

③検診	
(乳がん検診)	
目標	中間評価結果
2003年までに、全ての受診者に対して、2方向からのスクリーニングを行う。	85の乳がん検診ユニットの中で、81ユニットが目標を達成した。2005年8月までに全てのユニットが目標を達成する予定である。
2004年12月までに、定期的な(3年に1回の)乳がん検診の対象年齢を(現在の50~64歳から)70歳まで拡大する。	2005年4月までに、全85ユニットで拡大されることが期待される。
乳がん検診(マンモグラフィー検査)のスタッフの階層を、(現在の2層構造(実施者と評価者)から)新たに4層構造(指導者、上級者(読影、超音波検査など)、実施者、補助者)とする。	進行中である。4層全てのポストが設定され、2003年3月に、53人の補助者、158人の上級者が各ポストに就任する。
(子宮頸がん検診)	
目標	中間評価結果
2002年に、液状細胞診の試験的实施がNational Institute for Clinical Excellence(以下NICE)によって評価される。成功すればNHS全体に導入する。	試験的实施が完了した。2003年にNICEが全国展開を勧告した。子宮頸がん検診の近代化プログラムが発表された。
子宮頸がん検診(細胞診)のスタッフに関して、4層構造のスキルミックスモデルの開発を進める。	現在は30名の上級者がポストに就任している。同定された問題に取り組んでいる。
2002年までに、保健当局は検診受診率80%を達成する。	PCTは規模が小さいため、非現実的な目標値である。目標を下げる必要がある。
2001年までに、全てのPCTは貧困層や少数民族の集団の子宮頸がん検診の受診率を評価する。	保健省は、白書「Shifting the Balance of Power」が発表されたためこの目標をモニタリングしていない。しかしgood practiceが残されており、いくつかの地域における適切な活動が行われている。

③検診（続き）	
（大腸がん検診）	
目標	中間評価結果
パイロットスタディの結果が肯定的であれば、2003年に大腸がん検診を導入する。	2003年までの結果は不十分であるため決定できない。検診の導入は2006年に開始される予定である。
大腸がん検診の方法を評価するために研究を継続する。	2005年にパイロットスタディを開始し、2006年にさらに拡大する。2007年に主な研究の結果を報告する。
2001年に対象を絞った内視鏡検査の研修を開始する。	2001年に内視鏡検査の全国研修イニシアティブが設立された。2004年に、3カ所の国の研修センター、7カ所の州の研修センターが研修プログラムを開始した。
（NHS 前立腺がんプログラム）	
目標	中間評価結果
早期発見、治療、ケア、研究を改善するための前立腺がんプログラムで、NHS Cancer Planに先がけて2000年9月に発表された。2001年にリスクマネジメントプログラムが開始された。	2001年7月に前立腺がんリスクマネジメントプログラムが開始された。全ての領域で経過は良好である。
前立腺がん研究に420万ポンドを投資する	研究費が提供された。
検診プログラムをサポートするエビデンスが検証される。	検証中である。
（検診に対する理解）	
目標	中間評価結果
新しい全国的な情報源を開発する。	2001年10月に新しい情報パンフレットが導入され、18か国語に翻訳され、全ての検診通知に添えて送付された。
学習障害をもつ女性のための good practice のガイダンスや資料を作成する。	学習障害をもつ女性のためのガイダンス、パンフレット、写真本が開発され、発行された。

④地域レベルのがんサービス	
目標	中間評価結果
各 PCT の主任がん臨床医に対して、マクミランがん救済財団 (Macmillan Cancer Relief) の協力のもとで、年間 300 万ポンドを投資する。	2004 年 4 月までに、303 の PCT のうち 279 の PCT に主任がん臨床医のポストが設置された。しかし継続的な資金提供には問題がある。
2003 年に、プライマリケアにおけるがんデータセットを開発する。	2004 年にデータセットが開発され、試験的に実施されている。
地区看護師 (district nurse)、地域看護師 (community nurse) のための緩和ケアの研修に 200 万ポンドを投資する。	緩和ケアの研修プログラムが 34 の全てのがんネットワークで提供された。資金は 3 年間で年間 200 万ポンドに増加した。現在までに 10,000 人の看護師が参加した。
がんネットワークにおいて、プライマリケアが中心的な役割を担う。	34 の全てのがんネットワークに PCT の代表が参加している。PCT の最高責任者がほとんどのネットワーク理事会の議長を務めている。
保健省は時間外の緩和ケアの good practice のガイドラインを開発する。	支持療法 (supportive care) と緩和ケアに関する NICE のガイダンスに代わった。時間外のケアを支援するためのツールが各がんネットワークで実施されている。

