

4.1.5 資金調達計画の戦略のアプローチを開発する

戦略の実施を確保するために必要な最初の仕事の1つは、戦略の資金調達アプローチを考え出すことである。多種多様な分野の多くの公衆衛生専門家が報告しているように、諮問グループ、連合、あるいはパートナーシップを擁することの利点の1つは、これらの団体は、州議会への働きかけ（おそらく州保健当局のスタッフは許されないだろう事柄）ができることである。計画チームが、がん予防・管理のインフラストラクチャーの開発または主要戦略の実施のどちらかに資源が明らかに必要だと判断した場合、当然ながら追加資金を主張してしかるべきである。パートナーシップの後援下で助成金や共同契約を求めることもできる。調整担当機関は、パートナーの結集した専門知識を利用できれば、資金用の助成金を提案できる立場がより強くなる。同時にまた、各パートナーは自組織が持ち出せる資源を調べるべきである。あるいはまた、パートナーは各自の組織に計画を持ち帰り、組織が全体として戦略の実施にどのように貢献できるかを決定することもできる。

ふだんの資金調達先以外の可能性を思い描くことは非常に重要である。インターネットは、政府および非政府の資源についての豊富な情報源である。パートナーシップを拡大して資金調達の経験のあるメンバーを入れる必要があるかもしれない。プロセスからひとたび何らかの結果が見られれば、少額の資金を活用してそれ以上の資金と資源につなげることができる。したがって、まずは小さく始めて、そのうちにより大きなプロジェクトのために追加の資金を求めていくやり方が適切である。

イリノイ州は資金調達計画の戦略にいくつかのアプローチを見いだした。CCC イニシアティブの正規の州予算はなかったが、次のようなアプローチが考え出された。

1. 資金・資源調達活動グループを創設し、さまざまな資金源から資金調達の機会を検討する（ツール#4「活動グループのプロジェクト報告」参照）。
2. 議員に計画を送る、議員に選挙区用の郡別がん統計データを送る、たばこ和解をめぐる法的措置をモニタリングする、要請に応じて個々の議員と会うといった行動によって、議会の興味を刺激する。
3. パートナーと作業グループのメンバーを促して、個々の計画優先事項向けの資金調達案を作成してもらい、多様な資金源に提出する（ツール#5「プロジェクト資金調達提案」参照）。
4. パートナーシップ全体と調整担当機関の上層部に対しいくつかのパートナー提案を提出し、実施のための支援を引き出す。

4.1.6 計画実施に向けてパートナーシップの代表性と範囲をアセスメントし直す

パートナーシップががん計画の実施に移る際、1つまたは複数の戦略を進んで支持する新たなメンバーが必要になるかもしれない。パートナーの中には、アドバイザー役にとどまっていた者や、過去にただ興味を表明してはいたもののそのイニシアティブが実を結ぶと確信するまでは参加について懐疑的だった者もいるだろうが、実施段階はそうしたパートナーを引き入れるのに絶好の機会である。この時点で計画チームは、これまでパートナーシップから完全に「抜けて」い

て、がん計画の実施に乗り出すときにパートナーシップを増強できるのはだれかを同定するという方法をとることもできる。

ほとんどのパートナーシップは少なくとも新メンバーを探し出すことはするが、中にはさらに一歩進んでがん計画の実施に備えてグループを再編成するパートナーシップもある。この再編成で行うのは、追加の作業グループを発足させる（支援結集のためのグループなど）、既存の作業グループの機能を変更する、実施を援助するためにパートナー組織からより高位の代表を巻き込む、場合によっては新しい組織を巻き込むといったことが含まれる。パートナーシップによってはさらに踏み込んで、計画主体（planning body）を完全に再構成して、がん計画の実施とモニタリングのための新しいタイプの主体に作り変えるところもあるだろう。スタッフは計画実施におけるパートナーシップの代表性と範囲について、パートナーの同意を得るかまたは少人数のパートナーのグループを集めることによって決定することができるだろう。

参考文献（略）

第5節 データと研究の利用

正確で完全なデータと堅実な研究は、CCCの基盤を形成する。計画者ががんの負荷の程度とその負荷に対処すべき既存のインフラストラクチャーを理解するうえでも助けになる。データと研究は、政治的に受けの良い戦略が同時にまた堅実でもあるかどうかを確認するのに役立つ。さらにまた、計画者が社会および政策環境をアセスメントして科学的に有効ながん管理アプローチをもって前に進むべきかどうかを決定する参考にもなる。ミシガン州のある計画担当メンバーの言葉を借りれば、「がんは根拠に基づく公衆衛生を実行するまたとない機会の1つである。がん対策においては、政策の背景に確かな科学がなければその政策は実施しない。」

「データと研究の利用」に対する「達成目標」は、「がん計画およびプログラム策定における決定が確かな根拠に基づいて下される度合いを高める」ことである。

この達成目標の実現に関連する計画の「アウトカム」は、「ニーズアセスメントと戦略策定のための基礎として、計画のデータと研究のデータがともに利用されること」、「データ・研究の（現実との）格差が同定されること」である。

そのうちCCC計画が実施され、CCCが制度化されるのにともない、データと研究における格差は周期的な計画プロセスを通じて対処されるのが望ましい。

5.1 データと研究を利用する活動

5.1.1 がん登録と他のデータ機関、データ源とのリンクを構築する

調整担当機関の最初の活動の1つは、データへのアクセスを有しかつパートナーシップのデータの効果的利用を助長できる分析能力を有する機関および個人を、コアチームまたは拡大チームどちらかに参加させることによって、プロセスに引き込むことである。がん登録は要であるが、医療保険業者やBRFSSスタッフといった他の重要な機関や個人に最初にアプローチすべきである。その後、CCCプロセスの進行にともなって、データ担当スタッフにパートナーその他向けのプレゼンテーションを行うよう要請することができる。もっとも、データ担当スタッフが当初尻込みした場合には、CCC計画はデータ・スタッフ自身のプログラムの支援を増やすなど、彼らの目標の達成にも役立つことをはっきり示す必要があるかもしれない。

ケンタッキー州とアーカンソー州は、アーカンソーで資金上の制約から州のがん登録の運営継続が危ぶまれる状況になった際に、ピアメンタリング（同僚による指導）の効果を実証した。ケンタッキー州がん登録の長はアーカンソー州CCC拡大チーム（内部作業グループ）のメンバーおよび州保健当局の関係者に対し、あらゆるCCCの取り組みに対するがん登録の重要性について講演を行った。アーカンソー州の指導者たちは、がん登録の継続的な発展が州とCCC計画にとって優先事項の1つであると示唆した。1年後、がん登録は資金とスタッフを増やし、CCC計画において積極的に活動し、地域と共同でリスクの特定に取り組んでいた。

