

がんの発症の根底にあるメカニズムや、特定のがんの遺伝的特性の解明に向けて多くの研究が実施されているところである。これらの研究により、がんの特定段階を対象にした医薬品の開発が可能となり、またそれが現時点では予測できない他の利益をもたらす可能性が高い。遺伝学の発展が臨床現場や保健医療サービスの提供にどのような影響を与えるかはまだはっきりしていない。しかし、Australian Cancer Network と National Health and Medical Research Council (NHMRC) がまとめた *Clinical Practice Guidelines Familial Aspects of Cancer: a Guide to Clinical Practice* が整理しているような最も利用可能なエビデンスにしたがってケアを計画的に整備する必要がある。

新たな課題：オーストラリアは予防に向けた今後の課題を把握するため、研究を注視していく必要がある。非ステロイド系抗炎症薬やアスピリンによる腸がんの防止、HPV ワクチンによる子宮頸がんの予防、B 型肝炎の抑制およびピロリ菌感染症の予防による胃ガンの抑制など、がんリスクの低減につながる方法等がある。電離放射線被曝、職業被曝、医薬品および環境汚染について引き続き注視し、対策を講じていくことが重要である。

がんのリスクの理解

オーストラリア国民は、がんが重要な健康問題の一つであることを理解している。大半のがんについて、国民は生涯の発生のリスクを実際よりも 20～25% 程度、一貫して過大評価する傾向がある。

一部の緩和可能ながんのリスク要因については地域の意識が高い。たとえば、ニューサウスウェールズ州で実施した調査によれば、対象地域の成員の過半数が特定のがんのリスク要因を理解していた（肺がんのリスク要因としての喫煙の理解が 96%、黒色腫のリスク要因としての日光への暴露の理解が 80%）。その他のがんのリスク要因については理解度がかなり低い（腸がんのリスク要因としての食物繊維の不足の理解が 22%、脂肪の過剰摂取の理解が 12%）。

がんがどの程度予防可能かどうかについては、大半の国民が正確に理解している。ニューサウスウェールズ州で実施した調査によれば、がんのリスクを大幅または完全に低減できると考えている人が 37% であった。約半数の人は、肺がんと黒色腫等の皮膚がんを大幅または完全に予防できると考えていた。子宮頸がんおよび腸がんは大幅または完全に予防できると考えている人は約 20% であった。乳がんおよび前立腺がんが大幅または完全に予防できると考えている人は 20% 未満であった。

情報の利用可能性

これまで、地域に提供されるがんのリスクに関する情報には一貫性がなかった。たとえば、10 年以上前のがん予防に関する教材の全国的にレビューしたところ、がん関連組織が発信する内容に一貫性が欠けていることが判明した。

それ以降の研究では、各種がん関連組織、政府の保健部門、全国マンモグラフィー検診プログラムがマンモグラフィーの利点について部分的で一貫性がない情報を発信していることが明らかとなった。

最近では、The Cancer Council Australiaが「全国がん予防方針（National Cancer Prevention Policy）」にもとづいて、リスクの低減に関して全国共通の情報の整備に向けた取り組みを行った。The Cancer Council Australiaのホームページやその会員組織が配布する印刷物等の媒体を通して地域向けの情報も提供されている。

National Cancer Helplineも情報を提供しており、毎年12万人の国民が利用している。このサービスが提供する乳がんに関する情報を検討したところ、情報は正確で一貫性があることが判明した。ただし、（Centre for Health Research and Psycho-oncologyのAfaf Girgis准教授からの聞き取りによれば）、2001年時点で、ニューサウスウェールズ州民の39%がこのサービスの存在を知らないなど、認知度を高める余地はある。

英語を母国語としない集団に対しては、翻訳した印刷物（全国で入手可能）、2カ国語が話せる担当官を置くCancer Helpline（ビクトリア州とニューサウスウェールズ州のみ）など、様々なルートで情報が提供されている。また、アボリジニとトレス諸島民に対して、がんのリスクの低減に関するより適切な情報を提供しようとする取り組みが限定的ながらなされている。

しかしながら、リスクやがんに関して、一貫性がなく、不正確な情報がいまだに氾濫しているのが現状である。がんのリスクに関する情報を提供するホームページは多いが、どのホームページが正確で信頼できる情報を提供しているのか、一般の人々には判断が難しい。マスコミでもリスク要因の「新発見」についての報道がよくなされるが、そのような報道は誤解を与えかねない。たとえば、乳がんに関する報道を検証したところ、乳がんは基本的に加齢に伴う疾患であるにもかかわらず、若年の女性乳がん患者に報道が偏っていることが明らかになっている。この検証によれば、乳がんのリスク要因に関する情報には一貫性がなく、乳がんについて28以上のリスク要因が挙げられていた。加齢がリスク要因としてあげられていたのは報道記事のわずか4%であった。

リスク要因に関する疫学的研究は複雑であり、がんのリスクの真の影響について結論づけるには慎重な分析が求められる。がんのリスク要因と他の疾患（循環器疾患、糖尿病等）のリスク要因に関する情報は部分的に統合することが可能である。

オーストラリア国民のがんのリスクを低減させることが今後の課題である。全体的に言えば、リスクとがんに関する情報の一貫性・正確性を高める必要がある。

がんのリスクを低減させる環境

最適なサービス：リスクの低減を促進する環境が整備される。リスクの低減を促進する環境が整備されていると国民が確信できる。法律の適用、財政的インセンティブ、政策等によって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・地方政府によって整備される。その計画には、喫煙率を低下させるために、禁煙環境を整備する施策、喫煙を抑制する財政的インセンティブ、広告の制限等を定める。皮膚の保護を普及させるために、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支援する政策等を定める。運動の実施率を高めるため、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、学校で運動を促進する政策、公式の運動プログラムへの参加を阻害する財政的インセンティブの削減策等を定める。健

