

## 指導の質の改善

2 ページ

### 第二回ミーティングの記録——もう一人のメンターに送付

あなたの氏名：

第二回上級研修生ミーティングの実施日： 年 月 日

以下の記述に対する答えに印をつけてください。

	全くその通り	その通り	わからない	そうではない	全くそうではない
前もってミーティングの計画を立てた。					
ミーティングでは適切な書類を用意していた。					
十分な時間をとった。					
現在の仕事について話し合った。					
いくつかの達成可能な目標について合意した。					
研修プログラム期間中に達成すべきコア能力について話し合った。					
最近の教育活動について見直しを行った。					
自信や葛藤等の個人的資質を探求した。					
建設的なフィードバックを与えた。					

コメント

--

第二回自己評価表のコピーを最初に会った同僚に送付してください。

## 学部の連絡先

オーストラリアの学部事務局

郵便宛先

Australasian Faculty of Public Health Medicine  
The Royal Australasian College of Physicians  
145 Macquarie Street  
SYDNEY NSW 2000

電話：+61 02 8247 6223

FAX: +61 02 9252 3526

E メール：[afphm@racp.edu.au](mailto:afphm@racp.edu.au)

上級役員代理

Mr. Mohit Kumar

役員（教育担当）

Ms Neridah Callaghan

プロジェクト責任者

Ms Karen Popovic

プロジェクト・アシスタント

Ms Ilona Kovach

管理アシスタント

Ms Alice Folan-Foley

研修参加申込書の作成等、研修プログラムに関する問い合わせは、それぞれの州の地域  
検定委員にお問い合わせください。

### 地域検定委員

州	地域検定委員	電話	ファクス	Eメール
首都特別地域	Dr. Peter Wilkins	02 6266 3944	02 6226 4754	<a href="mailto:peter.wikins3@defence.gov.au">peter.wikins3@defence.gov.au</a>
ニューサウスウェールズ	Dr. Kerry Chant	02 9828 5924	02 9828 5955	<a href="mailto:kerry.chant@swhs.nsw.gov.au">kerry.chant@swhs.nsw.gov.au</a>
ノーザンテリトリー	Dr. Steven Skov	08 8922 8513	08 8922 8310	<a href="mailto:steven.skov@nt.gov.au">steven.skov@nt.gov.au</a>
クイーンズランド	Dr. Peter Hill	07 3831 1449	07 3839 8347	<a href="mailto:peter.hill@sph.uq.edu.au">peter.hill@sph.uq.edu.au</a>
サウスオーストラリア	Dr. Angela McLean	08 5226 7140	08 8226 7102	<a href="mailto:Angela.McLean@dhs.sa.gov.au">Angela.McLean@dhs.sa.gov.au</a>
タスマニア	Dr. Roscoe Taylor	03 6222 7729	03 6222 7407	<a href="mailto:roscoe.taylor@dhts.tas.gov.au">roscoe.taylor@dhts.tas.gov.au</a>
ビクトリア	Dr. Rosemary Lester	03 9637 4140	03 9367 4653	<a href="mailto:rosemary.lester@dhs.vic.gov.au">rosemary.lester@dhs.vic.gov.au</a>
ウェスタンオーストラリア	Dr. Charles Douglas	08 9224 1604	08 9224 1612	<a href="mailto:Charles.Douglas@health.wa.gov.au">Charles.Douglas@health.wa.gov.au</a>

## 学部の連絡先

ニュージーランドの学部連絡先

学部の郵便宛先

Australasian Faculty of Public Health Medicine

New Zealand Office

PO Box 10-233

Wellington NEW ZEALAND

学部のウェブサイト：[www.afphm.org.nz](http://www.afphm.org.nz)

### 最高責任者

Ms Judith Parnell

電話：0011 64 4 472 9183      FAX: 0015 64 4 472 9184

Eメール：[judith.parnell@afphm.org.nz](mailto:judith.parnell@afphm.org.nz)

### 研修担当責任者

地域	肩書	氏名
ウェリントン	全国研修担当責任者	Peter Robinson
オークランド	北部研修担当責任者	Gabrielle collision
ウェリントン	中部研修担当責任者	Martin Tobias
クライストチャーチ	南部研修担当責任者	Ruth Richards
ウェリントン	マオリ族研修担当責任者	Papaarangi Reid

これらの人々に連絡するには、上記に記載されている番号または宛先を使用し、電話または郵便で、もしくは [afphm@afphm.org.nz](mailto:afphm@afphm.org.nz) 宛でのEメールで、学部事務局を通じて問い合わせ（Eメールも含め）ください。個人宛の通信はご遠慮ください。

### 3. 諸外国の公衆衛生専門医制度の実態調査

分担研究者 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）

#### 研究要旨

イギリス及びフランスにおける公衆衛生専門医制度の実態を調査した結果、

- ・教育研修・資格認定が明確に制度化されており、衛生行政組織で業務を遂行するためにはこの教育研修を受講し、資格認定を受けることが必須であること、
- ・保健医療職の資格・免許（医師、保健師など）は教育研修に参加するための最低限の要件に過ぎず、研修を修了してはじめて公衆衛生専門医（専門家）として認定されること、
- ・研修生に対して、政府による身分保証と給与支給がなされていること、
- ・OJTが教育研修プログラムの中心に位置づけられていること、
- ・カリキュラム（学習目標、研修内容など）は、研修生の経験、能力、希望などに応じて個別的に作成され、またその際には研修生の積極的な取り組みが重視され、研修計画の策定や学習目標の達成度の評価などに主体的に関わっていくことが期待されること、

などが明らかとなった。

#### A. 研究目的

わが国の公衆衛生医師等の専門的能力とその向上を目的とした研修プログラム、そして公衆衛生分野における専門医制度のあり方を検討する上で、諸外国の実態を把握し、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。

諸外国では、公衆衛生の専門医や専門家を養成するための教育研修が数多く実施されている。これまでの調査で、諸外国の中でもイギリスとフランスは、制度的な枠組みは大きく異なるが、公衆衛生の専門医（専門家）の人材育成（教育研修、資格認定など）に積極的に取り組んでいることが報告されている。

本研究では、イギリス及びフランスにおける公衆衛生専門医制度の実態を詳細に把握するとともに、わが国との比較分析及びわが国への適用可能性の考察を行うことによって、わが国の公衆衛生医師等への教育研修のあり方を検討することを目的とした。

#### B. 研究方法

イギリス及びフランスにおける公衆衛生専門医制度に関して、研究協力者からの情報収集、インターネットなどを用いた資料収集、文献調査などを実施した。

調査項目は、衛生行政システム、衛生行政組織（所掌事務、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の有無とその根拠など）、一般教育制度、保健医療専門職の教育課程、公衆衛生専門医（家）の養成システム（教育課程、試験内容、資格認定、卒後教育、雇用の状況など）であった。

収集された情報を整理・分析し、イギリス及びフランスの実態の詳細を記述し、わが国との比較において、その特徴を明らかにするとともに、わが国の公衆衛生医師等の教育研修制度への適用可能性を検討した。

（倫理面への配慮）諸外国の公的機関・組織を対象とした調査であり、情報公開の観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

