

- ・これらの機能を遂行するためには、経験豊かな臨床面・管理面でのリーダーシップが必要となる。また、ネットワークが公衆衛生、財政、製薬に関連した専門知識を活用することが必要となる。ネットワークの将来の役割に関する詳細はがんの委任指針に記載される。

- ・SHA は、各自のパフォーマンス管理の任務の一環として、以下の業務を行うことが求められる。

- 本戦略と委任指針に記載されている主要な規準に照らして、PCT と SCG のがんの委任に関連するパフォーマンスを監視する。

- 委任のパートナー間で明確に定められた作業体制による支援を得ながら、主流の健康関連業界のニーズアセスメント、契約、パフォーマンスシステムに統合された効果的な共同の委任体制が確実に整備されるようする。

- 利用者が委任に参加することを確実にするための適切なメカニズムを、PCT ががんネットワークを通じて構築しているかどうかを評価する。

- ・「World Class Commissioning」をがんサービスに適用した場合、PCT は以下の責任を遂行する必要がある。

- PCT は、地域の NHS 組織と連携して、その見解と優先事項を理解して、地域の NHS のリーダーとして尊敬される。

- ネットワークを通じて互いに協力する PCT は、がんのケア経路に貢献する全ての組織と連携する。

- PCT は、パートナーと協力して活動する。

- がんの場合、ケア経路は管轄地域を越えることがしばしばあるため、各 PCT のクラスターがネットワークを越えて効果的に協力し合うことが不可欠である。

- 地方自治体 (Local Authority) との協力関係もまた不可欠である。

- PCT は、サービスを構築し健康を向上させるために、患者や地域社会との継続的かつ有意義な連携を主導し、模索する。

- ネットワークのパートナーグループはこれを促進することができる。

- PCT は、戦略に情報を提供し、サービスの質、サービスの設計、資源の利用を促進するために、全ての臨床医との継続的かつ有意義な連携を主導する。

- ネットワークの臨床グループはこれを促進することができる。

- PCT は、頑健かつ定期的なニーズアセスメントを行い、現在と将来における地域の健康ニーズやその必要要件に対する完全な理解を確立する。
 - ネットワークの運営チームが、PCT がこれを実施できるように支援するための重要な情報を提供することができる。

- PCT は、NHS の地域ニーズ、サービス要件、価値に応じた投資を優先する。
 - がんネットワークが、優先順位の設定に関する提言を行うことができる。

- PCT は、需要を満たし、必要な臨床、健康、福祉の各アウトカムを保証するために、供給に働きかけを行う。
 - ネットワークが、PCT を代理してサービス提供者と連携することができる。

- PCT は、臨床面、サービス提供面での革新や環境設定を通じて、質やアウトカムの継続的な改善を促進し、明確にする。
 - がんネットワークがサービスの革新や再編成を促進することができる。

- PCT は、頑健かつ実行可能な契約を保証するための調達能力を備えている。
 - 調達は、引き続き PCT の主要な責任となる。

- PCT は、契約の順守、質やアウトカムの継続的な改善を保証するために、サービス提供者のパフォーマンス管理を行う。
 - ネットワークが、適宜、PCT を代理して活動したり、PCT に助言したりすることができるが、最終的な責任は PCT に帰属する。

- PCT は、優れた財政管理を実証する。
 - ネットワークが、効率的な予算管理のための機会を同定することを支援できる。

- ・さらに、PCT は、以下に関する進展を確実にすることなどを含めて、がん固有の様々な委任の責任を有する。なお、これらの責任のほとんど全てを遂行するにあたってはがんネットワークからの支援を得ることができる。

- 特に入院ケアに関して、効果的かつ効率的に資源を利用する。

- 一般市民の意識や患者体験内容に関する調査、合意されている臨床データセットを収集し、報告する。

- がんに関連する因子やその症状に対する一般市民の意識を高め、症状のある患者の早期受診を促進する。

- 国のガイダンスにそった、受診率の高い検診プログラムを提供する。

- 不適切な検査の遅延、GPによる新規がん患者の先送り紹介（onward referral）を減少させる。
- 待機期間枠の基準を達成する。
- すべての患者が、適切に構成された集学的チームからケアを受けることができ、複雑な手術が NICE のガイドンスに準拠したセンターのみによって行われるようにする。
- 治療やケアに関してインフォームド・チョイスを促進するために、情報と支援を提供する。
- National Radiotherapy Advisory Group の勧告にしたがって、安全かつ効果的な放射線治療を提供する。
- 安全かつ効果的な化学療法が利用できるようにして、新たな治療法が NICE のガイドンスに準拠して提供され、また、NICE が未承認の医薬品に関する意思決定のための頑健かつ公正なプロセスが整備されるようにする。
- NICE のガイドンスにそって質の高い支持療法・緩和ケアを提供する。

