

1. がんという課題

- ・ 近年における大幅な進展
- ・ 比較的到低い生存率
- ・ がんにおける格差
- ・ 治療におけるポストコード・ロッタリー
- ・ 患者が経験する医療の質の低さ
- ・ がんという課題に立ち向かう

1.1 イギリスにおいて、4人に1人ががんで死亡し、国民の3分の1以上が生涯中にがんを発症している。がんと診断される患者数は毎年20万人を越えており、1日あたりでは600人となる。いずれの統計結果を見ても、がんは人々が最も恐れる病気であることは間違いないといえる。

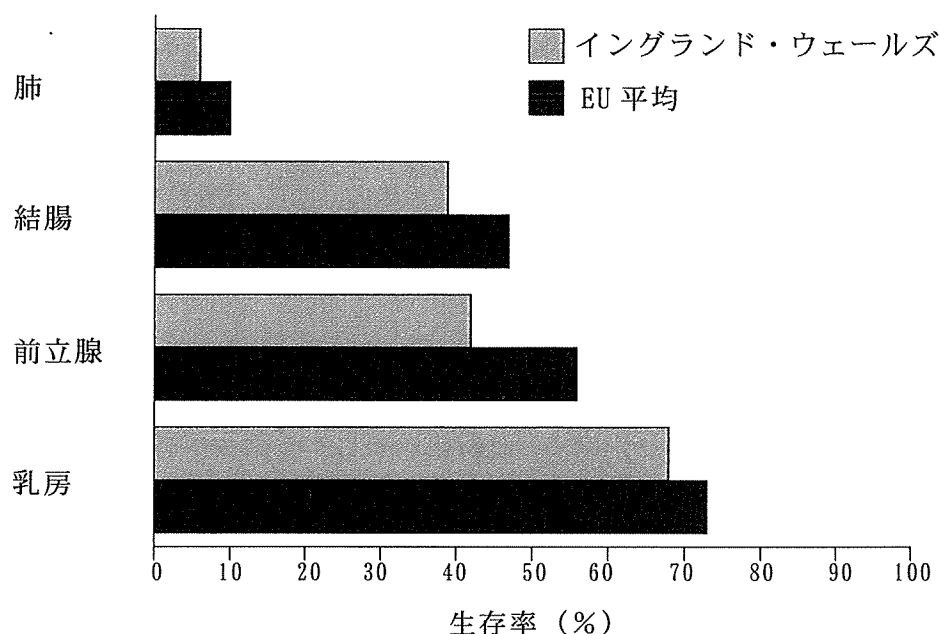
これまでの進捗

1.2 過去30年においては、がんの影響力を低減することにおける進展がみられた：

- ・ 全体的に見て、死亡率は減少傾向にある。
- ・ 乳がん患者の死亡率は、治療の向上および国による乳がん検診プログラムの導入により過去10年間で20%以上減少した。
- ・ 1970年代初期以降にみられる男性喫煙率の低下は、肺がん発生率および死亡率の著しい減少につながった。
- ・ 全体的に見て、早期診断および治療の向上により、5年後生存率が5年ごとに平均4%向上した。
- ・ 小児がんおよび精巣腫瘍など特定のがんにおける生存率が劇的に向上した。小児がん患者のおよそ3分の2、また精巣腫瘍患者の90%以上は、現在完治するといわれている。
- ・ 子宮頸がん患者の死亡率は、国による子宮頸がん検診プログラムの導入以来、1年あたり7%低下した。その数字は、1988年から1997年までにおよそ8000人の命が助かったことを示している。
- ・ 難病患者やその家族に必要なサポートを提供するホスピスおよび専門的緩和ケアサービス（主に慈善団体による資金供給による）が、全国規模で設立された。

- 1.3 NHSは近年、組織およびがんサービスを改善する面において前進を遂げてきた。喫煙に対する包括的戦略の整備、また医療専門スタッフの間に最良の実践を普及させるための強力なサポートとして、カルマン&ハイン・レポート (Calman/Hine Report)、またそれに続く結果改善 (Improving Outcomes) のガイダンスにおいてがんサービスに対する戦略が定められた。さらに、新たな NHS 前立腺がんプログラムにより、質の高いサービスの提供と前立腺がんの研究を行うための新たな行動計画および財源が準備された。
- 1.4 政府は過去3年間において、がんサービスの品質向上に焦点を当てて資金とエネルギーを注いできた。年間8千万ポンドを目標として、基準の改善、がん患者の待機時間削減に充てられた。また、がん治療機器の一新、緩和ケアの利用改善対策として、新規機会基金および政府により合計2億ポンド以上の投資がなされた。
- 1.5 国際的な医学の現場は、年々少しずつではあるが確実にがんに対する理解や、効果的ながん治療能力を拡大しており、イギリスの医学研究者の多くがその中で主導的役割を果たしている。現在、がんと診断される女性の半数および男性の3分の1は少なくともその後5年間生存しており、がん生存率は上昇傾向にある。
- 1.6 他の先進諸国もおおむね同程度のがん発病率を示しているが、多くのがんについて、10年前に診断された複数種類のがん患者生存率においては、イギリスは他のヨーロッパ諸国に比べて低いことを示す証拠がみられる。

