

- 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取めてきたといえる。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 技術面での進展は、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。

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、初めてがんとして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实施終了。
- ・ 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实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。今年の初め、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）果たすものとなると思われる。

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的存在となっている。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

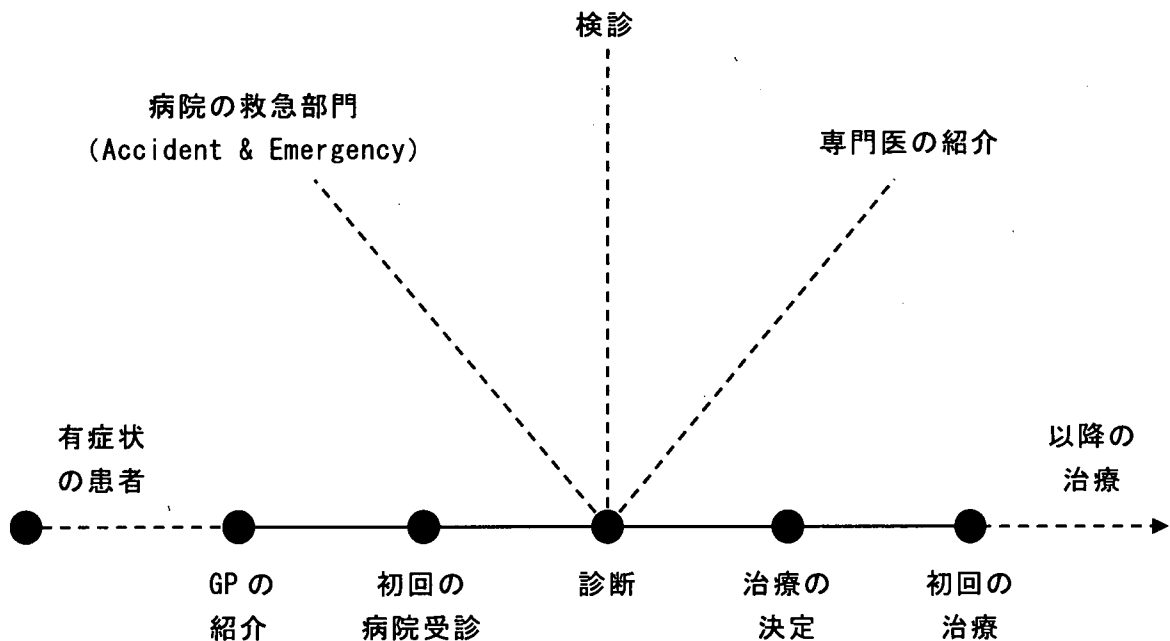
- ・ 2001年までに、小児がん、精巣がんおよび急性白血病患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする
- ・ 2001年までに、乳がん患者に関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする
- ・ 2005年までに、全てのがん患者に関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする
- ・ 2002年までに、乳がん患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を2ヵ月とする
- ・ 2005年までに、全てのがん患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を2ヵ月とする
- ・ 全てのがんネットワークにおいて、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、乳がんと疑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、すでにご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を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。