（利用者の参加）

- ・ケアの質の向上と患者中心型の NHS を実現するためには、効果的な利用者の参加が中心的な役割を担わなければならない。がんサービスにおける利用者の参加は、ネットワークのパートナーグループやその他の経路を通じて比較的発達しているが、地域社会の意見をさらに促進し、患者体験内容を反映するためには、新たな Local Involvement Networks（LINKs）を構築する必要がある。
- ・委任者は、利用者の参加を保証するために、LINKs ががんネットワーク内の現行の利用者参加の構造と連動できるように支援するための最良の方法を検討する必要がある。グループに参加していなかったり、会議に出席していなかったりする者の参加を促進するために、特定のニーズ（例えば学習障害）を有する者への専門的支援とともに、手紙、電話、電子メールを用いる方法も検討する必要がある。
- ・Cancer Action Team は、引き続き、がんネットワークを通じて、委任者と協力して、利用者参加に関連したグッドプラクティスを同定して普及させていく。

(国のガイダンスと基準)

- ・国のガイダンスは、がんサービスの推進において今後も重要な役割を担うことになる。現在、NICEによる結果改善ガイダンス (Improving Outcomes Guidance) は大多数のがんで策定されており、多くのがんでガイダンスの実施 (集学的チームの設置、複雑なサービスの再編成など) が進んでいる。一般的でないがんのガイダンスは2010年までに完了する予定である。
- ・Healthcare Commission、将来的にはCare Quality Commissionも、これらの基準に照らしたがんサービスの達成度を評価する役割を担うことになる。Department of Healthは、ガイダンスの実施の進捗状況の評価するために、Care Quality Commissionに対して、2009年のがんの改善レビューの実施依頼を検討する予定である。また規制団体には、Specialist Commissioning Group (SCG) によって指定されていない活動を実施し続けているトラストへの対策を講じることも求められる。さらに、全国モデル契約にもガイダンスの実施を取り入れ、ガイダンスに完全に準拠するサービスのみが全額支払を受けることになる。
- ・臨床ガイドラインは、NICEによって一般的ながんの一部について策定されている。これらのガイドラインには、特定の状態の患者に対する適切な診断、治療、ケアに関して、委任者とサービス提供者への助言が記載されている。これらのガイドラインの実施に向けて進展が求められるが、それに関する国レベルの目標は設定されていない。
- ・今後、臨床アウトカムに関して改善されたデータを通じて、既存のガイドラインの実施状況を監視していき、その結果を規制団体に公開する。

(ピアレビュー)

- ・臨床専門家や利用者の代表で構成され、Cancer Action Teamの主導するNational Cancer Peer Review Programmeにおいて、全国のがんサービスの質に関する重要な情報が提供されている。2004~2007年に実施された、各がんネットワークのサービスのピアレビューの結果、強力なリーダーシップ、代表的かつ効果的な理事会活動、頑健かつ明瞭な委任体制と、がんに関する全体的な進展の間に明確な関連があった。
- ・結果改善ガイダンスの実施に関しては、優れた進展例もあるが、ガイダンスの準拠のための行動計画への合意や、計画の現場への適用に関して、委任者とサービス提供者が困難に直面している事例も存在している。半分以上のネットワークでは、3ヶ年計画では不十分であることが判明している。
- ・ピアレビューの測定項目に対するチームやサービスの適合性に関する完全な情報は、CQUINS ウェブサイトにおいて委任者とサービス提供者に公開されている。このウェブサイトの利便性と使い易さを高めるための取り組みが継続中である。

- ・現時点では、ピアレビューは構造とプロセスに重点が置かれているが、今後はアウトカムに重点を移行する必要がある。また査察（訪問調査）の負担を軽減するために、ピアレビュープログラムでは、毎年の自己評価に重点を置くようにしていく。チームやサービスの自己評価には、当該のサービス提供者のCEOとがんネットワークによる署名による承認が必要となる。一部の訪問による査察は継続する予定であるが、測定項目への適合性が高いと証明された時点で、訪問による査察は規則ではなく例外規定となる。ピアレビューのデータは、委任者を支援してサービスのパフォーマンスの透明性を促進するために、引き続き公開される。

（料金（tariff）によってサービスの改善を支援する）

- ・がんサービスの資金供給のメカニズムは適切かつ効果的なケアを促進しなければならないが、現時点では、Payment by Results (PbR) の料金は必ずしもその目標が達成されていない。例えば、

—複雑ながん手術が、一部、複雑性の低いがん以外の診療行為と同じ Healthcare Resource Group (HRG) の分類に入っている。HRG の料金は、当該グループ内のあらゆる診療行為の平均費用に基づいているため、複雑ながん手術は報酬不足となり、トラストがそれを専門的に取り扱うインセンティブが小さい。

—困難で費用の高いケースミックスに応じて料金が調整されない限り、急性期トラストに、単純なケア提供から複雑な症例に重点を置くようにさせる動機づけは小さい。

—集学的チームの計画作成会議に対する費用償還方法が明確でない。

—料金は資本費用を補填することを意図しているはずであるが、放射線治療用の新たな遮蔽設備の設置費用に大きなばらつきがあることが考慮できていない。

- ・料金がグッドプラクティスを適切に奨励し、革新にとって不利にならないようにするため、がんの料金のレビューを手配した。このレビューでは、2008/09年の診療報酬支払に利用される予定である現行のHRGv3.5と、放射線治療、化学療法、専門的緩和ケアの新たな全国的な相場を規定するHRG4に基づいて実施された。その結果、PbRを推進する場合には取り組むべき以下の優先事項が明らかとなった。

