

都市政策

季刊 第58号 '90.1

特集 都市と医療

現代における都市と医療	多田羅 浩 三
国際化時代の地域医療	馬 場 茂 明
在宅医療と医師会活動	富 永 輝
都市における保健・医療・福祉の連携	松 原 一 郎
医療経済からみた国保財政	大 竹 文 雄
神戸市における保健医療計画の展開	吉 川 正
神戸市における市民病院の経営	前 野 保 夫

特別論文

アメリカ地方自治の実際	高 寄 昇 三
-------------	---------

行政資料:

神戸市保健医療計画策定における基本的事項について	神戸市保健医療計画審議会
神戸市立市民病院経営計画委員会報告書	神戸市立市民病院経営計画委員会

財団法人 神戸都市問題研究所

都市政策

第57号 主要目次 特集 鉄道建設とその経営

都市交通網整備の課題	秋山一郎
交通施設新設の課題	伊賀隆
既成市街地における鉄道の新設とその経営課題	佐々木弘
交通新線建設と費用負担区分	高寄昇三
地下鉄経営の現況	大竹文雄
新交通の現況と未来	佐野雄一郎

特別論文

地域経営思想の系譜Ⅶ 神戸都市問題研究所都市経営研究会

行政資料

神戸観光白書 Vol. 8 神戸市

次号予告 第59号 特集 宮崎市政の総括

1990年4月1日発行予定

都市経営の総括	宮本憲一
都市計画の総括	高田昇
財政運営の総括	原田健
都市政治の総括	依田博
宮崎市政20年の検証	高士薫
年表—宮崎市政20年の軌跡—	神戸市

夕張市における観光開発の取り組み	中田鉄治
阿波町における花いっぱい運動の展開	安友清
読谷村の文化村づくり戦略	山内徳信

は し が き

住民が「健康」であることは、都市活力の源であり、その「健康」を支えるものが「保健」であり、「医療」である。

我が国の保健医療水準は、平均寿命を世界で最長とし、医師数、病床数の医療資源の面でも欧米先進諸国と同レベルに達しているが、医療機関相互の連携等の医療のシステム化やプライマリーケアの確立など改善すべき点も多い。

また、医療を取り巻く環境も、高齢化社会の到来、国民医療費の急増、健康への関心の増大、医療関連技術の急速な発達など、大きく変わりつつあり、これらに応じた対応が必要となっている。

一方、急速な都市化の進展は、モータリゼーションと相まって、生活活動範囲の拡大や各種施設の集中などの利便性をもたらした反面、居住環境の悪化や環境汚染というマイナス面を生み出すとともに、ストレス、疎外、自殺など、身体的側面だけでなく、精神的・社会的側面において、さまざまな病理現象を生んできている。

さらに我が国の大都市では高度成長に伴う人口急増時期に流入・定着した多くの市民が老境に入る時期を迎えつつあり、全国的な高齢化の進展に加え、これを加速する要因をはらんでいる。今日の都市は新たに急速な高齢化による健康問題への対応を迫られているといえる。

かつて都市は、その歴史の中で、伝染病の流行に対しては、上下水道や道路の整備をはじめとする環境整備と公衆衛生活動を通して、また他の疾病に対しては病院を中心とする医学の進歩と体制の充実によって社会的、組織的に問題解決を図ってきた。あたかも、人体が自然治癒力を有しているように都市自らのうちに、さまざまな問題解決能力を併せ持っているということができよう。

今後の健康問題の解決には、保健・医療の分野にとどまらないより包括的な対応が求められる。すなわち住民の主体的な参加を基本に、保健医療の専門職だけでなく、福祉の連携を中心とした幅広い関係者の参加と、医療施設や保健所だけでなく、福祉施設やスポーツ・レクリエーション施設も含めた施設整備、さらにはコミュニティや人間関係などのソフト面にも配慮した、サービスを受ける住民の立場に立った施策が必要と思われる。

特集 都市と医療

現代における都市と医療	多田羅 浩 三	3
国際化時代の地域医療	馬 場 茂 明	15
在宅医療と医師会活動	富 永 輝	24
都市における保健・医療・福祉の連携	松 原 一 郎	37
医療経済からみた国保財政	大 竹 文 雄	54
神戸市における保健医療計画の展開	吉 川 正	70
神戸市における市民病院の経営	前 野 保 夫	84

■ 特別論文

アメリカ地方自治の実際	高 寄 昇、三	103
-------------	---------	-----

■ 潮 流

コンピュータウイルス (130)	M&A (132)
「有害図書」自動販売機規制条例訴訟最高裁判決 (134)	
土地基本法 (136)	新連合(日本労働組合総連合) (138)

■ 行政資料

神戸市保健医療計画策定における	
基本的事項について (答申)	神戸市保健医療計画審議会 141
神戸市立市民病院経営計画委員会報告書	
神戸市立市民病院経営計画委員会	161

■ 新刊紹介	172
--------	-----

現代における都市と医療

都市の発展の医療 5

多田 羅 浩 三

(大阪大学教授)

1. 病院の誕生

大河内曉男教授は、イギリスの道路が全国的な規模において荒廃を見せだしたのは、およそ何時ごろであったか、詳細に研究されて、「道路の荒廃という事実は、散発的には、かなり古くから記述されていたことであるが、そうした記述なり、道路状態を非難する声が、著しい量的規模をもって、一つのクライマックスと言ってもよいような状態に達したのは、18世紀前半、その20年代以降の時期であった」としている。そして、道路修理請願書の大多数は、道路毀損の原因を「多数の重い荷車が絶えず通過するためである」としていた、と報告されている。¹⁾

イギリスでは12世紀の昔からあった有名な2つの病院、聖バーソロミュー病院と聖トーマス病院の他には、病院の数は限られたものであり、16世紀末にもこの2つの病院の他に王立あるいは勅許を得た病院はベスレム、グライドウエル、クライストの3か所にすぎなかった。²⁾

宗教改革のあった1540年当時から1720年までの約200年の間、ロンドンでは人口の増加にもかかわらず、病院の建設はみられないままであった。²⁾

ところが18世紀を迎えた頃から、新しい病院の建設が急速に始まった。1720年には最初の篤志病院としてウエストミンスター病院、1724年には聖トーマス病院に入れぬ不治の病人のためにガイ病院が、そして1733年に聖ジョージ病院、1740年にロンドン病院、1745年にミドルセックス病院など、いつつきと病院が建築されていった。^{3) 4)}

イギリスの道路が多数の重い荷車の通過によって著しい荒廃を見せ始めた丁

度そのころ、病院の建設もまた始まっていたのである。道路がいたみだしたころ、人間の体もまたいたみ始めた、といえるのであろうか。

2 病院の医学の興隆

18世紀の科学の曙は、医学理論の発展と应用到拍車をかけた。精力的な研究者は、犯罪者の地下組織から死体を購入までして、苦心の解剖を行い人体のはたらきを学ぼうとした。

J. フロイアの1分間時計の発明によって脈拍の正確な測定が可能となったのは1707年であり、打診法がL. アウエンブルックによって報告されたのは1761年である。

1819年には、R. T. H. レンネックによって聴診法が発明された。1800年までには付属の医学校をもった病院は、聖バーソロミュー病院、聖トーマス・ガイ連合病院、ロンドン病院の3か所であったが、1858年には12に達した。

19世紀の前半にイングランドとウェールズの病院の平均患者数は約3千人から8千人に増大した、とされている。

19世紀の20年代には、病院に学生がどんどん集まるようになった。聖トーマス病院の階段教室はいつも「家柄の良い400人以上の学生であふれていた」と記されている。

病院は新しい医学教育に多くの便宜を提供することが可能であった。実地に即した教育が重視されるようになり、さまざまな症例を豊富に抱えていることが、多人数の学生を相手とした多様な実物教育をやりやすくした。しかも私費による入院患者は学生たちによる観察と研究の対象となるのを拒む権利をもっていたが、慈善をうける患者は、このようなプライバシーの侵害に不平をいう立場にはなかった。

病院は1つの建物に多数の患者を集めて、症例ごとの区分収容を行うことが可能となってきた。こうして同じ症状をもつ患者グループを個別の外來に集めたり、その付属ベッドに収容するというやり方は、教育と研究に非常に役だつ

ものであった。種々の治療実験もやりやすくなった。

こうして新しく生まれてきた病院という施設を舞台として、症例の類型化が進み、科学的な診断学が生まれ、ヒポクラテスやガレノスの医学を破る、近代医学の基礎ができてきた。

病院の医員にとっても医学教育は利潤を生み出す投資でもあった。生徒たちが将来、金持ちの私費患者を相談に送ってくれば、収益に結びつくからである。また病院での慈善的な仕事は、名声と同時に富への鍵となったのである。

医学界のトップを目指す学生は、ロンドンの教育病院の職員となり、いずれかの王立学会の会員資格をとらなければならない、というのが、医師世界の不文律となった。

また、一般病院の不満足な状態に我慢できない野心的な専門医たちは、病院を飛び出して、専門病院を創設することになった。ロンドンでも地方でも19世紀に専門病院の急速な発展がみられた。ロンドンでは4つの専門病院が1830年代に、7つが40年代に、8つが50年代に新設され、60年代には16以上の専門病院が発足した。

こうして1780年代には約2000床であったロンドンの病床数が、1861年には約1万1千床の稼働病床があったとされている。

またこの年の人口動態調査では1万414人の入院患者がいたと報告されている。

1860年には、聖トーマス病院に有名なナイチンゲール看護学校が開設された。

1871年6月21日には、ヴィクトリア女王を迎えて新しい聖トーマス病院の開院式が行われた。テムズ河をはさんで国会議事堂に面して建設された壮大な白亜の殿堂はまさに、新しい都市の時代の主役として登場したロンドンと、新しい時代に君臨する「病院の姿」を象徴するものであったといえるであろう。⁵⁾

3 都市と医療

国勢調査の始まった1801年には、ロンドンの人口は86万4,845人であったが、51年には236万2,236人、1901年には453万6,267人となった。⁶⁾

近代における都市の生成の過程は、このロンドンの例が最も如実に示しているように、極めて急速な人口の増加の過程であったといえる。そして、そのような人口の増加がまず最初につくりだした状況は、環境の非常な「不衛生」状態であった。そしてこの「不衛生」が「疾病」をつくり、「疾病」が「貧困」をつくるという、悪循環がたちまち都市の中にできあがることになった。

1842年に発表された E. チャドウィックの衛生報告は、当時の都市の状況について次のように記載している。『様々な形の流行病、風土病、その他の疾患が、王国のあらゆる場所の住民の中にはびこっている。これらの病気は腐敗した動植物、湿気と汚物、密集し建て込んだ住居による空気の汚染によって、主に労働者階層の人たちの中に発生し、悪化し、蔓延している。』

『雇用や賃金また種々の豊かな食料品の高度の繁栄も、労働者階層の人たちに流行病の攻撃に対する免疫を与えるものではない。商業上や工業上の繁栄の時期にあっても他の時期と同様の発生頻度であり、同時に致命的なものである。』

清潔に関するあらゆる習慣の形成が、不完全な水の供給によって障碍されている。

『汚物や汚れた空気による毎年の生命の損失は、この国が近代になって行ったどの戦争における死亡あるいは負傷による損失よりも大きい。』

この報告を受けて設立された「大都市の健康問題に関する王立委員会」は1843年の報告の中で、『調査対象となった50の都市の中に優れた衛生設備、特に廃水設備を備えた都市は一つとして存在しなかつた』として、『このような事態に対し、衛生法規の強化、地方当局の監督権の拡大、給水排水、街路の舗装と照明、その他の事業が、各地区で一つの、しかも同じ当局の手に集中されるべきことが勧告された。』⁷⁾

この報告は40年代、50年代のそれに続くすべての法律の基礎となった。1848年2月10日、ひとつの法律が議会に提出され、8月31日に勅裁を受けた。公衆衛生法の誕生である。

近代における都市の基本的な特徴は、多数のはたらく人たちが居住していることであり、このような多数の人間の生活が新たな人間の環境を生み出し、この新たな状況に対して社会の組織的な対策が不可欠となった。そのような社会の組織的な対応のあり方として、「病院」が生まれ、「公衆衛生」が発足した。そして、この体系が今日まで200年続いているといえるであろう。

近代の都市こそ、まさに「病院」を生み出し「公衆衛生」の体系をつくった基盤であり、その意味で近代の医療は、まぎれもなく近代の都市がつくりだした所産である、といえるであろう。

4 新たな都市の形と医療のあり方

近代の都市は、多数の労働者がはたらき、生活する場所として誕生してきたのである。そして当初の病院は、傷つき行くところのない人たちを、収容するための場所として建設されたのである。その病院が、人間の疾病からの回復に力を有しているということを示したのは、1854年、スクタリの陸軍病院で示したナイチンゲールのクリミア戦争下での活躍であったことは、周知のとおりであろう。

彼女は、患者の栄養と清潔を確保することによって、それまで一般に病院の入院患者の死亡率は50%にも達していたのに対し、2%にさげること成功したのである。

こうして近代の医療は、当時、多数の都市の労働者が生まれ、多数の「収容」を必要とする人たちが巷間に溢れる状態のなかで、都市自身が必要とする「施設」の中で育った手法なのである。しかし、現代の都市の姿はどうであろうか。現代の都市が、上に述べたようなかつての都市とはその性格を大きく変貌しつつあることは明らかである。

例えば、大阪市を例にとってみてみると、まず何よりも人口の減少傾向がみ

られるようになってきた。大阪市の人口は、市制の敷かれた明治22年には約47万人であつたが、昭和15年には325万に達し、50年の間に約7倍の増加を示した。文字どおりロンドンにもならぶ近代の大都市といえるであろう。戦時中、人口の減少があり、その後ふたたび増加がみられ昭和40年には316万にまで達したが、その後は少しずつ減少が続いて、昭和60年の人口は264万人となっている。

膨れ上がる人口の増加を最も大きな特徴としてきた都市の人口が減少を見せているということは、今日の都市の性格に大きな転換が起つていていることを示している。

第二には、かつては都市の住民は、確かに多様な人たちを包摂した世界ではあつたけれども、大半はまさにはたらく人たちであり、相対的に均質な人たちによって占められていたといえる。ところが今日では、非常な多様化が進んでいる。

例えば国勢調査によつて世帯当たりの畳の枚数を大阪市内の26の区別にみると、昭和50年の「普通世帯」の一人当たり畳の枚数について最も枚数の多い区では7.1枚、最も少ない区では4.9枚であつたのに対し、昭和60年の「住宅に住む一般世帯」の一人当たり畳の枚数については、それぞれ9.2枚と6.6枚であつた。昭和50年には最も多いところと少ないところの差は2.2枚であつたが、60年には2.6枚となっている。全体として増加の傾向にはあるが、その格差は開いているのである。

第三には、健康指標について地区の間に大きな差がみられることと合わせて、地区間の格差が年々大きくなってきている。

例えば大阪市内の区別の粗死亡率について、最も高率であつた区では、昭和42年には人口千対7.1、7.0などであつたが、52年には8.7、8.0、62年には10.4、9.1であり、また最も低率であつた区では、同じくそれぞれ4.0、4.9、また4.6、4.7、また5.3、5.4であつた。これらの結果は人口の高齢化とともに死亡率の増加がみられることとあわせて、死亡率の高いところと低いところの差がますます広がつていていることを示している。⁸⁾

このように現代の都市は豊かさの中にも、その内部に住民の多様化が急速に進んでいるのが現状であり、都市の性格は大きく変貌しつつあると理解しなければならない。

しかも現代の社会が、今後、ますますこの都市という巨大な機構を必要としていることも明らかであろう。

そうだとすれば都市は、改めて自らの今日的な特色に対応した、自らの医療の体系の構築を始めなければならないのではないか。

かつて病院をつくり、公衆衛生の体系をつくったように、現代の都市が21世紀においても、現代社会の主役としてその役割を果たしていくのであるとするならば、自らの新しい医療の体系を創出していかなければならないのではないか。

5 新たな医療の体系

現代の都市が求めている医療の形はどのようなものであるのだろうか。

現代の都市の最も基本的な性格は、多数の多様な人々が住んでいるということである。そのような今日の都市が有する新たな性格からすれば、かつての都市がつくり出した、病院に「収容」して、一定の型にはめて行う、医療の手法だけでは、人々の医療のあり方として不十分となっていると考えられないだろうか。

人々の多様な生活のあり方に対しては、その多様なあり方を前提とした医療のあり方を求めていくことが必要なのではないか。

つまりこれまでの「入院」に対しては「通院」があり、「収容」に対しては「訪問」が保障される、そのような医療の形がつけられ、従来の医療に対し縦糸と横糸として織りなされていかねばならないのではないか。

(1) アンピュラトリ医学の興隆

アンピュラトリとは、「歩いて通いながら」という意味である。つまりアンピュラトリ医学は、歩いて通いながら治す医学という意味である。

アメリカでは1981年に医療保険制度の改革として実施された病名単位の見込み払い制度(DRG)などが背景となって、このような外来医療が急速にすすんでいる。新しい「見込み払い制度」のもとでは、患者の在院日数の短縮化が強力にはかれることになり、患者は入院治療よりも外来治療に依拠せざるを得なくなってきた。そのような事情でアンビュラトリ医学が人々の人気を集めているのである。

病気だからといって直ちに入院させるのではなく、通院しながら、時間をかけて生活の中で治療を行う。簡単な手術はできるだけ外来ですませて、その日のうちに自宅にかえすようにする。また患者が歩いて通えるような施設で、患者の基本的な医療ニーズや健康管理に対応できるようにする、というようなことが非常に人気を集めているのである。

完全に健康な人間というのは存在しないのであり、現代の人間の大半が一病息災的な状況にあると考えた場合、生活の中での医療を保障するためには、このアンビュラトリ医学はこれからの都市がつくり、育てるべき次の世紀の医療の体系ではないか、と思えるのである。

この場合、アンビュラトリ医学を中心とした地域医療の充実にとってとくに重要なことは、市民がそれぞれ「歩いて通える」範囲の地域に多様な保健医療、あるいは福祉の機関が設置され、多様な専門職によって機能が担われていることである。

またアンビュラトリ医学は、わが国の第一線診療医の優れた医療技術の活用を基本として、さらに大きな展開を目指すものであるが、その機能の充実のためには病院医療との連携が一層不可欠なものとなると考えられる。その点から病院と診療所の連携の促進が、まず地域において具体的に進められる必要がある。

そしてこの病院と診療所の連携については、病院の専門の医師に対し地域のあらゆる機能をオープンにしていくということも考えていかなければならない。

(2) 地域ケアシステムの構築 都市の人口の高齢化は、急速に進んでいる。現代の都市は極めて多様な健康状態にある人間が生活している空間であると同時に、今日、最も人口の高齢化が急速に進んでいる地域でもある。例えば、大阪府、および大阪市の65歳以上人口割合は昭和40年にはともに4.6%であったが、50年には前者が6.0%であったのに対し、後者は7.5%、60年にはそれぞれ8.3%、10.3%となっているのである。

高齢者を中心に多様な健康状態にある人たちに必要な援助や介護、ケアの内容や種類は、極めて多種類のものとならざるを得ないであろう。

そのため必要とされる援助や介護は、個々の配偶者や家族、あるいは福祉や医療の力だけでは対応が困難であったり、不可能であることが避けられない。

そのような点から、地域の多数の機能が互いに補完しあって構築される地域ケアシステムの存在が、多様な人間が多数住んでいる大きな都市であればあるほど、不可欠となっている。

このような地域のケアシステムが構築されるためには、次のような条件が必要である。

- (ア) 人々の生活する環境そのものが、援助や介護を要する人を受け入れ、自立しうる構造を有していること。
- (イ) 健康づくり、あるいは援助や介護の施設や技術が互いに組織化され、連携して動していること。
- (ウ) 地域ケアシステム構築のシンボルとしての拠点施設が存在すること。

これらの3つの課題のなかで、今後の展望としてとくに重要になってくるのは拠点施設の存在であろう。それぞれの地域に中心施設を建設するというような具体的な作業を通じてこそ、環境設計やシステム化の必要性への認識、あるいは市民の共通のコンセンサスの形成がさらに大きく進むことが、期待されるからである。

(3) 老人保健施設 都市の高齢化は、高齢者の生活環境の改善という観点から、昭和61年の老人保健法

の改正によって新たに生れることになった老人保健施設である。

この老人保健施設については、地域の既存の医療や保健資源や福祉機能、各種の団体活動やマンパワーの二層の協力と連携によるチームワークを生み出し、育てるための拠点施設として、大きな機能を担う施設となることが望まれている。

例えば老人保健施設は、法に定められた施設として本来担うべき固有の機能のほかに、高齢化社会に不可欠の地域ケアシステムの充実に向けて、下記のような事業の展開に対して、かけがえのない機能を期待しうると考えられる。⁹⁾

(ア) 健康教育センター

地域の高齢者が、自らの生活の態様に即した健康教育や、生活訓練、リハビリテーションが受けられるよう、予防を原則として、実践的な体験実習カリキュラムを基本とした健康教育の場を保障する。

(イ) 在宅医療サポートセンター

今後の高齢化社会の進展というものを考えた場合、第一線の医師が在宅医療面での技術力の強化を期待されることは必至であり、それに対しては、地区の医師がチームとして取り組みを進めなければ、必要なサービスや看護力を個々の医師の努力だけで確保していくことはほぼ不可能である。

そこでそれらのチームによる在宅医療の推進に対し、老人保健施設が存在すれば、①訪問看護スタッフの確保、②在宅診療機器の共同利用、③ケース検討会の開催など、が容易となるという点で、老人保健施設は在宅医療のサポートセンターとして貴重な役割を果たし得ると思われる。

(ウ) 地域医療共同利用センター

今日の一般診療は、病院の医療に依存しがちな傾向が強いのが特徴である。これに対し第一線の診療所の医療技術の水準の向上を如何にして図るかは、今後のわが国の医療の最大の課題であるといっても過大ではない。

この点に関しても、老人保健施設に付属して、①専門診療所の設置、②高度専門機器の共同利用、③専門職のオフィスセンターの設置など、が実現すれば大きな役割を果たし得ると思われる。

(エ) 保健管理センター 保健管理センターは、一般の健康診査、また胃がん、子宮がん、肺がん、乳がん、大腸がんなど、各種のがんの検診などを実施するための保健管理センターとしても機能することができる。

これらの機能を通じて老人保健施設は、地域のアンビュラトリ医学の拠点として重要な役割を担うものと考えたい。

6 ま と め

現代の都市はその変容する性格と、ますます大きくなるその機能から考えて自らが必要とする今日的な医療の体系を築かなければならない。

その場合、今日までの動向をみると、住民の多様な健康状態が要求するのは極めて細かな地区の実情に即した施策の展開であるにもかかわらず、都市特有の巨大な機構のゆえに、柔軟で臨機応変な対応を可能とするシステムを、いまだその内部に確保し得ていないことが最も重要な課題であろう。

例えば大都市は政令市として自ら保健所を有するところが多いのであるが、具体的に地区の実情に合せた取り組みが可能となるようなシステムにはなっていないのである。立地条件も性格も全く異なるところに存在する保健所であるにもかかわらず、各保健所は全く区別がつかないほど画一的な運営状態にあるのが現実の保健所の姿となっている。

住民の多様性に合せた柔軟な医療の展開に向けて、都市は創意と工夫を凝らし、アンビュラトリ医学の構築や老人保健施設の建設などに積極的に取り組んでいかなければならない。

都市はその巨大な力によって、自らの構造にメスをいれていかなければならない。かつての欧米の大都市が、4頭立ての馬車でも走れるような下水道を都市の地下深くにつくった歩みにも似たような大胆な試みが、現代の社会にもまた、求められているのではないだろうか。

この点、神戸市ではすでに大都市が有する大きな財政力と豊富な人的供給力

を背景に、「しあわせの村」の建設など、新たな試みの緒についているとみるべきであろう。進取の精神に満ちた神戸市の試みのなかから、21世紀を担う現代社会の主役にふさわしい都市の医療のあり方を示す、貴重な実践がたくさん生まれて欲しい。

《文献》

- 1 大河内曉男：近代イギリス経済史研究，43-47，岩波書店，1971
- 2 A. E. Clark-Kennedy: The London, Vol. 1, 5, Pitman Medical Publishing, 1962
- 3 B. エイベルスミス著，多田羅浩三・大和田建太郎訳：英国の病院と医療— 200年のあゆみ—，43，保健同人社，1981
- 4 W. M. Frazer: History of English Public Health 1834-1939, 29, Bailliere, Tindall and Cox, 1950
- 5 B. エイベルスミス著 多田羅浩三・大和田建太郎訳：英国の病院と医療— 200年のあゆみ—，55-167
- 6 今井登志喜：都市発達史研究，103，東京大学出版会，1967
- 7 多田羅浩三：英国近代医療サービス体制—確立過程に関する史的考察—，日本医事新報，2828，89-91，1978
- 8 大阪市環境保健局：衛生統計年報昭和62年，1989
- 9 多田羅浩三・瀬尾撰：地域医療の拠点を創る—医師会型老人保健施設の展望—，医学書院，1989

1 序言 ― 国際化時代の地域医療 ―

この序言は、本稿の導入部である。この序言は、本稿の導入部である。この序言は、本稿の導入部である。

馬場 茂 明

(神戸大学名誉教授・兵庫県
立成人病臨床研究所所長)

この序言は、本稿の導入部である。この序言は、本稿の導入部である。この序言は、本稿の導入部である。

1 はじめに

国際化という言葉は日本人の好きな言葉である。また今日各種の国際会議が日本各地で開催されている。しかし最近、日本各地に国際会議場や展示場が次々と建設され、それで国際交流ができ上がったような錯覚におち入ってはいないだろうか。戦後の貧困、混乱の中から、また閉鎖社会から世界へ、その交流と協調が日本の進路として示されて以来、われわれはそれに心がけ、また努力してきた。とくに日本産業の各方面における進出は、国際社会での日本の評価をあげることが出来たが、反面誤解されているところも多く、また日本人自身気のないところも少なくない。しかし、単なる人的交流をもって国際化が実現したとは言えない。今、われわれの将来像や立場をより明らかにしておかねばならない問題としてこの国際化がある。

科学技術の目覚しい進歩や環境の変化は人間生活、人口動態にまで影響を及ぼし、価値感、倫理感さえも大きく変えつつある。このようなことは、次世代への課題であることは言うまでもなく、特に、健康に対する施策は何よりも最優先されるべき課題であることを示している。新しい世代への意識改革であり、また構造改革である。

本稿では、21世紀の保健、医療、福祉の姿を求めつつ、我々が計画すべき、いくつかの問題点を、住民ニーズとして把えるとともに、国際社会における日本の医療の役割について考えてみたい。

2 地域医療計画の現状

現在、日本における地域医療計画は、住民のプライマリーケアから高度医療、専門医療に至る様々な医療サービスを適切にうけられるように医療供給体制の整備と、医療資源の有効利用の両面から地域医療のシステム化が図られている。すなわち、医療圏域の設定、さらに各地域における医療機関の整備等のハード面と、ネットワークづくり等のソフト面からの整備拡充を目的としている。以上の考えに基づき、既に医療法にもとづく2次医療圏域、および3次医療圏域が県単位で設定されている。

今日の日本の経済、産業、知識構造や情報処理機能からすれば、プログラムとしてはさほど難しいものではないが、行政区域と実際区域との差や、住民ニーズに必ずしも合致しない点、人生80年時代における健康づくりとして、又21世紀の福祉医療システムとして十分満足できるものがどうか、さらに高齢化社会でのニーズ分析、供給分析、実施分析等が未だ十分なされていない点、とくに、地域特性にあわせた実効性のある施策となっていない等問題点が多く残されている。しかし、1990年代の保健医療計画としての第一段階であることは確実であり、また、そのよき発展が期待されている。

ここではこれらの地域医療計画の将来像と、それ以後にcoming問題点、とくに21世紀の医療や、とくに国際化への対応を考えてみたいと思う。

3 世界から期待される日本の地域医療

戦後日本の復興と隆盛は、産業面のみならず社会環境の改善など、驚異的な進歩として世界中からみられている。しかし日本における地域医療の成果が注目され、また高い評価を得ていることに気付く日本人は意外に少い。

中でも寄生虫対策、伝染病、結核等の感染症対策の成功、平均寿命の延長、食糧・栄養の改善などは、世界のいずれの国もなしえなかった成果であり、どうしてこのような環境や医療保健機構を短期間の間に作りえたかということである。

WHOに所属する加盟国は166ヶ国にのぼるが、その中の%は未だ発展途上

国であり、経済的にも、また保健医療面においてもきわめて貧しい。

日本の戦後の結核の蔓延と死亡率を現状と比較してみると、今昔の感があるが、今なおこれらは発展途上国における重要な保健医療施策の対象であり、その予防、治療が急務とされている。従って、発展途上国は日本がどのようにしてこの病気を克服してきたか、その方策を知りたがっているし、またその指導と協力を呼びかけている。また、とくに、食糧・栄養の改善、環境の整備、医療の充実、人的資源の活用など、すべて彼らの目標となる実績である。このような現状と経験を真面目に研究し、応用したいと望んでいる。すなわち、日本の地域医療は単なる一地域の施策ではなく、世界につながっていることを、我々は知らなければならない。

4 21世紀の健康、福祉、医療対策としての

インターヘルス・プログラムとヘルシイライフスタイル

レジャーランド・ブームの背景は、日本人にとって心のゆとりと安らぎを求めた一つの変形であるとする意見もある。また、“遊びの心”を文明から文化へ、人間性の重視としてとらえている。同時に産業としての魅力も大いに含まれている。

リゾート・タウン、ウォーターフロント、温泉保養施設、ハイテク・タウン、学園研究都市など多くの計画が進められているのも以上の意味からであろう。

しかし、これのみが21世紀への対応であるとは考えられない。

21世紀の最大関心事は、変動する社会構造や、人間生活の中から、健康づくりに集約できるのではないだろうか。急速に進歩する医療科学は、生命の延長のみならず、遺伝子操作、臓器移植、人工臓器、さらに新しい生命の創造へと進みつつある。このことは反面、神への挑戦ともうけとれる。

21世紀の医療は大幅に変革されることは確実である。それをいかに把握するか、また、どうあるべきかについて思考することは現代人の責任でもある。

従来より、成人病、老年病などの慢性非感染性疾患は、夫々の疾病特性を有し、かつ独自の診断法や治療法が開発されてきた。中でも、がん、心循環器系

疾患、糖尿病、高血圧、慢性呼吸器疾患、リウマチ疾患、アレルギー疾患、骨粗しょう症などは、人口の高齢化と共に、益々増加し、生命予後に関係するばかりでなく、日常生活や社会活動にまで障害を来し、次世代の主要な社会問題となってきた。従って、これらの個々の疾病に対して予防し、生活活動を保持するためにとられるべき施策は、極めて早期にそのリスクを発見し、疾病の進展を防ぐ以外に方策はなく、この時期における健康施策の重要性が指摘される。しかし、これら異った疾病であっても、共通なリスクとして、環境、加齢、栄養、肥満などがあり、この状態(又は領域)をインターヘルス(interhealth)と呼ぶことができる。(図1参照)

従って、この状態に着目すると、あらゆる疾患の予防と、健康増進、健康保持のための新たな戦略が必要となってくる。WHOは、これを“インターヘルス・プログラム”と呼び、具体的施策を検討中である。

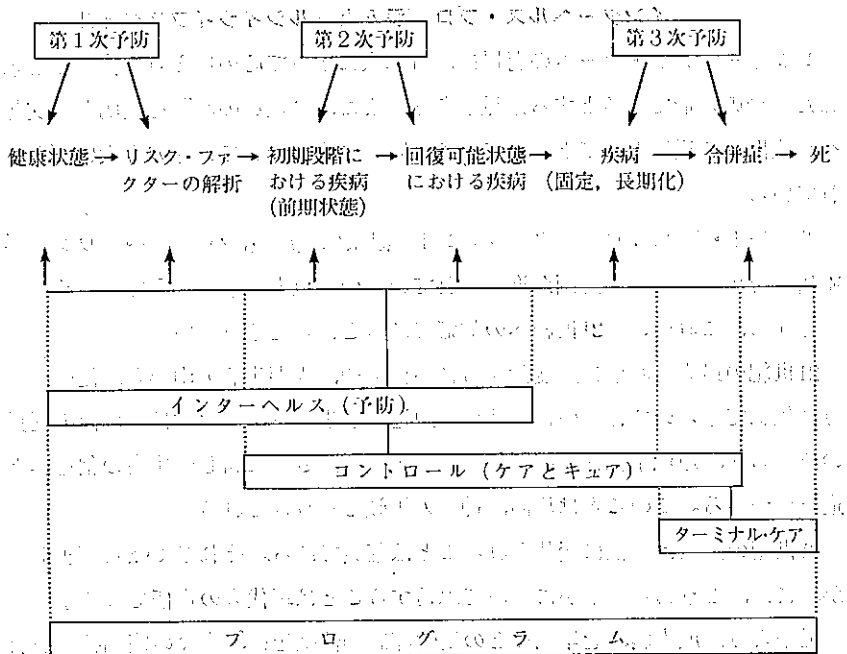


図1 インターヘルスと疾患

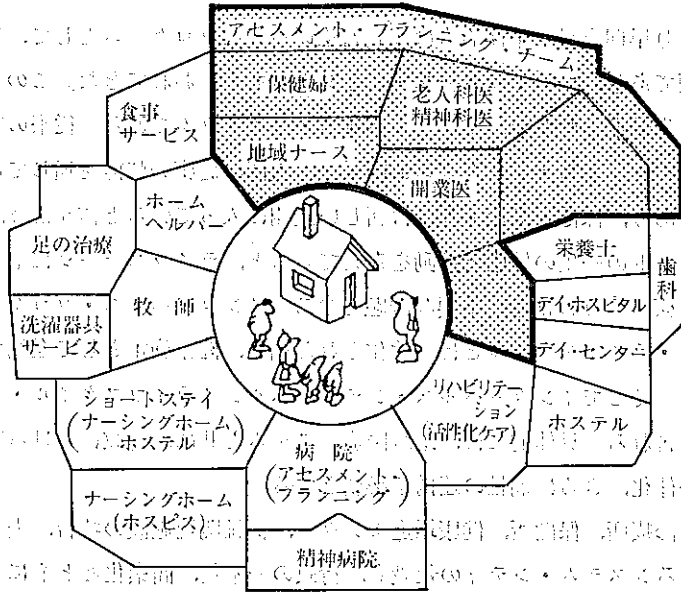


図2 インターヘルス・プログラムと疾病の推移

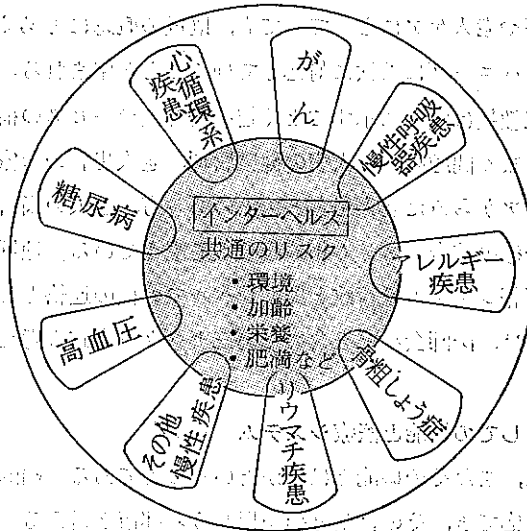


図3 包括的介護サービスの構成

(多田羅浩三, 瀬尾撰編, 『地域医療の拠点を創る医師会型老人保健施設の展望』医学書院刊, 1989より)

従来より早期発見、早期治療は疾病対策の重要なプログラムとして、地域医療の課題であり、プライマリーケアとしてとりあつかわれてきた。このプログラムを一步前進させたのがインターヘルス・プログラムである。従来の疾病対策とインターヘルス・プログラムの関係を、人間の健康の状態を通じてみたのが図2であり、保健・医療・福祉は新しい展開に入っていると言えよう。

また、ヒトの一生の健康と活動を考えると、ライフステージに応じた積極的な健康づくりの推進が主要な課題となる。インターヘルス・プログラムとヘルシー・ライフスタイルとは一体化された福祉、健康施策として登場するものである。そこでインターヘルス・シティ、ヘルシイライフスタイル・シティ構想が生まれる。具体的には、地域医療システムと共に、行政における医療と保健の一体化、さらに福祉の連携を必要とする。

病院、診療所、保健所、健康増進センター、福祉関連施設の統合、夫々のワケを超えるシステム・シティの建設も、行政の一本化、簡素化とともに考慮すべき課題ではないだろうか。

例を老人医療や老人ケアにとってみても、既成の概念にとられることなく、地域の様々なニーズに柔軟に対応してゆくことが望まれる。大阪大学医学部の多田羅浩三教授は図3に示すごとく包括的介護サービスの構成を指摘し、老人医療を取りまく問題を、成人病の健康管理、老人患者の診療の際の注意、プライマリーケアからみた老人患者と医療のあり方、老人の歯科医療の実態などから、地域医療の統合システム化の必要性を唱えている。地域老人の保健、医療、福祉、情報システムは行政と民間レベルでの横の連絡として取組まねばならない。例えば、医師会などを含めた第三セクター方式も考えられる。

5 国際都市としての機能と医療システム

国際都市とは、またその機能とは何かということである。端的に言えば多様な国際情報に対応でき、その役割分担を果しうる都市と言える。

例えば国際会議などの機能を十分に発揮できる環境と設備をもち、さらに共通するアピールが生まれ、国際協力にもとづく活動が展開されてゆく都市と

ということになる。しかし、そのようなものが出来るだろうか。また、情報メディアの発達した今日では、必ずしも、そのようなものを必要とするかどうかの疑問も生まれている。

しかし、それらを整合してゆく機能をもつ情報都市は、やはり成立するのではないだろうか。

情報都市は単なる機関でなく、都市全体も実験都市としての性格をもつことは、そこに住む人達への知識としての情報伝達機能と協力を生む力になるだろう。ファッション都市を情報やイメージの発信機能を持つ都市と考えると、ファッション都市化は新しい町づくりとして考えられる。

神戸市のファッション都市としての機能は、とくに服飾文化の先端をゆく魅力として既に実証されつつある。さらに、健康都市としてのファッション化が急務と考えられている。1989年開催されたフェスピック神戸大会にみられた市街地区改造計画もその一つであった。

多くの国際医学会議の内容についての情報をニュースとして、市民の健康へのサービスとして、流すことは、知的ファッション化の一企画であるはずである。知的刺激と共に、獨創性、アイディアを生む科学都市化へ、また、国際協力への自覚とともに、市民に心のゆとりをもたらす効果もある。

1. メディカルセンター構想と地域医療

前述のごとく、医療圏域の設定、一般医療の供給体制の整備と連携システムの強化、救急医療体制の整備は当面する重要課題であるが、21世紀における医学、医療はこの方向でよいかどうか考えてみる必要がある。

また、国際化医療時代への対応としても、課題は残されている。

平均的な医療供給体制の整備が進み、体系としての地域医療に成功しても、医学研究の進展、開発が飛躍的に進むとは考えられないし、むしろ平均化した医療は次世代の要求を充しえないことも事実であろう。

医療先端技術の開発と応用、人材の養成、さらに医療の国際化など、日本の立場と役割が益々増大する。

国際的な医学共同研究の推進は勿論であるが、医師免許証の国際共通化、開

業権、医師国家試験の国際化などが課題としてあげられるようになる。大学における医学教育の見直し、人材交流、研究病院のあり方、医療法などの改革が迫られるものと思われる。

国際的医療への対応としては、先端技術の集合化と連携が重視され、いわゆるメディカル・センター方式がクローズアップされる。メディカル・センターは行政地区割りの地域医療圏とは別の新しいシステムとして発展せしめねばならない。永らく地域の中核病院として機能してきた総合病院も、一層地域医療を担う病院としての性格を明確化した上で、メディカルセンターとの連携などの新しいシステム化の中で生まれ変ると考えられる。また、卒後研修（終了研修）を行う病院も国際化され、外国人医師の採用、海外医療保険の採用、さらに海外災害救助活動など幅広い協力体制をもつ国際病院の建設は国際都市の役目でもある。

2. 住民ニーズと救命救急システム

現在、住民が最も不安に思っている問題の一つに救命救急への対応がある。とくに高齢化社会においては切実な問題となっている。我が国における現在の救命救急への対応は、我が国における地域救急体制は一応整っているように見え、かつまた、現実的に急速な改善をみだといつてよい。しかし残念ながら海外の救命救急システムと比較して我が国の遅れは明白である。例えば、最近のサンフランシスコ大地震のようなものが我が国に発生したと考えると、現行の救命救急体制は対応できるかという問題。都市開発、都市整備に重点をおいているが救急体制としての都市開発につながっているかどうか。医師会ネットワークの重点はある程度の効果をあげているが、真の24時間体制の救急専門病院は未だない。また、救急搬送時における救急医療処置に対する制約（医師法）が、救命率を悪くしている（米国の10倍の死亡率）、救急隊員の救助活動における医療法規上の制約が多い。また、大学医学教育におけるプライマリケア、救急医療教育が不十分で、実践的教育でないことなどがあげられる。さらに、国際交流が盛んとなり、外国人の居住者、旅行者の増加にもかかわらず、また、海外災害への救援体制は未だ不十分であり、受入医療

施設に至っては全く考慮されていないのが現状である。

具体的には、住民ニーズの最も強い24時間体制の救命救急センターの設立、救急システム（道路開発、住宅開発、情報センター）を考慮した都市開発、救急医療に対する救急隊員の教育と施術の拡大等が急務である。さらに、国際的医療救急の指定機関などは将来像として必要となるものと思われる。

6 む す び

国際化時代における医療はどうあるべきかという命題に対して、当面する地域医療を中心に私見を述べてきた。しかし、21世紀でのそれを語る資格はないし、また当をえたものであるかどうかも疑わしい。ただ、筆者が体験し、かつ医療のあるべき姿を国際協力の中で考えつづけて来た思考であり、希望であることに間違いはない。諸賢の御批判御教示をえたいと願い、また、医学が真の人間科学として発展することを切に祈ってやまない。

在宅医療と医師会活動

富 永 輝

(神戸市医師会副会長)

いま、わが国の医療は高齢化社会の影響を受けて、大きく転換しようとしている。人口の高齢化に伴い老人医療費が高騰し、国全般の医療費の年々の伸びに大きな影響を与えて来ているのが原因である。これに従い、医師会活動や個々の医療の在り方も変化を余儀なくされている。しかし、医師会でも、これを契機に市民や患者中心の医療を自ら樹立してゆくべく、基本的な立場から色々な検討を行っている。その内、21世紀を展望した医療の在り方として、2、3の代表的な問題点について記載し、ご批判を仰ぎたいと思う。

1 在宅医療について

最近、在宅医療とか在宅ケアと言うことをよく耳にするようになって来た。医療と言へば誰にでもわかるが、在宅医療となるとわかる方は少ない。入院医療に対する言葉であるが、通常は外来治療あるいは通院治療と言う言葉がこれに対応する。しかし社会が高齢化するにつれ、常時介護を必要とする老人や病弱者に対してはこれらの治療法だけでは不十分で、家庭に居て医師の往診医療を受けながら、同時に看護や介護、あるいは再発予防と言った総合的な医学的福祉的な管理もする（これを包括的医療と言うこともある）必要性が増えてきている。

具体的には、入院する程には重くないが、家庭で看護や介護をするには手がかかり過ぎる場合とか、病気で入院していたのが軽快し退院出来たがまだ自分一人では食事や排便、あるいは入浴などが出来ないし、まだ医療の継続も必要だと言う場合などがこれに当たる。一般に老人では元の病気は治っても、その

外に糖尿病や高血圧、更には痴呆や手足が自由に動かないなどと言った合併症や機能障害が加わっていることが多く、若い人のように単純に軽快、退院、普通生活などとうまく運ばないことが多い。このような場合に医療および福祉関係者が連携して在宅医療をしてゆくことになる。

しかし、最近のように老人の数が多くなってくると、軽快しても高齢の奥さん一人しか居なかったり、家族は居ても息子夫婦が共稼ぎで家には看病出来る人が居ないなどで、軽快しても退院出来ず治療のないまま入院を継続すると言ういわゆる「社会的入院」を続ける例が増えている。このようなときに在宅医療が退院後のアフターケアを行うのに有効な手段となってくる。

実際には、退院して日常生活に復帰するためには、食事、排便、洗顔、洗髪など最低の起居動作ができなくてはならない。この必要動作が十分に出来ない患者のためにリハビリテーションを行って、生活機能を回復させてやるための施設が必要で、病院から家庭に戻る間に看護、介護、リハビリテーションを専門として実施できる「老人保健施設」の必要性が言われており、また、各方面でこれの設置が進められて来つつある。

これらの例のように、軽快しているのに入院を継続したり、入院する程重い病気ではないにしても、診療所へ一人で通院を続けることが困難な人が沢山いる。今のわが国では、このような老人の面倒を家庭で見ているのは、やはり年とった患者の同伴者であることが多い。

2. 在宅医療と在宅ケア

医療とケアとはよく混同して使われるが、ここで言うケア (care) とは医療とは異なり、健康管理、健康相談、病後の介護、病気あるいは再発の予防と言った「病気・医療」を取り巻く色々な部分について行う病弱者や要介護者の健康上の管理・介護などを指す言葉である。従って、セルフケアやアフターケアなどと言った健康管理や病後管理を意味する場合に使用される。

中でも、在宅ケアとは前述のように病院や施設に入らないで、家庭で行う身体上の種々な管理を言うが、特に病後の老人についてはただ管理するのみでは

駄目で、時々医師の往診を受けながら在宅医療も兼ねて管理をして行くことが大切である。従って、これにかかわる人達には医師、看護婦、保健所の保健婦、ホームヘルパーなどがおり、これらの人達がお互いに連携しながらケアをして行くことになる。

若い人と違って、老人の病気には複雑なことが多く、高血圧、糖尿病、更には寝たきりによる「床ずれ」、あるいは排尿困難など色々な病気が合併してくることが多い。一人の医師だけで対応出来ないことも有るので、小地域における内科、外科、眼科、耳鼻科などの先生方がグループを組んで在宅医療に当たることが提唱されている。このように各科の専門医師群、看護婦、介護グループなどが保健所や福祉事務所などと共にチームワークを組んで老人の健康や病態の管理をすることを「地域ケア」と総称して言うこともある。今までの医師会活動では、個々の診療所、あるいは病院の医師が保健所事業に協力して公衆衛生活動として、予防注射や乳幼児・老人・胃がん・肺がん等の検診に協力するのが実情であったが、この地域ケアの概念を実践医療に活かし、今までの半閉鎖的であった医師会や医療機関が積極的に地域社会に乗り出し、地元市民のために医療や罹患後の早期リハビリテーション、更には健康維持のための指導相談などを保健婦、看護婦、ホームヘルパー・グループのかた達と共にグループワークを行い、地域社会全体として住民の健康管理を行おうとする機運が醸成されつつある。随分と良いことばかりを書き立てているが、現在やっとスタートラインに立った段階である。しかし、一部ではその実行に入りかけている地域も出て来ていることも事実である。

東京都福祉保健局「東京都高齢者医療費の現状と今後の課題」(平成10年)

