

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
131	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	がんセンターを中心として日本のがん対策を考えるのであれば、がんセンターの透明化、予算のがんセンターへの不平等な集中は避けるべき。あるいは、がんセンターの改革が必須(予算を使いすぎている！)。	上記同様、がんセンターの予算が大きすぎて不均等がはなはだしい。	当然上げるべきである。	
132	医療提供者 (協議会委員)		京都	拠点病院・協力病院(京都府特有?)の位置づけを明確にすべきと考える。本来の主旨はがん医療均てん化が目的と思われるので、手術はするが、再発例・末期は診療しない医療機関もあるかと思う。			「均てん化」の主旨を徹底すべきと考える。
133	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	医師不足による医療過疎地域ができ、がん診療の均てん化以前に医療崩壊を防がねばならない。地域でがん診療を行う医師の不足他科医師のがん診療への無関心。			研修医の救急医療が義務化されたように、がん診療を行うことを義務化する必要がある、そのカリキュラムを作成し導入する。
134	医療提供者 (協議会委員)		京都	拠点病院中心主義でなく、がん患者対応最前線での関係諸団体との連携、及びがん患者の病態の変化に対応するシームレスなシステムが必須。		外科系の報酬(技術)不十分。	薬局薬剤師の積極的活用。精神面を含めたの安心感評価(ケースワーカー等)。
135	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	がん対策の真の目的は「がん医療水準の均てん化」にあると言われている。私たちは大阪府と言う恵まれたエリアを生活圏としているが、「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」に出席して感じることは、へき地(表現は不適切かも知れませんが)でのがん医療をどこまでボトムアップするかが大きな問題であると感じている。声高に均てん化と言っても、相当な年月と労力・予算が必要であると考えます。			
136	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	日本人は「がん＝死」と捉えがち。			後期高齢の終末期医療問題で再検討・子供のころからの死生観に関する教育の普及。
137	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪			むしろ審査上で、がん治療での高額医療の8%ルール廃止。	がん検診の無料化。受診なければペナルティ(税率など)。
138	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	がん検診を国が責任を持って全国民に普及させる。可能ながん予防を国が責任を持って全国民に実施する。がん医療に携わる人材が少ない。国民への啓発事業。がん治療に関するデータの集積、解析と広報。	前記のための予算。		

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
139	医療提供者 (協議会委員)	松末 智	奈良	<p>長年にわたり第一線総合病院で診療に当たってきた者にとってがん診療計画に対する根本的な違和感は、がんさえ診療すればそれで終わりという印象を抱かせる点にある。同じような規模の拠点病院であっても”がん診療”が全体の診療に占める割合の多寡(因みに、当院では一日平均外来患者2000人のうちがん患者の割合は20%で、入院患者800人中がん患者は30%)によりがん診療に対する対応は変わるものであると言うことを認識しないと、何時までも実行不可能な計画に終わるのであろう。即ち、今のがん対策計画は診療患者のほぼ100%ががん患者である認識で作成されているようにしか思えない。恐らく当院と同様の他の総合病院でも現有の人的物理的資源でもってがん患者以外の疾患に罹患した多数の患者を同時に診療しているであろうと想像するので、同様な違和感を抱いているものと推察する。特に、専従、専任に関して異を唱える声は大きいだろうと思う。潤沢な人的資源があれば可能であるが、人員不足が問題になっている医療現場の現状をあまりに無視した計画は理想論に過ぎないだろう。現在の医療現場を考慮し、医療崩壊状況を改善する方向性を盛り込んだ「がん対策」でないと、実効性は乏しいだろう。また、国民への啓蒙は結構であろうが、最大の問題は戦後教育を受けた者達が「人は死ぬものである」という命題をあえて無視し意識外に追いやってきた事である。これが結局がん診療においても大きなネックになっていると考える。従って、啓蒙と同時に幼少期からの「生死学」教育を考慮すべきである。これが結局は長い目で見れば健全な「がん診療対策」の発展に繋がると考える。</p>			
140	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	疫学研究が少ない。	基礎研究・社会医学への配分を増やす。		
141	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	本県は、他府県に比べてがんによる死亡率が高い水準となっている。10年以内に年齢調整死亡率の25%減少を目標としているが果たせるのか疑問である。			平成20年3月に「和歌山県がん対策すし新計画」を作成し、一応目標を定めている。
142	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	臓器別診療体系中心の診療体系にとって、悪性新生物が占める割合は、診療科によって比率が異なり、且つ、治療法の選択により、担当科も異なってくる。事実上、がん専門病院でさえ、あらゆるがんに対応可能な「がん専門医」は存在しえない。集学的治療、チーム医療を行うためにはそのコアとなる人材が必要であるが、全くいないに等しい。がん診療に関わる医療機関は殆どが急性期病院であり、緩和医療、在宅医療に関われる余裕はない。にもかかわらず、緩和医療、在宅医療への関与が要求されるのは、急性期病院の役割を果たす事と、矛盾がある。			積極的がん診療を集学的に行うためのチームをまとめる「がん専門医」の育成。在宅、緩和医療が地域の診療所でも行える様な制度上のバックアップ。急性期病院で、緩和医療を含めた、急性期以後の治療をある程度行っても、診療報酬上のマイナスとならない様な制度の改正(在院日数がのびる事によるマイナスも含め)。

