

- 1.19 このプランは、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、投薬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。

- ・ 新たながん予防策として、特に喫煙と食生活に関連するがんに対し、発生率が最も高い社会的貧困地域に焦点を当てた支援を行う。
- ・ 既存のがん検診プログラム拡充と、効果が証明された新たな検診プログラム導入により、がんの早期発見を強化する。
- ・ がんに関する国民の理解を向上させ、がんの発症を示唆する症状を自覚した患者が速やかに受診できるようにする。
- ・ GP および自治体などの医療専門家ががんの症状を理解し、がんのリスクがある、もしくはがんと闘う患者のサポートを行うのを支援する。
- ・ ケアプロセスの効率化、治療機器およびスタッフへの投資を増やすことにより、がんの診断にかかる時間を短縮する。
- ・ がん患者の状態の緊急性を認め、治療に対する待機時間を削減する。
- ・ NHS 内のがん治療現場スタッフの拡充およびサポートを行う。
- ・ 医薬品および治療に関する予算を拡大し、全ての患者が、必要とする効果が証明された薬を入手し、専門的治療を確かに受けられるようにする。
- ・ 結果を改善するためのサービス再編を行う。
- ・ がん治療の新たな基準および新たなモニタリング処理を導入し、国内のがん治療を確実に一貫性のあるものにする。
- ・ がん治療の間中、患者や家族がより良いサポートおよび情報を得られるようにする。
- ・ 緩和ケアの提供を拡大する。
- ・ がんサービスの運用およびモニタリングのためのシステム改善を行う。
- ・ 教育および研究を通じて将来に備える。

2. 予防の改善

- ・ 貧困層における喫煙率低下のための新たな国および地域目標を定める
- ・ 喫煙対策における地域レベルの新たな連携を築く
- ・ 禁煙のプライマリケア支援を行う
- ・ 禁煙に関連する研究費として 250 万ポンドを投資する
- ・ 国レベルの「1日5品目プログラム (five-a-day programme)」により果物や野菜の摂取を促す
- ・ 「全国学校果実給食計画 (National School Fruit Scheme)」の実施
- ・ 国民の認識の向上

- 2.1 がんには様々な原因があり、病気の原因は人それぞれ異なるといえる。遺伝子、環境およびライフスタイルが要因となる場合が多く見られ、貧困、失業、その他健康を害する様々な原因はがんと関連づけられている。したがって、政府全体として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。しかし一般的なタイプのがんの多くにおいて、最も対策がとれる重要な要素は喫煙および偏った食生活であるといえる。

喫煙

- 2.2 喫煙は、がん全体の要因においておよそ3分の1を占めるものとなっている。タバコはあらゆる所において入手可能性が高いこともあり、以前はまれな病気であった肺がんによる死亡数を大幅に増大させてきた。1950年代以降、喫煙に起因する重大な健康被害および致死的疾患の証拠が蓄積されてきた結果、喫煙はほとんどの肺がんだけでなく、口腔、鼻腔、喉頭、膀胱およびすい臓がんの主要原因ともなることがわかった。さらに、食道、胃、腎臓がんおよび白血病の発症にも関わりがあるといわれる。
- 2.3 喫煙は命を奪う。喫煙による死亡者合計数は、イギリスでは年間12万人、EUにおいては50万人以上となっている。全社会経済グループにおける喫煙者の3分の2は、この中毒性のある習慣をやめたいと考えている。男性の肺がん発症率の減少は、多くの喫煙者が何とか禁煙することに成功したことが背景として考えられる。年齢にかかわらず、禁煙により大きな健康利得がもたらされるということは証拠から明らかである。禁煙は中高年期であっても、肺がんに後続するリスクの大部分を回避し、中高年以前に禁煙した場合にはタバコに起因するリスクのおよそ90%を回避できる。

- 2.4 喫煙は健康格差の主な原因でもある。イギリスでは1998年、専門職の社会経済グループの喫煙率は15%であったのに対し、非熟練労働者においては36%だった。社会経済グループに関わらず全労働年齢の男性が、専門職グループにおける肺がん死亡率にとどまることができれば、年間およそ2,300人の死亡者数を減らすことになる。
- 2.5 タバコを吸う権利、またどのように人生を送るかを選択する権利はその人自身にある。しかし、喫煙には強い中毒性があり有害であることから、人々にそのリスクを十分に知らせ、禁煙するべきかどうかについて各自がきちんと選択できるようにすることが政府の役割であると考えられる。
- 2.6 白書「Smoking Kills」には、喫煙を減らすための政府の戦略が定められている。2010年までの目標として、子供の喫煙率については1996年の13%から9%に、成人の喫煙率は1996年の28%から24%に、また妊娠女性の喫煙率を1995年の23%から15%に減少させるとしている。これらの目標の達成により、イギリスの喫煙者を約150万人減少させることができる。
- 2.7 タバコ規制戦略に既に含まれているものは以下の通りである。
- ・ タバコ広告禁止に取り組む。
 - ・ 新たな専門部門としてNHS禁煙サービスを設置する。
 - ・ GPの処方箋によるニコチン置換療法（Nicotin Replacement Therapy：NRT）の利用を可能にする。
 - ・ 薬局もしくは処方箋のみによるニコチン置換療法の利用窓口をより一般的に拡大することについて医薬品安全委員会に検討を要請する。
 - ・ プライマリケアの処方箋により、新たな禁煙治療薬ザイバン（Zyban）の使用を可能にする。
 - ・ 健康開発庁（Health Development Agency）から発行される、保健医療専門家とコミッショナーに対する禁煙ガイダンスを改定する。
 - ・ 16歳未満へのタバコ販売に対する法律施行のための新たな成功事例規定を定める。
 - ・ 新たなマスコミキャンペーンの実施およびNHS禁煙ホットラインを設置する。

