

【論文】

## がん対策推進計画策定・評価への患者参加のアウトカム評価 －島根県がん対策推進協議会における委員提案の反映状況分析より－

杉崎千洋

（島根大学法文学部）

### 要旨

本研究の目的は、島根県がん対策推進協議会における委員提案の島根県がん対策推進計画、同中間評価報告書への反映状況、反映の程度をアウトカム指標として、患者参加が計画策定・評価に及ぼす影響を実証的に検討することである。加えて、委員提案の反映状況に影響を及ぼす要因を分析することである。患者委員提案の計画などへの反映状況、反映の程度は、がん診療連携拠点病院委員などの提案と同等であった。このことから、患者委員は他委員と遜色ない水準でがん対策推進協議会に参加していたと考えられる。委員提案の反映状況に影響を及ぼす委員側の要因として、委員提案の次元の妥当性、提案と計画などの項目・記述との対応関係が示された。患者委員の提案は、他委員とほぼ同様に、がん対策推進協議会における提案として妥当であった。計画などの項目・記述との対応関係についても、他委員とほぼ同様に、留意していた場合と、意図的に留意していない場合があったと考えられる。この点からも、患者委員は、他委員とほぼ同水準の参加をしていたと考えられる。

キーワード：がん患者、参加、都道府県がん対策推進計画、島根県がん対策推進協議会、提案の反映

### 1. 研究の背景と目的

患者自らが病院、地方自治体、政府に、療養環境などの改善を求める患者運動は、敗戦後、療養所に入院していた結核患者のなかから起こった（長 1978：82-117）。厚生労働省の中央社会保険医療協議会、社会保障審議会医療部会と言った医療政策決定の場に、患者らの代表が直接参加できるようになったのは2005年以降であり、患者運動の誕生からは長い年月を要した。直接の契機は、がん患者の生命を賭けたドラックラグ解消などの運動である。官僚、財界や労働組合の代表、医師の専門団体などの従来の政策アリーナは、医療などの政策決定のプロセスに「患者側」という新たな一員が加わったという事実を無視できなくなった（矢野 2009：158-159）。

医療政策決定における患者参加を最初に制度化した法律は、2006年成立、翌年施行のがん対策基本法である。政府のがん対策推進基本計画を議論するがん対策推進協議会へのがん患者、

家族また遺族代表の参加を義務づけている。最初のがん対策推進基本計画は、2007年度から5年間の計画であり、中心はがん医療の均てん化など医療面の対策である。2番目の計画は2012年度から2016年度までで、就労支援などの社会面の対策も重視している。3番目の計画は2016年の法改正を受け、2017年度から実施の予定である。また、この法律は肝炎対策基本法（2009年公布）、アレルギー疾患対策基本法（2014年公布）のモデルになった。これらの法律には、疾患対策指針協議の場への患者らの参加規定もある。

がん対策基本法では、都道府県にがん対策推進計画を義務づけている。本研究では、この計画における患者参加の影響を測定・評価する。地方自治体における直接参加には、決定過程に制度的に組み込まれない非制度的直接参加と、自治体の必要に応じて決定を機構外部から助力する制度的直接参加とがある（牧田 2007：9-10）。本研究で検討する参加は、後者に該当する。都道府県計画を取り上げるのは、医療分野に限らず、地方自治体行政計画への当事者・住民参加は、政府の行政計画への参加よりも先行しており、影響を評価・測定しやすいと考えるからである。

患者参加の影響の測定・評価は、患者参加を定着・促進させるには不可欠な研究である。例えば、全国がん患者団体連合会（2015）は、次のような要望書を国会議員らに提出している。がん対策基本法では、前述のがん対策推進基本計画策定に当たり、患者らが参加するがん対策推進協議会の「意見を聴く」とあるのみで、がん対策全般への患者参画の仕組みがなく、患者や患者団体の責務も不十分である。患者参加の積極的・建設的な影響が明らかになれば、こうした要望を後押しする根拠になり得る。近接分野も含めると、地域福祉計画をはじめとして、地方自治体行政計画への参加研究は多数ある。しかし、それらは記述的な報告に留まっている（永田 2011：26）ことが多い。当事者・患者・住民が計画策定などに参加する場面に分け入り、参加が計画に及ぼす影響を実証的に明らかにすることが求められている。和気（2005）、平岡（1996）を参照し、こうした研究の枠組みを以下のように設定した。

- ①患者・当事者・住民参加が計画策定・評価過程に及ぼす影響の測定・評価（プロセス評価）
- ②患者・当事者・住民参加が計画策定・評価に及ぼす成果・結果の測定・評価（アウトカム評価）

①の先行研究として杉崎（2013）が挙げられる。地域の利害関係者のコンフリクトを乗り越えていく過程こそがプロセスゴールであり、委員の発言、とくに提案はプロセスゴールを達成するための重要な要素と捉え、鳥根県がん対策推進計画の策定・評価過程における委員区分別の発言数、提案数などの比較を行った。患者委員の発言数、提案数は他委員と比較して遜色ない水準にあり、この点から見る限り患者委員は推進計画策定・評価過程に十分参加していた。李（2015）は、地域福祉計画策定を住民がエンパワメントされていく過程と捉え、福祉コミュニティ尺度（李 2014）を用いて計画策定前後の住民意識を比較し、計画策定への参加には住民の福祉コミュニティ意識の向上という効果があることを明らかにした。

②の先行研究には、A市次世代育成支援行動計画研究（小野 2011：88-112、150-170）がある。住民参加により実施したタウンミーティングの報告書が、計画本案に及ぼした影響を、計画の素案、同報告書、本案に掲載された事業の比較により分析した。これにより、タウンミー

ティング報告書の内容、すなわち住民の意見は、計画本案にそれほどの影響を与えていないことを明らかにした。

2つのプロセス評価研究により、患者・住民は計画策定・評価過程に十分参加しているし、患者・住民参加により議論の活性化、住民意識の変化と言った影響があることが明らかになっている。アウトカム評価研究に関しては、住民参加が計画に及ぼす影響はあまりないことが結論付けられているだけである。患者・住民参加の影響を示す実証研究が不足している。本研究では、まちづくり、環境分野における公共計画への住民参加、合意形成の過程・効果に関する研究成果（原科ら 2005、錦澤ら 1997）を参照し、都道府県がん対策推進計画策定・評価における委員提案の計画への反映状況、反映の程度を指標として用い、それを委員区分別に比較することにより、患者参加のアウトカム評価を定量的に行う。加えて、委員提案の反映状況の要因を、定量的に分析する。

