

- ・がんは仕事にも深刻な影響を及ぼす。2005年から、がん患者は、診断の時点から Disability Discrimination Act によって保護されるようになった。同法では、雇用者、サービス提供者、公的機関、輸送サービス提供者に対して、障害者を差別せず合理的な調整を提供する義務が課されている。例えば、がんの治療やリハビリのための休職、柔軟な労働時間の設定、段階的な職場復帰などが挙げられる。仕事への復帰を支援する上で、作業療法士 (Occupational Therapists) は重要な役割を担っている。
- ・しかし、雇用者の認識や取り組みは不十分である。Cancerbackup と Working with Cancer (支援グループ) は、がんとその治療に関連する仕事の問題に関して、雇用者と被雇用者向けにガイダンスを作成した。介護者向けのガイダンスは 2008 年初頭に公表予定である。
- ・委任者は、仕事を持っているがん患者向けの情報が、診断と同時に速やかに患者に提供されることを保証すべきである。職場復帰に関する助言は、労働年齢にある患者全員に対して提供されなければならない。雇用者に対しては、職場復帰を望む被雇用者を支援するよう求めているかなければならない。

(がんの克服・生存)

- ・Macmillan Cancer Support は、①初期治療を完了し、疾患の進行に関する明確な証拠が見られない者、②進行性疾患を抱えて暮らしており、治療を受ける可能性があるが、終末期の疾患ではない者、③過去にがんを発症したことがある者を、がん生存者 (cancer survivor) と定義している。
- ・がん生存者には、身体面、心理面、社会面、精神面、経済面、情報面で様々なニーズが存在しているが、ニーズへの対応が不十分で、統合されていない場合が多い。がん患者の多くは高齢で他の医学的問題を抱えていることから、他の長期的症状と統合されたサービスが必要であり、それは GP やプライマリケアによって最善な形で実現されることがしばしばである。
- ・病院チームによるフォローアップは、急性の合併症や治療の副作用の発見と管理、再発の早期発見、リンパ腫や続発性がんなど治療の遅発性影響の発見、心理的なアセスメントと支援、血液検査・CT スキャン・内視鏡検査などの検査の手配など、がん患者の管理を目的に行われているが、プライマリケアによるフォローアップも受けていることが多い。しかし両者の間の連携が十分でないと、重複や混乱を招く事態が発生する。
- ・National Cancer Director は、Macmillan Cancer Support やその他のがん関連の慈善団体と協力して、新たな National Cancer Survivorship Initiative を主導していく。このイニシアティブには、プライマリケア、セカンダリケアの臨床医、社会サービス、サービス利用者と患者、ボランティア・セクターの間の協力が必要となる。

- ・National Cancer Survivorship Initiative では、がん生存者に対するケアの様々なアプローチと、それらを個々の患者のニーズにあわせて調整する方法について、検討が行われる。それには、以下のものが含まれる。

- 病院の医師、看護師、GP による臨床的なフォローアップ（再発の発見、治療の後遺症の監視など）

- 教育、セルフケア、熟練患者（expert patient）に関するプログラム

- 例えば電話連絡などによる、積極的なケースマネジメント

- ピア・サポートのためのドロップイン・センター

- 適切な間隔で検査が行われていることを確認するための自動監視装置

- 携帯電話などの電子技術を利用した患者の福祉報告

- リハビリテーションプログラムの提供

- 心理的・精神的支援

- 仕事復帰の支援

- 金銭や給付に関する助言の提供

- 栄養面での助言

- 介護者への継続的な支援

- ・また National Cancer Survivorship Initiative では、がん生存者のケア計画策定に関するベストプラクティスについても、詳しく検討する。その一環として、Macmillan Cancer Support は、2008 年 3 月に、イベント「Making the Cancer Survivorship Agenda a Reality」を主催する。このイベントの成果として、主要な政策活動の流れと優先順位の同定、各政策過程に対する利害関係者の参加についての合意、イベントの成果の概要を示す報告書の作成などが挙げられる。このイベントでは、National Cancer Director と Macmillan Cancer Support の CEO が共同で議長を務め、患者、保健医療専門家、ボランティア・セクター、学識者、調査専門家、国外の専門家、政府なども参加する。

(患者のケア体験の測定)

