

(積極的治療期における管理と支援)

9. 全てのオーストラリア国民、とりわけ地方、農村部および遠隔地域に居住する者、及びアボリジニとトレス諸島民のために、治療サービスへのアクセスを改善する。
10. 規定された地方における治療経路、指定されたがんのケアコーディネーターを含む、がんを有する者に対するケアコーディネーションを改善するための各種システムを開発する。
11. 集学的ケアを促進するための各種戦略を開発・実施する。
12. がんの臨床診療ガイドラインを施行する。
13. がんサービス（提供者）とがんを有する者に対して、臨床試験への参加を促進するための各種戦略を開発・実施する。
14. がんを有する者が提供されているケアの質を評価できるように、各種サービスの認定、臨床医の資格証明、その他の戦略を通じて情報提供を行う。
15. 心理社会面に関する臨床診療ガイドラインを施行することによって、がんを有する者に対する支持療法の改善に向けて取り組む。

(積極的治療期以降及び次の治療期までの期間における管理と支援)

16. 積極的治療期以降及び次の治療期までの期間におけるがんを有する者のニーズを満たすための各種戦略を開発・実施する。
17. がんを有する者に対して、フォローアップ、日常的な問題、支援サービス、セルフケアに関する適切な情報を提供する。

(がんが治癒不可能の場合の終末期ケア)

18. 十分な緩和ケアサービスと薬物療法に適時かつ適切にアクセスできるような改善を行うとともに、その影響を監視する。
19. 治療サービスとの統合、地域サービスや緩和ケアチームの間の調整を確実にするような終末期ケアのモデルを開発する。

Priority Action

1. リスクの減少から終末期ケアに至るまでのケアの一連の流れを改善するために、統合化・ネットワーク化されたがんサービスを確立する。
2. 本フレームワークに概説されている最適なサービスに関する推奨事項を基礎として、がんサービスの認定、臨床医の資格証明を確立する。
3. 専門医と家庭医の診療報酬表を通じて、病院および地域における集学的ケアが維持されるような資金供給構造を構築する。
4. パフォーマンス指標を含めて、がん管理のあらゆる側面を監視するための国、州・準州、地域のアプローチを構築する。
5. がんの環境的リスク、行動的リスク、遺伝的リスク、予防、早期発見、診断と治療、支持療法に関して、エビデンスに基づいた消費者情報を提供する。
6. 質の高い、適切なリスクの評価、がんの発見、治療への紹介、治療と支持療法のコーディネーション（診断から緩和ケアまで）を提供するために、プライマリヘルスケアの提供者、特に家庭医を支援するための全国的なアプローチを確立する。
7. 社会的弱者、特にアボリジニとトレス諸島民のニーズを特別に配慮したがん管理を改善するために、文化的に適切なプログラムを実施・評価する。
8. 特定の期間（少なくとも3年）ごとに、エビデンス、研究と活動との格差、活動の機会をレビューする。

4. がん対策の関係機関

(1) 概要

国、州・準州、地方自治体におけるがん対策の推進において、古くから重要な役割を果たしているのが「Cancer Council」である。Cancer Councilは政府から独立した組織で、がんに関連する様々なサービスの提供、がん対策に関する政府への提言など、積極的な活動を行っている。

また2006年には、National Chronic Disease Strategy、National Service Improvement Framework for Cancerのもとでがんに関連するサービスやプログラムを実施するために、連邦政府のagencyである「Cancer Australia」が設立されている。

(2) Cancer Council

①組織

連邦政府レベルにThe Cancer Council Australia (TCCA)が設立され、各州・準州レベルにも、オーストラリア首都特別地域にThe Cancer Council ACT (Australian Capital Territory)、ニューサウスウェールズ州にThe Cancer Council NSW、北部準州にThe Cancer Council Northern Territory、クイーンズランド州にThe Cancer Council Queensland、南オーストラリア州にThe Cancer Council South Australia、タスマニア州にThe Cancer Council Tasmania、ビクトリア州にThe Cancer Council Victoria、西オーストラリア州にThe Cancer Council Western Australiaが、それぞれ設立されている。

