

- 細胞診報告の自動化等の新技術を利用する。また、研究でエビデンスが得られれば、ヒト・パピローマ・ウィルス（HPV）検査を利用する。
 - HPV 検査をトリアージとして利用し、陰性の場合には通常の細胞診、陽性の場合には膣内視鏡検査を行う、というシステムを検討している。
 - HPV の予防接種の導入後も、NHS Cervical Screening Programme は何年か継続する。これは、予防接種が全てのタイプの HPV に有効であるわけではないこと、予防接種を受けた若年女性が子宮系がん検診の対象年齢になるまで 10 年かかること、すでにウィルスに感染した可能性のある 65 歳までの女性には必要であること、などの理由による。

- 25～30 歳の若年女性の検診受診率の低下に取り組む。
 - NHS Cancer Screening Programmes はこの問題の原因や解決策を検討するために、若年女性を対象とした調査を実施している。またメディアに向けた記事、ポスターなどによる広報戦略も開発中である。
 - Cancer Research UK は、この問題に関連する研究に資金提供している。
 - Department of Health では、子宮頸がん検診の年次統計を通じて、検診の普及状況をモニタリングしていく。

（乳がん検診の改善）

- ・2000 年までは乳がん検診の対象年齢は 50～60 歳であったが、それ以降、NHS Breast Screening Programme では対象年齢の上限を 70 歳まで引き上げ、毎回の検査で二方向からのマンモグラフィーを行うこととなった。

- ・乳がん検診は 3 年ごとに受診することが推奨されており、今後も PCT による投資を拡大して、これを維持していく必要がある。現在、50～70 歳の女性を対象に、3 年間隔で 7 回の受診勧奨を行っている。

- ・2008 年 4 月からは、47～73 歳の女性を対象年齢として、9 回の受診勧奨を行うとともに、50 歳になるまでには最初の検診を必ず受診できるようにする。スタッフの採用・研修の増加、設備の拡充などに時間を要するため、完全実施は 2012 年の終わりごろになると予想される。

- ・乳がん検診ユニットは、NHS Breast Screening Programme と協働して、デジタル・マンモグラフィーのビジネスケースを開発していく予定である。2010 年までに全てのユニットが少なくとも一台のフルフィールド・デジタルマンモグラフィーセットを設置するように、PCT は全面実施を最優先事項とする必要がある。2010 年までに、定期的な検診を受診する 50 歳以下の全ての女性が、直接デジタル・マンモグラフィーを利用できるようにすべきである。

- ・乳がんのリスクの高い女性（遺伝、放射線暴露など）を把握するサーベイランスは各地域で行われているが、プロトコルが統一されていない。2009年から、NHS Breast Screening Programmeは、全国統一基準によるサーベイランスの推進と、NICEが部分的に改訂したFamilial Breast Cancer Guideline（2006年10月）にあるような（リスクの高い女性に対する）MRI検査の導入が予定されている。
- ・貧困地域やBME地域における検診受診を促進し、健康の不平等に取り組む必要がある。これらの受診率の低いPCTの委任者は、ターゲットを絞ったプログラムを展開していく必要がある。

（大腸がん検診の改善）

- ・2006年から、NHS Bowel Cancer Screening Programmeが開始された。60～69歳の男女を当面の対象として、参加者には2年に1回、便潜血（FOB）検査のキットが送付される。2009年12月までには、全ての対象者に検診が実施される予定である。
- ・このプログラムの5つの地域拠点（MidlandsとNorth West、North East and Yorkshire、Eastern、Southern、London）で運営され、各拠点にコール・アンド・リコールシステムを設置し、検査キットの送付・回収・分析を行う。陽性の場合、地域の検診センターに登録され、センターは要精検者と検査結果について話し合い、大腸内視鏡検査を提供する。地域検診センターは2007年現在で15ヶ所設置され、さらに20ヶ所が設置される予定である。
- ・2010年から、NHS Bowel Cancer Screening Programmeは対象年齢を拡大し、70～75歳の男女も受診できるようになる。2008/2009年には、5ヶ所で対象年齢の拡大を試験的に実施する予定で、2010年からの本格実施にむけて必要な情報を収集する。
- ・2010年末までに、50歳代に対象年齢を拡大するかどうかの決定がなされる。その場合の検査法としては、便潜血（FOB）検査か、軟性S状結腸内視鏡検査が考えられる。
- ・検査法として、免疫学的便潜血（FOB）検査、CTを用いた大腸検査（仮想結腸内視鏡）などについても検討していく予定である。

（その他のがん検診）

- ・国立がん研究所（National Cancer Research Institute）と協力して、肺がんに対するCTスクリーニングの試験運用の可能性に関して研究（RCTなど）を委託する。

