

がん対策

知識を行動へ

効果的なプログラムのための WHO ガイド

計画策定



市民医療協議会
Commission on Citizens and Health

日本医療政策機構
Health and Global Policy Institute

がん対策

知識を行動へ

効果的なプログラムのための WHO ガイド

計画策定

発行人： 世界保健機関(2006年)

タイトル： Planning. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs: module 1

©世界保健機関 2006

世界保健機関は、日本医療政策機構(英名 Health and Global Policy Institute) が、責任をもって本誌の日本語訳をし、発行することを許諾します。

日本語版タイトル： がん対策 知識を行動へ
効果的なプログラムのための WHO ガイド
計画策定

©特定非営利活動法人 日本医療政策機構 市民医療協議会(2012年)

※本書を読む際の注意点

・原文に忠実に翻訳を行っておりますので、日本における状況とは異なる場合があることをあらかじめご了承ください。

「がん対策」シリーズについて

がんはかなりの程度まで防ぐことのできる病です。予防できるがんは少なくありません。早期発見すれば治療し治せるがんもあります。後期ステージのがんであっても、痛みを和らげたりがんの進行を遅らせたりして、患者さんとそのご家族の取り組みを助けることができます。

がんは世界で最も多い死因のひとつです。世界保健機関(WHO)は、2005年には世界中で760万人ががんで死亡し、対策を取らなければ今後10年間で8400万人ががんで死亡すると推計しています。世界全体のがんによる死亡者の70%以上は低～中所得国におけるものです。こうした国々では、がんの予防や診断、治療のための人員、予算、設備が限られているか存在しないことが背景にあります。

しかしいまや、世界中の誰もががんについて多くを知ることができるようになりました。そのためすべての国が、がん対策の4本の柱である①予防②早期発見③診断と治療④緩和ケアをある程度活用し、がんの予防と治療を行い、患者さんの痛みを和らげることができるようになってきました。

「がん対策:知識を行動へ(効果的なプログラムのためのWHOガイド)」全6冊は、プログラムマネージャーや政策立案者を対象に、特に低～中所得国でがん対策プログラムの提唱、計画から実施までを効果的に行う方法を、実践的なアドバイスとともに説明するものです。

「がん対策：知識を行動へ」全 6 冊について

「計画策定」

がん対策プログラムの効果的な計画方法を説明した、プログラムマネージャーのための手引き。利用可能な人員、予算、設備などを生かした活動、他の慢性疾患対策プログラムや関連する他の問題対策プログラムとの連携について説明しています。

「予防」

がん予防対策の効果的な方法を説明した、プログラムマネージャーのための手引き。がんには予防可能な主なリスク因子がいくつかあり、それらを抑制することについて説明しています。

「早期発見」

主ながんの早期発見の効果的な方法を説明した、プログラムマネージャーのための手引き。早期診断が可能な主ながんの種類について、その早期診断方法を説明します。

「診断と治療」

がんの診断と治療の効果的な方法を説明した、プログラムマネージャーのための手引き。特に、早期診断と早期治療の方法について説明しています。

「緩和ケア」

がんの緩和ケアの効果的な方法を説明した、プログラムマネージャーのための手引き。特に、地域に根ざしたケアについて説明しています。

「政策とアドボカシー」

アドボケート（政策提言者）としてがん政策の立案とその効果的な導入方法について説明した、中間レベルの意思決定者やプログラムマネージャーのための手引きです。

WHO ガイドは 2005 年 5 月に採択された「がんの予防と対策に関する世界保健総会決議」(WHA58.22) に対応するものです。この決議では加盟国に対してがん対策プログラムを導入強化し、がんとの戦いをさらに進めていくことを呼びかけています。「国家的がん対策プログラム：政策およびマネジメントのガイドライン」「慢性疾患予防：ある重要な投資」をはじめ、がん対策に影響を与えたさまざまな WHO の政策がもとになっています。

がん対策は、エビデンス（根拠、検証結果）に基づく予防・早期発見・診断と治療・緩和ケア策を体系的に行うことで、がんの発生率や罹患率、死亡率を引き下げ、特にがん患者さんの生活の質を向上させることを目指すものです。包括的ながん対策は国民全体を対象とする一方、がんにかかるリスクの高い一部の人が抱えるニーズに応えるための取り組みを行います。

がん対策の柱

予防：がん予防は、特に慢性疾患の予防対策や慢性疾患に関係するその他の問題（リプロダクティブヘルス（安全な妊娠・出産・育児）、B 型肝炎の予防接種、HIV/AIDS、労働安全衛生など）の予防策と組み合わせたとき、公共衛生の面で最も大きな可能性を持ち、最もコストパフォーマンスが高まるほか、長期にわたって効果を示します。すでに、約 40% 近くのがんは予防方法が知られており、多くのがんがたばこ、不健康な食生活、感染性物質と関係していることが分かっています（「予防」の冊子を参照）。

早期発見：早期発見とは、子宮頸がんや乳がんなどのがんを、治癒の可能性が高い早期のうちに発見（または診断）することです。がんの約 3 分の 1 のケースでは、早期発見や効果的な治療方法がすでに知られています（「早期発見」の冊子を参照）。

早期発見の方法は 2 つあります。

- **早期診断：**患者さん本人が初期の兆候や症状に気づいて受診したところ、その場で紹介状を出され、確定診断や治療につながるケースが少なくありません。
- **国または地方自治体による検診：**自分は健康だと思っている自覚症状のない人が検診で前がん病変や早期がんを発見し、紹介状を出してもらって診断や治療に至るケースです。

治療:がんの確定診断が下された後、がんを治療して寿命を延ばし、その後の生活の質を高めることを目指します。治療の効果と効率性を最大限に高めるには、早期発見プログラムとエビデンスに基づいた治療基準に従って治療を進めることが重要です。急性白血病、リンパ腫など、全身に広がった後でも治療効果の非常に高い種類のがんの場合、治療または延命の効果がある患者さんもいます。後遺障害がある患者さんがリハビリを通じて生活の質を向上する方法についても説明しています(「診断と治療」の冊子を参照)。

緩和ケア:症状を和らげる必要のあるすべての患者さんのニーズに応じること、そして患者さんとそのご家族への心理的・社会的サポートを提供することを緩和ケアと呼びます。特にがんが後期まで進んで治療の見込みが非常に低くなってしまった患者さんや、がんの末期段階に直面している患者さんに、緩和ケアは必要です。がんとの戦いやがんの管理には感情的、精神的、社会的、そして経済的な面が大きく関わってくるため、がんの診断が下された時点から緩和ケアを通じて患者さんとそのご家族のニーズに応えることで、生活の質を高め、より効果的にがんと向き合えるようになります(「緩和ケア」の冊子を参照)。

がんは今や世界的な公衆衛生の問題ですが、今後国として取り組む保健関連の政策課題にがん対策を掲げている政府はまだ少ないのが現状です。がん以外にもさまざまな保健関連の重要課題があること、またどの病気の対策を進めるかは死因の多さ、費用対効果、予算面での実行可能性といった要素よりも、声の大きな利益団体の意見に左右される点も原因となっています。

がんのリスク因子には生活環境に存在する発がん性物質、喫煙、過度の飲酒、感染性物質など予防可能なものがありますが、低所得層や社会的恩恵を受けにくい層の方が、予防できるこうしたリスク因子に関わる可能性が一般的に高いとされています。こうした階層の人たちは、政治的な影響力も他の階層と比べて少なく、また医療機関を受診しない傾向が高いのが実情です。また、知らないために自分の健康を守り改善するような意思決定を自分の力で行うことができないのも、この階層の特徴です。

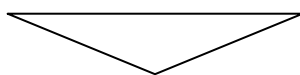
がん対策の基本原則

- **リーダーシップ:**リーダーシップを通じて、目的をはっきりと統一すること、率先してチーム作りを進めること、幅広い参加者を募ること、がん対策のプロセスを自主的に進めること、常に学び続けること、人の努力をお互いに認め合うことが可能になります。
- **ステークホルダーの関与:**意思決定のプロセスに関係するすべての部門、すべてのレベルのステークホルダーに関わってもらうこと。がん対策プログラムを良いものにするためのキーパーソンに、積極的かつ献身的に関わってもらうことが狙いです。
- **パートナーシップ作り:**お互いに利益のあるパートナーシップ作りを通じて、効果を高めることができます。また、さまざまな立場や分野の人をパートナーに迎えるなかで互いに信頼関係を築くこと、それぞれが得意分野を持ち寄ることができます。
- **人々のニーズに応える:**発がんリスクのある人、あるいはがんが発見された人のニーズに応えることで、ケアのすべての段階にわたって必要な心と体のニーズ、社会的なニーズ、精神的なニーズに応えます。
- **意思決定:**エビデンス、社会的な価値観に基づいた意思決定、あるいは人員・予算・施設などのコストパフォーマンスを高め効率的に使うことで、持続可能で公平な方法で対象集団にメリットをもたらします。
- **体系的なアプローチ:**体系的なアプローチとは、包括的ながん対策プログラムを導入することを指します。具体的には、同じ目標を持つプログラムと相互に関連性を持たせたり、関連する他の保健プログラムや保健制度全体と連携したりすることが挙げられます。
- **常により良く:**革新と独創的な取り組みを目指すことで、最大の成果を上げ、社会的・文化的な多様性にも対処するほか、時代の変化が生み出す新たなニーズや課題にも対処します。
- **段階別の対策:**地域ごとの事情やニーズに合わせ、段階別に対策を計画し実施します(がん対策に応用される、慢性疾患の予防と対策に関する WHO 段階別フレームワークについては、次のページを参照)。

WHO 段階別フレームワーク

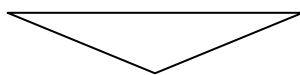
1 計画策定その 1 現状を見極める

がん問題の現状、がん対策のサービスやプログラムの現状を探ります。



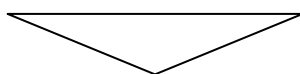
2 計画策定その 2 目標を定める

政策を立案し採用します。対象者を決め、大きな目標や段階別目標を定め、がんの全過程を視野に入れた優先対策を決定します。



3 計画策定その 3 目標の達成方法を探る

政策の実施までに必要な、具体的な段階を明確にします。



計画策定の次に、政策実施段階に移ります。

実施段階その 1 中核部分

今ある人員・予算・施設を使ってすぐに実行可能な政策を実施します。

実施段階その 2 拡大

人員・予算・設備を増やすか配置換えを行うことを現実的に見込んだ上で、中期的に実行可能な政策を実施します。

実施段階その 3 理想

現在人員・予算・施設が足りないために実施できない政策を、それらが整ったら実行に移します。

「計画策定」目次

がん対策計画を策定する方へ	2
がん対策計画を策定する前に	4
新たながん対策計画は必要か？	4
がん対策計画の必要性を訴える	6
戦略計画の立て方	6
計画策定その1：現状を把握する	12
がん問題のアセスメントを行う	13
現在のがん対策計画・活動のアセスメントを行う	16
各国による自己評価	21
計画策定その2：目標を定める	23
対象集団を決める	23
改善できる点を明らかにする	24
個別目標を定める	24
がん対策の実現可能性を評価する	25
優先事項を決める	25
計画策定その3：目標の達成方法を探る	29
必要な人員・予算を確保する	33
部門や分野を超えた横断的なチームと協力する	33
モニタリングと評価を含める	33
がん対策計画を実行に移し、広める	34
政策から実施へと移行する	35
おわりに	37
参考文献	38

がん対策計画を策定 する方へ

計画策定とは：

「組織の歴史を包み隠さず理解すること。組織の置かれた環境を順序立てて調べる。組織のミッションを厳しく問い直すこと。組織の目標をはっきりと見据えること。目標を達成するための具体的な手順と方法を示すこと。目標や決定事項のもとになる情報やアイデア、意見や直観を集めるための包括的協力体制を作り上げること。そして、計画策定に終わりはないと知っていること。」

