

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具体的な課題	Q3-13具体的なテーマ	【Q4】重要テーマ1-(番号)	問題点	要質/予算措置	重要見2-(番号)	問題点	要質/予算措置	重要見3-(番号)	問題点	要質/予算措置	【Q5】全般一問一答	要質/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	すでに難民化している患者・家族があり、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費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家計のため共働き世帯の多い地方では家人が在宅するということが収入減を意味する。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功体験の流布。	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のことにも真剣に考え、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] 全般一問一答	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を行うが、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」と言っていて苦痛をとることはしない。医師として倫理的に寝うつ。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るべきだ。	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。		2	緩和ケアチームの加算がとれるのは専従でなく兼任などでも可能ないようにしてほしい。加算がとれるのは専従でなく兼任などでも可	乳がん、婦人科がんは若い年代の発症が増えている。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、早期発見につながるが難しい。	9	若年者ももっ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っ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いのが現状。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もどこへ行ったら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	放射線治療医のメリット、医学生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ある。過疎地でのがん医療の中心的存在は認定看護師である。育成機関の整備をのぞむ。	がん診療連携協議会と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。	5	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れ	9	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	地域の過疎地である	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。なぜ日本だけが増加するのか。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っと。その為の予算は4桁の億位(1000億円)必要ではないか。	2/19	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大きい。	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(3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を受けられる様に(4大療法へ)。食養生の施設。	宮城		

通し番号	所属番号	所属その他	都道府県	[01] 対策に満足?	[02] 予算は十分?	[03] 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	[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] 全般一問題-課題	要望/予算措置
7	5		宮城	3	3	9	13		国家予算の増額		9	検診率向上のための啓蒙活動を活発にしてほしいが予算が少なく済むよう、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、カネを要するのではあろうが、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(ペーシックリニック)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の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だけでなく、ゴミ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。	マンモグラフィー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ね、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?	今まで検証されていないのが不思議です。島根県の取り組みなど公表すべきでは?		
9	16		宮城	4	4	7	8	9			7	がん対策の立案及び評価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ならば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評価。		
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感じる。	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思う。	がん予防に関する啓蒙活動の拡大。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	
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(身よりが無い、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		9	個人の希望による場所が多く、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し進めている。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(排泄物による披バク等)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パガンダが必要だと思う。	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し進めている。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(排泄物による披バク等)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パガンダが必要だと思う。		4	治療中の患者さんへの説明は十分行われているのだけれど、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か、疑問を抱くことがある。		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れば、手術+化学療法の場合○円、早期のがん内視鏡手術+定期健診のみでは○円。金額だけでなく療養に必要な時間等も示すと有効では?	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くそです。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」という追いたられている事実を背向けず受け止めたいたいと思います。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	現在がんの治療中ですが、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いうかが心配です。	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。		9	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] 対象に満足?	[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
15	4			2	3	4	9	11			13	拠点病院やがん対策の県民への周知	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!!		拠点病院でありながら、医療設備の不足・不備があります。放射線設備などは特に予算化が急務でないでしょうか(重粒子施設が東北、北海道にないことなど)		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が楽になった」とたいいていの患者・家族が云われます。ひとりでも多くの方達を支援出来たらと思います。		各拠点病院に任せるとは、都道府県で広報できる範囲だと思います。	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)、言動からの不信感、不満がありすぎます。医学教育にお願いしたい。
