

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1921	医療提供者 (協議会委員)		愛知	推進が必要。			たばこ税のさらなる増税。
1922	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・禁煙の成否は個人のモチベーションに大きく依存する。「たばこ＝健康悪」教育が重要。・たばこが比較的安価で自由に24時間購入可能であり、何らかの制限が必要。		喫煙者のがん、心血管病診療の自己負担分を増加する。	・学校教育で喫煙の害を徹底的に教える。・たばこの価格を3～5倍程度に上げる。・自動販売機の廃止。
1923	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	公共の場(少なくとも子どもが受動喫煙しうる場所)での全面禁煙。義務教育。			専門家による巡回教育。
1924	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	たばこの有害性や禁煙重要性が啓蒙されているにもかかわらず、肺がんは増加傾向にある。		禁煙外来を設けている病院に対して一定の外来加算を設けることが望ましい。	日本は諸外国に比べてたばこの価格が安価である。たばこ税の更なる増税を段階的に進めるべきである。これでたばこが原因の疾病が減少すれば医療費を間接的に抑制することにつながると考える。
1925	医療提供者 (協議会委員)		三重	たばこの値上げ(1箱千円程度に)。			喫煙者には保険料を上げる。
1926	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	禁煙対策が遅れている。	タバコに対する税金を引き上げて、たばこ料金を欧米並みにする。		学校教育の中でタバコによる発ガンについての教育を徹底する。
1927	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	エビデンスのあるものについて、ということになると、たばこ、そしてヘリコバクタ除菌などに限定される。ただ、ヘリコバクタ除菌については、肝炎ウイルスに比べてほとんど無視されている。	ヘリコバクタ感染者に対する除菌治療の保険適応承認。	ヘリコバクタ感染者に対する除菌治療の保険適応承認。	ヘリコバクタ除菌のさらなる広報活動。
1928	医療提供者 (協議会委員)	富士原 正人	京都	たばこの値段をもっと上げるべし。			
1929	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	現在の政策をさらに強化。			
1930	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	禁煙外来を本年1月から開設予定だが、どの程度認知され、利用していただけるかが問題である。			
1931	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	全面敷地内禁煙は、院内において多くの問題が生じてきていると思われる。			
1932	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	敷地内禁煙病院での喫煙に罰則を。			前記の敷地内喫煙に罰金など
1933	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	禁煙や生活習慣の改善が進まないがんの予防、禁煙に関する啓発事業が少ない子宮頸がんワクチンの啓発と推進。	たばこ税の増額子宮がんワクチン、肝炎ワクチンなど、防げるがんに対する予算。	ニコチン依存症の治療計画について、もう少し現場に裁量権を。	小学生の頃からがんに対する啓発活動、禁煙啓発活動が必要ワクチン等がん予防を国が責任を持って行う制度を。
1934	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	たばこ事業法によりたばこの製造・販売が守られている。			たばこ事業法を廃止する。たばこ増税(500円以上)をきっかけに喫煙率低下を誘導する。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1935	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	各がん検診の受診率をみても県民のがんに対する意識は決して高いとはいえないので、啓発、情報発信が必要。たばこは平成12年に「和歌山県たばこ対策指針」を定め、色々な活動もあり少しずつではあるが効果が出てきている。			
1936	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	喫煙の怖さを、もっと啓発すべきである。			義務教育の早い時期から、喫煙の怖さを教えるべきである。
1937	医療提供者 (協議会委員)	尾野 光市	和歌山	禁煙外来を開設したいが、院内禁煙の状態であるので、できない。			施設基準を敷地内禁煙ではなく、院内禁煙でも可とすべき。
1938	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	日本国内どこにいてもマナーの悪い人に遭遇する。施設敷地内の禁煙は、医療施設では必須だと思う。	たばこ税の引き上げ。マナー違反条例の制定。		
1939	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	形式的な敷地内禁煙。外でタバコをすい見苦しい。日本からタバコをなくすのが望ましい。		本当の禁煙対策病院のみ、診療報酬の対策を。	形式的な敷地内禁煙病院にたいして指導を。
1940	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	なんで発がん物質の塊を野放しにするの？火事の元でもあるのに？なんで1箱1000円に出来なかったの？世論もかなり賛成だったのに？議員さんの喫煙率でも公表すれば？		たばこを吸う人は保険負担料を高くすることを議論する(実現不能でも、議論する)。	幼稚園・保育園レベルで喫煙の害を教える。小さい子供に言われると親は言うことを聞くから。
1941	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	たばこのごとく、明らかな因果関係が確認されたものは、近い将来には、除外されるであろう。それ以外のグレーゾーンにある多くの要因について、真の予防効果の有無を科学的に検証してほしい。			
1942	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
