

18. 本計画実施の財源として、2003年から2004年までに、がんサービスに対して新たに追加投資される年間5億7千万ポンドが充てられる。2006年までに、がん専門医師1,000人の追加増員、放射線技師、看護師の増員、またがんの診断・治療に携わるその他人員不足がみられる箇所への対応を目標としている。政府は、ボランティア組織と協力し、新規機会基金(New Opportunities Fund、国営宝くじ。)などを用いて、国内におけるがんサービスの利用地域拡大と利便性アップを計りたいと考えている。短期間で全ての変革を期待することはできないが、計画に着手し、里程碑も据えられた今、国民はヨーロッパにおいて遅れをとった状態から脱却し、トップクラスに肩を並べる日を期待の目で見守っている。

19. 国民が実感することのできる変革を目指す。

(がんのリスクを低減する)

20. 喫煙の低減。喫煙は予防可能ながんの最大危険因子の1つとなっている。そしてすでに貧困にあえぐ人々に対して不均衡な影響を及ぼしている。そのためNHSキャンサープランでは、不平等に取り組むための新たな国および地域目標を定め、新しい行動プログラムを背景にして、禁煙を望む人々に対する新たな効果的介入を行うことを目指している。

21. 健康的な食生活。偏った食生活ががん危険因子の第2位であることは、あまり知られていない。がんの危険性を減らす上で、喫煙を減らすことに次いで効果的なのは、果物や野菜の摂取量を増やすことである。日頃から果物や野菜を摂取しない人の場合、複数のがんにかかるリスクが非常に高くなる。子供の場合、それらの食物の摂取量は特に低く、貧困家庭の子供たちの摂取量は高所得家族の子供たちの摂取量と比べると、その半分である。

22. NHSプランにおいて発表された2つの新たなイニシアティブは、以下の通りである：

- ・ 国レベルの「1日5品目プログラム (five-a-day programme)」(果実野菜啓発運動)により、果物や野菜をより摂取するよう促す。
- ・ 「全国学校果実給食計画 (National School Fruit Scheme)」により、4歳から6歳の児童が授業日1日あたり量の制限なく果物を摂取できるようにする。

23. 喫煙や偏った食生活に取り組む行動計画は、根本原因にも対処しない限り効果は期待できないと思われる。貧困、失業、その他健康を害する様々な原因はがんに関連づけられている。よって、政府の健康格差対策はがんに対しても効果があると考えられる。

(がんを早期に発見する)

24. 国民の認識を高める。がんを疑うべき兆候や症状を見極めるための情報はますます容易に得られるようになり、治療が効果を発揮するうちに受診することが可能になった。例えば現在、乳がんに関しては患者が早期に受診する傾向があるが、腸症状や直腸出血などについては患者が症状をよく認識していなかったり、受診に対して気後れしたりするケースが多い。しかし、腸がんにおいては、早期に治療を行えば回復する見込みが高いといわれている。国家がん対策長官は、ボランティア組織と共に一般がん全てに関する情報事項を見直し、最もリスクを抱える人々に情報を伝えるために行えることを検討する。
25. がん検診の拡張。検診プログラムが有効である場合、サービスの拡張および新たなプログラムを開始する：
- ・ 効果を認められている乳がん検診プログラムについて、2004年までに65歳から70歳の女性全てを対象とする。それにより、年間40万人の検査対象拡大および71歳以上の女性については要望に応じて検査を利用可能にすることを目指す。
 - ・ 子宮頸がん検診プログラムの更新：不必要な検査の繰り返しを減らし、さらなる検査が必要となった患者にはスムーズな手続きが行えるようにする。
 - ・ 大腸がん検診プログラムの試験的実施は2002年までに終了し、成果があると判断された場合には、50歳から69歳までの全ての人を対象に導入する。
 - ・ 前立腺がんを発見するための前立腺特異抗原（Prostate Specific Antigen。以下PSAと表記。）の検査については、患者自身が検査のリスクおよび利点に関する情報を考慮した上で決定できるようにする。
 - ・ 現在、卵巣がん検診に関しては導入試験中であり、肺がん検診に関しては実施へ向けた研究が検討されている。