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
143	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	末期がんを看取る機関が少なく、選択の余地がない。またコストもかかり、コストが捻出できない際には家に帰るといった方法が一般的となっている。		きちんと診療、末期がんの対処をしている医療機関には診療報酬を上げるべきである。	もっと制度を公開すべきである。
144	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	がんは日本人の死因の第一位であるが、本県はワースト5に入っている⇒なぜなのか？			なぜ、本県がワースト5なのか？⇒改善策はないのか？
145	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	多種多様な冊子が送られてくるが、印刷・各施設への配布も含め多額の予算が使われているように感じる。しかし、その予算に見合う情報提供となっているのか？ユーイング肉腫など罹患率の低いがん腫の冊子もたくさん送られてきているが、もったいないほどに使われていないのが現状である。	冊子などの一方的な情報提供などより、講座を開くなど、医療機関と地域住民との会話ができるような機会を多くできるように施設ごとの企画・運営に対する予算を手厚くしてほしい。		
146	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	法案成立後も何も変わっていないと思う。とくにへき地でのがん治療の均てん化がなされていない。	へき地での研修会の実施、医師・看護師の教育の場を増やす。		
147	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	保険診療と未認可治療との混合診療が実現できていない。			未認可治療の登録および検証を行う制度を整える。登録した治療は、検証のためのデータ提出を条件に自費診療を認め、同時に保険診療も認める。
148	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	外来で抗がん剤治療や化学療法を受けられている患者様より、治療費の支払いにより生活が苦しいという相談があります。高額療養費助成で2、3ヵ月後に返金があるとしても窓口負担が厳しい場合もありますし、長期に渡る場合もあるので外来でのがん治療費の助成について考えてもらいたい。			
149	医療提供者 (協議会委員)	川嶋 寛昭	和歌山	がん対策のみならず、医療の向上と安全を増進するための財源として、早急に消費税をアップすべきである。		手術手技料、抗がん剤注射手技管理点数を数倍に上げるべき。	混合診療を許可し、外国の抗がん剤を使用できるようにすべき。
150	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	全体像がわからない。			
151	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	都会中心に会議や決まりごとが決まるので、地方病院のような医師数の少ないところは、たいへんである。	がんセンター等都会の病院と地方病院を分けて考えていただきたい。地方病院の意見を取り入れてほしい。		地方病院に優遇制度を。
152	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	現在、治療を受けている病院で再発、末期にいたるまで一貫して医療を受けれる場合はよいが、諸事情により病院を変わらざるを得ないこともある。このようなとき病院間での連携がうまくいかないと色んな問題が起こってくる。			

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
153	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	増え続けるがん患者にどこまで高額医療を進めていくのか？化学療法の回数などに制限はかけなくていいのか？高い薬価を国民で負担し続けられるのか？国民医療費の方向性として、診療報酬(手技などに対する)を抑えるのももう限界だが、がんサバイバーが増えれば治療をどこまでするか上限を国策として設けない限り現場で押えられないのだから、がんに限らず一人の人に保険医療として出してあげられる上限を設けて、あとは自費負担とする、国民の命の値段を決める議論をすべきでは？国に保健医療に関するサイトを運営してほしい。さまざまな治療選択肢の説明も、動画サイトを公開して患者がそれを見ればいだけ、質問があればかかっている病院で聞けばよいなら、ドクターショッピングが減る。内容のレベルが保障されたサイトを作れば相当現場の負担が軽減する。	もうがんが慢性病、生活習慣病化してきた以上、がん患者だけ特別扱いはできない。上に書いたようにがん医療に関わる費用を公開して、どこまで払うかコンセンサスを得るべきでは？PDで延々とケモをし続けられるのはがんセンターのような臨床研究施設や治験参加施設に限るなど。	費用対効果をもっと公表すべき。化学療法なら、エビデンスのない治療を制限する、効果があるかどうかわからない副作用軽減薬を使わせない、患者さんの漠然とした不安に対して行われている画像診断をやめさせる、腫瘍マーカー測定の種類、回数に明確な上限を設ける(研究・治験施設と、一般の病院の扱いを変える)。診療報酬が審査会で切られるかどうか、各地の裁量に任せるのでなく、はっきりとした基準を設けてグレーゾーンをなくす。	都会と地方の医療格差を無くそうとするのは結構だがアクセスの点、医療従事者の数、施設の数、特性に違いがありすぎるのももう少し柔軟な対応をしてほしい。がん診療連携拠点病院の基準を地方で満たすのは困難であり、かつそれをいろいろ努力して満たしても報酬もろくないのでは、正直拠点病院を返上すればいいのにと思っている。
154	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	医学(がん研究)が進歩すれば、がんが少なくなるのではなく、多重がん、重複がん、多発がんを含めてがんが増加するという認識に立っての政策の確立。		がんの診療報酬の増額。	①がん関連の医師及び看護師の院内増員が容易になるシステムの拡充。②がん関連の医療職員の増員。
155	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	決定事項が地方の実情と開離している。医師数の少ない地方において、化学療法、緩和療法、放射線治療等専門医をつくり、分業化の方針はいいか？	予算規模がよく理解できていないが、いたずらに予算を増やせばいいとは思わない。	外来化学療法に極めて有利でDPC採用病院の入院化学療法は極めて不利外来化学療法か、入院化学療法にするかは、本来患者の希望にそうべきはずが、現在は病院経営方針が優先している。副作用軽減目的で十分量の薬剤が使われていない可能性すら危惧される。	
156	医療提供者 (協議会委員)		岡山	厚労省が本当にがん医療の現場を分かって制度を構築しているのか甚だ疑問である。医療の現実を知らない患者団体の要求の言いなりになっていないか。理想を言うのは簡単であるが、医療の現場に大きな人的・金銭的負担を負わせて、それに見合う報酬を含めた対策が採られていない。			
157	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	直ぐには思い浮かばない。			