1990年代初頭のがん生存率：イングランド・ウェールズはヨーロッパで遅れをとる



データは厳密な比較ではなく、相対的な生存率を示したものである（年齢によって標準化されていない）

パーセンテージは、診断後の5年生存率を示す。

イングランド・ウェールズのデータは1986年から1990年まで、EU平均は1985年から1989年までで、それぞれ診断されたものである。

参考文献：Cancer Survival Trends, Office for National Statistics 1999

低生存率の原因

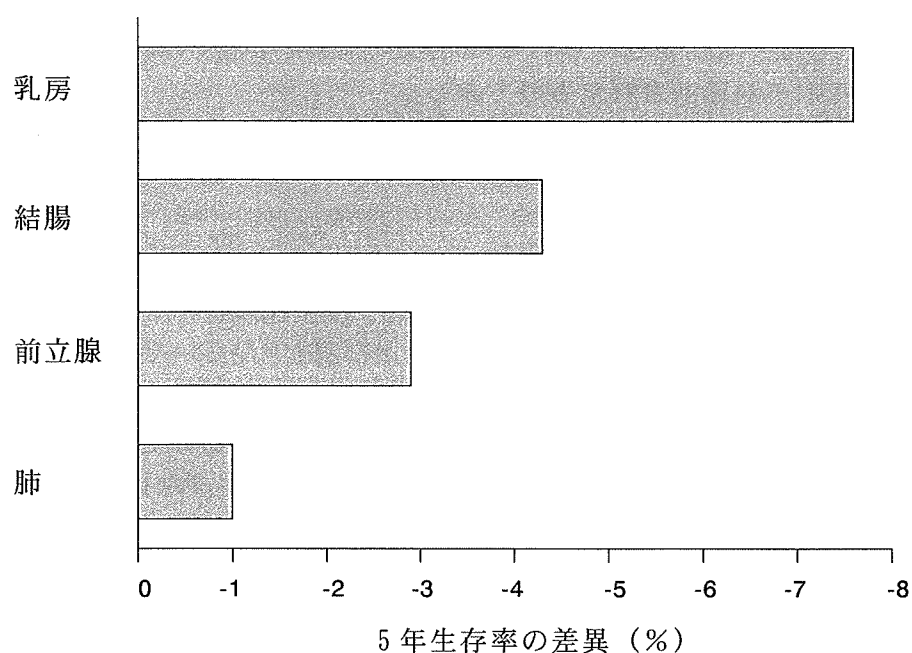
- 1.7 イギリスのがん患者の予後が他のヨーロッパ諸国に比べて良くない点についてはいくつかの原因が考えられる。乳がんおよび腸がんといったがんについては、治療を受ける頃には、患者の病気の段階はかなり進んでしまっている傾向が理由の1つとして挙げられる。それは、患者がその症状から診断を受けるべき時期が分からない点や、GPが受け持つがんの臨床例が比較的少ないゆえに、最も危険な状態の見極めが難しい点、もしくは最初の検査結果から治療へ移るまでに病院内でとられる時間が長いことが要因として考えられる。さらに、国内でも場所によりサービスの質や利用状況がまちまちであり、全ての患者がその状態に応じた最適な医療を受けているわけではないという点もある。

- 1.8 数十年にわたる人材および機器に対する過小投資は、現場に犠牲を強いてきたといえる。新たな作業法を取り入れ、NHS のがんサービスを世界の先進レベルに保つための新たな治療法を開発するプレッシャーのもと、スタッフは努力してきた。
- 1.9 機器が旧式で、高い水準の診断および治療を行えない場合も少なくない。NHS の有する各種がんの専門医数についても、人口100万人あたり8人とごくわずかで、他のヨーロッパ諸国の半分以下となっている。また、新たな患者治療法を採用してサービスを近代化することを怠ってきた。がんサービスに関する基準の不十分さ、加えて一貫性のない評価方法がサービスの質に格差を生じさせた。

がんにおける不平等

- 1.10 がんの発症に関して大きな格差が存在している。貧困および低所得層の人々は、特定種類のがんにかかりやすく、診断後は死亡する割合が高い。1990年代初めにおける肺がん患者の死亡数を見ると、非熟練労働者については10万人中82人である一方、専門職従事者では10万人中17人となっている。

1986年から1990年までに、イングランド・ウェールズでがんと診断された患者について、最富裕層と最貧困層の間の5年生存率の差異（格差）（15歳以上の成人）



- 1.11 がん発生率および死亡率については、人の出身地に関連して大きな格差が存在する。肺がん患者の死亡率は、カリブ海地域、アジアおよびアフリカで生まれたグループでは低く、スコットランドおよびアイルランドで生まれた人々の場合は高い。一方、子宮頸がんの死亡率はカリブ海地域出身の女性において高くなっている。
- 1.12 そのようながん発病率における民族的差異には様々な原因が存在しており、遺伝的要因もその1つであるが、がんの主要なリスク要因であるタバコや食生活から受ける影響のレベルによるところが大きく、これは非常に重要な点である。富裕層における喫煙率は低く、食生活の面でも果物や野菜をより多く食べる傾向がみられる一方で、一部の社会グループにおいてはがんの症状に関する認知度、GPの受診や検診サービスの利用率が共に低く、質の高い医療サービスを受けにくい不平等な状態を生み出している。
- 1.13 がん患者の年齢による治療の格差も存在する。患者の全てが全治療法の対象としてふさわしいとはいえ、虚弱な患者に有害な副作用のある積極的治療を行うことは危険となり得る。しかし、虚弱さと高齢は必ずしも同義ではなく、50歳より健康な70歳の患者もいる。医療サービスにおいて扱われる他の病気と同様、年齢による差別はNHSがんサービスにおいて許容できるものではない。

