

表36-2. 評点間の相関係数 (分野別: 生活衛生)

	中間評価 (1年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)		-0.447	0.233
行政点(中間1年目)			0.766 **
専門点(中間2年目)	-0.032	0.525	0.608
行政点(中間2年目)	-0.019	0.693	0.812 *
評価点(中間2年目)	-0.029	0.635	0.740 *
専門点(事後)	0.542	-0.189	0.320
行政点(事後)	0.536	-0.253	0.252
評価点(事後)	0.638	-0.252	0.347

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表36-3. 評点間の相関係数 (分野別: 生活衛生)

	中間評価 (2年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間2年目)		0.566	0.903 **
行政点(中間2年目)			0.865 **
専門点(事後)	0.597	0.249	0.576
行政点(事後)	0.227	0.734	0.613
評価点(事後)	0.529	0.651	0.775 *

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表36-4. 評点間の相関係数 (分野別: 生活衛生)

	事後評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事後)		0.517	0.880 **
行政点(事後)			0.862 **

(** p < 0.01)

表37-1. 評点間の相関係数 (分野別: テロ)

	事前評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事前)		-0.687	0.965 **
行政点(事前)			-0.511
専門点(中間1年目)	-0.049	-0.307	-0.129
行政点(中間1年目)	0.783 *	-0.434	0.801 *
評価点(中間1年目)	0.487	-0.533	0.437
専門点(中間2年目)	-0.408	0.102	-0.456
行政点(中間2年目)	-0.257	-0.210	-0.368
評価点(中間2年目)	-0.464	-0.090	-0.580
専門点(事後)	0.533	-0.489	0.483
行政点(事後)	0.415	-0.508	0.338
評価点(事後)	0.534	-0.588	0.455

(* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$)

表37-2. 評点間の相関係数 (分野別: テロ)

	中間評価 (1年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)		-0.076	0.742
行政点(中間1年目)			0.612
専門点(中間2年目)	0.612	-0.211	0.174
行政点(中間2年目)	0.464	0.102	0.299
評価点(中間2年目)	0.756	-0.063	0.341
専門点(事後)	-0.300	0.758	0.271
行政点(事後)	-0.312	0.433	0.044
評価点(事後)	-0.361	0.638	0.142

表37-3. 評点間の相関係数 (分野別: テロ)

	中間評価 (2年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間2年目)		-0.006	0.658
行政点(中間2年目)			0.749
専門点(事後)	0.244	0.161	0.283
行政点(事後)	-0.701	0.565	-0.040
評価点(事後)	-0.519	0.537	0.060

表37-4. 評点間の相関係数 (分野別: テロ)

	事後評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事後)		0.393	0.704
行政点(事後)			0.930 **

(** p < 0.01)

表38. 評点間の相関係数 (開始年度別: 平成16年度)

	事後評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事後)		0.694 *	0.922 **
行政点(事後)			0.919 **

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表39-1. 評点間の相関係数 (開始年度別: 平成17年度)

	中間評価 (2年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間2年目)		-0.624 *	0.746 **
行政点(中間2年目)			0.055
専門点(事後)	-0.655 *	0.814 **	-0.142
行政点(事後)	0.279	0.226	0.548
評価点(事後)	-0.052	0.600	0.445

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表39－2. 評点間の相関係数（開始年度別：平成17年度）

	事後評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事後)		0.469	0.788 **
行政点(事後)			0.913 **

(** p < 0.01)

表40－1. 評点間の相関係数（開始年度別：平成18年度）

	事前評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事前)		-0.002	0.871 **
行政点(事前)			0.490
専門点(中間1年目)	0.169	0.149	0.224
行政点(中間1年目)	-0.350	0.255	-0.170
評価点(中間1年目)	-0.141	0.298	0.033
専門点(中間2年目)	-0.227	-0.216	-0.312
行政点(中間2年目)	0.758 *	-0.211	0.544
評価点(中間2年目)	0.343	-0.293	0.141
専門点(事後)	0.544	0.052	0.500
行政点(事後)	0.220	-0.283	0.053
評価点(事後)	0.434	-0.142	0.308

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表40-2. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成18年度)

	中間評価 (1年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)		-0.073	0.663 *
行政点(中間1年目)			0.698 *
専門点(中間2年目)	0.714 *	-0.282	0.248
行政点(中間2年目)	0.324	-0.301	-0.042
評価点(中間2年目)	0.719 *	-0.399	0.148
専門点(事後)	0.496	-0.068	0.306
行政点(事後)	-0.233	0.159	-0.047
評価点(事後)	0.096	-0.069	0.120

(* p < 0.05)

表40-3. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成18年度)

