

～みんなでがんの施策と予算を考えよう～

がん対策に関するタウンミーティング

(東京・宮城)

意見シート集計結果

がん対策推進協議会
平成22年度がん予算 提案書取りまとめ担当委員会

■集計結果について

がん対策推進協議会「平成22年度がん予算 提案書取りまとめ担当委員会」では、提案書に盛り込むがん予算提案について、広く国民の意見を反映させるため、東京(2月1日)、宮城(2月7日)にて、「がん対策に関するタウンミーティング」を開催した。

会場で広く意見を求めたほか、参加者に意見シートを配布し、がん対策および予算に関する意見を記入してもらい収集することで、意見集約化の一助とした。

当集計結果は、記載された自由記述意見、およびがん対策の優先順位等に関する選択設問の解析結果を報告するものである。

国民のニーズに基づくがん対策およびがん対策予算の策定に向けた一助とされたい。

がん対策推進協議会
平成22年度がん予算 提案書取りまとめ担当委員会

■がん対策に関するタウンミーティングについて(概要)

東京開催

日時: 2009年2月1日(日)

13:30 - 16:30 (開場 13:00)

場所: 国立がんセンター築地キャンパス
国際研究交流会館 3階 国際会議場
(中央区築地5-1-1)

宮城開催

日時: 2009年2月7日(土)

13:30 - 16:30 (開場 13:00)

場所: 宮城県医師会館
(仙台市青葉区大手町1-5)

■回答集の番号表記などについて

【Q1】現在の「がん対策」に満足

1. 強くそう思う 2. 少しそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

【Q2】がん対策予算は十分

1. 強くそう思う 2. 少しそう思う 3. あまりそう思わない 4. そう思わない

【Q3】がん対策でもっとも重要であると思うテーマ(3つまで)

(1)医療従事者の育成(医師など)

(2)緩和ケアの充実(緩和ケアチーム、ホスピスなど)

(3)在宅医療の充実

(4)最適な(標準)治療の浸透

(5)医療機関と連携体制の整備

(6)患者支援と相談/情報提供体制整備

(7)がん登録の整備・推進

(8)がんの予防(たばこ対策など)の推進

(9)がんの早期発見(がん検診)の推進

(10)がんの研究の推進

(11)がん計画の進捗管理と評価

(12)がんの種類別の対策

(13)その他の個別テーマ

【Q4】上記からテーマを選んだうえで、意見を自由記述

【Q5】がん予算など全般について、意見を自由記述

*意見シート原本は巻末に添付されています。ご参照ください

自由記述欄 意見シート集計結果(東京)

