

パブリック・コメントで寄せられたご意見等と
県の考え方について

No.	ご意見等の概要	県の考え方	頁
【岡山県の現状】（4件）			
1	図2-27について、がん診療連携推進病院である金田病院には県北唯一のがん化学療法専門医が在籍し、新見市からの患者も来院していることから、金田病院と新見市の間にも矢印を入れるべきと思う。	図2-27については医療機関の連携を示したものであり、ご理解願います。	21
2	「厚生労働科学第3次対がん10年総合戦略研究事業」は平成16年にスタートした事業であり、今年で9年目を迎えその研究も途上にある。しかも、同研究では喫煙が科学的に有害であるとの結論は出ていないにもかかわらず、有害であるかの資料の利用は、根拠なき推進計画策定と言わざるを得ない。	本内容については、厚生労働科学第3次対がん10ヶ年総合戦略研究事業における「生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究」として、公表されております。その中では、喫煙により、がん全体のリスクが上がるのが「確実」と評価されています。	24 36
3	30歳代の乳がん検診について、対策型検診として実施するのは、費用対効果の視点からも検討する必要があるのではないかと。30歳代のがん発見率は40歳代以上と比較しておよそ1/10とされている。もし行うのであれば、高危険群に限るなど何か工夫が必要である。範囲を広げることで、マンパワーも不足する。（乳がん検診を実施する医師の確保に苦労している現実がある。）	30歳代の乳がん検診については、岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会乳がん部会で検討し、策定した「岡山県乳がん検診指針」に基づき、平成17年度から実施しており、本県では、30歳代のがん発見率は、40歳以上と比較しておよそ、1/4～1/3程度となっています。 事業開始から7年を経過し、要精検率やがん発見率等の精度指標も徐々に集積していることから、今後、その効果についての検証も必要であると考えております。	27
4	岡山県のがん発見率が低い実態が指摘されているが、受診者の固定化が進んでいるからではないか。受診率向上のみでなく、新たに受診する人の増加を図るべく対策を講じるべきではないか。	がん検診の新規受診者を増やす対策について、国では、平成21年度から乳がん検診、子宮がん検診の無料クーポン等を配布する事業を開始し、平成23年度からは大腸がんにも拡大したところです。 県においては、健康づくりボランティア	30

		アと協働した効果的な普及啓発、受診勧奨を行うとともに、地域と職域の連携を図り、スムーズにがん検診が受診できる体制の整備等を行い、新規受診者の増加に努めてまいります。	
【全体目標】（2件）			
5	「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」で「がん教育の充実」とあるが、どのようながん教育が行われたかを明記しなければ評価できない。何もしていないのであればその旨を記載し、今後推進する、具体的に何々をと記載するのが良いのではないか。	第3章では、全体目標として施策の方向性を記載しており、第4章の「7がんの教育・普及啓発」において、がん教育の現状や今後の対策を記載しています。	35
6	「全体目標」の3に「がんになっても働き続けることのできる社会の構築」を追加してはどうか。分野別施策にもあるが、目標とした方が良い。厚労省も重点目標としている。日本は人口減で働く人は一人でも重要であり、急務の課題である。	ご意見を踏まえ、全体目標の「3がんになっても安心して暮らせる社会の構築」の中に「がんになっても安心して働き続ける社会の構築」に関しての記述を追記することを検討します。	35
【がんの予防】（52件）			
7	成人の喫煙率について、飲酒は飲酒量としているので、たばこも喫煙率だけでなく、消費量もモニターしたほうが良い。 ちなみに禁煙治療の対象となるプリンクマン・インデックス（1日喫煙本数×喫煙年数）は量を問題にしているの、是非、たばこの消費量の現状を記載し、目標値としては30%減少を目指していくよう記載をお願いします。	今回の数値目標は、がんの予防を目的に、禁煙を希望する人に支援を行うことを目標としたものです。 一人一人の喫煙本数の減少は、個人の健康に寄与すると考えますが、減煙も含めた目標の設定については、根拠となるデータは揃っておらず、現時点では困難です。	37
8	禁煙外来を行っているが、未成年の喫煙に対して、禁煙治療は保険診療ができない。喫煙指数（本数/日×喫煙年数）が200を超えないとならないからである。 若年者こそ禁煙治療をすべきである。喫煙した生徒が、禁煙治療を受けられるよう教員に指導するとともに、資金的援助（若年者への県からの禁煙治療の補助）を行っ	未成年者への禁煙治療に対する支援については、医療保険も適応されない状況の中で、県が公費による助成を行うことは、困難であると考えます。 若年者の禁煙については、来年度禁煙相談にも対応する「たばこクイットライン」の設置に向けて検討しております。 「たばこクイットライン」の周知につ	38

