

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1720	医療提供者 (協議会委員)		愛知	個々の医療機関で蓄積したデータを院内へフィードバックするために、標準的な集計方法について国立がんセンターよりお示しいただきたい。(例)がん種別・ステージ別集計表。			
1721	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	登録の専門家の養成と医療機関への適正な配置。	登録師の養成、人件費。	施設基準として診療報酬に反映。	
1722	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	国立がんセンターから提供される院内がん登録システム「Hos-CanR ver. 2.5」を使用しているが、使いかたが必ずしも良くない。バージョンアップの間隔も長く、また改良を要望する窓口が明らかになっていない。入院患者の登録は可能であるが、外来のみで経過する紹介患者などには対応していない。がんの外来通院患者全体の把握が極めて困難。データの精度管理が必ずしも良好とは言えない。	Hos-CanR ver. の開発元である国立がんセンターがん対策情報センターに対して、システムのバージョンアップの費用を手厚くする必要がある。	がん登録を行っている施設にがん患者が入院した場合、あるいは紹介初診となった場合診療報酬上の加算を算定できるようにすべきである。	病院が院内がん登録を行って、行政側に提出したデータの全国規模あるいは地域規模の集計・解析データが公開されていない。医師が行うデータ入力のモチベーションを高めるためにもこれを定期的に行うしくみが求められる。
1723	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	地域がん登録が整備されていない。	地域がん登録実施のための予算措置を行う。地域がん登録実施主体施設への補助金、がん登録実施各施設へのインセンティブを検討する。		地域がん登録の法制度化を行う。実施主体を決める。
1724	医療提供者 (協議会委員)	玉置 久雄	三重			標準登録様式による院内がん登録を遂行するには、専任の担当者を含め数名の人員が必要である。診療報酬としての検討を望む。	
1725	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	拠点病院のがん登録制度をすべての病院へ適応することの推進(がん拠点病院における充実のみではだめ)。	がん登録士の各都道府県での増員。	登録に対する点数制度の確立。	
1726	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	院内がん登録と地位祈願登録の2本立ては2度手間。		院内がん登録1例ずつに診療報酬をつける。	HosCanRシステムに統一 予後調査では住民票へのリンク化。
1727	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	・患者様の全経過を把握することが困難 ・予後調査についてどのようにしたらいいかわからないのでまだ取り組めていない(役場紹介等)。			医師はがん登録に対して非協力的である。医師と事務の連携を強化させるためにも医師会や学会等で周知すべきではないかと思います。
1728	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫	個人情報保護法から完全に外してほしい。公的ながんの治療後の患者の動向を捕まえてほしい。			
1729	医療提供者 (協議会委員)		兵庫	現在、拠点病院のみが中心となりがん登録を行っているが、データの信憑性を確保するためにも早急に他医療機関についても実施を広げる必要があると感じる。		拠点病院以外にとっては、新たながん登録を行う場合、システム等に経費が発生する。現在、がん登録については、診療報酬上の設定がない。現実論として、メリットがない事に新たに費用をかけてまで実施するほど経営に余裕のある医療機関は皆無と思う。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1730	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	全国レベルでの取り組みが必要重要な個人情報であるので、慎重な取り組み、安全性の確保が必要。	前記のための予算。		国が中心になって全国的なシステムの構築が必要。
1731	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	全数登録が行われていない。			和歌山にはがんセンターがないので、和歌山医大などに研究・診療の中核となる担当部署をつくる。
1732	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県がん拠点病院で現在準備を進めている段階で整備が遅れている。地域がん登録は現在導入されていない。			
1733	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	がん登録の内容・記入項目が実際の臨床の解析に適していない。	ソフトの開発の予算、国が登録するものを病院に派遣する。	がん拠点病院のがん登録にかかる報酬。	
1734	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	拠点病院だけでなく、その他の病院でもがん登録を行うべき。		がん登録において、拠点病院以外でも行っていれば、点数を加算されるような診療報酬の改定があってもいい。	
1735	医療提供者 (協議会委員)	尾野 光市	和歌山	院内がん登録と地域がん登録は、すべての項目を同一にすべきである。スタッフの採用、ソフトの導入等、コストがかかる。	補助金が、少なすぎる。もっと多く出すべき。		
1736	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	がん登録をどう利用するのかが、全く見えてこない。複数の病院にかかっている場合、重複登録が避けられない。個人の開業医の協力は得られるのか。個人情報保護の観点からも問題となる。法整備が必要。			
1737	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	予後調査についてのシステム構築。			予後調査の市町村への照会の際の行政からの支援(法的整備)。
1738	医療提供者 (協議会委員)		和歌山		人的な予算がどうしても必要になると思うので、採算性を考えるべき。		一人の患者さんが二重、三重登録されることが無いようにすることは必須だと思うので、全国的なネットワーク、サーバーを設置しなければ意味が無いと思うが。
1739	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	1. 多重がんの扱いをもっと厳密にしてほしい。2. がん患者における死因について、直接がんに関係のない肺炎や循環器疾患などの場合の扱いについての規準を明確にしてほしい(がん死の定義も含めて)。			
1740	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	地域、病院ごとの治療成績が検証できるシステムが必要。			
