

#### ④提言（ ）内は行動主体）

- ・ 全てのがん患者が均一で質の高いケアにアクセスできるようにすべきである。
- ・ 患者や介護者のニーズは、がんサービスに関与する購入者、計画者、専門家の最も重要な関心事であるべきである（購入者、サービス提供者、専門職団体（Professional Body））
- ・ がんセンターとがんユニットは、がんケアの統合されたネットワークを構築するために設置されるべきである。がんセンターとがんユニットの間、がんセンター間、がんユニット間の効果的なコミュニケーションは不可欠である（購入者、特定されたがんユニットとがんセンター）
- ・ GP、がんユニット、がんセンターの間の適切な紹介とフォローアップの体制を明確に理解すべきである。これらは同意されたガイドラインやケアの質や結果に関する情報に基づくべきであり、また患者団体も関与すべきである（GP、患者団体、がんユニット、がんセンターの間の議論を促進する役割を委任された当局）。
- ・ がんユニットは、ユニット内のがん患者へのサービスを調整する主任臨床医（lead clinician）を任命すべきである。主任臨床医は購入者とのサービス協定に関する協議に密接に関与すべきである（がんユニット）
- ・ 専門家団体は、より一般的ながんの管理に必要な専門的知識と支援のレベルに関するガイドラインを早急に開発すべきである（保健省、専門職団体）
- ・ 保健省（イングランド、ウェールズ）は、専門職団体と協力して、がん管理におけるプライマリケアチームの役割を開発すべきである（保健省、関係する専門職団体）
- ・ 各がんユニットには非外科的な腫瘍学からの投入が必要となるだろう。適切に訓練されたスタッフの育成には数年かかるだろう。われわれは、内科腫瘍専門医（medical oncologist）と臨床腫瘍専門医（clinical oncologist）との協同を歓迎するとともに促進する（王立内科医学会（Royal College of Physicians）、王立放射線医学会（Royal College of Radiologists））。
- ・ がんケアに関与する全ての専門領域と専門職においてマンパワーの問題が存在する。適切な専門家団体と議論を行うべきである（保健省、調整すべき専門職団体）。

- ・放射線治療は、通常はがんセンターにおいて提供されるべきである。ただし、地理的条件によっては例外的に、がんセンターと密接に連携して、現行の質の保証と監査の効果を維持しながら、がんユニットで放射線治療を継続して提供する必要もあるかもしれない（がんセンターの外部に設置される必要がある放射線治療センターを同定して、それらががんセンターと密接に連携することを保証するために、購入者と提供者（が行動する必要がある））。
- ・緩和ケアと症状管理は患者の疾患の全ての段階において利用可能であるべきである。病院、プライマリケア、社会サービス、ボランティア団体は全て関与すべきである（全ての提供者との合意のもとに、緩和ケア供給のための地域計画を策定する役割を委任された当局）。
- ・教育、監査、がんケアに関する研究、臨床試験への患者の参加は、プログラムの重要な要素である（関係する複数の Royal College、購入者、提供者、大学、慈善団体）。
- ・このレポートで勧告されているがんサービスの組織と提供体制の完全な改革の実施には数年かかるだろう。しかし、がんケアの質及び訓練済みのスタッフの活用を促進するために、組織の改善、患者、購入者、提供者、専門職、ボランティア団体の間のコミュニケーションの改善によって「今」なされうことは多くある。腫瘍専門医の教育年限は5年間であるが、これは、教育課程への参加を希望する有資格の医師が十分な数存在すること、利用可能な指導者が十分に存在することを想定している。
- ・治療の結果やサービスの変革の実施を監視することはきわめて重要である。本諮問委員会は、NHS 執行部、ウェールズ事務局と共同して、これらの提言の実施状況を監視し、大臣に定期的に報告すべきである。

