

特集：新たながん対策の推進—第二期のがん対策基本計画を踏まえて—

<総説>

日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間（2007～2011年度）の
総括と第二期期間（2012～2016年度）への展望

埴岡健一

日本医療政策機構がん政策情報センター

**The Japanese National Cancer Control Plan:
A Review of Phase One and lessons learned for Phase Two**

Ken-ichi HANIOKA

Cancer Policy Information Center, Health and Global Policy Institute

抄録

目的：本稿は、第一期がん対策推進基本計画の期間（2007～2011年度）を総括し、第二期がん対策推進基本計画の期間（2012～2016年度）への教訓を得ることを目的とする。がん対策は包括的アプローチが求められる。そこで、がん計画だけでなく法令や予算まで、また、国のみならず都道府県・地域の対策までを広くレビューした。がん対策においては、さまざまな立場からの参画があることが重要であることから、併せて多様な立場の当事者の動向も概観した。

第一期から第二期になり、がん対策は「質が問われる」ようになっていられる。そこで、国と都道府県の計画がどの程度、アウトカム評価の枠組みを整えたかの吟味も行った。本稿においては、個々の論点を深めるよりも、広い意味でのがん対策の全体像を俯瞰することに力点を置いた。

方法：厚生労働省がん対策推進協議会の会議資料、都道府県の条例・計画・予算などに関する資料など、がん対策に関する各種の公開資料を閲読し、分析した。

結果：日本では、国と地域において、がん対策に関する法令、会議体、計画、予算などが、がん対策の向上のために整備される“がん対策システム”とでもいう体系が形成されつつある。また、患者・市民、政治家、行政、医療提供者、民間、メディアなど多くの当事者が参画する、いわば“六位一体モデル”とでもいえる協働体制が進んでいる。国および都道府県のがん計画は、“がん対策システム”を“六位一体”で継続的に動かしてアウトカム（成果）を生み出すことに関して、重要な役割を果たすと考えられる。

第一期は、計画がアウトプット志向で構築されていたため、アウトカム（成果）にどうつながっているかを示せないという課題が残っていた。第二期では、国の計画の構造はアウトカム志向に切り替えられた。しかし、がん対策関係者の間でこのことはあまり認識されていない。この点への共通認識を広めることが喫緊の課題であると考えられる。

結論：日本では、“六位一体”で“がん対策システム”を向上させる包括的ながん対策の動きが、ある程度形作られてきた。しかし、全体の可視化、コーディネート、進捗管理、役割分担の明確化、成果の評価方法などが、未だ不十分である。“がん対策システム”がアウトカム（成果）を継続的に生

連絡先：埴岡健一

〒102-0083 東京都千代田区麹町2-10-10-101

2-10-10-101, Kojimachi, Chiyoda-ku, Tokyo, 102-0083, Japan.

Tel: 03-3222-6532

Fax: 03-3222-6535

[平成24年12月28日受理]

み出すには、こうした点を改善することが重要である。そうすれば、がん計画が、“がん対策システム”全体の好循環を生むカギとなる可能性がある。

キーワード：がん対策，がん対策推進基本計画，都道府県がん対策推進計画，がん対策推進条例，政策評価

Abstract

Objectives: This article presents a review of cancer control measures implemented in Phase One of the National Cancer Control Plan (2007-2011) with the objective of obtaining lessons to be applied in Phase Two (2012-2016). Since a comprehensive approach is required to fight cancer, not only was the National Cancer Control Plan reviewed but also its related aspects, including budgeting, as well as measures taken at both the national and prefectural levels. Further, as multi-stakeholder involvement is vital in cancer control, the activities of diverse stakeholders were observed.

The Phase One plan was output oriented, but the Phase Two plan should be outcome oriented. Thus, the structures of the outcome evaluation frameworks in the National Cancer Control Plan (Phase Two) and the 12 draft versions of the Prefectural Cancer Control Plans (Phase Two) were analyzed.

Rather than focusing on specific topics, this article attempts to present a comprehensive overview of the subject.

Methods: A wide variety of publicly available documents, were reviewed and analyzed, including material used by the National Cancer Committee.

Results: In Japan, activities related to cancer control have been stimulated through the introduction of the concept of a Cancer Control System. The system consists of an integrated package of laws, committees, plans, budgets, and the like, as well as the collaborative, co-working formula comprising patients, politicians, governments, health care providers, the private sector, and the media, or the “six-stakeholders-as-one” model. Cancer control plans at the national and prefectural level can play a tremendous role in maintaining the momentum of the Cancer Control System through the utilization of the six-stakeholders-as-one model.

During Phase One, it has been difficult to evaluate the impact of cancer control plans since they were designed as output-based schemes. Though Phase Two of the National Cancer Control Plan has been designed as an outcome-based scheme, few stakeholders fully recognize this.

Conclusion: In Japan, comprehensive activities to promote the Cancer Control System through the six-stakeholders-as-one model have been developed to some extent. However, numerous problems remain to be solved, including an overall mapping of cancer measures, total coordination among the stakeholders, program management, a clarification of the roles of stakeholders, and the development of ways to evaluate outcomes.

It is important to cope with those issues in order to make the Cancer Control System both productive and sustainable. In this regard, cancer control plans offer the potential for promoting a comprehensive the Cancer Control System.

keywords: Cancer control, National Cancer Control Plan, Prefectural Cancer Control Plan, cancer ordinance, policy evaluation

(accepted for publication, 28th December 2012)

I. 日本における「がん対策システム」の形成

1. はじめに

がん対策基本法が施行されて5年半が過ぎ、日本では関係各者の努力により、図1のように、国と都道府県（地域）の両面で法令、計画、審議体、予算などの整備が進んでいる。本稿では、これを仮に日本の「がん対策システム」と呼ぶ。こうした体系が形成されつつあることが、日

本のがん対策のひとつの大きな特色であり、国のがん計画だけではなく、このシステム全体を見なければ、日本のがん対策の現状も将来課題も見極めにくい。まず、この要素ひとつずつの現況を、振り返りたい。

2. がん対策基本法

患者国民の声を受け、議員立法で2006年6月に制定され、2007年4月に施行された「がん対策基本法」[1]が、こうした「がん対策システム」が形成される引き金かつ基礎と

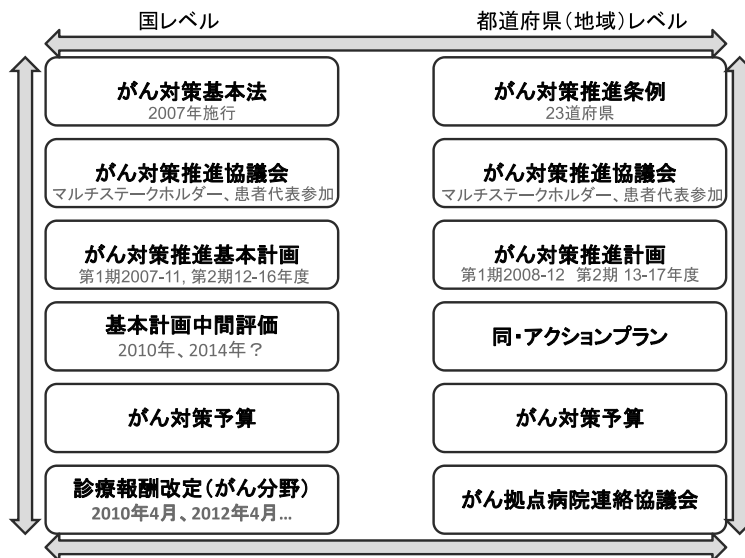


図1 “がん対策システム” 概念図

なった。がん対策推進協議会の設置（第19条）、そこへの患者関係委員の参画（第20条）、がん対策推進基本計画の策定（第9条）、都道府県がん対策推進計画の策定（第11条）などを規定しているからである。肝炎対策基本法、難病対策基本法などの制定を推進する関係者から、がん対策基本法が一種の先行モデルとして例示されるときがある。

がん対策基本法制定時には、地域がん登録に関して明記することが実現せず、いわば残課題とされ、附帯決議 [2] 第16項に記載されるにとどまった。地域がん登録の法制化に関しては、2012年度に超党派国会議員連盟である「国会がん患者と家族の会」が、地域がん登録の法制化に関する活動を活発に行った。厚生労働省は、医療イノベーション5カ年計画に、地域がん登録の法制化を行うことを盛り込んだ。がん対策基本法で積み残されたことは、このように個別法の制定か、がん対策基本法の改正で補完される必要がある。

3. 厚生労働省がん対策推進協議会

厚生労働省がん対策推進協議会（以下、国協議会）[3] の開催頻度は、2007年度6回、2008年度3回、2009年度3回、2010年度7回、2011年度13回、2012年度（12月末現在）5回である。第二期がん対策推進基本計画（以下、第2期基本計画）策定時の2011年度は、本協議会13回とは別に専門部会も設置されて審議が行われ、時間的に多数のヒアリングや審議が行われたことは特筆される。

一方で、構造的な問題は残る。2010年11月19日の第15回がん対策推進協議会では、委員20人のうち13人から「がん対策推進協議会運営の見直しに関する意見書」[4] が提出された。審議での意見と採用施策・予算措置などの関係の説明、より実質的な議論の促進、省内・省庁横断的な運営の実施、既存提案への検討状況の説明——などの改善を求めるものであった。こうした構造的問題に関しては、その

後、国協議会で検討や報告がほとんど行われておらず、必ずしも改善がなされたとはいえない点が多い。

4. がん対策推進基本計画

第一期がん対策推進基本計画（以下、第1期基本計画）[5] は、2007年6月15日に閣議決定され実施に移された。4月から5回の審議で策定され、時間不足は否めなかった。このため、残された課題が「がん対策推進協議会委員からの意見集」（2007年9月1日）[6] としてリスト化された。ここで指摘されたことのうち、計画全般に関わることとして、「〈目標〉：分野別施策の成果や達成度を計るための指標（個別目標）については今後、調査研究を行い、より良い指標を開発・採用していくべきである」「〈がん対策推進協議会の今後のあり方〉：基本計画の策定後速やかに、その進捗状況を把握・評価するための体制を、協議会の下に構築すべきである」などがある。こうしたことが実行されなかったために、後述するように、第一期基本計画の事後評価や第二期基本計画の評価方法策定が困難となる。