結果は、資料1「イギリスの公衆衛生専門医（専門家）制度」、資料2「フランスの公衆衛生専門医（専門家）制度」に記述した。

## D. 考察

### 1. イギリスの公衆衛生専門医（家）制度

1848年の世界最初の公衆衛生法以来、医師（当時は保健医官）は地方自治体（Local Authority: LA）に所属して、公衆衛生サービスを提供してきた。しかし1974年に、保健医官はLAからNHS（National Health Service）に移管され、公衆衛生はNHSが所管する対人保健サービスと、LAが所管する対物保健サービス（感染症対策、環境衛生など）に分断され、その機能も低下しつつあった。そのような中で、1999年の国レベルの保健計画「Our Healthier Nation」において公衆衛生の機能強化の重要性が再認識されるようになり、2002年のNHS改革（Shifting the Balance of Power）によって、地域住民の健康の改善と保健医療サービスの提供の責任をもつNHSの第一線組織としてPrimary Care Trust（PCT）を設置すること、PCTに公衆衛生部門を設置すること、その責任者（Director of Public Health）として、医師資格の有無に関わらず、十分に訓練された「公衆衛生専門家

（Consultant/Specialist in Public Health）」を配置することが義務づけられた。保健医官以来、公衆衛生の専門「医」の教育研修・資格認定制度を構築してきたが、これを受けて、医師でない公衆衛生専門家を含めた養成システムの確立が課題となった。

イギリスでは、保健医療専門職（医師、看護師など）の資格認定のための「国家試験」は実施されず、その代わりに、専門家の「同業者団体」が教育研修・資格認定を実施する権限をもっている。公衆衛生専門家の場合、イギリス医学会（Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom）の一部

門である公衆衛生部会（Faculty of Public Health: FPH）が、カリキュラムや資格認定の基準の設定、資格認定試験の実施などの役割を担っている。それに対してわが国では、資格認定の権限のほとんどは政府がもっており、「専門家集団の自律」の思想・文化が発達していないと考えられる。

公衆衛生専門家の教育課程には、医師資格の有無に関わらず参加できることが大きな特徴である。これには、理念上の理由（公衆衛生は医学に限定されない学際的な分野であるため、様々なバックグラウンドをもつ者が必要であること）と実際上の理由（公衆衛生専門家の大幅な増員が必要であるが、医師だけでは確保できないこと）があるが、いずれにしても、公衆衛生専門家の資格を得るためには、医師、保健師、看護師といった一般的な資格だけでは不十分であると考えられている。それに対してわが国では、例えば保健所長の医師資格要件のように「国家資格」が重視されているが、それが必ずしも公衆衛生専門家としての資質・能力を表しているとは限らない。わが国でも、イギリスと同様の、公衆衛生専門家に特化した教育研修プログラムと資格認定制度が必要であると考えられるが、上述したように、わが国では歴史的にも政府の権限が強いことから、公衆衛生専門家に関しても「国家資格」として位置づけ、その教育研修と資格認定を政府が主導して実施する方が現実的であると考えられる。

公衆衛生専門家の教育課程は4年間であるが、教育課程に入る前に、公衆衛生大学院のDiploma課程または修士課程を修了し、公衆衛生学士（Diploma in Public Health）または公衆衛生学修士（Master of Public Health）を取得することが推奨されている。教育課程では、①1年目にFPHのPart A試験を受験・合格する、②1年目から、研修生（trainee）として、NHS組織やLAなどの様々な組織に「出向」の形で所属し、公衆衛生関連の業務（プ

プロジェクト)に従事する(OJT)、③3年目(Part A試験に合格後、3年以内)までに、FPHのPart B(OSPHE)試験を受験・合格してFPHの会員となる、④4年目に教育課程を全て修了し、公衆衛生専門家として正式に登録される、という流れが一般的である。

この教育課程の一つ目の特徴として、公衆衛生実務の中で研修を行うOJTが中心となっていることが挙げられる。研修生は「拠点」となる組織に配属され、そこを中心にしてOJTを実施するが、短期的・長期的に他の組織に出向する場合もあり、様々な組織における様々なプロジェクトを実施することにより、幅広い技術と経験を修得することができる。公衆衛生専門家の実践的な技術・能力を向上させるためには、教育研修機関での講義や演習を中心としたプログラムだけでなく、現場でのOJTも不可欠であり、この教育課程はわが国にも有効であると考えられる。

またOJTの指導体制として、拠点組織で指導する教育指導者(educational supervisor)、出向先の組織で指導する出向先指導者

(attachment trainer/project supervisor)、学術面(FPHの試験など)の指導を行う学術指導者(academic tutor)の3種類の指導者が任命され、1人の研修生を複数の指導者が監督・評価する体制になっている。またFPHは指導者研修を実施して、指導者として適格な人材の育成・確保にも努めている。わが国においても、OJTの指導者の養成が不可欠であり、保健所や大学との連携のもとで研修生の受け入れや指導を実施できる体制を整備するとともに、教育指導者の養成のための研修プログラムを開発する必要がある。

OJTを中心とする公衆衛生専門家の教育課程では、研修生自身が研修計画(スケジュール、内容など)を自主的に策定する責任をもち、研修担当者は、出向先の手配、教材の紹介、相談への対応などの支援を行う、という立場をとっている。また研修の評価に関して

も、指導者のみで採点するのではなく、研修生を交えたミーティングにおいて「合意」の上で評価が行われる。これは、研修の評価が「査定」のためではなく、研修生自身がこれまでの取り組みを振り返って達成度を認識し、さらなる向上に向けて自ら積極的に研修に取り組むために活用されることを目指しているからである。わが国における教育研修は、一般的に受講生や研修生が「受け身」の姿勢で臨んでいる傾向があるが、イギリスのように自ら積極的に取り組むことによって高い研修効果を得ることができることを、指導者も研修生も十分に認識する必要がある。

OJTのプログラムの一つとして、「感染症・環境ハザード管理研修プログラム

(Communicable diseases and environmental hazards control)が必修となっている。これは、公衆衛生専門家として必要な健康危機管理の基本的な知識や技術を修得することを目的とした3ヶ月間の研修である。研修生は、健康危機管理を所管するHealth Protection Agency (HPA)の地方組織のLocal Health Protection Unit (LHPU)に出向し、衛生試験所、LAの環境衛生部門、感染症サーベイランスセンターなどの活動の見学、予防接種プログラム、感染症予防教育、健康危機発生報告の作成などの実習、そして最も重要な実習として、時間外勤務(休日・夜間)における健康危機発生への対応(on call)が行われる。時間外のon callは、不確実性の取扱い、リスクアセスメント、緊急かつ適切な措置の必要性に関する意思決定などの経験することができ、研修生にとって教育的価値が大きい。わが国においても、健康危機管理は保健所の最も重要な機能であり、保健所職員の健康危機管理能力の向上のためには、講義や演習を行うだけでなく、現場でon callを経験し、実践的な技術を修得する必要がある。

二つ目の特徴として、「Public Health Training Portfolio」と呼ばれる、教育課程

全期間を通じて使用される評価表に基づいて、公衆衛生専門家に必要な能力（competency）の達成度を評価するとともに、教育課程を通じて得られた様々な記録や資料を「ポートフォリオ」として保存する、というシステムが確立していることが挙げられる。competencyは、FPHが提唱した公衆衛生活動の10領域、つまり、①住民の健康・福祉の状態の監視とアセスメント、②住民の健康・福祉の増進と保護、③評価の視点に基づいた、質の管理、リスク管理の推進、④健康に向けた共同の取り組み、⑤保健プログラム・サービスの開発と不公平の是正、⑥政策・戦略の開発と実施、⑦地域のための、地域と共同した取り組み、⑧健康に向けた戦略的リーダーシップの発揮、⑨研究開発、⑩倫理にかなった、自己、集団、資源のマネジメント、で構成される。領域ごとに複数の評価項目が設定され、各評価項目が達成されたかどうかを、FPHの試験、提出書類、指導者との討議、指導者の観察などによって評価する。この評価表はイギリスの健康課題、保健医療システム、そして文化などに基づいて構築されているためそのまま適用することは困難であるが、公衆衛生専門家のcompetencyの体系を構築することは、公衆衛生専門家の養成システムを確立するためには不可欠である。