TCCAの本部はシドニーにある。各州・準州のCancer CouncilはTCCAの「メンバー」として位置づけられている。

②背景と歴史

TCCAは以前、Australian Cancer Societyと呼ばれていたが、がん対策の実施の役割を担う組織として、各州・準州のCancer Councilをメンバーとする全国組織となった。1997年に「National Health Priority Areas」に基づく連邦政府レベルのがん対策プログラムである「National Cancer Control Initiative」が開始され、TCCAはそれに参加することになった。これによって、これまで民間セクターを中心として実施されてきたがん対策が政府と民間セクターの協力によって推進されることとなった。

その後、2000年には大々的なたばこ規制キャンペーンが開始され、2001年には学校等で親を対象とする栄養教育「Parental Guidance Recommended (PGR)」が開始された。

各州・準州のCancer Councilの設立の背景や歴史は州・準州によって異なる。

The Cancer Council of Western Australiaは、州議会が、がんの診断、治療、研究の推進を目的としたAnti-Cancer Councilsの設立の必要性を1955年に明言したことを受けて、1958年に設立された。1960年代には、International Union Against Cancerに加盟し、現在も重要な役割を担っている。またこの時代には、がんは告知する病気ではなかったものの、自発的ながん登録事業の設立に補助金を交付した。さらに、研究プロジェクトの学術的諮問委員会、スカラシップ、がん予防のための地域健康教育プログラムも開始された。

1970年代には、がんサービス委員会を設立し、がん患者へのサービスや支援を強化した。また、がん、白血病の州の登録事業を運営するようになった（現在は州の健康局が行っている）。またたばこのパッケージに警告表示を義務づけることや、乳がんの支援サービス、日焼けの危険性に関するサンルーム協会への抗議を行った。

1982年に非営利法人となり、政府から独立した組織となった。1985年には、がん患者、家族、友人に対する医学カウンセリングサービスを開始し、1988年には、西オーストラリア州の最高裁判所で、炭坑作業員のアスベストによる中皮腫被害の補償を訴えた。また、乳がん検診を推奨し、1992年には西オーストラリア州健康局の公共キャンペーンを経て確立された。1989年には皮膚がん予防のための日焼け防止製品の販売を開始して、現在では年間1280万ドルの売上を得ている。1990年には、乳がん治療中の女性向けのかつらのサービスも開始した。また、がん患者のボランティアプログラムも開始して、多くのがん患者に対する感情面も含めた支援を担っている。1994年には、現在の電話によるヘルプラインのサービスが開始された。

The Cancer Council South Australiaは、1928年にアデレード大学医学部と評議会の支援を得て、Anti-Cancer Campaign Committeeとして設立された。その後、1962年にThe Anti-Cancer Foundation of the University of Adelaideに改名され、2002年に現在の名称に変更された。

The Cancer Council Queenslandは、クイーンズランドのがん基金として、1961年に設立された。

The Cancer Council NSWは、州議会によって、1955年に設立されたが、現在は政府から独立している。

The Cancer Council Victoriaは、州議会によって、1936年にAnti-Cancer Council of Victoriaという名称の慈善団体として設立され、2002年に現在の名称に変更された。

③主な活動

TCCAは、がん研究等への資金提供、がんに関する情報提供、がん予防プログラムの実施、がん患者への支援、がん治療への支援、日焼け防止製品の販売、がん対策に関する政府への提言などの活動を実施している。

がん研究への資金提供に関しては、がんに関する研究、スカラーシップ、フェローシップに対して、2008年に4900万ドルの補助金を交付している。

がんに関する情報提供に関しては、医師や専門職に対して、がんの予防、診断、治療の改善に役立つエビデンスに基づいた最新情報を提供している。また、がん患者や一般住民に対して、主にヘルプライン（電話）を通じた情報提供を行っている。年間140,000人の国民がヘルプラインを利用している。