| 通し番号 | 所医番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】 対策に 満足？ | 【Q2】 予算は 十分？ | 【Q3】 重要 テーマ (番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的 種類 | Q3-13具体的 テーマ | 【Q4】 ●意見 1ー (番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見 2ー(番 号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見 3ー(番 号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課 題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|------|--------------------|--------------------|---------------------------|----|----|----------------|-----------------|---------------------------|--|---|-------------------|--|--|-----------------------------|---|--|---|--|--|
| 1 | | | | 3 | 3 | 1 | 4 | 6 | | | | 幅広い知識、東洋医学、免疫細胞療法等、食事療法等の総合治療法、手術、放射線、抗がん剤、保険適用の範囲 | | 6 | 情報提供の開示、患者は弱い立場と意う事で、自分にとって最適な治療受けづらい | | | | | | | |
| 2 | 4 | | 千葉 | 4 | 4 | 5 | 10 | 13 | | | 6 | 初等教育・中等教育で国民病である「がん」の基礎知識を学んでいるがん患者とその家族には著しい知識格差があり、医師との円滑コミュニケーションの阻害因子となっている。ICの段階でのつまずきから全体のQOL低下を招く結果もあり、納得のいく医療が得られていない。 | 初等・中等教育における「がん」=「国民病」の説明、タバコ、ドラッグ、生活習慣とがんの関連、ウイルス(ワクチンで予防できる)とがん発現メカニズム、遺伝子異常と免疫力の関係などを説明する、がん医療システム、専門医についてを説明、病院見学なども実施 | 10 | HIVが慢性病となり、不治の病でなくなっている理由は、必要な投資(研究助成金)が行われていることによる。癌ががんと過去30年間生存率に改善がみられないのも研究助成の欠乏が大きい。日本の優秀な研究者に救いの手を差し伸べ、日本ががんの基礎研究分野でノーベル賞受賞者を多発し、がん患者(世界・アジア・日本)を救えるよう | | 13 | 海外のがんセンターで研究している日本の研究者が、戻ってきても研究を続ける施設がないため研究を断念せざるを得ない現実がある。がんはまだまだ基礎も臨床研究も必要。欧米依存型から自律型へ日本は脱皮すべき。 | 独立行政法人化された大学病院へ研究助成金を与えて救済すべき。特別予算措置をがん研究機関へ提供すべき。世界に平和貢献するなら「がん対策」が実施されてい | 国のがん対策予算が都道府県では使えない、使わずら問題があり、患者のベネフィットにつながらない、計画が実施されていない問題。 | 国の予算化プロセスの「見える化」と都道府県の担当者のコミュニケーション強化・連絡協議会/説明会の設置 | |
| 3 | 12 | | 千葉 | 3 | 3 | 5 | 8 | 9 | | | 5 | 拠点病院におけるがん医療は充実されつつある。それ以外の病院、診療所との連携体制を強化する必要がある。 | 連携は必ずしも都道府県内にとどまるとは限らないので、統一的連携バスなど全国展開ができるようにしてほしい。 | 8 | 若い人、特に若い女性の喫煙が減らない。 | たばこ対策(具体的に値上げ、自販機対策)を強力に進める。 | 9 | 市町村はメタボ対策が重要と考えられている。財政がひっ迫しているのがんに力を入れられない。 | 効果的ながん(女性がん、大腸がん)への集中的検診を強力に集める。 | 素晴らしい企画であると思う。ほかの分野でもこうした動きが起こることを望む。 | ・国が中心となったたばこ対策。・女性がん、大腸がん検診の充実 | |
| 4 | 15 | | 東京 | 4 | 4 | 7 | 8 | 9 | | | 7 | がん登録が全国規模で実施できていない。特に東京都・埼玉県にがん登録がないのが致命的である。 | がん登録の法制化による個人情報保護の仕組みの確立。予算措置も必要。全国で20億円程度でできると思う。 | 8 | 喫煙率がまだ高い。禁煙へのサポートが不足。(保険診療では制約が多すぎる) | たばこ税の増税。1000円たばこの実施。予算措置どころか収入増になる。禁煙サポートの充実。財源はたばこ税。たばこ税収入の一部をがん対策基金にすることで、禁煙や予防、患者支援に支出する。 | 9 | 受診率が低い。精度管理も不十分。市町村の財源難で検診予算を増やせない。 | 市町村の事業ではなく、公的医療保険の現物給付として、がん検診を実施する。がん登録と連結した精度管理を実施。 | PDCAサイクルが回っていない。目標設定プロセス、評価を明確にしている。厚労省が数値を出したがない。 | 数値目標を決めて検証の仕組みを作り、改善していく。たとえば、がん検診受診率は独自世論調査で数値化する。(国民生活基礎調査は3年毎なので) | |
| 5 | 2 | | | 4 | 4 | 4 | 13 | | | | 13 | 臨床試験がどこの病院で行われていて、「登録中」、「参加条件」がわからない。臨床試験を支える患者団体、一般市民が足りないのは、PR不足。臨床試験をやっている施設も少ない。 | ・ポータルサイトを立ち上げるなど検索しやすい仕組みを構築してほしい。・臨床試験について患者視点で説明する仕組み、インセンティブの明文化、PR。・臨床試験を行っている施設を増やしてほしい。 | 4 | ドラッグラグが4年、ワクチンラグは20年あるといわれている。患者として北朝鮮と同じレベルから一刻も早く抜け出して、先進国としてのシステムが欲しい。国際標準の治療が受けられないように。 | 9 | ラグ解消に向けたシステム解析と解決策の実施を望みます。 | | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|--|---|--|--|---|--|---|---|--|---|---------|
| 6 | 11 | | 千葉 | 2 | 2 | 5 | 6 | 9 | | | 9 | 現在の公的がん検診は市町村の一般財源化されており、財政的にも受診率UPのインセンティブに乏しい形となっている。 | まずは受診率増(目標)を前提とした予算確保(総務省)が必要だが、中期的にがん検診を医療保険者に義務付ける(特定検診のように)など制度的な検討を行ってほしい。 | がん診療連携拠点病院制度は、一定の効果を上げていると思う。しかし、地域(医療圏)毎に成熟度やニーズが異なるため、設備整備を含めたフレキシブルなメニューが必要。 | 放射線治療機器の整備等、設備整備補助の総額は必要。また、診療報酬面の対応も検討してほしい。 | 8、10 | ・たばこ対策について国のリーダーシップが乏しい。・研究費は国に集中している。 | ・近隣の数値目標化をはじめ、強力に禁煙を推進してほしい。・がん関係の地域のDB作り等に使える研究費の地域枠を考えてほしい。 | ・国、県、市町村、各々単年度主義のため、同じようなタイミングで予算業務を進めなければならない。・がん登録はやはりもう立法化が必要ではないか。 | ・予算面について、例えば国庫負担により都道府県にがん対策基金を作るなどしてはどうか?・制度面の検討も必要(診療報酬、NPOに対する税制優遇等) | |
| 7 | 1 | | 山梨Ⅱ | 3 | 4 | 8 | 11 | | | 8 | たばこ対策を含めたがんの予防教育ができていない。 | 小学生のうちがんに対する健康教育をする。特に、たばこの害については、小学生への啓発が両親の禁煙につながる。 | がん計画を公式に評価・検討する機会がなかった。 | 11 | 進捗状況を評価・検討する機会を国、都道府県ごとに開催する仕組みが必要。 | 8 | 国庫補助金を使いにくいのか、都道府県の努力が足りないのか10/10でも使われていない。 | 一般の患者や患者委員に分かるような形で提供や申請ができる仕組みが必要。 | | | |
| 8 | 1 | | 山梨Ⅰ | 3 | 4 | 5 | 6 | 11 | | 5 | 医療者同士、医療機関同士が連携する仕組みがない。 | 共通のツールが必要になる。例えば、共通の電子カルテ、共通の部会…何が共通のツールかは検討が必要だが、共通するものが多く存在するようになる。 | ポータルサイトの設立。人材育成、人件費を含め各都道府県の数になるので初期投資50億くらいか。 | 11 | がん計画をスローガンとして掲げていても、現状では掲げただけ。 | 各都道府県で進捗状況を同じ時期に公表させ、次年度に反映させる仕組みを作る。良い計画には10/10 国庫助成金を出す。(数億円) | ・「患者の声」といっても患者は仕事ではない。この現実を無視して患者の声を反映しようとしている。・患者当事者が予算の企画・立案・決定の場に入らない。 | 患者当事者の声をまとめる組織が必要。議員の役割なのか、患者に関する代表も必要だと考える。(国の予算なのか社会の責任なのか) | | | |
| 9 | 1 | | 東京 | 4 | 4 | 4 | 6 | 7 | | 4 | がん死亡率を下げる対策として、標準治療の遵守を守ることが治療のスタート。拠点病院の整備と臨床指標を計測、比較するシステムの確立。医療費と予算会議に患者、市民の当事者に参画し、共に考え、行動していくシステム作り。患者当事者主導の政策決定を!! | ガイドライン遵守率を(患者組織)団体が調査する。 | 6 | 限られた医療費をどの分野に優先的に投入したいのか、研究費や機器の整備や更新へ、予算の比重がかかりすぎていると思う。ソフトの面、患者サービスの提供にも力を注いでほしい。24時間365日対応のコールセンター、電話相談の利用を通して、がん難民の5200億~3500億の削減にも役立つと思う。患者が患者必携をみながらコールセンターに質問、相談していけるようにする。コールセンターを設置することにより、救命数、QOLの向上に役立ち、効果が大きい。 | 11 | 限られた予算の中でどの分野にどのよう配分していくのか、と研究費。機器の整備、更新に予算の比重が多いように思う。直接患者・がんになっても安心できる社会の実現のためには①治療②心のケア、にスポットをあててほしい。配分を十分に考えてほしい。かたよらず。予算化事項の内容をいろいろな方々との意見交換し、必要なものに必要分の予算付けてほしい。①現在の医療費の無駄を排除②負担をどの程度できるのかを考えると。③医療分野に優先的に投入するのが、順位を考えると。予算をどのくらいか、と言われても、試算が立てられない、よくわからない。 | | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】 対策に 満足？ | 【Q2】 予算は 十分？ | 【Q3】 重要 テーマ (番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的 種類 | Q3-13具体的 テーマ | 【Q4】 ●意見 1ー (番号) | 問題点 | 要望／予算措置 | ●意見 2ー(番 号) | 問題点 | 要望／予算措置 | ●意見 3ー(番 号) | 問題点 | 要望／予算措置 | 【Q5】全般・課題 | 要望／予算措置 | |
|------|------|-------|------|--------------------|--------------------|---------------------------|----|----|----------------|-----------------|---------------------------|---|--|--|---|---|--|--|--|---|---------|--|
| 10 | 15 | | 山梨 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | 9 | 各自自治体が行うがん検診ですが、実施する医療機関によって、また各地区医師会によって、検診方法がバラバラ。この精度管理を誰がやるのか。実際にがん検診できない医療機関がある。 | 精度管理をする制度と予算措置 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | 3 | 3 | 2 | 3 | 10 | | | 2 | 終末ケアの情報が患者側に十分届いていない。東大の医療者と患者のアンケートで大きな格差が出たのはその反映とみることができないのではないかと | ターミナルの医療の理解についてもう少し丁寧に | | 3 | 人数不足 | | インセンティブをつける方法をもっと考えていくべきだと思う | | | | |
| 12 | 15 | | 東京 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | | | 4 | 刻々と変遷、進展していく(病状によっても変わる)治療法を適時に情報提供して、患者+医療者に知らせ実践してもらうこと。 | その大きな足かせになっている適応拡大問題を解決するため、医薬局・保健局もとりにこんで緩和策を早急にまとめること。特に療担規則を変えて、日本版コンベンティアを導入すること。+DPCデータを活用した情報公開によるレジューム、抗生剤の標準化、いずれも予算や診療報酬より難しい問題ですが... | がんに限らないが在院日数短縮にあわせて、また治療の必要な状態のままで地域(在宅)に居させている例が増えている。回復期、療養病床の少ない東京や近辺、東日本の状況はかなり深刻でないか。 | | 療養病床を増やすという選択はない。地域の医療資源がどこにあるか明らかにしてマッピングし足りないものを明確にしつつ育てるため、医療計画とその川下の患者、行政の協働。 | 4で挙げた点とも共通するが治療法についての情報以外にも患者同士の連携、患者の自助を促す仕組みが必要。 | 医療機関によって、相談窓口にはまだまだがんサバイバーの配置がなされていない。例えばGNJのサバイバー研修、認定制度を活用(応用)して患者体験者を育てるとともに、県職として雇用し各機関に配置してほしい。 | がん対策予算のみで動くことは小さい。診療報酬にも運動するよう勝村委員をとりこみつつ、作戦を練りましょう！ | | | |
| 13 | 2 | | 東京 | 3 | 2 | 3 | 6 | 13 | | 療養生活の費向上 | 3 | 高齢とともに高齢、認知症、がんという現実です(北九州在住)。2人きりで支えあい、ご近所・知人も老老介護という生活のなか、頼りになるのは遠方の子世帯よりも身近な医師や看護師さん、ヘルパーさんたちです。しかし通院にかかる福祉タクシー費用(高齢で認知症のため車の運転は危険)、つきそいの方への費用、留守中1人になるほうを守る人の費用等が大変な負担。 | がん拠点病院でなくてもよいので、対応できる病院への通院補助を、自治体は地域のバス網などを考えて給付してほしい。シルバークロスがあってもそのバス停まで行けない高齢者のほうがずっと多いし、がんや認知症の早期治療は病院にとどろつく前の時点でもう格差がついてしまうと感じる。運賃+通院介助費をせめて割引してほしい(確定申告を待っているががんの場合間に合いません！) | 介護保険のヘルパーさんやケアマネジャーにがん看護の知識が少なく、交替できるほどの事業所数もない地方なので、家族は「病院でできたことをケアマネに伝える」相当な労力がある。医療ソーシャルワーカーが在宅ケアマネジャーともしっかり連携してくれていたらとても心強いのに... (それほど難しいこととは思えないか?) | がんになっても病院でなく家・地域で暮らしたいのに必要なことについて、がん医療を行う病院がMSW/ケアマネを兼ねて勉強会をやってほしい。その時、近郊のがん患者会や入通院患者たち当事者をできるだけ聴講に入れて一緒に考えてほしい。そういう事業体に加算があってもよいらいと思う。 | | | | | 立案プロセスや予算について本日お話をきいて初めてわかったところも多かったです。マスコミにあまり出ていないように思いましたが?? 本田麻由美さんらはよく知られているので、一般市民とつなぐ役割を果たしてくださればと期待しています。 | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足？ | 【Q2】予算は十分？ | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】意見1(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全校一問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|-----------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|--|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|--|
| 14 | 4 | | 東京 | 2 | 2 | 4 | 5 | 10 | | | 4 | エビデンスベースの治療についての認識は専門医の限られた世界のものとなっている。医師間の情報格差解消と同時に、患者/国民が必要な治療情報がなかなか得られないという問題がある。 | 療機関情報(専門医情報)を公開する。公開した医療機関には予算をつける。②また必要な治療(医療)情報は共通の資料とし、無駄な資源をなくす。学会への予算配分も1つのオプションと思われる。 | 5 | 熱意のある医師だけが登壇しネットでネットワークの構築に注いでいるのが現状。病院は経営持続が最大の重要課題となっている。モチベーションの持続は難しく連携には時間の束縛各病院毎の経営方針という壁もある | | 医師教育の充実が必要。医師という職業の人間としての条件を明示し、国家資格に含めるべき。教育制度に予算を積んでほしい。医師数だけを増やすことには疑問。 | 10 | 日本ではエビデンスがあまりないといわれている。 | 国民自ら参加するという意識が低すぎる。皆保険に入る国民としての前提を明確にする(基準をつくる)うえで予算をつける | 予算を立案するということはプランはある程度具体化した計画が必要であるが見えてこない。与えられた予算を使う、というイメージなので無駄が多い | 自治体の育成。丸投げではうまく行かない。国からのリソース導入も1つのoptionである。透明性のあるプロセス |
| 15 | 1 | | 千葉(現在は東京) | 3 | 3 | 1 | 6 | 10 | | 1 | 現在医療関係者から患者へ標準治療、診療方針についての説明が適切にされているとは思えない。診療時間の短さから、と思われるが医師により治療方針にまだバラつきがある。文書化する。または患者会などによる説明若しくは看護師などからの説明があるといのだが...患者は初めてのことで知識がないので説明だけではなく標準治療のパンフなど視覚的に話されると納得し、聞き流らしないのではないだろうか | | | 6 | 日々の研究により日進月歩の今日であるが患者に情報が提供されていない | | 患者側として医療者からより患者会での情報公開、勉強会が役に立つ事が多かった。患者会を医療の助けとして位置づけ、向上をはかる施策をできるようにできないか | | ・地方によりがん対策の差、予算などに雲泥の差が見られる。・がん教育(青少年への)を(喫煙を含め)どのように、いつ、(予算を含め)だれが(どこが)どのように行うか考えていきたいかどうか | 地方リーダー、ワーキンググループの推進。連携が望まれる。抗がん剤等の費用負担について、高額療養費の負担ですが、転移して治療を受ける場合、科が違えば別にされるが、原発がんに対するものとして高額療養費が適応されないものか検討してほしい | | |
| 16 | 1 | | 神奈川 | 3 | 3 | 1 | 3 | 5 | | 1 | 患者会を組織している立場から、患者と医療者の言葉からのトラブルが非常に多い。医療者を育成する医学部の中に基本的な教育が不足しているのでは？ | 医学部の基礎課程に工夫がほしい。哲学、倫理、宗教学などの教育者を増やせるとよいと思う。即効性はないかもしれないが、将来はきっと役に立つと思う。予算的にはどれ位いるのでしょうか？難しいでしょうか？考えてください。 | 3, 5 | 国の方針で在宅を選ばなければいけなくなるのでは。家族の負担を考えると踏み切れない患者が多い。ホスピスはとて少ないし治療から終末期になるとがん難民が増すので考えてほしい | | 終末期、看取りの医師、看護師はまだ不足していると思うので質を高め数を増やしてほしい | | がんの治療は心のケアとリンクするのでもう対策などに予算をさいてほしい。カウンセラーの数を、精神科のドクターを増やすなどしてほしいと思う | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|--------------|--|--|--|--|--|---|--|---|---|---------|
| 17 | 1 | | 神奈川 | 3 | 2 | 5 | 6 | | | | 5 | 医療機関は総合病院(診療)としてのPRの必要から、さも成人病・がんも専門に扱う医院のような印象を受ける。市町村レベルの公立病院でも同様で、治療の均等化(均一化)を計る。連携室はクリニックレベルの機関との連携が役務であり、がん専門病院、拠点病院との連携は各医師に任せているとの返事があった。長野県の例は面白かったです。個人的には天文台とがん発生率は比例するが私の教です。 | 各都道府県に対策と予算措置しても、国が地方に下すと同様、地方は市町村に下すことになってしまふので基本はそれぞれ措置した予算の使用の仕方まで教えないで困るだけです。一般に役人は苦勞をしていない、苦しんでいないのですから、できれば地方を含め担当は自域で苦しんでいる人を選任する。であればすぐに予算措置されたものを大喜びで使用し尽くすと思います。 | 患者支援と相談、情報提供については拠点病院で相談窓口を設けている程度で実質稼働していない。コールセンターなどに連絡された方も患者会に殺到いたします。よく聞く話は、医師を含めだれに聞いても、だれに話しても解決しなかった心の中を患者会で初めて糸口が見つかったと言う方が多々あります。正にがんは体とともに心の病でもあると思う。 | この患者会に県の条例では患者会の支援を明記されており、一円の金銭的支援がありません(拠点病院からは医師/職員の私的な種々支援を受けれますが)、会の実態がつかめなため助成できない。患者会の運営者は自発的な会であるため、明日の命も保障がない。予算措置に条件付けせず措置してほしい。 | がんという病に対する特別視は良くも悪くもあり、やはり病の必死の特殊性がそうさせるのかと思う。がん対策法の時代にあんなに盛り上がったのはどうしてか。日本人の特性がこんなところにもあらわれている。大騒ぎ、マスコミの取り上げもある意味時流に流れ面白おかしなものとなっている。 | がんが特殊であるなら、差別しない差別もあることを考えれば、従前の例にならず予算措置すべきである。がん政策の予算など一般的役人に投じて一切期待に応えられないと思う。拠点病院を通し患者に投じてみたらどうか。 | 追加さん、ご苦勞さまでです。かような問題については追加さんが引張り出されることは明らかなことです。敬服しております。今回の調査で都道府県の予算消費が少なく、独立行政法人は予算が足りないという結果など、追加さんは十分に予測できたことだと思います。独立行政法人が小泉政権以降数倍に膨れたことを考えれば自明です(シュールではない) | 病の特殊性から千差万別であり、対策・予算措置についてもフレキシビリティを必要と思う。基本知識と幼稚な表現であるが、がんに対する熱い何らかの思いを必要であると思う。 | | |
| 18 | 3 | | 福岡 | 3 | 4 | 9 | | | | | | ①発病時の医療従事者から専門病院の紹介 ②社会復帰が難しい。源泉徴収税を払えるような社会人になるための助成 ③晚期障害や小児慢性特定疾患医療公費負担制度の見直し | ①小児がん治療のため拠点病院 ②小児がん患児の社会復帰 ③晚期障害や特種の公費負担制度 | ①発病時の医療従事者から専門病院の紹介 ②社会復帰が難しい。源泉徴収税を払えるような社会人になるための助成 ③晚期障害や小児慢性特定疾患医療公費負担制度の見直し | がん検診の受診率を高めるにはどうしたらよいか、NHKなど受診の呼びかけ。がん検診のモデル地区などを提案し、早期発見の啓発運動、在宅ケア一家族へ看取り等の支援、地域の保健師などから指導 | がん検診の受診率を高めるにはどうしたらよいか、NHKなど受診の呼びかけ。がん検診のモデル地区などを提案し、早期発見の啓発運動、在宅ケア一家族へ看取り等の支援、地域の保健師などから指導 | 患者サイドからの意見が少なく、患者は他力本願にならないよう治療をよく知る。緩和ケアが周知されてない。 | ピア・サポートの必要性(研修、養成、がん支援NPO認定)、病院などの窓口で緩和ケアサービスの紹介。 | 医療サイド主導の予算が行われてきたと感じる。このような席に参加できることが患者にとってまずは進歩と思われれます。患者を代表して感謝申し上げます。 | 小児がん特種医療制度の見直し。小児がん患児の社会復帰への支援。小児がん晩期障害への研究。小児がんなど病気を発症した家族への1人親への支援対策。 | |
| 19 | 3 | | 東京 | 4 | 4 | 1 | 4 | 6 | | | 6 | 子どもががんになった時、患児家族(兄弟を含む)の経済的、心理的支援が地域、病院により格差が大きい。 | ・経済的支援:小児慢性特定疾患についての見直し。窓口となる保険所などの再教育と徹底。交通費の補助。・心理的支援:臨床心理士、カウンセラーの配置(無償ボランティアではなく常勤職員として) | 短期入院が推進され、地域での療養に不安がある(一般的なかぜや虫歯でも、小児がん経験者であることが地域医師にわかると治療を受けられないことがある) | 拠点病院と地域の病院との連携の強化 | 地域の学校での理解に格差が大きく、治療後の復学困難を訴える患児が多 | 必要な補助教育制度、家庭訪問教師の配置。病弱児教育に関する制度化。 | 肉体を持った時からがんになる可能性があるが、少数(年間発病が、2500人から3000人程度)のため、社会的認知度が低い。そのため理解度も低い。 | 医療者、教育者、公役窓口の再教育。社会向け教育(啓発等)。 | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足？ | 【Q2】予算は十分？ | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|--------------|--|--|----------|--|--|----------|---|---|---|--|
| 20 | 2 | | 東京 | 4 | 4 | 1 | 7 | 12 | 小児がん全般 | | | 小児がん専門医が不足しているため、拠点病院が確立されていない。適切な治療をできる医師が不足しているために初期治療が迅速にされない。 | 小児科医(小児がん)育成の予算付。小児がん拠点病院の確立の予算付。 | 7 | 希少疾患である小児がん全般の情報をデータセンターで集めて各病院で情報をとれるようにする | がん登録に小児がんを疾患別に入れて予算を出してほしい。各疾患別に研究時を増やすことをしないと何も始まらない！医師主導治研にもっと多くの予算を付けてほしい。 | 12 | 希少疾患である小児がんになり、またがんになる人もいます。その時はハイリスクになり治療が難しい。そのためのがん対策も難しい。小児がん全般のがん対策をしてほしい。 | 疾患別に適切なプロトコルの勉強会の予算付けをしてほしい。小・中・高・大の先生方の勉強会(患児フォローアップのため)を国がしない、理解をもらうのがむずかしいため、そのための予算を付けてほしい。 | がんは大人も子供もかかるのに、大人だけしか話が出てこないのはおかしい。小児がんになって大人になり、またがんになる人もいます。その時はハイリスクになり治療が難しい。そのためのがん対策も難しい。小児がん全般のがん対策をしてほしい。 | 小児がん全般の長期フォローアップの確立！！その為の外来(専門外来)の確立の予算付け。医師、患者本人または家族の勉強会などの予算付け。大人のがんと同じように予算を付けてくれないと何もできない！！ |