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
158	医療提供者 (協議会委員)	篠崎 勝則	広島	在宅緩和ケアの展開では、介護保険制度の適応が重要となる。ただ介護認定基準は特定疾患(慢性の経過をたどるものが多い)における介護度に基づいて行われるため、がん終末期のように患者の状態が月単位で増悪するような場合は十分に活用できない(介護認定の迅速かつ適切な実施)。また各市町村やケアマネージャの資質により、介護認定の度合いにも違いのある場合もある。がん終末期における介護保険制度の透明かつ迅速・適切な運用は、在宅緩和ケアの推進には必要不可欠と考える。	がん終末期における介護保険制度に対する各自治体への予算の配分増加。	外来通院から在宅ケアへの移行時の診療報酬加算の増設。	厚生労働省によるがん終末期における介護保険制度の指針の整備や広報ならびに各自治体の調査。
159	医療提供者 (協議会委員)		広島	5大がんの中で膵がんなど死亡数の増加が著しいものに対する研究・予算が非常に少ない。	臓器別では膵がんの予算を10倍以上に増やしていただきたい。	指導医・専門医に対する報酬の差別化を(技術・知識・経験に対する報酬増を)。	がん拠点病院が中心となる枠組みが必要。
160	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん検診率がよくなる。治療の均てん化がん予防や治療について、障害を持った人や、インターネット高齢者等が使えない高齢者への情報提供。	乳がん、子宮がん等の検診について、企業や一般の人への呼びかけだけでなく、大学、専門学校等の学生にも呼びかけ、コストの一部を国が補助するという試みをしてはどうか。	専門看護師・認定看護師の診療報酬上の評価を拡大。	診療・検査機器・病理学的診断等について、病診、病病連携の推進。機器については共同利用の推進。
161	医療提供者 (協議会委員)		広島	日本人の2人に一人はがんになり、3人に一人はがんで死ぬ時代に、がん対策はあまりにお粗末で、お金をかけていない。がん難民の問題がマスコミに取り上げられてやっと動き出したようだが、まだまだ形だけ体裁を整えているだけのような気がする。	タバコ税を500円程度にして禁煙を推進、と同時にその税金でがん検診を無料にする。	外科手術のレベルの向上は目を見張るものがある。それに比して手術手技料はあまりに低額すぎる。もっと外科手術の評価を上げてほしい。	がん検診はすべて無料にする。禁煙を始めがん予防にもっと力を入れる。
162	医療提供者 (協議会委員)		広島	制度が先行して診療報酬がついていない。			
163	医療提供者 (協議会委員)		広島	地方におけるがん医療の充実。	拠点病院強化補助金等を交付金化するなどにより各県が実状に応じた体制整備を行えるようにする。		
164	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	がん検診の補助やシステムが不十分であり、現状のままでは検診率50%達成は困難である。がん治療は薬物療法や放射線療法より外科手術が主体であるにもかかわらず、外科医に対する評価が殆どされていない。近年外科医が著しく減少しており、この点の対策がなければがん治療成績は逆に低下してしまう可能性が高い。また、がん研究に対しての研究補助が少なく、地方大学ではその減少が著しいことから、研究面での低下が極めて心配で、少なくとも国際競争には勝てないと考えられる。	がん拠点病院の予算が少なくなっており、がん統計の取りまとめを含めた人件費の不足や教育に支障を来すことは間違いない。現状でも、特に都道府県がん診療連携拠点病院は自前で不足分を補っており、さらに負担を強いられることは問題と考える。	外来がん薬物療法における加算が少なく、1ヶ月に複数回治療しても1回の算定であるなど、報酬は十分とは言えない。多くのスタッフを必要とする(医師だけでなく、看護師、薬剤師、MSWなど)ことから診療報酬のアップをお願いしたい。	
165	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	行政の情報伝達を迅速にする事。医療現場との意思疎通を密にする。患者対応の向上(医療水準の均てん化)。	がん診療連携拠点病院の補助金の継続。増額。	化学療法室設置での加算あり、ほぼ良好なるも薬剤の価格上昇著明(分子標的抗がん剤 etc..)で医療費も上昇。	病院の階層化が必要だろう。

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
166	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口			がんの手術に対する診療報酬が各診療科間で格差が大きい(例えば婦人科ががんの手術点数は低い)。	
167	医療提供者 (協議会委員)		山口	<p>・がん治療の現場を支えている主体は勤務医であるといつて過言ではない。ゆえに勤務医不足を抜きにしては語れない。医療崩壊の本質は勤務医不足であり、それは医療費削減が根本原因とする日本医師会の見方もありますが、それは遠く関連した問題で、より直接的な原因は、①必ずしも希望ではなかった大学の医学部に、入試というかたちで、いわばやむをえないと言う納得のもとに全国的に振り分けていた医学生・新人医師をマッチング方式で全国に解き放ち、必ずしも大学へ戻る義務を無くし、厚労省が狙ってその通りとなった大学医局の持つ人材派遣機能を壊せば、大学医局員不足と魅力的な土地への医師の偏在が起きるのは極めて自然。さらに②新臨床研修中の2年間で医療現場とそれを取り巻く現実の厳しさを身近に見聞きすれば、希望に燃えた純な気持ちも曇り、外科系を避け「易きにつく」という、診療科の選択にも偏りが起きるのも極めて自然なこと。こここのところをもう一度考え直す必要がある。・地域がん診療連携拠点病院の場合、医師不足とは別に、要望されている種々の専従・専任医師／看護師／薬剤師／放射線技師などを充足しようとした場合、地方公務員としての定数管理があるために、非常に大きな足かせになっている。・医学の進歩と医療費の増加は裏表の関係。がんの精密検査に必要な高額医療機器の、少なくとも、減価償却ができるようなシステムを作る必要があるのではないか。</p>		特に手術を要するがん治療の場合、疾患毎の原価計算の値を全国的に調査して典型例を出し、そこからひるがえって手術点数を決めるなどはどうであろうか。そこには、進歩した手術に関わる手術器具の減価償却費と人件費への考慮が必要(外科の立場から言えば、ひとりの患者さんの手術に標準的には外科医3人、麻酔医1人、看護師2～3人が手術前から終了後まで、関わっている)。	
168	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	地域医療が崩壊寸前である地方では、がん対策と地域医療再生を並行してすすめるべきと考える。			地域医療再生計画の中のがん対策をもちこむべきと考える。
169	医療提供者 (協議会委員)		山口	診療ガイドラインが徐々に整備され、治療面については急速な勢いで進歩しているのに、診断についてはとくに健診については、受診率の向上目標のみが一人歩きし、あまりに現状とかけ離れた状況である。予算を一般財源化し、市町村大合併をし、特定健診を取り入れたことが、大きな影響を及ぼしていると考え。	健診は市町村事業に予算を任せ、号令だけをいくら掛けても数字は上がらない。一般財源としてではなく、予算の使用目的をもった財源化を図るべきではないか？		
170	医療提供者 (協議会委員)		徳島	がん治療の中央と地方、都市部と地域との格差が増大していると感じる。国民の平等な医療の享受や均てん化の理念になっていない。	がん診療に関わる医療者への支援予算措置。がん診療をうける患者に対する支援措置。	がん診療に関連した診療報酬の増加により、病院や診療所の経営改善に寄与する。	研修医制度の見直し。がん診療にかかわる外科系医師の優遇制度の構築。

