

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碑の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、授權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

- ・メイン州とユタ州は、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。この段階になると、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、激しい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を経験した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らろうと気づいた。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、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ない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。用紙が目指していたのは、組織が公表しているカタログで入手できるような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、いっぽ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積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を検討する。

○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う一度じっくり考えなければならないときもある。それでもなお、参加者は最初の時点で、計画の時間枠内において妥当な範囲でできるだけ多くの戦略について意見を出し合い、それらを調査すべきである。そのうえで、それぞれの戦略の論理的根拠を作り上げることができる。

地域予防サービスの特別委員会は、健康増進や、疾患、外傷、障害、早死、環境危険因子への暴露の予防を目的とした根拠に基づく公衆衛生介入について勧告を行っている。地域予防サービスガイドのたばこ規制と運動に関する章はすでに公表されており、インターネットで見ることができる。その他がんに関する章は現在作成中である。がんの章では、地域社会や保健医療システ

ムにおける介入として、乳がん、子宮頸がん、皮膚がん、大腸がんのスクリーニングを推進するものを取り上げることになる。また、皮膚がんのリスクの減少と、前立腺がんスクリーニングについて十分な情報を得た上での決断の推進とを目的とした効果的介入に関する情報も掲載する。地域予防サービスガイドに関する詳しい情報は、次のウェブサイトに掲載されている。

www.thecommunityguide.org.

時には州が特定の課題やカテゴリー領域の範囲内でかなりの計画を立ててしまっていて、それらの分野の周囲に新たな目標と達成目標を策定すると過剰になりかねないことがある。ケンタッキー州の CCC 計画では、カテゴリー別または課題別の計画の取り組みの成果を組み込むことによって、がん利害関係者の目標と達成目標を統合した。メンバーは州内の他の計画を詳しく調べ、それらの目標と達成目標をがん計画に統合した。対象となった計画は、「ケンタッキー州乳がん行動計画」、「アメリカがん協会優先課題」、「ジャーニーズ・エンド」（終末期の問題に関するもの）、「医療提供者に対する終末期ケア教育」などである。コアチームは次に「ニーズ調査」からのフィードバックを調べた。この調査は、ケンタッキー全域の利害関係者が何を最も急を要する問題と考えていて、その問題がどう処理されることを望んでいるのかを示しており、計画に使えるような戦略の優先順位を付ける方法として利用できた。CCC 計画に盛り込まれた勧告はがん部位（肺がん）に焦点を当て、優先事項は優先集団（青少年）に集中し、戦略はその優先事項を達成する方法に対処するためのもの（たばこへのアクセス規制）となっている。

7.1.6 目標、達成目標、戦略の優先順位を設定する

優先順位設定プロセスは、CCC 計画の最も相互作用の働く側面である。一部の達成目標や戦略があっさり却下されたり、他のメンバーが盛り込むことの妥当性をさほど確信していないにもかかわらず一部のメンバーが自分の気に入ったものに強硬に賛成したりするのが、このプロセスである。重要な点は、プロセスを軌道に乗せておくためにスタッフとリーダーシップが、包括的で期限限定的にして客観的かつ合意した基準に基づく公正なアプローチを作り上げなければならないことである。一般的には、100 を超える達成目標（戦略の有無を問わず）を 10 あまりに絞り込む必要があるだろう。計画に反対意見書を添える場合や、州全体としては採用されなかった戦略をいくつかのメンバー組織が気に入って独自に支援することに決める場合もある。優先順位決定プロセスのこうした違いは、プロセス自体が包括性を維持し細分化されない限り有効である。

効果的な優先順位決定活動のための戦略には、次のことが含まれる。

○正規のパートナーシップとのコンセンサス構築プロセスを利用する。

- ・よく使われる手法は、会議室の周りに新聞用紙を置くことである。それぞれの用紙には各作業グループの達成目標と戦略が（目標声明書を掲げた下に）記載されている。パートナーは用紙を 1 枚ずつ見て歩き、達成目標と戦略に投票する。