- ・前立腺がん検診に関しては、Prostate Specific Antigen (PSA) 検査の有効性、がん発見後の治療法などが確立していないのが現状である。Department of Health は Cancer Research UK と共同で PSA 検査の効果を検討中である。また、Department of Health、Cancer Research UK、Medical Research Council は、前立腺がんに関連する研究のために、今後 3 年間で合計 390 万ポンドの資金提供を行うこととなった。
- ・2002 年から、Prostate Cancer Risk Management Programme が開始されている。これは、前立腺がんの症状がない男性に PSA 検査の影響について助言する GP と看護師に対して支援を行うプログラムである。これにより、男性は自らのライフスタイルと価値観に照らして、PSA 検査の受診に関するインフォームド・チョイスができるようになる。現在、このプログラムの評価が行われており、その結果を受けて、2008 年夏に新たな体制で運営が開始されることになる。
- ・卵巣がん検診に関しては、Medical Research Council、Cancer Research UK、Department of Health から研究資金が拠出され、年 1 回の CA125 テスト（腫瘍マーカーの血液検査）と年 1 回の経膈超音波検査に関する臨床試験が実施されている。最終的な結果が出るのは 2012 年以降になる見込みである。
- ・口腔がん、皮膚がんなどの検診、バイオマーカー（膵臓がんのように症状が現れにくいがんなど）に関する研究を推進していく。

(がんの症状に対する一般市民の意識の向上と早期の受診の奨励)

- ・がんの症状に対する意識を向上させ、早期受診を促進するための地域での介入活動を支援するとともに、それらの活動の連携と調整を行うために、National Awareness and Early Diagnosis Initiative を設立した。このイニシアティブは、National Cancer Director の主導のもとで、NHS、地方自治体、Department of Health、NCRI、がん関連の慈善団体、がん患者などによって推進される。具体的には、症状の認知度を測定するツールの開発、がんの症状の認知度の向上とがんに関連する行動変容を促進するための介入プログラムの開発と試験運用、有効な介入の地域での試験運用の展開と評価の支援、ベストプラクティスに関する情報の発信、を実施する
- ・Cancer Research UK は、がんのリスク因子と症状の認知度を評価するためのモジュール形式のツールの開発中である。このツールを用いることにより、認知度の経時的変化を測定できるようになり、介入の効果を評価できるようになる。
- ・ツールの有用性が実証されれば、Department of Health はこのツールを用いてがんの症状の認知度の定期的な全国調査を実施することになる。この情報をもとに、PCT と Cancer Networks は地域での活動の成果の評価とモニタリングを実施し、認知度の低さと受診の遅延が明らかになった場合は、何らかの対策を講じる必要がある。

- ・特に、貧困地域やBME地域における診断の遅延に対処するために、PCTは地域でのイニシアティブに適切な優先順位を設定する必要がある。
- ・がんの症状の認知度の向上とがんに関連する行動変容を促進するための介入プログラムとして、現在実施されているものは、「Open Up to Mouth Cancer」(Cancer Research UKの運営、Department of Healthの後援による口腔がんのキャンペーン)、Coventryでの試験運用プログラム(Prostate Cancer Charter for ActionとDepartment of Healthからの資金提供による前立腺がんのキャンペーン)、「TLC: Touch Look Check」(Breakthrough Breast CancerとMarks and Spencerの共同運営による乳がんのキャンペーン)、SunSmartキャンペーン(上述)、「Don't Be a Cancer Chancer」(Manchester Versus Cancer Allianceの運営による、がん全般に関するGPへの受診を促進するキャンペーン)などがある。
- ・これらのキャンペーンにおいて、エビデンスに基づく統一されたメッセージを使用するように、Department of Healthは、保健医療専門家、患者団体、ボランティア・セクターとともに、前立腺がん、大腸がん、肺がんに関する共通メッセージを作成してきた。2008～2009年には、National Awareness and Early Diagnosis Initiativeを通して、その他のがんに関する共通メッセージを提案していく予定である。これらのメッセージは、NHS Choicesなど、Department of Healthの資金援助による情報源で使用されることになる。
- ・Department of Healthは、乳がん、肺がん、大腸がんなど、一般的ながんの兆候と症状に対する認識を高めるために、ソーシャルマーケティングの手法を用いたキャンペーンを展開している。「Improvement Foundation Healthy Communities Collaborative」は、20ヶ所の貧困地域で、地元の住民とともに、最もリスクの高い人々をターゲットとした活動を試験的に実施している。この結果は2009～2010年に明らかになる予定である。
- ・National Awareness and Early Diagnosis Initiativeは、NCRIと共同で、これらの試験的プロジェクトやキャンペーンを詳細に評価し、その結果を周知することで、ベストプラクティスと研究を推進していく。
- ・Department of Healthは、イギリス最大のスポーツ慈善団体であるFootball Foundationとともに、がんの兆候と症状、がんの予防に関する認知度の向上のために、革新的なアプローチを試験運用する予定である。Football Foundationはこれまで、サッカーの魅力と影響力を利用して、社会的に取り残された集団と交流し、様々な社会的問題を解決する手助けをすることで成功を収めてきた。2008年にはプログラムの詳細が発表され、このアプローチの検証と評価を行う予定である。

(プライマリケアの専門家との協働によるがんの早期診断)

