

行動および里程標

2000年

- ・ 試験的な人員調整を実施した乳がん検診の整備。
- ・ 学習障害のある女性に対する検診ガイダンス、小冊子の発行。

2001年

- ・ 前立腺がんリスク管理プログラムの開始。
- ・ 全受診者に対する子宮頸がん検診の結果文書の配付。
- ・ 全女性に対する乳がんおよび子宮頸がん検診パンフレットの配布。
- ・ 全プライマリケアグループ（注：Primary Care Group。現在は全てPCTに移行している。）による検診カバー率の見直し、また社会的疎外を受けている、もしくは少数民族グループの女性における検診利用率改善計画の作成。
- ・ 試験的な人員調整を実施した子宮頸がん検診の整備。
- ・ 液状細胞診の国内試験的实施における結果報告。

2002年

- ・ 大腸がん検診の試験的实施終了。
- ・ 子宮頸がん検診結果が軽度もしくは閾値であった女性に対するヒトパピローマウイルス検査の試験的实施における結果報告。

2003年

- ・ 全ての保健当局に対する2方向マンモグラフィーの導入。
- ・ 効果に関するエビデンスに基づいた大腸がん検診プログラムの導入。
- ・ 卵巣がん検診のエビデンス見直しに関する医療技術評価プログラムの実施。

2004年

- ・ 全ての保健当局における、65歳から70歳の女性の乳がん検診の対象化。

4. 地域のがんサービスの改善

- ・ 新たながんネットワーク (cancer network) におけるプライマリケアの中心的役割
- ・ マクミランがん救済財団 (Macmillan Cancer Relief) との協力による、各 PCT 内の主任がん臨床医サポートに対する年間 300 万ポンドの投資
- ・ 地域看護師への緩和ケア (palliative care) の研修に対する 200 万ポンドの投資
- ・ がん患者に対する新たなプライマリケア臨床データの適用

- 4.1 がん患者は、自宅で過ごした場合の方が、病院もしくはホスピスで過ごすのに比べ生存期間が長いことがわかった。GP、地区看護師、社会福祉事業、訪問看護サービスおよび地域スタッフによる緩和ケアチームがそれぞれ患者とその家族に対するサポートを提供している。
- 4.2 プライマリケアの医療スタッフは、健康的なライフスタイルや検診の利点についてのアドバイスを患者に対して行い、がんの予防および早期発見につなげる努力を行う。患者のがんにつながる可能性のある症状を見極め、検査や紹介が必要であるかどうかの判断を行う。がん治療を受ける患者や家族、また死亡患者や遺族に対して継続的な専門的サポートを提供する。
- 4.3 地域のがんサービスにはばらつきが存在し、意図するレベルには至っていない。がん患者の病院紹介は、必要とされる時点で行われていない事例もある。プライマリケアチームのがんサービス再編に関係する取り組みは不十分であったといえる。進行がんを患う在宅患者に対するサポートは十分に調整されていない場合があり、サービスも 24 時間利用可能ではない。医療チームが、そのような患者に対するサポートを確信して行うための研修が十分に行われていないという現状がある。

がん患者を特定する

- 4.4 平均的な GP が診察するがん患者のケースは、年間 8~9 件となっており、まれながん患者を診察するのは一生に一度程度である可能性もある。しかし、がんにつながる可能性のある症状を訴えて GP のもとを訪れる患者は、数百人にも上るとみられる。今年の初め、保健省は「がん患者のための紹介ガイドライン」を出版した。ガイドラインは、専門家による迅速な診断が必要な患者を GP が特定するのを助けるものである。
- 4.5 プライマリケアの試験実施において、がん患者紹介状の電子的生成および送信に対する評価が行われている。

ケアへのアクセスの格差に取り組む

- 4.6 プライマリケアチーム（GP、保健師、看護師を含む）は、患者が検診、ライフスタイル、また迅速な紹介によるがんサービスの利用に関してアドバイスを受けられるようにする上で重要な役割を担っている。少数民族グループの人々、もしくは学習障害がある人々に対しては、文化的に配慮した情報を含める必要がある。
- 4.7 NHS プランでは、個別医療サービス（Personal Medical Service:PMS）の契約（個々のサービスの種類や量に応じた報酬の支払）をプライマリケアサービスのレベルに拡充することが提言された。これは、地域の必要に合わせたサービスを提供する GP およびその他プライマリケアスタッフに対して報酬を与えるという柔軟性のある契約である。GP を集めることが難しい貧困地域や、特定のニーズがある地域における取り組みにおいて特に有用であるといえる。契約の主な要件としては、必要に応じて子宮頸がん検診の取り入れおよび病院への迅速な紹介を促進することが含まれる。

