

(サービスの質の改善のためのデータの利用)

- National Cancer Director との協力により、NCIN は、全国の臨床アウトカムや患者体験内容の変化を詳述した年報を発行する予定である。
- Department of Health は、患者が、同様の疾患を持つ他の患者の体験情報にアクセスできることを保証し、同時に NHS Choices を通じて臨床アウトカムのデータへもアクセスできるようにする (www.nhs.uk)。インターネットにアクセスできない場合は、紙面での情報を利用できるようにする。
- サービスの改善を奨励するプロセスの一環として、委任者は、サービス提供に関する意思決定を行ったり、優先すべき改善事項について提供者と合意したりする場合に、データを考慮に入れる必要がある。

(11) 第9章「委任の強化」(要約)

(はじめに)

- ・本戦略は、中央集権的な保健医療サービスから脱却し、地方分権的な管理を目指している。NHSは、がんケアの質の向上や住民のニーズへの対応を地域で実施できるように、権限委譲され、促進される。世界レベルのがんサービスの提供に関与する全ての者は、本戦略の実現を促進するために何らかの役割を担う必要がある。しかし、サービスの質を高め、コストに見合う価値 (value for money) を確保することに関して、委任の強化は特に重要である。

(がんに関する確固たる委任を可能にする)

- ・本戦略の実施の大部分の責任は、配分された予算の範囲内で地域住民のためにあらゆるサービスを委任する責任をもつ法定団体である PCT の理事会に帰属する。PCTは、他の PCT やその PCT の委任体制と連携して、ケアの最良の提供方法と提供場所を実現するための戦略的決定を行う必要がある。また、ケア経路全体 (地方自治体と共同で提供されるヘルスプロモーション、社会サービス、予防サービスなどを含む) にわたって調整された包括的ながんサービスを確保する必要がある。
- ・しかし、これまでのがんサービスの委任は十分ではなかった。25%のネットワークはがんサービス計画の3ヶ年戦略枠組みに合意し、優先事項を明確に同定して、効果的な委任体制を整備しているが、別の25%は十分な委任が行われていない。
- ・がんには、様々な種類、様々なケア経路があるため、委任は複雑になっている。また一部の診断や治療に関しては、国レベル、SHAレベルでの高度専門的な委任を要する場合がある。またがん以外のサービスと重複するものもあるため、より地域の実状に応じた委任が必要である。
- ・100~200万人の人口規模で最良の委任が行われていることから、この人口規模が効果的なケアを提供する上で必要な限界量であると考えられる。このため、組織の管轄地域の境界ではなく、患者のケア経路に基づいて、ケアネットワーク全体にわたって委任の調整を行う必要がある。
- ・Department of Healthは、PCTが保健医療サービス全体にわたって確固たる委任を確保する方法について記載した「World Class Commissioning」を発表した。2008年には、PCTが世界レベルの能力を獲得できるように支援と開発の枠組みを公開する予定である。

- ・がんサービスの委任を強化するために、以下の対策が実施されている。
 - 現在、がんの委任者向けの指針を策定中である。これには、各種がんサービスの委任の適切なレベルが記載される予定である。
 - がんの発生率、生存率、死亡率の情報、病院エピソード統計 (hospital episode statistics) のような全国レベルの情報源からの情報に関して、SHA、Specialist Commissioning Groups (SCGs)、がんネットワーク、PCT、NHS Trust に比較データを提供するために、電子委任ツールキットを開発中である。Cancer Action Team は、各ネットワークによる当該ツールキットの利用を支援し、必要に応じてアップグレードを委任する。
 - 各がん経路について、Map of Medicineに関連したサービス仕様を開発中である。Map of Medicineとは、NHS IT Programmeに関連して質の高い臨床情報を提供するためのプロセスである。
- ・様々ながんサービスを組織横断的に提供するために、がんの委任においては連携を重要な部分としなければならない。
 - 患者、地域のボランティア・サービスの提供者、代替の提供者、その他の利害関係者は、サービスの展開過程に関与すべきである。
 - 委任者とサービス提供者は、協力し合ってサービスの質と安全性を改善し、将来の供給を計画すべきである。
 - 臨床医と管理者は、協働してサービス提供方法に関する革新を促進すべきである。
 - 各 PCT は、協力し合って戦略を策定し、優先事項に合意すべきである。

・がんネットワークはこのような協力関係の構築に不可欠な役割を果たしている。しかしネットワークによっては、連携の構築に成功しているところもあれば、うまくいっていないところもある。これまでの活動を踏まえて、がんネットワークの役割に関して、以下のような意見が得られている。

—ネットワークのチームは、委任者による活動調整を支援し、専門的知識を共有し、臨床チームや利用者との対話を維持し、臨床ガイドラインや経路を承認し、革新的で質の高いケアを推進することによって、委任者の代理人としての役割を果たす。

