

③食中毒への対応の実際

地域レベルでの対応は、他の感染症と同様に、上述した地域健康危機管理システムの枠組みで実施される。具体的には PCT が患者の診断・治療など、LA が食品サンプルの採取や消毒など、そして LHPU が疫学調査や技術支援などを実施する。

食品検査に関しては、LA によって食品サンプルが採取され、それが HPA の衛生試験所 (Food, Water and Environmental Microbiology Laboratory) に搬送され、検査が実施される。なお特殊な検査が必要な場合は、Centre for Infections に転送され、そこで検査を実施する。

国レベルの機関の連携としては、HPA が食中毒に関する専門的助言 (微生物学、疫学) や食中毒発生の情報を提供し、Food Standards Agency がそれらの助言や情報をもとに食中毒対策を立案する、という役割分担になっている。

7. 精神疾患患者への対応システム

精神疾患患者の保護・措置入院を含む精神保健を所管するのは、国レベルでは保健省の Public involvement, Nursing, Mental health, Disability and Allied health professions directorate で、その責任者は Chief Nursing Officer である。また精神保健全般の担当者は National Director for Mental Health、精神疾患患者の保護・措置入院の担当者は Mental Health Legislation 部門の Lead である。役職の資格要件に関しては、Chief Nursing Officer 以外は法律上も実際上も明示されていない。

精神疾患患者の保護・措置入院は 1983 年に制定された Mental Health Act に基づいて実施されている。措置入院の正式な手続きとしては、Approved Social Worker または近親によって申請の後、2 人の qualified medical practitioner による判定によって、入院措置が施行される。ただし緊急の場合はこの限りではない。

Approved Social Worker は Local Authority に所属するソーシャルワーカーである。また qualified medical practitioner は、Mental Health Act に基づいて、PCT の GP が任命される。

措置入院後は、Mental Health Review Tribunal が患者の入院継続の必要性を定期的に判定する。また Mental Health Act Commission は入院した患者を訪問し、ケアなどに関する苦情の調査、Second Opinion Appointed Doctor のサービスの提供などを実施する。Second Opinion Appointed Doctor は、Mental Health Act に基づいて、精神疾患患者の入院医療が適切かどうかを第三者として判定する役割をもち、不適切な場合は治療方針などに関して担当医と調整を行う。

Mental Health Act は、精神疾患患者の人権の保障やサービスの改善などを目指して改正することになっているが、具体的な内容についてはまだ明らかにされておらず、今後の動向を把握する必要がある。

8. 保健医療計画の策定・進行管理・評価システム

(1) 国レベルの最初の保健計画 (The Health of the Nation)

NHS 改革直後の 1992 年、保守党サッチャー政権は、「The Health of the Nation」という題名の白書を発行し、2000 年を目標年度とした国家としての保健計画を打ち立てた。この計画の中では、疾病予防とヘルスプロモーションを強調していること、計画推進の責任機関として大臣官房を設置し、NHS、保健専門職、LA、ボランティア団体、事業主と被用者、メディアなどと協同して実施すること、計画の評価と改訂を随時行うこと、などが強調された。

計画策定は、5つの主要領域の選択(冠動脈性心疾患及び脳卒中、がん、精神疾患、HIV/AIDS 及び STD、事故)、領域ごとの目的と目標(数値目標)の設定、目標達成のための具体的な戦略の設定、戦略を実施する主体の設定、評価と改訂の枠組みの設定、の流れで実施された。

以下に、各領域の目的、目標及び戦略を示す。

①冠動脈性心疾患及び脳卒中

(目的)

- ・冠動脈性心疾患、脳卒中による障害及び死亡の低下
- ・冠動脈性心疾患、脳卒中に関連するリスクファクターの減少

(目標)

- ・65歳未満の冠動脈性心疾患、脳卒中の死亡率を、2000年までに、少なくとも40%減少(冠動脈性心疾患については人口10万対58(1990年)から人口10万対35以下に減少、脳卒中については人口10万対12.5(1990年)から人口10万対7.5以下に減少)
- ・65~74歳の冠動脈性心疾患の死亡率を、2000年までに、少なくとも30%減少(人口10万対899(1990年)から人口10万対629以下に減少)
- ・65~74歳の脳卒中の死亡率を、2000年までに、少なくとも30%減少(人口10万対265(1990年)から人口10万対159以下に減少)

(戦略)

- ・喫煙については、16歳以上の喫煙率を、2000年までに、20%以下に減少
- ・食事・栄養については、全摂取エネルギーに占める飽和脂肪酸からの摂取エネルギーの割合を、2005年までに、少なくとも35%減少(17%(1990年)から11%以下に減少)
- ・食事・栄養については、全摂取エネルギーに占める全脂肪からの摂取エネルギーの割合を、2005年までに、少なくとも12%減少(40%(1990年)から35%以下に減少)
- ・肥満については、16歳から64歳の肥満の割合を、2005年までに、少なくとも男性は25%、女性は33%減少(男子8%、女子12%(1986年)から男子6%、女子8%以下に減少)
- ・血圧については、2005年までに、成人の平均血圧を少なくとも5mmHg減少
- ・アルコールについては、2005年までに、男性の週21単位以上の飲酒人口を28%(1990年)から18%に、女性の週14単位以上の飲酒人口を11%(1990年)から7%に減少(1単位はワイン一杯分に相当)

②がん

(目的)

- ・乳がん及び子宮頸がんによる障害及び死亡の減少
- ・皮膚がんによる障害及び死亡の減少（紫外線の皮膚への過剰暴露を回避する必要性の理解の向上による）
- ・肺がんによる障害及び死亡の減少（喫煙及びたばこ消費の減少による）

(目標)

- ・乳がんについては、50～64歳のスクリーニング対象全女性の乳がんの死亡率を、2000年までに、少なくとも25%減少（人口10万対95.1（1991年）から人口10万対71.3以下に減少）
- ・子宮頸がんについては、浸潤性子宮頸がんの発生率を、2000年までに、少なくとも20%減少（人口10万対15（1986年）から人口10万対12以下に減少）
- ・皮膚がんについては、2005年までに、発生の増加傾向を停止
- ・肺がんについては、肺がんの死亡率を、2010年までに、75歳以下の男性は少なくとも30%減少、75歳以下の女性は少なくとも15%減少（男性は人口10万対60、女性は人口10万対24.1（1990年）から、男性は人口10万対42、女性は人口10万対20.5以下に減少）

(戦略)

