

200721039A

厚生労働科学研究費補助金  
がん臨床研究事業

がん対策の実施基盤及び推進体制に関する  
国際比較研究

平成19年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 武村 真治

平成20（2008）年 3月

## 目 次

I. 総括研究報告	1
がん対策の実施基盤及び推進体制に関する国際比較研究 武村 真治	
II. 分担研究報告	
1. 保健医療制度におけるがん対策の位置づけに関する国際比較	6
武村 真治	
(資料1) アメリカのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態	9
(資料2) Comprehensive Cancer Control Plan の策定ガイダンス	70
(資料3) イギリスの NHS Cancer Plan (全文)	210
(資料4) NHS Cancer Plan の (数値) 目標とその進捗状況	310
2. 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	323
山田 雅子	
3. 緩和ケアに関する体制に関する国際比較	326
梅田 恵	
4. 「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	329
坪野 吉孝	
5. がんに関する専門医等の養成・確保に関する国際比較	332
西村 秋生	
6. 職域・労働衛生の観点からみたがん対策の国際比較	335
寶珠山 務	
7. 医薬品等の開発・承認・使用における体制等に関する国際比較	337
成川 衛	
8. 高度先進医療の導入状況に関する国際比較	340
内田 康雄	

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
総括研究報告書

がん対策の実施基盤及び推進体制に関する国際比較研究

主任研究者 武村 真治（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）

研究要旨

がん対策の実施基盤及び推進体制に関して、諸外国の実態を把握し、国際比較研究を実施し、わが国への適用可能性を分析することによって、効果的かつ効率的ながん対策のあり方を検討することを目的に、国際比較研究に必要な文献・資料・データの収集・整理、重点領域別の国際比較研究を実施した。その結果、アメリカでは、Healthy People 2010 においてがんに関する目標（値）が設定されていること、州レベルでがん対策の総合計画（Comprehensive Cancer Control Plan）が策定・推進されていること、連邦政府の agency（CDC、NCI 等）や関係団体が州の計画に対する経済的・技術的支援を行う体制が整備されていることなどが明らかとなった。

分担研究者

山田 雅子（聖路加看護大学看護実践開発研究センター センター長）

梅田 恵（オフィス梅田（聖路加看護大学看護実践開発研究センター 客員研究員））

坪野 吉孝（東北大学大学院法学研究科 教授）

西村 秋生（国立保健医療科学院研修企画部 国際協力室 室長）

寶珠山 務（産業医科大学産業生態科学研究所環境疫学 准教授）

成川 衛（北里大学薬学部医薬開発部門 准教授）

内田 康雄（立命館アジア太平洋大学アジア太平洋マネジメント学部教授）

令や計画に基づいてがん対策を実施している国も多い。それらの諸外国の最新の動向を詳細に把握し、諸外国の経験や先進事例を政策立案に活用することは、がん対策の実施基盤、推進体制、必要な施策・事業等を具体的に検討する上で不可欠である。

これまで、諸外国ではがんに関連する法令・計画が制定・策定されていることは報告されているが、それらの具体的な内容については十分に把握されていない。また、がん登録、がん検診、緩和ケアなどの個別の施策・事業の具体的な内容や実施体制、がんに関する専門職の人材養成や教育研修等、がん対策を推進する上で必要な取り組みについてはほとんど明らかにされていない。

そこで本研究では、がん対策の実施基盤及び推進体制に関して、諸外国の実態を把握し、国際比較研究を実施し、わが国への適用可能性を分析することによって、効果的かつ効率的ながん対策のあり方を検討することを目的とする。

本研究の結果、予防、早期発見、治療、ケア、人材育成、研究開発等、諸外国のがん対策の実態と先進事例を体系的かつ網羅的に把

A. 研究目的

わが国では、2006年6月の「がん対策基本法」の成立によって、法的な枠組みのもとでのがん対策のより一層の推進が求められている。がん対策基本法及びがん対策推進基本計画は、わが国ではじめてのがんに関する包括的・総合的な法令・計画であるが、同様の法

握することが可能となり、わが国のがん対策の効果的かつ効率的な推進に直接貢献することができ、わが国の保健医療行政の発展に寄与することができる。

## B. 研究方法

### 1. 国際比較研究に必要な文献・資料・データの収集・整理

調査対象国をアメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、フィンランド、オーストラリア、韓国等として、インターネット等を通じた情報収集、現地訪問調査等を実施した。調査項目は、がん対策の関連法規や関連する計画、予防（たばこ対策等）、早期発見（がん検診等）、治療、緩和ケア、人材育成、研究開発等の各施策・事業の具体的な内容、国と地方自治体の連携と役割分担などとした。

### 2. 重点領域別の国際比較研究

#### ①保健医療制度におけるがん対策の位置づけに関する国際比較

諸外国の保健医療制度・システムのもとでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向等を分析した。今年度はアメリカに焦点を当てて、連邦政府・州政府レベルのがん対策に関する文献や資料を、インターネットや国内・国外の学識経験者等を通じて収集・整理し、アメリカのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態を把握した。

#### ②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

諸外国のがん看護に関する継続教育の現状、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の専門教育のあり方や活動体制などを検討した。諸外国（アメリカ、イギリス、オーストラリア、韓国、フィリピン）のがん看護に関する文献や資料、各種データを、インターネット等を通じて網羅的かつ体系的に収集・整理した。またがん看護に携わる看護師に聞き取り調査を行った。

#### ③緩和ケアに関する体制に関する国際比較

諸外国の緩和ケアに関する看護師の卒後教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国における緩和ケアの専門教育のあり方や活動体制などを検討した。諸外国（アメリカ、イギリス、オーストラリア、韓国、フィリピン）の緩和ケアに関する文献や資料、各種データを、インターネット等を通じて網羅的かつ体系的に収集・整理した。またがん看護に携わる看護師に聞き取り調査を行った。