⑤診断・治療の待機期間の削減	
目標	中間評価結果
2000年12月までに、GPによる緊急紹介から病院の外来受診までの期間を2週間にする。	現在、がんが疑われる患者の99.2%が2週間以内に専門家の診察を受けている。2001年までに、がんが疑われる患者の93.5%が目標値以内に専門家の診察を受けた。
2001年までに、白血病、精巣がん、小児がん患者のGPによる緊急紹介から治療開始までの期間を最長1ヵ月にする。	現在、95%~100%が達成されている(2002年までに91.5%~100%が達成された)。
2001年までに、乳がん患者の診断から治療開始までの期間を最長1ヵ月にする。また2002年までに、乳がん患者のGPによる緊急紹介から治療開始までの期間を最長2ヵ月にする。	両目標の97%が達成されている。前者については2002年までに94.2%、後者については2003年までに96.5%が達成された。
2005年末までに、全てのがん患者の診断から治療開始までの期間を最長1ヵ月にする。	2004年6月までに、がんと診断された患者の89.9%は31日以内に治療を受けた。目標日は2005年12月31日である。
2005年末までに、全てのがん患者のGPによる緊急紹介から治療開始までの期間を最長2ヵ月にする。	2004年6月までに、緊急紹介された全てのがん患者の78%が62日以内に治療を受けた。目標日は2005年12月31日である。
2004年までに、全てのがん患者は事前に計画・予約されたケアを受ける。	2004年前半に、データ収集を開始できるようにNHSに対してひな型の草案が発行された。2005年までに目標の進捗状況が評価される予定である。
2003~2004年までに、がんネットワークにおいて、サービスの改善のためのがんサービス連携(Cancer Services Collaborative)を開始する。	全てのがんネットワークにサービス改善責任者(Service Improvement Lead)が設置され、サービス改善が進行中である。

⑥治療	
目標	中間評価結果
2003年までに、NICEは全てのがんに関する結果改善(Improving Outcomes)のガイドランスを作成し、保健当局(現在のPCT)が実施できるようにする。	2000年以降、新しい報告書が4件、改定された報告書が2件作成された。プログラムは2005～2006年に完了する。2004年に、がんネットワークは、サービス提供に関するしっかりとしたマイルストーンを設定し、ガイドランスを実行するための行動計画を開発した。
NICEは、居住地による医療格差(postcode lottery)を終わらせるために、抗がん剤の評価を行う。	16の抗がん剤の評価が終了し、11の抗がん剤の評価が進行中である。2004年に、国家がん対策長官(National Cancer Director)は抗がん剤の使用量の増加を報告しているが、がんネットワークの間で許容できないばらつきが残っている。これに取り組むために新たな対策を導入する必要がある。
がん患者の治療が、分野横断的な専門家チームによって検討される。	95%以上の病院において、肺、乳、上部消化管、大腸の各がんについてチーム医療が実施されていることが報告されている。
2000年秋にがん治療基準(National Cancer Standards)が発行される。2001年にピアレビューによる訪問調査が開始される。	2000年に治療基準が発表され、2004年に改訂と拡充が行われた。2001年に全てのがんネットワークがピアレビューによる訪問調査を受けた。2004年11月に、進捗状況を評価するために2回目の調査が開始された。
2002年までに全国がんデータセットを作成する。	大部分が完了した。一部のまれながんのデータセットは2005年までに完成されない見込みである。
がんに関する完全かつ正確なデータを収集できるように、地域の保健医療関係団体は十分な支援を提供する。	いくつかのがん(肺、頭部・頸部、大腸)については一定の進捗があったが、完全なデータはまだ利用できない。
2000年に、政府はがん登録を強化するための計画を策定する。	2001年にがん登録に関する行動計画が発表された。がん登録は改善され、がんネットワークとの連携が構築された。

