

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は変わりはなかった。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。

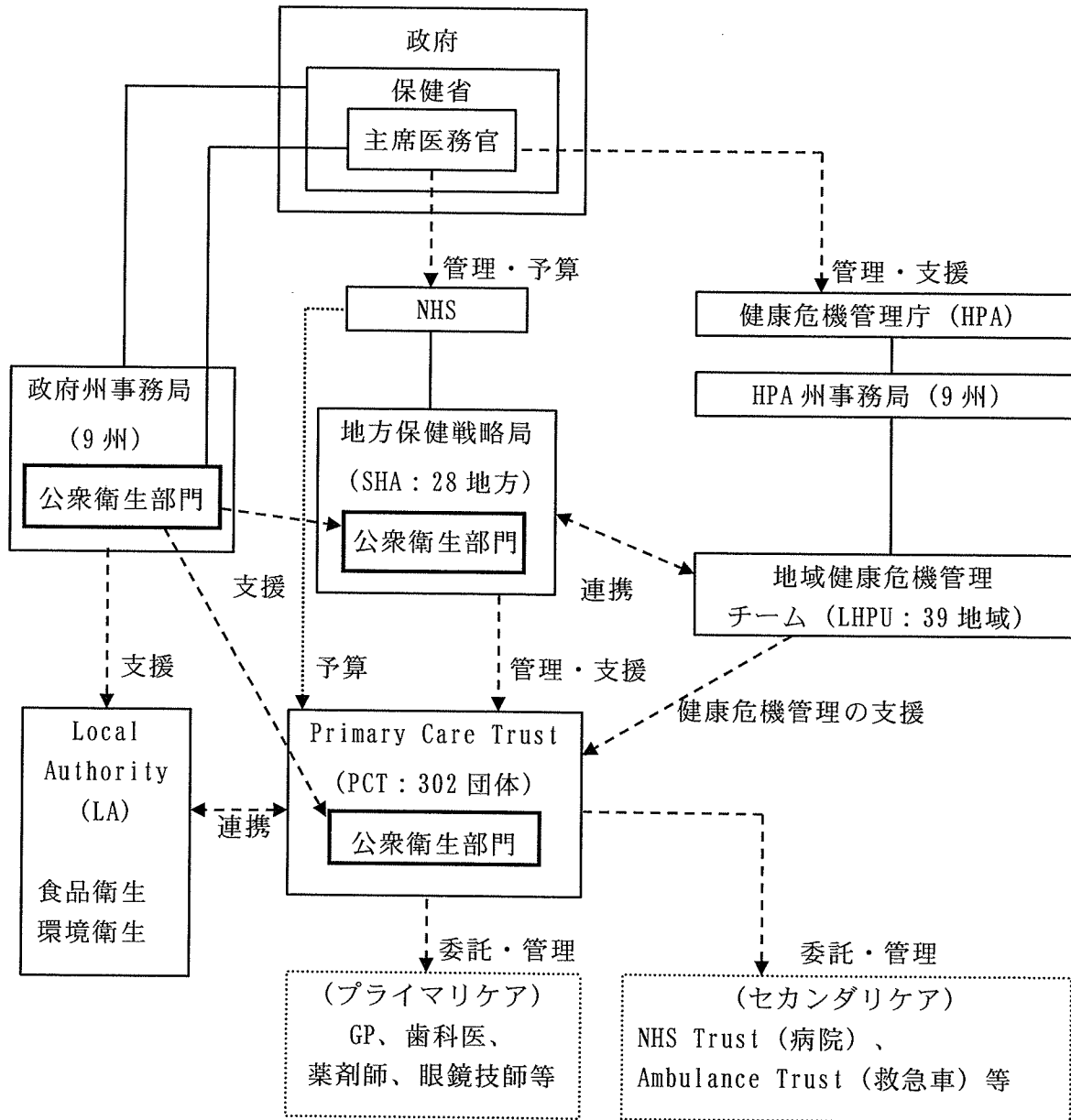


図1. イングランドの衛生行政システム

(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。