出典：Taylor E. *Trick or treat (or why plan?)*

(<http://www.nea.gov/resources/Lessons/TAYLOR.HTML>、アクセス日2006年5月18日)

がんの予防、早期発見、治療、そしてがんで生活に影響が出た人へのケアなど、がんに伴うさまざまなニーズに応えるには、人員や予算を問わずあらゆる状況においてがん対策計画を策定することが欠かせません。この冊子では、がん対策計画の基本的な策定方法を紹介します。がん対策計画を策定する必要があるかどうか判断する方法、もし策定する必要がある場合は戦略的がん対策計画を策定する方法について説明します。

用語説明

計画とは

- 「計画」とは、一定期間内に具体的な目標を達成するために行う予定の、いくつかの行動を指します。
- 「良い計画は道路地図に似ています。最終目的地を示すとともに、そこに行くための最善の方法も示してくれるからです」

Judd HS. H. Stanley Judd Quotes (http://en.thinkexist.com/quotes/h._stanley_judd/ アクセス日2006年5月18日)

がん対策計画を策定し実行に移す過程に関わる方へ：

- 包括的で統合されたがん対策戦略を立てることで、限られた予算や人員を有効かつ効率的に、またバランス良く活用することができます。
- がん対策計画を上手に立てるためには、がん対策の背景を理解し、これまでの経験を認め、常に学び続けるという心構えができていることが必要です。
- 目標のあるがん対策計画、人間中心のがん対策計画、関係者に参加してもらいながら現実的かつ入念に作成されたがん対策計画の方が、実行に移される可能性が高いでしょう。
- 予算や人員が少ない場合は、予算内におさまり、コストパフォーマンスが高く、かつ優先順位の高いいくつかの対策に絞り込み、それを少しずつ実行していくことで、計画が効果的に実行される可能性が高くなります。

WHOがんウェブサイトではここで紹介していない実用的なツールを数多く用意しています。
<http://www.who.int/cancer>



プログラムとは？

「プログラム」は、決められたスケジュールに従い、限られた人員・予算・設備のなかで、計画で述べた行動を、順序よく組織的に実行することです。

計画策定とは？

「計画策定」とは、具体的に文章化された結果を出すために、一元的な意思決定の仕組みによって進める正式な手続きです。計画策定においては、未来について考えること、未来を変えようとするのが重要な要素になります。(Mintzberg, 1994)

がん対策計画を策定する前に

仮に人員や設備、予算が限られていたとしても、入念な計画を策定することで、がん対策はかなりの程度まで達成できます。しっかりしたがん対策計画がないと、使えるはずの人員、予算、設備が効率よく使われず、そこから得られるはずの恩恵が市民に行き渡らなくなってしまいます。

国家がん計画の立案方法の例については、
以下をご参照ください：
<http://www.who.int/cancer>



新たながん対策計画は必要か？

がんのない国はありません。そして人員、予算、設備が乏しい国でも、ある程度のがん対策活動が行われています。つまり、世界中のすべての国において、効果的ながん対策計画が必要です。がん対策計画を策定する、または今ある計画を改定する理由としては、以下が考えられます：

- 今まで国や地域に文章の形になったがん対策計画がなく、がんの症例数やリスク因子が大きな問題であり（または大きな問題になりつつあり）、組織立った対策が必要だと考えられているため。
- 最新のがん対策と比べて、がん対策計画が古くなってしまっているため（10年前に策定し、その後改定していないなど）。
- 現在行われているがん対策計画が期待通りの成果を上げていない、非現実的である、範囲が限られている、非効率・不効率である、または、一部のステークホルダーにとって不満足なものであるため。
- 現在、まずまずのがん対策計画があるが、より総合的で効果的ながん対策計画を立てるチャンスが到来したため（国で保健改革が行われる可能性があるなど）。

10人の子の母であり
タンザニアで牧畜業を営む60
歳のMariaさんは3年以上前の
ある朝、起きてみると
わきの下がはれていることに
気がつきました。

Mariaさんは数々の祈禱師に加え、2度の入院の間には診療所の医師にも言葉を尽くして痛みを説明しましたし、友人にアドバイスも求めました。そうして3年以上がたつて初めて乳がんが発見されたのです。診断を受けた時にはすでにがんは後期ステージに入っており、治る見込みは非常に低いと診断されました。

Mariaさんのケースは、彼女が診断を受けたダルエスサラーム・オーシャンロードがん病院では珍しい話ではありません。タンザニア唯一のがん病院であるこの病院は病棟スタッフも設備も足りず、彼女が入院したのも30人の大部屋でした。タンザニアでは毎年、約2万4000人の患者が進行がんの診断を受けます。その中で彼女のように幸運にもオーシャンロードがん病院で診察を受けられるのは、2400人に過ぎません。

タンザニア政府は、がんが公衆衛生の問題であることを認識しています。1997年には国家がん対策計画が保健省によって承認され、国内のがんをめぐる状況を改善するため、さまざまな対策が立てられてきました。しかしながら、がんが進行して初めて診察を受ける人が多い現状は、25年前から変わっていないように見受けられます。このため、政策立案者は、これまでどこで間違ってきたのかを明らかにするとともに、新たなアプローチを探ることになりました。

タンザニア連合共和国にとっては、過去の経験を踏まえて、がん対策行動計画をより効果的なものへと変えていく、またとないチャンスです。この冊子で提案されているように、国は①避けることのできる一般的なリスク因子を段階的に予防する②一部の頻度の高いがんについては早期診断・早期治療をはかる③緩和ケアを提供する----の3点を検討することができます。

出典: Ngoma TA. *Report on Cancer Control Programme in Tanzania*, WHO participative workshop, 4-8 December 2000, Geneva. また T. Ngoma, Executive Director, Ocean Road Cancer Institute から追加情報を得ています。

がん対策計画の必要性を訴える

がん対策計画を新たに策定する、または今のがん対策計画を改定することが必要となった場合に、その必要性を広く訴えてくれる人はいるでしょうか。

変化を起こすには、外からの刺激が必要です。国内組織や国際組織は、国のキーパーソンに働きかけることで変化のきっかけを作ることができます。WHOや国際対がん連合(UICC)などの信頼できる国際組織の力を借りることで、がん対策計画の必要性を政府のキーパーソンに知ってもらうことができます。

国や地域の何かを変えるきっかけを作るには、決定権を持つ当局のリーダーが誰かを割り出し、そのリーダーに対して行動を起こさなければなりません。例えばチリの例では、WHOがデモプロジェクト開発支援を行うと提案したことがきっかけとなり、保健大臣はがん対策委員会を設置し、がん対策コーディネーターを就任させました。そして、がん対策計画を順を追って進めるための計画を作るに至ったのです。

決定権を持つ人に対しては、がん対策計画は費用のかかる垂直型プログラムにする必要はなく、関連する他のプログラムの一部としてがん対策計画を策定することができ、そうすることで限りある人員、予算、設備をよりよく活用できることをきちんと伝えましょう。

戦略計画の立て方

がん対策計画を策定または改定すると国の指導者が決断し、反対意見がない場合、がん対策計画の策定に取りかかります。計画策定は、ある環境のもと、投入・策定プロセス・成果物・フィードバック・結果からなる体系的なモデルだと言えます(図1)。

がん対策計画を立てる際には、きちんと実行に移せるような計画を立てることが肝心です。計画を策定しても、合理的な期間内に実行に移さなければ、その計画は失敗です。

計画を策定することの利点は2つあります。1つはがん対策計画が作られること、もう1つは、計画策定に参加した人は、策定を通じて協力する経験を積んだり知識を得たりして、それをもとにがん対策計画を実行に移す推進力になるということです。

計画を策定するにあたっては、次の3つの質問に、事実をもとに答えます：

計画策定その1

現状を見極める

計画策定その2

目標を定める

計画策定その3

目標の達成方法を探る

その3には、さらに2つの問いが含まれます：

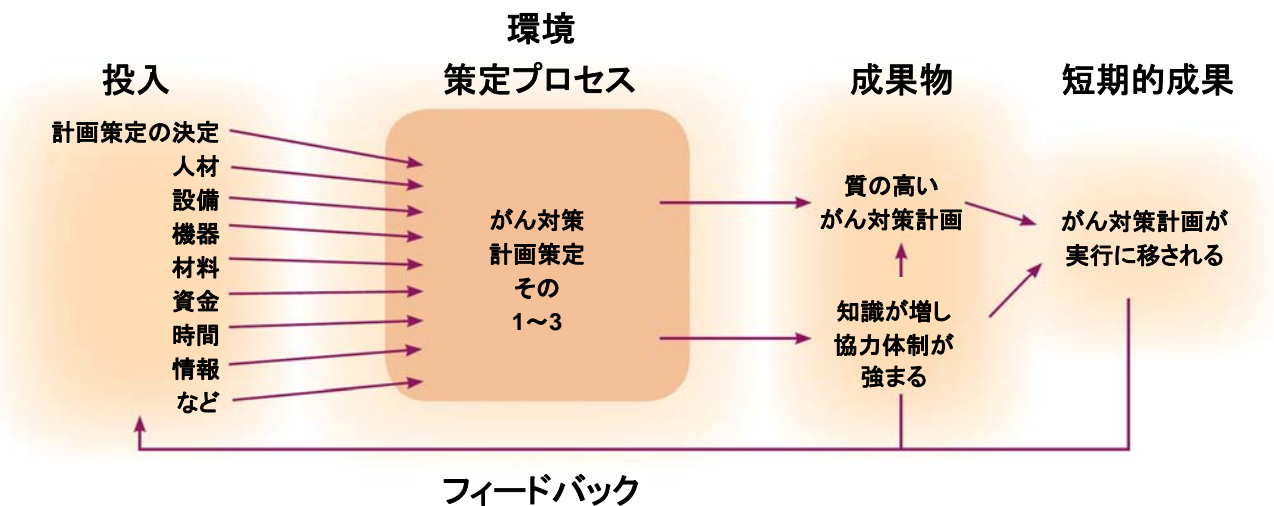
目標を達成したかどうかを知る方法は？

進捗を確認する方法は？

計画策定というのは、あるサイクルを繰り返すことです。サイクルを繰り返すごとに計画が練られていきます。このため、計画策定の段階と計画を実行に移す段階がオーバーラップする場合があります、その場合も計画策定の手順を繰り返す必要があります。例えば、計画策定その2で明確になった優先事項が「特定の地域に対する子宮頸がん検診のあり方を見直したい」とします。その場合、最も良い解決策を実施するためには、計画策定その1に戻って、その地域に対する子宮頸がん検診の詳しいアセスメントを行う必要があります。

変化の激しい情報化社会にあつては、想定外のシナリオが必ず出てきます。このため、がん対策計画にも想定外の事態に対処できるような柔軟性が欠かせません。また、新たな知識や技術、関係者の要請の変化にあわせて、定期的に計画を見直すことも必要です。

図1. がん対策計画の策定



カナダ

ボトムアップ型でがん対策計画を策定する

がん対策計画をボトムアップ型で立てた例として、「カナダがん対策戦略」があります。カナダ連邦政府内での密接な協力体制のもと、がん対策計画が立てられました。

1年間の話し合いのなかで、250人以上のがんサバイバー、さらには医師や医療提供者の助言を受けながら、計画策定レポートが作成されました。

カナダ各州がん当局協会、カナダがん協会、カナダ国立がん研究所、カナダ保健省の役員からなる運営委員会の指揮のもとがん対策計画が立てられました。関係者にコンサルティングを行い、組織の垣根を超えて協力したほか、サバイバーの視点を取り入れたこと、さらには短期間で導入したことが大きな特徴です。

