

がん対策推進基本計画（案）に関する御意見募集の結果と概要

平成19年5月7日から5月21日まで、厚生労働省のホームページ等を通じて、がん対策推進基本計画（案）に関する御意見を募集いたしました。

お寄せいただいた御意見について、以下のとおり取りまとめましたので、ご報告いたします。

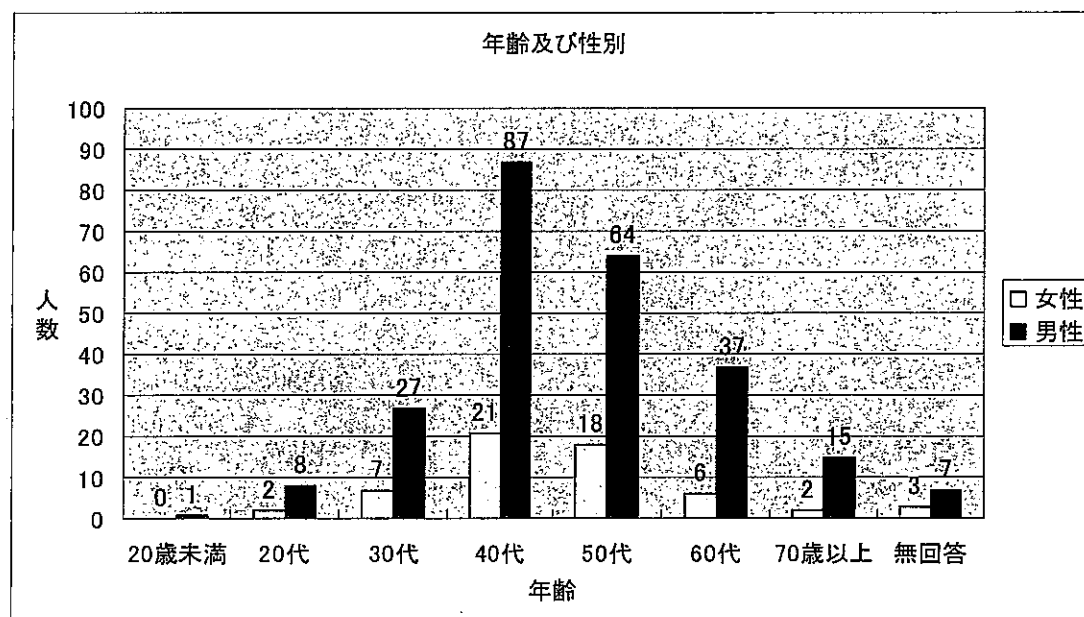
今回御意見をお寄せいただきました方々のご協力に、厚くお礼申し上げます。

○ ご意見をお寄せいただいた方（個人・団体）	320
○ ご意見総数	425

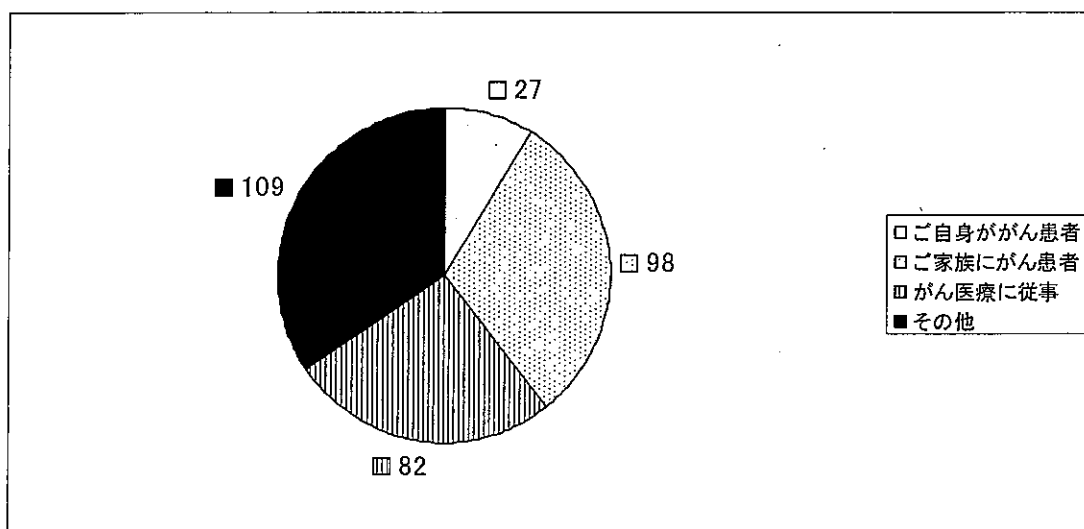
1. 御意見をお寄せいただいた方の属性について

※ 無記入の方もいらっしゃるため、各数値の合計が異なる場合があります。

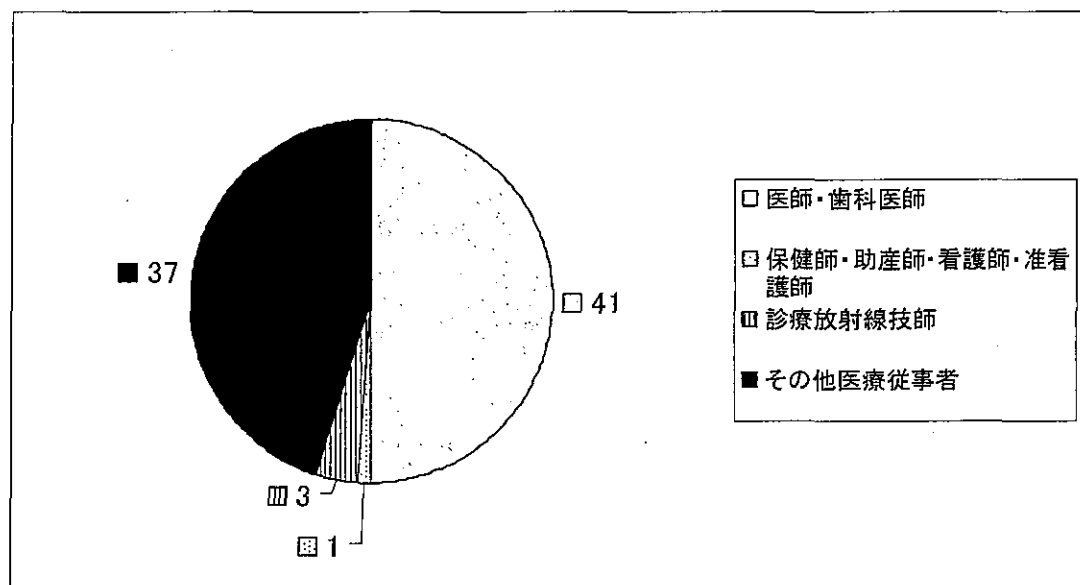
(1) 年齢及び性別（女性59名、男性246名）



(2) がんとの関わり（複数回答可）



(3) 職業 ((2) でがん医療に従事と回答された方について)



2. お寄せいただいたご意見について

(1) テーマ別の件数

※ がん対策推進基本計画案の分野別施策に合わせたため、意見募集時とは分類が異なる。

① がん医療

ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

71件

イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

34件

ウ その他

18件

② 医療機関の整備等

17件

③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

36件

④ がん登録

8件

⑤ がんの予防

182件

⑥ がんの早期発見

26件

⑦ がん研究

14件

⑧ その他（①～⑦に当てはまらない場合）

19件

合計 425件

(2) テーマ別の主なご意見について

① がん医療

ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成 71件

○ 放射線治療を担当する専門職の育成及び適正な配置が必要

・放射線腫瘍医、診療放射線技師の育成

・医学物理士の国家資格化等

○ 大学での専門医療教育の見直しが必要

○ 医療従事者の育成について数値目標を設けるべき

○ 個人差を考慮した抗がん剤治療が重要

○ 放射線治療の有効性を普及啓発すべき

○ 海外で承認された抗がん剤を早期承認すべき

○ 個々の患者に合わせた抗がん剤治療の推進 等

イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成 34件

○ 全部の病院で緩和医療を実施してほしい

○ 一般病棟でも緩和ケア病棟と同様の緩和医療の実施が必要

○ 緩和医療＝終末期というイメージの解消が必要

○ 緩和ケアと積極的治療を並行して受けられるようにすべき

○ 緩和ケアにおける放射線治療の有効性を認識すべき

○ 心のケアが重要

○ 精神腫瘍医、サイコオンコロジストの育成及び適正な配置が必要

○ 心のケアは緩和ケアとは別項目にして考えるべき

○ 在宅医療推進のため、拠点病院と開業医等の地域連携が重要 等

ウ その他 18件

- 免疫細胞療法の有効性を評価し、効果が認められれば保険適用してほしい
- 代替医療の研究を推進してほしい
- ウイルス治療薬（HF10）や遺伝子治療薬（Rexin-G）の早期認可
- 小児脳腫瘍、小児がんの専門的医療従事者の育成が必要 等

② 医療機関の整備等 17件

- がん診療連携拠点病院について
 - ・一定数の難治がん患者を受け入れるべき
 - ・PET/CT複合機の設置を指定基準にするべき
 - ・病院の運営や機能チェック体制に患者・家族を入れてほしい
 - ・放射線治療の体制が整っていない病院を指定すべきではない
 - ・小児がん独自の拠点病院制度が必要
- 納得がいく治療を受けられる体制が必要 等

③ がん医療に関する相談支援及び情報提供 36件

- インターネットを利用できない人への配慮が必要
- 情報提供にはきちんと訓練された専門家が必要
- 経済的な支援が必要
- 相談窓口について
 - ・拠点病院の相談支援センターの強化が必要
 - ・拠点病院の相談支援業務に患者体験者を配置すべき
- 働き盛りのがん患者の相談支援体制を整えてほしい
- 患者会に対する支援が必要
- 民間療法についても情報提供してほしい 等

④ がん登録 8件

- 院内がん登録、地域がん登録を早期に実施すべき
- 全国で統一されたがん登録を実施すべき
- 小児がん登録を実施すべき 等

⑤ がんの予防 182件

- たばこについて
 - ・喫煙率削減の数値目標を設定すべき、価格の引き上げを行うべき
 - ・喫煙率削減の数値目標を設定すべきではない、価格の引き上げを行うべきではない
- がんとコレステロールの関係について正しい知識を普及すべき
- 肝がん予防のため肝炎対策が重要
- 医療よりも予防を優先すべき
- 子どもの頃からの普及啓発が重要 等

⑥ がんの早期発見 26件

- 受診率の向上、精度管理の徹底が重要
- 細胞診の重要性を認識し、細胞検査士を育成すべき
- 腫瘍マーカー検査をがん検診の項目とすべき
- 検診実施主体（市町村と民間）における連携を推進すべき 等

⑦ がん研究 14件

- 免疫療法の研究を推進すべき
- 部位別で研究が遅れているがんについて重点的に研究すべき
- がん患者と治験・臨床試験のマッチングを行う体制を整備してほしい 等

⑧ その他 19件

- がん対策推進協議会の患者代表委員の意見を尊重すべき
- 人は必ず死ぬ。がんだけにこだわる必要はない。
- もっと具体的な数値を盛り込んだ計画にすべき
- 都道府県がん対策推進計画を策定する場合にも、患者・家族が参画できるようにしてほしい 等