がんサービスの再建

- 4.8 PCT は、地域患者に対するがんサービスを改善・再建する新たな機会を提供するものである。プライマリケアは、PCT を通じてがんサービスの戦略的試行および提案を計画する新たながんネットワークにおいて中心的な役割を果たす。（第 11 章を参照）
- 4.9 がんネットワークに参加する GP には、積極的な関与が求められる。マクミランがん救済財団は、プライマリケアにおける主任がん臨床医の役割を先導し、患者およびプライマリケアチーム双方に恩恵をもたらしてきた。
- 4.10 この経験に基づき、保健省およびマクミランがん救済財団は、各 PCT 内の主任がん臨床医サポートのために年間 300 万ポンドの投資を行う。これにより主任臨床医が、がんネットワークの開発、また PCT におけるがん治療の基準を引き上げる面において積極的に関与することが可能になる。また、プライマリケア（一次医療）、セカンダリケア（二次医療）、およびターシャリーケア（三次医療）におけるコミュニケーションや理解を改善し、患者ケアをより良く調整することにつながることを期待されている。

プライマリケアにおけるクリニカルガバナンス（clinical governance）

- 4.11 あらゆるレベルのがん治療は、患者がその質に確信を持てるものでなければならない。国家基準に対するがん治療の品質監視プロセスは、がんユニットおよびがんセンター（第 6 章を参照）において導入されている。今後、プライマリケアにおいて同様のプロセスを開発する必要がある。

- 4.12 クリニカルガバナンスは、効果的な監査および品質保証を中心とするものである。病気ベースの記録管理は、効果的な臨床監査の必要条件とされている。各 GP において記録に含めることのできるがん患者数は少ないと思われるが、PCT における人口が 10 万から 20 万人レベルにおいては、クリニカルガバナンス活動をサポートするのに十分であるといえる。国家がん対策長官は GP と協力し、がんと診断される全ての患者に対するふさわしいプライマリケア臨床データの整備を行う。これらのデータは PCT における臨床監査のベースとなり、人口ベースのがん記録を作成する際に役に立つものとなる。
- 4.13 がんの主要なリスク要因である喫煙と偏った食生活は、冠動脈性心疾患における要因とほぼ同様となっている。PCT には、冠動脈性心疾患のリスクが高い患者に関して診療ベースの記録を整備することがすでに要請されている。この記録は、がんのリスクがある人々に対する生活習慣に関するアドバイスなど、PCT がケアに関する計画および監視を行う際に用いることができる。正確なプライマリケア患者記録は、がん検診プログラムの受診対象者全員に対して正確に通知するためにも重要である。
- 4.14 GP には、がん患者の検査、治療およびケアに関する最新情報を随時利用できることが必要とされる。この新たな取り組みは、PCT におけるがん関連分野の発展を促進する上で重要な役割を（マクミラン GP 推進係などと共に）果たすものと思われる。

地域看護

- 4.15 患者の多くは自宅で最期を迎えることを望んでいるが、自宅看護サポートの欠如、負担が大きい高齢がん患者への治療、不十分な自治体サービスなどの理由により、実際にそうすることが可能な患者はわずか 4 分の 1 にとどまっている。地域における専門的緩和ケアサービス改善に向けた新たな行動計画の詳細については、第 7 章で述べる。
- 4.16 政府は、地域や自治体の看護師を対象とした緩和ケアの一般原則および実施における研修や支援のため、年間 200 万ポンドの投資を行う。国家がん対策長官は、マリー・キュリーがんケア (Marie Curie Cancer Care) およびマクミランがん救済財団と協力し、この新たな研修イニシアティブの整備・評価を行う。これにより、地域におけるケア品質を向上させ、進行がん患者や難病患者に幅広く役立てることを目指す。

マリー・キュリー看護サービス

「マリー・キュリー看護師は、現場で人手が不足する時にその日の作業の 50% もの働きをすることがある。」

地区看護師

「もしマリー・キュリー看護師の援助がなかったら、私たちは 24 時間絶え間なく介護問題に圧倒されていたと思う。」

がん患者の介護者

- 4.17 マクミランがん救済財団やその他の主要関係者は、緩和ケアの時間外提供について現在検討を行っている。これを基に、保健省はマクミランがん救済財団、マリー・キュリーがんケア、全国ホスピス・専門的緩和ケアサービス協議会と協力し、ガイドラインおよび「良い実践」モデルの構築を行う予定である。

セントベネディクトのホスピス

サンダーランドのセントベネディクトホスピスでは、保健当局の管轄地域内の自宅介護を希望する進行性疾患の患者全てに対してサポートを行っており、緩和ケアのシンボリック的存在となっている。サンダーランド保健当局の財政援助によりサービス運営がなされ、患者やその介護者に対する疼痛管理、症状抑制およびサポートが毎晩 2 人の看護師により行われている。

