

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
2117	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん検診が効果的な年代の人に、いかに受診してもらうか、やはり啓蒙活動が必要？			
2118	医療提供者 (協議会委員)		静岡	市町村によって費用が異なるケースがある。			費用の均てん化、無料化。
2119	医療提供者 (協議会委員)		静岡	・PSAの検診導入。・便潜血検査の受診範囲の拡大。 ・乳がん検診(マモグラフィー、超音波検査)の有用性の広報。 ・検診胸部CTの受診範囲の拡大。 ・胃fiberの検診拡大(胃透視の低診断性の周知)。 ・肝炎ウイルスの検診範囲の拡大、等検診普及に向けての公的活動と予算措置が必要である。			
2120	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	死亡率減少効果が証明されている臓器と、そうでない臓器がある。死亡率減少が明らかながん検診は社会活動をして健診を受けさせるような活動が必要。			消化器がん検診では、レベルの一定化が必要。
2121	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん検診の受診率を向上させる(現状では低い)。開業医での胃がん検診:UGIX-p技術が低すぎる。	可能なら無料化。	消化器専門医が、検診できる制度を確立し、診療報酬をあげる。	内視鏡検診の採用。各科専門科医のみ検診が可能とする。
2122	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	前立腺がん検診が制度化されていない都道府県が少なくない。	検診にあてる予算の大幅な増加が必要。		
2123	医療提供者 (協議会委員)		愛知	ただ早く発見すればよいのではなく、早期発見が予後改善につながるという科学的なエビデンスの検証と、がん検診はそれらエビデンスが確認されたものに絞るべきと思います。			
2124	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	意味が有る事と、ムダな事と、医学的な検討を。			
2125	医療提供者 (協議会委員)	加藤 岳人	愛知	・職業によって(特に自営業)症状があっても受診しない。我慢してしまう人がいる。 ・がん検診の普及。			人間ドックの半強制化。
2126	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん検診の推進。			がん検診費用を、健康保険料の算定において控除する。
2127	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・がん検診率が上がっておらず、その改善が必要。 ・がん検診による有効性が科学的にどこまで担保できるのかをはっきりさせること。また、その有効性についての研究的評価を進めることが必要。	がん検診を無料化すること。		40歳、45歳、50歳という年齢で無料化スクリーニングをする。早期発見こそが治癒をもたらす最も良い方法であるという宣伝をもっと行う。
2128	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知		一次検診のみならず二次検診に対する補助。		

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
2129	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	検診の無料化など、住民が検診を受ける環境が整う一方で、急速に増大する検診受診希望者に病院の受け入れ態勢が追いついていない、という実状がある。住民に対する環境だけでなく、病院の受け入れ環境を同時に整えなければならない。この点が現状片手落ちである。補助金の使途に制限があり、予算が有効活用されていないと感じる。	医療機器の補助、例えばMRIコイルの半額補助などは現在の病院の経済的体力を考慮せずに決められている。高額機器は半額でもかなりの額となり、買うとなれば、院内の他の導入希望機器(更新を含む)の購入を圧迫してしまう。検診・一般診療の両方で使用する、例えば内視鏡機器・レントゲン設備や検診車の更新にも補助金が使えるなど、使途制限をもう少し緩和すべきである。	検診で要精査となって受診する初診患者に対して、一定の加算が算定できるしくみが望まれる。増加する検診に対して病院側の態勢を整えるのに必要な処置と考える。	
2130	医療提供者 (協議会委員)		三重	検診促進、啓蒙活動の充実。			保険者負担の確保。
2131	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	がん検診の普及が遅れている。	以前のように自治体検診への補助金を特定財源化し、増額する。		会社検診、人間ドックでの検診の受診率が不明であるため、がん検診の真の受診率が不明である。地域住民のがん検診の受診を法制度化し、すべての検診を含めたデータベースを構築する。
2132	医療提供者 (協議会委員)	玉置 久雄	三重	当院はがんの検診・早期発見を推進するために、毎年二次医療圏に向いてがん予防講演会を開催しているが、参加者を募り集めるのがたいへんである。			講演会や市民公開講座などに対する地方自治体の協力体制を望む。
2133	医療提供者 (協議会委員)		三重	・検診者数の低さが問題。		・70才以上高齢者に対する配慮が必要か。	
2134	医療提供者 (協議会委員)		滋賀	・がん検診の現状把握が十分できていないのではないか。			
2135	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	がん検診に政治が入りすぎており、適切な検診とはなっていない。胃X線撮影などは完全に無意味。			無意味な検診をやめ、真に重要なものをピックアップすべき。
2136	医療提供者 (協議会委員)	富士原 正人	京都	早期発見に繋がらない検診方法が、現在も一部継続しておこなわれている。			有用性の低い検診を廃止し、より精度の高い検診方法を取り入れるべきである。たとえば、肺がんのCT検診等。
2137	医療提供者 (協議会委員)		京都	地方自治体は受診率向上を目指しているが、医師など検診スタッフの不足、費用の不足が課題と思われる。	積極的に取り組んでいる自治体に補助が必要と思われる。		
2138	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	がん検診の精度管理が監視されていない。受診を促す政策も必要だが、希望者が受診できない機会不足のほうがもっと問題。	前記計上。		予防効果や生存率向上のエビデンスのない検診項目は中止。胃透視はやめる。
2139	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	がん検診率の向上、行政の取り組みの強化。			がん検診の無料化と受診のない時罰則を。
2140	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫		検診するための機器及び人員を増やしてほしい。		