喫煙における格差を縮小するための新たな目標

- 2.8 NHS プランでは、新たに国内の健康格差に関する目標を導入する意向が定められた。禁煙希望者を援助するニコチン置換療法やザイバン (Zyban) といった新しい治療薬、また新たに可能となった手段が登場した今は、まさにこの問題に取り組むべき時であるといえる。本プランは、喫煙率における社会経済グループ間の格差に取り組むための新たな国・地域目標を定めるものである。国レベルにおいては初となる明確な方針として、肉体労働者グループにおける喫煙率を 1998 年の 32% から 2010 年までに 26% まで減少させ、非肉体労働者グループとの格差を縮小することを目指す。
- 2.9 また、喫煙率の最も高い保健当局 20 カ所において明文化した地域目標を定め、取り組みが最も必要な地域に焦点を当て、重点財源やイニシアティブといった面で政府としての支援を行う。

新たな目標に取り組む

- 2.10 実施運営を主導するのは Primary Care Trust (注: 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。以下 PCT と表記。) で、必要に応じて禁煙サービスの提供も行う。それで、全ての健康改善プログラム (注: Health Improvement Programme。地域レベルの保健医療計画。) において、PCT および関係者がどのようにそれぞれのサービスを拡充し、高リスクのグループを対象とするかを定めることとする。最良の治療に関する NICE および健康開発庁のガイダンスを参考にすることができる。2002 年までに、全ての PCT に禁煙希望者をサポートする専門家を設置することを目指す。
- 2.11 保健省は、新たに地域が連携して喫煙対策活動を行うための財政援助として 100 万ポンドを充てると発表した。これにより、医療サービスと地方行政、自治体グループ、企業、学校、教会、信仰団体、レジャー施設および少数民族グループ間をつなぐ国内ネットワークの確立が可能となる。協力して、地域の最も貧困なエリアにおいて効果を上げることを目指す。
- 2.12 NHS プランで発表された保健医療関係団体連携のアプローチにより、効果についての情報の普及、および特定の対象グループに対する自治体の力を利用することが可能となる。2000 年末までに、連携の第 1 段階の実施を目指す。
- 2.13 この取り組みにおいて企業が果たす役割も重要である。従業員の禁煙を支援するという形で企業が貢献できることは確かであり、政府は雇用者による従業員の喫煙に関する方針という国のイニシアティブ支援のために 25 万ポンドを投入する。

- 2.14 喫煙普及率が特に高いのは、バングラデシュの男性（47%）およびアフリカカリブ海地域の男性（32%）となっている。したがって、黒人および少数民族グループの禁煙対策に対する財政支援を100万ポンドまで増額する。
- 2.15 新たに10カ所の貧困地域において試験的取り組みを行い、刑務所や病院などの集中的支援の対象がある自治体での喫煙普及率削減を目指す。

研究

- 2.16 保健省は、貧困層、子供および妊婦に特に焦点を当てた禁煙方針を支援する研究プログラムに対し、250万ポンドを投入している。

食生活

- 2.17 食生活は、喫煙に次いで大きながん死亡要因となっており、がん全体死亡数の最大3分の1に深い関わりがあると考えられている。健康的な食生活とは、果物、野菜、穀類を多く摂取し、脂肪、塩、砂糖を控えることを指す。
- 2.18 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だと考えられる。日頃から果物や野菜を摂取しない人の場合、結腸および胃がんを含む複数の一般的ながんにかかるリスクが非常に高くなる。1日あたり最低5単位の果物もしくは野菜を摂取する人は、摂取しない人に比べてがんや心臓病にかかりにくいということがすでに証明されている。食生活を果物や野菜を十分に摂取するものに変化させることにより、以後10年間で、75歳未満のがん死亡リスクを低減することが可能になる。
- 2.19 イギリスにおける果物や野菜の平均摂取量は、1日あたりおよそ3単位となっており、社会グループによる差異が大きくみられる。低所得グループにおける摂取量は、高所得グループに比べて大幅に少なく、喫煙と共に国内のがんにおける健康格差を招く要因となっている。
- 2.20 何を食べるかについての選択は食べる人自身にかかっているが、果物や野菜を十分に摂取することが正しい選択であると考えない人が大多数を占めている。特に貧困地域においては手頃な果物や野菜が必ずしも入手可能ではないことに加え、食べないかもしれない食物を買うことに消極的な場合も考えられる。さらに人々の考え方や認識も関係しており、果物や野菜の持つ健康効果ががんおよび心臓病を予防する働きについてあまりよく知られていなかったり、摂取量がすでに十分であると考えたりする人が多くみられる。