## 2. 研究方法

(1) 研究対象は島根県がん対策推進計画、がん対策推進協議会

がん対策推進計画（以下、推進計画とする）は全都道府県で策定されている。本研究では、推進計画、がん対策推進協議会（以下、推進協議会とする）を含むがん対策の先行事例である島根県の計画、協議会を取り上げる。表1に、本研究における分析対象年度（後述）に近い2011年（一部2012年）の島根県と全都道府県のがん対策体制を示した。「島根県」は各項目の有無などを、「全都道府県」は「あり」の都道府県数などを表している。島根県がん対策推進条例は、2006年に全国初の条例として制定・施行された（2014年改訂）。がん対策専門部署設置や、がん対策推進協議会の中間評価などを実施しているのは、全都道府県の半数に満たないが、島根県では次年度予算に関する意見聴衆プロセス以外はすべて「あり」となっている。また、推進協議会開催回数、委員数とも全都道府県平均を上回っている。患者参加の重要な指標

表1 島根県、全都道府県のがん対策の体制（主に2011年）

項目	島根県	全都道府県
がん対策推進条例	あり	あり 15
がん対策専門部署	あり	あり 17
がん対策推進計画の中間評価	あり	あり 12
がん対策推進協議会などからの次年度予算に関する意見聴衆プロセス	なし	あり 21
患者サロンなどを支援する仕組みや予算	あり	あり 21
がん対策推進協議会開催回数	2	平均 1.3
がん対策推進協議会（本協議会）委員数（2012年）	20	平均 17.4
がん対策推進協議会（本協議会）委員のうち患者の立場の委員数（%）（2012年）	4（20.0%）	平均 2.3(13.0%)

注) 「がん対策専門部署」～「がん対策推進協議会開催回数」までの「全都道府県」は回答のなかった和歌山県、宮崎県を除く45都道府県。「がん対策推進協議会（本協議会）委員数」、同「委員のうち患者の立場の委員数」の「全都道府県」は47都道府県

資料) 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（2011）p.6、同（2012）p.8、より作成

である委員に占める患者の立場を代表する委員数、比率とも平均を上回っている。

最初の島根県推進計画は、2008年度～2012年度の計画であり、医療面の対策が中心になっていた。2番目の計画は2013年度～2017年度の計画であり、患者の生活面・社会面の支援も重視している。2010年度、2015年度にそれぞれの中間評価報告（書）（以下、中間評価とする）を公表している。いずれも、がん対策基本法、島根県がん対策推進条例の趣旨に沿って策定されている。

島根県推進協議会は、「島根県がん対策推進協議会設置要綱（2007年11月、2012年4月施行）」に基づき、推進計画の策定及び進行管理に関する事項を検討する場として設置され、2007年度以降毎年度開催されている。協議会委員の任期は2年である。

## （2）分析対象は委員提案と推進計画、中間評価

分析対象の1つは、2007年度、2010年度の計6回の推進協議会（表2）における委員の全「提案」である。島根県健康福祉部がん対策担当部署より、2007年度から2010年度までの4年間・全9回分の推進協議会議事録（逐語録。テキストデータ）を提供していただいた。総頁数A4用紙453頁のうち、両年度の議事録は289頁であり、全体の63.8%を占める。議事録中の推進協議会参加者の「発言」を整理し、そこから推進協議会委員の「意見」、さらに「提案」を抽出した。この4年間は、第1期（2007・2008年度）、第2期（2009・2010年度）の委員が推進協議会に参加し、推進計画策定、進行管理を行った。2007年度は計画策定、2010年度は中間評価に関する議論をしている。4年間のなかで、「出発点」、「折り返し点」と言ってよい重要な節目となる年度であった。

もう1つの分析対象は、同じ年度に作成された6本の計画書（案）（表2）である。内訳は、推進協議会時に検討された推進計画の3つの素案（骨子案・素案1・素案2）と公表された推進計画（最終版）、やはり推進協議会において議論された中間評価の1つの素案（素案1）と公表された中間評価（最終版）である。これらもがん対策担当部署より提供していただいた。

表2 島根県がん対策推進協議会の経緯（主に2007・2010年度）

年度	回次 など	開催日など	主な内容	検討、公表された推進 計画書など
2007	1	2007年11月14日	素案（骨子案）の検討	推進計画の骨子案
2007	2	2007年12月10日	素案1の検討	素案1
2007	3	2007年12月27日	素案2の検討 推進計画ほぼ確定	素案2
2007	—	2008年3月	推進計画の完成・公表	推進計画（最終版）
2009	—	2010年3月	アクションプランの完成・公表	アクションプラン
2010	1	2010年7月23日	部会報告 推進計画進捗状況報告 中間評価素案1の検討	中間評価素案1
2010	2	2010年11月2日	部会報告 中間評価素案1のうち検診・予防の検討	中間評価素案1（継続 協議）
2010	3	2011年3月8日	部会報告 中間評価素案2の検討	中間評価素案2
2010	—	2008年3月	中間評価の完成・公表	推進計画中間評価（最終 版）

出典）杉崎（2013）p.87、を一部変更

中間評価素案2は、入手できなかったため分析対象外とした。

### (3) 委員提案の反映状況とその要因を分析

#### 1) 反映状況、反映の程度をアウトカム評価の指標に

測定・評価の指標・視点は次の通りである。

##### 委員提案数

委員提案の反映状況（反映・非反映）、反映の場合の程度（反映度）

委員提案の反映状況に影響を及ぼす委員側の要因

このうち委員提案数は、提案の反映状況や反映の程度、反映状況に影響を及ぼす要因を分析するための基礎データである。また、提案の特徴を示すデータでもある。要因として考えられるのは、推進協議会において提案をする委員側の要因（錦澤ら 1997）、協議会運営に関わる要因（司会者のファシリテーション）（阿部ら 2001）、行政側の要因（実施費用、事業の継続性）などであろう。このうち協議会運営に関わる要因、行政側の要因の分析は資料不足などにより実施できなかったため、委員側の要因のみ分析する。具体的には、錦澤ら（1997）を参照し、委員「提案の次元」、提案と推進計画や中間評価素案との「項目・記述との対応関係」の2つを分析する。