- ・ 2000年と2004年に Department of Health と National Audit Office によって行われた大規模ながん患者を対象にした調査では、患者体験のいくつかの側面で顕著な進歩が見られたが、前立腺がん患者の体験の評価が低いこと、ロンドンのサービスの体験の評価が低いことなど、まだ多くの改善点が残されていることも明らかとなった。さらに、このような調査の結果がサービス向上に反映されていないことも問題である。
- ・ したがって、定期的に患者の体験に関する情報を収集して、その情報を地域のサービスの向上に活用していく必要がある。新たな NHS Cancer Patient Experience Survey Programme が設置され、毎年調査が行われる予定である。また調査の技術的な仕様を作成するために、患者を含めた専門家グループが召集される予定である。さらに、データの収集、管理、分析に関して、国からの契約も授与されていく予定である。
- ・ 調査によって、がんの道程全体にわたって患者が支援されたことを実感しているかどうか、ケアの連携がどの程度であるか、などの評価のほか、臨床専門看護師が患者のケアに与える影響に関する厳密な評価が可能となる。
- ・ 様々なチームや病院によって管理された患者のケアの体験を、信頼性の高い方法で測定することによって、
 - 患者は、ケアに関してインフォームド・チョイスを行えるようになる。
 - 委任者は、強力な契約管理を通じて、ケアの改善を確実にできるようになる。
 - 地域のサービス提供者は、改善が最も必要な部分を同定できるようになる。
 - 地域のサービスは、他のサービスとパフォーマンスを比較できるようになる。

(8) 第6章「がんに関する不平等の縮小」(要約)

(はじめに)

- ・本戦略の主要な目的の一つが、がんの発生率の不平等を縮小し、質の高いがんケアへのアクセスとがんのアウトカムを向上させることである。
- ・不平等は、社会経済的弱者集団、黒人や少数民族 (Black and Minority Ethnic : BME) の集団、高齢者あるいは若年者、男性あるいは女性、障害を持つ人々、特定の宗教や特定の信仰をもつ者、男性同性愛者・女性同性愛者・両性愛者に生じる可能性がある。
- ・がんの発生率、死亡率、患者体験、QOL に影響を及ぼす不平等の潜在的原因として、がんに関連した感染症への暴露、がん発症の遺伝的リスク、ライフスタイルに関連するがんのリスク因子に対する意識や態度、予防や検診サービスに対する理解度、診断・治療サービスへのアクセス、情報や支援の供給などが挙げられる。

(Cancer Reform Strategy が不平等に及ぼす影響)

- ・本戦略における以下の活動は、不平等の縮小を促進している。
 - 喫煙に対する活動は、肉体労働者集団や BME のコミュニティなどの地域などの喫煙率の高い集団に特に便益がある。
 - がんの疑いのある人々の紹介と診断の迅速化を確実にするための対策は、がんの徴候や症状に関する情報を得ることが少ない人々にとって助けになる。
 - がん関連の待機期間の縮小によって、全ての患者の治療が迅速化する。
 - 放射線治療の能力を拡充することで、治療の利用可能性に関する不平等が縮小され、がん患者の半数以上がその便益を享受する。
 - 抗がん剤や重要な新規適応の認可を NICE に付託することを標準体制とすることによって、NICE による承認が迅速化する (結果、全ての患者がその便益を享受する)。
 - 情報を改善し、がん患者の体験の向上に新たに焦点を当てることによって、全ての患者は、がんの道程全体を通じて、適切な情報、助言、支援を得ることが保証される。
 - がん生存者、がん患者に対する支援を拡大すること (心理的支援の向上、職場復帰の支援、受給権利のある金銭的支援の請求など) で、多くの経済的弱者を支援できる。

- ・一方、本戦略における以下の活動は、少なくとも初期段階においては、不平等を拡大するかもしれない。

—予防のメッセージ、がんの兆候や症状に対する意識を向上させるための対策は、情報を持った賢明な人々に偏って機能する傾向がある。

—検診の拡大によって受診対象者全員が便益を享受できるが、理解度の低い集団ほどその便益は小さくなる。

—裕福で賢明な人々は、病院のパフォーマンスに関する情報を迅速に活用する傾向がある。

(不平等に取り組むためのさらなる全国的活動)

- ・不平等に取り組むにあたって、不平等の種類、不平等の原因、効果的な取り組みに関するエビデンスが不足している。そのため、がん関連の不平等に関する研究企画を策定し、諸介入を試験し、より広範な政策の策定に関して助言を得るために、専門家、ボランティア・セクター、学識者、平等団体 (equality group) などの主要な利害関係者を結集して、全国がん平等イニシアティブ (National Cancer Equality Initiative) を開始する予定である。このイニシアティブは、まず、「現存する不平等に対する理解を強化するためにデータ収集を最適化すること」、「エビデンスの不足を補うために研究を促進すること」、「グッドプラクティスを普及すること」に重点を置いている。
- ・Department of Health は、SHA、PCT と協働で National Cancer Equality Initiative に取り組み、2012 年までに全てのがんネットワークにおけるがんの死亡率の減少という目標に合意する。この目標を達成するためには、様々な不平等への取り組みに特に注意を払う必要がある。PCT ががんネットワークと協力して実施する活動は、がん関連の不平等を縮小させるための国レベルの継続的対策活動の重要な一部となる。
- ・National Audit Office は、Cancer Action Team に公平の問題に取り組む専門官を設置するために資金を拠出している。この専門官は、National Cancer Director と緊密に連携を取って、National Cancer Equality Initiative の開発に取り組む。また、Department of Health は、Section 64 研究補助金プログラム (Section 64 grant programme) を通じて、格差対策の革新を引き続き促進していく。また UK National Screening Committee は、がん検診を含む全国レベルの検診プログラムの平等性に関するレビューを実施している。

