

を作りました。これは、サポート、再発時の早期治療に何が必要なのかを探っているところです。

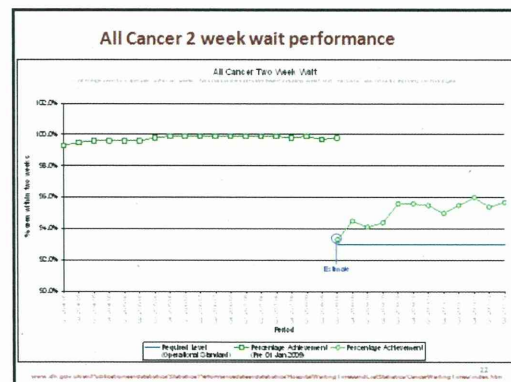
次に、大まかにがんの研究の向上、特に患者の臨床試験への参加率向上をどのように行おうとしているかを説明します。2001年に私たちは、National Cancer Research Institute (NCRI 国立がん研究所) という機関を設立しました。

NCRIは、特定の目標を掲げ、NHS全体を扱うありとあらゆる治験を計画しています。あらゆる専門家のグループがこれらを支援しています。National Institute of Health Research (NIHR), Medical Research Council (MRC 医療研究評議会), Cancer Research UK (英国がん研究所), その他大手を含む研究資金提供者と強く連携し、共同で研究を行っています。彼らはNCRIの一部であり、我々はすべての集学的チームが患者をこれらの臨床試験に組み入れるよう尽力します。

National Cancer Research Network (NCRN) は、がんネットワーク内に設置されています。各ネットワークには専門看護師のグループと治験登録を支援する研究管理者がおり、臨床試験になんとか参加してもらうように働きかけます。2000年にはイギリスの全がん患者の内3.7%だけが臨床試験に参加しましたが、2010年には19.8%と増加を示すという成功を収めました。設置した当時、臨床試験への登録は約2%でした。現在では約11%です。正確な数字は分かりませんが、臨床試験の募集は大幅に増えました。これは非常に効果的な取り組みです。

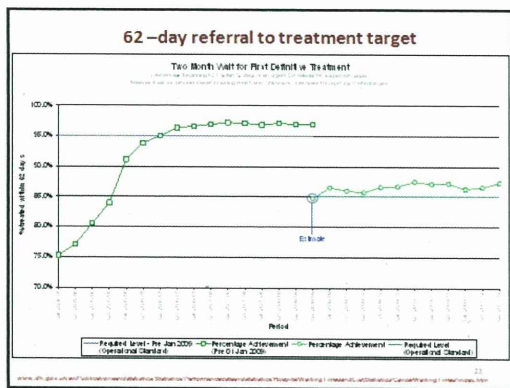
15年前は治療までに長い待機期間があ

ったことはお話ししました。そこで2000年初めに3つの目標を掲げました。1つ目の目標は、GPから最初の病院外来までの期間を2週間にすることで、これが最初の目標でした。次に、この最初の紹介から最初の決定的治療までの期間を62日間とすることでした。3つ目は治療において、最初の「治療の決定」からその治療を実施するまでの期間を31日とするものでした。また全ての病院の最高責任者に、がんの待機期間の目標を達成する責任を課しました。導入した当初は高すぎる目標のようであったが、今ではその多くが達成または向上しているといっても過言ではないでしょう。



これは、最初の紹介から治療までを2週間とする待機目標で、このスライドからもわかるように全ての病院が目標を達成しました。2009年に見られる明らかな現象は、データの記録方法を変更したために起こった作為的なものです。大切なことは、2週間待機を比較的容易に100%達成することができ、100%維持しているということです。

62日目標については、ご覧のとおり容易に達成できるものではなく、実に3年かかりました。診断、病期診断、治療の紹介そして決定的治療というケアの道筋



の全体を統合することは非常に困難でした。しかし、この目標を達成するには長い歳月を費やしましたが、現在も維持できているということはとても励みになります。また、2009年での減少は先ほどと同じくデータの記録方法を変更したことに由来します。31日目標も全く同様で、ほぼ100%に到達するまでに約3年かかりました。

私の病院では、紹介から治療までの期間を62日ではなく31日に設定し、現在のところ85%達成しています。我々はより高い目標を目指すことにしています。まだ、患者が直面している問題を全て解決したとは決して言えませんが、大幅な改善をしているということは言えるでしょう。

次の大きな政策展開が「Cancer Reform Strategy (がん改革戦略)」でした。政府はこの手の文書を好みます。これは2007年に策定され、Cancer Planにもみられた同じ用語がいくつかみられます。「The Cancer Reform Strategyは、2000年のNHSによるCancer Planの出版の進展に上乘せされ、今後5年間のがんサービスの指標を示している。2012年までに我々のがんサービスが世界一になることを示している。」と書かれています。7年前に出さ

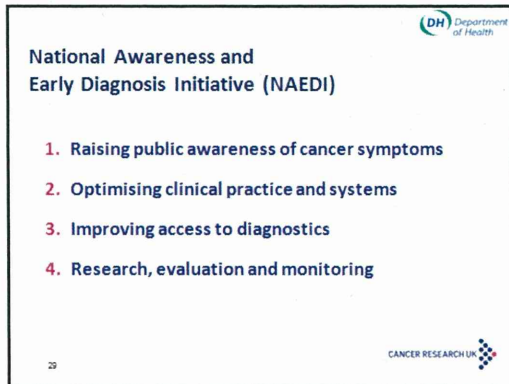
れたNational Cancer Planによって達成されてきたものを強化し、次の5年間の明確な方向性が示されています。この目標は、2012年までに、世界最高のがんサービスを提供すると掲げています。来年達成できるかどうかは私からは言及しません。

これは、その公文書からとられたもので、我々は「イギリスでの継続的な死亡率減少」を目標として掲げています。イギリスでのがんの死亡率は低下しています。この報告書が発刊された2007年には、さらに20%の低下を目指し、それを達成することができました。しかしこの現象には、正直申し上げて、喫煙率の低下による肺がんの死亡率の減少が大きな要因として説明できます。ですので、この死亡率の低下に医師が大きく貢献したかについては何とも言えないというのが正直なところではあります。

次の問題はどの国にも共通の問題ですが、高齢者の増加であり、年齢に伴って悪性腫瘍の発生率は高まり、がんの発生率は2020年まで増加すると推定されます。このため、この高齢人口に対する取り組みをプランに盛り込もうと考えています。

Cancer Reform Strategyはとても長い文書ですので、この中から重要な事柄だけを一部取り上げます。National Cancer Planはあまり診断遅延について強調がなされませんでした。イギリスの患者が進行した段階、すなわち重篤な段階で専門家を受診していることが分かりました。そのため、National Awareness and Early Diagnosis Initiative (NAEDI)と呼ばれるものを策定しました。これは、私が深く

関与しているもので、特に二次医療的視点から関わっています。



NAEDIは、保健省と Cancer Research UKとのパートナーシップにあり、4つの大きな課題がスライド29に示されています。1つ目は、症状に関する社会的認知度の改善、2つ目は患者の紹介に関する臨床システムの最適化、3つ目はかかりつけ医による診断技術の向上、4つ目は研究計画の強化です。

