

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ダ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ダンスを実行する。
 - ・ 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)ガイダ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) におけるガイドンス 2001 年 2 月
乳がんガイドンスの見直し 2001 年 2 月
大腸がんガイドンスの見直し 2001 年 2 月
肺がんガイドンスの見直し 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・ロタ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、完全で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チブにより、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。

がん登録

- 6.24 がん登録は、がんの発生率、生存率および死亡率に関する人口ベースのデータを収集するもので、予防戦略につながるがんの原因を特定する助けとなる。また、この登録情報は、生存率を向上させ、死亡率を低減するための検診プログラムおよびがん治療サービスの効果を評価する上で不可欠なものである。
- 6.25 これらの公衆衛生上の有益性は、がん登録が完全なデータであることに依存している。政府は、今後のがん登録を保証し、確実なものとするために必要な措置をとることを決意している。
- 6.26 今年初め、西スコットランドのがんサーベイランスユニット長官のチャールズ・ギリス教授が、保健省を代表してイギリスにおけるがん登録の大々的見直しを完了した。データの質にはばらつきがみられ、データ収集用の電子化がなされていない登録も存在していた。
- 6.27 政府は、ギリス氏による見直しの結果を考慮した上で、2000年秋にがん登録を強化する計画を発表する。

行動と里程標

2000年

- 全ての州事務局は州がん運営グループを設立する。

2001年

- 全てのがんネットワークは、ピア・レビューの訪問調査に基づき国家基準に対する地域サービスの評価を行う。
- 全ての州事務局は、ピア・レビューの訪問調査を開始する。
- 全ての保健当局は、がん治療薬に関する NICE の勧告を十分に考慮する。
- 乳房、大腸、肺および頭頸部がんに関する最低限の全国データセットを導入する。

2002年

- 全ての保健当局、PCT および NHS トラストは、がんサービスに関する NICE のガイドランスが発行された際には、それを十分に考慮する。
- その他全てのがんに関する最低限の全国データセットを整備する。

7. ケアの改善

- ・ 新たな支持療法戦略
- ・ NICE による支持療法ガイドンスの作成
- ・ コミュニケーション技術に関する新たな研修
- ・ 患者へ提供する情報の改善
- ・ 新たながん情報諮問グループの設立
- ・ 患者のための新たなインターネットリソースの整備
- ・ ホスピスおよび専門的緩和ケアサービスに対する 5 千万ポンドの追加投資
- ・ 貧困地域における緩和ケアに対する新規機会基金からの投資

7.1 がんの診断および治療は、患者やその家族、また介護者の暮らしの質に破壊的な影響を及ぼすこともある。がん患者は不安に直面し、時には不快で、体力を衰弱させるような治療を受けなければならない場合もある。患者や家族、介護者は、がんと診断された時から亡くなる死別の際までサポートが受けられるようにする必要はある。

7.2 がん患者に対する調査により、患者が以下の事柄を最重要視することが示された。

- ・ 尊厳と敬意をもって人間らしい扱いを受けること。
- ・ 医療スタッフとの円滑なコミュニケーション。
- ・ 病気の状態に関する明確な情報が与えられること。
- ・ 最良の症状コントロールが受けられること。
- ・ 必要な時に心理的サポートが受けられること。

7.3 我が国におけるホスピスおよび緩和ケアサービスは、主に慈善団体によって展開されており、世界的に見てもトップレベルに位置している。しかし治療サービスと同様、国内における支持療法および緩和ケアサービスの供給にはばらつきがあり、NHS はそれらを優先させてこなかったといえる。

支持療法に関する戦略

7.4 国家がん対策長官は、支持療法戦略の開発を主導している。この戦略の主要な要素は、NICE により結果改善 (Improving Outcomes) ガイドンスと同様の手法を用いて支持療法のガイドンスを作成することである。

