

(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 (CHIP) 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 日以上の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、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 の行政区画と一致する。
- ・ 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の機能をもち、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。また目標値についても、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のある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のある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のある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のある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のある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

ばらつきの変化で評価されている。全般的な傾向としては、がんの死亡率の格差はほとんど改善されておらず、保健行動や検診に関しても、格差はほとんど解消されていなかった。

(4) 州レベルの Healthy People 2010 における「がん」の位置づけ

表2に、州レベルの Healthy People 2010 において設定されている「がん」の目標を示した。

表2. 州レベルの Healthy People 2010 において設定されている目標

目標	州
3-1. がん全体の死亡率	コロンビア特別区、アイオワ州、メイン州、メリーランド州、ミシガン州、ミネソタ州、ノース・カロライナ州
3-2. 肺がんの死亡率	コロンビア特別区、アイオワ州、ケンタッキー州、メイン州、ミシガン州、ニュー・ジャージー州、ウエスト・ヴァージニア州
3-3. 乳がんの死亡率	コロンビア特別区、アイオワ州、ケンタッキー州、メイン州、ミシガン州、ミネソタ州、ニュー・ハンプシャー州、ニュー・ジャージー州、ノース・カロライナ州、ウエスト・ヴァージニア州
3-4. 子宮頸部がんの死亡率	コロンビア特別区、アイオワ州、ケンタッキー州、メイン州、ミシガン州、ミネソタ州、ニュー・ジャージー州、ノース・カロライナ州
3-5. 大腸がんの死亡率	コロンビア特別区、アイオワ州、ケンタッキー州、メイン州、ミシガン州、ミネソタ州、ニュー・ハンプシャー州、ニュー・ジャージー州、ノース・カロライナ州
3-6. 口腔咽頭がんの死亡率	アラバマ州（口腔・咽頭がん）、アイオワ州（口腔・咽頭がん）
3-7. 前立腺がんの死亡率	コロンビア特別区、ケンタッキー州、メイン州、ミシガン州、ニュー・ジャージー州、ウエスト・ヴァージニア州
3-8. メラノーマの死亡率	アラバマ州、アイオワ州、メイン州、ニュー・ジャージー州
3-9. 皮膚がん予防の実施	メイン州
3-10. 医療従事者の勸奨	
3-11. 子宮がん検診（子宮頸部細胞診）の受診	ケンタッキー州、メイン州、ミシガン州、ミネソタ州、ニュー・ジャージー州、ノース・カロライナ州、ロード・アイランド州、バーモント州、ヴァージニア州、ウエスト・ヴァージニア州、ウィスコンシン州
3-12. 大腸がん検診の受診	メイン州、ミシガン州、ミネソタ州、ニュー・ジャージー州、ノース・カロライナ州、バーモント州、ヴァージニア州、ウエスト・ヴァージニア州、ウィスコンシン州
3-13. 乳がん検診（マンモグラフィ検査）の受診	アラバマ州、ケンタッキー州、メイン州、メリーランド州、ミシガン州、ミネソタ州、ニュー・ジャージー州、ノース・カロライナ州、ロード・アイランド州、バーモント州、ヴァージニア州、ウィスコンシン州
3-14. がん登録	
3-15. 5年生存率	アイオワ州、ウエスト・ヴァージニア州

アメリカの多くの州では州レベルの Healthy People 2010 が策定されており、その中のほとんどで「がん」が重点分野として位置づけられている。ただし、がんが重点分野として位置づけられていない州（アリゾナ州）、重点分野として位置づけられていないが「ヘルスケアへのアクセス」の分野でがん検診の利用に関する目標値が設定されている州（ロード・アイランド州、ウィスコンシン州）、重点分野として位置づけられているが目標値が設定されていない州（ペンシルバニア州）などもある。

州レベルのがんに関する目標は連邦政府の目標に準じて策定されているが、州の実状等に応じて、連邦政府の目標のうちいくつかに限定している州がほとんどである。連邦政府の目標を outcome 指標（3-1～3-8、3-15）、output 指標（3-9～3-14）に大別すると、outcome 指標に限定している州（コロンビア特別区（District of Columbia）、ニュー・ハンプシャー州、アイオワ州）、output 指標に限定している州（ロード・アイランド州、バーモント州、ヴァージニア州、ウィスコンシン州）もあるが、多くの州では outcome と output の両方で目標の設定している。