- コーディングの質と一貫性を改善する。

- 集学的チームに対する公正な報酬支払を保証する。

- HRG4の構造が化学療法への資金供給として機能することを保証する。

- 外来のがんケアへの資金供給を改善する。

- 複雑性の高いがんの診療行為に対する公正な報酬支払を保証する。

- 放射線治療用の遮蔽設備など、新たな技術や資本への投資を支援する。

- ・Department of Healthは、以下について取り組む。

- 委任を支援するために、集学的チームの頑健な費用算定の必要性などを含め、高度なレベルのガイダンスを改善する。

- HRG4が目的に適ったものとなるように、がんサービスの専門家パネルを利用する。

- 主要な専門領域について、がんの料金、個々の外来患者の料金の標準的な調整の実現可能性を調査する。この調査は、複雑ながん手術の費用償還の問題、初回外来予約の一環としての集学的アセスメントの必要性の認識に関する問題について、有用となる可能性がある。

- レビューにおいては、資本支出と料金との関係を維持する。

(12) 第10章「世界レベルのがんケアへの資金供給」(要約)

(はじめに)

- ・2000年のNHS Cancer Planでは、マンパワーと設備の増強に対して5億7,000万ポンドを投資した。その結果、2006年時点のがんの専門医数は1997年と比較して約49%増加した。CTスキャナー、MRIスキャナー、線形加速器(linear accelerator)、胸部スクリーニング機器などの設備、新薬の利用についても大規模な投資を行った。今後も質の高いがんサービスを提供するためにさらに大幅な投資が必要となる。
- ・一方で、既存の資源をさらに効果的に活用する余地もある。コストに見合う価値(value for money)をうまく提供し、世界レベルのがんサービスの実現にとって重要な投資を行っていくために、現在の支出の効果を最大化することが不可欠である。投資された金額に対して患者の利益を最大限にすることを、指針の原則としなければならない。

(イングランドにおける現在のがん関連の支出)

- ・イングランドのがん関連の支出は1年当たり約43億5,000万ポンドで、精神保健、循環器疾患に次いで3番目に大きな支出額である。約80%は病院(外来、診断、治療、救急ケアなど)で、約20%は検診、GP、緩和ケアなどの地域で支出されている。ただしこの推計には、禁煙などの予防サービス、がんと診断される前のアセスメント、検査、支援などのサービスは含まれていない。

(イギリスにおけるがん関連の支出の格差)

- ・2006/07年のPCTの予算のうち、がん関連の支出の割合は3.6%から9.1%と、PCTの間で大きな格差がある。また、がんネットワークの抗がん剤への支出にも大きな格差がある。PCTは、同じような健康ニーズをもつ他のPCTのがん関連の支出を用いて、自身のがん関連の支出をベンチマークする必要がある。またPCTは地域住民のニーズに対してがん関連の支出が適切な水準であるかどうかを批判的に評価しなければならない。

(諸外国との支出の比較)

- ・1人当たりのがんサービスへの支出は、ヨーロッパ諸国と比較して低い(イングランドで80ポンド、フランスで121ポンド、ドイツで143ポンド)。また保健医療費全体に占めるがんへの支出の割合も低い(イングランドで5.6%、フランスで7.7%、アメリカで9.2%、ドイツで9.6%)。政府は、引き続き、がんサービスへの支出を諸外国と比較するとともに、国内でのがん関連の支出の格差を監視していく予定である。

(将来の費用負担への対応)

- ・がん関連の費用は、発生率の増加、治療技術の進歩、がん生存の影響によって、今後とも増加していくことが予想される。また薬剤費も、新薬の増加、化学療法に伴って使用される新しい形態の薬剤の増加などによって、最近では毎年1億ポンド以上増加してきている。
- ・これらの費用負担は、高い費用対効果を確保することを条件として、NHSへの予算配分を増加して、委任者が地域に対して世界レベルのがんサービスを保証する取り組みを実施することによって、対処されると考えられる。
- ・これらの費用負担のほか、がんサービスの質を向上させるための総額約6億8,000万ポンドの追加投資を行う。大規模な投資は以下のとおりである。

—意識の向上と早期の受診

—乳がん検診プログラムの拡大 (デジタル・マンモグラフィーの導入)

—大腸がん検診プログラムの拡大

—がんの待機期間の削減

—放射線治療能力 (例えばマンパワー) の強化

—入院ケアに代わる新たなサービス・モデル

—がん生存者のケアの強化

—世界レベルの委任を支援するための、がんに関するよりよいデータの収集

—新たな研修イニシアティブの実施

- ・一方、既存の資源を活用して、長期的に費用を節約するために、以下の方策を実施する。最も効率を改善する余地があるのは入院ケアである。

—手術を受けないがん患者、手術を待機する患者の入院と入院期間の減少

—治療後のフォローアップの効率性の改善

—子宮頸部がん検診の効率性の改善

(費用対効果の高い介入への支出の集中)

