

テーマ⑥ がんの早期発見

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

テーマ⑥ がんの早期発見

	ご意見の表題	ご意見の概要
22	乳がん検診を市町村主体から保険システム主体へ枠組みを変更	日本では、1987年より老人保健事業として市町村主体の乳がん検診を実施してきたが、受診率は10%台で低迷している。日本の乳がんは増えており、受診率を目標の50%まで向上させるには、市町村主体から保険システム主体に枠組みを変える抜本的な改革が必要であり、①医療保険者への義務化、②医療保険の予防給付を実施すべきである。実態として、臨床の現場では各病院に乳がん検診を受けるために健康な人が受診しており、検診と医療を分けるのが困難なケースが多く見受けられる。
23	"がん細胞を見る専門家、細胞検査士"の記載について	細胞検査士は、子宮がん発見のためのがん検診において、その柱である細胞診というがん細胞を見つける検査を行っており、予防医学的側面から、子宮頸がん減少の中心的な役割を果たしていることは紛れもない事実である。これに加え、現在では、穿刺針で体の中にある病変の細胞を採取、あるいは内視鏡下で病変部から直接擦り取る方法で積極的にがん細胞を見つけ出す方法も取り入れられ、高い信頼性を獲得している。基本計画におけるがん診療に携わる医療従事者のところに、細胞検査士も明記してほしい。
24	がん検診(早期発見)についての問題点	①近年、子宮頸がん死亡率は横ばい状態から反転して上昇傾向にある。検診受診率が20%弱と低く、かつりピーターが検診対象者になっていることが理由の一つである。子宮頸がん検診を特定検診の対象とすることで、50%以上の受診率となれば子宮頸がんによる死亡率は激減する。②大腸がんの一部に見るHNPCCの修復遺伝子異常は子宮体がんの原因と共通しており、HNPCCの家系の女性から子宮体がんが好発していることが判明している。大腸がん検診陽性女性に絞って子宮体がん検診を行うようにすれば、子宮体がんの早期発見が可能になると考える。③老人保健法で細胞診専門医及び細胞検査士による細胞診の精度管理が推奨されたことにより、子宮がん検診は診断精度が高く実行された実績がある。基本計画においても同様に推奨すべきである。
25	小児脳腫瘍の早期発見について	小児脳腫瘍は、特に低年齢の小児の場合、言葉にできないため頭痛を訴えることができない。また、脳腫瘍の一般的な症状の嘔吐、ふらつきについては、小児の風邪の症状によく似ていることから異常に気付くのが遅れることが多い。同様に他の小児がんの症状もわかりにくくことが多く、また希少性があるため、一般的な施設では診断がつきにくいことが多く言われている。診療ガイドラインや、医療従事者の育成の徹底、情報センターからの詳しい情報の提供などにより、小児がんの早期発見の全国的な体制作りをしてほしい。
26	「癌ダム」プランの提案	平成16年の国民医療費に占めるがん医療費は、総額で2兆3,306億円となっている。高額な医療費負担となっている化学療法や放射線治療等の多くは延命措置であり根幹的治療にならない。そのような状態になる前に早期発見し治療することにより国の高額な医療費負担減と継続的治療患者数の激減を目指すためのプロジェクトとして、がん患者をダムのように堰き止める「癌ダムプラン」を提案する。プラン①:早期発見のための健康診断体制の確立(検診受診率100%を義務化)、プラン②:早期発見診断法の確立(受診率100%を義務化することにより精度管理、検診手法が格段に向上する)。また、本プランを細部まで詳細に深めるために「調査部会」を立ち上げてほしい。

御意見概要一覧表

テーマ⑦ がん研究

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

テーマ⑦ がん研究

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

テーマ⑧ その他

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

テーマ⑧ その他

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

テーマ⑧ その他

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