

都市政策

季 刊 第 26 号 '82・1

特集 都市と健康

市民と健康	須 田 勇
都市と精神衛生	黒 丸 正四郎
家庭と健康	柳 井 勉
地域社会と医師会	森 脇 潤
公衆衛生行政の課題	中 村 温
神戸市の地域医療対策について	木 村 三 朗

神戸市立中央市民病院の機能と役割	岡 本 道 雄
市町村への権限委譲	高 寄 昇 三

神戸市における市民健康教育の基本体系

について (答申)神戸市保険医療計画審議会

「家庭と健康」に関する婦人の意識調査

結果報告神戸市衛生局

都市政策

第25号 主要目次 特集 新しい福祉 1981年10月1日発行

これからの福祉行政の課題	奈倉道隆
参加する福祉とボランティア	岡本栄一
老人施設の経営	加藤泰純
武蔵野市老後保障制度の諸問題	山本茂夫
エリヤ会神戸有野台センターの 新しい老人ホーム、について	編集部

総合福祉ゾーン「しあわせの村」	山下彰啓
地方自治体と情報公開Ⅲ	高寄昇三
新しい老人福祉事業の創造	高齢者福祉研究会

家庭・地域社会をめぐる市民福祉調査 神戸市市民福祉調査委員会
「家庭・地域社会における市民福祉の推進」に関する報告書

次号予告 第27号 特集 コンベンション都市 1982年4月1日発行予定

コンベンション都市の可能性	鈴木謙一
文化施設の経済効果	浅井栄一
コンベンション都市と都市空間	水谷穎介
コンベンション施設の管理と運営	阿久津成一郎

神戸ポートアイランド博覧会の経済効果
神戸ポートアイランド博覧会協会

コンベンションシティ神戸をめざして 神戸商工会議所
ポートピア'81入場者実態調査 神戸ポートアイランド博覧会協会

都 市 と 健 康

国、地方を問わず、行政改革の嵐が吹きすさんでいるが、改革ことに財政圧縮の対象として取り上げられているのが、人件費と福祉費である。

人件費についてはラスパイレス指数とか人事院勧告の取扱いなど世論の関心を集めているが、福祉についてはそれほどスジのある論議がなされることなく、バラマキ福祉で片付けられようとしている。しかし福祉費は人件費より以上に理論的にも政策的にも論議を深めていき、単なる水準の引き下げではなく、新しい施策の展開によって、より充実した効果的な福祉を創造していかなければならない。

福祉費のなかでも、生活保護費のような本来の民生費と、医療費公費負担のような衛生行政ときわめて関係の深い分野に分かれる。本号で特に取り上げた健康問題は、後者の医療行政に関係深いテーマであるが、この問題をとりあげたのは医療費という現象面に幻惑されることなく、健康という根源的な価値からのぞましい地方行政のあり方に迫ろうとしたからである。

ことに近年、地方における福祉行政によって、社会保障的な行政よりも、地域福祉的行政のニーズが高まりつつある。その中心的課題は健康とか精神的安定（孤独の問題）である。

このような行政課題に 대응していくためには、これまでの衛生行政の防衛的な発想ではなく、より積極的な健康の増進・保持のための施策を展開していかなければならない。しかも精神衛生も含めた個別的で広い範囲の行政が求められるようになった。

一方、衛生行政の供給体制にあっても、保健所と中央医療機関という点的対応でなく、地元医師会、地域住民組織さらには家庭そのものも組み込んだ面的な健康保障システムをつくり上げていかなければならなくなった。

これまで日本の都市は、明治以来、伝染病に悩まされてきたが、近年、公害という新しい社会的な病疫に直面し苦しめられている。いままた、高齢化社会の到来とか欠陥家族の噴出という新しい社会構造変化からくる精神的危機に見舞われようとしている。

衛生行政がまさにこのような環境変化を先取りして、先進的行政を展開することが期待されるのである。

■ 特集 都市と健康

市民と健康	須田 勇	3
都市と精神衛生	黒丸 正四郎	18
家庭と健康	柳井 勉	33
地域社会と医師会	森 脇 潤	46
公衆衛生行政の課題	中村 温	61
神戸市の地域医療対策について	木村 三朗	75

■ 特別論文

神戸市立中央市民病院の機能と役割	岡本 道雄	93
市町村への権限委譲	高寄 昇三	104

■ 潮流

道州制論議 (119)	公務員の政治活動禁止合憲判決 (121)
放置自転車対策 (122)	空き缶問題 (124)
大店法改正問題 (126)	供給重視の経済学 (128)

■ 行政資料

神戸市における市民健康教育の基本体系 について (答申)	神戸市保険医療計画審議会	131
「家庭と健康」に関する婦人の意識調査 結果報告	神戸市衛生局	147

■ 新刊紹介		176
--------------	--	-----

市民と健康

須田 勇

(神戸大学名誉教授)

はじめに

「市民」という言葉のひびきには、市民階級とか市民革命とかに含意されているような自由主義の担い手としての政治的な面と、市民社会という語感からうける、個人の自由を理性によって律してゆくというような近代性が感じられる。「公民」といっても同じであっても、公民館というより市民会館のほうが好まれるようなニュアンスがある。また、「市」といえば、人口もさることながら、街区が広く、商工業や情報サービス産業などが中心で、第一次産業とは縁遠いもののような印象である。たしかに、1960年代の技術革新と高度成長の震源地であり、環境汚染を全国に放散すると同時に、その影響をまともに蒙ったのも都市であった。また、公害問題に対し、市民の健康を守る権利意識にめざめることもすばやく、それによって「健康と生活」を守る住民運動への展開への旗手ともなった。このときでもなお、「健康」概念は病気にならないようにといふことと結びついてはいたものの、住民は、現実の疾病とは別に、疾病への不安という形で、直接の関係者でなくとも、健康を生活に結びつけて、共同防衛としての実感を学びとったのであった。

1970年代になると、「公害対策基本法」も整えられてきたが、それ以上に、汚染・汚濁の抑制に働いたのは石油ショックによる経済活動の停滞であった。しかしそれによって、工業化社会が情報化社会に移ることに拍車がかかれ、経済活動の主体が物から人に移り、そのモビリティを保障する各種の交通手段による公害が、たんに騒音・廃棄物質などによる大気汚染という物質環境の問題に止らず、とくに我が国の人間生活にとっては古来から欠くことのでき

なかった「道」の住居空間としての価値をうばい、市民生活を大きく変えた文化的・精神的影響は見逃せないものである。このようにして、疾病の対置概念であった健康が生活概念として捉えられてきたことは大きな文化的進展といえよう。しかし、健康問題が文化として市民には受けとられているにかかわらず、社会の仕組みは旧來のまま、疾病の診断面だけが高度に機械化され、そこでは情報概念もシステム概念もないまま、真の生活化が行なわれていないところに混乱の源がある。

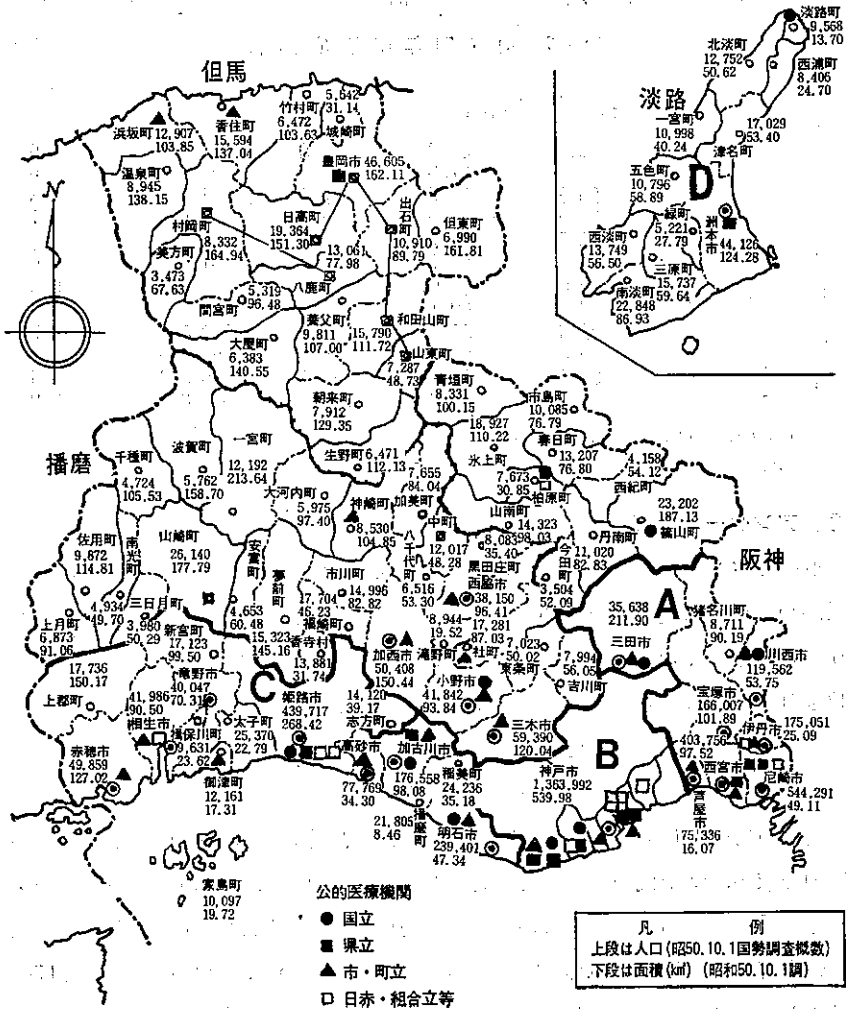
筆者に「市民と健康」というとまどいでしかないテーマが与えられたのを機会に、地域の健康・福祉社会の諸問題を直視する手始めとして、どのような結論になるのか全く予期できないままに、手元にある資料だけで書き始めたのがこの稿である。

1. 考察の対象

この小論はたんに文明批判ではないし、天下国家を論ずるものでもない。わずかではあるが筆者の最近の体験を通じて捉えた実感をもとに、神戸市民を念頭において、その近隣都市群の市民および市民とは距離をおいてみられがらの町民を主体とした地域とを対比しながら、市民の健康の一断面を捉えてみようとするものである。

対象地域は図-1に示した兵庫県域である。それを瀬戸内海側からみて、東から西へ一地帯として連なる阪神間都市地域（7市1町、略号A、昭和55年の国勢調査で人口約155万人、面積約650km²）、神戸市（8区、略号B、人口約136万人、面積約540km²）、播磨臨海地域（7市8町、略号C、人口約128万人、面積約1,160km²）の活力を異にする3都市群地帯と淡路、丹波、但馬の全域と播磨内陸部を一括した内陸・島地域（6市61町、略号D、人口約94万人、面積約6,000km²）に分けて観察することとした。なお地図には公的医療機関を经营主体によって4種類に分けて記入したが、正確な所在地を示すものではない。この4地域のイメージをおぼろげにでも捉える手掛りとして、昭和50年国勢調査に基づく年齢構成割合と男女別人口および昭和55年国勢調査との人口の増減%

図一 市町別人口・面積状況図



を表-1に掲げた。Cでは人口増が目立ち、Dでは、老年人口の割合がAの2倍を示し、10～15年先の日本の老年人口に相当することなどが一応注目される。

表-1 地域別年齢構成割合 (%)

略号	年齢区分		年少人口 ～14歳	生産年齢人口 15～64歳	老年人口 65歳以上	男女別人口 (人)	5年間の 増減% ※
	地域						
	国	男女	25.2	67.8	7.0	55,090,673	4.5
			23.4	67.8	8.8	56,848,970	4.6
	県	男女	25.6	67.4	7.0	2,451,771	2.5
			23.5	67.6	8.9	2,538,077	3.7
A	阪神	男女	25.9	68.7	5.4	753,540	1.6
			24.3	68.7	6.9	761,997	3.6
B	神戸	男女	24.6	68.9	6.6	667,005	△0.3
			22.4	69.1	8.6	692,217	1.5
C	臨海	男女	27.3	66.4	6.3	590,769	9.7
			25.5	66.3	8.2	606,028	7.7
D	内陸・島	男女	24.4	64.4	11.2	440,457	△1.5
			21.4	65.2	13.4	477,835	9.9

(注) 昭和50年国勢調査による。(数字は%)

※ 昭和55年国勢調査との比。

2. アンケート調査

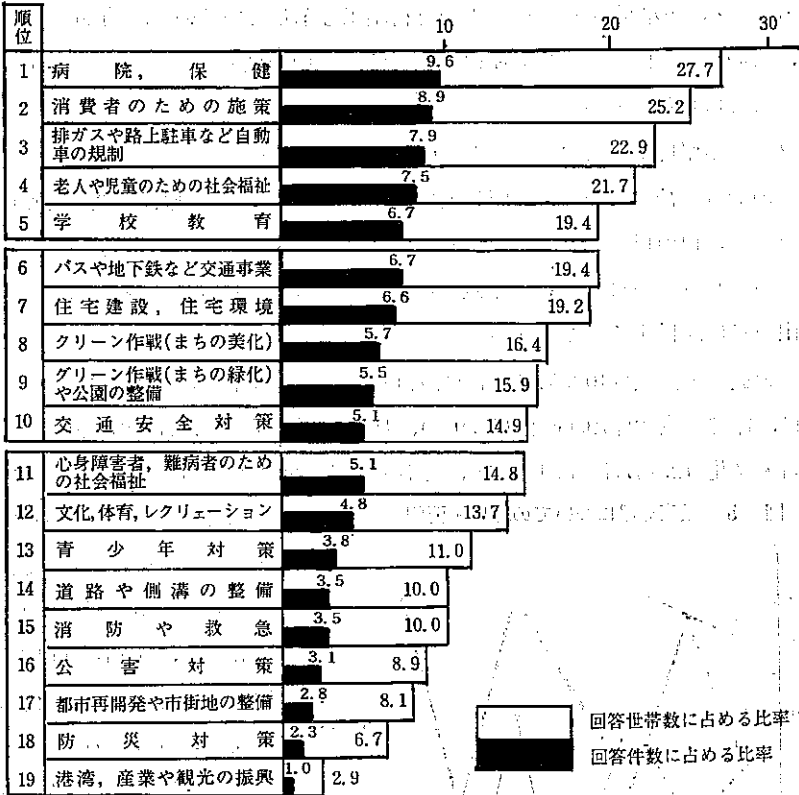
近頃はアンケート調査が盛んに行なわれて、〈社会学的〉には興味のある結果がつきつぎに発表されている。しかし、社会学者ではない為政者が調査を行うからには、それが行政に生かされて、回答者の誠意に応え、市民の生活に反映されなければならないはずである。果して市民は健康問題については何を望み、それに行政はどう対応したかを調べることから始めることとした。

(1) 神戸市民全世帯アンケート (昭和56年度) ⁽¹⁾

調査の目的として、①選択回答を通じて意志表示の場を提供して市政への参加を求め、②市民の要望などを把握し市政に反映させ、③市民の市政への関心と参加意識を高めることにあるという意味のことが明記されている。この調査の内容は、「住みよい神戸をつくるために」のもので、9項目について17の設問とフェイスシート9問とがあり、462,065世帯に全戸配布され、18.6%の回収率であった。この調査は、昭和45年に始められ、今回が11回目である。その中に、「市政への要望」という設問があり、19項目中3項目選択という形式がとられている。その結果を図示したのが図-2である。

図-2 市政の要望

回答世帯数83,294



一見、私は目を疑った。国立大学の医学部をもち、人間都市宣言を行って、300億円を投じて病床1,000床をもつ「中央」市民病院をポートアイランドに新築し、その威容を誇る神戸市に対し、市民は「港湾、産業や観光」の振興ではなく、「病院・保健」を力をいれてほしいものの第1位に押しあげたことは、私には信じ難いことなのである。毎年行っているアンケートなので適及してみると、この項目の要望は、最近の5か年を通じて、第1位が3回、第2位が2回で、そのときは福祉と自動車の規制が第1位にあげられている。

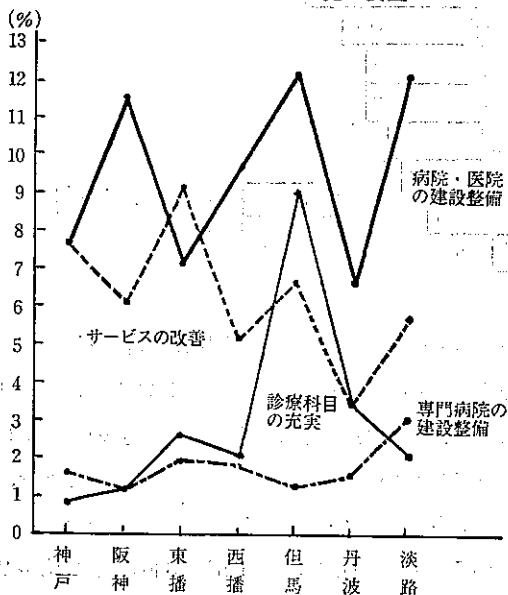
実は、このアンケートをもとにしてクラスター分析や因子解析を試みて、神戸市民と神戸市間の機能構造を求めて報告するつもりであった。しかしそのようなレベルの問題ではないことを分析結果も示しているの、方向を変えて、このような医療要求は兵庫県でいえば、どの地域でおこなうのかを検討してみることにしたのである。

(2) 兵庫県民全世帯アンケート（昭和55年度報告）⁽²⁾

この調査も神戸市の場合と同じ主旨が述べられており、「県民の健康と県政」をテーマに14項目とフェイスシート9項目からなり、別に自由意見を述べる項目が設けられていた。「神戸市政への要望」と対応させる意味からもまずこの自由意見に注目することとする。

この欄への記載は102,540世帯（件数147,679）から寄せられている。その内訳は、保健医療関係79,660件（53.9%）、医療費・福祉関係30,600件（20.7%）、教育・文化 12,147件（8.4%）で、これで全体の80%を占めている。さらにそ

図-3 医療施設についての意見・要望



地域別の比較は、各地域のそれぞれの自由意見総件数に占める割合

の内容をみると、県のアンケートでも医療施設に関するものが自由意見全体の20%もあり、その半数(14,274件)が病院・医院の建設や整備を求めるものである。これを地域別に整理したのが図-3である。神戸は、東播磨、丹波と並び、阪神、但馬、淡路より低位であることが分かった。

医療機関の建設要求のモチベーションを推測させるのは、アンケート中の「もし、お宅で急病人が出た場

合、もっとも不安に思うことは何ですか」に対する回答ではなかろうかと考えて、原表を手直しして掲げたのが表-2である。

表-2 地域・世帯構成別医療不安内容割合

地域	家族		不安あり	不安の内容(不安ありに対する%)				不安なし
	区分	構成%		世話	医師	病院	知識	
阪神 (229668)	単身(40歳代以下)	(5.7)	62.9	38.6	33.1	6.2	22.3	32.7
	夫婦のみ(40歳代以下)	(14.9)	69.9	17.7	49.9	9.7	30.2	27.6
	夫婦と子ども	53.7	56.5	22.1	26.0	14.9	35.8	39.9
	親と夫婦と子ども	11.6	47.5	14.7	19.8	20.8	40.2	48.1
	夫婦のみ(50歳代以上)	[6.6]	39.2	25.0	30.1	17.1	28.8	52.4
	単身(50歳代以上)		47.2	53.4	22.0	10.2	14.0	39.4
神戸 (62466)	単身(40歳代以下)	(7.4)	76.8	46.4	37.0	6.0	19.9	20.5
	夫婦のみ(40歳代以下)	(19.5)	73.8	20.7	47.7	11.7	31.3	24.2
	夫婦と子ども	46.0	61.7	21.9	27.6	20.3	33.7	35.4
	親と夫婦と子ども	12.5	54.6	16.1	18.7	27.5	36.3	42.4
	夫婦のみ(50歳代以上)	[8.4]	44.4	27.9	29.1	18.5	30.2	48.0
	単身(50歳代以上)		56.7	60.8	21.5	10.4	15.5	32.9
東播磨 (123056)	単身(40歳代以下)	(4.1)	65.3	38.6	25.7	10.3	23.0	29.2
	夫婦のみ(40歳代以下)	(10.9)	71.2	17.7	45.6	11.5	32.6	26.6
	夫婦と子ども	50.5	61.0	20.0	27.2	17.4	36.1	34.9
	親と夫婦と子ども	19.4	53.3	12.4	20.8	23.8	39.8	42.1
	夫婦のみ(50歳代以上)	[6.4]	43.7	23.8	30.4	20.8	26.3	47.7
	単身(50歳代以上)		52.5	57.0	18.7	12.6	14.9	34.8
西播磨 (141015)	単身(40歳代以下)	(4.9)	60.9	41.5	24.6	9.4	22.3	33.2
	夫婦のみ(40歳代以下)	(11.8)	67.0	15.2	38.2	13.6	36.4	30.2
	夫婦と子ども	45.0	58.3	18.5	22.0	19.7	37.9	37.2
	親と夫婦と子ども	21.6	53.8	11.0	16.0	30.3	39.6	41.3
	夫婦のみ(50歳代以上)	[7.3]	42.6	21.4	24.2	26.5	29.2	47.0
	単身(50歳代以上)		52.6	53.8	15.6	16.0	14.9	33.4
但馬 (42332)	単身(40歳代以下)	(5.1)	56.5	40.4	20.0	14.5	20.4	35.8
	夫婦のみ(40歳代以下)	(13.3)	56.5	18.6	26.7	23.0	34.9	38.8
	夫婦と子ども	30.4	53.3	16.7	15.0	28.3	26.0	41.1
	親と夫婦と子ども	31.4	51.7	9.3	10.4	41.2	34.6	43.5
	夫婦のみ(50歳代以上)	[8.6]	43.6	18.6	14.2	42.4	23.4	48.0
	単身(50歳代以上)		51.6	55.6	8.5	24.6	11.4	32.5

丹波 (21718)	単身(40歳代以下)	(5.1)	58.1	39.7	10.1	21.3	22.2	32.7
	夫婦のみ(40歳代以下)	(14.4)	56.9	17.0	15.8	21.1	42.2	35.9
	夫婦と子ども	25.9	51.6	19.0	10.9	26.9	37.2	42.8
	親と夫婦と子ども	34.4	50.6	9.7	7.3	35.6	40.7	44.4
	夫婦のみ(50歳代以上)	(8.4)	40.0	23.8	10.0	36.8	26.8	50.5
	単身(50歳代以上)		48.8	59.8	7.0	19.7	8.8	35.8
淡路 (26816)	単身(40歳代以下)	(6.6)	66.3	51.0	20.5	17.2	19.6	26.2
	夫婦のみ(40歳代以下)	(14.2)	62.0	18.1	25.5	27.6	30.6	30.8
	夫婦と子ども	29.9	60.8	17.6	15.3	28.0	36.7	33.6
	親と夫婦と子ども	28.1	60.8	12.0	9.7	37.5	38.5	33.3
	夫婦のみ(50歳代以上)	(8.4)	47.9	22.8	14.0	37.0	26.5	39.6
	単身(50歳代以上)		54.6	52.2	10.0	23.0	15.6	29.6
都市	阪神		53.3	23.3	27.4	15.0	33.8	41.8
	神戸		58.2	25.4	27.8	19.2	31.6	37.4
臨海	東播磨	—	57.9	21.1	28.0	15.9	35.6	37.2
	西播磨	—	54.5	18.7	23.3	17.8	37.1	39.7
内陸	東播磨	—	56.4	18.1	23.0	23.9	33.0	37.8
	西播磨	—	57.9	15.0	12.8	39.2	31.3	35.6
全	県		55.7	22.3	25.1	19.4	33.6	39.2

(注) 地域に記した数字は集計対象数(世帯)

家族構成欄の()書は年齢区分なしの単身・夫婦% []書は区分欄以外の形態%
不安内容: 「世話」は相談したり世話を頼める人がいない, 「医師」はかかりつけの
医者がいない。

「病院」は病院や治療所が遠い, 「知識」は応急処置をよく知らない。

その他の回答は具体的内容が分らないので省いた。

この設問に対する無回答は5.1%あるが記入は省いた。

この表から、かなりよく住民志向が捉えられる。詳しくは表をみていただきたいが、要点をまとめておく。①急病に対して過半数の人が不安を感じている。とくに神戸地域の単身・夫婦世帯、阪神、播磨地域の夫婦世帯の7割が不安を抱いている。これに対し、高年夫婦世帯は地域に関係なく半数近くの人是不安から解放されている。②不安のうち、相談したり世話を頼める人のいないことは、単身者にとっては、老若、地域をとわず重大な関心事である。③応急措置の知識の不足に対する危惧も地域とは関係なく、単身者以外は不安をも

ち、とくに三世代家族で不安は強い。④かかりつけの医師のいないことへの不安は都会地に高く、とくに阪神、神戸、東播磨の若年夫婦では最大の不安事であるが、丹波では極めて低い値を示している。⑤病院や診療所が遠いための不安は但馬、淡路、丹波で強く、それ以外の地域では余り高くはないが、播磨内陸では強い。とくに三世代家族では地域にかかわらず距離不安が高いが、医師不安に対する数値は低い。

別々の調査³⁾で、住民が医療機関の不足の程度を評定したものがあつた。それによると、不満は淡路(55.0%)が筆頭で、最低は丹波(15.6%)で、その間に阪神(34.6%)と但馬(33.7%)、神戸(30.6%)と播磨(29.0%)が並んでいる。表-2の医療不安を地域別にみると、淡路(58.3%)が最強で丹波(49.0%)が最低であることには変わりがなく、その間に神戸(58.2%)、東播磨(57.4%)、西播磨(55.2%)、阪神(53.3%)、但馬(51.0%)と入る。

3. 兵庫県における医療資源の現状

これについては行政側には十分な資料はある。それにどのような意味づけをして行政に活かすかが問題である。アンケートでは上述のような現状なので、それに関連のありそうな数字を拾ってみることにする。昭和54年の人口10万人当りの一般診療所の数は、阪神、神戸で92.7と94.6であるのに対し、但馬、淡路は62.4と68.6で、播磨内陸62.9、丹波64.0でD地域内では余り違いはないが、施設の要求度は上述のように大きく異なる。この問題に対する一つの手掛りは丹波で、施設に対する満足度は78.2で、図-3の要求%も低い。診療所数は他の内陸地域と異ならないが、公的病院についてみると(図-1参照)、病床200程度の国立、県立、日赤と3院あり、10万人当りの病床数も660で、医師の率も102人で内陸最高であるから、一応不満が少ないものと考えられる。ところが、施設要求の最も強い但馬では10万人当り病床700、医師96人で、丹波と同じような状況である。但馬には豊岡を中心に市町組合立の2系統の7病院があり(図-1参照)、最近は道路も整備されて時間距離も短縮されているが、国立、県立、日赤というような公的病院がないという心理的なものと風土・歴史によって住民感情が

規定された結果と考えられる。淡路は、公的機関は県立と国立の小分院のみで一般病床の絶対数も400ほどで、率も230と低く、医師も10万人当たり85人で、医療資源はたしかに少ない。

阪神、神戸という近代都市にあっても上述のように施設要求は強い。この両地域の医療状況は似ている。一般診療所は10万人対90を越えており、一般病床率も655と823というように高い。神戸についてさらに立入ってみると、診療所数は10万人対平均95であるが区によって43から358までの開きがあり、一般病床率にいたっては422から6,704という開きがある。医師についても人口1万人当たりで6.5人から72人という格差がある。図-1にも示したように公的医療機関の偏在は最たるもので、人口11万5,000人の区に集中しているにもかかわらず人口16万5,000人の区には皆無という状態である。このような極端な対比は別としても、医師は、いわゆる旧市内の区では人口1万人当たり12~20人に対し、年5~6,000人の人口増のある地域で医師6~7人というのでは熾烈な医療要求があつて当然といえよう。阪神地区についても同様な状況がある。要するに、都市地区にあつては医療に関しては全く無責任、無計画な土地開発がもたらした結果という以外はない。

このような実体は、行政は早くから知悉しており、住民は肌で感じていたことであろう。もちろん医療が自由業であるところに難しさがあるであろうし、行政としては、「開発指導要綱」によつて〈開発者〉に診療機関の設置を義務づけたりしているであろうが、形式はともかく、神戸市などの場合の開発計画は行政先導なのであるから、このような実情があるならば、当然対策は講じられたはずであり、公的医療機関の誘致などを待つだけでなく、自力でこの〈市民〉という名の〈村落住民〉に対応してこそ、人間都市宣言が光を放ち、文化都市の名にふさわしい対応といえるであろう。

医療については、一点豪華主義が住民側からも要望され、行政側も財政さえゆるせば最高の機器を備え、偉容を誇る建造物を造ることは目に見える業績なので決して否定はしないのである。しかし、それは余りにも後進的で安易な考えである。上に見てきたような医療の空白地帯に対応するには、人的物的の医

療資源をシステム化する以外に住民のニーズに応える道はない。そしてそれは現代のソフトウェアをもってすれば可能である。医療に対する唯一の専門知識集団である医師会も理論としては医療のシステム化、包括医療を考えながら実践への踏切りがつかずにいる。神戸市や兵庫県の公的病院の設置者も発想の転換が必要である。それは保健医療については単なる行政的な措置に止めるのではなく、住民が願ってやまない健康問題を地域ごとに、政策的にとりあげ、勇気をもって実践することが肝要なのである。諮問やアンケートは実行のためのものでなければならぬし、当局者に対する苦言を呈するものを遠ざけるような施政であってはならない。学識経験者の協力体制についても再考の余地がある。

4. 事故死と自殺

都市は人間と人間との関係において成立し、村落は人間と自然の共存によって特徴づけられる。都市においてはその近代化につれて各種の機能が分化・分離されてきた。生活圏とは離れて高度の文化施設や医療施設が設けられ、高速道路に代表されるように、生活空間としての道は奪われてしまった。そこにはあらゆる種類の突発事故がおこり、人は突如として死に追いやられる危険が充満している。そして人と人との接触は人間の精神に大きな負担をかけ、これらが都会人の健康を蝕むと考えられる。⁽⁴⁾ 人と自然の交感を基本とする生活は都会人の憧れである。こうした常識の実相を確かめてみようと考えて、自殺と事故という、人間の意志の有無、運の良否に関係するような死因を対象とし、さらに近代化がもたらした人為的要素の強い自動車事故と、昔から人間をおそい、動物はそれによって死に絶えさえもする予断をゆるさぬ事故死とを対象として「市民の健康」の極限の断面をうかがうことにする。このようなデータを一括したのが表-3で、昭和47~54年にわたるものである。

(1) 自動車事故死

男子のほうが女子よりも死亡率は高い。学齢より幼年に高く、青壮年、中高年へと上昇し、老年は、中高年の倍以上の率となる。地域差はかなり明確で、

表-3 兵庫県における事故死と自殺

死因	年齢		幼年		学龄		青壮年		中高年		老年	
	地域	教値	4歳以下		5~14歳		15~44歳		45~64歳		65歳以上	
			実数(人)	率	実数(人)	率	実数(人)	率	実数(人)	率	実数(人)	率
BE47 自動車事故	A 阪神	男	30	3.9	40	3.4	384	9.9	171	12.9	114	28.2
		女	36	5.0	19	1.7	81	2.1	54	3.5	67	12.8
	B 神戸	男	35	5.7	37	3.6	404	12.2	139	10.7	104	23.7
		女	16	2.7	9	0.9	47	1.4	64	4.4	95	16.0
	C 臨海	男	52	8.4	63	6.4	568	19.8	290	27.6	224	60.6
		女	21	3.5	24	2.5	105	3.7	114	9.6	137	27.7
	D 内陸・島	男	74	20.2	73	10.3	593	32.4	408	40.6	331	66.8
		女	51	14.6	37	5.5	281	14.6	234	19.6	195	30.5
BE48 上記以外の事故	A	男	152	19.9	69	5.8	357	9.2	240	18.2	209	51.7
		女	88	12.3	20	1.7	49	1.3	49	3.4	188	36.0
	B	男	125	20.5	52	5.1	370	11.2	282	21.8	282	64.2
		女	60	10.3	19	1.9	46	1.4	74	5.1	274	46.2
C	男	138	22.2	109	11.0	389	13.5	300	28.5	313	84.7	
	女	98	16.4	17	1.8	61	2.2	60	5.1	284	57.4	
D	男	130	35.5	64	9.1	296	16.2	348	34.6	432	87.2	
	女	87	24.9	23	3.4	58	3.0	74	6.2	374	58.4	
BE49 自殺	A	男	0	—	7	0.6	691	17.9	299	22.7	166	41.1
		女	0	—	4	0.4	492	12.9	224	15.6	168	32.2
	B	男	0	—	4	0.4	774	23.5	345	26.6	193	43.9
		女	0	—	5	0.5	534	16.1	243	16.6	257	43.3
	C	男	0	—	6	0.6	480	16.7	223	21.2	171	46.3
		女	0	—	0	—	275	9.7	147	12.4	174	35.2
	D	男	0	—	3	0.4	406	22.2	209	20.8	223	45.0
		女	0	—	0	—	216	11.2	175	14.7	349	54.5

実数：昭和47~54年の合計 率：実数 ÷ (昭和50年国勢調査による地域・性・年齢階層別人口〔10万人単位〕) ÷ 8

阪神、神戸地区に低く、臨海・内陸は都市地区の2倍以上、特に内陸は3倍にも達する。

(2) 自動車以外の原因による事故死⁽⁵⁾

男子が女子よりかなり高率であることは自動車事故と同様で、とくに青壮・中高齢で女子は低い。学齢期の事故は自動車の場合と余り変わらないが、幼年期の死亡率は自動車事故より高く、しかもいずれの地域でも青壮年期の死亡率をはるかに上回る。また、自動車事故では中高齢と青壮年の間に著しい隔りはないが、一般事故死亡率は中高齢者は青壮年者の2倍以上の数値を示し、さらに老年者は男子で、中高齢者の3倍、女子では10倍に近い値を示す。地域特性ではA、B、C、D、と死亡率は高くなっているが、自動車事故の場合と比べて最低と最高の倍率は小さい。

(3) 自殺⁽⁶⁾

青壮・中高齢での死亡者の男女比は、一般事故の場合は5～6倍、自動車事故では地域差があるが3～5倍であったが、自殺の場合は1.5倍程度で男女比は小さい。自殺の場合、中高齢に比して老年者の死亡率は2倍近くで自動車事故の場合と変りがないが、一般事故とは異なり青壮年と中高齢の差も一定の傾向を示さず、地域による違いも傾向が捉えにくい。ただ他のすべての場合と異なり、女子老年者の内陸・島地域の死亡率は逆転して男子より高い。

以上のデータを通覧してみると、一般に死亡率は男子に高く、若年群では、幼年の死亡率、成人群では老年の死亡率が高い。青壮年・中高齢では一般事故の死亡率は明らかに後者で高い。地域特性としていえることは、事故では内陸部の死亡率がすべての階層を通じて高く、自動車事故においては特に著明である。自殺は老年が高率であることは事故群と同様であるが、男女比、青壮年対中高齢比、および地域特性などにも一定の傾向が認められないのがむしろ特徴で、そのなかにおいて内陸老年層で女子の死亡率が男子を越えていることが際立った現象である。

以上の結果は、自動車事故は教育効果の現れる社会的・文化的事象であり、一般事故は生物的・生活現象の指標として、自殺はやはり人間的事象であることを示唆するものであると考えられる。したがって、健康の極限である事故死と自殺については、その原因がなにであっても〈市民性〉が内在しているとい

えよう。

おわりに

以上のような断片的な点検ではあったが、近代都市であると信じていた神戸市が市民アンケートによってみる限りにおいては、市民は国際性や未来都市、海の文化都市への参画を志向する以前に、生活にとってもっとも基本的な健康に対する不安を訴え、消費者としての生活施策、自動車規制を市政にくとくに>要望していることが前面に浮かびあがるほど強い部分があることが分かった。この場合、病院施設を要求している市民のおかれた位置は、兵庫県に対応させて考えれば、やはり公的医療機関に恵まれぬ西播磨内陸地域の住民の立場と相同であろう。ところが、表-2の下段(ゴシック活字)に示したように、両者の医療知識はほぼ同じ程度であり、医療機関への物理的隔離感の内陸部では神戸とは比較にならぬくらい強いにもかかわらず、不安の度合は神戸より少ない。これは、かかりつけの医者があること、相談したり世話を頼める人のいるという点で内陸部の方が神戸よりはるかに好条件であることを数字が示しているが、このことに由来するものであろう。市民と町民のもっとも大きな違いがここにある。市政と町政の大きな相異もそこにある。都市とはもともと権力によって人工環境を造り、そこに住民を住ませるものであり、町は住民の営みによって自然環境の中に生れてきたものである。そうであるならば、都市造営の計画において、町の自然発生にならない、しかもそれを近代化することが可能であろうし、町々の情報化・システム化によって、地理的に分散したままで、機能的に都市化、文明化することも可能であろう。

健康とは、もちろん、医療資源によって支えられる面はあるが、この小論でも現われてきたように、社会・心理的な一般通則を背景にして、人間・精神的な多様性と状況性によって強く影響される状態である。都市化とは決して都会に出てゆくことではないし、田園化とは農村に行くことではない。市民が文化的な健康を確保できるか否かは掛って都市造りの計画にあり、町民が近代的な健康管理を達成できるか否かは掛って地域のシステム化にある。このことに英

知を集めた施政こそが21世紀への掛け橋となるものであろう。

参考文献

注

- (1) 「第11回（昭和56年度）神戸市民全世帯アンケート調査結果の概要」昭和56年7月，神戸市市民局相談部相談課
- (2) 「兵庫県民全世帯アンケート報告書（昭和55年度）」兵庫県
- (3) 「兵庫県産業雇用構造ビジョン」昭和54年3月 産業雇用政策会議
- (4) 加藤正明，「近代生活，都市生活と精神障害」『最新医学27』，2307—2311，昭和47年
- (5) 「昭和52年度人口動態社会経済面調査報告 交通事故以外の不慮の事故死」昭和54年，厚生統計協会
- (6) 大原健士郎，「自殺と自己破壊行動」『最新医学27』，2317—2321，昭和47年

都市と精神衛生

黒丸 正四郎

(神戸大学名誉教授)

1 都市と精神衛生問題

「都市と精神衛生」といった問題を考える場合、大切なことが一つあると思う。それは、都市というものを現実そこに在る「実在」としてとらえるか、あるいは、そのような「実在」する空間としての都市ではなく、何かそこに生れてくる空間としての都市、つまりわれわれがそこに「生きてゆく」空間として、都市というものをどうとらえるかという問題である。前者が例えば神戸市なら神戸市という都市の実際の「広さ」「構造」「利用度」などについて、政治、経済、市民生活などあらゆる面から研究し、将来計画などを樹立する立場だとするならば、後者の立場は、そこに「何か現象する空間」として都市のもつ「意味を問う」問いかけだといってよいであろう。

従来よく言われる都市論をみると、前者のようなわれわれの住む場所を提供してくれる「入れもの」としての都市論は多い。しかしそこにわれわれが生活してゆこうとする「生きてゆく場所」としての都市を語るものが少なかったように思う。だから例えば流通、交通、産業などのような都市生活の現実について論ずるときは「入れもの」としての都市を考えればことは済むが、文化、教育、精神衛生といったような心の問題になると、単なる居住の場所としての都市ではなく、われわれがそこに何らかの価値を創造してゆくための意味をもつ空間として都市を考えないと、展望がきかない。

今、都市の精神衛生について語るにも、人々の「心の健康」ということが課題になる以上、当然「生きる空間」としての都市について語らねばならない。

筆者のような精神医がしばしば診療する「うつ病」という心の病気があるが、この病気にかかると、患者は極度の抑うつ感、孤独感、空虚感から無口になり、淋しそうな様子で閉じこもり、人を避け、その行動範囲が極度に狭くなる。それでも、まだ病気が軽いうちは無理をして会社にも出勤するが、次第に病勢が進むと出社せずに家に閉居し、さらに重くなると部屋からも外へは出なくなり、ついに病床からも起きてこなくなる。そして自殺を企てる。すなわち、病勢の進行に従って、彼の生活空間が必然的に狭くなってゆくわけである。ところが、最近ではこの病気の治療薬が進歩したので、治療が成功することが多いが、治りはじめると、誰もすすめもしないのに、自分からのこのことベツトから起き出てきて、家人と対話を交すようになり、さらに良くなってくると、すすめてもしないのに部屋を片付けたり、掃除をしたりして、家の内外をうろうろと動きまわるようになり、やがて日ならずして自然に家を出て散歩を始め、そのうち、ほうっておいても会社に出向くようになるものである。つまり、「うつ状態」が恢復するにつれて彼の生活空間は自然に拡がって、元通りの生活域をもつようになるわけである。これをみても人間の「心の活力」、「心のなかにあるイメージ空間」と、外への拡がりをもつ「関心ある空間」つまり「生活空間」とは互いに相関しあつて動くものであることがわかる。だから精神医は患者の生活行動を観察し、彼の行動空間の拡がりから逆に心の病状を知ることが出来るのである。

昔から、人間の心の「高さ」「広さ」が論ぜられ、心の問題は、精神内界の「地平線」の拡がりをもって示された。教養を積み、修養を重ねて心の「高さ」につけば、おのずから「心の世界」は拡がって「地平」が遠くなり、一方教養や修養の低さは、「井戸の中の蛙」として評価されたものである。

心の問題を歴史的にみて、各時代の精神状況とか時代精神とかについてその特徴や異同がよく論ぜられる。つまり、「心の生活」に関する「時間的吟味」はよく行われるが、心に関する「空間的吟味」は少ない。ところが、建築、都市、風土といったような空間的拡がりと精神との関連も、時間の推移（歴史）と同様に精神的風土に大きな影響をもつものであるといつてよい。上述のような精

神病理学上の現象のみでなく、個人の精神や社会の精神構造と風土（都市を含めた）との関係も重要である。

例えば都市、風土といった生活空間の拡がりとは、そこに住む人々の心のなかの「イメージ空間」との関係独特の方法でしらべた藤岡喜愛氏の優れた研究がある。心理学には「ロールシャッハ法」という心の投射機能を応用して、個人の心の中を外へ投射せしめ、その成果からその人の心の内容、たとえば性格傾向とか、心のイメージなどをしらべる方法がある。やり方は紙にインクをしみこませた無意味な図版を個人に見せて、その図の中に自分の描く「心のイメージ」を自由に投射せしめ、その投射された内容から、逆に「心のイメージ」を判定するものである。藤岡氏はアフリカのサバンナに住む未開人種ハツァビ族の成人にこの検査を試みたところ、彼等の反応はインクプロットの部分、部分のみで、アフリカの原野に住む動物たちの頭、口、足などの部分を連想したのみで、彼等の連想イメージは知覚的、断片的で全体像がなく、日本人のような文化人ですれば3歳以下の小児のそれに近いものであることを発見した。これを小児型とするならば、日本人とか欧米人の成人などにみられる反応はインクプロットの全体を見てイメージ化するものが多い。例えば「カブトムシ」「人形が足を挙げて踊っているところ」「人間の腰のレントゲン写真」といったような全体としてまとまりのあるイメージが多い。藤岡氏はさらにカラコルムやネパールなどの人々にも試みているが、この人々の反応は図中の目立つ部分を思いつくままに動物や山、氷河、ケルン（道しるべとして石を高く積みあげたもの）など連想している。又、小スンダ列島東端のアロール島やトラック島の原住民にも試みたが、この場合の特徴もカラコルムと大体同じで、全体像も出てくるが動きがなく、又、イメージの背後にある内容が貧弱である。つまり、日本人や欧米人の成人の示すような成熟型とサバンナの未開人が示す小児型との中間に位置するものといってよい。このように同じインクプロットのつくる無意味な「しみ」を見せて、心の中にあるイメージを取り出してみても、その人々の生活環境や人格の成熟度によって、いろいろのイメージがあることがわかった。又、イメージ反応の型式の未熟さ、成熟さということだけでなく、ア

フリカのサバンナに生れそこで生活する人々の心には動物と狩猟というイメージが支配しており、ヒマラヤ山脈の麓に住むカラコルムやネパールの人々の心には山、氷河、ケルンといった山岳のイメージがかたくこびりついているといえる。これをみると、われわれの生れてからの毎日の生活は、ただ眼の前に見えるたり聞えたりする実在の「もの」にのみ影響されているのではなく、実際には見えない「もの」すなわち「イメージ」に支配されていることの方が多いことがわかるのである。生れて以来に経験した「過去のイメージ」、又、夢に見るような「未来のイメージ」がどんなに私達の心を大きく揺さぶったり、はげましたりしていることだろう。このように言うと、イメージとは知覚や記憶の一つだとも思うかも知れないが、それは決して単なる記憶ではなく、イメージはそれ自体たえず形を変え、運動し、想像活動を生み出す原動力なのである。未知の世界、SF的世界がわかるのも、このようなイメージが動いているからといえる。このように人間の心とは藤岡氏の言を借りるならば一つの「イメージ・タンク」であって、イメージは生活の現実の必要に応じて、タンクから湧き出てきて実際の用を有し、用がすむとひっこんでしまう。日常の習慣化された観念や行動では、ほとんど意識もしないうちに習慣化されて出てきて、生活を助ける。又、このイメージは幼い時からの日常のいろいろな体験の中から自然に作られてくるものであり、そのため自分の生きてきた過去の親、家族、周囲の社会のあらゆるものごと(文化)から構成されている。しかもイメージは受動的に動くのではなく生活現実の積極的な要請に応じてアクティブに動くもので、これが、たくましき想像力となり、行動として創造活動の源となる。実に教育とか精神衛生の基盤をなす働きであるといつてよいであろう。

従って、都市における精神衛生とはそこに生活する人々の心のイメージをより活発にし、より豊かにかつ健康なものにするような「都市づくり」ということになる。

勿論、人の心を直接的に左右するものは都市とか風土といった遠い距離に在る「もの」だけではない。むしろ、日常身近かに接する「もの」、「こと」、「ひと」といった対象との対象関係のなかに人の喜怒哀楽の感情や知感や洞察

が働く。このような人の心の「身近か」に在るものに対して、都市とか風土とかというメディアは、遠くにあつてむしろその背景をなすものといつてよいであろう。われわれの心の生活劇は時々刻々、いろいろの「もの」、「こと」、「ひと」を相手に演出される。ところが劇というもの、必ず舞台の背景と照明がないと雰囲気と気分の盛りあがりが出ない。つまり強く印象づけられ、心の「イメージ」化する力に乏しい。このように考えると都市の在り方というのは、そこに住む人々の心にイメージのアクセントをつける意味において、一つの役割を果しているといえる。教育とか精神衛生において、都市は如何に在るべきかという命題に関するかぎり、都市というメディアのもつ意味はここに在るといふよい。住む人々の心にとって、都市の「たたずまい」が何らかの「意味」をもって追ってくるのでなければ、その都市はたとえ如何に近代化され、便利となり、日常生活にとって行きとどいていても、少なくとも、住民の心にとって積極的意味において実りあるものにはならない。少なくとも、教育とか精神衛生とかといった「心の問題」からみると、空々しい空間と化するであろう。

2 都市のもつ意味

都市空間のもつ意味を歴史的にたどってみると、16世紀から17世紀にかけて、欧州には宗教的意味をもった都市づくりが始まっている。すなわち大寺院を中央にして四方へ扇形に伸びる都大路がつくられ、巡礼は城門を入ると、巡礼して中心の寺院に集るようになっている。ローマ、パリ、ウィーンなど欧州の古都が環状、又は扇状にのびる道路にかこまれて外へ外へと伸びているのは、往時の都市のもつ意味がみごとに具体化されたものといえる。中国の古都は往時の宮殿を中心に幾重もの城壁で囲まれ、外敵から都市を護る型式をどっているし、日本の古い城下町もやはりお城を中心に武士屋敷、商家というように外へ拡がり、大小の運河でこれをむすび、内外の城壁で城内と城外を分けている点、往時の武家政治を意味するものを形に現わしている。20世紀になってからの大都市の標本は、ロンドンとか、新世界のアメリカに見られるが、ロンドンやボストンのような旧資本主義的構造を具現した都市から、ニューヨーク、シカゴの

如き工業化、商業化された近代産業都市、さらにもっとモダンなロサンゼルスのような大都市まで、いろいろの意味をもった都市がみられる。筆者は、今夏用があって、ミズリー州のセントルイスに滞在したが、往時、ミシシッピ河の中央に位置し、広大なアメリカ平野に産出される穀物・木材・羊毛・毛皮の一大集散地であったこの地も、毛織物の化学繊維への移行、建築資材の木材から鉄・コンクリートへの移行という産業構造上の変化により、また、米国の輸送機能が鉄道からハイウェイを介するトラックや航空機へ移行したため、一大変化をきたしている有様をみた。つまり、あの盛大なミシシッピ河にのぞむ港はさびれ、観光用のリバーボートが一、二艘浮んでいるだけであり、往時米国内陸の全鉄道が集結したあの広大なセントルイス中央駅と、その前にある往時華やかかなりし大ホテル群が、今では一大廢墟と化している。市当局は観光用の大アーチを新築したりして、この古いダウンタウンに活気をそそごうとしているようであるが、市街は郊外へ郊外へと発展し、中心はゴーストタウン化が進んでいる。

このように、時代の変遷にともなって都市の様相が変化してゆく現象は、従来から論ぜられ、その多くが産業構造や交通システムの変遷による自然な変化であるとされてきた。もっともなことだといえる。ただここで市民の心の問題と関連してこれを考えるとき、それは、産業構造の変化→都市構造の変化といった直接的・短絡的变化でなく、産業構造の変化→市民の都市イメージの変化→都市構造の変化、という都市のもつ意味構造の変遷であることを指摘したいのである。往時のローマの市民やパリ、ロンドン、ボストン、ニューヨークの市民の心には、その時代にふさわしい都市というものに対するイメージがあり、そこに市民生活のよこびや悲しみや誇りがあった。それらはその都市の構成や建築物、その他あらゆる都市文化の遺産のなかに今日でも読み取ることが出来る。

ところが日本の都市を代表する東京はどうであろうか。人口構成からみると、世界でも1、2位にあるあの大都会の航空写真をみればわかることであるが、往時の江戸城、今の皇居が中心をなしている点はいいが、他は人口の増加

にともなって、ただ意味もなくだらだらと四方へ伸びていった平板な街で、そこには何の意味も精神も読みとることが出来ない。精神的意味づけどころか、一千万の人口を入れる「入れもの」としてみても、これを立体構造で構成しようとするニューヨーク型でもなく、モータリゼーションとハイウェイで結ぼうとするロサンゼルス型でもない。英人の言った「兎小屋」式の小建築がただ雑然と並び、朝夕都心に働く人々を漁網が雑魚を一杯入れて運ぶように、スリ詰め乗車が5分間隔でめまぐるしく往復している街である。そして、これは大東京だけでなく、日本のほとんどの大都市にみられる図であるといってよいであろう。

しかし東京も江戸といわれた時代には、当時の時代精神を意味する街があったらしい。維新と大震災と第二次大戦の戦火でその全てが灰となって新生した。その意味で、ローマやパリのような古いイメージの残滓はない。もし、新東京の新設にもっと都市づくりの哲学があったならば、このようなみじめな姿にはならなかったと思う。狭い国土に一億余りの大人口をかかえ、日本ほど土地政策のむつかしい国はないであろう。しかし、少なくとも都会の土地や建物というものが投機材料となるのではなく、また、身体と産業が住むばかりでなく、「心」の住み家でもあるという哲学があったなら、これほどまでの姿にはならなかったのではなかろうか。