3. 高齢社会をどう考える？

国民総医療費が年々1兆円づつ増加し、間もなく年間20兆円に達すると言われる。この年々の増加の大部分が老人医療費の増加によるとあって大蔵省、厚生省は老人医療費の削減に今や躍起となっている。一方、平均寿命は男女それぞれ75歳、81歳となり、わが国が世界一の長寿国になったことは厚生施策の結果であるとしてPRにも余念がない。それでは一体どうして日本が世界一の長

寿国になれたのであろうか。また、この人口

れは果たして手放しで喜べることなのであろうか、考えて見たい。

日本の人口が1億人を越えたのは昭和45年である。その後人口は段々と増え昭和62年度(現在)では1億2千2百万人である。厚生白書(昭和63年版)

によれば、平成25年の1億3千6百万人まで漸増し、やがては、1億2千万人前後で横這いすると推定している。

一見、老人人口が増加して全人口に影響を与えているように考え勝ちであるが、決してそうではなく、この人口の

推移は死亡率の減少による寿命の延長よりも、出生率の減少の方が遙かに大きな影響を与えているのである。

人口増の激しかった40年前、やや鈍化の見られ出した20年前に比べて現在では、死亡率は42%、87%と減少し、65歳以上の老人人口は全人口に比較して3倍および1.8倍に増加しているが、出生率はそれぞれ32%、60%と著明な減少を示している。この20年間を見るだけでも出生率は半減しており、これが死亡率の減少と相俟って老齢人口の相対的増加に拍車をかけているのである。この人口構造の質的変化や原因の追及を無視しては、国や都市の政策は有り得ない。第1次および第2次ベビーブームは去り、これからはだんだんと若年層は少なくなり、逆に老人人口は増えて、人口構造は尻すばみのズンドウ型を示すようになって来る(図1)。

若年の若年層の漸減は、将来日本の産業や生活様式に大きな影響を与えずにはすまないだろう。国、自治体を挙げて取り組んで行くべき大問題である。

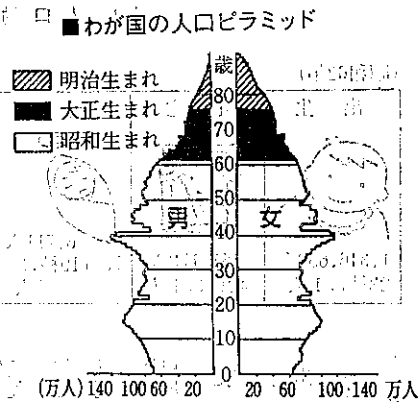








図1 人口ピラミッド (田崎啓介: 目でみる人口問題より)

表1 人口動態率の推移

(昭和62年)

 出生 1,346,658人 23秒に1人	 死亡 751,172人 42秒に1人	 乳児死亡 6,711人 78分19秒に1人	 死産 63,834胎 8分14秒に1胎	 婚姻 696,173組 45秒に1組	 離婚 158,227組 3分19秒に1組
---	---	--	--	---	---

年次	出生 死亡 自然増加			乳児死亡 新生児死亡		死産	周産期死亡	婚姻	離婚	合計 特殊 出生率
	(人口千対)			(出生千対)		(出 産 対)	(出 生 対)	(人口千対)		
昭和5年	32.4	18.2	14.2	124.1	49.9	53.4	—	7.9	0.80	4.71
15	29.4	16.5	12.9	90.0	38.7	46.0	—	9.3	0.68	4.11
22	34.3	14.6	19.7	76.7	31.4	44.2	—	12.0	1.02	4.54
25	28.1	10.9	17.2	60.1	27.4	84.9	46.6	8.6	1.01	3.65
30	19.4	7.8	11.6	39.8	22.3	95.8	43.9	8.0	0.84	2.37
35	17.2	7.6	9.6	30.7	17.0	100.4	41.4	9.3	0.74	2.00
40	18.6	7.1	11.4	18.5	11.7	81.4	30.1	9.7	0.79	2.14
45	18.8	6.9	11.8	13.1	8.7	65.3	21.7	10.0	0.93	2.13
50	17.1	6.3	10.8	10.0	6.8	50.8	16.0	8.5	1.07	1.91
55	13.6	6.2	7.3	7.5	4.9	46.8	11.7	6.7	1.22	1.75
60	11.9	6.3	5.6	5.5	3.4	46.0	8.0	6.1	1.39	1.76
61	11.4	6.2	5.2	5.2	3.1	45.3	7.3	5.9	1.37	1.72
62	11.1	6.2	4.9	5.0	2.9	45.3	6.9	5.7	1.30	1.69

資料：昭和63年度版厚生白書より

このようになる原因については、もう既に専門家の間では論議されている筈であるが、もう一つわれわれの耳に入って来ていない。出生率が目立って低下し始めて約30年以上にもなる現在ともなれば対応の仕様がなと言うことであろうか。事実そのように発言する識者もいるようであるが、本当にそうなのか、真剣に検討して見る必要がある。

特に、都市部における核家族的生活様式と過保護教育は、若者に出産や育児への意欲を低下させ、また、単純労働への関心を極度に希薄化させた。多くは

目的も無く大学や短大への進学を目指し、しかもそこではレジャー感覚が優位に立っていると聞く。今の若者気質として、社会集団の中へ入ることを好まず、個の岩や少数グループで結成された小社会の中に閉じこもり人間関係の形成を拒否しようとするものが多くなっているとの指摘もある。

高齢化現象を医療や福祉の面だけでとらえることは問題があり、将来に大きな禍根を残すことになるだろう。現在の生活構造、生活様式など住宅環境の整備に力を入れ、夫婦共稼ぎ、出産や育児に対する助成や税控除の在り方、二人以上の子持ちに対する特別な補助金の支給などによる出産・育児への意欲の向

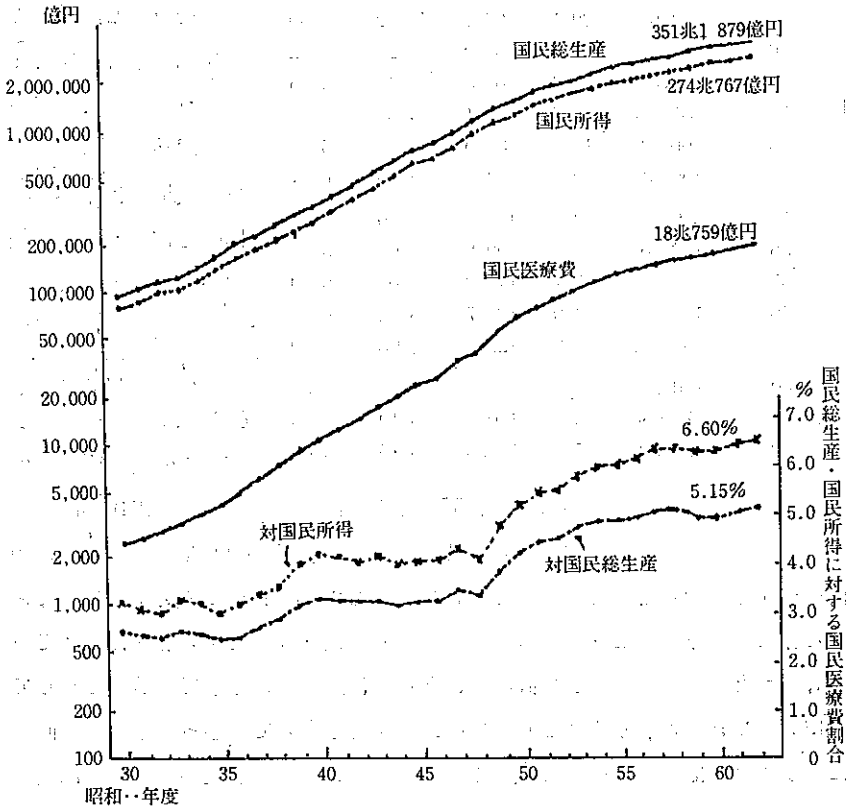


図2 国民医療費とGNP、国民所得の推移

資料：厚生省「昭和62年度国民医療費」

表2 国民一人当たりの医療費
 国民医療費・国民一人当り医療費・対国民総生産
 ・対国民所得割合の年次推移

	国民医療費		国民一人 当り 医療費 (千円)	国民医療費の 割 合	
	総額 (億円)	増加率 (%)		対 国民総生 産 (%)	対 国民所得 (%)
昭和29年度	2,152	—	2.4	2.75	3.26
30	2,388	11.0	2.7	2.77	3.42
35	4,095	13.0	4.4	2.46	3.03
40	11,224	19.5	11.4	3.33	4.18
45	24,962	20.1	24.1	3.32	4.09
50	64,779	20.4	57.9	4.26	5.22
51	76,684	18.4	67.8	4.48	5.46
52	85,686	11.7	75.1	4.51	5.50
53	100,042	16.8	86.9	4.79	5.82
54	109,510	9.5	94.3	4.86	6.01
55	119,805	9.4	102.3	4.89	6.01
56	128,709	7.4	109.2	4.96	6.18
57	138,659	7.7	116.8	5.09	6.39
58	145,438	4.9	121.7	5.12	6.38
59	150,932	3.8	125.5	4.98	6.29
60	160,159	6.1	132.3	4.98	6.30
61	170,690	6.6	140.3	5.10	6.45
62	180,759	5.9	147.8	5.15	6.60

上を図る工夫が必要である。単に、医療や衛生行政等のように期待出来る問題ではない。話は余談となってきただけで本論に戻るが、高齢社会の出現は前述のように老人医療費の高騰を招来し、結果として国家予算を圧迫するようになって来ている。現在国が医療にける負担額は年間4兆円強と言われ、また国民総医療費のGNPおよび国民総所得に対する割合は約5.2および6.6%に当たる。厚生省はこの老人医療費の

高騰に歯止めをかけるために、昭和57年老人保健法を制定し、過去10年間老人福祉法にもとづく自己負担金ゼロの状態から、外来で月800円、入院で1日400円の一定額自己負担金を徴収することに決めたが、これを更に定率性にして自己負担額を上げようとする計画があるらしい。老人問題だから老人保健法で処理しようとする。この感覚に問題があることは、前述の通りである。どうして人口問題にまで追及しようとならないのか。統計を少しでも触ったものなら直ぐにわかる初歩的な問題にすら触れようとしぬ。この感覚がお産にも消費税をかけることになり、この亡国的現象の検討が真剣に行われていないことを示しており、行政が縦割りと言われる所が見られるように思う。繰り返して言

うが、老人問題は決して老人だけの問題ではない。若い世代も問題である。

4 在宅ケアと家庭教育

同様な問題が、要介護老人、痴呆性あるいは寝たきり老人の家庭での介護にも当て嵌まる。以下に自験例を紹介したい。これは私が1970年代から診ている患者の話である。最初は肺結核で受診していたが、殆ど健康生活の出来る程度にまで回復していた。その後、嫁いでいる娘を頼って奥さんと共に数年間米国に滞在している間に、再発し結核治療に不慣れなところで新たな治療を受ける結果となり、著しい全身の衰弱と肺機能の障害を起こし止むを得ず帰国して来た。帰国後市内の病院で入院治療を受けて再び回復したが、その時点で結核の後遺症としての強い肺機能不全が残り、呼吸困難と食欲不振による強い全身衰弱を起こしていた。退院後はしばらくは当医院に通院しながら経過を見ていたが、約3～400mを歩くことすら不可能となり、段々と寝たきりの状態となってしまった。その間、72歳の患者を介抱するのは74歳になる奥さんだけであった。40歳前後の息子と娘等はそれぞれ結婚して、神戸市外に子供（孫）と一緒に生活している。このような状態でも介抱は疲れ切った高齢の奥さんがただ一人である。その後も、再度にわたって入院を繰り返したが、いずれも治療不要と言うことで2～3カ月で退院させられてしまう。患者は頑固な爺さんであり、奥さんも負けず劣らずのところがあるが、時々顔を見がてら往診に行く小生に愛想を言う気力もない。ある日、「もう老人ホームへ入れようかと思う」と息子共々で相談にきた。患家には息子の家族が同居できるくらいの部屋数はあるので、「いいえ、子供達に家族の面倒は家族で見ることを教えておかないと、将来、奥さんや息子さんが寝込んだとき一体孫たちはどうするだろうか。いま、お爺さんに対する親のやり方を見ているに違いない。施設に入れる前に家族が皆で介抱に努力をじている姿を見せておくことが大事だ」と教えておいた。その後確かに息子、娘達夫婦が順番に介抱に来ていたし、米国に嫁に行った娘も帰国して介抱していた。皆一様に親の面倒を見られたことに感動していたようであったが、残念な

ことに一度も孫達の姿を見ることは出来なかった。

教育には学校でするものもあるが、家庭でないと出来ない大切なものもある。このような子供（孫）達は、きっと親の面倒は施設で見ると思い込んで成長してしまうだろう。切角の貴重な教育の場を逃がしてしまったことを残念に思うと共に一体将来をどのような親が出来上がっていくのか不安感の湧き起るのを禁じえなかった。

今の社会には机上の習得のみを教育と勘違いしている所が多いように見える。大人自身もまた、自らの経験の価値が自覚出来ていないように見える。やはり、家庭も含め、社会全般に真の指導力、指導層が欠けていると考えざるを得ない。これでは将来、社会や家庭に対する判断力や評価能力を培うことは不可能となり、更には善悪の判断、思いやり等の感覚など円滑に社会生活を送るための基本能力の育成は不可能になってきはしまいか。

5 医療機能、受診のための医療機関の選択について

世の中には、風邪引き、怪我、風疹や麻疹（はしか）などの急性伝染病や胃腸炎、胃潰瘍など、必ずしも入院治療を要しない疾患を主として診療する医療機関もあれば脳手術、心臓手術、肝臓手術などに対応出来る高度医療機能を持った大病院などがあり、また、それらの中間の機能をもった病院などが沢山ある。また、医師も成りたてから超ベテランまでこれもピンからキリまでいる。しかし、どれが必要でどれが不要かは言うことが出来ない。大病院のベテラン医師が軽い風邪引きや腹痛の診療に追われ、また尿や血液の検査など雑用に追い回されるようでは高度医療に専念するわけには行かない。当然、それぞれに見合った診療を行ってゆくことが必要である。自らの機能に見合った医療をしてゆくこと、これを「医療の機能分担」と言い、医療機関それぞれが分にあった医療を分担しあうことを「連携」と言う。それは病院同志のこともあれば、病院と診療所間のこともある。市民がもし病気にかかった時、自分で最も適した医療機関を容易に選ぶことが出来れば連携も分担も簡単なことである。も

し、自分の病気に適していると判断しても受診しても、診察の結果は思ってたよりも重症である場合には診療所からそれに見合った病院に依頼して入院なり必要な検査、診察などをお願いすればよいからである。しかし、この簡単な管の連携が日本では不思議にうまく行かないのである。

これには合理性より利便性を優先させる日本人の国民性と、明治以来の医療の体質が原因となっている。誰でも、いつでも、どこにでも受診できる習慣が出来上がっているからであり、また、医師側にも、通院中は自分の患者であり一切は自分の責任において処置できるとの考えが強く存在し、治療するか、治療を放置するまで、患者は自分のみの管理下にあると考える。自らの医療機関を治療の終着駅と考え、連携医療の意識が薄い。また、市民にしても、どの医療機関がどういう病気を専門としているかが判らないままで今日に至っている。

この連携医療、機能分担は現在でも、未だ言葉のみが先行しているのが実情で、一般診療所や病院の先生方の中にもこの連携や機能分担の概念が十分に浸透しているとは言えない状態である。ましてや、一般の人々にとっては、まだ何のことがよくわからないと思うので、もう少しこの事について説明しておきたい。

6 医療機関の機能分担と病診連携について

医療計画によれば、医療を次の3群に分類している。……

- 1) 1次医療：入院治療を要する程には重くなく、市民の生活に密着している医院（診療所）、即ち1次医療機関がこれに対応する。
- 2) 2次医療：入院が必要であるか、または、ある程度専門的な外来診療が必要な場合で、市内の多くの病院（2次医療機関）がこれに対応する。
- 3) 3次医療：高度医療が出来、救命救急を受け持つ3次医療機関で、中央市民病院がこれに当たる。

実際には1次医療機関や2次医療機関の中には、2次に近い医療機能をもつ

図3 兵庫県の2次医療圏

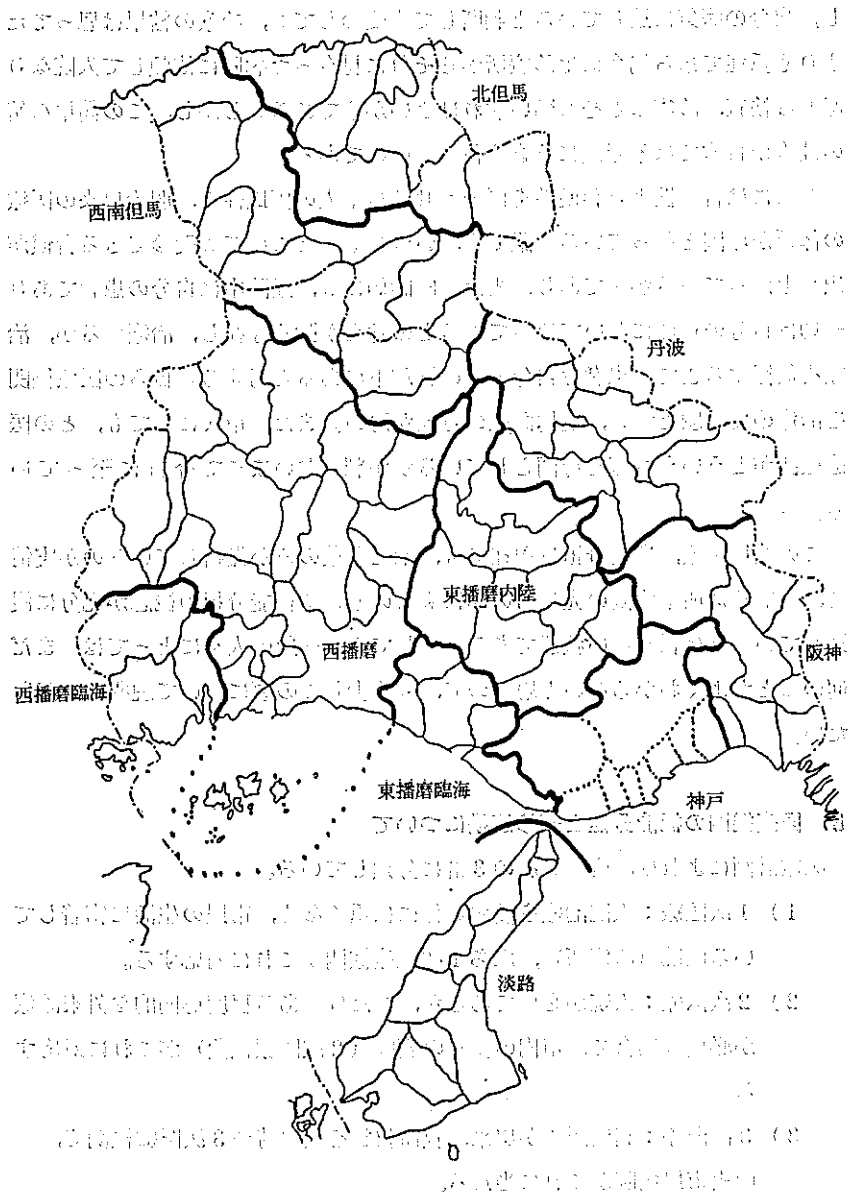


図3 兵庫県の2次医療圏

ている診療所があったり、あるいは部分的に3次に近い高次医療の出来る病院もある。昭和59年、医療法の改正によって新しく医療計画と言う条項が設けられた。これによれば各都道府県で2次医療に対して幾つかの医療圏を設定し、それぞれの医療圏域ごとにその圏内で必要な病院のベッド数を決めることになった。今年の3月で全国都道府県でこの医療計画の策定が終了したが、兵庫県では昭和62年4月、全国に先駆け計画の策定を行った。これによれば、図3のように県下を10個の医療圏に分け、それぞれの圏域で必要病床数と言うものを決めた。即ち、その圏域の2次医療に対しては、これ以上の病院ベッドは必要ないと言うものである。神戸市は単一で1医療圏を形成しているが、その必要ベッド数は13,466床となっている(実際には本年7月で既に15,290床あり、1,824床は過剰ベッドと判定されている)。これ以上に病院を新設したりベッドを増やしたりすることは原則的には出来ないことになるわけである。もし病床を増やしたり、病院を新しく開設しようと思えば、兵庫県医療審議会の了承が要り、それによって始めて可能となる仕組みに変更されたのである。このように必要病床数を決める医療計画なるものが法を改正してまで行われた理由は、前述した老人人口の増加により老人医療費が急激に高騰して来たことにある。年々の医療費が約1兆円ずつ増加して行く原因にこの老人医療費、しかも入院費用が大きくかかっていることによる。法改正の当時わが国の病院ベッドは全国で約150万床以上もあり、厚生省ではこの内20万ないし40万床を過剰で不要なベッドと判断し、この分を老人専用の施設(老人保健施設……病院と異なり一般の治療は行われぬ)への転換を図る一方、新しい病床の増加の制限を計画した訳である。つまり、医療費の多くかかる老人病院の病床の一部を収容費用が一定額で、安値な老人保健施設へ転換し、これによって医療費の増加を制約しようと思図したわけである。

しかし、その計画に反して改正法の施行に前後して、いわゆる「病院のかけこみ新設、増設」が起り全国で数万床の増床が生じてしまったが、法改正の

意図はともかく、各医療圏における病床の増加及び病院の新設は原則として認められなくなったことは事実である。この必要病床の概念は逆の医療の在り方を関係筋に問いかける結果となり、医療計画策定時、法で言う任意的記載事項に盛り込まれている病診連携や医療機能の分担、更に医師の生涯教育などが真剣に論議されるようになって来た。

7. 医療、医師会の将来像

病院ベットの増設規制を契機として、各病院、診療所等がお互いに医療機能を弁え、それぞれの機能にあった医療を行い、また、医療機能ごとに連携して行くという病・診連携（病院と診療所との連携）あるいは病・病連携（病院間の連携）などの概念が確立して来つつある。

診療所は1次医療に専念し、より高次の医療は2次あるいは3次医療機関へスムーズに紹介出来る一方、2次あるいは3次医療機関はそれぞれの機能が軽症患者によるオーバーフローによって麻痺することがないように機能の分担をして行くことになる。例えば、中央市民病院が風邪引きや単なる腹痛などの患者で病院本来の3次機能が充分に行えなくなることを回避し、一方、診療所では治療することが困難な重症の患者をそれに見合った2次あるいは3次病院へ容易に転院出来るシステムを構築しようとする一方、更には、まだまだ言葉のみが先行している現状ではあるが、これを契機に新しい医療、即ち、従来のように、請われて始めて提供するという医療の提供姿勢から病気の予防、治療は勿論、病気による身体機能の低下に対して、発症の早期からのリハビリテーションを実施あるいは指導し、また適当な介護を行政との連携によって行う「地域包括的医療あるいは在宅ケア・システムの構築」の方向に向かって遅々としたテンポであるが歩み出そうとしている。

都市における保健・医療・福祉の連携

松原 一郎

(関西大学助教授)

1 厚生白書にみる連携の動向

保健・医療・福祉の連携がこれら各分野からうたわれ、また中央からの政策課題として唱えられて久しい。とりわけ、ねたきり老人等いわゆるクライアントの処遇をめぐるケース・カンファレンスのような現場レベルでの連携は、ずっと以前から存在してきたものである。しかしながら、このようなクライアントにかかわりのある実務者のレベルでの連携をより普遍的にみられるものとし、かつ制度化しようとする試みは、むしろ最近の傾向として認められよう。

また、クライアントのレベルにとどまらず3つの分野の施策（プログラム）の有機的連関を求めての連携への動きとなるど、むしろ緒についたところというてよい。

こう考えてくると、一口に保健・医療・福祉の連携と言ったところで、いくつかのレベル（次元）とその深まりの程度というものが設定され、さまざまなバリエーションと進化を想定することが前提として肝要である。そこで、ここ数年間の連携にまつわる動向を厚生白書からピック・アップし、バリエーションと進化を見る一助としたい。

保健・医療・福祉サービスの展開をサービス供給のネットワーク化、とりわけ地域保健医療のシステム化の視点からとりあげたのは『厚生白書（昭和60年版）』であった。それは、「人々の多様なニーズに対しサービスの供給側が適切にこたえていくためには、供給主体である保健医療関係施設や福祉施設等の役割を明確化していくとともに、第一次的なサービスの供給から専門性の高いサ

サービスの供給までを有機的にネットワーク化していくことにより、それぞれの
ニードにふさわしいサービス提供が可能となるような仕組みをつくっていく必要¹⁾
がある」とし、具体的には「高度な医療機能を有する病院に軽症の患者が多数来院し、
病院側はそういう患者の対応に手が割かれるために、本来の高度な医療機能が
十分発揮されなかったり、本来プライマリ・ケアを担うべき診療所に高額²⁾の医療
機器が導入され大きな経済的負担になるなどの状況」の改善を指摘するのである。
つまり、この白書においては、まず、各医療機関の機能の明確化（＝機能分化）と連携強化の必要を述べているのである。
『厚生白書 61年版』は、さらに一步踏み込み、「保健、医療、福祉という個別の
分野で完結するサービスから相互に連携のとれた総合的サービスへ」という方向
でサービス供給体系の改革をうたっている。とりわけ①施設サービスに比べて
相対的に立ち遅れている在宅サービスの拡充②施設（病院）が在宅か、という
二者択一のサービス提供でなく、地域内で施設サービスと在宅サービスが
相互に乗り入れる地域ケアの充実③保健・医療・福祉サービスの連携による
一貫したサービスの提供、という方向にむけての転換がその骨子となる。³⁾
（具体的には、医療分野において、入院治療から、地域及び家庭における医療
へのシフトを促し、在宅療養での日常生活指導の重視が言われ、在宅ねたきり
老人を対象とする、医師による訪問診察・指導管理、病院・診療所におけるデ
イ・ケア等のための老人診療報酬の改定（S.61.4）が行なわれた。）
また、老人保健制度による在宅要介護老人の地域ケアへの取り組みとしては
保健婦の訪問指導がよく知られるところである。
さらに、この『厚生白書 61年版』で銘記すべきことは、連携の活動の対象者
として、精神障害者を挙げたことである。昭和61年7月に公衆衛生審議会から
出された「精神障害者の社会復帰に関する意見」を引用し、地域保健医療・福
祉システムの確立、特に、自治体レベルでの衛生部門と福祉部門の密接な連携
を今後の精神障害者対策のすずめ方の一つの柱としてとらえている。
要するに当白書では、保健・医療・福祉サービスの連携を市町村の役割を中
心に据えながら、地域におけるサービスの体系化として図っていくと述べて

いるのであり、そのための足掛かりとして、①地域における保健・医療・福祉の各種情報の一元的提供や②専門的機関とのネットワーク（保健所、福祉事務所、福祉関係者、医療関係者等が中心となって構成される各種サービスの連絡調整を行うための会議の開催を意味する）を提言している。

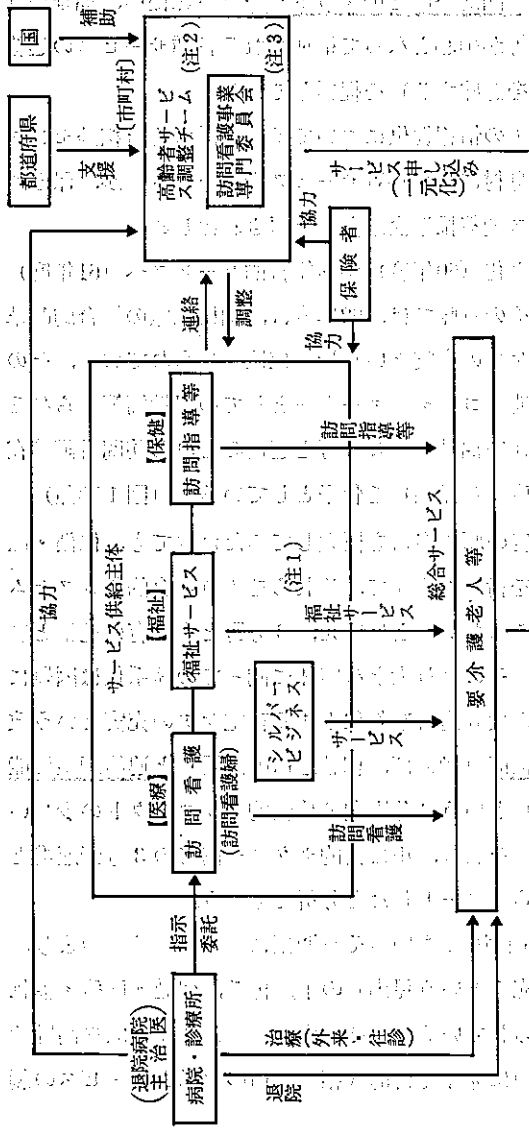
これを受けて翌年度から、①の情報提供については「高齢者総合相談センター」が、また②については市町村に「高齢者サービス調整チーム」が、保健所に「保健所保健・福祉サービス調整推進会議」が設置されはじめた。

サービス供給のネットワーク化（60年度）から総合的サービスへ（61年度）と移ってきたわけであるが、その意味では、62年度は、国民医療の総合的改革を目標とする動きの中に在宅ケアの充実という形で位置づけられており、その内容も①在宅医療（家庭医機能とコーディネーターとしての保健婦等からなるチーム医療）と②訪問看護（在宅福祉サービス等と連携のとれた訪問看護等在宅ケア推進モデル事業を63年度より開始）を骨子としている。（図1参照）

このように60年度から62年度の厚生白書を概観してみただけでも、保健・医療・福祉の3分野の機能特化を行ったうえで、それらをより総合的なシステムへと形成しようとする流れがみられる。とはいえ、3分野とも固有の性格と歴史的経緯を有しているだけに、そのより大きな実体に向っての体系化は困難に満ちている。そこで、高齢者の要介護者を対象とする在宅ケアの充実という政策領域に的を絞り、情報提供機能（例えば、相談窓口の設置）と連絡調整機能（調整チーム等の機構づくり）という3分野間の比較的コンフリクトの少ない機能から連携を画っていった。それも、正に公的セクター内での3分野連携という手のつけやすいところからスタートしたと分析できよう。

この動向は、『厚生白書 63年版』でもいっそう明確になっている。つまり、老後生活を支えるサービスの充実という見出しの下、再び、保健・医療・福祉サービスの連携と充実が掲げられているが、その中味は、①「総合的な高齢者施策の推進」であり、もう一つは②「総合的な相談窓口の整備とサービスの調整」である。

①については、これまでのシステムづくりの意図を再び説明している。重要



(注1) 福祉サービスの内容

①ホームヘルプサービス、②入浴サービス、③給食サービス、④おむつサービス、⑤日常生活用具の貸与等、⑥ねたぎり老人用居室整備等

(注2) モデル地区の市町村の高齢者サービス調整チームの主要メンバー

市町村の老人福祉・保健・医療担当者、市町村及び保健婦、福祉事務所保健所のワーカー、医師等医療関係者、老人福祉施設職員、家庭看護員、病院関係者、看護協会職員その他のメンバー

(注3) 訪問看護事業専門委員会のメンバー

都中医師会、市町村、保健所、訪問看護婦、訪問看護受託機関

図1 訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業4)

なパラグラフだと考えられるので、ここに引用しておこう。

身体機能が衰えた高齢者にとって、保健・医療・福祉サービスは程度は異なるものの基本的に確保されなければならないものである。しかしながら、実際に各種のサービスを利用する場合、利用の手続きが煩雑であったり、医療から福祉、福祉から医療というように分野にまたがるサービスを利用しようとする場合に相互の連携がなかったり、サービスに空白状態が生じたり、きめ細かい対応がなされているとはいえない等の問題が指摘されている。サービスの効果を高め、あるいはお互いに補完しあえるように、地域において保健・医療・福祉が一体となって総合的なサービスの供給を行えるシステムづくりが求められている。⁵⁾

総合的な高齢者対策を推進していくためには保健医療部局や福祉部局という従来のタテ割り型行政組織の再編が当然、その手だてとして浮上してくる。事実、厚生省は昭和63年7月に保健医療局老人保健部と社会的老人福祉課を統合し、大臣官房に老人保健福祉部を設けた。

上述の②の点については、a)「高齢者総合相談センター」(都道府県レベル)やb)「高齢者サービス総合推進会議」(都道府県)、c)「高齢者サービス調整チーム」(市町村)、d)「保健所保健・福祉サービス調整推進会議」(保健所)が設置され、a)は個別相談及び市町村のバックアップならびに情報システムの普及を業務としており、b)は企画・立案・指導・助成がその仕事とするところであり、cとdにおいては、個別事例の処遇・対応の検討を行うことになっている。

2 連携を必要とする背景

ここ数年にわたる3分野間の連携は以上のような経緯としてスケッチできるが、連携を推進させるにいたった要因は何かと考えると、次の3つが挙げられよう。

① 財政的要因、② 健康観の変容、③ 社会福祉改革、の3点であるが順に検討を加えていくことにしよう。

(1) 財政的要因 石本忠義によれば、世界の国々で実施されている医療・保健サービスは大きく3つに分類される。⁶⁾

- ① 医療保険方式と自由医業制：日本、西ドイツ、フランス、オランダ、オーストリア、アメリカ、カナダ、オーストラリア
 - ② 保健サービス方式と国営医業制：イギリス、イタリア、スペイン、デンマーク
 - ③ 医療保険・保健サービス混合方式と公営医業制：スウェーデン
- 日本をはじめ多くの国が採り入れている①の医療保険方式と自由医業制のタイプには、次の8つの特徴があると石本は続ける。⁷⁾

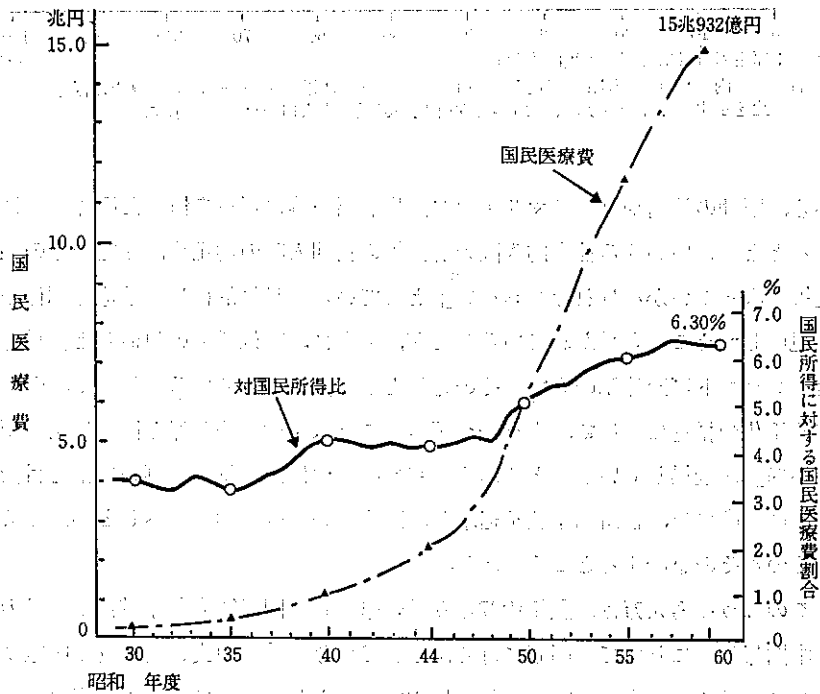
- ① 資本主義諸国におけるもっとも典型的なもので、医療給付が医療保険という社会保険方式によって提供されるのに対して、医療サービスの供給が自由医業の原則にもとづき、公私の医療機関によっておこなわれる。
- ② 公的医療保険のほか民間医療保険の併存を認めている場合が多く、また保険医療機関のほか自由診療をおこなう医療機関がある。
- ③ 医療保険から保険医療機関に支払われる出来高払い方式を原則としている。
- ④ 医療給付率は通常70～100%で、一部負担がかなり高い。
- ⑤ 医療保険の財源は、被保険者と使用者の保険料が中心で国庫補助金が一部導入される。
- ⑥ 病院などの建設や医療従事者の養成および配置は、厳格な計画にもとづいたものではない。
- ⑦ 医療保険の運営は、通常労使の代表される組織（疾病金庫、健康保険組合、共済組合など）によっておこなわれる。
- ⑧ 医療保険の対象者は必ずしも全国民ではなく、全人口70～100%である。

これら3つのタイプの異同について述べることは本論の主旨ではなく、むしろ重要なことは、3つのタイプとも共通して、医療保障制度の急速な拡大（1960年代後半から70年代前半）から費用抑制策の実行（70年代後半から80年代）へ

の流れが認められることである。そしてその結果、医療保障制度は各国ともおしなべて、新しい方向の模索を迫られていると石本は述べている。それは、高度の病院医療を中心とした医療サービスの保障からプライマリケア、在宅ケア、デイケア、ナーシングホームケアなどの重視へという動きに集約される。

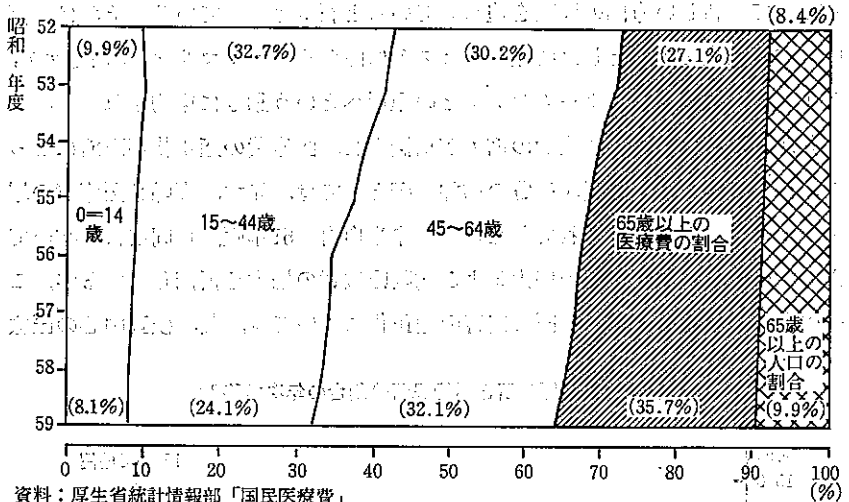
わが国においても、医療費の増大が指摘され、医療費の適正化が政府によって叫ばれてきたが、国民医療費の増加要因としては、先ず、高齢者医療費の増大がトップにとりあげられてきた。（『厚生白書 61年版』）同白書は次いで入院医療費、高額医療費の増大および病院医療費の増大を指摘しているが、この傾向への歯止めとして「医療内容の適正化については、薬、検査中心の医療

図2 国民医療費と対国民所得割合の年次推移⁹⁾



資料：厚生省統計情報部「国民医療費」

図3 一般診療費における年齢階級別構成比の年次推移¹⁰⁾



から、医師の技術やプライマリ・ケア、生活指導等に重点を置いた医療へ転換するとともにいわゆる社会的入院の解消等の長期入院の適正化、在宅医療の推進等⁸⁾を図っていかなければならない」としている。具体的には、診療報酬体系の見直しがそこから導かれているのだが、さらに、薬価基準の見直しと指導監査、レセプト審査体制の充実もその方途として列挙されている。加えて、医療費適正化の推進にむけて、もう一つ重要なことは「効率的な保健医療供給体制の整備」が登場していることである。包括的な保健医療供給体制の整備を目指していく際には、経済効率性を追求し、医療費の膨張を抑えるべしと強調しているのがその意味するところである。

このような考え方は、翌年1987年6月の厚生省の国民医療総合対策本部の『中間報告』においても明確に打ち出されており、「質の良い効率的な医療サービスの供給」が今後の医療改革の目標であるとしたうえで、老人医療のあり方の見直しにプライオリティーを置いている。その一環として在宅医療サービ

スの拡大（「委託方式」による訪問看護制度など）が、ホームヘルプサービスなどの在宅福祉サービスとの連携ではじめて功を奏するという視点が政策担当者からも示されている。¹¹⁾ 日本における医療費の急増は、高齢化・人口増加・疾病・診・薬の連携の欠如、薬価差益（1兆3,000億円—1987年）、欧米に比べて病院スタッフの少なさ（と長期入院傾向との相関関係）等々、医療費増大の原因を探る事象は枚挙にいとまはない。それにもかかわらず主犯は老人医療だとされ（図2と3に見るように）断罪されたと言っても言いすぎであろうか。

(2) 健康観の変容
 保健・医療・福祉の連携が必要となってきた背景には、医療改革があげられ、その柱の1つとして医療費とりわけ老人医療費の抑制があげられることを前項で指摘した。しかしながら、医療改革は「医療費適正化対策」のみにとどまらず、医療供給体制や医療サービスのあり方など国の「医療システムの基本」まで踏み込んだ議論を含むものであり、とりわけ、健康観の変容が医療システムの変革を必然としていると言えよう。

急性疾患への治療を主眼としていた医療システムとそれを支えた健康観（疾病観）では成り行かなくなってきたのが、成人病をはじめとする慢性疾患中心の今日であり、プライマリ・ケアを重視しないことには、健康の全体像をとらえきれない。このことは、プライマリ・ケアのみならずリハビリテーションについても妥当する。健康増進・発病予防の第一次予防、早期発見・早期治療の第二次予防、そしてリハビリテーションという第三次予防という3層の医療システムの構想はまさに新しい健康観を反映したものであり、これら3層にとりくむ際、従来の狭義の治療本位の医療のみでは立ち向かえないことは明らかである。保健・医療・福祉の連携が必然となるゆえんである。

疾病とりわけ臓器レベルの対応から日常生活動作レベルへの対応へ、さらには生活習慣・生活問題・社会関係という全人性および社会性の高いレベルへのアプローチは、予防から予後へという時間的拡まりとともに、3分野の協働の取り組みをシステムとして要請するのである。

（8）社会福祉改革 社会福祉の分野は、保健・医療と密接な関係にある。従って、本稿においては、保健・医療・福祉の連携の経緯と必要性の要因を主に保健・医療の側から見、それらが福祉の分野をとり入れるようになってきた転換期としてとらえてきた。逆に福祉の分野からヘルス分野を組み入れる必要が生じてきた事情は、社会福祉制度が今大きく変わりつつあることから説明される。今、社会福祉は大きな制度改革を迎えている。紙幅のつごうで詳細に検討する余地はないが、その流れは、①一般化・普遍化 ②総合化・体系化、③重層化 ④多元化として把握される。その流れを戦略的課題としてとらえたとき、福祉関係三審議会合同企画分科会の「意見具申」（1989.3）にもあるように次の6点が列記される。①市町村の役割重視 ②在宅福祉中心 ③民間福祉サービスの健全育成 ④福祉と保健・医療の連携強化 ⑤福祉の担い手の養成と確保 ⑥福祉情報の提供システムの確立 である。社会福祉制度の改革、なかんづく、高齢化社会対応としては、年金においては、基礎年金を中心の改革を行い、医療については、国民医療対策大綱をはじめとして、老人医療を再編してきた。しかしながら、福祉サービスのあり方についてはその改革は始まったばかりであり、とりわけ在宅ケア・サービスの供給について制度を確立したわけではなく、老親扶養に関する国民のコンセンサスづくり（ひいては民法改正を含むことに果してなるのか？）をはじめとしてケア・サービスのシステムづくりが今後の大きな課題となり、かつそれは危急のものである。要介護老人は、1985年現在で、ねたきり老人が約60万人、在宅の痴呆性老人が約60万人（入院入所は約20万人）いるともいわれ、あと10年もすれば、その数は、それぞれ100万人を超えると推計される。従前の家族頼みと福祉サービスを用いての補完というアプローチでは立ち向えないことは明らかであり、3

分野の連携が必至ということが、理解できよう。

3 都市における連携にむけて

(1) 三鷹市にみる連携のあり方

保健・医療・福祉サービス供給体制のあり方を考える際、その問題点を適確に把握し、実践を通じて、その課題を克服していくことが重要であることは、いまさら言うまでもない。これまでも、いくつかの地域や自治体における連携にむけての取り組みが先進事例として紹介されたが、中核となる組織が立派であったからとか、だれだれという人がリーダーシップを発揮したのでうまくいったという個別事例の自己完結的な説明が付されることが多く、供給システム論として普遍性のある理論の構築には、まだまだ程遠いものがある。また、この普遍性が得がたい理由の一つとして、地域特性を捨象したアプローチが多い

図4 日常生活上の問題点と対策¹³⁾

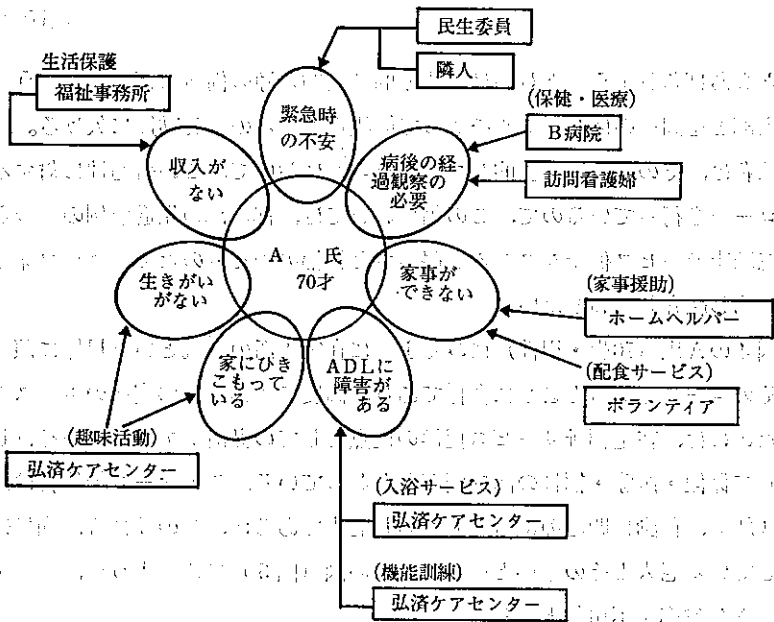
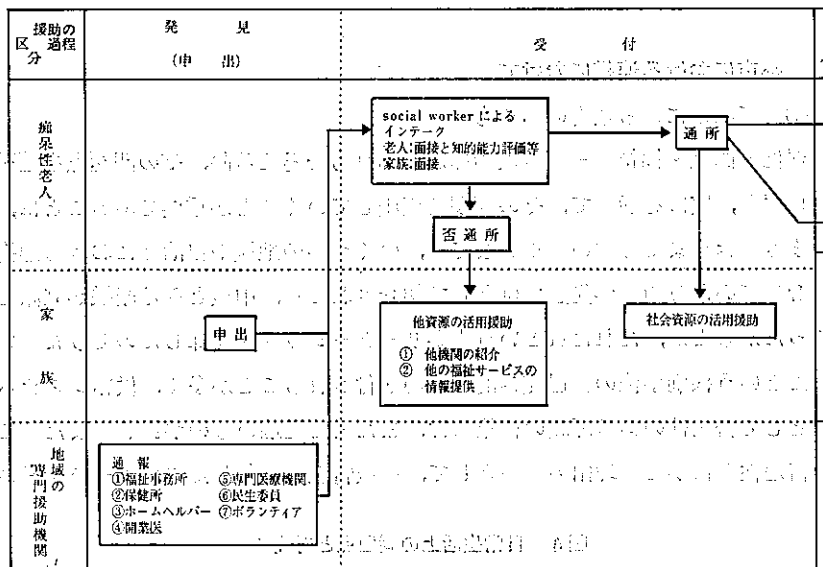