	中間評価 (2年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間2年目)		0.064	0.748 *
行政点(中間2年目)			0.710 *
専門点(事後)	0.368	0.696 *	0.723 *
行政点(事後)	0.007	0.609	0.410
評価点(事後)	0.210	0.749 *	0.646

(* p < 0.05)

表40-4. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成18年度)

	事後評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事後)		0.493	0.850 **
行政点(事後)			0.877 **

(** p < 0.01)

表41-1. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成19年度)

	事前評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事前)		0.045	0.769 **
行政点(事前)			0.673 **
専門点(中間1年目)	0.253	0.288	0.371
行政点(中間1年目)	0.600 **	0.367	0.679 **
評価点(中間1年目)	0.531 **	0.417 *	0.660 **
専門点(中間2年目)	0.073	-0.130	0.022
行政点(中間2年目)	0.259	0.211	0.302
評価点(中間2年目)	0.228	0.060	0.224
専門点(事後)	0.661 **	0.013	0.498 *
行政点(事後)	0.568 **	0.338	0.636 **
評価点(事後)	0.686 **	0.222	0.650 **

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表41-2. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成19年度)

	中間評価 (1年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)		0.202	0.815 **
行政点(中間1年目)			0.732 **
専門点(中間2年目)	0.626 **	-0.025	0.425
行政点(中間2年目)	0.395	0.453	0.529 *
評価点(中間2年目)	0.688 **	0.297	0.648 **
専門点(事後)	0.441 *	0.391	0.538 **
行政点(事後)	0.417 *	0.522 **	0.599 **
評価点(事後)	0.482 *	0.525 **	0.646 **

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表41-3. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成19年度)

	中間評価 (2年目)		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間2年目)		0.090	0.725 **
行政点(中間2年目)			0.751 **
専門点(事後)	0.539 *	0.411	0.642 **
行政点(事後)	0.210	0.417	0.427
評価点(事後)	0.404	0.453	0.581 *

(* p < 0.05 ** p < 0.01)

表41-4. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成19年度)

	事後評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(事後)		0.563 **	0.849 **
行政点(事後)			0.914 **

(** p < 0.01)

表42-1. 評点間の相関係数 (開始年度別:平成20年度)

	事前評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)			0.038
行政点(中間1年目)			-0.387
評価点(中間1年目)			-0.374
専門点(中間2年目)			-0.071
行政点(中間2年目)			-0.016
評価点(中間2年目)			-0.052

表42－2．評点間の相関係数（開始年度別：平成20年度）

	中間評価（1年目）		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)		-0.111	0.164
行政点(中間1年目)			0.962 **
専門点(中間2年目)	0.389	0.158	0.275
行政点(中間2年目)	-0.081	0.483	0.491
評価点(中間2年目)	0.207	0.326	0.403

(** p < 0.01)

表42－3．評点間の相関係数（開始年度別：平成20年度）

	中間評価（2年目）		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間2年目)		0.650	0.935 **
行政点(中間2年目)			0.878 **

(** p < 0.01)

表43－1．評点間の相関係数（開始年度別：平成21年度）

	事前評価		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)			0.212
行政点(中間1年目)			0.299
評価点(中間1年目)			0.328

表43－2．評点間の相関係数（開始年度別：平成21年度）

	中間評価（1年目）		
	専門点	行政点	評価点
専門点(中間1年目)		0.069	0.857 **
行政点(中間1年目)			0.574

(** p < 0.01)

(資料) イギリスの健康関連の研究開発の動向

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 武村真治

第1章 イギリスの保健医療システム

1. 一般行政制度

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. 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。

3. 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、原則として全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) によるセカンダリケア (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) General Practitioner (GP)

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おこっている。

(3) 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、Primary Care Trust (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。

(4) 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。

(2) 保健省 (Department of Health)

国レベルで衛生行政を司る省庁は保健省 (Department of Health) である。保健省は 1919 年に設立されたが、その後 1968 年に社会保障省と統合され、1988 年に再び分離・独立した。また省内の部局も頻繁に改編されるなど、弾力的な組織体制となっている。

組織は、大臣、事務次官、各部門の責任者で構成される。事務次官は NHS の最高責任者である「NHS Chief Executive」を併任している。

公衆衛生を所管するのは、首席医務官 (Chief Medical Officer : CMO) と呼ばれる医師である。彼は、Standards and Quality Group の責任者として、健康改善 (たばこ、アルコール、薬物など)、健康危機管理 (health protection)、感染症対策、医療安全、高度専門医療 (遺伝子治療、臓器移植など)、保健医療サービスの質の管理などを担当する。