社会的認知度の改善について多くの取り組みを行っていて、「Be Clear on Cancer」という理念の元様々なキャンペーンを行いました。これは、多種のがんを対象としています。当初は大腸がんから始まりましたが、最近では肺がんまで広がりました。テレビ、ラジオやマスコミを使ったキャンペーンや、地域のイベントやかかりつけ医の意識を高めることで多くの注目を浴びました。50歳以上を対象として「3週間以上咳が続いたら、病院でX線検査を。」というメッセージを元に行いました。私たちは似たようなシンプルなメッセージを他のがんにも作ろうとしています。「Be Clear on Cancer」の材料は可能な限り、地域に合わせて作成されます。例えばここに登場する医師はキャンペーンがおこなわれた地区で働く医師です。

Cancer Reform Strategy はまた、治療を受ける機会の向上について述べ、化学療法および放射線療法の利用増加に向けて多くのことがなされています。初期には設定していなかった2次治療および3次治療への待機時間の短縮については、目標を設定したところでは、初期には想定していなかった目標です。



私が個人的に関心を持っているのは、がんの知的財産、がんに関する情報の改善であり、2008年には、National Cancer Intelligence Network (NCIN) という組織を設立し、私はその臨床指導者として大半の時間を過ごしています。ここでもやはり強い決意があり、これはマイク・リチャーズ教授の設定した目標ですが、「2012年までに世界の大国で最高のがん情報サービスを確立すること」を目指しています。これは彼だけでなく、この目標に皆がここへ目指して向かっていると私は信じています。後で、この分野で私たちが達成できた具体例をお見せします。

最新の政府が策定したがんの政策書は、「Improving Outcomes; a Strategy for Cancer (結果を向上させる;がんの戦略)」と呼ばれています。この表題は、新政府の政治的推進力を示し、患者の転帰の向上に強調を置いたものとなっています。

これはこの公文書が2015年までに特定の分野の改善を狙いとすることを表しています。「更に命を救う」といった決意を中心に改善点があり、私たちは2015年までに5000人を救うといった数字目標を追加しました。これは、ヨーロッパの平均生存率を元にたてました。仕事の割り当てによって、それによっておおまかにどのくらい実現可能であるかが推定され、そのことは論文でも示されています。例えば、ヨーロッパの中で最高の位置を獲得するためには、1300人の命を肺癌において救う、などがあります。そのため、私たちは現在この目標を達成するために一生懸命働いています。これらの狙いは明らかに結果に基づいて行われ、以前のように過程指向ではないため、達成するのはおそらくもっと難しいでしょう。過去1年のうちに政府の政策文書が沢山出され、このうちのいくつかはここに示されています。これらの政策は、まるで雪が空から降ってくるかのようで、これらを遣ってよりよいケアの基準を絶え間なく求め続けることが私たちの仕事なのです。

リチャーズ氏は最初、「大きい」とまでは言及していませんでした。しかし大きいという言葉を加えたのは、例えばアイスランドのようにデータが容易に収集できる小さい国を含めてしまうことを考慮し、「大きい国」としたのです。アイスランドでの肺がんの症例は年間140例です。非常にデータの収集しやすい数です。イギリスでは37,000例ですから、難しくなります。これが決意です。我々のやるべき仕事です。後ほどまた、これに関する我々の取り組みについてお話しします。

導入としてお話ししたい内容は以上です。レナード先生にバトシタッチする前に、何かご質問があれば伺います。

祖父江先生： 素晴らしいレクチャーをありがとうございました。NHS Cancer Planと2007年のCancer Reformの概要に関する重要な点を挙げていただきました。

祖父江先生： 私から質問ですが、Cancer Registry（がん登録）というのが、National Cancer Intelligence Networkの中で、割と大きな位置を占めていますね。Cancer Registryというと、日本も同じなのですが、Population-based Cancer Registry（地域がん登録）というものがあって、パブリック・ヘルス・サービス用の罹患率だとか、人口あたりの生存率とかを測ることで使われていると。

一方で、日本には、学会ベースの Site Specific Cancer Date-base Registry（臓器がん登録）というものがあって、これは Population-based ではなくて。

ピーク先生： はい、それは大きな違いです。

祖父江先生： 詳細なデータを大きな病院から集めて、臨床医の方々が予防を実践するとか、進展要因を解析するだとか、あるいは、Innovating、Staging systemとか、そういうのに使うと。で、そういうものが、Cancer Intelligence Networkの中で、うまく統合されて使われているのですか？ その臨床データベースと、それから Population-based Cancer Registry と。

ピーク先生： はい、我々は連携されたデータを多く所有しており、これについても後でまたお話しします。最後にご説明します。今、何枚かのスライドを最後に飛ばしていたことに気づきました、すいません。私はこれが最後だと思っていました。2分いただけますか。今年初めに出了された、転帰の改善とがん対策に関する最新データについて説明します。もう1つ文書があって、これは健康に関する初めての文書でした。昨年の新政府から出されたものです。

やはり、イギリスが達成すべき決意表明です。この2012年から2015年まで前進させようとする姿勢がお分かりいただけると思います。我々は生存者数をさらに増加させたいと考え、2014年までに年5000人増加という数値を掲げました。この目標をPublic Health Englandと呼び、これらが、欧州の平均に達することで達成される目標されることです。我々は『British Journal of Cancer』に発表した試算では、欧州一を達成するには、例えば肺がんは1年生存者数をさらに1300人増加しなければなりません。ですから懸命です。さらに具体的に目標がレベルアップされ、具体的な生存者数の改善目標値に取り組むためにさらなる転帰戦略が必要で

す。お話し忘れていた点があります。ご存知のとおり、あらゆる範囲の事項があります。これらはこのわずか12ヶ月間に作成された文書であり、影響力を持つものです。サービスの変革について空から雪が降るように政府の政策が次々と出されますが、これらはすべて転帰の改善につ

いて議論されているもので、これまでの戦略は具体性に欠けていました。そのことを最後にお話しするのを忘れていました。

祖父江先生： では、レナード先生の話聞いてから、総合討論したほうがいいということですね。では、ピーク先生について、確認の質問とか、お願いします。

質問者： 鶴田と申します。静岡県の医療政策を担当しています。質問ですが1つは、イギリスが15年の政策を持っておられて、先ほど示されたものは情報のベストということですが、治療のベストではないということの確認と、2つ目、ここ15年で世界的に従来の位置がどのくらい上がってきたか。15年の政策の中で、求めておられる世界的地位が、どのくらい上がってきたかということをお教えしてほしいということ。3つ目は、先ほどナースの役割を話されました。チーム医療としてのですね。そこで、イギリスにおけるナースの、いわゆるがんの位置付けとか、資格とか、あと人数、それがどうなっているかということ。あとお願いですけど、このスライドを配布していただけないかということ。以上です。

ピーク先生： 3つ目のご質問から先にお答えします。もちろん、スライドはお渡しできます。スライドをお持ちいただけて光栄です。2つ目の質問に戻ります。看護師は混成された専門家グループです。一部の看護師は緩和治療の看護師ですし、一部は腫瘍専門の看護師、他にも腸の専