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	元気な日々を1日でも長く作り出す延命治療について	延命を目的とした化学療法などによる治療によって、元気な日々を一日でも長く作り出すがん医療の提供が抜けている。再発・末期患者への抗がん剤治療等は数ヶ月の延命効果しか期待できないので必要なく、とりあえず痛みの軽減さえすればいいと切り捨てるような計画にしか見えない。貴重な時間を副作用を抑えた丁寧な抗がん剤治療や放射線治療等により、元気に社会生活を過ごすための医療の提供を計画に盛り込むべきである。5年生存率の向上は、早期発見・早期治療のみで達成されるものではない。根治不能がん患者に対しても、丁寧な治療の提供により平均生存率の向上を目指すべきである。
2	がん患者の社会生活を支える為の治療、医療者の育成	がん対策推進基本計画を考える上で、がん患者の社会生活を支えるための治療、医療者の育成は欠かせないと思う。がんと診断されても、医療の向上で、長年に生存することが可能になりつつある現在、がんと診断されてからの日々を、いかに生きることができるといふことのかかなりの部分を、その方が出会った医療者と医療体制で決められてしまう。がん治療の現場に必要な対策を努力目標ではなく、はっきりと数値で、「〇年までに、がん治療専門医、放射線治療医、〇人育成(人口〇人あたり)」と明確に示してほしい。
3	放射線治療における医学物理士の必要性の明記	基本計画イメージ(たたき台)でも述べられているように放射線治療の普及はがん対策の大きな柱になるものだが、従来の放射線治療を行ってきた医師、放射線技師のみでは十分な放射線治療の品質管理・保証ができない。この品質管理・保証さらに治療計画計算まで行う職種が医学物理士であり、欧米では多くの医学物理士が臨床現場で活躍しているが、日本ではその必要性が認められながら少数であるのが現状である。たたき台では、品質管理・保証の重要性を踏まえた記述があるが、だれが品質管理・保証するのか明確でなくその実効性が疑われるので、医学物理士を明記すべきである。
4	医学物理士を放射線治療計画・装置精度管理の国家資格にし、診療点数の加算を行ってほしい	放射線治療は年々増加しているが、それに対する放射線治療専門医・医学物理士が欧米に比べ極端に少ない状況である。また手術等に比べ、診療報酬も低く抑えられている。放射線治療専門医の不足は医療現場での医師の負担を招いている。外国では医学物理士が行っている放射線治療計画を、日本の医学物理士認定者にも国家資格として与えることにより治療計画業務を可能とし、それに診療報酬の算定をしてほしい。
5	医学物理士	診療放射線技師が医学物理士の資格を持つことは技能レベルを上げるうえで悪くないが、業務を兼務することについては、監査する側とされる側が同一人物になっているようなもので問題がある。諸外国と同じように、専任の理工系医学物理士が各病院にいる体制を作るべきである。基本計画に明確に医学物理士について記載すべきである。
6	遅れている日本の抗がん剤治療について	患者にとって、たとえ末期がんであっても、一日でも元気に過ごせるということは、患者はもちろん、その家族にとってかけがえのないものです。国際的にエビデンスが示されている新たな抗がん剤などを早期に導入し、延命を目的とした化学療法などによって、人生を深める、充実した日々を一日でも長くする治療が受けられる体制づくりを整備してほしい。推進計画というのであれば、期日ははっきりと明記し、実行してほしい。
7	最新の放射線治療に医学物理士、線量測定士は必須	21世紀における放射線治療技術の進歩は、すべてのがん治療の進歩の中でももっとも革命的なもののひとつといえる。しかし、高い精度が要求される「強度変調放射線治療」や「陽子線治療」は、放射線物理学や機械工学の専門家による医療に特化した品質管理が行われることが必須条件である。欧米では、医師、医学物理士、線量測定士、診療放射線技師の分業が早い段階から確立されたが、日本では、医師が線量分布計算まで担当しているのが現状である。こうした職制整備の遅れは、欧米やアジア諸国ではすでに可能となっている安全で有効な治療が、日本では品質管理の遅れの為めに不可能であるという事態を招いている。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	悪性&良性の鑑別診断による抗体医薬治療の推進を早急に	産学官連携プロジェクトによる成果であり、日米欧の主要な診断薬&製薬企業に注目されていたが、この度特許が成立(物質特許)、国内の医科大&診断薬企業と製品化業務委託契約を締結、現在、治療法が確立されていない転移がん患者の救済に結びつく知見であり、国を挙げて総力を結集するためにも、厚生労働省にリーダーシップをとってほしい。
9	定期的な研修の実施	長期的には、大学・大学病院・拠点病院が連携し、各々の専門性を発揮できる人材育成を行うことができるように、各省庁間で密に連携し横断的な計画を立案し、定期的に検証することが重要。また、短期的には、現在の医療従事者に定期的な研修を行うなど、即戦力として専門性を発揮できるよう育成することが重要。このためには研修期間中の代替医師の手当や積極的に研修を受けさせる医療機関には診療報酬の加算など経済的な支援が必要である。
10	個人差を考慮した抗がん剤治療の実現を	現在、抗がん剤治療はEBMの基づく標準治療が進められているが、これは体重と身長から計算した薬量を画一的に投与するものである。しかし、抗がん剤の許容量には個人差があるので、個人の個性に合わせた薬量や副作用対策を行う治療の実施が必要である。化学療法につき個人差を含めた治療を実現できるように、抗がん剤治療に対する技術料を認め診療報酬加算を行うなどの施策を盛り込んでほしい。
11	放射線治療を担当する専門職の育成と充実および医療機器類の整備	①殆どの医学部で放射線医学が診断から治療までを包含する一講座であるのを、画像診断分野と放射線腫瘍学分野に分け充実を図る。②診療放射線技師のほかに線量測定や放射線治療計画を含む放射線治療全般の品質を管理する専門職を育成する。③放射線治療に関するデータベースの確立を図る。④小線源治療、重粒子線治療など特殊な放射線治療について、地域的なバランスを考慮して整備する。⑤放射線治療機器類の殆どを欧米から輸入している現状を改善し、国産企業を育てる。⑥放射線治療の質、量ともに充実させる。
12	放射線治療において線量計画・品質管理を実施する職種の新設	欧米における放射線治療においては、ドシメトリストと呼ばれる職種の人が放射線治療計画をたて、シミュレーションによって対象部位に適正な線量を照射することができるか、過照射となり副作用を生ずる部分がないかなどの確認をおこない。実際治療を行うときにも放射線技師などとともに、X線ビームの強度、位置、時間などを確認している。我が国においても、放射線療法の高度化等に対応するため、治療計画・機器の品質管理を担当する人の存在は不可欠であり、このような職種を基本計画に明記してほしい。
13	放射線治療の品質向上を早急に図る	放射線治療の最大の課題は治療領域の判定であり、次に最適な治療可能比(治療効果を最大にし、一方有害事象の発生確率を最小にする)を探すことである。この指導が短期間で実行されれば、現在放射線治療設備を所有している施設での治療品質が短期間で改善されるはずである。認定放射線腫瘍医がそれぞれの施設に常駐しているのがベストであるが、現状その条件が満たされていないのであれば、必要な教育を実施し、日常の診療の質を早急に改善することも必要と考える。
14	新しい放射線療法の品質管理体制を確立してほしい	近年の放射線療法の高度化に対応するために、精度管理を専門的に支援する体制は不可欠である。研究機関に併設されている病院だけでなく、今後高度な放射線治療装置を導入する全ての病院で、品質管理体制を作れる仕組みを考えておかないと事故に結びつくケースが出てくると考えられる。例えば、品質管理の制度化や、品質管理の拠点となる組織を作るなど、多くの病院がIMRT、トモセラピーなどの高度な治療を導入しやすくする必要がある。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	医学物理士および放射線腫瘍専門医	高精度放射線腫瘍治療の導入とともに、放射線療法の推進には、医学物理の素養をもった医学物理士が、コメディカル・スタッフとして不可欠である。基本計画に医学物理士の必要性和その役割分担を明確に盛り込んでほしい。また、がん放射線治療においては放射線腫瘍専門医が不可欠であるが、その供給数は不足しており放射線腫瘍専門医の過疎地区の出現も言われている。放射線腫瘍医を増やすためには放射線腫瘍学講座を増やすことが必要であり、数値目標など具体的な施策を明確に盛り込んでほしい。
16	放射線治療の専門家(医学物理士)育成の必要性	高度な放射線治療機器の物理・工学を理解して、放射線腫瘍医師によるがん標的や周辺健常組織の指示を受けて、最適な放射線治療計画を立案でき、放射線の物理的な性質の理解に立った治療の品質を確保する諸業務を実行できる「臨床医学物理士」の確立と整備が不可欠である。近年の放射線療法の高度化等に対応するため、放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援する人材が必要であることを基本計画に明記してほしい。
17	がん診療全体から見たグランドデザインの構築が必要である	現在、マスコミのプロパガンダに乗る形で放射線治療にてこ入れがされつつあるのは、その業界にいる者としてありがたいが、専門医数不足だけでなく能力的にも不十分な放射線治療の領域に、ただお金をつぎ込んで日本のがん治療の全体像を放射線治療が大きく改善することにはつながらない。①長寿世界という我が国の医療レベルが本当に低いのか様々な観点から洗い直す、②がん診療のグランドデザインを全国レベルで議論し構築する、③然るべきグランドデザインに基づき、放射線治療の施設・スペックの適正配置、人員の適正配置を検討し実行することが必要である。
18	放射線治療に関わる医学物理士を普及させてほしい	放射線治療装置の高精度化にともない、がん患者に高品質・高精度の放射線治療を平等に提供するには、扱う装置を十分に理解したうえで利用できる人材が必要不可欠である。基本計画たたき台の中に、「近年の放射線療法の高度化等に対応するために、治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援したりする人材が必要であるとの意見もあることに留意する。」とあるが、「との意見もあることに留意する」は削除すべきである。
19	放射線治療の人材の育成と配置(放射線腫瘍医と医学物理士)	放射線療法の最近の進歩はまことにめざましいものがある。しかしながら、放射線療法を必要とする全ての患者に適用するには、人的なインフラが極めて貧弱であり、これを改善するために以下の点のことが必要である。①放射線腫瘍医が少ないため、計画的な増員が必要であり、数値目標など具体的な施策を基本計画に盛り込む。②高度に発達した放射線療法では、精度管理など治療品質管理が重要であり、基本計画に明確に記載する。
20	「チーム医療」の多様性の認識と、その具現に向けて	がん対策には様々な段階で、他業種メンバーからなる「チーム医療」が必要であり、放射線治療分野は「チーム医療」の最たる分野である。放射線腫瘍医、放射線治療専門技師、医学物理士、放射線治療看護師などが共同して医療を進めるが、現状はすべての職種が不足しており、養成・増員させる必要がある。特に医学物理士は放射線治療計画、精度管理などに関わり、日進月歩の機器、放射線応用の分野に対応していかなばならず、欠かせない人材である。理学系医学物理士の国家資格化が必要である。
21	高度な放射線治療機器を安全に使うためには医学物理士が必要である	放射線治療機器においても高度な治療が可能である機器が流通しつつあるが、その高度治療機器の本質的な特性や、潜在的に潜んでいる危険性については、必ずしも十分な理解のもとに使用されているとはいえない。これらの機器について十分に理解できる素養を持った人材(医学物理士)を医療施設に配置する必要がある。現在は医学物理士を育成するための教育機関もほとんど存在しないため、医学物理士の育成も取り組むべき課題として計画にあげるべきである。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
22	放射線療法の品質保証に関する意見	良質な放射線がん治療を提供するためには、施設内に「放射線治療の品質管理を行う人材が在籍し、その業務を行うこと」と「外部からの定期的な確認を行うこと」が大切である。諸外国では、医学物理士、線量測定士などが病院内で業務を行い、同時に、第三者的に品質の管理状況を確認するシステムが構築されている。基本計画に明確に「人材が必要である」と記載すべきである。
23	安全で効果的な放射線治療実施のため医学物理士を欧米並みに配置すべき	安全で有効な放射線治療を行うには、線量計算や線量測定に精通した人材が必要である。基本計画たたき台に「放射線療法について・・・人材が必要であるとの意見もあることに留意する。」とあるが、「意見もあることに留意する」といった表現は極めて消極的な態度で不適切である。むしろ、例えば5年後に臨床現場で働く医学物理士の数を欧米並みにするといった数値目標を立て、その達成度を検証するといった表現を入れるべきである。
24	医学物理士の教育・訓練を実施するとともに、放射線治療における医学物理士業務の徹底・拡充を実施してほしい	日本における医学物理士の臨床業務の高等教育・訓練機関を整備し、臨床業務をこなせる医学物理士の数と質の確保、また後に続く後進の教育を担当できる人材の確保が必要である。診療放射線技師が放射線治療医とともに臨床業務に従事しているから医学物理士は不要であるという見方があるが、事実は異なる。診療放射線技師ができず医学物理士がやるべき独立した臨床業務としては以下の通りである。①コンサルテーション業務、②治療の最適化計画業務、③コミショニング業務、④品質保証業務
25	放射線治療の広域データベースを整備運用してほしい	日本放射線腫瘍学会データベース委員会によって14年間にわたり開発、運用されてきた放射線腫瘍学広域データベースが終結に至った。終結に至った理由は、このデータベースは多目的であったので開発・運営に人手と経費がかかり、個人の研究費だけでは負担が大きいこと、また個人情報保護法により追跡調査が困難になったことである。しかし、データ収集方法・検索方法、追跡方法の研究、インターネット利用方法、多施設の既存データベースとの自動リンク方法など開発成果をあげるとともに、日本放射線腫瘍学会会員施設がデータベースを構築運営する啓蒙と技術提供の役割を果たしてきた。このデータベースを復活し継続運用してほしい。
26	医学物理士を医療体系に組み込み、欧米並みの放射線治療の質を維持できるような体系を構築すべきである	日本のがん医療において放射線治療の増加が予想される中、放射線治療医の不足は深刻な状態である。また、我が国の放射線治療の高度化などの新技術の開発では、欧米から非常に遅れをとっている。この大きな一因は医療社会に認められた医学物理士の不在にある。医学物理士を育てることは、これらの研究開発を盛んにし、国民が高度ながん医療を受けられることに直結する。医学物理士の役割を積極的に評価し、国家資格まで視野に入れる基本計画としてほしい。
27	放射線治療の精度管理等を担当する人材について	「放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援したりする人材が必要であるとの意見もあることに留意する」という記述は弱く、留意するだけでは、自己責任を問われる時流と相容れないと考える。自己責任が問われるならそれなりの精度管理等の業務を遂行できる人材が医療機関に必要なとともに、加えて、その業務に必要な機器・機材の予算確保も何らかの形で義務づけてほしい。
28	医学物理士の職制認知、国家資格化、またその育成に努めていただきたい	がん治療の中心の一つである放射線治療における人材不足は深刻である。放射線治療の高度化で治療成績が向上し、また高度高齢化社会でがん患者が激増している状況で即効性のある対応が必要である。放射線腫瘍医の育成は特に重要だが、即効性には欠ける。医学物理士の国家資格化も直ちにというのは困難と思われる。そこで、医学物理士が医療現場で仕事ができ、病院の増収になるような施策として、理工系及び技師系医学物理士の職務内容の認知と診療報酬上の優遇処置をお願いする。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
29	放射線治療は国際的安全指針に従うべきである	「放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援したりする人材が必要である」との意見もあることに留意する」という記述のうち、「意見もあることに留意する」は削除すべきである。国際放射線防護委員会ICRP勧告86など「国際団体・機関の安全指針での勧告」において、医学物理士の必要性がうたわれており、日本においても医学物理士の人材育成・有資格化に国として取り組むべきである。
30	がん放射線療法体制の整備に関する提案	日本のがん医療レベルは、総体的に見て決して低くはないが、「放射線治療」のみを考えると、明らかに遅れている。国民が等しく適切な放射線治療を享受できるための対策として以下を提案する。①放射線治療施設の整備、②放射線治療にかかわる医療保険制度の見直し、③放射線腫瘍医の育成と適正配置、④医学物理士の育成と国家資格化及び適正配置、⑤医療従事者に対する放射線治療の啓蒙、医学教育における放射線腫瘍学教育、⑥国民に対する放射線治療の啓蒙活動、⑦放射線療法に関する医療情報システムの構築
31	医学物理士の国家資格化を実現してほしい	基本計画において、医学物理士の必要性を積極的に前面に出すべきであり、「人材が必要である」との意見もあることに留意する」のではなく、「人材が必要であり、医学物理士を養成していく」と明記してほしい。実際の臨床現場にいる放射線科専門医、認定診療放射線技師等のスタッフは、物理の専門家としての理工系医学物理士を切望している。また、日本のがん診療の現場に医学物理士がほとんどいないことは、外国の専門家から見ると異常な状態であると聞く。医学物理士を国家資格化することが必要である。
32	物理的な精度管理を専門とする人材の配置と養成をより積極的に取り上げてほしい	近年の放射線療法の進歩は著しく、その成果には目覚ましいものがある。しかし、放射線療法によるがん医療の供給体制が欧米諸国に比して日本では極端に低迷している。放射線腫瘍医の不足及び医学物理士の活躍の場がないことがその原因である。放射線腫瘍医を増員させるとともに、医学物理士に放射線治療計画装置の管理等を含めた多くの部分を担当させるべきである。がん対策推進基本計画にはそのことを明記すべきであり、「人材が必要である」との意見もあることに留意する」との表現は「人材が必要である」と修正すべきである。
33	放射線療法の専ら精度管理及び線量計算を行う人材の必要性について	放射線療法の最近の進歩はまことにめざましいものがある。しかしながら、放射線療法を必要とする全ての患者に適用するには、人的なインフラが極めて貧弱であり、特に医学物理士の不足は最も深刻である。基本計画たたき台の「人材が必要である」との意見もあることに留意する」との表現は「人材が必要である」と修正し、医学物理士の普及を進めるべきである。
34	延命を目的とした化学療法に理解を頂きたい	基本計画案をみて、治らない(と見なされた)患者は、可能性のある治療手段を納得いくまで試みることなく、緩和医療にと追いやられてしまうのではと感じた。延命を目的とした化学療法に始まる治療により、つつがない日々を一日でも長く作り出すがん医療の提供といった部分が見受けられない。患者たちが一番望んでいることは、最後まで諦められず、見放されず、納得のいく治療を苦痛なく受けられることである。充実した日々を1日でも長くする、延命を目的とした治療が受けられる仕組みの検証と確保を”特に化学療法について”行ってほしい。
35	がん医療における教育カリキュラムの構築	それぞれの地域でがんに関する専門医療従事者を育成する場合、がん診療連携拠点病院だけで育成を担うのは困難であり、その地域の専門病院や各科のスペシャリスト、専門団体に協力をもらう形で進めていかなければ質的に保障できるものにはならないと思う。罹患率の高いがんから優先して、場合によっては県の枠を超え、専門性の高い施設での研修や専門団体が作った教育カリキュラムの受講などで実施すること、各地域で質の高い医療を実践している専門病院間でネットワークを構築し、情報、知識の共有化を図ること、がん医療実践機関は第三者評価による質の評価を行うことを義務づけることなどが必要である。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
36	乳がん医療における薬物療法の問題点	アメリカFDAで使用が認可された薬剤や使用法は、日本の保険制度で認められるまでには非常に時間がかかっている。①ハーセプチン耐性再発乳がんに対するラパチニブ、②術後薬物療法におけるハーセプチン、③タキソールの毎週投与方法などは、大規模無作為化比較試験にて生存率の向上(①、②)が認められており、化学療法における患者の副作用軽減(③)にもつながることが以前より明らかになっているが、日本の保険では用いることができない。海外のデータを積極的に利用する姿勢が必要である。
37	医療事故と精度管理について	ここ数年放射線治療による医療事故の新聞記事をよく目にする。放射線治療の件数も増加していく傾向のうえ、最近では定位放射線治療や強度変調放射線治療など一回の線量が多い治療が普及しつつあるが、一方で精度管理や人員配置に関してはそれぞれの施設に任しており不十分な部分も多くあると聞く。診療報酬に精度管理に関する部分が含まれていないことが理由の一つだと思う。放射線治療における精度管理を行うには、放射線技師の積極的な養成や診療報酬への反映がされれば、その水準を保つことができると思う。
38	がん治療薬の早期承認要請	海外で承認されているのに、日本では使えない治療薬がたくさんある。1日でも早く承認され、保険適用で患者が治療を受けられる時代がくることを願う。今この瞬間も治療を続け、新薬が承認される日を待ちわびている患者が大勢いることを感じてほしい。
39	放射線治療専門技師の高度専門教育を日本放射線治療専門技師認定機構に委託してほしい	全国的に統一され、かつ継続的に行われる放射線治療専門技師の高度専門教育は、日本放射線治療専門技師認定機構の教育システムを除いてわが国にはない。がん対策基本法では、放射線療法の専門的な知識と技術を持った医療従事者の育成が必要とされている。これを踏まえ、基本計画の策定においては、放射線治療に携わる診療放射線技師の教育に必要な施策について、日本放射線治療専門技師認定機構に教育を委託してほしい。
40	放射線治療に専ら携わる診療放射線技師を大幅に増員してほしい	わが国の放射線治療の歴史の中で診療放射線技師は患者の照射治療行為だけでなく、米国の医学物理士、線量計算士等の複数の業務を実行してきた。この事実こそがわが国の放射線治療の実態である。このシステムをそのまま維持し拡充しつつ、診療放射線技師の高度教育をさらに継続していくことが患者の医療の質の維持と医療安全の確保、そして医療費削減等に大きく貢献していくことになる。日本の放射線治療技師数は非常に少ない。がん医療における資質を向上させ、医療安全を確保するために放射線治療に専ら携わる診療放射線技師の大幅な増員を望む。
41	基礎物理分野における研究者を医学物理士として養成することの重要性について	現在の体制のままでは、今後の放射線治療装置の高度化に伴い、患者への質の高い放射線治療の保証が非常に困難である。高度化する装置の原理を理解し、放射線の質を保つ人材が決定的に不足している。すなわち、医学物理士を養成できる環境が十分に整備されていない。現在治療装置を扱うのは技師だが、医学ベースの教育を受けているため、高度化する治療装置の物理的原理を理解することは大変困難である。物理学を知識のベースとする理工系出身の人間を医学物理士として数多く訓練し、治療現場に参入させる必要がある。そのためには、医学物理士の国家資格化が必要不可欠である。
42	医学物理士の教育と国家資格化について	米国の医学物理士臨床訓練に参加して、大学病院等の先進的治療を行う施設では、必ず臨床業務と研究開発、双方の経験と知識を持つ「臨床研究型医学物理士」が必要であることに気付いた。しかし、日本では「臨床研究型医学物理士」が極めて少なく、新たな治療技術の開発はおろか、物理学的見地からの十分な品質管理ができていないことが問題となっている。診療放射線技師が医学物理士の臨床業務を行えるように教育するシステムが出来上がりつつあるが、このシステムだけでは不十分である。理工系の研究を行ってきた者に医学物理士の臨床業務を教育するシステムの構築及び理工系の「臨床研究型医学物理士」が医療施設で働ける環境を作るための医学物理士の国家資格化が必要である。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
43	標準的ではない抗がん剤治療も必要	標準的抗がん剤治療の普及を推進していくことが重要だという意見があるが、「がん」という病気は同じ種類の「がん」でも患者一人一人が違う性質を持っているため、一律、均一的な治療でみんなが同じ治療効果が得られるとは思えない。患者の現状や希望にあわせた標準的ではない治療も選択できるようにすべきである。
44	抗がん剤治療の拡充	抗がん剤については、薬の使用に関して人材の育成、治療体制の充実については触れられているが、薬そのものについての記述がない。世界の標準治療薬が日本ではまだ保険適用されていない例がある。このような未承認薬の早期承認をしてほしい。また、すでに保険適用されている薬でも、別のがんに対しては適用されていない例がある。このような薬の保険適用の拡充もしてほしい。薬の早期承認に当たっては、医師主導治験などの制度の再検討をしてほしい。
45	医学物理士は医療技術向上に必要である	がんの放射線治療の重要性は増しており、その技術も日進月歩で進んでいる。かかる先進的な医療技術を使いこなす、患部に適正な放射線量を照射するには、放射線物理や医学知識とともに、医療機器の特性、照射場の設計技能が必要である。これらの医学と工学の知識をバランスよく獲得した技術者として医学物理士が期待される。また、医学物理士が医療現場で見た機器の欠点を見抜き改良のポイントを指摘することで、医療現場の真の要求を開発者に橋渡しすることができ、医療技術の向上につながる。
46	放射線治療向上のため医学物理士の国家資格認定制度を作してほしい	医学物理士は放射線治療の場で、放射線治療計画装置、機器の性能管理や投与する線量の管理を含めて、放射線治療の質を高めるために不可欠な存在であることは共通の認識になっている。この医学物理士が職種として確立しておらず、居場所がない状態にある。放射線治療向上のため、医学物理士の国家資格認定制度を作って、臨床において居場所を明確にする必要がある。
47	がん治療薬全般の早期承認について	現在海外において使用認可がおりているがん治療薬を、日本国内における審査を優先的にスピードアップし、早期承認をしてほしい。また、国内において研究されているがん治療薬においても有望とされている治療薬に関しては海外の治療薬の審査と並行してスピードアップし、早期承認につなげてほしい。
48	放射線治療医とがん専門医療コンシェルジュ育成と評価について	放射線治療医が非常に不足しており、育成が急務である。育成指導に当たる医師への然るべき報酬の確保や優秀な放射線治療医に対する医学会、社会の適切な評価が必要である。また、がん治療に関わる医療従事者がよりよい治療を行い、十分な研究を行うには絶対的に時間が欠如している。医師が専門分野に専念できるような環境の整備が必要である。それを支える存在として、医療コンシェルジュという新しい職種の中でがんに特化したものの育成が行われ、医療機関で活動するようになれば、がん治療全体をチームで行うことができ、専門分野に専念できるようになる。
49	技術の向上と医療器具の開発の必要	放射線治療の技術向上により手術と同等あるいはそれ以上の成績をあげるようになった今日でも、手術でしか処置できないがんもある。臓器の温存ということから放射線治療の需要は高まると予想されるが、そうであれば手術に関しても一層の技術の向上が必要であり、できる限り臓器を残すことが求められる。それには医療器具の開発にも積極的に取り組み、多くの臨床を経ながら常に改良していくことが必要である。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
50	放射線治療の普及と放射線治療医の評価の確立	放射線治療に関して知識が乏しく、また良質の放射線治療を行える医師の数も足りないことから、手術や抗がん剤治療を選択する人も多いが、現在では、手術と匹敵する、あるいはそれ以上の効果を上げている治療もある。そうした情報がもっと患者に提供されることが重要である。また、放射線治療医の方は、身体の全ての部位のがん診断/治療に接する立場にあり、専門に留まらず横断的に判断できる。それでありながら、外科医などと比べて評価が低いと思う。放射線治療医だけでなく一般にがん治療に関わっている医師への適切な評価(社会的評価、経済的評価)が与えられることが重要である。
51	高度な技術を要する放射線治療法の均てん化	放射線治療のうちでも先端機器を利用した粒子線(重粒子線および陽子線)がん治療や高精度光子線治療(IMRTや定位放射線治療)のような高度な技術を要する手法については、国や地方自治体が主導して適正な配置を考える必要がある。またその均てん化も必要である。
52	放射線治療に従事する専門人材の育成	放射線治療の信頼性を担保するためには、放射線治療品質管理士や医学物理士などの存在が不可欠である。しかし、これらの資格は学会認定でしかなく、また、診療報酬に反映されていないために病院が積極的に導入するようなインセンティブが働かない。放射線治療品質管理士や医学物理士について、国家資格化、診療報酬への反映を基本計画に明記すべきである。
53	がん克服を目的とした基本計画とするために	大幅に不足している腫瘍内科医、放射線治療医、サイコオンコロジストの育成及び拠点病院への配置についての数値目標を定めるべき。また、独立部門として「腫瘍科」を各医学部に設置し、文部科学省との連携を強化し、総合的にがん治療を総括できる医師の育成に努める。
54	放射線治療における物理専門職の育成を望む:現場の視点から	放射線療法は、医師、看護師、診療放射線技師に加え、放射線治療計画の作成や物理的精度管理を専門的に支援する、いわゆる物理士といったあらゆる専門職が協力することで実行し得る治療法である。これらの専門職がいずれも他の先進国に比べて不足していることは周知の事実であり、とりわけ物理士は顕著である。強度変調放射線治療をはじめとする先端治療において、それらの治療を物理面で十分に管理・実行できる人材が不足しており、一方放射線治療患者数は増加している。こうした点から物理士の育成が重要かつ急務である。
55	今後、放射線治療分野に欠かせない職種「医学物理士」	近年高度化する放射線治療技術に対して、照射装置等の品質管理において診療放射線技師が対応するには限界がある。技師は診療従事者になるべく教育を受けており、それらの教育には機械工学等のカリキュラムは含まれるもののあくまで診療に特化したものである。放射線物理学、機器工学に関する専門的な教育は受けていないからである。医学物理士が医療職として認知され放射線診療の一翼を担う体制が整備されるためにも、国家資格化することが必要である。
56	放射線治療医と医学物理士の育成の必要性について	近年、がん治療における放射線治療の重要性が高まり、実際に患者数が急増している。しかしながら、放射線治療専門医は極めて少ないままである。また、定位照射や強度変調放射線治療等の多くの高精度治療法が行われるようになったが、このような高精度放射線治療の精度管理や治療計画立案を従来の放射線治療医や診療放射線技師のみで行うことは事実上不可能となっており、医学物理士が臨床現場でともに働く環境が必須である。放射線治療のボトムアップと医療事故の防止、ならびに国民の期待に沿った医療の提供には、放射線治療医の育成に加えて医学物理士の育成と体制整備が急務である。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
57	コーディネーターの定着	がん対策は、拠点病院の指定、がん対策基本法の施行など進みつつあるが、その内容は難しく、何らかの解釈が必要である。さらにがん治療については3つの方法があるが、患者といえども医療対策については素人である。医師にどうしますかと問われても知識が不足して対応を伝えることができない。そこでコーディネーターの存在が必要となる。拠点病院かその他の部門でのコーディネーターの設置をしてほしい。
58	日本を先進諸国標準の放射線治療が享受できる国とするための提案	①日本の放射線治療医数は、米国の10%未満であり、医療現場勤務の医学物理士は数えるほどしかいない。人材の育成が急務である。②日本は人口比のMRIやCT等の台数は世界一だが、放射線治療の標準治療装置である直線加速器の台数は不足している。機器購入費への補助や高度先端治療に対する労力に見合った保険点数の設定をすべき。③日本のがん医療は未だ外科主導である。放射線治療の有用性を啓蒙すべき。④安全な放射線治療が受けられるよう、物理士の国家資格化も含め放射線治療の事故防止のため、早急に法整備すべき。⑤人種差等のため、日本での有効性、安全性を証明することなしに、欧米の研究結果を鵜呑みにすることはできない。わが国の研究を支援することが必要である。
59	数値目標を定めたがん専門医の養成・配置計画の早急な策定を	がん対策基本法第14条は「専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成」を国及び地方公共団体に義務付け、附帯決議七では具体的施策として「…厚生労働省、文部科学省の関係府省による連絡調整を随時行い、その協議内容を「がん対策推進協議会」に報告すること」としているが、「随時」ではなく、がん対策推進協議会が文部科学省に直談判して、がん対策推進基本計画にがん専門医の数値目標を明記してほしい。
60	研究開発のできる医学物理士について	放射線医療の品質管理を医師及び診療放射線技師のみとした通知が出たが、関連省間での議論と合意は得られているのか疑問である。文科省では粒子線医療の開発と人材育成プログラムがスタートし、経産省でも様々な小型放射線医療機器の開発と製品化のプロジェクトが遂行されている。これらは皆品質管理と研究開発は融合した医学物理士の育成と結びつく政策と理解できる。しかるに厚労省での今回の通知は、その動きから逸脱していると感じる。優秀な理工科系学生がますます医学物理については放射線医療を敬遠してしまい、わが国の放射線医療の技術向上が今後も期待できないと考える。
61	抗がん剤療法の研究開発を進めてほしい	「化学療法は延命だけを目指すもので、根治はできない」と医師に言われたが、インターネットなどを見ると、アメリカのすい臓がん患者には、手術不可能な状態から化学治療だけで寛解した人も多く見られる。日本の研究者は、もっと謙虚になって抗がん剤の研究をしてもらいたい。副作用の軽減方法や投与量の調節やタイミングや抗がん剤の組み合わせなど、まだまだ研究の余地はある。「抗がん剤は延命しか望めない」という意識のもとで研究していても発見はないと思う。
62	医学物理士の認知と放射線腫瘍医との連携なくして放射線治療は期待通りには発展しない	放射線腫瘍医が不足しているなか、放射線治療が期待されているような役割を果たすには、放射線治療計画において、治療すべき領域の設定など医師が行うべき業務以外を放射線治療専門技師あるいは医学物理士に委ねるべきである。特に、放射線治療による治療成績の向上、有害事象の軽減に大きく寄与している強度変調放射線治療が先進国の中で、日本のみが普及していない危機的状況を打破するためには、高度な工学的技術を有する医学物理士の放射線治療計画あるいは品質管理への参画が必須である。
63	条文の中で抗がん剤の重要性を表現して頂くと	基本計画案の条文をみると、再発・末期患者への抗がん剤治療は、あたかも延命効果しか期待できないので必要ない、とりえず痛みの軽減さえすればいい、と抗がん剤治療を軽視していると受け取れる表現になっている。発見されるがんは、初期がんに比べて進行がんのほうが多いという事実もある。再発や転移をしてしまった進行がんの治療において、最も有効なものが抗がん剤治療であることは統計上明らかである。抗がん剤治療の重要性を表現し、最後まで緩和と治療を並行して行う姿勢を条文の中で示すべきである。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
64	CRCや専門医師、専門看護師、薬剤師育成目標数設定に際し、治験の質的变化や製販後特定使用成績調査等の増加を考慮していただきたい	昨年から抗悪性腫瘍剤臨床評価ガイドラインが改訂され、承認申請時の資料として主だったが、がん腫において第Ⅲ相比較試験成績が必要となった。また、承認後においても、製造販売後使用成績や製造販売後臨床試験として、登録・調査を求められることも増加している。治験にかかる医療従事者の増員は、いずれの治療分野でも必要であるが、第Ⅲ相試験に長期間を要し、直接生存に影響を与える分野である抗がん剤領域においては、特別な配慮が必要である。抗がん剤の製造販売後の調査や臨床試験に係わるCRCや専門医師、専門看護師、薬剤師育成目標数設定に際し、十分な人数が確保されるようにしてほしい。
65	承認効能・効果、用法・用量の抗がん剤療法に対する保険適応の可否を全国一律に決定する公的制度を導入していただきたい	厚生労働省は、承認から一定期間を経た薬剤については、薬理作用を基にした、承認効能外の処方保険対象としてよい旨の通知を出しているが、実際には、適応外使用の保険請求が認められるか否かには、かなり地域的な差があると考えられる。保険の支払いが全国一律に行われるようなシステムの導入を早急に進めてほしい。
66	放射線治療の精度管理を専門的に支援する人材について	がん対策の推進に関する意見交換会提言では、「・・・放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援する人材が必要である。」とあったのが、基本計画たたき台では、「・・・放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援する人材が必要である」との意見もあることに留意する。」と後退した表現になってしまった。「との意見もあることに留意する」の部分は削除すべきである。
67	放射線治療の品質管理体制の確立について	放射線療法の最近の進歩は目覚ましく、多くの部位で手術に勝るとも劣らない治療成績を示すようになってきている。また、高齢者への施療や機能保全などについては、手術よりも優れる点が多く、がんの重要な治療手段となっている。しかしながら、高度に発達した放射線療法を安全に行い、またその効果を最大限に得るためには、精度管理などの治療品質管理が重要である。基本計画たたき台に「・・・物理的な精度管理を専門的に支援する人材が必要である」との意見もあることに留意する。」とあるが、「意見もあることに留意する」では放射線治療品質管理に関して極めて不十分である。この文言は削除すべきである。
68	医療事故の被害者は、いつも患者	がん治療がチーム医療と言われて久しいが、高精度放射線治療機器の運用には、放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援する専門家のチーム医療が欠かせない。医師や放射線技師が片手間に片付ける問題ではない。放射線治療医も500人程度と極端に不足しているが、実際に実務を担当している医学物理士などは50人程度しかいない。医師養成機関である大学医学部において、放射線腫瘍学は放射線診断学と併設されている。放射線腫瘍学講座を分離独立させて、多くの放射線腫瘍医を養成することが必要。また、医学物理士については、国家資格とするとともに、その配置を制度化することが必要である。
69	DPCにおいて、抗がん剤治療を包括しないでほしい	DPCに抗がん剤治療が含まれるのはどう考えても合点がいかない。同じがん種、同じ手術を受け、同じステージだったとしても、個人によって合う薬や副作用の出方も違うのが当たり前である。たしかに、標準治療や、効率化のための研究としてはある程度必要な施策かとも思うが、知らないうちにDPC採用の病院が拡大していき、どこに入院しても重い抗がん剤治療をやろうとなくなるのでは、あるいは、患者に合わせた治療ではなく、決められた枠内で収まるための治療を提案されるのではという不安感はぬぐえない。これが誤解であるなら不安にさせない説明をしてほしい。
70	抗がん剤治療の専門的医療従事者	がんに関する専門的医療従事者の育成だけでなく、その力を発揮できる環境整備を整えてほしい。各医療機関が、抗がん剤治療においてもスペシャリストを必要と感じるような環境を整えてほしい。要するに診療報酬のことである。この問題を後回しにしてはいけないと思う。

テーマ①ア 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

	ご意見の表題	ご意見の概要
71	現場だから分かる	放射線のがんに効果的に使用できるような機械を創意工夫して製作している病院がある。そのようなものをどの施設でも使えるようにしてほしい

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	治療と緩和ケアの同時進行を！とくにホスピスの持つケアノウハウを一般のがん治療へ導入せよ	WHOが1989年に明らかにしたように、そして中川委員が「委員からの意見」で示したように、本基本計画の理念ががん治療と緩和治療の同時進行として行われるべきものであるとすれば、治療か緩和ケアかの二者択一などは決してあってはならない。入院治療・在宅治療・ホスピス治療は地域において一連の一貫性を持って行われるように「地域連絡パス」が作られなければならない。技量・技術を在宅ケアや入院治療においても学習・普及させるべきである。また、ホスピスにおける抗がん剤使用の禁止の規定を撤廃すべきである。ホスピスで終末を迎えられるがん患者は極めて少ない。もっと多くのホスピスが必要であり、5年後、10年後のホスピスベッド数の増加目標を示すべきである。
2	緩和ケアと積極的治療を並行して受けられるように	現在、緩和ケアへ移行すると、本人が積極的治療も並行して受けたくても受けられない状況である。緩和ケアと積極的治療は独立したものでなく、本人の希望や状況に応じ、必要により組み合わせられて受けられるのが本来と考える。また、除痛についてもWHOで定められている方法によればほとんどの痛みは除かれることが証明されている。しかしながら、医療従事者の中にも理解していない者もいるので、除痛も含めた緩和ケア技術の普及を短期に推進していくことと、緩和ケアと積極的な治療を受けられるような体制を具体的に計画に盛り込んでほしい。
3	心のケアに従事する医療従事者の養成と配置をお願いしたい	がん患者の生活の質を向上していくために最も重要な柱の一つが心のケアの提供体制の充実にあることは間違いない。一方で、我が国では、心のケアを提供する専門医療スタッフ(サイコオンコロジーの専門医)が絶対的に不足している。基本計画にサイコオンコロジーの専門医の養成と配置を重点事項として含めてほしい。
4	放射線照射による除痛について	緩和ケアの記述は薬剤と精神面が中心となるのは当然であるが、骨破壊などの疼痛緩和への効果が認められている放射線治療についての記述がないのは問題である。
5	がん患者の緩和医療における精神面のサポートを促進するための教育研修体制の強化と、従来の終末期の医療のイメージから脱却するための新しい概念として、サイコオンコロジーの充実をしてほしい	平成18年度厚生労働科学研究「わが国の尊厳死に関する研究」で実施した全国の一般病院を対象にした調査によると、がん患者への緩和医療的対応のうち、身体的な管理については過半数の病院がある程度の対応ができているが、心理社会面の対応は未だに不十分であることが明らかになった。全国の多くの病院でがん患者のサポートが望まれており、がん患者の不安や抑うつ、せん妄などの精神症状の診断治療にあたるサイコオンコロジストの育成が急務である。また、がん患者の全病期にわたる精神的支援をカバーできるように、がん終末期のケアというイメージが強い従来の「緩和医療」の枠組みから独立した、新しい名称として「サイコオンコロジー」を採用すべきである。
6	目標について	全体目標に「QOLの向上」を追加し、「全てのがん患者と家族の苦痛の軽減およびQOLの向上」としてほしい。 「QOLの向上」を入れることで、苦痛の軽減＝痛みだけとらばいいということではなく、がん治療後の後遺症や生活に視点が移ることとなる。特に在宅緩和医療の観点から、家に戻ればいいというのではなく、患者のQOLを向上させることを目標にすべきである。
7	がんにより二次的に生じるがん関連疼痛の緩和ケア	WHOは1986年以来、がんそのものの痛み、所謂「がん性疼痛」の治療においては、疼痛コントロールのために必要な量のオピオイド系薬剤を適切に投与すべきであると提唱しているし、今回の基本計画の中にも取り組むべき課題として取り上げられている。一方で、がん患者の60～70%はがん種、病期を問わず、がんによって二次的に発生する何らかの「筋・筋膜性疼痛」(がん関連疼痛)に苦しんでいると言われているが、ペインコントロールの専門家とがん治療専門家の狭間におかれて、適切に扱われていない。これらについても基本計画において取り組むべき課題として取り上げるべきである」7

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	緩和医療の充実、在宅医療の推進	全てのがん拠点病院、及び多数のがん患者を擁する主要病院において、緩和ケア病棟の設置、あるいは緩和ケアチームの結成を義務づける。また、がんの在宅医療に関して、地域の開業医を主体とした在宅医療チームの結成により地域における在宅医療の推進が見込まれており、このような在宅医療チームを各地域に広げてほしい。
9	がん予防、サバイバーシップ、家族・遺族ケアなど全般にわたる心のケア(サイコオンコロジー)の充実を強調し、がんを抱えても大丈夫だという安心を前面に出してほしい	がん＝死というイメージがあるが、がんになっても決しておしまいではなく多くは立ち直って力強く社会復帰を果たすイメージに変えてほしい。また、患者の不安などの心の問題に関して心理的サポートが求められている。そのために、サイコオンコロジーの専門家(精神腫瘍医、心療内科医等)の育成が必要であり、教育研修病院、がん診療拠点病院、専門学会、大学が一貫したカリキュラムを早急に作成し、特に一般病院・診療所・病院勤務の精神科医の緩和ケアチームや在宅医療への参画を促してほしい。心の専門家を育成するサイコオンコロジー講座など研究教育機関の設置を望む。
10	緩和ケアの現状とこれから望むこと	患者・一般市民は緩和ケアとは何かということをほとんど知らない現状があり情宣活動が必要である。緩和ケア病棟の患者でも積極的な投薬治療やCT、MRIの検査が必要なケースも存在する。マルメ(DPC)であったとしても、必要な治療、検査を実施することは当然のことである。マルメといっても工学で必要な治療は出来高算定し、その一方で少し基本料を下げるといった制度の改定も必要ではないか。また、緩和ケア病棟では、個室に対するニーズが非常に強い。しかし、差額ベッド料を算定できる病床は半数であり、施設コストを回収する手だてがない。緩和ケア病棟では個室全て差額ベット料が算定できるように改正してほしい。
11	緩和ケアチームの名称変更	「がん＝死＝お仕舞い」というイメージは、終末期や緩和ケアに関連して生じる。がんを抱えて一旦は誰も落ち込むのだけど「お仕舞いではない、力強く立ち直って社会復帰を果たす」イメージに変えてほしい。そのために、がん診療連携拠点病院に配備される緩和ケアチームの名称を「支持療法チーム」や「患者家族支援チーム」などに呼称変更を促してほしい。
12	均てん化および体制整備	がんになっても患者、家族が穏やかな心の状態で過ごせるようになるためのがん医療の提供体制の整備として、拠点病院へのサイコオンコロジー専門家の複数配置が望まれる。また、サイコオンコロジーの専門家(精神科医、心療内科医、臨床心理士、リエゾン看護師)の育成、精神科開業医への在宅緩和ケア参加の促し、大学における精神腫瘍学講座の設置が望まれる。
13	サイコオンコロジーは緩和ケアとは独立した項目として考えてほしい。	サイコオンコロジーの大きな柱の一つとして、がん患者の精神症状緩和に関する臨床領域があり、これは広い意味で緩和ケアと密接に関連している。一方でサイコオンコロジーのもう一つの大きな柱として、がん罹患や生存期間に関与する心理社会的要因を同定し、それに対する介入を行うことを通して、がん予防(例えば禁煙を推進するうえでの心理社会的介入)、がんの治療成績の向上に貢献することがあげられる。こういった取り組みは従来の緩和ケアの枠組みにはおさまらないものであるため、推進計画を策定する上で、こころのケアを緩和ケアの枠組みに含めるのではなく、独立した項目としてほしい。
14	何故緩和医療は普及しないのか	緩和医療が普及しない理由は、1つは医師の緩和医療に対する誤解であり、もう一つはチーム医療であるがん医療に精神科医(特に精神腫瘍医)がほとんど関わっていないことである。がん治療と並行して提供される緩和医療の重要性を教えるべきである。また、精神腫瘍学を医学部教育における精神科学あるいは腫瘍学の講義の中で教えること、そして少なくとも拠点病院には精神腫瘍科をおくことを検討すべきである。

