

ツール#18' メーン CCC コンソーシアム 目標および達成目標を選ぶための投票用紙

記入方法

1. メーン CCC 計画に盛り込むことが重要だと思う目標および達成目標の横にそれぞれチェックマークを付けてください。目標は太字で書かれています。
2. それぞれの達成目標の横にある空欄に次のことを書き込んでください：a) その達成目標を実現するためにあなたまたはあなたの組織が支援を提供できるかどうか（時間、資源など）、および・またはb) その達成目標の実現に力を貸すことのできる別の組織またはグループがメーン州にあるかどうか。

注：各作業グループ（一次予防、治療など）につき少なくとも1つの項目に投票してください。また、目標と達成目標を選ぶ際には次の基準を考慮してください。

- ◆計画の任務、ビジョン、範囲、価値に関係しているか？
- ◆向こう5年以内に達成できるか？
- ◆その達成目標の実現を手助けできる主体がメーン州にあるか？

<u>I. 一次予防</u>	
目標と達成目標	支援する組織
1. 喫煙を開始する人を大幅に減らし、禁煙に成功する人の数を増やし、受動喫煙を減らす。	_____
1. たばこ製品を利用する成人（18才以上）の割合を減少させる。 2. 妊娠女性の喫煙を減少させる。 3. 一度も喫煙したことのない青少年（9～12年生）の割合を減少させる。 4. 報告年中に保健医療提供者から禁煙を勧められた患者の割合を増加させる。	_____ _____ _____ _____
<u>II. 早期発見</u>	
目標と達成目標	支援する組織
3. メーン州におけるがんサーベイランスを向上させる。	_____
1. 要約ステージ情報（summary staging information）が入力された報告の割合を90%に増加させる。 2. ACOS 認定病院による、アメリカがん共同委員会（American Joint Commission on Cancer）のステージ分類が入力された報告の割合を95%に増加させる。 3. メーン州がん登録の能力を強化する。 4. マンモグラフィー登録の実行可能性を調査する。 5. メーン州がん登録データを利用してメーン州におけるがん対策の改善分野を提案するための組織またはグループを認定する。	_____ _____ _____ _____ _____

## ツール#19「利害関係者および地域への情報提供データマップ」（2003年4月改訂）

ケンタッキー州がん登録の作成したマップは、ケンタッキー州における多様な利害関係者にとってのがんの負荷を明確に示す助けになる。州がん登録データを利用すれば、州内でがん介入の実施の必要性が最も高い地域を見つけ出す役に立つ。例えば、ここに示す2つのケンタッキー州地図からは、1991年において州南東部のある地域は女性の早期乳がんの罹患率が低く（緑の部分）、女性の後期乳がんの罹患率が高い（赤い部分）ことがわかる。ある地域に住む女性人口が乳がんのスクリーニング検査を適切に受けていない場合に、この種の病期の現れ方が観察される傾向にある。

ケンタッキー州の地域開発区域別に見た年齢調整がん罹患率  
女性早期乳がん患者、1991年

地図（略）

ケンタッキー州の地域開発区域別に見た年齢調整がん罹患率  
女性後期乳がん患者、1991年

地図（略）

こうした所見を利用することによって、がん管理の介入の対象をこの地域の50才以上の女性に絞り、彼女らにマンモグラムを受けるよう奨励するという施策につながった。同様のマップでもっと最近のものを見ると、この地域の女性後期乳がんの罹患率は介入後に大幅に減っていることがわかる。州がん登録所のデータは、同じように利用すれば、大腸がんや子宮頸がんをはじめ他のがんスクリーニングを最も必要としている地域を同定することができる。

## 6.0 評価の実施

このセクションで紹介するツール

ツール#20「計画会議アセスメント・ガイド」

ツール#21「メンバー満足度アンケート」

ツール#22「計画プロセスモニタリングシート」

CCCのビルディング・ブロックの1つは、評価の実施である。この評価はプロセスとアウトカムの両方を含む。このセクションで紹介するツールは、CCC計画プロセスのさまざまな側面をアセスメントするのに利用できる。計画プロセスの初期でも、プロセスのもっと後の計画が完成して実施されているときにも利用できる。