第一期基本計画の中間報告書 [7] が、基本計画実施からちょうど3年目に当たる2010年6月15日にまとめられた。事前に取り決められていなかった中間報告書が作成されたことは進歩であったといえるが、指標開発が間に合わなかったために、対策のアウトカムを計測する視点はほとんどなく、対策のアウトプットを外形的に計測するものがほとんどであったため、後に詳述するように評価としての実質的な意義は十分に確保されず、その後の課題としてまた先送りされた。

2011年3月にまとめられた「平成22年度がん対策評価・分析事業：あなたの思いを聞かせてください！ がん対策に関するアンケート調査 結果報告書」（厚生労働省委託事業、日本医療政策機構実施）[8] は、2273人の患者・家族からの意見を集めた。これを5人の委員が分析し、第一期

表1 本稿における基本用語の使用法

因果関係について	
・アウトプット（結果）	施策や活動の直接の結果
・アウトカム（成果）	活動の結果としてもたらされた社会（患者の健康状態等）の変化
指標について	
・ストラクチャー（外形）指標	医療サービスに投入された資源に関する指標
・プロセス（過程）指標	医療サービスの内容に関する指標
・アウトカム（成果）指標	患者の健康状態に関する指標

表2 国のがん対策予算額の推移（億円）

年度（平成）	厚労省	文科省	経産省	合計
2006（18）	161	126	98	410
2007（19）	212	202	120	534
2008（20）	236	203	107	545
2009（21）	237	186	117	524
2010（22）	316	172	71	559
2011（23）	343	197	40	580
2012（24）	357	—	—	—

2006～11年度は、がん対策推進協議会に予算案作成後に提出される資料「がん対策関連予算について」から作成
 2012年度は、厚生労働省の平成24年度各部局の予算案の概要（健康局）に基づく補正予算は除く。小数以下は四捨五入
 上記の他に補正予算として、厚生労働省は平成18年度は15億円、平成20年度は8億円、平成21年度は237億円、平成22年度は358億円、文科科学省は、平成21年度は175億円、経済産業省は平成22年度は63億円などを計上。

基本計画にある施策に関する不足部分や、第一期基本計画に盛り込まれなかったが今後検討や採用の必要性のある施策領域が多数あることを、指摘した。

5. がん対策予算

がん対策推進協議会において毎年報告される資料によると、政府のがん対策予算は表2のように大きな伸びを示してきた。2006（平成18）年度の410億円から2011（平成23）年度は580億円と、3省合計額で1.4倍になった。これとは別に、地方交付金のなかで市町村向けのがん検診費用が出ている。国協議会（2009年2月の第9回と2009年12月の第11回）に提出された資料[9,10]によると、がん検診費用は、2007（平成19）年度で1056億円、2008（平成20）年度で1030億円、2009（平成21）年度で1155億円であった。2011年1月のがん対策推進協議会の資料「がん対策予算について」によると、2010年度にがん検診事業のために1300億円程度、女性特有のがん検診推進事業のために76億程度が地方交付税措置されている。このように、国のがん対策関係予算は、第一期基本計画期間中、新規項目も加えつつ、大きく増加してきた。国家予算全体が緊縮であった中、重点政策と位置付けられてきたことが分かる。

一方、国のがん対策関係予算に関しては、かねてから下記のような課題が指摘されている。

- ・一般予算と地方交付金などを合算したがん対策予算の全貌が不明確
- ・がん対策の分野別の予算配分の状況の推移が分かりにくい
- ・要望や審議されたもののうち、実際に予算化されるものとそうでないものの選択理由が説明されない
- ・予算を使ったあとの評価が不十分
- ・国が都道府県等のために予算化した金額が使われずに残る「不用」が発生する
- ・新規名目での予算が増額される一方で、重要既存項目で予算が減少することがある

今後は、協議会での審議内容と、計画に記載されること、予算化されること、の関連性がより明確になることが望まれる。また、予算を使用した後の評価にもっと時間をかける必要があるのではないかと。後に詳述するように、このような観点を含めて、がん対策のPDCA（計画、実施、評価、改善）サイクルの向上は、残された課題といえよう。

6. 診療報酬改定

2010年4月と2012年4月の2度の診療報酬改定において、がんに関する多数の新規対象化や増額が行われた。2012年3月1日開催の国の第32回協議会では、2012年2月10日の中央社会保険医療協議会総会資料からの抜粋として、「平

成24年度診療報酬改定 主にがんに係る改定内容概要」[11]が参考資料として提出され、スライド17枚にわたって多数の対象項目が説明されている。

2010年度改定に関して、2009年12月2日のがん対策推進協議会において議論がなされ、これを受けて、2009年12月4日、がん対策推進協議会会長から厚生労働大臣に、「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」[12]が提出された。2012年度改定については、2011年11月21日に、国・協議会会長から厚労大臣宛てに、「平成24年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」[13]が提出されている。これにより国・協議会の提案が中医協に伝わり、検討材料とされた。こうした国・協議会と中医協の連携は、がん対策基本法以前には見られなかったことである。今後も診療報酬改定ごとに国・協議会からの提案が出される連携がなされるものと予想される。

7. がん対策推進条例

2012年12月26日現在、47都道府県中23道府県が、がん対策推進条例を持つ(表3)。NPO法人日本医療政策機構の市民医療協議会のがん政策情報センターが作成した「都道

表3 都道府県がん対策推進条例の制定状況

都道府県	名称	制定日
(参考 国)	がん対策基本法	2006年6月15日)
1 島根県	島根県がん対策推進条例	2006年9月29日
2 高知県	高知県がん対策推進条例	2007年3月23日
3 新潟県	新潟県がん対策推進条例	2007年3月27日
4 神奈川県	神奈川県がん克服条例	2008年3月31日
5 長崎県	長崎県がん対策推進条例	2008年7月25日
6 奈良県	奈良県がん対策推進条例	2009年10月9日
7 愛媛県	愛媛県がん対策推進条例	2010年3月26日
8 徳島県	徳島県がん対策推進条例	2010年3月30日
9 鳥取県	鳥取県がん対策推進条例	2010年6月23日
10 岐阜県	岐阜県がん対策推進条例	2010年7月1日
11 群馬県	群馬県がん対策推進条例	2010年12月16日
12 秋田県	秋田県がん対策推進条例	2011年3月8日
13 京都府	京都府がん対策推進条例	2011年3月11日
14 大分県	大分県がん対策推進条例	2011年3月15日
15 大阪府	大阪府がん対策推進条例	2011年3月22日
16 香川県	香川県がん対策推進条例	2011年10月5日
17 山梨県	山梨県がん対策推進条例	2012年3月20日
18 北海道	北海道がん対策推進条例	2012年3月23日
19 宮崎県	宮崎県がん対策推進条例	2012年3月29日
20 沖縄県	沖縄県がん対策推進条例	2012年7月19日
21 愛知県	愛知県がん対策推進条例	2012年10月16日
22 富山県	富山県がん対策推進条例	2012年12月11日
23 和歌山県	和歌山県がん対策推進条例	2012年12月26日

府県がん対策カルテ2012年版」(2012年7月31日発行)[14]によると、県庁がん対策担当者アンケート結果から、これ以外にも、千葉県、長野県、静岡県、滋賀県、佐賀県において条例制定の動きがある。そう遠くないうちに、都道府県の3分の2程度が、がん対策推進条例を持つことになる。これ以外にも市区町村で同種の条例を制定するところも増えると見込まれる。

がん条例を施行した地域ではその効果として、予算の増額、施策の充実、地域の意識の向上などが指摘されている(参考資料:がん政策サミット2010秋開催レポート)[15]。がん対策推進条例集サイト[16]を活用し、制定日が古いものから、新しいものへと通観すると、盛り込まれている条項や施策方針が増える傾向が見て取れる。先行条例を参考に地域特性による創意工夫を加えていくという循環が生じていると考えられる。今後とも条例の制定が増えるとともに、条例を充実させるために改正を行うところが出ることも予想される。

8. 都道府県がん対策推進協議会

都道府県は「がん対策基本法」で定められた「都道府県がん対策推進計画」(以下、県がん計画)を策定するための検討を行うため、都道府県がん対策推進協議会(名称は異なる場合がある)(以下、県協議会)を設置している。ところが、「都道府県がん対策カルテ2012年版」[16]によると、表4のようにその開催頻度、構成メンバー、活動内容には大きな差があるのが実情である。2011年度の都道府県がん対策推進協議会の開催回数、0回9県、1回22県、2回10県、3回6県と、3回から0回までばらつきがあり、平均は1.3回に過ぎなかった。2012年度予定は、1回1県、2回8県、3回29県、4回7県、6回1県、未定1県であり、1回から6回までの違いがあり、平均は3.0回となる。2012年度は、都道府県がん対策推進計画策定期間となっているため、前年度より増えている。2013年度はまた開催回数が減少されることが予想されるが、制定年でなくとも、毎年、がん対策の進捗をチェックするには、数回程度は必要ではないかと思われる。

県協議会およびその部会等の機能や議論の質にも、都道府県の間で大きな違いがあるのではないかと懸念がある。インターネットで県協議会の資料を検索しても、開催案内・傍聴案内の告知の有無、会議資料や議事録の掲載・公表の有無、部会の設置状況と活動報告、会議資料の内容など、差異がうかがえる。活発で質の高い協議会運営をしているところに合わせて取れんすることが期待される。

9. 都道府県がん対策推進計画

47都道府県のがん対策推進計画(以下、県がん計画)の内容には、大きな格差があると言われている。「都道府県がん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセス評価およびサポート体制に関する研究」(2005~2007年度)(研究代表者:今井博久)[17]は、県がん計画のスコアリングを試みた(表5)。「都道府県がん対策推進計画にお