健康的な食生活を増加させるために、学校や職場において健康的な食生活の選択を奨励する政策、手頃な価格で誰もが良質の果物や野菜を購入できるようにする戦略を定める。

法律の適用、財政的インセンティブ、政策のアプローチ等でリスクを回避する環境を整備することによって、がんのリスクを低減させることは可能である。過去40年以上にわたって次のようながんのリスクを回避する戦略が実施・評価されてきた。

喫煙率を低下させるための環境戦略

喫煙率の低下に向けた環境以外の戦略については、後の「リスクの低減の推進」で述べる。

禁煙環境を整備する施策：禁煙環境の整備に向けた総合的諸施策により、公共の場所での喫煙を効果的に抑制することができる。職場等の公共空間を禁煙にする政策や法令は、受動喫煙のリスクの低減に成功してきており、禁煙の職場が増えることは、喫煙者が禁煙あるいは喫煙量を減らす動機づけとなる。オーストラリアでは、屋内の公共空間を禁煙にする州・準州政府（地方政府）の法令がある。州・準州によって法令の内容にばらつきがあり、あらゆる屋内の公共空間を対象にしてほとんど例外を認めないものもあれば、特定の空間のみを対象にしたものもある。

喫煙を抑制する財政的インセンティブ：たばこの価格を引き上げれば、喫煙は大幅に減少する。オーストラリアにおいて紙巻きたばこの価格が大幅に引き上げられたのは1990年代のことで、物品税の算定方法を変更した1999年には上げ幅が特に大きかった。

たばこ広告の制限：たばこ広告を全面的に禁止すればたばこの消費は減少する。部分的な禁止では、効果はわずかか皆無である。オーストラリアでは、印刷媒体、テレビ、ラジオ、映画ではたばこ広告が全面的に禁止されている。1992年のたばこ広告禁止法（Tobacco Advertising Prohibition Act 1992）は、たばこを制限する効果を確認なものにするため、現在見直しが進められている。

たばこ製品のラベル表示：紙巻きたばこの箱に表示された健康被害の警告は、紙巻きたばこの消費を抑制する効果があることが明らかになっている。オーストラリアでは、1982年からタールとニコチンの量が表示され、1994年からはさらに厳しい警告が表示されるようになった。

未成年者への販売：行政介入により、未成年者へたばこを販売する小売店を大幅に減少させることができる。オーストラリアでは、未成年者がたばこ製品を入手できなくなる様々な取り組みがなされており、例えば、たばこの購入可能年齢を18歳とするのは州・準州に共通であり、未成年者に販売したり、場合によっては提供しただけで罰則が科せられる。

自動販売機が設置できる場所も大半の州・準州で制限されている。それでも、未成年者への紙巻きたばこの販売が広く行われている。2001年のデータでは、未成年喫煙者の82.6%は、売店や小売店が主要な入手先であった。

学校ベースのプログラム：学校ベースのプログラムが喫煙の抑制に有効かどうかについては一貫したエビデンスは得られていない。

禁煙の促進：禁煙は疾患を予防し、禁煙した人の疾患の発症リスクを低減させるため、喫煙による死亡率を低下させる上で非常に有効である。マスコミのキャンペーン、家庭医の関与、喫煙者への支援、Quitlineの有効活用などは、常習喫煙者の割合を減少させる上で極めて重要な役割を果たす。

皮膚の保護行動の割合を増加させるための環境戦略

公共の場所に日陰を確保する政策：The Cancer Council NSWおよびニューサウスウェールズ州保健省（NSW Health）がGuidelines for Shade Planning and Designを発行した。公共の場所に日陰を増やすことは可能である。例えば、ビクトリア州の地方自治体のうち、公園および庭園を対象にした日陰整備計画を策定していたのは2001年時点でわずか25%であり、自治体の公園・庭園のうち、日陰が多い割合が38%、日陰が中程度の割合が41%、日陰が少ない割合が23%であった。

安全で費用負担可能な皮膚の保護対策：オーストラリアの皮膚の保護に関する基準は厳しいが、皮膚の保護対策が全国民にとって費用負担可能かどうかは、それほど明らかではない。

学校・保育所・職場での皮膚の保護行動を支援する政策：日光からの保護に関する教育がおおむね知識と考え方を深める上で有効だが、行動変容には至らないことが多く、その傾向は思春期の子供に顕著である。保育所や職場における教育が、日光からの保護の考え方や行動にある程度の影響を与えたことを示す知見がある。ニューサウスウェールズ州保健省はThe Cancer Council NSWとともに、協働的な分野横断的アプローチを含む、日光からの保護のための長期計画を策定しており、現在実施しているところである。この計画の主眼は、小学校および保育所の環境・方針の改革にある。1993年以降、SunSmart Accreditation Programがビクトリア州の小学校、幼稚園、保育所で実施されており、現在ではオーストラリアの大半で採用されている。

ビクトリア州では、2002年において、幼稚園の49%、保育所の44%、小学校の73%、中等学校の20%が日光からの保護に関する認可された方針を有していた。2001年のデータであるが、ビクトリア州の地方自治体のうち、自治体の屋外職員を対象にした日光からの保護に関する方針を策定している割合は76%、業者の屋外労働者を対象にした日光からの保護に関する方針を策定している割合は26%であった。

運動を実施する割合を増加させるための環境戦略

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：障害物の撤去、運動する機会の増加等の環境整備対策は有効である。オーストラリアにおいては、運動用の公共空間を整備する余地があるとされている。

学校で運動を奨励する政策：運動を奨励する上で学校ベースのプログラムが有効かどうかについては一貫したエビデンスは得られていない。

正規の運動プログラムへの参加を阻害する財政的インセンティブの削減：オーストラリアにおいては、財政上の障害が正規の運動プログラムへの参加を阻害することを示す知見はない。

健康的な食生活を増加させるための環境戦略

学校や職場において健康的な食生活を奨励する政策：学校ベースのプログラムが児童の食生活を改善することを示す知見もある。他方、職場教育が果物・野菜の摂取を増やす上で有効なことについては十分な知見がある。

