

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

#### 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たっている。

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場合が多い。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・保健師中央審議会が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。

#### 4. イギリス(イングランド)の衛生行政システム

##### (1) 衛生行政システムの歴史

###### ① 黎明期における発展

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

1848年8月、チャドウィックの努力により、世界最初の公衆衛生法(Public Health Act)が成立し、衛生行政が救貧法の枠組みから独立した。そして中央に保健総局(General Board of Health)が設立された。保健総局は、地方保健局(Local Board of Health)を設置する権限が与えられた。また地方保健局は保健医官(Medical Officer of Health)を任命する権限が与えられ、保健医官が設置され始めた。また1871年には保健医官の資格が制度化された。

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

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

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

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

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

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

## ②NHS発足による分断

1948年からNHSが施行され、保健医療サービスの供給体制が大きく変化した（詳細は前述）が、LAは引き続き公衆衛生を所管し、救急医療、予防サービス、母子保健、在宅看護、公衆衛生など、地域住民に対する保健サービスを担当し、その予算はNHSから配分されるようになった。またLAは保健師（health visitor）を設置することが義務づけられた。

1974年のNHS改革（詳細は前述）によって、保健医療サービスと福祉サービス（社会サービス）との明確な境界が設定され、それぞれNHSとLAが実施することになった。これによって、LAとは別に、NHSの地方組織として保健当局（Health Authority）が設置された。そしてこれまでLAが所管していた全ての対人保健サービス（患者搬送、疫学的仕事、家族計画、ヘルスセンター、保健訪問、家庭看護と助産、母子保健、疾病の予防、医学、看護および関連サービスによるケアとアフターケア、持続的医学的監督を必要とし、地域で生活するのに十分でない人たちに対する在宅看護、予防接種、学校保健、保健師（health visitor）や地区看護師（district nurse）のサービスなど）はNHSの所管となり、保健医官、保健師（health visitor）、地区看護師（district nurse）もLAからNHSに移管された。保健師と地区看護師に関しては、保健当局に籍を置いているが、GPに「出向」し、GPとのチームでプライマリケアを実施することとなった。

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

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

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

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

### ③衛生行政システムの再構築

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

NHSでは1990年代に2度の改革が実施されたが、衛生行政（対人保健サービス）を保健当局が実施することに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。