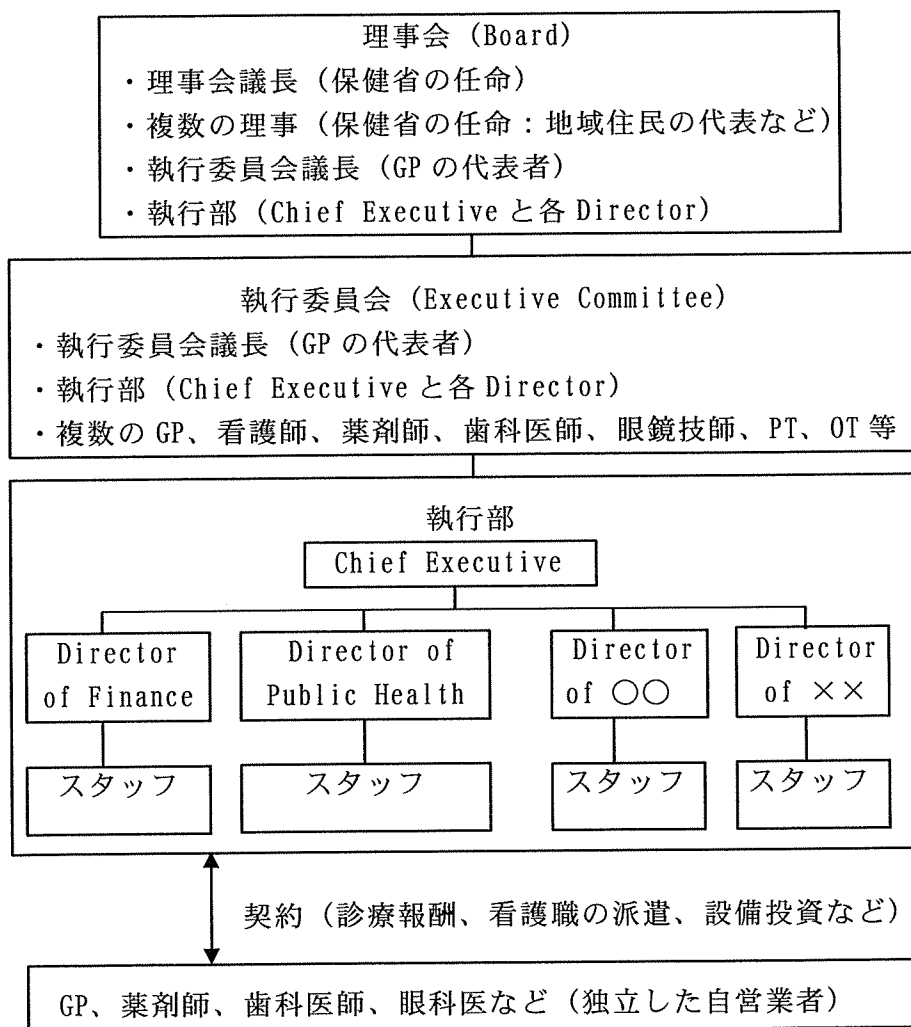


図 2. Primary Care Trust の組織体系

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)、助産師、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、また机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く。

