

遺伝学

- 10.15 遺伝子学は急速に進歩している。今後数年、拡大しているがん遺伝学に関する知識はがんを発症するリスクを個人レベルで予測し、がんを早期に探知・診断し、最適な治療を選択する能力に大きな影響をもたらすと予測される。最終的に、遺伝子革命はがんを予防する方法へと導くことが考えられる。
- 10.16 しかし、大きな不確実要素もある。これらの進展の正確な時期もしくは全体的に及ぼす影響については分かっていない。全ての人が、がんを発症するリスクが高いことについて知りたいと考えるわけでない。がんの遺伝的感受性を持つ人々に対し、特定の予防治療および生活習慣の変化がどれほどリスクを低減するのかについても、まだ明らかになっていない。さらなる研究が早急に必要とされている。
- 10.17 遺伝学の進歩により、がんの遺伝的感受性に関するより深い理解が得られると思われる。有毒物質への環境暴露の影響を修正する小さな役割を果たす他の要素に比べ、遺伝的要素は優勢で、病気の進行の前兆となるなど、がんの進行に関する遺伝子の相対的影響は様々であり、状況により変化する。
- 10.18 遺伝子検査は、以下のような3つの異なる状況において用いられる。

- 単一遺伝子の異常に起因し、はっきりした遺伝パターンを持つ比較的まれながん症候群（網膜芽腫、Peutz-Jeghers 症候群、Li-Fraumeni 症候群、Hippel-Lindau 病および多発性内分泌腫瘍症など）。これらの場合、遺伝子検査は診断の確定、もしくは無症状の症例において病気の進行を予測するために用いられる。
- 一般的ながんの一部は、単一遺伝子の遺伝パターンに起因するが、病気の進行には環境もしくは他の要因が影響している。これらの場合、遺伝子異常（乳房、卵巣がんの場合 BRCA1 および BRCA2、大腸がんについては MLH1 および MSH2）の存在は、がんの発症リスクをかなり高め、十分な調査もしくは早期予防法の展開がふさわしい。
- 病気の進行が、遺伝子変形および環境要因による複雑な相互作用に依存している大部分の一般的ながん。この分野における遺伝子検査は、個人ががんを発症する可能性を判断し、病気の発生減少および予防によりリスクを低減することを目的とする生活習慣改良プログラムの導入を促進する。

- 10.19 これらの各分野にはさらなる研究が必要であり、どのようなサービスが必要かを判断するためにエビデンスベースが求められる。開発された検査の種類、また遺伝子サービスを発展させる方法は様々である。例えば、まれな症例に対する検査には、専門の臨床遺伝学サービスと関連がある専門研究所による遺伝子構造の詳細な分析が必要となる。一般的ながんに対する検査は、高い処理能力、また大規模集中的な研究所や患者に近い場所など、どの技術が開発されるかにより低コストの検査技術が求められる。遺伝子サービスはどの程度遺伝性がんを探知するか、また素因検査が将来どの程度提供されるかについて正確な予測を行うのは難しいといえる。

がん遺伝子サービス (cancer genetic service)

- 10.20 知識には格差があるものの、親族にがん病歴がある患者は、がんを発症するリスクが高いかどうかについてのアドバイスを求めるようになってきている。患者は、現在利用できる最善のアドバイス、ふさわしい場合は遺伝子検査の情報、また今後のリスクを減らすためのサーベイランスや治療プログラムを利用したいと考えている。現在 NICE は、家族性の乳がんのリスクが高い女性のマネジメントに関するガイダンスを開発中である。
- 10.21 現時点において、サービスは十分に展開されていない。プライマリケアチームにとって、患者のリスクの程度を評価するために必要な情報の利用可能性は必ずしも良いとは限らない。病院部門では、NHS のがん治療現場に属す遺伝学者はほとんどいない。NHS 検査サービス (NHS Laboratory service) においても、遺伝子革命に対する準備態勢が十分に整っていない。
- 10.22 がん遺伝子サービスをさらに展開するためには戦略的な枠組みが必要である。遺伝学とがんに関する専門作業部会の報告は、枠組みの基盤となる。ハーパーレポート (Harper report) は、がん遺伝子サービスがカルマン&ハインによるサービス枠組みを反映することを勧め、がん臨床遺伝学においてプライマリケアを主要点としなければならないと述べている。また、この新たな発展分野におけるプライマリケアを支援するために、教育的イニシアチブ、情報技術開発および紹介ガイドラインの必要性を認めている。

