

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

米国・英国のがん対策における目標値設定と健康格差に関する調査

研究分担者 伊藤 ゆり 大阪医科大学研究支援センター医療統計室 室長・准教授
研究分担者 祖父江 友孝 大阪大学大学院医学系研究科 教授
研究代表者 片野田 耕太 国立がん研究センターがん対策情報センター
がん統計・総合解析研究部 部長
研究協力者 志岐 直美 株式会社 PwC

研究要旨

がん対策の目標設定・評価については、諸外国に先行事例が多い。日本におけるがん対策の計画・評価の在り方について今後の示唆を得ることを目的として、公表資料による調査を実施した。米国における健康計画 **Healthy People**、米国各州のがん対策計画、英国・イングランドにおける **NHS Long Term Plan**, **NHS Cancer Programme** について、計画の策定方法、計画の概要、目標の設定方法、モニタリング・フィードバックシステム、目標の評価方法、達成状況等について調査した。米国、英国とも、がん対策企画・立案・評価におけるガバナンスに関して、全体の委員会の下に多くのサブ委員会やワーキング・グループが設定されていた。特に英国では専門家だけでなく、患者・市民参画を多様な関係者の参与が実現されていた。また、両国とも計画の進捗評価のためのデータベースが整備されていた。日本において取り組むべき課題として、モニタリングおよびデータベースの充実、指標の優先順位の明確化、健康格差への取り組み、それらを可能とする組織体制の構築の重要性が明らかとなった。

A. 研究目的

がん対策の目標設定・評価の方法について、諸外国（アメリカ、英国）において参考となる取組に関する情報を収集し、我が国におけるがん対策の計画・評価の在り方について今後の示唆を得ることを目的として、インターネット上に公表されている資料による調査を実施した。

B. 研究方法

2020年1～2月時点における公表資料を基に、特に「がん対策における数値目標の達成状況とその評価方法」に注目した情報を収集・整理した。がん対策のアウトカム指標であるがん罹患率・死亡率や次期健康日本 21 における目標値設定のポイントとなる「健康格差」に関しても着目し情報を収集した。

調査対象は、米国における健康計画 **Healthy**

People、米国各州のうち参考となる取組を実施しており公開資料の多い州のがん対策計画、英国・イングランドにおける **NHS Long Term Plan**, **NHS Cancer Programme** とした。

上記について、計画の策定方法、計画の概要、目標の設定方法、モニタリング・フィードバックシステム、目標の評価方法、達成状況等について調査した。本調査は株式会社 PwC の協力を得て実施された。

C. 研究結果

(1) 米国・Healthy People

<計画の変遷>

Healthy People はすべての人々の健康を向上させ、健康格差を改善するための国家的な健康促進と疾病予防の取組をとりまとめたものであり、1980 年代に開始し、直近の計画は

Healthy People 2030 である。Healthy People のこれまでの計画の変遷について表 1、図 1 にまとめた。目標設定に関しては分野別に多くの指標が設定されているが、Healthy People 2010 の頃より、主要な健康指標（Leading Health Indicators: LHI）という表現で各分野から重要な指標を抽出する方向性となった（図 1）。

がんの領域に特化したこれまでの Healthy People における目標設定と評価結果について図 2～4 に示した。Healthy People 2000 では、全がん死亡だけでなく、肺がん、乳がん、子宮頸がん、大腸がん死亡のように、がん種別の死亡率減少も目標値設定された。子宮頸がん以外は目標を上回り達成していた。他に喫煙率や栄養、検診受診率なども目標設定された（図 2）。この計画の評価時点ですでに人種・民族、性別、セクシャリティ、障害や特別な健康管理の有無、地域（都市・地方）ごとに定義されたサブグループごとの評価がなされ、健康格差の視点は組み込まれていた。

Healthy People 2010 においては、Healthy People 2000 での評価を踏まえ、州レベルで正しい罹患数の把握ができるようがん登録の実施に関する目標も加えられた。15 の目標のうち、前立腺がん死亡率減少および大腸内視鏡検査によるがん検診受診率が達成した。悪性黒色腫死亡率や運動に関するカウンセリングや、子宮頸がん検診受診率などの項目はむしろ悪化した（図 3-A）。人種、教育歴や世帯収入ごとの目標の評価もなされ、サブグループごとに最も良い群（Best group）との比較で表現された（図 3-B）。

（https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_final_review.htm, Cancer 部分
https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review_focus_area_03.pdf）

Healthy People 2020 においては、大腸がんや

子宮頸がんの浸潤がん罹患率や、進行期の乳がん罹患率の減少も目標設定された。分野別の最終評価報告書は 2021 年 4 月時点でまだ公開されていないが、中間評価時点

（<https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2020/HP2020MCR-C05-Cancer.pdf>）では 27 の目標のうち 24 の測定可能な項目の中では 5 個の目標が達成しており、子宮頸がん検診受診率などが悪化していた（図 4）。（最終報告概要
https://health.gov/sites/default/files/2020-12/HP2020RevisedEndofDecadeSnapshot_0.pdf, 一覧表

https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020/progress-tables.htm）

以下は、Healthy People 2030 策定に関して、策定のプロセスや目標値設定の方法について、まとめた。

<計画策定の構成員>

Healthy People2030 の計画は、専門家 13 人からなる委員会のもと、目標の修正・作成は、サブ委員会やワーキンググループ（WG）において検討されている（図 5）

（<https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Advisory-Committee/Committee-Members>）。委員会メンバーは公衆衛生、臨床、統計の専門家等から構成されている。Healthy People 2030 の目標に関する提言は主に 4 つのサブ委員会が行っている。目標の修正・作成は、サブ委員会と委員会で承認された基準を基にワークグループ（WG）が担当しており、当目標を Federal Interagency Workgroup と Objective Review Subcommittee がレビューを行う体制になっている。

<目標値設定>

Healthy People 2030 では、コア目標・開発目標・研究目標からなる目標が定められている(図 6)。コア目標は、根拠に基づく介入(Evidence-based Intervention: EBI)による評価が可能である 355 の測定可能な公衆衛生目標が設定された。そのうち、健康と福祉の改善に向けた行動を推進するためにより優先度が高く設定された主要な健康指標(Leading Health Indicators: LHI)は 23 項目ある(図 7)。がんに関連したものでは喫煙・飲酒・肥満などリスク要因に関する項目の他には、大腸がん検診の受診が LHI に設定されていた。開発目標と研究目標はいずれコア目標になる候補としてエビデンスの収集が求められている。コア目標は 5 段階(達成又は上回っている／改善している／ほとんど又は全く変化していない／悪化している／進捗不明)で評価される。

目標値の設定方法に関しては、目標の特徴に合わせたガイドラインが示されている(図 8)。例えば、3 つ以上の比較可能データポイントを有さない場合は改善率を設定することが推奨されている一方、データを有する場合はトレンド分析等の分析手法が推奨されている。がん領域においては 16 の目標が設定されているが、その内訳はコア目標が 12、開発目標が 1、研究目標が 3 であり、コア目標の目標値の設定方法には、Percent improvement、Percent point improvement、Projection、Minimal statistical significance のいずれかの手法が適用されている(表 2)。

<進捗評価>

計画の進捗は CDC の国立衛生統計センター(National Center for Health Statistics: NCHS)によって、80 を超えるさまざまなデータソースを使用して管理されている。NCHS は包括的なデータベースである HP2030 (<https://www.cdc.gov/nchs/about/factsheets/>

[factsheet-hp2030.htm#NCHS-Role-HP2030](https://www.cdc.gov/nchs/about/factsheets/factsheet-hp2030.htm#NCHS-Role-HP2030)) の更新や、HP2030 格差ツール(<https://www.cdc.gov/nchs/about/factsheets/factsheet-hp2030.htm#NCHS-Role-HP2030>)の開発等を行っている。なお、NCHS は HP2030 の目標や目標値の検討の際にも各種データやツールを提供するなどの技術的支援を行っている。

統計データは [healthypeople.gov](https://www.healthypeople.gov) において最新の情報が公開されており、目標ごとに、目標の内容とベースライン、使用されたデータソース、利用可能なデータの場所も記載されている。期間中のデータの推移が表やグラフ形式で示されており、結果は性・人種・年齢・地域(都市部/それ以外)・婚姻状況等別にも表示される。データはトピック領域ごともしくはデータソースごとに検索が可能であり、さらに属性での絞り込みや、利用可能な場合は標準誤差と信頼区間を表示することも選択可能である。

(2) 米国・National Comprehensive Cancer Control Program (NCCCP)

米国 CDC において全米包括的がん対策プログラム(NCCCP: National Comprehensive Cancer Control Program)が策定されている。この計画は米国の各州でがん計画を策定するためのガイドラインとなることを意図しており、計画立案のプロセスを詳細に提示し、実際に計画立案活動において使用できるツール資料集を付記するなど、計画策定のノウハウを提供している。