目標ごとにみると、outcome 指標に関しては、多くの州で、がん全体、肺がん、乳がん、子宮頸部がん、大腸がんの死亡率が目標として設定されているが、口腔咽頭がん、前立腺がん、メラノーマの死亡率、5年生存率が設定されている州は少ない。

output 指標に関しては、多くの州で、子宮がん検診、大腸がん検診、乳がん検診の受診が目標として設定されているが、皮膚がん予防の実施、禁煙、運動、がん検診を勧める医療従事者が設定されている州はほとんどない。

連邦政府で設定された目標以外に、州独自で設定している目標もいくつか存在する。例えば、アイオワ州、メイン州、ニュー・ジャージー州では、がんの死亡率だけでなく、がんの発生率の目標値が設定されている。またメリーランド州では、白人とマイノリティの間、都市と郊外間の死亡率の格差の縮小が目標として設定されている。

ミネソタ州では、3-10に関連して「がんのリスクの同定や適切ながん検診の推奨のために家族歴を使用するプライマリケア従事者の割合」が目標として設定されている他、「がん検診の推奨に関する知識」として、以下の目標が設定されている。

- ・ 40歳からのマンモグラフィー検査が推奨されていることを知っている40歳以上の女性の割合
- ・ 出産年齢後、1～3年に1回の子宮頸部細胞診が推奨されていることを知っている40歳以上の女性の割合
- ・ ハイリスク（不特定多数の性交渉、HIVの感染など）の女性の毎年の子宮頸部細胞診が推奨されていることを知っている女性の割合
- ・ 大腸がん検診のガイドラインについて知っている50歳以上の成人の割合
- ・ 前立腺がんの検診と治療のリスクと便益を知っている40歳以上の男性の割合

ウエスト・ヴァージニア州では、3-9に関連して「過去1年間、少なくとも12時間連続して、赤くなるまで日焼けしたことのある人の数」、3-10に関連して「医師から、禁煙カウンセリング、食事改善カウンセリング、がん検診の推奨に関するカウンセリングを受けた18歳以上の成人の割合」、3-14に関連して「がんの診断後12ヶ月以内に、がんの期待発生数の95%が州のがん登録に報告される」が設定されている。

ニュー・ジャージー州では、がんに関する目標値を、人種・民族別、年齢階級別、性別などで詳細に設定している。具体的には以下の指標である。

- ・乳がんの死亡率（全体、白人・黒人、50～64歳・65歳以上）
- ・マンモグラフィー検査・乳がん検診の受診割合（全体、白人・黒人・ラテンアメリカ系、50～64歳・65歳以上、52～69歳のHMO（Health maintenance Organization：医療保険の一形態）の加入者）
- ・早期のステージ（situ/local）で乳がんと診断される女性の割合（全体、白人・黒人・ラテンアメリカ系、65歳以上）
- ・子宮頸部がんの死亡率（全体、白人・黒人、65歳以上）
- ・子宮頸部細胞診の受診割合（全体、白人・黒人・ラテンアメリカ系、65歳以上）
- ・子宮頸部がんの発生率（全体、白人・黒人）
- ・前立腺がんの死亡率（全体、白人・黒人）
- ・大腸がんの死亡率（全体、白人・黒人、65歳以上）
- ・直腸がん、S状結腸がんの発生率（全体、白人・黒人）
- ・便潜血検査及び・またはS状結腸内視鏡検査の受診割合（全体、白人・黒人・ラテンアメリカ系、65歳以上）
- ・肺がんの死亡率（全体、白人・黒人、男性・女性、65歳以上）
- ・悪性黒色腫の発生率（全体、白人・黒人）
- ・進行したステージ（regional and distant）で口腔がんと診断される割合（白人男性、黒人男性、白人女性、黒人女性）

2. がん対策の関係機関

(1) 概要

アメリカでは、保健医療、公衆衛生に関する行政権限の多くを州政府がもっているため、がん対策に関しても、州政府あるいは州保健部局 (State Health Department: SHD) が実施し、連邦政府、あるいはわが国の厚生労働省に相当する DHHS (Department of Health and Human Services) がそれを支援する、という体制になっている。具体的には、DHHS が所管する、公衆衛生サービスを提供する 8 の agency、つまり Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)、Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR)、Centers for Disease Control and Prevention (CDC)、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) が、連邦政府及び州政府に対する支援を行う。

連邦政府レベルで州のがん対策を支援する主な機関 (agency) として、CDC 及び NIH に属する研究機関である National Cancer Institute (NCI) があり、これらは州政府に対して、がん対策に関する技術的、専門的、経済的支援を行っている。また、全国レベルでがんに関連する様々なボランティア団体が設立され、特色のある活動を実施している。