- ・喫煙については、2000年までに、16歳以上の喫煙率を20%以下に減少
- ・喫煙については、2000年までに、女子の喫煙者の少なくとも3人に1人が妊娠開始時に禁煙する
- ・喫煙については、2000年までに、紙巻きたばこ消費量を少なくとも40%減少（紙巻きたばこ生産980億本（1990年）から590億本に減少）
- ・喫煙については、1994年までに、11歳から15歳の喫煙率を少なくとも33%減少（約8%（1988年）から6%以下に減少）

③精神疾患

(目的)

- ・精神疾患による障害及び死亡の減少

(目標)

- ・精神障害者の健康及び社会的機能を顕著に改善（データ不足のため、現時点では量的目標の設定は不適當であるが、1995年までに定量的目標に差し替える）
- ・全自殺率を、2000年までに、少なくとも15%減少（人口10万対11.1（1990年）から人口10万対9.4以下に減少）
- ・重度精神障害者の自殺率を、2000年までに、少なくとも33%減少（人口10万対15（1986年）から人口10万対10以下に減少）

(戦略)

- ・情報、理解の向上については、全国・地域データの広範な収集、評価手続きの標準化及び医療監査の実施
- ・総合的な地域サービスの開発については、継続的な保健福祉サービスの提供を保障す

る地域レベルでの共同計画及び共同ケア・サービスの導入

- ・良好なサービス提供のための一層の開発については、良好なサービス提供のための教育訓練、基準、手順の実施

④HIV/AIDS 及び STD

(目的)

- ・ HIV 感染発生の減少
- ・ 性行為感染症 (STD) 発生の減少
- ・ モニタリングサーベイランスの強化
- ・ HIV 及び STD の診断治療のための効果的なサービス提供
- ・ 望まない妊娠の減少
- ・ 希望者に対する効果的家族計画サービスの提供

(目標)

- ・ 15～64 歳の淋病の発生率を、1995 年までに、少なくとも 20% 減少 (新規患者を人口 10 万対 61 (1990 年) から人口 10 万対 49 以下に減少)

(注) 淋病は HIV 蔓延に影響を与える性行動の変化に対する早期指標として HIV よりも有効である (HIV は感染後兆候発生までのタイムラグが大きいため、指標としては不適切である)

- ・ 16 歳以下の妊娠率を、1995 年までに、50% 減少 (13～15 歳の女子人口千対 9.5 (1989 年) から 4.8 以下に減少)

(戦略)

- ・ 注射器の共用を報告した薬物乱用者の割合を 1997 年までに半減させ、2000 年までに更に半減させる (20% (1990 年) から 10% (1997 年)、5% (2000 年) に減少)

⑤事故

(目的)

- ・ 事故による障害、死亡の減少

(目標)

- ・ 15 歳未満の児童の事故による死亡率を、2000 年までに、少なくとも 33% 減少 (人口 10 万対 6.7 (1990 年) から人口 10 万対 4.5 以下に減少)
- ・ 15～24 歳の青少年の事故による死亡率を、2005 年までに、少なくとも 25% 減少 (人口 10 万対 23.2 (1990 年) から人口 10 万対 17.4 以下に減少)
- ・ 65 歳以上の高齢者の事故による死亡率を、2005 年までに、少なくとも 33% 減少 (人口 10 万対 56.7 (1990 年) から人口 10 万対 38 以下に減少)

(戦略)

- ・ 事故予防関連各機関の連携強化
- ・ 公衆衛生問題としての事故予防の推進
- ・ 良質の情報提供
- ・ 事故タイプ別の行動指針
- ・ 弱者グループに関連した行動指針

5つの領域のうち、冠動脈性心疾患及び脳卒中、がん、HIV/AIDS 及び STD は戦略のレベルまで量的指標が定められ、目標達成年における評価を可能にしている。しかし、がんのうちの乳がん、子宮頸がん、皮膚がん、精神疾患、事故に関しては戦略の具体的な目標値が設定されていない。

(2) 国レベルの改定された保健計画 (Our Healthier Nation)

1998年、労働党ブレア政権は「The Health of the Nation」を改訂するために、「私たちのより健康な国家—健康のための契約 (Our Healthier Nation: A Contract for Health)」と題した「緑書」を発行した。ちなみにイギリスにおいては、制度の変更などに関して、まずその改革案である「緑書」が公表され、広く意見が求められ、それらを取り入れたあとの原案が「白書」として公表され、法案化される。したがって、「私たちのより健康な国家—健康のための契約」は政府案として確定されたものではないことに注意する必要がある。

「私たちのより健康な国家—健康のための契約」は、国民の健康寿命を延長すること、社会階層間の健康の格差を縮小すること、を目的としている。また、行動主体をより明確にするために、①学校における子供の健康、②職場における成人の健康、③地域における高齢者の健康、の3つの行動の場面を設定し、それぞれの場面における行動主体（政府、学校、学生、事業主、被用者、地区当局）の行動戦略を示している。また、前回の計画の領域は5つであったが、今回はそのうちの4つを優先させることとし、以下のように2010年までの目標値を「提案」した。

- ・冠動脈性心疾患及び脳卒中…65歳未満の死亡率を少なくとも3分の1減少
- ・事故…不慮の事故の発生率を少なくとも5分の1減少
- ・がん…65歳未満の死亡率を少なくとも5分の1減少
- ・精神疾患…自殺率を少なくとも6分の1減少

また、これらの領域における戦略として、政府、地区当局、地域住民のそれぞれの行動主体に対して、社会経済、環境、ライフスタイル、サービスの側面における行動戦略を示している。

そして1999年、The Health of the Nationの改訂版として「Our Healthier Nation」が策定された。この計画は、国民の健康寿命の延長、健康の不平等（社会階層間、地域間）の改善を目的として、首相を最高責任者として、様々な部門の連携のもとで実施されている。保健省の役割はOur Healthier Nationの事務局であり、CMOが所管している。

Our Healthier Nationでは、2010年を目標年度として、以下の4つの主要領域と目標値が設定された。

- ・がん…75歳未満の死亡率を少なくとも5分の1減少
- ・心疾患及び脳卒中…75歳未満の死亡率を少なくとも5分の2減少
- ・事故…死亡率を少なくとも5分の1、重傷の発生率を少なくとも10分の1減少
- ・精神保健…自殺、傷害による死亡率を少なくとも5分の1減少

そして各領域について、社会経済、環境、保健行動、サービスの側面で、国民、地域、政府のそれぞれが実施すべき行動指針を示した。

Our Healthier Nationに基づく地域での実践活動としては、「Health Action Zone」と「Healthy Living Centre」の設立が挙げられる。Health Action Zoneは、特定の健康問題（例えば、肺がん死亡率が高いなど）を有する、複数のLAで構成されるZoneを設定し、健康問題の改善のための活動に対して重点的に予算を配分するモデル事業である。2000年現在で26のZoneが設定され、各ZoneではPCT、NHS Trust、LA、企業、ボランティア団体などの関係団体が連携して活動している。