- ・がん患者の大部分は最初に GP に受診するため、プライマリケアの専門家は、がんのケア経路、特にがんの診断において重要な役割を担っている。
- ・2005年に、NICEはGPやプライマリヘルスケアの専門家のために、がんが疑われる患者を早急に専門家に紹介するための、最新のガイダンスを発表したが、プライマリケアに対する更なる支援の必要性が指摘されており、NCRIはこの領域での必要な研究課題を検討する必要がある。
- ・がんの診断の遅延の性質や程度に関して、さらに理解を深めていく必要がある。多くのGPは、すでにがんの診断に関する「significant event review (重要事象報告)」に取り掛かっているが、これに基づいて、新たに診断されたがん患者のプライマリケアに関する全国レベルの監査を確立する予定である。この監査は、Royal College of General PractitionersやNational Patient Safety Agencyと協力して行われる。
- ・全国レベルの監査では、病院への紹介前の、関連症状でプライマリケアを受診する人数(遅延パターン)の分析、初診から紹介または精密検査を受けるまでの間隔、紹介と優先順位の基準に基づく臨床診療の検討などの側面を検討する必要がある。
- ・監査の結果は、プライマリケアの専門家が確実にがんの早期診断を行えるように支援するための最善策を決定するために用いられる。また監査の結果から、専門家継続教育や資格更新を含めて、GPの教育研修に対して得られる教訓についてRoyal College of General Practitionersと協議する予定である。また監査は、保健医療専門家による症状の評価やその後の検査・紹介の決定を補助する意思決定支援にも有用である。
- ・GP以外のプライマリケアの専門家もがんの診断において重要な役割を担っている。National Awareness and Early Diagnosis Initiativeを行っていくうえで、薬剤師やソーシャルワーカーなどの専門家とも協力していく。

(6) 第4章「よりよい治療の保証」(要約)

(はじめに)

- ・がん治療は過去10年で著しく改善された。約1,500のがん集学的チームが患者の治療とケアの提供を改善している。NICEに承認された効果的な新治療法の使用が大きく増加し、患者の待機期間が大幅に短縮されている。
- ・この進展を踏まえて、よりよいがん治療を保証するために、以下のことを行う。
 - 必要とする治療を受けるために患者がこれ以上不必要に待機しなくてもよいように、がんの待機状況に関してさらに取り組みを進める。
 - Improving Outcomes Guidanceにしたがって、再編成が確実に行われるようにする。
 - 引き続きがんの外科手術の質を改善し、また腹腔鏡下大腸手術、その他の外科的新手法の研修を拡大する。
 - 高まる需要に対応できるように、地域の放射能治療の能力の拡大を早急に推進する。
 - 新しい抗がん剤の評価プロセスを短縮し、化学療法の使用について注意深く監視する。
 - 新しいがんの治療法のNHSの臨床への迅速な導入を促進する。
 - 治療の質を向上し、患者のアウトカムを改善するために、より質の高い情報を確実に収集できることを保証する。

(診断・治療の待機期間への取り組み)

- ・がん患者の待機期間に関しては、以下の基準を設定した取り組みによって、著しい進歩がみられた。
 - 2週間枠基準(GPによる緊急紹介から最初に病院に受診するまで)の達成率>99%
 - 31日枠基準(診断から治療開始まで)の達成率>99%
 - 62日枠基準(GPによる緊急紹介から治療開始まで)の達成率>96%

- ・しかし、これらの基準は、全てのがん患者、がん治療に適用されているわけではないため、今後はこの基準の適用範囲を以下のとおり、拡大していく。

—31日枠基準を全てのがん治療に適用する。2008年12月までに、PCTとトラストは手術や薬物療法を受ける全ての患者にこの基準を適用しなければならない。ただし、放射線治療に関しては期限内での実現は困難であると考えられるが、PCTは、SHAの承認のもとで、放射線治療への基準の適用に関する目標を設定しなければならない。この基準は2010年12月までに完全に実施されると予想される。

—62日枠基準を、GPによる緊急紹介に加えて、全国検診プログラムにおいてがんの疑いがあるとされた全ての患者にも適用する。詳細については2008年初めのガイダンスで発表する。

—病院の専門家は、GPによる緊急紹介がなくても、がんの疑いの高い症状や兆候のある患者に対して、62日枠経路での管理を確保する権利をもつ。2008年中にはこのようなアレンジメントが全ての地域で導入されなければならない。

—胸部症状によって専門家に紹介された全ての患者は、がんが疑われない場合であっても、紹介後2週間以内に診察されなければならない。すでにいくつかのセンターなどで実施されているが、例えば、看護師を訓練して臨床的アセスメントの能力を拡大することなどによって実施が可能である。この基準は、2009年12月までに完全に実施する予定である。

(Improving Outcomes Guidanceの実施)

- ・Improving Outcomes Guidanceによるサービスの再編成の目的の一つは、複雑な外科的処置の実行を可能にすることである。がんの外科手術をさらに向上させるためには、この再編成を国レベルで完全に実施することが必要不可欠である。Improving Outcomes Guidanceの実施に向けたタイムテーブルは以下のとおりである。

—乳がん、肺がん、大腸がん…すでに実施済み

—婦人科がん、上部消化器がん、泌尿器がん、血液がん…2007年末までに実施

—頭頸部がん、支持療法、緩和ケア…2008年12月までに実施

—小児・若年者のがん、脳がん、肉腫、皮膚がん…2010年・2011年までに実施

(外科手術)

- ・外科手術は、ほとんどのがんにおいて、大多数の患者にとって主要な治療法である。今後も、待機期間の縮小、手術の質の向上を図る必要がある。

(腹腔鏡下大腸手術)