NCCCP ではがん対策計画の評価・見直しのための自己評価ツール Cancer Plan Self-Assessment Tool (<https://www.cdc.gov/cancer/ncccp/pdf/CancerSelfAssessTool.pdf>) を公開しているが、あくまで計画としての構成・構造上のチェックツールであり、がん対策の個別の施策や評価のためのロジックモデルなどは提

示されていない。また、がん対策計画の評価を計画するためのサポートツールとして **Comprehensive Cancer Control Branch Program Evaluation Toolkit** (https://www.cdc.gov/cancer/ncccp/prog_eval_toolkit.htm) を公開している。

CDC は各州のがん対策の策定・実行のために資金やノウハウを提供している。**Comprehensive Cancer Control Branch** には各州などの窓口である「計画評価連携チーム」、調査研究をする「科学支援臨床応用チーム」、教育訓練などをする「研修コミュニケーションチーム」がある。計画評価連携チームは各州に対し専門家を派遣するなどして、成功事例の提供や進め方のアドバイスを実施している。

(3) 英国・イングランドにおけるがん対策 (NHS Long Term Plan: LTP)

10 年間の医療政策の長期予算計画であり、最新版は 2019 年 1 月に策定・公表されている (図 9)。がん対策としては、2000 年の NHS Cancer Plan の際には 75 歳未満がん年齢調整死亡率の 20% 減少等の目標が掲げられ、ほとんどの目標については 2005 年中間評価の時点で肯定的な評価が得られていた。LTP では「2028 年までに、がん診断後、毎年 55,000 人以上の人々が 5 年以上生存する」「2028 年までに、がん患者の 75% が早期 (ステージ 1 または 2) に診断されるようになる」ことが目標として定められている。

イングランドでは以前より健康格差の是正も大きな課題の 1 つとして捉えており、LTP の計画では特に黒人、アジア人とマイノリティ民族 (black, Asian and minority ethnic : BAME) のコミュニティでの早期診断割合の向上の必要性や、白人よりも黒人において前立腺がんの罹患率が高いこと等について触れられている。格差モニタリングに特化した進捗レポ

ートも報告されている (図 10)。

LTP のガバナンスは **National Cancer Board** を中心として、様々な関係者が参画できるようになっている。連携組織の 1 つである **The Cancer Data and Analytics Advisory Group** では、英国公衆衛生サービスの疾病登録およびがん分析担当ナショナルディレクターが議長を務めており、利害関係者、アームズ・レングス・ボディ (Arm's Length Bodies: ALBs, 政府との独立性を持った公的機関)、およびがんアライアンス (各地域において様々な **hospital trusts** やその他関係機関等が連携してがん対策やサービスの改革が推進されるよう設立された組織体) を組織して、戦略的な分析およびデータの問題について助言するとともに、LTP の提供の進捗状況を測定し、介入方法の評価を行っている。

進捗評価は定期的に進捗レポート (**NHS Cancer Programme update report**) が公表されるほか、**National Audit Office** においても評価がなされている。過去には **National Audit Office** の中間評価を受けて新たな行動計画の策定 (**Cancer Reform Strategy**) がなされている。

D. 考察

米国では、特に **Healthy People2030** についてがん分野を中心に詳細に紹介した。目標設定のフローや網羅的な関連指標の徹底したモニタリングおよび経時的な変化の情報開示、目標設定における優先度の高い指標 (LHI) の選定など、日本にも取り入れるべき内容が多い。目標設定に関しても、コア目標、研究目標、開発目標とそれぞれのエビデンスレベルにより分けられており、現時点でエビデンスがあるものや計測可能なものだけでなく、サバイバーシップの項目など、将来的に研究によりエビデンス

が出た段階や測定可能になった段階で設定される予定であることも記載されていたのが特徴的であった。

CDC は各州が主体的にがん対策の計画立案ができるような各種 Tool を提供しているが、具体的にどのように州レベルで活用されているかについては現時点では不明であった。州レベルのがん対策に関する調査は今後の課題である。

英国では 2000 年の NHS Cancer Plan においては 75 歳未満のがん年齢調整死亡率 20% 減少が全体目標に掲げられていたが、最新の LTP においては、がん診断後 5 年以上の生存者数の増加や、早期診断割合の目標値が設定され、サバイバーシップや早期診断に方向性がシフトしていることが示唆された。

ニカ国ともがん対策企画・立案・評価におけるガバナンスに関して、全体の委員会の下に多くのサブ委員会や WG が設定されていた。特にイングランドでは専門家だけでなく、患者・市民参画を多様な関係者の参与があった。Healthy People のガバナンス体制をみると、日本との違いとしては、かなり細かい WG が数多く設定されていることである。多くの指標やエビデンス収集・評価のために、内容を特化させた専門家集団により、作業を行う WG が必要となることが示唆された。

日本との大きな違いは、計画の進捗評価のためのデータベースの充実ぶりであるといえる。タイムリーに誰もが Web 上で視覚的に目標の達成度を確認できる Web システムが構築されていた。

健康格差に関するモニタリングおよび解消への取り組みは米国・英国とものがん対策においても強調されていた。日本では国のがん対策推進基本計画においては「医療の均てん化」という文言において、格差に関する言及が見られるものの、様々な社会経済的な指標によるがん

のアウトカムに関するモニタリングや目標設定は十分ではない。健康日本 21 における目標設定とともに、がん対策推進基本計画においても健康格差の視点を強調するべきであると考ええる。

E. 結論

次期健康日本 21 および第四期がん対策推進基本計画の策定にあたり、米国・英国での取り組みを参考に、日本において取り組むべき課題として、モニタリングおよびデータベースの充実、指標の優先順位の明確化、健康格差への取り組み、それらを可能とする組織体制の構築の重要性が明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 加茂憲一, 福井敬祐, 坂本亘, 伊藤ゆり. がん対策立案・評価における意思決定に寄与するマイクロシミュレーションの構築: 大腸がんを事例に. 計量生物学. 2021;41(2):93-115.
2. Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. Support Care Cancer. 2021.
3. Katanoda K, Hori M, Saito E, Shibata A, Ito Y, Minami T, Ikeda S, Suzuki T, Matsuda T. Updated trends in cancer in Japan: incidence in 1985-2015 and mortality in 1958-2018 - a sign of decrease in cancer incidence. J Epidemiol. 2021.

4. 榊原敦子, 中山健夫, 上田豊, 伊藤ゆり, 内田博之, 小田切陽一, 片山俊郎, 樋口壽宏, 小西郁生. たばこと子宮頸がんの密接な関連 —出生コホートによる比較—. 産婦人科の実験. 2020;69(4):411-8.
 5. 伊藤ゆり. がんのアウトカムにおける社会経済指標による格差. 癌と化学療法. 2020;47(7):1007-11.
 6. Saito E, Hori M, Matsuda T, Yoneoka D, Ito Y, Katanoda K. Long-term Trends in Prostate Cancer Incidence by Stage at Diagnosis in Japan Using the Multiple Imputation Approach, 1993-2014. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2020.
 7. Ito Y, Miyashiro I, Ishikawa T, Akazawa K, Fukui K, Katai H, Nunobe S, Oda I, Isobe Y, Tsujitani S, Ono H, Tanabe S, Fukagawa T, Suzuki S, Kakeji Y, Sasako M, Bilchik A, Fujita M. Determinant factors on differences in survival for gastric cancer between the US and Japan using nationwide databases. J Epidemiol. 2020.
 8. Aoe J, Ito Y, Fukui K, Nakayama M, Morishima T, Miyashiro I, Sobue T, Nakayama T. Long-term trends in sex difference in bladder cancer survival 1975-2009: A population-based study in Osaka, Japan. Cancer medicine. 2020.
 9. Ito Y, Rachet B. Chapter 12. Cancer Inequalities in Japan. Brunner E, Cable N, Iso, H. Eds. Health in Japan: Social Epidemiology of Japan since the 1964 Tokyo Olympics. Oxford University Press; 2020.
2. 学会発表
 1. 伊藤ゆり. 2021. "既存統計資料を用いた健康格差モニタリング～がんを事例に～." 第 61 回日本社会医学会総会, [シンポジウム]. 京都 Feb 21 2020
 2. Ito, Y, K. Fukui, K. Katanoda, T. Higashi, and et al. 2020. 'Geographical disparities in the reduction of cancer mortality and the early detection of cancer by prefecture in Japan.', *The 79th Annual Meeting of Japanese Cancer Association 2020*. OE24-1 Epidemiological study, descriptive and cohort studies [Oral]. Hiroshima, Japan 1-3 Oct. 2020.
 3. 太田将仁, 伊藤ゆり, 東尚弘. 2021. "2018 年度がん診療連携拠点病院の現況報告からみたストラクチャ指標とプロセス指標の評価." 第 31 回日本疫学会学術総会, [Oral].
 4. 片岡葵, 福井敬祐, 佐藤倫治, 菊池宏幸, 井上茂, 近藤尚己, 中谷友樹, and 伊藤ゆり. 2021. "都道府県内の健康寿命・平均寿命の社会経済格差と都道府県全体の健康指標における関連性の検討." 第 31 回日本疫学会学術総会, [Oral].
 - H. 知的財産権の出願・登録状況
 1. 特許取得
該当なし
 2. 実用新案登録
該当なし
 3. その他
該当なし