がん対策計画を立てる作業は、少人数で機動力のあるいくつかのワーキンググループによって進められました。ワーキンググループは各方面に広く話を聞いており、ステークホルダーの意見を資料として計画策定レポートに添付しました。また、連邦の保健機関の代表者、がん関連学会、さらにはがんサバイバーの方や各ワーキンググループのトップからなる「統一グループ」が進捗をチェックし、足りない部分を指摘したり、どのワーキンググループでも検討されている事項をひとまとめにしたり、全体的な戦略ビジョンを定めたりといった作業を行いました。

また、コンサルテーション会議を行い、詳しい話を聞いたり、改善点の指摘を受けたり、どの活動を優先して実施すべきかについて話し合っただけで決めた。この会議には、連邦・州・地域の保健省、がん治療センター、コミュニティでがん対策に取り組む人、医療提供者、患者さん、そして一般市民の参加を募り、政策立案者や政策執行者と患者さんの双方の視点を入れました。

出典：Canadian Strategy for Cancer Control (http://cancercontrol.org/home_csc.html、アクセス日2006年5月15日) またS. Sutcliffe, Chair of the Governing Council, Canadian Strategy for Cancer Controlから追加情報を得ています。

がん対策計画が良いものであるには利用しやすい計画であることと、以下が必要です：

- すべてのステークホルダーが関与すること
- がんの重荷に関するデータと、現在のがん対策を紹介すること
- 目標を明確に定めること
- がん対策の対象者を絞り込むこと、がん対策の戦略を定めること
- がん対策戦略と計画の実行にあたっては、他のプログラムとの統合をはかること
- 計画を実行に移すために必要な予算、人員、設備など
- 計画が実行に移されているか、モニタリングし評価すること

これは米国疾病予防管理センター(CDC)が作成した「国家計画指標」(Butterfoss and Dunet, 2005; Dunet et al., 2005)で、文書化された計画の評価項目として使われているものです。国家計画指標は、肥満対策計画の立案にあたって使われた実績があります。

詳しい情報は、http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0089.htm
http://www.cdc.gov/pcd/issues/2005/apr/04_0090.htm



誰ががん対策計画を立てるのか？

がん対策計画の各段階には誰がどのような方法で参加するかは、各国の状況によって異なります。人材の訓練が可能かどうか、また社会的、文化的、政治的、経済的、技術的要因によって、誰ががん対策計画の立案に参加するか、またどのような方法で参加するかは変わってきます。

一般にはがん対策計画は「ボトムアップ」型で立てるのが望ましいとされています。ボトムアップ型をとることで、がん対策計画を実行に移す人達が最初から関わることができます(カナダの例を参照)。

がん対策計画をボトムアップ型で策定することが不可能な場合もあります。政府内の仕事の進め方の慣例としてボトムアップがなじまない、あるいは、人員、予算、設備を新たに確保するには政府にがん対策計画作りの主導権を持たせるしかない場合などがこれにあたります。こうしたトップダウン型でがん対策計画を立てていく場合も、さまざまな人に幅広く参加してもらうことは可能です(中国の例を参照)。

計画策定は、表1に示す通り、(1)準備(2)草案作り(3)草案改定(4)精査(5)広報・マーケティングのステージからなります。計画策定の後には、結果(成果物)とステークホルダーの関与(誰が関わるのか)が続きます。

また、「包括的がん対策計画策定のビルディングブロック(構成要素)」(CDC, 2002)と呼ばれる、国家が包括的がん対策計画を策定するために米国のCDCとパートナー組織が作成したモデルがあり、さまざまな社会経済的状況にあわせて使用できます。

CDCモデル(表2参照)は、がん対策計画の具体的な策定方法を、大まかな順番で定めたものです。最初の4つの構成要素(インフラ整備、支援を取り付ける、データ・調査を活用する、パートナーシップを構築する)は、がん対策計画を策定するための地盤固めです。第6の構成要素(評価を行う)は、計画策定の初期から始められ、計画を実行に移す間もずっと続けられる場合もあります。

第5の構成要素(がんの重荷のアセスメントを行い対処する)は、実行と評価が可能ながん対策計画を策定するために必要です。しかしながら、他の5つの構成要素の支援なしで、あるいは時期尚早に行ってしまうと、計画が実行も評価もされない結果に終わりがねません。

中国

トップダウン型でがん対策計画を策定する

中国のがん予防対策プログラム(2004年-10年)は2002年に計画の策定が開始され、2003年に計画が実行に移されました。このプログラムは、トップダウン型でがん対策計画を策定した例と言えます。中国は中所得国の中でも低い方に位置し、中央集権型の政府を持つ国です。がんは死因の20%を占めており、現在、都市部では死因のトップとなっています。これまで治療重視の方法にとらわれ、予防治療がおろそかにされていました。

こうしたがんの増加に不安を感じた中国保健省の疾病予防管理庁は、がん対策計画の策定を開始しました。コアチームの主導のもと、他の疾病の予防管理と密接な協力体制を組んで、計画策定が進められました。策定段階で最も難しかったのは、がん対策計画の目標と優先事項を決めることで、最終的には最も重要で実現可能なものが選ばれました。2003年6月にはがん対策計画がインターネットに公開され、市民からの意見を募る一方、国内の60人以上の専門家にメールを送り、提案を募集しました。2003年8月には、保健省のトップを含む専門家が集うシンポジウムで、最終草案が承認されました。

このがん対策計画では優先事項として、予防(たばこ対策、B型肝炎予防接種、職業リスク因子対策など)、主な種類のがんの早期発見と治療(子宮がん、子宮頸がん、乳がん、胃がん、肝臓がん、咽頭がん、結腸がん、直腸がん)、リハビリと緩和ケア、がん登録の拡大を掲げています。計画を実行に移すにあたり直面した最大の問題は、予算でした。主に早期発見と市民啓発キャンペーンに重点を置いた2年がかりの行動計画を実行に移すための予算が不足していたのです。とはいえ、この活動を支援するために、現在も資金を得るための努力が続けられています。

出典: *Programme of cancer control and prevention in China, 2004-2010* (<http://www.chinacancernet.org.cn/links/english.html>, アクセス日2006年5月18日)。またL. Kong, Deputy Director General, Disease Control Department, Ministry of Healthから追加情報を得ています。

表1: がん対策計画の策定に含まれるステージ、成果物、参加者

ステージ	成果物	参加者
準備	<ul style="list-style-type: none"> ○ 組織編成を決める ○ がん対策計画の最初のたたき台を提出する ○ 利用可能な予算、人員、設備等を明確にする 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 少人数の活動グループ
草案作り	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策計画の草案を作成する ○ 計画策定その1: 現状を見極める ○ がんの重荷、がん対策の現状、がん対策の背景のアセスメントを行います。 ○ 計画策定その2: 目標を定める ○ 目標や段階別目標、対象者、優先政策を決定します。 ○ 計画策定その3: ○ 目標の達成方法を探る ○ 行動計画 ○ 目標を達成したかどうかを知る方法は? ○ 進捗を確認する方法は? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事務局 ○ 計画策定作業グループ ○ がん委員会 ○ 各タスクグループ ○ ファシリテーター ○ コンサルタント
草案改定	<ul style="list-style-type: none"> ○ フィードバックを取り入れて草案を作り直します。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ さまざまな関係者(から意見を聞く)
精査	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策計画を完成させます。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外部の専門家グループ、コンサルタント ○ 事務局 ○ 計画策定作業グループ
広報・マーケティング	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策計画を公にします。 ○ がん対策計画への市民の意見を募ると同時に、がん対策計画に対する政府指導者の意識を高めます。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事務局 ○ 各タスクグループ
予算確保	<ul style="list-style-type: none"> ○ 計画を実行に移し、続けるための現実的なコストを割り出します。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 事務局 ○ 財務アドバイザー
実行	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国の関係当局が、がん対策計画を採用・実行します。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 政府(保健省)

表2. 包括的がん対策の構成要素とその内容

構成要素	内容
1. インフラ整備	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策計画のためのインフラを整備・強化する。それによって、包括的がん対策を開始し、軌道に乗せるほか、前進を後押しする。
2. 支援を取り付ける	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各方面からの支援を取り付ける。それによって、がん対策計画策定の開始を許可し、その実行と制度化を持続する。
3. データ・調査を活用する	<ul style="list-style-type: none"> ○ データや調査を活用する。それによって、優先事項を決めるほか、想定される反論に再反論が可能かつエビデンスに基づいた意思決定戦略を立てる。
4. パートナーシップを構築する	<ul style="list-style-type: none"> ○ パートナーシップを構築する。それによって、がん対策計画の策定・実施への支持と支援を取り付ける。
5. がんの重荷のアセスメントを行い対処する	<ul style="list-style-type: none"> ○ (5は包括的がん対策の要であり、他の構成要素はこれを支える関係にある)がんの重荷のアセスメントを行った上で、広範なパートナーシップに基づいてこれに対処する。このパートナーシップは、インフラを強化し、支援を取り付け、データ・調査を活用し、評価を行うようなものでなければならない。
6. 評価を行う	<ul style="list-style-type: none"> ○ 評価を行う。それによって、がん対策の成果をモニタリングし、がん対策の持続的向上をはかる。

出典: CDC, 2002.

ステークホルダーの役割

ステークホルダーは、組織やプログラムに利害関係がある人を指します。ステークホルダーは、組織やプログラムに影響を与えるか、影響を受ける関係にあります。がん対策計画策定の中でステークホルダーは、がん対策計画の策定に投資する潜在能力を持っています。

ステークホルダーがどのように参加するのが適切かを見極めるために、ステークホルダー分析を行うことができます。以下にステークホルダー分析方法の例を紹介します：

UNICEFおよびManagement Sciences for Health (MSH: 米国の国際保健協力NPO):
質の高いステークホルダー分析のためのマネジメントガイド
<http://www.erc.msh.org/quility/ittools/itstkan.cfm>



United Kingdom Overseas Development Administration (英国海外開発庁):
援助プロジェクト・プログラムのステークホルダー分析実施ガイダンス
<http://www.euforic.org/gb/stake1.htm>



がん対策計画が包括的なもので、実行に移す予定が実際にある場合は、がん対策計画を策定する初期段階から、現在主要なステークホルダーである人や今後主要なステークホルダーになる可能性のある人全てに呼びかけて、策定に関わってもらう必要があります。早い段階から関わってもらうことで、ステークホルダーに当事者意識を持ってもらい、計画を成功させたいという意識を引き出すことができます。こうしてすべてのパートナーが知識や人脈、さらにはがん対策計画策定に必要な要素を持ち寄ることになるでしょう。

自由に交流し、連絡し合えること

がん対策計画策定に関わる人は、自由に交流し連絡できる必要があります。協力体制に必要な特性として、柔軟性に富む、新しい考えを受け入れる、忍耐強い、地位や権限の変更を受け入れる、難しい課題に立ち向かう意欲がある---などが挙げられます。

予算決め

がん対策計画を完成させるにあたっては、計画を実行に移し維持するために必要な人員・予算・設備の費用を算出する「予算決め」が必要です。予算は現実的なものでなければなりません。言い換えれば、政府の活動や政府以外からの支援を通じて利用できると思われる人員・予算・設備と矛盾しないことが必要です。

計画策定その1

現状を見極める

がん対策計画の策定にあたってはまず、がん問題の現状と、現在あるがん対策活動やプログラムのアセスメントを行うことが必要です。これは複雑な作業であるため、アセスメントを行うべき対象、アセスメントを行うことが現実的に可能な内容、そしてアセスメント方法を決定することが重要です。

がん対策計画が効果を上げるためにはがんに関する一般市民のニーズ、とりわけ高リスクグループのニーズについてのデータを基に、がん対策の優先事項やプログラムを策定することが求められます。こうした方法でがん対策計画を策定することで、利用できる人員、予算、設備や新規予算をがん対策に正しく活用できるほか、想定外のニーズにも効率的かつ効果的に対処できます。そうして不平等を緩和し、健康の向上につなげることができます。

