

職場復帰

- 8.47 NHSは、経験豊富なスタッフを最大限に活用し、職場を離れたスタッフに対して NHSに復帰するよう働きかける必要がある。国および地域においてこれまで実施された職場復帰イニシアティブは、がん治療現場に看護師を復帰させる点で成功を収めてきた。資格のある放射線技師が NHSを退職するケースが一部で見られるが、当初看護に目標が定められたこの復帰キャンペーンの対象は現在、放射線技師やその他の職種にまで広げられている。
- 8.48 このイニシアティブには、職場復帰プログラム、放射線技師を対象にした就職資料、また「良い実践」を広め、トラストをサポートするためのワークショップの準備などが含まれている。保健省も潜在的復職者に対し、NHSがどのように変化するかを際立たせ、NHSの職場に復帰する方法についての情報を記した文書の送付を行う。

給与の改善

- 8.49 保健省は、労働組合および他の専門家代表と連携し、NHSスタッフの給与を新たに公正なものにするための調整を行っている。新システムにより、スタッフの肩書ではなく作業内容に対する報酬を与え、既存の技術的境界を越えて柔軟に働くチームを正式に認めることが可能になる。現在、病理学スタッフに影響を及ぼしている様々な問題があり、雇用者代表やスタッフ側組織の代表で構成される科学者および技術者に関する国家諮問グループの作業部会は、この重要なスタッフの問題に対処する方法を検討している。労働力不足が最も深刻な地域においてスタッフが NHSに加わる、もしくは復帰するために、NHSにはインセンティブを高める早急な対応が求められる。NHSプランの一部として、市場動向による補助的要素を考慮し、労働力が不足する地域で働くスタッフの給与に金額を追加することが提案されている。

がんに関わる労働力の開発

- 8.50 全ての NHS スタッフは、専門性およびサービス開発における最新の知識を持ち、患者に質の良いサービスを十分に提供できる者でなければならない。専門家継続教育は、サービスの質やクリニカルガバナンスの要件に基づいており、自己評価および個人開発プランがしっかりと関連付けられている必要がある。NHS プランは、専門家継続教育に対して1億4千万ポンドの追加投資を行うことを発表した。
- 8.51 がん治療スタッフに対する教育および研修は、がんネットワーク労働力戦略を支援する必要がある。全てのがんサービス提供者は、医療系および非医療系双方のがん臨床家に関する研修戦略を文書で作成することが求められる。学際的研修は、がんケアを提供する学際的チームの効果を支援・開発する。

リーダーシップの研修

- 8.52 がんケアにおける変化を遂げ、新たなネットワーク開発を実施することにより、がんチームの主要スタッフに対し、訓練を十分に受けていないマネジメントの分野で大きな負荷を与えることになると考えられる。がんケアのコンサルタントが行った研修ニーズの認識に関する調査によると、十分なマネジメント研修を行ったと述べたのはわずか20%であった。
- 8.53 これはNHS全体に一般的にみられる状況であり、リーダーシップの向上は現代のNHSに不可欠であるといえる。NHSプランは、サービスの近代化はスタッフに依存していることを認めた。特に、サービスの再設計および再編成を行うための時間と空間を持つ臨床スタッフにおいてはそのようにいえる。がんサービス連携もこの必要性を証明している。
- 8.54 新しい保健医療リーダーシップセンター (Leadership Centre for Health) は2001年までに配備される。センターは、がんサービス連携の実施を含む改善された患者サービスを提供するため、NHS改革庁と密接に連動してリーダーシップ開発を促進する。サポートは、将来的にリーダーシップを担う可能性がある、もしくは現在担っている臨床医および管理者のそれぞれに合わせて提供される。担う可能性のある者とすでに役割を担っている者に、それぞれにあった支援を行う。主任がん臨床医も対象グループに含まれる。