#### ④「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

「がん対策基本法」の課題を、わが国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、わが国のがん対策の推進に必要な法制度のあり方を検討した。今年度は、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。

#### ⑤がんに関する専門医等の養成・確保に関する国際比較

諸外国の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。今年度は、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、インターネット等を通じて調査した。

#### ⑥職域・労働衛生の観点からみたがん対策の国際比較

諸外国の職域・労働衛生におけるがん対策の実態を分析し、「がん対策基本法」のもとで、従来の労働衛生管理体制（化学物質規制、曝露管理、健診など）との整合性のとれた新たな職域がん対策のあり方を検討した。今年度は、わが国の適切な職域がん対策の構築のために、1975年以降の職域健診関連論文を抽

出し、アメリカ、カナダ、イギリス、フランス、ドイツ、北欧諸国、韓国等との職域健診制度の比較を行った。

#### ⑦医薬品等の開発・承認・使用における体制等に関する国際比較

抗がん剤等、がん医療・ケアに関連する医薬品の開発・承認・使用の体制（臨床試験の体制、承認審査の体制等）等を分析し、わが国における医薬品の開発・承認・使用に必要な体制や法的基盤を検討した。今年度は、近年、国際的な臨床試験が積極的に行われている韓国の状況について調査し、比較考察を行った。

#### ⑧高度先進医療の導入状況に関する国際比較

諸外国の高度先進医療（医療機器、医療技術等）の導入状況（実施医療機関、スタッフの体制、費用償還・保険給付等）を分析し、わが国における高度先進医療の導入・普及のあり方を検討した。今年度は香港を対象に現地訪問調査を実施し、香港の医療ファイナンス制度とがん治療等の高額費用のファイナンスの実態を把握した。

（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、公開されている法令、資料、文献を用いた分析を行っているため、特に倫理的問題は発生しないと考えられた。

### C. 研究結果

#### ①保健医療制度におけるがん対策の位置づけに関する国際比較

アメリカでは、Healthy People 2010においてがんに関する目標（値）が設定されていること、州レベルでがん対策の総合計画

（Comprehensive Cancer Control Plan）が策定・推進されていること、連邦政府のagency（CDC、NCI等）や関係団体が州の計画に対す

る経済的・技術的支援を行う体制が整備されていることなどが明らかとなった。

#### ②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

諸外国における看護師は、薬剤処方権を持つなどの裁量権を持ち、人々のニーズに沿った看護を提供していることがうかがえる。日本では、人口構造、疾病構造の変化などにより医療供給体制が変化している。そのため、がんに関わる看護師の在り方を早急に検討することが必要となり、看護師が積極的に状況を判断し、患者に関わっていけるよう教育制度を整備していくことが求められる。

#### ③緩和ケアに関する体制に関する国際比較

諸外国では看護協会、大学、ホスピス・緩和ケアネットワークなどにより緩和ケアに関する専門教育が提供されていることが明らかとなった。日本においてもホスピス・緩和ケアに関する教育が提供されているが、基準化されたカリキュラムの整備は十分ではなく、今後の教育に関する整備を行うことが課題になると考えられる。

#### ④「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

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。

#### ⑤がんに関する専門医等の養成・確保に関する国際比較

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明らかとなった。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ことと考える。

#### ⑥職域・労働衛生の観点からみたがん対策の国際比較

わが国の職域がん対策は、フランスと並び、法令に基づいて一定の労働者に一律な健診が実施される「法規準拠型」であり、アメリカやイギリスをはじめとする国々での実務的かつ柔軟的な「自主対応型」のものとは大きく異なる。前者では後者に比べ、国の基礎水準の底上げには効果的だが高度産業社会の複雑化した健康障害への臨機応変な対応が取りにくい。諸外国の職域がん対策の比較研究の知見を、わが国の制度の改善のために活用することが望まれる。

#### ⑦医薬品等の開発・承認・使用における体制等に関する国際比較

韓国では、臨床試験実施体制の整備に向けて、予算の集中的な投入など国を挙げた対応が行われており、また一般の医療を行う機能と臨床試験など新たな医療技術の開発を行う機能が適度に分離されている。わが国でも、最近、臨床研究実施拠点・支援拠点の整備のための予算措置等が充実されつつあるが、そのさらなる加速とともに事業の継続性の考慮や臨床研究従事者・スタッフの育成やその活躍の場の確保という観点からも、十分な検討が行われるべきである。

#### ⑧高度先進医療の導入状況に関する国際比較

税方式の公的ファイナンス制度をもつ香港では、がん治療等の高額費用は付加的私的保

険との組み合わせ、あるいは高額医薬の患者負担などと組み合わせによって負担されていることが明らかとなった。

#### D. 考察

今年度はアメリカを中心に、諸外国のがん対策の実態を調査したが、今後は対象国を拡大し、諸外国における先進的ながん対策の実態を網羅的かつ体系的に把握する必要がある。

今後は、これまで収集・整理された文献・資料・データ、及び重点領域別の国際比較研究の結果を統合し、行を国（アメリカ、イギリス等）、列を重点領域（計画・システム、法的基盤、緩和ケア、人材育成（専門医、専門スタッフ）、職域・労働衛生、医薬品等の開発、高度先進医療等）としたマトリックスを作成し、諸外国のがん対策に関する網羅的かつ体系的なデータベースを構築する必要がある。

またマトリックスの行（国）を総合した各国の特徴、列（重点領域）を総合した制度・施策・事業及び先進事例に関して、がんに関する政策立案・実施・評価に直接貢献できるような行政資料を作成する必要がある。