がん問題のアセスメントを行う

表3に、がんに関する一般市民の、そして特定のがんリスクにさらされている人のニーズを知るための、アセスメント項目を紹介します。

表3. がん問題のアセスメント項目

対象グループ		アセスメント項目 ^a
一般市民		<ul style="list-style-type: none"> ○ がん問題に影響を与える社会・文化・経済的背景 ○ 人口統計学的データ ○ 健康な人口(がんのリスクファクターを持たない人) ○ 市民のがん・がんリスク因子の認知度
がんリスクにさらされた市民	たばこ	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙人口、喫煙者の分布や推移 ○ 喫煙者の男女差、年齢差
	その他リスク	<ul style="list-style-type: none"> ○ (職場、環境などの)他のがんリスク因子の人数、有病者数、推移
新たながんが見つかった市民	早期がん	<ul style="list-style-type: none"> ○ 早期発見が可能ながん(子宮頸がん、乳がん)の発生率 ○ がん診断を受けた時点のステージ ○ 早期発見が可能ながんの認知度 ○ 早期発見が可能ながんの発生率、死亡率、生存率の男女差・年齢差
	その他のがん	<ul style="list-style-type: none"> ○ 治療可能なその他のがんの発生率 ○ 治療不可能ながんの発症頻度 ○ がん診断を受けた時点のステージ ○ がんの認知度 ○ 疼痛や他の症状の存在
がんサバイバー		<ul style="list-style-type: none"> ○ がんサバイバーの人数、有病者数 ○ がん生存率 ○ 治療後合併症またはがんに関連した後遺症の発症頻度 ○ 二次がんの発生率 ○ がんの認知度 ○ 生活の質 ○ 心理的・社会的、金銭的なニーズ
がんによる死亡		<ul style="list-style-type: none"> ○ がん死亡数・死亡率

^a できれば、性別・年齢・民族・社会経済的階層、がんの部位ごとに分類してください。

がんの重荷を数値化する方法としては、がんによる死亡者数、がん発生率（新たにがんと診断を受ける患者さんの数）、有病者数（がんとともに生きる患者さんの数）、生存率、そして末期がんを抱える患者さんの数があります。

がんの重荷を正確に知るために最適な資料には、以下があります：

- 人口全体のがん発生率と生存率のデータを示してくれるような、きちんと整備されたがん登録
- 信頼性の高い死亡統計（がん登録がない場合、これを使えば十分な場合もあります）

WHOの下部組織である国際がん研究機関(IARC)は、多くの国でがん登録の整備を推進しています(Jensen et al., 1991; Armstrong, 1992)。また国際がん登録学会(IACR)もがん登録の入手先として重要です。WHOは各国の統計を収集し提供していますが、一部先進国ではデータの完全性や回収率が100%であるのに対し、アフリカ諸国では10%を切るなど、国によってばらつきが見られます。

国の全人口を対象としたがん登録や死亡統計がない場合は、入手できるケースシリーズにおける（年齢・性別ごとの）さまざまな種類のがんの相対頻度から、がんの発生率や死亡率、有病者数の推計を出すことができます。例えば、1つまたは複数の病院に通院する患者さんの数の統計などがこれにあたります。さらには、病院ががん登録を持っており、そこから症例の詳細な内容を知ることができる場合もあります。

しかしながら、特定の病院に通院する患者さんが、その病院の立地地域における症例のランダムサンプルである可能性は低いことも念頭に置く必要があります。例えばがん専門病院は腫瘍専門の治療を行っており、こうした治療から効果が得られるようながんを抱えた患者さんは遠くからも通う傾向がありますが、治療が難しいがん（肝臓がん、肺がん、膵臓がん）の患者さんは地元の病院で（可能であれば）緩和ケアを受けるか、または入院しない傾向があります。

データの入手先としては以下があります。ただし、データの入手方法によって、対象者をどれほど代表しているかは異なります。このため、最終的には判断力を用いる必要があります：

- 病院統計：病院の保健部門が事務管理のために収集しているデータがあります。入院数や退院数が中心で症例数は少ない傾向があります。このため、複数のケアエピソードを要するがんは重複して数えられることとなります。
- 病理部：病院の病理部が症例登録を持っている場合は少なくありません。これをもとに、がんと病理診断を受けた症例のプロフィールを入手することができます。ただし、生検で簡単に診断できるようながんが多く含まれると同時に、他の方法で診断可能ながん（X線、超音波など）が含まれない傾向があります。
- 国際がん研究機関(IARC)では、世界各国のがんプロフィール（発生率、死亡率、有病者数）の推計値を出しています（<http://www-dep.iarc.fr/globocan/database.htm>）。IARCでは、死亡率やがん登録のデータが入手できなかった国については、さまざまなケースシリーズのデータをもとに推計値を出しています(Ferlay et al., 2004)。

WHO加盟国のがん死亡率の推計は、以下からアクセスできます：
<http://infobase.who.int>
またWHOでは、各国の死因別比較の推計も用意しています：
<http://www.who.int/entity/healthinfo/statistics/gbdincomelevelmortality2002.xls>



国民全体のがん発生率についての信頼できるデータがない場合、がん対策計画を策定する人は、一部地域のがん発生率と死亡率のデータを使うことで、検診や治療のための予算・人員・設備の配分について、根拠ある決定を下すことができます。

米国州別がん推移のウェブサイト、ツールの例があります：
<http://www.statecancerprofiles.cancer.gov>
包括的ながん対策計画策定のポータルサイト「Cancer Control PLANET(エビデンスに基づいたツールで計画(plan)し、つながり(link)、行動し(act)、ネットワークを作る(network)の頭文字)」
<http://www.cancercontrolplanet.cancer.gov>



優先事項を決める際には、がんの重荷、推移、予後、を、他の疾患と比較します。世界でも平均寿命が長い高所得国では、がんは全死亡率の4分の1程度を占めます。

平均寿命が短い低所得国では、がんによる死亡者数は一見少ないように見えます。しかしながら、こうした国々では平均寿命が延びていたり、がんリスク因子にさらされることが増えているため、今後はがんによる死亡者数が増える予想されます。

がんリスク因子にさらされた人のすべてのニーズ(身体的、心理社会的、精神的、金銭的)、さらにはがん患者さんとそのご家族、医療提供者、サバイバーの抱えるニーズに応えるようなサービス計画を策定するにあたっては、まずそうした人々のニーズを明らかにし理解することが重要となります。見過ごされているニーズを明らかにする方法や、そうした人々の満足度を高める方法はさまざまです。

詳しくは、WHOがんウェブサイトをご参照ください：
<http://www.who.int/cancer>



現在のがん対策計画・活動のアセスメントを行う

表4に、現在のがん対策計画・活動のアセスメント方法を紹介します。

表4. がん対策計画・活動のアセスメント項目

	アセスメント項目
がん対策計画	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策計画を支持しているのは誰か。がん対策計画の範囲は(国、地方など) ○ がん対策計画は最新版か(更新されているか) ○ がん対策計画書を入手できるか ○ がん対策計画の策定にステークホルダーが関わっているか ○ がん対策計画に重要項目(アセスメント、大きな目標・段階別目標、戦略、予定表、責任者、人員、予算、設備、モニタリング・評価)が含まれているか ○ がん対策計画は包括的なものか、優先事項は何か(予防、早期発見、治療、緩和ケアに関連する目標と活動) ○ 慢性疾患対策計画やその他の関連活動と統合化しているか ○ がん対策計画は役に立っているか(がん対策プログラムの実施の手引きとして使用されているか)
現在のがん対策活動・サービスとその成果	<ul style="list-style-type: none"> ○ 予防、早期発見、診断・治療、緩和ケアのための、プログラムや関連サービスの数と種類 ○ 現在行われているがん対策活動の範囲 ○ 現在行われているがん対策活動の質 ○ 現在行われているがん対策活動と、生活習慣病対策活動やその他関連する問題との統合 ○ 現在のがん対策活動の結果・成果の評価、プロセス指標や推移
現在のがん対策活動・サービスに使用されている人員、予算、設備	<ul style="list-style-type: none"> ○ 情報システム(がん登録、リスク因子サーベイランスなど) ○ 手順書、手引書、マニュアル、教材など ○ がん対策活動を行うための物理的資源(インフラ、技術、薬剤など) ○ がん対策活動を行うための人的資源(リーダー、協議会、委員会、医療ネットワーク、医療提供者、パートナー、伝統医療者) ○ 予算 ○ 法律・規制
がん対策活動の背景状況	<ul style="list-style-type: none"> ○ SWOT分析:がん対策活動の強み、弱み、可能性、脅威を分析する

がん対策計画のアセスメントを行う

がん対策計画のアセスメントには、以下の質問項目を含めます：

がん対策計画を支持しているのは誰か。がん対策計画の範囲は

- 政府はがん対策計画を支持していますか。
- がん対策計画は全国を対象とするものですか、それとも州ごとの計画の集合体ですか。あるいは国内の1つの地域に限定された計画ですか。

がん対策計画は最新版か(更新されているか)

- がん対策計画はいつ策定されましたか。がん対策計画は古くなっていませんか。
- がん対策計画の移行期限や責任者は特定されていますか。

がん対策計画の文書を入手できるか

- 紙版のがん対策計画を簡単に入手できますか。
- インターネット上のがん対策計画がアップロードされていますか。何語でアップロードされていますか。

がん対策計画の策定にステークホルダーが関わっているか

さまざまな方面や部門のステークホルダーがパートナーシップに加わったとき、がん対策プログラムは最も効果を発揮します。

パートナーシップのアセスメントを行うツールは、
以下をご参照ください：
<http://www.who.int/cancer>



ステークホルダーの関わり方のアセスメントを行う

- 現在、がん対策計画の策定と実施に関わっているパートナーは？これらのパートナーは、ステークホルダーに求められる多様な投入をもたらしていますか(プログラムの目標に即した利益を代表していますか)？
- 現在のがん対策計画を実施するにあたり、各パートナーはどの程度関与していますか？
- 決められた結果を出すために、パートナーは互いに協力し合い作業内容のすり合わせを行う体制が整っていますか？

がん対策計画に重要項目が含まれているか

- がん対策計画に、がん問題の説明(がん問題について利用できるデータなど)は含まれていますか？
- がん対策計画には、大きな目標・段階別目標、戦略(活動)、人員、予算、設備、予定表、がんの重荷に関する責任者、モニタリング・評価が含まれていますか？

がん対策計画は包括的・統合的なものか

- (その国で利用可能な人員、予算、設備に合わせてこの質問項目は変わってきます)本来はもっと広範かつ包括的ながん対策計画であるべきところ、1種類のがんに限定あるいは幅広いがん対策活動の一端のみを対象としているようなことはありますか？
- がん対策活動に基づく計画は、がん対策に関連するその他の問題と統合して策定されていますか？

がん対策計画は役に立っているか

- がん対策計画書は、さまざまなステークホルダーがプログラムの手引書として使用していますか、それとも本棚に置かれたまま、使用されずにいますか？
- がん対策計画の評価が行われたことはありますか。ある場合はいつ、何回行いましたか？
- がん対策計画の実施を推進する責任者の、現在の地位は？

がん対策プログラム・活動のアセスメントを行う

現在のがん対策プログラムのアセスメントを行うにあたっては“差”に注目します。「現在、がん対策に利用できるものは何か」と「がん対策に対処するために何が必要か」の差に注目します。

既存がんプログラムのアセスメント方法:

- *現在、どのようながんプログラムや関連サービスが提供されていますか？*
直接的な医療サービスプログラムや、がんプログラムの質を確保するためのその他サポートサービス(がん登録、サーベイランス)などが考えられます。
- *現在のがん対策プログラムは、何人を対象にしていますか。人口に対する割合はどの程度ですか。*
この質問への回答は、がん対策プログラムの目標と合わせて判断します。例えば子宮頸がん検診プログラムが母子保健サービスに訪れる人だけを対象としており、子宮頸がんのリスクが最も高い、より年齢層の高い人たちを対象としない場合などがあります。
- *現在行われているがん対策活動の質。*
がん対策プログラムの質を測る方法が確立されているか、モニタリングされているかを、対策プログラムごとに質問します。がん対策の質を測る方法がある場合は、そのがん対策が適切かどうか(ケアの水準を満たしているか、プログラムの目標を達成できるか)を数値化する情報があるかどうかを問います。
- *現在行われているがん対策活動と、がんに関連する他の保健プログラムとの統合。*
がんに関連する問題を扱うプログラムには、慢性疾患予防、リプロダクティブヘルス、労働安全衛生、B型肝炎の予防接種、HIV/AIDSなどが含まれます。こうしたプログラムとがん対策プログラムを統一することで、利用できる人員、予算、設備を有効活用することができます。

□ **がん対策プログラムを行うための資源は？**

資源の具体的内容は表4を参照してください。なお、非政府組織などが提供する医師・看護師・がん対策サービスを提供できる組織内のその他の医療提供者についても、人数と配置を考慮に入れる必要があります。国によっては伝統医療者を考慮に入れる必要もあります(適切なトレーニングを受ければ、伝統医療者は地域社会の啓発活動や支持療法に貢献できます)。

がん対策計画・プログラムが策定されるに至った社会的政治的背景。

がん対策計画・プログラムを包括的なものにするには、状況背景を十分に理解した上で計画を策定する必要があります。状況背景のアセスメント方法の一つとして、がん対策計画とその実施についての強み(strengths)・弱み(weaknesses)・可能性(Opportunities)・脅威(Threats)(4つの頭文字をとって**SWOT**と呼ばれます)を分析するという方法があります。

SWOT分析では、以下の問いを立てます：

□ **がん対策計画の実施にあたっての強みと弱みは何か？**

これらは、内部の力(ステークホルダーの関与、政治的支援、リーダーシップ、計画の実施に向けたパートナーの積極的関与、計画実施に必要な人員、予算、設備、計画の実施に関する評価体制)によって左右される要素です。

S trengths (強み)
W eaknesses (弱み)
O pportunities (可能性)
T hreats (脅威)

□ **がん対策計画の実施にあたっての可能性と脅威は何か？**これらは外部の力(政府指導者の交代、国内の経済状況、がん以外の疾患対策が優先される状況、がんのリスク因子・防御因子の原因)によって左右される要素です。

がんリスク因子行動を(意図的にまたは意図せずに)取らせ、続けさせるような社会的・経済的要因が国内外にいくつか存在します。既知のがんリスク因子行動を取らせ、続けさせる意図的な支持要因として最も良く知られる例が、たばこ業界の多国籍企業によるものです(Anonymous, 2002; IARC, 2004)。

がんリスク因子を意図せずに推進する例としては、高濃度の発がん性汚染物質を環境に放出している産業などが挙げられます。また、地域開発、運輸、職場環境の方針を政府が策定する際に、政府は物理的活動の可能性を考慮に入れない場合が多く、これもがんリスク因子を意図せずに推進する例といえます。包括的ながん対策計画を策定するにあたっては、こうした社会経済的要因を十分に理解することが必要です。また、がんリスクを高める習慣を政府や地域が規制する合法的な役割があることを活用し、健康を推進しがんリスク因子にさらされる機会を減らすような政策を採用することが求められます(National Cancer Institute, 2000)。

表5. 各国による自己評価

	中核的	拡張的	理想的
主な目標	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん問題の概要を知る。がん対策計画の有無と質を知る ○ がん対策活動の実績の中核的要素を質の面から評価する ○ WHOのネットコミュニティの一員として、経験を共有する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん問題の範囲を評価する。現行のがん対策計画の質を評価する ○ がん対策活動の実績の主要要素を質と量の面から評価する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん問題の社会経済的背景を評価する。社会経済的背景とがん問題との関係を評価する ○ がん問題の範囲を評価する。現行のがん対策計画の質を評価する ○ がん対策活動の実績のすべての主要要素を質と量の面から評価する
主な対象者	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国内外の公衆衛生関係者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国内の公衆衛生関係者 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国内の公衆衛生関係者
対象とする国	<ul style="list-style-type: none"> ○ すべての国々 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策活動が存在する国の大半 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 実質を伴うがん対策プログラムを実施中の主要国
がんの重荷について集められた情報	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国内の主な人口集団におけるがんの認知度 ○ 全般的ながんの発生率、死亡率、推移 ○ 主な避けられるがん、早期発見可能ながん、治療可能ながんの発生率と死亡率 ○ 進行したステージでがんと診断される割合 ○ 喫煙者数、喫煙率 ○ その他の主なリスク因子(職場や環境に関連するものを含む)の発生率 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 主な避けられるがん、早期発見可能ながん、治療可能ながんの発生率と死亡率の推移 ○ 主ながんのステージ分布 ○ 主ながん、主ながんリスク因子の年齢・性別分布 ○ 疼痛やがんによく見られるその他の症状の発生頻度 ○ がん患者さんとそのご家族の心理社会的、金銭的ニーズ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会経済的背景に関する重要情報 ○ すべての避けられるがん、早期発見可能ながん、治療可能ながんの発生率と死亡率の推移 ○ がんのステージ分布の推移 ○ がんの生存者数と生存率 ○ 主ながんの生存率 ○ 治療後合併症の頻度
がん対策プログラムについて集められた情報	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策プログラムの質に関する単純な情報(表4の項目について「はい」「いいえ」「どちらでもない」の3択で答えもらう) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在実施されているがん対策サービスとその結果の量的情報 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策サービスの部門ごとの結果・成果・プロセス指標に関する詳しい量的情報
情報源	<ul style="list-style-type: none"> ○ WHO/IARCの統計情報 ○ 国連データベース ○ 保健省調査 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国内統計 ○ がん登録 ○ 人口(世帯)調査 	<ul style="list-style-type: none"> ○ その他の国内情報源、オピニオンリーダーへの聞き取り調査
情報の集め方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国や地域のWHOチーム、その他国際機組織 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国や地域のチーム 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国や地域のチーム
情報収集期間	<ul style="list-style-type: none"> ○ 約2カ月 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 約3-6カ月 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 約6-8カ月

各国による自己評価

各国が国内のがん対策の現状について包括的なアセスメントを行えるよう、WHOではがんに対する国民全体のニーズや、ニーズに対応するために提供される既存のがん対策サービスのアセスメント方法の枠組を作成しました。この枠組は順を追った構成の自己評価ツール(中核的、拡張的、理想的)からなります。各国のがん対策の複雑さや、必要な人員、予算、設備にあわせて、適したツールを使うことができます。

各国の状況に合わせて手を加えることができる自己評価ツールを
WHOウェブサイトからダウンロードできます：
<http://www.who.int/cancer>



表5に、国内のがん問題とがん対策プログラムを各国が自己評価するための具体的な手順を示します。

自己評価は以下の項目からなります：

ステークホルダーとチームを明らかにする

- **主なステークホルダーに相談します。**全体目標、段階別目標、評価のタイミングを決めます。また、がん対策コーディネーターとコア評価チームを決めます。
- **この自己評価を行うチームを(1つまたは複数)選び、このチームに明確な権限を与えます。**また、評価チームのスタッフとアドバイザーを支える予算を与えます。

チーム作りに関するWHOのツールは：
<http://www.who.int/cancer>



- **対象者を決定します。**これには、がん発生率が高い地域の住民(農村部ではなく都市部など)に最初は注目する方法などが考えられます。検診プログラムの場合は、検診の費用と複雑さを考慮し、まず一部の地域でパイロットテストを行ってから国内全土に広げるのが賢明です。政治的意識の向上に関連するなど一部のがん対策活動では、最初から国全体を対象にする必要がある場合もあります。

データ収集

- **どの自己評価を行うかを決めます(表5参照)。**必要最低限の人員と予算で、短期間で評価を行わなければならない場合は「中核的」を使い、より詳細なアセスメントを後日行うこともできます。
- **評価ツールの質問を微調整する必要があるかどうか判断します。**各国の大きな目標や段階別目標に合わせて質問項目を調整します。
- **正しい方法と技術を使い、さまざまな情報源から情報を集めます。**一般に、国や地域の政府・非政府組織が最も重要な情報源となります。

データ分析

- **必要な情報が現時点では入手できない、または入手困難な場合は、できる限り正確な推計を出しましょう。**後日、特別調査を行ったり、情報を体系的に回収するような情報システムを確立することができます。
- **集めたデータの質と信頼性を評価します。**その際、情報源も考慮に入れます。標準化されたポイント制の評価システムを使うことをお勧めします。

一例として、バンドリエ評価ツールがあります：
<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band6/b6-5.html>



- **集めた情報を分析し、がん対策サービスの体制とサービス品質に関する問題がないか明らかにします。**情報量の差が問題の場合、今後がん対策計画を策定する際には、データの質を向上するとともに、データの入手体制を整えることが優先事項の1つとなるかもしれません。

報告書作成とフォローアップ

- **報告書の草案を作ります。**報告書の最終版を作成する前に草案をステークホルダーに回覧し、助言を仰ぐことをお勧めします。
- **完成した報告書を広く一般に公開します。**
- **問題点を解決するための行動計画を作成し、がん対策プログラムの実績を向上させましょう。**

こうした自己アセスメントによって、次の問いへの答えが得られるはずです：

現状を見極める

そのうえで次のステップに進んでいきます：

目標を定める

計画策定その2

目標を定める

アセスメントによって(計画策定その1)サービスおよびがんの重荷、がんのリスクにさらされている人々、リスク因子に関するデータや知識の面でこういった部分が不足しているかが明らかになります。

その上で、次の段階として、限られた能力と人員、予算、設備のなかで何ができるかを考えなければなりません。そうすることで「目標を定める」という問いに答えることができます。

対象集団を決める

がん対策計画の対象集団は、計画の大きな目標によって異なります。包括的ながん対策計画の場合は、予防から緩和ケアに至るがん対策全体を対象とし、対象者も国、地域、州、地方、区域の全人口となります。一方、選択的計画では、一部の集団やがん対策の限られた部分のみが対象となります。例えば、緩和ケアのみを当初の対象とするがん対策計画の場合は、がんと診断を受けた患者さんだけが対象者となります。

各国の経験、特に人員、予算、設備が限られていたり、政治的支援が乏しい国の場合は、数少ない優先事項の導入に成功できるであろう「デモンストレーションエリア」に計画対象を絞り込むことをお勧めします。デモンストレーションエリアでの成功がきっかけとなって政治的支援や財政的支援につながり、後からがん対策プログラムの地域や範囲を広げることができる場合があります。

改善できる点を明らかにする

アセスメントの結果に基づき、改善できる点が明らかになります（現状と望ましい状況との差）。また、改善策を検討することができます。

「がん対策を提供するサービスについて、人は何を期待すべきか」という問いを指針にしましょう。がん予防計画の場合、この問いを「成功事例に基づいたがん予防サービスについて、人は何を期待すべきか」と読み替えることができます。世界中の文献で報告されている成功事例と、人々に提供されている実際のサービスを比較することで、サービスで改善できる点が明らかになります。

個別目標を定める

個別目標を定めるにあたっては、がん対策の改善点のなかでも現在そして将来の人々の健康にとって最も大きく関わってくるようなものと直接関係するような目標を定めることが重要です。個別目標はエビデンスに基づくものとし、また達成可能なものにします。言い換えると、具体的で、数値化可能で、適切で、成果に基づいており、期限があること（頭文字を取ってSMART目標と呼ばれます）。また、結果の目標（対象集団に期待される効果）、プロセスの目標（活動構成の点で何を行うべきか、望む結果を達成するために人員、予算、設備の点で何を行うべきか）の両方を定める必要があります。

S pecific (具体的)
M easurable (数値化可能な)
A ppropriate (適切な)
R elevant (成果に基づいた)
T ime bound (期限のある)

