

### 2.3 結論

本節では、ビジョン策定のプロセスを用いて、CCC イニシアティブにおける計画と評価との関係性を構築する方法を論じた。CCC 計画の基礎を築くにあたっては、ビジョンの策定に端を発して、CCC プロセス全体を導くとともにパートナーシップのメンバーを合体させてやがて協働体を作り出すだけの強さを備えた幅広い概念的枠組みの策定(計画スタッフとそのパートナーによる)につながっていく。CCC 計画の策定の手引としてこのビジョンを用いれば、パートナーシップの重要な小グループの作業を導いて、メンバー組織による実施のための、合理的で、正当と認められ、実行可能かつ測定可能な戦略を策定する役に立つ。

ビジョンはCCC 計画になくはない側面だが、評価を行う上で実用的な枠組みも設定する。時を経て、また進化するのにもなって、パートナーシップのビジョンを現実と比較して測定すれば、グループの目標や達成目標がイニシアティブ・レベルと計画策定全過程の両面で実現されているのかどうかを見極めることができる。評価のより実践的側面については、本文書の後段で論じている。

#### 参考文献 (略)

## 第2部 CCC計画のビルディング・ブロック

CCC計画のビルディング・ブロックは、計画プロセスの運用と評価のモデルとして利用できる。プロセスの運用に関しては、モデルは特定の活動を提示しており、それらを緩やかに定義した順番で実行していけば最終的にはCCC計画が完成するという形になっている。本節では、CCC計画の策定を開始し、CCCに参加するパートナーシップが実施できる計画を完成するための一方法として、ビルディング・ブロックを論じる。また、CCCの評価をサポートする際にCCC計画のビルディング・ブロックのモデルがどう利用できるかについても説明する。

第1部の第1節で指摘したとおり、このモデルの各ビルディング・ブロック（図1.2）は指摘された問題、その問題に対応するための達成目標、予測される計画のアウトカムに関連している。いくつかのビルディング・ブロックは、計画の基礎を築くために導入される。次にそれらのブロックを発達させて、プロセス全体の強固な土台を維持する。このビルディング・ブロックとは、「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」である。「がんの負荷のアセスメント・対処」というビルディング・ブロックは、実施と評価が可能な計画の実際の構成要素を策定するプロセスを最もよく表している（第1節の図1.1および第7節参照）。このブロックは核となるプロセスである。とはいえ、他のビルディング・ブロックがなければ計画は不完全なものになるだろう。

### 全てのビルディング・ブロックを考慮しなかった計画は…

- 全く作成されない…「インフラストラクチャー」が欠けているため。
- 範囲が包括的ではない…「パートナーシップ」に格差があるため。
- 正当と認められない…「データと研究」の利用が不十分なため。
- 実施が困難またはことによると不可能である…資源および政治的意思に関して「支援」が欠けているため。
- 実行する価値があるように見えない…計画した戦略のアウトカムに関する「評価」が欠けているため。

本文書の第2部は6つの節にまとめられており、それぞれが計画の各ビルディング・ブロックに当てられている。各節には、各ビルディング・ブロックの範囲内での州の実績例が紹介されている。活動については、その計画プロセス内で行われたおおよその順番で述べている。ただし、州や組織によって順序のばらつきは明らかであり、また活動の中には現在進行中のものもある。このばらつきは、新たな州や組織がCCCに着手する際も引き続き残りそうである。ビルディング・ブロックは複数を同時に扱うが、それぞれのブロックは独自の連続する流れに沿って別個に進行しており、それでいて1つの共通の目標に向かって絡み合いながら進んでいくものとして考えるべきである。

### 第3節 インフラストラクチャーの強化

スタッフその他の資源の不足は、CCC計画の取り組みを開始する上で重大な障害となりうる。しかし今までの経験から言うと、CCCを開始するのに資金の豊富ながんプログラムや大勢のスタッフを有する必要はない。それよりもむしろ、専任の創造的な専門家からなる小さなグループが限られたプロセスを開始し、時間と労力をかけてそれを深め広げることも十分可能である。ある計画者はこのプロセスを、坂を転がり落ちるうちに大きさと勢いを増していく雪玉に例えた。

「インフラストラクチャーの強化」の「達成目標」は、「CCCを支えるために必要な経営管理を作り上げて強化すること」である。

この達成目標の実現に関連する「計画アウトカム」は、「経営管理の手続きが開発されること」、「計画成果物が出版され、配布され、保管されること」である。

やがて計画が実施されCCC計画プロセスが制度化される（通常のビジネスの方法）のにともない、その構成部分の合計よりも大きい新たな協働体が生まれ、パートナーの引き受ける責任は大きくなる。