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	延命の向上を目的とした治療・サポート	若い世代の完治が見込めないとされるがんの患者においては、命を一日でも永らえることが患者・家族にとってかけがえのない時間を生み出すものである。「緩和ケアについては、治療初期の段階から充実させ……実施される必要がある」とあるが、世代、病状に応じた適切な治療・ケアを行うよう具体的政策を立ててほしい。「緩和ケア」という言葉が死へ向かう消極的治療・ケアという意味のみで使われないようにしてほしい。同様に「在宅ケア」も病院から追い出されて在宅へというものではなく、どの段階でも可能な限り、望めば在宅での療養ができるようなサポートをしてほしい。
16	がん精神科領域における臨床心理士資格者の配置について	がん患者・家族の多くが心理的ストレスに悩まされていることが知られており、専門的な評価と支援が必要である。専門家として、臨床心理士と精神科医の両者が必要である。臨床心理士は社旗福祉士に類似した相談支援者として理解されることがあるが、相談だけではなく、ストレスの強いがん患者・家族の心理的評価と心理療法も行う。がん罹患からターミナルケアまであらゆる時期に、外来でも病棟でもがん患者・家族に関わる、精神科領域の臨床心理士が必要である。
17	心のケアにおける精神科医の役割に関して	あらゆる病期のがん患者の多くに、うつ、せん妄等の精神症状が存在する。また、これらの症状緩和に対する患者のニーズも大きい。しかし、これらの多くは医療者には見過ごされてしまい、時に抗がん治療の拒否や、自殺などの悲劇的な結果に至ることもある。これらに対する専門的な薬物療法、精神療法を行うためには精神科医の存在が不可欠である。また、主治医、看護師もこれらの精神症状を呈する患者にどのように対応して良いか困るケースもあり、チーム医療の中での他職種に対する教育効果も大きい。
18	治療と緩和ケアの線引きをするより並行すべき	日本の場合、治療の可能性が無くなると、そこから緩和ケア、ホスピスにという傾向がある。どこかで線引きして、ここから生を否定するというようなやり方が心ある医療とは考えにくい。緩和ケアは治療と並行して行われるべきである。最後まで生きる可能性を否定しないシステムの中で大事に見てもらうことが必要である。また、モルヒネをもっと治療の段階からも上手に使用して、疼痛ケアを十分に行うことも重要。
19	緩和ケアへの放射線治療の有効利用	骨転移がんや肝がんなどの部位では、放射線治療により患者の痛みを和らげることもでき、緩和ケアとして有効である。諸外国では一般的に利用されており、今後本邦でも前向きに取り組むべき課題である。
20	がん治療現場における精神腫瘍医の必要性和育成	昨今、がん治療の専門性が重要視され、がん治療専門医の育成がされているところだが、がん治療の専門医性を強調すればするほど、がん患者・家族は治療に多大な期待を抱き、医療従事者はその期待に応えられないというジレンマに陥り、患者・家族そして医療従事者ともつらい状況となることが想像される。患者・家族の精神的なケアに対応できるよう精神腫瘍医ががん治療専門医と車の両輪のごとく患者・家族をサポートする体制が望まれるとともにその育成が必要である。
21	全てのがん患者の苦痛の軽減のために、除痛率85%達成に向けた緩和医療の普及と、全人的ケアの取り組みを進めてほしい	緩和ケア病棟やホスピスでの除痛率が85%であるのに、その他の施設では45～65%というのは、がん患者にとって大きな不安要素である。WHO方式の除痛方法が多くの施設で未だに実施されておらず、また、それが医師・看護師に認知されていないところには、早急に改善指導してほしい。3年以内に全ての施設にて除痛率を85%とする数値目標を掲げ、半期ごとに除痛率を開示すること・看護師が除痛率の測定を行うことを指導してほしい。また、苦痛には身体的なもののみならず、精神的・社会的・経済的な苦痛がある。がん患者・家族が全人的ケアを受けられるようにしてほしい。

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
22	がん克服を目的とした基本計画とするために	①在宅医療環境の整備を進めるために一次医療圏の開業医と拠点病院との連携を促すべきである。在宅医療に関しては、余儀なく退院させられ行くところがないので在宅という状況が聞かれる。在宅治療で十分対応できる環境にあるものが退院し在宅治療へ移行するような環境整備の取り組みが必要。②除痛のための情報を医師が共有できる対策を促すべきである。除痛に対する認識が低い。オピオイドの使用については取り組む医師の不足や準備状況の不備があいまって理想的な使用とはほど遠いと思う。認識改革が必要。
23	心のケアの充実をはかる	がん患者やその家族の心のケアにあたる医療者の教育が欠かせない。特に心のケアの専門家が、がん医療全般の知識を学び、がん患者やその家族に有用だと考えられる心理的援助方法を習得していることが望ましい。さらに心理臨床に携わる者の医学的知識も乏しいため、心理臨床に携わる者が医学的知識を十分に習得したうえで、心のケアに当たるべきである。そのため、がん領域で働く心のケアの専門家に対する継続的な教育が必要である。
24	緩和ケアチームに精神科医が在籍する必要性	痛みの管理のために依頼を受けた患者の症状緩和に際して、いかなる鎮痛薬も効を奏さず、精神療法によって軽快する場合があること、うつ病の診断ががんを合併しているとそうでない場合よりさらに困難であることなど、がん診療の中で精神科医以外では代替しえない仕事が多くある。緩和ケアチームに精神科医は必須である。
25	地域の在宅医療の充実のために	在宅介護の稼働率を上げるためには、地域の在宅医療を充実させるには、24時間対応の往診専門医や緩和のできる病院が増えることも大切だが、地域の救急センター、保健所を在宅医療のネットワークに組み込み、在宅医の連携に役立たせることはできないか。そのようにして患者・介護者の看取りの不安を払拭しなければならない。
26	患者と家族のQOL向上のために	①個人の生活の質評価法であるSEIQoL(The Schedule for the Evaluation of individual QoL)は、WHOの選んだ10のinstrumentの1つで他の健康関連QOLと比較するといろいろな面でユニークであり、特に根治が困難な状況においてのQOL評価にも利用可能と期待されている。②肺がん、乳がんは悪化時に痛みが強いがんの1つである。神経因性の痛みにはモルヒネといえどもあまり効果がない。結局量をつかうしかない。「麻薬依存症を治療する麻薬」メサドンの国内承認が要求されていると思うが、良い除痛薬は早めに使えるようにしてほしい。
27	がん患者へのこころのケアの質向上と普及	がん患者に対するこころのケアが現状では十分とは言えない。より良いこころのケアをがん患者に提供するためには、患者の主治医、看護師、緩和ケアチームの医師、精神科医、心理士、ソーシャルワーカーを含めた他職種によるチーム医療の充実が必要である。その中でも医学・がん医療に関する必要な知識をもった医療・臨床心理士によるこころのケアの提供が求められる。しかし、そのような心理士を養成する体制ができていない。関連する学会による体系的な講習会や研修の機会を提供できるようにオーガナイズする必要がある。また、大学等での専門家養成にもチーム医療やがん医療一般に関するカリキュラムを整備すべきである。
28	緩和医療の充実に関する精神腫瘍医の育成に関して	悪性疾患を患われた方の約半数は心の病を併発し、正しい病状の理解や正常な判断が行えないために、標準療法さえも拒否してしまう患者が少なからずいると思う。質の高いがん診療を行うためには、腫瘍内科、緩和医療科、精神腫瘍科といった多くの科の協力が欠かせない。質の高いがん診療を普及するためにもサイコオンコロジストの存在は重要である。

テーマ①イ 緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成

	ご意見の表題	ご意見の概要
29	緩和ケアにおいて心のケアの充実を図ってほしい	緩和ケアの重要性が認知され、患者のQOLの維持・向上への期待が高まる中、身体症状の緩和と比較し、精神症状の緩和あるいは心理的側面への関心はまだ立ち後れているのが現状と思う。身体科医が心のケアも併せて行うことができれば問題ないが、特にうつ病の評価などは非常に難しく、身体科医の多くはうつ病を見逃しているといった報告もある。以上を踏まえて、以下の2点を基本計画に反映してほしい。①緩和ケアチームにおける心のケア専門医(精神腫瘍医)の必須化、②大学における精神腫瘍学講座の設置。
30	がん医療の質を向上させるための精神的ケアの普及をめざして	がん治療中の患者の調査では20～40%に不安・抑うつが認められることが知られている。心のケアの質をさらに高めるためには専門家を配置する必要がある。現在多くの精神科医ががん医療に参加するようになったが、多くの精神科医は従来からの多忙な日常診療に加えて、がん患者の心のケアを行っているという現実がある。がん診療機関にがん患者の心のケアを専門に行う精神腫瘍医を配置し、がん患者さん専門で働けるような環境を作り出していくようにすることが必要である。
31	医療事故の被害者は、いつも患者	緩和医療に放射線治療を上手に使い、患者の苦痛緩和に役立てることが必要である。多くの患者が苦しむ「痛み」に対し、もっと積極的に放射線治療を適用するような更なる努力がなされるべきである。
32	緩和ケアにおける精神科医の役割の重要性	がん患者にせん妄、うつ、不安などの精神症状は高頻度に合併し、これらに対する評価および薬物療法や精神療法など適切なアプローチを行うことががん治療を進めていくにおいて重要である。このため少なくとも拠点病院においては、このような精神症状に関するコンサルテーションが可能な体制を整えておくべきである。緩和ケアチームには、なんらかの形で精神症状の相談を専門的に受けることができる医療者が必要と考える。
33	緩和ケア病棟の入所基準の見直しの必要性について	現在の緩和ケア病棟の入所基準からすると、抗がん治療中のがん患者は緩和ケアが受けられないこととなる。これは世界保健機関が提唱する本来のがん診療、すなわち、早期から緩和ケアを抗がん治療と並行して提供することが望ましい、とする概念に明らかに反するものである。基準の見直しが必要である。
34	全人的緩和ケアの体制整備について(小児がんの立場から)	小児がんの患児、家族の心のケア、在宅ケア、ターミナルケアなどについて、現状では、ソーシャルワーカーの数、予算も限られていることから、ボランティアや患者会の活動を加えた体制整備を念頭に基本計画を作成してほしい。

テーマ①ウ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	どの分野からでも予防・ケア・治療法を追究し、がん撲滅に向かってほしい	とある連鎖販売取引会社を取り扱っている製品で、「がんが治った」、「手術ができる体に改善した」、「症状が緩和した」など少数ではあるものの耳に入ってくるが、なにぶん、連鎖販売取引の製品とあって疑心の概念に縛られる。しかし、それが本当にがん予防・ケア・治療に役立つならば推進してほしい。本当はどうか科学的に調べてほしい。
2	がんを治療または予防するための食事療法	ある病院の取り組みとして、進行がんの患者さんに通常のがん治療に加え、特にがんを予防および治療すると思われる食事療法を処方し、かなりよい成績が出ているとの記事を見た。是非参考にしてほしい。
3	自己免疫(ANKリンパ球)療法について	自己免疫(ANKリンパ球)療法の保険適用を認めてほしい。治療費が高額のため受けたくても受けられない患者がいる。また、混合療法も認めてほしい。免疫療法はほかのがん治療と比べ副作用が少ないのが利点である。がん患者の選択の幅を広げてほしい。
4	がんに関する研究について	がん細胞は突然変異による発現ではなく、明らかな循環障害による局所壊死が原因であり、その原因は、ストレスによる消化不良や骨格変位によるものである。医学の進歩とは裏腹に、毎年30万人以上ががんでなくなっているが、これは過剰な対症療法が原因である。患者は生きた人間なので、免疫抑制で貧血に追いやることではなく、血液を浄化して白血球を活性化し、かつ、骨格の歪みを改善することで生理機能が高まり元気を取り戻す。このような手段を用いることで、QOLが向上し、再発の心配もなく、終末期以外のがん患者を救うことが可能である。
5	専門外領域の療法に関する医師の知識向上について	がん治療を行うある医師が自分の専門である療法以外の知識に乏しく、患者にとってよりよい選択肢を提示することなく自らの専門領域に囲い込んでしまうケースを書籍等で見聞することがある。これが事実であれば、例えばがん治療に関する広い分野の知識を後進し続けていると認定される医師と、そうでない医師とで保険点数が違うといった仕組みで知識レベルの底上げを図ってはどうか。
6	こんな治療法もあった「安全治療の研究」	卵巣がんと診断され、手術で卵巣・リンパ節を摘出し化学療法をする予定であったが、体の歪みを取り有機食材を摂り人の持っている生理機能を高め自分の血液で治療するという代替療法の話を聞き、この治療を受けることとした。今も治療を受けながら元気に過ごしている。この治療方法が正しいかどうかは断定できないが、化学療法とは違い「安全な治療」である。この治療方法を国家的に研究推進すれば多くのがん患者が救われると思う。
7	免疫療法について	家族が余命宣告を受けたとき、ほかに打つ手がなければ免疫治療にかけてみたいと医師に相談したところ、エビデンスのない治療は問題外とのことであった。三大療法だけでなく、いろいろな治療を組み合わせその人にあったものを受けられるように、情報の公開と交換をできるような支援体制を望む。

テーマ①ウ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	がん対策推進基本計画(案)について	厚生労働省を中心として医療行政機関が予断を持たず、民間医療、代替医療にも疫学的調査の輪を広げて好結果を出している方法については保険の対象とすることを前向きに検討してほしい。
9	小児がん、進行がんに対する対策を加えてほしい	第4回協議会の事務局案は、全般的に小児がん及び進行がんに対する対策の記載が少ないと感じる。以下のように修正してほしい。 OP11(施策)の「進行・再発がん患者が安心して医療を受けられる仕組み…」を「進行・再発がん患者が放射線や認められた化学療法では効果が得られなくなった場合には、免疫療法、代替療法、未承認薬や適応外使用などを自己の責任で試みる際は、それらを保険外併用できる仕組みを検討する。」と修正する。
10	免疫療法をがん対策医療法の一つとしてほしい	現在多くのがん難民患者や見捨てられたがん患者は、「免疫療法」に頼らざるを得ない状況にあると思う。「免疫療法」をがん対策の医療体制の取組の一つとして実践してほしい。
11	再発・転移の削減と治療の選択肢の提示	「転移や再発を防ぐ治療方法を積極的に探索しその採用を促し、5年生存率を向上させる取り組みを行う」ということを明記すべきである。また、ある程度の効果が見込まれている先端的な治療については、標準的な治療ではないことを明確にした上でがん患者にとっての選択肢として提示すべきである。そして国は新しい治療法について医療機関での効果の実証や効果の向上に向けた取り組みを積極的に推進し、将来の標準的な治療を生み出していくことが望まれる。
12	免疫細胞療法の効果の系統的把握と公的認知の促進を図るべきである	免疫療法の中でも免疫細胞療法は第4のがん治療法ともいわれ、すでに数千人の治療実績があると見られ、患者の関心が高まっており、これについても組織的・系統的な対応策が必要である。①現行の様々な免疫療法、特に免疫細胞療法に対する実態の把握、②保険対象化を含む支援策の検討、③免疫細胞療法を保険化した場合の効果に関するシミュレーションの実施等を基本計画に盛り込むべきである。
13	手術後の再発の減少を目的とする治療法の確立	手術前後に補助療法を行うことで再発、死亡を減少させることができればがんによる死亡率の減少に大きく貢献すると考える。手術後の補助療法として、従来から化学療法が試みられてきているが、かならずしも再発を減少させることにつながらず、また、毒性、副作用を伴う治療であることからの問題点が存在する。一方、活性化自己リンパ球療法などの免疫細胞療法などの毒性のほとんどない治療において、手術後の補助療法としての有効性が報告されてきている。化学療法に限定せず、この手術後の再発を減少させる治療法は様々な視点から提案されると思う。
14	再発予防とがん死亡率の低下	がんの死亡率低下が目標となっているが、これを達成する最も効果的かつすぐにでも実行可能な方法は、標準的ながん治療後の再発予防である。この再発予防法において最も要求される点ではできる限り副作用が少ないこと、効果が証明されていることの2点である。活性化自己リンパ球投与による標準的ながん治療後の再発予防は、その点を満たしていると考ええる。

テーマ①ウ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	集学的治療に免疫細胞療法などの先端医療を追加記載してほしい	今、がんに対し100%の効果を発揮する治療法は、早期発見のがん治療を除いてはないと思う。がん患者の罹患率・死亡率が減少をみない現状に対して、今までの治療法だけで解決できるのか疑問である。患者一人一人にあった様々な治療法の組み合わせをよりきめ細やかに試みるべきである。多くの大学で研究医療として実施され、また、多くの医療施設で行われ、再発予防に関してはエビデンスの構築もなされつつある医療である「免疫細胞療法などの先端医療」の必要性を計画に明記してほしい。
16	単純ヘルペスウイルス療法「HF10」について	単純ヘルペスウイルス療法「HF10」という、副作用も薬剤耐性もほぼゼロで、奏効率も100%に近い夢のような特効薬が研究されている。来春から米で第Ⅰ相臨床試験が始まるが、それでは国内認可は数年後になり、現在の患者には間に合わない。自己責任で受けることを条件に臨床試験なしで承認して欲しい。無理なら、来年早々から厚生労働省主導で第Ⅰ相と第Ⅱ相臨床試験を同時進行で行い、承認審査も最優先でという具合で、可能な限りのスピード承認を願う。また、通常の治験は投与の方法、量、回数など制約も多いと思うがもっと自由な形の治験をしてほしい。すでにネット上ではHF10の早期実用化を実現させるために運動が起こっている。認可が遅れば相当数の人間が亡くなる。英断を願う。
17	適応外処方の議論を進めてほしい	「暗黙の了解」という法規制を離れた方法で、適応外処方に至る所で実は行われているが、その曖昧な線引きは、地域性であったり、学会等の通念による認識であったり、病院や、個々の医師によるのか、一般国民には知るよしもない。均てん化という意味で、同じ状況下にある患者なのに、用意されている治療法が異なるのは不満も多いところである。適応外処方について、何らかの線引きを明確にし、「患者の理解と医師の裁量」で正々堂々で行えるようにしてほしい。
18	小児脳腫瘍、小児がんの専門的医療従事者の育成について	小児脳腫瘍は分類上100種類以上にものぼり、治療法は非常に多岐にわたる。また小児がん全般についても成人のがんとは異なった種類であり治療法もことなる。よって専門家の育成が必要である。小児脳腫瘍医、小児脳腫瘍外科医、小児腫瘍医、小児がん専門看護師、小児がん専門ソーシャルワーカーなどの制度化やその育成と各拠点病院への配置を念頭に基本計画を作成してほしい。

テーマ② 医療機関の整備等

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	がん診療連携拠点病院の施設基準を見直してほしい	がん診療連携拠点病院は、他の一般病院より数段上の良質な医療を提供する病院であるべきと考える。がんの診断・治療の効果を高めるためにも、がん診療連携拠点病院の指定に当たっては、下記の診療報酬上の施設基準の届出を義務付けてほしい。①看護配置 7:1以上、②特定集中治療室管理料、③緩和ケア緩和診療加算・緩和ケア病棟入院料、④栄養管理実施加算(誤嚥防止のためにも)、⑤医療安全対策加算(医療安全、院内感染)、⑥じょくそう患者管理加算・じょくそうハイリスク患者管理加算(特に、体圧分散マットレスなどの整備)、⑦改正医療法との整合として院内感染対策、医薬品の安全管理体制、医療機器の保守点検・安全使用に関する体制も評価の対象とする。
2	がんの手術指定病院について	がんの治療は進歩している。手術方法も鏡視下手術は高度の技量が必要である。また術後の合併症の管理や生存率などは手術チームの質によって決まると思う。今後は、外科の専門医制度にならい、臓器別にがんの手術の専門医を認定し、常勤の専門医の人数と術前術後の管理体制の十分に信頼できる施設のみでがんの手術を行うことを許可するか、手術保険点数に差をつけて専門性に欠ける病院での手術の保険点数は低くすべきである。
3	がん拠点病院の責務	がんは、①健診で発見されやすく根治が可能ながん、②専門医、特殊な機器の有無によって治療成績が異なるがん、③現代の医療では治せないがんの3つに大別できる。①は健診率の向上、②は専門医の育成、高度先進機器の整備により対応可能だが、③に属する患者への対応が我が国では大変遅れている。これらの患者に納得のいく医療を与えることが、がん医療の根幹の問題であるが、がん対策基本法の中でもこの点が明確に規定されてはいない。拠点病院の資格要件として、一定数の難治がん患者を引き受けることは責務であり、これが明確にされなければ、日本のがん医療は依然と変わることがないと思う。
4	がん拠点病院ではPET/CTを必須画像診断機器に指定してほしい	がん治療に当たっては、治療方針を的確に選択することが治療成績の向上、治療成績の解析に極めて重要である。治療方針決定には、患者のperformance statusと臨床病期の正確な診断が重要である。前者は医師の問診と診察で可能であり特別な機器は要しない。一方後者には適切な画像診断が必須である。臨床病期診断に最も診断能の高い検査は、現時点ではPET/CT複合機を用いた検査である。日本医学放射線学会は本検査の品質を確保し、がん診療に寄与させるべくPET/CT複合機検査のガイドラインを作成・発表している。がん拠点病院の施設基準にはPET/CT複合機の設置または近隣に上記ガイドラインに適合する医療施設が存在することとしてほしい。
5	重点的課題について	重点的に取り組むべき課題に「がん診療連携拠点病院の機能強化と診療連携の促進」を追加してほしい。 がん診療連携拠点病院を計画的に整備し、標準的ながん医療や緩和医療の提供、患者・家族への相談支援や情報提供、地域連携の体制や研修を作り上げることが、現在、がんと戦っている患者にとって、最も望むことだと思う。十分な体制を作れない都道府県もあるので、重点的に取り組むべき課題に加えてほしい。
6	がん拠点病院の必須事項に細胞診はいらないのか	老健法においてがん検診における細胞診の重要性は社会的に認められるところとなったが、病院における細胞診の役割に関する認識は薄いように思われる。検診における細胞診も病院における細胞診も大きな目的はがんの発見である。放射線、超音波などさまざまながんの発見方法があるが、顕微鏡を使いその細胞を直接目で見て判断する細胞診は最も精度の高いがんの確定診断法の一つである。早期に的確にがんの発見ができる細胞診は、がん患者のQOLを向上させ、医療費の抑制に貢献できるものと考ええる。がん拠点病院の認定に当たって細胞診(その従事者である細胞検査士と細胞診専門医)を必須項目に加えてほしい。
7	がん対策推進基本計画(案)に関する細胞診の重要性について	細胞診断や病理診断の重要性は、確定診断を下すだけではなく、治療効果の判定や再発の有無などを形態学的に論じることにもある。がん診療において地域連携パスが重要となってきた医療情勢のなか、地域完結型の医療体制を推進するために、例えば、がん診療連携拠点病院やマグネットホスピタルなどを拠点施設として、そこに適切な人員を確保したうえで、検体亜の統括的管理や診断制度の検証を行うセンターを設置する必要がある。そして、細胞診標本・病理標本あるいはバーチャルスライド化した画像データ等を、病院の枠組みを超えて適切かつ系統的に管理共有化し、がん診療に活用する地域ネットワークシステムの構築すべきである。

テーマ② 医療機関の整備等

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	がん診療連携拠点病院の認定要件	がん治療は、症例によって治療法も大きく異なり、専門性を非常に高く求められる領域である。全てのがん症例を専門的に究めていくことができる医療機関など日本全国にほとんど存在しない。そのような状況下で、日本全体のがん治療のレベルを上げていくことを考えれば、「幅広く様々ながん症例を扱える医療機関」と「専門的にいくつかのがん症例を深く究めている医療機関」がうまく連携を取りながら質向上につとめる必要がある。新しいがん治療体制を構築するための制度設計が望まれる。
9	シームレスな連携体制の構築—患者である「私」を大事にしてくれる医療—	がん患者は拠点病院等での高度な治療を求めるのと並行して、居住地や勤務地でのフォローアップを希望している。たとえ、がんが再発・転移したとして、患者である「私」はのぞむ生活や人生の質を落とすことなく治療を受け続けたいと思うものである。納得がいくまで治療を受け続けたいのである。そのとき、「私」の生活圏の中で治療を続けられるように、地域における医療機関の質の向上と連携の強化を早期に整備することが重要である。
10	がん克服を目的とした基本計画とするために	①拠点病院の機能をより充実させていくために、定期的なチェック機能の必要性を明記する。また、その構成員に患者やその家族を加える。②現実的な医療の均てん化のために、国立がんセンターおよび都道府県拠点病院の指導・支援的役割を明記し、人材育成・人材支援・情報支援等必要と思われる連携・支援項目を明らかにした対策を望む。
11	「がん難民」をなくすために標準治療を普及し、評価する第三者機関の設置を	「基本計画」においては、日本全国で標準治療(各学会の作る診療ガイドライン)を普及し医療技術を向上させていくことが焦眉の課題として位置づけられねばならない。標準治療の計画的な普及、また標準治療がどの程度行われているか診療内容を検証し評価する、「がん難民」の方の相談を受け付け「治療経過」を明らかにし病院・医師に勧告する、「がん難民」の方のその後の治療を支援する、拠点病院全体の治療水準の報告を行うといった第三者機関を設置して、計画的に実行していくべきである。
12	患者ががん診療連携拠点病院の運営に参加する体制を	がん対策推進協議会に患者代表が入り計画策定に参画していることは画期的である。また、患者会が地域においても医療機関・医療関係者と連携して活躍し、すでに社会的資源として広く認識されており、都道府県がん対策推進計画の策定にも参画していくと思う。ここでもう一步踏み込んで、患者ががん診療連携拠点病院の運営に参加するように道を切り開いてほしい。医療者側が気付かない患者の目線でがん医療の現場、病院運営に力を発揮すると思う。
13	進行がん患者の治療について	進行がん患者が根治することは現状で困難である。だからこそ抗がん剤治療や延命治療などの最初から最後まで診てくれる医療体制を整備し、一日でも長く元気な状態が続くようにする医療体制の構築が必要である。このことを基本計画に明記してほしい。治らない患者を簡単に見捨てないでほしい。
14	外来化学療法のための施設設備と要員の増強並びに外来化学療法で治療を実施した場合のSDV等が十分に行えるスペース、CRCの確保をお願いしたい	多くの化学療法は長時間の点滴を必要とするため、通常の外来設備では不十分で、長時間楽な姿勢で点滴を受けられ、異常があったばあいはすぐにスタッフと連絡できる設備や、抗がん剤投与のためのポータルの設置などの専門的な技術を要するスタッフ、多剤併用療法に使用する薬剤を正しく準備できる訓練された薬剤師等が必要である。外来化学療法を的確に実施するための設備や関係する要員の充実を基本計画に盛り込んでほしい。

