

自由記述欄 意見シート集計結果(東京)

| 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】重要テーマ(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要見解2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要見解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 | 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、患者は弱い立場と言う事で、自分にとって最適な治療受けづらい | | | | | | | |
| 2 | 4 | | 千葉 | 4 | 4 | 6 | 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多発し、がん患者(世界・アジア・日本)を救えるように | 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の参加(決定機関) | | | 国のがん対策予算が都道府県では使えない、使いづらい問題があり、患者のベネフィットにつながっていない、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の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。 | 9 | 市町村はメタボ対策が最重要と考えている。財政が逼迫しているのが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)への集中的検査を強力に集める。 | 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、大腸がん検査の充実 | | |
| 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) | 9 | 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 | 市町村の事業ではなく、公的医療保険の現物給付として、がん検査を実施する。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ない。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、一般市民が少ないのは、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るように。 | | 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) | 問左 | 問右 | Q3-12具体的課題 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】重要テーマ(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要見2(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要見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、財政的にも制度的にも受診率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いる。 | | 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。 | 5 | | 放射線治療機器の整備等、設備整備補助の継続は必要。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。 | ・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。 | 11 | がん計画を公式に評価・検討する機会がなかった。 | | 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。 | | 国庫補助金が使えないのか、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 | 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する。 | 医療者同士、医療機関同士が連携する仕組みがない。 | 6 | 患者支援や情報提供のためのポータルサイトがない。患者の声を中立的な立場で聞く場所がない。 | | 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・決定の場にはいない。 | 患者当事者の声をまとめる組織が必要。議員の役割なのかもしれないが、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)団体等が調査する。 | 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。 | | | | 限られた予算の中でどの分野にどのように配分していいのか、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ていく。③医療分野に優先的に投入するのか、順位を考える。予算をどのくらいか、と問われても、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) | 両左 | 両右 | Q3-12 具体的種類 | Q3-13 具体的テーマ | [Q4] ●意見1-(番号) | 問題点 | 要領/予算措置 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要領/予算措置 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要領/予算措置 | [Q5] 全般一問題・課題 | 要領/予算措置 | |
|------|------|-------|------|-------------|-------------|----------------|----|----|-------------|--------------|----------------|---|--|---|--|--|---|---|---|---------------|---------|--|
| 10 | 15 | | 山梨 | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | 9 | 各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事ができるのではないか。 | ターミナルの医療の理解についてももう少し丁寧に | 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おうこと。 | 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。+DPOデータを活用した情報公開によるレジュメ、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、まだ治療の必要な状態のままで地域(在宅)に戻され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肢はない。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。 | 6 | 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CNJのサバイバー研修、認定制度を活用(応用)して患者体験を育てるとともに、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 | | 療養生活の質向上 | 3 | 両親ともに高齢、認知症、がんという現状です(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人になるほうを見守る人の費用等ががんの場合間に合いません！) | 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。シルバーバ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りつく前の時点で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「病院できいたことをケアマネに伝える」相当な努力がいる。医療ソーシャルワーカーが在宅ケアマネジャーともっと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が?) | がんになっても病院でなく家・地域で暮らしているのに必要なことについて、がん医療を行う病院がMSW・ケアマネらを集めて勉強会をやってほしい。その時、近郊のがん患者会や入院患者たち当事者者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いただけ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 | [01] 対象に満足? | [02] 予算は十分? | [03] 重要テーマ(番号) | 問左 | 問左 | Q3-12 具体的課題 | Q3-13 具体的テーマ | [04] ●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 | [05] 全般-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に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。 | 療養関係情報(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浸食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。 | | | 10 | 日本ではエビデンスがあまりないとされている。 | 予算を立案するという事はプランがある程度具体化した計画が必要であるが見えてこない。与えられた予算をどう使う、というイメージなので無駄が多い | 自治体の育成。丸投げではうまくいかない。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よいのだが...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レット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のではないか | | 6 | 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 | ・地方によりガン対策の差、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、科が違えば別になるが、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。予算的にはどう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。ホスピスはとも少ないし、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 | | 6 | 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 | がんの治療は心の病いとリンクするのでうづ対策などに予算をさいてほしい。カウンセラーの数、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具体的課題 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】重要1-1(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問一答 | 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)を計る以前の問題である。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。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となってしまうので基本はそれこそ措置した予算の使用の仕方まで教えなければ困るだけです。一般に役人は苦勞をしていない、苦勞しないでいいのですから、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ですが、一円の金銭的支援がありません(拠点病院からは医師/職員からの私的な種々支援を受けられます)。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、マスク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込められないと思う。拠点病院を通し患者に投じてみたらどうか。 | | | 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する。基本知識と幼種な表現であるが、がんに対する熱い何かの思いが必要であると思う。 | | | |
| 18 | 3 | | 福岡 | 3 | 4 | 9 | | | | | | 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晩期障害や特長の公費負担制度 | | | 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晩期障害や小児慢性特定疾患医療公費負担の見直し | | | 周りで30.40代の働き盛りの人ががん患者となっている。病気は進んでいる。がんの早期発見は重要である。 | | | 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→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い。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つてまずは進歩と思われる。患者を代表して感謝申し上げます。 | | | 小児がん特設医療制度の見直し。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。窓口となる保健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の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い | | | 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) | 問左 | 問左 | 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/予算増量 | ◎意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算増量 | ◎意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算増量 | 【Q5】全般一問一答 | 要望/予算増量 |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|---------------|--|--|-----------|--|--|-----------|---|--|---|--|
| 20 | 2 | | 東京 | 4 | 4 | 1 | 7 | 12 | 小児がん全般 | | 1 | 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のために迅速にされない。 | 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センターで集めて各病院で情報をとれるようにす | 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! 医師主導治療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全般ですが、疾患別に迅速にできない。また、医師の経験不足により大変な後遺症が残ったり、命が失われているのが現実。 | 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・高・大の先生方の勉強会(患児フォローアップのため)を国がしなないと、理解してもらえない。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。 | 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!! そのための確立の予算付け。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→市町村の検診に申込み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が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事で、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し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や患者・家族一堂に集ってこの現実を話し合い、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か、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と思う。 | 6 | 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 | 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、ピアサポーター(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、患者サロンリーダ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) | 問左 | 問左 | Q3-12具体的課題 | Q3-13具体的テーマ | 【Q4】重要テーマ1(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 重要見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算措置 | 【Q5】全般一問一答 | 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。