

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、基本的な契約の類型として、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. 保健医療専門職の養成

(1) 一般教育制度

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。

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

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

(2) 保健医療専門職の教育・資格認定の基本的な考え方

保健医療専門職 (医師、看護師など) の教育・資格認定のシステムは、上述した一般的な教育課程とは別に行われる。保健医療専門職の資格取得のために必要な教育課程 (医学部、看護学部など) を修了し、学士を取得するまではわが国と同様である。しかしイギリスでは、資格認定のための「国家試験」は実施されず、通常は大学の修了試験で代用される。したがって学士を取得した時点で、専門職として法律上規定された行為 (医療、看護など) を行うことができる。しかしこれはあくまで法律上の問題であり、保健医療組織 (SHA、PCT、NHS Trust など NHS 組織、政府機関など) で就業するためには、各専門家の「同業者団体」の認可が必要となる。

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

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

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

(3) 医師の教育・資格認定制度

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。

卒業教育において、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。卒業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々に対する在宅看護、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。

(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、主席医務官 (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。

主席医務官以外に、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、主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、主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。

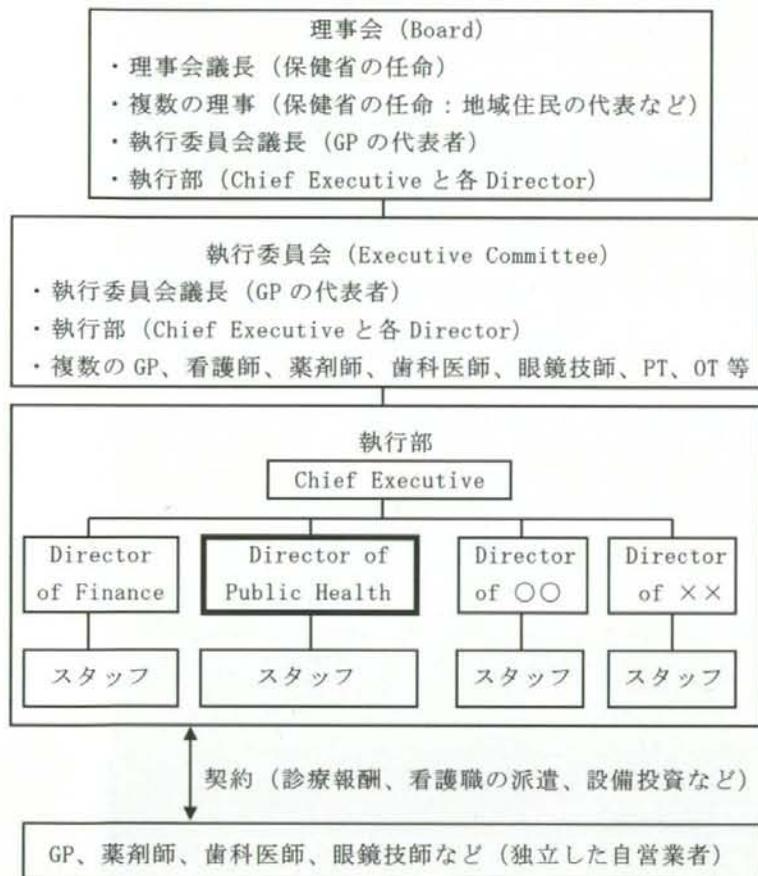


図 2. Primary Care Trust の組織体系

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）

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。

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)