

的保健活動の崩壊ははっきりみえているというのである。

若干の邦では医師の予定数の60%がうめられないままになっている、と Bourmer は指摘している。さらに悪いことは、住民22,500人当り医師1人という数字であり、さらにもう一つの問題は医師の老齢化である。1980年になお現在の医師の1/3は、新たに公的勤務につく医師が育たないために、働らいてはらずである。

重大な構造的欠陥、不満足な報酬、昇進チャンス不足の結果、公的保健活動は後進の医師にとってあまり魅力とはならないのである。

Die Welt, 29, Dezember, 1974.

(安積鋭二 国立国会図書館)

* * * *

「公衆衛生」の新方向

— 米国における地方保健行政の地方分権化と統合化 —

1. はじめに

上意下達の行政の勢いに流れているのは、ひとり日本の公衆衛生だけではない。日本がそのお手本にした米国や英国でも、公衆衛生の行政そして事業そのものが、伝統的な法律と役所機構 *bureaucracy* の上にのっかって動いている。特に州とか、日本でいえば都道府県レベルの行政が、地域の独自の主体的な仕事やアイデア、プロジェクトを真剣に応援するというのではなく、旧態依然たる国レベルでの平均的業務指針のようなものを、きめられたようにだけ順守し、中央政府からの資金調達の間接項としての任務を中心に動いている。中間行政レベルの衛生部局長の多くがいわゆる中央からの出向、公衆衛生財政の多くが中央政府各

部局からのタテワリ事業別予算、という形態のもとでは、「地域住民のニーズにそって」とか、「保健サービスの自主的・自治的運営」、つまり分権化方向の実現はなかなか難しい。

米国の中間レベルでの公衆衛生行政にも、日本に似た上記の問題がある。人事の面は日本と違い、法律や規則の部分は州の独立性が建前となっているものの、財政やとくに最近プロジェクトごとの補助金が連邦資金に大きく依存することから、どうしても「事なかれ主義」的行政の色彩が強い。ときには、保健や医療という専門的な住民密着サービスをする態度から距離をおいてしまい、州の政治方針にのみ右ならえということになりかねない。

米国のばあいも、保健医療行政のなかの医系技官が減少したり、あるいは補充や若がり遅々として進まない。いきおいスタッフとして独自のサービスをくみたてるよりも、一般行政の枠のなかで州から委任の業務中心になってしまう。行政官としての仕事にあわせて、あるいはその内容に専門的知識や技術・経験が必要などきでも、保健所長にそれが著しく欠けている、ということが出てくる。「法律の番人」的な保健所長経験の長い医師、「公立病院臨床医」で定年(前)後何かの事情で保健所にきたばかりで行政全体を知らない医師、といった両極端がまみられる。やる気を起させ、すぐれたサービスを実現するをおぜん立てする制度の充実が遅れているということもある。

2. ロスアンゼルス郡保健サービスの分権化

以上のような改革すべき諸点との関連で、1972年7月、郡保健サービスの大きな変更が決められた。その実施が73年後半から74年にかけて除々に進行中である。まず、人口約700万人の郡内全部で23の保健地区を六つのリージョン(地域)に再分割する。50弱ほどある保健所もそれぞれ地域ごとにグループ化される。そのなかの主管保健所に地域の公衆衛生事業の大半の業務を移管する、という点が分権化の主眼である。

従来、各保健所は、結核対策では郡保健当局 *Headquarter* の結核対策部

局と相談する。母子でも、保健所長と一部打あわせるが、このことでも当局からの指示が重要であった。ダウンタウンにある当局まで出かけていくことも多かった。

このやり方をすっかり変えて、地域ごとに自治的運営をやらせる、という分権化を決定した。所長に大幅に権限が移ったのであるが、当局にいたスタッフらが6つの地域に分散して所長をサポートすることになった。その方がタテワリの弊害を無くし、各事業ごとの連けいを可能とし、連絡上の時間的ロスも解消できる。それに予算立案と執行とに自主性を加味できれば、「出先機関」のような態勢を大きく転換して、名実ともに地域住民に直接責任をもつこともす可能となる。この分権化推進の中心となっている郡保健サービス当局L.A. Witherill 局長が分権化にあたって強調するのもこの責任体制の移行であった。

地域内の保健所と主管保健所との関係は、かたちのうえでは、本部一支所といったことであるが、現状では一体となってそれらの建物を使用しているという感じなので、上下関係という面は薄い。