さらにマトリックス全体から、わが国に特有の制度や文化に適合したがん対策の実施基盤及び推進体制の具体的なモデルを提示する必要がある。

#### E. 結論

本研究は、がん対策の実施基盤及び推進体制に関して、諸外国の実態を把握し、国際比較研究を実施し、わが国への適用可能性を分析することによって、効果的かつ効率的ながん対策のあり方を検討することを目的に、国際比較研究に必要な文献・資料・データの収集・整理、重点領域別の国際比較研究を実施した。その結果、アメリカでは、Healthy People 2010においてがんに関する目標（値）が設定されていること、州レベルでがん対策の総合計画（Comprehensive Cancer Control

Plan) が策定・推進されていること、連邦政府の agency (CDC、NCI 等) や関係団体が州の計画に対する経済的・技術的支援を行う体制が整備されていることなどが明らかとなった。

#### **F. 健康危険情報** なし

#### **G. 研究発表**

##### 1. 論文発表 なし

##### 2. 学会発表

武村真治, 曾根智史, 加藤則子, 水嶋春朔.  
諸外国の公衆衛生専門医・専門家の養成システムの  
実態. 第 66 回日本公衆衛生学会総会,  
愛媛. 2007 年 10 月; 340 (日本公衆衛生雑誌.  
2007; 54(10)特別附録: 340.)

廣岡佳代, 山田雅子, 梅田恵, がん看護に  
おける看護師の裁量権～国際比較結果の報告  
から～. 第 22 回日本がん看護学会. 名古  
屋. 2008 年 2 月; 日本がん看護学会誌 21 卷  
Suppl. P102

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況** なし

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

## 1. 保健医療制度におけるがん対策の位置づけに関する国際比較

分担研究者 武村 真治（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）

### 研究要旨

諸外国の保健医療制度のもとでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向などを明らかにすることを目的として、今年度はアメリカに焦点を当てて、がん対策の実施基盤及び推進体制の実態と保健医療制度における位置づけを調査した。その結果、アメリカでは、Healthy People 2010においてがんに関する目標（値）が設定されていること、州レベルでがん対策の総合計画（Comprehensive Cancer Control Plan）が策定・推進されていること、連邦政府のagency（CDC、NCI等）や関係団体が州の計画に対する経済的・技術的支援を行う体制が整備されていることなどが示された。

### A. 研究目的

わが国のがん対策の実施基盤及び推進体制のあり方を検討する上で、諸外国の経験や先進事例を分析することは有用である。しかし諸外国のがん対策の意義や効果などを正確に理解するためには、その基盤となる保健医療制度を把握し、その制度の中でのがん対策の位置づけを明らかにする必要がある。

そこで本分担研究では、諸外国の保健医療制度のもとでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向などを明らかにすることを目的とした。

### B. 研究方法

今年度はアメリカに焦点を当てて、連邦政府・州政府レベルのがん対策に関する文献や資料を、インターネットや国内・国外の学識経験者等を通じて収集・整理し、アメリカのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態を把握した。

#### （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、公開されている法令、資料、文献を

用いた分析を行っているため、特に倫理的な問題は発生しないと考えられた。

### C. 研究結果

資料1に「アメリカのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態」、資料2に「Comprehensive Cancer Control Planの策定ガイダンス」を示した。結果の詳細については、そちらを参照されたい。また参考として、資料3に「イギリスのNHS Cancer Plan（全文）」、資料4に「NHS Cancer Planの（数値）目標とその進捗状況」を示した。

#### ①アメリカの「Healthy People 2010」における「がん」の位置づけ

国レベルではがん対策の総合計画は策定されていないが、「Healthy People 2010」の重点分野として「がん」が位置づけられている。目標値として、死亡率（がん全体、肺がん、乳がん、子宮頸部がん、大腸がん、口腔咽頭がん、前立腺がん、メラノーマ）、皮膚がん予防対策（日光からの保護対策）を実施している人の割合、禁煙・運動・がん検診を勧める医師・歯科医師の割合、がん検診（子宮、乳、大腸）の受診率、がん登録を実施する州



の数、がん診断後の5年生存率が設定されている。

2006年の中間評価では、目標値への達成状況は良好であるが、健康格差（人種・民族、性、学歴、収入等）はほとんど改善されていないと評価されている。

また Healthy People 2010 の州計画も策定されており、ほとんどの州で「がん」が重点分野として位置づけられている。目標値に関しては、国の目標値のうちのいくつかに限定している州がほとんどであるが、独自の目標値を設定している州もある。

## ②アメリカの州レベルのがん対策の実施基盤及び推進体制

がん対策の実施・推進の中心は州政府であり、連邦政府の agency の CDC、NCI 等は州政府に対する経済的・技術的支援を行っている。また American Cancer Society (ACS) 等のボランティア組織も重要な役割を担っており、様々な機関や組織が密接に連携・協力して州のがん対策を実施・推進する体制が整備されている。

州レベルのがん対策の総合計画として「CCC 計画 (Comprehensive Cancer Control Plan)」が策定されている。1998年から、CDC は、NCI、ACS 等の関係機関と連携して、州の CCC 計画に対する経済的・技術的支援を行う全国プログラムを展開している。2005年現在、全ての州がプログラムの支援を受け、多くの州で計画策定が完了している。この全国プログラムの予算は2006年度で約1,500万ドルである。

CCC は「予防、早期発見、治療、リハビリテーション、緩和ケアを通じてがんの発生率、罹患率、死亡率を低減するための統合的かつ協調的アプローチ」と定義され、リスクの減少（禁煙、運動、食生活等）、早期発見（がん検診等）、よりよい治療（ガイドラインに基づく治療へのアクセス、臨床試験への参加等）、生存の促進（がん生存者の QOL の向上

等）、健康格差の是正（治療・ケアへの平等なアクセス等）を目指した取り組みである。

CCC 計画策定のガイドラインとして、CDC 等によって「Guidance for Comprehensive Cancer Control Planning」が開発され、計画に着手する段階から計画書完成までのプロセスにおける基本理念、具体的な活動内容、実践例、ツール等が詳細に記載されている。このガイドラインは、計画に記載すべき事項といったマニュアルの要素はほとんどなく、あくまで州の主体的な取り組みを支援するための参考やガイドとして利用してもらうことをねらいとしている。なおこのガイドラインは、CCC 計画策定の着手から計画書完成までにおおむね2年間必要であると勧告している。