このように、アメリカにおけるがん対策は、州政府を中心として、CDC、NCI、ボランティア団体などの全国規模の様々な関係機関が密接に連携・協力して推進されている。

(2) Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

DHHS の agency として、あらゆる健康問題の管理と予防に関する調査研究、情報提供、教育研修、連邦政府及び州政府に対する支援などを実施する。対象領域として、ヘルスプロモーション、慢性疾患、先天性障害、発達障害、環境衛生、保健統計、HIV・STD・結核、感染症、予防接種、産業衛生、疫学、公衆衛生、健康危機管理などが挙げられる。

CDC は 1946 年に設立され、現在 7 のセンターと 5 のオフィスで構成され、本部はアトランタに設置されている。またアメリカ全土とプエルトリコに 10 の支所が設置されている。スタッフは約 15,000 人、予算は 77 億ドル (2005 年) である。

がん対策の担当部門は、Division of Cancer Prevention and Control である。主な業務は、以下のとおりである。

- ・モニタリング…がんの発生と死亡、がんのリスクファクター、がん検診の利用に関するデータの収集に関して、州、準州 (Territory)、部族 (Tribe) に対して資金提供や技術支援などを実施する。
- ・調査研究・評価…がんのリスクファクターやがんの予防要因に関する調査研究の直接的な実施、または関係機関による実施の支援を行う。またがんの予防・コントロールの戦略の実行可能性や効果に関する評価を行う。

- ・潜在能力とパートナーシップの構築…研究の成果を公衆衛生のプログラム、実践、サービスに活用するために、関係機関との協働を行う。また、州、準州、部族に対して、科学の進歩や技術革新を応用して、より強力ながん対策・プログラムが開発できるように支援する。また州と協力して、予防、早期発見、治療の適切な対策を明らかにするためのデータを収集する。
- ・教育研修…保健医療専門家、政策決定者、メディア、公衆を対象とした、がんの予防・管理に関するキャンペーンや教材を開発する。また、関係団体が実施するがんの予防や治療に関する教育研修プログラムを強化するための支援を行う。

CDC が実施しているがん関連のプログラムとしては、National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program、National Comprehensive Cancer Control Program (CCC)、National Program of Cancer Registries (NPCR)、Colorectal Cancer Prevention and Control Initiatives、Hematologic Cancer Initiatives、Lung Cancer Initiatives、Ovarian Cancer Initiatives、Prostate Cancer Initiatives、Skin Cancer Primary Prevention and Education Initiatives、Cancer Survivorship Initiatives などがある。

がん対策に対する資金援助として、2006 年度に 4.126 億ドル（このうち 3.079 億ドルはがんの予防とコントロールの活動、1.048 億ドルは喫煙と健康に関する課題の取り組み）を提供している。

(3) National Cancer Institute (NCI)

National Cancer Institute (NCI) は、DHHS の agency である NIH に属する研究機関の一つである。NCI は、1937 年の National Cancer Institute Act に基づいて設立された、がんに関する調査研究と教育研修を行う機関である。1971 年の National Cancer Act によって、NCI の活動の範囲と責任が拡大され、がんの原因、予防、早期発見、診断、治療、リハビリ、がん患者とその家族に対する継続的なケア、survivorship などに関して、調査研究（基礎研究、臨床研究、疫学研究など）、教育研修、情報の提供・普及などの実施及び支援を行っている。具体的な活動は以下のとおりである。

- ・研究助成金や協定を通じて、国内外の大学、病院、研究財団、企業などによって実施される研究プロジェクトを支援・調整する。
- ・NCI の研究室や診療所において調査研究を実施する。
- ・奨学金、研修助成金、フェロシップなどを通じて、がんに関連する基礎及び臨床の研究プログラムや治療プログラムへの参加を促進することによって、基礎医学・臨床医学の教育・研修を支援する。
- ・がんセンターの全国ネットワークを構築し、支援する。
- ・がんに関する教育研究活動に従事する関係団体や国内外の機関との共同研究を行う。
- ・特殊な研究技術をもつ企業によるがん研究を促進・調整する。
- ・がんに関する情報を収集・普及する。
- ・建設助成金を通じて、がん研究に必要な研究所、診療所、関連施設の建設を支援する。