“近代人が作り上げたシステムより人のニーズに重きを置くことで、こうしたシステムに人間が隷属するのではなく、こうしたシステムが人間の役に立つようになる”

Cardinal D. *Written in the stone*
(<http://www.civilization.ca/cmca/architecture/tour09e.html> アクセス日2006年5月18日)。

がん対策計画が効果を持つには、がん対策の全体目標を推し進めるような個別目標が必要です。例えば、スイスで初めてのがん対策計画では、計画策定のごく初期の段階に、ステークホルダーによって「がんの発生率と死亡率を引き下げ、患者さんとそのご家族の生活の質を向上させる」という大きな目標が定められました。この目標に基づいて、計画策定チームは国民のニーズ（結果）をしっかりと見据える個別目標を定めることができました。また個別目標を定めた後は、それに即した戦略や活動についての話し合いに、すぐに移行することができました。

個別目標は、短期・中期・長期のそれぞれについて定めることをお勧めします。例えば、短期目標は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の批准」、中期目標は「今後10年間で、成人男性喫煙者比率を10-20%削減する」、長期目標は「今後20年間で成人男性の肺がん死亡率を10%以上低下させる」などが考えられます。

表6では、がん対策計画の全体と部分の中長期目標の例を、利用できる人員、予算、設備に応じて示したものです。それぞれの個別目標に対し、数値化可能な到達目標と期限を設ける必要があります。なお、ここに挙げた例は地域のニーズに合わせて調整し、柔軟性と当事者意識があるようにしてください。

がん対策の実現可能性を評価する

ある集団に対するがん対策が実現可能かどうかは、利用できる技術やインフラ、対象集団の知識と態度、政府とがん対策提供者のモチベーションによって変わってきます。これまでに対象集団に実施した対策がどの程度影響を与えたかを評価するとともに、他の対象集団に導入し成功を収めた対策がないかどうか検討することも重要です。

他の対象集団で効果を上げた対策を取り入れる場合は、二つの対象集団の性質を比べた上で、対策を調整することが必要です。例えば、女性の健康に関する重要決定を父親や夫などの男性が下すような文化においては、乳がんや子宮頸がん検診を導入するには、こうした検診の利点についての男性への啓発活動をいかに効果的に行うことができるかが重要になってきます。

国際的なたばこ規制共同体においては、活動内容のモニタリングにさまざまな共同体が参加してきたことが強みのひとつです。国際的なたばこ規制共同体は国際対がん連合(UICC)のGlobalinkウェブサイトを通じて交流を進めています：<http://www.globalink.org/>



優先事項を決める

すべての健康ニーズを満たすことのできるような人員、予算、設備は存在しない以上、優先順位を決めるのは不可欠です。優先順位を決めるにあたって重要なのは「がんの重荷」と「がんリスク因子」がどの程度一般的かの2点です。1つの対象集団を単位とした場合は「平等」を目標にします。対象集団(全人口、高リスクサブグループ、特定のがんを持つ患者さんなど)のすべての人に、平等にがん対策が行われるようにしなければなりません。

また、がん対策計画は人員、予算、設備の面で実行可能であることも求められます。一般的にがんは短期的な公衆衛生戦略では対策を立てられません。長期対策(通常は無期限)を続けられるだけの人員、予算、設備を確保することが重要です。

さらに、貴重な人員や予算を無駄にしないためにも、がん対策計画はコストパフォーマンスが高いことも必要です。がん対策計画は、単位当たりの費用から最も多くの利益を得られるような対策から構成されなければなりません。低所得国や中所得国のがん対策計画は、初めは予防と緩和ケアに限られる場合が少なくありません。全人口を対象にしたがんの早期発見は、かかりつけ医による適切な医療制度があり、また検診で見つかったがんに対処できる十分な病理医と外科医がいて、初めて可能になります。

表6. 中期・長期目標の例

	中核的	拡張的	理想的
全体目標	<ul style="list-style-type: none"> ○ がんの発生率と死亡率を引き下げ、生活の質を向上させる ○ 優先順位の高いがんの予防や対策が持続可能な方法で平等に提供されるようにする 		
予防	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙と関連するがんの発生率を抑える <ul style="list-style-type: none"> - たばこ消費量の低減 - 受動喫煙の低減 ○ 職場や環境の発がん性物質への曝露に起因するがん発生率を抑える <ul style="list-style-type: none"> - 職場や環境内の既知の発がん性物質への曝露を抑える 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 最も一般的で避けることのできるリスク因子に関連する、すべてのがんの発生率を抑える <ul style="list-style-type: none"> - 最も一般的で避けることのできるリスク因子への曝露を抑える 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 珍しいがんや遺伝的性質を持つがんの発生率を抑える <ul style="list-style-type: none"> - 高リスク集団が遺伝子試験やカウンセリングを受けられる体制を整える - 珍しい、避けられるリスク因子への曝露を抑える
早期発見	<ul style="list-style-type: none"> ○ 早期発見により、子宮頸がん・乳がんによる死亡率を抑える <ul style="list-style-type: none"> - 患者さんや医療提供者における子宮頸がん・乳がんの初期の兆候や症状の認知度を高め、専門の診療所に早めに紹介する体制を整える 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 早期発見と子宮頸部細胞診が可能ならすべてのがん症例の死亡率を引き下げ、生存率を向上させる <ul style="list-style-type: none"> - 早期発見が可能ならすべてのがん症例の早期兆候・症状に対する認知度を向上し、専門の診療所に早めに紹介する体制を整える - 5年に1回子宮頸部細胞診を受ける、35歳以上の女性の比率を高める 	<ul style="list-style-type: none"> ○ マンモグラフィ検診により、乳がんによる死亡率を抑える <ul style="list-style-type: none"> - 2年に1回マンモグラフィ検診を受ける、50歳以上の女性の比率を高める - マンモグラフィで異常が見つかったすべての女性が専門の診療所を紹介され、診断と治療を受けられる体制を確立する
診断と治療	<ul style="list-style-type: none"> ○ 早期発見戦略によるすべての子宮頸がん・乳がんの症例に対し迅速な治療を行うことで、その死亡率を抑え、サバイバーの生存年数と生活の質を向上させる <ul style="list-style-type: none"> - 早期発見戦略によるすべての子宮頸がん・乳がんに対し、確定診断、迅速な治療、必要に応じたりハビリを行う 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 早期発見戦略によるすべての症例に対し迅速な治療を行うことで、さまざまな種類のがんを持つ患者さんの死亡率を抑え、サバイバーの生存年数と生活の質を向上させる <ul style="list-style-type: none"> - 早期発見戦略によるすべてのがん症例に対し、確定診断、迅速な治療、フォローアップ、必要に応じたりハビリを行う 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 早期発見可能なすべてのがんを治癒させる、または治療反応が高い転移がんの生存年数を大幅に拡大する
緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> ○ 進行がんの患者さんの程度から激しい痛みを取り除く。また、その他の重大な身体上、心理的・社会的問題を取り除く <ul style="list-style-type: none"> - 進行がんの患者さんが、特に家庭やかかりつけ医で疼痛管理を受けられる体制を強化する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 進行がんのすべての患者さんに疼痛管理を提供し、その他の身体上、心理的・社会的問題を取り除く <ul style="list-style-type: none"> - 進行がんのすべての患者さんが、疼痛管理を受けられる体制を強化する。また、ケアのあらゆるレベルで支持療法を受けられる体制を強化する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がんの診断を受けたすべての患者さんの苦痛を取り除き、患者さんご家族の生活の質を向上させる <ul style="list-style-type: none"> - すべてのがん患者さんが、疼痛管理を受けられる体制を強化する。また、ケアのあらゆるレベルで支持療法を受けられる体制を強化する

がん対策計画では「期間」も重要です。比較的短期間でがんの重荷を激減することが期待できるようながん対策は少ないことを、政治家に知ってもらう必要があります。例えば、たばこ規制活動は短い期間で成人喫煙率を引き下げることができるかもしれないが、たばこに関連したがんの重荷をすぐに減らせるわけではありません。現在、若者の喫煙を減らせば40年後の肺がん率が大幅に下がることでしょう。

一般的ながんの治療について低予算で改善をはかることで、5年以内に一部の患者さんの生存率を引き上げる可能性があり、10年以内になんによる死亡率の低下につながり始める可能性があります。特定のがんを対象とする早期発見・検診プログラムを導入することで、5年以内にそのがんがより早いステージで発見されるようになり、10年以内にそのがんによる死亡率の低下につながり始める可能性があります。

短い期間のうちにがんによる苦しみを軽減しようとするがん対策計画の場合は、治療、緩和ケア、患者さんとご家族へのサポートに絞り込む必要があります。人口全体のがんの重荷を減らすことが目的のがん対策計画の場合は、予防から緩和ケアに至るがん対策のすべて、さらには研究ニーズまでを統合的に検討する必要があります。期間もその分長くなります。

がん対策計画の優先事項についての決定基準は、がん対策計画策定の運営委員会が、ステークホルダーと相談しながら話し合っ決める必要があります。専門家が司会を務める勉強会を行って、優先事項を決める基準を整理してもよいでしょう(Gibson, Martin and Singer, 2004)。ほとんどの計画に適用可能な一般的基準(Stufflebeam, 2001)のなかでも、特にがん対策計画にあてはめることができるのは(1)政治家にとって魅力的か(2)社会的価値観(3)今後のがんの重荷を軽減する効果があるか(4)文化的背景——などです。

費用対効果分析によって優先事項を決める

費用対効果分析を行うことで、決められた予算のなかで、どの対策をどの時期に行うべきかを明らかにすることができます。また、予算が確保できるようになったら徐々に進めていけばよい対策も明らかになります。予算が非常に限られている場合は、その対策が対象集団の何割に届くかを検討することも重要です。もちろん、費用対効果が低い対策も明らかになるため、計画に含めてはならない対策も知ることができます。

政策立案者は、がん対策の分野において、費用対効果分析がこれまで比較的少なく、すでに行われた分析も単独の対策のみを対象としているという問題に直面しています。また、費用対効果分析に必要な情報や技術の要件を満たせないことを理由に、費用対効果分析を実施することが妥当でない場合もあります。

WHOの「費用対効果の高い対策を選ぶ(CHOICE)プロジェクト」は、がん対策戦略を含む保健対策の費用対効果に必要な情報要件を満たすことを目指すプロジェクトです。

CHOICEプロジェクトの結果は、地域ごとにデータベースになっています。政策立案者はデータベースの内容を、各国の状況に合わせて取捨選択・調整して活用することができます(Evans, Chisholm and Tan-Torres, 2004)。

保健制度の優先事項を決めるにあたっては、技術的・政治的・倫理的なさまざまな基準がからみ、費用対効果だけが唯一の基準ではありません。とはいえ、どの対策を行うかを決めるにあたり、費用対効果は最も満たすべき基準である場合が多いのも事実です。一般に、避けることのできる主なリスク因子や、最も有病率の高いがんに対処するいくつかの優先事項に絞り込み、費用対効果の高い対策を立てることが、ほとんどのがん対策計画策定の目的を達成する一番の方法です。

一部の種類のがん対策について行った費用対効果分析についての詳しい情報を、「がん対策」シリーズの他の冊子で紹介しています。またWHOのがんに関するウェブサイトでも同じ情報を紹介しています：<http://www.who.int/cancer>



計画策定その3

目標の達成方法を探る

利用できる人員、予算、設備を使って何ができるでしょうか？中核的・拡張的・理想的目標を決めたら、次はそれらを達成するための行動計画を策定します。

以下のURLで、行動計画策定のテンプレートを紹介しています：
<http://www.who.int/cancer>



がん対策計画を行動へと移すには、高いマネジメント能力が必要です。また、持続可能で実現可能な大きな目標と段階別目標がすでに決められているなか、それらを達成するには何をすべきかを、さまざまな人が関わりながら明らかにしていく必要があります。