がん遺伝子サービスのための新たなイニシアチブ

- 10.23 マクミランがん救済財団による近年のこの分野における経験に基づき、保健省はマクミランとのパートナーシップにおいて連携し、がん遺伝子リスク評価およびカウンセリングを改善するための新たなサービスを展開する。これには、プライマリケアチームを支援し、個々の患者の家族歴に基づきリスクレベルを特定するために彼らと連携することも含まれる。がん研究慈善団体により開発されたソフトウェアの幅広い使用も展開される予定である。中程度もしくは高度のがんのリスクが発見された患者に対しては、地域の遺伝子サービスと関連してがんネットワーク内の遺伝学カウンセラーの予約を行うなど、マクミランがん救済財団とのパートナーシップによりサービスの展開および評価が期待される。
- 10.24 国家検診委員会 (National Screening Committee) は、がんの種類別、特に大腸、乳房および卵巣がんにおける集団遺伝子検診の是非に関するエビデンスの見直しを行うことを検討する。
- 10.25 がん遺伝学サービスにより、情報収集のための共通データが開発される。

将来へ向けて

- 10.26 個人の遺伝子構造は、特定の医薬品がどれほど効果的であるか、また副作用の危険性について判断するのに役立つ可能性がある。この分野における研究は薬理遺伝学として知られており、ヒトゲノム計画の結果として加速している。遺伝子は抗がん剤を含む 20 を超える薬剤の代謝に影響を及ぼしていることが確認されている。
- 10.27 成功を収めている化学療法は、将来的に個人の遺伝子的背景を理解することにますます依存するようになると考えられる。他のがん研究資金提供者とのパートナーシップにより、がん化学療法の分野における薬理遺伝学的研究の発展促進を目指す。
- 10.28 全てのがん細胞は、腫瘍が進化する間に起こる遺伝子変化（体細胞変異）を含んでいる。これらの変化は遺伝しないが、がん細胞の探知を改善し、最も効果的な治療を判断する面において、遺伝子技術は潜在的可能性を持っているといえる。慎重な見直しの下で研究を行い、病理学規定への影響力を保つことを目指す。

行動および里程標

2000年

- ・ 国立がん研究所に関する資金出資者との協議の開始。

2001年

- ・ NHS がん研究ネットワークの始動。
- ・ がん遺伝子サービス（マクミランとのパートナーシップによる）の展開開始。
- ・ 国家検診委員会による集団遺伝子検診の是非に関するエビデンスの見直し。

2003年

- ・ NHS がん研究ネットワークの十分な確立。

11. NHS キャンサープランの実施

- ・ 2003年から2004年にかけて、がんサービスに対する5億7千万ポンドの追加投資
- ・ がんネットワークによるがんサービス改善の実現
- ・ がんネットワークによる戦略的サービス提供計画の展開
- ・ サービス提供計画を支える人員、教育研修および関連施設の戦略
- ・ がんネットワークにおける試験的な委託契約（commissioning）の実施

11.1 本計画は、NHS プランが述べた保健医療サービスに関する大規模な変更に基づき、がんサービスの迅速さ、質および公平さを改善するための行動を定めたものである。患者のニーズに合わせたサービスを形作り、ケアや治療の基準を改善し、スタッフに対してより良いサポートおよび高い評価を与えることを目指す。

11.2 これら変更を実施するにあたり、がんサービスを計画するための資金、リーダーシップおよびより良いシステムが必要となる。政府はその3つ全てを整えている。

がんサービスに対する財政支援

11.3 これまでは資金不足であったため、臨床家や管理者はサービスにおいて必要とされる変革を実施することができなかった。NHS プランは、NHS に対する大規模な投資を発表し、その障壁を取り除く。がんサービスに対して、2001年から2002年までに2億8千万ポンド、2002年から2003年までに4億7百万ポンド、また2003年から2004年までに5億7千万ポンドが追加投資される。