5.1.2 利用可能なデータと研究を特定する

1998年のテキサスがん計画に示されているとおり、がんデータとは「がんという疾病、その危険因子、および死亡率、発生率、生存率などがんの影響に関連するあらゆるデータ、つまり診断されたがんのステージ分類、危険因子、保険給付、がんサービスの費用および経済的影響、がんに関する資源の地理的利用可能性、人口統計を指す。言い換えれば、がんデータとは、がん予防・管理における傾向と格差を同定するために収集して分析できるあらゆるタイプの情報である。」このリストに加え、特定された傾向と格差に対処するための戦略の策定および評価に利用できる情報も追加してよいであろう。計画スタッフとコアチームのメンバーによって、データ資源の初期アセスメントと研究報告書および論文の検索を行うことができる。しかし状況によっては、パートナーがこの役割を進んで引き受けるか、時には切望することもあるかもしれない。表5-1は、CCC計画に役立つデータソースの例を示している。読者はこの表の情報を特定された他のソースで補うこともできる（ツール#7「データ資源一覧表」参照）。

表 5.1 CCC 計画の策定に利用可能なデータ源の例

データ源	源	利用例
がん登録	州中央がん登録 SEER 登録	州におけるがんの負荷を理解する。
保健部局の データ源	人口動態統計	生存分析を行う。
	BRFSS (州・郡レベル)	予防行動の実施割合を調べる。
	乳がん・子宮頸がんプログラムのデータ	プログラム対象人口内で乳房の良性・悪性腫瘍、子宮頸部の異形成やがんの発生率を調べる。
	地域健康アセスメント	地域のプログラム、優先課題、計画、実施に情報を与える。
	マンモグラフィー施設	マンモグラフィー検査の数と質をアセスメントする。
保健部局以外が提供する データ源	医療保険データ (HCFA への請求等)	費用分析を行う。
	マイノリティまたはその他優先されるべき集団における死亡率	優先されるべき集団におけるがんの負荷と危険因子を調べる。
	Youth Risk Behavior Survey (YRBS) SAMSHA Communityies that Care suevey	喫煙、その他の危険因子に関する青少年の行動を調べる。
	ACS (患者のサービス認識度調査等) がんセンター (医師、医師助手、看護師の調査)	患者のサービス認識度を高めるためのイニシアティブを支援する。
	ホスピス (ホスピスサービス) 1994 年病院登録簿 (Hospital Book) 米国がん登録士協会 (National Cancer Registrars Association) 医療専門家名簿 (NCI)	資源とニーズの関係をアセスメントする。
	線形加速器 (linear accelerator) の保有施設の目録	スクリーニング能力、治療施設の格差をアセスメントする。
	米国外科学会認定施設、米国放射線 医学会マンモグラフィーユニット	ステージ分類、ケアの傾向、アウトカムデータを含む。
	がん情報サービス (CIS)	一般市民への情報普及、消費者の健康プロフィールをアセスメントする。
	病院退院データ	ニーズに適合した保健医療サービス利用
	州がん立法データベース (NCI) がん立法情報 (CDC)	がん予防・管理に対する法規定、支援してくれる議員を同定する。
	喫煙に起因する死亡率、罹患率、経済的費用 (SAMMEC)	たばこ消費量、喫煙率、禁煙率、喫煙コスト。
特別のデータ 収集の取 り組み	拡大 BRFSS がんに特定した調査	乳・子宮・大腸がん検診等の設問を含めて、収集するデータを拡大する。
	がん患者の未納医療費 (医師調査)	がんケアの経済的負荷をアセスメントする。
	がんの有病率を推計する調査	がんの有病率をアセスメントする。

表 5.1 (続き)

データ源	源	利用例
全国規模のデータ源	National Health Interview Survey (がんに関連する障害、妊娠と喫煙、がんの疫学)	資源とニーズの関係をアセスメントする。
	National Death Index NCI Physician Data Query (PDQ) 情報システム 全国がんデータリンク (CDC) NPCR-CSS NAACCR-CINA SEER がん統計	人口ベースのがんの発生率のデータ
	地域予防サービスガイド (www.thecommunityguide.org)	成功する介入のための勧告
	Current Population Survey, Tobacco Supplement	全国レベルの人口ベースの喫煙情報

5.1.3 計画の達成目標と戦略のための基礎として計画データと研究をレビューする

この活動は、第7節で述べる「がんの負荷をアセスメントし対処する」ことを可能にするために不可欠である。この活動をスタッフおよびコアチームに委ねる州や組織もあれば、パートナーシップの作業グループ・メンバーがデータと研究報告の検証を任される場合もある。だれもがデータの分析に長けているとは限らない。すなわちデータがどう利用できるか、データの弱点はどこか、国と地方の知識にどのような格差が存在しているのかをだれもが理解しているわけではない。データの検証がどのように構成されようと、データの解釈には経験を積んだデータアナリストが関わるべきである。データアナリストの意見はきわめて重要であり、データを用いた達成目標および戦略の策定担当者にとって直接利益になる。

カンザス州では、「背景説明担当者(疫学の専門知識を有する保健部局職員とパートナー)」ががん部位別作業グループ(乳房、子宮頸部、皮膚、肺、前立腺、大腸)向けにデータを取得して提示した。作業グループはがん部位に関する疫学データを検証したのち、カンザス州におけるその部位のがんの負荷の特徴を述べた課題(または問題)声明書を作成した(ツール#16「課題声明書作成ガイド」参照)。こうした声明書を利用し、各がん部位に対する達成目標が策定された。各作業グループが一連の部位別達成目標を策定した後、関連する分野横断的課題ごとに予備的達成目標をグループにまとめ、それぞれに対して最優先目標が設定された。各達成目標は SMART 法を用いてさらに検討され、具体的で、測定可能で、達成可能にして現実的かつ期間限定的であることが確認された(ツール#17「達成目標のリトマス試験」参照)。

5.1.4 データ格差をアセスメントする

理想の世界ならば、計画者は全ての入手可能なデータを集め、十分なデータが揃ったと判断して計画を進めることができるだろう。しかし現実にはそんなことはめったに起こらない。知識と情報には常に格差がある。したがって、上述の検証の一部として、根拠に基づく計画を支えるデータのうちのどのデータが入手できないかというアセスメントを行うべきである。そうしたのちに、その格差に対処するために次の作業を含むアプローチを策定することができる。つまり、(1) 計画パートナーに利用可能な資源を活用する（ツール#6「がん資源目録用紙」）、(2) 計画策定プロセスの間にデータを収集する（ツール#8「地方保健部局ニーズ調査」）、(3) 全国のデータソースを利用して州または地方レベルのデータにおける格差を埋める助けにする、(4) データ収集の目標と達成目標を CCC 計画に組み込む。このアセスメントは早いうちに開始して計画および実施プロセスを通じて継続することができる。計画の達成目標と戦略に関する決定の準備をするにあたり、データに関する格差をアセスメントする必要性は非常に重要である。

