

(資料2) イギリスの NHS Cancer Plan

NHS Cancer Plan

投資のための計画
改革のための計画

2000年9月

目次

国務大臣による序文	161
要旨	162
ポストコード・ロッターリー（居住地域に基づく社会的差別）の廃止	170
1. がんという課題	173
2. 予防の改善	180
3. 検診の改善	189
都心部における子宮頸がん検診の改善活動	197
4. 地域のがんサービスの改善	200
プライマリケアにおけるクリニカルガバナンス (clinical governance)	201
5. 診断・治療の待機期間の削減	205
6. 治療の改善	214
7. ケアの改善	220
8. スタッフへの投資	228
9. 施設・設備への投資	242
10. 将来への投資：研究と遺伝学	245
11. 計画の実施	252
NHS キャンサープラン：次のステップ	257

国務大臣による序文

イギリスでは、年間 20 万人ががんと診断され、12 万人がそれにより命を失っています。がんは、我が国における主要な死因の 1 つであり、政府は NHS (注: National Health Services, 国民保健サービス。) においてそれを優先事項として位置づけています。

「キャンサープラン」は、がんに取り組むための初の包括的戦略を定めたもので、政府としてがんの予防、診断、治療、ケアおよび研究と連携したアクションプログラムを作成したのは今回が初めてです。

我が国のがんサービスにおいて誇るべき点は多く、特に研究および小児がんの治療においては世界最高レベルであるといえます。ホスピス運動および慈善事業による緩和ケアが根付いていることも誇るべき点です。また、NHS 乳がん検診プログラムは、他国との比較において最も包括的であるともいわれており、NHS、ボランティア、自治体および家族など国内でがんと闘う人々の貢献は計り知れない数となっています。

しかしその一方、多くの地域におけるがんサービスは、それらのレベルを満たすものとなっていないのが現実です。国内 NHS スタッフおよびがん患者の最大限の努力にもかかわらず、投資不足と同時に古い習慣が何十年か続いてきたことにより、主要ながんにおける生存率はヨーロッパ諸国の中でも遅れをとっている状況です。貧困層は富裕層に比べてがんの罹患率が高く、生存の可能性もより低いという事態、またポストコード・ロタリー (postcode lottery, 居住地域に基づく社会的差別) 現象により、がん患者が様々なケアおよび治療サービスを受けられないままになっています。

この「キャンサープラン」では、これらの問題に取り組み、ヨーロッパにおける迅速でより良いがんサービスを提供するための投資および改革プログラムが定められています。このプログラムを通して政府は、医師、看護師、その他スタッフの増強、がん治療のための機器拡充、また新たな国家基準およびがん予防・治療法の変化に対応するための NHS の近代化、といった NHS プランを推進し、医療の不平等に取り組むことに加え最重要な点として、患者を治療の中心とすることを目指しています。

NHS プランと同様、この「キャンサープラン」は国内の専門家および患者との幅広い意見交換を通じ、国家がん対策長官 (National Cancer Director) であるマイク・リチャーズ教授の監修のもとで作成されました。この計画では、がんサービスのレベルをヨーロッパ中の最高レベルに引き上げ、より多くの命を救う、といった政府の壮大な目的をどのようにに成し遂げるのかについて説明されています。

保健大臣

アラン・ミルバーン下院議員

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。

キャンサープラン

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 と表記。）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%以上は現在治癒しており、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・ロタリ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定要素が、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にすぎない。

がんサービスが意味するもの

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、里程碑も据えられた今、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られる。

がんを早期に見つける

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、患者が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。その点に関係して、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他の専門家について、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はなく、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。

33. 地域がんサービスが行うべき重要な第一歩として、がんの種類別に紹介および治療を行うための事前計画を立てることとする。つまり、個々の患者の手配が事前計画および予約され、全てのがん患者に対して今後の治療計画を確実に知らせるということである。予約システムについては、2005 年までに NHS 全体に導入予定であるが、連携体制の一環として、全てのがんネットワークは 2001 年に予約システムを開始し、2004 年までに、がんと診断された全ての患者が事前に計画・予約されたケアを受けられることを目指す。