門、腸や肺の専門看護師などがいますが、診断の時点からケアの段階すべてを通してサポートをします。彼らは、サポートや情報提供を行い、患者は彼らに電話をかけることができます。問題があれば、がんの専門看護師に電話をし、看護師は患者を支援し、病院に戻るよう伝えたり、再度受診の予約をするよう伝えたりします。看護師は、ケアの道筋を示す役割を果たします。私の専門である肺がんの分野では、がん専門看護師を起用したことが治療水準の大幅な改善の一つです。イングランドだけで、260名の肺がん専門看護師がいます。彼らは非常に重要なサポートケアの連携体制を提供してくれます。1つ目の質問はこれらの政策が本当に生存率に変化をもたらすのかについてでした。私は始めに、2005年から2006年のスライドをお見せしました。私は改善したと考えていますが、わが国と他国との差は埋まっておらず、その理由は、これまでの政策全てが、専門的なケアの改善に関するものであり、そこに時間を割いてきたからです。リソースが不足していたことに疑いはなく、改善中でしたし、現在も継続しています。しかし今、がんが進行した段階で受診するという患者の現状を認識しはじめました。健康への一般的な関心かわかりませんが、イギリス人は関心がうすく、あきらめの心境になります。「ああ、がんになってしまった、死んでしまう。」と。よって早い時期に診療を受けようとならないのです。彼らは認識が低いのです。例えば、私たちが患者だけでなく一般市民を対象とした、1800例の電話調査を実施したところ、患者で

はなく一般市民で、肺がんの徴候を答えることができたのはわずか38%でした。肺がんの徴候を1つ答えることができたのは大規模な母集団のわずか38%だったのです。ですから一般市民の認識は低く、患者が早く受診するようこの問題に取り組み始めたところです。

分かりませんが、言うまでもなく、変革を始めてから長期生存率に効果がみられるまでは長い時間がかかります。ですから、語るには時期尚早です。

もちろん、ケアの質に関しては、80年代初め、1982年に私が医師になった頃と比べて、ケアの質、スピード、専門家の受診者数が大幅に改善されたことは言うまでもありません。生存率に変化が表れるのかどうか、今までのところ生存率の改善はみられていません。ですが、できると信じています。そう願っています。

鶴田静岡県理事： ありがとうございます。

祖父江先生： 今、クオリティは改善されたとおっしゃいましたけど、どうやって測ったのですか。

ピーク先生： 紹介から治療までの期間についてご説明しました。それが1つ目の尺度です。私たちは、専門家の人数を把握しています。また、X線装置、CTの台数も計測しています。ですから装置の台数が分かります。最後にまたお話しするときに、肺がんの幾つかの尺度に関するデータをお見せします。抗がん治療、手術を受けた人の割合が増加しているこ

とがお分かりいただけます。いくつかの尺度がありますが、ポーリンの後にまたお見せします。よろしいですか。すいません。また後でお話しさせていただきます。

祖父江先生： 他に質問、ありますか。

今井先生： レビューをお聞きして、イギリスも非常に悪かったことが分かりました。1999年、2000年以前は、非常に生存率は悪かったと。それで、マイク・リチャーズ博士、非常にカリスマのドクターが一生懸命頑張って、NHSのCancer Planを打ち立てて、そして今まで色々なネットワークを作って、まい進してきたということなのですね。がん対策を推進する時に、中央政府とか地方政府、医師とか看護師とかの医療界、そして患者団体、大体この3つが色々な力関係で進んでいくと思います。

4年前に同じようなシンポジウムを開いて、アメリカのCDCからゲストスピーカーを呼びました。その時に根本的な問題として、CDCやアメリカ政府を、がん対策推進に目を向けさせる、推進させるには、何の力なんだということ聞いたら、やはりそれはもう患者団体、圧力団体、プレッシャー・グループが、非常にアグレッシブに突き動かして、州政府が中央の政府を動かして、そしてCDCが底上げをしていると伺いました。イギリスの場合は、患者団体とか、あるいは地方政府や中央政府を突き動かす原動力とか、そういうのは患者団体の力なのか、あるいはマイク・リチャーズ博士のような、カリスマの人が推進力になっているので

しょうか。英国のがん対策推進を突き動かす力について、どのような歴史というかプロセスを経てきたのでしょうか。

ピーク先生： 非常に重要な質問です。今すぐにお答えすべきでしょう。我々は全ての委員会に患者の窓口を設置しました。全てのネットワーク、全ての国立委員会、全てのワーキング・グループにそのグループの患者窓口を設け、また、イギリスの各地域には様々な種類のがんの患者団体があります。彼らCancer Research UKなどやその他Macmillanと呼ばれる主要ながん慈善団体もまた、患者に代わって政府に様々な圧力をかけています。ですから、その質問は非常に重要な要素です。私はアメリカに行き、毎年ASCO（米国臨床腫瘍学会）に出席し、アメリカで活動されているこれらの患者団体を見ていますが、イギリスの患者団体は彼らとは異なります。イギリスの患者団体は攻撃的でも圧力的でもなく、そこまで権力はありませんが、システム内に組み込まれています。彼らがネットワークの一部であると言った方が適切かもしれませんが、ですが、がんインテリジェンスがさらに優れたものとなり、病院や医師個人の能力をもっと理解できれば、イギリスにおいて「患者の力」といったものはさらに重要になります。非常に重要なことです。ありがとうございます。

祖父江先生： では、予定された時間になりましたので、次のレナード先生に、移りたいと思います。ピーク先生、どうもありがとうございました。またご登壇

願いますけれども、よろしく願います。

今井先生： 2人目の英国からのゲストを簡単にご紹介します。ポーリン・レナード先生です。レナード先生は、セント・ジョージ・ホスピタル・メディカル・スクールを1992年にご卒業されて、そのあと、ロンドン大学、サウスエンド病院などで、オンコロジスト（Oncologist がん専門医）としてご活躍されています。現在はウエイトン・ヘルス・ホスピタルで勤務されて、腫瘍医、臨床医としてご活躍されております。ポスターにもありましたけれども、全権大使というか代表者で、臨床医を取りまとめて、リーダーシップを発揮され、特に人材育成、若いドクターの教育に従事されています。

おそらく先に登壇されたピーク先生のお話を補足するような形での人材育成や医師評価などについて、お話して下さると思います。

イギリスからお二人を呼んだのは、一人の先生でお話を聞くと、どうしても偏りとか、あるいは一面的になってしまうということがあるからです。先ほど、ピーク先生からは、全体をレビューして政策的に携わってきた先生の立場からお話を伺いました。別な視点から、すなわち医師教育やチーム医療に従事されているレナード先生をお呼びして、そういった側面からも多面的にイギリスの経験や現状をお聞きするというご招待致しました。そういった点をお話していただけたと思います。では、よろしく願います。

ポーリン・レナード先生： ありがとうございます。ピーク先生と同じく、私もお招きいただき光栄です。暖かくお迎えいただき、特に今井先生には、お呼びいただいたことに感謝しています。先ほどの最後のご質問の1つに重要かと思われまますので、私の自己紹介を付け加えたいと思います。といいますのも、私は2002年、大規模ながんセンターの1つに内科腫瘍顧問医として初めて任命されました。そちらで7年勤めた後、小規模ながんユニットの1つで内科腫瘍医としての挑戦を再開しました。私がレクチャーの第2部としてお話ししたいことは、私たちがいくつかの政策および挑戦をどのように実現しようとしているのか、についてです。ピーク先生の説明とずれがなければいいのですが。