ツールキットのほかのツールも、CCCの評価をサポートするのに利用できる。例えば「州のCCC計画のための能力の自己アセスメント」（ツール#1）は、プロセスの最初期に評価用の資源とスタッフを同定するために利用できる。これらの資源とスタッフはいったん確定されれば計画プロセス全体を通じて利用できる。「計画活動の年表」（ツール#3）は計画プロセスを記録することや、実際の進展具合に照らして予測される進展を推定するために「計画タスクのタイムライン」（ツール#2）と比較することができる。「課題声明書作成ガイド」と「達成目標リトマス試験」（ツール#16、17）は、計画プロセス中に策定される達成目標を確実にアセスメント可能なものにするために利用できる。例えば、比較用の基本データの有無や、達成目標が測定可能かどうかの確認に利用する。「活動グループのプロジェクト報告」（ツール#4）と「プロジェクト資金調達提案」（ツール#5）は、特定の実施プロジェクトに関して評価法を明確に示すのに便利であり、プロジェクトの成功を評価するためのおぜん立てをする。

### ツール#20「計画会議アセスメント・ガイド」

このツールは、計画主体全体についても委員会および作業グループについても、計画会議をアセスメントして総括するのに利用できる。このツールは、バテルのスタッフが出席したモデル計画州の会議を総括するのに用いた観察ガイドに基づいている。計画調整担当者がCCC計画プロセスの評価と改善を行う際に、このツールを役立てることができる。

計画調整担当者またはコア計画グループは、会議終了後の報告会の手引としてこのツールを利用できる。ガイドに掲げた質問に回答することで、調整担当者は会議の経験から学び、変更または改善する分野を識別し、今後の会議の準備をすることが容易になる。このガイドはまた、計画会議で何が起きているのかの記録をつける役にも立つ。最初の部分は計画会議の実務的な詳細に注目し、会議のセッティングに加えグループ・ダイナミクスを吟味している。後半の部分は、CCCの基礎となるビルディング・ブロックに関する会議のアセスメントに焦点を当てている。この部分の質問は、各ビルディング・ブロックに関して会議中に何を学び何が決定したかを問うている。

## ツール#20「計画会議アセスメント・ガイド」

### I. セッティングと会議のダイナミクスを振り返る

#### 1. 環境 会議のセッティングまたは環境は適切だったか？ 以下の分野の妥当性について記入する：

- ・ 会議の場所
- ・ 座席の配置
- ・ 視聴覚器材
- ・ 飲食物または食事
- ・ その他

#### 2. 出席 会議の出席率は十分だったか、あるいはどの程度を予想していたか？ 欠席パターンとして代表性または計画イニシアティブの参加的性質に影響しかねないものが見られるか？

- ・ 出席率の予想と実際の比較：招待者数、返信者数を実際の出席者数と比較する。
- ・ 代表性：代表されている組織または集団のタイプと範囲（例、病院、保健医療提供者、マネージドケア組織、公衆衛生機関、少数派および十分にサービスが提供されていない集団、がん生存者、健康唱道団体）。
- ・ 不意のゲストまたは予期せぬ出来事：不定期の参加者または非会員？
- ・ その他：

#### 3. リーダーシップ、ファシリテーション、グループ・ダイナミクス 会議のリーダーシップ、円滑な進行（ファシリテーション）、グループ・ダイナミクスを再検討する。

- ・ 会議のリーダーおよびファシリテーターはこの出来事から何を学んだか？
- ・ リーダーシップとファシリテーションについて参加者からどのようなフィードバックがあったか？
- ・ 議事進行はどの程度うまくいったか？ すべての協議事項が取り上げられたか、また時間どおりに進んだか？
- ・ 会議のリーダーシップとファシリテーションをどうすれば次回会議にはもっとよくなるか？
- ・ 参加者の関与の度合いに温度差があるように見えたか？
- ・ 関与度の低い参加者をどのように討議に引き込んでいたか？
- ・ どうすれば次回会議には参加者がもっと関与するようになるか？

