

厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業

諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 林 謙治

平成15（2003）年 3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究 ..... 1

林 謙治

### II. 分担研究報告

1. 諸外国の保健衛生組織の実態調査 ..... 5

兵井 伸行

(資料) アメリカ合衆国の保健衛生組織

(資料) イギリスの保健衛生組織

(資料) フランスの保健衛生組織

(資料) カナダの保健衛生組織

(資料) スウェーデンの保健衛生組織

(資料) 韓国の保健衛生組織

(資料) シンガポールの保健衛生組織

(資料) オーストラリアの保健衛生組織

(資料) ニュージーランドの保健衛生組織

2. わが国の保健所組織の実態調査 ..... 114

武村 真治

# 1. 総括研究報告：諸外国における保健所等保健衛生組織の

## 実態調査研究

主任研究者 林 謙治（国立保健医療科学院 次長）

分担研究者 兵井伸行（国立保健医療科学院人材育成部国際保健人材室 室長）

武村真治（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 主任研究官）

研究協力者 曾根 智史（国立保健医療科学院公衆衛生政策部地域保健システム室 室長）

鳩野 洋子（国立保健医療科学院公衆衛生看護部ケアマネジメント室 室長）

加藤 則子（国立保健医療科学院生涯保健部母子保健室 室長）

須藤 紀子（国立保健医療科学院生涯保健部公衆栄養室 研究員）

西村 秋生（国立保健医療科学院経営科学部 主任研究官）

南 銀祐（高神大学保健科学部 教授）

宮城島一明（京都大学大学院医学研究科 助教授）

山本美江子（産業医科大学医学部公衆衛生学教室 助手）

### 研究要旨

諸外国における保健衛生組織の組織体系、設置法令、機能などの実態と今後の動向を把握し、わが国と比較することによって、わが国の公衆衛生の第一線機関である保健所の役割や進むべき方向性を検討した。

その結果、諸外国では、法律上は規定されていないが、保健衛生組織のスタッフとして医師が必要とされていること、管理者レベルに医師を配置することによって彼らの知識・技術を効果的に活用していること、その一方で、組織の責任者として、医師や看護師といった資格だけでなく、公衆衛生専門家としての技術や能力（公衆衛生の学位や専門資格、教育研修の受講、公衆衛生領域での実務経験など）が求められていること、が示された。

### A. 研究目的

行財政改革、地方分権、規制緩和などの社会状況の変化、少子高齢化、ニーズの多様化などの社会環境の変化に対応した、効果的かつ効率的な保健衛生組織のあり方が模索されている。日本における保健衛生行政は医師を長とする保健所によって運用されており、保健、医療及び環境と幅広い対応を行っているのが現状である。近年においては福祉との統合や健康危機管理対策など、対応業務が大幅に拡大しており、今後も拡大が予想される。

保健衛生組織のあり方を検討する上で、諸外国の保健衛生組織の実態を把握し、わが国と比較することによって、有用な知見が得られると考えられる。しかしこれまでの研究では、諸外国における保健、医療、福祉等を総論的に調査されているに過ぎず、保健衛生組織の組織体系や法的根拠等の詳細はほとんど明らかにされていない。またわが国と諸外国との厳密な比較研究も実施されていない。

本研究は、諸外国における保健衛生組織の組織体系、設置法令、機能などの実態と今後

の動向を把握し、それらをわが国の保健衛生組織と比較することによって、わが国の保健衛生組織、特に地域の公衆衛生の第一線機関である保健所の役割や進むべき方向性を検討することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象国の選定

先進諸外国における保健衛生組織の実態を把握するにあたって、世界の主な保健医療制度の類型を網羅できるように、北米地区（アメリカ、カナダ）、欧州地区（イギリス、フランス、スウェーデン）、アジア地区（韓国、シンガポール）、豪州地区（オーストラリア、ニュージーランド）の9ヶ国を調査対象国とした。

### 2. 保健所等保健衛生組織の実態調査のための枠組みの設定

諸外国には、わが国で設立されている保健衛生組織を有している国は少なく、またわが国には存在しない組織を有する場合もあると考えられた。そこで、保健衛生の「機能」を比較の基準として、その機能を担当する保健衛生組織の実態を把握することとした。

比較の基準を、地域保健法で定められている保健所機能を参考に、健康危機管理（感染症・食中毒発生時の対応（感染経路の特定、患者の隔離、サーベイランスなど）、飲料水汚染、原子力・化学物質などによる事故、自然災害など）、食品衛生（飲食店の監査、食品検査など）、精神疾患患者への対応（自傷他害の恐れのある患者の保護、入院措置など）、地域保健医療計画の策定・進行管理・評価、保健医療サービスの質の保証（医療施設の監査など）、ヘルスプロモーション活動の実践、の6機能とした。

それぞれの機能を担当する組織（第一線機関及びその上部組織）を同定し、それらの組織の実態を調査した。調査項目は、機能を担

当する組織の名称、組織数、組織の管轄人口、組織の設立目的（所掌事務）・設立主体・設立根拠となる法律、組織体系、各部門の所掌事務、組織及び部門の責任者の資格要件（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師などの免許、学位、経験年数など）の有無とその根拠（法律、内規、慣例など）、その他の必置職の官職・所掌事務・資格要件の有無とその根拠、などであった。

### 3. 諸外国の保健衛生組織の実態調査

各国につき1人以上の研究協力者を依頼し、資料やインターネットなどを用いて、国内で入手できる情報を収集・整理した。

合計7回実施した研究委員会において、収集・整理した情報を発表し、各国の保健衛生組織に関して不足している情報や明らかにすべき点などについて質疑応答や意見交換を行った。

国内での情報収集で十分に情報を得られなかったアメリカとイギリスに関して、現地の関係機関や関係者を訪問して、聞き取り調査を実施した。そして保健衛生組織の組織図、職員の資格要件、組織間の関係などの詳細な情報を入手し、わが国における保健衛生組織のあり方に関する有用な提言を得た。