4. イギリス（イングランド）の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。

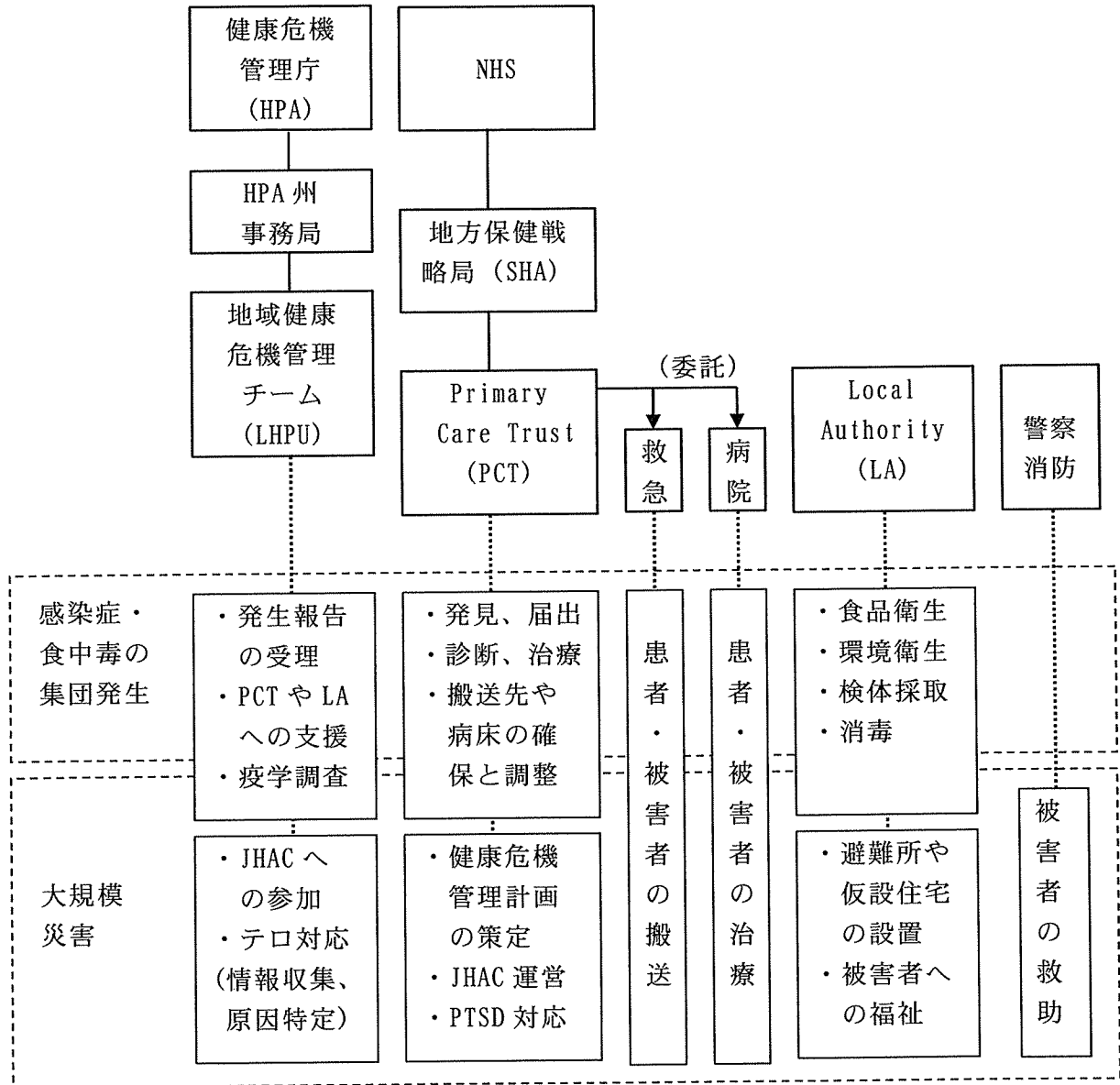


図3. イングランドの地域健康危機管理システム

地域における健康危機管理の「法的責任」はPCTにあり、LHPUはPCTを支援する役割をもつ。これは、HPAが規制を行う権限をもたないことがHPA Actで明記されたことによる。しかし実際に健康危機が発生した場合は、PCT (Director of Public Health)、LA (Environmental Health Officer)、HPA (LHPU)の3者が互いに報告しあい、連携と役割分担によって対応する。

健康危機は「人間」と「環境」の両方に関係しているため、役割分担としては、「人間（健康）への対応」は NHS (PCT)、「環境への対応」は一般行政組織 (LA) が責任をもつ、という原則がある。

NHS に関しては、PCT が、地域健康危機管理の第一線機関として、患者の発見・届出、患者の診断・治療 (GP による治療、NHS Trust などへの委託など)、伝染病棟の確保 (NHS Trust などへの委託)、感染症予防プログラム (予防接種など) などを実施する。そして病院 (NHS Trust) と救急 (Ambulance Trust) は、患者・被害者の治療と搬送をそれぞれ実施する。なお NHS Trust は、保健医療サービスの質の管理の一環として、Infection Control Doctor を中心に、Infection Control Nurse などのスタッフで構成されるチームを設置し、院内感染や医療従事者への感染の対策を講じることが義務づけられている。

LA は食品衛生 (飲食店の監視、食品サンプルの採取など) と環境衛生 (検体採取、消毒、媒介動物の駆除など) を担当する。また大規模災害 (major incident と呼ばれ、交通災害、爆発、飲料水汚染、自然災害、放射線・化学物質などによる事故、テロなどが含まれる) が発生した場合、避難所や仮設住宅の設置、被害者への福祉サービスなどを実施する。また警察 (Police) と消防 (Fire & Rescue) が、LA とは独立して設置され、大規模災害における被害者の救助などを実施する。