	て欲しい。	いては、教育機関等と連携してまいります。	
9	禁煙・完全分煙施設認定数のグラフについて、官公庁施設や教育関係機関などの認定数ではなく、認定率を表記するとわかりやすくなるのではないかと。	施設数の全数の把握が困難であり、認定率は表記できません。	39
10	成人の喫煙率に数値目標を設定することに断固反対する。素案で設定している数値目標は、合法的嗜好品であるたばこの消費削減を意図するものであり、その及ぼす影響は多くの職場と雇用を奪うものである。	今回の数値目標は、がんの予防を目的として、禁煙を希望する人に支援を行うことを目標としたものであり、たばこの消費削減を意図したものではありません。喫煙率の減少に関連する影響については、国において、関係省庁と協力しながら対応するとされているところです。	54
11	成人の喫煙率を約40%下げるのであれば、たばこ業界も40%の被害を受けるため、補助金を創設すべきだ。(同旨3件)		
14	成人の喫煙率が減少している中、喫煙率、禁煙・完全分煙実施施設の目標値を掲げるのは理解できない。たばこは合法的嗜好品であり、吸う・吸わないは個人が判断すべきで、行政が介入するべきでない。また、分煙施設の認定数の増加については、数値目標を設定する前に、完全分煙のための設備投資費用の一部について、たばこ税を活用して支援する制度を確立してはどうか。愛煙家を排除・弾圧するような方針は再考願いたい。(同旨2件)	成人の喫煙率については、国の「健康日本21(第2次)」や「がん対策推進基本計画」の考え方に準じて、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではなく、個人の判断により禁煙を希望する人を支援することを目標としています。 禁煙・完全分煙実施施設の認定は、健康増進法に基づき、受動喫煙を防止する環境づくりを進めることを目的とするものであり、強制的に義務化するものではありません。 たばこ税を活用した制度については、御意見として承ります。	54
16	禁煙・完全分煙実施施設認定数の目標値を達成させるために、飲食店の売り上げ減少を招く禁煙、または実現不可能な完全分煙を強制的に義務化するのではないかと大変不安である。飲食店も可能な限り禁煙、分煙等の表示を行い、受動喫煙防止に取り組んでいることから、我々の声もくみ取り、再度検討を強く要望する。	禁煙・完全分煙実施施設の認定は、健康増進法に基づき、受動喫煙を防止する環境づくりを進めることを目的としており、強制的に義務化するものではありません。	54

17	禁煙、完全分煙施設の認定の過半数は官公庁や医療機関である。今後、事業所や飲食店等に対し、厳格な分煙措置を求める規制が導入されることを危惧している。		54
18	旅館ホテルは、ロビーなどのパブリック空間と客室、宴会場等のプライベート空間が混在する施設であり、完全分煙の概念にはなじまず、この制度の対象外とすべきと考えている。		
19 20	たばこは嗜好品であり社会的節度を守りながら嗜むべきで、削減目標まで立てるのは行き過ぎではないか。禁煙・完全分煙実施施設についても個人経営の飲食店等は費用の面で困難ではないのか。喫煙者と非喫煙者が共存できる環境を作るため積極的に知恵と金を出してはどうか。(同旨2件)	成人の喫煙率については、国の「健康日本21(第2次)」や「がん対策推進基本計画」の考え方に準じて、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではなく、個人の判断により禁煙を希望する人を支援することを目標としています。 禁煙・完全分煙実施施設の認定は、健康増進法に基づき、受動喫煙を防止する環境づくりを進めることを目的とするものであり、強制的に義務化するものではありません。	54
21	「喫煙者を減らす」「喫煙場所を減らす」項目設定や数値目標設定には反対する。たばこは国が認めている合法的な商品であり、「吸う、吸わない」は個人が判断するべきで、なぜ行政が介入するのかわからない。喫煙者は多額のたばこ税を納め、財政貢献しているが、たばこへの風当たりは年々厳しくなる。行政は吸う人、吸わない人が共存できる環境を作ることが仕事で、喫煙者も県民である。		
22 23	たばこは合法的嗜好品で、喫煙する、しないは、適切なりスク情報に基づき、成人個人が自らの健康に与える影響を勘案し判断すべきと考えるが、目標を設定することは行政の介入により特定の数値に誘導しようとするもので反対である。(同旨2件)	成人の喫煙率については、国の「健康日本21(第2次)」や「がん対策推進基本計画」の考え方に準じて、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではなく、個人の判断により禁煙を希望する人を支援することを目標としています。	54
24	目標まで立てて喫煙を減らそうとするのは絶対反対。既に喫煙率は下がっていると思う。たばこ販売で生計を立てている身にもなって考えてほしい。たばこを販売することで、たばこ税が県、市に入り潤っているはず、減っても良いのか。		