日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間の総括と第二期期間への展望

表4 都道府県の協議会等の開催状況等

都道府県名	がん対策推進協議会開催回数 (平成23年度)	がん対策推進協議会開催予定回数 (平成24年度)	がん診療連携協議会の開催回数 (平成23年度)	県協議会(本協議会)の全委員数	県協議会(本協議会)の患者の立場の委員数
1 北海道	1	3	1	22	3
2 青森県	0	3	2	15	1
3 岩手県	1	4	1	20	4
4 宮城県	1	3	1	16	2
5 秋田県	2	3	2	15	2
6 山形県	0	3	1	12	1
7 福島県	1	3	2	33	1
8 茨城県	1	2	1	9	2
9 栃木県	2	4	2	14	2
10 群馬県	3	3	2	20	2
11 埼玉県	1	3	2	13	1
12 千葉県	1	2	2	14	1
13 東京都	2	3	1	26	3
14 神奈川県	3	3	2	10	3
15 新潟県	0	3	1	15	2
16 富山県	0	3	1	25	1
17 石川県	0	3	6	12	1
18 福井県	1	3	1	14	1
19 山梨県	3	3	6	19	4
20 長野県	2	3	1	18	2
21 岐阜県	1	2	1	13	2
22 静岡県	1	3	1	22	5
23 愛知県	1	3	1	17	2
24 三重県	2	2	1	12	1
25 滋賀県	1	3	2	21	3
26 京都府	2	6	1	25	4
27 大阪府	1	3	2	28	3
28 兵庫県	1	2	1	20	2
29 奈良県	3	3	2	15※	4※
30 和歌山県	1	3	2	17	1
31 鳥取県	3	3	3	29	3
32 島根県	2	4	1	20	4
33 岡山県	1	4	3	15	2
34 広島県	2	4	1	10	5
35 山口県	1	3	1	15	2
36 徳島県	1	2	1	15	4
37 香川県	1	3	1	19	1
38 愛媛県	2	3	2	26	3
39 高知県	2	3	1	15	3
40 福岡県	3	3	3	18	2
41 佐賀県	1	2	1	17	2
42 長崎県	0	4	1	13	1
43 熊本県	0	1	0	18	3
44 大分県	1	2	1	17	0
45 宮崎県	0	3	1	10	1
46 鹿児島県	1	4	1	17	2
47 沖縄県	0	未定	4	14	3
平均	1.3	3	1.7	17.4	2.3

※ 平成24年8月からの予定

出典：「都道府県がん対策カルテ2012年版」(8ページ), NPO法人日本医療政策機構 市民医療協議会, 2012年7月31日発行

表5 第1期都道府県がん対策推進計画のスコア

都道府県名	スコア
1 茨城県	65.8
2 山形県	60.6
3 広島県	58.2
4 鹿児島県	57.9
5 沖縄県	57.5
6 宮城県	55.9
7 滋賀県	55.3
8 富山県	55.1
9 大阪府	54.7
10 長崎県	54.6
11 三重県	54.2
12 山口県	54.1
13 鳥取県	54.1
14 千葉県	53.7
15 愛媛県	53.2
16 静岡県	53.0
17 秋田県	52.9
18 石川県	51.8
19 北海道	51.6
20 長野県	50.7
21 徳島県	50.6
22 東京都	50.5
23 福井県	50.5
24 岐阜県	50.3
25 栃木県	50.3
26 福島県	50.2
27 新潟県	49.8
28 兵庫県	49.0
29 宮崎県	48.4
30 福岡県	48.0
31 神奈川県	47.7
32 青森県	47.6
33 愛知県	46.5
34 香川県	45.7
35 和歌山県	45.2
36 熊本県	45.1
37 山梨県	44.4
38 大分県	42.8
39 岩手県	42.8
40 京都府	42.3
41 埼玉県	41.2
42 高知県	41.1
43 佐賀県	40.0
44 群馬県	39.8
45 島根県	35.3

出典：「都道府県がん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセス評価およびサポート体制に関する研究」

表6 がん計画アクションプランの格付け

格付け	都道府県名
特に優れている	広島県, 大阪府
優れている	栃木県, 山梨県, 長野県, 沖縄県
概ね妥当	山形県, 千葉県, 東京都, 石川県, 愛知県, 鳥取県, 福島県, 佐賀県
やや不十分	鳥取県, 大分県, 北海道, 岡山県, 神奈川県, 新潟県, 奈良県, 岩手県, 宮城県, 福井県, 岐阜県
不十分	徳島県, 香川県, 愛媛県, 熊本県, 静岡県, 群馬県

出典:「都道府県がん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセス評価およびサポート体制に関する研究」(2008～2011年度)(研究代表者:今井博久氏)

けるアクションプランの実施プロセス評価およびサポート体制に関する研究」(2008～2011年度)(研究代表者:今井博久) [18] は、県がん計画のアクションプランの格付けを行っている(表6)。両採点は、日本のがん対策[19]に掲載されている。

県がん計画については当時策定済だった45都道府県の計画を対象に、224項目について採点してスコア化してあるが、偏差値平均によるとスコアは65.8から35.3まで開いた(表5)。アクションプランは、当時、作成・公開され評価可能であった31都道府県について、(1)特に優れている2県、(2)優れている5県、(3)概ね妥当8県、(4)やや不十分11県、(5)不十分6県、の5段階に格付けされた(表6)。計画の内容に大きな格差があることが示されている。

今後、2013年3月までに策定され4月から実施される、第二期都道府県がん対策推進計画(以下、第二期県がん計画)がどのように採点されるかが注目される。さらには、本稿パートVにて後述するように、計画の内容、実際の遂行、その結果としてのアウトカムがどのように把握され評価されるかが、焦点となる。

10. 都道府県がん対策予算

先に、国のがん対策予算の概況を見た。それだけでは日本のがん対策予算の全貌は分からない。都道府県等の地方自治体でも、多額のがん対策費が使われているからだ。では、都道府県のがん対策予算の総額や分野別内容などはどのようなになっているのだろうか。

かつては、国・協議会において「各都道府県におけるがん対策予算の執行状況等」[20, 21]という資料により、全国集計、都道府県別金額、都道府県別個別予算項目と金額などが開示されていた。それによると、2007(平成19)年度は合計154億円、2008(平成20)年度は合計247億円であった。人口当りに換算しても、都道府県によってがん対策予算の金額に大きな格差が見られた。

その後は、厚生労働省からは各都道府県のがん対策予算が発表されていない。がん政策情報センターは、2009年度、2010年度、2011年度、2012年度も都道府県に照会した結果

を同様のかたちで掲載している[22]。

残念ながら、こうした6年間の資料によって都道府県を単純に比較することはできない。それは、都道府県によってがん対策予算の定義やこの資料に記載している範囲が異なっているからだ。それでも、次のようなことは指摘できる。

- ・県がん予算の合計は増える傾向にある
- ・県によって金額や対象施策に大きな格差がある
- ・予算が増え続けている県と、増加した後、減少に転じている県がある
- ・がん対策推進条例の制定後、予算が2, 3倍に増えるところがある
- ・地域医療再生基金、ふるさと納税など、財源確保に工夫している県がある
- ・医療従事者の育成、緩和ケアの推進、相談支援・情報提供、がん検診の推進、たばこ対策などに、県独自の施策を採用し予算化しているところがある

今後は、厚生労働省および国協議会が全国のがん対策と予算を比較可能なかたちで集計し、モニターし続けることが重要であると指摘したい。

11. 都道府県がん診療連携協議会

各地域ひいては全国にがん対策を浸透させるためには、都道府県がん診療連携協議会(以下、県連携協議会)が大きな役割を担っている。医療に関しては、国や都道府県が施策を打っても、実際にはがん医療サービスを行い、施策を診療現場や患者に到達させるのはがん診療連携拠点病院(2012年4月現在397カ所。うち51カ所が都道府県がん診療連携拠点病院、346カ所が地域がん診療連携拠点病院)を経由する部分が大きいかからだ。

先の表4にあるように、2011年度の県連携協議会の開催回数は、0回1県、1回27県、2回13県、3回3件、4回1県、6回2県となっている。開催回数に差があるだけでなく、部会の設置や活動の活発さなどにも違いがあるようだ。活動が活発である事例として沖縄県がん診療連携協議会[23]がある。7つの部会がそれぞれ活動目標を設定し、協議会に進捗を報告している。また、地域でタウンミーティングを多数開催し、県民意見を聴取して施策や提案に反映するなどの活動も行っている。

都道府県がん診療連携拠点病院の協議会として「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」[24]があり、国立がん研究センターの理事長が議長となり、同センターが事務局を担当している。2008年度から2012年度まで毎年度1回ずつ5回開催された。2011年1月には臨床試験部会、2011年12月にはがん登録部会、2012年11月には情報提供・相談支援部会が設置され、部会での活動や提言書の提案などを強化しつつある。今後どのように51施設間の連携を高めていくか注目される。

国が指定する拠点病院以外に都道府県が独自に指定する拠点病院が存在する。厚生労働省によると、47都道府県36都道府県がこうした制度を実施しており、医療機関数は

272に上る [25]。2012年12月14日に「第1回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」が開催され、今後の拠点病院体制についての議論が始まったが、県連携協議会においては、国指定の拠点病院と都道府県指定の拠点病院が面として切れ目なく連携する仕組みを構築する必要がある。国や都道府県のがん計画に記載されたがん医療に関する施策の多くが、実施は、がん拠点病院とその連携する医療ネットワークで行われる。県連携協議会が自主的に活動を進めれば、がん計画にある医療の“均てん化（どこにおいても質の高い医療サービスが受けられる）”は、多くの部分が改善する可能性が高い。

12. まとめ

以上、「がん対策システム」の要素をそれぞれ概観してきた。重要なのは、こうした要素を合わせた全体が、トータルに円滑に相互作用を繰り返しながら、動くことである。いずれが欠けても、患者・現場・地域に政策目的が到達せず、成果の実現につながる力が弱くなると考えられるからだ。