⑦ケア	
目標	中間評価結果
2001年に、保健当局は緩和ケアへの投資に関してがんネットワークと協定を結ぶ。	2003～2006年の3年間で、緩和ケアを適所に配置するためのがんネットワークの投資戦略を策定する。
2004年までに、ホスピスと専門家による緩和ケアに5,000万ポンドを投資する。	2003～2004年に5,000万ポンドが割り当てられ、現在までに3,850万ポンドが費やされた。
2001年に、支持療法 (supportive care) と緩和ケアの基準を含めて、支持療法戦略を作成する。	2002年にがん治療基準として戦略の草案が発表された。2005年に完成予定である。
2001年に、NICEは支持療法のガイダンスを作成する。	2004年3月にガイダンスが発行された。がんネットワークはNICEのガイダンスを実行するための行動計画を策定中である。
コミュニケーション技術に関する新たな研修を実施する。	上級コミュニケーション技術研修プログラムが開発された。試験的実施が成功すれば、本格的に開始する。
2001年に、がん情報諮問グループ (Cancer Information Advisory Group) は情報の格差を同定し、患者情報に関するガイダンスを作成する。	がん情報の普及と提供に焦点を絞って変更された。情報提供者の認定プロセスが整備され、地域で使用するためのがん情報のパンフレットが中央で作成され、利用可能になっている。
病院とがんネットワークは、がん患者が質の高い、かつ文化的に敏感な情報を利用できるようにする。	支持療法と緩和ケアに関するNICEのガイダンスに勧告として記載された。現在までの進捗状況にはむらがある。がんネットワークはNICEのガイダンスを実行するための行動計画を策定した。
保健省は患者の治療・ケアの経験を測定するための監査ツールを開発することを委任する。	支持療法と緩和ケアに関するNICEのガイダンスは、がんネットワークが患者の経験の監査を行うことを保証すべきであると勧告している。NHS R&Dは手始めに前立腺がんに絞った監査ツールの開発を委託した。
患者のための新たなインターネットによる情報源を開発する。	保健省は、前立腺がんと乳がんに関するインターネットのサイトの作成のために44万ポンドを投資した。
2000年10月に、がん図書館を開始する。	2005年に開始予定である。

⑦ケア（続き）	
目標	中間評価結果
2001年までに、がんネットワークは患者と介護者の意見を取り入れたサービス提供計画を策定する。	2004年までに、34のうち30のがんネットワークで（患者と介護者で構成される）パートナーシップグループが設立された。
貧困地域における緩和ケアに対して New Opportunities Fund（宝くじ基金）による資金提供を行う。	2003～2007年に、地域緩和ケア（Community Palliative Care）プログラムは55のプロジェクトに資金提供を行う予定である。2001～2005年、「がんとともに生きる（Living with Cancer）」プログラムは黒人や少数民族を含む恵まれない集団のためのプロジェクトに資金提供を行う。
保健省は、患者が利用できる専門家による緩和ケアの中心的要素がボランティア部門であることを認める。	支持療法と緩和ケアに関する NICE のガイダンスに記載された。NHS とボランティア部門を通じて、できる限り質の高いサービスが計画、委託、組織化、提供されることを保障することをねらいとしている。

⑧マンパワー	
目標	中間評価結果
2006年までに、約1,000人のがん専門医を増員する。	計画より早く達成される。2004年6月までに975人の専門医のポストが設置された。
2001年までに、国家がん対策長官はがん専門医数に関する長期目標を設定する。	国家がん対策長官は、具体的な長期目標はまだ設定していないが、労働力調査チームと密接に連携して、がん対策に必要な将来の医師数を予測した。
2008年までに、専門医の研修施設を増加する。	計画には具体的な数値目標はないが、1999～2003年に研修施設が36%増加した。
組織病理学の研修医（Senior House Officer）を増員するための計画を策定する	3カ所の研修センターに130万ポンドが投資された。2003～2004年に、海外からの組織病理学者のための集中研修・評価センターを設置した。2004～2005年に、3カ所の新しい研修センターが設置された。さらに2005年～2006年に、6カ所の研修センターが業務を開始する予定である。
がん看護師を増員する。	がん看護師数は増加しているが、具体的な数値は中央では把握されていない。
放射線技師を増員するための研修施設を増加させるとともに、離職率を減少させる。	研修施設は2倍以上に増加した。2001～2002年に、診断と放射線治療に従事する放射線技師の平均離職率は有意に減少した。
がんに関係する医療従事者の新しい技術と新しい役割を確立する。	診断及びその他の医療従事者に新しい役割が導入された。新しいスキルミックスモデルが乳がん検診、子宮頸がん検診、放射線治療において実施されている。
全てのがんサービスの提供者は、がん臨床医の研修に関する明文化された戦略を策定する。	がんネットワークのレベルでは、まとまりのある研修戦略は策定されていない。結果改善（Improving Outcomes）のガイダンスを実行するための行動計画をつうじて部分的に取り組みされている。