(がん関連の不平等の種類と地域での活動への勧告)

- ・不平等への取り組みには、地域での活動も必要でなる。PCTは、がんネットワークと協力して、地域における平等性に関する影響評価に着手して、地域の問題に対処するための適切な段階を踏んでいく必要がある。このアセスメントでは、がんのアウトカムが特に低い集団の検診受診率とその改善のための計画策定、各集団が直面している不平等の性質を理解するための既存のエビデンスの検討などが含まれる。

(社会経済的貧困とがん)

- ・貧困層の多い地域のがんの死亡率は全国平均よりも15%以上高く、死亡率の減少の程度も小さい。この原因としては、喫煙率の高さ、がんそれ自体と早期発見の便益に対する意識の低さ(検診受診の重要性に関する理解の低さ、がんの症状への認識の遅延)などが挙げられる。
- ・政府は、「2010年までに、乳児死亡率と0歳平均余命によって測定される健康アウトカムに関する不平等を10%低減させる」というPublic Service Agreementを設定している。がん関連の不平等を縮小させることが、この目標を達成するうえで主要な役割を果たす。Department of Healthでは、引き続き、死亡率の格差のほか、1年生存率や5年生存率の格差も監視していく。

(人種とがん)

- ・人種とがんと関連は複雑であり、黒人や少数民族によって異なる(例えば、アフロ・カリビアンの前立腺がんの発生率の高さ、南アジア系の口腔がんの発生率の高さ、パングラデシュ人と中国人の肝臓がんの発生率の高さ)。
- ・BMEの地域によってニーズは異なるため、各地域でがん患者のニーズに対応する能力を備える必要がある。Department of HealthのSingle Equality Schemeにおいて、それを推進するために、以下の活動が設定されている。
 - 2009年までにがんネットワークにおけるベストプラクティス・モデルのガイダンスを策定する。
 - 2008年までにがん登録を通じてがん患者の民族のモニタリングを向上させる。
 - BME地域やチャリティで活動する利害関係者のためのフォーラムを設置して、2008年までに、実施したプロジェクトのベストプラクティスと事後評価を共有する。
 - 様々な言語で作成された検診の紹介冊子や音響映像支援媒体を提供する。
- ・移民の動向を把握し、その影響を評価して、対策を講じる必要がある。

(年齢とがん)

- ・がんは高齢になるほど罹患しやすい・診断されたがん患者のうち 51%は 70 歳以上であり、がんによる死者数の 4 分の 3 超が 65 歳以上である。
- ・高齢者は臨床試験の対象外となる場合が多く、治療の効果に関するデータが十分でないという問題がある。Department of Health は、高齢の患者も他の年齢層と同レベルの治療を受けるべきであると認識している。したがって、NCRN と協力して、高齢者を対象とした臨床試験を促進するための方法を開発する予定である。また、臨床試験の対象除外基準に年齢を用いることをできるだけさけるように、医薬品の規制機関や業界に働き掛ける。
- ・大半の小児は臨床試験に参加する機会をもっているが、10 代や若年者にはその機会が少ない。Improving Outcomes Guidance on Children & Young People with Cancer を施行することによって、適切な試験の完全なポートフォリオが支援されているセンターにおいて、児童や若年者の治療が実施されることを保証すべきである。
- ・小児と若年者はそれぞれ異なるニーズを有しており、年齢に応じた環境で、年齢に応じた専門サービスやケアを提供することが重要である。委任者は、サービスの対象となる集団の年齢に応じたサービスを確保しなければならない。

(性別とがん)

- ・がんには、一方の性に固有のもの（男性の前立腺がんや睾丸がん、女性の卵巣がんや子宮がんなど）、どちらか一方の性に大きな影響を与えるもの（乳がんなど）もあるが、男女に共通する 10 の最も一般的ながんに関しては、男性の年齢調整死亡率の方が高い
- ・2006 年に、Men's Health Forum が主催し、National Cancer Director が議長を務めたシンポジウムでがんと性について議論がなされた。そこでは、男性のがんの発生率と死亡率が高い理由が十分に解明されていないこと、この高い発生率は未確認の危険因子または一般的な生物学的特性の可能性があることが明らかになった。また、男性が助言や情報、定期健康診断を受ける環境の範囲を、従来のプライマリケア、セカンドリケアの環境から、例えば職場などに拡大すべきであることが強調された。