25	嗜好品に目標値を定めるなら、食品を含む全ての嗜好品に定めるべき。テレビ等で過剰な購買力をそそっているが、食べ過ぎの糖尿病その他病気との因果関係はどうか。喫煙と病気も同様である。程度の低い議論、目標設定に大切な税金を使わないでほしい。		54
26	20歳から現在まで受動喫煙の配慮をしながら喫煙を続けているが、健康であり医療保険を使用した記憶は無い。たばこはリラックス効果もあり仕事の合間に大変ありがたい嗜好品である。このたびの素案は民主党支配の旧厚生労働省からの指示とはいえ、これが本当の県行政か、喫煙率削減の数値設定に大変怒りを感じる。		
27	「喫煙する、しない」は自己責任の範囲である。受動喫煙はマナーの問題、疾病による医療費がかさむと考えるが、巨額のたばこ税が国、県、市町村へ入る。嗜好品であるたばこに対して、喫煙規制目標値を設定することには大反対だ。		
28	以前に比べ、喫煙者が減少しており、たばこのパッケージの告知、テレビ、雑誌での健康への害の話題を耳にするという毎日である。喫煙者にとって、たばこに対する思いは様々で、自己管理での判断に任せるべきだと思う。目標設定は必要ないし反対である。		
29 30	小売店で、真面目に仕事をしてきたが、たばこだけが値上げされ、売れなくなったところに「第2次がん対策推進計画」で喫煙率を40%も下げることが目標にする事を知り、不信心以上の憤りを感じている。県はたばこ小売店を潰すことが努力目標か。たばこ税の納税に報いるどころか、仕打ちをするのは納得がいかない。TPPでは輸入により被害を受けた業界は政府保証を受けるので、たばこ業界も被害を受けるため、減少分の40%の補助金をもらうのが		

	当然だと考える。政府保証、岡山県保証をもらわないと納得できない。(同旨2件)		54
31	目標値を決めることは、販売店の売り上げを減少させ、愛煙家の喫煙場所を奪い、税収削減になり、利益を見いだせない。健康のために喫煙率を下げたい意図は分かるが、それだけで健康といえるか。心身共に健康であるのが本当の健康なら、癒しの場である喫煙場所を減少させ、自分の意志で決めるべき喫煙に目標値を定めることは行き過ぎていると思う。零細店の死活問題で軽視することはできないのでこの案に断固反対する。		
32	「がん発生の要因」について、どのような推計で出てきた数字か、全く説明がない。	「がん発生の要因」は、厚生労働科学研究第3次対がん10か年総合戦略研究事業「生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究」班により、日本人のデータを用いて、がん発生と死亡のデータ等を参考に推計されたものです。 詳細については、国立がんセンターのホームページに掲載されております。 国立がんセンターホームページアドレス http://epi.ncc.go.jp/can_prev/evaluation/2832.html	36
34	確信のない推論の積み上げである「がん発生の要因」を理論的根拠にして、たばこ業界を破滅に追い込んでしまう施策をしないで欲しい。(同旨3件)		
35	「がん発生の要因」について、どのような推計で出てきた数字か、全く説明がないまま、喫煙率、飲酒の目標値を示すのは納得できない。		
36	喫煙率、喫煙場所を減らし、たばこ税収入を減らし、その減収を何でカバーするのか。消費税のさらなる増税以外には考えられない。 栄養価の高いものでも過度に摂取すれば害があり、薬も同様で適度が求められる。たばこも、過度は害があることは明白であるが適度であれば害はなく、ストレス解消、気分転換等メリットも多い。	成人の喫煙率については、国の「健康日本21(第2次)」や「がん対策推進基本計画」の考え方に準じて、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではなく、個人の判断により禁煙を希望する人を支援することを目標としています。 たばこについては、1本/日の喫煙でも肺がんの死亡リスクやメタボリックシンドロームの発症リスクに影響を及ぼすという研究報告があります。	36 54
37	体に良いと言われる食べ物やサプリメントも食べ過ぎると害になる。たばこも過度に吸えば害があることは明白だが、適度ではストレス解消、気分転換などメリットも	成人の喫煙率については、国の「健康日本21(第2次)」や「がん対策推進基本計画」の考え方に準じて、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではな	54