HPA は専門的立場からの支援 (発生報告の受理、疫学調査、サーベイランス、衛生検査、技術支援など) を実施する。

地域健康危機管理は 3 者間の連携と役割分担によって実践されているが、「どの組織がイニシアティブをとるか」の基準 (健康危機の大きさ、重篤さなど) は個々の健康危機事例や地域の実情によって異なる。多くの地域では、原則に基づきながらも、互いの具体的な役割を明記した協議書 (memorandum) を作成し、それにしたがって対応しているが、「liaison (連携、コミュニケーション) に基づいて 3 者が何らかの形で関わる」というのが基本姿勢である。

感染症や食中毒への対応の具体的な役割分担の例として、健康危機の発生が小規模 (1 人や 1 世帯) の場合、現場の対応は PCT と LA のみで実施し、LHPU は発生報告の受理のみを行うが、大規模の場合は LHPU が疫学調査のために現場に赴く、というものが挙げられる。

HPA の local、regional、national の役割分担は健康危機の規模で決まる。1 つの local の管轄区域内の危機は local で、2 つ以上の local の管轄区域にまたがる場合は regional で、2 つ以上の regional の管轄区域にまたがる場合は national で、というのが基本である。しかしその場合でも、local、regional、national は何らかの形で関わり、上の組織は支援、下の組織は実際の対応を行う。

(2) テロなどによる原因不明事例 (unusual illness) への対応

原因不明事例は、警察 (Police) や救急 (Ambulance Trust)、あるいは GP や病院などの医療機関によって発見される場合が多い (それ以外に犯行声明、一般住民、メディアなどもある)。いずれの場合も、発見者は症状などの情報を収集し、LHPU に報告する。

LHPU は、deliberate release の疑いがある場合は警察に通報し、また対応が困難な場合は、指定された専門機関 (HPA の 3 センター、感染症サーベイランスセンター) に連絡し、助言を得る。

医療機関は検体を採取し、衛生試験所が検査を実施する。LHPUは、検査結果の報告を受けて、原因が特定された場合は、原因別のマニュアルにしたがって対応する。

原因不明事例の原因を判別する基準としては、ケース数、発見時間、場所、症状が挙げられるが、最も重要な基準は発見時間である。「Acute」（事件発生後、数分から数時間での発見）であれば、化学物質か細菌・ウィルスの毒素が有力であるが、放射線、流行性ヒステリー（心因性疾患）、感染症も考えられる。一方、「Delayed」（数時間、数日、数週間後の発見）の場合、感染症、放射線、化学物質が有力であるが、心理的・栄養学的な原因も考えられる。

病院の医療従事者が原因不明事例に対して実施する処置の流れとしては、まず指定された専門機関に連絡し、症状などの情報を伝え、助言を得る。次に、自分自身、他の医療従事者、他の患者の安全を確保することである。その後、助言に基づいた検体採取や診断・治療、病院管理者・衛生試験所・LHPUなどへの情報伝達を実施する。

PCTの公衆衛生部門の初期対応としては、まずLHPUに連絡し、助言を得ること、そしてdeliberate releaseの疑いがある場合は警察に通報すること、である。その後の対応として、「Acute」の場合、情報収集と原因の特定、被害者・患者への処置（汚染除去措置、対症療法など）を「緊急に」実施すると同時に、関係機関、一般住民への情報提供を行う。一方「Delayed」の場合、LHPUや専門機関と連携して疫学調査を「慎重に」実施し、原因が特定された後に適切な処置を実施する。

保健省とHPAは、アメリカの同時多発テロや炭疽菌の散布、日本の地下鉄サリン事件などを踏まえて、化学・生物・放射線・原子力（chemical, biological, radiological, nuclear ; CBRN）を用いたテロや、意図的な有害物（細菌・ウィルス、化学物質など）の混入・散布（deliberate release）への対応のガイドラインやマニュアルを、原因別、及び原因不明事例（unusual illness）について作成している。原因別では、以下のように分類される。

- ・生物学的原因（カテゴリーA）…ヒトへの感染力が強く、死亡率が高く、パニックや混乱を生じさせる可能性があり、迅速な対応を必要とするもの（炭疽病、天然痘、ボツリヌス、ペスト、野兔病、ウィルス性出血熱）
- ・生物学的原因（カテゴリーB）…ヒトへの感染力が中程度で、死亡率が低く、罹患率が中程度で、監視の強化を必要とするもの（鼻疽病、ブルセラ病、オウム病、melioidosis、Q fever）
- ・化学物質…神経作用物質、マスタードガス、塩素、青酸カリ、ホスゲン、リチン