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
171	医療提供者 (協議会委員)	宇都宮 徹	徳島	がん診療連携拠点病院の要件などを決定する際に、各都道府県一律に決めることに限界を感じる。徳島県全体の人口は70数万人であり、ある地方都市の人口以下です。各専門スタッフの人数も限られるため要件を満たすのが相対的に困難となり、また専門スタッフ一人当たりの負担が極めて大きくなる。			人口が少ないなら人口相当の専門スタッフを育成すれば解決するとも考えられるかもしれない。しかしながら、例えば100万都市であれば、同じ人数で市内での移動で研修会などを開催できるであろうが、地方都市では車で2、3時間移動して研修会を開催するなど見えない負担が大きいことが評価されていないと考えられる。緩和ケア研修会の義務化など都市部では大きな負担ではないと判断され制度化されると、地方都市では大変な負担となる。義務化などを決定する際には十分な配慮をして頂きたい。
172	医療提供者 (協議会委員)		徳島	限りある資源(人的、経済的)を有効に配分すべき。予防、早期発見(検診)に力を入れるべき。一方、治療特に薬剤が高価になっており、適応について十分な検討が必要。わずかな延命のために多額な医療費をつぎ込んでいくと医療費のみでなく、国家全体の経済が破綻するのではなかと心配である。均てん化も必要であるが、病院の機能分化も重要。地域に整備すべき機能のモデルを示し、都道府県が病院を指導する。			医療費に関してはできるだけのことを無制限にしてほしいという感覚があるが、やはり、無駄になっていると思われるものも多い。効率的な配分を行っていかねば破綻すると思われるので、医療に関しても限りある資源を効率的に配分する必要があるということを理解してもらえよう教育が必要。
173	医療提供者 (協議会委員)		香川	ホスピスの拡充一般病院ではどうしても平均在院日数が長くなる。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やす。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やす。	急性期病院では対応が十分でない。
174	医療提供者 (協議会委員)		香川	予算が少ないにも関わらず、あまりに総論的過ぎる。	予算が中途半端過ぎるので、総花的になるのだ。	スクリーニングの報酬は勿論のこと、検査回数にも制限がありすぎる。早期発見した場合に報奨金をつけるぐらいにしないと、早期発見すればするほど収入が減ることになる。	検診を国民の義務とする。検診保険の創設。
175	医療提供者 (協議会委員)		香川	医療関係者、がん患者やその家族はがんについての意識が高くなってきたが、それ以外の人たちへの意識は依然低く、啓蒙活動がまだまだ不十分だと感じる。			
176	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	医療費全体の抑制の中でがん対策を推進するための費用も明らかに不足している。がんの研究や医師の研修のための機会や経費はがんセンターや特定の大病院に集中している。地方のがん拠点病院はその名の下に多大な義務的負担を負いつつ、出口の見えない医師不足という迷路の中で施設基準を満たすことにさえ汲々としている。わずかの加算のためではなく、地域のがん診療を担うという誇りだけを糧として踏みとどまっている状況である。がんセンターへ若手医師を研修に出す人的、経済的余裕はない。がん医療における真の最前線は地域がん診療連携拠点病院とその周辺にこそあるということを認識し、手厚い支援を請うものである。	各拠点病院に一律の予算配分ではなく、がん患者の診療実績やその治療成績、学会参加、研修実績などの出来高に応じた予算の分配を行う。	健常者が多く受診するがん診断領域への診療報酬を引き下げ、その部分を真のがん患者が受ける、がん化学療法、がん放射線療法、がん手術などの治療領域の報酬引き上げに用いる。	論文の質ではなく量によって付与される学会主導のがん専門医認定ではなく、診療実績とその成績に重点を置いた、国が主導的に認定する専門医制度を構築する。

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
177	医療提供者 (協議会委員)		香川	子宮頸がんに対するワクチンについて。	現在は任意であるが、若い世代を中心に予算で接種してもよいのではないかと思う。		
178	医療提供者 (協議会委員)		香川		検診の予算は毎年、全国民の対象者が受診できる予算が組まれておらず、受診率が元々上がらないのを見越した予算では真の検診はできない。	診療報酬で例えば胃がんの手術料を2-3倍に上げたとしても病院の赤字補填には効果があるかもしれないが医師個人やcomedical個人の収入増にはつながらないと考える。医療従事者個人への手当てを厚くする必要あり。	
179	医療提供者 (協議会委員)	笥 善行	香川		5大がんに集中しすぎているきらいがある。	がん治療は相当高度な診療技術を要するが、技術料にたいする評価がまだ改善されていない。	
180	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	がん終末期体制が不十分 在宅治療をになうかかりつけ医がいない 専門病院に緩和ケア病棟が不足(救急疾患が多く、終末期患者を早くから入院させれない)。			
181	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	専任職員や医師等を複数名雇用する十分な予算配分が必要。現場では、予算も十分でない上に仕事量が多くなるばかりとの不満がある。こう言った配慮が無いままでは、新たながん対策は生まれにくいと思う。また、こうした専門職を養成する制度も必要と考える。現在がんプロによるプロジェクトが並存しているが、こちらとは違った、もっと底辺を支えるマンパワーも必要で、こういった方々を教育したり養成するシステムも必要と考えている。時間外勤務が非常に多くなった印象がある。こちらに対して十分な報酬もない。	十分な予算配分をつけること の一言。	すべてとは言わないが、一定の部分で医療報酬を上げるべきと考える。	もう少し現場での意見を吸い上げられるような制度の構築が必要と思われる。作られた制度をフォローしているにすぎない印象を持つ。
182	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	理想はよくわかるし、それに向かい努力し、整備しなければならないのはわかるが、地方ですべてを完全に賄うのはかなり難しい。特に医師不足で緩和ケアとか、化学療法専門医をそろえるのが難しい。	予算はいただいて、有効に使用しているが使い方が限定され、難しい。たとえば医師、看護師、薬剤師が専門的な資格を得るための講習会、学会等出席する場合の旅費、参加費等に使えないのはおかしいと思う。	高額な材料、多数の人が必要な手術、化学療法等にももう少し配分を多くしてもらいたい。	
183	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	がん医療に対する予算が少ない。がんの医療者が疲弊している。専門医が少ない。			