研究協力者に依頼し、得られた情報をもとに各国の保健衛生組織の実態に関する報告書を作成した。報告書の内容は、保健医療システムの概要（保健水準、保健医療資源、医療保障制度など）、衛生行政システム（一般行政組織、衛生行政組織の組織体系と組織機能など）、保健所機能の担当組織などであった。

### 4. わが国の保健所組織の実態調査

全国の保健所を設置する123自治体（都道府県、指定都市、中核市、その他の政令で定める市、特別区）を対象に、平成15年2月に調査を実施した。調査項目は、保健所数、保健所の統合の形態（福祉事務所などの他の組織との統合状況など）、統合組織の長の職種

などを設問した。また自記式調査票とともに、衛生主管部局と保健所または保健所を統合する組織の組織図を送付してもらい、統合の状況に関する詳細なデータを収集した。

## 5. 保健衛生組織の現状分析・比較分析

諸外国の保健衛生組織の実態調査とわが国の保健所組織の実態調査の結果から、わが国を含めた諸国の保健衛生組織の現状分析及び比較分析を行い、保健衛生組織と保健衛生従事者のあり方を考察した。

### (倫理面への配慮)

諸外国の公的機関又は組織等団体を対象としているため、情報公開の視点からも倫理的な問題は少ないと考えられた。

## C. 研究結果

1. 分担研究「諸外国の保健衛生組織の実態調査」において、諸外国における保健衛生組織の組織体系、設置法令、機能などの実態と今後の動向を把握した結果、以下のことが明らかとなった。

- ・わが国の保健所に相当する第一線の保健衛生組織は全ての国で設置されているが、その位置づけは、地方自治体の一部門である分権型（アメリカ、韓国、オーストラリアなど）、中央政府の出先機関である集権型（イギリス、フランスなど）に分類できる。
- ・保健衛生組織の職員に対する資格要件が法律上明記されている国は少ないが、組織の責任者や組織内の部門の責任者に医師を配置していることが多く、また責任者が医師でない場合は、公衆衛生学の修士・博士などの学位、定められた教育研修の受講、公衆衛生領域での実務経験などが求められる。

2. 分担研究「わが国の保健所組織の実態調査」において、全国の保健所を設置する123

自治体を対象に保健所の組織構造や他の組織との統合状況などを調査した結果、以下のことが明らかとなった。

- ・全ての保健所が福祉事務所と統合している都道府県は40%、総合出先機関と統合している都道府県は23%、何らかの組織と統合している都道府県は53%であり、保健所と他の組織との統合が進行していた。また統合組織の長は医師と事務職がそれぞれ半数であり、統合組織の長が医師ではない保健所がすでに多く存在していた。
- ・57%の政令市は保健福祉関連部内のいくつかの課を保健所とみなしており、保健所が「課以上部未満」の不明確な位置づけとなっていた。またこの場合、部長は必ずしも保健所長（医師）ではなく、政令市においても保健所業務の担当部門の長が医師ではないことが多かった。
- ・このような保健所の組織構造の多様化と位置づけの不明確化という現状において、各自治体が保健所機能のパフォーマンスを最大限に発揮できるように、現状を是認する方向と地域保健法を改正する方向の両面からの対策を検討する必要がある。

## D. 考察

わが国の保健所に相当する、諸外国の第一線の保健衛生組織の位置づけは、地方自治体の一部門である分権型（アメリカ、韓国、オーストラリアなど）、中央政府の出先機関である集権型（イギリス、フランスなど）に大別できるが、その中でも組織構造は国によって大きく異なっていた。またそれらの組織の機能に関しても、保健所の所掌事務に類似しているが、健康危機管理機能が別の組織の所管となっているイギリスや診療機能が強化されている韓国など、国によってばらつきがみられた。一方、わが国の保健所の組織構造は、地域保健法などによって規定されているものの、福祉部門や総合出先機関との統合など、

自治体によって多様化しているのが現状である。今後は、諸外国の保健衛生組織とわが国の保健所の間、そしてわが国の多様化した保健所組織の間で、活動実績や活動効果の比較研究を実施し、効果的かつ効率的な保健所組織の構造と機能を検討する必要がある。

保健衛生組織のスタッフの適性に関する考え方は、わが国と諸外国で大きく異なっていた。わが国では、保健所職員、特に保健所長の資格要件を地域保健法によって規定している。それに対して諸外国では、スタッフの資格要件が法律上明記されている国は少ないが、保健衛生組織の責任者や公衆衛生部門の責任者に医師を配置していることが多かった。これは、諸外国の保健衛生組織においても、医師の専門的知識や技術が実質的に必要とされていること、管理者レベルに医師を配置することによって彼らの知識・技術を効果的に活用していることを示している。

しかしその一方で、ほとんどの国では、保健衛生組織の責任者や公衆衛生部門の責任者として、医師や看護師といった「資格」ではなく、公衆衛生専門家としての「技術・能力」が求められていた。例えば、責任者が医師でない場合、公衆衛生学の修士・博士などの学位、定められた教育研修の受講、公衆衛生領域での実務経験などが求められていた（アメリカ、イギリス、フランスなど）。また責任者が医師である場合でも、公衆衛生の専門資格や実務経験を求められていた（イギリス、オーストラリア、ニュージーランドなど）。さらに、資格を問わず、公衆衛生専門家を一貫した研修システムによって養成する国（フランス）もみられた。わが国でも、諸外国のように、保健衛生組織のスタッフの適性を「資格」だけでなく「技術・能力」から検討することは有効であると考えられる。したがって今後は、保健所長をはじめ、保健所において中心的な役割を果たす職員に関して、公衆衛生専門家として必要な技術・能力を明確に定義すること、そして公衆衛生専門家の資質を

向上させるための教育研修システムを確立することが必要である。

## E. 結論

諸外国における保健衛生組織の組織体系、設置法令、機能などの実態と今後の動向を把握し、わが国と比較することによって、わが国の公衆衛生の第一線機関である保健所の役割や進むべき方向性を検討した。