食生活改善のための新たな行動計画

- 2.21 国レベルの「1日5品目プログラム (five-a-day programme)」。政府は2001年に開始されるコミュニケーションキャンペーンを含め、食品業界、食品基準庁 (Food Standard Agency)、主要投資者らと密接に連携し、果物や野菜の摂取を増やし、健康的な食生活を正しく選択するための全国的な1日5品目プログラムの整備を目指す。また生産者、小売業者その他とも連携し、特に貧困地域、学校、病院などにおいてそれら食物の供給および入手性の向上を図る。
- 2.22 地域レベルの「1日5品目」のイニシアティブは、すでに進行している。サンドウェル、サマセット、エアデールおよびクレイヴン、ダーラム・カウンティ、ヘイスティングスの5カ所を拠点として、調整された実証的かつ実際の導入を通じて地域人口全体の果物および野菜の摂取量を増加させる試験的運営が開始されている。これらのプロジェクトは入念に評価されつつある。

「1日5品目」の試験的運営の概要

サンドウエル

- ・ 北サンドウエルの300店舗における70種類以上の食品の価格および入手性を示したフードマップを準備する。
- ・ 居住者1000人に対し食料の無料宅配を行う自治体フードサービスを提供する。
- ・ フットボール指導方針およびウエスト・プロムウィッチアルピオンの児童フットボールチームのスポンサーシップを通じ、果物や野菜の摂取を奨励する。
- ・ 果物の試食ができるコミュニティ・カフェを設置する。

サマセット

- ・ 調停委員会その他4機関において果物や野菜を入手可能にする。
- ・ 地域内における販売制度を整備する。
- ・ 「地産・地消」の機会づくりを行う。
- ・ 学校別の競争を実施する。

エアデールおよびクレイヴン

- ・ 20の保健センターにおいて研修活動を実施する。
- ・ 地域のスーパーマーケットおよび小売業者と連携して果物や野菜を奨励する。
- ・ 地域内の食品ネットワークを整備し、食品店マップを作成する。
- ・ 学校給食における果物や野菜を奨励するフードイニシアティブを整備する。

ダーラム・カウンティ

- ・ 果樹園および菜園を奨励する。
- ・ 地域のショップにおける試食および調理活動を実施する。
- ・ 食品業者および市場において果物や野菜の値付けを行う。
- ・ 従業員への給料明細と共にピラを配付する。
- ・ GP診療所および保健センターにおける調理実演を実施する。

ヘイスティングス

- ・ 生産物を家庭にも届ける地元の食料協同組合を設立する。
- ・ 地域の小売店主に対する研修を行う。
- ・ 地域のプライマリケアチームと協力し、果物や野菜を奨励する。
- ・ 果物を含めたメニューの朝食会を企画する。
- ・ 地域菜園の利用を奨励する。

- 2.23 政府は、これらの試験的運用から学んだ点および果物や野菜の摂取増加に効果がみられた方法に基づき、「1日5品目」の地域イニシアティブの国レベルのプロジェクトを2002年より開始する。プロジェクトは、健康改善プログラム（および保健医療関係団体連携）と関連して実施される。

新たな「全国学校果実給食計画（National School Fruit Scheme）」

- 2.24 幼い頃の食生活と将来病気にかかる危険性との関連性は明確であり、食習慣は若い頃に確立されるものである。したがって、今子供の食生活に影響づけを行うことは、家族全体の食生活にも影響を及ぼし、本当の意味で長期的な健康効果を期待することを可能にするといえる。
- 2.25 子供については、5分の1は1週間のうち一度も果物も食べず、5分の3は葉菜を食べないというように、果物や野菜の摂取量は特に低くなっている。貧困家庭で育った子供たちの場合は、高所得家族で育った子供たちに比べてそれらの摂取量はおよそ半分である。
- 2.26 NHS プランで発表された「全国学校果実給食計画」により、4歳から6歳の学童が授業日1日あたり自由量の果物を学校にて摂取できるようにする。ヘルスアクション地域（Health Action Zone。特定の健康問題を有する地域における保健活動に対して重点的に予算を配分するモデル事業。）において、今年度より試験的な運用が開始される。

その他のがんのリスク要因

- 2.27 がんの発症に関与するリスク要因は、その他にも多く存在する。
- ・ 肥満は、閉経期乳がんおよび子宮体がんのリスク要因となる可能性がある。低脂肪で低エネルギーに加え、果物や野菜をたくさん摂取する食生活を行うことにより、これらのリスクは低減することができる。冠動脈性心疾患に関するナショナル・サービス・フレームワーク（National Service Framework）は、2001年までに肥満削減の地域計画を整備するよう保健当局に要請した。
 - ・ 定期的な運動は、特に大腸がんといったある種のがんのリスクを減らすことにつながる。2001年以降、保健当局は運動促進計画を実施し、保健省は健康に役立つ運動計画を監修したガイダンスを発行する予定である。加えて、特に貧困地域におけるウォーキング、サイクリングを奨励し、さらに行えるように保健省は他の政府機関と連携して取り組んでいる。