1943	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	タバコが規制されていない。	子宮頸がんの対策。HPVワクチンの普及。中学入学時に全員の接種。また、出産時(妊娠時)の検診は無料として、少子化対策にも貢献する。	ヘビースモーカーの手術・手術後管理の保険診療種の点数を加点する。	小学校・中学校の敷地内の禁煙を法制化する。
1944	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	思い浮かばない。			
1945	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん拠点病院では禁煙外来の設置を義務とする。			
1946	医療提供者 (協議会委員)		広島	たばこ対策はかなり進んできているがまだ不十分である。	小学校からの禁煙教育(具体的に「たばこの害」についての映像やモデルを用いた教育)。禁煙領域の拡大。	極端な意見であるが、明らかにたばこが原因でがん罹患した症例については、診療費をアップする。	小学校からの禁煙教育の制度化。
1947	医療提供者 (協議会委員)		広島	タバコががんの最大の原因であることは疫学上も明らかなのだから、禁煙を強力に推し進める必要があると思う。	たばこ税を上げてほしい。	禁煙外来に対する評価を。	
1948	医療提供者 (協議会委員)		広島	医師も積極的に予防に取り組む必要がある。		予防に対する診療報酬も考える。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1949	医療提供者 (協議会委員)		広島	受動喫煙対策。			飲食店等での更なる分煙促進対策が必要。
1950	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	禁煙外来を準備中。			
1951	医療提供者 (協議会委員)		山口	喫煙率の減少。	病院敷地内全面禁煙。	敷地内全面禁煙病院では診療報酬upを。	
1952	医療提供者 (協議会委員)		山口	タバコ産業から得られる税収、産業に関わる雇用などと、タバコによる健康被害に原因する医療費の損失を比較するのではなく、それ以前に、明らかに医学的に有害とわかっていることを継続させる国の方針が理解できない。			
1953	医療提供者 (協議会委員)		山口				現場の問題もそうだが、やはりタバコ税の大幅アップは必要。
1954	医療提供者 (協議会委員)		徳島	増税増収分は医療費へ。			
1955	医療提供者 (協議会委員)		香川	たばこが強調されすぎている。禁煙は重要だがそれ以外にもいろいろあると思う。			健診の強化 任意より必須にする 主婦などは健診をうけなくてもどこからもクレームがこない
1956	医療提供者 (協議会委員)		香川	喫煙者に対して寛大すぎる。	値上げ。	喫煙者の診療報酬加算(難しいだろう)。	喫煙に対しての罰則強化。
1957	医療提供者 (協議会委員)		香川	禁煙外来情報は以前と比べて周知されており、受診を希望する患者も増えてきたのが実状であるが、その分途中で挫折する患者も多く、その後のフォローがなされていないのではないか。また、喫煙の低年齢化に伴いタスポの導入もされたが、それがたばこ対策にどれくらい影響したのか等結果が明らかにされているのか不明な点が多いような気がする。			
1958	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	たばこ増税が喫煙者の反対により実現しない社会構造自体が病的である。財務省、厚労省職員は全員非喫煙者か？	たばこ増税の大幅実施。	禁煙外来の報酬アップにより、医療機関の取り組みモチベーションを上げる。	県庁などの公的機関を敷地内禁煙とする法整備。
1959	医療提供者 (協議会委員)		香川	禁煙ゾーンを増やすだけではマナーの悪い人がどこでも吸ってしまう。			たばこの値段を上げれば喫煙者は少なくなると考えられる。喫煙室を作り、分煙の方向で考えることを奨励してはどうか。
1960	医療提供者 (協議会委員)	寛 善行	香川	施設内禁煙はかなり普及しましたが、医療従事者の喫煙率はあまり下がっていないのでは？医療従事者の実態調査を実施し、非喫煙率の高い施設には何らかのインセンティブを与えてはどうかと思う。			
1961	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	国をあげての禁煙対策、禁煙教育が急がれる。タバコ1箱の値段も1000円ぐらいに値上げが必要か？。特に未成年者への禁煙教育が必要。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1962	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	国民への浸透が悪い。煙草の値段を上げるべきだ。			
1963	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	禁煙は重要だが、一部で先鋭化している活動もあり。厚労省は、国民の健康と税金、雇用確保との両天秤なので、迫力がない。			がん対策として禁煙を行うなら、未成年者の喫煙だけでなく、成人を含めた喫煙率にも言及すべき。
1964	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	たばこ料金をもっと値上げする必要がある。			
1965	医療提供者 (協議会委員)		高知	因果関係が明らかなのであれば、禁煙運動は推し進める必要があるだろう。			
1966	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	禁煙外来の充実。学校教育、市民教育で禁煙を含む「がん予防12カ条」の普及。	学校教育、市民教育の普及。	予防医学に対する保険適用。	予防医学に対する保険制度の改訂。
1967	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がん予防は、国の政策として重要な事であるが、多因子病としてのがん腫の1次予防は不可能に近いのが現状である。子宮頸がんのHPVワクチンは、我が国でもやっと使用可能になったが、保険適用外である。重要となる2次予防では、がん検診が推進されているが、その有用性を証明する科学的根拠に関する研究が少ないため、本当に有用であるか否かが証明されていない問題がある。	がん検診の有用性を検証する多数例での研究に、十分な予算をつける必要がある。		たばこががん対策として絶対的に重要であるならば、国として販売禁止にすべきである。
1968	医療提供者 (協議会委員)		福岡				たばこの価格を上げる。
1969	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	たばこの販売量を減らしていく。			値段を徐々に上げていく。
