

### 子宮頸がん検診のマンパワー

- 3.21 NHS プランでは、NHS スタッフのサポートおよび育成のための行動計画について発表された。子宮頸がん検診のスタッフは重要なグループとして位置づけられており、政府はその継続的育成を支援するための投資を行う。4層のスキルミックスモデル (skill mix model) は、全層を包含するものにする目的で、より柔軟な労働力を主導する登録された臨床家の可能性などを現在開発中である。細胞診の資格条件として、検診スタッフは付加的な研究および研修を終えており、検査所が同時に必要としている登録された生物医科学者となる可能性があるかどうかについての確認がなされる。第8章では、それらのスタッフなどに対する給与水準の見直し計画について述べる。

### 大腸がん検診

- 3.22 大腸がんは、男女共に3番目に多くみられるがんである。早期に発見されれば、多くの場合は治癒が可能である。しかし初期の兆候に関してはほとんど報告されておらず、痔および消化器関連など重篤でない一般的症状と同様であることが多いことから、判断するのが難しいといえる。デンマークにおける研究およびその国内事例では、腸がん検査を高い基準で十分な人数に対して実施したところ、死亡率を最大15%まで削減できることが証明された。
- 3.23 便潜血 (FOB) 検査を実施する検診が通常の NHS 環境において効果的であるか、また一般に受け入れられるかどうかを検討する試験的実施が現在進行中である。2カ所の試験拠点であるコベントリー・ワーウィックシャーおよびグラムピアン・テイサイド・ファイブにおいて、50歳から69歳の男女を対象に自宅での FOB 検査を実施している。最初の FOB 検査の結果が陽性であった場合、がんもしくはポリープとして知られる小さな腫瘍を調べるため結腸内視鏡検査を勧められる。FOB 検査により便潜血が認められた対象者の9割は、痔などのがんではない病気であった。
- 3.24 試験的実施は2002年に終了する。それにより大腸がん検診が検査として適切で、実行可能かつ一般に受け入れられることが証明された場合、政府は50歳から69歳までの全国民を対象に大腸がん検診の導入を行う。
- 3.25 また、結腸内視鏡検査に比べて侵襲性が低く、10年に一度の検査でよい軟性S状結腸内視鏡を用いた大腸検査への代替アプローチに関する研究も行われている。政府は、CTを用いた大腸検査 (仮想結腸内視鏡) および便のDNA鑑定など新たな技術の進展にも注意を払っている。
- 3.26 結腸内視鏡検査を含む内視鏡検査に関して訓練を受けたスタッフの増員計画については、第8章で述べる。

## 前立腺がん検診

- 3.27 イギリスでは毎年約 19,000 人の男性が前立腺がんと診断され、約 8,500 人が通常診断後およそ 4、5 年で死亡している。それは、年間男性死亡数のおよそ 4%を占めるものとなっている。
- 3.28 前立腺がんについては、まだわかっていない点が多い。NHS 前立腺がんプログラムでは、この病気の背景および行動について述べるものである。前立腺がんのもたらす作用は患者ごとに異なり、進行が非常にゆっくりの場合もあれば、速い場合もある。がんが骨にまで転移したことによる症状で受診した際に、初めてがんと診断されるケースもある。
- 3.29 男性が前立腺がんになるリスクを最小限にとどめるための主要な予防措置は、今のところないといわざるを得ない。がんの原因が不明であることに加え、この病気の進行に関する理解を高めるための研究を進めることが最も重要な点である。
- 3.30 前立腺がん患者の前立腺特異抗原(Prostate Specific Antigen。以下 PSA と表記。)の値は通常より高い傾向があるが、この閾値に関してはまだ議論の余地がある。しかし、一部の前立腺がん患者では PSA 値の上昇はみられず、値が高かった患者の 3 分の 2 は前立腺がんを発症しなかった。
- 3.31 国家検診委員会 (National Screening Committee) は、PSA 検査、陽性反応に関する説明および前立腺がん治療における選択肢について基礎的な理解を高めるために、前立腺がんリスク管理プログラムを 2001 年に導入する。その主な要素となるのは以下の点である：
- ・ インフォームド・チョイス…文書やビデオを用いて、特に PSA 検査に関連するリスクについて一般国民、患者および専門家に情報を与える前立腺がん教育プログラムを整備する。
  - ・ 標準化された検査…明確な品質基準による PSA 検査の実施を確実にする。
  - ・ 組織的に標準化されたフォローアップ…PSA 値のレベルが閾値より高かった患者に対し、エビデンスに基づく経路 (pathway) を整備する。
- 3.32 前立腺がん検診に関するヨーロッパの無作為研究の結果によると、前立腺がんの検査人口が死亡率の削減に効果があることを示す兆候がみられた。先頃イギリスの研究者により、前立腺がん検診の試行の提言書を医学研究審議会 (Medical Research Council: MRC) に提出した。医学研究審議会がその提言を支持する決定を行った場合、保健省は実質的財政支援を行う。

