

に差があるため、GP fund holderに登録する住民とそれ以外のGPに登録する住民の間で受益できる病院サービスに差が生じてしまう、という問題点である。特にGP fund holderの患者がそれ以外のGPの患者と比較して病院サービスへのアクセスが良くなる（GP fund holderの患者が優先して病院サービスを受けることができる）ことなどが挙げられる。

GP fund holderと保健当局の間の差として考えられるのが、情報量である。情報には病院に関する情報と患者に関する情報の2種類がある。病院に関する情報の側面では、GP fund holderは医療の専門家として病院を探索することが可能であり、どの病院が質が高いかを判断する能力をもっているが、保健当局は医療の専門家ではないため、病院サービスの費用は判断できるが、質についての判断能力が低い。つまり、病院とGP fund holderの間ではほぼ完全に情報が対称であるのに対し、病院と保健当局の間では情報の非対称性が存在する。

患者に関する情報の側面では、GP fund holderは直接患者を診察しているため、患者のニーズに適した病院を選択できる。それに対して保健当局は、地区のGPの意見を収集して、患者のニーズにあった病院サービスを購入する役割をもっているが、十分に患者のニーズを反映することは困難である。一方、病院の立場からみると、GP fund holderは登録住民数が小さいために融通が効き、他の病院と契約しているGP fund holderも比較的容易に契約を破棄し、自分の病院と新たに契約を結んでくれる、と考えられていた。逆に保健当局は住民数が多いために、病院契約に関してあまり融通が効かない、と認識されていた。

その他の問題点として、契約費用に関する問題、地域の医療計画に関する問題、購入できるサービスの違い、経済的インセンティブの違いなどが指摘されている。契約費用に関する問題としては、GP fund holderは効率的な病院と契約するための労働量や費用を必要とするが、それ以外のGPは保健当局が代表して病院と契約するため、契約に要する費用は全くかからないことが挙げられる。地域の医療計画に関する問題として、保健当局は管轄する地区の住民に対する全ての医療サービス（プライマリケアとセカンダリケアの両方）の供給の責任者であり、住民のために効率的で公平な医療供給を計画しなければならない。しかし保健当局はGP fund holderの登録住民のデータを十分に収集できないため、地区全体のニーズを把握するのが困難になる。これは地区の医療計画の策定に弊害を及ぼす可能性がある。購入できるサービスの違いとして、保健婦の訪問や訪問看護などの地域保健サービスに関して、GP fund holderが購入できるサービスの範囲が限られていることが挙げられる。

経済的インセンティブの違いとして、最も重大な問題は、「いいとこどり（cream skimming）」が挙げられる。これは、GP fund holderは医療サービスの消費の少ない患者を登録させようとするをさす。「いいとこどり」は登録人头支払に起因する問題であり、改革以前からもGPのもつ経済的インセンティブとして捉えられている。そしてGP fund holderは予算を他の予算費目に流用することが比較的容易なため、予算の節約に対するインセンティブが強く、いいとこどりの傾向がさらに強くなると考えられた。GP fund holderは効率的な病院と契約を結べば、予算と実際の費用の差から生じた余剰について、予算科目間の流用や次年度への繰越、設備拡張のための投資、サービスの質の改善のための投資などの、幅広い自由裁量が認められている。しかし、保健当局は効率的な契約をして余剰が生まれたとしても、予算科目間の流用はできないため、病院サービスの購入を抑制する

インセンティブが作用しないとされている。GP fund holder は、NHS 外の専門医の自由診療に患者を紹介する傾向があるといわれていた。これは、病院に紹介する患者が民間医療保険に加入している場合、それを利用して専門医の自由診療を受ければ、GP fund holder の予算を使わなくて済むためであると考えられている。GP fund holder は診療の責任と財政の責任の両方を負っているため、診療パターンが純粹に患者のニーズだけでなく利用可能な予算に影響を受ける。したがって、過度の費用節約が行われれば、医療の質を低下させる可能性がある、と考えられた。

#### ④NHS の 1998 年改革 (The New NHS)

1995 年の総選挙により、政権が保守党から労働党に交代した。以前から内部市場に反対の立場をとっていた労働党ブレア政権は、それに代わる新しいシステムを導入することを検討した。そして、1997 年 12 月に発表された白書「The New NHS」では、前回の改革で導入された「競争」の原理を否定し、「協力、協調」によって医療サービスを提供していく姿勢を明らかにした。

白書では、内部市場の欠点を以下のように指摘している。

- ・現在、100 の保健当局、3,500 の GP fund holder、400 以上の NHS Trust が設立され、これらの中で契約が実施されているため、医療サービスの計画、財源、供給に関する責任があまりに細分化されすぎている。
- ・GP fund holder とそうでない GP の間で、その登録住民が受けられる病院サービスが異なること（2 層システム）などの、不公平が生じる。
- ・保健当局、GP fund holder、NHS Trust の各団体の中で経済競争が優先され、サービスの質のばらつきが大きい。
- ・細分化された各団体間の契約などに必要な事務費用が膨大である。
- ・契約は通常単年度と非常に短いため、地域での医療サービス供給が長期的には安定しない。
- ・NHS Trust が完全に独立した営利団体で、その活動状況は地域に公開されないため、地域全体の医療サービスの供給を計画する上で支障となる。

これらの問題点を解決するために、内部市場に対する「統合されたケア (integrated care)」という新しい枠組みを提案した。

この枠組みにおいて、保健当局は地域住民のニーズに適合した医療サービスを提供していくための計画である「健康改善・近代化プログラム (Health Improvement and Modernisation Programme)」を推進する責任をもち、GP と NHS Trust はそれに「協定 (agreement)」し、プライマリケア (GP) とセカンダリケア (NHS Trust) を供給する。またこれまでの短期的な「契約 (contract)」ではなく、少なくとも 3 年間の長期的な「協定」に基づいて、計画を実施する。このプログラムは 1999 年から開始された。

これにともなって GP fund holder の制度が廃止され、地域の GP 全員で構成される Primary Care Group (PCG) が創設された。PCG は地域においてプライマリケアを供給する責任をもつとともに、地域住民のための病院サービス、地域保健サービスを NHS Trust から購入す

る役割ももつ。なおサービス購入のための予算は保健当局から配分される。

これまでの制度では、個々の GP fund holder が病院サービスなどを購入する役割をもっていたために、医療サービスに対する責任が不明確になり、また契約に要する事務費用も膨大であった。PCG は複数の GP の集合体で、このグループ単位でサービスを購入するようになった。また病院サービス及び薬剤の購入、プライマリケアの供給に要する費用は、これまで別々に配分されていたが、今後は保健当局から一括して配分される (single unified budget)。そして PCG は健康改善・近代化プログラムの枠組みの範囲で予算を用いることができる。

個々の PCG によって予算の管理能力にばらつきがあると考えられたが、最低限、サービスの供給及び購入のみを実施し、予算管理は保健当局が行うことも認められた。しかしこれは移行措置であり、最終的には「Primary Care Trust (PCT)」として、プライマリケアの供給、病院サービス及び地域医療サービスの購入、予算の管理を行う「独立した団体」となることを目指している。

NHS Trust は、これまで通り、病院サービスや地域医療サービスを供給する役割をもつが、健康改善・近代化プログラムのもとで PCG との長期的な「協定」を結ぶ必要がある。また、サービスの質に関する情報を公開することが法定化された。

#### ⑤NHS の 2002 年改革 (Shifting the Balance of Power)

1998 年改革の移行措置の期間が終了し、PCT は、地域住民の健康改善、質の高いサービスの保証、保健医療福祉の統合に関する責任をもつ NHS の第一線機関に位置づけられた。ただし PCT は「独立した団体」であり、NHS との契約に基づいて活動しているが、実質的には NHS の地方出先機関としての役割を担っている。

PCT の主な業務は、管轄地域の保健医療サービスの予算管理、地域保健医療計画の策定、保健医療サービスの質の管理、福祉サービスに関する地方自治体との連携などである。PCT は NHS から直接予算を配分され、プライマリケアを自ら供給する予算、病院サービスや地域医療サービスなどのセカンダリケアを NHS Trust に委託する予算として、地域住民のために効率的に使用する役割を担っている。2005 年現在で、NHS の総予算の 75% が地域の PCT に配分されている。

