

米国の地域保健活動

—— 予防を担う人たちを訪ねて ——

国立公衆衛生院 前田 信雄

昨年アメリカの公衆衛生学会に出席した折、いくつかの施設をたずねることが出来た。主に保健サービスの施設や専門家であった。幾人かのエキスパートとも会うこともできた。それらを通じていま米国の保健・医療・福祉が当面している問題・実態・方向などについて印象的に記してみよう。

◎ 保健所

アメリカの保健所は、行政の一環に組み入れられている。地方自治体、向うではカウンティというが、そこの衛生部と同じ建物、あるいは同一の組織内で運営されている。日本と大きく違う点は、保健所の対象が貧困者もしくは低所得階層であるという点である。このなかには、いわゆるノンホワイトといわれるメキシコからの移民の人たち、キューバからの難民、黒人、ときには中国人や日本人なども一部含まれる。日本のように地域全体をサービスするという施設や組織ではない。いわば地域のなかのこれら「点」のような人たちに集中的にサービスがあたえられる。

わたしのたずねたワシントンD.Cの郊外、モントゴメリーカウンティ保健所の実情はつぎの通りである。保健所の全予算の3分の1は精神衛生および薬物乱用予防対策に費やしている。主なやり方は、在宅の分裂病患者を訪問する活動。家族会を月に何回か開くという活動。麻薬あるいはマリファナ中毒患者の回復の援助。その他さまざまな精神衛生面の活動がある。この中には当然アルコール中毒による精神障害者の社会復帰援助もあるし、また、アルコール中毒

予防の活動もある。保健所がその拠点の一つである。保健所の全予算の4分の1を学校保健に費しているという点も日本と大きく違う。学童に対するサービス、学校でのいろいろな事業に保健所がかかわりあう。非行少年、あるいは弱年化するアルコール、マリファナ常飲者に対するいろいろなサービスが含まれる。12歳以下のマリファナや麻薬の耽溺癖のある子供たちは、入所させるわけにいかない。また、病院に入ることを希望しない。そこで、保健所を中心に親たちと一緒に指導、あるいは慢性中毒化の予防の活動がある。

めだった保健所における活動のいくつかを拾ってみる。まず、日本では普通集団検診がその活動の中心と考えられるが、アメリカの保健所では定期的検診というものはほとんどおこなっていない。このモントゴメリーの保健所では、歯科検診車がやってきて年何回か集団検診をするというだけ。いわゆる住民検診のようなものはないが、聴力検査とか視力検査という部分的な検査は、最近おこなわれるようになってきている。その検診を直接おこなう職種としてヘルステクニシャンというものが導入されている。一種の補助者である。1973年あたりから、保健所では従来の単なる予防オンリーということだけでなく、外来部門と救急部門が導入されてきているのであるが、このモントゴメリー郡では、いまもって予防が中心であり、実験的に1ヶ所の保健所で外来サービスがおこなわれている。これは特殊な階層、特定の地域での大学と共同の実験的な試みである。

アルコール中毒対策はアメリカの公衆衛生における一つの大きな対策の柱である。保健所ではアルコホリックアノウマスといわれる日本の断酒会のようなものを頻繁に開いている。現在この郡では40歳～50歳台の人たち、老人、低所得階層にアルコール患者が多い。始終入院、退院、再入院、一時就職、失業を繰返す患者に対して、いくつかの試み、たとえばグループ活動での社会復帰、ハーフウェイハウスのような一時入院施設の活用など試みられている。

ねたきり老人に対するサービスも大変興味あるテーマであるが、保健所がこれにかわるというやり方はとっていない。寝たきり老人に対する訪問看護は、

民間団体もしくは私的な契約にもとづく訪問看護婦および訪問看護協会がこれになっている。この協会の事務室が、保健所のなかの一室にある。保健所保健婦がこの訪問看護婦およびホームメーカといわれる人たちと、ベアーを組んで自分たちのケースを訪問してもらいやり方をとっている。1回の訪問にたいし老人が払う料金は、9ドルないし13ドル。この訪問サービスグループのなかには、一部ソーシャルワーカーや言語療法士も入っているとのこと。日本に比較すると、この言語療法士などをチームの一員に加えられている点は大変うらやましいかぎりである。しかし、全体としてみるとホームヘルパーと訪問看護婦とのチームワークは必ずしもよくはいっていない。そういう声が公衆衛生学会で聞かれた。ここでも福祉と医療との連絡の悪さがある。