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
2141	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	勤労者のがん検診に関する責任の所在がはっきりしないがん検診の予算が、一般予算として地方自治体に下りているが、実際にはがん検診に使われているかどうか、はっきりしない胃カメラががん検診の検査項目に入っていない。がん検診の受診勧奨に関する日本独自の研究が存在しない。がん検診と特定健診が分離されている。	がん検診を受ける個人に対して経済的なインセンティブをつける予算を。		国民全員に対して、がん検診は国が責任を持って行う制度にする必要があるががん検診に関する啓発が必要地方自治体で、交付されたがん検診予算ががん検診に使われているかどうかを検証する制度と、その結果により次年度の交付額が決定されるシステムがん予算の仕組みについて、国民や医師に啓発を胃カメラをがん検診の検査項目に加えるがん検診の受診勧奨に関する研究を行い、よい方法について啓発するがん検診と特定健診が同時に受けられるような体制づくり。
2142	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	メタボリック症候群ばかりを取り上げ、がん検診への手当てが薄い。	全国での受診率が30%以上になるように予算投入する。		メタボリック検診をやめ、たばこ対策とがん検診に予算も人力も投入する。
2143	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	検診体制は乳がんはじめ、向上してきていると考えている。しかし、当県は受診率が低い。それは自己負担金が高他府県に比して高い事(特に和歌山市)が原因と考える。啓発活動も十分とは言えない。			
2144	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	検診の受診率を向上できないか？			特に弱者、自営業、専業主婦、退職者などへの検診の啓発。
2145	医療提供者 (協議会委員)	尾野 光市	和歌山	いまだに胃透視を行う場合がある。			すべて胃内視鏡にすべき。
2146	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	検診の推進。			
2147	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	乳がん検診の受診率が欧米に比べ低い。			
2148	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	和歌山県の検診率の低さ。	もう少し、検診事業にも予算を。		
2149	医療提供者 (協議会委員)		和歌山				職場検診などある程度義務付けながら、受けやすい環境で出来るだけ全てのがん検診がうけられるようにすべき。職務扱いでも休んでどこかの医療機関へ行くようにという制度では実際は行けない。これによって、若年層の受診率は上がるはず。
2150	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	出来るだけ放射線を使わない方向でのがん検診をお願いしたい・・・コスト、2次がんの観点から。	検診を受けたらお金をもらえる方式にする。		
2151	医療提供者 (協議会委員)		鳥取	働いている人のがん検診受診機会の確保ができていない。			職場健診で、がん検診を強制的に受けられるような制度を設けてはどうか。

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
2152	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	保険者・事業者負担によるがん検診体制の拡充。			
2153	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	自己責任において受診できるよう啓発。インフルエンザにおいてワクチン接種希望者が殺到したごとうまく啓発ができれば、補助の有り無しに関係なく、増加が期待できるのでは？ただし、精査機関が対応できるか疑問。			
2154	医療提供者 (協議会委員)		鳥取	トータルとして地域のがん有病率を把握し、死亡率減少を達成するために保険者負担による検診を行うべきであり、50%目標達成に対しインセンティブを導入する。			保険者と市町村に別れ、受診率の把握が出来ないため一元化をはかることが必要(精度管理の面から、統計上も)
2155	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	重点目標の設定。たとえば、乳がんの検診若くてもすればするほどいいのだというのではない。40代・50代を重点的に検診する、事を広める。なんでも絨毯爆撃方式をとるほど、予算が余っているわけではないと思われる。			出産時の子宮頸がん検診を無料化する。
2156	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	乳がん検診に従事しているが、マンモグラフィ読影講習会や試験、あるいは超音波講習会・試験は、現在まで自腹(実費)で行われているが、その費用や維持費は馬鹿にならない。検診率アップ(50%)のためには、精度管理の面からは、まだまだ人数が不足している。	国または県からの多少の補助・援助があっても良いのではないか？	同前記。	わからない。
2157	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん検診の項目が各自自治体によって異なる。「隣がん」スクリーニングの項目が皆無。	検診に対する公的補助の増額。	検診を受けて、異常が発見された症例に対する患者自己負担の減額。	自治体が行なう検診を定期的を受診した患者に対する減税制度の創設。→受診率向上のため。
2158	医療提供者 (協議会委員)		広島	検診率が低い。	企業や、一般市民を対象とした、健診項目にがん健診の項目を加える(女性の場合、マンモグラフィなど)。		
2159	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん検診は無料にして受診率を高めること、早期発見早期治療が結局は医療費が安くなることを考えてほしい。			
2160	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	検診は補助金が少なく、受信者は増加していない。また、検診車も不十分で、職員も不足しており、このままでは検診率は増加しないと思う。			
2161	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	地域住民の受診率を向上させる。	行政からの宣伝と10/10の無料検診とする。	加算が必要。	検診業務の専従医師が望まれる。
2162	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口	がん検診率の正確な把握(市町検診、職域検診等を含めた正確な検診率が出ていない)。			
2163	医療提供者 (協議会委員)		山口	一般的に住民のがんに対する基本的知識が不足していることが検診率の低さにつながっていると思う。そこに重点を置いた啓発活動が不十分。			
2164	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	がん検診受診率の低さが改善されていない。			休日検診を推進するよりも、企業が事業主が検診のための有給休暇を義務づける制度を考慮すべき。