(障害とがん)

- ・障害者にとってがんは特に深刻な問題である。例えば、学習障害のある人と他の人とは、全般的ながんのリスクに差がないにもかかわらず、胆嚢がん、甲状腺がん、白血病などのリスクが高く、前立腺がん、肺がん、尿路がんのリスクは低い。
- ・学習障害のある人は検診受診率が低いというエビデンスがある。

(宗教、信仰とがん)

- ・ 宗教や信仰に関する因子と他の文化的、社会経済的因子とを区別するのは困難であるが、宗教によってがんに対する態度に違いがあり、場合によっては検診受診に対する理解、治療に対する態度のばらつきの原因となる。
- ・ 委任においては、地域の文化やニーズに適合した計画策定が必要であり、委任者はサービス計画を作成する際には宗教上の信念を考慮に入れておくべきである。

(性的指向とがん)

- ・ 同性愛者や両性愛者はある種のがんのリスクが高くなる場合がある。例えば、同性愛者や両性愛者の喫煙率が高いこと、男性の同性愛者では、ヒト・パピローマ・ウイルスに関連した肛門がん、HIV/AIDSに関連したカポジ肉腫や非ホジキンリンパ腫のリスクが高いこと、女性の同性愛者では乳がんのリスクが高いこと、などが挙げられる。
- ・ 同性愛者や両性愛者の多い地域の PCT は、ターゲットを絞った意識向上イニチアチブを検討して、この問題に取り組む必要がある。

(9) 第7章「適切な環境でのケアの提供」(要約)

(はじめに)

- ・過去10年間、待機期間の縮小、質の高いがん治療を提供するための専門家へのアクセスの保証を目的として、District General Hospital (地域総合病院) への迅速なアクセス、集学的チーム(地域総合病院、がんセンターなどに配置)、複雑な治療を行う専門家チームを通じて、新しいケアモデルが広く導入された。
- ・本戦略では、診断前の検査、診断後の完全なアセスメントと治療計画の策定、入院を含む初期治療、初期治療完了後の支援、再発やがん治療の後遺症の管理、終末期ケア、といったケア経路全体を広く視野に入れている。サービス・モデルは、ケア経路の各段階において患者のニーズに対応するよう、また費用効果的であるように構築される必要がある。
- ・委任者が考慮すべきがんサービス・モデルの改革として、診断へのアクセスの向上、入院のサービス・モデルの改善(特に、在院日数の最小化と不必要な入院の抑制)、集学的チームの機能の保証、終末期ケアの選択肢の増加、などが挙げられる。
- ・これらのサービス・モデルのテーマは、可能であれば病院外(在宅)でケアを提供し、必要に応じて病院サービス(質の高い専門家チームによる検査や治療)に効率的にアクセスできるようにすることである。委任者は、がんネットワーク内において、在宅サービスと入院サービスを完全に統合しなければならない。これがうまくいけば、病院と自宅を行き来する患者に対して、最高水準の clinical governance、標準化されたプロトコル、合理的なケア経路を保証することができる。

(診断へのアクセス)

- ・診断は以下の4つのレベルにおいて重要となる。
 - がんの可能性が低い患者について、GPががんの診断から迅速かつ簡便に除外できるように支援する
 - がんの可能性が高い患者に対して、迅速にがんの診断ができるように、的確で質の高い専門家による診断検査を提供する
 - 治療全体にわたって、がん患者のモニタリングと管理を行う(例えば、腫瘍が治療に反応しているかどうかを評価する、など)
 - がんが軽快している患者の再発を発見または排除する

(プライマリケアからの診断へのアクセスの向上)

- GP とプライマリケアの専門家は、適切な診断検査を迅速かつ簡便に利用して、がんの可能性の低い患者を排除できなければならない。これまで、GP は血液検査や簡単な画像診断（胸部 X 線検査など）を直接利用することができていた。現在、一部の地域では、合意されたプロトコルにしたがって、がんの確認や排除に役立つ様々な診断検査（内視鏡検査、非産科的超音波検査、CT スキャン、MRI）を GP が利用できるようになってきている。しかし、それらのサービスへのアクセスは普遍的なものではなく、検査サービスの不足やセカンダリケアへの過剰な紹介が発生している。
- PCT は、プライマリケアの専門家が適切かつ適時に診断検査を直接利用できることを保証する必要がある。また、Royal College of Radiologists と Royal College of General Practitioners が策定したグッドプラクティスの提言も考慮する必要がある。さらに、診断設備が一般急性期病院や地域において提供されているかどうかも考慮する必要がある。