- 3.33 前立腺がん検診プログラムの導入は、検診および処置に関する技術が十分に構築された時点で実施される。プログラムの導入を支持するエビデンスについては、国家検診委員会により慎重な確認作業がなされる。

### 卵巣がん検診

- 3.34 卵巣がんは我が国における女性のがん死亡原因第4位であり、毎年4,500人がこれにより死亡している。診断後5年以上の生存率はわずか25%となっている。これは主に病気の段階が進行するまでほとんど症状が現れないことに起因している。卵巣がん検診には、経膈超音波法およびがん抗原血液検査の2つの方法がある。陽性反応を示した患者が必ずしもがんを発症するというわけではなく、全身麻酔による腹部手術など関連するリスクについての追加調査が今後必要となる。
- 3.35 医療技術評価（Health Technology Assessment：HTA）プログラムにより、卵巣検診導入に関するエビデンスの組織的見直しが行われ、結論を確定するにはそれらのエビデンスは不十分であるとの結果が示された。現在3カ所における無作為の試験運用により死亡率に対する検診効果の評価が行われているが、結果がまとまるのは2003年以降になると予想される。その後、医療技術評価によるエビデンスの再評価が行われる。
- 3.36 医学研究審議会、がん研究キャンペーン（Cancer Research Campaign）、英国がん研究基金（Imperial Cancer Research Fund）による資金援助により、その他検診技術の効果を検証する試験運用も実施されている。この結果は2010年に報告され、保健省はプロジェクトにおけるNHSの経費に対する援助を行う。
- 3.37 研究により検診の適正さおよび費用対効果が証明された場合、政府は卵巣のがん検診の導入を行う。

### 肺がん検診

- 3.38 1970年代、アメリカ合衆国およびチェコスロバキアにおいて実施された胸部X線および／または喀痰細胞診を用いた肺がん検診では、がん死亡率の低減はみられなかった。しかし、それらの内容には不備があったことがわかっており、アメリカでは新たに大規模な研究が行われている。最近では、高リスクの無症候性患者に対し、低線量螺旋CTによる肺がんの特定が可能であることが明らかになった。これらの研究結果は、CTが肺がんの早期発見に貢献することを示唆しているが、政府としてはこれらが死亡率の低減につながるかどうかについて知りたいと考えている。イギリスにおける肺がん検診の試験実施に関する提言が現在医学研究審議会により検討中である。

### 検診に対する理解

- 3.39 検診プログラムの利用者には、潜在的な利益および害となる面について理解した上でインフォームド・チョイスを行うことができるようにする必要がある。検診は人々が利用しやすいもので、ニーズに敏感である必要がある。
- 3.40 検査対象者に提供される情報は、公正かつ包括的で、理解しやすいものでなければならない。様々な要素が関係する性質上、文書による情報提供のみにとどまらず 各対象者により異なるアプローチがより有用であるといえる。乳がんおよび子宮頸がん検診プログラムに対して受診者が必要とする情報およびどのような形で情報提供を行うかに関する調査が現在行われている。その例として、がん研究キャンペーンのプライマリケアユニットでは、乳がん検診に対する一般女性における理解度についての研究が行われている。また、NHS 前立腺がんプログラムにより、PSA 検査に関する利点および制限事項に対する理解改善のための新たなイニシアチブが発表された。
- 3.41 多くの地域検診プログラムでは、独自のパンフレット制作に膨大な努力および時間が費やされており、中には優れたものもある一方で、最新の研究や知識を掲載していないものもみられる。そこで政府は、全ての検診プログラムでの使用を定めた新しい国内情報リソースの導入を実施する。この導入については、乳がん検診、子宮頸がん検診の各諮問委員会および国家がん対策長官により監督される。
- 3.42 検診プロセスは検査自体で終了するのではない。多くの女性は、子宮頸がん検診の結果を書面の形で受け取っておらず、これは推奨される「良い実践」に逆らう実態である。NHS プランは、患者が GP による診療内容に関する全ての情報を文書の形で取得できるようにすることを提言している。子宮頸がん検診の受診者に対しても同じ原則を適用することとする。

## 格差に取り組む

- 3.43 都心の貧困地域における 13 カ所の保健当局では、子宮頸がん検診に関する国レベルの目標カバー率の 80%に未だ至らないという現状がみられる。政府は、2002 年までにそれら当局が 80%を達成するための目標を定めた。全ての PCT が各自の検診カバー率を見直し、貧困もしくは少数民族グループにおける検診状況に関し、必要な場合は健康改善プログラムの一部として利用度向上のための計画を作成する。

### 都心部における子宮頸がん検診の改善活動

都心地域における検診の利用増加に関し、費用効果の高いアプローチを実施するために国内検診カバー率に関する作業委員会が組織された。活動内容の例としては、以下のようなものがある：