## （2）NHS Cancer Plan の策定の経緯

カルマン・ハインレポートは保守党サッチャー政権のもとで作成されたが、その後の政権交代のため、報告書で示された提言がそのまま具体化することはなかった。しかし労働党ブレア政権においても、「がん」が国民の健康に最も重大な影響を及ぼす疾患であり、最優先に取り組むべき課題であるという認識に変わりはなく、上述した「Our Healthier Nation」においても「NHS Plan」においても、がんの重要性が明記された。

しかし、これらの計画ではがんに関する具体的な戦略や対策が十分に示されていないかったため、完成しつつあった「がんの National Service Framework」をさらに発展させ、予防、診断、治療、ケアの全ての段階を含む、具体的な目標、戦略、対策を明記したがん対策の包括的な行動計画、つまり「NHS Cancer Plan」を策定することとなった。

カルマン・ハインレポートが NHS Cancer Plan に及ぼした影響として、一般原則やがん対策の方向性を示した提言が NHS Cancer Plan に反映されている点が挙げられる。しかし、がんサービスの提供体制については、基本的な考え方は反映されているが、NHS 全体のサービス提供体制が大きく変化したこともあったため、がんユニットやがんセンターといったサービス提供体制の構想は実現されなかった。

### 3. 主ながん対策・プログラム

#### (1) NHS Cancer Screening Programme

##### ①概要

全国規模で実施されているがんに関するプログラムの中で、最も古くから実施されているのががん検診である。1980年代から乳がん検診と子宮頸がん検診が実施されており、最近では大腸がん検診の全国展開が図られている。

##### ②乳がん検診

1985年、保健大臣 Ken Clarke は、Patrick Forrest 教授を議長とする、乳がん検診に関する専門委員会 (Forrest 委員会) を招集し、1986年に報告書 (Forrest Report) を発表した。報告書では、「マンモグラフィーによる検診によって50歳以上の女性は寿命を延長することができる。臨床医学の観点から、マンモグラフィーの設備を供給し、無症状の女性に対して検診を実施する方向にイギリスの政策を変更することは説得力がある」と結論づけられ、女性に対する定期的な乳がん検診を実施することの重要性が示された。また検診で発見された異常を精査するためのバックアップのサービス (精密検査など) の必要性も報告されている。それを受けて1988年から NHS 乳がん検診プログラムが開始され、50~64歳のイングランドの女性に対して、3年に1回の定期的な検診受診をするように受診勧奨が開始された。

1989年、Quality Assessment Reference Centres が全ての州に設立され、乳がん検診の精度管理体制が確立された。1995年、保健省は、初めて受診する検診の際に2方向からのスクリーニングを導入することを発表し、標準的な光学密度の範囲を設定した。1990年代半ばに全国普及が達成された。1997年、Exeter Report、Kent & Canterbury Report を受けて、乳がん検診の品質保証体制を改定、強化した。1998年、首席医務官 (Chief Medical Officer) と首席看護官 (Chief Nursing Officer) は、乳がんの臨床医学診断の手法は検診 (スクリーニング) には適切ではなく、検診として実施すべきではないとするガイダンスを発表した。

2000年、「NHS Cancer Plan」において、2003年までに2方向からのスクリーニングを全ての受診者に拡大すること、2004年までに対象年齢の上限を64歳から70歳に引き上げることが発表された。

2007年、「Cancer Reform Strategy」において、対象年齢の期間内の受診回数を9回に拡大すること、50歳までに最初の検診を受診できるようにすることを保証すること、直接デジタル・マンモグラフィーを展開することが発表された。

2008年現在、50歳以上の全てのイギリス人女性は、3年に1回の乳がん検診を無料で受診することができる。50~70歳の女性に対しては、登録しているGPを通じて受診勧奨が行われている。70歳以上の女性に対する受診勧奨はないが、自ら予約して受診することができる。

イギリス全土に約80の乳がん検診機関 (breast screening unit) が、病院、検診車、ショッピングセンターなどの便利な場所などに設置されている。全てのマンモグラフィー検査は、2方向、つまり craniocaudal (上部から下部へ) と mediolateral (乳房を斜めに横切ってわきの下へ) からの撮影が行われている。