CCC 計画を支援する Web サイトとして「Cancer Control PLANET (Plan, Link, Act, Network with Evidence-based Tools)」(<http://cancercontrolplanet.cancer.gov/>)、及び「CancerPlan.org」

(<http://www.cancerplan.org>) が開設され、計画に必要なデータベース (State Cancer Profiles 等)、ツール、ガイドライン、州の実践例等が掲載されている。両者は密接に連携しているが、Cancer Control PLANET は計画策定の「準備段階」に、CancerPlan.org は計画の「実践段階」に重点が置かれている。

CCC 計画のための研修プログラムとして「Comprehensive Cancer Control Leadership Institute」が2000年から開始され、州のがん対策担当者等を対象とした、CCC 計画の理念、策定・実施・評価の方法論、個別の戦略の実践等の研修が実施されている。

2007年12月現在、全50州のうち49州が CCC 計画または州がん計画を策定していた。計画書の構成に関しては、予防、早期発見、治療といった「ケアの段階」を主な章立てとする州が41州(83.7%)、乳がん、子宮頸部がん、大腸がんといった「がんの部位」を主な章立てとする州が8州(16.3%)であった。

また CCC の達成目標（予防、早期発見、治療、生存、健康格差）のうち、予防（リスクの減少）、早期発見（検診）の章または節を計画書に含む州は 8 割以上、治療の章または節を含む州は約 7 割、生存（survivorship）、健康格差の章または節を含む州は約 6 割と、州によって章・節の構成が異なっていた。

Healthy People 2010 の州計画と CCC 計画との関係に関しては、両者はあくまで独立したものであり、CCC 計画が Healthy People 2010 の下位計画として位置づけられているわけではない。ただし、CCC 計画の達成目標を設定する際に Healthy People 2010 の州計画を参考に行っている州も多く、その場合は両者の整合性がとられている。

#### D. 考察

昨年度の調査対象であるイギリスは、NHS (National Health Service) の枠組みで、がん対策を含む全ての保健医療サービスを、国の直轄で、一般財源を用いて提供する「中央集権型」のシステムを有する。したがって、予算配分等の経済的インセンティブ等によって、国の政策を比較的迅速かつ一律に地域に展開できる。実際、NHS Cancer Plan を地域レベルで展開する「がんネットワーク」も、計画策定直後から構築され、運用が開始されていた。

それに対してアメリカは、保健医療を含むほとんどの行政サービスの権限を州政府がもつ「地方分権型」のシステムを有する。したがって、国（連邦政府）の政策を州政府が実施するまでに多くの時間を要し、その実施状況も州によって異なる。実際、CCC 計画の策定は 1998 年から開始されたが、2007 年現在でも計画策定が完了していない州もあった。また州によって CCC 計画の構成や内容も多様であった。

わが国では、がん対策基本法（2006 年）、がん対策推進基本計画（2007 年）、都道府県

がん対策推進計画（2008 年～）と、イギリスに匹敵する速さで地域への展開が推進されている。しかし、わが国が「地方分権型」の衛生行政システムであること、都道府県の計画策定・推進の能力が必ずしも一律ではないことなどを考慮すると、アメリカのように、国の機関等が、都道府県の実状に応じたきめ細かい支援を積極的に実施する必要があると考えられる。

#### E. 結論

諸外国の保健医療制度のもとでのがん対策の位置づけ、及びそこに至った歴史的経緯や今後の動向などを明らかにすることを目的として、今年度はアメリカに焦点を当てて、がん対策の実施基盤及び推進体制の実態と保健医療制度における位置づけを調査した。その結果、アメリカでは、Healthy People 2010 においてがんに関する目標（値）が設定されていること、州レベルでがん対策の総合計画（Comprehensive Cancer Control Plan）が策定・推進されていること、連邦政府の agency（CDC、NCI 等）や関係団体が州の計画に対する経済的・技術的支援を行う体制が整備されていることなどが明らかとなった。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表 なし

##### 2. 学会発表

武村真治, 曾根智史, 加藤則子, 水嶋春朔. 諸外国の公衆衛生専門医・専門家の養成システムの実態. 第 66 回日本公衆衛生学会総会, 愛媛. 2007 年 10 月; 340 (日本公衆衛生雑誌. 2007; 54(10)特別附録: 340.)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

## (資料1) アメリカのがん対策の実施基盤及び推進体制の実態

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 アメリカの保健医療システム

#### 1. 医療保障制度の概要

##### (1) 医療保険制度

アメリカの医療保障制度は社会保険方式であるが、わが国のような国民皆保険制度はもたない。公的な医療保険制度としては、65歳以上の高齢者、障害年金受給者、慢性腎疾患患者等を対象とした Medicare、一部の低所得者を対象とした Medicaid、連邦政府職員を対象とした Federal Employee Health Benefit Program (FEHBP)、現役及び退役軍人を対象とした Department of Defense and Department of Veteran's Affairs health care systems、軍人の家族を対象とした Civilian Health and Medical Program for the Uniformed Services (CHAMPUS)、低所得層の保険未加入の子供を対象とした State Children's Health Insurance Program (SCHIP) がある。

Medicare と Medicaid を所管するのは、日本の厚生労働省に相当する省庁である DHHS (Department of Health and Human Services) の CMS (Centers of Medicare and Medicaid Services) である。Medicare は連邦政府によって運営され、入院サービスなどをカバーする強制加入のパート A と、医師サービスをカバーする任意加入のパート B に分かれている。Medicaid は連邦政府が給付資格の要件などの大枠を定め、各州が運営するが、受給者に対しては自己負担のない現物給付が行われる。