—ケア経路全体にわたってある程度の患者数を確保するために、ネットワークが管轄する人口規模は150～250万人とし、通常5～6のPCTが含まれる。

—一般的でないがんについては、各ネットワークは、Specialist Commissioning Groups (SCGs)と連携しつつ、ネットワーク間でも協力し合って戦略や計画を策定すべきである。

—各ネットワークは、ニーズアセスメント、需要のプロファイリング、優先課題の設定、サービスの改善と計画の見直し、質の保証とピアレビュー、経路とサービス提供者のパフォーマンス、患者の体験内容、コストに見合う価値 (value for money) に関して、PCTへの助言者としての役割を果たす。

—各ネットワークは、強制的な取り組みとともに、サービス提供者間の競争可能性も確保すべきである。

—各ネットワークは、NICEに準拠するサービスをネットワーク外で受けることを選択した患者を尊重して、支援すべきである。

—各ネットワーク・チームは、Professional Executive Committeesや地域の診療ベースの委任体制におけるがん関連の責任担当者として、より強力なつながりを構築する必要がある。

—ネットワーク・チームに関して安定した受入体制を構築し、指名されたPCTのCEOによる確固たるリーダーシップを発揮して、ネットワークがPCTの契約担当責任者や委任者に対する説明責任を負うことを保証すべきである。

—ネットワーク・チーム、利用者、臨床医の契約メカニズムに対する資金供給の供給源の中心は、他の資金源から追加の資金供給を求めることが可能であるとしても、委任者でなければならない。

- ・これらの機能を遂行するためには、経験豊かな臨床面・管理面でのリーダーシップが必要となる。また、ネットワークが公衆衛生、財政、製薬に関連した専門知識を活用することが必要となる。ネットワークの将来の役割に関する詳細はがんの委任指針に記載される。

- ・SHA は、各自のパフォーマンス管理の任務の一環として、以下の業務を行うことが求められる。

- 本戦略と委任指針に記載されている主要な規準に照らして、PCT と SCG のがんの委任に関連するパフォーマンスを監視する。

- 委任のパートナー間で明確に定められた作業体制による支援を得ながら、主流の健康関連業界のニーズアセスメント、契約、パフォーマンスシステムに統合された効果的な共同の委任体制が確実に整備されるようする。

- 利用者が委任に参加することを確実にするための適切なメカニズムを、PCT ががんネットワークを通じて構築しているかどうかを評価する。

- ・「World Class Commissioning」をがんサービスに適用した場合、PCT は以下の責任を遂行する必要がある。

- PCT は、地域の NHS 組織と連携して、その見解と優先事項を理解して、地域の NHS のリーダーとして尊敬される。

- ネットワークを通じて互いに協力する PCT は、がんのケア経路に貢献する全ての組織と連携する。

- PCT は、パートナーと協力して活動する。

- がんの場合、ケア経路は管轄地域を越えることがしばしばあるため、各 PCT のクラスターがネットワークを越えて効果的に協力し合うことが不可欠である。

- 地方自治体 (Local Authority) との協力関係もまた不可欠である。

- PCT は、サービスを構築し健康を向上させるために、患者や地域社会との継続的かつ有意義な連携を主導し、模索する。

- ネットワークのパートナーグループはこれを促進することができる。

- PCT は、戦略に情報を提供し、サービスの質、サービスの設計、資源の利用を促進するために、全ての臨床医との継続的かつ有意義な連携を主導する。

- ネットワークの臨床グループはこれを促進することができる。

- PCT は、頑健かつ定期的なニーズアセスメントを行い、現在と将来における地域の健康ニーズやその必要要件に対する完全な理解を確立する。
 - ネットワークの運営チームが、PCT がこれを実施できるように支援するための重要な情報を提供することができる。
- PCT は、NHS の地域ニーズ、サービス要件、価値に応じた投資を優先する。
 - がんネットワークが、優先順位の設定に関する提言を行うことができる。
- PCT は、需要を満たし、必要な臨床、健康、福祉の各アウトカムを保証するために、供給に働きかけを行う。
 - ネットワークが、PCT を代理してサービス提供者と連携することができる。
- PCT は、臨床面、サービス提供面での革新や環境設定を通じて、質やアウトカムの継続的な改善を促進し、明確にする。
 - がんネットワークがサービスの革新や再編成を促進することができる。
- PCT は、頑健かつ実行可能な契約を保証するための調達能力を備えている。
 - 調達は、引き続き PCT の主要な責任となる。
- PCT は、契約の順守、質やアウトカムの継続的な改善を保証するために、サービス提供者のパフォーマンス管理を行う。
 - ネットワークが、適宜、PCT を代理して活動したり、PCT に助言したりすることができるが、最終的な責任は PCT に帰属する。
- PCT は、優れた財政管理を実証する。
 - ネットワークが、効率的な予算管理のための機会を同定することを支援できる。
- ・さらに、PCT は、以下に関する進展を確実にすることなどを含めて、がん固有の様々な委任の責任を有する。なお、これらの責任のほとんど全てを遂行するにあたってはがんネットワークからの支援を得ることができる。
 - 特に入院ケアに関して、効果的かつ効率的に資源を利用する。
 - 一般市民の意識や患者体験内容に関する調査、合意されている臨床データセットを収集し、報告する。
 - がんに関連する因子やその症状に対する一般市民の意識を高め、症状のある患者の早期受診を促進する。
 - 国のガイダンスにそった、受診率の高い検診プログラムを提供する。