- ・腹腔鏡下大腸手術、ロボットを使用した手術などの低侵襲的な外科技術は、死亡率の低下、入院期間や患者の回復期間の短縮、費用の削減をもたらすものであり、今後広く普及していくことが予想される。
- ・NICE は、適切な研修を修了し、手術頻度の多い外科医が行う腹腔鏡下大腸手術に関して承認しているが、研修を受けているのは外科医の5~10%に過ぎない。したがって、この手術を普及するために、腹腔鏡下大腸手術の試験的な研修プログラムを実施し、全国展開の可能性を評価する。
- ・腹腔鏡下大腸手術の普及のために、各 Trust は以下のことを実施する必要がある。
 - 全国研修プログラムを受講するのに適格な外科医（と彼らのサポートチーム）を特定し、研修に派遣する。
 - 全国プログラムの一貫として、数人の外科医が「腹腔鏡下大腸手術のトレーナー」になれるようにする。
 - 腹腔鏡下大腸手術に必要な施設や設備を整備する。
 - 外科医が必要な能力や専門知識を習得した後すみやかに、あるいは遅くとも2009年の12月までに、患者に腹腔鏡下大腸手術を治療の選択肢として提供することを開始する。

(放射線治療)

- ・放射線治療は、がんの種類によって、主な治療法（例えば喉頭がんで喉頭を温存する場合など）、他の治療法との併用（乳房温存手術、食道がんの化学療法など）、症状緩和（骨転移による痛みなど）に広く用いられる。専門家は、ケアの経路におけるいくつかの段階で、全てのがん患者の少なくとも半数程度が放射線治療を必要とすると見ている。
- ・2007年5月、放射線治療に関する国の諮問委員会（National Radiotherapy Advisory Group）は報告書「Radiotherapy: developing a world class service for England」を発表し、これまで過小評価されてきた放射線治療のニーズは今後さらに高まること、がんネットワーク間の放射線治療への取り組みの格差が大きいこと、スタッフと線形加速器を増加する必要があること、現存する線形加速器の稼働率を増加させること、などを指摘している。

- ・ NHS Cancer Plan において、167 台（2007 年 10 月の数字）の線形加速器を含む放射線治療の施設整備に 5 億ポンド以上が投入されたが、人口当たりの線形加速器の台数はいまだに多くのヨーロッパ諸国よりも少ない。多くの地域で、患者の便宜を配慮した施設の立地、既存の放射線治療ネットワークへの組み込みを含めて、新たな放射線治療の設備と機器を設置する必要がある。

- ・ PCT は、がんネットワークの他の組織と協力して、以下のことを保証するために、地域の放射線治療の状況をレビューする必要がある。

- National Radiotherapy Advisory Group の報告書で推奨された、「2016 年までに放射線治療を受ける人数が人口 100 万人当たり 54,000 人」、「2016 年までに線形加速器の稼働率が 1 台当たり年間 8,700 人」のレベルに到達するようにする。

- 保健医療サービス提供者は、全ての放射線治療に 31 日枠基準を適用するために、具体的な期間内、あるいは遅くとも 2010 年の 12 月までに十分に能力を向上させる。

- ・ 各がんネットワークは、委任者との協議の際に、放射線治療サービスに関する計画が、サービス増強・拡大の前後で相互に比較できるようにしておくことが重要である。また SHA は各がんネットワークの計画の調整を行うべきである。

- ・ 放射線治療技師（Therapeutic radiographer）の訓練の委任は、1997 年の 135 から 2005 年の 361 に増加しているにも関わらず、35%という高い中退率のために、この取り組みの効果があまり上がっていない。National Radiotherapy Advisory Group は、Virtual Environments for Radiotherapy Treatments（模擬の放射線治療機器や治療室を用いた訓練）を提唱して、現在、高度教育機関と放射線治療センターに 500 万ポンドの資金が割り当てられている。各 SHA は、高度教育機関と放射線治療センターの両方において離職率の影響を監視していく必要がある。

- ・ 世界レベルの放射線治療を提供するためには、地域レベルで設備とマンパワーの両方に投資する必要がある。SHA の主導のもと、スタッフの確保と研修の充実に必要な投資額を同定するために、マンパワーの供給、需要、スキルミックスを緊急に見直し、長期的な人材育成・人材確保戦略を策定する必要がある。また NHS Trusts は、放射線治療に 31 日枠基準を適用するのであれば、緊急な能力向上が求められる。

（陽子線治療等の技術的進歩）

- ・ 陽子線治療は、現在、眼がんのみ適用されているが、2008 年 4 月以降は他のがんにも適用されるようになり、陽子線治療サービスを治療の選択肢として検討していく。

- ・ Department of Health は、関連の専門家とも密接に協力し、乳がんの術中放射線治療など、放射線治療における他の新技術の開発について監視を続けていく。

(薬物療法)

- ・ がんに対する薬物療法は、この 20 年で大きく発展して、以下のような進展がみられた。

—薬物の組み合わせにより、以前は薬物療法に耐性を持つと考えられていたがんに対する効果が認められた。

—乳がんおよび前立腺がんの治療に新世代のホルモン療法が導入された。

—特定の分子異常を標的とした新世代の抗がん剤、例えばイマチニブ（慢性骨髄性白血病）、リツキシマブ（いくつかの種類のリンパ腫）、トラスツズマブ（ハーセプチン、いくつかの種類のがん）などが開発された。

- ・ がんに用いられる新薬の認可件数は今後 10 年の間に大幅に増加する見込みである。新薬の使用に関する勧告は、独立した組織である NICE によって行われる。NICE がある治療を NHS で使用すべきであると勧告した場合、PCT は当該治療に適格な患者（NICE の指針に示す基準を満たす者）に対して、NICE の最終勧告がなされてから 3 ヶ月以内に NHS の資金を拠出しなければならない。これにより、新治療の使用に関して全国的な整合性が確保される。