まさにこれは精神衛生的な大問題である。幸い戦後勤勉な日本人は大会場に集中し、乏しい環境条件の下でひたすらに働き、はげみ、今や世界有数の産業大国となって、市民の大多数が中産階級的生活と意識をもつことが出来るところまでやってきた。ところがやっとならぬところで物質的環境にめぐまれてきて、今おもむろに心の眼を周囲に向けてみると、心のイメージを満してくれるものが果してあるであろうか。筆者はなにも例えば都市文化といったような高等な価値をさしていつているのではない。もっと身近な毎日の生活のなかにおいて、なにか物足りないものがありはしないかという都会人の孤独についていつているのである。さきに述べたように、日常の職場生活、家庭生活一つをとってみても、「もの」を操作し、「こと」を処理し、「ひと」との複雑な人間関

係の縁をむすんでゆくとき、かかる「心の営み」にはその背景をなす何物かがなくはほんとうに血のかよった生活にはならない。そしてその背景をなすものの一つが「時代」という時の流れであり、もう一つが都市なら都市という空間のもつ「たたずまい」である。生活を彩り、それにアクセントをつくる背景がないところ、知らず知らずのうちに必然的に生活が荒れはじめる。凶悪な犯罪、異常な性欲、中毒、倦怠、放浪といった心の荒廃が大都会の一隅の薄暗い、狭い（地平線のみえない）不潔な空間と密接な関係があるのをみてもわかる。また、このような暗くて薄ぎたない「心の荒廃」ばかりでなく、自殺、神経症多発といった、虚無的な「心の荒廃」も、また、一見きらびやかに見えても、意味をもたない街角に起る。世界一の虚栄の街といわれる華やかなハリウッドのビバリーヒルが、自殺やノイローゼ発生のトップであるというのも皮肉である。こういった生活における心の「ものたりなさ」、実存的な孤独を最も鋭敏に感づくのが素朴な昔人達であろう。日本やアメリカのようにこれほど教育施設を立派にし、勉学に励むよう奨励し、いたれりつくせりの教育をしているにもかかわらず、果して昔人達の心は満ち足りているであろうか。目的と志を失って右往左往する青年達、ただ目的なく凶暴化して、車を暴走させたり、家庭や学校で暴力を振うことにのみ情熱のはけ口を求める少年達、どの例をとってみても彼等の心に「心のふるさと」がないとしか言えない。現代の若人達の全てが好んで歌う、新しいフォークソングやニューミュージックというものが、全てその歌詞は象徴的に彼等なりの「心のふるさと」を語るものであり、またそのメロディーは、はるかに「心のふるさと」を想い出す、かつて母の歌ってくれた子守歌調であることに気付いている人が何人いるであろうか。否、若人達ばかりではない。日本の大人達も、このごろやっと、自分達がなげなしの金とローンで建てた家を中心に、「新しいふるさと造り」を考えはじめている。人間は目の前にある実物だけでは生きてゆけないのである。生活には眼には見えない夢があり、イメージがあって、そこにはじめて「生きがい」が生れる。この眼には見えない市民の心のイメージを、如何にして力強く健やかなものに育てるかという施策が、都市における精神衛生活動の基本といえる。

3 神戸市の精神衛生

神戸市というこの街に夢とイメージがあるだろうか。第二次大戦の空襲によって、神戸市及びその周辺のほとんど全てが焼きはらわれる前の神戸には、何らかの特色があったように思う。北に緑の山を背負い、南に温暖な内海をもつ東西に細長いこの街は、確かに自然の「たたずまい」には恵まれ過ぎていると、いってよい程のところである。明治の開港以来我国の貿易の中心をなし、外国との交流の接点となり、独特のハイカラな街となった。貿易にともなう商業、工業（主として造船業）なども盛んとなり、山と海という天然の美のみでなく、波止場、外航船、造船所のガントリークレーン、西洋館、街を往来する外人の姿など他の都市ではみられない一種のエキゾチズムがただよった。神戸市民の眼には無意識のうちにそれらの風景や映象がイメージ化され、いわゆる神戸人という一つのカラーを創っていった。今でもその名残りが山手の異人館などに残って観光材料化しているが、筆者が今言わんとしているところはかかる懐古趣味ではなく、もっと平凡なことで、当時の神戸人なら誰でも自分が抱いているか、さもなくば、その意味が自然に了解できるような神戸の匂いや味のようなもののことである。その味は筆舌に尽し難いものであるが、端的に言えば、例えば谷崎潤一郎の「細雪」や、宮本百合子の「播州平野」などの作品に出てくる風物のたたずまいや会話などにその片鱗をうかがわせるものではなからうか。あるいは、他の街では附近に山があっても、神戸のように早朝登山会（大正の頃から今日までである）はみられないとか、神戸の子は修学旅行に行ってもコーヒーとパンだけは食べ残すとか（今日ではインスタントばかりでなくなったが）、デパートといえは他の都市ではよそゆきの着物を着てわざわざ出かける処だが、神戸ではおかみさん達がつかかけにエプロン姿で夕方になるとやってくるとか、などという昔のエピソードもこの一端を物語るものといえよう。しかもこのような神戸市内や阪神間の住宅地域にみなぎっていた「神戸らしいイメージ」は独特で力強いものであったらしく、その証拠には戦後の新しい日本に勃興した文学を担って立ちあがった多くの著名な文人達、例えば新日本文学や新しい詩人達の多くが、神戸や阪神間でその子供時代や青年期を過した人

々であった。彼等の描く作品のなかに六甲の山々や鳴尾や須磨の海が出てくるのも彼等の心の中にこの風景がイメージ化されていたわけで決して不思議ではない。

このように過去の神戸には一つのイメージがあった。しかし空襲で全てを焼きはられ、瓦礫の街から再び立ちあがった今の神戸に果して何があるといえるだろうか。

今、筆者は戦前の神戸について述べたが、なにも懐古趣味から、今日あるいは明日の神戸が破壊以前のそれもしくはそれに近いものでなくてはならぬと言っているのではない。再三述べてきたように、人間の心の無意識の深層の中に潜む「イメージ」が、知らず知らずのうちに外へ投射されて、「イメージ化」され、それが建築とか都市づくりなどに象徴化される。また、それと同時に、その作られた「環境のイメージ」が逆にそこで育つ子供達や、そこに生きる大人達の心の中に知らず知らずのうちに「取り込まれ」て、より強力な心のイメージを作る。イメージは決して観念的に考えられたり、夢のように浮んだり、印象のように一過性であったりするものではなく、知覚されるとともに自ら動き出し、人をして積極的に考えさせ、行動させるエネルギーだといえる。「心が健康」で「生きがい」があるということは以上のような心の「内と外」とのイメージが、ぴったりあっていることだといえよう。それ故に神戸市のイメージにしても、決して夢物語でなく、現在現実に生活しているその「生々しい生活」の現実の中から市民が積極的に創りあげてゆかねばならぬものである。緑の山々と豊かな海という天然の条件、かつては山の手の人形館が象徴するようなエキゾチズムがあったという歴史的条件（現在は観光材料にすぎない）、こういったものはこれからのイメージ創造に重要な参考にはなるだろう。しかし創り出してゆくということは市民が自ら主体的に自分の生活を力一杯生きてゆくうち、おのずから創られてゆくものである。

このように、教育とか精神衛生というような心の問題をも含めて未来の神戸の「都市づくり」が考えられなくてはならないということになると、そのためには何らかの目標をかけたなくてはならぬと思うかも知れない。売らんがため

の商魂や大衆心理に便乗するための政治的魂胆などから、今や標語作りは大はやりである。否、標語作りくらいなら罪もないが、もっと具体的にこれからの神戸を象徴するイメージと称して、ある種の芸術家や建築家が実際のイメージを図柄や建物によって表現しこれを旗印にすることもある。しかし、こういったものが、神戸市民一般の毎日の生活の営みそのものにぴったりあって、大衆のイメージに訴える何物かをもっているのならいざしらず、多くの場合毎日の生活の現実とはおよそ遠く離れた奇矯なしろものである場合が多い。何回もくり返して述べた如く、心の問題としてここにとりあげられているイメージというのは、市民の「心のたたずまいの背景をなすイメージ」と、神戸という街の光や音や匂いの背景にある外なる「イメージ」との交互作用そのもの（これが現実の生活）を言っているのであり、それは生活の中にたえず「作られつつあり且つ創りつつある」なにものかであるといつてよいであろう。

以上の如くであるから、市民にとっての精神衛生とは、心のことをたえず考慮に入れながら、毎日毎日を生きぬいてゆく、その営みそのものだといえる。それ故に、標語や芸術家の作るイメージからよりも、自分の毎日の生活を条件づけている都市の在り方、例えば産業・交通・流通・保健といったような現実的なことの方が、かえって大きな影響を及ぼすことになる。ただ、ここに心の問題を考慮に入れるといっているのは、産業・交通・流通などの現実問題を考えるときも、これについて物質的な利害だけを念頭に置くのではなく、今まで述べてきたような精神的展望をも考慮に入れて都市づくりをするということである。

さて、以上いろいろと述べてきたが、それでは「神戸市の精神衛生的都市づくり」の具体案は何かと問われても、即答は出来ない。

しかし、具体的なことを述べないわけにゆかないので、その一端をほのめかすような事例の一、二を挙げてみよう。

a) 子供達のための「ささやかな空間」

子供の心の育成にとって大切なものは、「おやこ関係」、「保育や教育の充実」、「健全な文化」、「健やかな身体づくり」、など数えあげれば数限りな

くあろう。その中で、都市空間の利用という意味から、現在緊急を要する課題として、都市に住む子供達が友達同志で自由に遊べる空地（小公園）の必要性という問題がある。今や都市は車の充満のため危険で子供を遊ばせる場所がなくなってきた。車幅一杯の路地まで車が通り、これまでは子供達の遊び場所になっていた神社や寺の境内まで駐車場と化し、腕白達が塀を乗り越えていって内緒の遊び場所にしていた大邸宅の庭も、当主が亡くなると遺産相続のため人手に渡るとマンションやミニ住宅となり、町内で子供が危険なく遊べる空間は極度に減ってきた。

ところが、幼年期・学童期の子供の心の育成にとって、重要な意味をもっているのは「友達との交流」である。子供達の心は子供達の集団の中でたくましく成長する。この集団のもつ心のグループダイナミックスはやがて成人してからも人間の根性の基盤をつくるものである。

ところで、子供集団には二つのものがあり、一つは同年輩の子供同志でつくる「横の集団」である。その典型が学校や園のクラスであって、ここで彼等は「仲良く」学び、また、お互いに「競い合って」学問やものごとを修得してゆく。ところが、もう一つ大切なのは、年長の子供から年少の子供までが「つれ遊び」をする集団で、これを「縦の集団」といってよいであろう。この集団の典型は子供達が隣近所のいろいろの年齢の子供達とつくる自然な「遊び仲間」であって、学校から帰り宿題でもすますと、家から出てきて近所の「広っぱ」や「神社の境内」あるいは路地裏にかたまって日暮れまで遊ぶ集団である。神戸ではこれを昔から子供の「つれ」と称しているが、年長の子がガキ大将になって年少者を指導し、年少の者はお兄ちゃんやお姉ちゃんに服従し、またこれにあこがれる。彼等の遊びには必ず「ルール」があり違反者は除外されるし、年少は上に服従し、年長は下を統率しなければならない。成人してからの「あこがれ」、人を「率いてゆく力」、「約束ごとの重大さ」など何れもこういった幼い頃のつれ遊びの中で自然に身につけたものである。最近のように家族でも独り子や兄弟が少ない時勢では、昔よりもこういった異年齢層から成る「縦の集団」が育成の上で大切である。ところが状況はどうであろうか。さきに述べた

ように、こういった子供達が「縦の集団」をつくって遊ぶ空間が都市の下町では減ってきたのである。従って子供達は狭い家やアパートの中に閉じこめられがちとなり、仕方がないからテレビを見て過すか、塾へでも行かねば行くところもない。この頃の子は自分達で遊ぶ遊び方を知らないとか、塾通いがひどすぎるとか、テレビっ子が増えたとか、いろいろ批判されているが、実は夕方や日曜日につれ遊びをする空間がないのである。まさに都市の子供達の精神衛生や教育にとって緊急を要する課題ではないだろうか。こういった大切な「縦の集団」の生活がないので大きくなっても大切な人への「思いやり」に欠け、喧嘩さえしたことがないから、人との「やり取り」を知らないし人を「統率する力」が乏しい。今日では学校の学級だけでなく塾という「横の集団」まであるので、子供に関する「横の集団」と「縦の集団」とのつり合いがとれない。横の集団のみで育つので人との競い合いは上手となり、ひどくなると人をおしのけてでも自分だけ勝てばよいというあさましい青年まで出来上っている。子供達が夕方や休日になると集ってきて遊ぶ空間は大きなものは要らない。ただ、家から出て、せめて10～15分以内で行けるところにあって、危険さえなければよい。大した設備も要らない。そこが遊び場所になれば、彼等は自然に自分の心にひそむイメージをそこに投影して自分等で遊びやすいものを創りあげてゆくであろう。また、この小公園はその母親達の子守りや、いこいの場所ともなり、自然に親達の交流の場ともなるであろう。1年間に1回もつれていってもらえるかどうかと思われるほど遠く隔ったところにある完備した大公園や○○ランドに莫大な金が投資されたり、人工的な運動場や水泳プールがあちこち営業されているが、いずれも大人が子供の心から遊離して作ったもので、子供の心の生活イメージにぴったりしているとはいえないのである。

b) 新しい「ふるさと」づくり

神戸新聞あたりのキャンペーンにもあったようであるが、それ以前から市民の間に「新しいふるさと」を作ろうという動きがあった。戦後の廃墟の中から神戸の街に家が建ち、道路がつくられていった。また、産業とくに工業の躍進にともなって地方から都市への大人口の流入移動があった。戦後三十年、これ

らの人口は、神戸市の内あるいは郊外に、さきやかなりとはいえ土地をもとめ家を建て、あるいは借宅して住まいの落ちつきをみせてきた。彼等にも遠いところに故郷があり、あるいは焼失した旧い神戸という故郷があるかも知れないが、今の住まいに何千万円かの資金を投じ、そのローンに苦しみながら毎日を生きてゆく以上、その土地が関心の外にあるはずがない。旧い故郷もあるが、少なくとも自分と自分の子弟の生活が現在あるいは未来まで根付くところがここである以上、これは「新しいふるさと」といってよいであろう。そしてこの新しい街をより住みよいところにしようというイメージは必然的にわいてくるわけで、ここに新しい都市としての神戸のイメージ作りのモチーフが、自然に動きはじめているとみなければならぬ。西神、北神、その他あちこちの新しい住宅地に、小さなコミュニティが生れ、集会をもったり、新聞を発行したりして「より住みよいふるさとづくり」をしようとしているのがうかがわれる。これまでの経緯をみると、公害を防ぎ、緑をまもり、子弟の教育環境の浄化や健康づくりなどが主題のようである。しかし、ぼつぼつ住民の心の問題が出てくるのではなからうか。毎日24時間、生活の基礎になっている住まいの地が物質的な側面だけの配慮ですむはずがないと思う。盆踊り、子供みこし、クリスマスパーティーなど試行錯誤的にいろいろの試みが出ているのも、なにか「新しいふるさと」らしい「心のイメージ」を求めるあらわれではなからうか。ここで、前にも述べたように、標語や人工イメージにつられてはいけぬ。住民の「生々しい毎日」の生活の中になにか心あふれるものを創り出そうとする根気のある建設が必要なのではなからうか。戦前の神戸のイメージと現在のものとは量的にも質的にも全く変わってきている。毎日働く職場にしても、今の市民の眼にうつるイメージは広く明るい照明の下で音もなくコンピューターが作動しているオフィス、黒々と鉄と煙に包まれていた工場でなく、広々とした芝生のあちこちに建つ白い壁の工場と、ロボットの列が無言で動いている職場。雑然とした騒音と人いきれにあふれている朝夕の通勤電車。山や海を基準とするよりは、指示標を基準に俊敏に反応しなくてはならない高速道路や地下街の交通。こうしたイメージにふくれる都市の生産活動を終えて帰ってくる家庭であ

る。住む住宅の構造も昔とは全く変わり、日常の生活必需品の買いものの仕方
も変ってきた。このように外なる世界のイメージが新しく変ってきたとき、心
の中のイメージもそれにつれて変化し、それがどこかでぴたり焦点を結ばな
くてはならない。神戸における「新しいふるさとづくり」はまさにこれからの
「神戸の心」を創り出すための試金石となるのではなからうか。

4 おわりに

都市というものは人間の生活の単なる「入れもの」でなく、そこに住む人々
の心を「育てるところ」であるという観点に立つことが、文化・教育・精神衛
生といった心の問題を含めた都市づくりの基本でなくてはならない。

古い欧州の古都では、存在(教会と中心とする都市のたたずまい)が意識(宗
教心と都市のもつ意味)を規制した。20世紀になると、意識(政治や産業政策)
が存在(産業や流通・交通の在り方—都市構造)を規制した。しかし今、21世
紀を迎えるにあたり(とくに神戸市の如く、戦災で古い都市イメージの残滓を
一掃した都市では)市民の意識を枠づける価値は無限に多様化し、お互いの利
害が錯そうし、意識が存在を一方的に規制する力がなくなった。

この意味で、21世紀の新しい都市づくりは、もう一度存在(都市のたたずま
い)が多様な意識をもつ市民に一つの共通した「やすらぎ」を与える姿となっ
て再現されなくてはならないのではなからうか。この「やすらぎ」こそ、これ
からの都市における精神衛生の在り方そのものといえる。

参 考 文 献

- (1) 『理想』 特集「空間論」 No. 558, 1979. 11. 理想社
- (2) 藤岡喜愛『イメージと人間』 NHKブックス 昭和49年日本放送出版協会。

家庭と健康

一家庭と健康に関する意識調査を課題として一

柳 井 勉

(大阪教育大学助教授)

1 家庭の位置

結婚は人生の花といわれたり、墓場といわれたりするが、どちらになるかは、結婚後45年余(昭和54年における日本男子平均寿命—男子初婚年齢⁽¹⁾)にわたる、2人の家庭生活そのものによることはいうまでもない。

さて、戦後民主主義の唱えられる中で、家族制度に代って個人が尊重され、これが日本の社会制度や生活様式まで変えてきたことは確かである。しかしながら、家庭づくりの出発にあたって、その結婚形態が問題とされ、よく調査される見合か恋愛かは、昭和42年になってやっと後者が多くなり、また、相手の人柄を中心⁽²⁾に選ばれるようになった。これは戦後女性の進学率が急上昇したことによる知的水準の向上一個性の目覚めと、卒業後の職場進出も急増し、日本人の生活が職場中心であることも手伝って、男女交際の機会も職場中心であるが、自分で選択できる可能性が増したことによるのであろう。かくて結ばれた二人が持つ家庭(独立の戸籍が作られる)とは一体何か。

家庭とは生活を共にする家族の集り(の場所)と辞書にあった。ちなみに、生活とは社会に順応しつつ、何かを考えたり行動したりして生きて行くこと、また家族とは同じ家に住む夫婦・親子・兄弟など、近い血縁の人びとと同じくあった。このことからすれば、家庭は複数の血縁またはそれに準ずる者の生活共同体の場なのである。最近子どもの非行問題を始め、高齢者福祉や消費者問題からも、家庭の在り方が論じられ、政府機関による報告書類も出されている⁽³⁾。しかし、一般的には家族問題を扱ったものが多く、生活の基盤として、ま

た、社会生活の基本単位としての家庭の問題を論じたものはない。

家庭の機能・役割は、内外の社会学者も指摘しているごとく、生殖並びに性にかかわるいとなみの円滑さを保ち、育児・保健など生命の維持・安全が守られ、しつけを始めとする社会生活への適応としての教育も行われ、合わせて生産と消費の経済生活の行われる場であると見られてきた。しかしながら、経済規模の拡大・生産活動の拡大とともに、多くのものが社会化され、それなりにバランスを保っていた家庭生活は、一挙に崩れることとなった。特に都市生活のビジネスマンにとっては、家庭は宿的意味しか特たず、マイホーム型の人間は、ダメ人間と見られかねないまでになった。われわれは人間性回復の場を失ったことになったのである。しかしながら、昭和48年暮以来経済成長は多く望めず、一方、全国民が高い生活水準を維持していく必要から、生活の質を物質的なものから精神的なものに変えて行かざるを得なくなると、改めて、家庭は生活拠点の何なのかが問われることとなった。このようになってくると、マイホームは撞れの的となり、あらゆる商品の売り込みさえ、マイホーム・イメージを中心とするまでになった。しかし家庭という面から考えてみると、都市家族の生活自体孤立化し、自助能力が多くの面で喪失しており、⁽⁴⁾地域社会から見れば問題家族となったりして、自らもこれらの解消に、改めて地域社会に援助を求めることとなるのであるが、社会連帯の中で考えるのではなく、あくまで自己の利益の拡大を求めて、地域社会の機能要件を自己の中に取り込もうとする状況が目立ち、これがエゴとして映り、地域活動を進めている人々からはひんしゅくを買うのである。

都市でも、家庭は地域と孤立して存立し得ないことに改めて気付き始めた現在、一方では、旧来の町内会活動の復活を願い、それに頼ろうとする動きもないわけではないが、他人に無制限に入り込まれることを嫌う風潮も強い。これらを家庭と地域が、どのように調整を計るか、一人一人が考えなければならぬ時に来ているといえよう。

2 健康意識調査を通して見た家庭

日常生活での健康の保持・増進は、運動・栄養・休養にあることは誰でも知っている。しかし、いかに健康によい内容であっても、個人がその合理性を納得し、自らの利益になると判断しなければ実行に移されないものであり、だからいかに“やる気”を起こさせるかが問題となる。そこで、住民が健康についてどのような意識をもっているのか調査が行われ、結果を見て、対象にどのように働きかけるのがよいか模索される。神戸市においても、すでに4回の市民健康意識調査報告書が公表され、市民健康教育の場にも活用されている。しかし、これらは個人の健康についてであり、家庭の健康問題について調査したものは意外に少ない。家庭の中の健康問題は、家庭の今日的機能・役割を見直す共通の課題であろう。今回神戸市で行われた調査は、家庭の健康問題について調査した数少ない調査の一つであり、また、健康教育の重要性の叫ばれる今日、内容から見て時機を得たものであり、多くの示唆を与えてくれそうである。この調査の概要と結果は、本号の行政資料として要約されているので、詳しくはそれによっていただくとして、次にコメントをしてみたい。

(1) 調査対象者の概況及びその家庭

調査は、市民の保健医療に対する意識と行動及び健康教育に対するニーズを明らかにする目的をもって行われた。調査の対象は、市内8区から統計的手法により抽出された3,410世帯の主婦であり、調査内容は個人より家庭に関する項目が多い。調査票は、神戸市が保健衛生地区組織の中核として育成を行っている健康リーダーの手で配布され、対象者が記入後密封し、そのまま健康リーダーによって回収されたので、プライバシーは守られている。この方法は、健康リーダーが地区の概況を実地に確めるよい機会であり、調査そのことが健康PRの一つになっている面もある。回収が87.6%であるから、この種の調査としては80%を越えているので、一応目的は達したといえよう。回答者の20歳代の少ないのは、わが国の女性の初婚年齢が25.2歳（昭和54年）であるから、主婦的立場ということでは少なくなったと見られる。世帯構成では、昭和55年の国勢調査の全国の結果（以下カッコ内に示す）と比較すると、「夫婦のみ」18.9%

(12.5%)・「夫婦と未婚の子」52.8%(42.1%)・「三世代」15.9%(65歳以上の親族のいる一般世帯22.5%)となり、若い世代の核家族の多いことをうかがわせる。家計維持者の職業は、「自営業」が26.1%、「勤務者」61.1%、内「300人以上の企業」が半数以上となっており、自営業者とともに勤務者の生活安定度はよいようである。主婦の有職者は、パートタイムも含めると40.3%もあり、店と自宅を同一場所に持つ一部の者を除いて、多くの者が日常昼間は不在である。このことは、家庭の主婦の家事及び子どもの養育機能に、多くの変化を与えているものと思われる。また、保健衛生と何か関係のある免許や資格を持っている人は14.4%あり、若い層ほど多く、教員5.7%・看護婦2.2%・保母1.9%の順で多かった。意外に少ないのは栄養士0.7%であった。

(2) ライフステージと家庭の関心事

家族の健康現象や保健行動を見ようとする時、生活共同体としての家庭の質的把握が必要である。しかしながら団地の家族と言えども、生活目標や生活様式は異なり、収入や住居の広さによる類型化は困難である。すべての家族に共通のものを見出し、ある程度類型化するとすれば年齢プラス生活によるしかない。そこで分類されたのが次の5つのライフステージである。すなわち家族形成期(妻20歳代～30歳前半：家庭の成立から第1子の幼児期まで)・家族成長前期(妻30代～40前半：出産終了後から第1子の小学校期まで)・家族成長後期(妻40～50前半：第1子中学校期から成人まで)・家族成熟期(妻50～60前半：子の結婚や独立の時期)・家族老齡期(妻60以上：夫の退職その後の向老期)であるが、夫の年齢により厳密に区分したわけではなく、子どもの成長も加味されている。このようにライフステージによって、生活活動及び家庭の保健機能の特徴を把握しようとする方法は、現代における家庭機能の社会化の問題と一致するからである。この分類によって、家庭の関心事を見るならば表-1のごとくになっている。「今もっとも関心の高いことは…」の字句が、どのように解釈されたかが問題であるが、順位1位は調査の性格から出るべくして出たという感じである。しかしこれは身近かな願いとかかわるものが出されていると見るべきである。2位には夫婦の日常話題となるものが、3位に不安が、4位に努

表一 ライフステージ別に見た家庭の関心事の順位と構成比 (%)

	第1位 (構成比)	第2位 (構成比)	第3位 (構成比)	第4位 (構成比)	第5位 (構成比)
総数	家族の健康 (63.8)	子どもの教育 (34.7)	老後の生活 (31.6)	家計 (12.0)	住宅、土地 (11.9)
家族形成期	家族の健康 (48.0)	子どもの教育 (46.9)	妊娠、出産、育児 (34.3)	家計 (20.7)	住宅、土地 (19.1)
家族成長前期	子どもの教育 (69.0)	家族の健康 (66.4)	家計 (15.5)	住宅、土地 (15.5)	仕事 (11.9)
家族成長後期	家族の健康 (65.8)	子どもの教育 (57.0)	老後の生活 (18.1)	仕事 (13.9)	住宅、土地 (12.8)
家族成熟期	家族の健康 (64.1)	老後の生活 (47.8)	子どもの就職、結婚 (33.8)	住宅、土地 (11.0)	仕事 (8.7)
家族老齢期	老後の生活 (68.3)	家族の健康 (66.1)	家計 (11.0)	住宅、土地 (9.8)	子どもの就職、結婚 (6.6)

注：重複あり

力項目が、5位に希望的観測（今すぐ実現が不可能か単なる望みで終るもの）が、そのライフステージなりに多く集まったと見られる。したがって、家庭内の実際の話題は2・3位にあると見るべきであろう。また、「家族の健康」が1位であれ2位であれ、構成比が接近している場合は、「家族の健康」はそれに接近する項目と一体的に目的傾向で考えられ、構成比が離れている場合の「家族の健康」は、それに続く項目実現のための手段的性格を持つものとして、考えられているのではないか。したがって、健康教育のねらいも、不安解消の足がかりとするものか、今すぐでも実行可能な実利的なものを取り入れてもらうことにおくか、また、他の生活教育的なものといっしょにした方が受け入れられやすいかなど、その方法も含めて考える必要があるであろう。

3 ライフステージと健康意識

(1) 自己の健康と健康検診の受診

まず自己の健康について年齢区分で見ると、年齢の増加とともに健康層が減少し、健康でない層が増加するのは、他のこの種の調査と同様である。ここで注目すべきことは、神戸市が昭和53年に女性を対象とした調査の結果と大へん

異なる点である。53年度では、総数において「健康である」31.0%・「普通」55.4%・「健康でない」13.4%、今回は、「たいへん健康である」15.1%・「普通」72.8%・「健康でない」12.0%である(傍点は筆者)。これは、設問に対する回答項目の提示の仕方による差であり、単に健康という人は「普通」に廻ったと見てよい。(但し、質問1のような設問は、調査上捨て質問とされる場合が多い。)

次に、健康検診は43.1%が受けており、年齢の増加につれて受診者が増加していることは、健康保持の関心度が、年齢と共に高くなっていることのあらわれと見られ、一般的に見ても、年に1回の定期健康診断の必要性は認識されつつある。しかし問題は受診場所である。年齢別に見て20代が、ライフステージ別では家族形成期のものに、職場受診が一番多いが、他はいずれも病院である。「もののついでに」ということで、病院に行った機会に受診したと見られるが、これ一つ見ても、主婦の保健行動への動機付けは、年齢・ライフステージにかかわらず、行動転移の機会を、いかにうまく利用活用するかが決め手のように思われる。

(2) 家庭内の健康管理機能

家庭内の健康管理は、家事の適切な処理に始まり、バランスのとれた栄養調理、切り傷・すり傷の処置、そして悩みごとというより「ちょっと気にかかる事」の相談(聞き役)など、心身の健康と安全を守る基本的なことばかりである。質問3の「家庭の健康に注意をはらう…」の語句の解釈によって、実際は多くの違いがあるであろう。いずれのライフステージについても、理想・現実とも家庭内の健康管理者は、「主婦」・「各自」・「主人(夫)」の順となっているが、全般的に見て「主人」の割合に大きな変化のない点から判断するならば、家事の処理も含めての回答である。また、「主婦」とする回答についてだけ見ると、家族老齢期を除いて、いずれも現実より理想の方の数字が低く、「各自」ではすべてのライフステージで、現実より理想の方が数字が多くなっている。このことは主婦が家族に家事の協力を求めているとも受けとれ、協力は必要なことであるが、家庭の日常生活にあっては、女性特有のこまかい心遣いこ

そ、金銭に代えることのできないものであり、家庭の健康保持の条件であろう。
 次に、各家庭が家族の保健維持のために所持していると思われる保健用具と、主婦が健康の自己管理の手段として活用している健康手帳（神戸市独自のもの）の所持について見た項目がある。いずれのライフステージにあっても、「体温計」・「救急箱」・「体重計」・「家庭用医学図書」・「健康手帳」の順になっていた。ここで問題は、家族形成期における家庭での「体温計」・「救急箱」の所持率が少ないことである。家庭を持てば勿論のこと、単身者所帯でも必需品とすべきものと思われる。また、家庭用医学図書や健康手帳などは、保健に対する常の心の準備を見ようとしたものであろう。これらの正しい活用方法の教育も今後は必要である。

(3) 健康知識の求め方とその内容

ここでは、まず成人病の予防知識の入手経路について見てみよう。直接人を

表一 二 ライフステージ別に見た成人病予防知識の入手経路構成比

(%)

	総 数	家族形成期	家族成長前期	家族成長後期	家族成熟期	家族老齢期
総 回 答 数	186.0	185.2	186.6	187.2	186.6	179.5
保 健 所	2.8	2.0	1.0	2.3	3.0	3.9
かかりつけの医師	17.9	5.5	7.5	14.2	21.2	35.1
親 ・ 家 族	17.3	23.8	20.7	18.8	16.0	9.8
友 人	20.1	17.6	21.7	25.1	21.1	14.4
テレビ・ラジオ	56.2	50.8	52.5	54.6	57.8	58.5
新聞・雑誌	45.3	56.6	55.8	43.9	41.0	35.1
家庭用医学図書	19.8	22.7	21.0	20.2	20.0	17.0
講 座	3.9	2.3	3.4	5.4	4.5	2.2
そ の 他	1.6	2.0	1.8	1.4	1.2	1.2
回 答 な し	1.2	2.0	1.3	1.4	0.7	2.2

注：重複あり

介してか、現代の情報媒体を通じてか（それも書物かテレビ・ラジオか）の問題だけでなく、基礎的なものを求めてなのか、ハウツウものを求めてかの問題も絡んでくるので、単純に律しきれないが、ライフステージによる表—2の分類から見れば、若い家庭ほど「家庭用医学図書」・「新聞」・「雑誌」によるものと、「親・家族」（意識の中には生計を異にする兄弟姉妹もこの中に入っている）が多い。また、ライフステージの進むほど「かかりつけの医師」からとするものが増加し、「親・家族」の回答からその方に移ったと見られ、「友人」とするものについては、内容の質（自己がすでに回答を持ち確認の意味の場合が多いなど）まで分からないが、対人関係の広がりの中で増加し、後に減少している。「保健所」とするものが少ないのは、日常生活の中で、市民側からみて保健所と直接かかわりを持つ機会が少ないことによるのであろうが、わざわざ出かけて行ってまでという気持と、常時検診や相談を開設していないことにもよる。したがって、保健所への率を増加させようとするならば、ビデオとか保健図書を備え、住民の知慮からあみ出した家庭看護用具などを常時展示するなど、現代的な人集めの条件整備がまず必要となるであろう。その上にこまかい生活指導ができるならば、人は保健所に来所するのではあるまいか。そのためにも、ヘルスエデュケーターの配置や保健婦などの適正な人員の確保が必要である。

次は家族の健康を守るために、自身が身につけたい知識とその方法についてである。ライフステージを中心に見るならば、いずれも「食生活」・「救急処置」・「成人病」に集中しており、家族形成期の「乳幼児の保健や育て方」の多いのは、親として当然のこととして出てきたものであり、家族老齢期の「年齢や健康度に応じた運動の仕方」の多さは、元気で居続けたい願いの現われと見ることができよう。これらの知識を得る方法については、一方交通であっても、手軽さによる活用から「本・雑誌やテレビ・ラジオ」などのマスコミが望まれ、家庭看護とか食生活の問題は、実技による学習が必要であり、現在地域で保健所以外に、実際にこの分野にタッチしている所はほとんどなく、だからなお一層充実してほしいという希望から、「保健所が行う健康教室」が多く出された

と思われる。しかし案外たて前かも知れないが、また、「市・区役所の広報紙」は、新聞面から得られないコミュニティの情報源としての活用が叫ばれることから、上位にランクされたのであろう。それにしても、受け身で知識を得ようとする状態を脱し、何かを積極的に取り込もうとする意欲と、その意欲に手を貸し援助してくれるのは、健康面ではやはり保健所であると考える地域住民の気持ちを大切にしたいものである。このことから我田引水になるかも知れないが、保健所はあらゆる面で地域社会の健康教育・健康指導及び相談の機関であって、衛生検査・各種の保健衛生面の取締り及び各種の給付事務の取り扱い、そのことを支援するもの（車の両輪として）であってほしいと思う。

4 家庭の健康とコミュニティ

家庭が、そのコミュニティと孤立して存在し得ないことはすでに述べた。今回の調査内容を通じて、これを健康面から見ようとするのがこの節である。

(1) 家庭から近隣住区へ

日常の親しい交際相手は、いずれのライフステージにおいても、率の一番多いものは「となり近所の人」となっているが、2位以下はそれぞれの家族の年齢や行動半径によって、特徴が見られる。「子どもを通じての人」の率は、保育園や幼稚園から学校PTA時代は多く、子どもの成長とともに減少する。「職場や仕事での人」の率はかなり定常的な状態で続いていると見られ、女性の社会進出にともなって、今後増加しそうである。「学校時代の人」の率は、友人の結婚・夫の転勤にともなう転居により、家族成長前期に急減し、以降は気心の知れた友人としての交際が継続し、同窓会への足がかりとなるのであろう。「趣味・スポーツ・学習会を通じて」の率は、ライフステージの進行と共に増加し、「学校時代の人」との交替が見られるようである。また家族形成期においては、「趣味を通じての人」を除いて率が平均化しているが、その後は単にライフステージだけでなく、ライフスタイルによっても変わってくるものである。しかしつきあいの内容となれば、すべてのライフステージにおいて、「冠婚葬祭」・「防犯防災」・「環境衛生」・「趣味スポーツ」・「奉仕・福祉活動

を通じて」の順になっている。初めの2つは昔から集団生活上のつきあいとしてのものであり、環境衛生は家庭内でごみ処理が不可能なことから出てきたものである。趣味・スポーツ及び奉仕・福祉活動は、生活の中の時間的ゆとりと自己の健康度によって変るであろうし、この推移は、地域活動への積極的参加（一部には自己の利益やエゴのかけひきもあろうが）の状況を示すものである。この2つを合わせた率は子育て期を脱した後急増し、両者の接近へと推移している傾向は好ましいものであり、自己及び自己の家庭中心の生活から家庭外にも目を向け、生活の仕方を変えていく動機となるであろう。

(2) 近隣住区と保健機能

最近「健康づくり」が叫ばれ、「健康づくり」の言葉の意味・内容の解釈は多少違っていても、それは日常生活の中に運動を取り入れること、住民の健康への自助努力を掘りおこそうとする地域の活動である。いずれのライフステージにおいても、家族で参加できる体力測定や栄養診断などの行事を行うことが望まれているのは、この種の調査の性格上当然の形として出てきたものであり、実利的なものを願う気持もそこに現れており、また、体力測定・栄養診断という言葉が、最近よく知れ渡ってきたことにもよると思われる。しかし、続いての項目としては、若い年代層の家庭では、健康づくり活動のできる集会所・体育室の増加を望み、年齢の多い層の家庭では、自治会や婦人会の会合に保健所が参加し、地域の健康問題を話し合うことを望んでいる。いずれにしても、行政の投げ込み理論（刺激剤・核になるようなものを与える）が期待されており、初めから全く自主的にグループを作り、運営面に多少の援助（金銭的な面だけでなく技術的な面も）を受ける方法は、案外望まれていない。都会の中で、すでに設定された種々の活動に参加したり、場を通じて知り合った仲間が、気心の通じ合うようになった段階で、始めて自主的グループとして育ててくるのであろう。これらのことから現段階では、従来の町内会組織の協力を得つつも新しい意味での核づくりが必要であり、公共施設の利用・潜在的な人材の活用（潜在職種・教師の定年退職者の協力など）が望まれる。市民は近隣の場所で運動やレクリエーションを楽しみ、身近かな問題を話合って、日常生活

を潤いのあるものにしたいのである。これは都市住民そのものが、都市で生まれそこで育ち、そして生活している層（住居は多少移っても、都市的環境でという意味で共通性を持つ）が、一定の割合（半数以上か）を超えたことによる、住民感情の地域定着化（無いものねだりでなく、まず協同で努力しその上に立って要求していく）の一つと見てよいと思う。

(3) 家庭と保健機関・人との関係

相談事業は生活のあらゆる部門で重要性を持ち、特に健康問題（性の悩みも含めて）は重要性を持つ。質問の内容は、「あなたや家族の健康づくり（病気の予防や健康増進）について気がるに相談するところは…」であるので、家族の精神衛生上の問題や家庭看護などの現代社会における切実な問題でなく、一般的な健康管理上の一つとしての問題である。いずれのライフステージにおいても、また理想と現実面でも、「かかりつけの医師」とするものが多く、理想では「保健所」がかなりのウェイトをもっているが、現実には「わからない」が多い。理想と現実の差をはっきりと見せつけられた思いである。市民はどうしてよいか分からないのだが、現代社会機構の中では、やはり保健所に頼らざるを得ないものとして考えており、そのためにも前述のように保健所の条件整備が望まれる。

次に「病気ではないが健康のことで気がかりや不安がある」時の相談先について、家族形成期は自分・夫・子どもの問題いずれも相談先は「親・親せき」が一番多く、家族成長前期では夫のことのみ「親・親せき」が一番多くなり、他はすべて「かかりつけの医師」となっていた。若い年代層の家庭では、自分の今までの生活経験枠にはなかった夫のことや育児上のことなどを親・親せきに聞き出すためであろう。健康上のごときはやはり「かかりつけの医師」に相談するという原則が守られている。

5 明日の家族・家庭の健康のために

これまで述べてきたように、健康問題のアプローチの仕方も、単に個人本位に止まらず、家族を含めしかも生活の場で考え、家庭から地域へと自ら積極的

に手を伸ばしつつある。多様なライフスタイルをとりつつも家庭内に籠らず、共通の課題を健康に求めて、魅力ある神戸らしいまちづくりへの社会参加を、模索しているのが現状ではないだろうか。市民個々の家庭を見れば、健康と安全の維持機能が不十分な点もあるだろう。これらの解決には、言いふるされたことであるが、やはり組織活動を通じて、人間の信頼関係に立っての教育・指導の下に、ゆっくりではあるが、自らの努力に待たねばならないこともある。そのためにも、これら自助努力を援助する行政や専門家の責務は大きい。そこでこの小論を終るにあたり二三追加したい。

その一つはグループや会のソフトを守るということである。これからは市民のスポーツやハイキングなどの、市民グループの活動も活発になるであろうし、社会福祉や社会教育面のボランティアグループの活躍も期待されている。このようなグループに加わり、社会参加への道を開くことは、市民生活を豊かにすることに繋り、大へん望ましいことなのであるが、このグループや会が常にどのような態度で初心者に窓口を開いているかである。初心者は何でも尋ねなければ分からず、一方ではうるさがられはしないかといったためらい、失敗もある。指導者やベテランの人達のちょっとした言動が、初心者の心を傷つけ疎外感を与えかねない。いそがず・あせらず・基本はきびしく、責任の所在を明確にし、他方、初心者も甘えることなく、何事にも謙虚な気持で真剣に取り組むべきであろう。

次に、市民の健康を語る時、多くの単身者の健康問題を避けて通るわけにはいかないと思う。今回は課題からして全くふれていないが、若い単身者・職場の単身赴任者・老人の単身世帯それぞれに問題がある。前二者は生活そのものが職場中心で、日常生活そのもののリズムが崩れやすく、単身赴任者はストレスも大きい。これらの人達の健康は、企業の厚生施設が整っていたとしても企業まかせでよいのか、今後の問題であろう。老人単身世帯の健康問題は、福祉とともに多く語られているが、生活・健康の不安は解消されていない。何から手をつけるか考える時である。

第三に、健康教育の重要性は今後も語られ続けるであろう。健康教育が盛ん

になることは喜ばしいことであるが、そのことは生活文化の伝達行為である。これについての基本的な考え方は成書に譲るとしても、健康的文化すなわち生活文化のどのような部分を、いかなる形でどのような対象に伝達するかということである。そういう意味でしつけや礼儀作法も生活文化の一つである。現代の家庭に一番欠けているのはこの面での親の態度であろう。子どもの無作法を咎められ、反省の色なく咎めた人をなじった人があったと聞いた。人間らしく生活することは、すなわち、精神的に社会的に健康で生きることであり、子どもの時から身をもって教えたいものである。

注

- (1) 「国民衛生の動向」(昭和56年版) P 80, 87 厚生統計協会 昭和56年8月
- (2) 「日本の家庭」P 41 経済企画庁国民生活局編 大蔵省印刷局 昭和55年2月
- (3) 例えば「21世紀の国民生活像」経済企画庁国民生活政策課編 昭和54年1月 「家庭基盤の充実」内閣官房内閣審議室分室, 内閣総理大臣補佐官室 昭和55年8月 いずれも大蔵省印刷局。
- (4) 奥田道大「都市家族とコミュニティ」『ジュリスト総合特集』No 6 P 115~121 有斐閣 昭和52年4月
- (5) 「(昭和50年)保健衛生基礎調査報告 健康意識」厚生省統計情報部 昭和52年3月
- (6) 「昭和55年度 兵庫県民全世帯アンケート報告書」兵庫県広報課 昭和56年2月
- (7) 「第4回市民健康意識調査報告書」P 3 神戸市衛生局 昭和56年2月
- (8) 詫間晋平『健康教育学序説』P 76~81 同文書院 昭和54年2月

地域社会と医師会

森 脇 潤

(神戸市医師会副会長)

1 地域医療と医師会

最近20～30年の医学及び関連技術の進歩は目ざましく、それにとまなう医学の専門細分化も急速に進んできた。一方、出生率低下、平均寿命延長による人口構成の変化や、家族・近隣関係、衣食住の生活様式など市民をとりまく環境の変化は住民の疾病構造、健康の価値観にも大きな影響を与えている。

「医療は医学の社会的適用である」といっても、急速に進歩し専門細分化する医学を常に変動を続ける社会に適用するのは容易ではない。しかし、進歩した医学が市民のひとりひとりに送り届けられ日常の医療に生かされなければ学問の進歩は何らの意味もない。その医学を地域に届け住民の健康のための「お世話」をするのが地域医療担当者の役割であり、地域社会で実践される医学が地域医療である。

これまで医療とは単に疾病、外傷など健康破綻時の治療行為とされていた。しかし、地域医療の立場からそれだけでは医療担当者の責務を果たすことにはならない。現在地域医療は治療行為にとどまらず疾病にならないための予防、疾病から回復し社会復帰するためのリハビリ、現在保有している健康の度合いをいっそう強めるための健康増進、個人及び地域の健康への関心、理解、知識を高める健康教育も含めたものとして考えられるようになってきている。

患者と医師との関係は、基本的には人間と人間とのふれ合いであり、相互の信頼関係が欠けていては医療は成り立たない。医師は患者を診るとき、患者をヒトとして臓器、組織に細分化して観る立場とともに、人間としての生活、家庭、住居、職場、自然環境から習慣、習癖、既往歴、人生観から生き甲斐に至るまでを対象として観る立場に立たなければならない。そのヒトの背景をなす

自然環境、生活環境など地域社会をぬきにしては医療は成り立たない。

ここで地域社会というのは、分水嶺、川や海などの自然の境界によって囲まれる地域、行政区分による地域ではなく、そこに住む人の毎日の買物はどこか、こどもの学校はどこか、通勤の交通機関と経路はどうか、病気のとき死ぬときどの医師が診るかなど、人と自然、人と世の中とのかかわり合いが作り出す社会であり、この地域社会の一員として医療に従事する医師は診察室で患者と接する「個」としての医師の立場だけでなく、地域社会の医療に責任を持つ「群」としてのプロフェッショナルな立場に立つことを要求される。

「群」としての医師は、地区グループ、区医師会、市医師会を編成し、さらに県医師会、日本医師会としてそれぞれ受け持つ地域の健康を守るための活動を行っている。

市医師会の活動は公衆衛生、学校保健、産業保険、健康教育、救急対策、看護婦養成、臨床検査など多方面にわたるが、ここでは予防接種、肥満児対策、救急対策について述べる。

2 予防接種神戸方式

昭和43年、予防接種は全国すべて集団接種であり他の方式は考えられていなかった。神戸市においても他都市と同じく市民の長蛇の列、乳児を抱いた母親が遠方から時間を気にしながら保健所に集ってくるという光景が予防接種施行日の恒例であった。混雑のなかで予診を充分行う余裕もなく憂慮すべき事態の発生も予測されたので、市衛生局は市医師会に日脳予防接種を市内医療機関で行なうことを要請した。これを受けた市医師会は、日脳に限らずすべての予防接種を市内医療機関で行う個別接種を提案し、衛生局とともに検討に検討を重ねて、44年4月からポリオと学園における接種以外はすべて市内医療機関で市民が随時受けることのできる個別接種いわゆる神戸方式が発足したのである。

当時の日医ニュースを引用すれば「ここでも神戸市は良き人材に恵まれていた。準備工作に奔走した三人である。まず医師会側に当時担当理事であった青

井立夫氏。市側に神戸市立中央市民病院小児科医長の石垣四郎氏と衛生局主幹の鹿野昭二氏である。青井氏は医師会の地域医療活動としての立場、石垣氏は小児科医学の学問的示唆、鹿野氏は当局側との調整と、三氏は鼎の足であり、やがて理財局を動かし、予算面での見通しをつけてから青井氏は医師会に発表した。すなわち接種副作用や、それに対する接種量などの調節からしても、個人の特性を知ったかかりつけの医師による個別接種が学問的にも正しい。また市民側の健康に対する自主性を尊重し、交通や市民の私的スケジュールから見ても便利である。医師が事故発生を恐れて予防接種を拒否したのでは、地域医師会員として社会的使命をみずから捨てたことになり、医業の倫理にもとる。個別接種方式はホームドクターのソーシャル・アクティビティであるという思想を根底とする。」

特に事故被害者救済について神戸市独自の制度を設けて万全を期したこと、医師の身分を明確にしたことは画期的なことであった。51年に国の予防接種法が大幅に改正され、この2点についても改善されたが、神戸市では個別方式発足当初から「予防接種事故調査会」を設け、定期（義務）接種だけでなく成人の日脳、流感など神戸市独自で行なう勧奨接種についても被害者救済を行うこととし、それにともない接種にあたる医師の身分、責任、損失補償についても市との個別委託契約によって明確にされている。51年の予防接種法改正にあっても当時の市医師会生駒純一郎副会長が再三上京し、厚生省、日本医師会に神戸方式を説明した結果、今まで集団接種方式だけで構築されていた国の予防接種法に麻疹予防接種については個別方式が大幅にとり入れられ全国で実施されるようになった。

神戸市における予防接種運営の基本方針を決定するために衛生局、医師会、学識経験者の三者による「予防接種運営協議会」を設置し、料金改定、接種年齢、接種時期の決定を行っている。

また47年から市内50医療機関に感染症定点観測所を、ややおくれで32医療機関に百日咳サーベイランス機構を設け、毎週の患者数を衛生局に報告、その結果は医師会を通して全会員に毎週報告されている。感染症サーベイランスは56

年秋から全国的に整備されることになったが、神戸市では厚生省より約10年早く実施し定着している。

この神戸方式の個別接種には集団防衛としての予防接種のこれまでの考え方に、集団を構成するのはあくまで個人であり、個人それぞれの体質、環境を尊

表一1 DPT三種混合予防接種実施状況の推移

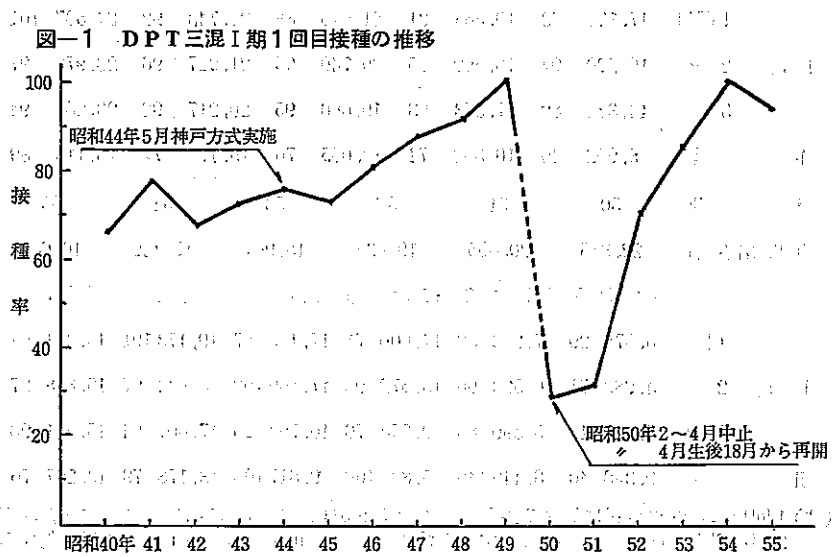
年 別		40		41		42		43		44			
年間出生者		22,882		16,810		22,183		22,615		22,780			
		接種数	% (注)	接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%		
I 期	1回目	15,057	66	13,173	78	14,991	68	16,398	73	17,326	76		
	2 "	12,010	80	11,398	87	12,783	85	14,434	88	15,260	88		
	3 "	10,048	84	9,043	80	11,132	87	12,280	85	12,781	84		
II 期		2,716	45	4,610	46	8,182	91	7,348	66	8,721	72		
年 別		45		46		47		48		49			
年間出生者		23,643		24,000		24,430		24,771		24,202			
		接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%		
I 期	1回目	17,191	73	19,464	81	21,616	88	22,743	92	24,507	101		
	2 "	16,220	94	18,569	95	20,749	96	21,927	96	23,972	97		
	3 "	14,382	89	17,373	93	19,660	95	20,217	92	23,281	94		
II 期		5,902	46	10,562	74	12,065	70	15,174	77	18,114	89		
年 別		50		51		52		53		54		55	
年間出生者		22,315		20,695		19,636		18,961		17,439		16,643	
		接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%	接種数	%
I 期	1回目	6,578	29	7,233	32	14,600	71	17,163	87	19,173	101	16,351	94
	2 "	4,983	75	6,523	90	13,572	93	17,469	102	18,644	97	15,818	97
	3 "	5,655	113	5,390	83	9,554	70	16,753	96	17,607	94	15,511	98
II 期		9,348	40	8,449	149	5,838	108	9,817	103	13,178	79	13,297	76