## ツール#20 (続き)

### II. CCC ビルディング・ブロック

CCCの基礎をなすビルディング・ブロックに照らして今回の会議を振り返る。それぞれのビルディング・ブロックの詳細については「ガイダンス文書」を参照してほしい。

1. **インフラストラクチャーの強化** 州保健当局内においてCCCを支援するためのインフラストラクチャーの強化に関して、何が習得され、どのような決定が行われたか？ その決定の結果、州保健当局のCCCに関する役割はどのように変わるだろうか？
2. **支援の結集** CCC計画の策定または実施のための資金およびその他の資源に関して、何が習得され、どのような決定が行われたか？ これについては、がん予防・管理に対する州の法的措置に関する問題も含む。
3. **データと研究の利用** CCC計画を完成するためのデータと研究へのアクセスおよびその利用について、何が習得され、どのような決定が行われたか？ 計画への取り組みに有益なデータ資源としてどのようなものが議論されたか？
4. **パートナーシップの構築** CCCイニシアティブを中心としたパートナーシップの構築に関して、何が習得され、どのような決定が行われたか？ 会議に出席した（場合によっては欠席した）パートナーがCCCプロセスにもたらしうる専門知識と資源について、何が習得されたか？
5. **がんの負荷のアセスメント・対処** 自分の州におけるがんの負荷をアセスメントし対処することに関して、何が習得され、どのような決定が行われたか？ 目標と達成目標の策定、優先事項の選択、そしてそのがんの負荷に対処するために計画はどうやって戦略を定めるのかについて、どのような決定が行われたか？
6. **評価** 計画プロセスの評価と計画およびその構成要素の実施の評価について、何が習得され、どのような決定が行われたか？ 会議中の議論における目標、達成目標および・または戦略策定の取り上げ方は、プロセスおよびアウトカム評価を容易にするようなやり方だったか？

### ツール#21 「メンバー満足度アンケート」

このツールは、計画主体のメンバーのフィードバックを求め、計画プロセスに対する満足度をアセスメントするために利用する。このアンケートはイリノイ州のコア計画チームが策定して使用したものである。アンケートは、行動計画が完成した後にイリノイ州の計画参加者全員に一度に配布された。このアンケートは、計画プロセスを評価してその情報を将来の活動の形成に利用するための系統的な取り組みを示す好例である。アンケートでは択一回答と自由回答の質問を組み合わせた様式を用いている点に注目してほしい。このアプローチの場合、調整担当機関のスタッフは容易かつ手短かに要約できる定量化可能なデータを手に入れられるだけでなく、記述式回答によって参加者は自分の回答を説明できるうえに、計画プロセスで得た経験についてより豊富なフィードバックを提供できる。アンケートの最後に2つの質問がある。1つはイニシアティブの改善可能な点について問うもので、もう1つはイリノイ・パートナーシップがCCCを討議するためにどのくらいの頻度で再召集すればよいかを問うものである。これらの質問に対する答えは、調整担当機関がその後の活動、特に計画の実施に関わる活動の準備をし、進展状況のレビューを実施するのに役立つだろう。

### ツール#21 年次メンバー満足度アンケート（2000年5月1日）

返信期日：2000年5月19日					
氏名： _____					
所属機関名： _____					
<p>イリノイ CCC パートナーシップの様子についてぜひご意見をお聞かせ下さい。各項目について、パートナーシップの側面に関するご自身の満足度を最もよく表す数字に丸をつけて下さい。もしあればご意見を書き添えて下さい。このアンケートの結果は、パートナーシップの将来の方向性に関する決定を行う際に参考にします。<u>10分だけ時間をいただき、このアンケートに記入して返信下さい。</u>ご協力ありがとうございます。</p>					
あなたの満足度は……					
パートナーのメンバーについて	非常に 不満	やや 不満	わから ない	やや 満足	非常に 満足
1. メンバーの多様性	1	2	3	4	5
2. がんに関心および・または専門知識のある組織の代表性	1	2	3	4	5
3. 他のパートナーまたはそのパートナーが代表する組織と提携する機会	1	2	3	4	5
4. 新メンバーを進んで迎える態度	1	2	3	4	5
5. あなたの個人的・組織の関与	1	2	3	4	5
意見					

ツール#21 (続き)

あなたの満足度は……

雰囲気について	非常に 不満	やや 不満	わから ない	やや 満足	非常に 満足
6. 友好的、冗談が言える、親切	1	2	3	4	5
7. ほかのメンバーからの協力	1	2	3	4	5
8. みんなの意見をちゃんと聞く	1	2	3	4	5
意見					

あなたの満足度は……

コミュニケーションについて	非常に 不満	やや 不満	わから ない	やや 満足	非常に 満足
9. CCC プログラムについてイリノイ州公衆衛生局が提供する情報	1	2	3	4	5
10. CCC プログラムに関してイリノイ州公衆衛生局と連絡をとることができる	1	2	3	4	5
11. CCC プログラムについての意見や関心を伝える機会	1	2	3	4	5
意見					

あなたの満足度は……

リーダーシップ	非常に 不満	やや 不満	わから ない	やや 満足	非常に 満足
12. CCC の向かうべき先に関するビジョンの明確さ	1	2	3	4	5
13. リーダーの強さと能力	1	2	3	4	5
14. パートナーがリーダーの役割を担う機会	1	2	3	4	5
意見					

ツール#21 (続き)