34. 熟練したスタッフの不足に取り組む新たなアプローチについては、急速に増大する腸がん、胃がんなどの分野で活躍する医療専門職の枠を広げることを目的として外科医、胃腸科医、GP および看護師を対象とした研修プログラムの実施に新たに 250 万ポンドを投入する予定である。

ポストコード・ロッター（居住地域に基づく社会的差別）の廃止

35. がんサービスの拡大、そしてその利便性を図ることに加えて欠かすことのできない要素はサービスの質である。全てのがん患者が、高品質で、個々の患者にふさわしい医療を確実に受けられるものでなければならない。効果的ながんサービスに関する国の基準、実行に移すための財源、実施状況の監視および患者や国民に保証を与える新しいシステムなどを定めた包括的ガイダンスプログラムとしては、今回が初めてのものである。
36. **がん治療薬。**新しく効果的な治療薬を入手できるかどうか、臨床的ニーズよりも患者の居住地域に依存している現状は、許容できない問題である。NHS プランで発表された新たな資金拠出により、2001年夏にNational Institute for Clinical Excellence（以下、NICEと表記）のガイダンスに発表される13の新たながん治療薬に関し、国内の保健当局が十分に把握できる状態を目指す。
37. **がん治療。**NICEはさらに、がんサービス組織が以後3年間包括的な一括方針を適用するよう要請し、NHSが全体としてそれらの実施を行う。また、がん関連人員に対する投資は、専門家チームによる最良の実践という形で治療が行われることを目指すためのものである。
38. **がんサービス基準の評価。**2001年には、健康改善委員会（Commission for Health Improvement：CHI）によるがんサービスのレビューが予定されており、がんサービスの現状を独立評価し、今後の進歩を測る基準を設置する。地域のクリニカルガバナンスのサポートとして、国の基準の実施状況をモニターし、質の向上を図るためのがんサービスにおける新たなピア・レビューによる評価プロセスを開始する。

がんと共に生きる

39. 政府は、がんと診断されてから治療の各段階に至るその時々、患者や家族ががんに対処するために必要な情報、サポートおよび専門的なケアを確かに受けられるようにしたいと考えている。そのために必須となる医療スタッフと患者間のコミュニケーションを向上させることを目的として、NHSプランでは関係職員にコミュニケーション技術に関する新たな共同研修の導入を実施する。2002年までに、NHSにおいて患者へのケアを提供するための資格要件として、スタッフが患者とのコミュニケーションにおける適性を有していることを定める予定である。また、がん患者に対するコミュニケーション技術や、精神的サポートを提供するための研修も実施する。それらに関する質の高い情報を、書面もしくは他の形において利用可能とする。

40. 新たな資金提供により、ボランティア部門と連携して自治体、病院およびホスピスにおける専門的緩和ケアサービスを拡大し、これまでの格差問題に取り組み、がん患者が自らの生死に関してその場所を選択できる体制を整える。
41. 2004年までに、NHSはホスピスと専門的緩和ケアに5千万ポンドの追加投資を行う。保健省（注：Department of Health。わが国の厚生労働省に相当する。）は、ボランティア部門が中心的サービスを果たす役割に同意して、より多くの患者がこれらのサービスを利用できるようにし、NHSとしても、ボランティアホスピスの経費に対して現実的な対応をする。NHSおよびボランティア部門による連携作業を強化する。
42. さらに「新規機会基金イニシアティブ」が、2001年から2005年にわたり、自治体の緩和ケアサービスに導入される。

将来へ向けて

43. 本計画の目的の大部分は、NHSの資源およびサービスについて、ヨーロッパにおける一般的レベルまで引き上げることである。それは将来への投資、またNHSが再び遅れをとることのないための投資でもある。
44. NHSスタッフに対する教育、開発を通じた投資はきわめて重要である。
45. 研究拠点についても、以下の通り強化することとする。
 - ・ 新たな国立がん研究所（National Cancer Research Institute：NCRI）に国内の主要研究者を集め、最も研究が必要な分野、最も進展につながる可能性の高い分野を見極める。
 - ・ NHSは、臨床試験に対する追加財政支援を行い、国立がん研究所への支援体制を整える。
 - ・ 国立がん研究所は、急速に進化するがん遺伝学研究の分野において我が国を最前線に位置づけるための調整を行う。