がん治療におけるポストコード・ロッター

- 1.14 生存率が比較的に低いことに加え、質の高いがんサービスを利用できるかどうかについても、受け入れがたい格差がみられることをNHSは問題視している。
- 健康状態へのリスクが最も高いとされる自治体は、がん検診プログラムを含む予防的医療の利用状況が最も低い傾向にあることが調査により明らかになった。
 - 患者が受ける治療の質および種類について地理的格差も幅広くみられる。その原因としては、専門スタッフの不足、ケア方法の断片化、外科設備の利便性の悪さ、処方におけるポストコード・ロッター、また放射線治療施設の不備などがある。
 - 患者の多くは自宅で最期を迎えることを望んでいるが、一部地域における自治体もしくは専門的緩和ケアチームの不足、また時間外看護の利便性がまちまちであることなどにより、実際にそうすることが可能な患者はわずか4分の1となっている。

患者が経験する医療の質の低さ

- 1.15 スタッフが患者を扱い、ケアを提供する方法についてもばらつきがみられる。一部の患者は、配慮の行き届いたコミュニケーション、病気や治療に関する明確な説明、また必要な際の十分なサポートといった大変質の良い医療行為を受けることができたと報告している。一方、無思慮な方法で病名が告知され、治療に関する説明が十分でないまま放置されたと述べる患者も存在する。多くの患者が許容しがたい長い待機期間と、治療の各段階における心配や不安を経験している。

がんという課題に対応する

- 1.16 NHS のがんサービスに関して誇るべき点も多くある。NHS チームの専門技術や専心の証拠は、実際に治療を受けた患者の証言の中に十分見いだすことができる。

- 1.17 しかし一方で、NHS のがん治療を世界レベルに引き上げるためには今後取り組むべき課題がある。

- ・ よりよい予防
- ・ 健康格差への対応
- ・ 早期発見
- ・ 迅速な診断および治療
- ・ 一貫した高い質のサービス
- ・ 質のよいケアを通じた QOL の向上

- 1.18 NHS プランでは、投資と改革の 2 本立てがどのように医療を変えるかについて詳しく述べた。本プランでは、がんサービスにもたらす変化について解説する。がんサービスを近代化および改革する NHS の能力は、NHS 全体としての健全性を測る基準となる。以後 5 年間で、我が国のがんサービスは他のヨーロッパ諸国以上のスピードで進歩を遂げる目標を掲げている。

1.19 このプランは、がんの予防、検診、診断、治療およびケア、さらに人員配置、医療機器、投薬治療および情報システムの改善に関して必要とされる投資をまとめた包括的戦略としては初めてのものである。

- ・ 新たながん予防策として、特に喫煙と食生活に関連するがんに対し、発生率が最も高い社会的貧困地域に焦点を当てた支援を行う。
- ・ 既存のがん検診プログラム拡充と、効果が証明された新たな検診プログラム導入により、がんの早期発見を強化する。
- ・ がんに関する国民の理解を向上させ、がんの発症を示唆する症状を自覚した患者が速やかに受診できるようにする。
- ・ GP および自治体などの医療専門家ががんの症状を理解し、がんのリスクがある、もしくはがんと闘う患者のサポートを行うのを支援する。
- ・ ケアプロセスの効率化、治療機器およびスタッフへの投資を増やすことにより、がんの診断にかかる時間を短縮する。
- ・ がん患者の状態の緊急性を認め、治療に対する待機時間を削減する。
- ・ NHS 内のがん治療現場スタッフの拡充およびサポートを行う。
- ・ 医薬品および治療に関する予算を拡大し、全ての患者が、必要とする効果が証明された薬を入手し、専門的治療を確実に受けられるようにする。
- ・ 結果を改善するためのサービス再編を行う。
- ・ がん治療の新たな基準および新たなモニタリング処理を導入し、国内のがん治療を確実に一貫性のあるものにする。
- ・ がん治療の間中、患者や家族がより良いサポートおよび情報を得られるようにする。
- ・ 緩和ケアの提供を拡大する。
- ・ がんサービスの運用およびモニタリングのためのシステム改善を行う。
- ・ 教育および研究を通じて将来に備える。

2. 予防法の改善

- ・ 貧困層における喫煙率低下のための新たな国および地域目標を定める。
- ・ 喫煙対策における地域レベルの新たな連携を築く。
- ・ 禁煙のプライマリケア支援を行う。
- ・ 禁煙に関連する研究費として 250 万ポンドを投資する。
- ・ 国レベルの「1日5品目プログラム (five-a-day programme)」により果物や野菜の摂取を促す。
- ・ 「全国学校果実給食計画 (National School Fruit Scheme)」の実施。
- ・ 国民の認識の向上