予約時間について、診察を 30 分以内、緊急の場合は 45 分以内とする品質改善が行われ、地域の GP との連携も促進された。

- 4.18 がんサービスにおけるプライマリケアの重要性、また各分野の効果的連携の必要性については、カルマン&ハイン・レポートの中で強調された。本プランで定める行動計画により、必要とされる整備項目を実現させることを目指す。

行動および里程標

2000年

- ・ PCT が、がんネットワークの管理グループの代表となる。

2001年

- ・ 電子紹介状ガイドラインの試験的实施開始。
- ・ PCT による主任がん臨床医の任命。
- ・ 時間外の緩和ケアサービスの見直し作業の終了。
- ・ 地域看護師に対する新たな緩和ケアサポート研修の実施。

2003年

- ・ 新たなプライマリケアの臨床データセットの整備。

5. 診断・治療の待機期間の削減

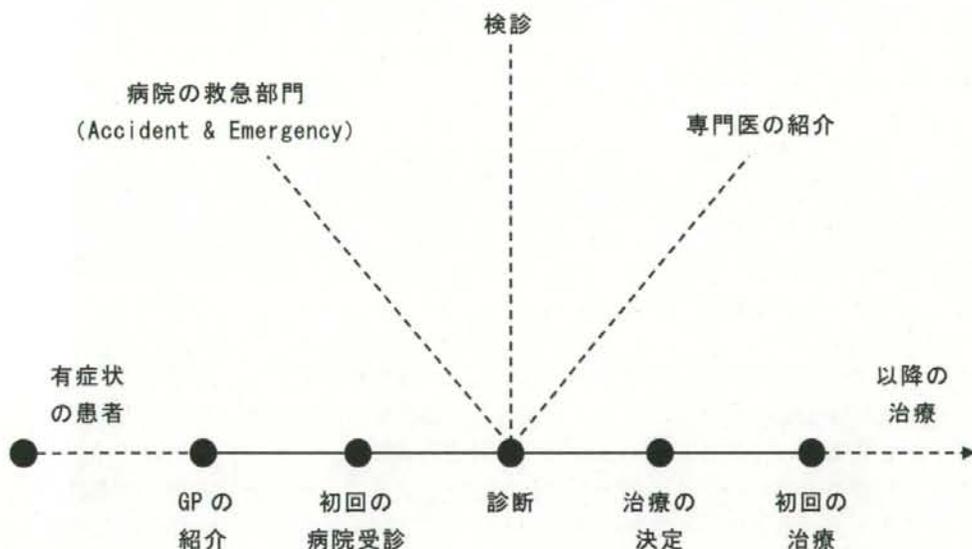
- ・ 2001年までに、小児がん、精巣がんおよび急性白血病患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする
- ・ 2001年までに、乳がん患者に関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする
- ・ 2005年までに、全てのがん患者に関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とする
- ・ 2002年までに、乳がん患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を2ヵ月とする
- ・ 2005年までに、全てのがん患者に関して、GPによる緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を2ヵ月とする
- ・ 全てのがんネットワークにおいて、サービスを効率化するためのがんサービス連携 (Cancer Services Collaborative) を展開する
- ・ がん患者の予約診療に関して最優先に適用する
- ・ 2004年までに、がんと診断された全ての患者が事前に計画・予約された治療を受けられるようにする

- 5.1 いかなる種類であれ、治療の待機時間は患者に不安感を与え、苦痛をもたらしたり衰弱させたりすることがある。がん患者の場合、診断や治療を待つことは潜在的に命を危険にさらすことにもつながる。NHS プランにおける待機時間の削減達成が本プランの中心であり、紹介患者の診断および治療待機時間の削減については新たな目標を導入する。
- 5.2 多くのがん患者は、現在迅速な診断および治療を受けることができる。1999年4月以来、乳がんと疑われる外来患者の緊急診療予約の待機上限を2週間としたことにより、10万人以上の患者はその恩恵を得てきた。がんが疑われるその他の全緊急患者については、待機上限を2週間にする取り組みが2000年12月までに終了している。乳がん患者の約60%において、診断およびその後の治療決定が2週間以内に行われていることがわかった。
- 5.3 しかし、まだ多くのがん患者が診断や治療を受けるまでに待機しなければならないのが現状である。イギリスでは他のヨーロッパ諸国に比べ、患者に治療を開始する時点で病気がより進行している傾向がみられる。これは、数種類のがんにおける低生存率を説明するものであると考えられている。