あなたの満足度は……

計画	非常に 不満	やや 不満	わから ない	やや 満足	非常に 満足
15. 優先順位決定のためのインプット を用意するために用いる計画プロ セス	1	2	3	4	5
16. パートナーシップの勧告の遂行	1	2	3	4	5
17. 6つの最優先事項をパートナ ーシップが決定する際のプロセス	1	2	3	4	5
18. パートナーシップの決定した6つ の最優先事項	1	2	3	4	5
意見					

あなたの満足度は……

プロセス	非常に 不満	やや 不満	わから ない	やや 満足	非常に 満足
19. 会議の回数	1	2	3	4	5
20. 会議の場所	1	2	3	4	5
21. 会議の内容	1	2	3	4	5
22. 会議が成し遂げたこと	1	2	3	4	5
23. 行動グループの活動（社会の認知 と教育、データとサーベイランス、 政策とインフラストラクチャー、 がんケアアセスメント、資金調達 と資源）	1	2	3	4	5
意見					

24. この協働の取り組みの効果を最も改善するために何か1つ変えるとすれば、それは何でしょうか？

25. イリノイがん予防・管理パートナーシップの会議はどのぐらいの頻度で開くのがよいでしょうか？（1つ選ぶ）  
 年に1度      半年に1度      それより多い

ご協力ありがとうございました。回答は 2000年5月19日 までをお願いします。



## ツール#22「計画プロセスモニタリングシート」

モニタリングシートは CCC 計画プロセスの主な活動を追跡するためのツールである。シートには CCC 計画プロセスの全ての計画活動が記載されている。また、それらの活動のおおよそのスケジュールと実際に遂行された日付を記録するためのスペース、および活動の遂行責任者を記録するスペースも提供されている。各活動についてコメントを記録するスペースも設けてある。

モニタリングシートは、ガイダンス文書に述べた CCC のステージ、ステップ、活動（ガイダンス文書第 9 節の表 9.1 参照）に沿って構成されている。ツールには 3 つの表があり、それぞれが次にあげる CCC 計画プロセスの主要 3 ステージに対応している。

- ・第 1 ステージ 基礎を築く
- ・第 2 ステージ CCC 計画の構成要素を策定する
- ・第 3 ステージ CCC 計画を完成させる

それぞれの表には、関連する計画活動が記載されている。各活動の横の括弧内の略語は、その活動の該当する CCC のビルディング・ブロックを示している。第 1 ステージの表を例にとると、「インフラストラクチャーのニーズと能力をアセスメントする」という活動は「調整担当機関の計画実行能力の開発」という局面を示す見出しの下にある。さらにこの活動には「(EI)」という略語が付いており、「インフラストラクチャーの強化」というビルディング・ブロックに関係していることを示している。

計画調整担当者は、計画プロセスを軌道から外さないためのプロセス評価ツールとしてモニタリングシートを利用できる（プロセス評価についての詳細はガイダンス文書第 8 節を参照）。シートはこの機能を幾通りかの方法で果たすことができる。

- ・主要な計画活動が遂行されていることを確認する。
- ・計画プロセスが時間どおりに進行していることをモニタリングする。
- ・計画活動の実施への参加を誓約した組織および個人で、誓約どおり実施に参加している者を記録する。

計画調整担当者はこのツールを各自の計画プロセスに合わせて自由に改造し、必要であれば活動の追加や修正も行うべきである。

(訳注) 略語は、EI（インフラストラクチャーの強化）、MS（支援の結集）、DR（データと研究の利用）、BP（パートナーシップの構築）、AA（がんの負荷のアセスメント・対処）、CE（評価の実施）である。