- ・費用対効果の高いサービスにがんの支出を集中させることが重要である。予防は依然としてがん対策の最良の形態であり、予防への投資は長期的にみてサービスの負担の低減につながる。
- ・ケア経路全体にわたって、サービスの効果を評価するための同一の手法を用いなければならない。費用対効果を測定することによって、各介入によって実現される患者のアウトカムの差を評価することが可能となる。費用対効果は、治療の費用をその治療によって延長された生存年数で除した「生存年あたり費用 (costs per life year)」、治療によって生じた QOL の増減を考慮した「質を調整した生存年あたり費用 (cost per quality adjusted life year)」で評価することが通常である。
- ・委任者は、引き続き、将来の支出に関する意思決定を行う際に、全てのがんの介入の費用対効果を評価する必要となる。そして可能であれば、評価に際して、NICE などの国レベルのガイダンスを利用しなければならない。

(13) 第11章「将来に向けた構築」(要約)

(はじめに)

- ・新規のがん発生数の増加、がん生存者の増加、予防・診断・治療の技術の進歩など、変わりゆくがんの状況に対応して、世界レベルのがんサービスを実現するために、引き続きがん対策の進捗状況を再評価し、新たな事態に応じてアプローチを改良していく必要がある。

(技能に優れた柔軟性のあるマンパワー)

- ・がんに従事するマンパワーには、勤務時間の全部をがんに費やしている者(内科腫瘍専門医、臨床腫瘍専門医、血液腫瘍専門医、がん専門看護師、腫瘍病棟に勤務する者など)、勤務時間の多くの部分をがんに費やしている者(病理学者、放射線科医、健康関連専門家、一般・地域看護師、外科医、内科医、血液学専門医、麻酔科医など)、GP(がん患者の取扱は比較的少ないが、がん起因する可能性がある症状をもつ患者へのケアに多くの時間を費やしている)、NHS以外のスタッフ(ソーシャルワーカー、介護者など)など、きわめて多様である。
- ・がん関連の専門家はこの10年間で著しく増加し、今後5年間でさらに増加していくと考えられる。これは、医師資格をもたないスタッフの役割が大幅に改革されたことによって支えられてきたという一面もある。例えば、放射線診断技師の四層モデル(指導者、上級者、実施者、補助者)は乳がん検診で大きな成功を収め、一部の放射線治療部門にも導入されている。また看護師に対する内視鏡検査(胃内視鏡、軟性S状結腸内視鏡、大腸内視鏡)の研修によって、内視鏡サービスの待機期間が削減され、NHS Bowel Cancer Screening Programmeの展開が促進された。

(人材開発)

- ・Strategic Health Authority (SHA)の主な機能は、労働力供給予測と地域サービス提供計画に基づいて、州レベルの戦略的人材育成計画の策定など、組織と人材の開発である。Cancer Policy TeamとCancer Action Teamは、引き続き、SHAのこの機能を支援して、がんに関連するマンパワー全体にわたって一貫性を確保する必要がある。新しい治療・ケアの環境の開発にはマンパワーの改革が必要であり、両チームは、それらがもたらす影響に関してSHAに助言して、がんに関連するマンパワーのプロフィールに関する詳細な情報を提供する必要がある。
- ・SHAは、成人の社会ケア・セクターの技能・資格要件の開発を担当している「Skills for Care」など、NHS外部での人材開発担当との連携を構築するための最良の方法を検討する必要がある。

(教育研修)

- ・人材開発と研修プログラムの委任は SHA と PCT の責任であり、地域のニーズと状況を考慮して実施されるべきである。ただし、国レベルで研修の試験運用を同定して委任する必要がある場合、Cancer Policy Team と Cancer Action Team が、SHA との協力関係のもとで、引き続きそれを実施する。

- ・ここ数年、臨床医の上級職の専門家継続教育 (continuing professional development) に関連して、以下の研修イニシアティブが、中央の主導のもとで実施されている。

—内視鏡専門医の質と量の向上を目的とした、全国内視鏡イニシアティブ

—イングランドの全 187 の大腸がんチームを対象とした、直腸間膜全切除 (TME) の質と理解の向上を目的とした、全国研修プログラム

—高度のコミュニケーション技術の研修

—乳がんチームの sentinel node の生検研修 (1 泊入院の必要がなくなり、費用の削減、早期回復、患者満足度の向上につながる)

- ・「Making Progress on Prostate Cancer」の報告書では、前立腺がん治療の外科的処置に関する上級特別クラスの開講が発表されている。この研修は、集学的チーム医療を強化すること (Prostate Cancer Advisory Group の助言によって、外科医だけでなく集学的チームも含めることに重点を置いている)、泌尿器外科の専門的技術の習得 (まずは開腹前立腺切除に重点が置かれている) を目的として、2007 年 3 月に試験運用が開始され、12 ヶ月以内に事後評価が完了する予定である。

- ・大腸がんに関しては、NICE の提言を受けて、腹腔鏡下大腸手術の試験的な研修プログラムが開始される予定である。研修センターの運営に関する契約が 2008 年 1 月までに行われ、18 ヶ月後に事後評価が行われる。その結果によっては、他のセンターや手技に対して、プログラムの展開可能性が検討される。

- ・放射線技師の研修についても、放射線技師養成学校や放射線治療センターにおいて、Virtual Environments for Radiotherapy Treatments (VERT: 模擬の放射線治療機器や治療室を用いた訓練) を実施し、改善が図られる。この研修の導入目的は、研修の中退率 (35%) の減少、「安全」な学習環境の提供、臨床サービス部門の負担の軽減などである。可能な限り多くのサイトに VERT を設置する必要がある。2007/08 年には、応募基準にしたがって、10 の放射線治療教育機関と 50 の臨床サイトに提供される可能性がある。