- 5.4 NHS プランにより、がんサービスにおける待機時間への政府の取り組みは強化された。本プランの第2章および3章では、人々ががんの兆候および症状を見極めるのを助け、検診プログラムの拡充を図るための行動計画について述べている。また第4章では、GPが専門医による診察を必要とする患者を特定し、迅速に紹介を行うことをサポートするための行動計画について述べている。

ケア経路 (care pathway)

- 5.5 がん患者が診察を受けるまでには、いくつかの経路が考えられる。初めて GP を受診した時点で、すでにがんの可能性が高いケースもあり、そのような場合、患者は速やかに紹介されなければならない、緊急（腸閉塞などの場合）の紹介が必要なこともある。一方、最初の診察ではがんと疑われない場合もある。いずれにしろ、患者はがんの疑いが生じた際に、診断、そして治療へと続く段階が早急に行われることを確信できることを希望しているという点が共通してみられる要素である。



5.6 診断において求められるステップは、がんの種類により以下のように異なる。たとえば：

- ・ 乳がん患者は、ほとんどの場合乳房にしこりを認める。診断に必要なステップ（臨床評価、画像および細胞診）は、通常一度の受診で行うことが可能である。
- ・ 胃がん患者は、消化不良および関連した症状を訴えることが多い。診断は、ほとんどの場合胃内視鏡検査による細胞診に基づいて行われる。CTなどの付加的検査は、病気の段階を判断するために必要とされ、治療の選択肢としてふさわしいものである。
- ・ 肺がん患者は、長引く咳、息切れやその他の症状により GP を受診し、胸部 X 線検査の結果から早期に紹介が行われることが多い。X 線検査で肺がんの可能性を判断した後、気管支内視鏡検査で確かめられる。CT およびその他検査が治療としてふさわしい。

5.7 患者はみなそれぞれにとって正しいケア経路を必要としている。しかし、それらを通じて正確な診断やふさわしい治療がきちんと迅速に施されることが全ての患者の関心事であると思われる。臨床医と患者の双方が、がんケア経路における各ステップにおける待機期間は 1 週間以内であることを望んでいる。患者は、各ステップでどんな症状がいつ起こるかに関する明確な情報を望んでいる。さらに、病気の現実を受け入れ、治療の選択肢について考え、家族の大事なイベントを考慮しながら予定を立てるための少しの時間を取るといった、自ら決定するタイミングについてのサポートを求めている。必要なサービスが利用できることへの確信、また患者それぞれの状況や特定の臨床的ニーズに合わせて個別に対応されることを患者は望んでいる。

がん患者の待機期間に関する新たな目標

5.8 政府は、紹介患者およびがんと疑われる患者に対し、治療開始までに 1 ヶ月以上待機させないことを最終目標とする。患者の待機期間が長い場合、診断プロセスもしくは患者の個人的選択によるものであって、ケアシステムの構造的な遅れがその要因となつてはならない。この 1 ヶ月目標は、ヨーロッパやアメリカにおいて患者がベストと考えるものに沿っており、提供する側の医師および受ける側の患者双方の希望を表すものである。

5.9 過去数十年にわたる過小投資は、この目標がまだ達成されていないことを示している。より多くの機器や新たな方法で働くスタッフ、また時間と努力が必要とされるが、1 つの方向性を共有することが重要である。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。

目標を達成する

- 5.10 政府が NHS の進展を助ける実際的かつ現実的な計画を必要としていることを、臨床医および患者が一樣に表している。本プランでは、2000 年から 2005 年までの里程標を定め、急速な変化を促すことを目指す。里程標では、診断や治療における労働力および機器への投資（第 8 章および 9 章を参照）を通じ、機能を拡張する必要が考慮されている。それらの投資は、がんサービスの提供方法における改革とも調和している必要がある。

サービスの再建

- 5.11 迅速、効果的かつ効率的なケアを確実にするためのがんネットワークによるサービス再建を支援するため、新たな NHS 改革庁（NHS Modernisation Agency）は、全てのがんネットワークに対するがんサービス連携において、以後 2 年間の展開の主導を行う。NHS プランで発表されたがんに対する新たな財源は、このイニシアティブのサポートに充てられる。

がんサービス連携（Cancer Services Collaborative）

がんサービス連携は、ケアシステムを最適化し、専門知識や、がんが疑われたり診断されたりした患者に対するケアの結果を利用する国レベルのイニシアティブである。1999 年 9 月に開始したプログラムの第 1 段階には、9 つのがんネットワークが参加した。第 2 段階は 2001 年 4 月に開始され、NHS 内の全てのがんネットワークを含める予定である。