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
2165	医療提供者 (協議会委員)		山口	健診受診率の低下。			予算配分、あるいは広報活動など、市町村に任せっぱなしでなく、しっかりと財源確保が必要である。
2166	医療提供者 (協議会委員)		徳島	早期発見は、がん対策の最重要事項。検診は公的資金で。現在実施している子宮がん検診、乳がん検診の無料クーポン券を継続(今回のクーポン券事業の結果を報告、分析し、今後の対策を考える)。			検診を義務づける。検診していない者は、保険料を多く取る。(検診を受けている者は保険料を安く)
2167	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	20-50代では、やはり、がんは他人事と思っている人が多く、検診も受けない人がまだまだ多い。市町の検診は高齢者のみ自己負担が少ないため、がん検診が必要な人への対策とはいえない。	がん検診が必要な年代への対策。		広域化。
2168	医療提供者 (協議会委員)		香川	健診の強化。任意より必須にする。主婦などは健診をうけなくてもどこからもクレームがこない。		健診の項目を増やす。無料化。	健診の強化。任意より必須にする。主婦などは健診をうけなくてもどこからもクレームがこない。
2169	医療提供者 (協議会委員)		香川	啓蒙活動の不足。	啓蒙活動の予算を付ける。	早期患者での診療報酬加算。	
2170	医療提供者 (協議会委員)		香川	早期発見に効果的な人間ドックや腫瘍ドックは、補助が出る場合があるとんでも高額であり、結局経済的に余裕が無い人は受けられていない。また希望者も多く、医療機関によっては申込から受診までに月単位の日数がかかることもある。			
2171	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	受診率の低迷と受診者の高齢化	65歳以上の高齢者の検診に対する公的援助を廃止する。その分をがん治療診療報酬増点などに当てる。	高齢者のがん検診に診療報酬を設定する。早期発見のための公費負担がん検診は働き盛りの年齢層に対して行うべきものである。	上皮内がんや非浸潤がんへのがん保険支払い除外規定を廃止するよう保険会社を指導する。早期発見を目指すことへの動機づけとなる。
2172	医療提供者 (協議会委員)	坂東 義教	香川	1)受診率が低い。2)各組織ごとの受診率を把握することはできても、住民全体の正確な受診率を把握するのが難しいという現状がある。	がん検診での多額の予算を確保する。		
2173	医療提供者 (協議会委員)	寛 善行	香川	がんの早期発見の推進と過剰診断は表裏一体ですが、死亡率低下効果の認められる検診については否定するような動きは感心しない。			
2174	医療提供者 (協議会委員)	津村 真	香川	肺がんにはCT検診の導入(医療費が増加するので、補助金制度などは?)胃がんでは、レントゲン検査を廃止し、胃カメラ検診とする。			
2175	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	検診の受診率が悪すぎる。もつとがんが身近で、自分がいつがんに罹患するかわからないことをアピールすべきだ。	検診を受けない人は保険料率をあげるとか、税金を少し増やすとか何らかの処置が必要ではないか。		
2176	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	検診の重要性はいわれているが、受検率は伸びない。クーポンを出しても思ったほど効果がない。受検動機の上は国民への啓蒙しかないが、やはり実際の受検率向上については費用の問題が大きい。	検診の公的費用負担分の増加?自己責任では限界がある。		
2177	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	検診費用を国がもっと出すべき。			

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
2178	医療提供者 (協議会委員)		高知				各自治体にお願いしたいのは、検診率を上げる努力は必要と考えるが、地域の実情を理解したうえで、どのような一次検診を地域の基幹病院に任せるのか検討してもらいたい。
2179	医療提供者 (協議会委員)		高知	精度に問題があると思う。			
2180	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	市町村にまかせるているため、地域によって検診率に差がある。また、予算が限られているため検診の質の担保が必ずしも十分ではない。	検診に対する予算措置。		県と市町村が共同でがん検診対策をする。検診基準を設定し、その質を評価するシステムを構築する。
2181	医療提供者 (協議会委員)		福岡	分野(9)に同じ。			
2182	医療提供者 (協議会委員)		福岡				PETでは早期発見ができないことを一般に知らせる。
2183	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	受診率の向上。精度管理。			
2184	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	検診率をどう上げていくかが最大の課題と思う。苦痛のない・時間的制約の少ない検診の開発も必要。	がん検診の主体を国にする。		受診率が高い市町村ほど財政負担が少ないような制度にする。
2185	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	まだまだ地方では、がんの早期発見の必要性に対する認識の啓蒙が不足している。	市民講座開催などへの資金的援助。		
2186	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	就労者が受診しにくい。	前項でも出しましたが、検診車の増加。		受診日の休暇。
2187	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	国民教育を地味にしっかり(中高生にがんの知識を)。	教育に予算措置。		
2188	医療提供者 (協議会委員)		長崎	検診受診率がなお低い。	クーポンの発行などでお金を補助しないとなかなか受診しないのでは？言い古されているが予防にお金をかけるほうがはるかに安くつくはず。		
2189	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん検診。	保険者負担によるがん検診のモデル事業の推進。		
2190	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん検診の有効性についての実証研究。		地域の医療機関と健診機関の連携による登録が必要で、その取り組みに対する診療報酬の加算。	がん検診による罹患率の軽減の実証を3カ年計画などで行う。
2191	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	受診率の向上を図る。			