Healthy Living Centreは、Our Healthier Nationを地方レベルで推進していくための拠点として、2003年現在で約300設立されている。New Opportunities Fund（宝くじ）によって運営され、PCT、NHS Trust、LA、企業、ボランティア団体などの関係団体の連携のもとで、禁煙クリニック、運動施設などの独自の活動を行っている。

（3）Healthy Schools Programmes（健康学校プログラム）

Our Healthier Nationに関連するプログラムとして、教育省（Department for Education and Skills）と保健省（Department of Health）との共同で健康学校プログラムが実施されている。これは、全ての学校が「より健康的な学校」になること、つまり生徒たちが自らの力で健康を達成できるように効果的な支援を実践できる学校になることを目的としている。またこれは、生徒の健康状態と学力には密接な関係がある、というエビデンスに基づいて、両者をともに向上させることを目指した包括的なプログラムである。

地域レベルでの健康学校プログラムの実施主体は教育行政を所管する市町村である。市町村は、学校レベルでの個別計画の策定を支援すると同時に、個別計画を統合した「地域健康学校プログラム」を策定する。地域健康学校プログラムは、国によって認可された後に、配分された予算にしたがって実施される。現在はプログラムの策定・認可を推進している段階で、2006年までに全市町村がプログラムを策定・認可することを目指している。

国は地域健康学校プログラムの質を保証するために、National Healthy School Standard（NHSS）を設定し、それに基づいて各市町村のプログラムを査定する。具体的には、教育と保健との連携、学校職員・若者（生徒）・地域団体などの計画策定への参加、各学校の個別計画の策定・実施・評価への効果的・具体的な支援、モニタリング・評価システムの構築、公平性の問題の解決、学校間の情報交換などが挙げられる。

学校レベルでの個別計画は以下のプロセスで推進される。

- ①各学校は、市町村に設置されたコーディネーターに接触し、個別計画の策定に関する助言や指導を受ける。
- ②親、生徒、教師、学校管理者、地域の関係者などをメンバーとした個別計画策定委員会を設置する。

③取り組むべき重点領域を設定する。NHSS が設定している重点領域は、Personal, Social and Health Education（具体的な内容は不明だが、カリキュラムとして全学校に義務づけられている科目）、Citizenship（市民教育）、薬物・たばこ・アルコール、こころの健康（いじめを含む）、食生活（栄養、食品安全など）、運動、安全（救急処置、交通安全など）、性・異性関係（避妊、STD、恋愛など）である。ただし各学校は、全領域を同時に実施するのではなく、それぞれの特性や実情に応じて優先順位を設定し、優先領域から順次実施していく。また重点領域の設定にあたっては、公平性（全生徒が活動に参加できること）、国や市町村の保健計画との整合性、そして NHSS を考慮に入れなければならない。

④各重点領域の具体的な行動目標と行動計画を策定する。その際「全校的アプローチ（whole school approach）」を考慮しなければならない。具体的には、生徒の意見を反映すること、科学・文学・芸術などの科目に健康教育の視点を取り入れること、様々な教育技法（ディベート、ロールプレイ、ピアエデュケーションなど）を利用すること、学校環境を改善すること、研修などによって教師の教育技術を向上させること、親や地域社会との協働を推進すること、などが挙げられる。

⑤計画が認可された後、モニタリングと評価を継続的に実施しながらプログラムを推進する。特に、生徒の知識や態度の向上などの目標を達成できた場合、その成功を祝うイベント（地方紙へのプレスリリース、表彰式、賞品の授与など）を実施することが推奨されている。生徒、教師、そして地域住民がプログラムの成功を認識することは活動へのモチベーションを高めるための重要な要素となる。

イギリスの健康学校プログラムは、教育を司る省庁と健康を司る省庁がともに生徒の健康の重要性を認識したことによって成立したものである。わが国ではそのようなことは遠い将来のことかもしれないが、このプログラムの今後の動向を把握し、その長所や短所を分析することによって、わが国の学校保健にとって有用な情報が得られると考えられる。

（４）国レベルの医療計画（NHS Plan）

NHS Plan は 2000 年に策定され、NHS 全体の保健医療サービス供給体制の整備、サービス供給量の適正化、質の高いサービスなどを目標とした 10 年計画である。これに基づいて、SHA、PCT はそれぞれの地域における医療計画を策定することが義務づけられている。

Our Healthier Nation と NHS Plan との違いは、前者は保健部門だけでなく、教育部門、環境部門なども含めた「総合計画」であり、後者は NHS に限定された計画であるという点である。したがって Our Healthier Nation の責任者は首相であり、保健省は事務局に過ぎないが、NHS Plan の責任者は保健省の NHS Chief Executive（保健省の事務次官）である。

（５）地域レベルの保健医療計画

地域レベルの保健医療計画として「Health Improvement and Modernisation Programme（以下、HIMP とする）」の策定が義務づけられている。HIMP はもともと Our Healthier Nation

の地方計画として、1999年から策定が開始されたが、2000年に策定された NHS Plan の地方計画の内容も含まれるようになった。したがって国レベルでは、保健計画と医療計画が別々に策定されているが、地域レベルでは保健医療計画として統合されている。

HIMP は、地域住民のニーズに適合した保健医療サービスを提供するための3年間の計画で、その策定・推進・評価の責任者は PCT である。そして保健省が示した優先領域（現在は、喫煙、薬物濫用、未成年の妊娠、がん、心疾患、waiting list、プライマリ・ケアの近代化、精神保健、高齢者ケア、小児ケア、サービスの質の改善、人材開発、IT）を中心に、地域ごとの行動戦略を策定することになっている。また NHS Plan の地方計画として、NHS Trust との契約や PCT の設備投資などの内容も含まれている。

HIMP の実態としては NHS Plan の地方計画としての色彩が濃いため、2003年から開始される計画改定の際には「Local Delivery Plan」という名称に変更され、Our Healthier Nation の地方計画としての位置づけがあいまいになっている。これは、HIMP の進行管理の責任をもつ PCT が、NHS 組織以外の関係機関（LA、企業、ボランティア団体など）との調整を行うのが実質上困難であることが考えられる。このような動きによって、Our Healthier Nation の地方計画である HIMP が形骸化し、地域レベルでの保健計画の推進が阻害される可能性がある。

（6）Health Development Agency

Our Healthier Nation に基づいて、2000年に、NHS 組織として「Health Development Agency」が設立された。組織の目的は、Our Healthier Nation の推進、特に健康の不平等の改善を支援することである。