1970	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	国の禁煙推進対策が甘いと思う。			タバコ1箱千円とし、値上げ分は医療費に回す。
1971	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	まさか自分ががん(特に耳鼻科系)になるなんてと思い進行してからの受診となる。		がん診療費の(受診側)引き下げ。	
1972	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	各医療圏(二次)ごとに対がん協会を組織。	予算措置して支援。	時期尚早。	法令化できればベスト。
1973	医療提供者 (協議会委員)		長崎	タバコをなくすくらいの覚悟がないと事は進まない。			タバコ1箱1000円くらいにしないと効果はない。タバコ税の損失など肺がんの発生が少なくなって、医療費が減ることを考えれば問題にならないと思うが、。
1974	医療提供者 (協議会委員)		大分	たばこ対策。			学校教員に禁煙教育を行い校内完全禁煙にする制度。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1975	医療提供者 (協議会委員)		大分	初等教育における禁煙教育の推進。	保健主事、養護教諭を対象とした禁煙教育。	学校医による禁煙教育の取り組みに対して診療報酬加算。	各学校(小学校・中学校)の安全計画、保健計画の中で、小学校5年生・中学校1年生に禁煙教育、薬物乱用防止教育の実施、都道府県教育委員会と都道府県の保健医療行政部門との連携。
1976	医療提供者 (協議会委員)		大分	ワクチンなどを含めてがん予防は積極的に取り組む。			
1977	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	1箱1000円位に値上げすれば自然と需要は減少する。			
1978	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	たばこよりも排気ガス等の大気汚染対策が第一。			たばこに替わるヒーリングアイテムの開発支援。
1979	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	目標はかかっているが、目標に向けたやる気はあるのか？車の運転中の煙草も携帯電話と同様違法にするとか、嗜好品とはいえ、具体策をもっと立案すべきと思			
1980	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	自分も喫煙者であること。			早く値上げすべき。段階的値上げはダメ。
1981	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	自ら予防を怠っていると考える。それ他の代価を支払うべき。	課税額を大幅に増加させる事が非嗜好者との公平感を取り戻す一助になると思う。		非喫煙者(判別が困難であるが)の医療費自己負担額を軽減する。
1982	医療提供者 (協議会委員)			依存症としての対策。			
1983	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策。			たばこの値段を高くする。国として発がん因子であることをPRする。
1984	医療提供者 (協議会委員)					医療費ではなく講習会や啓蒙等による対応がよいと思う。	
1985	医療提供者 (協議会委員)			喫煙に対する規制の強化が必要だと思う。			
1986	医療提供者 (協議会委員)			もっとたばこの値段を上げて欲しい(1000円程度に)(専売会社の方には十分サポートして)。			
1987	医療提供者 (協議会委員)			国が禁煙に対し強く施策を。		非喫煙者には診療報酬上の特典をつける。	・限られたスペース以外での喫煙禁止(屋外)。・健康増進法の徹底と違反に対する罰則の強化。
1988	医療提供者 (協議会委員)			タバコ税増税。			
1989	医療提供者 (協議会委員)			敷地内禁煙とはいえ、終末期の患者にどこまで強制できるかの問題がある。		禁煙の基準の緩和。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1990	医療提供者 (協議会委員)			タバコ代の値上げと全面禁煙を。タバコの害は肺がんだけではないことに留意。予防に予算を使う以上に禁煙が費用対効果が優れている。			
1991	医療提供者 (協議会委員)			たばこは税収としての期待も高く、これ以上の社会的締付けは場面によってはいじめに似たものにも映る。			少なくとも先進国の平均レベルへの値上げで、これを福祉への予算に向けてもらいたい。
1992	医療提供者 (協議会委員)			喫煙率の低下が少ない。	たばこ税を当てにしないようにする。国民の健康を第一優先に。		タバコの価格を2倍に。タバコをすう人の保険料を割り増しに。
1993	医療提供者 (協議会委員)			たばこ対策ががん予防に関する最大かつ緊要のものであるという認識が特に行政側に大きく欠けている	たばこ税の引き上げ。		たばこ事業法の廃止、公共の場における喫煙の規制(受動喫煙防止対策)・広告規制・警告表示の強化。
1994	医療提供者 (協議会委員)			病院敷地内を禁煙にしても敷地内で喫煙する患者さんはある割合でいる。	たばこ税の増額。たばこはひと箱1000円でも2000円でもよいと考える。	すでに議論されてるかもしれないが、入院を契機に禁煙を考える場合があるので入院中も禁煙外来を受診した場合に診療報酬をつけてはどうか。	健康増進法で喫煙禁止区域で喫煙した人への罰則規定の制定。施設管理者の努力義務だけでは足りないと思う。喫煙者は自分が病気になるだけではなくて副流煙でほかの人を病気にするリスクを高める。なぜ喫煙者にお咎めがないのか? 条例レベルでは料金を課したりあるよう
1995	医療提供者 (協議会委員)			教育制度の充実。			
1996	医療提供者 (協議会委員)			煙草代が安すぎる。	禁煙外来への助成。	禁煙外来に対する評価をもっと多く。	たばこ代を上げることです。欧米並みに1箱1000円以上にすればいい。
1997	医療提供者 (協議会委員)			タバコの害に対する広報を幼稚園、小学校のときから教育していなくては、いつまでたっても現状と変化なしと思われる。タバコ会社を怖がって進まない! 現状でがんの危険因子などを国から広報することが必要ではないか? 予防は自らの努力も必要なのではないか?			
1998	医療提供者 (協議会委員)			税収としてのたばこの位置づけがある以上、禁煙に対する政策は唇溝しづらいのではないか?			