| 21 | 1 | | 大阪 | 3 | 3 | 1 | 2 | 9 | | | 3 | がん検診受診率が低い。市民の検診に対する意識が低い。検診の受け皿が少ない一市町村の検診に申込しても定員に達している。土日祝に検診を受けたい。 | 都道府県と市町村との連携をもっと密に取り組んでほしい(広報)。医療従事者のスキルアップ希望と現実業務状況とのギャップの改善。就職勤務されている方のがん検診訴求及び対策。企業へのタイアップ。土日祝の検診実施に対する予算化。 | | | | | | 在住のがん対策推進協議会の議事内容やどのような動きになっているのか表面化されていない | | |
| 22 | 1 | | 千葉 | 3 | 4 | 6 | 7 | 9 | | | 9 | 現在は県から市町村に丸投げで、受診率が上がると市町村の財政はパンクするというところで、計画に50%の目標値を上げても、具体策や支援がないのが現実。この現実をどう解決するかという話合いがされていない。五大がんの受診率50%は絵にかいた餅で終わるのではという恐れを感じている。 | 県と市町村の担当者と患者・家族一堂に集ってこの現実を打開する方法を話し合い、出来ることから協働していくことを提案したい。またはどこかで実施したように五大がんの検診を一日で受診できるようにすると、検診の費用は国が全額予算化することを希望するが、無理な場合は、がん検診基金を集めるのもよいのではないかと思う。 | | 患者の心のケアが計画に文言として載せてもらったが、ピアカウンセラー(サポーター)の養成をしても拠点病院の受け入れ体制がないという現実が直面している。県の職員はそれなりに努力してくれているが、がん対策計画に協力してもらうには病院(拠点)にどのように働きかけられるかが課題である。 | 患者相談センターの相談員構成メンバーに、がん体験者のピアサポーター(カウンセラー)を配置するの文言を国のがん対策基本計画に入れていただきたい。そして、ピアサポート(カウンセラー)養成の予算を国の予算に是非計上していただきたい。また、患者サロニーターの育成のための予算。 | | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | [Q1] 対策に満足? | [Q2] 予算は十分? | [Q3] 重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | [Q4] ●意見1(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | [Q5]全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | | | | |
|------|------|-------|------|-------------|-------------|----------------|----|----|------------|-------------|---------------|--|--|----------|-----|---|---|---|--|--|--|--|---|---|--|
| 23 | 16 | | 東京 | 3 | 4 | 6 | 7 | 11 | | | 6 | 情報提供体制の前に、収集体制の整備がなされていない(収集されたデータがなければ提供できないはず)。拠点HPの体制に関する情報についても、集めること、集められた情報のまとめ、整理...確認について出す方も集める方も労力がかかるのに人手がない、予算がついていない。→そもそも情報を収集する(→提供する)にはお金がかかるということとを一般の人、専門家、行政も含めて認識すべき(そのためにはこのくらいかかる、ということを知らせていかないといいれないかもしれない(…)) | 情報づくりにお金がかかるということの周知→対象は一般市民、医療関係者、行政に対して個々へのアプローチ+メディア等を利用するのがよいかも。拠点HP、がん対策情報センターに人と予算をつける。臨床に関する情報は"診療ガイドライン"の整備が不可欠→学会がコンスタントにできるだけ労力をかけずに作れる体制。 | | | | | 11にも関係するが、そもそも日本のがんの状況が分からずがん対策をすることはできない | | がん登録の法制化、ためなら自治体レベルでデータ収集できるような措置。 | | がん推進基本計画に実施主体がない一進歩ににくい状況。進捗管理できる指標がない。方向としてはこうなったらよい、はあるが明確なゴールが示されていない。そのための具体的な方法について明記されていない、考えられていない。これらについて、まず具体的なプランを様々なステークホルダーとともに立てるべき。進捗・評価のための指標づくりが未整備。 | たとえばがん対策推進協議会の権限、ここからアクションプランを明確に出せるような体制、予算措置。Working group etcの設置をスムーズに、計画的に。研究課題にあげてもらう。Back up体制をつくる。 | 国ばかりに頼らず、都道府県ばかりに頼らない体制づくり(お金のまわり方も含めて)を国として推進していく。もっと各個人が当事者意識を持つ、持てるような体制(寄付しやすい、サポートボランティアとして動きやすい...etc)。 | 世論に働きかけ、国以外で目に見える形で頑張っている団体(NGO、NPO等)のアピール、初期の財政支援、運営サポート。 |
| 24 | 1 | | 神奈川 | 4 | 1 | 4 | 5 | 8 | | | 8 | たばこが人体に及ぼす害が一般市民に浸透していない。 | たばこががんの関係性を正しく広報して、たばこを考えることが、がんを考えるきっかけとしてほしい。たばこ税の収入と医療費のプラスマイナスを各都道府県が把握して、市民が理解できるための広報事業費を増やす。 | | | 各地に専門医(正しい知識を持っている医師)が少ないため、中途半端な治療をされている患者がいる。 | 治療の仕方のわからない医師には、指導ができる医師との連携が取れるようにする。その連絡手段や報酬などの費用。 | | がん拠点病院には相談窓口があるとされているが、扉は閉ざされている雰囲気があり、活用されていない。 | 相談者の人数を増やして、片手間にやるのではなく、班など作り拠点病院、連携病院との横のつながりを強化する。 | 全体の意見とずれてしまうかもしれませんが、一般市民ががんに対して無関心であると共に、会社という組織も社員の健康という点に無関心な気がします。 | がん検診、一般健診など実施しない企業に対して何らかの責任を設ける。子育て支援のようにがん検診支援の枠組みを設ける。 | | | |
| 25 | 17 | | | 3 | 3 | 1 | 2 | 9 | | | 2 | ホスピスetc緩和ケア施設の不足。 | 施設の増設とそこでの医療従事者の育成etc。 | | | がん検診を受ける施設不足、検診の機会少。 | | 年齢に関係なく安い値段でがん検診を受けられる機会を増やしてほしい | | 地域によって研修、施設の差があるように感じました。患者の声があったより政府へ届いていない。 | 地域でのキャンペーン、患者の声を反映できるような機会を増やし、地域間差をなくすようにすべき。 | | | | |
| 26 | 15 | | 東京 | 4 | 3 | 1 | 8 | 9 | | | 1 | 抗がん剤、放射線治療の専門医が少くない | 専門医制度の厳格化、研修への支援 | | | | | | | 一般市民ががん対策、がん検診に関心が低い | 夢のある施策立案。施策案をカタログ化して人気投票させるとか。 | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】 対策に 満足？ | 【Q2】 予算は 十分？ | 【Q3】 重要 テーマ (番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的 種類 | Q3-13具体的 テーマ | 【Q4】 ●意見 1- (番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見 2- (番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見 3- (番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般-問題-課題 | 要望/予算措置 | | |
|------|------|-------|------|--------------------|--------------------|---------------------------|----|----|----------------|-----------------|---------------------------|--|--|-------------------|---|---------|---|-----|---|---|---|---|--|
| 27 | 17 | | 東京 | 3 | 3 | 1 | 6 | 9 | | | 1 | 初期診療の段階で 発見が遅れること がある。発見した 後の紹介先医療機 関について相談に のってこれないケ ースがあると聞く。 | 早期発見を促すよ うな仕組みづくり (教育研修、診療 報酬)。がん発見 後にしかるべき医 療機関を一緒にさ がせるような自治 体のフォロー。 | 6 or 過多 | 患者やその家族の 状況、心情に配慮 した治療計画を相 談できない。自分 にとって最適な治 療医療機関の選択 が困難(情報不足 の支援)。 | 9 | 相談窓口の設置、 医療機関、Dr.選択 の支援。 | 9 | 検診受診率が低い 自治体検診の充 実、PR強化。企 業検診の義務付 け。 | 国民全体の議論で なく、一部で決定し ている印象。なぜ 「がん対策」なのか をマスコミも巻き込 んで世論へ働きか けをすることが必 要。 | PR予算 | | |
| 28 | 1 | | 神奈川 | 4 | 4 | 7 | 8 | 9 | | | 7 | がん登録に至る道 筋が見えない。こ の国でがん登録は 実現できるのか？ | がん教育の推進 (小学校から始め る)。国民的なが んという病気の 意識改革。病院、 医師、地域・・・ベン チマークがない。 | 8 | がん予防の不徹 底。たばこの規制 が不足(やっとな 神奈川県) | 9 | がんの早期発見。 がんは怖くない！ ということを知ら しめる。 | 9 | 費用負担 国？ 都道府県？ | USAと比較してが ん予算が圧倒的に 少ない、300億円弱 対5000億円。患 者の声の反映が少 ない。 | 日本の予算増額1 桁up。初期の段 階から患者の声 を。 | | |
| 29 | 4 | | 東京 | 2 | 3 | 2 | 4 | 5 | | | 4 | 拠点病院の指定が 進んでいるのは前 進だが、内容を患 者が満足するもの にしていく努力がこ れから重要。地域 での連携を作っ ていくことも併せて 重要課題と思う。 病院個々の経営と いう面から一病院 で全部の治療法を カバーする方向だ が、得意分野を分 担するなど地域の 一般病院を含めて 資源を有効に機能 させるようネット ワークづくりをし ていく視点が大切。 行政と医療と患者 の連携と協力がす まてほしい。 | 上記の点で国とし て推進していくた めの資金的措置、誘 導を行ってほしい。 個々の拠点病院支 援も必要だが、地 域全体の支援とい う点を入れてほし い(例えば拠点病 院の協議会などへ の支援) | 2 | 緩和ケアについ ては予算が増えて いない。5年で医師 (がん医療にかか わる)10万人の緩 和ケアの基礎知識 の修得をするとい う安倍総理の発言 を落實に進むよう 行ってほしい。そ のために県レベル の予算だけでなく国 としての責任で資金 をあててほしい。 | 13 | 緩和については緩 和ケア・ホスピス だけでなく特に宅 における緩和ケア が重要になる。介 護関係者の教育も 課題。在宅・緩和 ケアに対する予算 を増やしてほしい。 | 13 | がん対策推進基本 計画の2つの目標 の1つである患者 ・家族の生活の質 の向上については 目標値がかかげら れていない。具体 的にどういった 施策が行うか、現 状(認識)が示さ れない。 | 13 | 対策として大規模 な患者・家族の生 活の質について実 態調査を行ってほ しい。例えば2年毎 に行うなど継続し ていけば、生活の 質の向上が評価で きる。そのための 予算をつけてほ しい。 | 患者(会)代表が政 策決定過程に参画 する、ということは 基本法でうたわ れ、面的なこと。 しかし協議会委員 として参加しても 行政が準備した案 に対する意見を表 明できるのがせい ぜいであろう。実 質的に政策に患者 の意見を反映させ るには、案づくり (例えばワーキング グループからも参 加)に参加して初 めて「反映」とい える。 | ①すべての都道府 県で患者・家族・遺 族の代表が協議会 委員に入るように ②直接声を聞くタ ウンミーティングを 継続して行ってほ しい |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般-問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|---------------|--|--|-----------|-----|---|--|-----|---|---|---|--|
| 30 | 2 | | 東京 | 3 | 4 | 13 | | | | | 13 | <p>昨今、非正規社員の雇用問題が取り上げられています。がん罹患は患者にとって職業の継続に大きな影響を与えています。緩和ケアを受けたくても、生活費とその治療費に困窮し、治療を受けることができない患者が数多くいます。そして(生活費や治療費をまかなうために)加入済み生命保険を失効・解約するという事態が数多く発生しています。</p> | <p>欧米にはありながら国内ではできないことになっている。いわゆる「生命保険買取」は、がん患者に大きく貢献できるものと確信いたします。生命保険業界と金融庁に対してがん患者が買取業者へ生命保険の権利を譲渡できる環境整備を強く求めます(例:業界指導、規制、立法化、課税)。生命保険買取とは、米国ではVital Settlementと呼ばれ、American Cancer Society (ACS)のWebサイトでも必要資金を得るための有力な選択肢として紹介されており年間何万件もの取引が行われています(米国NAIC:保険局長協会によるVital Model Act 1993年モデル法を策定)。ぜひ議論を始め立法化を求めます。</p> | | | | | | | | | |
| 31 | 4 | | | 2 | 3 | 6 | 7 | 9 | | | 6 | がん患者サロンの確立 | <p>拠点病院だけでなく、2次医療圏に少なくともひとつのがん患者サロンを設置するための予算措置</p> | | 7 | 地域がん登録の充 | <p>各都道府県に中心となる地域がん登録施設が必要とされる。スタッフ経費を予算化してほしい。</p> | 9 | がん検診の充実 | <p>全国の市町村はがん検診対策に十分な予算化が出来ない状態にある(1/2予算の弊害であるか?)</p> | <p>我が国のがん対策のための予算措置のプロセスが不明確であった。厚労省の予算1/2では、残り50%を出せる自治体はないのが現状。</p> | <p>がん対策推進協議会の今後に期待しています(国と地方との予算の行き場も明らかではありませんので)</p> |
| 32 | 15 | | | 4 | 3 | 1 | 8 | 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | 4 | 4 | 5 | 6 | 11 | | | 5 | <p>がん拠点病院でも医師不足が問題となっている。医療従事者の育成だけでなく、確保がすみやかに必要な課題になっているのではないかと。連携体制では術後の患者の受け皿が問題になっている。在宅と暮っても簡単にいかない。</p> | <p>がん拠点病院医師確保の補助事業。地域での連携病院、診療所などでの患者受け入れや患者の在宅医療のインセンティブをもっと高める。診療報酬以外にも1人みることの手当があってもよい。</p> | | 11 | <p>がん対策基本法ができて、情報、相談系は目に見えて変わった部分があるが、がん医療が変わったという声がか、病院毎の実績値、評価尺度の導入が必要。それを患者サイドで利用できるようにする。</p> | | 6 | <p>患者を支える相談体制が足りない。患者が持っている不安・迷いへの対応は重要で日中時間帯だけでは対応しきれない。</p> | <p>24時間がん相談コールセンター。バンクしないように手厚い体制、人を配置。面接相談体制の充実も必要。この会ですべての対応は重要で日中時間帯だけでは対応しきれない。</p> | <p>一番は病院での専門医の確保をはじめとした人材の確保を急ぐこと。受けたい治療がその地域で支障なく受けられること。</p> | <p>医師の医療スタッフの確保のための予算を拠点病院に積む。もちろん適正な医療になっていることも評価しながらである。</p> |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】 対策に 満足? | 【Q2】 予算は 十分? | 【Q3】 重要 テーマ (番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的 種類 | Q3-13具体的 テーマ | 【Q4】 ●意見 1- (番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見 2-(番 号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見 3-(番 号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課 題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|--------------------|--------------------|---------------------------|----|----|----------------|-----------------|---------------------------|--|---|-------------------|--|--------------------|---|--|---|--|------------------------------|
| 37 | 14 | | 東京 | 3 | 3 | 1 | 3 | 9 | | | 1 | がん専門医、コメディカルの充実がなければ(2)(3)(4)(5)の実現は望めない | 彼らの育成には少なくとも10年を要する。文科省と明確な合意の下、10年間の計画(要員、専門分野、予算)を作成することが大前提。同時に専門医の偏在を解消するために、医師の自由度約の検討。 | 3 | 患者の希望、医療費圧縮のためにも(療養型大幅削減)在宅医療充実は不可欠。在宅医療充実は誰も異存はないが、如何に充実するかの実行計画が不明確。人、又経済的な視点も必要(在宅医療が医療技術者の経済的ニーズに合致すること) | 9 | 先進国で最も低い検診率。早期発見、早期治療が全て。 | 9 | がん対策には明確な目標と中長期的実行計画を前提にした予算が不可欠にも拘わらず、単年度予算。がん対策は単年度予算ではダメ | 単年度予算をブレークスルー。財務省を脱却するために明確な目標と実行計画作りは不可欠。 | |
| 38 | 18 | 国関係者 | 東京 | 4 | 4 | 1 | 3 | 7 | | | 1 | がん専門医が少くない | 国は、緩和ケアと同様に、放射線治療、科学療法の研修指針をつくるべき | 3 | がん在宅専門医が少くない | 国は在宅専門医の研修指針をつくるべき | 7 | 地域がん登録の精度が低い | 地域がん登録を推進する補助金を創設すべき | | 今回のようなタウンミーティングは全国8ブロックで行うべき |
| 39 | 17 | | 東京 | 4 | 4 | 8 | 9 | 12 | | | 8 | がんは、最早「亡くなる病気」ではなく「きちんとコントロールしてずっとまわく付き合っていくべき」病気で「予防できる」病気です。なつてからの対策ではなく、がんにならないための施策に力を入れ、長期的視野に立ち医療経済効果の観点から予算を配分すべきです。また、がんの予防はたばこだけではありませぬ。ウイルスの防御をすることにより多くのがんを防ぐことができます。 | ヒト・パピローマ・ウイルスをはじめ、各種ウイルスや感染が原因と立証できているがん(すべてのがんの2割がウイルスが原因といわれています)については、ワクチン接種を予算化すべき。防げないのか。がんは手術して「これでよし」というものではない。「がんにならない」ことが最も重要と考える。 | 8,9 | 日本の高等教育の中に、がんの知識を学ぶ機会が欠けている。検診受診率の低さは、子供のころからの社会生活の中に日常化していないためである。 | 12 | がんは「年寄りの病気」という一般の思い込みがある。また、現在の対策はがん種によるニーズに応えられていないと感じる。 | 12 | 意見2に書いたとおり、がんは種類により全く異なる疾患である。必要な施策もターゲットも異なるわけであり、予算もがん種毎に細分化すべき。各がん種は関連する学会との連携も必要。 | 地方自治体、患者、市民、民間...すべてのステークホルダーの声を聞き、より良い施策を常に検討すべき。そのプロセスを恒常化する。「当たり前」のレベルになるように。その過程を保証する予算も充てる。 | |
| 40 | 17 | | 新潟 | 3 | 4 | 1 | 4 | 9 | | | 1 | 医師の絶対数の増加と、コメディカル(多岐にわたる)の早急な育成 | 診療報酬を(例えばDPCの標準治療の分岐の設定をさらに進めて)経済的に誘導する。がん領域への診療報酬の傾斜配分。 | 4 | 検診率を(例えばDPCの標準治療の分岐の設定をさらに進めて)経済的に誘導する。がん領域への診療報酬の傾斜配分。 | 9 | 二次予防の予算が少なすぎる(地方交付税での一部割分が大問題) | 検診率を本気で50%以上に上げるならば3000億以上(一部は重粒子線治療を優先するなど優先順位への疑問を感じる)。 | がん対策推進基本計画に沿った予算の設定をすべき。一部(厚労省のみ)に増えたら詳細に検討して、優先順位への疑問を感じる。 | | |
| 41 | 17 | | 東京 | 2 | 3 | 8 | 12 | | | | 8 | がん医療と比較して、予防に関する対策・予算措置が不足している。次世代のための対策を強化すべきと考える。 | 学校教育における「がん教育」の充実。がんの疫学に関する基本的知識を中学生、高校生対象に普及を図る。 | 12 | がん種別別の対策が弱く感じる。若年者向けと高齢者向けに必要なアプローチ、対策は異なるのではないかと。 | | がん対策推進計画において、がん種別の対策を立案する枠組の確立(種別ワーキンググループ等) | 市町村が実施主体となる予防、早期発見関連事業の支援(短期的対策)。予防、早期発見事業の財源の在り方に関する検討の開始(長期的対策)。 | 国、都道府県、市町村の役割の明確化と見直し。 | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | [Q1] 対策に満足? | [Q2] 予算は十分? | [Q3] 重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12 具体的種類 | Q3-13 具体的テーマ | [Q4] ●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | [Q5] 全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|----------|-------------|-------------|----------------|----|----|-------------|--------------|----------------|---|--|--|--|---------|-----------|--|--|---|---|--|
| 42 | 16 | | 英国(ロンドン) | 3 | 5 | 7 | 8 | | | | | がん対策の demand(needs) の検討が充分になされているかどうか。Demandに対応した適切な resource allocation が scientific に (evidence-based で) なされているか? 医療費とがん関連予算を合算した「がん医療費」の推計がなされているか | がん関連データベースの整備とがん医療費推計研究の推進 | | | | | | | 地方自治体間におけるがん対策への取り組みの格差。Priority setting が十分に議論されていない。Health promotion の予算確保と提供体制が確立されていない(と思われる) | 地方自治体における政策立案能力の向上。地域(複数の地方自治体の集合体)によるがんネットワークの形成と政策立案への health promotion の予算と実施を固で確保する。医療システム全体の視点からみたがん対策の検討。 | |
| 43 | 4 | | 東京 | 3 | 3 | 2 | 6 | 9 | | | 6 | がん患者の全てが拠点病院にかかるわけではない。特に大都市ではその割合が高い。一般市民の関心の低さもあると思うが、どこの病院にかかって情報や支援が得られるような整備が必要であると思う。がん情報支援センターはPRが不足している。高齢者や情報弱者への支援体制はとも低いと思う。独居老人などでは情報にアクセスするサポートも難しい。患者数の少ないがんへの情報がない。何らかの支援体制がほしい。 | がんと診断された時点で全ての患者と家族に同じ情報が手渡される体制作り。使える人にはネットを通じてもよいが、アクセスできない人への対応を忘れてほしくない。全国共通のものや地方での情報に分けて作成する必要あり。国立がんセンターでの情報支援に組み込んでほしい。コールセンターを作るならフリーダイヤルで! | 患者団体でマンモグラフィ車を都から借りて実施しようとしたら「ふさがっている」と、とりつきまもなかった。そして「1台50万円」といわれた。民間と同じ値段で助成金をもらえないと実施できない。 | 患者団体で実施する場合の割引(大阪では以前5万円でかりられた) | | | 高齢化に伴ってがん死亡者は増加する。少子化進むと在宅での療養、看取りは望めない。安心して亡くなるまで生活できる場、ホスピス的なグループホーム等がもっと必要になってくる。病院からは3か月経つと出される。老健でもいられない。 | 民間(NPO法人等)が作る在宅ケアを受けられるグループホーム(のような施設)への助成、補助。 | 国は地方の意見を聞いていないようだが、地方も患者たちのニーズを聞いていないのか? 患者たちはどこへ言うのが効果的なのかかわからない。一部の議員は超党派でという耳を持たない。 | 都道府県レベル、市町村レベルでのタウンミーティングの頻回の開催。 | |
| 44 | | | | 4 | 3 | 5 | 13 | | | | 13 | どの地域でどの様ながん医療が必要なのかを把握し、データに基づいて医療サービス計画を策定すべき。がん対策基本法やいろいろな行われている議論の方向性は正しいと思うが、そもそも何が必要なのか具体的に議論して「あるべき姿」を定義的に定義すべきではないか。「あるべき姿」を具体的に把握しないと「ギャップ」がどこにあるのかわからないと思う。 | 「地域ニーズを調査し「あるべき姿」を具体的に描き出す」プロジェクト。予算: 民間の医療の基礎知識のあるコンサルティング会社を起用する→2億円程度か?(海外の医療サービスの実態との比較を含むべき) | 約380というがん拠点病院の数は妥当だと思うが、具体的な施設名を見ると正しい施設が選ばれているのか疑問。かなり多くの割合で国公立病院が選ばれているようだが赤字経営で適切な設備投資や人員配置(リクルート)が困難な病院も含まれているのではないかと? | がん拠点病院の基準を設け点数化する。高得点のところを優先してがん拠点病院とする。情報を県民に公開し、コンセンサスを作る。予算: コミュニケーション費用(数億円程度か?) | | | | | | | |