現在のところ、炭疽病、ボツリヌス、化学物質（硝酸アンモニウム、神経作用物質、マスタードガス、塩素、青酸カリ、ホスゲン、リチン）、ペスト、天然痘、野兔病に関するマニュアルを作成している。マニュアルでは、隠された（covert）混入・散布と公然の（overt）混入・散布のそれぞれについての具体的な対応内容、被害者・患者の病状記録様式、疫学調査の方法と内容、マスコミ発表・住民説明の方法などが記載されている。

deliberate release への対応で最も重要な点は、被害者・患者の発見後の迅速な対応である。そのためには、第一発見者となる可能性の高い GP や病院からの迅速かつ適切な連絡が不可欠である。そのために HPA では、SARS、炭疽病、ペスト、天然痘、マスタードガス、野兔病、放射線障害、西ナイル熱、ボツリヌスの症状が一目でわかるブックレットを作成・配布している。

(3) major incident (大規模な災害・事故) への対応

①基本的枠組み

major incident の定義はいくつか存在するが、警察 (police)、消防・レスキュー (Fire & Rescue) の定義によると、「①多数の被害者の救助や搬送を必要とする、②多数の住民が巻き込まれる、③住民やマスコミから多数の問い合わせが発生する、④救急・救命の関係組織 (警察、消防・レスキュー、救急など) が多数関与する必要がある、⑤多数の住民が死亡・負傷・ホームレスの脅威に巻き込まれないように関係組織が連携して対応する必要がある」出来事とされている。一方、NHS が定義した major incident は「地域住民の健康への重篤な脅威、保健医療サービスの混乱、病院や救急などのサービスを特別に調整しなければならないような多数の被害者や特殊な被害状況、をもたらす出来事」と、より健康被害に重点を置いたものとなっている。いずれの場合も、具体的には、交通災害 (自動車、列車)、爆発、飲料水汚染、自然災害、放射線・化学物質の流出、deliberate release、CBRN テロなどが想定されている。

major incident への対応の責任機関は、法律上明記されていないが、基本原則は「multi-agency (多数の組織) による liaison (連携) とコミュニケーション」である。具体的には、警察を中心として、消防・レスキュー、救急 (Ambulance Trust)、地方自治体 (LA、County) などの「multi-agency」で構成される「liaison」のチームが設置され、そこで防災計画 (major incident plan) の策定や実際の対応をするというのが一般的である。地方自治体に関しては、発生現場や周辺の LA は参加するが、中心的な役割を担うのは上位の County である場合が多く、County 単位でチームが設置されることが多い。ただしロンドンに関しては、警察を議長、消防・レスキュー、救急、LA で構成される「London Emergency Services Liaison Panel」が設置され、ロンドン全体の major incident への対応の責任をもつ。

役割分担に関しては基本的にはわが国と同様であるが、警察が中心となってコーディネートを行うこと、County や LA は後方支援 (避難所・救護所の設置、環境衛生、仮設住宅の設置、被害者への福祉サービスなど) の役割を担うこと、が異なる点である。

major incident への対応の指揮命令系統 (Command & Control) は、「Bronze」、「Silver」、「Gold」の 3 つのレベルで構成される。具体的な内容は以下のとおりである。

- ・ Bronze (operational level) …事故・災害の発生現場での機能で、被害者の救助、major incident の原因調査や事後処理などが含まれる。警察が中心となって、消防・レスキュー、救急、専門家 (major incident の種類に応じた専門家) などが参加する。
- ・ Silver (tactical level) …事故・災害の発生現場の周辺での機能で、避難所・救護所の設置、安全地帯や救急車・ヘリコプター等の停留場所の確保、被害者への対応などが含まれる。また必要物資の調整・確保、関係機関との連絡調整、現場レベルでの対応の管理 (業務の優先順位の設定など) も実施される。警察が中心となって、消防・レスキュー、救急、LA、County などが参加する。
- ・ Gold (strategic level) …事故・災害対策本部の機能で、対応全体の統括・マネジメント、Silver/Bronze からの情報収集 (必要物資、被害状況など) とその対策の決定、対応の進捗状況の監視と評価、マスコミへの対応、住民への情報提供、関係機関との連絡調整、復旧に向けた長期戦略の決定などが含まれる。対策本部は警察に設置されることが多く、警察、消防・レスキュー、救急、LA、County が参加する。中心となる機関は、事故・災害発生直後の段階では警察、復旧作業の段階では County、というように、状況に応じて中心を移行していくのが一般的である。また、平常時の備えとして、定期的に会合を実施し、管轄地域の major incident の危機管理計画の策定・評価・改正を実施している。