乳がん検診の費用は、イングランドで年間約 7,500 万ポンド（受診者 1 人当たり 45.50 ポンド）である。

乳がん検診が開始されて以来、1900 万人の女性（年間約 150 万人）が受診し、約 12 万件以上のがんが発見された（1 年に 5,000 件、1 週間に 100 件以上に相当）。また発見されたがんのうち 80% は侵襲性のがんであった。乳がんの死亡率の減少のうちの 35% は検診によるものである。検診によって毎年 1,400 人の命が救われている。

### ③子宮頸がん検診

1960 年代半ばから定期的な子宮頸部細胞診が実施されていたが、高リスクの女性に対する検診が十分ではなく、また陽性者に対するフォローアップの手續きも効率的ではなかった。そこで 1988 年、保健省はコンピューター化された「コール・アンド・リコールシステム」を導入し、定期的な受診勧奨を実施し、受診率の向上を図った。また検査所の質に対する外部評価が初めて導入された。

1994 年、Borderline ガイドライン（管轄地域の境界の設定に関する方針）と全国レベルでの調全体制が導入された。1995 年、全国監査データに基づいて、検診によって子宮頸がんの発生率と死亡率が減少したとするエビデンスが発表された。1996 年、全般的な質の評価のガイドラインが初めて導入され、結果報告のガイドラインも発表された。また膣拡大鏡（colposcopy）のプログラム管理が導入された。1997 年、Exeter Report、Kent & Canterbury Report を受けて、子宮頸がん検診の品質保証体制を改定、強化した。

2000 年、液状細胞診（liquid based cytology: LBC）とヒト・パピローマ・ウイルス（Human Papilloma Virus: HPV）のトリアージの試行が開始された。

2003 年、全ての子宮頸がん検診の検査法が液状細胞診に変更され、検診回数が標準化され、初めて受診勧奨を行う年齢を 20 歳から 25 歳に引き上げた。

2007 年、「Cancer Reform Strategy」において、2010 年までに全ての受診女性が検診受診後 2 週間以内に結果を受け取ることができるようにすることが発表された。

2008 年現在、25～64 歳の全てのイギリス人女性は、3～5 年に 1 回の子宮頸がん検診を無料で受診することができ、登録している GP を通じて受診勧奨を受けている。標準的な受診（勧奨）間隔としては、25 歳で最初の検診、25～49 歳で 3 年に 1 回、50～64 歳で 5 年に 1 回である。また 65 歳以上は 50 歳までに受診したことがない者や最近の検査で異常所見があった者に対して受診勧奨が行われている。

子宮頸がん検診では、コンピューター化された「コール・アンド・リコールシステム」が導入されている。データベースには、氏名、住所、登録している GP、これまでの検診受診の履歴、検診後のフォローアップ検査の履歴などのデータが入力されており、このデータベースをもとに受診勧奨（勧奨の手紙、催促の手紙の送付）、及び結果報告の送付が行われている。

検診の方法は液状細胞診（liquid based cytology: LBC）である。検体の採取は、GP の診療所、家族計画クリニック、女性クリニックなどで、GP や看護師によって行われ、その後検査所に送られる。検査で異常が発見された場合、GP の紹介を受けて、病院で膣拡大鏡（colposcopy）による精密検査を受診することができる。

子宮頸がん検診の費用は、年間約 1 億 5700 万ポンドであり、PCT がその予算を管理している。

1988年以來、6400万人の女性（年間約400万人）が受診し、40万件の異常が発見された。子宮頸がん検診によって、毎年4500人の命が救われていると推計されている。検診の平均カバー率は81%である。

#### ④大腸がん検診

2006年から、60～69歳の男性及び女性を対象に開始されている。現在はいくつかの地域で先行的に実施されているが、2009年末までに全国をカバーする予定である。また2007年の「Cancer Reform Strategy」では、2010年までに対象年齢を70～75歳にも拡大することが発表されている。

検診の方法は便潜血検査（faecal occult blood test：FOBT）である。コール・アンド・リコールシステムによって、便潜血検査キットが自宅に送付され、受診者自身が採便し、検査所に郵送する。異常が発見された場合、精密検査（通常は結腸内視鏡検査）を紹介される。