16	2	宮城		4	4	1	3	6				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。		特に望むところですが、例えばホスピス等あまりにも高額で希望しても入れない人もあるのではないかと。また、三か月で病院を転院しなければならぬような体制は改めるべき。どうしてもであれば次の転院先を当病院で探し、スムーズに転院できるように計らってほしい!		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)		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ものか	患者は頭が真っ白に家族は絶望に沈み、今後どうやってらよいか分からない状態になるのが普通と思うが、これに対応できる支援者・ボランティア・カウンセラーの育成などできないものか	それらを病院に配置、または公報で知らせることにより患者・家族を救う方策を望む。				私自身は定額給付金はガン研に寄付したいと思っていますが、各県のガン研の場所、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)	問左	問右	Q3-12具体的な種類	Q3-13具体的なテーマ	【Q4】重要1(番号)	問題点	要旨/予算措置	重要2(番号)	問題点	要旨/予算措置	重要3(番号)	問題点	要旨/予算措置	【Q5】全般一問一答	要旨/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?」という思いがかられます。	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)		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。	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働くようにしてほしい。また、末期患者にとっては在宅で安息にすごせる環境がもっとも望ましい。それには急性期一緩和ケア病棟-在宅一緩和ケアワーク作りがとりわけ重要。保険案局も含めそこにもっとインセンティブが働くべきです。		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ルとエンドポイントを設定できないのでは。レセ電、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的な財政支援。・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らないか?	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、がん患者への説得(転院)でも重要)。	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、がん患者への説得(転院)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、とてもみにくい。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い見え方のようにしてほしい(HP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(支援療法等に対する一部処方権を与えるなど)。またその要付け。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、例えばば検診では1種の癌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わらず舌癌をはじめ年々増加傾向にある。		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、初回一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低く見ても患者の肉体的、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、労力、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るが、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。		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。	一審科医として、舌癌をはじめとする口腔癌に絞って意見を述べますが、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おかしかったり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る重要項目でもあると考えます。	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し、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具体的な課題	Q3-13具体的なテーマ	【Q4】重要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】全般一問題・課題	要望/予算増量						
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。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。								一般の人が政策(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。	5	集検の空き(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。	一般人のがんに対する意識が低いのでは	・一般人からモニターを求め対策に反映する。・医療者、行政一体となって各自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(この会を朝日新聞で知りました)。パソコンでは得ることはできない。・久しぶりに現場の声が聞けて参考になった。質の高い話ができてありがたいです。
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、患者が闘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。一般人でも知識を得て精神的な面で力となること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。							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。	6	4と同じ内容	公共の場の禁煙、飲食店含め。たばこを一箱1000円に。トップダウンで。	喫煙対策不十分	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が(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)	問左	問右	Q3-12具体の種類	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】全般一問一答	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! 支え合いの場提供者として。)	3	3	1	5	6			1	医師不足という環境の中で、目の前の患者さんに対応することで精一杯のように感じられるので、もっとゆとりある時間の提供が必要ではないかと思われる。	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を向けられる医療となることが望ましいと思われる。そのための診療報酬は充実したものとしてほしい。		上記の事項がなされることで、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える。	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けられる環境づくりが大切と考える(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	患者にとっては聞口が広ければ広いほどうれし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。	緩和医療に関心のある医療者をもっと育てるための方策と予算。	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。在宅で患者をみたいと思ってもなかなか踏み切れない因の一つだと思う。	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	矢張り遺族会で感じている、何をどうして良いのか何が問題なのかを理解できない。医療者の説明も理解できない。どここの医療機関へ行ったら良いのかわからない。治療法や緩和医療の選択等を云われても説明を理解できずに答えが出せない。	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)を目線をもっと少し患者側に向ける。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上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、隔年でも良いもの等、年齢(超高齢者は?)、受診必要年齢の方への配慮等へ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う。	各々の市医師会、県医師会が研修会を何度も開いて、一般病院の医師の質向上をはかってほしい。	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当に喜んでいる。しかし入院待ちの患者が多く、入る前に亡くなっている方も多く、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。	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う。	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しない医師が増えない現状を何とかならないかと、がんを経験し、また、がんを亡くしたものとして痛切に思っている。	