○各作業グループの代表（作業グループの議長と進行役）で構成する委員会、実行委員会、または運営委員会が達成目標と戦略の優先順位を決定する。

・たいていの場合、委員会は正規パートナーシップに戻って委員会決定の承認を得る必要がある。

○記入された投票用紙がパートナーシップのメンバーに送られ、スタッフが結果をまとめる（ツール#18「目標および達成目標を選ぶための投票用紙」参照）。

・スタッフはパートナーシップのメンバーに達成目標と戦略を記入した投票用紙を送り（目標別に分かれている）、目標に順位をつけるよう求める。次に結果をまとめてパートナーシップに報告する。

○スタッフが達成目標と戦略に順位をつける。

・スタッフは次にその結果をパートナーシップまたは実行もしくは運営委員会に提示し、承諾を得る。

○方法を組み合わせる。

・郵送投票または運営委員会会議などの方法を1つ用いて、管理できる数の達成目標と戦略を得る。その達成目標と戦略をパートナーに提示し、望ましい数が残るまでパートナーがそれらを順位付けする。

イリノイ州では、優先順位決定プロセスは次のステップを踏んで進められた。

1. 作業グループは、各作業グループに対して策定された優先事項を定義し、順位付けした。
2. パートナーシップが会議を開き、作業グループの策定した20の優先事項を全パートナーシップ向けに7つの主要優先事項にまとめた。メンバー間のコンセンサスが必要だった。
3. 作業グループはまとめられた優先事項を再検証し、包括的な優先事項が個々の優先事項の意図を変えていないことを確かめた。再編成のプロセスを通して、イリノイ州は7つの優先事項を6つにまとめた。
4. 作業グループは最初の優先事項の一つ一つに対応する戦略を策定した。優先順位のマトリックスを使い、個々の作業グループの策定した優先事項を1ページに表示した。
5. 作業グループはパートナーシップ全体に戦略を提示し、パートナーシップは6つの包括的優先事項を達成できるものにしたがって戦略をグループ分けすることによって優先順位を決定した。

7.1.7 計画戦略を実施する組織を同定する

このステップは計画作りにおいて最も重要な活動の1つである。戦略を実施する組織が決まらなければ、ほとんどの仕事が無駄になりかねない。アーカンソーなど一部の州は積極的で、第1回パートナーシップ会議の段階で計画の実施を援助することの確約を要求した。そのうえに、プロセスのどこかの時点で、特定の戦略を支援する確約をパートナーから得ることは必要である。

メイン州の場合、1つの目標が複数の達成目標と関連し、各達成目標はそれを実現するための複数の戦略と関連することがよくあった。メイン州はメンバー組織に対し、個々の戦略ではなく、特定の目標とそれに関連する達成目標の実施機関として署名登録するよう要請した。優先順位決定プロセスの一環として、作業グループは修正して優先順位付けした目標および達成目標をパートナーシップに提示した。優先目標および達成目標には横にアスタリスク（*）を付け、その分野の専門家が非常に重要とみなしていることを示した。次にパートナーシップのメンバーは投票によって計画に盛り込むべき目標と達成目標を選び、1項目以上の目標に対して「署名登録（sign up）」することにより、実施を支援する意志を示した（ツール#18「目標および達成目標を選ぶための投票用紙」参照）。最終「カット」を計画に盛り込むために、各目標および達成目標は少なくとも1つの組織による「署名登録」を得なければならなかった。ある目標・達成目標への参加を登録した組織は、実施に向けた戦略の優先順位付けが関わってくる計画プロセスの戦略策定部分に参加できるように、その目標担当の作業グループと連絡を取るよう計られる。

