

- ・ 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。

6. イギリスにおける保健医療サービスの質の保証

(1) 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) Commission 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、「Commission 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。

7. イギリスの保健医療専門職の教育研修・資格認定システム

(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研修・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）の教育研修・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) 医師の教育研修・資格認定制度

① 資格認定までの流れ

医師の教育研修・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、すべて一般医学協議会（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。

医師の教育研修・資格認定の流れは、以下のとおりである。

- ・ 医師法に掲げられた医学校で、5年間の教育年限を修了し、学士 (Bachelor) を取得する。
- ・ 医学校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」される。
- ・ 登録前研修 (pre-registration training) …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ヶ月の研修を受ける。成績が水準に達していれば、GMCに「本登録」する。
- ・ 本登録後、senior house officer として医師に関する国の公報に氏名を掲載し、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、そこで後期臨床研修が実施される。
- ・ 一般専門医研修 (General Professional Training : GPT) …senior house officer として2年間 (1回6ヶ月の課程を4回) の研修を受ける。GPTのうち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。

その後の進路は、GP と consultant (専門医) で異なる。GP を志望する者は GPT 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、GPT を修了した後、希望する専門領域 (診療科目) の specialist registrar (医局員) として2~3年間の研修、さらに senior registrar として引き続き3~4年間勤務し、各専門領域の「Royal College」の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。

「Royal College」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。専門医の資格認定・剥奪の権限それ自体は GMC にあるが、実質的には Royal College の影響力が非常に大きい。Royal College は専門領域ごとに設置され、Royal College of Physicians (内科系)、Royal College of Surgeons (外科系)、Royal College of Pathologists (病理学)、Royal College of Radiologists (放射線科) などがある。

②教育研修システム

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（region/deanery）レベルに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っている。

専門家継続教育（CPD）に関しては、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。各専門領域によって教育課程の内容は異なるが、単位方式（credit）、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、必要単位数を満たすという方式で進められることが多い。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。

イギリスの看護師の給与と等級は、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(師長)、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、正看護師の免許取得後、3ヶ月ないし6ヶ月の助産師コースと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、正看護師の免許取得後、3~4ヶ月の実地訓練を経て、試験に合格する必要がある。

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

(5) Workforce Development Confederations (WDCs)

2001年、保健医療専門職のマンパワーの確保を目的として設立された。イングランドに28のWDCsがあるが、それらは全てSHAに併設されている。

主な業務は、マンパワー養成に対する経済的支援であるが、それ以外に、マンパワー需給計画の策定、雇用の促進(職場復帰のための再教育システムの構築、海外からのマンパワーの受け入れなど)などを実施している。またWDCsは、保健医療専門職の教育内容や資格認定には全く関与していないが、教育機関(大学、大学院など)や資格認定団体との連携の下で活動している。

マンパワー養成に対する経済的支援は、以下のように分類される。

- ①医師を除く学士課程の費用(学生への奨学金など)
- ②医師の学士課程の臨床実習の費用(臨床実習の受け入れ組織に対する補助金など)
- ③学士取得後の専門家教育の費用(研修生の給与など)

WDCsは、NHS組織、LA、教育機関(学生の健康管理部門)、刑務所(囚人の健康管理部門)、軍隊(軍人の健康管理部門)などに会員になってもらい、研修生の受け入れや雇用を促進するための取り組みを実施している。

都市部のWDCsでは、研修生が、住居費の高さなどの理由で、専門家の教育課程の修了後、他の地域に転出してしまい、専門家が地域に定着しないという問題を抱えている。つまり管轄地域のマンパワーの需給状況に基づいて予算を確保し、マンパワー養成に対する経済的支援を行っても、地域のマンパワー不足の解消に貢献しないという問題である。

8. イギリスの社会保障制度

(1) 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。これらの手当は無拋出、つまり保険料の拋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。無拋出給付制度は、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いている。

(2) 高齢者福祉・介護制度

高齢者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。高齢者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、看護師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

グされた看護師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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