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進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。今後はますます頑張られ、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つと残念です。	幼稚園、小中高の時代から、園、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措置していただきたい。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。	検診を受けたくても、個人受診のお金がない。一層の不況下、さらに現金収入が少なくなるなか、一家で(夫婦または祖父母)で検診を受けると万円となることがある。これに精検にまわった場合は、個人の負担を0円で受ける施策をお願いしたい(精検報告を義務付けること)。	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円で受ける施策をお願いしたい(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力を入れることによりがん検診を受けやすい環境を作ってほしい。	予算も措置してほしいが、義務化により国の指導力が必要ではないでしょうか。	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でないといけないと思う。	受診率が50、70%より下がっても、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具体的な課題	Q3-13具体的なテーマ	【Q4】重要1-1(番号)	問題点	要旨/予算措置	重要2-(番号)	問題点	要旨/予算措置	重要3-(番号)	問題点	要旨/予算措置	【Q5】全般一問一答	要旨/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だと思います。・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もできていますが、その施設内のスタッフの医学的知識、医療への介入の制限。			在宅で最期を迎えることを安心して患者、家族が思えるような施設の充実化、医師(往診)の確保、育成、連携。在宅診断報酬の充実化・独居での患者さんが安心して生活していけるシステムを考えていただきたい。・メディカルマンション等のスタッフの意識、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きていますが、お互いの連携や情報交換などの場があれば、充実していくのではないかと思います。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。			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のごまごま介入していただけるか、施設外での緩和ケア、疼痛認定看護師の活用充実化をお願いします。			がん専門病院での勤務の経験を経、現在は在宅にかわっていると、がん難民の方々の行き場所、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を多数見えています。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願います。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			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。			欧米に倣え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ことが問題である。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することとその公表。			
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。			在宅医療について充実していないと認識。	教育、育成にかかると経費の充実	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】全配一問題-課題	要望/予算措置			
34	1		宮城	3	4			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 、完治されている 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。		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。	10	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 一か所、すべての がんで臨床参加で きるようお願いし たい。	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 うと、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。	13	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 きたい。そうすべ れば、いかがわしい ものが乱立するこ とはなくなる。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。病状に適合した 治療を施してもら っているのですが、 治療の方法が同通 りがあるようなので 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 ます。	9	医師(専門医)の早 急な育成と育成の ための予算。	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(CT、 MRI、PET等々)の 費用が未だ高額と 思われますので、 低価格での検診料 でできるように すべしと思う。		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、予算について は、医療現場と 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 予算でお願いします。												
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 かかると、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 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 か。		ハーセプチンよう な分子標的治療 剤がないものか。 また、副作用を緩 解する治療法の確 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 いか)	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 一國保に切り替わ ると、カウントが1 からになる。これ は、病院も同じな のに不合理である。				

通し番号	所属番号	所属その他	都道府県	【Q1】対象に満足?	【Q2】予算は十分?	【Q3】重要テーマ(番号)	問左	問左	Q9-12具体的な課題	Q9-13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】全般一問一答	要望/予算措置	
39	7		宮城	3	3	1	2	3				緩和ケアチーム加算をとるための条件が厳しい点。特に、専従医がチームメンバーとして必須という項目は現実離れしており、ハードルが高い。せっかくチームを組み活動を行っても、診療報酬に結び付かないのは、意欲を低下させる。内科、外科系の医師が専従医となるということは、その分野の専門医を減らすことにつながっている。緩和医療を専門にしている医師ですら、病棟業務と兼務できず、専従医となれない。	1.関連する認定看護師さえいれば、チーム認定されるように改善してほしい。(がん疼痛治療、ホスピス認定等)2.兼任医がいるところは100%、専任医のいるところは200%、専従医がいるところは300%などメンバーの充足度に応じて手厚く報酬に反映されるような改善を望む。		全国各地で緩和ケア研修会が開催されるようになったが、参加を促進するための方策が足りない。		・研修受講者に対するインセンティブを準備すること。(例:緩和医療専門医資格申請に生かせる等)・拠点病院に対する補助金がどのように使われているか、全国的なデータを開示してほしい(特に緩和ケア研修会への投入割合について)。					
40	8		宮城	3	4	2	4	5				標準治療を行い得る設備の備在、不足。(手術、化学療法、放射線療法(特に放射線)のセットとして)	地域がん拠点病院の計画的配置(生活の場から大きく離れないように)。必要な予算の国からの拠出。その上で、地域の方々への情報の提供、共有。		見本的な緩和ケアのさらなる普及。		・緩和ケア=終末期医療という誤解を無くす工夫。(地域格差も大きい)・現在のがん治療医への緩和ケア研修に何らかのメリットを与える(修了者の診療報酬の加算、雇用施設への加算など)・緩和ケアを行う上での種々の規制(e.g.人員不足の中、兼務を認めない等)・専任看護師の権限の制限(例えば、主治医に助言し、処分が行われたら加算等)の緩和。(このために、拠点病院を維持できなくなる可能性のある施設もある。)		治療の計画立案、実施に対して、他職種カンファレンス加算、Cancer boardの加算、認定専門医加算、などの優遇措置。認定看護師等の育成への助成措置。		治療の最適化のために払われるコストに対し、診療報酬は一律である。	
41				3	3	2	3	5				退院して在宅医療への移行が可能なのに、患者や患者家族の知識不足やそれらの説明に対する理解不足で、退院させられないことがかなり多い。在宅医療、緩和ケアについて、一般の方への啓発運動が必要である。	・地域での啓発活動。町内会や老人会での説明会。・家族の一員として子供を対象として学校でもがん、緩和ケア、在宅医療について話をす。医師会、学校医とも協力して。		宮城県の緩和ケア病棟は3か所だけで、仙台に集中している。・二次医療圏にひとつずつ緩和ケア病棟ができれば緩和医療のレベルが上がる。		・緩和ケア病棟の建設、スタッフ集め、維持には金がかかる。赤字経営になるので公的な予算措置が必要である。・緩和ケア病棟を実現させるのが困難であれば、地域の緩和ケアチームの充実のために予算をつける。					