(地域のがんサービスの改善)

26. GP や訪問看護師は、患者のがんのリスクを低減、もしくは早期発見し、検査が必要な場合は迅速な紹介を行い、がんと闘う患者や家族、また末期患者や遺族のサポートにおいて重要な役割を果たしている。その点に関して、本プランには以下の点を含む：

- ・ NHS とマクミランがん救済財団 (Macmillan Cancer Relief) は新たな協力関係を築き、各 PCT (注：Primary Care Trust。地域における保健医療サービスの提供及び予算管理の責任機関。) 内の主任がん臨床医サポートのために年間 300 万ポンドを提供する。
- ・ 地域や自治体の看護師を対象とした緩和ケアの研修および支援のために、年間 200 万ポンドの新たな投資を行い、地域におけるがん患者のケア利用率向上を目指す。

(迅速な受診)

27. 診断および治療待機期間に関する新たな目標。治療・ケアのあらゆる段階における待機期間を低減するために、新たな目標を設置する。

- ・ 2001 年までに、小児がん、精巣がんおよび急性白血病に関して、GP からの緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を 1 ヶ月とする。
- ・ 2001 年までに、乳がんに関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を 1 ヶ月とする。
- ・ 2005 年までに、全てのがんに関して、診断から治療開始までの待機期間の上限を 1 ヶ月とする。
- ・ 2002 年までに、乳がんに関して GP からの緊急紹介から治療開始までの待機期間の上限を 2 ヶ月とする。
- ・ 2005 年までに、全てのがんに関して、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 ヶ月とする。
- ・ 最終的に、正当な臨床的理由もしくは患者による選択を除き、がんが疑われる GP からの緊急紹介患者については、治療開始までに 1 ヶ月以上待機させないことを目指す。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。

28. スタッフおよび設備への投資。がん関連スタッフの主要な格差問題に取り組み、現在のスタッフの技術を有効活用し、診断・治療用機器の追加投資を行い、サービスの遅れを取り戻すための設計し直しや効率化を実施することにより新たな目標の導入を目指す。
29. がん専門医については、2006年までに、1999年以降の総数のおよそ3分の1にあたる1,000人の追加増員を行う。泌尿器科医120人(32%増)、胃腸科医200人(50%以上増)など、がん治療に欠かせないその他専門家について、またがん治療にあたる看護師および放射線治療技師の数も増員することとする。一般外科医についても、257人(20%増)の追加増員を行う。
30. 設備機器の生産も予定されているが、一年間の機器の生産数や設置を行う建物には限界があり、増員したスタッフに対して新しい機器を最大限に活用するための研修を行うには時間を要することから、一度に全ての事を行うのは難しいと思われる。NHSプランの結果として、以後3年間で以下の事柄を目指したいと考える：

- ・ 診断能力の向上のため、MRI50台、CT200台を新たに導入する。
- ・ 放射線療法用の線型加速器 (linear accelerator) 45台を新たに導入する。

これらの投資は、がん治療へのアクセスの格差をなくすことを目指す国および地域のがん関連施設戦略に対して用いられる。

31. サービスの再編。新たに投資を行うだけでなく、サービスの効率化を図り、がん治療現場における技術を有効活用するための新たなアプローチが必要となる。
32. がんサービス連携 (Cancer Services Collaborative) は、サービスを設計し直し、待機期間削減、患者の経験の質を改善することなどにおいて、すでに国内9カ所のがんネットワークとの共同作業を行っている。それによると、診断・治療に関する待機期間は週単位、いくつかのケースでは月単位で削減することが可能であることが示されている。例として、ウエストロンドンおよび周辺地域のがんサービス連携チームは、多分野連携チーム作業および診断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。以後2年間で国内の全てのがんネットワークにおけるがんサービス連携の実施を目指している。