#### 2) 委員区分との関連などを分析

分析方法は次の通りである。協議会委員の提案数を年度別、提案内容別に抽出した後、それらと委員区分との関連を整理した。委員提案の反映状況、反映の場合の程度は、年度、とくに委員区分との関連を検討した。委員提案に影響を及ぼすと考えられる委員側の2つの要因に関しては、反映状況、委員区分との関連を検討した。加えて、要因、委員区分、反映状況との関連の3次元クロス集計を行った。統計的検定には $\chi^2$ 検定を用いた。2×2の分割表の場合はイエーツの補正を行った。

### (4) 定義と分類

以下の提案の定義、委員区分や提案内容の分類、それらの分類・測定方法は、基本的には杉崎（2013）を踏襲したが、一部は変更した。

#### 1) 発言、意見、提案を定義

推進協議会参加者が発語してからそれを終了し、次の発言者に切り替わるまでを1回の「発言」とし、そのうち説明や発言に対する見解や持論の表明、提案などを「意見」とした。「提案」は、推進協議会参加者の意見中に、推進計画、中間評価のそれぞれの案や島根県のがん対策などに関する要望、対案を表す言葉がある場合とした。

例：「ぜひ次の重点目標に掲げていただきたいと思います。」

「一歩踏み進んだ～が必要かなと思いました。」

「私たちやっていますので、～ちょっとできるところはやっていただいて～」

#### 2) 推進協議会委員は3つに分類

推進協議会参加者は、会長（司会）、事務局、推進協議会委員などであった。委員は、県委

嘱で、第1期（2007・2008年度）の総数は15名、第2期（2009・2010年度）は18名であった。会長は委員から選出される。委員は、鳥根県医療政策課（当時）の規定では、5つに分類されていた。

- ①がん患者及びその家族又は遺族を代表するもの（第1期・第2期は全員患者）（以下「患者」）。第1期、第2期とも4名（委員全体に占める比率はそれぞれ26.7%、22.2%）
  - ②拠点病院関係者（拠点病院は、厚生労働省が指定するがん診療連携拠点病院。以下、「拠点病院」）。第1期4名（26.7%）、第2期5名（27.8%）
  - ③医療・保健関係者。第1期5名（33.3%）、第2期5名（27.8%）
  - ④学識経験者。第1期、第2期とも2名（13.3%、11.1%）
  - ⑤企業・民間団体等。第1期はなし、第2期2名（11.1%）
- ④⑤の委員数は少数であるため、③と合わせて「その他」とし、「患者」、「拠点病院」の3つに分類した。

### 3) 10の提案内容

推進協議会では、事務局が推進計画や中間評価の素案を作成し、それを構成順に議論するという議事進行を採ることが多かった。そのため、委員を含む参加者の発言、提案は、鳥根県の推進計画（2008年度～2012年度）や中間評価（2010年度）の章、柱に即したものが多かった。このことから、提案内容はそれらに対応した分類とした。

- ①「計画の策定・推進・評価等」：推進計画第1章(1)「計画策定の趣旨」(2)「計画期間」、第5章(1)「計画の推進」(2)「計画の評価」などに関する提案
- ②「重点目標」：推進計画第2章(1)「重点的に取り組むべき施策」(2)「重点目標」、中間評価「重点目標」に関する提案
- ③分野1「がん予防の推進」：③～⑨は推進計画第3章「各分野別の施策及び目標」、第4章「各機関の役割分担等」の7分野、中間評価の7つの柱それぞれに関する提案
- ④分野2「がんの診断・治療水準の向上」
- ⑤分野3「緩和ケアの推進」
- ⑥分野4「患者・家族等への支援」
- ⑦分野5「がん登録の推進」
- ⑧分野6「情報提供の推進」：患者・市民への情報提供が中心
- ⑨分野7「がんに関する教育・研究の推進」：医師・看護師などの養成が中心
- ⑩「その他」 ①～⑨以外の提案。全体に係わる提案を含む

### 4) 反映状況は2つに、反映の程度も2つに分類

図1に見られるように、提案が推進計画、中間評価に影響を及ぼし、その構成、記述などに変更があったと考えられる場合を「反映」、変更がなかったと考えられる場合を「非反映」とした。反映に分類された提案は、その程度により、さらに「反映度低い（A・B）」、「反映度高い（C）」に分類した。

反映の程度（反映度）は、表3に示したように、提案により変更されたと考えられる箇所の推進計画、中間評価素案や最終版の中での「位置づけ」と、推進計画、中間評価素案・最終版

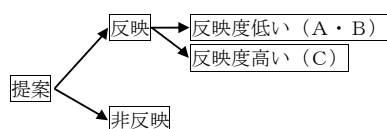


図1 反映状況と反映の程度

表3 反映の程度（反映度）の分類

変更の程度 位置づけ	表現の追加・修正など	実体転換、具体的追加など
現状と課題	A 反映度低い	－
施策や数値目標	B 反映度低い	C 反映度高い

の「変更の程度」の2つの軸により分類した。1つ目の軸である位置づけは、「現状と課題」、「施策や数値目標」の2つに区分した。このうち現状と課題は、推進計画または中間評価の中核部分の前提となる、がん対策の現状分析や現状認識部分の構成や記述などの変更を指す。「施策や数値目標」は、今後の施策、数値目標など、計画の中核部分の構成や記述などの変更を指す。具体的には、次の通りである。推進計画、中間評価の章・節は前述3）を参照された

現状と課題：推進計画の第1章(1)、第3章1～7の「現状と課題」、第5章(1)

中間評価の「重点目標」、1～7の「施策の方向性と進捗状況」、「評価」

施策や数値目標：推進計画の第1章(2)、第2章(1)(2)、第3章1～7の「施策の方向性」、「数値目標」、第5章(2)

中間評価1～7の「今後に向けて」

もう1つの軸である変更の程度は、推進計画や中間評価の字句、文言などの変更を意味する「表現の追加・修正など」と、推進計画、中間評価の実体を転換させたと考えられる「実体転換、具体的追加など」に区分した。反映度高いは施策や数値目標の実体転換、具体的追加などを指すCのみであり、A・Bはともに反映度低いとなる。