「日本の農村では乳児検診や3歳児検診は、ほぼ6割とか8割ぐらいの受診率ですが、こちらではどうですか」というわたしの質問に対して、即座に返ってきた答えは、「何%になるか保健所としては数学はわかりません、多分10%以下でしょう」と。同じレベルで日本とアメリカを比較できないことは、はじめに書いた通りである。あくまでアメリカの保健所の対象というものは、貧困者が対象である。妊産婦、婦人についても黒人あるいは非白人の特定の低所得階層の人たちの利用が中心である。活動は、しかし、さまざまな形でなされている。10歳台の未婚の母の指導、家族計画の教室、障害児の母親の会、それぞれのグループが、午前中とか、午後、あるいは夜同じ部屋を利用する。その部屋の机、椅子調度品などは、それぞれ患者、母親、住民たちが持ち寄ったものだという。ヴォランティアのなかに、こういったグループワークを通じて回復した人たち（元患者）があたっている。

母子保健に関連して、わたくしがこの地域の乳児死亡率についてたずねたとき、保健所次長は大変当惑した。彼の頭には全く自分の管轄内の乳児死亡の数字が頭に入っていなかったのである。後でメモでわたしに送ってくれて、それが15.3%であることがわかったが、実に高いから彼が遠慮して話さなかったわけではなく、そういう数字で地域全体を把握するという習慣自体がないので

ある。それではその郡に住む大多数の、あるいは90%にのぼる子供たちは、どこで健康診断を受け、健康相談を受けているか。これは言うまでもなく民間の医師の診療でなされているということになる。健康保険は健診に給付しないから、結局は、自己負担でそれらを利用している。この90%の人たちの子供の親の頭のなかには、たとえ自己負担しても保健所で相談を受ける気にならないという状況がある。アメリカの保健所は、伝統的に貧困者に対するサービス中心であったからである。

◎ ネーバーフッド ヘルスセンター

ボルチモアの郊外にある黒人街に1968年に建てられたネーバーフッドヘルスセンターをたずねる機会にめぐまれた。日本語で直訳すると「近隣保健所」といったことになって、かえってわかりにくくなる表現の施設である。内容は総合外来診療所である。ただし対象はあくまでメデケイドの患者中心。つまり貧困層といっても生活保護（日本流でいえば）対象者向け総合外来診療所ということになる。

この診療所はコンスタントヘルスケアセンターという看板を掲げ、大きなショッピングセンターの中にある。内科、外科、産科、歯科、小児科、精神科などの各科をそなえていて、その活動も文字通り、健康増進から予防、いわゆるプライマリケア、治療、一部リハビリテーション、救急サービスというように、幅広いサービスを提供するところである。一応誰れでもかかれるようになってはいるが、この地域の人たち、そしてメデケイドを対象としているから、一種のメンバー制をとっている。施設は全くの民営、設立は州および連邦の資金によっている。もともとは1965年のO E O（雇用保障局）の援助で建てられたもの。アメリカ全国で約200、一つの州に2～4、黒人街とか、メキシカンが住むところに多く建てられている。わたしは大変異様に感じたことであるが、患者のすべてはマイナリティグループである。ただしスタッフは全部黒人というわけにいかず、何人かの白人の若者、医師、この運動の共鳴者たちが勤務している。

