

アメリカで広く用いられているもう一つの competency として、Center for Health Policy, Columbia University School of Nursing によって 2001 年に作成された「健康危機管理（バイオテロ及び健康危機への対応）の competency (Bioterrorism & Emergency Readiness)」である。このリストには、全ての公衆衛生従事者に共通する core competency、及び職位・職能別のより詳細な competency (2002 年に作成) がある。core competency として、以下の 9 項目が設定されている。

- ・起こり得る様々な健康危機に対する緊急時対応 (emergency response) における公衆衛生の役割を説明する (例えば、「この部門は、疾患の集団発生時にはサーベイランス、原因調査、広報活動を実施し、生物・環境・気象に関連する危機 (バイオテロ、化学物質、自然災害など) の発生時には他の機関と連携する」など)
- ・緊急時対応における指揮命令系統を説明する。
- ・機関の健康危機管理計画 (または関連する計画の一部) を同定し、所在確認する。
- ・緊急時対応における自分の職務、役割、責任を説明し、通常の訓練においてその役割を実際に遂行する。
- ・緊急時のコミュニケーションに用いられる全ての通信機器 (電話、ファックス、ラジオなど) を正しく使用できることを示す。
- ・緊急時のコミュニケーション、具体的には、組織内 (確立されたコミュニケーションシステムを用いて)、メディア、一般市民、私的関係 (家族、隣人) とのコミュニケーションにおける自分の役割を説明する。
- ・自分の知識・技能・権限の範囲を同定し、その範囲を超える問題が発生した場合の主要な照会先 (専門家、機関など) が、健康危機管理システムのどこに位置づけられているかを同定する。
- ・健康危機の可能性のある、通常とは異なる出来事や現象を認識し、それに対する適切な行動を説明する (例えば、指揮命令系統にしたがって明確な意思伝達ができる、など)
- ・自分の職務の範囲内で、想像的な問題解決法や柔軟な思考力を適用して、通常とは異なる課題に対処し、取りうる全ての行動の効果を評価する。

職位別として、Public Health Leader/Administrator (指揮官・管理者)、Public Health Professional (専門的知識・技術を用いて業務を遂行する公衆衛生専門家)、Technical and Support Staff (技術・補助スタッフ)、職能別として、管理者 (Public Health Leader)、感染症専門家 (Public Health Communicable Disease Staff)、公衆衛生臨床家 (Public Health Clinical Staff)、環境衛生専門職 (Environmental Health Staff)、衛生検査専門職 (Public Health Laboratory Staff)、監察医・検死官 (Medical Examiner/Coroner)、公衆衛生情報専門家 (Public Health Information Staff)、その他の公衆衛生専門家 (Other Public Health Professional Staff)、技術・補助スタッフ (Public Health Technical and Support Staff) が設定され、core competency にそれぞれの職位・職能に必要な competency を追加したリストが作成されている。また公衆衛生従事者以外に、病院職員 (Hospital Worker)、病院管理者 (Hospital Leader)、一般臨床医 (Clinician) の competency も作成されている。

上述した、公衆衛生専門家の core competency (Core Competencies for Public Health Professionals) と健康危機管理の competency (Bioterrorism and Emergency Readiness) は、より包括的な competency として作成されているが、1990 年代後半から、特定の職能（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、図書館司書、衛生検査技師、環境衛生従事者 (Local Environmental Health Practitioner) など）、職位（管理者、中間管理職、事務員、研修生など）、職務（リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーション、人事管理など）、専門分野（疫学、情報学、環境衛生、健康教育、衛生検査、栄養学、予防医学、倫理学、法学など）に適合した、様々な competency が開発されている。また 2001 年以降は、上述の 2 つの competency リストを発展させて、特定の職能、職位、職務、専門分野の competency が開発されている。

また州によって独自の取り組みを行っているところもある。例えば、イリノイ州では、University of Illinois at Chicago の School of Public Health に併設されている Illinois Public Health Preparedness Center が、公衆衛生専門家の core competency に基づいた独自の competency の体系を開発するとともに、その competency を向上させることを目的とした教育研修プログラム（学習目標と具体的な内容が設定された、オンラインによる遠隔教育）を開発・実施している。