#### 5) 委員側の2要因はいずれも2つに分類

1つ目の要因である推進計画や中間評価素案への「提案の次元」は、島根県推進協議会設置要綱第一条にある推進協議会の「目的」（推進計画の「策定及び進行管理に関する事項等を検討」）に照らし合わせ、次のようにした。推進協議会の場合での推進計画、中間評価に関する提案、島根県のがん対策などに関する要望、対案として適している場合は「妥当」、次元が異なり扱えないか、扱いにくい提案の場合は「妥当ではない」とした。もう1つの要因である「項目・記述との対応関係」は、事務局提案の推進計画や中間評価の素案の章、柱などの項目や記述内容との対応関係がある提案を対応関係「あり」、章、柱などの項目や記述内容との対応関係がないか、弱い場合は、「弱いまたはない」とした。

### (5) 測定・分類方法

#### 1) 委員提案数を測定

推進協議会議事録から意見を抽出し、そこからさらに提案を抽出した。提案にはすべてキーワードを付けた。推進協議会委員の代理出席者による提案は、正規委員と同様に、提案に分類した。会長の提案は、司会者としての提案であるため委員提案には含めず、分析対象外とした。推進協議会ごとの委員の出欠を推進協議会資料（出席者名簿）により確認し、出席であつ

ても、議事録では当該委員の提案が確認できない場合は、当該協議会での提案は0とした。1回の発言に複数の提案がある場合は、複数の提案とした。同一の提案を、複数回の発言にまたがって継続、補足説明している場合は、1つの提案とした。

2) キーワードにより提案内容を分類

提案に付けたキーワードをもとに、前述の10の提案内容のうちの1つに分類した。

3) 提案が次回素案、最終版に記載された場合は反映

提案のキーワードの一部または大部分が、次の推進協議会に提出された推進計画、中間評価の素案に記載され、なおかつ推進計画、中間評価の最終版に記載された場合を反映、最終の推進計画、中間評価に全く記載されなかった場合を非反映とした。キーワードだけでは反映状況の分類が困難な場合は、当該提案部分の推進協議会議事録に立ち返り、前後の発言などから提案の趣旨を理解したうえで、前述の方法により、反映、非反映のいずれかに分類した。以下の反映の程度、委員側の2つの要因の分類の際も、議事録に立ち返ることがあった。

2010年度第2回推進協議会では、新たな素案は配布・検討されず、同年度第1回推進協議会と同様、中間評価素案1の議論を行っていた(表2)。そのため、この回の提案の反映状況、反映の程度の分類は、中間評価素案1と中間評価最終版を用いて行った。前述のように、中間評価の素案2(2010年度第3回協議会時資料)は入手できなかったことから分析対象外とした。

同一の提案が複数の推進協議会でされた場合は、次の例のようにした。第1回推進協議会における提案が、次の推進協議会時に示された素案に記載されなかった場合は非反映とする。第2回推進協議会時に同様の提案がされ、それが第3回推進協議会時に示された素案に記載され、最終報告書にも記述された場合は反映とする。

反映の程度(表3)の分類方法は次の通りである。分類の軸の1つである推進計画、中間評価素案や最終版の中での位置づけは、提案のキーワードが前述の現状と課題、施策や数値目標のいずれに該当するかにより分類した。もう1つの軸である変更の程度は、提案のキーワード、提案がされた推進協議会時に議論された推進計画や中間評価素案の当該記述、次の協議会時に提出された推進計画や中間評価の素案、最終版の当該記述の比較から、表現の追加・修正などと、実体転換、具体的追加などのいずれに該当するかを判断した。

4) 委員側の2つの要因はキーワードにより分類

提案の次元の分類は、提案のキーワードが、前述の妥当、妥当ではないのいずれに該当するかにより行った。項目・記述との対応関係もこれと同様の方法により、対応関係あり、弱いまたはないのいずれかに分類した。

(6) 倫理的配慮

本論文では、推進協議会委員の提案を数量化し、提案者の個人名を特定できないようにしたことから、個人情報保護されている。また、鳥根県がん対策担当部署より、本研究の公開の承諾を得ている。



### 3. 結果

#### (1) 患者委員の提案数は全提案の1/3

本研究の基礎データである委員提案数を示す。推進協議会における参加者の提案数は、2007年度合計は83、2010年度合計は54であった。1つ目の基礎データ（表4）は、これらから会長、事務局などの提案を除き、協議会委員のみの提案数を年度別、委員区分別にまとめたものである。委員提案数は、全体で119、2007年度76、2010年度43となった。委員区分別で最も多いのは拠点病院で51（42.8%）、次いで患者41（34.5%）、その他27（22.7%）の順であった。

次の基礎データは、委員区分別、提案内容別の提案数である（表5）。まず、提案内容10分類中、計画全体に係る2分類、分野別施策のうち委員の関心が高い1分類、医療福祉に係る2分類を取り上げ、それぞれの例を順に示す。

「計画の策定・推進・評価等」：「数値目標は数年単位ではなく、年単位で設定」

「重点目標」：「壮年期死亡率の数値目標の設定を」（以上、2007年度推進協議会）

「分野1 がん予防の推進」：「小・中学校でがん教育（グリーンケアを含む）の実施を」

「分野4 患者・家族等への支援」：「若年患者への就労支援を」

「分野6 情報提供の推進」：「インターネットなど利用患者と未利用患者それぞれに合った情報提供を」（以上、2010年度推進協議会）

両年度を合わせて提案数が最も多かった提案内容はがん予防の推進36で、全提案数の

表4 年度別委員区分別提案数

年度・回次	患者	拠点病院	その他	合計
2007年度第1回	6	13	5	24
2007年度第2回	10	12	8	30
2007年度第3回	5	8	9	22
2007年度 小計	21	33	22	76
構成比	27.6%	43.5%	28.9%	100.0%
2010年度第1回	9	8	1	18
2010年度第2回	5	2	0	7
2010年度第3回	6	8	4	18
2010年度 小計	20	18	5	43
構成比	46.5%	41.9%	11.6%	100.0%
合計	41	51	27	119
構成比	34.5%	42.8%	22.7%	100.0%

出典) 杉崎 (2013) p. 92、を一部変更

表5 委員区分別提案内容別提案数

委員区分	計画の策定・推進・評価等	重点目標	分野1 がん予防の推進	分野2 がんの診断・治療水準の向上	分野3 緩和ケアの推進	分野4 患者・家族等への支援	分野5 がん登録の推進	分野6 情報提供の推進	分野7 がんに関する教育・研究の推進	その他	合計
患者	3	2	16	0	2	12	0	3	0	3	41
拠点病院	2	3	12	9	14	3	3	1	3	1	51
その他	1	0	8	9	6	0	0	1	0	2	27
合計	6	5	36	18	22	15	3	5	3	6	119
構成比	5.0%	4.2%	30.4%	15.1%	18.5%	12.6%	2.5%	4.2%	2.5%	5.0%	100%