(注) 1. 1回目は年間出生者に対する接種率。ただしS51以降は前年の出生者に対する接種率
 2. 2回目以降は前回の接種者に対する接種率(従ってII期は前年のI期3回目に対するもの)

重しなければならないという基本理念が大胆にとり入れられている。

その効果は、DPT三混（ジフテリー、百日咳、破傷風）予防接種については表一に接種数及び接種率を示すが（衛生局保健課）、実施2年目の46年から接種率は上昇し、システムの定着した48年、49年は90%以上となったことでも明らかである。しかし、50年1月愛知県における百日咳ワクチン接種による死亡事故による厚生省の接種中止（50.1～50.4）、日医の予防接種非協力態勢（50.6～51.10）、予防接種法改正にともなう法的な手続きの変更（51.9）、接種事故における予診のあり方についての最高裁の厳しい判断（51.10）、などが相ついたので全国的に百日咳予防接種は行われなくなり、その余波を受け50年、51年は30%に激減し、それとともに百日咳サーベイダンスから百日咳患者の増加が報告されるようになった。市医師会は予防接種は医師の社会的責務であるとの見地から全国他都市に先がけて再開に踏み切り、図一に示すように急速にもとの活発な活動に戻っている。

個別接種方式が地域社会にもたらす利点は、便利さ、接種率向上、個体差への配慮とともに、市民が自らの接種スケジュールを、今までのように「お上か



ら」きめられずに考えるようになったため、自分や家族の健康状態をよりよく観察し、それをかかりつけの医師に相談するようになったことである。住民、行政、医師会が一体となって予防接種にとり組んでいるといえる。

3. 肥満児対策

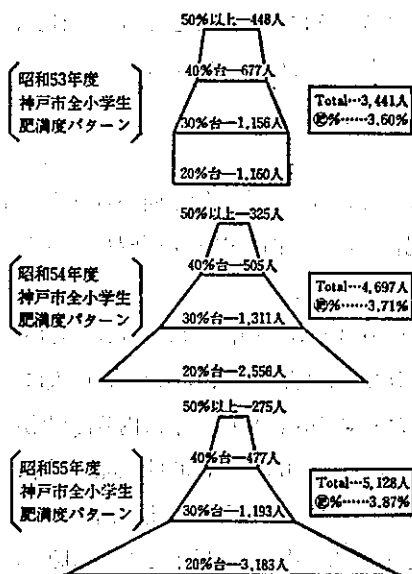
学校医の職務は定期健診、予防接種にとどまらず教育を健康面から支えるものとして重視されてきた。市医師会は現在精神衛生面の充実を要望しているところであるがここでは肥満児の問題について述べる。

近年肥満児が増加し地域によっては児童の3～8%の高率にみられるといわれている。昔は肥って元気そうだといわれていた肥満児も、そのまま成人になると成人病に移行することがわかってきた。この肥満児の大半は内分泌異常などの疾病によらない単純性肥満ではあるが、小児期にすでに心肺機能の低下、血中脂質の上昇、肝機能異常を示すものが多く、将来の動脈硬化、高血圧性疾患、糖尿病などの発症のおそれ、また運動能力、耐久力の低下とともに肥満による劣等感、性格の変化もみられるので心理上、教育上も放置できない問題である。しかも、その治療はなるべく早く低学年の間に行わなければならない。このような観点から市医師会学校保健部では53年度から肥満児対策にとり組み、活動を続けている。この成果は市医師会、教育委員会、保健所、学校医、養教と治療にあたった県立こども病院、鐘紡病院の協力体制と神戸大学平田美穂名誉教授の指導によるものであり、以下の成績は兵庫県医師会、神戸市医師会、神戸市教育委員会によって神戸市立小学校児童生徒肥満児対策第2報として発表されたものである。

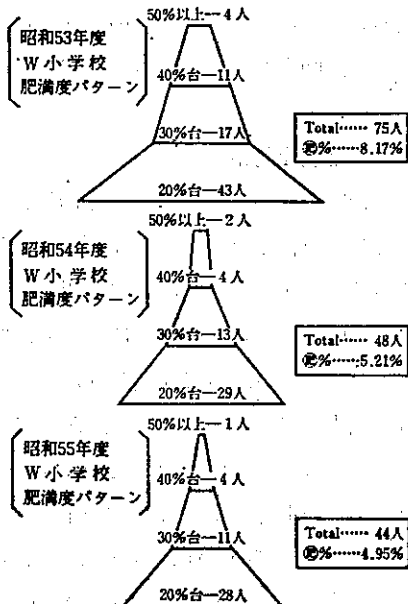
④ 神戸市全小学生肥満度パターン(図12) 神戸市立小学校児童生徒肥満児対策第2報より

肥満度は日比式肥満度計算図表によって軽度肥満(+20%～+30%)、中等度肥満(+30%～+40%)、高度肥満(+40%以上)にわけ、+30%以上を治療対象としている。53年度は最初の肥満児抽出を学校医の指診によって行ったので軽度肥満が少ないが、スクリーニングの方法を次第に改善し55年度は全児童の身長、体重を標準理想体重表にあてはめて抽出したので、+20%台の軽度肥満と

図一2



図一3



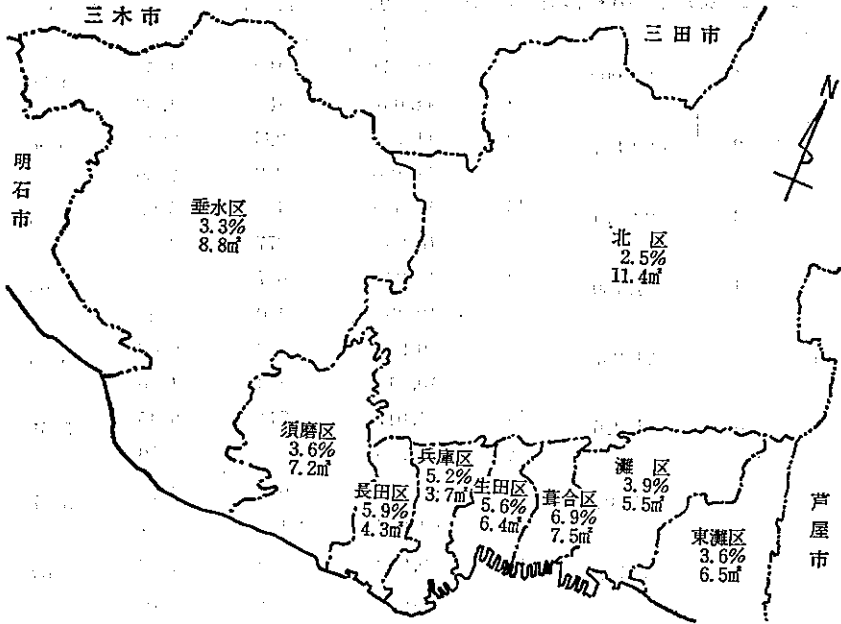
肥満児総数が増加しているが、+40%以上の高度肥満は全小学生のうち53年度1,125人、54年度830人、55年度752人と減少している。とくに学校全体が熱意をもってとり組んだW小学校での成績を図一3に示すが、53年度から55年度にかけて、肥満児総数は75人から44人に、肥満度+40%のものは15人から55人に減少し、積極的な努力が効果があることは明らかである。

② 児童1人当たり運動場面積と肥満児

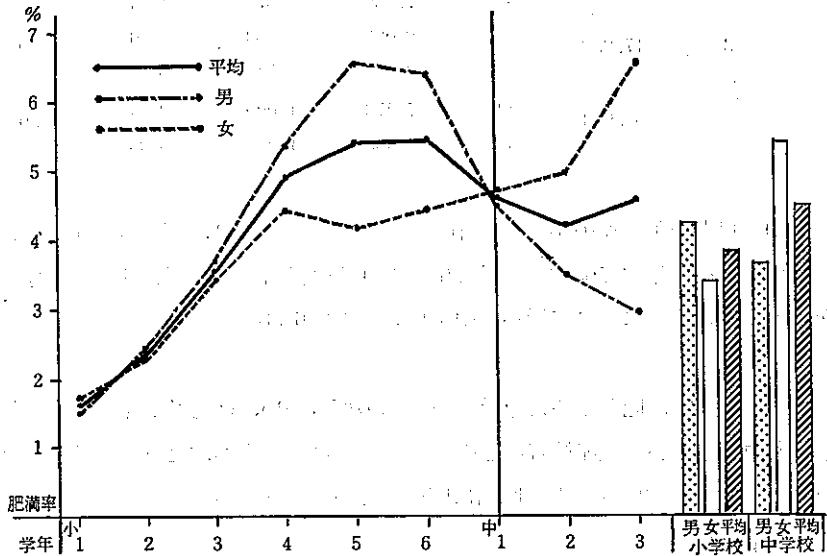
肥満児の地域別比率と児童1人当たりの運動場面積を対比したものが図一4であるが、都市中央部の中央区(葺合区、生田区が55年12月合併)、兵庫区、長田区では肥満児が5%以上で周辺の垂水区、須磨区、北区、灘区、東灘区は4%以下である。中央区(葺合区、生田区)では運動場面積は1人当りにすれば広いが急激な人口流出地帯のためと考えられ、他区では運動場面積と肥満児発生率が比例している。

③ 学年別肥満度の推移

図一四 児童1人当りグランド面積と肥満傾向児との関連



図一五 学年別肥満度の推移



表一 神戸市立小・中学校学年別肥満児20%以上調査集計表 (55.7)

学 年	生徒数	性 別	肥満児数	%	平均%	
小 学 校	1	男	11,863	182	1.53	1.60
		女	11,037	185	1.68	
	2	男	11,781	286	2.42	2.39
		女	11,106	262	2.36	
	3	男	11,629	424	3.65	3.55
		女	10,951	377	3.44	
	4	男	11,249	607	5.39	4.95
		女	10,481	470	4.48	
	5	男	10,974	733	6.68	5.48
		女	10,313	433	4.20	
	6	男	11,017	711	6.45	5.51
		女	10,209	459	4.50	
計		男	68,507	2,942	4.29	3.87
		女	64,097	2,186	3.41	
中 学 校	1	男	9,902	449	4.53	4.64
		女	8,837	421	4.76	
	2	男	8,543	297	3.48	4.17
		女	7,439	370	4.97	
	3	男	9,028	263	2.91	4.59
		女	8,224	541	6.58	
計		男	27,473	1,009	3.67	4.50
		女	24,500	1,332	5.44	

20%以上の肥満児の小中学生、中学生での調査を表一2、図一5に示すが、男子は小学校5年生で6.68%と最高値をとりその後漸減、女子は小学校高学年から中学生になるにつれて増加し中学校3年生で6.58%となる。

④ その他

さらに家族歴、肥り始めた年齢、食べ物の好き嫌い、体育及び学業成績、性格、血中脂質及び肝機能検査などの調査を行ったが、食べ物だけでなくテレビを観る時間、勉強時間なども肥満に関係しているようである。

⑤ 指導と治療

表一 3 肥満児治療の効果

指導治療をした場合		人 数 比 %			
		改 善	不 変	悪 化	
神戸市全域に於て何等かの指導を受けたもの	小学生	53.9~54.2 3,932人	56.5	13.5	30.0
		54.4~55.3 4,527人	55.4	10.4	34.2
	中学生	54.4~55.3 1,447人	53.4	13.6	33.0
鐘紡病院に於て3ヶ月以上連続治療した者		53.6~55.4 391人	91.8 (359/391) 1~4% 12.5 (49/391) 5%以上 79.3 (350/391)	2.1 (8/391)	6.1 (24/391)
無 処 置 の 場 合		人 数 比 %			
		改 善	不 変	悪 化	
S市(6校) 肥満児 = $\frac{133}{3,449}$ = 3.9% 〔㊤4月—㊤4月〕		37.6	7.5	54.9	
O市(1校) 肥満児 = $\frac{58}{1,197}$ = 4.9% 〔㊤4月—㊤4月〕		15.5	10.3	74.1	

高度肥満についてはできるだけ専門病院における指導、治療を受けさせるようにし、他のものは養教、保健所、学校医が指導を行なった。その結果は表一3のように50%以上に改善が見られ、特に鐘紡病院の治療を受けたものは5%以上の改善を見たものが79.3%の高率を示している。対照として他都市の無処置の場合に比し肥満児対策活動の効果は明らかである。

肥満児対策の成否は究極のところ、学校と家庭、学校医、養教と母親との協力関係にかかっており、さらに児童を育む地域社会が将来の成人病発症を多くするか少なくするかを決定するといえよう。

4 救急医療対策

救急医療の対象には、即刻治療を必要とするという医学的判断によるもの

と、即刻治療を受けた方がよさそうだという患者側の判断によるものがある。

また、外来治療だけで充分であるもの（1次救急）入院治療を必要とするもの（2次救急）多くのスタッフ、特殊な医療機器や技術を必要とするもの（3次救急）が疾病の種類や程度によって分けられている。

しかし、救急医療の現場はこれらがからみ合って複雑な様相を呈するのが普通である。

さらに、時間内と時間外（夜間、休日）救急をはっきりわけて考える必要がある。近畿では平日夜間診療が定着しているが関東、東北、北海道、九州の各地では夜間診療が行われていないので救急対策も自ら異ってきている。時間内と時間外では地域の医療資源は質、量とも大きな差がある。時間外診療の質と量を時間内のものに近づけることは社会的要請であるが、現在これは医療機関の善意と犠牲の上に成り立っている部分が余りにも多いといえる。

神戸市医師会は、55年12月7日、日曜日の24時間急患診療実態調査を行った。24時間に診療所、病院を受診した患者数は全市で1,130人であり、前回調査（53.2.19）の1,051人と大差はなく人口10万比84.0人である。その年齢別件数は表一4のように16～60歳が最も多く0～5歳がそれに次いでいる。入院ま

表一4 休日急患診療実態調査年齢別件数 (55.12.7. 神戸市医師会調査)

	0～5歳	6～15歳	16～60歳	61～歳	不明	計
件数	323	166	484	154	3	1,130
比率(%)	28.6	14.7	42.8	13.6	0.3	100

たは他の医療機関に転送したのは120件（10.6%）で2次救急の数と考えられる。

時間外診療の大半が1次救急で比較的軽症であるといっても医療機関の受ける負担は大きい。医師1人が受付け事務、処置、調剤などすべてのことをさねばならず、とくに眼科、耳鼻科を含む外科系では介助者なしで治療を行うのは時として極めて困難である。また、診察の結果入院や転科を必要とする場合

には、診療時間内とは比較にならない負担となる。時間外には病院でも大変で、空床の確保はできていても急変することの多い入院患者の診療のかわら、診断も治療方針もきまっていない新患に対応するのはパラメディカルの揃っていない時間帯では至難のことで、さらに即刻手術となれば要員の確保が難かしく、他に転送することも簡単にはできない。

住民側にしても、一刻を争うと焦りながらほうほうに連絡をとっても医師が見つからない、最も適切な専門医の治療が受けられない、入院先がないなど不満は多い。

救急医療はこれまで住民と医療機関の善意というより犠牲の上に成り立っていたが、いま犠牲の上に立つ医療は精算して正しい救急医療の姿を探る方向に進みだしている。

まず、救急医療の混乱は救急医療システムと救急医療情報システムが確立していないことによる。しかもその両者が混同して論じられることが余りにも多い。秀れた医療システムがなければ秀れた医療情報システムはなく、情報システムのない医療システムはあり得ない。この両システムを犠牲なく成り立たせるためには行政の責任が明確にされなければならない。その上で、行政、住民、医療機関それぞれの善意によって救急対策を考えるということでは救急の問題はいつまでも解決しない。

① 休日急病電話相談所

神戸市医師会はこのような観点から神戸市の救急医療対策にとり組み、45年市長の諮問機関である地域保健推進会議において市当局と「休日診療には公的性格が強いつころから、市と医師会の相互協力によって実施されなければならない」と基本的合意を得、46年12月にまず東灘区休日急病電話相談所が、行政側の財政責任、医師会側の運営責任という形で発足し、次第に各区に拡大し、52年2月葺合区での設置によって全市9区（合区により現在8区）に完備した（表一五）。電話相談所には各区とも医師2名と事務員が出務し、主として内科、小児科系の診療依頼に対して医師が病状を聴取し、患者の最寄りの医療機関に応需可否を確かめて紹介している。他の情報システムとの差異は、急病と

表一五 休日急病電話相談所別取扱い件数 (55.4.～56.3.開設日数68日)

	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	計
件数	1,488	849	570	1,048	959	1,069	1,290	1,523	8,793
1日当り	21.9	12.5	8.4	15.4	14.0	15.7	19.0	22.4	129.3

(注)中央区は55年12月葺合区・生田区が合併

そうでないものとの判断や患者指導が医師によってなされること、2次後送病院が確保されていて連絡には電話相談所があたるので初診医の負担が少ないこと、出務医及び在宅医のいずれも任意制で医師に犠牲を強いないことなどがあげられ、その効果として電話相談所開設時間帯における内科、小児科系の急病患者の不安は全く解消したと云ってよい。

特に、出務医、在宅医ともに地域の実情を知悉した当該区医師会員であるので患者との応待もキメ細やかであり、出務医、在宅医ともお互いに「お休みに申し訳けないが」と和やかである点は他に比肩するシステムはまだ無く、地域社会に密着したものといえる。

② 夜間急病診療所
 50年12月に神戸市からの委託事業として医師会館内の臨床検査センター附属診療所に併設され、56年6月新医師会館完工にともない7月から神戸市医師会立夜間急病診療所として独立した。移転とともにその運営も委託方式から補助金方式に切りかえた。年中無休、午後9時～午前0時の間診療を行ない、医師会員2、看護婦3、事務員2で年末年始には増員している。後送病院には中央市民病院があたっている。他都市では「急病」診療所が次第に「夜間」診療所となり多数の患者で混雑する例があるが、神戸市では開設後数年を経ても患者数は季節による変動を除いて年毎にやや増加するに止まっている(表一六)。

表一六 夜間急病診療所来診患者数(4月～翌年3月、50年度は50.12.1～51.3.31)

年 度	50	51	52	53	54	55
患 者 数	1,423	3,276	3,822	3,361	3,817	4,200

立病院が24時間の救急体制にあることがあげられるが、両者を加えても他都市の夜間急病診療所の来診患者数より少なく、地域医療機関が時間外診療に積極的に応じていることがいえよう。しかし、表一4の年齢別取扱い件数で実態調査では0～5歳が28.6%、6～15歳が14.7%、計43.3%であるのが、表一7の

表一7 夜間急病診療所、休日急病電話相談所55年度年齢別取扱件数

年 齢		0～5歳	6～15歳	16～60歳	61歳～	不 明	計
夜間急病	件 数	2,525	718	847	110	—	4,200
	比 率(%)	60.1	17.1	20.1	2.6	—	100
休日急病	件 数	4,582	1,424	2,385	393	9	8,793
	比 率(%)	52.1	16.2	27.1	4.5	0.1	100

夜間急病診療所及び電話相談所では15歳以下が77.2%、68.3%で小児科にウエイトがかかっていることは、今後母親のごどもの急病の知識についての健康教育にさらに力を入れなければならないことを示している。

⑨ 病院群輪番制、情報システム

第2次救急病院群輪番制は55年2月発足、現在確実な歩みが続けている。これは、神戸市を東西2ブロックにおけ、それぞれメイン5病院、サブ5病院の輪番制による責任体制であり、運営は参加病院による協議会が行っているが医師会、衛生局、消防局と緊密に連絡している。

情報システムは主に消防局がこれにあたっているが、56年4月から兵庫県及び県医師会による広域情報システムが完成し、特に2次病院の情報を提供している。

神戸市における救急医療を総合的に検討し調整するために、消防局、衛生局、市立病院、救急病院群、兵庫県保健環境部、県医師会、市医師会によって神戸市救急医療対策連絡調整会議を設けて諸問題に対応している。

今後の課題として、医療情報システムの整備、眼科、耳鼻科、精神科などの特定科目の救急医療の充実があげられるが、元来救急医療は地域住民の理解と協力、医療機関の努力によって始めて成り立つものであり、神戸市における救

急医療体制は、神戸市民の英知のバロメーターといえる。

5 おわりに

肥満児がひとより早く成人病になる可能性をもつにしても、適当な時期の適切な指導によって改善し得るということは、地域医療の将来に大きな示唆を与える。肥満だけでなく、運動不足、インスタントラーメンの過食も同様の危険があるといわれている。

肥満の直接原因は、本人の食生活、性格、習慣などであるが、その責任は家庭、それも母親にあるといえる。さらに、学校、勉強時間、テレビ、遊び場、遊び方など都市及び社会構造、つまり地域社会が生み出したものでもある。

山や田畑が住宅地に、海に人工島とめまぐるしく都市は変わっていくが、わたしの住む地域のように町並みも道路も昔とあまり変わっていないところもある。しかし、こどもの頃、戦争ゴッコの主戦場、三角ベースの野球場であった道路も今は自動車に遠慮しながら歩かなければならない。都市は形を変貌するだけでなく、人の生活、人の内面にまで変革を迫ってくる。

健康を守るのは個人と家庭の努力にかかっている。しかし、人は世の中に住み、世の中即ち地域社会を離れての人の生活はありえない。地域社会は、住民の現在の健康を守り、未来の健康を開発する責務をもつ。

その地域社会の健康のため、医学は人類の生存を基本理念として他の諸学問、情報科学、工学、経済学、生物学、社会学、教育学、倫理学などと協力してその役割りを果さなければならない。

その時、地域の医師はその力を結集し医師集団、医師会として、住民の理解と協力のもとに地域社会のなかにあつて医学を実践するのである。

公衆衛生行政の課題

—都市保健所を中心に—

中 村 温
(神戸市衛生局長)

はじめに

ここ10年の行政の主要課題は、一言に要約すれば、「環境から福祉、そして文化へ」といえるだろう。公衆衛生行政は健康の確保を目的とするが、健康の課題の主要な側面は同じ軌跡をたどるだろうか。本稿は、都市保健所のあり方を中心に公衆衛生行政の課題を、都市行政関係者の理解を得ることを主眼に述べてみたい。

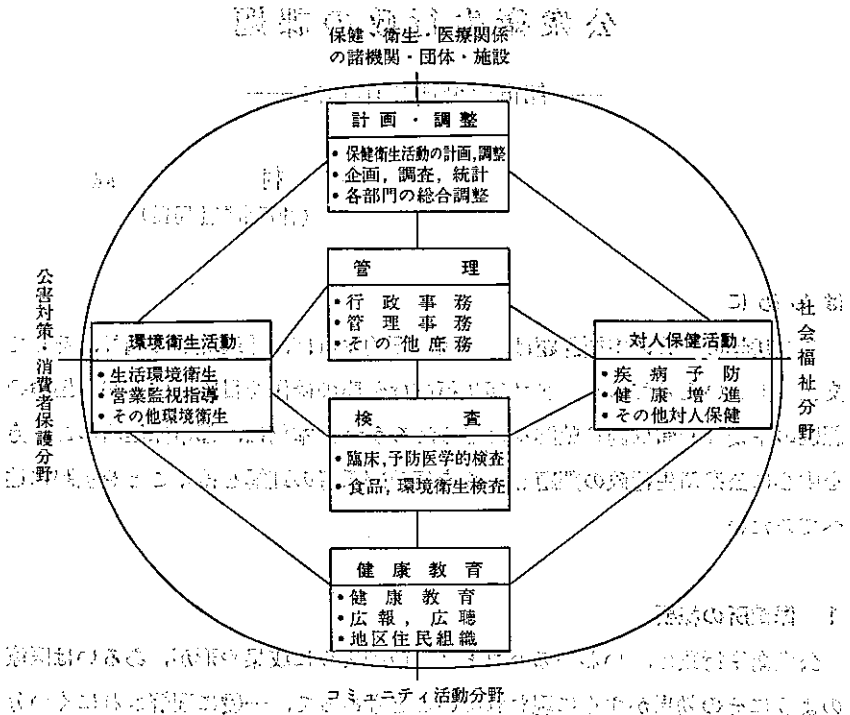
1 保健所の概要

公衆衛生行政は、いわゆるハコモノ行政のように成果や形が、あるいは医療のようにその効果がすぐに現われないこともあって、一般に理解されにくい分野である。余談になるが、ある職員によると、推理小説のテーマはその時代を色濃く反映しており、最近では医療を素材にしたものが多く、時に公衆衛生を扱ったものがある⁽¹⁾という。

さてそこで、保健所とは何か、という説明から始めなければならない。保健所は、「地方における公衆衛生の向上及び増進を図る(保健所法第1条)」ことを目的とした行政機関である。現在、府県立651、政令市立(30都市)151、特別区立53、合計855箇所が設置されており、神戸市では「1行政区1保健所」の原則のもとに8保健所2支所がある。

その業務を図-1に示すが、市民を対象に主として予防医学的な技術の適用による対人保健活動と、市民をとりまく外的・物的な生活環境、とくに食品衛生、環境衛生の監視を主体とした衛生活動とが大きな柱となっている。

図-1 保健所業務



市民の健康に関する行政需要は、昭和50年代に入って、低経済成長下のものでの福祉の向上をめざして、従来の医療から疾病予防、さらに健康増進の分野へと、また市・市民・事業者の役割分担による生活環境衛生の需要へと、多様化し高度化してきた。これに対応するため、第一線機関である保健所の施設整備、マンパワー強化等、その機能の拡充を図ってきた。とどろが最近の国および地方の財政悪化に伴い、いわゆる労働集約型である保健所は、新たな打開策を模索しなければならない状況にある。このためまず保健所の沿革に触れてみたい。

2. 保健所の変貌と改革の動向

保健所は、ほぼ10年を周期として変貌してきたといえよう。

昭和12年に保健所法が制定された。当時のパンフレットに「国民精神総動員、銃後健康報国」などある。健兵健民政策の一環として、全国的な保健所ネットワークづくりが始まり、本市では昭和16年に大石保健所が第1号として設置された。昭和22年、新・保健所法が制定され、急性伝染病、結核などの制圧基地、また生活環境衛生対策の拠点として、輝かしい成果をあげ始めた。この年、神戸市も衛生局が発足し、新しい公衆衛生活動の時代の始まりであった。昭和33年、国民健康保険法が制定された。国民皆保険の実現による医療需要の増大、昭和35年の医療金融公庫設立による民間医療施設の整備促進、そして医療の専門分化の進行とともに、保健所は結核から成人病への疾病構造の変化を意識しつつも、残念ながら従来の業務を踏襲したまま停滞傾向を見せはじめたといえよう。神戸市では、昭和34年の灘区総合庁舎の建設を皮切りに、保健所の施設整備がスタートした。

昭和42年、公害対策基本法の制定。公害問題がますます顕在化し大きな社会問題となったが、保健所はこれに応える機能を十分に持ち得なかった。神戸市は昭和39年、衛生局に公害対策課を設置し、現在、環境局公害対策部に発展している。

そして昭和53年、これは法律の制定ではないが、国民健康づくり対策がスタートし、その基盤整備として、保健所との役割分担が不明確なまま、全国の市町村に保健センターの設置が開始された。保健所は、下巻のような10年を周期とした変貌に対して、保健所は広範な公衆衛生業務を無統制に負荷され、時代の変化に応じた機能が発揮されていないのではなかとの批判が高まった。このため保健所はいかにあるべきかという、いわゆる「保健所問題」の論議が、昭和40年代後半をピークとして、全国的になされるのである。厚生省は、昭和35年の「保健所型別再編成」など改革に着手するが、その最終方針を明らかにするため、昭和45年、厚生大臣の臨時諮問機関として保健所問題懇談会を発足させ、昭和47年に「今日における健康問題と明日の保健所」と

題する基調報告をまとめるに至った。この間、全国衛生部長会、全国保健所長会、日本看護協会、日本医師会等から、それぞれ保健所改革構想が発表された。

保健所問題懇談会の基調報告は、次のように要約できる。第1に、これまでの疾病治療を中心とした医療が、健康増進からリハビリテーションへの一貫態勢をとる方向へ転換しつつあるのに呼応し、「包括医療」のなかで保健所を位置づける。第2に、健康についてのサービスエリアを地区・地域・広域地域の3つのレベルに分け、それぞれサービスの拠点として保健センターを設ける。第3に、現在の保健所は、地域保健センターに脱皮し、情報管理機能と公害対策を含む環境保健機能を強化する。

この基調報告に対して、情報管理機能の強化は対人保健サービスの切捨てや国民総背番号制への協力に結びつく、また財政基盤の弱い市町村への業務の押しつけは切捨てにつながる等の多くの批判がなされ、十分なコンセンサスを得ることができなかった。

こうした「保健所問題」が公衆衛生関係者の論議にとどまり、それ以上の拡がりをみせなかったことや、基調報告への批判が、府県と市町村の責任分担論に問題の本質があったのを見失ってしまっていたことを指摘しておかなければならない。そして保健所数の4分の1を占める都市保健所に対するビジョンが示されず完全に放置されたことに、都市保健所の「不幸」があった。

こうして昭和53年から、市町村保健センター⁽²⁾の設置が始まり（現在約400箇所）、地域住民に密着した健康相談、健康診査等のサービスの拠点が保健所から市町村保健センターに移った。社会防衛から個人福祉へと公衆衛生活動の転換に伴い、地域特性を重視するとともに身近な生活の場での保健サービスが重要であるところから、当然の流れであるといえるのかもしれない。例えば「老人保健法」に基づく保健事業はすべて市町村が責任主体であり、保健所は技術的協力を行うとされている。このことから府県保健所は、府県と市町村との間で中二階的な連絡調整業務が中心となり、「サービスセンター」から「保健事務所」への転換が加速されるだろうと思われる。

都市保健所は、府県業務・市町村業務をともに受けもっているものの、府県
都市政策 No.26

保健所の影響を被り、国の財政的な裏づけの悪化、技術集団によるサービスセンターとしてのイメージの希薄化等、あるいは医療機関が整備された都市においては必ずしも保健所は必要ではないとの誤解が生ずる恐れがある。

3 神戸市の公衆衛生の課題

最近インナーシティ問題の論議が活発であるが、ここでは神戸市を灘区・中央区・兵庫区・長田区の中央4区（以下、中央部）、東灘区・北区・須磨区・垂水区の周辺4区（以下、周辺部）とに分け、公衆衛生の課題を考えてみたい。

人口構造をみると、老年人口（55年）は、全市9.0%、中央部11.4%、周辺部7.3%であり、中央部の高齢化が進んでいる。核家族世帯（50年）は、全市70.6%、中央部65.5%、周辺部75.9%であるが、このうち単独世帯は、全市15.5%、中央部21.0%、周辺部10.0%である。65歳以上の者がいる夫婦のみおよび単独世帯は、全市7.0%、中央部9.0%、周辺部4.8%である。このように中央部は、単独世帯および高齢者のみの核家族が多い。これに住環境の悪化や低所得化の問題が加わり、直線的に結びつくものではないものの、中央部は周辺部に比べ、結核り患率1.8倍、アルコール症患者2.8倍、自殺2.2倍、30・40代の死亡率1.5倍等の要因となっていると考えられる。このようなインナーシティの病理現象は、住環境の整備や福祉施設など総合的な対策が必要である。公衆衛生活動としては、結核ハイリスク地域の対策、高齢者の核家族に対する保健機能の維持助長への支援、とくにねたきり老人、ひとり暮らし老人への訪問保健指導、健診機会の少ない中高年層の対策、さらに精神衛生相談などの拡充が課題である。

周辺部は、年少人口が多い。年少人口（55年）は、全市22.5%、中央部18.4%、周辺部25.4%である。また6歳未満の子供がいる世帯（50年）は、全市24.6%、中央部18.8%、周辺部30.5%であり、周辺部は3世帯に1世帯の割合で乳幼児がいる。周辺部は、死亡率の指標でみるかぎり、10代の死亡率がやや上まわり、死因の順序で不慮の事故が6位（全市8位）になっているだけで、顕著な問題は見出せない。乳幼児をもつ核家族に対する保健機能の維持助長が当面

の課題である。それは例えば、休日急病電話相談所の相談件数(55年)のうち、医療機関を紹介する必要がなく電話のみで処置できたものは、中央部13.9%、周辺部19.2%で、周辺部は1.4倍であることによって示される。

インナーシティ地域、住宅・開発地域を中央部、周辺部としてみてきたが、次に都心の問題を環境衛生の観点から考えてみたい。環境衛生活動の1つは、市民をとりまく衛生的環境の確保のための監視指導業務、例えば生産・製造から販売までの食品衛生対策、建築物、環境衛生営業施設の監視指導である。他の1つは、市民に直接的に係わる生活環境の指導業務、例えば犬猫による危険迷惑防止対策、食品・家庭用品の安全等の消費者相談、食中毒予防等の衛生教育である。都心の環境衛生対策は、第1が興業場、百貨店、店舗、事務所等の建築物の衛生的環境の確保である。規制の対象となる特定建築物は、全市277、うち中央区が61.7%を占める(55年)。第2は食品製造販売施設に対する監視指導である。対象施設数は、全市38,572、うち中央区29.2%、飲食店に限ると中央区は38.6%を占める。第3は旅館・ホテル等環境衛生営業施設の監視指導である。全市5,653施設、うち中央区19.1%である。保健所は食品衛生、環境衛生に関する市民の相談・教育に重点をおかなければならないが、飲食店営業など許可が必要な34業種の監視指導に追われている現状にある。都心の公衆衛生対策は、「住民及び滞在者」への対応、すなわち昼間人口をスケールとして快適に働き、遊ぶという都心の魅力を支えていかなければならない。環境衛生活動においても、治療でなく予防、増進に都心の課題がある。

さて、公衆衛生は「共同社会の組織的な努力⁽⁴⁾」によって行うとされているが、これは行政の責務と市民の自主的な努力とを合わせたものと解されている。かつて衛生自治組織として公衆衛生活動に重要な役割を果たした自治会・婦人会等の市民組織は、今日コミュニティ醸成の自律的な組織として多様な活動を展開しつつある。しかし都市の魅力の1つは匿名性にあり、コミュニティの成熟には時を待たなければならない。現状は、市民の意識は地域よりも家庭を指向し、市民の疾病構造は個人の日常生活習慣に起因するものが大半を占めている⁽⁵⁾。従ってとくに都市においては、地域としての特性把握による平均化、

画一的な活動による効率化によって対処することは困難である。多種多様な個人・家庭を対象に個別的対応が必要な分野が増大しており、これに対し都市の公衆衛生をどのように展開していくかが大きな課題である。

なお念のために触れておくと、市民の医療の機会が確保されていることと、上述の公衆衛生の個別的対応の増大とを結びつけ、近年都市保健所の役割に疑問が出されることもあるが、医療機関と保健所とは機能が異なり、一方が他方の代替機関とはなり得ない。健康概念が拡大されるに伴い疾病予防と疾病治療の守備範囲が不明確となり、「包括的ヘルスケア」⁽⁶⁾として一元的に機能が把握されるようになってきた。予防と治療の連続性がその重要なのであり、例えば保健所の集団健診からかかりつけの医師への診断・治療へ、また退院後に保健婦の訪問指導へなど、保健所と医療機関との有機的連携が課題なのである。

4 神戸市の保健所改革

先に述べた「保健所問題」の動向を背景に、大都市はそれぞれ独自に保健所のあり方の検討に入った。神戸市では、市職労衛生支部から、自治労の「住民の健康と福祉を守る闘い」の一環としての要望があり、これを契機に昭和49年から検討を開始し、翌年、衛生局内に保健所基本構想検討委員会を組織した。それはまず保健所職員が保健所の将来像についてコンセンサスを得るものでなければならないという趣旨から、保健所職員のほぼ半数、218名という大規模な職員参加による検討であった。その意見、提案は実に362項目にのぼり、十人十色というべき将来像のイメージがあり、「1職員1保健所」の観があった。丸2年を経て昭和52年に、「市民とともに市民の健康をつくる生涯保健の第一線機関をめざして」という副題をもつ「保健所基本構想」としてまとめられた。

その特色として、第1に神戸という都市における実態を基礎としたこと、第2に地域の第一線機関の視点から考えたこと、第3に保健所の将来像の前提として生涯保健への長期的展望を試み、同時に現状の諸問題の解決を図るための展開方向を示したこと等があげられる。ここでは公衆衛生機関として、また行政機関としての基本的業務について記述した部分を掲げる。このうち(1)の部分

は、「新・神戸市生活環境基準」（昭和52年）に取入れられている。

(1) 市民生活に密着した保健衛生サービス業務を推進する

市民の日常生活に密着した公衆衛生活動を行う保健所は、対人保健活動と環境衛生活動とを両輪に、予防の分野を中心に業務を推進する。

対人保健活動は、市民一般を対象とした健康診断・健康相談・健康教育等の基礎的サービスをライフサイクルにそって系統的に実施し、またハンディキャップをもつ市民を対象とした訪問指導や助成措置等の必需的サービスをきめ細かく実施する。

環境衛生活動は、家庭生活における衣・食・住の健康阻害物質の排除から市民が日常的に利用する都市施設の衛生的環境の確保まで、監視・検査・情報・指導の一貫性をもつ生活環境指導を実施する。

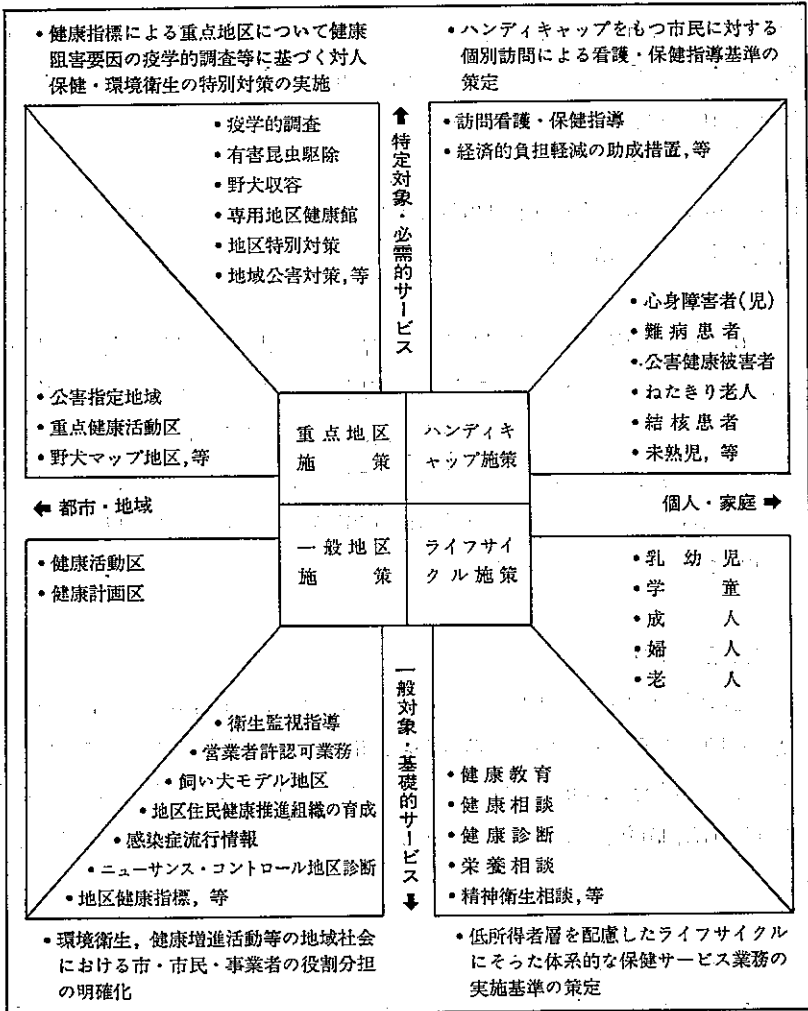
(2) 生涯保健を推進するための計画・調整機能を発揮する

健康な市民を育て健康な都市をつくることを目標にした保健医療活動の中で、保健所は行政の第一線機関として、中核的な役割をになうものである。このため、地域の健康指標の作成及び保健・衛生・医療の実状把握等の基礎的活動を担当するなど、保健医療計画の策定及びその推進に指導性を発揮する。また市民の健康推進のための諸活動及び地域の保健・衛生・医療の諸機関・団体・施設の相互の連携とその実施分野の総合調整を行う。

なお、各種法令に基づいて体系化されている業務を、ハンディキャップ施策とライフサイクル施策に分け独自の体系化を図ることを提案している（図一2）。その後も保健所基本構想の各論として、保健婦業務、衛生監視業務、検査業務のあり方を検討し実施に移している。

このような市内部による改革の進行とともに、昭和53年に市の附属機関として設置された神戸市保健医療計画審議会によって、公の場で保健所のあり方が示された。その1つは昭和54年の「神戸市における今後の精神衛生のあり方について」であり、他の1つは昭和56年の「神戸市における市民健康教育の基本

図一 2 保健衛生活動の分類と業務実施基準の方向



体系について」である。それぞれ精神衛生、健康教育をテーマとしているが、今後の公衆衛生、保健所のあり方そのものを示しているといえる。

次に、昭和50年以降の具体化の状況を列挙する。

(1) 施設

垂水保健所西神支所（57年に西保健所を予定）、須磨保健所北須磨支所の設置（51年）、同和対策事業長期計画に基づく保健相談室（6か所）の開設（50～55年）、保健所遠隔地に分室（2か所）の開設（51年）、葺合・生田保健所の廃止と中央保健所の設置（55年）。

(2) 職 員

昭和50年 368名、昭和56年 446名で1.2倍となっている。新たな職種として歯科衛生士を配置（54年）。

(3) 新規事業

1歳6か月児健康診査、乳幼児急病講習会、食品衛生責任者設置要綱（50年）、百日咳サーベイランス（51年）、市民健康意識調査（52年）、新生児先天性代謝異常検査、公衆浴場設備資金制度、飼犬実態調査（53年）、健康リーダー養成、胃X線装置による施設検診（54年）、乳がん検診、新生児クレチン症検査（55年）、乳幼児健診の月齢化（56年）等があり、これ以外にも保健所は個別に新規事業に取り組んでいる。

5 都市保健所の将来

さて先に保健所10年周期変貌説を唱えたが、次の昭和62、3年頃は、さらに昭和72、3年頃はどうなっているだろうか。都市保健所の将来像について私見を述べてみたい。最初に2001年を目標にしたマスタープラン、「新・神戸市総合基本計画」（昭和51年）にある「福祉・保健センター」の部分を紹介しておく。

福祉・保健センター

総合的な福祉・保健行政の実施拠点として、既存の福祉事務所と保健所の機能の一体化をはかり、住民に直結する諸サービス活動を行う方向性をもつ。この役割として、次の点を考える。

① 個人及び地域の多様な要求に係わる問題の積極的な解決をはかるため、ケースワーカー、保健婦等、専門家グループによる地域訪問活動を実施す

- る。
- ② ボランティア活動など市民の主体的な福祉・保健活動を援助する。
 - ③ 市民の日常生活における福祉・保健情報の提供及び生活相談・健康診断等具体的な福祉・保健サービスを実施する。
 - ④ 自治会・婦人会等地域諸団体との関係のもとに、地域福祉の基盤づくりや個人の自覚を基本とした健康増進をはかるための福祉・保健教育を推進する。
 - ⑤ 福祉・保健を一体化した予防・治療・リハビリテーション等諸サービスが総合的に確保されるよう地域福祉保健計画を策定するとともに、関係行政機関、福祉・保健・医療関係機関及び地域諸団体等との総合調整を実施する。

現在の都市保健所は、約80の法律に係わりがあるが、今後、その業務は地域特性にそって重点化が促進され、その実施形態は地域の保健医療資源の実態に応じてますます多様化するだろう。

そして地域特性に応じた公衆衛生の課題を解決するためには、国レベルで業務を画一的に規定するのは困難となり、ガイドラインの設定は地方自治体に委ねられるだろう。

表一1 都市保健所の方向

種 別	施 策	行政サービスの分類	サービスの重点		対 象	イメー ジ
タイプⅠ	ハンディキャップ 施策	必需的サービス	health visiting (訪問指導)	health education (教 育)	個 人	福祉
タイプⅡ	ファミリーライフ サイクル施策	基礎的サービス	health screening (健 診)		家 庭	保健
タイプⅢ	コミュニティ施策	選択的サービス	health promotion (増 進)	health counseling (相 談)	小地域	文化

そうなった場合、都市保健所は表一1に示すように3つのタイプに分けられると思われる。タイプⅠは、福祉指向型であり、ねたきり老人、心身障害者(児)等ハンディキャップをもつ個人およびその家庭に対する訪問指導に重点

をおく保健所である。タイプⅡは、保健指向型であり、ライフサイクルにそった個人の健診、ファミリーライフサイクルにそった家庭の生活・健康相談に重点をおく保健所である。タイプⅢは、文化指向型であり、ニューファミリーやコミュニティを対象に、個性的・創造的な健康増進のための情報・機会・場の提供に重点をおく保健所である。先に紹介した「福祉・保健センター」の機能のうち、①②はⅠタイプ、③はⅡタイプ、④はⅢタイプにあてはまる。都市保健所は、これらを濃淡とりまぜて「個性」を形づくることになる。そして恐らく府県保健所は、⑤を含めて「地域保健医療計画」を策定、推進するための行政機関となり、市町村を指揮監督することになるだろう。

都市保健所は、市民とともに市民の健康を守り育てるサービスセンターとして再生するために、自己改革が必要である。第1に、実施する業務を必需的サービス・基礎的サービス・選択的サービス等に分類し、あわせてサービス対象の基準を明らかにするなど、行政責任を明確にしなければならない。第2に、間口が広く奥行が狭い現行業務を、一点豪華主義的に内容の充実を図るなど、サービスの重点化を行わなければならない。第3に、業務をすべて保健所職員によって実施する自己完結型から外部にマンパワーを求め専門職員はプランナー、コーディネーターの役割をもつ企画調整型へ、いわば執筆者から編集者へ転換しなければならない。この3点が結局は保健所が市民に応える近道になるのではないかと思われる。

おわりに

「公衆衛生は黄昏か」と題する保健所医師の投稿が「公衆衛生」誌に掲載されたのが昭和32年である。それから今日まで保健所の論議に必ずといっていいほど「保健所黄昏論」という言葉が使われる。いま思えば、昭和47年の保健所問題懇談会基調報告以降は「保健所白夜論」と名づけられるのではないか。そして本稿は「都市保健所サンライズ論」のつもりである。

保健所職員は、さまざまなケースを抱えて苦闘している⁽⁸⁾。市民の相談は、健康問題を契機としているがそれは生活問題そのものであるからである。憲法第25

条には、すべての生活部面について公衆衛生の向上に努めなければならないとある。都市行政の各分野の方々に公衆衛生行政への理解を得たいという趣旨はここにある。

注

- (1) 参考までに述べると、公衆衛生を扱った推理小説は2つの流れがある。その1つは、水俣病を素材にした水上勉「海の牙」（昭和35年）に始まる「公害もの」であり、足尾銅山鉛毒事件の田中正造を登場させた小林久三「暗黒告知」（昭和49年）ではぼ終る。他の1つは、ペストを主題にした有馬頼義「リスとアメリカ人」（昭和34年）に始まる「伝染病もの」であり、これはともにラッサ熱という新しいウイルス性伝染病を扱った小林久三「灼熱の遮断線」、赤羽堯「危険度は4」（昭和55年）に引継がれる。この間、保健婦、食品衛生監視員等が登場する作品があるが、それは残念ながら点景にすぎないという。
- (2) 市町村保健センターは、英国のヘルスセンターをヒントにしたと推測される。保健所のように行政機関ではなく、市町村レベルにおける健康づくりの諸活動を効率的に展開するための「場」であり、利用施設であると位置づけされている。なお、英国のヘルスセンターは、一般診療所の医療サービスと保健婦、地区看護婦等による保健サービスとを同居させたような施設である。10人程度の一般医がグループ・プラクティスを行いながら、学校保健、健康教育、予防接種等の公衆衛生活動に協力する。また保健婦等のコミュニティ・ヘルス・スタッフによる患者の家庭訪問の基点となっている。
- (3) 神戸市の死因順位、死亡率（人口10万対）は、①悪性新生物 198、②脳血管疾患 144、③心疾患136、④老衰34、⑤肺炎及び気管支炎34、⑥肝硬変31、⑦自殺29、⑧不慮の事故23、⑨高血圧性疾患16、⑩腎炎及びネフローゼ16、⑪結核11である（55年）。なおこの項の統計は、「神戸市衛生統計年報」、「衛生統計要覧」による。
- (4) 公衆衛生の定義については、ウインスローによるものをもっとも広く用いられており、その前半部分に、「共同社会の組織的な努力を通じて、疾病を予防し、寿命を延長し、肉体的・精神的健康と能率の増進をはかる科学であり、技術である」とある。
- (5) 「市民健康意識調査」（55年、56年、神戸市衛生局）によると、例えば「平日のストレス解消法の相手」は「家族」35.3%、「近所の人」8.5%「これからやりたい運動の相手」は「家族」31.5%、「近所の人」3.4%となっている。
- (6) WHO専門委員会による「包括的ヘルスケア」とは、「健康増進、各レベルの疾病予防、早期診断・早期治療、リハビリテーションを含むものであって、これら

のすべての段階における衛生教育も包含されていることを意味する」ものである。

「包括医療」、「保健・医療」などの用語があり、行政用語としてはほぼ「保健医療」に定着してきた。

(7) 中央保健所は、総合庁舎形式としては全国一の規模をもち、健康増進室、精神衛生グループ活動室、相談コーナー、健康情報コーナー等があり、オフィス・コンピュータも導入している。

(8) 例えば、「垂水の保健婦たち」*(56年、垂水保健所)、「神戸市精神衛生事例集」*(54年、神戸市衛生局保健課)。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

保健婦の活動は、保健婦の生活と密着したものであり、保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。保健婦の生活が豊かになれば、保健婦の活動も豊かになる。

神戸市の地域医療対策について

木村三朗

(神戸市衛生局次長)