11.4 この資金により、地域の臨床家および管理者らは変革に投資することが可能になる。またより効果的で公正なサービスを提供し、本計画で定める戦略および里程標を実行し、以下の目標を達成することができる。

- 喫煙対策への強いサポート
- 検診へのアクセスの向上
- がんの診断および治療に対する待機期間の目標
- NICE のサービス提供ガイダンス（結果改善（Improving Outcomes）ガイダンス）の完全な導入
- がん治療薬に関する NICE の評価の完全な導入
- 専門的緩和ケアサービスに対する増資

格差を縮小することが各項目に共通するテーマである。

変革のリーダーシップ

- 11.5 資金そのものがあるだけでは不十分である。NHS ががんサービスの変革を支援および実施するためには、国および地域におけるリーダーシップが必要となる。
- 11.6 国家がん対策長官は、本計画を実行するための行動を主導する。対策長官はがんネットワーク、州事務局長（Regional Director）および専門家団体と連携し、国家基準の作成、問題対処のための追加的作業、資金が最も効果的な方法で用いられていることの確認などを行う。
- 11.7 計画の実施を前進させるため、新たながん特別委員会が設置される。これは国家がん対策長官が議長を務め、患者代表者、臨床家および管理者をメンバーとして含むものである。
- 11.8 地域サービスは、国家的優先事項について明確に理解し基準を定めることにより、患者が望む良質のサービスを提供することができる。
- 11.9 地域の関係機関にとっては、ネットワークにおいて連携することにより、戦略的計画を作成・実行し、資産をがんのために最善利用する方法を認め、クリニカルガバナンスを通じてケアの質の監視のプロセスを実行することができる。州事務局長は、がんネットワークの作業を監督および調整する。

がんネットワーク

- 11.10 カルマン&ハイン・レポートは、がんケアのネットワークに対しては、プライマリケアからがんユニットまで範囲を拡大して一般的ながんをより多く扱い、まれながんの診断を行うように提言した。また、がんセンターに対しては、放射線治療や骨髄移植などの専門性の高い治療を提供することを提言し、新たな分野を切り開いた。
- 11.11 がんネットワークは、本計画を実行するがんサービスの組織モデルとなる。これにより、医療サービスの契約者(保健当局、プライマリケアグループおよびPCT)、提供者(プライマリケア、地域ケアおよび病院)、ボランティア部門および地方自治体を1つにまとめるものである。一般的に各ネットワークは、およそ100万人から200万人の人口を管轄とする。
- 11.12 がんネットワークには効果的な管理が必要とされる。提供者であるNHSトラスト、医療機関および緩和ケアチームの最高責任者が、主任臨床医と同様に密接に関わることは重要であるといえる。住民のがんに関するニーズへの対応が最も必要な地域を目標とした資金により、がんネットワークを通じ、ケア経路を越えてがん患者に対する地元の病院では受けることができないサービスの計画を行うことができる。喫煙および食習慣に対する行動により、均一なケアが促進され、がんリスクの低減支援における提携が図られる。
- 11.13 がんネットワークは、多くの地域、特にがんサービス連携における9つのネットワークにおいて非常に効果的であることが証明されている。がんネットワーク基盤のサポートに対しては、すでに資金が準備されている。サポートおよび組織的展開施設は、州およびネットワークが利用することができる。また、NHS改革庁は今後2年間がんネットワークと連携し、全てのがんネットワークにがんサービス連携イニシアチブを展開する。

がんサービスの計画および委託契約

- 11.14 がんネットワークは、がんの予防、検診、診断、治療、支持療法および専門的緩和ケアなど全ての面で戦略的サービス提供計画を展開するために連携を行う。また多様性に取り組み、資金を最善利用するための共通プロトコルおよびサービスパターンに関する協定を結ぶ。これらの提供計画を支えるためには人員、教育研修およびがん関連施設の戦略が必要となる。
- 11.15 ネットワークの保健当局、PCTおよびサービス提供者は、患者ががんネットワークを越えた別の場所で治療されることを認め、ネットワーク戦略の実行が必要ながんサービスへの投資に対して共に注意を向ける必要がある。したがって、共に戦略の発展に取り組み、各自の貢献を計画して実行していく必要がある。