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
184	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	<p>国、および県のがん対策基本計画は、がん登録のような疫学面、がん予防からがん診療、施設内容から連携、相談支援とあらゆる分野を総花的に網羅し、推進するとしているが、具体性がない。どれが大切とは断じれないが、当面の重点目標がないので、力が分散している。また、がん診療の均てん化を謳っているが、医療全体が体力不足のおり、どの範囲までを均てん化とするのか。時間を争う救急医療こそ隔々までの均てん化が望まれ、亜急性のがん診療は一定範囲の医療圏で集約の方が効率的であろう。その意味で2次医圏は適当な目安だが、人口が多いので同一医療圏でも複数施設、施設も大学病院も一般病院もというモチベーションのベクトル混合での拡大路線はどうかと思う。患者の受診機会均等という意味では数があればよいと思うが、患者に対する診療の質の担保、患者側からは施設選択の判断基準がはっきりしなくなる。</p>	<p>がん診療連携拠点病院として課された業務は多く、当施設のある2次医療圏内でも適正医療が行われていない多くの施設があるという現状を見るにつけて使命感の大きさをを感じる。しかし、拠点病院への支援は県と国での予算折半なので愛媛県は600万(300万+300万)、一方国立施設では満額2800万もしくは2200万で、同一県内でも活動予算に差があるし、県ごとに格差があることが明らかになっている。また、課せられた使命に対応する人件費を考えると、補助額は少なく、自助努力の部分が大きい。むやみな均てんより、診療実情にあった集約により機能と予算の集中という観点も必要かと思われ、補助も全額国がまかなうか、県に対して満額となるような指示があつてよいと思う。</p>	<p>診療報酬は患者自己負担との兼ね合いがあるために安易な判断はできないが、拠点病院として質向上に向けて投資を行い、一定基準を満たす診療内容を担保することに対して加算が行われれば、拠点病院のさらなる自己向上意識が維持されると思う。特に、包括医療について、がん診療における抗がん剤治療は専門医不足などと騒がれるにもかかわらず、診療報酬では包括範囲内が大部分である。標準化学療法が基本ながら、近年の医療の進歩によって二次、三次治療の場面では、選択される薬剤が包括されていることによる治療機会損失を被っている患者も少なくない。抗がん剤治療を行わねばならない患者の全身状態が万全でない事例も多く、在院日数の面も含め、拠点病院としての基準を満たす病院なら包括、在院日数を主たる判断材料とせず、最善の化学療法が選択できるといった差別化をして頂きたい。</p>	<p>予算、診療報酬などの面で拠点病院へのインセンティブがなければ、拠点病院を掲げて重荷を背負うより、自らの信じるところを、自らができる範囲でやった方が、力も集約でき、しかも楽というような施設が出て来るやもしれない。信頼できる施設を県が推薦し、承認したのであれば、施設を信頼し、利便を図る部分があつてよいと思う。当然、施設の推薦に客観的なき順があり、かつ公正性が担保され、制度運用にははしかるべき監査が伴うことは当然である。</p>
185	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	<p>今までも各都道府県でそれぞれ独自のがん診療体制が存在している。しかし今進められているがん対策は画一的に思えてならない。均てん化は必要かもしれないが、予算がなく医師不足の中で、拠点病院の基準を満たすために形式的な対応をせざるを得ない状況があるように思える。</p>			
186	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	<p>大学教育に腫瘍学の講座が必要</p>			
187	医療提供者 (協議会委員)	堅田 裕次	高知			<p>理学療法で認められるのは、外科手術の治療時、安静による廃用症候群、肺がん等による呼吸器リハに限られるが、全てのがんの治療経過における廃用症候群に対し、筋力強化や日常生活動作の改善・維持を目的とした理学療法診療報酬の必要性を感じている。</p>	

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
188	医療提供者 (協議会委員)		高知				医療には公共性を保つという重要な役割が存在する。これを担っている医療機関に対して、十分な補助が必要と考える。医療崩壊といわれている昨今、これ以上の崩壊を食い止めるためには、我々の努力とともに、地域住民・地方議員・地方自治体が公共性を持つ医療機関を守るという姿勢が必要である。
189	医療提供者 (協議会委員)		高知	対症的な療法ではなく予防的なことに重点を置いたほうが良いと思う。	予防に予算を多くつける。	患者さんに対してなるべく侵襲が少なく、効果的な療法に重点を置く。	
190	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がんの予防という視点で見ると我が国の対策は不十分と考える。食事を例にとっても農薬や、食品添加物なしの食物を摂取することは困難な状況にある。病院で治療をしてもがん発症の素地をそのままにして退院させても再発するのは当然である。がん患者・家族に対する精神的なサポートも不十分である。		がん患者・家族に対する精神的なサポートに対しても報酬を与える。	がんの予防を総合的に考える制度を作る。
191	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	厚生労働省は、到達目標をかかげ、予算をつけているが、実際に方策を練り実施する自治体(県、市町村)レベルでの、その地域に本当に必要ながんに関連した短期・中長期ビジョンが十分でないため、具体的な対策が出ない。結果として成果は一部であがっているが、有効な対策が必ずしも実施されたとは言いがたい。すなわち、同じ課題が残り、議論をしている印象がある。大きな理由は、県・市町村の担当部署のカバーする範囲が広く、人材、予算とも不足している。	たとえば、地域がん登録を推進するのであれば、当然、情報処理部門といった専門的な部署を設置し、そのなかにもがん専門の職員を配置する等の対策をとる必要がある。	がん診療拠点病院の設置要件を満たすには、がん相談のための専従の相談員と相談室の設置、がん登録のための診療録担当事務員、緩和ケア専従医師・看護師の配置等、多くの人、設備に投資がいる。現在の診療報酬に上乘せがない限り、病院全体としてがん診療部門は赤字である。	個々の病院の努力には限界がある。都道府県のがん拠点病院の充実をまずはかる。拠点病院と言いながら担当者はすべて兼務連携。
192	医療提供者 (協議会委員)		福岡	制度としてはかなり進展しているが、現状とかけ離れている点が多い。とくに末期がん患者の在宅療養は、介護や看護体制も不十分であり、核家族化と高齢化の現状では不可能に近く、緩和医療病院の数やベッド数が少ない現状から担当病院が負担せねばならず、やむなく退院させられた患者は難民化しているのが現状である。	国民皆保険制度そのものが破綻した状態であり、今後の増収も見込めないことから予算面での対応は不可能に近いと思われる。保険適用疾患の限定や、薬剤費の自費化、混合診療の自由化などで、今後も持続する高齢化社会を乗り切るしか方策はなさそうである。	最も大きな問題は、保険制度の異なる欧米に準じた策を我が国の医療に課していることである。DPC制度においては、入院の下で高額な抗がん剤を投与すると赤字の状態となる。そのため、あえて外来化学療法で対処せざるを得なくなり、患者と医療機関に無理を強いているのが現状である。このような状態はいずれ破綻し、治療を継続できなくなる可能性が高い。手段としては、抗がん剤は自費にすべきであろう。	制度のみをいくら作っても良くはならないのが世の常である。できるだけ自由化して、現場の中で少しずつ改善していく事が重要である。
193	医療提供者 (協議会委員)		福岡	二次医療圏に一つのがん診療連携病院のあり方。		がん関係の認定・専門看護師によるケアの評価(相談支援や指導料)を希望する。	各地点の均等化も必要だと思うが、現代のようにアクセスの良い時代は、医療圏にこだわらなくても良いのでは。
194	医療提供者 (協議会委員)		福岡	診療報酬が安すぎる。		診療報酬を上げる。	