- ・ 過去 7 年の間に、NICE は 44 件の抗がん剤の評価を実施し、そのうち 39 件で、NHS における使用を部分的または全面的に推奨している抗がん剤は 39 件である。そのため、抗がん剤に対する支出は増加して、2006 年には、約 7 億 2900 万ポンドががんの薬物療法に支出された。

- ・ しかし、がんの薬物療法へのアクセスに関して、以下の問題が認識されている。

—NICE の指針が利用可能ではない場面における、地域での判断

—NICE が評価の判断を下すまでの時間差

—NICE が承認した薬剤の、国内での使用法のばらつき

—一部地域における化学療法サービスに関する計画の不十分さ

—患者の安全確保

- ・ また、それ以外に、一部の利害関係者から指摘された問題として、抗がん剤の価格設定の問題がある。

(NICEの指針が利用可能ではない場面における、地域での判断)

- NICEの指針がまだ利用可能でない時期に使用要請があった場合、地域で治療薬に資金を拠出するか否かはPCTの判断に委ねられる。PCTは既存のエビデンス、治療を必要としている患者の状況、そして地域住民の保健医療ニーズなどに基づいて判断を行わなければならない。PCTがNICEの指針の欠如を理由に治療薬の要請を拒否することは、容認されない。これは、DepartmentがHealth Service Circular 1999/176のメッセージを更新・明確化した「Good Practice Guidance on Managing the introduction of New Healthcare Interventions and Links to NICE Technology Appraisal Guidance」において2006年12月に強調されている。
- このガイダンスでは、NICEの指針が利用可能でない場合の新治療の使用について判断する際にNHSが利用できる、貴重な情報源が数多くあることも述べている。これらの情報源の多くはオンラインで利用可能であり、新治療の安全性と有効性について入手可能なエビデンスの要約も掲載されている。地域のNHS組織がこれらの情報源から十分な情報を得た上で意思決定を行うことがグッドプラクティスであることが、このガイダンスに明記されている。PCTは判断を行う際、例えばSHAの管轄地域における協業も可能である。特に抗がん剤に関連の深い情報源として、London Cancer New Drugs Group (www.druginfzone.nhs.uk)、National Prescribing Centre (NPC) New Medicines Scheme (www.npc.nhs.uk)、Scottish Medicines Consortium (www.scottishmedicines.org.uk)などが挙げられる。

(NICEの承認)

- NICEの指針が利用可能でない場合はPCTに判断が委ねられるが、その期間は最小限に抑えるべきである。これを実現するために、2005年11月からNICEの迅速承認プロセス (Single Technology Appraisal) が開始されている。Department of Healthは今後もNICEと協力して、全てのがん治療がSingle Technology Appraisalプロセスによって検討され、このプロセスが可能な限り効果的に働くこと (認可とガイダンスの発行の差が最小化されること) を確実にする。
- 全ての新規の抗がん剤や重要な新規適応の認可がNICEに付託されることを標準とすることを提案する。ただし、評価するのに十分な患者集団とエビデンスが存在していること、他に適切な代替の評価機構が存在しないこと、をNICEが同意する場合に限る。
- NICEがある治療法を推奨しないとしても、医師がその治療法について患者と話し合っ
てはならないという意味ではない。医師が臨床的に適切な治療法のあらゆる選択肢を患者と話し合うことはグッドプラクティスである。しかし、その治療法がなぜNHSで利用可能でないのかを患者が理解することが重要である。

(治療薬の使用のばらつきの低減)

- ・NICEの承認後も、がんネットワーク間で抗がん剤の使用にばらつきがあることが懸念されている。National Cancer Directorは、NICEに承認された抗がん剤の使用状況の評価を2008年中も繰り返し、全国の患者がNICEにより肯定的な評価を受けた抗がん剤に確実にアクセスできるようにする。また全ての化学療法サービスの提供者に対して、化学療法を受ける全ての患者に関して、合意されたデータを収集・提供するように要請する。
- ・化学療法の参照費用 (reference cost) に関するデータが十分ではないため、化学療法を提供している Trust は、Healthcare Resource Group 4 を化学療法の支払いのために導入することが推奨される。PCT は契約やモニタリングを通じてこれを奨励すべきである。

(化学療法のより良い地方計画への支援)

- ・がんネットワークを通じて働く PCT は、新しいがんの治療法の導入を計画する責任を担う。最近、産業界との連携を通じて Chemotherapy Planning Oncology Resource Tool (C-Port) が開発され、Cancer Action Team と NHS が地方計画を支援することになった。PCT は、サービス提供者が徹底した費用効果的な方法で新薬を安全に導入するための計画を策定したことを示すことを期待するだろう。Trust は、C-Port を利用することによってこれが可能になる。

(治療薬の使用の国際比較)

- ・イギリスは他の先進国と比較して、新規の抗がん剤の使用率が低く、主要なヨーロッパ諸国の約6割程度である。抗がん剤の使用を促進するために、製薬産業やバイオテクノロジー産業のパートナーと協業して、抗がん剤の使用に関して、イングランドの NHS と他のヨーロッパ諸国との比較を継続して行う。

(National Chemotherapy Advisory Group)