	<p>多い。酒は臓器疾患を指摘され節度ある適度の飲酒が肝要とされているが、たばこだけに約40%の消費制限目標を設定するのは間違いである。なぜ、酒とたばこは扱いが違うのか。また、公共施設以外にホテル等でも喫煙場所が無く、困っているお客が増えている。たばこ税を使って公園への灰皿設置やレストラン等への喫煙室設置の補助金を増やすことをしていただきたい。たばこは嗜好品として認められ、規制する必要は全くなく国民の判断に任せるべきである。</p>	<p>く、個人の判断により禁煙を希望する人を支援することを目標としています。</p> <p>たばこについては、1本/日の喫煙でも肺がんの死亡リスクやメタボリックシンドロームの発症リスクに影響を及ぼすという研究報告があります。また、飲酒については、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者（1日当たりの純アルコールの摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の15%減少を目標としています。</p> <p>禁煙・完全分煙実施施設の認定は、健康増進法に基づき、受動喫煙を防止する環境づくりを進めることを目的とするものであり、強制的に義務化するものではありません。また、分煙のための補助制度については、御意見として承ります。</p>	
38	<p>たばこを吸っているが、健康に害を及ぼしているとは思わない。たばこ対策より、食生活の方に力を入れて欲しい。</p>	<p>喫煙とがん発症およびがん死亡との関係についての因果関係を示す多くの報告があります。</p> <p>食生活についても、食塩摂取量の減少や野菜と果物の摂取量の増加など、がんを予防する生活習慣の普及啓発を進めることとしています。</p>	54
39 40	<p>「たばこ販売」は、国から許可を得ている商売であり、販売させたくないなら、法律等で禁止すべきである。(同旨2件)</p>	<p>本計画は、たばこの販売を否定するものではありません。</p>	54
41 42	<p>受動喫煙はマナーの問題、啓発活動に重点的に取り組むべきである。禁煙場所を増やすだけでは喫煙者を排除するためだけの施策としか思えない。喫煙者にも配慮し、喫煙できる場所を作ることも行政の仕事ではないか。(同旨2件)</p>	<p>禁煙・完全分煙実施施設の認定は、健康増進法に基づき、受動喫煙を防止する環境づくりを進めることを目的としており、強制的に義務化するものではありません。</p> <p>また、現時点においては、喫煙できる場所はあると認識しており、積極的に喫煙できる場所を作る段階にはないと考えています。</p>	54
43	<p>成人の喫煙率の減少、禁煙・完全分煙施設の認定数の増加の目標について、根底にある考え方は、「禁煙を希望しない人にま</p>	<p>喫煙に関する目標については、国の「健康日本21(第2次)」や「がん対策推進基本計画」の考え方に準じています。</p>	54

	<p>で禁煙を強制するものではない。」「厳格な分煙措置の規制を求めている訳ではなく、あくまでも受動喫煙の機会を減らすことを目標としている。」という、国と同様であると考えてよいか。</p> <p>または、何らかの規制を視野に入れているのか。</p>	<p>また、規制については、社会全体の意識の醸成が前提と考えております。</p>	
44 45	<p>喫煙率を下げることで、たばこの消費量も減少することが予測される。この目標が強力に実施されれば、たばこ業界は壊滅的な打撃を受ける。廃業せざるを得ないのでと心配である。(同旨2件)</p>	<p>今回の数値目標は、禁煙を希望する人に支援を行うことを目標としたものであり、たばこの消費削減を意図したものではありません。</p>	54
46 47	<p>喫煙者而非喫煙者が共存できる環境づくりをして欲しい。(同旨2件)</p>	<p>受動喫煙を防止する環境づくりを進めるため、「禁煙・完全分煙実施施設の認定」を推進します。</p>	54
48 49	<p>たばこよりも車の排気ガスや工場の排煙などの方が問題で、肺がんの発生と因果関係があるのではないかと。しっかり調べてもらいたい。(同旨2件)</p>	<p>車の排気ガスや工場の排煙などについては、大気汚染防止法などで、排出基準が定められております。</p> <p>喫煙とがん発症およびがん死亡については、因果関係を示す数多くの報告があります。</p>	54
50	<p>喫煙・飲酒などの目標設定に反対である。健康のためといって、行政が個人の生活習慣や嗜好に指導や施策を設けることは必要なことであろうか。健康や寿命の問題は、個人の価値判断に任せるべきだ。</p>	<p>このたびの計画は、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではなく、喫煙をやめたい人を支援することを目標としています。</p> <p>健康寿命の延伸は、多くの方が望んでいると考えており、そのために必要な生活習慣の改善について普及啓発等を進め、県民の皆様には個人の判断に従って、健康な生活をおくっていただきたいと考えています。</p>	54
51	<p>喫煙率を19.5%から12%まで引き下げる根拠が曖昧である。なぜ、このような「厳しい規制」が必要なのか。科学的に「喫煙率とガン死者の因果関係」はまだはっきりしていない。この40年間に男性の喫煙率は半減したが、肺がん死者数は約1万人から約7万人に急増している。タイムラグを考え</p>	<p>成人の喫煙率については、国の「健康日本21(第2次)」や「がん対策推進基本計画」の考え方に準じて、禁煙を希望しない人にまで禁煙を強制するものではなく、個人の判断により禁煙を希望する人を支援することを目標としています。</p> <p>また、喫煙とがん発症およびがん死亡</p>	54

