

## 目次

<b>序章 National Service Improvement Framework</b> .....	<b>522</b>
はじめに .....	522
National Service Improvement Framework の目的 .....	522
National Service Improvement Framework の内容 .....	523
基本理念 .....	523
Action Point .....	524
<b>第1章 National Service Improvement Framework for Cancer</b> .....	<b>525</b>
National Service Improvement Framework for Cancer の概要 .....	526
National Service Improvement Framework for Cancer のアプローチ .....	527
National Service Improvement Framework for Cancer .....	528
枠組みとその対象範囲 .....	528
分析 .....	528
主な留意事項 .....	531
がん管理のための Critical Intervention Point .....	532
リスクの低減 .....	532
がんの早期発見 .....	532
積極的治療期における管理と支援 .....	533
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 .....	533
がんが治癒不可能の場合の終末期ケア .....	533
改革のための National Priority Action .....	534
<b>第2章 がんのリスクの低減</b> .....	<b>535</b>
国民のニーズ .....	535
最適なサービス .....	535
最適なサービスと Critical Intervention Point の構成原理 .....	537
リスクの低減に関する情報 .....	537
がんのリスクを低減させる環境 .....	540
喫煙率を低下させるための環境戦略 .....	541
皮膚の保護行動の割合を増加させるための環境戦略 .....	542
運動を実施する割合を増加させるための環境戦略 .....	542
健康的な食生活を増加させるための環境戦略 .....	543
リスクの低減の推進 .....	544
マスメディアキャンペーン .....	544
保健専門家のアドバイス .....	544

禁煙プログラム	545
特別な配慮が必要なコミュニティにおけるリスクの低減	545
<b>第3章 がんの早期発見</b>	<b>547</b>
国民のニーズ	547
最適なサービス	547
検診	547
診断	548
最適なサービスと Critical Intervention Point の構成原理	550
質の高い検診プログラム	550
検診プログラムに関する情報	551
検診プログラムへのアクセスと参加	552
徴候と症状に関する情報	554
質の高い診断サービスへのアクセス	555
診断における情報と支援	557
特別な配慮が必要なコミュニティに対する診断サービスへのアクセス	558
結果の通知	559
治療への紹介	560
<b>第4章 積極的治療期における治療と支援</b>	<b>561</b>
国民のニーズ	561
最適なサービス	561
最適なサービスと Critical Intervention Point の原理	565
治療へのアクセス	565
切れ目のない継続的なケア	569
エビデンスに基づく治療	571
臨床診療ガイドライン	571
地域のプロトコル、監査および質の改善	572
臨床試験	573
集学的ケア	573
受容できる、責任のある、適切なケア	575
治療に関する情報	576
書面による情報	577
患者が保有する記録と治療計画	577
治療チームとのコミュニケーション	577
適切な支援	578

<b>第5章 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</b> . . . . .	<b>580</b>
国民のニーズ . . . . .	580
最適なサービス . . . . .	580
最適なサービスと Critical Intervention Point の原理 . . . . .	581
cancer survivorship とがんと共存における課題 . . . . .	581
積極的治療からの移行 . . . . .	582
がん生存者のフォローアップのためのケアプランの作成 . . . . .	583
治療に起因する影響の管理 . . . . .	583
<b>第6章 終末期のケアと支援</b> . . . . .	<b>586</b>
個人と家族のニーズ . . . . .	586
最適なサービス . . . . .	587
最適なサービスと Critical Intervention Point の原理 . . . . .	588
致死的な病気を有する患者のニーズ . . . . .	588
サービスの組織化：緩和ケア、調整と統合 . . . . .	588
支援のネットワーク：家族、友人、その他の介護者 . . . . .	591
身体的、心理的、社会的、その他のニーズを満たすサービス . . . . .	591
特別な配慮が必要な集団へのケアの提供 . . . . .	593
がん患者のための情報と選択 . . . . .	594
死別 . . . . .	594
<b>第7章 がん管理のための Critical Intervention Point</b> . . . . .	<b>595</b>
Critical Intervention Point の選択 . . . . .	595
Critical Intervention Point . . . . .	596
リスクの低減 . . . . .	596
がんの早期発見 . . . . .	596
積極的治療期における管理と支援 . . . . .	597
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 . . . . .	597
がんが治癒不可能の場合の終末期ケア . . . . .	597
<b>第8章 改革のための National Priority Action</b> . . . . .	<b>598</b>
概要 . . . . .	598
Priority Action . . . . .	598
次のステップ . . . . .	599
謝辞 (略)	
参考文献 (略)	