メイン州では、計画調整担当者が各作業グループのために文献レビューを行い、どの情報が利用できてどの情報が欠けているのかを同定した。次に、作業グループは同定されたデータの格差を様々な方法で埋めようとした。例えば、治療の作業グループの初回会議後に、メンバーが病院と腫瘍学者に対する独自の調査を行い、自分たちの達成目標と戦略を策定するのに必要なデータを集めた。緩和ケアの作業グループは、メンバー組織の1つが以前収集したデータを利用した。リハビリテーションの作業グループはサーベイランスデータがないため、メンバーは乳がん生存者の QOL に関する文献レビューといった他の情報源に頼った。最後に、一部のケースでは州保健当局の職員が作業グループを促し、データまたはエビデンスの生成を目標に加えさせた。職員はまた、州保健当局から入手可能なデータの改善にも取り組んだ。大腸がんと皮膚がんについて州独自の質問が BRFSS に加えられ、危険因子と検診受診行動に関するデータが改善されてきている。

5.1.5 実行可能であれば新たなデータを収集し、および・またはその活動を計画に組み込む

場合によっては、認識されているニーズを満たすためのデータ収集が実行可能なこともある。例えば、パートナーシップの中には独自の調査を行っているところもある。あるいは、BRFSS から利用可能な情報を補うための集団ベースの調査、がん教育のニーズをアセスメントするための地方保健部局の調査（ツール#8「地方保健部局ニーズ調査」参照）、がん患者の未納医療費を同定するための医師や病院への調査といった例も含まれる。計画の達成目標と戦略を作成する前にデータの収集と分析ができるのが理想だが、このやり方は実行できないことが多い。信用できないデータに基づいて決定を下すよりも、厳密な方法で集めた確かなデータのあるほうがずっとよい。だからこそ、計画者はしばしばデータ収集活動を各自の CCC 計画に組み込むのである。計画時に行われるデータ収集活動の例としては、テキサス、コロラド、マサチューセッツ、ミシガン、ノースカロライナで策定されたような完成済みのがん計画が参考になる。これらをはじめとする資源へのリンクは CDC のがん用ウェブサイト (<http://www.cdc.gov/cancer>) に掲載されている。

イリノイ州では、データ収集活動は、1999年9月に終了したCCC行動計画の実施に際して、活動グループが行っている。例えばがん治療アセスメント活動グループは、200の病院と地方保健部局（個人数約350人）を調査することによって、がんケアの提供に関する資産と格差をアセスメントしている。調査内容は、どのような検診サービスを提供しているのか、いつ、いくらでどのような特別措置（例えば van）が利用できるのかといったことである。焦点は利用の現状よりもむしろ利用可能性にある。データおよびサーベイランス・グループは、メラノーマ報告数が増えるかどうかを知るために、がん登録と共同のプロジェクトも行っていた。このプロジェクトは、パートナー組織が CCC パートナースHIP 外部に有する皮膚科学会などの独自のネットワークとのコミュニケーションに大きく依存している。

5.1.6 アウトカムの測定のためのベースラインデータを同定または収集する

もしできれば、計画が完成する前に基本データを収集するのが望ましい。基本データは、計画や具体的な戦略が実施される前に状況がどうなっているかを計画者に示すことができる。基本データは達成目標と戦略の策定プロセスの一環として、早いうちから収集することもできる。こうしたデータは後になって、戦略やプロジェクトのアウトカムについて信頼できる声明書を作成するときに必要になるだろう。場合によっては、基本データが容易に入手できないこともある。こうしたデータを集めるための資源が非常に限られている場合には、戦略またはプロジェクトの実施の一環として基本データをどのように集めるかを見極めることしかできないかもしれない。

ケンタッキー州は、計画の達成目標および戦略を選択し、またそのアウトカムを追跡する方法として、データを広範に利用した。ケンタッキー州のヘルシーピープル 2010 計画の達成目標は測定可能であり、コアチームは CCC 計画のアウトカムを追跡する方法としてこの達成目標を組み込んだ。ケンタッキー行動計画の各達成目標について、CCC 計画は、達成目標が達成されたかどうかをモニタリングおよび評価するのに利用できるデータソースをリストアップしている。

参考文献（略）

第6節 パートナースHIPの構築

がん管理プログラムとサービスとの調整不足は、CCCの取り組む主要な課題の1つとして利害関係者が一般に認めている問題である。協働はあらゆる包括的な取り組みの鍵となる。とはいえ、協働のタイプ、協働のレベル、関わる人間は、計画の背景によって大きく異なるだろう。協働的パートナーシップの養成に関連する問題をじっくりと考え、パートナーをプロセスに引き込む準備をするには時間が必要である。したがって重要な一歩は、大きなパートナーシップの初回会議

を開く前にすでに、「インフラストラクチャーの強化」、「支援の結集」、「データの利用」というビルディング・ブロック内で何らかの活動を開始することである。

「パートナーシップの構築」に関連する「達成目標」は、「がんプログラム作成における幅広いセクターの市民の意識と関与を高め、利害関係者間の調整と協働を改善すること」である。

こうした達成目標が果たされたときに生じる「計画アウトカム」とは、「新規メンバーが参加すると同時に、最初のメンバーのコミットメントを維持すること」、「パートナーシップと作業グループまたは小委員会の会議が定期的で開催され、出席率がよいこと」である。

そのうち CCC 計画が実施され、包括的プロセスが制度化されるのにもない、組織と個人の緩やかなネットワークとして始まったものが形を変え、一致団結した唱道と行動ができる本格的な協働が構築できる。

6.1 パートナーシップを構築するための活動

6.1.1 パートナー候補の同定、接触、勧誘

この継続的活動において、コアおよび拡大チームのメンバーは最初にパートナー候補をリストアップすることができる（ツール#1「州の CCC 計画のための能力の自己アセスメント」参照）。次に、非公式に接触したのち、公式の勧誘を行うことができる（ツール#9、10「計画会議の招待状と登録用紙」参照）。メンバー内の格差が確認されれば、パートナーシップの代表性と包括性を強化するために同じ手順を繰り返すこともできる。