Gold の一部門として、健康被害諮問チーム (Joint Health Advisory Cell : JHAC) が設置されることが多い。これは、major incident による健康被害への対応 (原因調査、治療、ケアなど) を協議し、保健医療の専門的立場から Gold に助言・勧告を行うための部門である。この部門の設置の背景として、CBRN テロや deliberate release の健康被害は特殊なものが多く、対応にあたっては医学的な知識・技術 (被害者の救助方法、救助者自身の被害防止など) を必要とすることが挙げられる。参加者は、警察、消防・レスキュー、救急、そして PCT、SHA などの NHS 組織、政府州事務局の公衆衛生部門、LHPU などである。PCT、SHA などの NHS 組織は JHAC の議長 (Chair) として中心的な役割を担うことが期待されている。

防災計画 (major incident plan) は、最小自治体である LA レベル、County レベル、Region (州) レベル、そして国レベルで、それぞれ策定されている。自治体間の役割分担は major incident の規模で決まる場合が多い。1 つの LA の行政区域内の危機は LA で、2 つ以上の LA の行政区域にまたがる場合は County で、2 つ以上の County の行政区域にまたがる場合は Region で、そして 2 つ以上の Region の行政区域にまたがる場合は国で、というのが基本である。しかし地域の実情や major incident の性質によって様々な役割分担が考えられるため、上位・下位の自治体や隣接する自治体と協議した上で、上位組織への責任委譲の基準 (escalation trigger) を設定している場合がほとんどである。しかしいずれも場合でも、LA、County、Region、国は何らかの形で関わり、上位の自治体は支援、下位の自治体は実際の対応を行う。

②NHS、保健省、HPA の役割の基本的な考え方

major incident における警察、消防・レスキューとの役割分担の基本原則は「警察、消防・レスキューは安全、NHS は健康」である。したがって NHS 組織である救急 (Ambulance Trust) は被害者の病院への搬送や応急処置、NHS Trust の救急部門 (Accident & Emergency; A & E) や急性期病院 (Acute Hospital) は被害者の治療・ケア、の役割を担っている。特に救急は、わが国のように消防・レスキューの一部門ではなく、NHS の一部門に位置づけられているが、警察、消防・レスキューと並んで、major incident への対応の中心的な役割を担っている。

一方で、救急以外の組織は major incident に必ずしも積極的に関わっていたわけではなかった。しかし major incident としての CBRN テロや deliberate release への対応の必要性を踏まえて、2002 年 9 月、major incident への対応に関する NHS 組織と保健省の役割と責任が明示された。主な役割は、以下の a) 及び b) である。

a) major incident に対応するための健康危機管理計画 (emergency planning) の策定
全ての NHS 組織は、major incident に対応するために、組織内または管轄地域における健康危機管理計画を策定しなければならない。また健康危機管理計画の責任者として危機管理責任者 (Emergency Planning Liaison Officer) を設置しなければならない。なお計画策定にあたっては、関係機関 (警察、消防・レスキュー、救急、County、LA、公共事業者 (電気、ガス、水道)、赤十字、軍、ボランティアなど) と連携して実効性の高い計画を策定すること、他の計画 (隣接地域の計画、上位組織の計画、地方自治体の防災計画など) との整合性を図ること、が必要となる。