## 序章 National Service Improvement Framework

### はじめに

Australian Health Ministers' Advisory Councilは2002年10月、National Health Priority Action Councilの後援により、国において優先的に取り組むべき慢性疾患に指定した、がん、糖尿病、ぜんそく、心疾患・脳血管疾患、関節炎・筋骨格系疾患の各慢性疾患について、National Service Improvement Frameworkの策定を行うことに合意した。この枠組みは、オーストラリアの連邦政府及び州・準州政府の共同計画である。

National Health Priority Action Councilは、国において優先的に取り組むべき慢性疾患について、社会的弱者を含めた全国民の健康のアウトカムを向上させるための保健医療サービスの改善の推進を目的としている。

National Service Improvement Frameworkは、National Health Priority Action Councilが保健医療改革の方針に基づいて策定中のNational Chronic Disease Strategyの柱の一つである。

National Service Improvement Frameworkは、第一線の臨床医、連邦政府および州・準州政府の政策決定者、消費者、非政府系の保健医療関係機関など、様々な利害関係者の知見に基づいて策定したものである。「National Service Improvement Framework for Cancer」がその第一弾である。

### National Service Improvement Frameworkの目的

National Service Improvement Frameworkは、全国民に、人間中心で、公平で、適時で、効果的で、費用負担可能なケアの実現と保健医療サービスの提供体制の一貫的なアプローチの向上を実現させる上で重要な手段となる。

この枠組みは、質の高い保健医療サービスを提供することは、連邦政府および州・準州政府、公的セクター、民間セクター、NGOの中で役割を分担する、複雑なプロセスであることをふまえている。最適なケアの一環として、サービス提供における連携、集学的チーム、切れ目のない調整された心理社会的ケアが強く求められる。

この枠組みでは、個人および集団の健康は、多くの要因（生物医学的要因、ライフスタイルと行動、知識、態度と信念、遺伝、環境要因など）が単独または複合的な作用により影響を受けることもふまえている。個人および集団における併発症状の存在は、ケアニーズの複雑化につながることも認識している。

この枠組みは、National Health Priority Areasの慢性疾患を有する人々の保健医療サービスの向上を推進するにあたり、次のことを目標とする。

- ・慢性疾患の進行の予防と抑制
- ・重度の障害を引き起こしかねない合併症の発症の抑制
- ・避けられる入院の削減
- ・提供されるケアのばらつきの削減
  - 臨床医や保健医療サービスの違いによるばらつき
  - 居住地域（大都市圏、地方、農村部、遠隔地域）の違いによるばらつき
  - 社会的弱者との格差

## National Service Improvement Framework の内容

National Service Improvement Framework とは、以下の主体に参考となる保健医療サービスの高レベルのガイドである。

- ・消費者
- ・臨床医
- ・計画立案者
- ・政策決定者、資金提供者、サービス提供者
- ・専門職および管理職

National Service Improvement Framework は、既存及び策定中の様々な国のイニシアティブ、州・準州の臨床指針や地方計画を支援・補足するものである。これらの幅広い公衆衛生戦略は、喫煙、飲酒、栄養および運動に関する国の戦略のように、非感染性の慢性疾患の疾病負荷を軽減することを目的としている。

慢性疾患の多くは共通のリスク要因を有している（栄養、肥満、運動等）。生活習慣・行動に注意することで、その発症を予防・遅延し、進行や合併症を抑制することが可能である。

この枠組みは、臨床診療ガイドライン、クリニカルパスや、認定制度、臨床監査、ベンチマーク・アプローチのプロセスを代替するものではなく、エビデンスを実践に活かすためのプロセスの導入を促進することを目的としている。州・準州や地方自治体におけるサービスのあり方を規定しようとするのではなく、最適ながんケアのために必要なことを示したものである。しかし、これは改革を達成するための実施計画でも指針もない。個々の実施計画は、州・準州政府をはじめとする主要な利害関係者と協議の上、策定する。

最適なサービスの提供を推進するための構築物 (building block) はすでに多く存在する。州・準州には、様々な地域保健医療計画、サービス枠組みやサービス戦略など、地域にケアを提供するための体制やプログラムが整備されている。それらは、連邦政府のプログラムや連邦政府との共同計画、NGO の取り組みとともに、National Service Improvement Framework と整合性を有しているだけでなく、支援・補完の関係にある。たとえば、州・準州が提供する診断・検診サービス（乳がん検診等）、治療サービス、リハビリテーションサービスがその例である。