1741	医療提供者 (協議会委員)		岡山	なかなか進まないのは何故なのか分らない。			
1742	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	ガンセンターに送る院内がん登録と地域がん登録のデータに不一致があり、両方を別々に行うのは非効率である。現場の臨床師としては、臓器別のがん登録を実施したいが未だできていない。	地域がん診療拠点病院での配分予算(900万円)では、がん登録も含嗽っダン支援センターもそれなりの職員を確保するのは困難と思う。そのほかにも種々の条件を課せられているので。	院内がん登録することでの、診療報酬上での点数を設定してほしい。	予後調査に個人情報保護法が壁になって、生死の情報も取りにくくなっている。きちんとした法的なサポートとしてほしい。がん登録に関して情報を得ることに除外規定を設けてほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1743	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	わからない。			
1744	医療提供者 (協議会委員)		広島	生存確認が困難精度が各施設でまちまち。自治体の協力が得られない(予後調査)。	精度を保つための人的、機器のコストに対する予算を。	高精度に行なっている施設に対しての報酬を。	住民票照会にあたり、市町村の担当者により、加納と不可能が発生している。がん診療連携拠点病院へは照会できるよう整備していただきたい。精度が悪く、毎月の登録が厳密に行なえない施設は拠点病院の取り消しも検討していただきたい。
1745	医療提供者 (協議会委員)		広島	・がん登録の質の均点化・登録届出対象の死亡日・死因情報などの予後情報還元の法的整備がなされていない。・地域がん登録と院内がん登録とでは、登録項目・定義が異なっている。	がん登録実務者及び指導者教育に対する予算措置。	がん登録数及び質や体制整備状況に応じた加算。	・登録数に応じた人員数と実務者の要件に関する制度化・予後情報還元の法的整備・地域がん登録と院内がん登録の統一。
1746	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	がん拠点病院の登録だけでは不十分。また、診療情報管理士を雇用する必要もあり、これには補助金の増額が必要。医師は大変忙しく、これ以上負担を増やすわけにはいかないため、代行入力する職員は必須。			
1747	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	がん登録認定有資格者が2名常勤。多忙。			専門職を育成増員中。
1748	医療提供者 (協議会委員)		山口	拠点病院の登録のみでなく、二次医療圏全体でのがん登録必要。	それぞれの医療圏で地域がん診療連絡協議会を立ち上げる。		
1749	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	院内がん登録と地域がん登録の整合性とデータベースの共有化が必要。			
1750	医療提供者 (協議会委員)		山口	がん診療連携拠点病院以外の中小病院、あるいは診療所からのがん登録のシステム化が遅れています。			中小病院での院内がん登録が、そのまま地域がん登録に移行できるような、ITシステムの開発を強く求めます。あるいは、診療所からも簡単に登録できるシステムが必要。内視鏡的治療で完結するような早期のがんの登録をもれなくきちんとするためにも、がん拠点病院以外の登録制度を確立しないと、早期がん比率は上がらない。
1751	医療提供者 (協議会委員)		徳島	年1回くらいは、関係者にひろく、状況および成果を情報提供すべきである。			
1752	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	がん登録の結果のフィードバックがほとんどないので成果がわからない。また、フィードバックがないこともあり、がん登録への関心もうすいように思う。			
1753	医療提供者 (協議会委員)		香川	がん登録に対して病院はあまり重要視していないようだ。精度をあげるならばもっと研修が必要(医師でなく事務サイドの登録なので)、専従の人員確保。他病院からの紹介患者の情報が少なく診断日・TNM分類が付けられずステージも付けられないことが多々ある。	回答出来る講師が講義をしてくれるがん登録の勉強会、研修会を！がん登録をしている病院のがん登録情報が閲覧できるようなシステム作り。	がん登録情報を提供するとき「がん登録情報提供加算」。	がん登録をしている病院は紹介先の病院へ紹介状と共にがん登録情報を添付することを義務付ける。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1754	医療提供者 (協議会委員)		香川	登録漏れが多い。	登録料を増額する。全国民の背番号制度の徹底。	登録患者の診療点数を区別する。	全国民の背番号制度完全導入。
1755	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	マンパワーが不足し、患者登録はまだしも、予後調査まではとても手が回らない。	がん拠点病院予算にがん登録および調査費用を確定的に計上する。	診療報酬の関与は不要である。	個人情報保護法と予後調査との法的すりあわせを行う。
1756	医療提供者 (協議会委員)		香川	順調である。			
1757	医療提供者 (協議会委員)		香川	ガイドラインの病期は各臓器、各学会独自のものでTMN分類ではない。国際的にデータを比較するためTMN分類を用いていることが、がん登録等の統一したデータにつながらない。			国際レベルで物事を分析するなど学会毎の集計は決めるべし。国立がんセンターの理想に意味はあるのか？
1758	医療提供者 (協議会委員)	寛 善行	香川	一定程度の効果はあげつつあると思う。			
1759	医療提供者 (協議会委員)	津村 真	香川	がん登録実務者の人員不足。今後、生存率の算出などが入るとますます人員が足りなくなる。			
1760	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	この分野がもっとも人件費が足りない。			
1761	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	医師の負担が大きい。がん登録のメリットが医師個人にははっきりせず、あいまい。			
1762	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	十分な人員配置、予算化がなされていない。	拠点病院への補助金を増額すべきである。	入院基本料の増額が必要である。	がん登録の法制化が必要である。
1763	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	拠点病院の責務の中で、患者、他医療機関の意識改革を要しない分、比較的着実に進んでいる領域だと思う。ただ、施設にとっては利潤をもたらす分野ではないために、人材確保、育成に負担を生じてくる可能性がある。拠点病院の基準が厳しくなり、認定施設が絞られると、一時的に精度も低下する可能性がある。	人材確保に向けての予算補助でしょうか。	がん登録そのものというより、拠点病院として与えられる診療全般へのインセンティブに包括されるのがよいのではないか。	