- ・ アルコールの乱用は、がん全体のおよそ3%の主要原因あると考えられており、口腔および咽頭がんのリスクを増加させる。肝臓がんは過度の飲酒と関係しており、アルコールと乳がんも関連性があるとされている。保健省はアルコール乱用対策への取り組みを目指す。
- ・ 日光は皮膚がんの主要原因であり、発症率は近年着実に増加している。大多数の人々が日光暴露の危険性については気付いているものの、危険性から身を守るために必要な行動をとる人はごくわずかであることが研究により明らかになっている。保健省は、皮膚がんのリスクに関する教育資料を作成し、天気予報においても関連情報を提供するよう気象庁(Meteorological Office)への財政支援を行う。
- ・ 自然放射線性ガスのラドンに対する高濃度暴露は、肺がんのリスクを増加させる。ラドンの濃度は、国内では地域によってかなり差異がみられる。保健省は、地方自治体における試験結果を考慮し、ラドン暴露の際に家庭で行うことができる処置などについての情報を提供する上で環境運輸地域省(Department for the Environment, Transport and the Regions: DETR)と協力を行ってきた。環境運輸地域省は、ラドンの影響を最も受ける地方自治体(local authority) 31カ所と協力して新たなラドンプログラムを実施する。

国民の意識の向上

2. 28 国および地域レベルの調整された情報キャンペーンにより、喫煙への取り組み、食生活を改善する行動プログラムのサポートを行う。喫煙するかどうか、何を食べるか、またどのような人生を送るかは、その人自身の選択によるものである。政府の役割は、人々に確実に情報を提供し、正しい選択ができるようにすることである。したがって、このキャンペーンでは喫煙および偏った食生活による健康に対するリスクを強調している。特に貧困地域における禁煙し、より健康的な食生活をしたいと願う人々を支援するために、直ちに活用することができる情報の準備を目指す。
2. 29 がんを疑うべき早期の兆候や症状にどのように気付くのか、またいつ、どこで受診すればよいかを人々が理解していることも非常に重要である。これは、人々が必要に応じて早期治療を受け、良い結果をもたらす最高の機会を提供するための第1歩として不可欠のものだといえる。
2. 30 国家がん対策長官は、がんの兆候や症状および早期診断の利点に関する国民の意識の向上に向けた新たなプログラム策定の主導を行う。政府は、このプログラムの実施にあたり、慈善団体との協力を目指す。2001年より実施されるその一例としては、GP向けに発行されていた「がんの疑いのある患者のための紹介ガイドライン」の一般および患者向け版を発行し、がんを疑うべき症状がみられる人々に警鐘を鳴らすため、保健省はがん患者支援団体(CancerBACUP)に財政支援を行う。

- 2.31 現時点における国民の意識および理解のレベルを評価し、別のアプローチによる影響の研究結果も合わせて認識向上につなげることを目指す。さらなる研究については、必要な場合に委任される。

行動および里程標

2000年

- ・ 健康開発庁による禁煙ガイドラインの更新版の発行。
- ・ 喫煙、食生活、運動および肥満への効果的介入に関する健康開発庁のガイドラインの制定。
- ・ 「全国学校果実給食計画」の試験運用開始。
- ・ 地域レベルでの「1日5品目」のイニシアティブの試験運用開始。

2001年

- ・ 喫煙対策における国内の地域連携ネットワークの整備。
- ・ プロピオン（ザイバン）およびニコチン置換療法の最善の処方方針に関するNICEの勧告。
- ・ 喫煙、食生活、運動および肥満に対する地域活動。
- ・ 刑務所および病院における喫煙普及率の試験的削減。
- ・ 「1日5品目」の全国コミュニケーションキャンペーンの開始。
- ・ がんについての社会的認知プログラムの整備。
- ・ 「全国学校果実給食計画」の運用開始。

2002年以降

- ・ 全てのPCTにおける禁煙希望者のサポート専門担当者を設置。
- ・ 「1日5品目」イニシアティブの全国展開の開始。

3. 検診の改善

- ・ 定期の乳がん検診について70歳までに対象を引き上げ、71歳以上の希望者も利用可能にする
- ・ 発見率を高めるための乳がん検診技術の向上
- ・ 新たな労働対処法
- ・ 子宮頸がん検診技術の向上
- ・ 大腸がん検診の試験運用
- ・ NHS 前立腺がんプログラム
- ・ 検診に対する理解の向上

3.1 がんの発症率を抑えることは、がん死亡率を低減するための長期的努力において欠かすことができないものである。防御する面で次に行えることは、病気の発症に対して警戒することである。検診が可能である場合、それは初期に異常を発見する重要な方法となり、がんが治癒可能なうちに、もしくは進行する前に処置を施すことを可能にする。そのため政府は、死亡率の低減効果が認められるがん検診プログラムの大規模な拡充を提案している。