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
195	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	予算をもっとつけてほしい。			
196	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	都道府県の財政基盤には大きな差がある。がん医療の均てん化を謳いながら、事業の主体を各都道府県とするのは矛盾していると思われる。国が責任を持って、都道府県による差がないように均てん化すべきである。また、がん検診の実施主体を各市町村としているが、これも財政の厳しい自治体ほどがん検診に取り組み難くなると言うことに繋がるのではないかと危惧する。	金は国が責任もって全国均てん化する、実施の細部は各都道府県の実情に合わせて変更できるようにしてほしい。	がん拠点病院の診療報酬をさらに高くしてほしい。	本制度ならびにがん拠点病院という制度を広く国民に広告してほしい。
197	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	予算、診療報酬、制度面すべての面を全国一律に定めるのには、むりがあるのではないか。都市、地方に差が存在することを考慮していただきたい。	がん診療を行う上で、必須の緩和ケア科、化学療法科、腫瘍精神科の医師、看護師が、地方においては、決定的に不足している。各専門の医師を招聘する予算は考慮していただきたい。	地方では、緩和ケア科、化学療法科、腫瘍精神科の各医師の確保が困難で、2~3人の特定の医師が兼任せざるを得ない状況であるが、これら兼任者に対する報酬面でのフォローが必要と思われる。	思うように専門医師を確保できない地方と比較的容易に確保できる都心の病院とで、がん拠点病院の基準が同一であることには、かなり無理が生じている。
198	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	がん疼痛発症初期からのオピオイド処方(使用)の推進を。	がん疼痛研修(医師、薬剤師、看護師等)への推進実施を。		欧米諸国並みのオピオイド(麻薬他)使用への理解が必要。
199	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	仕事や地域性などにより検診できない状況にある人が多い。一般健康診断で、スクリーニングできない所がある。	健診車の増加により、がん検診を専門的に、職場や地域で行えるようにする。	勤務医は収入が少ない為、アルバイトに行くなどされており、病院内の医師が少なくなり手薄状態。医師の手取りアップが望ましい。	専門看護師、認定看護師への報酬をつける。
200	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	5大がん以外のがん種への対策がみえない。その患者総数は相当大きい。	きめの細かい予算措置。総額を増やす。	拠点病院のがん診療に加算措置を。	がん登録を法令化し、実施病院には加算を。
201	医療提供者 (協議会委員)		長崎	がん拠点病以外への啓蒙が不十分。拠点病院とそれ以外の意識の差が大きいと感じる。そのための予算は必要。	がん拠点病院の予算を思い切って増額し、人を増やせるくらいにするのが望ましい。臨床の片手間にやるのでは効果は期待できない。専従の医師を雇用できる予算が必要。	全般的に診療報酬は低すぎる。思い切ってがんの手術の診療報酬、化学療法加算などをupすべき。かわりに化学療法剤等の薬価を下げて調整してはどうか？患者負担は化学療法剤において大きすぎる。	
202	医療提供者 (協議会委員)		大分	都道府県がん対策実施計画。	推進のための基金が必要。		
203	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん対策の均てん化。			
204	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	いろいろな分野で専任の医療者をつくることが重要。	セミナー、講習会だけでなく、実際の人件費に充てる。		
205	医療提供者 (協議会委員)		大分	連携の組織作りの強化ーがん治療の成果のアップ、在宅緩和ケアをやりやすくする為にも、治療前の歯科治療を徹底させる形作り。			