- 2.1 がんには様々な原因があり、病気の原因は人それぞれ異なるといえる。遺伝子、環境およびライフスタイルが要因となる場合が多く見られ、貧困、失業、その他健康を害する様々な原因はがんに関連づけられている。したがって、政府全体としての健康格差対策はがんに対しても効果があると考えられる。しかし一般的なタイプのがんの多くにおいて、最も対策がとれる重要な要素は喫煙および偏った食生活であるといえる。

喫煙

- 2.2 喫煙は、がん全体の要因においておよそ3分の1を占めるものとなっている。タバコはあらゆる所において入手可能性が高いこともあり、以前はまれな病気であった肺がんによる死亡数を大幅に増大させてきた。1950年代以降、喫煙に起因する重大な健康被害および致命的疾患の証拠が蓄積されてきた結果、喫煙はほとんどの肺がんだけでなく、口腔、鼻腔、喉頭、膀胱およびすい臓がんの主要原因ともなることがわかった。さらに、食道、胃、腎臓がんおよび白血病の発症にも関わりがあるといわれる。
- 2.3 喫煙は命を奪う。喫煙による死亡者合計数は、イギリスでは年間12万人、EUにおいては50万人以上となっている。全社会経済グループにおける喫煙者の3分の2は、この中毒性のある習慣をやめたいと考えている。男性の肺がん発症率の減少は、多くの喫煙者が何とか禁煙することに成功したことが背景として考えられる。年齢にかかわらず、禁煙により大きな健康利得がもたらされるということは証拠から明らかである。禁煙は中高年期であっても、肺がんの後続するリスクの大部分を回避し、中高年以前に禁煙した場合にはタバコに起因するリスクのおよそ90%を回避できる。

- 2.4 喫煙は健康格差の主な原因でもある。イギリスでは1998年、専門職の社会経済グループの喫煙率は15%であったのに対し、非熟練労働者においては36%だった。社会経済グループに関わらず全労働年齢の男性が、専門職グループにおける肺がん死亡率にとどまることができれば、年間およそ2,300人の死亡者数を減らすことになる。
- 2.5 タバコを吸う権利、またどのように人生を送るかを選択する権利はその人自身にある。しかし、喫煙には強い中毒性があり有害であることから、人々にそのリスクを十分に知らせ、禁煙するべきかどうかについて各自がきちんと選択できるようにすることが政府の役割であると考えられる。
- 2.6 白書「Smoking Kills」には、喫煙を減らすための政府の戦略が定められている。2010年までの目標として、子供の喫煙率については1996年の13%から9%に、成人の喫煙率は1996年の28%から24%に、また妊娠女性の喫煙率を1995年の23%から15%に減少させるとしている。これらの目標の達成により、イギリスの喫煙者を約150万人減少させることができる。
- 2.7 タバコ規制戦略に既に含まれているものは以下の通りである。
- ・ タバコ広告禁止に取り組む。
 - ・ 新たな専門部門としてNHS禁煙サービスを設置する。
 - ・ GPの処方箋によるニコチン置換療法（Nicotin Replacement Therapy：NRT）の利用を可能にする。
 - ・ 薬局もしくは処方箋のみによるニコチン置換療法の利用窓口をより一般的に拡大することについて医薬品安全委員会に検討を要請する。
 - ・ プライマリケアの処方箋により、新たな禁煙治療薬ザイバン（Zyban）の使用を可能にする。
 - ・ 健康開発庁（Health Development Agency）から発行される、保健医療専門家とコミッショナーに対する禁煙ガイドランスを改定する。
 - ・ 16歳未満へのタバコ販売に対する法律施行のための新たな成功事例規定を定める。
 - ・ 新たなマスコミキャンペーンの実施およびNHS禁煙ホットラインを設置する。

喫煙における格差を縮小するための新たな目標

- 2.8 NHS プランでは、新たに国内の健康格差に関する目標を導入する意向が定められた。禁煙希望者を援助するニコチン置換療法やザイバン (Zyban) といった新しい治療薬、また新たに可能となった手段が登場した今は、まさにこの問題に取り組むべき時であるといえる。本プランは、喫煙率における社会経済グループ間の格差に取り組むための新たな国・地域目標を定めるものである。国レベルにおいては初となる明確な方針として、肉体労働者グループにおける喫煙率を 1998 年の 32% から 2010 年までに 26% まで減少させ、非肉体労働者グループとの格差を縮小することを目指す。
- 2.9 また、喫煙率の最も高い保健当局 20 カ所において明文化した地域目標を定め、取り組みが最も必要な地域に焦点を当て、重点財源やイニシアチブといった面で政府としての支援を行う。