ツール#22 計画プロセスモニタリングシート

第1ステージ 基礎を築く

活動（ビルディング・ブロック）	スケジュール 完了日	責任者	説明
調整担当機関の計画実行能力の開発			
インフラストラクチャーのニーズと能力をアセスメントする（EI）	1～3ヶ月		
調整担当機関の指導部からの賛同を得る（EI）	1～3ヶ月		
専任の調整担当者・スタッフを認定・雇用する（EI）	1～3ヶ月		
コア計画チームを結成する（EI）	1～3ヶ月		
現在の支援水準をアセスメントする（MS）	1～3ヶ月		
計画のための資金および現物資源を確保する（MS）	1～3ヶ月		
がん登録と他のデータ機関、データ源とのリンクを構築する（DR）	1～3ヶ月		
CCC 計画プロセスの開始			
調整担当機関のがん関連の他のスタッフを巻き込む（EI）	4～6ヶ月		
計画プロセスを導く作業計画を策定する（EI）	4～6ヶ月		
* CCC プロセスの調整とモニタリングを行う（EI）	4～6ヶ月		
利用可能なデータ・研究を特定する（DR）	4～6ヶ月		
CCC パートナーシップの構築			
パートナー候補を同定、接触、勧誘する（BP）	4～9ヶ月		
パートナーの関心度と能力をアセスメントする（BP）	7～9ヶ月		
第1回パートナーシップ会議の準備をする（BP）	7～9ヶ月		
* 公的・民間セクターの間の支援を確立する（MS）	7～9ヶ月		
* パートナーシップの取り組みを公表する（MS）	10～12ヶ月		
目標、ビジョン、意思決定プロセスについてパートナーと合意する（BP）	10～12ヶ月		
パートナーシップのリーダーシップを確立する（BP）	10～12ヶ月		
作業グループを創設する（BP）	10～12ヶ月		
* パートナーの満足度をアセスメントする（BP）	10～12ヶ月		
* 新メンバーの参加方法と非メンバーの意見提供方法を開発する（BP）	13～15ヶ月		
評価のための戦略の策定と実施			
評価のための資源とスタッフを同定する（CE）	4～6ヶ月		
計画の評価のための質問を定義する（CE）	4～6ヶ月		
* 計画プロセスを記録する（CE）	4～6ヶ月		

ツール#22 (続き)

第2ステージ CCC計画の構成要素を策定する

活動 (ビルディング・ブロック)	スケジュール 完了日	責任者	説明
目標と達成目標の決定			
関心領域を中心にパートナーシップを組織する (AA)	10～12ヶ月		
計画の達成目標と戦略のための基礎としてデータと研究をレビューする (DR)	10～12ヶ月		
データの (現実との) 格差をアセスメントする (DR)	10～12ヶ月		
*計画プロセスにおいて新たに生じる課題、解決策、及びアウトカムを特定する (CE)	10～12ヶ月		
がんの負荷の重要領域とハイリスク集団を確定する (AA)	13～15ヶ月		
すでに導入されている戦略における格差をアセスメントする (AA)	13～15ヶ月		
優先達成目標を実現するための戦略の策定			
*実行可能な場合は新たなデータを収集し、および・またはそれらの活動を計画に組み込む (DR)	13～15ヶ月		
評価に関する TA・研修をパートナーに提供する (CE)	13～15ヶ月		
計画のための測定可能な目標と達成目標を策定する (AA)	16～18ヶ月		
アウトカムの測定のためのベースラインデータを特定または収集する (DR)	16～18ヶ月		
考える介入戦略を同定する (AA)	19～21ヶ月		
目標、達成目標、戦略の優先順位を設定する (AA)	19～21ヶ月		
戦略の実行可能性の確保			
資金調達計画の戦略のアプローチを開発する (MS)	19～21ヶ月		
計画実施に向けたパートナーシップの代表性と範囲を再アセスメントする (MS)	19～21ヶ月		
実施のための評価計画を策定する (CE)	19～21ヶ月		
計画戦略を実施する組織を同定する (AA)	22～24ヶ月		

第3ステージ CCC計画を完成させる

活動 (ビルディング・ブロック)	スケジュール 完了日	責任者	説明
計画を執筆する	18～20ヶ月		
計画をレビューする	21～22ヶ月		
計画を出版して配布する	22～24ヶ月		

(資料3) イギリスの NHS Cancer Plan (全文)

# NHS Cancer Plan

投資のための計画  
改革のための計画

2000年9月

## 目次

	国務大臣による序文 .....	212
	要旨 .....	213
1	がんという課題 .....	224
2	予防法の改善 .....	231
3	検診の改善 .....	240
4	地域におけるがんサービスの改善 .....	251
5	診断・治療の待機期間の削減 .....	256
6	治療の改善 .....	265
7	ケアの改善 .....	271
8	スタッフへの投資 .....	279
9	施設への投資 .....	293
10	将来への投資：研究と遺伝学 .....	296
11	NHS キャンサープランの実施 .....	303
	NHS キャンサープラン：次のステップ .....	308

## 国務大臣による序文

イギリスでは、年間 20 万人ががんと診断され、12 万人がそれにより命を失っています。がんは、我が国における主要な死因の 1 つであり、政府は NHS(注:National Health Services, 国民保健サービス。)においてそれを優先事項として位置づけています。

「キャンサープラン」は、がんに取り組むための初の包括的戦略を定めたもので、政府としてがんの予防、診断、治療、ケアおよび研究と連携したアクションプログラムを作成したのは今回が初めてです。