ピーク先生がおっしゃったように、NHS Cancer Planの質の高いがんサービスが、本当に達成されるには、サービス構成、質の高いケア、効果的な薬剤と技術に関し、明瞭な、証拠に基づく体制の構築が必要です。もちろん、指針に加え、適切な資源を用意できなければならないのですが、このような、人的資源、基盤、CT スキャナーと診断に関連する資源についても、ピーク先生が概要を説明されました。

都道府県がん対策の問題に、NHS Cancer Planの経験がどの程度役立つかに取り組む前に、まずは優先順位を大まかに説明しなくてはなりません。質の高いがんサービスは、根拠に基づいたサービスの構成や質の高いケア、効果的な薬剤や技術の枠組みが必要です。これは、資

金を含めて十分な資源と進行の度合いをモニタリングすることで実行可能となります。NHS Cancer Plan に投資されたのは累積総計で6億ポンドです。

がん患者のケアと治療の向上のため、多職種によって構成されたチームが再構築されました。がん種別に標準となるケアが確立され、これらから中央チームによってどのようにサービスの質を測定するかの一連の基準尺度が構築されました。また、上級医師のコミュニケーションスキルを向上させることに焦点をあてた国家コース「Connected」が開発及び実行されました。更に、薬剤の入手や治療への機会と保証するプロセスが構築され、終末期医療にたちはだかる課題に対する“Gold Standard (究極の基準)”の枠組みが開発されました。

Multidisciplinary teams (MDTs)

- The Department of Health (DoH) defines a MDT as
 - a group of people of different health care disciplines which meet to discuss a given patient and who are able to contribute independently to the diagnostic and treatment decisions about a patient"
- MDT specifically deal with one type of cancer & have been endorsed as a principle way of managing the care of patients with cancer in the UK.

保健省は、MDT (Multi Disciplinary Team) を「特定の患者について検討するために集まり、独立して、患者の診断と治療決定に寄与できる異なる医療専門分野の人々のグループ」と定義しました。90年代後半に発表されたカルマン-ハイン報告書から分かる通り、英国のがん患者で、実際に、専門医のケアが受けられたのは、全体の20%未満でした。本当に大きな推進力となった、カルマン-ハインか

らのテーマや、その後の同様のスコットランド、北アイルランドやウェールズから出された報告書、それら全てで、全国で組織し、チームで協力し始めなければならないということが示されました。

治療は、専門のMDT、例えば乳がんならば乳がんの、結腸直腸ならば結腸直腸の、泌尿器なら泌尿器のMDTが担当するというようになっていきます。MDTは、上級看護師、外科医や内科医を含んだ臨床医、放射線科医や組織病理学者より構成されています。推奨される最高のケアを保証するための中心メンバーと、より幅広い分野の問題に繰りくみ全体的なケアを提供するメンバーとがいます。

がんの種類によって、仕事の量や専門化による治療が異なります。英国の各地で、治療法が大きく異なりました。集めたデータから、専門家の関わりが多い人々の方がより優れた転帰や死亡率が低いことが分かりました。この結果が、頻繁にみられると関わるMDTの修正に結びつきました。乳がん、結腸直腸がん、前立腺がんや肺がんは、全て地元で管理されていましたが、まれながん、例えば消化管がんや婦人科がんなどは指定されたがん病院で集約される必要がありました。治療の実行を保証するため、厳密な治療経路が同意されて公表される必要がありました。今ではMDT Working (MDTが共に働くこと) は、アメリカ、オーストラリアや多くのヨーロッパで標準ケアとされています。効果的なMDTは、費用効率が高いケアに必須な一貫性、継続性と連携されたもの-患者が正しい人を、正しい時間に会い、正しい検査を受け、正

しい順番にタイミングよく受けることを保証します。残念なことに、もし患者が間違った専門家を受診したならば、沢山の誤った検査が行われ、患者にとって無駄であるだけでなく、少ない資源をも無駄にし、診断、専門家の見解や診断への遅れへとつながります。

専門家チームで動くことで、ケースごとに同じ基盤を共有することができるため、医療関係者間のコミュニケーション量が増えることが期待されます。連携の強化は、よりよい臨床結果へと結びつきます。何故なら、意見の集約は正しい病期や病状決定を保証し、このことですべての職種によって全面的な議論が行われ、倫理上この議論は臨床結果の向上をもたらされると考えるからです。加えて、平等な環境が生じることは仕事の満足感やチームメンバー精神を健全化させ、学ぶ機会や患者の臨床検査への参加、情報収集や監査された経路や結果の機会を与えます。

効果的な MDT は、専門家のグループをただ 1 つの部屋に集めればいいわけではありません。そのチームが上手に機能するためには、互いの視点を尊重し合い、それぞれの分野で等しく寄与できる環境を作ることが必要です。主に 4 つのカテ

ゴリーがあり、それらはチームの構成、臨床における意思決定、チームの管理、そして、チームメンバーの専門的能力の開発と専門教育で、効果的な MDT 活動には、これらの全てに対応することが本当に大切です。がん基準のマニュアルが、がん種ごとにあり、それぞれの MDT の会員に割り当てられます。MDT の会員は、常にいなくてはならない専門的な中心メンバーと、拡張されたメンバーの 2 つに分けられます。それぞれの MDT には、指揮権を持つ人と議長とが選任されます。それは同一人物であることがあります。MDT におけるリーダーシップは、チームが機能的に動くために必須です。一部の MDT では、1 週間に 2、30 の症例があり、かなりの仕事量になります。そのため、この仕事量を効率よくこなすために、提案された症例の管理を行い、最新の結果が出ているか、すべての CT&MRI が使用可能か放射線科医や病理組織学者が十分な準備期間があったかを確認します。管理体制は効果的な情報収集を行うための鍵となります。

The National Cancer Peer Review (NCPR) とは、がんサービスの質的プロセスを保つためのものです。これは、各種のがんが、がんマニュアルに示される一連の標準的ケアを保証し、結果が一致するようにするためのプロセスです。ピアレビューは、サービスの発展と質向上のための原動力です。

The Care Quality Commission (CQC) はイギリスの健康と社会サービスを取り締まる独立したものです。CQC の役割は、病院、歯科医院、消防車、介護施設、老

The Characteristics of an Effective MDT

- In 2009, 2000 MDT members surveyed
- Most team members (at least 90%) agreed that effective MDT working results in:
 - Improved clinical decision-making
 - More coordinated patient care
 - Improvement to overall quality of care
 - Evidence-based treatment decisions
 - Improved treatment
 - Improved recruitment to clinical trials

5

What is National Cancer Peer Review?