がんサービスの連携は、がん患者に対する治療の遅れが、ケアシステムの組織される方法に起因することが多い点を示唆してきた。システムを再設計することで大幅な改善を行うことができる。サービス連携に参加する 9 つのネットワークにおけるチームは、乳房、腸、肺、卵巣および前立腺がんの疑いもしくは診断がなされた患者に対するサービスについての再設計を行っている。プロジェクトの多くは、診断および／または治療を受けるまでに要する時間を週単位、場合によっては月単位で削減可能であることが示されている。サービス連携は、患者の視点でサービスを再設計し、改善に向けた技術の構築を行い、問題を見極めて効果的で持続可能な変化をもたらす上で学際的チームが連動することに重点を置いている。

セントラルミドルセックス病院、およびウエストロンドンおよび周辺における地域連携チームは、学際的チームでの作業および診断検査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。

- 5.12 このことは、がん臨床医によりすでに実施されている腫瘍の種類別に最適な治療、また診断（特に放射線、病理学）および治療（放射線治療）へ進む上での主な障壁への取り組みを全てのがんネットワークが利用可能であることを意味している。

確実性および予約診療

- 5.13 連携における主要なテーマは、がんに疑いがある全ての患者が、何を、いつ行うことができるかに関する情報を確実に得るようにすることである。がんの種類別の診断および治療経路に沿ったステップは大体予想することができ、検査や治療を計画・進行することは可能である。このことがいかにケアを効率化し、待機時間を削減し、診断や治療プロセスの全段階の事前予約が患者に確実性を与えるかについて、連携による実証がすでに始まっている。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、がん患者に対してはより早い対処が求められる。したがって、全てのがんネットワークは、2004年までに国内におけるがんサービスの予約を優先させ、がんと診断された患者全てが事前計画および予約による治療を受けられることを目指す。

「もし検査結果を待つ時間を短くすることができれば、もっと違ってくるのではないかと自分の経験から感じている。その期間中には unnecessary な心配や不安、憂うつな気持ちが起こる。」

マクミランがん救済財団
オープンスペース・イニシアティブ

地域における初期目標

- 5.14 がんサービス連携はネットワークに対して、地域における障壁を見極め、改善策を講じるように要請する。したがって、地域の改善目標においては特に初期段階に重点が置かれる。ネットワークおよび臨床医は、待機時間が長い患者について慎重に確認し、その原因を特定することが重要である。
- 5.15 導入される新たな臨床データ（第6章を参照）には、各がん患者に関する初回のGP受診、もしくはその他の方法、初回外来予約、治療決定日および開始日といった経路の情報が含まれる。これにより、臨床医は地域および国の目標を上回るケースを診ることが可能になる。診断経路の複雑さ、また患者がプロセスにおける別のステップを選択することによる正当な待機要因がある場合も考えられるが、この監査プロセスでは解決を要する組織的問題の特定を支援する。

段階別の国の里程標

- 5.16 国の目標は、段階的に導入が行われる。最終的に、GPによる緊急紹介から治療開始までに要する全待機時間の削減を目指す。ある種のがんは、その他のものに比べてより早い進展が可能であることを認識した上で、里程標が定められた。モニタリングシステムについては、地域の状況を基にして開発が行われる。
- 5.17 進歩を確実にするために、経路の各ステップにおける待機時間削減の行動目標が設置される。緊急の外来予約に関する待機上限目標はすでに定着しており、診断や治療への待機時間に関して以後の課題として焦点が当てられる。
- 5.18 全てのがん患者のケア経路における主要なステップは、診断から治療開始までの待機期間である。初期目標として、診断から治療開始までの待機期間の上限を1ヵ月とし、平均2週間とする。
- 5.19 ケア経路における各ステップの待機期間を削減することにより、GPの診断による緊急紹介から治療開始までに要する全待機期間の削減を計画することを可能にする。また、緊急の外来予約に関する待機上限を2週間に、診断から治療開始までの待機を2週間から4週間とすることを定着させることにより、GPによる緊急紹介から治療開始までに要する全待機期間の上限目標を2ヵ月に設定することを可能にする。

国の里程標

1. 急性白血病、小児がんおよび精巣がん

これらの種類のがんにおいて、緊急紹介から治療開始までの待機期間はすでに非常に短いものとなっており、最終目標（緊急紹介から治療開始までを1ヵ月以内とする）はすでに達成されている。がんネットワークは、2001年までにこれらのがんを患う緊急紹介患者全員に対し、この目標が確実となることを目指す。

2. 乳がん

乳がんの疑いがある緊急紹介患者の90%以上は、2週間以内に診察を受けている。診断の段階は通常短期的なもので済む（日単位）。ほとんどの患者に対して、診断から4週間以内に治療がなされている。

目標

- i. 2001年までに、全ての患者が診断から治療を受けるまでの期間を1ヵ月以内とする。
- ii. 2002年までに、全ての緊急紹介患者が治療を受けるまでの期間を2ヵ月以内とする。