返し番号	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	Q2-12 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
42	13		宮城	3	3	1	9	13			9	がん検診の受診率アップを目指すのがなかなか難しい。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)予防接種が特定保健指導・特定健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か?)	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、その処理対応未精検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…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。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なければ使えない状況です。検診を全人的に不足です!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います。	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、主荒だと思えますが、「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いませんか?一人くらい死んでも問題ない」とか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?	資質向上やスキルアップで…とは考えますが、良い対策は思いつきません。根本には医師不足とかが問題なのかもしれません。	9	職場健診のがん検診の受診率が不透明だし、未把握である。市の担当者としては、市民健診のみの把握に限られているので、市全体を考えたときに発見率や死亡率、色々把握して対策を講じたいが限界があるのが残念です。	労働基準法で何とか整備するとか。職場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、やる気だけで乗り越えられないです。)	
43	1.3		高城	1	1	1	8.3	9.10			9	がんの早期発見に対するの関心を高めるよう、具体的な呼びかけをする必要を感じる。	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る予算を計上してほしい。	何といても専門医の確保が必要であるため、充分なる予算措置が必要がある。	専門医師の研修費を中心に施設の確保に対するの予算措置を必要とする必要がある。	9	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点で。		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] 対象に満足?	[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	
44	16		宮城	4	4	1	8	10			1	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(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具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。②「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。③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。		10	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現場(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られている。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らすべきでない。(がん特定領域研究の終了は我が国のがん医療水準を下げることになる。)		8	喫煙対策は最も手っ取り早いがん対策。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。厚労省もおなじではないか。	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年以内を実現すること。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。厚労省もおなじではないか。	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. 省庁を越えて、がん研究予算の拡充。
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「がんの施策を予算を考えると」ことの重要性を知ってもらうための啓発をしてほしい。	2	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っている環境づくり。	1	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、患者団体も含めた地方自治体、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。	塩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歩を高めるため、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。	3	支援診療所の中身、特に緩和ケアに対してどうか問題である。			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。	2	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きない。	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)	問左	問左	Q3-12具体的種類	Q3-13具体的テーマ	【Q4】重要テーマ1(番号)	問題点	要旨/予算措置	重要見2(番号)	問題点	要旨/予算措置	重要見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
48	11		宮城	2	3	1	6	13			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です。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できない。・土、日、祭日等、がんの患者さんをおまかせしてしまう。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がない。	支援診療所とケアチームとの連携を推進することを提言します。・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日安心のハイプが可能。・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言いたします。		
49	6			3	3	1	8	9			9	検診率の向上にもう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	がん検診がきわめて重要であるのに、受診率が伸び悩んでいる。受診率向上にもっと力を入れるべきである。	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。	8	がん予防についてのたばこ対策は、もっと強くやっていたいのではないか。公的場所での受動喫煙対策は不十分である。	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、販売価格も含め、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」というのではない。がん登録法を作ったとしても、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TM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とにもっと補助事業にする。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	Q2-12 具体的種類	Q3-13 具体的テーマ	[Q4] ●重要1-(番号)	問題点	要領/予算措置	●重要2-(番号)	問題点	要領/予算措置	●重要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
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、一体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、窓口の混乱等が生じている。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—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収増は、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	補助についての確力的な運用10/10を増やす。交付金一地方への配慮