がん予防プログラムの提供に関しては、国民が、禁煙、日焼け防止、健康的な食生活、身体活動に取り組み、がんのリスクを低減させることを目的とした健康教育活動などを実施している。

がん患者への支援に関しては、患者、家族、介護者のQOLを改善するために、がん支援グループ、各種サービス・プログラムのネットワークを構築している。また、がん患者を代表する全国レベルの消費者団体である「Cancer Voices Australia」への支援を行うとともに、協働した活動も実施している。

がん治療への支援に関しては、保健医療専門職のネットワークである「Australian Cancer Network」を通じて、最良のエビデンスに基づいたがんの治療ガイドラインを提供している。また「Clinical Oncological Society of Australia」と協働してがん治療に関する勧告を提供している。

日焼け防止製品の販売に関しては、手ごろな価格で質の高い日焼け防止製品（サングラス、服、ビーチシェルター、化粧品など）を販売している。得られた収入はTCCAの活動資金の一部となっている。

各州・準州のCancer Councilは、TCCAと同様の活動を州内で、あるいは州間で連携して実施している。

④政府、関係機関との連携

TCCAや各州・準州のCancer Councilは政府から独立した非営利団体であり、政府からの経済的支援を受けずに、イベント、寄付、企業パートナーとの活動を通じて得られた資金で活動をしている。したがって、政府に対して独立した立場から、がん対策に関する意見や助言を行ったり、がん対策の改善を要求したり、政策提言を行ったりすることができる。主な政策提言として、国レベルのがん予防政策のアプローチを示した「National Cancer Prevention Policy」が挙げられる。

連携している関係機関として、Australian Cancer Network（医学、看護学、公衆衛生学の領域の専門家団体）、Clinical Oncological Society of Australia（多職種によって構成されたオーストラリア最大のがん関連の学会）、Cancer Voices Australia（がん患者を代表する全国レベルの消費者団体）、Australasian Association of Cancer Registries、Palliative Care Australia、National Breast Cancer Centre、Australian Chronic Disease Prevention Alliance、Smoke free Australia、Australian Fruit and Vegetable Coalition、Coalition on Food Advertising to Children、Coalition for a Healthy Australian Food Supplyなどが挙げられる。また、TCCAはResearch Australiaという健康および医学の研究を行う非営利組織のメンバーでもある。

（3）Cancer Australia

2006年に設立された連邦政府の「agency」で、National Service Improvement Framework for Cancerのもとでがんに関連するサービスやプログラムを実施する組織である。

TCCAは2004年からCancer Australiaの設立に携わり、現在はTCCAのCEOであるIan Olver教授が、Cancer Australiaの諮問委員会のメンバーでもある。TCCAは、がんによる死亡や障害を減少させるため、Cancer Australiaと協働し、政府組織と非政府組織間の関連強化を目指している。

5. 州・準州のがん計画・戦略

(1) 概要

ビクトリア州では、2003年に「Cancer Services Framework for Victoria」を策定しているが、それ自体は計画ではなく、がんサービスの提供体制の改善の基本的な方向性に関する提言がまとめられたものである。

ニューサウスウェールズ州では、2003年に、第1次がん計画「NSW Cancer Plan 2004-2006」を策定した。そして2006年に、第2次がん計画「NSW Cancer Plan 2007-2010」を策定している。

サウスオーストラリア州では、2006年に「Statewide Cancer Control Plan 2006-2009」を策定している。

ビクトリア州の「Cancer Services Framework for Victoria」、ニューサウスウェールズ州の「NSW Cancer Plan 2004-2006」は、National Service Improvement Framework for Cancerの策定の際に参考とされており、連邦政府が先進的な州政府を後追いする形となっている。