### ③公衆衛生従事者を対象とした教育研修プログラム

公衆衛生従事者を対象に、様々な実施主体による、様々な内容の教育研修プログラムが実施されているが、これらの教育研修プログラムの全国レベルの包括的なデータベースとして、2003 年から「TRAIN (The Training Finder Real-time Affiliate Integrated Network) (<https://www.train.org>)」が運用されている。TRAIN には、政府機関（連邦政府、州など）、教育機関（大学など）、民間団体などの様々な実施主体が提供する教育研修プログラムが、2006 年 6 月現在で 759 コース掲載されている。

データベースに掲載されている情報は、研修のタイトル、実施主体、研修の形態（集合研修・ワークショップ、オーディオテープ、CD-ROM、DVD、ビデオ、テキスト（紙媒体、電子媒体）、衛星放送を用いた遠隔教育、コンピューターベースの研修、Web ベースの研修（指導者のもとでの学習、自己学習）、Web 上でのアーカイブや放送を用いた研修など）、受講料、単位数、研修の概要、分野、受講対象者、技能レベル (skill level)、達成できる competency などである。ほとんどのプログラムは、オンラインによる遠隔教育 (e-learning) で実施されている。

TRAIN は、プログラムを受講したい者 (Learner) に対する情報提供と、プログラムを提供したい団体 (Training Provider) のデータベースへの登録を実施しており、教育研修プログラムの需要と供給の橋渡しをする役割を担っている。Learner は、TRAIN のホームページで自分に適したプログラムを検索し、オンラインで申し込み・登録ができる。

Training Provider は、提供するプログラムに関する情報を TRAIN に登録することができるが、登録の際には、そのプログラムが目的とする「competency」と「技能レベル (skill level)」を明確に設定しなければならない。TRAIN で用いられている competency は、公衆衛生専門家の core competency (Core Competencies for Public Health Professionals) と健康危機管理の competency (Bioterrorism and Emergency Readiness) である。

また技能レベル（対象、内容、研修期間など）は以下のとおりである。

- ・認識している（Aware）…公衆衛生従事者全般を受講対象とする概論的な内容である。習得した知識の自己評価テストを含む。コースの期間は、実技の時間を含めないで30～90分間である。
- ・理解している（Knowledgeable）…特定の職務に従事する公衆衛生専門家（看護師、健康教育士など）を受講対象として、包括的な情報や技能習得することを目的とする。実務に関連する演習やシミュレーションが実施してもよい。自己評価テストや観察に基づく評価によって習熟度を評価しなければならない。コースの期間は90分～8時間である。
- ・高度である（Advanced）…集中的な教育、技能の強化、観察・測定可能なパフォーマンスの評価を目的とする。実務に関連する演習やシミュレーションを実施すること、技能と知識の習熟度を評価するために等級評価（優、良、可、不可）される筆記・実技試験を実施すること、が必須である。コースの期間は8時間～1学期（15～18週）である。

### （3）わが国の公衆衛生専門医（専門家）の養成システムに関する考察—アメリカとの比較において

アメリカは地方分権が高度に進行しており、地方自治体、特に州政府の権限が大きい。州や地方自治体の保健部局（SHD、LHD）の組織や機能のばらつきも大きい。したがって国レベルの政策としては、SHDやLHDにおいて最低限必要とされる「基準（standard）」を設定し、それを州政府や地方自治体に普及させることが重要になる。具体的な「基準」として、SHDやLHDに必要な公衆衛生機能としての「Essential Public Health Service」健康危機管理の活動ガイドラインとしての「Public Health Emergency Response Guide for State, Local, and Tribal Public Health Directors Ver. 1.0」などが設定されている。