全国に20の検診センターが設置され、そこで精密検査が行われている。検診センターは治療のために地域の病院に紹介する責任ももっている。

#### ⑤今後の課題

乳がん検診、子宮頸がん検診については、カバー率も高く、この20年間で全国の女性への普及が図られてきたが、英語を母国語としない女性、学習障害や身体障害をもつ女性など、特別な支援が必要な女性に対する検診受診の促進が課題として残されている。

子宮頸がんに関しては、2008年9月に、HPVワクチンの予防接種の全国プログラムが、12～13歳の女子を対象に導入される予定である。2009年秋には16～18歳の女子、2010年秋には15～17歳の女子を対象に実施され、18歳未満の全ての女子にワクチンが接種される予定である。

上述以外の検診として、前立腺がん検診の導入が検討されている。前立腺がんのスクリーニング法であるPSA（Prostate Specific Antigen）検査の効果に関するエビデンスが十分ではないため、現在はエビデンス収集のための調査研究を実施している段階である。また、2002年からProstate Cancer Risk Management Programmeとして、前立腺がんの症状がない男性を対象に、検査に関するインフォームド・チョイスを行うことができるように、PSA検査や前立腺がんのリスクと便益に関する情報提供を行うプログラムが実施されている。

#### （2）たばこ対策

1998年に、たばこ白書「Smoking Kills」が発表され、たばこ対策に関する総合的、包括的な戦略が策定された。2010年を目標年度として、2005年に中間評価を実施することが明示されている。

この戦略の目的、目標（値）として、「子どもの喫煙」、「成人の喫煙」、「妊婦の喫煙」の3項目が設定されている。

#### (子どもの喫煙)

- ・ 目的 …子どもの喫煙率の上昇を停止させる。
- ・ 目標 (値) …子どもの喫煙率を、ベースラインの13%から、2005年までに11%に、2010年までに9%に減少させる。これは2010年までに、イングランドで喫煙する子どもの数が約11万人減少することに相当する。
- ・ 注意 …子どもの喫煙率は、11～15歳の子どものうち、少なくとも週に1本以上喫煙する子どもの割合である。ベースラインの喫煙率13%は1996年時点の数値である。

#### (成人の喫煙)

- ・ 目的 …全ての社会階級の成人の喫煙率の減少傾向を新たに定着させる。
- ・ 目標 (値) …全ての社会階層の成人の喫煙率を減少させ、成人全体の喫煙率を、ベースラインの28%から、2005年までに26%に、2010年までに24%に減少させる。これは、現在の人口に換算して、イングランドで喫煙する成人の数が150万人減少することに相当する。
- ・ 注意 …成人の喫煙率は、16歳以上の成人のうち、少なくとも1日に1本以上喫煙する成人の割合である。ベースラインの喫煙率28%は1996年時点の数値である。この目標は、全ての社会経済的グループに関する全体の平均の喫煙率を2010年までに24%に減少させるだけでなく、肉体労働者グループと非肉体労働者グループの間の喫煙率の格差を減少させることも視野に入れている。肉体労働者グループの喫煙率の変化は、非肉体労働者グループのそれ以上に注視したい。

#### (妊婦の喫煙)

- ・ 目的 …妊婦とその家族の健康を改善する。
- ・ 目標 (値) …妊娠期間中に喫煙する女性の割合を、ベースラインの23%から、2005年までに18%に、2010年までに15%に減少させる。これは、イングランドで妊娠期間中に喫煙する女性の数が約5.5万人減少することに相当する。
- ・ 注意 …イングランドの妊婦のベースラインの喫煙率23%は1995年時点の数値である。

この戦略の里程碑 (milestone) は以下のとおりである。

- ・ 1998年12月 …白書の公表
- ・ 1999年2～3月 …たばこ広告を禁止する条例の草案、職場における喫煙対策に関する公認の服務規程 (Code of Practice) に関する諮問を行う。
- ・ 1999年4月 …禁煙サービスに対する資金提供を開始する。