	ても「たばこと肺がんの因果関係」は明確に説明されていない。嗜好品であるたばこに対して削減目標を立てること自体、到底納得できない。	の関係については因果関係を示す数多くの報告があります。	
52	子宮頸がん予防ワクチンの接種率を示す表の「県平均」は何を意味するのか。対象者数や被接種者数が県平均なのか。	ご指摘の記載については、「県全体」に修正いたします。	43
53	飲酒について、「男女とも喫煙、感染に次ぐ3番目に日本人のがんの原因として寄与が高い因子とされています。」との記載があるが、「寄与する」は、役に立つと読めるため、別の表現が良い。	ご指摘の記載については、「・・・、感染に次いで、3番目に日本人のがん発生のリスクを高める要因とされています。」に修正いたします。	44
54	飲酒について、「・・・飲酒による健康影響等について情報を・・・」との記載があるが、良い影響を与えると読めるため、誤解のない表現とすること。	ご指摘の記載については、「・・・飲酒による健康への悪影響について情報を・・・」に修正いたします。	45
55	生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合について、毎日飲酒している者の割合しかグラフにないので、飲酒量がわかるグラフをつけたほうがわかりやすい。 また、酒の販売量をモニターすると良いと思う。	本計画は、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の減少を目指しており、健康に悪影響のない飲酒者の多寡を問題にするものではありませんので、酒の販売量は盛り込んでおりません。	45
56	日常生活における歩数について、歩数分布のグラフに、目標とするところに線を入れるとわかりやすくなるのではないかと。	ご指摘の目標値は、集団の平均の目標であり、分布図に図示するにはなじまないものです。	48
57	果物の摂取量について、「少ない場合にかんがりのリスクが上がるとされているため、少ない者（1日摂取量100g未満の者）の割合を減少させることが重要です。」と記載されているが、主語と述語が不明確である。	ご指摘のとおり、文脈の整理をいたします。	53
58	食生活の今後の取り組みについて、「・・・飲食店等で提供する食事に栄養成分表示をする・・・」とあるが、「お弁当や惣菜にも栄養成分表示をつけるように積極的に指導します」と対策を追加して欲しい。	エネルギー量や塩分量等の栄養成分表示をする「栄養成分表示の店」の登録は、弁当や惣菜等を店頭で販売する店も対象としておりますので、今後とも周知を行い、登録数の増加を推進いたします。	53

	最近では、家で食事をする場合も惣菜を買って食べることも多くなっているのでは是非お願いしたい。		
【がんの早期発見】（2件）			
59	職場におけるがん検診の未受診者をなくすための法的措置の整備推進を追加して欲しい。ある企業の社長が、検診を受診しなければ、ボーナスをカットするなどの対策を打ち出している。これを普及させたい。最も効果的な方法だと思う。	がん対策基本法において、「国民は、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めなければならない。」とされているところです。 がん検診の法的措置については、国の動向を注視してまいります。	58
60	現在、がん検診は健康増進法に基づく事業として市町村が実施主体であるが、「がん対策基本法」などに位置付け、国が責任を持って対処すべきである。個人レベルの普及活動では、国民病であるがんには対応できない。また、がん検診は、納税と同様に国民の義務として位置付け、無料にして欲しい。米国のように早急な徹底的な対応が国民の意識をはぐくみ、効果をあげると思う。		
【放射線療法・化学療法・手術療法及びチーム医療の推進】（1件）			
61	がん患者は栄養管理や感染症管理が重要であり、NST活動等の多職種連携が必須である。低栄養による免疫不全や口腔からの感染による誤嚥性肺炎等が死因になることが注目されており、歯科医師等による摂食サポートや口腔ケア等によりこれらを改善し、がん患者の救命率が高まると期待される。	チーム医療の推進として、拠点病院等は歯科医師、薬剤師、管理栄養士等との連携を推進することとしています。	66
【がんと診断された時からの緩和ケアの推進】（5件）			
62	「本県、全国とも・・・推測され、痛みに苦しむがん患者と医師との間で意思疎通が図られる必要があります。」の下線部は削除する方が良い。緩和ケア医、薬剤師、認定看護師等が関わり、痛みを適切にコントロールすることが大切である。	下線部分について「 <u>がん患者の痛みを適切にコントロールする必要があります。</u> 」に修正することを検討します。	68