- 11.16 がんサービス提供計画は、幅広い計画プロセスの中に完全に統合される。地域の保健医療関係団体は、NHS プランからの発展と一致して、健康改善プログラム（Health Improvement Programme : HImp）とサービス・財政枠組み（Service and Financial Framework : SaFF）のプロセスを通じ、各自のネットワーク計画に対する貢献を行う。計画プロセスの時期および要件のガイダンスはまもなく発行される予定である。
- 11.17 NHS プランは、臨床主導のケアの抜本的で新たな形を試験的实施するという政府の意向を述べた。がんサービスの全体的な実行可能性をネットワークレベルで評価するため、少数のがんネットワークで実施される。

まれながんに対するサービスの委託契約

- 11.18 全てのネットワークでがんケアの様々な面が提供されるわけではない。これは特に、専門的知識もしくは施設を必要とする量の少ない高コストの作業に適用される。
- 11.19 州特殊委託契約グループ（Regional Specialised Commissioning Group : RSCG）は、がん治療のこれらの面について委託契約を行う責任を有している。非常にまれな状態もしくは治療については、国家特殊委託契約諮問グループ（National Specialised Commissioning Advisory Group : NSCAG）が委託契約を行う。委託契約は州によって若干異なる方法で行われている。
- 11.20 州特殊委託契約グループおよび国家特殊委託契約諮問グループの経験を基に、全てのがんネットワークで提供が行われないサービスを委託契約するため、より一貫性のあるアプローチの開発を行う。

改革プログラム

- 11.21 本計画では、NHS がんサービスを近代化する行動を含む意欲的なプログラムについて述べる。NHS プランと同様、これは投資および改革に依存している。必要とされる変革については、5年以上の期間において段階的に実施することにより、目標およびサービス改善における進展を迅速かつ対処可能なものとする。

行動および里程標

2000年

- ・ がんネットワークの構成に関する同意。
- ・ 健康改善プログラム (HImp) とサービス・財政枠組み (SaFF) は、新たなネットワーク計画に沿った形で、キャンサープランの展開に必要な行動を迅速に行う。

2001年

- ・ 全てのがんネットワークは、本計画および他のがんに関するガイダンスと調和したサービス提供の3年計画を作成する。
- ・ 全てのがんネットワークは、サービス提供計画を支える人員、教育研修および関連施設の戦略を作成する。

NHS キャンサープラン：次のステップ

1. 国家がん対策長官は、以下を行う。
 - ・ NHS キャンサープランの一層の実施を行う国家がん特別委員会において議長を務める（第 11.7 項）。

2. 州事務局は、以下を行う。
 - ・ 2000 年 11 月までにがんネットワークの構成に合意する（第 11.9 項）。

 - ・ 2001 年よりピア・レビューの訪問調査を監督する（第 6.15 項）。

 - ・ がんネットワークのサービス提供計画を監督する（第 11.9 項）。

 - ・ 2001 年までに州レベルのがん関連施設戦略を策定する（第 9.8 項）。

3. がんネットワークおよびそのメンバーは、以下を行う。
 - ・ 2001 年までに、がんサービスの全ての局面を網羅する戦略的サービス提供計画を作成する（第 11.14 項）。
 - 予防