1 はじめに

近年におけるわが国医療の高度化・多様化は目覚ましいものがある。すなわち、人口の老齢化、公衆衛生の進展、医学医術の進歩、食生活の変化等による疾病構造の変化、生活・文化・教育水準の向上に伴う国民意識の変化、国民皆保険制の確立と医療施設の増加による受診機会の増大などにより、医療需要が年々増加し、質的にも多様化・高度化しているのである。

こうした状況の中で、これらの医療需要に対応して、いかにして医療供給体制を整備していくか、つまり、老齢化時代の進展と地域の実態に適した保健医療サービスの確保に努め、市民の健康を守り育てるといふ、いわば市民生活の基礎的要件をいかに充足していくかが、自治体行政の課題としてクローズアップされてきた。

神戸市が毎年実施している全世帯アンケートをみても、ここ数年「病院・保健」に対する要望が常に1・2位を占めており、市民の保健・医療サービスに対するニーズ（行政需要）が極めて高いものであることが示されていると言える（表一1、2）。具体的には、本市救急医療対策の充実、西北神地域等における総合病院の建設をはじめ1次診療機関の設置など地域における医療対策である。

これらの医療対策については、国や県の責務であるとの論議もあるが、本市行政の主体性において取り組んでいるのが実情である。

本稿においては、まず、神戸市の医療状況をはじめ、人口急増地域である西北神地域の医療確保対策、救急医療対策について述べることにしたい。

表一 全世帯アンケートにおける市政への要望順位

	45年度	52年度	53年度	54年度	55年度	56年度
1位	公害対策	老人福祉	病院・保健	病院・保健	排ガスや路上駐車など自動車の規制	病院・保健
2位	交通安全	病院・保健	老人福祉	老人福祉	病院・保健	消費者のための施策
3位	住宅建設・住宅環境	住宅建設・住宅環境	排ガスや路上駐車など自動車の規制	排ガスや路上駐車など自動車の規制	住宅建設・住宅環境	排ガスや路上駐車など自動車の規制
	9位 病院・保健					

表二 区別にみた1位の市政要望と「病院・保健」の順位

(昭和56年度全世帯アンケート)

	東灘区	灘区	中央区	兵庫区	北区	長田区	須磨区	垂水区	本区	西神
1位	消費者のための施策	消費者のための施策	消費者のための施策	自動車の規制	病院・保健	自動車の規制	バス地下鉄など交通	病院・保健	病院・保健	病院・保健
「病院・保健」の順位	7位	5位	5位	5位	1位	4位	2位	1位	1位	1位

2 神戸市の医療

(1) 医療施策の方向づけ

本市は、環境都市・福祉都市・文化都市・国際港湾都市をめざし、かつ市民参加による市政を運営することを課題としている。

福祉都市づくりについては、昭和52年「神戸市民の福祉を守る条例」を制定し、福祉行政の総合的推進を図ってきた。

この福祉条例12条は、「市民の健康は、市民ひとりひとりの健康に対する自覚をもとにして、保健医療体制の確立及び良好な環境により保持され、かつ増進されなければならない」と規定し、市民ひとりひとりが生涯にわたって、より高い健康を享受するためには、市民各人の自覚と実践が必要であり、行政は市民の健康を支えるあらゆる条件の整備に最大限の努力をほらう責務があるとしている。

神戸市の地域医療対策について

このため、保健医療サービスは、健康増進から疾病予防・診断治療・リハビリテーションを包含し、一貫性・連続性を保ちながら、性・年齢・地域の特性等に応じた機会と場を提供できるように、有機的に医療資源を活用整備し、医療機関、市民、行政の相互理解と協力のもとに実施していくことが期待されているのである。こうした市民の生涯保健の考え方に立脚して、行政の計画化を促進するため、財政の裏づけのある中期計画（昭和56～60年度）を策定して、保健医療施策を展開している。すなわち、医療施策の面では、

- ① 市立病院群の整備
- ② 救急医療体制の整備
- ③ 地域医療体制の整備
- ④ 医療従事者の確保

を通じて、市民の医療需要に対応しうる医療供給体制の確立を目指している。

(2) 地域医療体制の整備

神戸市の医療状況は、一般診療所・一般病床数とも全国平均を上まわっているが(表一3, 4), 地形的には、六甲山系の瀬戸内海沿いに広がる既成市街地と裏側にあたる西北神地域とは全く状況が異なり、西北神地域はいわゆる医療過疎地域となっている(図一1)。

神戸市では、昭和30年代から人口のドーナツ化現象が進展し、既成市街地で

表一3 医療施設数 (昭和54年)

	病 院						一 般 診 療 所				歯科診療所	
	総数	精神	結核	伝染	一般	人口 10万対	総数	有床	無床	人口 千対	総数	人口 千対
神戸市	97	8	2	—	87	7.1	1,298	277	1,021	0.95	620	0.45
全 国	8,800	966	48	21	7,749	7.6	76,730	29,058	47,672	0.66	37,109	0.32
10大都市	1,685	99	10	2	1,574	7.2	21,464	5,501	15,963	0.92	12,276	0.53

(出典) 昭和54年衛生統計年報 (神戸市)

昭和54年医療施設調査・病院報告 (厚生省)

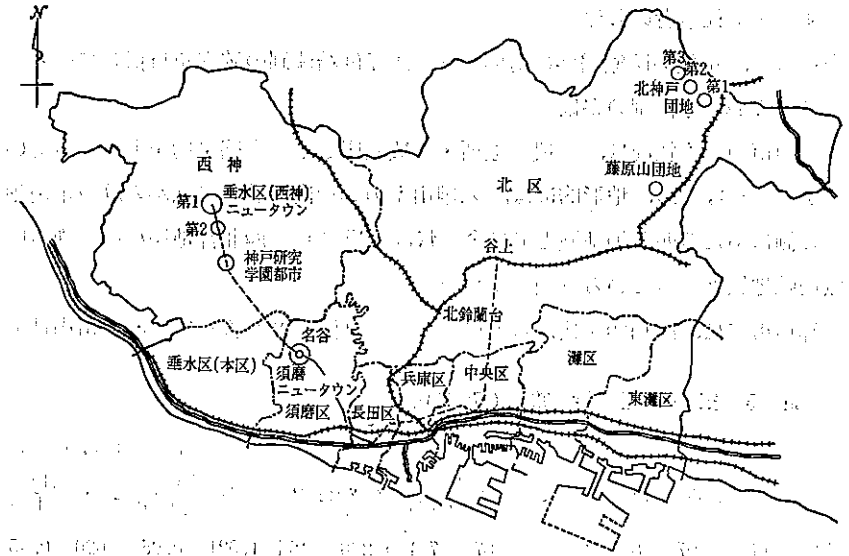
表-4 病院の病床数（昭和54年）

	総数	人口	精神病床	人口	結核病床	人口	伝染病床	人口	一般病床	人口
		千対		千対		千対		千対		千対
神戸市	16,887	12.3	3,151	2.3	2,246	1.6	200	0.1	11,290	8.2
全国	1,269,081	10.9	300,818	2.6	91,781	0.8	19,033	0.2	844,707	7.3
10大都市	256,824	11.0	39,788	1.7	15,295	0.7	2,438	0.1	199,303	8.5

（出典）昭和54年衛生統計年報（神戸市）

昭和54年医療施設調査・病院報告（厚生省）

図-1 神戸市全図



の人口が減少する一方、宅地開発による新規住宅団地の造成により、西北神地域や須磨区・垂水区（南区）の人口が急増した（表-5）。これに対し、道路・鉄道といった交通手段や生活関連施設は、開発指導要綱の制定等により整備されてきたが、一次診療機関の充足は、今日の自由開業医制のもとでは極めて困難な状況であった。

表一五 神戸市の人口の推移

	総 数	東 灘	灘	中 央	兵 庫	
昭和35年	1,113,977	134,349	155,360	178,732	201,406	
40年	1,216,666	155,908	168,976	171,835	206,732	
45年	1,288,937	171,125	170,791	148,288	188,419	
50年	1,360,605	183,872	157,891	130,491	165,868	
55年	1,367,392	183,284	142,312	115,330	142,419	
	北	長 田	須 磨	垂 水	本 区	西 神
昭和35年	37,168	202,338	93,578	111,028	70,537	40,499
40年	47,344	214,345	103,509	148,017	105,253	42,764
45年	81,220	210,072	111,123	207,899	161,366	46,533
50年	135,691	185,974	125,550	275,268	207,064	68,204
55年	164,715	163,949	155,683	299,700	212,758	86,942

(注) 各年とも国勢調査による。但し55年は概数

そこで、昭和49年開発指導要綱を改定し、開発者に診療所の開設を指導するなど、地域医師会の協力のもとに地域に密着した診療所の設置を促進するとともに、昭和52年より診療所開設の資金融資制度を創設して医療過疎地域への一次診療機関の誘致をすすめてきた。

また、地域的に二次的救急をはじめとする高度医療が確保されるよう、総合病院を一定地域の中核病院として整備していくことが、地域住民の切実な医療ニーズとなっている。特に西北神地域における中核病院の設置は、地域医療体制を考えるうえで、極めて重要な意義を有するものである。西神地域については、須磨ニュータウンに国立療養所神戸病院が、病院転換により国立神戸病院として昭和56年4月に開院された。このことは、住民の総意により誘致対策をすすめてきたことが結実したものである。北神地域については、既成市街地にある社会保険神戸中央病院を、神戸市の主体性において北鈴蘭台に誘致すべく国に働きかけている。

地域医療体制における医療供給主体としての医療機関は、人口増加により医療ニーズが増加すれば必然的に増加するといった単純なものではなく、道路交通網等社会資本の整備、一定以上の人口密度、連携すべき中核病院の存在など「まち」としての成熟といったものが前提になると考えられる。一方、医療は人口定着と同時に必要不可欠なものとなるため、結果的にはかなりの時間のずれを生じる。医療供給体制整備についての行政の役割は、いわば「先行投資」の役割を担うことになると言えよう。

一方、既成市街地においては、都心のドーナツ化に伴い人口の高齢化が進展しており（表一六）、時間外における医療過疎現象が一部にみられるなど、保健予防対策と医療との連携を含めた医療対策の検討が、今後必要となるのではないかと考えている。

表一六 65才以上人口の比率(%) (昭和55年)

全市	東灘	灘	中央	兵庫	北	長田	須磨	垂水	本区	西神
9.0	8.3	10.7	11.0	12.2	6.3	11.6	7.9	6.9	6.5	8.0

(3) 市立病院群の整備

沿革的に市内の病院をみた場合、①一般病院については、人口の集中する市の中心部に立地が集中しており、西北神地域は良好な自然環境と広大な土地を生かし、精神・結核・リハビリを主とする病院が立地した。（現在、精神病床については全市の79.6%、結核病床については37.4%を西北神地域の病院が占める）

②神戸港の存在により船員や港湾労働者を対象として設立された病院や、臨海部の造船・鉄鋼等の大工場の従業員を対象とした企業立病院がかなり設置された。

といった特色を持つ反面、基幹となる国立病院がなかったため、基幹病院については本市自ら整備する必要があった。これが市立中央市民病院である。現在1,000床を有する同病院は、自治体病院としてはわが国最大の規模であり、ま

た、現代医学の最先端を行く高度医療機能を持つとともに24時間8科目当直体制の救命救急センターとして、本市医療体制の中で極めて重要な役割を果たす一方で、医療従事者の教育・研究を通じて市全体の医療水準の向上をめざしている。

また、長田区にある西市民病院（370床）は西部地域の中核病院として位置づけ、必要な高度・救急医療等の整備・拡充を図っている。

一方、増大する脳卒中後遺症患者及び慢性患者の治療とリハビリテーションを行うために西神地域の市立玉津病院及び少年保養所を後方病院として再編成することを検討している。

(4) 市内病院群の傾向と行政の対応

現在（昭和56年9月）、本市の病院数は103（人口10万対7.5）、病院の病床数は17,284床（人口千対12.6）であるが、これを年次推移でみたものが表一7、8である。

表一7 神戸市における医療施設数の年次推移

	昭和35年	45年	56年9月
病 院	72	93	103
精 神	2	9	8
結 核	11	5	1
一 般	59	79	94
人口10万対	6.5	7.2	7.5
一般診療所	1,091	1,244	1,339
人口10万対	97.9	96.5	97.4
歯科診療所	453	501	666
人口10万対	40.7	38.9	4.85

表一8 神戸市における病床数(病院)の年次推移

	昭和35年	45年	56年9月
総 数	9,040	14,991	17,284
精 神	856	2,822	3,109
結 核	3,429	2,965	2,027
伝 染	177	211	38
一 般	4,578	8,993	12,110
人口1,000対	8.1	11.6	12.6
一般病床 人口1,000対	4.1	7.0	8.8

地域中核病院としての公的総合病院の誘致等いわゆる「医療過疎対策」は後述するとして、市内病院群の最近の特徴をみた場合、急激な人口増加により医療需要の増大する西北神地域で小規模病院の立地が相次ぐ反面、既成市街地で

は心臓病センター、成人病センター、脳卒中センター等の建設、CTスキャナ
ー、ICU、CCU等高度医療機器の導入など専門化・高度化の方向性を次第
に強めてきたことを挙げる事ができる。

既成市街地には、人口減少が進む反面、数多くの病院が立地しており（例、
中央区の一般病床人口千対比42.7床）、それぞれの病院が自らの特色を生かし
た病院経営への転換を迫られているといえよう。加えて高齢化の進展等による
疾病構造の変化（表一9）に対処する必要がある、病院群をめぐる環境に大き
な変化が生じている。救急搬送サイドからも患者搬送困難事例の解消策の一つ
として、これらの疾患（脳卒中、心臓疾患等）に対する救命救急医療の確保に
対する要請が強い。

表一9 神戸市における主要死因率の推移（率）人口10万対

	脳血管 疾患	悪性 新生物	心臓の 疾患	老 衰	全結核	不慮の 事故	肺炎気 管支炎	腎 臓 炎 （ネ フロー ゼ）	自殺	高血圧 性疾患	肝硬変
昭和35年	116.0	100.9	59.8	54.1	53.6	39.5	43.8	14.9	28.7	13.8	12.0
40	119.3	104.8	61.0	39.5	33.9	37.0	28.1	12.2	16.9	15.0	12.7
45	125.0	117.8	75.7	33.7	26.7	33.1	24.6	7.4	17.2	17.0	18.9
50	121.7	126.0	81.6	24.8	14.6	23.1	24.8	7.8	22.6	16.3	22.6
55	117.3	155.9	105.1	30.8	8.0	20.8	27.0	12.1	19.9	12.6	21.8

（出典）衛生統計要覧昭和56年版（神戸市）

本市としては、こうした病院の専門化、高度化等救命救急機能の向上につい
ては、国の制度を活用して、地域性を充分勘案しながら必要な助成措置を行っ
ている。

(5) 連携システムの強化

有限な医療資源を有効活用するためには、連携システムの整備、すなわち医療
のシステム化が不可欠である。医療のシステム化とは、「医療資源を地域住民の
医療確保の目的に向かって各資源自らの意志によって自主的に機能連携をはか

るよう調整する」こととされている。(大谷藤郎『21世紀健康への展望』170頁)

本市では後述するように、患者の症状に対応した適切な医療が受けられるよう1次から3次までの救急医療体制を整備しているが、救急医療が円滑に行われるよう、医師会等関係医療機関、行政、救急搬送機関により、神戸市救急医療対策連絡調整会議を設置しており、まず救急医療に関して連携システムの協議・検討を行っている。この会議では、行政はいわば「医療機関相互の連携システム整備のための必要な場づくり」を果たしている。

また、新たな試みとして、開業医と中央市民病院の連携を強化するため、中央市民病院内に医師会連絡室を設置している。

一方、医療連携が円滑に機能するためには、市民ひとりひとりが医療機関の正しい利用方法等、医療に対する正しい理解を持つことが必要であり、本市では広報紙、ステッカー（いずれも全世帯に配布）等を通じて積極的にPRを行っている。

3 西北神地域における医療対策

(1) 西北神地域における医療現況

西北神地域は、北区(北神地区)と、垂水区のうちでも都市基盤が未整備ないわゆる西神地域を総称したもので、六甲山系の北側に広がる内陸部に位置し、面積は神戸市域の7割を占める広大な地域である。

この地域は、良好な山林と田園地帯であったが、近年に至り新規住宅団地の開発が盛んになり人口の著しい増大をみている。現在、さらに北区では、北神戸団地(計画人口40,000人)、藤原山団地(同30,000人)、西神地域では、西神ニュータウン(同103,000人)などの大型団地の開発がすすむとともに、幹線道路の整備や北神急行電鉄の新設(昭和62年予定)、地下鉄西神線の須磨ニュータウンから西神ニュータウンまでの延伸(昭和61年予定)が予定されるなど都市基盤の整備も進められており、昭和60年の人口は、北区20万人、西神地域17万人と予想される。

一方、西北神地域における医療施設の状況をみたものが表—10、11であるが、

表一〇 西北神地域の医療施設数
(昭和56年9月)

		北 神	西 神
病 院	総 数	12	14
	精 神	2	4
	一 般	10	10
	一般病床	667	1,010
一般診療所		72	31
歯科診療所		42	11

全市水準に比し医療施設の不足が目立っている。西神地域に一般病院・一般病床が多いのは、リハビリテーションの施設や少年保養所等、広域な診療圏を持つ病院の立地が多いためであり、これらを除くとその充足は不十分なものとなっている。

このため西北神地域については医療基盤を整備し、いわゆる「医療過疎」の状況を解消するための諸施策を必要としている。

なお、通常、医療過疎には次の3つの要素があるといわれている。

a 地域的なもの……人口が僅少である。

交通手段が未整備である。

人口は多いが、スプロール現象等人口集積の経緯に特色がある場合。

b 時間的なもの……休日・夜間等診療時間外に無医状態になる、あるいは当直状態がとれていない。

c 機能的なもの……著しく不足している診療科目がある(眼科・耳鼻科等)。二次救急等高度医療機能がない。

表一一 人口10万対(一般病床のみ人口千対)の指標
(昭和56年9月)

		全 市	北 神	西 神	市街地5区(注)
病 院	一般病院	6.8	5.9	11.1	8.0
	一般病床	8.8	3.9	11.2	11.8
一般診療所		97.4	42.6	34.3	137.9
歯科診療所		48.5	24.8	12.2	67.2

(注) 市街地5区とは東灘区、灘区、中央区、兵庫区、長田区をさす。

したがって、医療対策はこれらの点を考慮し、総合的な施策を展開する必要がある。

(2) 西北神地域における医療対策

前述したように、西北神地域においては医療施設が不足しており、医療基盤の整備を促進する必要がある。この地域からの市政要望をみても、診療所の設置や総合病院の建設を望むものが非常に多く、本市においても医療機会の均等を確保するため、地域の医療体制整備に努めている。

① 開発指導要綱に基づく医療施設の誘致指導

西北神地域における地域医療対策の一つの柱は、新規開発団地における医療施設の確保である。

神戸市では、開発指導要綱を改定し昭和49年度より面積1ha以上または40戸以上の開発事業を行う場合に、開発者に対し、公益施設建設の一部負担などの指導を実施しているが、医療施設についても同様の趣旨でその確保を図っている。すなわち、団地の規模、周辺の医療状況、交通の便などを勘察したうえで医療施設が必要と認められるときは、医師会・歯科医師会とも協議しながら、開発者の負担において計画的に医療施設を誘致するよう市と開発者の間で協定書を交換し、それに従い指導を行っているわけである。なお、本市が医師・歯科医師のあっせんを行うときには、住居併設を条件に付する等いわゆるホームドクターの定着を期しており、地域に密着した医療の確保に努めている。

この指導により、昭和56年9月末までに、西北神地域に24施設の診療所の誘致を指導しており、そのうち9施設が既に開設されている。

② 医療機関整備資金融資制度

一方、昨今の地価・建築費の高騰、医療機器の高額化等により、診療所を開設するには多額の資金を必要とするようになっており、西北神地域等のいわゆる医療過疎地域においては明確な医療需要の予測がむずかしいこともあって、診療所の開設を容易に行えないのが現状である。

そこで、開設資金の一部を長期・低利で開設者に融資し、その経済的負担を軽減することを通じて診療所の開設(増設)を促進することを目的に昭和52年10月に診療所整備資金融資制度を発足した。当初、融資の対象は診療所のみであったが、救急医療をはじめとする高度医療が地域的に必要であることに鑑み、昭和55年8月からは対象を病院にまで拡大し、医療機関整備資金融資制度に改

めている。

この制度により、昭和56年9月末までに、西北神地域に病院1を含む19施設の医療機関に融資を行い、既に18施設が開設されている。

③ 地域中核病院の整備

しかしながら、地域に密着した診療所や中小の民間立病院による医療供給だけでは、二次救急をはじめとする高度医療に対応することは困難である。神戸市には、教育研究的なものや特殊専門領域に属するものとして神戸大学付属病院、県立がんセンター、県立こども病院があり、また市立中央市民病院が本市の基幹病院として高度医療に対応している。しかし、本市のあらゆる高度な医療需要をこうした病院のみで対処することは不可能であり、それぞれの地域において高度医療に対処できることが地域医療の観点からは望ましく、地域における中核病院の整備がどうしても必要である。

神戸市では、昭和56年4月に、人口増加の顕著な須磨ニュータウン及び西神地域の高度医療需要に対応する中核病院として、須磨ニュータウン内の名谷に国立神戸病院を誘致したのに続き、北神地域については現在、社会保険神戸中央病院の誘致を働きかけている。前者については、国が本市の地域医療の要請に応え、結核療養所であった国立療養所神戸病院を病院転換により移転整備し、総合病院として開設したものであり、後者については中央区にある同病院を北神地域における中核病院として北鈴蘭台地区に移転整備を要請しているものである。両病院とも地域中核病院たるにふさわしい公的な総合病院であり、また、地域医師会、保健所との協調により1次診療所との連携を含め、地域における医療のネットワーク化に多大の寄与をなしうるものである。

なお、西神地域については、幹線道路の整備や市営地下鉄線の延伸等による都市基盤整備の進展及び西神ニュータウンの開発等に併う人口定着により、今後一層、医療需要の急速な増大が予想されるので、当面は国立神戸病院の増床等の拡充をさらに働きかけている段階である。

4 救急医療対策

救急医療対策の充実が叫ばれるようになりすでに久しい。

救急医療は、人口の動態などの様々な社会変動や疾病構造の変化を背景に有し、かつその具体的適用の場がそれぞれの地域である。さらにいつ発生するかもしれない患者のために休日・夜間にも医療の供給を必要とする。こうした意味において、救急医療はいわば地域医療の縮図とも言えるわけである。

(1) 神戸市の救急医療体制

周知のとおり、救急医療問題の発生は、交通事故による外科系患者対策に端を発しているが、近年に至り、休日・夜間における内科・小児科系の急病対策が社会的に強く要望されるようになってきた。

本市においても、こうした状況は例外ではなく、1次～3次の機能別分担の考え方に基づき、救急医療体制の整備を行ってきた（図—2）。

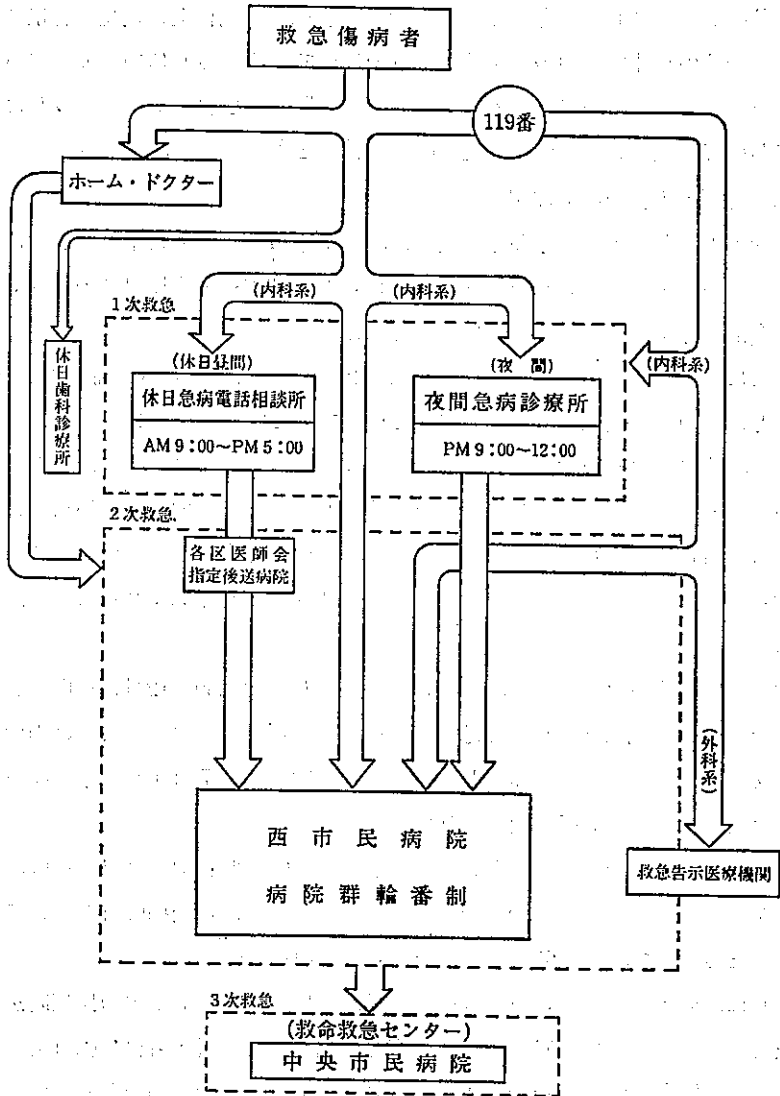
まず、休日の急病患者に対しては、各区にテレホンセンターを設置し対処している。テレホンセンターには、医師が出務し、主として内科・小児科系の急病患者に対し、電話による医療相談に応じ在宅医の紹介を行っている（昭和46年12月東灘区に第1号のテレホンセンターを設置し、昭和52年2月には全区に設置を完了した）。

次に、夜間急病対策としては、全市を対象として昭和50年12月に夜間急病診療所を設置し、内科・小児科の急病患者の診療を行ってきたが、これは当面对策であったため、その後医師会と協議を重ね、昭和56年7月から診療機能を充実した新夜間急病診療所が開設されている。

一方、入院・手術を要する重症患者対策としては、昭和54年2月に病院群輪番制が発足した。これは本市を東西2ブロックに分け、市内病院群が輪番で救急にあたるもので、現在65病院がこの制度に参加している。

さらに、直接生命に危険のある重症患者に対しては、市立中央市民病院が救命救急センターとして対処しており、現在、内科・小児科・外科・脳外科・CCU・産婦人科・麻酔科・その他1科の計8診療科で24時間体制をとっている。また、市立西市民病院においても、内科・その他1科の計2診療科で24時間体制をとっている。

図一 神戸市の救急医療体制



一方、救急医療の円滑な運用に不可欠な救急医療情報システムについては、昭和56年4月より兵庫県の広域救急医療情報システムの運用が開始された。こ

神戸市の地域医療対策について

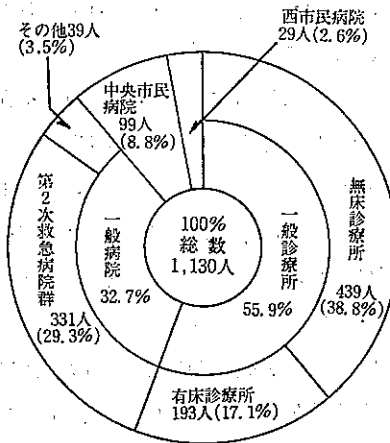
れは、各医療機関に端末器を設置し、応需側で入力された情報を救急医療情報センターでコンピューター処理し、2次救急についての情報の提供を行うものである。本市では、テレホンセンター及び消防局司令センターが情報システムとしての機能を一部果たしているが、今後、これらを含めて最も効果的な情報システムを樹立していかなければならない。

(2) ホームドクター制の推進

前述したように、本市では患者がそれぞれの症状に応じて適切な医療を受けることができるよう救急医療体制の整備を行ってきたわけであるが、救急医療の基盤をなすものは、あくまでもかかりつけの医師(ホームドクター)である。本市においても、ホームドクター制の推進が市民の医療確保に最も貢献するものと考えており、市民に対しても積極的にPRを行っている。

本市においては、地域医師会の努力により、こうしたホームドクター制の定着はかなりの程度にまで達している。毎年実施していることであるが、最近では昭和55年12月7日(日)に医師会が実施した休日急患調査によれば、この日

図一三 休日急患実態調査医療機関別患者数



(昭和55年12月7日(日)神戸市医師会調査)

図一四 かかりつけの医師が診療した比率

		20	40	60	80	100%
一般診療所	無床診療所	[Hatched]				71.3
	有床診療所	[Hatched]				49.7
一般病院	第2次救急群	[Hatched]				44.1
	その他	[Hatched]				79.5
中央市民病院		[Hatched]				12.1
西市民病院		[Hatched]				24.1
合計		[Hatched]				53.5

(昭和55年12月7日(日)神戸市医師会調査)

に発生した1,130人の患者のうち、53.5%を占める605人の患者がかかりつけの医師に診察されており、特に無床診療所では、この比率は71.3%と高くなっている（図一3、4）。

また、夜間急病診療所の患者数をみても、1日平均11.5人（昭和55年度）とかなり低い数字となっているが、中央・西両市民病院が毎日24時間体制をとっていることとともに、地域においてホームドクター制がかなり定着していることを示すものと言えよう。

(3) 救急医療における連携体制

しかしながら、こうしたホームドクター制の定着のためには、2次・3次の後送機関が存在していることが前提となる。すなわち、有機的に相互連携のとれた医療体制の確立である。

ここでは、本市における医療連携体制確立に向けての取組みとして、テレホンセンターにおける連携と神戸市救急医療対策連絡調整会議を紹介することにした。

① テレホンセンター

前述したように、テレホンセンターでは、休日における在宅医の紹介などの医療情報の提供を行っているわけであるが、その前提となっているのがこれを可能ならしめる受入体制、すなわち在宅医の確保である。

これについては、テレホンセンター事業の運営に携っている各区医師会が在宅医の確保を行っているとともに、後送機関として2次診療を行う病院の受入れ体制も整えられている。つまり、患者はテレホンセンターを通じ、通常、1次診療機関を紹介されるが、そこでスクリーニングの結果、より高度な医療が必要であると認められるときには、在宅医はテレホンセンターと連絡をとりながら、2次後送病院に患者を後送するというシステムである。

このように、テレホンセンターにおいては、患者が最終的には、その症状に最も適した治療を地域で受けることができる体制が整えられていると言えるわけである。また、テレホンセンターでは、医療供給のみではなく、医療相談を通じて健康教育の役割を果たしていることも大きな特徴となっている。

② 神戸市救急医療対策連絡調整会議

一方、本市では、救急医療対策全般について検討を行うため、1次～3次の医療従事者と、救急搬送も含めた関係行政機関の実務担当者の参加による「神戸市救急医療対策連絡調整会議」を設置している。この会議は、本市において病院群輪番制実施にあたって設けた「神戸市第2次救急体制連絡調整会議」をその後発展的に解消し新たに発足させたものであるが、現在までに、医療連携のありかたの他、特殊科目対策、小児科救急対策、救急医療情報システムの整備、救急車による患者収容困難事例等につき問題提起がなされ、その解決に向け調査・検討を続けている。また、会議の中では、国立・県立病院に対して、救急医療への積極的な取組みを通じてその特殊専門機能を地域医療の中で発揮するよう要望がなされており、本市においても関係機関に強く働きかけている。

しかしながら、救急医療における連携体制確立への動きはまだ緒についた段階であり、試行錯誤の過程となっているのが実情でもある。現在まで長い歴史的な経過を経て発展してきた医療体制のあり方に一朝一夕に変化を求めることは不可能であるが、今後とも医療機関相互、さらには、市民・医療従事者・行政の三者の相互連携に向け、幅広い検討が必要であると考えている。

5 おわりに

地域医療対策に課された課題は多い。

西北神地域にみられるような都市におけるいわゆる医療過疎地域や救急医療における医療基盤の整備は、今後とも強力に推進していかなければならない。

しかしながら、地域医療対策はこうした医療基盤の整備に終始するものであってはならず、それは地域医療のシステム化に眼を向けたものでなければならない。すなわち、地域医療システムの目指すところは、地域住民がその生活圏の中で疾病の不安を解消し、健康を保持していくことなのであり、そのためには、医師と患者の信頼関係を基礎としたホームドクター制の推進を土台とし、機能別分担に基いた医療機関が相互に連携できる体制づくりに取り組んでいかなければならないのである。

このような取組みは、わが国のように自由開業医制を前提として発達してきた医療体制を基本的枠組とするならば、地域の医療関係者と自治体が、市民の医療ニーズを適確に把握し、その改善について合意を積み重ねていく、そしてその中で公・私の役割分担についても明確にしていくという方向でなければならないであろう。

本稿においては、神戸市における地域医療体制・対策について、主として医療機関そのものに焦点をあわせて述べてきた。

もちろん、医療施設や設備等、医療のいわばハード面だけではなく、それを支える医師のみならず看護婦やあるいはレントゲン技師等のコメディカルスタッフの充実が今後一層望まれることは言うまでもない。

さらに、地域医療対策はこうした治療のレベルにとどまるのではなく、健康増進・予防・診断治療・リハビリテーションの一貫した体系を地域的にその特性に応じて整備する方向に向かわなければならない。すなわち、保健と医療との有機的な連携を地域的に確立することが、重要な課題となりつつあるわけで、そのためには、地域の住民、医師会、病院群、保健所、自治体等が総合調整を図り、それぞれの機能分担に応じた役割を果たしていくことが必要であろう。

1 はじめに

世界で初の海上文化都市を創造する人工島「ポートアイランド」の完成、そして、その中央部に日本最高、最新の設備を誇る神戸市の基幹病院「新神戸市立中央市民病院」が誕生した。

およそ、人の命の価値は、その地域における医療水準の関数であるといわれている。

最大多数の市民が、いつでも診療の機会を与えられ、精力的、集中的に熟練度の高い良い品質の医療を受けることが保証されていること、更にすすんで救急医療・集団検診等を通じて直接的にも、間接的にもその医療を地域社会に還元することが可能な病院づくりを試みることは、まさに市民の生命を守る市政の根幹に触れることである。

その意味において、新病院建設に大英断をもって臨んだ神戸市当局に対し、医療関係の一員として、心から敬服と感謝を表するものである。

昭和56年3月8日に、旧病院から無事に患者移送を終え、新病院として137万人市民の期待を背負い、全国の医療関係者から注目を集めながら外来診療を開始したのが3月14日であった。あれから約10カ月、中央市民病院は、市民の生命と健康を守るため、日夜努力を続けている。診療開始当初には病院職員の不馴れや、来院患者の新しい病院に対する戸惑い等から若干の混乱もあったが、それも日が経つにしたがって治まり、現在では、外来患者1日平均1,500名以上、ベッド稼働率93.5%と旧病院当時を上廻る状況となっている。(表一参照)

表一 診療開始後の患者取扱状況（1カ月延取扱人員）

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
外 来 患 者	30,593	32,291	34,717	37,732	36,422	36,334
入 院 患 者	19,546	21,018	21,915	23,996	23,835	23,535

新中央市民病院が完成し、診療を開始して10カ月余りを経過した今日、あらためて、この病院が持つ機能と、果さなければならない役割について考えてみたい。

2 新中央市民病院に要請された基幹病院としての役割像

従来、病院は病気の診断・治療を行う所であると考えられてきた。しかし、1957年、WHOが病院はただ単に患者の診療を行うだけでなく、地域社会へ向って積極的、能動的に働きかけ、①地域住民の病気の予防、②医療従事者は勿論、住民も含めた教育・研修・研究が行われるようにし、③身体的のみならず精神的、社会的なりハビリテーションを含めた病院活動の場を拡大していく必要があることを提唱、この考え方は現在では、病院医療の正しい概念として世界的に定着してきた。また、欧米諸国では早くから人口100万から150万人位をひとつの単位と考え、これを1医療行政区とし、その中心となる教育・研究・研修病院を基幹病院として医療行政の中心に設置している。

このような世界の医療における時代的、社会的背景のもとに、昭和48年7月「神戸市医療問題懇談会」（座長藤野恒三郎）が設置され、同年12月に、神戸市における医療行政、とくに新しく建設しようとする中央市民病院のあり方について、

- ① 神戸市の医療行政における基幹病院であること
 - ② 市内の医療機関と連携し、救急医療の中心的存在とすること
 - ③ 医療水準を最高に保つための教育・研究・研修病院とすること
- との答申を受けた。

このことは、旧病院時代からすでに神戸市の基幹病院として、昭和46年から厚生省指定の研修病院として研修医教育制度の実施、昭和48年から市民のニーズに応え、それまでも行ってきた救急活動の充実をはかり、24時間救急体制を採り、昭和52年には全国で最初の救命救急センターとして国から指定を受けたほか、後述するチーム診療、診療予約制の試行など、常に神戸市の医療行政の中心的な役割を果し、市民の要望に応えてきた事を考えると、当然のことであると考えられる。

3 新中央市民病院建設の基本構想と実現内容

前述の「神戸市医療問題懇談会」の答申を受けたわれわれは、昭和46年から院内に設置した「病院改築委員会」で研究・検討してきた内容をもとに、新病院建設にあたっての基本構想をまとめ、その実現をめざして建築面、運営面、管理面からの検討を加え、さらに、医療先進国としての欧米各国の病院施設を視察、参考となるどころを十分に取り入れるなど、あらゆる面からの検討を行い、将来に向っての病院像をえがくと共に、その理想を追求した。

(1) 基幹病院としての基本構想

われわれは、基幹病院建設計画にあたって、次のように3本の柱を基本理念として考えた。

① 一人の患者の治療に病院全体が責任を持つような診療体制、つまり各専門医師団による「チーム診療」が行われる病院

一般に世間では医師を選ぶのは患者の自由であり、患者の権利であると考えられているが、果して病院内において自由に医師を選ぶことがどこまで可能であろうか。

そもそも患者に対する診療行為の契約は、病院においては個人の医師との契約ではなく、患者とその病院の院長との間に交されるものであって、市民病院の場合には最終的には神戸市長ということになる。他方、我国においては漢方医から転化してきた開業医制度の発展という歴史的な経緯から“個の医療”が

主流を占め、欧米のごとく病院医療制度を中心とした医療の環境が与えられたのは、戦前・戦後を通じてごく最近のことである。

前述の契約という観点から病院における診療体制は、1人の患者の診療に1人の医師のみが主治医となる主治医制ではなく、1人の患者に対して病院が有するすべての人的、物的機能が提供されなければならない。つまり、内科・外科・小児科といった各専門科の枠をはずした「チーム診療」又は「集団医療」といったプロジェクトチーム作りを考えるべきである。このような考え方に立って中央市民病院では、旧病院で約8年前から臓器別・疾患別のチームを編成し試行的に実施してきたが、その成果をふまえて新病院ではこの方式を全面的に導入した。それが現在実施している「循環器センター」、「呼吸器センター」、「消化器センター」、「脳神経センター」及び「腎尿路センター」である。

② 知識の再生産が可能で、高度な医療水準が維持出来る教育・研究・研修病院

地域の基幹病院として最も必要なことは、常に最高の医療水準を維持し、将来に向けてこれを如何に高めていくかであろう。新しい施設・設備は年と共に老朽化していくのは当然であるが、これに伴って知識・技術がその時代の最高水準から取り残されるようでは、少なくとも基幹病院とはいえないのである。

そのためには、常に最新の医療機器を導入確保するよう努力しなければならないが、それにもまして大切なことは、如何にして優秀な人材を確保し、養成していくかである。病院が医学の進歩発展についていくためには常に病院の若返りをはかっておかなければならない。昭和45年から導入されている研修医制度、同56年からスタートした専攻医制度はその方法の1つである。

この制度は、研修を受ける者の勉強の場であるだけでなく、教育する指導者もまた新しい知識・技術を研さんしておかなければならない。こうしてお互いに研修・研究し、教育し、教育されながら優秀な人材が育っていくのである。いわゆる優秀な研究者の育成は大学にまかせ、真に地域社会が要求している「良い臨床家」作りこそ基幹病院が果さなければならない使命のひとつではないだろうか。

優秀な臨床家を育成するためには、数多くの臨床の機会を与え、カンファレンスに参加させ、最新の図書で勉強させることである。このような意味から図書室の整備、臨床研究に必要な設備の充実、次代を背負う優秀な臨床家育成には欠くことのできない条件のひとつである。

③ 高度な医療を市民生活に還元しようとする地域医療行政の中心としての病院

1957年、WHOが提唱し世界的に定着しつつある病院医療の正しい概念と、人口100万から150万人位を1つの医療行政区とみなす考え方からすると、人口約130万の神戸市は、あたかも適切な1医療行政区的な考え方が可能であり、基幹病院構想の必然性も理解できる。しかし、その基幹病院が有機的な機能を果たさず、単に、高度医療をめざす病院だけの存在となれば、社会的にも、医療行政的にも存在意義は小さくなり、ぼう大な公費を投資した行政価値の真価が問われることになる。公的医療機関としての中央市民病院が基幹病院として果たさなければならない重要な役割がそこにあることを、われわれは自覚しなければならないと考えている。

新病院が今後ますます市内の他の医療機関と密接な連けいを保ち、病院が有する高度な設備・機能・情報が可能な限り有効に活用されてこそ、はじめて基幹病院としての存在価値がある。そのひとつが救急医療活動である。

救急医療については、旧病院時代から本格的な活動を行っており、年間2万件を超える救急取扱件数（第1次から第3次救急までを含む。）は、如何に市民の期待と要望に答えているかを物語っている。昭和52年には国がスタートさせた「救命救急センター」の第1次に指定されたことは先にも述べたとおりであるが、今後、ますますその充実をはからなければならない。

今ひとつは集団検診活動であるが、これも約9年前から「学童心臓検診」を実施しており、すでに約20万人余の実績を残し、いわゆる「学童心臓検診における神戸方式」として全国的にも高く評価されている。

このようにして、基幹病院としての実績は、布引の旧病院時代からすでに地域社会の中に定着しつつあったが、新病院に移ってから神戸市医師会との間

に定期的な連絡調整・協議の場を設け、⑦新病院内に「医師会連絡室」の設置、⑧紹介患者の受入体制の整備、⑨院内カンファレンスへの参加、⑩市医師会が実施している「夜間急病診療所」とのあいだに「心電図解析電送システム」の設置を検討するなど、地域医療行政の中での基幹病院としてその役割を積極的に果たそうとしている。

(2) 病院建築上の特色

病院の適切な広さは、欧米ではベッド当り70㎡から80㎡が必要であるという考え方が常識であり、大学病院では100㎡が必要とされている。さらに、教育・研究・研修病院として知識の再生産が期待できる基幹病院として必要なベッド数は、800から1,200ベッドであるといわれている。

一方、わが国では従来から病院建築にあたっては、各診療科中心の考え方が重きをなし、各診療科単位のベッド配分・空間配分を重点的に考え、なおその上に、医学の急速な発展進歩に対応し得るよう必要な時の増築に備えて建物全体の成長・発展性のある多分岐方式、建て増し方式が通説となっており、病院全体を精密機器の如くコンパクトに建てることは否定されてきた。

新しい病院を建設するに当たってわれわれは、さきに述べた「神戸市医療問題懇談会」の答申による「1,000床規模で、建築延面積 55,000㎡」という条件の中で、基幹病院としてふさわしく、そして、将来の医療の発展を見きわめ、如何にこれらの問題を集大成するかということに苦心し、あえて病院全体をコンパクト化することにした。

患者の脳死が心拍動の停止から約4分以内であるといわれていることから、院内のどこからでも2分30秒以内にかけてつけられ、1分間で必要な医療機器を用意し、心蘇生術を施行しうるよう動線の長さを考慮に入れ、また、ますます専門分科しつ々ある各診療科を臓器別・疾患別診療体制のもとにセンター方式を可能な限り導入し、その総合化を図るとともに、ICU、CCUをはじめ、救命救急センター及び病歴室等の中央集中化を実現する反面、できるだけ数多くのカンファレンス・ルームを設置するなど思い切った構想を実現した。とく

に、病歴室を建物の中央部に置き、コンピューターによる中央化システムを採用、1患者、1番号、1カルテ方式を採用し、診療内容の向上に資すと共に、全診療科に予約制を採り入れたことは画期的なことである。

また、患者診療に対し病院中のあらゆる人的、物的機能が合理的に動員されるよう診療科別に分類せず、病院機能を再編成し、病棟区画、頭脳区画、設備区画、清潔区画、検査区画、外来区画、サービス区画、高エネルギー区画、放射線発生区画等に分け、屋上には救急用ヘリポートを設けた。

主なものを具体的に説明すると、病棟区画は6階から11階までとし、中央のエレベーターを縦の動線としてこれを中心に東西南北に各50床（11階は40床）を1単位とした病棟を配置した。各病棟は、オープンカウンター方式によるナース・ステーションを中心に病室がこれを取りまく形で配置されており、各病室はすべて透明ガラスで、ナース・ステーションから患者の状態が見とおせるよう工夫されている。

4階の清潔区画には、手術室をはじめ、集中治療室（ICU、CCU）、分娩室、血管造影室、人工腎透析室等最も清潔を要する部門を配し、2階に外来区画を、そして3階には検査区画を配置し、外来患者の利便をはかっている。5階は頭脳区画で管理部門を中心に、病歴室、コンピューター室、図書室を設け、職住区分を明確にしている。

そのほか、2階と3階のあいだ及び4階と5階のあいだに設けられている設備区画では、空調・給排水等の設備や、物品搬送に必要な横引き設備を集中的にまとめており、1階のサービス区画には、物品集中管理、中央材料室、薬剤室、給食部門等サービス機能をまとめたほか、救命救急センターを設置している。

以上が病院機能と構造から考えた区画配置の概要で、病院機能は全体として精密機器のごとく、関連のある部門をなるべく1フロアに集め、設備区画の有効利用とあいまって、平面的にも立体的にも相互関連をもたせ、要領よくコンパクトにまとめた。

(3) 管理運営上の特色

病院運営の究極の目標は、継続的・安定的に医療の質的・量的サービスを提供することにある。中央市民病院に課せられた基幹病院としての総合目標を達成するためには、病院を構成する人的・物的資源を全体の立場からみて最適配分することにより、各部門の機能の不均衡から生じる人的・物的・金銭的・時間的な無駄をなくし、効率的な病院経営を目指し、診療の充実と患者のサービスの向上をはからなければならない。新病院建設に当っては、このような考えから院内運営のシステム化を図るために積極的にコンピューターシステムを導入した。

① コンピューターシステム及び物品管理搬送システム

前述の運営システムを支える手段として大別すると、情報処理機能と物品搬送機能に分けられる。情報処理機能としてのコンピューターシステムの導入は、頭脳区画の5階にコンピューター室を設け、大型コンピューターを設置し、院内各部門の機能を結ぶ情報網の中核システムとして、各部門で個々に発生する情報の処理や関連づけを行い、必要とする部門へ迅速・的確に伝達し、かつ、情報を記録することが可能となった。即ち、5階のコンピューター室の大型コンピューターをホストコンピューターとし、外来会計受付、入退院受付、診察受付、病歴室等のミニコン・端末機器を連動させると共に、検査システムのコンピューターとも連動させてデータの相互利用を図っている。この結果、旧病院において既に実施していた外来入院会計事務、診療報酬請求事務、各種統計事務のほか、1患者1番号制を後述する病歴管理システムと相まって、1患者1番号1カルテ方式に、また、全診療科に再診予約制を採用するなど、患者サービスの充実をはかることが可能となった。

物品管理搬送システムとしては、物品集中管理部門を設け、薬剤・給食・リネン・中材等大物搬送と、各部門間の中小物搬送の2方式を導入、物品搬送のスピード化と省力化をはかることができた。

② 病歴管理の中央化

従来、病歴とは狭義の診療歴に用いられてきたが、現在では1患者に関する

生涯期間の医学的生体生活情報の集積であり、また、医学的運営管理の中心的媒体であると考えられている。つまり、病歴さえ見ればその患者に関するすべての情報が把握され、病歴を通じてはじめて充分な患者管理ができるといえる。また、医療面での医師の個人的体験を病院全体の財産となしうる有力な媒体でもある。このような重要な意味をもつ病歴は、性格の異なる種々の内容が含まれており、形態もさまざまで、量的にもぼう大なものとなるため、その管理がむづかしく、病院運営の大きな難点となっていた。

新病院では、この問題を解決するために、5階の頭脳区画に病歴室を設け、カルテ、フィルム等の医学資料を一元管理し、病歴の有効的活用を目指して総合的病歴管理システムを採用した。管理の対象としては、外来カルテ、入院カルテ、X線フィルム、その他医学資料とし、外来及び入院カルテは外来・入院別に1患者1番号1ファイルの形態をとり、これに伴う各種用紙の様式を統一し各診療科間での二重投薬や二重検査の防止をはかっている。また、ぼう大なカルテの管理についてはコンピューターと結んだカルテ自動保管庫と中小物搬送システムの採用により、病歴室と各診察室への送付・返還作業をスムーズに行うことで解決している。

③ 外来診療システム

新病院における外来診療は、統合外来・センター単位の臓器別・疾患別の診療体制をしいている。初診患者に対しては総合案内窓口を配置し、各医療上の相談に応じられるよう配慮すると共に、初診・会計・投薬の窓口を1つのカウンターにまとめ事務処理の流れをスムーズにした。また、診察室は6カ所のブロックに分け、それぞれに「AU (Administrative Unit の略)」と呼ばれる診察受付を設けて初診・再診患者の診療をスムーズに行えるように工夫している。外来診療に必要な放射線一般撮影や採尿採血等の諸検査についても、同じフロアに配置して患者の動線の短縮を図っている。

外来診療システムのもう1つの特色は、患者の診療待時間の短縮をはかるために再診予約制を採用したことである。初診患者は別として、次回以降の再診についてはあらかじめ再診の日時を予約しておけばよいのである。予約は、再

診のほか生理機能検査等の特定検査、消化管造影等の放射線検査及び治療等も可能で、午後も予約時間帯に入れて患者のサービス向上をはかっている。

患者の混雑・繁雑な外来業務をスムーズに処理するための方策として、各診療科を6カ所のブロックに分け、診察受付（AU）を配したのも新しい試みといえよう。外来診察室をグループ化し、それぞれのグループ内の事務やサービス業務を専任の職員で処理するようにしたことである。初診再診の患者の受付応待、診察検査等の予約処理、カルテの仕訳・整理・配送等はここで処理している。ここにはコンピューターの端末機、中小物搬送機のステーションが置かれており、これらの業務はすべてのシステムで処理しているのである。

④ 救命救急センター

基幹病院として中央市民病院が市民に大きな期待を持たれているのが救急部である。

昭和52年に救命救急センターに指定された救急部は、1階正面玄関北側に配置されており、救急外来部門と救急病棟に分かれている。救急体制としては、内科・小児科・外科・脳神経外科・CCU・産婦人科・麻酔科、各科の8診療科で24時間診療体制をとっている。また、医師・看護婦のほか薬剤師・放射線技師・臨床検査技師も含めた当直体制を確保していることは、他都市でも余り例をみない程、充実した救急体制であるといえよう。