■ 自由記述欄 意見シート集計結果(宮城)

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|---------------|--|---|-----------|---|---|-----------|--|--|--|--------------------------|
| 1 | 3 | | 北海道 | 3 | 4 | 2 | 5 | 6 | | | 2 | がんの問題は医療だけでなく社会全体の問題である(緩和医療も同様)。国をはじめとするグランドデザインの方針、計画があるべき。社会基盤の再整備の上に医療の問題を考える必要がある。緩和医療はすべての医療機関で行われる体制が必要。 | 全医療機関に緩和ケアチームあるいは緩和ケアベッドを整備するための予算(設置基準の緩和も必要) | 5 | すでにがん化している患者・家族がおり、特に在宅移行の仕組みや医療機関の意識不足がネックとなっている。 | 地域連携室等を充実させ、移行がスムーズにできるよう相談支援と情報提供の機能を確保するための予算 | 6 | 緩和医療、在宅ケアを含め、患者・家族への情報提供をはじめとする支援の仕組みがない | 患者団体、関連NPOの活動支援予算。特に常勤スタッフ給与を支援する予算。 | 日本にはインフラがないわけではなく、有効化するための仕組みが不足。連携の仕組みができれば相当改善する。特に当事者団体は色々な意味でセーフティネットの重要な機能であるのに育つ環境が不足している。 | 医療連携と当事者団体支援予算がポイントだと考える |
| 2 | 12 | | | 3 | 3 | 3 | 9 | 11 | | | 3 | 在宅医療を希望しない理由として地方では経済的な問題と一般市民の着取り経験の不足が考えられる。患者を在宅介護するには家人が在宅するか介護人を頼む必要があるが家計のため共働きのため世帯の多い地方では家人が在宅するということは収入減を意味する。介護人を頼んでも同様。この負担をなくすため予算が必要。 | 在宅医療に際して病院滞在以上の余分な出費がかからない対策を施した上で一般的な収入の家庭におけるがん患者在宅医療のモデルケースの成り立ちの流布。 | 9 | がん検診の補助は地方自治体の地方交付税から支出されるがこの予算の範囲で受け入れられる受診者を予定する自治体があり受診者の抑制につながっている。このような中で県の計画で50%(肺がん、子宮がん)、60%(乳がん、大腸がん、胃がん)の達成がやぶまれる | 特定健診と同様に医療保険者にごがん検診の実施義務を持たせ国が統括するシステムにする | | | 地方自治体の財政事情は非常に厳しいものがある。国庫補助1/2補助事業でも予算化することができない | | |
| 3 | 1 | | 宮城 | 4 | | 2 | 6 | 10 | | | 6 | 進行がん患者の医療に関する相談所を希望する。例えば抗がん剤、放射線治療以外の医療はどうしてすすめるのか(免疫療法なども選択に入れるなど) | すでにアメリカ等で認可されている薬など、もっと日本でもとり入れ認可してほしい | 10 | 日本で認可されていない薬、その他食事療法等、実践して効果を得ているのに厚生省はもっとこれらにも真剣に考え、積極的に取り組んでほしい | がん予防、早期発見、ホスピスの事はいろいろな場での講演をきくが進行がんの再発、転移等の医療、治療についての対策の講演も予算の中にとり入れてほしい。 | | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | [Q1] 対策に満足? | [Q2] 予算は十分? | [Q3] 重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12 具体的種類 | Q3-13 具体的テーマ | [Q4] ●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | [Q5] 全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|------------|-------------|-------------|----------------|----|----|-------------|--------------|----------------|---|--|---|---|--|--|-----|---------|---------------|---|--|
| 4 | 8 | | 宮城 | 4 | 4 | 1 | 2 | 9 | | | 1 | 患者ががんによる痛みがあるにもかかわらず、その痛みに対して何もしない、抗がん剤治療は積極的に行うが、症状コントロールについては全く行わないか、麻薬の処方もいい加減である。緩和ケアチームや疼痛軽減を行う手段を知っている人はいるものの、「まだターミナルではない」などと苦痛をとることはしない。医師として倫理的に疑う。患者・家族・医療者は医師の指示に従うしかない現状がある。医師に緩和医療をもっと理解させべきだ。 | 地方、宮城県でも北の方などは緩和医療についてまだまだ未発展。医師会、県主催でもっと積極的に研修会、シンポジウムなど地域の人や医師、医療者に対して理解を深めるような機会を多く持つてほしい。まだまだ地域差は大きく、均てん化なんてまだまだ遠い。均てん化なんてあり得ないと今思っています。 | 専従の精神科医や緩和医がいなかったため緩和ケアチームの加算がとれない。もっと加算がとれるよう専従ではなく兼任などでも可能なようにしてほしい。加算がとれるとなれば病院でも緩和ケアチーム、ホスピスの重要性なども考慮してくれるはずではない。 | 緩和ケアチームの加算がとれるのは専従でなくしてほしい。また、精神科医は確保するのに難しいはずではない。 | 乳がん、婦人科がんは若い年代の発症が増えてきている。しかし検診を受ける人は少ないため、これでは減らせること、早期発見につながらない。 | 若年者がもつと気軽に受診できるように検診の金額低下、義務化して検診をうけるようもつと対策を考えてほしい。 | | | | 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」なんて全くされていなのが現状。最後まで苦しんでいる患者・家族は数多くいる。実際に進行がんになってでもどこへ行きたいのか分らないという言葉はきかれる。在宅医療についてもまだまだ地域差はある。 | 医師の教育と育成。コメディカル教育・育成 |
| 5 | 7 | | 岩手(岩手医科大学) | 2 | 3 | 1 | 5 | 9 | | | 1 | 放射線治療医、がん関連認定看護師の絶対的な不足。「がんプロ」との連携、キャリアパス。がんプロで放射線治療医の育成を回っているが非常に難しい。まず学生に魅力的なビジョンを提示できない。がんプロで専門医を育成してもチームの担い手、とくに認定看護師がいなければ実効的な医療は成り立たない。 | 放射線治療医のメリット、医学生へのモチベーションを上げるようなビジョンを挙げてほしい。岩手県では「がんプロ」予算のなかで「がん医療コンソーシアム」を立ち上げ地域の中核病院の院長にもがんプロの育成の意見をきいているが、一番望まれているのが地元でがん関連認定看護師の育成を実現することで、がん医療の中心的存在は認定看護師である。育成機会の整備をのぞむ。 | がん診療連携協議会はがん拠点病院のあつまりであり、広く地域の実務者レベルの連携が必要である。とくに岩手のような過疎地では医療スタッフの連携が不可欠。そこで「がん医療コンソーシアム」を立ち上げている。そこで各問題にWGを作って対応している。 | このような地域の医療連携にかかる費用の予算措置をのぞむ。現在は「がんプロ」の予算を使っているが、3年後の経費がない。また、このような連携により「再発進行がん」患者などのがん難民を救うことができるように思われる。 | がんは早期発見により治療できるがその治療法、たとえば低侵襲医療の推進にさらに力を注ぐべき。治療の恐れをとりのぞくことができると思わ | 外科医育成は必要である | | | | 地域とくに過疎地でがん医療の「均てん化」をめざすのであれば東北地区のニーズを聞いてほしい | 地域の中核病院につとめる看護師が安心して、認定看護師、専門看護師を目指すような対策を考えてほしい |
| 6 | 3 | | 岩手 | 4 | 4 | 1 | 6 | 10 | | | 10 | 欧米ではがん患者が減少している。なぜ日本だけが增加するのか。がんに対する調査研究が不足していると思う。がんにならない良生活等国民に広く知らしめるべきだ。化学調味料は発がん物質として欧米では禁止している。日本では規制がゆるいのではないか。 | 日本に多いがんのメカニズムを解明し国民に情報開示を。治療方法の研究に合わせ、メカニズムの研究をもつと。その為の予算は4桁の億位(1000億円)必要ではないか。 | 高度な治療や外国で有効な抗がん剤が使用できないなど、患者や家族の負担が厳しい。 | 医療費負担軽減、早期の治療薬の認定。保険の適用拡大なども行ってほしい | | | | | | がん保険に東洋医学が入っていない(2大療法でなく4大療法へ)。保険の適用もない。食養生がない。 | 東洋医療によるがん治療も受けられる様に(4大療法へ)。食養生科の新設。 |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足？ | 【Q2】予算は十分？ | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同右 | Q3-12具体的な課題 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般-問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|---------------|---|---|---|--|---|--|---|---------|--------------|---------|
| 7 | 5 | | 宮城 | 3 | 3 | 9 | 13 | | 国家予算の増額 | | | 検診率向上のための啓業活動を活発にしてほしいが予算が少なくて済むよう、既存の民間団体の協力を得るようによればよい。 | それには、ヒト、モノ、カネを要するのであろうが、例えば既存のボランティア団体(例・仙台ターミナルケアを考える会 代表者は元東北大学付属病院院長、元東北労災病院院長 吉永馨氏、提唱者は、疼痛医(ペーシック)山室誠氏)を活用すれば、20年の伝統と実績の有力な指導者陣、300名を超える会員群の利用により、少ない費用で大きな効果が得られるに違いないと確信する。 | | | | | | | | |
| 8 | 17 | | | 3 | 2 | 6 | 9 | | | | 6 | 患者さんが医療関係者に相談しにくい事、また、どこに相談していいかわからないなど多くの問題があるかと思えます。情報をどこから入手するのか、またネットなどには本当に正しい情報も記載されています。その判断ができるシステム作りをお願いいたします。 | 医療機関などが患者の相談を紹介できるシステムの構築。医療費など患者さんには大きな問題となります。理解できる事により、高額のため、独自に薬剤を止める事などがなくなるシステムは大事だと感じています。高額医療なども有効に活用できているとは思えないのが現状です。 | マンモグラフィなど多くの検診などが理解されています。その予算が有効に活用できていないのは理解しにくい。 | 検診をすすめる宣伝、情報など、また、コストのサポートなど実施が可能ではないでしょうか | | | 予算格差、対策、施策など正式に公表し(HPで公表する内容でしたら、すみません)本当にみんなで考える予算作りを行いましょう。これからのように取り組むのか？それではないのでしょうか？ | | | |
| 9 | 16 | | 宮城 | 4 | 4 | 7 | 8 | 9 | | | 7 | がん対策の立案及び詳細にがん登録は必要不可欠なものであるが、特に地域がん登録については国の十分な支援が得られていない。 | 地域がん登録の法制化。地域がん登録に携わる人員を増加させるための予算の支援。 | がん予防対策において重視されるべきたばこ対策への取り組みが十分ではない。 | たばこに対する税の引き上げ、禁煙者等に対する支援の強化 | | 受診率が低いこととともに市町村によって検診の精度に違いがあることが示唆される。制度管理に問題があることが考えられる。 | 個人に対する受診の働きかけの強化。地域がん登録を活用した精度管理詳細。 | | | |
| 10 | 4 | | 宮城 | 3 | | 3 | 6 | 8 | | | 3 | 患者や家族が在宅でこれまでと変わらない日常を送りたいと望んだ時にそれを支えるスタッフの質・量が不足しているように思う。 | 閉じこもりにならないよう、気軽に立ち寄って病気のことだけではなく世間話などでもできるような場の設定とそれを運営していく行政からの資金面での支援。 | 病院に支援相談室はあるが、MSWなど相談者の数が足りないところがあると思う。 | 資金的援助 | 検診を受ける人は多いと思うが、予防の考えを生活の中に取り入れるのがまだ足りないと8.思う。 | がん予防に関する啓業活動の拡大。町内会単位での講演会の数を増やす。 | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的課題 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】意見1(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般-課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|-------------|---|--|----------|----------------------|--|--|-----|---|--|---|------------------------|
| 11 | 17 | | 宮城 | 4 | 4 | 4 | 8 | 9 | | | | ・全体的なストレスの解消(生活習慣上)・三大療法だけに頼らない治療法の推進(温熱療法とか免疫療法) | 自宅で簡単に(低負担に)できる治療法。患者に対する金銭的なバックアップ | | ・緩和ケアの充実(患者と医師の心のケア) | ・在宅医療の強化 | | | | 各地にがん治療の専門病院を設置してほしい | | |
| 12 | 9 | | 宮城 | 2 | 2 | 1 | 5 | 9 | | | 5 | がん患者、治療後の療養先のない症例が多い(身よりがいい、家族が面倒みないなど)相談支援センターなどでも限界あり。医療者だけの対応は困難。 | 治療後のがん患者受け入れ病院への補助。療養型病院への援助など。 | | 8 | たばこ税の増税 | 値上げし社会福祉費へ還元すること | 9 | 個人の希望によるものが多く、検診率は向上せず | ある程度義務化が必要? 検診による発見一治療には医療費にメリットを与えるべき | がんの良質な医師が不足しているように見える | 研修等への予算措置。不在時の人材の補充など。 |
| 13 | 10 | | 宮城 | 3 | 3 | 3 | 4 | 9 | | | 3 | 在宅医療の現場にいる。告知を受けて外来通院治療中の段階で紹介され病院主治医と同じ方向を目指して患者・家族の日常生活をサポートできるよう推進している。治療についての副症状、化学療法中の患者さんの生活上の注意(排泄物によるバク等)説明されない事例もある。生活の場では介護スタッフなども対応しており、治療と共にその内容に関する教育やプロバガンダが必要だと思う。 | 上記事項への対応策、パンフレット(HIP紹介)の配布など | | 4 | 治療中の患者さんへの説明は十分行われているのだから、結果がうまくいかないときの憤りは在宅チームに向けられることがある。納得できる説明・了承の手法が治療者側で十分教育されているのでしょうか。化学療法の標準治療⇒最悪治療を医師がきちんと理解されているか、疑問を抱くことがある。 | 患者の状態に合わせたオーダーメイドの治療を行える専門医の育成 | 9 | がん治療について早期発見の意義を示すためにも、診療費、治療費のモデルを例えば手術+化学療法の場合〇円、早期のがん内視鏡手術+定期健診のみでは〇円。金額だけでなく療養に必要な時間等も示すべきでないでしょうか? | 上述のような啓発パンフはつくれないでしょうか? 医師は診療をしても金額をはじめから提示するのが下手です。興味のある方へわかり易い説明をするツールを低コストで作成できないでしょうか? | 2人に1人が罹患する「病い」という追いついてはいる事実を背向けず受け止めたいと思います。自分だけは大丈夫と数年前まで思っていたことを恥じています。 | |
| 14 | 2 | | 宮城 | 3 | 3 | 2 | 6 | 10 | | | 6 | 現在ガンの治療中ですが、今後がんが進行した場合「当院で出来ることはここまで」として万一放り出されな | 上記の場合どこに相談したらよいか、がん難民といわれる人々の受け皿や情報提供の整備をお願いしたい。 | | 10 | がんの新薬はいろいろ開発されているようですが決定的なものはないように思われます。 | 国の予算を充実し、製薬会社まかせでなく国としてもっと強力ながん治療の研究を推進してほしい | | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的な種類 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般-問題・課題 | 要望/予算措置 | | |
|------|------|--------------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|--|--|---------|-----------|-----|---------------------------------------|-----------|-----|--|---|-----------------------------------|---|---|
| 15 | 4 | | | 2 | 3 | 4 | 9 | 11 | | | 13 | がん計画の冊子やHPでは見れますが、現在の段階では進捗状況が不明です。他県のHPの中にはきちんと数値化して公表しているところもあり、格差を感じます。拠点病院についてどのような役割があるのか、どこの病院なのか県民の何割が答えられるでしょうか。広報にはそんなに予算が要るでしょうか。行政の熱意あるのみ！！ | | 4 | | 6 | | | | がん相談支援センターの周知。相談員として働いていますがまだまだ広く県民に知れ渡っておりません。「聞いて貰って気持ち良かった」と言っている患者・家族が云われます。ひとりでも多くの方選を支援出来たらと思います。 | 各拠点病院に任せるのではなく、都道府県で広報できる範囲と思います。 | 医師の患者に対する対応の問題。協議会議事録の公表が遅い(11月の議事録が未だHP公表になっていません) | 相談の内容の中には担当医に対する遠慮(忙しそうで質問できない)、善悪からの不信感、不満があります。医学教育にお願いしたい。 |
| 16 | 2 | 宮城 | 宮城 | 4 | 4 | 1 | 3 | 6 | | | 13 | 在宅で患者の希望および治療が家族を含め快適に進められる地域医療を強く求める。患者の支援はもちろんのこと、家族の心身のケア、看護・介護の肩代りが安心してできる。情報等々。医療従事者の不足を伝え聞く現在、外国人看護師に頼ることなく当事国で間に合い、十分に安心して従事できるように特に予算・教育に力を入れてほしい。 | | 2 | | 4 | | | 専門用語等患者にとって理解不可能なことが多いし、納得の治療といってもよく分らないことが多いように思う。治療中や退院後の分かりやすい説明と治療が望ましい。抗がん剤、またその他の費用の軽減を望む！ | | | | |
| 17 | 1 | 宮城(仙台オープン病院) | 宮城 | 3 | 4 | 2 | 3 | 10 | | 2,3 | 10年前からみると「がん」の告知は当たり前になったと思うが、ケアの面ではまだまだと思う。 | 在宅医療と緩和ケアを合わせた医療方法が確立できないのか | | | | それらを病院に配置、または公報で知らせることで患者・家族を救う方策を望む。 | | | | 私自身は定額給付金はがん研に寄付したいと思っていますが、各県のがん研の場所、寄付の仕方、確定申告書で控除があることなど知らせることはいかがですか | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的な課題 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|---------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|--------------|---|--|----------|---|---|----------|---|--|---|--|
| 18 | 8 | | 宮城 | 3 | 3 | 6 | 7 | 8 | | | 6 | 患者の経済的負担(治療費)が大きすぎます。年々新薬が誕生し、治療成績の向上に寄与していることは喜ばしいこととは思いますが、一方これに伴い患者の負担が大きくなりしば「患者を治そうとして患者の家庭を破壊しているのでは?」という思いにかられます。 | 患者の経済的負担の軽減措置(ある条件下で自己負担率の軽減、高額療養費制度の見直し) | 7 | そもそも国家的レベルでの正確ながん登録制度が整備されていないもとは、何か新しい施策を打ち出してもその正当な評価がなされる訳がないと思います。 | 国家レベルでのがん登録制度の早急的な確立。 | 8 | 職務上、がん検診受診を地域住民に呼び掛けていますが、つきつめれば一次予防の方がより重要と考えます。「たばこ対策」の手ぬるさを見ると国(厚労省)は本当に(真剣に)がん対策を考えているとは思えません。 | 徹底した一次予防(特にたばこ対策) | | |
| 19 | 17 | | 千葉 | 3 | 3 | 5 | 6 | 7 | | | 5 | がん患者が退院をせまられ、その後行き場をなくしているケースが多いと聞く。一方、病院側でも治療が終わった人も含めて、患者さんがあふれ、オーバーフローとなり、本来標準治療を受けるべき患者を治療できないと聞く。病院や診療所が各々の果たすべき機能と役割を全うできる仕組みが必要です。 | がん医療の地域連携がより進むように、診療報酬制度とも連携して受け手の病院や診療所にもっと経済的なインセンティブが動くようにしてほしい。また、末期患者にとっては在宅で安眠にすぐせ環境がもっとも望ましい。それには急性期一緩和ケア病院一在宅緩和病棟といったネットワーク作りがとりわけ重要。保険薬局も含めそこにもっとインセンティブが動く仕掛けを考えるべきです。 | 7 | 日本は欧米と比べてあまりにもデータベースが少ないと聞く。信頼できるデータベースを急ぎ構築しなければがん対策の具体的なプロトコールとエンドポイントを限定できないのでは。レセプト、電子カルテ、DPC、あるいは薬の安全性など様々なデータベースがある。もし、これらが縦割り行政のために運動できないのであれば問題なのではないか。 | 少なくとも都道府県および地域のがん診療連携拠点病院全てが専門の登録士を雇えるだけの予算の確保が必要なのではないか(院内)。地域がん登録の協力な財政支援。目的の異なる既存のデータベースをうまくリンクできるような可能性の検討さらには行政組織横断的なプロジェクトというのはいかがでしょうか? | 6 | 患者に対する情報の整備は相当に進んだが、一方医療者と患者のコミュニケーションがどこまで進んだかはやや疑問。コミュニケーションの中で最近かなり力を発揮しているのはソーシャルワーカーだが、現状はほぼボランティアワークに近い(地域連携、がん患者への説明)でも重要。 | 患者支援、就中医療者とのコミュニケーションの核となるソーシャルワーカーの立場、役割をもっと明確に、経済的インセンティブをもっと上げてほしい。 | 厚労省にはさまざまな情報があるが、とてもみづか。予算に関する情報、さまざまな統計情報など国民に分かりやすく見えるようにしてほしい(HIPなど)。外来での高額療養費制度を入院並みの扱いに! | チーム医療を促進するうえで薬剤師の責任、役割をもっと広げる(支持療法等)に対する一部処方権を与えるなど)。またその裏付け、がん及び難治性疾患の公費負担を他の軽度疾病より重くしてほしい。 |
| 20 | 2、16 | | | 1 | 2 | 2 | 6 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 8(歯科医師) | | 宮城 | 4 | 4 | 1 | 8 | 9 | | | 8 | がん検診のうち、女性で5種、男性で3種の検診が実施されているが、例えば検診では1種の検診に絞ったものがほとんどである。アルコール、たばこによる発癌との関係はすでに報告されているが、同時に多発癌(特に消化器がん)との関係も以前より報告されている。 | アルコール、タバコ摂取量に応じ、1検診で他臓器がんについても検診を行う。例えば胃がん検診者がheavy smokerあるいは大酒家の場合、舌癌を含む口腔癌～咽・喉頭～食道～胃まで検診を行うようにする。特に口腔癌は視診、触診により簡単に発見できる領域であるにも拘らず舌癌をはじめ年々増加傾向にある。 | 9 | 上記でも記載したが、舌癌をはじめとする口腔癌発症は全悪性腫瘍の1%程度であるが、初発見時のステージは進行癌が多く、年々増加傾向にある。会話、摂食等日常生活にダイレクトにかかわる器官があるだけではない見た目にも患者の肉体的、精神的負担ははかりしれないものである。 | ・口腔癌検診は一般の口腔ケアにおける視診、触診の範囲内で十分対応できるものである。特殊機器、努力、時間はそれほど必要ない。・日常的に診療している一般歯科医の窓口を積極的に利用する。すなわち口腔癌検診を取り入れる。・費用負担は他癌の検診に比べて低いと思われが、費用配分は必要であるので予算への組み込みはお願いしたい。 | 1 | 検診に加えて、一般開業医での検診を積極的に活用できていると思う。検診を行うドクターの研修、定期講習会は必要。 | 検診率20%を50%以上にもっていくにはかかりつけ医での検診を定期的に行うようにしてはどうか。「がんプロフェッショナル」による育成の拡大。 | 一歯科医として、舌癌をはじめとする口腔癌に絞って意見を述べてきましたが、①見える部分であるにも関わらず、口内炎、歯周炎と間違われることがほとんどである。②おかしいと思って受診した時には転移をすでに伴っていたり進行がんであることが多いこと。口腔癌の発見は他のがんの発見にもつながらず重要な項目でもありと考えます。 | 上記問題点を解決するために我々歯科医師の活用をお願いしたい。口腔癌検診も組み入れる必要がある。そこへの予算配分は他癌の検診に比べて決して負担とはならないと思われる。 |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的な種類 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|----------------------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|-----------------------------------|--|---|-----------------------------------|---|---------|---|---|--------------------|--|---------|
| 22 | 18 | がん対策に興味のある主婦(前医療従事者) | 宮城 | 4 | 4 | 5 | 6 | 8 | | | 6 | 身近の患者や家族ががんケアに対して悩んでいる。誰に相談してよいか分からない(医療機関にかかっているも)。相談員や相談先をきめ細かに知らせる必要あり。特に高齢家族や独居老人。 | 医療機関特に看護師に余裕がなく、患者は相談しにくいし多忙なので遠慮がある。地域の生活相談員と医療機関の連携が必要。 | | 一般人が政策(対策)を知らないし、高齢者はITに弱いので情報の周知を図ってほしい。メディアに頼りすぎ、きめ細かな対応がほしい。 | | 集積の空き(待ち)時間にしかるべき機関でがんに対する啓蒙教育をしてほしい。 | 5 | 一般人のがんに対する意識が低いのでは | 一般の人からモニターを求め対策に反映する。医療者、行政一体となつて各自治体のきめ細かなシンポジウム等の開催して周知徹底させて、がんに罹患してもあまり困らない社会であってほしい。【意見】本日の会や結果を是非シートで見られるようにお願いします。例:新聞紙上(この会を明日新聞で知りました)。パソコンでは得ることはできない。・久し振りに現場の声が聞けて参考になった。質の高い経がきけておりがとうございます。 | |
| 23 | 1 | 宮城(県立がんセンター) | | 3 | 3 | 1 | 6 | 10 | | | 6 | 患者支援と相談。各拠点病院等においては、相談支援センター等の設置がされてあるが細かい相談まではなかなかしにくい状況にあるのではないかと思います。 | 患者同士で家族会などを作ってはあがるが、なかなか金銭的な問題も多い。ボランティアがいる病院等ではそれらの人達にも予算をつけ、さらに動きをスムーズにし、患者の支援にも力を入れてもらいたい。 | | | | 1つの専門医療と、患者が弱病する上で係るものに対して、総合的にそれらを診察(相談)できるような形が望ましいと思う。また、医療従事者を育成するための予算も必要。例えば資格を得るために補助をする等。 | 資格取得に際して、地域での取得が可能になるようにしてほしい。一般の人でも知識を得て精神的な面で力となるのが可能な形もあるのではないだろうか? | | | |
| 24 | 12 | | | 3 | 3 | 4 | 6 | 8 | | 4 | どこに住んでいても質の高い治療とケアが受けられる体制は不十分です。 | 医師数を増やし研究(研修)できるような環境が必要。治療機器の導入。 | 64と同じ内容 | 相談の質の向上のための研修。情報提供のための予算。交流の場の確保。 | 8 | 喫煙対策不十分 | 公共の場の禁煙、飲食店含め。たばこを1箱1000円に。トップダウンで。 | このタウンミーティングのように全国的な視点でベンチマークができ対策がとられるとよいと思います。行政職員の人材の育成も重要です(特に上に立つ人)。がん対策の理解(全く初めての人がきて分かった頃に異動してしまいます)。 | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足？ | 【Q2】予算は十分？ | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同右 | Q3-12具体的な種類 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | | | | |
|------|------|-------|--|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|--------------|---|---------|-----------|--|---------|-----------|---|---------|--------------|--|--|--|---|--|
| 25 | 3、4 | | 宮城(石巻ホッとサロン在宅ホスピスケア連絡会(行政)の中で地域力を1支え合いの場提供者として。) | 3 | 3 | 1 | 5 | 6 | | | 1 | 地域の中で、個人で開業している医師の方々の協力体制を築き、中核病院への派遣を通してお互いに資質向上を図りながら、患者の生活にまで心向けられる医療となることが望ましいと思われる。そのため診療報酬は充実したものとしてほしい。 | | 5 | 上記の事項がなされないこと、地域の風通しがよくなり様々な問題が解消されると思われる。 | | 6 | チーム医療の充実が患者支援につながって行くと思われるが患者は診療(手術など)終了した時点で自宅に戻り、通常の生活を送ることになるが、その間での精神的不安の大きさに決して平常心ではいられない状況がある(経済的なこと、食事のこと、通院のこと)。その支援が大切であると考えられる。 | | | 地域の中に、自分を丸ごと受け入れてくれる場の提供が大切であると実感している。緩和ケアは決して痛みを取り除くだけでなくその人の生きていこうとする意欲を見つつけられる環境づくりが大切と考え(不安をただ語り合うだけではなく本人の自立を促せる場が必要と思われる)。 | 総合医療の推進 | 患者にとっては問口が広げれば広いほどうれしいと思われるので将来的には期待したいです。 | | |
| 26 | 3 | | 宮城 | 2 | 4 | 2 | 3 | 6 | | | 2 | がん遺族の会で活動しているが遺族の方で緩和医療を受けられた方は少なく、そして緩和ケアに対応できる医療機関や医療者(Dr.)が少ない。患者や家族に緩和医療の情報や存在の説明が不足。 | | 3 | 最近開業医院が増えている地域もあるが在宅医療に目を向ける医師が少ない。在宅で患者をみたくともなかなか踏み切れない因の一つだと感じる。 | | 6 | 開業医の横の連携組織を確立する。それにより患者の病種、病状等地域性を把握して一人の医院のみの負担を分け合う。 | | 6 | 追い込まれた状態にある患者や家族を支援する医療機関の専門の方の充足は勿論だがその方面のボランティアの養成(遺族等の経験者等)で目標をもっと少し患者側に向けて。がんを即告知された患者と家族への初期のサポートが必要。 | がん検診の方法をもう一度整理してはどうか。検診の仕事に関わっているが地方の行政の方は検診率をあげるために動いているような気がする。毎年受診すべき項目、兩年でも良いもの等、年齢(超高齢者は?)、受診必要年齢の方への配慮等予算を組むのはどうか。がん検診の質の向上のため、まず行政の方の学習を。 | | | |
| 27 | 1、3 | | | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | 1 | 大病院は割と良いが、一般病院ではまだがん特有の痛みについてよく学んでいない医師が多い。モルヒネ使用について適正な理解がなされていない医師への教育が大事だと思ふ。 | | 2 | 東北医大の病院の緩和ケアセンターでボランティア活動をしているが、入棟できた患者やそれを支える家族は本心に喜んでいない。しかし入院待ちの患者が多く、入前に亡くなっている方も多し。全国にもっともっと多くの施設とそのためのケアチームの充実を望む。 | | 3 | ホスピス専門の病院やセンターだけでなく、一般病院でも少人数のための緩和ケア病室ができ、そのための国や県からの予算措置が何かかなされたら、がん患者がどんなにか助かるのではないかなと思ふ。 | | 3 | これからますます患者が多くなるため、在宅緩和ケアが重要になると思う。しかしなかなか在宅緩和ケアをする医師が増えない現状を何とかならないかと、がんを軽減し、また、がんを夫を亡くした患者として痛切に思っている。 | | 3 | 緩和医療を目指す医師の育成や在宅緩和医療をしたいと思っている医師を制度的にも予算的にも国や県でバックアップしてほしい。 | 本日のワーキンググループの福岡先生のお話を聞いて、一市民として、本当に心強く思いました。今後ますます頑張られ、国民のため力になっていただきたいとお願いと感謝を申し上げます。 |