テーマ② 医療機関の整備等

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	医療事故の被害者は、いつも患者	日本放射線腫瘍学会の調査によると、3大療法のうちがんの根治治療の可能な放射線治療という標準治療ができない施設にもかかわらず地域がん診療連携拠点病院の指定を受けているところがある。これは消費者問題の見地からは不当表示で、指定を取り消すべきである。早急に専門医などの人的配置と、リニアックなどの広範な配置と機器の更新が重要である。
16	医療機関の整備に関する目標について	小児脳腫瘍の治療について、全国どこでも適切な医療を受けられているわけではない。情報不足や技術、施設の設備その他の理由により、再発、そして残念な結果になることがある。小児がんに関しては早急に、小児がんデータの蓄積、情報の整理を踏み、拠点病院へ患者を集約するために、診療ガイドラインの作成、がん情報センターからの最新の治療方法などの情報提供、早期発見と適切な医療のために医療従事者への啓発をしてほしい。
17	小児脳腫瘍、小児がんに関わる医療機関の拠点化	拠点病院の指定がされているが、小児脳腫瘍、小児がんについては、必ずしも同じ施設ではなく、実績のある施設（例えば小児がんを多く扱うこども病院、大学病院など）、適切な施設を拠点病院として指定する方向での基本計画を作成してほしい。また拠点病院での初期治療後、家に戻った折の近くの施設でのフォローアップをスムーズに行うために拠点病院と各地方施設の連携強化への具体的対策をしてほしい。

テーマ③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	安心できる在宅死ケアを	厚労省が推進している在宅死の奨励策は「新たな棄民」だという批判を浴びている。退院後の暮らしを支える体制(往診や訪問介護)が整わないうちに、病院から帰されるからである。厚生労働省が本当に在宅死を増やすことを考えるなら、退院を指示する病院の側に退院後の暮らしとケアを支える地域への連絡パスをきめ細かく準備させるべきである。
2	世界的に発表されている情報の提供	医療に従事する者は自ら勉強、情報収集することも当然必要だが、非常に忙しい状況であり、時間的余裕がないので、最新の情報を効率よく収集できるような環境が必要である。また、これらの情報は患者などの医療受益者にも当然提供されるべきである。そのため、国立がんセンターの情報提供に、世界的な治療方法など(ASCOなどの世界的な学会で発表されたものなど)を速やかに掲載するなど、一箇所で様々な情報を得られる環境の整備が必要である。さらに、インターネットが利用できない人のために、拠点病院の相談支援センターなどで説明が受けられるなどの体制整備も必要である。
3	地域の相談支援体制について	最寄りのがん診療連携拠点病院をみて、情報センターとしての機能があまり作動していないと感じる。ほかの地域でも同じではないか。せつかくの相談支援センターをどのようにしていくのだろうか。新しい計画作成を進めると同時にこれまでの計画をフォローチェックしてゆかねばならないと思う。地域の医療機関は本当に真剣にがん対策を考えているのか疑問である。
4	がん患者とその家族の心のケアを	患者及びその家族の不安や疑問に適切に対応できるように地域のがん拠点病院に設けられている医療相談室の機能を強化し、新たに「がん相談支援センター」の設置に対し予算を組んでほしい。いろいろ施策を講じているなかで、患者とその家族が求めている心を取り残されている。がんによる精神的な負担に対する認知度は高いが、医師による対応は十分ではないのが現状である。
5	基本方針について	基本方針に「安心、納得できるがん医療の提供体制の整備」を追加してほしい。本人へ告知の希望を聞いた上で、がんとわかったその場所で、がんの疾患別の特徴、ステージ別の標準的治療を文書で受け、病院で受けられる治療を知ることができれば、最初の治療から納得して受けることができる。相談室や図書館などを使い、患者(家族)が病気を知り、医療者のケアの下で病気に向き合っていけば、見捨てられたと感じることも少なくなる。がんになって、患者と家族が自助努力だけでがんばる時代は、もう終わりにしてほしい。
6	患者の治療に対する主体性の確保	余命宣告は、それまでの治療実績からの統計的判断であって、がんの知識やその治療方法が日進月歩の現在にあっては、問題が多いのではないかと。もし、宣告するとしても、緩和ケアを含め最後の看取りまで、医者が責任を持つことを宣言すべきである。がん治療が進めば進むほど治療費は高む。それでも、最善の治療が保障されるか心配になる。治療に対し疑問があるとき、それに応える正確なデータを提出してほしい。
7	病理医を臨床の最前線の場に	インフォームドコンセントの場において病理医の顔を見ながらの説明が受けたい。病状(期)の説明は病理医から直接話が聴けるような体制が整えば、患者の納得(安心＝医療への信頼感)はより大きくなると思う。

テーマ③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	情報の均てん化、公立図書館の活用とコールセンターの設置	がん患者(家族)が、全国どこにいても同一レベルの情報が入手できるようにすべきである。①相談支援センターは、自分の病院が拠点病院でなければ、また、そこから遠ければ利用できない。近くても、平日に仕事を持つ人は利用できない時間帯・曜日の開館がほとんどで不公平感が募る。改善すべき。②国立がんセンターに夜間や週末も電話相談ができるコールセンターの設置を望む。患者会情報も調査して提供できるようにすべき。③大きな図書館であるほどがんの図書はいろんな分類をされ、分散しており見つけにくい。がん闘病支援コーナーを設置するよう、地方自治体への指導を計画に盛り込むべき。
9	がんを理由とした解雇の禁止	働き盛りのがん患者が無事治療を終え、職場復帰して、納税者としての国民に戻る体制作りが必要。①職場復帰は、がん闘病中の大きな希望であり、希望を持ってがん治療に取り組む体制作りが必要。②職場復帰したがん患者が社会に貢献する経済効果と納税額を国は見逃すべきではない。③解雇の理由を「がんによる休職」にすることを禁止する法律を制定し、国民病であるがんのマイナスイメージを払拭しなければならない。
10	術後の相談について	手術後医者は患者に説明する場合頭から押さえつけて納得させようとするが、病気になれば患者も自分で病気に対して勉強をする。医者としてやるべきことをせず確立だけいわれても納得できない。このようなことで医者を信用できなくなる。術後でも治療時の資料を取り寄せて説明してくれる第三者的な機関を作してほしい。
11	情報提供体制について望むこと～乳がん看護認定看護師の立場から	ITの普及により情報提供、情報収集のツールは変化している。がんに関する情報についても、調べる手段を持っている人は様々な方法で情報収集が可能である。一方で、インターネットになじみのない高齢者、使い慣れない人たちにとって、情報提供の方法が平等ではない。がん拠点病院が各地のがん医療の中核を担うが、拠点病院を中心に、広く市民に情報発信できる手段を整備してほしい。また、問い合わせ先や相談窓口も身近に設置され、がん患者にとって利用しやすい制度になることを望む。
12	相談業務の現状と課題	がん治療に関する不安や不信に関する相談窓口が少ないことで、患者家族の精神的負担が増加している。がんも疾患部位により相談内容に相違あり、きめ細かな相談体制が確立されていない。家族が相談する窓口が少なく、患者への対応に苦慮し、精神的経済的問題が負担になっている。等の問題がある。がん医療全般に関わる相談援助体制と専門職教育、がん患者家族への支援体制強化のため相談室への有資格者(社会福祉士など)の配置義務化。各地域間によるがんに関する情報の集約と情報提供等が望まれる。
13	がんに関するケアグッズの保険適用又は一部助成制度の承認	がんになったことで必要となるケア用品はたくさんある。介護保険で補助を受け介護用品が購入できるように、がん患者だからこそ必要となる「脱毛時のウィッグ・帽子・ヘアケア用品」や「乳がん体験者の専用の下着やパッド」なども保険適用で購入できるようにしてほしい。がん患者は高額な医療費を払い続けることに負担を感じている。医療は裕福か否かという理由で格差があってはいけないと思う。介護と同じである。
14	患者会のネットワーク作り	患者会によって勉強の度合いにレベルの差がある。もっとがん患者会のネットワーク作りを強化し、地方にいても都市部と同じような情報が得られるネットワーク作りを進めてほしい。

テーマ③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	医療従事者の患者とのコミュニケーションについての学び	がん患者が病気と闘う上で、間違いのない医療技術を提供されることは当然のことである。その中で、がん患者が不満を持つ点は、「医療者と患者のコミュニケーション」である。どれくらいの数の医療者が患者1人1人と向き合っているのか。もっと患者とのコミュニケーションを実践で学ぶ機会を大学時代なり研修時代なりに与えるべきである。
16	患者会 肝炎友の会の支援	肝がんについては肝炎友の会が最も大きな患者会である。こうした患者会へ資金面での支援もそうだが、肝臓専門医や治療の情報をしっかり提供していくことが重要である。実際に診療している医師の担当している患者の数などもわかりやすく。また、患者がいる病院へは優先的に肝臓の専門医を派遣できる体制を作っていくことが大切である。
17	小児がん、進行がんに対する対策を加えてほしい	第4回協議会の事務局案は、全般的に小児がん及び進行がんに対する対策の記載が少ないと感じる。以下のように修正してほしい。 ①P9(現状)のところに、「小児がん治療は向上しつつあるが、長期予後や晩期障害に苦しんでいる。また、有効な治療がなくなった末期がん患者は、自己責任で様々な治療を試み、金銭的支出も少なくない。この背景には保険外併用の仕組みがうまく機能していないとの声もある。」という内容を加筆する。 ②P16(その他)の小児がんの長期予後フォローアップに関する記述を「治療後の晩期障害を継続的に治療し、地域、学校、職場などで普通に生活していけるような体制を構築する。」と修正する。
18	統合医療としての情報提供を望む	「科学的な根拠のある情報」は、必ずしも有効とは限らないと思う。直接的に、現在苦しんでいるがん患者の痛みを取り除く手段として、「民間療法」や「実践的な手段として実行可能な方法」が必要である。統合医療としての情報提供をしてほしい。
19	患者への情報提供体制	インターネットの活用やがん対策情報センターの情報提供については述べられているが、患者・市民に直接届ける身近な「場」についての記述が欠けていると思う。近年病院内に設置されてきている「患者図書室」、「患者情報室」の活用が考えられる。また、このような情報提供においては医療コーディネーター等患者に対する情報提供の専門家が必要である。提供する情報の内容については、情報センターが作成することも重要だが、医師会などの職能団体、自治体、各病院、製薬会社、患者会などですでに作成されている資料を収集して相互利用できるようにすべき。
20	相談支援センターの充実	相談支援センターについては、現場の人材についての記述が少ないように思う。現在、相談支援センターの現場の職員は医療ソーシャルワーカーが担当していることが多いと思うが、協議会のメンバーにソーシャルワーカーは含まれておらず、現場の意見が十分に反映されていないのではないかと。医療ソーシャルワーカーは保険点数がつかないので、各病院では十分な人員が配置されていない。拠点病院においては、患者の相談、適切な治療が受けられる病院への転院、セカンドオピニオン、在宅とソーシャルワーカーの必要な場面が多くある。ソーシャルワーカーの増員、またそれが可能となるような補助や保険点数化などが必要である。
21	QOLの向上を目的とした治療・サポート	QOLの向上を目的としたサポートも重要である。①仕事・学校への復帰、その他社会生活全般は復帰するための社会的サポート、②働くがん患者ががんを理由に解雇されるといった不利益を被らないようなサポート、③小児のがん患者が就学・就職にあたってがんを理由とした不利益を被らないようなサポートが必要。

テーマ③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

	ご意見の表題	ご意見の概要
22	医療費の問題、他政策との兼ね合い	がん医療には患者の経済的負担が大きいものもある。例えば、高額療養費はだんだん適用される医療費が高くなっているため、以前は適用されていた抗がん剤治療が受けられなくなり、治療を止めざるを得なくなった例もある。「医療費削減」と言われているが必要なところには十分な経済的サポートをしてほしい。ただし、この度のがん対策において他の疾病対策や医療対策部分から予算を取ってくるようなことは控えるべきである。
23	患者会へのサポート	この度のがん対策基本法では、協議会に患者代表が入るなど患者会に対して焦点が向けられるようになった。しかし、協議会の中でも発言力はまだ低く、無償のボランティア活動として行っている団体も多くあり、金銭的問題、人材不足などの問題を抱えている。患者会がより一層充実した活動ができるようなサポートをしてほしい。
24	再発後の進行・再発がんの経済援助について	がん再発後の進行がん・末期がん治療に対しての医療費援助をしてほしい。再発後の完治が難しいと言われる環境で再発後ほど真剣に治療に取り組むこととならざるをえない。そうすると必然的に離職も余儀なくされることも多くなり当然収入も減少またはなくなる。社会保険の特定疾患の対象にしてほしい。
25	がんサロンについて	拠点病院でのがんサロンの設置の義務化を望む。相談支援センターでは個々の患者・家族の相談にはのれても、患者相互の意見交流の機会とはなっていない。
26	がんを取り巻く社会認識について	がんは今や2人に1人がかかる時代と言われているにも関わらず、がんについての正しい知識と情報を持っている人は少ない。単に検診を促すとか、医学技術の向上を図るというのではなく、「社会の認識」と「医療者と患者の意識」を変えることがまず必要。「がんはごくありふれた病気」であると意識を変えることにより、日頃から自分や家族の健康について落ち着いてチェックし、がんの相談を気軽に周りの人や専門医にできる雰囲気をつくる必要がある。
27	がん患者やその家族への精神的なケアについて	がん患者や家族は精神的に不安定な状況にある。精神的な支援をしっかり受けることができ、安心して治療に専念していくことが可能な体制が必要である。
28	誰もが「私」個人に適する情報を得るために、情報の取得、および判断について、がん患者を支援する体制を構築してほしい	インターネットやパンフレット等の情報を整備しても、それにたどり着けない人たち(高齢者や障害者等)が多く存在する。拠点病院のことも、相談窓口の存在もしらない人たちをいかにして情報に結びつけるかの対策が不足している。また、インターネットでは有益な情報も多い反面、エビデンスのない情報も氾濫している。専門家によって、過多とも言える情報を整理してほしい。さらに、患者個人個人に適応した情報に到達するための支援体制の構築も望まれる。

テーマ③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

	ご意見の表題	ご意見の概要
29	ボランティア活用による相談体制の充実化	相談業務の質向上という観点から、専門知識を持った人の早期育成が必須であり、患者会のメンバーが患者の立場で研修に協力できると考える。患者会に寄せられる相談には医療者からの一言で傷ついたというものが多い。善意の一言であれ、体験者にしかわからないことは多くあるので、がん体験者を相談員の研修の協力者として活用してほしい。また、相談業務に携わる医療の人員不足は否めないで、がん体験者のボランティア参加を提案する。窓口には、専門知識・高度な情報を求める患者もいるが、一方でがんと言われて漠然とした不安に陥った人・内を聞いたら良いかもわからない人もいる。そのような人への対応は、がん体験者が適していると思う。
30	心のケアの充実をはかる	がんに関する相談支援を行う医療者の一員に、臨床心理士など心理臨床に携わる者がいることが望ましい。がん患者やその家族はさまざまな不安に襲われ、心理的ストレスを経験している。これらの対応を早急に行うことが、心理的ストレスを軽減させ、今後の治療を円滑に行わせ、また医療者と患者との信頼関係を形成することへとつながっていくと考える。
31	患者にとって悔いのないがん治療法を患者自身が選択することができるために	希望する患者への最新治療情報の公開と周知、とくに最初に患者へがんを告知する病院関係者が、患者へ最新の全ての治療方法を選択肢として提供できるよう医療機関へ指導することが必要である。また、病院を選ぶにも、客観的な尺度がなく、悔いのない治療を受けることが困難である。数多くの学会で専門医名簿を公開しているが、何処の病院の誰に自分の命運を託すべきか判断することができるような情報の公開も、各医療機関に委ねるのではなく、一定の基準を是非制定してほしい。
32	開発中又は発売直後の抗がん剤に関する安全性情報提供については効率的な一元化を図っていただきたい	現在、医薬品の開発及び承認取得企業は、治験中及び市販後に得られた重篤な副作用等について、医療品医療機器総合機構に対して、それらを報告する義務を有しているため、統合機構は抗がん剤についても情報を有していると理解する。統合機構はこれらの安全性情報をホームページで情報提供しているが、更新頻度が十分でないため、開発企業が自社のホームページで情報提供を行っている場合もあり、混乱を生じる恐れがある。がん対策情報センターから抗がん剤の安全性について情報提供を行うのであれば、総合機構や企業が個別に情報提供するような状況を改善し、一元的な安全性情報の提供システムを構築してほしい。
33	がん患者やその家族の心のケアを充実してほしい	がんに関する相談及び支援に従事する医療者の一員に、臨床心理士など心理臨床に携わる者がいることが望ましい。心のケアの専門家が関わることによって(緩和ケアも含めたがん医療全般の知識、経験を持ち得ていることが前提)、がん患者やその家族の精神心理的苦痛を軽減させ、より質の高い療養生活が送れることが期待される。
34	各医療機関が、治療内容を公開できる環境をつくってほしい	医療機関ごとの手術件数等の情報開示が進められているのであれば、抗がん剤治療においても、用意されている薬剤や方針、実績なども公開されて然るべきと思う。
35	小児がん(小児脳腫瘍含む)の治療情報、全国的データの集約及び発信	標準治療のない小児がんにとって、最新治療情報(臨床試験、治験も含む)の全国的な小児がんデータの集約発信を情報センターから行うことにより、治療の均てん化が可能と考える。基本計画に盛り込んでほしい。

テーマ③ がん医療に関する相談支援及び情報提供

	ご意見の表題	ご意見の概要
36	小児がん(小児脳腫瘍含む)患児・家族の相談支援の充実について	自分自身ががんと宣告される衝撃は大変大きいと思うが、子どもが小児がん、脳腫瘍におかされたときの苦しみは家族全体を巻き込んでしまう。また希少性から情報が不足し、適切な医療を受けられない場合があるなど患児・家族の負担は計り知れない。こうしたことから、①治療情報、②心のケア、③晩期障害へのフォローアップ、④社会的啓蒙、⑤患者会、支援団体への援助、⑥小児慢性疾患助成打ち切り後も長期治療や晩期障害による費用への援助などをもって、患児・家族の一生のQOLを支えることを基本計画に盛り込んでほしい。

テーマ④ がん登録

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	がん登録に関して	今後のがん対策に向けてがん登録は欠かせない。地域がん登録及び全ての病院の院内がん登録を早急に実施すべきである。広島県では40年余り前より腫瘍登録が実施されており、これら先進県の実施形態を見習い早急に整備すべきである。
2	がん登録制度と乳がん専門病院の関わり	現在のがん登録制度は拠点病院に指定されている施設が対象となっており、指定されていない当院の年間乳がん症例500例を超すデータが生かされていない。がん登録制度の質向上のために拠点病院の中に専門性をふまえた医療機関の位置づけを明確にすべき。また、個人情報保護法が施行されてから患者の情報を取ることが難しくなり、予後調査に影響が出ている。がん予後・追跡調査と個人情報保護法との関連を制度としてほしい。さらに、がん発生と死亡に関して全医療施設が登録することを義務付け、地域がん登録評価事業内容の統一が図れるように国の方針として打ち出してほしい。
3	全国的ながん登録の確実な実施を切望する	がん登録をしなければ正確な現状把握ができず、罹患率や生存率を正確に把握することは不可能となり、有効な対策が立てられないことをごん患者に説明し、協力を求めるべきである。院内がん登録だけではなく、地域がん登録の早期実施も必要である。統一された内容による全国的ながん登録を早期に実施してほしい。
4	がん克服を目的とした基本計画とするために	国レベルでの明細なデータベースの構築のため、正確ながん登録を全国一律のシステムで行うよう強制力を持った記載をすべきである。また、拠点病院では院内がん登録や臓器別がん登録をより充実させ、病理学的根拠に基づく治療が早い段階から受けられるがん医療環境につなげてほしい。
5	「がん登録」情報セキュリティ環境整備について	医療機関や自治体などにおいて、「がん登録」という機微な個人情報を取り扱う場合には、国民の不安感を払拭する上でも、個人情報保護を考慮し遵守すべき情報環境ルールが必要となる。がん登録の普及促進のため、その阻害要因となる情報セキュリティ基準について以下の環境整備を推進すべきである。 ○医療機関負荷軽減の観点からも、医療機関に対する指針がダブルスタンダードとならないように、「医療情報システム安全管理に関するガイドライン第二版」を参照した「がん登録」情報セキュリティ指針(セキュリティ基準を含む)を策定し、そのセキュリティ基準を満たす情報ネットワークを整備し、安全安心な「がん登録」の運用環境を実現する。
6	「法制化を視野に入れる」から「早急に事業法を制定する」への転換を	現在ほとんどの県の地域がん登録事業では、がんの登録からその年の罹患率が集計できるようになるまでに、最低でも3年あまりの作業期間を要している。また、5年生存率の計測には、登録から数えて7年近くの時間を要する。5年ごとに見直すことになる基本計画の立案と評価に必要な地域がん登録の整備が遅れることは絶対に避けなければならない。①政府は地域がん登録事業法(仮称)の制定を2年以内に目指すこと、②同事業法の施行から5年以内に達成すべき地域がん登録事業の全国値の精度評価指標の種類と目標値、の2点を基本計画に明記すべきである。
7	やるのなら津々浦々の登録を	拠点病院だけのがん登録など意味をなさない。津々浦々のデータが集まってこそ、評価、対策ができると思う。一斉義務化すれば良いと思う。