保健省と HPA は、健康危機管理計画の基準 (Standard) として以下の項目を示している。

- ・組織の理事会の責任が明確に定められており、理事会を頂点とする明確な指揮命令系統がある。
- ・健康危機管理計画が、計画書の形で策定されている。
- ・想定されるあらゆる緊急事態において、業務・活動を継続できる体制になっている。
- ・組織内・外の全ての関係者の役割や責任が明確になっている。
- ・実地訓練やシミュレーションを通じて、計画の有効性が確認されている。
- ・計画が定期的に改正されている。
- ・健康危機管理のための予算と資源が確保されている。
- ・健康危機に関連する最新情報にアクセスできる。
- ・全てのスタッフは、健康危機管理における彼らの役割に応じた研修を受講している。
- ・健康危機の早期発見・早期対応に有用なインディケータが組織のあらゆるレベルで利用され、またその効果や有効性が定期的に検証されている。
- ・理事会や管理部門は、健康危機管理システムの改善のためのモニタリングや評価を実施している。
- ・理事会は、健康危機管理システムの質の保証に取り組んでいる。

b) Gold の JHAC への参加と運営

NHS 組織 (PCT、SHA) は、JHAC に参加し、健康被害への対応 (原因調査、治療、ケアなど) に関して専門的立場から Gold に助言・勧告を行わなければならない。また JHAC の議長 (Chair) として中心的な役割を果たすことが望まれる。

Gold の JHAC に参加する際の問題点として、Gold (警察、消防・レスキュー) の管轄地域 (LA、County) と NHS の管轄地域 (PCT、SHA) が異なることが挙げられる。具体的には、1 つの Gold に複数の PCT が所在しているため、PCT 連合会 (linked PCTs) を組織し、その代表となる PCT (lead PCT) が JHAC に参加する。また大規模の major incident の場合は SHA が参加する。しかし、この役割についても、地域の実情や major incident の性質によって異なるため、関係機関と協議した上で、健康危機管理計画の中で具体的な役割分担の基準を設定している場合がほとんどである。

③ NHS 組織 (NHS Trust、Ambulance Trust、PCT、SHA) の役割

上述したように、救急 (Ambulance Trust) は被害者の病院への搬送や応急処置を実施する。NHS Trust は、救急部門 (Accident & Emergency; A & E) や急性期病院 (Acute Hospital) において、被害者の治療・ケアを実施する。

PCT は、地域の保健医療サービスに関する責任機関であることから、被害者や現場周辺の地域住民への保健医療サービスのマネジメントを行う役割をもつ。具体的には、軽症の被害者や避難所・救護所の避難住民に対するプライマリケア (簡単な負傷の治療、慢性疾患の管理、PTSD への対応、衛生活動、予防接種、社会的・心理的支援など)、被害者の搬送先の調整 (地域の NHS Trust の空床状況の把握、病床の確保など)、搬送先の病院への支援 (マンパワーの派遣、被害者の退院後のケア・福祉サービスの調整など)、現場周辺の地域住民の健康状態のアセスメントと管理、などが挙げられる。

Lead PCT は、地域の PCT の代表として JHAC に参加し、24 時間・365 日の連絡体制の整備、他の PCT 及び関係機関との連絡やサービスの調整などを実施する。

SHA は、平常時の備えとして、PCT や NHS Trust の健康危機管理計画の策定支援、PCT の健康危機管理のパフォーマンス管理、隣接する SHA との連絡調整 (警察、消防・レスキューの管轄地域や County の行政区域が SHA の管轄地域と異なる場合) などを実施する。また健康危機が発生した場合は管轄地域の PCT の活動の支援を行い、さらに PCT 連合会の管轄地域を越える規模の major incident の場合は JHAC への参加、PCT や関係機関との連絡やサービスの調整など、健康危機への実際の対応を行う。

④ 保健省、HPA の役割

保健省内の関係部局としては、CMO が健康危機管理の政策立案を実施し、健康危機管理室 (Emergency Preparedness Unit) で健康危機発生時の国レベルでの対応 (SHA への支援・情報提供、関係機関 (関係省庁、近隣諸国) との連携など) を実施する。

保健省の役割は原則として後方支援に限定されており、実際の対応の責任はあくまで SHA や PCT の NHS 組織にある。したがって、SHA の管轄地域を越えた規模の major incident が発生した場合でも、SHA 間の連絡調整の拠点としての情報 (被害状況、医薬品やワクチンの所在など) の収集と提供などの後方支援のみを実施し、実際の対応は行わない。

HPA は、上述したように、保健省や NHS 組織に対して専門的立場からの支援を行う役割をもつため、健康危機に直接対応する責任はない。しかし実際には、健康危機管理計画の策定への参加、JHAC への参加、現場レベルでの支援活動への参加など、直接的な対応を実施している場合もある。特にテロが疑われる事例では、初動における情報収集と原因特定に関して中心的な役割を担う。また LHPU は警察との連携の強化を図るために、疫学調査と犯罪捜査の共同実施、研修の共同実施、統一したプロトコルの作成などを実施している。