1. 保健医療制度におけるがん対策の位置付けに関する国際比較

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地域保健システム室長）

研究要旨

諸外国の保健医療制度のもとでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向などを明らかにすることを目的として、今年度はイギリスに焦点を当てて、がん対策の実施基盤及び推進体制の実態と保健医療制度における位置づけを調査した。その結果、イギリスでは、国レベルでNHS Cancer Planが策定され、地域レベルでそれを推進する体制（がんネットワーク）が整備されていること、NHS Cancer Planは国レベルの保健計画（Our Healthier Nation）や医療計画（NHS Plan）の下位計画として位置づけられていること、外部機関による計画（政策）の評価システムが確立していること、が示された。

A. 研究目的

わが国のがん対策の実施基盤及び推進体制のあり方を検討する上で、諸外国の経験や先進事例を分析することは有用である。しかし諸外国のがん対策の意義や効果などを正確に理解するためには、その基盤となる保健医療制度を把握し、その制度の中でのがん対策の位置づけを明らかにする必要がある。

そこで本分担研究では、諸外国の保健医療制度のもとでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向などを明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

今年度はイギリスに焦点を当てて、国・地方レベルのがん対策に関する文献や資料を、インターネットや国内・国外の学識経験者等を通じて収集・整理し、イギリスのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態と保健医療制度における位置づけを把握した。

（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、情報公開の視点からも倫理的な問題は少ないと考えられた。

C. 研究結果

イギリスの国レベルでのがん対策の包括的な行動計画である「NHS Cancer Plan」は、2000年9月に発表された10ヵ年計画である。

この計画の目的は「多くの命を救うこと」、「がん患者が、最高の治療だけでなく、正しい専門的支援とケアを確実に受けられるようにすること」、「非熟練労働者が専門職従事者と比較して2倍の割合でがんで死亡している点にみられるような、健康の不平等に取り組むこと」、「NHSががん医療・ケアの分野で再び遅れをとることがないように、がん医療・ケア従事者への投資、精力的な研究、遺伝学革命に向けた準備を通じて、将来に向けた努力を行うこと」である。

NHS Cancer Planの最終的な（数値）目標は「2010年までに75歳未満のがんの死亡率を20%削減すること」である。この目標は国レベルの総合的な保健計画である「Our Healthier Nation」や、国レベルの医療計画に位置づけられる「NHS Plan」に基づいており、NHS Cancer Planがこれらの計画の下位

計画として明確に位置づけられていることが示された。

NHS Cancer Plan の構成は、①がん及びがん対策の現状と課題、②予防、③検診、④地域レベルのがんサービス、⑤診断・治療の待機期間の削減、⑥治療、⑦ケア、⑧マンパワー、⑨施設・設備、⑩研究・遺伝学、⑪計画の実施体制で、それぞれの施策について具体的な（数値）目標が設定されている。

NHS Cancer Plan を地域レベルで展開するために「がんネットワーク (cancer network)」が構築されている。これは関係機関の複合体で、Primary Care Trust（地域における保健医療サービスの提供及び予算管理の責任機関。以下 PCT）、病院 (Acute Trust)、地方自治体 (Local Authority)、がん医療・ケアの関係機関、ボランティア団体、患者・介護者団体などで構成される。がんネットワークは、Strategic Health Authority (NHS の県レベルの出先機関。以下 SHA) に対して説明責任をもつ。現在、34 のネットワークが構築され、イングランド全体をカバーしている。1つのネットワークで 70～300 万人の人口を管轄している。

2005 年に、会計検査院 (National Audit Office) によって NHS Cancer Plan の中間評価が実施された。表に、NHS Cancer Plan の（数値）目標とその進捗状況を示す。

D. 考察

今年度はイギリスに焦点を当てて、保健医療制度におけるがん対策の位置づけを調査したが、今後はアメリカ、オーストラリア、韓国などに対象国を拡大して、各国のがん対策、保健医療制度、衛生行政システムの実態を把握し、がん対策の位置づけを明らかにする必要がある。

E. 結論

諸外国の保健医療制度のもとでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向などを明らかにすることを目的として、今年度はイギリスに焦点を当てて、がん対策の実施基盤及び推進体制の実態と保健医療制度における位置づけを調査した。その結果、イギリスでは、国レベルで NHS Cancer Plan が策定され、地域レベルでそれを推進する体制（がんネットワーク）が整備されていること、NHS Cancer Plan は国レベルの保健計画 (Our Healthier Nation) や医療計画 (NHS Plan) の下位計画として位置づけられていること、外部機関による計画（政策）の評価システムが確立していること、が示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表. NHS Cancer Plan の (数値) 目標とその進捗状況