- ・ 保健当局およびプライマリケアスタッフを対象に、最優良例を学ぶ一連の講習会の実施。
- ・ 検診対象の女性に対して通知の送付を確実にを行うための、住民登録の情報精度改善。
- ・ アーリング、クロイドン、ケンジントンおよびその他の地域における看護師の訓練および単独の GP のサポートを行う専門看護師の配置。
- ・ カムデンにおける少数民族出身者の受付係に対する研修実施。
- ・ ランベスにおける少数民族の若い女性を対象に地元メディアを用いた子宮頸がん検診キャンペーンの実施。

これらの措置は、全ての女性に対して公平に検診の機会を提供し、サービスの質を改善することを目指すものである。

- 3.44 少数民族グループの人々には特定のニーズが存在している。これらのグループの女性は、乳がんおよび子宮頸がん検診を進んで受けないことを示すデータがある。文化的背景に配慮した情報をそれぞれに合わせた方法で伝えることにより、こうしたグループにおける検診の利用度を改善することが可能となる。

#### 少数民族グループに対する検診の良い実践 (good practice)

ロザハムによる女性対女性による研究では、子宮頸がん検診に関して少数民族グループの女性に知らせる際に、地域健康教育家 (Community Health Educator : CHE) を用いる利点が評価された。これは実地研究プロジェクトで、調査結果を反映しながら改良がなされていった。協力した GP によりその後も常勤として雇用された地域健康教育家もあり、プロジェクトは成功を収めたといえる。少数民族に対する地域戦略にもこれらを反映させるため、全保健当局にプロジェクトの報告書が送られた。国内会議も開催され、地域健康教育家の代表者も参加した。

またこの研究により、プライマリケアにおける訓練内容の進展、さらにプライマリケアの子宮頸がん検診の訓練に直接学習経験が役立てられることに貢献した。このアプローチは乳がん検診にも適用され、ウェイクフィールドでは異なる少数民族グループの女性および低所得層の白人女性のグループを対象とした研究が行われている。

- 3.45 学習障害がある女性の場合、乳がんおよび子宮頸がん検診を受けるかどうかを決定したり、乳がん早期発見の必要性について理解するための情報やサポートを得られなかったりすることが多い。保健省は学習障害の女性を含めた作業グループを設立し、患者、家族、支援者および医療スタッフに対する「良い実践」ガイドンスその他情報物の作成を行う。

## 行動および里程標

### 2000年

- ・ 試験的な人員調整を実施した乳がん検診の整備。
- ・ 学習障害のある女性に対する検診ガイダンス、小冊子の発行。

### 2001年

- ・ 前立腺がんリスク管理プログラムの開始。
- ・ 全受診者に対する子宮頸がん検診の結果文書の配付。
- ・ 全女性に対する乳がんおよび子宮頸がん検診パンフレットの配布。
- ・ 全プライマリケアグループ（注：Primary Care Group。現在は全てPCTに移行している。）による検診カバー率の見直し、また社会的疎外を受けている、もしくは少数民族グループの女性における検診利用率改善計画の作成。
- ・ 試験的な人員調整を実施した子宮頸がん検診の整備。
- ・ 液状細胞診の国内試験的实施における結果報告。

### 2002年

- ・ 大腸がん検診の試験的実施終了。
- ・ 子宮頸がん検診結果が軽度もしくは閾値であった女性に対するヒトパピローマウイルス検査の試験的実施における結果報告。

### 2003年

- ・ 全ての保健当局に対する2方向マンモグラフィーの導入。
- ・ 効果に関するエビデンスに基づいた大腸がん検診プログラムの導入。
- ・ 卵巣がん検診のエビデンス見直しに関する医療技術評価プログラムの実施。

### 2004年

- ・ 全ての保健当局における、65歳から70歳の女性の乳がん検診の対象化。

## 4. 地域におけるがんサービスの改善

- ・ 新たながんネットワーク（cancer network）におけるプライマリケアの中心的役割
- ・ マクミランがん救済財団（Macmillan Cancer Relief）との協力による、各 PCT 内の主任がん臨床医サポートに対する年間 300 万ポンドの投資
- ・ 地域看護師への緩和ケア（palliative care）の研修に対する 200 万ポンドの投資
- ・ がん患者に対する新たなプライマリケア臨床データの適用

- 4.1 がん患者は、自宅で過ごした場合の方が、病院もしくはホスピスで過ごすのに比べ生存期間が長いことがわかった。GP、地区看護師、社会福祉事業、訪問看護サービスおよび地域スタッフによる緩和ケアチームがそれぞれ患者とその家族に対するサポートを提供している。
- 4.2 プライマリケアの医療スタッフは、健康的なライフスタイルや検診の利点についてのアドバイスを患者に対して行い、がんの予防および早期発見につなげる努力を行う。患者のがんにつながる可能性のある症状を見極め、検査や紹介が必要であるかどうかの判断を行う。がん治療を受ける患者や家族、また死亡患者や遺族に対して継続的な専門的サポートを提供する。
- 4.3 地域のがんサービスにはばらつきが存在し、意図するレベルには至っていない。がん患者の病院紹介は、必要とされる時点で行われていない事例もある。プライマリケアチームのがんサービス再編に関係する取り組みは不十分であったといえる。進行がんを患う在宅患者に対するサポートは十分に調整されていない場合があり、サービスも 24 時間利用可能ではない。医療チームが、そのような患者に対するサポートを確信して行うための研修が十分に行われていないという現状がある。