## 基本理念

National Service Improvement Framework を通じて、オーストラリア社会の保健医療サービスのニーズを把握するために、以下の基本理念が適用されている。

- ・慢性疾患の影響を受ける人々、その家族、地域をケアの中心に据えること
- ・慢性疾患に対するケアの一連の流れとライフコースを網羅すること（必要に応じた予防、検診、診断、管理、リハビリテーション、慢性疾患との共存、緩和ケア等）
- ・異なる臨床現場や地域を網羅すること
- ・エビデンスに基づく実践の適用を支援すること
- ・社会的弱者や特別な集団に適切な保健医療サービスを提供することを重視すること

慢性疾患の影響を受ける人々、その介護者や家族は、広い意味での当事者として位置づける。社会的弱者とは、精神障害を有する人々、社会経済的弱者、地方、農村部、遠隔地域に居住する人々、文化的・言語的に多様な地域の人々、特に、アボリジニとトレス諸島民などのことをいう。なお、虚弱高齢者、若年層、障害者などの集団には特別な配慮が必要なことも考慮している。

### Action Point

National Service Improvement Framework では、オーストラリアにおいて最大の投資効果が期待できる予防とケアの側面を表す機会である「Critical Intervention Point」を同定している。

Critical Intervention Point は、以下の点を同定することによって選定された。

- ・慢性疾患に関する情報に対する健康な人々の集団のニーズ
- ・慢性疾患を有する人々のニーズ
- ・最適なシステム・サービス
- ・最適なシステム・サービスと現状とのギャップ
- ・システムのレベルにおいて健康のアウトカムと改善の増加の最善の機会を現すギャップ

Critical Intervention Point に焦点を当てたケアに枠組みと改善を導入するための戦略は、国、地方、農村、遠隔地域、および地域をカバーしながら、概説されている。特定のパフォーマンス指標を用いて、保健医療サービスの改善が図られているかを評価する。

## 第1章 National Service Improvement Framework for Cancer

がんは、腫瘍部位によって様々な名称で呼ばれる慢性疾患の総称である。原因や最適な治療方法について相当のところまで解明されているがんもあれば、そうでないがんもある。がん患者の転帰も、「がんの道程 (cancer journey)」とも呼ばれる各患者の経験も実に様々である。

オーストラリアの保健医療システムは複雑であり、がんに関連する取り組みは多種多様である。オーストラリア政府は、公衆衛生、研究、情報管理などの国の事項をはじめとする政策決定に指導的役割を果たす。他方、公衆衛生サービスの提供と管理、保健医療専門家の規制などの保健医療サービス提供者との直接的な関係の維持を担当しているのが州・準州政府である。Cancer Council、National Cancer Control Initiative、National Breast Cancer Centre、ならびに Clinical Oncological Society of Australia は、研究、教育、予防・検診プログラム、管理の各分野において重要な役割を果たしている。同様に重要な役割を果たしているのが、消費者団体、地域組織、家庭医 (general practitioner)、健康関連の専門家、専門家団体、教育機関および民間セクターである。

上記の様々な役割分担を調整し、保健医療サービスの効率性を改善するために、オーストラリア連邦政府および州・準州政府は、National Health Priority Areas (NHPA) のイニシアティブを通じた、がん対策を含む様々な健康関連のイニシアティブに連携して取り組んでいる。

がんは 1996 年に NHPA に指定された。予防、早期発見および科学的知見に基づく管理により相当な医療成果が期待できるとして、全ての州・準州が指定した 8 種の重点がんとは、乳がん、子宮頸がん、腸がん、肺がん、黒色腫、非ホジキンリンパ腫、非黒色腫型皮膚がん、ならびに前立腺がんである。

上記のがんのうち、疾病負荷の最も大きいのが、最も発生率の高い腸がんと死亡率の高い肺がんである。男女別に見ると、最も発生率が高いのは男性で前立腺がん、女性で乳がんとなっている。社会的弱者のがんの発生率が過度に高いまま推移している。たとえば、社会経済的弱者において肺がんの発生率が高くなっている。