テーマ④ がん登録

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	小児がん(小児脳腫瘍含む)のがん登録について	小児がんはその希少性から全体像がつかめていないため、がん登録によるデータの蓄積を活用することが重要であり、そのデータ解析による治療改善が望まれる。また、希少性ゆえにデータは集約しやすいと考える。現在各地方自治体でばらつきのある小児がんのデータを全国的に統一しその情報を情報センターに集約・発信する方向での基本計画を作成してほしい。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	がん対策＝たばこ対策	がん対策、特に予防に関して、たばこ対策を抜きにして語ることはできない。保健医療関係者であれば常識のはずである。喫煙率削減の数値目標は設定すべきである。財務省がJTの大株主とはいえ、厚生労働省は正しいことを推し進めなければならない。
2	喫煙率を下げる努力をすべき	たばこががんの関係は周知の事実である。喫煙率の具体的な数値目標を設定して、国民の喫煙率を低下させることが、一番有効ながん対策と思う。多方面から反発があるだろうが、国が毅然とした態度で臨まない限りがん対策は進まないと思う。欧米諸国では、実際に喫煙率を下げてがんの発生率を下けている。是非見習ってほしい。
3	禁煙への啓発や喫煙対策も、是非同時に実行していただきたい	たばこはあらゆるがんの原因の可能性があり、明らかな発がん物質が多数含まれるため、がん対策の数値目標を設定し本気で達成を考えるなら、たばこ対策は切り離せない。たばこ販売禁止が望ましいが、それが無理なら大幅な増税や喫煙率減少の数値目標を立てるなどして、がん対策と平行して年度ごとの達成計画を立て実行すべき。誰もがお金をかけずに実行できて、確実にがん予防に繋がる対策は禁煙である。喫煙対策のないがん対策計画は、研究や検診・治療にどんなに費用をかけても片手落ちである。
4	がん予防の取り組みについて	がんの罹患状況(2000年)では、1位:胃がん、2位:大腸がん、3位:肺がんで全体がん罹患の5割弱というデータからみても、がん予防の施策としては、食生活、運動、精神面等様々な観点を含めた取り組みでないと効果は期待できず、たばこのみに焦点を当てるのは納得できない。また、肺がんが増加傾向とあるが、喫煙者率は減少傾向にあり、これもその他複合的要因が影響していることを示すものである。 協議会においては、がんの原因と予防について整合性のある議論をお願いするとともに、費用も発生することから、がん対策全体の中で優先順位を明らかにした取り組みをすべき。
5	たばこ喫煙率半減の、数値目標実現を希望する	たばこ喫煙率半減の数値目標実現を希望する。
6	脱法ドラッグ・たばこの根絶を心から願う	非喫煙者の受動喫煙による発がんにはどうしても許せないものがある。大麻と依存度がそう変わらないともいわれているたばこを合法としている政府の見解がわからない。これでは、脱法ドラッグと何ら変わらない。多くのがん及び疾患を予防するためにも、早急にたばこを「法」という強制力で規制する必要がある。 とにかくたばこを根絶させてほしい。それががん予防への対策にもつながる。
7	「基本計画」中に喫煙者率引き下げの数値目標を示すべきでない	たばこは合法的嗜好品であり、喫煙するかしないかは、適切なリスク情報を承知した成人個人が判断すべきものであり、喫煙者率について国が数値目標を設定することは、個人の嗜好の問題に国家権力が介入することに他ならず問題である。がんを含む生活習慣病は、喫煙のみならず、運動不足、栄養の偏り、飲酒など様々な生活習慣や加齢、生活環境等その他の要因が複雑に絡み合っ発症するものであり、ある国の喫煙者率と肺がんによる死亡率との間には、明らかな相関関係があるとはいえず、喫煙者率の低下によりがんによる死亡率の減少が達成できるか否か疑問である。「健康日本21」の新たな目標として「喫煙をやめたい人がやめる」が追加されたが、基本計画に喫煙者率に関する数値目標を盛り込めば、行政としてのたばこ対策の一貫性が損なわれる。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	「基本計画」中にたばこの価格・課税政策を示すべきでない	たばこ枠組み条約において規定されている各種施策は、その全てが各国一律に義務づけられているものではなく、各国の法制度、文化、歴史、産業構造などを踏まえ慎重に検討されるべきである。たばこは、広く国民に親しまれている合法の嗜好品であり、一律にその消費削減を求めるべきではない。価格・課税政策の強制による消費削減は、葉たばこ農家及びたばこ販売店をはじめとする我が国のたばこ産業に計り知れない影響を与える。平成18年度与党税制改正大綱において、「たばこ消費を積極的に抑制すべきとの指摘は、財政物資というたばこの基本的性格に係わるものである」とされており、一方的に消費削減の観点のみでたばこの価格・課税政策を論じることが問題がある。
9	禁煙なくして、がん予防なし	がん対策を考える時、何をおいても「たばこ」に目を向けなくてははいけない。がん死亡率を減少させるために、今度こそはっきりと「喫煙者率引き下げの数値目標」を打ち出してほしい。そして、我が国も批准している「たばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約」に規定されている各種方策を確実に推進することが重要である。 (たばこ対策の例) ・価格の引き上げ ・自販機の撤廃 ・公共の場所での喫煙の禁止 ・あらゆるコマーシャルの禁止 等
10	がん予防に外食を見直すよう呼びかけてほしい	がん対策の一番の方法は、夜の食事の改革、具体的には、職場や同僚との懇親会、親睦会等での外食や弁当の食事の改善、もしくは家庭でのきちんと栄養バランスのとれた食事と呼びかけることである。外食は、医療機関が呼びかける「塩分控えめ」、「甘さ控えめ」、「油をとりすぎない」と正反対の悪食だらけだからである。食生活を改善しない限り、ただ健康診断を義務づけてもがんの減少には何の役にも立たないと考える。
11	がん対策推進基本計画(案)について	がん対策において「たばこ対策」だけがなぜ特別扱いなのか疑問に感じる。大人が自分の意志で楽しんでいるたばこを、目標数値をあげて止めさせることを厚生労働省が検討しているときいたが、これは暴挙である。国は財務省がたばこ事業法に基づいてたばこの販売許可制度を管理する一方で、厚生労働省がたばこの削減活動を行うのか。今回の「がん対策」の取り組みは、お客様である愛煙家の方々にたばこを止めろということであり、明らかな営業妨害である。
12	たばこ価格・課税を含むたばこ政策を基本計画に記すな	がん対策推進基本計画に、たばこ価格・課税に対する政策を含むたばこ政策を記すことに反対である。理由は以下のとおり。 1. 基本計画はがん患者の救済に注力すべき: ①がん患者の発見、治療について多大な改善余地があり、こちらが喫煙の課題、②多くのがん患者が身体的治療に留まらず、心のケアを必要としているにもかかわらず対応が不十分であり、こちらが重要課題、③基本計画は、これらがん患者に関する施策を中心としなければ、総花的で実効性に乏しい内容となるおそれがある。 2. 枠組み条約の曲解を避けるべき: 枠組み条約は批准国に対し一律に義務を課しているわけではなく、たばこの消費削減目的の価格・課税製作を行う義務はない。にもかかわらず基本計画で、枠組み条約を参照してたばこ消費削減目的の政策に触れることは論理の飛躍。
13	基本計画への喫煙者率削減目標の設定はすべきでない	基本計画への喫煙者率削減目標の設定はすべきでない。 ①たばこを吸うことは、法律に違反するものではない。周囲の人に配慮して吸うことはマナーとして当然で、そのうえで喫煙するのは個人の自由である。②たばこはがんの原因であり、科学的にも証明されているとよく耳にするが、それが本当ならば、厚生労働省は法律でたばこを禁止すべきである。それをしないならば、業務怠慢である。③がんは様々な物質の複合汚染によるものと思われる。たばこだけ槍玉にあげるのはおかしい。④世の中は健康至上主義に陥っている。人が健康でありたいと願うのは当然だが、健康になることが最良のこととし、そうでないのは悪と見なしてしまう風潮となっている。
14	愛煙家への偏見は是正してほしい	たばこを吸わない人もがんになるし、ヘビースモーカーでもがんにならない人もいる。基本計画たたき台に「喫煙はがんの原因」とあるが、不適切な表現である。どうしても愛煙家をいじめたいのなら「遺伝や体質によっては、要因の一つとなる可能性がある」という表現にすべき。また、「がんの予防にはたばこ対策が重要」との記載があるが、多数の「発がん物質」があるといわれている中で、何故たばこだけが重要なのか。何百年も人類が習慣として喫煙を続けてきて絶滅するどころか繁栄してきている。地球環境や食生活の変化、長寿、大気汚染等によりがんが増加しているのではないのか。趣味・嗜好にまで国民運動となるような社会になってほしくない。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	喫煙者率引き下げの数値目標を掲げることに反対します	私にとってたばこは仕事の合間の一服を豊かにし、ストレス解消にも一役買ってくれるなどなくてはならないもののひとつである。たばこは、合法的な嗜好品として世に流通しているものと理解しているが、その意味において、国家がその使用率や頻度の設定に介入することは、国家による個人の合法的な権利の侵害にも繋がりがねず、容認しがたい。
16	真のがんの予防・対策について	「たばこ」と「がん」の因果関係あるいは作用機序については、生理学的には一切解明されていないにもかかわらず、たばこを叩くこと自体が問題と思うが、そればかりか、厚生労働省が「たばこ叩き」をもって自らの責務が遂行されている風を装うのは大いなる怠慢であり国民に対する欺瞞である。ここ数十年、喫煙者率が下がり続けているにもかかわらず、一向に「がん」や各種生活習慣病が減少しないのは何故か。「たばこ対策」でいざうらに国費と時間を浪費するのを減らし、真に「がん」の原因究明に努め、真の対策に着手してほしい。
17	禁煙キャンペーンばかりでなく、分煙の促進をしてほしい	喫煙ががんを引き起こすというメカニズムが解明されたという話はまだ聞いていない。肺がんになるリスクが高いという話はよく聞かすが、個人的にはたばこの煙より排気ガス等有毒ガスや、粉塵の方が問題ではないかと思う。そのような中で喫煙者だけを悪者扱いするような姿勢には疑問を感じる。たばこを吸う、吸わないは個人の裁量で決めるものというスタンスを今後もとってほしい。 喫煙者がたばこを嫌いな人に配慮していくことが必要だが、禁煙場所を増やすだけでなく喫煙場所も確保されるような政策をとってほしい。
18	がん予防をもっと徹底するべきだと思います	「厚生労働省がたばこ会社に押されて、禁煙する人の目標値を低くした」といったような記事を見たが、「人が死ぬこと」に関わっているのだから、どこに反対されようとその政策はもっと強く押し進めていくべきである。WHOの資料をもう一度日本の現在の対策と照らし合わせて、ヨーロッパやアメリカのたばこに関する対策をお手本にしつつ、がんの原因を徹底的につぶしていくべきである。
19	総合的な見地からの予防計画を望みます	向こう10年間のがん死亡者数の削減目標を数値で表示しているが、具体的なアプローチとしては、喫煙者率を削減するのみであるという感を受ける。心身のあり方や環境による影響、また食生活などが病気やがんにも及ぼす影響は甚大と思う。さらに、がんに対する耐性に個人差があるということも考慮しなければならない。たばこだけではなく、様々なリスク要因についても対策を策定すべきである。
20	たばこ対策に関する要望	たばこは長年にわたり生活に定着し親しまれてきた合法の嗜好品であり、また、喫煙が身体にどのような影響を与えるか、未だにその全容が明らかになっていないものと認識している。また、枠組み条約に規定されている各種施策はその全てが各国一律に義務付けられているものではなく、それぞれの施策について、各国の法制度、文化、歴史、産業構造等を踏まえ慎重に検討されるべきである。このような中、万が一がん対策のための消費抑制を目的としたたばこ増税等を行うのであれば、たばこ産業界の一員として到底容認できない。基本計画策定に当たっては、真に実効あるがん対策はもちろんだが、たばこ産業全体に与える影響についても慎重に検討してほしい。
21	基本計画中に喫煙者率引き下げの数値目標は盛り込まないこと	世間一般では、たばこが肺がんの原因であると言われているが、たばこの喫煙者率は昔からずいぶん減ってきているのに肺がんでの死亡率は上がっているという矛盾した事実もある。確かにたばこは健康リスク要因かもしれないが、がんの原因は、たばこ以外にもたくさんあるのではないかと。たばこは嗜好品であり、あくまで個人の責任において吸う吸わないを決めるべきものであって、国が強制的に数値目標を立てることは非常に問題と考える。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
22	基本計画にたばこの課税政策等を記載すべきではない	たばこは合法的に広く国民に親しまれている嗜好品であり、その嗜好品に対し強制的・一方的な課税強化を行うことは間違っている。たばこ＝喫煙は、江戸時代から続くひとつの文化であり、たばこの規制に伴う政策を考える上では、喫煙の歴史・文化を踏まえ慎重に検討すべきである。
23	たばこを無くす対策を期待する	喫煙者は環境汚染や健康者を病に導いている。また、健康保険をも圧迫している。喫煙者に害を知らせる機会、情報、知らせる方法が不足している。たばこが簡単に買えるのことも問題と思う。たばこを無くす対策を期待する。
24	がんの予防に喫煙者率の数値目標とは？	がんの予防策の一つとして喫煙者率の数値目標をたてることに何の意味があるのか。予防策を実施した結果として、喫煙者率が下がる場合もあるかもしれないが、あくまで結果としてであり、まず「数値目標ありき」と感じる。
25	喫煙率を低減する目標に反対	私たち販売店では、国から許可を得て、国および県・市区町村等に多大な財政貢献していると自負している。一方的にがんの直接原因であるかのように位置づけ喫煙率を低減する目標まで設定しようとするのは、無用に喫煙者に不安を与えることであり、厚生労働省の行為は全く理解できない。人々は色んな環境下で生活している。単純に喫煙者と非喫煙者を比較する疫学的な統計だけでは、絶対に判明するものではないと考える。 喫煙者が喫煙マナーを守り、他の人に迷惑をかけず個人で嗜むのはなんの問題もないものとする。
26	喫煙者率の数値目標に反対します	たばこのような嗜好品はリスク情報を知る成人が自己の判断で吸うか否かを決めるべきと考える。成人全体の喫煙率数値目標を定め、何人まで吸っていいですよ。といった国による方向付けは、その数値を達成せんがための過度な規制に直結するので、反対である。
27	がん対策推進基本計画(案)について	「がん対策」において「たばこ」を一方的に悪と決めつけ、消費削減しようとする考えには同意できない。「がん」発症には食生活や運動、生活習慣、遺伝因子等の要因が大きく関わっていると思う。「がん対策」において「たばこ対策」だけがなぜ特別扱いなのか。対応がしやすい「たばこ」をターゲットとしているのしか思えない。「健康日本21」においても数値目標は設けなかったのに、「がん対策」で喫煙率低減の数値目標を検討するのはおかしい。「がん対策」は重要と思うが、たばこ店を営んでいる者の生活も熟慮してほしい。たばこは、税率60%の商品で国の大きな税収入源であることを厚生労働省はご存じか。
28	喫煙率低減の数値目標設定の動きとたばこ小売販売方法の矛盾について	昨今たばこの肺がん等に対する影響について論じられているが、まだその原因がはっきりしていないにもかかわらず、厚労省ではがんとたばこの因果関係を認めた上で、たばこ喫煙率低減の数値目標まで設定しようとしている。本当に健康に悪いという科学的根拠があるならば国をあげて法律で禁止すべきである。しかるに一方ではたばこ販売の規制緩和を進め、スーパー、コンビニ等どこでも買えるような施策がとられている。その結果たばこ小売業者を苦しめている。喫煙率低減の数値目標をきめる前にやるべきことがまだまだあると思う。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の要旨	ご意見の概要
29	がん対策基本計画の喫煙率半減目標設定に反対	①昨年「健康日本21」見直しの際、数値目標設定は見送ったのに、今回計画に盛り込もうとするのは、一貫性がない。②国際がん研究機関の発がん性グループ1は、排気ガス、太陽光、アルコール、たばこ等全部で87品目あり、排気ガス、アルコール等は病理学的に発がん性が高いことが証明されているが、たばこは疫学のみである。③我が国の喫煙者率は年々低下しているのに、肺がん死亡率は年々上昇しており、喫煙率半減の数値目標を設けてもがん死亡率を減少できるとは思えない。④たばこは合法的な嗜好品であり、喫煙するかしないかは個人の判断に委ねるべきであり、行政が介入する問題ではない。
30	たばこ販売業界への配慮も踏まえた公正・公平な観点からの検討を	がんの原因については、たばこ以外にも食生活及び運動等の生活習慣やストレス、肝炎ウイルス等の感染症等様々なものがあると聞いている。年々喫煙者は減少し、たばこもフィルターが装着され、低ニコチン・低タールの商品が開発されているにもかかわらず、肺がんでの死亡数は増加しており、たばこのみのがんの重要な原因とは到底考えられない。また、たばこは国が認めた合法の嗜好品であり、国の一機関である厚生労働省による制約を受けるものではない。これ以上たばこ規制が行われれば、零細な販売店の多くが廃業に追い込まれることになる。たばこ販売業界への配慮も踏まえた公正・公平な検討をしてほしい。
31	「基本計画」中に喫煙者率引き下げの数値目標を示すべきではない	たばこは合法的な嗜好品であり、喫煙するかしないかは個人の判断であり、国家権力が介入して個々人の判断を特定の方角に向くよう強制するものではない。また、がんについては、喫煙のみならず、運動不足、栄養の偏り、飲酒、排ガス等、様々な要因が絡み合って発症するのであり、たばこに限定するのは大きな間違いである。
32	がん対策推進基本計画への意見	がん対策基本法第6条に「国民の責務」とあるが、喫煙、食生活、運動等生活習慣に対して、行政が過度に関与することは個人の自由を侵害することになるのでは。また、「がん予防」と称して、個人の趣味や生活習慣を規制することや生活規範を押しつけることは大変迷惑である。
33	たばこが悪いと決め付ける原因は何？	統計的な比較でたばこが悪いと言及するのはおかしいと思う。統計そのものがどこをだれを対象にして行ったものなのか、それはどこまで言えるのかも不明である。病理学的に、解剖学的に科学的な見地から良いか悪いか判断しないと間違った方向に進んでしまう。もう一度、科学的なデータを解析して本当に悪いのは何なのか、違いがなければ規制をかける必要性は全くない。
34	たばこ対策しか考えられない事はないと思う。もっと知恵出して	今の世の中、何でも「たばこが悪いから」といって禁煙対策がやりやすい状態となっているが、排気ガスやアルコール、食べ物、いろんな原因があると思う。たばこ対策しか考えられない事はないと思う。もっと知恵を出し、やりやすいものだけでなく、国民にとって利益のある対策を考えてほしい。
35	たばこ対策に関する要望	近頃たばこバッシングが激しく、たばこ耕作者は非常に心苦しい思いを強いられている。これ以上たばこバッシングに拍車がかかると耕作意欲の減退につながり、産地は崩壊してしまう。たばこは合法的な大人の嗜好品であり、昔から多くの国民に親しまれてきた文化の一つである。喫煙と健康の因果関係は明確化されていないと思う。喫煙率削減に向けた数値目標の設定、喫煙率の減少を目的とした価格、課税強化対策等の内容ががん対策推進基本計画に策定されることに反対する。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
36	たばこ対策に関する要望	たばこは、長年にわたり生活に定着し、親しまれた合法的な嗜好品で文化である。また、たばこは60%以上が税金で国家財政に大きく貢献している。喫煙が体に及ぼす影響については、未だ全容は解明されていないと聞く。「たばこ」よりも自動車の排気ガス、道路の砂塵、アスベスト、飲酒等が身体に与える影響が大きいと考える。自分にとって喫煙はストレス解消であり、心身ともにリラックスできるものである。がん対策のための消費削減を目的とした「たばこ税増税」は庶民のささやかな楽しみを奪うものであり、到底容認できない。
37	がん対策推進基本計画(案)について意見	厚生労働省が、「がん対策」において、たばこを一方的に悪者として消費削減しようとすることに對して、同意するわけにはいかない。「がんの原因」はほかにも多くあるはずなのに、そこらには手をつけず、手っ取り早い「たばこ」のみが、「がん発症」のターゲットにしていると思えない。喫煙率削減の数値目標が設定されれば、我々たばこ店は廃業せざるを得なくなる。国の許可を得て、国の財源の手助けをしている「たばこ店」を厚生労働省はどのように考えているのか。また、「健康日本21」においては数値目標は設けなかったのに、「がん対策」で数値目標を検討することは受け入れられない。
38	「基本計画」中に喫煙率引き下げの数値目標を示すべきでない	たばこを吸う吸わないは個人の嗜好の問題である。たばこのパッケージには喫煙は健康に対して影響があると明示されており、喫煙者はそのことを理解した上で自らの判断で喫煙している。個人の嗜好まで国が介入すべきではないと思う。他人に迷惑をかけないことを前提に個人の判断に委ねるべき問題である。また、がんで死亡する人は年々増加し、一方で、たばこの喫煙率は減少しているとのこと。社会の中にはいろいろなことがありそれぞれが作用しあって病気になるのではないかと。たばこだけを槍玉にあげて数値目標として取り組むことに反対。
39	がん対策はすなわちたばこ対策であり、喫煙率低減目標は必須である。	がんの予防において、もっとも重要なことはたばこ対策である。抜本的なたばこ対策なくして、がんの予防はない。公共空間での全面禁煙化(罰則付き)やたばこ自販機の撤廃等が必要。喫煙率半減の数値目標が盛り込まれないとのニュースを見たが、これでは、「厚生労働省は金のために国民の命を売った」といわれても仕方がない。喫煙はニコチン依存により維持されているだけで、喫煙者のほとんどは「やめたいがやめられない状態」である。厚生労働省はそうした人たちに健康と命を守るための救いの手をさしのべる必要がある。財務省やたばこ産業から圧力があるかもしれないが、厚生労働省は自分の仕事をきちんとすればよいと思う。
40	がん検診と医療費負担額	国民自らががんの予防に努力することを促すため以下のようにすべき。 40歳以上65歳未満の者は、対策型または任意型の胃、大腸、肺、前立腺、乳腺と子宮などのがん検診を定期的に行い、これを証明する手帳を作ることとし、がんの治療を行う場合に、検診を怠り該当する臓器のがんに罹った者は、検診を行っていないがんに罹った者より自己負担額の割合を増やすようにする。
41	たばこの「数値目標」の検討、設定に反対	私はたばこは吸わないが、たばこ好きが一服することになぜ目くじらたてて咎め立てするのか。国の一機関である厚生労働省が公平さを欠き一方的に嫌煙の側に立って、今回の基本計画を立案するのか。世間では殺伐たる事件が次々起きている。こんな時代だからこそ、厚生労働省は、たばこ問題に関しても、国民がゆったりとした気持ちを持ち、他人の趣味・楽しみに踏み込まず、心に余裕を持って生きていくことができるように導くべきである。
42	喫煙率の数値目標に反対	国家が国民の趣味嗜好の領域に介入し、一定の方向に誘導し、強制しようとすることに反対である。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
43	たばこの喫煙は個人で判断すべき	厚生労働省のがん対策について、たばこだけ悪者扱いするのはおかしい。むしろ、生活上でのストレスや食生活、生活習慣のほうが問題である。たばこの喫煙によるストレス解消は、むしろ健康にはよいのではないかと。嗜好品であるたばこの喫煙に関しては役所が規制するのではなく、大人個人個人で判断すべきものである。
44	「がん対策推進基本計画」にたばこの価格・課税に関する政策を示さないでほしい	たばこは大人に認められた長い歴史を持つ嗜好品である。欧米と比較して日本のたばこの価格が安いと言われているため価格を上げるべきだという意見があるが、愛煙家としては納得いかない。国家が介入して嗜好品の価格を上げるのは間違いである。行政側は、吸う人と吸わない人の両方を考慮し、分煙等共存できる社会を考えてほしい。
45	たばこ生産に携わる者の意見として	たばこは長年にわたり生活に定着し親しまれてきた合法の嗜好品であり、また、喫煙が身体にどのような影響を与えるか、未だにその全容が明らかになっていないものと認識している。また、枠組み条約に規定されている各種施策はその全てが各国一律に義務付けられているものではなく、それぞれの施策について、各国の法制度、文化、歴史、産業構造等を踏まえ慎重に検討されるべきである。このような中、万が一がん対策のための消費抑制を目的としたたばこ増税等を行うのであれば、たばこ産業界の一員として到底容認できない。基本計画策定に当たっては、真に実効あるがん対策はもちろんだが、たばこ産業全体に与える影響についても慎重に検討してほしい。
46	たばこ対策に関する要望	喫煙がどのように人間の身体に影響するのかということの解明は未だなされていない。病気を減らし国民が健康になり、国の医療費負担を軽減しようとするなら、喫煙だけに限らず、食事制限、運動量、睡眠時間の管理等個人のプライバシーの部分にまで踏み込まなければならない。「喫煙率を下げるための規制」ではなく、喫煙者、非喫煙者両者がお互いを理解し、共存していきける策を提示すべきである。
47	たばこ対策に関する意見	たばこや酒は合法的に認められた個人の嗜好品である。その嗜好品を国の圧力で減らすとか、増やすとかの議論は問題外である。喫煙が肺がんの因果関係につながる等の全容が明らかでないなか、行政機関が主導となり喫煙を抑制するような取り組みにより、マスコミ報道の中では、喫煙者に対する偏見も見られる。もし個人の自由であるべき嗜好の喫煙を強制的に規制したら、たばこより悪い麻薬・覚醒剤がはびこる可能性もある。
48	厚労省の喫煙対策について	今どこに行っても、たばこ＝がん＝悪者の会話になる。たばこを止められないのは精神が弱いからとか、がんになるとか悪者になっている。これは厚労省の行き過ぎた政策・宣伝の結果である。あたかも喫煙者はがんになるとしか受け取れないが、科学的根拠はあるのか。たばこは心にゆとりを持たせ、精神的なストレス発散に効果がある。また、ニコチンは身体に必要と聞いたことがある。たばこの効果にふたをし、根拠のない悪評ばかり宣伝するのはおかしい。
49	喫煙とがんの関連について	「たばこ」だけがバッシングの対象として目くじらを立てるのが不思議である。受動喫煙が身体に悪い、がん患者は喫煙者に多い等、全て「たばこに罪」を着せているように感じる。喫煙歴は長い、健康状態は良好であり、健康診断も問題ない。「健康日本21」等で数値目標を掲げても、反喫煙者だけが数値目標にこだわり弾圧の材料にしている嫌いがある。他人(国)が決めた目標値などは努力目標であり、無意味である。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
50	喫煙者率引き下げの数値目標を示すべきではない	いずれ生・老・病・死はついてくるものである。がんを含む生活習慣病は、運動不足や栄養の偏り、飲酒、加齢、遺伝子的な要素という様々な要因からくるものである。喫煙率が下がっているのに肺がん率は上昇しているとも聞く。大人の嗜好品に数値目標を設定し、押さえつけるような考えは日本的ではない。共存していく道を探すべきではないか。たばこは6割が税金である。もしたばこをそこまで追いやるのであれば、この税金を安くしてほしい。
51	何のための数値目標なのか	数値だけを決めれば自動的に喫煙率が下がるのか。その数値目標のために、喫煙者狩りが行われない保障はあるのか。数値目標を設定する以前に、きちんとした換気設備の整った喫煙場所を設置するように指導することこそ、厚労省本来の役目である。
52	喫煙率の引き下げの数値目標について	喫煙は個人が自分の体や健康状態を考えて、自らが判断すべきであり国が介入する問題ではない。そもそも喫煙とがんの間に相関関係があるのかも疑問である。喫煙率は低下しているのに、肺がんによる死亡率は上昇している。また、日本人男性の喫煙率は欧米に比べれば高いが、肺がんによる死亡率は欧米ほど高くない。むしろ、ストレスとがんの間にこそ相関関係があるのではないか。
53	たばこ対策に偏りすぎ	「たばこ」は個人の判断で吸う吸わないを決めるべきものであり、政府が喫煙者の割合を何%にするとかしないとかというのは大きなお世話である。喫煙者の割合を目標化したりして「たばこ」だけをピックアップするような計画には反対である。以前、ごはんの「こげ」ががんの発生要因であるとマスコミを賑わしたことがあるが、真実だったのかどうか不明のままである。がんの発生要因には遺伝的なものや食生活を含め各種あり、あまりに「たばこ」だけに注目してしまうと、ものごとの本質から国民の目をそらしていくことになりかねない。
54	がんの原因としてたばこを確定的に論じるべきではない	基本計画に喫煙者率引き下げの数値目標を示すことは、あたかもがんの原因がたばこであると特定されているかのごとき誤解を招く。たばこにリスクがあるとしても、がんの原因はひとつではなく、たばこをやめればがんにかからないという保障はない。疑わしきは取り除こうという一面的な考え方が支配的だが、ストレス解消などのたばこの効用を強制的に奪うことによるリスクの保障について論じられていない。また、数値目標を強制することは、公人の自由選択に対する国家権力の濫用であり、高課税を強いつつ合法的嗜好品と認めていることと矛盾する。
55	「基本計画」に喫煙者率の引き下げの数値目標およびたばこの価格・課税政策を示すべきではない	喫煙が特定疾患のリスクを高めることについてはJTでも認識しているところ。また、たばこは広く国民に親しまれている合法的嗜好品であり、喫煙するしないは適切な情報を知った上で、成人個人が自ら考えるものであり、個人の嗜好に国が介入することは、個人の自由を阻害することになり問題である。
56	たばこの喫煙者率の引き下げの数値目標設定に異議あり	私の身の回りにおいて、喫煙は何ら影響は考えがたく、まして喫煙者率は低下する中で、肺がんの死亡率は上昇していると聞き及んでいる。安易に喫煙と直結させるのではなく、生活習慣病の原因と影響について深く研究すべきである。また、その他有害物質(排ガス、アスベスト等)の影響についても同様である。喫煙は疾病の一定リスクはあると思うが、法律で禁止されているものではなく、コーヒーやアルコールと同様の嗜好品であり、成人自らの嗜好・判断に基づき行われるものであり、国家権力を振りかざし喫煙者率削減といった考えを示すことは、民主主義をないがしろにすることに他ならない。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
57	「基本計画」の中に、たばこの価格・課税政策および喫煙者率引き下げの数値目標を掲げるべきではない	たばこは広く国民に親しまれている国が認める合法の嗜好品であり、一律にその消費削減を求めるべき商品ではない。枠組み条約において規定されている各種施策についても、その全てが各国一律に義務付けられているものではなく、各国の法制度や文化、歴史、産業構造などを踏まえ、慎重に検討されるべきである。価格・課税政策の強制による消費削減は、我が国のたばこ産業に計り知れない影響を与える。
58	高・低コレステロールへの正当な知識普及とがん予防	この4月25日に日本動脈硬化学会は、高死血症の病名を脂質異常症と改めた。加えて、診療指針から血中コレステロール値(TCH)は除外され意味が変わった。米国の疫学研究(MRFIT)のみならず、ハワイの日系米国人を対象とした疫学研究、我が国のJ-LITと呼ぶ大規模コホート臨床研究で、血中コレステロール値(TCH)が高いほどがん死は減るとの結果が出ている。国民的に広まっている「高コレステロール」に対する誤認を改める普及活動と、低コレステロールの危険性への認識を高める普及キャンペーン活動によりがん死予防となる。がんとコレステロールの課題をがん関係者がもっと取り上げるべきである。
59	がん死亡率の減少のためにたばこ対策の包括的戦略目標が不可欠です	がん対策基本法の附帯決議十九「がんをはじめとする生活習慣病の予防を推進するため、革新的ながん予防についての研究の促進及びその成果の活用、喫煙が健康に及ぼす影響に関する啓発及び知識の普及を図るほか、喫煙者数の減少に向け、たばこに関するあらゆる健康増進策を総合的に実施すること」に則り、がん死亡率の減少のためには、喫煙者数の減少目標が極めて重要である。①喫煙者に禁煙を促す社会環境、②受動喫煙をなくす社会環境、③青少年が吸い始めない社会環境を整えるの3点を基本理念として、具体的年次及び数値目標を立てることが不可欠である。
60	喫煙者の減少への具体的な目標は設定すべきではない	疫学的に喫煙が非喫煙に比べがんになる確立が高いからとしても喫煙者のすべてががんになるわけではないことから、喫煙ががんの原因ではないということになる。それゆえに、我が国では嗜好品として認められているのではないかと。その嗜好品について、厚生労働省ががん予防として喫煙率の削減目標を設定し国民に示すことは、喫煙者への禁煙の押しつけにほかならない。たばこががんの原因であれば嗜好品ではなく、大麻やコカイン等と同様に扱うべきである。
61	がんに負けるな、大丈夫だ	がん対策について何故たばこだけが悪者にされるのか。完全にたばこががんが悪いとの医学的結果が出ている訳ではないのではないかと。そんなに悪いのであれば、国として、製造・販売を許可するのはおかしい。重大な疾病の原因と思われるものは沢山ある。たばこを取り上げておけば聞こえがよいとの胆略的な考えがあるのではないかと。
62	とにかくたばこ対策を、に尽きます。自信を持って前進してください	がんを引き起こす単一で最大の原因がたばこである。いくら検診を勧めたり、他の生活改善をしたとしても、たばこを吸う率が下がらなければ焼け石に水である。国民は厚生労働省の味方である。自信を持って「重点的に取り組む課題」にたばこ対策を明記してほしい。
63	がん対策基本計画の喫煙率の数値目標について	がんの要因物質には、いろいろなものがある中でたばこをとりあげ、喫煙を減少させれば、がんが減少すると考えるのはあまりにも短絡すぎる。たばこは嗜好品であり、喫煙するかしないかは個人の判断に委ねられるべきものであり、国家権力で縛ろうとするのは、個人の権利や人権を侵害するものである。また、健康日本21の中でも喫煙者率の数値目標を設定していないことを考えると厚生労働省自体の考え方に整合がないといえる。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
64	基本計画に喫煙者率引き下げ目標を入れないでほしい	たばこが健康に良くないとの報道があふれているが、本当にたばこだけの要因なのか。風邪とかインフルエンザはウイルスがその要因であることは明白だが、人は様々な嗜好・環境の中で生活している。特に生活習慣病と呼ばれるものは、嗜好や生活習慣が複雑に絡み合って病気を引き起こしているのであり、特定の要因が特定の病気を引き起こしているのではないと思う。たばこは、国が税金を取りながら認めている嗜好品であり、マナーを守り自身の体調と相談しながら楽しんでいる限り、国がどう介入すべき問題ではない。
65	喫煙率が数値目標にならなかった理由を教えてください	喫煙率の数値目標が削られたとの報道に驚いている。検診による死亡率減少について議論が残っている乳がん検診に力を入れる一方で、明らかにデータのある喫煙を目標に取り入れなかったのであれば、具体的にその理由を教えてください。喫煙率の数値目標は「無駄」では決していないと思う。
66	たばこ政策に関する要望	たばこは長年にわたり生活に定着し親しまれてきた合法の嗜好品であり、また、喫煙が身体にどのような影響を与えるか、未だにその全容が明らかになっていないものと認識している。また、枠組み条約に規定されている各種施策はその全てが各国一律に義務付けられているものではなく、それぞれの施策について、各国の法制度、文化、歴史、産業構造等を踏まえ慎重に検討されるべきである。このような中、万が一がん対策のための消費抑制を目的としたたばこ増税等を行うのであれば、たばこ産業界の一員として到底容認できない。基本計画策定に当たっては、真に実効あるがん対策はもちろんだが、たばこ産業全体に与える影響についても慎重に検討してほしい。
67	喫煙を放置するがん対策は無意味	胃がんのピロリ菌原因説、肝臓がんの肝炎ウイルス原因説、子宮頸がんのパピローマウイルス原因説はすべて嘘である。がんの原因は1915年に山際・市川によって明らかにされている。兎の耳介にコールタールを繰り返し塗布してがんをつくった実験がある。コールタールは石炭が原料なので植物タールである。たばこのタールも植物タールであり、ひとのがんは、喫煙粒子(タール)の濃度に比例し、その通過速度に反比例してできる。喫煙を放置するがん対策は無意味である。たばこを吸っても肺がんにはならないと考えている喫煙者に警告すべきである。
68	喫煙者率引き下げを数値目標化すべきでない	たばこは成人個人が各々の自由意志で吸うか吸わないかを選択できる合法的嗜好品であり、政府がその削減を意図的に誘導したり、個々人の責任の下での自由意志に介入したりすべきものではない。もし厚労省が、がん発生の可能性の前には個人の権利や意志を公的に制限することも許されると考えているならば、アルコールや排気ガス、その他すべての発がんの可能性があるとされている物質すべてについて法的に制限すべきであり、たばこだけをことさらに取り上げて削減、制限しようとするのは著しく公平さを欠くものである。
69	がんと喫煙について(喫煙率数値は余計なことでは)	喫煙者のほとんどは、自分の意志で吸っているのだから、国家がそれを強制的にコントロールするのはおかしい。何故たばこだけが槍玉にあがるのか。体に悪いものは世の中にはたくさんある。自動車の排気ガスが悪いなら、自動車の生産を制限すべきである。自動車は社会の役に立っていて、たばこは無くても良いもの。という考え方は一方的な議論だと思う。
70	がんに対する喫煙のリスクとストレスについて	がんに対する喫煙のリスクは疫学的に言われているだけで、病理学的には解明されていない。統計的にそのようなデータが出ているということだと思うが、統計とはその統計を取る立場によって非常に異なってしまうということが考えられる。なぜなら必ずグレーゾーンに属するデータがあり、そのデータをどちらに入れるかによって変わってしまうからである。データの読み方によって結論がぶれてしまうので、あまりヒステリックな施策を講じるべきではないと思う。喫煙者、非喫煙者両者の妥協点は分煙ということではないか。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
71	喫煙率の半減を明記して対策すべし	がん予防のため喫煙率の半減を明記した計画を作成すべきである。少ないコストで効果を上げるには、たばこ対策をしっかりとすることが最も重要である。
72	がん死亡率の減少のためにたばこ対策の包括的戦略目標が不可欠	がん対策基本法の附帯決議十九「がんをはじめとする生活習慣病の予防を推進するため、革新的ながん予防についての研究の促進及びその成果の活用、喫煙が健康に及ぼす影響に関する啓発及び知識の普及を図るほか、喫煙者数の減少に向け、たばこに関するあらゆる健康増進策を総合的に実施すること」に則り、がん死亡率の減少のためには、喫煙者数の減少目標が極めて重要である。①喫煙者に禁煙を促す社会環境、②受動喫煙をなくす社会環境、③青少年が吸い始めない社会環境を整えるの3点を基本理念として、具体的年次及び数値目標を立てることが不可欠である。
73	個人の価値観と公権力について	人によって価値観が異なる。たばこに関しても人によっては精神的な楽しみになっている場合もある。これは気持ち・心・価値観の問題である。公権力はこの領域に関しては中立であるべきだ。したがって、がんの予防としての禁酒・禁煙を掲げ、過度に公権力が関与するのはいかになものかと思う。一方、がんになってしまったら、誰しもが治したいと考える。これは価値観の領域ではないので、がんの発生メカニズムが非常に複雑といわれている中で、飲酒・喫煙等様々な危険因子とがんの因果関係を解明し、がんの治療に結びつけるために公権力が関与することは大いに賛成である。予防対策以上にこの分野に時間とお金をかけるべきである。
74	喫煙者率引き下げの数値目標を作るべきではない	たばこを吸うとがんになるという因果関係は明確にあるということは証明されていないと思う。また、様々ながんにおいて、そのがんになる原因は、その人の食べる物、運動不足、車の排気ガス、お酒、親からの遺伝、年齢等いろいろな要素から起因しているものであり、何故たばこだけなのか。お酒とかコーヒーと同じ嗜好品について、行政がそれを制限するようなことはもってのほかである。
75	がんの予防について	がんの危険因子にはいろいろあると思う。車の排気ガス、アスベスト、様々な化学物質、遺伝的なもの、アルコール、その他いっぱいあるのに、たばこだけがやり玉にあげられるのは的はずれではないか。総合的に分析して対策を立てるべきである。
76	喫煙の権利について	喫煙率の目標設定がみおくりとなったようだが、なぜそこまで設定するのか理解できない。喫煙とがんの関係での話のようだが、喫煙率の低下しているアメリカと日本のがん発症率を比較してみても、アメリカがなぜがん発症が高いのか。がん発症の原因など、ほかに多く考えられるのではない。喫煙が何故問題になるのか。非喫煙者への迷惑と言われるが、車の排気ガス等いくらでも害になるものがあるのではないと思う。喫煙者の権利ということも考えてほしい。
77	がんの原因となるたばこの販売を禁止してほしい	たばこに様々な恐ろしい有害物質が含まれているのは明白である、喫煙者にはがん患者が多いことも常識である。国民の健康を守る為に、禁煙後進国の汚名を返上して、健康保険制度の崩壊につながり、労働人口を減らしているたばこを販売禁止にしてほしい。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
78	喫煙率を下げる数値目標は不要	合法的な嗜好品である喫煙に対し、国家が介入して喫煙者率を引き下げようとするように誘導することは、日本国憲法の国民の権利と義務を無視したものである。喫煙者率は減少しているにもかかわらず、がんの罹患や死亡は増加している現象を見る限り、むしろほかの要因ががんの発生に寄与している可能性は高く、別の視点からの予防への取り組みや研究が急務である。
79	がん対策におけるたばこの喫煙率低減について	たばこは嗜好品であり自己の責任で管理すべきものであり、国が規制すべきものではない。
80	大変な、大変なたばこ屋さん	たばこのパッケージには注意文言が印刷されている。いわゆる「病気予防」のためのメッセージである。自分たちが販売する商品にこのようなメッセージを表示して販売している商品はどこにもない。だから、たばこ屋さんは自信を持ってたばこを販売し生計を立てており、お客様は嗜好品として愛飲されている。がん対策は重要と考えるが、たばこ＝がんと「悪」のように言われるのは、たばこを販売しているものにとって心外である。
81	たばこ対策について	財務省でたばこ店に販売許可を出しながら、一方では厚生労働省でがん対策としてたばこの消費を削減するのはいかがなものか。たばこががんの因果関係は明確ではないと思う。たばこだけがん対策のターゲットとするのはおかしい。
82	「基本計画」中に喫煙者率引き下げの数値目標およびたばこの価格・課税政策を示すべきでない	たばこは嗜好品であり、成人がリスクを理解し、自分のからだに相談し喫煙するかしないかを決めれば良い。国が介入する必要はない。また、たばこの消費量は、喫煙と健康に関する意識の高まりによる構造的減少に加え、公共の場所での喫煙規制の高まりにより、急速に減少している。このような状況の中で価格・課税政策の強制による消費削減は、国内のたばこ産業にはかりしれない影響を与える。
83	たばこ対策に関しての要望	たばこは長年にわたり生活に定着し親しまれてきた合法の嗜好品であり、また、喫煙が身体にどのような影響を与えるか、未だにその全容が明らかになっていないものと認識している。また、枠組み条約に規定されている各種施策はその全てが各国一律に義務付けられているものではなく、それぞれの施策について、各国の法制度、文化、歴史、産業構造等を踏まえ慎重に検討されるべきである。このような中、万が一がん対策のための消費抑制を目的としたたばこ増税等を行うことは容認できない。
84	がんに関する研究について	厚生労働省は喫煙ががんの直接原因と信じているのか。たばこががんの直接原因と証明した人はいるのか。疫学的には世界の学者で否定されている。(ウィーンで開催された「受動喫煙が肺がんに及ぼす影響についての会議」に出席した科学者・医者のほとんどが関連性を否定)