Eat Well Australia：オーストラリアにおける食生活改善の方向性を示した行動計画が、Eat Well Australia: An Agenda for Action for Public Health Nutritionである。この行動計画では、教師、保健専門家などの教育を提供する人々に対して、健康的な食生活への変容を奨励するための知識・技能・枠組み・ツールを提供することの必要性をまとめている。

手頃な価格で誰でも良質の果物・野菜が購入できるようにする戦略：学校や職場などのコミュニティベースの環境において健康的な食品・食材の購入を促進する上で価格の引き下げは有効な戦略である。オーストラリアの低所得者は果物・野菜の摂取の阻害要因として価格を上げる傾向が強い。オーストラリアの成人では、社会経済的な水準の違いが果物・野菜の摂取量に反映している。

禁煙や受動喫煙の回避、皮膚の保護、健康的な食生活および運動を促進する環境を整備することにより、がんのリスクの低減を図ることが今後の課題である。

リスクの低減の推進

最適なサービス：がんのリスクの低減を国民に働きかける。がんのリスクを低減させる行動の重要性を発信するマスコミおよびコミュニティの情報プログラムが定期的実施される。保険専門家は、個人が自分自身のがんのリスクとそのリスクの低減に資する行動を同定できるように支援するとともに、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適合した禁煙プログラムを利用できる。体重過多および肥満の者が体重減少プログラムに参加できる。

環境整備に加えて、人々やコミュニティにがんのリスク低減のための対策を取るよう働きかけることも可能である。実際、過去40年間以上にわたり、そのようないくつかの戦略が実施ないし試行されてきた。

マスメディアキャンペーン

マスメディアの喫煙抑制キャンペーンは、成人と思春期の両方に効果があることがわかっている。特に、法改正を含むたばこ規制プログラムやコミュニティ主体のプログラムの一環として実施される場合は、効果が持続する。

1997年に開始したオーストラリアのNational Tobacco Campaignでは、喫煙が身体に与える害を、確率論的ではなく、具体的に訴えるテレビ広告を放送した。4年間にわたるキャンペーンを評価した結果、成人において、広告に特化した学習の増加、反喫煙の態度に対する好意的な見方の拡大、禁煙の意思と禁煙の試行の増加、喫煙行動の変容などの影響がみられたほか、思春期に対してもプラスの影響があった。他方、皮膚がん対策を目的としたプログラムは20年以上も続いている。1980年から1988年までSlip! Slop! Slap! Campaignが、1988年から現在まではSunSmartプログラムが実施されている。Life—Be in it Campaignは、活動的なライフスタイルの促進をめざして1977年に開始された全国的な運動である。州単位でも、野菜・果物の摂取を呼びかけるキャンペーンが実施されている。

保健専門家のアドバイス

保健専門家のアドバイスがリスク低減に与える影響については知見が交錯している。家庭医の診療においてライフスタイルの改善の普及を図る試みの有効性を検証したある研究では、行動の若干の改善は確実に見込めるが、大幅な改善は不透明であることがわかった。医師からの簡単な禁煙アドバイスが、喫煙者の禁煙率の増加に、大きくはないが有意な影響を与えることを示す知見がある。それ以上のアドバイスは、簡単なアドバイスと比較して効果はわずかながら高いだけである。

家庭医の診療ベースの介入が影響力を持つために、日常的にプログラムを提供できる家庭医を増加させる必要がある。ニューサウスウェールズ州の家庭医を対象にしたある調査では、喫煙者を診察する際に毎回禁煙のアドバイスを行う割合はわずか34%であった。ただし、禁煙に関する研修を受けた保健医療専門家の方が受けていない者よりも禁煙アドバイスをする傾向にある。国のガイドラインで推奨されているエビデンスに基づくアプローチは十分に活用されていない。その他の保健専門家も禁煙の便益について継続したアドバイスを提供する上で重要な役割を果たしている。

禁煙プログラム

禁煙を推進する具体的な介入については、個人およびグループのカウンセリングやニコチン置換療法が禁煙の可能性を高めることを示す知見もある。電話によるカウンセリングは、禁煙アドバイスをを行うのに効果的で経済的な方法となるだろう。オーストラリアにはQuitlineという電話サービスがあり、大都市圏からは市内電話料金のみ、それ以外からは完全無料で利用できる。希望者には禁煙パックを無料で発送している。資料は、アラビア語、カンボジア語、中国語、クロアチア語、ギリシャ語、イタリア語、マケドニア語、ポーランド語、ロシア語、セルビア語、スペイン語、トルコ語、ベトナム語の13カ国で出されているほか、二カ国語が話せる担当者が、英語以外の言語での電話相談を行っている。

メディアの啓発プログラムの継続や保健専門家のアドバイスを拡大することによって、がんのリスクの低減を図ることが今後の課題である。

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

最適なサービス：特別な配慮が必要な人々が、適切できめの細かい情報やプログラムを利用できる。社会経済的弱者、アボリジニとトレス諸島民、文化的言語的に多様な地域の人々が、それぞれのニーズに適合した情報やプログラムを利用できる。特別な配慮が必要なコミュニティと個人が、がんのリスクの低減につながる適切な情報やプログラムを利用できる。

以下に示すように、リスクの内容はコミュニティによって異なる。

- ・社会経済的弱者は、多くのがんについて発生率が高い。たとえば、社会経済的地位の低さは、喫煙率や肥満率の高さ、あるいは運動を実施する割合の低さや果物・野菜の摂取量と関係がある。
- ・アボリジニとトレス諸島民は、肺がん、肝臓がん、子宮頸がんの発生率が顕著に高い。一部の地域ではアボリジニとトレス諸島民の女性の子宮頸がん検診の受診率が低い。また、アボリジニとトレス諸島民の喫煙率は他の国民の2倍である。
- ・がんによっては異なる文化や国をルーツに持つ人々の方が発生率が高いとする研究もあるが、結論づけるにはさらなる研究が必要である。