1999	医療提供者 (協議会委員)			CCS専用のパンフレットが必要である。			
2000	医療提供者 (協議会委員)			低年齢での喫煙をどこまで押さえられるか。			
2001	医療提供者 (協議会委員)			国のたばこ対策が極めて低い、あまい。	たばこ税に依存した財政運営からの脱却が急務。		・たばこ対策を国をあげて住民(国民)運動に盛り上げること。・医療・教育関係者はもちろん、公務員の禁煙の徹底。・たばこ産業の関係者のリストラ対策を早急に実施する。抵抗勢力にしない。
2002	医療提供者 (協議会委員)			タバコの販売価格が安すぎる。	タバコ税の引上げ。一箱1000円以上にしてはどうか。	禁煙外来加算の増額。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2003	医療提供者 (協議会委員)			現状を把握しづらい。			タバコの値上げ喫煙可能エリアの制限を厳しくする
2004	医療提供者 (協議会委員)			米国(が最上とは思わないが)に比べ公共施設等での分煙が遅れている。	税率引上げ。		
2005	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策を充実させる必要あり。			検診も推進すべき。
2006	医療提供者 (協議会委員)			強い禁煙対策が必要。			
2007	医療提供者 (協議会委員)			予防だから、がんになる前に禁煙を進めていく必要がある。従って禁煙外来は受診しやすい開業医さんで普及させる必要がある。また中高生に対する「禁煙の勧め(啓蒙活動)」も大事なことであると思われる。	中高生に対する啓蒙活動に対する予算が必要であると思われる。	禁煙外来に対する診療報酬の算定で良いと思う。	中高生に対する「禁煙の勧め(啓蒙活動)」は地域の保健所、あるいは禁煙外来を行っている開業医さんが行うのが良いと思う。インターネットでも禁煙をサポートしているサイトがあるので、そういうところに対する支援も必要であると思う。基本的にがんの診療はがん診療連携拠点病院で、またたばこ対策といった予防に関してはそれ以外の機関で行うという具合に、なんでもかんでもがん診療連携拠点病院でというのではなく、住み分けをはっきりとさせたほうが機能的にスムーズに行くと思う。
2008	医療提供者 (協議会委員)			基本計画での対策が甘すぎる。			
2009	学者・研究者 (協議会委員)		宮城	全く不十分。	禁煙対策に関しては、1. たばこの大幅値上げ、2. 公的医療保険制度上での喫煙者の保険料増額、3. 議会、官公庁や地方自治体での敷地内安全禁煙、4. 飲食店での無条件禁煙、5. 公共交通機関など思い切った禁煙対策を行うべき。地方に任せないで、国が行うべき。		国または地方での禁煙に関する法令条例を整備すべき。たばこ産業特に農家には、転作、転業への補償を計画的に行えるように制度化する(たばこ値上げの財源を当然ここにも充てる)。
2010	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	地域社会全体での取り組み。	初期教育(小学校)におけるがんへの関心を高める。PTAを活用する。講師の派遣予算化など。		
2011	学者・研究者 (協議会委員)			世界に比して非常に遅れている！恥ずかしい。レストランや喫茶店でも、禁煙が当たり前、にしてほしい。タバコ増税は当たり前だと思う。1箱千円でも良い！少なくともタバコの自動販売機は撤去すべきである。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2012	学者・研究者 (協議会 委員)			禁煙活動の推進。	タバコ税の思い切った増額。		
2013	学者・研究者 (協議会 委員)			喫煙対策ががん対策基本計画の中に正しく位置づけられていない。			WHOタバコの規制に関する枠組み条約に即した取り組みを、政府が率先して進めること。進捗を可視化できるようにすること。
2014	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉	神奈川県など先駆的に、分煙対策を行っているが、もう少し罰則の強化と、それに対する国民の周知を図るべきだと考える。			
2015	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟				販売価格を上げる。
2016	その他(協議会委員)		山梨	たばこの値段の上昇は有効だがたばこ農家が云々されているが、準麻薬に評価すべき。			
2017	その他(協議会委員)	村上 隼夫	静岡	禁煙治療に関して国民の認知度が低い。飲食店等、諸施設における受動喫煙防止対策が不十分である。	未成年喫煙者への禁煙治療に医療費補助を行う(実施している自治体もあり、今後モデル事業等で有効性を検証してはいかかか)。	禁煙治療の保険適用条件(喫煙指数等)を撤廃し、ニコチン依存症管理料を引き上げる。	「健康日本21」等で、喫煙率削減目標を明確に数値化し、禁煙治療を積極的に広報する。健康増進法第25条の受動喫煙防止義務を強化する(罰則を設ける等)。
2018	その他(協議会委員)		滋賀	①受動喫煙防止や、路上喫煙防止などの対策は徐々に普及しているが、まだまだ喫煙者自身は、禁煙の必要がわかっても止められない、止めたくない人が多いと思う。いろいろな機会でタバコの害について啓蒙しなければならない。	小学校での防煙教育を徹底して行う(喫煙の低学年化のため)。		
2019	その他(協議会委員)		鳥取	喫煙者の理解が進まない(公共施設での禁煙は進んでいるが、自治会単位の公民館等での禁煙が徹底できない)。			市町村及び職場での研修会等の開催を義務づけ、たばこの害についての知識を普及する。
2020	その他(協議会委員)		宮崎	たばこが最大の危険因子であることは明らかですので、積極的な禁煙対策が最も重要である。	たばこ税の引き上げが計画されていますが、さらに段階的にも外国並みの引き上げを。		
2021	その他(協議会委員)			本市では、ヘルスプロモーションプランに基づき、平成12年度から小中校生を対象とした予防教室が行っている。平成21年度より市内全小学6年生を対象に学校医による教室を開催している。このような対策を行うことで、特に女性の喫煙率が低下することを目的に実施し、評価していきたい。			
2022	その他(協議会委員)				たばこ税は、因果関係が強いがん対策の推進に優先的に活用すべき。		
2023	その他(協議会委員)			たばこ単価は500円以上のアップが望ましい。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2024	その他(協議会委員)			たばこ農家の生活維持を言われると、たばこの全面販売禁止は難しいと思うので、たばこはやはり高級嗜好品の立場を与える、1ヶ1000円以上とか、また他の活用の開発、葉たばこの成分研究から健康事業(サプリメント、医薬品)はできないのかな・・・と思う。	たばこ1個1000円以上特定の場所での喫煙(たばこパーとか、生活と切り離す制度)。		