#### 3.1 インフラストラクチャーを強化する活動

##### 3.1.1 インフラストラクチャーのニーズと能力をアセスメントする

がん予防・管理向けのインフラストラクチャーの強みと弱みをアセスメントすることは、時間と労力を費やすだけの価値が十分ある。あるベテランの保健計画者は、能力のアセスメントを行うことの重要性を次のように表現している。「参加しているのはだれなのか、そして自分の州のがんの分野で何が起きているのかを知る必要がある…そしてまた自分のスタッフやパートナーの中に、仕事の基となるしっかりした科学的基盤と正確な情報ベースがなくてはならない。」アセスメントは調整担当機関に焦点を当てて行われるだろうが、可能ならば、調整担当機関が運営されている背景状況のアセスメントにも一定の時間とエネルギーを注ぐべきである。1つのアプローチとしては、次の話題を含むツールを利用する方法がある。つまり、(1) 組織の背景、(2) がんプログラムおよび関連プログラム、(3) データ源、(4) 地域資源、(5) 過去の計画の取り組み、(6) スタッフの能力と経験、(7) CCCの課題と促進要素、である（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）。

アセスメントの実行につきものの仕事としては、回答者リストの作成、ツールに基づいた質問をするための回答者との面接または郵送調査のスケジュール調整、質問の一部に回答できる文書（例えば、資源登録簿、予算、データ表示）のレビュー、データをまとめる方法としての、ツールの質問を用いて得られたデータの分析、CCCを行う当該州または組織にとって情報が何を意味するかを理解するための情報のレビューが含まれる。

CCC のケーススタディに元から参加していたモデル計画州には、このベースラインのアセスメントを受けるという利点があった。利用可能な資金があれば、大学や地方の調査会社にアセスメントを行うよう依頼するだけの価値はあると思われる。計画スタッフが固有のニーズを特定する限り、ベースラインのアセスメントは教授陣の監督があれば大学院生にとって申し分ないプロジェクトにもなる。時間と資金が限られている場合には、アセスメントツールに修正を加え、対象を狭めて調整担当機関が計画を開始する能力に絞り、それ以上の情報については後日補足することもできる。

### 3.1.2 調整担当機関の指導部から賛同を得る

CCC の勢いを生む原動力は、州保健当局、州議会、がん関係機関、ボランティア組織、あるいはこれらの組み合わせなどさまざま考えられる。それでもなお、その取り組みを調整または主導できる 1 つまたは複数の機関の指導部からの賛同がなければ、プロセスを開始して持続することは難しい。多くの場合、州保健当局の部門責任者、例えば慢性疾患担当課長 (Chronic Disease Director) などが上層部から一時的支援を受けてプロセスを開始するか、少数のがん対策の指導者たちが自分の機関の支援を得てプロセスを開始する。パートナーがそのプロセスに賛同するのにもない、上層部はより熱心になる傾向がある。

賛同を得る方法として、以下のものが挙げられる。

- ・連邦レベル、大学、ボランティア機関、研究機関および他州から CCC の専門家を招聘し、その賛同がきわめて重要な指導者たちの会議で講演をしてもらう。
- ・指導部がひとたびそのイニシアティブを受け入れれば、ごく初期の段階でも会議録その他作成される資料や記録を通して指導部に情報を伝え続ける。
- ・CCC スタッフがワークショップや会議に出席し、上層部に資料を持ち帰る。
- ・CCC のスタッフおよび指導者たちががん対策に関するワークショップや会議を開催し、指導部を招いて講演をしてもらう。

メイン州の経験は、慢性疾患担当課長以上の指導部の支援が CCC 計画プロセスにもたらしうる恩恵を明らかにするものである。地域・家庭保健課長 (州保健当局长官の一階級下) は、CCC 計画プロセスに着手するための基礎作りに不可欠な役を演じる。課長はがん関連ユニットを州保健当局内の 1 つの課内に持ち込み、がんチームを設置し、NCI などの資金提供源からがん対策の資金を手に入れた。後に課長は、上級職員が CCC 計画の取り組みを任務の一部に含められるようにしたほか、取り組みを調整するために CDC から公衆衛生予防専門家を招き入れるための取り組みを後援した。CCC パートナーシップの開始に際し、課長はコアチームと、保健局職員と外部パートナーの双方を含むパートナーシップ調整委員会のいずれにも参加した。こうした高レベルの支援はメイン州に計画を進めるためのスタッフと資源を提供し、州保健当局外部の組織から高レベルのパートナーを巻き込むだけの信頼性を与えた。