4 おわりに

はじめにも述べたように、人の命の価値はその地域における医療の関数である。

新中央市民病院が昭和56年3月に開設されてから医療関係者の見学・視察はあとを絶たない。日本全国はもちろん、海外からもである。その数はすでに5,000名を優に超えている。

その見学・視察者の大半が異句同音に述べる感想は、「日本にも戦前戦後を通じて、はじめて欧米の一流病院に引けをとらぬ病院が出現した。」という言葉であった。

このことは、言い換えると“神戸市民は日本で1番幸せな市民である”ということではないだろうか。

しかし、欧米の病院をも凌駕する設備機能を有する中央市民病院も、その有する機能と役割を十分に発揮しなければ300億円の巨費を投じた価値がない。

施設は年と共に古くなる。しかし、中央市民病院の医療水準は古くなったり、低下させてはならないのである。このためには、本病院の人的レベルの維持と向上が何より大切である。教育・研究施設を重要視する所以である。市民のためにも、市全体の医療水準の向上のためにもである。このことが、中央市民病院の今後に課せられた大きな宿題であろう。

もう1つある。それは本院が有するすべての機能を1日も早くフル稼働させることである。

以上の課題は、病院に勤務するわれわれが丸丸となって努力しなければならないことであるが、新病院が、神戸市の基幹病院として地域医療行政のなかで、何時までも重要な役割を果たしていくためには、市民全体の理解と協力や、市内医療機関・団体の支援がなければむづかしい。

市民病院の名にふさわしく、市民全体がこの病院を守り、育ててほしいと心から念願している。

1. 広島県の実験

「50年代は地方の時代」といわれる。地方の時代のキャッチフレーズは分権と参加である。ところが地方財政の危機に見舞われ、行政整理を迫られた昨今の地方自治に、分権・参加をめざす大きなうねりはない。むしろ中央集権化のメカニズムは40年代に比したしかに逆流しつつある。

ところがこのような流れのなかにおいて、神奈川県を先頭とする情報公開の制度化の動きは、次第に全国にひろがりつつある。情報公開は市民参加を単にフローとしてでなく、ストックとしてすなわち制度として確立していこうとする画期的な官庁改革であり、地方の時代を色彩する「参加」にふさわしい改革である。

一方、分権にあっても広島県が昭和54年度から府県事務の市町村への委譲を実施したことによって、全国的にひろがりやがて臨調と呼応するならば全面的な事務・権限再編成の起爆剤となるかも知れない。

しかし情報公開・事務委譲にしても賛否両論は激しく渦巻いているだけでなく、官庁の体質、官僚の意識からしてその拒否反応は根強いものがあり、長洲・宮沢という多分に啓蒙君主的な首長のリーダーシップによってもその定着は容易ではなからう。

情報公開は神奈川県が57年実施で鋭意準備中であるが、市町村への権限委譲はともかく表一にみるように54年度で30件が実施されている。しかしこのような変則的ともいえる事務再編成の口火に対して、「分権」への呼び水となるか、市町村の府県事務の下請化の拡大となるかは今後の運営次第である。地方

自治に貢献するような改革となるよう育てていくにはその改革の問題点、プラス、マイナス機能、政策的評価などを正當に認識していなければならない。

表一 広島県が54年度に市町村へ権限を委譲した主な事務

火薬類の譲渡、譲受の許可・火薬類消費の許可・墓地等の経営許可、変更等許可
 ・育成医療給付の決定・受胎調節実地指導員の指定や標識の交付・悪臭関係特定施設の設置の届出の受理・動物の飼養、収容の許可・商店街振興組合の設立や定款変更、合併の認可・米飯提供業者の登録・鳥獣飼養の許可・キジ類及びヤマドリ
 の販売許可・公園施設内の行為の許可・普通河川等における土木工事の許可・
 広告物の表示、広告物を掲出する物件の設置の許可・施行地区内における建築行為等の許可・土地の形質変更の許可・住宅改良の設計審査及び完了審査

2. 宮沢知事の意向

宮沢知事は自治省現職当時からハト派で著名であった。市町村への事務委譲は現職当時から考えていたといわれている。第一期は住民エネルギーの結集のためコミュニティづくりに力を入れ、第二期にいたって、市町村への権限委譲をめざそうとした。

マスコミ等によると知事の分権化への見解は次のように紹介されている。まず「地方制度の将来は、市町村ベースの強化」という視点で、

「発想の根は2つ。第1は、長期的、基本的な面です。地方自治体の基本は、やはり、住民と直結した市町村でなければならない。しかし、戦後の地方自治のポイントは府県に置かれてきた。国をあげて経済的、物的充実をはかっていく場合、用水、道路、港湾など広域的な整備を必要とし、広域自治体の府県が一番似合っているということだったわけですね。そして、それなりの時代的意識をもっていましたが、いまや、基本の市町村を、あらゆる角度から充実強化していかねばならない。そう考えています」。

「第2は、当座というか、直接的な発想がありましてね。私個人としても、国に対して行政改革を要求し続けてきた。もう少し県へ権限を与えろ、補助金を整理統合しろ、手続きを簡素化しろ、といてね。それが、なかなか、その通りならないのですなあ。中央政府はやってくれないというが、一步退いて考えてみると、市町村も県に対して同じような要請をもっているにちがいない。これは、できるところまでやってみよう、と考えたんです」(昭和54年1月24日 朝日)

宮沢知事がこのような考えの下に実施したのは、究極的には市町村自治の強化であって、唐突に事務配分のみを銜示的行政の一種として行ったのではない。府県・市町村間の「行政改善システム」の一環として行われたのであり、そのシステムは「市町村行政システムの改善」として、4つのねらいをもつ。①県の許認可権限の市町村への積極的な委譲②補助金交付手続きの簡素化と補助金の統合③県と市町村との間の事務処理の簡素化④職員交流の促進である。

おそらく明治以来、誰もが現実には手をつけなかった府県・市町村関係の近代化に焦点をあて改革に乗りだしたことは注目される。

3. 事務配分への反応

市町村への府県事務の委譲は、地方の時代を地で行くユニークな実践となり、地方の時代もようやく内容のともなった時代の変化となりつつある。しかし、この改革に異論がないわけではなく、ことにお膝元の自治労広島県本部（世良晋委員長）が「この権限委任は市町村を県の出先機関とみなし、知事の行政責任を転嫁しながら支配の強化を図るものだ」と反対の声をあげ、自治労中央本部も「許認可事務の市町村への委任は、具体的な事務処理に伴う人員と財政負担を市町村に肩代わりさせるだけ。県の減量経営を市町村がかぶることにしかならない茶番劇」と真っ向から反対する意見書をまとめている。世良晋自治労広島県本部委員長は次のような理由をあげ反対している。

「まず、今回の権限委任は、各市町村自らが責任をとって行うものではなく、市町村に一定の行政を委任するという、いわば代行措置に過ぎない。県の作業を代って行うだけという点に問題があります。このため、委任される事務に議会の審議権が及ばない。地域住民の意思は全く無視されているわけです。自治労がかねてから主張していた権限委譲は財源や行政責任も含んだ一括委譲で、今回の形とは全く違うわけです」

「宮沢知事らが打ち出している権限委任は、ひとことで言うと県のぜい肉落としとしか思えないのです。というのは、委任される事務のほとんどは、国から県への機関委任事務で、市町村はその再委任を受けるだけで、市町村行政の強化どころか、むしろ自主性が失われるといった方がいい」

「県の間管理機構の強化をねらったものと受け止めています。だから、委任される

のは政策面で魅力のない機関委任事務ということに象徴されていると思います。また、各市などにある県の出先で取り扱っていた事務も多く、市町村を県の出先とみている証拠です。今回の委任で県は20人の職員を節約できるとしているし、市町村への抜本的な財政対策をしないまま見切り発車されたのでは、将来負担をかぶるのは各市町村だけということになりますね。いずれにしても、管理機関としての県の存在が強まり、言っていることとは逆に中央集権化の道をたどると考えます」

「まず、委任に伴う行政責任の所在がどうなるかということです。委任事務を進めた結果、住民から訴訟が起こされたりした場合、受けて立つのは知事なのか、市町村長なのか、ということです。法律上の決裁者は知事だが、現実には決裁するのは市町村長ということになり、住民にとってもだれを相手にけんかしていいのやらさっぱり分からない」「費用と時間の点で便利になることは確かだが、いったいキジやヤマドリの販売許可を申請する人が何人いるかですよ。米飯提供業者の登録などは、従来から、なしくず的に市町村がやられており、県は形式的な認可だけだった。さらに委任された事務の中には、へい獣処理の許可や公園施設内の行為の許可のように、ここ3年間申請が全くないというのもあります。これじゃ暇な窓口の留守番役にしか過ぎないですよ」

「こういった問題もあるので、ボイコットしようと主張した市町村の組合もあった。しかし、返上することによって迷惑を受けるのは住民であり、一応思いとどまった。1年間は試行期間として見守るつもりだが、訴訟になった時の問題や長期的な財源措置がその間に解決されなければ、本格的なボイコット運動も辞さない点は確認しています」
(昭和54年5月10日 朝日)

このように評価が分れるのは、権限委譲は抽象的には分権化の方向をめざしているが、運用の仕方如何では中央化という逆機能を強化する改革であるからである。

4. 事務配分の類型

このように評価の別れる権限委譲であるが、権限委譲が分権の基調に沿った改革であることには違いない。問題はこの委譲が地方自治法第153条2項の機関委任方式であることによって、権限にともなう弊害や危惧も決してなしとはいえない。

もっとも国の機関委任事務が地方自治体の現場にあっては固有事務化し、日常処理にあってほとんど苦痛・不便を感じないため、委任方式をとにかく言い

立てることもないかも知れない。しかし非日常的な事態が発生したとき制度的にはきわめて厄介な問題が発生し、市町村自治が損われる事態がおこるおそれもある。さらに受け入れる市町村にとっても事務再配分によって固有事務化されるのとはかなり対応の仕方において違いが現われる。いいかえれば責任をもって処理しえないというわだかまりは存在する。

制度的問題として府県・市町村間の権限委譲などの方法を類型化し、将来の事態とか改善の方法に対処していくことは、政策論としては不可欠な課題である。権限委譲などの方法としては、一応、次のような4つの方法が考えられる。

第一は、事務の代行である。インフォーマルな方法であり、むしろ事務の下請として活用されている。たとえば国の国立公園事務、県の保健所事務など市町村が窓口事務を代行するケースである。市町村は権限はないが、申請者に対して行政指導し、現場を検証し、申請事務を事実上代行し、上級機関は形式上、権限を行使すればよいという段階まで代行する。

このような事務の代行が行き過ぎると、国・県の開発事業に関し、測量・図面作成・用地買収・補償事務などを市町村が代行し、国・府県は工事のみに専念するという事態になることは、すでに各地にみられた周知の方法である。

このような事実上の事務の代行は、国・県から委託費は支払われないのみならず、制度上の委任でないため交付税の基準財政需要額にも反映されない。また、事務処理上または処理後、違法・不当な行為を発見しても、権限上それを是正する手段を欠いている。

第二が、公法上の契約にもとづいて事務・事業を代行する場合である。国・県管理の河川清掃を受託するとか、調査・研究の委託を市町村が行う場合である。

これらの場合も、国・県の権限・事務が市町村に委譲されるわけではなく、また、市町村も受託者としては当然、契約にもとづいて指揮・監督を受けるが、地方自治法第150条、第151条のような法律にもとづく指揮下に入るわけではない。

第三が、権限のみが市町村に代行されるケースで、自治法第153条2項にもとづく権限委譲のケースが該当する。この方式はいわゆる機関委任方式で、事務処理の権限は委譲され単なる代理ではないが、究極的な指揮監督権などは委任者に留保されており、事務そのものは依然として県の事務である。府県知事は国の機関委任事務の場合と同じく、地方自治法第150条、第151条にもとづいて、指揮監督・処分取消及び停止権をもつ。

この機関委任事務方式はいわば戦前の府県制、市制・町村制の生き残りの条文であり、地方自治法第153条は、職員への事務委任と同じ条文のなかに次のように規定している。

第153条 普通地方公共団体の長は、その権限に属する事務の一部を当該普通地方公共団体の吏員に委任し、又はこれをして臨時に代理させることができる。

②都道府県知事は、その権限に属する事務の一部をその管理に属する行政庁又は市町村長に委任することができる。

③都道府県知事は、その権限に属する事務の一部を市町村の職員をして補助執行させることができる。

しかもその権力解釈として、「市町村長又は市町村の職員においては、いかなる事由によるもそれを拒否することができない。」（長野士郎『逐条地方自治法第9次訂正版』440頁）とされている。市町村は財源につき不服がある場合に限り、地方財政法第28条第2項にもとづいて府県知事を經由して自治大臣に意見書を提出することができるに過ぎない。

もっともかかる意見書を提出することは容易でないし、また、提出の効果もないことはこれまでの超過負担に関する意見書の提出の実例でも明らかである。提出が容易でないのは府県は市町村の交付税、補助金、起債などにつき政府への申請経由団体、第1次審査団体として、事実上の支配権を掌握しているからである。

したがって広島県の事例は別として、このような府県・市町村間にあって強制的ともいえる機関委任方式を認めていること自体、立法論としてはきわめて

問題があるといわなければならない。

第四は、事務・権限とも市町村へ委譲され、名実ともに市町村事務となる場合である。シャープ勧告以来、地方自治体が主張してやまなかった事務配分方式である。もっとも事務配分方式も権限・事務・財源と3点セットが一括されて委譲されない限り、事務執行には様々の支障が発生せざるをえないのである。

今日、政令指定都市制度は、一応、3点セット方式となっており、財源については交付税で補填されている。それでも権限については民間の団体に対する監督権がないとか、交付税では算入不足額が発生しやすく、どうしても税源配分を求めるのが正攻法であるとか、事務だけ委譲されたケースと同じような不都合が発生し、完全な事務配分をめざす運動が指定都市事務局を中心として行われている。

5. 段階的事務配分

市町村への権限委譲は、地方自治法115条にもとづく便宜的なものでなく、法律改正による事務配分をなすべきものである。ところが現行制度では地方自治体としては府県と市町村の二段階しかなく、しかも市町村はすべて同一の事務配分と原則になっている。

しかも国家統治の効率性から府県に許認可権の多くを保有させ、市町村をして事務を執行させるという伝統的方式は、今日にあっても健在である。この方式は教育行政などにあっても府県の市町村教育に対する支配権に如実にみられるところである。

そのためこのような事務配分方式を是正するため、シャープ勧告、神戸勧告が、行政責任の明確化、能率の原則および市町村優先の3原則をかかげ事務配分をめざしたが成功していない。

このような3原則にもとづく事務配分が進展しない一つの理由としては、やはり市町村間に行財政能力の格差が大き過ぎるため、具体化に当ってはある程度の技術的配慮が求められる。それが段階別事務配分論である。

ことに、市町村の立場からみると、市町村は依然として、府県の後見的監督のもとにあり、また府県という段階で国の事務委譲はストップし、市町村にはなかなか下りてこないという現状に悩まされている。このような障害をこえるには、市町村への段階的事務委譲を促進することであろう。かつて田中二郎教授は「現在、並びに近い将来の市町村のもつ現実的差異——行財政能力その他の点における——に即応して、事務の再配分を考える見地から、事務再配分上に、市町村の等級制を設け、A級（5大都市）、B級（人口15万以上の中都市）、C級（A、B以外の市）、D級（町村）の4種とし、各級によって行政事務事業の能率的運営の観点に立って配分されるべき事務事業の範囲に差等を設けること」（『地方制度改革の諸問題』91頁）とのべているように、政府は市町村に大都市、中都市、小都市、町村と段階をもうけて委譲すべきである。現在、指定都市にはいわゆる16項目をはじめ開発許認可権が認められている。そして、建築基準法については人口25万以上の市、保健所については人口10万以上の市への委譲が認められている。このように府県事務を都市自治体の能力に応じて委譲することによって、地域行政における現地・総合・経済性の効果がより一そう発揮されるであろう。

6. 事務委譲の問題点

広島県の事務委譲は法律の改正を促す意味において、その効果のあることは否定できないが、その実態において府県・市町村の関係をより近代化させ、また、市町村自治の強化、住民利便に貢献するかどうかは、多くの問題点を検討してみなければならない。

第一に、権限委譲の内容である。府県知事がもつ許認可権限は1,000を超えるが、そのうち委譲試案のうち125件のうち市町村のツメで反対もあり、54年度でスタートしたのは30件のみであるが、以後、さらに委譲件数の増加が予定されている。

これらのなかで注目されるのが都市計画関係の権限委譲である。都市計画審議会の審議対象などは委譲ができないが、それ以外の開発関連許認可権はまと

まって委譲されれば、かなりの効果があり、市町村行政の充実に寄与する。

「今度の権限委譲のなかには、墓地の経営、動物の飼養など市町村行政に特に必要でない権限、件数も少ない権限が含まれているが、開発関連はここ10年余の間にかなり件数もふえ、しかも地元密着型の総合的行政の必要がみられ、本来ならば法律改正が行われるべきである。

このような法の遅滞を権限委譲によって治癒したともいえる。ただ権限委譲などの通弊として日常事務の権限は委譲されるが、主たる行政監督的権限は委譲されないケースが少なくない。都市計画関係に限れば、対住民に対する許認可だけでなく、都市計画の用途地域制、公共事業の決定など計画行政権限がどの程度まで委譲されるかどうかである。

第二に、権限委譲にともなう費用である。広島県は54年度の委譲事務費として6,100万円を計上している。これらの経費は本来、広島県の事務として交付税の基準財政収入額として算定されているわけで、ある意味では当然の措置である。

問題はその金額の多少である。宮沢知事は今度の委譲につき、①金の面では絶対に迷惑をかけない。②市町村で人手をふやさなければ処理できない事務は今回はおろさない。③委譲にともなう技術的援助はいくらでもする——とのべている。しかし現実にはどうしても避け難い経費増加は発生するであろう。それは県ベースと市町村ベースとの行政の仕方の違いによって起る。この点につき呉市長・佐々木氏の談話が次のように伝えられている。

「見解の違いで『権限委譲を急ぐべきでない』と終始反対した市町村長もいた。呉市長・佐々木有がその一人である。

佐々木は言う。『問題はやはり人手だ』。大幅な権限委譲になれば、担当者をふやさなければならない。

佐々木のこの心配には苦い体験がある。『3年前、建築確認の仕事の委譲を受けた。県では担当者が6人だったが、わが方ははじめ20人、いまは19人を配置している』。県だとキメ細かに目が届かないので6人で済んだが、これは手抜きでもある。確かに身近な自治体で処理する方がいい。だが、税金を使うという点からいえば明らかにコスト高になる。」（昭和55年1月4日 毎日）

また非常に件数の少ない許認可行政を委譲されると、市町村はそのための職員や用紙の準備など申請単位当りのコストは増加する。したがってあまり件数の少ない事務を委譲するのは問題である。

第三に、委譲事務にともなう市町村側の受入れ能力などである。この点については当面はともかく長期的にはほとんど心配はない。余程、特殊な事務でない限り市町村の行政能力は近年、高学歴化もあり急上昇しているからである。

むしろ権限委譲にともなって発生する経費・指導基準など府県・市町村間の懸案事項をどう適正に処理するかがむしろ権限委譲の成否のカギを握っている。

7. 事務委譲への評価

さて事務委譲ことに機関委任方式の権限委譲に対してどのように評価するかは、はっきりいって2つに分かれる。この点はすでに国の機関委任方式をめぐる多く争われてきたところである。

第一の立場としては、機関委任事務方式は地方自治の侵害であり、委任事務の返上を迫る周知の立場である。

第二の立場としては現実論として機関委任事務を認めていこうとする立場である。第1次臨時行政調査会は次のように機関委任事務方式の充実を答申している。

「わが国における地方制度は、西欧各国にみられるように、歴史的な長い伝統のもとにつちかわれてきたものではなかった。昭和24年のシャープ勧告では、国の事務は国、地方の事務は地方公共団体と、行政事務の処理主体が明確に区別された。この方式は理論的には正しかったけれども理想に走り過ぎたきらいがあり、実現はみなかったものの、この勧告を契機として、中央省庁の地方公共団体に対する不信が露骨となり、かえって機構の膨脹を招来するとともに、縦割り行政を助長し、事務処理が遅延して、行政の不合理はすべて国民にしわ寄せされる結果となった。従って、現在の情勢下では、国民のために便利で、親切で、しかも迅速・経済的な行政を行うには、地域の総合性を生かし、地方公共団体の健全育成をはかりつつ、機関委任の方式をとることが最も適当であるといえることができる。

このような見地から、機関委任方式を当面は強化の方向で活用するが、地方公共団体特に都道府県の行財政能力が充実し、その区域の拡大がはかられる場合は、将来、これらの行政事務を地方公共団体に完全に移譲することも検討されるべきであろう。」

(時事通信版『臨時行政調査会意見書』189頁)

結論として論者は次のように考えたい。第1次臨時行政調査会のように機関委任事務を奨励するつもりはない。なぜなら機関委任方式は地方自治を行政的・財政的に阻害する危険性がきわめて大きいからである。現行法上、このような国の自治侵害を予防する条文は地方財政法第21条（地方公共団体の負担を伴う法令案の自治大臣への意見聴取）と第13条（国会への意見書提出）のみであり、このような制度上の保障のみで機関委任事務を拡大していけば、地方自治は内部からなし崩し的に去勢されていくであろう。

そして住民に密着した不可欠な事務は、どうしても市町村などへ国は委任せざるをえないのであり、機関委任方式を拒否したからといって公団・公庫などをつくって国が直接処理することはむずかしい。したがって団体委任方式などの方法で委任事務として処理すれば、行政上は問題解決されるわけである。

ただ広島県など地方自治法第153条にもとづく機関委任方式は、法律改正を迫るという政治的理由もあり、国の機関委任方式と違うので引き受けるのは市町村側として決して不利でないのではなかろうか。それは次のような理由と条件からである。

一つは、府県・市町村の権限委譲にあつては、国・地方のように一片の法律制定・改正で委譲が行われることはまずありえない。基本的には両者の合意にもとづいて行われ、委譲にともなう条件が不服であれば、市町村は拒否することができる。

ただ府県・市町村は法律のいうように対等の関係ではなく、多分に支配関係にあるので、合意が強制されることが十分に予測される。そのような場合、まさに府県・市町村の行動が問われるのであり、抽象的には委譲を拒否すべきであるが、府県・市町村の行政落差からして拒否可能かどうか不安が残る。

二つは、財源保障の面にあつて、国・地方間の委任のように曖昧にされる危
都市政策 No.26

険性はより小さいからである。ことに国・地方の委任ケースでは交付税の基本財政需要額算入という玄妙な手段が残されているが、府県・市町村間には交付税制度はない。

もっともこの点についても、当初はともかく将来、伸び率を抑えるとか、件数増加に比例して経費が伸びなく、いわゆる超過負担の発生は避けられない。このような問題をどう解決するかこそ府県・市町村の行政水準の問題でもある。

いずれにしても府県・市町村の権限委譲については一応、肯認して受託し、以後、両者の合理的な解決・処理に期待せざるをえない。いいかえれば両者の関係が契約的思想にもとづいて処理するだけの近代的紛争処理能力をもっているか、あるいは表面上は解決しても実質的には伝統的権威でもって処理し、市町村の下請団体化を深めるかは、機関委任事務方式の是非を決定するポイントであり、一般的には結論しえない。

8. 機関委任事務の将来

国・府県の機関委任事務に対して、地方自治体はどのような対応を示すべきであろうか、この点について全面廃止論ではないが、委託方式をもって機関委任事務の縮小を提言した知事会報告書は、自治体側の意見を最大公約したものととして注目される。『地方行財政に関する今後の措置についての中 間 報 告』（50年6月、全国知事会臨時地方行財政基本問題研究会）は、次のように報告している。

- ① 現在の機関委任事務で、社会経済情勢の変化等により、すでに役割の終っているものを整理する。
 - ② すでに地方公共団体に同化しているとみられる事務は、地方公共団体の事務として委譲する。
 - ③ 国の事務として、引き続き地方公共団体の機関をして行わせる必要のあるものについては、委託方式に切り替え、財源措置を完全にする。
- 既存の機関委任事務については、上記の分類に従って、積極的に改善につとめる

とともに、今後、国の新たな施策として、地方公共団体の機関が国の事務の一部を分担する必要がある場合においては、これまでのような機関委任の方式をとらず、すべて委託事務として処理すべきである。

なお、既存の機関委任事務の改善および地方が分担すべき国の新規施策の委譲については、地方公共団体の意見が十分事前に反映できるような制度を確立すべきである。」〔同報告書8～9頁〕

もっとも知事会の主張するように委託方式に切り換えることは現実的には困難であり、委任事務とはいえ国政の要素もかなりあるので団体委任方式によって処理すればよい。

ただ機関委任方式は行政責任の明確化、費用負担の適正化などの面に地方自治にとって好ましくない。少なくとも団体委任方式でということになるが、これは多分に面子とか抽象的な面のみからの主張ということになる。

その理由は行政の現場にあって団体・機関委任事務の区別がないのみならず、固有事務と同化してしまっている。さらに機関委任事務であることによって上級機関からの支配が浸透することはそれほど危惧すべきことではない。むしろ補助金などの方がはるかに大きい。

さらに機関委任事務であっても、権限・事務を保有していることによっていかほどか地方自治体の強化に役立っていることは否定できない。ことに住民は市町村に対しては、総合行政庁として期待しており、生活関連の個々の許認可権は委任方式であっても所持している方が住民の信頼を保持しうるのみでなく、総合行政の展開からみても好ましい。

したがって既存の機関委任事務（たとえば建築基準・保健所行政など）は、地方事務と化しているので、あえて返上という強行手段にまで訴える必要はないが、機関委任事務全般、あるいは新規の機関委任事務方式については地方自治の本旨の立場から、制度改正をめざして次のような視点で努力をつづけるべきである。

第一に、委任をうける自治体側が機関委任事務の矛盾に目をつむってしまわないことである。機関委任事務は地方6団体などの意見を全く聞く必要はな

く、天下りの的に委任され、しかも強制的である。このような非近代的ともいふべき事務配分方式が存在していること自体、地方自治の本旨からみてふさわしくなく、廃止を求めて制度改正を行うべきである。

また団体委任方式も含めて、委任事務一般につき地方6団体等の意見を聴取することを義務づけるとともに、財源保障にあって不服があるときは機関訴訟の途をはっきりと法制度化すべきである。このような保障制度があつてはじめて委任方式は認められるであろう。

第二に、段階的事務委譲などを積極的にすすめていくことである。広島県などが行った権限委譲はまさに法改正を促すといった政治・行政的効果によってより多く肯認される。

そのような意味において府県事務の市町村事務化は人口段階によって半強制的に行われるべき、それによって発生する残余市町村の事務は、中核都市への委託方式によって処理すべきといえる。

すなわち府県は国の事務を、市町村は府県事務をそれぞれ自己の事務化していくメカニズムが働くことによって、行政全体としての現地総合化はすすみ行政効率化がもたらされるであろう。自治省が55年5月、地方制度調査会に提出した権限委譲案は表一2のとおりであるが、「国に偏り過ぎている」と批判さ

表一2 地方への権限委譲の主な具体案

	<現 状>	<改 善 案>
都 市 計 画	市町村の決定には知事の承認、都道府県の決定には建設相の認可が必要。	計画決定などの権限を市町村に移し、建設相は技術的な助言、勧告をする。
建 築 規 制	建築基準法で敷地、構造などの規制基準を規定。	基準の強化、緩和を条例のできる範囲の拡大。
輸 送 管 理	路線バス、ハイヤー、タクシーの免許はすべて運輸相が出す。	一都道府県内の事業については、免許など監督事務を知事に移す。
母子手帳の交付など	都道府県、保健所設置市の事務。	事務を市町村に委譲する。
水道事業の認可・監督	給水人口5万人以下の事業は知事、それ以外は厚相の権限。	認可・監督権を知事に移す。

ガ ス 事 業	認可・監督は通産相の権限。	一都道府県内の事業について権限を知事に移す。
信 用 金 庫	事業免許その他指導監督は蔵相。	一都道府県で営業する金庫については知事が指導・監督。
商 工 会 議 所	設立認可は通産相。	権限を知事に移す。
国 際 観 光 ホ テ ル	業者の登録などすべて運輸相の権限。	登録、監督事務を知事に移す。
農 地 の 転 用	2 ha超は農相、2 ha以下は知事が許可。	すべて知事が認可する。
職 業 安 定	職業紹介、労働者供給事業の監督などはほとんど労相の権限。	公共職業安定所以外のものについては監督事務などを知事に移す。

れている各種の許認可権限を地方に譲るため、運輸省が一手に握っている路線バス、タクシーの免許、大蔵省による信用金庫の監督、通産省が所管しているガス事業の認可など21項目の具体例を示し「これらの事務や権限はいずれも都道府県知事や市町村長に委譲するべきで、政府全体として取り組む必要がある」と提言している。

財源配分と同じこのような権限配分も、行政メカニズムよりも政治メカニズムによって決定される色彩が濃い、制度の現状に安住することなく、地方自治体が行政改革などの世論の高まりを背景にし、委譲への努力を怠ってはならない。

道州制論議
 公務員の政治活動禁止合憲判決
 放置自転車対策
 空き缶問題
 大店法改正問題
 供給重視の経済学

■ 道州制論議

臨時行政調査会の第1次答申は単なる財政収支の辻褃合せに終わった感がするが、本答申をめざして、本来の行政改革をめざそうとする動きが、次第に高まってきている。そのような意欲的なムードの中で浮上してきたのが道州制である。

「府県を廃止し、新たに「道」か「州」を名乗る広域的な地方団体を設置する」という野心的な制度改革論が、十年ぶりに脚光を浴びようとしている。財界などの推進論者にとっては「道州制は陳腐化した府県制を改革し、広域行政にふさわしい団体をつくりだすだけでなく、行政の効率化にも寄与する一石二鳥的な改革である。」

しかし道州制が唱えられるように行政にとってすべてプラスの面のみでなく、マイナス面もかなりあることを見落してはならない。さらに道州制のような地方制度の根本的変革をもたらすような課題が、果して臨調に与えられているのであろうかという疑問がある。

ともあれ道州制の系譜は、戦前、田中内閣の行政制度審議会の「州庁設置案」にさかのぼることができる。この案は府県を公選の長をいただく自治体として改革するが、その代り官選の州長官をいただく州お

よび州庁を設置することにあつた。

つぎは昭和20年6月の「地方総監府制」であり、府県はそのままとし、地方総監に管内の地方団体に対する指揮監督権を認める制度である。しかしこの制度は「大東亜戦争ニ際シ地方ニ於ル各般ノ行政ヲ統轄シ……」という臨時緊急の制度であつた。

戦後は「神戸勧告」によって府県規模の適正化が唱えられたが、第4次地方制度調査会が昭和32年10月17日「地方案」（道州制）を、「県案」（府県合併）を押しつけ、多数決で決定した。しかし実施にはいたらず、むしろ東海3県、阪奈和合併のように府県合併案の方がマスコミをにぎわした。この府県合併案は自治省も支持したが、合併される方がどうしても吸収という形態をとるため実現はむずかしく、府県合併特例法案も流産してしまった。

府県合併方式の挫折と入れ代りに唱えられたのが日本商工会議所の「道州制で新しい国づくりを」であるが、時代は地方分権、華やかな風潮が支配し、世論をリードするにいたらなかった。今度の臨調に向けて、再び経済界は道州制を後押ししたが、関経連は「実現は容易ではない」と慎重に構え、最近「国の出先機関を統合した“地方庁”を設け、行政効率化をはかれ」

と現実的な措置を提案している。

道州制の内容は、通常、全国を8州に分け、府県は廃止する。長および議会の議員は原則として公選することになっている。

このような道州制がどうして行政改革のたびに唱えられるかは、それなりの合理的根拠があるからで、先の商工会議所の報告書は、次のようにその理由をのべている。

「府県制は、明治4年の廃藩置県によってはじめられたものであり、現行の府県の区画は明治23年に成立したものです。今の府県の区画はあまりにも狭くなりすぎています。

最近の経済・社会の驚くべき発展によって、一昔前には予想もできなかった新しい問題が生じており、府県制度の下では解決できなくなっています。

市の行政能力の強化にともない府県と市との二重行政の弊が生じています。

府県合併構想では、小府県住民の間で大府県に吸収合併されるという感情的不満もあって、合併ムードが盛り上がらないという点で壁につきあっています。

また、府県合併の場合は先進府県間の合併という傾向が強く、他の地域との格差が拡大するおそれがあります。

道州制は、上に述べた府県制の直面している問題の解決に適しており、府県合併、府県連合のもつ難点もなく、極めて現実的な制度です。

また、新全国総合開発計画にみられるような新しい国づくりのビジョン実現の基盤となるにふさわしい極めて発展的な制度です。」

そして道州制のメリットとして、次のよ

うにのべている。

「土地および水の有効な利用、産業・住宅等の立地の適正化がはかられます。

府県の割拠主義による二重投資を防止することができ、ひいては中小企業の利益になります。」

財政の一元的運用により地域全体の均衡ある発展と負担の公平を図ることができま

す。道州制は、国と地方を通ずる行政機構の簡素化、ひいては、住民負担の軽減につながるものです。

地域社会の各分野における実態に即した情報の収集処理が可能となります。」

たしかに道州制は必要であり、メリットもあるが、制度改革の方向としてはかなり欠点があることは確かである。

一つは、府県の廃止後の市町村がよく国と直結して、行政財政運営をなすだけの能力があるか。

二つは、広域行政は進展するかもわからないが、中域行政ともいべき行政が見棄てられるのではないか。

三つは、二重行政などは、府県・市町村などの財源・権限・事務の配分によってその弊害は除去することができる。

四つは、行政コストはそれほど下らない。なぜなら画一的広域行政から発生するムダによって相殺される可能性がきわめて強いからである。

ではどうすればよいかであるが、第一次的には地方分権化を基調とした行政改革であり、第二次的には、府県合併である。基礎的団体である市町村が合併してきたのに、中間団体である府県が合併できないの

は、政治的エゴかマスコミによる府県神話の後遺症であるに過ぎない。

■ 公務員の政治活動禁止合憲判決

国家公務員の政治活動を禁止した国家公務員法が違憲かどうかで争われていた事件の上告審で、最高裁（第一小法廷）は、56年10月22日、「政治活動の禁止は合憲」とした一審、二審の有罪判決を支持した。これまで最高裁は49年11月、猿払事件（郵便局長が衆議院議員立候補者のポスターを掲示した事件）などで合憲の判断を下しており、今回の判決も、これらの判例に従ったものとなったが、五人の裁判官のうち二人が少数意見を述べており、「最高裁に“さざ波現象”」（56年10月23日付毎日新聞社説）を引き起こしたとする見方もなされている。

この事件は、郵便局職員が46年6月香川県下で開かれた参議院議員選挙全国区、地方区の合同演説会場で応援演説を行い、演説会参加者に対し投票を勧誘したとして、国家公務員法102条、人事院規則14-7に違反するとして起訴されたものである。公判で弁護側は、「国家公務員でも表現の自由は保障されるべきで、一般職公務員すべての政治活動を禁止、処罰することとしている国公法などは憲法21条に違反する。非管理職の現業公務員が、勤務時間外に、一市民として行う政治活動まで処罰するのは憲法31条などに反する」と主張していた。

現行の国家公務員法の政治活動禁止条項は、官公労組の反政府的活動を憂慮した占領軍当局の支持に基づき、昭和23年の法律改正で設けられたものである。それは、①

政治的寄附金の制限②公選による公職の候補者となることの制限③政党その他政治的団体の役員等となることの制限④その他人事院規則の定める政治的行為の制限、を内容とするものであり、現業・非現業を問わず、また勤務時間外で国の施設を利用することなく、かつ職務を利用し、あるいは職務を害する意図を持たずに行われた場合であっても、一律に禁止し、その違反について3年以下の懲役または10万円以下の罰金という刑罰をもって臨むとされている。

この規定は、労働基本権の制限とならんで立法当初から大きな憲法上の論議を呼んできたものである。つまり、公務員の政治的中立性の確保と公務員個人としての市民的権利、すなわち政治的意思形成へ参加する権利（表現の自由）をどう調和させるのかをめぐって争われてきた。理論的状况を一瞥すれば、国家公務員の政治的活動が禁止される目的・根拠は①全体の奉仕者②公務員の職務の性質③公務に対する国民の信頼の確保などであるが、憲法秩序の中で公務員が別異に扱われていることは否めないにしても、全体の奉仕者ということから、政治活動一律禁止を導き出すことは説得的でない。また、国民の公務に対する信頼確保を強調すると、制限される行為が漠然化、拡大化するといわれる。規制の手段・方法が妥当かどうかについては、一律禁止、刑罰的制裁が問題とされ、目的とされることを越えた規制でないのか、より制限的でない他の方法（less restrictive alternative）がないのかという疑問が提出される。さらに、国公法102条は、人事院規則に、“白紙委任”といわれるほど、本来法

律で定めるべき事項の規定を委任している。この委任は、「公務員の政治的中立性を損うおそれのある行動類型に属する政治的行為を具体的に定めることを委任するもの」と考えて初めて、違憲論を回避できよう（芦部編『憲法Ⅱ人権(1)』）。

さて最高裁は、猿払事件（49.11.6）、豊橋郵便局長事件（52.7.15）などで一律禁止を合憲としてきた。そして、それは労働基本権の制限を合憲とする判例と軌を一にするものだったといってよい。今回の判決で多数意見は「機械的労務を提供するにとどまる非管理職の現業公務員が勤務時間外に、その職務またはその職務上の施設を利用することなく行った投票勧誘運動を処罰しても違憲でない」とした。これに対し団藤裁判官は「政治的行為が刑罰で禁止されるのは、その行為で公務員、行政の中立性が具体的に侵害された場合か、侵害される現実の危険性がある場合に限られるべきだ」と破棄差し戻し、谷口裁判官は「刑罰の対象たる公務員の政治活動は、その行為の中に公務員の特色が現われている場合に限られる。この事件では、被告は一私人として行動している。刑事罰の対象とするのは憲法31条（適正手続）に違反する」として無罪を、それぞれ主張した。一口に公務員といっても千差万別なのであり、民間企業とさしてかわらぬ郵政職員まで、刑罰をもって政治活動を禁止することを合憲とする最高裁多数意見は説得的であるまい。なお、下級審においては、政治活動一律禁止を違憲とする判例の潮流があり、その法的構成として、法令一部違憲説と可罰的違法性を欠くとする説とに分類されている（鶴飼『公

務員法』）。

労働基本権制限判例とともに、政治活動禁止判例も一見定着したかに見え、「冬の時代」を迎えているといわれる。しかし、政治活動の自由は、人権の中で最も重要な権利である。今回の判決一なかんずく少数意見と補足意見一が最高裁判例の見直しのきっかけとなることを期待したい。

放置自転車対策

近年、自転車は安全で便利な交通手段として通勤通学、買物など市民各層に幅広く利用されるようになってきている。自転車利用の高まりは、交通の結節点としての駅周辺の自転車駐車需要を激増させ、自治体の駐車場整備の努力にもかかわらず、駅周辺に大量の自転車が放置されるという事態を招いている。たとえば神戸市では、昭和56年度末の自転車駐車場収容可能台数は16,900台、それに対し自転車は28,000台、したがって約11,100台の放置自転車が発生すると見込まれており（神戸市土木局パンフレット）、しかも、自転車利用はますます増加する傾向にあるといわれている。自転車の放置は都市の美観を損ねるとともに、駅周辺の歩行者の通行の妨げとなるなど交通安全対策上も大きな障害となっているのである。

放置自転車をめぐる問題点は①放置自転車の取締をどのような法的手続で行うのか②自転車駐車場の整備と有料化③市民の協力④鉄道事業者や大型店舗などの協力、の四点に一応整理できよう。①の取締手段について、道路法に基づく除却命令、代執行は手続的に煩瑣であって実際的でない。そ

ここで特別の条例で、特定区域内に自転車が放置されている場合、自治体に自転車の移動・処分権限を付与することが有効な方法となってくる。特別の立法を行っていない自治体では放置自転車を遺失物とみなし、遺失物法が定める手続に従い処理するか、あるいは財産的価値のない自転車の場合は、廃棄物（ゴミ）として除却しているのである。しかし、遺失物として扱うときは自治体に無主物先占の意思があるのかどうか疑義があるとされており、また、廃棄物扱いされるのは財産的価値がない自転車に限定される。したがって、条例で自転車の処分権限を規定しておくことが望ましいであろう。

次に駐車需要対策として②の駐車場の整備の問題であるが、これまで自治体は、道路敷の余裕地などを利用して駐車場の設置を行ってきた。しかし、駅の周辺は、地価が高いこともあって、用地確保がますます困難になりつつある。その対応として、埼玉県春日部市のように駐車場の立体化・機械化を進めることが一つの方策であろう。また、鉄道を利用している人が自転車を放置しているのだから、鉄道事業者から無償で用地の提供を受けられないのか。さらに、駐車場を有料にし、受益者である自転車利用者から料金を徴収するのが妥当でないか、などが論議されている。

③の市民協力については、自宅から駅までごく近い距離の人でも自転車を利用する人があり、自治体によっては“歩け、歩け運動”を提唱しているところもある。また、駅から比較的離れた場所に駐車場が設置されても、なかなか駐車しようとしな

といわれている。さらに鉄道事業者や大型店舗（スーパー、マーケットなど）という駐車需要を発生させている者の協力あるいは駐車場設置の義務づけをどう行っていくかが問題である。少なくとも、駅の新設や大型店舗の増改築にあたっては、自転車駐車場の付置義務が何らかの形で具体化されねばなるまい。

放置自転車をめぐる問題点を概観したが、こうした実情を踏まえて、昭和55年11月25日に「自転車の安全利用の促進及び自転車駐車場の整備に関する法律」が議員立法で成立し、56年5月20日施行された。この法律は、総合的な自転車対策を目的とするもので、(1)良好な自転車交通網の形成(2)自転車駐車対策の総合的推進、(3)都市計画等において、自転車の利用状況を配慮すること(4)自転車駐車場の構造及び設備の基準(5)自転車利用者の義務(6)自転車製造業者の責務などについて規定したものだが、多分にプログラムの、訓示的な内容となっており、この法律の精神をどう具体化するかは今後委ねられているといつてよさそう。一方、現実に自転車対策に取り組んでいる自治体では、自転車の利用や有料駐車場など自転車関係条例が数多く制定されている。八尾市の「放置自転車の防止に関する条例」（56年3月31日公布）は、主として自転車の放置について規定したものだが、①放置禁止区域の設定②区域内の放置自転車の移動と保管③所有者が現われた時は、保管料を徴収することなどを定めており、条例で放置自転車の撤去・処分権限を明確にしたものである。また、国立市の「自転車安全利用促進条例」（56年3月25日公布）

は①駅周辺に市が自転車駐車を設置する
②駐車が利用できる者は駅から500m以
遠のものとする③放置自転車の禁止区域
の設定と違反車の撤去、保管、処分④建築床
面積が500㎡以上の大型店舗等について、
自転車駐車場設置の義務づけなどを規定し
ており注目される立法例といえよう。この
ほか寝屋川、吹田などでも条例が制定され
ている。

「自転車駐車をいくらつくっても、あ
とからあとから自転車がわいてくる」とい
うのが、現場の担当者の率直な声である。
「たかが自転車一台放置しても」という利
用者の安易な姿勢が大きな問題を惹起し
ているといえよう。放置自転車の問題解決
も、市民、企業、行政の三者の協力があ
ってこそ可能なものであり、その意味で、こ
のような日常的な問題をどのような手段で、
どのように解決していくかは、行政の質な
り市民の質なりがためされているといっ
たら、いいすぎだろうか。

■ 空き缶問題

京都市が、製缶メーカーや飲料メーカー
に対して、空き缶回収の企業責任を求めて
論議をよんだ「空き缶条例」（京都市飲料
容器の散乱の防止及び再資源化の促進に
関する条例）が、さる10月9日京都市議
会本会議で可決された。

同条例は、当初、米国オレゴン州のビン
法（Bottle Bill）をモデルとしたデポジ
ット制度（上乘せ金制度）を盛り込む予
定であったが、業界や小売店から強い反
対があり、結局市と事業者が第三セク
ターを組織し、回収費用などを共同で負
担して散乱防

止や資源化を行う形の条例となった。

条例は7章32条から成り、①散乱防止
重点地域の指定、②市が散乱防止と再資
源化のための総合施策を策定する、③
総合施策実施のため市と事業者が実施
団体を作り、回収・再資源化を行う、④
自動販売機の届け出制と回収容器の設
置義務づけ、⑤条例違反に対する罰則、
⑥飲料容器対策審議会の設置、などが
骨子となっている。

空き缶問題は、投げ捨てや散乱による
美化対策上の問題と、家庭ゴミとして
処理する際の問題という二つのフェ
ーズがある。京都市のはじめの考
え方では、観光客の投げ捨てる
空き缶も家庭ゴミ中の空き缶も、
デポジットという経済的インセン
ティブによって回収し、最終的な
処理つまり再資源化を企業の責
任によって行なおうというも
のであった。特に、空き缶の中
でも大半を占めるスチール缶の
場合、スクラップとしての価値
が低く、安定的に原料として使
ってもらえないという問題があ
る。空き缶問題の本質は、基本
的にはこのように資源化のため
の「受け皿」が整備されていない
という点にある。

ところで、空き缶のリサイクルの
現状をみると、アルミ缶につ
いては電力料金の高騰によ
って、バージン原料よりも再
生原料を使用する方がコス
トが安くつくようになった
ため、（電気の使用量は、
空き缶を再生する方がボー
キサイトから作るより、27
分の1ですむ）再生資源市場
で有価物として取引されて
おり、受け皿としてはある程
度整備されてきている。また、
再生アルミは自動車部品とし
ての需要が高く、アルミニ
ウム自体が再生しても劣化し
ないリサイ

クル型の金属であることから、末端の資源回収業者の手によって集団回収などの方法で回収されている。それに対してスチール缶はスクラップとして電炉メーカーで鉄筋用の棒鋼などの原料として使用されている。しかしスチール缶には、錫メッキ、鉛（はんだ付けの部分）、アルミ（ふたの部分）など不純物が多く原料としてははなはだ品質の悪いものであり、電炉メーカーにとっては嫌われものになっている。したがって再生資源としての価値も低く、回収しても回収コストの方が高つくため末端の資源回収業者が有償で消費者から回収することはまず無いと言ってよい。飲料缶の製造量は年間約100億個でその80%がスチール缶であるが、空き缶の中の大部分を占めるスチール缶がそのままではリサイクルのルートに乗らないところに基本的な問題がある。

デポジット制の考え方は、こうした無価値のものに強制的に附加金を上乘せし、それによって散乱やゴミとして排出されるのを防ごうというものである。しかし、この方法は市場経済に対する一種の介入であるため、業界からは猛烈な反対の声があがったのである。現在、関東知事会が、同様のデポジット制を盛り込んだ条例案をつくっているが、その前途は厳しいと言うべきであろう。

全国的な取り組みをみると、家庭ゴミ対策としては、空き缶の「分別収集」を実施しているケースが多い。これは、空き缶や他の資源化可能物を「資源ゴミ」として別に集めるやり方で、回収コストはゴミ処理コストとして行政が負担するという考え方

である。大量に集まれば、それなりに原料としては使用可能であるため、埋立処分地に悩む中小都市ではかなりこうした分別収集が行われている。しかし、大都市を含む大半の都市では、そのまま埋立処分されているのが現状である。

美化対策としては、神戸市の六甲山美化協力会のように、市と事業者と地元自治会が協力して美化団体を作り、それぞれの拠出金（企業約400万円（115社）、神戸市約120万円、六甲山自治会30万円、国県補助金約170万円）で回収拠点に集積された空き缶を回収している例があるが、美化対策そのものが行政の分野としても立ち遅れており、大部分がボランティア活動に頼っているのが実情である。

しかし、外国では前述したオレゴン州のデポジット制度や、ワシントン州のように使い捨て容器に清掃税を附加したり、シンガポールのように煙草のポイ捨てにまで罰金を課すなど、美化対策として様々な方法がとられている。また、アメリカ全土で、キープ・アメリカ・ビューティフル（K A B）という団体が、P R・啓蒙活動や、住民協力、くずかごの適正な配置等々、様々な方法を効果的に組み合わせたクリーン・コミュニティ・システム（C C S）という手法を開発し、効果をあげている。

残念ながら日本ではゴミは日陰の存在であり、美化問題については総合的に担当するセクションもない。都市景観を含むアメニティの議論の中で、散乱ゴミ対策も総合的に考えていく必要がある。

さらに、今日問題とされるのは空き缶だけでなく、ますます増加の傾向にある使い

捨て容器全てである。最近ではプラスチックをコーティングした紙パックや、しょう油、酒にまでプラスチック容器が使われ、リサイクルの象徴であったガラスビンも使い捨てに切り替っている。

これらは、省資源省エネルギーの観点からも何らかの規制が必要ではなからうか。これは一自治体レベルでは極めて難しい問題である。京都市や関東知事会の条例制定の動きを契機に、国レベルで真剣に取り組むべき、重大な課題であると思う。

■ 大店法改正問題

各地で生じている大型スーパーと地元事業者の紛争を背景に、大規模小売店舗法（大規模小売店舗における小売業の事業活動の調整に関する法律）の改正が問題となっている。

中小小売業者は、大型店出店により経営基盤が根底から揺さぶられているとして、これ以上の大型店出店を規制するよう強く求めている。日本商工会議所の調べによると、地方議会、商工会議所、商業団体等が大型店出店凍結宣言を出しているところが全国で88カ所にのぼっているという。出店凍結宣言自体はあくまで地元の意思表示にすぎないが、ことし3月京都市議会が政令指定都市として初めて凍結宣言をして話題になるなど、全国的に大型出店をめぐる地元事業者の反発が強まっている。(56.10.29神戸)

大店法は、旧百貨店法にかわるものとして昭和48年に制定され、翌49年から施行された法律である。昭和31年に制定された百貨店法は「百貨店の事業活動を調整する」

ことによって「中小小売業の事業活動の機会」の確保を図ることを目的としており、新規出店や店舗拡張に際して通産大臣の許可を必要としていた。しかし、その後スーパーが伸長するにつれ、実質上大型店であるにもかかわらず、法の適用を受けないという問題がおり、店舗面積が1,500㎡（政令指定都市は3,000㎡以上）の大型店舗を全て対象とする大店法が制定されたのである。

大店法が百貨店法と異なる点は、まず第一に消費者利益の保護を目的とした点である。これは、スーパーが安売りにより物価の安定や消費者の利益に大きく貢献したことによる。第二に、許可制から届け出制に改めたことである。これによって百貨店法のような規制の色彩は薄まり、事前調整に主眼がおかれるようになった。第三に、企業基準から外形基準に改め、企業主体でなく建物単位で調整をするようになった。

出店調整のための機関として、通達に基づく「商業活動調整協議会」（商調協）が設けられ、地元の利害調整を行っているが、法律に明文化されておらず地域によってはその運用が政治的駆け引きの場にされてしまったり、中小小売業者の意思が十分反映されていないという指摘もあり、今回の大店法改正の一つの争点にもなっている。

大店法はその後54年に一度改正され、基準店舗面積を一律500㎡に引き下げ、調整対象を拡大したほか、1,500㎡をこえる第一種大規模店舗については通産大臣が、それ以下のものは第二種として都道府県知事が調整を行うものとした。