### がん患者を特定する

- 4.4 平均的な GP が診察するがん患者のケースは、年間 8~9 件となっており、まれながん患者を診察するのは一生に一度程度である可能性もある。しかし、がんにつながる可能性のある症状を訴えて GP のもとを訪れる患者は、数百人にも上るとみられる。今年初め、保健省は「がん患者のための紹介ガイドライン」を出版した。ガイドラインは、専門家による迅速な診断が必要な患者を GP が特定するのを助けるものである。
- 4.5 プライマリケアの試験実施において、がん患者紹介状の電子的生成および送信に対する評価が行われている。



#### ケアへのアクセスの格差に取り組む

- 4.6 プライマリケアチーム（GP、保健師、看護師を含む）は、患者が検診、ライフスタイル、また迅速な紹介によるがんサービスの利用に関してアドバイスを受けられるようにする上で重要な役割を担っている。少数民族グループの人々、もしくは学習障害がある人々に対しては、文化的に配慮した情報を含める必要がある。
- 4.7 NHS プランでは、個別医療サービス（Personal Medical Service:PMS）の契約（個々のサービスの種類や量に応じた報酬の支払）をプライマリケアサービスのレベルに拡充することが提言された。これは、地域の必要に合わせたサービスを提供する GP およびその他プライマリケアスタッフに対して報酬を与えるという柔軟性のある契約である。GP を集めることが難しい貧困地域や、特定のニーズがある地域における取り組みにおいて特に有用であるといえる。契約の主な要件としては、必要に応じて子宮頸がん検診の取り入れおよび病院への迅速な紹介を促進することが含まれる。

#### がんサービスの再建

- 4.8 PCT は、地域患者に対するがんサービスを改善・再建する新たな機会を提供するものである。プライマリケアは、PCT を通じてがんサービスの戦略的試行および提案を計画する新たながんネットワークにおいて中心的な役割を果たす。（第 11 章を参照）
- 4.9 がんネットワークに参加する GP には、積極的な関与が求められる。マクミランがん救済財団は、プライマリケアにおける主任がん臨床医の役割を先導し、患者およびプライマリケアチーム双方に恩恵をもたらしてきた。
- 4.10 この経験に基づき、保健省およびマクミランがん救済財団は、各 PCT 内の主任がん臨床医サポートのために年間 300 万ポンドの投資を行う。これにより主任臨床医が、がんネットワークの開発、また PCT におけるがん治療の基準を引き上げる面において積極的に関与することが可能になる。また、プライマリケア（一次医療）、セカンダリケア（二次医療）、およびターシャリーケア（三次医療）におけるコミュニケーションや理解を改善し、患者ケアをより良く調整することにつながることを期待されている。

#### プライマリケアにおけるクリニカルガバナンス（clinical governance）

- 4.11 あらゆるレベルのがん治療は、患者がその質に確信を持てるものでなければならない。国家基準に対するがん治療の品質監視プロセスは、がんユニットおよびがんセンター（第 6 章を参照）において導入されている。今後、プライマリケアにおいて同様のプロセスを開発する必要がある。

- 4.12 クリニカルガバナンスは、効果的な監査および品質保証を中心とするものである。病気ベースの記録管理は、効果的な臨床監査の必要条件とされている。各 GP において記録に含めることのできるがん患者数は少ないと思われるが、PCT における人口が 10 万から 20 万人レベルにおいては、クリニカルガバナンス活動をサポートするのに十分であるといえる。国家がん対策長官は GP と協力し、がんと診断される全ての患者に対するふさわしいプライマリケア臨床データの整備を行う。これらのデータは PCT における臨床監査のベースとなり、人口ベースのがん記録を作成する際に役に立つものとなる。
- 4.13 がんの主要なリスク要因である喫煙と偏った食生活は、冠動脈性心疾患における要因とほぼ同様となっている。PCT には、冠動脈性心疾患のリスクが高い患者に関して診療ベースの記録を整備することがすでに要請されている。この記録は、がんのリスクがある人々に対する生活習慣に関するアドバイスなど、PCT がケアに関する計画および監視を行う際に用いることができる。正確なプライマリケア患者記録は、がん検診プログラムの受診対象者全員に対して正確に通知するためにも重要である。
- 4.14 GP には、がん患者の検査、治療およびケアに関する最新情報を随時利用できることが必要とされる。この新たな取り組みは、PCT におけるがん関連分野の発展を促進する上で重要な役割を（マクミラン GP 推進係などと共に）果たすものと思われる。