あるいはボランティアとして熱心にこの診療所の活動を支える。ボルチモア郊外のこの外来診療所長は歯科医師であったが、実際の意志決定は地域の委員会 でなされる。いわゆる全面的な住民参加のもとで、さまざまな活動、計画、指針、政策がきめられている。実際の運営資金は医療扶助の費用という型で入ってくるのが主である。さらに足りない部分は地域、郡あるいは州がなんらかの型で援助することになる。しかし、原則としては、この総合診療所が自分で自分たちの経営を維持する態勢を取っている。最近になってさまざまな資金源、あるいは収入源を得るようになってきた。たとえばメデケイドのほかにメデケ ッ患者を引きうけるとか。あるいはメデケ ッとメデケイドの患者を対象にする が、HMOの方式で、つまり人头請負方式で州および連邦から費用の給付を受けるという契約方式をとっている。HMOの住民1人1ヶ月当りの人头額は30ドル(1975年)。このネーバーフッドヘルスセンターに登録されているメデケイド患者は約5,000人。給付する内容は一般外来サービス、および前に述べた広い意味の予防活動が入る。さらに投薬の給付も無料でなされ、健康診断は年に1回。出産および歯科サービスも含まれる。入院は30日以内。わたしのもっとも興味があった訪問看護サービスについては、外の団体との契約によって給付されるという話。それについては人头請負方式ではなく、訪問回数、おこなった診療行為ごとに費用が支払われる。リハビリテーションのほとんども大体同じように間接的に他の施設との契約で一部給付されるだけ。

この診療所のなかでは栄養相談もかなり熱心におこなわれていたし、歯のみがき方などという簡単なことから、足まめ医、あるいは結核予防の活動、聴力検査、そういった個別の地域ニードに応じた活動が組れていた。予防接種も当然含まれる。人口ミルクによるものは95%。母子などの栄養不良のうえで大きな問題は、なんといっても蛋白質摂取不足。および塩の多用。黒人街に住む人 たちであるだけに高血圧患者、アルコール中毒患者、糖尿病患者、脳卒中後遺症の患者の受診が圧倒的に多い。

ここの所長は歯科医師である。積極的に外部に対してこの診療所の活動を紹

介している熱心な黒人歯科医。くわしく聞けなかったが、非常に広範な消費者の団体、地域組織委員会にささえられているようであった。

◎ カイザーの総合健診

日本では、カイザーといえばオークランド、オークランドといえばカイザーの多相式総合健診方式、といわれるほど有名な施設をこのたびたずねることができた。そこで聞いたことのなかから印象的なことをいくつか書きだしてみる。

カイザーのメンバーのなかから、この多相式健康診断を受ける受診者はどのようにえらべるか、えられるか。一つは郵便によって受診を勧め、第二は健康教育のための一種の質問表を見て受診したという人などが含まれる。もちろん、会員であれば誰れでもいつでも年に何回も受けられる。「それでは乱用があるのではないですか」というわたしの質問に対して、「そうことは全くありえない」という単純な答があった。会員であるところの施設を利用するのは、2～4ドルの自己負担だけですむ。外からの受診者の場合わずか8ドルというから、実に少ない費用で総合健診が提供される。一日の検診人数は140～170人。やる検査は大体われわれが日本の東芝、富士通などのコンピューター健診施設やその他人間ドックをやっているところでおこなう検査項目とほぼ同じと思えばよい。というか東芝その他は、実はこのカイザー オークランドでのやり方をまねしたもの。乳癌がアメリカでは大変多いが、誰れでもやたらと人を集めて乳癌の検診をやるというのでなく、一定のハイリスクグループといわれる人たちをえらんで検査を年に一回おこなうというやり方をとっている。ここでは1日約40人の受診者。2人の常勤者でおこなうが、1人は放射線技師である。これと同じような検査のやり方が、血圧、尿、胃、心臓、その他各種全般にわたってなされ、ほぼ午前中ぐらいで、ワンセットのこれら検査が済む。その結果は、その日のうちにナースプラクティショナーからことこまかく説明されるやり方を取っている。日本の場合だとコンピューターを使い、数字が沢山でて、看護婦によって簡単に正常・異常だけが知らされ、医師がほんの数分間申し訳