参考文献（略）

第8節 評価の実施

本節の構成はこれまでのビルディング・ブロックの節とはやや異なっている。評価は全てのビルディング・ブロックと計画プロセス全体にまたがるものである。とはいえ、評価はそれ自体で1つのビルディング・ブロックであり、独自の順序でステップを重ねて1つの計画につながり、そこにはその計画の実施を測定するための戦略も含まれる。評価は計画プロセス全体を通じて不可欠な役を演じ、計画プロセスそのものとイニシアティブ全体に情報を与えると同時にアセスメントする手段を提供する。したがって、評価はCCC計画の策定中と策定後のどちらにも生じる。さらに、評価はCCCの実践者に課題を提示し、より徹底した対処を必要とする。

本節はまずCCC計画プロセスにとっての評価の重要性を論じたのち、評価を組み込む際の課題をいくつか紹介する。その後残りの部分では、評価の課題を克服し、かつ評価を有効に利用して計画の実施の準備をしながら計画プロセスを支援するための具体的な手段を提言する。

「評価の実施」ビルディング・ブロックの「達成目標」は、「CCCの計画と実施に関連するプロセスとアウトカムをともにアセスメントするための戦略を策定すること」である。

この達成目標を果たすことに関連する計画の「アウトカム」とは、「計画プロセスをアセスメントし、実施をモニタリングし、アウトカムを測定するための戦略が導入されていること」である。

ビルディング・ブロック・モデルの評価関連活動（影付き部分）の結果として、計画が実施された際には、（1）実施された戦略が実施プロセス同様に評価される。（2）評価データは説明責任とプログラムの改善のために適宜利用される。CCCプロセスが制度化されれば、評価データは他の形態の根拠と一緒に、意思決定プロセスのサイクルに定期的に適宜組み込まれるようになる。

第2節で述べたビジョンを策定するプロセスと、CCC計画モデルのビルディング・ブロック（図1.2）で略述した評価関連活動は、計画プロセスの間からその後にかけて評価が実行可能であり有益であることを確保するのに役立つ。計画の初期の段階でビジョンを策定すれば、計画の取り組みに明確かつ合意に基づく方向性が必ず生まれ、また、プロセス自体とプロセスによって生み出される計画の両方が確実に評価できることになる。ビルディング・ブロック・モデルを効果的に利用すれば、評価者の言うところのプログラム本位の評価アプローチを支援することができる。評価活動を示すモデルの影付きセルは、「評価の実施」ビルディング・ブロックだけに現れるのではなく、他のビルディング・ブロックにも全体的に散らばっている。

8.1 なぜ評価がCCC計画の一環なのか？

多くの公衆衛生専門家は、「効果的な」公衆衛生プログラムに利用できる情報が不足していることに對し懸念を示す。がん予防・管理への包括的アプローチは、根拠に基づく意思決定の決定的重要性を重視しているが、評価はこの包括的アプローチを支える数種類の根拠の1つである。計画に用いられるその他の種類の根拠は、第5節の表5.1にまとめられている。

評価は、CCC計画の策定と実施に不可欠な支援を提供できる。評価は包括的計画プロセス全体を通じて使い途がある。計画プロセスの初期に行う評価活動は、プロセスに情報を与えることができる。途中で行う活動は、全てが計画にしたがって展開していることを確認するとともに軌道修正が必要かどうかを判断するのに役立つ。計画プロセスの最後に行う評価は、成否を判断して将来の計画に情報を与えるために利用できる。

評価のプロセスは二段階で役立つこともできる。開始段階における評価は、「CCCプロセスはうまくいっているのか？」そして「パートナーシップの最優先の目標と達成目標は達成されているか？」という質問への回答に役立つことができる。実施段階における評価は、「計画で提案された戦略は実施されているか？」および「パートナーシップの期待した成果は達成されているか？」といった質問への回答に役立つことができる。