⑨施設・設備	
目標	中間評価結果
MRI、linear accelerator、その他のがん医療機器を新規に導入する。	今までに、新たな設備に4億ポンド以上が投資された。2000年4月以降2004年末までに、NHSは68台のMRI、177台のCT、83台の線形加速器（linear accelerator）、700品目以上の乳がん検診機器を受け取っている。2004年末までに全ての計画が達成された。
23の病理学施設の近代化を支援するために追加投資を行う。	39ヵ所の病理学施設の改良と再構成を支援するために2,800万ポンドが投資された。
2001年までに、がんネットワークによる監査に基づいた、国レベルのがん関連施設戦略（National Cancer Facilities Strategy）を策定する。	監査は行われたが、施設戦略は明文化されていない。例えば、放射線治療の実績評価やPET-CTフレームワークなどを組み入れた、新たな施設開発戦略が必要である。
保健省は病理学と画像診断に関連して、民間とのパートナーシップの機会について十分な調査を行う。	画像診断については、SHAが現状の受容能力と（ニーズと）の潜在的なギャップを同定した。画像診断の戦略の一部は、民間とのパートナーシップの強化を通じてこれらのギャップを満たそうとするものもある。病理学については、保健省が、診断サービスに関するNHS改善計画のアプローチにそって、独立セクターの関与の可能性を検討している。

⑩研究・遺伝学	
目標	中間評価結果
2003年までに、全国がん研究ネットワーク（National Cancer Research Network）を含めて、国立がん研究所（National Cancer Research Institute）を設立する。	2001年に国立がん研究所が設立された。また2002年10月に、全国がん研究ネットワークが完全に設立された。
がん遺伝子の研究を推進する。	現在進行中の国立がん研究所の戦略分析の一部である。国立がん研究所のもとに設立される全国がん組織リソース（National Cancer Tissues Resource）が遺伝子研究のための世界的な資源を提供することが期待される。
2001年に、遺伝子カウンセリングに関してマクミランがん救済財団とのパートナーシップを構築し、新しいサービスを開発する。	試験的な取り組みが進行中である。
保健省はがんに関するエビデンスに基づくレビューを委託する。	保健省はNICEに対して、エビデンスのレビューの業務委託を継続し、業務を支援する。

⑪計画の実施体制	
目標	中間評価結果
2003～2004年までに、がんサービスに対する5.7億ポンドの追加投資を行う。	現在までの追跡調査の予備的な結果では、目標が達成されることが示されている。
がんネットワークはNHS Cancer Planを実行するための組織モデルとなる。	2001年までに34のがんネットワークが設立され、イングランド全体がカバーされた。ネットワーク理事会とネットワークチームの開発プログラムがClinical Governance Support TeamとNHS Leadership Centreから委託されている。
2001年に、がんネットワークは、人材確保、教育研修、施設・設備戦略を含む、サービス提供計画を策定する。	戦略計画は策定されたが、その質にはばらつきがみられる。2003年後半までに、がんネットワークの3分の1が人材確保戦略及び教育研修戦略の両方または一方を策定していた。この問題に取り組むための結果改善(Improving Outcomes)のガイダンスやその他のイニシアティブが求められる。
がんネットワークは試験的な委託契約を確立する。	2001年中に、8カ所で試験的取り組みが実施された。2002年に、PCTが主導する委託契約への動きがこれらの試験的取り組みにインパクトを与えた。ただしgood practiceに関しては、ネットワーク開発プログラムを通じて共有された。
がん特別委員会(Cancer Taskforce)を設置する。	2000年にがん特別委員会が設置された。国家がん対策長官が議長を務め、患者代表、臨床家、管理者が参加している。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