首席医務官以外に、専門的見地から政策立案に関与する技官として、Chief Nursing Officer (看護師)、Chief Dental Officer (歯科医師)、Chief Health Professions Officer (その他の保健医療専門職)、Chief Pharmaceutical Officer (薬剤師)、Chief Scientific Officer が設置されている。

(3) 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。

(4) 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。

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。

(5) 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。

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。

第2章 イギリスの健康関連の研究開発の動向

1. 健康に関連する研究開発システムの概要

イギリスでは、研究開発は、基礎研究 (Basic research)、応用研究 (Applied research)、実験開発研究 (Experimental development) に分類される (Main definitions and conventions for the measurement of research and experimental development (R&D). Organisation for Economic Co-operation and Development. Frascati Manual 1993 OECD, 2 rue Andr -Pascal, 75775, Paris, France)。基礎研究は「特に応用や利用を念頭に置かず、現象や観察可能な事実を支える基盤に関する知見を得ることを第一の目的として実施する、実験的または理論的な作業」、応用研究は「新たな知見を得るために実施する独創的な研究で、ただし一義的には特定の実用的な目的や目標に向けた研究」、実験開発研究は「研究と実践的な経験から得られた既存の知見に依拠しつつ、新しい材料・製品・機器の生産、新しい製法・工程、システム、サービスの導入、またはそれらの大幅な改良をめざした体系的な作業」と定義される。

健康に関連する研究開発のための資金の供給源は、公的資金 (税金)、民間企業における研究開発資金、研究への寄付に分類される。公的資金は科学予算と省庁研究開発予算に分類される。科学予算は、科学技術省 (Department of Innovation, University and Skills) と貿易産業省 (Department of Trade and Industry) によって管理され、High Education Funding Councilを通じた医科大学などの高等教育機関への「一括助成」と、大学や研究機関等の医学研究に対して研究費助成を行う組織であるMedical Research Council (MRC) を通じた特定のプロジェクト・プログラムに対する「競争的資金」に分類される。一方、省庁研究開発予算は各省庁が保有し、健康関連の研究開発予算のほとんどは保健省 (Department of Health) によって管理される。

高等教育機関への一括助成を除くと、健康に関連する研究費の配分機関は、MRCと保健省及びNHSに二分される。2007年度の投資額は、MRCが5.46億ポンド、保健省・NHSが7.53億ポンドである。

研究分野に関しては、MRCは、もともとは基礎研究が中心であったが、近年、臨床研究や公衆衛生研究にも力を入れるようになり、現在ではhealth researchの全領域をカバーしている。一方、保健省・NHSの研究開発は、臨床研究や公衆衛生研究を中心とした応用研究 (Health Technology Assessment、health services researchなど) に重点を置いている。

研究費助成のシステムに関しては、MRCは、MRCが保有する研究所・研究ユニットへの助成を除くと、特定のプロジェクト・プログラムに対する競争的資金である。一方、保健省・NHSは、NHS Trustなどの機関に対して研究費を割り当てる仕組みとなっていたが、必ずしも効率的な運用がなされていたわけではなかった。そこで、2006年に発表された、NHSの研究開発戦略である「Best Research for Best Health」に基づいて、保健省・NHSの研究開発に関わる研究機関・研究ネットワーク、研究者、研究プログラム、研究費などを統括・調整する役割を担う「仮想の国立研究機関」であるNational Institute for Health Research (NIHR) が設立された。

MRCの予算は、財務省から、科学技術省の科学技術長官 (Director General Science and Innovation) を通じて配分される。またNIHRの予算は、財務省から、保健省の研究開発長官 (Director General Research and Development) を通じて配分される。

科学技術省から予算配分されるMRCの研究開発と、保健省から予算配分されるNHSの研究開発は、それぞれ特徴をもった研究費助成システムで運営されてきたが、研究内容の重複などの非効率的な側面もあり、両者の連携の必要性が指摘されてきた。そこで政府は

「Science and innovation investment framework 2004-2014」に基づいて、2008年度以降、MRCとNIHRの研究開発戦略を統合させることとなった。統合戦略の策定は、Office for Strategic Coordination of Health Research (OSCHR) の監督のもと、MRC/NIHR Translational Medicine Board、新設されるPublic Health Research Board、E-Health Boardとの共同で行われる。また他のResearch Council、Technology Strategy Boardの協力も得ながら推進されることとなった。

2. Science and innovation investment framework 2004-2014

(1) 背景

イギリスは世界トップレベルの大学群や、最先端技術を有する企業群を有しており、世界でもトップクラスの研究開発や技術革新が推進されてきた。例えば、2004年において、イギリスの人口は世界人口のわずか1%に過ぎないが、世界で行われる研究のうち5%をイギリス人が実施し、また引用文献の12%以上、あるいは最も影響力を持つ論文のほぼ13%をイギリスが発行している。また2004年の大学のランキングでは、オックスフォード大学、ケンブリッジ大学がそれぞれ世界5位、6位にランクされた。