3. その他のがん

その他のがんについては、緊急紹介患者の待機基準を2週間とすることが展開されたばかりである。診断の段階は長引くことがあり、診断から治療開始までの待機期間は腫瘍の種類により大幅に異なる。この分野における進展は、スタッフおよび機器に対する主要な投資プログラムの実施に依存している。保健省は、臨床医、がんネットワークおよびNHS改革庁と連携し、地域における初期目標を踏まえた上で今後の里程標をしっかりとしたものにする。

目標

- i. 2005年までに、全ての患者が診断から治療を受けるまでの期間を1ヵ月以内とする。
- ii. 2005年までに、全ての緊急紹介患者が治療を受けるまでの期間を2ヵ月以内とする。

まれな種類の腫瘍、またそれぞれのケースについては、最善の治療を可能にするための正確な診断を行うには少し長い時間を要する可能性がある。治療を延期するためにインフォームド・チョイスを行う患者も一部にみられ、そのような正当な理由により国の目標から外れるケースも常に少数存在している。

目標支援行動

- 5.20 第8章および9章で述べる診断、放射線治療機器、がん治療現場労働力への投資プログラムは、必要とされる能力の拡大につながるものとなると思われる。主な弱点に取り組むための特別イニシアティブも定められた。
- 5.21 例として、腸および胃がんの診断において重要である内視鏡検査は、軟性S状結腸内視鏡検査が行われた件数がこの5年で2倍になるなど、急速な進展を遂げてきた。毎年およそ50万人が、がんもしくは他の病気のために胃腸内視鏡検査を必要としており、待機時間が長くなる可能性が考えられる。それに対応するものとして、
- ・ 国家患者アクセスチーム (National Patients' Access Team: NPAT) は、不必要な待機時間を削減するシステムを再設計することにより、既存のサービスを最大限に利用するための行動見直しを行った。GPが標準化された電子紹介プロトコルを用いて患者を内視鏡検査へ直接紹介し、不必要な外来を生じさせないようにすることを提案する。
 - ・ 保健省は、教育、実施、監督および監査に関する国家基準の範囲内で内視鏡検査を取り入れるためにGP、看護師、外科医および胃腸科専門医を対象に行う研修に対し、年間250万ポンドの投資を行う。
- 5.22 組織病理学における研修拡大計画は、診断能力の補強として重要なものである。(第8章を参照)
- 5.23 これらは壮大な目標ではあるが、意欲的であることは正しいと考える。待機期間が数ヶ月にわたる場合、治療結果にも影響を及ぼすことがあり得る。患者の不安を取り除き、がんの潜在的な兆候に対処するのを援助するために迅速な診断および治療が重要であることは、患者と臨床医の双方が認めている。既存のサービスを効率化し、新たな能力で稼働するには時間を要するため、進歩は段階的なものになると思われる。改善プロセスは直ちに開始され、NHSが必要とされるスタッフを増員し、改革を実施するという条件で、2008年までに特定のがんのみならず、全てのがんの治療においてヨーロッパの最高レベルに匹敵する利用率を目指す。

行動および里程標

2000年

- ・ がんが疑われる全ての患者に関して、緊急外来予約の待機期間の上限を2週間とする展開を完了する。

2001年

- ・ 小児がん、精巣がんおよび急性白血病患者に関して、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1ヵ月とする。
- ・ 乳がん患者に関して、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。
- ・ 全てのがんネットワークはがんサービス連携の第2段階に参加する。
- ・ 全てのがんネットワークは地域改善目標を設定する。
- ・ 全てのがんネットワークは、治療の事前計画および予約診療を開始する。

2002年

- ・ 乳がん患者に関して、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ヵ月とする。

2003～2004年

- ・ がんサービス連携の展開を完了する。
- ・ その他の部位のがんに関する1ヵ月および2ヵ月目標の展開を継続する。
- ・ 2004年までに、がんと診断された全ての患者が事前に計画・予約された治療を受けられるようにする。

2005年

- ・ 全てのがん患者に関して、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。
- ・ 全てのがん患者に関して、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ヵ月とする。

6. 治療の改善

- ・ 全てのがん患者に対するガイドンスプログラムの拡張
- ・ 治療におけるポストコード・ロッタリーの廃止に向けた NICE によるがん評価の実施
- ・ 専門家チームの設立
- ・ 全てのがん患者へのケアに対する専門家チームによるレビューの実施
- ・ 基準達成のためのモニタリングの進展
- ・ 全国がんデータセットの整備
- ・ がん登録の強化