パートナーシップの構築における重要なステップは、メンバーを構成する組織の発展に関連する多くの課題をじっくり考えることである。課題には次のようなものがある。

- ・「パートナーの役割とはなにか？」 パートナーは計画の構成要素を積極的に策定するのか？ データと情報を他者に提供するのか？ 計画の構成要素を執筆するのか？ パートナーの一部または全員が計画をレビューするのか？ 役割と関係についてパートナー間でどのように意思疎通されるのか？（ツール#15「CCC 計画策定のための構造とプロセスの提案」参照）。
- ・「パートナーシップの役割および機能を分割できるか？」 例えば、目標、達成目標、戦略を策定するメンバー組織を作っておいてから、ほかのパートナーや専門家にプレゼンテーションを行うよう要請するのは賢明か？ 構成要素の書き手がそのレビューや投票も行うのか？
- ・「だれがパートナーシップをリードするのか？」 リーダーシップは調整担当機関もしくはパートナー組織またはその両方の人間がなると考えられる。

- ・「パートナーシップの最適規模は？」 ほとんどの課題について、1回の会議で合意に達することができる程度に小さいが、幅広い範囲のパートナーを含むことができる程度に大きいグループを持てればよい（考えられるメンバー数は25～40人）。大きなパートナーシップが望ましい場合には、実行委員会、調整委員会または運営委員会の設置が必要かもしれない。より幅広い参加を可能にする小委員会構造をとれば、主要パートナーシップの規模を小さく保ちながら、最大範囲の利害関係者のグループを含むことができる。メンバー候補者には、プロセスのできるだけ早い段階から参加を呼びかけるべきである。
- ・「パートナーは個人、組織あるいはその組み合わせを代表すべきか？」 大多数の州はパートナーシップを組織の代表で構成するほうを好むが（実施に責任を持って取り組む必要があるのは各種組織である）、消費者、がんサバイバー、あるいは引退した専門家といった無所属のメンバーもある程度含める必要があるかもしれない（ツール#11、12、13「計画パートナーの関心度および参加誓約用紙」参照）。

これ以外にもおそらく課題は生じるだろうが、上述の具体的な質問に対する答えは、スタッフが最初に呼びかけたい組織や個人のリストを作成するのに役立つだろう。ひとたびパートナーの勧誘を始めれば、勧誘された側はほかに呼びかけるべき個人を知っている可能性が高い。実際、最初のパートナー候補のグループに接触した際に、追加するパートナーに関するアイデアが引き出せることもある（ツール#11、12、13「計画パートナーの関心度および参加誓約用紙」およびツール#14「計画パートナー調査」参照）。

ユタ州は、複数の包括的募集戦略を用いてパートナー候補の同定、接触、勧誘を行った。最初に、以前の乳がん連合のための連絡先リストをたたき台にして、保健局職員がパートナー候補について意見を出し合った。ここで出たパートナー候補に今度は調査書を送り、参加に興味があるかどうか調べた。また、他に参加すべき人物の名前をあげるように要請した（ツール#14「計画パートナー調査」参照）。計画調整担当者は主要組織の代表者を個人的に訪問し、その参加を求めた。最初数回の会議後は、パートナーシップのメンバーが強力な募集戦力になった。初回会議の後にパートナーシップに参加した新規パートナーの中には、それ以前にすでに誘われていたが現在のパートナーシップ参加者から話を持ちかけられるまでは出席しなかったという者もいた。作業グループのメンバーは、自分の作業グループへの参加を広げることや、個人および職業上のネットワークを通じて州内の他の関連イニシアティブや各自の組織内の上層スタッフに橋渡しすることにも成功した。

パートナーとスタッフは、他の形態の参加を引き続き提案している。例えば、会議を通じて意見を提供するのが難しいと考える参加者（医療提供者など）を引き入れるために、計画の再検討を行っている。

6.1.2 パートナーの関心度と能力をアセスメントする

調整担当機関のスタッフがよく懸念するのは、パートナーが高いレベルで参加したがることである。しかしこれまでのエビデンスが示すところによると、がん対策に関係する組織は、はっきりした最終地点と出来上がった成果物を利用しようという姿勢がある限り、取り組みにかなりの時間を進んで注ぐことが多い。実際、最も積極的なパートナーは、プロセスへの自らの関わりに対して個人的にも専門的にもかなりの満足感を表明している。計画者らは、簡単なアセスメントツールを利用すれば、パートナーシップを作り上げるのに不可欠な情報を得ながら同時にイニシアティブの宣伝が手軽にできることに気づいている。

ユタ州の場合、スタッフは元々イリノイ州で使用した調査に手を加え、CCC イニシアティブに対するがん利害関係者の関心度と自分の組織の資源レベルとを判定するのに用いた（ツール#14「計画パートナー調査」参照）。ユタの調査は、結果が定量化できるように12項目の質問（ほとんどが「イエス」「ノー」式で一部多項選択式）を設定した。調査は全州のがん利害関係者123人に送付され、54%の回答率を得た。回答者のうち84%は全州規模のCCC計画が必要と考え、75%は作業グループまたは委員会に進んで加わると答えた。調査結果は最初のパートナーシップ会議で発表され、取り組みに対する信頼性を与えた。

6.1.3 第1回パートナーシップ会議の準備をする

第1回パートナーシップ会議は、CCC計画プロセスの全過程における主要な里程標の1つである。勧誘資料を配布する前に（ツール#9、10「計画会議の招待状と登録用紙」参照）、検討すべき問題と下すべき決定がたくさんある。例えば、

- ・「**会議の時期**」 パートナーシップ会議を召集する前に調整担当機関はどれだけの計画立案を済ませておくべきだろうか？ 例えばカンザス州の場合、第1回パートナーシップ会議は賛同と支援を生む方法として、プロジェクトの調整担当者すらまだ指名されていない非常に早い段階で開かれた。ケンタッキー州のとったアプローチはそれと正反対で、コアチームが計画草案の作成をすでに終えた後に初回のパートナーシップ会議を開いている。
- ・「**会議の議題**」 何を成し遂げる必要があるのか？ 州や組織によっては、初回会議はただ説明会を行えばいいと考えるところもあるだろうが、基本原則と作業グループを決めるまで進むところもあるだろう。初回会議になにを成し遂げるのかは、利用できる資源、使える時間（例、半日または全日）、求めるパートナー参加レベルに関する調整担当機関と利害関係者の理念によってさまざまだろう。