出典) 杉崎 (2013) p. 95、を一部変更

30.4%を占めていた。続いて緩和ケアの推進22（18.5%）、がんの診断・治療水準の向上18（15.1%）、患者・家族等への支援15（12.6%）であった。委員区分別では、患者で多いのががん予防の推進16、患者・家族等への支援12であった。拠点病院では、緩和ケアの推進14、がん予防の推進12が目立った。

（2）委員提案の約4割は推進計画、中間評価に反映

表6に、年度別委員提案の推進計画、中間評価への反映状況、反映の場合の反映の程度（反映度）を示した。まず、委員提案の反映の程度の例を示す。

反映度低い（A）の例：2007年度第2回推進協議会時の委員提案「放射線医、放射線治療品質管理士など、放射線科に係わる施設と人材配置の優先順位を高く」。同年度第3回推進協議会時資料である推進計画素案2、推進計画（最終版）の第3章「2. がんの診断・治療水準の向上」、「現状と課題」の放射線療法に携わる専門職名にこれらの職種を追記

反映度低い（B）の例：2007年度第1回推進協議会時の委員提案「緩和ケアに係る看護人材育成と活用への支援を」。同年度第1回推進協議会時資料の推進計画素案（骨子）第3章「3. 緩和ケアの推進」、「施策の方向性」には「看護師を対象とした『緩和ケアアドバイザー研修事業』を引き続き実施する」と記述。同年度第2回推進協議会時資料の推進計画素案1、推進計画（最終版）の同一箇所では「看護師を対象とした緩和ケア研修事業を引き続き実施」に変更

反映度高い（C）の例：2007年度第2回推進協議会時の委員提案「温泉地や職場・住民の団体を利用した検診の推進を」。第2回推進協議会時資料の推進計画素案1、第3章「1. がん予防の推進」、「施策の方向性」では「検診受診者を増加させる取り組みを進める」、「効果的、効率的な啓発活動の展開」と記述。同年度第3回推進協議会時資料の推進計画素案2、推進計画（最終版）の同一箇所では、「検診受診者数を増加させるために～患者団体・住民団体の意見交換を行い、効果的・効率的・独創的な検診実施体制を構築」に変更

表6に見られるように、2007年度と2010年度を合わせた全体では、全提案119中52が反映（反映合計。A+B+C）され、反映率は43.7%であった。内訳は、反映度が高い提案（C）は25（21.0%）、低い提案（A+B）は27（22.7%）であった。反映の1/2程度は反映度が高い提案であった。2007年度の委員提案の推進計画への反映は、全提案76中32、反映率は42.1%であった。内訳は、反映度が高い提案は20（26.3%）、低い提案は12（15.8%）であった。2010年度においては全提案43中20が中間評価に反映され、反映率は46.5%であった。内訳は、反映度が高い提案は5（11.6%）、低い提案は15（34.9%）であった。

表6 年度別委員提案の反映状況、反映の程度

	反映					非反映	提案数(反映率)	
	反映度高 い (C)	反映度低い			反映合計 (A+B+C)			
		(A)	(B)	小計 (A+B)				
2007年度	20	7	5	12	32	44	76	(42.1%)
構成比	26.3%	9.2%	6.6%	15.8%	42.1%	57.9%	100.0%	
2010年度	5	6	9	15	20	23	43	(46.5%)
構成比	11.6%	14.0%	20.9%	34.9%	46.5%	53.5%	100.0%	
合計	25	13	14	27	52	67	119	(43.7%)
構成比	21.0%	10.9%	11.8%	22.7%	43.7%	56.3%	100.0%	

表7 委員区分別提案の反映状況、反映の程度

	反映の程度				反映状況		
	反映度高い (C)	反映度低い		反映合計 (A+B+C)	反映 (再掲)	非反映	提案数合計
		(A)	(B)				
患者	8	1	4	5	13	28	41
構成比	61.5%	7.7%	30.8%	38.5%	100.0%	31.7%	68.3%
拠点病院	9	10	6	16	25	26	51
構成比	36.0%	40.0%	24.0%	64.0%	100.0%	49.0%	51.0%
その他	8	2	4	6	14	13	27
構成比	57.1%	14.3%	28.6%	42.9%	100.0%	51.9%	48.1%
合計	25	13	14	27	52	67	119
構成比	48.1%	25.0%	26.9%	51.9%	100.0%	43.7%	56.3%
	委員区分(3)×反映度(反映度高い<C>、反映度低い<A+B>)(2)の $\chi^2$ 検定 $\chi^2$ 値=2.8653 自由度=2 p値=0.2387 [ns]				委員区分(3)×反映状況(反映、非反映)(2)の $\chi^2$ 検定 $\chi^2$ 値=3.7127 自由度=2 p値=0.1562 [ns]		

表7に、委員区分別提案の推進計画、中間評価への反映状況、反映の場合は反映の程度を示した。表7右側の反映状況に見られるように、患者においては全提案41中の13が反映され、反映率は31.7%であった。拠点病院においては、全提案51中25が反映され、反映率は49.0%であった。その他では、全提案27中14が反映され、反映率は51.9%であった。表7左側の反映の程度に見られるように、全体では反映(A+B+C)52中反映度高い(C)は25、この反映率は48.1%であった。委員区分別では、患者では反映13中反映度が高い提案は8、反映率は61.5%であった。拠点病院では反映25中反映度高いは9、反映率36.0%、その他では反映14中反映度高いは8、この反映率は57.1%であった。3つの委員区分と2つの反映状況(反映・非反映)との関連、3つの委員区分と2つの反映の程度(反映度高い、反映度低い)との関連を検討したが、いずれにも有意差は見られなかった。

(3) ほとんどの提案の次元は妥当、項目・記述との対応関係があるのは4割弱

表8に、反映状況に影響を及ぼすと考えられる委員側の2要因と反映状況との関連を示した。まず、委員側の2つの要因の例を示す。

提案の次元が妥当ではないの例：「開業医と勤務医の診療報酬に差をつける」(2007年度推進協議会)。厚生労働省中央社会保険医療協議会などにおいて検討される事項であるため

推進計画や中間評価素案の項目・記述との対応関係がないまたは弱い例：「離島の患者の医療費補助」(2010年度推進協議会)