- ・Department of Health は、ケア経路全般にわたる化学療法のあらゆる側面を検討する National Chemotherapy Advisory Group (NCAG) を設立した。2008年春に発行予定の報告書は化学療法サービス全般における今後の取り組みについて提言を行うもので、特に、化学療法の前年比の増加状況、新たなサービス・モデル、時間外の管理、個人のケアに関する情報がネットワークを通じて利用可能になることの重要性 (患者が治療を受けた場所と異なる場所で緊急事態に陥る可能性があるため)、ガバナンスの構造、特に経口化学療法に関連する特定の安全性の問題、熱性好中球減少症の管理、必要な人材、委任者のためのガイダンス、に焦点を当てている。

(化学療法の安全な提供の保証)

- ・化学療法に関して、組織内・組織間における不十分なガバナンスと安全管理体制、窮屈で不適切な治療環境、長引くサービス、不十分なインフラによる小規模で粗末なサービスなどの問題が指摘されている。このことは、National Patient Safety Agency (NPSA)の報告書でも、がんに関連する3つの問題(がんの見逃し、誤った放射線治療、誤った化学療法)として指摘されている。
- ・がんネットワークにおけるPCTは、化学療法の安全性についてレビューを実施する必要がある。National Chemotherapy Advisory Groupの助言を考慮した上で、治療がどのような場所で、どういった安全基準に即して提供されるべきか、明確なサービス仕様を設定する必要がある。

(がん治療の監査)

- ・がんに関する既存の全国的診療監査を基礎として、がん患者の治療やアウトカムについてより多くの情報を収集し、分析し、フィードバックしていかなければならない。全国的な相対的監査によって、臨床チームや委任者はサービスの質を監視し、改善していくことができる。

(がん治療の新たな開発)

- ・がん治療の変化の速度はきわめて速く、新たな手術、放射線療法、薬物療法が開発され続けるだろう。今後5年間で更なる新しいがん治療が開発されることが期待されている。
- ・National Cancer Research Network (NCRN)は、潜在的な新しい治療法を同定し、臨床試験が時宜を得て実施されることを確実にする重要な役割を担っている。NCRNは製薬会社やNICEと協働し、NCRNによる臨床試験がその後のNHSの活動に最大限に影響を与えられるようにする必要がある。
- ・2007年10月、Lord Darziが新たなHealth Innovation Councilの設立を発表した。このCouncilは、費用効果の高い新薬、新技術、新しい手順が使用できるようになるための障害克服の最適な方法についての助言、新製品や新技術の開発と発見の支援、アウトカム改善のエビデンスがあるケアモデルの採用の奨励などを行う。

(7) 第5章「がんとその共存・がんの克服」(要約)

(はじめに)

- ・がんの診断や治療は、患者、家族、介護者のQOLに大きな影響を与えるため、ケア経路全体にわたって情報や支援へのアクセスが必要である。特に、診断前後の時点、治療完了直後の期間、再発した時点、終末期が迫っていることが明確になった時点で、多くの患者は困難に直面する。
- ・がんの発生率が増加しつつあると同時に、がんの生存率も増加している。がんが治癒した患者には、診断や治療による身体的・心理的影響が残されている場合が多い。がん患者によっては、長年にわたり積極的治療を受けながら暮らしていくことになる場合もある。がんの長期生存者が増加するにしたがって、可能な限り通常の生活を再開するために必要な支援が提供されることが重要になりつつある。
- ・2004年、NICEは成人がん患者に対する支持療法・緩和ケアに関するガイドランスを発行した。各がんネットワークでは、このガイドランスの実施に向けた行動計画の策定が行われたが、進展は十分でなく、2007年12月までの完全実施という目標は達成できないだろう。Department of Healthは、この達成期限を2008年12月まで延長し、ガイドランスの完全実施に向けて確実に取り組みを行っていく。Cancer Action Teamは、引き続き、この点に関してグッドプラクティスを策定して、普及させていくうえで、重要な役割を担うことになる。
- ・がん患者・克服者の体験内容を向上させる上で、患者に以下の権利を提供していくことが必要となる。

—がんやその管理に関して完全に理解することができる。

—自らが希望するとおりに、意思決定に関与できる。

—自らが適切と考えるケアを選択することができる。

(情報、コミュニケーション、意思決定、選択)

- ・本戦略の策定において意見聴取を行った患者、保健医療専門家、がん関連の慈善団体は、患者の体験内容を向上させるために、情報の提供、対面コミュニケーションの向上、意思決定の支援を最優先事項とするよう強く提言している。今後は、国と地域の両方のレベルにおいてこれらの分野に関する統合的な活動を行っていく必要がある。

(情報、コミュニケーション)

- ・患者が自らのケアに関する意思決定に参加したり、がんの恐怖を軽減したりできるようにするためには、質の高い情報へのアクセスが必須要件となる。患者は様々な方法で情報を取得する必要があるが、各自が信頼している保健医療専門家との対面コミュニケーションが最も重要となる。また、その他の種類の情報によってそれを補うことも必要であり、場合によっては同様の困難を体験した他者と話し合うことも必要である。

(対面コミュニケーション)