- ・1999年7月 …ポスター、印刷物によるたばこ広告を禁止する条例を発効する。
- ・1999年秋 …新しいメディアキャンペーンを開始する。
- ・2000年4月 …NHS全体で利用可能な禁煙プログラムに対する資金提供を行う。
- ・2003年7月30日 …一般的なたばこのスポンサーを終了する。
- ・2005年 …子ども、成人、妊婦の喫煙率の中間評価
- ・2006年7月30日 …全てのたばこのスポンサーを終了する。
- ・2010年 …150万人の喫煙者数の減少（「Our Healthier Nation」におけるがん及び循環器系疾患の目標）

たばこ白書で示された具体的な対策は以下のとおりである。

- ・たばこの広告、販促、スポンサーの終了…EUのEC指令（EC Directive）を実施するために、1999年に条例を提出する。その前に、この計画に関して、たばこ業界、たばこ産業への諮問を行う。
- ・店頭でのたばこ広告の最小化…子どもをひきつけるような広告を店外に出さないことに関しては、すでにたばこ販売店と合意が得られている。一般に、たばこ販売店に対しては、喫煙者に対してたばこ製品と価格を表示する必要があることを考慮する一方で、たばこ広告への暴露から子どもを保護するために、EC指令を実施する条例が立案される。
- ・たばこ税の増税…財務大臣はすでに、実質価格で、1年につき、少なくとも平均5%の増税を発表している。
- ・たばこの密輸への対策…\$35mプロジェクトの一部として、たばこの密輸や不正行為に対する新たな大きな攻勢に乗り出している。
- ・ヨーロッパ全土の財政活動への圧力…イギリス国内の税政策の効果を最大化できるように、EUメンバーに対してEC規則の変更を要求し続ける。
- ・喫煙者に対して禁煙を支援する新たなNHSのサービス…NHSでは、今後3年間、禁煙を希望する喫煙者に対する専門家の診察と支援のサービスに対して、6,000万ポンドを上限とする投資を行う。

- ・ NHSにおける1週間の無料のニコチン置換療法 (nicotine replacement therapy : NRT) …貧困層を対象として、ニコチン置換療法のスターターパックを無料で利用できるようにする。なお、このスターターパックには、禁煙者が禁煙の動機を持ち続けるための専門家の支援も含まれる。
- ・ 喫煙への取り組みは、新たに強調されている疾病予防の一部として、NHSの優先事項となる。喫煙者への禁煙支援の重要性は、NHSと保健医療専門家への優先事項のガイダンスにおいて強調されている。
- ・ 製薬業界との協働…製薬会社や薬剤師と協働して、ニコチン置換療法の潜在的な便益に関する一般住民の意識を向上させるとともに、薬局において喫煙者に実践的な支援や助言を提供する。
- ・ マスメディアによるヘルスプロモーションキャンペーン…態度や行動を変容させ、地域における禁煙サービスの道しるべとなり、直接的な支援や情報を提供するような、根拠に基づくキャンペーンに対して、今後3年間、5,000万ポンド以上の投資を行う。このキャンペーンは、特に、子ども、若者、労働者階級の喫煙者、妊娠期間中の喫煙者に焦点を当てる。スコットランド、ウェールズ、北アイルランドでも、キャンペーンが並行して行われる。
- ・ 職場における喫煙に関する公認の服務規程 (Code of Practice) …Health and Safety Commissionは、既存の産業保健・労働安全に関する法律 (Health and Safety at Work legislation) の必要条件を明確にするために、職場における喫煙に関する公認の服務規程に関して協議を行う。協議は1999年4月に開始する。
- ・ パブやレストランにおける非喫煙者と喫煙者の選択…認可された飲食店の代表は、非喫煙者と喫煙者のための場所の改善を行うことに同意している。飲食店内と店外の標識によって、顧客とスタッフは選択が可能になる。進捗状況を独立して監視し、改善の目標に賛成する。
- ・ 全ての政府の建造物の喫煙政策の再検討…全ての政府の省庁は内部の喫煙対策の完全な再検討を実施する。政策はHealth and Safety Commission公認の服務規程 (Code of Practice) を反映する。
- ・ 子どもへのたばこの販売を防止する法律の厳格な施行…地方政府の法律施行の代表と協働して、法律に基づく義務の実施方法に関するガイダンスを開発する。
- ・ 様々な業界に共通の、単一の年齢認証カード…国レベルの計画を策定するために、年齢制限のある製品を生産する全ての製造業者に働きかけ、促進する。