(2) ビクトリア州

2002年、ビクトリア州のDepartment of Human Servicesは、ビクトリア州のがんサービスの枠組み(Cancer Services Framework for Victoria)の策定をCCORE(The Collaboration for Cancer Outcomes Research and Evaluation)に委託し、2003年に報告書として発表された。

この枠組みは、将来のあるべき体制に照らした現状のがんサービスの分析、がんサービスの提供体制の改善の方向性の提示、病院と他の保健医療サービスとの役割の明確化、Peter MacCallum Cancer Institute(ビクトリア州におけるがんの拠点となる医療機関)のあり方の検討、を目的として作成された。基本理念は「患者・家族・介護者のニーズに合致したサービスの効果的かつ効率的な提供のため集学的ケアの強調」、「可能な限り自宅に近いところでのサービス提供」、「ケアのあらゆる側面での質と安全の確保」である。

枠組みの策定にあたっては、関係者を対象とした聞き取り調査、農村部・都市部の病院の現地訪問調査、がんの発生状況やがんサービスの現状に関する資料・データの収集・分析などを行い、ビクトリア州のがんサービスの長所と短所を明確にした。

その結果、ビクトリア州のがんサービスの基本的な方向性として、①腫瘍別のケア基準の明確化、②病院の役割の規定、③都市部および地方・農村部のサービスシステム(Integrated Cancer Services)の構築、が示された。

「①腫瘍別のケア基準の明確化」では、10種類の腫瘍種(泌尿器生殖器のがん(前立腺、膀胱、腎臓、睾丸など)、大腸がん、乳がん、肺がん、皮膚がん(特に黒色腫)、血液がん(リンパ腫・白血病・骨髄腫を含む)、子宮がん、頭部・頸部がん、上部消化器のがん(食道、胃、膵臓、肝臓、胆臓など)、中枢神経組織腫)について、ケア基準(アクセス、診断、治療、継続的なケア、アウトカム)の測定、調整された集学的ケアの提供、サービス間の連携、サービスの認定要件などが提案された。そして、このケア基準を遂行するために、臨床専門家、患者、地域の代表者、サービス提供者からなる専門グループを設置することが提案された。

「②病院の役割の規定」では、上述のケア基準に基づいて、病院で提供されるがんサービスのレベルとして5段階が設定された。レベル1（最低位のレベル）は、抗がん剤管理に関する訓練を受けた看護師が事前に処方された化学療法を提供するレベルで、手術や放射線治療は行われない。レベル2、3、4は、レベルが上がるごとにより高度の治療・ケアが提供されるように設定されている。レベル5は、画像診断、病理学だけでなく、手術、放射線療法、腫瘍内科サービスなど、広範な治療やケアを提供するレベルである。またリハビリテーション、心理社会的支援、緩和ケアはいずれのレベルでも提供されることとしている。そして独立した機関が、このレベルにしたがって州の病院（サービス）を公式に認可するシステム（データベースの構築、認定プロセス、認定後のモニタリングなど）を導入することが提案された。

「③都市部および地方・農村部のサービスシステム（Integrated Cancer Services: ICS）の構築」では、一定の地域内の病院（公的、民間を含む）や他の保健医療サービス提供機関でICSを構成し、ICS全体で、管轄地域のがん患者に対するサービスの提供を完結させる体制を構築することが提案された（わが国の医療圏の考え方に近い）。また都市部のICS（Metropolitan ICS: MICS）はレベル5のサービスまで、地方・農村部のICS（Rural/Regional ICS: RICS）はレベル4のサービスまでを提供する体制として、ビクトリア州全体で3つのMICS、5つのRICSを設定することが提案された。またレベル5を超えるような高度専門的サービスやまれながんに対するサービスの集約化、ICS間の連携、各ICSにおけるDirectorの設置とその役割の遂行（教育研修、質の改善、研究、他のICSとの連携を含む戦略計画・サービス計画の策定と推進、ケア基準の普及・推進、資金調達モデルの開発と予算管理など）が提案された。