また保健当局は廃止され、PCT が地域保健医療計画としての「健康改善・近代化プログラム」を策定・管理する役割を引き継ぐこととなった。また 2003 年からの計画改定では「Local Delivery Plan」と名称を変更し、PCT の責任のもとで策定・推進されるようになった。

PCT と NHS Trust との関係は、以前と同様に、PCT が NHS Trust からサービスを購入する。これまではその予算を保健当局から配分されていたが、保健当局が廃止され、PCT が保健医療サービスの管理の責任機関に位置づけられたことに伴って、PCT と NHS Trust の間の「協定 (agreement)」から、PCT から NHS Trust への「委任・委託 (commission)」という形になった。

また NHS の県レベルの出先機関として、Strategic Health Authority (SHA) が新設され、PCT や NHS Trust などのパフォーマンス管理、地域保健医療計画の策定の支援などの管理業務を実施することとなった。

### (3) General Practitioner (GP)

#### ①概要

GPはプライマリケアを行う医師である。地域住民は特定のGPに登録し、そのGPからプライマリケアを受けることができる。GPのサービスは24時間サービスが原則であり、そのサービス内容は、登録住民の健康増進、予防接種、健康診断、子宮がん検診、健康教育、家族計画、患者の診察及び検査、患者の病院への紹介、薬剤等の給付のための処方箋の発行、慢性疾患患者の継続的管理などが主なものである。

保健サービスとしては、新規登録住民に対する病歴、家族歴、身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断、3年以上診察していない登録住民に対する身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断、新生児健診、6週間児健診、7～8月児健診、18～24月児健診、3歳児健診（聴力・視力検査など）、5歳児健診、高齢者に対する知覚機能、移動能力、身体機能、精神機能、社会状況、薬の服用状況などのチェック、小児の予防接種、子宮がん検診、糖尿病・心臓病・禁煙・節酒・食事・ストレスなどに関する健康教室（health promotion clinic）、家族計画などが実施されている。

GPが扱う健康問題は風邪、高血圧、虚血性心疾患、糖尿病、外傷、うつなどの一般的な病気が多く、それ以上重度の疾患になると病院に紹介することになる。GPのサービスは諸外国と比較すると範囲が限定されている。標準的な検査や軽度疾患の治療（薬物で治療できる範囲）がほとんどで、X線検査や検体検査、処置はあまり実施されていない。

GPは独立した自営業者であり、NHSと契約を結ぶことによって医療を提供することができる。しかし開業する場所には制限があり、GPの数が多地域では新規開業は空席待ちとなる。特に大都市部などでは、GPにとって住宅環境が劣悪な一方、住民の医療需要が多く、GPの労働量が大きいため、登録人口当りのGP数が少なくなっているという問題も起こっている。

PCT設立以降も、GPは独立した自営業者として、プライマリケアの供給等に関してPCTと契約を結ぶことになった。ただしPCTの運営にはGPの代表が参加しているため、診療報酬の設定などに大きな影響を及ぼしている。

#### ②診療報酬

PCT設立以降、具体的な診療報酬の内容は、それぞれのPCTによって異なるため、明らかにされていないが、以下では、PCT設立以前の診療報酬体系について記述する。

診療報酬は、登録人头支払、診療手当、target payment、sessional payment、出来高払いなどで構成されている。

登録人头支払は、登録されている人数に登録者1人当りの単価を乗じて支払われる。登録者1人当りの単価は、登録者の年齢によって、0～64歳、65～74歳、75歳以上の3つの階層に区分され、高齢者の方が高い単価が設定されている。また特定の登録者に対して以下のサービスを実施すると、1人当りの単価に加算が認められている。

- ・新規登録住民…登録後4週間以内に、病歴、家族歴、身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断

- ・ 3年以上診察していない登録住民…身長、体重、血圧、尿検査などの健康診断
- ・ 5歳以下の小児…新生児、生後6週間児、7～8月児、18～24月児、3歳児（聴力・視力検査など）、5歳児の健康診断
- ・ 75歳以上の高齢者…1年に1回の在宅での診察（知覚機能、移動能力や身体機能、精神機能、社会状況、薬の服用状況などのチェック）

診療手当は基本的な契約金であり、登録されている住民の数とは無関係に、サービスの提供に必要な固定費用を償還する役割をもつ。例えば指定地域における加算等がある。GPの地理的分布を均一化するために、人口当りのGPの少ない地域（指定地域）に新規に開業しようとするGPに対しては診療手当が加算されるが、指定地域は年々減少している。またNHS改革以前にあったグループ診療に対する手当が廃止されるなど、診療報酬に占める診療手当の割合は小さくなっている。

target paymentに関しては、小児の予防接種、子宮がん検診について、実施率に応じて一定の額が支払われる。予防接種については対象登録者の70%に実施すれば一定額が支払われ、実施率が90%になればさらに高額の支払いがなされる。子宮がん検診については実施率50%と80%でそれぞれ一定額が支払われる。

sessional paymentに関しては、「health promotion clinic」を実施しているGPに対して一定額が支払われる。クリニックの例として、一般的な健康教育、糖尿病、心臓病、禁煙、節酒、食事、ストレスなどの内容がある。内容、実施時間、対象患者数によって報酬額が異なる。

出来高払いに関しては、家族計画、簡単な処置、夜間往診、妊産婦へのサービスなどは1回当りの単価が設定されている。簡単な処置については、吸引、嚢腫・異物の除去などの処置に対して1回当りの単価が設定されているが、実施回数に上限がある。

その他に、診療所人件費、コンピューター経費、診療所借料などの諸経費が償還される。

GPによる薬剤処方に関しては、イギリスの薬剤費は日本と同様に医療費の大きな部分を占めており、薬剤費の抑制の施策として、薬剤処方予算の上限（キャッシュリミット）が設定されている。また特定の医薬品についてはNHSによる費用償還が認められないという制限リスト制度が1985年に導入されている。

#### （4）病院

イギリスにおける病院の定義は「患者を入院させ治療を行う施設、出産を行う施設、回復の養生を行う施設、医学的リハビリテーションを行う施設」であり、これらに付設される診療施設、調剤施設、外来部門を含む、と定められ、病院の種別は法的には行われていない。上述したように、病院で診療を受けようとする場合は、救急の場合を除いて患者が登録する家庭医の紹介が必要となる。ただし患者を医学的理由で病院に搬送することができない場合は、病院医師が自宅に往診する。また原則として外来患者を扱わないが、多くの病院では救急部門（Accident & Emergency：A & E）が併設されており、救急の患者に対応している。地区の一般病院での治療に適さないような患者は、より専門的な教育病院のような高機能病院に紹介される。

病院サービスのほとんどはNHSによって供給されているが、私費によるサービスも存在

する。病院の専門医は、NHS 発足当初から自由診療を行うことが認められている。これは、専門医が契約勤務時間外に病院のベッドを利用して行うもので、「ペイベッド」と呼ばれている。ペイベッドは、専門医の労働条件がパートタイム制であることから生じており、専門医の約 8 割は何らかの形で自由診療を行っている。この自由診療の費用は患者が全額負担しなければならないため、民間医療保険も存在している。民間医療保険の加入者は、企業が社員の福利厚生として加入しているケースが多いこともあって増加傾向にある。

NHS の 1991 年改革によって、これまで公立であった病院は、独立採算による NHS Trust となった。2002 年現在で 266 の NHS Trust が設立されている。

NHS Trust は、PCT からの委託によってセカンダリケア（入院、専門医療など）を供給し、PCT から委託費が支払われる。ほとんどの病院サービスは PCT によって購入されるが、「特別サービス」と呼ばれる、心臓や肝臓等の臓器移植、特別の小児手術、放射線治療などは、NHS からの特別の財政措置がとられている。