その結果、諸外国では、法律上は規定されていないが、保健衛生組織のスタッフとして医師が必要とされていること、管理者レベルに医師を配置することによって彼らの知識・技術を効果的に活用していること、その一方で、組織の責任者として、医師や看護師といった資格だけでなく、公衆衛生専門家としての技術や能力（公衆衛生の学位や専門資格、教育研修の受講、公衆衛生領域での実務経験など）が求められていること、が示された。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## II. 分担研究報告

### 1. 分担研究報告：諸外国の保健衛生組織の実態調査

分担研究者 兵井伸行（国立保健医療科学院人材育成部国際保健人材室 室長）

#### 研究要旨

諸外国における保健衛生組織の組織体系、設置法令、機能などの実態と今後の動向を把握した。その結果、わが国の保健所に相当する第一線の保健衛生組織は全ての国で設置されているが、その位置づけは、地方自治体の一部門である分権型（アメリカ、韓国、オーストラリアなど）、中央政府の出先機関である集権型（イギリス、フランスなど）に分類できること、保健衛生組織の職員に対する資格要件が法律上明記されている国は少ないが、組織の責任者や組織内の部門の責任者に医師を配置していることが多いこと、また責任者が医師でない場合は、公衆衛生学の修士・博士などの学位、定められた教育研修の受講、公衆衛生領域での実務経験などが求められること、が明らかとなった。

#### A. 研究目的

本研究は「諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究」の分担研究として、諸外国における保健衛生組織の組織体系、設置法令、機能などの実態と今後の動向を把握することを目的とした。

#### B. 研究方法

調査対象国を、北米地区（アメリカ、カナダ）、欧州地区（イギリス、フランス、スウェーデン）、アジア地区（韓国、シンガポール）、豪州地区（オーストラリア、ニュージーランド）の9ヶ国とした。

保健衛生の「機能」を、健康危機管理、食品衛生、精神疾患患者への対応、地域保健医療計画の策定・進行管理・評価、保健医療サービスの質の保証、ヘルスプロモーション活動の実践、の6機能として、それぞれの機能を担当する組織（第一線機関及びその上部組織）を同定し、組織の実態を調査した。

調査項目は、機能を担当する組織の名称、組織数、組織の管轄人口、組織の設立目的（所掌事務）・設立主体・設立根拠となる法律、

組織体系、各部門の所掌事務、組織及び部門の責任者の資格要件（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師などの免許、学位、経験年数など）の有無とその根拠（法律、内規、慣例など）、その他の必置職の官職・所掌事務・資格要件の有無とその根拠などであった。

各国につき1人以上の研究協力者を依頼し、資料やインターネットなどを用いて、国内で入手できる情報を収集・整理した。

合計7回実施した研究委員会において、収集・整理した情報を発表し、各国の保健衛生組織に関して不足している情報や明らかにすべき点などについて意見交換を行った。

国内での情報収集で十分に情報を得られなかったアメリカとイギリスに関して、現地の関係機関や関係者を訪問して、聞き取り調査を実施した。そして保健衛生組織の組織図、職員の資格要件、組織間の関係などの詳細な情報を入手し、わが国における保健衛生組織のあり方に関する有用な提言を得た。

研究協力者に依頼し、得られた情報をもとに各国の保健衛生組織の実態に関する報告書を作成した。報告書の内容は、保健医療システムの概要（保健水準、保健医療資源、医療

保障制度など)、衛生行政システム(一般行政組織、衛生行政組織の組織体系と組織機能など)、保健所機能の担当組織などであった。

(倫理面への配慮) 諸外国の公的機関・組織を対象としているため、情報公開の視点からも倫理的な問題は少ないと考えられた。

### C. 研究結果

研究結果である、各国の保健衛生組織の実態に関する報告書は、資料として添付した。

### D. 考察

アメリカでは、州政府が保健衛生部局を設置しているが、組織体系や所掌事務は州によって大きく異なる。部局長は、多くの州では医師の資格を有するが、法律による規定はない。また局長が医師でない場合は、次長に医師を配置している。

州政府の下の地方政府(市町村)には、日本の保健所に相当するLHD(Local Health Department)が設置されている。しかしその設置形態は、州政府による設置、州政府と地方政府による共同設置、地方政府による設置など、様々である。またLHDの長は、多くの場合、州法により、医師、歯科医師、獣医師、もしくは公衆衛生学修士や公衆衛生学博士の学位を有するものと定められている。またLHDの長が医師でない場合、コンサルタントとして医師が雇用される。

イギリスでは、全ての保健医療サービスを、税を財源として提供するNational Health Service(NHS)のシステムが確立している。NHSは他の行政部局とは独立して運営され、地方出先機関として、日本の都道府県に相当する保健戦略局、保健所に相当するPrimary Care Trustが設置されている。

NHS組織の職員の資格要件として、保健戦略局の公衆衛生部門の長に医師を配置するこ

と、Primary Care Trustの公衆衛生部門の長に「十分に訓練された公衆衛生専門家」を配置することが義務づけられている。公衆衛生専門家として、医師の場合は公衆衛生専門医であること、医師でない場合は公衆衛生学修士の学位を有すること、健康関連職務の実務経験をもつことが求められている。現在の状況としては、公衆衛生部門の長が医師でない場合は、次長に医師を配置することが多い。

注意すべき点として、日本の保健所に相当するPrimary Care Trustが健康危機管理を所管していないことが挙げられる。健康危機管理を所管するのは、NHSや地方自治体とは独立したHealth Protection Agencyとその地方機関であり、地方機関の長には感染症専門医を配置することが義務づけられている。

フランスの衛生行政システムは伝統的な中央集権的性格をもち、保健衛生に関する事務の多くは、保健担当省(国レベル)とその地方出先機関である州厚生局(都道府県レベル)、州病院局(都道府県レベル)、県厚生局(保健所レベル)が所管している。一方、地方自治体である州、県、市町村の所掌事務は限定されているだけでなく、実質上、県厚生局によって実施されることが多い。

州厚生局、州病院局、県厚生局の局長は公衆衛生に従事する事務官(厚生監督官)であるが、スタッフとして公衆衛生監督医務官、公衆衛生監督業務官、環境衛生技官、衛生検査技師などの技官を配置することが義務づけられている。また事務官、技官を問わず、全ての公衆衛生従事者の養成は国立公衆衛生学校において集中的に実施され、医学・公衆衛生学に関する専門的知識から政策立案・評価の技術まで、幅広い知識・技術を修得できる養成研修システムを構築している。