アメリカでは民間医療保険が発達しており、生命保険会社や損害保険会社などの営利保険会社が提供するもの、地域住民一般の医療保障を目的としたブルークロス、ブルーシールドといった非営利団体が提供するもの、その他に HMOs (Health Maintenance Organizations) や PPO (Preferred Provider Organization) などの医療保険がある。これらの保険には、個人による加入と、企業の福利厚生の一環として事業主の負担による団体加入がある。

##### (2) 診療報酬支払制度

公的医療保険の診療報酬支払制度は医師サービスと病院サービスに大きく分かれている。医師サービス(診療所や病院における医師の診療行為)は出来高払い制で、RBRVS (Resource Based Relative Value Scale) と呼ばれる診療報酬点数表(厳密には、診療行為の相対価格表)に基づいて支払われる。なお総枠予算が定められているため、基準単価が調整されている。

病院サービスに関しては、DRG (Diagnosis Related Group) -PPS (Prospective Payment System) で、DRG (診断群)ごとに定められた1入院あたりの費用が支払われる。その他に、資本調達費用や教育・研修費用が支払われる。

## 2. 保健医療資源

### (1) 医療施設

病院は平均在院日数 30 日未満の短期入院型病院と 30 日以上長期入院型病院に分類できる。病院の平均在院日数は短く、長期の療養は高齢者等の慢性疾患患者の入所施設であるナーシングホームで提供されることが多い。

患者は、まず地域のプライマリケア医を受診し、必要があればプライマリケア医が専門医を紹介する。専門医は病院の勤務医ではなく、病院の近くに事務所をもつ開業医である場合が多い。多くの病院はオープン病院のシステムを採用しており、専門医は病院との契約に基づいて医療機器や病床を利用して治療や手術等を実施する。

### (2) 医療従事者の養成

#### ① 医師

医師の養成は医科大学によって実施される。医科大学は、私立大学が大部分を占めるが、すべての学校が連邦政府から補助金を受けている。医科大学に入学するには、4 年制大学を卒業し、学士号が必要となる。医科大学の修業年数は 4 年間である。医師免許は州ごとに交付されるが、全ての州で少なくとも 1 年間の病院における臨床研修が義務づけられている。医学部への入学は難しく、受験生の半数しか入学できない。

専門医の資格を得るためには、レジデントとして病院に勤務し、定められた研修の受講と臨床経験が必要である。医師の約 8 割は何らかの専門領域の資格証明書を有する。

#### ② 看護師・保健師

準看護師の養成研修は、高校卒業後、practical nursing school において 1 年間実施される。正看護師の養成研修は、Associate degree (2 年間)、Diploma course (3 年間)、Bachelor course (4~5 年間) の 3 つのコースで実施される。

保健師の資格認定制度はなく、地域において予防活動に従事する看護師が public health nurse もしくは community health nurse とよばれる。

## 3. 一般行政組織

アメリカ合衆国憲法のもとで、連邦政府と州政府が権力を分割する連邦制度がとられている。アメリカの自治体の階層は「連邦政府—州政府—地方自治体」である。州政府の自治権は大きく、連邦政府と州政府はそれぞれ異なる権限をもつ。

連邦政府は、造幣、宣戦、外交、国外及び国内貿易の監督を行い、州政府は、憲法の修正箇条の批准、公衆衛生と安全の管理、州内貿易の監視をする権限がある。法律の制定と執行、課税、借金は、連邦政府と州政府の両者とも行うことができる。

州は 50 州あり、全ての州が独自の憲法をもつ。しかし、州法が合衆国憲法や国の法律と矛盾することは許されない。連邦政府と同様、州レベルでも立法、司法、行政の三権分立が行われている。

。また、ほとんどの州の議会は上院と下院の二院制をとっている。大統領の代わりに、州知事が選出される。

なお、州以外の行政自治区として、コロンビア特別区 (District of Columbia)、準州 (territory)、部族 (tribe) がある。コロンビア特別区は首都ワシントンを含む行政自治区である。準州は、プエルトリコ、北マリアナ諸島、グアム、アメリカ領ヴァージン諸島の4つで、自治は認められているが、大統領選挙への投票権がないなど、連邦政府の参政権に制約がある。部族には、アメリカン・インディアン、アラスカ原住民など、ある程度の自治が認められた部族団体が含まれる。

地方自治体には、City (市)、County (郡)、Town / Township、Municipality、District などの形態があり、ある程度の自治権が認められる地方分権型の自治体である。

#### 4. 衛生行政システム

##### (1) DHHS (Department of Health and Human Services)

日本の厚生労働省に相当する省庁は DHHS (Department of Health and Human Services) である。衛生行政に関する権限の多くは州政府がもっているため、DHHS の業務は、移民の健康診査、州間で売買される薬物の規制、特別な疫学調査、国の厚生統計の編纂、アメリカン・インディアンに対する医療サービスの提供などに限定されている。

また DHHS は州政府に対して、補助金の交付 (感染症対策、環境衛生、母子保健、マンパワーの養成、施設建設、貧困者の医療サービス、健康科学に関する研究など) や「agency」による技術支援などを実施している。特に補助金は州政府の健康政策の方向性に大きな影響を与えている。

DHHS の組織は、以下に示す 12 の部門で構成される。

- ・ Administration for Children and Families (ACF)
- ・ Administration on Aging (AoA)
- ・ Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)
- ・ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
- ・ Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- ・ Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)
- ・ Food and Drug Administration (FDA)
- ・ Health Resources and Services Administration (HRSA)
- ・ Indian Health Service (IHS)
- ・ National Institutes of Health (NIH)
- ・ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)
- ・ Program Support Center (PSC)

AHRQ、ATSDR、CDC、FDA、HRSA、IHS、NIH、SAMHSA は DHHS の「agency」で、連邦政府及び州政府に対する技術支援を行っている。