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
85	がんに関しては早期に検診によって発見するのが肝要である	たばこは個々の責任において吸い過ぎないように自覚しなければならない。たばこで生計を立てているお店があることも無視されては困る。
86	喫煙者率の低減目標について	たばこが肺がんの危険因子であることは議論の余地はないが、それがわかっても私はたばこを吸う。全く無害な物質等が世の中にあるのか。要は摂取量の問題である。肺がんになるリスクより、ストレス社会を生き抜くツールとしてたばこを吸うメリットが高いと判断する。正しい情報をもとに吸うか吸わないかの判断は個々人に任せるというスタンスが正しいと思う。国で認めているたばこを国がやめさせる指標を設定するという矛盾を冷静に考えるべき。
87	たばこ販売店の意見	たばこをがんの直接の原因であるかのように位置づけ喫煙率を低減する目標まで設定しようとしていることは、たばこの販売で生活している者を全く無視しており、政府の一機関である厚生労働省がやることではない。たばこ税は国の重要な財源である。たばこは嗜好品であって、吸う吸わないは個人の自由である。
88	がん対策推進基本計画(案)に対する意見	たばこの価格・課税については、たばこである以上財務省の管轄であり、がんとは全く関係ないのではないかと。愛煙家でも長生きの人はいるし、必ずしも病気に関係しているとは言えない。
89	肝がんの予防について	肝がんの予防は、早期にウイルスキャリアを見つけ、B型、C型肝炎に対する抗ウイルス療法をいかに早く継続して繰り返し行い肝炎の進行をストップし、治癒へ向かわせるかにかかっている。輸血や予防接種、静脈注射といった医療行為が原因となって蔓延してきた国民病であり、その対策は個人負担(保険診療)に任せていては後手に回することは明らかである。肝がんで亡くなる人が亡くなるのを待っているかのような対策は悲しい。積極的な対応を望む。
90	「基本計画」に喫煙者率引き下げの数値目標をあげるべきではない	たばこは嗜好品である。大人が健康へのリスクを高めることも知りながら自己判断で吸っているのが現実である。喫煙が直接がんに関係があるかどうかわからないのに、国が個人の判断による行為に対し目標値を示すことはおかしい。
91	がん予防の取組を優先して	がん対策において医療も喫煙の課題であるが、「がん予防の取組」(社会的な取組・個人的な取組)を優先していく必要があると思う。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
92	がんの予防について	がんの予防についてはさまざまなものがあり、喫煙、食生活、運動等の生活習慣によるものが大部分であると考え。がん予防については、例えば石綿による肺がん等明確な因果関係が断定されているものは別として、通常的生活習慣から推定されるものは、あくまで推定の領域を出ておらず、それをもって国民の生活習慣そのものを拘束することは避けるべきである。
93	「喫煙率半減」盛り込んでください	数値目標を盛り込むべき。マナーまかせで受動喫煙が無くならない以上、喫煙率を下げることで、効果的な受動喫煙防止策となる。
94	エビデンスに基づき、喫煙率ゼロを最大の目標とすべき	がんの原因としてはWHOなどが公表しているように、1/3は喫煙、1/3は食事、1/3はその他であり、また、対策の効果としては喫煙対策がその他の対策を上回ることが明らかになっている。このことから、がん予防としては、喫煙率の削減目標が上げられて当然であって、その目標値についても、「喫煙率ゼロ目標」を掲げるべきである。「喫煙率半減」なら現在の半数なら喫煙してよいということになり、これは、がん対策の目標とも呼べない。
95	喫煙率の数値目標及びたばこの価格方針について	喫煙とがんの関係については、おおよその研究結果は疫学的見地に立った研究成果であり、今もって喫煙とがんの因果関係が科学的に明確に証明されたものではないと思っている。たばこは合法的な嗜好品である。国家が価格操作に介入すべきほど明確な害悪性を持つものではない。
96	がん予防に関する知識の周知/教育のお願い	がんは経験的に食事、環境、運動などで飛躍的に病状が改善する。社会一般的にがんの原因/遠因について情報が得られ周知され、生活習慣病であることが認識されれば、がん患者を生みやすい家庭も、自主的に環境を改善するようになると思う。
97	がん予防の国民教育の推進を(がんの知識教育とたばこ対策)	がん検診の重要性を周知し、欧米化された現代の日本の食生活・習慣を見直すことでがんの予防ができるとの知識を広く伝えるため、生徒には教育現場で「若年齢喫煙の危険性や生活習慣」についての教育を、親にはPTAの集まりの後に検診ができるようにするなど、身近な場を提供し、国民自ら意識を改革する機会を提供していく必要がある。また、最も費用対効果が高く、がん予防の基本とも言うべきたばこ対策から、具体的な数値目標を欠落させてはならない。喫煙率半減の数値目標を盛り込み、たばこ対策を強力に推し進めてほしい。
98	がん克服を目的とした基本計画とするために	基本法の基本理念では一番に「がんの克服」謳っている。そのためには最大の発がん物質であるたばこの害についての対策と情報提供を明記すべきである。①歳代の発がん性をもつたばこに関する対策を具体的な数値目標をもって基本計画に入れる。②食生活(たばこの情報を含む)とがんとの関係を自治体主導で情報提供し、がんは生活習慣病のひとつであることを知らせる。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
99	がんの根本原因の究明を	がんの原因については、まだ未解明な部分も多く、まずはその原因を突き止めることが肝要である。魚の焦げとか、たばこといったものが原因ではなく、強いストレスが原因との話も聞く。あれをしてはいけない、これをしてはいけないという生き方ではなく、個々人の自由な生活の中で、本当にがんになる原因となるものを解明して、未然に防ぐ手だてを提供してほしい。
100	「たばこの価格・課税政策」を基本計画に掲げるべきではない	たばこは成人の嗜好品であり、成人自身の判断により楽しまれる者であり、法により一方的に消費削減を求めることは、消費者利益を規制する形になる。消費削減の一観点からのみで価格アップ・課税を掲げるのではなく、消費者利益とその消費の自由の観点及び価格と消費量のバランスという税収の観点等から複合的に検討すべきである。
101	喫煙率半減の数値目標を示してほしい	喫煙ががん等の疾病のリスクを高めることはたばこ製造事業者もすでに認めている。喫煙による社会損失が年間7兆4000億円にのぼるとの試算もある。政府として「喫煙率半減」の具体的な数値目標を国民に示し、喫煙の危険性や禁煙治療に関する適切な情報提供、禁煙希望者の支援等の政策努力を行っていく必要と責任がある。
102	たばこへの課税の強化を示してほしい	発育途中にある未成年者の喫煙防止は、がん対策を進めるうえで重要であるが、わが国の現状はたばこ自販機が多数設置されるなど未成年者が容易にたばこを入手できる環境にある。課税によってたばこ価格を大幅に引き上げることが現実的、かつ、未成年者保護の観点からも重要である。たばこを財政物資として捉える向きもあるが、喫煙による社会損失が年間7兆4000億円にのぼるとの試算もある。たばこへの課税を強化することにより、喫煙による社会損失を抑制しつつ税収との収支均衡を図る必要がある。
103	公共空間における受動喫煙防止の数値目標を示してほしい	喫煙とがんの問題は、能動喫煙の問題ばかりではなく、公共空間における喫煙行為により、非喫煙者が否応なく強いられる受動喫煙の防止徹底が重要である。公共空間での喫煙行為により発がん物質に曝露することは、他者の身体権や自己決定権を侵害・蹂躪する行為であり、がん対策の観点からも公共空間における喫煙はより厳格に規制すべきである。
104	がん死亡率減少のための提案	ヘリコバクター・ピロリが胃がんの発生に対し、最も大きなリスクになっていることに異論はない。そこで除菌による胃がん予防効果が期待されており、最近の研究からそれを支持するデータが出つつある。50歳以上では、高齢者人口が増加することとヘリコバクター・ピロリ感染率が高いため、除菌をしないと今後胃がん発見者が増加することとなる。退職後の高齢者では胃がん検診の受診率は低下するので、進行胃がんが今後増えていくとの懸念がある。胃がんの死亡率を減らすには積極的な除菌と高齢者の胃がん検診受診率の向上が必要である。
105	がん対策における分子イメージングの役割等について	現在、臨床使用あるいは研究されている腫瘍イメージングプローブのほとんどは、完成されたがん細胞を検出するものであるが、前がん状態からの発がん過程で特異的に発現する分子を標的とするプローブが開発されれば、前がん状態の段階で検出してがんとして完成しないようにする、つまり「発がん予防」への道も開けることが期待される。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
106	ウイルス肝炎治療の抜本的対策が急務、肝がんへの進行を止める治療を全国レベルで推進してください	ウイルス肝炎患者の存在は、がん患者予備軍として、優先した対策が求められている。①医療費自己負担を軽減してほしい。医療保険の高額療養費制度の「特定疾病」の指定や自立支援医療などによる現存する医療費助成の実行を計画に盛り込んでほしい。②全国で肝炎ウイルス検査体制の確立と公費によるウイルス検査の強化をしてほしい。7割が未受診となっている。政府広報を充実して全ての対象者が検査を受けられるように周知徹底してほしい。③肝炎患者に対する生活支援対策、治療体制の整備、公的な相談窓口の開設を国の責任でしてほしい。
107	基本計画の数値目標に喫煙者率の設定はおかしい	たばこは健康へのリスクが仮にあったとしても、そのリスク情報を知った上で嗜好品として喫煙するかしないかを個人が判断すべきものである。がんの発生するリスクのあるものは生活環境の中に多数あるが、なぜたばこだけがこれだけクローズアップされるのか。たばこを吸う人を単に悪人のごとく目標値を設定して減少させていくという政策には反対である。
108	がん予防に関して	がんの予防においては、たばこ対策が重要である。たばこ枠組み条約の批准国として、同条約に規定されている各種の方策(価格、課税、受動喫煙防止、普及啓発、広告規制等)を適切に行っていくべきである。
109	数値目標は運動・栄養の取り方などで設定しては	たばこは合法であり、喫煙する・しないは、個人が判断すべきものであると思う。喫煙者率について国が数値目標を設定することは、個人の嗜好の問題に国家権力が介入することだと考える。国家権力が数値目標を掲げるなら、運動・栄養の取り方などで目標を定めてはどうか。
110	たばこについて	以前、週刊誌で受動喫煙の害はないとの記事を読んだが、そのような研究との関係はどうなっているのか。がんの発生とたばこ喫煙との医学的根拠はあるのか、はっきりとした因果関係は見たことも聞いたこともない。たばこを吸う吸わないは、個人の自由ではないだろうか。吸わないように税金を掛けようとか、規制を強化するのはおかしい。
111	がん対策に喫煙半減目標は不可欠	喫煙が多くの疾患の原因で毎年11万人が死亡している。半減目標を立てないことは誠に嘆かわしいことである。禁煙法を作り日本から受動喫煙をなくす、自動販売機をなくす、未成年の喫煙をなくす、それを実行することが厚生労働省の仕事である。
112	より実効ある計画を期待する	がんとたばこは関係ない、と断言するつもりはありませんが、たばこが即病気の原因という考え方には違和感がある。何かにつけてたばこを引き合いに出す最近の風潮には、何か異常さというかヒステリックなものを感じる。確かにがんだけでなく、病気は予防が非常に重要だと思う。しかし、「たばこ対策」のように効果があるのかないのかははっきりしないものに予算や時間・労力を割くより、より効果的な治療法の開発や、低コストで多くの患者さんが受診できる医療体制の確立など、他にやらねばならない喫緊の課題はたくさんあると思う。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
113	たばこ対策について	たばこは大人の嗜好品の一つである。聞いた話では、「たばこ」と「がん」については疫学的なリスクはあるものの病理学的原因の特定はされていないこと、年々たばこを吸う方が減っているにもかかわらず肺がんは増加するという逆比例の状況であること、「がん」の原因がストレスを起因としていることなどがある。「がん」には様々な要因があると思うので、それらを組み合わせで解決していくべき。例えば、廃ガス問題、食の安全、医薬の安全、あまりにも一方的なことではなく、総合的に考えるべきだと思う。
114	喫煙率の低下目標値は、実行が困難です	喫煙率の低下目標値等を設定されてしまうと、各自治体の担当者としては、具体的な対策、及び実行計画が立てづらく、「絵に描いたもち」のようなものになってしまう恐れがある。全国一律の動きも取れるはずがなく、今回の計画の中にはあげるべきではないと考える。
115	がんの予防に喫煙者率の目標を組み入れないで欲しい	政府が喫煙率の削減へと国民を主導するのはおかしい。受動喫煙は避けなければいけないが、本人が自主的に喫煙するのを規制することは、国民の自由な権利を奪うことになりはしないか。
116	喫煙者率引き下げの数値目標を示すべきではない	喫煙は個人の嗜好の問題であり、個々人の健康観等により判断すべき事項で、国家権力が介入する問題ではないと思う。以前から「肺がん」と「喫煙」の関係は論議されているが、肺がんを含め「がん」は喫煙のみならず、運動不足・栄養の偏りや飲酒など様々な生活習慣や加齢、自動車の排ガス等各種要因が複雑に絡み合って発症するものであり、一因子だけを特定して規制しても抜本解決にはならない。
117	喫煙者からの一言	私は喫煙者で父も喫煙者でした。また、親族も喫煙者が多数いましたが、1人として肺がんになった人も亡くなった人もいません。喫煙率が半減したとしても肺がん等のがん患者が減少するとは思えない。国(厚生労働省)として喫煙率削減の数値目標を掲げる考え・意向があるとしたら、国民(喫煙者)誰もが理解できる、明確な「喫煙とがんとの因果関係」を証明すべき。たばこは合法的な大人の嗜好品であり、吸うか否かは成人個々人が判断すべきものである。
118	がん予防にたばこの喫煙を関連させることに對する意見	今回の基本計画を見る限り、予防分野では相変わらず「たばこ」を主原因に上げた予防と、受診率向上の早期発見しか掲げられていない。「たばこ」を吸わなければ「がん」は防げるという風評的な方針は見直し、がん撲滅の本質であるがん発生のメカニズムの研究に力を注いでほしい。
119	基本計画について、たばこの課税政策を含むべきではない	嗜好品であるたばこについて、政府当局の旗振りの下で課税による消費削減を進めることは安易になされるべきことではない。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
120	がんとたばこの関係について	がん等の生活習慣病は、喫煙だけでなく、様々な要因が絡み合って発症するものであり、喫煙とがんとの因果関係は明らかにされていないと聞く。また、年々喫煙率が下がっているのに対し、がんの死亡率が上昇しているという事実もある。たばこは合法的嗜好品であり、吸う吸わないは成人個々人が判断すべきものである。「健康日本21」でも、喫煙者率に関する数値目標の設定は行わず、「喫煙をやめたい人がやめる」との新たな目標を追加したのに対し、「がん対策推進基本計画」に喫煙者に関する数値目標が盛り込まれることになれば、国として一貫性がなくなることとなる。
121	喫煙者引き下げの目標設定について	国が国民に対して、喫煙率引き下げの数値目標を設定し押し付けるのは、個人の嗜好の問題に国家権力が介入するものであり、反対です。なぜたばこばかり槍玉にあげるのか理解に苦しむ。
122	喫煙とがんとの関係を無視すべきではない	たばこを無視したがんの対策など無意味である。「がんの予防」とあるが、それは一番にたばこを吸わない、受動喫煙をなくすことが挙げられるのではないかと。たばこの害について、もっと国民に広く知らしめることを一刻も早く行うのが先決。もっと言えば、たばこは法律で禁止にすべきと思う。
123	たばこの価格・課税についての政策は外すべき	たばこについてあまりにも極端な方針については避けるべき。「たばこ」は嗜好品であり、国策として消費削減を価格引き上げ(増税)で強制的に実施するものであってはならない。
124	基本計画中に喫煙率減少の数値目標を掲げるべきではない。また価格・課税政策を行うべきではない	喫煙率減少に向けた数値目標についてですが、たばこのみのがんを発症させる唯一の要因であり、喫煙者の減少こそががん患者の減少に繋がるとの印象を受ける。しかしながら、がんの原因については、生活習慣や生活環境にある様々な要因が重なり合って発症するものではないだろうか。たばこの価格の引き上げについては、たばこは合法的な商品で嗜好品であり、これに国家権力が消費削減に向けた働きかけや介入を行うべきではないと考える。
125	喫煙率削減の数値目標を設定すべき	喫煙ががんの大きな危険要因であり、喫煙を減らすことががんの予防にとって重要であることは周知の事実である。その確実な達成の為に数値目標を設定することがきわめて重要である。
126	喫煙率低減目標は明確に設定して欲しい	がん対策と言うことで、早期発見だけがクローズアップされがちだが、実際には予防に力点を移さない限り、がん死亡を減らすことはできない。たばこ会社に遠慮がちな論議ではなく、悪いものは悪いという当然の認識で考えると、喫煙率の低減目標は必須。なぜ、早期発見ばかりが声高に言われ、予防、すなわちたばこの撲滅に論点が移らないのか。これは明らかにたばこ会社への遠慮であるのは、ある程度海外の情報を有する日本人であれば認識していることである。せめて厚生労働省ではたばこ会社への遠慮なく、「がん撲滅＝たばこ撲滅」という当然の図式をもって政策を立案して欲しい。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
127	がん対策について、疑問が多い	現在の社会の状況を見ると「たばこ」が全ての悪者になっている報道しか耳にしない。本当にそこまで悪いのならば、今まで政府はなぜ放っておいたのか。たばこはコーヒーと同じように嗜好品であり、喫煙者は高い税負担をしていると聞いている。本当に悪いものならばなぜ今まで販売中止にできなかったのか。税金が欲しくて国民を騙していたのか。まず、政府がしっかりした根拠に基づいた説明を国民にする必要がある。
128	たばこの喫煙者率の数値目標を設定すべきでない	喫煙者率は年々減少しており、一方で肺がん死亡率は最近横ばいであるものの上昇傾向を示してきた。たばこの因果関係が不明と思われる。たばこは「嗜好品」です。嗜好品をやめさせるような国の施策には反対する。たばこはリスクを理解した上で、吸うか吸わないかは個人の自由によるものである。
129	喫煙率半減数値目標をがん対策の最重要課題とせよ	「がん対策推進基本計画」に喫煙率半減の数値目標を盛り込むべし。批准したばかりのFCTCたばこ規制枠組み条約を遵守すべき。2兆円ほどのたばこ税収だが、それを得るために、国民経済は7兆円余の損失を蒙っている。たばこは嗜好品だという視点には明らかな悪意がある。たばこはWHO世界保健機関も認定している依存性薬物である。
130	「喫煙率半減」の数値目標を掲げるべき	喫煙のリスクについては、国の内外で様々な研究調査がされている。喫煙が健康に大きな被害を与えることは科学的にも証明されている。国民の健康を守るために、基本計画に「喫煙率半減」の数値目標を掲げ、力強く推進していくことを厚生労働省に強く要望する。
131	たばこの絶滅を望む	がん予防対策として、たばこの絶滅を政府・厚生労働省主導で進めることを望む。たばこだけががんの原因ではありませんが、大きな要因であることは多くの人が納得すると思う。愛煙家と呼ばれる人々は、たばこを吸わないことによってストレスが引き起こされると言うが、それでがんに勝るような健康被害を受けるのか。かつて政府がたばこを売っていたので、掌を返すように政府がたばこを禁止するのは確かに憚られるのだろう、税収の問題もある。しかし、いずれも目先の問題だと思う。長い目で見ればたばこの絶滅は多くの人に大きなメリットをもたらすはずである。
132	喫煙者率引き下げ数値目標化することに賛成できない	喫煙者は減っていると毎年発表されているが、逆に肺がんによる死亡率は長年上がってきているのではないだろうか。がんも含めた生活習慣病は喫煙だけではなく環境そのものの影響が大きいのではないだろうか。喫煙者率を下げることでがんによる死亡者が減少するか疑問に感じている。個人の楽しみの世界に国家が関与(介入)することは、合法的な選択を力により強制しているとは思えない。
133	喫煙者引き下げの数値目標は不適切	たばこを吸うことは「がん」「呼吸器系疾患」などのリスクになりうることは承知しているが、それらの病気の要因のうちどのくらいのウエイトを占めるかについては、現在未だ明らかになっていないとは思えない。喫煙者率は年々低下しているにもかかわらず、肺がんなどの死亡率はむしろ上昇傾向にあるのではないだろうか。「健康日本21」においても数値目標は設定されなかったのに、一方は数値目標あり、一方は数値目標なしといったことは厚生労働省として「たばこ」に対して一貫性を欠くものである。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
134	がん予防のためにたばこ喫煙の削減目標を立てて欲しい	アメリカでの禁煙規制の強化は、医療保険財政の悪化を防ぐためでもあると聞いたことがある。日本においても、現在の健康保険財政の状況を考えても、喫煙者には応分の負担が必要であるとする。たばこについては、本人のみならず他人へのがんなど健康被害が明らかであるにも関わらず、法律での規制は甘いのではないかと。たばこについては、喫煙率の削減目標を明示する必要がある。
135	肺がんの予防には、喫煙・罹患・死亡等の実態の把握と啓蒙が重要	肺がんの予防のため喫煙率を下げるためには、喫煙の危険性や肺がん罹患の実態が十分に認識されるようにすることが特に重要である。喫煙はあくまでも自己責任でということであるならば、その前提として、喫煙という行為の危険性について徹底した説明と情報提供・啓蒙が必要不可欠である。そして、こうした正確な情報の周知は、喫煙の減少に必ず結びつくと思う。
136	がんの原因について	がんの原因についてたばこのみが特定され、たばこに課税されている税金や削減が議論されているが、もっと公平に分析をして議論してほしい。酒も肝硬変などのがんの原因となるのに、酒は議論されずにたばこのみされている。どのようなものでも多量な摂取は何らかの異常は発生するものではないだろうか。たばこも酒も適度な摂取は健康に影響を与えないのではないだろうか。
137	がん対策推進基本計画の喫煙者率について	たばこは酒などと同様に個人が楽しむものであり、それを法律で規制しようというのはいかがなものか。今回の政府の考え方は、自由意思で喫煙を楽しもうとする人の権利を奪い、喫煙者を悪者にする風潮を助長するものであることは明白である。喫煙によるリラックスを得る人も多いことを考えれば、たばこのもたらす効果を置き去りにし、喫煙とがんを結びつけるのはあまりにも短絡的ではないだろうか。また、たばこは税収にも大きく貢献している。
138	がん予防＝たばこ対策？	「がん予防＝禁煙」という公式のもと、国が削減目標を設定し、値上げなどの対策を実行することには納得できない。1. 合法的な嗜好品であるたばこだけに、国が強制的に関与することに違和感を覚える。2. 「がん予防＝禁煙」という公式は正しいのか。様々な疫学調査の結果があるようだが因果関係は明確なのか疑問がある。
139	たばこ対策をして欲しい	悪性リンパ腫に罹患しています。がんになるのは自分の責任には全く心当たりがありません。酒も飲みませんし、たばこも吸いません。考えられる理由として、強いて言えば、私の職場環境でたばこの副流煙に10年ほど悩まされたことぐらいです。たばこをがん患者の周りでは絶対に吸わないという制度を確立してほしい。
140	たばこの価格に課税するのは反対	たばこだけが発がん性を有するものではない。たばこのみ課税政策を行うのは反対である。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
141	たばこ喫煙者率引き下げの数値目標について	たばこは法律で認められている大人のための嗜好品である。その嗜好品に対して、数値目標を設定すること自体が国家権力の介入であり、今後は酒・コーヒー等にも波及させようとする意図が見える。また、たばこは副流煙も含めて本当に体に悪いのか甚だ疑問である。喫煙者率が低下しているにもかかわらず肺がんの死亡率が増加しているとも聞く。
142	喫煙者に関する数値目標設定はすべきでない	喫煙は非常に嗜好的な行為です。古くから庶民の生活に根付いてきたものを、一側面のみフォーカスし官僚によって喫煙者率の目標を設定するというのは、国民に対する「管理意識」の現れであり恐怖さえ抱く。がんと喫煙の因果関係はあくまでも疫学的なレベルであり、病理学的なものではないはずである。がんをはじめとした健康影響や今問題になっている地球温暖化の問題から考えれば、本来は影響の大きな排気ガスや工場排煙の問題にこそ真剣に手を加えるべきではないだろうか。
143	「たばこ」という特定のもののだけを取り上げ検討には疑問	現在、たばこを吸わない人もがんになっている。また、たばこを吸い続けてもがんにならない人がいる。身の回りには他にもたくさんの発がん物質があるのではないか。がん対策に「たばこ」という特定のもののだけを取り上げ検討するということは、短絡的すぎて素人目からも何かおかしいと思う。
144	基本計画に「たばこ」の価格や課税について触れるべきではない	たばこは法律上も合法的な商品であり、個人の好みに任されるべき大人の嗜好品である。国が一方的に消費を抑制するものではない。まして消費削減を目的とした課税強化や、価格アップの強制などは筋の悪い方策としか映らない。がん対策の本筋を外れている。
145	喫煙者率について数値目標を設定することに反対	たばこは法律で認められた嗜好品です。それを利用するかしないかは、各人の判断によるものであり、国家がその自由に介入し、利用させないように仕向けることは問題がある。また喫煙者率を低下させたとしても、がん患者の減少につながるのか甚だ疑問である。喫煙者率は昔から比べれば大幅に減少しているにもかかわらず、肺がんによる死亡者は増加していると聞く。また喫煙と発がんの関係性についても、あくまでも統計の傾向としてリスクが増加するという一方で、発生機序が明らかになっているものでもないと認識している。
146	喫煙者率の数値目標とたばこ価格について言及すべきではない	喫煙者率が減少しても肺がんは増加傾向という話を聞きます。たばこは大人の嗜好品であり、因果関係が明確ではない中で、国が介入して、しかも一方的に数値目標を設定すべきではないと考える。一方的な押しつけではなく、まずは、たばこを吸う人と吸わない人がお互いに納得できる環境整備を行っていくことが重要。
147	基本計画の中にたばこの課税を示すべきではない	たばこは法律で認められた嗜好品で、多くの国民に親しまれています。そのような個人の嗜好品に国家権力が介入して価格の上昇、課税を増やすべきではない。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
148	喫煙率数値目標設定に対する反対意見	たばこという非常に長い歴史の中で愛用されて続けてきた文化的価値も高い嗜好品を、国の方針としての喫煙者削減目標という形で、一方的に悪者扱いしないでほしい。また、適切な喫煙者率とは一体何%なのか。それはたばこに対する適切な情報開示や、社会的動向により成熟した社会の成人が判断した結果として現れるものではないのか。
149	喫煙する人の削減目標に反対	喫煙は身体のみについては、決して健康に良いものではないことは既に世の常識と思う。しかし健康というのは身体だけではなく「心」の健康面も忘れてはならない。たばこを吸ってストレス解消をしている人もいる。喫煙する人を減らすとかの、一律的な目標を設定するのではなく「心身」とともに健康になるような方策を政府としては考えるべき。
150	喫煙者率引き下げの数値目標は設けなくて欲しい	「喫煙」が、がんの危険因子の一つに挙げられていることは認識している。しかしながら他の原因を差し置いて「喫煙」を取り上げているが、科学的に証明されているのか。そのデータとはどのようなものなのか。また、「喫煙率を半減させる取り組みとしては受動喫煙対策が必要」と言われているが、その受動喫煙に関しても数々のデータがあるはずで、その全てをもとに議論しているのか。科学的な証明が広く議論されていない状況では、「喫煙率引き下げの数値目標」を設定するべきではない。
151	たばこ数値目標でのがん予防は基だ疑問	がん対策への効果がどれ程あるのか定かでない喫煙率目標といったものを設けられることには、強く反対する。たばこを吸わなくとも、がんになる時にはなり、反対にたばこを吸っていないとがんにならない人はならない。がんの原因は持って生まれた遺伝的なものであったり、食生活や生活環境であったりと様々な要因によるものと考え。そして予防という観点からは、まさに生活全体、全てを対象として考えるべきものである。
152	基本計画に喫煙率半減等の目標を設定すべきではない	たばこは合法的な大人の嗜好品であり、国が消費低減に向けた数値目標を設定するような性質のものでなく、がんによる死亡率減少について盛り込まれることから、それに輪をかけて喫煙者率引き下げの数値目標を設定する必要はないと思う。
153	喫煙率の目標設定については疑問	たばこは大人の嗜好品である。健康に係わるリスクについても正しい情報のもと、個々人が自分の判断において喫煙を行っている。個々人の嗜好品に対して、国家権力の介入で抑制しようとすることは民主主義国家である日本で許せるものではない。
154	がんに関するたばこ対策	なぜ、がん対策において、常にたばこのみが大きく取り上げられるのか。喫煙が身体にどのような影響を与えるのか、未だ確立した全容は明らかになっていないと聞いている。現在喫煙率は大幅に下がっている中、「がん」は増加しているとのこと。この因果関係はどのように説明するのか、責任ある公表をして欲しい。喫煙するかしないかは、あくまでも個人の判断・自由に委ねるべき。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
155	喫煙者率目標の設定について	たばこががん等のリスクとなることは通説だと思うが、それに関して国が数値目標を設定することには違和感がある。たばこは嗜好品で、それに国が何らかの規制を設けるのは本当に良いのか。個々人の話だと思うので、国は本当に確かな情報を国民に周知することが大事なのではないか。
156	喫煙率削減目標の数値化を	厚生労働省として喫煙率削減目標を数値化しない方向で検討中との報道があり、あまりにもひどすぎると感じている。厚生労働省は国民の健康を増進するために設立された省庁ではないのか。国民の健康を優先した主張を正々堂々とすべき。健康に対するたばこの害、特に発がん性との関連は既に科学的な研究の中で明らかになっている。
157	「基本計画」中に喫煙者引き下げの数値目標を示すべきでない	たばこはリスクファクターのひとつであることは自明ですが、合法的な商品です。喫煙者率を下げさせようとする行為は、基本的人権の侵害に当たる行為だと思う。
158	「基本計画」中に喫煙者引き下げの数値目標を示すべきではない	たばこは合法的な嗜好品です。たばこを吸うか吸わないかは、成人個々が自身の健康状態等から個人判断すべきだと考える。個人の嗜好品に国が関与すべきではない。
159	たばこ対策に関する要望、喫煙率削減に関する数値目標設定について	「健康日本21中間評価」にたばこの数値目標は設定されず、今回の基本計画に数値目標を掲げると、行政のたばこ対策は一貫性を欠く。たばこの喫煙は個人の自由の範疇であり、行政として規制するのは憲法の趣旨に反する。たばこ産業全体に与える影響についても検討してほしい。
160	「基本計画」の中に喫煙者引き下げの数値目標を示すべきでない	個人の嗜好に国家などの公的権力が介入することが許されるとすれば、喫煙者以外のものに多大な健康上の影響を与えることが疑う余地のない明確な場合だけと考える。喫煙者は副流煙についても、最も身近な距離で吸っている訳であり、その喫煙者に対して何倍にも薄められた副流煙を吸ったからといって、大きな影響があるとは信じられない。少なくとも、公的権力が個人の嗜好を規制する程の大きな影響があるとは思えない。
161	善良な愛煙家、並びにたばこ耕作者、たばこ小作人の営業妨害はやめて	たばこは肺がんの元凶だと決めつけた疫学統計の調査範囲等は、「①大都会②中小都会③過疎地④工業地帯⑤高速道、国道等付近⑥その他」以上のような生活条件等を分類して調査統計したものなのか、詳細なデータを公表して欲しい。大人の嗜好品でありマナーを守って愛好する善良な愛煙家やたばこ関係に従事する人々を村八分にするようなやり方をやめて欲しい。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
162	がんの発病要因や予防と治療法について正しい判断ができるように、偏らない情報を提供して欲しい	統計数字上で、肺がん死亡率が増加傾向にあることと、たばこ喫煙率が減っている現実。数値がはっきりと現れているのに肺がん原因、即たばこと決めつけ誇大に取り上げているのはどこにねらいがあるのか。
163	たばこ対策について	「喫煙率の減少」については「健康日本21」の中で具体的な数値目標を掲げることができなかったが、この機会に具体的な数値目標を掲げるべき。数値目標は「男女ともに半減」としてはどうか。
164	たばこの価格、課税政策を基本計画に示すことは反対する	たばこは国も製造・販売を認めている嗜好品である。国(行政)が個人の嗜好品の選択・判断の問題に半ば強制的に関与し判断を歪めることは国民の選択の自由に反する。
165	がん予防で特定の商品規制しないで対策をとって欲しい	がんの原因が十分解明されていない段階で、特定の商品があたかもがんの原因であり、その商品を減少し、なくせばがんに罹らなくなる、減少するかのごとく国民に印象を与え、その商品をターゲットにした規制は全くおかしい。
166	喫煙率低減に向けた数値目標の設定はなじまない	喫煙率低減に向けた数値目標について、目標値を設定することに反対する。確かにがんに罹患した場合、本人にも家族にも大きなインパクトを与えるものと思う。その発生メカニズムには関心を持っているが、人それぞれ特異性もある中で様々な生活パターン・環境・遺伝など要因が絡みついて発生するにも関わらず、やみくもに申し立てる方々がいる。明らかに「行き過ぎた言動」である。
167	がんとたばこについて	わが国は喫煙率世界最高といわれる。同時に世界最高の長寿国である、ということは喫煙により長寿になると思う。喫煙により長寿になると信じてたばこ販売に毎日従事している。たばこ販売が減少した場合、厚生労働省は補償を考えているのだろうか。
168	ストレス社会から脱皮した明るい社会をめざして	ある新聞で見ましたが、「過去40年余り、喫煙者は減る一方、肺がん死亡率は増加している」。40～50年前には「ストレス」という言葉さえ聞いたことがなく、現在は何かと「ストレス」と騒がれている。全ての病気の原因がこのストレスが関係しているとも言われている。厚生労働省はこのストレス社会を打破するために何か画期的なことをしているのか。今、国民のため厚生労働省が何を成すべきか、真剣になって考えてほしい。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
169	がん予防の議論はナンセンス	がんの原因には様々なものがあると書きながら、その取り組むべき施策ではいつもたばこ対策ばかり言っている。たばこを吸うという行為が煙を吸う点で一番体に害がありそうで、がんと結び付けやすいのだろう。昭和30・40年代のほとんどの成人男性がたばこを吸っていた時代の方が、現在の4割を切る喫煙率の時代より肺がん発生率が低いという事実をどう説明するのか。がんの原因が特定できない中で予防と言っているにも真実味が無く、無駄な対策を行って我々の税金を無駄に使ってほしくない。早期発見早期治療に力を注ぐべきである。
170	「基本計画」中に喫煙者率引き下げの数値目標を示すべきでない	たばこは合法的な嗜好品であり喫煙するかしないかは、あくまで個人の判断・自由に委ねるべきものと認識している。がんを含む生活習慣病は、喫煙のみならず、運動不足・栄養の偏り・飲酒など様々な生活習慣や加齢・生活環境等その他の要因が複雑に絡み合って発症するものと考えている。また、葉たばこ生産農家は地域農業の牽引者であり、もし数値目標の設定が実現すると、葉たばこ農家は生産意欲が減退するとともに、生活の基盤となる作物(葉たばこ)が消滅しかねない。
171	たばこ対策について	増加傾向が目立つ肺がん・大腸がん・乳がん等について、その対策に厚生労働省は一生懸命なのは分かるが、力の入れ所が少し違うように思えてならない。特に肺がんの要因について、たばこが一番の原因のように宣伝され過ぎ、もっと他にある排気ガスや大気汚染に正面から取り組むことを避けているように思えて仕方がない。
172	たばこの意見書	たばこの実害ばかりを言う必要があるのか、疑問が残ってならない。お店(煙草店)がもし閉店にでもなったらその補償はどうなるのか。
173	たばこ対策について	「喫煙者率の減少」に関する数値目標は、「男女ともに半減」としてはどうか。
174	喫煙者率引き下げの数値目標はやめろ	たばこは嗜好品なので、国が個人の嗜好にまで介入することは明らかに横暴だと思うし、反対である。
175	たばこ対策の目標値(喫煙率引き下げ)には反対	たばこは嗜好品であり、その喫煙者率について国が数値目標を設定することは、個人の嗜好の問題に国が介入し強制しようというものであり反対である。また、喫煙者率の低下によってがんによる死亡率の減少が達成できるのか疑問。がんや脳梗塞などの慢性疾患は、さまざまな要因が絡み合って起こる病気であり、たばこは危険因子の一つではあるが原因とは断定できない。また国内の喫煙者率は過去30年に比べれば半減しているのにがんによる死亡率は3倍と増加し相関があるとはいえない。