### 3.1.3 専任の調整担当者およびその他のスタッフを認定または雇用する

ケーススタディとモデル計画州の経験によれば、CCCにはスタッフからの注目を要することがはっきり示されている。とはいえ、ほとんどの州にとって、補助スタッフのあるなしを問わずフルタイムの調整担当者に時間と資金を捧げることは難しかった。スタッフ配置計画を組み合わせれば、多くのことが実現できる。

最も重要な点は、だれかがプロジェクトに一義的な責任をもち、その主任調整担当者が指導部からの支援と自分の上司からの実質的な支援の両方を得ることである。

ユタ州の場合、州保健当局の慢性疾患担当スタッフとがん担当スタッフは、計画調整担当者が雇われるまで計画プロセスの開始を待った。調整担当者が就任するとパートナーを巻き込むための周到な戦略を立て、それによって州保健当局は計画プロセスが最も州のためになるよう進むべき方向について共通のビジョンを作り上げることができた。計画調整担当者とスタッフおよび外部パートナーとが、十分に練られたスケジュールと議事日程を通じて定期的に連絡を取り合うことで、パートナーは取り組みが前進していて自分が費やした時間と気遣いが報われていることを知ることができた。あるスタッフは次のように述べている。「みんなこのことが実を結ぶと信じている。[計画調整担当者の]指導力が緩むようなことがあれば、[残りの]みんなも緩むだろう。」

### 3.1.4 コア計画チームを創設する

コア計画チームあるいはグループは一般に、調整担当機関の職員で構成される。これらの職員は、がんその他の関連慢性疾患のプログラム策定が仕事の大部分を占める者たちである。州や組織が専任計画担当職員に資金提供できる能力にどれだけ恵まれていようと、コア計画チームを支援することは職員の力の及ぶ範囲や効果を増すことになり、結果として取り組みを強化する。コア計画グループは、職員配置が1人の調整担当者または非常勤の調整担当者に限られている場合にきわめて重要となる。チームのメンバーは活動を計画する時間をとり、CCCのために必要な任務を引き受けなければならない。チームのメンバーの提供するインプットとしては次のようなものがある。

- ・ 勧誘するパートナー、利用するデータ源、あるいはグループの意思決定手順といったさまざまな問題に関するブレインストーミングと戦略的思考。
- ・ 管理者およびパートナーに対する提言ができるように問題点を調査する。
- ・ 作業グループが意思決定に際して利用するためのデータを収集し、背景報告書を作成する。
- ・ 主要な指導者および利害関係者との人脈を作る。
- ・ パートナーシップの作業グループにスタッフの支援を提供する（会議のスケジュール調整または会議録や草案文書の作成および配布など）。
- ・ CCC計画の構成部分を執筆し、編集し、レビューする。
- ・ 資金提供またはその他の資源による支援についてブレインストーミングした後、実行する。
- ・ 計画プロセスを通じて生じるさまざまな仕事を補助する。

コアチームのメンバーにこうした仕事を全てこなす時間があるとは考えにくい、調整担当機関内に CCC の「拠点」を提供し、他の責務をふまえて実行可能な仕事を遂行する可能性は高い。モデル計画州の中には、コアチーム内に多くの仕事を任せることを選択した州もある。また、パートナーシップを拡大して仕事の実行はそこにもっと任せることができた州もある。それぞれの州のパートナーシップは、こうしたプロセスをどのように行うか決定しなければならない。

メイン州のコア計画チームの役割は、リーダーシップ、調整、支援およびパートナーシップ・メンバーとしての役割だった（主として州保健当局のメンバーが担っていた）。コアチームは取り組み開始にあたって準備作業の大部分を行ったが、ひとたびパートナーシップとその調整委員会が結成されると、州保健当局は自らのリーダーシップの役割を控え、その代わりに関係主要参加者としての役だけを果たそうとした。ほとんどの作業グループ会議には州保健当局から少なくとも 1 人のコアチーム・メンバーが出席したが、他の州では保健局職員の遂行する責務（会議の進行やメモなど）を作業グループのメンバーが引き受けるよう促された。ほとんどの作業グループに対し 2 人の共同議長を置いたことで、責任を広げるのに役立った。コアチームは、取り組みの全体を通じて計画プロセスの中心となった。計画調整担当者は自分の時間の約 75% を CCC への取り組みに費やし、他のコアチーム・メンバーは 5~10% を費やした。