(専門家による診断サービス)

- GP ががんの可能性が高いと判断した場合、患者は 2 週間枠基準に基づいて集学的チームと連携した専門家診断ユニットに紹介されなければならない。またこれらのユニットは、1 回の診察で必要な全ての診断検査を提供して、同日に診断結果を出さなければならない。
- がんによっては、分子病理学的診断や PET-CT スキャンなど、高度に専門的で、時として費用の高い診断設備や専門知識・技術が必要となる場合があるが、全ての病院がこれらのサービスを提供することは適切でない。
- がんネットワークを越えて協力し合っている PCT は、NICE の Improving Outcomes Guidance を考慮した上で、どの診断サービスを集約化するかを検討する必要がある。また適切な専門家のモニタリングの下で、患者の自宅により近いところでフォローアップ・サービスを提供できるかも検討する必要がある。

(入院ケア)

- がんの入院件数は増加しているが、平均在院日数の減少によって、入院日数はある程度抑制されている。しかし、がんの発生率は人口増加と高齢化によって増加することが予想されるため、何らかの対策を講じないと、入院日数の増加、不必要な入院件数の増加、そして入院医療費の増加が懸念される。入院医療費を現在のレベルに維持するためには、平均在院日数を約 3 分の 1 に減少させるか、緊急入院件数を約 2 分の 1 に減少させる必要がある。

(入院ケアの改善の機会に関するエビデンス)

- ・血液検査、X線検査、内視鏡検査、生体組織検査は、外来ケアで実施可能である。また薬物療法の進歩により、ほとんどの化学療法や疼痛管理は外来ケアで提供可能になっている。これらの診断・治療サービスは、支持療法、緩和ケア、心理的・社会的支援サービスとともに、外来ケアにおいて統合できる可能性がある。
- ・Cancer Services Collaborative Improvement Partnership、Cancer Action Team、NHSの研究機関は、がんの入院患者のサービスの質と生産性を向上させるための方法として、以下の3つについて重要なエビデンスを示した。

—治療や手術による入院の在院日数を最小限に抑える

—不必要な入院を抑制する

—サービスを外来ケアモデルに統合する

- ・がんの入院ケアの様々な側面の改善を目指す40の試験運用プログラムがCancer Services Collaborative Improvement Partnershipによって進行中である。そのうちの7つの試験運用プログラムは大きな成功を収め、以下の重要な原則を明確にすることができた。

—予定外の（緊急の）患者は入院を決定する前にアセスメントを受けるべきである。いかなる患者も明確な理由なしに入院させるべきではない。

—患者は、腫瘍の種類と入院理由に基づいて、明確な入院ケア経路に入るべきである。

—積極的な症例管理を推進するため、臨床上の決定は日常的に行われるべきである。

—緊急入院は標準的ではなく、例外的なものとするべきである。

(入院ケアに関する次のステップ)

・PCTは、がんネットワークと協力して、以下について優先的に取り組むべきである。

—腫瘍の種類別、予約入院/緊急入院別の病床利用状況を、国の基準に照らしてベンチマークして、レビューする。

—サービス提供者ががん入院患者管理プログラムに参加する機会を必ず利用してもらうようにする。

—回避できる入院と長期入院の主な原因に取り組むための地域戦略を策定する。

—外来の設備とケアモデルの構築を検討する。

—改革を促進して、コストに見合う価値 (value for money) を最大にするための委任を利用する。

・PCTは、これらの新しいがんケアモデルを検討・実施するにあたって、GP、地域看護師、社会サービスのような地域ベースのサービス提供者だけでなく、セカンダリケアにおける広範囲の専門分野の臨床医と管理者を含めて、すべての関係者と関連サービスを関与させることを確実にすることが奨励される。

・このような地域での実践を促進・支援するために、Cancer Services Collaborative Improvement PartnershipとCancer Action Teamは、入院患者管理プログラムを開発している。入院患者管理プログラムは、当初は、様々なカテゴリーの患者（例えば手術や化学療法のために予約入院した患者、緊急入院した結果がんと診断された患者）のためのサービスの改善を支援・指導することに重点を置く。

・これらの対策にはある程度の投資が必要であるが、全般的には、患者の体験を向上させ、かなりの医療費の削減につながる。手術を行わないがん患者の入院が25%減少すれば、3億4,000万ポンドの医療費の削減になると推計される。

(集学的チーム)

・10年前のがんサービスは細分化されており、一次・二次・三次医療の間で、また病院内でのコミュニケーションは不十分で、専門家の間でもケアの計画と調整も不適切であった。しかし1995年のカルマン・ハインレポート、2000年のNHS Cancer Planの後に大きな進展みられ、集学的チームが病院におけるがんサービス提供の中核モデルとして確立している。