これまでは国から地域へという流れが強かった。国が国の計画を決めて、それをひながたにして県が県のがん計画を決める、国が県への補助金項目を決めて都道府県が応募する、といった流れだ。それをさらに強化するだけでなく、今後は、地域から国の流れを促進する必要がある。地域のがん条例や計画で盛り込まれたことが奏功すれば、それを国の計画や法律に入れたり反映させたりすることも増えてくるだろう。また、地域が求める予算を国の予算に入れる、地域の好事例を国が全国に広げる、といった流れだ。同時に、地域から地域へと、地域同士のネットワークによって、がん対策の好事例と知恵が共有される仕組みがあれば、効果を発揮するはずである。

課題は、こうした「がん対策システム」全体の動きをモニターするための情報の収集と発信が十分に行えていない点だ。

II. がん対策における各ステークホルダーの概況

1. はじめに 六位一体モデル

がん対策を推進し実行し成果を生むには、行政が施策を決め推進するという“狭い”活動では実効性が弱いと考えられる。がん対策基本法 [1] は、「国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務」を規定している（第1条 目的）。基本計画 [5] では、「国及び地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体及びマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組み」（はじめに、3今後の展開）とある。

がん対策においてはマルチステークホルダー（多様な当事者）が“一体となって”取り組むことが肝要との認識が広がり、がん対策関係者の間では、患者、政治家、行政、医療提供者、民間、メディアの6つの立場による「六位一

体」の取り組みという言葉がしばしば口にされる。ここでは、まず、このような6つの立場ごとに、がん対策への取り組みの概況を見ることとしたい。

2. 患者関係者

がん患者関係者のがん政策の立案への参画状況の一端を示すデータとして、国や都道府県のがん対策推進協議会等における患者代表委員の数がある。国協議会においては、委員20人中5人が患者代表の立場となっている。表4にあるように、県協議会における患者の立場の委員の数は、合計100人を超えている。ところが、0人1県、1人13県、2人15県、3人10県、4人6県、5人2県とばらつきがある。国協議会にならって、県協議会でも数人の患者代表委員を入れることが必要ではないかと考えられる。その他の審議会、協議会、検討会、委員会、分科会、部会などにも患者関係者の参画が見られる。患者関係者からこうした会議体へ提言書や要望書の提出がなされることもある。また、委員になるという経路とは別に、多くの患者団体ががん対策への多くの働きかけを実施している。

がん患者関係者の政策提言に関して、各当事者はどのように認識しているのだろうか。それに関しては、がん政策情報センターの「がんアドボカシー・アンケート2011」[26]の結果によって一端をうかがうことができる。ここで言うアドボカシーとは、「患者関係者による政策提言活動」のことである。患者団体等の患者関係者は（n=103）は、「患者アドボカシーの重要性について、「重要だ」「どちらかといえば重要だ」と回答した人が97%であった。国会議員・都道府県議会議員（n=89）では99%、都道府県庁がん対策担当者（n=45）では87%、医療提供者（n=263）では91%であった。一方で、同調査の結果では、患者アドボカシーの高まりや成果については、まだ高まる余地があった。これまでの活動が高く評価されていると同時に、今後さらに成果を生むことへの期待があるといえる。

3. 政治家

政治家のがん対策への関与に関してはまとまった情報はないため、いくつかの断片的情報から垣間見るしかない。

国会議員の活動に関して一例をあげる。超党派の国会議員連盟である「国会がん患者と家族の会」は、がん対策基本法が制定された後、施行される前の2006年11月に設立された。事務局長であった山本たかし国会議員ががんで逝去された2007年以降は開催されていなかったが、近年は再び総会を開き、活動を活発化させている。先に触れたように、2012年度は、地域がん登録の法制化を中心テーマに活動を活発化させた。

一方、2012年12月16日に実施された衆議院選挙の12政党の政権公約（マニフェスト）においては、がん対策に関する記述は極めて少なかった。がん対策基本法制定当時より、政党としての訴求点としての位置づけが相対的に低下している可能性がある。がん対策基本法は国会議員の全回一致で成立したが、今では当時現職でなかった国会議員も増え

ている。

都道府県の議会においては、議員のがん対策に関する意識は徐々に高まっている可能性がある。23道府県のがん対策推進条例は、京都府、徳島県、佐賀県、沖縄県の例外を除いて議員発議の議員立法であるため、議員が条例案を提出し、可決成立させている。がん対策推進条例に賛成した県会議員は全国で1000人以上になると推定できる。「都道府県がん対策カルテ2012年版」[27]によると、がん対策に関する超党派の議員連盟が、秋田県、千葉県、山梨県、滋賀県、鳥根県、岡山県、愛媛県に設置されている。その他に、党・会派内でプロジェクトチームを設けているところもある。超党派議連の活動で一例をあげると、愛媛県議회가ん対策推進議員連盟は、愛媛県がん対策推進条例の制定の過程において、多数のキャンペーンを行った[28]。単独の党の事例から一つあげると、自由民主党富山県議会議員会がん対策推進条例検討プロジェクトチームは、1年間で24回の会議と4回のタウンミーティングなどを経て条例案を作成し、パブリックコメントも実施した[29]。富山県では、2012年12月11日に条例が制定に至った。

がん対策基本法制定後、議員の活動は、確実に高まっているとは言えそうだが、全国の議員全体からいうと積極的に参画している人はまだ一部であり、都道府県の議連等の活動も、継続的に活発な活動が維持されるかはまだ不透明であり、どのような実績が出せるか継続的なモニターが必要な段階ではないだろうか。一部の議員の活発な活動が、今後、各地へと広がっていくかどうか注目される。

4. 行政

厚生労働省は2012年4月1日、がん対策担当部署の格上げを行った[30]。従来はがん対策の管轄は、健康局総務課がん対策推進室であったが、健康局がん対策・健康増進課となった。室から課のレベルになったことで、これまで課題があるとされた、省内間や省庁間の調整がよりスムーズになることが期待される。

都道府県においてがん対策を強力に取りまとめられるかどうかに関して、がん対策の専門部署があるかどうかはひとつの観点となる。「都道府県がん対策カルテ2012年版」によると、47都道府県のうち20都道府県が、「専門部署がある」としている[31]。がん対策は、予防、検診、医療提供体制整備など多くの部署に関連する事項を含んでおり、とりまとめや総合的な進捗管理が必要でもあり、専門部署設置に利点があると考えられる。一例をあげれば、秋田県では、2011年度に「がん対策チーム」を「がん対策室」に昇格させ[32]、予防、検診、医療提供体制整備を一元的に進める体制とし、7人のスタッフを配置している。

5. 医療提供者

拠点病院の動向は、連携協議会の項(パート1-10)で述べた。学会に関しては、ここ数年の日本癌治療学会[32]、日本臨床腫瘍学会[33]などの学術総会プログラムを見ると、がん政策に関するシンポジウムやパネルディス

カッションを強化していることがうかがえる。一般に欧米の学会に比べ、政策提言活動が弱いとされる日本の学会であるが、今後、政策立案に必要なエビデンスづくりや政策提案に関する活動にもさらに力を入れることが期待される。患者参加プログラムを進める学会も出てきている。

日本医師会は、2010年3月に「がん検診の今後のあり方—検診受診率向上と精度管理システム—」[34]を作成、2012年4月には、がん検診やクリティカルパスなどに関する「日本医師会公衆衛生・がん対策委員会答申」[35]を作成した。各種の学会や職能団体が、がんの医療やケアに関して、国の第二期基本計画と対応するかたちの5カ年計画を立てるようになれば、がん対策全体の効果が高まると考えられる。

6. 民間

鳥根県[36]や徳島県[37]など、地域において医療体制の整備や患者支援の強化などのためのがん対策基金が設置されたところがあり、企業等や地域住民からの寄付が行われ、活用されている。がん検診の社内啓発などを進める「がん検診企業アクション」[38]には、これまで1000社近くが参加している。今後、がん患者の就労支援等にも取り組む企業が増えることが期待される。国内の抗がん剤市場は今後も大きく成長すると予想されており、これにともない製薬企業等が、製品の開発と市場への投入や、がん対策関連領域を含む社会貢献活動を強化することも期待される。

7. メディア

「メディアががん対策に取り組む」ことをどのように把握すればいいのかが難しい。ここでは、参考として、がん関連の記事本数の推移を見ることとする(図2)。キーワード「がん対策基本法」で検索される本数は、施行された2007年のピークの後、減少している。「がん対策推進協議会」「がん対策推進基本計画」は、国の第一期計画が決定された2007年の後、減少したが、第二期計画決定期の2012年には上昇した。「がん対策推進計画」は、多くの都道府県が第一期計画を決めた2008年のピークの後には減少したが、第二期の策定が進められた2012年には増加に転じており、決定期の2013年にはさらに増えると見込まれる。「がん対策推進条例」については、2009年から2010年に急増し、その後も増えている。

全体的に見ると、こうした報道は計画策定期に増えるがそれ以外のときは減少する傾向になる。メディアは重要性があっても目新しさやニュース性がない場合は活発な報道をしない傾向がある。がん対策に取り組む関係者は継続的な話題作りを戦略的に行ったり、あえて未解決の問題を繰り返し訴求したりすることが必要かも知れない。