一方、わが国の保健所では、福祉事務所や総合出先機関との統合など、組織構造が多様化している。保健所の設置主体は都道府県、政令市及び特別区の地方自治体で、アメリカと同様に地方分権型である。そしてLHDの設置主体、管轄地域、組織体系が州によって異なることを考慮すれば、保健所の組織構造が地方自治体の実情に応じて多様化するのとは当然のことである。問題は「構造」の変容それ自体ではなく、構造の変容による「機能」の変容である。現在の地域保健法、および「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（基本指針）」は保健所の機能（サービスではない！）を十分に規定していないため、構造の変化に伴って保健所機能が変化（低下）する危険性がある。したがってわが国においても、アメリカの「Essential Public Health Service」のような、保健所に最低限必要とされる公衆衛生機能を国レベル（「基本指針」など）で明確に設定することによって、保健所機能の質を包括的に保証していく必要がある。また個別の保健所活動の質を保証するためのガイドラインを作成し、保健所に対する技術的支援を積極的に実施していく必要がある。特に、近年の重要課題である健康危機管理に関する具体的なガイドラインの作成は急務であり、そのためにアメリカのガイドラインを参考にすることは有用であると考えられる。

アメリカの公衆衛生専門医や専門家の教育課程、資格認定、採用条件などの養成システムに関しても、地方分権が進行している衛生行政システムと同様に、国レベルで実施できる政策としては、公衆衛生専門家に最低限必要とされる competency を定義し、州政府や地方自治体でのその向上に向けた主体的な取り組みが求められている。わが国の保健所の職員は、ア

アメリカと同様に、医師、歯科医師、保健師などの専門職資格で任用されているが、それが必ずしも公衆衛生専門家としての能力・資質を保証しているわけではない。したがってわが国においても、保健所等で公衆衛生に従事する専門家に共通して必要な core competency の体系を構築し、公衆衛生専門家としての能力・資質の確保・向上に役立てる必要がある。またアメリカでは、職位（管理者、上級職など）や職務（感染症、環境衛生、衛生検査、情報など）の別に達成すべきレベルや competency が構築されており、保健所職員の職位や職種に適合する competency を開発する際に有用である。

公衆衛生専門家の competency は、アメリカだけでなく、イギリス、オーストラリアなどでも開発されている。イギリスでは、アメリカの「Essential Public Health Service」に相当する公衆衛生活動の 10 領域（ten key areas for public health practice）の枠組みから competency の体系を構築している。これは、「（公衆衛生を所管する）Primary Care Trust は公衆衛生専門家の Director of Public Health をリーダーとする公衆衛生部門を設置すること」という規定によって、組織（公衆衛生部門）と専門家（Director of Public Health）は同時に規定され、両者の機能（competency）を同一のものとして捉えているためと考えられる。それに対してアメリカでは、公衆衛生専門家の core competency と「Essential Public Health Service」はそれぞれ別の経緯で作成されているが、これは、組織（SHD、LHD など）の機能と専門家（医師、看護師、環境衛生専門家など）の competency、及びその組み合わせが州や地方自治体によって異なるため、両者を別々に規定せざるを得なかったためと考えられる。アメリカでは、後になって、組織の機能と専門家の competency の整合性をとっているが、十分に整合性がとれていない部分もある。わが国では、地域保健法によって、組織（保健所）と職員（医師、歯科医師、保健師など）が規定されているため、保健所の機能から職員の competency を構築する、あるいは整合性をとりながら両者を同時に構築することが可能である。したがって、わが国の公衆衛生専門家の competency の開発にあたっては、アメリカのように組織の機能と別に構築するのではなく、イギリスのように、組織（保健所）の機能に基づいて構築する方が適切かもしれない。

アメリカの公衆衛生従事者を対象とした教育研修プログラムのほとんどは、インターネットなどを利用したオンラインによる遠隔教育（e-learning）で実施されている。わが国でも、大学等で e-learning が導入され始めているが、公衆衛生分野においては十分に普及していない。公衆衛生従事者の受講機会の増加や研修に要する費用（出張旅費、講師謝金など）の削減などのためにも、公衆衛生従事者に対する e-learning を積極的に実施していく必要があると考えられる。