2002 年においては、約 459,000 人が新たにがんと診断された。その内訳は、一般的な皮膚がん以外のがんが 85,000 件、非黒色腫型皮膚がん (死亡率が比較的少ない皮膚がん) の約 374,000 件である。皮膚がんを除外しても、オーストラリアでは 75 歳になる前に男性で 3 人に 1 人、女性で 4 人に 1 人ががんに罹患している。オーストラリアにおいて悪性のがんに罹患している在宅患者は 2001 年で 267,600 人と推定されている。

25 歳から 64 歳まで (経済的に重要な年齢) のオーストラリア人にとって生存年数の損失の最も一般的な要因ががんである。がんによる死亡で最も多いのが、男性で肺がん、女性で乳がんである。死亡要因に占めるがんの割合は男性で 3 分の 1、女性で 4 分の 1 である。

男女別に最も多いがん (男性で前立腺がん、女性で乳がん) の 5 年生存率は 80% を超えている。このがん生存率はアメリカ次いで世界第二位であり、死亡率は過去 10 年間だけでも、年平均で約 1.9% ずつ減少している。がんを原因とするオーストラリア人の死亡者数は 2002 年で 37,000 人以上であった。

生存と QOL の両面でオーストラリアは非常に健闘しているが、がん患者に対して診断されてから最善の治療を体系的に実施することで一層の向上を図ることも可能である。

がんには高度専門的なケアが必要である。ケア提供の環境、健康関連の専門家も様々であり、治療様式も手術療法、化学療法、放射線療法など様々である。また急性期ケアの環境よりも地域の環境におけるケアが増える傾向にある。緩解期の伸長、新しい技術、化学療法などの外来治療により生存率が高まっていることがその一因である。

がんの National Service Improvement Framework は疾病別 National Service Improvement Framework の第一弾であり、他の重点領域の慢性疾患の基本形となるものである。疾病別 National Service Improvement Framework は、社会的弱者を含む全ての国民の健康のよりよいアウトカムを達成するために、重点領域の疾患を有する人々への保健医療サービスの改善を促進することを意図したものである。

### National Service Improvement Framework for Cancer の概要

この枠組みは、がんに罹患している、またはそのリスクを有する全ての国民が、その居住地に関わらずオーストラリアの保健医療システムからどのような恩恵を受けることができるか、その概要を明らかにしようとするものである。

がん患者の道程は複雑で困難である。おそらく現代のヘルスケアは、人類の活動の中で最も複雑なものであろう。

がん患者は誰ひとりとして同じ道程を歩く者はいない。したがって「がんの道程」は例外なく困難な道のりである。それでも、調査研究や実例からのエビデンスを抽出することは、国レベルの Critical Intervention Point を洗い出す上でも、最適なサービスに向けた現状の到達点を明らかにする上でも有効である。

この枠組みは、質の高いがんケアに向けた現在の到達点を示すとともに、最適なケアを提供する上で決定的に重要となるがんの部位にも配慮したものとなっている。

サービスの提供体制や保健医療資源はオーストラリアの各地によって大きく異なっていることから、本基本指針は、州・準州や地方自治体におけるサービスのあり方を規定することは想定していない。むしろ、最適なケア経路に基づいて、どのがん患者でも受けられるサービスの水準に焦点を当てている。

この枠組みを導入するためには、体系的な実施計画を州・準州、専門家団体、NGO、消費者団体をはじめとする主な利害関係者と協議の上で策定する必要がある。



## National Service Improvement Framework for Cancer のアプローチ

この枠組みは以下の原則をふまえて策定した。

- ・ 終末期ケアに至るまで、予防の戦略を含めること…予防は、将来新規に発生するがん（がんの発生率）、つまりがん治療を必要とする人数と、がんで死亡する人数を減少させる最も有効な方法であるため、がん管理において極めて重要な要素である。
- ・ がんに関連する病気と苦痛の負担を軽減するために、がんを有する者、介護者、家族、地域の各ニーズに基づくこと…これらのニーズは最適ながんサービスを同定するために活用される。またニーズは一連のがんの道程の中で同定されるものであり、優先順位を設定するものではない。
- ・ オーストラリア国民全員に対するベストプラクティスのがんケアの提供を検討すること…これには、地方、農村部、遠隔地域に居住している人々、公的セクター、民間セクターで治療管理を受けている人々、また、特定の専門知識をもった主要センター以外で提供されている治療の諸側面のために、適切なサービス提供モデルを策定することが必要である。
- ・ 地域や個人によっては適切ながんケアへのアクセスを保証するための特殊なプログラムやサービスが必要になることを認識する…そうした地域や個人として挙げられるのは、それに限定されるわけではないが、オーストラリアの地方、農村部、遠隔地域に居住する人々、文化的・言語的に多様な地域の人々、社会経済的地位の低い人々、アボリジニとトレス諸島民などである。
- ・ 国内外の既存の計画を活用する…イギリスの National Cancer Plan、オーストラリア国内（州・準州を含む）のがん計画や政策、ならびに「Optimising Cancer Care in Australia」、「Priorities for Action in Cancer Control」、「Radiation Oncology Inquiry」の報告書、Cancer in the Bush の会議報告書など、最近策定された様々な文書も活用する。
- ・ 入院医療や専門医療はがん医療の重要な要素ではあるが、がんを有する者の道程の大部分は地域社会において経過するものであり、そこでは家庭医、地域看護師といったプライマリケアの提供者が継続的なケアの要になるとの認識を示す。
- ・ がん管理の改善の機会を提供する Critical Intervention Point を同定する。それは利用可能な最良のエビデンスに基づく。