- A quality assurance process for cancer services
- An integral part of Improving Outcomes – A Strategy for Cancer
- Assesses compliance against NICE IOGs (Clinical Guidelines) for NHS patients in England
- A driver for service development and quality improvement
- Supported by a set of measures for each topic
- Uses clinical indicators to inform review of outcomes

人ホームやその他の場所が提供するケアが政府の定める標準的な質や安全性と一致することを確認することです。彼らは政府の登録料による収入や補助金などによって資金援助を受けています。CQCは以前あった3つの委員会、The Healthcare Commission（保健医療委員会）、The Commission for Social Care Inspection（CSCI 社会ケア監査委員会）、The Mental Health Act Commission（精神保健法委員会）、にとって変わったもので、2009年の4月1日に健康と成人社会のケアを取り締まる独立した役割を果たすために始動しはじめました。政府の基準は、ケアの全ての側面をカバーします。これには、人へ尊厳と敬意をもって接すること、食べ物や飲み物が人々のニーズにあうこと、環境が安全で整っていて、サービスの管理や人員の配置を行うことを含みます。

2001年には、最初のピアレビューのプロセスが、イギリスで開始されましたが、地域レベルで行われ、3年間の周期で終了しました。その後、キール大学が全国調査を2001年に引き受けました。彼らは、地域差がサービスの均一化を妨げるとしてイギリス全土における公平性を訴えました。2004年には、プロセスが再度変更

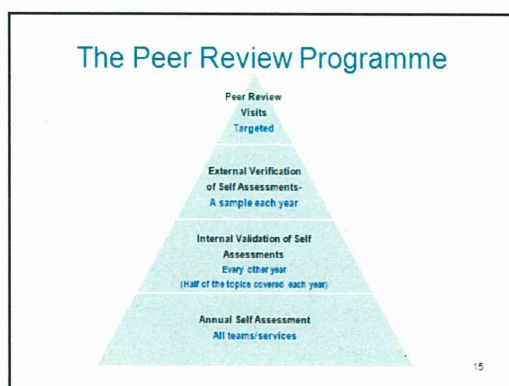
されましたが、2009年に新しいものによってかわれました。

ピアレビューのプロセスで保証される質とは何でしょう。実際のところ、総合医療チーム全体、構成、参加数、これらは、当然保証される品質です。チームが機能していて、みんなが参加していたことを示すには、毎年年末に、特定の基準に達していなければなりません。いわゆる、分野横断的サービスについても、検討します。各腫瘍タイプには、一連の指針があり、それぞれの腫瘍タイプについて、ピアレビューが行われますが、化学療法提供、放射線療法提供、そして来年には、緩和ケア提供、病理サービス等のサービスについてもピアレビューが行われます。

評価基準は国家的に認められたガイドンによってがん種別に公表されます。ガイドンスが作成されるとその文章は直ちに3ヶ月間協議にかけられます。利害関係者は意見を求められます。全ての意見は正式に公表される前に思案されます。全ての評価基準は、唯一の識別コードで公表されます。1番最初の数字が、公表された年を示します。全国がんピアレビューのプロセスの目的は、サービスが限りなく安全なものにすることです。ケアの質と効果向上に加えて、国民調査に基づいて患者の経験が調査されます。ピアレビューは、よい実践が特定され全国に広めることができるプロセスです。

この略図は、現在のプロセスを絵で示したもので、各病院が自己のない年次自己評価を請け負うことを示しています。自己評価に加え、3つの書類を作成しな

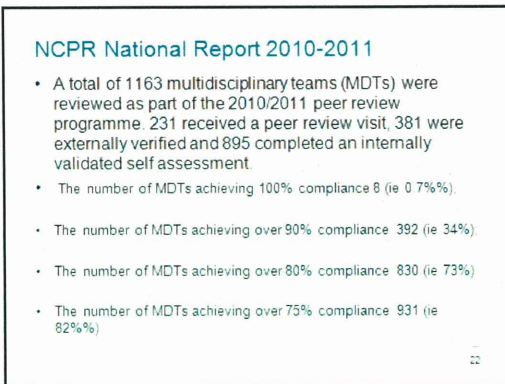
ければなりません。一つは、標準作業方針で、チームの機能方法、協力方法、紹介プロセスについて記載する必要があります。年次報告は前年の財政状況の説明であり、それにはただ単に達成された事柄だけでなく何がサービスにとって主要な課題であるかを明確化することです。この年次報告書によって、事業計画が作成されます。



1年おきに、サービスは内部検証が行われ、各組織と最高責任者によって承認されます。内部検証とは、各トラストが組織内の専門家の集団と自身のサービスを振り返るプロセスです。通常このチームは、ネットワーク代表者、上級がん管理医師、治療グループ以外の上級臨床医によって構成されます。彼らは、そのチームが提出した全ての証拠を検討し、実行していると示されていることが、そのチームで実現されているか、批判的に分析し、疑問を投げ、自ら確認します。外部調査は、地域にわけられたがんピアレビューが再結成されたチームによって行われる卓上ではない特定された内部検証自己評価です。Cancer Network は、ピアレビューの視察を行うことに同意しています。彼らは品質尺度が適しているかを決定するために、サービスを提供するメ

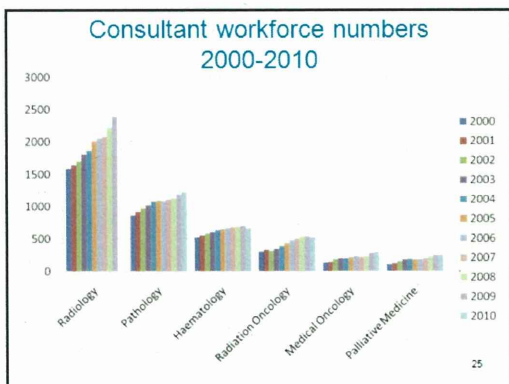
ンバーと会う機会があるのです。外部チームは、責任者に対して、当局のチームが安全または適切なサービスを提供しているか否かについて、影響力のある意見を述べます。通常約2週間前に全ての文書が彼らに渡されます。彼らは現場を視察し、チームとしてエビデンスを検証します。次に、訪問先のチームと面談し、彼らが提出した証拠書類やサービスの調査を元に結論を導き出します。その後、報告書が作成されます。NCPR のプロセスを完結することは、がんサービスの質を決定するプロセスです。ピアレビューの権力のほどですが、差し迫ったリスクが確認されると、その確認から2週間以内に修正されなければなりません。

集められた全ての情報は、保護されたネットのシステムにアップロードされます。パスワードの制限によって、自分のトラストと全イングランド内のトラストとの実施状況を比較することが可能です。ピアレビューは質を向上させるための手段としてとても効果的です。これによってはかられた個々のトラストはCQCで確認することができます。CQC がピアレビューのエビデンスによって、サービスが実行されるべきか否かを決められるため、NCPR は目的にあったがんサービスであるかを定めるための重要な役割を果たします。新しく報奨金が導入され、前年度比で、評価基準の75%以上を達成しているチームは、自治所得とよばれるものがもらえます。前年度比で、成績優秀な、適切に機能するサービスであったことを示すことができれば、現に、外部のピアレビューの対象外になります。



最新の英国の報告書から、主要項目の数字の一部をお見せします。合計 1163 の MDT をレビューし、231 チームがピアレビューの視察を受け、381 チームが外部により検証され、895 チームが内部認証された自己評価を完了しました。100% 準拠を達成したのは 1% 未満の非常に少数です。しかしながら、90% 超の準拠を達成した MDT の数は、3 分の 1 を少し上回ります。75% 以上の準拠を達成した MDT 数は、82% です。初期のころを振り返ると、全ての評価基準で順守はほぼ倍になっています。この数値は顕著な上昇を 2004 年に比べて示していることが分かります。