- 不適切な検査の遅延、GPによる新規がん患者の先送り紹介（onward referral）を減少させる。
- 待機期間枠の基準を達成する。
- すべての患者が、適切に構成された集学的チームからケアを受けることができ、複雑な手術がNICEのガイダンスに準拠したセンターのみによって行われるようにする。
- 治療やケアに関してインフォームド・チョイスを促進するために、情報と支援を提供する。
- National Radiotherapy Advisory Groupの勧告にしたがって、安全かつ効果的な放射線治療を提供する。
- 安全かつ効果的な化学療法が利用できるようにして、新たな治療法がNICEのガイダンスに準拠して提供され、また、NICEが未承認の医薬品に関する意思決定のための頑健かつ公正なプロセスが整備されるようにする。
- NICEのガイダンスにそって質の高い支持療法・緩和ケアを提供する。

（利用者の参加）

- ・ケアの質の向上と患者中心型のNHSを実現するためには、効果的な利用者の参加が中心的な役割を担わなければならない。がんサービスにおける利用者の参加は、ネットワークのパートナーグループやその他の経路を通じて比較的発達しているが、地域社会の意見をさらに促進し、患者体験内容を反映するためには、新たなLocal Involvement Networks（LINKs）を構築する必要がある。
- ・委任者は、利用者の参加を保証するために、LINKsががんネットワーク内の現行の利用者参加の構造と連動できるように支援するための最良の方法を検討する必要がある。グループに参加していなかったり、会議に出席していなかったりする者の参加を促進するために、特定のニーズ（例えば学習障害）を有する者への専門的支援とともに、手紙、電話、電子メールを用いる方法も検討する必要がある。
- ・Cancer Action Teamは、引き続き、がんネットワークを通じて、委任者と協力して、利用者参加に関連したグッドプラクティスを同定して普及させていく。

(国のガイダンスと基準)

- ・国のガイダンスは、がんサービスの推進において今後も重要な役割を担うことになる。現在、NICEによる結果改善ガイダンス (Improving Outcomes Guidance) は大多数のがんで策定されており、多くのがんでガイダンスの実施 (集学的チームの設置、複雑なサービスの再編成など) が進んでいる。一般的でないがんのガイダンスは2010年までに完了する予定である。
- ・Healthcare Commission、将来的にはCare Quality Commissionも、これらの基準に照らしたがんサービスの達成度を評価する役割を担うことになる。Department of Healthは、ガイダンスの実施の進捗状況の評価のために、Care Quality Commissionに対して、2009年のがんの改善レビューの実施依頼を検討する予定である。また規制団体には、Specialist Commissioning Group (SCG) によって指定されていない活動を実施し続けているトラストへの対策を講じることも求められる。さらに、全国モデル契約にもガイダンスの実施を取り入れ、ガイダンスに完全に準拠するサービスのみが全額支払を受けることになる。
- ・臨床ガイドラインは、NICEによって一般的ながんの一部について策定されている。これらのガイドラインには、特定の状態の患者に対する適切な診断、治療、ケアに関して、委任者とサービス提供者への助言が記載されている。これらのガイドラインの実施に向けて進展が求められるが、それに関する国レベルの目標は設定されていない。
- ・今後、臨床アウトカムに関して改善されたデータを通じて、既存のガイドラインの実施状況を監視していき、その結果を規制団体に公開する。

(ピアレビュー)

- ・臨床専門家や利用者の代表で構成され、Cancer Action Teamの主導するNational Cancer Peer Review Programmeにおいて、全国のがんサービスの質に関する重要な情報が提供されている。2004～2007年に実施された、各がんネットワークのサービスのピアレビューの結果、強力なリーダーシップ、代表的かつ効果的な理事会活動、頑健かつ明瞭な委任体制と、がんに関する全体的な進展の間に明確な関連があった。
- ・結果改善ガイダンスの実施に関しては、優れた進展例もあるが、ガイダンスの準拠のための行動計画への合意や、計画の現場への適用に関して、委任者とサービス提供者が困難に直面している事例も存在している。半分以上のネットワークでは、3ヶ年計画では不十分であることが判明している。
- ・ピアレビューの測定項目に対するチームやサービスの適合性に関する完全な情報は、CQUINS ウェブサイトにおいて委任者とサービス提供者に公開されている。このウェブサイトの利便性と使い易さを高めるための取り組みが継続中である。