一そも情報収集する(～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けないのかもしれないが…) | 情報づくりにお金がかかるということの周知一般市民、医療関係者、行政に対して個々へのアプローチや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」の整備が不可欠一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。 | 7 | 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。 | 11 | がん推進基本計画に実施主体がない一進捗ににくい状況。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働きやすい...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 | 6 | 8 | | | 8 | たばこが人の関係を正しく広報して、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、市民が理解できるように浸透してない。 | たばこが人体に及ぼす害が一般市民に浸透してない。 | 4 | 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。 | 6 | 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、連携病院との連携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こと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療養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。 | 9 | 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るべき。 | |
| 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) | 問左 | 問右 | 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]全般一問一答 | 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く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掃にさせるような自治体のフォロー。 | | 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or過多) | 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への意識改革。病院、医師、地域・・・ベンチマークがない。 | | 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) | 分煙ばかりでなく安全禁煙に向けた活動、施策の実施。JTからたばこビジネスをなくす。日本発世界一の施策の実現(予算の裏付け)。 | 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。 | 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最重要課題と思う。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観点が大切。行政と医療と患者の連携と協力ですべてしてほしい。 | 上記の点で国としての資金的措置、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) | | 緩和ケアについては予算が増えている。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着実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。 | 緩和については緩和ケア・ホスピスだけでなく特に在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を行うか、現状(認識)が示されないため、進んでいない。 | 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。「反映」といえる。 | 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、画期的なこと。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) | 問左 | 問左 | Q3-12具体的 課題 | Q3-13具体的 テーマ | 【Q4】 ●意見 1- (番号) | 問題点 | 要旨/予算措置 | ●意見 2- (番号) | 問題点 | 要旨/予算措置 | ●意見 3- (番号) | 問題点 | 要旨/予算措置 | 【Q5】全般一問題・課 題 | 要旨/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、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、提論)。生命保険買取とは、米国ではViatical 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Viatical Model Act 1993年モデル法を策定)。ぜひ提論を始めて立法化を求めます。</p> | | | | | | | | |
| 31 | 4 | | | 2 | 3 | 6 | 7 | 9 | | | 6 | <p>がん患者サロンの確立</p> | <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 | <p>実</p> | <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 | <p>がん検診の充実</p> | <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う状態にある(1/2予算の弊害であらうか?)</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透明であった。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帰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。連携体制では術後の患者の受け皿が問題になっている。在宅と言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人みることの手当てがあってもよい。</p> | <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は明確でない。この2年、1人の患者から見て、変わったという実感ももてるようになっていない。</p> | 11 | <p>標準治療がどこまで実施されるようになったのか、緩和ケアがどこまでいきわたっているのか、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。面面相談体制の充実も必要。この会でも出ていた機能分けは重要。</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-問題-課題 | 要望/予算措置 | | | | |
|------|------|-------|------|-------------|-------------|----------------|----|----|---|---|----------------|--|--|---|-----|---------|-----------|-----|---------|---------------|--|--|--|--|--|
| 34 | 5 | | | 3 | 3 | 2 | 3 | 9 | | | | | | | | | | | | | 医療費(入院、治療、薬)の自己負担をできるだけ少なくしてほしい。がんが発見されてから死に至るまでまわりに迷惑をかけずに安心して最期を迎えられるような体制作りをお願いしたい。 | | | | |
| 35 | | | | 4 | 4 | 4 | 6 | 8 | がんが死亡率の上位を占めている現状からみて、がんを発生させないということが何よりも優先されるべきではないか。そのことが医療費の抑制にもつながり、また、がんで苦しむ患者、家族を減らすことになり、全体の向上になると思う。ただし予防はたばこ対策だけでなく、食の安全、環境問題など多岐にわたりました。成果が見えにくいと思う。 | 教育(禁煙、食の安全、環境等に関する...健康教育)。小学生からの保健指導、分煙、禁煙などの法制化。 | | がんが死亡率の上位を占めている現状からみて、がんを発生させないということが何よりも優先されるべきではないか。そのことが医療費の抑制にもつながり、また、がんで苦しむ患者、家族を減らすことになり、全体の向上になると思う。ただし予防はたばこ対策だけでなく、食の安全、環境問題など多岐にわたりました。成果が見えにくいと思う。 | | 不幸にしてがんを発症してしまった場合、適切な医療を受けられることが望ましいことはいまでもない。また、がんは老人病(老化現象に伴う)の側面もあり、発症をゼロにすることは不可能に近い。従って、発症した患者家族には適切な医療を受けられる医療情報の提供、相談機関があってほしい(現状がどうなっているかわからない部分があり、患者会等への公的支援 | | | | | | | | | | | |