33. 地域がんサービスが行うべき重要な第一歩として、がんの種類別に紹介および治療を行うための事前計画を立てることとする。つまり、個々の患者の手配が事前計画および予約され、全てのがん患者に対して今後の治療計画を確実に知らせるということである。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、連携体制の一環として、全てのがんネットワークは2001年に予約システムを開始し、2004年までに、がんと診断された全ての患者が事前に計画・予約されたケアを受けられることを目指す。

34. 熟練したスタッフの不足に取り組む新たなアプローチについては、急速に増大する腸がん、胃がんなどの分野で活躍する医療専門職の枠を広げることを目的として外科医、胃腸科医、GPおよび看護師を対象とした研修プログラムの実施に新たに250万ポンドを投入する予定である。

(ポストコード・ロッター (居住地域に基づく社会的差別) の廃止)

35. がんサービスの拡大、そしてその利便性を図ることに加えて欠かすことのできない要素はサービスの質である。全てのがん患者が、高品質で、個々の患者にふさわしい医療を確実に受けられるものでなければならない。効果的ながんサービスに関する国の基準、実行に移すための財源、実施状況の監視および患者や国民に保証を与える新しいシステムなどを定めた包括的ガイダンスプログラムとしては、今回が初めてのものである。

36. がん治療薬。新しく効果的な治療薬を入手できるかどうか、臨床的ニーズよりも患者の居住地域に依存している現状は、許容できない問題である。NHSプランで発表された新たな資金拠出により、2001年夏にNational Institute for Clinical Excellence (以下、NICEと表記) のガイダンスに発表される13の新たながん治療薬に関し、国内の保健当局が十分に把握できる状態を目指す。

37. がん治療。NICEはさらに、がんサービス組織が以後3年間包括的な一括方針を適用するよう要請し、NHSが全体としてそれらの実施を行う。また、がん関連人員に対する投資は、専門家チームによる最良の実践という形で治療が行われることを目指すためのものである。

38. がんサービス基準の評価。2001年には、健康改善委員会 (Commission for Health Improvement: CHI) によるがんサービスのレビューが予定されており、がんサービスの現状を独立評価し、今後の進歩を測る基準を設置する。地域のクリニカルガバナンスのサポートとして、国の基準の実施状況をモニターし、質の向上を図るためのがんサービスにおける新たなピアレビューによる評価プロセスを開始する。

(がんと共に生きる)

39. 政府は、がんと診断されてから治療の各段階に至るその時々、患者や家族ががんに対処するために必要な情報、サポートおよび専門的なケアを確かに受けられるようにしたいと考えている。そのために必須となる医療スタッフと患者間のコミュニケーションを向上させることを目的として、NHS プランでは関係職員にコミュニケーション技術に関する新たな共同研修の導入を実施する。2002年までに、NHSにおいて患者へのケアを提供するための資格要件として、スタッフが患者とのコミュニケーションにおける適性を有していることを定める予定である。また、がん患者に対するコミュニケーション技術や、精神的サポートを提供するための研修も実施する。それらに関する質の高い情報を、書面もしくは他の形において利用可能とする。
40. 新たな資金提供により、ボランティア部門と連携して自治体、病院およびホスピスにおける専門的緩和ケアサービスを拡大し、これまでの格差問題に取り組み、がん患者が自らの生死に関してその場所を選択できる体制を整える。
41. 2004年までに、NHSはホスピスと専門的緩和ケアに5千万ポンドの追加投資を行う。保健省（注：Department of Health。わが国の厚生労働省に相当する。）は、ボランティア部門が中心的サービスを果たす役割に同意して、より多くの患者がこれらのサービスを利用できるようにし、NHSとしても、ボランティアホスピスの経費に対して現実的な対応をする。NHSおよびボランティア部門による連携作業を強化する。
42. さらに「新規機会基金イニシアティブ」が、2001年から2005年にわたり、自治体の緩和ケアサービスに導入される。