三つ目の特徴として、FPHが実施する2回の試験で公衆衛生専門家としての能力・資質を検定するシステムが確立していることが挙げられる。Part A試験では公衆衛生の基本的な知識と理解（know how）が、Part B（OSPHE）試験では公衆衛生に関する知識、技術、態度を実践に応用する能力（show how）が、それぞれ試験される。わが国の保健医療専門職の国家試験では、筆記試験によって知識が検定されるが、その実践への応用力を検定する試験は、検討されているものの実施されていない。公衆衛生専門家には、医学を中心とした公衆衛生関連の知識だけでなく、リーダーシ

ップ、コミュニケーション、企画調整などのマネジメント能力が不可欠であり、その両者を評価するイギリスの2段階の試験は有用であると考えられる。

FPHは、Part A試験における知識（knowledge）と技術（skill）の試験範囲としてのシラバスを設定している。知識に関しては、調査研究方法、疾患の因果関係と予防及びヘルスプロモーション、医療社会学・社会政策・保健経済学、ヘルスケアの組織と管理の5領域、技術に関しては、調査研究のデザインと解釈、データの処理・結果の提示・結果の解釈、コミュニケーションの3領域が設定され、いずれも公衆衛生の実践に必要な幅広い知識と技術が要求される。わが国においてもこのようなシラバスが不可欠であるが、現在国立保健医療科学院などで実施されている教育研修はこのような広範な範囲をカバーしておらず、またカバーすることも困難であると考えられるため、他の試験研究機関や大学などの教育機関と協働して、公衆衛生専門家のシラバスとそれを修得するためのカリキュラムを開発する必要がある。

2006年から、公衆衛生に関する知識、技術、態度を実践に応用する能力を試験することを目的としたOSPHE（Objective Structured Public Health Examination）が実施されるようになった。OSPHEは、臨床における技能試験であるOSCE（Objective Structured Clinical Examination）を公衆衛生分野に適用したもので、「模擬患者」と同様に、仮定の公衆衛生問題のシナリオに取り組む、という形式で試験が行われる。以前は面接によって技能が試験されていたが、OSPHEによって客観的かつ系統的に試験できることが期待されている。内容としては、各種の健康指標が仮想的に設定された地域における保健計画の策定、地域の健康状態に関する上司への説明、仮定の健康問題を解決するための関係機関との交渉、メディアや住民への対応などがあり、

きわめて実践的な能力が要求される。わが国においてもこのような技能試験は有効であると考えられるが、特に「ケースメソッド」として教育現場で活用されることが期待される。今後は、わが国に適した OSPHE のシナリオを開発し、その教育効果を検証する必要がある。

公衆衛生専門家の資格取得後の技術や能力を継続的に保証するための専門家継続教育

(Continuing Professional Development : CPD) が実施されている。CPD は 5 年間で、単位方式、つまり特定の単位数が定められた教育研修を受講・実習して、必要単位数 (1 年間で最低 50 単位 (できれば 100 単位)、5 年間で最低 250 単位が要求され、1 単位は 1 時間の研修時間に相当する) を満たすという方式で進められ、修了後に専門家資格が更新 (revalidation) される。研修活動として、カンファレンス・ワークショップ・セミナーへの参加、指導者のもとでの学習 (遠隔教育など)、職務の中での学習、質の改善活動への参加、公衆衛生監視、自己学習、教育活動、同僚との共同学習、ピアレビュー、試験、調査研究、高等教育、将来の専門家の教育指導、対人技術の開発などがある。わが国でも、特に医師を中心にこのような継続教育システムが検討されているが、公衆衛生専門家にも同様のシステムが必要になると考えられる。

イギリスでは、NHS 組織などが保健医療専門職を採用する際の資格要件 (person specification) を法律で定めることはほとんどないため、わが国の保健所長の医師資格要件のような規制はない。その代わりに、専門家の同業者団体が「自主的」な規制として採用条件を設定している。公衆衛生専門家に関しては、FPH が PCT の Director of Public Health の資格要件を定めており、多くの組織はそれを遵守している。この資格要件では、資格 (公衆衛生専門家として登録されていること) だけでなく、資質 (公衆衛生への強いコミット、変化する状況への対応、チームワ

ーク、自発的に取り組む姿勢、専門職としての誠実さなど)、経験 (プロジェクト管理、スタッフ管理、業務改善、予算管理、教育指導、学術活動など)、技術 (リーダーシップ、コミュニケーション、対人関係、プレゼンテーション、交渉、データの分析、政策の計画・開発・実施、資源管理など)、知識 (疫学、統計学、ヘルスプロモーション、保健経済学、ヘルスケアの評価、衛生行政制度、保健医療サービスの質の管理、エビデンスに基づいた臨床活動・公衆衛生活動、社会・政治情勢など) といった、幅広い能力が要求される。わが国においても、保健所などに従事する職員として、単に専門職資格だけでなく、このような様々な能力を満たす者を採用するシステムを構築する必要がある。

またイギリスでは、FPH が資格認定と採用条件設定の権限をもっているため、両者の動きは一貫しているが、わが国では、地方分権の推進により保健所長の医師資格要件が緩和される方向にあるため、仮に公衆衛生専門家の資格が確立したとしても、それを採用条件とすることに関して地方自治体が反対する可能性がある。したがって公衆衛生専門家の養成システムを検討する際には、教育研修・資格認定だけでなく、雇用のあり方を含めた包括的な議論が必要となる。

## 2. フランスの公衆衛生専門医 (家) 制度

フランスの衛生行政システムは中央集権的であり、衛生行政事務のほとんどは国 (保健担当省) とその地方出先機関である州厚生局 (Direction Régionale des Affaires sanitaires et sociales : DRASS)、県厚生局 (Direction Départementale des Affaires sanitaires et sociales) が所管している。州厚生局の業務は、州医療計画の策定への関与、健康危機管理、薬事、統計調査などである。県厚生局はわが国の保健所に相当する第一線組織で、保健医療福祉施設の監査 (医療サー



ビスの質の保証)、感染症対策、精神障害者対策、人工妊娠中絶の規制・届出などを実施するほか、市町村の所掌事務である食品衛生・環境衛生を実施するが多い。

フランスの公衆衛生専門家のほとんどは、保健担当省、州厚生局、県厚生局などに勤務する国家公務員であり、その養成研修は、1960年にレンヌ市に設立された国立公衆衛生学校(Ecole nationale de la santé publique : ENSP)によって実施される。

政府は国家公務員の新規採用数を定員とする競争試験(コンクール)を実施し、合格者は「研修公務員」として採用され、その身分で国立公衆衛生学校の養成研修を受けなければならない。競争試験には、公務員を対象とする内部試験(昇進試験)とそれ以外の者を対象とする外部試験(採用試験)があるが、同一職種であれば研修内容に大きな違いはない。また研修生は公務員として採用されているため、研修期間中も給与が支給される。

公衆衛生専門家の種類は、同時に公務員の「職群」の種類となっており、研修修了後に資格を取得し、正式に任用されると、職群ごとに定められた職位に就くことができる。衛生行政組織(保健担当省、州厚生局、県厚生局など)に従事する公衆衛生専門家として、保健医療福祉政策の企画・実施・評価、関係機関への指導、情報収集・分析などの幅広い衛生行政事務を担当する厚生監督官