テーマ⑤ がんの予防

	ご意見の表題	ご意見の概要
176	たばこに関すること	たばこは合法的な嗜好品であり、たばこを吸う吸わないは周りの人に迷惑をかけなければ個人の勝手であり、民主主義の日本では上から規制して抑制すると言う感覚には納得がいかない。また、たばこ税はたばこの半分以上が税金と聞くと、国や地方の財政にとって使用用途に規制のない税金で多大な貢献をしていると聞く。
177	たばこ対策について	国の許可を受けてたばこ販売に専念している。国は何の権利があつて数値目標を設けて、たばこの消費削減をしようとするのか。我々の生活を破壊するだけでなく、我々を悪人に仕立て上げ、自分達の立場しか考えない厚生労働省に対し怒りを感じる。このような提案をしたことの責任を取ってもらいたい。
178	がん対策推進基本計画(案)について	国の許可を受けてたばこを販売している。厚生労働省は何の権利があつて数値目標を設けているのか。たばこの消費を減らされると売り上げに影響し、収入にも直接響いてくる。がん対策は重要とは思いますがそのために私達の生活がどうなってもいいということにはならない。
179	たばこ対策について	この度厚生労働省では、がん対策として数値目標を設けてたばこの消費削減をしようとしています。がんの発症はむしろ食生活や運動等の生活習慣や、ストレス等によるところが大きく関わっていると思う。健康日本21においても、数値目標は設けなかったのに、がん対策で喫煙率低減の数値目標を検討するのは受け入れられない。
180	たばこ対策に関する要望	たばこは生活に親しまれてきた嗜好品であり、喫煙が身体にどのような影響を与えるかは明らかになっていないものと認識している。がんを含む生活習慣病や加齢、生活環境等の要因により発症するものだと思う。
181	がん死亡率の減少のために喫煙率削減の数値目標が不可欠です	がん対策基本法の附帯決議十九に則り、がん死亡率の減少のためには、喫煙者数の数値目標が極めて重要である。がんの一次予防として喫煙防止・禁煙推進ほど有効で効率的な対策はない。それなしにがん死亡率減少といっても目標達成は困難である。
182	がん対策推進基本計画には、喫煙率削減の数値目標とこれを実現するための具体的な方策を書き込むことが必須です	わが国の男性の喫煙率は先進国の中で突出した高さにある。がん対策として喫煙率の減少を図ることは極めて重要な課題である。このような状況において、喫煙率の半減目標を打ち出し、これを実現するための方策として、たばこ税・価格の大幅な引き上げと職場・公共の場所における禁煙の徹底、禁煙治療・禁煙支援の拡充などを示すことは、国民に対して政府のたばこ規制に関する明確な意思表示となる。また、たばこ枠組み条約批准国として、条約に規定されたたばこ規制の取り組みを誠実に履行することは国際的な約束を果たすことでもある。

テーマ⑥ がんの早期発見

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	胃がん検診の問題点と改善提案	以前、厚生労働省調べに、胃がん検診の見落とし割合が10～40%との報告があった。施設間の制度に差があるためとのことだが、40%も見落とす施設があるということである。精度の高い検診施設を優遇し、かつ他の検診施設の検査精度をある基準以上にするような方策が必要。その一つとして認定制度を推進すべきである。
2	がんの早期発見に向けたがん検診の受診率向上について	がんの予防及び早期発見の項目で、「がんの原因については、様々なものがあり…」と現状分析しているのに、なぜ取り組むべき施策では、「たばこ」という特定のものを第一義的に取り上げているのか理解できない。愛煙家と嫌煙家を対立させるための施策なのかと疑ってしまうし、喫煙者率の削減や数値による規制など言語道断である。あらゆる疾病の効果的な治療を行うには、早期発見が絶対的な条件であり、それは医療費の減少にも結びつくと考える。がん検診率の向上は重要な課題であり、①がん検診100%の受診率達成に向けた行政の負担、②地方の検診期間のレベルアップと施設数の増など、具体的に検討すべきである。
3	がんへの進行の未然防止	がんへの進行の未然防止のため早期発見、検査費用はすべて無料化し、B・C型肝炎患者の治療費もすべて無料化。検査で発見された異常、がん治療費はすべて無料化。
4	専門的にがん診療を行う医療従事者に「細胞検査士」を加えてほしい	基本計画の専門的にがん診療を行う医療従事者のところに、「細胞検査士」を記載すべき。国家資格でなく学会認定資格であるため記載できないのであれば、「臨床検査技師」という名称を記載すべきである。子宮頸部がん検診の受診率は約20%だが、これを欧米並みに70～80%にあげることが重要であり、そのためには、細胞検査士数を維持する必要がある。老健法に「細胞検査士」が明記されたことにより、各都道府県単位で研修、育成に協力を得ることができたので、基本計画にも明記してほしい。
5	健診でPSA検査を義務づけることにしてはどうか	男性では、加齢に伴い、前立腺肥大や前立腺がんが増えているとのことで、そのマーカーとして血液のPSA検査が推奨されている。しかし、この検査は人間ドックでもオプションのようである。検査による費用はあまりかからないようなので、健診・人間ドックでこの検査を義務づけることにしてはどうか。前立腺がんは日本でも肺がんを超えそうなほど増えているとのことで、しかも、肺がんとは違って、発見後の治療・手術の予後も良いとのことで、費用対効果からも健診に入れ込む価値は十分にあると考える。
6	乳がん検診の現状と今後の国の対策に対する要望	日本の乳がん検診受診率は20%ほどと言われているが、アメリカなどほかの先進国は80%前後の受診率がある。検診の受診率上昇を第一に考えるべきである。また検診の方法も老人保健法のようにきちんとした検診の方針が出ているだけで、罹患率の高い年齢層が多く属する事業所検診ではほとんど実施されていないのも問題である。さらに精度管理も問題であり、市町村検診と事業所検診ともに共通に精度管理できる体制を構築すべきである。乳がんは先進国では減少傾向にある中、日本は罹患率・死亡率ともに増加傾向にある。政府はがん検診にもっと力をいれてほしい。
7	がんの早期発見における細胞検査士の役割	がん検診で大きな役割を担っている細胞診検査では、採取した検体を標本作製し、その標本を顕微鏡観察して、異常細胞の検出とその評価を細胞検査士が実施している。現在、細胞検査士は5000名程度いるが、団塊の世代交代で熟練者の激減が想定され、がん検診受診率の増加推進の障害になりかねない。以前は都道府県のがん対策事業として細胞検査士の育成が行われていたが、財政逼迫のため廃止された県が多数ある。基本計画に細胞検査士の育成を明記してほしい。