将来に向けた計画

- 8.55 短中長期的需要に対応するために、サービス提供および新たな予想における変化を、研修、人材開発および採用プログラムへとつなげる必要がある。
- 8.56 NHS内の全ての職種に対する人材確保計画の見直しが実施されている。効果的な人員計画のため、全レベルにおける役割および責任、機会や障壁を考慮したものである。見直し提案に関する協議を受けて、現在詳細な実施計画を作成中で、秋頃に発表される。
- 8.57 国家がん対策長官は、学際的背景に基づき人員開発問題を戦略的方向に定める責任を持つ国家労働力開発審議会 (National Workforce Development Board) と密接に連携する。また、各医学会 (Royal College) と共に領域別の専門医目標数の絞り込みおよび策定を行う。
- 8.58 地域レベルでの行動も必要となる。がんネットワークおよびNHSトラストは、がんに対する人員計画の開発を最優先する必要がある。また全てのがんネットワークは、がんサービス戦略実施のため、人員計画の準備や同意を行う必要がある。国家人員計画および研修数の報告については、国レベルでの強化が行われる。

行動と里程標

2000 年

- ・ 新たな放射線技師のスキルミックスの試験的实施の開始。

2001 年

- ・ がんネットワークによる教育・研修を含む人員計画の開発。
- ・ 新たな組織病理学研修センターの試験的实施。
- ・ 専門医数に対する国の目標。
- ・ 内視鏡研修スキームの導入。

9. 施設・設備への投資

- ・ 新規機会基金による大規模投資
- ・ NHS プランにおける MRI50 台、CT200 台および線形加速器 (linear accelerator) 45 台に対する追加支援
- ・ 病理学サービスの近代化
- ・ 初のがん関連施設戦略
- ・ 主要ながん診断施設への国の監査
- ・ 民間部門との新たなパートナーシップ

- 9.1 数十年にわたる人材および機器に対する NHS の過小投資は、現場に犠牲を強いてきたといえる。スタッフは、旧式で信頼できない機器を使用しなければならず、不可欠な機器や施設が不十分であるために患者は診断および処置を待たなければならない状況である。
- 9.2 がん施設の国内における配備は不均等であり、患者が放射線治療センターから遠く離れた地域に住んでいたり、その地域における線形加速器の数が不足していたりする場合、治療を受けられる機会も少なくなる。保健省が 2000 年 6 月に発表した放射線治療の提供に関する調査 www.doh.gov.uk/cancer では、国内における放射線治療を受ける機会の不平等に関して強調された。がんの診断に用いる機器についても同様の状況がみられる。
- 9.3 地域格差に取り組むためには計画性が求められ、一晩で成し遂げられるものではない。線形加速器の追加注文を行ってから患者の治療に使用開始できるまでには、およそ 18 ヶ月を要する。また、機器を収容するためのコンクリート保管室が新たに必要となり、保管室に機器が設置された後は、機械が正常に機能することを確かめる確認および調整作業に最大 6 ヶ月を要する。
- 9.4 長年行われてきた過小投資を正すには時間がかかり、機械の年間生産数や設置を行う建物には限界があるが、取り組みはすでに開始されている。

新規機会基金

国営宝くじの新規機会基金により、9300万ポンドが以下の購入に充てられている。

- ・マンモグラフィー機器 226 台
- ・超音波装置 46 台
- ・乳がん検診プログラムの検診車 60 台
- ・がんの正確な診断および病期分類を行うための MRI 33 台
- ・線形加速器 56 台

これにより 1999 年度には、11 年間使用の線形加速器全ての交換、また新規に 14 台の購入が行われ、放射線治療を受ける機会の不平等に取り組みが開始される。

- 9.5 NHS プランによる新規機会基金（上記参照）を通じて資金供給がなされる機器に加え、以後 3 年間で MRI 50 台、CT 200 台、さらに線形加速器 45 台を新たに導入することを目指す。これにより、人口 100 万人につき 4 台の線型加速器を配備するという王立放射線医学会が現在推奨する基準を NHS が満たすことになる。この資金によりコンピュータおよびシミュレーション装置による近代的な治療が可能になり、購入される全線形加速器を最大限に利用することができる。さらに、23 の病理学サービスの近代化サポートに対して 1500 万ポンドが投資されている。

