

II. アメリカ

1. アメリカの医療保障制度

(1) 概要

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。

(3) 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. アメリカの衛生行政システム

(1) 一般行政システム

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。

(2) 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、HISは地域事務所をおいている。

(3) 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。

(4) 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。

3. アメリカのがん検診の実施状況

(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、がん検診に関しても、州政府あるいは州保健部局が実施し、連邦政府あるいは DHHS 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(上述)のうち、CDC 及び NIH に属する研究機関である National Cancer Institute (NCI) が、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。

がん検診の具体的な実施状況は州によって異なるが、乳がん検診と子宮頸がん検診は、CDC の支援のもとで、全ての州で実施されている。

保健計画におけるがん検診の位置づけに関しては、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、がん検診に関する目標（値）として、以下の項目が設定されている。

- ・子宮頸部細胞診を受診する女性の割合（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（97%）、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（90%））
- ・大腸がん検診を受診する成人の割合（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（33%）、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（50%））
- ・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（70%）
- ・便潜血検査、大腸内視鏡検査、マンモグラフィー検査、子宮頸部細胞診を勧めるプライマリケア提供者（primary care provider）の割合（85%）

州レベルでは、「Healthy People 2010」に準じた保健計画や、Comprehensive Cancer Control Plan（後述）などのがんに関連する計画が策定されているが、がん検診に関する目標値や戦略は州によって異なる。

（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、膣拡大鏡 (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) 大腸がん検診

現在のところ、全国プログラムは実施されていないが、アメリカ予防サービス特別委員会 (U. S. Preventive Services Task Force) などの関係機関は 50 歳以上の成人の定期的な受診を推奨している。

CDC では、大腸がん検診を促進するためのマルチメディアによる全国規模のキャンペーンである「Screen for Life」を、1999 年から実施している。特に 50 歳以上のアメリカ人に対して「大腸がん検診で前がん状態のポリープやがんを早期発見することによって生命が救われる」というメッセージを提供し、大腸がんと定期的な検診の重要性に関する情報提供を行っている。また医療従事者に対して、大腸がん検診の便益、検診の手順やガイドラインに関する情報提供を実施している。

また、大腸がん検診の実地プログラム (demonstration program) を実施し、地域レベルで大腸がん検診を推進する最善の方法を検討している。このプログラムは、50 歳以上の成人、特に低所得、無保険、または保険給付が十分でない者の検診受診を増加させることを目的としている。プログラムは 3 年間で実施され、2006 年現在、5 つの地域 (ニューヨーク州 Suffolk 郡、ネブラスカ州、ミズーリ州セントルイス市、メリーランド州ボルチモア市、ワシントンの Seattle and King 郡) で実施され、210 万ドルの資金提供がされている。内容としては、検診後のフォローアップ、教育活動、アウトリーチ活動、大腸がん検診の基準・システム・政策・手順の確立、関係機関との連携の構築、データの収集・追跡、プログラムの効果の評価などである。

調査研究としては、Behavioral Risk Factor Surveillance System、National Health Interview Survey などの全国規模のサーベイランスデータを用いて、大腸がん検診の受診率のデータを収集・分析・報告している。また、大腸がん検診及び精密検査の供給量 (特に S 状結腸内視鏡 (sigmoidoscopy)、結腸内視鏡 (colonoscopy)) の評価 (需要やコストに適合しているかどうか)、検診受診の阻害要因の解明、検診受診を促進するための戦略の評価、検診の推進方策の開発と実行可能性の検証などに関して、調査研究を実施、または調査研究に対する資金提供を行っている。

(4) 前立腺がん検診

現在のところ、直腸に指を挿入して触診する直腸指診 (digital rectal examination: DRE) や PSA 検査 (前立腺がん特異抗体の血液検査) の有効性は十分に確立していないため、全国プログラムは実施されていないが、CDC は、前立腺がん検診のリスクと便益に関する情報を提供し、一般市民、医師、政策決定者の意思決定を支援している。