テーマ⑥ がんの早期発見

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	検診の精度と精密検査の問題点	現在のがん検診には、2つの問題点がある。1つは検体の質に関する問題、もう1つは精密検査に関する問題である。子宮がん検診は専門の医師が検体採取するので、有益な検体が提供されると思われるが、実際には不適標本が少なくない。また、標本の適否判定を行っている施設は極めて少なく、その結果を行政や受診者に報告し対策を取っている施設はさらに少ない。精度の高い検診が行えるような施策が必要である。精密検査に関する問題では、検診で異常が指摘できても、その後の扱いによって十分な精密検査が行われず、後日進んだ病態が出てくることがある。精密検査を実施する機関を限定するなど、検診要精検者を扱う機関を限定するような施策が必要である。
9	がん検診の充実	がんによる死亡率低下の確実な改善を目指すために、がん検診の受診率アップを目指し、国あるいは地方公共団体による検診対策の強化を望む。毎年の受診率の公表を義務づけるべきである。特に乳がんの場合は早期発見、早期治療による死亡率低下は明らかであり、今後もマンモグラフィ検診及び超音波検診の充実を望む。
10	がん検診の法律に基づいた事業と毎年検診にしてほしい	平成10年からがん検診の予算が一般財源化され、法律に基づかない事業となり、受診数は減り死亡率は横ばいかあるいは増加している。もう一度法律に基づいたがん検診のための予算を確保することで、受診率が上がり、死亡率は下がると思う。また、平成15年からがん検診が見直されたが、特に子宮がん・乳がんについては隔年検診になり、受診数は見直す前から半数近くまで減った。日本も欧米のように、3回陰性が続いた人であれば隔年でもよく、それ以外の人には毎年検診を受けることとすべきである。
11	がん対策推進基本計画(案)に関する細胞診の重要性について	基本計画たたき台において、がん治療に関する事項と比較し、「がんの診断」についての記述が簡素に感じる。ウエイトを全般的に高めるべきである。また、がんの予防及び早期発見には、がん検診の充実が欠かせない。がん検診を後退させないために、平成20年度から始まる新しい高齢者医療制度あるいは特定健康診査・特定保健指導さらに都道府県にて策定される医療計画にがん検診の重要性を明記することが必要である。
12	乳がんの啓発活動の現状、市町村検診の現状と今後の課題	乳がんは早期発見すれば治る可能性が大きく、かつ自分でも発見可能ながんである。ピンクリボン運動等は乳がん検診事業に重要な役割を持っており、このような啓発・啓蒙活動等への資金的援助が必要と思う。しかし、現状の乳がん市町村検診のあり方について問題がある。民間の医療機関と公的検診機関との連携が図れていない。受診できなかった市民へのフォローが不十分等がある。乳がん死亡率低下につながる早期発見にはマンモグラフィ検診が必須であるが、現場レベルの体制は十分とはいえず、検診レベルのばらつきや検診率の低下が大きな問題となっている。精度管理を高めることが必要である。
13	がん医療の精度を保つ病理・細胞診診断	患者自身が治療選択を行うには、自身のがんについての正確ながんの診断のみならず、治療選択に必要な再発リスク・治療効果予測因子についての精度の高い情報提供が必要となるが、それらの情報の多くは病理診断による。また、診断の過程においても適切な診断アプローチを行うためには息のあった病理診断が必要である。がん医療にチームとして携わる専門性の高い病理医の育成とその評価を望む。また、現状では高い精度の細胞診診断を行うスクリーナーはあまりにも少なく、ましてや検診で見つかるべき早期がんを診断するためにはより高い診断能力が要求される。効率よいがん検診のために画像診断精度とともに細胞診診断精度の向上のための制度作りを望む。
14	肝がん検診について	肝炎は症状のない病気なので、一度健診などで異常を言われても放置している人がたくさんいる。肝がん検診を受けるように呼びかけて実施すべきである。受診者を集めるには、肺がん胃がん大腸がんといった検診の方法を使っておこなえばいい。集める受診者は肝がんになりやすい人。採血、エコーといった副作用の少ない検査で健診を受診させ、そこで専門医に今後の面用を相談する。その後動機付けされた人はきちんと医療機関につながり治療を開始する。医療講演などの啓発運動は、意識が高い人でないと来ない。肝がん検診を気軽に受けてみようという気持ちになるような方法が追究されるべきである。

テーマ⑥ がんの早期発見

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	がん検診において腫瘍マーカー検査を積極的に取り入れてほしい	がんの早期発見のためには定期的ながん検診が有効であるが、日本におけるがん検診は、胃がん、肺がん、乳がん、子宮がんなどには力を入れているが、その他のがんに対しては十分でないように思う。腫瘍マーカーには、胃がんや肺がんのみならず大腸がん、膵がん、胆道がん、前立腺がんなどにも反応するものが多数知られている。検査方法はすでに確立されたものが多く、わずかな数値の変化をも検出できます。腫瘍マーカー検査を定期的がん検診の項目として加えてほしい。
16	がんの早期発見に多大な貢献をなしている細胞検査士の再評価	「がん」は早期発見が何よりも重要であることは周知の事実である。今後ますます罹患が増加すると予想される「乳がん」の検査において、乳腺穿刺細胞診はマンモグラフィやエコー検査で見つかった病変の鑑別診断には無くてはならない検査法である。このような高度な専門的知識が要求される細胞学的検査(細胞診)を担当するスタッフ(細胞検査士・細胞診専門医)の育成をお願いするとともに、基本計画の専門的医療従事者のスタッフとして、細胞検査士及び細胞診専門医を明記してほしい。
17	がん対策基本計画にがんの早期診断対策の充実を—早期診断でがんは治る—	がん検診の後のがんの診断に関する記述が余りないと思う。診断を迅速かつ確実に行うことこそがん医療のポイントである。病院においてがんを確実に早期に診断する手段として細胞診がある。細胞診は細胞検査士と細胞診専門医が携わっているが、細胞診スクリーニング検査には臨床検査技師であれば誰が従事しても良いという点が問題である。多くの良性細胞から悪性細胞を見分けるにはがん細胞の専門知識が必要である。細胞診は細胞検査士と細胞診専門医が従事することとしてほしい。それによりがん発見精度向上を守れると考える。
18	全身横断的ながん検診の普及	放射線医は、CT/MRIなどで、全身の各部位のがん診断をするので、特定部位でなく横断的に全身のがん情報に接する立場にある。がん検診というと、部位別、専門科別に行われることが多く、専門外であれば注意を怠り見逃す可能性が高いのが現状である。放射線医を中心とした横断的ながん検診を行えば、合理性と総合的ながん検診の基礎が確立されると思う。
19	がん克服を目的とした基本計画とするために	がんによる死亡率を10年で20%削減するために、①がんは早期発見、早期治療によって大きく予後が左右されるだけでなく、全体として医療費の削減にもつながる。そのために早期発見のための啓発を行い受診率向上の数値目標を入れる。②検診の充実として、性、年齢、職業等を含めた危険率を考えた検診内容を工夫する。つまり、罹患率の動向からみて検診内容を変えるという工夫が必要である。また職場や自治体によって検診内容が異なるが、全国一律のガイドラインを基準とし、オプションによって個人差によるアイテム追加とする。
20	がん対策における分子イメージングの役割等について	がん細胞に内在する様々な性質を明らかにする分子イメージングは、がん患者の予後の改善・QOLの向上に向けて寄与できる部分が大きいと考えられる。分子イメージングによって得られる情報は、治療方法の選択に重要であり、またそれが治療によりどのように変化したかを見ることによって、治療への反応性を正確に判断できれば、治療方針の適正な軌道修正も可能になると考える。
21	がん早期発見に関して	受診率の抜本的な向上を図るため、国民に対しがん予防行動の必要性の理解及びがん検診についての普及啓発を含めた総合的な対策を推進する必要がある。検診受診率に成功した市区町村の具体的事例は全市町村で共有できるような仕組みを構築すべきである。特に乳がん検診受診率が伸びない首都圏などでは、市町村の委託により、健保組合の職域検診で乳がん検診を実施するなど、従来の枠組みを超えた連携も推進すべきである。市町村、人間ドックや職域での検診全てをあわせた受診率を把握できるようにし、その上で、知見に基づき目標値の設定等を検討すべきである。

テーマ⑥ がんの早期発見

	ご意見の表題	ご意見の概要
22	乳がん検診を市町村主体から保険システム主体へ枠組みを変更	日本では、1987年より老人保健事業として市町村主体の乳がん検診を実施してきたが、受診率は10%台で低迷している。日本の乳がんは増えており、受診率を目標の50%まで向上させるには、市町村主体から保険システム主体に枠組みを変える抜本的な改革が必要であり、①医療保険者への義務化、②医療保険の予防給付を実施すべきである。実態として、臨床の現場では各病院に乳がん検診を受けるために健康な人が受診しており、検診と医療を分けるのが困難なケースが多く見受けられる。
23	"がん細胞を見る専門家、細胞検査士"の記載について	細胞検査士は、子宮がん発見のためのがん検診において、その柱である細胞診というがん細胞を見つける検査を行っており、予防医学的側面から、子宮頸がん減少の中心的な役割を果たしていることは紛れもない事実である。これに加え、現在では、穿刺針で体の中にある病変の細胞を採取、あるいは内視鏡下で病変部から直接擦り取る方法で積極的にがん細胞を見つけ出す方法も取り入れられ、高い信頼性を得ている。基本計画におけるがん診療に携わる医療従事者のところに、細胞検査士も明記してほしい。
24	がん検診(早期発見)についての問題点	①近年、子宮頸がん死亡率は横ばい状態から反転して上昇傾向にある。検診受診率が20%弱と低く、かつリピーターが検診対象者になっていることが理由の1つである。子宮頸がん検診を特定検診の対象とすることで、50%以上の受診率となれば子宮頸がんによる死亡率は激減する。②大腸がんの一部に見るHNPCCの修復遺伝子異常は子宮体がんの原因と共通しており、HNPCCの家系の女性から子宮体がんが好発していることが判明している。大腸がん検診陽性女性に絞って子宮体がん検診を行うようにすれば、子宮体がんの早期発見が可能になると考える。③老人保健法で細胞診専門医及び細胞検査士による細胞診の精度管理が推奨されたことにより、子宮がん検診は診断精度が高く実行された実績がある。基本計画においても同様に推奨すべきである。
25	小児脳腫瘍の早期発見について	小児脳腫瘍は、特に低年齢の小児の場合、言葉にできないため頭痛を訴えることができない。また、脳腫瘍の一般的な症状の嘔吐、ふらつきについては、小児の風邪の症状によく似ていることから異常に気付くのが遅れることが多い。同様に他の小児がんの症状もわかりにくことが多く、また希少性があるため、一般的な施設では診断がつきにくいことが多く言われている。診療ガイドラインや、医療従事者の育成の徹底、情報センターからの詳しい情報の提供などにより、小児がんの早期発見の全国的な体制作りをしてほしい。
26	「癌ダム」プランの提案	平成16年の国民医療費に占めるがん医療費は、総額で2兆3,306億円となっている。高額な医療費負担となっている化学療法や放射線治療等の多くは延命措置であり根幹的治療にならない。そのような状態になる前に早期発見し治療することにより国の高額な医療費負担減と継続的治療患者数の激減を目指すためのプロジェクトとして、がん患者をダムのように堰き止める「癌ダムプラン」を提案する。プラン①:早期発見のための健康診断体制の確立(検診受診率100%を義務化)、プラン②:早期発見診断法の確立(受診率100%を義務化することにより精度管理、検診手法が格段に向上する)。また、本プランを細部まで詳細に深めるために「調査部会」を立ち上げてほしい。

テーマ⑦ がん研究

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	製薬会社の治験の見直し	新薬開発治験データの成績向上のため、製薬会社の都合のよい患者を選んでいるが、それを防ぐために治験実施製薬会社は患者選定に参加させるべきではない。
2	「骨髄造血」は誤り	がん治療の中でもっとも重大な問題点は「骨髄造血」という健全な肉体では、ありもしない理論に医学者が洗脳されていることである。この問題は、国家のしかるべき組織で公に追試すべき重大事項である。日本血液学会にも骨髄移植学会にも「骨髄で造血されている」という論文は存在していない。私たちの研究では消化器での造血であることが確認されている。
3	国は「自然治癒の研究」に取り組むべき	日本でのがんの専門研究は、手術、抗がん剤、放射線(重粒子線も含む)という従来の延長線上にすぎない。本当の免疫(自然免疫)を生かした研究が公共の機関において皆無なのは、時代錯誤である。国は、真摯に「自然治癒の研究」に取り組むべきである。また、少ない予算で大きな成果をあげるために、化学療法から自然免疫を生かした療法を推進し、アメリカの「NIH」のように「統合医療法案」を樹立し、予算を獲得して研究を行うべきである。
4	低コレステロール改善によるがん死予防の疫学的研究	米国の疫学研究(MRFIT)のみならず、ハワイの日系米国人を対象とした疫学研究、我が国のJ-LITと呼ぶ大規模コホート臨床研究で、血中コレステロール値(TCH)が高いほどがん死は減るとの結果が出ている。以上の疫学研究は、低TCHを改善上昇すれば、がん死予防になることを強く示している。中性脂肪の上昇なくTCH上昇を可能とさせるスクアレン投与による低TCH改善によるがん死予防の疫学研究が求められる。
5	精神症状緩和に関する研究の促進と研究者の育成	あらゆる病期のがん患者を含めてその苦痛とニーズを捉えた際に、患者の最たる苦痛である精神症状は、抑うつが10-40%、せん妄は1-90%に存在する。患者のニーズとして最も頻度が高いのは、「不安などの心の問題」に関する心理的サポートである。然るに現場では多くは見過ごされる。「がん＝死＝お仕舞い」というイメージのために検診を回避する不安行動など心理社会的要因の関与が知られている一方、がん予防として心理社会的取り組みはほとんど行われていない。日本の医療システムを念頭にいた精神症状緩和に資する研究の推進とサイコオンコロジー領域の研究者の養成が重要である。
6	小児がん、進行がんに対する対策を加えてほしい	第4回協議会の事務局案は、全般的に小児がん及び進行がんに対する対策の記載が少ないと感じる。以下のように修正してほしい。 ①P25(施策)の「治験及び臨床研究については…」を「どのような治験や臨床研究がどこで行われているかなどについて、国民が理解、判断できるような情報を提供する。また、質の高い臨床研究の結果は承認や保険適用に結びつける仕組みを検討する。」と修正する。 ②P28(国民の努力)の「GCP省令を周知することが必要である。」を「説明文書をよく読み、同意の前にわからないことはすべて確認する。臨床試験参加に際して、守るべきこと、主張できることなどを正しく理解する。」と修正する。
7	省を超えたプロジェクトチームを立ち上げて	20年以上にもわたって実施されてきた対がん戦略が実行力のあるものであったならば、現在のように多くの国民はがんに罹患しなかったのではないかと。真に実効性の伴う戦略は省別の縦割り研究体制や実践に留まらず、「省を超えたプロジェクト」としてがん患者の半減を目指した画期的な戦略を望む。

テーマ⑦ がん研究

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	再発後の進行・再発がんについての標準治療について	がん再発後の進行がん・末期がん治療に対しての標準治療の確立と各部位別がんの標準治療水準の均一化を望む。がんの種類によって治療研究データの量が異なる。部位別に治療研究が遅れているがん研究の水準の均一化のための援助を希望する。どこの部位のがんになったとしても、どこに住所をかまえていても同じ治療を受けられる質を作してほしい。
9	がん患者情報ならびに国内治験情報のマッチングシステムの導入	国内の主要な(できれば全ての)医療機関で、がん患者登録を行い、その情報を集約、一元管理する。また国内で実施中の治験/臨床試験の情報(特に選択/除外基準等)を情報登録、集約し一元管理する。その双方の情報のマッチングを行い、合致した患者には積極的に治験/臨床試験の参加を促す体制を整備してほしい。
10	BOINCの分散コンピューティングに協力してください	BOINC(Berkeley Open Infrastructure for Network Computing)を用いた分散コンピューティングによる(医療分野を含んだ)各種の研究が行われている。この研究への参加に関して、厚生労働省から推奨するような見解を出してほしい。分散コンピューティングは、基礎研究の分野だけでなく、各種の病気に治療薬開発にも応用されている。BOINCにおいては、各種の研究テーマを募集しており、がん研究につながるプロジェクトを提案することも可能と考える。厚生労働省からの推奨があれば、多くの参加と大きな成果が期待できる。
11	すい臓がんについて	すい臓がんに代表される難治がんに関する研究は、戦略的な視野に立ち、3～5カ年というスパンで実行計画を立案し、年度目標を実行することが肝要である。状況をより早く好転させるためには、研究支援と同時に、将来日本において、中心的な役割を果たす研究スタッフの養成も考える必要がある。また、がんの研究分野において国際間の協力を推進することで、海外のがん研究に関する最新情報を入手、国内のがん研究者に提供することが可能になる。また、がん研究に関する研究目標の設定、具体的な達成方法の開発などが、国際共同研究を通して吸収することも可能になると考える。
12	「がん研究」の項において取り組むべき施策として、「がん治療の国内承認取得に関する要件の明確化、及び更なる開発の効率化のための基礎研究」を追加していただきたい	がん対策基本法第18条の2において、医薬品の承認に資するような治験実験やその環境整備の必要性が定められている。一方、現状は、国内において多くの国際標準薬の治療が受けられないドラッグラグの問題が提起されており、未承認薬使用問題検討会議において、国内開発が遅れている医薬品の開発促進が図られているところである。これに関連し、昨年「抗悪性腫瘍薬の臨床評価方法に関するガイドライン」が改訂されたものの、国内承認取得に必要な申請パッケージや必須状況は何かという議論は十分されていないと考える。「がん治療の国内承認取得に関する要件の明確化、及び更なる開発の効率化のための基礎研究」について基本計画に明記してほしい。
13	がんに関する基礎研究の充実と医師主導臨床試験実施体制の更なる整備	公的支援を投入して医師主導臨床試験の活性化を図り、その結果に基づいた抗がん剤の使用方法が早期に臨床の場で活用できるようにしてほしい。また、医師主導臨床試験の基準を整備して試験の品質の保証を図るとともに、試験実施における医師等の負担の軽減を図ってほしい。なお、試験の品質を保証する施策の1つとして、臨床試験を国に登録し、国から実施の承認を与える制度を構築してほしい。がんに関する研究の推進においては、がん治療において特に重要な個別化医療を推進するための効果・安全性予測因子、予後予測因子についての研究を振興してほしい。
14	小児がんの研究について	小児がんの研究を進めるうえで、資金の問題、採算が合わないことから新しい治療薬の開発の遅れ、各施設間での臨床試験の温度差などが障害となっていると聞く。小児がんは成人のがんに比べ発症数は少ないが、これからの日本を背負う将来ある子どもたちである。晩期障害が少ない治療法の研究開発推進策とその予算補強について基本計画に盛り込んでほしい。

御意見概要一覧表
テーマ⑧ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
1	元気な日々を1日でも長く作り出す延命治療について	行政として患者の声を真摯にくみ取り、様々な要望を丁寧に計画に反映させることが、がん対策基本法の趣旨からも大前提と考える。 計画すべてにおいて、「〇〇する必要があると考える」や「留意する」、「養成する」といった言葉で結ばれているが、「いつまでに」「どのように」といった具体計画が一切ない。計画のたたき台を見る限り、各種医師会や声の大きいものの利権やしがらみ、調整のつけやすい落としどころに落ち着いているように見える。単なる問題点の羅列では、実効性もなにもない。
2	がん対策推進計画は、委員提出の対案を尊重して立案すべし	がん対策推進協議会においてコンセンサスが得られているように、「基本計画には、がん患者を含めた国民が望む施策を盛り込んでいくことが重要。」「そもそもがん対策基本法が、誰のためのものか、何を目指しているのか、といったことを明確にする必要がある。」(第3回協議会資料2より)ことから、第3回協議会において5委員連名で提出された対案を十分に尊重して、基本計画のとりまとめにあたるべき。 第3回協議会資料3「がん対策推進基本計画イメージ(たたき台)」は、あくまで、意見交換会での議論をもとに事務的に整理したものから作成した「たたき台」、「イメージ」に過ぎない。5委員連名の対案は極めてよくまとめられており、これを中心に議論を進めるのが妥当である。
3	基本計画イメージ(たたき台)について	第3回協議会の本田委員の意見のとおり、たたき台の「はじめに」の部分については、患者に適切な医療を提供するという側面において不十分な面があり、そのため提供される医療に地域格差が生じ、また国際的な標準治療や適切な緩和治療が受けられずに放り出される患者、家族の苦しみが増大し、社会問題化したことを基本認識に加えるべきである。全体目標についても、がんと闘う人々の利益を最大限考慮した目標設定が必要である。なお、目標については、5委員提案のような一覧表に編成すべきである。一覧表をみれば、各実施主体ごとのなすべき役割が一目瞭然となり、点検が極めて容易になる。
4	心の病んだ日本を早く改善してほしい	仮に病気で天命を全うするとして、何かしらの病気が必ず病死の1位となるわけだから、がんが多数であったとしてもそれは否定する者ではないと思う。がんは喫煙との因果関係で非常に多く簡単に上げられている。最大の集団の中の上位を抹消すれば、根本的な解決になると考えているならば、それは非常に短絡的と考える。「たばこ」のもたらす「気分転換、精神安定」をもっと深く研究することで、日本人の心の健康から体の健康へとつながることを望む。
5	「がん対策の進展に伴って生ずる人々のがんあるいはがん死に対する受容度の変化の追跡と、それが健康関連の各種施策評価に与える影響の研究」といった感じの新しい分野も必要ではないか	以前は、誰もが、がんは避けたいものと考えていたが、最近、がん及びがん死に対する意識の変化が見られる。どうせ死ぬなら、がんで死にたいという人が意外にたくさんいるのである。がんおよびがん死に対する意識の変化は、医療技術の発達と高齢まで健康に生きる人が増えたためであろうから、本来は祝福すべき現象である。しかし一方で「人々の真の望み」と各種健康リスクを評価する指標との間にギャップを生じることとなる。こうしたことについて、できるだけ早めに調査研究に取りかかる必要がある。
6	がんによる死亡率を20%削減するための手段とその説明	年齢調整死亡率は、1年に1%ずつ減り始めていることから、10年間で10%減少し、たばこ対策を中心としたがん予防、がん検診及びがん医療の均てん化により、さらに10%削減させることが可能であるとの意見をもとに数値目標を作っているであろうが、その根拠を説明してほしい。年間1%ずつ改善していることの中には、たばこ対策、がん検診、がん医療の効果がすでに含まれているはずであり、それとは別に同様なことで10%上積みが可能であろうか。それぞれの対策の寄与率をあわせて、数字を出すべきである。
7	国立がんセンターの独立行政法人化について	国立がんセンターの独立行政法人化が決定したと聞いているが、これに対し非常な危惧を覚える。利潤を追求する組織においては、世界的レベルに太刀打ちできる十分な研究ができるか疑問である。今後たとえ独立行政法人化されたとしても、特別枠の予算を組むべきである。

テーマ⑧ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
8	がん患者支援組織の育成体制の整備、寄付を身近に	現在の税制では、認定NPO法人にしかNPOへの寄付は所得税の控除対象にならない。がん患者会のうちNPO法人になっているのは30弱で、税の優遇措置もなく経済的にも運営状況は厳しい。健全な運営のNPO法人ががん患者会への寄付金には、所得税控除が適用できるように、税制改正を基本計画に盛り込むべき。また、先進国では企業による芸術・文化の援護活動「メセナ」があり、わが国の企業も貢献している。さらに踏み込んで、企業によるがん医療への援護活動を推進すべく企業への法人税控除のメリットのある税制改正をすべき。
9	がん完治を手にする自身の心のあり方について	がんは自身の強固な精神力が大切である。何回もがんを罹ったが、あらん限りの体力、智力等を養い、良いと思うことを何十年も続けることで、今も元気でいられる。
10	医師の負担を減らす方法	評判のいい医師は、患者が増えて自滅していく。評判がいい医師に患者が集まっても対応できるように、医師も集まる仕組みを作してほしい。そのために、患者や治療の評判を医師の自己申告ではなく、周囲の状況から把握してお膳立てするようなことを実現してほしい。また、医師が患者の命を守ることに集中させるため、保健所の監査などで手間がかからないようにしてほしい。
11	意識(心)の重要性を取り上げていただきたい	がんを始め、病気について考える時、肉体的な面ばかりに目を向けてしまうと、病気の根本的な原因は何か、根本的な解決方法は何か、ということがわからなくなってしまう恐れがある。意識(心)のあり方こそが最も大切であるということを知ることが、がん予防、治療、緩和ケアの全ての面において、非常に重要だと思う。
12	小児がん、進行がんに対する対策を加えてほしい	第4回協議会の事務局案は、全般的に小児がん及び進行がんに対する対策の記載が少ないと感じる。以下のように修正してほしい。 ①案文全体で「がん患者とその家族」とあるところを「がん患者、がん経験者及びその家族」とする。 ②P28(財政措置)のところに、「がん患者及び国民には、国の医療費予算を増やすべきとの意見がある。また、保険療養に付加する形で必要な医療を受け、そのために自己負担を追加することに抵抗は少ない。」と加筆する。
13	がん増加の原因究明とその除去対策、がん予防対策としての環境対策を望む	がん患者はなぜこのように増加してきたのかについては、どこにも触れられていないが、原因とその除去方法や対策についての究明が急がれているのではないかと。また、後手になっている環境対策についての抜本的な解決方法の追究と実践を望む。
14	具体的な計画の作成	全体的に具体的数値を設定した計画ではないように思う。具体的数値を設定した計画作りをお願いする。また、この基本計画は各都道府県の計画の元となるものであり、各都道府県が目標とするに相応しい国としての方針を設定するとともに、各都道府県が地域性を発揮できるような柔軟な方針作りをお願いする。

テーマ⑧ その他

	ご意見の表題	ご意見の概要
15	がん克服を目的とした基本計画とするために	①がん対策基本法ではがん患者等ががん医療政策立案過程に参画できることが読み取れる。そこで、都道府県ががん対策推進計画を策定する際にも、患者及びその家族、その他関心のある人等一般国民が参画できるようにしてほしい。これからの医療政策の立案過程や啓発を進めるのに、行政だけでなく一般や企業の参画と協働は欠かせない。②厚生労働省ががん対策推進室を設置してがん対策についての政策が分散しないように取り組んでいるように、各自治体も合理的な取り組みができるよう、がん対策に対する窓口の一本化について何らかの形で触れてほしい。
16	協議会委員の患者会とジャーナリストの要望を取り入れること	患者会とジャーナリストの委員が対案を提出しているが、対案の中から内容のすくい上げが不十分であると思う。患者の代表である患者会出身の委員の意見を取り入れてほしい。医療界などの利害と反することがあると思うが、患者主体の計画にしてほしい。
17	がん対策推進基本計画(案)について	今後も今回のような意見募集を定期的にしてほしい。また「追加的治験」、「安全性確認試験」など積極的な改革も高く評価すると同時に、さらなる積極的な改革を期待する。承認審査、未承認薬使用問題検討会議等決定に時間がかかるのであれば、人員補充する、頻繁に開催する等してカバーしてほしい。「追加的治験」、「安全性確認試験」について、実際の状況はよくわからないが、全国どこでもできるだけ多くの薬剤で受けられるようにしてほしい。このように改革を求める場合、行政側は不用意なことではできないから、国民側が強引に要求し責任もかぶるなどして最大限協力しようという意見もある。それについてどう考えるか知りたい。
18	がん対策推進基本計画の中心	がん死亡者数の減少や、がんを招く明らかな有害物質の排除、予防、早期発見のためのがん検診、これらは計画案に盛り込まれるのは当然と思うし、数字としても評価しやすい。しかし、がん対策基本法成立の経緯からしても、最も求められているのは「十分な情報を得たうえで、納得のいく治療を受けられること」に尽きると思う。人はいつかは死ぬものであり、なにも「がん死」だけは何としても避けたいと国民が強く願っているわけではないと思う。むしろ、がんで死ねて良かったと思えるくらいの環境整備を期待しているのである。
19	「癌タンク」プランの提案(自由診療推進の提案)	国立がんセンターがん対策情報センターをシンクタンク化して、国の医療費削減と癌患者数の減少を目的とし、特に自由診療を受けたい高所得層に対しの確な情報を与え、国民医療費を必要とする患者数を減らし国民の負担を減らすとともに自己負担で自分の意志により海外で承認されている抗がん剤や再診の治療法を受けたい場合には受けられる(全額自己負担であるならば高度な治療技術や未承認の抗がん剤が使用できる)プロジェクト。つまりがん患者の新規治療法を研究開発及び海外の治療法を広く収集し情報提供をしていく「癌タンクプラン」を提案する。また、本プランを細部まで詳細に深めるために「調査部会」を立ち上げてほしい。