63	消費量より使用量の方が良いと感じる。消費は何かをスーパーで買って使っている感覚になる。	国のがん対策推進基本計画に合わせた標記としていますので、ご理解願います。	68
64	緩和ケア医の養成について、一步踏み込んだ表現はできないか。一般医の教育はあるが一般医を教育する緩和ケア医については記載していない。	国立がん研究センター等において緩和ケア指導者研修会が実施され、県内の医師も参加しているところです。ご意見を踏まえ、緩和ケア指導者の養成について追記することを検討します。	70
65	計画の数値目標に、緩和ケア病棟の整備数を加えてほしい。	今後、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養が継続できるよう、在宅医療を強力に推進することとしていることから、緩和ケア病棟の整備を目標に掲げておりませんのでご理解願います。なお、いずれにいたしましても、がんと診断された時からの緩和ケアの推進を今後とも目指してまいります。	98
66	「医療用麻薬の消費量」45.3gから100gへの根拠はどうか。	平成19年から平成22年の増加傾向から欧米での消費状況も勘案し、見込んだものです。	100
【在宅医療（療養）提供体制の構築】（6件）			
67	在宅医療・療養の具体的な行動計画の中で、連携を図る機関として、居宅介護サービス事業所が抜けている。連携は欠かせないので明記してはどうか。	ご意見を踏まえ、「居宅介護サービス事業所」を追記することを検討します。	73
68	独居の末期がん患者の介護保険の適用について、治療の副作用等で体力、気力の低下する中、ヘルパー、訪問看護師の助けがあれば心強い。	独居の末期がん患者に対しては、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションや居宅介護サービス事業所等の在宅医療・介護のサービスの連携による支援が行き渡るように努めてまいります。	73
69	（具体的な行動計画）地域拠点薬局の無菌調剤室とはどういうものか。	がん患者の在宅医療を推進するため、訪問診療で使う注射薬や輸液などを共同で調剤できる薬局です。 なお、「在宅医療提供拠点薬局の無菌調剤室」に表記を統一します。	73

70	(具体的な行動計画)「県、保健所及び在宅医療連携拠点事業を実施している機関は、・・・がんの在宅医療提供体制を推進します。」は日本語としてすっきりしない。	在宅医療連携拠点事業は、療養を要する高齢者等が可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごせるよう、地域に連携拠点となる機関を設け、医療や介護を担う多職種が協働することにより在宅医療の支援体制を構築する事業です。連携拠点となる機関は地区医師会、医療機関、地域包括支援センター等地域の実情により様々です。 なお、平成24年度は岡山市御津地区及び新見市でモデル的に実施しています。	73
71	(具体的な行動計画)「市町村を中心とした多職種協働によるがんの在宅医療提供体制を推進します。」とは何を指しているのか。理解が困難。		
72	(具体的な行動計画)「在宅医療連携拠点事業を実施している機関」はどこなのか。具体的に説明すれば理解しやすくなる。		74
【がん医療に携わる医療従事者の育成】(2件)			
73	化学療法専門医や放射線療法専門医の養成にも本腰を入れる時ではないか。	がん薬物療法専門医は県内には27人であり(H25.1.23現在)、中国地方では最も多い状況です。また、放射線治療専門医は全国で980人です(H24.9.1現在)。 がん薬物療法専門医や放射線治療専門医が養成されるよう、拠点病院等に働きかけます。	74
74	「がん診療を実施する医療機関」の役割に「認定看護師の資格取得のための研修会へ看護師を派遣」とあるが、「がん診療を実施する医療機関」とは具体的にどう言った施設か。地域の中小の病院のイメージでは無理ではないか。半年の期間や派遣費用(400万円以上)がかかる。記載するなら拠点病院等の欄になるのか。	拠点病院等以外のがん診療を積極的に実施している医療機関を想定しており、拠点病院等も含め今後とも、認定看護師の養成が望まれています。 なお、ご意見を踏まえ、拠点病院等の欄にも「認定看護師の資格取得のための研修会へ看護師を派遣」を追記することを検討します。	76
【患者・家族への支援】(3件)			
75	「患者・家族への支援」に在宅支援拠点施設の増設を追加する。高齢者の多くは在宅を望んでおり、町内(千世帯あたり)に1つ程度の割合で増設することが望ましい。	がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養を継続できるよう、医療と介護の多職種協働による在宅医療提供体制を推進することとしています。	77
76	キャンサーサバイバーだからできる支援が多くあり、ピアサポーターのスキルアップ研修会をお願いする。他県では有料で行	県としてピアサポーターのスキルアップ研修会を開催することとしており、研修会参加者の受講料は現時点では考えて	78