一般市民に対する情報提供として、「前立腺がん検診:意思決定ガイド (Prostate Cancer Screening: A Decision Guide)」を作成している。これは、前立腺、前立腺がん、前立腺がん検診に関する情報を提供することによって、特に 50 歳以上の男性の検診受診の意思決定を支援することを目的としている。内容としては、前立腺がん検診のリスクと便益を提示し、賛否両論があることを理解した上で、検診受診に関して自ら意思決定することの重要性が協調されている。なおこのガイドは、全ての男性向け、アフリカ系アメリカ人男性向け、ラテン系アメリカ人男性向け、の 3 つのバージョンで作成されている。

その他、前立腺がん検診に関する情報提供、検診受診の意思決定を促進するための最善の方法を検討するための調査研究の実施と教材の開発、がん登録における前立腺がんのデ

一々の拡張（診断時のがんのステージ、ケアの質、前立腺がん患者の人種・種族など）、前立腺がん検診が死亡率減少に及ぼす効果、前立腺がん検診に関する一般市民と医療従事者の理解の向上に関する調査研究への資金提供などを実施している。

州の取り組みに対する支援として、NCCCPを通じて、州、部族、準州における前立腺がん重点を置いたプログラムに資金提供している。

（5）がん検診に関連するその他のプログラム

CDCは、卵巣がん対策の一環として、平均的な女性・知識レベルの高い女性・卵巣がんのリスクの高い女性を対象とした、卵巣がん検診に対するリスク認知や不安、卵巣がん検診受診に関する調査などを実施している。

またCDCは、1998年から、州、部族、準州に対して、連携の構築、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を実施している。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。

III. オーストラリア

1. オーストラリアの医療保障制度

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。

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. オーストラリアの衛生行政システム

(1) 一般行政システム

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。

(2) 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。

執行部には主席医務官 (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。

(3) 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。

(4) 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。

3. オーストラリアのがん検診の実施状況

(1) 概要

がん検診の具体的な実施状況は州・準州によって異なるが、全国プログラムとして、1991年から、乳がん検診 (BreastScreen Australia) と子宮頸がん検診 (National Cervical Screening Program) が実施されている。また大腸がん検診に関しては、全国展開のための試験プログラムが実施され、その評価が行われている。

保健計画におけるがん検診の位置づけに関しては、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」において、がん検診に関する指標として以下の項目が設定されているが、具体的な目標値は設定されていない。

- ・ 50～69歳の女性で乳がん検診を受診している者の割合
- ・ 20～69歳の女性で、子宮頸がん検診を特定の間隔で受診している者の割合

州・準州レベルでは、連邦政府との協定に基づいて、「National Health Priority Areas」に準じた保健計画を策定することになっているが、がん検診を含めて、記載事項は州・準州によって異なる。

2005年に、オーストラリア国民の慢性疾患の予防とケアの改善を目指した国レベルの方向性に関する包括的枠組みを定めた「National Chronic Disease Strategy」と、個別の疾患に関連した予防とケアの改善を促進するための枠組みである「National Service Improvement Framework」が策定された。どちらも、慢性疾患対策あるいは個別の疾患対策の「計画」それ自体ではなく、計画や戦略を策定する際の基本的な方向性を示すものである。したがって、オーストラリアの保健医療システムにおける個々のサービスの詳細を規定するものではなく、既存の臨床診療ガイドライン、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もない。また連邦政府レベル、州・準州レベル、地方自治体レベルにおいて対策やサービスを推進するための実施計画や実施戦略は、この枠組みで示された方向性に沿った上で、それぞれの自治体の役割、実施責任、説明責任において、地域の保健医療システム、保健医療資源、その他の環境の実状に応じて策定されなければならない。

「National Service Improvement Framework for Cancer」において示された、がん検診に関する方向性 (Critical Intervention Point) は、以下のとおりである。