1764	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	人員不足で、速やかに対応出来ない。			
1765	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	人件費がかかり過ぎ。			
1766	医療提供者 (協議会委員)		福岡	予後調査をどのように行うか。			
1767	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	研修した事務員の確保。予後調査義務と個人情報保護との間の問題。	研修費の確保。登録システム開発費用。		予後調査が患者の同意なしでできるように法整備。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1768	医療提供者 (協議会委員)		福岡	我が国では、国立がんセンターで長年行われてきた経緯があるが、それがうまく生かされなかった事が世界に後れを取った理由である。また、個人情報保護法案の制定により、学会で行われてきた臓器がん登録が停滞した事も問題として挙げられる。	診療情報登録師が講習を受けて資格を取り、院内がん登録を担っているが、診療報酬面での補助も小額で、人件費は施設が負担しているのが現状である。仕事を課す場合には、人が必ず必要であり、人件費は補助すべきである。	同前記。	
1769	医療提供者 (協議会委員)		福岡				5年生存調査の行政が伴う制度化。都道府県の登録制度の均点化。
1770	医療提供者 (協議会委員)		福岡	予後調査がしにくい。地域がん登録をしていない県が多い。			予後調査は個人情報保護よりも重要と思われる。法律でがん登録を定める。
1771	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	予後調査をどうするか。病院単位では難しいと思うので、工夫が必要。			各がんのがん取り扱い規約やTNM分類を各病院のがん登録の端末で見られるように、著作権等を整理してソフトを配布してはどうか。
1772	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	やはり法令による制度化と推進のための人材養成及び予算措置。		加算措置を。	法令で強制しないと全国的に行われないうであろう。
1773	医療提供者 (協議会委員)		長崎	全国統一したフォーマットで、かつできるだけ簡便にしないとデータは集まらない。			
1774	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん登録の助成。	がん登録に向けての予算措置。		
1775	医療提供者 (協議会委員)		大分	院内がん登録医療機関の増加、都道府県単位での地域がん登録事業の展開。	がん登録事業の実務者の養成と各医療機関への配置(養成期間3カ月)。	がん登録事業における各医療機関の登録に対する診療報酬加算。ただし1件につき6カ月以上の追跡を行う条件。	都道府県の保健医療部門あるいは都道府県医師会を事務局とするデータ集約。
1776	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	人材教育をする予算を組むべき。	診療報酬で対応してもがん登録をできる人材を確保することは困難であるため、制度が向上するとは思えない。	医師なしで、登録が完了するようなスキルを持った、診療情報管理士を中央で教育し、各県に配置する。その診療情報管理士が各病院を周り、登録内容のチェックを行う。	
1777	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	アメリカみたいに専門のスタッフの養成と配備。		専門スタッフに対する加算。	
1778	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島				生死調査が簡単に文書で役所に依頼できるよう、個人情報保護法下での特例事項として周知させて欲しい(地域によっては、役所が対応(=調査協力)してくれないようである)。
1779	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	院内・県などの方法含め、簡略化・統一し、臨床医にとって理にかなった方法で行って欲しい。各医師への説得が大変。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1780	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	全国でちゃんと正確に進んでいるのか信用できない。			
1781	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	診療の片手までするには仕事量が多すぎる。	せめて拠点病院に専門職員を雇用する予算をつけてもらいたい。	がん診療医は診断書作成、がん登録、臨床研究、地域での活動、その他の仕事で時間外労働時間が多いと思う。この分は超過勤務請求できないのでボランティアになる。少しでもインセンティブをつけてもらいたい。	
1782	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	診療報酬に評価されていないので 人の配置がおろそかになる。また、取り組みについても十分おこなわれない。	一施設2人以上配置できるように予算をつける。	施設基準を整備するように、診療報酬に盛り込む。	
1783	医療提供者 (協議会委員)			病歴士の増員。			
1784	医療提供者 (協議会委員)			全国共通のものがない。		大変な仕事量であり、安い。	
1785	医療提供者 (協議会委員)			がん登録に係わる医師の業務～診療以外の業務～が増加し、医師の負担軽減が必要である。		がん診療連携拠点病院への診療報酬上の手当(加算)の増。	
1786	医療提供者 (協議会委員)			地域がん登録、院内がん登録、臓器別がん登録など種類がわかれているので、全て臓器別がん登録に集約することが必要ではないか。また、腫瘍登録士(初級修了者)を必ず1名、病院では置かなければいけないというように制度を変更してはどうか。	腫瘍登録士の人数×〇万円という補助金をつける(最大3名まで)。	補助金を出すのが困難な場合は、診療録管理加算のような点数を新たに作り対応する。	病院において、腫瘍登録士を1名置かなければいけない、と施設基準に盛り込んでみてはどうか。
1787	医療提供者 (協議会委員)				大幅にアップして専属の人が従事できるようにして欲しい。		
1788	医療提供者 (協議会委員)			予後調査に苦慮。			予後調査では個人情報保護法との板挟み。何か住民票照会等のシステムを作るとかで対処できないのか(特に県外)。
1789	医療提供者 (協議会委員)			現場にとっては仕事が増えただけ。登録士もまだ不慣れで十分機能していない。			
1790	医療提供者 (協議会委員)			院内がん登録システムの全国ネットワーク化。			
1791	医療提供者 (協議会委員)			登録のあとの対策をいかにするか観点が欠落しがち。登録は手段であり目的ではない。			