	うピアサポーター研修会があるが、無料で受けられるようにすること。有料であっても補助金等で無料で受けられるようにすること。	いません。	
77	グリーフケアについて、小児がんで子どもを亡くした親やその子どもの兄弟についてもお願いするとともに、グリーフケアの会にはソーシャルワーカーにも入ってもらいたい。また、医療側からグリーフケアを紹介するような環境になればよいと思う。	がんにより身近な方を亡くされた方々へのグリーフケアについては、拠点病院等と連携し、そのあり方について検討します。	78
【がん登録の推進】(1件)			
78	「がん登録体系図」について、患者が県外に移住した場合、住民票照会が可能となる道筋を考えてもらいたい。少数の件数であれば無料で対応できる仕組みも考えてはどうか。	現在、国においてがん登録の法制化が議論されているところであり、患者が県外に移住した場合の把握等についても検討が進められることとなっていますので、その動向を注視してまいります。	82
【小児がん対策】(7件)			
79	小児がん医療提供体制について、約7割の患者が治るようになってきた反面、治療による障害や精神心理的問題などを抱えている。特に、成人になった小児がん生存者の全数把握や長期フォローアップ外来の制度確立への支援をお願いしたい。	今後、小児がん患者の実態調査を行うに当たり、ご指摘のあった事項について考慮しながら、調査内容を検討するとともに、地域がん登録や医療情報ネットワークを活用するなど長期フォローアップ体制の確立について検討します。	87
80	小児がん医療提供体制について、患者は治療による合併症や治癒後の障害などの問題を抱えているため、長期のフォローアップが必要である。「長期フォローアップ外来」といった診療科の創設や成人になって診療科が変わってもスムーズな診療・相談のできるシステムを考えていただきたい。		
81	小児がん対策を追加する。小児がん患者の家族のための支援体制の整備充実。小児がん患者は家族等の看護が必要であり、他に子どもがいる場合は家族がばらばらになるので、看護に専念できる配慮は必要不可欠である。		

82	小児がん患者の実態調査について、治療中の患者とその家族だけでなく、治療終了後や亡くされた方の現況を把握する調査も行っていたideきたい。そのとき、県外で治療をされている方や県外から来られている方はどうされるのか。		89
83	小児がん患者に対する教育システムの充実をお願いするとともに、高校生の患者が勉強できる場についても考えていただきたい。また、退院後の復学支援など教育システムの充実をお願いする。	特別支援学級は、学校教育法により設置できることとなっており、本県では、現在、小学校・中学校における病弱の特別支援学級として、院内学級を設置しています。高等学校においては、院内学級の設置は困難ですが、入院中の高校生への学習の支援や学校生活の連絡などは、学級担任等を通じて行い、復学の支援を行っている現状です。	89
84	小児がんの治療をする病院では、必ず医師から「小児慢性特定疾患」についての手続を親に知らせてほしい。	医療機関側から「小児慢性特定疾患」の手続のお知らせがなされるよう、県医師会等を通じて医療機関へ周知を図ります。	89
85	(具体的な行動計画)「県は院内学級の充実など・・・」の記載があるので、「役割分担」の県のところにも、「院内学級の充実」と記載した方が良い。	ご意見を踏まえ、県の役割として、院内学級の充実を関係者へ働きかける旨の記述を追記することを検討します。	89
【がんの教育・普及啓発】(3件)			
86	がんの教育・普及啓発について、小児がんについても触れていただきたい。対象者に患者本人や兄弟が含まれる場合は保護者との話し合いの場を持つなど配慮していただき、正確な情報を伝えるようにしていただきたい。	がんの教育・普及啓発が継続的に行われるよう、具体的な方法については、教育庁等学校関係者、専門医やがん患者会等と連携しながら検討します。	90
87	子どもの時からがん教育を行うことにより検診受診率もアップすると思うので、単発で終わらないように継続して行うこと。		
88	がんの教育・普及啓発について、家族にがん患者がいたり、がんで亡くされた方がおられる方への接し方などを含め、いの		

