

平成23年度がん対策に向けた提案書

～ みんなで作るがん政策 ～

〔要旨〕

平成22年3月31日

がん対策推進協議会

提案の骨子

【1】がん対策の現状に対する提案。

- (1) がんに対する社会資源の投入が不十分であり、投入量を増やす必要がある。
- (2) 政策立案決定プロセスを改善すべきである。
- (3) 「予算」「診療報酬」「制度改革」の3つの側面を横断的に有機的な検討を行い、効率的で有効な対策を進めるべきである。

【2】「予算」「診療報酬」「制度」の3つの側面からなる140本の推奨施策を提案。

【3】重点項目に入れるべき施策の提案。

- (1) 緊急に重点的な実施が必要と考える9本のがん予算施策を提案する。
- (2) 「がん診療連携拠点病院制度」の抜本的改正を求める。
- (3) 全国的ながん登録システムを整備することを求める。

本協議会は、タウンミーティングや都道府県がん対策推進協議会委員等アンケートなどによって得た全国の多数の患者、現場、地方の声を踏まえ、「平成23年度がん対策予算に向けた提案書 ～みんなでつくるがん対策～」として、以下の提案をする。

【1】がん対策の現状に対する提案

(1) がんに対する社会資源の投入が不十分であり、投入量を増やす必要がある。

都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート結果（回答者520人）では、がん予算に関して、「十分である13%」、「十分でない87%」であった。診療報酬について「十分である9%」「十分でない90%」であった。制度の整備については、「十分である20%」「十分でない80%」であった。がん対策への資源投入が不足しており、対策が弱いというのがほぼ共通認識であった。タウンミーティングにおける回答（430人）でもほぼ同様の結果が得られた。

(2) 政策立案決定プロセスを改善すべきである。

(1)のアンケート調査によると、がん予算の決定プロセスに関して、「満足である12%」、「満足でない87%」であった。診療報酬の決定プロセスについて「満足である11%」「満足でない88%」であった。制度の決定プロセスについては、「満足である20%」「満足でない79%」であった。がん対策の政策決定プロセスが不透明で患者、現場、地域の声が届いていないという認識が一般的であると考えられる。平成22年度予算策定においては、厚

生労働省が都道府県のがん対策ニーズを把握するため、がん対策担当者に面談してヒアリングを行うという変化があったが、全体としては、都道府県、市町村などの地域と国の連携はまだ不十分である。

【3】「予算」「診療報酬」「制度改革」の3つの側面を横断的に有機的な検討を行い、効率的で有効な対策を進めるべきである。

(1) のアンケート調査とタウンミーティングの意見によると、がん対策を進めるには、「予算」「診療報酬」「制度」にわたって横断的に変革する必要がある。たとえば、がんを診療する医療機関のネットワーク整備に関しても、制度の改正を行い、構造転換のために政府予算を投入し、同時に恒常的にインセンティブを保つために診療報酬で評価を行うといった、横断的で横串を通した政策パッケージが必要である。

【2】「予算」「診療報酬」「制度」の3つの側面からなる140本の推奨施策を提案

○がん対策「予算」については、別添1の74本の施策を提案する。

- ・平成22年度提案書のうち、実際に平成22年度予算案に採用されたものが一部あったことは評価できる。しかし、それはごく一部にとどまっており、推奨施策の採用をさらに進める必要がある。
- ・また、都道府県間で活用されるがん対策予算の額に格差が見られるのは、都道府県によって財政力が異なるため、これを是正するため、2分の1（半額）補助でなく10分の10（全額）補助の仕組みを主流にするなど、抜本策を打つ必要がある。
- ・平成22年度予算案において、がん対策予算の総額は増加したが、分野別に見ると増額となったのは主にがん検診の分野であり、医療機関、医療従事者育成、緩和ケアなどの分野は減額となっているため、高く評価をすることはできない。
- ・また、計上したがん対策予算が都道府県やがん診療連携拠点病院などによって活用されずに残る不用が依然として発生しているのは、国と都道府県等の予算のミスマッチが解消されていないことを示している。
- ・現行のがん対策予算について、それぞれの予算や事業が地域のニーズとミスマッチはないか、事業が成果を挙げているか、政策目的を達成するために有効に働いているかなどを、洗い出して点検することも必要である。