3.2 国の乳がんおよび子宮頸がん検診プログラムはすでに死亡を防ぐ効果を上げており、毎年500万人の女性を対象に実施している。1998年から1999年までに、乳がん検診プログラムにより8,000件近いがんが発見され、そのうち40%以上は非常に小さなもの（15ミリ未満）であった。1988年から1997年までの間に、子宮頸がんの発症率は43%減少した。

乳がん検診

- 3.3 乳がん検診は、50歳以上の全ての女性が3年に一度利用することができる。現在、50歳から64歳までの女性宛に通知を送付し、その後3年ごとに検診を利用することが可能になっている。
- 3.4 検診プログラムは、1988年から1991年にかけて導入された。最近の研究によると、1990年から1998年までに、55歳から69歳までの女性における乳がんによる死亡率は21.3%減少した。この減少について、およそ30%は検診によるもので、それ以外は治療法の改善やその他の要因によるものであると考えられる。検診プロセスの質の改善および検診プログラムスタッフの専門知識の強化により、これらの検診による利点は引き続き拡大するものと予想される。

乳がん検診プログラムの拡充

- 3.5 NHS プランでは、定期検診の通知対象を 70 歳まで引き上げることが発表された。試験運用の結果、この年齢層の女性の検診は効果的であり、通知にも応じることがわかった。71 歳以上の女性についても、希望すれば 3 年に一度検診を利用することが可能である。71 歳以上の女性における検診の良い面とそうでない面のバランスについては、まだ証明されていないが、以後の調査が待たれる。
- 3.6 検診技術に関して、全国規模でさらなる改善も図る。現在の初診における内容についても、全ての受診者は各検診時に 2 方向からのスクリーニングを行うようにする。これにより、がんの発見率がおよそ 43% 向上することが研究によりわかっている。2003 年までに全国導入を目指す。
- 3.7 今回の乳がん検診プログラムに関する変更は、運用以来最大規模の拡充となることが予想される。今年 50 歳に達する戦後ベビーブーム世代の女性によるかつてない膨大な受診数も、拡大の要因となっている。また、主要検診スタッフである放射線技師、放射線科医の不足という現状もある。政府は、検診プログラムの基準を維持し、従事するスタッフをサポートするためにこれらの拡充を慎重に実施することが必要であるとしている。場合によっては、新たな検診施設が必要となる可能性もある。
- 3.8 1988 年の乳がん検診プログラム開始当時、高齢女性への対象拡大は 3 年間にわたって段階的に導入される予定で、2001 年から 2002 年までに高齢女性への通知送付を開始し、2004 年までにプログラム全体の開始、つまり毎年 40 万人を対象とすることを見込んでいた。国家調整チームは、地域検診主導者および品質保証責任者らが毎年開始するプログラムを特定し、展開の促進を行う面での支援を行う。
- 3.9 乳がん検診プログラム拡大（新たな機器および施設に対する資金投入を含む）に対する財政支援については、NHS プランで発表された新規のがん対策費用に含まれる。

乳がん検診のマンパワー

- 3.10 拡大展開において主要制限要因となるのは、十分な数の放射線技師および放射線科医の求人を行うのに要する期間である。第 8 章ではそれらの人員拡大計画について述べる。さらに、王立放射線医学会 (Royal College of Radiologists) および放射線技師協会 (Society of Radiographers) も、プログラムに人員を加える新たな方法を開発するために、検診プログラムと並行して取り組んでいる。職業的基準に基づく能力ベースのアプローチによって実施される。

- 3.11 現在、放射線技師がマンモグラフィー検査を担当しており、放射線科医、もしくはある場合には胸部臨床医が、どの患者が追加評価を必要とするかを判断するためにマンモグラフィー検査の報告を実施することになっている。(乳がん検診そのもので乳がんと診断されるわけではない。) 新たな調整により「2層」アプローチは以下の4層に拡大される。
- ・ 指導者…臨床チームを主導する登録された臨床家(放射線科医、胸部臨床医、放射線技師など)。
 - ・ 上級者…フィルム読み取り、胸部超音波および検査手順に関する先進の研修を受けた登録された臨床家(放射線科医、胸部臨床医、放射線技師など)。
 - ・ 実施者…マンモグラフィー検査に関わる実践面全体を担当し、補助者に対する指導訓練およびサポートなどの監督的役割も果たす登録された臨床家(放射線技師など)。
 - ・ 補助者…実施者の監督下においてマンモグラフィー検査の訓練を受ける者。
- 3.12 これらの新規調整は、2000年10月より4カ所の拠点で試験展開する。品質基準の維持を確実にし、必要な研修および準備期間を査定することを目的として評価される。調整が効果を示した場合には、プログラムの人員要件に関してさらに別の提案も行い、個々の臨床家が階層を移動する機会を提供することも目指す。
- 3.13 新技術による検診プロセスのアシスト効果も期待することができる。NHS乳がん検診プログラムでは、ワーキンググループが行った乳がん検診におけるコンピュータ支援診断の見直し結果をまもなく公表する予定である。また、デジタルマンモグラフィー、マンモグラフィー検査のオンサイト処理、および新しいデザインの検診車など新たな技術を綿密に調査し、ふさわしい場合にはNICEに対して評価の委託を行う。