- ・保健医療専門家のコミュニケーション能力はあらゆる要素の支えであり、それは訓練により改善が可能である。保健医療専門家の上級職を対象とした、高度なコミュニケーション能力の研修の全国プログラムが設けられている。2003年より、150人のファシリテーターが、保健医療専門家の上級職向けの3日間コースを提供するための研修を修了した。このコースには、1,300人の保健医療専門家が参加した。
- ・上級職向けの現行の3つのコースは、全国展開を促進するために、単一のコースに統合し、これを標準とする必要がある。一定期間を経て、あらゆる上級の保健医療専門家が、専門的スキルや基本的能力の一環として、複雑な情報を伝達し、臨床上の決定に患者を関与させ、選択肢を提供できる能力を身につけていくと期待される。PCTは、研修を修了して、ピアレビューなどを通じてそれを実証できる保健医療専門家にサービスを委任しなければならない。
- ・また、上級の保健医療専門家の研修に加えて、がん患者の治療や支援を行う、一般及び地域の臨床医やその他の保健医療スタッフが、様々なレベルにおいてコミュニケーション技術の研修にアクセスできるようにしていく必要がある。このために、専門家継続教育(Continuing Professional Development)を実施することが必要となる。
- ・児童や若年者との効果的な対面コミュニケーションには、特別な技術が必要となる。現在、当該分野に従事する保健医療専門家に対する研修の試験運用が成功しており、今後は全国レベルのコースが設定される予定である。

(情報関連の製品、経路、処方箋)

- ・がん患者を対象とした質の高い情報製品は、がん関連の慈善団体などによって、様々な内容（がんやその治療、地域サービス、職場復帰、金銭給付など）で、様々な形態（電子媒体、印刷、音声、ビデオなど）で提供されている。
- ・各がんネットワークは、特定のがん患者がケア経路の各主要地点でアクセスを必要とするような様々な種類の情報製品を確立して、Cancer Services Collaborative Improvement Partnershipと協力して、標準的な情報経路を構築してきた。160を超える経路がマップ化されており、21のがんネットワークが2つ以上の腫瘍別の患者経路に合意している。こうした地域の患者情報経路を全国的経路に突き合わせる作業は10種類のがんについて完了している。
- ・しかし、がん患者向けの情報に関して、以下のような問題がある。
 - 一般的でない一部のがんの情報や、生存、再発、進行がんに関する情報の格差がある。
 - 情報の約50%が地域で作成されたもので、必ずしも専門家の関与や質の保証がなされているわけではない。
 - 個々の患者に応じて情報を調整できる能力が、現時点では存在しない。
 - ケアの特定の側面に焦点を当てた理解しやすい情報を蓄積する機能が備わっていない。
 - 情報管理者を設置しているがんネットワークは一部に過ぎない。
 - 集学的チーム (Multidisciplinary Team) のメンバー向けの、患者への情報提供に関する専門の研修が、現時点で提供されていない。
- ・2008年から、各がんネットワークが腫瘍別の全国レベルの情報経路を導入・実施するようにする。これにより、最前線のがんに関連する保健医療専門家は、がんの道程 (cancer journey) の主要地点で、全国で一致した情報を提供できるようになる。

- ・白書「Our health, our care, our say: a new direction for community services」に示したように、個人のニーズに特化した「情報処方箋 (information prescription)」を導入している最中である。これは、国及び地域レベルの知識や情報を活用して、ケア経路において適宜患者に直接情報を提供するほか、ウェブサイト、電話番号、支援グループなどを案内するものである。2007年現在、20の地域において情報処方箋を試験運用しており、そのうち4つの地域 (County Durham, Mid-Trent, Queen Elizabeth Hospital Birmingham, Royal Marsden Hospital London) はがんに重点を置いている。
- ・Cancerbackup、Cancer Research UK、Macmillan Cancer Supportの3者の協力により、保健医療専門家ががん経路のいずれの地点においても情報処方箋を作成できるようにするためのシステムを開発中である。このシステムでは、質の高い国レベルの情報の内容を活用できる一方で、地域のがんネットワークの情報責任者や集学的チームが地域の詳細な情報を追加できるようになっている。このシステムは、2009年の展開に向けて、2008年に構築予定である。
- ・がんネットワークのレベルでもインフラと支援が必要であり、各ネットワークに患者情報管理者を設置すること、ネットワーク内の各トラストに患者情報責任者を同定することが推奨される。

(意思決定と選択)

- ・がん患者によって、意思決定への関与を望む程度は様々である。その程度として、積極的な役割、保健医療専門家との意思決定の共有、受動的な役割など様々であるが、患者は、こうした役割のいずれでも自由に採用できるべきである。希望する役割を患者から見出して、尊厳と敬意を持って扱われるように保証することが、臨床家の責任の一つである。
- ・ケア経路の各地点において、ケアを受けたいチームや病院を選択することを望む患者もいる。これらの患者は、適切な Improving Outcomes Guidance に準拠したサービス提供者提供者を選択できるようにしなければならない。各自の状況に応じて適切な選択を行うために、サービスの利用可能性やアウトカムに関する十分な情報が必要となる。こうした情報は患者による治療のインフォームド・チョイスを促進する。

(ケアの調整と継続性)

- ・がん患者のケアは複雑で、複数の保健医療専門家に関与するため、ケアの十分な調整と患者から見た切れ目のないケアが必要となる。集学的チームによる活動の確立はケアの調整の改善に貢献した。チームのコーディネーターや臨床専門看護師 (Clinical Nurse Specialist) が主導して病院と地域間の継続性、連携、円滑な移行を確保することが多かった。

- ・委任者は、患者が十分に継続したケアを体験できるように、確固たるシステムの整備を確実にするために、サービス提供者と協力する必要がある。具体的には、以下のものが含まれる。