1792	医療提供者 (協議会委員)			臨床医にかなり負担となっている。それにもかかわらず、地域がん登録や院内がん登録の意義が浸透していない。	登録支援の医療クラークの制度がまだ不足している。		臓器によってはUICC/TNMでの登録がいまだに両方が使用され、時にstage分類の変更などが加わって登録をさらに混乱させている。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1793	医療提供者 (協議会委員)			院内がん登録を実施していない医療機関が多い。がん登録も、地域がん登録、国立がんセンター報告、学会のがん登録などがあり、不統一。がん登録データの事後活用も不十分。		がん登録の実施状況により、加算を設定する。	登録内容の統一。後利用の促進。
1794	医療提供者 (協議会委員)			・生存確認調査の住民票照会の方法、他施設情報の収集(生存・死亡)が提示されていない。・院内がん登録のMLの活用(MLでの回答が迅速に行われていない。回答のなかに気になる箇所もある。過去のMLの内容参照機能が整備されていない。)・実務者による勉強会が開催されない。(県内の拠点病院で集まると病院で職種が異なり相談しにくい 状況である。国立がんセンター主催の地域勉強会が中止になるとの話なので東京へ頻繁に行くことは 諸事情で困難である。)	・補助金が県の財力によって異なる。財政難の県に手厚くして欲しい。		・生存確認調査のための住民票照会が県によってかなり違うようなので全国一律な方法で予後調査ができるよう制度を決めて欲しい。
1795	医療提供者 (協議会委員)			多くの道府県では地域がん登録の精度が十分ではなく、がん対策に生かすことができない。	各道府県の地域がん登録への予算の増額。	院内がん登録を実施する医療機関に対して診療報酬による優遇措置。	一定規模以上の病院に対する院内がん登録の義務化、病理検査機関から地域がん登録への届出の促進、地域がん登録の法制化。
1796	医療提供者 (協議会委員)			広く国民に知られていない。			新聞、メディアを通じて、広く国民に知らせる。
1797	医療提供者 (協議会委員)			がん登録の法制化(地域がん登録、院内がん登録)がん登録データの精度向上(腫瘍登録士の認定)。		専任者配置による加算。	腫瘍登録士の認定制度。
1798	医療提供者 (協議会委員)			がん登録をしろというなら、その分ソフトや人件費等は国が負担して欲しい。	人員の確保は困難だろうから、ソフト面に関しては国が負担した方がよいのではないか？		
1799	医療提供者 (協議会委員)			当院ではかなりうまくいっている。しかし県内を見た場合、拠点病院だけしかうまくいっていない。	他施設への支援をするための費用を出して欲しい。		MRLの資格を持つ人が増えかなり前進しているも、もう少しあと押しが必要。
1800	医療提供者 (協議会委員)			登録すべき項目が複雑でしかも答えにくい部分も多い。登録されたデータの信憑性はどうなのか、と心配になる。			
1801	医療提供者 (協議会委員)			がん登録に詳しい人が少ない。兼任でカバーしている。	振り向けるべき。	評価すべき。	養成と、スタッフを雇ったときの助成。
1802	医療提供者 (協議会委員)			これはスピードが大切。5年前のデータをまとめられても実際的には価値はない。現状の遅れようは何だ！	増やしてほしい。定型的な質問は止めて頂きたい。	上げてほしい。診療行為として報酬を出す事。	前記の通り。
1803	医療提供者 (協議会委員)			予後調査について、地域がん登録へデータを提出しているため、脂肪患者についての情報をフィードバックして欲しい。		院内がん登録の点数化を！	
1804	医療提供者 (協議会委員)			がん対策に活用できる水準のがん登録を継続的に実施するためには、がん登録の法制化が不可欠である。そうしないと、すべてのがん患者の届出を義務づけることはできない。また、がん患者の予後把握のために行われる人口動態死亡小票の収集と住民票照会が、特別な申請と審査を必要とする調査として扱われ、その円滑な実施が著しく妨げられる。	厚労省が、都道府県に、地域がん登録を実施するために必要な経費を10/10の補助金として交付する。事業が定着したら一般財源課化する。	診療報酬として措置することは、患者負担が発生するので好ましくない。がん登録が法制化されれば、診療報酬で対応する必要はなくなる。	できるだけ早くがん登録を法制化する。社会保障番号制が導入されたら、それを利用する登録のしくみを確立する。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1805	医療提供者 (協議会委員)			地域がん登録がされていない(福岡県)。			
1806	医療提供者 (協議会委員)			予算不足で十分な人員が雇えず業務(入力)が遅滞することが多い。	拠点病院への交付金の増額。		
1807	医療提供者 (協議会委員)			院内がん登録、地域がん登録、臓器がん登録の一体化詳細は臓器がん登録だけでよい 院内がん登録はもっと簡便にする必要があるとともに 入力者について 医者以外の教育が必要。			
1808	医療提供者 (協議会委員)			患者や家族に同意をとっていない。			
1809	医療提供者 (協議会委員)			小児白血病リンパ腫についてはJPLSG(日本小児血液学会)、固形がんについては日本小児がん学会での統一した登録がはじまっており、重複した登録は現場医師の負担になる。			前記重複のない、既存制度の活用が望まれる。
1810	医療提供者 (協議会委員)			追跡調査の方法 転居者も多く不明が増えることが予想されるし、住民票照会を行うにしても、自治体によっては個人情報保護の観点から応じてもらえないのか不明。			県主導で地域がん登録を実施すれば、かなり情報共有ができて、調査率の上昇につながると思われる。
1811	医療提供者 (協議会委員)			院内登録を100%にすること、現状は病院によってばらつきが大きく、全体に低い。診療所のがん登録についての意識がひくい。	院内がん登録を評価し(病院の格付け)、予算配分をすること。		
1812	医療提供者 (協議会委員)			診療情報管理士のがん登録に費やす業務時間が長い。		地域がん診療連携拠点病院としてのがん登録に係る人件費については満額ではないが補助金として交付されている。補助金制度が無くなった時点から、人件費を十分に補填する施設基準としての算定が必要である。	
1813	医療提供者 (協議会委員)			各県、各施設で登録制度がばらばらで統一されていない。		下記がん登録制度認定施設に十分な診療報酬を！！	国家統一の登録制度を政府が作るべきである。同時にがん登録制度認定施設基準を新設。
1814	医療提供者 (協議会委員)			①腫瘍登録士制度の構築と継続的な教育体制の確保 ②データ登録そのものの明確なルール化とマニュアルの整備		・がん登録の件数に応じた点数化	・腫瘍登録士の専門職としての位置づけ
1815	医療提供者 (協議会委員)			シンプルな形式の登録テンプレートの作成を望む。			
1816	医療提供者 (協議会委員)			とても手のかかる(医師・事務)ことなのに診療報酬上の加算がなく、登録をするインセンティブが全くない。			がん登録を全国できっちりするための法律を作っては。
1817	医療提供者 (協議会委員)			医療機関での登録の煩雑さがあり、また必要性が認識されていない。			法整備が必要である。地域がんと院内がん登録との整合性が取れていない部分あり、統一化が必要。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1818	医療提供者 (協議会委員)			全国共通のがん登録が必要と思われる簡便で役立つ内容が良いと思われる。			