計画段階において堅実な評価アプローチを用いれば、計画者は次のような重要な仕事を成し遂げることができる。

- ・計画プロセスのさまざまな主要段階を導くアセスメント活動を行う。
- ・プロセスがその焦点を維持しコースから外れずにいるかどうかを判断しながら、軌道修正の機会も提供する。

- ・議員やその他の意志決定者のような、プロセスの信頼性と継続性とその支援にかかっている関係者に、プロセスの結果に関する情報を提供する。
- ・測定可能な計画達成目標を作成し、実施された戦略が目標達成にどの程度成功しているのかを測定する手段を考案する。

注意すべき点は、上に挙げた計画段階での評価の利用は全てがCCCイニシアティブの評価と主に関係しているが、最後に挙げた項目だけは例外であることである。計画の個々の戦略が順調に実施されているかどうか、また期待した健康アウトカムが達成されているかどうかを判断するために評価を行うことは、計画段階の範囲外になる。言うまでもなく、この種の評価は1つ以上の戦略が実施されて結果を生み始めるまでは行うことができない。とはいえ、計画段階において行われた仕事の大部分が、計画実施のアウトカム評価（第10節の論考テーマ）の確実な実施を可能にする。

8.2 評価を実施するための活動

本節で述べるプログラム中心の評価アプローチは、CCCのような複雑なイニシアティブの評価にともなう課題を克服する全体的な戦略を提供する。このアプローチには次の2つ、つまり(1)「評価の実施」ビルディング・ブロックに略述する、計画段階で行う一連の評価活動、および(2)その他5つのビルディング・ブロックにおける作業を支援するために計画段階で行う一連の評価関連活動、が関わってくる。

8.2.1 計画段階に行う評価活動—「評価の実施」ビルディング・ブロック

「**評価の実施**」ビルディング・ブロックは、CCC実践者が評価戦略の策定と実施を支援するために行うのが妥当と思われる一連の推奨活動を、だいたい時系列にそって含んでいる。それらの活動を以下に順に述べる。

評価のための資源とスタッフを同定する

計画プロセスの初期の段階で、評価のためのスタッフその他の資源を特定することを検討すべきである（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）。たとえ計画調整担当者が評価と計画の責任を両方とも引き受けるのは合理的でなく、コーチームに必要なあらゆるスキルが不足しているとしても、評価の専門家は見つかるものであり、そしてそれには必ずしも多くの費用がかかるとは限らない。州の保健当局の中には、CCCパートナーシップのような協働作業体の評価に興味をもっている内部の評価者がいるところもある。地方の大学も、健康科学や社会科学で評価の単位や評価セミナーを提供することができるし、学生に実際の評価経験を積む機会が与えられることを歓迎するかもしれない。パートナー組織は、一種の現物出資として内部の評価専門家を進んで共有するかもしれない。

計画の評価のための質問を定義する

評価者は一連の評価用の質問を用いて評価戦略を構成することが多い。データ収集活動を、イニシアティブ、その調整担当者およびその参加者にとって興味深い質問に答える手段と定義すれば、集められたあらゆる評価データが重要かつ有益な情報の提供に利用できることを確保する1つの方法になる。策定された質問は、計画者とそのパートナーがプロセスを効果的に進めるために本当に知る必要のある問題に関するものであるべきだ。

CCCのようなイニシアティブに関する質問を策定する難しさは、質問を考え出す難しさではなく、選んだ質問が当を得たものであり、なおかつ利用可能な評価資源の中で容易に回答できるように「数が少ない」ことを確保することにある。全く優先順位の付いていないたくさんの質問は、散漫で欲張り過ぎの評価計画を生みかねない。この点については、質問の階層を作ることが有益である。すなわち、少数の重要な質問（せいぜい4～5項目）を作り、その下に関連質問群（その回答が重要質問への回答に貢献するもの）を追加することを考えてみればよい。このアプローチは、評価に対する意識の集中が必ず維持されるようにするのに役立つ。