- 7.5 ガイダンスでは、患者が質の高い情報、コミュニケーション、症状コントロール、心理的、社会的および精神的サポートを確実に受ける点で、エビデンスに基づく最善の方法を勧めている。さらに地域、病院およびホスピスで行われるケアを対象とし、患者の闘病中、また死亡時の介護者のニーズについても含めている。補完療法の利点に関するエビデンスの見直しも行われる。
- 7.6 支持療法戦略には、支持療法および緩和ケアサービスの基準、またサービス品質を監視する新たな方法が含まれている。NHS プランで発表されたがんに関する追加投資により、NHS が必要に応じてこれらのサービスを強化することが可能になる。ケアの調整を改善するため、がんネットワークと同時に支持療法ネットワークも設立される。これらのサービスにより、およそ 20 万人のがん患者、毎年がんにより死亡する 12 万人の患者およびその家族や介護者が恩恵を受けられるようにする。
- 7.7 臨床医が患者に行う治療に対する監査は増加傾向にある一方で、患者のケア実績を評価する包括的な監査ツールがないのが現状である。保健省は、支持療法戦略の一部として監査ツールの開発を要請する。

コミュニケーション

- 7.8 医療スタッフおよび患者間の円滑なコミュニケーションは質の高いケアにとって不可欠であり、患者が意思決定に関わる上で中心となるものともなる。「話を聞き、説明する態度」は、患者が考える医療スタッフの主要な特質（思いやり、近づきやすさ、敬意および誠実さなど）の 1 つであることが研究により示された。
- 7.9 実際、患者およびその身内による苦情の多くは、臨床能力の問題よりも医者や医療スタッフが十分にコミュニケーションをとらなかったり、関心を示していなかったりすることに関するものであった。

「外科医に対して、もう少しきちんと話をして欲しかったと思っています。5 人連れで病室に現れ、早口で私に話したかと思うと、自分達だけで何か話し合っただけでそのまま行ってしまいました。私から何かを尋ねることはできませんでした…。外科医は私の感情を気に掛けることよりも、後輩の前で大きな顔をすることに終始した印象を受けました。外科医としては優れていても、病棟で患者を扱う方法は心得ていなかったのです。」

マクミランがん救済財団による「オープンスペース」報告書より（2000 年）

- 7.10 医師や看護師は、研修によりコミュニケーション技術を学ぶことが可能で、それにより臨床業務は改善すると思われる。それにもかかわらず、病院コンサルタントによる大規模な調査によると、コミュニケーション技術に関して十分な研修を行ったと述べた医師らはわずか 45%であった。
- 7.11 NHS プランでもこの不備について認め、全職種共同による、コミュニケーション技術研修を新たに実施すると発表した。2002 年までに、資格取得の前提条件として患者とのコミュニケーション能力を示すこととする。さらに進んだコミュニケーション技術研修は、専門家継続教育 (continuing professional development) プログラムの一部に含まれる。

患者及び介護者に対する支援

- 7.12 一般的に、がん患者およびその家族は心理的な問題を経験する。中には重度の不安や落ち込みを経験するケースもみられる。看護師や他の医療スタッフにより患者の心理的苦痛を和らげるための主要なサポートが与えられるが、より重度な場合にはカウンセラー、心理学者および精神科医などの力が必要となる。これらは支持療法に不可欠なものである。

情報

- 7.13 対面コミュニケーション技術も重要であるが、患者は他の情報源の利用も必要としている。調査によると、一部の患者は診察で話されたことの 10 分の 1 しか覚えていないことがわかった。患者が別の時間に参照できる質の高い正確な情報を提供することにより、対面コミュニケーションをバックアップする必要がある。
- 7.14 全ての NHS トラストおよびがんネットワークには、がん患者全員が利用可能な質の高い情報を作成することを要求されている。情報はがんの種類や治療の選択に関するものに加え、文化的な配慮がなされた地域のサービス供給に特化したものでなければならない。

マウントバーノン病院、リンダ・ジャクソン・マクミランがん支援・情報センター：キャンサービーコン

地元病院の慈善寄付により建設された支援・情報センターは、ボランティア部門および NHS におけるパートナーシップの優れた例となっている。ここでは、個人とその家族に対して総合的な情報、サポートおよび補完治療を提供してがんの影響への対処を支援し、同様の方式を希望する場合にはアドバイスの提供も行っている。患者やその家族、また介護者の感情的、社会心理的、身体的なニーズを満たす明確で公平な情報やサービスを利用可能にして、患者側に恩恵をもたらしている。