② 予防	
(喫煙)	
目標	中間評価結果
2010 年までに、肉体労働者集団の喫煙率を 32% (1998 年) から 26% に減少させる。	肉体労働者集団の喫煙率は 33% (1998 年) から 31% (2003 年) に減少した (注: 喫煙率の計算方法が変更されたため、各年とも約 1% 上昇している)。
2002 年までに、PCT において包括的な禁煙サービスを設置する。	2001 年までに、全ての PCT に禁煙サービスが設置された。
喫煙率の最も高い 20 の保健当局 (注: 現在は存在しない) において、喫煙率を下げるための地域目標を設定する。	肉体労働者集団の禁煙支援の (地域目標の合意のある) プロジェクトのために、20 の保健当局に 5 万ポンドが割り当てられた。
2003-2004 年と 2005-2006 年の間に、80 万人の喫煙者を 4 週間プログラムで禁煙に成功させる (注: 新たな目標)。	2003-2004 年に報告された禁煙者は 204,151 人である。
禁煙に取り組むための地域協定を結ぶ。	イングランド全体で 42 の協定が結ばれた。
喫煙率減少に寄与する研究に 250 万ポンドを投資する。	「禁煙」イニシアティブの評価を含めて、各種プロジェクトに研究費を配分した。現在まで 220 万ポンドが費やされた。
2001 年に、刑務所と病院において、喫煙率減少のための試験的取り組みを実施する。	2001 年までに刑務所と病院においてプロジェクトを試行した。また軍隊、工場、労働者クラブにおいても試行された。各施設における Good Practice ガイドも作成された。
(食事と栄養)	
目標	中間評価結果
2002 年から、果物と野菜の消費量を増加させるための「5-A-Day (1 日 5 品目) プログラム」を開始する。	キャンペーンを実施中である。貧困地域 (66 の PCT) にターゲットを絞った「5-A-Day」の地域キャンペーンが実施され、2005 年後半に評価を行う予定である。白書「Choosing Health」では、「5-A-Day」の評価から学んだ教訓を生かして、2006 年からさらに多くの PCT に地域キャンペーンを実施するための資金を提供することが公約された。

(食事と栄養) (続き)	
目標	中間評価結果
「5-A-Day」のメッセージの認知度を高める。	認知度は52% (2002年) から59% (2003年) に上昇した。新鮮な果物の消費量は2001-2002年と2002-2003年の間に5.8%増加した。450を超える組織が「5-A-Day」のロゴの使用を許可された。白書「Choosing Health」では、子どもをターゲットにした加工食品と食品に対するロゴの使用基準を拡大することが公約された (2005年中旬)。
全国学校果実給食計画 (National School Fruit Scheme。毎授業日に4~6歳の児童に無料で果物を提供する計画。) を実施する。	プログラムを拡大して野菜も含めた。約200万人の学童 (97.7%の学校) が参加している。2004年11月に全国展開を達成した。白書「Choosing Health」では、全ての地方教育当局が所管する保育園への拡大を検討することが公約された。
(国民の意識)	
目標	中間評価結果
禁煙に対する国民の意識を高めるキャンペーンを実施する。	Department of Health (わが国の厚生労働省に相当。以下保健省) が大規模なメディアキャンペーンに予算を配分した。主なメッセージやキャンペーンの認知度が上昇した証拠が示されており、現在では禁煙したい理由のただ一つの最も大きなものとなっている。
2001年に、がんに関する国民の意識向上のためのプログラムを開発する。	国民の意識向上のためのプログラムに関する研究に予算を配分した。2001年に5つの研究プロジェクトが委託された。2005年に、がんの症状に関する国民の意識向上のための試験的なプログラムを開始予定である。
意識向上へのアプローチに関する研究のエビデンスを評価する。	研究結果の適用を検討中である。
国民の意識や理解のレベルが評価される。	がんの症状に関する国民の意識向上のための試験的なプログラムに、プログラムのインパクトの評価が含まれている。