NHS Trust は、一定の条件付きであるが、病院の運営は理事会で決められ、独立採算制が認められる。また、資産の売買やある限度額までの借入れなどが認められ、余剰が生じた場合はそれを自由に活用することも認められる。さらに職員の採用や給与の設定なども自由に決められる。また NHS Trust が複数の病院を運営する場合もある。

病院の診療報酬は、PCT との委託契約によって、サービスの価格、治療予定患者の目標人数、治療の質などが定められるが、個々の契約によって千差万別である。したがって制度としての診療報酬体系は存在しないが、基本的な契約の種類として、固定的な契約、患者数による調整を行う契約、患者 1 人当たりの契約の 3 種類に大別される。

固定的な契約 (Block contract) では、PCT は特定のサービスを委託するという条件で、患者数に関係なく 1 年間の固定された料金を、それぞれの診療科目ごとに支払う。この場合、前年度の患者数とその診療に要した予算をもとに契約を結ぶのが一般的である。

患者数による調整を行う契約 (Cost and volume contract) では、固定的な契約に加えて、患者数が目標人数の 8 割未満であったり、質に関する契約条件が満たされていなかった場合には罰則が科せられ、病院の収入は減額される。また患者数が目標人数を超えた場合には、超過した分の料金が追加的に支払われるが、その際の患者 1 人当り費用には契約時に合意した割引率が適用される。

患者 1 人当たり契約 (Cost per case contract) では、PCT は特定のサービス (1 人の患者の 1 回の紹介ごとに) に対して固定された料金を支払う。これは PCT が特定の NHS Trust とルーティンの契約をしていない場合におこりうる。例えば、骨髄移植などの 1 件当りの費用が高く、症例数が少数であるサービスに関しては、そのサービスが供給可能な施設との間で契約が行われる。症例数が少ないために複数年契約が多く、1 年目に治療成績が見直され、予算超過に対してはその原因分析が行われる。

#### (5) その他のサービス供給者

##### ①プライマリケア

GP とともにプライマリケアを提供する専門職として、歯科医師 (dentist)、薬剤師 (pharmacist)、眼鏡技師 (optician) が、また機関として、NHS Walk-in Centre、NHS Direct がある。

歯科医師は家庭医のような登録制をとっていないので、地域住民は NHS と契約を結んでいる任意の歯科医師を選択できる。歯科治療の財源は NHS であるが、義歯の費用は半額が患者負担で、その他の歯科治療は一部患者負担でまかなわれている。

薬剤師は GP や病院の処方にしたがって調剤を行う。地域で開業している薬剤師は NHS と契約を結び、調剤費用は NHS から償還される。

眼鏡技師は、視力検査、眼鏡・コンタクトレンズの処方箋を作成する。

NHS Walk-in Centre は、風邪や軽症などに対する簡単な処置、健康相談、医療機関情報の提供などを行う「町の保健室」で、現在 66 のセンターが設置されている。駅や繁華街などの便利な場所に設置され、24 時間営業で予約なしでいつでも利用できる。看護師が常駐している。

NHS Direct は 24 時間の電話相談サービスで、健康相談や医療機関情報の提供などを行う。主に看護師が電話に対応する。

## ②セカンダリケア

救急医療に関係する機関として、Accident and Emergency Department (A & E)、Ambulance Trust がある。A & E は病院に併設されている救急部門で、救急患者への治療やケアを行う。

Ambulance Trust は、患者搬送、救急車サービスを提供する機関で、現在 31 の機関が設置されている。患者搬送や救急車のサービスは、以前は地方自治体の業務であったが、NHS の 1974 年改革で NHS の保健当局の管轄となり、また 1991 年改革で、NHS Trust と同様に、独立採算の組織となり、PCT との委託契約によってサービスを提供する。

その他に、医療と介護を包括的に提供する Care Trust、精神疾患に対する治療・ケアを実施する Mental Health Trust などが設立されている。

## 3. 年金制度

イギリスの社会保障における所得保障部門は、1948 年に施行された「国民保険法」にもとづいて行われた。国民保険法は年金部門を主とする法律であったが、何度かの改正を経て、1986 年に社会保障法として再編成された。1988 年からは社会保障省と保健省が分離されたことに伴い、所得保障は社会保障省の所管となっている。

国民保険の適用対象は、義務教育終了年齢（15 歳）以上で、年金受給年齢（原則として男性 65 歳、女性 60 歳）未満の者である。イギリス以外の国では一般的に公務員や自営業者は、一般の被用者とは別の社会保険制度が適用されることが多いが、イギリスでは国民全員を含む単一の制度となっているのが特徴的である。また、失業給付、業務災害給付、傷病給付、出産給付などは、年金制度とは別の制度となっている国が多いが、イギリスでは全ての保険事故を包括した所得保障制度となっているのがもう一つの特徴である。

国民保険の保険料は、最低所得額（男子労働者の平均賃金の 20～25% の水準、単身者に対する退職基礎年金額と同水準）未満の所得しかない者には化せられない。保険料は第 1 種～第 4 種に分かれている。第 1 種保険料は被用者に課せられるもので、労使が折半する。退職年金の支給開始年齢を過ぎれば被用者は保険料を拠出する義務はないが、事業主は拠出する必要がある。第 1 種保険料を納めた者は、すべての保険給付の受給資格が得られる。1985 年以降、所得の低い者には低い率の保険料（累進制）が課せられるようになった。こ

れは、所得の低い若年者や不熟練労働者の雇用促進をねらったの措置と考えられている。

第2種保険料は、中低所得のある自営業者に課せられる定額の保険料で、この保険料を拠出した者は、失業給付、業務災害給付、所得比例年金を除くすべての給付が受けられる。第3種保険料は任意に納めることができる定額の保険料で、この保険料を拠出した者は退職給付、寡婦給付、児童特別手当、死亡一時金のみが給付される。第4種保険料は、高所得の自営業者に対する保険料で1975年から導入された。この保険料に対応する特別の給付はない。

保険料は各人に国民保険番号がつけられ、これによって納付する。保険料を拠出しなければ罰せられるし、裁判に訴えて強制徴収されることもある。またこの保険料は国民保険だけでなく、NHSの財源の一部にもなっている。

公的年金は、日本と同様に、基礎年金と報酬比例年金で構成される。サッチャー政権による社会保障改革によって、年金財政は将来にわたり比較的安定した運営を行う見通しが立っているが、その反面で公的年金制度だけでは老後の生活をまかなうには不十分になることが明らかとなっている。その原因として、年金の実質価値の低下と報酬比例年金の空洞化が挙げられる。年金の実質価値の低下は、年金の給付費の伸びを経済成長の範囲内に抑えるために実施された、年金の賃金スライドから物価スライドへの変更によって引き起こされるものである。報酬比例年金の空洞化については、イギリスでは早くから企業年金が発展していたこともあって、一定の要件を満たす企業年金加入者については報酬比例年金の適用を除外する措置がとられていることによる。

老後の生活保障の中心は公的年金から企業年金や個人年金に移りつつあり、高齢者の中で、これらの私的年金制度に加入できた者と公的年金のみの者との格差が広がりつつある。

年金以外の給付に関しては、国民保険給付として、失業給付、疾病給付、障害年金、出産給付、寡婦給付、退職年金、労災保険給付があり、これらは国民保険から給付される。また、雇主給付制度として、法定傷病手当金、法定出産手当金がある。これらは、被用者が傷病あるいは出産のために就労できないときに、事業主から支払われる給与であり、本来国民保険の給付ではない。しかし、この給与は国民保険の傷病手当金、出産手当金に代えて支払われるものであり、しかもこれらの費用については、事業主が納めるべき保険料と相殺できることになっている。