図5 ケアセンターにおける痴呆性老人への援助過程¹⁴⁾

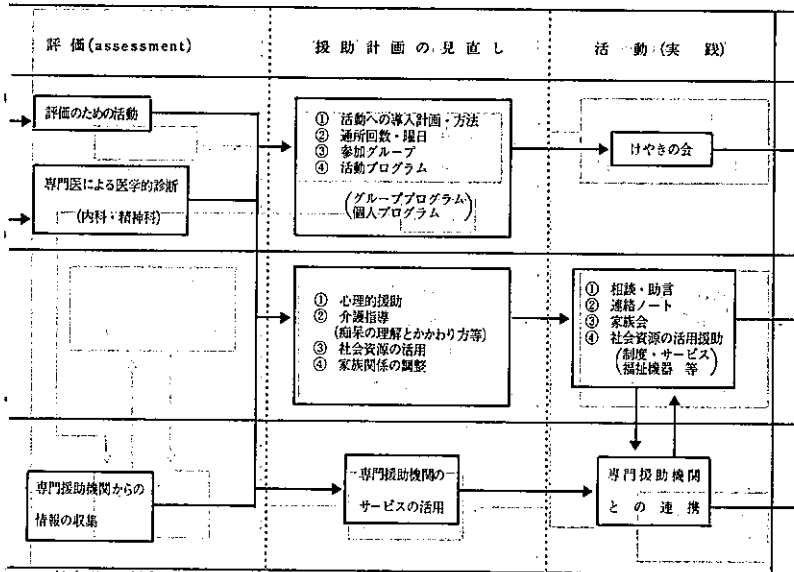


次頁に続く

こともあげられよう。とりわけ、比較的社会的資源の備った都市部とそうでない郡部とを同一の供給モデルをもって解決策とするのは実効性に欠ける。

筆者は、その著書『社会的ケアシステム』¹²⁾において、この普遍性に対するアプローチを行っているので、この稿においては、都市部の先進事例の一つとして三鷹市サービス供給システムを限られた紙幅のつごうのため、グラフィックに要約し紹介しておきたい。

図4のA氏(70歳・男性)にみるように在宅生活の継続という目標に照らしてそのニーズを見るとまさに多様であり、高度でもある。事実そのニーズ充足のためには、在宅福祉サービス提供の拠点としての弘済ケアセンターをはじめとして保健・医療・福祉の諸機関がかかわっている。このケースの場合は、身障4級で、移動に問題のある一人暮らし老人であるが、この他にも、痴呆性を呈している老人とその家族となると、次の図(図5)にみるように、システムチックな対応が不可欠となる。



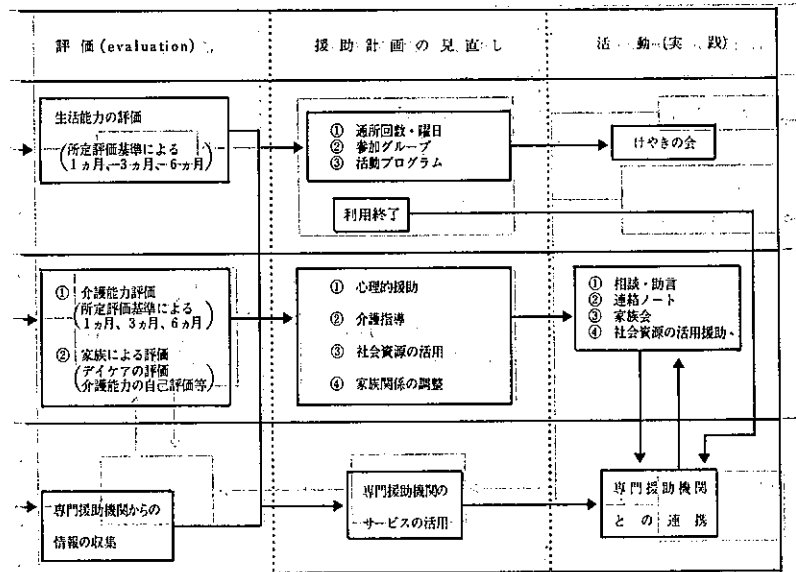
次頁に続く

ところで専門援助機関の働きが大きいことは図5でも理解できるが、これら機関の単独の援助ではなく、協働のはたらきが、サービスの総合性を生みだしているものであり、そこでは機関間のネットワークが欠かすことができない。

(図6参照)

三鷹市における保健・医療・福祉サービスの体系化は、その歴史が古く、難病検診から始まった。医師会の強い協力の下、各種機関が独自の機能を発揮しながら、互いの調整をはかってきた。情報伝達、フェイス・トゥ・フェイスの接触をはじめとして、管理職のみならず実務者のレベルまでこのコミュニケーションのネットワークが進み、具体的には、地域ケア連絡会、訪問看護婦等連絡会、地域精神衛生連絡会という実体を伴った調整・協働・ケース対応等の諸機能を果たす組織が生まれ稼働している。

保健・医療・福祉の都市における連携の一つの先進モデルとして三鷹市の地域ケアのケースは、既に報告書『在宅痴呆老人の地域ケアに関する研究と実



践」に詳しく紹介されているので、これ以上のコメントは不要であるが、3分野の連携の具体化にむけては、「在宅老人援助記録」のような共通の記録様式（個人データ）をはじめとして、とりわけアセスメント機能（送致の権能も含む）の充実ならびにケース・マネージメントの一本化がこれからの焦眉の領域ではなからうか。

(2) いくつかの提案

③最後に結論にかえて、連携を深める方途をいくつか提案し、結びとしたい。――節で見てきたように、3分野の連携は、相談窓口・情報提供の部分と、各種組織（とりわけ庁内部局間の連絡体）の発足というところを足掛かりにスタートした。これをより実のある連携にしていくには、前者については、3分野に共通する用語――例えば、クライアントの生活態様やニーズを記述する方法――を模索する方向で、ニーズ・アセスメントや（対応後の）エバリュエーションがより現実のものとなってこよう。何よりもスタンダード化された共通の

都市における保健・医療・福祉の連携

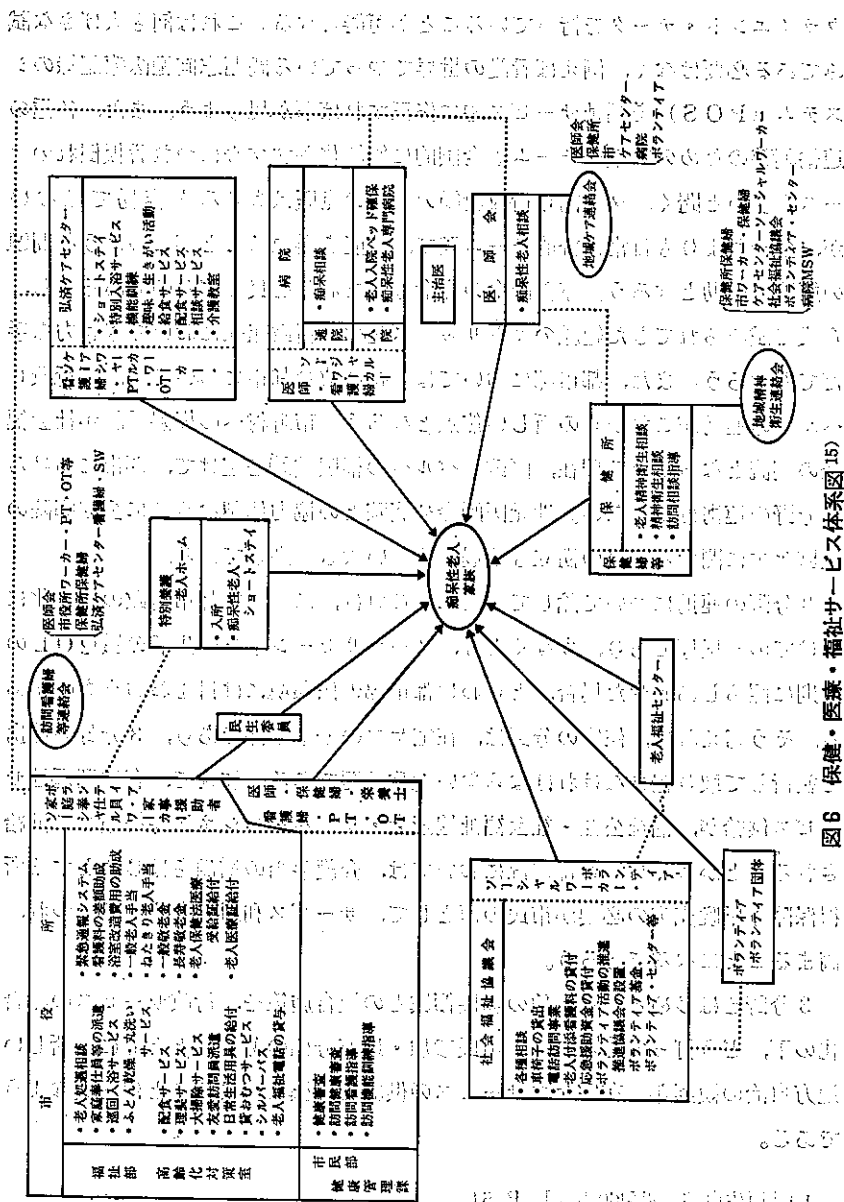


図6 保健・医療・福祉サービス体系図(15)

クライアント・データを持っていることが可能となる。これは何も大げさな試みである必要はなく、例えば看護の世界でやっている問題志向型医療記録のシステム（POS）を福祉サービス型に修正すれば事が足りよう。また、各種の連絡調整のための会議やチームも全国的に組織化がすすむにつれ看板倒れのケースも多いと聞く。タテ割り行政組織の欠陥の克服はもちろん容易ではないが、会合型よりも日常継続的チーム型で、権能を委ねることがこのような問題の解決の一助となろう。兼務辞令の発令も足まわりを良くするのであろうし、企業で試みられてきた組織のマトリックス化は、行政組織においても有力な手だてとなろう。また、都市部においては、特に政令都市においては、区行政レベルでの連携がこれからの新しい焦点となろう。市町村への権限委譲が社会福祉の潮流となっている現在、区政レベルへの権限委譲を避けて、都市における3分野の連携は語れない。地元医師会や病院との協体制ならびに公立病院の地域ケアに関わる方針の樹立も看過しえない大きな課題である。

3分野の連携について論じてきたが、これは、あくまで都市行政の総合化にむけての一里塚であり、少なくとも、ノーマリゼーションや生活の質QOLの原則に照らしあわせた場合、とりわけ都市部の住環境には目をおおうものがある。そう考えれば、住宅の分野は、在宅ケアの基本条件であり、3分野の連携と並行して取り組まなければならない行政課題である。加えて、有償型福祉サービス供給が、福祉公社・社会福祉協議会・シルバービジネス等を通して供給されることが多くなった都市部においては、介護手当の増額をはじめとする所得保障も早晩充実の必要が市民の声として、サービス利用が多くなるにつれ、高まることになるであろう。

3分野をはじめとした、他の隣接領域との複合施策を、行政サービスの総合化の下、どう打ってでるのか、市民参加・地方分権のあり方とともに、新しい地方自治の模索が、在宅ケアサービスの供給を契機に始まることは確実なようである。

- 1) 『厚生白書 昭和60年版』 P.54
- 2) 同上 P.54～5

- 3) 『厚生白書 昭和61年版』 P.48
- 4) 『厚生白書 昭和62年版』 P.129
- 5) 『厚生白書 昭和63年版』 P.80
- 6) 石本忠義「世界の3タイプとシステム変革—医療・保健サービスの国際比較」水野肇・山田絃祥著者代表『ライフスタイルの管理と創造』（日本の組織 11・健康とレジャーの組織）第一法規、1988、P.33
- 7) 同上 P.33
- 8) 『厚生白書 昭和61年版』 P.135
- 9) 同上 P.126
- 10) 同上 P.127
- 11) 荻島國男「中間報告のねらい」（特集“医療改革はどう進む”）『医療'87』3:9、1987、P.16~19
- 12) 松原一郎・上野谷加代子・高田真治編『社会的ケアシステム—高齢者福祉の計画と実践』全国社会福祉協議会、1988。
また、松原一郎「地域福祉のネットワーク」右田紀久恵・松原一郎編『福祉組織の運営と課題』（地域福祉講座2）中央法規出版、1986をも参照されたい。
- 13) 弘済ケアセンター所長橋本泰子氏からお教をいただいた。
- 14) 日本生命財団『在宅痴呆性老人の地域ケアに関する研究と実践—東京都三鷹市東京弘済園』（老人福祉助成レポート№4）P.118~120
- 15) 同上 P.45~6

医療経済からみた国保財政

大 竹 文 雄
(大阪府立大学講師)

1 はじめに

わが国は、急速な人口高齢化に直面しているため、現在様々な制度改革が行われつつある。消費税の導入をはじめとする税制改革は、高齢化社会に対処するために行われたとされている。また、年金制度の改革も重要な検討課題となっている。医療保険制度においても、昭和58年に老人保健法が施行され、昭和59年の健康保険法改正により退職者医療制度の創設が行われた。特に、国民健康保険制度(国保)は、市町村が保険者となって運営する地域保険であるため、国保のありかたは地方自治体と密接な関係をもっている。

本稿の目的は、国保の機能、特徴、役割を経済学の視点から説明し、国保財政のしくみと問題点を指摘することにある。特に、医療費の地域格差と国保財政のあり方を議論する。本稿の構成は次のように展開される。まず、次節において、国保の機能と特徴をまとめる。第3節では、国保財政の構造と問題点を指摘し、第4節で、医療費の地域格差の問題を取りあげる。最後に、医療費の地域差の発生要因と国保財政のありかたを議論する。

2 国保の機能と特徴

(1) 医療保険の特殊性 — 逆選択とモラルハザード —

一般に、保険とは、被保険者が一定の保険料を支払い、保険事故が発生した場合に一定の経済的保障を受ける制度である。医療保険は、発病と病気ともなう経済的損失を、保険事故のリスクとした保険である。

しかし、医療保険を民間保険で行うと次のような問題が生じてくる。民間保

険では、保険料は被保険者の保険事故発生確率をもとに計算されている。いま、保険会社が医療保険に加入する個々人の健康について十分な情報をもたないか、その情報取得コストが高いとすると、保険会社は、年齢・職業などのかなり太ざっぱな分類によってその保険リスク(病気になる確率)を予想して保険料を徴収する。その意味では、保険料と保険金の間に厳密な一対一の対応関係は存在しないが、平均的には対応していることになる。

この結果、リスクの高い年齢集団や職業集団に属する人々には一定の保険金に対し高い率の保険料が求められることになる。すると、その集団の平均よりも健康であると自覚している人々にとって、この保険料は主観的なリスク発生確率からみると高すぎることになる。民間保険ではこのような人々は保険から脱退するため、残った人々の平均的リスクはより高くなる。経済学では、高リスク者が保険に残るという現象を、逆選択と呼ぶ。この逆選択の結果、保険料はますます上昇するが、高リスク者には病気になる確率が高い高齢者や疾病のために低所得となっている者が多く、その負担能力も低い。こうした負担能力の低い人々は、逆選択の結果生じた高保険料のために、保険に加入できないか、脱退せざるをえなくなる。

逆選択を排除し、医療サービスを必要とするものが自由に必要なだけ医療を受けられるようにしている方式に社会保険がある。社会保険としてのわが国医療保険の特徴として次の5点があげられる。まず、強制加入であることにより逆選択を排除している。第二に、各人の属する保険集団があらかじめ決定されている。第三に、それぞれの保険集団のなかで保険料は各個人のリスクと無関係に決められている。第四に、保険給付が診療報酬制度によって定型化されている。第五に、被保険者間におけるリスクの差を考慮するため、一部負担金が存在している。

逆選択の問題に加えて、医療保険の場合にはモラル・ハザードによる医療費の増加という問題がある。ここでモラル・ハザードとは、保険の加入によって被保険者側にリスク予防への慎重さが失われ、保険リスクが増大することをいう。つまり、医療保険に加入することにより加入前よりも健康管理を怠ってし

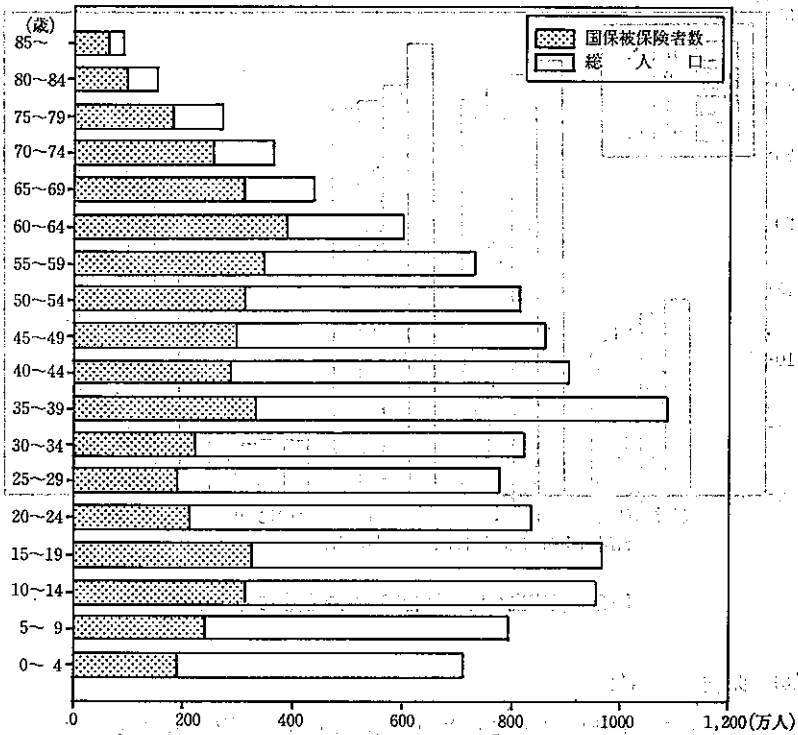
まうという場合である。あるいは、保険に加入したことにより受診が容易になるため必要以上に医療サービスを受けるという場合もこれにあたる。また、医療サービスの供給者も、給付率が高まり患者の費用負担率が低くなると、費用節約的誘因が十分に働かず、より高度で高額な医療サービスを提供しがちになる。このような問題が生じるのは、一つには、医療に関する患者の知識が、医師に比べてはるかに劣ることが原因であり、いま一つには、医療の効果や必要性に不確実性が存在することが原因であろう。

(2) わが国の医療保険制度と国保

わが国の医療保険制度は、(1)健康保険、(2)船員保険、(3)共済組合、(4)国民健康保険の四つからなる。このうち、(1)から(3)までが、被用者を対象とした職域保険である。一方、被用者保険適用者以外の一般国民を対象とした国民健康保険は、地域保険にあたり、同一市町村内の住所をもつもので保険集団を形成し、市町村が保険者となって医療保険を運営している。国保の被保険者は、被用者年金の老齢(退職)年金の受給者である退職被保険者と、それ以外の一般被保険者からなる。

国保の被保険者の特徴は、年齢構成が総人口と比べて高齢者に偏っていることである。総人口に占める60歳以上人口の比率は16%であるが、国保被保険者に占める60歳以上の被保険者の比率は28%である。また、70歳以上の高齢者でみると、総人口では7%であるのに、国保被保険者では14%を占めている(図1)。世帯主の職業では、農林水産以外の「自営業」の割合が最も高く全体の29%を占め、「被用者」が28%、「無職」が27%となっている。なかでも最近「無職」世帯比率の増加が著しい(図2)。

患者が直接医療機関に支払う医療費の一部負担は、被用者保険については同一であり、被保険者(本人)は医療費の1割、被扶養者(家族)は入院外については3割、入院については2割である。国保では、一般被保険者の一部負担金は入院・入院外にかかわらず医療費の3割である。退職被保険者の一部負担金は医療費の2割、被扶養者は入院外については3割、入院については2割で



注) 国保被保険者は、一般被保険者、退職被保険者および老人保健医療給付対象者の計である。

資料出所：「国民健康保険実態調査報告」

図1 総人口ピラミッドと国保被保険者の年齢分布

ある。なお、退職者医療の費用は、退職者本人の保険料と被用者保険の各保険者の標準報酬総額で按分した拠出金によって賄われる（療養給付費拠出金）。

これらの制度とは別に、70歳以上の者または65歳以上70歳未満で老人保健法施行令に定める程度の障害の状態にあると認定された者（いわゆる寝たきり老人など）を対象とした老人保健制度がある。老人保健制度における一部負担金は、外来で一月 800円、入院で一日 400円となっている。

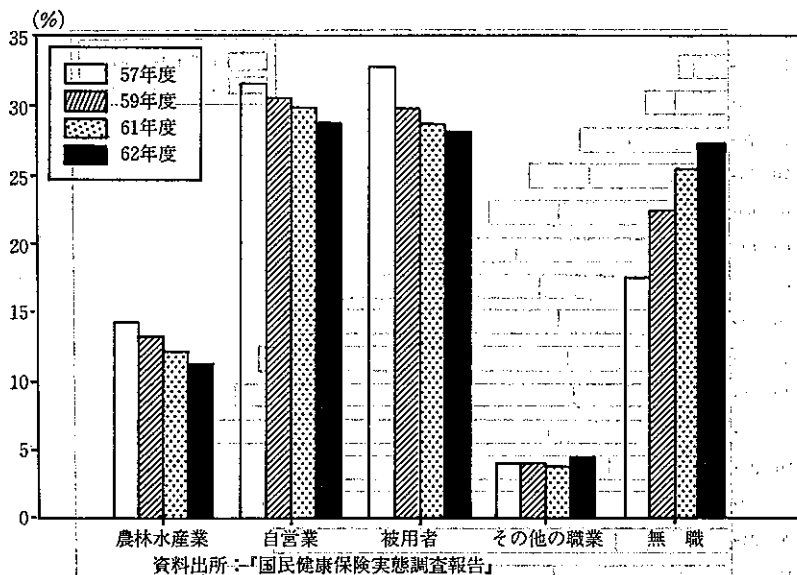


図2 世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移

(3) 保険医療給付

医療サービスは医師によって行われるが、現行の医療保険制度のもとでは、ほとんどの医師は保険医として登録を行っている。保険医となった医師は医療保険の対象となる診療行為を行うことによって報酬を得る。医師は保険医である以上、診療行為の内容および診療行為の価格を自由に決定できない。医師が保険請求できる診療行為の内容と価格は診療報酬制度によって決められている。

わが国の診療報酬制度は、一般的には点数制度と呼ばれる出来高払い方式の制度である。点数制度のもとでは、医療保険を適用できる診療行為の種類と各診療行為の点数はあらかじめ決められている。医師は患者を診療したとき行った診療行為の各点数の合計にみあった金額を診療報酬として得る。現在、診療報酬点数の一点は10円であるため、点数の10倍の金額が医師の報酬となる。こ

のうち、患者の一部負担金は、直接患者によって支払われるが、残りは医療保険の保険者から支払われる。また、患者の負担額は、収入の一定割合に過ぎない。したがって、患者の負担額は、収入の一定割合に過ぎない。

3. 国保財政の構造と問題点

(1) 国保財政収入

国保の財政収入は、主に、保険料（税）、国からの補助金（国庫支出金）、退職者医療費のための被用者保険からの拠出金、都道府県からの補助金、市町村一般会計からの繰入金からなりたっている。昭和62年度国保の全国、兵庫県、大阪府の財政収入の内訳を表1に示した。兵庫県は、全国と比べて国庫支出金、療養給付費交付金の比率が高い。一方、大阪府は国庫支出金、療養給付費交付金とも全国よりも大きく保険料収入の比率が低くなっている。

財政収入比率に差が生じるのは、地域によって医療費支出に格差があり、財政支出総額が異なっているためである。国保保険料に上限が定められているため、保険料の地域差は、医療費の地域差に比べて小さい。保険料収入に比べて医療費が高い市町村には、財政調整交付金により国からの補助がなされる。そのほかにも、都道府県からの補助金、市町村の一般会計からの繰入金で賄われている。

国民健康保険の保険者である市町村は税方式によっても保険料方式によっても被保険者からの拠出金を求めることができるが、9割以上の市町村が地方税法に基づく国民健

国民健康保険の保険者である市町村は税方式によっても保険料方式によっても被保険者からの拠出金を求めることができるが、9割以上の市町村が地方税法に基づく国民健

表1 昭和62年度国保財政内訳比率
(単位%)

収 入	全 国	兵庫県	大阪府
保 険 料 (税)	41.0	41.0	37.4
国 庫 支 出 金	41.7	39.3	43.3
療養給付費交付金	8.3	12.3	9.8
都道府県支出金	0.7	0.3	1.1
一般会計繰入金	4.0	5.5	7.4
繰 入 金	2.5	0.6	0.1
そ の 他	1.8	1.1	0.9
支 出	全 国	兵庫県	大阪府
保 険 給 付 費	68.7	69.9	62.9
老人保険拠出金	23.8	22.6	24.8
総 務 費	3.1	2.8	2.8
そ の 他	4.4	4.6	9.4

康保険税を採用している。この保険税は、所得、資産に応じて額が決まる応能割の部分と被保険者一人当り、世帯当りの一定額の保険税を納める応益割の部分から成っている。その標準割合と限度額の上限については地方税法に定められている。また低所得者に対しては、6割または4割の保険税減額が認められている。

保険料(税)収入にかかわる問題点として、保険料(税)の収納率が挙げられる。保険料(税)の収納率とは、保険料(税)として徴収することとした額(調定額)に対して、実際の保険料収納額(収納額)の比率のことである。市町村計の収納率は昭和53年度に94.85%であったものが低下し、昭和58年度に93.4%と最低になった後、上昇に転じ昭和62年度では93.91%になっている。収納率は一般的に都市部ほど低くなっている。昭和62年度の兵庫県の収納率は93.53%であり、全国平均よりも若干低くなっている。都市部で収納率が低くなる理由として、徴収コストが高いという理由に加えて、保険料の上限を低く抑えすぎているという理由が考えられる。保険料の上限が低いと、低所得者でも保険料の上限に近い額を支払う必要が生じ、所得に対する保険料負担率は逆進的になる。実際、多くの地方自治体で保険料の限度額は地方税法に定められている額を大きく下回っている。むしろ、保険料の上限を引き上げ、所得比例部分を大きくし、低所得者の負担を引き下げる必要がある。

主な国庫支出金には、(1)療養給付費等負担金、(2)財政調整交付金、(3)事務費負担金がある。(1)療養給付費等負担金は市町村の国保医療給付費の40%を負担するものであり、(2)財政調整交付金は市町村の保険財政の状況によって交付される補助金であり、全国で国保医療給付費の10%相当額である。この財政調整交付金は普通調整交付金と特別調整交付金からなっている。特別調整交付金の一部は保険料減額処置を行った場合の国庫補助である。この国庫補助率は63年の改正により8割から5割に引き下げられ、残りを都道府県と市町村が負担することになった。なお、事務費補助金は100%の補助率である。なお、療養給付交付金は退職者医療費の被用者保険からの拠出分である。

(2) 国保財政支出

昭和62年度の国保財政支出の68.7%は保険給付費であり、23.8%は老人保健への拠出金となっている。この支出における問題点はなんといっても、医療費の地域格差の存在である。現行の制度のもとでこの点が問題になるのは、保険料の地域差が比較的小さい中で、医療費支出の地域差は国から地方への財政調整交付金という財政移転で賄われているからである。

このような財政移転は医療費格差が主に、地域間の年齢構成の違いや、疾病構造の違いによって生じているのであると考えられているためになされている。この部分は、老人保健や退職者医療費への拠出金の適正化で対応すべきである。しかし、医療費の地域差が、医療機関の数が違うというような医療サービスの水準が違うために生じていたり、いわゆる濃厚診療、葉づけ・検査づけなどの過剰医療の結果生じているのであれば、このような財政調整の根拠は乏しく、地域的に保険料水準を変えるか、地方自治体からの繰入金で調整する必要がある。次節では、地域間の医療費格差の問題に焦点をあてて分析を行う。

4. 医療費の地域格差をめぐって

(1) 医療費の地域格差の実態

わが国の国民医療費は人口構造の高齢化にともない年々増加を続け、昭和62年度で約18兆円に達している。そのうち、国保の昭和62年度総医療費（老人保健分及び退職者医療分を含む）は約8兆2千億円にのぼる。しかし、この医療費が全国均等に支出されているわけではない。都道府県別にみても、かなりのバラツキがある上、傾向的に西日本の方が一人当たり医療費が高い。これが一般に「医療費の西高東低」といわれている現象である。国保の被保険者一人当たり医療費の全国平均は、昭和60年度で15万490円となっている。この平均を上回る県は全国で24都道府県ある。この中で近畿以西の県が18を占める。特に、中国、四国地方においては全ての県が全国平均を上回っている。

このような医療費の地域格差が生じるのは、人口の高齢化が地域間で異なっていることが一因である。この人口構成の要因を取り除くと、結果は異なってくる。人口構成を調整すると、一人当たり医療費が最も高いのは北海道になり、

表2 一般医療費（70歳未満）昭和60年度

	入 院			入 院 外		
	一人当り 医療費	一人当り 日 数	一日当り 医療費	一人当り 医療費	一人当り 日 数	一日当り 医療費
全 国	44,559	3.37	13,215	45,996	11.70	3,932
神 戸 市	49,078	3.36	14,590	61,535	16.23	3,793
兵 庫 県	45,301	3.18	14,258	53,975	13.58	3,976
A 市	49,279	3.05	16,158	62,611	15.11	4,142
B 県	45,884	2.85	16,093	56,228	13.04	4,311
C 県	37,470	2.54	14,758	42,413	10.66	3,979
D 県	39,835	3.20	12,455	42,523	11.06	3,844

続いて大阪、高知、長崎、京都の順になる。しかも、このように人口構成の要因調整を行っても、一人当り医療費の最高と最低の間には1.7倍の開きが残るのである。北海道の医療費が高いのは、入院の一人当り医療費が高いところに特徴がある。一方、大阪府、京都府、奈良県の高医療費の特徴は一件当りの医療費が高いところにある。

ここで、神戸市の国保医療費を全国と比較してみよう。表2には昭和60年度における、国保の70歳未満の被保険者の一人当り医療費を、全国、神戸市、兵庫県、A市、B県、C県、D県についてまとめたものである。これをみると一人当り医療費は各地方団体間で大きな差が存在することがみてとれる。入院における一人当り医療費は、表2のなかで神戸市はA市と並んで高くなっている。この理由は一人当り入院日数が長くなっているためである。これに対し、A市の特徴は、一日当り医療費が高いところに特徴がある。入院外についてもこの傾向は同じであり、神戸市の一人当り医療費が高いのは、主に一人当り日数が長いためである。次に老人医療費についてまとめたものが、表3である。入院で見ると、神戸市の一人当り老人医療費は全国平均よりも低くなっている。これは、一日当り日数が全国平均より短いためである。一方、入院外については、一人当り日数

表3 老人医療費(昭和60年度)

地域	入院			入院外		
	一人当り 医療費	一人当り 日数	一日当り 医療費	一人当り 医療費	一人当り 日数	一日当り 医療費
全(国)	272,383	21.23	12,833	188,502	42.54	4,431
神戸市	265,173	18.12	14,631	238,217	62.04	3,840
兵庫県	238,918	16.55	14,440	206,395	48.71	4,237
A市	359,346	22.59	15,905	315,396	70.77	4,457
B県	353,861	22.16	15,966	286,498	60.82	4,710
C県	239,148	15.79	15,144	175,219	39.64	4,420
D県	205,555	14.41	14,266	178,409	37.84	4,715

が長いから、一人当り医療費は全国平均よりも高くなっている。老人医療については、入院と入院外で対照的な結果となっている。老人医療では、入院と入院外の医療の間に代替的な関係があるのかも知れない。

(2) 医療費の地域格差の要因について

医療費の地域差が生じる要因として、ここでは人口当りの医師数、疾病構造、診療行為について検討してみる。まず、人口当りの医師数が医療費の格差をもたらすことは既にいくつかの研究で確認されている。

医療費の地域格差の問題は、欧米を中心とした医療経済学の分野では医師誘発需要仮説をめぐる論争で扱われてきた。医師誘発需要仮説とは地域における医師数を医療費の重要な決定要因とみなすものである。この医師誘発需要仮説に対立する仮説として、競争市場仮説がある。競争市場仮説においては、医療サービスは、競争的な市場で取引されていると考えられる。競争市場仮説が成り立つとすると、医師の供給が増えると、供給曲線が右にシフトするため、一件当りの医療費は低下することになる。

一方、医療誘発需要仮説においては医療需要が医師の決定に依って左右されると考えられている。もし、医師誘発需要仮説がなりたてば、医師の増加が医療費の増加をもたらすことになる。都道府県データを用いた西村(1987)の研

表4 一件当り診療点数(昭和54年) 疾病件数調整

	入 院	入 院 外
全 国	18,813 (18,813)	950 (950)
A 市	24,954 (25,272)	1,133 (1,204)
C 県	18,075 (19,011)	744 (756)
D 県	20,119 (20,580)	835 (822)

(注) 括弧内の数値は、疾病の件数比率を全国水準に調整した場合の一件当り診療点数である。

究によれば、人口当り医師数は一件当り医療費を引き上げている。すなわち、医師誘発需要仮説がわが国で成立することを統計的に明らかにしている。この医師誘発需要仮説によれば、医療費の地域格差を低下させるためには、医師の地域分布を均一化する政策が有効になる。

つぎに、疾病構造の違いが医療費の地域格差にどのような関わりがあるかを検討してみよう。表4は、昭和54年度の国保一件当り診療点数を全国、A市、C県、D県について示したものである。A市の一件当り医療費が高いことがわ

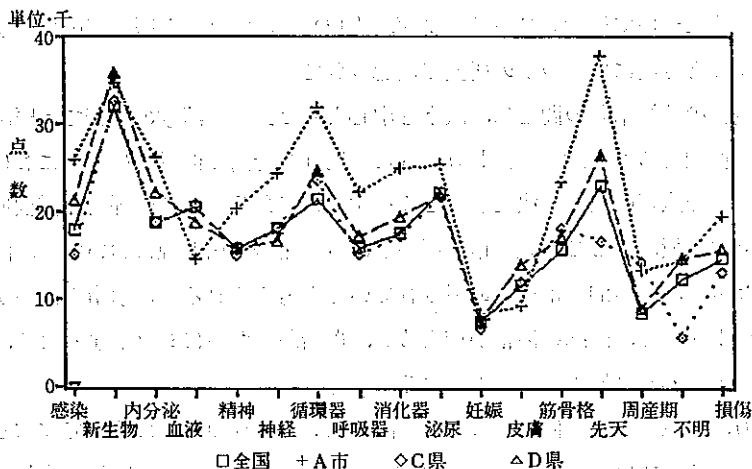


図3 疾病別一件当り点数(入院、54年)

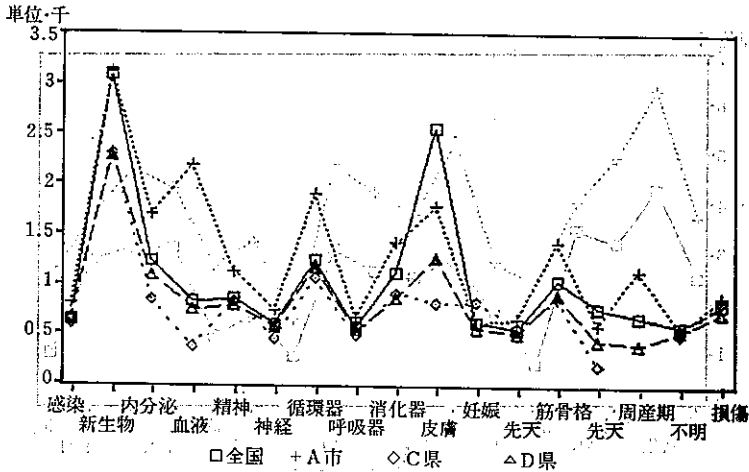


図4 疾病別一件当り点数 (入院外'54年)

かる。これを、疲病分類別 (大分類) の一件当り医療費で表わしたものが、図3、図4である。図3は入院についての診療点数を示しているが、A市だけが他の地域にくらべて疾病分類別でも医療費が高いことがわかる。これは、表4において、全国の疾病発生件数で調整した診療点数 (括弧内の数字) でも差が減少しないことから確認できる。

以上の医療費の差は、診療行為のうちどこから発生しているのだろうか。これを検討するために、診療行為別疾病別的一件当り診療点数の比較を昭和61年度のA市と全国のデータで行った。これによると、格差の多くは検査、注射、投薬といった診療項目によって生じており、入院料、診療費、処置・手術といった診療項目には、この2地域であまり差がない。ここでは、図5および図6でその結果の一部を示しておこう。A市の入院一件当り診療点数は、検査では全ての疾病項目でA市が全国を上回っている (図5)。一方、入院料はいくつかの疾病項目で両者の乖離がみられるが、総じて両者の乖離は小さい (図6)。

このような傾向は、決して一時的なものではない。診療行為別一件当り点数を時系列的にみても、その地域格差は比較的安定している。図7では、これを

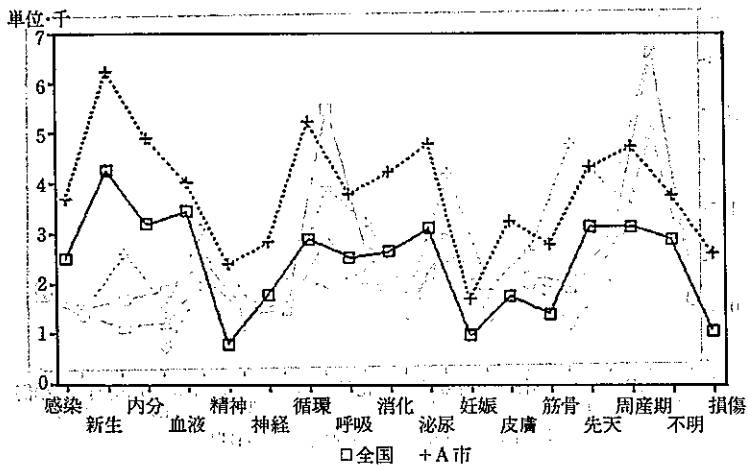


図5 疾病診療行為別一件当り点数 (入院, 検査, 61年)

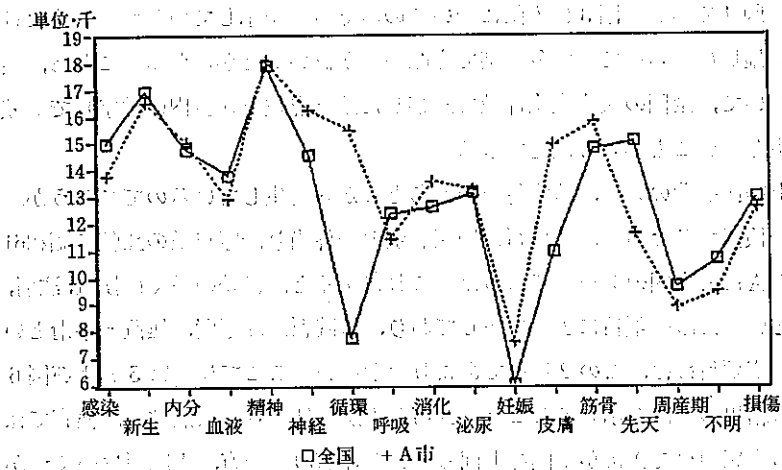


図6 疾病診療行為別一件当り点数 (入院, 入院科, 61年)

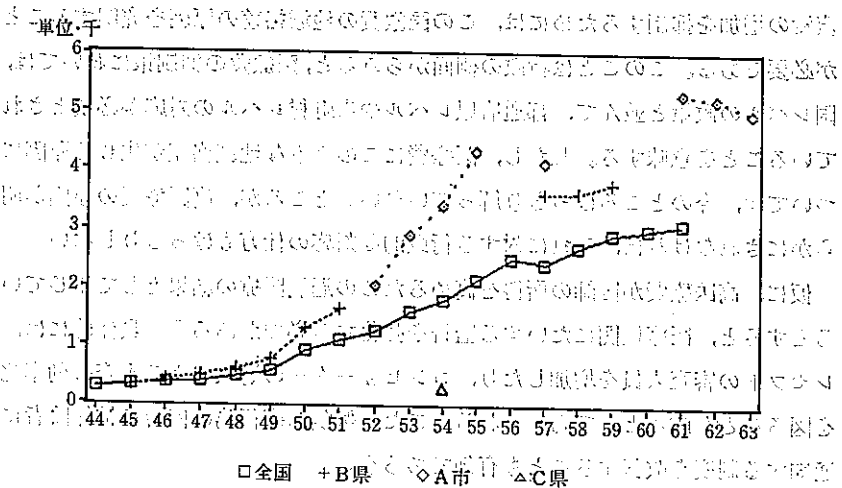


図7 一件当り検査及び画像診断点数 (入院)

検討するために、入院における一件当り検査・画像診断点数をプロットしたものである。昭和50年代以降一貫して、A市の検査費用が高くなっている。

ここでの分析結果は、医療費の地域格差が、診療行為別にみると一般にいわれているように検査、注射、投薬といった検査差益、薬価差益などの差益が存在する診療行為から生じていることを確認した。しかし、ここでの分析は、まだまだ不十分であり、より多くのデータで、他の多くの要因をコントロールして、医療費の地域格差の分析をする必要がある。

5.むすび

本稿では、国保の特徴を整理したあと、国保財政が抱える問題点をいくつか指摘し、医療費の地域格差の問題を検討した。最後に、国保財政の改善策と医療費の地域格差の要因との関連を整理してむすびに代えることにしよう。わが国では同一の医療保険制度を全国的に採用しているのににもかかわらず、多大な地域医療費格差が比較的長期間にわたって生じてきた。したがって、医

療費の増加を抑制するためには、この医療費の地域格差の原因を究明することが必要である。このことは行政の側面からみると、医療費の抑制策においては、国レベルの政策と並んで、都道府県レベルや市町村レベルの対応が必要とされていることを意味する。しかし、医療費にこのような地域格差が生じる原因については、今のところはっきり解っていない。ところが、高医療費の原因が明らかにされなければ、それに対する行政的な対応の仕方もしっかりしない。

仮に、高医療費が医師の所得を高めるための過剰医療の結果として生じているとすると、医療機関にたいする監督を強化する必要がある。具体的には、レセプトの審査人員を増加したり、コンピューターの導入による審査の効率化を図ることが政策として考えられる。また、保険医療行為の内容を被保険者に通知する制度を改善することも有効であろう。

医師数が多いために医療費が高いのであれば、医師数の分布を地域間で均一化することが有効となる。この場合には、診療報酬点数を都市部で上昇させる制度改革は、医師分布の偏りを大きくするという意味で望ましくない。

また、高医療費を要する疾病の発生率が他の地域よりも高いために高医療費が支出されているならば、公衆衛生を改善するような政策をとることが望ましい。例えば、疾病の早期発見率を高めるように、定期検診や人間ドックの受診率を高めるような政策が望まれる。あるいは、大気汚染や水質汚染をより厳しく防止することが有効になるかもしれない。

一方、高医療費が高い水準の医療サービスの必然的な結果であり、住民もそれを望んでいるものであるならば無理に医療費を抑制する必要はないかもしれない。ある地域の検査費、投薬費が高いのが、その地域の人々の選好の結果であるならば、むしろ、保険料の引き上げによって医療保険の財政悪化に対応すべきであろう。

このように、国保財政改善のための自治体の処方箋は、医療費の決定要因によって大きく異なることを認識する必要がある。そのための第一歩として、医療費の決定要因を分析するために、医療費についての基礎資料の整備と公開が急務である。

《参考文献》

- 厚生省保険局『国民健康保険実態調査報告』、各年版。
厚生省保険局『国民健康保険事業年報』、各年版。
厚生省保険局『国民健康保険医療給付実態調査』、各年版。
社会保険研究所（1988）「地域医療費総覧 '88」，社会保険旬報臨時増刊。
総務庁行政監察局編（1988）『国民健康保険事業の現状と問題点』，大蔵省印刷局。
西村周三（1987）『医療の経済分析』，東洋経済新報社。

神戸市における保健医療計画の展開

神戸市長 吉川 正
神戸市衛生局長

1 保健医療計画の背景と課題

(1) 計画の背景

現在、保健・医療の世界は大きな変動期にある。進行する高齢化、成人病の増大、毎年1兆円づつふえていく医療費、様々な法律や制度の矢継ぎ早の改正。どれをとっても変化する社会にこれまでの保健・医療の仕組みが充分に対応することができず、大きな転換の時期にさしかかっている事を示している。

戦後、我が国の経済社会の発展により市民の生活水準は向上し、上下水道をはじめとする生活環境も整備されてきた。抗生剤の開発、輸血・麻酔技術の進歩、画像診断技術の進展など医学も急速な進歩を示した。市民の健康水準は向上し、従来猛威を振るっていた伝染病は姿を消し、寿命は大きく伸長した。一方、出生率は低下し続け、少産少死の傾向が定着した。この結果、高齢化が進展し、疾病構造も成人病などの慢性疾患の占める割合が大きくなった。

高齢者は当然のことながら医療を受ける比率も高い上、治療期間も長期に渡りやすい。このため老人医療費を中心に国民医療費は増大し、昭和62年度にはGNPの5.2%をしめ、昭和49年以来(56年、58年、59年を除く)毎年9千億円以上の伸びを記録している。また、医学の進歩も医療費を押し上げる要因の一つとなっている。

国は増大する医療費に対し昭和57年8月に老人保健法を改正し老人医療費に保険者間の財政調整の制度を導入し、さらに昭和61年12月には医療供給体制を見直し医療のシステム化と医療費抑制を図るため医療法を改正して都道府県知事に地域医療計画の作成を義務づけた。兵庫県では昭和62年4月に医療法に基

づいた兵庫県地域保健医療計画を策定公示した。この計画は、

また、高齢化の進展に伴いねたきりや痴呆の看護介護を要する高齢者が増加し、我が国の施設や家庭でのケアの体制の立ち遅れが指摘されている。

(2) 計画の必要性と基本的視点

我が国の高齢化は2021年頃にピークとなるが、2000年までの約10年は高齢化の程度も相対的に低く、21世紀の超高齢化社会への対策を講じていく準備期間としてとらえることができる。神戸市としても、この間に保健医療関係者の知恵を結集して将来の保健医療対策を検討し、計画的に進めていく必要がある。また、兵庫県地域保健医療計画を受けて神戸市の実情に即した保健医療対策を樹立し、保健医療関係者の共通認識を得ることが必要となった。このため2001年を目標年次として神戸市における保健医療の在り方と方向性を示す基本計画である神戸市保健医療計画の策定を企図し、昭和61年11月に神戸市保健医療計画審議会に「神戸市保健医療計画策定における基本的事項について」諮問し、平成元年6月29日に答申を得た。この答申に基づき、このたび神戸市保健医療計画を策定したものである。