### 枠組みとその対象範囲

図1はこの枠組みの概略を示したものである。

図は、地域の健康な人々から発見・診断を経たがん患者まで、人々やサービスが多岐にわたることを示している。それは大きく5つの段階に分けられる。

国民が求めるもの

- ・がん発症のリスクの低減
- ・早期治療が効果的な場合、がんを可能な限り早期に発見すること
- ・積極的治療期における最良の治療と支援を受けること
- ・積極的治療期以降及び次の積極的治療期までの期間に最良の治療と支援を受けること
- ・がんが治癒しない場合、最良の終末期ケアを受けること

この枠組みは、特定の腫瘍部位や特定の集団（アボリジニとトレス諸島民、小児がん等）を対象にしているわけではないが、国が指定する重点がんを中心として利用可能なエビデンスに基づいて策定している。重点がんとは、乳がん、腸がん、肺がん、皮膚がん、黒色腫、前立腺がん、子宮頸がん、非ホジキンリンパ腫である。基本指針は、患者の臨床試験への登録、効果的なケアコーディネーション、集学的ケアなど、小児腫瘍学における優れた取組みの豊富な実績もふまえたものとなっている。

### 分析

この枠組みでは、一連のケアの流れにおける各段階の検討にあたって、エビデンスとコンセンサスの系統的な分析を行っている。分析における留意点は次のとおりである。

#### 最適な人間中心のがんサービスは何か？

最適なサービスは、次の事項を分析することにより明らかとなる。

- ・がんの影響を受ける人々、その家族、地域のニーズ
- ・様々なサービス提供の効果に関する知見

#### 現在何が起きているのか？

現行のケアは、ニーズとサービス提供の両方に関連して検証される。地域によっては現行のケアの多くの点についてデータが不足しているため、この検証が十分にできていない。

#### 改革のために何が必要か？

この枠組みでは、がん対策の向上に必要なシステムレベルの改革を同定するとともに、可能な範囲で、優れた取り組みや革新的な取り組みのモデルを同定している。

#### ケアの改善のための優先事項は何か？

この枠組みは、最適なサービスと現状を比較することにより、オーストラリアにおけるがん対策の向上に向けて19の機会を同定した。ケアの改善の機会、あるいはCritical Intervention Pointは、がんによる死亡率や苦痛の低減に向けてオーストラリアにおいて最大の投資効果が期待できるケアの諸側面を代表している。優先事項の同定にあたっては、そのケアの側面が次の条件に該当していることを基準とした。

- ・死亡、苦痛あるいは医療費の観点から重要かどうか。
- ・最適なサービスと現行のケアに関する既知の事項に鑑みて、現時点で最適なものを下回っているかどうか。
- ・改善される余地があるかどうか。

#### 改革のための国のpriority actionは何か？

Critical Intervention Pointを支えるのが8つのpriority actionである。連邦政府および州・準州政府がこれらの行動を実施すれば、この枠組みにおいて同定された最適なサービスの多くを確立する基盤が整備されることになる。

図1 National Service Improvement Framework: がん

サービス改善のためのマトリックスの組織化

		がんの状態			
		健康な集団 (がんのリスクの高い集団も含む)		がんを有する者 (およびその家族と介護者)	
個人の人々が できること	リスクを 低減する こと	症状 (がん) を 早期に見る こと	積極的治療に最良 の支援を受け ること	積極的治療期以降及び次の積極的治療 期までの期間に最良の治療と支援を受 けること	最良の終末期 ケアを受ける こと
その状態に対する最適な人間・患者中心のサービスは何か?					
国民のニーズ 最適なサービス				がんを有する、またはそのリスクを有する人々	
現在何が起きているのか?					
国民のニーズの充足と 最適なサービスの提供 の現状				現在のケアにおけるギャップ	
ケアの改善のための優先事項は何か?					
					最適なサービスと現在の実践の間のギャップはどこで発生しているか?
改革のために必要な行動は何か?					
システム の改革					