- ・現時点では、ピアレビューは構造とプロセスに重点が置かれているが、今後はアウトカムに重点を移行する必要がある。また査察（訪問調査）の負担を軽減するために、ピアレビュープログラムでは、毎年の自己評価に重点を置くようにしていく。チームやサービスの自己評価には、当該のサービス提供者の CEO とがんネットワークによる署名による承認が必要となる。一部の訪問による査察は継続する予定であるが、測定項目への適合性が高いと証明された時点で、訪問による査察は規則ではなく例外規定となる。ピアレビューのデータは、委任者を支援してサービスのパフォーマンスの透明性を促進するために、引き続き公開される。

(料金 (tariff) によってサービスの改善を支援する)

- ・がんサービスの資金供給のメカニズムは適切かつ効果的なケアを促進しなければならないが、現時点では、Payment by Results (PbR) の料金は必ずしもその目標が達成されていない。例えば、

—複雑ながん手術が、一部、複雑性の低いがん以外の診療行為と同じ Healthcare Resource Group (HRG) の分類に入っている。HRG の料金は、当該グループ内のあらゆる診療行為の平均費用に基づいているため、複雑ながん手術は報酬不足となり、トラストがそれを専門的に取り扱うインセンティブが小さい。

—困難で費用の高いケースミックスに応じて料金が調整されない限り、急性期トラストに、単純なケア提供から複雑な症例に重点を置くようにさせる動機づけは小さい。

—集学的チームの計画作成会議に対する費用償還方法が明確でない。

—料金は資本費用を補填することを意図しているはずであるが、放射線治療用の新たな遮蔽設備の設置費用に大きなばらつきがあることが考慮できていない。

- ・料金がグッドプラクティスを適切に奨励し、革新にとって不利にならないようにするため、がんの料金のレビューを手配した。このレビューでは、2008/09年の診療報酬支払に利用される予定である現行のHRGv3.5と、放射線治療、化学療法、専門的緩和ケアの新たな全国的な相場を規定するHRG4に基づいて実施された。その結果、PbRを推進する場合には取り組むべき以下の優先事項が明らかとなった。

- コーディングの質と一貫性を改善する。

- 集学的チームに対する公正な報酬支払を保証する。

- HRG4の構造が化学療法への資金供給として機能することを保証する。

- 外来のがんケアへの資金供給を改善する。

- 複雑性の高いがんの診療行為に対する公正な報酬支払を保証する。

- 放射線治療用の遮蔽設備など、新たな技術や資本への投資を支援する。

- ・Department of Healthは、以下について取り組む。

- 委任を支援するために、集学的チームの頑健な費用算定の必要性などを含め、高度なレベルのガイダンスを改善する。

- HRG4が目的に適ったものとなるように、がんサービスの専門家パネルを利用する。

- 主要な専門領域について、がんの料金、個々の外来患者の料金の標準的な調整の実現可能性を調査する。この調査は、複雑ながん手術の費用償還の問題、初回外来予約の一環としての集学的アセスメントの必要性の認識に関する問題について、有用となる可能性がある。

- レビューにおいては、資本支出と料金との関係を維持する。

(12) 第10章「世界レベルのがんケアへの資金供給」(要約)

(はじめに)

- 2000年のNHS Cancer Planでは、マンパワーと設備の増強に対して5億7,000万ポンドを投資した。その結果、2006年時点のがんの専門医数は1997年と比較して約49%増加した。CTスキャナー、MRIスキャナー、線形加速器(linear accelerator)、胸部スクリーニング機器などの設備、新薬の利用に関しても大規模な投資を行った。今後も質の高いがんサービスを提供するためにさらに大幅な投資が必要となる。
- 一方で、既存の資源をさらに効果的に活用する余地もある。コストに見合う価値(value for money)をうまく提供し、世界レベルのがんサービスの実現にとって重要な投資を行っていくために、現在の支出の効果を最大化することが不可欠である。投資された金額に対して患者の利益を最大限にすることを、指針的原則としなければならない。

(イングランドにおける現在のがん関連の支出)

- イングランドのがん関連の支出は1年当たり約43億5,000万ポンドで、精神保健、循環器疾患に次いで3番目に大きな支出額である。約80%は病院(外来、診断、治療、救急ケアなど)で、約20%は検診、GP、緩和ケアなどの地域で支出されている。ただしこの推計には、禁煙などの予防サービス、がんと診断される前のアセスメント、検査、支援などのサービスは含まれていない。