しかし法の適用対象が広げられたもの

の、大手スーパーの店舗拡大競争は激しく、また法の建て前は事前審査制となっているが、商調協自体法の裏付けもないため、結果的には多少の店舗面積の削減や、取り扱い品目の変更等を行う程度で、中小小売業者を満足させるような十分な調整が行われているとは言い難い。そのため、大型店の進出で圧迫をうけている中小小売業者は、大店法をもっと強制力のある法律に改正・強化せよと主張しているのである。

こうした中で、通産省は10月はじめ「大型店問題対処方針」をまとめ、①問題のある大型店の新規出店を年内いっぱい凍結する、②出店問題を審議する商業活動調整協議会の機能や調整策の見直しのための「大型店問題懇談会」（産業政策局長及び中小企業庁長官の私的諮問機関）を設置する、の2点を柱とする方針を打ち出した。（56. 10. 3 朝日）

その後10月20日に、全国商店街振興組合連合会など中小小売7団体を中心として「大店法改正等全国小売商推進会議」（全推会議）が結成され、11月はじめ「大店法強化改正全国小売商総決起大会」が開催された。大会では①現行大店法の届け出制を許可制に改める、②大型店の一定地域における一定期間の出店凍結を法律で明文化する、③企業主義の導入など8項目を決議し、政府・国会に陳情を行った。（56. 11. 10 繊研新聞）

全推会議の主張は、本来調整機能を果たすべき商調協が逆に大型店進出の免罪符とされているとして、届け出制よりも規制を目的とする許可制にすべきであるとしている。さらに企業主義の導入により、大手ス

ーパーが経営するコンビニエンスストアやボックスストア等小型店舗も規制の対象にし、大手スーパーそのものを規制すべきであるとしている。

これに対して、当然スーパー側も反発しており、スーパー系労組の加入するゼンゼン同盟も反対運動に立ち上るなど、労働界までまきこんだ問題となっている。

さらに、全推会議は農協や生協も規制の対象に入れるよう要望したため、農協、生協ともに反対の声を強めている。

通産省では懇談会で大店法改正の是非について、年内決着をめざして検討しているが、全推会議系委員と大型店系委員の激しい対立があり、どのような方向でまとまるかは予期できない。

しかし、いずれにせよ、全推会議の主張するような統制経済的色彩の濃い許可制の導入は疑問視する声が強い。確かに大手スーパーの進出により、地元業者が圧迫されているという点は否めないにせよ、それを単純に規制という方向に導いてよいものかどうか。

日本の流通産業はまだ改革の余地があるといわれている。大型店の規制はこうした流通産業の近代化にストップをかけることになる。

勿論スーパー側もこれまでのようなやり方で、店舗の拡大競争をつづけていってよいかどうか考え直すべき時期であろう。「消費者の味方」として安売りをモットーに展開してきたスーパー・チェーンも、最近では必ずしも安くないという声もあがっている。

また、最近目立つのは都市再開発によっ

て都心部や副都心に大型店を誘致してくるという行政のやり方である。再開発に伴う中小小売業者の費用負担を軽減するには大型店の誘致が最も得策であり、また再開発ビル等に顧客を誘致するためにも大型店の誘致はメリットがあるので、商圏人口やバランスを十分考慮しないで安易に大型店に頼りがちである。

また、商調協の調整機能をうまく機能させるべき自治体が、再開発の事業主体や推進主体であるため、逆に大型店をめぐる紛争のタネをまいているという結果を招いているケースが多い。

こうした点もふまえて、大型店問題に関する自治体の責任は大きい。すなわち、「商業集積の調整というきわめて地域性の強い課題は、もともと通産省という中央集権の権力が経済合理性だけで処理しきれないものである。この双面的な考察を必要とする課題を調整する舞合があるとすれば、それは地域における住民の全生活に、直接接している自治体以外にないであろう。」(エコノミスト、11・17号)

大店法改正論議は、いたずらに対立する愚を避け、地域の視点から共存共栄を図る道を模索してもらいたい。安易な規制策は決して本質的な解決策とはなり得ないと思う。

■供給重視の経済学

アメリカ経済が苦悩している中でアメリカの再生をうたうレーガン政権が誕生したが、その経済政策の理論的支柱とされているのがサブラサイド・エコノミックス(SSE)である。このような供給重視の経済学

の登場は従来の需要面からのアプローチ、すなわちケインジアン・モデルに基づいた政策の行き詰まり(スタグフレーションと生産性上昇率の低下)がその背景となっている。K・エバンスによれば、このケインジアンモデルの基本的考え方は①支出は総需要を増加させるが、貯蓄はそれを減退させる。②民間部門の需要の伸びが鈍化したときは、財政支出を増やしてそれを補完すべきである。③需要を増加させてもインフレにはほとんど影響はない。④財政支出の増加は同額の減税よりも景気刺激効果が大きい、ということであった。

しかし、K・エバンスによればこれらの計量モデルの欠陥は経済変動を説明する際に生産性が決定的に重要な役割を果たすことが十分に考慮されていなかった点にある。財政政策や減税の効果は、その需要面を通じる効果のみしか考慮されていない。それはこのモデルでは需要が増加すれば供給はそれに応じて拡大するという想定が織りこまれていたからである。しかし、近年のアメリカの経験から明らかになったのは、需要刺激策は生産性上昇率を回復させるどころか、かえってその停滞を強める効果しかなかった。これに対し供給の経済学は財政金融政策の生産性や勤労意欲や貯蓄意欲に対する影響を直接取り上げるところに特色があるとしている。

このように供給重視の経済学は、財政政策が需要面を通じて経済に影響をおよぼすという従来のケインジアン考え方を否定するものである。

チューレによれば供給重視の経済学に基づいたモデル、すなわちサプライサイド・

モデルは以下のような特徴をもっている。

第1は、財政政策の効果を分析するにあたり、長期的な影響を重視することである。これは過去の政策運営が短期的な変動に目を奪われすぎていたことへの反省に基づいている。

たとえば、短期的な景気刺激のための財政支出の拡大が、長期的に民間投資の停滞をもたらし、また景気対策のためのマネーサプライの増加が長期的に期待インフレ率を高め、基調的なインフレ率を底上げする効果を持っていることも軽視しすぎていたということである。

第2の特徴は、財政政策の相対価格の変化を通じる効果を正しくとらえるため、家計や企業の行動を表わす関数の中に、その影響をとらえる相対価格が重要な説明変数として加えられているという点である。たとえば消費は恒常所得、もしくは資産だけで説明すべきではなく、消費のコストとその代替物たる貯蓄のコストとの相対比が重要であり、しかも、それらのコストには税や財政支出の影響を含めなければならない。また資本ストックに対する需要は、総所得や資産の水準に依存するだけでなく、資本ストックによって生み出される将来の所得の税引き後のコストと現在の消費コストの比に依存する。一方、労働供給関数は、税引後の実質賃金率と“余暇をとること”の利益との比を含めておかなければならないということである。

第3の特徴は、いわゆる乗数効果を否定することである。これは減税を行ったり、財政支出を拡大しても、その財政政策の第1次効果として相対価格の変化を通じる

効果であり、所得の増加は生じないから当然乗数効果も否定される。

第4の特徴は、税率について平均税率よりも限界税率を重視することである。ケインジアン・モデルでは、税の可処分所得への影響を重視するので平均税率が問題となるが、サプライサイド・モデルの場合は相対価格が問題であり、それを変化させるのは限界税率、すなわち、所得や消費が1単位増えた時の税の増加分の方である。

また「税率変更は生産を直接的に左右し、低い税率は高い生産につながることも、二つの生産要素（労働、資本）の雇用を左右し、低い税率は両者の雇用をふやす。」（ラッファー教授）ということである。

第5の特徴は投資と貯蓄を区別しないことである。ケインジアンモデルは投資関数が別個の関数として組み込まれ、それはもっぱら企業の行動を表わすものと解釈される。他方、貯蓄は消費関数から残差として求められている。しかし、サプライサイド・モデルにおいては、企業は別個の経済主体として特別に扱うということはない。企業はその所有者である個人の意思を反映して行動する機関としてみなされ、貯蓄と投資の決定は、あくまで企業の所有者たる個人によって行われると考えるのである。したがって、このことから貯蓄を推進する租税政策も、投資を刺激する租税措置も実は同じ効果を持っており、区別する必要はないということになる。

以上からまとめてみると、まず、アメリカにおいては大幅減税がインフレ的だという批判が強いが、サプライサイド・モデルで

は減税によって第1次的に影響を受けるのは供給のほうであり、需要を拡大させる効果はない。むしろそれは総供給を増やす効果を持っているのであるからインフレ抑制的だといえる。第2に、租税や財政支出の需要面への影響を否定するのであるから、財政政策によって総需要を管理しようという、いわゆる総需要管理政策の意義が否定されることになる。第3に、いわゆる乗数分析も意味がないことになるなどである。

しかし、供給重視の経済学についても問題がないわけではない。第1に、供給重視の経済学はまだ登場したばかりであり、理論的、実証的基盤はまだ不十分といわざるを得ない。この点、チューレも「サプライサイドの分析は租税政策の相対価格に及ぼす効果に依存しているのだから、相対価格の変化に対して民間部門がどのように反応し、その規模はどの程度のものかを早急に解明しなければならない」と述べている。

第2は、この経済学がレーガン政権の政策とからんで、これに基づく効果が過大に

宣伝されすぎているきらいがある。減税が供給拡大効果を持っているのは確かであるにしても、おそらくその効果は徐々に現われてくるからである。

第3は、拡張的な財政政策とマネー・サプライ管理の衝突の問題である。現在のアメリカのインフレは生産性停滞も要因の一つとなっているが、基本的な原因はインフレ期待の定着に伴う賃金・物価上昇率の高まりにある。

このように高まった賃金上昇率を落ち着かせるためには今後かなり長期にわたって強い金融引締め措置をとりつづけて、マネーサプライの増加率を徐々に引き下げ、インフレ期待を落ち着かせることが必要である。そうだとすると、短期的にはマネー・サプライの増加率の低下が生産や雇用にある程度マイナス効果をもたらすことは避けがたい。

以上のような問題点は残っているものの供給重視の経済学の提起した視点は非常に重要である。

行政資料

I

神戸市における市民健康教育の 基本体系について（答申）

昭和56年11月

神戸市保健医療計画審議会

はじめに

神戸市民の健康への関心はこれまで市が毎年実施してきた「神戸市民全世帯アンケート」等の結果をみても、ますます高まってきた。その具体的なあらわれの一つとして、住宅地や公園でのジョギングは、日常の風景となった観があり、早朝登山や六甲全山縦走には、おびたしい参加者がある。このようなことは、能動的な健康づくりが、市民のライフスタイルに定着しつつあるとみることができよう。市民は単に病気にならないためだけでなく、日常生活のなかで積極的に健康を大切に、それに大きな価値をおくようになってきている。

しかし、一方で親は子どもの健康づくりにスイミングスクールに通わせても、他方で朝食抜き、近視や虫歯、姿勢のわるい子どもが増えるなど、基礎的な生活習慣に根ざすと考えられている問題が生じている。そして、市民の疾病構造の変化をみると、病気の原因や経過が生活習慣や社会的行動に大きく係わり、医療と生活とを切り離しては解決できない慢性疾患が著しく増大している。

さらに高齢化社会の進行するなかで、家庭や地域社会において自立自動と相互連帯

によって解決しなければならないさまざまな生活・健康上の問題がおこってきている。例えば本市では、現在65歳以上の高齢者は人口の9%（昭和55年）であるが、20年後には人口の15%をこえると予測される。これは高齢者のしめる割合が11人に1人から6人に1人となることであり、このことは現在の受療率のままで20年後を推測すると、入院患者のほぼ2人に1人は65歳以上という結果になることを示している。

このような市民の健康状況をとりまく変化に伴い、保健医療体制の確立や良好な環境の維持など市民の健康を守りつちかうために、行政の果すべき責務もますます重要となってきている。

市民健康教育は、教育的アプローチによって市民のライフスタイルや健康に対する新しい意識と行動をつくらうとするものである。

そして、その究極のねらいは、個人の生涯にわたる健康の確保にとどまることなく、健康な個人や家庭が活力ある神戸という都市をつくり、同時にその健康な社会が未来にわたっての神戸市民を育むという健康福祉社会の理念の実現にほかならない。

さらに、傷病者や障害者などハンディキャップをもつ市民が地域社会のなかで不安の

ない充実した日常生活ができるようにすることが健康教育の目的であるといえよう。従って、市民健康教育は、単なる知識の取得にとどまらず、家庭や地域社会において、自主的にまた連帯して対処すべき方法を考え、さらにそれを実践することによって、問題の解決を図るものでなければならない。

神戸市における市民健康教育の基本体系についてという諮問を受けて、当審議会は次の視点にたって審議を行った。

第1に、健康が身体的、精神的概念にとどまらず生活概念としてとらえられていることから、市民健康教育は保健医療活動の教育的側面にとどめることなく、生活全般のなかで健康を考え、かつ市民の生涯学習のひとつとして位置づけられなければならない。

第2に、市民健康教育は、生活環境の整備や他の保健医療サービスと相まってより効果を発揮するものである。したがって広く保健医療体制の一環として考えられなければならない。

第3に、市民健康教育は、家庭の保健機能を積極的に助長することに重点をおくものであり、あわせて市民の相互連帯の場である地域社会の健康づくりへ発展させるものでなければならない。

I 市民健康教育の基本的視点と役割分担

1 市民健康教育の基本的視点

健康教育の体系化を進めていくために、まず健康教育の範囲を明確にしなければならない。健康教育は、地域、学校、職域という三つの生活の場で行われ、そして市民

一般を対象としたものは、主として公衆衛生活動の一環として保健所を中心に行われてきた。

しかし生活環境の諸条件の変化や市民生活の多様化、あるいは健康概念の拡大や疾病構造の変化等によって、限られた角度や断片的な教育では市民の需要に応じきれなくなってきた。そして神戸市においても種々の教育的施策が行われてきたが、日常生活の場を通じて健康問題を考えることの必要性から、ここでは健康教育の範囲を、一般的に狭義の健康教育として理解されているものに限らず、市民生活にかかる教育的諸施策のなかで扱われる市民講座や相談機能などを含めて、広義の健康教育としてとらえたい。そこですでに述べた健康教育の目的や範囲を含め、これを「市民健康教育」とし、その概念をまとめると図1のとおりである。

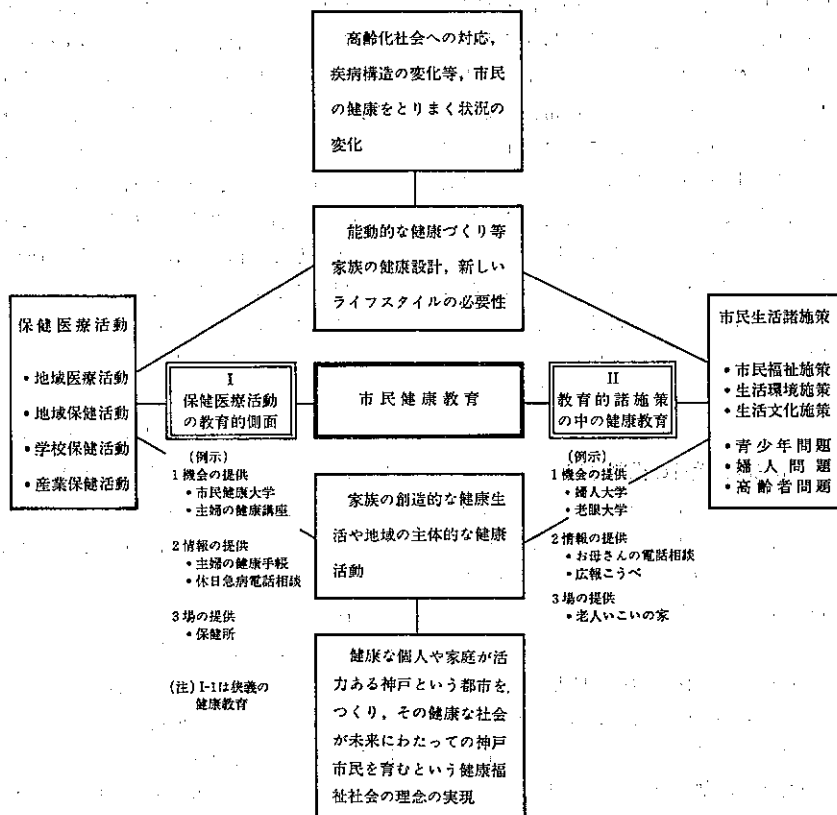
市民健康教育の内容は、健康な家庭生活を育成するという立場から、直接心身に関するもののみならず、生活科学・環境科学等生活周辺領域の問題についても、必要に応じ課題として取り扱うべきである。

市民は生涯にわたって、適切な保健医療サービスの提供が保障されるなかで、性、年齢および健康度に応じ、必要な市民健康教育を受け、各自がそれを生活の場実践し定着させるものでなければならない。

市民健康教育は、次に掲げる基本的視点にたって、企画、調整および評価が行われることが必要である。

①健康は生活の条件や社会的行動に影響を受けるものであり、また家庭そのものが養育、教育、扶養、消費、余暇など広範囲の

図-1 市民健康教育の概念



機能を有するものであるところから、市民健康教育は生活全般のなかで健康を考えるものでなければならない。同時に、市民健康教育は、保健医療領域にとどまることなく日常生活の多面性を配慮した総合的なカリキュラムのなかで健康が位置づけられたものであることが望ましい。(包括性の視点)

② 民間の文化、体育センターによる話題性のある、また時機を得たテーマや実用的

なノウハウを教える諸機能も有益であり見習うべきところも多いが、公的サービスとしての市民健康教育は断片的情報の提供ではなく長期的な効果を期待する基礎的かつ体系的な教育であることが望ましい。(体系化の視点)

③ 市民健康教育は、日常生活のなかで健康上の問題を解決し健全な生活を実践することに目的がある以上、画一的な指導に陥ることのないよう、家族の年齢構成、世

帯構成、衣食住の生活様式など各家庭の多様性を尊重し、各家庭ごとの独自の方法で健康生活を実践できるよう支援するものでなければならない。(多様性尊重の視点)

④ 市民健康教育はすべての市民をその対象とするものであるが、ライフサイクルにそって人生の転機となる時期、例えば結婚、妊娠、出産、就学、就職など特定の時期にポイントをおいてその重点化を図る必要がある。また、個人・家庭が健康問題で孤立化、閉鎖化することを防ぐために、個別相談方式による健康教育の機会提供の場を常に確保しなければならない。(重点化の視点)

2 市民健康教育の役割分担

市民がもつ健康への関心はつねに個別的であり、その健康づくりも多様である。したがって市民健康教育においても行政による画一的な施策という方法は望ましくない。

市民の健康の保持増進に関して行政が係わるべき範囲を明確にするのは困難であるが、基本的には行政、保健医療関係者、市民の適切な役割分担とその協調によって推進すべきものであろう。その役割分担を考えたとき、自分の健康は自分で守る、すなわち基本的に健康づくりは個人の努力に帰属するというには異論はないであろう。

しかしそれは同時に、行政が保健医療体制の確立や良好な環境の維持など健康づくりのための基盤整備を図ることと一体でなければならない。市民健康教育は、行政の責務と個人・家庭の自助努力や地域の連帯との関係を調整するうえにおいても効果を有するものである。

次に、医師・歯科医師をはじめとする保健医療関係者は、いうまでもなく高度な専門的知識および技能を有して医療・保健指導を担当し市民の健康を確保するという公共的な任務を有している。しかも、医師・歯科医師は、市民健康教育においてさまざまな役割をもつが、とくに日常の医療活動を通じて患者およびその家族との接触による医師としての信頼関係によって教育的役割を果たすことが必要である。

さて、ここで市民の側の問題と行政の側の問題とに分けて検討してみたい。

まず、市民が健康上の問題に気づき、解決する方法を考え、生活習慣を改善する一連の行動のなかで、市民健康教育の果たすべき役割は、①知識・情報の提供、②態度の変容への動機づけ、③行動の変容への動機づけである。

これらがそれぞれのレベルで目的を達成し、市民健康教育がその機能を発揮するためには、市民ひとりひとりが自らの健康に対して自覚することが前提条件である。そして市民健康教育の有効性を確保するために、市民の自覚への働きかけ、自覚後の行動への支援は、行政が積極的に行うべきであるが、生活のなかでどう位置づけるかは市民の自由な選択に委ねるべきであろう。

すなわち、個人・家庭の自立自助への支援と、個人・家庭の個性や多様性の尊重という原則である。

次に行政が果たすべき役割は、市民健康教育の性質上、積極的に市民に働きかけていく、すなわちリードすべき分野と、自覚した市民からの要望を受け入れ基盤整備を行う、すなわち支援すべき分野とに分かれる。

行政がリードすべき分野としては、知識の普及・情報の提供がある。これは市民健康教育のもっとも基礎的な部分であり、また情報の質の確保が重要であることから、市民の心要とする情報を、適切にそれに応じた場所で提供できる体制の整備が必要である。

また、健康教育は、行政機関、学校、事業者、医療関係団体、市民団体などが行うものであり、行政はそれら各種組織団体との事業・情報等の連絡・調整など積極的にコーディネイターの役割を果たす必要がある。

行政が支援すべき分野としては、単なる知識の普及・情報の提供のみでなく、実践までも考慮に入れた健康教育が必要となるが、そのための情報・機会・場の提供のための条件整備を行うとともに、各種組織団体との相互協力体制を確立する必要がある。

なお、市が行っている教育的諸施策のうち健康問題をテーマとしたものをみると、各局が個別に進めているため、現状ではまだ欠落した部分が多い。しかし、施策のソフトウェア重視への転換に伴い今後教育的施策が増大すると考えられ、また行政機構が福祉、健康など分野別と同時に青少年、婦人、高齢者など対象者別に分かれているところからも、健康教育的諸施策は、関係部局間の有機的な連携が必要であり、その総合化は重要な課題である。

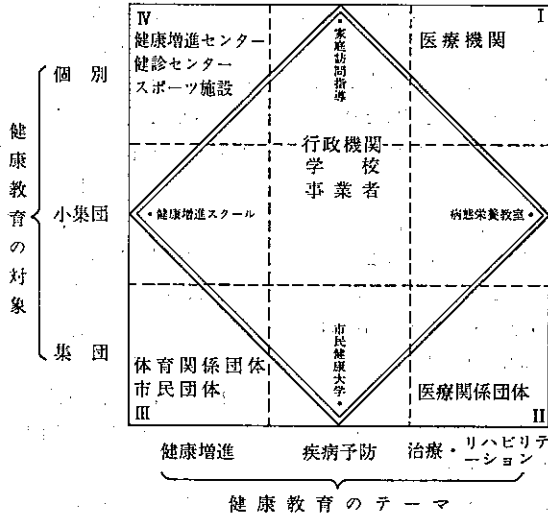
次に、勤労者の健康問題は、産業保健として法体系が異なることもあり、市レベルにおいては地域保健活動との十分な連携が図られていない現状にある。従って、今後関係機関との調整を行うとともに、当面は

小規模企業の勤労者やパートタイムで就労している婦人などの検診の機会を保健所等において確保し、また地域における健康教育の企画実施にあたっては常に勤労者を配慮する必要がある。なお事業者は、その雇用する勤労者の健康を保持増進するために健康教育の実施主体となるのは当然であるが、また地域の健康活動に積極的に参加することが望まれる。

さて、以上のような考え方のもとに、地域における健康教育の実施主体は、図-2で示すような役割分担が考えられる。

Iは患者教育、患者家族教育の分野であって、主として医療機関が担当している。「家庭と健康に関する婦人の意識調査」（昭和56年、神戸市衛生局）では、「健康上の気がかりや不安の相談相手」としてかかりつけの医師が高率を示しているところからも、医療機関は単に患者教育だけでなく、健康管理、健康教育の機能としても重要である。なお市立病院には、積極的な教育的活動を期待したい。IIは医療問題を集団的に扱う分野で、とくに需要が多く今後拡充しなければならない。そして医療関係団体の地域活動の一環として発展が期待される分野である。IIIは体育関係団体、また将来的には市民団体がその主体となるよう期待する分野であり、行政は施設づくりなどが役割となろう。IVは健康増進センター、民間の健診センター、スポーツ施設等が受けもつ分野であろう。そして例示しているように糖尿病患者の食事指導などの病態栄養教室、個人の生活状態に応じた栄養・運動の指導を行う健康増進スクールをそれぞれ治療・リハビリテーション、また健康増進の

図—2 地域における健康教育の実施主体



境界線におき、保健所をはじめとする行政機関、学校および事業者が主として受けもつ分野を中央部に示したものである。

ⅢおよびⅣの分野では、新たな行政需要に対応するために、従来の健康増進、体育・レクリエーション、余暇・文化などの観点からなされている既存の諸事業の整合性を図り、その再編成が検討されなければならない。

Ⅱ 家庭の保健機能と市民健康教育の体系

1 家庭の保健機能

家庭は市民生活の基礎的単位である。家族のなかに傷病者がでると、それは傷病者個人の問題だけでなく、同時に家族の精神的、経済的な生活上の問題となり、それが家庭自体の崩壊をむかえることもある。

家族の健康生活は、家庭内における保健機能と、家庭外における保健医療機関と

が、相互補完的に作用することによって確保される。家庭内の保健機能は、家族構成員がそれぞれ相応の役割をもち、その理解と協力によって、家族構成員の健康を保持増進し、とくに乳幼児や老人にあっては、保護をも加え、そして傷病者の回復を援助する働きである。

一方、社会機能の分化が進むにつれて、また疾病の複雑多岐、医療の高度専門化によって、傷病者は家庭生活から分離されるなど家庭機能の外部化が進んできている。しかしこのことによって家族の責任が軽減された訳でなく、傷病者はその家族とのより強い精神的つながりが必要とされ、とくに、回復期の傷病者においては家庭内における看護が重要視されてきている。また余暇時間の増加に伴うスポーツや健康づくりは家族志向が強いという傾向にある。家庭に対する健康教育は、このような家庭の

保健機能を維持助長するための支援であり、同時に家庭外における保健医療システムが円滑に機能するためにも重要である。

2 家族周期（ファミリーライフサイクル）の段階設定

家族は、成人男女の結婚によって形成され、夫婦の死亡とともに消滅する。その間、子の出生とともに拡大し、子の独立や結婚による分離によって縮小する。家庭の健康問題が家族構成員の成長過程に対応しているところから、このような家族周期（ファミリーライフサイクル）の諸段階によって家庭の保健機能を把握することは、保健医療サービスや健康教育をよりの確かつ効果的に行うためにきわめて重要である。

家族周期の段階設定に関してさまざまな分類が試みられているが、ここでは衛生行政が地域、学校、職域の3つの分野に大別されていることやライフサイクルにおける健康問題の特質をあわせ、次の5段階とした。

- I 段階 家族形成期……独身期をへて結婚による家庭の成立から第1子の幼児期まで。
- II 段階 家族成長前期……出産が終了した家族固定期、第1子の小学校期。
- III 段階 家族成長後期……第1子の中学校期から成人に至るまで。
- IV 段階 家族成熟期……子の結婚や独立による家族縮小期。
- V 段階 家族老齢期……夫の退職、子の

すべての独立する向老期から配偶者の死亡による単身期。

なお、この5段階には高齢者の単独世帯、母子家庭、また心身障害者等のハンディキャップをもつ市民のいる家庭など様々な世帯を包含するものである。

3 家族周期による健康教育の体系化

健康教育を必要とする個人・家庭に対して、効果のある対応をするためには、対象者の特質、ニーズを的確にとらえ、そして適切な形式、場で行うことが必要である。

家庭を中心とした市民健康教育の体系化にあたっては、テーマとその対象者、実施の場とその方法等を、「家庭と健康に関する婦人の意識調査」による家族周期の段階ごとの保健機能を参考に検討を行った。

まず家庭のもつ生活・健康および健康教育の主要課題を、家族周期の段階ごとに体系化した（表-1）。

次に、地域の段階ごとに健康教育の機能分担を図るための原則をまとめた（表-2）。

以下、家族周期の段階ごとに、今後、健康教育の具体化にあたっての指針を例示する。

(1) 家族形成期

この時期は、母子保健が主な分野であるが、例えば出産・育児をテーマとする健康教育は、その内容が実生活で役立つ知識・技術でなければならない。また、対象者の数や行動範囲を考慮すれば、その実施は区レベルで行われるのが望ましい。したがって、出産・育児のテーマは、市レベルにお

表一 1 家族周期による市民健康教育の体系

家族周期の段階	1 生活、健康上の主要課題	2 健康教育の主要課題
I 家族形成期 (新婚期・育児期)	<ul style="list-style-type: none"> 新しい家庭の形成 新しい生活環境への適応 市民的責任、社会的役割の認識 出産計画、妊娠・出産・母性保護 乳幼児の保健と保育 生涯保健の基本となる生活習慣の形成 	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠、出産 遺 伝 育 児 救急急病処置 予防接種 衣、食、住と健康の関係 地域保健医療、ファミリードクター
II 家族成長前期 (教育期 第1子小学校期)	<ul style="list-style-type: none"> 子の就学 子の身体的・精神的発達 家族の健康づくりの実践 子の成長による家庭内役割の調整 	<ul style="list-style-type: none"> う歯、近視と生活習慣 安全教育 性教育 肥満、朝の欠食と栄養 心の健康 栄養、運動、休養と健康増進 成人病予防
III 家族成長後期 (教育期・第1子 中学校～高校期)	<ul style="list-style-type: none"> 子の自己形成 子の進路の決定 子の身体的発達の完了 働き盛りの健康管理 家族の余暇活動の設計 就業活動の充実と家族統合の維持 	<ul style="list-style-type: none"> 性教育 飲酒、喫煙 自殺、心の健康 環境と健康 肥満、貧血、高血圧、心臓病、糖尿病等の予防 定期健康診断
IV 家族成熟期 (縮小期 第1子独立期)	<ul style="list-style-type: none"> 子の就職 子の結婚と家庭の分離 体力、生理的諸機能維持のための健康管理 生きがい、趣味の設計 老後のための生活設計 老親の加齢変化の進行 	<ul style="list-style-type: none"> 更年期 加齢変化と健康管理 心の健康 成人病予防 定期健康診断
V 家族老齢期 (向老期・単身期)	<ul style="list-style-type: none"> 夫の離職、再就職 老化現象の発現と進行 健康維持のための生活習慣 家庭における孤独 老年の健康管理 配偶者の死亡 	<ul style="list-style-type: none"> 心の健康 日常の健康管理 老人の生理、心理、疾病、栄養 家庭看護

3 健康教育の事例（現行）	4 保健医療の主要施策	5 地域社会との関係
<ul style="list-style-type: none"> ・母親教室 ・急病救急講習会 ・育児教室 ・母子健康手帳 ・お母さんの電話相談 ・妊産婦健康相談 ・乳幼児健康相談 ・母親のための育児ガイドブック 	<p>〔母子保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妊婦健康診断，健康相談 ・乳児健康診断，健康相談 ・1.5歳児，3歳児健診 ・予防接種，ポリオ生ワク，ツ反BCG ・未熟児，身障児家庭訪問指導 ・栄養相談，歯科相談 ・障害児早期発見検査 	<ul style="list-style-type: none"> ・配偶者の家族，親戚との交際 ・近隣との交際 ・地域諸団体への加入 ・保育所，幼稚園を通じての交際
<ul style="list-style-type: none"> ・救急研修会 ・親子体操教室 ・家庭教育学級 ・親と子のカウンセリング〔婦人〕 ・IIIに同じ 〔一般〕 ・IVに同じ 	<p>〔学校保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健教育（保健学習，保健指導） ・健康診断 ・学校環境衛生，学校給食，学校安全 ・心臓検診 ・腎疾患検査 <p>〔地域保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・療育相談，小児慢性特定疾患公費負担 	<ul style="list-style-type: none"> ・子を通じての交際 ・PTA活動への参加 ・自治会，婦人会活動への参加 ・母親教育，家庭教育など学習活動への参加 ・文化活動，スポーツ活動への参加
<p>〔婦人〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・婦人大学 ・主婦の健康講座 ・主婦の健康手帳 ・婦人スポーツ大学 ・健康増進教室〔一般〕 ・IVに同じ 	<p>〔学校保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IIと同じ <p>〔成人保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IVと同じ <p>〔地域保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症定点観測，伝染病予防 ・薬物等乱用対策，献血推進 <p>〔産業保健〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・PTA活動への参加 ・自治会，婦人会活動への参加 ・学習活動への参加 ・文化活動，スポーツ活動への参加 ・奉仕活動への参加
<p>〔一般〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民健康大学 ・ファミリースポーツ大学 ・健康増進スクール ・スポーツ相談 ・各種文化，スポーツ教室 <p>〔婦人〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IIIに同じ 	<p>〔成人保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・循環器・胃・子宮がん・乳がん検診 ・主婦の健康相談 ・健康増進 ・健康相談，栄養相談 ・結核検診，治療公費負担 ・精神衛生相談 <p>〔産業保健〕</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・子の家族との協力関係 ・自治会，婦人会活動への参加 ・地域社会活動への参加 ・趣味，文化活動への参加 ・奉仕活動への参加
<ul style="list-style-type: none"> ・老眼大学 ・老人健康管理教室 ・老人健康教室 ・老人体育教室 ・老人クラブ指導者養成講座 ・高齢者リーダー研修 ・老人福祉手帳 ・家庭看護教室 	<p>〔老人保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人健康診査 ・老人医療費公費負担 ・老人健康相談 ・家庭看護指導 <p>〔成人保健〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IVと同じ 	<ul style="list-style-type: none"> ・新しい仲間づくり ・老人会への参加 ・趣味，文化活動への参加維持 ・地域社会活動，奉仕活動への参加維持とサービス受容

いては、印刷媒体等による知識・情報の提供、あるいは健康問題全般についての講座のなかの一つのテーマとして扱うのが妥当である。このように市・区・地区レベルにおいて、テーマごとに適切な機能分担を行うことが必要である。

また、区レベルにおいて出産・育児をテーマとする場合、核家族化と家庭の保健機能を考え、夫婦で参加する「マタニティ教室」の開催も検討されてよいと思われる。

健康教育を提供する側の連携の好例とし

て、衛生局が保健所で行う「3歳児健康診査」と同じ日に、保健所の近くで教育委員会が「3歳児をもつ母親のための勉強室」を開催していることがあげられる。今後はさらに対象者が例えば同じ主婦の場合、家庭の健康管理者としての「栄養教室」に、消費者としての「買物教室」を加えるなど、他部局所管事業への“相互乗入れ方式”を促進する必要がある。

(2) 家族成長前期

学校保健が組み込まれてくるが、子の身

表-2 健康教育 地域レベルの機能分担

	市	行政 区	地 区
目的・主題	<ul style="list-style-type: none"> 健康問題に関する基礎的・体系的教育 高度・最新の保健医療情報 話題性のある健康問題 	<ul style="list-style-type: none"> 身近かな生活・健康上の問題に対処するための知識・技術 家庭の保健機能の維持助長 	<ul style="list-style-type: none"> 地区要望のテーマへの対応 家庭・地域の健康づくり活動の実践
主な対象	<ul style="list-style-type: none"> 地域活動のリーダー層 ボランティア 健康教育担当者 市民一般 	<ul style="list-style-type: none"> 家族周期の段階別に主婦・親子・夫婦等 健康リーダー 	<ul style="list-style-type: none"> 自治会・婦人会・P.T.A等の単位
実施方法	<ul style="list-style-type: none"> テーマ別、対象者別講座方式 市医療関係団体との連携 市関係局の教育的諸施策の調整 大学公開講座の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 健診・個別相談・実技指導を含む総合方式 他部局所管事業への“相互乗入れ”方式の促進 区医療関係団体・市民組織との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 健康リーダーの活用 地区施設の利用 地区の健康上の主要課題に応じた地域保健活動の一環としての健康教育
個別教育	<ul style="list-style-type: none"> 健康情報の所在を知らせる情報の提供 	<ul style="list-style-type: none"> 個別的健康相談の拡充 	<ul style="list-style-type: none"> 特定地区の出張相談の拡充
備考	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育インフォメーション機能の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育機関としての保健所の整備 	<ul style="list-style-type: none"> 関係行政機関との連携

体的、精神的発達のために家庭が重要な役割をもつ時期である。

家族周期を導入したねらいの一つは、夫婦や親子という単位で健康問題を把握し、健康教育を実施することにある。

例えば、肥満児の保健指導は、学校保健が関与している分野であるが、このための健康教育は家庭をも対象としたものでなければ十分な効果を期待することができない。

このため夏休みの時期を利用し、栄養実習や体操を含めた「親子スリム教室」を開催するなど、地域保健分野の活動にも期待したい。

この時期の婦人は、家庭内の健康管理者として自覚、実践している割合が最も高い。しかし、例えば健康な状態にあっても毎年健康診断を受ける必要があると考えているが実際の受診率は低いことなど、意識と行動とに差がある。このことが子どもの教育への関心の高さの反面、生活習慣の形成に関してさまざまな問題を生じていることも配慮し、健康づくりの実践や健康教育の企画がなされなければならない。

(3) 家族成長後期

家族のなかでは、夫がその就業活動の充実期にあり、また妻の就業率が最も高い時期である。夫婦とも40歳を過ぎれば、自分自身の健康を考えてみる機会が必要である。このため「市民健康大学」などこれにふさわしい健康教育は、利用しやすいように夜間に開催するなど、時間帯等の検討がなされなければならない。また、市レベルにおいて、例えば厄年の今日的意義と健康管理をテーマとした「厄年セミナー」の開催が考えられる。

制度的に成人病などの検診機会が確保されている勤労者に対しては、健康づくりに関心をむけるため、市レベルにおいて自由で個性的な健康づくりのための情報提供が必要である。しかし、検診機会の少ない主婦などに対しては、区レベルにおいて各種成人病検診の機会提供を含めた健康教育の拡充が必要である。

(4) 家族成熟期

子の独立とともに、老後をひかえてその生活設計を考える時期である。したがって、健康教育においては、単に保健医療問題だけでなく、年金・保険を含め社会保障、社会福祉の課題も取り入れていかなければならない。

また、この時期における主婦の場合は、時間的余裕もでき、積極的に地域社会の活動へ参加できる状態にあると考えられる。したがって、健康リーダーとしての活動をはじめ、地域における健康活動のための役割が期待できる。

(5) 家族老齢期

夫の離職とともに生活習慣に大きな変化が生じる時期であり、社会的役割の縮小に加えて、老化現象の進行、家庭における孤独など、身体的にも精神的にもさまざまな健康上の問題がおきる時期である。

個々人の健康度が著しく異なるので、保健医療サービスにおいては個別対応が必要であり、健康教育におけるメニューも一層の多様化を図らなければならない。とくに地区レベルの健康教育は、例えば老人いきおいの家などを活動の場として、日常生活そのもののなかで健康問題を考えるという方法が望ましい。そして老人が家庭におい

て孤立化し、閉鎖的にならないようにするため、その健康教育における指導者としてはとくに保健婦・栄養士など保健所スタッフに期待したい。

また、ねたきり老人の家庭看護など、その家族が看護法などの知識・技術を知りたいとき、一人でも気軽に利用できるようなビデオが備えてある「情報コーナー」や、保健婦が相談に応じてくれる「相談コーナー」などが保健所に設置されることが望ましい。

Ⅲ 地域の健康活動と市民健康教育の推進

1 地域の健康活動

健康教育の具体的展開を図るための地域の広がりとしては、行政区を中心とするのが望ましい。これは市民の利便や地域の一体感という観点から、また市民組織、医療関係団体、行政機関などの組織、活動の単位でもあり、同時に地域の特性や社会資源を活用した市民の主体的な活動が行える小学校区などの小地域を包含する単位だからである。

ここでは、市民健康教育のあり方を、地域における健康活動という広範囲のなかでとらえてみたい。

健康教育の立場からみると、かつて地域活動の主要テーマのひとつが、蚊・はえ・ねずみ駆除などの環境衛生活動であった。地域性と連帯性とをあわせもつ地域の主体的活動を振興させるためには、さまざまな要素が必要であるがとくにそれにふさわしいテーマを欠かすことができない。

そして地域の健康づくり活動は、テーマや方法が参加者によって決められていくと

いう過程のなかで、新しいコミュニティを育てる可能性があると思われる。その背景としては、コミュニティ醸成のための施設づくりが進行し、また保健所における各種検診活動も整備されつつあり、さらに主体的なコミュニティスポーツ活動が活発化している等の状況がある。今後は市民自身が検診の機会や施設をどう選択し活用していくかが決め手となる。

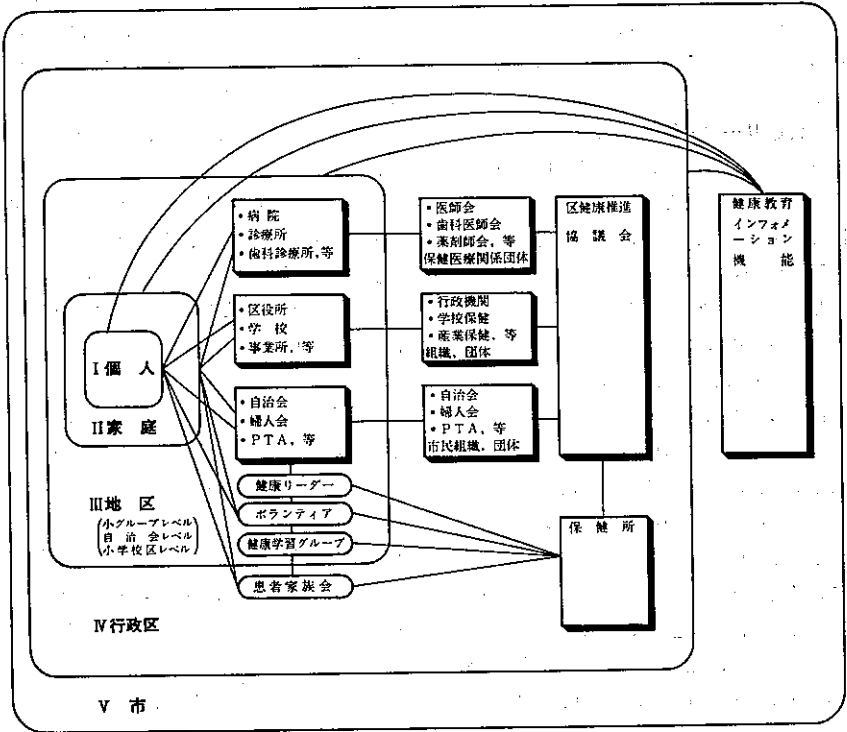
次に、保健医療活動が、第1に医療と生活を切り離すことができないこと、第2に保健医療サービスと社会福祉サービスの地域での統合が必要なこと、第3に自立自助を高める方向でのサービスをめざしていることがあげられる。

さらに患者調査等によれば、65歳以上の高齢者は7人に1人が通院、27人に1人が入院しており、また入院患者の3人に1人は高齢者である。地域の医療機関は高齢者がかなりの部分をしめる状況が続いている。このことは医療問題を別にして、家庭や地域が高齢者のニーズを満たすことのできる場や役割をもっていないことの現われであるともみられている。このため一つの方向として、家庭内の保健機能の低下に対する補完的役割を地域のなかで果たしていくとする傾向にあることがあげられる。

従って、地域のなかで老人、障害者(児)などへの必要な福祉と保健サービスの提供、例えば看護指導、給食サービス、入浴サービスなどの実施に際しての援助、あるいは介護者や家族の相談相手として、地域住民に相互扶助の役割が期待されるのである。

このような背景のもとに、地域の健康活動について以下述べる組織等について図式

図一三 地域の健康活動のための組織



化すると図一三のとおりである。

2 「区健康推進協議会」の設置

地域住民の健康にかかわる問題が発生したとき、即応できる体制が必要になる。このため持続的に機能する組織のあることが望ましい。

そこで地域における保健衛生水準の向上を図り、住民の健康づくりを促進するために、市民・保健医療関係者・行政の三者を中心として、計画および実施の母体となる

「区健康推進協議会」の設置を提案したい。

行政区を単位とした同様の組織としては現在保健所運営協議会があるが、地域の団体・機関の参画を得ているものの、あくまで保健所の運営について審議するにとどまっている。このため保健所運営協議会を「区健康推進協議会」として再編成し、地域における健康づくりの方策を総合的、体系的に審議し、かつ単なる審議組織ではなく計画とともに実施、評価の母体とするこ

とが望ましい。

なお、その下部組織として、地域特性にそった健康教育活動を促進するために、健康教育カリキュラム委員会の設置が考えられる。

3 健康リーダー等の活動

神戸市では保健所において健康リーダーの養成を行っている。これは健康づくりに関心をもつ地域活動の推進者を対象に、昭和54年度から各保健所で健康増進教室を開催し、毎年約300人のリーダーの養成を行っているものである。

その養成に関して、一方では健康づくりが自己の問題にとどまり地域への活動に結びつかないのではないかと懸念があり、他方では行政サービスの補完的役割にねらいがあるのではないかと意見がある。

そこで健康リーダーの位置づけを明確にする必要がある。すなわち、健康リーダーは、自治会、婦人会、PTA等の地域住民組織のなかで、地域の健康づくり活動や健康問題に対処するとき、主導的役割を担うものである。健康リーダーは、地域社会活動への参加の一形態であるが、当面、その活動は既存組織の枠のなかにとどまらざるを得ないであろう。しかし健康リーダーは、コミュニティづくりのために既存組織の活性化をうながす存在であり、今後、地域の保健医療に関するニーズを発見し、行政へのフィードバック・システムとしての役割をもつことに期待することとなる。このことから、健康リーダーの量的・質的な拡充を図ることが地域住民組織にとっても、また保健所にとっても重要である。

健康リーダーが地域住民組織の一員とし

て保健衛生面からコミュニティづくりを主たるねらいとする人的資源であるとするならば、次に保健、医療、福祉、教育などの分野で専門的な知識、技術をもつボランティアへの援助を考える必要がある。

すでに述べてきたように、これからの保健活動が、医療、福祉との統合、そして地域住民の主体的なかかわりによって展開する方向へ進むとすれば、それとともに地域社会においてボランティアが本質的な意義と役割を担うものとして位置づけられなければならない。

そこで専門技能をもつボランティアとして、例えば薬剤師、看護婦、栄養士、教員など地域に潜在する専門職の活動が期待される。このようなヘルスボランティアは、他者の問題を自己の問題とするボランティア意識に支えられ、その専門的技術を生かすとともに、時には、コミュニティ・オーナーとしての役割をももつことになる。

地域福祉活動や地域保健活動をより充実させるために行政サイドのマンパワーとともに、このような潜在する専門職の活用が必要であり、このため種々の活動形態のとれるボランティアへの援助のあり方を検討する必要がある。

4 健康づくりイベントの開催

健康づくり活動が地域に普及し定着するために、その契機をつくるものとして健康づくりイベントの開催が考えられる。そのねらいは、地域ごとに生活環境を含めた健康上の問題を取りあげ、地域住民がその問題を解決するために共通の認識をもち、そして具体的な目標を設定するなど実践への

ムードを盛りあげることにある。

例えば健康増進普及運動の月間である9月に、市民健康づくり週間を設定し、各種の行事を開催する。

健康づくり区民のつどいとしては、講演会、保健医療シンポジウム、地域住民団体の健康づくり活動の発表、表彰などがある。

また、家庭の健康づくりを考えるとともに、健康リーダーの活動への支援を図るものとして、健康展の開催が考えられる。

例えば、昭和55年12月の中央保健所発足記念健康展では、ビデオやパネルによる健康情報、コンピュータによる食生活診断、幼児歯みがき指導、血圧測定、体力測定、親子体操、各種保健相談などを行い好評であった。これらの行事は、区単位に独自のテーマを設け、企画段階から住民参加によって実施評価することが望ましい。

5 健康教育機関としての保健所の役割

これまで述べてきた地域における健康づくり活動と健康教育に関して実際的な活動を推進するために、保健所は地域の中核的な健康教育機関として整備されなければならない。このため、健康教育における保健所の役割として次のものを今後とくに充実強化する必要がある。

- ① 計画調整及び評価機能の整備
- ② 地域健康指標の作成
- ③ 健康づくりモデル地区の推進
- ④ 学習グループ、患者家族会等の育成
- ⑤ 健康情報コーナーの設置

なお、地域の健康活動を推進するためには、それぞれの地域において具体的なわかりやすい目標を設定することが必要であ

る。このために保健所は、まず地域への情報の提供を行うことが重要である。その後の活動の展開にあたっては地域とともに主体的にとりくむものでなければならない。

また、原則として保健所における健康教育は、検診、健康相談、保健指導、情報提供など他の対人保健サービスとの一貫性、継続性を確保することはもちろんであるが、あわせて健康教育そのものが講義、実習、検診、個別相談などを包含したものとして、そのプログラムが編成されることが望ましい。

6 健康教育インフォメーション機能の整備

区レベルを中心とする地域での健康活動を促進するためには、市レベルにおいてこれらの活動を支援し補完する体制が必要である。なかでも学校、職域、地域、あるいは保健所、医療機関、社会教育施設、福祉施設等に対しての、健康教育に関する情報の提供が重要である。

このため、次のような健康教育インフォメーション機能を市レベルにおいて整備するよう提言したい。

① 講師の登録・紹介 地域の自治会や婦人会、あるいは企業や学校において講演会、学習会等を企画する場合、テーマにふさわしい講師を選ぶための情報を得にくい現状にある。このため人材銀行として専門分野別に登録し、印刷媒体を通じての健康教育のための執筆者も含めて講師の紹介を行うものである。

② 健康教育情報の収集、解析および提供 保健所や企業の保健婦、栄養士、また学校の養護教諭等に対して最新の健康教

育としての情報の提供を行う。とくにマスメディアを通じて報ぜられる医学、保健医療に関する情報について、健康教育担当者が適切な解説を行うための情報の提供が必要である。

⑧ 健康教育担当者の研修

④ 副読本、パンフレット等を含む健康教育資料の作成

⑤ 健康教育用映画フィルム・ビデオ等のライブラリー

⑥ その他健康教育に関する調査研究

また、あわせて市民一般に対する健康情報の所在を明らかにする情報の提供機能の充実を検討する必要がある。

おわりに

神戸市における市民健康教育の基本体系について、Ⅰでは市民健康教育の意義、範囲、役割分担などの基本項目を整理し、Ⅱでは家庭を中心とした主要課題、実施の場と方法などについて体系化を試み、さらにⅢでは地域の健康活動のなかでの市民健康教育に関して提言を行ってきた。

そしてこれは既存の市民生活に係わる教育的諸施策および保健医療諸施策を、市民健康教育という観点から再構築を図り、あわせて市民、保健医療・福祉・教育関係

者、行政の三者の協調により新しいシステムを探りだし、その活性化をうながすことを提案するものである。なお、市民の健康問題は、経済、社会、文化、環境などあらゆる分野に及ぶものであるが、審議にあたって施策の具体化のための指針を求められたこともあって、ここでは直接的な心身の健康、すなわち保健医療の範囲を基本として検討を行った。

