

(3) cancer survivorship の各段階における臨床診療ガイドラインを確立し、普及する（領域共通）。

- ・cancer survivorship の問題に取り組んでいるしかるべきグループ（例えば National Comprehensive Cancer Network、アメリカ臨床腫瘍学会、NCCS）に、cancer survivorship の各段階に特化した臨床診療ガイドラインの策定を委任する。
- ・これらのガイドラインを一箇所に集める場所を確立する（例えば、National Guidelines Clearinghouse、Cancer Information Service など）。
- ・臨床診療ガイドラインを、消費者・患者向けのバージョンと保健医療サービス提供者向けのバージョンで作成し、多数のチャンネルや組織を通じて普及させる。
- ・公衆衛生機関の資金提供を受けたプログラム（例えば、州がん計画、CCC 計画）に、臨床診療ガイドラインの実施を含めることを義務づける。
- ・臨床診療ガイドラインで示されているサービスのアクセスを確保する。
- ・ガイドラインの継続的評価を行い、その結果を利用状況のアセスメントに使用する。必要に応じてガイドラインを修正する。
- ・がん関連、およびがん以外の保健医療専門家に対して、ガイドラインに関する研修を行い、人材育成を最大限に行う。
- ・文化的配慮や緩和ケアなどのテーマについて継続的な研修を義務づけることにより、質の高い人材を確保する。
- ・保健医療関連の人材に不足している部分をアセスメントし、質の高いサービス提供者を採用・雇用するための戦略を策定する。

(4) がん生存者が十分な情報を得た上で意思決定できるようにする公共教育プログラムを開発し、普及する（領域共通）。

- ・全国規模のタスクフォースを結成し、がん生存者に対する公共教育に取り組むプログラムを策定し、この問題を中核とする多面的な戦略計画を創出する。
- ・十分な情報を得た意思決定と唱道の技術を推進するために、がん生存者が利用できる既存の情報源を同定し、情報が不足している場合にはプログラムや教材を作成する。
- ・多数のコミュニケーション形態（例えば、インターネット、活字媒体）を利用して、諸問題や利用可能な教育プログラムに関するがん生存者教育を効果的に実施するために、国のタスクフォースにマーケティング戦略とマルチメディアキャンペーンの実施を委任する。
- ・十分な情報を得た意思決定を推進するための best practice を、さまざまな立場（例えば、保健医療サービス提供者、唱道団体、政府機関、国会議員など）を通じて普及させ、その実施を奨励する。

(5) 活動を継続的に評価することにより、その活動の影響と成果を判断し、サービスの質の継続的な改善を保証する（領域共通）。

- ・ 国家行動計画に基づいて実施されるプログラムや戦略について、そのタイプに適した評価尺度を同定する。
- ・ プログラムなどの実施をアセスメントするために、理論に基づく、科学的に基礎づけられた研究を実施する。
- ・ 情報を最大限に利用するために、根拠に基づくプログラム評価の結果を公衆衛生機関などの現場を通じて普及させる。

(6) サーベイランスと応用研究の既存のインフラを強化する（サーベイランスと応用研究）。

「(1) cancer survivorship に関する包括的なデータベースのためのインフラを開発する」と同様の戦略である。

(7) がん生存者の継続的な健康に対する懸念に関連する要因を特定する（サーベイランスと応用研究）。

- ・ がんのタイプや二次的な健康問題に関連する特性を同定するための研究を開始する。
- ・ 新たな健康問題が発生する可能性を減少させるための介入を行う際に、介入の対象者が実施できる変容可能な行動を同定する（例えば、運動不足、不健全な食習慣など）。
- ・ 健康問題が発生しやすいがん生存者の特性（例えば、年齢層）に関する知見が得られた時点で、一次予防の教育プログラムを開発して、健康問題に対する感受性とリスク軽減のために自分でできる行動変容に関して、がん生存者に情報を与える。

(8) がん生存者のニーズに最も適切に対応するプログラムとサービスを決定する（サーベイランスと応用研究）。

- ・ 全国調査（例えば、NHIS、BRFSS など）を実施して、提供されたサービス、サービス利用パターン、及びそれらの問題点を正確に記述することによって、がん生存者と保健医療システムとの相互作用に関する理解を深める。
- ・ 学術研究者と州保健部局との共同の取り組みを推進し、健康問題に対する感受性を低減させるためにがん生存者に提供できるケアとサービスに関する知見を増加させる研究プロジェクトを開発する。
- ・ がん生存者へのケアの最も効果的なモデルに関する知見を同定・評価・普及する。
- ・ これらの一連の知見から得られた教訓を州の CCC 計画に組み込む。

(9) 予防介入に関する研究を行い、その介入が cancer survivorship に関連する問題に及ぼすインパクトを評価する（サーベイランスと応用研究）。

- ・既存の予防介入の一覧表を作成する。
- ・様々な公衆衛生の状況においてプログラムを評価することによって、特定の介入の効果を判断し、がん生存者にとっての best practice を確立する。
- ・評価研究を通じて、既存の介入に不足している部分を同定する。
- ・他のがんや二次的な健康問題に対するハイリスク者を対象とした介入を開発する。
- ・選択した介入の費用対効果の研究を実施する。
- ・サービスを十分に利用していない地域に焦点を当てて、特定のがん生存者集団に適合したコミュニケーションを設定し、利用可能な介入と資源に対する認識を高める。