(適切な設備)

- NHS Cancer Plan の発表以来、2007 年 10 月までに、MRI スキャナー158 台、線形加速器 167 台、CT スキャナー247 台、胸部スクリーニング機器 730 項目が新規・代替で設置された。現在使用されている MRI スキャナーの約 83%、CT スキャナーの 85%、リニアックの 81%が 2000 年 1 月以降に設置されたことになる。1999/2000 年から 2005/06 年の間で、CT スキャンの件数は 83%の増加 (136 万件から 248 万件)、MRI の件数は 99%の増加 (60 万件未満から 110 万件超) となった。2007 年 9 月現在で、MRI スキャンの平均待機時間は 4 週間、CT スキャンの平均待機時間は 2 週間であった。しかし諸外国と比較すると、人口 100 万人当たりの CT スキャナーの台数 (国際中央値 14 台に対してイギリス 7 台)、MRI スキャナーの台数 (国際中央値 6.7 台に対してイギリス 5 台) と少なく、さらなる進展が必要である。
- 2005 年 10 月、National Framework for the Development of PET-CT Services が発行され、2010 年までにイングランド全体で年間 40,000 件の PET-CT スキャンを準備するよう提言されている (現在は年間 21,000 件)。UK PET-CT Advisory Board がすでに設置され、PET-CT の利用状況が逐次レビューされることになる。
- 本戦略では、がん関連の設備の拡充のための新規の目標は設定しない。その代わりに、毎年の設備の使用件数、待機期間枠基準の達成状況などの、アウトプットとアウトカムを監視していく。このモニタリングによって、サービス提供者と委任者は全国平均に照らして各自の地域の供給をベンチマークすることが可能となる。また、Department of Health は、引き続き、国際的なグッドプラクティスに照らしてイングランドの進展状況をベンチマークし、それにしたがって委任者に助言していく予定である。委任者は、サービス提供者と協力して、旧型設備の交換のための適切な設備投資戦略を策定する必要がある。NHS には、新規のがん設備投資に必要な資金が提供される予定である。
- 近代的設備の供給に加えて、ケアの提供が行われる物理的環境全体にも注意を払い、患者が高度な質の基準を満たした物理的環境のもとでケア・支援を受けられるようにすべきである。Department of Health は、患者団体と協力して、優れたがん施設を対象とした kitemark (英国規格協会検査証) を展開していく予定である。施設の質に関する情報は、NHS Choices を通じて患者が利用できるようにする。

(優れた横断的調査 (horizon-scanning))

- 将来の機会や課題を同定して計画を策定するために、質の高い横断的調査 (horizon-scanning) が必要である。専門家グループは、2012年におけるがんの部位別のサービスのビジョンを示しているが、今後は、適当な間隔でそうしたグループを再招集して、進捗状況をレビューし、新たな展開に関する情報を示すとともに、新たな課題を協議していく予定である。
- Department of Health と NICE は、がん患者にとって利益となりうる新技術 (薬剤、その他の治療など) が同定され、遅延なく NICE に付託されることを確実にする新しいプロセスを設定した。National Horizon Scanning Centre が可能性のある新技術を同定し、NICE がそれに関する検討会を招集して、National Cancer Director が議長となってその評価を行う。

(質の高いがん研究)

- NHS Cancer Plan に基づいて、2001年に National Cancer Research Institute (NCRI) が設立された。NCRI は「壁のない機関 (institution without walls)」として、20のパートナー組織で構成され、各パートナーが年単位で事務局の費用を補償する。パートナーには、イギリス各国 (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) の保健省と Research Council、がん研究に資金提供している慈善団体、Association of British Pharmaceutical Industry、がん患者などが含まれる。
- NCRI は、イギリスの最新のがん研究データベースを構築・維持しており、ポートフォリオにおける長所・短所の分析が可能となっている。パートナー組織は、相互協力のもと、様々な分野の研究 (前立腺がん、放射線治療や放射線生物学、喫煙、食事、運動、アルコールに関連するライフスタイルの変容を通じた予防、支持療法と緩和ケア、肺がんと中皮種、新しい画像診断法 (特に PET) など) を強化するための資金供給コンソーシアムを設立したり、信頼性の高い各種報告書を作成・発表したりしている。
- NCRI パートナーを通じたがん関連の研究への支出に関しては、政府からは2002年の1億500万ポンドから2006年の1億3,700万ポンドに、その他の資金提供者からは、同期間において1億5,200万ポンドから2億5,000万ポンドに、それぞれ増加している。また Department of Health は、NCRI のイニシアティブである National Cancer Research Network (NCRN) に対して年間1,500万ポンドを提供している。

・NCRI は、引き続き、本戦略で示された国の優先事項に対処するとともに、がん研究の基盤の弱点、エビデンスの不足を克服していく。2008年4月からの5ヶ年計画は現在策定中であり、2008年初頭に発表予定である。今後取り組むべき研究分野は以下のとおりである。