韓国では、わが国の保健所レベルに保健所が、市町村レベルに保健支所が設置されている。保健所、保健支所の特徴としては、衛生行政の機能だけでなく、医療機関としての診療機能もあわせもっていることが挙げられ、



医師が必ず配置されている。今後は保健所、保健支所の診療機能を、外来だけでなく入院にまで拡張する予定である。保健所長は、医師であること、または、地方公務員任用令による保健医務職群の公務員であることが義務づけられている。現在、医師である保健所長と医師でない保健所長の割合はそれぞれ半数である。保健支所長は、医師、韓医師、歯科医師のいずれかであること、かつ、軍人であることが義務づけられている。

シンガポールでは、国の各省庁や関係機関が直接行政サービスを実施している。衛生行政を担当する省庁は保健省で、高齢者ケア、医療監視、疾病管理などの部門が設置され、それらの部門を統括する医務官が配置されている。いくつかの部門の長に医師が配置されているが、法律上の規定はない。

オーストラリアでは、州政府が保健医療に関する責任部局を配置しているが、組織体系や所掌事務は州によって大きく異なる。西オーストラリア州の場合、州の保健省の一部門である Population Health Division が日本の保健所に相当する。この部門の長は医師ではないが、その下の保健サービス課、公衆衛生課の長は医師であることが義務づけられている。それ以外に、適切な資格をもった医師、環境衛生監視員、公衆衛生専門家を設置することが義務づけられている。

ニュージーランドでは、保健衛生に関する事務の多くは、保健省（国レベル）とその地方出先機関である地域保健医療評議会

(District Health Boards)が所管している。地方自治体としての州、準州、コミュニティ評議会、特別区は保健衛生には直接関与していない。地域保健医療評議会の理事長・副理事長は保健大臣によって任命される。

日本の保健所に相当する組織は、地域保健医療評議会の公衆衛生担当部である。部長の資格要件は特にないが、スタッフとして、保

健医務官、環境保健医務官、上級アドバイザー、看護師、コミュニティワーカー、健康教育担当者、研究者などが配置されている。保健医務官は登録された医師であること、公衆衛生医の経験を有すること、適切な資格をもつことが義務づけられている。また環境保健医務官も専門領域での経験を有する医師であることが義務づけられている。

## E. 結論

わが国の保健所に相当する第一線の保健衛生組織は全ての国で設置されているが、その位置づけは、地方自治体の一部門として位置づけられる分権型（アメリカ、韓国、オーストラリアなど）、中央政府の出先機関として位置づけられる集権型（イギリス、フランスなど）に分類できる。

保健衛生組織の職員に対する資格要件が法律上明記されている国は少ないが、組織の責任者や組織内の公衆衛生部門の責任者に医師を配置していることが多い。また責任者が医師でない場合では、公衆衛生学の修士・博士などの学位、定められた教育研修の受講、公衆衛生領域での実務経験などが求められている。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## アメリカ合衆国の保健衛生組織

須藤 紀子（国立保健医療科学院生涯保健部公衆栄養室 研究員）  
兵井 伸行（国立保健医療科学院人材育成部国際保健人材室 室長）  
林 謙治（国立保健医療科学院 次長）

### 第1章 保健医療システムの概要

#### 1. 保健水準

2000年国勢調査によると、アメリカ合衆国の人口は281,421,906人であった。国民の平均余命は76.9歳であるが、黒人は白人より短い<sup>1)</sup>。2001年の人口動態統計の暫定値を表1に示す。

表1. 2001年の人口動態統計（暫定値）<sup>2)</sup>

人数（1,000人）			%（人口1,000人あたり）				
出生	死亡		結婚	出生	死亡		結婚
	全年齢	1歳未満*			全年齢	1歳未満*	
4,028	2,419	27	2,327	14.5	8.7	6.9	8.4

\*出生1,000あたり。

医療費がGDPに占める割合は、1980年から1993年にかけて加速度的に増加していたが、それ以降、安定している。1993年から2000年の平均増加率は5.6%であり、それまでの増加率の約半分である。CY2000の総医療費は1兆3千億ドルであった。

#### 2. 保健医療資源

##### (1) 保健医療施設

アメリカの医療施設数を日本と単純に比較した場合、人口はアメリカが日本のほぼ2倍であるにもかかわらず、病院数、病床数ともに日本のほうが多い。人口1,000あたりの病床数は3.7床であり、ショートステイの一般病院では、3.1床である（1998年）。利用できる病床数が少ないにもかかわらず、入院率は人口1,000あたり118と高く、平均入院日数は6.0日と非常に短い。病院の概要について、表2に示す。

表 2. 病院の概要 (1998 年)

全病院数	6,021
うち 100 床以上の病院	3,216
設置主体	
国立	275
その他	
地域病院 (30 日以内のショートステイの一般病院: 大学・研究所の病院は除く)	5,015
NGO、NPO	3,026
営利企業	771
州立、郡・市立	1,218
結核療養所	3
精神病院*	3,742
州立、郡・市立	234
私立 (情緒不安定な子どもの入所センターも含む)	813

American Hospital Association. Hospital Statistics 2000

\*US Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA), Center for Mental Health Services, unpublished data.