表8に見られるように、全提案119のうち提案の次元が妥当は111(93.3%)、妥当ではないは8(6.7%)であった。妥当のうち反映は52、反映率は46.8%、妥当ではないの反映は0であった。提案の次元の2分類(妥当、妥当ではない)と反映状況(反映・非反映)との関連を検討したところ、次元が妥当ではないの場合に非反映となる提案が有意に多かった(p<.05)。全提案のうち、推進計画、中間評価素案の項目・記述との対応関係ありは45(37.8%)、弱いまたはないは74(62.2%)。以上、比率は表9参照)であった。項目・記述との対応関係ありは、全体では反映(A+B+C)29、反映率は64.4%、弱いまたはないのうち反映は23、反映率は31.1%であった。項目・記述の対応関係の2分類(あり、弱いまたはない)と反映状況

表8 提案の次元、項目・記述との対応関係別反映状況

要因	分類	反映 (A+B+C)	非反映	合計
提案の次元	妥当	52	59	111
	構成比	46.8%	53.2%	100.0%
	妥当ではない	0	8	8
	構成比	0.0%	100.0%	100.0%
	合計	52	67	119
	構成比	43.7%	56.3%	100.0%
提案の次元(2)×反映状況(2)のイエーツの補正 $\chi^2$ 値=4.8885 自由度=1 p値=0.0270 [*]				
項目・記述との 対応関係	あり	29	16	45
	構成比	64.4%	35.6%	100.0%
	弱いまたはない	23	51	74
	構成比	31.1%	68.9%	100.0%
	合計	52	67	119
	構成比	43.7%	56.3%	100.0%
項目・記述との対応関係(2)×反映状況(2)のイエーツの補正 $\chi^2$ 値=11.3408 自由度=1 p値=0.0008 [***]				

表9 委員区分別提案の次元、項目・記述との対応関係

委員区分	提案の次元		項目・記述との対応関係		合計
	妥当	妥当ではない	あり	弱いまたはない	
患者	38	3	14	27	41
構成比	92.7%	7.3%	34.1%	65.9%	100.0%
拠点病院	48	3	22	29	51
構成比	94.1%	5.9%	43.1%	56.8%	100.0%
その他	25	2	9	18	27
構成比	92.6%	7.3%	33.3%	66.7%	100.0%
合計	111	8	45	74	119
構成比	93.3%	6.7%	37.8%	62.2%	100.0%
/			委員区分(3)×項目・記述との 対応関係(2)の $\chi^2$ 検定 $\chi^2$ 値=1.0796 自由度=2 p 値=0.5829 [ns]		

(反映・非反映)との関連を検討したところ、対応関係がある場合に反映となる提案が有意に多かった(p<.001)。

表9に、委員区分と反映状況に影響を及ぼすと考えられる委員側の2要因との関連を示した。表9左側に見られるように、委員区分別に提案の次元を見ると、妥当は患者提案41(表9右側。合計)中38(92.7%)、拠点病院51中48(94.1%)、その他27中25(92.6%)と、どの委員も妥当がほとんどであった。表9中央に見られるように、委員区分別に項目・記述との対応関係を見ると、ありは患者提案41中14(34.1%)、拠点病院51中22(43.1%)、その他27中9(33.3%)であった。3つの委員区分と項目・記述との対応関係の2分類との間には、有意な関連は見られなかった。

表10に、提案の次元、委員区分、提案の反映状況の3次元クロス集計の結果を示した。提案の次元が妥当の場合、患者提案38中13が反映され、反映率は34.2%、拠点病院では48提案中25が反映、反映率は52.1%、その他では25提案中14が反映、反映率は56.0%であった。提案の次

表10 提案の次元、委員区分、反映状況との関連

提案の次元	委員区分	反映 (A+B+C)	非反映	合計
提案の次元 は妥当	患者	13	25	38
	構成比	34.2%	65.8%	100.0%
	拠点病院	25	23	48
	構成比	52.1%	47.9%	100.0%
	その他	14	11	25
	構成比	56.0%	44.0%	100.0%
	合計	52	59	111
	構成比	46.8%	53.2%	100.0%
委員区分(3)×反映状況(2)の $\chi^2$ 検定 $\chi^2$ 値=3.8065 自由度=2 p値=0.1491 [ns]				
提案の次元 は妥当では ない	患者	0	3	3
	構成比	0.0%	100.0%	100.0%
	拠点病院	0	3	3
	構成比	0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	2	2
	構成比	0.0%	100.0%	100.0%
	合計	0	8	8
	構成比	0.0%	100.0%	100.0%

表11 項目・記述との対応関係、委員区分、反映状況との関連

対応関係	委員区分	反映 (A+B+C)	非反映	合計
項目・記 述との 対応関係 あり	患者	6	8	14
	構成比	42.9%	57.1%	100.0%
	拠点病院	16	6	22
	構成比	72.7%	27.3%	100.0%
	その他	7	2	9
	構成比	77.8%	22.2%	100.0%
	合計	29	16	45
	構成比	64.4%	35.6%	100.0%
項目・記 述との 対応関係 は弱いま たはない	患者	7	20	27
	構成比	25.9%	74.1%	100.0%
	拠点病院	9	20	29
	構成比	31.0%	69.0%	100.0%
	その他	7	11	18
	構成比	38.9%	61.1%	100.0%
	合計	23	51	74
	構成比	31.1%	68.9%	100.0%
委員区分(3)×反映状況(2)の $\chi^2$ 検定 $\chi^2$ 値=2.8653 自由 度=2 p値=0.2387 [ns]				

元が妥当の場合、3つの委員区分と2つの反映状況との間には、有意な関連は見られなかった。提案の次元は妥当ではないの場合、患者、拠点病院、その他とも、すべて非反映であった。

表11に、委員提案と推進計画、中間評価素案の項目・記述との対応関係、委員区分、提案の反映状況の3次元クロス集計の結果をまとめた。項目・記述との対応関係ありの場合、患者提案14中6が反映となり反映率は42.9%、拠点病院提案22中16が反映となり反映率は72.7%、その他では提案9中反映7で反映率は77.8%であった。項目・記述との対応関係は弱いまたはないの場合、患者提案27のうち7が反映となり、反映率は25.9%、拠点病院提案29中9の提案が反映、反映率は31.0%、その他提案18中反映7、反映率は38.9%であった。項目・記述との対応関係ありの場合の委員区分ごとの反映状況は、4～7割台であった。項目・記述の対応関係は弱いまたはないの場合の3つの委員区分と2つの反映状況との間には、有意な関連は見られ