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。国会中継をみてもう感じた)	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い。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、入れによって、少しでも経費のかからないようであるが、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・がん告知が果たして(本人に)よいか否か。	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回通ってきて、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、家庭で看取ることになったが、こうしたところへの多少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、参考になりました。ありがとうございました。耳のがんを克服して健康になり、今期は3時に起きて絵の大作を画いている方がいる(宮城県)。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腔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、放射線治療特に腔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。	4								

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] 全般一問一答	要旨/予算措置
54	14					6	9				5	・医療の分業化に伴い癌から緩和ケア、ホスピスとハード面でのシステムには、対策を取られ始めているが、患者、家族の心のケアには、明確なサポートがない。医師の治療計画は進むが、治療に対する心や環境の整備(育児、介護、仕事等)への情報、サポートもほしい。-情報がありません。-情報がありすぎる。-情報を選別してほしい。			がんが若年化する中、治療後の人生が長くなっている。しかし「がん」になったことで、就労の範囲が狭くなる。ことが多く、将来の生活の見通しが立たない。また、治療費、生活費の余裕がない。生涯独立できないという負い目を感じながら生きなければならず、生きがいが持てない。			正社員以外の人は、検診に行くために休暇を取らなくてはならない。子供の行事や家族の通院などで休暇を検診に充てられない。検診に行きにくい。日程の都合、危機感がない。	企業や自治体で義務化。一斉検診など(バスなど)行きやすい環境(学校や企業)女子高校は卒業前に子宮頸がん検診するなど、低年齢のうちに検診の必要性を訴える。	現在週3回ピアカウンセリングをしています。多くの患者さんから喜ばれていると感じますが、時給制であり、私自身生活できません。また、同病であるため、客観的に持てません。今後、患者主体の医療を目指すうえで、それを受ける側のこのシステムも対策を取ってほしい。	
55	1		宮城	4	3	1	2	5			1	最近はだんだんそういう意識を持つ先生や医学生への指導者も出てきているように思うが患者の気持ちを考えていない発言をする医師が以前は多かった。多忙で気の毒とは思いますが、ごく自然に思いやりを持った発言が出るような人間性も育てていきたい。医師の言葉の持つ影響は思いのほか大きい。	すみません...ちょっと質問されたことと答えがずれてしまったかも。医師免許も更新のための試験とか面接があったら頑張ってください。熱意ある人材が育ってくれるのでは、と期待します。			窓口を増やすことを目標に、でも何からどうしたらいいのか、わからないので、相談を受ける立場になるための心構えや、専門知識を得るための勉強の講座の機会を作してほしい。なるべく無料や安価で対応しているところでは、集中してしまえば大きな意味があると思う。	喫煙の低年齢化は問題。成人もなかなかやめない人が多い。対策も大事だが、予防できればいいと思う。	何故やめたほうがいいかをもっときちんと世の中に告知してほしい。(怖いことだと感じるように)。そもそもそんなに悪いものなら売らなければよいと思う。もしくは、買いにくくすればよい。	難しいことはよくわからないのですが、他県と比べて、宮城県は比較的手算を採れているのに、死亡率が抑えられていないのはなぜだろうと、疑問に思いました。		
56	10		宮城	4	4	2	3	6			2	緩和ケアが医者に浸透していない。80%の医者がわかっている。			がん末期の方々の希望は「家で最期まで暮らすこと」なのに、医療提供は「病院死」になっていて、全く希望が果たされていない。			②③⑥に共通して、「在宅療養支援診療所」の充実。この診療所を軸とした連携体制整備、予算配分。医療全体としては、「治す医療」の限界に達した人に対する「生き方を支える医療」の充実			

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	Q8-12 具体的な課題	Q8-13 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	
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。経済的に安価にしてほしい。「介護」と同様の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」を生きる場所が高額で、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、検診率の向上を図るために、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、検診を行う人の人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・倫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。		受診率の上には、市町村や地域の取り組みが大切だが、補助金が一般財源化されてから、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、事前の情報提供が少なく、都道府県の予算が組みにくい	予算要求段階からの、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。国はやみくもに「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。		海外で使われている薬が国内で使えない	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。		「国と県が仲良し」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)	問左	問右	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
61	1		宮城	3	3	1	2	3				<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が(サイコ・オンコロジー、腫瘍精神科医)が少ない。	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。研究会や情報収集・知識や技術研修の機会。		<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。	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。	3	<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、過去の記憶をえぐるような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おいていろいろ問題を抱えている。	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、病院と患者会が共同の取り組みができる体制ができればよいと思う。		
62	17		東京	3	3	8	9	13			13	頸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.)		がん予防プログラム(cancer preservation 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。	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。	9	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。	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られるように奨励。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			
63	1		宮城	3	4	4	5	6			5	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)などが機能しなければ、行き場のない患者はどうすればよいのか。	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	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。	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。		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は残念。				

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] 全般一問題・課題	要望/予算増量
64	1		島根	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	16	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→終末期着取り」までの流れがとて速く、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。	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			