## (2) ヘルスマンパワーの養成

連邦政府職員以外の現職の医師 (整骨療法医を除く) と看護師の数は、それぞれ 678,649 人と 2,238,800 人であり、人口 100,000 あたりの割合は、それぞれ 251 人と 828 人である (1998 年)<sup>3, 4)</sup>。

### ① 医師

医科大学は 125 校 (1998 年) あり、私立大学が大部分を占めるが、すべての学校が連邦政府から補助金を受けている。医学部に入学するには、4 年制大学を卒業し、学士号が必要で、医学部を卒業するのに、さらに 4 年間かかるので、トータルで 8 年間大学に通うことになる。医師免許は州毎に交付されるが、すべての州で少なくとも 1 年間の病院におけるインターンシップを義務付けている。したがって医師になるには総じて 9 年間を要する。医学部への入学は難しく、受験生の半数しか入学できない。

インターンのほとんどがスペシャリストとしての資格を得るために、レジデントとして病院に残り、さらにトレーニングを受ける。医師の 85% が何らかの専門領域の資格証明書を有する。

### ② 看護師・保健師

準看護師になるためには、高校卒業後、practical nursing school (1996 年現在 1,210 校)<sup>5)</sup> で、1 年間の専門教育を受ける。正看護師になるためには、主として Associate degree (2 年間)、Diploma course (3 年間)、Bachelor course (4~5 年間) の三つのコースがある。このような看護大学は 1,508 校 (1997 年) ある。

日本と異なり、保健師の免許制度はなく、地域で予防活動に従事する看護師を public health nurse もしくは community health nurse の名称で呼んでいる。

### 3. 医療保障制度の概要

#### (1) 医療保険制度

アメリカの医療保障制度は、日本と同じ社会保険方式であるが、日本のような国民皆保険制度はもたない。表3に国の保険制度を示す。メディケアとメディケイドを提供している機関は、DHHS (Department of Health and Human Services; 保健省) の1部局であるCMS (Centers of Medicare and Medicaid Services) である。FY2000 President Budgetによると、メディケアやメディケイドなどのCMSが提供するプログラムの受益者は79,300万人であった。総医療費の分野別負担状況をみると、CMSプログラムが33%、その他の公的支出が12%、患者自己負担が15%であり、残りの40%が民間の医療保険であった (CMS, Office of the Actuary, National Health Statistics Group)。

アメリカの民間医療保険では、生命保険会社や損害保険会社などの営利保険会社が提供するもの、地域住民一般の医療保障を目的としたブルークロス、ブルーシールドといった非営利団体が提供するもの、さらには独立のHMOs (Health Maintenance Organizations; 健康維持機構) やPPO (Preferred Provider Organization) 等の新しいプランも提供されている。

表3. 国の医療保険制度<sup>6)</sup>

保険の種類	対象
Medicare	65歳以上の高齢者、障害年金受給者、慢性腎疾患患者等
Medicaid	一部の低所得者
Federal Employee Health Benefit Program (FEHBP)	連邦政府職員
Department of Defense and Department of Veteran's Affairs health care systems	現役及び退役軍人
Civilian Health and Medical Program for the Uniformed Services (CHAMPUS)	軍人の家族
State Children's Health Insurance Program (SCHIP)	低所得層の保険未加入の子ども

#### (2) 診療報酬支払い制度

アメリカにおける診療報酬支払い制度の概要を表4に示す。

表4. アメリカにおける診療報酬支払い制度の概要<sup>7)</sup>

開業医 (診療所)	病院
出来高払い制 (診療報酬点数表に基づく) (1992年施行) *ただし、総枠規制があり、枠内に収まるよう1点単価を調整。	○入院費用…DRG-PPS方式 (1983年10月～) (診療行為別予見定額支払方式)  ○資本調達費用…DRG-PPS方式 (1991年10月～)。ただし、入院経常費用とは独立の評価。  ○教育・研修費用…適正費用方式

## 第2章 衛生行政システム

### 1. 一般行政組織

#### (1) 連邦主義制度

アメリカ合衆国憲法のもとで、連邦政府と各州政府が権力を分割する連邦主義制度がとられている。連邦政府は、造幣、宣戦、外交、国外及び国内貿易の監督をおこない、州政府は、憲法の修正箇条の批准、公衆衛生と安全の管理、州内貿易の監視をする力が与えられている。法律の制定と執行、課税、借金は、連邦政府と州政府の両者ともおこなうことができる。

#### (2) 州

50州すべてが独自の憲法をもつ。しかし、州法が合衆国憲法や国の法律と矛盾することは許されない。連邦政府と同様、州レベルでも立法、司法、行政の三権分立がおこなわれている。また、ほとんどの州の議会は上院と下院の二院制をとっている。大統領の代わりに、州知事が選出される。

#### (3) 地方政府

州政府の下の地方政府には、City、County、Town / Township、Municipality、Districtがある。

#### (4) 首都

ワシントン DC (District of Columbia) は、メリーランド州とバージニア州に挟まれており、面積は68平方マイルである。ワシントン DC の政府は、州、郡、市の機能を有する。州レベルの機能としては、州裁判所、各種免許証の交付、失業保険の給付、食品・医薬品の監視等がある。

### 2. 衛生行政組織

#### (1) 国レベル

日本の厚生労働省に相当する省庁は、DHHS (Department of Health and Human Services ; 保健省) である。合衆国憲法は保健を含めた社会的な事柄に関し、州に大きな自治権を与えている。したがって、国レベルで直接対応するものは、移民の健康診査、州間で売買される薬物の規制、特別な疫学調査、国の保健衛生統計の編纂、アメリカン・インディアンに対する医療サービスの提供など数少ない。

州が行なう保健機能の中で、DHHS が交付金を出しているものには、伝染病の管理、環境衛生、母子保健の予防的サービス、ヘルスマンパワーの養成、保健施設の建設、貧困者の医療ケア、健康科学に関する研究などがある。

DHHS は12の operating division をもつ (表5)。このうち、AHRQ、ATSDR、CDC、FDA、HRSA、IHS、NIH、SAMHSA の8つが Public Health Service の agency である。

メディケアとメディケイドを担当する CMS の前身は、HCFA (Health Care Financing Administration ; 医療財政管理局) であり、2001年6月14日に改称された。

表 5. Department of Health and Human Services (DHHS) の operating division

---

Administration for Children and Families (ACF)
Administration on Aging (AoA)
Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)
Food and Drug Administration (FDA)
Health Resources and Services Administration (HRSA)
Indian Health Service (IHS)
National Institutes of Health (NIH)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
Program Support Center (PSC)