(イギリスにおけるがん関連の支出の格差)

- 2006/07年のPCTの予算のうち、がん関連の支出の割合は3.6%から9.1%と、PCTの間で大きな格差がある。また、がんネットワークの抗がん剤への支出にも大きな格差がある。PCTは、同じような健康ニーズをもつ他のPCTのがん関連の支出を用いて、自身のがん関連の支出をベンチマークする必要がある。またPCTは地域住民のニーズに対してがん関連の支出が適切な水準であるかどうかを批判的に評価しなければならない。

(諸外国との支出の比較)

- 1人当たりのがんサービスへの支出は、ヨーロッパ諸国と比較して低い(イングランドで80ポンド、フランスで121ポンド、ドイツで143ポンド)。また保健医療費全体に占めるがんへの支出の割合も低い(イングランドで5.6%、フランスで7.7%、アメリカで9.2%、ドイツで9.6%)。政府は、引き続き、がんサービスへの支出を諸外国と比較するとともに、国内でのがん関連の支出の格差を監視していく予定である。

(将来の費用負担への対応)

- ・がん関連の費用は、発生率の増加、治療技術の進歩、がん生存の影響によって、今後とも増加していくことが予想される。また薬剤費も、新薬の増加、化学療法に伴って使用される新しい形態の薬剤の増加などによって、最近では毎年1億ポンド以上増加してきている。
- ・これらの費用負担は、高い費用対効果を確保することを条件として、NHSへの予算配分を増加して、委任者が地域に対して世界レベルのがんサービスを保証する取り組みを実施することによって、対処されると考えられる。
- ・これらの費用負担のほか、がんサービスの質を向上させるための総額約6億8,000万ポンドの追加投資を行う。大規模な投資は以下のとおりである。

—意識の向上と早期の受診

—乳がん検診プログラムの拡大（デジタル・マンモグラフィーの導入）

—大腸がん検診プログラムの拡大

—がんの待機期間の削減

—放射線治療能力（例えばマンパワー）の強化

—入院ケアに代わる新たなサービス・モデル

—がん生存者のケアの強化

—世界レベルの委任を支援するための、がんに関するよりよいデータの収集

—新たな研修イニシアティブの実施

- ・一方、既存の資源を活用して、長期的に費用を節約するために、以下の方策を実施する。最も効率を改善する余地があるのは入院ケアである。

—手術を受けないがん患者、手術を待機する患者の入院と入院期間の減少

—治療後のフォローアップの効率性の改善

—子宮頸部がん検診の効率性の改善

(費用対効果の高い介入への支出の集中)

- ・費用対効果の高いサービスにがんの支出を集中させることが重要である。予防は依然としてがん対策の最良の形態であり、予防への投資は長期的にみてサービスの負担の低減につながる。
- ・ケア経路全体にわたって、サービスの効果を評価するための同一の手法を用いなければならない。費用対効果を測定することによって、各介入によって実現される患者のアウトカムの差を評価することが可能となる。費用対効果は、治療の費用をその治療によって延長された生存年数で除した「生存年あたり費用 (costs per life year)」、治療によって生じた QOL の増減を考慮した「質を調整した生存年あたり費用 (cost per quality adjusted life year)」で評価することが通常である。
- ・委任者は、引き続き、将来の支出に関する意思決定を行う際に、全てのがんの介入の費用対効果を評価する必要となる。そして可能であれば、評価に際して、NICE などの国レベルのガイダンスを利用しなければならない。

(13) 第11章「将来に向けた構築」(要約)

(はじめに)

- ・新規のがん発生数の増加、がん生存者の増加、予防・診断・治療の技術の進歩など、変わりゆくがんの状況に対応して、世界レベルのがんサービスを実現するために、引き続きがん対策の進捗状況を再評価し、新たな事態に応じてアプローチを改良していく必要がある。

(技能に優れた柔軟性のあるマンパワー)

- ・がんに従事するマンパワーには、勤務時間の全部をがんに関与している者(内科腫瘍専門医、臨床腫瘍専門医、血液腫瘍専門医、がん専門看護師、腫瘍病棟に勤務する者など)、勤務時間の多くの部分をがんに関与している者(病理学者、放射線科医、健康関連専門家、一般・地域看護師、外科医、内科医、血液学専門医、麻酔科医など)、GP(がん患者の取扱は比較的少ないが、がんに関与する可能性がある症状をもつ患者へのケアに多くの時間を費やしている)、NHS以外のスタッフ(ソーシャルワーカー、介護者など)など、きわめて多様である。