○がん対策「診療報酬」については、別添1の29本の推奨施策を提案する。

- ・がん医療に関しては、質の高いがん診療、均てん化を進める活動、連携の

強化など、促進が必要な分野に十分なインセンティブが付与されておらず、がん診療に関する診療報酬の評価を、より充実させることが必要である。また、がんに関する医療従事者を育成するため、十分なインセンティブを付与していくことが重要である。

- ・当協議会が平成21年12月4日に提出した提案書において参考として例示した項目26本のうち、一部の項目については、平成22年度診療報酬改定に反映されている。中央社会保険医療協議会（中医協）において当協議会の提案を参照した議論があったことは進歩であり、今後の改定作業においても、同様のプロセスを経ることが必要である。
- ・ただし、積み残された課題も多く、引き続き平成24年度の次期改定に向けて取り組みを進めるべきである。また、次期改定期は診療報酬と介護報酬の同時改定となる予定である。がん診療領域においては、医療と介護の両面に関係する事項が多いため、がん患者・家族を中心とした包括的な支援を強化するよい機会となる。なお、がん医療の均てん化と標準治療の推進に向けた評価、未承認薬等の早期承認などにより、有効性と効率性の向上、無駄の削減に努めることも必要である。さらに、保険料や税の負担と給付の関係について、広く国民の議論とコンセンサスを得ることも重要である。

○がん対策の「制度」の改正について、別添1の37本の推奨施策を提案する。

- ・がん医療の問題点を解決するためには、多くの点で制度の改正や新たな制度の創設が必要である。がん領域の問題点に関係する法律・政令・通知・規則などを総合的に洗い出し、必要な改正を行うべきである。制度改正が予算や診療報酬上の評価の前提となる場合もある。また、制度改正なしでは、予算化や診療報酬上の対応をしても効果が薄い場合も考えられる。たとえば、地域がん登録に関しては、がん登録法の制定により、新たに全国的に統一された方式により地域がん登録を実施するなどの取り組みが求められる。

【3】重点項目に入れるべき施策の提案。

（1）緊急に重点的な実施が必要と考える9本のがん予算施策を提案する。

都道府県がん対策推進協議会委員とがん患者関係者等に、昨年度提案書にある70本の施策に関して優先度を尋ねたアンケートで上位になった施策と、当協議会委員の意見を合わせ、以下の9本の施策について特に優先度が高いとして、別添2の図示による詳細な説明を添えて推奨する。

- 施策① 緩和ケアを担う施設などの拡充事業
- 施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業
- 施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター事業
- 施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定普及事業
- 施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業
- 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業
- 施策⑦ 患者・家族のための、がん総合相談支援事業
- 施策⑧ がん患者満足度調査事業
- 施策⑨ サバイバーシップ事業

(2) 「がん診療連携拠点病院制度」の抜本的改正を求める。

がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）制度に関しては、これまでの現行の制度が一定の役割を果たしてきたものの、がん医療の均てん化と、切れ目ないがん医療の面的展開という点から、質的な面で評価すると、拠点病院制度は目指している方向に必ずしも有効に働いていない側面がある。提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会等において検討の上、下記の留意事項を配慮しつつ、制度の大幅な見直しを行うことを推奨する。

[留意事項]

- ① 均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
- ② 医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
- ③ 地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
- ④ 大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
- ⑤ 医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
- ⑥ 患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと 等

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきと考え、こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

- ① 拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠

点病院など)

- ② 連携に関する評価を取り入れること
- ③ 地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④ 指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤ 病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
- ⑥ 都道府県がん診療連携協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること 等