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

(2) BreastScreen Australia (乳がん検診)

1991年から、乳がん検診の全国プログラム (BreastScreen Australia) が実施されている。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、マンモグラフィー検査を無料で受けることができる。2000～2001年の検診受診率は56.9%であった。

(3) National Cervical Screening Program (子宮頸がん検診)

1991年から、子宮頸がん検診の全国プログラムが実施されている。対象は18～70歳の女性で、2年に1回の受診が推奨されている (生涯で25回受診できる)。プライマリケアの場面で、主に家庭医がスメアテストを実施している。2000～2001年の検診受診率は61.0%であった。

(4) 大腸がん検診

全国プログラムは実施されていないが、現在、55～74歳を対象に、大腸がん検診 (便潜血検査) の試験プログラムが実施され、全国展開に向けた評価が行われている。

(5) 前立腺がん検診

前立腺がん検診の効果に関するエビデンスが十分ではないため、全国プログラムとしては実施されていない。

(6) 今後の課題

現在実施している乳がん検診と子宮頸がん検診の問題点として、アボリジニやトレス諸島民の女性、英語を母国語としない女性の受診率が低いことが挙げられる。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) であり、彼らを中心とした受診向上策を検討中である。

2. がんに関するプログラム・サービスの経済性・経営分析

研究分担者 菅原 琢磨（国立保健医療科学院経営科学部サービス評価室長）

研究要旨

乳がん検診の実施機関を対象として郵送による質問調査を実施し、検診の実施状況とその経営実態の把握を試みた。検診実施機関の規模はかなり広範にわたり、受診者数や配置職員、諸費用についてのばらつきは大きかった。検診事業の総費用に占める給与費比率は約4割、設備関係比率と経費（光熱費）率の和は約3割であった。検診機関では、年間の乳がん検診全体の検査収入を上回る額の投資が、検診に必要な一装置に対しておこなわれている状況にあることが判明した。今後の検診事業の展開については現状維持か前向きに考える機関が多いが、医師をはじめとする「職員確保」が課題となっていることが示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、医療機関、市区町村等の自治体、専門検診機関、ボランティア団体等が運営する検診サービス提供機関の経営実態を把握し、がんに関するプログラム・サービスの収支状況、他のプログラム・サービスの提供に与える影響等を分析することで適正なプログラム・サービスの経営、運営管理のあり方を検討することである。今年度は特に乳がん検診の実施機関を対象として郵送による質問調査を実施し、検診の実施状況とその経営実態の把握をおこなうこととした。

B. 研究方法

全国の乳がん検診実施機関（「マンモグラフィ検診精度管理中央委員会」の認定施設及び都道府県（山形県、茨城県、富山県、愛知県、鳥取県、徳島県、鹿児島県、沖縄県）のホームページで公表されている乳がん検診機関を対象として自記式調査票を用いた郵送調査を実施した。調査項目は、機関の基本属性（設置主体、診療科目、病床数、患者数等）、健診・検診部門の状況（健診・検診部門の職員数、受診者数、受診料金、健診・検診部門

の費用及び補助金）、乳がん検診の状況（受診者数、検診（検査）収入、保有する設備と設備に要する経費等）、検診事業の今後の意向等とした。調査は平成21年2月初めに調査票を発送し当月末を回収期限とした。回収された調査票をデータ入力した後、基本統計量の算出（同時にクロス集計実施）をおこない状況を把握した（「単純集計」資料参照）。

（倫理面への配慮）

乳がん検診実施機関を対象とした調査に関しては、費用等に関するデータがそのまま公表されないことを明記した文書を提示し、インフォームドコンセントを得て、調査への協力を依頼した。また個々の機関のプライバシーに関する情報はデータ処理の段階で削除し、元データは外部に漏れないように厳重に保管した。