- ・集学的チームは、ケアを計画・調整するために全ての関係する専門家で構成される。具体的には、外科医、内科医、放射線科医、病理学者、腫瘍専門医、臨床専門看護師、緩和ケア専門看護師、放射線技師、集学的チームコーディネータなどが含まれる。また多くのチームでは、言語療法士、栄養士、作業療法士、理学療法士、心理学者などの健康関連専門家も重要な役割を果たしている。
- ・しかし集学的チームの中には、中核的なメンバーが参加していない、取り扱う患者数が少ない、チームミーティングへの出席率が低いなどのチームもある。また NICE の Improving Outcomes Guidance や Manual for Cancer Services に規定された要件を満たしていないものもある。
- ・委任者は、管轄地域にある全ての集学的チームが質の高いケアを提供できるかどうかを評価して、必要があれば介入を行う必要がある。特に PCT は取り扱い患者数の少ない提供者に委任すべきではない。

(終末期ケア)

- ・終末期ケアを改善するために、NICE Guidance on supportive and palliative care (2004)、NHS End of Life Care Programme (2004~2007) などのイニシアティブを実施してきた。2006年6月、政府は、あらゆる状態や環境で亡くなる成人のための終末期ケア戦略 (The End of Life Care Strategy) を開発することを発表した。この戦略の目的は、終末期にある全ての人のケアの質を改善し、より多くの人に自分が選択した場所で死ぬことを可能にすることである。この戦略は「NHS Next Stage Review」の一部として策定され、2008年夏に発行される予定である。また小児のための同様の終末期ケア戦略も策定中である。
- ・PCT は、当面の間、2007/08 の終末期ケアサービスのベースラインレビューから得られた教訓を 2008/09 年の委任に関する決定事項に適用する必要がある。また SHA は、「NHS Next Stage Review」の提起する課題を確実に把握し、それに即した行動が実施されるようにする必要がある。

(10) 第8章「質と選択を改善するための情報の利用」(要約)

(はじめに)

- ・本戦略を実現するためには、がんサービスの様々な側面に関する改善された情報を収集・利用することがその中心となる。質の高い情報を提供することによって、以下のことが可能になる。

—ケアに関する重要な意思決定を行う権利を患者に与えることができる。

—世界レベルの委任の能力に強調されるように、委任が強化される。

—サービス提供者が、改善可能な分野を同定できるようになる。

—がん関連の不平等に対するより深い理解が促進される。

—情報に基づいた国・地域レベルのパフォーマンスの精密な調査が促進される。

- ・がんサービスに関する情報やデータは、利用しやすい形式で収集されてこなかったこともあり、必ずしもサービスの改善に利用されているわけではなかった。今後は、特に、以下の項目について、質の高いデータを収集し、活用していく必要がある。

—社会の様々な集団間におけるがんのリスク因子と症状に対する意識や態度

—治療とケアに関する患者の体験内容

—併発症や病期を調整した生存率などの臨床アウトカム

(がんに対する意識や態度に関する情報)

- ・Cancer Research UKでは現在がんに関する意識調査のツールを開発中である。試験運用の後、2008年の後半または2009年には初の全国調査を開始する。そして進捗状況を把握するために、最低2年ごとに調査を実施する。
- ・この意識調査のツールは地域レベルでも利用可能となり、地域社会における意識や第度のばらつきについてより詳細な知見が得られるようになる。

(患者の体験内容に関する情報)

- ・がん患者の体験内容に関する新たな調査ツールが開発される。これは、2000年と2004年に実施された過去のがん患者調査と、最近実施された前立腺がん患者に対する特定の調査ツールに基づいて開発され、特に、体面コミュニケーション、患者の状態、治療、サービス、金銭給付などに関する情報、ケアの調整に関する質を含む、患者にとって重要なケアの側面を把握することができる。
- ・がん患者の体験内容に関する調査は毎年実施される予定である。1年目はいくつかの腫瘍の部位を取り上げ、翌年以降には別の部位を取り上げる。またこれらの調査結果は一般公開される。患者は治療を受ける場所に関する選択の際に、これらの結果を考慮することができる。委任者やサービス提供者は調査結果を活用して質の改善を図る必要がある。

(臨床アウトカムに関する情報)

- ・がん患者に関する情報は、すでに相当量が Hospital Episode Statistics などの全国データソースを通じて、がん登録によって収集されている。また全国レベルの診療監査を通じてアウトカムに関するデータを収集する試みもなされてきたが、全ての病院がデータを提出しているわけではなく、また収集されているデータも以下のような不足が見られる。