 - 検診

 - 診断

 - 治療

 - 支持療法

 - 専門的緩和ケア

 - ・ 2001 年までに以下における戦略基盤を開発する（第 11.14 項）。
 - 人員

 - 教育研修

 - がん関連施設

保健当局、PCT、NHS トラストは、健康改善プログラムとサービス・財政枠組みに新たなネットワーク計画を反映する（第 11.16 項）。

- ・ 新たな国および地域目標に沿った形で、喫煙における格差を低減することを目標とした行動を計画する（第 2.8 および 2.9 項）。
- ・ がんサービス連携に対する第 2 段階への参加を行う（第 5.11 項）。
 - 地域の改善目標の設定（第 5.14 項）
 - 予約診療システムの開始（第 5.13 項）
 - 国の待機期間目標の実施（第 5 章）
- ・ ボランティア部門と共に、現在の緩和ケアサービス提供を見直し、支持療法戦略を展開する準備を行う（第 7 章）。
- ・ 2001 年より、以下に関して、新たな NICE ガイダンスを実施する。
 - がんサービスの組織化（第 6.5 項）
 - がん治療薬（第 6.6 項）
- ・ 2001 年から、がんの部位別の学際的チームを設置し、全ての患者がそのチームによるケアの評価を受けられるようにする（第 6.10 および 6.11 項）。
- ・ 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（第 6.14 項）。

(資料4) NHS Cancer Plan の (数値) 目標とその進捗状況

② 予防	
(喫煙)	
目標	中間評価結果
2010年までに、肉体労働者集団の喫煙率を32% (1998年) から26%に減少させる。	肉体労働者集団の喫煙率は33% (1998年) から31% (2003年) に減少した (注: 喫煙率の計算方法が変更されたため、各年とも約1%上昇している)。
2002年までに、PCTにおいて包括的な禁煙サービスを設置する。	2001年までに、全てのPCTに禁煙サービスが設置された。
喫煙率の最も高い20の保健当局 (注: 現在は存在しない) において、喫煙率を下げるための地域目標を設定する。	肉体労働者集団の禁煙支援の (地域目標の合意のある) プロジェクトのために、20の保健当局に5万ポンドが割り当てられた。
2003-2004年と2005-2006年の間に、80万人の喫煙者を4週間プログラムで禁煙に成功させる (注: 新たな目標)。	2003-2004年に報告された禁煙者は204,151人である。
禁煙に取り組むための地域協定を結ぶ。	イングランド全体で42の協定が結ばれた。
喫煙率減少に寄与する研究に250万ポンドを投資する。	「禁煙」イニシアティブの評価を含めて、各種プロジェクトに研究費を配分した。現在まで220万ポンドが費やされた。
2001年に、刑務所と病院において、喫煙率減少のための試験的取り組みを実施する。	2001年までに刑務所と病院においてプロジェクトを試行した。また軍隊、工場、労働者クラブにおいても試行された。各施設におけるGood Practiceガイドも作成された。
(食事と栄養)	
目標	中間評価結果
2002年から、果物と野菜の消費量を増加させるための「5-A-Day (1日5品目) プログラム」を開始する。	キャンペーンを実施中である。貧困地域 (66のPCT) にターゲットを絞った「5-A-Day」の地域キャンペーンが実施され、2005年後半に評価を行う予定である。白書「Choosing Health」では、「5-A-Day」の評価から学んだ教訓を生かして、2006年からさらに多くのPCTに地域キャンペーンを実施するための資金を提供することが公約された。

(食事と栄養) (続き)	
目標	中間評価結果
「5-A-Day」のメッセージの認知度を高める。	認知度は52% (2002年) から59% (2003年) に上昇した。新鮮な果物の消費量は2001-2002年と2002-2003年の間に5.8%増加した。450を超える組織が「5-A-Day」のロゴの使用を許可された。白書「Choosing Health」では、子どもをターゲットにした加工食品と食品に対するロゴの使用基準を拡大することが公約された (2005年中旬)。
全国学校果実給食計画 (National School Fruit Scheme。毎授業日に4~6歳の児童に無料で果物を提供する計画。) を実施する。	プログラムを拡大して野菜も含めた。約200万人の学童 (97.7%の学校) が参加している。2004年11月に全国展開を達成した。白書「Choosing Health」では、全ての地方教育当局が所管する保育園への拡大を検討することが公約された。
(国民の意識)	
目標	中間評価結果
禁煙に対する国民の意識を高めるキャンペーンを実施する。	Department of Health (わが国の厚生労働省に相当。以下保健省) が大規模なメディアキャンペーンに予算を配分した。主なメッセージやキャンペーンの認知度が上昇した証拠が示されており、現在では禁煙したい理由のただ一つの最も大きなものとなっている。
2001年に、がんに関する国民の意識向上のためのプログラムを開発する。	国民の意識向上のためのプログラムに関する研究に予算を配分した。2001年に5つの研究プロジェクトが委託された。2005年に、がんの症状に関する国民の意識向上のための試験的なプログラムを開始予定である。
意識向上へのアプローチに関する研究のエビデンスを評価する。	研究結果の適用を検討中である。
国民の意識や理解のレベルが評価される。	がんの症状に関する国民の意識向上のための試験的なプログラムに、プログラムのインパクトの評価が含まれている。