我が国のがんサービスにおいて誇るべき点は多く、特に研究および小児がんの治療においては世界最高レベルであるといえます。ホスピス運動および慈善事業による緩和ケアが根付いていることも誇るべき点です。また、NHS 乳がん検診プログラムは、他国との比較において最も包括的であるともいわれており、NHS、ボランティア、自治体および家族など国内でがんと闘う人々の貢献は計り知れない数となっています。

しかしその一方、多くの地域におけるがんサービスは、それらのレベルを満たすものになっていないのが現実です。国内 NHS スタッフおよびがん患者の最大限の努力にもかかわらず、投資不足と同時に古い習慣が何十年か続いてきたことにより、主要ながんにおける生存率はヨーロッパ諸国の中でも遅れをとっている状況です。貧困層は富裕層に比べてがんの罹患率が高く、生存の可能性もより低いという事態、またpostcode lottery (postcode lottery. 居住地域に基づく社会的差別) 現象により、がん患者が様々なケアおよび治療サービスを受けられないままになっています。

この「キャンサープラン」では、これらの問題に取り組み、ヨーロッパにおける迅速でより良いがんサービスを提供するための投資および改革プログラムが定められています。このプログラムを通して政府は、医師、看護師、その他スタッフの増強、がん治療のための機器拡充、また新たな国家基準およびがん予防・治療法の変化に対応するための NHS の近代化、といった NHS プランを推進し、医療の不平等に取り組むことに加え最重要な点として、患者を治療の中心とすることを目指しています。

NHS プランと同様、この「キャンサープラン」は国内の専門家および患者との幅広い意見交換を通じ、国家がん対策長官 (National Cancer Director) であるマイク・リチャーズ教授の監修のもとに作成されました。この計画では、がんサービスのレベルをヨーロッパ中の最高レベルに引き上げ、より多くの命を救う、といった政府の壮大な目的をどのように成し遂げるのかについて説明されています。

保健大臣

アラン・ミルバーン下院議員

## 要旨

### がんという課題

1. イギリスでは、3人に1人が一生のいずれかの段階でがんを発症し、4人に1人はそれにより死亡している。これは、毎年20万人以上ががんと診断され、およそ12万人ががんにより命を落としていることを意味する。したがって、がんのより効果的な予防、発見および治療ケアは私たち全てに重要な意味を持っているといえる。
2. このキャンサープランは、イギリスにおける初の包括的な国レベルのがんプログラムで、以下の4つのねらいを含む：
  - ・ 多くの命を救うこと
  - ・ がん患者が、最高の治療だけでなく、正しい専門的支援とケアを確実に受けられるようにすること
  - ・ 非熟練労働者が専門職従事者と比較して2倍の割合でがんで死亡している点にみられるような、健康の不平等に取り組むこと
  - ・ NHS ががん医療・ケアの分野で再び遅れをとることがないように、がん医療・ケア従事者への投資、精力的な研究、遺伝学革命に向けた準備を通じて、将来に向けた努力を行うこと

この計画は、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、医薬品、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。

### キャンサープラン

3. 7月に発表された NHS プランでは、21世紀へ向けた医療サービスの発展、また患者中心の迅速かつ利便性のある品質の高いケアを提供するための NHS 全体における投資および改革に関する政府の計画が発表された。特にがんサービスについて、それらの改善から利益を得るべき最重要事項として定め、がん予防、研究、サービス利用の改善に関する進展を保証している。このキャンサープランでは、それらの改善がどのように導入されるかについて述べ、スタッフへの投資による専門分野の不足への対応、およびサービスの拡充、最新機器への投資により診断や治療がより迅速に得られること、といったがんサービスが投資から得られる利益について示す。

4. さらに、本計画ではこれらの投資を行うためには、放射線技師、看護師およびその他スタッフの役割を広げるなどの、患者のニーズを満たすがんサービスの効率化、また国内全土において高い基準の治療やケアを確実にするための指導、といった新しいやり方を通じた改革が必要である点についても述べる。
5. 本計画は、NHS およびそのパートナーのために準備された実用的文書であり、ヨーロッパのどこにおいてもがんサービスにおける最速の進歩を遂げることを見込んだ以後5年にわたる行動および里程標を定める。2010年までには、イギリスにおけるがんの5年生存率は、ヨーロッパ最高レベルの1つとなると予測する。
6. 本プランは、以下の3つの新たな方針を中心とする：
  - ・ 現行の、2010年までに成人の喫煙率を28%から24%へ減少させることを目指す白書「Smoking Kills」に加え、喫煙率、その結果生じるがんおよび心臓病のリスクにおける社会経済グループ間の格差に取り組み、新たな国・地域目標を定める：
    - 2010年までに、肉体労働者グループにおける喫煙率を1998年の32%から26%に減少させ、健康格差を縮小する。
    - 高喫煙率地域の保健当局（注：Health Authority。地域における保健医療の責任機関であるが、現在は存在しない。）20カ所において、明文化した地域目標を定める。
  - ・ 診断・治療の待機期間を削減するための新たな目標を、以下の通り定める：
    - 最終的に、正当な臨床上の理由もしくは患者による選択を除き、がんが疑われる緊急を要する紹介患者については、治療開始までに1ヵ月以上待機させないことを目指す。
    - 急性白血病、小児がん、精巣がんといったまれながんの患者に対しては、多くの場合すでにこの点は適用されている。
    - 目標達成に時間を要すると考えられるその他のがんについては、以下の通り里程標を定める：
      - 2005年までに、全てのがんに関して、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、全てのがんに関して、家庭医（General Practitioner。以下GPと表記。）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。



