

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。愛煙家と嫌煙家に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の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。