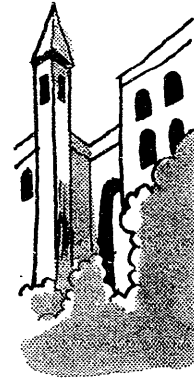


## 海外文献紹介

# 保健所の評価



(WHO)

保健所 health centres といってもその意味することは様々である。それを明らかにし、文献的に評価について論及し、今後の研究方向を指し示すのがこの報告書の目的である。

### 1. 保健所の機能上の定義

保健所は、機能、職員構成、所在地、経営主体に応じて分類されることができ、機能によるのが主である。この点からは、保健所は次の三つに大分類ができよう。

- (1) 第一線ケアのセンター（予防・治療サービス）
- (2) 特定疾病もしくは特定人口集団にたいする特殊サービス（結核、学童、産業労働者）
- (3) 第一線ケアと専門的医療サービスとが結

びついた総合的ポリクリニク。

第一線ケアのセンターは、さらに、(a) 予防サービスのみ、(b) 治療サービス中心、(c) 予防と治療の統合、に分類される。実態はこのように明白な区分によらないが、この報告では主に第一線ケアの統合形態をとる保健所に焦点を絞ることになる。

### 歴史的背景

最初に第一線保健所 primary health centre の考えをとり上げたのは、1920年のドーソン卿が議長の医療・関連サービス助言委員会報告である。1926年にはロックフェラーの援助でセイロンに施設が建設されるが、その仕事は全く予防的なものであった。1931年国際連

盟保健機関は農村衛生に関するヨーロッパ会議をひらき、そこで農村保健所 rural health centres の設立を進言した。この当時の保健所はとくに農村での活動、母子衛生、衛生教育、環境衛生、救急的患者への治療を内容とするものであった。

ドーソン卿の考えが最初に実行に移されたのはソビエト連邦においてである。1918年の革命後、予防と治療を統合した保健所網を全国民にゆきわたらせる仕事が始められた。ポリクリニクと病院とを含んだ広域的サービス態勢の一部としてこの第一線保健所が位置づけられた。これが発展していき、都市においては、一般医に加えて専門医が入ってのポリクリニクとなる。このような方向は、東欧の社会主義国にうけつがれる。

第2次大戦後、このような第一線統合サービスの方向は、インドでも指向される。人口6~10万人に1カ所の施設を建設するという提案の報告書が出された。それより遅れて統合サービスの考えはラテン・アメリカにおいてもとり上げられるが、1950年代半ばまでは、それは予防中心のものであった。予防中心の

思想は北米からの影響によるもので、その影響はギリシャと占領下日本にみられる。

### 現況

保健所は純然たる予防サービスを提供するところだ、という考えは現在でも多くの国でとられている。アメリカ合衆国、コロンビア、エジプトなどである。発展途上国では、市部の保健所は予防中心、農村部のそれは統合されたサービス提供する形態がみられる。アフリカのウガンダでは、少ない職員でもって、病院でやられる業務以外のすべての保健サービスを家庭に提供するところを保健所として、医師補助ほか五つの職種を配置している(人口2万人に1か所)。エチオピアでは、第一線保健所と広域保健所 regional health centres とは別のもので、後者は50床以上の病床を有している。

### 先進国の保健所

ドーソン卿の提案は、1935年パイオニア保健所 Pioneer Health Centre という名称でのロンドン・ペックハム地区のモデル的保健所設

立につながるが、この実験的試みは大戦によって中断される。NHSF では、地方保健当局の予防サービスのための一般医の共同施設となるであろうものであった。しかし、1958年において、このような施設は普及せず、一般医をひきつけるものでもなかった。1960年代になって、新しい考えがとられるようになった。一般医の共同化の進行によって、だんだん医師自身も組織化されたものに慣れるようになってきた。1966年一般医の25パーセントだけが個人開業とみられる。1968年、93施設の保健所があり、69が建設中、67が計画中である。施設の充足も一定程度みられる。予防と治療両方の機能をもった第一線保健所のタイプが、イギリスでは最近急速に普及する方向にある。政府もイギリス医師会共にそれに同意している。スコットランドでは人口1万人に1カ所の施設を建設することが提唱されている。

フランスでは開業医の共同化傾向がみられる。一つの屋根の下で関連職種を共用するユニット利用であり、このユニットが保健所 centres de santé であるが、これは政府立のも

のではない。一般医と専門医の両方が一諸になり、母子、性病、がん検診、精神衛生、歯科衛生などの予防サービスを提供し、フランス社会保障制度からの料金を収入とする。約2,000施設が開業中と推定される。ベルギーにも同名のものがあるが、地方自治体もしくは民間団体によって開設・運営されている。

アメリカ合衆国の保健所は、主として地方自治体の公衆衛生局のある建物を指すものである。実際の予防活動は、私的な開業医の共同診療施設(グループ・プラクティス)によって担われている。グループ・プラクティスは、200万人の加入者をもつカイザー健康保険という民間の前払い保険と結びついているものである。アメリカ大都市のスラム街において最近設立されてきているのが、地区保健所 neighbourhood health centres で、発展途上国でみられるものに近いものである。貧困者を対象とし国家財政で運営される。現在50施設ほどであるが、この施設の目的は、都市の病院外来部の高度専門アプローチに代る貧困者向け第一線保健ケアを提供するものである。