③ 検診	
(乳がん検診)	
目標	中間評価結果
2003年までに、全ての受診者に対して、2方向からのスクリーニングを行う。	85の乳がん検診ユニットの中で、81ユニットが目標を達成した。2005年8月までに全てのユニットが目標を達成する予定である。
2004年12月までに、定期的な(3年に1回の)乳がん検診の対象年齢を(現在の50~64歳から)70歳まで拡大する。	2005年4月までに、全85ユニットで拡大されることが期待される。
乳がん検診(マンモグラフィ検査)のスタッフの階層を、(現在の2層構造(実施者と評価者)から)新たに4層構造(指導者、上級者(読影、超音波検査など)、実施者、補助者)とする。	進行中である。4層全てのポストが設定され、2003年3月に、53人の補助者、158人の上級者が各ポストに就任する。
(子宮頸がん検診)	
目標	中間評価結果
2002年に、液状細胞診の試験的实施がNational Institute for Clinical Excellence(以下NICE)によって評価される。成功すればNHS全体に導入する。	試験的实施が完了した。2003年にNICEが全国展開を勧告した。子宮頸がん検診の近代化プログラムが発表された。
子宮頸がん検診(細胞診)のスタッフに関して、4層構造のスキルミックスモデルの開発を進める。	現在は30名の上級者がポストに就任している。同定された問題に取り組んでいる。
2002年までに、保健当局は検診受診率80%を達成する。	PCTは規模が小さいため、非現実的な目標値である。目標を下げる必要がある。
2001年までに、全てのPCTは貧困層や少数民族の集団の子宮頸がん検診の受診率を評価する。	保健省は、白書「Shifting the Balance of Power」が発表されたためこの目標をモニタリングしていない。しかしgood practiceが残されており、いくつかの地域における適切な活動が行われている。

③検診（続き）	
（大腸がん検診）	
目標	中間評価結果
パイロットスタディの結果が肯定的であれば、2003年に大腸がん検診を導入する。	2003年までの結果は不十分であるため決定できない。検診の導入は2006年に開始される予定である。
大腸がん検診の方法を評価するために研究を継続する。	2005年にパイロットスタディを開始し、2006年にさらに拡大する。2007年に主な研究の結果を報告する。
2001年に対象を絞った内視鏡検査の研究を開始する。	2001年に内視鏡検査の全国研修イニシアティブが設立された。2004年に、3カ所の国の研修センター、7カ所の州の研修センターが研修プログラムを開始した。
（NHS 前立腺がんプログラム）	
目標	中間評価結果
早期発見、治療、ケア、研究を改善するための前立腺がんプログラムで、NHS Cancer Planに先がけて2000年9月に発表された。2001年にリスクマネジメントプログラムが開始された。	2001年7月に前立腺がんリスクマネジメントプログラムが開始された。全ての領域で経過は良好である。
前立腺がん研究に420万ポンドを投資する。	研究費が提供された。
検診プログラムをサポートするエビデンスが検証される。	検証中である。
（検診に対する理解）	
目標	中間評価結果
新しい全国的な情報源を開発する。	2001年10月に新しい情報パンフレットが導入され、18か国語に翻訳され、全ての検診通知に添えて送付された。
学習障害をもつ女性のための good practice のガイダンスや資料を作成する。	学習障害をもつ女性のためのガイダンス、パンフレット、写真本が開発され、発行された。