け程度に説明するというので終るのであるが、カイザーではナースプラクティショナーによる丁寧で綿密な説明がなされて帰宅するということになる。ナースは全体として19人。問題はその日のうちに最終結果がわかるわけではなく、すべての結果が受診者に知らされるのは4週間後とのこと。これでは早期発見、後期治療になるのではないですか、というわたしのいじわるな質問に対して、たいへんすなおな肯定の答えが返ってきた。2週間程度に早く縮めたいと検討中とのこと。カイザー オークランドのこの多相式健診施設をみて、もっとも印象的だったのは、コンピューターが中央化はなされているものの、それはどちらかというと研究的に別棟の研究室に繋がっているだけで、ルーチンの検査は、あくまで個別的になされていたということである。カイザーのなかで、さらに印象的だったのは、ナースプラクティショナーが十分な教育を受け、同じ棟の病院専門医と緊密な連けいを取って保健指導をしている点であった、日本では主に機械設備のことが紹介されてきたのであるが、健康診断の結果、つまりデータというものはひとつの保健教育のための手段にすぎない。この結果を使って保健指導をすることが本命という意識が定着している感じであった。

◎ カイザーでの保健教育

カイザーでは別棟であるが、すぐ近くに衛生教育というか、保健教育の展示館を持っている。そこで各種の保健教育に関する教室や図書、展示などのサービスがなされる。ここの施設での仕事の使命はなんですか、というわたしの質問に対して、所長格の人からはつぎの2つがあげられた。予防、健康増進によって医療費や家計支出を節約する。第二はすでに病気になった者に対して、その病気に対する知識、そして予防の方法を教える、あるいは自己治療、セルフケアについての情報提供をおこなうこと。この第二の点は日本の伝統的な衛生担当者にはやや耳新しい点である。つまり、カイザーの保健教育担当者は、病棟にでかけ患者と対話をし、入院中あるいは退院後のセルフケアについて指導をする。医療のなかに入りこんだ教育が展開される。そういう意味では個別的な教育という手段をかなり活用していることになる。

それだけに大変忙がしい。健康増進のために最近やっているものとして瞑想、あるいはヨーガに似た呼吸法がやられているという話。最近では学校の先生たちとか大学生をグループにしてストレスのコントロールをおこなうというプログラムが入っている。健康増進といってもさまざまなプログラムがあって、精神発育に関する教室、あるいはセルフケアについての教室が開られるとか。ここの展示館をたずねた日本人は大変多い。日本の訪問者はまず建物、機械、設備、物そのものをみて帰っていくと担当者はやや苦笑していたが、実はこの展示館のひとつの特色は、来訪者に対するサービスを全部職員がおこなうのではなく、それはかなりのヴォランティアによっておこなわれている点である。もちろん外部の人たちも無料で、いつでも利用できる。学校の教師、学生たちの利用も大変多い。保健教育に関する図書、資料、フィルム、カセットその他の貸し出しや利用については、2人の図書司がおり、実に多彩なサービスをおこなっている。

タバコをやめさせる教室も最近のプログラムであるが、月1回1年間とおしての教育の結果50%の中止者をえたとのこと。肥満予防もアメリカでの大きな課題である。1クラスだいたい10~20人が参加する。生活習慣そのものを変えるプログラムであるから、なかなか効果がでてこない難かしい活動対象の一つである。アルコール中毒については今後の課題とか。この展示室や教室にこない人たちには、大量のさまざまな広報活動をおこなう。

展示についても、日本への紹介がよくなされているのであるが、人体についての模型、あるいはいくつかのものは、アメリカ製でなくて、ドイツ製である点がおもしろい。問題を展示し、それを見た人が、保健に関する知識をためすという設備や装置もいくつかある。展示の内容は実にわかりやすい例、たとえば食べものとか、生活習慣、けがの予防といったことにふれているものが多い。どちらかという母子関係のものも多く、成人病、高血圧といったものについての展示物、資料、図書等は若干少ない感じ。というのもカイザーのメンバーというのは、前に述べたネーバーフッドヘルスセンターと違って、多