### 3.1.5 調整担当機関のがん関連の他のスタッフを巻き込む

チームを拡大することによって、調整担当機関内または調整担当機関および少数の不可欠なパートナー（例、州保健当局、アメリカがん協会、大学病院の総合がんセンター）内の一連の専門家は、コアチームほどの傾倒度を求められることなく CCC に関与する機会が得られる。チームの拡大はまた、パートナーをすっきり揃える前に機関全体のスタッフや主要パートナーから賛同を得る 1 つの方法でもある。拡大チームの関与は、大部分が「助言と同意」を提供するものから毎月数時間、あるいは計画の重大な時期にはもっと長時間の作業を要するものまで千差万別である。

イリノイ州の場合、拡大チームとなる「内部諮問グループ」は、CCC 計画プロセスを開始する際に不可欠な役割を演じた。同グループは州保健当局の慢性疾患以外の 9 部課で構成され、CCC 計画に必要な専門知識と資源を備えている。代表者は、健康政策、疫学研究、保健統計、マイノリティーの健康、女性保健、農村保健、口腔保健、政府事務、環境衛生、Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)、コミュニケーションの担当スタッフを含む。

内部諮問グループは初回会議に先立ち、パートナーシップの設立と準備を手助けするために 3 つの小委員会、つまりデータ小委員会、タスク・タイムテーブル小委員会、パートナーシップ構成小委員会を結成した。そうした形により、内部諮問グループは利用可能なデータのタイプ、連絡すべきパートナー候補、計画の取り組みの終了予定期限の設定に手を貸した。このグループはまた、それまでの計画の取り組みから学んだ知識や教訓ももたらした。内部諮問グループのメンバーは、パートナーシップおよび個々の作業グループのメンバーとして、CCC の取り組みにも引き続き参加した。

### 3.1.6 計画プロセスを導く作業計画を策定する

作業計画はプロジェクトを軌道から外れないようにするのに役立つ。理想を言えば、作業計画には綱領 (mission statement) またはビジョン声明書と、第2節で述べたプロセスを通じて発展させられる大まかな目標が含まれる。さらに作業計画は、ベンチマーク、達成目標、アウトカム、その達成目標を満たすための指標をとまなうタイムテーブルも含んでいる方がよい(ツール#2「計画タスクのタイムライン」参照)。本ガイダンス文書に述べる活動は、イニシアティブのためのビジョンの策定にともなう関連する達成目標および計画アウトカムとともに使用されるだろう。作業計画はCCC計画そのものの策定に加え、計画プロセスの評価の手引としても役立つことができる(ツール#22「計画プロセスモニタリングシート」参照)。CCC計画が本格的に開始する前に、プロセスを導く文書を備えていることが重要である。そうしないと、プロセスは明確な方向性の欠如に苦しむ恐れがあり、取り組みも有意義あるいは系統的に評価するのが難しくなるだろう。さらに、賛同と支援を強化するためには、作業計画を策定する際にパートナーシップが最終成果物に意見や提案を投入することが重要である。

・ケンタッキー州がんプログラム (KCP: Kentucky Cancer Program) のコアチームは、CCC計画の完了と2000年9月に予定するCCC会議の両方に対するベンチマークを設定したスケジュールを策定した。ベンチマークとして含まれたのは、計画のためのデータ収集、計画草案の完成、独立した査読者による計画のレビュー、2000年9月の会議で開始するための計画の完成と展開の最終日程である。

・イリノイ州の場合、コアチームは計画調整担当者と協力して、CCC計画のビジョンを作り出した。計画調整担当者はまた、計画活動と完成日程の詳細リストを用いてプロセスをモニタリングした。

・メーン州とユタ州の計画調整担当者は、州のパートナーシップとそれぞれの作業グループの仕事のタイムラインを策定した(ツール#2「計画タスクのタイムライン」)。タイムラインは2つの役割、つまり毎月達成すべき仕事(タスク)をリストアップすること(計画ツール)、進捗状況のアセスメント方法を提供すること(モニタリングツール)、を果たした。