—患者の早期受診の促進、専門家への紹介の遅延の減少のための介入の開発と評価

—診断・治療のモニタリングを含めて、様々な利用形態に向けた新たなバイオマーカーの開発

—予防と検診

—まれな腫瘍の研究

—不平等の理解の促進（民族や性別に起因する不平等、アウトカムの地域格差など）

—がん生存者（cancer survivor）のQOLの向上

・NCRI はまた、以下のような共同出資によるインフラ・イニシアティブを通じて、研究の促進を図る。特に情報学（Informatics）、バイオバンキングに関する研究ツールやインフラの構築も促進する。

—初期フェーズの臨床試験やトランスレーショナル・リサーチに関する Experimental Cancer Medicine Centre への出資

—フェーズIIIの臨床試験に関する NCRN への出資

—NHS のがんデータの保管場所である全国がん情報ネットワーク（National Cancer Intelligence Network : NCIN）への出資

—NCRI の Informatics Initiative への出資

—Confederation of Cancer Biobanks への出資

・2007年4月、かつての National Translational Cancer Research Network であった NTRAC は、Experimental Cancer Medicine Centre のネットワークに移行された。これにあたって、イギリス各国（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）の保健省と Cancer Research UK は5年間で合計3,500万ポンドの新規投資を行った。NCRI はがんのトランスレーショナル・リサーチに関するネットワーク化と協力を促進するために、年2回のフォーラムを開催している。

- National Cancer Research Network (NCRN) が 2001 年に設立されて以来、臨床試験へに参加する患者数は、予定よりも早く二倍増の目標を達成している。Department of Health による NCRN への資金供給は最初の 5 年間で合計 5,400 万ポンドであり、今後 5 年間で合計 7,700 万ポンドになると予想される。
- 2006 年に発表された「Best Research for Best Health」では NHS の研究開発に関する目標が記載されている。すでに、National Institute of Health Research (NIHR) の設立など、すでに大きな進展がみられている。NIHR Biomedical Research Centres の活動において、がんは重要な一部を形成している。
- Department of Health は、研究に有益な資源を提供する National Cancer Intelligence Network (NCIN) を支援するとともに、NCIN によって生成されたデータを用いた質の高い health services research に対する資金提供と支援を行う用意がある。
- また Department of Health では、ニーズの高い研究分野を支援するターゲットを絞った研究にも資金提供する用意がある。例えば、肺がんの CT スクリーニングの実行可能性に関する研究、NHS Breast Screening Programme の拡大による効果の評価、大腸がんや子宮頸部がんの新規の検診技術の評価、画像診断や放射線治療に関する研究などが挙げられる。

(国による明確なリーダーシップ、支援、監督)

- 1999 年に設置された National Cancer Director の任務は以下のとおりである。
 - がん政策に関するあらゆる側面に関して、大臣と Department of Health に助言を提供すること
 - Cancer Perform Strategy の実施に当たり、SHA、PCT、サービス提供者を支援すること
 - グッドプラクティスの普及を促進すること
 - 進捗状況を監視すること
 - がんの政策課題に貢献している各種機関 (NICE、Healthcare Commission、National Patient Safety Agency、Monitor、NHS Institute など) との連携役を務めること
 - 外部の利害関係者 (がん関連の慈善団体、ホスピス、Royal College、業界、がん研究業界など) との協力関係を構築・強化すること。

- ・ National Cancer Director がこれらの任務を遂行するために、Department of Health の Cancer Policy Team、Cancer Action Team (委任者への支援を行う)、Cancer Services Collaborative Improvement Partnership (CSC-IP) (サービス提供者への支援を行う)、および National Cancer Screening Programmes から支援が提供されている。
- ・ National Cancer Director と各チームの活動の重点は継続的に変化していくことになる。例えば、最近まで、CSC-IP の活動は、がんの待機期間の削減に重点が置かれていたが、今後は不必要な入院や外来通院の低減に重点が置かれることになる。

(利害関係者の役割)

- ・ 本戦略の策定を含めて、がんサービスの進展にあたっては、国・地域レベルの外部の利害関係者 (がん関連の慈善団体、ホスピス、業界、専門家 (団体)、患者など) との良好な協力関係が大きく貢献してきた。本戦略の策定に貢献した利害関係者を含めたがん政策の関係者を対象として、新年に会議を招集し、戦略の実現のための次のステップなどについて協議を行う予定である。

(進捗状況の評価)

- ・ 政府は、本戦略の目標の実現を確実にするために、がん関連の進捗状況の追跡調査に取り組んでいる。情報に基づいた利害関係者との協議を可能にするために、National Cancer Director は、大臣に対して、進捗状況に関する年報が提出する予定である。National Cancer Director は報告書の作成にあたって、National Cancer Intelligence Network と緊密に連携を取る。利害関係者の諮問委員会も召集して、そこで提供された情報も年報に取り入れる。
- ・ 世界レベルのがんサービスの実現のためには諸外国との比較が必要である。アイデアを共有して、アウトカムを比較して、グッドプラクティスに学ぶことによって、他国の経験から多くの教訓を得ることができる。今後も引き続き、他国との関連において、生存率、死亡率、意識、早期発見、各種治療のアクセス、臨床アウトカム、患者の体験内容、費用などをモニタリングしていく予定である。また NCIN に対して、正確な国際比較の枠組みを策定することを求めていく。とりわけ、当省は、ヨーロッパ諸国、米国、カナダ、ニュージーランド、オーストラリアと緊密に連携していくことを構想している。