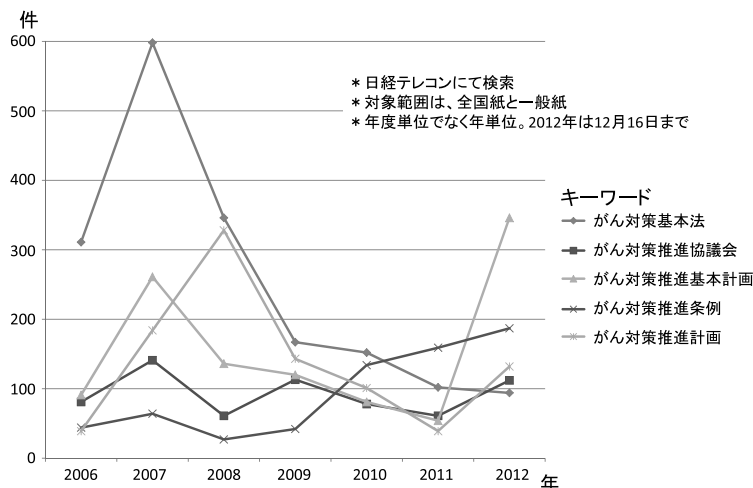


図2 主ながん対策のキーワードによる新聞記事の検索件数推移

8. まとめ

がん対策においては、多様なステークホルダーそれぞれが活性化すると同時に、ステークホルダー間の協働が活性化することが重要であると考えられる。上記6つのステークホルダーの活動はその活発度において、地域格差が大きいのではないかと懸念がある。地域においては、ステークホルダーを超えた協働の仕組みが今後どのような役割と効果を発揮していくか注目される。

Ⅲ. 第1期がん対策推進基本計画の成果の評価

1. はじめに

このパートでは、がん対策推進基本計画の目標と評価の観点から、第一期がん対策推進基本計画（以下、第一期基本計画）を振り返り、第二期がん対策推進基本計画（以下、第二期基本計画）に向けての教訓を引き出す。第一期基本計画は、事前に評価の仕方を十分に練れなかったことと、評価指標の開発が思うように進まなかったことにより、アウトカムの観点からは評価不能の部分が多い。今後は、アウトプット（結果）評価からアウトカム（成果）へと、評価の際の基本的着目点を改めることが重要になると考えられる。第二期基本計画の成果を最大化するためには、第一期基本計画の教訓を踏まえて、これからの戦略を練ることが重要であろう。

2. 全体目標の評価

表7は国協議会の資料[39]を参考に、第一期基本計画の目標と達成度を一覧にしたものである。全体目標1の「がんによる死亡者の減少」は、アウトカム評価であり、評価指標は75歳未満の年齢調整死亡率とされ、数値目標は2006年から2016年の10年間で20%減少に設定された。これまでの、達成状況は5年間（2005年度から2010年度）で8.8%の減少で、中間地点のペースとしては未達である。2006年～2011年の数字では、7.7%と鈍化しており、今後

死亡率改善率2006年～2011年

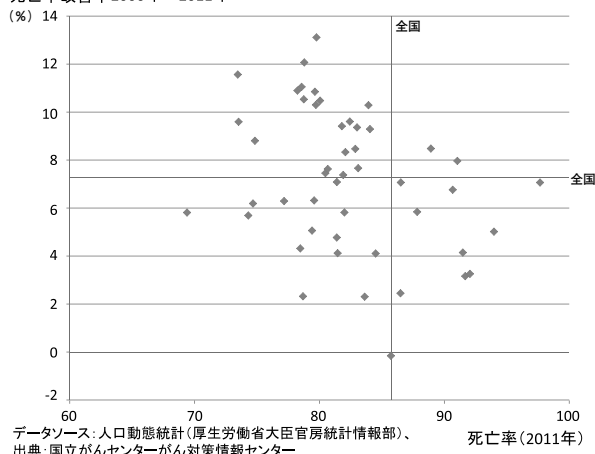


図3 都道府県別のがん死亡率（75歳未満年齢調整済）とがん死亡率改善率の散布状況

の達成が懸念される。また、第一期基本計画実施前の5年間（2001～2006年）の10.2%減少と比べて、加速しているわけでもない。もっとも、がん対策の実施と効果の間には数年程度のタイムラグがあるであろうことは、念頭に置く必要がある。図3の散布図で見られるように、死亡率および死亡率改善率[40]に見られるアウトカムの都道府県格差が大きいことも着目点である。死亡率改善率の低い県は死亡率改善率を高めない、目的が達成できない、また、人口が多い県が死亡率減少の目標を達成しなければ、その他の県が努力しても、日本全体の目標は達成されない。

全体目標2の「がん患者とその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」は、考え方はアウトカム評価であるが、評価指標および数値目標は未設定であったため、達成状況は不明である。これまでの5年間、この評価指標の開発についての進捗管理が十分になされなかった点も、記憶しておくべき点であろう。

表7 第一期基本計画の目標と達成度（一部の分野について）

全体目標		達成状況	*指標分類
①がんによる死亡者の減少	75歳未満の年齢調整死亡の20%減少〔10年〕	5年間で8.8%の減少（未達）	アウトカム
②がん患者とその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上		不明	アウトカム
分野	個別目標	概況	指標分類
放射線療法及び化学療法の推進ならびに医療従事者の育成	すべての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備〔5年以内〕	100%（達成）	ストラクチャー
	拠点病院において、放射線療法部門及び化学療法部門を設置〔5年以内〕	100%（達成）	ストラクチャー
	新薬の上市までの期間を2.5年短縮〔5年以内〕	ドラッグラグ28カ月（2008年度）⇒14カ月（2010年度）	アウトカム
がん医療 緩和ケア	すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本知識を習得（研修を受講）〔5年以内〕	30,040人が修了（2012年1月末）	ストラクチャー
	すべての2次医療圏において、緩和ケアの知識・技能を習得している医師数を増加〔5年以内〕	1,498人が緩和ケア指導者研修会、626人が精神腫瘍学指導者研修会を修了（2012年3月末）	ストラクチャー
	すべての2次医療圏において、緩和ケアチームを複数整備	612病院（平成20年度医療施設調査）	ストラクチャー
在宅医療	家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加	参考指標 がん患者在宅死亡割合（2005年度5.7%⇒2011年度7.9%）	アウトカム（参考指標）
診療ガイドラインの作成	作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していく	診療ガイドライン数 29種類（2012年4月）	ストラクチャー
医療機関の整備等	すべての2次医療圏において、おおむね1カ所程度の拠点病院を整備〔3年以内〕	2次医療圏数349に対し397カ所（2012年4月）	ストラクチャー
	5大がんの地域連携クリティカルパスを整備〔5年以内〕	100%（達成）	ストラクチャー
相談支援・情報提供	すべての2次医療圏に、相談支援センターを整備〔3年以内〕	2次医療圏数349に対し397カ所（2011年4月）	ストラクチャー
	研修を修了した相談員を配置〔5年以内〕	100%（達成）	ストラクチャー
	がん情報センターのパンフレットの増加	47種類（2012年4月）	ストラクチャー
がん登録	院内がん登録を実施している医療機関数を増加	242（2007年8月）⇒397（2012年4月）	ストラクチャー
がんの予防	未成年者の喫煙率を0%とする	高校3年8.6%（2010年厚生労働科学研究）（未達）	アウトカム
	「野菜摂取量の増加」「果実類を摂取しているものの増加」「脂肪エネルギー比率の減少」	それぞれ、減少、増加、増加	アウトカム
がんの早期発見	がん検診受診率50%以上（5年以内）	検診によって21.2%～34.3%（未達）	プロセス
がん研究	全体目標を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進	厚労、文科、経産3省研究予算333億円（2006年度）⇒305億円（2012年度）	ストラクチャー（参考指標）

出典：2012年5月17日 第33回がん対策推進協議会の資料4、「がん対策推進基本計画策定後の主な指標の進捗状況」から作成。*は筆者が追加
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002aotq-att/2r9852000002aoyt.pdf>

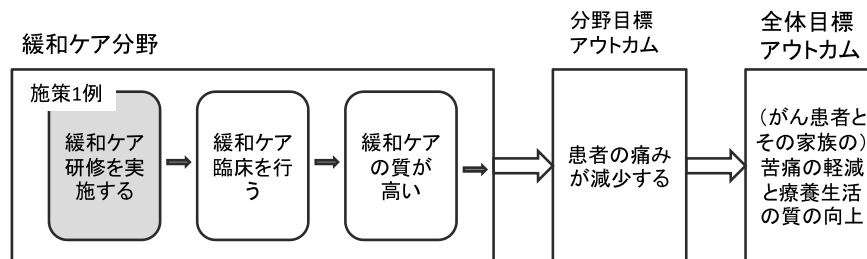


図4 一次計画のロジックと目標設定の構造

3. 分野個別目標

次に表7によって、第一期計画の分野別目標の達成状況を見ていこう。まず気づくのは、分野別のアウトカム目標が明確に設定されておらず、個別目標のほとんどがアウトプット（結果）についてのストラクチャー（外形）に関するもので、個別目標が達成されたからといって分野目標にどの程度効果を及ぼしたり、全体目標に寄与したりするのか、把握できないことだ。

例えば、「緩和ケア」の分野では、図4のように、「緩和ケア研修を実施すること」というアウトプットが、分野目標アウトカムと考えられる「患者の痛みが減少する」や、先に見た全体目標2のQOL向上につながるものが求められていると考えられる。しかし、研修を受けた人数というアウトプットを計測しているだけなので、アウトカム（成果）へのインパクト（効果）は不明である。第一期計画の分野別個別目標の設定方法は、こうした構造的課題をはらんでいたといえる。

4. まとめ

がん対策の計画と成果を全体管理して効果を最大化することは容易な営みではない。第一期基本計画では、まず計画を実施することが急がれたこともあって、アウトカム目標の採用、指標の決定、数値目標の設定、指標源の確保などを含むアウトカム評価体系に仕上げられていなかった。そのため、個別施策に向けられた努力がどのように分野や全体の目標や成果の達成につながっていくか、時間が経っても把握できないかたちとなっていた。第二期基本計画の5年間には、アウトカム評価が実施され、どの個別施策が奏功したか、どの施策をさらに強化すべきか、どこに施策が不足しているかなどが、把握できるようになることが期待される。