## 主な留意事項

この枠組みを解釈する上での留意事項は次のとおりである。

- ・ オーストラリアにおける様々なサービス提供モデルについて、その費用、利点および実現性に関する知見が不足しているため、分析には限界がある。保健医療サービス体制、地理的条件、人口集団等が異なるため、ヨーロッパや北米の戦略やアプローチを一般化するのは困難な場合も多い。
- ・ 同様に、オーストラリアにおける多様ながんケアの現状についてデータが不足しているため、分析には限界がある。例えば、治療の提供に関するケアパターンの研究が少なく、がんの診断のアプローチに関する情報も極めて限られている。また、がんサービスの提供体制に関する研究は極めて少なく、サービス提供の実態の把握や課題の同定が十分にできていない。
- ・ がん患者は、家庭医、地域看護師、家族、その他のケア提供者によるサービスを受けながら、大半の時間を地域で過ごすことが多い。しかし、利用可能な情報は急性期治療サービスに関するものがほとんどで、積極的治療期以降及び次の積極的治療期までの期間のケアや彼らの実際のニーズに関する情報はほとんどない。
- ・ この枠組みの概略を示した図1はがん対策を4つの要素に整理しているが、これらの要素を独立したものとして解釈されることを意図していない。効果的ながん対策プログラムにおいては、要素間の切れ目のない連携と統合が重要になる。事実、Cancer Strategies Groupの「Priorities for Action」において、統合されたがんサービスの確立によってがんケアの要素間の統合を改善することが同定されている。

## がん管理のための Critical Intervention Point

Critical Intervention Point とその由来については、第 7 章で説明する。がんに関する 19 の Critical Intervention Point をケアの一連の流れの順に示すと次のようになる。

### リスクの低減

1. エビデンスに基づく公衆衛生戦略と行政活動を活用して、喫煙率をさらに減少させるための、国、州・準州、地域の計画を策定する。
2. エビデンスに基づく公衆衛生戦略と行政活動を活用して、日光やサンルームによる放射線からの皮膚の保護率を増加させるための、国、州・準州、地域の計画を策定する。
3. 他の national health priority や国の健康政策と連携して、健康的な食生活や活動的な生活（健康的な体重を含む）を推進するための、国、州・準州、地域の計画を策定する。

### がんの早期発見

4. 乳がん検診への参加を増加させるために、また十分に検診を受診していない集団の子宮頸部がん検診への参加を増加させるために、（特にプライマリケアを通じて）各種戦略を改善する。
5. アボリジニおよびトレス諸島民の女性に対して、より適切でアクセスしやすい乳がん検診と子宮頸部がん検診のサービスを提供するために、各種プログラムを改善する。
6. 全国大腸がん検診プログラムを導入するにあたって、受容性、実行可能性、費用対効果に関する情報を各政府が得られるように、大腸がん検診の試験運用を完了し、評価する。
7. 家庭医とがんを有する者に対して、適切な検査や紹介の経路に関する推奨事項を含む、がんの症状の診断に関する支援と情報を開発し、普及させる。
8. がんが疑われる全ての者に対して、適切な紹介、迅速かつ効果的なアセスメントが実施されるように、各種システムを改善する。

#### 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。

## 改革のための National Priority Action

Critical Intervention Point の土台となる 8 つの優先活動である。これらの行動が連邦政府及び州・準州政府によって実施されれば、この枠組みで同定されている多くの改革のための基盤が整備されることとなる。

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。



## 第2章 がんのリスクの低減

生活習慣や環境を変えることにより発症のリスクを低減できるがんもある。原因が解明できていないがんもあるが、がんによっては、リスクを高めることが分かっているにもかかわらず、することもできない要因（遺伝的要因等）もある。

### 国民のニーズ

国民が求めるもの

- ・ 自身のがんの発症のリスクについて理解したい。
- ・ 自身のがんのリスクを低減させる方法を知りたい。
- ・ 安全な環境で生活したい。
- ・ 費用負担可能で適切なリスク予防プログラムを利用したい。
- ・ 家族歴が自身のがんのリスクに与える影響について理解したい。
- ・ がんのリスクとリスク低減の可能性について、全国共通の、エビデンスに基づいた信頼性の高い情報を入手したい。