機器を最大限に利用する

- 9.6 大規模な投資をふさわしい所に対して充てるのは重要なことである。したがって、最新機器の十分かつ公正な供給を確実にするため、我が国で初となる国レベルのがん関連施設戦略 (national cancer facilities strategy) の開発が行われる。
- 9.7 保健省は、全国の放射線治療サービスに関するデータの公表をすでに行っている。がんネットワークには、CT および MRI、核医学および内視鏡検査施設を含む主要ながん診断施設に対する監査の実施が求められる。

- 9.8 州事務局はがんネットワークと連携し、在庫機器を最新のものに保ち、機器配備の不平等に取り組むことを定める州レベルのがん関連施設戦略の作成を行う。この地域戦略は、専門家との協議により、国レベルのがん関連施設戦略に取り入れられる。それにより、国内の不平等削減のために資金が適切に用いられるよう支援する。
- 9.9 中心的イニシアティブの初期段階として、機器を交換することが目標に定められた。この進展に基づき、全ての州事務局の資本投資戦略において、がん関連設備の維持および適した期間での交換を含めることが重要である。

民間部門とのパートナーシップ

- 9.10 この拡大の実施にあたり、特に病理学および画像診断の面においてサービス提供者や産業との官民協同の機会について十分な調査を行う。新たな労働方法が患者に恩恵となる場合、実施の必要がある。
- 9.11 そのパートナーシップにより、契約有効期間を通じて機器の供給だけではなく、施設を最大限に利用する点で利益が発生するが、政府は官民の間でより長期的な取り決めが生じると予測している。それには例として、施設の管理、サービス維持、機器のアップグレードおよび交換などが含まれる。
- 9.12 これらの新たなパートナーシップは、NHS トラスト単体に制限されることなく、多くの NHS 組織に及ぶものとなる。また、患者へのサービスを改善し、必要な場所および時期に患者が最新の専門知識や技術を利用できるようにするために組織する新たな方法を提供する。

行動および里程碑

2001 年

- ・ 全てのがんネットワークは、診断施設の監査を行う。
- ・ 全ての州事務局は、州レベルのがん関連施設戦略を作成する。
- ・ 国レベルのがん関連施設戦略を準備する。

10. 将来への投資：研究と遺伝学

- ・ 新たな国立がん研究所 (National Cancer Research Institute)
- ・ 研究基盤に対する追加投資
- ・ 前立腺がん研究に対する追加投資
- ・ 新たな遺伝学研究におけるがん慈善団体とのパートナーシップ
- ・ 遺伝子カウンセリングに関するマクミランがん救済財団とのパートナーシップ

研究

- 10.1 病気の負担をできるだけ速やかに軽減し、将来の世代の恩恵を図る上で、がんの全ての面に対する研究は重要である。実験研究は、がんにつながる遺伝子および細胞の変化を理解するために必要である。遺伝子革命は、がんのリスクがある人を特定し、より良い治療を行う点で大きな機会をもたらしている。疫学的研究はがんの原因を理解するために必要である。がんを発見および治療のより良い方法を開発し、がんケアの改善を行うためにも研究は不可欠である。
- 10.2 がん研究は世界的に行われている活動で、イギリスは主要な貢献国となっている。我が国はトップレベルの研究所、臨床科学者および疫学者を有している。政府、がん研究慈善団体および産業団体の組み合わせによる優れた財政支援による研究センターがある。
- 10.3 政府は資金出資者と並び十分な役割を果たすため、がん研究に対する支援を増額することを NHS プランの中でコミットメントとして示した。2003 年までに、がん研究の基盤に年間 2 千万ポンドの追加投資、また前立腺がんの研究に対して 400 万ポンドの投資を行う。これにより、政府（保健省、高等教育助成審議会 (Higher Education Funding Council) および各種研究審議会 (Research Councils) を通して) の支援は、ボランティア部門の投資に初めて匹敵することになる。
- 10.4 しかし、我が国のがん研究にとって弱点も存在する。ハイレベルな戦略的計画、また資金出資者間の調整が不十分であった。臨床研究の基盤は脆弱で、特定分野におけるサービス提供に重要な改善を行うための研究に対するサポートも不十分であった。

国立がん研究所 (National Cancer Research Institute)