様々なコミュニティ向けの情報やプログラムを整備する方法はあまり知られていないが、次のような施策も用意されている。

- ・情報源は読解力の限られた人々にも理解できるように書かれている。
- ・州・準州の各種がん組織が英語以外の言語でリスクに関する情報提供を行っている。英語を母国語としない集団に対しては、様々なルートを通じて翻訳印刷物が全国どこでも入手できるようになっている。また、Cancer Helpline はビクトリア州とニューサウスウェールズ州に二カ国語を話せる情報担当官を配置している。
- ・アボリジニとトレス諸島民は、情報やサービスを利用するにあたって、費用負担、物理的な距離、適切性などの面で課題に直面している。アボリジニとトレス諸島民の文化に配慮したサービスへのアクセスが十分でないこと、禁煙の促進と検診受診率の向上を目的とした受容できるプログラムの提供の面で大いに改善の余地があることが認識されている。

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に対する理解の促進とプログラムの改善が優先課題である。リスク低減のプログラムは資料偏重のきらいがあるが、オーストラリアの平均値を大きく上回るリスクがあるコミュニティを大きく改善する契機となる。

社会経済的弱者、アボリジニとトレス諸島民、文化的言語的に多様な人々の固有のニーズに適合したプログラムを実施することにより、がんのリスクの低減を図ることが今後の課題である。

第3章 がんの早期発見

がんの多くは、早期に発見できれば生存とQOLの両面で有利となる。乳がんなどの一部のがんについては、他の部位に転移する前の効果的な治療が可能な時点で発見することが可能である。他方、卵巣がんなど、症状が散漫としているか、場合によっては全くないために早期発見が難しいがんもある。また、早期に発見できても、効果的な治療が困難ながんもある。

徴候や症状がなくとも検診を受診することによりがんを発見することが可能である。がんが疑われる病変を検査することによって、がんが発見できる場合もある。本章では両方の発見手法を扱う。

国民のニーズ

国民が求めるもの

- ・ 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
- ・ 集団検診プログラムを受診すべきかどうかを判断できるだけの十分な情報を確保すること
- ・ 適切な集団検診プログラムと診断サービスにアクセスできること
- ・ 質の高い集団検診プログラムと診断サービスが提供されていることを確信できること
- ・ 検査の結果を理解できること
- ・ がんと診断された場合、適切な形で告知されるとともに支援を受けられること

最適なサービス

検診

国民は質の高い集団検診プログラムにアクセスできること

- ・ 検診は例外なく国内外の基準を満たしているとともに、質改善のプログラムも整備されていること
- ・ 認定と情報公開のメカニズムを含めて、検診の質を確保する体制が整備されていることが認識できること

がんの集団検診プログラムについて、以下の項目を含む情報が得られること

- ・ 検診の目的、利点、欠点、限界、がんの種類による違い
- ・ 早期発見が可能ながんの種類

- ・ 集団検診を受診すべきかどうかを判断する上で参考となる情報、（次の情報を含む）
 - 受診対象者の規準あるいは受診することで便益が得られる人々
 - 受診の絶対的な利点（集団的リスクの説明を含む）
 - 検診の欠点と限界（偽陽性に関する情報、上皮内がん（検診を受診しなければ生涯にわたって発覚しなかった可能性のあるがん）の治療に関する情報（上皮内がんの具体的な状態の説明を含む））
 - 検診と診断の手順（不快感、費用、時間、精密検査と治療の必要性を含む）
- ・ アボリジニとトレス諸島民、および文化的言語的に多様な人々をはじめとする社会的弱者にとって適切な情報

費用対効果の高い集団検診プログラムが全国民にとって容易にアクセスでき、受診が促進されること

- ・ 検診対象者が費用や交通手段等の理由で受診が阻害されることがない。集団検診プログラムは全国どこでも、居住地から近いところで受けられる。
- ・ アボリジニとトレス諸島民、および文化的言語的に多様な人々はそれぞれのニーズに適合したサービスにアクセスできる。アボリジニとトレス諸島民、および文化的言語的に多様な人々をはじめとする社会的弱者が検診を受診する際に障害となる固有の要因に対処するためのターゲットを絞ったプログラムがある。
- ・ 保健専門家が集団検診プログラムの受診について検診対象者に助言を行う。
- ・ 検診の理由と受診間隔を受診者に知らせる。受診催促状を対象者に郵送する。

診断

地域の人々全員が、がんの初期徴候についての情報にアクセスできること

- ・ 家庭医、マスメディア、地域プログラムなどの様々なルートを通じて、がんの初期徴候についてのバランスの取れた情報が地域内で利用できること
- ・ アボリジニとトレス諸島民、および文化的言語的に多様な人々をはじめとする社会的弱者が適切な情報を利用できること
- ・ がんが疑われる徴候や症状がある場合、その徴候や症状ががんである可能性やその他の原因である可能性の程度、診断を受ける場所、治療を受けるべき時期、治療の内容、疑問を解消する方法などに関する情報にアクセスでき、話し合う機会があること

がんが疑われる徴候や症状がある場合、全国どこでも質の高い診断サービスが受けられること

- ・がんが疑われる徴候や症状がある場合、症状を検査するために最初に行くべき場所、そこで最善のケアが提供されていることを確認する方法、診断サービスにアクセスする方法、その場合の費用と処置などを含めて、適切なケアが受けられる場所がわかること
- ・がんが疑われる徴候や症状の検査にあたって、適切な検査手順や紹介の方法を含めて、家庭医に支援と情報が提供される。その際、患者側にも同様の情報が与えられる。
- ・地方、農村部および遠隔地域の住民に十分なケアを提供するために、全国どこでも診断サービスを受けられる体制になっている。認定や資格証明のプロセスによって診断サービスの質について知ることができる。

異常発見の契機が集団検診であれ、がんが疑われる徴候や症状の自覚であれ、診断に関する情報と診断プロセスにおける支援が得られること

- ・診断は重大な告知の瞬間というより、確度が高まるプロセスであるということがわかる情報が得られること
- ・診断の諸段階、検査内容、ならびに偽陽性や偽陰性を含めた検査結果の意味について知ることができること
- ・不安が募る時期であることをふまえて、診断が確定するまで支援が受けられること