— 病期や併発症に関する情報は、がん患者のケアにあたるチームによってまちまちに記録されているにすぎない。

— 組織病理や細胞病理に関する情報が不十分である。

— 全国レベルの臨床監査でカバーされるがんの症例のうち、3分の1から3分の2程度の結果しか返ってこない。

— 最近まで、放射線治療に関する情報は、放射線治療部門によって異なる形式で記録されており、全国的に統一されたデータセットが構築されていなかった。

— 化学療法に関する情報は未発達であり、その主な原因は、一部の化学療法サービス提供者がいまだに紙ベースで処方や記録を行っているためである。

— 不平等の原因となりうる民族や他の因子に関する正確な情報が普遍的に利用できない。

- ・化学療法や放射線治療に必要な情報の多くは、外来患者手配データセット (outpatient commissioning datasets : OPCDs) を通じて義務づけられているが、十分ではない。このデータセットの提出を保証するために、情報の収集と時宜に適った提出が全国的なモデル契約に含まれることになる
- ・PCT は、契約の監視を通じて情報の質を向上させる必要がある。集学的チームは、ケアを担当する全てのがん患者の全ての関連情報項目を収集して、その情報をがん登録や関連する全国レベルの臨床監査に提供するという重要な役割を担うことになる。2009 年までには、トラストは電子形式でデータをがん登録に提供しなければならない。
- ・がん登録データセットへの入力のために提供されるべき情報は、Royal College of Pathologists の最小データセット、病期と併発症に関する情報、OPCDs の向上のための臨床データを含む、全国レベルの放射線治療データセット (2008 年 10 月以降) である。
- ・化学療法に関する情報に関しては、2008 年 10 月までに National Chemotherapy Advisory Group によって定義され、2009 年 10 月から報告が開始される予定である。この情報には、集学的チームや委任者が、処方が NICE のガイダンスに準拠していることを確認できるような、ごく一部の臨床項目が含まれる。
- ・情報が目的に適ったものであることを保証するために、今後は、主な臨床アウトカムの測定とがんデータの収集の義務が毎年レビューされる。

(情報の調整、アウトカムの改善のための情報の利用)

- ・患者、委任者、サービス提供者、その他の関係団体にとって有用な情報を収集、分析、公表するしくみを調整するために、全国がん情報ネットワーク (National Cancer Intelligence Network : NCIN) が設立され、がんデータの新たな国レベルの保管場所の構築、維持、品質保証を行う。データへのアクセスは、がん登録に適用されている厳格なプロトコルを通じて管理される。国立がん研究所 (NCRI) のパートナー組織は、NCIN によって収集された情報に関する研究への資金提供を支援し、がんサービスのさらなる情報に基づいた分析を促進する。
- ・NCIN は、現在収集されているデータの最適な活用を保証し、作業の重複や効果的に活用されていないデータを同定して排除することを目的として、がん情報に関する様々な関係者で構成される。各種がんや患者に関する診断、治療、アウトカムに関して、比較可能な全国レベルの情報の提供と公表を管理する。また利用可能な情報の新たなライブラリーが設立され、新たな分析が委任される。

(サービスの質の改善のためのデータの利用)

- ・ National Cancer Director との協力により、NCIN は、全国の臨床アウトカムや患者体験内容の変化を詳述した年報を発行する予定である。
- ・ Department of Health は、患者が、同様の疾患を持つ他の患者の体験情報にアクセスできることを保証し、同時に NHS Choices を通じて臨床アウトカムのデータへもアクセスできるようにする (www.nhs.uk)。インターネットにアクセスできない場合は、紙面での情報を利用できるようにする。
- ・ サービスの改善を奨励するプロセスの一環として、委任者は、サービス提供に関する意思決定を行ったり、優先すべき改善事項について提供者と合意したりする場合に、データを考慮に入れる必要がある。

(11) 第9章「委任の強化」(要約)

(はじめに)

- ・本戦略は、中央集権的な保健医療サービスから脱却し、地方分権的な管理を目指している。NHSは、がんケアの質の向上や住民のニーズへの対応を地域で実施できるように、権限委譲され、促進される。世界レベルのがんサービスの提供に関与する全ての者は、本戦略の実現を促進するために何らかの役割を担う必要がある。しかし、サービスの質を高め、コストに見合う価値(value for money)を確保することに関して、委任の強化は特に重要である。

(がんに関する確固たる委任を可能にする)