イニシアティブがそのうち発展すると評価用の質問もおそらく変化するであろうことを認識することも重要である。計画期間における火急の問題は実施期間のそれと異なる。モデルはイニシアティブがどう進展する見込みであるかについての実証済みの理論を組み込んでいるため、ビルディング・ブロック・モデルを評価用質問の策定の概念的枠組みとして利用することで、計画者はCCCの発展的側面を必ず考慮することになる。CCCの発展的な本質を認めた評価戦略の設計については、第10節（将来を見据えて）で詳しく述べている。

表8.1は、CCCイニシアティブのさまざまな評価段階で問うことのできる評価用の質問の例を示したものである。

表8.1 評価用の質問の実例

評価レベル	評価用の質問
CCCイニシアティブのプロセス評価	CCCプロセスはうまくいっているのか？
	会議の出席率はよいか？
	メンバーはプロセスに満足しているか？
	計画作業は遂行されているか？ また計画成果は時宜に即して生み出されているか？
CCCイニシアティブのアウトカム評価	パートナーシップの最優先の目標と達成目標は達成されているか？
	がん対策用のインフラストラクチャーは強化されているか？
	イニシアティブ向けの支援は結集されているか？
	データと研究は利用されているか？
	パートナーシップは構築されているか？
	がんの負荷はアセスメントされているか？ 対処されているか？
	計画のプロセスおよびアウトカム評価は実施されているか？
CCC計画のプロセス評価	計画で提案された戦略は実施されているか？
	知識の格差はサーベイランスと調査を通じて対処されているか？
	各々のがん予防・管理の介入戦略に影響を与える保健システムの問題は対処されているか？
	介入は、 ・ハイリスク集団およびがんの負荷の大きい集団に到達しているか？ ・文化的に適切な方法で提供されているか？ ・時宜に即した方法で提供されているか？ ・費用対効果に優れた方法で提供されているか？
	実施上の困難はうまく克服されているか？
CCC計画のアウトカム評価	パートナーシップが各戦略に対して期待した健康アウトカムは達成されているか？
	パートナーの指摘した基本的問題状況は改善されたか？
	時間とともにがんの発生率、罹患率、死亡率は減少しているか？
	時間とともにがんに関する集団間の健康格差は縮小しているか？

こうした評価用の質問を検討することに加え、評価の妥当性も検討すべきである。例えば、その評価とデータ収集は、自分のプロジェクトの完全かつ適切な評価を可能にするか？ 計画または介入戦略の評価に用いているデータは真に効果的な評価を提供するのに十分であるか？

計画プロセスを記録する

先にも指摘したとおり、計画調整担当者またはコアチームのメンバーに重い評価責任を負わせることを期待するのは理に合わない。ただだからといって、これらの個人が評価の主要な側面、すなわち計画プロセスの記録に関わらないという意味ではない。

多くの場合、慎重な記録文書化は評価活動はもとよりプログラム活動の支えとなる。CCC計画プロセスが進行している一方でその計画プロセスについて思いめぐらす時間はほとんどなさそうに思えたとしても、然るべき簡単な戦略を導入すれば、計画のツールや成果物（タイムライン、議事録）が策定されるのに合わせて系統的に保管することができる。この戦略は、その資料が情報目的で必要になった場合に探して取り出すのを容易にし、後々になって生じるかもしれない計画プロセスの評価に備える役に立つ。

計画プロセスの新たに生じる課題、解決策、アウトカムを特定する

計画調整担当者およびコアチーム・メンバーの多くは、主として自分をプロセス・ファシリテーターまたは問題解決者とみなす。計画プロセスの新たに生じる課題、解決、アウトカムを検知して記録するための継続的モニタリングは、評価にとって重要な機能であり、これもやはり円滑化と問題解決を助けるものである。こうしたモニタリングはまた、利用重視かつプログラム中心の評価アプローチ、つまりプログラムの改善に役立ち、軌道修正を容易にし、プログラム・スタッフに直接役立つ情報を生み出すことに明らかに一致している。