表2. がん領域における目標

	目標	目標の種類	概要	ベースライン（年齢は2000年の標準人口に調整）	目標	目標設定方法	目標設定方法の詳細
がん一般	全体的ながんによる死亡率を減らすー C-01	コア目標	がんは、米国で2番目に多い死因です。人々が喫煙をやめ、健康的な食事をし、より多くの運動をするのを助けるための戦略は、さまざまな種類のがんによる死亡を減らすに役立ちます。スクリーニング手順、および新しい治療法も、がんによる死亡を減らすに役立ちます。	2018年に人口10万人あたり149.1人のがんによる死亡が発生	人口10万人あたり122.7人のがんによる死亡	Projection	加重最小二乗法と50%の予測区間での予測を使用して近似された線形トレンド
がん一般	女性の乳がんによる死亡率を下げるー C-04	コア目標	乳がんは、アメリカ女性で最も一般的な種類のがんの1つです。乳がんによる死亡率は近年低下していますが、一部の人種/民族グループでは依然として高いままです。乳がんのスクリーニング、個別化された治療、および地域密着型のがん対策の取り組みを強化するための介入は、乳がんによる死亡を減らすために重要です。	2018年に発生した女性10万人あたり19.7人の乳がん死亡が発生	10万人の女性あたり15.3人の乳がんによる死亡	Projection	加重最小二乗法と50%の予測区間での予測を使用して近似された線形トレンド
がん一般	結腸直腸がんによる死亡率を下げるー C-06	コア目標	結腸直腸がんは、米国におけるがんによる死亡の最も一般的な原因の1つです。人々が結腸直腸がんを生き残る可能性が高くなるに、結腸直腸がんを早期に発見するための効果的なスクリーニングツールがあります。推奨されるスクリーニングの使用を増やし、人々が身体活動を行い、健康的な食事をするための戦略は、結腸直腸がんによる死亡率を減らすための鍵です。	2018年に人口10万人あたり13.4人の結腸直腸がんによる死亡が発生	人口10万人あたり8.9人の結腸直腸がんによる死亡	Projection	加重最小二乗法と50%の予測区間での予測を使用して近似された線形トレンド
がん一般	前立腺がんによる死亡率を下げるー C-08	コア目標	前立腺がんは、最も一般的に診断されるがんであり、アメリカ男性のがんによる死亡の2番目に多い原因です。前立腺がんによる死亡率は、一部のグループでは他のグループよりもはるかに高くなっています。研究によると、前立腺がんを精密に監視するは、早期に診断された男性の前立腺がんによる死亡率を減らす効果的な方法です。	2018年に男性10万人あたり18.8人の前立腺がんによる死亡が発生	男性10万人あたり16.9人の前立腺がんによる死亡	改善率	ベースラインから10%の改善
がん一般	日焼けを報告する9年生から12年生の生徒の割合を減らすー C-10	コア目標	皮膚がんは、米国で最も一般的に診断される種類のがんですが、皮膚がんのほとんどの症例は予防可能です。日焼けは、特に人生の早い段階で、皮膚がんのリスクを高める可能性があります。コユニティ全体のプログラムと教育、環境、および政策の介入は、9年生から12年生の日焼けを防ぐ行動を増やすに役立ちます。	2017年の過去12か月間9年生から12年生の生徒の57.2%が日焼けを報告	52.20%	パーセンテージポイントの改善	コーエンのh効果サイズ0.10を使用したベースラインからのパーセンテージポイントの改善
がん一般	診断後5年以上生存しているがん生存者の割合を増やすー C-11	コア目標	がんの生存率は、がん患者の健康状態を改善する取り組みの成功を測定するための重要な方法です。生存率は時間とともに増加していますが、人種/民族、社会経済、生物学、地理的な格差は残っています。推奨される標準治療を開発し、すべてのグループに予防戦略を使用することは、がん患者の長生きを支援するための鍵です。	2014年の診断後5年以上生存していたがん患者の64.1%	66.20%	Projection	加重最小二乗法と50%の予測区間での予測を使用して近似された線形トレンド
がん一般	がんサバイバーの生活の質を向上させるー C-R01	研究目標	この目的は現在研究状況にあります。つまり、これに対処するための証拠に基づく介入がまだ開発されていない、優先度の高い公衆衛生の問題です。信頼できるベースラインデータが利用できる場合もない場合があります。ベースラインデータエビデンスに基づく介入の両方が利用可能な場合、この目標は、Healthy People 2030のコア目標になる可能性があります。				
がん一般	がんを予防するための介入について医療提供者と話し合う人々の割合を増やすー C-R02	研究目標	この目的は現在研究状況にあります。つまり、これに対処するための証拠に基づく介入がまだ開発されていない、優先度の高い公衆衛生の問題です。信頼できるベースラインデータが利用できる場合もない場合があります。ベースラインデータエビデンスに基づく介入の両方が利用可能な場合、この目標は、Healthy People 2030のコア目標になる可能性があります。				
口腔ケア	初期段階で検出された口腔がんと咽頭がんの割合を増やすー OH-07	コア目標	口腔がんと咽頭がんは、唇、頬、歯茎、喉、舌などの領域に影響を及ぼします。これらのがんが早期に診断されると、治療が容易になります。口腔がんおよび咽頭がんのほとんどの人は、初期段階では診断されません。歯科医院に行くのにこれらのがんをスクリーニングすると、特にアルコールやタバコの使用や特定の種類のウイルス感染のためにリスクが高い人では、早期診断につながる可能性があります。	口腔がんおよび咽頭がんの20.5%が2016年の最も早い段階（ステージ1ローカライズ）で検出	34.20%	パーセンテージポイントの改善	コーエンのh効果サイズ0.10を使用したベースラインからのパーセンテージポイントの改善
予防	乳がんのスクリーニングを受ける女性の割合を増やすー C-05	コア目標	乳がんを早期に発見することは、女性の乳がんによる死亡を防ぐに役立ちます。女性がスクリーニングを受けない場合、乳がんの女性が後の段階で診断され、乳がんで死亡する可能性があります。乳がん検診を受けることは、乳がんによる死亡を減らすための鍵です。	50〜74歳の女性の72.8%が2018年に乳がん検診を受診	77.10%	パーセンテージポイントの改善	コーエンのh効果サイズ0.10を使用したベースラインからのパーセンテージポイントの改善
予防	結腸直腸がんのスクリーニングを受ける成人の割合を増やすー C-07	コア目標	結腸直腸がんは、米国におけるがんによる死亡の最も一般的な原因の1つであり、結腸直腸がんの発生率は少数民族でより高くなっています。さまざまなスクリーニング方法で結腸直腸がんを早期に発見し、死亡を防ぐことができます。結腸直腸がんのスクリーニングの少なくとも2つのアプローチを含む介入は、より多くの成人が推奨されるスクリーニングを受けるのに役立ちます。	50〜75歳の成人の65.2%が、2018年の最新のガイドラインに基づいて結腸直腸がんのスクリーニングを受診	74.40%	パーセンテージポイントの改善	コーエンのh効果サイズ0.20を使用した、ベースラインからのパーセンテージポイントの改善
予防	子宮頸がんのスクリーニングを受ける女性の割合を増やすー C-09	コア目標	HPV（ヒトパピローウイルス）感染が子宮頸がんの主要な原因です。子宮頸がんのスクリーニングは、子宮頸がんのスクリーニングを受ける女性の割合を増やすのに役立ちます。子宮頸がんのスクリーニングを受ける女性の割合を増やすことは、患者と医療提供者の両方を対象とした介入が含まれます。	21〜65歳の女性の80.5%が、2018年に最新のガイドラインに基づいて子宮頸がんのスクリーニングを受診	84.30%	パーセンテージポイントの改善	コーエンのh効果サイズ0.10を使用したベースラインからのパーセンテージポイントの改善
予防	乳がんおよび/または卵巣がんの遺伝カウンセリングを受けるリスクの高い女性の割合を増やすー C-D01	開発目標	この目標は現在開発状況にあります。つまり、これに対処するための証拠に基づく介入が行われている優先度の高い公衆衛生問題ですが、信頼できるベースラインデータはまだありません。ベースラインデータが利用可能な場合、この目標は、Healthy People 2030のコア目標になると思われる場合があります。				
予防	リンパ系癌の検査を受ける結腸直腸がん患者の割合を増やすー C-R03	研究目標	この目的は現在研究状況にあります。つまり、これに対処するための証拠に基づく介入がまだ開発されていない、優先度の高い公衆衛生の問題です。信頼できるベースラインデータが利用できる場合もない場合があります。ベースラインデータエビデンスに基づく介入の両方が利用可能な場合、この目標は、Healthy People 2030のコア目標になる可能性があります。				
呼吸器疾患	肺がんによる死亡率を下げるー C-02	コア目標	肺がんは、米国で最も一般的で致命的ながんの1つです。肺がんによる死亡率は近年減少していますが、性別や人種/民族によって大きな格差があります。証拠は、タバコの開始を防ぎ、人々が喫煙をやめるのを助けるためのスクリーニングと介入が肺がんによる死亡数を減らすに役立つことを示しています。	2018年に人口10万人あたり34.8人の肺がんによる死亡が発生	人口10万人あたり25.1人の肺がんによる死亡	Projection	加重最小二乗法と50%の予測区間での予測を使用して近似された線形トレンド
呼吸器疾患	肺がんのスクリーニングを受ける成人の割合を増やすー C-03	コア目標	肺がんのスクリーニングは、リスクの高い人々（主に現在および以前の喫煙者）の肺がんによる死亡を防ぐのに役立ちます。しかし、この集団のスクリーニング率は非常に低いです。医療提供者と肺がんのリスクがある人々の両方の間で、スクリーニングの推奨事項に関する知識を増やすことは、死亡を防ぐに役立ちます。タバコの開始と中止に関する知識を増やすことも、肺がんによる死亡を防ぐのに役立ちます。	55〜80歳の成人の4.5%が、2015年に最新のガイドラインに基づいて肺がんスクリーニングを受診	7.50%	Minimal statistical significance	ベースラインと同じターゲットの標準誤差を想定した、最小十分統計量。