- 6.1 がんの診断および治療の待機時間を削減することは、質の高いケアにとって非常に重要である。患者が最高の基準および質の治療を確実に受けられるようにすることも同様に重要である。
- 6.2 これまで、患者は治療スタッフがその種類のがんの専門家であることに確信を持つのは難しかった。また何年もの間、ある種のがん治療薬を得られるかどうかは、患者が住む場所やその地域の保健当局の財政政策に依存するものであった。
- 6.3 以下の事柄を通じて、質の高いがんサービスを目指す。
- ・ サービス、質の高いケア、効果的な治療薬および技術の構成に関し、エビデンスに基づく枠組みを定める。
 - ・ 適切な手段によりガイドンスを実行する。
 - ・ 基準達成のためのモニタリングの進展。
- 6.4 1995年のカルマン&ハイン・レポート、および続く結果改善(Improving Outcomes)ガイドンスによりこのプロセスが開始されたが、国内におけるより早急で一貫した発展が求められる。この章では、各ステップにおける行動目標について述べ、国内全土において質の高いサービスが確実に提供されることを目指す。

ガイドランス

- 6.5 NHS プランでは、NHS におけるがんケアのあらゆる面に関する信頼できるガイドランスを利用可能にするという意向を述べた。がんに関するガイドランスレポートである一連の結果改善 (Improving Outcomes) を基に、NICE は、子供および若者を含む全てのがんをカバーするがんサービスガイドランスの包括的運用を求め、以後3年間で全ての保健当局および NHS トラストが実施することを目指す。

がんサービスのガイドランス

乳がんにおける Improving Outcomes 1996 年

大腸がんにおける Improving Outcomes 1997 年

肺がんにおける Improving Outcomes 1998 年

子宮体がんにおける Improving Outcomes 1999 年

胃腸がんにおける Improving Outcomes 2000 年 1 月

支持療法 (supportive care) におけるガイドランス 2001 年 2 月

乳がんガイドランスの見直し 2001 年 2 月

大腸がんガイドランスの見直し 2001 年 2 月

肺がんガイドランスの見直し 2001 年 2 月

泌尿器がんにおける Improving Outcomes 2001 年 2 月

血液がんにおける Improving Outcomes 2001 年 2 月

頭頸部がんにおける Improving Outcomes 2002 年 3 月

その他のがんにおける Improving Outcomes 2002 年 3 月

がん患者のための紹介ガイドラインの見直し 2002 年 3 月

がん治療薬の審査

進行性卵巣がんに対するタキサン系薬剤 2000 年

進行性乳がんに対するタキサン系薬剤 2000 年

最近認可された膵臓、リンパ腫、脳、大腸、肺、乳房のがんに対して用いられる 13 の薬剤 2001 年

結果改善 (Improving Outcomes) ガイドランスについては、保健省のがんウェブサイト www.doh.gov.uk/cancer にて入手可能である。

タキサン系抗がん剤の審査については、NICE ウェブサイト www.nice.org.uk にて入手可能である。

がん治療薬

- 6.6 今年初めに、乳房および卵巣がんに対するタキサン系抗がん剤の効果の審査についてNICEによる発表が行われた。さらに13の化学療法についても現在評価が行われている。来年夏にこれらの薬剤に対する審査が終了した後、大腸、肺、脳、乳房、膵臓および卵巣がんに対応する化学療法薬の効果に関するエビデンスに基づくアドバイスが作成される。NHSプランで発表されたがんへの財政支援により、NHSがNICEの抗がん剤の処方におけるポストコード・ロটারリーに取り組むという提言が実行可能となる。

ガイドンスの実施

- 6.7 結果改善 (Improving Outcomes) ガイドンスの一貫したテーマは、がんサービスが臨床家 (医師、看護師、放射線技師およびその他専門家) からなるチームの効果的な連携により、最良のものを提供するということである。チームで作業を行うことで、質の高い診断、治療およびケアを確実に行うために必要とされるスタッフの知識、技術、経験をまとめることができる。また、患者に対するケアの調整や継続を改善することにつながる。
- 6.8 乳がんなどの一般的ながんにおいては、専門チームによって治療される患者は、より生存する可能性が高い。胃、膵臓、卵巣がんなどのまれながんにおいては、同様の患者を多く扱う病院で治療を行った場合によい結果がみられる。
- 6.9 乳房、大腸および肺がんといった最も一般的ながん、また小児がんに対する専門チームの設立においては進展がみられた。これは、それぞれの種類のがんに対する重点的な投資により容易になったものだといえる。
- 6.10 その他のがんについては、ガイドンスが利用可能になった際に国内チームを設立することが必要となる。以後3年間、がんサービスに追加支援がなされることにより、今までよりもかなり大幅な進展を遂げることが可能になると予想される。しかし、臨床医および他の主要なチームメンバーの計画的増員についての理解がなされるまでは制約があるといえる。
- 6.11 全てのがん患者に対するケアは、専門チームによる正式な評価を行う必要がある。この評価は、直接評価、もしくは信頼できる臨床医によるチームとの正式な話し合いを通じて行われる。これにより、質の高いケアに求められる幅広い専門家のアドバイスから全ての患者が恩恵を得られるようになる。がんネットワーク (第11章を参照) が作成するサービス実施計画には、この基準の達成に関する予定表も定めることとする。