C. 研究結果

有効回収数は110件、回答率は7.7%であった。医療機関種別では、特定機能病院や地域医療支援病院以外の「その他の病院」の回答割合が最も多く43.6%であった。また診療

所は 20.9%、検診専門機関は 17.3%であった。

健診・検診部門の職員数は、10 人未満 23.6%、10～30 人未満 15.5%、30～50 人未満 8.2%、50 人以上 17.3%（無回答：35.5%）であった。職員数の平均は 45.7 人であった。

健診・検診部門の平成 19 年度 1 年間の受診者数は、1 万人以上が 31.8%、2 千人未満 16.4%、2～5 千人未満も 16.4%であった。また乳がん検診（人間ドック以外）の平成 19 年度 1 年間の受診者数は、1 千人以上 30.0%、3 百人未満 24.5%、3～5 百人未満 12.7%（無回答 20.9%）であり、平均は 3031 人であった。

健診・検診の受診料金は全体平均で、1～2 万円未満が 30.9%、1 万円未満 16.4%などであった。また平均は 18,775 円であった。このうち、企業の定期健診の料金（平均値）は 10,450 円、人間ドック 40,826 円、胃がん検診単体 9,243 円、肺がん検診単体 5,143 円、大腸がん検診単体 2,580 円、子宮（頸）がん検診単体 4,420 円、乳がん検診 6,519 円単体、うちマンモグラフィー 4,558 円、視触診 2,123 円、乳房超音波検査 3,558 円などであった。但し乳がん検診費用などは無回答割合が 46.4%に達していることに留意が必要である。

平成 19 年度 1 年間の検診部門の総費用（材料費、職員給与、委託費、設備関係費、経費、その他費用など）は、1 億円未満が 18.2%、5 億円以上が 11.8%などばらつきは大きい。6 割近くが無回答であったが、単純平均額は 4 億円を超えており、一部の検診機関の費用額が突出していることが伺われる。総費用に対する内訳（平均ベース）では、材料費率は 6.2%、給与費率 43.1%、委託費率 10.0%、設備関係費率 11.1%、経費率 17.4%などであった。

各機関の乳がん検診の検査結果について要精検者数は、100 人未満 31.8%、300 人以上は 17.3%と、受診者数同様、大きなばらつきが認められたが全体の平均は 300 人で

あった。また精検受診率の平均は 77.5%、乳がん発見率の平均は 9.9%であった。

乳がん検診の検査収入は、3 百万円未満が約 4 分の 1 ある一方、1 千万円以上も同程度の割合となっており、ここでも検診機関のばらつきは大きい。それに留意した上で平均額を算出すると、乳がん検診全体で約 1800 万円、うちマンモグラフィー 1350 万円、視触診 390 万円、乳房超音波検査 420 万円などであった（各々の項目で回答数は同一でない）。

超音波診断装置の設置台数は、平均 2.1 台、マンモグラフィー検査装置の設置台数は、平均 1.4 台であった。超音波診断装置の購入価格は平均約 1700 万円であった。同様にリース金額（年額）は平均約 180 万円であった。また、運用に係る 1 年間の費用は、機器のメンテナンス、故障対応などに平均約 58 万円、材料、フィルム、その他の消耗品などに平均約 33 万円であった。

マンモグラフィー検査装置の購入価格は平均約 2760 万円であった。同様にリース金額（年額）は平均約 250 万円であった。また、運用に係る 1 年間の費用は、機器のメンテナンス、故障対応などに平均約 100 万円、材料、フィルム、その他の消耗品などに平均約 147 万円であった。

乳がん検診の検査 1 件あたりの要員及び所要時間は各々、超音波診断検査では医師 1.29 人、9.70 分、看護師 0.87 人、8.55 分、検査技師 1.49 人、12.76 分、その他の人員 0.88 人、6.68 分であった。マンモグラフィー検査では医師 1.35 人、8.31 分、看護師 0.64 人、3.59 分、検査技師 1.72 人、13.58 分、その他の人員 1.11 人、7.48 分であった。視触診では医師 1.44 人、6.48 分、看護師 0.91 人、6.41 分、その他の人員 1.00 人、6.68 分であった。