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
2192	医療提供者 (協議会委員)		大分	口腔がんの検診。			
2193	医療提供者 (協議会委員)		大分	特定検診により、がん検診がかすんでしまったようだ。	がん検診の予算は、従来通り必要であろう。		
2194	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	がん検診の受診率向上をいっているが、こちらも本気になっているように思えない。			
2195	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島				一定枠内での義務化。
2196	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	病院の利用法: 病院を受診した者は、胃が痛いなどの適当な症状を言って胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、肝臓がん検診などドック受信者が自己負担となっている部分も医療費でまかなう事ができる。知っている者が得する現状がある。			定期的に必要ながん検診は無料化する。その為の財源は保険費の増額で賅う。要するに健診料はすでに支払っている状態。受けなきゃ損で受診率アップも図る。
2197	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	必要と思うが、検診の受診率が上がれば、二次検診(要精査)受診者も増えるので、それに対してもきちんと対応してほしい。たとえば、検診受診率をあげれば、消化器の分野では胃カメラや大腸カメラの需要も増えると思われるが、当地域でこれ以上大腸カメラの受診者が増えたと対応が困難。全国でもこれに類した状況の地域も多いと思う。			
2198	医療提供者 (協議会委員)				がんドックの補助金。		がん検診を保険適応にすれば。
2199	医療提供者 (協議会委員)			検診受診率を上げる。	国として都道府県に補助を出す。		メタボ検診は中止する。
2200	医療提供者 (協議会委員)			受診率向上への取り組みが最優先である。			
2201	医療提供者 (協議会委員)			検診率アップが課題である。	広報予算の拡充。		他の検診との共同実施。
2202	医療提供者 (協議会委員)			がん検診に年齢制限がある。自己負担金額が高く、受診できない場合もある。検診を受けられる施設に制限がある。	がん検診を無料にする。どこでも受けられるよう、巡回型検診車をつくり、誰でもどこでも受けられるようにする。		
2203	医療提供者 (協議会委員)			がんの診療に従事できる人をもっと増やす施策をお願いしたい。			
2204	医療提供者 (協議会委員)				新聞報道では予算不足で検診率upは出来ないとあり、別途予算の計上が必要ではないか。		

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
2205	医療提供者 (協議会委員)			エビデンスがある検診とエビデンスがない検診を区別して行うべき。現状は玉石混交。これでは十分ながん検診業務にはならないと思う。また集団検診と個別検診についても医療スタッフですら区別がついていない現状で検診業務を推し進めること事態に問題がある。	まず検診業務でを濃く民に理解していただくことが何より大事。		
2206	医療提供者 (協議会委員)			早期発見のためにもドック等の推進。	マンモグラフィーのみでなく内視鏡等も強化事業費等で補助して貰いたい。		
2207	医療提供者 (協議会委員)			乳がん・子宮がんの検診は支援意義は高いが、高齢者の前立腺がんや喫煙ハイリスク者への肺がん検診の公的援助は少なくともよいのではないか。			1次検診の判定基準のばらつきが臓器によっては目立ち、精度優先なのかあくまで早期発見のために要精検者数が増えるのは仕方ないのかが1次検診実施医師へフィードバックされていないのではないか。
2208	医療提供者 (協議会委員)			検診を受けるためには時間調整の負担が大きく、検診を受けにくい制度になっている。	気軽にいつでも個人的時間の都合が合う時に受けられる検診の制度や設備が必要ではないか。		気軽にいつでも個人的時間の都合が合う時に受けられる検診の制度や設備が必要ではないか。
2209	医療提供者 (協議会委員)			検診率が向上しない。	従来、受診しなしていない層を受けられるように、最初は無料にするなど、きっかけを支援する。		
2210	医療提供者 (協議会委員)			低い受診率、不十分な精度管理。	受診者の経済的負担軽減につながる予算措置		地域がん登録を利用した検診の精度評価の普及。
2211	医療提供者 (協議会委員)			検診率が低い。			生命保険加入条件に加える。(子宮頸部細胞診など。)
2212	医療提供者 (協議会委員)			分析データが不十分(がん登録の重要性)がん登録のデータが集積されるには、3年、5年、10年など時間がかかる。そのデータから対策を打ち出し、効果を分析するにはさらに年数がかかる。			がん登録の法制化(地域がん登録、院内がん登録)
2213	医療提供者 (協議会委員)			地方では病院が検診業務行なっているため、現在の診療状態では通常の患者の他に検診もしなくてはならず、負担が大きい。			開業医や検診専門の施設を利用して欲しい。
2214	医療提供者 (協議会委員)			受診率が低い。	振り向けるべき。	厚くすべき。	普及啓もう活動の強化。
2215	医療提供者 (協議会委員)			国レベル、県レベルでがん検診体制や目標設定が行われているが、実際の事業者は市町村であり、地方交付金を始めとする検診のための予算の立案については市町村に委ねられている。市町村における検診体制の格差が国全体としてのがん検診の推進が円滑に進まない一因と考えられる。			国→県→市町村という多重構造を廃止し、国の責任のもと設定した目標到達が可能な予算、人員によるがん検診体制を立案し、国に所属した専門職を市町村に配属し検診事業を進める。モデル事業として検診対象となるがんを絞り込んで行ってもよい。