もとより、健康は、単に保健医療というレベルだけでとらえられるものではない。市民生活において、健康はその根底をなすものである。最近、一方で青少年の家庭内暴力をはじめ社会病理現象が顕在化し、他方で日常生活における心のゆとりの問題として生活文化が行政課題となっている。これは、すなわち精神の健康の問題であろう。健康問題は、これまでは医療と福祉および環境的側面からとらえられてきたが、今後はあわせて文化的側面が重要視されなければならない。そして人間都市神戸の実現のために、行政のすべての分野において、健康という視点を欠落させてはならないことを、あらためて強調しておきたい。市民健康教育も、また同様であり、今後さらにその範囲を行政の各分野に拡充していくよう望むものである。

「家庭と健康」に関する婦人の意識調査

昭和56年11月
神戸市衛生局

第1章 調査の概要

第1節 調査の概要

(1) 調査の目的

家族周期（ファミリーライフサイクル）に応じた家庭の持つ保健機能を中心に、家庭と地域のつながりを関連させ、市民の保健・医療に対する意識と行動ならびに健康教育に対するニーズについて明らかにする。

(2) 調査の特徴

上記の目的のために設計されたこの調査は、従来からの関連調査からみたとき、次の特徴を持つ。

- i) 家庭の持つ健康管理機能をタテマエだけでなく、実態により接近できるよう分析を試みる。
- ii) 家庭の持つ種々の健康問題また健康管理機能などを家族周期を用いて、類型化を試みる。

(3) 調査の対象および客体

昭和55年国勢調査区から層化無作為抽出法により市内100調査地区を抽出し、うち単独世帯をのぞく、3,410世帯の20歳以上の女性（1世帯1名）を対象とした。

(4) 調査の方法

保健所が調査の実施を担当し、調査員が対象世帯を訪問し、調査票の配布、回収する自計式配表調査法で行った。なお、調査員は、健康リーダーを任命した。

(5) 調査項目（ ）内は質問番号

- a) 家庭内の健康問題の位置づけ（Q14）
- b) 家庭の健康管理機能
 - i) 家庭内の健康管理者（Q3）
 - ii) 家庭内の健康管理用具などの保有状況（Q5）
 - iii) 家庭外の健康管理機関（Q4）
 - iv) 半健康状態のときの家庭外の相談相手（Q7）
- c) 健康教育のテーマと実施方法

- i) 成人病予防に関する知識の情報源 (Q 6)
 - ii) 健康教育のテーマと実施方法への要望 (Q 8, 9)
 - d) 家庭と地域のつながり
 - i) 日常の交際相手 (Q10)
 - ii) 近隣活動の範囲 (Q11)
 - iii) 地域健康づくり活動への要望 (Q12)
 - e) 回答者の健康度と健診受診状況
 - i) 回答者の健康度 (Q 1)
 - ii) 回答者の健康診断受診状況 (Q 2)
 - f) 対象者属性
 - i) 性別 (回答者およびその家族) (Q16)
 - ii) 年齢 (回答者およびその家族) (Q16)
 - iii) 受療状況 (回答者およびその家族) (Q16)
 - iv) 職業 (回答者および世帯の家計維持者) (Q15)
 - v) 回答者の免許・資格の保有状況 (Q13)
 - vi) 世帯類型 (F 1)
 - vii) 世帯員数 (F 2)
 - viii) 家族周期 (F 3)
 - ix) 居住地域 (F 4)
- (6) 有効回収総数
2,986世帯 (回収率87.6%)
- (7) 調査時期
昭和56年5月24日 (日)
- (8) 集計
基礎指標にもとづく階層別集計およびクロス集計。集計表は、総務局電子計算課の協力を得た。

第2節 調査結果の概要

健康度

質問1 あなたは、ご自分で健康な方だと思いますか。(1つだけ番号を記入してください。)

- | | | | |
|-------------|-------|------|-------|
| 1 たいへん健康である | 15.1% | 2 普通 | 72.8% |
| 3 健康でない | 12.0% | | |

健康診断の受診

質問2 あなたは、この1年間に病気ではなく健康診断を受けたことがありますか。(1つだけ番号を記入してください。)

1 病院、医院（診療所）で受けた		20.7%
2 職場で受けた	11.1%	3 保健所で受けた 7.5%
4 その他で受けた	3.8%	5 受けなかった 56.3%

家庭内の健康管理者

質問3 家族の中で家庭の健康に注意をはらうのはだれの役目が望ましいと思いますか、また現実にあなたの家庭ではどうですか。（それぞれ1つ番号を記入してください。）

望まし いのは	}	1 主婦（母親）が中心となるべき	56.2%
		2 主人（父親）が中心となるべき	2.9%
		3 各自がそれぞれすべき 40.2%	4 その他 0.5%
現実 は	}	1 主婦（母親）が中心となっている	64.7%
		2 主人（父親）が中心となっている	4.8%
		3 各自がそれぞれしている 27.2%	4 その他 0.7%

家庭外の健康管理機関

質問4 あなたや家族の健康づくり（病気の予防や健康増進）について気がるに相談するところはどこが望ましいですか。また現実にあなたの家庭ではどうですか。（それぞれ1つ番号を記入してください。）

望まし いのは	}	1 保健所 20.0%	2 かかりつけの医師 61.0%
		3 病院 12.1%	4 その他 1.1%
		5 わからない 5.3%	
現実 は	}	1 保健所 1.6%	2 かかりつけの医師 55.5%
		3 病院 11.9%	4 その他 1.9%
		5 特にない 27.0%	

健康管理用具の保有状況

質問5 あなたの家庭に次のものがありますか（あるものすべての番号を記入してください。）

1 救急箱	91.3%	2 体温計	98.3%
3 体重計	72.5%	4 血圧計	7.0%
5 家庭用医学図書	57.0%	6 主婦の健康手帳	16.7%

成人病予防の知識の情報源

質問6 成人病（脳卒中・がん・心臓病など）の予防について、あなたのもっている知識はどこから得たものですか。（2つ以内で番号を記入してください。）

1 親、家族	17.0%	2 友人、近所の人、職場の人	20.0%
3 テレビ、ラジオ	56.2%	4 新聞、雑誌	45.3%
5 家庭用医学図書	19.8%	6 かかりつけの医師	17.9%
7 保健所の医師、保健婦、栄養士			2.3%

8 各種の健康講座，講習会 3.9% 9 その他 1.6%

半健康状態の時の相談相手

質問7 あなたやあなたの家族の方が，病気ではないが健康のことで気がかりや不安があるとき，まず，あなたはだれに相談しますか。（それぞれの場合について1つ番号を記入してください。）

	あなた自身が気がかりなとき	夫の健康が気がかりなとき	子どもの健康が気がかりなとき
1 親，親せき	23.7%	20.6%	9.9%
2 友人	10.4%	4.5%	3.3%
3 学校の先生	—	0.1%	0.3%
4 かかりつけの医師	36.7%	37.0%	45.5%
5 病院	14.5%	17.7%	14.4%
6 保健所	0.4%	0.4%	0.6%
7 薬局	1.9%	1.9%	1.0%
8 相談できる人がいない	0.7%	1.0%	0.5%
9 もう少し様子をみる	10.5%	4.2%	2.6%

健康教育のテーマへの要望

質問8 家族の健康を守るために，あなた自身が身につけたい知識は次のどれですか。（2つ以内で番号を記入してください。）

1 乳幼児の保健や育て方	6.0%	2 救急急病の応急手当法	36.0%
3 成人病の予防の知識	44.9%	4 バランスのとれた食生活	57.2%
5 正しい薬の使い方	14.0%	6 老人などの家庭看護法	7.7%
7 子どもをもつ親のための性教育			3.6%
8 年齢や健康度に応じた運動の仕方			20.8%
9 その他	0.9%		

健康教育の実施方法への要望

質問9 その知識を得るのにあなたはどの方法を希望しますか。（2つ以内で番号を記入してください。）

1 自治会・婦人会・PTAの主催する講演会			15.4%
2 保健所が行う健康教室			38.1%
3 医師会・歯科医師会・薬剤師会主催する講座			11.7%
4 自主的なグループの学習会			4.6%
5 電話相談	13.1%	6 市・区役所の広報紙	26.4%
7 病院・診療所	24.6%	8 本・雑誌やテレビ・ラジオ	48.5%
9 その他	1.1%		

日常の交際相手

質問10 あなたが日常親しくつきあいをしているのはどなたですか。(2つ以内で番号を記入してください。)

1 となり近所の人	65.2%	2 子供を通じて知りあった人	35.4%
3 学校時代の友人	18.3%	4 趣味・スポーツ・学習会で知りあった人	16.1%
5 職場や仕事で知りあった人	33.0%	6 その他	5.8%
7 ほとんどない	5.1%		

近隣活動の範囲

質問11 あなたの家庭ではご近所の方と次にあげる項目を通じてつきあいをなされますか。(あてはまるものすべての番号を記入してください。)

1 環境衛生上の問題を通じて	40.8%	2 防犯・防災を通じて	41.8%
3 冠婚葬祭を通じて	59.8%	4 趣味やスポーツを通じて	28.0%
5 奉仕・福祉活動を通じて	18.9%		

健康づくり活動への要望

質問12 あなたの地域は健康づくり活動のために、どのようなことを望みますか(もっとも望むものを1つだけ番号を記入してください。)

1 家族で参加できる体力測定や栄養診断などの行事を行う	26.5%
2 地域の自主的な健康づくりグループを育成援助する	6.5%
3 健康づくり活動のできる集会所、体育室などを増やす	21.0%
4 健康づくりのための老人学級、婦人学級などの学習の機会を増やす	13.3%
5 自治会や婦人会の会合に保健所が参加し、地域の健康問題を話しあう	15.2%
6 地域の健康づくり活動に講師・指導者をあっせんする	8.0%
7 その他	2.1%

免許・資格の保有状況

質問13 あなたは次のような免許や資格もっていますか。(もっておられるものの番号を記入してください。)

1 看護婦	2.2%	2 薬剤師	0.4%
3 教員	5.8%	4 保母	1.9%
5 栄養士	0.7%	6 その他	6.1%
7 もっていない	77.9%		

家庭内の生活関心事

質問14 あなたの家庭で今もっとも関心の高いことはなにかですか。(2つ以内で番号を

記入してください。)

1 妊娠・出産・育児	4.7%	2 子どもの教育	34.7%
3 子どもの就職・結婚	14.9%	4 自分の夫の仕事	10.4%
5 老後の生活	31.7%	6 家族の健康	63.8%
7 家計	12.0%	8 住宅・土地	11.9%
9 その他	0.4%		

職業

質問15 あなたと家計を主としてささえている人の職業についておききます。(それぞれについて番号を記入してください。)

	あなた の職業	家計を主としてさ さえている人の職業
自 営 業		
1 農 漁 業	1.4%	1.2%
2 商工業・サービス業	8.0%	13.8%
3 その他(専門職)	4.5%	11.0%
勤 務 者		
4 従業員49人までの事業所	4.3%	14.8%
5 従業員50~299人までの事業所	3.7%	15.1%
6 従業員300人以上の事業所または官公庁	5.6%	31.2%
7 パートタイム	12.8%	1.3%
8 無 職	55.7%	8.2%

年齢・世帯構成・受療状況・居住地域(フェイスシート)

図-1 区別にみた回答者の年齢

区	回答者の年齢 (単位 %)						
	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	
東 灘	11.8	19.7	30.0	22.6	11.0	4.9	
灘	10.0	24.6	26.4	23.2	12.3	3.5	
中 央	10.8	22.8	34.0	20.1	7.4	4.9	
兵 庫	5.6	24.8	28.0	22.7	12.4	6.5	
北	10.0	31.0	34.2	20.0	3.4	1.5	
長 田	7.2	26.9	32.0	20.7	10.2	3.2	
須 磨	7.4	27.4	27.6	25.9	8.3	3.7	
垂 水	9.3	32.5	29.8	18.8	7.3	2.4	
総 数	9.1	26.6	30.4	21.6	8.7	3.7	

質問16 最後に、現在同居されている家族の方とあなたの続柄、年齢、性別、そしてここ1週間の傷病状況についておたずねします。(ここではそれぞれの欄の該当するものの番号に○を、年齢は数字を記入してください)

図-2 区別にみた世帯類型

区	世帯類型	夫婦のみ	夫婦と未婚の子	3世代	その他	再掲		
						6歳未満の子のいる世帯	65歳以上の人のいる世帯	65歳未満かつ65歳以上の世帯
東 灘		21.0	49.2	17.7	12.1	14.9	30.0	3.1
		20.5	49.6	13.2	16.7	14.4	27.9	2.1
中 央		20.4	48.5	14.8	16.4	9.0	26.5	2.8
		21.1	46.6	16.1	16.1	11.2	32.9	2.5
北		17.2	65.6	10.2	7.0	18.5	12.1	1.9
		18.9	51.2	17.4	12.9	16.2	25.7	3.6
長 田		19.4	56.7	13.1	10.8	14.5	25.1	1.4
		14.8	50.8	24.1	10.4	14.1	26.7	1.4

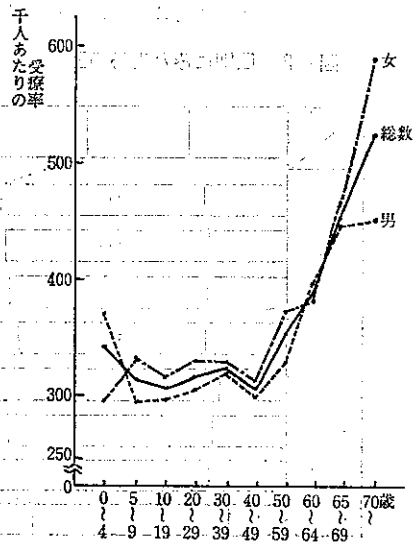
表-1 区別にみた世帯員数

区	項目	総数	平均世帯員均数	2	3	4	5	6	7	8	9
				人	人	人	人	人	人	人	人
東 灘	世帯	390	3.53	27.2	25.6	26.7	11.0	7.2	1.8	0.5	—
	人	341	3.39	30.2	23.8	29.9	10.0	5.6	0.3	0.3	—
中 央	世帯	324	3.48	28.7	23.1	26.9	16.4	3.7	0.6	0.6	—
	人	322	3.51	28.0	24.5	25.8	12.7	8.1	0.9	—	—
兵 庫	世帯	471	3.65	20.2	20.8	39.7	13.6	4.7	0.8	0.2	—
	人	334	3.64	23.1	21.3	32.0	17.1	5.7	0.9	—	—
長 田	世帯	351	3.57	25.1	18.2	39.6	11.1	4.6	1.1	—	0.3
	人	453	3.89	18.5	20.3	33.3	15.2	8.2	2.9	1.1	0.4
垂 水	世帯	2,986	3.60	24.6	22.1	32.2	13.4	6.0	1.2	0.4	0.1
	人										

表-2 受療状況(千人あたりの受療率)

区 分	入・通院あり	歯科への通院
総 数	346.3	91.1
男	333.6	82.7
女	358.7	112.0

図-3 受療状況(歯科をのぞく病院・一般診療所への入・通院)



第2章 家族の健康管理

第1節 家庭内の健康管理者

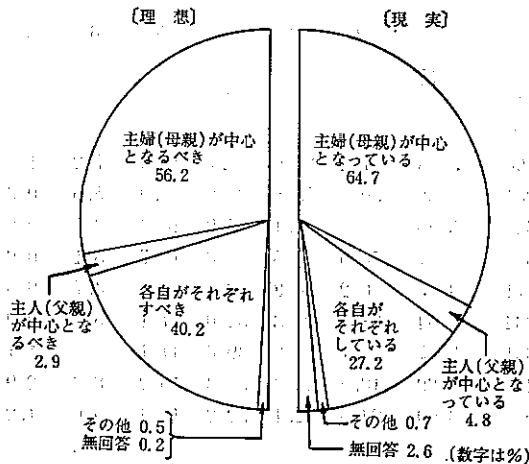
(1) 家庭内の健康管理者

主婦または主婦的な役割を果たす女性からみた家庭内の健康管理者はだれの役目であるかについての理想と現実をみる。

①主婦→②各自それぞれ→③主人という

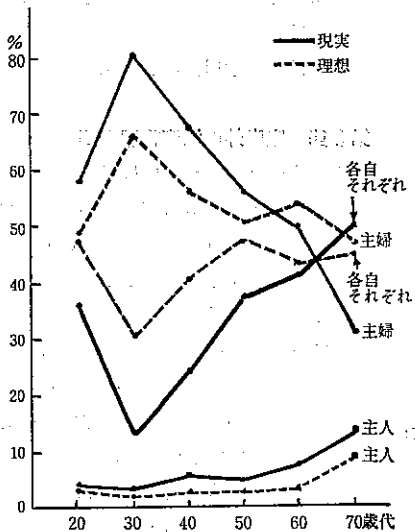
順序は理想も現実も変わらないが、現実には主婦が中心となっているが、理想としては各自それぞれももっと健康管理を行うべきであるという意識があらわれている。(図-4)

図-4 家庭内の健康管理者(Q3)

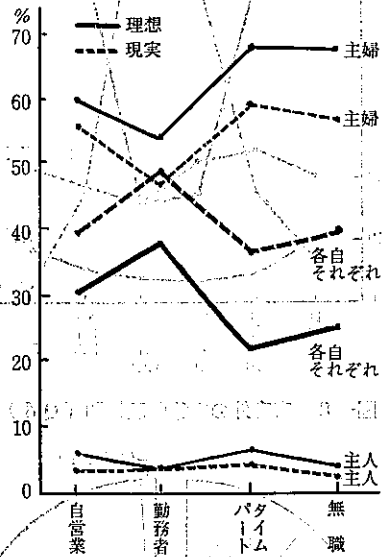


年齢別にみると、「主婦」の健康管理者としての役割が最も高いのは、理想も現実も30歳代であり、それ以降は役割が減少し、逆に「各自それぞれ」の役割がふえ、70歳代では健康管理者が「主婦」から「各自それぞれ」に逆転する。「各自それぞれ」の役割が大きくなるのは、家族構成員、特に子どもの成長によるものである。(図一5)

図一5 年齢別にみた家庭内の健康管理者(Q3)



図一6 職業別にみた家庭内の健康管理者(Q3)

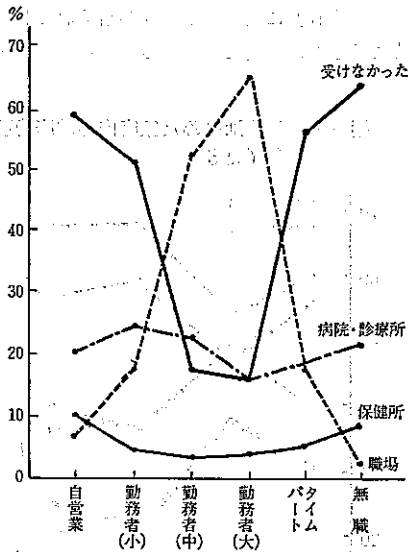


次に、回答者の職業別にみると、自営業、パートタイム、無職は理想も現実も①主婦→②各自それぞれ→③主人の順であるが、勤務者の理想では、④各自それぞれ→②主婦となり、また現実でも「主婦」の役割が他の自営業などより低くなり、逆に「各自それぞれ」が高くなっている。勤務者層では、「各自それぞれ」がもっと健康管理を行うべきであるという意識が強い。(図一6)

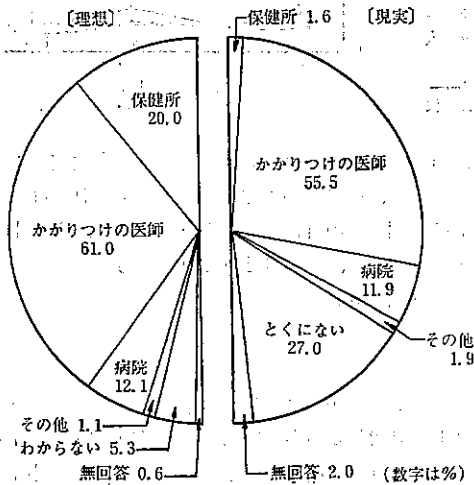
＜回答者の健診受診状況＞

第1章第2節にて、すでに回答者の健康度、健診受診状況についてみたが、ここでは健康受診を職業別にみる。まず健診を受けなかった者は、無職62.7%、自営業58.7%、パートタイム56.0%、勤務者(小)51.2%で約半数以上が受けていないが、勤務者(中)18.0%、勤務者(大)15.5%であり大きな差がみられる。次に、受診場所をみると、勤務者(大)は64.9%、勤務者(中)52.3%が職場で受けている。健康診断の受診状況では、勤務者(大)が最もよく、次に勤務者(中)である。(図一7)

図一七 職業別にみた健康診断の受診状況 (Q2)



図一八 家庭外の健康管理機関 (Q4)



居住地域別にみると、健診を受けなかった者は農業地が最も多く64.5%で、他の地域はほぼ平均といえる。職場で受けた者は、住宅団地が最も多く12.6%である。また、商業地では病院での受診が28.5%で多いのは、医療機関が近隣にあるという市街地の地理的条件の良さが反映されている。

(2) 健康管理用具などの保有状況

<省略>

第2節 家庭外の健康管理機関

(1) 家庭外の健康管理機関

家庭内の健康管理者の中心は主婦であるがそれが家族構成員の成長とともに変化していくことを前節でみた。家族の健康管理は、家庭内で行われるのではなく、家庭外の保健医療機関などに依存している。どのような機関を健康管理機関であるかをとらえるのが本節の目的である。(図一八)

年齢別にみると、20歳代では、理想として①かかりつけの医師(53.5%)、②保健所(22.5%)、③わからない(11.4%)、④病院(10.0%)に対して、現実

は、①特にない(42.8%) ②かかりつけの医師(38.7%)、③病院(13.3%) ④保健所(1.8%)となり、理想と現実

では「保健所」である。母子保健などにより保健所の役割が期待されているが現実とにギャップを生じ、「特にない」は、健康であり医療機関との接触があまりないためであろう。

30歳代以降では、医療機関との接触が多くなるにつれて、「かかりつけの医師」が現実、理想ともに上昇していく一方で、「特にない」が減少していく。また、30歳代で特徴的なのは、理想として保健所が全年代を通じて高くなることである。20歳代と同様に、母子保健を通じて保健所との接触が多くなるからであろう。「病院」については、20歳代から60歳代まで理想と現実がほぼ一致しており、その役割を十分果たしていると考えられているが、70歳代で理想が現実を上回っているのがみられる。(図-9)

図-9 年齢別にみた家庭外の健康管理機関(Q4)

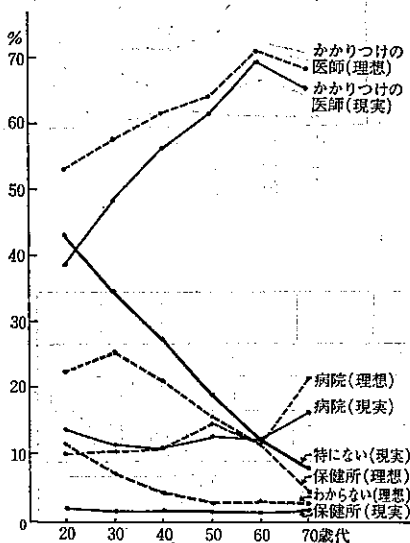
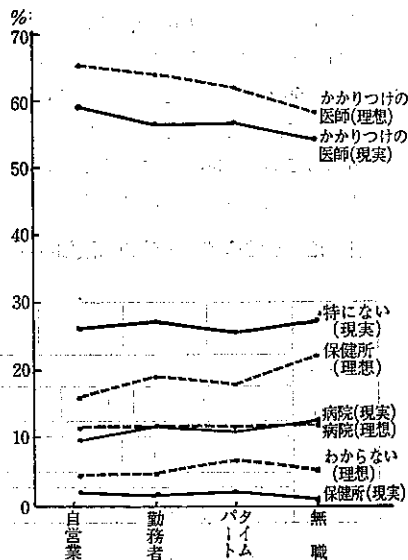


図-10 職業別にみた家庭外の健康管理機関(Q4)



職業別にみると、職業間の大きな差はみられない。(図-10)

居住地域別にみると、特徴としては「かかりつけの医師」、「特にない」、「保健所」にみられる。住宅地、商業地、工業地は、「かかりつけの医師」が多く、逆に「特にない」、「保健所」が少ない。一方、住宅団地、農業地は、「かかりつけの医師」が少なく、「特にない」、「保健所」が多い。これは、住宅地などは旧市街地にあり、高齢人口比率が高く、地域への定着度も高く、医療機関の整備も進んでいる。一方、団地地域は、地域への定着度が低く、若年世代が多く、また医療機関の整備の遅れも

原因であろう。農業地では、まず医療機関の整備の遅れが、「かかりつけの医師」を少なく、「特にない」は現実に近くにないためであり、そのことが、逆に「保健所」への期待を強めていると考えられる。(図-11)

(2) 半健康状態の時の相談相手

第1章第2節で単純集計をとりあつかっているため、年齢別からの分析を行う。(図-12)

回答者本人の場合は、20歳代は、「親・親せき」(44.6%)、「友人」(11.4%)で専門家でない身近かな人に56.0%が相談し、「様子をみる」が17.0%で、保健医療機関へは26.3%である。30歳代になると、保健医療機関を選ぶのが39.9%と多く

図-11 居住地地域にみた家庭外の健康管理機関 (Q4)

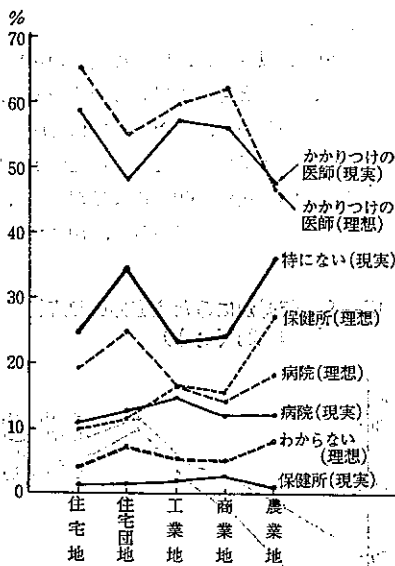


図-12 半健康状態の時の相談相手 (Q7)

(単位 %)

項目 対象	親・親せき	友人	かかりつけの医師	病院	保健所	薬局	相手がいない	様子をみる	無回答
本人(回答者)	23.7	10.4		36.7			14.5	0.4	1.9 0.7
夫	20.6	4.5		37.0		17.7	0.4 1.9	1.0 4.2	12.6
子ども	9.9	3.3	学校の先生	45.5		14.4	0.6 1.0	0.5 2.6	21.8

なり、逆に「親・親せき」、「様子をみる」などの減少となる。また、「友人」が20歳代と比べ2.6%多くなっているのは同様の問題をかかえていて相談しやすいためであろう。40歳代、50歳代になると、加齢による肉体的な問題、また地域に定着していくことから、保健医療機関への依存が強くなっていく。60歳代では、保健医療機関へ76.2%で依存が最も強くなる。逆に、「親・親せき」、「友人」など身近な人へは最も少なく13.1%となる。(図-13)

夫の場合についてみると、質問に制約がついており、現在夫のいる者のみの回答であるため高齢になるほど無回答が多くなっていく。20歳代・30歳代と40歳代以降とに

図-13 年齢別にみた半健康状態の時の相談相手 (Q7)

— 本人の場合 —

(単位 %)

年齢階層	項目	親・親せき	友人	かかりつけの医師	病院	保健所	薬局	相手がいない	様子をみる	無回答
20歳代		44.6				11.4	12.9	11.4	0.4 1.5	17.0
30歳代		33.0			14.0	25.9		12.5	0.8 1.1	11.5
40歳代		20.6	11.2		38.1			14.9	0.6 2.1	0.7 10.7
50歳代		15.2	7.5	46.0			17.9	0.6 3.1	0.6 8.5	
60歳代		8.1	5.0	58.5			14.6	0.8 2.3	0.8 7.3	
70歳代		17.4	3.7	56.0			12.8	0.9 1.8	3.7 3.7	

「親・親せき」, 「友人」と保健医療機関とのあいだに差をみることが出来る。20歳代で「親・親せき」(39.1%), 「友人」(5.5%)で両者で44.6%となり、一方保健医療機関には31.0%で、「様子をみる」が8.1%である。無回答をのぞいた比率でみると、身近な人と保健医療機関は53.8%対32.6%で身近な人の方が高い。30歳代では、保健医療機関への依存が高まる一方で、身近な人へはそれほど大きく減少しない。むしろ身近な人へ相談するが減少するのは40歳代である。30歳代は40歳代以降への過渡期といえる。40歳代以降になると、保健医療機関、特に医療機関への依存

図-14 年齢別にみた半健康状態の時の相談相手 (Q7)

— 夫の場合 —

(単位 %)

年齢階層	項目	親・親せき	友人	学校の先生	かかりつけの医師	病院	保健所	薬局	相手がいない	様子をみる	無回答
20歳代		39.1			5.5	14.4	12.9	0.7	3.0 8.1	16.2	
30歳代		35.9			5.3	27.0		17.5	0.1 1.6	5.3 1.5	
40歳代		15.0	5.4	43.0			19.3	0.3 1.7	0.9 4.2	10.3	
50歳代		10.9	3.7	0.2	46.3			18.7	0.5 2.3	2.3 1.4	
60歳代		4.2	1.5	42.7			17.7	1.2 1.9	0.8 2.3	27.7	
70歳代		5.5	0.9	47.7			11.9	0.9 1.8	31.2		

が強まり、逆に身近かな人へは減少する一方である。無回答をのぞく身近かな人と保健医療機関との比率は、40歳代で22.7%対69.8%、50歳代で17.1%対75.9%、60歳代で8.0%対85.1%、70歳代で9.3%対86.7%となり、年齢が高くなるにつけ保健医療機関への依存を強める。しかし、70歳代以上の高齢になると身近かな人へわずかながらもとにもどることがわかる。(図-14)

子どもの場合をみると、夫の場合と同様に子どもがいて同居している者のみの回答のため無回答が多くなっている。無回答をのぞいた上で、身近かな大保健医療機関では、20歳代で27.7%対68.6%、30歳代で19.1%対78.0%、40歳代で14.9%対78.0%、50歳代で16.7%対77.4%、60歳代で9.7%対84.7%、70歳代以上では16.0%対76.2%である。保健医療機関への依存が全年代を通じて強いことがわかる。特に強いのは60歳代である。(図-15)

図-15 年齢別にみた半健康状態の時の相談相手(Q7)

— 子どもの場合 —

(単位-%)

項目 年齢階層	親・ 親せき	友人	学校の 先生	かかり つけの 医師	病院	保健所	薬局	相手が いない	様子 を みる	無回答
20歳代	15.9	3.7		36.9		9.6	1.8	0.7 +1.8	29.5	
30歳代	13.2	3.8	0.5		56.2			14.9	0.5 0.6	1.9 0.1
40歳代	9.0	3.6	0.6		51.8			16.9	0.3 1.3	0.7 4.3
50歳代	8.2	3.2	0.2		36.0		15.8	0.8 1.2	0.6 2.2	32.0
60歳代	3.1	1.5	30.8		9.2	0.4 1.2			52.3	
70歳代	4.6	2.8	28.4		6.4 1.8		1.8		54.1	

(3) 家庭内外の健康管理

第1節で家庭内の健康管理者と本節で家庭外の健康管理機関についてみたが、それでは家庭内の健康管理者と家庭外の健康管理機関の組み合わせがどのようにとらえられるかをみる。理想について図-16、現実について図-17に図示した。

理想としての家庭内外の健康管理の主体の組み合わせは、①主婦=かかりつけの医師34.6%、②各自それぞれ=かかりつけの医師24.4%、③主婦=保健所12.1%、④各自それぞれ=保健所7.4%、⑤主婦=病院6.1%、⑥各自それぞれ=病院5.4%である。

現実としては、①主婦=かかりつけの医師36.5%、②主婦=特にない18.0%、③各自それぞれ=かかりつけの医師14.6%、④各自それぞれ=特にない7.5%、⑤主婦=病院6.9%、⑥各自それぞれ=病院3.9%である。

図-16 家庭内外の健康管理（理想）

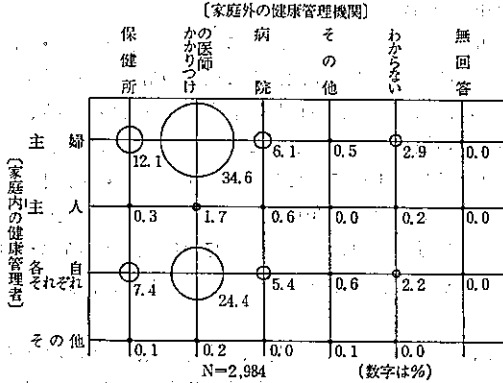
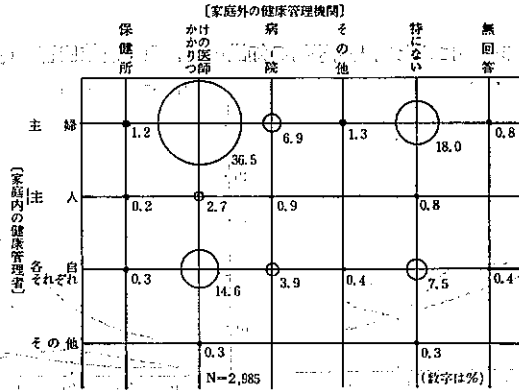


図-17 家庭内外の健康管理（現実）



以上から、3世帯に1世帯は家庭内の健康管理は主婦が中心に、家庭外はかかりつけの医師に依存していることがわかる。

理想と現実の差をみると、主婦＝かかりつけの医師の差は現実が1.9%上回り、各自それぞれ＝かかりつけの医師では理想が現実を9.8%上回っている。また、主婦＝保健所は10.9%理想が現実を上回っており、各自それぞれ＝保健所も同様に7.3%理想が現実を上回っている。主婦の意識としては、理想は各自それぞれに重点をおきたいが現実では主婦が行っていると考えており、家庭外には、特にない場合を含めてかかりつけの医師を理想と考えているが、20歳代、30歳代では保健所が家庭外の健康管理機関と考える傾向がみられる。

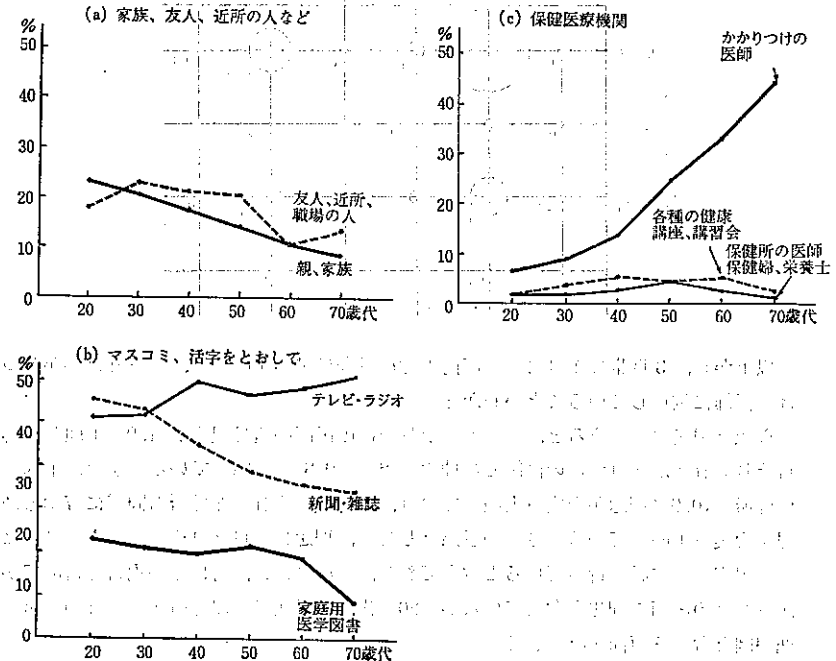
第3節 健康教育のテーマと実施方法

(1) 成人病予防の知識の情報源

健康に関する知識をどこから得るか、マスコミ、家族・友人・知人など身近な親しい人、保健医療機関、家庭用医学図書など種々の情報源が考えられる。また、本人のおかれている情況、たとえば自分自身が治療を受けているのか、家族の者が治療を受けているのかでは情況が違ってくる。ここでは、成人病の予防についての知識の情報源をみる。単純集計は第1章でみたとおり、「テレビ・ラジオ」や「新聞・雑誌」のマスコミの影響力が最も大きく、101.5%で、次いで「親・家族」、「友人、近所の人、職場の人」など身近な親しい人からが37.0%で、「かかりつけの医師」「保健所の医師、保健婦、栄養士」「各種の健康講座」など直接保健医療機関から得るのは24.1%である。

年齢別にみると、「親・家族」、「友人、近所の人、職場の人」など身近な人から知識を得るのは、年齢が高くなるにつれて少なくなっていくことがわかる。また50歳代以前では家庭外での人との接触が多いが、60歳代、70歳代では少なくなり、それが「友人、近所の人、職場の人」から得たことの、50歳代と60歳代のあいだの差となっている。

図一18 年齢別にみた成人病予防の知識の情報源(複数回答 Q6)



マスコミをみると、「新聞・雑誌」は年齢が高くなるにつれて少なくなり、逆に「テレビ・ラジオ」は多くなる傾向がみられ、高齢になるほど活字ばなれをおこしているのであろうか。しかし、「家庭用医学図書」は50歳代まではほぼ一定で60歳代以降で少なくなる。

保健医療機関では、「かかりつけの医師」が年齢とともに多くなっていくことがわかる。「保健所の医師、保健婦、栄養士」、「各種の健康講座」は5%以下の低位で年齢による変化はみられない。

以上のことから、20歳代、30歳代はマスコミ、身近な人、「家庭用医学図書」からの情報が中心となり、40歳代、50歳代になると、マスコミは「テレビ・ラジオ」に中心が傾き、「かかりつけの医師」、「家庭用医学図書」、「身近かな人」が同比率である。

60歳代、70歳代になると、「かかりつけの医師」「テレビ・ラジオ」が中心となることがわかる。(図-18)

(2) 健康教育のテーマへの要望

家族の健康を守るために身につけたい知識の回答の単純集計を図示する(図-19)

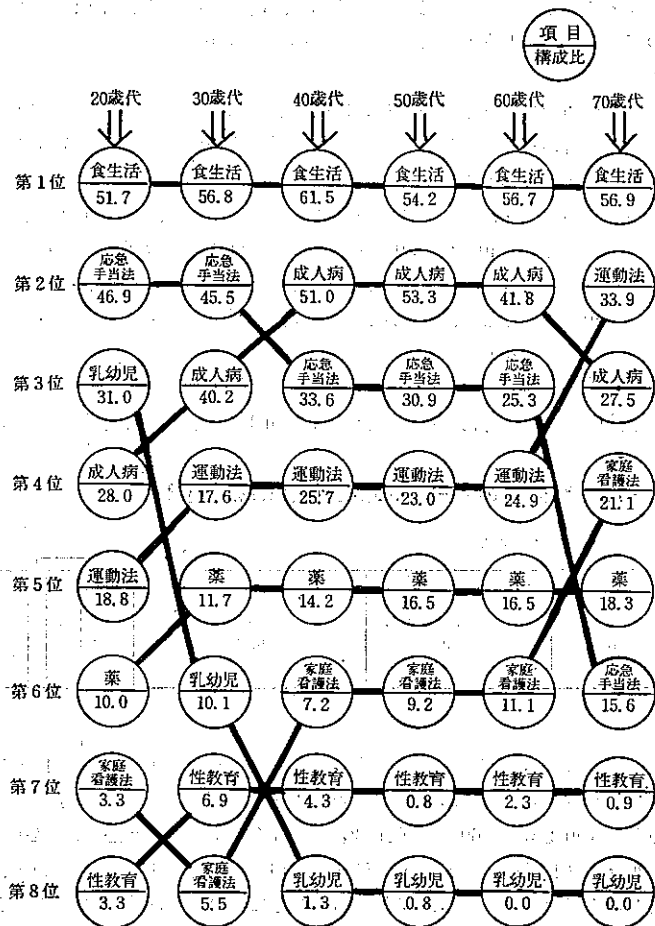
図-19 健康教育のテーマへの要望(複数回答 Q 8)

乳幼児の保健や育て方 6.3		親のための性教育 3.6			その他 0.9 無回答 1.2
救急急病の 応急手当法 36.0	成人病の予防の知識 44.9	バランスのとれた食生活 57.2	の正しい 使い 方薬 14.0	家庭看護 法 7.7	年齢や健 康度に 応じた運 動法 20.8

年齢別にみると、全年代を通じて「バランスのとれた食生活」が第1位である。「成人病の予防」は、40歳代(51.0%)、50歳代(53.3%)が全年代を通じて最も高く次いで30歳代(40.2%)、60歳代(41.8%)である。「応急手当法」は、20歳代(46.9%)、30歳代(45.5%)で最も多くなるが、40歳代以降は少なくなっていく。「年齢・健康度に応じた運動法」は、年齢が高くなるにつれて構成比も高くなっていく。最も少ない30歳代(17.6%)から70歳代では33.9%と最も多くなる。「正しい薬の使い方」は、年齢が高くなるにつれて構成比も高くなっていく。これは、薬を使用するのが高齢になればなるほど多くなるためであろう。「老人などの家庭看護法」は20歳代で最も低く3.3%で、40歳代以降は漸増し、70歳代で21.1%になる。「乳幼児の保健と育て方」、「性教育」はたとえば乳幼児の多い20歳代、30歳代など、対象の子どもがいる者に関心があるだけで、年齢が高くなるとともに構成比は低くなる。(図-20)

世帯類型別にみると、夫婦のみの世帯では「バランスのとれた食生活」(54.0%)で第1位であることは総数と同じである。総数よりも高い構成比を示している項目に

図-20 年齢別にみた健康教育のテーマへの要望（複数回答 Q8）



「成人病の予防」（46.5%）、「正しい薬の使い方」（15.6%）、「家庭看護法」（10.3%）、「運動法」（24.6%）であり、夫婦のみの世帯は回答者の年齢が50歳代、60歳代が多く、また未婚の子を持たないために壮年期の傾向をみせている。

夫婦と未婚の子の世帯では、総数以上の構成比の項目としては「乳幼児の保健」（7.6%）、「応急手当法」（38.4%）、「成人病の予防」（45.3%）、「バランスのとれた食生活」（59.7%）、「性教育」（4.6%）となっている。3世代の特徴としては、「乳幼児の保健」（8.8%）、「応急手当法」（40.4%）など子どもをかか

える20歳代、30歳代の特徴と、「家庭看護法」(13.9%)などの高齢期の特徴をあわせ持っていることである。しかし、一般に3世代世帯は子どもの健康問題にひっぱられる傾向がある。(表一3)

表一3 世帯類型別にみた健康教育のテーマへの要望(複数回答 Q8)

(単位%)

世帯類型 \ 項目	乳幼児の保健	応急手当法	成人病の予防	バれた食生活とバランス	正しい薬の方	家庭看護法	性教育	運動法	その他	無回答
夫婦のみ	3.4	27.6	46.5	54.0	15.6	10.3	0.5	24.6	1.2	2.8
夫婦と未婚の子	7.6	38.4	45.3	59.7	13.8	4.3	4.6	19.1	0.7	0.1
3世代	8.8	40.0	45.9	51.2	10.5	13.9	5.1	19.2	0.6	0.4
その他	2.2	33.3	39.3	59.1	16.8	10.3	2.2	24.3	1.9	2.2
総数	6.3	36.0	44.9	57.2	14.0	7.7	3.6	20.8	0.9	1.2
(再掲)										
6歳未満のいる世帯	28.0	51.9	29.9	51.6	10.3	3.5	4.7	15.2	0.5	0.2
65歳以上の人のいる世帯	1.3	28.3	43.3	55.3	14.2	16.7	2.9	23.8	1.2	2.2
6歳未満、65歳以上のいる人の世帯	20.7	45.1	43.9	45.1	11.0	15.9	3.7	9.8	—	—

(3) 健康教育の実施方法への要望

前項では健康教育のテーマへの要望をみたが、本項ではその実施方法への要望をみる。

図一21 健康教育の実施方法への要望(複数回答 Q9)

実施方法	割合(%)
自治会などの講演会	15.4
保健所が行う健康教室	38.1
電話相談	13.1
市・区役所の広報紙	26.4
病院・診療所	24.6
本・雑誌、テレビ・ラジオ	48.5

(数字は%)

年齢別にみると、まず「本・雑誌、テレビ・ラジオ」と「市・区役所の広報紙」をマスコミを通じてと考え、同様に「自治会などの講演会」、「保健所が行う健康教室」「医師会などの講座」などを講座・教室とし、「病院・診療所」を医療機関とし、以

上のマスコミ、講座・教室、医療機関に電話相談を加えた4項目で分析する。20歳代では、マスコミが最も多く85.2%で、次いで講座・教室(53.9%)、医療機関(29.5%)、電話相談(13.3%)となっている。30歳代では、講座・教室が最も多く72.8%で、次いでマスコミ(71.2%)、医療機関(21.2%)、電話相談(15.2%)である。20歳代はマスコミが中心であるが、30歳代になると講座・教室が中心となり30歳代の特徴といえる。40歳代では、マスコミが最も多く74.0%、次いで講座・教室(67.4%)、医療機関(25.9%)、電話相談(14.2%)である。50歳代ではマスコミ75.1%、講座・教室64.8%、医療機関25.2%、電話相談12.0%である。40歳代以降では、マスコミがふたたび中心となり、講座教室は減少していく。また電話相談も30歳代をピークに40歳代以降は減少していく。医療機関は逆に30歳代が最低で、40歳代以降はふえつづける。30歳代では、子供が小さく、家庭にすることが多く時間の余裕があるため、また救急の応急手当のような実技をとまなう実際的な知識を必要とし、マスコミより実技ができる講座・教室の方がよいと考えているのであろう。逆に40歳代以降では医療

表一4 年齢別にみた健康教育の実施方法への要望(複数回答 Q9)

(単位 %)

年 齢 \ 項 目	自治会などの講演会	保健所が健康教室を行う	医師会などの座	自主的な学習会	電話相談	市広・区報役所の紙	病院・診療所	本テレビ雑誌オ	その他	無回答
20歳代	6.6	36.2	11.1	3.7	13.3	26.9	29.5	58.3	0.7	—
30歳代	19.6	40.7	12.5	6.3	15.2	27.7	21.2	43.5	1.0	1.6
40歳代	16.4	38.7	12.3	5.0	14.2	25.9	23.7	48.1	1.1	1.7
50歳代	14.0	39.6	11.2	3.9	12.0	26.2	25.2	48.9	1.4	2.2
60歳代	13.8	32.6	9.2	1.5	8.0	24.9	29.9	50.2	1.5	4.2
70歳代以上	9.2	23.9	10.1	2.8	5.5	24.8	29.4	56.9	0.9	5.5
総 数	15.4	38.1	11.7	4.6	13.1	26.4	24.6	48.5	1.1	2.0

機関に依存することが強くなるために、医療機関が多くなる。また、講座・教室の内訳をみると、「自治会などの講習会」、「保健所が行う健康教室」は、30歳代が最も多く、年齢が高くなるにつけて少なくなっていく。(表一4)

職業別にみると、自営業、パートタイム、無職と勤務者とのあいだに差がみられる。自営業、パートタイム、無職はマスコミと講座・教室がほぼ同率で70%強あるのに対して、勤務者はマスコミ80.4%、講座・教室56.1%であり、マスコミより望んでいることがわかる。また、医療機関が最も多いのは勤務者で28.7%、最も低いのは

無職の22.7%である。電話相談が最も多いのはパートタイムで17.0%に対して無職(11.7%)が最も低い。(表-5)

世帯類型別にみると、夫婦のみの世帯は、マスコミ70.7%、講座・教室58.8%でマスコミが講座・教室を上回り、夫婦と未婚の子の世帯では、マスコミ75.2%、講座・教室69.0%でやはりマスコミが上回っている。

3世代世帯では、マスコミ74.7%、講座・教室69.7%でマスコミが上回っている。

医療機関が最も多いのは、夫婦のみで27.4%、最も低いのは夫婦と未婚の子で21.9%である。(表-5)

表-5 職業別、世帯類型別にみた健康教育の実施方法への要望(複数回答 Q8)

(単位 %)

項目		自講 治会 演 などの 会	保 健 所 が 行 う 室	医 講 師 会 な ど の 座	学 習 会	電 話 相 談	市 広 区 報 役 所 の 紙	病 院 ・ 診 療 所	本 テ レ ビ ・ 雑 誌 ラ ジ オ	そ の 他	無 回 答
職業別	自営業	20.5	38.2	10.6	5.3	12.8	21.7	27.5	49.3	0.2	1.5
	勤務者	9.8	32.6	13.7	5.1	14.5	28.2	28.7	52.2	1.0	1.0
	パートタイム	13.6	38.0	12.3	6.0	17.0	26.7	25.9	45.0	1.6	1.8
	無職	15.9	39.8	11.5	4.0	11.7	27.5	22.7	48.2	1.3	2.0
世帯	夫婦のみ	9.6	36.8	12.4	2.5	12.6	25.0	27.4	45.7	1.6	4.4
	夫婦と未婚の子	16.7	40.8	11.5	5.2	13.7	27.3	21.9	47.9	1.1	1.4
	3世代	19.8	38.7	11.2	5.9	12.6	24.4	25.3	50.3	1.5	1.1
	その他	12.7	27.6	11.9	3.5	11.7	27.6	30.9	52.6	0.3	1.9
類型	(再掲)										
	6歳未満	12.6	46.0	9.4	5.4	16.6	29.9	20.8	46.7	0.9	0.5
	65歳以上	16.3	34.0	10.3	4.4	10.5	24.5	26.3	51.6	1.1	2.7
	6歳未満、65歳以上	18.3	43.9	17.1	3.7	12.2	26.8	17.1	51.2	1.2	—

第4節 家庭と地域のつながり

(1) 日常の交際相手

<省略>

(2) 近隣活動の範囲

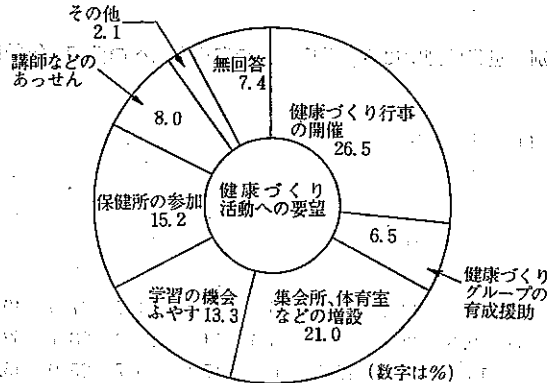
<省略>

(3) 健康づくり活動への要望

地域活動の1つとして健康づくり活動を行うのに、どのような要望があるかをみると、家族指向で機会(行事)の提供である「家族で参加できる健康づくり行事の開催」

が26.5%で最も多く、次いで場の提供である「集会所・体育室などの増設」(21.0%)、地域の組織団体活動に保健所が加わる「保健所の参加」(15.2%)、個人を中心においた機会の提供である「学習の機会をふやす」(13.3%)、調整役としての「講師などのあっせん」(8.0%)である。全体として、市民の要望は行事の開催、施設の増設指向である。(図-22)

図-22 健康づくり活動への要望(Q12)