#### 地域看護

- 4.15 患者の多くは自宅で最期を迎えることを望んでいるが、自宅看護サポートの欠如、負担が大きい高齢がん患者への治療、不十分な自治体サービスなどの理由により、実際にそうすることが可能な患者はわずか 4 分の 1 にとどまっている。地域における専門的緩和ケアサービス改善に向けた新たな行動計画の詳細については、第 7 章で述べる。
- 4.16 政府は、地域や自治体の看護師を対象とした緩和ケアの一般原則および実施における研修や支援のため、年間 200 万ポンドの投資を行う。国家がん対策長官は、マリー・キュリーがんケア (Marie Curie Cancer Care) およびマクミランがん救済財団と協力し、この新たな研修イニシアチブの整備・評価を行う。これにより、地域におけるケア品質を向上させ、進行がん患者や難病患者に幅広く役立てることを目指す。

### マリー・キュリー看護サービス

「マリー・キュリー看護師は、現場で人手が不足する時にその日の作業の 50% もの働きをすることがある。」

地区看護師

「もしマリー・キュリー看護師の援助がなかったら、私たちは 24 時間絶え間なく介護問題に圧倒されていたと思う。」

がん患者の介護者

- 4.17 マクミランがん救済財団やその他の主要関係者は、緩和ケアの時間外提供について現在検討を行っている。これを基に、保健省はマクミランがん救済財団、マリー・キュリーがんケア、全国ホスピス・専門的緩和ケアサービス協議会と協力し、ガイドラインおよび「良い実践」モデルの構築を行う予定である。

### セントベネディクトのホスピス

サンダーランドのセントベネディクトホスピスでは、保健当局の管轄地域内の自宅介護を希望する進行性疾患の患者全てに対してサポートを行っており、緩和ケアのシンボリック存在となっている。サンダーランド保健当局の財政援助によりサービス運営がなされ、患者やその介護者に対する疼痛管理、症状抑制およびサポートが毎晩 2 人の看護師により行われている。

予約時間について、診察を 30 分以内、緊急の場合は 45 分以内とする品質改善が行われ、地域の GP との連携も促進された。

- 4.18 がんサービスにおけるプライマリケアの重要性、また各分野の効果的連携の必要性については、カルマン&ハイン・レポートの中で強調された。本プランで定める行動計画により、必要とされる整備項目を実現させることを目指す。

## 行動および里程標

2000年

- ・ PCT が、がんネットワークの管理グループの代表となる。

2001年

- ・ 電子紹介状ガイドラインの試験的实施開始。
- ・ PCT による主任がん臨床医の任命。
- ・ 時間外の緩和ケアサービスの見直し作業の終了。
- ・ 地域看護師に対する新たな緩和ケアサポート研修の実施。

2003年

- ・ 新たなプライマリケアの臨床データセットの整備。

## 5. 診断・治療の待機期間の削減

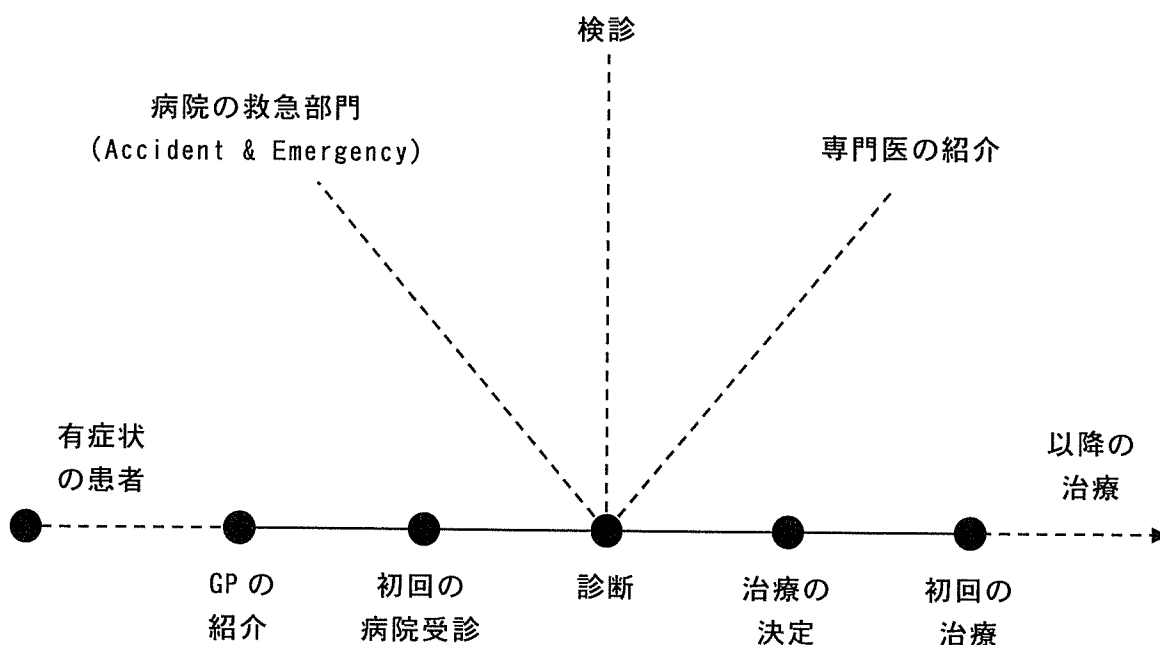
- ・ 2001年までに、小児がん、精巣がんおよび急性白血病患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする。
- ・ 2001年までに、乳がん患者に関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする。
- ・ 2005年までに、全てのがん患者に関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする。
- ・ 2002年までに、乳がん患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を2ヵ月とする。
- ・ 2005年までに、全てのがん患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を2ヵ月とする。
- ・ 全てのがんネットワークにおいて、サービスを効率化するためのがんサービス連携（Cancer Services Collaborative）を展開する。
- ・ がん患者の予約診療に関して最優先に適用する。
- ・ 2004年までに、がんと診断された全ての患者が事前に計画・予約された治療を受けられるようにする。