情報の質の保証

- 7.15 がん患者に対する情報の整備状況、内容および利用可能性を監督するため、がん情報諮問グループが新たに設立された。国家がん対策長官が議長を務めるこのグループには、患者代表者やボランティア団体も含まれている。情報全体そのものではなく、「良い実践」のためのガイダンスノートの作成を行う。最初に取り組む点として、現在の情報格差状況の評価とガイダンスノートの準備を予定している。

インターネットの使用

- 7.16 現代のがん患者は、近代的な方法で情報を得ることを期待している。国立電子健康図書館 (National electronic Library for Health : NeLH) では、一般、患者、介護者、臨床医およびサービス提供者などに信頼できる情報をインターネットにより提供する予定であるが、最初のステップとしてがんに関する情報において試験的实施が行われている。がんライブラリーは 2000 年 10 月より開設され、乳房、大腸、肺、婦人科がんおよび胃がんの 5 つのがんに対してまず重点的に実施される。
- 7.17 インターネットは情報だけでなく、他の人と経験を共有する新たな機会を提供する場となっている。新たな個々の患者の体験データベースである DiPEX は、保健省によって一部資金が充てられる。DiPEX は、治療効果や支援グループ、その他の物的資源に関する情報に関するエビデンスと共に、ビデオ、インタビュー、文書などを通じて患者の経験をまとめたものである。最初はがん、特に前立腺がんに焦点を当てて実施される。

患者にサービスを改善する権利を与える

- 7.18 ケアの利用者やその介護者は、各ステップにおいて起こることについて選択し、意見を述べコントロールすることである。首席医務官(注:Chief Medical Officer。保健省において公衆衛生全般を所管する医師。)により設立された熟練患者特別対策本部 (Expert Patient Taskforce) は、医療スタッフとの関係において自らの命に関してコントロールする権利を患者に与え、互いが信頼を高めて積極的なパートナーになることを目指して活動を行う。

キャンサーリンク (Cancerlink) によるボイスプロジェクト (VoiCe' s project)

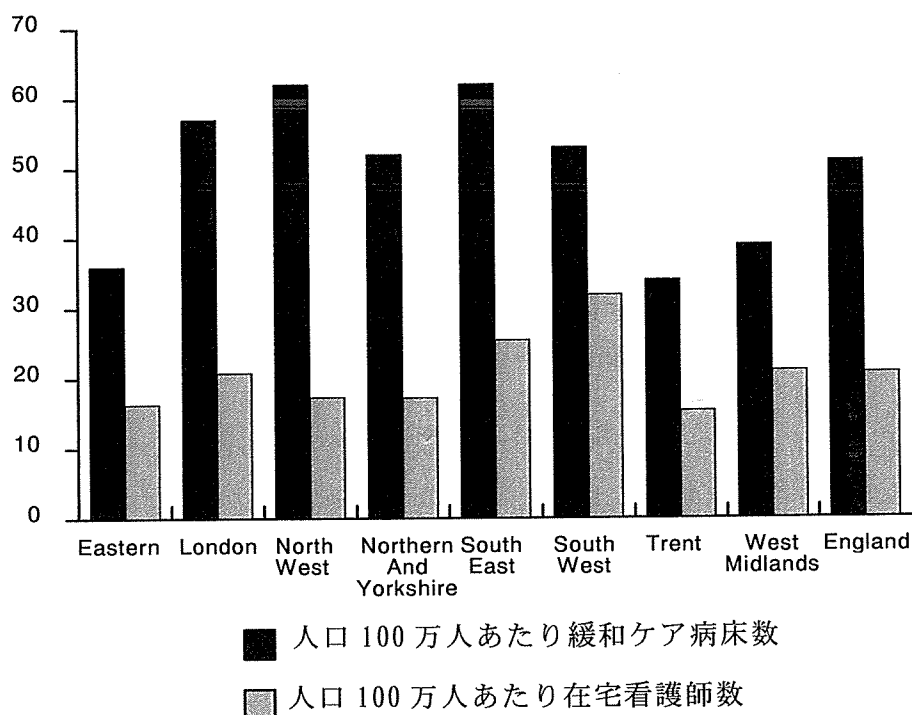
キャンサーリンクは、地域で活動するがん自助および支援グループとがんサービス利用者を結ぶ国内ネットワークを有している。これにより、NHS のがんサービス再建を支援するための情報、支援および研修などが提供される。また、がんサービス利用者の幅広い意見が取り入れられることにもつながる。広範囲の利用者の意見を効果的に反映するためには、研修や支援が欠かせないということがサービス利用者によるエビデンスにより示されている。