がん対策計画で決められた行動を、それを支援する人や実施する人の立場、さらには反対する人の立場から、評価することが重要です。次に、がん対策計画に関する決定権を持つキーパーソン（または、グループ）が誰かを明らかにし、その人（または、グループ）にはがん対策計画に含まれるさまざまな変化を引き起こすために動いてもらえるか、判断する必要があります。表7にテンプレートを示します。

表7.改善点と改善方法を明らかにするためのテンプレート

	対策のレベル	主な行動	主な行動に関する 決定権を持つ人	決定権を持つ人に 動いてもらう方法
改善点 (現状と、達成したい 状況との差)	中核的 (利用できる人員、予 算、設備を使用し、 今あるサービスを 再編成する)	✍		
	拡張的 (人員、予算、設備を 多少追加する)			
	理想的 (人員、予算、設備を さらに追加する)			

人員、予算、設備を(ほぼまったく)増やすことなく、実績を改善できるような戦略的変更には、次のような方法があります：

- がん検診プログラムを見直し、高リスクの人だけを対象とする

- がん対策と他の慢性疾患プログラムを一本化することで、共通するリスク因子の防止をはかる

人員、予算、設備が少ない国、中程度の国、多い国のそれぞれに推奨される優先事項については、*National cancer control programmes: policies and managerial guidelines* (WHO, 2002) をご参照ください。

表8では、順を追って実施できる、優先順位の高い対策の例を紹介します。まず人員、予算、設備が少ない状態で始め、これらをより多く確保できるようになるにつれて活動の幅を広げ、最終的には望ましい活動レベルに至ったり、地理的範囲や対象人口を拡大していくこともできます。

たばこ規制の法制化と緩和ケアは、どんな状況においても中核的対策となります。また、治療効果の高い腫瘍(特に早期発見の取り組みの結果として診断された腫瘍)に対する治療サービスの整備も、治療施設がないような場合を除き、優先順位の高い対策となります。

チリ

国家がん対策プログラムを段階的に導入した例

1987年、チリ保健省はWHOの支援を受けて包括的がん対策計画を策定し、慢性疾患部門の中にもがん対策チームを立ち上げました。

チリではこのがん対策計画を、段階的に導入する方法をとりました。運営が簡単な対策からまず取り組み、順を追って拡張していくというもので、チリの場合は計画が完全に実施されるまで14年以上かかりました。最初のターゲットは公共部門でした。人口の70%を占め、国内でも所得の低い、社会的弱者が多く含まれます。

第1段階ではたばこ規制活動が行われ、アドボカシー、法律の制定、研修・啓発が行われました。また、都市部での子宮頸がん検診をWHOガイドラインに沿って見直したほか、治療可能性の高い子どもと成人の腫瘍を対象とした化学療法の国家プログラムが導入されました。

第2段階では、乳がんの意識向上と検診をもとにした早期発見プログラムが作成・導入されました。乳がん検診と子宮頸がん検診、女性の健康に関するプログラムが一本化されました。さらに、がんの痛みの緩和を初めの目標とした緩和ケアプログラムが導入されました。

第3段階では、第1段階と第2段階で導入した活動の質・量・範囲を段階的に拡張し、最終的には国の公共部門すべてに拡張しました。ここ数年は、上に述べたすべての活動に加え、優先順位の高い保健課題のリストに含まれている優先度の高いがんについても、すべての人がケアと資金援助を受けられる方向に進みつつあります。公共部門と民間部門の両方が同じ規制、ガイドライン、手順に従うことが求められます。

出典：Ministry of Health (2003) Plan AUGE, 2000–2010 (Universal Access System with Explicit Guarantees) また C. Sepulveda さん(前チリ保健省国家がん対策プログラムコーディネーター) から追加情報を得ています。

表8.人員、予算、設備に応じた、優先度の高いがん対策(中核的・拡張的・理想的)の例

	中核的	拡張的	理想的
予防	<ul style="list-style-type: none"> ○ 慢性疾患抑制のため、以下をはじめとする健康的な行動と健全な環境を推進する: - 健康的な食生活、運動、安全なセックス、授乳、公共施設の禁煙化の推進 - 喫煙、アルコール乱用、直射日光を避ける ○ 「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」を批准し導入する ○ 職場・環境に広く存在する発がん性物質への曝露を抑制する法規の整備 ○ 肝臓がん常在地域において、他の予防接種プログラムにB型肝炎予防接種を組み込む 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 喫煙、アルコール乱用、発がん性物質への環境・職業的曝露を規制する法制度を強化する ○ 慢性疾患を予防するための一元的アプローチを実施する共同体向けモデルプログラムを作成する ○ かかりつけ医、学校、職場で一般的なリスク因子について安価で相談できる、診療所での一元的な予防サービス(禁煙、減量など)を展開する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ エビデンスに基づく、包括的な健康増進・予防プログラムを強化し、他の部門と協力しながら国全体に導入する ○ 特定の発がん性物質に関連するがんのリスクが高い場合(紫外線など)の、発がん性物質の定期モニタリング体制を確立する
早期発見	<ul style="list-style-type: none"> ○ 一般的ながん(乳がん、子宮頸がん)の早期発見(初期の兆候や症状に気づく)を行う ○ 安価な子宮がん検診(酢酸による視覚検診などをデモプロジェクトで行う)を提供する ○ 設備があれば、35歳以上の女性の70%以上を対象に、10年に1回子宮頸がん細胞診を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 35歳以上の女性の70%以上を対象に、5年に1回子宮頸がん細胞診を行う ○ 乳がんの早期発見サービスを提供し、デモプロジェクトまたは任意抽出した40歳以上の女性を対象に医療提供者による1-2年に1回乳房検査を提供する ○ 早期発見プログラムの対処を目的とした、中核的研修所や品質管理システムを開発する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 25歳以上の女性の70%以上を対象に、3年に1回子宮頸がん細胞診を行う ○ 50歳以上の女性の70%以上に、2年に1回マンモグラフィを行う ○ 50歳以上の人の70%以上に、2年に1回大腸がん検査(便潜血検査)を行う
診断と治療	<ul style="list-style-type: none"> ○ 標準化された手順に従い、早期発見プログラムに含まれるすべてのがんの診断と治療を行う ○ 標準化された手順に従った子宮頸がん検診で異常が見つかったすべての女性に対し、診断と治療、必要に応じてリハビリを行う 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 転移がんのうち治療の可能性が非常に高いものまたは生存年数が大幅に延長されるもの(小児期の急性白血病、睾丸セミノーマ)に対し、標準化された手順に従い、診断と治療、必要に応じてリハビリを行う ○ 優先度の高いがんへの対策を目的とした、中核的研修所や品質管理システムを開発強化する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 臨床研修および研究を積極的に行っている包括的がんセンターのネットワークを強化する。国内外の中核拠点として機能するがんセンターに特別なサポートを提供する ○ さまざまな状況で、高い実現可能性をもって導入できる新治療法の臨床試験を準備する
緩和ケア	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国の最低基準に従い、鎮痛と緩和ケアを、家庭でのケアに重点をおいて提供する ○ 経口モルヒネの入手のための法制度と、WHO必須医薬品リストにある安価な緩和ケアの必須医薬品との間のバランスを取る ○ かかりつけ医や地域社会での医療提供者に現職者訓練を行うことができるような中核センターを設ける 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国の基準に従い、緩和ケアを、かかりつけ医の診療所と家庭でのケアに重点を置いて、ケアのすべての段階において提供する ○ 都市と農村部のセンターで、必須医薬品が入手できる体制を確立する ○ 学部生、大学院生に研修を行うことのできる中核センターを設ける ○ 看護学部と医学部の学部と大学院レベルで緩和ケアを教えるカリキュラムを開発する 	<ul style="list-style-type: none"> ○ がん、およびがんに関連するその他のサービスと統合された、緩和ケアのネットワークを強化する ○ 国内外の中核的な緩和ケアセンターとして機能するセンターに支援を提供する

必要な人員・予算を確保する

がん対策計画に含まれる戦略や行動を実際に行えるだけの人員と予算を確保できるかどうか確認するために、以下の質問に答えましょう：

- 現在、がん対策にはどのような人員と予算が充てられていますか。がん対策計画の結果を出すために、どのようにこれらの人員や予算を共有または再配分すればよいだろうか？
- がん対策計画の目標を達成するためには、現在の人員と予算以外に何が必要ですか？
- 新たな人員や予算を確保するためには、どのような資金源または他の人員・予算が可能性として考えられますか？
- 政府や民間部門から資金を得るために、パートナーが協力してできることはありますか？

がん対策計画には、人員・資金計画が伴っていないけません。人員・資金計画では、(1)今ある人員・資金(2)必要な人員・資金(3) 必要な人員・資金を政府および非政府組織から得るために考えられる戦略を示します。

部門や分野を超えた横断的なチームと協力する

がん対策の計画を策定し、あらゆる面で実施するために、部門や分野を超えた横断的なチームが必要です。また、コーディネーターと委員会からなるコアマネジメントチームが必要です。これらのチームは計画を実行に移す際の調整役も担う可能性があるため、できればがん対策計画を策定する早い段階で任命する必要があります。

州、地方、地域などの地元レベルでは、必要な人材が訓練を受け参加できる状態になり次第、プログラムマネジメントチームと、外科医、放射線治療医、医師(腫瘍内科医)、がんのケアを専門とする看護師、ソーシャルワーカーからなる横断的な医療チームを少しずつ拡大していきます。かかりつけ医での診療を中心としたチームであり、がんの予後を改善する最も効果的な手段と言えます。

モニタリングと評価を含める

がん対策計画は、策定と実施の両方の段階で、評価を行う必要があります。評価とは計画策定の過程をモニタリングすることで、その改善をはかる方法のひとつです。計画策定の最中に評価を行うことで、計画策定がどの程度進んでいるか、大きな目標と段階別目標が達成されているどうかを確認することができます。がん対策計画の実施段階に入ると、計画内で提案した戦略が正しく実施されているかどうか、期待通りに成果が上がっているかどうか、評価を通じて確認することができます。

モニタリングは、結果と過程の両方に対して行います。過程の評価は、将来の成功に向けた基盤作りのためには不可欠です。主なパートナーに対し「計画策定の過程に満足しているかどうか」を尋ね、フィードバックを得た後、不満な点に対処できるよう必要な修正を加えることは、信頼関係を作るうえで重要なことです。一方、結果をモニタリングすることが役に立つのは明らかですが、対策が当初の目的を達成する可能性があるかどうかを知るためには、対策の過程をモニタリングすることも必要です。例えば、子宮頸がん細胞診プログラムでは、子宮頸がんのリスクが高い女性が質の高い細胞診を受けているかどうかを調べる（過程の評価）ことと、子宮頸がんの発生率と死亡率の推移をモニタリングすること（結果の評価）が必要です。細胞診を受けた人の数を調べるだけでは十分とは言えません。

評価では、以下を明らかにします：

- がん対策計画の策定と実施、それぞれの評価活動を行う予算とスタッフ
- 計画策定に関して新たに発生した課題、その解決策、成果
- 責任者、期限

包括的がん対策の評価に関する概念や人員・予算については、Rochesterら（2005）が詳しく述べています。また、WHOの*National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*（国家がん対策プログラム：策定・管理ガイドライン）（WHO, 2002）にも、がん対策プログラムのモニタリングと評価に関する手引きがあります。

WHOのウェブサイトからがん対策プログラムの計画策定のその2と3の評価ツールをダウンロードできます：
<http://www.who.int/cancer>
がん対策プログラムの複雑さに応じて、その実績を評価する方法の手引きです。



がん対策計画を実行に移し、広める

がん対策計画についてステークホルダーが合意したら、国内にできる限り広めます。アセスメント結果および提案された行動計画に関する幅広い理解が得られれば得られるほど、がん対策プログラムに必要な改革が実施しやすくなります。メディアと一般社会に幅広く周知するためにがん対策計画の簡略版を作ることを勧めます。がん対策計画をウェブサイトに掲載することで、人々がアクセスしやすくなります。英語版の計画書があれば、国際社会が共有できます。