2005年度のNCIの予算は48億ドルで、そのほとんどは公募や契約による研究資金として、アメリカだけでなく、世界約60ヶ国の大学、医学校、がんセンター、調査機関、企業などに補助・助成している。また研究活動を支援する資金の調整は全てNCIで実施されている。

2006年に発行された、NCI戦略計画（NCI Strategic Plan）では、NCIのビジョン、使命、戦略が、以下のように記述されている。

○ビジョン…がん発症の劇的な減少により、2015年までに、国はがんによる苦痛や死亡から解放される。

○NCIの使命…発見、開発、普及をダイナミックに連動させ、がんに関する基礎的な知識を推進するための統合的な取り組みをリードすることによって、がんの負荷を減少させ、がんによる被害を除去する。

○NCIの戦略目標

- ・がんの原因と発生機序を理解する。
- ・がん予防策の発展を加速させる。
- ・早期発見・診断を改善する。
- ・効果的かつ効率的な治療法を開発する。
- ・がんのアウトカムに影響する要因を理解する。
- ・がんのケアの質を改善する。
- ・がん患者、がん生存者とその家族のQOLを改善する。
- ・がんに関する健康格差を克服する。

(4) American Cancer Society (アメリカがん協会: ACS)

American Cancer Society (ACS) は、がんの予防、がんの苦痛の軽減、がん患者の救命によって、がんを撲滅することを目的として、研究、教育、唱道 (Advocacy)、患者サービスを実施する、全国規模の地域ベースのボランティア組織である。また国際的にも、がん協会の潜在能力の構築、がんの関係団体との協働などを実施している。

ACSは、1913年、American Society for the Control of Cancer (ASCC)として、15人の著名な医師とビジネスリーダーによって、ニューヨークに設立された。そして1945年にACSとして再組織化され、1946年から調査研究プログラム、1947年から教育キャンペーンが開始された。

本部はアトランタにあり、アメリカ全土に13の支部と3,400以上の地域事務所をもつ。200万人のボランティアで構成され、アメリカでは最も古く、最も大規模な健康関連のボランティア組織の一つである。

主な活動内容は、研究、教育、唱道、患者サービス（患者の家族、友人を対象とした医療機関近辺での宿泊施設の提供など）である。

研究活動では、がん研究基金を設立し、外部機関に対する研究助成金、ACS自身が実施する疫学・サーベイランス・行動科学に関する研究への補助金を交付し、調査研究の推進

に寄与している。1946年に100万ドルで調査研究プログラムが開始され、これまでに約30億ドルが投資されている。

教育活動に関しては、一般市民や保健医療専門家を対象に、禁煙・食事・運動とがんの関係、日焼け防止、学校における包括的な健康教育、検診など、がんのリスクや早期発見・予防の方法などの周知を行っている。

唱道に関しては、政府や議会に対して、「がん研究の予算の増加」、「がんの予防・早期発見・治療の対象者の拡大」、「がん患者、がん生存者、家族のQOLの向上」などを訴えている。

(5) C-Change

公衆衛生上の問題としてのがんをできるだけ早期に撲滅するために、社会のあらゆるセクターのリーダーシップや専門的技術を動員することを目的として組織されたフォーラムである。連邦・州の政府機関、企業、NPO、学術機関、専門家団体、メディアなど、がんに対する関心の高い組織の指導者約130人が参加している。

「2010年までに、100万人の新規のがんの発生、50万人のがんによる死亡を予防すること」を短期目標として、がんの予防、早期発見、治療、管理が可能な社会を目指して、メンバー間の情報交換や連携などを実施している。

具体的な活動方針は、①がんの予防研究に対する国の投資を増加させるために、法律、規制、行動上の障壁を解決すること、②全てのセクターの雇用者のがんの予防と早期発見のビジネスケース（保険給付、職場内禁煙など）を提示すること、③たばこ税を増税し、それを財源としてがんやたばこに関する州計画を推進すること、④がんの予防、早期発見、治療のサービスへのアクセスを改善すること、⑤がん対策に関連する人材の能力・技術を向上させること、⑥がんの予防、早期発見に対する国民の理解を高めること、である。

(6) Intercultural Cancer Council

がんの負荷に関する、人種、民族、医療保険給付水準の間の不平等を解消するための政策、プログラム、パートナーシップ、調査研究を推進することを目的として設立された組織である。マイノリティ、保険給付が十分でない者、がん生存者などに対して、がんの予防、早期発見、治療、リハビリ、精神保健、介護などのサービスへのアクセスを向上させるために様々な活動を行っている。