表1. 米国Healthy Peopleのこれまでの計画概要と成果

事例名	概要	期間(年)	成果*
Healthy People 1990	生涯を通じて死亡を減らすこと、高齢者の自立を高めることに焦点を当てた計画。	1980 ~ 1990	
 Healthy People 2000	健康寿命の延伸、健康格差の是正、予防サービスへのアクセスに焦点を当てた計画。22の優先分野の元、319の目標が設定された。 - 優先分野としては「身体活動とフィットネス」「栄養」「タバコ」等と並んで「がん」についても設定されており、17の目標を設定。 - 主要な健康指標として肺がんや乳がん死亡率に着目。	1990 ~ 2000	「目標達成・目標以上」が21%、「改善中」が41%、「少し改善・変化なし」が11%、「維持・変化なし」が2%、「悪化」が15%、「評価不能」が10%。 - 主な成果の1つとして、冠動脈性心臓病とがんによる死亡減少の目標達成。
 Healthy People 2010	生活に質の向上に重点を置いた計画。健康格差の“解消”を目指した。 28の重点分野の元で構成された467の目標と、10のトピックの元で構成された28のLHI（Leading Health Indicators）が新たに設定された。がん領域では25の目標が設定された。 - 健康格差を「人種・民族」「性別」「セクシャリティ」「障害や特別な健康管理の有無」「地域(都市・方)」等で定義されたサブグループごとに分析、評価	2000 ~ 2010	「目標達成・目標以上」が23%、「改善中」が48%、「維持・変化なし」が5%、「悪化」が24%。 「がん」領域では25の目標のうち、「達成」が2、「改善中」が11、「維持・変化なし」が1、「悪化」が4、「その他」が7であった。
 Healthy People 2020	健康寿命の延伸、健康格差の解消、健康につながる社会的物理的環境の整備、すべてのライフステージにおける生活の質・健康的な行動促進等を掲げる。 - 思春期の健康、アルツハイマー症を含めた認知障害、生活の質向上、看護関連の感染症、LGBTの健康、高齢者の健康、流行疾患などの緊急事態への予防と準備、睡眠障害を含む睡眠に関する健康等を当たらに追加 - がんの領域においては、前期の結果を踏まえて5つの開発目標を含む全27の目標を設定。特に予防など最新の動向を踏まえた目標を追加	2010 ~ 2020	2017年度の中間報告では、1271個の設定目標のうち1054個の目標達成度評価を実施 「目標達成・目標以上」が21%、「改善中」が19%、「少し改善・変化なし」が27%、「悪化」が11%、「評価不可」が18%、「その他」が4%という結果であった。 - 最終的に、「目標達成・目標以上」が33.9%、「改善中」が20.8%、「少し改善・変化なし」が31.0%、「悪化」が14.3%であった。
 Healthy People 2030	健康の公平性、健康の社会的決定要因、ヘルスリテラシーにより焦点を当てた計画。新たにwell-beingの視点を追加。 - 新たな課題に対応するために全体的に目標の数を大幅に減らし、より焦点を絞った、エビデンスに基づく、統計的に厳密な目標の設定を行った。（目標は、コア目標、開発目標、研究目標の3種類からなる。） - Webサイト上でタイムリーにデータを閲覧可能（HP2030データベース）	2020 ~ 2030	

<https://health.gov/our-work/healthy-people/about-healthy-people/history-healthy-people>, * https://www.cdc.gov/nchs/products/hp_pubs.htm#review

図1. 米国Healthy Peopleのこれまでの計画における目標設定方法や目標数の変遷

	Healthy People 2000	Healthy People 2010	Healthy People 2020	Healthy People 2030
ビジョン	健康スパンを増加し、健康格差を解消し、予防医療へアクセス	健康で高い質の生活の実現と健康格差の解消	予防、早期発見、早期治療、リハビリを通して国民の健康の改善	すべての人が生涯にわたって健康と幸福の可能性を最大限発揮できる社会
目標の設定方法	22の優先分野の元で構成された319の目標	28の重点分野の元で構成された467の目標と、10のトピックの元で構成された28のLHI	42トピックの元で構成された1300の目標と、12のトピックの元で構成された26のLHI	コア目標(355)、開発目標(115)、研究目標(40)の3つのカテゴリに分類
主要な健康指標(LHI)の設定方法	-	行動を動機付ける能力、進捗状況を測定するためのデータの可用性、および広範な公衆衛生問題としての関連性に基づいて選定	健康と健康格差の決定要因と、ライフステージ全体の健康を元に設定	コア目標からの選定条件とデータ要件が設定され、満たす指標が選定
管理目標数	319	467	1300	355
変更点	主要な健康指標(LHI)の設定		管理目標数の大幅な増加	目標が3カテゴリに分けられ、管理目標数を大幅に削減

出典:https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/index.htm

図2. Healthy People 2000 におけるがん領域の目標設定・評価結果

■ 目標：

- ✓ がんによる病気・障害・死亡だけでなく、新たながんの症例を減らす

■ 概要：

- ✓ がん領域では、死亡率減少を始めとして17の目標が設定された。
- ✓ 目標には、がんのリスク要因である喫煙率、摂取カロリー、野菜摂取量、日焼けへの対策等が含まれる。
- ✓ また、乳がん検診や子宮頸がん検診等のがん検診受診率、pap testの質評価等、エビデンスに基づくスクリーニングについても目標が設定された。

■ 最終報告有：

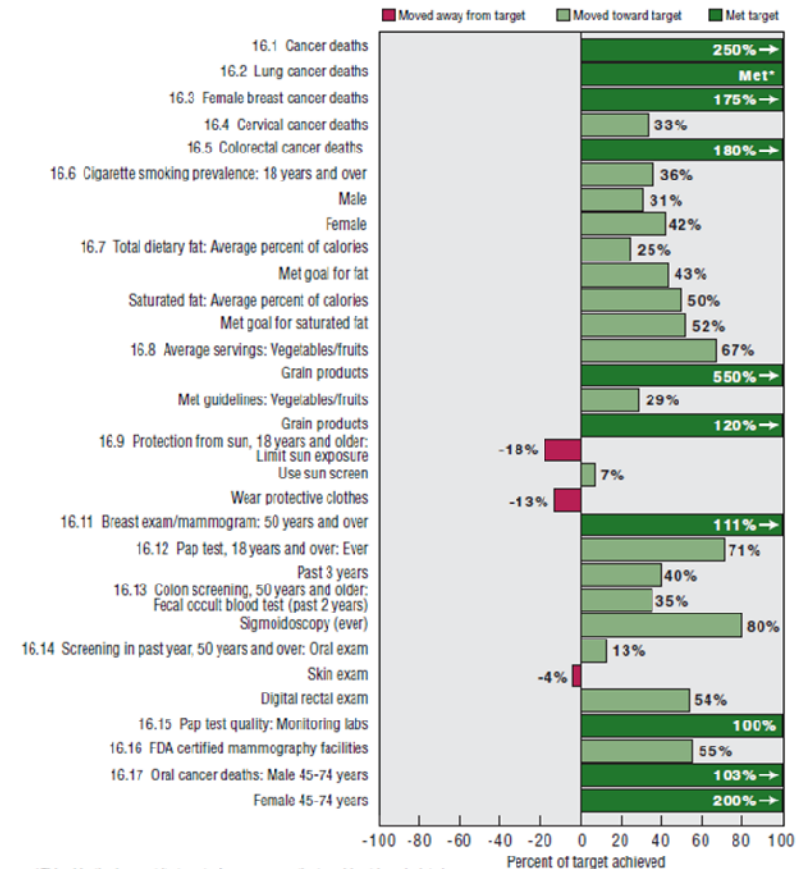
- ✓ 17の目標のうち、XXが達成した。日焼け対策などが未達成。
- ✓ 収集データを「人種・民族」「性別」「セクシャリティ」「障害や特別な健康管理の有無」「地域(都市・地方)」等で定義されたサブグループごとに分析されており、健康格差の視点からも評価がなされている。
(https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010/hp2010_final_review.htm)

■ Healthy People2010への反映：

- ✓ 死亡者数が急速に増えている前立腺がん、黒色腫に関する目標を追加。
- ✓ がんのリスクとなる生活習慣の改善やがん検診の受診率なども引き続き重要な目標として設定。なお、一部の目標は栄養や喫煙など、異なる優先領域に再編。
- ✓ 適切な評価のためには各州におけるがん登録件数を増やす必要があり、それも目標として追加。

■ 目標達成度

Figure 16. Final status of Cancer objectives



*This objective has met its target. A progress quotient could not be calculated.
NOTES: Complete tracking data are shown in table 16. Progress quotients are not calculated for objective 16.10.
See the section on Measuring Progress Toward the Healthy People 2000 Targets in the Appendix for more information.
FDA is Food and Drug Administration.