- ・本戦略の実施の大部分の責任は、配分された予算の範囲内で地域住民のためにあらゆるサービスを委任する責任をもつ法定団体であるPCTの理事会に帰属する。PCTは、他のPCTやそのPCTの委任体制と連携して、ケアの最良の提供方法と提供場所を実現するための戦略的決定を行う必要がある。また、ケア経路全体(地方自治体と共同で提供されるヘルスプロモーション、社会サービス、予防サービスなどを含む)にわたって調整された包括的ながんサービスを確保する必要がある。
- ・しかし、これまでのがんサービスの委任は十分ではなかった。25%のネットワークはがんサービス計画の3ヶ年戦略枠組みに合意し、優先事項を明確に同定して、効果的な委任体制を整備しているが、別の25%は十分な委任が行われていない。
- ・がんには、様々な種類、様々なケア経路があるため、委任は複雑になっている。また一部の診断や治療に関しては、国レベル、SHAレベルでの高度専門的な委任を要する場合がある。またがん以外のサービスと重複するものもあるため、より地域の実状に応じた委任が必要である。
- ・100~200万人の人口規模で最良の委任が行われていることから、この人口規模が効果的なケアを提供する上で必要な限界量であると考えられる。このため、組織の管轄地域の境界ではなく、患者のケア経路に基づいて、ケアネットワーク全体にわたって委任の調整を行う必要がある。
- ・Department of Healthは、PCTが保健医療サービス全体にわたって確固たる委任を確保する方法について記載した「World Class Commissioning」を発表した。2008年には、PCTが世界レベルの能力を獲得できるように支援と開発の枠組みを公開する予定である。

- ・がんサービスの委任を強化するために、以下の対策が実施されている。
 - 現在、がんの委任者向けの指針を策定中である。これには、各種がんサービスの委任の適切なレベルが記載される予定である。
 - がんの発生率、生存率、死亡率の情報、病院エピソード統計 (hospital episode statistics) のような全国レベルの情報源からの情報に関して、SHA、Specialist Commissioning Groups (SCGs)、がんネットワーク、PCT、NHS Trust に比較データを提供するために、電子委任ツールキットを開発中である。Cancer Action Team は、各ネットワークによる当該ツールキットの利用を支援し、必要に応じてアップグレードを委任する。
 - 各がん経路について、Map of Medicine に関連したサービス仕様を開発中である。Map of Medicine とは、NHS IT Programme に関連して質の高い臨床情報を提供するためのプロセスである。
- ・様々ながんサービスを組織横断的に提供するために、がんの委任においては連携を重要な部分としなければならない。
 - 患者、地域のボランティア・サービスの提供者、代替の提供者、その他の利害関係者は、サービスの展開過程に関与するべきである。
 - 委任者とサービス提供者は、協力し合ってサービスの質と安全性を改善し、将来の供給を計画すべきである。
 - 臨床医と管理者は、協働してサービス提供方法に関する革新を促進すべきである。
 - 各 PCT は、協力し合って戦略を策定し、優先事項に合意すべきである。

・がんネットワークはこのような協力関係の構築に不可欠な役割を果たしている。しかしネットワークによっては、連携の構築に成功しているところもあれば、うまくいっていないところもある。これまでの活動を踏まえて、がんネットワークの役割に関して、以下のような意見が得られている。

—ネットワークのチームは、委任者による活動調整を支援し、専門的知識を共有し、臨床チームや利用者との対話を維持し、臨床ガイドラインや経路を承認し、革新的で質の高いケアを推進することによって、委任者の代理人としての役割を果たす。

—ケア経路全体にわたってある程度の患者数を確保するために、ネットワークが管轄する人口規模は150～250万人とし、通常5～6のPCTが含まれる。

—一般的でないがんについては、各ネットワークは、Specialist Commissioning Groups (SCGs)と連携しつつ、ネットワーク間では協力し合って戦略や計画を策定すべきである。

—各ネットワークは、ニーズアセスメント、需要のプロファイリング、優先課題の設定、サービスの改善と計画の見直し、質の保証とピアレビュー、経路とサービス提供者のパフォーマンス、患者の体験内容、コストに見合う価値 (value for money) に関して、PCTへの助言者としての役割を果たす。

—各ネットワークは、強調的な取り組みとともに、サービス提供者間の競争可能性も確保すべきである。

—各ネットワークは、NICEに準拠するサービスをネットワーク外で受けることを選択した患者を尊重して、支援すべきである。

—各ネットワーク・チームは、Professional Executive Committeesや地域の診療ベースの委任体制におけるがん関連の責任担当者と、より強力なつながりを構築する必要がある。

—ネットワーク・チームに関して安定した受入体制を構築し、指名されたPCTのCEOによる確固たるリーダーシップを発揮して、ネットワークがPCTの契約担当責任者や委任者に対する説明責任を負うことを保証すべきである。

—ネットワーク・チーム、利用者、臨床医の契約メカニズムに対する資金供給の供給源の中心は、他の資金源から追加の資金供給を求めることが可能であるとしても、委任者でなければならない。