具体的な活動として、マイノリティの文化に適合した健康教育教材の開発と普及、がん生存者を対象とした教育プログラムの開発と実施、がんに関する格差の解消に資する調査研究、医療従事者を対象とした、マイノリティや低所得者に対する理解を促進するための教育プログラムの開発と実施、などが挙げられる。

3. 主ながん対策・プログラム

(1) National Comprehensive Cancer Control Program (NCCCP)

州、部族、準州に対して、連携の構築（Comprehensive Cancer Control coalition（CCC 連合）の設立）、がんの負荷のアセスメント、優先順位の設定、包括的がん管理計画（Comprehensive Cancer Control Plan：CCC 計画）の策定と実施を推進するために資金提供・技術支援を行うプログラムである。CDC を中心として 1998 年から開始された。

2005 年現在、50 の全ての州、コロンビア特別区、6 の部族、6 の準州に対して経済的・技術的支援を行っている。そのうち、44 の州、部族、準州は CCC 計画の策定が完了し、計画策定の段階から実行の段階に移行している。

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、達成目標として、「リスクの減少（Risk reduction）」、「早期発見（Early detection）」、「よりよい治療（Better treatment）」、「生存の促進（Enhanced survivorship）」、「健康格差の是正（Health disparities）」が掲げられている。

具体的な取り組みとして、CCC 計画の策定のガイドライン・モデルの開発、CCC 計画を支援する Web サイト（Cancer Control PLANET、CancerPlan.org）の開設・運営、CCC 計画の推進に必要な人材を開発・養成する研修プログラム（Comprehensive Cancer Control Leadership Institute：CCCLI）の実施、CCC 計画のプロモーションや啓発のためのツールキット（Comprehensive Cancer Control Promotional Toolkit）の開発・普及等が挙げられる。

(2) National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP)

CDC が、州、部族、準州に対して、乳がん及び子宮頸部がん検診の実施のための経済的・技術的支援を行うプログラムである。1990 年に制定された「乳がん及び子宮頸部がんによる死亡の予防に関する法律（Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act）」に基づいて、1991 年から開始された。2006 年現在、50 の州、コロンビア特別区、13 の部族、4 の準州に対して、資金提供と技術支援を実施している。

このプログラムの支援のもとで、低所得、無保険、または保険給付が十分でない女性を対象とした乳がん・子宮頸部がんの検診と診断のサービスが実施されている。具体的には、乳房の臨床検査（Clinical Breast Examination）、マンモグラフィー検査、子宮頸部細胞診、外科的な診察、治療の紹介、要精検者の精密検査などである。

NBCCEDP は、サービス提供だけでなく、プログラム管理、検診・診断サービス、データ管理、質の保証・改善、評価、連携、専門家の人材育成、受診率の向上といった一連の戦略を策定するための支援も行っている。また受診率の向上のための教育活動、アウトリーチ活動、ケースマネジメントサービス、研究などに対する支援も行っている。

1991 年以来、270 万人以上の対象者に、650 万回以上の検診・検査を実施し、26,000 人以上の乳がん、88,000 人以上の子宮頸部の病変、1,700 人以上の子宮頸部がんを診断した。2004 年の実績は以下のとおりである。

- ・391,968人の女性に対するマンモグラフィー検査を実施し、3,970人の乳がんを発見した。NBCCEDPの乳がん検診の対象となるアメリカ人女性の12.6%が受診した。
- ・336,442人の女性に対する子宮頸部細胞診を実施し、2,333人の高度の侵襲性の病変を発見した。NBCCEDPの子宮頸部がん検診の対象となるアメリカ人女性の6.6%が受診した。

アメリカ予防サービス特別委員会 (U.S. Preventive Services Task Force) は、40歳以上の女性の1~2年ごとのマンモグラフィー検査、性交渉開始後3年以内または21歳のいずれか早い年齢からの少なくとも3年ごとの子宮頸部がん検診を推奨しており、NBCCEDPは推奨された検査の普及に貢献している。

NBCCEDPでは、無料または低料金で乳がん・子宮頸部がん検診を提供しているが、がんと診断された後の治療やケアに対する費用保障が十分ではなく、治療やケアを受けられない女性も多かった。その課題を解決するために、2000年に「乳がん及び子宮頸部がんの予防と治療に関する法律 (Breast and Cervical Cancer Prevention and Treatment Act)」が制定され、州はMedicaid (低所得者を対象とした医療保険) を通じてNBCCEDPの対象者に対するがんの治療に給付できるようになった。