図3-A. Healthy People 2010 におけるがん領域の目標設定・評価結果

■ 目標：

- ✓ がんによる病気・障害・死亡だけでなく、新たながんの症例を減らす

■ 概要：

- ✓ がん領域では、死亡率減少を始めとして15（25？）の目標が設定された。
- ✓ 目標には、がん種別の死亡率やがん検診受診率に加え、生存率に関する目標が設定された。
- ✓ 評価精度を向上させるため、地域がん登録を行う州数も目標に加えられている。

■ 最終報告有：

- ✓ 15（25？）の目標のうち、前立腺がん死亡率減少および大腸内視鏡検査によるがん検診受診率が達成した。悪性黒色腫死亡率や運動に関するカウンセリングや、子宮頸がん検診受診率などが未達成。
- ✓ 健康格差の観点でのサブグループごと（人種別や収入別など）に分析されており、サブグループごとに最も良い群と各群の比較がされた。

■ Healthy People2020への反映：

- ✓ 目標数を25から27に変更。
- ✓ 13の目標を11の目標に再編。（肺がん、大腸がんの死亡率の目標を最新の疫学データに基づき再設定、青年期のがんやがん検診等に関する目標を最新のガイドライン等に基づき見直し等）

■ 目標達成度

Figure 3-1. Progress Toward Target Attainment for Focus Area 3: Cancer

Objective	Percent of targeted change achieved ²	2010 Target	Baseline (Year)	Final (Year)	Baseline vs. Final		
					Difference ³	Statistically Significant ⁴	Percent Change ⁵
3-1. Overall cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	53.1%	158.6	200.8 (1999)	178.4 (2007)	-22.4	Yes	-11.2%
3-2. Lung cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	40.2%	43.3	55.5 (1999)	50.6 (2007)	-4.9	Yes	-8.8%
3-3. Female breast cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	69.8%	21.3	26.6 (1999)	22.9 (2007)	-3.7	Yes	-21.1%
3-4. Cervical cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	50.0%	2.0	2.8 (1999)	2.4 (2007)	-0.4	Yes	-14.3%
3-5. Colorectal cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	55.6%	13.7	20.9 (1999)	16.9 (2007)	-4.0	Yes	-19.1%
3-6. Oropharyngeal cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	66.7%	2.4	2.7 (1999)	2.5 (2007)	-0.2	Yes	-7.4%
3-7. Prostate cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	251.6%	28.2	31.1 (1999)	23.5 (2007)	-7.6	Yes	-24.9%
3-8. Melanoma deaths (age adjusted, per 100,000 population)		2.3	2.6 (2000)	2.7 (2007)	0.1	Yes	3.8%
3-9. Sun exposure and skin cancer							
a. Students who use protective measures (grades 9-12)	25.0%	28%	24% (2005)	25% (2007)	1	No	4.2%
b. Adults who use protective measures (age adjusted, 18+ years)	10.0%	85%	65% (2005)	67% (2008)	2	Yes	3.1%
3-10. Primary care provider counseling about physical activity		85%	12% (1998)	10% (2007)	-2	No	-16.7%
3-11. Women receiving a Pap test							
a. Ever received (age adjusted, 18+ years)	20.0%	97%	92% (1998)	93% (2008)	1	Yes	1.1%
b. Received within past 3 years (age adjusted, 18+ years)		90%	79% (1998)	76% (2008)	-3	Yes	-3.8%
3-12. Colorectal cancer screening							
a. Fecal occult blood test (FOBT) within past 2 years (age adjusted, 50+ years)		33%	24% (2000)	15% (2008)	-9	Yes	-37.5%
b. Proctoscopy, colonoscopy, or sigmoidoscopy ever received (age adjusted, 50+ years)	138.5%	50%	37% (1998)	55% (2008)	18	Yes	48.6%
3-13. Women receiving a mammogram within past 2 years (age adjusted, 40+ years)	0.0%	70%	67% (1998)	67% (2008)	0	No	0.0%
3-14. Statewide cancer registries (no. States and D.C.)	60.0%	45	30 (1999)	39 (2008)	9	Not tested	30.0%
3-15. Persons living 5+ years after a diagnosis of cancer	81.8%	70%	59% (1989-95)	68% (2000-06)	9	Yes	15.3%

図3-B. Healthy People 2010 におけるがん領域の格差に関する評価

Figure 3-2. Health Disparities Table for Focus Area 3: Cancer

Disparities from the best group rate for each characteristic at the most recent data point and changes in disparity from the baseline to the most recent data point.

		人種・民族 Race and Ethnicity							性別 Sex		教育歴 Education				収入 Income				居住地 Location		障害 Disability		
		American Indian or Alaska Native	Asian	Native Hawaiian or Other Pacific Islander	Two or more races	Hispanic or Latino	Black, not Hispanic	White, not Hispanic	Summary index	Female	Male	Less than high school	High school graduate	At least some college	Summary index	Poor	Near poor	Middle/high income	Summary index	Urban or metropolitan	Rural or nonmetropolitan	Persons with disabilities	Persons without disabilities
Population-based objective																							
3-1.	Overall cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population) (1999, 2007) ¹		B ⁱ										B										
3-2.	Lung cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population) (1999, 2007) ¹		I			B		↑	↑	B	↓	↑	↑	B	↑								
3-3.	Female breast cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population) (1999, 2007) ¹		B ⁱ									B ⁱⁱ											
3-4.	Cervical cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population) (1999, 2007) ¹		B ^{i, ii}										B										
3-5.	Colorectal cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population) (1999, 2007) ¹		B ⁱ				↓	↓		B			B										
3-11a.	Women receiving a Pap test—Ever received (age adjusted, 18+ years) (1998, 2008) ²				B	↓			B	iii			B			↓	↓	B				iv	B
b.	Women receiving a Pap test—Received within past 3 years (age adjusted, 18+ years) (1998, 2008) ²		↓			↓			B	iii		↓	B				B		B		↑	B	
3-12a.	Colorectal cancer screening—Fecal occult blood test (FOBT) within past 2 years (age adjusted, 50+ years) (2000, 2006)		B ⁱⁱ						B ⁱⁱ	iii		↓	B				B		B		B		
b.	Colorectal cancer screening—Proctoscopy, colonoscopy, or sigmoidoscopy ever received (age adjusted, 50+ years) (1998, 2008) ³	↑				↑			B	iii		↑	↑	B	↑	↑	B	↑	B		B		

図4. Healthy People 2020 におけるがん領域の目標設定・評価状況

■ 目標：

- ✓ がんによる病気・障害・死亡だけでなく、新たながんの症例を減らす

■ 概要：

- ✓ Healthy People 2020では、米国におけるがんの負担軽減に向けた進捗状況をよりよく評価するために、がんの罹患率、死亡率、および生存率の傾向をモニタリングすることを支援。
- ✓ この目標は、U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) にて推奨されたスクリーニング検査の受診状況を測定することにより、子宮頸がん、大腸がん、および乳がんに対するエビデンスに基づく検診を促進することの重要性を反映している。

■ 最終報告有 (snap shot)：

- ✓ 収集データを「人種・民族」「性別」「セクシュアリティ」「障害や特別な健康管理の有無」「地域(都市・地方)」等で定義されたサブグループごとに分析、評価されており、健康格差の視点からも評価がなされている (2021年にNCHSにて詳細な評価がなされる予定)。
(<https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2020/HP2020MCR-C05-Cancer.pdf>)
(https://health.gov/sites/default/files/2020-12/HP2020RevisedEndofDecadeSnapshot_0.pdf)