計画の検討に際しては、生活医療、フォーマライゼーション、地域特性への対応、市・市民・事業者・保健医療関係者の役割分担と連携の強化の4点を基本的視点とした。生活医療という言葉は耳慣れないかもしれないが、神戸市保健医療計画審議会が以前より審議方針としているもので、保健医療を医学的側面ばかりでなく市民の日常生活の場において検討していこうとする考え方である。また、地域特性への対応とは、公衆衛生学上の地域診断を踏まえるとともに神戸市の特性や実情に即し具体的に対策を検討しようとするものである。

(3) 計画の課題

WHOの提唱する包括医療の考えに基づき、計画の対象範囲は治療や予防だけでなく健康増進やリハビリテーション、ケアを含めたものとした。この分野別に計画の主要課題をあげると、まず医療供給体制の整備とシステム化の促進である。つぎに予防及び健康増進の分野では人生80年時代における健康づくりの推進があげられる。リハビリテーション及びケアの主要課題は、高齢化に対応

した体制の整備である。以下この3つの主要課題に沿って計画の概略を述べる。

2 医療供給体制の整備

(1) 医療圏域の設定

医療法は地域医療計画で2次医療圏域及び3次医療圏域の設定と2次医療圏域ごとの必要病床数を定めることを義務付けている。兵庫県地域保健医療計画では県下を10の2次保健医療圏域にわけ、全県下を1つの3次保健医療圏域とした。そして2次保健医療圏域を補完するものとして保健所圏域を基準にサブ2次保健医療圏域が設定された。1次医療圏域は設けられていない。

神戸市は市全域が1つの2次保健医療圏域とされ、その必要病床数は13,466床（一般病床）と既存の病床数より1,901床少なく定められた。これにより神戸市内で病院の新規開設および増床をする場合は原則として中止勧告の対象となった。しかし、既存の病床数が必要病床数をオーバーするのは都市機能が広域に及んでいる大都市に共通する現象であり（表1参照）、このような取扱いは大都市の事情を十分に考慮したものとはいえない。

医療圏域は、ある程度の医療がその中で充足され、医療のシステム化が推進される地域であり、その設定は市民の生活圏に即したものでなければならない。この様な観点から神戸市を見ると、六甲山系を境に南部の既成市街地と北部の新市域に分かれ、新市域はさらに鈴蘭台や三田を中心とする北神地域と明石を中心とする生活圏の一部である西神地域に分かれる。

入院患者の受療動向も同様な傾向を示しており（図1参照）、東灘区から垂水区までの既成市街地では中央区の医療集積に依存する度合いが高く、北区では鈴蘭台や三田の病院に入院する市民が多く、西区では明石への依存度が極めて高い。

さらに西北神地域における今後の人口増加や地域開発の状況を考えると、この2地域は順次様々な機能が充実し、相対的に独立した生活圏を形作っていくものと予想される。

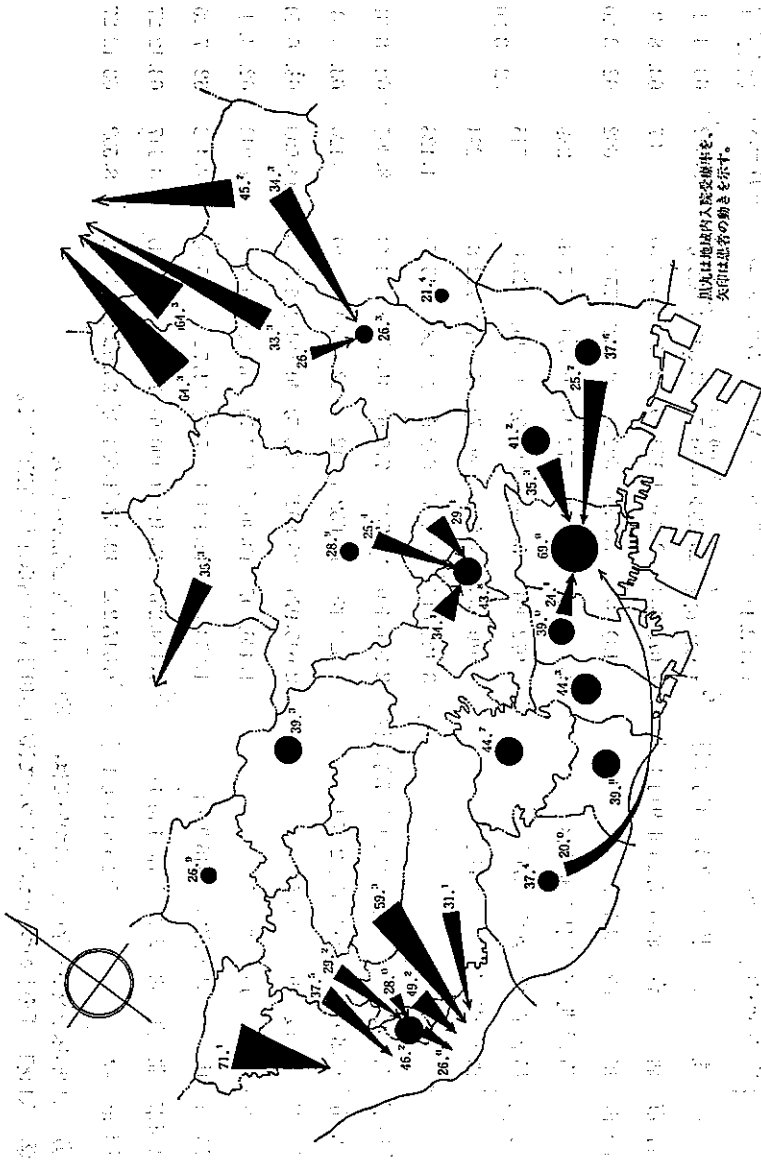
そこで神戸市保健医療計画では、兵庫県地域保健医療計画に基づく2次保健

表1 指定都市の2次医療圏域と病床数(一般病床)

医療圏域名	地域	人口 (63.3.1)	必要病床数(A) <small>床人口10万対</small>	既存病床数(B) <small>床人口10万対</small>	差(B-A)	医療計画 施行日
札幌市	札幌市他3市3町3村	※1,861,072	26,253(1,410.7)	35,835(1,925.6)	9,582床	63.4.1
仙台市	仙台市他4市9町1村	※1,079,663	12,251(1,134.7)	12,338(1,142.8)	87	63.8.3
川崎市	川崎市	1,130,269	7,830(692.8)	8,522(754.0)	692	62.3.20
横浜市	横浜北都	1,139,058	6,520(572.4)	6,809(597.8)	289	
	横浜西部	972,491	5,500(565.5)	6,045(621.6)	545	
	横浜南部	1,010,466	7,010(693.7)	7,304(722.8)	294	62.3.20
	計	3,122,015	19,030(609.5)	20,158(645.7)	1,128	
名古屋市	名古屋市他4市17町5村	2,937,460	22,784(775.6)	31,089(1,058.4)	8,305	62.8.31
京都市	京都市他2市1町	1,622,476	18,052(1,112.6)	22,178(1,366.9)	4,126	63.4.8
大阪市	大阪市	2,645,976	25,892(978.5)	40,401(1,526.9)	14,509	63.6.20
神戸市	神戸市	1,436,007	13,466(937.7)	15,409(1,073.0)	1,943	62.4.1
広島市	広島市他16町1村	1,253,321	14,134(1,127.7)	11,726(935.6)	△2,408	62.7.20
北九州市	北九州市他1市4町	※1,199,267	13,198(1,100.5)	16,315(1,360.4)	3,117	63.12.27
福岡市	福岡市他5市15町1村	※1,847,232	19,476(1,054.3)	28,028(1,517.3)	8,552	63.12.27

① 必要病床数及び既存病床数については、地域医療計画策定時点のもの。

② 人口欄で「※」のついた都市については60年10月1日現在の国勢調査による。



医療圏域を補完する圏域として、既成市街地域（東灘区から垂水区まで）、神戸北地域（北区）、神戸西地域（西区）の3つのサブ2次医療圏域を設けることとした（兵庫県地域保健医療計画では神戸圏域にサブ2次医療圏域は設定されていない）。また、日常おこりやすい疾病等の治療や予防を行なう1次保健医療圏域を各行政区とし、在宅ケアの確立のために保健・医療・福祉の連携を図る圏域としても位置づけた。

② 医療供給体制の整備とシステム化の推進

市民が良い医療を受けるためには、何よりも身近に医療機関があり、傷病の内容や程度にふさわしい治療が適切になされることが必要である。このためには医療機関が人口に応じてバランスよく配置されているとともに、市内の医療機関全部が1つの有機体のように活動することが望ましい。神戸市保健医療計画では、一方で医療圏域の設定に基づいて医療機関の整備を図り、他方で1次医療から3次医療までの連携システムを構築することによってこの課題に答えようとしている。まず医療圏域に即した医療機関の整備について述べる。

① 1次医療体制……1次医療の担い手は一般診療所である。市内の人口10万人当たりの診療所数は90.1と全国（64.7）と比較すると相当多いが、新規開発団地をかかえる北区、西区等では全国平均を下回っているため、開発指導要綱による誘致の義務づけや医療機関整備資金融資制度を活用し、関係機関の協力を得て診療所の整備を進めていく。

② 2次医療体制……サブ2次医療圏域ごとの病院の配置状況を見ると、既成市街地域には市内病院の77%、病床の79%が集中し、様々な機能を持つ病院が揃っている。このため医療機関相互の連携やネットワークなどのソフト面の整備を中心としていく。ただし、六甲アイランドについては、海上都市という特性から人口に応じた病院の整備を図ることとし、すでに平成元年10月に六甲アイランド病院（仮称）が建設に着手した。神戸北地域、神戸西地域はいずれも市域の44%、25%を占める広域な地域であり、大規模な新規開発団地の整備が進められ、2001年（平成12年）の将来人口は共に25万人と想定されている。このため神戸北地域では、今後開発が進む

六甲北地区の人口増加に伴う医療需要の増大に対応できるように、地域医療の中核的役割を果たす病院の整備が必要であると考えている。また、神戸西地域についても人口増加に伴う医療需要の増大に対応するとともに、現在欠けている中核的機能を持つ病院の整備が必要である。

③3次医療体制……3次医療とは高度に専門的な医療であり、多くの専門医や特殊な医療機器・設備を必要とする。神戸市内には市立中央市民病院や神戸大学医学部附属病院等の県下の3次医療を担う病院がある。今後ともこれらの医療機関の一層の充実を図る。

医療のシステム化については、これまで市立中央市民病院の医師会連絡室などの連携の試みがなされてきたが、市内の医療機関全般の取組みとはなっていない。しかし、市民に適切な医療をタイミングよく提供するとともに、医療の質を向上させ医師の生涯教育を推進するためには、医療機関相互の連携などの医療のシステム化に地道に取り組んでいかねばならない。病院と診療所及び病院相互間の連携を推進していくため、サブ2次医療圏域あるいは1次医療圏域ごとに、地元医師会を中心に関係者による協議会を設け、診療機能の公開や病院のセミオープン化等の連携システムについてコンセンサスを得ていきたいと考えている。

(3) 救急医療体制の整備

救急医療は市民の関心が最も高く、医療の原点とも言うべきものである。その中には重傷・重篤な患者に対する緊急な救命医療の確保と時間外診療の確保という異なる内容を含んでいる。緊急な救命医療の確保には、対応能力を持つ受入れ病院の確保と発生地点から病院までの患者搬送の確保が不可欠である。救命救急センターである市立中央市民病院の充実を図り、病院群輪番制の体制を強化するほか、六甲アイランド、神戸北地域、神戸西地域に整備する病院でも救急医療の体制を充実していく。また、患者搬送については救急医療ニーズの増大に応じた救急隊の適正配置と病院前救護（プレホスピタルケア）の充実を図る。プレホスピタルケアの充実により救命率を高めることが可能となるため、米国のパラメデックの例などを参考に法的な制度の整備を望みたい。

時間外診療を求める患者の大多数は軽症者であり、ファーストエイトでほとんどの患者に対応することができる。このため市民が、最も身近でアクセスしやすい診療所にかかりつけの医師をもち、初期治療を速やかに受けられることが望ましい。そしてこれを補完するものとして急病診療所などの1次救急医療体制の充実を図る。ただ救急医療体制の中には時代の推移に沿って再検討すべき部分もみられるので、関係機関の合意をえて一層市民の期待に応えるものにしていきたい。

3 健康づくり体制の確立

(1) 積極的な健康づくりの推進

人生80年時代とは成人病が多発する時期が生涯の半ばを占める時代である。成人病の発症・悪化の根底には、飽食や運動不足等の生活のあり方に問題がある場合が多い。そしてその背景には労働条件のほか激しい競争やストレスの増大など現代社会が抱える病理が影を落としている。

予防は治療に勝るという言葉は、成人病の場合、よりの確である。これらの慢性疾患の治療は、古典的感染症における抗生剤のような治療の決め手に欠け、薬物治療のみでは十分な効果を上げることができないからである。生活習慣病とも言われるように、その改善にはライフスタイルそのものを変えなければならない。

予防の考え方は、健診などの疾病の早期発見（2次予防）を中心とするものから、健康増進・発病予防（1次予防）を重視する方向になりつつある。1次予防では、運動、栄養、休養のバランスのとれた健康なライフスタイルをもつことが重要である。健康づくりの主役は、あくまで市民一人一人である。どのようなライフスタイルを選択するかは、市民の選好と判断による。健康でなければ困るが、健康のために生きているのではないからである。

行政が行う健康づくり対策は、情報・機会・場の提供が中心になる。市民が健康への関心を高めるように、健康教育を人生の節目となる時期をとらえて実施するほか、運動に重点を置いた積極的な健康づくりを進めていく。また、市

民が健康づくりについての十分な情報を得られるように、健康情報の収集・提供を行う「市民健康情報センター」を整備する。

市民に健康習慣を定着させるために、健康づくり対策は、従来の保健医療の領域にとらわれず、他分野との積極的なタイアップが必要である。また、楽しみながらできるものでないと健康づくりは定着しない。

運動不足やストレスで健康を損ないがちな中高年者を対象に、一人一人の個人に適した健康なライフスタイルを発見する生活診断と運動を中心とした健康づくりの実践の場として「中高年健康開発センター」を設置する。このセンターは中高年者とともに勤労者が利用しやすいように市街地に立地し、プールやドレーニングジムなどの運動機能とメディカルチェックの機能をあわせもち、健康科学に基づいて市民の健康づくりのニーズに応える中核施設にしたいと考えている。

(2) ライフステージに応じた保健対策

市民が生涯を通じて健やかな生活をおくるためには、市民自らの健康を守る努力とともに、ライフステージに即した保健サービスが適切に提供されることが必要である。人生の各段階により健康に対するリスクの大きさも、求められる保健サービスの内容も異なっており、母子保健、学校保健、成人・老人保健にわかれている。

胎児期から乳幼児期までの期間は、人の一生のうちで生命や健康に対するリスクが大きい時期であり、「三つ子の魂百まで」といわれるように性格や精神の形成期にあたる。心身の健やかな発育を助長するため、母親教室などの健康教育や乳児、1歳6か月児、3歳児の健康診査を行い、家庭での育児を支援し、疾病や障害の早期発見・早期治療を図っている。今後は出生数が減少する中で、地域や家庭の育児力を支えるために、さらに地域子育てグループの育成などにも取り組んでいく。

学校保健は学校教育を円滑に実施するため、児童生徒の健康の保持増進を図る事を目的としている。またこの時期は、将来健康な生活をおくるうえでの身体的・精神的な基礎を培い、正しい生活習慣を習得していく時期にあたる。そ

こでまず自己の心身に注意を払い、健康を守る実践的な態度を身につけるために健康教育を充実するほか、健康診断の内容を増加しつつある小児成人病にも対応できるものとしていく必要がある。

成人・老人保健の中心課題は、全死因の6割を占める成人病の予防対策である。これまでも第1次および第2次の老人保健事業5か年計画を策定し対策を進めてきたが、引き続き基本健康診査や各種のガン検診の内容充実を図るとともに、健康診査を日常生活に組み込むため節目健診を実施し受診機会を拡大する。また、個別通知による受診勧奨に努めるほか、健康教育、健康診査、事後指導を一体的にとらえ、市民のライフスタイルの改善に効果をあげるように総合的に取り組んでいく。さらに小規模事業所の健康管理や地域団体の健康づくり活動を支援していく。

(3) 特定分野別保健医療対策

計画では結核、感染症、精神疾患、難病、歯科疾患について、保健と医療の両面から次のような疾患別の対策をとっている。

①結核対策 神戸市は全国に比べ高いり患状況にあるため、当面全国水準を目標として早期発見体制の整備、治療中断や再発の防止対策の強化などの結核対策の充実を図る。また、合併症治療などの結核治療の質的向上を図るため、総合病院などでの結核治療体制の整備を進めていく。

②感染症対策 予防接種について従来よりとってきた個別接種への移行をさらに進めていくとともに、エイズ等の新たな感染症の出現に対しても迅速的確に対応できるよう診療・相談体制の充実を図っていく。

③精神保健対策 精神薬剤の開発により精神医療は外来治療やリハビリテーションに重点をおくようになり、社会復帰の促進等を目的に精神保健法も改正された。精神保健対策もこの趣旨を踏まえ、通院医療や社会復帰対策の充実を図っていくこととした。このため精神科デイケアの充実や通所授産施設等の社会復帰施設の整備を進めるとともに、広く市民を対象としたところの健康づくりを推進する。

また、痴呆性老人専門病棟の整備促進、痴呆原因疾患の予防対策、介護・相

談体制の充実等の痴呆性老人対策を進めていく。

④難病対策 難病とは原因や治療法が明らかにされておらず後遺症をのこしたり、介護等に大きな負担をかける疾病である。このためまず、治療研究や医療費の公費負担等の国の対策の充実が必要である。市レベルでは難病患者が症状に応じた適切な医療が受けられるように、専門機関から身近な医療機関に至る難病医療のネットワークの充実を図るとともに、訪問指導、在宅看護制度等の在宅ケアの充実や相談体制の充実をはかる。

⑤歯科保健対策 歯科疾患は生命に関わるものでは無いため軽視されがちであるが、口腔機能を生涯にわたって維持することは健やかな生活の基盤を作るものである。このため自然治癒がない歯科疾患の特性を踏まえ、予防を最優先し早期発見・治療までの連続性のある対策を進めていく。4、5歳児の歯科健診の実施や成人・老人の歯科の健康教育・相談体制の充実に取り組んでいくとともに、障害のある人やねたきり老人の歯科保健医療サービスの充実を図っていく。

(4) 保健サービスの基盤整備

これまで述べてきた対人保健サービスを充実するには、その供給体制を整備しなければならない。対人保健サービスは伝染病対策や結核対策などの社会防衛的な対策から出発し、母子保健対策や成人病予防対策が加わってきた経緯から公的サービスが主体であり、従来より保健所を中心に提供されてきた。このため、まず保健所の整備充実を図っていく必要がある。神戸市をはじめ政令市の保健所では、保健所業務に加え市町村が実施主体となる業務も併せて行っており、保健所の担当する業務は多岐にわたるとともに老人保健事業などの進展に伴い量的にも増大している。また、市民ニーズの多様化、情報化の進展などにも対応した保健所の整備が求められている。

保健所が衛生行政の第一線機関として地域全体の健康状態の向上を図り、保健予防活動の拠点としての役割を担っていく点に変わりはないが、地域に密着し、その特性に応じた保健事業が展開できるように地域診断や情報・企画機能を強化していく。そのため情報・企画機能の中核的役割を果たす医師の複数配置に努め、予算上の措置も講じていきたい。さらに老人保健事業などの各保健

所に共通な事業を土台としながら、地域特性に応じて保健所の機能を強化して特色ある保健所づくりを進め、保健所の活性化を図っていきだ。また、このような保健所活動を支える職員の確保に努めるとともに保健所庁舎の整備を併せて行っていく。以上のように保健所の整備充実を図っても、多様化した市民ニーズの全てに応えることは難しい。質的・量的に増大する保健ニーズに対応するためには様々な社会資源をフルに活用してサービスの供給量をふやし、サービスの種類や内容を豊富にしなければならない。そのためには従来保健所などに限られていた保健サービスの供給主体をふやし、多元的な供給体制を整備していく必要がある。行政は、基礎的・必需的なサービスを提供するとともに、各供給主体間の調整やサービス内容の指導育成を行う。また、第3セクター等の新たな供給主体の設立等についても検討する。

社会の情報化が進展する中で保健医療に関する情報を収集・蓄積し、市民や保健医療関係者に提供して、窓口案内や機能連携をすすめるため、保健医療情報システムを整備していく。この拠点施設として市民に保健医療情報を提供するだけでなく健康教育や健康相談の機能をもった「市民健康情報センター」を設置する。

4 のリハビリテーション、ケア体制の確立

(1) リハビリテーション体制の整備
 高齢化の進展とともに、障害のある高齢者等が増加していくことが予測されるなかで、ねたきを予防するとともに、障害のある人が地域社会で充実した生活ができるようリハビリテーション体制の整備が重要となる。リハビリテーションは、手足の機能回復訓練に限定して理解されがちであるが、全人間の復権ともいわれるように本来的には障害のある人が人間らしく生きる権利の回復を目指す多方面にわたる取組みである。保健医療計画ではこのリハビリテーションの理念を踏まえた上で医学的リハビリテーションにかかる部分を中心に早期リハビリテーション、専門的リハビリテーション、地域での

リハビリテーションに大別してまとめている。

①早期リハビリテーション 発症後出来るだけ早期にリハビリテーションに着手することは、その効果を高め、廃用症候群等の2次的合併症を防止し早期離床・早期退院につながる。このため、発症直後から適切にリハビリテーションが受けられるよう急性期病院等の医療関係者にリハビリテーションへの理解を促し、必要な知識技術の普及を図っていく。

②専門的リハビリテーションおよび総合的リハビリテーション リハビリテーション専門病院については、全市域を対象とするものとして、ニーズに応じた整備を図る。このため、神戸リハビリテーション病院等の充実を図るほか、総合的リハビリテーションを実施している県立玉津リハビリテーションセンターに対し機能充実を求めている。

③地域でのリハビリテーション リハビリテーション患者が、生活の本拠である地域や家庭で、機能維持的なりハビリテーションが受けられるように1次保健医療圏域（行政区）単位で体制整備を進めていく。このため保健所等の訓練機会の拡大を行うとともに、訪問リハビリテーションの実施を検討する。また、サブ2次医療圏域ごとに拠点施設として「地域リハビリテーションセンター」を設置していきたいと考えている。

(2) 地域ケアシステムの整備

今後、高齢者とくに後期高齢者人口が増加していくと、家庭の介護機能の弱体化とあいまって要援護者に対するケアニーズが急激に増大していくことが予測される。また、高齢者は、要援護の状態となった場合でも長年暮らしてきた環境の中で引き続き生活することを希望している場合が少なくない。高齢者のケアにあたっては、このような希望にできるだけ沿うことが結果的に生活にはりを与え、高齢者の残存能力を引き出し、その生活の質を高めることにつながるものと思われる。したがって高齢者等が、住み慣れた地域で可能なかぎり自立した生活をおくることができるように、在宅サービスだけでなく施設サービスも一体的に提供する地域ケアシステムを整備し、保健・医療・福祉の連携のもとに総合的に対策を実施していく必要がある。このためには以下のように、在

宅サービスを整備するとともに在宅ケアを支援する施設を整備するほか、保健・医療・福祉の連携を一層強化していかなければならない。

①在宅サービス等の整備 要援護の状態にならないようまず予防的対策を進めるとともに地域の高齢者等のニーズを組織的に把握する体制を民生委員を中心に整備する。また、訪問指導、在宅看護制度、ホームヘルプサービス等在宅サービスの充実を図っていく。

②在宅ケア支援施設の整備 デイ・ケア、ショートステイを中心に在宅ケアを支援する拠点施設として、少なくともサブ2次医療圏ごとに「通所型老人保健施設」の設置を検討する。また、全区に在宅福祉センターを設置してデイ・サービスを提供していくほか、特別養護老人ホーム、老人保健施設にもデイ・ケア、デイ・サービスの併設を求めていく。さらに、通所型サービスの利用を促進するため、送迎サービスの拡充について検討する。

③保健・医療・福祉の連携 まず行政内部に「健康福祉連絡会議」および行政区レベルで具体的にサービス調整やケース検討を行っていく連絡調整組織を設置して、地域ケアサービスのシステム化を推進していく。

5 おわりに 今後の課題は、これまで述べてきた計画の内容をどのように具体化し、推進していくかである。計画に盛り込まれた施設・施策の整備について、行政が順次予算化し、その実現を図っていくことは当然のことであるが、それだけでは計画の目的を達することはできない。市民、事業者、保健医療関係者の主体的な取り組みが求められる。そこで地域の保健医療の充実に関する連絡・調整を行う神戸市保健医療連絡協議会を、この計画の推進と保健医療のシステム化を進めていく推進組織として活用していく。また、市民の健康づくりの新たな展開を図るためには、それを担う第3セクターの設立も必要であると考えている。将来はより多くの市民が健康の重要性に気づき、健康は社会のキーワードになると思われる。21世紀に向けて市民の健康を高めるため、市民の参加と保健医療関係者の理解と協力を得て、神戸市保健医療計画を着実に遂行し、健康福祉都市神戸を作り上げて行きたい。

神戸市立病院事業の経営については、前掲の通りである。

神戸市における市民病院の経営

神戸市立病院事業の経営については、前掲の通りである。

前野保監夫

(神戸市衛生局参与兼
中央市民病院事務局長)

神戸市立病院事業の経営については、前掲の通りである。

1 市民病院の役割と経営

(1) 市民病院の役割、使命

神戸市は、市の基幹病院であり、救命救急センターである中央市民病院(1,000床)、西部地域の中核病院である西市民病院(370床)、結核・呼吸器系慢性疾患病院である玉津病院(256床、うち結核病床209床)、東部地域の1次医療を担当する東灘診療所及び看護短期大学を設置し、地方公営企業法の「財務規定等」を適用する病院事業として運営している。すなわち、「神戸市立病院事業の設置等に関する条例」に基づき、「市民の健康保持に必要な医療を提供」(第1条)するとともに、「その運営にあたっては、常に企業の経済性を発揮するように運営されなければならない」(第2条)ことを病院経営の基本としているのである。

また、「自治体病院は、地域住民のニーズに基づき、一般医療のほか、公的医療機関でなければ対応することが困難な救急医療及び高度・特殊・先駆的医療などの不採算部門を担当し、さらに地域に欠けている機能を補填する等、地域の医療確保と医療水準の向上に努めるもの」とされている。本市の病院事業においても、上記の趣旨にそって運営に努めなければならないのであり、多くの努力が関係者によって傾注されてきたところである。最近の医療をとりまく環境の変化は著しく、高齢化の進展、疾病構造の変化、医学・医療の進歩などにより、市民の医療ニーズも多様化・高度化してきている。

そのため、昭和56年春、中央市民病院を総工費300億円を投じて大工島ポー

トアイランドに新築移転し、病床数を1,000床に増床するとともに、最新鋭の医療機器と医療サービス体制を有する高機能・大規模病院として整備を図った。また平成元年度には、西市民病院の新館建設に着手し、腎センターや老人科を有する西部地域の特色ある中核病院として整備する方針で取り組んでいる。

(2)市民病院の経営

病院事業の経営は、「適正な原価を基礎とし、地方公営企業の健全な運営を確保することができる」(地方公営企業法第21条)料金収入が確保されてこそ、その使命を果たすことができるわけであるが、その料金収入は、全国一律で画一的な社会保険診療報酬制度に依存している。

診療報酬は、概ね2年に1回改定が実施されている。しかし、昭和63年4月1日に改定実施された診療報酬(0.5%引上げ)は、自治体病院にとっては、実質平均マイナス1.5%の改定であったことが、全国自治体病院開設者協議会の調べで、明らかとなっている。そのため、毎年自治体病院の財政危機突破全国大会が、開催され、適正な診療報酬体系と補助の拡大等について陳情行動がなされているところである。

表1 経営収支

(単位：億円)

年 度	A 収 入	B 支 出	C(A-B) 収 支	D 累積欠損金
54 年 度	126	128	△ 2	△ 2
55 年 度	138	148	△ 10	△ 12
56 年 度	180	227	△ 47	△ 59
57 年 度	203	239	△ 36	△ 95
58 年 度	223	251	△ 28	△ 123
59 年 度	243	259	△ 16	△ 139
60 年 度	257	265	△ 8	△ 147
61 年 度	269	270	△ 1	△ 148
62 年 度	278	272	6	△ 142
63 年 度	280	279	1	△ 141

兵庫県下の自治体が経営する病院は41病院で、そのうち30病院が、累積赤字を抱えており、それぞれが経営改善に取り組んでいる状況である。また、全国の自治体病院の経営状況をもても、全国977病院のうち、過半数の580病院が累積赤字を計上しており、昭和63年度末の累積赤字は、4,300億円に達するものと推定されている。

神戸市においても、同様に国の総医療費抑制策による診療報酬の実質据置と中央市民病院の新築移転に伴う費用の増大などにより、表1に示すとおり赤字が増加し、昭和61年度には、148億円の巨額の累積赤字を計上することになった。そのため、病院事業は苦難の道程—経営改善に取り組んでいくことになる。また、病院会計では、昭和54年度に病院事業の行政責任と経営責任を明確にするため、地方公営企業法の一部適用をした昭和39年度からの収支差全額補填方式を改め、一般会計との負担区分の明確化を図っている。

2. 経営改善

(1) 患者数の推移

昭和56年度以降の患者数の推移について述べる。なお、中央市民病院は、昭

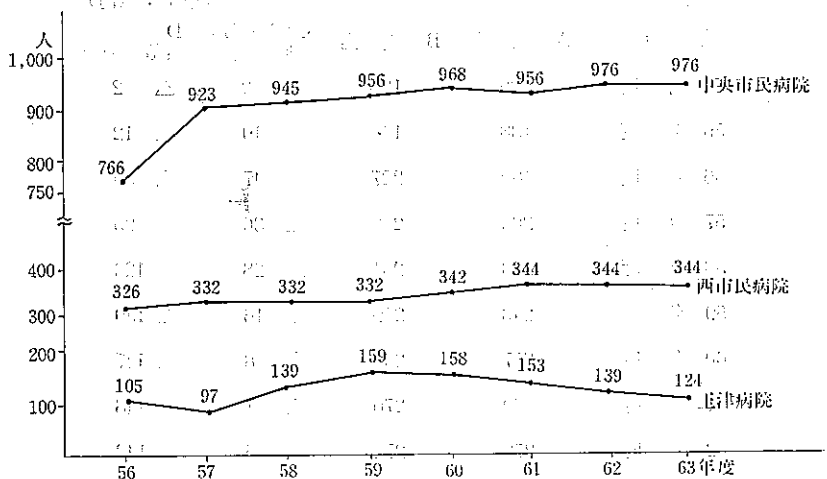


図1 入院患者数の推移(1日平均)

和56年3月に736床で新築移転し、同年6月に877床に増床し、昭和57年5月に1,000床体制となっている。

- ① 入院患者数の推移は、図1のとおりである。中央市民病院は新築移転の効果もあり大幅に患者数が増えており、西市民病院も順調に推移しているが、玉津病院は昭和59年度の159人をピークに漸減している。これは結核患者の減少と短期入院治療によるものである。

次に、病床利用率をみると、表2のとおり、中央・西市民病院とも順次病床利用率を向上させ、最近では両病院とも常に満床の状態であり、多くの患者に入院の待機をいただいている状況である、また、平均在院日数は表3のとおりであり、西市民病院での在院日数の短縮が顕著である。

- ② 外来患者数の推移は、図2のとおりである。中央市民病院の患者数が大幅に伸びており、7年間で1.5倍となっている。西市民病院の患者数は、昭和58年度をピークに2年続けて減少したが、昭和61年度以降回復している。東灘診療所の患者数は、昭和62年度まで順調に増加している。また、玉津病院の外来治療は主に退院患者をフォローするものであった

表2 病床利用率

(単位：%)

病院	年度	56年度	57年度	58年度	59年度	60年度	61年度	62年度	63年度
中央市民病院		94.0	97.3	96.7	97.8	98.8	97.6	99.5	99.6
西市民病院		91.9	93.5	93.6	93.4	96.4	96.8	97.0	96.9
全市一般病床平均		74.6	77.5	79.5	81.0	81.7	82.3	81.2	78.6

表3 平均在院日数

(単位：日)

病院	年度	56年度	57年度	58年度	59年度	60年度	61年度	62年度	63年度
中央市民病院		28.9	26.8	26.7	26.5	27.3	26.1	27.6	26.8
西市民病院		42.0	41.6	38.3	35.7	34.9	33.8	34.8	34.9
全市一般病床平均		36.1	36.6	36.4	36.8	37.1	37.4	36.6	36.2

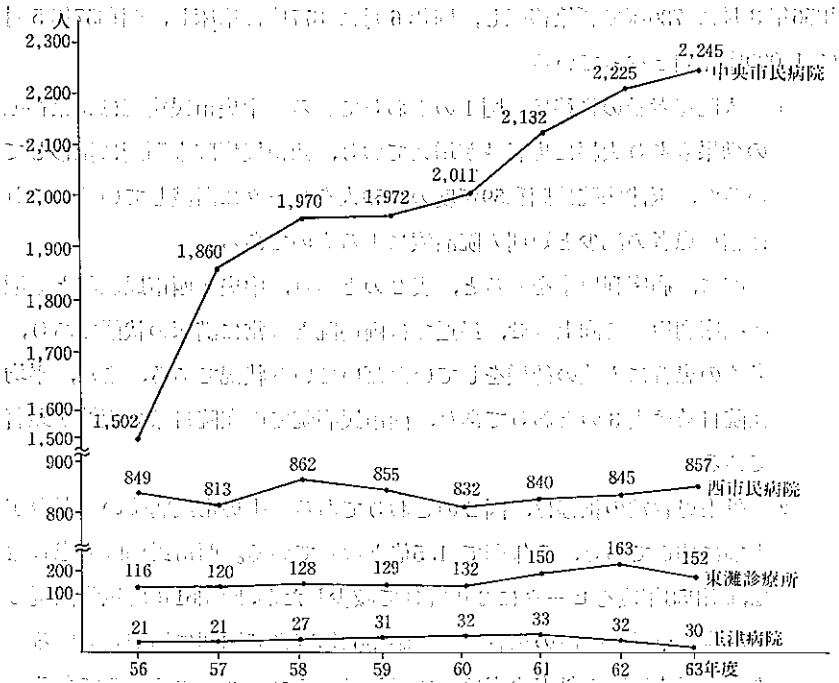


図2 外来患者数の推移 (1日平均)

表4 外来新患率

(単位:%)

病院	年度	56年度	57年度	58年度	59年度	60年度	61年度	62年度	63年度
中央市民病院	56年度	19.9	20.5	20.2	20.4	20.5	20.0	19.2	18.6
	57年度	18.4	18.0	16.0	16.3	17.0	16.6	16.4	16.1

外来新患率 = (外来新患者数 / 外来延患者数) × 100

表5 外来患者比率

(単位:倍)

病院	年度	56年度	57年度	58年度	59年度	60年度	61年度	62年度	63年度
中央市民病院	56年度	2.0	2.0	2.1	2.1	2.1	2.2	2.3	2.3
	57年度	2.6	2.4	2.6	2.6	2.4	2.4	2.5	2.5

外来患者比率 = 1日当り外来患者数 / 1日当り入院患者数

と認め、患者数は30人前後で推移している。

次に、外来新患率は、表4のとおり中央・西市民病院とも若干低下している。また、入院患者に対する外来患者比率は、表5のとおりであり、中央市民病院が上昇傾向を示している。以上のとおり、中央・西市民病院については、入院患者の病床利用率がほぼ100%の満床状態であり、外来患者についても入院患者に対する比率が2.3~2.5倍となっているなど、それぞれ施設の有効活用が図られているといえよう。

今後は、病院と診療所間、病院と病院間の連携を基軸に、入院部門については平均在院日数を短縮することなどにより、待機患者の早期入院を促進するとともに、外来部門については外来新患率を向上させるなど、2次・3次医療に重点をおいた診療を行い、患者サービスの向上に努めていく必要がある。

(2) 経営収支の状況

病院事業会計が一般会計との負担区分の明確化後、初めて償却前で赤字を計上した昭和55年度以降の資金収支は、表6のとおりである。

昭和55年度は償却前収支で5億円の不良債務を計上し、昭和56年度には中央市民病院の新築移転に伴う資本費の急増(減価償却費等27億円、支払利息24億円計51億円)及び国の総医療費抑制策とがあいまって、償却前収支で一挙に20億

表6 資金収支(償却前)

(単位:億円)

年 度	A 償却前収支	B 償却費等	C(A-D) 実質収支	D 累積不良債務
55年度	△ 5	5	△ 10	△ 5
56年度	△ 20	27	△ 47	△ 25
57年度	△ 13	23	△ 36	△ 38
58年度	△ 7	21	△ 28	△ 45
59年度	5	21	△ 16	△ 40
60年度	13	21	△ 8	△ 27
61年度	19	20	△ 1	△ 8
62年度	22	16	6	14

円の不良債務を計上した。さらに昭和57年度には累積不良債務が38億円となり病院経営はまさに危機的状況となった。

そのため、より良い医療を継続的に提供していくためには、経営基盤の確立が大前提であるとの認識のもとに、院内はもとより、全庁あがての経営改善の取組みが始まった。すなわち、昭和58年の「経営改善検討委員会」（委員長・石原信吾厚生省病院管理研究所経営管理部長）の報告及び経営健全化に関する市会決議に基づき、「病院事業経営改善推進委員会」が設置され、2次にわたる経営改善を実施した。

第1次経営改善計画は、昭和58年度から昭和60年度までで、目標は昭和57年度末に38億円であった「累積不良債務をこれ以上増やさない」というものであり、昭和61年度から昭和63年度までの第2次経営改善計画は「累積不良債務の解消」が目標であった。経営改善計画は、主として病院の自主経営努力と一般会計との負担区分の見直しによって行うというものであった。

① 自主経営努力の内容

収入の確保を図るため、病床利用率の向上、外来患者の確保等患者数増加に努めるとともに、診療報酬請求事務を早期に行う当月請求の実施、室料差額等自主料金の改定を行った。

表7 経 営 指 標

(単位：百万円、％、人)

年 度	A 医業収益	B 給 与 費	C 材 料 費	B/A 給与比率	C/A 材料比率	D 職 員 数
56 年 度	12,943	8,636	5,383	58.1	41.6	1,808
57 年 度	16,130	9,375	6,318	57.0	39.2	1,904
58 年 度	17,818	10,159	6,728	57.0	37.8	1,870
59 年 度	19,064	10,652	6,974	55.9	36.6	1,850
60 年 度	20,704	10,990	7,242	53.4	35.2	1,810
61 年 度	22,157	11,558	7,439	54.1	34.8	1,788
62 年 度	23,211	11,698	7,962	51.6	35.1	1,787

(注) 60～62年度の給与比率、材料比率は当月請求を除いた指数

また、支出を節減するため、医薬材料の購入改善、物品管理の適正化やコンピュータの導入、職員の弾力的配置、事務事業の見直し等による業務の効率化に努めた。

そのため、表7に示すとおり、経営改善期間中(昭和58年度～62年度)に於いては医薬収益に対する給与比率は5.4ポイント、材料比率は2.7ポイント低下している。

② 負担区分の見直し
 救急、ICU、企業債利子、伝染病棟運営経費は、地方公営企業法により、救急医療等行政的経費、高度・特殊医療等不採算の医療に関する経費など、もともと受益者負担の原則によりまかなうことが困難な性格の経費について、その収支差を一般会計で負担するものと定められているものであり、昭和54年度からその区分を明確にしたところであるが、その後の情勢の変化に対応し、表8のとおり救急、ICU、企業債利子、伝染病棟運営経費について見直しを行った。

その結果、予定より1年早く昭和62年度に累積不良債務を解消し、経営改善計画を達成することができた。なお、141億円の累積赤字は、そのほとんどが

表8 負担区分の見直し

(単位：百万円)

項目	内 容	59年度	60年度	61年度	62年度	計
救 急	現状に合わせて見直し	111	107	115	115	448
I C U	0→収支差	159	180	178	174	691
企業債 利 子	2/3→3/3 (医療機器分2/3)	589	555	528	509	2,181
伝 染 病	空床利用の明確化	—	—	52	54	106
計		859	842	873	852	3,426

(参 考)

一般会計繰入金合計	4,596	4,309	4,102	3,939	16,946
-----------	-------	-------	-------	-------	--------

減価償却未済分であるのが収支分析からの実態であるが、今後長期的な視野に立ってその解消に努めていかなければならないと考えている。

(3) 経営改善

経営改善への院内での取組みについて、中央市民病院内に設置された「業務経営改善委員会」での業務内容全般にわたる抜本的な見直しを中心に、その歩みを振り返ってみたい。

同委員会は、昭和57年12月に「収益面における増収対策」と題する第1次答申を行ったあと、「経費の節減・合理化対策」を内容とする第2次答申を提出し、さらに3次から7次にわたって、放射線、薬剤、看護体制、病院事務など各部門毎の業務改善に関する答申を出し、この間44項目の課題について審議し問題の解決に取り組んだ。その主なものについて述べる。

① 病床利用率の向上

中央市民病院は、高度医療の総合力を発揮する急性期病院であるとの認識のもとに、急性期患者を集中的に治療し、平均在院日数の短縮を図り、ベッド回転率を上げることでより待機患者の解消をめざすと同時に、病棟間のベッド交流を積極的にすすめ、空床を少なくすることにより病床利用率の向上を図った。

一般的に大病院においては、各診療科毎のセクショナリズムが発生し、病床の相互利用は難しいと言われているが、中央市民病院では横のつながりを強化するため、各診療科部長で構成する「病棟調整会議」を設置し、異科間相互の患者の受入れ体制を整えた。経営改善期間中の患者数の推移は前述のとおりである。

② 部門別原価計算の実施

職員、とりわけ医師のコスト意識の醸成に威力を発揮したのは、診療科別入院・外来別の部門別原価計算の実施であった。民間の製造業では原価計算は当然行われるべきものであるが、病院では医師の行動パターンが各診療科、入院・外来部門を縦横に錯綜し、タイムスタディーを実施しても人件費の配分が困難であること、また麻酔科のように収益が

最終的に他の診療科に吸収されてしまう部署があること、及び管理強化であるとの医師の反発もあり、なかなか進まなかったが、一つずつ議論を重ね、ようやく昭和62年度に試行実施に踏みきることができ、職員の間にもコスト意識が醸成されていった。

③ 当月請求の実施

第2次経営改善計画の達成に直接貢献したのは当月請求の実施である。診療報酬の請求は、病名とリンクして各診療行為毎に点数化されており、その請求行為は複雑かつ膨大である。これらを正確にチェックし請求するためには従来約40日かかっていた。しかしこれを前倒しし、10日以内で請求するとその年度は、1か月分の前倒し収入を得ることができる。そのため、伝票を改善するとともに、コンピュータを駆使し計算業務を迅速に行うことにしたが、問題はドクター点検であった。ドクター点検は従来10日程度の余裕があったが、当月請求の実施により2日となり、毎月月初めには診療の合い間に医師が一斉にレセプト点検をすることになった。大変な作業であるが、そのおかげで病院事業全体で15億円もの前倒し収入を得て、経営改善が一挙に進むことになった。

④ 患者サービス充実強化の取組み

経営改善期間中といえども、患者サービスの充実強化には積極的に取り組んできた。その一つは、救命救急センターの改修と救急部看護婦の3交替制の実施であり、二つめは、外来患者数の増加に対応した外来診療の3診増、三つめは、地域医療機関との連携強化を図る医師会連絡室の設置などである。

自治体病院の経営改善は、医療の質の向上、患者サービスの向上を図りながら経営の効率化を模索しなければならない。従って、病院の経営改善に特効薬はなく、地道な努力の積み重ねしかない。それは職員ひとり一人の努力であり、汗の結晶であるといえよう。

3. 新たな経営計画

(1) 病院事業の現状

本市病院事業は、表9のとおり、3病院1診療所を運営している。以下、昭和63年度の実績を中心にその現状について述べる。

① 中央市民病院は、1,000床の規模をもつ全国有数の総合病院であり、循環器センター、消化器センター、脳神経センターなど臓器別チーム診療により高度医療を行うとともに、救命救急センターとして第3次救急を担当し、また、臨床研修指定病院として地域医療水準の向上に努めるなど、市の基幹病院としての役割を果たしている。

診療科は20科で、1,214人の職員が1日平均、入院患者976人、外来患者2,245人の診療にあたっている。入院患者の診療科別内訳は、図3のとおりであり、65歳以上の患者は3割である。診療圏は市外にも及んでおり、市外からは全体の1/4の入院患者を受け入れている。

また、救急医療では、内科、小児科、外科、脳神経外科、CCU、産婦人科、整形外科、麻酔科、各科の9診療科で常時約30人が、毎日24時間体制の救急当直を行い、1日平均84人（うち入院7人）の救急患者の診療にあたっている。

② 西市民病院は、370床の総合病院であり、市内西部の中核病院としての

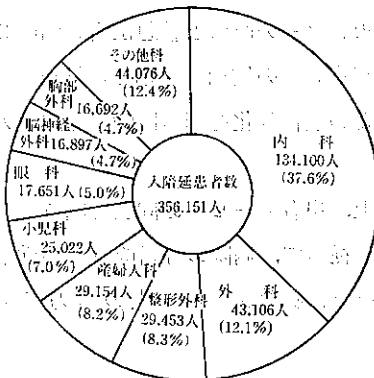


図3 中央市民病院
診療科別患者数（入院）

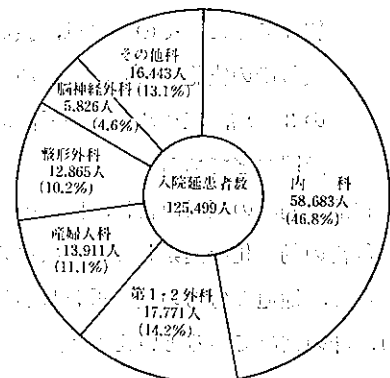


図4 西市民病院
診療科別患者数（入院）

表9 市民病院の概要

項目	中央市民病院		西市民病院		玉津病院		中央市民病院 付属東灘診療所	
	所在地	建物延床面積	所在地	建物延床面積	所在地	建物延床面積	所在地	建物延床面積
診療科	中央区港島中町4丁目6	60,595㎡(B1～11F)	長田区一番町2丁目4	14,776㎡(B1～7F)	西区玉津町水谷字セリ合 397-4	7,385㎡(1～4F)	東灘区魚崎中町4丁目 3-18	920㎡(1～3F)
病床数	1,000床 (うち伝染病床38床)		370床		256床 (うち結核病床209床)		—	
診療科	内科・感染症科・神経科・小児科・外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・形成外科・放射線科・こころ・麻酔科・リハビリテーション科(計20科)		内科・神経科・小児科・第1外科・整形外科・泌尿器科・産婦人科・形成外科・放射線科・麻酔科(計16科)		内科・外科・歯科・放射線科(計4科)		内科・小児科・外科・産婦人科・眼科・耳鼻いんこう科(計6科)	
1日平均 患者数 (63年度)	入院	976人(7人)	344人(3人)	124人	—			
	外来	2,245人(84人)	857人(26人)	30人	152人			
職員 (元.4.1 定数)	数	1,214人	408人	98人	7人			
	医師 看護婦	137人 742人	43人 243人	8人 55人	(中央よりローテーション) 3人			
特色	高度医療等を中心とする基幹病院として第3次救急を担っており、臨床研修医の養成、医師を教員として、患者の個別化医療の実施		西部地域の中核病院として第2次救急を担っており、人工透析センターの設置		結核中心の専門的病院として中央市民病院との連携による運営		東灘地域の地域診療所として中央市民病院との連携による運営	