なかった。

#### 4. 考察

(1) 患者委員は他委員と遜色のない水準の参加をしていた

委員提案の反映状況、反映の程度分析結果についてまとめる。推進協議会委員の全提案のうち約4割が、推進計画、中間評価に反映されていた。反映のうち、反映度が高い反映と低い反映の比率はほぼ同じで、5割程度であった。委員区分と反映状況との関連を検討したが、有意差はなかった。また、委員区分と反映の程度（反映度）との間には、やはり有意な関連は見られなかった。

推進協議会委員のうち拠点病院委員は全員医師であるし、その他委員にも医師、他の医療職が多く含まれていた。途中で委員構成も変わっていた。そうした中であっても、患者委員の提案の反映状況、反映の程度は、他委員に遜色ない水準にあったと考えられる。反映状況、反映の程度から見る限り、患者委員は、推進計画策定・評価に参加し、推進計画や中間評価の完成に貢献をしたと考えられる。このアウトカム評価研究の結果は、同時期の島根県推進協議会における委員発言数、提案数などを指標としたプロセス評価による患者参加の測定・評価研究（杉崎 2013）の結果とほぼ一致している。

(2) 提案の次元、項目・記述との対応関係は委員側の2つの要因

協議会委員提案の反映状況（反映・非反映）に影響を及ぼすと考えられる委員側の要因分析のうち、提案の次元の検討結果についてまとめる。ほとんどの提案は、推進計画、中間評価、島根県のがん対策に関する要望・対案として妥当であり、妥当ではない提案は僅かであった。提案の次元と反映状況との関連を検討したところ、次元が妥当ではない場合に非反映となることが有意に多かった。2つ目の要因である推進計画、中間評価素案の項目・記述との対応関係に関しては、ありは約4割、弱いまたはないは約6割であった。項目・記述との対応関係と反映状況との関連を検討したところ、対応関係ありの場合に反映となる提案が有意に多かった。

これらのことから、委員提案の次元、推進計画、中間評価素案の項目・記述との対応関係はともに提案の反映状況に影響を及ぼす委員側の要因と考えられる。推進協議会委員は、提案の反映を目指す場合、次元、項目・記述との対応関係を考慮した提案をすることが望ましいと言えるが、後述するように別の側面もあると考えられる。

3つの委員区分と委員側の2つの要因との関連の検討結果をまとめると、次のようになる。提案の次元に関しては、どの委員提案もほとんどが妥当であった。妥当の場合、委員区分と反映状況には有意な関連は見られなかった。妥当ではない場合、どの委員提案も非反映であった。提案と項目・記述との対応関係に関しては、委員区分との間に有意な関連は見られなかった。対応関係がある場合、委員区分ごとの反映は4～7割台であった。対応関係が弱いまたはない場合は、委員区分による反映状況に有意差は見られなかった。

これらのことから、患者委員は、拠点病院やその他委員とほぼ同様に、推進協議会の場に適した次元の提案を行っていたと考えられるし、事務局提案の推進計画、中間評価素案などの項

目・記述に沿った提案をし、推進計画、中間評価に反映させていたと考えられる。

反面、患者委員を含む推進協議会委員は、推進計画、中間評価素案との対応関係は弱いかないが、それぞれの分野の現状やニーズに基づいた提案を、意図的にすることもあったと考えられる。最初の島根県推進計画（2008年度～2012年度）、中間評価（2010年度）には反映されなかったが、2番目の島根県推進計画（2013年度～2017年度）に反映されたと考えられる患者委員提案例には、「離島患者の通院費用支援」、「県外での治療者の支援」、「商工会議所と連携した就労支援」（2010年度推進協議会）などがある。2番目の島根県推進計画（島根県 2013：61-62）の第3章「5. 患者・家族等への支援」、「施策の方向性及び取り組むべき対策」には、最初の推進計画にはなかった「がん患者の就労も含めた社会的な問題への対応」という項目が設けられ、就労に関するニーズ調査、対策の実施、患者の経済的負担軽減のための支援が記されている。この背景には、政府の2番目のがん対策推進基本計画（2012年度～2016年度）に、就労支援の支援、経済負担軽減策の検討などが新たに加えられたことがあると思われる。しかし、それだけでなく、前述の患者委員提案の影響もあると思われる。同様のことは、例えば拠点病院委員の提案「資格取得の金銭的支援」、その他委員の提案「緩和ケア（病診連携）研修会の開催」（以上、2007年度推進協議会）にも見られる。

提案の次元の妥当性、提案と推進計画、中間評価素案との対応関係の観点から見ても、患者委員は、他委員とほぼ同水準の推進協議会への参加をしていたと考えられる。総じて、島根県推進協議会において患者委員は、積極的・建設的な役割を果たしていたと考えられる。

### （3）患者委員が他委員と同水準の参加ができた背景・理由

島根県推進協議会における委員提案の反映状況、反映の程度を指標としたアウトカム評価研究においても、患者委員は他委員と同水準の参加ができていたことが明らかになった。この背景・理由は、同推進協議会を対象としたプロセス評価研究における考察から導き出した、患者参加を可能とした推進協議会内外の要因（杉崎 2013）と基本的に同じと考えられる。外的要因は、患者らのがん医療の地域間格差の縮小などの運動、がんサロンの活動と考えられる。内的要因は、主管である島根県健康福祉部の患者参加を重視する方針、患者委員を多く配置した委員構成や公平・中立の司会、他委員の患者の発言の尊重などである。内的要因は、外的要因に後押しされ形成されたと考えられる。前述の提案の妥当性、項目・記述との対応関係という委員側の要因は、内的要因に追加できると考えられる。

A市次世代育成支援行動計画において住民参加の影響を析出した研究（小野 2011：88-112、150-170）によると、住民の意見は計画にそれほど影響を及ぼさなかった。この背景や理由として、行政による住民参加の定義の不明確さ、住民参加による計画策定の経験不足、財政確保の困難さ、住民の影響力の制約、庁内組織や関係団体との力関係などを挙げている。

島根県推進協議会において患者参加を可能にしたと考えられる要因と、A市次世代支援行動計画において住民参加が不十分であったと考えられる背景・理由のうち共通しているのは、関係部署をはじめとした行政の患者・住民参加に対する認識であろう。行政を後押しする患者・住民らの運動・活動の有無が、この違いを生じさせた理由の1つと言えよう。