### 最適なサービス

地域の人々が、リスク低減の方法について、一貫性があり、エビデンスに基づいた情報を得られるようになる

- ・ がんのリスクおよびその低減の機会について、全国共通の、エビデンスに基づいた情報が、地域、保健医療専門家、マスコミで利用可能となる。情報は既存の組織等を通じて提供される。具体的には次のような情報である。
  - 家族歴等の要因により、特定のがんが発症するリスクが高いかどうか、個人で判断できるような情報
  - 個人が可能な範囲でインフォームド・チョイスできるように、推奨された行動がどの程度リスクを低減させるかを示した情報
  - 個人が情報の質を判断できるように、情報源とエビデンスの評価に用いられたアプローチを示した情報
  - がんのリスクの低減させる方法を総合的にわかりやすく説明した、全てのがんに共通の情報（可能な範囲で、他の疾患にも当てはまる情報）
  - 社会経済的弱者、文化的言語的に多様な人々、アボリジニとトレス諸島民をはじめとする社会的弱者など、地域内の様々な集団にとって適切な情報

#### リスクの低減を促進する環境が整備されること

- ・環境がリスクの低減を支援していると国民が確信できるようになる。法律の適用、財政的インセンティブ、政策等により、最も重要ながんのリスクを低減させる協調的な計画が連邦政府・地方政府によって整備される。
- ・その計画では、喫煙率を低下させるために、次の事項を定める。
  - たばこのない環境を整備する戦略
  - 喫煙を抑制する財政措置
  - 広告の制限
- ・その計画では、皮膚の保護行動の割合を増加させるために、次の事項を定める。
  - 公共の場所に日陰を確保する政策
  - 安全で費用負担可能な皮膚の保護対策
  - 学校・保育所・職場で皮膚の保護を奨励する政策
- ・この計画では、健康的な運動を実施する割合を増加させるために、次の事項を定める。
  - 運動のための適切な公共スペース（散歩道、自転車道等）を整備する政策
  - 学校で健康的な運動を奨励する政策
  - 正規の運動プログラムへの参加を阻害する財政措置の削減
- ・この計画では、健康的な食生活を増加させるために次の事項を定める。
  - 学校や職場において健康的な食生活を奨励する政策
  - 手頃な価格で誰もが良質の果物と野菜が購入できるようにする措置

#### がんのリスクの低減を国民に働きかけること

- ・がんリスクを低減させる行動の価値を促進するメディアによる情報プログラムが定期的に放送される。
- ・メディアのプログラムに加えて、地域主体のプログラムも実施される。
- ・保健医療専門家は、個人ががんのリスクとそのリスクの低減に資する行動を同定することを支援するとともに、がんのリスクの低減に向けた個人の努力を支援するために必要な知識・技能を身につける。
- ・喫煙者は、費用負担可能でニーズに合致する禁煙プログラムを利用できる。
- ・体重過多の者や肥満の者が、健康的な体重を実現するために、減量プログラムや戦略を利用できる。

特別な配慮が必要な人々や社会的弱者が、適切できめの細かい情報とプログラムを利用できるようにする。

- ・以下のニーズを含む国民のニーズを充足するがんのリスクの低減のための情報とプログラムが利用できる。
  - 社会経済的弱者のニーズ
  - アボリジニとトレス諸島民のニーズ
  - 文化的言語的に多様な地域の人々のニーズ

## 最適なサービスと Critical Intervention Point の構成原理

### リスクの低減に関する情報

最適なサービス：地域の人々が、リスクの低減の方法について、一貫性がありエビデンスに基づいた情報を利用できるようにする。それは、がんのリスクを低減させる方法を総合的にわかりやすく説明した全てののがんに共通の情報であり、個人が（できる範囲で）インフォームド・チョイスを実践できるよう、推奨された行動がどの程度リスクを低減させるかがわかる情報である。社会経済的弱者、文化的言語的に多様な人々、アボリジニとトレス諸島民をはじめとする社会的弱者など、地域内の様々な集団にとって適切な情報を整備するとともに、マスコミにもエビデンスに基づく情報を利用するように働きかける。家族歴が原因で特定のがんが発症するリスクが高いかどうか、個人で判断できるような情報を整備する。がんリスクの低減に有効な新しい方法等に関する正確な情報が提供されていることを国民が確信できるようにする。