| 36 | 15 | 愛媛 | | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | (6)だけではないが、都道府県が知恵もカネも出さないことが大問題。患者のニーズは相談・情報提供が行き渡れば7割方解決するはずだが、現案には説明はあっても理解なし。もっとじっくり治療する場を、初診時から必ず設けなければ納得のいくがん治療は受けられない。そのために、具体的な施策、県の動向への国による監視、医療者への支援がほしい。 | がん相談従事者への人件費支給(最低1人分)を各拠点病院に国から直接お願いしたい(10/10で額は今の1/2でもよい。県との1/2 1/2の分くらいでももらえないよりいい)。相談業務の点数化、何らかのインセンティブを(病院がもうかるようにし、診療報酬制度を改定するetc)。ぶ厚い冊子は患者は読まない。初診時に必ず渡す1枚のチラシ(何でも相談していいこと。相談先のTEL番号etcをわかりやすく書いたもの)を作ってほしい。安くて即効性があると思う。 | | がんも地域連携クリティカルバスが導入されようとしているが、今のままでは患者の見捨てられた感が増え、がん難民が増えるばかりだと思う。ほとんどの患者はバスの必要性、意味を分かっているのが現状。 | 地域医療連携のキャンペーン(どうして必要なのか、イメージCMでも打って浸透を。読書とか献血ぐらいいやらないと無理だと思う)。国が広報&分かりやすい冊子を作る費用を各県の拠点病院に(冊子はひな型は国で作って、各県のアレンジを入れるように) | | | | | | | | | | | | 補助金→交付金に。補助するなら10/10で。相談、緩和ケアetc。患者の心を支える分野の充実策。研修を受けた医学者、受けさせた病院への金銭的補償(インセンティブ)。県に対してはインセンティブよりベナルティーを!! |

| 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/予算増減 | ●意見2-(番号) | 問題点 | 要望/予算増減 | ●意見3-(番号) | 問題点 | 要望/予算増減 | 【Q5】全般一問題・課題 | 要望/予算増減 | | | |
|------|------|-------|------|------------|------------|---------------|----|----|------------|-------------|---------------|--|---|-----------|--|--|---|---|--|---|---|--|---|--|
| 37 | 1.4 | | 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、医師の自由度制約の検討。 | | 患者の希望、医療責任縮のためにも(療養型大幅削減)在宅医療充実が不可欠。在宅医療充実も異存はないが、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) | 3 | | 計画が明確でないため、予算のイメージ湧かず。独居者や高齢二人住まいでの在宅治療は補助者なしには不可能。地域ボランティア育成プログラムへの助成。 | | 先進国で最も低い検診率。早期発見、早期治療が全うされていない。 | 啓発活動、学校、職場教育。検診のインセンティブ。 | | 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 | 単年度予算をブレイクスルー。財務省を説得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く付き合っていく病気」さらには「予防できる」病気です。なつてからの施策ではなく、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ん。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。防げるものをなぜ防がないのか。がんは手術して「これで良い」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。 | 9.9 | 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。 | | 一口で「がん」と言っても、その発生原因も機序も異なっている。それぞれのがんについてきちんと理解し、リスクをコントロールすることによりがんそのものの予防、または重症化を防ぐことが出来るということを理解する必要がある。ただやみくもに「検診に行こう」と言っても、その意義が浸透しなければ長続きしない。具体的には中学、高校の授業で必須化すべきと考える。予算は文科省？ 施策立案は厚労省？ | 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。 | 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」のレベルに現在のところ、その過程を保障する予算も充てない。 | | |
| 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 | | 4 | 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。 | | 9 | 二次予防の予算が交付税での一部配分が大問題) | 検診率を本気で50%以上に上げるならば3000億以上といわれる予算を確保したうえで市町村へも付き予算として配布する。 | | がん対策推進基本計画に沿った予算の設定をすべき。一部の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。 | そもそもメタボ検診が新規予算で600億円設定されているのに、がん関連は200億円(原労省分のみ)に増えたから評価してくれというのは現実的ではない。 | | |
| 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。がんの疫学の危険因子等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 | がん種類別の対策が弱いと感じる。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のか。 | 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) | | | 国、都道府県、市町村の役割の明確化と見直し。 | 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)。 | | | | |

| 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) | 問左 | 問左 | Q3-12 具体的課題 | Q3-13 具体的テーマ | [Q4] ●重要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 | |
|------|------|-------|----------|-------------|-------------|----------------|----|----|-------------|--------------|-----------------|--|---|--|-----|---|------------|---|--|---------------|--|---|
| 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 の予算と実施を国で確保する。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く思う。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でもよいが、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、とりつくまもなかった。そして「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。 | 9 | 患者団体で実施する場合の割引(大版では以前5万円でした) | 2 | 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、ホスピスの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るのか? 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と聞く耳を持たない。 | 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」を定量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」がどこにあるのか見えなと思う。 | 「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? | 5 | 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?) | | | | | | |