これは、2000 年以降における顧問医の労働人口の上昇を示します。腫瘍医に加えて顧問放射線医の診断技術の向上をだけでなく、介入手順の改善が必要とされていた。病理学と血液学のサービスの



向上に加えて、緩和医療に対する大幅な

投資が必要でした。

NHS の Cancer Plan から、患者は思いやり、尊厳や敬意を払って接されることを最優先に求めているということがわかりました。彼らは、症状の一群として見られることに不満を漏らし、病気ではなく「病気を抱える人」として見られることを望み、医療関係者と適切なコミュニケーションをとり、自分の症状について明確な情報を知りたいと思っているのです。

最近亡くなった ボブ・バックマン医師はカナダでは極めて著名な腫瘍内科医ですが、コミュニケーションスキルのトレーニングにおける先駆者でもあります。彼は、コミュニケーションとは治療の大切な一部であり、介入が適していない患者に対しては、唯一の要素であると言いました。多くの場合、薬物治療よりも思いやりや計画が必要であるけれど、残念なことにほとんどの場合補助的な治療として用いられてしまうと述べました。

この図式は、これは私達の多くが認識している医師としての伝統的モデルです。患者が実際に問題を提示した時、医師は情報を集めますが、私達が疾患フレームワークと呼ぶものに主に集中してしまうのです。「The Connected Program」は、国が進めるコミュニケーション技術を習得するためのプログラムで、これは医師を含めた上級臨床医が彼らのコミュニケーションスタイルがどれほど患者へ影響を与えるかについて考えることを目的としています。患者が個別に話を聞いてもらっていると感じたり、個別なケアをしてもらっていると感ずることができるよう

に聴取スキルを身につけることを目的とします。

Communication skills training and burnout
(Ramirez et al, Lancet, 2005)

- 41% of hospital consultants felt insufficiently trained in communication skills
- feeling insufficiently trained is also associated with:
 - High depersonalisation (p<0.001)
 - Low personal accomplishment (p<0.001)
 - Lower job satisfaction (p<0.001)

30

明らかに患者への利益があるだけでなく、医師のスキルを向上させることはストレスや医療者のバーンアウトを軽減することができます。

「Connected」は、学習者を中心とした1クラス10名の臨床医のコースです。高度に訓練された役者が患者や気難しい同僚を演じるのですが、それらに対して課題を実行してもらうのです。彼らが話し合っている時のビデオを撮り、それを私達が再生して、効果的なコミュニケーションやおそらくほとんど効果がないコミュニケーションについて指摘し、彼らに対して実践的な違う方法を提示するのです。参加者は安全な環境下で、異なった方法を試す機会が与えられるのです。

Evidence for the efficacy of current training model (three-day workshops)

- **Maguire et al 1996**
Pre-post design. Multi-professionals (n=169)
Significant increases in facilitative skills
- **Fallowfield et al 2002**
RCT Oncologists (n=160)
Significant increases in key facilitative skills
- **Wilkinson et al 2008**
RCT CNSs (n=172)
Significant improvement in assessment and facilitative skills

32

このモデルはある極めて確実なエビデンスに基づいています。3つの研究グル

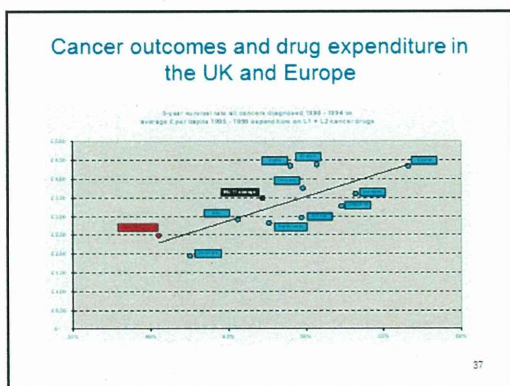
ープがあります。1つ目はマンチェスターにあるマグワイア教授のユニットで、多職種グループに対するコミュニケーションスキル・トレーニングの影響について調べています。2番目は、レスリー・ファローフィールド教授のグループで、160名の医師に対して、無作為対照化研究(RCT)を行い、3番目はスージー・ウィルキンソン医師のグループで、看護師におけるトレーニングの影響について調べました。これらすべての調査が示したことは、コミュニケーションスキルは学べることであり、十分に教育を受ければ私達の毎日の診療に効果的に取り入れ、話し合いの場面に反映させることが可能なのです。これらの研究から、コミュニケーションスキルは学ぶことができ、それらが上手に教えられた時には、毎日の仕事へ活かすことができ、診察へ多大な影響力を与えるということが分かりました。

私達は2008年7月に全国的なConnectedプログラムを立ち上げました。28すべてのがん治療ネットワークにおいて、1293コースのトレーニングを実施しました。既に参加者は12,000名を超え、最も多いのは医師と看護師で半々です。コースの全参加者には事前にアンケートに答えてもらい、また、コース修了後にもアンケートに回答してもらい、本プログラムを評価してもらいます。参加者の95%が、本コースが自身の期待に沿うものであったと答えています。また、私は特にこれが好きなのですが、「同僚にも本コースの受講を勧めますか」、という質問に対して、84%が絶対に勧めますと答え、

7%は勧めないと答えています。おそらく適切な環境ではなかったと思われる、何も学べなかったと感じた少数派は常にいますが、私達は本コースが示すこのような影響に極めて満足しています。臨床医が対応するのが難しいと感じる状況として、診察時の気持ちの高ぶりをよく挙げます。患者を緩和医療へと移行する場合、希望を保ちながら行うのもまた極めて困難です。それ以外にも患者やその家族、もしくは紹介した医師した別の医師からもたらされる非現実的な治療への期待に対応することも困難であるという意見が寄せられます。イギリスでは、また、おしゃべりで、インターネットで沢山情報を収集してきた患者や、特に予後が悪い患者から、どのぐらい生きなければならないのかと尋ねられた時がとても辛いというのも見つかりました。

イギリスは、新しい資金の有無に関わらず画期的新薬を利用するのが遅かったのです。

イギリスとヨーロッパにおけるがん治療薬の支出と生存率についての関係を示しています。これから、イギリスの支出金額と生存率が共に最低であるということが分かります。



NICE – The National Institute for Health and Clinical Excellence

- Improving Outcomes Guidance: 1998 – 2006
 - Defining configuration of services (e.g. surgical specialisation) – backed by new government funding
- Clinical Guidelines
- Single Technology Appraisals (cost-effectiveness)
- Quality Standards: 2011 onwards

www.nice.org.uk

英国国立医療技術評価機構(NICE)は、1999年に独立した組織として設立されました。目的は、健康・予防と治療の国家ガイダンスを提供することです。NICEはイングランドやウェールズにある NHS (国立健康増進局) のためのものであって、スコットランドは独自の方法を持っています。NICEは様々な臨床状況の新しいガイダンスを提供します。

肺がん管理についての NICE が提供するガイダンスの具体例で Improving Outcomes Guidance と違うことは、資金について扱っていないことです。NICEは強固な評判を持っていて、何かが公表された場合、地域の委員らは公表から3カ月以内にそれを実行できないか十分に思案します。