- ・「会議の場」 会議はどこで開けばよいのか？ 多くの計画主体にとって、パートナーシップ会議の開催場所を選ぶうえで最優先する要素はコストである。とはいえ、できるなら CCC の要素も考慮する。利害関係者間のテリトリーの問題があるときには、ホテルや会議場のような中立の場所で会議を開けば新しいパートナーには心強いかもしれない。大都市で会議を開く必要があるときは、あちこちの地域の代表を入れたいという希望とバランスをとるべきである。複数の場所でテレビ会議を提供すれば、後続の会議の場所を変えることと同様に、大きな州や僻地の人口をかかえる州における包括性を拡充できる。
- ・「会議のファシリテーター」 だれが会議を先導すればよいのか？ 特に第1回会議については、中立のファシリテーター（調整担当機関や主要な利害関係者と関係のない人物）がきわめて有用であることがわかっているが、この方法が常に実行可能であるとは限らないだろう。その他の選択肢としては、複数の講演者を招くとか、会議のさまざまな部分ごとに異なる人物に進行してもらおうという方法も考えられる。それでもやはり、だれか1人は会議の円滑な進行を預かる担当者がはっきりしていたほうがよい。

CCC が最初から包括性を確保するために、メイン州は1回目のパートナーシップ会議を、州の地方拠点であり人口も集中しているポートランドとバンゴアの2カ所で開催することに決めた。2カ所を結ぶためにテレビ会議が利用された。この戦略は州都以外の地域が重要であるとの事実を伝えるだけでなく、州全域の利害関係者が遠くまで出かけなくても参加できるようにした。メイン州はまた、テレビ会議を利用して、CCC 実施の交付金を支給されているミシガン州の代表によるプレゼンテーションも行った。さらにメイン州は会議の進行役として外部コンサルタントを導入し、それによって州保健当局のスタッフ間の中立性を維持するとともに、彼らが会議の中身に集中できるようにした。

6.1.4 目標、ビジョン、意思決定プロセスに関してパートナーと合意する

この活動を遂行するには、2つの一般モデルを使うことができるだろう。1つは、スタッフがビジョン声明書、目標、意思決定プロセス開始を策定する。スタッフは、意思決定のシナリオの選択肢を1つか2つパートナーに提案することも考慮してよいかもしれない。もう1つは、これら3つの構成要素をパートナーシップと共同で策定する。この活動はパートナーシップ全体で幾度か再検討してもよい。本文書の第2節において、著者はこの活動への取り組み方についていくつかアイデアを提供している。

アーカンソー州は利害関係者から CCC イニシアティブへの賛同を得るために、いくつかの集団意思決定プロセスを利用した。プロセスの早い段階で、州保健当局の拡大チームが最初のビジョン声明書を作成してプログラムの目標を定義すべきであるとの決定が下された。コアチームはまた、外部の利害関係者を入れる前に予備的作業計画を策定すべきであると決定した。次に、初回のパートナーシップ会議において、外部パートナーはビジョン声明書の草案と大まかな目標に合意した。しかし、少数の参加者からは、がん計画はすでに実施されているため新たな計画の取り組みは余計ではないかという意見もあった。州保健当局のスタッフは、パートナーに既存のアーカンソーがん計画を再検討してもらい、新たな計画の取り組みを補うのにそれが利用できるかどうか、またできるとすればどのように利用できるか判断を仰いだ。再検討後、パートナーとスタッフは既存計画が乳がんと子宮頸がんに焦点を絞っているため、アーカンソー州におけるがん対策の包括的アプローチの土台としては利用できないとの決定を共同で下した。パートナーたちは CCC 計画プロセスを進めることに合意し、パートナーシップは策定中の州全体の CCC 計画のビジョンと目標を反映すべく作業グループの策定を進めた。

6.1.5 パートナーシップのリーダーシップを確立する

リーダーシップの構造は計画の理念とパートナーシップのニーズの両方を反映するものであり、パートナー間で慎重に検討し、話し合うのが望ましい（ツール#15「CCC 計画策定のための構造とプロセスの提案」参照）。パートナーシップのリーダーシップは公式、非公式のどちらもありうる。法的権限のある州は、授権法規に略述されるようなより公式のリーダーシップ構造をもつ傾向にある。法的権限なしでパートナーシップの構築を試みる州は、規則や規制が多すぎるとパートナー候補を遠ざけるのではないかと考える傾向があった。

ほとんどの州は、リーダーシップの構造にパートナーが具体的な役割を果たす可能性を反映できるようにしている。一般的には、調整担当機関の職員、外部パートナー、またはその両者の組み合わせがリーダーシップの役割（パートナーシップおよび作業グループの議長）を担うと考えられる。2人の共同議長を任命し、両方に管理の負担と参加の拡大の仕事を共有させる方法は有益である。この方法の場合、共同議長の1人が一時的または永久的にその職を離れなければならなくなった際に、移行期間を楽にやり過ごせる。

メイン州はリーダーシップ構造では公式と非公式の間をとり、パートナーの積極的な関与を促した。計画スタッフは開かれたメンバーを入れて内規は持たない方法を意識的に選んだが、パートナーシップにはかなり公式の多層のリーダーシップ構造を選んだ。パートナーシップは医療と公衆衛生の観点をどちらも代表するために、腫瘍学者と公衆衛生専門家による2人の共同議長を置いた。また、共同議長2人、ACSの代表数人、州保健当局のコアチームで構成された調整委員会も設けられた。調整委員会は「接着剤」の役を果たし、プロセスが予定どおりに進むことを確認するとともに、パートナーシップ会議間の後方支援と事務管理の問題に対応した。作業グループの共同議長として、外部パートナーが選ばれた。こうした作業グループの共同議長は、達成目標設定の段階で定期的に集まり、グループ横断的な課題を調整した。

6.1.7 作業グループを創設する

実際の計画作業のほとんどは作業グループが遂行する。何らかの作業グループ構造を設定して実施し、各作業グループに対してメンバーを募集する（ツール#11、12、13「計画パートナーの関心度および参加誓約用紙」参照）。モデル計画州が違えばその作業グループの構造も違う。一般に、作業グループは計画の構造と同じやり方で組み立てられる。作業グループのもうひとつの特徴は、対面会議、電話会議あるいはその組み合わせを問わず、正規パートナーシップよりも頻繁に会議を開く傾向にあることである。作業グループによっては正規パートナーシップに属さないメンバーを含んでいるところもあった。特に、ノースカロライナ州のように正規パートナーシップのメンバーが法によって義務づけられている場合は、この状況が当てはまった。この場合、作業グループのメンバー構成を拡大し、正規パートナーシップの一員となる法的資格のないメンバーや組織を含める形になった。また、作業グループは進化できる。あるいは、具体的なニーズを取り上げる小委員会を設置することもできる。例えば、がん部位別の特定の課題を調査するもの（肺がん作業グループ内の喫煙防止小委員会）や、分野横断的な予防の課題や段階における特定のがん部位を調査するもの（早期発見作業グループ内の乳がん小委員会）などである。計画プロセスの段階や計画の実施に際して、計画者が作業グループを追加または変更する必要に気づくことはよくある。