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
206	医療提供者 (協議会委員)		大分	高齢者になれば、がん認知症は日常でしょう。どこまで治療するのか、年齢、貧富などで受ける医療に格差があり過ぎる。不平等である。幸運な方だけが最高に治療を受けている傾向はある。			個人の死生観に基づいた医療を受けることのできる制度をつくりたい。
207	医療提供者 (協議会委員)		大分	地域でがん医療を行おうとしても、自院の施設基準や資格医師など制度基準を満たさないののでできないことが多い。			
208	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	精神科医師はいなくても緩和ケアはできると思われる。必須条件から外すべきと考える。			精神科医師に替り臨床心理士とかでも可とする。
209	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	・地方の診療現場では、人も時間も人件費も不足している。日常診療を事故無く、クレーム無く過ごすのが精一杯で、拠点病院としての様々なノルマはスタッフの重荷になっている。拠点病院がきちんと役割を果たすためには、必要な人数とスタッフを増やすための予算(補助金)も必要。	・昨年の当院への国県からの補助金は114万2000円/年しか頂けず、病院負担が大きすぎた(県費を絞っている県では国からの予算も減額されているようだ。県立病院や独立行政病院には全額補助があるのに不公平感が大きくなってしまっている。・拠点病院に求められている専門医、認定医の学会出張旅費(認定看護師、技師も)やがんセンター研修以外への研修旅費についても、補助金の対象にすべき。そして、来年度の具体的な予算項目が流動的なため、補助金の報告は予算枠内の事後報告制にすべき。	・せめて米国の半分(それでも現在の診療報酬の3倍以上?)の診療報酬が得られれば、優秀な人材を強化し、様々な課題へ対応するための時間と余裕ができると思われる。現行では個人のがんばりに依存している。	
210	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	がん患者の苦悩は、入院中・在宅においても継続しているが、現在の医療の中では入院中の急性期疾患として扱われ、継続診療という視点から基本的に離れているきらいがある。特にがんセンターや大学病院で治療した後など、“がん難民”を作ってしまうこと含め更に検討が必要。		下記に対する診療報酬検討。減額も含め。	特にがんセンターや大学病院で治療した後など、継続治療・ケアプランを具体化することを義務化する。
211	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	医師に対する緩和ケア研修会に、参加してもらいたい医師がすべて参加してくれるとは思えない。		研修会終了者で何らかの加算を。	診療範囲の制限とか？
212	医療提供者 (協議会委員)	瀬戸山 史郎	鹿児島	がん対策に関する国の予算が、市町村で十分にがん対策に使われていない実情がある。がん対策の予算が、住民へのがん検診の広報や検診の充実に充てられるように明確な制度体制化が必要だと考える。			
213	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	行政 担当者が少ない予算化されなかった事業;継続が望ましいと思われる事業でも、県単独では実施不可能で最長2-3年で終了がん拠点病院強化事業の補助金 対象事項の限定:職員の院外研修等に全く使えない。			

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
214	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	①当方の様に低所得地域では、お金がない事から十分ながん治療を受けれずに亡くなるケースもまま有る。②外来化学療法が発展しても、現在患者が加入している保険は入院しか適応できず、結局入院化学療法となっているケースが多く有る。③がん診療には通常の慢性疾患を外来で診察する以上の時間(一人平均20-30分かかります)と労力がかかる。			①がん(病期)になった人が安心して治療を受けれる様な国民保険制度が必要だと思う。②保険会社に対し外来加療分を補償する保険制度に変換するよう国が求めるべきだと思う。③これを支える制度が必要だと思う。また、がん患者を診る事で診療報酬があがるなら、他疾患より外来診察時間をかける事ができると思う。
215	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	がんに限らないが、医療の限界や不確実性、そして、人は死ぬ、という事をきちんと理解で出来ない事が問題と思う。こういう事を教育する事に予算を使ってほしい。			
216	医療提供者 (協議会委員)			2015年問題。がんを宣告され、生存されている方が500万人を突破するという実態。	診療報酬面、制度面でのバックアップ予算。	特に外科系、緩和ケア、相談、地域連携クリニカルパスに対応した時の報酬の上乗せ。	行政面で、がん検診の予算を地域にもっと大きく、開業医、医師会での活動力アップのための予算。
217	医療提供者 (協議会委員)			検診制度が不十分。			メタボ検診を中止し、がん検診を強力に行う。
218	医療提供者 (協議会委員)			がん検診等の向上への取り組みの強化。医療従事者や市民への啓発の強化。			
219	医療提供者 (協議会委員)			予算の配分が低すぎる。また、診療報酬も低すぎる(入院初日1回のみ)。	がん登録の件数も現在まかなわれていない状況である。SWやがん登録等の件数費が十分回るよう配分していただきたい(人数×～万円など)。	入院初日1回、しかも他病院にて診断のある患者という、ほとんど算定できないような条件が付けられているのは問題である。条件を緩和して入院毎に算定できるとか、医療機関別係数にする等の改善が必要である。	
220	医療提供者 (協議会委員)			・独居の高齢者が増加しているが、がん患者は施設に入れないことがある。医療と介護の両方が必要な人への支援ができていない。・均てん化(がん相談)と言われているが、治療中は中央の大きな病院に集中することもあり、相談に関しても各地域では行われず、中央へ流れてくる現状があり、情報の共有が必要。			
221	医療提供者 (協議会委員)			従事者(医師、看護師、ソーシャルワーカーなど)の育成に力を注いで戴けるとありがたい。		思い切った増額を望む。	
222	医療提供者 (協議会委員)			・禁煙支援を本格的に行う計画なのか疑問である。・がん検診受診率を50%以上とする具体策に乏しい。			・タバコ自動販売機の撤去。・がん検診受診者へのインセンティブの考慮。
223	医療提供者 (協議会委員)				用途の制約が多すぎる。現場の裁量をもっとほしいと考える。	診療報酬全般にいいえることですが、研修医が行っても専門医が行っても同じというのは明らかにおかしい。	責任を追う仕事にはそれなりの報酬が必要である。