④地域レベルのがんサービス	
目標	中間評価結果
各 PCT の主任がん臨床医に対して、マクミランがん救済財団 (Macmillan Cancer Relief) の協力のもとで、年間 300 万ポンドを投資する。	2004 年 4 月までに、303 の PCT のうち 279 の PCT に主任がん臨床医のポストが設置された。しかし継続的な資金提供には問題がある。
2003 年に、プライマリケアにおけるがんデータセットを開発する。	2004 年にデータセットが開発され、試験的に実施されている。
地区看護師 (district nurse)、地域看護師 (community nurse) のための緩和ケアの研修に 200 万ポンドを投資する。	緩和ケアの研修プログラムが 34 の全てのがんネットワークで提供された。資金は 3 年間で年間 200 万ポンドに増加した。現在までに 10,000 人の看護師が参加した。
がんネットワークにおいて、プライマリケアが中心的な役割を担う。	34 の全てのがんネットワークに PCT の代表が参加している。PCT の最高責任者がほとんどのネットワーク理事会の議長を務めている。
保健省は時間外の緩和ケアの good practice のガイドラインを開発する。	支持療法 (supportive care) と緩和ケアに関する NICE のガイダンスに代わった。時間外のケアを支援するためのツールが各がんネットワークで実施されている。

⑤診断・治療の待機期間の削減	
目標	中間評価結果
2000年12月までに、GPによる緊急紹介から病院の外来受診までの期間を2週間にする。	現在、がんが疑われる患者の99.2%が2週間以内に専門家の診察を受けている。2001年までに、がんが疑われる患者の93.5%が目標値以内に専門家の診察を受けた。
2001年までに、白血病、精巣がん、小児がん患者のGPによる緊急紹介から治療開始までの期間を最長1ヵ月にする。	現在、95%~100%が達成されている(2002年までに91.5%~100%が達成された)。
2001年までに、乳がん患者の診断から治療開始までの期間を最長1ヵ月にする。また2002年までに、乳がん患者のGPによる緊急紹介から治療開始までの期間を最長2ヵ月にする。	両目標の97%が達成されている。前者については2002年までに94.2%、後者については2003年までに96.5%が達成された。
2005年末までに、全てのがん患者の診断から治療開始までの期間を最長1ヵ月にする。	2004年6月までに、がんと診断された患者の89.9%は31日以内に治療を受けた。目標日は2005年12月31日である。
2005年末までに、全てのがん患者のGPによる緊急紹介から治療開始までの期間を最長2ヵ月にする。	2004年6月までに、緊急紹介された全てのがん患者の78%が62日以内に治療を受けた。目標日は2005年12月31日である。
2004年までに、全てのがん患者は事前に計画・予約されたケアを受ける。	2004年前半に、データ収集を開始できるようにNHSに対してひな型の草案が発行された。2005年までに目標の進捗状況が評価される予定である。
2003~2004年までに、がんネットワークにおいて、サービスの改善のためのがんサービス連携(Cancer Services Collaborative)を開始する。	全てのがんネットワークにサービス改善責任者(Service Improvement Lead)が設置され、サービス改善が進行中である。

⑥ 治療	
目標	中間評価結果
2003年までに、NICEは全てのがんに関する結果改善（Improving Outcomes）のガイドランスを作成し、保健当局（現在のPCT）が実施できるようにする。	2000年以降、新しい報告書が4件、改定された報告書が2件作成された。プログラムは2005～2006年に完了する。2004年に、がんネットワークは、サービス提供に関するしっかりとしたマイルストーンを設定し、ガイドランスを実行するための行動計画を開発した。
NICEは、居住地による医療格差（postcode lottery）を終わらせるために、抗がん剤の評価を行う。	16の抗がん剤の評価が終了し、11の抗がん剤の評価が進行中である。2004年に、国家がん対策長官（National Cancer Director）は抗がん剤の使用量の増加を報告しているが、がんネットワークの間で許容できないばらつきが残っている。これに取り組むために新たな対策を導入する必要がある。
がん患者の治療が、分野横断的な専門家チームによって検討される。	95%以上の病院において、肺、乳、上部消化管、大腸の各がんについてチーム医療が実施されていることが報告されている。
2000年秋にがん治療基準（National Cancer Standards）が発行される。2001年にピアレビューによる訪問調査が開始される。	2000年に治療基準が発表され、2004年に改訂と拡充が行われた。2001年に全てのがんネットワークがピアレビューによる訪問調査を受けた。2004年11月に、進捗状況を評価するために2回目の調査が開始された。
2002年までに全国がんデータセットを作成する。	大部分が完了した。一部のまれながんのデータセットは2005年までに完成されない見込みである。
がんに関する完全かつ正確なデータを収集できるように、地域の保健医療関係団体は十分な支援を提供する。	いくつかのがん（肺、頭部・頸部、大腸）については一定の進捗があったが、完全なデータはまだ利用できない。
2000年に、政府はがん登録を強化するための計画を策定する。	2001年にがん登録に関する行動計画が発表された。がん登録は改善され、がんネットワークとの連携が構築された。