作業グループの編成方法

- ・メーン州とユタ州は、一連のケア別（一次予防、早期発見、治療、リハビリテーション、緩和ケア・QOL）に作業グループを編成する方法をとった。
- ・ノースカロライナ州は、危険因子および一連のケアに関する作業グループに、部位別の小委員会を加えた。後に、同州は評価作業グループを追加した。
- ・ミシガン州は部位別の作業グループを開始したが、後になって、部位別の関心を分野横断的にとらえて一次予防とシステム改革の問題を調べるグループを追加した。
- ・イリノイ州は作業グループの編成基準として分野横断的課題（政策とインフラストラクチャー、公共教育と啓発、質の保証（後に「がんケア・アセスメント」の名称になる）、データおよびサーベイランス）を選んだ。作業グループは各自の行動計画を完成後に活動グループとして再構成され、優先戦略を実施するための作業計画を策定してモニタリングする責任を任された。計画者は資金源を開拓するために「資金調達・資源活動グループ」も追加した。
- ・カンザス州は二重の作業グループ構造でいくことにした。パートナーシップのメンバーは、まずがん部位別（乳房、子宮頸部、皮膚、肺、前立腺、大腸）の作業グループに分かれた。次に2つの分野横断的作業グループ（異文化間交流能力とリハビリテーション・疼痛管理）を追加した。また今後他のグループの追加もありうる。

6.1.8 パートナーの満足度をアセスメントする

スタッフとリーダーシップはCCCパートナーシップに気を配り、パートナーが自分の意見提供レベルやプロセス全体に満足しているのかどうかを判断する必要がある。このパートナーシップの満足への気配りは、テリトリーをめぐる懸念や参加レベルへの不満に関連する問題など、小さな問題の軽減や大きな問題の回避に役立つことがある。また、異なる種類の組織の同僚と協力する機会をはじめ、パートナーが参加を通じて見いだす利益を認める方法にもなる。満足度のアセスメント方法としては、会議に出席しないメンバーに電話をかける、評価用紙を会議の終わりに渡す、定期的（半年ごと）にパートナーに郵送する、といった単純な方法もある（ツール#21「メンバー満足度アンケート」参照）。パートナーシップを去るメンバーに「退会者インタビュー」を行うこともできる。

イリノイ州の場合、計画調整担当者は会議に出席しなかったメンバーに必ず電話をかけることにした。このプロセスにはいくつかの目的があった。まず、そのメンバーに出席してもらいたかったことを示した。また、会議の進展に関する最新情報を提供し、次の会議で貴重な時間を浪費させないようにもした。最後に、この戦略は参加にともなう問題や課題を早い時期に見極めるのに役立った。イリノイ州では計画段階の終了に際して実施に移る前にパートナーシップに対する公式調査も行った。調査結果はグラフや図とともに編集され、パートナーシップで共有された（ツール#21「メンバー満足度アンケート」参照）。

6.1.9 新メンバーの参加方法と非メンバーの意見提供方法を開発する

計画プロセスが展開するのにともない、十分に代表されていない集団や、特定分野の専門家、あるいは新たな勢いを生み出すかもしれない新メンバーから追加の意見をもらう必要が明らかになることがある。公式の規約をもつ州や組織は、新たなメンバーを加えるためにそうした規約を修正する必要があるかもしれない。また、計画が完成と実施に向けて進むにつれ、利害関係者や専門家に具体的なガイダンスや意見の提供を要請することも必要かもしれない。この段階にくると、資金調達者と協力したり、医療または公衆衛生の指導者らに計画を送付して特定部分の検討を求めたりすることも関わってくる。問題は、共通の目的意識をもったパートナーの専任グループを持つことは必要だが、激的な反対の増大が認められればパートナーシップ自体が困りかねないことである。加えて、イニシアティブのニーズがそのうちに変化し、メンバーシップや場合によってはリーダーシップの変更が求められる可能性がある。新規のメンバーは正式なオリエンテーションがあれば助かるだろう。それはコア計画チームのメンバーとの一対一の会談でも、紹介状にパートナーシップの現状を示した資料一式を添えたものでもかまわない。

ノースカロライナ州では、州議会がパートナーシップに入れるべきメンバーの数とタイプに適用する条例を定めた。しかし、追加の医療および公衆衛生専門家、患者擁護団体、消費者の意見は重視され、多くの人が投票権のないメンバーとして会議に参加し、作業グループに加わった。計画の各部分は州内外の専門家に送られて意見を仰いだ。計画の実施中には、特に消費者をはじめとする投票メンバーを増やす必要が明らかになった。そこでこれを認めるために、パートナーシップの授権法規が変更された。議員が活発な投票メンバーとしてパートナーシップに参加していたことで、この変更がスムーズに行われたのはまず間違いないだろう。

参考文献（略）

第7節 がんの負荷のアセスメントと対処

全国的に、がんの発生率、罹患率、死亡率は依然として高く、ケアへのアクセス、ケアの質、アウトカムにおける格差は、多くの方面での対処の取り組みにも関わらず存続している。CCCの必要と目的について連邦、州、地方のさまざまな機関がコンセンサスを構築する初期の段階から、利害関係者は、がんの負荷をアセスメントして次に対処するためのパートナーシップの取り組みを支える追加的要素（ビルディング・ブロック）の必要をCDCの主導によって話し合った。これらのビルディング・ブロックが結合すれば、CCCの計画主体が個人、家族、地域に与えるがんの影響を軽減するという課題に対処する能力は高まる。がんの負荷のアセスメントと対処は有意義なCCCプログラムの最重要ポイントであることに変わりないが、その重要性は他のビルディング・ブロックによって増強される。

「がんの負荷のアセスメントと対処」の「達成目標」は「がん全体の罹患率と死亡率を低減し、集団間のがんの負荷の格差を削減すること」である。

こうした達成目標が果たされたときに生じる「計画アウトカム」とは、「がん予防・管理の優先領域が特定され、優先順位が決定されること」である。

CCC計画が実施され、包括的プロセスが制度化されるのにもない、新たなアウトカムが期待される。がん予防に対応し、がんの影響を受ける人びとのニーズを効果的に満たす保健医療システムの能力が改善するのと同様に、消費者および医療提供者のがん対策に関連する知識、態度、行動が改善されるだろう。このことはやがて、集団間の格差の減少に加え、がんの発生率、罹患率、死亡率の減少につながるだろう。