(将来へ向けて)

43. 本計画の目的の大部分は、NHSの資源およびサービスについて、ヨーロッパにおける一般的レベルまで引き上げることである。それは将来への投資、またNHSが再び遅れをとることのないための投資でもある。
44. NHSスタッフに対する教育、開発を通じた投資はきわめて重要である。
45. 研究拠点についても、以下の通り強化することとする。
 - ・ 新たな国立がん研究所 (National Cancer Research Institute : NCRI) に国内の主要研究者を集め、最も研究が必要な分野、最も進展につながる可能性の高い分野を見極める。
 - ・ NHSは、臨床試験に対する追加財政支援を行い、国立がん研究所への支援体制を整える。
 - ・ 国立がん研究所は、急速に進化するがん遺伝学研究の分野において我が国を最前線に位置づけるための調整を行う。

(次のステップ)

46. 我々はがんによる全ての死を妨ぐことはできない。それでも、本計画の実施により、がん予防、早期発見の向上や、効果的な治療およびケアの保証などにより死亡率の低下につなげ、生存率を向上させ、またがん患者のQOLを改善することを目指す。
47. 本計画は、がん臨床医、がん患者およびその他関係者との広範囲に及ぶ協議を通じまとめられた。実施においても同様に、国内全体、また各地方および地域におけるがんネットワーク、臨床医、管理者、患者およびその他が共同作業を行っていくことが求められる。国家がん対策長官マイク・リチャーズ教授率いる新たながん専門調査会により、国内における実施が指揮される。がん臨床医、GP、患者や管理者、さらにNHS内外の幅広い専門知識を集結し、プラン実施に向けて全てのレベルで必要な協力体制を整える。

5. NHS Cancer Plan の中間評価

2005年に、会計検査院(National Audit Office)によってNHS Cancer Planの中間評価が実施された。NHS Cancer Planで示された(数値)目標とそれに対する中間評価結果を以下の表に示す。

表. 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(Sevice 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は支持療法のガイドンスを作成する。	2004年3月にガイドンスが発行された。がんネットワークはNICEのガイド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ドンスを作成する。	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のガイド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のガイド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のガイドンスは、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。

⑧マンパワー	
目標	中間評価結果
2006年までに、約1,000人のがん専門医を増員する。	計画より早く達成される。2004年6月までに975人の専門医のポストが設置された。
2001年までに、国家がん対策長官はがん専門医数に関する長期目標を設定する。	国家がん対策長官は、具体的な長期目標はまだ設定していないが、労働力調査チームと密接に連携して、がん対策に必要な将来の医師数を予測した。
2008年までに、専門医の研修施設を増加する。	計画には具体的な数値目標はないが、1999～2003年に研修施設が36%増加した。
組織病理学の研修医 (Senior House Officer)を増員するための計画を策定する	3カ所の研修センターに130万ポンドが投資された。2003～2004年に、海外からの組織病理学者のための集中研修・評価センターを設置した。2004～2005年に、3カ所の新しい研修センターが設置された。さらに2005年～2006年に、6カ所の研修センターが業務を開始する予定である。
がん看護師を増員する。	がん看護師数は増加しているが、具体的な数値は中央では把握されていない。
放射線技師を増員するための研修施設を増加させるとともに、離職率を減少させる。	研修施設は2倍以上に増加した。2001～2002年に、診断と放射線治療に従事する放射線技師の平均離職率は有意に減少した。
がんに関係する医療従事者の新しい技術と新しい役割を確立する。	診断及びその他の医療従事者に新しい役割が導入された。新しいスキルミックスモデルが乳がん検診、子宮頸がん検診、放射線治療において実施されている。
全てのがんサービスの提供者は、がん臨床医の研修に関する明文化された戦略を策定する。	がんネットワークのレベルでは、まとまりのある研修戦略は策定されていない。結果改善 (Improving Outcomes) のガイダンスを実行するための行動計画をつうじて部分的に取り組まれている。