(Inspecteur de l'action sanitaire et sociale : IASS)、感染症への対応などの医学的専門業務や地域保健医療の政策・プロジェクト・プログラムの管理などを行う医師である公衆衛生監督医務官(Médecin inspecteur de santé publique : MISP)、医薬品、医療機器、検査試薬、動物用医薬品、化粧品、衛生用品などの安全性の確認や管理の適切性を監督・監査する公衆衛生監督薬務官

(Pharmacien inspecteur de santé publique : PhISP)、環境衛生の管理業務(衛

生検査、環境リスクの監視など)を行う環境衛生技官(Ingénieur du génie sanitaire : IGS)、環境衛生技官の指示のもとで環境衛生実務を行う衛生検査技師(Ingénieur d'études sanitaires : IES)、組織の情報システムの構築・運営を行う情報処理・組織責任者(responsable informatique et organisation : RIO)、社会福祉のプログラムと制度の実施・評価を行う社会福祉技術コンサルタント(Conseiller technique en travail social : CTTS)、保健衛生法令の行政・技術検査、環境衛生監視、予防活動と健康教育などの実務を行う衛生技術者

(Technician sanitaire : TS)がある。またそれ以外に、州の労働・雇用・職業訓練局において産業保健に従事する州産業労働監督医務官(Médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre : MIRTMO)、教育担当省に所属して学校保健の実務や管理を行う国民教育医務官(médecins de l'éducation nationale : MEN)がある。

国立公衆衛生学校は、設立当初、衛生行政組織における公衆衛生の管理者を養成することを目的としていた。しかし1970年の病院改革法で導入された公的病院サービス

(Service public hospitalier)の枠組みによって病院が公的役割を担うようになり、病院や社会福祉施設などの保健医療福祉施設の管理者の養成研修が実施されるようになった。現在、社会福祉施設長(directeur d'établissement social : DES)、保健福祉施設長(directeur d'établissement sanitaire et social : DESS)、病院長(directeur d'hôpital : DH)、病院の看護部門、リハビリテーション部門、医療技術部門(PT、OTなど)の管理職であるケア部長(directeur des soins : DS)、病院の事務部門の管理職である病院管理官(attachés d'administration hospitalière : AAH)、病院管理の技術的な実務を行う病院技師(Ingénieur

hospitalier : IGH) の養成研修が実施されている。またそれ以外に、民間の保健医療福祉施設の管理者を対象に、社会支援施設長・社会支援部長適性証明書 (certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'etablissement ou de service d'intervention sociale : CAFDES) の取得を目的とした研修も実施されている。

国立公衆衛生学校は「公衆衛生」と「病院管理」の専門家を対象に養成研修を実施している点で、わが国の国立保健医療科学院に類似している。しかしフランスでは、事務官、技官を含む全ての公衆衛生従事者に対して、国家公務員として研修の受講と資格の取得が義務づけられているのに対して、わが国では、保健所などの衛生行政組織の職員の任用は地方自治体の権限であり、養成研修に対する国の権限は小さい。地域保健法施行令において、保健所長に対して国立保健医療科学院での養成訓練が求められているが、それは必要条件ではなく、さらに保健師などの他の技官や事務官には研修受講の義務がないのが現状である。公衆衛生専門家の質を保証するためには、フランスのように全国的に統一された養成研修を義務づけることも必要であると考えられる。このような規制は地方分権に逆行するように見えるが、「中央がすべきことは中央で」、「地方でできることは地方で」という中央・地方間の機能分化や役割分担を明確にすることこそが地方分権の本質であると考えられる。したがって、公衆衛生活動それ自体は、地方分権のもとで、地方の実状に応じて効果的に展開する一方で、その活動を支える公衆衛生専門家の資質や技術は、全国共通のものとして、ある程度中央集権的な養成研修によって一定のレベルを確保する、という中央と地方の役割分担が必要である。

フランスでは、公衆衛生専門家の資格要件として、競争試験の参加資格要件が規定されている。具体的には、外部試験では専門家と

して最低限必要な「免許」、内部試験では公務員としての一定期間の実務経験が要求される。外部試験に必要な免許は、厚生監督官では学位 (学士程度)、公衆衛生監督医務官、国民教育医務官では医師、公衆衛生監督薬務官では薬剤師、環境衛生技官では技師 (ingénieur) または学位 (修士、博士)、衛生検査技師では学位 (学士程度) である。これらの資格要件はわが国と大きな差がないように見えるが、フランスではあくまで「最低限」の要件であり、国立公衆衛生学校の養成研修を修了してはじめて専門家として任用される点に注意する必要がある。わが国では、これらの最低限の免許 (医師、保健師など) のみで公衆衛生従事者として任用されることを考慮すると、フランスとの格差は非常に大きいと考えられる。

公衆衛生監督医務官の外部試験の参加資格要件として、医師資格以外に、公衆衛生や地域保健の専門の学位が求められているが、現職の多くの者は特別措置によってそれ以外の専門 (臨床系、基礎医学系など) で採用されている。これは、公衆衛生を志望する医師が相対的に少ないことが原因であり、公衆衛生専門医の人材育成・確保はわが国と共通の課題である。ただしわが国と異なる点は、入学時に不足している公衆衛生の知識や技術は養成研修によって修得できるため、公衆衛生専門医として十分な資質や能力を備えた上で任用される点である。

フランスでは、わが国の保健所に相当する県厚生局、都道府県の保健衛生部門に相当する州厚生局の局長は厚生監督官から任命されるため、衛生行政組織の責任者は必ずしも医師ではない。ちなみに病院長にも医師資格要件がない。これは、保健医療福祉に関連する組織 (衛生行政組織、保健医療福祉施設など) の責任者には、医学的な知識や技術ではなく、組織管理や政策立案などのマネジメント能力が求められていることを示している。それに

対してわが国では、保健所長として医師資格（例外的にその他の技術職の資格）のみが求められるが、今後はそれに加えて、マネジメント能力を要件として位置づける必要がある。そのためには、マネジメント能力を開発する養成研修制度やマネジメント能力を証明する資格認定制度などの確立が不可欠である。

国立公衆衛生学校では、公衆衛生専門家に必要な知識や技術、資質や能力を明示している。厚生監督官に必要な資質・能力は、公共サービスに対するセンス、会議を進行する能力、チームワーク、協議と交渉の能力、方法と組織に対する厳格性、渉外能力、そして必要な知識・技術は、法律・会計・予算・管理の知識と技術、保健福祉政策と関係機関の知識、監査・検査・評価の技術、ヨーロッパのシステムと問題点の知識、情報システムの知識・技術である。また保健医療福祉施設の責任者（病院長など）に必要な資質・技術は、創造力、未来へのヴィジョン、チームワーク、協議と交渉の能力、ときに矛盾する論理を両立させる能力、方法と組織に対する厳格性、決断力、コミュニケーション、そして必要な知識・技術は、人事、財務、業務改善、ロジスティックなどの管理である。しかしこれらの要素はいずれも抽象的であり、学習目標と明確に結びつけるためには具体的能力としての competency の体系が必要である。

公衆衛生専門家の養成研修の期間は、厚生監督官で18ヶ月（着任後4年以内にさらに6ヶ月）、公衆衛生監督医務官、環境衛生技官、衛生検査技師で12ヶ月、情報処理・組織責任者で6ヶ月、社会福祉技術コンサルタントで18ヶ月、衛生技術者で12ヶ月、州産業労働監督医務官で8週、国民教育医務官で12ヶ月（特例で8週）となっている。また保健医療福祉施設の専門家では、社会福祉施設長、保健福祉施設長で24ヶ月、病院長で27ヶ月、ケア部長、病院管理官で12ヶ月、病院技師で7週である。州・県厚生局の中心である厚