2. 緩和ケアに関する体制及びがんに関する専門的スタッフの養成・確保に関する国際比較

分担研究者 梅田 恵（オフィス梅田（聖路加看護大学看護実践開発センター客員研究員）

研究要旨

諸外国のがん看護・緩和ケアに関する看護師の基礎教育の基準、卒後教育の現状、教育修了後の活動などを検討することを目的として、今年度は、アメリカ、イギリスにおける専門看護師に関する調査を行った。

その結果、アメリカ、イギリスでは、それぞれ看護師の名称は異なるものの、多数の CNS が登録され、病院をはじめ、コミュニティなどさまざまな場で医療の質を改善するために活躍していること、また、薬剤処方権を持つなどの裁量権を持つことが明らかになった。

A. 研究目的

諸外国のがん看護・緩和ケアに関する看護師の基礎教育の基準、卒後教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国におけるがん看護・緩和ケアの専門教育のあり方や活動体制などを検討する。

B. 研究方法

今年度は、アメリカ、イギリスの2カ国に焦点を当て、専門看護師（以後 CNS: Clinical Nurse Specialist とする）に関する文献や資料をインターネットや文献検索ツールを用いて、収集・整理した。これらをもとに、アメリカ、イギリスと日本の CNS の資格、役割について比較、検討した。

（倫理面への配慮）

公開されている報告書からの分析であったが、最新の情報の吟味と内容の安易な解釈により、事実を忠実に報告できるよう配慮した。

C. 研究結果

1. アメリカ

1) 看護師登録数

アメリカの CNS 認定者は、年々増加しており、2000 年現在で 6 万 9 千人いる（表 1 参照）。

2) CNS の役割

CNS は臨床的にも理論的にも知識レベルが高く、批判的思考をより高度なレベルで行い、システム思考に深く根ざしている。また、あらゆるケアの場で患者の疾患過程のどの時期においても発生する可能性がある臨床上の問題を予測できる専門的かつ、総合的な知識を持つ。

上記のような能力を有する CNS の役割には、看護実践のほか、研究、コンサルテーション、教育などがある。より良い治療や看護が提供できるように、エキスパートとして看護を実践しながら、医療システム内でのコーディネートを行ない、また、病院全体の入院期間、死亡率、治療費などのアウトカムを改善する責任も担う。州によって違いはあるが、検査、

薬物の処方、静脈路の確保などについて、判断・決定して実施もできる。

3) 活躍の場

CNS は、病院、クリニック、ナーシングホーム、CNS 自身で開業したオフィス、在宅ケアなどの地域を基盤とした場所などで働いている。

2. イギリス

1) 資格の種類

看護師の資格取得後にそれぞれの専門教育を受け得られる資格には、Health Visitor, District Nurse, General Practice Nurse, Nurse Prescriber や各領域の Nurse Specialist (専門看護師：一般実践、精神、小児、地域、障害者、産業、在宅、学校保健) と Nurse Consultant (看護コンサルタント) がある。専門看護師、看護コンサルタントは大学院レベルの教育と実践経験を持つものに与えられる資格である。

2) 看護師登録数

600 名の看護コンサルタントと 23,000 名の CNS が登録されている (表 2 参照)。

3) 役割・機能

看護コンサルタントは、病院における臨床家としての役割だけでなく、指導者・管理者として雇用されているケースが多い。看護コンサルタントの役割は、下記の通りである。

1. 専門職としてのリーダーシップやコンサルタント
2. エキスパートとしての臨床実践
3. 研究、教育、開発に関する役割
4. 臨床実践やサービスを開発する役割

実際に臨床実践のベストプラクティスモデルを開発し、臨床で働く看護師の管理者・指

導者・相談者として、臨床現場に直接的に関わり、医療ケアの質改善に努めている。

4) 活躍の場

看護コンサルタントのうち、54%が病院、23%がコミュニティ、16%が精神科領域、7%が助産領域で働いている。

3. 日本

1) 活動分野

CNS (Certified Nurse Specialist) には、がん看護のほか、精神、地域、老人、小児、母性、成人 (慢性)、クリティカルケア、感染の 9 分野がある。