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
2216	医療提供者 (協議会委員)			本当に健診の有効性は有るのか？発見率0.1%のために莫大な金を使うよりもっと有効な金の使い道はないのか？このような時は病院にいきましょうでも良いのでは？			
2217	医療提供者 (協議会委員)						検診に関する広報増加コイン検診を推奨。
2218	医療提供者 (協議会委員)			マンモグラフィー検診が普及しつつあるが「要検査」率が高すぎる印象がある。			精査管理の更なる充実。
2219	医療提供者 (協議会委員)			受診率が圧倒的に低い(世界の中で)。	地方財政だけでなく、国の補助がなくしてできるわけではない。		
2220	医療提供者 (協議会委員)			CCS専用のパンフレットが必要。			
2221	医療提供者 (協議会委員)			受診率の向上を図ること。			
2222	医療提供者 (協議会委員)			主婦や老人などの検診率が上がっているのか？もっと国民にがんについての予防についての啓発が必要なのではと感じている。			
2223	医療提供者 (協議会委員)			がん検診受診率が低い。	検診受診の助成金を増やす。		・胃がん検診において、ヘリコバクタ・ピロリ抗体検査、ペプシノーゲン検査の導入を急ぐ必要がある。・がん検診受診を国民(県民)運動に盛り上げる。マスコミの協力が大きい。
2224	医療提供者 (協議会委員)			現状を把握しづらい検診を受ける機会が少ない。			早朝や、夜検診を受けれる施設の設立。
2225	医療提供者 (協議会委員)				がん検診に対する補助の増が必要では。		
2226	医療提供者 (協議会委員)			受診率の低迷、より効果的な検査法の導入。	子宮、乳房の無料クーポン券により受診率が向上したことより、他の検診にも同様な方式を導入。		胃：内視鏡検査の導入。大腸：内視鏡検査で数年に1回の受診。乳房：若年者に対する超音波検査の導入。肺：CT検査の導入。
2227	医療提供者 (協議会委員)			細胞診は診断に直結するものであり施設単位の精度管理だけでなく、個人の技量に左右されることも少なくないと考えられるため検査の精度管理の充実を図る必要があると思う。			臨床検査技師会の協力を得て、細胞検査士単位の精度管理の充実を図る。

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
2228	医療提供者 (協議会委員)			がん検診の受診率が低いことが一番の問題点であると思われる。今後は「コンビニ検診」といった具合にあるがんをターゲットにしたがん検診を24時間どこでも受けられるような仕組みづくりが必要になってくると思う。あるいは企業が積極的に職員の健康管理を行っているような場合には、出張してがん検診を行うのも有効であると思う。	コンビニ検診の制度を上げるように、またどこでも受けられるようなシステム作りのための予算が必要になってくると思う。検診で医療費が安くなるかどうかには疑問もあるが、制度の高いがん検診であれば医療費の削減にもつながる可能性はあると思うので、その分を検診の予算に回すことは可能であると思われる。	がん検診は予防だから、診療報酬でカバーする範疇ではない。	「コンビニ検診」をどこが主体となって行うかが問題だが、予防ということになると保健所の守備範囲である可能性もあると思われる。しかし、検査器具も備わっているわけではないので、近くの病院と共同して行うことが必要になってくる。そのような組織横断的なネットワークができると今後は予防と治療のいい連携プレーも可能になってくる可能性があると思う。
2229	医療提供者 (協議会委員)			検診の義務化。			
2230	学者・研究者 (協議会委員)	大内 憲明	宮城	がん検診受診率は先進諸国の中でも極めて低い現状で、がんの克服＝がん死亡率減少の達成は(高齢化に伴う年齢調整死亡率における自然減少を除けば)不可能である。国の責務としてがん検診が実施されるよう、改善を強く望む。	「平成22年度がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん対策～」に拠れば、がん検診受診率50%を達成するには、毎年少なくともあと1500億円の検診費用が必要とされる。その費用の負担は、市町村財源では不可能であり、メタボ健診のような保険者・事業者負担、または交付金に戻す必要がある。平成21年度から、がん検診に関わる地方交付税が倍増(1298億円)されたこと、女性特有のがん検診推進事業(216億円)が始まったことは、がん検診費用が国の予算によって賄うという、新たな可能性を示唆するものである。(2つの合計が協議会試算の1500億円とほぼ同額となる!)英国、オーストラリア、韓国のように政府予算とすることが、受診率の向上はもとより、事業評価(精度管理)も一元化されることから、国の責務としてがん検診が実施されることを提案したい。		
2231	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	5大がんの検診受診を義務化する。	検診の無料化。	診療報酬には算定しない。	職域健診での義務化が重要。また企業などは報告を義務化。