生監督官、公衆衛生監督医務官、環境衛生技官、衛生検査技師はいずれも1年以上の長期であるのに対して、国立保健医療科学院の保健所長の研修期間は3ヶ月と短い。

養成研修は、理論教育（国立公衆衛生学校などでの講義や演習など）と実践教育（配属予定先での実習）を交互に実施し、修了時に論文・レポートを提出する、という流れで実施される。理論教育と実践教育の比率はおおむね6:4であることを考慮すると、国立保健医療科学院の研修期間が極端に短いというわけではないが、実践教育がほとんどなされていないことから、わが国の教育研修は量的に十分ではない可能性がある。

養成研修の基本的な方針として、①研修生の個別性と主体性の尊重、②インタープロフェッショナル教育が掲げられている。①に関しては、個々の研修生の資質・能力を効果的に向上させるために、職務経験や希望などを配慮した個別の研修目標やカリキュラムを作成している。また希望により、外国や民間企業などの外部での実習を行う機会も設定されるが、その場合、研修生は受け入れ機関との交渉も含めてプログラム全体の計画・実施に主体的に取り組むことが期待される。それに対してわが国では、画一的で、受動的な研修が実施される傾向があるが、研修効果を高めるためにはフランスのような個別性と主体性に重点を置いたプログラムが必要である。

②に関しては、他職種に対する理解を深め、他職種との連携や協働の能力を向上させるために、専門家横断的な合同講義、多職種によるグループワークなどが実施されている。国立保健医療科学院においても、異なる課程の研修生を対象とした合同講義や合同演習などを実施しているが、それらはごく一部で、かつ短期間であるため、今後は職種横断的な研修プログラムを拡大していく必要がある。

理論教育（講義、演習）は、主に国立公衆衛生学校において実施される。まとまった内

容の講義や演習で構成される、1週間から数週間の「モジュール」が設定され、複数のモジュールによって各専門家のカリキュラム全体が構成される。公衆衛生監督医務官のカリキュラムは、公衆衛生制度・関係組織・政策に関する知識、統計・疫学、法律、監査・監督、計画・調整、保健医療福祉施設の管理、環境衛生、インタープロフェッショナル演習、の各モジュールで構成されている。

モジュールには共通科目と専門科目があるが、前者は、公衆衛生・社会福祉制度、関連法規、公衆衛生、コミュニケーション、マネジメントなどの、全ての専門家に共通するモジュールで、上述したインタープロフェッショナルの合同講義・演習の形式で実施され、他職種との交流を促進している。

実践教育（実習）は、配属予定先において専門家の立場に身を置き、実務を理解・体験することによって、専門家としての資質や自覚を醸成する「プロフェッショナルリゼーション」を目的としている。具体的には、研修生は、まず実習機関で取り組むべきテーマや焦点を設定し、次にそれに関連するプロジェクトを自ら計画・実施する。いくつかの専門家の実習は、前者を「観察・発見実習」、後者を「プロフェッショナルリゼーション実習」として、時期を2回に分けて行われる。この実習は、研修生の立場ではあるが、実際の業務に携わりながら実習を行うという意味でOJTの性質をもつ。わが国ではOJTが十分に実施されていないが、実践的な技術・能力を修得するためには不可欠であると考えられる。

研修修了時に提出する論文は、修士論文や博士論文などでも代用できるが、ほとんどは「プロフェッショナル論文」の形式で作成される。これは、研修全体あるいはプロフェッショナルリゼーション実習を通じて明らかになった、公衆衛生に関連する問題や課題の分析とその解決方法を論述するものである。論文

の作成に当たっては、方法論、テーマ別ワークショップ、口頭審査の準備などのモジュールによって一貫した指導が行われる。プロフェッショナル論文は学術面よりも実務面が重視されており、今後職務を遂行するに当たって直面する様々な問題を的確に解決していく能力や資質を向上させることを目的としている。わが国では学術的な研究論文を重視する傾向があるが、公衆衛生従事者にとっては、実際の問題を解決するための具体的な方法を明らかにする「プロフェッショナル論文」の方が重要であり、このような論文の作成の方法論や指導方法を開発していく必要がある。

国立公衆衛生学校における特徴的な教育研修プログラムとして「共同プロジェクト

(projet collectif)」がある。これは、他分野の研修生と合同で公衆衛生や国立公衆衛生学校などに関連するプロジェクトを企画・実施する、インタープロフェッショナル教育の一環である。これまで、キャンペーン、講演会、テレビ番組への出演などが実施されている。国立保健医療科学院では、類似するプログラムとして「合同臨地訓練」が実施されている。これは、多職種で編成されたチームが、指導教官の設定したフィールドとテーマに取り組む約1ヶ月間の実習である。「共同プロジェクト」と比較するとテーマ設定に関して研修生の自由裁量の部分が小さいが、他職種との連携や協働の能力を向上させるプログラムとしては有効であると考えられる。

もう一つの特徴的なプログラムとして、パートナーシップ教育 (formation en partenariat) が挙げられる。これは、他の教育機関の教育プログラムをカリキュラムに組み入れることによって、国立公衆衛生学校の講義や演習を補完することを目的にしている。国立公衆衛生学校は、大学・大学院などとのパートナー契約を結んでおり、研修生はパートナー校のプログラムを受講して「モジュール」の単位を取得することができる。わが国

ではこのようなシステムは確立されていないが、それぞれの大学や教育研修機関で得意とする専門分野に関する教育プログラムを相互に利用できれば、公衆衛生従事者の資質の向上に大きく貢献できると考えられる。

国立公衆衛生学校では「入学（競争試験前）」の競争試験予備コースと、「卒業後」の専門家継続教育を、有料で実施している。競争試験予備コース（Préparation au concours）では、競争試験の筆記試験（小論文、レポート、専門科目など）及び面接試験の試験対策として、主に郵送やオンラインによる遠隔教育によって課題の提出と個別添削が行われる。またスクーリングが実施されることもある。

国立公衆衛生学校では、現職の専門家を対象に、質の確保・向上を目的とした専門家継続教育（formation continue）の受講を推奨している。具体的には「カタログ研修」として、公衆衛生、保健衛生・社会福祉政策、政策の調整と実施、保健医療福祉施設の管理・運営、リスク管理と質の保証、の5つのテーマにそった200以上のモジュールやセッションを実施している。またいくつかのモジュールを組み合わせた「コース」が設定され、それに対する修了認定も行っている。

フランスの国立公衆衛生学校とわが国の国立保健医療科学院は、設立目的、研修の対象者、研修内容など、類似する点が多い。しかし、①前者は国家公務員に対して「義務づけられた」研修を実施し、後者は地方公務員に対して「推奨された」研修を実施する点、②前者は公衆衛生専門家として任用される「前」に研修を実施し、後者は「後」に研修を実施する点、で大きく異なる。フランスのシステムは、公衆衛生専門家の「質の確保」という点では優れているが、「質の向上」という点では、定められた組織（州・県厚生局など）で定められた職務を遂行するために必要な資質・能力に限定される可能性がある。したが

ってわが国においては、①公衆衛生専門家に対する教育研修と資格認定を制度化し、一定レベルの資質・能力を確保すること、②公衆衛生従事者の主体的な取り組みに基づいた教育研修プログラムを開発・実施し、より高度な公衆衛生機能を遂行するために必要な資質・能力を向上させること、が必要であると考えられる。