## 2. 第一線保健所評価の経緯

ここでは、評価というものは一連の施策の価値の決定、を意味する。保健プログラムの最終目的である対象人口の健康改善に至る様々の段階があるが、評価のレベルは下記のようになる。

- (1) 資源提供
- (2) 提供し授与されたサービスの量
- (3) 推定されるサービスの質
- (4) サービスから得られた健康の改善

資源提供に基ずく評価は、人員・施設・設備などの単純な記述をするものである。これらから提供されるサービスひいては国民へのベネフィットの情報を得ようとする。保健従事者によって提供された年間業務量の報告はまみられるが、その対象人口が知られていないと人口対比の投下業務測定が困難である。各国または WHO のスタッフによってなされた諸調査においても、正確なものでは必ずしもなく、設置されている資源の記述にとどまっているのが一般的である。いずれにしてもこの種の評価からは利用率を得ること

は困難である。

提供し授与されたサービスの量にもとづく評価は、提供組織側からのアウトプットを量化する管理的調査研究 operational research とサービスを受けとる国民の側の利用率分析となる。前者は保健所内の情報の収集にとどまる。特定サービスの利用量だけ、つまりたとえば1966年のインドでのデータでは保健所受診件数100のうち1例が病院紹介であった、というデータである。保健所健診の正味の時間(2.5分とか)、受診者の疾病分類、受診者の保健所までの距離(61%は1マイル以内)などが知られる。インドにおけるある調査は世帯面接調査であり、これによると利用率把握が可能である。後者は、人口をベースにした利用率調査であるが、それだけでなく疾病の発生状況も知ることができる。大がかりな利用研究は、WHO の援助によるジョンス・ホプキンスグループ(K. L. ホワイト教授)によってなされる。イギリス、合衆国、ユーゴの国の間の各サービスのタイプごとの利用率比較研究を行なったものである。

合衆国では、疾病と保健サービス利用にか

んする世帯調査が1957年より継続的になされている。国家的規模でのこの調査から、貧困者の多くが受ける外来診療は病院外来部もしくは保健当局のクリニックであることが知られる。さいきん、地方的もしくは各国であるいは WHO でこの種の調査が種々に行われている。

サービスの質にもとづく評価は、医療評価 medical audits にもとづくものであるが、これはオープンスタッフ制というルーズな病院医師形態をとっている合衆国で発達した制度である。そのほか患者からデータを集める、という方向もある。検査室データなどもサービスの質をある程度示すものである。

健康改善の評価は最高に難かしいものである。1952年のエジプトのデータ、日本の宮坂による調査などがある。よくデザインされた調査は1961年から1967年にかけてのエチオピアの調査である。世帯対象に3年半の追跡調査をしたものである。

費用を基礎にした評価もあるが、これは提供されたサービスの効率性を示すものである。発展途上国ではこれに関するデータはな

い。エチオピアでなされた WHO のデータによると、人口密度が疎である地域での保健所への1訪問あたり費用は、人口密度が高い地域のそれより高価につくことが明らかであった。保健サービスの費用は、結局は人件費に

依存することが知られている。

### 3. 提案された調査 (略)

Milton I. Roemer : Evaluation of Community Health Centres. WHO. *Public Health Papers* 48. 1972. pp. 42.

(前田信雄 国立公衆衛生院)

## 1971年私的健康保険の現状



(アメリカ)

### I

アメリカの社会保障について考える場合、私たちが常に念頭に置いておかなければならないのは、私的な保険制度や私的な社会福祉事業の重要性である。厳密な意味では、社会保障は公的な制度に限られるであろうが、国民生活のあらゆる局面で、その生活を支えている諸制度を包括的に捉え、その中で社会保障制度の意義を明らかにするためには、私的な諸制度についてもその役割を正しく評価しておく必要があるのである。

ことにアメリカのように私的な諸制度の役割が大きい国では、このことは一層重要性をおびてくる。この国では、1965年に老人を対象とした健康保険制度が制定されたものの、今なおその他の国民には公的な健康保険制度は存在していない。私的な健康保険制度の持つ意味がアメリカ国民にとっていかに大きいかは容易に想像できるのである。

ここに紹介する文献は、私的な保険制度が国民の医療に果たす役割を、いくつかの統計をもとに分析したものである。必ずしも私的

な健康保険の意義ないし限界を十分に解明しているとはいえないが、将来の公的な健康保険制定への動きを占なう上でも、一つの手がかりを与えてくれるものである。

### II

一口に私的な健康保険といっても、それには大きく分けて三種の種類がある。

第一は、ブルークロスとブルーシールドである、前者は主に入院時の諸経費をカバーする制度で、全米に約80の地域的な組織を持っている。後者は主に医師の診療費をカバーする制度で、やはり全米にほぼ同数の地域組織を持っている。両者は共に営利を目的としない組織である点が、次の保険会社とは異なる点である。

第二は、保険会社による健康保険である。各個人が保険会社と契約を結ぶ形も少なくないが、被用者等の団体による団体保険の形をとる場合がはるかに多い。

第三は、独立制度と呼ばれるもので、これには、被用者団体や労働組合が運営するもの、地域的な組織や消費者組織が運営するもの、医療団体が運営するもの等が含まれる。