1819	医療提供者 (協議会委員)			がん登録システムとHISとの共有化が最優先となるようなデータ形式・形態の統一化、標準化を望む(同一内容の二重登録を避ける、セキュリティを担保するためのHISネットワークから独立を前提)。			登録対象の判断者の明文化(医師、診療情報管理士、その他)と原則業務すみ分け、責任の明確さ。
1820	学者・研究者 (協議会委員)		宮城	地域格差がある。低水準にある都道府県には具体的な計画について指導する必要があるのではあいか。全体としては、集まったデータをどのように還元していくか、特に治療成績とどのように結びつけることが出来るか、日本のがん医療の在り方を評価する上で大きな課題がある。		院内がん登録にも加算を設けるべきであろう。	
1821	学者・研究者 (協議会委員)	大内 恵明	宮城	がん登録は、がん医療のアウトカム評価に必須であるにも拘らず、わが国では未整備である。「がん登録なくして評価なし、評価なくして対策なし」・・・これは世界のがん対策を見ても明らかである。			
1822	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	本籍地検索の妥当性の評価。	常勤職員の雇用のため、単年度ではなく通年度で予算配分をしてください。	がん登録・予後管理料の新設。	個人除法保護法内での本籍地検索を国民に理解してもらい、実施する。国民に番号を付け、検診から疾病管理、予後管理を行う。
1823	学者・研究者 (協議会委員)	西巻 正	沖縄	精度の高いがん登録ができていない。	登録するインセンティブがない。なんらかのインセンティブが必要。		
1824	学者・研究者 (協議会委員)	青木 陽一	沖縄	登録方法が適当でない。			
1825	学者・研究者 (協議会委員)			各医療機関からのがん情報の収集の困難さ。			がん対策基本法における“がん登録”の法制化、患者の死亡情報の“がん登録”への利用を易しくする。
1826	学者・研究者 (協議会委員)			制度化が進まず、国の支援が乏しい。			理想的には、届出を義務付ける法整備が望ましいが、そこまで行かなくとも実行可能な施策もある。課題を再度整理して、国・行政が率先して、問題解決に進むこと。
1827	その他 (協議会委員)	梶沢 敏雄	新潟	個人情報保護との兼ね合い。			
1828	その他 (協議会委員)		山梨	有効に活用できれば健診の有用性生存率の改善など評価できる。	担当職員がいるか？		
1829	その他 (協議会委員)		佐賀	必要性は論じられても制度化されないことには未実施県もあり、日本全体の把握はできない。また、実施している県でも予算カットなどで財源不足となり、十分な事業ができにくい現状である。			制度化が必要。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1830	その他(協議会委員)		宮崎	がんの死亡率統計は信用できますが、がんの罹患率を知ることが難しいので、がん登録制度の充実が切に望まれる。			
1831	その他(協議会委員)			登録はがん診療連携拠点病院だけではない。		拠点病院以外からの登録が促進されるように診療報酬で評価すべき。	がん登録データのネット公開。
1832	その他(協議会委員)			がん登録を現市町村レベルでの業務には積極的には活用できないと思う。			
1833	その他(協議会委員)			現在、がん検診の偽陰性例の抽出のため、地域がん登録室への検診受診者の情報提供・照合について、個人情報保護審議会に付議しているところだが、難航			早く「がん登録」を法制化し、がん研究やがん検診の精度向上に向けて、推進できる環境を作っていたきたい。
1834			北海道	予後調査を行う際、一般へのがん登録に対する周知があまりされていない事や、個人情報保護の観点より調査が難しい。詳しいDr.がいなくデータ精度が保たれているか不明。		がん診療連携拠点病院HP加算のほか、がん登録に対する加算も増やす。	予後調査も行いやすい環境を整える(法整備など)。がん登録に精通した医師の育成。
1835				医療機関はともかく、市町村での登録は皆無と考えられる。	モデル化のための予算方必要と思う。		市町村または地区のモデル指定により登録を推進し、そのモデル地区のがんへの継続的取り組みを行う。

9.がんの予防

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1836	県庁担当者		福井	受動喫煙防止について、健康増進法では努力義務となっているため、各自治体の取組み(条例化等)により差がある。			健康増進法による規制を強化したらどうか。
1837	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	キャンペーンをもっと増やすべきである。			
1838	県庁担当者	服部 正興	三重	情報発信が少ないように思う。			
1839	県庁担当者		広島	・全ての国民がタバコを吸わないような国家的な禁煙運動の展開が必要である。・「県条例」ではなく、国が禁煙の法律を作る。税金の増収より、人間の「いのち」が大切である。	・タバコ1箱が1000円といわず、1本100円にして1箱2000円にすることによって、喫煙をしない国を実現したい(元ヘビースモーカーからの提案)。・小・中学校からがんの怖さや対策を授業で指導する。		
1840	県庁担当者		高知	レストランや飲食店は、全て禁煙にすべき。			
1841	県庁担当者			・学校における防煙教育の積極的な取組 ・公共施設の禁煙が徹底できない。	・文部科学省における予算化。 ・厚生労働省から公共施設の禁煙の方針の提示。		
1842	県庁担当者			たばこ規制枠組条約の遵守に向けた国の対応が遅すぎる。			健康増進法の改正による受動喫煙防止措置の強化が望まれる。健康増進を目的としたたばこ価格の大幅な増額が必要。増額により税収の落ちが取り上げられるが、喫煙による健康被害に係る医療費等の増加の方が大きいのではないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1843	県庁担当者			根本的に解決するには欧米並みにたばこの値段を上げるしかない。			
1844	県庁担当者			20代～50代の喫煙者へのたばこ対策が十分でない。児童生徒の禁煙支援体制が十分でない。	快適職場を支援する補助として、禁煙・分煙の取組についても補助対象とする(健康教育・啓発イベントなど)。	未成年者に対する、禁煙治療の保険適用化。	学校現場において、医師、薬剤師が禁煙支援ができるようにする。
1845	県庁担当者			普及啓発では効果が不十分。			たばこ事業法を廃止し、健康政策としてたばこ対策を位置付け、自動販売機の規制や値上げなど、環境整備を進める必要がある。
1846	県庁担当者			受動喫煙防止対策は、個々の県条例では困難と考える。			罰則を盛り込んだ法制化等、全国統一した施策が必要だと考える。
1847	県庁担当者			県では、がん対策推進計画、健康増進計画においても、喫煙問題を取り上げ、「禁煙・完全分煙実施施設認定事業」の推進、未成年者を対象にした啓発資材の作成、配布、禁煙問題に関する講演会への講師派遣等に取り組んでいる。			喫煙の健康影響についての普及啓発、受動喫煙防止対策、未成年者の喫煙防止に重点を置いた健康教育を推進する。