- 10.5 がん研究の調整に対する懸念への対応として、1999年のがん研究資金出資者フォーラム (Cancer Research Funders Forum : CRFF) が設立された。このフォーラムは、保健省、医学研究審議会、英国がん研究基金、がん研究キャンペーン、白血病研究基金 (Leukaemia Research Fund)、ラドウィッグ研究所 (Ludwig Institute) およびマリー・キュリーがんケアを含むイギリスの主要な研究資金提供者により構成されている。
- 10.6 がん研究資金出資者フォーラムは大きな成功を収め、NHS プランで発表された NHS がん研究ネットワークを整備する面で主要な役割を果たした。政府は、資金出資者と共に進める新たな研究イニシアティブに関する前立腺がん実態概要の見直しをフォーラムに要請しており、まもなく出版される。
- 10.7 しかし、がん研究を進める上でさらに計画および調整を行う必要がある。したがって、NHS 研究開発長官および国家がん対策長官は、国立がん研究所へ最終提案を提出するため、がん研究の資金提供および提供に関する全面的な作業において連携するよう命じられた。国立がん研究所は政府、ボランティア部門および民間部門のパートナーシップであり、我が国におけるがん研究に対する戦略的管理を行う。また、さらなる研究イニシアティブが必要な地域や最も進展がみられそうな地域を特定するのを率先する。
- 10.8 政府はがん研究慈善団体および主要ながん研究者達と同様、がん研究の分散モデルが最大限の結果を得るものであり、1つの大きな「従来型の」研究所という形は望ましくないという見方をしている。国立がん研究所は全国で実施されるがん研究に焦点を合わせている。
- 10.9 政府、慈善団体および産業より資金提供されるがん遺伝学研究的調整も、研究所の重要な仕事の1つである。我が国は、この急速に進化する分野において最前線に立たなければならない。

NHS がん研究ネットワーク

- 10.10 がんの臨床研究の基盤サポートは、1999年の保健省によるがん研究優先度の見直しにおいて最重要と認定された。政府はこのニーズへの対応として、イギリス全土における NHS がん研究ネットワーク (NCRN) の整備に対する資金を投入することを NHS プランで発表した。ネットワークは、新たな国立がん研究所の肝要な部分となる。
- 10.11 NHS がん研究ネットワークは今後3年以内に、臨床試験およびその他の良く計画された研究の実施を世界レベルで展開し、また国内のがんサービスネットワークに関して管理された研究ネットワークマッピングとして機能する。さらに放射線学、病理学、薬学および放射線治療に対する研究サポートと共に、質の高い臨床研究に必要とされる熱心な研究看護師、データ管理者、医療スタッフ会議および情報システムの提供も行う。臨床研究の質、速度および調整の強化、また研究結果をがんケアに組み込むことを目指す。

がん研究の優先分野におけるサポート

- 10.12 保健省は、国立がん研究所および NHS がん研究ネットワークの設立に加え、「科学への支援」基金を通じて、NHS 内で実施される研究開発の支援を引き続き行う。さらに、優先度の高い地域における特定研究プログラムのサポートも行う。これには疫学、予防、検診、遺伝学、プライマリケア、支持療法および緩和ケアが含まれる。

研究から学ぶ

- 10.13 新たな研究への取り組みと同様、将来の計画を立てるために既存の研究を最大利用することも不可欠である。保健省は、コクラン共同計画 (Cochrane Collaboration) の設立および主要な資金提供者である。医学研究審議会からの支援に加えて、現在コクランデータベースは、世界中の50以上のシステムティック・レビューを有している。保健省の資金供給によるエビデンスに基づくレビューは、がんサービスの結果改善 (Improving Outcomes) ガイダンスの開発を支える者となっている。
- 10.14 保健省は、NICE による将来のガイダンスについても最新のエビデンスに基づくものとするよう引き続き見直しを求めている。がんの予防に関連した見直しは、健康開発庁により行われる。国立ホライズンスキャンニングセンター (National Horizon Scanning Center) は、がんに対する未来技術および治療において遅れを取らないように努める。

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、教育的イニシアティブ、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ティブ

- 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より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. 計画の実施

- ・ 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ティブを展開する。

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、がんサバイバル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）。