

- ・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が関与するため、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との継続性、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。

- ・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。求めている。

(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適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延性影響の発見、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となる。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)

- ・人種とがんとの関連は複雑であり、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、バ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、セカンダリケアの環境から、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・ウィ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態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、その情報の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の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 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。