2025	その他(協議会委員)			一般に、たばこが肺がんの原因であることは理解されていると思うが、すべてのがんのプロモーターであることへの理解が進んでいないように感じる。	国がインパクトのあるコマースシャルを作成し、全国規模で、マスコミなどを利用して繰り返しPRすることが効果的であると思う。		
2026			北海道	子供のうちからの喫煙とがん年齢などの研究や、学生への指導などが無いとなにも変わらないような気がする。			

10.がんの早期発見(がん検診)

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2027	県庁担当者		千葉	・市町村で実施するがん検診の受診率向上も大切だが、企業等で働いている人が受けやすい環境づくりが必要。・市町村では財政上の問題から、必ずしも受診率が上がることを歓迎していないところもある。	・市町村の検診費用を一般財源でなく、特定補助に戻した方がいいのではないかな。		
2028	県庁担当者		福井	若年層(20歳代)の子宮頸がん検診の受診率が低いことや、子宮頸がんに対するワクチンの接種について、学校教育の中で取り組む必要がある。	がん検診の重要性やワクチンについて記載した副読本やパンフレット等を作成し学校教育の中で取り組むことに対し、助成したらどうか。		
2029	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	検診費用の効率が少しおろそかになっている。がん1人発見の効率(費用)も検討すべきである。			
2030	県庁担当者	服部 正興	三重	がん検診受診に対する情報発信が甘い。先ほど書いたが、治療にいくらかかるか具体的に公示しないといけないと思う。悪い言葉を使えば「脅し」が足りないと思う。また、企業では一般健診や人間ドックを年1回義務付けているが、要精密検査の所見を受けた社員への徹底まではしていないのが実情である。これを改善すれば、だいぶよくなると思う。			
2031	県庁担当者		広島	・検診の際の「間接撮影」を廃止し、全員が「直接撮影」で検診を受けるようにしてほしい。・検診が「土日祝」でも受けられるような医療体制にしてほしい。	個人負担分を国の予算で補い、大幅な補助金を出すように予算化する。		
2032	県庁担当者		高知	全国的な規模で精度管理が出来る体制にあるのは、マンモグラフィのみ。同じ撮影での検診を行う胃や肺にはない。精度管理のための全国的な体制(組織や基準)は国として整備すべき。			
2033	県庁担当者			がん検診受診率の低迷。	検診料の自己負担の無料化。		

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2034	県庁担当者			市町のがん検診受診率を50%以上とした場合、市町の財政にかなりの負担が生じる。民間企業(団体)や市町が担うがん検診対象者を明確にする必要がある。	市町の検診に対する地方交付税の拡充。		特定健診と併せて、医療保険者へがん検診を義務付け、国が助成する。または、事業所や医療保険者が行っている任意のがん検診受診者数を把握するため、検診施設から受診者を統計データとして報告する体制を整備する。
2035	県庁担当者			市町村がん検診事業について、今年度から地方交付税が2倍になったとはいえ、市町村ごとの増額された措置額が明示されず、用途が限定されないのでは、がん検診事業費の拡大はあまり期待できない。もっと効果的な予算措置が必要。	受診の啓発及び勧奨の最も効果的なコールリコールシステムの全市町村の完全実施が必要。今年度のクーポン券事業のような10割補助事業がより効果的である。		特定検診同様のがん検診も義務化が必要。
2036	県庁担当者			検診率を上げるべき。			国が定めた検診を受けている人の医療費自己負担率を少なくしたり、社員検診に積極的に取り組んでいる会社の社会保険料を安くしたりする。
2037	県庁担当者			普及啓発では効果が不十分。			医療保険の適用や受診の義務化など、制度の抜本的な見直しが必要と考える。
2038	県庁担当者			がん検診の受診率50%達成には、住民の意識改革が必要であり、現時点では非常に困難であると感じている。	実施主体である各市町はほとんどが財政難であり、地方交付税措置の増額等が「がん検診実施費用」に反映されていない。以前のような負担金としての交付が必要である。また、がん教育に対する予算措置を強		がん検診の保険適用や、受診義務化の法制化等、思い切った対応が必要であると思う。
2039	県庁担当者			がん検診を行う機関の整備。			検診機関のキャパシティの問題で、がん検診受診率を上げることには限界がある。同様に、要精検者の診断できる医療機関キャパシティにも限界がある。
2040	県庁担当者			市町が実施するがん検診は、一般財源化され、平成22年度は1300億円程度の交付税措置がされている、ということであるが、厚労省の調査では、現状の受診率でほぼ同程度の予算が市町で執行されている。(普及啓発費用や人件費などは含まれていない)現状の平均受診率を20%ととしても、交付税を倍以上に増額する必要がある。ただし、交付税は基準財政需要額と支出額の差額なので、トータルでの交付税額が増えなければ、市町にとって財政効果もない。なお、女性のがん検診クーポン券のように、10/10補助で始めた事業を、交付税措置している、という理由で22年度からは1/2にする、ということは、市町からすれば詐欺的な行為であると考えている。			
2041	県庁担当者			市町村が実施しているがん検診の受診率は、全国より高くなっている。			各がん検診受診率を50%以上とすることを目指し、重点年齢と定めた年齢層に対して、より積極的な受診勧奨を行う。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2042	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道		夜間休日検診に予算を！		検診無料クーポンは、有効期限ではなく、いつまでに検診を受けるようにという表示にする。また、夜間や休日の検診日を実施、表示する。
2043	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	患者、遺族、家族の身近な体験記を週1回新聞に掲載が必要だと思う。			検診を受けるほどポイントがつくような制度。中学3年くらいから検診の重要性を教える。
2044	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	1 無関心層への啓蒙。 2 要精検者の受験率。 3 受験率の把握。	1 22年度予算への提案書(分野9)の各種対策実施への配分。		2 地域プロモーターの委任(食改善委員、メタボ阻止隊、禁煙サポーターなど、健康関係各種委員を統合して、健康推進員を有給ベースで地方自治体が任命し、各種健康イベントのプロモーションを担当してもらう。推進員は公表する)。 3 健康保険組合、人間ドッグ等の受診は報告を義務づけ、全体像を把握する。