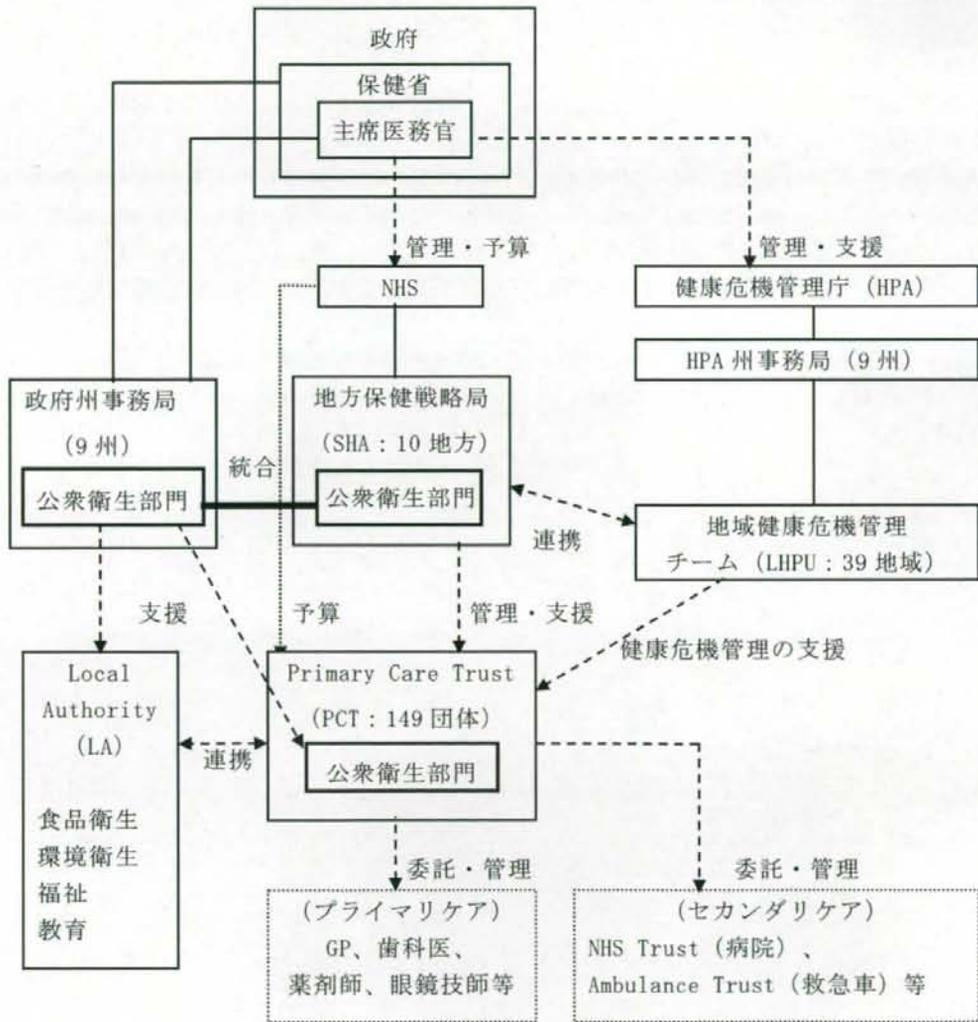


図1. イングランドの衛生行政システム

### (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、専門の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。

2006 年 6 月の NHS の組織改革において SHA が 10 に統合されたことによって、Regional Director of Public Health は、州事務局の公衆衛生部門と SHA の公衆衛生部門の両方を統括することになった。

### (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)、市町村レベルに Primary Care Trust (PCT) が設置されている。SHA は 2002 年の NHS 改革当初は 28 であったが、2006 年 6 月から 10 に統合された。Primary Care Trust (PCT) は 2002 年の NHS 改革当初は約 300 設置されていたが、統合が進み、2008 年現在 149 で、1 つの PCT で人口 20~60 万人を管轄している。

##### 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。

2006年6月から、SHAの機能として、以下の3つが明示された。

- ・戦略的なリーダーシップを発揮すること
- ・（管轄地域の）NHS組織の開発、人材開発・人材育成を行うこと
- ・地域の保健医療システムが効果的に運営され、改善されたパフォーマンスが提供されることを保証すること

またSHAと州事務局の公衆衛生部門がより密接に連携することが明示され、州事務局のRegional Director of Public Healthは、州事務局の公衆衛生部門とSHAの公衆衛生部門の両方を統括することになった。

## 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。

また2006年6月から、PCTの機能として、以下の3つが明示された。

- ・管轄する地域住民の健康と福祉の改善に従事すること
- ・配分された資源の範囲内で、包括的で公平な範囲の、質の高い、（地域のニーズに）敏感な、効率的なサービスを委任（commission）する。
- ・質の高い、（地域のニーズに）敏感な、効率的なサービスを、最高の価値を生み出す状況で、直接提供する。

また2008年7月から、PCTは「NHS Local」に名称を変更することとなった。例えば、Blackpool PCTは、地名にNHSの接頭辞をつけて、「NHS Blackpool」と呼称してもよいことが認められた。これは、PCTがNHSの総予算の約80%を管理しているという現状を踏まえて、「NHS」の「地域」の機関であること、NHSの委任者（commissioner）であることを、地域住民や関係団体により明確に示すことを狙いとしている。

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80%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。

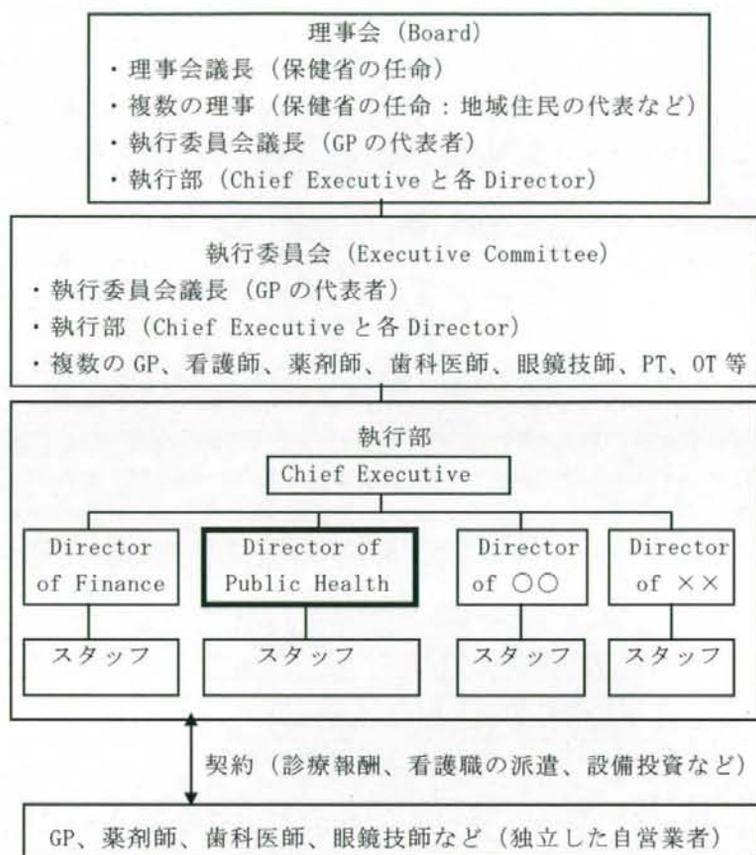


図 2. Primary Care Trust の組織体系

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)