子宮頸がん検診

- 3.14 子宮頸がん検診は、処置がなされなければ子宮頸がんに発達する可能性がある子宮頸部の異常を発見するものであり、がんそのものの探知を目的とした検査ではない。この検診は1960年代後半に初めて導入されたが、1988年になってようやく包括的なコール・アンド・リコールシステムの導入がなされた。20歳から64歳までの全女性を対象として、少なくとも5年に一度の子宮頸部細胞診が行われる。

- 3.15 我が国における子宮頸がん検診プログラムは成功を収めてきたといえる。電子化されたコール・アンド・リコールシステムの導入以降、検診プログラムの国内平均カバー率は85%にまで上昇した。毎年400万人の女性がこの検診を受けており、子宮頸がんによる死亡率は1年間で7%の減少がみられた。
- 3.16 その一方、検査所における検診プロセスは繰り返しによる難しい作業であり、早期の段階におけるミスの発生がみられた。検診スタッフの求人は容易ではなく、現場の士気も低下している検査所の状態は限界であり、一部では検査結果を得るまでに大幅な遅れが生じている場合もみられる。

子宮頸がん検診における進展

- 3.17 技術面での発展は、これらの問題に対処し、検診の品質を改善するのに役立つことが期待されている。NICEの勧告に基づき、化学薬品の固定液に検体を保存する液状細胞診 (liquid based cytology : LBC) 技術の可能性を評価するため、採取した細胞をガラススライドに塗布する方法に代わり、液状細胞診の試験的实施を2001年より開始する。NICEはその結果を検討し、2002年の国内導入について指導を行う。
- 3.18 液状細胞診の試験的实施は、子宮頸がんの99%以上のケースで関連性が認められるヒトパピローマウイルス (Human Papilloma Virus : HPV) に対する検査の実行可能性評価も行う。それにより、再検査が必要となる軽度もしくはきわどい異常を見極めることが可能になる。
- 3.19 病理部門への新たな投資も子宮頸がん検診プログラムに貢献するものとなっている。過去2年において、病理学近代化資金により子宮頸部細胞診プロジェクトに対しておよそ25万ポンドが充てられた。最新の検診技術により検査所にはさらに大量の作業を要求されることも考えられることから、NHSトラストは子宮頸がん検診のサービス供給においてふさわしい運営がなされるための検討を行う必要があると考える。
- 3.20 液状細胞診の試験的实施結果は2001年に、またHPVについては2002年に公表される。実施による効果の証明、またNICEによる勧告がなされた場合、政府はNHS全体へのそれらの導入に対して財政支援を行う。

子宮頸がん検診のマンパワー

- 3.21 NHS プランでは、NHS スタッフのサポートおよび育成のための行動計画について発表された。子宮頸がん検診のスタッフは重要なグループとして位置づけられており、政府はその継続的育成を支援するための投資を行う。4層のスキルミックスモデル (skill mix model) は、全層を包含するものにする目的で、より柔軟な労働力を主導する登録された臨床家の可能性などを現在開発中である。細胞診の資格条件として、検診スタッフは付加的な研究および研修を終えており、検査所が同時に必要としている登録された生物医科学者となる可能性があるかどうかについての確認がなされる。第8章では、それらのスタッフなどに対する給与水準の見直し計画について述べる。

大腸がん検診

- 3.22 大腸がんは、男女共に3番目に多くみられるがんである。早期に発見されれば、多くの場合は治癒が可能である。しかし初期の兆候に関してはほとんど報告されておらず、痔および消化器関連など重篤でない一般的症状と同様である場合が多いことから、判断するのが難しいといえる。デンマークにおける研究およびその国内事例では、腸がん検査を高い基準で十分な人数に対して実施したところ、死亡率を最大15%まで削減できることが証明された。
- 3.23 便潜血 (FOB) 検査を実施する検診が通常の NHS 環境において効果的であるか、また一般に受け入れられるかどうかを検討する試験的実施が現在進行中である。2カ所の試験拠点であるコベントリー・ワーウィックシャーおよびグラムピアン・テイサイド・ファイフにおいて、50歳から69歳の男女を対象に自宅での FOB 検査を実施している。最初の FOB 検査の結果が陽性であった場合、がんもしくはポリープとして知られる小さな腫瘍を調べるため結腸内視鏡検査を勧められる。FOB 検査により便潜血が認められた対象者の9割は、痔などのがんではない病気であった。
- 3.24 試験的実施は2002年に終了する。それにより大腸がん検診が検査として適切で、実行可能かつ一般に受け入れられることが証明された場合、政府は50歳から69歳までの全国民を対象に大腸がん検診の導入を行う。
- 3.25 また、結腸内視鏡検査に比べて侵襲性が低く、10年に一度の検査でよい軟性S状結腸内視鏡を用いた大腸検査への代替アプローチに関する研究も行われている。政府は、CTを用いた大腸検査 (仮想結腸内視鏡) および便のDNA鑑定など新たな技術の進展にも注意を払っている。
- 3.26 結腸内視鏡検査を含む内視鏡検査に関して訓練を受けたスタッフの増員計画については、第8章で述べる。