2045	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	がん検診率50%に向けてさまざまな取り組みが行われているが、なかなか進まない現実がある。受診しやすいように細やかな対策をさまざまに実施していくこと。特に市町村の努力が大切と思う。	市町村単位で受診率を上げるための予算的な補助を充実させる。		
2046	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟				地域・職域での皆検診徹底対策が必要と思う。
2047	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	がん検診の有用性がはっきりしない。費用対効果がわからない。精度管理が不安。がん検診が自由に受けられる施設がない。	費用対効果がはっきりしているがん検診に対してだけ予算をかける。	費用対効果がはっきりしているがん検診は保険適応にする。	精度管理のガイドラインを作る。
2048	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	肺結核が「不治の病」から「不死の病」になったようにがんも「不治」からは脱したが「不死」まではまだ遠い。不死への道は早期発見以外には無い。	検診の義務化。検診の無料化。		
2049	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん検診の受診行動を促すために、受診しやすい環境整備を。職場からの強制など。	がん検診が保険適応など安価で受けられるようにする。		がん医療とがん検診は別のもとの考え、検診がいつでも思ったときに受けられるよう制度化してほしい。
2050	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	精度の高い検診を。	読影力の向上。		養成機関の配置。
2051	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	発見率が低いのでは。	発見率向上の手段は今で十分なのか検討し、必要な投資をすべき。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2052	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	自覚症状がなく、お金や時間を使って、わざわざ自分から出向いて行く事は難しいと思う。小さな頃から予防医学、検診について学び、なぜ検診が大切なのかを勉強すべきである。	検診率がアップした国を調べると、検診の無料化という事だった。また国内では県や自治体によって検診の補助のばらつきがある。イベントを使って、例えばお祭りやがんの講演会等、わざわざではなく、ついでに受けられる・・・といったことも一つの案だと思う。できれば国の補助をお願いしたい。	検診は予防のためなので、検診目的であれば診療報酬は使用できない。	会社ではほぼ強制的に検診を受けられる制度になっているが、主婦やパート等は自分で出向かなければ検診を受ける事ができない。スーパーで買い物ついでに検診が受けられたり、イベントに参加したついでに検診が受けられたり、受ける側が気軽に受けられるような制度であってほしい。
2053	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	がん検診は、半ば強制的に受診するようにする。検診は、手軽にできるように場所、日時など検討する。検診費は、低くして気軽に検診できるようにする。検診受診率50%以上にするには、今のままでは無理だと思う。	予算を付け、検診の進め方を決めて広く知らせる。		
2054	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	がん検診の受診率を上げる。			
2055	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	①がん検診の呼びかけが、イベント化して効果が見えない。②仕事をしている人は検診を受ける時間がとれない人もある。	①予算の活用の見直し。		②職場の健康診断にがん検診を組み入れる・体験者の声をもっと活用する仕組みをつくる。
2056	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「がん検診」受診率と日本人の健康指向との間に大きなギャップが見られる。その原因を科学的に解明すべきと考えるが・・・。	「がん検診」料を無料とするなどの思い切った施策が受診率アップにつながるのではないか？		
2057	患者関係者・市民(協議会委員)			行政は啓発にかなり力を入れているが、住民のがん検診受診行動につながっていない。肺がん検診の精度を検証するべき。	予算はかなりついているが、費用対効果に疑問を感じる。		各県に検診センターをつくる。検診専従の医師や技師を育成することで検診の精度を上げることができる。がん医療とがん検診を分けて考えるべき。
2058	患者関係者・市民(協議会委員)						検診の義務化。検診を受けないと国保税などの金額が上がる仕組みを導入。
2059	行政(協議会委員)	内田 勝彦	大分	特定健診とがん検診の実施主体が一致しないので受診しにくい。			医療保険者が実施主体となるよう法に定める。
2060	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	頭頸部がん、口腔がんについても内容に含めてほしい。			
2061	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	検診率が低すぎる。			
2062	医療提供者(協議会委員)		北海道	健診率のアップや、早期発見技術の進歩が少ない。	国による、啓蒙活動が必要。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2063	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	バイオマーカーの活用。特に消化器科で・・(内視鏡は手間がかかり、見逃しやすい)。	簡便で早期がんを的確に検出できるRNAマーカー／バイオマーカーを主体に重点的に。	前記を重点。 予防／早期発見に加算を。	確実な予防・早期発見など、よい医療・質の高い医療にしっかり報いるように。
2064	医療提供者 (協議会委員)		北海道	国の制度変更及び地方財政悪化による集団検診の縮小や地域による補助項目等の格差。	一般財源から国による個別補助へ旧補助制度への回帰。		
2065	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	マンモグラフィー及び乳房エコー検査の啓蒙。	マンモグラフィー及び乳房エコー検査補助。		
2066	医療提供者 (協議会委員)		北海道				検診受診者と未受診者の医療費に差異があっても良いと思う。
2067	医療提供者 (協議会委員)		岩手	受診率が少ない。			リコールを行ったり、夜間の検診等の実施。