- ・がん関連の専門家はこの10年間で著しく増加し、今後5年間でさらに増加していくと考えられる。これは、医師資格をもたないスタッフの役割が大幅に改革されたことにより支えられてきたという一面もある。例えば、放射線診断技師の四層モデル(指導者、上級者、実施者、補助者)は乳がん検診で大きな成功を収め、一部の放射線治療部門にも導入されている。また看護師に対する内視鏡検査(胃内視鏡、軟性S状結腸内視鏡、大腸内視鏡)の研修によって、内視鏡サービスの待機期間が削減され、NHS Bowel Cancer Screening Programmeの展開が促進された。

(人材開発)

- ・Strategic Health Authority (SHA)の主な機能は、労働力供給予測と地域サービス提供計画に基づいて、州レベルの戦略的人材育成計画の策定など、組織と人材の開発である。Cancer Policy TeamとCancer Action Teamは、引き続き、SHAのこの機能を支援して、がんに関連するマンパワー全体にわたって一貫性を確保する必要がある。新しい治療・ケアの環境の開発にはマンパワーの改革が必要であり、両チームは、それらがもたらす影響に関してSHAに助言して、がんに関連するマンパワーのプロフィールに関する詳細な情報を提供する必要がある。
- ・SHAは、成人の社会ケア・セクターの技能・資格要件の開発を担当している「Skills for Care」など、NHS外部での人材開発担当との連携を構築するための最良の方法を検討する必要がある。

(教育研修)

- ・人材開発と研修プログラムの委任は SHA と PCT の責任であり、地域のニーズと状況を考慮して実施されるべきである。ただし、国レベルで研修の試験運用を同定して委任する必要がある場合、Cancer Policy Team と Cancer Action Team が、SHA との協力関係のもとで、引き続きそれを実施する。
- ・ここ数年、臨床医の上級職の専門家継続教育 (continuing professional development) に関連して、以下の研修イニシアティブが、中央の主導のもとで実施されている。
 - 内視鏡専門医の質と量の向上を目的とした、全国内視鏡イニシアティブ
 - イングランドの全 187 の大腸がんチームを対象とした、直腸間膜全切除 (TME) の質と理解の向上を目的とした、全国研修プログラム
 - 高度のコミュニケーション技術の研修
 - 乳がんチームの sentinel node の生検研修 (1 泊入院の必要がなくなり、費用の削減、早期回復、患者満足度の向上につながる)
- ・「Making Progress on Prostate Cancer」の報告書では、前立腺がん治療の外科的処置に関する上級特別クラスの開講が発表されている。この研修は、集学的チーム医療を強化すること (Prostate Cancer Advisory Group の助言によって、外科医だけでなく集学的チームも含めることに重点を置いている)、泌尿器外科の専門的技術の習得 (まずは開腹前立腺切除に重点が置かれている) を目的として、2007 年 3 月に試験運用が開始され、12 ヶ月以内に事後評価が完了する予定である。
- ・大腸がんに関しては、NICE の提言を受けて、腹腔鏡下大腸手術の試験的な研修プログラムが開始される予定である。研修センターの運営に関する契約が 2008 年 1 月までに行われ、18 ヶ月後に事後評価が行われる。その結果によっては、他のセンターや手技に対して、プログラムの展開可能性が検討される。
- ・放射線技師の研修についても、放射線技師養成学校や放射線治療センターにおいて、Virtual Environments for Radiotherapy Treatments (VERT: 模擬の放射線治療機器や治療室を用いた訓練) を実施し、改善が図られる。この研修の導入目的は、研修の中退率 (35%) の減少、「安全」な学習環境の提供、臨床サービス部門の負担の軽減などである。可能な限り多くのサイトに VERT を設置する必要があるが、2007/08 年には、応募基準にしたがって、10 の放射線治療教育機関と 50 の臨床サイトに提供される可能性がある。

(適切な設備)