---

アメリカ全土（50州とワシントンDC、アメリカンサモア、グアム、プエルトリコ、ミクロネシア、北マリアナ諸島、バージン諸島）は10の厚生行政区に分けられている。ACF、AoA、ATSDR、CDC、CMS、FDA、HRSA、IHSは地域事務所をおいているが、具体的な機能はなく、地域の代表及び情報源としての役割を果たしている。

## （2）州レベル

50州すべてが各々の保健衛生部局（State Health Department）をもっているが、その名称は、州によって異なり、社会福祉やその他の機能を有する部局と統合されている場合もある。組織体系や、人口1人あたりの支出、スタッフ、他機関との関係も州によって大きなバラツキがみられる。長の名称も State Health Director、Commissioner、Secretary、Health Officer などさまざまであるが、多くの場合、State Health Director と呼ばれている。

State Health Director は、通常、医師（MD）の資格を有するが、法律による規定はない。1977年の時点では、50州中44州の State Health Director が医師であった。医師の資格を有する44名の State Health Director のうち、23名が公衆衛生と予防医学の専門資格証明書を持ち、30名は公衆衛生学修士（MPH）の学位を有する。通常、Director が医師でない場合は、その下の Deputy Director には医師になる。逆に、Deputy Director が医師でない場合は、Director は医師である。

全50州中32州の State Health Director は、知事により任命されている。州の保健衛生部局が独立せずに、大きな組織の一部である場合は、その組織の長が任命する（14州）。Board of Health が任命する州も4つある。ワシントンDCでは市長が任命する。任命にあたっては、政治的なものがあり、必ずしも地域保健や公衆衛生の経験が豊かな者であるとは限らない。State Health Director は、もっぱら州知事に対して責任をもっており、DHHS に対しては、国の補助金をもらうための条件を満たすことや、国の方向性を受け入れること以外には、責任をもたない。

State Health Director の下の職位は、Assistant Commissioner や Division Chief である。ルーチンワークをこなすのは、微生物学者、エンジニア、衛生学者、疫学者、看護師、

健康教育者などの保健医療専門家である。州の保健衛生部局の典型的な division を表 6 にあげる。

表 6. 州の保健衛生部局の典型的な division

Administration
Communicable Disease Prevention and Control
Chronic Disease Prevention and Control
Vital and Health Statistics
Environmental Health
Health Education or Promotion
Health Services
Maternal and Child Health
Mental Health
Occupational and Industrial Health
Dental Health
Laboratory Services
Public Health Nursing
Veterinary Public Health

Laboratory Services は、州レベルだけでなく、郡・市レベルにもある場合があるが、郡・市レベルの Laboratory Services の多くは、公立病院の検査部門と合併もしくは統合されてしまった。これは Laboratory Services の仕事が、疫学サーベイランスや衛生検査といった公衆衛生的な内容から、個人の臨床検査中心に変わっていき、病院や私立の臨床検査室が行っている内容と違いがなくなってきたためである。

### (3) 郡・市レベル

州レベルの下には、City、County、Town/Township、Municipality、District といった地方政府があり、LHD (Local Health Department) をもっている。州の保健衛生部局と LHD の関係は、州により異なる (表 7)。

表 7. 州の保健衛生部局と LHD の関係 <sup>6)</sup>

システム	州の数	内 容
中央集権型	11	LHD は州の保健衛生部局によって運営されている。ごく小さい 4 州 (デラウェア、ハワイ、ロードアイランド、バーモント) は、LHD をもたない。
分割型	7	LHD の管理は、州政府と地方政府によって分割されている。
地方分権型	16	完全に州の保健衛生部局から独立しており、地方政府が直接 LHD を運営している。LHD は独自の予算、条例をもち、Health Officer も雇用している。 例) ワシントン州、ミネソタ州、ニューヨーク州
混合型	16	中央集権型と地方分権型の混合型であり、人口の多い市や郡におけるサービスは地方政府がおこなうが、農村などの一部のサービスは州の保健衛生部局が提供する。

中央集権型の利点は、州内で均質のサービスを提供することができることと、優先課題について州をあげて取り組むことができる点である。欠点は、LHDは州の保健衛生部局と地方政府の両方に仕えることになり、地域の優先課題やプログラム、政策に費やす労力が限られてしまうことである。

地方分権型の利点は、LHDが独自に優先課題を設定するので、地域のニーズをLHDのサービスに取り入れやすいことである。逆に欠点は、州の保健衛生部局とLHDのコミュニケーションが不足しがちとなり、州のプランニングや政策決定にLHDが参加できないことである。

LHDはその地方政府の種類によって、5つの型に分類される。LHDの型とその割合を表8に示す。

表8. Local Health Department (LHD) の型とその割合 (2001年)

LDHの型	説明	%	例
County	郡の Health Department	60	Los Angeles County
City-county	市とその周辺の郡が共同でLHDを形成している場合。Directorはcity councilとcounty commissionerの両方に報告する	7	Seattle-King County Health Department
Multi-county	複数の郡を管轄している LHD	8	Northeast Colorado Health District (コロラド州北東部の6つの郡を管轄)
Township	強い“home-rule” “town-meeting” political systemをもつ州のLHD	15	コネチカット州、マサチューセッツ州、ニュージャージー州
City	市の Health Department	19	Kansas City, New York City
その他		0	

NACCHO (National Association of County and City Health Officials)

市 (City) は他の地方政府よりも自由裁量権が大きいいため、市のLHDの担う責任は、他のLHDとは異なっている。多くの郡のLHDが、州によって求められる機能を、州の実施主体としておこなっているのに対し、市のLHDは自分が提供するサービスの内容を容易に変更することができ、いくつかの州においては、LHDをもつかどうかも自分で決めることができる。歳入についても、一般的に郡は財産税のみに依存しているのに対し、市は売上税や所得税など、さまざまなタイプの税金によってまかなうことができる。

LHDの長の名称は、Health Officer、Administrator、Commissioner等で、多くの場合、州法により、医師、歯科医師、獣医師、もしくは公衆衛生学修士 (MPH) や公衆衛生学博士 (DPH) の学位を有するものと定められている。1992~1993年の調査結果によると、37%のHealth Officerが、医師、獣医師、整骨医などの資格をもっており、そのうちの77%が資格要件として何らかの医師免許 (医師、獣医師、整骨医など) を有することが必要とされていた (表9)。医師免許をもたないHealth Officerは、MPHなどの資格をもっている場合が多い。管轄人口が50万人を超えるLHDでは、Health Officerが医師である場合が多くなる (63%)。