2068	医療提供者 (協議会委員)		宮城	ハイリスクグループに絞る。有効性を常に検証する。そこに十分な予算をつける。			
2069	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	検診がいつでも受けられる、簡単に受けられる、負担が少なく済む(逆に高いと考えている?)から今年は受けなくていい・・というのが日本の現状なのかもしれない。受診率の低さが死亡率とどのくらい相関しているかなどの広報が不十分なのでは？			発症頻度の高い年齢層やハイリスク群にたいして職場なら検診を産業保険の定期健診とあわせて行うなど、労働基準法とあわせて出来ないものだろうか？ 市民検診もある程度義務化する必要性も検討しては？
2070	医療提供者 (協議会委員)		秋田	検診率をあげることで、再検の追跡を確実に実施することが課題。	オプションの検診(マンモグラフィ、大腸内視鏡検査等)の費用1/2を補助する。		市町村の保健師を活用し、対面的な啓蒙と指導と行政体制を構築する。
2071	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	検診は、ボランティアで頑張っている。日ごろ忙しいので休みに出てきてMMG読んでいる。婦人科の先生も少ないのに文句を言わず検診している。これでいいのだ			人が欲しいが、MMGもA判定以外は誤診が心配で読んでくれない。頑張ってA判定を取って、自分の首を絞めている。
2072	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	がん検診受診率の低迷が知識不足によるのか、知っているが行動できない、知っているが行動しないのが良くわからない。分析が必要である。			がん検診を受けると何か益になることを制度上取り入れるべきと考える。例えばがんが発見された場合、保険者から診療費が補助されるとかはどうか？
2073	医療提供者 (協議会委員)		秋田	もっとも必要で緊急性を要する。市町村に委せている業務の監督と結果収集などは県が主体性を発揮すべき。もっと言えば国の機関が全てを仕切ることができればもっと効果あると考える。			
2074	医療提供者 (協議会委員)		山形	市町村が費用負担した場合には、市町村のがんに対する医療費負担が激減することを納得してもらおう。	行政負担がメリットあり。		保険者負担は無理、保険者がつぶれる。
2075	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	日本は圧倒的に先進諸国に比べ検診受診率が低い。特に職域の受診率が低く、精検受診率が低いことが問題である。	助成制度を十分なものにすべき。		雇用者に対し検診受診率が低い場合、何らかのペナルティを課する制度が必要か。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2076	医療提供者 (協議会委員)		福島				がんの原因は何か？→日常生活上で気を付けること→検診の意味を系統立てて市民が理解できる市民講座を開催。
2077	医療提供者 (協議会委員)		福島	症状がないと医療機関には行かない方がまだまだ存在すると思う。健診受診率もあまり変化がない(あがっていない)ように感じる。			
2078	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	住民健診・職域健診等の統合化～検診・精検率に昇栄。			
2079	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん検診50%を目指しているが、子宮がんも前立腺がんもかなり低い(20%以下)。			
2080	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん検診希望者が全員検診を受けられない。	がん検診医療従事者の配備に対し、経済的支援を行う。		
2081	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	肺がんについては、偽陽性の症例が非常に多い。見逃しを避けるために、必ず胸部CTを撮影するが、正常にもかかわらず被爆を余儀なくされる人が多いのが気にかかる。肺がん検診については、続けるべきかやめるべきかを早く結論を出し行動に移してほしい。			結核を見つける目的での胸部単純X線撮影は良いように思う。肺がんを疑う目的での胸部CT検査については個人的にはあまり必要性を感じない。むしろ、被爆が増えることによる発がんの方が問題ではなかろうか。したがって、肺がん検診との表現をやめ、結核検診とし、肺がんが気になる人は人間ドックで胸部CTを撮るべきではないか？
2082	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	肺がんに関しては、末梢型が多いために中心型肺がんに対する医師の意識が薄れてきている。喀痰細胞診の重要性を再度認識すべき。			
2083	医療提供者 (協議会委員)	満川 元一	茨城	子宮頸がんワクチンの早急な公的補助。			
2084	医療提供者 (協議会委員)		茨城			早期がん活療に対するインセンティブ。	
2085	医療提供者 (協議会委員)		茨城	検診施行が県や市町村の判断にまかされている。			国家全体で推進すべき。そのための法整備を。
2086	医療提供者 (協議会委員)		栃木	検診率が上がらないのは、健康保険によって医療費の負担が欧米に比べて少ないことが考えられる。このことをもっと国民に周知させて、結局は保険料の負担増につながっていることを教育するべき			
2087	医療提供者 (協議会委員)		栃木	検討会で出された国・県・市町村・検診機関などの役割が遵守されるような仕組み作りがない。県のがん委員会がその役割を果たしていない。クーポン券など予算のばらまきは中途半端である。	クーポンではなく継続されたがんの予算として市町村へいくべきである。		県のがん委員会がどのような活動をしているのか把握し、国は指導をしていただきたい。
2088	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	健診が形骸化している。	健診への補助金の増額。	増額。	健診ではなく、検診を法的に義務付ける。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2089	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	50代より採血による腫瘍マーカーの測定を定期健診へ盛り込むことを義務化する。	健診費用の一定率を国の予算に計上する(都道府県レベルでなく)。		
2090	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	医師不足の折、特に公立病院や公的病院においては、検診事業へ人材をさくことが難しくなっている。			