要介護高齢者に関連する介護手当等に関しては、付添手当、移動手当、障害者生活手当、障害者介護手当などがある。これらの手当は無拠出、つまり保険料の拠出を不要とするものである。付添手当は身体的もしくは精神的に重度の障害があり、昼夜、または昼間か夜間に付き添いもしくは常時監視を必要とすることを要件に支給される給付である（病院等の施設に入所した場合は4週間で支給停止）。移動手当は、身体障害のために歩行が不可能もしくはきわめて困難であること、及び5歳以上65歳未満であることを要件に支給される給付である。1992年の制度改正によって、障害が65歳以前に発生した65歳以上の高齢者に対しては、これまでの付添手当と移動手当に代えて障害者生活手当が支給されることになった。障害者生活手当は、介護ニーズが3カ月以上存在し、今後6カ月以上継続すると見込まれることを要件に支給される給付である。これによって従来、付添手当、移動手当の受給資格を与えられなかった軽度の障害者にも適用拡大された。障害者生活手当は「介護部分」と「移動部分」からなり、障害の程度により介護部分の手当額は重度、中度、軽



度の3種類に、移動部分は2種類に分けられている。なお、障害が65歳以後に発生した高齢者に対しては、付添手当が従来どおり支給される。

障害者生活手当、付添手当はいずれも要介護高齢者本人に支給されるが、障害者介護手当は介護者に対する所得保障である。この手当は労働年齢にあるもので、家庭で重度障害者を介護しなければならないため仕事に就くことのできない者に支給される。障害者介護手当は①障害者生活手当の介護部分の重度または中度、もしくは付添手当のいずれかの給付を受けている者を介護していること、②週に少なくとも35時間介護を行っていること、③有給の仕事に従事していないもしくは全日制の教育を受けていないこと、④16歳以上で年金支給開始年齢を超えていないことを要件に支給される。また扶養家族数に応じて給付額に加算が行われる。

在宅介護は必ずしも国民保険で対応できる領域ではないため、国民保険制度の枠の外側にある特定のグループに対して、権利としての援助を与えるために介護手当や付添手当が必要であると考えられた。「社会保障は真のニーズを充足することができるものでなければならない」という原則が政府の基本的責任として強調された。要介護の状態になっても、在宅での生活を維持できるように、要介護家庭援助のための現金給付のシステムを導入することに力が注がれた。無拠出給付制度は、社会が全体としてその成員のうち最もニーズの大きい者に援助を与える責任があり、個人は権利として請求できるという考え方に基づいている。

#### 4. 福祉・介護制度

老人福祉は社会サービスとして教育などと同じ枠組みで供給され、それを管理するのは地方自治体(Local Authority)である。老人福祉の財源は医療と同様に租税が中心であり、やはり予算制をとっている。

1990年以前は、福祉サービスを「公的に供給」するシステムであったが、1990年のNHS・コミュニティケア法の改革によって、「公的に管理」するシステムとなった。つまり、慈善団体や営利法人などの民間の福祉サービス供給者を活用することによって、地方自治体は地域住民の代理人として福祉サービスを購入する役割をもつようになった。

日本と同様に医療と福祉の運営システムが分離している(NHSと地方自治体)ため、訪問看護やナーシングホームのサービスなどの医療と福祉の境界領域において連携が必要とされる。医療も福祉も税を中心とした財源であるため、NHSと地方自治体の財源を一本化、あるいは境界領域のサービスをどちらからでも購入できるようにすれば連携は可能になるが、十分に連携が進んでいるとは言い難い。

医療と福祉の境界としての高齢者介護の最も大きな問題点は、医療の範囲で供給されるサービスは原則として無料であるのに対して、福祉の範囲で供給されるサービスは所得資産に応じた費用負担が求められることである。イギリスでは高齢化の影響がそれほど深刻ではないこともあり、介護サービスの供給そのものに関する問題は生じていない。高齢者ケアの場合は、日本と同様に病院と老人ホームと在宅であるが、NHSの医療費の抑制のために、政府は高齢者を病院から老人ホームへ、そして在宅へと移行させようとしてきた。そのために高齢者の自己負担率が著しく増大している。

福祉サービスはニーズアセスメントによって供給されるが、その費用負担は高齢者の資

産や収入に応じて決定される。地方自治体はケアマネージャーが行ったアセスメントによって高齢者が利用するサービスを決定し、その後収入調査によりサービスの自己負担額を決定する。このように高齢者の介護ニーズと経済ニーズの分離が明確になっている。

老人ホームの自己負担に関しては、£16,000以上の資本や収入をもつ高齢者は全額自己負担、£10,000～16,000の資産をもつ者は一部自己負担、£10,000未満の者は全額補助である。収入調査は資産や貯蓄や収入の額を査定するものであり、それには疾病給付や障害年金、付添手当、移動手当、障害者生活手当、年金などが含まれる。資産に関しては、本人の保有する住宅が含まれるが、家族がそこに居住している場合は資産としてカウントされない。また高齢者は、地区当局の決定した老人ホームより高価な費用を必要とするホームを選択することができるが、その追加的な費用は自己負担となる。

収入調査は、在宅の場合でも施設に入所する場合でも同様であるが、在宅の場合、自宅が資産にカウントされないため資産が低くなり、高齢者の自己負担額は減少する。しかしその反面、地区当局は負担が大きくなり、在宅でのサービスを行うとするよりも、施設に入所させる方が、自宅を資産にカウントすることによって財政負担を減少させようとするインセンティブがあるという問題がある。

老人ホームには、ナーシングホームとレジデンシャルホームの2種類が存在する。レジデンシャルホームは介護施設であり、移動、着替え、排泄がある程度自力で可能な者、問題行動のある痴呆をもたない者を対象としている。施設のマンパワーとしては、看護婦を設置する必要はなく、介護職員が主なスタッフであるため、重度の要介護老人をケアするためのスタッフや設備が十分ではない。ナーシングホームは少なくとも1人のトレーニングされた看護婦が設置された施設であり、病院とレジデンシャルホームの中間に相当する状態の高齢者を対象としている。しかし病院における在院日数の短縮化、長期療養型老人病床の削減により、レジデンシャルホームの対象となる高齢者が増加しているため、高齢者のADLは施設間のばらつきが大きい。

在宅サービスに関しては、自宅において供給されるサービスとしてのホームヘルプ、ホームケア、作業療法、入浴サービス、訪問食事サービス、日中に自宅の外で供給されるサービスとしてデイセンター、ランチョンクラブ、介護者の休息のために供給されるサービスとして介護者が外出したり、休みを取ったり、病気になったりしたとき、レジデンシャルホームやナーシングホームなどで一時的にケアを行うショートステイなどがあり、サービス内容は日本とほとんど同じである。

## 5. イギリス（イングランド）の衛生行政システム

### (1) 衛生行政システムの歴史

#### ①黎明期における発展

1601年、エリザベス朝において、イギリス、そして世界で最初の社会保障制度である救貧法が制定された。その後、1834年に新救貧法が制定され、地域の救貧法保護委員会(Poor Law Board of Guardians)に、管理地域の地区医官と労役場の往診医を任命する権限を与えた。この当時は、公衆衛生や医療は救貧法の枠組みで実施されていたが、その内容は必ずしも十分ではなかった。

1848年8月、チャドウィックの努力により、世界最初の公衆衛生法(Public Health Act)

が成立し、衛生行政が救貧法の枠組みから独立した。そして中央に保健総局 (General Board of Health) が設立された。保健総局は、地方保健局 (Local Board of Health) を設置する権限が与えられた。また地方保健局は保健医官 (Medical Officer of Health) を任命する権限が与えられ、保健医官が設置され始めた。また 1871 年には保健医官の資格が制度化された。

1875 年、大公衆衛生法 (Great Public Health Act) が制定された。これによって、衛生行政の地方組織として、市部衛生地区 (Urban Sanitary District)、村部衛生地区 (Rural Sanitary District) が設置され、市部衛生地区は市会、地方局、あるいは改良委員会が衛生当局であり、村部衛生地区では救貧法委員会が衛生当局となった。そしてこれらの衛生地区には保健医官を設置することが義務づけられた。衛生地区は保健医官および衛生監視員 (sanitary inspector) を任命して伝染病予防に当たる義務を課せられ、また伝染病院を設け、上下水道の整備、汚物の処理、屠場の監督、食品監視、建築衛生、公園の設営等を行う権限を与えられた。