- ・健康を守るためのヨーロッパ全体のイニシアティブへの支援…ヨーロッパ委員会は1999年前半に健康審議会を設置する提案を検討している。イギリスはその提案に期待するとともに、他のメンバー国と建設的に協働する。
- ・子どもがたばこの自動販売機を使用しないための産業界の厳格な規定…National Association of Cigarette Machine Operatorsは、16歳未満の者が利用できないようにたばこの自動販売機の設置場所を管理する自主規制を強化した。
- ・海外へのたばこ製品やイベントの販売促進の停止…イギリスの大使館と上級委員会は、海外にたばこ製品を広告したり、販売促進したりするイベントに関与しないように注意を払う。
- ・国際的なたばこ抑制活動への十分な支援…WHOの後援による、たばこに対する国際的な取り組みに積極的に関わる。
- ・EUにおけるたばこの栽培を縮小するための農業保護政策（Common Agricultural Policy:CAP）の体制の改革…たばこの栽培のためにEUの補助金を受けている農家は、生産の割当を放棄するために、1回限りの一括の支払を提供される。

### （3）SunSmart キャンペーン

皮膚がんの原因、初期兆候、早期発見の重要性に関する一般市民の意識を向上させ、皮膚がん予防行動を促進することを目的に、2003年から開始された全国プログラムである。イギリスの各国（イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド）の保健省の委任により、Cancer Research UKによって運営されている。

2007年度の主な活動は以下のとおりである。

- ・休日の行楽客が日焼けを回避できるような情報を提供する。
- ・サンベッドの危険性に対する意識を高めるキャンペーンを行う。
- ・SunSmart ウェブサイトを通じて、一般市民と専門家に向けて皮膚がん予防に関する情報を提供する。
- ・メディアにおいて主要な皮膚がんの問題に対する意識を高めるため、ジャーナリストに対してブリーフィングを行う。
- ・地域のヘルスプロモーション活動において専門家が使用する印刷資料を供給する。
- ・SunSmartの学校向けのガイドラインを用いて、各学校で日焼け防止対策を策定できるように支援する。

#### 4. NHS Cancer Plan

##### (1) 概要

イギリスの国レベルでのがん対策の包括的な行動計画である「NHS Cancer Plan」は、2000年9月に発表された10ヵ年計画である。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イギリスで初めての包括的戦略である。

計画の策定の背景として、イギリスは、がんの治療技術や研究、ホスピスや慈善団体による緩和ケアの普及、乳がん検診の普及などの面で、世界最高のレベルにあるにもかかわらず、がんの生存率がヨーロッパ諸国でも低いレベルにあること、社会経済的地位によるがんの罹患率や死亡率の格差が大きいこと、地域によるがんサービスへのアクセスの格差が大きいことなど、重大な問題を抱えていることが挙げられる。これらの問題を解決するための「投資」と「改革」を示したのが「NHS Cancer Plan」である。

NHS Cancer Planの目的は以下のとおりである。

- ・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

NHS Cancer Planの最終的な(数値)目標は「2010年までに75歳未満のがんの死亡率を20%削減すること」である。この目標は国レベルの総合的な保健計画である「Our Healthier Nation」や、国レベルの医療計画に位置づけられる「NHS Plan」に基づいており、NHS Cancer Planがこれらの計画の下位計画として明確に位置づけられている。