—ケア経路の主要段階における個々の患者のニーズの完全なアセスメント、診断、治療の終了、再発、終末期に関する正式なケア計画の策定

—ケア計画は、その患者のケアに従事している全てのチーム・専門家に適時に周知されなければならない。

—迅速かつ安全な情報の転送を可能にするシステム

—主要な出来事の際のセクター間での迅速なコミュニケーション(事象発生の24時間以内に患者の診断や死亡をGPに通知するなど)

—ケアの追跡者の任命や地域看護師の技能の強化を通じて、Integrated Cancer Care Programmeで実施されたような、がん患者の管理における地域チームの役割の強化

(心理的サポート)

- ・がん患者とその家族、介護者には心理的なケアと支援が必要であり、診断の時点から患者経路に沿ってがんの道程を歩む中で、心理的サポート・サービスが設けられなければならない。心理的サポートには、以下の4つの主要なレベルがある。

—レベル1: 効果的な情報提供、思いやりのあるコミュニケーション、一般的な心理的支援

—レベル2: 不安の管理や問題解決などの、心理的介入

—レベル3: 認知行動療法や問題解決に焦点を合わせた療法など、理論に基づいた心理的介入、カウンセリング

—レベル4: 専門家による心理学的・精神医学的介入

- ・臨床専門看護師 (Clinical Nurse Specialist) は患者が体験する苦悩を支援する役割を担うが、それを遂行するためには、委任者の協力を得て、適切な訓練と支援を受ける必要がある。

- ・サービス提供者はレベル3とレベル4の支援ができるような経路を確立する必要がある。また委任者は、全ての患者、家族、介護者が適切な心理的支援を利用できるように、地域の精神保健サービスとのより高度な支援に関する契約など、十分な供給を確保する対策を実施する必要がある。

(支持療法と緩和ケア)

- ・NCRIは、支持療法と緩和ケアの研究インフラの整備とエビデンスに基づく新たな介入の開発を目的として、医科大学、病院、ホスピスと共同の協調体制を確立した。5年間で500万ポンドの助成金が配分され、2006年から活動が開始された。
- ・数多くのボランティア団体や慈善団体が、がん患者やがん克服者を対象とした、質の高い、革新的な支援サービスを提供しており、支持療法と緩和ケアの推進に重要な役割を果たしている。
- ・末期がん患者には特有の支持療法や緩和ケアのニーズがあり、そのニーズや選好をアセスメントし、定期的にレビューすることによって、介護者の情報や時間外支援の情報などの他の支持療法や緩和ケアの提供の機会が生まれることとなる。

(臨床専門看護師 (Clinical Nurse Specialist) の役割)

- ・臨床専門看護師はがん患者やがん克服者の体験の改善において重要な役割を果たす。彼らは、がん患者の管理と支援の様々な要素で有益な役割を担っており、以下のような、技術面、情報面、感情面、調整面での機能を果たしている。

- 家族のリスクアセスメント
- コミュニケーションと情報
- 治療の提供 (化学療法など)
- 患者と家族への心理面・感情面での支援
- 継続的なケアの提供
- 患者の家族と介護者への支援と助言
- 治療後のケア計画の策定

- ・過去 10 年間にわたり、臨床専門看護師の人数には大幅な増加があった。しかし、がんネットワーク間で臨床専門看護師数に大きな格差が存在すること、がんの種類によっては臨床専門看護師が参加していない集学的チームが存在すること、がんの部位によっては臨床専門看護師数が不足していることなどの課題がある。
- ・委任者とサービス提供者は、臨床専門看護師の役割に対して特別な配慮をしなければならない。ピアレビューのデータを活用して、類似の PCT と比較して自分の地域の看護師の供給状況をベンチマークして、人員不足が判明した場合に対策を講じることが委任者のグッドプラクティスである。

(患者の体験内容を向上させるための研修)

- ・がん患者へのケアや支援の提供に従事する者全員に対して、以下の能力を修得するための質の高い研修を提供する必要がある。

—患者への情報提供を効果的に実施する。

—統合された集学的チームの一員として業務を行う。

—「もし～したら、どうなる」という適切な会話を取り入れる。

—がん生存者 (cancer survivor) のニーズをアセスメント、管理、対応する

—臨床専門看護師の場合は、効果的な心理的支援を提供する。

(がんに要する費用への対処)

- ・がん患者は、様々な社会保障給付 (日常生活費、住宅費など) を受けることができる。また終末期患者に対する特別給付、終末期の児童の両親に対する Child Trust Fund からの資金提供、重度障害者の介護者に対する介護手当などもある。
- ・保健医療関連費用に関しては、NHS Low Income Scheme によって、経済的困難を抱えている人々に対して、薬剤処方、歯科治療、視力検査・眼鏡、通院 (Hospital Travel Costs Scheme を通じて) の費用の補助が行われている。
- ・しかし、がん患者の大多数はこのような金銭的支援があることを知らない。したがって委任者は、がんの影響を受ける全ての者 (患者、家族、介護者など) に対して、利用可能な金銭的支援 (福祉給付を含む)、その入手方法、Disability Discrimination Act に基づく諸権利に関する情報を確実に提供しなければならない。その方法としては情報処方箋が適切であり、2008 年から全国レベルの情報経路において金銭的給付の情報が公開される予定である。