(資料2) オーストラリア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
協力研究員 多田由紀

第1章 オーストラリアの保健医療システム

1. 保健医療資源

(1) 医療施設

医療サービスは、プライマリケアは家庭医 (general practitioner) によって、二次・三次医療は病院によって提供される。そのほか長期療養型の施設としてナーシングホームがある。ナーシングホームは、わが国における療養型病床群、老人病院、特別養護老人ホーム等の重症度の高い長期療養者の施設である。その他に、支援があれば自立した生活ができる人のための施設としてホステルがある。

病院は、設立主体によって、公的病院と私的病院に分類される。私的病院は、州政府等からの補助金を受けない病院である。小規模の施設が多く、重症患者の治療はあまり行わないことが特徴ではあるが、待ち時間の少なさ、入院環境の快適さ、主治医の選択ができることなどの特徴がある。

(2) マンパワーの概要

1997/98年の医師数は49,246人、看護師数は210,695人(うち助産師13,209人、コミュニティ・ナース5,578人、看護教育者4,245人)、准看護師は54,124人である。看護師の中で、病院以外の地域で活動する場合には、コミュニティ・ナースの名称で呼ばれるが、その専門資格はない。

(3) 医師・看護師の教育

医師の教育は11の医科大学で実施される。医科大学には、高校卒業後または、大学を卒業・学士取得後に入学する。教育期間は4~6年である。国家資格試験はなく、それぞれの医科大学において、他の医科大学の評価者による判定、あるいはAustralian Medical Council (AMC オーストラリア医学協議会)の資格認定基準に照らして、医学教育の初期段階を修得できたかどうかで、卒業資格を得ることができる。

卒業後は州の認定した教育病院において1年間の臨床研修医制度があるが、多くの者は2年間研修を受ける。この研修が修了して初めて一人前の医師として免許が与えられるが、個人開業を希望する者はさらなる卒後研修が義務づけられている。

看護師に関しては、最低12年の教育期間を経たあと(10年の義務教育と2年間の高等学校教育)、専門教育を受ける。現在最も多い形態は、最低3年間(大学のカリキュラムによっては3.5年間)の大学教育を経て、看護協会に登録するための単位を取得し、卒業後、看護協会に登録して正看護師となるパターンである。准看護師は、12年の教育期間のあと、1~2年の教育を受ける。また規模の大きい病院の多くは教育担当看護師を配置し、現任教育が行われている。

2. 医療保障制度

オーストラリアの医療保障制度は社会保険方式で、連邦政府が運営するメディケアと呼ばれる国民皆保険制度が確立している。その他に、薬剤給付に関わる保険制度が存在する。ナーシングホームで提供される長期ケアは、メディケアではなく、一般財源によって実施されている。それ以外に、民間の医療保険も存在する。

メディケアは、国民からの保険料（目的税）を主な財源として、一般会計からの歳出とあわせて運営されている。給付内容は、専門家（医師）サービス（償還払い）と、公的病院サービス（無料）である。メディケアは連邦政府と州政府の合意によって運営される。

薬剤給付は、連邦政府の一般財源で実施される。給付対象は外来診療における処方薬剤である。薬剤は薬局において調合され、個人は自己負担額を品目ごとに薬局に支払うが、支払い額は年金の優遇受給者が否かによって異なる。また上限が設定され、一定以上の額を超えた場合、それ以上の支払いの必要はない。

民間医療保険は、公的病院における私的医療サービスと私的病院のサービスに関して、入院サービスと専門家（医師）サービスの非償還額をカバーする。

医療施設への支払いは、家庭医に対しては、国から直接支払われ、それ以外の病院に対しては、州政府と国から支払われる。

3. 一般行政組織

政治制度は立憲君主制、議院内閣制で、元首はイギリス国王である。連邦政府のもとに、6州（ニューサウスウェールズ、ビクトリア、クイーンズランド、南オーストラリア、西オーストラリア、タスマニア）と2準州（北部準州、首都特別地域）からなる。

州議会は憲法に準拠し、連邦法が州法に優先する。所得税は連邦政府、州政府がそれぞれ徴収することができる。ただし、日本の市町村に相当する自治体が徴税を行うこともある。州政府は行政サービス全般の提供を行うが、アメリカと比較すると、国の権限は強い。

州の下には、市（city）、町（town）、村（shire）、島（island）などの地方自治体（municipality）が、州・準州の法律に基づいて設置されている。地方自治体は全国に約900存在し、都市計画、上下水道と排水、廃棄物、地域レクリエーションサービス等を実施する。

4. 衛生行政システム

(1) 連邦政府 (Department of Health and Ageing)

日本の厚生労働省に相当する省庁は Department of Health and Ageing である。連邦政府の役割は、主としてメディケアの運営、州政府への補助金交付、州政府との協同事業、病院以外の医療サービス（家庭医など）の管理、薬事、国レベルのサーベイランス、国際保健などである。