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
2232	学者・研究者(協議会委員)		静岡	がん検診の受診率の低いことが問題になっている。受診された方、していない方ががん罹患された際に、受診されていた方に何らかの経済的援助の点で受けていない方と差別を付けられないだろうか？ 健診機関の精度を追求するというのではなくて、がん検診受診を推奨する一つの手段として考えられないだろうか？			
2233	学者・研究者(協議会委員)		兵庫	受診率が低迷している。			40歳以上は例えば3年毎の「がん検診義務制度」に類した何らかの方策を出したらどうか。
2234	学者・研究者(協議会委員)			風邪や胃炎などの疾患で受診した時を良い機会と考えて、がん検診を受けやすい体制構築をしてほしい。			健診を保健診療対象にすることを検討すべきだと思う。
2235	学者・研究者(協議会委員)			がん検診率の把握が難しい(市町の検診以外の検診が把握できない)。	がん検診の予算の拡充。		各個人のがん検診手帳を制度化する。
2236	学者・研究者(協議会委員)			いわゆるorganized screeningが実施されていない。効果の証明されていないPSAなどの検診が、熱心な臨床家の声で、公費で実施されている。			保険者にはがん検診の実施を義務付けるようにしてはどうか？
2237	その他(協議会委員)		岩手	検診受診率の目標値達成は困難(受診者への負担が軽く、かつ有効な検診方法の研究・確立)。	地方交付税ではなく、がん検診に対する補助に受診者の自己負担軽減を図る。		
2238	その他(協議会委員)	森久保 寛	栃木	1)検診精度の確保が重要、検診機関の精度管理に対する監視体制の確立が必要。2)国のがん検診推奨方式の普及義務化だけでは検診技術の将来的な向上は望めない。		1)適正検診費用を定めた上で検診精度の監視強化が重要。	2)県単位などで新しい検診方式の実施を「特区」として認め、3-5年単位でその評価を行う制度が必要。
2239	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟	がん検診受診率の横ばい～減少傾向。			受診しやすい体制の整備。
2240	その他(協議会委員)		山梨	受診者には医療費など優遇措置を取るべきでは。			
2241	その他(協議会委員)		静岡	早期発見・早期治療により医療費を抑えられるから検診を全ての国民に受けてもらうのが理想。その際の費用は「自費により支弁」が原則(自分の健康は自分で守るのが基本)である。国、自治体が税金によって補助するなど「甘え」を助長する。			
2242	その他(協議会委員)	村上 隼夫	静岡	がん受診率の向上策を論ずる前に、より国民成人全体を対象にした実態を反映した受診率の計算方法を模索すべきである。			従来の対象者に加え、職場で受診した企業の従業員も含めた受診率の計算方法を模索すべきである。
2243	その他(協議会委員)		滋賀	①検診の大切さをあらゆる機会に住民に伝える。			

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
2244	その他(協議会委員)		鳥取	1.受診率の把握(対象者の明確化、対象年齢の上限の問題)。2.有効性の検証。3.予算。	科学的根拠のあるがん検診への地方交付税や補助金の交付。		実施指針の徹底。
2245	その他(協議会委員)		鳥取	平成10年からがん検診事業予算が一般財源化され、市町村負担が増え、受診率向上に向けての対策が取りにくくなり、受診率が伸び悩んでいる。			
2246	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	検診の受診率が低い。	乳がん検診のようなクーポン券を各種がんに広げる。		
2247	その他(協議会委員)		徳島	健診受診率の向上。			
2248	その他(協議会委員)		佐賀	新規受診者の低迷。早期発見には、定期的な検診受診が有用なことは言うまでもないが、全く受診しないグループの解消が必要。	新規受診者に対する優遇された予算措置(補助等)新規受診者、受診中断者に対する受診勧奨のしくみの確立(モデル事業等)。		新規受診者、受診中断者に対する受診勧奨のしくみの確立(モデル事業等)。
2249	その他(協議会委員)		宮崎	がん検診率が目標通りにはすすんでいない。			がん検診率が目標通りに達成された市町村にはインセンティブを設ける。
2250	その他(協議会委員)		鹿児島	市町村においては、検診費の予算化が精一杯の現状。受診勧奨等の啓発事業展開のための予算化が困難となっている。	女性特有のがん検診推進事業のように、がん検診のすべてを交付税措置から補助金へ切り替えるべき。		
2251	その他(協議会委員)			がん検診の重要性を認識されているにもかかわらず、地方自治体の一般財源化によって、各自自治体の検診対象、方法、自己負担額が異なっている。	地方自治体における財政は、ますます困難な状況です。検診に対しても補助をお願いしたい。		
2252	その他(協議会委員)			職域でのがん検診対策が不十分(市町村がん検診に偏りすぎ)。勤務者にはがん検診の案内をしていない市町村が大半だが、職場で実施していない場合が少なくない。乳がん検診視触診の外科医、子宮がん検診の婦人科医が不足。受診率ばかりに偏りすぎ。競争入札による単価ダンピングがまかり通っている。	がん対策にかかる地方交付税の大幅な引き上げと市町村のがん検診予算の経年的な公表。		乳がん検診の医師による視触診はマンモグラフィ必須+問診徹底で専門看護職による指導に置き換え可とすべき(諸外国では医師による視触診を必須としているのでしょうか?)。子宮がん検診は助産師による実施も可とすべき。精度管理の徹底にかかる厚生労働省通知を发出すべき。職域(被用者保険者)でのがん検診について何らかのインセンティブを与えるべき。職域でのがん検診の実態(実施率、受診率)を把握するべき。
2253	その他(協議会委員)			各県にがんセンターを設立し、予防から緩和ケアまで統括して対応。がん検診に時間をかけず容易に受診する場をのぞみたい。			
2254	その他(協議会委員)			保険者等のがん検診実施へ向けての動機付け及び一般への受診勧奨。	保険者等が実施するがん検診に対しての補助の充実。		