前立腺がん検診

- 3.27 イギリスでは毎年約 19,000 人の男性が前立腺がんと診断され、約 8,500 人が通常診断後およそ 4、5 年で死亡している。それは、年間男性死亡数のおよそ 4% を占めるものとなっている。
- 3.28 前立腺がんについては、まだわかっていない点が多い。NHS 前立腺がんプログラムでは、この病気の背景および行動について述べるものである。前立腺がんのもたらす作用は患者ごとに異なり、進行が非常にゆっくりの場合もあれば、速い場合もある。がんが骨にまで転移したことによる症状で受診した際に、初めてがんと診断されるケースもある。
- 3.29 男性が前立腺がんになるリスクを最小限にとどめるための主要な予防措置は、今のところないといわざるを得ない。がんの原因が不明であることに加え、この病気の進行に関する理解を高めるための研究を進めることが最も重要な点である。
- 3.30 前立腺がん患者の前立腺特異抗原(Prostate Specific Antigen、以下 PSA と表記。)の値は通常より高い傾向があるが、この閾値に関してはまだ議論の余地がある。しかし、一部の前立腺がん患者では PSA 値の上昇はみられず、値が高かった患者の 3 分の 2 は前立腺がんを発症しなかった。
- 3.31 国家検診委員会 (National Screening Committee) は、PSA 検査、陽性反応に関する説明および前立腺がん治療における選択肢について基礎的な理解を高めるために、前立腺がんリスク管理プログラムを 2001 年に導入する。その主な要素となるのは以下の点である：
- ・ インフォームド・チョイス…文書やビデオを用いて、特に PSA 検査に関連するリスクについて一般国民、患者および専門家に情報を与える前立腺がん教育プログラムを整備する。
 - ・ 標準化された検査…明確な品質基準による PSA 検査の実施を確実にする。
 - ・ 組織的に標準化されたフォローアップ…PSA 値のレベルが閾値より高かった患者に対し、エビデンスに基づく経路 (pathway) を整備する。
- 3.32 前立腺がん検診に関するヨーロッパの無作為研究の結果によると、前立腺がんの検査人口が死亡率の削減に効果があることを示す兆候がみられた。先頃イギリスの研究者により、前立腺がん検診の試行の提言書を医学研究審議会 (Medical Research Council : MRC) に提出した。医学研究審議会がその提言を支持する決定を行った場合、保健省は実質的財政支援を行う。

- 3.33 前立腺がん検診プログラムの導入は、検診および処置に関する技術が十分に構築された時点で実施される。プログラムの導入を支持するエビデンスについては、国家検診委員会により慎重な確認作業がなされる。

卵巣がん検診

- 3.34 卵巣がんは我が国における女性のがん死亡原因第4位であり、毎年4,500人がこれにより死亡している。診断後5年以上の生存率はわずか25%となっている。これは主に病気の段階が進行するまでほとんど症状が現れないことに起因している。卵巣がん検診には、経膈超音波法およびがん抗原血液検査の2つの方法がある。陽性反応を示した患者が必ずしもがんを発症するというわけではなく、全身麻酔による腹部手術など関連するリスクについての追加調査が今後必要となる。
- 3.35 医療技術評価（Health Technology Assessment：HTA）プログラムにより、卵巣検診導入に関するエビデンスの組織的見直しが行われ、結論を確定するにはそれらのエビデンスは不十分であるとの結果が示された。現在3カ所における無作為の試験運用により死亡率に対する検診効果の評価が行われているが、結果がまとまるのは2003年以降になると予想される。その後、医療技術評価によるエビデンスの再評価が行われる。
- 3.36 医学研究審議会、がん研究キャンペーン（Cancer Research Campaign）、英国がん研究基金（Imperial Cancer Research Fund）による資金援助により、その他検診技術の効果を検証する試験運用も実施されている。この結果は2010年に報告され、保健省はプロジェクトにおけるNHSの経費に対する援助を行う。
- 3.37 研究により検診の適正さおよび費用対効果が証明された場合、政府は卵巣のがん検診の導入を行う。

肺がん検診

- 3.38 1970年代、アメリカ合衆国およびチェコスロバキアにおいて実施された胸部X線および／または喀痰細胞診を用いた肺がん検診では、がん死亡率の低減はみられなかった。しかし、それらの内容には不備があったことがわかっており、アメリカでは新たに大規模な研究が行われている。最近では、高リスクの無症候性患者に対し、低線量螺旋CTによる肺がんの特定が可能であることが明らかになった。これらの研究結果は、CTが肺がんの早期発見に貢献することを示唆しているが、政府としてはこれらが死亡率の低減につながるかどうかについて知りたいと考えている。イギリスにおける肺がん検診の試験実施に関する提言が現在医学研究審議会により検討中である。