- ・ NHS Cancer Plan の発表以来、2007 年 10 月までに、MRI スキャナー158 台、線形加速器 167 台、CT スキャナー247 台、胸部スクリーニング機器 730 項目が新規・代替で設置された。現在使用されている MRI スキャナーの約 83%、CT スキャナーの 85%、リニアックの 81%が 2000 年 1 月以降に設置されたことになる。1999/2000 年から 2005/06 年の間で、CT スキャンの件数は 83%の増加 (136 万件から 248 万件)、MRI の件数は 99%の増加 (60 万件未満から 110 万件超) となった。2007 年 9 月現在で、MRI スキャンの平均待機時間は 4 週間、CT スキャンの平均待機時間は 2 週間であった。しかし諸外国と比較すると、人口 100 万人当たりの CT スキャナーの台数 (国際中央値 14 台に対してイギリス 7 台)、MRI スキャナーの台数 (国際中央値 6.7 台に対してイギリス 5 台) と少なく、さらなる進展が必要である。
- ・ 2005 年 10 月、National Framework for the Development of PET-CT Services が発行され、2010 年までにイングランド全体で年間 40,000 件の PET-CT スキャンを準備するよう提言されている (現在は年間 21,000 件)。UK PET-CT Advisory Board がすでに設置され、PET-CT の利用状況が逐次レビューされることになる。
- ・ 本戦略では、がん関連の設備の拡充のための新規の目標は設定しない。その代わりに、毎年の設備の使用件数、待機期間枠基準の達成状況などの、アウトプットとアウトカムを監視していく。このモニタリングによって、サービス提供者と委任者は全国平均に照らして各自の地域の供給をベンチマークすることが可能となる。また、Department of Health は、引き続き、国際的なグッドプラクティスに照らしてイングランドの進展状況をベンチマークし、それにしたがって委任者に助言していく予定である。委任者は、サービス提供者と協力して、旧型設備の交換のための適切な設備投資戦略を策定する必要がある。NHS には、新規のがん設備投資に必要な資金が提供される予定である。
- ・ 近代的設備の供給に加えて、ケアの提供が行われる物理的環境全体にも注意を払い、患者が高度な質の基準を満たした物理的環境のもとでケア・支援を受けられるようにすべきである。Department of Health は、患者団体と協力して、優れたがん施設を対象とした kitemark (英国規格協会検査証) を展開していく予定である。施設の質に関する情報は、NHS Choices を通じて患者が利用できるようにする。

(優れた横断的調査 (horizon-scanning))

- ・ 将来の機会や課題を同定して計画を策定するために、質の高い横断的調査 (horizon-scanning) が必要である。専門家グループは、2012年におけるがんの部位別のサービスのビジョンを示しているが、今後は、適当な間隔でそうしたグループを再招集して、進捗状況をレビューし、新たな展開に関する情報を示すとともに、新たな課題を協議していく予定である。
- ・ Department of Health と NICE は、がん患者にとって利益となりうる新技術 (薬剤、その他の治療など) が同定され、遅延なく NICE に付託されることを確実にする新しいプロセスを設定した。National Horizon Scanning Centre が可能性のある新技術を同定し、NICE がそれに関する検討会を招集して、National Cancer Director が議長となってその評価を行う。

(質の高いがん研究)

- ・ NHS Cancer Plan に基づいて、2001年に National Cancer Research Institute (NCRI) が設立された。NCRI は「壁のない機関 (institution without walls)」として、20のパートナー組織で構成され、各パートナーが年単位で事務局の費用を補償する。パートナーには、イギリス各国 (イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド) の保健省と Research Council、がん研究に資金提供している慈善団体、Association of British Pharmaceutical Industry、がん患者などが含まれる。
- ・ NCRI は、イギリスの最新のがん研究データベースを構築・維持しており、ポートフォリオにおける長所・短所の分析が可能となっている。パートナー組織は、相互協力のもと、様々な分野の研究 (前立腺がん、放射線治療や放射線生物学、喫煙、食事、運動、アルコールに関連するライフスタイルの変容を通じた予防、支持療法と緩和ケア、肺がんと中皮種、新しい画像診断法 (特に PET) など) を強化するための資金供給コンソーシアムを設立したり、信頼性の高い各種報告書を作成・発表したりしている。
- ・ NCRI パートナーを通じたがん関連の研究への支出に関しては、政府からは2002年の1億500万ポンドから2006年の1億3,700万ポンドに、その他の資金提供者からは、同期間において1億5,200万ポンドから2億5,000万ポンドに、それぞれ増加している。また Department of Health は、NCRI のイニシアティブである National Cancer Research Network (NCRN) に対して年間1,500万ポンドを提供している。

・NCRI は、引き続き、本戦略で示された国の優先事項に対処するとともに、がん研究の基盤の弱点、エビデンスの不足を克服していく。2008年4月からの5ヶ年計画は現在策定中であり、2008年初頭に発表予定である。今後取り組むべき研究分野は以下のとおりである。

—患者の早期受診の促進、専門家への紹介の遅延の減少のための介入の開発と評価

—診断・治療のモニタリングを含めて、様々な利用形態に向けた新たなバイオマーカーの開発

—予防と検診

—まれな腫瘍の研究

—不平等の理解の促進（民族や性別に起因する不平等、アウトカムの地域格差など）

—がん生存者（cancer survivor）のQOLの向上

・NCRI はまた、以下のような共同出資によるインフラ・イニシアティブを通じて、研究の促進を図る。特に情報学（Informatics）、バイオバンキングに関する研究ツールやインフラの構築も促進する。