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
2255	その他(協議会委員)			受診率アップ(受診者増)に対する、実施主体への財政支援(補助金等)保険者と事業者との一体化したがん検診の推進血液検査をもちいた胃がんハイリスク検診の実施へむけての検討。			
2256	その他(協議会委員)			①検診受診率が低い。土・日など休日検診を行っても受診率はある程度の水準にとどまっている状況。検診率50%を達成するにはかなりの努力と予算が必要。②特定健診特定保健指導のように保険制度で分けると、職域によっては受ける機会を失う住民も増えると思う。住民であればだれでも受けられる検診としての位置づけをもう少し継続していく方向で受診者を増やす工夫をしていくことが必要。	受診率は「女性特有のがん」検診については受診者の増加がみられた。次年度以降の予算については削減しないで5年ぐらひは継続実施する検診の予算については国で確実な予算措置をすると、市町村も安心して検診推進が図れる。		学校・職域・地域でのデータベースの共有を制度化する。
2257	その他(協議会委員)			国民全員が検診を受ける機会を作って欲しい。若い専業主婦や低所得者が検診を受けやすいように制度化する。			献血車のようにスーパーや催し物に時に検診車を出し、必ず託児所も設ける。
2258	その他(協議会委員)			受診率の向上を図ること。			
2259	その他(協議会委員)			①女性特有のがん検診について・・・H22年度予算について、補助率が1/2であるが年齢設定や検診手帳などの制約が多く、補助金の使い勝手がよくない。②がん検診の受診率アップに伴い精密検査受診者も増加するが、受け入れる専門病院の不足が懸念される。特に地方においては。	例えば、検診手帳の内容をコンパクトにできるなど、弾力的に補助金を使えるようにしていただきたい。		(他の項目と重複しますが)専門医の育成、精密検査のできる医療機関の整備などをすすめていただきたい。
2260			北海道	がんの低年齢化を考えると、20代、30代の検診を推進する必要がある。	がん検診を受けられる予算を。		会社単位に検診時間を取ってもらうような制度を作る。

### 11.がん研究

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
2261	県庁担当者	若井 俊文	新潟	地方大学では、研究環境が整っていない現状がある。個人レベルでの連携で研究を進めている現状である。			
2262	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	研究助成費がもっと研究者にわかり易くすべきである。			
2263	県庁担当者		広島	3人に1人ががんで亡くなる時代に、がんの研究は急務である。がんの研究は国内だけにとどまらず、世界的な規模で研究をしていく必要がある。	その研究のための予算は十分なほど確保する。画期的な発明には一生涯に困らないだけのボーナスを出すなど、魅力的な仕事として評価する。		
2264	県庁担当者						がんに関する研究を支援し、より良い保健医療体制を構築する。
2265	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	日本が世界をリードするような、または世界から優秀な研究者が集まるような研究施設の設置。			

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
2266	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	がんの研究には長い地道な努力が必要であり、基礎的な研究や希少がんへの研究など予算的な措置が大切。			
2267	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	小児がんに対する研究が不足しているように思う。また、晩期障害についても対策が不十分。			小児がん経験者のための専門相談を設置する。
2268	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重		研究費の増額医師の定員増。	研究に没頭できる保障(生活面、研究面)。	希望すれば現場から研究室へ行ける。現場と研究室の交流。
2269	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がんワクチンなどの研究を早急に進める。	予算をもっともっと確保してほしい。		
2270	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	がん幹細胞の差別化と細胞免疫療法の早期確立検診装置の開発。	前述。	前述。	
2271	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	ガン研究は、致死率も高く重要なテーマであるので、継続して研究活動を推進していただきたい。			
2272	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がんの研究には時間やお金がかかるが、なかなか難しい事も多い。ただ海外では認可され、治療効果もある薬が、日本では認可されるまで時間がかかり、結局認可されるのを待ちながら亡くられる方も多い。確かに副作用の問題などあるかもしれないが、もっと早くに認可されないのだろうか？	がんの研究には大変お金がかかることはわかるが、現在がんで亡くなる方が多いので、もっと国が予算をかけても良いのではないだろうか？		海外で認可されている薬について、もっと早くに日本でも認可できるような制度をお願いしたい。特にがんが転移した場合、生存率が急激に下がり、待つ時間が大変惜しい。
2273	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	免疫療法はじめ、標準治療以外の代替治療について研究する。			
2274	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・抗がん剤で、海外では承認されているのに、日本の承認が遅く使用できない。・保険適用でも、使い方の制限がついていて、その使い方をすると体力的に使えない人も出てくる。			・新薬の開発、海外で承認されていて効果がある新薬は早期に承認して欲しい。・学会や現場の先生方の意見は、素早く対応して欲しい。
2275	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「がん研究」の分野は先進国扱いられているが、外国(特に米国)から輸入される医療技術と方法に頼っているのが現状ではないか？もっと研究費を増額し、研究機関の拡充を図るべきと考える。			
2276	患者関係者・市民(協議会委員)			がんの最新治療、代替療法の研究をもっとすすめるべき。	予算をもっと確保すべき。		がん治療を行う病院へのがん登録の義務付け。
2277	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	多施設でエビデンスの高い研究がなく施設独自の研究が主体となっている。	がんの予防、治療方法の確立などに対しては予算配分があるべき。		