1888 年には、人口 5 万人以上の地区 (district) に公衆衛生学士 (Diploma in Public Health) を有する保健医官を設置することが義務づけられ、保健医官の質の確保が図られた。しかし当時は、多数の保健医官は救貧法医官を本務とする非常勤であった。

1888 年及び 1894 年の地方行政法の改正により、イギリスの地方制度は確立した。つまり、1888 年に県 (county) と人口 5 万以上の特別市 (county borough) が設置され、また 1894 年には市部衛生地区、村部衛生地区は、それぞれ市 (Urban District)、村 (Rural District) に改変され、それぞれ議会をもつことが認められ、公衆衛生、教育、交通などの行政を実施することとなった。このように、衛生地区は現在の地方自治体の原型であり、地方自治体は本来公衆衛生のために設置されたものであった。

1892 年に保健師 (health visitor) の養成が開始され、1898 年に乳児福祉センターの設置が開始され、1903 年、初めて常勤の保健師が任命された。彼らは子育てや衛生、栄養の考え方を家庭に紹介し、とくに母子保健の向上に大きな役割を果たしてきた。彼女らは地方自治体の職員であり、同じく地方自治体の職員であった保健医官とともに活動してきた。このように 20 世紀初頭から、これまでの環境衛生に加えて、母子保健などの対人保健サービスが実施されるようになった。

1919 年に保健省が設置され、様々な部局の管轄にあった衛生行政を一元的に所管する体制が整備された。これによって衛生行政が救貧行政から独立した。しかし地域レベルでは、救貧法保護委員会が、公衆衛生、教育などを所管する地方自治体とは独立に存続し、救貧行政を実施していた。

1929 年の地方自治体法 (Local Government Act) の改正によって、救貧法による病院、救護院、消毒所などの監督が、地方自治体に一元化された。これによって救貧法保護委員会が廃止され、救貧行政、つまり福祉行政は地方自治体 (LA) に移管された。

## ②NHS 発足による分断

1948 年から NHS が施行され、保健医療サービスの供給体制が大きく変化した (詳細は前述) が、LA は引き続き公衆衛生を所管し、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、その予算は NHS から配分される

ようになった。また LA は保健師 (health visitor) を設置することが義務づけられた。

1974 年の NHS 改革 (詳細は前述) によって、保健医療サービスと福祉サービス (社会サービス) との明確な境界が設定され、それぞれ NHS と LA が実施することになった。これによって、LA とは別に、NHS の地方組織として保健当局 (Health Authority) が設置された。そしてこれまで LA が所管していた全ての対人保健サービス (患者搬送、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でない人たちに対する在宅看護、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) は NHS の所管となり、保健医官、保健師 (health visitor)、地区看護師 (district nurse) も LA から NHS に移管された。保健師と地区看護師に関しては、保健当局に籍を置いているが、GP に「出向」し、GP とのチームでプライマリケアを実施することとなった。

LA は、福祉 (ソーシャルワーク、施設、在宅など) と環境衛生 (感染症対策など) を実施することとなった。LA の社会サービス部門は、NHS の保健当局との合同委員会を設置して保健医療と福祉の連携を図るものの、社会サービス (福祉、介護など) の責任をもっている。

保健医官は、これまで LA に所属して公衆衛生活動を実践してきたが、これ以降 NHS の保健当局に所属し (または他の組織と兼務し)、地域保健医 (community physician) となった。地域保健医に関しては、1968 年に発表された「医学教育に関する王立委員会報告 (トッド報告)」において、個人の健康問題ではなく、コミュニティ全体の健康問題を専門とする地域保健医の必要性が訴えられたことを受けて、1972 年に、王立内科医学会 (Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom) の一部門として地域医療部会 (Faculty of Community Medicine) が設置され、地域保健医の資格認定が開始された。

地域保健医の業務は、管轄地域の保健医療ニーズやサービスの分析、LA が実施する環境衛生、福祉、住宅、教育に対する専門的助言、関係機関との連絡調整、調査研究等、行政事務的なものが大半であり、地域に根ざした公衆衛生活動を実践する機会は少なかった。

1988 年、ドナルド・アチソン卿による報告書「Public Health in England」の中で、「community medicine という専門部会は public health medicine、その資格を有する者は public health physician と呼ばれるべきであり、またこの部門の顧問医 (Consultant) は public health medicine の顧問医として認知されるべきである」との提言がなされた。これを受けて、地域医療部会は公衆衛生医学部会 (Faculty of Public Health Medicine) に改称され、地域保健医は公衆衛生専門医 (Consultant in Public Health Medicine) と呼ばれるようになった。

### ③衛生行政システムの再構築

1974 年の NHS 改革以来、衛生行政は、NHS が所管する対人保健サービス (人間 (健康) への対応) と、LA が所管する対物保健サービス (環境への対応) に大きく分割されてしまった。

NHS では 1990 年代に 2 度の改革が実施されたが、衛生行政 (対人保健サービス) を保健当局が実施することに変わりはなかった。しかしこれらの改革は、主に医療に焦点を当て

ていたため、公衆衛生に関して議論されることはほとんどなかった。

そのような中で、1999年、国レベルの保健計画「Our Healthier Nation」が発表され、「治療よりも予防」の重要性が強調され、それとともに公衆衛生の重要性が再認識されるようになった。またこの計画では、公衆衛生における人材育成に関して、医師でない公衆衛生専門家を養成する必要性が言及された。

2002年のNHS改革において、保健当局が廃止され、PCTがNHSの第一線機関に位置づけられた。これに伴って、保健当局が所管してきた公衆衛生はPCTに引き継がれることとなった。この改革では、PCTの執行部の一部門として「公衆衛生部門」を設置することが義務づけられ、地域住民に対して、健康増進、疾病予防、健康の不平等の改善を目的としたあらゆる公衆衛生活動（健康教育、ヘルスプロモーション、地域開発、public health networkの構築、感染症対策、健康危機管理など）を実施することとなった。また政府州事務局とSHAにも公衆衛生部門を設置することが義務づけられ、州・地方レベルでの公衆衛生活動の推進・調整、PCTの公衆衛生活動の支援を実施することとなった。

さらにこの改革において、PCTの公衆衛生部門の責任者（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」を配置することが義務づけられた。また責任者だけでなく、公衆衛生部門のスタッフにも公衆衛生専門家を配置することが推奨されるようになった。これを受けて2003年に、公衆衛生医学部会は公衆衛生部会（Faculty of Public Health）に改称され、公衆衛生専門家（Consultant/Specialist in Public Health）の教育研修と資格認定が開始された。

一方、LAに関しては、感染症・食中毒の頻発を背景に、1984年の公衆衛生（疾病予防）法によって、LAは法定感染症の法的な責任機関として位置づけられ、感染症発生報告の受理や患者隔離などの権限をもつ「適格な医師」を設置することが義務づけられた。そして同時に、「適格な医師」としての感染症管理専門医の資格認定が始まった。しかしLA自身は医師を雇用していないため、「適格な医師」をNHSやHPAなどに所属する感染症管理専門医に委任しなければならないという状況になった。

その後、頻発する健康危機が問題となり、2002年に、健康危機管理対策の改革に関する報告書「Getting ahead of the curve」が発表された。この中で、現在の感染症・健康危機管理を所管する組織がPCT（公衆衛生部門）とLA（環境部門）に分断されていること、公衆衛生の責任機関であるPCTと法定感染症の責任機関であるLAだけでは、健康危機管理を円滑に推進することは困難であること、などが指摘され、健康危機管理を所管する新しい機関の必要性が言及された。これを受けて、2003年4月に健康危機管理庁（Health Protection Agency：HPA）が設立された。

これによって、現在の衛生行政は、「人間・健康」を所管するNHS（PCT）、「環境」を所管するLA、そして「健康危機」を所管するHPA、の3つの機関による役割分担と連携によって運営されている。

## （2）現在の衛生行政システムの概要

図1にイングランドの衛生行政システムの概要を示した。国レベルで衛生行政を司る省庁は保健省（Department of Health）であるが、地域レベルでは様々な機関が関与する複雑なものになっている。わが国の保健所の機能は、イギリスでは、①地方自治体（Local