適切な方法とタイミングで結果が知らされること

- ・陽性であれ、陰性であれ、陽性告知のベストプラクティスのガイドラインに沿った適切な方法で結果が伝えられること
- ・その診断の短期的・長期的な意味に関する情報が提供されること
- ・がんと診断された人に対して今後の治療と重要な時期に関する情報が提供されること
- ・がんと診断された人とその家族には、適切な支援とカウンセリングが提供されること

がん患者には適切な治療への紹介が行われること

- ・診断サービスから治療サービスへの紹介の手順が整備されている。診断から治療への移行が切れ目のない継続したケアとして体験される。
- ・質の高い治療サービスへの紹介がなされていることが実感できる。これは、たとえば次章で述べる認定制度や主要な治療センターとの連携を通じて確立される。

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

質の高い検診プログラム

最適なサービス：適切で質の高い集団検診プログラムにアクセスできる。検診は例外なく国内外の基準を満たしているとともに、質改善のプログラムも整備されている。認定と情報公開などのメカニズムによって、質の高い検診かどうか判断することができる。

オーストラリアにおける乳がんの集団検診プログラムである BreastScreen Australia と子宮頸がんの集団検診である National Cervical Screening Program は 1991 年から実施されている。大腸がん検診については、その受容可能性、実施可能性、費用対効果を検討するために試験的に実施されている。

乳がん検診

RCT で得られたエビデンスによれば、マンモグラフィー検診が少なくとも 50～69 歳の女性の乳がんによる死亡を減少させる効果がある。BreastScreen Australia は、小さいがんの発見率や中間期がんに関する国際基準を満たしているなど、質の高い検診を実施している。この検診プログラムに関する情報は地域で利用でき、また正式な認定プロセスも整備されている。

子宮頸がん検診

前がん性の異常やがんの検診によって、子宮頸がんの死亡率や罹患率が減少した。オーストラリアの集団検診プログラムは国際基準に合致したレベルで実施されている。この検診プログラムに関する情報は地域で利用できる。関連の検査室は、National Association of Testing Authorities による正式な認定を受けている。パップテストのためにスメアを採取する人々は認定を受けていない場合が多いが、十分な訓練を受けている。

大腸がん検診

RCT で得られたエビデンスによれば、便潜血検査を用いた大腸がん検診は、大腸がんの発生率および死亡率を抑制する効果がある。全国規模の検診プログラムは現在試験的に実施されている。

前立腺がん

前立腺がんの検診はあるが、これまでの知見では、前立腺がんによる死亡率を減少させる効果を証明するには不十分である。前立腺がん検診に関するシステマティックレビューは United States Preventive Services Taskforce によって行われ、最近も更新が行われた。その結論は、「前立腺特異抗原 (PSA) 検査や直腸指診による定期的な前立腺がん検診の是非を判断できるほどの知見は蓄積されていない」というものであった。集団検診プログラムの導入にあたっては、前立腺がんの治療には相当の副作用が伴うことを考慮しなければならない。前立腺がん検診は組織的な集団検診プログラムとしては実施されていないので、その質を評価することはできない。検診実施者に対する認定制度も存在しない。

前立腺がん検診に関する大規模な RCT である European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer が現在実施されているところである。その目的は、前立腺がんの早期の発見と治療が前立腺がんによる死亡率を減少させる効果があるかどうかを検討することにある。第一段階の結果は 2010 年より以前に出される予定である。この試験の結果を注視していくことが重要である。

乳がん、子宮頸がん、大腸がんの組織的な集団検診プログラムにより、がんの死亡率を低下させることが今度の課題である。

検診プログラムに関する情報

最適なサービス：検診の目的、利点、欠点、限界、現在対象となっているがん等を含め、がん一般の集団検診プログラムに関する情報が容易に利用できる。検診プログラムを受診すべきかどうかを判断する上で参考となる情報にアクセスできる。その情報には次のものが含まれる。がんの種類や検診プログラムごとの留意点、受診対象者の規準あるいは受診することで便益が得られる人々、受診の絶対的な利点（集団的リスクの説明を含む）、検診の欠点と限界（偽陽性や上皮内がんの治療に関する情報を含む）、検診と診断の手順（不快感、費用、時間、精密検査と治療の必要性を含む）、ならびに、個人の状況を踏まえた検診の利点・欠点を話し合う機会。

がんの集団検診とは、①がんのリスクを高める前がん病変、あるいは②効果的な治療が可能な早期がん、を有する個人を同定するために、適切なスクリーニング検査を系統的に実施することである。対象は無症状の個人である。集団検診とは、早期発見および治療が必要な人の適切なフォローアップを支援する方法として、特定の集団に対して、コールアンドリコールによって定期的な検診の受診を促進する組織的なプロセスである。

国民が集団検診プログラムを受診すべきかどうかを決定する上で必要な情報に関する見方が大きく変わってきている。検診の欠点を過少にする説得的なコミュニケーション戦略から、検診の便益とリスクに関する情報を明示的に共有する手法に移行しつつある。

現在では、後者の方が、不安増大、偽陽性、偽陰性、不必要な診断検査、過剰診断、過剰治療などのマイナス効果を抑制するため、道義的とされている。

英国の General Medical Council のガイドラインでは、インフォームド・コンセントに必要な情報として次のものを挙げている。

- ・ 検診の目的
- ・ 検診のプロセスに伴う不確実性とリスク
- ・ 陽性/陰性の可能性と偽陽性/偽陰性の可能性
- ・ 特定の疾患または素因を対象にした検診の主な医学的、社会的、財政的な影響
- ・ カウンセリングや支援サービスがどの程度利用できるかまで明らかにしたフォローアップ計画