(10) 応用研究を実践に移す（サーベイランスと応用研究）。

- ・「地域予防サービスガイド (Guide to Community Preventive Services)」に、取り組むべき課題として cancer survivorship を組み込む。このガイドは、地域保健の推進、疾病予防のための介入・サービスの効果、経済的効率性、実行可能性に関する知見をまとめたものである。公表された研究の厳密かつ体系的なレビューによって収集されたエビデンスに基づいて、様々な介入の利用を勧告している。
- ・研究結果を一般市民が理解して、その知見を日常生活に応用できるように翻訳する手段・方法を開発する。
- ・研究結果を活用して、cancer survivorship の問題に関して、がん生存者やその他の人々（保健医療サービス提供者、関係団体、擁護者など）を教育する。
- ・公衆衛生機関やその他の組織を通じて、多様な手段（例えば、インターネット、郵便）を用いて、研究結果を保健医療専門家とがん生存者に普及する。

(11) がんは克服が可能であり、現実に克服されている慢性疾患だということを一般市民に教育する戦略を策定する（コミュニケーション、教育、訓練）。

- ・既存の教育情報を同定するためのタスクフォースを召集し、新たな教材開発の際の重複を避けるためにパートナーシップを推進する。
- ・クリアリングハウスなどの集中情報資源センター（例えば、活字、オンライン）を強化して、一貫性のある、科学的に妥当な、文化的に適切なヘルスコミュニケーション情報へのアクセスを提供する。
- ・テレビ、活字媒体、インターネットでの公共広告を含めて、多様なメディアを通じて集中情報資源の普及を促進する。
- ・「がんは慢性疾患の一つであり、それとともに生きることができ、必ずしもそれによって死ぬわけではない」という cancer survivorship の概念の普及を促進する。

(12) 長期的なフォローアップのケアを提供することの役割と価値について政策・意志決定者に教育することによって、QOLの問題と法律上のニーズに対処し、がん生存者の臨床試験や補助的サービス（Ancillary service。病院やその他の入院プログラムによって提供される専門的サービスで、X線検査、医薬品、臨床検査などを含む。）へのアクセスを保証する（コミュニケーション、教育、訓練）。

- ・潜在的な能力のある政策・意志決定者を同定し、cancer survivorshipの問題について彼らを教育する仕組みを確立する。
- ・がん生存者のニーズと現実との格差を同定するために、既存の政策の目録を作成し、その特徴を記述する。
- ・国や州の政策に関心をもつ人々とのパートナーシップを特定する。
- ・同定した政策・意志決定者のグループ（例えば、国会議員、地域・州・国の規制当局者、保健医療サービス管理者、唱道者グループ、地域組織、健康関連業者、医療保険業者、医薬品業者など）を教育するための具体的な戦略を策定し、実施する。

(13) がん生存者に唱道の技術を付与する（コミュニケーション、教育、訓練）。

「（４）がん生存者が十分な情報を得た上で意思決定できるようにする公共教育プログラムを開発し、普及する」と同様の戦略である。

(14) 利用可能な情報へのアクセスの方法とその評価方法をがん生存者に教授する（コミュニケーション、教育、訓練）。

- ・利用可能な情報の有効性を評価する標準化されたシステムを開発する。
- ・がん生存者が情報を自ら評価できるように支援するための資源を、多様なフォーマット（例えば、CD-ROM、パンフレット、Web、ビデオ）で開発する。
- ・これらの資源を、多様な配布地点（例えば、診療所、文化的・宗教的理念に基づいた地域組織、支援グループ、国・地方レベルの協会）を通じて、また信頼できる他の情報源とリンクできる集中データベースを通じて、普及する。
- ・確立された評価基準を満たさない（すなわち科学的妥当性を保っていない）教材を用いるグループに対して技術支援を行い、教材・製品の質を改善する。

(15) 診断から長期治療、終末期ケアにいたるまでの cancer survivorship の問題について保健医療サービス提供者に教育する(コミュニケーション、教育、訓練)。

- ・ 専門家組織とのパートナーシップによって、cancer survivorship に関する教育フォーラムを開催する。
- ・ 症例検討会、腫瘍委員会の会議、その他の場を通じて、地域の医療界における保健医療専門家や補助専門職を教育する。
- ・ 擁護団体とパートナーを組んで、地域の実践例を視察するとともに、QOL の向上の実施と機会について地域の保健医療サービス提供者を観察・教育する。
- ・ 保健医療専門家と補助専門職の訓練プログラムに cancer survivorship のカリキュラムを組み込む。
- ・ cancer survivorship に関する継続的教育訓練を開発し、さまざまな保健医療専門家(例えば、内科医、看護師)に提供する。

(16) 効果が立証されているプログラム、つまり best practice (標準化されたプロセスを通じて、一般的に認められている基準を用いて成果を評価した結果、効果的であることが確認されたプログラム)を同定し、実施する(プログラム、政策、インフラ)。

- ・ がん生存者のニーズに対応するためにはどのプログラムが best practice になるかを判定するために、定量的な基準を設定する。
- ・ 合意された基準で best practice を同定して、プログラムの優先順位を設定する。
- ・ cancer survivorship の研究で不足している部分を同定して、新しいモデルやアプローチを検証するための研究に資金提供を行う。
- ・ best practice と認定されたプログラムに対して、既存の機構を用いて情報のクリアリングハウス(例えば、Cancer Control PLANET、CIS)を創設する。
- ・ このクリアリングハウスを促進するとともに、他の方法も用いて、プログラム、がん生存者、保健医療サービス提供者などに情報を普及する。またこのクリアリングハウスを利用して、がん生存者と彼らのニーズに適合した資源とを結びつける。