新たな目標に取り組む

- 2.10 実施運営を主導するのは Primary Care Trust (注：地域における保健医療サービスの提供及び予算管理の責任機関。以下 PCT と表記。) で、必要に応じて禁煙サービスの提供も行う。それで、全ての健康改善プログラム (注：Health Improvement Programme。地域レベルの保健医療計画。) において、PCT および関係者がどのようにそれぞれのサービスを拡充し、高リスクのグループを対象とするかを定めることとする。最良の治療に関する NICE および健康開発庁のガイダンスを参考にすることができる。2002 年までに、全ての PCT に禁煙希望者をサポートする専門家を設置することを目指す。
- 2.11 保健省は、新たに地域が連携して喫煙対策活動を行うための財政援助として 100 万ポンドを充てると発表した。これにより、医療サービスと地方行政、自治体グループ、企業、学校、教会、信仰団体、レジャー施設および少数民族グループ間をつなぐ国内ネットワークの確立が可能となる。協力して、地域の最も貧困なエリアにおいて効果を上げることを目指す。
- 2.12 NHS プランで発表された保健医療関係団体連携のアプローチにより、効果についての情報の普及、および特定の対象グループに対する自治体の力を利用することが可能となる。2000 年末までに、連携の第 1 段階の実施を目指す。
- 2.13 この取り組みにおいて企業が果たす役割も重要である。従業員の禁煙を支援するという形で企業が貢献できることは確かであり、政府は雇用者による従業員の喫煙に関する方針という国のイニシアチブ支援のために 25 万ポンドを投入する。

- 2.14 喫煙普及率が特に高いのは、バングラデシュの男性（47%）およびアフリカカリブ海地域の男性（32%）となっている。したがって、黒人および少数民族グループの禁煙対策に対する財政支援を100万ポンドまで増額する。
- 2.15 新たに10カ所の貧困地域において試験的取り組みを行い、刑務所や病院などの集中的支援の対象がある自治体での喫煙普及率削減を目指す。

研究

- 2.16 保健省は、貧困層、子供および妊婦に特に焦点を当てた禁煙方針を支援する研究プログラムに対し、250万ポンドを投入している。

食生活

- 2.17 食生活は、喫煙に次いで大きながん死亡要因となっており、がん全体死亡数の最大3分の1に深い関わりがあると考えられている。健康的な食生活とは、果物、野菜、穀類を多く摂取し、脂肪、塩、砂糖を控えることを指す。
- 2.18 がんの危険性を減らす上で、喫煙を減らすことに次いで効果的なのは、果物や野菜の摂取量を増やすことだと考えられる。日頃から果物や野菜を摂取しない人の場合、結腸および胃がんを含む複数の一般的ながんにかかるリスクが非常に高くなる。1日あたり最低5単位の果物もしくは野菜を摂取する人は、摂取しない人に比べてがんや心臓病にかかりにくいということがすでに証明されている。食生活を果物や野菜を十分に摂取するものに変化させることにより、以後10年間で、75歳未満のがん死亡リスクを低減することが可能になる。
- 2.19 イギリスにおける果物や野菜の平均摂取量は、1日あたりおよそ3単位となっており、社会グループによる差異が大きくみられる。低所得グループにおける摂取量は、高所得グループに比べて大幅に少なく、喫煙と共に国内のがんにおける健康格差を招く要因となっている。
- 2.20 何を食べるかについての選択は食べる人自身にかかっているが、果物や野菜を十分に摂取することが正しい選択であると考えない人が大多数を占めている。特に貧困地域においては手頃な果物や野菜が必ずしも入手可能ではないことに加え、食べないかもしれない食物を買うことに消極的な場合も考えられる。さらに人々の考え方や認識も関係しており、果物や野菜の持つ健康効果ががんおよび心臓病を予防する働きについてあまりよく知られていなかったり、摂取量がすでに十分であると考えたりする人が多くみられる。

食生活改善のための新たな行動計画

- 2.21 国レベルの「1日5品目プログラム (five-a-day programme)」。政府は2001年に開始されるコミュニケーションキャンペーンを含め、食品業界、食品基準庁 (Food Standard Agency)、主要投資者らと密接に連携し、果物や野菜の摂取を増やし、健康的な食生活を正しく選択するための全国的な1日5品目プログラムの整備を目指す。また生産者、小売業者その他とも連携し、特に貧困地域、学校、病院などにおいてそれら食物の供給および入手性の向上を図る。
- 2.22 地域レベルの「1日5品目」のイニシアチブは、すでに進行している。サンドウエル、サマセット、エアデールおよびクレイヴン、ダーラム・カウンティ、ハイスティングスの5カ所を拠点として、調整された実証的かつ実地的な導入を通じて地域人口全体の果物および野菜の摂取量を増加させる試験的運営が開始されている。これらのプロジェクトは入念に評価されつつある。

「1日5品目」の試験的運営の概要

サンドウェル

- ・ 北サンドウェルの300店舗における70種類以上の食品の価格および入手性を示したフードマップを準備する。
- ・ 居住者1000人に対し食料の無料宅配を行う自治体フードサービスを提供する。
- ・ フットボール指導方針およびウエスト・ブロムウィッチアルピオンの児童フットボールチームのスポンサーシップを通じ、果物や野菜の摂取を奨励する。
- ・ 果物の試食ができるコミュニティ・カフェを設置する。

サマセット

- ・ 調停委員会その他4機関において果物や野菜を入手可能にする。
- ・ 地域内における販売制度を整備する。
- ・ 「地産・地消」の機会づくりを行う。
- ・ 学校別の競争を実施する。

エアデールおよびクレイヴン

- ・ 20の保健センターにおいて研修活動を実施する。
- ・ 地域のスーパーマーケットおよび小売業者と連携して果物や野菜を奨励する。
- ・ 地域内の食品ネットワークを整備し、食品店マップを作成する。
- ・ 学校給食における果物や野菜を奨励するフードイニシアチブを整備する。