| 28 | 6 | | 宮城 | 2 | 3 | 1 | 3 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 4 | | 宮城 | 3 | 3 | 8 | 9 | | | | 8 | 若い人たちの喫煙が目立つ。朝車通勤ですれ違う車の中から、若い人たちが(男性より女性が多いかも、幼稚園、学校の送迎もあり。)が喫煙しながらの運転が気になる。これから子供を作ったりする人たちが自ら体をポロポロにするかと思うと残念です。 | | 8 | 幼稚園、小中高の時代から、国、学校教育の現場にて、タバコの害の恐ろしさ、正しい知識を教える予算を確保していただきたい。指導者は教育ではなくてがん対策に従事している医師、保健師を当て、生の声(現場の状況)も知らせてほしい。 | | 8 | 個人負担軽減の予算を措置していただきたい。特に精検にまわった場合は、個人の負担を0円ですべての費用を国が負担する(精検報告を義務付けること)。 | | 8 | がん対策が努力義務により、介護保険、特定健診が重要視されていると感じるが、義務付けにして行政の担当者が入力することによりがん検診を受けやすい環境を作してほしい。 | | 8 | 受診率50、70%というが、きっちりとした年齢構成別の母数のあるものが必要ではないでしょうか。 | 受診率が50、70%より下がって、年齢階級別が示される母数となるような基準にすべきと思う。 |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的な種類 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | | | |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|--------------|---|--|-----------|---|---------|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 30 | 11 | | 宮城 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | 3 | ・病院における入院日数の短期化に伴い、いわゆる「がん難民」となった患者さまの行き場所が仙台においても充実されていないと感じます。在宅で最期を迎える状態となっても、介入してくれる医療がまだまだ不十分と思えます。・独居でも、在宅死を望まれる患者さんが安心して暮らしていける様な環境づくり。・メディカルマンションなどのスタッフの意欲、介入をどこまでとするのか、明確な知識習得の場を作っていたいただきたい。 | | | 在宅医療の中にも、緩和ケア認定看護師、がん疼痛認定看護師等も多くなっていますが、お互いの連携や情報交換などの場があれば、充実していきませんかと思えます。また、その際可能であれば、医師の方々とも場を共有していければ関係性も確立されていくのではないかと思います。 | | | 在宅医療にかかわる医師と看護師、他職種(訪問看護師、ケアマネージャーetc.)との情報交換、共有の場を設けていただきたい。・東北地方における認定看護師育成の場が悪いので、その場を作り、認定看護師を増やしてほしい。 | 2 | 在宅における麻薬の使用も拡大しつつあり、その際における認定看護師らがどこまで介入していけるか、施設外での緩和ケア、疼痛認定看護師の活用を充実化をお願いしたいと考えます。 | 2 | 麻薬に対する傾聴対策として、リタリンの使用が(精神科医による処方)限られている状況下で、在宅で傾聴対策が行えるような対策を考えていただきたいと考えます。・在宅医療にも精神科医が介入できるようなシステム作りをしてほしいと思います。 | がん専門病院での勤務の経験を経、現在は在宅にかかわっていると、がん難民の方々が行き場所、安心して生活できるようなフォロー(往診してくれる機関の少なさ、24時間対応の少なさ)が不十分なため、不安を抱えて退院を余儀なくされてきている方々を多く見ました。フォローできる往診医をもっと増やすことはできないでしょうか。 | 往診可能な多機能な医療関連の充実化をお願いします。・在宅における緩和ケアチームの充実化(在宅ホスピスが標準化されていけるように) |
| 31 | 12 | | | 2 | 3 | 1 | 4 | 9 | | | 7 | 個人情報保護の壁と運営に対する財政支援が都道府県では困難に。 | がん登録法の整備と、都道府県への財政支援。 | | がん診療連携拠点病院の整備と均てん化 | | | 現行の二次医療圏毎の拠点病院の整備は、今の指針では困難な状況にある。このため、拠点病院の一手手前のサブホスピタルのようなシステムの構築が新たに必要と考える。 | | がんの検診についての受診率の向上と制度管理を進めるための市町村、都道府県のマンパワーの不足と財源の確保が困難な状況となっている。 | 都道府県と市町村への支援のための財政措置。 | がん対策の予算の確保が困難になっている。 | 医療保険を活用したがん医療の推進や検診の推進などが考えられる。Ex 拠点病院の診療報酬のインセンティブの向上や検診の医療保険の適用。 | |
| 32 | 7 | | 宮城 | 3 | 3 | 1 | 2 | 9 | | | 1 | 全体が医師不足の中で特に放射線治療医と化学療法医の不足が問題である。特に医師育成に大学の教育体制は重要で、すべての大学で専門の講座を設立し、専門医の育成と同時にがんを扱うすべての医師に放射線治療や化学療法の適応や知識を教育すべきだと考えられる。 | 法人化後は、各大学の判断で講座設置となるが、是非文科省中心に予算をつけて講座設置を促進していただきたい。 | | 医師の育成には時間がかかるので、当面の問題解決と医療の質向上のために医学物理士などコメディカルの育成と資格化が重要である。 | | 欧米に恥じないように医学物理士やがん専門看護師などの資格化と研修期間中の予算支援や雇用のための予算化をお願いします。 | | がん対策の予算はすべて時限である。人材育成が重要な課題であるので、長期の人材雇用計画などができない。 | がん対策で有効な施策を診療報酬に反映する方法をやることとその公表。 | | | | |
| 33 | 12 | | 宮城 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | | | 1 | 1. 医療従事者の数も質も不十分。そもそも医療従事者が不足している中、がん医療にどの程度分けられるかが要検討。2. 各種専門医、専門看護師、医学物理職種の整備。 | 新たな資格制度の創設も視野に入れた諸外国等の状況の分析とそれに伴う財政支援(診療報酬での裏付けも含めて) | | 医師で緩和ケアについて十分認識していない人が非常に多いという認識。看護師も同様。どうしても自分が専門とする各専門分野に偏重する傾向あり。 | | やはり、教育の充実が必要。医学(学生)教育の中で充実が不可欠。 | 3 | 在宅医療について充実していないと認識。 | 教育、育成にかかる経費の充実 | がんに限らないが一次予防の対策が不透明。(二次予防が強調されすぎ)国家を挙げて大きな対策に取り組めないか。 | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | [Q1] 対策に満足? | [Q2] 予算は十分? | [Q3] 重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12 具体的な種類 | Q3-13 具体的なテーマ | [Q4] ●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | [Q5] 全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|-------------|-------------|----------------|----|----|--------------|---------------|----------------|---|--|-----------|---|---|---|--|---|---|--|
| 34 | 1 | | 宮城 | 3 | 4 | 6 | 10 | 13 | | 自由診療の評価 | 6 | ・各病院の治療(例えば外科手術等)に対する治療後の常に最新の経過の情報公開(インターネット等で)。生存されている場合、どのような状態で生存されているのか。・上記の多くの情報があれば、患者側の治療に対する判断、選択に生かされる。 | ・上記、情報公開に対して、標準フォーマットを作成し、ネットでも見られるようにお願いしたい。 | | 第4、第5の療法の研究の推進、例えば、ゲノム、免疫療法に対する積極的な研究推進。県に一つ、すべてのがんで臨床参加できるようにお願いしたい。 | 例えば、一部のがんで、ペプチドワクチン療法などは結果が出ているものもあります。そうであるならば、すべてのがんで広く、多くの臨床を重ね、できるだけ早く成果を導き出す。そして、実際の治療に生かしていただきたい。 | 13 | 自由診療といって、色々な療法がなされています。保険外なのでかなり高価なものばかりです。果たして効果があるのかという、客観的な資料が何もありません。信じていいものか、評価のしようがない。 | そういう治療をするのであれば、客観的な治療の効果を情報公開することを義務化していただきたい。そうすれば、いかにいいものが乱立することはなくなるし、患者が無駄な治療をしなくて済みます。 | | |
| 35 | 1 | | 宮城 | 3 | 3 | 1 | 4 | 9 | | | 4 | 現在、肝細胞癌患者です。現在まで肝動脈塞栓術を2回受け治療中です。病状に適した治療を施してもらっているのですが、治療の方法が通じりかあるようなのですが、もっと患者、家族に浸透する啓蒙活動が必要ではないかと思っています。 | 治療に加入していましたが、再発して中止となってしまいました。このような場合、今後の治療の在り方、今後の薬の在り方が心配で、治療薬の制度の期間短縮(認可まで)できないものか。 | | 私の場合は良い医師に恵まれていると思っていますが、一般的に主治医にばらつきがあるようで、特にがんに対する知識の豊富さが必要と思われま | 医師(専門医)の早期育成と育成のための予算。 | 9 | 早期発見による完治率は高いと思われます。市町村単位で早期発見の体制作りを一日も早く確立してほしい。 | 色々な検査(GT, MRI, PET等々)の費用が未だ高額と思われるので、(低価格での検診料)できるようにするとういと思う。 | がん対策についてこのような体制で進めているとは知らなかった。もっとマスコミ等で周知すべきであると思う。 | 上述した3つの項目は、医療現場では、マッチした予算計上をし、それが消化されることが望ましい。 |
| 36 | 1 | | 宮城 | 1 | 1 | 8 | 9 | 10 | | | 9 | 早期発見について、今まで以上に回数お願いします。(がん検診)国の予算をお願いします。 | | | | | | | | | |
| 37 | 7 | | 宮城 | 3 | 3 | 4 | 9 | 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 38 | 2 | | 宮城 | 4 | 3 | 2 | 4 | 11 | | | 3 | 1.宮城県にはホスピスが少なく、入院するのに3か月近くかかり、順番待ちの状況である。2.現医療制度では、患者本人が入院したくても外来をすすめられる。 | 1.一週間前後で入院できるよう設備の拡張を図ってほしい。2.ベッドが空いているのに入院させてくれない。これは、一般の軽度の疾患と同一に考えているのではないが。 | | ハーセプチンのような分子標的治療剤がないものか、また、副作用を軽減する治療法の確立を急いでほしい。 | 11 | がんの転移先の予測ができ、これを遮断する治療法の推進(天気予報のような観測はできないのか) | 今年ノーベル賞を受賞した下村博士の、クラゲから採取した蛍光染料の医療分野での活用を早く実現してほしい。 | 人工透析は本人負担は10,000円/月で、残りは全額公費負担になっており、長期に及ぶ治療には保護政策を早急に打ち出してほしい。そのためには、現保険の社保、国保、共済、組合健保の一元化統合が必要である。高額医療費は社保→国保に切り替わると、カウントが1からになる。これは、病院も同じなの不合理である。 | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足？ | 【Q2】予算は十分？ | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全校一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|------|------------|-------------|---|---|---|--|---|--|-----------|-----|---------|--------------|---------|
| 42 | 13 | | 宮城 | 3 | 3 | 1 | 9 | 13 | | | 9 | がん検診の受診率がなかなか難しい。マンパワー不足はかなり深刻で自治体の現場職員はがん以外にも(自分のことです)予防接種・特定保健指導・特定検診などあらゆる業務を担当しています。約5万人の人口の市ですが、がん検診はほとんど1名(プラス係員)で行っている状況です。検診をこなすのに精いっぱい、普及事業の実施は困難です。(一応フォーラムとかやっていますが) | 検診に関わる検診団体との調整や受診者市民からの苦情も多く、その処理対応未精接者への受診勧奨や追跡などなどどんなに現場担当者が多忙かわかりますか？ほかの市町村も同様だと思います。自治体のがん検診はほんの1、2名の職員で実施していることですが…と言っても過言ではないと思います。どんなに予算がついてもこれ以上やれませんが、都道府県の意見も重要ですが、末端の現場の状況にあっているようがありません。全く人的に不足です！！頑張りとかやる気以前の問題です！！現場の担当者は疲れてます。 | 市民から医師の苦情をよく聞きます。がん告知は一般的だし、主流だと思いますが、「平均寿命生きたんだからもういいだろう」とか「世界に何10億人人間がいると思うんだ？一人くらい死んでも問題ない」と平気で言う医師が増えている。医師の人間性が問題なのか？ | 労働基準法で何とか整備するとか。職域健診もがん基準法で精度管理するとか、受診を義務付けるとか、してほしい！！がんは予防が難しいと思うから、早期発見、早期診断、治療が最も大切だと思いますから、職域の人を把握できないのは片手おちな気がします。 | 医療費の助成とか…。(でも国も県も市もお金ないから無理ですね。だいたい、職員削減、時間外手当なし、休日の研修はすべて自己負担。こんなじゃモチベーション低下も著しくなります。やる気だけで乗り越えられないです。) | | | | | |
| 43 | 13 | | 宮城 | 1 | 1 | 1 | 8 | 9,10 | | 9 | がんの早期発見に対する専門の病院(施設)関係者特に医師の確立を要望いたします。つきましては、研究に際して資金が必要です。国、県、市の連携を密にして充分な予算を計上してほしい。 | 各種癌に対する専門の病院(施設)関係者特に医師の確立を要望いたします。つきましては、研究に際して資金が必要です。国、県、市の連携を密にして充分な予算を計上してほしい。 | 専門医師の研修費を中心に施設の確定に対するの予算措置をする必要がある。 | 医師不足、特に各専門医の確保が最重要です。 | 研修医に対して、施設に対して、本気になって予算措置計上してほしい最重要です。 | 医師、特に各専門医不足解消が一番です。 | | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | [Q1] 対策に満足? | [Q2] 予算は十分? | [Q3] 重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12 具体的種類 | Q3-13 具体的テーマ | [Q4] ●意見1-1(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | [Q5] 全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|---------|-------|------|-------------|-------------|----------------|----|----|-------------|--------------|-----------------|---|---|-----------|--|--------------------------|--|---|---|--|--|---|
| 44 | 16 | | 宮城 | 4 | 4 | 1 | 8 | 10 | | | | がん診療連携拠点事業におけるがん医療者の研修は重要ですが、医療者を育成するための専門家(医)が少ない。今後、がん患者が増加する中で、医療従事者の中からがんを専門にする医療者を確保し、その専門性を向上するには、がん医療者を計画的に増やす国(行政)の施策が必要と思われる(拠点事業や文科省の「がんプロ」では、目標を達成するための財政基盤や異体性が弱いと考える。) | ①がんの専門医療者を大学で養成するための講座の設置を推進する。このため大学医学部等の予算(講座設置のための振興調整費や補助金)を拡充する。一「がんプロ」の5年間の補助金が終了した後にも補助を継続することも検討する。 ②拠点病院に専門医を配置するには、やはり医学教育からの対策が必要である。具体的には化学療法と放射線治療の講座は全国79大学すべてに設置すべきである。 | | 過去30年間の対がん10ヵ年計画(1~3次)は主にがんの基礎的研究が中心であり、大きな成果を上げてきたが、その一方でその成果が臨床の場(実際の診療)に反映されていないとの批判があり、現在様々な国のがん対策は主にがん医療に向けて行われている。短期的な視点に立てば、これは大変結構なことであるが、中、長期的な観点から、がん研究予算、特にがんの基礎研究予算を減じるべきでない。(がん特定領域研究の終了後は我が国のがん医療水準を下げることになる。) | | 1. がんの研究予算の拡充一文部科学省における科研費にがん予算を復活させる(がん特定に代わるもの)→厚労省のがん臨床研究(厚労予算)も現在の予算では足りない。2. がんの医療水準を向上させるには新しい医療を研究開発するしか方法はない。「がん医療水準の均てん化」はあくまで低い水準のところと引き上げるだけであり、全体のボトムアップのためには、研究、開発の推進は不可欠であると考える。 | 8 | 喫煙対策は最も手取り早いがん対策。行政の力だけでは喫煙対策の推進がうまくいかない。政治家(国政、地方問わず)や官僚の喫煙率が高く、また、一部の政治家がたばこ産業と関係が深く、国の政策としての対策が進展しないのではないかと。 | ・公共の場(飲食店、役所)での喫煙の全面禁止一部道府県共通の施策として3年以内に実現すること。喫煙は医療費を無駄遣いする「悪」であることを国がテレビで広告するくらいのこととしてはほしい。★一昨年、文科省に行ったとき、待合室の隣で職員が喫煙していて、煙突のような待合室であった。厚労省もおなじ。 | 省庁間の連携が不十分。政治、政権を切り離して、一定期間予算を拡充し、それを守る枠組みを超党派で決定し、政策に反映する様に働きかけるべき。 | 1. 文科省予算の拡充(大学医学部におけるがんに関連する講座一特に腫瘍内科と放射線治療科の設置のための予算)2. 厚労省における拠点病院の拡充、3. 省庁研究予算の拡充。 |
| 45 | 2, 3, 4 | | 岩手 | | | 1 | 2 | 4 | | | 11 | がんの施策と予算を考えると患者委員の役割、がん対策推進協議会の役割について周囲の理解が得られない、一般の大多数の患者さんの関心が全く低い。一般のがん患者さんにごん対策の重要性が理解されていないと感じる。 | 一般市民や大多数の患者さんに「がんの施策を予算で考える」ことの重要性を知ってもらうための啓発をしてほしい。 | | 緩和ケアの充実が叫ばれているが、まだまだ普及していない。できるだけ早めに緩和ケア、ホスピスの医療現場への浸透が望まれる。 | | 卓上の学習だけでなく、すべてのがん医療に携わる医師への緩和ケア実習の義務化。 | | | | | |
| 46 | | | 宮城 | 3 | 4 | 1 | 6 | | | | 6 | 日常生活、社会生活などに関する患者、家族への相談、支援体制が十分ではないと思われる。 | 患者を中心とした医療、福祉のさらなる連携。患者団体がさらに積極的に役割を担う環境づくり。 | | 疾病のみを見るのではなく、日常生活、社会生活について十分にアドバイスできる医療従事者の育成、医療従事者のコミュニケーション能力の欠如または不十分さ。 | 患者・家族の声を医療従事者の現場に反映すること。 | | がん対策立案などにおいて、患者団体もきめた地方自治体、国、医療者、福祉関係者、一般市民も巻き込んだプロセスの重要性を認識した。 | 地岡氏が説明した施策・予算などに関する提案プロセスの定常化とそれらの公表の定常化 | | | |
| 47 | | | 宮城 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | 2 | 1. 緩和ケアのわかる医師、コメディカル、医療ソーシャルワーカーなどの育成が不十分。2. 緩和ケアの「QOL」に対する認識が不十分。 | “緩和ケア”におけるQOL一人として、ノーマライゼーションの視点から一を高めるため、自発的な民間人を育ててほしい。・QOLを高めるための人材を育成、民間から発想してほしい。 | | 支援診療所に緩和ケアをリードする生きがいを与える。(QOLをアップする)コーディネーターを配置する。その育成を民間にモデル事業として話をする。 | | 支援診療所に緩和ケアをリードする生きがいを与える。(QOLをアップする)コーディネーターを配置する。その育成を民間にモデル事業として話をする。 | 緩和ケアについての認識を深めていない。一地域や日常生活を大切にで | 緩和ケアが病院にとどまっているため、支援病院と在宅緩和ケアチームの連携した取り組みを。望ましいあり方を民間モデルから発展させる。 | 拠点病院は、治療中心一緩和ケア特在宅ケアまでのリーダーになるのはどうか?在宅ケアの現場がわからない。 | 医師、看護師は確かに大切であるが、専門性のみからは解決できない。患者、家族の立場からの発想を民間に求めてほしい。 | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-----------------------|--------------|---|---|-----------|--|--|--|--|--|---|---------|
| 48 | 11 | | 宮城 | 2 | 3 | 1 | 6 | 13 | | 医療と市民と協働の生きがい支援チームの育成 | 6, 13 | 緩和ケアは、“地域で生きることを”支えることを深く理念にとらえた支援が必要。①介護保険、医療保険に支えられて在宅も可能になったがケアが伴わない。②緩和ケアチームは、医療関係者で院内チームであり、在宅移行後の支援に結び付きにくい。③治療→ケア→生きることの支援チームの流れを結ぶ人材が必要である。 | ・温かな流れがシステムの中に反映されるように、緩和ケアコーディネーターの養成を。・在宅療養支援診療所にコーディネーターを配置し、予算をお願いしたい。 | 5 | 医療機関と連携体制の整備の問題点。・民間の診療所とのタイムリーな連携にならない。土、日、祭日等、がんの患者さんをそのままにしてしまう。早期連携。・入院中、がんの患者さんが家や病床に戻りたいときの外出中の医療の保証 | 支援診療所とケアチームとの連携を推進することを提案します。・結果、がんの患者さんは日々が命がけです。医療機関が休みのときの対応が不十分で、我慢させられてしまう現状を打開するには、支援診療所同士の連携とさらにケアチーム(民間と患者さんの希望するチーム編成)と連携することで24時間365日安心のバンプが可能。・連携するための人材として民間の協力できるパートナーシップのできる緩和ケアコーディネーターを配置する。 | 13 | 生きがい支援対策が課題 | 生きがいを引き出すか、つなげるか、生きている限り(告知された患者さんの)をサポートし続けるシステム、人材育成を「地域で命を支えるプロジェクト」を予算を組んでとりむことを提案いたします。 | | |
| 49 | 6 | | | 3 | 3 | 1 | 8 | 9 | | | 9 | 検診率の向上にも一つというところが問題 | システムの整備、実施、子宮がん検診の若年者(10,20代)に対する対応。 | 8 | 禁煙の徹底ことに若年者の禁煙の強力な実行。 | 若年者のパピロスウイルス検査など | 1 | 医療従事者の養成 | 乳がん検診に超音波検査の導入 | | |
| 50 | 6 | | 宮城 | 3 | 4 | 7 | 8 | 9 | | | 9 | がん検診も科学的に有効性が証明されたものについては特定健診と同じように保険者へ義務付ける方法をとるべきで、国民の3人に一人が死亡するがんのほうこそ重要だと思ふ。 | がん検診はたばこの価格(たばこ税)だけでなく葉たばこの納入価格、販売価格もをきめ、2~3倍に上げればよい。仮に喫煙率が1/2になって、農家の方も困らないでしょう。 | 8 | たばこ対策はたばこの価格(たばこ税)だけでなく葉たばこの納入価格、販売価格もをきめ、2~3倍に上げればよい。仮に喫煙率が1/2になって、農家の方も困らないでしょう。 | 7 | ・がん登録の整備が進んでいない。個人情報保護法にあまりに過敏反応があって、本来科学的、医学的な研究や重要な行政施策に使用すべき例外事項となっているのに一般の方、法律家、臨床医にも理解されていない。また、精度の高いデータを作るのには、それなりのお金がかかるのに予算がきわめて少ない。 | ・地域がん登録の重要性を何度もPRする「登録なければ評価なし、評価なければ対策なし」というではないか。がん登録法を作ればよい。・先進国では、県の委託事業として予算化しているが、実際の経費の1/2である。国がもっと補助すべきです。 | 今回のTMIは極めて有益です。WGの考え方、方針に全面的に賛成です。大いに力を発揮してください。期待しています。 | 再度言いますが、がん検診の義務化、または、一般財源化された仕組みをもっともどして補助事業にする。そうしないと全国の市町村は動きません。 | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的な種類 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|--|--|---|-----------|---|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|
| 51 | 6 | | 神奈川県 | 4 | 4 | 8 | | 9 | 11 | | 9 | 1. 各種検診の実施主体が異なる。そのため、体系的な取り組みができていない。実施日がまちまち。受診率の低迷。請求事務の複雑、窓口の混乱が生じている。2. 受診率等の把握、評価の遅れ。3. 精度管理が不十分 | 1. 地方交付税化されたがん検診予算の大幅増額。2. 各自治体の取り組み評価と予算の重みづけ導入。情報収集一提供による格差解消と取り組み強化3. 実施主体の一本化、がん検診の保険者一括管理。 | | 8 | 1. たばこ対策:喫煙率高い、子供と婦人の喫煙率上昇、禁煙、分煙対策の遅れ2. 幼児期からの健康教育 | 1. ①たばこ価格を上げる一税取増は、タバコ農家の転作奨励(時限)、タバコ農家の小売業者の補助金(時限)、タバコ対策推進、禁煙教育推進、医療、社会保障関連等に配分する。②禁煙、分煙推進と法整備(神奈川県条例等)2. 食育、喫煙予防教育、メンタル対策やメタボ対策も含め総合的に。 | 11 | 進捗管理、評価について | 県単位での管理、評価、一全体で集約し、情報提供、情報の共有化、均てん化。 | 計画、予算について、国、都道府県、医療関係者、市民による問題意識の共有化、有機的な連携体制の構築 | 補助についての弾力的な運用10/10を増やす。交付金→地方への配慮 |
| 52 | 2.5 | | | 3 | 4 | 9 | | | | 1.9 | 1. 医療従事者の育成について、医師になるためには年数と膨大な経費がかかる。昔は医師になることが金持ちになることと考えられていたが、今の医師は、勤務医にせよ開業医にせよ、大変な労働を強いられていると思う。そのため、地方とか勤務の厳しいところから離れようとしている今の医師不足の地域格差をなくすようにしてほしい。また、医師を育成するための助成があっても良いのではないかと(国会議員の数をへらしても良いと思う。国会中継をみてそう感じた) | 9. がん検診の充実、検診のための国から都道府県に交付された予算をなぜ都道府県では十分活動しないのか、残った予算は返金するのか、または、財源難で別なところに使われているのか知りた。また、国からの指導により、自治体では、検診の内容がかわり、入札によって、少しでも経費のかからないところを利用しているようであるが、できるだけ、がん検診センターのようなところを利用したらよいと思う。 | | 4 | 適切な治療の浸透→告知の有無、患者からの声として、健康で74歳まで過ごしてきた男性が、せきが出るというので病院へ行ったところ、がんが発見された。その医師は、患者、家族がいる前で、肺がん、大腸癌、ほか、他への転移もあり、3か月の余命と宣言。患者はあまりあし・がん告知を悲観して、異常行動を取り始めている。 | -早期発見のためのがん検診の推進→入札制度の良しあし・がん告知が果たして(本人)にどうか。 | 3 | 在宅医療の充実。老老介護の現状→大腸がん患者を1年間家庭で看取った家人の苦労は大変であった。病院の先生方のご配慮で、週に1、2回通って来て、診療していただいたようであると思う。 | 病院に入院したくても患者が病院へ入るのを拒み、家庭で看取ることができたが、こうしたところへの多少なりの援助があったらと思う。 | 本日の会議はとてもよかった。いろいろなことを聞かれたし、参考になった。ありがとうございます。耳の音を克服して健康になり、今朝は3時に起きて絵の大作を刷っている方がいる(富城県で)。その方は、心の持ち方で違うということを言及している。 | | |
| 53 | 8 | | 福島 | 4 | 4 | 4 | | | | 4 | 子宮頸がんの放射線による標準治療は外部照射と腫内照射の併用とされています。福島県内で平成17年に行われた密封小線源治療はわずかに10数例でありましたが(放射線腫瘍学会小線源治療部会調査)地域がん登録が行われていないので県内の年間の子宮頸がんの発生数は不明であるが、罹患率から推定される患者数よりもはるかに少ない数であり、大部分が手術されていると考えられます。放射線治療が理解されていません。 | 子宮頸がんに対する放射線治療に関する意義を周知し、放射線治療特に腫内照射の可能な施設に患者を集約するシステムを構築する必要があると考えます。 | | | | | | | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的な種類 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】意見1-1(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|---|--|--------------------------------------|-----------|---|---|--|--|---|--|--|---|
| 57 | 1 | | 宮城 | 4 | 4 | 1 | 3 | 10 | | | 1 | QOLの考え方が一般的であると感じる。告知、余命を伝えた後のフォローがなく、患者サイドはパニック状態が続く、中には自殺、うつと絶望(生きる気力が失せる)がひどい。 | 伝えることも大切だが、相手の気持ち(魂のケア)の部分の育成の充実を願う。 | | 3 | 在宅医療の充実が急務。家族の中での治療も患者自身の心の安定によって薬の効力がアップすると考える。経済的に安面にしてほしい。「介護」と同様な国の政策として考えられるようになってほしい。 | 2 | 現在としては、治療費が家庭の大きな負担になっているようである。「治らないなら、治療せず死んだほうがましだ」という声を集めて耳にする機会が増えているように感じる。安心して「自分の命」を生きる場所が高齢で、一部の限られた人しか享受することができないのならば、それは無意味ではないか。新聞・マスコミ・手記では綺麗事が多い。患者からの相談は「今、ここをどう生きるか、生き切るか」という問題が多い。 | 保険適用をもっと充実させてほしい。また、がん患者同士が、自分の言葉で自分の人生を語り合える機会を多くしてほしい。さらに、がんに関する情報の独り歩きを抑制するため、検診の向上を回るために、がん患者の体験発表の場がより増えればよいと思う。がんの死亡率も大切なことかもしれないが、生存率についても説明する機会を設けることで、検診を行う人の数も増えるのではないかと、 | | | |
| 58 | 3 | | 宮城 | 3 | 3 | 1 | 2 | 12 | | 13 | 認定・専門看護師の総数がきわめて少ない状態にある。認定・専門看護師による、きめ細やかな患者への対応が必要。 | 認定・専門看護師養成のための予算措置 | | 1 | 医療従事者の技術的力量だけでなく、生命の尊厳に対する認識・医師のポリシー論理観の育成を要請していくプログラムが欠如 | | | 医療従事者に対する再教育・技術面以外の精神面に関する教育プログラム | | | | |
| 59 | 12 | | 秋田 | 3 | 3 | 1 | 2 | 9 | | 2 | 緩和ケアの現場での医療従事者の努力や苦勞が国(中央)に十分に伝わっていないように思う。緩和ケア医師等が、病院内で十分な評価を受けていない。 | 緩和ケア医師等の「はたらき」を一般市民・医療従事者にPRする必要がある。緩和ケアのコンサルティングを診療報酬に反映させる工夫はできないか。 | | 9 | 受診率の向上には、市町村や地域の取り組みが大切だが、補助金が一概財源化されてから、受診率が上がると市町村の負担が増えてしまう。 | | | 受診率の高い市町村への加算支援 | | 国の予算、施策についての、事前の情報提供が少なく、都道府県の予算が組みにくい | 概算要求段階からの、情報提供や現場のニーズの把握をしてほしい。がん計画を「計画的」に実行していくために、長期的な予算プランを国で示してほしい | |
| 60 | 3 | | 秋田 | 4 | 3 | 3 | 10 | 11 | | 3 | 秋田ではホスピスが1か所(34床)のみ。国はやくも「在宅」移行を推進。秋田は「老老介護」だし、そもそも医師(および訪問医)が不足。「看護」と「介護」の分離(法・保険)が患者本位ではない。 | 結婚・子育て等で退職した看護師による、時間を区分した訪問看護。(急性期病院は困難なので若い人。)そのため報酬と介護ステーションへの手当。「介護」と「看護」の予算面・制度・法的統合。 | | 10 | 臨床試験をどんどんやるための予算。または、海外の試験結果もデータとして活かす。本人の了承(納得)のもと、国内で認可されていない薬を個別に使用することを許可する体制づくり。 | 11 | 一般の患者に切実な意見が患者会代表の委員の意見に集約されているように考えられているが、患者会等の委員は往々にして苦しかった時の気持ちではなく、組織の長としての考えを述べる人も一部存在する。 | | | 協議会委員の意見と並行して、一般患者の意見をアンケートで聞く。アンケートの対象は「健康な人は除く」といった形で限定する。また、サロンのスタッフにもアンケート調査をする。 | | 「国と県が仲よし」共有。「六身一体」はそのとおり。「金がないなら頭を使って自分たちで！」もそのとおり。 |