(17) cancer survivorship の全ての段階における達成目標と戦略を含む、エビデンスに基づいたがん計画を実施する(プログラム、政策、インフラ)。

- ・ cancer survivorship における主要な指導者や専門家を各州で同定して(特になん生存者)、ネットワークを構築して、cancer survivorship が州のがん計画で取り組まれていることを確保する。
- ・ cancer survivorship の重要性とそれに関連する問題について、州のがん計画の関係者を教育する。
- ・ cancer survivorship のプログラムを評価し、結果を公表して普及する。
- ・ CCC プログラムと他の資金提供を結びつけて、がん計画が cancer survivorship に包括的に対応できるようにする。

(18) 長期にわたる慢性疾患としてのがんへの取り組みを支援する政策変更を推進する（プログラム、政策、インフラ）。

- ・ cancer survivorship の各段階について政策立案者、保健医療専門家、がん生存者を教育するための、公共教育の教材を開発・普及する。
- ・ 医療保険業者、健康保険管理者に対して、がん生存者に対する治療後のサービス、長期的なフォローアップのサービスを提供するように促す。
- ・ 公式な政策、メディア、保健医療組織、保健医療サービス提供者、医療保険代理店などの多様な場面で用いられる術語の違いの問題に対処して、cancer survivorship の各段階をより正確に反映するように政策を修正する。

(19) プログラムにおける行動を支援するために、全てのがん管理活動に関する質の高いデータを取得するためのインフラを構築する（プログラム、政策、インフラ）。

「（１）cancer survivorship に関する包括的なデータベースのためのインフラを開発する」と同様の戦略である。

(20) がん生存者のためのヘルスケアに関連する経済上、医療保険上の障壁について、意志決定者を教育する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

- ・ 無保険または保険給付が十分でないがん生存者のニーズが満たされていない状況に関して、保健医療サービス提供者、cancer survivorship の専門家、研究者、プログラムのスタッフによる会議を開催し、政策立案者を教育するための戦略を策定することを目指す。
- ・ 州のプログラム（やその他のプログラム）の見本になる成功した政策や法的言語を同定して、質の高い治療や治療後のフォローアップサービスへのアクセスの改善のために必要とされる主要な利害関係者（例えば、国会議員、州知事）を同定する。
- ・ 医療保険加入人口の調査・分析を行い、個人の保険給付レベルがケアへの適時のアクセスやフォローアップのケアの受診にどの程度影響を及ぼすかを判定する。
- ・ 質の高いがんケアへのアクセスを促進する政策に関して、医療保険業者および健康保険の意志決定者を対象とした教育機会を作り出す。

(21) がん生存者に対する質の高い、時宜に適ったサービス提供を支援するガイドラインを確立し、普及する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

「（３）cancer survivorship の各段階における臨床診療ガイドラインを確立し、普及する」と同様の戦略である。

(22) がん生存者に対する緩和サービスの提供をアセスメントし、強化する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

- ・緩和サービスの提供の現状と場所を評価する上で基礎となる定量的・定性的データを収集して、緩和ケアに関するがん生存者、介護者、保健医療サービス提供者の経験の特徴を記述する。
- ・保健医療サービス提供者は緩和ケアのサービスをどのように管理すべきか、がん生存者と介護者は緩和ケアをどのように唱道できるかについて、人々に教えるための専門家教育および公共教育を提供する。
- ・緩和ケアの監督に関する免許および機関の責任についての規制方針を確立する。
- ・医療関係者への訓練において薬物乱用の話題を提供することによって、鎮痛剤の誤用に対する不安を軽減して、がん生存者への疼痛緩和薬の処方に対する専門家の受容を促進する。
- ・鎮痛剤投与と管理の予期せぬ結果への懸念を払拭できるように、がん性疼痛を管理するための標的治療法を開発する。

(23) がん患者のための、統合的、学際的な保健医療サービス提供チームを設立する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

- ・小児がんセンターをモデルとする先進的研究拠点（Center of Excellence : COE）を創設して、特にまれながんの生存者に包括的なケアを提供する。
- ・最適の提供者からがん生存者に提供されるサービスへのアクセスを改善する政策を策定する。
- ・COEを通じて、臨床試験や長期的なフォローアップ・ケアへのアクセスを促進する。
- ・がん生存者向けのウェブサイトを作成して、初期治療終了後のフォローアップ・ケアについて案内する。
- ・がん生存者が初期治療後に、学際的チームからの継続的・定期的フォローアップを受けられるための仕組み（例えば、パスワードで保護されたインターネットフォーラム、電話、郵便）を開発する。フォローアップは最低でも年1回は行われるべきである。
- ・しかるべき組織（例えば、American College of Surgeons, Commission on Cancer, NCCS）とのパートナーシップによって、cancer survivorshipのプログラムを策定し、cancer survivorshipに関する専門家教育を提供する。
- ・症状管理・緩和ケア・支援チームへのアクセスをがん生存者に保証する。
- ・他の慢性疾患モデル（例えば、糖尿病）の管理計画をレビューして、それをベースとしてcancer survivorshipの統合的・学際的管理計画を策定する。
- ・がん生存者が一連のケア全体を通じて統合的・学際的管理計画を利用できることを保証する。

5. 指標の例

(サーベイランスと応用研究)