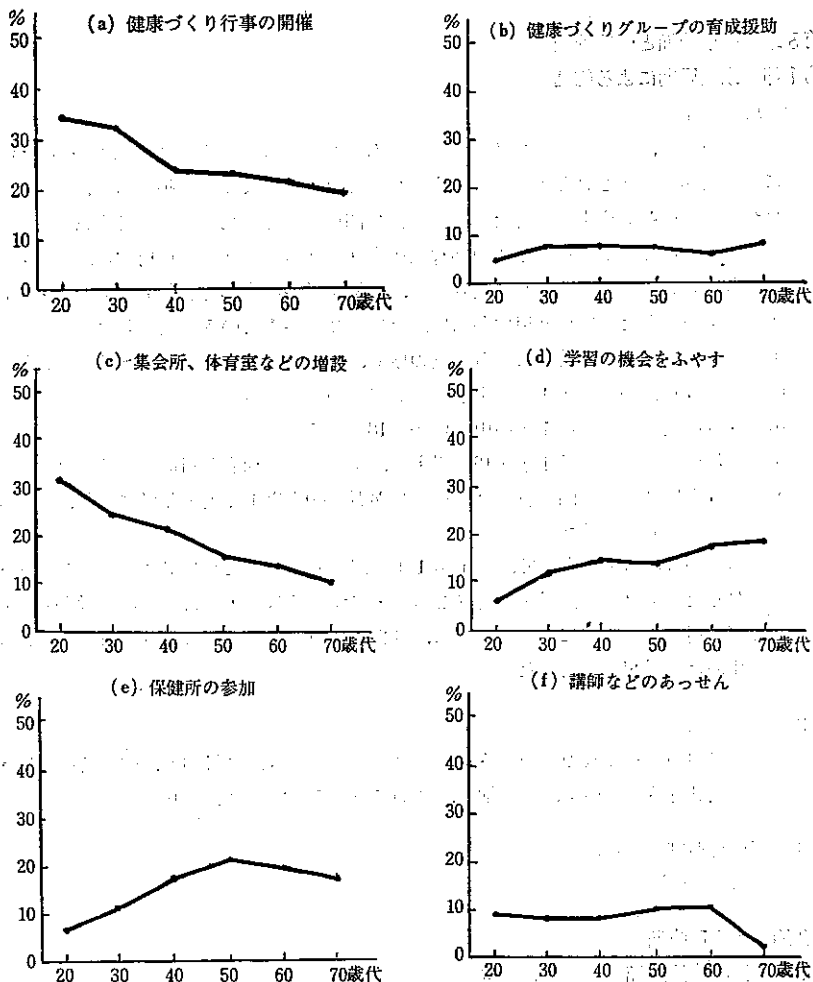
年齢別にみると、「健康づくり行事の開催」は、全年代を通じて最も要望の高いものであるが、年齢別には20歳代、30歳代からの要望が特に高いことがわかる。「集会所・体育室などの増設」は、年齢と逆相関を示している。20歳代の要望は、家族で参加できる行事の開催と施設の増設で構成比をあわせると65.6%になり、20歳代の3分の2がこの2項目への要望であることがわかる。

「保健所の参加」は、年齢とともに上昇し50歳代で最も多く20.8%となる。「保健所の参加」は、地域に定着し、もっとも地域活動のできる40歳代以降の要望である。

「学習の機会をふやす」は、年齢の上昇とともに多くなるが、特に60歳代、70歳代が高い比率であることは、自分の健康への関心と自由となる時間が知識欲となってあらわれていると考えられる。

地域のなかで積極的に活動を行う「健康づくりグループの育成援助」、「講師のあっせん」は、年齢による差はほとんどみられない。(図-23)

図-23 年齢別にみた健康づくり活動への要望 (Q12)



職業別にみると、項目の基本的な順位は総数とかわらない。「健康づくり行事の開催」は、パートタイムが最も多く29.1%で、次いで自営業(28.5%)、最も少ないのは勤務者で23.3%である。「集会所・体育室などの増設」は、勤務者が最も多く22.3%、最も少ないのは自営業(18.5%)である。「学習の機会をふやす」では、最も多いのが無職で15.4%、最も低いのはパートタイム(9.9%)である。「健康づくりグループの育成援助」と「講師などのあっせん」は、自営業(9.3%、9.3%)、勤務者(8.8%、

9.1%)と多く、逆に無職(5.3%, 7.8%)が少ないのは特徴的である。

第3章 家族周期と健康管理

第1節 家族周期による総括

(1) 段階設定

家族周期は、個人のライフサイクルを基石にし、それぞれの時期の個人の組み合わせにより集団が形成されるとき、家族構成員はそれぞれの役割を分担するが、単にライフサイクル的な健康上の課題だけでなく、集団になることにより社会性を含ませることが可能となる。この点に家族周期導入の意味がある。現在、家族周期の段階設定は種々考えられているが、今回の調査では、①第1子の出産、成長、独立に中心をおく、②事業実施にあたっては利用度が高い、という2点から次の5段階とした。

- i) 家族形成期 結婚による家庭の成立、第1子の乳幼児期(0~6歳未満)
- ii) 家族成長前期 第1子の小学校期。出産が終了する。
- iii) 家族成長後期 第1子の中学校から18歳まで。
- iv) 家族成熟期 第1子が19歳以上で、子の結婚や独立が可能となる時期。
- v) 家族老齢期 回答者またはその配偶者が60歳以上で退職年齢に達し、子のすべてが独立する時期。

今回の調査の留意点として、まず第1子を限定できないために最年長の子を第1子とみなした。第2子に、母子家庭などの家庭については、子または親の年齢から推定して家族周期の各段階に含めた。また、3世代については別個に集計を行ったが、モデル化のため説明を省略した。

(2) 総括

家族周期のそれぞれの段階の特質について、世帯員数、世帯類型、回答者の年齢・職業、生計維持者の職業、居住地域、区別についてみる。(表一6)

(3) 家族周期別受療状況

<省 略>

第2節 家族形成期 <省 略>

第3節 家族成長前期 <省 略>

第4節 家族成長後期 <省 略>

第5節 家族成熟期 <省 略>

第6節 家族老齢期 <省 略>

付 章 <省 略>

(注) 今回の調査事項を家族周期別に総括したものを表一6、7として掲載する。

表のコメントについては本号柳井論文「家庭と健康」を参照されたい。

表-6 家族周期の特徴

項目		家族周期	家形 成期	家成 長前期	家成 長後期	家成 熟期	家老 齡期
		世帯 256	世帯 387	世帯 570	世帯 820	世帯 410	世帯
世帯員数	2人	23.0	10.6	13.2	29.1	72.4	
	3人	39.0	17.3	22.5	28.8	23.4	
	4人	35.2	54.3	46.5	31.7	2.9	
	5人	2.7	15.5	15.4	7.9	1.2	
	6人	—	2.3	2.1	2.1	—	
	7人	—	—	0.4	0.2	—	
	8人	—	—	—	0.1	—	
	9人	—	—	—	—	—	
	一世帯の平均員数		3.2	3.8	3.7	3.3	2.3
世帯類型	夫婦のみ	21.9	8.5	10.2	23.7	54.1	
	夫婦と未婚の子 (再掲)	73.4	85.2	80.9	63.9	18.0	
	6歳未満の子 65歳以上の子	73.0	38.2	3.5	0.6	0.5	
回答者の年齢	20歳代	63.7	3.6	0.2	3.7	2.0	
	30歳代	34.3	87.1	29.5	0.9	2.7	
	40歳代	2.0	8.3	67.2	35.7	4.4	
	50歳代	—	0.5	3.1	59.3	13.7	
	60歳代	—	0.5	—	0.5	55.9	
	70歳以上	—	—	—	—	21.5	
回答者の職業	自働パート	5.1	10.6	14.6	13.9	10.7	
	営業事務	10.2	9.3	12.0	17.7	12.9	
	業者ム職	9.0	12.9	18.8	13.3	3.4	
	無業	70.7	63.0	41.4	50.6	69.0	
生計維持者の職業	自働パート	24.6	24.0	26.0	26.0	19.5	
	営業事務	72.3	72.1	66.8	63.8	32.7	
	業者ム職	0.8	1.0	1.6	1.1	2.2	
	無業	0.4	1.0	2.1	6.0	38.8	
居住地域	住宅団地	49.2	46.5	42.6	48.3	56.8	
	商業地	28.5	30.7	32.3	22.4	8.3	
	工商農	11.7	13.7	12.6	16.1	20.7	
	その他	7.0	4.9	9.3	11.0	9.8	
区	東灘	3.5	4.1	3.2	2.2	4.4	
	中央	14.8	10.6	9.1	13.4	17.1	
	兵庫	14.5	10.6	9.8	10.5	16.3	
	北	9.8	7.2	11.4	12.4	10.5	
	長瀬	8.2	8.8	8.4	11.7	16.1	
	垂水	20.3	20.7	24.4	15.5	5.4	
計	田磨	8.6	10.1	10.0	12.6	11.5	
	水	9.4	13.7	12.8	11.8	12.2	
	田磨水	14.5	18.3	14.0	12.1	11.0	
計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

表-7 家族周期による総括

質問		家族周期		総 数		家族形成期		家族成長前期	
		項 目	構成比	項 目	構成比	項 目	構成比		
生活関心事 (Q.14)	1位	家族の健康	63.8%	家族の健康	48.0%	子どもの教育			
	2位	子どもの教育	34.7	子どもの教育	46.9	家族の健康			
	3位	老後の生活	31.7	出産・育児	34.3	家計			
	4位	子どもの就職・結婚	14.9	住宅・土地	20.7	住宅・土地			
	5位	家	12.0	住宅・土地	19.1	住 住			
家庭内の 健康管理者 (Q.3)	理想	1位	主婦	56.2	主婦	61.7	主婦		
		2位	各自それぞれ	40.2	各自それぞれ	34.8	各自それぞれ		
		3位	主 人	2.9	主 人	2.0	主 人		
	現実	1位	主婦	64.7	主婦	73.0	主婦		
		2位	各自それぞれ	27.2	各自それぞれ	20.7	各自それぞれ		
		3位	主 人	4.8	主 人	3.9	主 人		
家庭外の 健康管理機関 (Q.4)	理想	1位	かかりつけの医師	61.0	かかりつけの医師	54.3	かかりつけの医師		
		2位	保 健 所	20.0	保 健 所	23.8	保 健 所		
		3位	病 院	12.1	わ か ら な い	11.3	病 院		
		4位	わ か ら な い	5.3	病 院	8.6	わ か ら な い		
	現実	1位	かかりつけの医師	55.5	特 に な い	43.0	かかりつけの医師		
		2位	特 に な い	27.0	かかりつけの医師	39.8	特 に な い		
		3位	病 院	11.9	病 院	9.0	病 院		
		4位	保 健 所	1.6	そ の 他	3.1	そ の 他		
半健康状態の 時の相談相手 (Q.7)	本人の場合	1位	かかりつけの医師	36.7	親, 親せき	41.0	親, 親せき		
		2位	親, 親せき	23.7	様子をみる	19.1	かかりつけの医師		
		3位	病 院	14.5	かかりつけの医師	16.4	友 人		
		4位	様子をみる	10.5	病 院	11.7	病 院		
		5位	友 人	10.4	友 人	10.2	様子をみる		
	夫の場合	1位	かかりつけの医師	37.0	親, 親せき	45.3	親, 親せき		
		2位	親, 親せき	20.6	かかりつけの医師	17.6	かかりつけの医師		
		3位	病 院	17.7	病 院	14.8	病 院		
		4位	友 人	4.5	様子をみる	9.8	友 人		
		5位	様子をみる	4.2	友 人	6.3	様子をみる		
	子どもの場合	1位	かかりつけの医師	45.5	かかりつけの医師	47.7	かかりつけの医師		
		2位	病 院	14.4	親, 親せき	17.6	親, 親せき		
		3位	親, 親せき	9.9	病 院	10.9	病 院		
		4位	友 人	3.3	友 人	4.7	友 人		
		5位	様子をみる	2.6	保 健 所	2.3	保 健 所		

家族成長後期		家族成熟期		家族老齡期	
構成比	項目	構成比	項目	構成比	項目
69.0%	家族の健康	65.8%	家族の健康	64.1%	老後の生活
66.4	子どもの教育	57.0	老後の生活	47.8	家族の健康
15.5	老後の生活	18.1	子どもの就職・結婚	33.8	家計
15.5	仕事	13.9	住宅・土地	11.0	住宅・土地
11.9	住宅・土地	12.8	仕事	8.7	子どもの就職・結婚
72.1	主 婦	58.4	主 婦	49.6	主 婦
23.8	各自それぞれ	38.8	各自それぞれ	46.5	各自それぞれ
2.8	主 人	2.6	主 人	3.5	主 人
85.0	主 婦	72.3	主 婦	57.0	主 婦
7.8	各自それぞれ	18.9	各自それぞれ	34.6	各自それぞれ
3.9	主 人	5.8	主 人	4.9	主 人
50.9	かかりつけの医師	58.6	かかりつけの医師	63.7	かかりつけの医師
30.2	保健所	21.6	保健所	17.0	病院
9.8	病 院	13.5	病 院	13.7	保 健 所
7.5	わからない	4.9	わからない	3.5	わからない
48.6	かかりつけの医師	52.8	かかりつけの医師	56.9	かかりつけの医師
34.4	特 に な い	30.7	特 に な い	24.1	病 院
11.9	病 院	11.2	病 院	13.6	特 に な い
2.1	そ の 他	2.1	そ の 他	2.1	保 健 所
37.5	かかりつけの医師	36.1	かかりつけの医師	40.6	かかりつけの医師
22.0	親、親せき	20.9	親、親せき	18.2	病 院
15.8	病 院	14.6	病 院	17.9	親、親せき
11.9	友 人	13.2	様子をみる	9.5	様子をみる
9.3	様子をみる	10.9	友 人	9.1	友 人
38.8	かかりつけの医師	40.0	かかりつけの医師	44.9	かかりつけの医師
24.3	病 院	20.7	病 院	19.7	病 院
16.5	親、親せき	18.4	親、親せき	11.6	親、親せき
6.7	友 人	5.6	友 人	5.0	業 局
4.9	様子をみる	4.2	様子をみる	3.2	様子をみる
56.0	かかりつけの医師	52.6	かかりつけの医師	39.8	かかりつけの医師
13.7	病 院	17.9	病 院	17.7	病 院
13.2	親、親せき	8.8	親、親せき	8.5	親、親せき
4.1	様子をみる	3.3	友 人	3.9	友 人
0.8	友 人	2.8	様子をみる	3.7	様子をみる

質問		家族周期		総 数		家 族 形 成 期		家 族 成 長 前 期	
		項 目	構成比	項 目	構成比	項 目	構成比		
健康管理用具の 保有状況 (Q.5)	1位	体温計	98.3%	体温計	96.9%	体温計			
	2位	救急箱	91.3	救急箱	84.8	救急箱			
	3位	体重計	72.5	体重計	66.0	体重計			
	4位	家庭用医学図書	57.0	家庭用医学図書	52.7	家庭用医学図書			
	5位	主婦の健康手帳	16.7	主婦の健康手帳	6.6	主婦の健康手帳			
	6位	血圧計	7.0	血圧計	3.1	血圧計			
成人病に関する知識の 情報源 (Q.6)	1位	テレビ・ラジオ	56.2	新聞・雑誌	56.6	新聞・雑誌			
	2位	新聞・雑誌	45.3	テレビ・ラジオ	50.8	テレビ・ラジオ			
	3位	友人	20.0	親・家族	23.8	友人			
	4位	家庭用医学図書	19.8	家庭用医学図書	22.7	家庭用医学図書			
	5位	親・家族	17.0	友人	17.6	親・家族			
健康教育の テーマへの 関心 (Q.8)	1位	バランスのとれた食生活	57.2	バランスのとれた食生活	49.2	バランスのとれた食生活			
	2位	成人病の予防法	44.9	応急手当法	48.8	成人病の予防法			
	3位	応急手当法	36.0	乳幼児の保健	39.5	成人病の予防法			
	4位	運動	20.8	成人病の予防法	25.8	運動			
	5位	正しい薬の使い方	14.0	運動	14.8	正しい薬の使い方			
	6位	家庭看護	7.7	正しい薬の使い方	10.2	性教育			
	7位	乳幼児の保健	6.0	性教育	3.5	乳幼児の保健			
健康教育の実施 方法への 要望 (Q.9)	1位	マスコミ	48.5	マスコミ	52.3	保健所の健康教室			
	2位	保健所の健康教室	38.1	保健所の健康教室	43.8	マスコミ			
	3位	市・区役所の広報紙	26.4	市・区役所の広報紙	25.8	市・区役所の広報紙			
	4位	医療機関	24.6	医療機関	25.8	医療機関			
	5位	自治会などの講演会	15.4	電話相談	15.6	自治会などの講演会			
	6位	電話相談	13.1	医師会などの講座	11.3	電話相談			
	7位	医師会などの講座	11.7	自治会などの講演会	7.4	医師会などの講座			
日常の 交際相手 (Q.10)	1位	となり近所の人	65.2	となり近所の人	46.1	となり近所の人			
	2位	子供を通じて	35.4	子供を通じて	37.5	子供を通じて			
	3位	職場・仕事を通じて	33.0	学校時代の友人	35.9	職場・仕事を通じて			
	4位	学校時代の友人	18.3	職場・仕事を通じて	33.6	学校時代の友人			
	5位	趣味・スポーツで	16.1	ほとんどいない	9.0	趣味・スポーツで			
近隣活動の 範囲 (Q.11)	1位	冠婚葬祭	59.8	冠婚葬祭	37.9	冠婚葬祭			
	2位	防犯・防災	41.8	環境衛生	30.9	趣味・スポーツ			
	3位	環境衛生	40.8	防犯・防災	26.6	環境衛生			
	4位	趣味・スポーツ	28.0	趣味・スポーツ	19.1	防犯・防災			
	5位	奉仕・福祉活動	18.9	奉仕・福祉活動	10.2	奉仕・福祉活動			
健康づくり活動 への 要望 (Q.12)	1位	健康づくり行事の開催	26.5	健康づくり行事の開催	37.9	健康づくり行事の開催			
	2位	集会所などの増設	21.0	集会所などの増設	33.2	集会所などの増設			
	3位	学習の機会をふやす	15.2	保健所の参加	6.3	学習の機会をふやす			
	4位	保健所の参加	13.3	講師のあっせん	5.5	講師のあっせん			
	5位	講師のあっせん	8.0	学習の機会をふやす	5.1	保健所の参加			

健康づくりの取り組み状況

1997年

家族成長後期			家族成熟期			家族老齢期		
構成比	項目	構成比	項目	構成比	項目	構成比		
99.0%	体温計箱計	97.7%	体温計箱計	98.8%	体温計箱計	97.6%		
90.2	救急重傷計	91.8	救急重傷計	94.0	救急重傷計	86.6		
72.6	家庭用医学図書	70.9	家庭用医学図書	76.3	家庭用医学図書	61.2		
61.2	主婦の健康手帳計	56.5	主婦の健康手帳計	58.0	主婦の健康手帳計	48.3		
14.5	血圧	20.9	血圧	19.6	血圧	13.7		
2.6		4.9		8.7		7.6		
55.8	テレビ・ラジオ	54.6	テレビ・ラジオ	57.8	テレビ・ラジオ	58.5		
52.5	新聞・雑誌	43.9	新聞・雑誌	41.0	新聞・雑誌	35.1		
21.7	友	25.1	かかりつけの医師	21.2	かかりつけの医師	35.1		
21.0	家庭用医学図書	20.2	友	21.1	家庭用医学図書	17.0		
20.7	親・家族	18.8	親・家族	16.0	友	14.4		
60.7	バランスのとれた食生活	61.4	バランスのとれた食生活	58.8	バランスのとれた食生活	57.1		
44.4	成人病の予防法	50.5	成人病の予防法	52.2	成人病の予防法	37.3		
41.3	応急手当法	36.5	応急手当法	32.0	運動	26.8		
17.8	運動	18.1	運動	23.0	応急手当法	23.2		
11.6	正しい薬の使い方	14.7	正しい薬の使い方	16.1	正しい薬の使い方	16.8		
7.0	女性	5.4	家庭看護	5.0	家庭看護	16.8		
6.2	家庭看護	4.0	性教育	1.6	乳幼児の保健	1.2		
43.2	マスコミ	45.3	マスコミ	48.9	マスコミ	51.7		
42.4	保健所の健康教室	37.7	保健所の健康教室	38.0	保健所の健康教室	31.2		
29.5	市・区役所の広報紙	26.3	市・区役所の広報紙	27.3	医療機関	28.5		
19.1	自治会などの講演会	21.9	医療機関	26.7	市・区役所の広報紙	25.1		
18.1	医療機関	20.7	電話相談	12.6	自治会などの講演会	12.0		
15.5	電話相談	14.6	自治会などの講演会	11.7	医師会などの講演会	9.8		
14.7	医師会などの講演会	11.8	医師会などの講演会	11.7	電話相談	9.3		
67.7	となり近所の人	63.0	となり近所の人	66.2	となり近所の人	73.7		
61.2	子供を通じて	47.0	職場・仕事を通じて	39.6	職場・仕事を通じて	28.5		
23.0	職場・仕事を通じて	35.6	子供を通じて	22.7	趣味・スポーツで	20.2		
18.9	趣味・スポーツで	17.4	学校時代の友人	19.0	学校時代の友人	12.4		
12.1	学校時代の友人	11.2	趣味・スポーツで	18.0	子供を通じて	10.7		
49.4	冠婚葬祭	57.0	冠婚葬祭	63.7	冠婚葬祭	66.3		
41.3	環境衛生	38.6	防犯・防災	47.8	防犯・防災	44.2		
38.0	防犯・防災	38.4	環境衛生	44.8	環境衛生	40.0		
37.0	趣味・スポーツ	29.1	趣味・スポーツ	26.6	趣味・スポーツ	21.0		
14.5	奉仕・福祉活動	20.7	奉仕・福祉活動	19.8	奉仕・福祉活動	18.8		
33.3	健康づくり行事の開催	26.2	健康づくり行事の開催	23.4	健康づくり行事の開催	20.0		
25.3	集会所などの増設	21.8	保健所の参加	20.4	保健所の参加	19.5		
12.9	保健所の参加	14.4	集会所などの増設	18.2	学習の機会をふやす	16.8		
8.0	学習の機会をふやす	14.1	学習の機会をふやす	12.2	集会所などの増設	13.2		
7.5	グループの育成援助	7.2	講師のあっせん	9.3	講師のあっせん	9.0		

新刊紹介

地域市民自治の公共学

京都市政治の動態

日本の産業立地政策

「現場の思想」と地方自治

減税闘争

都市デザイン

■ 地域市民自治の公共学

本書は、足立教授が既に発表した『行政と平均的市民』『現代の公共問題と市民』『職業としての公務員』『学際的研究論』につづく、既成行政学あるいは行政感覚への挑戦的著書である。

現在の行政学への批判は、政治学的視点からは松下圭一法政大学教授などによって加えられてきたが、足立教授はむしろ行政学の内部から現実的な行政学への転換をめざして、既成概念への批判を加えられている。

それらの事例を二、三紹介すると、たとえば市民本位のもつ神話的誤謬を鋭く抉られる。サービスは多々益々弁ずるものでない。権威的行政になれ親しんできた行政庁に精神的な面まで求めようとする市民の甘えの風潮に警告を加えられている。

また、一方、行政の専門家の権威がもつ限界や現実遊離性からみて、問題解決のためより平均市民的感覚に根ざした再編成が迫られていることを明確化していく。日本人の通弊として理論的、体系的なものへの信奉が厚いが、敢えてこの神話を壊すことを好まない。しかし今、現実に根ざしていかうとすれば既成理論の修正は避けられな

いことを理論的に解明していく。

このような批判は、単に公共サービスの浪費からではなく、そのような安易な行政依存が「兵営国家」をもたらすという精神的危機を力説しており、この点、経済学のフリーライダー論にも匹敵する行政学からの卓見である。

また、教授が現実的な行政理論への接近を唱われるのも、地域社会への理論的分析がきわめて皮相的なまま、行政理論が展開されているからである。

「自発的市民が形成する問題別の地域的共同体こそ、これからのコミュニティ理論の主軸をなす、あるいは、なすべきであると帰結する。」といわれるように、〈丸抱え的〉伝統社会を暗黙の前提として理論化を試みても、それは机上演習の域を出でないと批判される。そこから「シビル・ミニマム」「市民憲章」のもつ地域性の欠落、いかにすれば平均的市民像・感覚から遊離、さらには現実に政策的移行するときの破綻の原因を論述していく。

また、最近流行の自治体経営論について、「サービス提供主体としての自治体の側の経済的合理主義や科学的合理主義が優先し」〈自治体の選択〉と〈市民の選択〉との適合が立遅れていると批判されている。

そのため地縁的政府サービス共同体における市民的ディシプリンを成熟させていくため、市民的討論と市民的責任の原理を論究していく。

行政学の転換、自治体の再生のためには、今一度、現実の地域社会のニーズに立脚した公共学が必要であり、そのため市民、公務員、学者の協働体制、イデオロギー・建前論の脱皮が不可欠であると説かれる。

「地域市民自治の公共学」の形成は、今、始まったばかりである。本書はやや難解であり、“市民”的に欠ける感みがあるが、警世の書としての新鮮さと心地よさは随所にみられる意欲的著述であることは間違いない。

（足立忠夫著
公務職員研修協会刊 2,500円）

■ 京都市政治の動態

本書は、京都という大都市の政治を長期的かつ多面的に学問の対象として取り上げたものである。編者の一人が指摘するように、日本の政治学はアメリカの政治学とは対照的に、地方政治をさほど問題として扱ってこなかった。地方の政策等は国政レベルで基本的に決定されるとのドグマに、政治学者がとらわれていたのが、地方政治は政治学者の主要な関心事でなかったことは確かである。

京都は伝統的であるとともに革新的でもあるという、特異な政治風土をもつ。その京都市政治の動態——基本的フレーム（枠組）、首長、議員、市民、労働組合、経済団体等の諸アクターの性格・行動・役割

——が綿密な調査の下に分析される。京都市政治の基本的対立点は、東京に依存しない自治を追求するのか、それとも東京の財政リソースを利用する自治へ転換するのかがであったとあってよい。戦後の京都市政を概観すると、高山市政を中心とする保守時代、1969年以降の富井革新市政時代、船橋市長二期以降の社共公民自民の五党支持時代に大きく三分される。その間、京都市も政治風土を支える基底である社会経済構造の大きな変化に見舞われてきた。つまり高度経済成長期までの「第三次産業、零細事業所型の封鎖的大都市」から独特のドーナツ現象を伴う中心都市へ変貌を遂げてきた。

第一部「制度と歴史」では、国・府と市との関係と社会経済構造の変化が解説され、また戦後の京都市政の展開が略説されている。第二部「政治過程への参加」では、市民、政党、自治会、経済団体、労働組合など京都市政治に参加する諸アクターの詳細な分析がなされる。第三部「政策決定の動態」では制度的な政策決定者——市会議員、首長（官僚を含めて）——が廻上にのせられている。第四部「政策への結実」では数多くの事業のうち、特に交通事業と福祉事業が取り上げられている。

たとえば次のような指摘は興味深い。首長のリーダーシップあるいは首長と官僚機構との関係について、高山市長は強力な上からのリーダーシップを発揮した市長であった。富井市長は少数与党であった（保守市政の行政体制の上に「落下傘」で下りた）ため、市民との直接的な対話を重視した。船橋市長ははえ抜きの行政マンであ

り、各方面に幅広い人脈を持っている。そして、官僚が本来そうであるようにイデオロギー的ではない。直接市民と接触するよりも政策決定を原局に委ねる原局主義をとった。また、局長と課長との衝突ケースの調査などを基礎として、京都市の官僚制は、ノンリーダーがリーダーに対して強いコントロールをもつ「ポリアーキエ的官僚制」ではないかと論じている。

本書は京都を特にとりあげているものの、大都市政治一般に迫る鋭い問題意識をもち、分析を行った労作だといってよい。それにしても大都市政治が今まで本格的な学問的対象にされなかったのは、不思議なことである。東京、大阪等の政治も解明されるべきであろう。

(三宅一郎・村松岐夫編)
有斐閣刊 6,800円)

日本の産業立地政策

石油ショックを機に、国内外の経済環境は著しく変化し、高度成長から安定成長へと社会全体がその方向を転換した。

戦災で焦土と化したわが国を、高度成長の波に乗せ、経済大国へと発展させた大きな要因として立地政策があったことは否定できない。

しかし、主として企業のための生産の隘路打開という形で進められてきた立地政策は、過度の工場集積や工業生産の拡大によって、公害問題などの新たな問題を惹起するなど様々な矛盾を生んだ。

その間の地域開発をみると戦後復興期における国土総合開発法によって、TVA方式の総合開発の考え方による特定地域総合

開発計画が策定され、地域開発が進められることとなった。その後、経済の急成長により、国民所得倍増計画が出され、工業立地とそれに必要な社会資本の整備を中心とした地域開発という方向が与えられた。そして、その経済計画に基づく昭和37年の第一次全国総合開発計画から、昭和44年の新全総、昭和52年の三全総まで、わが国の地域開発は立地政策と密接なつながりをもって進められてきた。

本書はこうした戦後の立地政策を、地域開発や都市整備という視点をふまえ、その実態とこれに伴って進められた研究の展開を総括的にまとめたものである。

本書の特徴は、立地政策や地域開発計画の各段階ごとに総括的に考察を加えている点である。終戦から朝鮮戦争までの復興期を第1期として、経済が一応戦前の水準まで回復した30年頃までを第2期、神武景気、所得倍増計画の頃までを第3期、高度成長ピークの40年頃までを第4期、高度成長の終焉を迎える48年頃までを第5期、低成長期へ入った現在までを第6期とし、各時期の時代背景をふまえて、地域開発、産業立地、都市整備の3つの区分について考察を加えている。

また全国総合開発計画がアメリカのTVA開発方式の影響を受け、ニュータウン政策がイギリスの影響を受けるなど、イギリスやアメリカの地域開発政策、立地政策はわが国の政策の方向づけに少なからざる影響を及ぼしているが、本書では同時期の欧米諸国、特にイギリスとアメリカを中心に、その特徴と問題点を比較考察している。

また、近年安定成長下にあつて、工業再配置計画の全面的な見直しが進められるなど、立地政策も変更を迫られている。さらに大都市圏においては、インナーシティ問題をはじめ第二次産業の流出と人口減少などの問題が顕在化し、大都市の衰退が論議されているが、こうした新しい問題に対応し、解決策を模索するためには、これまでの政策とその成果に対して適切な評価を行うことが必要である。

筆者は経営学者であるが、立地政策のみならず、地域問題や都市問題まで幅広い視野から戦後の足跡を展望しており、地域開発の経緯を俯瞰的に眺めるには恰好の書である。

(米花 稔著)

(大明堂刊)

2,000円)

■ 「現場の思想」と地方自治

——清掃労働から考える——

職員参加という言葉が使われだしてから久しい。市民参加と職員参加は車の両輪であると言われてきた。しかし、職員参加は市民参加のように十分な理論づけや体系づけがなされておらず、それだけにその実態や評価はきわめて曖昧である。

本書は小論の集成であるため、職員参加の体系的な理論書ではないが、清掃現場を通してみた職員参加論であるといえる。

筆者は行政学者であり、地方自治研究のフィールドとして清掃行政に着目し、爾来全国の清掃現場で実地に作業を体験したり、各地の清掃行政の改善や職場改革などの取り組みにも数多く関与しており、その視点は常に現場にある。したがって本書で

説かれる職員参加や現場労働運動論は、文字通り「現場の思想」であり、第一線からみた地方自治論となっている。

清掃事業は、昨今の経営論や行政改革の論議の中で、常に最大の合理化の目標としてあげられており、民間委託化が現実に進められている。しかし、清掃の現場はかつて極めて劣悪な労働条件下におかれ、職員はいわれのない職業差別や偏見の目でみられてきたのである。こうした状況は労働運動によって大いに改善されてきたが、一方で依然として民間の清掃労働者は劣悪な環境下におかれている。さらに、所得や待遇などの面で改善されたとは言え、清掃現場にいる者は、社会的な差別や偏見と全く無縁になったとは言えないのである。従って筆者は安易な民間委託は民間清掃労働者を犠牲にし、清掃労働を社会からますます疎外するものである、と批判している。

基本的に筆者は直営論に立つが、その理由は、直営であるからこそ現場職員と住民とが共に考え、語り合い、新しいしくみを作りあげていくという「住民協働」が可能なのであり、住民の声を行政過程にもフィードバックできるからである。そして、こうした職員参加や住民協働によってこそ、職員も住民も差別や偏見を乗り越えることができ、清掃労働の社会的地位を高めることができるからである。

本書には実際に現場職員が住民と共に考え、新しいごみ収集・処理システムを作りあげて成功した事例がいくつか紹介されている。

静岡県の沼津市は、ごみ処理にリサイクルという考え方を取り入れた先駆都市であ

り、資源ごみの分別収集という画期的なシステムを最初に行った全国のモデル市である。この分別収集は直営で行われており、空缶、ビン・ガラス類を資源ごみとしてリサイクルしているが、ビンは四種類に色分けするなど、絶対的な市民協力がないと成立しないシステムである。このシステムを考え、実践に移すために住民の中へ入って説明会を開き、勉強会を重ねるなど、その主体となったのはまさに直営の現場職員であった。

筆者は、英国の大学教授が自治研集会で川崎市清掃職員と市民との懇談会の報告に対して「現業の方達が市民の人達とミーティングを持つということは英国では思いもよらないこと」だと驚いたエピソードをあげ、「現場職員が関わった自治などはイギリスよりはるかに進んでいるのではないのか」と感じた述べているが、現場職員が関わった自治の実績と可能性を誰よりも現場を熟知するだけに評価している。

本書はまた、労働運動の新たな指針でもあると言える。筆者は一方で安易なコスト論から清掃労働を弁護しながらも、一方で職員自らが職場を守るためには、清掃労働への差別や不当な評価を払拭し、またリサイクルなど新しい社会的要請に直面している清掃事業を発展させるために、職員参加や住民協働といった従来の労働運動のワクを越えた取り組みを進めるべきだと主張する。

本書は、資源再利用と消費者運動、ごみ問題とコミュニティづくり、対談など、清掃労働に直接関するものばかりではないが、基調となっているのは、清掃と、それ

に携わる現場職員に対する深い愛情であり、清掃事業に与えられた不当に低い地位に対する反発である。

清掃関係者だけでなく、特に机上でコスト論を論じがちな企画・財務関係者にも一読を進めたい好著である。

(寄本勝美著

学陽書房刊

1,500円)

■ 減税闘争

アメリカ独立戦争の際の一つのスローガン「代表なければ課税なし」に見られるように、アメリカ建国は納税者の反乱に端を発している。そして、日本の住民訴訟制度もアメリカ法の納税者訴訟 (tax payer's suit) の流れを汲んでいることなどもあって、一般には、アメリカの納税者の意識は極めて高く、税金の賦課・使途について、政府を厳しく監視しているように考えられている。しかし、このアメリカにおいてさえ、一つの抜本的な減税を勝ちとるためには、15年の歳月と幾多の努力とを必要としたことが本書を読めば理解できるし、肥大化する一方の行政機構に歯止めをかけることがいかに困難なものか判るのである。

カリフォルニアの納税者の反乱のきっかけとなったのは、土地急騰に伴う固定資産税の過重な負担であった。粒々辛苦の末、手に入れたマイホームも、固定資産税を支払えないため手放す人が続出した。しかも、徴収された固定資産税は、固定資産に関係のない目的、たとえば学校とか社会福祉のためにも支出されていたのであった。“I'm mad as hell” (俺は絶対頭にくた。) こうして著者達が集って減税闘争を開始し

たのが1962年、以来様々な挫折を経ながら提案13号（イニシアチブにつけられた番号、固定資産税を市場価格の1%以内におさめることなどを内容としたもの。）が住民多数の賛成を得て成立したのが1978年であった。

“納税者の反乱”は、単なる減税闘争にとどまらず、政府のあり方に素朴な疑問を投げかけるものであった。安上がりの政府、効率的な政府を求める運動と切り離せない。この運動は、政府の支出を監視し、安価な政府を求める大きな流れの中に位置づけることができよう。M・ブリードマンもこの減税闘争を支援したのである。また、住民のイニシアチブが認められていない州にも、認めさせようとの運動が展開されつつあり、減税闘争の及ぼした影響は大きなものだった。

名指しの個人攻撃、盟友との決裂、政治家、官僚に対する露骨な不信、減税が大量のレイオフを惹起するという批判と購買力を増加させ雇用対策にも寄与するという反批判などがあって、興味深く読み進めることができる。

日本では、サラリーマンの必要経費の所得控除を求めた減税訴訟は敗訴に終わった。そして給与所得者と事業所得者との税金捕促率の不公平は改善されぬままになっている。本書の著者から見ればまことに奇異にうつるだろう。そしてこう言うかも知れない。「日本の納税者はなぜ反乱しないのか」。

（ハワード・ジャービス、ロバート・
バック著 千尾将訳
PHP研究所刊 1,500円）

■ 都市デザイン

わが国の都市はいわゆる青年期から成熟期を迎えつつあるが、都市づくりにあっても過去の量的整備から、都市の景観といった質的整備の時代へ入ろうとしている。

しかし、現在の実情をみると行政においてはもちろん、教育や研究のレベルにおいてもそれ程水準の高いものは少なく、都市デザインは建築デザイン、庭園デザインの単なる延長としてとらえられているくらいがある。

「地方の時代」といわれて久しい今日、ようやく各自治体において、文化的街づくり、地方独自の町並みづくりに関心が集まりつつある。

このため都市景観、アーバンデザインに関する文献も、この面においては先進的といわれる欧米の事例紹介を中心に、ここ数年目立って多く出版されるようになってきた。しかし、都市デザインといってもわが国と欧米とでは歴史的、社会的土壌もちがいが、わが国にはわが国の歴史的、社会的背景にあった文献が求められていた。

本書はこのような要請に基づき、大阪大学上田篤教授を代表とする「都市デザイン研究会」によりまとめられたものである。ここでは都市デザインの領域を「空間の公共的領域、すなわち私的に占有されている空間ではなく、無数の人々が自由に利用し、あるいは認識する空間」とし、その内容においては単に造形的なことがらのみにとどまらず、むしろその存在を可能にしている社会的背景や、それが高密度な集住体である都市空間において果している役割などを中心に展開されている。

第1章では、人々の活動の場となるオープンスペースのデザインについて、町割、道、橋、広場、公園、水辺の各デザインについてとりあげ、第2章では、このオープンスペースを演出するとともに、それ自身存在理由を持っているアーバン・ファニチュア、看板・広告、あるいは草木・水などの自然要素についてもとりあげている。

第3章では、上記2つのカテゴリーを総合的に見る視点として町並みをとおりあげ、さらにこの町並みを日常的な町並みと、ハレの町並み（祝祭空間）の2つのカテゴリーを設けて都市デザインのあり方について述べている。

特に興味深いものとして「看板・広告のデザイン」として、屋外広告、交通広告、POP広告をとおりあげ、その分類の仕方、歴史的な流れを簡明に述べ、「美観の破壊者」としてのこれらを「街の化粧」にまで向上させるための基本的方策、事例を紹介している。

また、ハレの都市空間の演出として「祝祭空間」のデザインをとおりあげている。祝祭空間とは、都市の公共空間を利用しながら、祭りなどの臨時的な行事のためにしつ

らえられ、催される空間利用形態である。この祝祭空間は一時的性、仮設性をもったつかの間の都市の変身の時である。しかし、都市の景観がきわめて混乱し、日常的にけばけばしい色や型のもので支配されつつある今日、祭の非日常性、開放性が感じられなくなりつつある。そのため現代の祭りは「ふだんと異なる時ではなく、美しい時をつくり出すイベント」として評価されつつあるが「次の時代には都市が日常的に美の空間を獲得すべきであり、この時祝祭空間はふたたび異物性をあらわにし」都市の一次的変身、開放的変身を得ることが出来るとしている。各地から祭りの復活、祭りの創造が伝えられてくるが、この問題提起には一度耳を傾ける必要があるのではなからうか。

いずれにしても、都市デザインは今後行政の重要な課題であろう。都市デザインの全般的領域にわたって、その基本的考え方と方法をあらわした本書は都市景観、都市デザインを研究しようとする人にとって最適の入門書である。

（都市デザイン研究会著）
学芸出版社刊 2,800円

編 集 後 記

- ◇ 1985年、学生のオリンピック「ユニバシアード夏季大会」が神戸で開催されることに決った。
- ◇ ポートピア'81が閉幕し、神戸ではポストポートピア対策の大きな柱である西北神地域の開発が進められているが、ユニバシアードはこの西神地域で計画されている西神総合運動公園をメイン会場にして、市内各所で開かれる。
- ◇ この大会の開催は西神地域の開発促進とコンベンションシティをめざす神戸にとって大きな促進剤となるであろう。
- ◇ さて、1982年は行政改革の嵐の中で始まった。しかし、いかに行政改革とはいえ健康保持という人間の基本的ニーズにまで入ることは避けなければならない。
- ◇ 今回の特集は、こういうことも含めて行政内でも専門的な行政分野であり、今まであまり取りあげられなかった「健康」行政にスポットをあててみた。
- ◇ 市民の健康を考える場合、環境、スポーツ、教育、医療などいろいろの側面が考えられる。今回は医療面を中心に編集したが、今までとは違った視点からの論文を寄せていただき、充実した特集となった。
- ◇ 巻頭論文では須田神戸大名誉教授に主として市民意識の解析を通じて、都市の医療に対する問題提起を行っていただいた。
- ◇ 各論では黒丸神戸大名誉教授に精神衛生面からみた都市づくり論を、柳井大坂教育大助教授には家庭機能面からみた健康論を寄稿していただいたが、それぞれ新しい視点からの都市づくり論、健康論となっておりユニークで貴重な論文となっている。
- ◇ 住民の健康を論ずる場合、地域の医師会の果たす役割は非常に大きなものである。そこで森脇神戸市医師会副会長には、地域社会での医師会の活動を述べていただいた。
さらに中村神戸市衛生局長には公衆衛生行政を、木村衛生局次長からは神戸の地域医療対策を紹介していただいた。
- ◇ 去年3月、ポートアイランド内に日本有数の市立病院が完成したが、岡本神戸市立中央市民病院長には、中央市民病院の機能と役割について原稿をお願いした。
- ◇ 当研究所編の都市政策論集第6集「公共料金の理論と実践」（勁草書房発行）が好評発売中である。これは各公共料金を個別に洗い直し、理論的に解明しようとしたものである。

季 刊 都 市 政 策

第 26 号

印 刷 昭和56年12月25日 発 行 昭和57年1月1日

発行所 財団法人 神戸都市問題研究所 発行人 是 常 福 治

〒 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 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

☆都市政策バックナンバー☆

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 第4号 都市と環境保全 1976・7 | 第5号 都市自治の将来像 1976・10 |
| 第6号 現代都市計画の課題 1977・1 | 第7号 市民福祉の展望 1977・4 |
| 第8号 地方自治体と公共サービス
1977・7 | 第9号 戦後自治30年 1977・10 |
| 第10号 都市と経済 1978・1 | 第11号 都市と文化 1978・4 |
| 第12号 都市の経営 1978・7 | 第13号 都市行政と市民協力 1978・10 |
| 第14号 都市と交通 1979・1 | 第15号 地域開発と産業構造 1979・4 |
| 第16号 上・下水道とエネルギー
1979・7 | 第17号 都市行政と家庭 1979・10 |
| 第18号 都市と公共投資 1980・1 | 第19号 都市と行政管理 1980・4 |
| 第20号 自治体の住宅政策 1980・7 | 第21号 都市とコミュニティ 1980・10 |
| 第22号 文化産業と都市観光 1981・1 | 第23号 都市と教育 1981・4 |
| 第24号 インナーシティ問題 1981・7 | 第25号 新しい福祉 1981・10 |

☆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。

地方自治通信 自治体革新の創造と 交流のための月刊誌

新年号
特集 自治体と平和問題

〔新春対談〕

いま、平和問題を語る——首長時代を顧みて

飛鳥田一雄・美濃部亮吉／司会・後藤喜八郎

〔対談〕

市民・自治体から平和構想を考える

松下圭一・関 寛治

〔論稿〕

自治体と自衛隊——徴用権をめぐる

角南俊輔

平和への取組み——広島レポート

平山安武

△アンケート▽
平和・防衛問題に関する各都市実態

〔連載企画〕

世界の都市めぐり／月報・中野区教育委員準公選その後／現代都市試論／自治体用語に市民的感觉を

発行所 地方自治センター

〒102東京都千代田区隼町2-18 半蔵門 浅井

ビル2F TEL 03-2665-2775

B5版80ページ 定価500円 年間購読

6000円。

*本誌は直接販売のため、購読ご希望の方は右記までご連絡下さい。

静岡大学教授（元東京都法務部長） 関 哲夫著

自治体紛争の予防と解決

地方自治体をめぐる様々な紛争事例から、同様の問題に直面した実務担当者に解決への有益な示唆をおくる、実務家のための判例解説の書。判例の読み方・調べ方についても合わせて詳しく紹介した。庁舎管理権に基づく外来者の実力排除は許されるか／行政広報による名誉毀損／など二八事例を掲載した。

地域市民自治の公共学

北九州大学教授 足立忠夫著
利害が複雑に対立する現代の公共問題の解決には、市民・公務員・学者の協働体制が確立されなければならぬとする著者の、公共問題に取り組むすべての読者に対する最新の提言である本書は、まず八地域Vに根ざしていくことを主張する。前著「職業としての公務員」に続く著者の熱いメッセージ。

会協修研職員公務
〒101 東京都千代田区神田神保町3-2
電話 (03)230-3701(代) 振替6-154568

— 改版重版より —

- 占部都美・原口忠興共著
新版 例解・組織管理
B6版 1600円
- 全版改版
- 参議員法務委員会調査室 小島和夫著
やさしい法令用語の解説(続編)
● 法令用語辞典 B6版箱入各巻1200円
- 明治大学教授 田中館照橋著
増補 公法演習(第12次改訂版)
● 改訂ロングセラー改訂版 A5版 2200円

自治研修

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) 444-3281

1981. 12 No. 258
毎月10日発行
定価350円
年間購読料4,970円

第一法規出版株式会社
発行所 〒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

特集 職場研修—部下指導—のあり方
(座談会)
職場研修のあり方
島山 芳雄
玉谷 敏道
加藤 富子
鈴木 敏子

〔論説〕
職場研修における研修所の役割
金森 俊郎

職場研修における管理者の役割
土井 正己

〔レポート〕—職場からの報告—
兵庫県における新任職員研修の
エルダー割について 大和田弥彦

職場会議のあり方を見直す
新井 星路

職場研修マニュアルの作成を目指して
阿部 匡汪

地方自治体の職場活性化を目指して
高 禎助

静岡県のOCA活動
六波羅 昭

職場研修の実践
伊藤美代治

〔すいそう〕
地方自治と行政改革
白鳥 三郎

〔公共政策講座〕
地域政策と産業立地
阿部 統

◆ 10月の出来事
◆ エイチ教授の自治大こぼなし

『公共料金の理論と実践』

—これまで、財政再建の一つの手段として、使用料・手数料の引上げが行なわれてきたが、その水準も一応のレベルに達した今日改めて受益者負担の現況・原則などを考え直し、公共料金の最適体系をつくり上げていく必要がある。本書は、神戸市における代表的使用料を網羅し、その負担原則を論じたものである。ともすれば理論的研究を軽んじて料金値上だけを短絡的に図っていくとすることする風潮に対して、理論的根拠をふまえた料金論議を深めるための参考となろう。—
公共サービスの選択と料金設定基準

公共料金の現状と課題	能勢 哲也	神戸商科大学教授
水道事業における料金決定	宮崎 辰雄	神戸市長
都市高速鉄道事業経営の現状と料金決定	田中 博	神戸市水道事業管理者
バス事業経営の現状と料金設定	古林 二郎	神戸市交通事業管理者
下水道の普及と料金設定	井尻 昌一	神戸市助役
港湾料金の理論と実践	室田 民雄	神戸市下水道局次長
有料道路の通行料金	宮本 實	神戸市港湾局管理部長
	神生 秋夫	前神戸市道路公社 副理事長
保育料にみる負担金の割合	新銀 順市	前神戸市民生局福祉部長
公営住宅における公的負担と家賃	鈴木富士彦	神戸市住宅局住宅部長
文化・スポーツ施設の整備と使用料金	太田 修治	神戸市市民局相談部長
使用料・手数料の算定基礎	高寄 昇三	神戸市企画局主幹

■ 昭和56年10月31日発行 ■ A 5 版 207頁 ■ 定価 2,200円

都市政策論集第1集 発売中(重版)	『消費者問題の 理論と実践』	A5版 236頁 定価1,700円
都市政策論集第2集 発売中(重版)	『都市経営の理論と実践』	A5版 212頁 定価1,500円
都市政策論集第3集 発売中(重版)	『コミュニティ行政の 理論と実践』	A5版 232頁 定価1,700円
都市政策論集第4集 発売中(重版)	『都市づくりの 理論と実践』	A5版 246頁 定価1,900円
都市政策論集第5集 発売中	『広報・広聴の 理論と実践』	A5版 232頁 定価1,800円

勁草書房

☆ ポートアイランド関係文献図書発行 ☆

■ 『ポートアイランド
—海上都市建設の十五年—』

世界で初めての海上都市ポートアイランド建設15年の歩みを、計画面、技術面、財政面、そして管理・運営面から総合的にとらえた事業史である。

■ B 5 版 ■ 本編496頁、資料編214頁 ■ 販売価格 7,000円・送料 500円
編集／ポートアイランド建設史編集委員会 発行／神戸市

■ 『山、海へ行く
—須磨ベルトコンベヤの記録—』

ポートアイランドの造成事業では、新しい技術が数多く生まれた。本書は特にベルトコンベヤとプッシャーバーजという土砂運搬技術に焦点をあて、その紹介を行うとともに17年間の土砂搬出および運搬を記録したものである。

■ B 5 版 ■ 385頁 ■ 販売価格 3,000円・送料 400円
編集・発行／神戸市開発局

■ 『神戸新交通
ポートアイランド線建設誌』

新交通システムは鉄道とバスとの中間的輸送力を持ち、安全・低公害・経済性・省力化など、今後の都市交通を担うものである。本書は神戸で誕生した新交通システム「ポートライナー」の計画から開業までの経緯と工事の記録である。

■ B 5 版 ■ 955頁 ■ 販売価格 10,000円・送料500円
編集／建設誌編集委員会 発行／神戸市企画局新交通建設部

■ 『新神戸トンネル工事誌』

■ B 5 版 ■ 本編 604頁・付属資料 15頁 ■ 販売価格 12,000円・送料500円
編集・発行／神戸市道路公社

■ 『神戸／海上文化都市への構図』

■ A 4 変形版 ■ 248頁 ■ 販売価格 3,500円・送料 350円
編集・発行／(財)神戸都市問題研究所

ご購入申込先

〒 651 神戸市中央区浜辺通 5-1-14 神戸商工貿易センタービル18階
(財)神戸都市問題研究所 (078) 252-0984

季刊 都市政策 第26号 0331-976506-1836

発売元 **勁草書房** 東京都文京区後楽 2の23の15
振替東京 5-175253 電03-814-6861

定価 500円