州レベルでは、中央政府の州事務局の公衆衛生部門が中心となって、HPA の Regional Office の Regional Health Emergency Planning Adviser と連携して、major incident への対応を行う。具体的には、平常時の備えとして、州レベルの健康危機管理計画の策定、SHA や PCT の計画策定の支援や整合性を図るための調整などを実施している。また危機への対応として、SHA への支援、関係機関との連絡やサービスの調整などを実施するが、保健省と同様に、原則として後方支援に限定される。

⑤軍 (Military) の役割

major incident が発生した場合、County は軍に直接支援を要請することができ、軍は支援要請を受けた場合にのみ隊員を派遣する。具体的な業務は、わが国の自衛隊と同様に、被害者の捜索・救助、情報収集、医療支援、土木工事（堤防など）などである。

派遣された隊員は、上述の指揮命令系統における Silver や Bronze に配置され、Gold の指示にしたがって業務を行う。Gold は、被害状況をアセスメントし、軍の支援の必要性や支援内容を決定する。

軍は County に対して支援に要した費用を請求することができる。軍の所掌事務は「非常事態」における人命救助であるため、発生直後は「非常事態」とみなして無償で支援を行う。しかし復興の段階は生命の危険が小さい「平常時」とみなされ、復興支援は所掌事務の範囲外として費用請求の対象となる。そのため Gold は、County の費用負担を回避するために、状況を見極めてできるだけ早く軍を撤退させるようにしている。

(4) 食中毒への対応

①国レベルの担当機関 (Food Standards Agency)

食中毒への対応は「感染症対策」の側面だけでなく「食品衛生」の側面ももっているため、国レベルでどの組織がどのように対応するのかがあいまいになっていた。しかし 1999 年の Food Standard Act に基づいて、2000 年に「Food Standards Agency」が食品衛生と食品安全を司る国の組織として設立されたことから、食中毒への対応は Food Standards Agency の所掌事務となった。

Food Standards Agency は、保健省などの省庁から独立した組織として、食品衛生と食品安全を所管している。所掌事務は、GM、食品ラベルの規制、化学物質などの安全基準の設定、食品栄養成分調査、食物由来感染症・食中毒のコントロール、食品危険情報の発信、LA の食品監視の支援・監査（毎年 40 の LA の監査を行う）、関係機関や消費者に対する情報提供・助言などである。

Food Standards Agency は、連合王国全体を管轄地域としており、ロンドンに本部を、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドに national office を設置している。

本部の組織は、Chief Executive を筆頭に、Food Safety Policy Group、Enforcement and Food Standards Group、Corporate Resources & Strategy Group、Meat Hygiene Service の 4 部門で構成され、それぞれの部門はいくつかの Division をもっている。役職に関する法律上の資格要件はないが、Chief Executive と Food Safety Policy Group の Director は現在、医師である。

Meat Hygiene Service は食肉監視を実施する部門である。以前は Local Authority に機関委任されていたが、BSE 問題などを背景に、1995 年から食肉監視を直轄して実施することとなった。

②地域レベルの第一線機関 (LA)

地域における食中毒への対応に関しては、法定感染症と同様に、LA が「法律上」の第一線機関となっている。1990 年の Food Safety Act に基づいて、飲食店・食品監視を実施する第一線機関として位置づけられた (food law enforcement)。そして Food Standards Agency が食中毒の対応の責任機関として設立され、その事務が LA に機関委任されたため、LA が食中毒への対応を含む、食品衛生・食品安全の第一線機関として位置づけられた、という経緯がある。

LA は、食品の製造、流通、販売の全ての場面での食品監視を実施する権限をもち、警告から営業停止までの処分を下すことができる。監視の頻度は、リスクに応じて、半年に 1 回から 5 年に 1 回実施する。その他に、食中毒への対応 (食品サンプルの採取など) や食品に対する苦情処理なども実施する。

LA の食品衛生・環境衛生を担当する専門職は、わが国の食品衛生監視員や環境衛生監視員に相当する Environmental Health Officer である。

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。

5. イギリスの保健医療計画

(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の保健計画を策定した。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 5 mmHg 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）