- 7.19 保健省に代わってキャンサーリンクが実施したがんサービス利用者に対する活動は、支持療法戦略の発展に寄与してきたといえる。地域レベルのがんネットワークにおいては、サービスを計画する際に患者や介護者の意見を考慮することが期待される。

緩和ケア

- 7.20 これまでは、患者が病気の終末期である場合にのみ、緩和ケアへの紹介が行われる傾向があった。しかし増加する緩和ケアはがん治療と共に行われることも多く、患者のケアにおいて不可欠な要素とみなされるようになってきている。緩和ケアの原則は、全人的で患者中心の治療であり、全ての条件および環境に適用されることである。
- 7.21 しかし、末期患者になし得る最善のケアを提供することはやはり最も重要なことである。多くの患者は、NHS もしくは病院のボランティア部門、ホスピス、または自宅で申し分のない終末治療を受けているが、それが受けられない患者も存在している。終末期につらい症状、粗末な看護や精神的および社会的サポート、また医療スタッフによる不十分なコミュニケーションを経験する患者はあまりにも多い。そのような状況は、患者の近くにいてケアの負担を負う介護者に持続的な影響を及ぼすことも考えられる。全ての末期患者のケアは、最高のレベルにまで改善しなければならない。

緩和ケアサービス



- 7.22 専門的緩和ケアの供給およびサービスにばらつきがある点について、戦略を作成した保健当局はわずか 3 分の 1 にとどまっている。ある地域では、ボランティアのホスピスや専門の NHS ユニット、もしくはその他のいずれかを問わず専門的緩和ケアのベッド数がおおよそ 2 倍となっており、在宅ケア看護師についても同様のことがいえる。
- 7.23 専門的緩和ケアに関する必要なアドバイスやサービスは、全ての患者に利用可能なものでなければならない。大多数の患者は自宅、地域内もしくは病院でそれらを受けるが、ホスピスの専門施設を必要とする場合もある。ボランティアによる緩和ケアサービスが、がんネットワークにおいて全面的な役割を果たせるように、NHS は十分な財政支援を行う必要がある。

ワーウィックシャー保健当局－管理された臨床ネットワークプロジェクト：緩和ケアビーコン

統合サービス委員会（Integrated Service Directorate：ISD）は、全ての提供者を1つのフォーラムにまとめており、NHS 専門スタッフの全員が現在1つのチームとなっている。その他に、プライマリケア（GP 代表者）、慈善基金によるホスピスからのメンバーも参加している。ISD 理事会は、場所がどこであれ患者が最善の恩恵が得られるように緩和ケア資金の使い方を決定する。この結果として、患者が1人の看護師、医師もしくは他の医療スタッフに把握されており、必要とする助けやアドバイスをサービスのいずれの部分においても得ることができる統合サービスの形となる。今後は、全ての患者やその家族が昼夜を問わず GP の診察を受けることも可能になると予想される。

- 7.24 長い間、NHS は専門的緩和ケアをオプションとしてしかみなしてこなかった。NHS は、慈善団体の善意と資金提供に頼った。全国ホスピス・専門的緩和ケアサービス協議会は、ボランティア部門がホスピスおよび緩和ケアに対して年間1億7千万ポンドの投資を行ったと概算している。ホスピス側は、緩和ケアサービスに対して NHS がさらに投資を行うべきであると主張している。
- 7.25 したがって、専門的緩和ケアの利用における不平等をなくし、ホスピスがサービスの定めたレベルのケアを提供する際に生じるコストに対して実際的な貢献をするために、NHS は 2004 年までに5千万ポンドの追加投資を行うこととする。これは、専門的緩和ケアサービスに対する NHS の投資がボランティア部門の投資に初めて匹敵することを意味している。この今までにない増額は、ボランティア部門と NHS 双方の努力をしっかりと結束するのに貢献するとみられている。
- 7.26 保健省は、全ての患者が利用可能であるべき専門的緩和ケアの中心的要素がボランティア部門であることを認めている。この追加投資は、適切で、国家基準を満たすそれらのサービスをサポートすることを目標とする。

緩和ケアに対する新規機会基金イニシアチブ

- 7.27 黒人、少数民族コミュニティおよび社会的貧困層において、緩和ケアサービスの利用は低下していることを示すエビデンスがある。これらのグループにおける患者は、文化的にそぐわなかったり、無神経な方法で扱われたりしてサービスをあまり利用しない場合がある。新規機会基金により、総額 2325 万ポンドが「がんと共に生きる」イニシアチブに割り当てられてきた。これは、緩和ケア、在宅ケアサポート、介護者サポートおよび黒人、少数民族コミュニティおよび社会的貧困層に対するがんおよびがんサービスに関する情報の提供に限定した目的を持つものである。これらのプロジェクトは、2001 年の初めまでに実施される。
- 7.28 NHS の専門的緩和ケアに対する 5 千万ポンドの追加投資に加え、地域緩和ケアサービスに関する新規機会基金イニシアチブが 2001 年から 2005 年まで実施される。新たな新規機会基金イニシアチブに関する諮問文書は 2000 年秋に発行される。

行動と里程標

2000 年

- ・ 保健省は、がん情報諮問グループを設立する。
- ・ 国立電子健康図書館－がん図書館の開設

2001 年

- ・ 全てのがんネットワークにおいて、がんユニットおよびセンターで勤務する全ての医療スタッフが、「悪い知らせを伝える」方針などを含むコミュニケーション技術における支援や研修を受けることを定めた教育研修・人材開発計画を作成する。
- ・ がんネットワークは、サービスを計画する際に患者および介護者の意見を考慮する。
- ・ 全ての保健当局は、専門的緩和ケアサービスおよびボランティア部門における投資状況を確認し、緩和ケアに対する投資戦略の協定に向けてがんネットワークと連携する。
- ・ がん情報諮問グループは、患者が利用することができる情報を見直し、格差を見極めてがん情報作成のガイダンスを整備する。
- ・ 支持療法に関する NICE ガイダンスを発行する。
- ・ 支持療法戦略を発行する。

8. スタッフへの投資

- ・ がん専門医 1000 人の増員
- ・ 専門研修生 (specialist trainee) の増員
- ・ がん治療にあたる看護師、放射線技師、その他医療スタッフの増員
- ・ がん治療スタッフにおける新たな技術と役割
- ・ 重点的研修イニシアチブ
- ・ 将来に向けたより良い計画

8.1 我が国のがんサービスが直面する問題は、サービスを提供しているスタッフの質の低さによるものではない。NHS は、世界的に見ても最高の研修を受けた熱心なスタッフを複数有している。しかし、NHS では長年にわたり資金不足および過小投資を続けてきたため、それらスタッフの数は十分ではないことがわかる。そのためスタッフは過剰労働により疲れきった状態になっている。

8.2 NHS プランにより、NHS の医療チームを構成する医師、看護師、セラピスト、科学者および技術者を増員し、2004 年までに類例のない規模で労働力の拡大が行われる予定である。研修や整備、またスタッフに対してより良い公正な条件を提示するためにさらに資金が充てられる。NHS スタッフに対するこの先例のない投資および福利は、がん治療現場の労働力を拡充、準備および育成するための措置を支えるものとなる。これは数の面だけの問題ではなく、スタッフ間の古い境界意識、研修や人材開発への不十分な投資も質の高いケアを施すスタッフの能力を妨げてきたといえる。

求める人材を確保する

8.3 がん治療現場へのこれまでの投資は、増え続ける需要および新たな治療の要件を満たすには不十分であった。いくつかのがんの専門領域では、専門研修生のポストを設置するのは困難であり、スタッフのレベルは地域により著しく異なっていた。

8.4 多くの病院では、求めるスタッフを雇い入れることができていない。例えば、放射線治療技師は患者に放射線治療を行う際に必要なスタッフであるが、2000 年 3 月の時点において国内の 103 件の放射線治療技師のポストは 3 ヶ月以上埋まっておらず、それは全体のおよそ 7%にあたる数であった。北部およびヨークシャーでは、12%という高い空き率を示した。

- 8.5 異なるスタッフグループ間の柔軟性のない境界意識により、能力の最大有効利用および最も価値ある資源の可能性は妨げられてしまう。専門性や個人の能力を伸ばすための十分な時間がないことに加え、NHSにはスタッフ人数、募集および雇用傾向に関して正確な情報を得るためのプロセスが存在していない。
- 8.6 がん患者の待機期間を削減し、治療の質を向上させることができるかどうかは、求めるスタッフを雇用、育成、支援する NHS の能力に依存しているといえる。例えば標準的な雇用率によると、線形加速器（linear accelerator）を追加導入した場合、およそ 160 人の放射線治療技師が必要となる。また、乳がん検診プログラムの対象を 70 歳まで拡大することにより、検診スタッフを 40%増員することが必要となる。
- 8.7 ケアの再編および効率化（第 5 章を参照）を行うことにより、サービスの有効性が大幅に改善できることががんサービス連携の経験からわかった。しかし、そのアプローチ単独では十分ではないことも確認されており、がん治療現場における労働力規模を変化させることが必要であるといえる。
- 8.8 これには時間を要するが、そのことが本プランで定めるがんサービス改善における主な制限要因となっている。専門医の育成には 5 年から 6 年間の専門研修を含め、全体でおよそ 15 年かかっている。看護師や放射線技師などがん治療に関連するその他の業種においても、研修には数年を要している。一方、現在 NHS で働くスタッフのキャリア拡大、海外からの募集、役割の拡大、補助職の等級導入および将来性や機会を改善して既存のスタッフを維持するなどの活動も必要となる。国および地域レベルで全面的に労働力の確保および維持に取り組む上で、がんは戦略の一部となっている。
- 8.9 がん治療にあたる職種は多岐にわたる。がん専門医および放射線治療技師などの場合、治療対象はがん患者に限定されるが、病理学者、放射線診断技師および外科医などの場合は、がん治療が全体的な作業に占める割合は様々である。また栄養士、理学療法士、作業療法士およびソーシャルワーカーも重要なサポートを提供している。

医療専門職

放射線科医 (Radiologist) は、がんの診断、病期分類、および治療への反応評価を行う専門家である。臨床放射線科医に対する要求は、進歩する診断の精巧さや介入技術と共に高まっている。適切な治療計画が行われるためには学術的会議への参加も重要である。

病理学者 (Pathologist) は、腫瘍サンプルの顕微鏡検査を通して診断および病期分類を行う。作業負荷に対応するためにより多くの病理学者が必要とされている。学術的チーム会議への参加および腫瘍サンプルの確認作業の必要も圧力として増加している。

外科医 (Surgeon)。手術は多くのがん患者に対する第一の治療法であり、外科医は特定のがんを専門に扱う傾向にある。随意手術および緊急手術を行う手術室での医師ベースのサービスでは、外科医の時間が最重要となり、手術室の不十分な活用により、外科医の時間の最善利用を妨げている場合もある。

内科・臨床腫瘍専門医 (medical and clinical oncologist) は、化学療法、放射線療法およびその他非外科的治療を用いてがんの治療を専門に行う。歴史的に見ると、我が国では他の同様の国に比べ、腫瘍専門医の数が少ない状態であった。がんの発病率、治療患者数の増加および学術的チームで働く腫瘍専門医による全ての患者に対するケアを見直すことへの期待の結果、腫瘍専門医を求める声は高まっている。

血液学専門医 (Haematologist) は、白血病、その他の血液およびリンパ系のがんを専門に扱う。彼らは、地域の病院で、特に時間外に治療が必要となる固形腫瘍患者にも対応する。患者の生存期間が長くなるにつれ高まる作業負荷を調査し、輸血サービスおよび固形腫瘍サービスに対する継続的サポートを改善する必要が圧力となっている。

緩和ケア専門家 (palliative care specialist)。緩和ケアスタッフの多くは、ボランティアおよび NHS 部門の両方で勤務している。がんその他の患者に対する専門的緩和ケアにおけるスタッフの需要は高まっている。

その他医療スタッフ

放射線診断技師 (Diagnostic radiographer) は、画像診断作業および介入を行う放射線科医やその他医師と連携作業を行う。研修生および資格のあるスタッフを確保および維持するのは困難な状況である。

科学スタッフ。医学物理学者、生化学者および他の科学的スタッフは、診断および治療サービスにおいて重要なアドバイス提供を行う。スタッフの確保および維持は非常に困難な状況である。

放射線治療技師 (Therapeutic radiographer) は、がん患者に対して放射線治療を計画および実施する上で主要な役割を果たしている。また、治療を受ける患者のケアやサポートにも携わっている。研修生を確保するのは困難で、研修における離職率は高くなっている。放射線治療に補助職を導入する提言により、放射線治療技師の可能性を探ることが可能になる。

看護。看護師は、がん治療現場において最大のグループである。部位特異がんチームが設立され、がん看護師の専門化が進み、幅広い臨床業務を行う機会が増加している。化学療法の作業負荷、また緩和ケアの看護スタッフへの高まる需要により圧力を増している。

がん専門薬剤師。薬剤師は、化学療法の準備およびがん治療薬剤に関するアドバイスを提供する欠かせない存在である。化学療法はより広く実施され複雑化しており、がん専門の薬剤師の役割はますます重要になっている。

医療秘書。がん治療現場における医療秘書が果たす役割も顧みられないことが多い。医療秘書は、患者や GP が病院に電話を掛ける際、彼らの最初の連絡窓口となる。患者に関する情報が臨床医に伝えられるようにする上で重要な役割を担っており、学際的チーム会議の調整作業を行う場合も増加している。

人材不足への対策

医師の増員、研修生の増員および新たな研修の設定

- 8.10 NHS プランで発表された NHS に対する新たな財政支援、また 3 年投資配分の導入により、NHS トラストは自信を持って医師拡充の計画を立てることが可能になる。
- 8.11 がん専門医の養成施設の拡充に対しては、これまで特別に優先して行われてきた。がん専門医については、1999 年以降の総数のおよそ 3 分の 1 にあたる 1,000 人を 2006 年までに増員する（現在の研修生数および予想退職者数に基づく）。がん患者の治療にあたる外科医はこの多くを占めている。

専門医数の将来予測

医療関係者（イングランドのみ）	1999 年	2003/4 年	2005/6 年	1999～2006 年の増加数	1999～2006 年の増加率
組織病理学者	836	913	968	+132	16%
放射線科医	1,507	1,840	1,767	+260	17%
臨床腫瘍専門医	305	420	453	+148	49%
内科腫瘍専門医	110	192	265	+155	141%
血液学専門医	510	639	659	+149	29%
緩和ケア医	94	164	221	+127	135%
合計	3,362	4,169	4,333	+971	29%

出典：1999 年 9 月保健省労働力調査による 1999 年度専門医数
脚注

- これはイングランドのみに関するもので、専門職人材諮問グループ（Specialist Workforce Advisory Group：SWAG）によるものとは異なる。専門職人材諮問グループによるものでは他のグループ（例えば、軍医、代理医師など）も含まれる。
- NHS と契約していないホスピスに従事する緩和ケア医は含まれない。

- 8.12 がんの治療において重要なその他の専門職においても人員の増加が行われる。例えば、同期間にわたり、泌尿器科医（前立腺および膀胱がん治療に対する待機時間の削減を達成することが求められる）の数は、123 名増加され、増加率は 32% となる。胃腸がん患者の調査およびケアを行う消化器科医の数は、208 名増加され、増加率は 50% 以上となる。さらに、一般外科医の数は、257 名、20% の増加となる。