NICEの質の基準は、一連の簡単な表明と関連した評価からなります。これらは、向上心の高い目標を定めますが、それらは達成可能であり、評価尺度は質が高く、費用効果がある治療であり、異なった病気や状況の治療や予防をも含んだものとなっています。

NICEは、革新を評価するために5つの異なったプログラムがあります。1つ目は技術評価で、これは特定の適応症における個々の技術に対する臨床および費用

対効果です。2つ目は、介入手順で安全性と効果を、3つ目は臨床的ガイダンスで特定の疾患に対する臨床・費用対策効果をもっと広い視点からみます。4つ目は医療技術で、これは費用削減を、5つ目は診断で、臨床と費用効果です。

イングランドでは、NICEによって技術が承認された場合、委員たちは3カ月以内にそれに資金を援助する義務がありますが、ウェールズとスコットランドではありません。

既に述べたように、臨床ガイドラインには当てはまりませんが、もちろん、医療専門家として私達は、自分達の目の前にいる患者に対して責任があります。すべての患者の公平性を確保すべきですが、また私達は、正しいことへの支出を確認するような社会に対しても責任を負っています。私達の資金源は1つだけなので、私達が使えば、その分誰かの配分がなくなる可能性があることについて、確認できるようにしなければなりません。

これは、NICEが費用対効果について、どのように評価に取り組んでいるかをまとめようとした良い図です。介入が、4分割した円の南東に位置するなら、コントロールに比べてそれは費用がかからずより効果があることを示し、そのため好まれます。一方、円の北西に位置するのは介入に費用がかかる上、効果もいまいちであるため、コントロールの方が好まれるということを示します。他の二つの4分の1の円は、費用と効果に矛盾を示します。例えば、非小細胞性肺癌患者において、二次治療薬としてエルロチニブの使用を承認するために資金提供した

場合です。そこで、国際的に認識された質調整生存年では、年あたり20,000～30,000ポンドと述べています。本剤は承認されました。

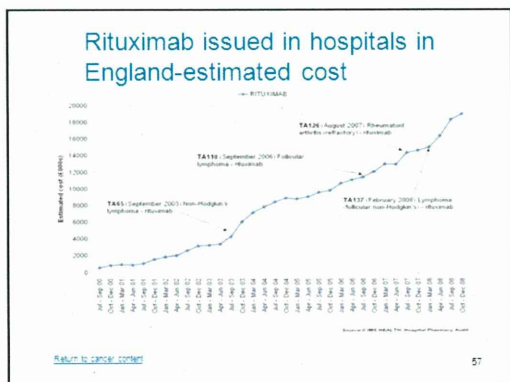
費用対効果だけが考慮される指標ではありません。臨床研究結果の強度、信頼性や一般化可能性、経済モデルに用いられた仮定の妥当性、感度分析の結果、重症度がどれくらい考慮されるべきか、またとてもまれなケースにたいして、NHSが特別な資金をどれだけ準備するべきかがあります。

Breakdown of decisions in published technology appraisals for anti-cancer agents

Recommendations	
Yes	69 (64%)
Optimised	5 (5%)
Only in research	8 (7%)
No	26 (24%)
TOTAL	108 (100%)

NICEが登場して、私達医師が新薬を利用できる機会が広がったように思います。NICEはしばしば何に対してもノーというようにも思われていました。これはデータが示すことではありません。2000年3月1日に、最初の技術評価ガイドラインが発表された時には、抗がん剤に関して78ものガイダンスが存在していましたが、そこでNICEはより大きな展望を描き、単に抗がん剤だけにはしなかったのです。実際には、公表された全技術評価のほんの35%だけががん関連でした。実際に、公平に少ない約70%について、NICEはイエスと言っていますが、その販売承認に従った使用、または日常的な診療や特別な環境のための使用、これは最

適化と呼ばれていますが、いずれかを推奨しました。



これは、非ホジキンリンパ腫におけるリツキシマブの使用とその費用について示しています（スライド 57）。何らかの考えが浮かぶと思います。2000年に戻ると、リツキシマブへの支出はほとんどありません。しかし、最初のガイダンスが登場してから支出は増加し、その結果、患者は本剤を利用できるようになりました。その後、リツキシマブの使用については、新たな適応症に対して新たな技術評価がされるごとに、その使用量は増えていきました。

イギリスでは、NICE が承認した薬を取り入れるまでに時間がかかりました。新薬が上市してから5年では、実に国際平均の45%しか使用されていません。そして6年から10年になって、ようやく大きなレベルで増加し始めます。資金が理由だとは考えにくいし、もしかしたら文化的態度が取り組むべき課題なのかもしれません。

2010年に、新政権は別の方法を導入しました。まず、今ではCancer Drugs Fund（がん特別基金 CDF）として知られていますが、それは当初Interim Cancer Drugs Fund (ICDF) と呼ばれていました。これ

が導入された理由には、平均して新薬が承認されるまでの全過程に14カ月かかったことにあります。明らかに橋渡しが必要だったのです。私達は医薬品の使用における販売承認を得る新たなシステムを導入します。これは、「value-based prescribing（価値に基づく処方）」と呼ばれています。それまでは、CDFが一時的な措置として機能します。CDFは臨床医らが部分的に存在する枠組みに逆らって集団決定を行えるようにするために発足されました。最初に立ち上がったときには、年2億ポンドでしたが、全てが新たな資金ではなく、約30%が新規で残りの70%が再配分されたものでした。合計28のがんネットワークには、10の戦略的な地域保健医療局あり、これらはそれぞれ独自のCancer Drug Fundを持っています。

どの医薬品が対象となるのでしょうか。費用か有効性のいずれかの理由によってNICEに却下されたあらゆる医薬品が対象となる可能性があります。または、NICEが承認していても、異なる臨床環境では承認されなかった医薬品、また、まだNICEの審査過程にある医薬品、NICEで承認されたのとは異なり、適応外使用に近い可能性がある医薬品が対象となります。

実際に、Cancer Drugs Fundが登場する前は、ロンドン自体がLondon Cancer Drug Prioritization Process (LCNDG) を作っていました。ロンドンでは、すべての新薬、および知識ベースになるような臨床エビデンスについて、自分達で評価する医師グループを組織して、決定していました。実際に、彼らはすべての新薬について、

その延命効果、生活の質、利用可能な代替療法、費用対効果、およびエビデンスレベルについて評価し、スコア化しました。

Ranking

- Colour coding:
 - Drugs with high score **Green**
 - Rare cancers (those that appear to meet NICE End of Life criteria but less robust evidence) **Light green**
 - Drugs with special consideration (e.g. cost-saving, improved patient experience) **Blue**
 - Drugs that appear to meet new NICE End of Life Medicines criteria **Amber**
 - Drugs with low score **Red**

61

基本的に、スコアが高い薬を「グリーン」と呼びます。稀ながんやNICEによる終末期患者を対象とした基準に適合するようであれば、「ライトグリーン」となります。その後、特別に LCNDG によって承認されたものは、委員によって「グリーン」、「ブルー」、「ライトグリーン」への資金援助を始めます。琥珀色の薬は、初期治療グループによって資金援助を受けるべきか思案されます。赤色の薬は通常、援助を受けることがありませんが Individual Funding Request (個別援助リクエスト IFR) という過程によって対象とされる薬が思案されます。