2) 看護師登録数

日本の CNS 数は徐々に増加しており、CNS186 名 (うちがん看護 CNS79 名) が登録されている。(表 3 参照)

3) CNS の目的

CNS は、複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる。

4) 役割

日本看護協会は、専門看護師の役割を下記のように示している。

1. 実践：個人、家族及び集団に対して卓越した看護を実践する。
2. 相談：看護職を含むケア提供者に対しコンサルテーションを行う。
3. 調整：必要なケアが円滑に行われるために、保健医療福祉に携わる人々の間のコーディネーションを行う。

4. 倫理調整：個人、家族及び集団の権利を守るために、倫理的な問題や葛藤の解決をはかる。
5. 教育：看護職に対しケアを向上させるため教育的役割を果たす。
6. 研究：専門知識及び技術の向上並びに開発をはかるために実践の場における研究活動を行う。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

5) 活動の場

CNSの多くは、上記で示した役割を担い、医療施設やコミュニティで活躍している。

D. 考察

今年度は、アメリカ、イギリスの2カ国に焦点を当て、CNSの資格、役割について比較、検討した。今後は、看護教育制度、看護師の裁量権などの観点を含め、看護師の専門教育のあり方を検討していく必要がある。また、対象国にオーストラリア、韓国、フィリピンなどを含め、看護師の教育のあり方や活動について更なる検討をすすめ、今後の日本の看護師の活動のあり方に関する示唆を得る必要がある。

E. 結論

諸外国のがん看護・緩和ケアに関する看護師の基礎教育の基準、卒後教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国におけるがん看護・緩和ケアの専門教育のあり方や活動体制などを検討することを目的として、今年度は、アメリカ、イギリスを対象国としてCNSの役割機能に関する調査を行った。その結果、アメリカ、イギリスでは、それぞれ看護師の名称は異なるものの、多数のCNSが登録され、病院をはじめ、コミュニティなどさまざまな場で医療の質を改善するために活躍していること、また、薬剤処方権を持つなどの裁量権を持つことが明らかになった。

表1 アメリカ 看護師登録数

資格	カリフォルニア	ミネソタ
LPN/LVN		22,450
RN	255,145	65,169
APRN	CNS (専門看護師)	353
	NP (診療看護師)	1,682
	CNM (助産師)	158
	CRNA (麻酔専門看護師)	1,390

表2 イギリス 看護師登録数

資格	イギリス
看護師	660,481
看護コンサルタント	600
CNS	23,000

表3 日本 看護師登録数

資格	日本
准看護師	385,960
看護師	760,221
認定看護師	2474
専門看護師 (がん CNS)	186 (79)

3. 「がん対策基本法」と海外のがん対策に関する法的基盤の比較検討

分担研究者 坪野 吉孝（東北大学大学院法学研究科教授）

研究要旨

本邦の「がん対策基本法」と韓国の「がん管理法」におけるがん検診の規定を比較した。韓国の「がん管理法」においては、がん検診の実施主体（保健福祉部長官）と財政措置に関する明文の規定が置かれていた。一方「がん対策基本法」においては、がん検診の実施主体に関する明文の規定は置かれず、がん検診の「質の向上等を図るために必要な施策」と「普及啓発その他の必要な施策」について国と地方公共団体の責務が規定されていた。本邦の「がん対策基本法」の特徴を明らかにする上で、諸外国における類似法との比較が有用であることが示された。

A. 研究目的

本研究の目的は、「がん対策基本法」の課題を、本邦における他の基本法や諸外国のがん対策に関する法的基盤との比較において抽出し、本邦のがん対策の推進に必要な法制度のあり方を検討することにある。

今年度は、「がん対策基本法」と韓国の「がん管理法」におけるがん検診に関連する規定を比較検討し考察を行った。

B. 研究方法

本邦の「がん対策基本法」は、2006年に成立し、2007年度より施行される。韓国の「がん管理法」は、2003年に制定され2006年に一部改正された。いずれも両国におけるがん対策の大綱を定めた基本法として位置づけられている。