1848	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	喫煙対策を都道府県単位で行うことには限界がある。			国レベルで「マナー」にとどまらず法律や条令として、受動喫煙防止に取り組む。国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する。せめて、喫煙が可か不可かの表示を義務付ける。(利用者が喫煙可の飲食店を避け、自ら受動喫煙を防止できるようにする。)
1849	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	たばこ単価(1000円)化。			
1850	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	たばこの値段を上げて喫煙率を下げること。きめ細かな啓発普及を行うこと。小中学でのがん予防教育を強化すること。	値上げ分のたばこ税の増収をがん対策に回す。		
1851	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟	公衆に悪影響を与える場所での禁煙を徹底すべきと思う。			
1852	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	たばこの所管が財務省。	たばこを含めた健康教育に予算を厚くする。	非喫煙者へインセンティブを与える。	たばこの所管を厚生労働省とする。 税収より健康を重要視した制度とする。
1853	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	思い切って一箱千円にすべきだった。鳩山の思い切りの悪さが災いした。	栽培者や輸入業者のこともあるから売らないわけにはいかないので、びっくりするほどの値上げ。それで止めるし、吸い始めるものも減る。		
1854	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	たばこ対策はもっと強く推進してほしい。			小学生など小さいうちからの教育が必要。条例など作る。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1855	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	マスコミ等で色々な情報が流れており、ほんとの予防対策になっているのかと疑問を持っている(情報の氾濫)。			学校教育との連携が必要。小中学校等での知識の普及が必要。
1856	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	子供を喫煙喫煙させない教育の徹底と、タバコをすいにくくする(税金アップ)環境整備。タバコはいまや麻薬と同じ。国がお金や、JTの為に手をこまねくというのはいささかおかしい。			学校教育でたばこは「百害あって一利なし」であることの徹底教育。タバコ増税。
1857	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	たばこは、いろいろなところで、禁煙対策をとっているが、個人個人の意志が強くなければ止められないのではないだろうか？害があるということはわかっているも、止められない人が多い。自分はたばこを吸わないので、吸っている人が回りにいると臭いに耐えられないし、大変不愉快である。いろいろな対策を考えても、なくならないのではないだろうか？			たばこは周囲に迷惑をかけるものなので、公共のところで吸えば罰金制度にする等、厳しく取り締まる制度をとらなければ、無理な話だと思う。
1858	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	タバコの販売価格を引き上げる。1箱少なくとも1000円以上でないと効果がない。			
1859	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	積極的に進めるべきである。			
1860	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・たばこが500円になったが、1000円にすると喫煙率はより下がると思う。・生涯たばこを吸わない人をつくるため、小学生時代から教育をする。	たばこ税はがん対策、特に学生のがん教育費用に使う。		・学校教育にがん教育を組み入れる。・単に煙草だけでなく、パンフレットで説明するだけでなく、体験者が生の声が効果的だと思う。
1861	患者関係者・市民(協議会委員)			たばこ対策は早急にもっと押し進めるべき。			喫煙条例をもっと広げるべき。
1862	患者関係者・市民(協議会委員)						たばこ税の更なる値上げ。
1863	患者関係者・市民(協議会委員)			小学校、中学校、高校の段階で、喫煙できる年齢になる前に、たばこの害についての教育を徹底し、新しくたばこを吸い始める人口を減らすことに力を入れるべきだと思う(現在すでにそのような教育がおこなわれているのかわからないが)。			
1864	行政(協議会委員)	内田 勝彦	大分	公共施設以外の受動喫煙対策が不十分である。			受動喫煙対策実施施設の認定制度を創設する。
1865	医療提供者(協議会委員)		北海道	巷では、根拠のない民間伝承と予防が同レベルで発信されている。	これも専門の部署をつくり、対応せねばならない。そういう方のおられる施設には予算を出すべき。	当然、高くするべき。コンビニ受診の減少のため。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1866	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	禁煙の意味が少ない、すでにがんになった人の(少量)喫煙、緩和ケア入院における喫煙は許可すべき。	気持ちは分かるが、目の敵にするのは止める。高い販売価格だけで充分。		
1867	医療提供者 (協議会委員)		北海道	未成年の喫煙防止のための行政の今後の一層の対策は。受動喫煙防止策としての公共施設、準公共施設の全面禁煙、その他飲食店等不特定多数の人が利用する施設の禁煙化、または完全分煙化等の対策義務に対する法的整備の遅れ(善意、良識などに頼っての対策には限界があるのでは)。			禁煙希望者への行政としての支援対策(禁煙外来受診者への制度としての支援など)。
1868	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	発がん物質として国が認定しなければならない。	禁煙対策としての医療補助。		
1869	医療提供者 (協議会委員)		北海道				喫煙者と非喫煙者の医療費ないし医療補助?に差を付けるべき。
1870	医療提供者 (協議会委員)		宮城	完全禁煙一つ進められない行政の弱さ。			
1871	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	公共施設や場所の禁煙を条例だけではなく法的に規制するくらいの積極性が必要。間接喫煙の有害性を強くPRするべき。			
1872	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	市民セミナーをやったが、受講者はいつも通ってくれている患者さんばかりで、健康者は講演会に来てくれない。方法論からはじめるべき。	資料を沢山作ってほしい。		高校、大学、職場での講演会の義務化はいかがだろうか?