(注) 患者数() 書は、救急患者数(再掲)

高度医療を行うとともに、腎疾患患者の人工透析を行っている。また、内科及びその他科の2科救急の通年実施により、第2次救急を上回る救急を担当している。

診療科は16科で、408人の職員が1日平均、入院患者344人、外来患者857人の診療にあたっている。入院患者の診療科別内訳は、図4のとおりであり、中央市民病院に比べて内科の占める割合が高くなっている。65歳以上の患者は4割である。診療圏は、長田、兵庫、須磨区が中心でこの3区で入院患者の8割を占めている。市外患者の率は6%である。

また、救急医療では、内科及びその他科の2診療科で常時11人が、毎日24時間の救急当直を行い、1日平均26人（うち入院3人）の救急患者の診療にあたっている。

- ③ 玉津病院は、結核・呼吸器系慢性疾患病院としての専門医療を行うとともに、結核については、患者の早期社会復帰をめざした短期入院治療を行っている。

診療科は4科で、98人の職員が1日平均、入院患者124人、外来患者30人の診療にあたっている。入院患者のうち結核患者は84人（68%）、一般患者は40人（32%）であり、65歳以上の患者は4割である。市外患者の率は3割である。

- ④ 東灘診療所は、中央市民病院の付属診療所として、中央市民病院の高度医療機能の支援のもとに、東部地域の1次医療を行っている。

診療科は6科で、1日平均152人の外来診療を行っている。患者の8割は東灘区民である。

(2) 新たな経営計画

本市病院事業は、国の総医療費抑制策による診療報酬の実質据置と中央市民病院の新築移転に伴う費用の増大などにより経営状況が悪化し、前述のとおり昭和58年度より2次にわたる経営改善を行い、病院の自主経営努力と負担区分の見直しによって、予定より1年早く累積不良債務を解消することができた。

しかしながら、高齢化社会の進展と医学・医術の進歩発展に伴ない、国民医療費が年々膨張する中、国の総医療費抑制策が一層強力に推し進められ、昭和60年には各都道府県において医療計画の策定を義務づける改正医療法が施行され、ベッドの総量規制が行われた。また、昭和62年には国民医療総合対策本部から「質の良い」医療を「効率的に」供給していくためのシステムづくりを医療改革の基本に据えた中間報告が行われ、平成2年度には、医療資源の有効活用を図るため、医療機関の相互の連携と機能分化をすすめる第2次医療法の改正が予定されるなど、我国の医療制度は高齢化社会の進展にあわせて大きな変革期を迎えつつある。

そのため、神戸市では、昭和63年5月に「市民病院経営計画委員会」（委員長・伊賀隆神戸大学経営学部教授）を設置し、経営改善計画達成後の新たな計画として、今後とも多様化・高度化する市民の医療ニーズに応える市民病院づくりをすすめるための指針となる「市民病院経営計画」を、同年11月に策定した。

この計画は、昭和63年度から平成4年度までの中期5か年計画で、市民病院の位置づけと役割を再認識し、中央・西市民病院においては急性期を中心に2次・3次の高度医療に重点をおいた運営を行い、医療機関相互の連携をすすめながら、患者サービスの向上、病院の活性化を図る新たな投資（5年間で102億円）をふまえた上で、単年度収支の均衡を図ろうとするものである。

以下、経営計画の課題について述べる。

① 医療機関相互の連携

市内の医療体制の中で多様な医療ニーズに応じた医療サービスを市民が円滑に利用できるようにし、中央・西市民病院の高度医療を適時適切に提供していくためには医療機関相互の有機的連携がぜひ必要である。そのため、市民、患者・家族の理解と信頼関係の確立を基本にししながら、外来新患率の向上や入退院のより一層の適正化をすすめるとともに、医師同士のコミュニケーションの充実と医療水準の向上を図る合同カンファレンスの実施等により、病診・病病連携の拡充を図っていく必要がある。

の向上を図ることに努める。

② 患者サービスの向上
病院運営の基本は、患者サービスの向上にあることを念頭におきながら、患者の早期社会復帰を図るため、医学・医術の進歩発展に対応し高度医療機器の整備等医療水準の向上に努めるとともに、外来待ち時間、入院待機日数の改善や患者相談業務等により患者ニーズに対応し、あわせてコンピュータの活用による病院総合情報システムの導入等施設・設備の整備を図っていく必要がある。

③ 病院の活性化

医療水準と患者サービスの向上を図るためには、病院の活性化がぜひ必要である。そのため、医師・看護婦をはじめとする職員の志気・資質向上への助成や国際交流の推進等により臨床研究・研修の充実を図り、専門性と総合性をあわせもつ優れた人材を醸成するとともに、西市民病院の新館建設(図5)、中央市民病院の外来・検査部門の整備をはじめ

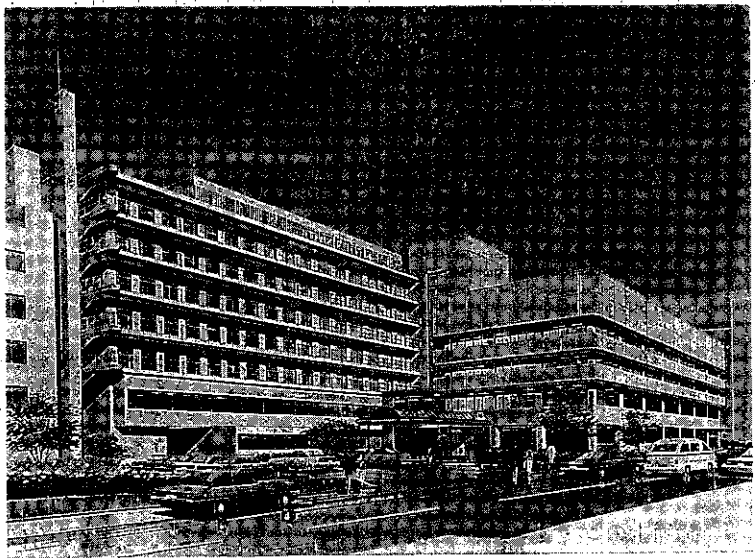


図5 西市民病院新館完成予想図

として、病院機能の充実をすすめていく必要がある。

④ 経営基盤の確立

患者サービスや病院の活性化のための新たな投資を行い、市民の医療ニーズに応える市民病院づくりをすすめるためには、経営基盤の確立が大前提となる。そのため、単年度収支の均衡を念頭において収入の確保と支出の節減に努める等、自主経営努力を推進するとともに、今後発生する留保資金の活用については、新たな投資への充当や基金の積立てなど病院事業の経営安定及び発展を図る方向で活用策を検討することが望ましい。また、一般会計との負担区分については、収益的収支は当分の間現行のままとし、資本的収支は将来にわたって患者サービスの向上や病院の活性化が図れる方向で検討することが望ましい。

これらの課題を達成するための年次計画として、表10のとおり収支5か年計画を策定した。収支計画では、西市民病院の新館建設をはじめとして投資の集中する平成元・2年度は赤字となるものの、平成3・4年度には黒字基調となり、5か年合計で194百万円、単年度平均39百万円の黒字となり、新たな投資をふまえた上で単年度収支均衡を達成したい

表10 収 支 計 画

(単位：百万円)

項目 \ 年度	昭和62	63	平成元	2	3	4	63~4 合計	平均
収益的収入 (A)	23,860	23,706	24,769	24,386	26,812	27,682	127,355	25,471
収益的支出 (B)	27,232	27,882	29,477	29,268	30,544	31,404	148,575	29,715
収支不足額 (C) [(A)-(B)]	△ 3,372	△ 4,176	△ 4,708	△ 4,882	△ 3,732	△ 3,722	△ 21,220	△ 4,244
一般会計繰 入金 (D)	3,939	4,301	4,496	4,267	4,143	4,207	24,714	4,943
当年度純利 益 (損失) (E) [(C) +(D)]	567	125	△ 212	△ 615	411	485	194	39
累積欠損金 (F)	△ 14,186	△ 14,061	△ 14,273	△ 14,888	△ 14,477	△ 13,992	—	—
当年度末累 積留保資金 (G)	1,373	1,734	1,706	1,395	2,601	2,730	—	—

と考えている。

なお、収支計画策定の前提は、表11のとおりであり、原則として昭和62年度決算をベースに過去の実績、現在の医療費等をめぐる社会情勢等を勘案した。

表11 収支計画の前提

① 業務量
1日平均患者数 (単位：人)

病 院	区 分	患 者 数	
		62年度	63～4年度
中 央	入 院 来	976	970
	外 来	2,225	2,200
東 灘	外 来	163	160
	入 院 来	344	340
西	外 来	845	840
	入 院(結核)	99	100
玉 津	" (一般)	40	40
	外 来	32	35

② 単価上昇率 (単位：%)

病 院	区 分	入 院 来	外 来
中 央	入 院 来	2.0～2.6	1.3～4.5
	外 来	—	3.7～4.8
西	入 院 来	1.2～4.8	0.0～2.8
	外 来	—	—
玉 津	(一般)	2.6～2.7	3.1～3.7
	(結核)	1.5～2.7	—

2. 支 出

- ① 給与費 伸率 3.5% (過去5カ年平均)
- ② 材料費 62年度実績ベース(収益スライド)
- ③ 経費 伸率 1.5% (過去5カ年平均)

神戸市における市民病院の経営

(3) 投資 (単位:百万円)

項 目	投資額	左 記 の 内 訳				
		中 央	西	玉 津	短大	管 理
医 療 機 器	4,333	3,080	1,188	65	—	—
建 物 改 良 等	3,613	1,613	2,000	—	—	—
建 物 保 全	2,297	1,361	845	9	17	65
そ の 他	25	—	—	—	25	—
計	10,268	6,054	4,033	74	42	65

む す び

神戸市の病院事業は、我国の医療制度の大きな変革期の中で、公営企業として公共の福祉の増進と経済性の発揮に努めるため、市民の医療ニーズの多様化・高度化に対応し、高度医療に重点をおいた質の良い医療を効率的に提供していくことが要請されている。中期経営計画では新たな投資を行いながら、収支均衡を目指し、市民の期待に応える市民病院づくりをすすめていくことにしている。しかし、今後の診療報酬改定の動向や、最近の建設物価の上昇により、予定投資額の増加を余儀なくされる恐れがあるなど、病院をとりまく経営環境は極めて厳しいことが予測される。

また、今後、治療より予防の重視といった保健制度の展開や社会復帰をめざした在宅看護制度及び老人保健施設の拡充といった地域ケア、セルフケアの高まりなど保健、医療、福祉の全体のシステムの中で、市民病院はますます地域の医療ニーズに合わせてハード、ソフトの両面にわたり、基盤整備を実施しなければならないであろう。

そのためには、病院職員が常に経営意識を高揚させ、効率的経営に努めていくことはもちろんであるが、病院事業の健全な運営を確保するためには、医療環境や社会情勢の変化に対応して、適宜適切な一般会計との負担区分の見直しや病院事業基金の積極的な活用について検討していく必要がある。

さらに、国、県において高度医療、救急医療等医療内容に応じた医師の技術

料、看護婦の配置、建物等の減価償却等についての適正な診療報酬体系の確立や、それを補完する補助金の充実、並びに慢性疾患病院、老人保健施設等の整備充実が強く望まれる。

いずれにしても、市民病院の経営にあたっては、病院の位置づけ、機能、役割を明確にし、それをひとり一人の職員が認識し、実践するとともに、地域社会においても、広く市民、医療関係者の理解とコンセンサスが得られるよう努めていくことが重要であると考える。

（注）

1. 本稿は、昭和54年度「東京都立病院の経営改善に関する調査報告書」を基に、その内容を整理し、必要に応じて補綴したものである。また、本稿の構成は、調査報告書の構成とほぼ一致しているが、調査報告書の構成は、調査の経緯、調査の目的、調査の方法、調査の結果、調査の結論、調査の提言の順であるが、本稿は、調査の経緯、調査の目的、調査の方法、調査の結果、調査の結論の順である。

2. 本稿の調査は、昭和54年度「東京都立病院の経営改善に関する調査報告書」を基に、その内容を整理し、必要に応じて補綴したものである。また、本稿の構成は、調査報告書の構成とほぼ一致しているが、調査報告書の構成は、調査の経緯、調査の目的、調査の方法、調査の結果、調査の結論、調査の提言の順であるが、本稿は、調査の経緯、調査の目的、調査の方法、調査の結果、調査の結論の順である。

3. 本稿の調査は、昭和54年度「東京都立病院の経営改善に関する調査報告書」を基に、その内容を整理し、必要に応じて補綴したものである。また、本稿の構成は、調査報告書の構成とほぼ一致しているが、調査報告書の構成は、調査の経緯、調査の目的、調査の方法、調査の結果、調査の結論、調査の提言の順であるが、本稿は、調査の経緯、調査の目的、調査の方法、調査の結果、調査の結論の順である。

高 寄 昇 三

(甲南大学教授)

1 市民参加の自治

日本の現行地方自治は、戦後、占領軍の強い指導の下にアメリカ自治を移植したといわれている。内務官僚が粘り腰で戦前の集権・官治・支配的自治を温存しようとしたが、要請の骨格は崩すことができなかった。知事公選制、直接請求などの分権・自治・参加というアメリカ的自治への改革は避けられなかった。

しかし、戦後自治がこのようなアメリカ的自治をストレートに受け入れ、アメリカ的自治制度が誕生し、成長していったのではない。むしろ今日の地方自治は、まことに奇型的な地方自治といえる。まず、ドイツの地方自治を模倣してつくられた戦前の地方自治を完全に払拭することなく、その土台の上にアメリカ自治が接ぎ木されている。その上、自治そのものが制度として“活きた制度”となっていない。たとえば、日本の地方自治制は画一的であり、全国同じ制度であり、アメリカにみられるように「強い首長」「弱い首長」といった規模の大小に合せた制度となっていない。まして「シティ・マネジャー」といった制度を導入しようとも、地方自治法はそれを拒否して許さない。

つぎに制度はアメリカ的になったとしても、運営のメカニズムは戦前自治そのままの伝統的精神構造である。ことに中央支配による権威的遠隔操作網は、ほぼ完璧といえる。補助金・交付税・地方債を三身一体とする財政支配に加えて天下り人事など、さらには法律による自治権の拘束など、中央官治支配の影響は地方自治の組織細胞の隅々にまで侵蝕している。

それは戦後改革を自治官僚が巧みに換骨奪胎したことである。戦後自治法の制度にあって、地方債の許可制を温存したし、また教育・警察などの分権自治

を中央支配下に吸収していったことなどがみられる。

一方、自治体にあっても、このような与えられた自治権を十分に自覚し活用する「権利のための闘争」に努力しなかった。わずかに昭和40年代、革新自治体のうねりのなかで、東京都の事業税不均一超過課税、摂津市の保育所建設費超過負担訴訟などがみられたにすぎない。また、市民サイドにとってはレフェンダムという「伝家の宝刀」を与えられなかったため、その参加は制度的保障を欠き、参加は容易に包摂されていき、自治精神の土壌を培うことはできなかった。このようにみえてくると、戦後自治はアメリカ地方自治を模して制定されたといわれているが、今日の地方自治のアメリカ地方自治の利点や精神を引き継いだとは思われない。仮りに誕生時はそうであったとしても、その成長過程で団体・住民自治という基本的要素は次第に喪失していき、歪められていった。

もちろん、アメリカ自治が最高の形態とはいえない。複雑な制度が行政効率を阻害しているし、日本の精神構造や行政風土にふさわしい制度を創造していくべきだと反論がある。しかし、自治・分権・参加という地方自治の普遍的要素を最も活き活き地方自治の日常の場で活用しているのはアメリカの地方自治である。

日本の地方自治論争はともすれば国・地方の制度、すなわち財源・権限・事務配分に絞られ過ぎているが、団体自治とともに住民自治というあと1つの要素を忘れてきたのではあるまいか。これまで講学的には住民・団体自治を並列的にとらえてきたが、住民自治が基本であり、住民自治を充足し成熟させていくための十分条件として団体自治が要求されるのである。

この点、アメリカ自治をみると、アメリカの都市は“州の創造物”であることは歴然たる歴史的事実であり、連邦よりむしろ州の法律的拘束力は絶対である。しかしこのような誕生の背景、制度の仕組みが、地方自治権を官治支配下に閉塞させ、住民自治の精神を萎縮さすような自治制度の運用がなされているわけではない。

昨年夏、シアトル市を訪れてみたアメリカ自治の実際は、制度上・法律上の連邦・州の拘束・支配は否定しがたいが、運営面では自治権活用を拘束する

風潮は微塵もない。それよりも、住民自治が市政運営の基本として強い影響力を発揮していた。すなわちアメリカ自治の特色は“参加”“多様性”であり、住民参加を基調にして市の組織・人事・財政が運用されている。

日本の地方自治はこの“参加”を単に地方自治法上の、いいかえれば六法全書の上での制度としてでなく、「制度を活かす精神」「精神を培う制度」として今一度、自治体自身が評価しなければならないのではなからうか。

シアトル市は人口50万人、周辺人口を含めた都市圏人口は、150万人の典型的なアメリカの中規模都市である。したがってシアトル市の市政運営がそのままアメリカ地方自治とはいえないが、そこでみた参加型自治はアメリカ自治の基本を伝えるといっても間違いはないであろう。その参加型自治の具体的な内容に次のべる実際は散発的行政事件・事例であるが、参加と多様性、いいかえれば自己の特性に合った自主性・自律性の尊重ということが基本であることを如実に示唆している。

2 超高層ビルへの拒否反応

アメリカの地方自治が市民参加を基本とし、その制度的保障が確立されていることは、すでに日本でも周知の事実である。そして数年前に起ったカリフォルニア州のプロポジション30による固定資産税の引下げは、日本に大きな衝撃を与えた。しかし、このようなプロポジションによる制度改革は税金に限ったことではない。極論すれば地方行政のすべての分野にわたる。

シアトル市でも、1989年5月16日に行われたイニシアティブ(Initiative) 31にもとづく住民投票(Referendum)によって、超高層ビルの建築は5年間実質的には禁止される事態となった。

シアトル市はボーイング航空社の好景気を反映して、ここ数年のあいだに都市経済は好況を極め、続々と超高層ビルが建築されていった。しかも、都心にあった古いホテル、アパートといった低所得者用の住居ビルを取壊して、その跡地を再開発する形で行われた。

しかも容積率は基本は、1,000%であるが、建物設計のアメニティ要素による

ボーナス(追加容積率) 500%, また同一区域内での住宅建設によるボーナス制による追加容積率500%を加えると、2,000%という超過密的ビル建築が認められていた。¹

この基準は住民運動サイドが指摘するように、太平洋西海岸の諸都市の規制水準に比しても甘かった。たとえば一般的最高数値は、サンフランシスコ市で高さ 550フィート、容積率900%, ポードランド市、460フィート、1,400%, バンクーバー市、450フィート、900%に比べて、シアトル1,000フィート、2,000%であった。

住民側は1988年5月11日、住民投票を求めるイニシアティブを成立させた。それが法律的・財政的にも問題がないと手続的に認められ、先の住民投票となった。もちろんこの案に対して、デベロッパー側は反対であり、“よりよき都心住区”をめざしてというパンフレットを発行し対抗した。「今日の都心再開発は1985年に4年間にわたる市民・専門家による討論の末にできた強力な土地利用と交通計画にもとづくものであり、やっと今、効果が表われたばかりである。²しかもこの計画案は現在・将来にわたって必要とする雇用、投資、財政収入をもたらすために限られた区域のバランスある現実的なものを打出したものである。それに対してCAP(住民運動案)は、このバランスを崩し、シアトル都心の将来を不安に陥入れる危険がある」と反論している。そこには暗に、1970年代末に18%という高率の失業率に喘いだ苦い経験を忘れたのかと言っているかのようである。

しかし中立的な専門家の間でも、1985年の案はたしかにボーナス制を加えて「商業区域のユニークな機能と性格を保存しながら“偉大な目標”をめざしたが、実際はより巨大なオフィスビルの建設を奨励することになった」と評価されている。

住民投票は反対運動があったが、賛成42,643(62%), 反対26,303(38%)で成立した。1989年から1995年までの5年間は、年間500,000 square feet、1996~1999年までは年間1,000,000 square feet に建築認可の絶対容積に止める。容積率の基本ベースは500%, ボーナス制度を加えた最高は1,400%とする。

高さ制限は 450 フィート (35~40階) とすることになった。

開発優先の建築行政に対して、環境保存の住民パワーが行政政策の変更をもたらしたのである。日本の住民参加の致命的欠陥はこのレフテレンダム制が欠落している点である。その意味ではアメリカ地方自治は市民参加の制度的保障をしており、市民は文字どおり「主権者」なのである。

- 1 建築容積については、建築の基本容積率は、1000% (10F) であるが、劇場・ショッピング、オープン・スペースなどを付設すると、それぞれカウントされ、ボーナスとして 500% まで追加される。さらに都心住区内に住宅・アパートを建設すると、低所得者階層向とか中所得者階層向に応じてさらに 500% が追加されることになる。
- 2 アメリカの地方自治体の計画立案機能のすべてがそうであるとは断言できないが、シアトル市の計画機能は完備している。長期計画室 (long-range-planning) が基本計画案をつくり、各局部がそれにもとづいて必ず長期プランを作成している。会計士 (accountant) と同じように、一定の資格とみなされているデータアナリスト (data analyst) が各部局にあり、全庁的には総務局の下にデータ処理室 (Data Processing Division) が、全データを総括している。

問題はどのようにデータ分析、計画立案が完備されているのに、なぜ都心開発にあって行過ぎとなったのか。1つは、開発推進派に対する抑制保全派の庁内の機構は弱い。2つは、不況期の失業の苦しさを脱却したという欲求が行過ぎた建築緩和となったといえる。いずれにせよ、policymaking をどうするか、アメリカの科学・民主的行政をもってしても容易でない。

3 超過課税の導入と参加

日本にあっては戦後、本格的な超過課税が課税自主権の一環として認められたが、それは日常的な財政運営の手段としては利用されなかった。

当初、農村地域の町村が財政窮迫のため超過課税を導入したが、本来の特別の利益に対する費用調達方法ではなかった。そしてこの超過課税方式が全国的注目を集めたのが、美濃部都政の事業税不均一超過課税であった。極めて高度な政治的背景をもって導入され、そして大阪府・市をはじめ、大府県・大都市が財源確保の利便として追隨した。これに対して自治省は不均一と超過課税をドッキングした方式を自治権の逸脱として、現行青天空の超過課税率を10%へと抑制する法改正を行なった。

日本にあってはこのように超過課税の活用自体が異常な行動であると考えられているが、シアトル市の財産税 (property tax) は、まことに日常的な行財政運営の一環として組み込まれて、体質化しているとさえいえる。

シアトル市の財産税への課税権は 0.6% の範囲内で自由に設定することができる。普通財産税が 0.36% であって、必要な公共事業のため財源調達が必要となると、その都度、住民投票でこの率で超過課税を決めている。

最近では、1986年9月には63万ドルの資金を 0.263% の超過課税方式で、1987年から1994年の8年間に低所得者住宅の建設資金として調達することを住民投票で同意をえている。

同じ選挙のときに、0.175% の超過課税で、総額40万ドルを1987～1993年の7年間で美術館建設費として、また1988年9月の選挙のときに 0.139% を超過課税方式で総額35万ドルを1989年から1998年の10年間でウォーターフロント環境改善事業として、それぞれ住民の承認をえている。

日本のように全国一律で税率が定められ、余程の事態でない限り、超過課税をしないということではなく、第1表にみるように、市・州をはじめとして様々の団体が重複して課税している。

これは日本のケースでは財源不足の帳尻は全て地方交付税で調整するという中央操作の枠内で処理されているが、アメリカではそれぞれの自主税の税率を操作することによって帳尻を合すことが制度の運営の基本メカニズムとなっている。したがって必要とする施設はその都度、必要とする財源を求めるため、住民投票にかけることがよく自然のメカニズムとなっている。

このような税の仕組みはきわめて面倒であるが、市が勝手に不必要な施設を建設することを未然にチェックできるのみでな

表1 財産税の内訳

(1,000ドル当り)

団 体 名	課税評価額
シアトル市	4.06406
普通財産税	2.57344
一般起債償財源	1.04740
芸術博物館財源	0.17711
低所得者住宅財源	0.26611
キングカウンティ	1.89387
ポート・オーフリティ	0.43275
ワシントン州	3.84221
学校特別区	2.99402
救急サービス	0.25000
合 計	13.47691

く、負担を通じて市政への参加とか、費用負担の原則への認識とか、地方自治への関心を抱かざるをえない仕組みとなっている。¹選挙公報には賛否両論の見解が掲載されている。先の美術館のケースでは、市側は1933年に現美術館を建設したが、収集美術品の3%しか展示できず、97%は保管庫に眠ったままとなっている。そして資金2分の1を民間募金に求めており、すでに13.3百万ドルを集めており、市の100%負担ではないとしている。これに対して反対派は、財産税の負担は限度に達しており、増税は賃借人に転嫁される。市が建設・運営する必然性はなく民間がやればよい。さらに麻薬取締など優先的行政が数多く存在する。周辺都市の利用者も多く、シアトル市が人口割では3分の1であるから、49万ドルを負担する必要はないなどが列挙されている。²

低所得者住宅、ウォーターフロントのケースもそれぞれ賛否が掲載されている。このように住民投票をつうじて政策決定・費用負担を決定していくプロセスは、大都市や州では次第に困難となりつつあるといわれながら、地方自治の基本的ルールとして今日でも立派に生きつづけている。

住民投票というすぐオール・オア・ナッシングを想定するが、カリフォルニアのプロポジション30のケースでもそうであるが、何年もかけて代替案を示しながら、数次にわたって住民投票で数案が選択されていくのである。問題はその過程こそが民主主義のコストとして耐えながら、自治の土壌のいつまでも枯らさないメリットである。²

日本の地方自治の弱点は、地方自治体自身がこのような市民参加プロセスを尊重しない官治体質をもち、官治方式に慣れ親しんでしまっていることである。中央支配を官治と批判するが、たしかにそれは誤っていないが、対市民の関係では自治体自身が官治であることを忘れてしまっている。

- 1 財産税のうち、土地は時価評価でなく、時価の5分の1～10分の1の課税評価となっている。しかし税率は10%を合計で超えるので、かなりの負担となっている。
- 2 アメリカの住民投票については、高寄昇三著『市民統制と地方自治』（勁草書房）参照。

4. 行政体系への参加

アメリカの地方自治の特色は、公選の公務員が多いことである。日本にあっては、市長その他法律で定める公務員は公選すると規定されていても実感が湧かない。唯一の例外が教育委員であったが、これとても中央統制の障害として法律改正され、廃止となってしまった。

ただこれからのべるように、公選職が多いというだけで行政体系への市民参加がなされているのではない。まず第1図にみられるように、市長、市会議員をはじめとして、市裁判所長官、法制局長、収入役、市会計検査局長の6つが公職の対象となっている。教育行政は州の管轄なので、教育委員の市レベルの公選はない。

これら6つの職のうち裁判所長官は日本の地方自治にとっては全く異様であるが、あらゆる権限を市民参加でというアメリカ自治の産物であり、その意味では人権・権利主張・利益保護のために法制局長も公選となっているのは、訴訟の国アメリカとしては当然といえる。連邦・州を相手に訴訟することは民事はともかく公法関係では、日本では異例の事件とみなされ、摂津訴訟ぐらいしかないが、アメリカでは補助金といえども契約関係の一環であり、訴訟は日常的行政事務として処理されている。もっとも、補助金関係の訴訟は近年は下火となっているが、それでも基本は補助要件にもとづく契約的事務処理とみなされている。

さて、収入役、市会計検査局長官が公選なのは、市政の公正・効率性の確保とともに、市長に対する牽制機能の1つを担わされているといえる。この点、「強い市長」としてアメリカの市長が現行の日本の市長の如く、行政権を独占することを原則とはしていない。「弱い市長」といわれる委員会制ではなく、アメリカの市長制はむしろその中間といえる。それは議会が執行権をもつ各部署を統制する委員会の長、または、委員として参加して実質的な行政権に関与する権限をもっていることである。

それに加えてシアトル市の市会議員は9人であるから、市長に十分に対抗しうる政治力・行政能力をもっている。

現在、議長は弁護士で政党色は中立、他の議員をみると公務員（前職）・民主党、会社経営者・民主党、公務員（前職）・中立、弁護士・民主党、弁護士・民主党、音楽家・民主党、電気技術者・共和党となっており、職業では弁護士、政党別では民主党が圧倒的といえる。

市長も民主党といわれているけれども、これだけ同じ党派の議員が集まり、しかも少人数であるまとまりを考えると、市長に与える政治・行政圧力は無視できない。そのみでなく、制度的にも議会の行政参加は広くわたっている。

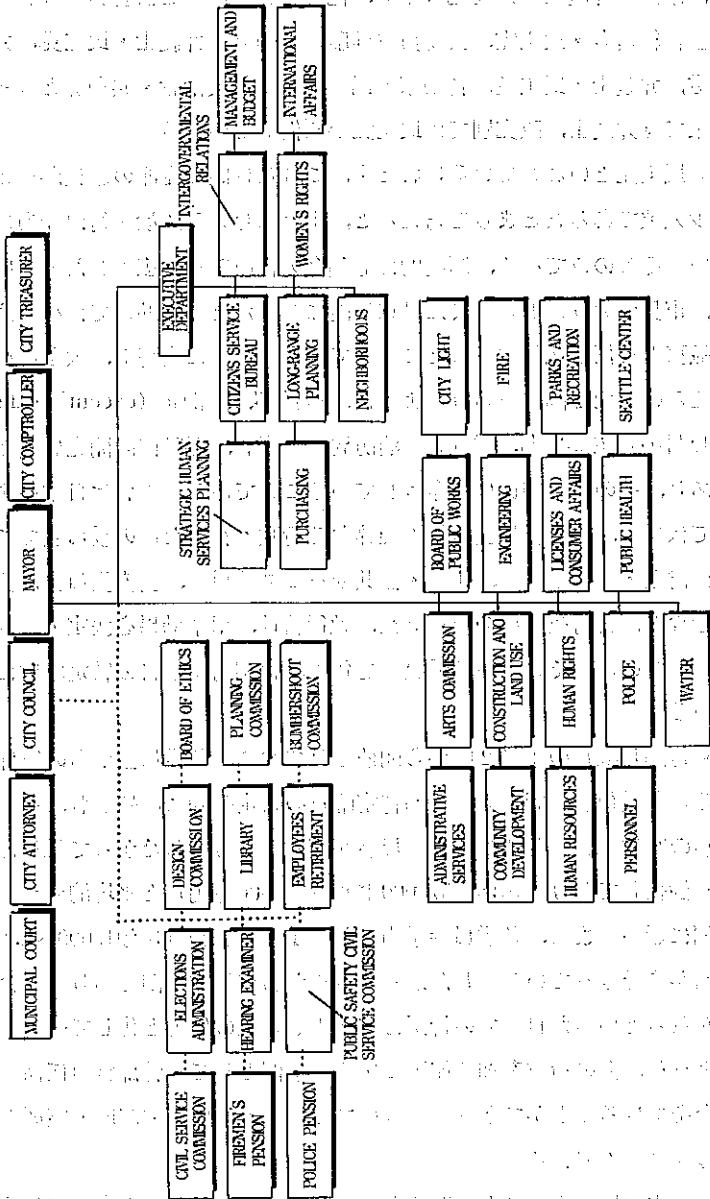
まず、市長が欠けたとき、また執務不能になったとき、助役ではなく議長が市長の職務と責任を代行することになっている。さらに実務上、大きな行政権限といえるのが第1図にみられるように、行政執行部局（executive department）以外の各主要部門、電気局、消防局、人事局、近隣住区開発局などは委員会があり、その長・委員に任命されていることである。これは日本の議会の委員会ではなく、人事委員会の如く純粋なる行政執行のための委員会である。たとえば財政・人事委員会、住宅・公共サービス委員会、公安委員会、都市計画委員会など、各行政部局の政策立案、執行管理、事業効果を決定・評価する機能をもっている。そのため各委員会を年中、毎週特定曜日の特定時間に開催されている。

市会も毎週月曜日の午後2時から開催されており、各委員会からの案件が審議される。各委員会も同様で、毎週特定曜日の特定時間に開催され、それに加えて特別の案件審議のための特別委員会が開催される。したがって議員は職業化し、常勤化しており、年俸も57,000ドル（約800万円）と平均的サラリーマンの報酬に近い。また、各委員会手当として1委員会当たり年額1,000～2,000ドルの手当が支給されている。したがって議員が名誉職的役割であり、議会が夜間に開かれるといった日本での神話は古きよき時代の伝説と化している。

このような議会の行政参加を如実に伝える事例として、幹部職員任命人事特別委員会をあげることができる。これはまた日本の人事運営制度・実態と著しく異なるシステムである。

たとえば水道局長のポストが空くと、全国的に「シアトル市水道局長公募公

CITY OF SEATTLE ORGANIZATION CHART



報¹」を配布・掲載する。そして同時に、水道局長選考委員会²を設立する。そして通常百をこえる応募者のなかから書類選考で数名を選抜して、この委員会が面接して決める。委員会の構成は市長、議長または議員、前局長など関係者で構成されている。

このような広報・広告による採用方式はトップのみでなく、中堅幹部も含めて空席は公募される。したがって日本のように上級官庁からの天下りもなく、また、下からの年功序列による昇進というエスカレーター方式も通用しない。幹部職員の経歴はきわめて多彩である³。

したがって給与も開示されているが、それは一般公務員も予算書にまで類型的であるが、明示されている。しかも、日本のように職階制、職務給が空洞化することなく、厳然として機能している。

したがってランク（等級）を上ろうとすると、それなりの資格が必要となる。すなわち、会計ならば会計士補から会計士になるには、会計士の資格をとるなり、大学院修士課程を修得するなどして、市が認めた資格条件を充足しなければ、会計士補はいつまでたっても等級が上がることはない。また、課長のポストが空かない限り、課長にはなれないので、周辺市町村・州などの空席ポストを狙うということになる。

通常、同じ職種・職階の給料表は、3～5年の年次給与しか設けていないので、いわゆる年功で上がるのは5年前後で頭打ちとなる。“わたる”ということは資格制度が適用されるので不可能であり、日本の如く、一般事務職でも各種をわたり歩いていく内に係長・課長と年功序列で上がることはない。

1. 市の水道局長の公募公報は次のようである。

シアトル市空席公報

地位、職階、給与

年報は67,000ドルで、4年ごとに市長によって更新することができる。局長の任命は議会の承認が必要である。

手当・給付

シアトル市は通常、次のような手当を局長に支給する。勤務6カ月後から全額市負担の医療給付を支給する。1年に30日の有給休暇を与える。病欠は1カ月につき1日である。退職は任意であるが、団体生命保険、退職金、災害保険がある。

職 務

水道局の総責任者として、水道行政、すなわち広域水道の供給につき市長に責任を負う。この組織は百万人以上の人口に家庭用、業務用、消火用の水需要のサービスを行う。局の基本的使命は、最低の経費的・社会的コストで、高品質の水を継続的かつ十分に供給することを確保することによって需要者のニーズにこたえることである。

この地位は太平洋西北海岸では最大の水道企業体で、地理的分散配置された 475人の職員と、1987年度では58百万ドルの営業・資本・予算につき全面的にその管理・政策につき責任をもつ。職務の範囲は次の如くである。局の管理、計画の立案、予算、その執行計画、人事、需要者サービス、水道の給配水とその技術、森林涵養と水源保存、水質管理。

局長は市を代表し、広域・政府間にまたがる局として、長期投資・経営政策課題を処理する努力をなす。この指導的役割は、全市的政策課題、問題解決の責務を分担する特定部門、関係局長、関係委員会との交渉を含む。

資 格

応募者は大組織の効果的管理実績を示す経歴をもっていなければならない。公的セクターであればよりのぞましい。管理経験とは次の如くである。

- 高度専門技術者を含む全職種に従業者に関する実務的人事管理の効果的方針決定
- 公正な職場環境の形成と前傾的業務活動への積極的支持
- 資源再生への効果的対応と環境問題への関心表明に対する献身性
- 公共の福祉を促進するための政策立案・実施における指導性
- 事業体においてこれらの経験が十分にのぞましいこと

公募手続

前項の条件を表示した応募申請と経歴書を1987年2月3日までに提出すること。

水道局長選考委員会

シアトル市 人事局 710 一第2通 4階 シアトル, ワシントン, 98104

応募申請書には本人のこの地位に対する主たる資格と、次の分野につきそれぞれ略述を含む。

- 専門的管理経験
- 公共政策への関与
- 公選職員、委員、評議員、消費者運動、特定問題運動の有無
- 個人経歴書はこれまでの地位、勤務した会社・機関、雇用期間・期日とその職階、責務遂行の略述を特定して明記すること。

2. 選考委員会の構成員はそれぞれ次の如くである。

水道局長選考委員会

市助役、近隣水道・下水特別区のコミッショナー、技術コンサルタント所長、近隣市の公共サービス局長、退職水道局長、電気局長、環境問題市民グループの市民代表2人、コミュニティ問題グループの市民代表2人、市長の特別アドバイザー

公園・レクリエーション局長選考委員会

市助役、法律事務所長、地元建設・開発会社の資産管理局長、近隣市の公共サービス局長、近隣カウンティの地域活動職員、前局長、ワシントン大学レクリエーション・スポーツ学部の教授、市技術局長

人事局長選考委員会

市助役、連邦地方事務局専門官、地元企業人事担当局長、市労働組合所局労働団体代表、州社会健康局長、婦人問題憲章組織代表、市予算管理局長
なお議長はいずれの委員会も市助役

3 最近、採用となった主要局長の経歴は次のとおりである。

警察局長—全国的規模で公募された。新局長はニューヨーク市の警察に25年間勤め、担当警察官から警察管区長に昇任し、ニューヨーク市を辞職し、本市に採用された。

水道局長—広域的規模の公募で、新局長は海軍工兵隊の経歴をもつ公務員で採用時はワシントン州内の海軍飛行隊の土木建設部長であった。

消防局長—主として地方規模の公募で、新局長はシアトル市消防局員の経歴をもっている。採用時、担当職員から昇任し、消防局次長の地位にあった。

人事局長—主として全国規模の公募で、新局長の経歴は主として本市にあって労働関係における各レベルの職務を経験してきた。採用時は人事局の労働関係部長であった。

建設・土地利用局長—主として地方規模の公募で、新局長はタコマ市職員、法律事務所、州海岸保全顧問委員会職員など多様な経歴の持主である。採用時は同局の部長であった。

電気局長—全国規模の公募で、新局長は海軍幹部、連邦エネルギー事務局員、ポネハイレ動力行政局（合衆国北西部の広域的電力企業庁）などの経歴をもっている。採用時はパシフィック・ノースウエスト企業連合委員会の事務局長であった。

4 一般職員の採用・給与についても、幹部と同じで一般公募方式であるが、日本のように新規採用が原則でなく、随時、欠員に応じて公募されることは周知のとおりである。給与についてはシアトル市の場合、1.0から65.5まで合せて各100ランクの給与表があるが、各ランクの給与は5年分の昇給分しかない。

採用時においてランク付が行われるが、その基準に応じて別途、その職種・ランクの給与表が作成され、この場合、1年分の給与表しかない場合が、いいかえれば職種・ランクを変えない限り、生涯同一賃金ということになる。したがって日本のように年功序列ではなく、たとえば会計補助士から会計士に昇格しようとするれば特定

の資格をとり、公募または選考審査をパスしなければならない。これは課長、部長、局長クラスと同じで、部長を10年もしたから局長に任命権者が昇格さすということはない。

シアトル市給与表 (年俸、単位ドル)

	ランク	初年度	2年目	3年目	4年目	5年目
会計課長	36.0A	35,308	36,686	38,126	39,672	41,196
会計吏員	28.0A	25,953	26,997	28,000	29,085	30,255
会計補助員	18.0B	18,437	19,146	19,877	20,712	—
会計見習	—	18,437	—	—	—	—

以下略

5 行政サービスと参加

市民参加はこのような住民投票方式のみでなく、日本でいわれる住民委託としての参加もひろく行われており、かつ、日本とは異質である。

周知のようにアメリカでは低所得者層とか非住宅所有者層 (homeless people) にどう生活を保障するかは連邦政府の重大政策課題である。したがって連邦補助も市レベルではこの民生行政に集中しているし、また、市の行政組織も充実している。

シアトル市でも、近隣地域整備局 (community development)、生活資質改善局 (human resources)、地域対策室 (neighborhoods)、戦略的生活サービス政策室 (strategic human services planning) などが独立の部局室として設立されている。

それらの部門でいわゆる改良住宅をはじめ、多くの民生・改善事業が行われているが、生活資質改善部が分担するのが、いわゆる直接の地域福祉サービスである。市内に数十の近隣住区センターを拠点として、公私各機関・団体・施設を総動員して行われている。当然、市立の施設・職員では限界があるので、民間委託が行われているが、その受託団体が700以上の多数にわたっているのは驚いた。

それらの団体一覧表をみるとありとあらゆる団体が参加している。中央地区青年協会、近隣住区健康ケアグループ、都心住区救急サービスセンター、中央地区YMCA、雇用機会センター、家庭サービス協会、ワシントン草の根グループ、ハイラインコミュニティカレッジ、キングシティヒューマンサービス団体、ノースウエスト救護センター、シアトル学校特別区、旅行者援助協会、アメリカボランティア友の会、中央商工会議所、ワシントン大学、ゼロックス株式会社など、実に雑多な団体が行政サービスの委託事業を受けている。

委託金額は学校区のような公的な団体では100万ドルに及ぶが、大半が1～10万ドルの小グループが最も多く契約団体となっている。

これらの団体が市が示した事業計画としての食事の提供、語学研修、家庭サービスなどについてボランティア的事業処理を申出で、市側と契約を締結することになる。そこには監査、身分、支払、会計処理、事業報告などの一定の契約基準があり、それに従うことになる。

日本と異なるところは、市が公共的サービスを呼びかけ、それに応ずる団体にその性格・種類・法人格の有無などを問わず、その実績・能力にふさわしいところには、一定基準にもとづいて経費支出をしていることである。それは小さな近隣住区のグループから大は学校区・商工会議所まで含まれている。要するに地域の民間・市民エネルギーを公募方式によって、その団体・グループにふさわしいサービスの分担・協力を引受けてもらう方式によって、その活用を図っているといえる。

もちろん市民グループは寄付を募り、人材を発掘していきながら、自己の活動をよりよきものにしていく活動意欲を喚ばれることになる。

日本の場合、これら市民・地域エネルギーの方法にあつて、あまりにも階層系列化、特殊グループ化、選別方式化がすすみすぎている嫌いがある。団体資格を問い、遂行方式を縛り、行政補完化を進めようとするため、広くかつ活力ある参加に失敗している。

アメリカの地域活動参加は“この指、止まれ”方式で、市のボランティアの呼び掛けにあらゆる団体・グループが参加できる仕組みが、それに対する十分

な費用を支払われている。それは行政が直接執行することに比して、はるかに良質のサービスを安価に提供することができるからである。

1 近隣サービスの財源

歳入内訳	
連邦補助（一般）	21,079,192ドル
近隣住区開発包括補助	3,594,460 "
小計	24,673,652 "
非連邦補助	5,230,481 "
企業会計 "	5,367,749 "
一般会計 "	2,106,122 "
包括補助（事務費）	150,253 "
その他	996,083 "
小計	13,850,670 "
合計	38,524,322 "

歳出内訳		直接執行	委託執行	合計
老人対策	2,400,013	10,325,732	12,725,745	
家族・青年サービス	2,731,701	5,965,390	8,697,091	
近隣住区サービス	3,619,958	12,054,310	15,674,268	
一般行政費	1,027,034	—	1,027,034	
本庁事務費	400,184	—	400,184	
合計	10,178,890	28,345,432	38,524,322	

6 行政事業と手続参加

市民参加の行政は権限として究極的決定権を留保しているとともに、行政過程における手続面にあっても、その制度的保障を図っている。それらの仕組みとして、執行部らが独立した多くの委員会 (commission) 制である。都市にとって最も重要な都市計画決定については、市長直属の執行部のなかに長期計画室 (long-range planning) があり、事業部局として建設・土地利用局 (construction and land use) があり、そこで建築申請、土地利用申請を処理している。

これらに加えて行政手続面として、議会の下に都市計画委員会 (planning

commission) があるが、何といっても特色は聴聞審査官 (Hearing Examiner) がいることであろう。都市計画事業の遂行など都市づくりにおける住民とのトラブルを想定し、その権利主張のための機会を保障しているといえる。

このような都市づくりにもなる行政手続を、最近、日本にあっても大きな関心と呼びつつある伝統的建築物の保存についてみてみよう。手続はまず伝統的建築物への指定要請 (Nomination) から始まる。指名は個人・グループ誰れでも様式に従って都市保存課へ申請することができる。この申請を都市保存課の職員が適正とみとめれば、都市建造物保存委員会が公聴会を開き検討する。

公聴会において、保存基準¹に照らして指名が必要とみとめられれば、その日から30～45日の間に聴聞会が開催されなければならない。もちろん建物所有者が反対であれば、この聴聞会で反対陳述を行うことになる。

この聴聞会の意見にもとづいて、委員会は建物保存のための規制と援助との協定を所有者と締結する必要がある。もし、その協定が不調に終れば、聴聞審査官が委員会の勧告を所有者の意見を聞いて修正し、市議会へ聴聞審査官の勧告書を提出する。市議会はこれらの勧告にもとづいて特定建造物保存のための条例 (Ordinance) を制定する。

たしかに手続的には、所有者が反対しても市は強制的に指定をすることができる。しかし、それまで権利者は意見主張の機会が、公聴会、聴聞会、審査官の審査、議会の審議と4回あり、しかも財政援助 (税の減免など) をともなった協定における優遇措置による妥協点の模索など、合意形成への手続は十二分に保障されている。一方が、保存が市民の発意によってスタートするところにも参加の精神は活かされている。

このように参加を基調とする行政の運営はあらゆる面に配慮されている。都市づくりとは違うが、市長・議員などの選挙にあって、選挙活動資金の最高限を制限し、その制限に対して同意した候補者に財政援助をする条例措置がとられている。

しかし、その財政援助資金は電気局から一般会計への繰出金を充当することになっているが、その充当金額は市民電気料金の請求書に同封されている収入

役宛の封書を選挙改革計画への同意を示し、署名発送すれば、一枚につき4ドルが選挙活動改善基金 (Election Campaign Reform fund) へ繰入れされることになっている。このように市民の自発的参加をあらゆる機会・手段をつうじて呼び起こす

表2 ゴミ収集料金表

(2カ月分)

容器サイズ	持出方式	非持出方式
19ガロン容器	21.40ドル	
32ガロン "	27.50ドル	38.50ドル
60ガロン "	45.50ドル	63.70ドル
90ガロン "	63.50ドル	88.90ドル
32ガロン追加料金	18.00ドル	25.20ドル