なお、運用に当たっては、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮を求める。

(3) 全国的な地域がん登録システムの整備することを求める。

地域がん登録に関しては、がんの実態を把握し、対策を立案するために不可欠であるにもかかわらず、これまで一部の地域でしか実施されず、精度も不十分な場合が多く、がん対策のために有効な総合的活用もなされていなかった。そこで、地域がん登録に関する法的な根拠を作るなどの対策により、全国的に地域がん登録を実施し、がんの実態を把握し、がん対策に活用する体制を整備することを推奨する。

国においては、地域がん登録の一層の推進や、国民及び医療従事者などの関係者への情報提供により、国と国民等が一体となってがん対策に取り組むことができるよう、「予算」、「診療報酬」、「制度」の面から総合的に、以下の対策を講じられたい。

- ① がん医療の向上のためには、地域がん登録が必要であるとの国民の認識を深めてもらうことができるよう、地域がん登録の仕組みについて十分に周知を図ること。
- ② 個人情報保護法及び統計法との整合性を図った上で、地域がん登録の実施についてがん対策基本法に位置付けること。あるいは、「がん登録法（仮称）」の制定を行うこと。
- ③ 現在、研究等で行われているがん登録の取り組みについて、法に基づく全国的かつ継続的な事業とするとともに、精度の一層の向上を図るための措置を講ずること。具体的には、がん登録を実施する各医療機関および登録情報を収集・分析する機関等に対して十分な人員配置および予算上の措置を講ずること。

- ④ 最新の治療技術を反映した生存率を算定するために、毎年生存確認調査が可能な体制の確立に努めること。

*以上、提案書「要旨」。詳細は、提案書本編「平成23年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～」を参照のこと。