## E. 結論

イギリス及びフランスにおける公衆衛生専門医（専門家）制度の実態を調査した結果、以下のことが明らかとなった。

- ①イギリス、フランスに共通する特徴として、以下の点が挙げられた。
  - ・公衆衛生専門医（専門家）の教育研修・資格認定が、専門家団体の自主規制（イギリス）、あるいは国の法律（フランス）によって明確に制度化されており、衛生行政組織で業務を遂行するためにはこの教育研修を受講し、資格認定を受けることが必須である。
  - ・保健医療職の資格・免許（医師、保健師など）は公衆衛生専門医（専門家）の教育研修に参加するための「最低限」の要件に過ぎず、研修を修了してはじめて専門医（専門家）として認定される。
  - ・公衆衛生専門医（専門家）の研修生には政府による身分保証と給与支給がある。
  - ・公衆衛生専門医（専門家）の研修期間は、イギリスでは4年間、フランスでは1年間と長期にわたっている。
  - ・「OJT」が教育研修プログラムの中心に位置づけられている。つまり衛生行政組織に所属して、公衆衛生関連の実務やプロジェクトを実施することによって、実践的な技術・能力の修得と専門家としての資質や自覚の醸成を目指している。

- ・教育研修のカリキュラム（学習目標、研修内容など）は、研修生の経験、能力、希望などに応じて個別的に作成される。またその際には研修生の積極的な取り組みが重視され、研修計画の策定や学習目標の達成度の評価などに主体的に関わっていくことが期待される。
- ・公衆衛生専門医（専門家）の資格取得後、専門家継続教育に参加することが推奨されており、特にイギリスでは資格の更新に必要な研修として制度化されつつある。
- ・公衆衛生専門医が慢性的に不足しているため、教育研修への参加資格を、イギリスでは医師でない者に、フランスでは公衆衛生以外の臨床系などを専門とする医師に、それぞれ拡大することによって、公衆衛生専門医（専門家）の人材確保に努めている。

②イギリスの特徴として、以下の点が挙げられた。

- ・公衆衛生専門家の教育研修課程に参加する前に、公衆衛生大学院において学士（Diploma in Public Health）または修士（Master of Public Health）を取得することが推奨されている。
- ・「Public Health Training Portfolio」と呼ばれる、教育課程全期間を通じて使用される評価表に基づいて、公衆衛生専門家に必要な能力（competency）の達成度を評価するとともに、教育課程を通じて得られた様々な記録や資料を「ポートフォリオ」として保存する、というシステムが確立している。
- ・公衆衛生専門家の competency は、住民の健康・福祉の状態の監視とアセスメント、住民の健康・福祉の増進と保護、評価の視点に基づいた、質の管理、リスク管理の推進、健康に向けた共同の取り組み、保健プログラム・サービスの開発と不公平の是正、政策・戦略の開発と実施、地域のための、地

域と共同した取り組み、健康に向けた戦略的リーダーシップの発揮、研究開発、倫理にかなった、自己、集団、資源のマネジメント、で構成される。

- ・2回の試験によって、公衆衛生専門家としての能力・資質が検定される。Part A 試験では知識（knowledge）と技術（skill）、つまり「know how」が、Part B（OSPHE）試験では知識、技術、態度を実践に応用する能力、つまり「show how」が試験される。
- ・Part A 試験の試験範囲としてのシラバスとして、知識に関しては、調査研究方法、疾患の因果関係と予防・ヘルスプロモーション、医療社会学・社会政策・保健経済学、ヘルスケアの組織と管理の5領域、技術に関しては、調査研究のデザインと解釈、データの処理・結果の提示と解釈、コミュニケーションの3領域が設定されている。
- ・2006年から、臨床における技能試験であるOSCEを公衆衛生分野に適用したOSPHE（Objective Structured Public Health Examination）が実施されるようになり、仮想のシナリオに基づいて、保健計画の策定、上司への説明、関係機関との交渉、メディアや住民への対応など、きわめて実践的な能力が試験される。
- ・健康危機管理の知識や技術を修得することを目的とした3ヶ月間の「感染症・環境ハザード管理研修プログラム」が必修となっている。このプログラムでは、時間外勤務（休日・夜間）における健康危機発生への対応（on call）の実習が行われる。

③フランスの特徴として、以下の点が挙げられた。

- ・公衆衛生専門医（専門家）のほとんどは国家公務員であり、その養成研修は国立公衆衛生学校（Ecole nationale de la santé publique : ENSP）によって実施される。

- ・政府は国家公務員の新規採用数を定員とする競争試験（コンクール）を実施し、合格者は研修生として採用され、国立公衆衛生学校の研修修了後に正式に任用される。
- ・国立公衆衛生学校では、衛生行政組織に従事する公衆衛生専門家だけでなく、病院などの保健医療福祉施設の管理者などに対する養成研修も実施している。
- ・公衆衛生専門家に必要な資質・能力として公共サービスに対するセンス、会議の進行能力、チームワーク、協議・交渉能力、方法と組織に対する厳格性、渉外能力が明示されているが、具体的能力としての competency の体系は確立していない。
- ・養成研修は、理論教育（国立公衆衛生学校などでの講義・演習）と実践教育（配属予定先での実習）を交互に実施し、修了時に論文を提出する、という流れで実施される。
- ・理論教育では、まとまった内容の講義や演習で構成される、1週間から数週間の「モジュール」が設定され、複数のモジュールによって各専門家のカリキュラム全体が構成される。公衆衛生専門医のカリキュラムは、公衆衛生制度・関係組織・政策に関する知識、統計・疫学、法律、監査・監督、計画・調整、保健医療福祉施設の管理、環境衛生、インタープロフェッショナル演習、の各モジュールで構成されている。
- ・修了時に提出する論文は、主に「プロフェッショナル論文」、つまり研修全体や実習を通じて明らかになった、公衆衛生に関連する問題や課題の分析とその解決方法を論述するものである。プロフェッショナル論文は学術面よりも実務面が重視されており、今後職務を遂行するに当たって直面する様々な問題を的確に解決していく能力や資質を向上させることを目的としている。
- ・養成研修の基本方針として「インタープロフェッショナル教育」が掲げられている。これは、施設管理者の研修生を含めた他職

種との交流を通じて、互いの理解を深め、他職種との連携や協働の能力を向上させることを目的に、職種横断的な合同講義、グループワーク、共同プロジェクト（projet collectif）などが実施されている。

- ・国立公衆衛生学校は、パートナーシップ教育（formation en partenariat）として、大学などの他の教育機関とパートナー契約を結び、研修生がより専門的な教育プログラムを受講する機会を拡大している。

④イギリスとフランスの公衆衛生専門医（専門家）に関する教育研修・資格認定の方法や内容（OJTの重視、研修生の個別性と主体性の尊重、competencyに基づいたカリキュラムなど）はわが国にも適用可能であるが、資格取得後の任用に対する国の権限が小さいため、制度が効果的に運用されない可能性がある。公衆衛生活動それ自体は、地方分権によって、地方の実状に応じて展開される方が効果的であるが、それを支える公衆衛生専門家の資質や技術は、全国共通のものとして、ある程度中央集権的な教育研修によって一定の質を保証する、という中央と地方の役割分担が必要かもしれない。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表 なし

### 2. 学会発表

武村真治, 曾根智史, 林謙治. イギリスにおける公衆衛生専門家の養成システム. 第64回日本公衆衛生学会総会, 札幌. 2005年9月; 492 (日本公衆衛生雑誌. 2005; 52(8)特別附録: 492) .