NHS Cancer Planを地域レベルで展開するために「がんネットワーク(cancer network)」が構築された。これは関係機関の複合体で、Primary Care Trustを中心として、病院、地方自治体、がん医療・ケアの関係機関、ボランティア団体、患者・介護者団体などで構成される。がんネットワークはSHAに対して説明責任をもつ。現在、34のネットワークが構築され、イングランド全体をカバーしている。1つのネットワークで70~300万人の人口を管轄している。

NHS Cancer Plan が最も重点を置いているのは、喫煙率の減少、診断・治療の待機期間の削減、緩和ケアへの投資、がんに関する不平等（社会経済的地位による健康状態や保健行動（喫煙など）の格差、「postcode lottery」とよばれる居住地域に基づく社会的差別によるサービスへのアクセスの格差など）の縮小である。診断・治療の待機期間は「waiting list」と呼ばれる NHS に特有の、そして NHS 全体で最も重大な問題で、病院の病床の不足や GP から病院への紹介の過多によって、患者が診断・治療（セカンダリケア）を受けるまでの待機期間が長期化する現象である。

NHS Cancer Plan の構成と主な内容は以下のとおりである。

- ①がんという課題 (The challenge of cancer)
- ②予防の改善 (Improving prevention) …肉体労働者集団の喫煙率の減少、PCT による禁煙プログラムの提供と禁煙成功者数の増加、five-a-day programme（果実や野菜の摂取の啓発）、National School Fruit Scheme（児童に果物を無料で提供）、禁煙やがんに関する啓発キャンペーンの推進など
- ③検診の改善 (Improving screening) …乳がん検診の対象年齢の拡大（70 歳まで）、2 方向からのマンモグラフィーの撮影、子宮頸がん検診の受診率の増加（目標 80%）、液状細胞診の試験運用、大腸がん検診の開始（60～69 歳を対象とした便潜血検査）、結腸内視鏡検査の研修の開始、前立腺がんリスク管理プログラム（PSA 検査のリスクに関する教育、検査の標準化、研究など）の開始、検診の理解のためのパンフレット等の作成（特に学習障害をもつ女性向け）など
- ④地域のがんサービスの改善 (Improving cancer services in the community) …PCT によるがんネットワークの主導、PCT における主任がん臨床医の設置、地域看護師に対する緩和ケアの研修への投資額の増加など
- ⑤診断・治療の待機期間の削減 (Cutting waiting for diagnosis and treatment) …GP の緊急紹介から病院受診までの期間（2 週間）、診断の確定から治療開始までの期間（31 日間）、GP の緊急紹介から治療開始までの期間（62 日間）、事前に計画・予約されたケアの提供など
- ⑥治療の改善 (Improving treatment) …全てのがんのアウトカムの改善のためのガイドランスの策定、抗がん剤の認可の推進と使用量の増加、及び使用量の postcode lottery の縮小、集学的チームによる医療の推進、がんネットワークの活動・サービスの評価（ピアレビュー）、全国がんデータセットの構築、がん登録の強化のための計画の策定など

- ⑦ケアの改善 (Improving care) …ホスピス・緩和ケアへの投資額の増加、支持療法・緩和ケアのガイドランスの策定、コミュニケーション技術に関する研修の実施、がんに関する情報提供のガイドランスの作成、患者のケア体験を測定するためのツールの開発、患者向けのがんに関するウェブサイトの開設、がん図書館の開設、患者や介護者の意見を取り入れたがんネットワークのサービス提供計画の策定など
- ⑧スタッフへの投資 (Investing in staff) …がん専門医の増員(約1,000人)、がん専門医数に関する長期目標の設定、専門医の研修施設の増加、組織病理学の研修医の増員計画の策定、がん専門看護師の増員、放射線技師の研修施設の増加と離職率の減少など
- ⑨施設・設備への投資 (Investing in facilities) …CT、MRI、linear acceleratorなどの医療機器の増加、病理学施設への投資額の増加、全国レベルのがん関連施設・設備の開発戦略の策定など
- ⑩将来への投資：研究と遺伝学 (Investing in the future: research and genetics) …全国がん研究ネットワーク及び国立がん研究所 (National Cancer Research Institute) の設立、がん遺伝子の研究の推進、遺伝子カウンセリングサービスの開発など
- ⑪計画の実施 (Implementing the NHS Cancer Plan) …2003～2004年におけるがんサービスへの追加投資(5.7億ポンド)、がんネットワークの設立とそのサービス提供計画(人材確保、教育研修、施設・設備戦略を含む)の策定(2001年まで)など
- ⑫NHS キャンサープラン：次のステップ (The NHS Cancer Plan: next steps)