もし、Health Officer が医師でない場合は、コンサルタントとして医師が雇用される。通常、Health Officer は Board of Health によって指名され、Board of Health のメンバーは、郡・市政府の役人が指名する。79% の LHD の長が常勤であり、管轄人口が多いほど常勤の割合は高くなる。

Health Officer と事務方の Administrative Assistants が LDH によって提供されるプログラムを決めるが、最終決定は Board of Health の承認を要する。しかし、Board of Health のメンバーが地域保健プログラムの知識を有するとは限らず、そういう資格要件もない。通常、メンバーは政治的に決まる。

通常 Health Officer は、地方政府の Board of Health と State Health Director の両方に報告義務をもつ。上下水道や公害については、州の環境担当部局の長に報告する。LHD の型が Multi-county の場合は、Multi-county Board of Health もしくは、その地域の全ての郡の health representative からなる Combined Board of Health に対する責任をもつ。

表 9. LHD の Health Officer が医師である割合と資格要件の有無

	医師である	医師でない	合計
資格要件として医師であることが必要	28%	0%	28%
資格要件なし	9%	63%	72%
合計	37%	63%	100%

#### (4) アラバマ州の例

アラバマ州の場合、State Health Department の長は Health Officer と呼ばれ、Code of Alabama により、アラバマ州の医師免許を持つ者という資格要件が示されている。

アラバマ州の LHD は County 型であり、County Health Department の長は、County Health Officer と呼ばれる。これも Code of Alabama により、County Board of Health により選出された医師で、State Committee of Public Health の承認が必要と記されている。

アラバマ州ジェファーソン郡の County Health Officer の位置付けを図 1 に示す。

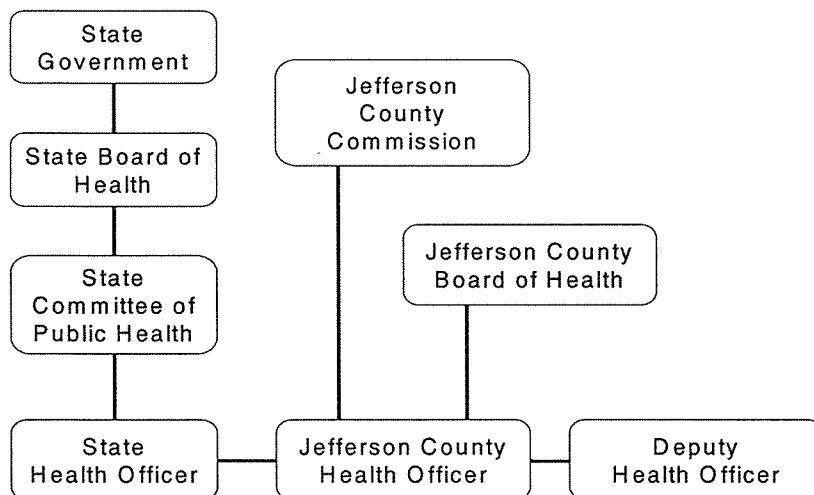


図 1. アラバマ州ジェファーソン郡の County Health Officer の位置付け

(5) ワシントン州の例

State Department of Health の長は Secretary と呼ばれる。現在の Secretary は医師ではなく、政治科学と歴史の学位をもつ。LHD (County Health Department) には、専門職の長である Local Health Officer と行政職の長である Administrative Officer がいる。

Local Health Officer の資格要件は、Revised Codes of Washington (RCW) 70.05.035 に記されており、ワシントン州の医師免許をもち (分野は practical medicine and surgery もしくは osteopathic medicine and surgery)、実務経験を有する者で、さらに a~c のいずれかの要件を満たすことである。

a. 公衆衛生学修士または同等の者

b. 前項 a の資格要件を満たさないが、現在 Local Health Officer として州に雇用されている者で Secretary of Social and Health Services が Local Board of Health に資格があると書面で推薦した者

c. Provisionally Qualified Local Health Officer として 3 年間の実務経験を有する者

(6) メリーランド州の例

Maryland Department of Health and Mental Hygiene の長は、Secretary と呼ばれる (図 2)。Secretary は州知事が任命する。Secretary の下には運営部、保健医療財政部、公衆衛生サービス部の 3 部がある。これらの部長は Secretary が任命する。公衆衛生サービス部の部長は医師であり、部内の精神保健課と地域保健課の課長も医師であるが、法律による規定はない。検査サービス課の課長は博士号を有するが、医師ではない。

これらの 3 部とは別に、保健医療の質事務局、専門家理事会・委員会、監査事務局などの 6 組織が独立して存在する。Maryland Department of Health and Mental Hygiene は人口 480 万人を管轄し、職員数は 7,000 名である。このうちの 4,000 名は 17 の病院に勤務している。予算は 50~60 億ドルであり、約 2 分の 3 がメディケイドである。

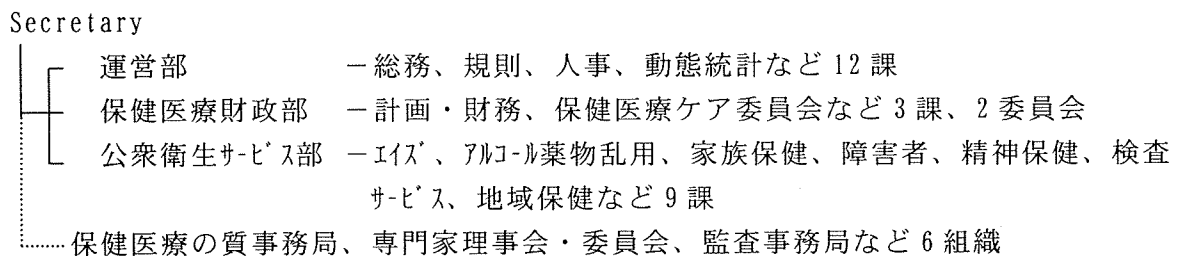


図 2. Maryland Department of Health and Mental Hygiene の組織図

メリーランド州には 24 の LHD がある (23 郡とボルチモア市)。23 郡の LHD の長はどれも Health Officer と呼ばれ、郡ではなく、州の職員であり、州知事により任命される。LHD のスタッフも、ボルチモア郡、モンゴメリー郡、プリンスジョージ郡の三郡を除き、すべて州の職員である。これらの三つの大きな郡では、スタッフは郡雇いであるが、Health Officer は州に雇用されている。