絶対リスクの減少や情報の視覚的表示の活用など、検診に関する情報提供のあり方について理解が進んでいる。

オーストラリアの集団検診プログラムに関する情報は、検診プログラムや州・準州の各種がん組織から入手できる。ただし、検診の目的や検査の正確性については、地域内で誤解が多いようである。女性は乳がん検診に限界があることを認識せず、検診の感度や特異度を過大評価する傾向がある。オーストラリアおよびニュージーランドの女性は、乳がんの発症や死亡のリスク、検診の利点について正確に理解していない。例えば、オーストラリアのある研究調査によれば、検診用マンモグラムが無症候の女性のためであると回答できたのは1%足らずであった。乳がんや子宮頸がんのプログラムが提供する情報は、絶対リスクの減少について触れられていない。

他方、男性は前立腺がん検査について正確でバランスの取れた情報の見極めができていない。前立腺がん検査を受診すべきかどうかの決定において、手引きが有効であることを示す知見もある。

がんの集団検診に関する一般向けの情報を改善することが今後の課題である。

検診プログラムへのアクセスと参加

最適なサービス：有効性が証明された費用対効果の高い集団検診プログラムが全国民にとって容易にアクセスでき、受診が促進される。検診対象者には様々なルートで情報が提供され、費用や交通手段等の理由で受診が阻害されることがない。検診受診が促進される。アボリジニとトレス諸島民および文化的言語的に多様な人々をはじめとする社会的弱者にとって適切なプログラムが用意されている。

子宮頸がん検診の利用・参加

オーストラリアの子宮頸がん検診はプライマリケアとして提供され、主に家庭医が実施している。家庭医の診療へのアクセスが制限される農村部を中心に、子宮頸がん検診が受診しにくくなる。女性の提供者による検診を受診できることは、一部の女性にとっては受診の重要な決定要因である。

1999～2000年において子宮頸がん検診を受診したのは検診対象者の62.6%であった。55歳を越える女性の子宮頸がんの発生率は高いが、受診率は低い。アボリジニとトレス諸島民の女性も受診率は低い。子宮頸がんの発生率は高い。オーストラリアの子宮頸がん検診の推奨基準は他国と比較して高い。オーストラリアでは生涯のうちに25回受診となっており、オランダやフィンランドの7回を大きく上回る。受診間隔もフィンランドやオランダの5年に1回に対して、オーストラリアの推奨受診間隔は2年に1回である。

乳がん検診の利用・参加

BreastScreenでは、症状のある全国民に対して無料の検診を実施している。対象は50～69歳の女性であるが、40～49歳や70歳以上の女性も受診できる。2000～2001年においては、検診対象女性の56.9%がBreastScreen Australiaのマンモグラフィー検診を受診した。組織的な検診プログラム以外で検診を受ける女性の割合は把握できていない。アボリジニとトレス諸島民の女性は集団検診プログラムへの参加率が低い。文化的言語的に多

様なコミュニティの人々や社会経済的弱者、地方、農村部および遠隔地域の住民の検診受診率が低いことを示すエビデンスはほとんどない。

マンモグラフィー検診受診の阻害要因と課題

検診を受診しない理由については、国内外で様々な研究がなされてきた。あるシステムティックレビューでは、受診しない理由として、経済的理由、X線に対する不安、はずかしさ、交通の便を含むアクセスの悪さ、検診結果に対する不安、面倒くさい、忘れたか引き延ばし、検診に伴う不快感などが挙げられている。

受診率の向上に向けた戦略についても、多くの研究がなされてきた。集団検診プログラムの組織体制によって最も効果的な戦略は異なる。Cochrane Collaborationによる研究では、マンモグラフィー集団検診プログラムの受診率を向上させるためには、招待状、啓発印刷物の送付、招待状と電話、研修活動と受診催促状が有効な戦略とされている。ただし一般的には、プライマリケアの提供者による働きかけと招待状、受診催促状が重要とされている。受診時間を指定した女医からの招待状がより効果的であることを示すエビデンスがある。オーストラリアにおいては、特定集団の乳がん・子宮頸がんの検診受診率を引き上げる上でプライマリケアの提供者の役割が極めて重要なことが多い。

アボリジニとトレス諸島民の女性の検診

アボリジニとトレス諸島民は、子宮頸がん検診、乳がん検診の受診率が低い。アボリジニとトレス諸島民の受診率向上において中心的な役割を果たすのがプライマリケアの提供者（家庭医およびアボリジニのヘルスワーカー）である。乳がんと子宮頸がんについては国による集団検診プログラムが整備されたところであり、アボリジニとトレス諸島民に受診を働きかけるアプローチを実験的に導入した。その効果を判断するには時期尚早である。どうしたら検診がアボリジニとトレス諸島民にとって適切なものになるかについて理解を深めることも重要である。

グッドプラクティス：集団検診プログラムへのアクセスの増加

地方、農村部および遠隔地域の住民が子宮頸がんと乳がんの検診と診断サービスを利用しやすくすることは度々課題となっていたが、最近この課題に対する取り組みが行われた。1999年、オーストラリア政府はRoyal Flying Doctor Serviceと連携し、女性の家庭医にアクセスできない女性を対象に女性の家庭医が飛行機で巡回するプログラム（Rural Women's GP Program）を開始した。また、女性のアボリジニのヘルスワーカーが子宮頸がん予防プログラム（Cervical Cancer Prevention Program）を実施している地方もある。これは、受診催促状を郵送するよりも、対面で受診を働きかけた方が適切とされているからである。

① 50～69歳の女性のマンモグラフィー集団検診プログラムの受診率を増加させるとともに、② 検診受診率の低い集団の乳がん・子宮頸がんの検診受診率を増加させることにより、がんの死亡率を低下させることが今後の課題である。

徴候と症状に関する情報

最適なサービス：地域の人々全員が、がんの初期徴候とその意味についての情報にアクセスできる。がんが疑われる徴候や症状がある場合、その徴候や症状ががんである可能性やその他の原因である可能性の程度、寿命および QOL に関する早期治療の利点、診断を受ける場所、治療を受けるべき期間、治療の内容、症状の検査を受ける場所などについて、情報にアクセスでき、話し合う機会がある。