Authority: LA)、②National Health Service (NHS)、③健康危機管理庁 (Health Protection Agency: HPA) の3つの機関によって分担されている。

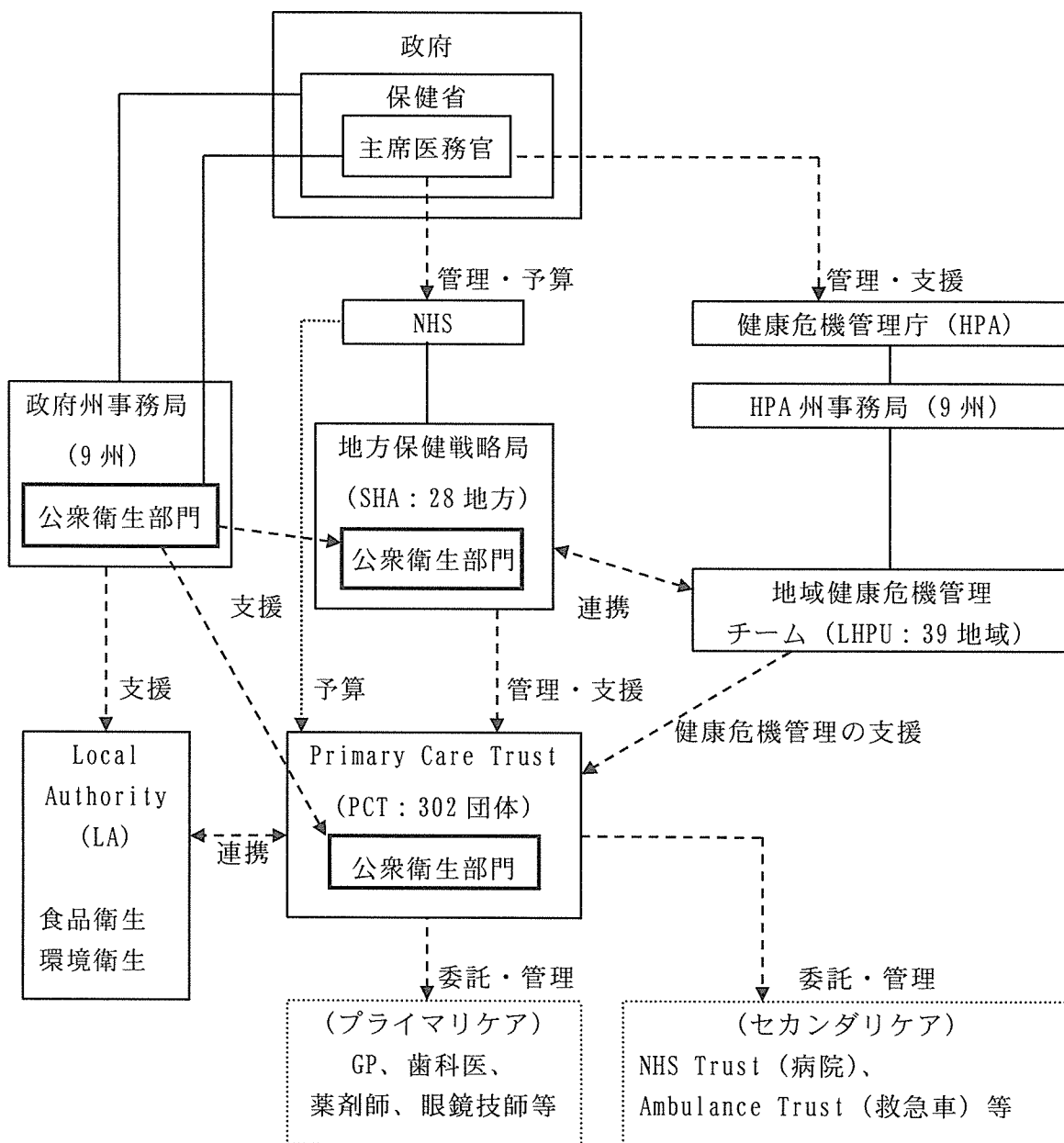


図1. イングランドの衛生行政システム

### (3) 保健省 (Department of Health)

国レベルで衛生行政を司る省庁は保健省 (Department of Health) である。保健省は1919年に設立されたが、その後1968年に社会保障省と統合され、1988年に再び分離・独立した。また省内の部局も頻繁に改編されるなど、弾力的な組織体制となっている。

組織は、大臣、事務次官、各部門の責任者で構成される。事務次官はNHSの最高責任者

である「NHS Chief Executive」を併任している。

公衆衛生を所管するのは、首席医務官（Chief Medical Officer：CMO）と呼ばれる医師である。彼は、Standards and Quality Group の責任者として、健康改善（たばこ、アルコール、薬物など）、健康危機管理（health protection）、感染症対策、医療安全、高度専門医療（遺伝子治療、臓器移植など）、保健医療サービスの質の管理などを担当する。

首席医務官以外に、専門的見地から政策立案に関与する技官として、Chief Nursing Officer（看護師）、Chief Dental Officer（歯科医師）、Chief Health Professions Officer（その他の保健医療専門職）、Chief Pharmaceutical Officer（薬剤師）、Chief Scientific Officer が設置されている。

#### （４）政府州事務局の公衆衛生部門（Regional Public Health Group）

中央政府はロンドンを含む 9 の州（Region）に州事務局（Regional Office）を設置しているが、NHS の 2002 年改革（Shifting the Balance of Power）において、その一部門として「公衆衛生部門」が設置された。この部門は、首席医務官の所掌事務を州レベルで推進・調整する役割をもつ。組織上は中央政府に所属しているが、首席医務官に対する説明責任もあり、二重に管理されることになっている。

主な業務は、public health network の構築を推進・調整すること、他の行政分野（教育、環境、住宅、交通など）と連携して州の健康問題に取り組むこと、NHS の地方組織（SHA、PCT など）を支援すること、などである。Regional Office は様々な行政分野で構成されているため、そこに公衆衛生の専門家を設置することによって、他の行政分野と連携した効果的な健康政策の開発・展開することを目指している。

組織は、Regional Director of Public Health を筆頭に、15～20 人で構成される。

#### （５）Local Authority（LA）

イングランドの地方自治体には、日本の県に相当する County、市町村に相当する Local Authority（LA）がある。LA は第一線の自治体として、教育、福祉、環境、住宅、交通などを所管する。

LA が所管する公衆衛生に関する業務は、食品衛生（飲食業者の監視・指導、食品サンプルの採取、食品に対する苦情処理など）と環境衛生（廃棄物、水道、建築衛生、検体採取、消毒・媒介動物の駆除など）である。感染症や食中毒の集団発生などの健康危機が発生した場合、これらの所掌事務の範囲で対応を行う。

Local Authority の食品衛生・環境衛生を担当する専門職は「Environmental Health Officer」である。Environmental Health Officer は、わが国の食品衛生監視員や環境衛生監視員に相当する専門職で、微生物や化学物質などに関する教育を受けているが、医師ではないため医学的知識は十分ではなく、NHS のサポートを必要とする。

しかしその一方で、1984 年の Public Health（Control of Diseases）Act、1988 年の Public Health（Infectious Diseases）Regulations において、LA は法定感染症の法的な責任機関として位置づけられ、感染症対策に関する「Proper Officer」を設置することが義務づけられた。Proper Officer は法定感染症の発生報告の受理、患者の隔離などを実施する権限をもっている。

上述したように、LAは古くから、感染症対策を中心とした公衆衛生を実施してきたが、1974年のNHS改革によって医師がNHSに移管されて以来、LAは医師を雇用することはなくなった。つまり、法律上は、LAは保健省から感染症対策を委任されているが、実際上は医師を設置していないため対策を実施できないため、Proper OfficerをNHSやHPAなどに所属する感染症管理専門医（Consultant in Communicable Disease Control：CCDC）に委任しなければならない、という複雑な形態になっている。そのためPublic Health Actの改正が予定されている。