7.1 がんの負荷のアセスメントと対処のための活動

7.1.1 関心領域を中心にパートナーシップを組織する

パートナーシップを組織して作業グループを編成することは、計画および実施活動の効果的な実行に不可欠であることがわかっている。作業グループは、パートナーシップが州内のがんの負荷を軽減するための計画を策定するのに用いているアプローチを反映したものになる。そのアプローチは具体的ながん部位やがん関連問題に焦点を絞ったものもあれば、その他何らかの構成によることもあるだろう。作業グループはがんの負荷の特定側面を調査してそれに対処する戦略を勧告する一義的責任を負っているため、計画の編成は作業グループそのものの構造を映し出すことになるだろう。

カンザス州の場合、パートナーシップは作業グループに自らを編成するにあたり、野心的な戦略を策定した。まず、特定のがん部位を基準に作業グループを形成した（乳房、子宮頸部、肺、前立腺、皮膚、大腸）。グループにとって、がんのタイプ別のほうがデータを取得しやすかったためである。次に、予防またはケアのレベルに従ってグループを組み直した。最後に、ケアへのアクセスといった分野横断的課題に応じて、作業グループをもう一度再構成した。作業グループが特定がん部位に対する測定可能な達成目標の策定をひとたび開始すると、スタッフはグループ組み直しの妥当性を疑問に感じた。実施に対する支援の結集ということスタッフが考えたときに、議員たちの反応は課題よりもがん部位に対するほうがよいだろうと気づいた。しかし同時にまた、達成目標の設定の過程で、いくつかの分野横断的課題は即時の対応を必要とすることが明らかになった。このため、すでに設けていたものに加え、異文化受容能力とリハビリテーション・緩和ケアという2つの作業グループが新たに設けられた。

7.1.2 がんの負荷の重要領域とハイリスク集団を確定する

がんの負荷の「アセスメント」にとってこの活動は不可欠である。計画の初期段階におけるデータの編集および分析の目的は、州内のがん状況に関する重要な質問に答えることである。主要な質問の例を次にあげる。

○がんの形態のうち州内で最も多いものまたは予防可能なものはなにか？

- ・さまざまながんの発生率を部位または種類別に検討する（肺、乳房、子宮頸部、皮膚、前立腺）。

○対象集団にとって他にどのような形態のがんが心配されるか？

- ・リンパ腫、白血病、小児がんその他のがんを（おそらくは分野横断的課題の範囲内で）含めるかどうか検討する。

○各種類のがんはだれに影響するのか？

- ・人種、民族、社会経済的地位、年齢、性別、格差の可能性を検討する。

○がんの発生率が高いのはどこか？

- ・個々の郡、市、その他、州にとって理にかなった行政区域を調べる。
- ・都市と農村部の差異を調べる。
- ・診断時のがんのステージを調べる。

○サービスはどこで受けられるか？

- ・認定されたがんセンターの分布を調べる。
- ・マンモグラフィー、搬送サービス、社会福祉事業などのサービスの分布を調べる。

○がんの各種類の主要な危険因子はなにか？

- ・人口集団別に危険因子を調べる（ティーンエイジャーの喫煙、様々な年齢コホートの運動）。
- ・ほとんどのがんは平均的なリスクのある集団に発生するが、十分にサービスが提供されていないハイリスク集団にも注意を払わなければならないことを理解する。

○考慮する必要がある主な分野横断的課題はなにか？ またそれをだれが擁護するのか？

- ・ケア、緩和ケア、コスト、特別な集団、文化受容能力、あるいはパートナーによって掘り起こされたその他の課題を検討する。

利害関係者は、大きな異質的な集団よりも、特定の優先されるべき集団のほうにもっと焦点を当てるほど、戦略がうまく適合する確率は高くなると指摘している。コア計画グループは早い段階でパートナーシップに必ずデータを供給し、パートナーシップが重要かつ必要な情報を追跡するのに時間を費やさなくてもいいようにすべきである。ハイリスク集団と持続するアクセスの問題を見つけ出す活動を作業グループが実行することもできるし、あるいはスタッフやその他の専門家によって情報をパートナーシップに提示することもできる。（ツール#16、19「課題声明書作成ガイド」および「利害関係者および地域への情報提供データマップ」参照）。「データと研究の利用」（第5節）にしたがい行う活動がこの活動を支えることは明らかである。

さらに、さまざまな地域や優先されるべき集団におけるがんの負荷に関するデータを明確かつ簡潔に伝えれば、この負荷への対処方法に対する支援の結集に役立つ。

ケンタッキー州の計画者は、ケンタッキー州がん登録、ヘルシー・ケンタキアンズ 2000、ヘルシーピープル 2010、BRFSS、たばこデータベース、マンモグラフィーの利用に関する Medicare のデータの情報を利用し、ケンタッキーで最も多いがん 6 種類の発生率と死亡率を示す図表とマップを作成した。これら 6 種類のがんを利用し、スタッフは州と国の動向を示すスプレッドシートを開発した。がん部位の選択の基準は、州における疾病面での負荷と疾病の経済的負荷の両面で「最も私たちの負荷になっているもの」だった。カラフルだがシンプルなグラフィックの利用は、議員や地区がん協議会を通じて活動する地域社会のパートナーからの賛同を促進する役に立った。（ツール#19「利害関係者および地域への情報提供データマップ」参照）

7.1.3 すでに導入されている戦略における格差をアセスメントする

この活動は作業グループで行われる可能性が高い。最新の資源、サービス、施設の目録を作るための公式調査は最良の情報を生み出すかもしれないが（ツール#6「がん資源目録用紙」参照）、パートナーは資源名簿などの公表済みの情報を利用することによって、なにがすでに導入されていてなにが欠けているのかのアセスメントを行うこともできる。既存データの「質」のアセスメントは理想的ではあるが、計画周期の初期の段階では非現実的かもしれない。パートナーシップはこの情報の「存在」と「不在」のアセスメントで我慢する必要があるかもしれない。それでもなお、利用できる評価データなら何であれ、すでに一般市民に利用可能なもの、利用可能だが修正または強化が必要なもの、そして新たに作り出す必要のあるものについて下さなければならぬ決定を強化することは確かだろう。

イリノイ州では、「公共教育と啓発の作業グループ」が資源目録用紙（ツール#6「がん資源目録用紙」）を作成してパートナーシップのメンバー全員に配布した。この用紙では、パートナーシップ組織がすでに開発している公共教育用の教材があれば知らせるように求めている。用紙が注目していたのは、組織が公表しているカタログで入手できるものよりもむしろもっと知られていない資源だった。結果はパートナーシップに配布され、どの教材をもっと広く普及することができ、どの教材を将来制作しなければならないかについて決定する材料とした。パートナーシップはまた、地方保健部局の管理者と健康教育スタッフが ACS から必要な支援について学ぶために、ニーズアセスメント調査（ツール#8「地方保健部局ニーズ調査」参照）も後援した。