アメリカ全土は 10 の厚生行政区に分けられており、ACF、AoA、ATSDR、CDC、CMS、FDA、HRSA、IHS は地域事務所をおいている。

## (2) 州保健部局 (State Health Department)

全ての州政府には、州保健部局 (State Health Department : SHD) が設置されている。州によって組織の名称、業務、規模などが異なり、社会福祉やその他の機能を有する部局と統合されている場合もある。典型的な組織体系としては、部局長 (多くは State Health Director と呼ばれるが、Commissioner、Secretary、State Health Officer と呼ばれる州もある) を筆頭に、管理 (保健計画など)、感染症予防・管理、生活習慣病、厚生統計、環境衛生、健康教育・ヘルスプロモーション、母子保健、精神保健、産業保健、歯科保健、衛生検査、公衆衛生看護、公衆衛生獣医学などの部門が設置されている。

部局長は、法律上の規定はないが、ほとんどが医師であり、半数程度が公衆衛生と予防医学の専門資格証明書や公衆衛生学修士 (MPH) を有している。また局長が医師でない場合は、次長に医師を配置している。半数以上の州の部局長は、州知事によって任命されるが、任命にあたっては政治的な問題もあり、必ずしも地域保健や公衆衛生の経験が豊かな者であるとは限らない。

スタッフとして、微生物学者、エンジニア、衛生学者、疫学者、看護師、健康教育者などの保健医療専門家が配置されている。

## (3) 地方保健部局 (Local Health Department)

地方自治体レベルには、地方保健部局 (Local Health Department : LHD) が設置されており、これがアメリカにおける衛生行政の第一線組織に位置づけられる。ただし LHD の設置主体、管轄地域は、州によって以下のような類型に分類できる。

### ① 設置主体

- ・ 州政府が設置 (11 州) (うち規模の小さい 4 州は LHD を設置していない)
- ・ 州政府と地方自治体が共同で設置・管理 (7 州)
- ・ 地方自治体が設置 (16 州)
- ・ 人口規模の大きい自治体は地方自治体、小さい自治体は州政府が設置 (16 州)

### ② 管轄地域

- ・ County … 単独の County を管轄する。County 内の City が独立している場合もある。
- ・ City … 単独の City を管轄する。地方自治体としての City の行政区域と一致する。
- ・ City-county … City とその周辺の County を管轄する。
- ・ Township … 強い home-rule や town-meeting political system をもつ州の LHD
- ・ Multi-county … 複数の County を管轄する。

2001 年現在では、County が約 60%、City が約 19%、City-county が約 7%、Township が約 15%、Multi-county が約 8% である。

LHD の典型的な組織体系として、部局長を筆頭に、公衆衛生看護、薬物乱用、環境衛生、精神保健などの部門が設置されている。主な業務は、予防接種、学校保健、高齢者保健プログラム、感染症対策（感染症の届出の受理、感染症・食中毒の集団発生への対応）、結核・性感染症・HIV/AIDS 対策、狂犬病・西ナイル熱の予防管理、環境衛生、食品衛生、薬物対策、精神保健、地域保健計画の策定などである。

LHD の部局長は、Health Officer、Administrator、Commissioner 等の名称で呼ばれ、州法により、医師、歯科医師、獣医師、もしくは公衆衛生学修士や公衆衛生学博士の学位を有するものと定められていることが多い。部局長は、設置主体の長（州知事、市長など）、または保健委員会（Board of Health）によって任命され、設置主体の長または保健委員会と SHD の部局長に対して説明責任をもつ。人口規模の大きい LHD の部局長は医師である場合が多い。また部局長が医師でない場合は、コンサルタントとして医師が雇用されることがある。

LHD の部局長の資格要件として、例えばワシントン州の場合、公衆衛生学修士または同等の学位を有する者が原則であるが、学位をもたない場合、部局長レベルで3年間の実務を経験した後、正式に部局長として任命されることもある。

## 5. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

SHD は、agenda-setting の機能を持ち、住民の健康目標や戦略を設定する責任がある。健康課題を決定するために、住民の健康状態やニーズを評価し、戦略やプログラムを計画し、計画を遂行するための予算を確保するとともに、LHD や NGO への技術的支援を行う。州によっては、LHD のレベルでも地域保健医療計画が策定される場合がある。

## 6. 保健医療サービスの質の保証

### (1) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

AHRQ は国の機関で、保健医療サービスの質の向上、費用の削減、保健医療サービスへのアクセスの向上等を目的とした研究を実施・支援している。

### (2) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)

JCAHO は政府から独立した非営利組織（NPO）であり、保健医療施設の評価・認可を実施する。JCAHO は、救急ケア施設、生活介助施設、臨床検査施設、ヘルスケアネットワーク、在宅ケア組織、病院、ナーシングホームなど、17,000 施設の認可を行っている。JCAHO の認可を受けることによって、地域住民の信頼の確保、パフォーマンスの客観的な評価、質の改善活動の促進、スタッフへの教育、メディケアの要件の取得、州のライセンスの取得などの利点がある。

### (3) 州政府

保健医療施設の法律上の許認可の権限は州政府にあり、SHD などが病院などの許認可、認可の更新、医療監視などを実施している。

## 第2章 アメリカのがん政策・対策

### 1. 保健計画におけるがん対策の位置づけ

#### (1) Healthy People 2010 の概要

アメリカの連邦政府レベルの保健計画である「Healthy People 2010」において、今後10年間に達成すべき国民の疾病予防とヘルスプロモーションに関する（数値）目標が包括的に設定されている。また多くの州では州レベルの Healthy People が策定されている。

1979年、DHHSの医務長官（Surgeon General）の報告書「Healthy People」において、疫学や健康への危険因子を重視し、特に個人の生活習慣の改善による健康の実現に重点を置いた健康政策が打ち出された。Healthy People では、科学的に立証された数値目標を年代別で設定し、国民運動としてその目標を達成する手法を採用している。