#### （6）National Health Service（NHS）

NHSは保健省の直轄によって運営され、各地域には、県レベルに地方保健戦略局（Strategic Health Authority：SHA）が28（人口150～200万人を管轄）、市町村レベルにPrimary Care Trust（PCT）が302（人口7～30万人を管轄）、設置されている。

##### ①地方保健戦略局（SHA）

NHSの2002年改革（Shifting the Balance of Power）において、地方保健戦略局（SHA）を設置することが法律上義務づけられた。

SHAの所掌事務は、管轄地域の保健医療戦略の策定、PCTやNHS Trustのパフォーマンス管理（活動の支援や評価）、PCTとNHS Trustとの契約内容の承認、地域保健医療計画の策定の支援、保健医療情報システムの構築などである。基本的には管理業務が中心で、住民へのサービスの提供は行っていない。

組織の運営に関しては、最高責任者であるChief Executiveを設置すること、公衆衛生、パフォーマンス管理、財務、IT、計画策定などの部門とその責任者（director）を設置すること、組織の定員は75人とすること、最大400万ポンドの予算で運営すること、が法律上義務づけられている。部門の名称は、SHAによって若干異なっているのが現状であるが、所掌事務の内容はほぼ同じである。

資格要件としては、公衆衛生部門の責任者として医師を配置すること、任意の部門の責任者に看護師を配置することが法律上義務づけられており、それぞれの専門技術を活用して、パフォーマンス管理、保健医療戦略の策定、公衆衛生を実施する。

その他の部門の責任者や構成員の資格要件はないが、公衆衛生部門では公衆衛生専門家を責任者やスタッフとして配置することが推奨されている。

##### ②Primary Care Trust（PCT）

NHSの1998年改革（The new NHS）において、Primary Care Trust（PCT）を設置することが法律上義務づけられた。そして移行措置を経過した後、NHSの2002年改革（Shifting the Balance of Power）において、PCTは地域住民の健康改善、質の高いサービスの保証、保健医療福祉の統合に関する責任を有する第一線の保健衛生組織として明確に位置づけられた。なおPCTは、NHS Trustと同様に、NHSから独立した組織であり、NHSとの契約によって第一線機関に位置づけられていることに注意する必要がある。

主な業務は、管轄地域の保健医療サービスの予算を管理すること、プライマリケア・セカンダリケアの供給をGPやNHS Trustなどに委託すると同時に管理すること、地域保健医



療計画を策定・進行・評価すること、保健医療サービスの質を管理すること、福祉サービスに関して Local Authority と連携を図ること、などである。

PCT の最も重要な業務は、保健医療サービスの予算管理である。PCT 全体で NHS の総予算の約 75% を管理している。PCT は、プライマリケアとセカンダリケアの予算を NHS から直接配分され、地域住民に対して効率的なサービス供給を実施する責任をもっている。PCT は、配分された予算の範囲内で、GP や NHS Trust と、プライマリケアやセカンダリケアの内容や費用に関する契約を結び、報酬を支払う。

図 2 に PCT の組織体系を示した。

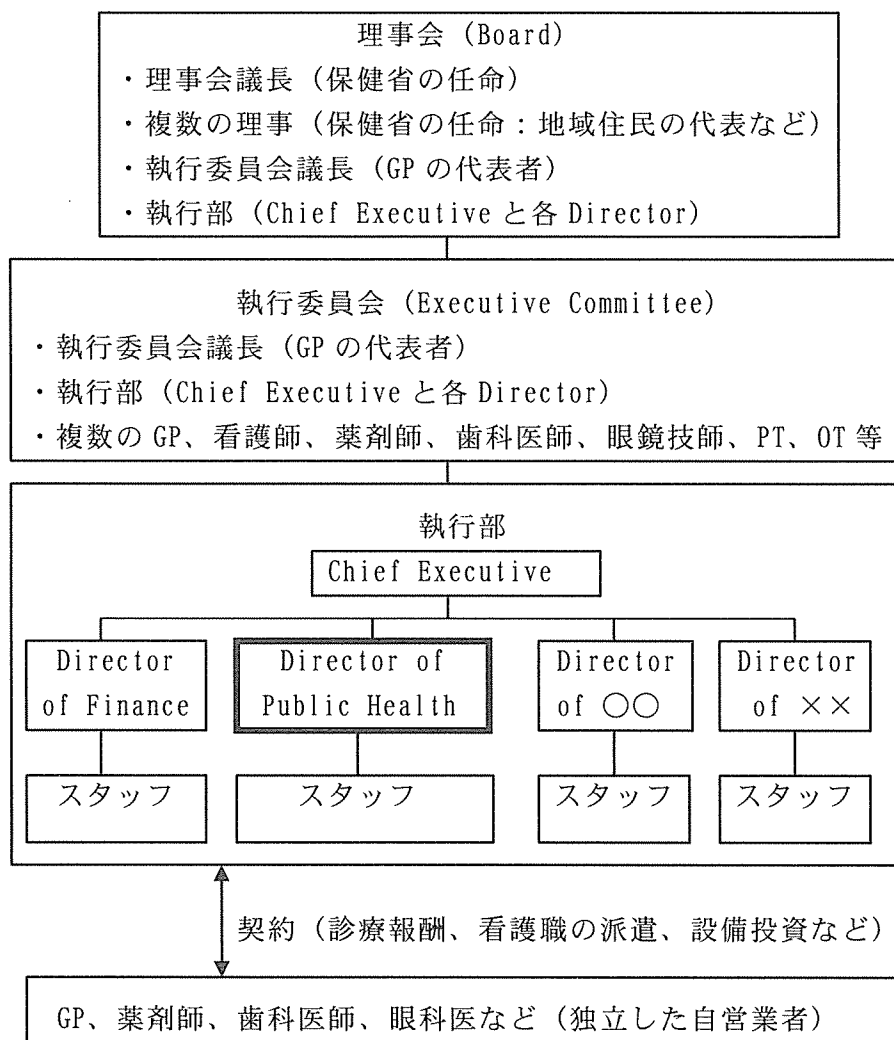


図 2. Primary Care Trust の組織体系

PCT の組織は、GP (平均 50 人)、歯科医師、薬剤師、眼鏡技師などのプライマリケア提供者と執行部で構成されるが、両者は「契約関係」で結ばれている。GP は原則として「独立した自営業者」であり、住民の登録は GP ごとに行われる。そして GP と執行部は予算配分や診療報酬などに関して契約し、GP がプライマリケアを供給し、執行部が GP の診療や経営を支援する。具体的には、GP の要請に応じて、訪問保健師 (health visitor)、地区

保健師 (district nurse)、学校保健師 (school nurse)、助産婦、事務職などの派遣や設備・機器の購入を行う。歯科医師、薬剤師、眼鏡技師なども、GPと同様に、PCTとの契約関係にある。しかし今後は、PCTがGPや歯科医師を雇用する形態も検討されている。

PCTには、理事会 (Board)、執行委員会 (Executive Committee) を設置することが法律上義務づけられている。理事会は、保健省に任命された Chairman と複数の non-executive (lay person であることが多い)、執行部の代表 (Chief Executive と複数の Director)、執行委員会の Chairman (GP の代表者であることが多い) で構成される。執行委員会には、少なくとも 1 人ずつの医師と看護師がメンバーに加わることが法律上義務づけられている。一般的には、Chairman、執行部の代表 (Chief Executive と複数の Director)、複数の GP、看護師、薬剤師、歯科医、眼鏡技師、PT、OT などで構成されている。

執行部の組織として、最高責任者である Chief Executive、財務責任者である Director of Finance を設置すること、そして「公衆衛生部門」を設置することが義務づけられている。公衆衛生部門は、Director of Public Health を筆頭としたチームで、健康増進、疾病予防、健康の不平等の改善を目的としたあらゆる公衆衛生活動 (健康教育、ヘルスプロモーション、地域開発、public health network の構築など) を実施することが義務づけられている。これによって PCT は、法律上、健康危機管理を所管する第一線機関として位置づけられることとなった。