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
2278	医療提供者 (協議会委員)		北海道	基礎研究も大事であるが、臨床研究をやっている施設への応援、援助が極めて少ない。	やはり申請書を出し、実施可能であれば、金だけでなく、薬剤の白箱投与を可能とする。	研究実施施設への報酬率アップなどが必要。	研究実施期間に何らかの称号を。
2279	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	分子標的剤と化療の併用は頭打ちで、お金がかかる剤に非生産的。高精度放射線(プロトン/3U/SMA RT)+分子標的に資金を。	前記	前記	とにかく判断が遅すぎる。いろいろ勉強していない？
2280	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	臨床的研究の充実。			地方がん連携拠点病院を中心として連携した臨床研究をするべきである。
2281	医療提供者 (協議会委員)		宮城	研究者の流動性を高めて、施設を充実させる。成果を厳しく評価する。有名などころ、ひとだけとはしない。予算は十分につける。			
2282	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	がん研究予算の適正な配分と業績評価の必要性。			がん研究は診療の基本となる重要な枠組みであるが、緊縮予算のもとでは事業仕分けも止む得ないかもしれない。研究予算の配分に関しては患者団体の代表も含めた外部評価を実施すべきで、真に成果の上がっている研究計画に適正に予算を配分するシステムをつくり、科学研究費など国税を投資するものに関しては広く国民の理解を得る努力をするべきである。
2283	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	全国治験に参加したいが、忙しくて大変である。			がん対策基本法制定から忙しさが倍増している。
2284	医療提供者 (協議会委員)		山形	研究のヘッドが大学であったり、国立がんセンターであったりまちまちである。ヘッドを統一し、エントリー制にする。			
2285	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	予算配分が不十分、特に創薬、医療機器開発に関する予算が少ない。	創薬、医療機器開発に関する予算を十分に配分必要。		
2286	医療提供者 (協議会委員)		茨城	臨床研究に対する研究助成が足りない。			
2287	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	現在の大学では、研究費取得がひとつの業績として考えられており、それで教授となった人もいる。大学での研究は、海外との競争から考えても、基礎的研究を主体とすべきように思う。その研究成果をもとに製薬会社が新薬を製造し、また大学病院にフィードバックされ臨床効果判定が行われる。臨床効果判定試験となった場合には、製薬会社からの拠出も多いのであるから、大学では基礎的研究にもっと研究費を偏重させても良いのではないかと。研究費を取得したは良いが、取得後からその用途を考えている大学教員が多いように思う。大学での重要研究成果を特許として守るような試みをもっと推進すべきではないか。	特許申請用の予算枠をもっと広げてはどうか。基礎的研究と臨床的研究との比率をもっと前者に偏重されてはどうか。		基礎研究患者を診察しない臨床研究主体の部門を設けてはどうか。
2288	医療提供者 (協議会委員)		茨城	成果を正しく評価、無駄な金は使わない。			

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
2289	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	小児がんの治療研究は、ほとんどすべての疾患群で多施設共同研究が行われている。	多施設共同研究への研究助成を充実させることが必要。		
2290	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	国家プロジェクトとして遺伝子治療への研究に対して大幅な研究費の拡大が必要。			
2291	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	臨床研究には抗がん剤治療を中心に積極的に参加しているが、一般病院において専任のデータマネージャーなどを配置するのは難しく、治療に携わる医師の負担が増加している現状にある。			
2292	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	・研究の予算的措置。	・研究予算の確保。		
2293	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	臨床に繋がるような(橋渡し研究)をもっと推進すべきである。	がん研究に対する予算も多くすべきであるが、結果をしっかり判定すべきである。		
2294	医療提供者 (協議会委員)		東京	無駄な研究費が多い、研究費を受けた研究者の業績をフォローすべき。			
2295	医療提供者 (協議会委員)		東京	研究費は不足している。	研究費がついても使い勝手が悪いものが多い。	ガイドラインで推奨されている治療法については、日常臨床でも使用可能になるように、生保でカバーできるような体制を作ることができれば良いのでは。	介入を伴う研究の場合、補償が何時も問題になる。
2296	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	わからない。民主党では、仕分けされてしまう分野だろうか？			
2297	医療提供者 (協議会委員)		東京	抗がん剤など新しい薬物を用いた研究の制度を整備すべきである。諸外国に比べ、治験以外での研究が全くできない状況である。			研究体制の整った臨床試験グループが作成した計画研究に基づいた新しい薬物の研究はなんらかの研究費で薬剤を手に入れ、混合診療での実施を可能とすべき。
2298	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	研究者自身への報酬がなく、だんだんやる気がなくなっている。研究は勝手にやるものでそれに対する報酬がないものと考えている。研究者への人件費を補償すべき。役に立つ研究かどうかの査定も少ない。予算を出してもその研究の評価が甘い。	役に立つ研究には研究者自身の人件費も付ける。関係ない研究に対しては査定をすべき。	患者さんが得をしている場合は診療点数に上乘せすべき。	研究の成果を公表して世に問うべき。よい研究には人件費も出すことが必要。
2299	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・がん研究に対する予算が少なすぎる。新たな技術や薬剤に対する審査期間の大幅短縮。・テーラーメイド治療の充実が必要。	がん研究に対する予算の増加。	臨床試験を充実させるために、適応外抗がん剤に対する診療報酬を認める。	臨床試験を充実させるために、適応外抗がん剤に対する診療報酬を認める制度を作る。
2300	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	基礎的・臨床的研究の推進。	十分でないと思うのもっと予算を付ける。	臨床的などころでは、内視鏡手術(胸腔鏡・腹腔鏡)に対する評価をアップする。	
2301	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	国立大学は教官や職員の総定員法にて研究者や研究助手がすでに雇えない状況である。独創的な研究、包括的な研究にはやはり時間や経済的な余裕が必要である。			