次のステップ

46. 我々はがんによる全ての死を妨ぐことはできない。それでも、本計画の実施により、がん予防、早期発見の向上や、効果的な治療およびケアの保証などにより死亡率の低下につなげ、生存率を向上させ、またがん患者のQOLを改善することを目指す。

47. 本計画は、がん臨床医、がん患者およびその他関係者との広範囲に及ぶ協議を通じまとめられた。実施においても同様に、国内全体、また各地方および地域におけるがんネットワーク、臨床医、管理者、患者およびその他が共同作業を行っていくことが求められる。国家がん対策長官マイク・リチャーズ教授率いる新たながん専門調査会により、国内における実施が指揮される。がん臨床医、GP、患者や管理者、さらに NHS 内外の幅広い専門知識を集結し、プラン実施に向けて全てのレベルで必要な協力体制を整える。

1. がんという課題

- ・ 近年における大幅な進展
- ・ 比較的到低い生存率
- ・ がんにおける格差
- ・ 治療におけるポストコード・ロッタリー
- ・ 患者が経験する医療の質の低さ
- ・ がんという課題に立ち向かう

1.1 イギリスにおいて、4人に1人ががんで死亡し、国民の3分の1以上が生涯中にがんを発症している。がんと診断される患者数は毎年20万人を越えており、1日あたりでは600人となる。いずれの統計結果を見ても、がんは人々が最も恐れる病気であることは間違いないといえる。

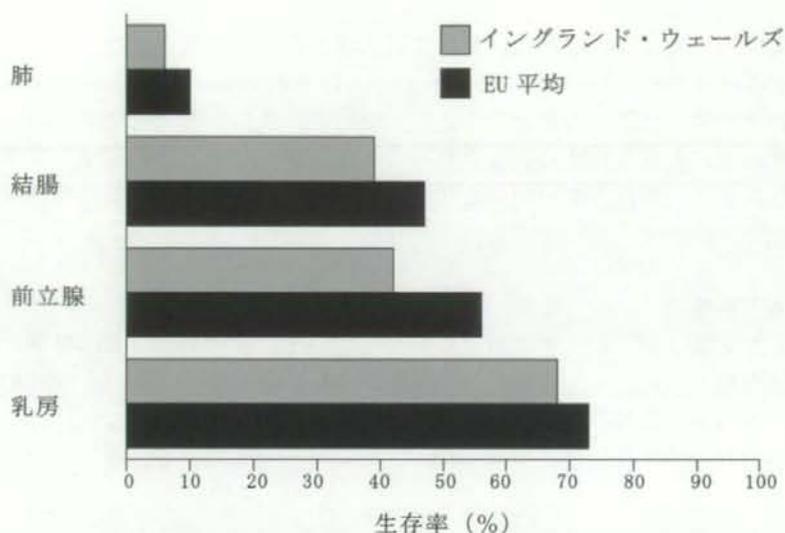
これまでの進捗

1.2 過去30年においては、がんの影響力を低減することにおける進展がみられた：

- ・ 全体的に見て、死亡率は減少傾向にある。
- ・ 乳がん患者の死亡率は、治療の向上および国による乳がん検診プログラムの導入により過去10年間で20%以上減少した。
- ・ 1970年代初期以降にみられる男性喫煙率の低下は、肺がん発生率および死亡率の著しい減少につながった。
- ・ 全体的に見て、早期診断および治療の向上により、5年後生存率が5年ごとに平均4%向上した。
- ・ 小児がんおよび精巣腫瘍など特定のがんにおける生存率が劇的に向上した。小児がん患者のおよそ3分の2、また精巣腫瘍患者の90%以上は、現在完治するといわれている。
- ・ 子宮頸がん患者の死亡率は、国による子宮頸がん検診プログラムの導入以来、1年あたり7%低下した。その数字は、1988年から1997年までにおよそ8000人の命が助かったことを示している。