具体的な活動内容は、地域保健活動やヘルスプロモーション活動などの、主に「予防サービス」に関するエビデンスの収集・整理・評価、活動ガイドラインの作成、関係機関への支援、Our Healthier Nation の WEB の管理などである。

Health Development Agency は本部と9の州支部（Regional Development Agency）で構成される。本部は Chief Executive と複数の Director（Strategy、Finance、Development、Research & Information）で構成される。役職の資格要件は法律上明記されていない。

州支部は2～3人のスタッフで構成され、その資格要件は法律上明記されていない。州支部のスタッフは、NHS 組織（SHA、PCT、NHS Trust など）や大学などに所属し、併任となっていることが多い。

（7）Public Health Observatory

Our Healthier Nation に基づいて、2000年に「Public Health Observatory」が設立された。組織の目的は、州レベルの公衆衛生情報（感染症なども含む）の収集・分析・モニタリング・提供を行うことである。

Public Health Observatory は各州に1つ設置され、政府州事務局の公衆衛生部門の責任者である Regional Director of Public Health（RDPH）によって統括されている。スタッフは各州約10人で、その資格要件は法律上明記されていない。またスタッフは RDPH と別の組織（NHS 組織、大学など）に所属し、併任となっていることが多い。

(8) SHA、PCT の役割

PCT は、地域レベルの保健医療計画（HIMP）の策定・推進・評価の責任者である。計画策定を担当する部門は PCT によって異なるが、上述したように、HIMP が NHS Plan の地方計画としての性格を強く帯びるようになってきているため、Director of Public Health よりもむしろサービス管理部門や計画策定部門が担当していることが多い。これらの部門の Director の資格要件は法律上明記されていないが、管理業務を専門とする事務職が多い。

SHA は HIMP の策定・推進・評価における PCT への支援を行う。担当者は Director of Planning で、管理業務を専門とする事務職が多い。

9. 保健医療サービスの質の保証

(1) 保健医療サービスの質の保証の概要

NHS は保健医療サービスの質の基準として「National Service Framework」を設定している。これは、特定の疾患や対象者に対する保健医療サービス（予防、診断、治療）に関する基準（例えば、心筋梗塞が発生した場合、60 分以内に専門医の治療が受けられる、など）と、その基準を達成するための具体的なサービスモデルを提示したものである。そして全ての NHS 組織（SHA、PCT、NHS Trust など）は National Service Framework に基づいてサービスを提供することが義務づけられている。

National Service Framework の推進の責任者は NHS Chief Executive（保健省の事務次官）である。現在のところ、精神保健、心疾患、がん、高齢者に関する National Service Framework が設定されている。

また保健医療サービスの質の保証する活動として「clinical governance」が実施されている。1999 年の Health Act に基づいて、全ての NHS 組織（SHA、PCT、NHS Trust など）はサービスの質を改善・保証する義務があること、そのための活動として clinical governance を実施することが義務づけられている。clinical governance の推進の国の責任者は CMO である。

clinical governance の具体的な内容は、患者の視点からの評価（苦情への対応、満足度の向上など）、リスクマネジメント、スタッフの能力の向上、診療内容の監査などであり、組織内外の委員で構成されるチームによって実施されている。

(2) National Institute for Clinical Excellence

1999 年に NHS 組織として「National Institute for Clinical Excellence (NICE)」が設立された。組織の目的は、NHS、患者、医療従事者に対して、「最善」の診療行為のガイドラインを提供することである。

業務内容は、EBM の視点から、薬剤、診断技術、処置、予防などの新しい医療技術に関する、効果と効率の評価を行うことであり、具体的には、文献レビュー、評価委員会による検討、ガイドラインの作成を実施している。National Service Framework は NICE が提示したガイドラインに基づいて設定されている。

(3) Commision for Health Improvement

1999 年の Health Act に基づいて、2000 年に、保健省から独立した組織として、「Commision

for Health Improvement（以下、CHI とする）」が設立された。組織の目的は、NHS 全体の保健医療サービスの質の向上である。NHS を監視する役割を担っているため、保健省や NHS から独立した組織として位置づけられているが、CMO と首相に対する説明責任を有する。

業務内容は「clinical governance review」である。これは、全ての NHS 組織が実施している clinical governance を評価・監査する活動で、NHS 組織が National Service Framework や NICE のガイドラインに適合したサービスを提供しているかどうかを評価・監査する。また「患者の視点」からの評価にも重点を置いている。

各 NHS 組織の clinical governance review は 4 年おきに実施される。具体的な流れとしては、評価対象組織に関する資料・データ（患者や関係者の意見なども含む）の収集と分析、CHI review team による訪問調査、報告書の作成の順で、全部で 17 週間を要する。

CHI review team は、医師、看護師、その他の専門職、NHS 管理職、一般住民などで構成される。チームリーダーや構成員の資格要件は法律上明記されていないが、診療部門の評価、管理部門の評価、そして患者の視点からの評価ができるように、幅広い職種で構成されるように努めている。

CHI の改善勧告を受けた NHS 組織は、改善のための行動計画を策定・推進することが義務づけられている。また clinical governance review の結果は star rating system（NHS 組織の格付け）に活用され、国民に公表される。star は PCT が NHS Trust と契約する際に利用される。

（４）NHS 組織（SHA、PCT、NHS Trust など）の役割

SHA は、自分自身の clinical governance を実施すること、管轄地域の PCT や NHS Trust などの NHS 組織の clinical governance を支援することが義務づけられている。特に CHI の改善勧告を受けた NHS 組織を監視する役割をもつ。

SHA の clinical governance は組織内外の委員で構成されるチームによって実施されるが、責任者として、公衆衛生部門やパフォーマンス管理部門などに「Clinical Governance Lead」が設置されている。その資格要件は法律上明示されていないが、医師、看護師などの clinical background が要求されることが多い。

PCT や NHS Trust などの NHS 組織は clinical governance を実施することが義務づけられている。clinical governance は組織内外の委員で構成されるチームによって実施されるが、責任者として Clinical Governance Lead が設置されている。その資格要件は法律上明示されていないが、医師、看護師などの clinical background が要求されることが多い。

また 2001 年の Health and Social Care Act に基づいて、全ての NHS 組織は、サービスの計画・実施において患者や地域住民の参画を推進することが義務づけられ、患者の視点からサービスの質を改善することが義務づけられた。具体的には、患者や住民からの不満や苦情への対応、患者・家族などへの情報提供などの、患者の満足度を向上させるサービスを提供している。また NHS に対する不満や苦情に対応し、患者・住民の視点から NHS を改善することを目的として、2003 年 1 月、NHS や保健省から独立した組織として、Commission for Patient and Public Involvement in Health が設立された。