- がん生存者を継続的に追跡できるがん登録の数を増加させる。
- QOLを含めた cancer survivorship のデータを全国レベルで収集・分析する際に用いる、標準的な項目のセットを設定する。
- がん登録やデータソースを用いて、人口ベースの cancer survivorship のデータを取得することの実行可能性をアセスメントする。
- がん生存者の健康に対する懸念を定量化するための研究イニシアティブを開発する。
- がん生存者に関連する、学術研究者と州保健部局との共同の取り組みの件数を増加させる。
- 上述の共同の取り組みが有用かつ適用可能な結果をもたらす程度を測定する。

(コミュニケーション、教育、訓練)

- cancer survivorship とがん生存者が直面する問題の負荷に関して、保健医療専門家と一般市民の知識を増加させる。
- メディアが、他の健康問題と比較して cancer survivorship を取り上げる時間を増加させる。
- 保健医療専門家や補助専門職に対する、cancer survivorship に関する訓練の数を増加させる。

(プログラム、政策、インフラ)

- 5年間にわたり、cancer survivorship に投入されるプログラムの資源を増加させ、公的・私的セクターのプログラム全体における資金のレベルの動向をアセスメントする。
- cancer survivorship の要素が盛り込まれた、州がん計画や CCC 計画の数を増加させる。
- 地方、州、国レベルの cancer survivorship に関連する政策の数を追跡する。
- 専門的ケアを含めて、がん生存者のための治療後のサービスや長期的なフォローアップサービスを提供する医療保険業者の数を増加させる。

(質の高いケアとサービスへのアクセス)

- 診断から終末期までの cancer survivorship の各段階を通じて、疼痛管理やその他の支援サービスを受けるがん生存者の数を増加させる。
- がん生存者の QOL を向上させる患者ナビゲーションシステムの効果を評価し、その結果を公衆衛生の業界に普及させる研究を増加させる。
- 全てのがんの 5 年生存率を引き続き向上させる。

6. cancer survivorship のニーズのリスト (再掲)

○領域共通のニーズ

- (1) cancer survivorship に関する包括的なデータベースのためのインフラを開発する。
- (2) がん生存者に最適なケアを円滑に提供できる患者ナビゲーションシステム (patient navigation system) を開発し、検証し、維持し、推進する。
- (3) cancer survivorship の各段階における臨床診療ガイドラインを確立し、普及する。
- (4) がん生存者が十分な情報を得た上で意思決定できるようにする公共教育プログラムを開発し、普及する。
- (5) 活動を継続的に評価することにより、その活動の影響と成果を判断し、サービスの質の継続的な改善を保証する。

○「サーベイランスと応用研究」のニーズ

- (6) サーベイランスと応用研究の既存のインフラを強化する。
- (7) がん生存者の継続的な健康に対する懸念に関連する要因を特定する。
- (8) がん生存者のニーズに最も適切に対応するプログラムとサービスを決定する。
- (9) 予防介入に関する研究を行い、その介入が cancer survivorship に関連する問題に及ぼすインパクトを評価する。
- (10) 応用研究を実践に移す。

○「コミュニケーション、教育、訓練」のニーズ

- (11) がんは克服が可能であり、現実に克服されている慢性疾患だということを一般市民に教育する戦略を策定する。

(12) 長期的なフォローアップのケアを提供することの役割と価値について政策・意志決定者に教育することによって、QOLの問題と法律上のニーズに対処し、がん生存者の臨床試験や補助的サービス（Ancillary service。病院やその他の入院プログラムによって提供される専門的サービスで、X線検査、医薬品、臨床検査などを含む。）へのアクセスを保証する。

(13) がん生存者に唱道の技術を付与する。

(14) 利用可能な情報へのアクセスの方法とその評価方法をがん生存者に教授する。

(15) 診断から長期治療、終末期ケアにいたるまでの cancer survivorship の問題について保健医療サービス提供者に教育する。

○「プログラム、政策、インフラ」のニーズ

(16) 効果が立証されているプログラム、つまり best practice（標準化されたプロセスを通じて、一般的に認められている基準を用いて成果を評価した結果、効果的であることが確認されたプログラム）を同定し、実施する。

(17) cancer survivorship の全ての段階における達成目標と戦略を含む、エビデンスに基づいたがん計画を実施する。

(18) 長期にわたる慢性疾患としてのがんへの取り組みを支援する政策変更を推進する。

(19) プログラムにおける行動を支援するために、全てのがん管理活動に関する質の高いデータを取得するためのインフラを構築する。

○「質の高いケアとサービスへのアクセス」のニーズ

(20) がん生存者のためのヘルスケアに関連する経済上、医療保険上の障壁について、意志決定者を教育する。

(21) がん生存者に対する質の高い、時宜に適ったサービス提供を支援するガイドラインを確立し、普及する。

(22) がん生存者に対する緩和サービスの提供をアセスメントし、強化する。

(23) がん患者のための、統合的、学際的な保健医療サービス提供チームを設立する。

(5) cancer survivorshipに関連する取り組み

CDCは公共放送サービスの映画「A Lion in the House」を支援し、若い成人のがん生存者が直面する課題に関する理解を促進している。

CDCは、2006年、がんを含めた終末期(end-of-life: EOL)の問題に取り組むために、複数の部門のスタッフで構成される終末期チームを立ち上げた。このチームでは、全ての州と準州のCCC計画をレビューし、終末期の問題に対してどのような取り組みがなされているかを把握して、州、準州、部族が終末期への取り組みを計画に盛り込めるように、どのような支援が必要かを同定する予定である。