分権化のいま一つの重要なねらいはコミュニティ参加である。約700万人という広いレベルでも住民の参加は直接・間接に不可能ではないが、地域レベルではそれがより直接的に行いうる。コミュニティ参加といってもその代表は、地方自治体、保健当局のコミッション、大学、専門団体および消費者グループなどからえらばれる。これ自体は漸新なものではない。むしろ、保健所のサブセンターとか、フリー・クリニック（篤志団体による）の建物での、近くの住民や消費者グループなどの参加と討議が分権化によってきめ細かく実行可能となる。

3 保健サービス当局の統合化

米国では連邦・州そして郡レベルでよく組織変えがあるので統合化のようなことも珍らしいことではない。このたびのロスアンゼルス郡での統合もその一つという面がある。しかし、その実態をみるとかなり徹底した内容である。

従来、それぞれがわかれていた公衆衛生局、病院局、精神衛生局、獣医事業局

といった組織を新たに一つの保健サービス部に統合する、というのが一つの特色である。組織上統括し、そのなかに地域保健課 Division of Community Health Services, 精神保健サービス課, 獣医課, 病院・クリニック課の四課に編成替えをした。第二に、従来地理的に離れていたのを一諾にしたことである。まずトップの役職の人たちから、市の中心部のいわゆる本部に机を移すやり方をとった。市の北西部にある公立総合病院の近くにオフィスをもっていた病院局を移したことが大きな変化である。

集中化されたこの郡保健サービス部は、当然人手が浮くので、その分は各地域 Region に派遣するという構想である（統合以前本部には約3,000人、統合後約2,000人へ）。事務管理部門の一体化と新たな一種の事務合理化を考えていることと、従来の重複・バラバラ行政の統合化による人員節約などもめざしている。

この統合化は、最高意志決定機関である理事委員会 the Board of Supervisors（5人、4年任期、各人地区分担）の決定によって押し進められているものである。それと並んで、1967年4月に、理事委員会は郡の保健サービス組織をどう改組すべきかを、「保健サービス計画委員会 Health Services Planning Committee」に答申を出してもらうべく諮問した。この委員会は、南加大学医学部教授を委員長とするもので、いくつかの作業部会を設けて検討し、1970年4月に勧告を答申した。その実行が分権化と統合化とであった。

日本の審議会の多くは、審議自体もさることながら、その答申への責任ある対応が少ないのが常である。もう一つ日本のやり方で特徴的なのは、行政・施設の統廃合を一律に押しつけることがまみられることである。ロスアンゼルス郡のばあい、統合化も少しづつ討議しながら実施に移されている。分権化も、新年度から一斉にスタート、というのではなく、まず2地域だけから発足した。実験的にか試行過程をとるやり方、希望と条件にあわせた行政改変である。

もっともすべて順調に民主的に進行中ということではない。中間的管理職レベルに対しても、分権化と統合化の具体的プログラムは徹底されていない。保健所

の保健婦のなかにも、「どうなることやら」という気分がある。ケース・ワーカーなど、専門職員の業務は独立的に確立されているので、組織改変によって基本的変化はない、と思っているが、他職種とのチーム・ワークの上で見通しが十分つかないで困っている実状である。

4. 郡立病院病床削減計画

伝統的な意味での公衆衛生から少し離れるが、保健サービス部は、郡立病院を10年後に合計3,650床に減らす計画をたてている(1974年5650床)。教育病院でもあるロサンゼルス郡/南加大学メデカルセンターのばあい、現在の2,105床を1,200床に減らす計画である。貧困者の多い地区や小規模病院では逆に増床を考えている。これまた一種の地方分散化の意味も多少もっている。

この入院病床を減らすことは、老人などの慢性患者(多くは老人健康保険と医療扶助対象者)を民間施設に移すこと、在院期間の短縮、治療の積極的導入によって可能としている。そのことによって生ずる人的資金的余力を入院外サービス(外来と往診・訪問、救急)に向けようとするもので、今米国の方々に志向されているアンビュラトリー・ケア拡大に呼応するものである(詳しくは、拙稿『米国の「地域医療」』、社会保険旬報1975・1・1号参照)。これらの計画は単に将来の話でなく現に入院は減少、病院外来は増加という推移をたどっている。郡立病院の1入院患者当り費用が民間にくらべて相対的に高いこと、サービス内容はむしろ低いこと(かつての慈善医療の母斑?)から、少ない病床で質の高いサービスという発想に変わってきているようである。病院外来の強化は、何か日本の現状に似てくるような感じがしないでもないが、その目的は、地域住民へもっと密着したサービス展開をめざすものに他ならない。保健所にも外来診療を受けもってもらおう新企画が実行中である。こういった病院機能の改革を含め保健サービス組織変えにあたって、前述「保健サービス計画委員会」は、次のような考え方をのべているのは興味深い。「保健サービスは、施設のタイプを基盤においたものでなく、地域ベースで組織されるべきである。郡全体ベースで事業ごとに考えるの