ダーラム・カウンティ

- ・ 果樹園および菜園を奨励する。
- ・ 地域のショップにおける試食および調理活動を実施する。
- ・ 食品業者および市場において果物や野菜の値付けを行う。
- ・ 従業員への給料明細と共にピラを配付する。
- ・ GP診療所および保健センターにおける調理実演を実施する。

ハイスティングス

- ・ 生産物を家庭にも届ける地元の食料協同組合を設立する。
- ・ 地域の小売店主に対する研修を行う。
- ・ 地域のプライマリケアチームと協力し、果物や野菜を奨励する。
- ・ 果物を含めたメニューの朝食会を企画する。
- ・ 地域菜園の利用を奨励する。

- 2.23 政府は、これらの試験的運用から学んだ点および果物や野菜の摂取増加に効果がみられた方法に基づき、「1日5品目」の地域イニシアチブの国レベルのプロジェクトを2002年より開始する。プロジェクトは、健康改善プログラム（および保健医療関係団体連携）と関連して実施される。

新たな「全国学校果実給食計画（National School Fruit Scheme）」

- 2.24 幼い頃の食生活と将来病気にかかる危険性との関連性は明確であり、食習慣は若い頃に確立されるものである。したがって、今子供の食生活に影響づけを行うことは、家族全体の食生活にも影響を及ぼし、本当の意味で長期的な健康効果を期待することを可能にするといえる。
- 2.25 子供については、5分の1は1週間のうち一度も果物も食べず、5分の3は葉菜を食べないというように、果物や野菜の摂取量は特に低くなっている。貧困家庭で育った子供たちの場合は、高所得家族で育った子供たちに比べてそれらの摂取量はおよそ半分である。
- 2.26 NHS プランで発表された「全国学校果実給食計画」により、4歳から6歳の学童が授業日1日あたり自由量の果物を学校にて摂取できるようにする。ヘルスアクション地域（Health Action Zone。特定の健康問題を有する地域における保健活動に対して重点的に予算を配分するモデル事業。）において、今年度より試験的な運用が開始される。

その他のがんのリスク要因

- 2.27 がんの発症に関与するリスク要因は、その他にも多く存在する。
- ・ 肥満は、閉経期乳がんおよび子宮体がんのリスク要因となる可能性がある。低脂肪で低エネルギーに加え、果物や野菜をたくさん摂取する食生活を行うことにより、これらのリスクは低減することができる。冠動脈性心疾患に関するナショナル・サービス・フレームワーク（National Service Framework）は、2001年までに肥満削減の地域計画を整備するよう保健当局に要請した。
 - ・ 定期的な運動は、特に大腸がんといったある種のがんのリスクを減らすことにつながる。2001年以降、保健当局は運動促進計画を実施し、保健省は健康に役立つ運動計画を監修したガイダンスを発行する予定である。加えて、特に貧困地域におけるウォーキング、サイクリングを奨励し、さらに行えるように保健省は他の政府機関と連携して取り組んでいる。
 - ・ アルコールの乱用は、がん全体のおよそ3%の主要原因あると考えられており、口腔および咽頭がんのリスクを増加させる。肝臓がんは過度の飲酒と関係しており、

アルコールと乳がんも関連性があるとされている。保健省はアルコール乱用対策への取り組みを目指す。

- ・ 日光は皮膚がんの主要原因であり、発症率は近年着実に増加している。大多数の人々が日光暴露の危険性については気付いているものの、危険性から身を守るために必要な行動をとる人はごくわずかであることが研究により明らかになっている。保健省は、皮膚がんのリスクに関する教育資料を作成し、天気予報においても関連情報を提供するよう気象庁 (Meteorological Office) への財政支援を行う。
- ・ 自然放射性ガスのラドンに対する高濃度暴露は、肺がんのリスクを増加させる。ラドンの濃度は、国内では地域によってかなり差異がみられる。保健省は、地方自治体における試験結果を考慮し、ラドン暴露の際に家庭で行うことができる処置などについての情報を提供する上で環境運輸地域省 (Department for the Environment, Transport and the Regions : DETR) と協力を行ってきた。環境運輸地域省は、ラドンの影響を最も受ける地方自治体 (local authority) 31 カ所と協力して新たなラドンプログラムを実施する。

国民の意識の向上

- 2.28 国および地域レベルの調整された情報キャンペーンにより、喫煙への取り組み、食生活を改善する行動プログラムのサポートを行う。喫煙するかどうか、何を食べるか、またどのような人生を送るかは、その人自身の選択によるものである。政府の役割は、人々に確実に情報を提供し、正しい選択ができるようにすることである。したがって、このキャンペーンでは喫煙および偏った食生活による健康に対するリスクを強調している。特に貧困地域における禁煙し、より健康的な食生活をしたいと願う人々を支援するために、直ちに活用することができる情報の準備を目指す。
- 2.29 がんを疑うべき早期の兆候や症状にどのように気付くのか、またいつ、どこで受診すればよいかを人々が理解していることも非常に重要である。これは、人々が必要に応じて早期治療を受け、良い結果をもたらす最高の機会を提供するための第1歩として不可欠のものだといえる。
- 2.30 国家がん対策長官は、がんの兆候や症状および早期診断の利点に関する国民の意識の向上に向けた新たなプログラム策定の主導を行う。政府は、このプログラムの実施にあたり、慈善団体との協力を目指す。2001年より実施されるその一例としては、GP向けに発行されていた「がんの疑いのある患者のための紹介ガイドライン」の一般および患者向け版を発行し、がんを疑うべき症状がみられる人々に警鐘を鳴らすため、保健省はがん患者支援団体 (CancerBACUP) に財政支援を行う。