2091	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	がん予防と早期発見が必要であることはわかっているので、国も積極的な政策を採るべきである。	がん検診受診者等のデータをしっかり取るべきである。		がん検診を受けやすいような制度を考えるべきである。例えば検診料の補助や休日も検診可能なようにしたら良いであろう。
2092	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	がん検診の普及。		がん検診も保険適応になると検診者が増加するのではないか。	検診年齢を決め、年1回等検診を義務化することも必要ではないだろうか。
2093	医療提供者 (協議会委員)		東京	実効性の検討が必要だと思う。			
2094	医療提供者 (協議会委員)		東京	PET-CT費用の削減に努力すべき。	FDGの価格引下げを早急に検討すべきだ。		
2095	医療提供者 (協議会委員)		東京	検診体制の充実が必要。精査になった場合、一次検診に戻れない方が多くいるため、専門病院の外来を圧迫している。		検診目的での受診でも病名をつけて診療とせざる負えない現状があります。本来は保険適応でないことを周知すべき。	
2096	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	なかなか難しい問題だと思う。どこまでの水準で行くと、意味があるのか、またある程度高い水準まで高めると、そのコストは誰が払うのか？			
2097	医療提供者 (協議会委員)		東京				啓蒙活動。特に、早期発見で治る可能性の高いがんに集中して。胃がん、大腸がん、前立腺がん、婦人科がんなど。
2098	医療提供者 (協議会委員)		東京				小学～大学における検診の重要性についての教育を導入する。
2099	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	最低の安いがん検診と自由診療で有料を分ける。	すべて無料のがん検診はよくない。ある程度有料にすべき。収入に合わせてよい。	診療ではない。	受診率を向上させる。検診を受けないで、がんになった場合は診療点数が高くなるようにする。
2100	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	個別検診を行っている地域ではきちんとした精度管理、追跡調査がなされていない。受診率が低い。	検診に対する補助金の増加。「安かろう悪かろう」的な検診業者の排除。	自費でオプションの追加。	休日や夜間に検診や検査を割高で受けられる制度は必要でないかと思う。
2101	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	市民へのがん治療についての教育・啓蒙が必要。	市民公開講座などにも予算を付ける。		
2102	医療提供者 (協議会委員)		新潟	検診率が低い。	予算が少なすぎる。		
2103	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がん検診の受診率に大きな改善が認められていない。がん検診の有効性に関する情報が、必ずしも整理されていない。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2104	医療提供者 (協議会委員)	富所 隆	新潟	がん検診を市町村に丸投げしている現状では、現在の ような地域格差は解消するはずがない。治療の均てん 化と共に、検診体制の均てん化も図るべきではない か。今年度行われた婦人のための受信カードのような 制度を、5大がんに試みてはどうか。			
2105	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	受診率が低い。	自己負担を軽減する。		医療保険や生命保険の保険料を、検診 受診者は減額する。
2106	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	早期胃がんや早期大腸がんの発見には、内視鏡検査 が必須と思われるが、内視鏡医の数が絶対的に不足 していると思われる。内視鏡以外の検査方法の開発も 進める必要があると思う。			
2107	医療提供者 (協議会委員)		石川	がん検診受診率の低さ。			
2108	医療提供者 (協議会委員)		石川	一番重要。	検診に予算を多めに。	検診受診で発見されたもの は、治療費は割引されるなど。	検診で分からず、症状がでてから発見さ れたときなど、文句を言わせないように。
2109	医療提供者 (協議会委員)		石川	ピロリ菌除菌。	ピロリ菌陽性の一般人の除菌 に対する補助金。		
2110	医療提供者 (協議会委員)	小川 貴司	福井	「がん」という病名を聞くと、もう死んでしまうようなイ メージがあるため、高齢者はなかなか検診には行かない。 高齢だと検査すると何か引かかる。			がんについての知識をもっと持ってもら う必要がある。
2111	医療提供者 (協議会委員)		福井	胃がん検診体制がBa造影検診のみで行われているた め、読影医不足、検診受診者の増加しないなど多くの 課題が出てきており、崩壊寸前である。人間ドック健診 と同様に、内視鏡検診との検診方法の選択性を導入 すべきである。	住民が選択する、内視鏡によ る胃がん検診の予算を設け る。		市町の医師会単位で検診体制を整備で きるガイドラインを作成する。
2112	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井		もっとも効率よく医療費を削減 できるがん検診を無料化する。		もっとも効率よく医療費を削減できるが ん検診を無料化する。
2113	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	行政、病院、市町村の保健センター、患者会と協力を して、“検診の大切さ”を広めていく必要がある。是非予 算に組み入れてほしい。	行政、病院、市町村の保健セ ンター、患者会と協力して、“検 診の大切さ”を広めていく必要 がある。是非予算に組み入れ てほしい。		検診に向けての大切さをPRするような行 事(市民参加)を年に一度できるような制 度化。
2114	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	検診率をあげるための施策が必要。仕事の忙しい方た ちでも 検診が可能になる体制作りが必要である。			検診の義務化。
2115	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	口腔がん検診を実施すること。	口腔がん検診に予算をつける こと。	現行のままで検診は実施でき ると思われる。	口腔組織に日常接している歯科医師 が、口腔がん検診に参加できるシステム を構築すること。
2116	医療提供者 (協議会委員)		静岡	なぜ、早期発見をしないといけないのか(後期発見で は手遅れとか、医療コストの割に社会復帰・貢献が 出来ないなど)が、一般人に伝わっていない。無料クー ポンが出たら検診者はふえているが。			