- ・ 2004年までに、国内におけるホスピス、専門的緩和ケアへのアクセスの改善のために年間5千万ポンドのNHS追加投資を行う。専門的緩和ケアに対する史上初のこのNHSの投資は、ボランティア分野の投資に初めて匹敵することになる。

7. これらの新たな方針は、がん予防への取り組みを強化し、必要とする全ての患者に迅速な診断および治療の保証を確実に与え、がんと闘う国内の患者にさらなるサポートを与えるものである。

### がんサービスの現状

8. 過去30年にわたり、がんの影響を減らす点においては重要な進歩が成し遂げられてきた。喫煙率の低下とともに、男性の肺がん死亡率において減少がみられた。乳がん、子宮頸がんの死亡率についても、検診プログラムおよび最新治療の導入で減少となった。特定のがんにおける生存率は、小児がん患者のおよそ3分の2、また精巣腫瘍の患者90%以上は現在治癒しており、劇的な向上がみられた。
9. 最良の点としては、我が国におけるがん治療は世界をリードしていることが挙げられる。イギリスの医学研究者は、がんおよび効果的な対処法についての認知を広める点において主導的役割を果たしており、乳がん検診プログラムについては、諸外国と比較して最も包括的なものであるといえる。小児がん患者に対するサービスは優れており、主に慈善団体の開発によるホスピスと緩和ケアは世界トップレベルに数えられている。
10. しかし一方では、改善が求められる分野も多い。我が国において、誰ががんになるか、またそうなった場合にどのような事態になるのかにおいて、実際に不平等が存在している。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、診断後は全体的にみて死亡する割合が高い。1990年代初期における男性の肺がん死亡数は、専門職従事者に比べ非熟練労働者がおよそ5倍も高かった。
11. 数々の理由により、イギリスがん患者の生存の見通しは、他のヨーロッパ諸国に比べて低くなっている。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。

12. 多くのがん患者が優れた治療を受けてはいるものの、サービスはまだ不完全だといえる。機器設備の大部分は旧式かつ不十分で、NHSの有する各種がんの専門医数はごくわずかである。国内のある地域では、患者が住む場所により治療の質および種類が異なるというポストコード・ロッター現象が生じており、満足な医療を受けるためには住む場所を選ばなくてはならない状態となっている。
13. がん治療の経験に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。長い待機期間と不確実要素が、患者の不安を一層助長している。
14. がん治療におけるこれらの遅れや偏差は、21世紀のNHSとしてはもはや許容できない問題である。数十年にわたる過小投資のもとで、熱心なスタッフの最善の努力が報われることはなかった。より良いがんサービス提供の機会をスタッフは望んでおり、患者および国民は改善を切望している。
15. 1997年以降、政府は75歳未満の人々のがん死亡率を2010年までに少なくとも5分の1引き下げることに、また特に悪化傾向のある分野での改善を公約に掲げて問題に着手してきた。その1つとして、白書「Smoking Kills」により、包括的なタバコ規制プログラムが開始された。
16. さらに政府は、がんサービスの品質向上に関して資金とエネルギーを注ぐことにも焦点を当ててきた。医療基準の改善および待機期間の削減については、合計でおよそ年間8千万ポンドの資金が投入され、検診、診断および治療機器の一新においては、これまでにない大規模のプログラムが開始されている。しかし、それらは改善が必要な分野の一部にすぎない。

#### がんサービスプランが意味するもの

17. 本計画は、がんサービスに対する新たな抱負と、それを実現させるための行動計画を定めるものである。また、政府の投資および改革プログラムがどのように拡大する需要を満たし、がんサービスを効率化し、スタッフが技術や才能を十分に発揮できる機会を提供するかについて示している。