- 5.1  いかなる種類であれ、治療の待機時間は患者に不安感を与え、苦痛をもたらしたり衰弱させたりすることがある。がん患者の場合、診断や治療を待つことは潜在的に命を危険にさらすことにもつながる。NHS プランにおける待機時間の削減達成が本プランの中心であり、紹介患者の診断および治療待機時間の削減については新たな目標を導入する。
- 5.2  多くのがん患者は、現在迅速な診断および治療を受けることができる。1999年4月以来、乳がんと思われる外来患者の緊急診療予約の待機上限を2週間としたことにより、10万人以上の患者はその恩恵を得てきた。がんが疑われるその他の全緊急患者については、待機上限を2週間にする取り組みが2000年12月までに終了している。乳がん患者の約60%において、診断およびその後の治療決定が2週間以内に行われていることがわかった。
- 5.3  しかし、まだ多くのがん患者が診断や治療を受けるまでに待機しなければならないのが現状である。イギリスでは他のヨーロッパ諸国に比べ、患者に治療を開始する時点で病気がより進行している傾向がみられる。これは、数種類のがんにおける低生存率を説明するものであると考えられている。

- 5.4 NHS プランにより、がんサービスにおける待機時間への政府の取り組みは強化された。本プランの第2章および3章では、人々ががんの兆候および症状を見極めるのを助け、検診プログラムの拡充を図るための行動計画について述べている。また第4章では、GPが専門医による診察を必要とする患者を特定し、迅速に紹介を行うことをサポートするための行動計画について述べている。

#### ケア経路 (care pathway)

- 5.5 がん患者が診察を受けるまでには、いくつかの経路が考えられる。初めてGPを受診した時点で、すでにがんの可能性が高いケースもあり、そのような場合、患者は速やかに紹介されなければならない。緊急（腸閉塞などの場合）の紹介が必要なこともある。一方、最初の診察ではがんと疑われない場合もある。いずれにしろ、患者はがんの疑いが生じた際に、診断、そして治療へと続く段階が早急に行われることを確信できることを希望しているという点が共通してみられる要素である。



5.6 診断において求められるステップは、がんの種類により以下のように異なる。たとえば：

- ・ 乳がん患者は、ほとんどの場合乳房にしこりを認める。診断に必要なステップ（臨床評価、画像および細胞診）は、通常一度の受診で行うことが可能である。
- ・ 胃がん患者は、消化不良および関連した症状を訴えることが多い。診断は、ほとんどの場合胃内視鏡検査による細胞診に基づいて行われる。CTなどの付加的検査は、病気の段階を判断するために必要とされ、治療の選択肢としてふさわしいものである。
- ・ 肺がん患者は、長引く咳、息切れやその他の症状により GP を受診し、胸部 X 線検査の結果から早期に紹介が行われることが多い。X 線検査で肺がんの可能性を判断した後、気管支内視鏡検査で確かめられる。CT およびその他検査が治療としてふさわしい。

5.7 患者はみなそれぞれにとって正しいケア経路を必要としている。しかし、それらを通じて正確な診断やふさわしい治療がきちんと迅速に施されることが全ての患者の関心事であると思われる。臨床医と患者の双方が、がんケア経路における各ステップにおける待機期間は 1 週間以内であることを望んでいる。患者は、各ステップでどんな症状がいつ起こるかに関する明確な情報を望んでいる。さらに、病気の現実を受け入れ、治療の選択肢について考え、家族の大事なイベントを考慮しながら予定を立てるための少しの時間を取るといった、自ら決定するタイミングについてのサポートを求めている。必要なサービスが利用できることへの確信、また患者それぞれの状況や特定の臨床的ニーズに合わせて個別に対応されることを患者は望んでいる。

#### がん患者の待機期間に関する新たな目標

5.8 政府は、紹介患者およびがんと疑われる患者に対し、治療開始までに 1 ヶ月以上待機させないことを最終目標とする。患者の待機期間が長い場合、診断プロセスもしくは患者の個人的選択によるものであって、ケアシステムの構造的な遅れがその要因となってはならない。この 1 ヶ月目標は、ヨーロッパやアメリカにおいて患者がベストと考えるものに沿っており、提供する側の医師および受ける側の患者双方の希望を表すものである。