がん検診に関する両法の条文を抽出し、基本法におけるがん検診の位置づけに関して比較考察を行った。

（倫理面への配慮） 本研究は公表された法令の条文を比較するものであり、特段の倫理的問題は存しない。

C. 研究結果

「がん対策基本法」においては、第十三条でがん検診に関する規定が置かれている。

（がん検診の質の向上等）

第十三条 国及び地方公共団体は、がんの早期発見に資するよう、がん検診の方法等の検討、がん検診の事業評価の実施、がん検診に携わる医療従事者に対する研修の機会の確保その他のがん検診の質の向上等を図るために必要な施策を講ずるとともに、がん検診の受診率の向上に資するよう、がん検診に関する普及啓発その他の必要な施策を講ずるものとする。

がん検診に関する国や地方公共団体の責務としては、「質の向上等を図るために必要な施策」と、「普及啓発その他の必要な施策」の二つが規定されている。がん検診の実施そのものに対する責務の所在（国か、地方公共団体か、保険者か等）に関しては、明文の規定はない。

財政上の措置については、第八条に規定が置かれている。

（法制上の措置等）

第八条 政府は、がん対策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講じなければならない。

がん検診に関する国および地方公共団体の責務として定められているのは「質の向上等を図るために必要な施策」と「普及啓発その他の必要な施策」の二つであることから、第八条が政府に義務付けている財政上の措置の範囲についても、直接にはこれら二つの施策を対象としているものと考えられる。

韓国の「がん管理法」においては、第九条にがん検診に関連する規定が置かれている。

第九条（癌早期検診事業）

①保健福祉部長官は癌の治療率を高めて癌による死亡率を減らすために癌を早期に発見する検診事業(以下“癌早期検診事業”とする)を実施しなければならない

②癌早期検診事業の対象者、癌の種類、検診の周期、検診方法及び手続等に関して必要な事項は保健福祉部令で定める。

③保健福祉部長官は癌早期検診を行う医療機関(以下“癌早期検診機関”とする)に対して癌早期検診事業のための施設・人員・器材及び癌早期検診サービスの内容に関する評価を実施し、その評価の結果、施設・人員・器材及び癌早期検診サービスの内容が不足する癌早期検診機関に対して指導を行うことができる [新設 2006.10.27] [[施行日 2007.4.28]]

④保健福祉部長官は第 3 項の規定による評価業務を大統領令が定めるところによって関係専門機関または団体に委託することができる。 [新設 2006.10.27] [[施行日 2007.4.28]]

⑤癌早期検診機関に対する評価の時期・範囲・対象及び手続等に関して必要な事項は保健福祉部令で定める。 [新設 2006.10.27] [[施行日 2007.4.28]]

⑥保健福祉部長官は癌早期検診を受けた者の中で「医療給与法」による医療給与受給者及び大統領令が定める健康保険加入者に対しては予算または国民健康増進基金から、そ

の費用の全部または一部を支援することができる。 [改正 2006.10.27] [[施行日 2007.4.28]]

第 1 項において、本邦の厚生労働大臣に相当する保健福祉部長官に、がん検診の実施が義務付けられている。また第 6 項において、がん検診の費用負担に関する規定が置かれている。同項にある「国民健康増進基金」は、たばこの売上収入の一部をがん検診等の事業に充当する目的で設置された基金である。

D. 考察

日韓のがん対策に関する基本法におけるがん検診の規定を比較した。その結果、韓国の「がん管理法」においては、がん検診の実施主体と財政措置に関する明文の規定が置かれていた。これに対して本邦の「がん対策基本法」においては、がん検診そのものの実施主体に関する明文の規定は置かれず、「質の向上等を図るために必要な施策」と「普及啓発その他の必要な施策」といういわば間接的な施策について、国と地方公共団体による責務が規定されていた。

今回の検討を通して、本邦の「がん対策基本法」の特徴を明らかにする上で、諸外国における類似法との比較が有用であることが示された。今後は、法令の条文上の比較検討をさらに進めると共に、条文に留まらず実際のがん対策のあり方を比較検討することを通して、本邦のがん対策の推進に有用な知見を得ることが重要と思われる。