（3）ニューサウスウェールズ州

2003年7月、Cancer Institute (NSW) Act 2003に基づいて、ニューサウスウェールズ州のがん対策の推進の法的な責任機関として「Cancer Institute NSW」が設置された（注：がん登録、がん検診などのプログラムの推進の責任を有しているが、サービスを直接実施していない）。そしてCancer Institute NSWを中心に、NSW Health（ニューサウスウェールズ州保健省）、Area Health Services（管轄地域の保健サービス（予防プログラム、公立病院の運営、精神保健サービス、緩和ケア・サービス、地域支援プログラム、乳がん検診などの各種公的ながんサービスなど）の計画作成・提供・連携を所管する、法的に定められた「公衆衛生団体」で、州内に8エリアが設定されている）、がん患者・介護者・消費者団体、がんに関連する非営利団体・慈善団体（Cancer Council NSWなど）との連携のもと、2003年に州で初めてのがん計画「NSW Cancer Plan 2004-2006」が策定された。

この第1次計画によって、がん予防（たばこのパッケージへの警告写真の掲載、パブやクラブにおける喫煙制限、Quitlineによる禁煙支援サービスなど）、がん検診（乳がん検診・子宮頸がん検診の推進、腸がん検診の導入など）、がんサービスと教育（がん専門看護師等の専門職ポストの増加、集学的医療チームの設置・増加、がん専門医に対する教育研修の提供、放射線治療機器等の医療設備への投資など）、がん研究（フェローシップや研究職のポストの新設、予防・治療に関する研究プログラムの新設、臨床試験ネットワークの構築など）、がん情報（ウェブサイトによる最新のがん治療基準に関する情報提供、がん登録の推進など）に関する新規のプログラムが提供された。その成果は喫煙率の減少

などのアウトカムの面にも現れているが、最も重要な成果はがん対策に関連する様々な関係者の連携・協力が推進され、一体的ながんへの取り組みの体制が整備されたことである。

2006年、第1次計画を改定した第2次がん計画「NSW Cancer Plan 2007-2010」が策定された。計画の改定にあたっては、州の基本計画（NSW State Plan）や州の保健計画（NSW State Health Plan 2006-2010）で示された方向性や目標をがんに適用する形で策定され、整合性が図られている。第2次計画でも引き続き、がん予防、がん検診、がん研究の推進に取り組むとともに、計画の推進にあたっては、Cancer Institute NSW、Area Health Services、NSW Health、家庭医、がん関連団体、民間セクターなどの協力体制の構築とネットワーク化を行う。

第2次計画では、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がんサービスと専門家教育の改善」、「研究を通じた改善の促進」、「適切なデータ・情報」の5つの優先事項が設定されている。それぞれの優先事項の内容は以下のとおりである。

○優先事項1 がんの予防

- ・たばこ規制プログラム（2010年までに成人の喫煙率を20%から16%に減少）…マスメディアキャンペーン、Quitline、パブやクラブにおける禁煙など
- ・黒色腫・皮膚がんプログラム…夏季のマスメディアキャンペーン（若年成人の日焼け防止行動の推進）
- ・生活習慣関連がんプログラム…Go with 5 and 2 キャンペーン（果実や野菜の摂取の促進）、生活習慣のリスク・体重・運動に関するキャンペーンなど
- ・がん検診意識向上プログラム（がん検診に対する理解の促進）

○優先事項2 がんの早期発見

- ・乳がん検診プログラム（2010年までに50～69歳の女性の2年ごとの検診の受診率を70%以上に増加、受診者の満足度の改善）…マスメディアキャンペーン、サービス改善プログラム、インフラ・マンパワー・情報システムの整備など
- ・子宮頸がん検診プログラム（20～69歳の女性の受診率を毎年3%増加）…ガイドラインの開発・実施、ヒトパピローマウイルスの予防接種の周知、受診が困難な女性への支援など
- ・腸がん検診プログラム（サービス提供者や一般市民への周知、腸がんの症状や検診に対する意識向上）
- ・その他のがん検診…有効性評価のための文献や研究のレビュー