### がんのリスクの低減の機会

過去 40 年間の研究の成果により、次の方法ががんのリスクの低減に有効なことが判明している。

喫煙の抑制：たばこは、肺がん、口腔がん、鼻腔・副鼻腔がん、咽頭がん（上咽頭・中咽頭・下咽頭のがん）、喉頭がん、食道がん、腸がん、膵臓がん、胃がん、肝臓がん、腎臓がん、尿管がん、子宮頸がん、骨髄性白血病、外陰がん、陰茎がん、膀胱がん、および腎実質・腎盂がんの原因となる。2001 年時点で、14 歳以上の国民の 19.5%（307 万人）が毎日喫煙し、3.6%（57 万人）がそれ以下の頻度で喫煙していた。

節酒：アルコールは、口腔がん、咽頭がん、肝臓がん、腸がん、肝臓がん、食道がん、および女性の乳がんの原因となる。Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) によれば、乳がんの 12% は飲酒が原因の可能性がある。2001 年時点で、国民の 9.9% が長期的な健康リスクをもたらす飲酒をしており、34.4% が短期的な健康リスクをもたらす飲酒行動を 1 回以上行っていた。

日光からの皮膚の保護の増加：日光暴露は、基底細胞がん、扁平上皮がん、および黒色腫の原因となる。1999年時点で、中等学生（12～17歳）の78～82%が直近の夏に日焼けしている。このうち、習慣的に帽子を身につけていた者は42～56%、皮膚を守る服装をしていた者は18～25%、SPFが最大の日焼け止めを塗っていたのが56～61%であった。

果物や野菜の摂取を増やすことを中心にした食生活の改善：World Cancer Research Fundによれば、がん死亡の約3分の1は不適切な食生活が原因である。食生活のあり方で様々ながんを予防できることは説得力のあるエビデンスで示されており、様々な食物を摂取することでバランスの良い適切な食事をするを推奨している。そのエビデンスの中でも最も強力で一貫しているのが、果物や野菜の多い食事によるがん予防効果である。1995年の国民栄養調査（National Nutrition Survey）では、調査時から24時間前までの間において、男性の約44%、女性の約34%は果物を摂取しておらず、男性の20%、女性の17%は野菜を摂取していなかった。「1日に野菜5種類以上」の摂取はわずか5人に1人、「1日に果物2種類以上」の摂取は2人に1人程度であることも明らかになった。

体重過多の割合、肥満の割合の低下：体重増加の抑制は、腸がん、乳がん（閉経後）、子宮内膜がん、腎臓がん（腎細胞がん）、および食道がん（腺がん）の防止に効果があることはエビデンスが十分に示している。なお、閉経前の乳がんについて、がんの予防効果は認められていない。2001年時点で、成人国民（18歳以上）のうち240万人が肥満であった（男性の16%、女性の17%）。肥満ではないが体重過多の成人は490万人であった（男性の42%、女性の25%）。

運動の増加：運動のがん予防効果を示すエビデンスは、腸がんと乳がんについては十分にあり、子宮内膜がんと前立腺がんについては限定的であり、その他のがんについては不十分である。2000年時点で、18～75歳の国民の57%が健康に効果的とされる十分な運動を行っている（1週間に2時間30分の歩行、中～高程度の運動等）。

安全な性行為の実施割合の増加：ヒトパピローマウイルス（HPV）の感染予防は子宮頸がんの予防に効果がある。しかしコンドームの使用がHPVの感染リスクを低減させるかどうかについては、エビデンスが一貫していない。これまでの研究のメタアナリシスによれば、ほとんど効果はないが、現在実施中の無作為化試験ではある程度の効果が認められる。

家族性リスクの把握：遺伝子と環境のがんの原因となる。家族歴を知ることは遺伝的要因を把握する一つの方法である。

がんが遺伝することは広く知られており、がんの家族歴があるかどうかも心配であり、それについて知りたいと思うのも当然といえる。一般に、家族歴の要因を過大に評価する傾向があり、そのリスクを把握するために正確な情報が必要とされる。がんによっては関連の遺伝子の突然変異について検査することができるが、遺伝子の突然変異が発見されたとしても、その潜在リスクを低減する方法はほとんどない場合が多い。家族歴の影響が大きく、突然変異のリスクが高い人は、手術などの予防措置を取ることもできる。