■ Healthy People2030への反映：

- ✓ 後述

■ 目標達成度

Select Topic Area(s)	Select Key Term(s)	Select Final Progress Status					
Cancer	すべて	すべて					
☒ Target met or exceeded ☒ Improved ☒ Little or no detectable change ☒ Got worse ☒ Baseline only ☒ Informational							
Final progress status [1]	Objective description	Baseline value (year)	Final value (year) [2]	Target	Movement toward target [3] (percent)	Movement away from baseline [4] (if movement not toward target) (percent)	Movement statistically significant [5] [6]
✓	C-1. Overall cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	179.3 (2007)	152.5 (2017)	161.4	149.7	...	Yes
✓	C-2. Lung cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	50.6 (2007)	36.6 (2017)	45.5	274.5	...	Yes
✓	C-3. Female breast cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	23.0 (2007)	19.9 (2017)	20.7	134.8	...	Yes
✓	C-4. Cervical cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	2.4 (2007)	2.2 (2017)	2.2	100.0	...	Yes
✓	C-5. Colorectal cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	17.1 (2007)	13.8 (2017)	14.5	126.9	...	Yes
✗	C-6. Oropharyngeal cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	2.5 (2007)	2.5 (2017)	2.3	...	0.0	...
✓	C-7. Prostate cancer deaths (age adjusted, per 100,000 population)	24.2 (2007)	18.7 (2017)	21.8	229.2	...	Yes
✓	C-8. Melanoma deaths (age adjusted, per 100,000 population)	2.7 (2007)	2.1 (2017)	2.4	200.0	...	Yes
✓	C-9. New cases of invasive colorectal cancer (age adjusted, per 100,000 population)	47.1 (2007)	37.4 (2016)	40.0	136.6	...	Yes
+	C-10. New cases of invasive uterine cervical cancer (age adjusted, per 100,000 population)	8.1 (2007)	7.7 (2016)	7.3	50.0	...	Yes
✓	C-11. New cases of late-stage female breast cancer (age adjusted, per 100,000 population)	44.7 (2007)	41.0 (2016)	42.4	160.9	...	Yes
+	C-12. Statewide cancer registries (number of states and the District of Columbia)	43 (2006)	47 (2016)	51	50.0	...	...
+	C-13. Relative 5-year cancer survival rate (percent)	65.2 (2007)	66.9 (2016)	71.7	26.2	...	Yes
✗	C-15. Women receiving a Pap test within past 3 years (age-adjusted percent, ages 21-65)	84.5 (2008)	80.5 (2018)	93.0	...	4.7	Yes
+	C-16. Adults receiving colorectal cancer screening based on the most recent guidelines (age-adjusted percent, ages 50-75)	52.1 (2008)	65.2 (2018)	70.5	71.2	...	Yes
✗	C-17. Women receiving a mammogram within past 2 years (age-adjusted percent, ages 50-74)	73.7 (2008)	72.8 (2018)	81.1	...	1.2	No
✗	C-18.1. Women counseled about mammograms (age-adjusted percent, ages 50-74)	69.8 (2008)	66.7 (2015)	76.8	...	4.4	Yes
✗	C-18.2. Women counseled about Pap tests (age-adjusted percent, ages 21-65)	60.2 (2008)	52.8 (2015)	66.2	...	12.3	Yes
✓	C-19. Men ever counseled about advantages and disadvantages of the prostate-specific antigen (PSA) test (age-adjusted percent, ages 40 and over)	14.4 (2010)	21.3 (2018)	15.9	460.0	...	Yes
✗	C-20.1. Adolescents who report sunburn (percent, grades 9-12)	55.8 (2015)	57.2 (2017)	...	...	...	...
+	C-20.2. Adults reporting sunburn in the past 12 months (age-adjusted percent, ages 18 and over)	37.5 (2010)	35.3 (2015)	33.8	59.5	...	Yes
✓	C-20.3. Adolescents using indoor tanning devices (percent, grades 9-12)	15.6 (2009)	5.6 (2017)	14.0	625.0	...	No
✓	C-20.4. Adults using indoor tanning devices (age-adjusted percent, ages 18 and over)	5.6 (2010)	3.6 (2015)	3.6	100.0	...	Yes
✗	C-20.5. Adolescents using protective measures to prevent skin cancer (percent, grades 9-12)	9.3 (2009)	10.1 (2013)	11.2	42.1	...	No
+	C-20.6. Adults using protective measures to prevent skin cancer (age-adjusted percent, ages 18 and over)	67.0 (2008)	70.8 (2015)	73.7	56.7	...	Yes

https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020/progress-tables.htm

Figure 7. End of Decade Status of Healthy People 2020 Trackable Objectives, by Population Subgroup