IV. 国の第二期がん対策推進計画の骨格と課題

1. はじめに

「がん対策の『枠組み』は一定整備されてきたが、今後は『質の向上』が課題となる」（厚生労働省医政局がん・慢性疾患対策室 がん対策推進官 鷲見学氏＝当時）

「これから、がん対策は量から質の時代に進まなければならない」（がん対策推進協議会会長 門田守人氏）

——第二期の基本計画を策定する過程で、計画をアウトカム志向にならなければならないという問題意識が高まっていた。

それに欠かせない指標開発も実際に動きはじめた。「がん対策を評価する枠組みと指標の策定に関する研究」班が立ち上がり、2012年11月6日の第36回がん対策推進協議会では、研究班の進捗が報告されると共に、「がん対策の評価指標について」が議題となり審議された。

2. 第二期基本計画における評価の枠組み

第二期基本計画 [41] では、第一期基本計画に比べて評価に関する考え方が根本的に変化していることが、下記のように分かる。第二期基本計画第5章35ページには、次のような記載がある（下線は筆者）。

「基本計画に定める目標については、適時、その達成状況について調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めたわかりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う」

「国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間評価を行う。この際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映する」

後に述べるように分野別の個別目標もおおよそアウトカムベースに変更されていることから、アウトカム評価を基礎として、指標を開発し、指標を計測し、数値目標を設定し、指標の推移を踏まえて計画遂行を評価することになっていると理解することができる。

3. 分野別目標モデル（緩和ケア分野を一例に）

第二期基本計画の分野目標の記述を吟味するには、ロジック（論理）モデルに図示してみると分かりやすい。図5は、一例に緩和ケア分野を構造化したものだ。分野のアウトカムとして、「身体的、精神的、社会的苦痛が緩和されること」が設定され、中間的なアウトカムとして、「研修体制の改善」「医療従事者が知識と技術を習得」「緩和ケア診療体制の整備」「専門的な緩和ケア提供体制の整備と

質の向上」が置かれていると理解できる。それをもたらすための施策として、9段落34行にわたって個別施策が記述されている。

その他のいくつかの個別分野の分野アウトカム目標を表8に示した。これらのアウトカムと中間アウトカムに関してはアウトカム指標を、個別施策についてはアウトプット指標を計測すれば、アウトカムの評価や施策群の評価ができるようになってくると考えられる。

4. 評価と指標

評価の体系の姿を知るには、厚生労働省が作成した「全体目標と分野別施策との関係」[42]の図が参考になる。地域がん登録などの基盤的データ、DPCなどの医療関連データ、拠点病院患者満足度調査などの患者満足度等データなどから、全体目標と分野別目標の指標が抽出されるとの枠組みの展望を示している。

先に見た緩和ケアのロジックモデルにある各種の指標も、こうした情報源から得られるようにならなければならない

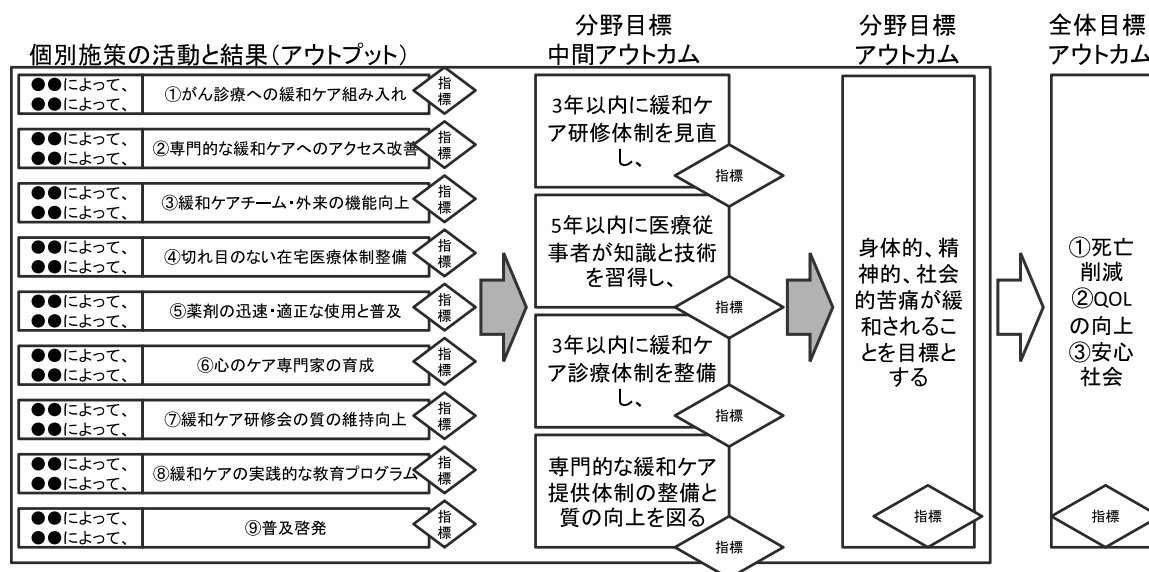


図5 第二期基本計画のロジック（緩和ケア）

表8 第二期基本計画の分野別の目標設定内容（一部の分野を抜粋）

分野名	中間アウトカム	アウトカム
手術療法、放射線療法、化学療法との推進とチーム医療の推進	チーム医療体制の整備	安心かつ安全な質の高いがん医療が提供される
	手術療法、放射線療法、化学療法のさらなる質の向上	
専門的医療従事者の育成	地域での各種がん治療に関する医療連携の推進	がん医療の質が向上する
	専門医配置の有無など、患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備	
	地域のがん医療を担う専門的医療従事者の育成を推進	
がんと診断された時からの緩和ケアの推進	緩和ケア体制の見直し	身体的、精神的、社会的苦痛が緩和される
	医療技術者の知識と技術の習得	
	緩和ケア診療体制の整備	
地域の医療・介護サービス提供体制の構築	専門的緩和ケア提供体制の整備と質の向上	等しく質の高いがん医療を受けられる
	拠点病院のあり方を検討し、それを踏まえての機能の充実	
	在宅医療・介護サービス提供体制の構築	
がんに関する相談支援と情報提供	必要とする最新の情報の正しい提供と細やかな対応	*患者と家族が求める情報が入手でき、悩みや不安が軽減する
	患者とその家族によって活用しやすい相談支援体制の早期実現	

*該当する記載がないため、筆者が加筆

わけだ。緩和ケアに限らずすべての分野も同様である。

具体的な指標がどのようなものになるかは、2011年11月21日の第28回がん対策推進協議会において東尚弘参考人が示した指標例集、「各種施策と対応指標の構造・過程・結果（施策特異的）の例」[43]が参考になる。今後は、先の「がん対策を評価する枠組みと指標の策定に関する研究」班が、具体的な指標についての考え方を示すこととなる。また、既存データでは不足するものは新たな開発が検討されることとなる。

5. まとめ

第一期基本計画から第二期基本計画への大きな違いは、アウトカム志向に発展したことである。医療計画も含めた政策評価の潮流とも呼応する。第二期がん計画は全体目標においても分野目標においてもアウトカム目標が設定されている。しかし、ほとんどの分野で指標の設定、数値目標の設定、情報源の整備は間に合わなかった。今後、これらが整えば、アウトカム評価体制のかたちになってきて、第一期ではできなかったことができるようになる。今後は、都道府県がこうしたアウトカム評価体系に合わせて地域のがん計画を策定し、進捗管理することが重要になってくる。

V. 第二期都道府県がん対策推進計画

1. はじめに

国のがん計画の目標の達成は、都道府県のがん計画の目標が達成されてこそ、実現することとなる。それには、都道府県のがん計画が良い計画であり、かつそれが実践され、アウトカム効果をもたらすことが必要となる。ゆえに、パート4で見られたような国の計画のアウトカム志向の評価体系に、第二期の都道府県がん対策推進計画（以下、第二期県計画）もなっている必要がある。創意工夫によってがん対策をリードする地域が生じて、それが横に広がってがん対策の“均てん化”が進むことで、全国のレベルアップが達成されることが期待される。そのためには、地域の経験と学びを共有するシステムが不可欠となる。

2. 国計画と都道府県計画

国の第二期計画は、都道府県の計画策定に関して、第5章「がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項」の第2項「都道府県による都道府県計画の策定」（第二期基本計画33ページ）に、次のように記載している（下線は筆者）。

「都道府県では、基本計画を基本として、平成25（2013）年度からの新たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に『都道府県がん対策推進計画』（以下『都道府県計画』という。）の見直しを行うことが望ましい」

「なお、見直しの際には、都道府県のがん対策推進協議会等へのがん患者等の参画をはじめとして、関係者等の意

見の把握に努め、がん対策の課題を抽出し、その解決に向けた目標の設定及び施策の明示、進捗状況の評価等を実施し、必要があるときは、都道府県計画を変更するように努める」

このように、国の計画と同じようにアウトカム評価による進捗管理が求められていると考えられる。この点は、2012年9月10日に発出された、「都道府県がん対策推進計画の見直しに係る指針」（厚労省健康局がん対策・健康増進課長通知別添）[44]においても、詳細に記述され、かつ強調されている。

3. 医療計画とがん対策

5-1にあるように、都道府県計画では、医療計画との整合性が求められている。都道府県の医療計画に関しては、2012年3月30日の厚労省医政局長通知[45]に、次のような記載がある（下線は筆者）。

「目指すべき方向の各事項を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた数値目標の設定及び施策の明示、それらの進捗状況の評価等を実施する」

「個々の施策が数値目標の改善にどれだけの効果をもたらしているか、また目指すべき方向の各事項に関連づけられた施策群が全体として効果を発揮しているかという観点も踏まえ、個々の施策や数値目標並びに目指すべき方向への達成状況の評価を行い、その評価結果を踏まえ、必要に応じて医療計画の見直しを行う仕組みを、政策循環の中に組み込んでいくことが必要となる」