アメリカでは、competency に基づいた様々な教育研修プログラムが、政府機関（連邦政府、州など）、教育機関（大学など）、民間団体などの様々な実施主体によって開発・実施されているが、それらに関する全国レベルの包括的なデータベースとして「TRAIN（The TrainingFinder Real-time Affiliate Integrated Network）（<https://www.train.org>）」が運用されている。わが国においても、公衆衛生従事者を対象とした研修プログラムが、政府機関（国立保健医療科学院など）、関係団体（公衆衛生協会、母子愛育会、看護協会など）、あるいは大学などで実施されているが、それらに関する情報は一元化されていない。公衆衛生従事者の研修受講の機会を増加させ、積極的な研修受講を促進するためにも、TRAIN のようなデータベースは不可欠であると考えられる。

また TRAIN のようなデータベースを構築するにあたっては、そこに掲載する研修プログラムの質を確保する必要がある。TRAIN では、Training Provider が提供するプログラムの情報を登録する際に、一定の基準で評価を行っているが、それを発展させて、一定の質が保証されたプログラムを「認可」した上でデータベースに登録することも可能である。さらに、それらのプログラムに一定の「単位」を割り当てて、必要単位数を満たすことによって「公衆衛生専門家」として資格認定される、といったシステムを構築することも可能である。このように研修プログラムのデータベースには様々な発展性があるため、公衆衛生専門家の養成システムを構築する上でその開発・運用は重要な課題である。

(参考文献・資料)

須藤紀子，兵井伸行，林謙治．アメリカ合衆国の保健衛生組織．諸外国における保健所等保健衛生組織の実態調査研究 平成 14 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：林謙治）．厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業，2003；8-24.

武村真治．わが国の地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーの実態調査．国民のニーズに適合した地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーのあり方に関する研究 平成 15 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：林謙治）．厚生労働科学研究費補助金がん予防等健康科学総合研究事業，2004；5-148

須藤紀子．地域保健行政従事者に必要な能力・技術の構造の分析．国民のニーズに適合した地域保健行政組織の構造・機能・マンパワーのあり方に関する研究 平成 15 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：林謙治）．厚生労働科学研究費補助金がん予防等健康科学総合研究事業，2004；199-278.

橘とも子．アメリカの健康危機管理研修の実態．地域における健康危機管理研修に関する研究 平成 16 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：加藤則子）．厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業，2005；138-189.

武村真治．諸外国の健康危機管理研修の実態調査．地域における健康危機管理研修に関する研究 平成 17 年度総括・分担研究報告書（主任研究者：加藤則子）．厚生労働科学研究費補助金健康科学総合研究事業，2006；204-291.

## (資料 4) イギリスの公衆衛生医師等の資質向上方策の実態

国立保健医療科学院 公衆衛生政策部  
武村真治

### 第 1 部 イギリスの保健医療福祉システム

#### 1. 一般概況

##### (1) 地理

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

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

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

##### (2) 歴史

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

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

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

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

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

### (3) 人種構成

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

### (4) 宗教

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

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

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

### (5) 政治体制

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

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

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

### (6) 地方行政制度

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

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

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

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

## 2. 医療保障制度

### (1) 概要

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

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

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

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

### (2) NHS の歴史

#### ① NHS の創設（1948 年）

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

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



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

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

## ②NHSの1974年改革

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

このような背景から、1974年、病院および専門医サービス、GPサービス、地方自治体による保健サービスの3分立機構を一元化することを目的にNHSの改革が実施された。この改革では、地方自治体(Local Authority)とは別に、保健当局(Health Authority)が、プライマリケア(GP、歯科医、眼鏡サービス、薬剤サービス)、セカンダリケア(病院サービス、専門医サービス)、そして対人保健サービス(搬送、疫学的仕事、家族計画、ヘルスセンター、保健訪問、家庭看護と助産、母子保健、疾病の予防、医学、看護および関連サービスによるケアとアフターケア、持続的医学的監督を必要とし、地域で生活するのに十分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)を一元的に管理し、地域全体の保健計画の策定や管理を行うこととなった。具体的には、90のArea Health Authorityを第一線機関として設置し、その上部機構として9のRegional Health Authorityが設置された。これによってNHSは地方自治体から完全に独立し、国の直轄となり、NHSによる対人保健サービスと地方自治体による対人社会サービス(福祉サービス)の分離体制が確立した。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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、保健師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」は登録人頭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 の各団体の間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の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の数が多い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手払いがなされる。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。

## 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)