くは中産階級あるいは公務員、会社員、大学職員などである。そして老人が少ない、という点も関係しているように思われる。インタビューのなかに興味深かったのは、衛生教育をカイザーは大変重要視していることは一般論としていえるが、スタッフはわずか2人だけ。まだまだ医療、公衆衛生、保健教育のなかでは、医師中心ですといったげな館長の話が、いまでも耳に残っている。

◎家庭医による保健活動

こんどの訪問ではじめて家庭医（ファミリー プラクティショナー）と親しく話し合いをすることができた。場所はボルチモア郊外、新興住宅地のコロニア地区。ここのブルーノ先生は、家庭医になって1年半。家庭医の認定を得るために5年間研修を積み、150時間の研修単位をおえて資格を得た人である。小児科、内科、産科、産婦人科などを修得。かねがねいったい家庭医というのは、どういう背景のどういう業務をおこなう人であろうかと思っていたのであるが、やはりその中心は家庭的な要因、ないしは家庭全体のなかでの治療を必要とするような患者を受け入れることが一つ。それからやはりかかりつけの医師として家庭内の各成員の保健指導、保健相談に応ずることが第二の役割である。家庭医がどのような研修を受けているかであるが、トピックをえらんでコンファランスにでることがひとつである。ブルーノ先生に関心のあるのは、医療全体がどう変わっていくであろうかといったシンポジウムに好んで出られる由。週に2回ほどいろんなコンファランス、たとえば最近であればターミナルケアについてもたれたコンファランスに出席する。こういったことは容易に受けられる研修である。専門的な心臓病とか、小児科関係の特定の疾患については、自己学習が中心で、オーディオビジュアルのテープ等を使っておられる。ちょうど手元には、血清肝炎についての新しい知見といったようなものを借りて勉強をしていた。大学には普段いききするという関係は特に取っていない。地元の病院についていえば、その病院の運営委員会のメンバーであるけれども、医者としては特に患者を入院させるとか、そこでパートで働くということはないということ。患者紹介は、病院と診療所とかを問わず、グループプラ

クテスをやっている内科、小児科、各科の開業医との間でもよくおこなう。患者のうち30%が慢性患者、あとはどちらともいえないというように分けられる。子供、婦人、成人がそれぞれ $\frac{1}{3}$ づつになろうか。彼をかかりつけとしている世帯は、どれくらいあるかというわたくしの質問に対しては、数100世帯でしょうかという返事であった。つまり500～600世帯、人数にすると約3,000人前後の住民が、彼を事実上、主治医、家庭医として利用しているということになる。病院などに専門的な診療を紹介するのは、あまり多くなく一日に1人～5人といったところ。一日の患者は平均すると30人くらいであるが、かなり変動があって、15人～50人というあたり。どれくらいの処方をする例があるかというわたしの問いに、ややこまった表情であったが、多分20%くらいでしょうかという答えであった。その多くは抗生物質、痛み止め、トランキライザー、血圧降下剤など。ひと通りの検査もおこなう。自分のところでやれない場合は、同じビルデングのなかにある検査所に委託をする。注射は訓練を受けた看護婦にやらせるが、おそらく数10人に1人だけでなかろうかという答え。こういう家庭医の診療所では、看護婦は2人、いずれも有資格者、その他秘書が2人という構成。定期往診もやっているが数はそんなに多くない。患者のなかでもっとも多いのは呼吸器疾患、第二は不定愁訴の患者、第三は消化器系の患者、第四位は高血圧、ときには結婚相談もしなければならないという。

ブルーノ先生が、家庭医をえらんだ動機としては、その方がいろんな患者がきて、いろんな角度からそれを診察、治療、保健指導ができるということであった。彼の家庭医の将来についての展望は明るい。専門医が家庭医に患者を廻して診療や治療を求め、また家庭医がいわゆる専門医を利用するという相互関係でこそ、医療がバランスよく患者に役立つというはなしであった。それにはより一層の研修が必要であることはいままでもない。保健所との連携に力をいれているという点も補足して説明され、いろんな伝染病を即座に報告するように心掛けていますというはなしであった。アメリカの家庭医は、地域の保健活動の第一線において、欠くことのない担い手になっている。