1873	医療提供者 (協議会委員)		秋田	健康面からは禁煙は絶対必要だが、敷地内禁煙とすると道路で喫煙する人がいる。	増税すれば喫煙率下がると思うがタバコ農家や、タバコ屋の生活も考えないといけないのでは。		
1874	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	喫煙者と非喫煙者の健康保険料が同じというのはフェアではないと考える。			非喫煙者の健康保険料を安くすべき。
1875	医療提供者 (協議会委員)		山形	啓発教育は必要であるが、個人責任であるので廃絶は不可能である。			
1876	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	禁煙対策は喫緊の課題。まず、政治家の禁煙意識が低い。行政、立法の意識の低さが問題。	がん予防に重点を置いた予算配分。子宮がんワクチンの接種に対する女性。広報活動に対する予算の配分など。		子宮がん予防ワクチン、禁煙対策などの目標値の設定とともに、禁煙については国が制度的に厳しい対策を取るべき。
1877	医療提供者 (協議会委員)		福島				がんの原因は何か?→日常生活上で気を付けること→検診の意味を系統立てて市民が理解できる市民講座を開催。
1878	医療提供者 (協議会委員)		福島	喫煙習慣の撲滅。	文科省との共同作業になると思うが、学校教育内での「喫煙習慣を身につけさせない教育」を徹底して行う。そのために、学校医、学校薬剤師の責任・権限・報酬を強化する。		たばこ税の大幅値上げ。または、喫煙者に対する健康保険料率のアップ。喫煙を放置して、他の予防は語れない。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1879	医療提供者 (協議会委員)		福島	拠点病院の敷地内は禁煙となっているが、愛煙家の方々は入院中の方でも敷地外にまで出向き、吸っている状況。そのため、逆の意味で患者さんの体調が悪くなりそうである。			空調が完備できるのであれば、院内に一カ所だけ喫煙室を設けるのはいかがだろうか。
1880	医療提供者 (協議会委員)		福島	諸外国に比べ、まだまだタバコを簡単に手に入れられる環境にあると思う。			
1881	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	広報・啓発が不十分。			医師会内に組織作成～全国及び地方展開。
1882	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	たばこの値段はもっと高くすべきである(自分の健康のみならず、受動喫煙など他人におよぼす影響も考えて)。			
1883	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	米国にならい、もっと禁煙場所を増やすべきである。たとえば、パチンコ店などの娯楽施設など。外見上、低所得者が多いようであるが、肺がんやCOPD患者生産場所となっているように思う。彼らが肺がんで入院となっても、金銭的に十分な医療は受けられないような気がする。			米国にならい、敷地内禁煙については、その範囲を拡大すべきである。
1884	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	たばこ対策は甘すぎる。国民に対してタバコの害についてもっと教育すべき。未成年簡単にタバコを購入できる。			
1885	医療提供者 (協議会委員)	満川 元一	茨城	課税を極端に上げるべき。			
1886	医療提供者 (協議会委員)		茨城		たばこ税大幅アップ。		
1887	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん予防のために禁煙を推進していくという国家的なコンセンサスがでない(タバコ税を引き上げに対して財務省が反対してつぶれなど)。	たばこの税金を大幅に上げる。タバコ栽培農家に対する保証。		タバコのコマーシャル禁止など。
1888	医療提供者 (協議会委員)		栃木				目的税化を計って欲しい。
1889	医療提供者 (協議会委員)		栃木	料金も含め毅然とした対策が必要(昔も今もすぐに税収入りが引き合いに出される)若い女性に対する対策が不十分。			
1890	医療提供者 (協議会委員)		栃木	日本のたばこ対策は、諸外国と比べて貧弱で、恥ずかしいかぎり。政府の視線は、国民の健康よりも、参院選の票集めに向いているとしか思えない。	たばこ一箱1000円に。		
1891	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	喫煙者には、とにかく、たばこの害の認識が無い。	タバコの全廃またはたばこ税の更なる増税。	喫煙者を診療したら、報酬増額とする。	タバコ製造・販売・喫煙の法的禁止。
1892	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	JTに対し国が、問題ありと強調しなくては根本的な解決、改善は難しい。	テレビでの政府広報のスポットに「たばこの害」をもっと強調すべき。		
1893	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	禁煙の政策をしっかりと行わなければがんを減らすことはできない。	多いにこしたことはない。	禁煙外来を行っているところへの診療報酬を厚くした方がよい。	たばこ税をもっと上げるべきである。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1894	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・禁煙外来をもつ病院が少ない。			
1895	医療提供者 (協議会委員)		東京	禁煙をスローガンするだけでなく、タバコ税を増額し購入困難とすべき。			
1896	医療提供者 (協議会委員)		東京	道路、鉄道、レストランなどで完全禁煙(少なくとも分煙)とすべき。		喫煙者の自己負担増。	