- 2.31 現時点における国民の意識および理解のレベルを評価し、別のアプローチによる影響の研究結果も合わせて認識向上につなげることを目指す。さらなる研究については、必要な場合に委任される。

行動および里程標

2000年

- ・ 健康開発庁による禁煙ガイドラインの更新版の発行。
- ・ 喫煙、食生活、運動および肥満への効果的介入に関する健康開発庁のガイドラインの制定。
- ・ 「全国学校果実給食計画」の試験運用開始。
- ・ 地域レベルでの「1日5品目」のイニシアチブの試験運用開始。

2001年

- ・ 喫煙対策における国内の地域連携ネットワークの整備。
- ・ プロピオン（ザイバン）およびニコチン置換療法の最善の処方方針に関するNICEの勧告。
- ・ 喫煙、食生活、運動および肥満に対する地域活動。
- ・ 刑務所および病院における喫煙普及率の試験的削減。
- ・ 「1日5品目」の全国コミュニケーションキャンペーンの開始。
- ・ がんについての社会的認知プログラムの整備。
- ・ 「全国学校果実給食計画」の運用開始。

2002年以降

- ・ 全てのPCTにおける禁煙希望者のサポート専門担当者を設置。
- ・ 「1日5品目」イニシアチブの全国展開の開始。

3. 検診の改善

- ・ 定期の乳がん検診について 70 歳までに対象を引き上げ、71 歳以上の希望者も利用可能にする。
- ・ 発見率を高めるための乳がん検診技術の向上。
- ・ 新たな労働対処法。
- ・ 子宮頸がん検診技術の向上。
- ・ 大腸がん検診の試験運用。
- ・ NHS 前立腺がんプログラム。
- ・ 検診に対する理解の向上。

3.1 がんの発症率を抑えることは、がん死亡率を低減するための長期的努力において欠かすことができないものである。防御する面で次に行えることは、病気の発症に対して警戒することである。検診が可能である場合、それは初期に異常を発見する重要な方法となり、がんが治癒可能なうちに、もしくは進行する前に処置を施すことを可能にする。そのため政府は、死亡率の低減効果が認められるがん検診プログラムの大規模な拡充を提案している。

3.2 国の乳がんおよび子宮頸がん検診プログラムはすでに死亡を防ぐ効果を上げており、毎年 500 万人の女性を対象に実施している。1998 年から 1999 年までに、乳がん検診プログラムにより 8,000 件近いがんが発見され、そのうち 40%以上は非常に小さなもの（15 ミリ未満）であった。1988 年から 1997 年までの間に、子宮頸がんの発症率は 43%減少した。

乳がん検診

3.3 乳がん検診は、50 歳以上の全ての女性が 3 年に一度利用することができる。現在、50 歳から 64 歳までの女性宛に通知を送付し、その後 3 年ごとに検診を利用することが可能になっている。

3.4 検診プログラムは、1988 年から 1991 年にかけて導入された。最近の研究によると、1990 年から 1998 年までに、55 歳から 69 歳までの女性における乳がんによる死亡率は 21.3%減少した。この減少について、およそ 30%は検診によるもので、それ以外は治療法の改善やその他の要因によるものであると考えられる。検診プロセスの質の改善および検診プログラムスタッフの専門知識の強化により、これらの検診による利点は引き続き拡大するものと予想される。

乳がん検診プログラムの拡充

- 3.5 NHS プランでは、定期検診の通知対象を 70 歳まで引き上げることが発表された。試験運用の結果、この年齢層の女性の検診は効果的であり、通知にも応じることがわかった。71 歳以上の女性についても、希望すれば 3 年に一度検診を利用することが可能である。71 歳以上の女性における検診の良い面とそうでない面のバランスについては、まだ証明されていないが、以後の調査が待たれる。
- 3.6 検診技術に関して、全国規模でさらなる改善も図る。現在の初診における内容についても、全ての受診者は各検診時に 2 方向からのスクリーニングを行うようにする。これにより、がんの発見率がおよそ 43% 向上することが研究によりわかっている。2003 年までに全国導入を目指す。
- 3.7 今回の乳がん検診プログラムに関する変更は、運用以来最大規模の拡充となることが予想される。今年 50 歳に達する戦後ベビーブーム世代の女性によるかつてない膨大な受診数も、拡大の要因となっている。また、主要検診スタッフである放射線技師、放射線科医の不足という現状もある。政府は、検診プログラムの基準を維持し、従事するスタッフをサポートするためにこれらの拡充を慎重に実施することが必要であるとしている。場合によっては、新たな検診施設が必要となる可能性もある。
- 3.8 1988 年の乳がん検診プログラム開始当時、高齢女性への対象拡大は 3 年間にわたって段階的に導入される予定で、2001 年から 2002 年までに高齢女性への通知送付を開始し、2004 年までにプログラム全体の開始、つまり毎年 40 万人を対象とすることを見込んでいた。国家調整チームは、地域検診主導者および品質保証責任者らが毎年開始するプログラムを特定し、展開の促進を行う面での支援を行う。
- 3.9 乳がん検診プログラム拡大（新たな機器および施設に対する資金投入を含む）に対する財政支援については、NHS プランで発表された新規のがん対策費用に含まれる。