Cancer Drug Fund at 12 months and over past 6 months (* norm. for pop)

• Bevacizumab	18%	28% (varies by factor of 7*)
• Cetuximab	9%	12% (varies by factor of 13*)
• Rituximab	6%	7%
• Everolimus	5%	6% (varies by factor of 3*)
• Lapatinib	5%	6% (varies by factor of 2.5*)
• Sorafenib	4%	6%
• Bendamustine	3%	5%
• Fulvestrant	2%	4%
• Abiraterone	2%	4%

65

このスライドは昨年の Cancer Drug Fund への申請が急激にあったことを示し

ています。そのうちの 28% は、結腸/直腸がんと乳がんのベバシズマブに使用されています。

ほとんどの申請はロンドン CDF によって承認されるため、医師は自分たちの要求に対して責任をとるようになっていきました。申請が却下される最も多い理由は、申請用紙が適切に書き込まれていないからです。ロンドンの CDF は新薬の費用を援助するだけで、追加の外来受診を担当することに対する支援はありません。ロンドンでは患者に新薬を与えることで約 400 万ポンドが追加されると言われています。

Gold Standards Framework (GSF) は余命 1 年の患者をサポートするための枠組みとしてデザインされています。このフレームワーク急性病院プログラムに適用した場合です。終末期において病院でケアを受ける患者のケアの質は改善し続けています。入院前、入院中、そして入院後、また、入院期間の短縮、迅速な退院、入院回避をすることで、入院治療費が削減され、その結果、費用を減少して費用対効果を上げています。イングランドにおいて、入院患者はがん全体の 60% を占めます。患者が自宅での死を望む前に、病院で亡くなる患者は未だに非常に多いのです。

もし、日本の各県の皆さんが NHS Cancer Plan から学ぼうと思うのであれば、私たちはどう結論を下せばよいのでしょうか。改革を実現するには、明確に文書化した展望、政策的支援と合わさった強力な臨床におけるリーダーシップが必要です。成功を評価するには、基本的構成

要素や目的となる結果についてのベンチマークが必要です。また、これらの結果が満たされない場合は、このベンチマークはより影響力を持つ必要があります。成功するには明らかに、財政的支援と測定可能なプログラムが必要です。ご清聴ありがとうございました。

今井先生： レナード先生、どうもありがとうございました。何かご質問等ありますか。

質問者： 東北大学の小坂です。貴重な発表をありがとうございました。日本でも同じような議論があったのですが、その Cancer Drug Fund という、新しいファンドがあって、NICE があまり認めないような、要するに日本でいうと保険で認められないような薬について使えるシステムを作ったわけですね。日本でそれをやると、NICE による承認というか、NICE がまた薬を認めないのではないかという不安が起きて、上手くいかない可能性があるのですが。NICE は、この Cancer Drug Fund ができても、承認とかそういう姿勢は変えないということは担保されているのでしょうか。

レナード先生： はい。新政権については、いくぶん心配はあります。NICE がノーと言える権限は続くと思いますが、現在はやや均衡状態となっています。思うに、NICE には悪い認識があり、これはデータによって必ずしも示せることではないです。申請のたったの 25% しか実際には却下されていないことを再確認しては

しいです。多くにイエスと言っているのです。実際には私達の多くが NICE を信じています。なぜなら、実際の NICE による処理過程全体や、専門家がエビデンス評価していることで、私達は大きな信頼を寄せているのです。時に 2、3 カ月しか生存しない患者のためだけに多額の資金を支出する方法を作成するように依頼するような場合、ここには大きな決断が必要となります。

実際に、私達の多くが実施すると、ノーと言われますが、私達は NICE がしている仕事を評価しています。臨床試験から何かを得て、患者に結果を届けるには、とても長い時間がかかります。NICE がより効率的に技術評価できるようになる方法がありました。思うに、私達の多くはそれに固執したいのです。お話ししなかったことですが、なぜなら、10 の戦略的保健医療局 (SHA) がありますが、これらが何に対して支出しているのか見ると、国全体でいくぶん不平等があります。ロンドンに極めて十分に組織化されており、とても堅固で明確なシステムとなっていますが、今一度言いますが、がんの二次療法におけるベバシズマブに対する支出額はかなりの額でした。現在エビデンスベースはそれに対してそれほど強くはないと主張できるでしょう。私は皆さんと一緒にです。個々の医師について考えると、病気の患者がいて、何かしたいと考えて、もし薬を得ることが簡単であれば、社会として私達にとって正しいことを、私達はしていないかもしれません。

今井先生： そうすると、きちんとした

エビデンスに基づいて、NICE が抗がん剤の選別や推奨を行っている、これはコストパフォーマンス悪いですよ、と、大体明らかにしている。そして、がん臨床医は概ねそれを信じて、それに従って現状はやっているという。そういう理解でいいのですね。

レナード先生： 大半の臨床医は NICE を信頼していると思います。これには NICE の認識の問題と実用化までに要する時間が関係しています。以前は新薬に対する期待があまりに大きくて、臨床医はすぐに使えないことにフラストレーションを感じたと思いますが、これまでの例を見る限り、一旦エビデンスが得られれば、後からエビデンスが得られてもそれほど大きな影響はないことが多いと思います。したがって、実際には患者の生命にそれほど重大な影響を及ぼさないプロセスに莫大な費用が費やされてしまった可能性もあると思います。しかし、それが自分たちの患者に必要であると思えば、資金が供給されるようにするべきであると声高に主張する人々が必ず現れるものです。そうではありませんか。

今井先生： その他、何かありますか。では、後ろの方どうぞ。

質問者： 貴重なご発表、ありがとうございました。国立がん研究センターの高山と申します。2008 年に英国に訪問させていただいて、その時にも、アクションチームの方にもお話を伺ったように記憶しているのですが。その時のピア・レビ

ューというのが非常に印象に残っていて、その時には幾つかのキャンサー・ネットワークの病院から数名がチームになって、他のキャンサー・ネットワークの病院に訪問をして、それが訪問する側にとっても非常に学びの機会になるというのを記憶しているのですが。そういった理解でよろしいでしょうか。今日のお話だと、もう少し威圧的ではないのですが、査察に近いのかなという印象がありました。どのぐらいの来られる側と行く側の、印象というか、どういうことが具体的に効用として上がっているのかを教えてくださいたいのが1つと。

もう1つはMDTに関してですが、MDTで、非常にセルフレポートを何段階にもやっていくというようなことがあって、報告するというプロセスがあって、非常に現場の先生方、あるいはスタッフにとって負担になるように感じるのですが、そういった反発は逆はないのか。ないのであれば、そのための工夫というのは何かされているのか、というのを教えてください。

レナード先生： はい。全くおっしゃる通りです。以前のピア・レビューは、外部のチームが自分たちの仕事ぶりを調べに来るという印象が強く、かなり処罰的な感じがあったと思います。確かに調査をされて、足りない点を指摘されるような感じでした。しかし、ケアのプロセスが根付いた今では、殆どのチームが非常に高いレベルに達していると思います。今ではピア・レビューを行う側にとっても極めて負担が大きいことがわかってい