○優先事項3 がんサービスと専門家教育の改善

- ・専門的がんケアの調整の改善… NSW Oncology Group プロジェクト（がんに関連する専門家、消費者、政策決定者によるがんサービスの改善活動）、集学的チーム医療の推進（チームの登録、活動報告など）、インフラ整備の支援、がんサービスの認定、専門的緩和ケアのレビュー、地方部のアクセスの改善など
- ・ケアモデル合理化プログラム…放射線治療の事業改善、外来ケアの事業改善、がん治療・管理経路の標準化、がんサービス革新のための補助金など
- ・包括的患者支援プログラム…心理腫瘍学チームの設置、患者とその家族への支援・情報の提供（患者向けの情報資源の作成など）、カウンセリング（Cancer Helpline など）、補完療法など
- ・がん専門家技術向上プログラム…人材育成・確保計画（マンパワーのニーズの把握）、化学療法専門看護師の認定、地方部の看護師の教育研修、がん専門のフェローシップ・医局員の増加、サバティカルの助成、奨学金など

○優先事項4 研究を通じた改善の促進

- ・トランスレーショナル・リサーチ・プログラム…補助金・助成金
- ・研究キャリア向上プログラム…がん研究のリーダーの育成、フェローシップ、奨学金、海外フェローシップ、国内外の研究協力への助成など
- ・がん研究インフラ・プログラム…研究インフラへの助成など
- ・臨床試験プログラム…NSW Cancer Trials Network の設置、治験看護師・データ管理者への助成、臨床がん研究への助成など

○優先事項5 適切なデータ・情報…患者の体験内容、がん検診、遺伝性がん、がんアウトカムに関する情報の収集・データベースの構築、ウェブベースのがんの治療・ケアに関する情報源の確立、がんデータの利用の促進（ウェブベースのソフトウェアの開発）

- ・ニューサウスウェールズ州がん登録
- ・がん検診のデータと情報
- ・健康記録リンケージセンター
- ・がん情報アクセスプログラム

(4) サウスオーストラリア州

2006年、Cancer Council South AustraliaとSouth Australian Department of Health(サウスオーストラリア州保健省)の協働で、「Statewide Cancer Control Plan 2006-2009」が策定された。この計画は、予防、診断、治療、支持療法、マンパワーとインフラへのニーズ、研究などに関する様々な対策を記載した包括的ながん計画であり、様々な保健専門家、消費者、地域の代表者が参加して策定された。

この計画のビジョンは以下のとおりである。

- ・がんの新規発生数を減少させ、がんが発生した場合の生存率を向上させることによって、より多くの命を救う。
- ・州民が最良の治療・ケアだけでなく効果的な支援を受けられることを保証する。
- ・がん患者、がん生存者(cancer survivor)、介護者のQOLを向上させる。
- ・諸原因に取り組むことによって、地域内で優位・劣位にあるセクター間におけるがんのリスクとアウトカムの格差を是正する。
- ・がん管理に関連するマンパワー、インフラ、強力ながん研究への投資を通じて、将来に向けた構築を進める。
- ・がん管理のための情報を発信するとともに、情報の質を向上させる。

この計画は「がん管理の改革の推進」、「がんのリスクの低減、がんの予防と早期発見の強化」、「がんケアの最適化」、「インフラの整備計画」、「人材開発・人材確保の計画」、「がん管理に関する研究」、「がん情報」で構成され、それぞれについて提言(recommendation)が記載されている。内容はNational Service Improvement Framework for Cancerに類似しており、これを参考に策定されたと考えられる。