乳がん検診のマンパワー

- 3.10 拡大展開において主要制限要因となるのは、十分な数の放射線技師および放射線科医の求人を行うのに要する期間である。第 8 章ではそれらの人員拡大計画について述べる。さらに、王立放射線医学会 (Royal College of Radiologists) および放射線技師協会 (Society of Radiographers) も、プログラムに人員を加える新たな方法を開発するために、検診プログラムと並行して取り組んでいる。職業的基準に基づく能力ベースのアプローチによって実施される。

- 3.11 現在、放射線技師がマンモグラフィー検査を担当しており、放射線科医、もしくはある場合には胸部臨床医が、どの患者が追加評価を必要とするかを判断するためにマンモグラフィー検査の報告を実施することになっている。（乳がん検診そのもので乳がんと診断されるわけではない。）新たな調整により「2層」アプローチは以下の4層に拡大される。
- ・ 指導者…臨床チームを主導する登録された臨床家（放射線科医、胸部臨床医、放射線技師など）。
 - ・ 上級者…フィルム読み取り、胸部超音波および検査手順に関する先進の研修を受けた登録された臨床家（放射線科医、胸部臨床医、放射線技師など）。
 - ・ 実施者…マンモグラフィー検査に関わる実践面全体を担当し、補助者に対する指導訓練およびサポートなどの監督的役割も果たす登録された臨床家（放射線技師など）。
 - ・ 補助者…実施者の監督下においてマンモグラフィー検査の訓練を受ける者。
- 3.12 これらの新規調整は、2000年10月より4カ所の拠点で試験展開する。品質基準の維持を確実にし、必要な研修および準備期間を査定することを目的として評価される。調整が効果を示した場合には、プログラムの人員要件に関してさらに別の提案も行い、個々の臨床家が階層を移動する機会を提供することも目指す。
- 3.13 新技術による検診プロセスのアシスト効果も期待することができる。NHS乳がん検診プログラムでは、ワーキンググループが行った乳がん検診におけるコンピュータ支援診断の見直し結果をまもなく公表する予定である。また、デジタルマンモグラフィー、マンモグラフィー検査のオンサイト処理、および新しいデザインの検診車など新たな技術を綿密に調査し、ふさわしい場合にはNICEに対して評価の委託を行う。

子宮頸がん検診

- 3.14 子宮頸がん検診は、処置がなされなければ子宮頸がんが発達する可能性がある子宮頸部の異常を発見するものであり、がんそのものの探知を目的とした検査ではない。この検診は1960年代後半に初めて導入されたが、1988年になってようやく包括的なコール・アンド・リコールシステムの導入がなされた。20歳から64歳までの全女性を対象として、少なくとも5年に一度の子宮頸部細胞診が行われる。

- 3.15 我が国における子宮頸がん検診プログラムは成功を収めてきたといえる。電子化されたコール・アンド・リコールシステムの導入以降、検診プログラムの国内平均カバー率は85%にまで上昇した。毎年400万人の女性がこの検診を受けており、子宮頸がんによる死亡率は1年間で7%の減少がみられた。
- 3.16 その一方、検査所における検診プロセスは繰り返しによる難しい作業であり、早期の段階におけるミスの発生がみられた。検診スタッフの求人は容易ではなく、現場の士気も低下している検査所の状態は限界であり、一部では検査結果を得るまでに大幅な遅れが生じている場合もみられる。

子宮頸がん検診における進展

- 3.17 技術面での発展は、これらの問題に対処し、検診の品質を改善するのに役立つことが期待されている。NICEの勧告に基づき、化学薬品の固定液に検体を保存する液状細胞診（liquid based cytology : LBC）技術の可能性を評価するため、採取した細胞をガラススライドに塗布する方法に代わり、液状細胞診の試験的实施を2001年より開始する。NICEはその結果を検討し、2002年の国内導入について指導を行う。
- 3.18 液状細胞診の試験的实施は、子宮頸がんの99%以上のケースで関連性が認められるヒトパピローマウイルス（Human Papilloma Virus : HPV）に対する検査の実行可能性評価も行う。それにより、再検査が必要となる軽度もしくはきわどい異常を見極めることが可能になる。
- 3.19 病理部門への新たな投資も子宮頸がん検診プログラムに貢献するものとなっている。過去2年において、病理学近代化資金により子宮頸部細胞診プロジェクトに対しておよそ25万ポンドが充てられた。最新の検診技術により検査所にはさらに大量の作業を要求されることも考えられることから、NHSトラストは子宮頸がん検診のサービス供給においてふさわしい運営がなされるための検討を行う必要があると考える。
- 3.20 液状細胞診の試験的实施結果は2001年に、またHPVについては2002年に公表される。実施による効果の証明、またNICEによる勧告がなされた場合、政府はNHS全体へのそれらの導入に対して財政支援を行う。