—初期フェーズの臨床試験やトランスレーショナル・リサーチに関する Experimental Cancer Medicine Centre への出資

—フェーズIIIの臨床試験に関する NCRN への出資

—NHS のがんデータの保管場所である全国がん情報ネットワーク（National Cancer Intelligence Network: NCIN）への出資

—NCRI の Informatics Initiative への出資

—Confederation of Cancer Biobanks への出資

・2007年4月、かつての National Translational Cancer Research Network であった NTRAC は、Experimental Cancer Medicine Centre のネットワークに移行された。これにあたって、イギリス各国（イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランド）の保健省と Cancer Research UK は5年間で合計3,500万ポンドの新規投資を行った。NCRI はがんのトランスレーショナル・リサーチに関するネットワーク化と協力を促進するために、年2回のフォーラムを開催している。

- ・ National Cancer Research Network (NCRN) が 2001 年に設立されて以来、臨床試験へに参加する患者数は、予定よりも早く二倍増の目標を達成している。Department of Health による NCRN への資金供給は最初の 5 年間で合計 5,400 万ポンドであり、今後 5 年間で合計 7,700 万ポンドになると予想される。
- ・ 2006 年に発表された「Best Research for Best Health」では NHS の研究開発に関する目標が記載されている。すでに、National Institute of Health Research (NIHR) の設立など、すでに大きな進展がみられている。NIHR Biomedical Research Centres の活動において、がんは重要な一部を形成している。
- ・ Department of Health は、研究に有益な資源を提供する National Cancer Intelligence Network (NCIN) を支援するとともに、NCIN によって生成されたデータを用いた質の高い health services research に対する資金提供と支援を行う用意がある。
- ・ また Department of Health では、ニーズの高い研究分野を支援するターゲットを絞った研究にも資金提供する用意がある。例えば、肺がんの CT スクリーニングの実行可能性に関する研究、NHS Breast Screening Programme の拡大による効果の評価、大腸がんや子宮頸部がんの新規の検診技術の評価、画像診断や放射線治療に関する研究などが挙げられる。

(国による明確なリーダーシップ、支援、監督)

- ・ 1999 年に設置された National Cancer Director の任務は以下のとおりである。
 - がん政策に関するあらゆる側面に関して、大臣と Department of Health に助言を提供すること
 - Cancer Perform Strategy の実施に当たり、SHA、PCT、サービス提供者を支援すること
 - グッドプラクティスの普及を促進すること
 - 進捗状況を監視すること
 - がんの政策課題に貢献している各種機関 (NICE、Healthcare Commission、National Patient Safety Agency、Monitor、NHS Institute など) との連携役を務めること
 - 外部の利害関係者 (がん関連の慈善団体、ホスピス、Royal College、業界、がん研究業界など) との協力関係を構築・強化すること。

- ・ National Cancer Director がこれらの任務を遂行するために、Department of Health の Cancer Policy Team、Cancer Action Team (委任者への支援を行う)、Cancer Services Collaborative Improvement Partnership (CSC-IP) (サービス提供者への支援を行う)、および National Cancer Screening Programmes から支援が提供されている。
- ・ National Cancer Director と各チームの活動の重点は継続的に変化していくことになる。例えば、最近まで、CSC-IP の活動は、がんの待機期間の削減に重点が置かれていたが、今後は不必要な入院や外来通院の低減に重点が置かれることになる。

(利害関係者の役割)

- ・ 本戦略の策定を含めて、がんサービスの進展にあたっては、国・地域レベルの外部の利害関係者 (がん関連の慈善団体、ホスピス、業界、専門家 (団体)、患者など) との良好な協力関係が大きく貢献してきた。本戦略の策定に貢献した利害関係者を含めたがん政策の関係者を対象として、新年に会議を招集し、戦略の実現のための次のステップなどについて協議を行う予定である。

(進捗状況の評価)

- ・ 政府は、本戦略の目標の実現を確実にするために、がん関連の進捗状況の追跡調査に取り組んでいる。情報に基づいた利害関係者との協議を可能にするために、National Cancer Director は、大臣に対して、進捗状況に関する年報が提出する予定である。National Cancer Director は報告書の作成にあたって、National Cancer Intelligence Network と緊密に連携を取る。利害関係者の諮問委員会も召集して、そこで提供された情報も年報に取り入れる。
- ・ 世界レベルのがんサービスの実現のためには諸外国との比較が必要である。アイデアを共有して、アウトカムを比較して、グッドプラクティスに学ぶことによって、他国の経験から多くの教訓を得ることができる。今後も引き続き、他国との関連において、生存率、死亡率、意識、早期発見、各種治療のアクセス、臨床アウトカム、患者の体験内容、費用などをモニタリングしていく予定である。また NCIN に対して、正確な国際比較の枠組みを策定することを求めていく。とりわけ、当省は、ヨーロッパ諸国、米国、カナダ、ニュージーランド、オーストラリアと緊密に連携していくことを構想している。