がんを早期に診断し治療することは生存率の向上につながることは広く了解されているが、国民やその担当医師に症状の発見を奨励することが有効と結論づけるにはエビデンスが不足している。矛盾しているようにみえるが、症状の多くは感度が十分ではなく、がん特有なものでもない、あるいは治療の有効性を高めるほど早期に発見できないためであろう。そのため、保健専門家と地域の双方が混乱することになった。

皮膚がん

皮膚がんか黒色腫が疑われる皮膚の病変を対象にした個別検診や家庭医による集団検診がアウトカムの改善につながることを示すエビデンスは、これまでのところほとんどないようである。

乳がん

International Agency for Research on Cancer の乳がん検診作業部会が出した結論によれば、乳房の臨床検査 (Clinical Breast Examination) が乳がんの発見に有効であることを示すエビデンスは不十分であり、自己触診はアウトカムの改善につながらず、追加的な検査が必要になることもある。ただし、乳房の症状の迅速な検査はアウトカムの改善につながることを示すエビデンスもある。

大腸がん

大腸の症状の迅速な検査を国民およびその担当医師に働きかけることの是非については、一貫したエビデンスはない。ただし、オーストラリアおよびイギリスのガイドラインは、これまでのエビデンスの一部を検討した結果を踏まえて、直腸出血の患者を早期に診断することは有効であると結論づけている。

前立腺がん検査

現時点では、一般に受け入れられた前立腺がんの集団検診は存在しない。前立腺がんの検査は、個人が担当医師と相談して任意で受診する。

オーストラリアには、組織的な前立腺がん集団検診プログラムはない。ただし、1992 年から 1996 年までのデータによれば、60～69 歳の男性の 47% が 1 回以上の PSA 検査を受けている。PSA 検査の年齢調整受診率は 1994 年から 2001 年までで 68% 増加した (The Cancer Council NSW の David Smith 博士からの聴き取り)。

情報

症状およびがんについての情報は、州・準州の各種がん組織等から入手できる。これまでのエビデンスをふまえて公衆衛生上確実にいえることは、乳房の病変、大腸からの出血、ほくろの病変はがんの疑いがあり、そのような症状に気づいた場合は診察を受けるべきである、ということだろう。ただし、このような症状について積極的に検査を推奨する公衆衛生プログラムの有効性をこれまでのエビデンスが強く示しているかどうかは不明である。

がんの疑いのある徴候や症状についての情報の改善を図ることが今後の課題である。

質の高い診断サービスへのアクセス

最適なサービス：がんが疑われる徴候や症状がある場合、質の高い診断サービスが受けられる。症状を検査するために最初に行くべき場所、そこで最善のケアが提供されていることを確認する方法などを含めて、適切なケアが受けられる場所がわかる。診断は最良のエビデンスにしたがってなされる。資格証明プロセスや専門クリニックを通じて、診断サービスの質を判断する方法がわかる。推奨されている診断のアプローチに関する情報へもアクセスできる。

全国にも州・準州にも診断サービスを行う体系的な組織は存在しない。がんの種類や地域で利用できるサービスによって診断プロセスは異なる。いくつもの個別の独立したサービスを求めて移動することも必要となる。症状の検査がベストプラクティスにしたがって実施されたかどうかを人々が判断することは難しいかもしれない。

がんの診断のアルゴリズムを提供するエビデンスのまとめや臨床診療ガイドラインはほとんどない。National Breast Cancer Centreは、乳房の病変の検査に関する家庭医向けのガイドラインを公表しているほか、大腸がんの診断に関するある程度のガイダンスが臨床診療ガイドラインで示されている程度である。適切な戦略に関するコンセンサスが十分でない状況で、オーストラリアにおける診断のあり方が十分かどうかを判断することは難しい。

オーストラリアにはがんの診断に関する情報は少ない。大腸がんに関するニューサウスウェールズ州のケアパターンに関する研究が示唆するところによれば、経直腸超音波検査、結腸内視鏡、および直腸がんの術前組織診を促進することで、大腸がんの診断を改善することができる。

肺がん患者を対象にビクトリア州で実施されたレトロスペクティブの調査によれば、疾患のアセスメントの明確なアプローチを示すエビデンスはない。この調査の著者の判断では、診断と病期分類が不十分だとされている。肺がん患者の半数は、原発腫瘍の大きさが記録されていない。大半は胸部X線検査を受けているが、縦隔リンパ節への転移を評価するためのCTスキャンを受けたのは68%たらずであり、縦隔鏡検査（縦隔リンパ節にとってのゴールドスタンダード）を受けた割合はわずかである。遠隔転移の検査を受けた肺がん患者は半数以下で、109名（12%）は組織診を受けていなかった。

あるオーストラリアの研究では、乳房の症状のある女性に対して家庭医が採用した診断戦略と、「Investigation of a new breast symptom」のガイドラインとを比較した。その結果、看過できないガイドラインからの逸脱が見られた。たとえば、検査によって疑わしい病変や悪性の病変が判明した場合の外科への紹介、画像診断では異常が発見されなかったが臨床所見とは異なる場合の生検、血の混じった体液を伴う嚢胞の場合の外科への紹介などの実施率が予想を下回っていた。

がんの迅速な診断と治療によって、治療の選択肢が増加し、生存率も高まることに異論はない。たとえば、乳がん患者に関するある研究では、症状に気づいてから3ヵ月以上経過して治療を受けた場合、生存率が低いことが判明した。

診断の遅れは、がん患者の不安を大きく増大させる。オーストラリアで実施された2つの研究では、がんの診断のタイミングを検討した。Schofield et al. は、研究実施の約4ヵ月前に黒色腫と診断された患者の回想を記録した。それによると、医師の診察を受けてから診断が確定するまでの時間について、「ほぼ適切」と答えた割合は過半数(66%)、「長すぎる」または「少し長い」と答えた割合は3分の1であった。この研究では絶対的な時間については触れられていない。Butow et al. は、研究実施の平均で4年前に乳がんまたは黒色腫と診断された187名を対象に、がん診断の流れに関する回想と満足度を調査した。医師の診察を受けてから1週間以内に診断を受けた人がほとんどであった。ただし、診断の確定に1ヵ月以上かかった人も少なくない(16%)。このうち、大半の人(96%)は、診断が遅すぎる、と答えている。診断まで1週間以上待たされた人の割合は26%で、このうちの過半数(63%)は診断が遅すぎると回答している。診断までの期間に対する満足度は黒色腫患者よりも乳がん患者の方が低い。

