

照会先 健康局総務課がん対策推進室
渡 邊（内線4603）
小 山（内線2946）

がん対策推進基本計画（案）に関する御意見の募集について

平成 1 9 年 5 月 7 日
厚生労働省健康局総務課がん対策推進室

厚生労働省においては、平成19年4月1日に施行されたがん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき、がん対策推進協議会における審議を踏まえつつ、がん対策推進基本計画（案）の策定作業を進めているところですが、計画（案）の策定の参考とするため、今般、広く国民の皆様から御意見を募集することといたしました。つきましては、下記の意見提出方法に従い御意見をお寄せいただきたいと思います。

なお、いただいた御意見に対する個別の回答はいたしかねますので、その旨御了承願います。

【参考】がん対策推進協議会資料

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/gan.html#top>

記

1 募集期限

平成19年5月21日（月）必着（郵便についても同じ）

2 御意見の提出方法

御意見は、別添の意見提出様式に必要事項を御記入のうえ、以下に掲げるいずれかの方法により御提出ください。

御意見は日本語に限ります。

なお、御記入いただいた氏名（法人の場合は法人名及び担当者名）、電話番号等の連絡先は、御意見の趣旨が不明確な場合等において、お問い合わせする際などに使用させていただきます。 今回の御意見募集以外の用途には使用いたしません。

(1) 電子メールの場合

電子メールアドレス：gankeikaku@mhlw.go.jp

厚生労働省健康局総務課がん対策推進室あて

- ※ 件名は「がん対策推進基本計画（案）について」としてください。
- ※ 御意見につきましては、必ず意見提出様式に御記入のうえ、ファイルを電子メールに添付して御提出ください。

(2) ファクシミリの場合

ファクシミリ番号：03-3595-2169

厚生労働省健康局総務課がん対策推進室あて

(3) 郵送の場合

〒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あて

- ※ ファクシミリ及び郵送による場合も、御意見につきましては、必ず意見提出様式に御記入のうえ、御提出してください。

3 御意見の提出上の注意

- 電話による御意見には対応いたしかねますので、必ず、上記のいずれかの方法（電子メール、ファクシミリ、郵送）により提出してください。
- 御意見は公表させていただくことがありますので、あらかじめ御了承願います（その際には、氏名又は法人名も併せて公表させていただく場合があります。）

がん対策推進基本計画（案）に関する御意見募集

がん対策推進基本計画（案）に関する御意見募集に対し、御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、御意見を提出いただきますようお願いします。

1. 御意見について

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御意見がある場合には、それぞれのテーマごとに御意見を提出下さい。

- | | |
|----|-----------------------|
| 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 | 緩和ケアについて |
| 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 御意見の表題

御意見に表題をつけて下さい。

--

例) 治療早期からの緩和ケアを普及して欲しい。

③ 御意見の内容

御意見を、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。）

なお、いただいた主要な御意見は、「がん対策推進協議会」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。

がん対策推進基本計画（案）への御意見

2. 御自身の属性について（必ず御記入ください。）

御自身について、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御記入下さい。

- | | | | |
|----------|--------|----------|--------|
| 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御記入下さい。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 女性 | 2. 男性 |
|-------|-------|

③ がんとの関わり：_____（3に該当する方のみ→御職業：_____）

下記より該当する番号を御記入下さい。

複数に該当する場合は複数の番号を御記入下さい。

- | |
|--------------------------|
| 1. 御自身ががん患者である、又はあった。 |
| 2. 御家族にがん患者の方がいる、又はいた。 |
| 3. 御自身ががん医療に従事している、又はいた。 |

※ 3に該当する方は、御職業を教えてください。

下記より該当する記号を御記入下さい。

- | |
|------------------------|
| ア. 医師・歯科医師 |
| イ. 保健師・助産師・看護師・准看護師 |
| ウ. 薬剤師 |
| エ. 診療放射線技師 |
| 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

氏名：
住所：
電話番号：

※法人の場合は、氏名のところに、法人名及び担当者名を御記入下さい。

※氏名及び担当者名については、ふりがなも御記入下さい。