7.1.4 計画のための測定可能な目標と達成目標を策定する

最初のビジョンから作成された目標と達成目標は、包括的計画文書の基礎を形成する。達成目標は堅実なデータ、経験、知識に基づいて策定される。データとつながっている達成目標は、個々の政治課題や偏見ではなく真の必要性と結びついている。往々にして、各自の重点分野（危険因子、部位、課題）に関するデータを検証する作業グループは、ある特定の目標を念頭に置いてそれを行っている。例えば、ある作業グループがある州における肺がんの予防を大まかな目標としている場合、その州における喫煙のエビデンスに関連するデータと結びついた達成目標を策定するかもしれない。パートナーは達成目標ごとに、それがデータにどう結びついているか、あるいはその達成目標の実現に向けた進捗の測定にはどんなデータが必要かを示す声明書を作成できる。

測定可能な目標と達成目標を用いることによって、その計画が対象の集団に与える影響を評価する方法が得られる。時には、重要な課題がまだ測定しえない目標やことによると達成目標を必要とすることもある。そのような場合には、この達成目標が満たされたときに変化がどう実証されるかを検討することが重要である。

尺度は、CCC が何を成し遂げているのかについての根拠を提供するものであり、重要である。成功していることの根拠があれば、資金提供者や他の利害関係者がその計画を高く評価して将来

支援することを確証する助けになる。改善の必要を示す根拠があれば、その計画の実施と将来の相互作用を強化するのに役立つだろう。

読者は十分に練られた目標と達成目標の基準に関する第2節の議論をおさらいするとよいかもしれない。目標は総論として書くことができ、達成目標はその達成の測定方法を組み込むように書くべきである。適切な場合は、達成目標はSMART基準、つまり具体的、測定可能、達成可能、現実的、期間限定的（ツール#17「達成目標リトマス試験」）、を満たし、しかもそうした目標と達成目標を果たすことが次の質問の答えになっているように作成するのが望ましい。

- ・どこから来たのか？
- ・どこへ行くのか？
- ・どこまで行く必要があるのか？
- ・どれだけ時間がかかるのか？

メイン州の5つの作業グループは各々1つ以上の課題声明書を作成し（ツール#16「課題声明書作成ガイド」参照）、それを基に目標と達成目標を策定した。計画調整担当者は計画の構成要素の定義と記述に関するガイダンスを提供し、計画に必ず共通の文言が用いられるようにした。次に作業グループのメンバーは各々の目標と達成目標をパートナーシップ全体に提示した。パートナーシップのメンバーは意見や評価を伝え、作業グループはそれを組み込んで修正を行った。作業グループの共同議長は、「相互教育」のプロセスとして正規パートナーシップに自分たちの行った仕事を提示するプロセスを記述した。相互教育とは、作業グループの専門家が重要と考える問題についてすべてのメンバーが学び、いっばうで作業グループのメンバーも非専門家に対して自分たちの優先事項を明確に定義する方法を学んだことを指す。パートナーシップの調整委員会は、データ、ケアへのアクセス、ケアの質、唱道の分野においていくつかの最優先目標を加えることも決定した。

7.1.5 考えうる介入戦略を同定する

目標と達成目標がいったん策定されれば、それを実現するための戦略を作り出すことが可能である。このプロセスも根拠を基本とすべきであり、科学文献やグループの集会的経験を利用しながら、どのような選択肢があってそれがどれほど良いものかを細かく調べるべきである。計画プロセスでは次のような質問を取り上げる必要がある。

○過去にどのような戦略が有効だったか？

- ・他の州や組織で利用されてきた戦略を調べる。
- ・入手可能な評価データや公表されている介入研究を検証する。
- ・地域予防サービスガイドを参照する。

○過去に試みられたがうまくいかなかった戦略はなにか？

- ・その戦略がなぜうまくいかなかったかについて手がかりを得るために評価データを検証する。

○どのような新戦略を検討すればよいか？

- ・検討中の各戦略の有効性を示す科学的根拠を調べる。

○戦略それぞれについて支援しそうなのはだれか？

- ・信仰に基づいた組織、地元企業、中小企業のグループといった「非従来型パートナー」を検討する。

○まだ利用不可能だが必要なデータはなにか？

- ・特定のがん部位に対する有病率データは利用できないことが多い。コストに関するデータも同様である。
- ・現在利用可能なものより小さい地理的単位でデータを分類する必要があるかもしれない。
- ・そのデータが計画に必要なかどうか、あるいは計画の実施の一環として集めることができるかどうかを検討する。

○提案された介入戦略の効果的な評価に必要なデータはなにか？

○まだ利用不可能だが必要な他の研究報告書や学術報告書はなにか？

- ・それぞれの戦略にその有効性の科学的根拠があるかどうか検討する。

○その他どのような検討を行う必要があるか？

- ・計画のために下した決定の政治的または政策的影響を検討する。

パートナーシップが計画に入れるべきものと入れるべきでないものについて堅実な決定をするためには、参加者は最新の医学と行動科学に精通していなくてはならない。そうあることによって、特定の達成目標や戦略の擁護者はより大きな集団に対して自分の推論を説明できる。プロセスのこの段階において、パートナーシップ内外の専門家が非常に役立つことがわかる。これらの専門家は、検討中の達成目標を果たすのに適した戦略について研究報告書を検証することもできるし、参加者のためにただ質問に答えたり報告書の解釈を助けたりすることもできる。例えば危険因子カウンセリングにおける介入のアウトカム、健康教育、地域における介入に関する報告書のほか、スタッフやメンバーが検討中の戦略の有効性や費用対効果について決定するのに役に立つような研究報告書が挙げられる。とはいえ、現時点で望ましい研究をすべて明らかにするのは無理かと思われるため、やはり、よりいっそうの調査研究を行うことは、目標と達成目標に明らかに結びついた戦略として計画内に盛り込む必要があるだろう。

現実には、がん計画のこの部分は非常に相互作用的なプロセスである。計画者はときに、達成目標が実際は戦略であることに気づいたり、戦略は達成目標として、あるいは場合によっては指標や活動として定義したほうがふさわしいことを発見したりもする。そうかと思えば、気に入っていた戦略が実際のところ望ましい達成目標を果たしておらず、達成目標か戦略のどちらかをも