## H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## (資料1) イギリスの公衆衛生専門医(専門家)制度

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部  
武村真治

### 第1部 イギリスの保健医療福祉システム

#### 1. 一般概況

##### (1) 地理

イギリスは、ヨーロッパの東部に位置する、大ブリテン島とアイルランド島の一部を領土とする島国である。大ブリテン島の南東部のイングランド、イングランドの西部のウェールズ、大ブリテン島北部のスコットランド、アイルランド島北部の北アイルランド、の4つの国に分かれ、これらを総称して連合王国(United Kingdom)と呼ばれる。

総面積は24万1752km<sup>2</sup>で、日本の約3分の2にあたる。地方別ではイングランドが全体の半分の面積を占め、以下スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの順である。イングランドの南東部には平野が広がり、イングランドとスコットランドの境目にチェピオット高地、ウェールズにカンブリア山脈がある。

気候は、北緯50度以北に位置しているが、メキシコ湾流の影響で比較的温暖である。年平均気温は10.5℃、年間の平均降水量は1100ミリである。

##### (2) 歴史

4世紀にローマ人が撤退した後、北欧などからアングロ、サクソンなどの部族が進入、先住のケルト族をウェールズ、スコットランドへ駆逐し、イングランド王国が建国された。11世紀にノルマンディー公ウィリアムがイングランドを征服し、王となった。1215年、ヘンリー2世の子ジョン王がマグナ・カルタ(大憲章)に署名し、英国憲法の起源となった。

1534年、ヘンリー8世の時代にローマ・カトリック教会から独立して、英国国教会が成立した。1588年には女王エリザベス1世の治世下でスペインの無敵艦隊を撃破し、海上の支配権を確立した。文化的にはシェークスピアなどを輩出し、文芸復興時代を現出した。

17世紀には弾圧を逃れて清教徒がアメリカ大陸に移住した。1649年、クロムウェルの革命で国王が処刑され、共和制がとられるようになった。1688年の名誉革命で、ジェームス2世を追放した議会は、ウィリアム3世を新国王に迎えるにあたって「権利宣言」を承認させ、立憲君主制が確立した。1707年、スコットランドとイングランドが合体し、大ブリテン王国(Great Britain)が成立した。1714年にハノーバー王朝が発足し、議院内閣制が成立した。19世紀のビクトリア女王時代にアフリカ、北米、インド、アジアに領土を拡大し、大英帝国を築いた。

1945年、アトリー労働党政権がチャーチル戦時連立政権にかわって社会主義政策、特に福祉政策を推進した。以後1951年に保守党、1964年に労働党、1970年に保守党、1974年に労働党と、何度か政権政党が交代した。

1979年、保守党政権が成立し、サッチャーが初の女性首相となり、以後約11年半にわたって在任した。1992年からはメージャーが首相となったが、1995年からブレア首相率いる労働党が政権を握り、現在に至る。



### (3) 人種構成

人口の8割以上を占めるイングランドではアングロ・サクソン人が中心で、スコットランド、ウェールズではケルト人が中心である。有色人種の移民は人口の4.2%を占める。

### (4) 宗教

英国国教会が国教だが、信仰の自由は完全に保障されている。国王が教会の最高権威者で、大主教と主教を任命する。カンタベリーとヨークに大主教が置かれ、それぞれの管轄下に30、14の主教区がある。

英国国教会は16世紀にローマ・カトリック教会から分離して絶縁関係にあったが、1980年のエリザベス女王のバチカン訪問、1982年のローマ法王ヨハネ・パウロ2世のカンタベリー寺院訪問を契機に、両者は450年ぶりに和解した。

英国国教会の信徒は約2700万人で大多数を占めているが、その他にメソジスト、バプテリスト、カトリックなどを信仰している国民も存在する。

### (5) 政治体制

国王を元首とする立憲君主制をとる。最高立法機関は議会で、国王、上院、下院の3者で構成される。下院は659の小選挙区から選ばれた議員で構成される。上院は貴族院ともよばれ、王族を含む世襲貴族、英国国教会の大主教及び主教、宗教貴族、一代貴族で構成される。下院において法案が議論され、下院を通過した法案に超党派、良識の立場から修正を加えるのが上院の役割である。また両院を通過した法案は国王の裁可を経て法律となる。各1名が選定されて、任期が5年である。

最高行政機関は内閣で、議院内閣制をとる。首相及び閣僚は形式的には国王による任命制であるが、実際には下院第1党の党首が殊勝となる。閣僚は上下両院議員の中から首相が任命する。内閣は議院に対して責任を負い、議会の不信任があれば総辞職となる。

政党は、労働党と保守党の2大政党体制で、その他に自由民主党、アルスター統一党、社会民主労働党、民主統一党などの少数政党が存在する。現在は労働党が政権を担当している。

### (6) 地方行政制度

イギリス（連合王国）は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの国に分かれ、それぞれが独立して行政を行っている。イギリスの人口の約8割はイングランドに居住している。

イングランドは、ロンドンと8つの州（region）に分かれ、各州に中央政府の州事務局（Regional Office）が設置され、中央政府の所掌事務を州レベルで推進・調整している。地方自治体としては、日本の県に相当するCounty、市町村に相当するDistrict、政令市に相当するCity（バーミンガム、リバプールなど）がある。CityとDistrictは総称して「Local Authority」と呼ばれ、これが最小の地方自治体である。

Local Authorityは、地方自治体として、教育、福祉、環境、住宅、交通などの行政サービスを実施しているが、サービスによっては中央政府が直轄して実施する場合があります。

NHS（保健医療）はまさにその典型である。したがって、イギリスの中央地方関係は、行政サービス一般としては地方分権型であるが、保健医療分野に関しては中央集権型である。

## 2. 医療保障制度

### (1) 概要

イギリスでは、1946年に制定された国民保健サービス法（National Health Service Act：以下 NHS とする）に基づいて、1948年からすべての国民に、生まれてから死ぬまで、疾病予防やリハビリテーションを含む包括的な保健医療サービスが提供されている。この特徴として、サービスの供給は国の責任で、費用の大部分が国の一般財源でまかなわれていること、原則として全国民にサービスを無料で提供すること、サービス供給は予算の範囲内で計画的に行われていることが挙げられる。

NHS は国（保健省）の直轄によって運営されているが、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4つの国はそれぞれ独立した NHS を有する。また教育や社会福祉などの他の行政サービスとは独立に運営されているため、通常の行政区と NHS の管轄区域とは若干異なる場合があり、保健医療と福祉との連携が十分に機能しないなどの組織上の問題点がある。

NHS の年間予算は、報酬や価格を前年より若干割り増しし、多少の効率改善と成長の余地を考慮して設定され、原則として年内の補正はしない。医療費の対国民所得比は約 6% で、日本と同様に先進国の中では明らかに低い水準になっているが、これは予算制をとっているため、医療費のコントロールが比較的容易であることが考えられる。NHS の財源は税が約 8 割（税込全体の約 2% に相当）、NHS 拠出金（社会保険料）が約 1 割、患者自己負担が約 5% である。

NHS のサービス提供体制は、GP（General Practitioner）によるプライマリケア（診察・検査、薬剤処方、健康診査、慢性疾患管理など）と、病院（NHS Trust など）によるセカンダリケア（入院治療、専門医療など）に明確に機能分化されている。国民はまず特定の GP に登録しておく必要がある。そしてサービスを必要とした場合、原則として最初に GP に受診する。また GP が入院や専門医療を必要と判断した場合、患者は GP の紹介で病院を受診する。したがって病院で受診するためには、救急の場合を除いて GP の紹介が必要となる。このように GP は、地域住民の健康問題の大部分に対処する「generalist」としての役割と、病院医療へのアクセスを管理する「gate keeper」としての役割をもっている。