- ・ 難病患者やその家族に必要なサポートを提供するホスピスおよび専門的緩和ケアサービス（主に慈善団体による資金供給による）が、全国規模で設立された。
- 1.3 NHSは近年、組織およびがんサービスを改善する面において前進を遂げてきた。喫煙に対する包括的戦略の整備、また医療専門スタッフの間に最良の実践を普及させるための強力なサポートとして、カルマン&ハイン・レポート（Calman/Hine Report）、またそれに続く結果改善（Improving Outcomes）のガイダンスにおいてがんサービスに対する戦略が定められた。さらに、新たなNHS前立腺がんプログラムにより、質の高いサービスの提供と前立腺がんの研究を行うための新たな行動計画および財源が準備された。
 - 1.4 政府は過去3年間において、がんサービスの品質向上に焦点を当てて資金とエネルギーを注いできた。年間8千万ポンドを目標として、基準の改善、がん患者の待機時間削減に充てられた。また、がん治療機器の一新、緩和ケアの利用改善対策として、新規機会基金および政府により合計2億ポンド以上の投資がなされた。
 - 1.5 国際的な医学の現場は、年々少しずつではあるが確実にがんに対する理解や、効果的ながん治療能力を拡大しており、イギリスの医学研究者の多くがその中で主導的役割を果たしている。現在、がんと診断される女性の半数および男性の3分の1は少なくともその後5年間生存しており、がん生存率は上昇傾向にある。
 - 1.6 他の先進諸国もおおむね同程度のがん発病率を示しているが、多くのがんについて、10年前に診断された複数種類のがん患者生存率においては、イギリスは他のヨーロッパ諸国に比べて低いことを示す証拠がみられる。

1990年代初頭のがん生存率：イングランド・ウェールズはヨーロッパで遅れをとる



データは厳密な比較ではなく、相対的な生存率を示したものである（年齢によって標準化されていない）

パーセンテージは、診断後の5年生存率を示す。

イングランド・ウェールズのデータは1986年から1990年まで、EU平均は1985年から1989年までで、それぞれ診断されたものである。

参考文献：Cancer Survival Trends, Office for National Statistics 1999

低生存率の原因

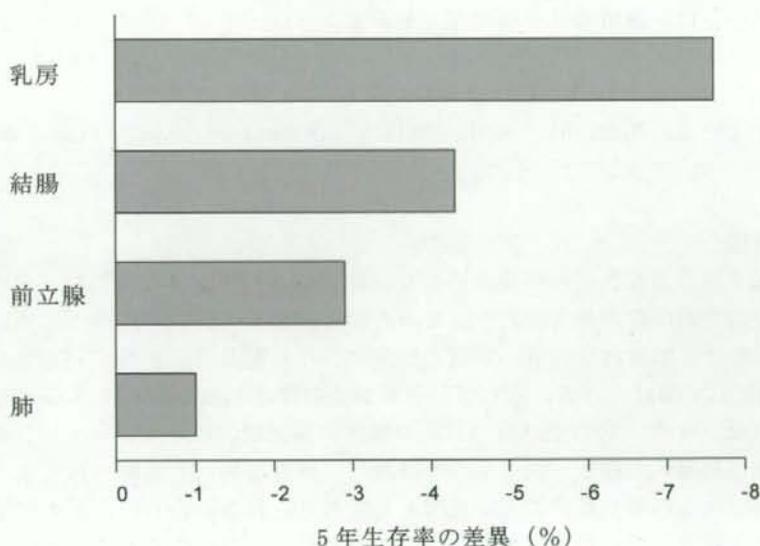
- 1.7 イギリスのがん患者の予後が他のヨーロッパ諸国に比べて良くない点についてはいくつかの原因が考えられる。乳がんおよび腸がんといったがんについては、治療を受ける頃には、患者の病気の段階はかなり進んでしまっている傾向が理由の1つとして挙げられる。それは、患者がその症状から診断を受けるべき時期が分からない点や、GPが受け持つがんの臨床例が比較的少ないゆえに、最も危険な状態の見極めが難しい点、もしくは最初の検査結果から治療へ移るまでに病院内でとられる時間が長いことが要因として考えられる。さらに、国内でも場所によりサービスの質や利用状況がまちまちであり、全ての患者がその状態に応じた最適な医療を受けているわけではないという点もある。