医療計画の対象となっているがんを含む5疾病5事業・在宅に関して、このようなアウトカム志向の評価とPDCAサイクル管理が本格化することが望まれている。

4. 地域の政策現場の現状

都道府県のがん対策担当者等、地域の政策立案現場においては、第二期基本計画策定の負担感は大きい。

「都道府県がん計画策定状況および技術支援ニーズに関するアンケート 回答集」[46]は、前出の「都道府県がん対策推進計画の見直しに係る指針」[44]に実施が好ましいとして記載された作業やプロセスなどが、どの程度実行されているかを都道府県がん対策担当者に尋ねたものである（47都道府県中45都道府県が回答）。ここには、都道府県のがん対策担当者の苦労と悩みが表れている。「政策循環（PDCAサイクル）の仕組みを取り入れる目途がたっていますか？」の問いに、「目途がたっている」が56%（25県）あったものの、42%（19県）が「目途がたっていない」とした。

自由回答欄からは、今後、国と地域の両方のがん対策関係者が力を合わせて解決すべき多くの課題が浮き彫りになる。表9に、その中から選択したコメントを紹介する。

ここから、いくつかの要因が見いだせる。

- ・国の計画の策定が遅い。時間が不足している。
- ・国の指標の開発が遅れた。指標の考え方が分かりやすく示せていない。

表9 がん計画策定現場のニーズ

<p>「関係者の意見の把握」に関連して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予算や人的な問題から、特に患者や医療関係者などからの意見の把握が困難。 ・意見が多岐にわたる場合があり、計画に盛り込むべき内容の取捨選択に苦慮している。 ・県民からの意見の中には、県が必ずしも主体的に関われないものがある。(中略)このような意見については、県計画にはどのように反映できるか。 ・患者・家族会が多数存在し、意見を集約している団体がいないこと。 ・現状では関係者の意見を把握する「しくみ」づくりから始める状況である。 <p>「都道府県計画の評価及びがん対策の課題の抽出」に関連して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・評価となる指標などが明確でない項目があり、評価及び課題の抽出が困難。 ・データを把握したいが、その方法が分からない。 ・医療の均てん化について、数値目標の設定が難しく、具体的な施策の明示がしにくい。 ・医療体制に関し、ストラクチャー指標は一定把握・提示できるが、その他の指標が少ない。 ・アウトカム指標は色々な要素が関係するので、施策との連関が示しにくい。 ・がん対策についてのデータ、データの活用法、好事例がカ所々でわかるデータバンクがあると大変助かります。 <p>「解決に向けた目標の設定及び施策の明示」(政策循環=PDCAサイクル=の仕組みを含む)に関連して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国の方針等がまだ定まっていない項目があるため、県における目標や施策などの設定が困難。 ・目標達成に向けた具体的な施策の明示が求められているが、財政的な裏付けがないなかで明示できる内容に限りがある。 ・PDCAサイクルの仕組みはあるものの、C→Aの段階でスムーズに対応できず(または様々な取り組みをしたが結果が出ず手詰まり)、課題が積み残しになる施策が多い。 ・取り組むべき施策が増える一方である。実際に取り組む人員や予算は減少傾向になり、計画内容に実行が伴わない状態が危惧される。 ・施策のアウトカム指標として、適当なものがない場合がある。 <p>「進捗状況の評価」に関連して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・進捗状況を評価する指標が少ない。 ・医療やサービスの質の評価に関する指標等の設定(に苦労している) ・計画に規定する目標値の考え方として、評価が可能な数値目標に限定すべきなのか。また、数値以外の目標を設定した場合、適正に評価を行う良策はあるか。 ・ある程度の統一的な指標が国から示され、そのデータが毎年提供いただけると助かる。 ・数値目標を立てていない施策の評価が難しい。
--

出典：「都道府県がん計画策定状況および技術支援ニーズに関するアンケート 回答集」

*各項目から数点をピックアップ。文意を変えない範囲で、表記の統一や一部中略を行っている。

- ・国から地域への情報提供や技術指導サービスが不足している。
 - ・アウトカム目標を指標に基づいてPDCAすることは、都道府県がん対策担当者にとって、これまでにない経験。
 - ・がん対策担当者や協議会委員に、理解、経験、スキルなどが不足している。
 - ・意見を聞いたあと、とりまとめ、優先付けなどを進める仕組みや経験が足りない。
 - ・財政的制約があり、施策に対して予算化ができない。
- といった複合的な問題が見て取れる。

これからは、こうした点を踏まえて、国と都道府県の計画を同時並行的に連携を取りつつ策定・改訂していく必要がある。

5. 都道府県がん対策推進計画(素案)策定の状況

2012年10月段階では、都道府県がん対策推進協議会の提出資料などから20県程度の計画の概要が把握できた。2012年12月28日段階で19道府県が第二期がん計画に関するパブリックコメントを実施しており、計画案が閲覧できる[47, 48]。

全体を通読してみると、次のように概観できる。

- ・第一期よりはデータ分析が増えている。
- ・国の計画のコピーではなく、創意工夫が見られるところもある。個別施策では、斬新な施策も散見される。
- ・国が新たに分野の柱にいった「就労支援」などは、県計画でも分野として新設されている場合が多い。
- ・第一期計画のマイナーな改訂としているところが多い。アウトプット志向の体系のまま、目標数値を変更するという発想が強い。

表10 都道府県がん対策推進計画素案チェックシート（例）

連番	分類	視点	視点の定義
1	A.プロセス	データの抽出	現況把握データを収集活用している
2		独自データの計測	独自データを計測している
3		前計画のアウトカム評価	前計画をアウトカム評価している
4		関係者の意見の把握	関係者意見把握行動を行っている
5		タウンミーティングなど	タウンミーティングやヒアリングを行っている
6		地域特性への適合	地域の特性に合った施策を抽出している
7	B.目標と評価	アウトカムベースの政策循環	政策循環の考えを明確にしている
8		計画体系の可塑性	成長可能な計画となっている
9		アウトカム評価	アウトカム評価の考えを明確にしている
10		アウトカム目標	中間アウトカム目標を設定している
11		アウトカム指標	アウトカム指標を設定している
12		SPO（*）指標セット	SPO指標セットを設定している
13		評価のための情報源	指標のデータソースを想定している
14	C.実効性の担保	役割分担の設定	施策実行の主体を決めている
15		財源と予算	施策に必要な財源や予算が担保できている
16		評価の組織	評価のための組織を決めている
17		中間評価	第2期の中間評価を実施予定
18		アクションプラン	第2期のアクションプラン作成を決めている
19		医療の質の計測事業	医療の質の計測実施を計画に入れている
20		患者満足度調査事業	満足度調査実施を計画に入れている

第二期がん対策推進基本計画，都道府県がん対策推進基本計画課長通知，医療計画局長通知，医療計画課長通知，同・別紙指標例集，世界保健機関（WHO）がん計画ガイドライン等を参考に筆者作成
 *SPO=ストラクチャー（外形），プロセス（過程），アウトカム（成果）

6. 第二期計画の素案と評価体系

今後，すべての第二期県計画が出そろったならば，評価項目を設定したうえで詳細な分析がされていくことであろう。ここでは，がん対策基本法，第二期基本計画，3月30日医政局長通知，9月10日課長通知別添を参考に，がん計画の枠組みに関するチェックシート（表10）を試作した。19道府県の計画案にこうした点が入っているか読んでみると，驚くべきことが分かる。アウトカム評価体系について明確に記載しているところは見当たらない。また，分野目標においてアウトカム目標を示さず，個別施策のアウトプット指標を分野目標としてしまっているところもある。第二期県計画の目標は第一期の延長線上で捉えられてしまっている場合が多い。これでは，県計画において継続的な政策循環の実行が担保されているか，懸念が生じることとなる。

7. まとめ

国の第二期計画がアウトカム評価となったことが明示的でないこと，都道府県の政策策定現場にその知識や経験が不足していることなどから，第二期県計画はアウトカム評価の考えを十分にビルトインできていない側面がある。個別施策においては創意工夫が増え，施策の数が豊富になっ

たとしても，それがアウトカムに結びつくか，あるいはアウトカムに結びついた施策が抽出できるか，課題が残る。そこで，県計画を5年に一度考えるだけでなく，国の評価指標の開発とも並行し，毎年，県計画のPDCA力を着実に高めていく場を維持しておくことが重要であると思われる。

VI. 全体まとめ

がん対策はがん計画だけから全体を捉えることはできないし，十分に推進することもできない。がん計画を含めた諸制度の全貌，すなわち本稿でいう“がん対策システム”全体の進展を継続的に観察していく必要がある。全体の整合性を取りつつ，隘路がないかどうかを確認しながら高めていくことが大切と思われる。

また，この“がん対策システム”には，多くのステークホルダー（当事者）の主体的な取り組みと，当事者間の連携が重要となる。それぞれの当事者の活動をモニターし，必要な支援を行い，連携を促進する策が必要である。それぞれの持ち場と現場で活躍している人の貢献が見え，モチベーションが高められるようにすることも大切だ。関係者が一堂に集まって協働を目指した対話・議論ができる場合，大きな役割を果たすだろう。

第一期の間がんに対策に投入される資源や労力はそれまでに比べ格段と増えたと思われるが、それを正当化しさらに増やしていくには、がん対策のアウトカム（成果）の可視化が重要となってくる。いうまでもなく、がん計画は、がん対策という手段を拡張するだけのものではなく、がん対策の目的であるアウトカムの達成に資するものでなければならぬ。従来は、アウトカム志向の計画と施策の段階にあり、アウトカムへの貢献が分かりにくかった側面もあった。がん対策をサステナブルで有効性と継続性が高いものにするには、国と都道府県の第二期においては、アウトカム評価の比重を高めていくことが重要であると考えられる。それによって、真に患者、現場、地域に利益をもたらすものかを見極め、有効と思われる策に戦略的に労力を集中することができる。

今後のがん計画の評価は、アウトカム志向であると同時に、がん対策システム全体を評価しつつ、多くのステークホルダーの意欲と貢献を引き出すものとしていくことが重要であろう。“がん対策システム”のそれぞれの部分からリーダーシップが発揮されることが、がん対策の全体目標達成には必要となる。そのために、がん対策をトータルに俯瞰できる情報が存在することが欠かせない。