## (2) NHS Cancer Plan の具体的な内容

以下に、NHS Cancer Plan の「要旨」(Executive Summary)を示す。

## NHS Cancer Planの要旨

### (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。

### (がん計画)

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）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%以上は現在治療しており、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に少ないゆえに、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分にすぎない。

(がん計画が意味するもの)

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キャンサープランでは、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ティブは、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に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旨とする。
  - ・ 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。

(地域のがんサービスの改善)

26. GP や訪問看護師は、患者の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。
- ・ 地域や自治体の看護師を対象とした緩和ケアの研修および支援のために、年間 200 万ポンドの新たな投資を行い、地域におけるがん患者のケア利用率向上を目指す。

(迅速な受診)

27. 診断および治療待機期間に関する新たな目標。治療・ケアのあらゆる段階における待機期間を低減するために、新たな目標を設置する。

- ・ 2001 年までに、小児がん、精巣がんおよび急性白血病に関して、GP からの緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を 1 ヶ月とする。
- ・ 2001 年までに、乳がんに関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を 1 ヶ月とする。
- ・ 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 ヶ月とする。
- ・ 2002 年までに、乳がんに関して GP からの緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を 2 ヶ月とする。
- ・ 2005 年までに、全てのがんに関して、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 ヶ月とする。
- ・ 最終的に、正当な臨床的理由もしくは患者による選択を除き、がんが疑われる GP からの緊急紹介患者については、治療開始までに 1 ヶ月以上待機させないことを目指す。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。

28. スタッフおよび設備への投資。がん関連スタッフの主要な格差問題に取り組み、現在のスタッフの技術を有効活用し、診断・治療用機器の追加投資を行い、サービスの遅れを取り戻すための設計し直しや効率化を実施することにより新たな目標の導入を目指す。
29. がん専門医については、2006年までに、1999年以降の総数のおよそ3分の1にあたる1,000人の追加増員を行う。泌尿器科医120人(32%増)、胃腸科医200人(50%以上増)など、がん治療に欠かせないその他専門家について、またがん治療にあたる看護師および放射線治療技師の数も増員することとする。一般外科医についても、257人(20%増)の追加増員を行う。
30. 設備機器の生産も予定されているが、一年間の機器の生産数や設置を行う建物には限界があり、増員したスタッフに対して新しい機器を最大限に活用するための研修を行うには時間を要することから、一度に全ての事を行うのは難しいと思われる。NHSプランの結果として、以後3年間で以下の事柄を目指したいと考える：
- ・ 診断能力の向上のため、MRI50台、CT200台を新たに導入する。
  - ・ 放射線療法用の線型加速器 (linear accelerator) 45台を新たに導入する。
- これらの投資は、がん治療へのアクセスの格差をなくすことを目指す国および地域のがん関連施設戦略に対して用いられる。
31. サービスの再編。新たに投資を行うだけでなく、サービスの効率化を図り、がん治療現場における技術を有効活用するための新たなアプローチが必要となる。
32. がんサービス連携 (Cancer Services Collaborative) は、サービスを設計し直し、待機期間削減、患者の経験の質を改善することなどにおいて、すでに国内9カ所のがんネットワークとの共同作業を行っている。それによると、診断・治療に関する待機期間は週単位、いくつかのケースでは月単位で削減することが可能であることが示されている。例として、ウエストロンドンおよび周辺地域のがんサービス連携チームは、多分野連携チーム作業および診断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。以後2年間で国内の全てのがんネットワークにおけるがんサービス連携の実施を目指している。