さらに資格要件として、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」を配置することが義務づけられた。また責任者だけでなく、公衆衛生部門のスタッフにも公衆衛生専門家を配置することが推奨されるようになった。

## (7) Health Protection Agency (HPA)

### ①HPA の概要

2002 年に発表された、CMO の健康危機管理対策 (Health Protection) の改革に関する報告書「Getting ahead of the curve」に基づいて、2003 年 4 月に Health Protection Agency (健康危機管理庁) が設立された。これはいくつかの組織が統合されたもので、健康危機管理 (感染症・食中毒の集団発生、原子力・放射線・化学物質などによる健康被害、事故・自然災害・テロリズムなどによる健康被害などへの対応) に関する専門的サービスを実施する「政府から独立した団体」として位置づけられている。HPA 設立の背景には、Foot and mouth disease の蔓延、アメリカ同時多発テロなどの健康危機の頻発が挙げられる。

2004 年に HPA Act が制定され、健康危機管理に関して、保健省は政策立案 (責任者は CMO)、HPA はサービス提供を行う、という明確な役割分担が明文化された。さらに HPA は、NHS などの関係機関への支援や勧告を行うが、規制を行う権限はないことも明文化された。

なお放射線・原子力の管理・対策に関しては、HPA とは別の組織である国立放射線防護委員会 (National Radiological Protection Board) が責任機関となっていたが、2005 年から統合され、HPA が健康危機管理に関する包括的なサービスを提供することとなった。

HPA の所掌事務は、感染症・健康危機のサーベイランス (NHS、LA などから報告された情報の収集・分析など)、大規模な健康危機への直接的な対応、健康危機管理に関する関係機関 (SHA、PCT、LA、NHS Trust など) への支援 (指導、助言など)、衛生検査 (検体検

査、食品・飲料水検査)、医療関連施設における感染症対策、感染症情報の提供、研究開発(ワクチンなど)、教育研修などである。

HPAのスタッフは約3,000人で、医師(感染症管理専門医、公衆衛生専門医、微生物専門医など)、看護師、その他(統計学者、疫学者、情報専門家など)で構成される。HPAの収入は、政府からの補助金が約60%、その他(衛生検査、ワクチンなどの製品の販売など)が約40%である。

HPAの組織は、中央事務局、3のCentre、9のHPA州事務局(HPA Regional Office)、39の地域健康危機管理チーム(Local Health Protection Unit:LHPU)、26の衛生試験所(Food, Water and Environmental Microbiology Laboratory)で構成される。

中央事務局には、Chief Executiveと複数のDirectorを設置すること、執行部の上位に理事会(Board)を設置すること、理事会のメンバーは保健省に任命されたChairmanと複数のnon-executive、Chief Executiveと複数のDirectorとすることが法律上義務づけられている。法律上の資格要件はないが、初代のChief Executiveは医師である。

センターとして、Centre for Infections、Centre for Radiation, Chemical and Environmental Hazards、Centre for Emergency Preparedness and Responseが設置され、それぞれ健康危機管理に関する高度専門的なサービスを、国、州、地方に提供する役割をもつ。HPA Centre for Infectionsは、Colindaleを拠点として、感染症対策や衛生検査(特殊な検査を担当し、一般的な検査は衛生試験所が実施する)を担当し、感染症サーベイランスセンター(Communicable Disease Surveillance Center)の役割を担っている。HPA Centre for Radiation, Chemical and Environmental Hazardsは、Chiltonを拠点として、原子力、放射線、化学物質・毒物への対策を担当する。HPA Centre for Emergency Preparedness and Responseは、Porton Downを拠点として、事故・自然災害・テロなどの大規模な健康危機(major incident)への対応、健康危機管理計画(emergency planning)の策定とその支援、ワクチンなどの研究開発を担当する。

HPA Regional Officeは、人口600~1,200万人を管轄し、感染症・健康危機サーベイランス、LHPUへの支援・調整(健康危機管理計画の策定支援、研修など)、政府州事務局(特に公衆衛生部門)との連携などを担当する。政府州事務局には、農林水産、食肉・食品、環境衛生、公衆衛生などの部門が設置されており、州レベルでの健康危機管理を推進するためには連携が不可欠である。

Regional Officeのスタッフとして、Regional Epidemiologist(法律上の資格要件はないがほとんどが医師である)、微生物学者などが設置されている。またRegional Health Emergency Planning Adviserが設置され、管轄地域のLHPUやPCTに対して、地域健康危機管理計画の策定・推進の支援や研修の企画などを実施する。

## ②地域健康危機管理チーム(Local Health Protection Unit:LHPU)

LHPUは、人口100~150万人を管轄し、地域健康危機管理の第一線機関として、PCTやLAと協同して健康危機管理を推進する役割をもつ。健康危機管理の法律上の責任機関はPCTであり、LHPUはPCTを支援する役割をもつが、実際に健康危機が発生した場合には中心的な役割を果たす。また管轄地域には、複数のPCT、LA、病院が所在し、互いに連携して業務を実践している。

LHPU の組織は、責任者 (Director) を筆頭に、感染症管理専門医 (Consultant in Communicable Disease Control : CCDC)、感染症管理看護師 (Infection Control Nurse)、情報専門家など、約 10 名で構成される。責任者の資格要件は法律上明記されていないが、ほとんどが CCDC である。しかし今後は、PCT の公衆衛生部門の責任者と同様に、医師資格の有無に関わらず、十分に訓練された「健康危機管理専門家 (Specialist in Health Protection)」を責任者とする方向で検討されている。

CCDC は、1984 年の Public Health (Control of Diseases) Act、1988 年の Public Health (Infectious Diseases) Regulations で規定された、LA の感染症対策に関する「Proper Officer」の役割を担う専門医として、資格認定が開始された。当時は NHS に所属して LA における「Proper Officer」を兼務していたが、HPA の設立によって、多くの CCDC が HPA に移管された。しかし以前と同様に、Proper Officer との兼務が継続しているため、LHPU の CCDC (責任者、スタッフ) は、Proper Officer として法定感染症の発生報告の受理、患者の隔離などを実施し、CCDC として感染症を含む健康危機管理を実施する、という二重の役割を担うこととなった。CCDC は、實際上、LHPU を本務、LA (Proper Officer) を兼務として円滑に機能しているが、法律上は、本務では権限をもたず、兼務で権限を有しているというあいまいな位置づけになっている。今後は、Public Health Act などの法改正によって、CCDC の位置づけに関して明確にすることが検討されている。

訪問調査を実施した South West London の LHPU は、人口約 130 万人を管轄し、管轄地域に 5 の PCT、6 の LA (特別区)、5 の病院がある。またこの LHPU は PCT の公衆衛生部門と同じ建物の同じフロアに設置され、また機の配置なども混合しているため、組織体系上は別の組織であるが、共同で業務を行うことが容易である。

LHPU の業務は日常業務 (reactive work) と企画業務 (strategic work) に分類される。日常業務は、感染症などの健康危機発生への対応 (on call) が主であり、その他に疫学調査、予防接種などが挙げられる。on call は、GP、病院、福祉施設などから、電話や電子メールを通じて報告される。LHPU は随時それに対応するとともに、事例検討会で対応を協議する。主な発生報告は、Meningitis、結核、肝炎 (B 型、C 型)、食中毒、法定感染症、MRSA などである。LHPU が対応する健康危機は感染症がほとんどであるが、化学物質や原子力による健康危機にも対応しなければならない。

企画業務は、PCT (Director of Public Health) や LA (Environmental Health Officer) などとの連携と支援 (研修などの実施)、その他の関係機関 (水道会社、環境関係事業者など) との連携、on call データの収集・分析・報告、疫学・フィールド調査、サーベイランス、感染症対策のガイドライン (保育園などの施設における感染症の集団発生、刺青による感染症、高齢者福祉施設での疥癬など) の作成などである。ガイドラインは、保健省が作成したものを地域の実情に応じて改変したものが多い。

## 6. 健康危機管理システム

### (1) 地域における健康危機管理の基本的な考え方

図 3 にイングランドの地域健康危機管理システムの概要を示した。