CDCでは、その他に、前立腺がん治療における男性の選択とQOLとの関連、高齢のがん生存者にケアを提供する医師の専門診療科目の特徴、がん生存者に必要な情報など、cancer survivorshipの様々な側面に関する調査研究を実施している。

またCDCはLAFと共同で、National Cancer Survivorship Resource Centerを継続的に支援している。このセンターは、がん生存者、家族、友人、介護者のニーズを把握し、がんの診断後に発生する身体的、感情的、実際的な問題に対する生存者の理解と取り組みを支援している。

CCCLIのフェーズ3において、cancer survivorshipや緩和ケアに重点を置いた研修が実施された。

2004年から、Patient Advocate Foundationは、医療保険の償還が少ない、あるいは遅れることによって、また雇用形態によって、がん生存者の経済力、雇用、医療が阻害されないことを保証するために、がん患者とともに活動している。

(資料2) Comprehensive Cancer Control Plan の策定ガイダンス

Guidance for
Comprehensive Cancer Control Planning

第1巻： ガイドライン

Division of Cancer Prevention and Control
Centers for Disease Control and Prevention
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341

2002年3月25日

謝辞 (略)

目次

第1巻：ガイドライン

第1部

第1節 背景

- 1.1 この文書の構成
- 1.2 Comprehensive Cancer Control (CCC) とはなにか？
- 1.3 CCC はなぜ必要なのか？
- 1.4 がんの予防と管理に対する包括的アプローチはどのように出来上がったのか？
- 1.5 CCC はどのようなものか？
 - 1.5.1 フレームワーク
 - 1.5.2 CCC 計画のビルディング・ブロック
- 1.6 結論

第2節 CCC のビジョンと戦略の策定

- 2.1 CCC のビジョンと戦略を設計する
 - 2.1.1 プロセス全体を導くビジョンを策定する
 - 2.1.2 CCC に対する戦略を策定する
- 2.2 結果を利用する
- 2.3 結論

第2部

第3節 インフラストラクチャーの強化

- 3.1 インフラストラクチャーを強化する活動

第4節 支援の結集

- 4.1 支援を結集するための活動

第5節 データと研究の利用

- 5.1 データと研究を利用する活動

第6節 パートナーシップの構築

- 6.1 パートナーシップを構築するための活動

第7節 がんの負荷のアセスメントと対処

- 7.1 がんの負荷のアセスメントおよび対処のための活動

第8節 評価の実施

- 8.1 なぜ評価がCCC計画の一環なのか？
- 8.2 評価を実施するための活動
- 8.3 結論

第3部

第9節 CCC計画の運用

9.1 結論

第10節 将来を見据えて

10.1 CCC計画を実施するための活動

10.2 CCCを制度化するための活動

10.3 計画の実施および計画のアウトカムを評価する

第11節 結論

用語集

図表のリスト

表 1.1 指摘された問題と計画のビルディング・ブロックの関係

表 1.2 CCCプロセスに対するビルディング・ブロックの貢献

表 2.1 州レベルのCCCイニシアティブに関する基本的質問

表5.1 CCC計画の策定に利用可能なデータ源の例

表8.1 評価用の質問の実例

表8.2 CCC計画中に遭遇した課題と考案した解決策

表 8.3 CCCプロセスに寄与する効果

表 8.4 形成的評価

表 8.5 継続的活動を記録するためのプロセス評価戦略とデータ源

表 8.6 ビルディング・ブロック別の計画アウトカム

表 9.1 CCC計画のステージとステップ

表 10.1 指摘された問題、計画の達成目標、計画・実施・プログラムのアウトカムの関係

図 1.1 CCCのフレームワーク

図 1.2 CCC計画のビルディング・ブロック

図 10.1 計画の実施とイニシアティブの制度化のためのビルディング・ブロック

第1部 CCCの概要

第1節 背景

この文書は、実施と評価をともに行える CCC (comprehensive cancer control) 計画を策定するためのガイドラインである。この文書に含まれる情報は、CCCの計画プロセスに近年着手したいくつかの州の経験が基になっている。これらの州は「モデル計画州 (model planning states)」と呼ばれ、1997年および1998年の CCC ケーススタディに参加した4州 (アーカンソー、イリノイ、メイン、ユタ) と追加の2州 (カンザス、ケンタッキー) が含まれる。モデル計画州の各州は、CDCのコンサルタントと Battelle Centers for Public Health Research and Evaluation (CPHRE) のリエゾンと協力し、CCC計画を策定するための計画プロセスを進めていった。こうした計画への取り組みが実り、『CCC計画のガイダンス』と『CCC計画のためのツールキット』が出来上がった。計画州は、CCCの計画と実施に関心を寄せる他の州、部族、準州、agency、その他の組織 (以下本文書では州およびその他の組織と呼ぶ) と自分たちの得た識見を共有することに同意している。

1.1 この文書の構成

本文書は3つの部分とツールキットで構成されている。第1部は CCC 計画の概論の役割を果たす。第1部はこの背景の節 (第1節) と、さまざまな段階を経た計画プロセスの指針となるビジョンの策定を説明する節 (第2節) から成っている。