第2部 イギリスの公衆衛生専門医（専門家）の養成システム

1. 一般教育制度

(1) 大学入学までの教育の流れ

イギリスでは、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドがそれぞれ別の教育担当省を設けて教育を行っている。イングランドとウェールズの義務教育（初等教育、中等教育）は5～16歳であるが、公立学校と私立学校では学年区分が異なる。公立学校の場合、初等教育は5～10歳、中等教育は11～16歳である。私立学校は「Independent School」と呼ばれ、歴代王室、貴族階級の子弟が通うEaton School、Harrow Schoolを代表とする「Public School」もその一つである。ただしPublic Schoolは、男子校で13～18歳、女子校で11～18歳を対象としているため、初等教育は、5～13歳までの一貫教育、Public Schoolのジュニア部、低学年のみ、または高学年のみの数年間など、多種多様である。

イギリスの初等、中等、高等学校には「卒業」はなく、その代わりに各レベルの修了時に全国統一試験を受験し、それに合格することが事実上の卒業に相当する。義務教育（初等・中等教育）の修了試験はGCSE（General Certificate of Secondary Education）と呼ばれる。公立・私立ともに、14歳からGCSEに向けた2年間のカリキュラムに沿って学習し、通常16歳で受験する。

さらなる高等教育を希望する者は、日本の高等学校に相当する「6th Form」と呼ばれる2年間の教育プログラムを受講する。これは公立・私立に共通する課程で、17歳（1年目の修了時）でGCE-AS Level（General Certificate of Education - Advanced Subsidiary Level）の全国統一試験、18歳（2年目の修了時）でGCE-A Level（General Certificate of Education - Advanced Level）の全国統一試験をそれぞれ受験するのが一般的である。A Levelは大学入学のために必須の試験であり、希望する大学の学部の入学条件を念頭においてA Levelの科目選択を行う。なおA Levelの内容は、日本の大学の教養課程と同等である。

(2) 大学・大学院教育の流れ

イギリスの大学は、唯一の私立大学であるUniversity of Buckinghamを除いて全て公立である。教育課程には、学士課程と大学院課程の2つの課程がある。学士課程の教育年限は通常3年間（医学部の場合5年間）で、学士（Bachelor of Science: BSc）を取得する。

大学院課程の教育年限は、Diploma課程で1年間、修士（Master）課程では、講義主体のコースで1年間、研究主体のコースで2年間、博士課程（Doctor）課程で3～5年間である。修士課程では、1年間の講義主体のコースでMPH（Master of Public Health）やMBA（Master of Business Administration）などの実務的な修士号を、2年間の研究主体のコースで科学修士（Master of Science: MSc）を、それぞれ取得する。

2. 保健医療専門職の教育・資格認定の基本的な考え方

保健医療専門職（医師、看護師など）の教育・資格認定のシステムは、上述した一般的な教育課程とは別に行われる。保健医療専門職の資格取得のために必要な教育課程（医学

部、看護学部など)を修了し、学士を取得するまではわが国と同様である。しかしイギリスでは、資格認定のための「国家試験」は実施されず、通常は大学の修了試験で代用される。したがって学士を取得した時点で、専門職として法律上規定された行為(医療、看護など)を行うことができる。しかしこれはあくまで法律上の問題であり、保健医療組織(SHA、PCT、NHS TrustなどNHS組織、政府機関など)で就業するためには、各専門家の「同業者団体」の認可が必要となる。

イギリスでは、古くから同業者団体が発達しており、その権限が非常に強い。これは、専門家集団の自律、つまり「専門家の高い資質・技術を継続して保証できるのは専門家だけである」という強い信念に基づいている。国家試験の実施主体は国(政府)であるが、政府の方針は政権政党が交代すれば変化し、それに伴って国家試験の内容も変化してしまう可能性がある。イギリスの専門家たちは、このような国家試験は非常に不安定であり、専門家の資質・技術の一貫性を保証できないと考える。このような思想のもとで、各専門家集団は、専門家資格の認定・剥奪の権限をもち、かつ政府から独立した団体を設立している。

保健医療専門職は、学士取得後、各専門家の資格認定団体に「登録」する。具体的には、医師及び専門医(Consultant)は一般医学協議会(General Medical Council:GMC)に、看護師、助産師は看護師・助産師協議会(Nurse & Midwifery Council)に、検査技師などの他の保健医療専門職は保健医療専門職協議会(Health Profession Council)に、それぞれ登録する。そして「研修生」として保健医療業務に従事しながら、資格認定団体が定めた内容・年限の教育課程を修了後、専門家として正式に認定される。なお教育課程の年限・内容は各専門家によって異なり、また同じ専門家資格であっても異なる種類や等級を設定している場合が多い。例えば医師の場合、GPと専門医で、さらに専門医の種類(外科医、内科医、小児科医など)で異なる。また看護師の場合、看護助手、正看護師(Registered Nurse:RN)、専門看護師などの等級が設定されている。

専門家資格の取得後、それに応じた職位(上級管理職(senior level)など)に就き、専門家として就業を続けることになるが、その間にも専門家継続教育(Continuing Professional Development:CPD)を受けることになる。そして定められた年限(専門医で5年)の教育課程を修了後、専門家資格が更新(revalidation)される。現在のところ、CPDが実施されているのは専門医のみであるが、今後は全ての保健医療専門職に適用する予定である。

3. 医師の教育・資格認定制度

医師の教育・資格認定(医学教育、医師資格試験、レジデント制度など)の内容の規制、医師の登録、医師の懲戒は、すべてGMCという医師法に基づく独立した団体によって行われる。この評議会は、医師による選挙で選ばれた委員、医師のうちから大学が選任した委員、政府が推薦した委員から構成される。

医師の資格試験は、医師法に掲げられた医学校にその実施を委任されている。医学生は5年間の教育年限の後学位(Bachelor)を取得し、医学校が実施する資格試験に合格すると、GMCに「仮登録」される。仮登録後、house officer(研修医)として1年間の臨床研修を受ける。2つ以上の診療科に勤務する必要がある、外科系、内科系のそれぞれで、最

低4ヶ月の研修を受け、成績が水準に達していれば、「本登録」が許される。本登録後、senior house officerとして、医師に関する国の公報に名を載せ、医療機関からの一般公募を受け付ける。医療機関に採用された後、そこで後期の臨床研修を受ける。この課程の教育内容は、人によって様々であるが、GPとconsultant（専門医）の2つの進路に大別される。