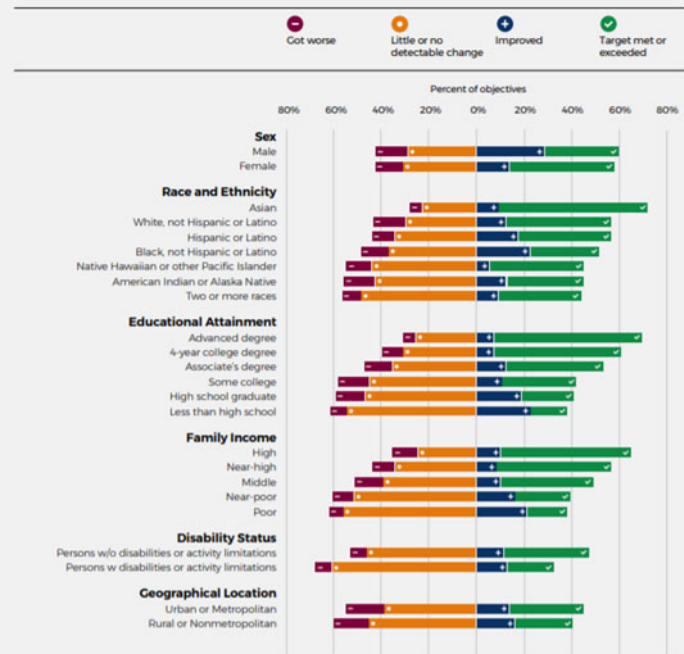
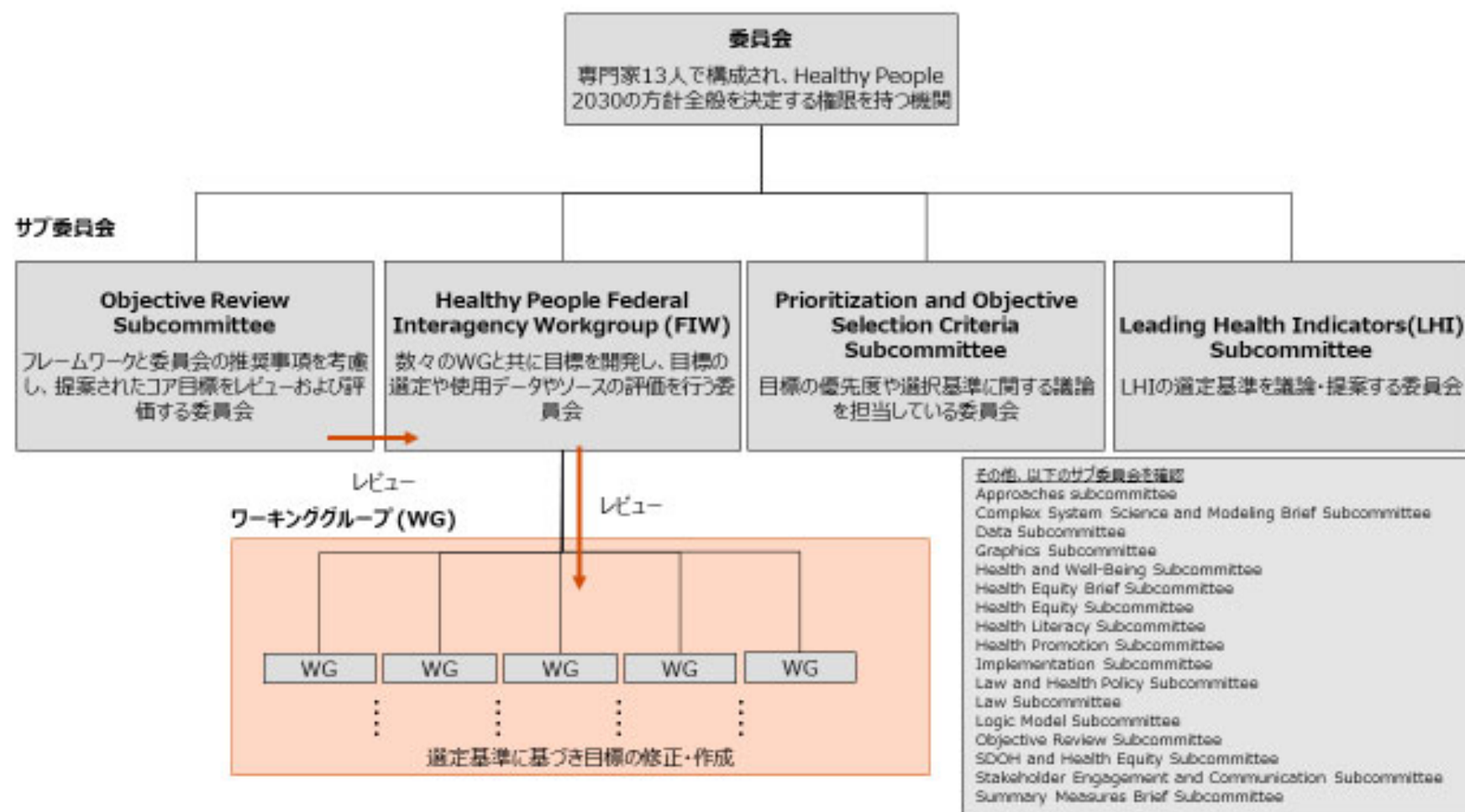
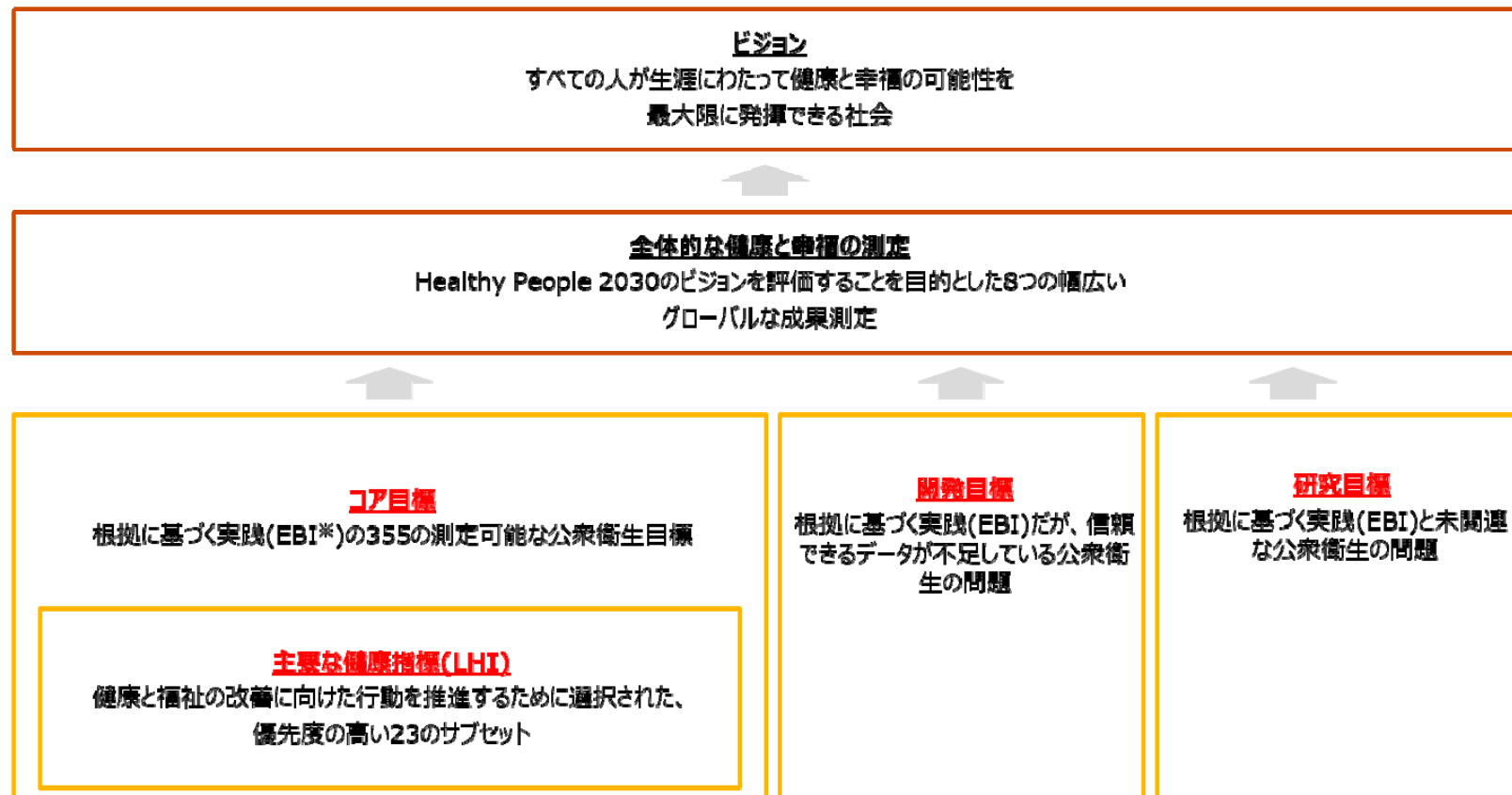


図5 Healthy People 2030検討委員会の構成



出典： <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/about-objectives>
<https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Committee-Meetings>

図6. Healthy People2030の対象領域における目標設定



※Evidence-based intervention : 結果評価により、ある程度効果的だとみなされている事柄

出典: Health People 2030 <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/about-objectives/healthy-people-2030-objectives-and-measures>

図7. Healthy People2030の主要な健康指標(LHI)

ライフステージごとの主要な健康指標(LHI)

全世代対象

- 口腔医療制度を利用する子供、青年、成人(2歳以上)
- 2歳以上の添加糖からのカロリー摂取量(2歳以上)
- 薬物の過剰摂取による死亡
- 不健康な空気への暴露
- 殺人
- 家庭の食料不安と飢餓
- 季節性インフルエンザの予防接種を毎年受けている人
- 自身のHIV感染状態を知っている人(13歳以上)
- 医療保険に加入している人(65歳未満)
- 自殺

乳幼児

- 乳幼児突然死

子供と青年

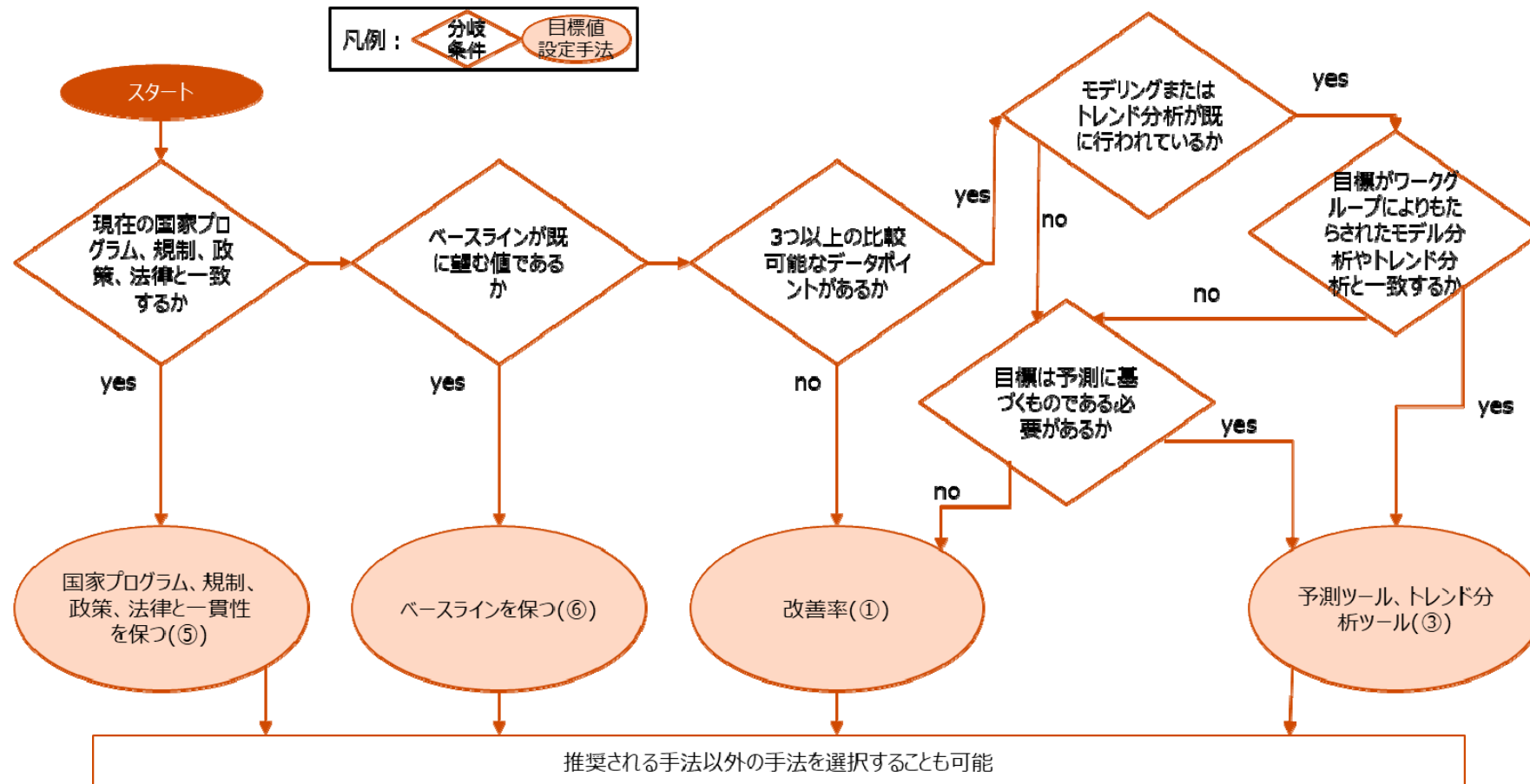
- 読解力が学年の習熟度以上の4年生
- 治療を受ける大うつ病エピソード(MDE)の青年
- 肥満の子供と青年
- 青年期におけるタバコ製品の現在の使用