	<p>ちの大切さを合わせたがん教育ができればよいのではと思う。</p>		
<p>【がんになっても安心して暮らせる社会に向けて】（3件）</p>			
89	<p>「8がんになっても安心して暮らせる社会に向けて」は、「職場におけるがん対策」とし、がん患者の就労・再就職を可能とする社会政策の整備を追加する。がんを告知された人は治療を考慮し仕事を辞めることが多いが、治療費や生活の問題、医療技術の進歩で働き続けることは可能となっている。職場の理解は不可欠だが、働き続けることは社会に有効である。</p>	<p>「8がんになっても安心して暮らせる社会に向けて」の項目は、がん患者の就労に限定した項目としていないため残すこととします。職場におけるがん患者への正しい理解の普及など、働く意欲のあるがん患者が安心して働くことができる環境を整えられるよう、今後、問題点の把握や対応策について、労働関係の行政機関や経済団体等と検討することとしています。</p>	93
90	<p>がん患者のみならずがん患者を看病する家族や身近な者が看病に専念できるよう、新たな看護・介護休暇制度の創設をお願いします。また、時間単位での有給休暇制度を導入し、家族が働きながら世話ができる環境を整えること。</p> <p>がん患者を抱える家族に対してやさしい休暇制度導入のために事業者に対してがんに関する正しい知識の普及を図ること。</p>	<p>がん患者及びその家族の就労環境の改善やがんに関する正しい知識の普及啓発が、職域において行われるよう働きかけます。</p>	94
91	<p>（具体的な行動計画）「人事や勤務課所の配慮・・・」は、「課」で表示されているところで働いている場合は良いが、広く考えると、勤務場所としてはどうか。</p>	<p>ご意見を踏まえ、修正します。</p>	94
<p>【その他】（9件）</p>			
92	<p>「図2-7、2-10、2-12」男女のグラフの目盛りを同じにしてはどうか。</p>	<p>ご意見を踏まえ、グラフの記載について修正することを検討します。</p>	6～10
93	<p>「県医師会や県・地域がん診療連携拠点病院・・・」の・はどういう意味か。県医師会や県や地域がん診療連携拠点病院という意味か。わかりやすく誤解を招かない表現が良い。</p>	<p>県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院の意味であり、（以下「拠点病院」という。）と記述しています。</p>	22

94	「拠点病院等」とはどう意味か。推進病院は入るのか。この表現が多く使われているが、明確にした方がよい。	県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院の意味であり、19頁に説明を付しています。	22
95	緩和ケア研修会の修了者数は、11月に研修会を実施しているので、99人より増えている。	ご意見を踏まえ、最新の情報を記載します。	68
96	1行目「また、国の指針に準拠した・・・資質向上が必要です。」の文章全体の主語は誰か。県か。	この箇所においては、現状と課題について記載しているところですが、ご指摘については、(具体的な行動計画)の中に県及び拠点病院等の取り組む事項について追記することを検討します。	68
97	【今後の取組】「また、薬剤師や訪問看護・介護サービス従事者の・・・図ります。」の主語は誰か。	ご指摘については、「⑥在宅医療(療養)提供体制の構築」の(具体的な行動計画)中で、県、市町村及び各種団体は、と記載しています。	71
98	用語説明に「在宅医療連携拠点事業」を入れて欲しい。	用語説明に追加します。	105
99	(役割分担)表中の役割区分に「医師会等の関係団体」などが記載されているが、それらは「役割」ではなく、「内容」と記載されているものが「役割」ではないか。	役割分担表の「役割」を「実施機関」に、「内容」を「役割」に修正します。	
100	第5章でプロセス目標とアウトカム目標について触れているにもかかわらず、第3、4章では、「がん患者・家族が・・・できるよう・・・することを目標とします。」のようにプロセス目標が主体と捉えられる表現となっている。【個別目標】はアウトカム目標(患者・家族がどうなるか)を設定し、プロセス目標は(具体的な行動計画)で宣言する形の方が、よりがん患者・家族に寄り添った計画となるのではないか。	がん患者及びその家族がどのようなアウトカム目標を望んでいるかの調査を実施していないため、【個別目標】はプロセス目標としていますのでご理解願います。	