5.9 過去数十年にわたる過小投資は、この目標がまだ達成されていないことを示している。より多くの機器や新たな方法で働くスタッフ、また時間と努力が必要とされるが、1つの方向性を共有することが重要である。スタッフを増員し、NHS が必要とされる改革を実施するという条件で、政府は 2008 年までにこの目標を達成したいと考えている。

## 目標を達成する

- 5.10 政府が NHS の進展を助ける実際的かつ現実的な計画を必要としていることを、臨床医および患者が一様に表している。本プランでは、2000 年から 2005 年までの里程標を定め、急速な変化を促すことを目指す。里程標では、診断や治療における労働力および機器への投資（第 8 章および 9 章を参照）を通じ、機能を拡張する必要が考慮されている。それらの投資は、がんサービスの提供方法における改革とも調和している必要がある。

## サービスの再建

- 5.11 迅速、効果的かつ効率的なケアを確実にするためのがんネットワークによるサービス再建を支援するため、新たな NHS 改革庁（NHS Modernisation Agency）は、全てのがんネットワークに対するがんサービス連携において、以後 2 年間の展開の主導を行う。NHS プランで発表されたがんに対する新たな財源は、このイニシアチブのサポートに充てられる。

### がんサービス連携（Cancer Services Collaborative）

がんサービス連携は、ケアシステムを最適化し、専門知識や、がんが疑われたり診断されたりした患者に対するケアの結果を利用する国レベルのイニシアチブである。1999 年 9 月に開始したプログラムの第 1 段階には、9 つのがんネットワークが参加した。第 2 段階は 2001 年 4 月に開始され、NHS 内の全てのがんネットワークを含める予定である。

がんサービスの連携は、がん患者に対する治療の遅れが、ケアシステムの組織される方法に起因することが多い点を示唆してきた。システムを再設計することで大幅な改善を行うことができる。サービス連携に参加する 9 つのネットワークにおけるチームは、乳房、腸、肺、卵巣および前立腺がんの疑いもしくは診断がなされた患者に対するサービスについての再設計を行っている。プロジェクトの多くは、診断および／または治療を受けるまでに要する時間を週単位、場合によっては月単位で削減可能であることが示されている。サービス連携は、患者の視点でサービスを再設計し、改善に向けた技術の構築を行い、問題を見極めて効果的で持続可能な変化をもたらす上で学際的チームが連動することに重点を置いている。

セントラルミドルセックス病院、およびウエストロンドンおよび周辺における地域連携チームは、学際的チームでの作業および診断検査の事前計画を通じて、肺がん患者の初診から治療開始までの待機期間を 28 日から 8 日にまで削減することが可能であることを証明した。



- 5.12 このことは、がん臨床医によりすでに実施されている腫瘍の種類別に最適な治療、また診断（特に放射線、病理学）および治療（放射線治療）へ進む上での主な障壁への取り組みを全てのがんネットワークが利用可能であることを意味している。

#### 確実性および予約診療

- 5.13 連携における主要なテーマは、がんに疑いがある全ての患者が、何を、いつ行うことができるかに関する情報を確実に得るようにすることである。がんの種類別の診断および治療経路に沿ったステップは大体予想することができ、検査や治療を計画・進行することは可能である。このことがいかにケアを効率化し、待機時間を削減し、診断や治療プロセスの全段階の事前予約が患者に確実性を与えるかについて、連携による実証がすでに始まっている。予約システムについては、2005年までに NHS 全体に導入予定であるが、がん患者に対してはより早い対処が求められる。したがって、全てのがんネットワークは、2004年までに国内におけるがんサービスの予約を優先させ、がんと診断された患者全てが事前計画および予約による治療を受けられることを目指す。

「もし検査結果を待つ時間を短くすることができれば、もっと違ってくるのではないかと自分の経験から感じている。その期間中には不必要な心配や不安、憂うつな気持ちが起こる。」

マクミランがん救済財団  
オープンスペース・イニシアチブ

#### 地域における初期目標

- 5.14 がんサービス連携はネットワークに対して、地域における障壁を見極め、改善策を講じるように要請する。したがって、地域の改善目標においては特に初期段階に重点が置かれる。ネットワークおよび臨床医は、待機時間が長い患者について慎重に確認し、その原因を特定することが重要である。
- 5.15 導入される新たな臨床データ（第6章を参照）には、各がん患者に関する初回の GP 受診、もしくはその他の方法、初回外来予約、治療決定日および開始日といった経路の情報が含まれる。これにより、臨床医は地域および国の目標を上回るケースを診ることが可能になる。診断経路の複雑さ、また患者がプロセスにおける別のステップを選択することによる正当な待機要因がある場合も考えられるが、この監査プロセスでは解決を要する組織的問題の特定を支援する。