第2部は CCC 計画のビルディング・ブロック (基本要素) の説明に当てられている。このモデルはモデル計画州6州 (アーカンソー、イリノイ、カンザス、ケンタッキー、メイン、ユタ) から集まった経験に基づいている。第2部では各ビルディング・ブロックをかなり詳細に説明するとともに、一般に行われている活動の例を紹介する。第2部はビルディング・ブロックごとに計6節で構成される。各節はビルディング・ブロックを導入するための一連の活動を説明する。また、2年以上にわたり CCC 計画に携わってきた州の経験から得た、特にその活動に関わる情報も記載する。

第3部は CCC 計画のタイムラインを紹介し、計画の実施とプロセスの制度化についてあらましを説明する。

このガイダンス文書の大部分は CCC 計画の策定とその評価に役立つ具体的な情報を提供している。ツールキットはガイダンス文書を補うものであり、計画者が自分たちの計画プロセスに応用または利用できる資料を含んでいる。含まれるツールの中には、モデル州が CCC 計画に着手する中で開発した表、書類、サーベイ、アンケートその他のツールに由来するものもある。CPHRE はまた別に、州の計画者が見いだした特定のニーズに答えるためのツールを CDC の Division of Cancer Prevention and Control と協議して開発した。ガイダンス文書の文中に、「ツール#番号「ツールの標題」参照」という参照が出てくるが、これはその文中で取り上げている活動を支えるのに役立つツールがどれなのかを読者に知らせるものである。

ツールキットのほかに、この文書には用語集も掲載している。用語の中には CCC 計画特有のものもある。用語集に含まれる用語は、本文中の初出に限り太字で示している。最後

に、各節にはそこに提示された資料をさらに詳しく述べる参考文献の一覧を記載している。こうした参考文献は網羅的ではないが、その話題についてより詳しく追求したいと願う読者が利用できる幅広い一連の研究を代表していることは確かである。

1.2 CCC とはなにか？

CDC は CCC を「予防（一次予防）、早期発見（二次予防）、治療、リハビリテーションおよび緩和ケアを通じてがんの発生率、罹患率、死亡率を低減するための統合的かつ協調的アプローチ」と定義している。

このアプローチはどのような点で包括的なのか？ このコンセプトの基礎にあるのは、効果的ながん予防および管理の計画とプログラム策定は、一次予防や早期発見から効果的な治療、質の高いケア、そして疼痛緩和などの終末期の問題までに及ぶ一連のサービスに対応すべきであるとの認識である。また CCC は、経営、基礎・応用研究、評価、健康教育、プログラム開発、公共政策、サーベイランス、臨床サービス、ヘルスコミュニケーションをはじめとする多くの領域の統合も重視している。さらに包括性という言葉は、主要ながん、全ての人口集団、全ての地方を含めることも意味している。がん管理に対する包括的アプローチが必要なのは、サービスの提供とサービスの及ぶ範囲に格差が存在するためである。したがって、CCC の範囲には、そうした計画を実施するために「自らの取り組みを協調」させなければならない多様な利害関係者の集団が絡むことになる。このため、包括的計画の策定に関わる利害関係者のパートナーシップも、幅広く包含的なものとすべきである。通常このような協調的な取り組みは、多様な領域と組織をまたがる正式な協働（collaboration）が背景にあるときに発生するものである。

CCC は、所定の州、部族または準州の範囲内でがんの負荷をアセスメントし、これに対応する。CCC は、既存のがんプログラムのために達成された業績やインフラストラクチャーを足場とする。こうしたプログラムの多くは、個々のがんの部位（乳房、前立腺）や危険因子（喫煙、日光暴露）に取り組んでいる。この CCC 活動は、利害関係者のパートナーシップを通じて達成される。利害関係者は州の中央がん登録によって集められたデータや研究のエビデンスを含む疫学データを慎重に吟味してから、行動の優先順位を系統的なやり方で共同で設定する。パートナーシップは一丸となり、決定した共同優先順位を実施するための支援の結集に取り組む。最後にパートナーシップは評価システムを整え、実施の進捗状況のモニタリングを行うとともに、がんその他関連分野における新たな進展に鑑みた優先順位の定期的な再評価に取り組むことになる。

6 つのモデル計画州（第 1.5.2 節）の経験を活かすと、CCC 計画は次の 6 分野に分類することができる。

- ・インフラストラクチャーの強化
- ・支援の結集
- ・データと研究の利用
- ・パートナーシップの構築
- ・がんの負荷のアセスメント・対処
- ・評価の実施

以上のカテゴリーは、CCC のビルディング・ブロックとなる。

1.3 CCC はなぜ必要なのか？

多くの熱心な個人や組織ががんの発生率、罹患率、死亡率の低減に向けてかなりの貢献を果たしているものの、すべきことはまだまだたくさん残っている。次にあげる一連の課題は、CDC が CCC プロセスの策定に共同で取り組んだ州、部族、準州によって指摘されたものだが、がんの分野の研究者や関係者にとっては見慣れたものであるはずだ。