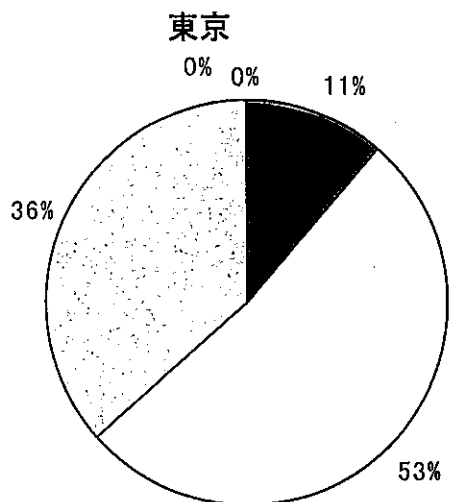
| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足? | 【Q2】予算は十分? | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的種類 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--------------|---------|
| 61 | 1 | | 宮城 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | | <p><医療従事者の育成>抗がん剤の専門知識を持つ医療従事者が(看護師も含め)少ない。緩和医療のプロフェッショナルが少ない(特に、「痛み」をコントロールするプロフェッショナル)。がん患者の心のケアに携わる専門家(サイコ・オンコロジー分野の開拓、研修会や情報収集、知識や技術)が少ない。</p> | <p>専門知識を持った医師・看護師の育成。サイコ・オンコロジー分野の開拓、研修会や情報収集、知識や技術研修の機会。</p> | | <p><緩和ケアの充実>緩和ケア病棟・ホスピスの数が圧倒的に足りない。終末期の患者に対し、死生観など心のケアに当たる専門家がいない。「痛みの緩和」に対する専門家が少なく、「緩和ケア」に関して地域格差がある。</p> | <p>緩和ケア病床の増設。痛みをコントロールする最新情報の勉強会・研修会の開催。緩和ケアコーディネーターを各県で育成し、配置する。</p> | 3 | <p><患者支援と相談>各地で患者会が発足し、患者同士で互助サポートやピアカウンセリングを行う試みが増えているが、その反面、ピアカウンセリングに当たる相談員が過去の辛い闘病生活を思い出し、過去の記憶をえぐられるフラッシュバック現象に苦しんだり、各患者会で相談業務の分野に携わっている問題を抱えている。</p> | <p>県や市などで、がん患者のピアカウンセリングを行う患者会のスタッフを集め、カウンセリング技術の習得や、事例検証を行い、お互い情報交換を行ったりできる勉強会を開催してほしい。また、がん拠点病院の中に患者会の事務局を置くなど、病院と患者会での共同の取り組みができる体制ができればよいと思う。</p> | | |
| 62 | 17 | | 東京 | 3 | 3 | 8 | 9 | 13 | | 13 | <p>頭部がん予防のワクチン実施を、がん予防プログラムに正式に分類する。医師協会の推奨による、若い女性のワクチン接種の促進。(Vaccination for the prevention of cervical cancer should be officially classified as a cancer prevention program. MHEW? Should engage in aggressive efforts to promote vaccine of young women according to recommendations of professional physician societies.)</p> | | | <p>がん予防プログラム(cancer prevention program)が一般的に国家のプライオリティとして見られていない。</p> | | <p>①たばこ税増税などによる、全国的な喫煙行動(者)の減少。②文科省主導による(がんに関する?)学校教育。③女性のがん予防に対する大学や学校での教育活動。</p> | 9 | <p>がん検診が会社・社会・学校の福祉制度においてあまり実施されていない</p> | <p>がん検診率が低い。そのため、全国的な教育プログラムによって改善されるべき:①NHKによる広報・宣伝活動(NHK public advertisements)②新入社員に対して会社が検診を受けようとするように奨励。③学校や大学におけるがん検診の実施・がんに対する教育プログラム</p> | | |
| 63 | 1 | | 宮城 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | | 5 | <p>集学的治療の後の患者の慢性期や進行がんのフォロー体制が不十分。「治療ができない」と言われて病院を出された場合、地域のネットワーク(診療所)などが機能しなれば、行き場のない患者はどうすればよいか。</p> | <p>拠点病院を核にした、地域医療連携クリティカルパスの構築。患者が「ワンストップ」で医療や緩和ケアを受けられる「チーム医療」を構築する。予算措置、ネットワーク推進事業</p> | | <p>患者に不足している「情報」(治療について、医療施設の実力・ガイドライン)。患者支援と相談について、病院内の体制が不十分。また、病院外での取り組みについて公的支援が不十分。</p> | <p>病院ごとの情報開示(症例数・標準治療など)。施設比較ができるようにしてほしい。医療レベルの均てん化には施設格差の解消が必要。</p> | | <p>国の予算策定スケジュールが県と整合していないことがよくわかった。せっかくの事業に用意された予算を消化しきれないのが残念。</p> | | | | |