- 1.8 数十年にわたる人材および機器に対する過小投資は、現場に犠牲を強いてきたといえる。新たな作業法を取り入れ、NHS のがんサービスを世界の先進レベルに保つための新たな治療法を開発するプレッシャーのもと、スタッフは努力してきた。
- 1.9 機器が旧式で、高い水準の診断および治療を行えない場合も少なくない。NHS の有する各種がんの専門医数についても、人口100万人あたり8人とごくわずかで、他のヨーロッパ諸国の半分以下となっている。また、新たな患者治療法を採用してサービスを近代化することを怠ってきた。がんサービスに関する基準の不十分さ、加えて一貫性のない評価方法がサービスの質に格差を生じさせた。

がんにおける不平等

- 1.10 がんの発症に関して大きな格差が存在している。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、診断後は死亡する割合が高い。1990年代初めにおける肺がん患者の死亡数を見ると、非熟練労働者については10万人中82人である一方、専門職従事者では10万人中17人となっている。

1986年から1990年までに、イングランド・ウェールズでがんと診断された患者について、最富裕層と最貧困層の間の5年生存率の差異（格差）（15歳以上の成人）



- 1.11 がん発生率および死亡率については、人の出身地に関連して大きな格差が存在する。肺がん患者の死亡率は、カリブ海地域、アジアおよびアフリカで生まれたグループでは低く、スコットランドおよびアイルランドで生まれた人々の場合は高い。一方、子宮頸がんの死亡率はカリブ海地域出身の女性において高くなっている。
- 1.12 そのようながん発病率における民族的差異には様々な原因が存在しており、遺伝的要因もその1つであるが、がんの主要なリスク要因であるタバコや食生活から受ける影響のレベルによるところが大きく、これは非常に重要な点である。富裕層における喫煙率は低く、食生活の面でも果物や野菜をより多く食べる傾向がみられる一方で、一部の社会グループにおいてはがんの症状に関する認知度、GPの受診や検診サービスの利用率が共に低く、質の高い医療サービスを受けにくい不平等な状態を生み出している。
- 1.13 がん患者の年齢による治療の格差も存在する。患者の全てが全治療法の対象としてふさわしいとはいえ、虚弱な患者に有害な副作用のある積極的治療を行うことは危険となり得る。しかし、虚弱さと高齢は必ずしも同義ではなく、50歳より健康な70歳の患者もいる。医療サービスにおいて扱われる他の病気と同様、年齢による差別はNHSがんサービスにおいて許容できるものではない。

がん治療におけるポストコード・ロッター

- 1.14 生存率が比較的に低いことに加え、質の高いがんサービスを利用できるかどうかについても、受け入れがたい格差がみられることをNHSは問題視している。
- 健康状態へのリスクが最も高いとされる自治体は、がん検診プログラムを含む予防的医療の利用状況が最も低い傾向にあることが調査により明らかになった。
 - 患者が受ける治療の質および種類について地理的格差も幅広くみられる。その原因としては、専門スタッフの不足、ケア方法の断片化、外科設備の利便性の悪さ、処方におけるポストコード・ロッター、また放射線治療施設の不備などがある。
 - 患者の多くは自宅で最期を迎えることを望んでいるが、一部地域における自治体もしくは専門的緩和ケアチームの不足、また時間外看護の利便性がまちまちであることなどにより、実際にそうすることが可能な患者はわずか4分の1となっている。

患者が経験する医療の質の低さ

- 1.15 スタッフが患者を扱い、ケアを提供する方法について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。多くの患者が許容しがたい長い待機期間と、治療の各段階における心配や不安を経験している。

がんという課題に対応する

- 1.16 NHS のがんサービスに関して誇るべき点も多くある。NHS チームの専門技術や専心の証拠は、実際に治療を受けた患者の証言の中に十分見いだすことができる。
- 1.17 しかし一方で、NHS のがん治療を世界レベルに引き上げるためには今後取り組むべき課題がある。
- ・ よりよい予防
 - ・ 健康格差への対応
 - ・ 早期発見
 - ・ 迅速な診断および治療
 - ・ 一貫した高い質のサービス
 - ・ 質のよいケアを通じた QOL の向上
- 1.18 NHS プランでは、投資と改革の 2 本立てがどのように医療を変えるかについて詳しく述べた。本プランでは、がんサービスにもたらす変化について解説する。がんサービスを近代化および改革する NHS の能力は、NHS 全体としての健全性を測る基準となる。以後 5 年間で、我が国のがんサービスは他のヨーロッパ諸国以上のスピードで進歩を遂げる目標を掲げている。