診断の質を判断する情報は限られている。National Breast Cancer Centreは、家庭医向けのガイドラインと平行して、一般向けに乳房の症状の検査の推奨された手順に関する情報を提供する消費者ガイドを発行した。家庭医やその他のケア提供者ががんを診断する十分な能力を有しているかどうかを人々が知ることでできる資格証明やその他のプログラムはない。

ガイドラインの策定や現状の診療の監査によって、診断の向上を図ることが今後の課題である。

診断における情報と支援

最適なサービス：異常発見の契機が集団検診であれ、がんが疑われる徴候や症状の自覚であれ、診断に関する情報と診断プロセスにおける支援が得られる。診断は重大な告知の瞬間というより、確度が高まるプロセスであるということがわかる情報が得られる。診断の諸段階、検査内容、ならびに偽陽性や偽陰性を含めた検査結果の意味について知ることができる。不安が募る時期であることをふまえて、診断が確定するまで支援が受けられる。

保健専門家と消費者は集団検診プログラムや症状の検査に関わるが、その目的はそれぞれ異なる。消費者は罹患していない確証を得るためであり、医療従事者は疾患や異常の徴候を検知するためである。目的が異なるため、情報ニーズが異なったり、情報提供における齟齬が発生したりすることも少なくない。たとえば、消費者と保健専門家は、検診と診断検査を区別しないことが多い。診断のプロセスは、がんの有無を把握するというより、不安を増大させる側面が強くなることもある。

異常が発見された人に必要な情報および支援のあり方は次のとおりである。

- ・検査結果と計画された診断手続きに関する情報を受けること
- ・考えうる診断された状態とその原因、症状、治療法に関する情報を受けること
- ・信頼できる情報源が示されること
- ・人々の選好に合わせた教育的アプローチであること
- ・自由に質問ができること
- ・結果を告知する人間から感情面の支援を受けること
- ・適切な支援サービスへの紹介がなされること

異常な検診結果や症状の検査が100%正確でないことには強いストレスとなるのが普通である。検査結果が出てから精密な診断検査や治療チームへの紹介までの期間を最小限に留めることが重要である。一般の人々は、一般的な疾患についての検査前と検査後の確率、あるいは一般的な疾患の診断に用いる検査の特性についての知識が極めて不正確なのが普通である。たとえば、オーストラリアの住民を対象にした研究では、女性の検査結果に対する考え方やその決定への関わりを調査したが、マンモグラムが100%正確ではないことを知ってショックを受ける女性がほとんどであることがわかった。特定の疾患に罹患したからといって、その疾患の特性や確率についての知識が深まるわけでもない。様々な検査の目的や違い、あるいは診断プロセスとは確度が高まるプロセスであることを理解していない人が多い。

このような知識について人々のニーズは様々であろうが、検査結果の意味を十分に理解できるように、要点を明確に伝えることが重要である。手引きや視覚資料の開発など、検査結果に関する情報伝達のあり方に関する研究が増えている。

オーストラリアにおいては、がんの検査の受診者に向けた情報の十分性に関する情報は少ない。オーストラリアで現在使われているがんの診断・検診の検査について、その正確性や検査前確率と検査後確率に関する情報提供のあり方を評価した研究がある。この研究によれば、大半の印刷物は女性がインフォームド・チョイスの実践に必要な定量的情報が不足している。検査は偽陽性や偽陰性の結果を出すことがあることを正しく認識できないと、検査結果を読み違えることにもつながる。

アボリジニとトレス諸島民および文化的言語的に多様な人々をはじめとする社会的弱者は、以上のような情報について特別な配慮が必要なことがあまり理解されていない。

がんの診断検査に関する情報を向上させることが今後の課題である。

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

最適なサービス：全国どこでも質の高い、適切な診断サービスを受けることができる。アボリジニとトレス諸島民および文化的言語的に多様な人々をはじめとする社会的弱者は、文化面に配慮した診断サービスを受けることができる。

オーストラリア各地における診断サービスの利用可能性に関する情報は少ない。しかし地方、農村部および遠隔地域の方が診断サービスを利用しにくい。例えば、都市部を除いて、乳房専門のクリニックはまれである。ニューサウスウェールズ州の Cancer Council の最近の報告によれば、ニューサウスウェールズ州におけるがんの5年相対生存率は、あらゆるがんと男女をまとめて見ると、遠隔地域の住民の方が低い。理由ははっきりしないが、診断サービスが利用しにくいことが一因と考えられる。

特別な配慮が必要なコミュニティが適切な診断サービスを受けられる程度については、よくわかっていない。アボリジニとトレス諸島民は診断が遅れる傾向があることを示す知見もある。クイーンズランド州のアボリジニとトレス諸島の女性が乳がんの診断と治療をどう捉えているかを調査した最近の質的研究では、101名の女性に聞き取り調査を行った。その結果、公共・民間の交通機関が利用できない女性にとって利用しやすく、中心地にあるべきサービスへのニーズを含めて、乳房症状を適時に表明するのに多くの障害があることが明らかになった。また女性はなじみのある環境で利用できるサービスを望んでいた。アボリジニの保健師 (Aboriginal Health Workers) は、「文化的に安全な」環境を促進し、乳がんに対するコミュニティの意識を向上させる上で重要であるとのことであった。アボリジニとトレス諸島の女性は、予約システムを、サービスを受ける上での主な障害と認識していた。これは、「アボリジニの時間」と相容れず、診察に立ち寄りにくくなるためである。

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を改善することが今後の課題である。