⑦ケア	
目標	中間評価結果
2001年に、保健当局は緩和ケアへの投資に関してがんネットワークと協定を結ぶ。	2003～2006年の3年間で、緩和ケアを適所に配置するためのがんネットワークの投資戦略を策定する。
2004年までに、ホスピスと専門家による緩和ケアに5,000万ポンドを投資する。	2003～2004年に5,000万ポンドが割り当てられ、現在までに3,850万ポンドが費やされた。
2001年に、支持療法（supportive care）と緩和ケアの基準を含めて、支持療法戦略を作成する。	2002年にがん治療基準として戦略の草案が発表された。2005年に完成予定である。
2001年に、NICEは支持療法のガイダンスを作成する。	2004年3月にガイダンスが発行された。がんネットワークはNICEのガイダンスを実行するための行動計画を策定中である。
コミュニケーション技術に関する新たな研修を実施する。	上級コミュニケーション技術研修プログラムが開発された。試験的实施が成功すれば、本格的に開始する。
2001年に、がん情報諮問グループ（Cancer Information Advisory Group）は情報の格差を同定し、患者情報に関するガイダンスを作成する。	がん情報の普及と提供に焦点を絞って変更された。情報提供者の認定プロセスが整備され、地域で使用するためのがん情報のパンフレットが中央で作成され、利用可能になっている。
病院とがんネットワークは、がん患者が質の高い、かつ文化的に敏感な情報を利用できるようにする。	支持療法と緩和ケアに関するNICEのガイダンスに勧告として記載された。現在までの進捗状況にはむらがある。がんネットワークはNICEのガイダンスを実行するための行動計画を策定した。
保健省は患者の治療・ケアの経験を測定するための監査ツールを開発することを委任する。	支持療法と緩和ケアに関するNICEのガイダンスは、がんネットワークが患者の経験の監査を行うことを保証すべきであると勧告している。NHS R&Dは手始めに前立腺がんに絞った監査ツールの開発を委託した。
患者のための新たなインターネットによる情報源を開発する。	保健省は、前立腺がんと乳がんに関するインターネットのサイトの作成のために44万ポンドを投資した。
2000年10月に、がん図書館を開始する。	2005年に開始予定である。

⑦ケア（続き）	
目標	中間評価結果
2001年までに、がんネットワークは患者と介護者の意見を取り入れたサービス提供計画を策定する。	2004年までに、34のうち30のがんネットワークで（患者と介護者で構成される）パートナーシップグループが設立された。
貧困地域における緩和ケアに対して New Opportunities Fund（宝くじ基金）による資金提供を行う。	2003～2007年に、地域緩和ケア（Community Palliative Care）プログラムは55のプロジェクトに資金提供を行う予定である。2001～2005年、「がんとともに生きる（Living with Cancer）」プログラムは黒人や少数民族を含む恵まれない集団のためのプロジェクトに資金提供を行う。
保健省は、患者が利用できる専門家による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る。	支持療法と緩和ケアに関する NICE のガイドランスに記載された。NHS とボランティア部門を通じて、できる限り質の高いサービスが計画、委託、組織化、提供されることを保障することをねらいとしている。