2006年現在、CDCでは、NBCCEDPのもとで州、部族、準州が実施する検診に対する費用償還 (補助) に関して、以下のような勧告を行っている。

- ・通常のフィルムを用いたマンモグラフィー検査に対する償還を継続する。
- ・デジタルマンモグラフィー検査についても、通常のフィルムを用いたマンモグラフィー検査と同じ償還率で償還する。ただし現状ではデジタルマンモグラフィー検査の効果に関する十分なエビデンスは得られていない。
- ・コンピュータ診断 (computer-aided detection : CAD) による乳がん検診は、効果に関する十分なエビデンスが得られていないため、償還しない。
- ・MRIや超音波を用いた乳がん検診に対する償還は行わない。ただし精密検査としての超音波検査に対する償還は継続する。
- ・通常の子宮頸部細胞診に関しては、毎年の検査、5年間で3回連続して異常が発見されなかった女性に対する3年に1回の検査に対する償還を継続する。
- ・2年に1回の子宮頸部がん検診における液状細胞診 (liquid based cytology : LBC) に関しては、Medicare (高齢者、障害者等を対象とした医療保険) で許容される償還率を上限として償還する。通常の子宮頸部細胞診に関しては、5年間で3回連続して異常が発見されなかった女性の受診間隔を3年に1回とする。
- ・ヒトパピローマウイルス (Human Papilloma Virus : HPV) 検査に関しては、侵食のある非定型的扁平上皮細胞が発見された場合のフォローアップ、または、陰拡大鏡 (colposcopy) による組織診では子宮頸部上皮内腫瘍 (cervical intraepithelial neoplasia : CIN) が発見されないが軽度の扁平上皮の病変が発見された場合の1年後のフォローアップに用いるならば、償還を継続する。

(3) がん登録

①概要

がん登録システムの運営主体は州政府であり、連邦政府レベルの機関がその運営を支援するという役割を担っている。支援プログラムとして、CDCのNational Program of Cancer Registries(NPCR)とNCIのSEERプログラム(Surveillance, Epidemiology, and End Results Program)があり、両者を合わせてアメリカ国民の全てをカバーしている。2002年からNPCRとSEERのデータを用いて、連邦政府のがん統計年報(がんの発生率、死亡率など)である「United States Cancer Statistics」が発行されている。

NPCRとSEERを比較すると、前者の方が人口のカバー率が高いが、後者の方が詳細なデータを収集しており、特に診断時のがんのステージ、患者の生存に関するデータはSEERのみが収集している。

州のがん登録システムの財源は、NPCRあるいはSEERプログラムの単独で実施される場合、NPCRとSEERプログラムをあわせて実施される場合、州の財源とあわせて実施される場合など、様々なパターンがある。データの収集・管理方法が各プログラムの基準を満たしていれば、両方のプログラムからの支援を受けることができる。

②National Program of Cancer Registries (NPCR)

1992年に制定されたがん登録改正法(Cancer Registries Amendment Act)に基づいて、CDCが、州、準州に対して、がん登録システムの運営のための資金提供・技術的支援を行うプログラムである。

州のがん登録システムの目的は「がんの動向を時系列でモニターする」、「様々な人口集団のがんのパターンを同定する」、「がん予防プログラムの計画策定と評価に活用する」、「資源配分における優先順位設定に活用する」、「臨床研究、疫学研究、保健サービス研究を推進する」、「がんの発生に関する全国データベースに情報提供する」である。

2006年現在、45の州、コロンビア特別区、3の準州(プエルトリコ、パラオ、ヴァージン諸島)のがん登録システムに資金提供・技術支援を行っている。これらのデータでアメリカ国民の96%をカバーしている。

NPCRで収集されるデータは、がんの発生、がんのタイプ・範囲・部位、初期治療のタイプである。

2006年から、CDCはオンラインのデータ報告システムである「WONDER」を開設し、がんに関するデータや分析結果の利用が以前と比べて簡便になった。また病院からのデータ提出プロセスを簡便にするソフトウェアを開発し、関係機関に無料で提供している。

がん登録のデータの質や有用性を高めるために、CDCは多くのがんサーベイランス研究プロジェクトを実施している。具体的には、データリンケージ、乳がん、結腸癌、前立腺がんの患者の受療パターンの分析、大腸がんの疾病負荷の分析、人種、診断時の進行度、治療に関するデータを含むNPCRのデータの質の評価、NPCRの経済的評価(質の高いデータを収集するために要する費用の分析)などを実施している。