GPを志望する者は、senior house officerとして2年間の研修を修了した後、trainee GPとして、開業しているGPの指導の下で1年間の臨床研修を受ける。そのGPが適正な水準を達成したと判断した場合、GPの資格を得ることができる。GPの任命に関しては、Local Medical CommissionerまたはRoyal College of General Practitioners（GPの職能団体で、GPの認定に関して専門的立場からGMCに助言・勧告を行う）の地方学部が、候補者を推薦し、SHAがこれを任命する。

consultantを志望する者は、senior house officerとして2年間（1回6ヶ月の課程を4回）の一般専門医研修（General Professional Training:GPT）を受ける。その後、registrar（医局員）として2～3年間の研修、senior registrarとして引き続き3～4年間勤務し、Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom（専門医の職能団体で、専門医の認定に関して専門的立場からGMCに助言・勧告を行う）に専門科領域ごとに設置されている上級専門医養成委員会が発行する修了証書を取得し、consultantの資格を得ることができる。なお上級専門医養成委員会はsenior registrarの研修に関するプログラムの承認、研修受講の承認なども行っている。

senior registrarまたはtrainee GPまでをjunior doctorと総称され、その後のGP、consultantといったcarrier doctorと区別される。また研修についても、junior doctorに対する研修は卒後教育、carrier doctorに対する研修は専門家継続教育（Continuing Professional Development:CPD）として、異なるシステムで行われている。

卒後教育に関連する機関として、保健大臣の諮問機関である卒後医学教育常設委員会が設置され、州レベルでは卒後医学教育委員会（Postgraduate Medical Education Committee）が設置され、卒後教育に関する総合的企画・調整を行っている。また卒後教育管理者（Postgraduate Dean）が各州に設置され、卒後教育プログラムの企画運営、卒後教育予算の管理を行っている。実際の卒後教育においては、各病院に指導医が指名され、卒後教育プログラムの実施、卒後教育センター（講義室、図書館、セミナールーム等からなる施設で、運営地域の総合病院内に置かれている）の運営、卒後教育予算の執行にあたっている。

CPDに関しては、各専門領域によってその内容は異なるが、定められた年限（おおむね5年）の教育課程を修了後、専門家資格が更新（revalidation）される。現在のところ、CPDが実施されているのは専門医のみであるが、今後は全ての保健医療専門職に適用する予定である。

4. 看護専門職の教育・資格認定制度

看護師は、正看護師と准看護師の2つに分かれる。前者は高校卒業後、看護学校で3年間学び、看護師・助産師協議会（Nurse & Midwifery Council）の試験に合格し、免許が与えられる。その後希望により、一般、精神保健、小児保健の専門コースを選択して学ぶこともある。後者は義務教育修了後、病院等で実地教育を中心に2年間学び、看護師・助産

師協議会の試験に合格し、免許が与えられる。

1986年にイギリス看護師・助産師・保健師中央審議会は看護教育計画案を発表し、1990年より実施となった。その内容は

- ・看護基礎教育の統合…准看護師養成コースを廃止し、准看護師から正看護師への移行コースを推進する。
- ・3年制看護学校を、免許取得コースから学士コースに転換する。
- ・クレジット積立方式や移行システムの導入により、種々のコースと連携して学士、学位の取得が可能になる生涯教育コースを確立する。

卒後教育において、クレジットの認められたコースを履修すると学問レベルとして積立ができる。また臨床や地域での経験も過去の経験を振り替えてクレジットとして積立が可能である。卒後のコースとしては、地域看護学士コース（1年間で訪問保健師（health visitor）、地区保健師（district nurse）、地域精神科看護師、地域学習障害児看護師を養成）、助産師学士コース（18カ月）、短期専門コース（6カ月で、集中治療、循環器、糖尿病、心臓外科、婦人科検診などの内容がある）、学校保健師（school nurse）コース（6カ月）、カウンセリング・研究・管理コース（6～12カ月）などがある。

イギリスの看護婦の給与と投球は、免許取得後の履修したコースにより、グレードD（スタッフナース）、グレードE（シニアナース）、グレードF（主任）、グレードG（婦長）、グレードH（フロア管理者）、グレードI（病院管理者）となる。

訪問保健師（health visitor）は、新生児を中心に、高齢者、障害者（児）等の家庭を訪問し、健康問題の把握や助言を行う。免許取得のためには、正看護婦の免許取得後、3ヶ月ないし6ヶ月の助産婦コースと1年間の訪問保健師養成コースを修め、試験に合格する必要がある。また4～5年に1回再教育が行われる。

地区保健師（district nurse）は、高齢者、障害者等の家庭を訪問し、清拭、入浴介助、寝具の交換、包帯交換、注射、投薬、血圧や尿等の検査等を行う。免許を取得するためには、正看護婦の免許取得後、3～4ヶ月の実地訓練を経て、試験に合格する必要がある。

助産婦の免許を取得するためには、正看護婦の免許取得後、18ヶ月の実地訓練が必要である。

5. 公衆衛生専門家（Consultant/Specialist in Public Health）の設立の背景

イギリスでは、公衆衛生制度の設立当時から、医師が公衆衛生の中心的な役割を担ってきた。公衆衛生専門家としての「保健医官（Medical Officer of Health）」は、1848年の公衆衛生法から設置され始め、1875年の改正によって全国各地に配置された。また1871年には保健医官の資格が制度化され、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るなど、保健医官の質の確保が図られた。

保健医官は、地方自治体（LA）に所属して、保健師（health visitor）や衛生監視員（sanitary inspector）などのスタッフとともに、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を提供してきた。その後、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。保

健医官は引き続き、LA に所属して公衆衛生を担当することとなった。

しかし1974年のNHS改革によって、保健医療サービスが国の直轄によって一元的に管理される体制となり、LAが実施していた対人保健サービスは全てNHSの地方組織である保健当局に移管された。これによって衛生行政は、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。

そして保健医官も、LAを離れ、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。

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機能強化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。そしてPCTには「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」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、そしてSHAや政府州事務局の公衆衛生部門のスタッフとしても、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。

イギリスの公衆衛生専門家は、保健医官（Medical Officer of Health）、地域保健医（community physician）、そして公衆衛生専門医（Consultant in Public Health Medicine）と名称は変化してきたが、あくまで医師資格を有する者に限定され、その教育研修・資格認定制度を確立してきた。にもかかわらず、医師でない公衆衛生専門家を養成・配置しな

ければならない理由として、大きく2つ挙げられる。一つは、公衆衛生は学際的な分野であり、様々なバックグラウンドをもつ者が「チーム」として活動することによって、互いを補完しあい、効果的な公衆衛生活動を展開できる、という理念上の理由である。もう一つは、公衆衛生の機能強化によって、PCT、SHA、政府州事務局の公衆衛生部門のスタッフの大幅な増員が必要となったが、公衆衛生専門医だけではそれを補充できないため、医師でない公衆衛生専門家の養成が必要となった、という実際上の理由である。