- ・不十分なインフラストラクチャー…ほとんどの州、部族、準州では、がんの予防・管理に対する行政および組織上の十分なシステムが不足している。
- ・限られたがん対策の資源…州、部族、準州におけるがん予防・管理の資源は、スタッフや資金を含め限られている。課題としては、利用可能資源をめぐる激しい競争、カテゴリー別の資金提供の流れにおける柔軟性の欠如、がんプログラム策定に対する州および地方政府からの支援の少なさがある。
- ・意思決定における限られたデータ利用…計画決定は、エビデンスをほとんど検討せずに場当たりの行われることが多い。データ担当スタッフがプログラムの計画に統合されていないことや、がんデータ・システムまたは他のサーベイランス・プログラムとの連携が不十分または効果的でないこともある。がんの発生数および治療データが過少報告されていることもある。支援があまりにも乏しいためにデータ分析に影響を与えることや、データに個人の分類ミスが含まれていることも考えられる。
- ・がん管理の取り組み間の調整不足…がんのプログラムとサービスならびにそれを提供する者の間で、焦点、統合および調整が不足している可能性がある。競合するアジェンダの中でがんの優先順位が低いこともある。治療法や実務のガイドラインが対立し、保健医療システムが細分化して不公平になっていることもあるだろう。
- ・重く不平等ながんの負荷…がんの罹患率と死亡率は容認できない高さを示し、減る気配がない。集団間の知識、アクセス、治療、生存率の格差も続いている。
- ・効果的なプログラムとサービスについての情報不足…実施されているがんプログラムやサービスは、定期的に評価を受けていない。評価されている場合でも、なにが機能してなにがしていないのかについての情報は、広く伝わっていないかあるいはアセスメントや利用が困難である。

今日まで観察されてきたことを考えれば、この文書に概説するような周到に計画された方法で CCC 計画プロセスを実行すれば多くのことが達成できるはずである。たとえ資源がきわめて限られていても、CCC 計画の取り組みを開始して維持するというプロセスが、このガイダンス文書で訴えていることである。

1.4 がんの予防と管理に対する包括的アプローチはどのように出来上がったのか？

CDCは多数の利害関係者と共同し、CCCの計画と実施のプロセスを作り上げてきた。

CDCCCCイニシアティブに関わった利害関係者は、連邦、州、地方、準州の各機関の代表者、部族組織、少数人種・民族の擁護組織、全国規模の健康関連組織、大学および医療センター、民間ボランティア組織、専門職協会、消費者団体、その他の民間組織である。

CCCは、アメリカの人口に利用できるがん関連プログラムの数と質を強化するために、CDCが上記の組織と共同で継続的に取り組んでいる事業の拡張部分である。最近まで、CDCの支援するがん関連プログラムは主に事実上カテゴリー別であり、特定のがん部位と危険因子を中心に組み立てたものだった。しかし、CDCの職員や州保健当局（state health agency）の職員をはじめがん活動に関与するその他の利害関係者は、こうしたプログラム間の調整がまれにしか見られないことにますます注目するようになり、国、州、地域レベルでの取り組みの重複やがん予防・管理の機会の見逃しに懸念を表明してきた。CDCは、州保健当局内などでがん予防・管理プログラムがさらに大きく成長するためには、がん活動の調整と統合を行うことによって、資源を最大化するとともに望ましいがん予防・管理の結果を達成する必要があることを認識していた。

国、州、地域レベルでがん予防・管理プログラムおよびサービスが強化されれば、最終的には健康アウトカムの改善に反映される。もっとも、CDCおよびその支援者は、がんその他の公衆衛生プログラムおよびサービスを効果的に実施するうえで、さまざまな阻害要因があることを認識している。多くの場合、健康アウトカムの改善が実現される前に他の分野での改善が必要となる。例えば、新たな組織構造、専門的知識の増強、地域ベースのサービス提供の抱える課題に対する理解の促進、健康教育・ヘルスプロモーションの取り組み、プログラム・アウトカムを実証する能力の増進といった分野が考えられる。CCCは、カテゴリー別の資金の流れをまたがってがん予防・管理プログラムを調整および統合することに加え、がん医療界を組み込むことによって、そうしたきわめて重要なインフラストラクチャー要素を発展させる手段である。CCCはまた、他の組織間の境界（ほんの数例を挙げるならば、州、部族および準州の保健当局、保健医療システム、利害関係組織・機関の内部および相互の区分によってできる境界など）を超えて協調するための手段も提供する。

1.5 CCCはどのようなものか？

1994年、CDCはがん対策に対する包括的アプローチを本式に探り始めた。1995年から1998年までの間にCDCは一連の会議および協議会を開き、州レベルでCCCを実施する実行可能性についてと、そのプロセスを阻害または促進する可能性のあるものについて利害関係者からの意見を集めた。当初、CCCという概念の開発に関わった利害関係者は、自分の州、部族および準州に対する包括的アプローチというものを思い描くことに相当苦勞し、そうしたプロセスを想像するための新しいやり方を見つけなければならなかった。