### (2) NHS の歴史

#### ① NHS の創設（1948 年）

NHS 以前の医療保障制度として、1911年の国民保険法による医療保険制度が施行されていたが、その給付対象は GP のサービスに限定されていた。一方病院は、一部は救貧法の枠組みで、一部はボランティアの枠組みで、地方自治体の管轄のもと、基本的には無料の医療が提供されていた。さらに、1848年の世界最初の公衆衛生法に基づいて、地方自治体による公衆衛生サービスが、はじめは感染症対策や環境衛生を中心に、やがて 20 世紀初頭からは母子保健を中心とした対人保健サービスが、提供されていた。

1948年から施行された NHS によって、これらの 3 つのサービス（GP のプライマリケア、

病院のセカンダリケア、そして地方自治体の公衆衛生サービス）を包括的に提供する体制が整備された。11,000人の専門医、18,000人のGPが参加した。そして約3,000の篤志病院と地方自治体病院のうち約2,800の病院が保健省に移管（国有化）された。

しかし実際にはこの3者は独立して運営され、それぞれにNHSから予算配分されていた。つまり、GPは従来どおり独立した自営業者として、医療保険制度における運営組織である保険委員会を前身とする134の執行理事会が運営を行った。また病院は全て国有化され、その運営は病院運営委員会（病院単位）とその上位の地方病院局（Regionの単位）、及び教育病院理事局が行った。さらに地方自治体は従来どおり、救急医療、予防サービス、母子保健、在宅看護、公衆衛生など、地域住民に対する保健サービスを担当した。このように、NHS設立当初の運営機構は、三つの主要な部門に分割されることとなった。

## ②NHSの1974年改革

1950年代から、精神障害者や高齢者に対する保健医療サービスと福祉サービスの位置づけに関して議論されるようになった。保健医療福祉を全て「社会サービス」として位置づけ、地方自治体によって一元的に実施する体制が提案されたが、医療界はあくまで保健医療サービスは福祉サービスとは独立したものであるとして、保健医療と福祉の間の境界を明確にすることを求めた。

このような背景から、1974年、病院および専門医サービス、GPサービス、地方自治体による保健サービスの3分立機構を一元化することを目的にNHSの改革が実施された。この改革では、地方自治体（Local Authority）とは別に、保健当局（Health Authority）が、プライマリケア（GP、歯科医、眼鏡サービス、薬剤サービス）、セカンダリケア（病院サービス、専門医サービス）、そして対人保健サービス（搬送、疫学的仕事、家族計画、ヘルスセンター、保健訪問、家庭看護と助産、母子保健、疾病の予防、医学、看護および関連サービスによるケアとアフターケア、持続的医学的監督を必要とし、地域で生活するのに十分な人々に対する在宅看護、予防接種、学校保健、保健師（health visitor）や地区看護師（district nurse）のサービスなど）を一元的に管理し、地域全体の保健計画の策定や管理を行うこととなった。具体的には、90のArea Health Authorityを第一級機関として設置し、その上部機構として9のRegional Health Authorityが設置された。これによってNHSは地方自治体から完全に独立し、国の直轄となり、NHSによる対人保健サービスと地方自治体による対人社会サービス（福祉サービス）の分離体制が確立した。

地方自治体（Local Authority）はこれまで、ホームヘルプサービスなどの福祉、母子保健、家庭訪問、予防活動、予防接種、救急搬送などを実施してきたが、これからは、福祉（ソーシャルワーク、施設、在宅など）と環境衛生のみを実施し、それ以外の保健サービスは全てNHSに移管された。また、Area Health AuthorityとLocal Authorityは合同委員会を設置し、保健と福祉の連携などに関して調整を行うこととなった。しかし社会サービスの責任機関はあくまで地方自治体の社会サービス部門である。

さらに1982年にArea Health Authorityは廃止され、市町村レベルのDistrict Health Authorityが設立された。これは、NHSの管轄地域をLocal Authorityの行政区域と合致させるためであり、Local Authorityとの連携がさらに強化するためのものであった。

### ③NHS の 1991 年改革 (Working for Patient)

NHS の問題点として、入院待機者 (waiting list) の増加、医師等の人的資源の配置の不適正 (大都市部での不足など)、消費者の医師・病院の選択の自由の欠如、医療サービスの質の低下、そして急騰する医療費などが挙げられる。waiting list は、病院の利用可能ベッド自体の不足と、GP による病院への紹介が特定の病院に偏ることにより、年度末に近づくにつれて、NHS から配分された当該年度の予算を早く消費してしまうため、病棟が閉鎖されるという現象が起こることなどに起因している。

これらの問題点を解決するために、保守党サッチャー政権のもと、1987 年にプライマリ・ケアの改革に関する白書「Promoting Better Health」、1989 年に NHS 改革白書「Working for Patient」が発表され、NHS 改革が法案化された。この改革の大きな内容としては、病院への財源配分の方法の変更、「GP fund holder」の創設が挙げられる。病院はこれまで保健当局の管理化におかれ、そこから予算が配分されていたが、改革後、病院は保健当局から分離され、独立採算による「NHS Trust」として独立した組織となった。保健当局は、住民に対する病院サービスの購入者として、自分の地区の NHS Trust だけでなく、他の地区の NHS Trust、民間病院などとも、サービスの内容や費用に関する個別交渉の上、契約を結ぶことができるようになった。GP fund holder は、登録住民数が 5000 人以上あり、予算管理能力のある GP のグループに対して、病院サービスの購入費や薬剤の処方費等につき一定の財源を管理させる制度である。GP fund holder は配分された予算を自ら管理し、登録住民の病院サービスの購入者として、病院と個別交渉の上、直接契約を結び、患者をその病院に紹介することができる。

この改革は、医療への自由なアクセス (無料を含めて)、財源を税金に求めること、予算制をとること、は変更せず、病院サービスの「供給者」である病院と、病院サービスの「購入者」である保健当局及び GP fund holder を分離し、両者の間に内部市場 (internal market) と競争原理を導入することによって、医療の質の改善、患者の満足度の増大、病院サービスの供給の効率化を目指したものである。購入者は病院サービスを購入する予算を NHS から配分され、住民の代理人 (agent) となって供給者を選択し、サービスの内容や費用に関する契約を結び、購入する。

改革によって導入されたシステム (internal market) によって、様々な効果が報告された。そのなかでも、病院サービスの質に関して、例えば、退院時サマリーの改善、GP の要求に対する迅速な反応、病院サービスへのアクセスの改善、waiting list の減少 (特に専門医の外来)、病院とのコミュニケーションの改善などの効果が報告されている。また病院サービスへのアクセスの改善として、従来は病院のみで行われていた専門医サービスがプライマリケアの場面で供給されることも多くなってきた。

GP fund holder のプライマリケアの質については、患者のニーズの把握や臨床のガイドラインの遵守がなされていない、病院サービス購入の際に患者の意見が取り入れられていない、診察時間が増加していない、予算の余剰が単なる設備投資にのみ投入され、ケアの質の改善に直接寄与していない、などの報告が多く、GP fund holder 自身が供給するプライマリケアの質はあまり向上していないことが示された。

このシステムの最も大きな問題点として、「2 層システム (two tier system)」が挙げられる。これは、病院サービスの購入者である GP fund holder と保健当局の間で交渉力等