(注)粗大ゴミの冷蔵庫、家具など1コにつき15ドル

うとしている。市会計の内部操作で済むものを、わざわざ郵送料まで支払って基金設定の実質的な意義を浸透さそうとしている。

このような財政面で操作をつうじての市民参加としては、ごみ収集は日本よりも徹底している。すなわちごみ収集は、公企業とみなされており、シアトル市では電気局 (light Utility)、水道局 (Water Utility) と同じように、廃棄物事業体 (Solid Waste Utility) とみなされている。一般会計からの援助はなく、わずかに営業用ごみ収集税としての公益サービス税があり、財政収入の6.5%を占めているが、廃棄物収入が87%を占め、あと6%を利子収入が占めているに過ぎない。そしてごみ収集料金は第2表にみるように、大きさによって変る。もし減量化し選別化すれば、それだけ手数料が少なくなるため、市民はリサイクルに協力し、市もそれを奨励している。シアトル市の近くのマシー・アイランド市はもっと徹底しており、リサイクル家庭として契約すると、平均家庭で、月11ドル78セントが月10ドル30セントになる。このようにリサイクル化や収集作業の効率化を料金システムを活用して行っているが、その背景にはサービスに対するコスト意識が官民ともに徹底しており、ごみ収集といえども企業の経営の対象と考えられている。

1. 保存基準は次の如くになっている。

- (1) その地域または意義深い地点として、近隣社会、市、州、国家に重要な影響を与えた歴史的イベントともなった建物。
- (2) 市、州、国家の歴史上、重要な人物の生涯に意義深い意味をもつ建物。
- (3) 近隣社会、市、州、国家の文化・政治・経済的遺産として意義深い内容をもつ建

物。

- (4) 建築物と美的様式、年代、建築方式ときわだった特色を示している建物。
 - (5) 建築デザイナー、建築家としての顕著な業績たる建物。
 - (6) 空間的位置、配置の対照、年代、規模の卓抜さのために、近隣社会、国家の独自性、特色性を顕著にし、かつ、近隣社会、国家の独特の個性と品性に貢献する建物。
- なお市は建物保存につき、「保存の意義は単に美的な点のみではない。保存は経済発展計画に全体性を与え、観光の中心として我々の関心を促す。また、歴史を思い起させ、今日の家生活と経済活動に新しい意味を提供する。保存は我々に過去の意味と独自性を認識さすが、同時に、未来への変化と対応をも教えてくれる」とのべている。
- 2 このような選挙活動改善基金がなぜ存在するかは、候補者の選挙活動が経済力・資産力によって格差がつき、実質的な競争力にあって不平等が生じることを避けるためである。したがって選挙開始前1年間の選挙運動につき、議員75,000ドル、市長250,000ドルの最高額を定めて、その範囲内で運動することを申出た候補者に対して募金に応じて、一定額を財政援助することになった。

7 草の根からの行財政機構

アメリカの地方自治の特色は、これまでふれてきたように参加であるが、それとともに市民の要求に応じて必要な機構・財源配分を行ってきていることである。

シアトル市の行政機構のなかで気がつくことは、教育行政が市でなく州であることであり、警察・教育はアメリカ地方自治の2大主要行政といわれながら市にはない。それから港湾もニューヨーク市などと同じように、ポート・オーソリティが空港とともに建設運営されている。さらに交通・下水道が市政から外れて、メトロ (METRO) という企業庁が分担している (第2図参照)。

メトロは当初、交通だけを分担する広域企業庁であった。すなわち「メトロは地方政府の連合である」(Metro is a Federation of Local Government) といわれるように広域行政の一機構であり、日本の広域組合よりもむしろ阪神水道企業庁により類似するが、広域行政機能はより強力である。

シアトル市には外郭団体という便利なものはなく、市かこのような連合体が主流である。メトロの議会は関係自治体12の団体から構成されており、シアト

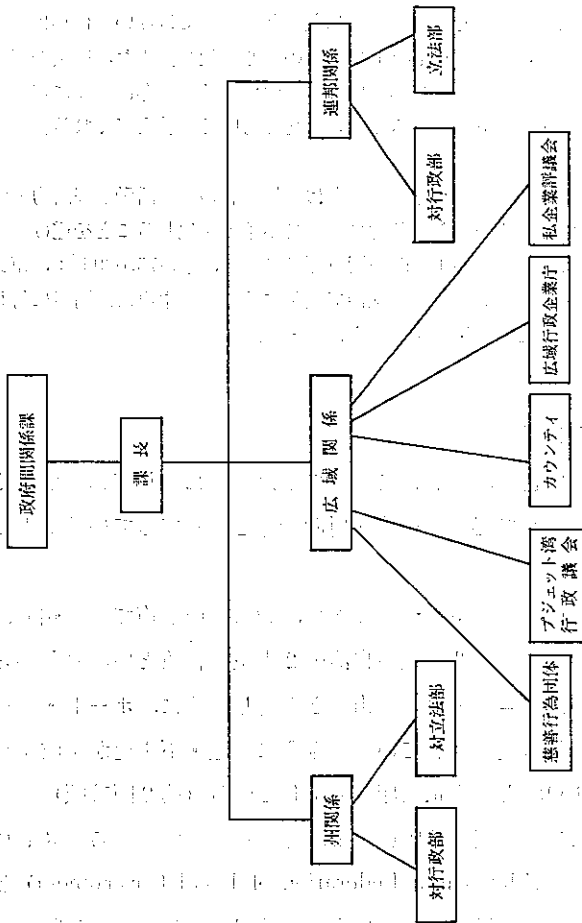


図2 政府関係課課機能分担表

注 慈善行為団体 (Philanthropy) は、シアトル市が寄贈カタログを示して、これに対して市民が市へ寄付をし、その品物を購入する。たとえば救急車を寄付金で購入するケースが該当する。これらの寄付受入・購入のための民間団体である。普吉ット湾行政協議会 (Puget Sound Council of Government—PSCOG) は、シアトル市に面する普吉ット湾 (Puget Sound) の全沿岸の広域行政自治体 (County) である。King, Pierce, Kitsap, Snohomish County の広域計画 (交通を含む) の行政協議会である。たとえば大阪湾、東京湾などの沿岸都府県単位の連合行政協議会を想定すればよい。私企業評議会 (Private Industry Council) は、連邦政府資金による低所得層への職業訓練のための市・カウンティの私企業の連合組織である。

ル市は市長および全市会議員9人の10人が代表となっている。④ワシントン湖とエリオット湾の水質汚濁を浄化するために設立された。そして、1972年、この見事な成果をふまえて、より広域のキングカウンティ (King County) を含む住民投票によって、広域公共交通機能を分担さすことになった。

メトロはメトロ報告書がいうように、草の根市民運動をベース (Citizen-based, grass roots campaign) にして設立された住民が生みの親である機構で、そのため、下水道と交通という奇妙な取合せの広域企業庁となっている。運営面にあつて、全て独立した2つの会計 (Two Self-supporting Enterprise Funds) として処理されている。

ただ日本の企業庁と異なり、メトロは税の一定率の配分を受ける権利を住民投票によって認められていることである。すなわち消費税の8.1%のうち0.6%、自動車売上税8.1%のうち0.96%がメトロに割当てられている。

その結果、1988年度ベースでみると、営業収入(運賃収入)3,585万ドルに対して、財政援助金(消費税10,549万ドル、自動車売上税5,000万ドル、連邦補助626万ドル)16,173万ドルと、圧倒的な財政援助を受けている。

また、メトロは1988年から都心過密対策と通勤交通改善のため、都心住区をトンネル方式で処理するため、地下道建設を開始している。この案はコスト・ベネフィットの面からみですぐれており、連邦政府でも高く評価されている。この建設費450百万ドルの内訳は、連邦建設補助197百万ドル、財政税増加分20百万ドル、消費税127百万ドル、起債160百万ドルとなっている。

この財源内訳で注目されるのは、20百万ドルの都心住区内の固定資産の増益分を還元していることである。すなわちバストンネルの開通は都心機能をさらに強化して、不動産価値の上昇は歴然としている。したがって、都心住区地区は local improvement district とみなされて、課税評価額の引上げが行われるが、それは事業者へ開発利益の還元として充当されるのが、社会的公平にもとづいているとの政策感からである。

8 都市財政の構造と運営

参加とともに地方自治の要素である自治・分権についてみると、これまでみてきたように、参加をベースに自治権の活用、分権的地方行政を形づくってきている。

これを本来の制度論の中核をなす財政制度でみてみよう。それは財政収入構造をみるのが最も手取り早く核心に迫ることができる。第3表にみられるように、いわゆる公企業会計を除いた普通会計では、税が82.0%と圧倒的に大きく、自主財源の充実振りがみられる。

しかし、連邦配付金(Federal Shared Revenue)が1987年度が消滅してしまっており、都市自治体にとって大きな痛手であるが、財政当局は当初から時限立法であったと諦めている。シアト

ル市の場合でも、1980年度では8百万ドルも普通会計の4%近く占める大きな財政収入であった。

中心的収入は税収であり、第4表にみるように、住民税(法人・個人分)という所得課税税目が欠落しているのが税制として目立つが、それに代えて小売税をもっているのが強みである。さらに法人・営業者への税として一般事業・営業税(General Business and Occupation Tax)があり、小売税と双肩をなしており、バランスがとれている。しかし、シアトル市は税の配分につき州に対しては非常に大きな不満をもっている。それは第5表にみられるように、売上税、財産税につき州の配分比率はきわめて高く、売上税にいたっては8割以上を州が吸い上げてしまっている。市の予算書(1989年版)の2頁には、はっきりと「我州の税体系の現実、我

表3 市税内訳(1989年度)
(単位千ドル)

税 目	金 額
財産税	57,546
特別財産税	6,365
消費売上税	66,743
営業売上税	48,809
免許税	4,047
認可税	0
公益企業税(私鉄)	22,276
“(電気)	15,474
“(水)	2,248
“(下水)	5,123
“(廃棄物)	1,889
借地税	1,795
ギャンブル税	139
ボート税	109
合 計	232,704

表4 シアトル市1989年度歳入内訳

(単位 千ドル, %)

	普通会計		全会計	
	金額	構成比	金額	構成比
市税	232,704	82.1	285,646	26.3
免許収入	4,816	1.7	14,003	1.3
連邦一般補助	171	0.1	4,420	1.7
連邦補助	0	0.0	18,346	1.7
州補助	56	0.0	2,367	0.2
州譲与金	6,625	2.3	13,604	1.3
州分与金	5,320	1.9	5,320	0.5
他団体補助金	108	0.0	306	0.0
政府間調整金	628	0.2	2,821	0.3
料金収入	3,417	1.2	21,170	1.9
罰金・過料	8,559	3.0	9,723	0.9
雑収入	9,505	3.5	31,196	2.9
他会計サービス料	9,224	3.3	86,090	7.9
公企業収入	0	0.0	494,595	45.4
小計	260,940	99.2	989,604	91.0
他会計繰入金	1,116	0.4	93,234	8.6
公企業剰余金	0	0.0	4,560	0.4
繰越残高	1,099	0.4	221	0.0
合計	283,347	100.0	1,087,619	100.0

表5 小売税内訳

シアトル市	0.850%
キングカウンティ	0.150%
メトロ	0.600%
ワシントン州	6.500%
合計	8.100%

表6 公益企業税

市営電気	6.6%
市水道	8.6%
下水	9.0%
市廃棄物処理	19.2%
電話	8.3%
天然ガス	6.0%
民間廃棄物処理	19.2%
ケーブルテレビ	6.6%
電信	9.0%

々より税のうまみのうちのうまい汁 (lion's share) を奪い去っている」と皮肉をこめて批判している。

そのため第6表の公益事業税 (public utility tax) にみられるように、かなり高率の税金が課せられている。

廃棄物に対する税はともかく、これらの税のうち電気・水道、下水、ガスなどは大衆課税的色彩が濃いといえる。すなわち、都市財政としては法人活動への依存度が低く、受益者負担税性格が強すぎる欠点がある。

しかし、シアトル市の税目・税率・配分は州の権限であり、その枠内の市税である。この点にあって、超過課税方式などの強力的運用が可能であっても、基本的には課税権は州に握られており、市の潜在的不満は洋の東西を問わず否定しかない。

このような連邦・州との関係は財政のみならず、行政面にあっても次第に市政のなかにあって比重を増しており、市の組織として「政府間関係課」(Intergovernmental Relations Section) が設けられている。この課の目的の1つは広域行政機関との連絡調整であり、あと1つは連邦・州に対する市の利益擁護のための活動である(第2図参照)。

この点、日本にあっては陳情行政という伝統的手法がとられているが、シアトル市では議員への働きかけとロビイーストの利用である。連邦・州を問わず、市に不利益な法案の阻止、利益の誘導のため、国会・州会で地元出身議員に質問その他で実質的効果のある活動を行ってもらっている。そのため議員と市側の市長・議長との接触はひんばんに行われている。

しかし、市関係者が直接、連邦職員などに働きかけることはないといわれている。それよりも、特異なのはワシントンDCに月給制の3人のロビイースト(lobbyist)をシアトル市は雇用し、政府・議会との連絡に当たっている。これは遠隔地のため、日常的活動ができないため雇用されている面もあるが、対政府間交渉などの専門知識・経験が必要だからである。もっとも単なる日程調整その他の事務のためには「連邦関係職員」(federal relations staff) がおり、裏方の役割を努めている。

しかし、このような活動はあくまでも表立った法案設立・阻止、補助対象事業の説明などであり、個人的関係とか政治的取引などによって、利己的利益を図るといった点ではいたっていない。アメリカ的行政風土の下で、対政府間活動である。

9 行財政運営の科学化

アメリカ地方自治の特色は、このような市民参加を実質的に、しかも制度的に保障していることにあるが、あと1つはこのような民主化がもたらした猟官制と汚職・非効率といった行政の墮落に対して、市政改革運動によって行財政運営の科学化を図っていき、行政の政治的中立とともに効率化、いかえれば行政の経営科学化を図ってきたことである。

各部局にデータ処理担当者がおり、それぞれ会計官 (accountant) と同じように、システム処理のためのシステムアナリスト (systems analyst) が、一つの資格として普及している。そしてシアトル市でも、1989年に総務局 (administrative service) のなかに、データ処理 (data processing) 課を設置し、全市役所のデータを集め調整し、政策形成・事業効果を高める方向をたどっている。

このような科学化の一例として、収入役室における公金の管理運用をみると、日本では公金の管理という色彩が濃いのが、シアトル市では明らかに公金の運用をめざしており、いかに有利に資金を運用し、金利収入を上げ、利払を抑えるかに腐心している。

1987年には「Seattle's "No Float Day"」という郵便方式に公金支払が翌日中には銀行処理され、公金会計に納入されるというシステムを開発し、利子収入の増加に成功している。このことによって「全国最高の収入役」(the nation's best Treasurer) として、また会計室は「優良公金運用団体」(the prestigious Award of Excellence in cash management) としての表彰を受けている。

さらに、これら単年度の現金収支の運用とともに、より重要な基金運用については各種の委員会を設立し、その効率化を図っている。たとえば、投資諮問

委員会 (Investment Advisory Committee) は市長・議長・収入役・監査事務局長に加えて銀行の市民も加わった実質的な投資戦略を決定する委員会である。「銀行サービス取引委員会」(Banking Services Contract Committee) は窓口銀行の公金処理・運用に関する委員会で、学識経験者、州の会計検査官などが加わっている。「資産運用諮問委員会」(Treasury Operations Advisory Committee) は、公金・基金をはじめとする公的財産の運用に関する委員会で銀行、学識経験者、州会計検査官などが加わっている。このように公的資金は、安全とともに「有利」な投資 (Investment) が強調されている。それは投資諮問委員会が作成した投資政策の基幹をみれば「市の投資は、市の会計の要求にこたえて原則的に保持されるべき流動性を充足されなければならないが、収益を最大限にするよう運用されるべきである」と、その第1条に記されている。

利益の追求とともに運用の公正さもまた重要であり、内部・外部監査が稼働している。そして補助金には連邦・州の検査を受けるのは当然であるが、最も衝撃を受けたのは、市の財政課が34万ドルも支払って州の査察官 (State Examiner) に市の財政支出の監査をしてもらっていることである。それは「査察官が行政の専門家であるとともに、市からみれば外部監査であり、その中立的な厳格性が期待できる」との財政局長の弁であるが、州と市は利害が対立するが、それはあくまで行財政をめぐる制度面であり、運用面での契約関係が成立されれば、このような感情的しこりはないという契約社会の理念は、政府間関係にも生きていくといえよう。

1. 投資政策基準の主要な点は次のとおりである。

- ワシントン州の法律は都市自治体が余剰資金を投資することを認めているが、法律改正によって、市は立法機関の承認なしに投資してはいけないことになった。
- 投資委員会は市長、議長、収入役、監査役、財政委員会委員長から構成される。
- 投資は条例によって定められた社会政策、または市議会の政策決定にもとづいて行われる。
- 投資は投機ではなく、基金の永続的運用と資本の安定と可能な限りの収入を考慮して行うことが原則である。

- 投資は各基金の資金条件に合致して決められなければならない。購入証券の満期は特別の基金要求が長期投資がふさわしい場合以外は5年をこえてはならない。
- 投資担当職員は投資の規模、証券の安定性、満期期間などを投資委員会が定めた一般的ガイドライン・政策を考慮しながら決定する。
- 証券業者、経済アナリストからの助言、連邦準備資金委員会、連邦財務機関の財政計画、金利動向などを投資担当者は考慮しなければならない。
- 市は常にポートフォリオの改善のため、機会を利用すべきである。そのためスワップ取引は危険の増加、資金流動性阻害をもたらさない限り、利子収入の増加をもたらすので行うべきである。

潮流

コンピューターウイルス

M & A

「有害図書」自動販売機規制条例 訴訟最高裁判決

土地基本法

新連合(日本労働組合総連合会)

■コンピューターウイルス

情報化の進展とともに、コンピューターの社会における役割は拡大する一方であり、いまやコンピューターのない社会生活は考えられないような時代が到来しているが、そうしたコンピューター時代に暗い影をおとすような事象が目につくようになった。そのひとつは、いわゆる「ハッカー」の横行であり、いまひとつがコンピューターウイルスの流行である。

コンピューターウイルス(電子ウイルス)とは、LANや電話回線などの通信回線やフロッピーディスクのような記憶媒体を通じてコンピューターシステム内に侵入し、内部に記憶されているプログラムなどのソフトウェアやデータを破壊するプログラムのことである。「ウイルス」という名前は、侵入したシステムの中であたかも病原体ウイルスのように自己増殖して、ネットワークで繋がる他のコンピューターに次々伝染していくことに由来し、あまり伝染性のないものをワーム(虫)と呼んで区別する場合もある。

コンピューターウイルスは1987年頃からアメリカで主としてIBM社のPC/ATやアップル社のマッキントッシュといったパーソナル・コンピューター(以下パソコン)を中心にして流行し始めた。初期のウ

イルスは、コンピューター技術者が悪戯半分に面白がって作ったものや、ソフトウェアの違法コピーを防止する目的で作られたものがほとんどで、種類も限られており構造も単純であった。ところが、ウイルスが流行するにつれて、その種類は加速度的に増え続けている。ウイルスに関する情報収集やユーザー教育を行っているアメリカの業界団体であるコンピューターウイルス産業協会(略称CVIA)の調査によると、1988年1月にはわずか5種類であったウイルスは現在ではIBM・PC関連のものだけで56種類にも達している。しかも、より高度な技術を使った複雑な構造のものが現れたり、侵入の手口も巧妙になってきているという。

ウイルスには発見された場所や特徴によってそれぞれ名前がつけられている。有名なものに、ブレイン・ウイルス、リーハイ・ウイルス、エルサレム・ウイルス、13日の金曜日といったものがある。こうしたウイルスはそれぞれ感染場所や原因、症状等がまちまちであるが、データ破壊の手口によって分類すると、一定の日時などの条件の成立によってプログラムが稼動してデータを破壊する「ロジック・ボム(論理爆弾)」、セキュリティ機能を迂回する仕掛けを持った「トラップ・ドア」、表面的に

は正常に動くように見せかけながら同時に不正な動作をする「トロージャン・ホース（トロイの木馬）」等がある。

アメリカにおけるコンピューターウイルスによる被害はかなり広範囲にわたっており、大学や新聞社を始め、航空宇宙局（NASA）や議会広報局にまで及んでいるが、その実態は被害に会いながらこれを公にしない企業も多いため明らかではない。

C V I A の推定によれば 1 月あたり 3 万台が感染しているとされる。我が国においても、1988 年 9 月に日本電気が運営している国内最大のパソコン通信ネットワークである P C - V A N へのウイルス侵入が明らかになった。このウイルスは、犯人が電子メールで被害者に送ってくるプログラムに仕込まれており、そのプログラムの使用によってウイルスに感染し本人の意志とは無関係に被害者の暗証番号を伝える仕組みになっていた。また同年 10 月にはあるソフトウェア会社の O A ソフト開発用パソコンにウイルスが侵入し、データが破壊された。さらに 1989 年 10 月には、東大海洋研究所および地震研究所のパソコン 6 台にウイルスが侵入し海底地震の分析プログラムなどが破壊される被害を受けたが、これは日本の公的機関の受けた初めてのウイルス被害である。

こうしたウイルスの流行に対抗して早くからワクチンプログラムが開発されてきた。ワクチンプログラムは、ウイルス感染の予防、感染しているかどうかの検出、感染してしまった場合のウイルス除去などを実行する。しかしながら、全てのウイルスに有効なワクチンプログラムはなく、また

ワクチンが開発されるとそれを解析してさらに高度なウイルスが作られたり、ワクチン開発に時間がかかるためにウイルスが既にその先を行っている場合もあり、完全にウイルスを駆逐するものとはいえない。従ってウイルス対策としては、ワクチンの利用と同時にコンピューターユーザーがセキュリティ面で十分注意してソフトウェアを使用することが大切である。すなわち、信用のおけないソフトは使わない、データのバックアップ（複製）を必ず取る、ソフトの違法コピーはしない、コンピューター使用者を限定する、等の基本的な事項を実行することによってかなりの被害はくい止めることができる。また、ウイルスは内部犯行が多いとされていることから、コンピューター技術者のモラル面での向上も求められる。

現在のところウイルスによる被害は、当事者にとっては迷惑ではあるが、社会的混乱を引き起こすなどの深刻な実害を伴うものではない。それは、ウイルスの感染対象がほとんどパソコンであることや、犯罪の意図が愉快犯的なものが多いからでもある。しかしながら、最近ではかなり悪意をもった手口のものも出てきており、今後さらに悪質化して特定の意図をもったウイルスを計画的に作り出すような犯罪も大いに考えられる。また、パソコンの処理能力の飛躍的な向上によって、より大量かつ重要なデータの高度な処理も可能になっているため、データの破壊が甚大な被害を及ぼす場面も予想できよう。さらには、オープンシステムであるが故にセキュリティ面では脆弱なパソコンに比べるとかなり強固であ

る大型汎用コンピューターによるシステムへのウイルス侵入の可能性も否定できない。もし大規模システムへの感染を許すと、今後ネットワーク化が進めば進むほどその被害は破壊的、破滅的になる。国においても郵政省や通産省で防止策の検討を始めているが、破壊的、破滅的な被害の起きない前に早急に行う必要がある。ともすればこれまではメーカーもユーザーもコンピューターの能力面での進歩のみを追求してきた感があるが、コンピューターウイルスはそうした傾向への警鐘であり、大切なのはコンピューターそのものではなく、使う人であり使い方であるということを再認識しておくべきである。

■M&A

1. 意義

Merger&Acquisition の略で、企業の合併・吸収を意味する。合併は独立企業が一体となることであり、吸収は1つの会社が他の会社を子会社にしたり、資産営業権を買取ったりすることをいう。合併の場合、対等合併もあり得るけれど、多くは一方が他方を支配するために行われるのが通常で、合併も吸収も実質的には同じ行為である。

ただ、日本と米国とでは、「M&A」の実質的な意味合いが異なってくる。日本では、米国のようなテーク・オーバー（会社乗っ取り）は皆無に近く、ほとんど株主合意の形で行われてしまうことである。

M&Aは、企業の規模拡大や効率向上を目的として行われ、特に、企業の体質改善（リストラクチャリング）を短期間に実現

するために行われ、また、独占の形成や会社転売利益の獲得を目指して行われることもある。こうしたM&Aによる変身戦略は社内での新事業開発や拡大戦略に比べ、結果が早く出るという特徴がある反面、新しく取得した企業と既存の組織とが対立を起こしたり、社内の地道な努力がないがしろにされるという弊害もある。

2. 現状

1989年1月から9月まで、日本企業が関わったM&A件数は、483件で、既に1昨年の件数を上回っている。このうち、国内企業による国内企業の買収件数は178件、国内企業による海外企業の買収件数は294件、逆に海外企業による国内企業の買収件数は11件であり、極端な一方通行となっている。また、三菱地所のロックフェラー不動産部門買収、ソニーのコロンビア買収など円高で膨張した購買力を背景に、日本企業による海外企業の買収熱は一段と高まっており、単に件数が急増しているだけでなく最近では1件当たり買収金額が10億ドルを越す大型買収劇が相次いでいる。

3. 背景

このようなM&Aの背景としては、高度経済成長を経て国際競争力を身につけた日本企業は、石油ショックに始まり、貿易摩擦、円高という環境変化の中で、多角化戦略をとりだしたことや多国籍化の傾向、さらには、安定成長下での日本の大幅な貿易黒字が企業に過剰流動性をもたらし、余裕資金を発生させたことなどがあげられる。また、日本国内では、新規事業を拡大しようにも、土地高、株高で投下資本ばかりが膨らみ、さらに過当競争で利幅は薄いこと

から、日本企業が海外に目を向け、企業買収に向かうのは当然の現象といえる。

4. 課 題

(1) 米国との関連

M&A関連業務は銀行・証券会社にとって、大きな収益源であるため、日本の金融機関もLBOファンドへの参加を通じて、米国でのM&A仲介機関と提携する例も増えてきている。一方、日本の事業会社も米国内拠点の獲得・設立の手段としてM&Aを利用する例が多くなっている。これに対して、米国企業が日本企業を対象にM&Aを試みる例は少なかったが、1989年4月、小糸製作所の筆頭株主になった米国の企業買収家T・ブーン・ピケンズ氏は、6月の同社株主総会で経営参加を要求するなど積極的な動きを見せ、さらに7月には、米国議会の公聴会でも証言を行い、M&Aをめぐる日本の金融・資本市場の閉鎖性を批判している。こうした動きの中、9月の日米構造協議でも、米国側の対日要求6項目の1つとして、M&Aの自由化が取り上げられている。

(2) 欧州との関連

ECは、1992年の市場統合に向け、着々と準備を進めており、国境の壁をなくした統一市場の実現を目指すという方向は既に確定的である。その中で、EC域内では、統合の布石として、EC全域をカバーする製造・販売・サービス網の創出のため、国境を超えたM&Aが盛んになっており、日本企業によるEC域内企業を対象にしたM&Aも近年急増している。このため、EC側からは、相互主義の観点から、逆に日本でのM&Aの自由化を求める声が出てお

り、これは、89年に発表されたM&Aに関するEC指令案にも反映されている。

(3) 国内における状況

1989年になって、敵対的M&Aに対する対抗策の合法性が訴訟によって争われるケースが続発している。不動産会社「秀和」が、スーパーマーケットの「忠実屋」「いなげや」の株式を大量に取得したケースでは、「忠実屋」と「いなげや」は対抗策として、第三者割当増資により相互に発行済株式総数の19.5%を保有する決定を行ったが、これに対する「秀和」の新株発行差止め仮処分申請に対し、東京地裁はこの仮処分申請を認める決定を下している。その理由として、市場価格の約22%（忠実屋）約38%（いなげや）という発行価格は、商法280条の2の第2項「特に有利ナル発行価額」にあたる判断し、さらに、申請人の持ち株比率を低下させることを目的とした著しく不公正な発行であるとしている。

この判断の骨子となる考え方は、株式市場を自由で公開の市場とした上で、株主の権利に対しては十分な保証を与えるべきとしたことである。M&Aに関して、米国や英国と同様の考え方が原則的には妥当であることが、裁判所の判断として示されたわけである。証券業界も8月に、第三者割当増資に関する新しい自主ルールを発表し、発行価格の公正さの基準として、市場価格を用いる原則を打ち出している。

5. 今後の動向

M&Aがマネーゲーム化することは、企業の基礎体力を衰えさせる原因となり、また、実質的な付加価値生産に結びつかない経済活動が相対的に増加するため、一国の

経済にとっても望ましいことではない。

わが国では、企業買収市場が未発達で、M&Aはまだ一般的ではなく、急激な市場の変化に対応して、M&Aに対する企業のニーズが高まってきてはいるものの、終身雇用制や年功序列などの慣習に裏付けられた企業に対する忠誠心を特徴とする日本人サラリーマンの企業観には、M&Aへの違和感はぬぐえず、このことが、さらに海外企業による国内企業のM&Aに対する反発につながり、対外的な批判を高めていく可能性がある。そういった意味でも、先般の英国のコンダロマリット、ポリー・ベック社の山水電気買収は、この批判を和らげることになり、今後、こうした逆M&Aは大いに歓迎されるものとなることである。

■ 「有害図書」自動販売機規制条例訴訟 最高裁判決

1. 概説

本事件は、18歳未満の青少年に販売してはならない「有害図書」にポルノ雑誌を指定し自動販売機での販売を禁止した岐阜県青少年保護育成条例違反として起訴された自動販売機会社が、本条例は「表現の自由」等を保障した憲法に反するとして争った刑事事件である。これに対し、最高裁は県条例による「有害図書」の自動販売機販売の規制を合憲とする初の判断を示した。

2. 事実の概要と岐阜県青少年保護育成条例

(1) 被告人A社は三重県四日市市の自動販売機会社である。A社は昭和60年4月から8月にかけて、岐阜県羽島郡や大垣市の

路上に図書自動販売機を設置し、上記条例によって有害図書として指定された雑誌を5回にわたって収納し、販売していた。

(2) 岐阜県青少年保護育成条例の内容
第6条 知事は、図書等の内容、形状、構造、機能等が著しく性的感情を刺激し、または著しく残忍性を助長するため、青少年の健全な育成を阻害するおそれがあると認めるときは、当該図書を有害図書として指定するものとする。(第9条 この指定をするときには緊急の場合を除き、岐阜県青少年保護育成審議会の意見を聴かなければならない。)

同条2項 知事は、前項の規定の指定図書のうち、特に卑わいな姿態、性行為を被写体とした写真、これらの写真を掲載する紙面が編集紙面の過半を占める刊行物については、あらかじめ規則で有害図書に指定することができる。(右の写真の内容について、岐阜県青少年保護育成条例施行規則第2条で①全裸、半裸又はこれに近い状態での卑わいな姿態②性交又はこれに類する性行為とされ、さらに岐阜県告示により、その具体的内容についてより詳細な指定がなされている。)この指定の場合は、審議会の意見を聴く必要はない。

(3) 指定された有害図書については、その販売または貸し付けを業とする者がこれを青少年に販売し、配付し、又は貸し付けること及び、自動販売機業者が自動販売機に収納することが禁止されている。(条例6条の2第2項、6条6第1項)

3. 経過

(1) 1審の岐阜簡裁は昭和62年6月、上記条例により、A社に罰金6万円の判決を

言い渡した。被告人A社は控訴。

(2) 2審の名古屋高裁は同年11月、上記条例を合憲として、控訴を棄却。これに対してA社が上告していた。

4. 被告人A社の主張

(1) 有害図書規定は、「表現の自由」を保障した憲法21条1項に違反する。

(2) 有害図書規定は、「検閲の禁止」を保障した憲法21条2項に違反する。

(3) 有害図書の指定要件、罰則などに都道府県に格差があり、「法の下での平等」を保障した憲法14条に違反する。

(4) 有害図書の定義が不明確で、法律に明確性を求めた憲法31条に違反する。

5. 判決本文と要旨

(1) 主文 被告人の上告を棄却する。(第三小法廷、平成元年9月19日)

(2) 表現の自由(憲法第21条1項)違反を言う点についてはこれまでの最高裁判例に照らし理由がない。さらに、

「本条例の定めるような有害図書が一般に思慮分別の未熟な青少年の性に関する価値観に悪い影響を及ぼし、性的な逸脱行為や残虐な行為を容認する風潮の助長につながるものであって、青少年の健全な育成に有害であることは既に社会共通の認識になっているといつてよい。

さらに、自動販売機による有害図書の販売は、売り手と対面しないため心理的に購入が容易であること、昼夜を問わず購入できること、収納された有害図書が街頭にさらされているため購入意欲を刺激しやすいことなどの点において、書店等における販売よりもその弊害が一段と大きいといわざるをえない。

しかも、自動販売機業者において、前記審議会(注3)岐阜県青少年保護育成審議会)の意見聴取を経て有害図書としての指定がされるまでの間に当該図書の販売を済ませることが可能であり、そのような脱法的行為に有効に対処するためには、本条例6条2項による指定方式も必要性があり、かつ合理的であるというべきである。

そうすると、有害図書の自動販売機への収納の禁止は、青少年に対する関係において、憲法21条1項に違反しないことはもとより、成人にたいする関係においても、有害図書の流通を幾分制約することにはなるものの、青少年の健全な育成を阻害するための規制に伴う必要やむをえない制約であるから、憲法21条1項に違反するものではない。」

(3) 検閲の禁止(憲法第21条2項)、法の下での平等(憲法第14条)違反を言う点についてはこれまでの最高裁判例に照らし理由がない。

(4) 法律の明確性について

本条例の場合、有害図書の定義は不明確であるということとはできないから、規定の不明確性を理由に憲法31条違反を言う点は、前提を欠く。

6. 解説

(1) 「表現の自由」(憲法21条1項)について

本判決要旨にも詳しくのべられているが、最高裁は昭和32年の「チャタレイ裁判判決」で「表現の自由は極めて大切なものだが、最小限の性道徳を維持するという公共の福祉のためには制限される」としている。本判決はこの立場を維持するものであ

る。

(2) 「検閲の禁止」(憲的21条2項)について

同じく、最高裁は昭和59年の「ポルノ税関検査訴訟判決」で憲法が禁じた検閲は、対象が思想表現物に限られるとして、ポルノの税関検査を合憲としたが、今回もこの立場を踏襲している。

(3) 「法の下での平等」(憲法14条)について

また、最高裁は昭和60年の「福岡青少年保護育成条例の淫行処罰規定判決」で「憲法が各地方公共団体の条例制定権を認めている以上、内容の地域差は予想され、容認されるべきである。」と判示したが、本判決もこの立場に立ったものである。

(4) 自動販売機による有害図書販売を制限しているのは42道府県に及ぶ。これは、最高裁も述べるように、売り手と対面しない自動販売機による販売の弊害を懸念してのことであろう。最近の青少年による凶悪な性犯罪の背景として、雑誌をはじめ、ビデオ、テレビ、映画などでのポルノや残酷な内容のものの氾濫を指摘する声が強い。最高裁も従来の判例を踏襲しつつ、「あまりの行き過ぎには歯止めをかけるべきだ」との考え方を支持したものとみられる。

■土地基本法

平成元年3月28日閣議決定され、第116臨時国会において審議されていた土地基本法(案)は、一部修正の上、12月14日成立し、同日施行された。この土地基本法は、土地についての総合的対策を図るための個々の関連法の基盤となり、今後の土地供給

策・土地税制など土地政策の憲法的役割をはたすこととなる。

今日までの土地問題については、宅地需給の不均衡、商品としてのひとり歩き等再三指摘されており、これに対しては種々の施策が取られてきたところであるが、結果的には必ずしも十分な効果があがってきたとは言い難い。また昭和60年代の首都圏を中心とする地価の急騰は、現在安定傾向にあるものの、すでに相当な高値であり、さらには大阪圏名古屋圏へ波及しつつあり、土地を持つ者と持たざる者との資産格差を拡大させている。

このような状況の下、昭和63年6月15日には臨時行政改革推進審議会から「地価等土地対策に関する答申」が出され、同年6月28日には「総合土地対策要綱」が閣議決定された。

この総合土地対策要綱では、土地対策の基本的認識として、(1)土地の所有には利用の責務が伴うこと、(2)土地の利用について、(ア)公共の福祉が優先すること(イ)計画的に行う義務があること(ウ)受益に応じて社会的負担義務があること、(3)開発利益の社会還元が指摘され、土地対策として、(1)首都機能、都市・産業機能等の分散(2)宅地対策等の推進(3)土地利用計画の広域性、詳細性の確保(4)都市基盤整備の促進(5)地価形成の適正化(6)土地税制の活用等について総合的な施策が示されたところである。

そこで、立法的にも地価の高騰による国民生活への弊害等に対する総合的な土地対策の推進をはかるため、国土庁長官の私的諮問機関である「土地基本法に関する懇談会」等において検討が行なわれ、この結果

土地についての基本理念を明確にし、施策の基本となる事項を定める必要から、土地基本法がまとめられたのである。

このたび成立した土地基本法は、3章20条からなっている。まず第1章総則では、目的（第1条）、土地についての基本理念（第2条から第5条）〔土地についての公共の福祉優先、適正な利用及び計画に従った利用；投機的取引の抑制、価値の増加に伴う利益に応じた適切な負担〕、国、地方公共団体、事業者及び国民の責務（第6条から第8条）、法制上の措置等（第9条）、政府の国会に対する年次報告等（第10条）を規定している。

第2章では、第1章を受けて、国及び地方公共団体が実施をはかるべき土地に関する基本的施策をプログラム規定として定めており、その内容は、土地利用計画の策定等（第11条）、適正な土地利用の確保を図るための措置（第12条）、土地取引の規制等に関する措置（第13条）、社会資本の整備に関連する利益に応じた適正な負担（第14条）、税制上の措置（第15条）、公的土地評価の適正化等（第16条）、調査の実施等（第17条）、施策の整合性の確保及び行政組織の整備等（第18条）となっている。

第3章は、土地政策審議会について規定されており、その調査審議事項等役割（第19条）、組織（第20条）について定めている。

土地基本法の中心的内容となっているのは、土地についての基本理念であるが、この基本理念は、国民に示されるとともに、国、地方公共団体、事業者及び国民には、それによって行動すべき責務が課されることとなる。つまり、基本理念として(1)土地

は、国民のための限られた貴重な資源であることなど、公共の利害に関係する特性があることから公共の福祉のため、その特性に応じた公共的制約が課されるものであること、このため、(2)土地は、その地域の諸条件に応じて、土地利用計画に従って適正に利用されるべきものであり、(3)投機的取引の対象とされてはならないこと、また、(4)社会的経済的条件の変化により価値が増加する場合には、その利益に応じて適切な負担が求められるものとされている。

この基本理念そのものは、宣言的なものにはすぎないが、これらの規定の内容が明らかにされることにより、国民及び事業者に対しては土地の利用・取引にあたっての、また、国及び地方公共団体については、土地政策を総合的に進めていくための指針が示されたこととなるわけである。

次に第2章の土地に関する基本的施策においては、国及び地方公共団体は、次のような土地に関する施策を講ずるものとされる。

まず、人口及び産業の将来を見通し、土地利用の動向等を勘案し、適正かつ合理的な土地利用を図るため土地利用計画を策定することとされている。この場合、土地の高度利用、土地利用の転換などを図る必要があるときは、詳細な土地利用計画を策定し、社会経済活動の広域的な展開を考慮すべきときは、広域の見地に配慮して同計画を策定することとし、さらに、土地利用計画に従った土地の高度利用、土地利用の転換を図るためには土地利用に関する規制に関する措置を適切に講ずるとともに、必要な公共事業等の措置を取るものとされている。

る。また、国又は地方公共団体は、土地の投機的取引が行なわれぬよう土地取引の規制に関する措置等を講ずるものとされ、社会資本の整備に関連して著しく利益を受ける者に対しては、受益者負担等を課するための措置を講ずるものとし、税制については土地に関して策定される土地利用計画等の土地に関する施策を踏まえ、税負担の公平の確保を図りつつ適正な税制上の措置を講ずるものとされる。

このほか、土地政策の総合的かつ効率的な実施を図るため土地に関する情報を収集するものとし、国民に対しては、土地について合理的な判断を行うことに資するよう情報の提供（具体的には、土地白書、地価公示等）に努めるべきものとされている。

土地基本法は、以上のように土地政策の基本的な方向を示すにすぎず、具体的な政策手段まで盛り込めない単なる宣言法であるので土地問題は好転しないとの批判もあるが、すでに国土利用計画法が改正され、(1)取得2年以内の“土地ころがし”に対する知事の中止勧告(2)値上り目的の保有に歯止めをかける遊休地指定要件の強化が具体化することとなっている。

また、土地基本法では、土地税制について適正な措置を求めており、今後(1)三大都市圏内の市街化区域内農地の宅地並み課税(2)平成2年3月末で期限切れとなる超短期の土地譲渡益に対する重課税制の延長(3)三大都市圏の市街化区域内にある低、未利用地に対する特別土地保有税の税率改正、適用対象拡大(4)同区域内の農地相続税納税猶予制度の見直し等が検討されるものと思われる。

さらには、一般の土地取引価格の目安となる公示価格、固定資産税の課税標準となる固定資産税評価額、相続税や贈与税の課税標準となる路線価などバラバラな土地評価制度に対しては、相互の均衡と適正化が定められており、その調整が求められることとなる。

いずれにしても、今日の土地の利用状況、居住環境、公共施設の整備状況、地価の水準などを考えるとき、国民は、土地基本法に従った抜本的かつ総合的な土地対策が具体的に策定されることを強く期待していると言わざるを得ない。

新連合（日本労働組合総連合会）

1. 概要

1989年11月21日、民間先行で結成された連合と官公労組との統一大会が開催され、日本労働組合総連合会（略称「連合」）ここでは、民間先行による連合と区別して新連合という）が発足し、わが国史上最大のナショナルセンター（全国中央組織）となった。

戦後の労働運動は、イデオロギーからくる運動理念の対立、支持政党の違いなどが障害となり、分裂と再編を繰り返してきた。

新連合の発足は、1950年の総評結成以来の本格的な労働界の再編であり、労働戦線統一という永年の悲願が達成されたといえる。

また、同時に新連合に対立する統一労組懇（統一戦線促進労働組合懇談会）系を中心とした組合による全国労働組合総連合（略称「全労連」）が結成、さらに12月9日には総評左派系を中心とした組合による全国労働組合連絡協議会（略称「全労協」）

が結成された。

これにより、労働界は労働4団体(総評、同盟、中立労連、新産別)時代に終えんを告げ、新たな時代に入った。

2. 労働戦線統一の流れ

労働界の統一の動きは、それ以前にもあったが、1964年の同盟結成による労働4団体時代以降の1967年に「宝樹論文」(宝樹文彦全連委員長(当時)が発表した「労働戦線統一と社会党政権樹立のために」と題する論文。イデオロギーによる労働運動からの脱却を前提とした労働界の再編を提案していた。)により提唱されてから、その機運は高まっていった。

しかし、統一への試みは運動理念にかかわる団体間の対立等により実現には至らなかった。

その後、1973年のオイルショックを機に日本経済の低迷と急激な変化、国際化の進展などから現実的な対応が求められたことにより、民間労働組合には、従来の労働団体の枠をこえた共通の認識が高まっていった。

民間労組による「政策推進労組会議」に続き、「統一推進会」が発足し、民間先行による労働統一が呼びかけられ、1982年に全日本民間労働組合協議会(略称「全労協」)が誕生した。

全労協の連合体移行方針を受け、1987年11月には、全日本民間労働組合連合会(略称「連合」)が結成され、62単産、555万人による民間先行の統一が達成された。

同盟、中立労連はこの時点で解散したが、以後、連合と総評・官公労、連合と友愛会議・全官公による全体の統一への協議が進

められてきた。

このような官民統一の流れのなかで、総評系官公労は自治労、日教組の組織分裂を経て新連合加盟を決定、総評も1989年9月の大会で組織の解散と新連合への加盟を決定した。

この間、新産別も解散し、総評は新連合の結成と同時に解散した。

3. 組織

新連合は78単産(うち4友好組織)約800万人で構成。(新連合発表)

連合加盟の民間単産56単産(550万人)のほか、総評系官公労9単産(220万人)旧同盟系全官公7単産(13万人)、そして未加盟の民間単産が大同団結した組織である。

新連合の組織は、全雇用労働者約4,565万人(1988年)では2割弱にすぎないが、全組織労働者1,223万人(1988年)の65%、ほぼ3分の2を占めることになる。

西側諸国では、米国の労働総同盟産別会議(AFL・CIO)、英国の労働組合会議(TUC)に次ぐ三番目の規模のナショナルセンターである。

会長は山岸章情報通信労連委員長、会長代行は薬科満治電機労連委員長、事務局長は山田精吾ゼンセン同盟顧問がそれぞれ就任した。

4. 運動の基調

戦後、わが国経済は急速な拡大・発展をとげ、世界のGNPの1割を占め、世界第2位の経済大国に成長した。

しかし、高い生活費や長時間労働に見られるように、勤労者の生活は必ずしも豊かさを実感できるまでに至っていないといわれている。

新連合は、その綱領、基本目標のなかで、まず、「自由にして民主的な労働運動の発展」を掲げ、「人間性を優先したゆとりある生活」を実現するため、労働諸条件の維持向上とともに、「力と政策」を強化し、政策・制度要求と提言に重点を置くこととしている。

基本目標にはこのほか、①未組織労働者の組織化②官公労働者および公益産業労働者の労働基本権の完全回復③日本国憲法の理念にそった自由・平等・公正で平和な社会の実現④世界平和の実現⑤男女平等社会の実現⑥政権交代を可能にする健全な議会制民主主義の実現⑦世界の労働運動の前進に貢献するなどを掲げており、勤労者としての社会的役割の重要性が示されている。

また、政党との関係については、労働組合の主体性を堅持しながらその目的を達成するために、目的と政策・要求が一致する政党・団体とは、必要に応じ協力して活動を進めるが、政党支持については、当面、構成組織の判断に委ねるとしている。

5. 課題

先に述べたとおり、全雇用労働者に占める全組織労働者の割合（労働組合の組織率）は1988年で26.8%と過去最低の組織率

となっている。

新連合がその運動の「力と政策」を一層充実・強化していくためにも、パートタイム労働者をはじめ、未組織労働者の組織化を推進していくことが求められている。

また、新連合の運動を地域で進める地方連合の結成も進んでおり、さらに市郡単位の地域組織の整備に移る計画とされているが、それぞれの地域での労働運動の歴史と特性をふまえた組織づくりの対応が望まれている。

6. その他の組織

全労連は、反連合路線のナショナルセンターとして、27単産41地方組織約140万人（全労連発表）で発足。議長には松本道広医労連委員長が就任した。

また、総評左派系労組を中心とした全労協は労働組合が連帯して、共闘を拡大するための連絡・共闘組織として136団体約50万人（全労協発表）で発足。議長には宮部民夫都労連委員長が就任している。

労働界は新連合、全労連という2つのナショナルセンターと全労協という共闘組織が対峙する新たな時代を迎えることとなった。

神戸市保健医療計画策定における
基本的事項について(答申)