### ① HPA 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。

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

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

## 5. 衛生行政の関係機関

### (1) National Institute for Clinical Excellence (NICE)

1999 年に NHS 組織として設立された。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 (後述) 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。

### (2) Commission for Health Improvement (CHI)

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設立された (現在は、組織統合され「Healthcare Commission」となっている)。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。全ての NHS 組織 (SHA、PCT、NHS Trust など) はサービスの質を改善・保証するための活動 (clinical governance) を実施することが義務づけられているが、これはそれを評価・監査する活動である。レビューでは、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の評価される。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。

### (3) Health Development Agency

国の保健計画「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。

### (4) 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。

## 第2章 イギリスのがん政策・対策

### 1. 保健医療計画におけるがん対策の位置づけ

(1) 1992年の保健計画(The Health of the Nation)におけるがん対策の位置づけ

保守党サッチャー政権は、1992年、国レベルの最初の保健計画である「The Health of the Nation」を策定した。この計画では、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、保健医療専門職、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。

計画は2000年度を目標年度として、主要領域(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(値)、目標達成のための具体的な戦略で構成された。

The Health of the Nationの計画では、「がん」は主要領域に位置づけられており、以下の目的、目標(値)、戦略が設定されている。

#### ○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)

The Health of the Nationでは、乳がん、子宮頸がん、皮膚がん、肺がんの死亡率や発生率に関する数値目標が設定されているが、肺がんのリスク因子である喫煙以外の具体的な戦略は取り上げられておらず、がん対策に関する包括的な計画とは言いがたい。

### (2) 1999年の保健計画(Our Healthier Nation)におけるがん対策の位置づけ

労働党ブレア政権は、1999年、The Health of the Nationの改訂版として「Our Healthier Nation」を策定した。この計画は、2010年を目標年度として、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いる。推進体制としては、首相を最高責任者、保健省(CMO)を事務局として、様々な部門の連携のもとで実施する体制となっている。

計画の構成は、主要領域(がん、心疾患及び脳卒中、事故、精神保健)とその目標値、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、となっている。

Our Healthier Nationにおいて、「がん」は、The Health of the Nationと同様に、主要領域に位置づけられており、がん全体に関して「75歳未満の死亡率を少なくとも5分の1減少」とする目標値が設定されている。しかし行動指針については抽象的な内容であり、具体的な戦略や対策についてはほとんど明記されていない。

### (3) NHSにおけるがん対策の位置づけ

「Our Healthier Nation」の策定と並行して、NHSは、1998年改革(The New NHS)において、保健医療サービスの計画的な提供体制を整備する必要性が示された。その最初の取り組みとして「National Service Framework」の策定に着手した。これは、特定の疾患(高血圧、がん、COPD、冠動脈性心疾患及び脳卒中、糖尿病、精神保健、腎疾患)や対象者(小児、長期療養患者)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長期的な戦略と具体的なサービスモデルを提示したものである。

National Service Frameworkにおいて「がん」は、優先順位の高い対象疾患として最も早く取り上げられている。

またNHSは、National Service Frameworkの策定と同時期の2000年7月に「NHS Plan」を策定した。これは、2010年を目標年度として、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、サービスの質の向上などを目的としている。

NHS Planにおいて「がん」の重要性は指摘されているが、全体計画であるため、がんの医療・ケアに関する具体的な戦略や対策まで記載されていない。

## 2. がん政策のこれまでの動向

### (1) カルマン・ハインレポート

#### ①経緯と概要

1995年4月、「がんサービスの委託のための政策枠組み」というタイトルの報告書が、がん諮問グループからイングランドとウェールズの首席医務官(CMO)に対して提出された。イングランドの保健省の首席医務官の Kenneth Calman と、ウェールズ事務局の首席医務官の Deirdre Hine の名前をとって、通称「カルマン・ハインレポート」と呼ばれる。

このレポートの目的は、イングランドとウェールズに、がん患者が受ける治療やケアの質を保証することができるようなケアのネットワークを構築することである。このレポートは具体的な計画というわけではないが、イングランドとウェールズのがんサービスをどのように発展させるべきかの方向性を示す戦略的枠組みとして報告されている。

2人のCMOはがん諮問委員会(Expert Advisory Group on Cancer)を設置し、様々な機関・団体等の過去の報告書などをレビューし、レポートを作成した。