進展のモニタリング

- 6.12 健康改善委員会 (Commission for Health Improvement: CHI) は、監査委員会 (Audit Commission) と共同で、カルマン&ハイン・レポートの実施における進展を見直す研究を現在行っている。これはがんサービスの現状に関する独立評価を提供し、今後の進展を予測するためのベースラインとなるものである。健康改善委員会は、地域のクリニカルガバナンスの品質を保証するため、NHS の全ての組織に対し 4 年ごとに検査を行う。
- 6.13 近年数カ所の地域において、クリニカルガバナンスをサポートするがんサービスの質を向上および改善する上で、ピア・レビューが有用な方法であることが示された。これにより、健康改善委員会の監査に比べ、ネットワークにおける地域がんサービスの今後の発展にさらに焦点を置いた評価が可能になる。ピア・レビューは、現在国内各地のがんサービスに拡張されている。ピア・レビューによるレポートは、4 年ごとに行われる健康改善委員会の検査において利用できるようになる。
- 6.14 ピア・レビューは、保健当局および PCT を越えたメンバーからなる学際的チームによって行われる。また、レビューのサポートおよび改善を促進するために関係する臨床医も含められる。第 1 回ピア・レビューは、2001 年に開始される。
- 6.15 一貫性を保つために、NICE がんガイドランスおよびカルマン&ハイン・レポートに基づいた新たな国家がん治療基準 (national cancer standard) が 2000 年秋に発表される予定である。全ての州事務局 (注: Regional Office。中央政府の出先機関。) は、ピア・レビューのプロセスを監督する州がん運営グループを設立することが求められている。
- 6.16 国家がん治療基準による達成成果を測る指標の導入も行われ、国内指標へ統合される。NHS トラストは、クリニカルガバナンスの調整の一部としてこれらの基準および指標を使用する。

がん情報

- 6.17 がん治療の質に対する評価は、患者へのケアのプロセスおよび結果に関する正確かつふさわしい情報を患者が入手できるかどうかにか依存している。がん治療に関する情報は一時しのぎ的に地域ベースで収集されることがあまりにも多くみられており、結果として努力の重複、矛盾、また情報有効性のギャップを生じさせている。

- 6.18 2000年6月に発表された「がん情報戦略 (Cancer Information Strategy)」の中では、全国がんデータセットを収集する際に一貫性をしっかりと保つ必要性について、最優先課題として特定している。これらのデータは、専門家グループがすでに数種類のがんにおいて開発したものに基づいている。
- 6.19 国家がん対策長官は、NHS 情報局 (NHS Information Authority) や指導的立場にある臨床医と連携して、がんに関する全国データセットを作成する。初回のデータセットは、肺、乳房、大腸および頭頸部を対象とするもので、2001年に利用可能となる予定である。それ以外の腫瘍に関するデータは2002年までに準備される。
- 6.20 これらのデータセットは、臨床医、がん登録および管理者のニーズに応え、データ収集の際に生じている努力の重複に終止符を打つものとなると思われる。そして患者は、治療の質がふさわしく調整され、監視されていることを確信できるようになる。

データの収集

- 6.21 次のステップとなるのは、臨床スタッフと連携して、臨床医によるデータ使用を可能にする情報システムの開発である。2001年から2002年以降には、全国の医療に関する情報プログラムに資金が投入され、がんを含む臨床優先順位設定プログラムに対する監査データベース開発のサポートが行われる。
- 6.22 2001年から2002年にかけて、地域医療団体に対し、地域情報戦略 (Local Information Strategy: LIS) の整備を通じてがんデータの収集および分析に対するサポートを優先することが求められる。また、完全に正確ながんデータを適時に収集および分析するための十分なサポートを提供することが求められる。各医療団体は、地域のがんネットワークと連携し、どのようなサポートを行うべきかを地域の規定に基づいて決定する。
- 6.23 情報技術の可能性を利用した新たなイニシアティブにより、がんデータの収集は容易になると予想される。

電子記録の整備および実施

カムデン・イズリングトン保健当局とウィラル保健当局は、中核データを用いたがん患者の電子医療記録の整備を目的とする NHS 情報局の電子記録開発・実施プログラムに現在参加している。これにより、全てのがんネットワークに有益かつ重要な教訓がもたらされることになる。