1980年、この報告書をうけて「Promoting Health/Preventing Disease: Objectives for the Nation」が発表され、1990年、それを発展させる形で「Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives」が発表された。どちらにおいても、健康に関する国レベルの目標値が設定され、州・地方自治体レベルでの保健計画の策定が提唱された。そして2000年、「Healthy People 2000」の改定版として「Healthy People 2010」が策定された。

「Healthy People 2010」の大目標は以下の2つである。

- ・健康寿命の延伸と生活の質の向上（全ての年齢層の個人が平均余命を延長し、QOLを改善できるようにすること）
- ・健康格差の解消（異なる階層の間での健康格差を解消すること）

大目標を達成するために、28の重点分野と467の目標値が設定されている。重点分野は以下のとおりである。

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| 1. 質の高い保健医療サービスへのアクセス | 15. 傷害と暴力の予防  |
| 2. 関節炎、骨粗鬆症、慢性腰痛      | 16. 母子・小児保健   |
| 3. がん                 | 17. 医療機器の安全   |
| 4. 慢性腎疾患              | 18. 精神保健・精神障害 |
| 5. 糖尿病                | 19. 栄養・肥満     |
| 6. 障害・後遺症             | 20. 職場の安全と健康  |
| 7. 地域ベースの健康教育プログラム    | 21. 口腔保健      |
| 8. 環境衛生               | 22. 身体活動・運動   |
| 9. 家族計画               | 23. 公衆衛生の基盤整備 |
| 10. 食品安全              | 24. 呼吸器疾患     |
| 11. ヘルスコミュニケーション      | 25. 性行為感染症    |
| 12. 心疾患・脳卒中           | 26. 薬物乱用      |
| 13. HIV               | 27. 喫煙        |
| 14. 予防接種と感染症          | 28. 視力と聴力     |



また Healthy People 2010 を推進するにあたって「主要健康指標 (Leading Health Indicator)」が設定されている。これは、Healthy People 2010 で示された国民の健康状態を表す指標の中で、「行動の動機づけとなりうること」、「データが測定・利用可能であること」、「公衆衛生上重要であること」を条件に選定された 10 の指標である。具体的には、以下のとおりである。

- ・身体活動 (Physical Activity)
- ・体重過多・肥満 (Overweight and Obesity)
- ・喫煙 (Tobacco Use)
- ・薬物乱用 (Substance Abuse)
- ・責任ある性行動 (Responsible Sexual Behavior)
- ・精神保健 (Mental Health)
- ・傷害と暴力 (Injury and Violence)
- ・環境の質 (Environmental Quality)
- ・予防接種 (Immunization)
- ・ヘルスケアへのアクセス (Access to Health Care)

## (2) Healthy People 2010 における重点分野「がん」

Healthy People 2010 において「がん」は重点分野に位置づけられている。「がん」の目的は「がんを原因とする病気、障害、死亡だけでなく、がんの新規患者数を減少させる」である。

表 1 に、個別の目標、下位目標、現状値 (baseline)、目標値 (target)、目標値の設定方法を示した。

なお、ほとんどの目標に関して、策定当初は現状値の最新データが入手できなかったため、2006 年 12 月の Healthy People 2010 中間評価報告 (Midcourse Review) において最新 (1999 年または 2000 年) の現状値に変更された。また目標値に関しても、設定方法が「現状値から〇〇%改善」としている場合、現状値の変更に伴って補正された。

表 1. Healthy People 2010 の重点分野「がん」の目標、現状値、目標値

目標	指標	目標値	現状値 (年)	目標値の 設定方法
3-1. がん全体の死亡率を減少させる	人口 10 万人対死亡数	158.6	200.8 (1999)	21%の改善
3-2. 肺がんの死亡率を減少させる	人口 10 万人対死亡数	43.3	55.5 (1999)	22%の改善
3-3. 乳がんの死亡率を減少させる	女性 10 万人対死亡数	21.3	26.6 (1999)	20%の改善
3-4. 子宮頸部がんの死亡率を減少させる	女性 10 万人対死亡数	2.0	2.8 (1999)	さらなる改善
3-5. 大腸がんの死亡率を減少させる	人口 10 万人対死亡数	13.7	20.9 (1999)	34%の改善
3-6. 口腔咽頭がんの死亡率を減少させる	人口 10 万人対死亡数	2.4	2.7 (1999)	10%の改善
3-7. 前立腺がんの死亡率を減少させる	男性 10 万人対死亡数	28.2	31.3 (1999)	10%の改善
3-8. 悪性黒色腫（メラノーマ）の死亡率を減少させる	人口 10 万人対死亡数	2.3	2.6 (1999)	11%の改善
3-9. 皮膚がんのリスクを軽減するための予防対策として、以下のうちの少なくとも1つの対策を実施している人の割合を増加させる ・午前 10 時から午後 4 時までの間、直射日光を避ける  ・日光に暴露する時には日よけの衣服を着用する  ・SPF（sun-protective factor）15 以上の日焼け止めを使用する  ・人工的な紫外線の発生源を避ける				
3-9a. 皮膚がんのリスクを軽減するための予防対策を実施している 9～12 年生（わが国の中学 3 年生～高校 3 年生に相当）の割合を増加させる	開発中			
3-9b. 皮膚がんのリスクを軽減するための予防対策を実施している 18 歳以上の成人の割合を増加させる	実施している者の割合	85%	59% (2000)	さらなる改善

(続き)