それには、国、国協議会、国立がん研究センターなどのリーダーシップにも期待がかかる。例えば、毎年、“がん対策システム”全体に関して情報を集め、公表し、分析し、国民が政策議論を共に行っていく材料を提供していければ、“がん対策システム”活性化の助けになる。その形態の一つとしては、「がん対策白書」（仮称）が考えられる。全体をつなぐ情報と場づくりが、今ほど重要なときはない。

謝辞

本論考のための知識と考察は、がん対策に取り組む多様な関係者の活動とご教示から教わったことに多くを負っています。この場を借りて敬意を表すると共に、感謝の意を表します。

また、多くの情報は日本医療政策機構市民医療協議会がん政策情報センターの活動による情報に負っています。同センター活動に参加された方々、ご支援くださった方々、運営を担ったスタッフに感謝いたします。

お断り

本稿の意見は筆者個人のものであり、筆者が所属する組織や団体の見解を示すものではありません。

筆者は、2007年～2010年度の4年間、がん対策推進協議会の委員を務めました。その意味で、第一期計画およびその後の進捗管理の不完全さの責任の一端を負っています。

参考文献

- [1] 厚生労働省. がん対策基本法.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [2] 厚生労働省. がん対策基本法附帯決議.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-3.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [3] 厚生労働省. がん対策推進協議会.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008fcb.html> (accessed 2012-12-25)
- [4] 厚生労働省. がん対策推進協議会運営の見直しに関する意見書（厚生労働省がん対策推進協議会委員有志一同）.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000wxts-att/2r9852000000wxy0.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [5] 厚生労働省. がん対策推進基本計画（第一期）.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [6] 厚生労働省. がん対策推進協議会委員からの意見集.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/s0901-1.html> (accessed 2012-12-25)
- [7] 厚生労働省. がん対策推進基本計画中間報告書.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku04.pdf (accessed 2012-12-25)
- [8] 厚生労働省. 平成22年度がん対策評価・分析事業報告書の概要（あなたの思いを聞かせてください！ がん対策に関するアンケート調査）.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_h22_houkokusyo.html (accessed 2012-12-25)
- [9] 厚生労働省. 市区町村におけるがん検診の実施状況等について（第9回がん対策推進協議会資料）. 2009.2.26.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/dl/s0226-15h.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [10] 厚生労働省. 市区町村におけるがん検診の費用に関する調査結果（第11回がん対策推進協議会資料）. 2009.12.2.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1202-10a.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [11] 厚生労働省. 平成24年度診療報酬改定 主にがんに係る改定内容概要.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000023yyd-att/2r98520000023z3a.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [12] 厚生労働省. 平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1207-9a.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [13] 厚生労働省. 平成24年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vv0a-att/2r9852000001vv6x.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [14] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター. 都道府県がん対策カルテ2012年版（p.8.問4「がん対策推進条例制定に向けた動きがある」）. 2012.7.31.
<http://ganseisaku.net/practices/whitepaper/2012record>.

- html/record2012_j_source.pdf (accessed 2012-12-25)
- [15] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。「第一部：がん条例の制定，そして運用に向けて」「がん政策サミット2010秋 開催レポート」。
http://ganseisaku.net/impact/events/gan_summit/gan_summit_2010_autumu/reports/1106.html
 (accessed 2012-12-25)
- [16] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。都道府県のがん対策に関する条例（がん対策推進条例一覧）。
http://ganseisaku.net/practices/archives/law/gan_local.html (accessed 2012-12-25)
- [17] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。都道府県がん対策カルテ2012年版（p.8.問22,23「がん対策推進協議会の開催回数（平成23年度）」「がん対策推進協議会の開催回数（平成24年度）」）。2012.7.31。
http://ganseisaku.net/practices/whitepaper/2012record.html/record2012_j_source.pdf (accessed 2012-12-25)
- [18] 今井博久，主任研究者。厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究時事業「都道府県がん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセス評価およびサポート体制に関する研究」2005-2007年度研究報告書。
- [19] 今井博久，研究代表者。厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究時事業「都道府県がん対策推進計画におけるアクションプランの実施プロセス評価およびサポート体制に関する研究」。2008-2011年度研究報告書。
- [20] 今井博久。都道府県がん対策推進計画の評価と今後の計画。日本のがん対策。東京：サン・ライフ企画；2012。p.8-25。
- [21] 厚生労働省。各都道府県におけるがん対策予算の執行状況等について（平成19年度）。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/dl/s1128-9k.pdf>
 (accessed 2012-12-25)
- [22] 厚生労働省。各都道府県におけるがん対策予算の執行状況等（平成20年度）。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1202-10aa.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [23] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。都道府県別のがん対策予算。
http://ganseisaku.net/practices/archives/budget/gan_local/gan_torikumi.html (accessed 2012-12-25)
- [24] 沖縄県がん診療連携協議会。
<http://www.okican.jp/index.jsp> (accessed 2012-12-25)
- [25] 国立がん研究センター。都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会。
http://ganjoho.jp/hospital/liaison_council/index.html
 (accessed 2012-12-25)
- [26] 厚生労働省。都道府県が指定する拠点病院等の現状（がん医療提供体制の現状と課題。p.33。「第1回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」）。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002r81d-att/2r9852000002r86a.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [27] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。がんアドボカシー・アンケート2011。
http://ganseisaku.net/impact/reports/advocacy_survey2011/advocacy_survey2011.pdf (accessed 2012-12-25)
- [28] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。都道府県がん対策カルテ2012年版（p.8.問17「がん対策に関する超党派・超会派の議員連盟がある」）。2012.7.31。
http://ganseisaku.net/practices/whitepaper/2012record.html/record2012_j_source.pdf (accessed 2012-12-25)
- [29] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。愛媛県議会がん対策推進議員連盟 活動説明資料。
http://ganseisaku.net/impact/events/gan_summit/gan_summit_2010_autumu/reports/1106.html/gan_summit_20101106_1-3.pdf (accessed 2012-12-25)
- [30] 自由民主党富山県議会議員会，がん対策推進条例（仮称）検討プロジェクトチーム。富山県がん対策推進条例（仮称）素案に係る検討経過。
<http://jimin-toyama.jp/?tid=100284>
 (accessed 2012-12-25)
- [31] 厚生労働省。4月1日から「がん対策・健康増進課」を設置—がん対策や生活習慣病予防などをより強力に推進していく体制を確立—。2012.3.16。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000025ewy.html> (accessed 2012-12-25)
- [32] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター。都道府県がん対策カルテ2012年版（8ページ問1「がん対策の専門部署がある」）。2012.7.31。
http://ganseisaku.net/practices/whitepaper/2012record.html/record2012_j_source.pdf (accessed 2012-12-25)
- [33] 秋田県健康増進課がん対策室。
<http://www.pref.akita.lg.jp/www/genre/000000000000/1238473618657/index.html> (accessed 2012-12-25)
- [34] 日本癌治療学会。
<http://jsco.umin.ac.jp/outline/index.html>
 (accessed 2012-12-25)
- [35] 日本臨床腫瘍学会。
<http://www.jsmo.or.jp/> (accessed 2012-12-25)
- [36] 日本医師会がん対策推進委員会。がん検診の今後のあり方—検診受診率向上と精度管理システム—。2010.3。
<http://dl.med.or.jp/dl-med/etc/cancer/cancer21.pdf>
 (accessed 2012-12-25)
- [37] 日本医師会。公衆衛生・がん対策委員会。2012.4。
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120229_2.pdf (accessed 2012-12-25)
- [38] 島根県。がん対策募金活用事業。
http://www.pref.shimane.lg.jp/life/kenko/iryoo/shimaneno_iryoo/gan/bokin.html (accessed 2012-12-25)

- [39] NPO法人AWAがん対策募金.
<http://www.awagan.com/index.html> (accessed 2012-12-25)
- [40] がん検診企業アクション.
<http://www.gankenshin50.go.jp/index.html> (accessed 2012-12-25)
- [41] 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課. 第33回がん対策推進協議会資料「がん対策推進基本計画策定後の主な指標の進捗状況」. 2012.5.17.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002aotq-att/2r9852000002aoyt.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [42] 国立がんセンターがん対策情報センター. 2011年がん死亡率 (75歳未満年齢調整済), 同2006年から2011年の増減率. (データソース: 人口動態統計 (厚生労働省大臣官房統計情報部)).
- [43] 厚生労働省. がん対策推進基本計画 (第二期).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ckvt-att/2r9852000002ckzf.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [44] 厚生労働省. 全体目標と分野別施策との関係 (第30回がん対策推進協議会資料. p.3. 「がん対策全体を評価する枠組みと指標の策定について」).
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001z8kd-att/2r9852000001z8pf.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [45] 厚生労働省. 第28回がん対策推進協議会 (東尚弘, 参考人資料. p.3. がん対策における指標の考え方). 2011.11.21.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001vv0a-att/2r9852000001vv5y.pdf> (accessed 2012-12-25)
- [46] 厚生労働省. 都道府県がん対策推進計画の見直しに係る指針 (厚労省健康局がん対策・健康増進課長通知別添). 2012.9.10.
- [47] 厚生労働省. 医療計画について (厚生労働省医政局長通知). 2012.3.30.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuchi_iryuu_keikaku.pdf (accessed 2012-12-25)
- [48] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター. 都道府県がん計画策定状況および技術支援ニーズに関するアンケート 回答集 (がん政策サミット2012秋のために2012年9月に47都道府県に照会のアンケートをし, 45都道府県が回答).
- [49] 日本医療政策機構 市民医療協議会 がん政策情報センター. 都道府県第二期がん計画パブリックコメント実施状況.
http://ganseisaku.net/practices/archives/plan/local/public_comment (accessed 2012-12-25)
- [50] 国立がん研究センター がん情報サービス. 「地域のがん対策」から「新がん対策推進計画」.
http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/prefectures.html (accessed 2012-12-25)