それぞれの項目の主な提言は以下のとおりである。

- がん管理の改革の推進…Statewide Cancer Control Advisory Groupの設置(がん計画の進行管理、がん対策の調整、関係機関の連携など)、小委員会(がん予防・早期発見、がんケア、インフラ整備、人材開発・人材確保、研究)の設置など
- がんのリスクの低減、がんの予防と早期発見の強化…法律・公共政策・構造の整備(禁煙法、たばこの価格、学校での取り組みなど)、情報提供、ソーシャルマーケティングプログラム(National SunSmart Campaign, Fruit and Vegetable Campaign, Quit campaigns, Physical Activity Campaignなど)、プライマリケア提供者への支援(SNAP: Smoking, Nutrition Alcohol and Physical Activity programなど)、たばこ対策、紫外線への暴露の低減、皮膚がんの早期発見のガイドラインの開発・普及、健康的な食生活・運動・適正体重の推進、飲酒量の低減、乳がん検診(50~69歳の女性の受診率を70%に増加、対象年齢の拡大(40~49歳及び70歳以上)、2年の受診間隔の達成)、子宮頸がん検診(アボリジニ、トレス諸島民などの受診率の低い集団の参加を促進)、腸がん検診(実施の支援、ハイリスク者の結腸内視鏡検査や遺伝子検査の利用促進)、前立腺がん検診(研究の継続、理解の促進)、Familial Cancer Service(遺伝性がんへの取り組み)、がんデータの収集・公表など

○がんケアの最適化

- ・がん患者・家族・介護者のニーズに適合した人間中心のがんケアの保証…全てのがん患者に対するケア計画の策定・実施及び定期的レビュー、情報へのアクセスの保証、文化的言語的に多様な集団に対する通訳、文化的に適切ながんサービス、ケアコーディネートの導入、心理社会的支援の導入など
- ・がんの早期発見・診断・紹介…がんの症状や徴候に関する教育プログラム、がんサービスの専門家の名簿の作成、最適な紹介経路に関するガイドラインの開発・普及、がんの診断のガイドラインの開発、地方部のがん患者の交通面や宿泊面の支援など
- ・アクセスのよい、適時ながんケア…Statewide Integrated Cancer Care Service (医療機関間の機能分化と連携によって州全体で包括的ながんサービスを提供する体制モデル。医療機関は、高度専門的サービスを提供する Comprehensive Cancer Centre (大規模の病院) と一般的なサービスを提供する Cancer Service (小規模の病院、プライマリケアなど) に分類され、両者の間で紹介や連携を行う。) の実施、心理社会的ケア・緩和ケアのガイドラインの実施、地方部のがん患者の育児面・交通面・宿泊面の支援、放射線治療サービス提供プログラム、地方部の化学療法サービスのアクセスの保証、若年がん患者のケア提供モデルの導入 (小児から成人への移行) など
- ・集学的な、完全に統合・調整されたがんケア…Statewide Integrated Cancer Care Service、公的セクターと民間セクターの間のネットワークの構築、集学的ケアの推進 (普及のための戦略の策定・実施、普及の障害への対処、テレビ会議などの技術の利用、卒前・卒後教育) など
- ・臨床診療・心理社会的ケアにおけるエビデンスと研究…臨床試験の促進 (がん患者の参加の促進、インフォームド・ディシジョンのための情報提供、臨床試験の中央管理)、ヘルスサービスリサーチや心理社会的研究の推進など
- ・安全性、効果、効率、満足度、アクセス、公平なアウトカムのモニタリング…情報システムの整備、がんケアの各段階における質の指標の採用、がん登録の推進、全州的なモニタリングの体制整備、サービスのベンチマーク、がんサービスの認定と臨床医の資格証明のシステムの構築、フィードバックのシステムの構築など