一方で、これらの研究の成果を生産性の向上や経済活動の活性化に十分に活用されてこなかったこと、公的部門・民間部門ともに研究開発への投資が少ないことなどの問題があった。国際的な競争が激化する中、イギリスが研究開発の分野で世界のトップクラスであり続けるためには、研究開発・技術革新への投資が経済や社会に及ぼす効果を最大にするための「エコシステム」、つまり研究開発における大学と企業との密接な連携、新しい知識集約型企業の成長、研究開発から生まれるビジネスチャンスの活用を促進するための、インセンティブ、スキル、支援のメカニズムが必要となる。

これまでもイギリスでは、研究開発や技術革新に対して様々な対策を講じてきた。1980年代から1990年代初めまでは科学への公共投資は低下の一途をたどってきたが、最近では増加に転じている。また民間部門での投資を刺激するために、2000年に研究開発関連の税控除を導入し(2002年には適用範囲を大企業にまで拡大)、これまで約2万の企業に約15億ポンドを援助してきた。これらの取り組みをさらに促進し、研究開発・技術革新に関する「エコシステム」を確立するために、国レベルの具体的な戦略の必要性が強調されるようになった。

(2) 「Science and innovation investment framework 2004-2014」の概要

2004年7月、政府は、科学と技術革新のための10ヵ年戦略である「Science and Innovation Investment Framework 2004-2014」を発表し、研究開発や技術革新のパフォーマンス向上、研究開発への公共投資が社会や経済に及ぼす効果の最大化のための長期的目標を定めた。

この枠組みには、財務省、教育雇用省（Department for Education and Skills、現在は科学技術省（Department of Innovation, University and Skills）と児童学校家族省（Department for Children, Schools and Families）に組織改変されている）、貿易産業省（Department of Trade and Industry）、保健省（Department of Health）が参加し、省庁横断的な研究開発への取り組みの長期的な戦略として位置づけられている。この枠組みでは、研究開発への公的部門・民間部門による投資を2014年までにGDPの2.5%とする数値目標、イギリスの科学基盤の持続可能性の向上、大学と企業の協働の促進、科学基盤が経済や社会のニーズによりよく対応するための方策が盛り込まれた。

この枠組みでは、以下の6つの主要テーマが設定された。

- ・ イギリスの最強のCOE (centre of excellence) における世界レベルの研究
- ・ 経済や公共サービスのニーズに対する、公的資金による研究基盤のよりよい適応
- ・ 企業の研究開発への投資の増加、及びアイデアや有能な人材を発掘するためにイギリスの科学基盤を活用する際の企業の関与の増大
- ・ 科学者、エンジニア、技術者の積極的な供給
- ・ 国内の大学や公的研究機関の持続可能性と財政基盤の強化
- ・ 科学研究やその革新的応用へのイギリス社会全体の信頼と意識の向上

主要な方策は以下のとおりである。

- ・ 科学基盤の持続可能性を促進するための、2005～2008年にかけての10億ポンドを上回る追加の資金提供
- ・ Higher Education Innovation Fundを通じた、イングランドの大学に対する知識転移に限定した資金提供（2007～2008年に年間1.1億ポンドに達する見込み）
- ・ 貿易産業省のTechnology Strategyを通じた産業主導の共同研究への資金提供（2007～2008年に年間最低1.78億ポンドに達する見込み）
- ・ 企業と大学の協働に関するLambert Reviewへの政府の対応（地域におけるRegional Development Agencyの新たな責任など）
- ・ あらゆるレベルのSTEM (science, technology, engineering, and mathematics、科学・技術・工学・数学) の教育や学習の改善に向けた方策

政府のこれまでの取り組みとしては、2004年予算前報告において、Small Business Research Initiative (SBRI) の下、政府の省 (Department) 及び機関 (agency) は外部研究開発 (extramural R&D) の契約の2.5%を中小企業 (small- and medium-sized enterprises: SMEs) に委任するとの新たな目標を発表した。

2005年予算前報告において、NHSの新しい研究開発戦略を含めて、イギリスにおける医学研究開発の環境を改善する方策、及び卓越した臨床研究の推進や臨床試験の実施の推進方策に係る包括プランを発表した。またイギリスの知的所有権 (Intellectual Property: IP) の枠組みをデジタル時代にふさわしいものにするため、Andrew Gowersによる指揮の下、イギリスの知的所有権に関する独立したレビューを発表した。