政策から実施へと移行する

この冊子で述べられたように策定され、その国の社会的・政治的背景を考慮に入れたがん対策計画が、実行に移される可能性は高いです。資源(人員、予算、設備)を活用し計画を進めていくには、正しい方法が適切な人材に、適切なタイミングで、適切な場所に適用されるように、効果的なリーダーシップとマネジメントが必要不可欠です。

一部の国では、がん対策を導入する政治的意思とステークホルダーの支援があるにもかかわらず、がん対策計画が実行に移されていません。その理由としては、計画があまりにも野心的(対策に費用がかかり過ぎる、先端技術が必要であるなど)でありながら、国内にはごく限られた人員、予算、設備しかなく、他にも優先度の高い事項が存在することが考えられます。

以下に例を紹介します。さらに多くの例はこちらをご参照ください：
<http://www.who.int/cancer>



サハラ砂漠以南のアフリカ

政策から実施への移行がうまくいかなかった低所得国の例

サハラ砂漠以南のアフリカのある低所得国では、死因の8%以上ががん由来で、がんの患者さんの80%以上(年間推定1万2000症例)が後期ステージでがんの診断を受けています。最も多いのが、肝臓がん、子宮頸がん、乳がんです。この国には医療保険制度がありません。がんサービスでは治療を行っていますが、がん治療サービスは少なく、非常に高額なため、治療を受けられる人が限られているのが現状です。競合する他の重要課題には、結核、HIV/AIDS、マラリアがあります。いずれも、がんよりも大きな支援を開発援助団体から受けています。

2002年、この低所得国の保健大臣は、がん対策国家委員会を設けました。翌年、WHOの国事務所の後押しを受け、がん対策国家委員長はがん対策計画を策定しました。これはコアグループの支援を受け、諸外国のがん対策に関する出版物や計画をもとにしたものです。次に保健大臣は、予防、診断・治療、緩和ケア、研究、がん登録の5つの委員会を任命しました。これらの委員会は多くのステークホルダーグループと作業部会を開き、がん対策計画について話し合い、最終文書を作成しました。

この国の新しい国家がん対策計画は、2003年に着手し、2004年に導入されました。国家がん対策計画では優先事項として(1)予防(たばこ規制、アルコール規制、B型肝炎予防接種)(2)主な種類のがんの早期の兆候・症状に気づくことによる早期発見、子宮頸がん(細胞診)、乳がん(自己検診、触診、高リスクグループに対するマンモグラフィ)、前立腺がん・膀胱がん・精巣がん(診察)に対する入念な検査(3)診断、治療、リハビリ(インフラの拡大・強化、症例マネジメントの能力強化)(4)緩和ケア——が挙げられました。

がん対策は、国家保健開発プログラムの保健部門の戦略の一部に含まれています。その5カ年行動計画(2006-10年)では、病院インフラを拡大・強化し、予防からターミナルケアまでの能力強化をはかる活動が含まれています。

行動計画は保健省によって承認されました。しかし、計画の導入から2年たっても、実際に行われるようになった活動はほとんどありません。その理由としては、計画があまりにも野心的だったことが考えられます。例えば、高リスクの女性に対するマンモグラフィ、前立腺がん検診、骨髄移植など、費用対効果が低いあるいは予算のかかる対策が含まれていたのです。

それでも、この国は今、がん対策計画を改善できるまたとない機会を迎えていると言えます。優先事項を絞り込み、持続可能的で実現可能性の高い対策にまず重点的に取り組み、その後段階的に拡大していけばよいのです。

対照的に、ベトナムでは2002年のがん予防対策行動を始めました。最初は、少数の優先分野に重点を置きました。予算上の理由から行動範囲が限られていましたが、より対象を広げた計画の策定に向けて確かな基盤ができました。新しい計画は近いうちに、政府によって導入される予定です。

ベトナム

人員、予算、設備が限られていたにもかかわらず、包括的ながん対策計画を策定できた例

ベトナムはアジアの低所得国です。2002年には慢性疾患が死亡率の47%を占め、死因の8.2%のがんによるものでした。がん発生率は年間約8万件で、その大半が後期ステージに入ってから診断を受けます。

近年ベトナムは、人員、予算、設備が限られているにもかかわらず、がん対策センターのネットワーク作りや6つの地域を試験地域に選びがん登録を行うなど、がん対策に非常に積極的に取り組んでいます。2002年には「国家たばこ政策」が採択されました。これは、たばこ広告の禁止、喫煙の制限、たばこ税、パッケージでの表示など、たばこの消費を制限するための政策です。1997年には、ホーチミン市とハノイ市の新生児を対象とした拡張型予防接種プログラムに、B型肝炎予防接種も新たに含まれるようになりました。がんに関する情報を広め、認知度を上げるためにメディアも活用されました。ハノイ市と一部の州では、細胞診と他の費用のかからない方法を使用した子宮頸がんの早期発見方法も取り入れられました。この結果、1990年ー2000年よりも早期ステージで診察に訪れる患者さんが増加しました。さらに、ハノイ市の国立がん病院とホーチミン市のチョ・レイ総合病院(Cho Ray General Hospital)に緩和ケア部門が創設されました。

これまでに直面した主な困難は、予算、装置、設備、訓練を受けたスタッフの不足、さらには鎮痛用モルヒネの入手する際に障害があることでした。また、がんに対する人々の考え方を、特に農村部において変えていくことが大きな課題のひとつでした。

こうした経験や成果をもとに、ベトナムでは2006ー10年用の国家がん対策計画の修正版を策定しました。この策定は2002年に開始され、近日中に正式に導入が開始されます。修正版の国家がん対策計画の主な目標は次の通りです：

- たばこに関連するがんの発生率を抑える
- すべての新生児にB型肝炎予防接種を行う
- 早期発見と迅速な治療により、いくつかの一般的ながんの死亡率を抑える
- がん患者さんの生活の質を向上させる

新たな計画は、ベトナム保健省、WHO、そして他の組織の支援を受けて策定されました。資金は国家予算のほか、国内外の組織から拠出されます。行動計画では、がん対策ネットワークの強化(地域の中心都市の総合病院に腫瘍部を設立する)、州や共同体のレベルで医療提供者にターミナルケアの研修を行うことなどが含まれています。また国家がん対策プログラム運営委員会がモニタリングと評価を担当しています。

出典：National Cancer Control Plan, 2006-2010.また国立がん病院のN.Duc院長から追加情報を得ています。

おわりに

がん対策計画を効果的に策定し導入するには、計画策定の当初段階から主なステークホルダーに関わってもらい、幅広い人達の参加を得ることが欠かせません。

人員や予算が限られた国でがん対策計画を導入する可能性を高めるには、エビデンスに基づいた優先順位に沿った少ない数の持続可能な対策(予防からターミナルケアまで)を立てること、数値化可能な目標を過程と結果に関して設けること、目標のモニタリング・評価体制を整えることが必要です。例えば、予防戦略(たばこ規制、B型肝炎予防接種)、がんやHIV/AIDSの患者さんへのコミュニティ単位の緩和ケア、数種類のがん(子宮頸がんや乳がんなど)の早期診断(早期の兆候や症状への認識を高めること)に結びつく治療対策などは、実現可能性の高い主な対策となります。

この冊子で勧めるように、優先度の高い対策を順を追って導入することが重要です。まずは、成功の可能性の高い対象分野で、利用できる人員と予算をうまく調整して実現できることに重点を置きます。成果があれば、人員と予算を増やすことが正当化できるため、がん対策プログラムを拡張することができます。

「計画策定」は、各国におけるニーズや経験の蓄積に応じて進化することを意図しています。WHO ではがん対策計画の策定に関する成功体験を共有して下さる国からの情報をお待ちしています。また各国の状況に応じた情報に関するご要望もお受けします。特に、がん対策を進めるにあたっての、各国事情に基づく阻害要因とそれを克服する際に得た教訓についての話を歓迎いたします(<http://www.who.int/cancer>)。

参考文献

- Anonymous (2002). Discoveries and disclosures in the corporate documents. *Tobacco control*, 11(Suppl. 1):1–117.
- Armstrong BK (1992). The role of the cancer registry in cancer control. *Cancer causes and control*, 3:569–579.
- Butterfoss FD, Dunet DO (2005). State Plan Index: a tool for assessing the quality of state public health plans. *Preventing chronic disease*, A15.
- CDC (2002). *Guidance for comprehensive cancer control planning*. Atlanta, GA, United States. Department of Health and Human Services, National Institute of Health.
- Dunet DO et al. (2005). Using the State Plan Index to evaluate the quality of state plans to prevent obesity and other chronic diseases. *Preventing chronic disease*, 2:A10.
- Evans D, Chisholm D, Tan-Torres T (2004). *Generalized costeffectiveness analysis: principles and practice*. Geneva, World Health Organization.
- Ferlay J et al. (2004). *GLOBOCAN 2002. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Lyon, International Agency for Research on Cancer (IARC CancerBase No. 5, version 2.0).
- Gibson JL, Martin DK, Singer PA (2004). Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research*: 1–8.
- IARC (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking*. Lyon, International Agency for Research on Cancer (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Volume 83).
- Jensen OM et al., eds (1991). *Cancer registration principles and methods*. Lyon, International Agency for Research on Cancer (IARC Scientific Publications No. 95).
- Mintzberg H (1994). *The rise and fall of strategic planning*. New York, NY, The Free Press.
- National Cancer Institute (2000). *State and local legislative action to reduce tobacco use*. Bethesda, MD, United States Department of Health and Human Services, National Institute of Health (*Smoking and Tobacco Control Monograph No. 11*, NIH Pub. No. 004804).
- Rochester P et al. (2005). The evaluation of comprehensive cancer control efforts: useful techniques and unique requirements. *Cancer causes and control*, 16:69–78.
- Stuffelbeam DL (2001). *Evaluation values and criteria checklist*. (http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/values_criteria.htm, accessed 24 April 2006).
- WHO (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, World Health Organization.

世界保健機関(WHO)は、2005年には世界中で760万人ががんで死亡し、対策を取らなければ今後10年間で8400万人ががんで死亡すると推計しています。

世界全体のがんによる死亡者の70%以上は低・中所得国におけるものです。こうした国には、がんの予防や診断、治療のための人員、資金、設備が限られているか存在しないことが背景にあります。

それでもがんは、かなりの程度まで防げる病です。4割以上のがんが予防できるのです。よく知られているがんのなかには、早期発見・早期治療によって治せるものも少なくありません。また、進行がんであっても、十分な緩和ケアを行うことで、患者さんの苦痛を和らげることができます。

「がん対策：知識を行動へ（効果的なプログラムのためのWHOガイド）」全6冊は、がん対策プログラムの計画から実施を効果的に行うための重要なポイントを説明するものです。

全6冊中の1冊目「計画策定」は、プログラムマネージャーのために、がん対策計画を立てる効果的な方法のポイントを教える、実戦的なガイドブックです。

この本では、人々のニーズに応え、エビデンスに基づき、限られた予算や人数のなかで効率的で効果を出す、そんながん対策計画の立て方を紹介しています。

「計画策定」では、がん対策計画の立て方を、実践的なアドバイスを交えながら順を追って紹介します。自分の国のがん対策の状況のアセスメントを行う方法、優先度の高いことから順番に行う方法を紹介します。詳しい内容を読みたい方のために、WHOの資料へのリンクも所々で紹介しています。

プログラムマネージャーは「計画策定」をもとに、がん対策計画を立てるために必要なことを、自信を持って行えるようになるでしょう。そうして、がんから命を救ったり、がんによる無用な苦しみを防ぐことができるでしょう。

この本は、そのための方法を示すものです。