| 通し番号 | 所属番号 | 所属その他 | 都道府県 | 【Q1】対策に満足？ | 【Q2】予算は十分？ | 【Q3】重要テーマ(番号) | 同左 | 同左 | Q3-12具体的な種類 | Q3-13具体的なテーマ | 【Q4】●意見1-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算措置 | |
|------|------|---------|------|------------|------------|---------------|----|----|-------------|--------------|---------------|---|--|-----------|-----|--|-----------------------------|-----|--|-----------------|---------|--|
| 64 | 1 | | 鳥根 | 4 | 4 | 2 | 3 | 6 | | | 3 | <在宅医療>患者は医療現場から放り出され、福祉施設に入れないことが多い。フォロー体制が整っていない。 | 開業医の先生方はもっと緩和ケアを学んでほしい。昔の医師の姿勢を学んでほしい。緩和ケアを避ける医師は医師ではない。 | | 6 | <患者支援>患者たちは医療をよくするために行動・活動しているが、ほとんどはボランティア。医療を向上させるのに貢献しているのに、彼らをバックアップする体制が整っていない。 | 患者支援が必要 | | | | | |
| 65 | 18 | ケアマネジャー | 宮城 | 3 | 3 | 2 | 3 | 5 | | | 3 | 介護保険を利用する末期がんの利用者のケアマネジャーになった場合、「退院してからサービスを導入→症状の悪化に伴うサービス利用内容の変化→終末期看取り」までの流れがとてと速く、間に合わない。特に高齢でない患者は進行も早く、介護者も若く、現実を受け入れられないままの退院もあって状況把握が困難 | 末期がん患者に対する退院後のフォロー体制の充実(医療・介護)また、家族に対する丁寧な経過(予想される患者の最期までの)説明→医療現場はとてと忙しく、丁寧な対応ができないので、それができるような体制の整備。 | | 5 | 地域の在宅診療ができる医療機関の情報整備がうまくなされていない | 医療連携・ネットワークを市民宛てに発信するツールの表示 | 2 | 末期がんで退院された患者のフォローを行う医療機関(在宅診療を含め)を増やしてほしい。 | 開業医と拠点病院のさらなる連携 | | |