健診・検診部門の展開に関する今後の意向については、拡大 33.6%、現状維持 45.5%、縮小 5.5%となった。

健診・検診事業に関して直面している課題としては、受診者の獲得 45.9%、職員の確保 37.6%、最新設備の導入 35.3%、運営資金 11.8%であった。

D. 考察

残念ながら全体の回収率が低位にとどまったこと、調査項目によっては無回答の割合が高いことなどから、本調査の結果の解釈と一般性については慎重にならざるをえない。

回答が低位にとどまった理由の一つとして、機関により検診部門のみで計数管理をおこなっていないところが多く、人員や費用等について明確な按分ができないことがあるものと推測される。このような制約の一方で、今回の調査では乳がん検診機関とその事業について、その実情を示唆する有益な情報を得ることもできたと考える。

機関の規模により受診者数や費用については大きなばらつきが認められたが、総費用に対する設備関係比率と経費率（光熱費等）の合計が約 3 割に上ることはこの事業の「装置産業的」性格を色濃く反映するものといえよう。また超音波診断装置とマンモグラフィー装置の購入価格の平均が各々 1700 万円、2760 万円であること、年間のリース金額は、それら各々の約 10 分の 1 程度の額となっていることが示唆された。本調査における 1 年間の乳がん検診全体の検査収入は平均で約 1800 万円であったことを鑑みると、年間収入を上回る額の設備投資がおこなわれていることになる。

また乳がん検診の検査 1 件あたりの医師の所要時間は超音波診断装置、マンモグラフィー検査で約 8 分半～10 分、看護職などその他の関連職種も概ね 6 分～10 分を要しているものと推測された。

検診事業の今後の展開については「現状維持」がもっとも多数を占めた。しかし「縮小する」の割合に比べて「拡大する」の割合は圧倒的に高く、全体として解釈すれば検診事

業の継続、拡大について前向きな機関が多いものと考えられた。

検診事業の今後の課題としては「受診者の獲得」を挙げた割合がもっとも高く、次いで「職員確保」、「最新設備の導入」が続いた。検診実施機関の増大とともに受診者獲得を巡る機関間の競争がより激しくなることが予想されるため、競争力のある最新設備の導入が必要との認識が背景にあるものと考えられるが、医師や看護師など必要な職員の確保がここでも課題となっていることが伺われた。

E. 結論

乳がん検診の実施機関を対象として郵送による質問調査を実施し、検診の実施状況とその経営実態の把握を試みた。検診実施機関の規模はかなり広範にわたり、受診者数や配置職員、諸費用についてのばらつきは大きかった。その中で検診事業の総費用に占める給与費比率は約 4 割、設備関係比率と経費（光熱費）率の和は約 3 割であった。また平均的に言えば一機関において、年間の乳がん検診全体の検査収入を上回る額の投資が、検診に必要な装置に対しておこなわれていることが判明した。今後の検診事業の展開については現状維持か前向きに考える機関が多いが、ここでも医師をはじめとする職員確保が課題となっていることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

(資料5)

平成20年度 がん対策の医療経済的評価に関する研究

* 単純集計

(平成21年3月)