### 3.1.7 CCCプロセスを調整およびモニタリングする

この活動には、限られた人的資源を効率的に展開することが求められる。CCC計画の諸々のタスクを遂行する効果的な方法の1つは、コアチームのメンバーを作業グループに就かせてスタッフの支援を提供することである。例えば議事録をとり、作業グループを手助けし、より大きなパートナーシップの承認と指示を得て会議と会議の間に遂行しなければならない日常業務の大部分を行うことができる。また彼らは、プロセスの進行具合や、生じた問題に対処するために必要なことについて調整担当機関に報告を返すこともする。調整担当機関とコアスタッフが意思決定プロセスに最初からパートナーシップを参加させることが重要である。これは州全体の取り組みであるため、イニシアティブの成功を確保するためには当事者意識と権力意識がパートナー全員に染みこんでいなければならない。

カンザス州はパートナーシップの作業グループに幅広いスタッフの支援を提供した。各作業グループにはファシリテーターが1人任命され、後方支援の提供とグループ討議の進行を担当した。ファシリテーターは自分の役割を一貫した方法でどう遂行するかについて訓練を受けた。作業グループにはさらに「背景説明担当者 (backgrounder)」が1人任命され、がん部位別の作業グループ向けにデータの編集と提示を担当した。こうしたスタッフが選ばれた理由は、疫学データを使った作業に関する専門知識である。州保健当局の職員もいれば、カンザス州がん登録やカンザス大学医療センターなど他の機関の関係者もいた。

計画活動の系統的かつ一貫した文書化を行うことで、CCCプロセスを追加モニタリングすることができる。作業グループのファシリテーターまたは議長の援助を得て、計画調整担当者は、全ての議事録や活動の結果として作成された計画成果の中央ファイルを維持するだけでなく、すべての計画活動の時系列記録や日誌をつけることもできる (ツール#3「計画活動の年表」参照)

#### 参考文献 (略)

### 第4節 支援の結集

がん予防・管理に取り組む専門家のほとんどは、現在の資源が限られており増やす必要のあることに同意するだろう。しかし、CCCのように幅広いイニシアティブに対する支援は、資金提供よりもずっと多くのことを必要とする。支援にはさまざまな形態があり、スタッフやファシリテーターの提供といった現物の支援のほか、パートナーシップのメンバーへの会議場、食事、飲料といった簡単な資源の提供もある。また、支援は社会のさまざまな部分から提供される。例えば議員、州の行政機関、消費者、患者活動家団体、医学界、実業界、州内の様々な人口集団の代表等々である。プロセスの初期におけるささやかな支援が、CCC計画に関わるようになった地域社会のメンバーを展開することによってやがてより大きな支援につながっていくこともある。

「支援の結集」の「達成目標」は、「がんプログラム策定への既存資源の利用を改善し、全体の支援水準を高めること」である。

この達成目標を実現することによって得られる計画の「アウトカム」は、「パートナーシップが既存の資源の配分の優先順位を策定すること」、「資源と支援水準の(現実との)格差を同定すること」である。

そのうち計画が作り上げられ、実施され、CCCプロセスが制度化されるのにもない、このビルディング・ブロックに対して意図する成果(アウトカム)とは、既存資源の配分と利用が改善され、CCC向けの安定した資源が得られるまでがん対策用の資源が増えることである。

## 4.1 支援を結集するための活動

### 4.1.1 現在の支援水準をアセスメントする

既存の支援のアセスメントは、前述の「インフラストラクチャーの強化」で述べたケーススタディまたはベースラインのアセスメントの一環とすることもできる（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）。少なくとも、計画に利用可能な資金、利用可能なスタッフ、パートナー候補、政治情勢に関する情報は含むべきである。

イリノイ州は激しい組織変更の時期にぶつかり資金はきわめて限られていたが、州保健当局の慢性疾患担当課長の指導と支援を得て計画プロセスをスタートした。初期のころ、チームのメンバーはプロセスを支援してくれそうな人物や組織を同定したが、がん登録と保健当局上層部からの支援の水準は低いと評価した。慢性疾患担当課長はCCCについて頻繁に上司に報告し、計画調整担当者はがん登録と緊密に協力した。1年後、がん登録はCCC作業グループおよび拡大チームに積極的にかかわっており、保健当局上層部はこのプロジェクトが他の包括的な取り組みのモデルになると意気込みを語るとともに、スタッフのささやかな増員を進んで支援する意志を表明していた。議会のパートナーはCCCに対する州の資金注入を求めた。その会期中には資金援助法案は通らなかったが、この取り組みは議会に今後検討してもらうための第一歩と考えられている。