⑨施設・設備	
目標	中間評価結果
MRI、linear accelerator、その他のがん医療機器を新規に導入する。	今までに、新たな設備に4億ポンド以上が投資された。2000年4月以降2004年末までに、NHSは68台のMRI、177台のCT、83台の線形加速器（linear accelerator）、700品目以上の乳がん検診機器を受け取っている。2004年末までに全ての計画が達成された。
23の病理学施設の近代化を支援するために追加投資を行う。	39カ所の病理学施設の改良と再構成を支援するために2,800万ポンドが投資された。
2001年までに、がんネットワークによる監査に基づいた、国レベルのがん関連施設戦略（National Cancer Facilities Strategy）を策定する。	監査は行われたが、施設戦略は明文化されていない。例えば、放射線治療の実績評価やPET-CTフレームワークなどを組み入れた、新たな施設開発戦略が必要である。
保健省は病理学と画像診断に関連して、民間とのパートナーシップの機会について十分な調査を行う。	画像診断については、SHAが現状の受容能力と（ニーズと）の潜在的なギャップを同定した。画像診断の戦略の一部は、民間とのパートナーシップの強化を通じてこれらのギャップを満たそうとするものもある。病理学については、保健省が、診断サービスに関するNHS改善計画のアプローチにそって、独立セクターの関与の可能性を検討している。

⑩研究・遺伝学	
目標	中間評価結果
2003年までに、全国がん研究ネットワーク (National Cancer Research Network) を含めて、国立がん研究所 (National Cancer Research Institute) を設立する。	2001年に国立がん研究所が設立された。また2002年10月に、全国がん研究ネットワークが完全に設立された。
がん遺伝子の研究を推進する。	現在進行中の国立がん研究所の戦略分析の一部である。国立がん研究所のもとに設立される全国がん組織リソース (National Cancer Tissues Resource) が遺伝子研究のための世界的な資源を提供することが期待される。
2001年に、遺伝子カウンセリングに関してマクミランがん救済財団とのパートナーシップを構築し、新しいサービスを開発する。	試験的な取り組みが進行中である。
保健省はがんに関するエビデンスに基づくレビューを委託する。	保健省はNICEに対して、エビデンスのレビューの業務委託を継続し、業務を支援する。

⑪計画の実施体制	
目標	中間評価結果
2003～2004年までに、がんサービスに対する5.7億ポンドの追加投資を行う。	現在までの追跡調査の予備的な結果では、目標が達成されることが示されている。
がんネットワークはNHS Cancer Planを実行するための組織モデルとなる。	2001年までに34のがんネットワークが設立され、イングランド全体がカバーされた。ネットワーク理事会とネットワークチームの開発プログラムがClinical Governance Support TeamとNHS Leadership Centreから委託されている。
2001年に、がんネットワークは、人材確保、教育研修、施設・設備戦略を含む、サービス提供計画を策定する。	戦略計画は策定されたが、その質にはばらつきがみられる。2003年後半までに、がんネットワークの3分の1が人材確保戦略及び教育研修戦略の両方または一方を策定していた。この問題に取り組むための結果改善(Improving Outcomes)のガイダンスやその他のイニシアティブが求められる。
がんネットワークは試験的な委託契約を確立する。	2001年中に、8カ所で試験的取り組みが実施された。2002年に、PCTが主導する委託契約への動きがこれらの試験的取り組みにインパクトを与えた。ただしgood practiceに関しては、ネットワーク開発プログラムを通じて共有された。
がん特別委員会(Cancer Taskforce)を設置する。	2000年にがん特別委員会が設置された。国家がん対策長官が議長を務め、患者代表、臨床家、管理者が参加している。