○インフラの整備計画

- ・包括的なインフラ戦略…地方・農村部・遠隔地域の患者やアボリジニおよびトレス諸島民のアクセスの改善、自宅に近い場所でのサービス利用の促進 (特に緩和ケアや終末期ケア) のためのインフラ整備
- ・がん予防・がん検診のインフラ…検診受診率の低い地域のインフラ整備、ITシステム (リコールシステムなど) の構築など

- ・ 診断サービスのインフラ…PET/CT、マンモグラフィー、MRI、CTなどの診断機器のニーズへの対処
- ・ 放射線治療サービスのインフラ…がん患者の半数以上にサービス提供できる程度のインフラの整備、社会的に阻害されやすい集団のサービス利用率の監視など
- ・ 内科腫瘍学・血液学サービスのインフラ…居住地域にかかわらず、集学的ケアや抗がん剤を等しく利用できるためのインフラの整備、利用状況の監視体制の整備など
- ・ 外科腫瘍学サービスのインフラ…手術件数やアウトカムのモニタリング体制の整備、監査体制整備のための資金的・技術的支援など
- ・ 緩和ケア・サービスのインフラ…地方・農村部・遠隔地域の患者、アボリジニおよびトレス諸島民、在宅死を希望する患者などに対するサービス提供体制の整備、ITシステム（緩和ケアへの紹介）の構築
- ・ その他のインフラ…サービス提供者・管理者への情報インフラ、地域住民やがん患者を対象とした情報・支援サービスのインフラ、がん研究のインフラ（臨床試験への参加促進、研究者間の連携、データの共同利用など）、Familial Cancer Service、小児がんサービス、がん専門家とプライマリケア提供者の間のネットワーク

○人材開発・人材確保の計画

- ・ 医療スタッフ（腫瘍専門医、血液学専門医、外科医、病理学者、小児科医、家庭医、看護師、放射線治療技師、緩和ケアなど）、健康関連スタッフ（薬剤師、心理学者、栄養士、作業療法士など）、ソーシャルワーカー、がん予防に関連するスタッフ（政策管理者、ヘルスプロモーション実践者など）、研究者、介護者、ボランティアを含む、包括的な人材開発・人材確保、各メンバーの労働時間等のデータの収集・モニタリング、公立病院・民間病院・その他関係機関におけるメンバーの実態調査、メンバーの需給計画の策定など
- ・ マンパワーの採用・維持…集学的ケアを実践できるメンバーの確保、離職の抑制、アボリジニおよびトレス諸島民の採用の増加など
- ・ 教育研修…各種保健専門家の教育課程でのがんのモジュールの実施、がんの臨床医の資格証明システムの開発、医師の卒前・卒後教育における腫瘍学のカリキュラムの組み込み、ボランティアや介護者の研修受講機会の拡大、がん看護の卒後研修の推進、心理腫瘍学の研修の拡大、がんサービスの認定における心理腫瘍学の支援サービスの要件の導入、ピア・サポートの強化、文化的配慮に関する教育

○がん管理に関する研究

- ・ Cancer Control Research Collaborative の設置…研究インフラの整備（組織バンク、各種データベース、がんのステージデータ、QOL データ、出生コホートへのリンク、バイオインフォマティクス、生物検体など）、研究資金の提供、フェローシップ、研究者・研究機関の連携、倫理審査プロセスの合理化など
- ・ がん研究のモニタリング・レビュー（研究の重複や不足の監視、優先課題の同定）、各種研究プログラムの実施、包括的ながん管理研究計画の策定、研究成果のサービスへの応用など

○がん情報

- ・ がん患者・家族・介護者、保健専門家、公衆衛生専門家、保健サービス計画者、政策決定者、管理者、研究者、国会議員等、様々な関係者に対する情報提供を実施するための情報戦略の策定
- ・ 患者向けのケア計画や関連サービスに関する情報提供、専門家向けの治療・ケアに関する情報や各種統計資料の提供、国会議員等へのがん対策に関する年次報告書の作成など

(資料3) 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。