検診に対する理解

- 3.39 検診プログラムの利用者には、潜在的な利益および害となる面について理解した上でインフォームド・チョイスを行うことができるようにする必要がある。検診は人々が利用しやすいもので、ニーズに敏感である必要がある。
- 3.40 検査対象者に提供される情報は、公正かつ包括的で、理解しやすいものでなければならない。様々な要素が関係する性質上、文書による情報提供のみにとどまらず、各対象者により異なるアプローチがより有用であるといえる。乳がんおよび子宮頸がん検診プログラムに対して受診者が必要とする情報およびどのような形で情報提供を行うかに関する調査が現在行われている。その例として、がん研究キャンペーンのプライマリケアユニットでは、乳がん検診に対する一般女性における理解度についての研究が行われている。また、NHS 前立腺がんプログラムにより、PSA 検査に関する利点および制限事項に対する理解改善のための新たなイニシアティブが発表された。
- 3.41 多くの地域検診プログラムでは、独自のパンフレット制作に膨大な努力および時間が費やされており、中には優れたものもある一方で、最新の研究や知識を掲載していないものもみられる。そこで政府は、全ての検診プログラムでの使用を定めた新しい国内情報リソースの導入を実施する。この導入については、乳がん検診、子宮頸がん検診の各諮問委員会および国家がん対策長官により監督される。
- 3.42 検診プロセスは検査自体で終了するのではない。多くの女性は、子宮頸がん検診の結果を書面の形で受け取っておらず、これは推奨される「良い実践」に逆らう実態である。NHS プランは、患者が GP による診療内容に関する全ての情報を文書の形で取得できるようにすることを提言している。子宮頸がん検診の受診者に対しても同じ原則を適用することとする。

格差に取り組む

- 3.43 都心の貧困地域における13カ所の保健当局では、子宮頸がん検診に関する国レベルの目標カバー率の80%に未だ至らないという現状がみられる。政府は、2002年までにそれら当局が80%を達成するための目標を定めた。全てのPCTが各自の検診カバー率を見直し、貧困もしくは少数民族グループにおける検診状況に関し、必要な場合は健康改善プログラムの一部として利用度向上のための計画を作成する。

都心部における子宮頸がん検診の改善活動

都心地域における検診の利用増加に関し、費用効果の高いアプローチを実施するために国内検診カバー率に関する作業委員会が組織された。活動内容の例としては、以下のようなものがある：

- ・ 保健当局およびプライマリケアスタッフを対象に、最優良例を学ぶ一連の講習会の実施。
- ・ 検診対象の女性に対して通知の送付を確実にを行うための、住民登録の情報精度改善。
- ・ アーリング、クロイドン、ケンジントンおよびその他の地域における看護師の訓練および単独のGPのサポートを行う専門看護師の配置。
- ・ カムデンにおける少数民族出身者の受付係に対する研修実施。
- ・ ランベスにおける少数民族の若い女性を対象に地元メディアを用いた子宮頸がん検診キャンペーンの実施。

これらの措置は、全ての女性に対して公平に検診の機会を提供し、サービスの質を改善することを目指すものである。

- 3.44 少数民族グループの人々には特定のニーズが存在している。これらのグループの女性は、乳がんおよび子宮頸がん検診を進んで受けないことを示すデータがある。文化的背景に配慮した情報をそれぞれに合わせた方法で伝えることにより、こうしたグループにおける検診の利用度を改善することが可能となる。

少数民族グループに対する検診の良い実践 (good practice)

ロザハムによる女性対女性による研究では、子宮頸がん検診に関して少数民族グループの女性に知らせる際に、地域健康教育家 (Community Health Educator : CHE) を用いる利点が評価された。これは実地研究プロジェクトで、調査結果を反映しながら改良がなされていった。協力した GP によりその後も常勤として雇用された地域健康教育家もあり、プロジェクトは成功を収めたといえる。少数民族に対する地域戦略にもこれらを反映させるため、全保健当局にプロジェクトの報告書が送られた。国内会議も開催され、地域健康教育家の代表者も参加した。

またこの研究により、プライマリケアにおける訓練内容の進展、さらにプライマリケアの子宮頸がん検診の訓練に直接学習経験が役立てられることに貢献した。このアプローチは乳がん検診にも適用され、ウェイクフィールドでは異なる少数民族グループの女性および低所得層の白人女性のグループを対象とした研究が行われている。

- 3.45 学習障害がある女性の場合、乳がんおよび子宮頸がん検診を受けるかどうかを決定したり、乳がん早期発見の必要性について理解するための情報やサポートを得られなかったりすることが多い。保健省は学習障害の女性を含めた作業グループを設立し、患者、家族、支援者および医療スタッフに対する「良い実践」ガイドンスその他情報物の作成を行う。