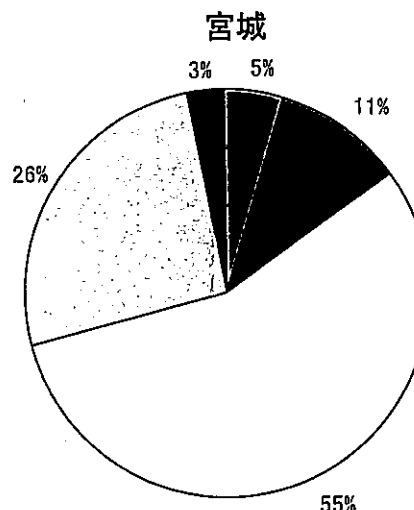
■ 選択肢設問等の解析結果

1. がん対策の満足度は、東京、宮城ともに15%程度

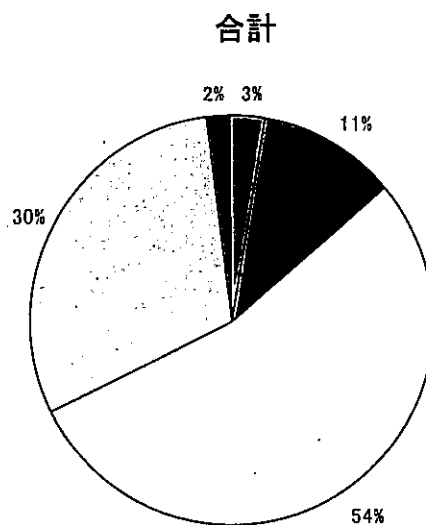
【問1】現在の「がん対策」に満足されていますか。一つ選んで○を付けてください。



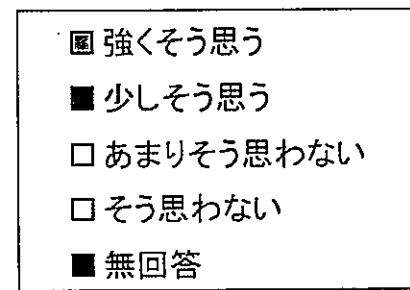
n: 44



n: 65

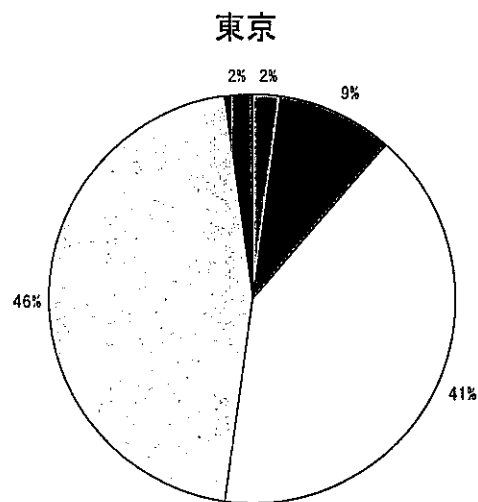


n: 109

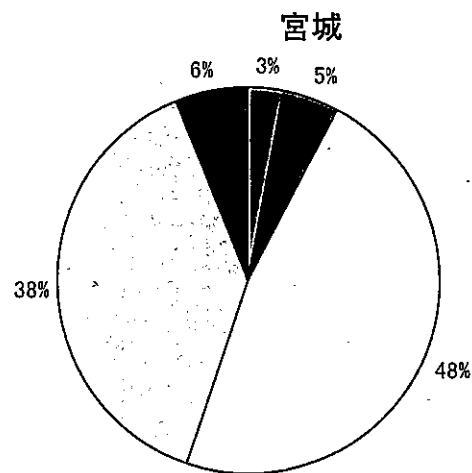


2. がん対策予算の充足度は、東京、宮城ともに10%程度

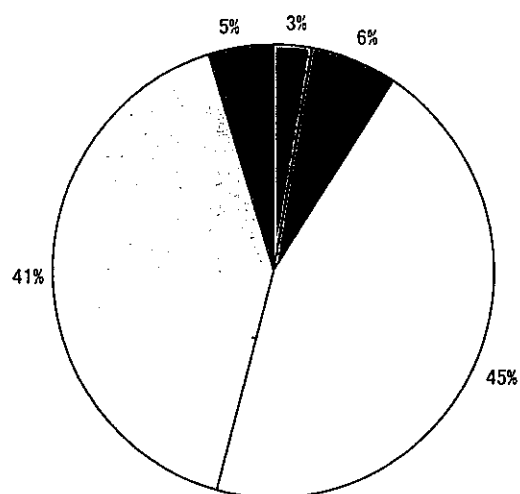
【問2】現在の「がん対策のための予算」は十分だと思いますか。一つ選んで○を付けてください。



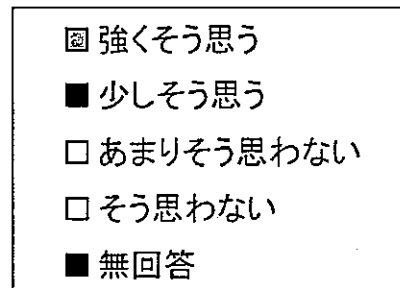
n: 44



n: 65

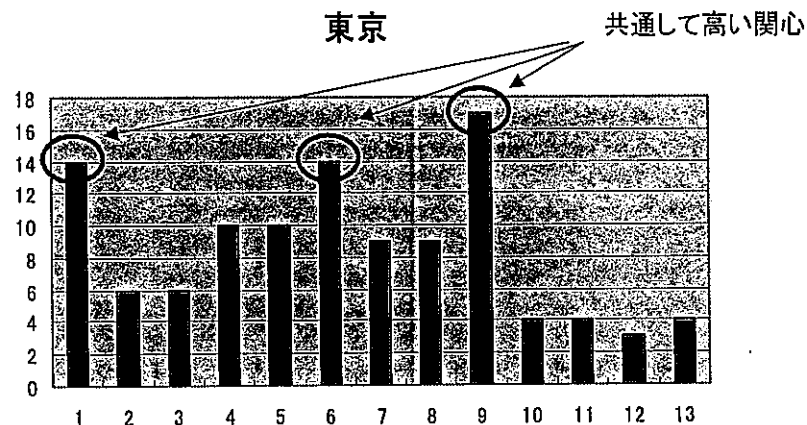
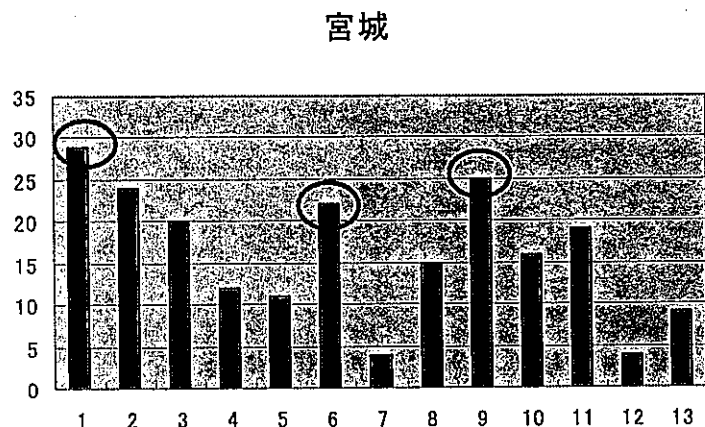


n: 109

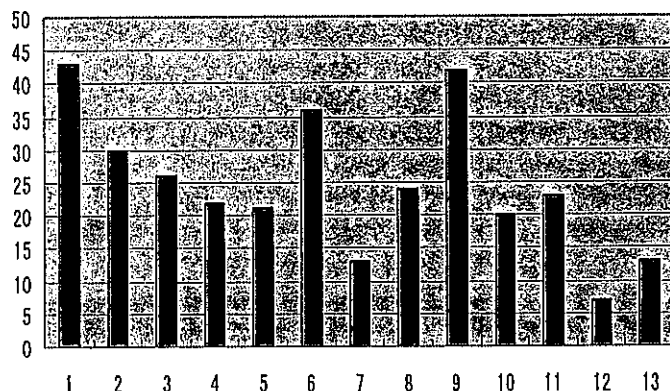


3. 重要テーマは、「医療従事者育成」「患者支援と相談」「早期発見」

【問3】【個別テーマについて】がん対策でもっとも重要であると思うテーマを選ぶ(3つまで)。



合計

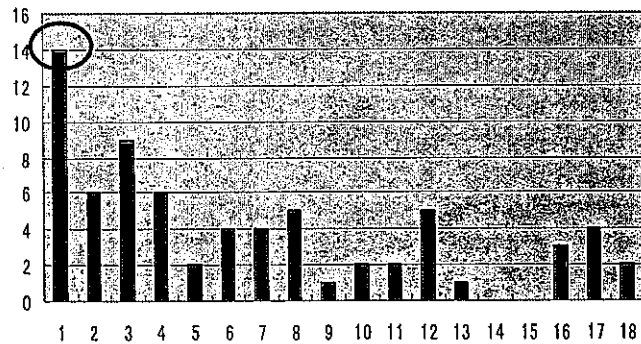


- (1)医療従事者の育成(医師など)
- (2)緩和ケアの充実(緩和ケアチーム、ホスピスなど)
- (3)在宅医療の充実
- (4)最適な(標準)治療の浸透
- (5)医療機関と連携体制の整備
- (6)患者支援と相談/情報提供体制整備
- (7)がん登録の整備・推進
- (8)がんの予防(たばこ対策など)の推進
- (9)がんの早期発見(がん検診)の推進
- (10)がんの研究の推進
- (11)がん計画の進捗管理と評価
- (12)がんの種類別の対策
- (13)その他の個別テーマ

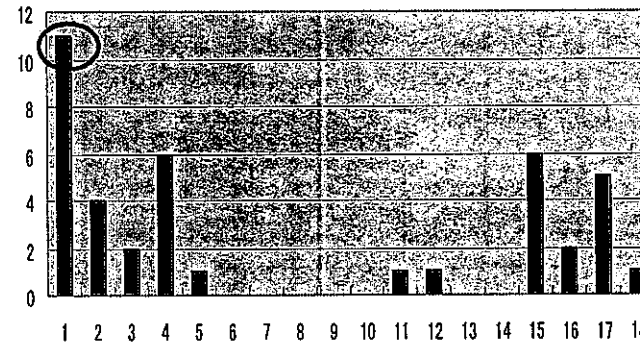
4. 患者関係者をはじめ、多様なステークホルダーから参加があった

【回答者の属性】

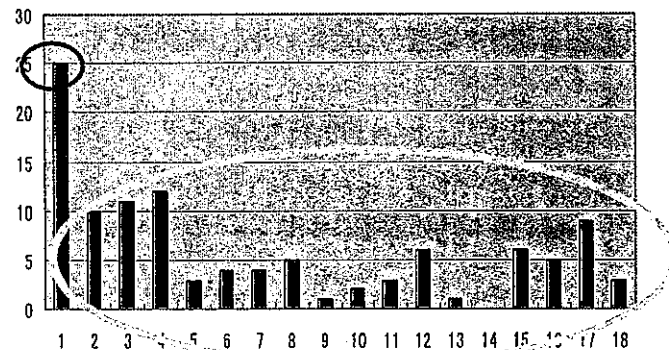
宮城



東京



合計



- (1)がん患者、がん経験者
- (2)がん患者家族、近しい友人など
- (3)ご家族などを、がんで亡くされた方
- (4)がん患者支援者、ボランティアなど
- (5)1～4に該当しない市民
- (6)医師会、看護協会などの職能団体
- (7)都道府県がん診療連携拠点病院関係者
- (8)地域がん診療連携拠点病院
- (9)その他の病院
- (10)診療所
- (11)在宅緩和ケアスタッフ
- (12)都道府県庁関係者
- (13)市町村関係者
- (14)政治家、議員
- (15)メディア/マスコミ関係者
- (16)学者/研究者
- (17)医療関連産業
- (18)その他

<意見記入シート 原本>

みんなでがんの施策と予算を考えよう(がん対策に関するタウンミーティング)

みなさんのご意見をお寄せください。下記にご記入ください。簡単でもけっこうです。

【問1】現在の「がん対策」に満足されていますか。一つ選んで○を付けてください。
1 () 強く思う 2 () 少し思う 3 () あまりそう思わない 4 () そう思わない

【問2】現在の「がん対策のための予算」は十分だと思いますか。一つ選んで○を付けてください。
(あなたが現居や暮らしの中で感じるところで結構です)
1 () 強く思う 2 () 少し思う 3 () あまりそう思わない 4 () そう思わない

【問3】【個別テーマについて】がん対策でもっとも重要であると思うテーマを、下記から選んで○を付けてください(3つまで)。
1() 医療従事者の育成(医師など) 8() がんの予防(たばこ対策など)の推進
2() 緩和ケアの充実(緩和ケアチーム、ホスピスなど) 9() がんの早期発見(がん検診)の推進
3() 在宅医療の充実 10() がんの研究の推進
4() 最適な(標準)治療の浸透 11() がん計画の進捗管理と評価
5() 医療機関と連携体制の整備 12() がんの種類別の対策【具体的種類:]
6() 患者支援と相談/情報提供体制整備 13() その他の個別テーマ【具体的に:]
7() がん登録の整備・推進

【問4】がん対策について、あなたのご意見をお聞かせください。まず、上記の13分類のうち該当する番号を記入してから、ご意見を書いてください(3つまで)。なお、同じテーマ番号が続いてもけっこうです。

●ご意見1 テーマ番号()—上記の1~13からひとつ選んで記入してください。

◇現在の問題点、課題

◇実施してほしい対策と予算措置

●ご意見2 テーマ番号()—上記の1~13からひとつ選んで記入してください。

◇現在の問題点、課題

◇実施してほしい対策と予算措置

(裏へつづ)

<意見記入シート 原本>

●ご意見3 テーマ番号()—上記の1~13からひとつ選んで記入してください。

◇現在の問題点、課題

◇実施してほしい対策と予算措置

【問5】【全体について】がん対策の立案プロセス、がん対策のための予算(財政)措置などの全般に関して、あなたのご意見をお聞かせください。

◇現在の問題点、課題

◇実施してほしい対策と予算措置

*ご自身に関して:

【1】下記からもっとも近いものを一つ選んで○を付けてください。
1() がん患者、がん経験者 10() 診療所
2() がん患者家族、近しい友人など 11() 在宅緩和ケアスタッフ
3() ご家族などを、がんで亡くされた方 12() 都道府県庁関係者
4() がん患者支援者、ボランティアなど 13() 市町村関係者
5() 1~4に該当しない市民 14() 政治家、議員
6() 医師会、看護協会などの職能団体 15() メディア/マスコミ関係者
7() 都道府県がん診療連携拠点病院関係者 16() 学者/研究者
8() 地域がん診療連携拠点病院 17() 医療関連産業
9() その他の病院 18() その他【具体的に:]

【2】お住まいの都道府県を教えてください。(住所ではなく、治療病院、勤務地の所在地など、ゆかりの深い地域で答えていただいてもけっこうです)

〔都道府県名:]

いただいたご意見は、個人が特定されない形で、がん対策推進協議会の会議資料等に反映させ、がん対策の推進に活かしていきます。ご協力、ありがとうございました。