### 4.1.2 計画のための資金および現物資源を確保する

資金と資源はさまざまなソースから得ることができる。まず最初は、計画プロセスを開始するにあたり十分な資源を「何とか工面する」必要があるだろう。実際このアプローチは資金面での参加者からの投資につながる可能性があるため、1つの利点になりうる。これまでのところ、CCCに対する資金源は一般に州議会、カテゴリー別のプログラム、程度は控えめだが連邦政府のプログラムとなっている。CCCプロセスが展開するのにもない、他の機関、企業、資源からの支援を求めることも有益である。この支援は会議場、技術支援、食事や飲料などの現物資源から始めることができる。

ユタ州は、計画プロセスに対するパートナーの当事者意識とリーダーシップを最初から育てたいと考えた。この目標を達成するための戦略の1つは、パートナー組織にパートナーシップや作業グループの会議を開催するよう頼むことだった。パートナーは自前の会議場を自発的に提供し、会議の出席者に昼食を提供した。作業グループの議長の中には、自分の組織から管理事務職員を「寄付」して作業グループ議事録の作成と配布にあたらせた者もいた。こうした現物資源はパートナーシップが円滑に進み、リーダーシップの責任を共有するとともに、パートナー間の当事者能力および意識を築くのに役立っている。

#### 4.1.3 公的・民間セクターの間の支援を確立する

長い目で見れば、地域社会のさまざまな部門からの支援は、政府や目立った非政府パートナーが初期に投じる金額と同じくらい重要であることがわかるだろう。こうした地域社会のメンバーは、CCC 計画への意見や提案の提供、将来の資金源の開拓、そして計画の実施に不可欠な存在となりうる。包括的であることは非常に重要である。例えば、CCC の戦略の中には従業員の医療費を将来引き下げるのに役立つ可能性があるものもある（例、早期発見）ため、実業界が CCC を大いに支援することになるかもしれない。

アーカンソー州の CCC イニシアティブは、CCC 計画の地方レベルでの実施を視野に入れ、全州規模で展開する地域保健計画プロセスの「ふるさと健康改善 (HHI: Hometown Health Improvement) プロジェクト」と連携させた。このために、アーカンソー CCC 計画特別委員会の中に地域開発小委員会が創設された。州保健当局の HHI 計画専門家も、CCC の内部作業グループ (拡大チーム) の一員として働いている。HHI イニシアティブは、CCC 計画が出来上がったときに地域支援の第一線の代表として働ける州内 7 地区の意志決定者を集めている。HHI プロジェクトはがんにとどまらず一連の地域社会問題を扱っているが、CCC 計画は、どうすれば地域社会が地方レベルでがん対策に関与できるかを示すモデルとして役に立つことができる。

#### 4.1.4 パートナーシップの取り組みを公表する

CCC 計画の取り組みを公表してその認知度を高め、より幅広い支援を得る方法はいろいろある。最もよく用いられる戦略としては、パートナーシップとそのメンバーの後援による特別会議、州内の公衆衛生会議でのプレゼンテーション、パートナーシップ会議への支援者候補 (例、議員、実業家、地域社会の指導者) の招待などがあげられる。時には地域社会の主要メンバーに忙しいところを頼んで、データ関連の問題、がんのケアや研究のある特定の側面、または少数派グループのメンバーへのアウトリーチについてパートナーシップに向けてプレゼンテーションしてもらうことも有益であろう。パートナーシップの取り組みを創造性豊かに公表することは、アーカンソーやケンタッキーの例に見るとおり本当に効果をあげることができる。両州では CCC 計画に関する会議によって、草の根レベルから州議会まで関心が爆発的に高まった。

ケンタッキー州は CCC 計画を州規模のがん会議「全ての人にがんの認識を (Cancer Awareness Reaching Everyone)」で大々的に取り上げることにした。会議の目的は、計画戦略の実施に対して関心と賛同を得ることだった。招待を受けたのは他の計画州、ケンタッキー地区がん評議会、州・地方保健部局、がん登録スタッフ、病院の代表、外勤職員、腫瘍学者その他の保健医療提供者、健康教育者、がん生存者、がん情報サービス (Cancer Information Service) などだった。このがん会議は、サーベイランス、教育、ベストプラクティス、医療保険のスタンダード、QOL の問題などの話題を論じるパネルで構成された。パネルは「全てへの挑戦 (Challenge to All)」パネルを設けるという結論に達し、どうすれば全てのケンタッキー州民がケンタッキーの CCC 計画に対するリーダーシップを提供できるかということと、達成すべき目標についてこのパネルで議論することになった。

#### 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 Communities that Care survey	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。  人口ベースのがんの発生率のデータ
	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	
	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、いくらの費用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パートナーシップ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 パートナーシップの構築

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ながらいないことである。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。