医師の間では、公衆衛生の人気の低さが指摘されている。これは、公衆衛生専門医の地位と報酬の低さが原因であると考えられる。医師の間では、公衆衛生専門医は、専門医という意味ではGPよりも地位が高いが、専門医としての地位は精神科医と並んで低い、という一般的な認識がある。公衆衛生の業務は定時であること、救急がないことなどの理由により、女性の医師が公衆衛生部門で就業することが多いが、全体としての人気は低く、公衆衛生専門医のみを増員することが困難な状況にある。

現状では、医師が公衆衛生部門の責任者となっているPCTが多いが、医師でない公衆衛生専門家の場合もいくつかみられる。ただしその場合でも、次長に医師を配置することが多く、公衆衛生部門には必ず医師が配置されるようになっている。なおSHA、中央政府の州事務局の公衆衛生部門の責任者には公衆衛生専門医を配置することが推奨されているが、今後の動向としては、PCTと同様に、医師でない公衆衛生専門家が配置されるようになると考えられる。

6. 公衆衛生専門家の教育課程 (public health training scheme)

(1) 教育課程への参加要件

公衆衛生専門家 (Consultant/Specialist in Public Health) の資格が医師でない者に適用されたのは2003年からであるが、それ以前に専門医資格としての公衆衛生専門医 (Consultant in Public Health) がすでに確立されていた。そのため教育課程への参加要件は、医師と医師でない者で異なる。

医師の場合、以下のような教育課程を修了していることが条件となる。なおこの条件は、公衆衛生専門医に限らず、GPを除く全ての専門医に共通のものである。

- ① 医師法に掲げられた大学医学部で5年間の教育年限を修了し、学士 (Bachelor) を取得する。
- ② 大学医学部が実施する資格試験 (医師法によって委任されている) に合格し、一般医学協議会 (General Medical Council: GMC) に「仮登録」する。
- ③ 登録前研修 (pre-registration training) …House Officerとして、1年間の臨床研修を受ける。2つ以上の診療科に勤務する必要があるが、外科系、内科系のそれぞれで、最低4ヶ月の研修を受ける。その後、GMCに「本登録」する。
- ④ 一般専門医研修 (General Professional Training: GPT) …Senior House Officerとして、2年間の研修を受ける。そのうちの1年間、できれば2年間は臨床業務に従事して患者のケアを行う。

それに対して医師でない者の場合、以下のような条件が設定されている。

- ① 少なくとも4年間、NHS組織、LA、ボランティア団体などで、公衆衛生関連の業務に従事する経験をもつ。
- ② (健康関連分野の) 学士または同等の学位、あるいは同等の保健医療専門職の資格を取得し、少なくとも2年間それを保持している。

(2) 教育課程の概要

上述の参加要件を満たした者は、医師資格の有無に関わらず、共通の教育課程を受ける。修業年限は、フルタイムで教育課程を遂行する場合は4年間であるが、定時制の場合は期間延長が認められている。ただし教育課程に入る前に、公衆衛生の基礎的な知識・技術を修得するために、公衆衛生大学院のDiploma課程または修士課程を修了することが推奨されている。

したがって教育課程は、研修生(trainee)の事情、特にフルタイムか定時制かで異なるが、公衆衛生大学院を含めて以下のような流れが一般的である。

- ① 入学前に、公衆衛生大学院のDiploma課程または修士課程(フルタイムで1年間、定時制で2~3年間)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。
- ② 1年目に、イギリス医学会(Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom)の公衆衛生専門家部会(Faculty of Public Health: FPH)の「Part A試験」を受験し、合格する。
- ③ 1年目から、研修生として、NHS組織、LA、LHPU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(プロジェクト)に従事する(OJT)。出向期間は、遂行するプロジェクトの内容によって、2~3日、3ヶ月など、様々である。
- ④ 3年目(Part A試験に合格後、3年以内)までに、FPHの「Part B (Objective Structured Public Health Examination: OSPHE) 試験」を受験し、合格してFPHの会員となる。
- ⑤ 4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。医師の場合、GMCが発行する修了証書(Certificate of Completion of Special Training: CCST)を取得し、公衆衛生専門医(Consultant in Public Health)としてGMCに登録される。医師でない者の場合、公衆衛生専門家(Specialist in Public Health)として、UK Voluntary Register For Public Health Specialistsに登録する。

1年目から実施するOJTの内容は研修生によって異なるが、原則として、以下の内容が含まれなければならない。

- ①少なくとも2年間はイギリス国内で研修を実施しなければならない（2年まではヨーロッパ諸国やその他の諸外国で定められた研修を受けることができる）
- ②NHS 組織などに所属して、少なくとも3ヶ月連続の「感染症・環境ハザード管理研修プログラム（Communicable diseases and environmental hazards control）」（後述）を受講しなければならない。
- ③NHS 組織などに所属して、少なくとも12ヶ月の研修（OJT）を実施しなければならない。

それ以外に、学術・調査研究活動も教育課程と認められる場合がある。公衆衛生に関連しないものであれば1年間まで、公衆衛生に関連するものであれば2年間まで、教育課程に従事したものとして認められる。具体的には、公衆衛生大学院の修士・博士課程において、1年目の課程よりも高度かつ応用的な公衆衛生分野（例えば、保健サービスの管理・計画、応用疫学、小児保健、感染症管理・環境衛生など）において調査研究活動を実施する、といったものである。

7. 公衆衛生専門家の教育課程に関連する団体・組織

(1) 公衆衛生部会（Faculty of Public Health：FPH）

FPHは、イギリス医学会（Royal Colleges of Physicians of the United Kingdom）の一部門として、1972年に設立された（当時の名称は地域医療部会）。イギリス医学会は、専門医の教育課程や資格認定に関して、専門的立場からGMCに助言・勧告を行う役割をもつ、政府から独立した団体である。ただし専門医の資格認定・剥奪の権限それ自体は、イギリス医学会ではなく、GMCにある。

FPHの活動は、公衆衛生専門家の教育研修・資格認定に関する活動、公衆衛生専門家の雇用に関する活動、公衆衛生に関する普及啓発活動（政策提言を含む）である。FPHのスタッフは22人と少数であるが、大学やNHS組織に所属する公衆衛生専門家と協力・連携のもとで活動している。

教育研修・資格認定に関しては、教育課程（CPDを含む）の基準の設定、資格認定試験（Part A、Part B）の実施、資格認定・更新基準の設定などが挙げられる。これらの権限はGMCにあるが、実質的にはFPHが中心的役割を担っている。