索引表

表頭設問	表側設問	集計条件	出力頁
問1(2). 医療機関種別	軸. 単純集計		1
問1(3). 設置主体	"		1
問1(4)-1. 開業日: 西暦~年	"		1
問1(4)-2. 開業日: ~月	"		1
問1(4)-3. 開業日: ~日	"		2
問1(5). 主たる診療科目	"		2
問1(6). 病床の有無	"		2
問1(6)-1①. 病床数: 合計床数	"	問1(6). (有床)	3
問1(6)-1②. 病床数: 一般床数	"	問1(6). (有床)	3
問1(6)-1③. 病床数: 療養床数	"	問1(6). (有床)	3
問1(6)-1④. 病床数: その他床数	"	問1(6). (有床)	3
問1(7)①1. 病床利用率: 全体	"		4
問1(7)①2. 病床利用率: 一般	"		4
問1(7)①3. 病床利用率: 療養	"		4
問1(7)①4. 病床利用率: その他	"		4
問1(7)②1. 平均在院日数: 全体	"		5
問1(7)②2. 平均在院日数: 一般	"		5
問1(7)②3. 平均在院日数: 療養	"		5
問1(7)②4. 平均在院日数: その他	"		5
問1(7)③1. 外来患者数: 全体	"		6
問1(7)③2. 外来患者数: 一般	"		6
問1(7)③3. 外来患者数: 療養	"		6
問1(7)③4. 外来患者数: その他	"		6
問1(7)④1. 外来患者数: 1日平均: 全体	"		7
問1(7)④2. 外来患者数: 1日平均: 一般	"		7
問1(7)④3. 外来患者数: 1日平均: 療養	"		7

索引表

表頭設問	表側設問	集計条件	出力頁
問1(7)③4. 外来患者数:1日平均;その他	"		7
問1(8). 営業日数:平成19年度1年間	"		8
問1(9)①. 入院基本料:一般病棟入院基本料	"		8
問1(9)②. 入院基本料:特定機能病院入院基本料	"		8
問1(10)①1. 職員数:貴施設全体;合計	"		8
問1(10)①2. 職員数:貴施設全体;常勤	"		8
問1(10)①3. 職員数:貴施設全体;非常勤(常勤換算)	"		9
問1(10)②1. 職員数:医師;合計	"		9
問1(10)②2. 職員数:医師;常勤	"		9
問1(10)②3. 職員数:医師;非常勤(常勤換算)	"		9
問1(10)③1. 職員数:保健師;合計	"		10
問1(10)③2. 職員数:保健師;常勤	"		10
問1(10)③3. 職員数:保健師;非常勤(常勤換算)	"		10
問1(10)④1. 職員数:看護師;合計	"		10
問1(10)④2. 職員数:看護師;常勤	"		11
問1(10)④3. 職員数:看護師;非常勤(常勤換算)	"		11
問1(10)⑤1. 職員数:管理栄養士;栄養士;合計	"		11
問1(10)⑤2. 職員数:管理栄養士;栄養士;常勤	"		11
問1(10)⑤3. 職員数:管理栄養士;栄養士;非常勤(常勤換算)	"		12
問1(10)⑥1. 職員数:検査技師;合計	"		12
問1(10)⑥2. 職員数:検査技師;常勤	"		12
問1(10)⑥3. 職員数:検査技師;非常勤(常勤換算)	"		12
問1(10)⑦1. 職員数:事務職;合計	"		13
問1(10)⑦2. 職員数:事務職;常勤	"		13
問1(10)⑦3. 職員数:事務職;非常勤(常勤換算)	"		13
問1(10)⑧1. 職員数:その他;合計	"		14