18. 本計画実施の財源として、2003年から2004年までに、がんサービスに対して新たに追加投資される年間5億7千万ポンドが充てられる。2006年までに、がん専門医師1,000人の追加増員、放射線技師、看護師の増員、またがんの診断・治療に携わるその他人員不足がみられる箇所への対応を目標としている。政府は、ボランティア組織と協力し、新規機会基金(New Opportunities Fund、国営宝くじ。)などを用いて、国内におけるがんサービスの利用地域拡大と利便性アップを計りたいと考えている。短期間で全ての変革を期待することはできないが、計画に着手し、里程標も据えられた今、国民はヨーロッパにおいて遅れをとった状態から脱却し、トップクラスに肩を並べる日を期待の目で見守っている。
19. 国民が実感することのできる変革を目指す。

#### がんのリスクを低減する

20. **喫煙の低減。**喫煙は予防可能ながんの最大危険因子の1つとなっている。そしてすでに貧困にあえぐ人々に対して不均衡な影響を及ぼしている。そのためNHSキヤンサープランでは、不平等に取り組むための新たな国および地域目標を定め、新しい行動プログラムを背景にして、禁煙を望む人々に対する新たな効果的介入を行うことを目指している。
21. **健康的な食生活。**偏った食生活ががん危険因子の第2位であることは、あまり知られていない。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である。日頃から果物や野菜を摂取しない人の場合、複数のがんにかかるリスクが非常に高くなる。子供の場合、それらの食物の摂取量は特に低く、貧困家庭の子供たちの摂取量は高所得家族の子供たちの摂取量と比べると、その半分である。
22. NHSプランにおいて発表された2つの新たなイニシアチブは、以下の通りである：
- ・ 国レベルの「1日5品目プログラム (five-a-day programme)」(果実野菜啓発運動)により、果物や野菜をより摂取するよう促す。
  - ・ 「全国学校果実給食計画 (National School Fruit Scheme)」により、4歳から6歳の児童が授業日1日あたり量の制限なく果物を摂取できるようにする。
23. 喫煙や偏った食生活に取り組む行動計画は、根本原因にも対処しない限り効果は期待できないと思われる。貧困、失業、その他健康を害する様々な原因はがんと関連づけられている。よって、政府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。

## がんを早期に発見する

24. **国民の認識を高める。** がんを疑うべき兆候や症状を見極めるための情報はますます容易に得られるようになり、治療が効果を発揮するうちに受診することが可能になった。例えば現在、乳がんに関しては患者が早期に受診する傾向があるが、腸症状や直腸出血などについては患者が症状をよく認識していなかったり、受診に対して気後れしたりする場合が多い。しかし、腸がんにおいては、早期に治療を行えば回復する見込みが高いといわれている。国家がん対策長官は、ボランティア組織と共に一般がん全てに関する情報事項を見直し、最もリスクを抱える人々に情報を伝えるために行えることを検討する。
25. **がん検診の拡張。** 検診プログラムが有効である場合、サービスの拡張および新たなプログラムを開始する：
- ・ 効果を認められている乳がん検診プログラムについて、2004年までに65歳から70歳の女性全てを対象とする。それにより、年間40万人の検査対象拡大および71歳以上の女性については要望に応じて検査を利用可能にすることを目指す。
  - ・ 子宮頸がん検診プログラムの更新：不必要な検査の繰り返しを減らし、さらなる検査が必要となった患者にはスムーズな手続きが行えるようにする。
  - ・ 大腸がん検診プログラムの試験的実施は2002年までに終了し、成果があると判断された場合には、50歳から69歳までの全ての人を対象に導入する。
  - ・ 前立腺がんを発見するための前立腺特異抗原（Prostate Specific Antigen。以下PSAと表記。）の検査については、患者自身が検査のリスクおよび利点に関する情報を考慮した上で決定できるようにする。
  - ・ 現在、卵巣がん検診に関しては導入試験中であり、肺がん検診に関しては実施へ向けた研究が検討されている。

## 地域におけるがんサービスの改善

26. GPや訪問看護師は、患者ががんのリスクを低減、もしくは早期発見し、検査が必要な場合は迅速な紹介を行い、がんと闘う患者や家族、また末期患者や遺族のサポートにおいて重要な役割を果たしている。その点に関係して、本プランには以下の点を含む：
- ・ NHSとマクミランがん救済財団（Macmillan Cancer Relief）は新たな協力関係を築き、各PCT（注：Primary Care Trust。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。）内の主任がん臨床医サポートのために年間300万ポンドを提供する。