## 段階別の国の里程標

- 5.16 国の目標は、段階的に導入が行われる。最終的に、GPによる緊急紹介から治療開始までに要する全待機時間の削減を目指す。ある種のがんは、その他のものに比べてより早い進展が可能であることを認識した上で、里程標が定められた。モニタリングシステムについては、地域の状況を基にして開発が行われる。
- 5.17 進歩を確実にするために、経路の各ステップにおける待機時間削減の行動目標が設置される。緊急の外来予約に関する待機上限目標はすでに定着しており、診断や治療への待機時間に関して今後の課題として焦点が当てられる。
- 5.18 全てのがん患者のケア経路における主要なステップは、診断から治療開始までの待機期間である。初期目標として、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とし、平均2週間とする。
- 5.19 ケア経路における各ステップの待機期間を削減することにより、GPの診断による緊急紹介から治療開始までに要する全待機期間の削減を計画することを可能にする。また、緊急の外来予約に関する待機上限を2週間に、診断から治療開始までの待機を2週間から4週間とすることを定着させることにより、GPによる緊急紹介から治療開始までに要する全待機期間の上限目標を2ヵ月に設定することを可能にする。

## 国の里程標

### 1. 急性白血病、小児がんおよび精巣がん

これらの種類のがんにおいて、緊急紹介から治療開始までの待機期間はすでに非常に短いものとなっており、最終目標（緊急紹介から治療開始までを1ヵ月以内とする）はすでに達成されている。がんネットワークは、2001年までにこれらのがんを患う緊急紹介患者全員に対し、この目標が確実となることを目指す。

### 2. 乳がん

乳がんの疑いがある緊急紹介患者の90%以上は、2週間以内に診察を受けている。診断の段階は通常短期的なもので済む（日単位）。ほとんどの患者に対して、診断から4週間以内に治療がなされている。

#### 目標

- i. 2001年までに、全ての患者が診断から治療を受けるまでの期間を1ヵ月以内とする。
- ii. 2002年までに、全ての緊急紹介患者が治療を受けるまでの期間を2ヵ月以内とする。

### 3. その他のがん

その他のがんについては、緊急紹介患者の待機基準を2週間とすることが展開されたばかりである。診断の段階は長引くことがあり、診断から治療開始までの待機期間は腫瘍の種類により大幅に異なる。この分野における進展は、スタッフおよび機器に対する主要な投資プログラムの実施に依存している。保健省は、臨床医、がんネットワークおよびNHS改革庁と連携し、地域における初期目標を踏まえた上で今後の里程標をしっかりとしたものにする。

#### 目標

- i. 2005年までに、全ての患者が診断から治療を受けるまでの期間を1ヵ月以内とする。
- ii. 2005年までに、全ての緊急紹介患者が治療を受けるまでの期間を2ヵ月以内とする。

まれな種類の腫瘍、またそれぞれのケースについては、最善の治療を可能にするための正確な診断を行うには少し長い時間を要する可能性がある。治療を延期するためにインフォームド・チョイスを行う患者も一部にみられ、そのような正当な理由により国の目標から外れるケースも常に少数存在している。

## 目標支援行動

- 5.20 第8章および9章で述べる診断、放射線治療機器、がん治療現場労働力への投資プログラムは、必要とされる能力の拡大につながるものとなると思われる。主な弱点に取り組むための特別イニシアチブも定められた。
- 5.21 例として、腸および胃がんの診断において重要である内視鏡検査は、軟性S状結腸内視鏡検査が行われた件数がこの5年で2倍になるなど、急速な進展を遂げてきた。毎年およそ50万人が、がんもしくは他の病気のために胃腸内視鏡検査を必要としており、待機時間が長くなる可能性が考えられる。それに対応するものとして、
- ・ 国家患者アクセスチーム（National Patients' Access Team: NPAT）は、不必要な待機時間を削減するシステムを再設計することにより、既存のサービスを最大限に利用するための行動見直しを行った。GPが標準化された電子紹介プロトコルを用いて患者を内視鏡検査へ直接紹介し、不必要な外来を生じさせないようにすることを提案する。
  - ・ 保健省は、教育、実施、監督および監査に関する国家基準の範囲内で内視鏡検査を取り入れるためにGP、看護師、外科医および胃腸科専門医を対象に行う研修に対し、年間250万ポンドの投資を行う。
- 5.22 組織病理学における研修拡大計画は、診断能力の補強として重要なものである。（第8章を参照）
- 5.23 これらは壮大な目標ではあるが、意欲的であることは正しいと考える。待機期間が数ヶ月にわたる場合、治療結果にも影響を及ぼすことがあり得る。患者の不安を取り除き、がんの潜在的な兆候に対処するのを援助するために迅速な診断および治療が重要であることは、患者と臨床医の双方が認めている。既存のサービスを効率化し、新たな能力で稼働するには時間を要するため、進歩は段階的なものになると思われる。改善プロセスは直ちに開始され、NHSが必要とされるスタッフを増員し、改革を実施するという条件で、2008年までに特定のがんのみならず、全てのがんの治療においてヨーロッパの最高レベルに匹敵する利用性を目指す。