成人/高齢者

- 過去30日間にアルコール飲料を暴飲している成人
- 有酸素運動および筋力強化活動に関する現在の最小ガイドラインを満たす成人
- **最新のガイドラインに基づいて大腸がん検診を受ける成人**
- 血圧を管理している高血圧症の成人
- 成人の喫煙
- 生産年齢人口の雇用
- 妊産婦死亡
- 新しく糖尿病と診断された症例数

出典:<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/leading-health-indicators>

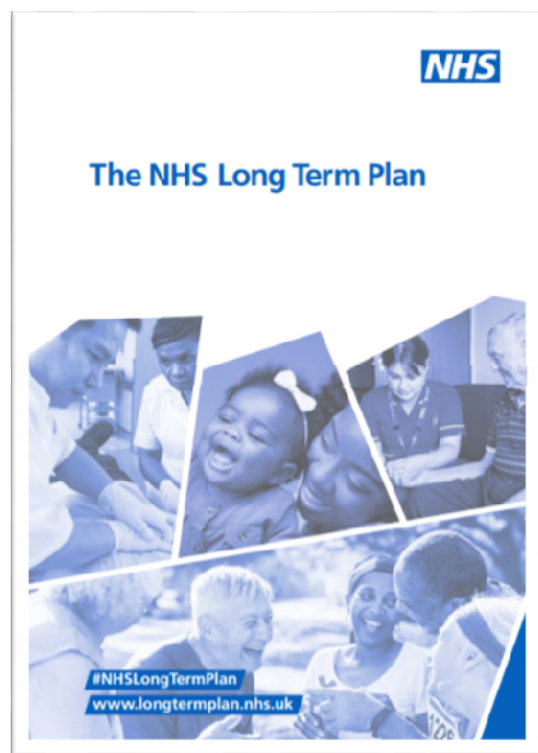
図8. Healthy People2030における目標値設定手法の選択フロー



出典: Target-Setting Methods in Healthy People 2030 <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/data-sources-and-methods>
<https://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt28-508.pdf>

図9. 英国・イングランド NHS Long Term Plan

- ✓ NHS Long Term Plan (LTP) があるが、LTPは向こう10年間の長期予算計画であり、最新版は2019年1月に発表された。
- ✓ がん対策に関しては、大きく次の目標を定めている。
 - ・2028年までに、がん診断後、毎年55,000人以上の人々が5年以上生存する。
 - ・2028年までに、がん患者の75%が早期（ステージ1または2）に診断されるようになる。



計画内容

3.5.1 がんの生存率はこれまでで最高であり、今では毎年何千人もの人々ががんを生き延びています。2015年に診断された患者の場合、1年生存率は2000年より11パーセントポイント高い72%でした。...

3.5.2 この長期計画は、2028年までに、ステージ1および2で診断されたがんの割合が現在の約半分からがん患者の4分の3に増加するという新しい野心を設定します。これを達成することは、2028年から、毎年55,000人以上の人々が診断後少なくとも5年間がんを生き残ることを意味します。...

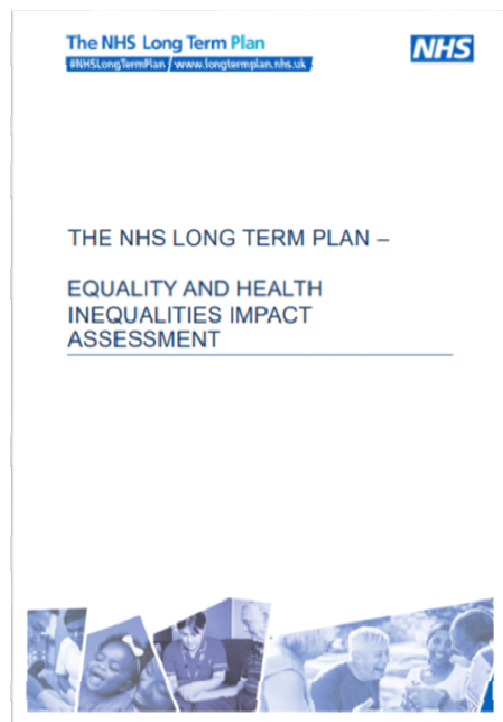
マイルストーン

- ・2019年から、全国に新しいRapid Diagnostic Centerの展開を開始します。
- ・2020年には、がんの新しいより迅速な診断基準が導入され始め、患者は28日以内に確定診断またはがんの除外を受けることができます。
- ・2020年までに、子宮頸がんのHPV一次スクリーニングがイギリス全土で実施される予定です。
- ・2021年までに、必要に応じて、がんと診断されたすべての人が、ニーズアセスメント、ケアプラン、健康と福祉に関する情報とサポートを含む個別のケアにアクセスできるようになります。
- ・2022年までに、肺の健康診断モデルが拡張されます。
- ・2023年までに、がんを心配している人々のための層別の追跡経路が再発した可能性があります。これらは、すべての臨床的に適切ながんに対して実施されます。
- ・2028年までに、NHSはステージ1または2でがんの75%を診断します。

出典: <https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-3-further-progress-on-care-quality-and-outcomes/better-care-for-major-health-conditions/cancer/>

図10. 英国・イングランド NHS LTPにおける健康格差インパクトアセスメント

- ✓ TLPでは健康格差についても対処することとしている。健康格差の影響等をどのように評価しているかについては、Equality and Health Inequalities Impact Assessmentにて示されている。
- ✓ 例えば、LTPではがん患者の75%が早期（ステージ1または2）に診断されることを目指しているが、特にBAMEのコミュニティでの診断率の向上の必要性や、白人よりも黒人において前立腺がんの罹患率が高いこと等について触れている。



Cancer	▪ Cancer is a long-term condition covered by the protected characteristic of disability. ▪ Three cancers impact disproportionately on deprived communities (larynx, lung and cervical cancer), improving screening and early detection may therefore assist these communities. There is a high level of smoking amongst Gypsies, Roma and Travellers and often amongst East European migrants. ▪ The Plan sets a new ambition to increase the proportion of cancers diagnosed at stages 1 and 2 and proposes the modernization of the Bowel Cancer Screening Programme to detect more cancers, earlier the Plan specifically seeks to improve diagnosis rates in BAME communities
	including in relation prostate cancer. Improvements in care for prostate cancer will positively impact on Black males who have significantly higher rates than White and Asian males for prostate cancer. ▪ The Plan proposes the introduction of the HPV vaccination for boys across England. ▪ The Plan notes that a review of the current cancer screening programmes will be undertaken. The review will make recommendations to further improve the delivery of the screening programmes, increase uptake and learn the lessons from the recent issues around breast and cervical screening. ▪ The Plan proposes the introduction of a new faster diagnosis standard in 2020 to ensure patients receive a definitive diagnosis or ruling out of cancer within 28 days of referral from a GP or from screening. It also proposes the rollout of new Rapid Diagnostic Centres (RDCs) across the country to upgrade and bring together the latest diagnostic equipment and expertise, building on ten models piloted with Cancer Research UK. ▪ The Plan proposes investment in new equipment, including CT and MRI scanners, which can deliver faster and safer tests with improved quality of care, efficiency and reduced variation in clinical outcomes. ▪ The Plan proposes expanding participation in research, safer and more precise treatments, advanced radiotherapy techniques and immunotherapies to support improvements in survival rates. It also proposes extending the use of molecular diagnostics and offering genomic testing to all people with cancer for whom it would be of clinical benefit to target treatments and interventions more effectively. ▪ The Plan proposes that, where clinically appropriate, cancer patients will get a full assessment of their needs, an individual care plan and information and support for their wider health and wellbeing. All patients, including those with secondary cancers, will have access to the right expertise and support, including a Clinical Nurse Specialist. It also proposes that after treatment, patients will move to a follow-up pathway that suits their needs, and ensures they can get rapid access to clinical support if they are worried that their cancer has recurred.
	▪ The Plan makes a positive contribution to advancing equality and reducing health inequalities. As part of system based implementation plans consideration should be given to encouraging cancer screening where smoking rates are higher than other communities or groups, for example this may apply to LGBT communities and homeless people.

出典: <https://www.england.nhs.uk/publication/the-nhs-long-term-plan-equality-and-health-inequalities-impact-assessment/>