索引表

表頭設問	表側設問	集計条件	出力頁
問1(10)②. 職員数;その他;常勤	"		14
問1(10)③. 職員数;その他;非常勤(常勤換算)	"		14
問2-1(1)-1. 健診・検診事業の開始時期:西暦～年	"		14
問2-1(1)-2. 健診・検診事業の開始時期:～月	"		15
問2-1(1)-3. 健診・検診事業の開始時期:～日	"		15
問2-1(2). 健診・検診事業の営業日数:平成19年度1年間	"		15
問2-1(3)①. 健診・検診部門の職員数;健診・検診部門全体:合計	"		15
問2-1(3)②. 健診・検診部門の職員数;健診・検診部門全体:常勤	"		16
問2-1(3)③. 健診・検診部門の職員数;健診・検診部門全体:非常勤(常勤換算)	"		16
問2-1(3)④. 健診・検診部門の職員数;医師:合計	"		16
問2-1(3)⑤. 健診・検診部門の職員数;医師:常勤	"		16
問2-1(3)⑥. 健診・検診部門の職員数;医師:非常勤(常勤換算)	"		17
問2-1(3)⑦. 健診・検診部門の職員数;保健師:合計	"		17
問2-1(3)⑧. 健診・検診部門の職員数;保健師:常勤	"		17
問2-1(3)⑨. 健診・検診部門の職員数;保健師:非常勤(常勤換算)	"		17
問2-1(3)⑩. 健診・検診部門の職員数;看護師:合計	"		18
問2-1(3)⑪. 健診・検診部門の職員数;看護師:常勤	"		18
問2-1(3)⑫. 健診・検診部門の職員数;看護師:非常勤(常勤換算)	"		18
問2-1(3)⑬. 健診・検診部門の職員数;管理栄養士・栄養士:合計	"		18
問2-1(3)⑭. 健診・検診部門の職員数;管理栄養士・栄養士:常勤	"		19
問2-1(3)⑮. 健診・検診部門の職員数;管理栄養士・栄養士:非常勤(常勤換算)	"		19
問2-1(3)⑯. 健診・検診部門の職員数;検査技師:合計	"		19
問2-1(3)⑰. 健診・検診部門の職員数;検査技師:常勤	"		19
問2-1(3)⑱. 健診・検診部門の職員数;検査技師:非常勤(常勤換算)	"		20
問2-1(3)⑳. 健診・検診部門の職員数;事務職:合計	"		20
問2-1(3)㉑. 健診・検診部門の職員数;事務職:常勤	"		20

索引表

表頭設問	表側設問	集計条件	出力頁
問2-1(3)X3. 健診・検診部門の職員数;事務職;非常勤(常勤換算)	"		20
問2-1(3)X①. 健診・検診部門の職員数;その他;合計	"		21
問2-1(3)X2. 健診・検診部門の職員数;その他;常勤	"		21
問2-1(3)X3. 健診・検診部門の職員数;その他;非常勤(常勤換算)	"		21
問2-2(1). 受診者数;受診者総数	"		21
問2-2(1)X①. 受診者数;企業の定期健康診断;合計	"		22
問2-2(1)X2. 受診者数;企業の定期健康診断;集団検診	"		22
問2-2(1)X3. 受診者数;企業の定期健康診断;個別検診	"		22
問2-2(1)X②. 受診者数;人間ドック	"		22
問2-2(1)X③. 受診者数;胃がん検診	"		22
問2-2(1)X④. 受診者数;肺がん検診	"		23
問2-2(1)X⑤. 受診者数;大腸がん検診	"		23
問2-2(1)X⑥. 受診者数;子宮がん検診	"		23
問2-2(1)X⑦. 受診者数;乳がん検診	"		23
問2-3(1). 受診料金;受診料金(全体の平均)	"		24
問2-3(1)X①. 受診料金;企業の定期健康診断	"		24
問2-3(1)X②. 受診料金;人間ドック	"		24
問2-3(1)X③. 受診料金;胃がん検診	"		24
問2-3(1)X④. 受診料金;肺がん検診	"		25
問2-3(1)X⑤. 受診料金;大腸がん検診	"		25
問2-3(1)X⑥. 受診料金;子宮がん検診	"		25
問2-3(1)X⑦. 受診料金;乳がん検診	"		25
問2-3(1)X⑧. 受診料金;マンモグラフィ	"		26
問2-3(1)X⑨. 受診料金;福祉診	"		26
問2-3(1)X⑩. 受診料金;乳房超音波検査	"		26
問2-4(1). 健診・検診部門費用;検診部門総費用	"		27