目標	指標	目標値	現状値 (年)	目標値の 設定方法
3-10. リスクのある患者に対して、禁煙、運動、がん検診を勧める医師及び歯科医師の割合を増加させる				
3-10a. 禁煙を勧める内科専門医 (internist)	実施している者の割合	85%	50% (1988)	さらなる改善
3-10b. 禁煙を勧める家庭医 (family physician)	実施している者の割合	85%	43% (1988)	さらなる改善
3-10c. 禁煙を勧める歯科医師	実施している者の割合	85%	59% (1997)	さらなる改善
3-10d. 便潜血検査を勧めるプライマリケア提供者 (primary care provider)	実施している者の割合	85%	56% (1988)	さらなる改善
3-10e. 大腸内視鏡検査を勧めるプライマリケア提供者	実施している者の割合	85%	23% (1988)	さらなる改善
3-10f. マンモグラフィー検査を勧めるプライマリケア提供者	実施している者の割合	85%	37% (1988)	さらなる改善
3-10g. 子宮頸部細胞診 (Pap test) を勧めるプライマリケア提供者	実施している者の割合	85%	55% (1988)	さらなる改善
3-10h. 運動を勧めるプライマリケア提供者	実施している者の割合	85%	12% (1998)	さらなる改善
3-11. 子宮頸部細胞診を受診する女性の割合を増加させる				
3-11a. これまでに子宮頸部細胞診を受診したことのある 18 歳以上の女性	受診した者の割合	97%	92% (1998)	さらなる改善
3-11b. 過去 3 年間で子宮頸部細胞診を受診したことのある 18 歳以上の女性	受診した者の割合	90%	79% (1998)	さらなる改善
3-12. 大腸がん検診を受診する成人の割合を増加させる				
3-12a. 過去 2 年間で便潜血検査 (fecal occult blood test : FOBT) を受診したことのある 50 歳以上の成人	受診した者の割合	33%	24% (2000)	さらなる改善
3-12b. これまでに S 状結腸内視鏡検査 (sigmoidoscopy) を受診したことのある 50 歳以上の成人	受診した者の割合	50%	37% (1998)	さらなる改善
3-13. 過去 2 年間でマンモグラフィー検査を受診したことのある 40 歳以上の女性の割合を増加させる	受診した者の割合	70%	67% (1998)	さらなる改善
3-14. 報告可能ながんの期待発生数の少なくとも 95%に関する症例情報を把握する、全州的な人口ベースのがん登録を行っている州の数を増加させる	がん登録を有する州の数	45 州	30 州	50%の改善
3-15. 診断後 5 年以上生存するがん生存者 (cancer survivor) の割合を増加させる	5 年以上生存する者の割合	70%	59% (1989-1995)	19%の改善

注：3-10、3-14、3-15 以外の現状値は、2000 年の標準人口で年齢調整したものである。

### (3) Healthy People 2010 の中間評価における「がん」の進捗状況

2006年12月のHealthy People 2010の中間評価報告(Midcourse Review)では「目標値の達成」の視点と「健康格差の解消」の視点で評価が行われた。全体的には、目標値への達成状況はおおむね良好であり、多くの指標が改善傾向にあるが、健康格差に関してはほとんど改善されていない、という評価であった。

「目標値の達成」に関しては、達成度、つまり

$$\text{達成度} = (\text{中間評価時の値} - \text{現状値}) / (\text{目標値} - \text{現状値}) \times 100$$

で評価されている。

目標値を達成または超えたものは、「3-7. 前立腺がんの死亡率」が達成度110%、「3-13. 過去2年間でマンモグラフィー検査を受診したことがある40歳以上の女性の割合」が達成度100%であった。

目標達成に向けて改善がみられたものは、「3-1. がん全体の死亡率(達成度17%)」、「3-2. 肺がんの死亡率(達成度5%)」、「3-3. 乳がんの死亡率(達成度19%)」、「3-4. 子宮頸部がんの死亡率(達成度25%)」、「3-5. 大腸がんの死亡率(達成度17%)」、「3-11a. これまでに子宮頸部細胞診を受診したことがある18歳以上の女性の割合(達成度20%)」、「3-12b. これまでにS状結腸内視鏡検査を受診したことがある50歳以上の成人の割合(達成度46%)」、「3-14. 全州的ながん登録を有する州の数(達成度13%)」、「3-15. 診断後5年以上生存するがん生存者の割合(達成度46%)」であった。

変化がみられなかった、つまり達成度が0%のものは、「3-6. 口腔咽頭がんの死亡率」、「3-8. 悪性黒色腫(メラノーマ)の死亡率」、「3-9b. 皮膚がんの予防対策を実施している18歳以上の成人の割合」、「3-10h. 運動を勧めるプライマリケア提供者の割合」、「3-11b. 過去3年間で子宮頸部細胞診を受診したことがある18歳以上の女性の割合」であった。

目標から遠ざかった、つまり現状値よりも悪化したものは「3-12a. 過去2年間で便潜血検査を受診したことがある50歳以上の成人の割合(達成度-22%)」であった。この原因として、アメリカ予防サービス特別委員会(U.S. Preventive Services Task Force)のガイドラインで便潜血検査が推奨されなくなったことが指摘されている。また他の検査方法による大腸がん検診の受診率は増加傾向にあることが付言されている。

なお、「3-9a. 皮膚がんの予防対策を実施している9~12年生の割合」、「3-10a. 禁煙を勧める内科専門医(internist)の割合」、「3-10b. 禁煙を勧める家庭医の割合」、「3-10c. 禁煙を勧める歯科医師の割合」、「3-10d. 便潜血検査を勧めるプライマリケア提供者の割合」、「3-10e. 大腸内視鏡検査を勧めるプライマリケア提供者の割合」、「3-10f. マンモグラフィー検査を勧めるプライマリケア提供者の割合」、「3-10g. 子宮頸部細胞診を勧めるプライマリケア提供者の割合」については、中間評価時にデータが得られていなかったため、評価されていない。

「健康格差解消の状況」に関しては、人種・民族(アメリカンインディアン・アラスカ原住民、アジア系、ハワイ・太平洋諸島原住民、ラテンアメリカ系、黒人、白人)、性(男性、女性)、学歴(中学、高校、大学)、収入(貧困、やや貧困、中・高所得)、居住地(都市部、郊外)、障害(あり、なし)について、カテゴリー間の指標のばらつき、及び