この種の評価活動に系統的に取り組む1つの手段は、スタッフ（およびおそらく主要パートナーも）がコアチームまたはことによれば拡大チームの会議中に考えうる解決策について共同で意見を出し合えるように、コアチーム・メンバーを促して深刻な問題になる前に課題を同定させることである。簡単なマトリックスを使ってこうした新たな課題を文書化し、解決策が考案されたらそれを記録することを検討する。

注意すべき点は、ある解決策が所与の課題にうまく対処できたときはいつでも、それがすなわち計画プロセスの主要な予備的成果、例えばインフラストラクチャーの強化、パートナーシップの強化、意思決定におけるデータと研究の利用の増大、がん予防・管理に対する支援の向上を示す根拠を表すということである。健康アウトカム（がん罹患率および死亡率の減少や集団間の格差の縮小など）は長期的にしか達成できないものであるため、計画プロセスの肯定的な中間結果を記録することはとりわけ重要である。表8.2は、モデル計画州がCCCイニシアティブの間に遭遇した課題と考案した解決策の実例を、マトリックスに示したものである。

ヒント

パートナーシップの初期の業績の一部を公式記録にまとめることを検討する。認識された効果についてパートナーと情報を共有することは、プロセスの進み具合やパートナーシップが途中で成し遂げたことについてメンバーに定期的にフィードバックを提供する簡単な方法の1つである。評価のためにこの情報を集めることに加え、イニシアティブに由来する効果のリストを作ることも支援の結集に役立つであろう。

表8.2 CCC計画中に遭遇した課題と考案した解決策

課題	解決策
インフラストラクチャーの強化	
<p>カンザス州：人手不足と配置転換によって、CCC計画の取り組みに専任スタッフを充てるのが困難になった。</p>	<p>専任スタッフ不在の中で、州は数人のコアスタッフが積極的に総会を企画し、追加スタッフが作業グループを円滑化するというチーム・アプローチを採用した。作業グループが予備的達成目標を策定する期間は、大学院生のインターンが力を貸した。それにもかかわらず、専任スタッフがいなかったためにスケジュールは思った以上に長引いた。パートタイムの調整担当者が保健局職員およびパートナーと緊密に協力し、作業グループで計画の達成目標を作成した。外部のファシリテーターもパートナーシップの開始に力を貸した。</p>
支援の結集	
<p>イリノイ州：慢性疾患担当課にはがん関連活動用の資金がなかった。連邦予算のつく最大のがんプログラム（乳がん・子宮頸がんプログラム）ですら、同課の外部に置かれていた。</p>	<p>慢性疾患担当課は「Prevention Block Grant」の資金を利用してCCCを開始した。既存スタッフを補うためにインターンを活用した。用途を拘束されない乳がん・子宮頸がんプログラム資金を、計画の印刷と関連費用の処理に使用した。</p>
データと研究の利用	
<p>アーカンソー州：CCC計画の取り組みのごく初期の段階で、コアチームはプロセスを支援するのに十分なデータが確実に利用できるようにするためには、やるべきことがたくさんあると認識した。中央ががん登録はあまり効率的に運営されていないうえ、スタッフが決定的に不足していた。</p>	<p>アーカンソー州中央がん登録を強化するために、十分な州予算の確保、一貫したリーダーシップの確立、スタッフの空席の補充、十分なパフォーマンスの達成（データ報告の完全性）などを含む協調的な取り組みが注がれた。こうした取り組みに対し、民間セクターの唱道者が補助を提供し、別のモデル計画州（ケンタッキー）からは技術援助が寄せられた。</p> <p>加えて、がん登録データと人口動態統計局を通じて入手可能なデータとの関係を構築し、CCC計画に役立つデータの幅と厚みを拡大する取り組みが現在進められている。</p>