I 総論

1. 計画策定の背景

生活水準の向上、生活環境の整備、医学の進歩などにより平均余命などの市民の健康水準は著しく向上してきた。しかし、疾病構造の変化による成人病の増加、高齢化の進展に伴うケアを要する人々の増大が今後とも予想されるほか、医療の高度化・専門化、国民医療費の増大、情報化の進展など保健医療を取り巻く環境条件は大きく変化している。また、医療法の改正や地域医療計画の施行など保健医療をめぐる制度も大きく変貌しつつある。このような状況の中で市民の多様なニーズに対応できる計画的、総合的な対策が求められている。

2. 計画の目的

この計画の目的は、市民の健康の確保を図り、活力ある健康福祉都市神戸の実現を目指すことにある。このため、来るべき21世紀の高齢社会に向けて市、市民、事業者、保健医療関係者が一体となって実現すべき、神戸市における保健医療のあり方を示し、これを達成するための方向性を明らかにするものである。

3. 計画の性格と目標年次

この計画は、2001年(平成13年)を目標年次とし、神戸市における保健医療のあり方とこれを達成するための方向性を明らかにするための基本計画である。第3次神戸市総合基本計画に沿った保健医療に関する計画であるとともに、すべての市民および保健医療に携わる人々の共通理解を目指すガイドラインとしての性格を持つものである。

4. 計画の基本的視点

計画の策定にあたっては次の基本的視点から検討を行った。

(1) 「生活医療」の重視

医療の高度化、専門分化が進むにつれて、その関心は臓器や細胞に集中するなど人間を細分化してとらえる傾向にある。このため、総合的な視点を回復するとともに、医学的側面にとどまらず、その背後にある市民の日常生活をも視野に入れて保健医療を考えていく「生活医療」の視点が重要である。

(2) 地域特性への対応

神戸は、世界有数の国際港都であり、人口 145万人の大都市である一方、六甲山の背後の西北神戸地域には田園地域が広がっているなど地勢的にも産業構造上からも地域によって大きな相違がある。また、人口構成や疾病構造にも違いがあり、このような神戸市の地域特性を踏まえて対応する必要がある。

(3) 役割分担と相互連携の強化

市民の健康は、市、市民、事業者、保健医療関係者が共通の理解のもとに、各々の役割と責任を果たすときに初めて確保されるものである。このため、この四者は自ら努力するとともに相互に連携を図っていく必要がある。特に最近では、保健医療機関の間での機能連携だけでなく、保健・医療・福祉の連携の強化が求められている。

(4) ノーマライゼーションの視点

障害のある人や高齢者をはじめすべての市民が、日常生活の場である家庭や地域社会の中で、ともに生きるノーマライゼーションの視点が重要である。

5. 計画の主要課題

(1) 医療供給体制の整備とシステム化の促進

市民がプライマリーケアから高度医療、専門医療に至る様々な医療サービスを適切に享受することができるように医療供給体制を整備し、医療機能の適正配置を図るとともに、限りある医療資源を有効に活用し医療サービスの質と効率を向上させていくために医療のシステム化を図る必要がある。

(2) 人生80年時代における健康づくりの推進

人生80年時代の到来によって市民が生涯にわたる健康を保持・増進していくことが、個人にとっても社会全体の活力を確保するうえからもより必要となってきた。市民一人ひとりの健康の保持・増進は市民自らの認識と努力を基礎とするが、行政は情報や機会・場の提供を行い市民の健康づくりを支援し各々のライフステージに応じた積極的な健康づくりを推進することが求められている。

(3) 高齢化に対応したリハビリテーションおよびケア体制の整備

高齢化の進展に伴い今後の増加が予測される要援護の高齢者に対し、ねたきを予防し生活の質を高めるため、一貫したリハビリテーション体制を整備するとともに、在宅での療養生活を支える地域でのケアシステムの充実を図ることが急務となっている。

6. 計画の推進

この計画は行政だけでなく、市民、事業者、保健医療関係者等を含め様々な主体が一体となって推進する必要がある。このため、地域の保健医療の充実に関する連絡・調整を行う場として、また、参加する者が主体的に保健医療水準の向上に向けて活動する組織として設置されている「神戸市保健医療連絡協議会」を、本計画の推進を図り、神戸市における総合的な保健医療のシステム化を実践していく推進組織として活用していく。あわせて市、市民、事業者、保健医療関係者等の参加と協力を得て、市民の健康づくりの新たな展開を担う第3セクターの設立を検討する必要がある。

Ⅱ 医療供給体制の整備

1. 医療圏域の設定

(1) 医療圏域設定の考え方

神戸市における総合的な地域医療供給体制の確立のためには、整備を図る計画単位として医療圏域を設定し、各々の地域特性に応じた医療システムを構築して、医療機関の整備等のハード面、医療機関相互の連携等のソフト面の両面からバランスのとれた医療供給体制の整備を図っていかねばならない。

神戸市の場合、医療資源に地域的な偏在がみられるため、市民の受療に際しての地域間の不均衡を中長期の展望の中で改善していく必要がある。また、医療機関の連携システムの確立や機能分担を行うことによって既存の医療資源の有効活用を行うことが求められている。

医療法に基づく医療圏域については、既に2次医療圏域及び3次医療圏域が兵庫県地域保健医療計画で定められている（県計画では、2次医療圏域は神戸市を1つの圏域とし、県下全域を1つの3次医療圏域としている）。

このため、本計画において設定する2次医療圏域については、県計画の圏域を補完するサブ2次医療圏域として位置づけ、また、1次保健医療圏域については独自に設定することとする。

圏域の設定とこれに基づく医療供給体制の整備にあたっては、医療圏域と生活圏との適合性、他計画との整合性、地理的特性、人口分布等を踏まえて市民の受療機会の均等性・利便性を高める観点から、現状の医療機関の立地状況や患者の動向に加え、将来の人口増加、将来のまちづくりのあり方等を考慮した検討が必要である。

(2) 医療圏域の設定

① 1次保健医療圏域

1次保健医療圏域は、日常おこりやすい疾病、事故に対する通院治療や、予防活動を行うための圏域であり、住居を中心とする身近な日常生活圏に対応するものである。あわせてこの圏域は在宅ケアの確立を目指し、保健・医療・福祉の連携を図る単位として設定される必要がある。

このため、行政の基本的単位であり、保健所の管轄区域であるとともに、区医師会が設けられている行政区を1次保健医療圏域とする。

② 2次医療圏域（サブ2次医療圏域）

2次医療圏域は、高度専門的な3次医療を除いた疾病の入院治療を行うための圏域である。

この圏域は、入院患者の動向、生活圏、市域開発に伴う将来の人口増加、地形第3次神戸市総合基本計画の地域設定等を考慮して、既成市街地域（東灘区～垂水区）、神戸北地域（北区）、神戸西地域（西区）の3つのサブ2次医療圏域と

する。

③ 3次医療圏域

3次医療圏域は高度専門的な診断・治療を要する医療を行うための圏域である。

3次医療圏域としては、全県下、少なくとも周辺都市を含め全市が1つの圏域に含まれているものとする。

2. 一般医療供給体制の整備

(1) 基本的考え方

将来の医療供給体制の整備は、次の基本的考え方にたって進めることが必要である。

- 人口増加や高齢化に伴う医療需要の質的・量的変化に対応できる医療機関の整備を図るとともに、1次医療から3次医療までの連携システムの構築を図る。
- 市民の医療へのアクセシビリティ（近接性、利用のしやすさ）を確保するとともに、まちづくりの観点にも配慮し、地域的にバランスのとれた医療機関の整備を図る。
- 医療機関の整備にあたっては、それぞれの医療圏域において地域内での充足度を高めることが望ましい。
- 医療圏域の設定に基づき、診療所の整備は1次保健医療圏域、地域病院および中核的病院の整備はサブ2次医療圏域、また、その他の専門病院等の整備は3次医療圏域で、それぞれ市民の医療需要や医療機関の立地状況などを考慮して行う。
- 医療機関の整備にあたっては以上の考え方に基づき、移転や機能の見直しなどを含めた手法も活用し、神戸市の医療水準の向上に最も効果的な整備を行う。

(2) 1次医療体制

西区、北区、垂水区、須磨区は人口あたりの施設数が全国平均を下回っており、特に新規開発団地をかかえる西区、北区については将来の1次医療ニーズに対応することが困難となるおそれがある。

このため、これらの区については、開発指導要綱や医療機関整備資金融資制度を活用し、関係機関の協力を得て診療所の整備を進める必要がある。

(3) 2次医療体制

① 既成市街地域

この地域は、医療機関の立地も多く、地域内入院受療率も高く、量的には一応の水準にある。今後の医療供給体制の整備にあたっては、医療機関相互の連携やネットワークなどソフト面の整備が中心になる。しかし、大規模な団地開発が進む六甲アイランドについては、海上都市という特性から人口に応じた病院の整備を図る必要がある。また、垂水区北部については、今後団地開発が予定されており、将来的にはハード面の整備も検討する必要がある。

② 神戸北地域

神戸北地域は、現状では地域住民の医療ニーズに対応する地域病院、中核的病

院の病床数は確保されている。

しかし、この地域は全市面積の4割を占める広域的な地域であり、また六甲北地区では大規模な新規開発団地の整備が進められている。このため、この地域の将来の人口増加等に伴う医療需要の増加に対応できるよう医療機関の整備を図る必要がある。その場合には、中核的機能を持った病院を整備することが望ましい。

③ 神戸西地域

神戸西地域は、市内他区および市外からの患者が多数を占める専門病院や長期療養型の病院が半数を占めており、地域の中核的役割を担う総合病院が欠けている。

将来の人口増加に伴う医療需要の増加に対応できるよう医療機関の整備を図る必要がある。その場合には、現在欠けている高度医療など中核的機能を持った病院を整備することが望ましい。

(4) 3次医療体制

市内には、中央市民病院、神戸大学医学部附属病院等の県下の3次医療を担う医療機関が立地しており、今後これらの病院の一層の充実を図っていく必要がある。

(5) 医療機関の連携

① 連携の必要性

医療の専門分化が進む中で、医療資源を有効に活用し、必要な医療を市民に身近で容易に提供するために医療機関相互の連携が重要である。連携は医療機関にとっても不足する機能を補い、医師等の生涯教育を充実するためにも不可欠である。

② 連携システムの整備

連携システムは、市民がかかりつけの医師をもち、かかりつけの医師と2次・3次の医療機関とがそれぞれの機能を発揮することが前提となる。病診・病病連携を進めるためには、サブ2次医療圏域または1次保健医療圏域ごとに、地元医師会を中心に医療機関相互が話し合い、実情に即した方法を開発していくことが望ましい。このため、関係者による協議会を設け、医療機関の診療機能の公開や病院のセミオープン化等の連携システムについて検討する必要がある。

(6) 安全な医薬品の供給

市民への医薬品の正しい知識と使い方を普及・啓発していくとともに、医薬品等の副作用による健康被害を未然に防止するための副作用情報の収集・提供を行っていく必要がある。

このため、まず医療機関や薬局での対応の中で正しい知識を市民に伝えていくとともに、医薬品薬事情報システム、薬剤師会試験センターの整備・充実が期待される。

3. 救急医療体制の整備

(1) 基本的考え方

救急医療の課題としては、脳血管疾患、心疾患等の重症・重篤な患者に対して緊急に医療を確保することと、通常の診療時間外に受診を求める急病患者に対して医療を確保するという2つの異なる内容がある。このため、重篤な救急患者の救命率を高めるとともに、比較的軽症の急病患者の増加にも対応し、症状に応じた医療を確保することができる救急医療システムが整備されなければならない。

このシステムは、医療だけでなく、患者の搬送や情報提供を含んだものであり、その実現に向けて医療機関と行政機関の努力および相互の緊密な協力関係が不可欠である。このため、医療機関の連携の強化や搬送体制・情報システムの充実など質的整備に努め、システム化を促進すべきである。また、市民は自らの健康管理に努力するとともに、救急医療機関の適正な利用を図るなど救急医療に対する理解を深めることが必要である。

(2) 1次救急医療体制

1次救急医療は、救急患者の中でも最も多い比較的軽症の急病患者に対する医療を確保し、入院等が必要である場合には適切な2次・3次救急医療機関に転送する役割をもつものである。1次救急医療については、かかりつけの医師による確保を前提とするが、それを補完する救急医療システムも今後一層充実を図る必要がある。

休日については、当面は現行の在宅医による受け入れ体制を基盤とした「休日急病電話相談所」が対応するが、今後、医療機関の紹介機能や相談業務について、より効率的な体制の整備を図る必要がある。また、急病診療所の診療時間を延長するなど体制の充実が求められる。

(3) 2次救急医療体制

病院群輪番制を中心に充実を図り、傷病の発生頻度、参加病院の機能等を考慮して入院・手術を要する救急患者を確実に受け入れることができる体制づくりを行うべきである。当面は、現行の体制の充実と特殊診療科の対応の強化を図る必要がある。

(4) 3次救急医療体制

救命救急やこれに準ずる重篤な救急患者に対する3次救急医療については、中央市民病院、神戸大学医学部附属病院等の機能を充実する必要がある。また、3次救急医療機関がより効果的・効率的にその機能を果たすことができるよう、1次・2次医療機関との連携を強化することも望まれる。

(5) 救急搬送体制

市域開発による救急医療ニーズの増大に応じた救急隊の適正配置を行う。また、病院前救護（プレホスピタルケア）の充実を図るため、応急処置の範囲をより高度な処置にまで拡大できるよう、その方策について検討するとともに制度面を含めた改善を国に求める。

(6) 救急医療情報システム

当面「兵庫県救急医療情報システム」のより一層の機能拡充を県に対し働きかけると

もに、市民に対する情報の提供システムについての体制を整備することが望まれる。

以上のほか、眼科、耳鼻咽喉科などの特殊診療科の救急医療体制を充実し、また、休日・夜間における医薬品の確保の方策について検討することが求められる。また、医師、医療従事者等の養成面からも救急医療は不可欠であり、これを通じた研修の充実を図るとともに、市民に対して救急医療に関する教育啓発に努めるべきである。さらに、災害時の救急医療体制の整備充実を図る必要がある。

Ⅲ 健康づくり体制の確立

1. 積極的な健康づくりの推進

(1) 基本的考え方

健康は、生きがいのある充実した人生を送るうえで最も基本的な条件である。また、生活水準の向上、社会の成熟化に伴い、健康な生活そのものに大きな価値がおかれてきている。さらに、80年におよぶ長い人生を健やかに生き抜くためには、疾病予防や治療だけでなく、積極的な健康づくりが不可欠となっている。

このため、市民一人ひとりが、自己の健康状態を把握し、日常生活に健康なライフスタイルを定着させていくことが基本となる。

また、行政は、市民が日常生活の中でスポーツ・レクリエーションをはじめ様々な健康づくりを楽しみながら気軽に実行できるように、情報や機会を提供するとともに、施設や人的体制を充実するなど体制の整備を図っていくことが必要である。

(2) 対 策

① 家族周期に即した健康教育の充実

生活の基礎単位である家庭の保健機能を充実し、生涯にわたる継続的な健康づくりを推進するため、家族形成期から家族老齢期に至る5段階の家族周期に即した健康教育の体系化を図るとともに、人生の転機、節目となる時期に重点を置くことにより、効果的な健康教育を行うことが求められる。

また、健康教育は健康診査の事後指導など保健所での日常業務の中で市民の関心をとらえて実施することが重要であるほか、社会教育等の関連部局の事業との相互乗り入れを行うなど、健康の視点から施策間の連携や調整を強化していく必要がある。

② 市民ニーズに対応した健康情報の提供

市民が日常生活の中で主体的に健康づくりに取り組むには、まず健康について正確な正しい知識やこれを実践するための場・サービス等について十分な情報を得られることが前提となる。

このため、市民が利用しやすいように健康情報の提供システムを整備すること

が必要であり、1次保健医療圏域における保健所の情報提供機能の充実に加え、全市的な立場から健康情報の収集・提供を行う「市民健康情報センター」の整備について検討する必要がある。

③ 健康づくり指導者の育成

健康づくりには栄養・運動・休養のバランスが大切であり、今後はこれまでの栄養面の指導に加え、運動等にも重点を置いた具体的な指導を進めていく必要がある。

このため、保健婦、栄養士、スポーツ指導者等を、生活全般の視点から総合的な健康づくりを指導できる健康運動指導士として育成していく。

④ 健康づくり拠点施設の整備

市民の健康に対する関心が高まる中で、特に運動不足やストレスによって健康を損ないがちな中高年層の健康を高め、健康なライフスタイルを日常生活に定着させていく方策が必要である。

このため、勤労者等の中高年層を主な対象に、生活診断と健康づくりの指導を行う「中高年健康開発センター」の設置を検討すべきである。このセンターは、市民が自分に合ったライフスタイルを作り上げ、自らの健康を改善するための新たな健康づくりのノウハウを開発・蓄積し、普及していくことを目的とし、生活診断、運動を中心とした健康づくり、ストレス等に対する精神的・心理的な健康の回復などを科学的・実践的に行う拠点施設である。また、このセンターは、小規模事業所の勤労者の健康管理サービス等を提供する機能をあわせ持つことが望ましい。

2. ライフステージ別保健対策

(1) 母子保健

① 基本的考え方

わが国の母子保健指標は世界でもトップレベルにあり、一定の到達点にあるがその一方、現在は母子をめぐる家庭環境や社会環境が大きく変化している時期でもある。このため、従来の施策の充実とともに、新たな課題に適切に対応していく必要がある。

② 対 策

(ア) 健康教育の充実

母親・父親教室等を開催するほか、親となるための教育を思春期から行うことが検討されてよい。

また、家庭の育児力を地域で支えるため、地域子育てグループの育成などの組織づくりを進めることが求められる。さらに、必要な時に適切に専門的な力が得られる育児指導や相談システムを検討する必要がある。

(イ) 健康診査の充実

疾病等の早期発見を行い、健全な発育を図るよう健康診査内容の見直しを行うとともに、健康診査の実施および早期治療・早期指導における医療機関等との連携を進めていくべきである。

(ウ) 周産期医療システムの充実

高齢出産、重度の妊娠中毒などのハイリスク妊婦に対する啓発や保健指導を医療機関との連携のもとに行っていく必要がある。

また、母子の生命が危険にさらされた緊急の場合にも対応できるよう、高度な設備を備えた医療機関と地域の開業医との連携を進め、周産期医療システムの充実を図ることが求められる。

(2) 学校保健

① 基本的考え方

学校保健は児童生徒等の健康の保持増進を図り、学校教育の円滑な実施に資することを目的とする。また、生涯保健の一環として考えると、将来健康な生活を送るための身体的・精神的な基礎を培うとともに、正しい生活習慣を習得していく最も重要な時期であり、健康教育に重点を置き充実を図っていかなければならない。

② 対 策

(ウ) 健康教育・健康相談の拡充

保健教育の中で成人病、歯科の問題等への対応を取り入れていくとともに、計画的に保健指導の時間を設けるなど成長の段階に応じた健康教育を推進していくべきである。また、一人ひとりの健康の問題に対処するため、学校医、学校歯科医、学校薬剤師、教職員等による健康相談体制の拡充を図る必要がある。

(イ) 健康診断の拡充

小児成人病への対応を含め、各種疾病の適切な管理指導を講じるため、健康診断の拡充を図るべきである。

(ウ) こころの健康づくり

児童・生徒や保護者に対する相談体制、教職員に対する研修体制の充実とともに、精神神経科医およびPTAとの連携を密にし、組織的なこころの健康づくり体制の整備を図る必要がある。

(エ) 学校保健委員会の拡充

学校保健委員会の設置校数の拡大を図るとともに、地域で共通する健康問題については小中学校での合同開催を図るなどの開催方法についても検討することが求められる。

(3) 成人・老人保健

① 基本的考え方

成人・老人保健の主要課題は死因の6割を占める成人病の予防対策であり、40

管区は65歳以降の年齢層を対象とする老人保健事業の推進が重要である。また、企業等に勤務する勤労者については、事業主の責任で適切な健康管理が行われるよう関係機関に働きかける必要がある。

② 対 策

(ア) 健康教育の充実

成人病の予防対策の基本は、各個人が正しい生活習慣を形成し定着させていくことにある。このため、保健所や医師会等が実施している健康教育の一層の充実を図るべきである。

(イ) 健康診査の拡充

健康診査は、成人病の早期発見とともに自己の健康状態をチェックし生活状況の見直しを行う機会として重要である。

このため、まず、健康診査の内容については、疾病構造の変化や検査・治療法の発展に即して検査項目の拡充を進めていく必要がある。また、個別通知による受診勧奨、誕生日などの節目をとらえた総合的な健康診査の実施など、日常生活の中に健康診査を組み込んでいくべきである。さらに、医療機関の協力により受診機会の拡大を図る必要がある。

(ロ) 地域ぐるみの成人病予防活動の推進

地域ぐるみの成人病予防活動を推進するため保健所は、地域ごとの健康ニーズに即した専門的援助を行い、地域と行政のパイプ役として健康リーダーを育成し、またモデル地区の設定などを通じて住民の自発的活動を発掘・助長する。また、地域団体が健康への取り組みを強化するよう働きかけていくべきである。

(ハ) 小規模事業所の健康管理の推進

小規模事業所での健康管理を推進する協議会を設け、特に小規模事業所の多い地域における事業所の健康管理者の啓発活動や、事業所健康診査などを保健所と共同でモデル的に実施していくことを検討する必要がある。

3. 特定分野別保健医療対策

(1) 結核対策

① 基本的な考え方

結核は「過去の病気」として軽視されがちであるが、未だにわが国最大の影響力をもつ伝染病であることに変わりはない。また、神戸市では全国と比較して高い罹患率にあり、当面は全国水準を目標に結核対策の充実を図る必要がある。

このため、新規発生患者に早期治療を行うとともに、既に患った患者には、治療中断や再発を早期に発見し、悪化防止のための患者管理を充実していくべきである。

また、結核医療においては、入院患者数の推移に応じた適切な病床数を確保するとともに、国、公的病院、私的病院がその果たしている役割や機能を活かし、多様化する患者に対応できるようその質的充実に努めることが重要である。

② 対策

(ア) 早期発見

今後は、低まん延下に即した患者の早期発見方法の検討が必要であり、治療終了者や患者家族などのハイリスク層や、教師、業態者など発症により周囲に感染の危険の高い層などに焦点を絞った定期外検診に重点を移すべきである。

(イ) 発病予防

B C G接種の有効性や集団接種の是非について議論はあるが、B C Gは若年層の結核罹患率の減少等に効果があるものと考えられ、当分の間、現状の方法が有効と考えられる。

(ウ) 結核医療

化学療法の進展により、治療期間の大幅な短縮が可能となり、初回治療の場合、規則的な服薬が確実に行われるならば、外来治療によっても十分な効果をあげられることが明らかになっている。

しかし、結核医療については感染防止が重視されるべきであり、命令入所にあたる排菌者の入院管理を的確に行う必要がある。

入院を要する患者の中でも、患者の高齢化に伴い、合併症に対する医療の確保が大きな課題である。様々な合併症の治療も含めた医療の提供には、広い範囲の疾病や外傷に対応のできる総合病院や一般病院で結核の治療ができるように体制の整備を図るべきであり、これらの病院における病室単位の収容へと切り替えることが求められる。

(エ) 患者管理

治療法の進歩も確実な服薬がその前提となっていることから、保健所を中心とする患者管理業務の中でも、治療中断を防止し、完治させるため、菌陰性化後数カ月の服薬指導と脱落防止対策が重要である。さらに、職場・学校においては治療中の患者に対して適切な配慮が求められるほか、生活規制などについて患者や周囲の協力や結核への理解を求める必要がある。

以上のほか、大学における医学教育や、医師の生涯教育の場で、結核医療を積極的にとりあげることが求められる。また、一般市民に対する結核の知識の普及を図るために、患者教育や啓発活動の充実に努めることも重要である。

(2) 感染症対策

① 基本的考え方

急性伝染病が減少した反面、輸入感染症、性行為感染症やエイズ、非A非B型肝炎など新たな問題が顕在化している。今後の感染症対策を進めるには、感染症対策の調査研究や法令改正など国レベルでの対策の推進に加え、市としても感染症予防の3原則（感染源対策・感染経路対策・感受性対策）を基本に、それぞれの疾病の特性に応じたきめ細かな対応を行うことが重要である。

② 対 策

(ア) 予防接種の充実

ワクチンおよびその接種方法の安全性を常に確保し、個別接種への移行を進めるべきである。また、様々な予防接種の相談・実施にも対応できる機能の整備を検討する必要がある。

(イ) 専門機関の整備

中央市民病院の隔離病舎の機能の充実に努めるとともに、各医療機関での院内感染対策の普及が求められる。また、環境保健研究所においては、各種感染症の検査・研究体制の充実を図る必要がある。

(ウ) 相談・教育機能の充実

学校・社会教育の中で、感染症についての正しい知識の普及・啓発を行う必要がある。また、保健所の情報の収集提供機能や、専門的な相談機能を強化しエイズ等の新しい感染症にも迅速・的確に対応できる体制づくりを進めていくことが求められる。

(エ) 新たな感染症への対応

エイズについては、患者・感染者の人権保護を最重点に、治療体制の確保とともに今後とも教育、相談、検査を柱とするエイズ対策を進めていく必要がある。

B型肝炎については、院内感染に対する緊急的発症予防対策の推進を図るとともに、母子垂直感染対策を進めるべきである。

非A非B型肝炎については、当面、基本健康診査等の充実・強化による早期発見、早期治療を図るため、医療機関との連携を進めることが求められる。

ATLについては、国の研究に注意を払い、今後、保健医療関係者の研修や相談・検査体制の整備を検討する必要がある。

また、輸入感染症の増加に対応し、研修会の開催など保健医療関係者や企業の海外業務従事者など市民の意識の啓発に努めていくことが望まれる。

(3) 精神保健対策

① 基本的考え方

社会が高度化・複雑化した今日、精神保健は市民にとって重要な課題となっている。精神障害者には、狭い意味での医療にとどまらず、福祉や教育をも含めた総合的な施策が必要である。また、広く一般市民を対象とした、こころの健康の

保持増進を図る施策を推進しなければならない。さらに、国に対して、精神保健に関する制度の充実、精神疾患に関する調査研究、診療報酬の適正化等を求めていく必要がある。

② 対策の推進

(ア) 精神科医療の充実

最近の精神医療の流れは、入院を可能な限り短くし、通院医療を中心に地域での生活を続けながら治療を行うべきとの方向に向かっている。このため、まず精神神経科診療所への通院の確保や一般の医療機関・保健所・職場における相談・受診勧奨の推進等外来機能を充実していき、さらに、病院デイ・ケアの整備などデイ・ケア機能を強化していく必要がある。

また、精神科救急医療体制の整備については、ニーズの広域性から、当面は県立光風病院の機能充実が求められる。

合併症への対策としては、県立光風病院の機能充実を求めるほか、短期治療用として地域の中核的な総合病院への精神・神経科の整備を働きかけ、また、これと併行して精神病院と総合病院等との病病連携を進めていく必要がある。

さらに、精神病院がアルコール依存症、痴呆性老人、児童・思春期の精神疾患などへ専門的対応能力を強化し、病棟ないしは病院単位で機能分化を進めていくことも望まれる。

(イ) 社会復帰対策の推進

精神障害者においては、リハビリテーション過程での回復の困難さもさることながら、社会の受け入れ態勢の遅れがその社会復帰の障害となっている。このため、精神病院におけるリハビリテーション活動の活発化とともに、通所授産施設等の社会復帰施設の整備が必要である。さらに、家族会活動の支援育成、保健所、精神保健センターなどの相談体制の強化、ならびに職親制度の充実など、実などの地域の精神保健のサービスを充実させる必要がある。

(ロ) 痴呆性老人対策の推進

脳血管疾患に起因する高齢者の痴呆については、健康診査等の保健事業の充実により原因疾患の発生予防対策を進めるとともに、介護方法について普及・啓発に努める必要がある。

また、専門的施設として、医師や理学療法士、作業療法士等の専門スタッフを揃えた専門病棟の整備を促進する必要がある。さらに、特別養護老人ホーム、老人保健施設についても、それぞれの機能分担を踏まえつつ整備を進めることが望ましい。

一方、在宅ケアを支援するため老人精神保健相談、訪問指導、家族教室等保健所のサービスを充実するほか、在宅福祉センター等のデイ・サービスとの連携を進める。特別養護老人ホームや老人保健施設でのデイ・ケア、ショートス

保健所・センターの整備・充実が求められる。また、保健所・センターのネットワークの強化を図る必要がある。

精神保健の問題は、福祉・教育・労働等との連携が必要である。そこで、保健所を中心に、家族会、医療機関、地域の社会資源等のネットワークの強化を図る。さらに、精神保健懇話会の調整機能を充実にし、全市的なネットワークの構築を進めることが求められる。このため、保健所の設置及び設置予定の保健所(保健所)の健康づくりの推進を図る必要がある。また、保健所は、一般市民を対象に、地域や学校、職場での教育を通してこころの健康づくりを進め、市民啓発を進めることが求められる。保健所の相談・指導機能の充実、緑地やレクリエーション施設など環境面からの配慮、事業者や市民ぐるみの未就学児童・青少年等へのアルコール・薬物対策の推進、学校での教員・P.T.A・精神科医師による組織的相談体制の充実、職場でのストレス管理等メンタル面を含めた相談体制の整備・相談体制の充実等を図る必要がある。

(4) 難病対策 ① 難病対策の推進 ② 難病対策の推進 ③ 難病対策の推進 ④ 基本的考え方(1) 難病とは、調査研究や医療施設の整備など国レベルでの広域的観点からの対策が求められるが、自治体レベルでは、リハビリテーションを含めた地域での難病医療のネットワークを整備するとともに、福祉と連携した在宅ケアの推進や相談体制の充実を図っていくことが重要である。

② 対策の策定(1) 難病医療ネットワークの充実 ③ 難病医療ネットワークの充実 ④ 難病医療ネットワークの充実 ⑤ 難病は原因不明で治療法未確立のため専門医による診断治療が必要である。そこで、専門医の確保を図るとともに、難病患者が身近で安心して医療を受けられるよう、専門医と地域の医師との難病医療のネットワークを形成していくことが求められる。また、国立病院・療養所での難病医療を一層充実することが求められる。

⑥ 難病に伴う後遺症に対してはリハビリテーション体制を整備することが必要である。患者の状態によっては機能維持的リハビリテーションの場として、保健所の機能訓練教室の活用も考えられる。

(5) 在宅ケアの充実 ① 保健婦による訪問指導の充実、在宅看護制度の充実、相談等を通じての不安の解消、社会資源を活用した支援体制づくり等を進めていくべきである。また、各種福祉制度の適用については、国へ要望するとともに柔軟な運用を行うよう検討していく必要がある。

(6) 相談体制の整備と患者教育の充実 ① 相談体制の整備と患者教育の充実 ② 難病患者の抱える問題は多岐にわたり、専門医の助言・指導も得られにくい

ため患者の立場で情報の提供と相談を行う体制が必要である。そこで、保健所での相談機能を強化するとともに、専門家による難病相談会の充実を図るほか相談機関の設置を検討する必要がある。

難病は慢性的経過をたどる疾病であり、長期療養を余儀なくされるため患者のセルフケアが重要である。そこで、手引書を作成するなど患者教育を充実させるとともに、患者会などの行うセルフヘルプ活動の育成も考慮されるべきである。

(5) 歯科保健対策

① 基本的考え方

口腔機能を生涯にわたって維持し、健やかな生活の基盤をつくるため、予防を最優先し、予防から早期発見・治療までの連続性のある対策の充実を進めていく必要がある。

② 対 策

(ア) 健康教育の充実

保健所、医療機関、学校等で健康教育を充実し、市民の歯科保健に対する認識を高めていくことが求められる。

(イ) 健康診査の充実

4、5歳児の歯科健康診査の実施および成人・老人の歯科疾患の相談体制の確立について検討する必要がある。また、健康診査後、刷牙指導のみならず栄養指導や生活習慣を含めた予防から予後管理までの一貫した健康診査の充実を図ることが望まれる。

(ウ) 障害のある人やねたきり老人の歯科保健医療サービスの充実

心身障害者歯科診療所では、児童を中心に運営をしているが、成人にも十分対応できるよう体制整備を進めていく必要がある。また、地域社会の中で、治療、指導、予後管理を行えるような体制づくりを医療機関の協力を得て進めることが求められる。

在宅のねたきり老人等の歯科治療や保健指導を行うため、歯科医師の往診、または、診療設備の整った施設への搬送・治療について検討を行う必要がある。

(エ) 時間外診療システムの整備

診療時間外でも、市民が歯科医療を受けられる体制を医療機関の協力を得て検討することが求められる。

(オ) 歯科保健医療システムの構築

1次歯科保健医療と高度の歯科保健医療それぞれについて機能の充実を図るとともに、互いの連携を進め、効率的で一貫性のある歯科保健医療システムを構築する必要がある。このため、情報の収集・提供、特殊な歯科保健医療サー

ビスの提供、マンパワーの養成など拠点となる機能の整備を医療機関の協力を得て進めていくことが望まれる。

4. 保健サービスの基盤整備

(1) 保健所の整備充実

① 特色ある保健所づくり

各保健所に共通な事業を土台としつつ、地域特性に応じて強化すべき機能を明確にし、保健所ごとの専門性や事業の効果を高めるなど、特色ある保健所づくりを進めていく。また、業務内容の見直しを行い、他の機関で手掛けることが難しい事業や、保健所での実施が効果的な事業等に重点的に取り組んでいくべきである。

② 保健所機能の拡充

今後、保健所は地域全体の健康状態の特性把握と、これに基づいた公衆衛生上の地域診断および事業企画を行っていくことが求められている。この分析結果を保健所版健康マップにまとめ、住民、保健医療関係者に提供するなど地域保健への関心を高めていくことも重要である。

また、地域組織の行う保健活動を支援するとともに、連絡調整を密にし、相互の協力体制を強化する必要がある。

③ 保健所施設の整備とマンパワーの確保

保健所庁舎の改築や改修を順次進め、狭隘さを解消し、障害のある人が支障なく利用できるようにするとともに、機能訓練等の新たな事業にも対応できる施設設備の整備を行う必要がある。

また、全保健所への医師の複数配置をはじめとする保健所職員の確保に努めるとともに、研修体制を強化し、資質の向上を図る必要がある。

(2) 保健医療情報システムの整備

市民の健康づくり、保健医療サービス等の総合窓口案内の機能を持つ「市民健康情報センター」の設置を検討する必要がある。その際、健康教育・相談機能をあわせ持ち、また地域福祉情報提供システムと一体となった効果的な体制整備を図ることが望ましい。

また、地域保健医療の分野における情報システムは、その目的から、健康情報提供システム、機能連携システム、データ管理システム等に大別でき、将来はこれらを統合した総合的な保健医療情報システムを、個人情報プライバシー保護に十分配慮し、キャプテンシステム等既存システムとの役割分担や整合性等を踏まえつつ整備を進めていくことが望ましい。

(3) 多元的な保健サービスの供給

高齢化の進展をはじめとする今後の保健サービスの質的・量的な増大に対応するため、従来保健所などに限られていた保健サービスの供給主体を増やし、様々なサービスを多元的に提供していく供給体制の整備が必要である。

多元的な供給体制の中で行政は、基礎的・必需的なサービスを拡充するとともに、各供給主体間の総合調整や適切な民間サービスの育成を行う役割が求められる。なお、この場合、行政の役割や責任と、具体的なサービス提供の実施方法を区別して考えていくことが必要である。

また、プライマリーケアを担当する地域の医療機関による保健活動への取り組みを充実し促進すべきである。

以上のほか、既存のサービス主体で対応できない場合は第3セクター等の新たな供給主体の設立等について検討することも必要である。

さらに、今後増大していくケアサービス等の費用負担については、自助、共助とともに公的負担のあり方について、社会的な合意が形成される必要がある。このほか、市民相互の共助による福祉共済システムについても研究を進めていくべきものと考えられる。

Ⅳ リハビリテーション、ケア体制の確立

1. リハビリテーション体制の整備

(1) 基本的考え方

リハビリテーションは、手足の機能回復訓練に限定して理解されがちであるが、本来的には障害のある人が一人の人間として地域社会で充実した生活ができるようにすることを目的とするもので、医学的アプローチだけでなく、社会的・教育的・職業的リハビリテーションを含めた総合的な対応と言える。

本計画ではこのリハビリテーションの理念を踏まえ、以下の考え方にに基づき保健医療面のリハビリテーションを中心に整備を進めることとする。

- まず、原疾患の発症直後からその治療と併行して、機能障害をできる限り少なくするための早期リハビリテーションを重視する。
- また、原疾患や障害の程度など患者の多様性に応じて医療機関・施設で適切なりハビリテーションが提供できる継続性・一貫性のあるリハビリテーション体制の構築を図る。
- さらに、患者が家庭・地域で継続なりハビリテーションを受けられることができるよう、保健・医療・福祉の連携による地域社会での受け入れ態勢の整備を図る。

(2) 対策

① 急性期病院でのリハビリテーション体制の整備

救急医療機関等の急性期患者を受け入れるすべての病院で、原疾患の治療と併行した早期からの基本的なりハビリテーションが行われるよう、医療関係者に対し早期リハビリテーションの理解を促し、必要な知識・技術の普及を進める必要がある。また、地域の中核的役割を担う病院では、基本的なりハビリテーションに加え、専門的なりハビリテーションにも対応できるように運動療法等の承認施設化などの体制の整備を図っていくことが望まれる。

② リハビリテーション専門病院の整備
急性期を過ぎた後も引き続き専門的なリハビリテーションが必要な場合は、運動療法、作業療法等の承認施設であり、理学療法士、作業療法士をはじめ、言語療法士等の専門スタッフを揃えたリハビリテーション専門病院で行われる必要がある。この専門病院は、全市域を対象とするものとして位置づけ、ニーズに応じた整備を図っていく必要がある。しあわせの村の神戸リハビリテーション病院は、その役割の1つであり、さらにその機能の充実に努めることが望まれる。

③ 総合的リハビリテーションセンターの整備
玉津リハビリテーションセンターは、高度専門的な医学的リハビリテーション施設とあわせて、社会的・職業的リハビリテーションを総合的に実施する基幹的な施設であり、教育研修、情報提供など本市でのリハビリテーション体制を支援する機能の一層の充実に努められる。

④ 地域でのリハビリテーション体制の整備
退院後、家庭・地域社会に戻った患者が、それまでのリハビリテーションで回復させた機能を維持し社会生活に復帰していくためには、機能維持的なリハビリテーションの体制を、1次保健医療圏域単位に整備していくことが求められる。このため当面、保健所の機能訓練教室の増設、在宅福祉センターの各区への設置、特別養護老人ホームの地域への開放、送迎手段の確保などにより、市民のニーズの増大に対応するほか、今後、訪問リハビリテーションの制度化を図る必要がある。

このような1次保健医療圏域での地域リハビリテーションを効果的に進めるためには、保健所が連携の核となり調整機能を果たしていくことが期待される。また、心身障害福祉センターなどの既存施設に加え、全市域あるいはサブ2次医療圏域でのリハビリテーションシステムの拠点施設として、マンパワーや技術を集積し、情報の収集・提供機能や福祉機器センターの機能をあわせ持つ「地域リハビリテーションセンター」の設置を検討する必要がある。

以上のほか、病院間、病診間、医療機関と施設・地域等との連携を進めていくとともに、現在不足している理学療法士、作業療法士等について市内養成施設卒業者の市内への定着や卒後教育の充実などリハビリテーション従事者の確保と資質の向上を図っていく必要がある。また、市民や保健医療関係者に対しリハビリテーションの重要性を普及・啓発していくことが望まれる。

⑤ 地域ケアシステムの整備

(1) 基本的考え方
くねたきり、痴呆、虚弱等の状態に陥りやすい後期高齢者(75歳以上)等は、治療よりも、生活の質を高めていくケアの役割が重要である。また、高齢者等は長年暮らしてきた在宅での生活を希望する場合が大半である。高齢者等が住み慣れた家庭・地域社会で可能な限

り自立した生活を送ることができるように、在宅ケアと施設ケアを一体的に提供する体制を地域ケアシステムとしてとらえ、総合的に対策を実施していく必要がある。

(2) 対 策

① 地域ケアシステムの推進
(イ) 予防的対策の充実

過度の安静によるねたきり化を防ぐため、介護手引書を作成、配布するとともに、訪問指導や家庭看護教室で適切な療養方法を指導する必要がある。また家庭に閉じこもりがちな高齢者等の活動性を引き出すため、デイ・サービスや各種の催しを行い、高齢者等の参加と相互の交流を促進することが望ましい。

(ロ) 高齢者等のニーズの把握と評価

地域の高齢者等のニーズを組織的に把握する体制を民生委員を中心に整備する必要がある。また、予防の観点からは、入院や入所につながる問題発現を予防するためのニーズ把握のシステムの整備も重要であり、その1つとして、脳卒中の卒中の退院患者を早期に把握し、在宅での療養を援助するために「脳卒中登録制度」を整備していくことが望まれる。

(ハ) 生活環境の整備

身体機能が低下したり、障害のある人が生活しやすいように「神戸市地域高齢者住宅計画」に基づき、住宅環境の整備を進めるとともに、都市施設整備基準の運用を通じた公共的施設などの改善を、一層推進していくべきである。

(ニ) 地域活動の促進

福祉教育の充実を通じて高齢者等への理解と共感を育み、また、自主的な地域活動を促進することが大切である。

このため、地域における活動の組織化や拠点施設の整備等の支援体制の強化に取り組む必要がある。

② 在宅サービスの整備

今後在宅サービスの整備を図るためには、サービスメニューを豊富化するとともに、個々のサービス内容を充実しサービスの供給総量を増大させる必要がある。特に、医療機関による往診・訪問看護の拡充、訪問指導と連携した在宅看護

制度の定着・充実、痴呆性老人相談や家族教室の充実、有償サービスを含めたホームヘルプサービスの充実、給食サービス・入浴サービスの促進、日常生活用具の給付・貸与品目の豊富化等の対策を図るべきである。その他、訪問リハビリテーションや相談等の体制を充実する必要がある。

これらのサービスのうち給食サービスや、安否確認、友愛訪問等の日常生活に深く関係する利用頻度の高いサービスについては、最も身近な小・中学校区レベルで、また、訪問指導、在宅看護、ホームヘルプサービス、各種の相談等は、保健所や福祉事務所が中心となり、区レベルで提供していくことが望まれる。

③ 在宅ケア支援施設の整備
高齢者等が在宅で療養していくためには、訪問・派遣サービスに加えて、これを支援する施設もあわせて整備する必要がある。

在宅ケアを支援する施設サービスとして代表的なものにリハビリテーションとデイ・サービスがあるが、リハビリテーションについてはすでに述べたとおりである。また、デイ・ケア、デイ・サービスについては各区に1カ所在宅福祉センターを設置してサービスを提供していくほか、特別養護老人ホーム、老人保健施設などにも併設していくことが求められる。

このほか、病院や有床診療所を活用したショートステイや、地域の一般病院での間欠入院の促進等を検討する必要がある。

さらに、通所型サービスの利用を促進するため、送迎サービスの拡充を検討する必要があるべきである。

④ 老人保健施設の整備

老人保健施設は、入院治療を要しないねたきりや痴呆の高齢者にリハビリテーションや看護・介護を行う施設であり、基本的には病院から家庭への復帰を目指す通所施設として位置づけられている。また、老人保健施設は、在宅ケアを支援する施設としてもとらえていく必要がある。

このため、老人保健施設の整備にあたっては、通所機能の充実を図るとともに、入所機能についても、短期・中期の入所を前提とした運営を目指すほか、(イ)地域に密着し、地域に開放された施設であること、(ロ)小・中規模施設であること、(ハ)施設立地として既成市街地を優先的に考えられるべきこと、(ニ)市等関係機関との連携、といった点に留意すべきである。

さらに、老人保健施設の制度を活用してデイ・ケア、ショートステイを中心に各種のサービス提供を複合的に行うなどの在宅ケアを支援する拠点施設を少なくともサブ2次医療圏ごとに整備することが求められる。当面、必要性の高い市街地での「通所型老人保健施設」の設置について検討する必要がある。その際、地域リハビリテーションセンターとの併設が望ましい。

⑤ 保健・医療・福祉の連携

地域ケアシステムの中核をなすのは、サービス調整等を行うネットワーク機能である。このため、行政内部の連携組織として、衛生局と民生局とで「健康福祉連携会議」を設置し、施策の企画立案レベルでの調整を進めていく必要がある。

また、行政区レベルでも、保健所、福祉事務所、区役所、消防署等の実務者からなる連絡調整組織を設け、情報の共有化、処遇困難ケースの検討などのサービス調整を行っていく。そしてさらに、医師会その他の関係団体・施設代表者等の参加や協力を得た推進会議を設置し、全市的な地域ケアサービスの推進のための連絡協議と政策提案を行っていく必要がある。

神戸市立市民病院経営計画
委員会報告書

神戸市立市民病院経営計画委員会

はじめに

市民病院は、昭和58年の経営改善検討委員会の報告及び経営健全化に関する市会決議並びに運営懇話会の意見にもとづき、二次にわたって経営改善に取り組んできたが、病院の自主経営努力と一般会計との負担区分の見直しによって、予定より1年早く62年度末に累積不良債務を解消する運びとなった。

「神戸市立市民病院経営計画」は、経営改善計画達成後の新たな計画として、国の総医療費抑制策のもと、病院をとりまく経営環境がひきつづき厳しいと予想される中で、病院の活性化を図る新たな投資と経営の効率化をバランスさせ、多様化・高度化する市民の医療ニーズに応える市民病院づくりをすすめるための指針として、現在策定中の神戸市保健医療計画との整合性を図りながら策定するものである。

本委員会は、今後の病院運営の方向、市民病院のあり方等について種々討議を重ね、患者サービスの向上、病院の活性化のための新たな投資をふまえた上で、単年度償却後収支の均衡を図ることを念頭におきながら中期的な視点で概括的な経営計画を策定した。

1. 市民病院の現状と課題

(1) 病院経営をめぐる状況

本市病院事業は、国の総医療費抑制策による診療報酬の実質据置と中央市民病院の新築整備にともなう費用の増大などにより経営状況が悪化した。そのため、昭和58年度に「病院事業経営改善計画」を策定し、二次にわたって経営改善を行ってきた。この間、①診療報酬請求を早期に行う当月請求の実施、医薬材料の購入改善、物品管理の適正化やコンピュータ導入、事務事業の見直し等による業務の効率化などの病院の自主経営努力、②救急、ICU、伝染病等の高度・特殊医療や企業債利子にかかる一般会計との負担区分の見直し、③患者数の伸びとがあいまって予定より1年早く昭和62年度末に累積不良債務を解消することができた。

しかしながら、高齢化社会の進展と医学の進歩発展にともない、国民医療費が年々膨張する中、国の総医療費抑制策が一層強力に推し進められ、昭和62年6月には、国民医療総合対策本部から今後の医療のあり方を方向づける中間報告が行われ、それを取り入れた昭

和63年4月の診療報酬改定は、病院にとっては実質マイナス改定になるなど厳しい状況になっている。これは、市民病院においても同様であり、今後の経営環境は依然として厳しいと予想される。

(2) 市民病院の現状

市民病院は経営の効率化に努める一方、救急・高度医療機能を通じてより多くの市民・患者に適時適切な医療を提供するとともに、教育・研究活動を通じて地域医療水準の向上に努めるなど、その使命を果たしてきた。