執行部には首席医務官 (Chief Medical Officer : CMO) と呼ばれる医師が設置されている。部門としては、Population Health Division、Primary Health Care Division、Acute Care Division、Ageing and Aged Care Division、Medical and Pharmaceutical Services Division、Portfolio Strategies Division、Office for Aboriginal and Torres Strait Islander Health Division、Health Services Improvement Division、Information and Communication Division、Business Group があるが、その中で衛生行政 (感染症、健康危機管理など) を主に所管するのは Population Health Division である。

(2) 州政府

全ての州政府には保健医療福祉を所管する部門が設置されている。例えば、西オーストラリア州では Western Australia Department of Health、クイーンズランド州では Queensland Health が、それぞれ設置されている。

州政府は保健医療サービス提供の責任機関であり、具体的に州立病院の運営、民間病院やナーシングホームの設立の許認可、地域の保健動向のモニタリング、地域保健施設 (コミュニティ・ヘルスセンター、小児ヘルスセンター、性病その他の疾患のクリニック、予防接種クリニック、コミュニティサービスクリニック、小児アセスメントセンター等) の運営 (Non-doctor community service と呼ばれる)、救急搬送、その他公衆衛生行政全般を行う。

州政府は、州をいくつかの Health District に分け、各 District に地域の公衆衛生の第一線機関としてコミュニティ・ヘルスセンターを設置している。特にへき地では病院の機能も果たしている。コミュニティ・ヘルスセンターの職員としては、コミュニティ・ナース、理学療法士、作業療法士、栄養士、言語療法士、足療法士、先住民族専門のヘルスワーカー等が中心で、医師が設置されていることはまれである。コミュニティ・ヘルスセンターの所長は公衆衛生修士 (MPH) や公衆衛生博士 (DPH) の学位をもつ者やコミュニティ・ナースが就任することが多い。

(3) 地方自治体

地方自治体の役割は州によって異なるが、ヘルスセンター等の土地や建物の州政府への提供、たばこ対策、蚊対策、non-shema water supply のモニター、廃棄物処理、食品に関する教育とモニタリング、先住民族 (アボリジニ) に対する支援プログラム、アルコール対策等が行われている。

地方自治体における職員としては、州によって異なるが、Medical Officer of Health (保健医官)、Environmental Health Officer (環境衛生監視員)、Analyst (分析官) などが設置されることがある。なお Medical Officer of Health は常勤ではなく、地域の医師に非常勤として任命されることもある。また学校医 (Medical officer of School) の役割も果たす。

第2章 オーストラリアのがん政策・対策

1. 保健計画におけるがん対策の位置づけ

(1) National Health Priority Areas (NHPAs)

1996年、オーストラリアの連邦政府レベルの保健計画である「National Health Priority Areas」が策定され、国として優先的に取り組むべき健康問題とその対策が同定された。これはWHOの「2000年までにすべての人に健康を」を達成するためのオーストラリアにおける戦略として位置づけられている。

NHPAsは、1994年に策定されたBetter Health Outcomes for Australiaの重点領域に2項目を追加したもので、1996年の策定時には、「冠動脈疾患」、「がん」、「傷害・事故」、「精神保健」が優先領域として設定された。その後、1997年に「糖尿病」、1999年に「ぜんそく」、2002年に「関節炎・筋骨格系疾患」が優先領域として追加された。

NHPAsの推進のための協議会として、National Health Priority Action Council (NHPAC)が設置されている。この協議会は、連邦政府の保健担当省の首席医務官(CMO)を中心として、州・準州の保健担当省の代表、関係団体の代表などで構成され、National Health Priority Areaの推進、オーストラリア保健大臣の諮問委員会への政策提言を行う役割を担っている。この協議会が中心となって、連邦政府、州・準州政府、関係団体の協働でNHPAsを推進する体制が構築されている。

NHPAsの各優先領域について、15～20の健康指標と達成目標、及びその改善のための連邦政府・州・準州レベルの対策が記載されている。対策は、予防(Prevention)、疾病管理(Management)、システムの維持(Maintenance)、調査研究と情報システム

(Research/Information)に分類される。なお、健康指標と取り組みの進捗状況に関して2年ごとに報告することになっている。

州・準州レベルでは、2002年から5年間の「National Health Partnership」の協定に基づいて保健計画が策定されることになっている。National Health Partnershipは計画策定・推進に関する協定であり、優先領域や内容に関する国と州の整合性(NHPAsで設定された健康指標について目標(値)を設定すること、など)、連邦政府と州政府の連携などが定められている。また連邦政府と州政府の間で、計画策定・推進のための予算配分に関する協定(Public Health Outcome Funding Agreement)も締結されている。

この協定はNational Public Health Partnership Groupによって推進されている。このグループは、連邦政府、州、準州、National Health and Medical Research CouncilのThe Australian Institute of Health and Welfareの代表で構成されている。

(2) National Health Priority Areasにおける重点領域「がん」

NHPAsにおいて「がん」は優先領域に位置づけられている。「がん」の目標は「オーストラリア国民のがんの発生率、死亡率、影響を減少させること」である。

現在、がんに関して設定されている健康指標は以下のとおりである。3.1.1～3.1.14の達成目標は「発生率または死亡率の減少」、3.2.1と3.2.2の達成目標は「受容可能な費用で科学的に証明された便益のある、早期発見のための高いレベルの検診を保証すること」である。なお、全ての健康指標に関して具体的な目標値は設定されていない。