## 5. 研究の限界と今後の課題

本研究には3つの限界がある。第1に、1県2年間の推進協議会を対象とした研究であり、一般化には限界がある。第2に、委員提案、提案の反映状況や反映の程度、反映状況に影響を及ぼす委員側の要因などの抽出・分類の厳密性という点で限界がある。抽出・分類には主観が入り込む可能性があり、あいまいさが残らざるを得ない。第3に、委員提案の反映状況の分類に関する限界がある。反映、非反映の分類は、推進協議会における委員提案と、推進計画、中間評価の素案や最終版の変更とを直接関連付けて行った。しかし、実際には委員提案の影響以外の理由により、それらに変更された可能性もある。例えば、推進協議会での意見取りまとめの参考とするため、鳥根県は県がん診療ネットワーク協議会などから意見聴取（鳥根県 2010：1）をしているが、これらの影響は分析できなかった。政府の政策（小野 2011：88-112）、とくにがん対策の影響も検討できなかった。これらのことから、患者委員を含む委員提案の影響を過大評価している可能性がある。

今後の研究課題は、医療分野の他の計画の先行事例を対象とした患者参加の影響のプロセス評価、アウトカム評価研究である。アウトカム評価研究においては、委員提案の反映状況に影響を及ぼす要因、とくに行政側の要因、協議会運営上の要因の分析も課題となる。患者参加は拡大してきており、2013年度～2017年度の都道府県地域医療計画策定においても、患者・住民参加が実現した。しかし、計画の対象疾患が広いなど、がん対策推進計画とは異なる特徴がある。これらの場での参加の影響の実証研究によって、次のことがより明らかになれば、医療分野の計画策定・評価における患者参加を一層促進させる力になり得るであろう。患者参加は、計画全体の目標や重点に配慮した上で、患者らの切実なニーズや要望を実現させるための有力な手段である。

## 謝辞と付記

本稿を執筆するに当たり、鳥根県健康福祉部がん対策担当部署、同がん対策推進協議会委員（当時、現在）のみなさまには多大なご協力をいただきました。記して深謝申し上げます。また、分析にご協力いただいた尾崎由利子氏、荒川孝之氏に感謝いたします。

本研究は、鳥根大学法文学部山陰研究プロジェクト（2010・2011年度）による研究成果の一部である。

## 文献

- 阿部浩之・湯沢昭（2001）「ワークショップにおける合意形成プロセスの評価」『2001年度第36回日本都市計画学会学術研究論文集』55-60。
- 原科幸彦・林玲子・錦澤滋雄（2005）「地域計画への合意形成に対する会議方式の効果－屋久島の将来計画に関する会議実験－」『計画行政』28(4)、52-62。
- 平岡公一（1996）「福祉計画におけるサービス評価」定藤丈弘・坂田周一・小林良二編『社会福祉計画』



有斐閣、179-192。

李彦尚（2014）「地域福祉計画評価のための福祉コミュニティ意識尺度の開発－妥当性と信頼性の検証－」  
『評論・社会科学』108、105-124。

李彦尚（2015）「地域福祉計画策定への住民参加による福祉コミュニティ意識の変化－計画策定前後における質問紙調査を手掛かりに－」『日本の地域福祉』25、29-41。

牧田義輝（2007）『住民参加の再生 空虚な市民論を超えて』勁草書房。

永田祐（2011）『ローカル・ガバナンスと参加 イギリスにおける市民主体の地域再生』中央法規出版。

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編（2011）『都道府県別がん対策カルテ2011』  
(<http://ganseisaku.net/pdf/karte/record2011.pdf>。2016.8.5)

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編（2012）『都道府県別がん対策カルテ2012』  
([http://ganseisaku.net/karte\\_2012.html](http://ganseisaku.net/karte_2012.html)。2016.8.5)

錦澤滋雄・吉村輝彦・原科幸彦（1997）「都市計画マスタープラン策定におけるまちづくりワークショップの現状分析－鎌倉市を事例として」『1997年度 第32回日本都市計画学会学術研究論文集』253-258。

小野セレストア摩耶（2011）『次世代育成支援行動計画の総合的評価 住民参加を重視した新しい評価手法の試み』関西学院大学出版会。

長宏（1978）『患者運動』勁草書房。

島根県（2010）『島根県がん対策推進計画 中間評価（素案）』

島根県（2013）『島根県がん対策推進計画（平成25～29年度）』

杉崎千洋（2013）「がん対策推進計画策定・評価過程における患者参加測定の試み－島根県がん対策推進協議会議事録分析より－」『医療社会福祉研究』21、85-101。

矢野聡（2009）『保健医療福祉政策の変容 官僚と新政策集団をめぐる攻防』ミネルヴァ書房。

和気康太（2005）「地域福祉計画における評価」武川正吾編『地域福祉計画 ガバナンスの時代の社会福祉計画』有斐閣アルマ、189-209。

全国がん患者団体連合会（2015）「がん対策基本法の改正に関する要望書」(<http://zenganren.jp/?p=329>。2016.8.1)

**Measurement of Patient Involvement in Developing  
and Evaluating a Cancer Control Promotion Plan  
— Analysis of the adoption status of committee proposals  
of Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Council —**

SUGISAKI Chihiro

(Faculty of Law & Literature, Shimane University)

[Abstract]

This paper measures the impact of patient involvement in the development and evaluation of government healthcare policy based on the Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Plan. This study analyzed the adoption of committee proposals agreed by Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Council, as well as the particular factors of the committee proposals that were adopted.

As a result of the analysis, no significant difference in outcome measures was identified between the patient members representing the patients and the non-patient members (members of a cancer cooperation hospital committee, etc.). The levels of involvement in development and evaluation of the plan by the patient members and non-patient members were considered to be the same. The factors that affected adoption of a proposal were the “validity of the proposal” and “correspondence between the proposal and the item description of the plan”. “Correspondence between the proposal and the item description of the plan” was classified into two levels: “good correspondence” or “weak or no correspondence”. Between the patient members and non-patient members, there was no significant difference in this factor. From these results, the degrees of involvement by the patient members and non-patient members were equivalent.

Keywords : Cancer patients, Involvement, Prefectural Cancer Control Promotion Plan, Shimane Prefectural Cancer Control Promotion Council, Adoption of proposal