しかし一方で、患者数の増加や疾病構造の変化にともなう慢性疾患患者の増大などにより、外来での診療待ち時間や入院の待機日数が長期化するなど、将来高度医療機能を通じて急性期疾患患者に集中的な治療を行うという市民病院の役割を果たすことが困難になると懸念される状況にある。

また、医療資源の有効活用と医療機関相互の有機的連携を図るため、中央市民病院における医師会連絡室の設置や連携病院づくり及び西市民病院における病診連携室の設置などにより他の医療機関との連携活動を行っているが、これらはその緒についたばかりであり現時点ではまだ不十分であるといえよう。

そして、施設・設備面においても中央市民病院が築後7年、西市民病院は18年を経過し、その老朽化防止対策が必要となっており、医療機器についても医療技術の進歩発展に対応し増強していく必要にせまられている。

このような中で、多くの専門職員により構成されるチーム診療にみられるような病院の総合的な力を今後とも発揮し、市民病院がその役割を果たし市民の生命と健康を守っていくためには、ひきつづき全職員が丸となって努力し、病院の活力を維持していく必要がある。

(3) 市民病院の課題

以上に述べた現状をふまえ、医療資源の有効活用を図りながら2次、3次医療に重点を置いた適時適切な医療を提供しつつ、市民の生命と健康を守るという市民病院の使命を果たし、かつ、患者の早期社会復帰をめざして質のよい医療を効率的に提供していくため、今後市民病院が取り組むべき課題として、次の5点があげられる。

- ① 市民病院の位置づけと役割
- ② 医療機関相互の連携
- ③ 患者サービスの向上
- ④ 病院の活性化
- ⑤ 経営基盤の確立

2. 市民病院の位置づけと役割

神戸市では、市内1,300の一般診療所及び700の歯科診療所が市民に身近な医療機関とし

て、予防から治療に至る基礎的で広範囲な医療サービスを提供している。一方、病院はさまざまな症状を有する患者について2万床のベッドを活用し、急性期医療、慢性期医療、特殊専門医療を行うなど、それぞれ機能分担しながら市民の医療の確保に努めている。また、救急医療では、第1次救急は一般診療所をはじめ、休日急病電話相談所、夜間急病診療所、休日歯科診療所などにより市民の初期的救急診療に対応し、より重症な場合には病院群輪番制参加病院及び救急告示病院が第2次救急を行い、中央市民病院は救命救急センターとして第3次救急を行っている。

このような中で市民病院は、高度医療機能を通じて市民の生命と健康を守るとともに、教育・研究活動を通じて地域医療水準の向上を図るため、中央市民病院、西市民病院、玉津病院、東灘診療所の3病院1診療所により、市内の病床数の8.3%にあたる1,626床を有効に活用している。また、地域医療機関と連携して市内の医療機関のそれぞれの機能が有機的に活用され、市民病院として求められる機能、すなわち高度・特殊・救急・先駆的医療を通じて市民に適時適切な医療を提供していく必要がある。

そのため、病診・病院連携を基軸に、入院部門については平均入院日数を短縮することにより、入院待機患者の解消を図るとともに、外来部門については外来新患率を向上させるなど2次・3次医療に重点をおいた診療を行い患者サービスの向上を期していく必要がある。

(1) 中央市民病院

中央市民病院は、1,000床の規模をもつ全国有数の総合病院であり、臓器別チーム診療により高度医療を行うとともに、救命救急センターとして第3次救急を担当し、また、臨床研修指定病院として地域医療水準の向上に努めるなど市の基幹病院としての役割を果たしており、今後とも2次・3次医療に重点をおいた運営を行う。

(2) 西市民病院

西市民病院は、370床の総合病院であり、市内西部の中核病院として高度医療を行うとともに、内科及びその他科の2科救急の通年実施により第2次救急を上回る救急を担当しており、今後とも腎センターの設置等地域の医療ニーズをふまえながら特色ある中核病院にふさわしい高度医療に重点をおいた運営を行う。

(3) 玉津病院

玉津病院は、結核・呼吸器系慢性疾患病院としての専門医療の充実を図るとともに、結核については、患者の早期社会復帰をめざして短期入院治療を推進する。

(4) 東灘診療所

東灘診療所は、中央市民病院の付属診療所として、中央市民病院の高度医療機能の支援のもとに、東部地域の1次医療を行う。

3. 医療機関相互の連携

医療が高度化し専門分化する中、急性期から慢性期に至る患者の疾病状態に応じて医療

資源の有効活用を図り、中央・西市民病院の高度医療機能を適時適切に提供し、また、市内の医療体制の中で多様な医療ニーズに応じた医療サービスを市民が円滑に利用できるようにするためには、医療機関相互の有機的連携がぜひ必要である。

そのため、中央市民病院では、市医師会と連携して昭和60年6月に医師会連絡室を設置し紹介患者を受け入れるとともに、急性期の治療を必要としなくなった慢性期の入院患者については、適宜機能連携を図りながら他の病院への転院に努めている。また、西市民病院では、長田区医師会と連携して昭和62年7月に病診連携室を設置し、地域の診療所との連携をすすめている。

しかしながら、これらの連携活動は、その緒についたばかりであり、現時点ではまだ不十分であるといえよう。

なお、紹介外来制の導入について検討すべきとの議論もあるが、現時点では経営収支における外来部門の貢献度や医療機関相互の連携が不十分であること、及び総合病院、市民病院としての性格から市民のコンセンサスが得にくいなどの問題点もあり紹介外来制への移行は困難である。

したがって、市民の多様な医療ニーズに対応して市内の医療機関が相互に連携を図り、在院日数の短縮により特3類看護病棟を拡大するなど将来とも市民病院の高度医療機能を十分に発揮させるには、以下の諸点について取り組んでいく必要がある。

(1) 医療機関相互の連携の一層の拡充

病診・病病連携の一層の拡充を図るため、病診連携については、市医師会とより具体的に連携のすすめ方を検討するとともに、病病連携については、現在進めている連携病院づくりを充実させる一方、私立病院を中心とする市内の病院と市民病院とで協議の場を設置するなど、全市的観点から連携の具体策について検討する必要がある。

また、情報交換機能を充実させるため、コンピュータ等情報機器の導入や体制の整備を行う必要がある。

(2) 市民、患者・家族の理解と信頼関係の一層の確立

市民病院は、市民全体の貴重な財産であるとの観点から、その利用の仕方について市民患者・家族の理解を得る必要がある。また、日頃から「かかりつけの医師」をもつよう健康教育、急病講座などあらゆる機会をとらえて市全体で協力して医療機関の利用について市民啓発に取り組む必要がある。

(3) 患者の相談業務、医療機関紹介機能の拡充

患者・家族の医療相談に関するニーズの高まりに対応し、市医師会、病院協会等関係機関と協力して医療機関紹介機能を充実させるなど、医師会連絡室の機能を充実強化し相談業務を拡充する必要がある。

(4) 特殊外来の充実

小児特定疾患、リウマチ、喘息外来等特殊外来を行っているが、高度医療機能をもつ市民病院としてその専門性を発揮するため一層充実させる必要がある。

(5) 医療機関相互の合同カンファレンス等の拡充

内科、小児科、救急部門等において一部合同カンファレンスを行っているが、連携をすすめるためには医療機関相互の医師の理解と協力が不可欠であり、今後一層充実させていく必要がある。

(6) 入退院のより一層の適正化

急性期の患者を集中的に扱う市民病院としては、複数疾病等により困難な面もあるが、疾病毎に必要な在院日数の標準の設定を行うなど入退院のより一層の適正化を図っていく必要がある。

4. 患者サービスの向上

医療の原点は、患者の疾病状況に応じて適時適切な医療サービスを提供し、患者の早期社会復帰を図ることであり、そのことが患者サービス向上の基本になると考える。そのためには、医学の進歩発展に対応し医療水準の向上に努めるとともに、患者の疾病に応じて適切な説明と指導を行い、患者自らの治癒・回復努力を促し、あわせて高度医療による適切な治療が遂行できるよう施設・設備の充実を図っていく必要がある。

(1) 医療水準の向上

科学技術の発達にともない、医学の進歩発展はめざましいものがある。そのため、最新の医学知識の導入と市民・患者に直結した臨床研究や研修の充実を図り、患者にとって最適な医療を提供していくための人材の育成に努めるとともに、MRIの導入等今後とも高度医療機器の整備を図り、医療水準の向上に努める必要がある。

また、西市民病院については、手術・検査部門等の中央部門の拡充や腎センターの設置等のため、新館建設並びに旧館の整備をすすめるなど医療水準の向上に努める必要がある。

(2) 患者ニーズへの対応

① 外来待ち時間・入院待機日数の改善

病診・病病連携の充実により、外来待ち時間や入院待機日数の短縮を図る必要がある。なお、外来待ち時間に対する当面の対策として、待ち時間や待ち順番の表示、診療・検査等の予約の一元化、あるいは電話予約の実施等について検討する必要がある。

② 情報提供機能の充実

患者・家族に適時適切な医療情報を提供するため、看護、薬事、栄養、医事等の相談機能を充実させるとともに、健康読本等パンフレットの配布についても検討する必要がある。

③ 診療科の新設

新たな医療ニーズに対応して診療科の新設を行う必要がある。西市民病院では患者の高齢化に対応し老人専用内科の新設を検討する必要がある。

(3) 施設・設備の充実

患者サービスの向上、診療支援、効率的経営の推進のため病院総合情報システムの導入を図るとともに、安定した医療提供を図るための施設・設備の改善をすすめ、患者にとって快適な環境の整備に努める必要がある。

また、中央・西市民病院とも外来部門と検査部門が混雑し、患者動線が複雑化しているため、これらの部門の再整備を通じて患者ができるだけ円滑に診療が受けれるよう改善する必要がある。

5. 病院の活性化

病院は人的資源と物的資源により患者の生命と健康を守っており、今後ともこれらの有機的活性化を図っていく必要がある。とりわけ人的側面については、多くの専門職員がチームにより診療にあたっていることから、専門性と総合性をあわせもつ優れた人材を醸成するとともに、勤務条件に配慮しその活力を維持増進させながら医療水準と患者サービスの向上に寄与していく必要がある。また、物的側面についても医療技術の進歩発展に対応し病院機能の整備充実をすすめていく必要がある。

(1) ハード面の整備

① 西市民病院の新館建設

手術・検査部門の拡充や腎センターの設置など市民の医療ニーズにあった特色ある西部中核病院にふさわしい役割を果たすため、新館を建設する必要がある。

② 中央市民病院の外来・検査部門等の整備

診療と患者動線の円滑化を図るため、手狭になった外来部門と検査部門の再整備を行う必要がある。

③ 病院総合情報システムの導入

院内各所で発生する情報を発生源でコンピュータに入力し、オンラインで瞬時に必要な部署に伝達することにより、待ち時間の短縮等患者サービスの向上、診療支援、効率的経営の推進を図る必要がある。

④ 既存施設の計画保全

既存建物、設備の老朽化を防止し医療機能の維持向上を図るため、計画的に保全を行う必要がある。

⑤ 医療機器の整備

医学の進歩発展に対応し高度医療機能を維持増進させるため、現有医療機器の更新を図るとともに、新規医療機器についても積極的に整備拡充をすすめる必要がある。

⑥ その他施設の充実

医局、臨床研究・実習部門、薬事・栄養相談室及び福利厚生施設等について充実

を図る必要がある。

(2) ソフト面の整備

① 志気・資質向上への助成

医療技術職員に専門職として自己研鑽意欲を向上させるため、研究費、研修費、旅費等研究研修活動に対する助成の充実やオープン・カンファレンスへの助成等を検討する必要がある。また、表彰制度の創設等についても検討する必要がある。

② 国際交流の推進

医療水準の向上並びに神戸の国際化を推進する一環として、先進国への職員の派遣とともに、発展途上国の医療技術者の受け入れ等についても検討する必要がある。

③ 組織の改正

市民の医療ニーズの変化や情報化社会の進展等医療環境の変化に対応して、適宜組織の改正を検討する必要がある。

④ 待遇の改善

職員の活力を維持増進させるため、適宜待遇の改善を検討する必要がある。

⑤ 人事の交流

今後とも有機的な連携を通じて活性化を図るため、人事交流を一層すすめる必要がある。

⑥ 西市民病院の臨床研修指定病院申請

西市民病院の臨床研究機能を強化し、さらに医療水準の向上を図ることによって西部地域の中核病院としてふさわしい役割を果たすため、臨床研修指定病院の申請について検討する必要がある。

6. 経営基盤の確立

患者サービスの向上や病院の活性化のための新たな投資を行い、市民の医療ニーズに応える市民病院づくりをすすめるためには、そのベースとなる経営基盤の確立が大前提となる。

(1) 自主経営努力の推進

① 経営意識の高揚

自主経営努力を推進し収入の確保と支出の節減を図るためには、何よりもまず個々の職員の経営意識に負うところが大きい。そのためには経営に関する情報の提供と分析を行うとともに、それぞれの分野において患者サービスの向上と業務の効率化をすすめる活動の一層の充実を図るなど、ひきつづき全職員の経営意識の保持に努める必要がある。

② 収入の確保

診療報酬の適正請求の推進や在院日数短縮による特3類看護病棟の拡大及び文書料等自主料金の改定など、収入の確保に努める必要がある。

③ 支出の節減

医薬材料の一層の購入改善、物品管理の適正化等材料費や光熱水費等経費の一層の節減に努める必要がある。

(2) 留保資金の活用

自主経営努力によって生じた留保資金は、患者サービスの向上や病院の活性化を図る新たな投資へ充当するとともにその一部を基金に積み立てるなど、長期的な視点での病院事業の経営安定及び発展を図る方向で活用策を検討することが望ましい。

その場合、新たな基金造成により生じた果実は、運営収支の状況を勘案しながら、人材の育成を図り医療水準の向上に資するため、今後毎年数千万円程度必要と予想される研究・研修費等医療技術職員の活性化のための財源として活用することが考えられる。

なお、基金造成にあたっては、臨床研究の一層の充実を図るため、市民からの寄付を受け入れることも考える必要がある。

(3) 一般会計との負担区分

地方公営企業のあり方からみれば、一般会計との負担区分を基本に戻すことは望ましい方向であるが、神戸市における市民病院の位置づけと役割やこれまでの病院の自主経営努力を評価し、今後とも安定した経営を続けるためには、今すぐ地方公営企業法にもとづく基準どおりにすることは困難である。したがって、当面は次の考え方によって運用することが望ましい。

① 収益的収支

今後の診療報酬改定等が不透明である中、新たな投資を行う必要もあるため、収益的収支については当分の間、企業債利子等の負担区分について現行のままとすることが望ましい。

② 資本的収支

今後相当の留保資金の発生が見込まれるため、資本的収支については、元金償還等について一部病院で負担する必要があるが、将来の病院運営をふまえて病院の自主性を確保しながら患者サービスの向上や病院の活性化が図れるような方向で検討することが望ましい。

(4) 収支計画

① 目 標

患者サービスの向上、病院の活性化のための新たな投資をふまえた上で、単年度償却後収支の均衡を図る。

② 期 間

昭和63年度～昭和67年度（5カ年計画）

③ 前提条件

(業務量)

1日平均患者数

(単位:人)

病 院	区 分	患 者 数	
		62年度	63~67年度
中 央	入 院 来	976	970
	外 来	2,225	2,200
東 灘	外 来	163	160
西	入 院 来	344	340
	外 来	845	840
玉 津	入 院(結核)	99	100
	"(一般)	40	40
	外 来	32	35

(投 資)

患者サービスの向上及び病院・職員の活性化を図るため、5か年間で102億68百万円の新たな投資を行う。

(単位:百万円)

項 目	投資額	左 の 内 訳				
		中 央	西	玉 津	短 大	管 理
医 療 機 器	4,333	3,080	1,188	65	—	—
建 物 改 良 等	3,613	1,613	2,000	—	—	—
建 物 保 全	2,297	1,361	845	9	17	65
そ の 他	25	—	—	—	25	—
計	10,268	6,054	4,033	74	42	65

なお、今後の病院運営をすすめるにあたっては、診療報酬改定等の見通しが不透明な点もあるが、以下の項目について重点的に努力する必要がある。

- 在院日数の短縮化
- 病院総合情報システム導入等による請求適正化
- 文書料等自主料金の改定
- 医薬材料購入改善等による経費節減
- 西市民病院新館整備による経営努力

④ 収支計画

(収益の収支)

(単位：百万円)

年度	62	63	64	65	66	67	63~67計	平均
項目								
収益の収入 (A)	23,860	23,505	24,417	24,386	26,812	27,682	126,802	25,360
収益の支出 (B)	27,232	27,693	28,720	29,268	30,544	31,404	147,629	29,526
収支不足額 (C)	△ 3,372	△ 4,188	△ 4,303	△ 4,882	△ 3,732	△ 3,722	△ 20,827	△ 4,165
〔(A)-(B)〕								
一般会計繰 入金 (D)	3,939	4,228	4,247	4,267	4,143	4,207	21,092	4,218
当年度純利 益 (損失) (E)〔(C) +(D)〕	567	40	△ 56	△ 615	411	485	265	53
累積欠損金 (F)	△ 14,186	△ 14,146	△ 14,202	△ 14,817	△ 14,406	△ 13,921	—	—
当年度末留 保資金 (G)	1,373	1,635	1,705	1,262	2,468	2,597	—	—

(資本の収支)

(単位：百万円)

年度	62	63	64	65	66	67	63~67計	平均
項目								
資本の収入 (H)	801	(687)	(818)	(853)	(631)	(1,234)	(4,223)	(845)
資本の支出 (I)	2,491	3,398	3,101	5,974	2,225	2,335	17,033	3,407
収支不足額 (J)	△ 1,690	△ 1,336	△ 1,411	△ 2,632	△ 875	△ 383	△ 6,637	△ 1,327
〔(H)-(I)〕								
一般会計繰 入金 (K)	1,690	1,336	1,411	2,632	875	383	6,637	1,327

〔注〕 () は留保資金、内数。資本の支出(I)は基金造成額を除く。

(参考)

(単位：百万円)

一般会計繰 入金合計 (D)+(K)	5,629	5,564	5,658	6,899	5,018	4,590	27,729	5,546
--------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	-------

(病院事業基金造成)

(単位：百万円)

基金造成額	246	912	1,054	1,132	964	1,623	5,685	1,137
年度末 現在高	4,890	5,802	6,856	7,988	8,952	10,575	—	—

おわりに

病院事業は、昭和58年度以降5年間にわたる職員一丸となった経営改善努力が徐々に成果を上げつつある。

しかし、高齢化社会の進展及び医療の高度化にともない、国の総医療費抑制策はひきつづき強化される傾向にあり、また、昭和60年12月に医療計画の策定を義務づける改正医療法が施行され、その後厚生省の中間報告により今後の医療のあり方について方向づけがなされるなど、我国の医療制度は大きな変革期を迎えつつある。

一方で市民病院は、市民の医療ニーズの多様化・高度化に対応し、患者サービスの向上や病院の活性化を図る新たな投資を行いながら、経営の安定化を図っていく必要がある。また、累積欠損金の削減努力も今後の課題となる。

このような中で、市民の期待に応える市民病院づくりをすすめていくためには、国、県に対して高度医療、救急医療等について適正な診療報酬体系の整備や補助金の充実、並びに医療資源の有効活用を図るための慢性疾患病院、老人保健施設の整備充実について要望していく必要がある。

病院事業が公営企業として公共性と経済性の調和を図りながら、高度医療に重点を置いた質の良い医療を効率的に提供していくためには、全職員の創意の発揮と志気の高揚に負うところが大きく、今後本報告書をもとに各病院で具体的施策について議論を重ね、市民の生命と健康を守る岩として一層発展していくことを切に望むものである。

新刊紹介

行政建築家の構想 土地資本論 世界の大都市6 バンコク クアラル ンプル シンガポール ジャカルタ 国土開発の環境保全 近代憲法の成立と自治権思想

行政建築家の構想

—自治体の建築技術者の
あり方を問う—

「わが国の建築文化は、経済発展を反映して爛漫の花ざかりといった様相がうかがえる。しかし、住民が豊かな建築空間を享受し、美しい景観を楽しんでいるかという点、多分に否定的にならざるをえない。大都市の市街地には低質・老朽の住宅地が広範に広がり、改善はちちとして進んでいない。高地価の都心部では業務・商業施設の進出に住宅が追い立てられ、居住コミュニティが崩壊しつつある。高齢化社会を迎えて、生活・文化・スポーツ施設への需要は高いが、一方では都市中心部の小・中学校の遊休化が問題となっている。農村部では過疎、漁村では過密による居住環境の悪化もゆるがせにできない。

このような諸現象は、建築活動を民間市場のメカニズムに委ねておくだけでは甚だ不十分であり、これを社会的な見地から規制・誘導し、あるいは行政自らの手で供給することの必要性を示している。民間活動が旺盛であればあるほど、それに対するカウンターバランスをとるだけの力量を行政が備えていなければならないといえよう。建築行政の成立根拠は、もちろんこれまでもそこにあったわけだが、現代の新しい社

会環境条件のなかで、いっそう自覚的な再編・強化が行われなければならない」（本文より）。

本書は表紙カバーの帯に、「建築・すまい・まちづくりに関するすべての行政マンに!!」とあるように、行政マンに向けて書かれたものである。そして、十人余りの著者たちのほとんどが、建築学科卒業の自治体あるいは国の行政マンか、その経験者である。

「行政建築家」という聞きなれない用語は、編者である巽教授の造語で「行政諸分野で働く建築職員のめざすべき理念像」である。かれらを「建築家」と称することに違和感を覚える人も少なくないだろう。「建築技術者」という意識が一般的なのではなかろうか。巽教授があえて「建築家」と称した理由は、建築関連機能が多様化している現代社会においては、古典的な意味での建築家の概念は拡張されてもよく、建築空間や環境の創造に関わる非営利的な職能はすべて建築家と称してよいからである。よく考えると、現代のように公共、民間を問わず、街づくりにある種の秩序が求められている時に、行政の担当者こそ、真の建築家でなければならないのかもしれない。彼等を行政建築家と位置付ける本書は、「構想」という表題にとどめているが、そ

の背景にそうした思想がうかがえる。(矢吹茂郎職業訓練大学教授評) 本書の内容は、突きつめて言えば、お役人根性を捨て去って、住民・利用者の側に立とうということである。例えば、営繕部門は役所内の他の部門から、依頼を受けて仕事をする組織である。従来は、その依頼する部門(主管課という)を施主と考えて仕事をしていた。企画は主管課がねり、営繕技術者はその企画に従って設計をした。しかし今後はそうでなく、主管課の向こう側にいる市民・住民などのエンドユーザーを建主と考えて設計しよう。その為には、企画段階から営繕技術者も参加していこう。使い手が要望を出せる場、企画・計画に参加できるシステムづくりにも積極的に関与していこう……というのである。

営繕以外にも「建築行政」「まちづくり行政」「住宅行政」も扱っている。しかも理念だけでなく具体的な事例にもとづくものが多いので、わかりやすい。そして面白い。なにが面白いかというと行政マンである著者達が「自分達はこういう仕事がしたい」という熱い思いが文脈から伝わってくるからである。(本多昭一京都府立大教授評)

気になる点がある。それは、「行政建築家」という構想が、自治体の中での建築技術者の独自性を強調するあまり、排他的な印象を持つことである。そもそも、まちづくりは道路・建物・緑地などの色々な公共施設によってできる総合的な仕事だ。快適で美しい景観を市民に提供する為には、土木パワーあるいは公園パワーが不可欠である。本書の中では、まちづくり行政と行政建築家(第Ⅰ-4)の中で「空間を企画、

構成、設計する専門的職能としての原点を確立しつつ、一般行政職、土木、公園など他の専門職と共同して、チームワークの一員としての役割を担っていくのが、今後のまちづくり行政における、いわば「行政建築家」であろう」という主張もある。本の全体を通じて見ると、関係職員による総合行政を目指すという視点が弱いように見受けられる。自治体の建築技術者が自らの主体性を「行政建築家」という理念に依拠して頑張ろうという意欲には共鳴するが、一方では幅広く一般行政、土木、公園など他の専門職あるいは、住民との共同の中で大きく育てて欲しい。著者達の一層の活躍を期待したい。

(異 和夫編
学芸出版社 2,678円)

■土地資本論—地価と都市開発の理論—

近年の急激な地価の高騰は、庶民からマイホームの夢を奪い去るだけでなく、地価高騰に群がり私的利益のみを追求する経済活動が、各地で惹起している。本来、土地というものは、限られた資源であり、それを効率的に活用してこそ「社会的資本」としての価値があると言えるのではないだろうか。

本書は、在野の立場から土地・地価問題、都市問題で鋭い発言や論考の発表をしてきた著者・岩見良太郎氏(現・都留文科大学教授)が、20年の研究成果の中間発表という位置づけでまとめた書物です。混迷した土地・地価問題の理論状況へ斬新な問題提起として歴史的な検証にも耐えうる内容となっている。

本書は、「土地資本」という概念を創造的に提起して、市街地地価のメカニズム、不動産資本の行動原理、開発利益の公共還元論の解明、また今日の土地・地価問題をめぐる諸学説——新山・華山理論から大前研一氏らの理論などの批判的な解明を行っている。すなわち土地・地価問題の解決の政策的展望、都市計画の新しい発展の条件を追求するものです。著者は、本書を通じて「土地資本」という概念を媒介に都市というものを人間と自然との関係において解明することを意図しており、理論スケールはいわば環境問題という21世紀へむかった課題をも射程にいれたものとなっている。おそらく土地・地価問題解決への政策論、次の時代の都市のありようをめぐる政策論形成に大きく寄与する基礎理論となりうるのではないかと思われる。

本書の構成は、第1部が土地資本と地価形成、第2部が土地資本と土地所有から構

地価形成機能にもとづく
土地資本の3類型

類型	土地利用への作用	位置、豊度への作用	例
α 土地資本	現在の土地利用用途を実現	現在の土地利用用途に対応する位置、豊度の表現	住宅、工場、オフィスビル
β 土地資本	現在の土地利用の背後で潜在的に形成されている、より高度な土地利用への転換	潜在的に形成されている、より高度な土地利用の位置、豊度の顕在化	埋立、整理、建物除却
γ 土地資本	位置、豊度の改良による、土地利用高度化の促進	位置、豊度の改良	道路、鉄道、公園

成されている。第1部では住宅地価格を例にとり、土地資本による地価形成のメカニズムの分析を行う。その場合、土地資本をその地価形成機能のちがいによって、次のような3つの類型に区分し、それぞれの類型ごとに分析を行っている。

すなわち、α土地資本は、商業用地、工業用地・住宅用地等の建築用地で、建築物と合体してはじめて土地利用が図れる土地利用実現土地資本である。β土地資本とは、都市の成長・発展の中で、ある土地利用から他のより「高度」な土地利用へ更新されていく土地利用転換土地資本である。また、γ土地資本とは、人間が科学・技術の力により土地に働きかけることにより、社会的に役立つ土地に転変する土地利用増進土地資本である。この3類型ごとに地価形成との関係を第1部では詳述している。

第2部では、土地所有のあり方を考えるため、土地資本を資本としての固有の運動法則の解明に努めている。まず、第1節で不動産資本概念を明らかにし、第2節で一般的不動産資本の運動法則を、そして第3節で私鉄不動産資本という特殊な不動産資本の運動法則の解明にアプローチしている。

最後に著者は、開発利益の公的還元の思想的展開を「私的土地所有の止揚」の視点から再整理し、まちづくりのためには、私的土地所有の止揚が不可欠であると論じている。

(岩見 良太郎著
自治体研究社 4,500円)

世界の大都市6 バンコク・クアラルンプール・シンガポール・ジャカルタ

本書は、世界の大都市を順次分析している大阪市立大学経済研究所編の「世界の大都市」シリーズの第6巻であり、東南アジア地域の発展途上国都市を取り上げ、バンコク、クアラルンプール、シンガポール、ジャカルタの4都市について言及している。

現在50億人を超えている世界人口は、国連推計によると2000年には61億人、2025年には82億人に達する見込みである。この人口増加の大部分は発展途上国で生じることになる。とりわけ既に30億人の人口を擁するアジアの発展途上国では爆発的な人口増加が生じている。

東南アジア地域は現在経済発展が著しく、NIES化あるいは準NIES化という国レベルの変化が起りつつある。こうした経済発展の過程で、タイ、マレーシア、インドネシアの3国では、都市化レベルが低く都市インフラが十分に整備されていない状況下で、大都市に人口が集中してきている。そのため住宅不足、交通渋滞、環境・衛生施設の整備不足等典型的な発展途上国型都市問題が発生している。同時に、東南アジア地域においてはこれらの都市問題に対する様々な取り組みも行われている。

本書はこれら東南アジア地域における発展途上国型都市問題とその解決手法あるいは解決への障害について分析を試みている。本書の特色は、全体を二編に分け、前段での現状の紹介・分析に続いて、後段で東南アジアの都市発展の歴史に言及している点にある。

Ⅰ章「東南アジアの人口増加と都市問題」は総論であり、東南アジア地域での人口増加と都市問題を概観し、今後いかにしてすぐれた都市基盤と機能内容をもった都市及びそのシステムをつくり出すかが重要であると結んでいる。

Ⅱ章「バンコク：人口増加・経済集中・交通渋滞」では、バンコク「都」の地方行政的地位を説明したうえで、人口増加とそれを上回る経済力集中とが都市基盤の危機的状況を強めている実態を交通渋滞の状況をあげ分析している。

Ⅲ章「クアラルンプール：多核的都市圏の形成」では、首都への人口集中問題に対して、工業団地の開発、衛星都市群の形成、道路システムの整備等を軸とした多核的都市圏計画による解決を目指しているマレーシアのケースを取り上げ、いわゆる「スクオッター」問題解決の見通しが得られるに至った貴重な経験が紹介されている。

Ⅳ章「シンガポール：変容する都市国家の社会・経済構造」では、東南アジア地域の中で唯一、既に発展途上国的な都市問題の解決に成功したとされるシンガポールについて、このような成功を生み出した諸条件を分析している。

Ⅴ章「ジャカルタ：歴史的に見た現代都市」では、ジャカルタの発展の歴史、特に独立以後の都市発展・膨張の過程を紹介し、現在都市整備のスタート地点において既に巨大な都市問題を抱え込んでいる状況を分析している。

第Ⅱ編の諸章は、先にも述べたとおり東南アジア地域における都市発展の歴史を総論(Ⅵ章「東南アジアの大都市：その歴史

と展望」)、各論(Ⅶ章「バンコク：環濠城壁都市から貿易都市へ」及びⅧ章「クアラルンプール：多人種都市の史的形成と展開」)について言及している。

全体として詳細にして的確な分析は、本編中に挿入されている豊富な図表データとも相俟って、本書を極めて水準の高い学術書として完成させている。本書は6人の研究者により共同執筆されており、結果として章毎に(すなわち執筆者によって)分析の切り口が異なっており、本書で取り上げられた都市を一つの視点から横断的に概観することは困難であるが、これは共同執筆のもつ宿命ともいえるものであろう。しかし本書はそれぞれの章の記述に個性があり、それが上述の宿命とは裏腹に好結果をもたらした一つの例と言えよう。

今後本書が東南アジアの都市問題に興味をもつ者にとって必読の書の一つとなることは間違いない。

(大阪市立大学経済研究所編
東京大学出版会 定価 3,090円)

■国土開発と環境保全

国土の開発は、我々の経済生活の維持・向上の為、必要不可欠なものであり、事実この「開発」により我が国のこれまでの発展をみてきたわけであるが、今日、無秩序な開発行為により、様々な弊害が現れ始めている。この反省に立って、今一度、「開発」の有り方を考え直す時期に来ていると思われる。

「開発」は、筆者の言うように、本来、環境に配慮し、かつ庶民の勤労収入で心身共に豊かな生活を営み得る場を庶民に提供

するものでなければならず、そういった意味から、「開発」を適切にコントロールする持続的発展が、現在求められている。

こうした背景の中で、現行法の枠組みの中であるいは現行法の改正によって、どの程度「開発」をコントロールすることが可能であるかについて、本書は詳細に記述している。

以下、順を追って、概観していく。

第1部「国土開発法制の基本的方向づけ」では、本書の総論として、行政が都市の管理者としての立場と事業者としての立場に分けて、行政法的なコントロールの必要性、具体的方法を検討しているほか、国土開発がもたらす利益と負担を国民の間に公平に分け与えるための法システムや環境行政、土地利用規制行政を実効ならしめるための法システムの転換を求める様々なアイデアが述べられている。

第2部「土地利用規制による環境保全」では、環境保全のためには、土地の利用を規制すべきであるという立場から、問題点を指摘し、解釈論・立法論の両面にわたって、政策的な提言がなされている。その例として、ナショナル・トラストという方法で大金を集めて、土地を買い取るよりも、開発凍結手法のほうが合理的であると、また、新幹線公害については、土地利用という観点からの解決が必要としている。

第3部「各分野における国土開発と環境問題」では、国土開発の法律問題を従来にはない視点から取り上げ、上水道・工業用水道の適正な利用、配分による節水型社会に対応する法システムの創造、企業誘致・追い出しに関する解釈論・政策論の検討、公

営住宅管理システムの公平の観点からのシステム改善のための提言について論じている。

第4部「国土開発の環境保全の司法的統制・住民参加」では、環境訴訟が機能していない理由の解明や是正策の提言のほか、原告適格、手続審査、安全性に関する司法審査の有り方など、解釈上の論点について検討を加えている。

地球環境破壊の問題や地価高騰の問題が、毎日のように新聞紙上に賑わしている昨今、本書に取り上げられている問題点は、緊急な解決を求められているものばかりである。政府も「土地基本法」の制定などで土地問題の解決を図ろうとしているが、本書にあるように、まだまだ中途半端であると思われる。そういう意味からも、中央政府、各政党、地方自治体など関係者には是非、本書を読んで頂き、有効な施策は早急に取り入れていただき、また、自治体独自で実施できる施策については、可能なものから、積極的に行っていただきたいものである。

(阿部泰隆著
日本評論社 3,090円)

近代憲法の成立と自治権思想

1. 我国の地方自治制度は、日本国憲法第8章とそれを受けた地方自治法等法令により体系付けられているが、このことは、地方制度が法律の創造物であった明治憲法時代と比較すると地方自治にとって大きな進歩と言われている。

しかし、その一方で、制度的には憲法上の根拠を持つに至ったものの、依然として

地方自治について行政法的視点からの位置付け・解釈が支配的で、憲法的論議が不十分であるという批判もある。筆者もこの認識に立って、地方自治の憲法理論の基盤となる研究が必要という観点から、Pouvoir municipal（地方権）に関する通説が再検討されるべきであるということを論じてきているが、その研究成果をとりまとめたのが本書である。

2. この地方権については、大革命直後の1789年フランス憲法議会において、トゥーレという議員が、地方改革案として、市町村が国に対して固有の権利を、個人と同様に自然法上の権利として有すると主張したのが始まりであると言われてきた。そして、それが行政、立法、司法と並ぶ第四権という形で、1830年ベルギー憲法に受け継がれたというのが、これまでの通説であった。これに関して、著者は、ドイツの法学者イエリネク及びバチェックがこの通説形成に影響を与えたとして、両者の原著と憲法議会会議録を直接検討しながら論証を進める。

論点は次の5点である。①前述のトゥーレ発言が、地方団体は絶対的、必須的に固有の権利を自然法上の権利としてもたねばならないと主張したものか、②その発言と、委任事務とともに市町村の固有事務を規定した1789年12月14日の法律の内容とが直結的につながっているか、③市町村または州のみに関する事務はその議会が規律する旨を定めるベルギー憲法第31条の規定はトゥーレ発言ないし12月14日の法律の影響を受けて生まれたものか、④同条項は立法、行政、司法と並ぶ第四権を地方団体の自治権に認めたものか、⑤1849年のフラン

ケブルト憲法第184、185条がフランス憲法
議会及びベルギー憲法の影響を受けて制定
されたものか。

これらの結論として、著者は①及び②に
ついては憲法会議議事録等の考証から否定的
に解し、③については間接的影響に留る
とする。④については、規定内容と権力分
立論から考えて、これを否定し、⑤につい
ても消極的に解している。

3. 以上が本書の概要であるが、一面非常
に専門的な内容であり、また実務的な法律、
条例あるいは補助制度といった問題に直接
解決の糸口を与えるようなテーマではない
ため、読み進めていく上でやや骨の折れる
面もある。しかし、紹介文献の豊富さに加
えて、近代憲法史、政治思想史、法制史、
法哲学等多角的な観点からの分析が行われ
ているため、相当高度な内容となっている。
読後、本書を前にして思うことは、地方
行政上の問題に直面して、その根本的な解

決策を模索していくとき、結局は、地方公
共団体の自治権はどのような意味内容と位
置付けを持つものであるべきかということ
に帰着するということである。

戦後、日本国憲法によって、地方自治は
制度的に保障されたものにはなったが、実
践面における蓄積は欧米に比べ必ずしも充
分とは言えない。

今後、地方行政を真に「地方自治」たらし
めるため、行政を担う者として、事務権
限や財政に関する制約を打開しながら、実
際の行政需要に対処していかなければなら
ないという課題を背負わされている。

そのような中で、本書のような研究を手
掛りとして、地方自治権の歴史的な流れを
考察しながら、地方行政のあるべき姿を論
じることも意義深いことであると思われ
る。 (河合義和著「地方自治の歴史」)
勁草書房 8,240円

地方自治の歴史は、地方自治の発展と
地方自治の普及の歴史である。地方自治の
歴史は、地方自治の発展と地方自治の普及
の歴史である。

地方自治の歴史は、地方自治の発展と
地方自治の普及の歴史である。

地方自治の歴史は、地方自治の発展と
地方自治の普及の歴史である。

地方自治の歴史は、地方自治の発展と
地方自治の普及の歴史である。

地方自治の歴史は、地方自治の発展と
地方自治の普及の歴史である。

地方自治の歴史は、地方自治の発展と
地方自治の普及の歴史である。

地方自治の歴史は、地方自治の発展と
地方自治の普及の歴史である。

編 集 後 記

* どんなに健康な人でも、一生涯、病院の世話にならない人はいないだろうし、ましてや病気にならない人はいないだろう。しかし、健康でありたいと思うことは、万人共通の願いである。最近では、いろいろな健康食品、健康機器、アスレ・ヘルスクラブなどの健康産業が興隆を極めていく。それだけ、人々が自分自身の健康に気をつかうようになってきているからであろうか。

* 今回の特集は、「都市と医療」をテーマを取り上げ、総論を大阪大学の多田羅教授に、各論として、地域医療、在宅医療、保健・医療・福祉の連携、国保財政、保健医療計画、市民病院の経営などの観点から、神戸大学の馬場教授、神戸市医師会の富永副会長、関西大学の松原助教授、大阪府立大学の大竹氏、吉川衛生局長、前野衛生局長等にそれぞれ執筆いただいた。

* また、行政資料として、神戸市保健医療計画審議会の答申、並びに神戸市民病院経営計画委員会の報告書を掲載した。

* さらに、特別論文として、「アメリカ地方自治の実際」というテーマで、甲南大学の高寄教授に執筆いただいた。

都市政策バックナンバー

第47号 特集 地域開発とその経営 1987年4月1日発行

第48号 特集 福祉サービスの展開 1987年7月1日発行

第49号 特集 自治体テレビ広報への視点 1987年10月1日発行

第50号 特集 民活事業方式の検討とその展望 1988年1月1日発行

第51号 特集 地方財政の政策的課題 1988年4月1日発行

第52号 特集 都市生活の国際化 1988年7月1日発行

第53号 特集 国際経済と港湾都市 1988年10月1日発行

第54号 特集 都市と観光 1989年1月1日発行

第55号 特集 神戸市制100周年 1989年4月1日発行

第56号 特集 都市のアイデンティティ 1989年7月1日発行

第57号 特集 鉄道建設とその経営 1989年10月1日発行

☆年間予約購読のおすすめ

書店にて入手困難な方は、当研究所へ直接お申込み下さい。

予約購読の場合、送料は当研究所が負担いたします。

季 刊 都 市 政 策

第 58 号

印 刷 平成元年12月20日 発 行 平成2年1月1日

発行所 財団法人神戸都市問題研究所 発行人 高 寄 昇 三

〒651 神戸市中央区浜辺通5丁目1番14号 (神戸商工貿易センタービル18F)

振替口座 神戸 3-75887 電話 (078) 252-0984

発売元 勁 草 書 房

〒112 東京都文京区後楽2の23の15

振替口座 東京 5-175253 電話 (03) 814-6861

印 刷 田中印刷出版株式会社

研修テキスト、自学自習の演習書として圧倒的な実績を誇る法律学習の基本書。

明治大学教授田中館照稿著

公法演習

第14次増補改訂版・待望の発刊!

A5版/六六〇頁/定価二、八〇〇円(千130円)

本書は、公務員にとつてもまた一般国民にとつても必須のものである憲法、行政法、地方自治法、地方公務員法の四分野を収録した。まず各法分野を概説し、そのうち通説の立場からいって、とくに重要と思われる点ないしは行政実務上とくに必要と思われる点については、いずれも演習問題としてまとめられた。また、重要公法判例一〇七の解説も収録。

公職研 公務員研修協会

〒101 東京都千代田区神田神保町2丁目12番地 ☎03-230-3701(代表) 03-230-3703(編集) fax 03-262-4910

地方自治を語るみんなの広場

〈予告〉

月刊

自治

1990.1

定価460円(本体447円)

フォーラム

VOL.362

特集 「人材・能力開発—企業人VS公務員」

- 新年のごあいさつ……………柿本善也
- 〈論説〉 人材・能力開発における公・民の接点…梶原 豊 外務省研修所の国際人養成…桂 誠
- 〈事例〉 —企画力養成・発想力開発— 兵庫県国際人養成……………荻野賢治
- 異業種間交流による人材・能力開発…阿部滋朗 —組織活性化 OJT— ……
- 自治大学校における企画力養成……………太田和紀 住友商事のOJT……………鈴木英治
- 国際人養成— 日本たばこのOJT……………飯塚弘志
- 国際化対応職員の養成……………青木孝誠 広島市のOJT……………広島市職員研修所

編集 自治大学校・地方自治研究資料センター
(〒106) 東京都港区南麻布4-6-2
電話 03-(444) 3283

発行所 第一法規出版株式会社
(〒107) 東京都港区南青山2-11-17
電話03(404)2251 振替口座東京3-133197

新刊 仕事を面白くするための常識 397



誰も教えてくれない
地方公務員のための

『仕事の技術』常識集

B 6 判 400頁— 定価 2,600円
(税込み)

Q&A形式。何問答えられますか？設問を
解いて、仕事の知識、発想力が身につく。

- 今、なぜ、公務員を志望したのか
- 「根回し」するには、どうしたらよいか
- 人脈を構成するものは何か
- 人脈のメリットは何か
- 「交渉力」とはどんなことか
- 住民を説得するには、どんなことに留意すべきか
- 力のある企画とは何か
- どんな統計が信用できるか
- 情報管理で大切なことは何か
- 試験はどう定めるべきか
- 発想とは何か
- 連想は発想につながるか
- プロデュース能力とは何か
- OAがめざすものは何か
- 行政PRの方法とは
- 係のチームワークとは何か
- 企画書を作成するのは誰か

戦後地方行財政資料 全4巻 別巻2 完結

編集—財団法人神戸都市問題研究所・地方行財政制度資料刊行会
監修—足立忠夫・柴田 護・星野光男・宮崎辰雄・山田幸男

- 第1巻 政府地方行財政資料
- 第2巻 地域開発関連資料
- 第3巻 地方団体地方行財政資料 上巻
- 第4巻 地方団体地方行財政資料 下巻
- 別巻1 シェアプ使節団日本税制報告書
- 別巻2 占領軍地方行政資料

●戦後の地方自治における行財政資料は膨大な量にのぼる。本書は、この地方行財政資料を項目毎に収録したものである。
●資料のうちには、今日においては容易に入手しがたいものも多く、地方自治体及び地方自治研究者の研究・調査の利便、水準向上のために不可欠のものである。

発行所 株式会社
勁草書房

〒112 東京都文京区後楽
2-23-15

振替/東京5-175253
電話 (03) 814-6861〔営業〕
(03) 815-5277〔編集〕

定価 各巻 17,000円

地方自治，都市経営の原典と実践の書。

今日なお尽きぬ豊かな示唆と発想と

政策課題への生きた対応能力を

与えてくれる必読の名著，ここに完全復刻！

地方自治古典叢書

1. **都市政策の理論と実際**

関 一 著

2. **応用市政論**

安 部 磯 雄 著

3. **都市独占事業論**

安 部 磯 雄 著

4. 改訂 **都市経営論**

池 田 宏 著

編集発行 (財)神戸都市問題研究所・地方自治
古典叢書刊行会

編集代表 宮 崎 辰 雄

編集委員 伊東光晴・佐藤 進・柴田徳衛

柴田 護・高寄昇三・新野幸次郎

藤田武夫・宮本憲一

学陽書房

● A 5 判上製函入

● 390～580ページ 各定価 4,000円

● 本文は写真製版による完全復刻版

東京都千代田区富士見1-7-5

TEL 03 (261) 1111

振替東京 7・84240

神戸都市問題研究所出版案内

都市政策論集

- | | | |
|-------|-------------------|----------|
| ☆第1集 | 消費者問題の理論と実践 | 定価 2700円 |
| ☆第2集 | 都市経営の理論と実践 | 定価 2200円 |
| ☆第3集 | コミュニティ行政の理論と実践 | 定価 1700円 |
| ☆第4集 | 都市づくりの理論と実践 | 定価 2600円 |
| ☆第5集 | 広報・広聴の理論と実践 | 定価 2500円 |
| ☆第6集 | 公共料金の理論と実践 | 定価 2200円 |
| ☆第7集 | 経済開発の理論と実践 | 定価 1700円 |
| ☆第8集 | 自治体OAシステムの理論と実践 | 定価 2000円 |
| ☆第9集 | 交通経営の理論と実践 | 定価 2000円 |
| ☆第10集 | 高齢者福祉の理論と実践 | 定価 2200円 |
| ☆第11集 | 海上都市への理論と実践 | 定価 2200円 |
| ☆第12集 | コンベンション都市戦略の理論と実践 | 定価 2500円 |
| ☆第13集 | ファッション都市の理論と実践 | 定価 2500円 |

都市研究報告

- | | | |
|-------|--------------------------|----------|
| ☆第3号 | 公共投資の効果に関する
実証的分析 | 定価 4000円 |
| ☆第5号 | インナーシティ再生の
ための政策ビジョン | 定価 3000円 |
| ☆第6号 | 神戸/海上文化都市への構図 | 定価 3500円 |
| ☆第7号 | 神戸・コンベンション都市への
政策ビジョン | 定価 4000円 |
| ☆第8号 | 集合住宅管理の課題と展望 | 定価 2000円 |
| ☆第9号 | 地方自治体へのOAシステム導入 | 定価 5000円 |
| ☆第10号 | 民活事業経営
システムの実証的分析 | 定価 4000円 |

※ ご購入は書店または神戸都市問題研究所へお申し込み下さい。



季刊 都市政策 第58号 ISBN 4-326-96082-5 C3331 P550E

発売元 **勁草書房**

東京都文京区後楽2の23の15 定価 550円
振替東京 5-175253 電03-814-6861 (本体 534円)