E. 結論

本邦の「がん対策基本法」と韓国の「がん管理法」におけるがん検診の規定を比較した。韓国の「がん管理法」においては、がん検診の実施主体（保健福祉部長官）と財政措置に関する明文の規定が置かれていた。一方「がん対策基本法」においては、がん検診の実施主体に関する明文の規定は置かれず、「質の

向上等を図るために必要な施策」と「普及啓発その他の必要な施策」について、国と地方公共団体の責務が規定されていた。本邦の「がん対策基本法」の特徴を明らかにする上で、諸外国における類似法との比較が有用であることが示された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

4. がんに関する専門医等の養成・確保に関する国際比較

分担研究者 西村 秋生（国立保健医療科学院研修企画部国際協力室長）

研究要旨

がん治療において重要な役割を占める「がん専門医」について、先進諸国の状況を、Web等を利用して調査した。その結果、がん専門医という言葉の意味自体が国によって異なるものの、がん治療の専門医認定は、それぞれの分野の専門家集団である学会の手に委ねられている例が多いことが解った。ただし、認定の基準等において各学会が完全に独立しているわけではなく、横断する組織があり、各学会間の連絡調整を行っていることは、我が国の今後の専門医制度を考える上で特筆すべき事と考える。

A. 研究目的

がんの治療においては、外科、内科、放射線科等様々な分野にわたる専門的な技術が必要であり、それら専門技術を担う者として「がん専門医」の育成は不可欠である。しかし具体的にそれぞれの分野において、どのような技術を持ったがん専門医がどのくらい必要なのか、といった議論は、これから必要になるものと考えられる。

そこで本研究では、がん治療において重要な役割を占める「がん専門医」のあり方について、先進諸国の状況を調査し、我が国において適切ながん専門医の認定資格やその基準等について提言することを目的とする。

B. 研究方法

諸外国において、がんに関する専門的な知識や技術をもつ医師等の医療従事者の養成や確保の体制を分析し、わが国におけるがんに関する専門的な医療職の人材育成のあり方を検討した。初年度は基本調査として、米・英・独を対象とし、Webを通じて対象各国の専門機関等における記事から、がん専門医に相当する資格の認定基準とうについて検索調査をおこなった。

（倫理面への配慮）

諸外国の公的機関・組織を対象とした調査であり、公開された情報のみを対象としているので倫理的な問題はない。

C. 研究結果

調査の結果、がん専門医という言葉の意味自体が国によって異なるものであることが解った。今回は「がん治療を専門とする医師を認定する仕組み」との定義に合致するものを検索し、米・英・独三カ国における制度の違いについて検討した。

米国では、医師の資格を得るためには、8年の学校教育の後得られる医師号に加えて、3～7年間の研修が必要である。各科専門医になるためにはその後 American Board of Medical Specialists, ABMS などの専門認定機関が規定する研修を修了した後に試験に合格する必要がある。また、より詳細な各分野の専門医となるためには、やはり認定機関が定める特定の分野において、最低1年間の追加研修を受けることとなっている。

英国においては、がん専門医は王立医学会 (Royal College) および各専門分野の学会に

よる認定による。専門研修の実質的なカリキュラムや認定基準の作成にあたっては、National Health Service, NHS が、各学会と協議しながら決定することとなる。現在のところ専門研修には5～6年を要する。

ドイツでは一般に専門医の登録は地域医師会の管轄となっており、登録を希望する医師は必要な研修修了書等を各医師会に提出することとなっている。ただしがんの包括的医療については近年、腫瘍学会が中心となって、家庭医を対象とした積極的治療から緩和ケアまでを包括する専門医研修を実施しているなど、学会主導の専門医養成の動きも始まっている。

D. 考察

大学あるいは国家試験等による認定である医師資格と異なり、がん治療の専門医認定は、それぞれの分野の専門家集団である学会の手に委ねられている例が多いことが解った。ただし、認定の基準等において各学会が完全に独立しているわけではなく、横断する組織があり、各学会間の連絡調整を行っていることは、我が国の今後の専門医制度を考える上で特筆すべき事と考える。

E. 結論

米・英・独の現状を見る限り、専門学会の主導で専門医を認定するという方向性は国際的な主流に沿うものと考えられる。しかし、質の担保等を考慮した場合、各学会間の連絡調整を行う組織が積極的に活動することが望ましいと思われる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし