

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様に表している。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、このイニシアチ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チブである。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、肺癌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。その期間中には不必要な心配や不安、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・イニシアチブ

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チブも定められた。
- 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に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性を目指す。

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

最近認可された膀胱腫、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・ロッターリーに取り組むという提言が実行可能となる。

ガイダンスの実施

- 6.7 結果改善 (Improving Outcomes) ガイダ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、ガイダ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、グ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まれる。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ランスの作成
- 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）ガイドランスと同様の手法を用いて支持療法のガイドラ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つたり、関心を示していなかつ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められる。

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)

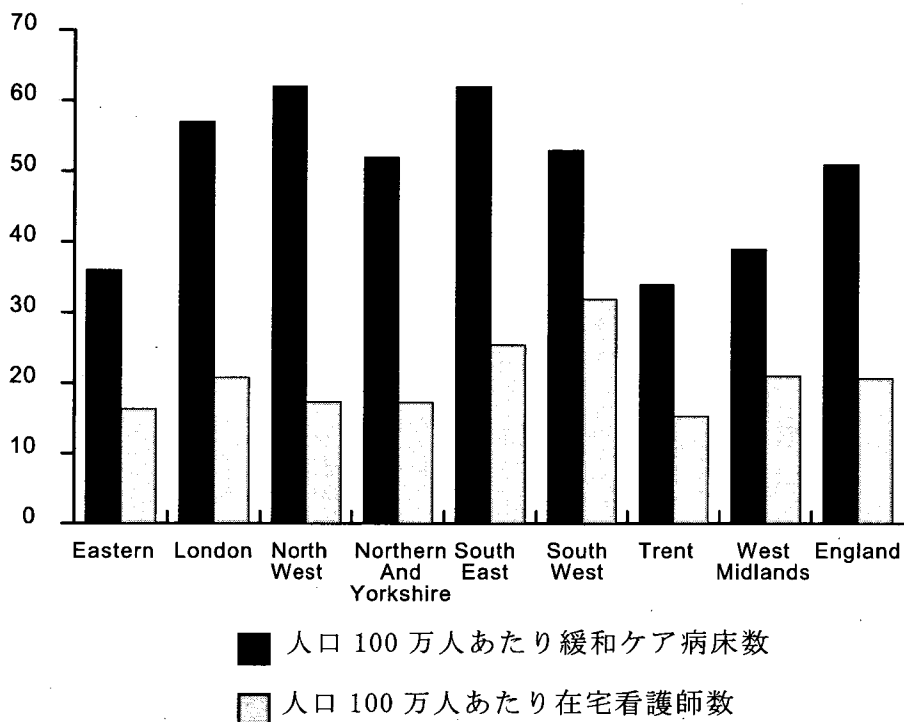
キャンサーリンクは、地域で活動するがん自助および支援グループとがんサービス利用者を結ぶ国内ネットワークを有している。これにより、NHS のがんサービス再建を支援するための情報、支援および研修などが提供される。また、がんサービス利用者の幅広い意見が取り入れられることにもつながる。広範囲の利用者の意見を効果的に反映するためには、研修や支援が欠かせないということがサービス利用者によるエビデンスにより示されている。

- 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、患者の近くにお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。