1.5.1 フレームワーク

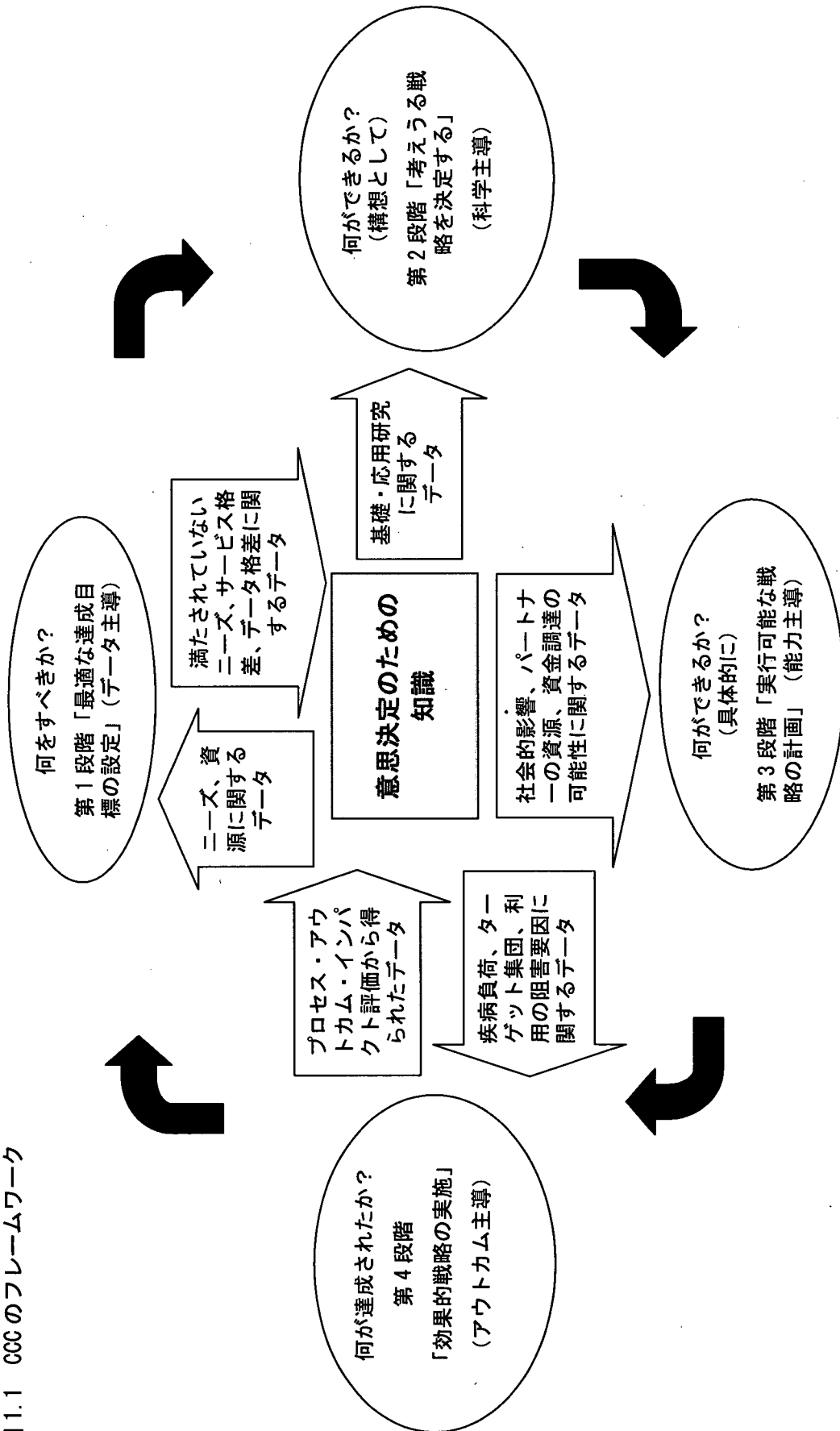
1997年、CDCはフレームワークの策定を開始した。このフレームワークにはCCC計画の作成から実施にいたるプロセスを描くための図式描写も含んでいた。CDC調査の参加者の

経験を含むさまざまなソースからのアイデアや情報、米国内外の包括的がん計画の文献における記述、そしてがん管理計画およびプログラム作成向けの既存の図式モデルが検証され、フレームワークに適宜組み込まれた。フレームワークの中では、さまざまな種類のデータが意思決定のための知識に変えられている。この意思決定プロセスは利害関係者またはパートナーのグループによって開始され、達成目標の特定からその目標を達成するための戦略の実施にいたるまでの活動の論理的進行を通じて完遂される。パートナー・グループは系統的な優先順位決定プロセスを用いて、実施されることになる達成目標と戦略を選択する。このフレームワークは「Journal of Public Health Management and Practice」で公表されているほか、CDCのCCCウェブサイトにも掲載されている。

図1-1はフレームワークの主な特徴を示している。フレームワークは計画の4つの段階に焦点を当てている。すなわち(1) データに基づき達成目標を設定する、(2) 既存の研究を活用して目標達成に向けた一連の戦略を決定する、(3) 実行可能な戦略を計画する、(4) 効果的でありかつ望ましい結果を生み出す戦略を実施する。フレームワークは、CCCが連続した段階を有する問題志向のプロセスであると同時に、事実上循環するものであることを重視している。このモデルは、問題の指摘から始まってその問題を解決するための戦略の開発および実施に向けて明確に移動する。次にプロセスは再び一から始まり、複数年にわたる計画、実施、評価の周期を繰り返す。このフレームワークを二次元の図で描くのは難しいが、絶えず改善するプロセスとして見るのが最も適切かもしれない。計画プロセス全体を通じて新たなデータと情報がシステムに参入し、そのことによって計画および実施の決定の基盤となる一連の知識がますます正確さと信頼性を高めていく。

このプロセスは進化のプロセスである。なぜならデータとエビデンスの検証が継続して行われているためである。例えば、計画者は最初に疫学データを取得する。彼らはそのデータに基づき自分たちの州、部族、準州、その他の行政区域におけるがんの負荷に対応する特定の達成目標を提案する。次に、効果的な予防または治療の介入に関する研究データを利用して、達成目標を満たすための実行可能な戦略の開発をサポートする。最後に、戦略が実施されるのに伴い、例えば目下進行中の介入の取り組みに関するデータや、特別な介入を必要とする特定集団に関するデータなど、効果的な実施を支援するための追加データが必要になることもある。

図 1.1 CCCのフレームワーク



出典：Journal of Public Health Management and Practice 2000;6(2):67-78 より