でなく、ある地域へ医療と保健の総合サービスを提供するかたちでの組織化である。施設本位(ベース)で組織化することは、対個人保健サービス分野で現にある割拠状況を恒久化しかねない」。この考えにもとづいて、半官半民の総合外来診療施設neighborhood health centerをその地域ベースのサービスの拠点とする答申であった。背景と現状が違うとはいえ、米国も新しい総合的な地域での保健サービスをめざしている。世界各国のなかで例外でないと思われる。日本でのこれらの点での検討の遅れを痛感せざるを得ない。

5. ロサンゼルス郡保健局の歴史的背景

ロサンゼルス郡は、郡という行政体としては非常に多数の人口を擁していて、他の郡と規模を異にしているが、早い時期に郡保健部County Health Departmentが設立された点でも特色をもっている。

フルタイムの保健医官full-time health officerが、郡の理事委員会から初めて任命されたのが1910年。その後別に任命された保健医官の仕事は伝染病対策であり、初の保健婦(1916年採用)は農村地区担当であった。この郡の管轄区域は当時ほぼ3,420平方マイルという広大なものであった。ダウンタウンに所在する保健局本局から地域に出かけていくのに要する時間と労力は大変なものであった。郡保健当局の主たる業務は、1915年頃、検疫と公害対策であったけれども、活動の能率化と住民の利用易さを考慮して、行政の地区への分権化が計画された。

ロサンゼルス郡最初の保健所が、1926年、郡の北西部に設立されたが、開業医への医療費支払不能な貧困者へ医療を一部提供する目的ももった地区公衆衛生サービス施設であった。1920年代後半の保健所は、かなりの程度慈善医療の部分を分担していたので、民間医療機関やその他多様な名称のヘルスセンター、奉仕的医療とダブル面があった。1930年代に入って、それらの活動、とくに外来患者サービス部門が開業医の手に移された。

次第に保健所設立が進み、中心的保健所が約20数カ所、そのサブセンターが30

を数えるようになる。第2次大戦前、これらロスアンゼルス郡保健所の主業務は、乳幼児検診、母性対策、結核、性病、伝染病対策、歯科衛生などの伝統的なものに、家族計画、喫煙対策、精神衛生、麻薬対策そして青少年クリニックであった。母子クリニックが全体として力を入れてやられた。

6. 郡保健当局の予算と人員の概況

1970 - 71 年会計年における確定予算額は、人口1人あたり3.61ドル、総額で2千800万ドルであった(総人口約725万人)。このうち約600万ドルほどが、連邦・州からの委任業務予算ならびに補助金などであった。そのほかに、米国では、特定業務 projects への予算交付がある。母子や、性病、結核、慢性病や老人、予防接種業務など22プロジェクトへの約390万ドルの交付が1969 - 70 年であった。

建物や施設・器械などの範囲でみると、米国の保健部局と保健所とはよく整備されている。しかし、新規もしくは特別的事業の多くはいわゆるプロジェクト予算(通常3カ年間)である。はじめに事業計画があって、これに交付されるが、期間が過ぎると予算交付もストップするのが普通である。大きな事業のばあいは、郡が独力で後の面倒をみたり、一部継続することもある。日本の保健関係予算との大きな差異は、このほかに、プロジェクト終了後の評価である。当初掲げた事業目的をどれだけ達成したかをみる。必ずしも定式化したものはないようだが、その結果なりプロセスへの評価なくして、次のプロジェクトへの継続なり、新規承認は少ない。

保健事業の殆どが人手によって行われているのが保健所などの特色である。この郡全体の保健局職員数は、1931 - 32 年に、454人(常勤)であったのが、1969年には、2,242人となった(病院は除く)。

7. さ い ご に

公衆衛生サービスの行政には、連邦と州そして郡(カウンティ)もしくは市そ

れぞれのレベルがある。連邦では、保健教育福祉省の公衆衛生関係部局がそれに相当し、州・カウンティなどへの予算配分と人員・技術派遣を主とする。州ごとの公衆衛生関係立法が建前上基本となっていて、郡・市の活動はそれに基づいて実施されるが、実際の直接サービスは郡市公衆衛生部局が担当する。

本稿ではその後者の解説を主としたのであるが、日本において今保健所再編成が進み、東京都の保健所区移管が決められている。その直接参考になることではなかったが、考え方や長期的方向、すべての人の健康保持をどうして達成するかという方法のうえで、何かヒントにでもなることをおくみとり願えれば幸いである。(1975・2・15)

(前田信雄 国立公衆衛生院)