レポートでは、まずがんケアの提供の一般原則として、以下の7点を示している。

- ・全ての患者は、彼らの住む地域や病院において、均一で質の高いケアにアクセスして、最大限可能な治療のレベルと最高のQOLを保証するべきである。ケアは、できるだけ患者の自宅に近いところで提供されるべきであり、また質の高い、安全で、効果的な治療と両立させるべきである。
- ・がんの症状の早期認知と全国がん検診プログラムの利用可能性を促進する国民と専門職への教育はがんケアのための包括的プログラムに不可欠な部分である。
- ・患者、家族、介護者は、診断から続く全ての治療の段階において、彼らが利用可能な治療の選択肢や治療の結果について、理解できる形で、明確な情報や支援を受けるべきである。
- ・がんサービスの開発は患者中心であるべきであり、がんケアに関与する専門職だけでなく、患者、家族、介護者の視点や選好を考慮するべきである。ニーズに関する個人の認知は専門職のそれとは異なるかもしれない。専門職と患者との良好なコミュニケーションが特に重要である。
- ・プライマリケアチームは、一次予防、検診、初期診断から、ケア、フォローアップ、場合によっては、死や死別にいたるまで、患者とその家族に対するがんケアの中心的、継続的な要素である。セクター間の効果的なコミュニケーションは最高の可能なケアを達成するために必須である。
- ・がんの検診、診断、治療が患者、家族、介護者に及ぼす影響を考慮すれば、全てのがんケアの段階において心理社会的側面が考慮されるべきである。
- ・がん登録と、治療や治療成果の慎重なモニタリングは不可欠である。

## ②がんサービスの提供体制

レポートでは、がんサービスの提供体制として、「プライマリケア（GPを中心とする一次医療）」、「がんユニット（二次医療）」、「がんセンター（三次医療）」の3層構造が提案され、それらの間の密接な連携体制の必要性が強調されている。

がんユニット（Cancer Unit）は、通常、市町村（district）レベルの一般病院に設置され、より一般的ながん（乳房、肺、胃腸）の治療・ケアを提供することが想定されている。がんユニットは全ての一般病院に設置する必要はないが、地理的条件や患者数によって管轄する人口規模を設定し、適切な病院に設置する。

がんユニットは独立した診療科目としてではなく、病院の他の診療科目と統合された形で設置し、学際的チームで治療やケアを実施するものである。そして、がんの治療・ケアに精通した主任臨床医（lead clinician）を設置し、がんユニット内で提供されるがんサービス全体の調整や管理、具体的には、設備管理、非外科的治療の管理、臨床監査やの管理、他のがんユニット、がんセンター、プライマリケアとの連携などを行う。

その他に、外科ではない腫瘍専門医（non-surgical oncologist）や専門看護師を設置すること、支持療法、化学療法、血液学的腫瘍サービスなどを実施すること、腫瘍学の研修医の教育研修や医学継続教育（continuing medical education）を実施すること、臨床試験に参加することなどが求められている。なお、放射線治療に関しては、通常は、がんユニットには求められない。

がんセンター（Cancer Centre）は、大規模な一般病院に設置され、近隣地域のより一般的ながん、がんユニットから紹介された一般的なでないがんやまれながんを含む、全てのがんに対する高度専門的な治療・ケアを提供することが想定されている。管轄人口はおおむね100万人、最低でもその3分の2とする。

スタッフとしては、がんを専門とする複数の診療科目（内科、外科など）の医師、専門看護師（化学療法、緩和ケア、乳房ケア、リハビリ・心理社会的サポート、リンパ腫管理、ストーマケアなど）、十分な教育を受けた放射線治療技師などが想定されている。

サービスとしては、小児・思春期のがん患者へのサービス、学際的チームによるまれながんの管理、専門的な手術（形成手術、再建手術など）、集中的な化学療法（骨髄移植などの複雑な血液学的サポートを含む）、臨床腫瘍専門医の管理による放射線治療、腫瘍内科サービス、病理診断や画像診断などの高度専門的な診断、緩和ケア・リハビリの専門サービスなどが想定されている。またその他に、腫瘍学の研修医の教育研修、医学継続教育、がん看護の教育研修などの実施及び管理、臨床監査、研究開発、臨床試験の実施とコーディネートの役割が求められている。

## ③その他の取り組むべきがん対策

レポートでは、小児・思春期のがん患者へのケアの向上、緩和ケアの強化、がんサービスの報酬・支払いに関する提供者と購入者との契約の明確化の必要性が強調されている。また放射線治療の強化、がん専門医の教育研修と人材育成、がんケアに関する研究開発、臨床監査を用いたサービスのモニタリングなどについても言及している。