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
224	医療提供者 (協議会委員)			予算の内示が遅いため年度の計画が立てられない。	年度初めに予算を認めていただき計画的に実行する。	DPCから外して出来高請求を多くする。	
225	医療提供者 (協議会委員)			低医療費政策でがん対策を考える前に各病院に予算がなく十分な体制がとれていない。総論はあっても各論の実施が困難。	もう少しマシな予算を。	種々の技術料にもっと配慮すべき。	
226	医療提供者 (協議会委員)			がん診療連携拠点病院への機能強化事業の補助金について、都道府県の財政事情で、差異があり、不適切である。	都道府県の財政事情の係わりなく、補助金を国が拠出してほしい。		
227	医療提供者 (協議会委員)			統計情報から現状を把握した上で、エビデンスに基づいて対策を構築し実行に移すという考え方が全般的に欠けている。			国および地方自治体におけるがん対策に関する専門家の育成。
228	医療提供者 (協議会委員)			がんセンターがある県とない県があり、地域格差がある。			がんセンターがない県では、症例数の多い病院をがんセンターと同等に扱う(診療機器の充実など)。
229	医療提供者 (協議会委員)			教育が重要であると思う。			
230	医療提供者 (協議会委員)			無駄が多い。厚生労働省が主体で行うべきである。	厚生労働省が大学等も含め、まとめるべきと考える。文部科学省の予算等のがん対策として一本化するべきと思う。厚生労働省の予算とは別に文部科学省の予算、又厚生労働省内でも一本化されていないのは残念だ。		現在が医療行政を厚生労働省で行うチャンスと考えている。
231	医療提供者 (協議会委員)			もう少し啓蒙普及活動がほしい。以前に比べれば格段に増えているのではあるが。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	
232	医療提供者 (協議会委員)			専門医師の人材育成及び業務に見合う診療報酬が必要。	増やしてほしい。	上げてほしい。	専門家を大切にしてほしい。
233	医療提供者 (協議会委員)			国民の教育ということを考える時、各都道府県が同じような内容で教育課程を提供できるような取り纏めが必要である。各都道府県での協議会レベルでの決定に患者や家族の代表者の参加が少ない。		相談支援業務への点数配置在宅支援に関しての点数アップ。	一次検診、二次検診医療機関の増加。
234	医療提供者 (協議会委員)			地方の実情が判っていない。地方では医師が不足しており、一定の資格を持った医師ではなおさらである。体制整備がなかなか進みません。診療報酬も各種資格を持った人員をそろえると得ることができるようになってはいるがそのような人材はなかなかそろえることが出来ない。	一定のがん診療連携病院に体制整備の予算を提供する。少額では体制はとれない。		中央で育った人材を一定期間地方に回すことを検討して欲しい。
235	医療提供者 (協議会委員)			医師(特に外科医)の待遇改善。		外科的手技に対する技術料加算。	
236	医療提供者 (協議会委員)			全般的に拠点病院にはハードルが高い項目が多い。			

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
237	医療提供者 (協議会委員)			小児科医として回答。小児がん経験者(Childhood Cancer Survivors: CCS)に対する対策がない。不十分な状況。成人内科への情報提供(CCSの晩期障害についての情報など)、連携が未発達だと思う。	小児慢性特定疾患が治療終了後5年でできることにより、フォローアップが不十分となる。それによりCCS(20歳以上)の経済的負担が増え、全く検査などが行なえていない。制度の新造により「元気が出る」ことになる。提案書の全体分野1-7.8に、優先してCCS対策を加えられるべきだと考える。		小児病院の成育医療センター化の推進。
238	医療提供者 (協議会委員)			セミナー、講習会だけでは実のある効果は難しい。			予算を増やして(短期間ではない)人的配備を図ることが必要と思われる。
239	医療提供者 (協議会委員)			予防対策にもっと力を入れても良いのではないかと考える。			
240	医療提供者 (協議会委員)			地域がん診療連携拠点病院は、拠点病院としてのハード、ソフト面の機能充実・維持のため、多大な人的投資と経費を投入している。投資に見合う補助金及び診療報酬上の裏付けがない。	地域がん診療連携拠点病院補助金制度の継続。	緩和ケア、相談支援、がん登録、化学療法に関する診療報酬(指導料、管理料等)の正当な評価が必要。	指定要件を満たせば、地域がん診療連携拠点病院は二次医療圏に一つとこだわることなく何ヶ所でも指定されるべきである。
241	医療提供者 (協議会委員)			がん診療拠点病院が自治体病院や国立病院に偏在していてがん診療認定医が評価されていない。		がん診療認定医加算の新設。	がん拠点病院設置基準の見直し。国立、自治体立、私立を問わず、がん診療専門医などの人材に重点を置いた設置基準を!
242	医療提供者 (協議会委員)			地方における指導研修体制の確保。均てん化を達成するための地方のドクターの研修体制の確立。行きたくても簡単に研修に行くことができない実情。			研修期間中の医師の応援態勢の確立。
243	医療提供者 (協議会委員)					面談等多くの時間がかかるが、サービスとなっている。	
244	医療提供者 (協議会委員)			全体的には医療資源の効果的活用がなされていない。現在より医療従事者の集約化や施設を充実させる必要があるのではないかと。			

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
245	医療提供者 (協議会委員)			当県ではがん対策推進計画が5カ年計画で平成8年からスタートしているが、県民にこの対策の趣旨や内容が十分に伝わっていないと思われる。なぜならばがん検診の受診率が依然として低値なのである。受診率の向上が最優先課題であると思う。現在この啓蒙を主として行っているのは保健婦ではないだろうか。これが大きな問題だと思う。がん受診のことは話すかほとんど説得力がない。専門的知識を持つ地元の医師が行うべき。	県と市町村が連携してきめ細かい啓発行動を起こすべき、さらに市町村を地区別に細かく分け十分にキャンペーンが行き渡るようにする。大きな都市、地区などのおおまかな単位でのキャンペーンはほとんど効果はないと思う。そのため予算組が必要。しかしながら小地区の公民館などを利用していけば会場費はそれほどかからないのでは。講師は地元の医師とすればボランティア感覚でひきうけてくれる。なぜならば地域住民の健康を担っているから。予算獲得も大事であるがその配分も重要。現在は都市部のキャンペーンの開催に偏っている。小地区からこつこつと。		
246	医療提供者 (協議会委員)				制度を充実させるためもう少し予算があってもいいと思う。		検診をさらに推進すること禁煙の推進。
247	医療提供者 (協議会委員)			がん対策に対する費用の底上げと適正な配分が必要。			
248	医療提供者 (協議会委員)			がん医療の均てん化という点では、地域がん診療連携拠点病院にがん患者さんを集約することはいいことだが、均てん化をするために資格にこだわりすぎることは、問題があると思う。またがん診療連携拠点病院の機能を維持するために地域に患者さんを戻すためには、がん診療連携拠点病院の受け皿となる医療機関をもっと整備する必要があると思う。	がん診療連携拠点病院を維持していくためには、多くの人材の確保が必要になるので、病院への支給の増額が必要。	がん診療連携拠点病院に対して、早急に診療報酬面でのメリットをつける必要がある。たとえば外来化学療法、地域連携クリティカルパスに対しての診療報酬等。	地域連携クリティカルパスを使用するにあたって、患者、受け皿となる地域の医療機関のメリットを明確にする必要がある。また再発した際に発見が遅れることが心配されるが、このことを保証できるものを考える必要がある。たとえばQOLの評価を組み入れることで再発の発見の遅れを担保する可能性の研究等が必要
249	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策が甘い。		地域連携パスに診療報酬が必要である。	