ボルチモア市の LHD の長は Health Commissioner と呼ばれ、市長により任命される。Health Commissioner もスタッフも全員、市の職員である。

LHD の長が医師でない場合は、副長官が医師となる。24 の LHD の長がもつ資格や学位を表 10 に示す。1980 年初頭までは、LHD の長は医師でなければならないという規定があったが、現在は無い。

表 10. メリーランド州 LHD の長がもつ資格・学位

医師 (MD)	14 名
+公衆衛生学修士 (MPH)	9 名
+公衆衛生学博士 (DPH)	2 名
医師免許のみ	3 名
看護師 (RN)	5 名
+何らかの修士号 (MHA/MPH/MSN/MS)	5 名
医師と看護師以外	5 名
+公衆衛生学修士 (MPH)	2 名
修士号なし	3 名
合計	24 名

図 3 に、メリーランド州ボルチモア郡の LHD の組織図を示す。

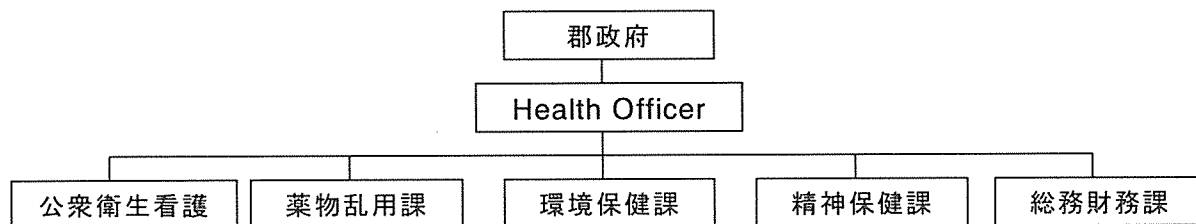


図 3. メリーランド州ボルチモア郡 LHD の組織図

下部組織の構成や名称は郡によって異なる。公衆衛生看護課は郡によっては公衆衛生課や地域保健課という名称になっている。現在の公衆衛生看護課のトップは正看護師の資格を有し、Master of Science と MPH の修士号をもっている。公衆衛生看護課の業務には、予防接種、学校保健、結核・性感染症・HIV/AIDS、高齢者保健プログラム、感染症・集団発生対策があるが、予防接種は地域保健センターで実施される。メリーランド州の地域保健センターは、LHD の建物の中にあるが、大きな郡では LHD とは独立した建物で複数設置されている。

環境保健課の業務は、個人の所有する上下水道の設置許可や定期監視、狂犬病やウエストナイル熱の予防や管理、公害、プールや海水浴場などのレクリエーション施設の環境衛生、飲食店の定期監視や許認可といった食品衛生業務である。Registered Sanitarian が環境監視員や食品監視員として定期監視をおこなっている。

精神保健課は小さい郡などでは設置されていないことがある。この課には、医師、心理学の学位をもつ専門家、ソーシャルワーカー (MSW)、精神保健を専門とする正看護師がおり、外来臨床サービス、心理療法、カウンセリング、入院照会をおこなっている。

メリーランド州の場合、LHDの平均職員数は200名前後である。24のLHDの長は、月例会議を独自に、またState Health Directorと合同で開催している。

#### (7) ボランティア団体

がんや結核、精神疾患といった特定の疾患について、寄付金を集め、プログラムを展開するという形が主流である。The American Cancer Societyを例にとると、いくつかの都市で始まった組織であったが、がんに対する人々の関心が高まるにつれ、全国レベルに発展し、現在では全ての州に支所をもつに至っている。州レベルの下には、市や郡の支部がある。資金は地域で個人の寄付を募り、集まったお金の一部は本部に送られる。本部の予算の大部分は研究プロジェクトの助成に使われる。地域に残ったお金は、がん発見クリニックのサポートや末期患者への慰問に使われる。このような特定の疾患に対するボランティア団体は、全米で幾万も存在する。イチシアチブは同様な仕事をおこなっている政府の団体がとることもある。

#### (8) 産業保健

従業員数500人以上の大企業を除いて、職場におけるヘルスサービスは限られている。小規模の事業所においては、産業保健師による応急処置か、救急箱が設置されている程度が通常である。大きな工場や鉱山では、医師や看護師の医療スタッフがおり、定期検診や配置前の健診、健康教育をおこなっている。鉱山や道路建設、製材所のような辺鄙地にある職場では、従業員に対する包括的な医療ケアプログラムを提供しているところもある。大企業においては、執行力は弱いものの、法律により従業員を職務上の事故や病気から保護しなければいけない義務が課せられている。

### 第3章 保健所機能の担当組織

#### 1. 健康危機管理

##### (1) 有害物質事故

世界中で起こった深刻な有害物質事故を受けて、1986年に連邦公法99-499 Superfund and Reauthorization Act (SARA) Title III Emergency Planning and Community Right-to-Know (EPCRA) が制定された。この法律によって定められた有害物質事故に対する危機管理の仕組みを説明し、コロラド州、ワシントン州、アイダホ州の例を紹介する。

##### ① State Emergency Response Commission (SERC)

SARA Title IIIにより、各州知事はState Emergency Response Commission (SERC) を設置しなければならないこととなった。SERCの多くは、環境、自然資源、救急サービス、公衆衛生、産業衛生、運輸を担当する部局の代表者で構成される。その他、EPCRAの問題と関わりをもつ公的・私的セクターが入ることもある。