1897	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	もっとタバコ税を上げるべきだった。結局なにをやっても、依存性のあるものなので、かなりドラスチックなことをやらないと変わらないと思う。	医療機関に予算措置を透けても、あまり変わらないと思う。	喫煙者の自己負担金比率を上げるなど、ペナルティーも必要なのは。	とにかく、国の喫煙に対する姿勢だと思う。
1898	医療提供者 (協議会委員)		東京				たばこ税の増額。
1899	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	全国民が禁煙するようにする。	禁煙キャンペーンが足りない。	喫煙者の診療点数を高くする。	どこでも喫煙ができなくする。
1900	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	さらに禁煙の普及が必要である。	禁煙運動に対する補助金の増加。タバコの値段を欧米の水準まで値上げする。	禁煙治療に対する診療報酬の増加。	たばこの値段を上げて、収入をがん検診などに使用する。
1901	医療提供者 (協議会委員)		東京			敷地内禁煙施設には診療報酬加算をする。	
1902	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	禁煙による効果、たばこの害についての啓蒙が必要。			
1903	医療提供者 (協議会委員)		新潟	禁煙教育は行っているが、院内の雇用者で20%前後がまだタバコと縁が切れていない。			
1904	医療提供者 (協議会委員)		新潟	最も対策が遅れている分野である。特に医師のがん予防分野への熱意が少ない。			たばこ税はもっと上げるべき。
1905	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	”がん”とたばこの因果関係はよく広報されているのに、喫煙者が余り減っていないように感じる。政策的に禁煙誘導に向かう方策が必要と思う。			政策的に喫煙しない方向で検討して欲しい(タバコ税の値上げを大幅に)。
1906	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	たばこは、法令で40歳以上でなければ吸えないことにすればよい。			
1907	医療提供者 (協議会委員)		石川	女性の喫煙。	たばこ税の引き上げ。	入院患者への禁煙外来診療は混合診療となっているが、混合診療とならないよう対応して頂きたい(切に望む)。禁煙治療を行う場合は入院中が効果的。禁煙外来への加算(増加)。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1908	医療提供者 (協議会委員)		石川	1箱1000円でもよい。駄目なものはだめとなぜしないのか、昔からの日本の癖。その代わり、たばこ会社にはそれなりの支援をする。道路だの新幹線だの、贅沢なものをやめればよいだけ。簡単なこと。	前記。		たばこでがんができることをもっとコマーシャルにまた、たばこ以外にも、有害物質に関する情報を国民に伝えるべき。
1909	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川		たばこの値段を上げるしかない		
1910	医療提供者 (協議会委員)		石川	我が国の対策は非常に甘いです。すでにアメリカでは肺がんの死亡率が減少に転じている。	煙草の値段を1箱2000円くらいにする。		すでにそうなりつつあるが、公共の場での全面禁煙、違反者への厳罰(罰金)喫煙するがん患者に対する保険診療停止。
1911	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	喫煙人口が多すぎる。学校教育で正しい知識が教えられていない。			1箱1500円以上にして収益はがん対策に充てる。
1912	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	岐阜県の中津川市では「禁煙外来」ができていて、たばこをやめたい人が活用して、やめた人が結構いると聞いた。そのような詳しい情報を広めるようにしたら…。また、奥さんが妊娠をきっかけにしてやめる人が多くなっているとの情報もあるので、詳しく情報公開してみてもいい。			
1913	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜		学校薬剤師の薬物乱用出前講座の中に取り入れて児童・生徒に講義を行なっている。また、学校の保健委員会でも保護者を対象に講義を行なう事		
1914	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	喫煙と歯周病等の関連から、歯科医師を積極的に活用することが大切と考える。	歯科医師の行う禁煙指導への予算措置を行う。	歯科医師の禁煙指導への点数評価を行う。	研修を積んだ歯科医師が禁煙指導に参加できるように制度面で配慮していただきたい。
1915	医療提供者 (協議会委員)		静岡	自分が嫌煙派なので、喫煙人口が減少する施策ならば何でも実行して欲しい。ただ、相変わらず「たばこを吸うのがかっこいい」と考えている若者が多いので、彼らが禁煙する事で将来的ながん予防に繋がる、というデータ(ビジョン)を示すことが必要と考える。			
1916	医療提供者 (協議会委員)		静岡	まだまだ認識されていない。			広報強化。
1917	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	がん予防は国として行うべきで、啓蒙活動が必要であると思う。			啓蒙活動は特定の病院の者がするのではなく、機会を均等にしていきたい。
1918	医療提供者 (協議会委員)		愛知	受動喫煙対策。			たばこ税を値上げ。欧米並みにたばこの価格をあげる。
1919	医療提供者 (協議会委員)		愛知	もっと積極的に禁煙対策をするべきと思う。			
1920	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	自己責任ですので、税金増による値上げのみで良いと思う。			肺がん、火災など社会への負担に見合う税金増を。