

平成18年10月27日

照会先	健康局総務課がん対策推進室
	佐々木（内線2945）
	安里（内線4603）
	小山（内線2946）

## がん対策の推進に関するご意見の募集について

平成18年10月  
厚生労働省 健康局総務課がん対策推進室

厚生労働省では、今後のがん対策の推進に当たって参考とするため、幅広い観点から、これまでのがん対策の再点検と課題の抽出等を行うために、がん患者やその家族又は遺族、がん医療従事者及び有識者による意見交換会を開催することとしておりますが、意見交換をより実りあるものとするため、実際ががんの問題に直面する国民の皆様や、医療に従事する皆様からも、がん対策に関するご意見を募集することとしました。つきましては、下記の意見提出様式に従いご意見をお寄せいただきたいと思います。

なお、いただきましたご意見について、今後、意見交換会等で公表させていただく（個人が特定されるような情報は秘匿いたします。）場合があります。また、ご意見に個別に回答することは予定しておりませんので、その点ご了承願います。

### 【募集期間】

平成18年10月27日（金）から平成18年11月30日（木）まで

### 【意見提出様式】

別添参照

### 【提出先】

#### ○ 電子メールの場合

- ・ gantaisaku@mhlw.go.jp までお寄せください。
- ・ メールのお題名は「がん対策への意見」としてください。
- ・ ご意見につきましては、必ず意見提出様式に記入の上、ファイルを電子メールに添付して提出していただきますようお願いいたします。

○ FAXの場合

送信先

FAX番号 03-3595-2169  
厚生労働省健康局総務課がん対策推進室  
がん対策に関するご意見募集担当宛

○ 郵送の場合

送付先

〒100-8916  
東京都千代田区霞が関1-2-2  
厚生労働省健康局総務課がん対策推進室  
がん対策に関するご意見募集担当宛

※FAX及び郵送による場合も、ご意見につきましては、必ず意見提出様式に記入の上、提出していただきますようお願いいたします。

※電話によるご意見はお受けできかねますので、あらかじめご了承ください。

## がん対策の推進に関するご意見募集

がん対策の推進に関するご意見募集に対し、ご協力いただきありがとうございます。以下の要領に沿って、ご意見を提出いただきますようお願いします。

### 1. ご意見について

#### ① テーマ

以下のいずれか一つを選び、○をつけて下さい。複数のテーマについてご意見がある場合には、それぞれのテーマごとにご意見を提出下さい。

- |    |                       |
|----|-----------------------|
| 1  | がんの予防について             |
| 2  | がんの早期発見について（がん検診など）   |
| 3  | がんに関する専門的医療従事者の育成について |
| 4  | がん医療に関わる医療機関について      |
| 5  | がんに関する情報の提供体制について     |
| 6  | がんに関する相談及び支援について      |
| 7  | 手術療法について              |
| 8  | 抗がん剤療法について            |
| 9  | 放射線療法について             |
| 10 | 緩和医療について              |
| 11 | その他がんの治療法について         |
| 12 | がん登録について              |
| 13 | がんに関する研究について          |
| 14 | その他（1～13に当てはまらない場合）   |

#### ② ご意見の表題

ご意見に表題をつけて下さい。

--

例) がん医療を行う病院がどこにあるのか情報提供して欲しい。

#### ③ ご意見の内容

ご意見を、A4 1枚（1200字程度）に、簡潔に記入下さい。（次ページをお使いいただいても、別の紙を提出いただいても結構です。）

がん対策に関するご意見募集ですので、特定の個人・医療機関・団体等に対する個別のご意見はお控え下さい。

なお、いただいた主要なご意見は、「がん対策の推進に関する意見交換会」（厚生労働省健康局長参集）への提出や、厚生労働省のホームページでの公表を予定しております。

がん対策の推進に関するご意見

2. ご自身の属性について

ご自身について、以下の項目の記載をお願いします。

① 年齢：\_\_\_\_\_ 下記より該当する番号をご記入下さい。

1. 20歳未満	2. 20代	3. 30代	4. 40代
5. 50代	6. 60代	7. 70歳以上	

② 性別：\_\_\_\_\_ 下記より該当する番号をご記入下さい。

1. 女性	2. 男性
-------	-------

③ がんとの関わり：\_\_\_\_\_ (3に該当する方のみ→ご職業：\_\_\_\_\_)

下記より該当する番号をご記入下さい。

複数に該当する場合は複数の番号をご記入下さい。

- |   |
|---|
| 1. ご自身ががん患者である、又はあった。   |
| 2. ご家族にがん患者の方がいる、又はいた。  |
| 3. ご自身ががん医療に従事している、又はいた。<br>※ 3に該当する方は、ご職業を教えてください。<br>下記より該当する記号をご記入下さい。 |

ア. 医師・歯科医師
イ. 看護師・准看護師・保健師
ウ. 薬剤師
エ. 放射線技師
オ. メディカルソーシャルワーカー
カ. その他医療従事者 (医療機関経営含む。)

4. その他 (1～3に当てはまらない場合)
------------------------

④ 連絡先

いただいたご意見について問い合わせを行うことがございますので、連絡先をご記入下さい。ご記入いただいた情報は、厚生労働省健康局総務課がん対策推進室が、いただいたご意見について問い合わせる場合にのみ使用し、それ以外の目的で使用することはありません。ご意見を公表するに際して個人が特定できる情報を掲載することはありません。

氏名 (ふりがな) :
-------------

住所 :
------

電話番号 :
--------