公衆衛生専門家の雇用に関しては、公衆衛生専門家の採用条件（job description）の基準の設定、公衆衛生専門家のマンパワー需給に関する助言（需給状況の調査、必要数の算定など）、公衆衛生専門家のネットワークの構築などが挙げられる。

FPHは、PCT、SHA、中央政府の州事務局などが公衆衛生部門の責任者やスタッフとして公衆衛生専門家を採用する際の採用条件の基準を設定し、それを推奨している。イギリスでは、NHS組織などの雇用者が保健医療専門職を採用する際の資格要件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の基準を設定し、雇用者が、個々の事情を考慮しながらも、それに準じた採用条件を設定することが多い。したがってFPHは、実質的に、公衆衛生専門家の採用に関して強い権限をもっている。

公衆衛生専門家のネットワークの構築に関しては、公衆衛生専門家の教育課程を修了した者を会員として登録し、様々な情報提供をしている。

FPHは、以前は、公衆衛生医学部会 (Faculty of Public Health Medicine) という名称で、公衆衛生専門医に限定した活動を実施してきた。しかし医師でない公衆衛生専門家の養成の必要性が強調されたことによって、医師資格の有無に関わらず、公衆衛生専門家全体の教育研修・資格認定・雇用に関与することとなり、2003年に Faculty of Public Health と改称した。

FPHが医師でない公衆衛生専門家に関与するにあたって、FPHではなく GMC が資格認定の権限をもつことが問題となった。つまり GMC に登録できるのは医師のみであるため、医師でない者は GMC に登録できず、逆に GMC は医師でない者の資格認定を行う権限をもたないという問題である。その解決策として、医師でない公衆衛生専門家の資格認定・登録を行う新しいシステム、つまり UK Voluntary Register For Public Health Specialists (UKVRPHS) を設立することとなった。

(2) UK Voluntary Register For Public Health Specialists (UKVRPHS)

1998年、公衆衛生従事者の養成に関係する、FPH(当時はFPHM)、Multidisciplinary Public Health Forum、Royal Institute of Public Healthで構成される三者間協議会 (The Tripartite Group) が発足し、公衆衛生専門家の教育研修・資格認定を行う新システムの構築に向けた検討が始まった。そして2003年、UKVRPHSが医師でない公衆衛生専門家の登録制度として設立された。具体的には、FPHが教育研修・資格認定の基準の設定、Royal Institute of Public Healthが登録事業の運営事務局、そして保健省がUKVRPHSの財政的支援を行う。

この登録制度は、連合王国全体 (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) で各国ごとに運営されているが、イングランドでは州ごとに登録することになっている。これは、中央政府の州事務局の公衆衛生部門が中心となって、州レベルの公衆衛生専門家のマンパワー需給計画を策定しているため、例えばPCTの公衆衛生専門家の必要数と現状の登録数から、今後養成すべき人数を設定する、というように、需給計画を円滑に推進するためである。

UKVRPHSは始まったばかりであるため、いくつかの移行措置がとられている。一つは、現在のところ、自主的な登録 (Voluntary Register) が進められているが、今後はNHS組織で就業する場合には登録が義務づけられることになる。

もう一つの移行措置として、現在のところ、上級管理職 (senior level)、具体的にはSHAやPCTの公衆衛生部門の責任者に限定した登録が推進されている。また、現在すでに公衆衛生部門の上級管理職に就いている者の登録を促進するために、上述した正規の教育課程を修了しなくても登録できる移行措置を2006年まで実施することになっている。具体的には、FPHの試験を免除し、Public Health Training Portfolio (詳細は後述) に基づいて日常の業務実績を評価する、という方法で実施される。

UKVRPHSの設立によって、同じ公衆衛生専門家であっても、医師の場合は、従来どおり、公衆衛生専門医 (Consultant in Public Health) として GMC に登録し、医師でない場合は、公衆衛生専門家 (Specialist in Public Health) として UKVRPHS に登録する、という2つ

の登録システムが並存することとなった。なお、UKVRPHS と GMC との協議により、公衆衛生専門医に関しては、両者への二重登録 (Dual Registration) が認められている。

(3) 教育課程の推進・評価体制

①教育課程の推進・評価の関係組織

イングランドでは、各州 (region/deanary) に、医学教育に関して、卒後教育管理者 (Postgraduate Dean) と、卒後医学教育委員会 (Postgraduate Medical Education Committee) が設置され、医学生の卒後教育研修プログラムを管理する役割を担っている。公衆衛生専門家に関しては、卒後医学教育委員会の分科会として公衆衛生専門家研修委員会 (specialist training committees for public health) が設置されている。

公衆衛生専門家研修委員会は、FPH の州教育顧問 (Faculty Adviser) を委員長として、卒後教育管理者、大学の公衆衛生医学部の代表、NHS の公衆衛生部門の研修担当者などで構成される。この委員会は、州の公衆衛生専門家に関連するあらゆる研修 (専門家の教育課程、専門家継続教育など) のプログラムの管理と、個々の研修生の研修の進捗状況の管理などを実施する。

②研修指導者 (Trainer)

FPH の州教育顧問は、それぞれの研修生に対して研修担当者 (Trainer) を任命する。研修担当者は、研修担当者研修コース (Training the Trainer course) の受講や、専門家継続教育の実施が求められるなど、研修担当者の質の向上も実施されている。

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つ。そして研修担当者は、研修生が研修を円滑に推進できるような手段的な支援 (出向先の手配、教材の紹介など) や情緒的な支援 (相談への対応など) を行う。

研修担当者の責務は以下のとおりである。

- ・担当する研修生にすぐに面会できるようにしておく。
- ・研修担当者を対象とした研修会や FPH や州が実施する研修会に定期的に参加する。
- ・研修生の学習ニーズを把握し、研修生とともに現実的かつ達成可能な学習計画を作成する。
- ・学習計画を定期的に見直し、建設的な助言を行う。
- ・適切な職務や責務を研修生に委任する能力と意志をもつ。
- ・研修生の学習機会を最大限に拡大するように努力する。

指導体制として、1 人の研修生に対して、教育指導者 (educational supervisor)、出向先指導者 (attachment trainer/project supervisor)、学術指導者 (academic tutor) の 3 種類の研修担当者が任命され、1 人の研修生を複数の研修担当者が監督・評価する体制になっている。

教育指導者 (educational supervisor) は、複数の研修担当者の中で中心的な役割を果たし、研修生の教育課程全般を監督するとともに、他の研修担当者との連絡調整を行う。

教育指導者は主に NHS 組織の公衆衛生部門の責任者で、研修生はその部門を「拠点」と