別添 1

「予算」「診療報酬」「制度」の3側面からなる140本の推奨施策

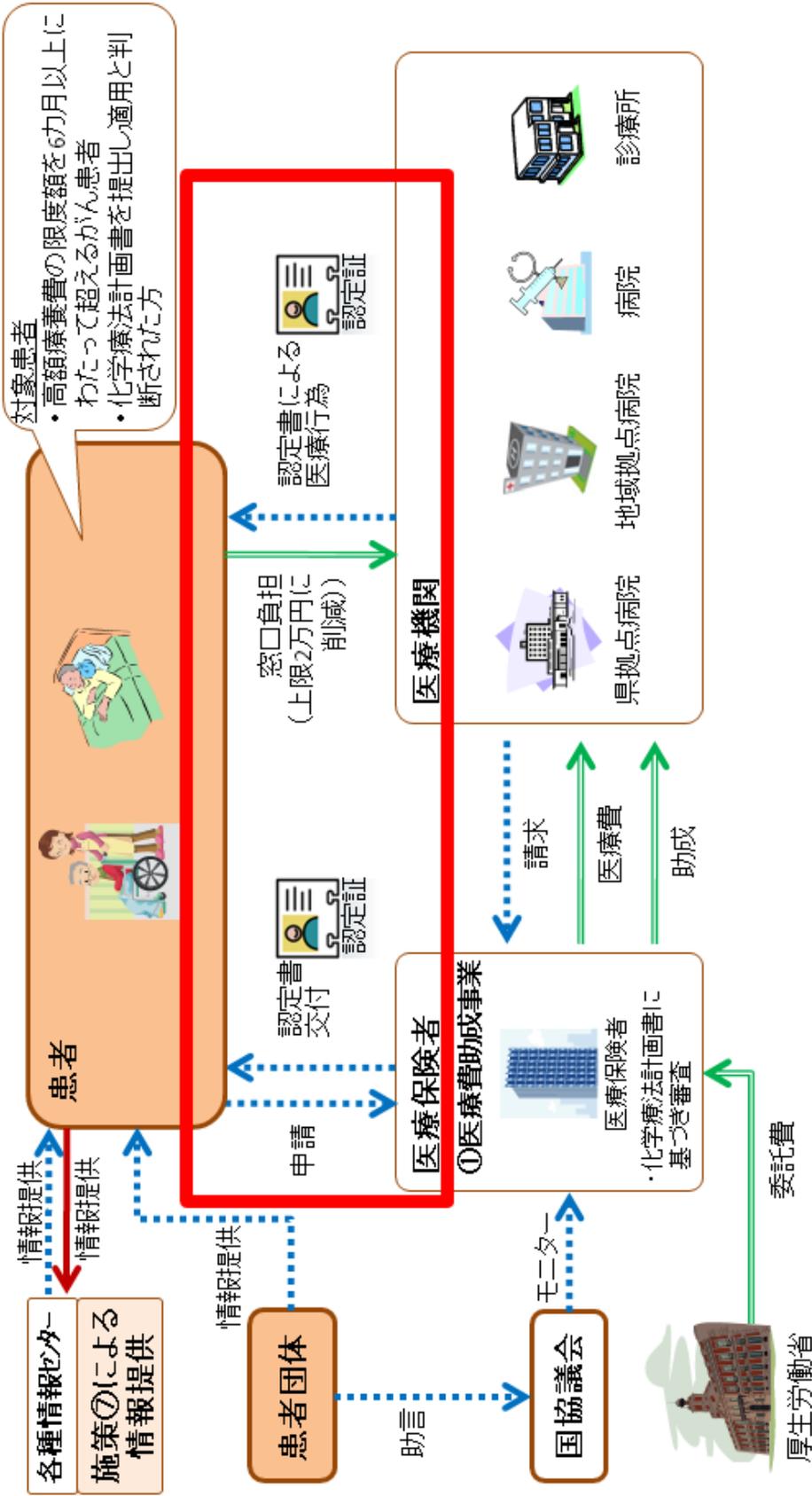
分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
全体1	がん対策全般	A-1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	B-1	がん医療の質の評価	C-1	がん対策基本法の改正
		A-2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト			C-2	医療法の改正
		A-3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置			C-3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告
		A-4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入			C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
		A-5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援				
		A-6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン				
		A-7	小学生向けの資料の全国民への配布				
		A-8	初等中等教育におけるがん教育の推進				
全体2	がん計画の進捗・評価	A-9	がん予算策定新プロセス事業	B-2	がん医療の質の“見える化”	C-5	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-10	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理			C-6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
		A-11	質の評価ができる評価体制の構築				
		A-12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発				
1	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成	A-13	がんに関する医療従事者の計画的育成	B-3	放射線療法の推進	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)
		A-14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	B-4	化学療法とチーム医療の推進	C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		A-15	医学物理士の育成と制度整備	B-5	入院および外来化学療法の推進	C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		A-16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	B-6	がんにおける診療項目の評価	C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		A-17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	B-7	高度医療	C-11	医学物理士資格の位置づけの明確化
		A-18	専門・認定看護師への特別報酬			C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		A-19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化			C-13	コンパッションネート・ユース(人道的使用)制度の創設
		A-20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し			C-14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)
2	緩和ケア	A-21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	B-8	緩和ケア診療加算	C-15	高度医療の改正(国内未承認薬、適用拡大等の早期承認)
		A-22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	B-9	緩和ケア研修修了者の配置	C-16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)
		A-23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	C-17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
		A-24	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進			C-18	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化			C-19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		A-26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討			C-20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		A-27	大学における緩和ケア講座の拡大			C-21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
		A-28	緩和医療科外来の充実				
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	A-29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	B-11	在宅医療の充実	C-22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
		A-30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	B-12	在宅医療ネットワークの構築	C-23	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	B-13	医療と介護の連携	C-24	介護保険法の改正
		A-32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成		
		A-33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成				
		A-34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク				
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)	A-35	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	B-15	DPCデータや臨床指標の開示	C-25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置
		A-36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	B-16	診療ガイドラインの推進		
		A-37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	B-17	セカンドオピニオンの推進		

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	A-38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	B-18	地域連携とその他の連携	C-26	がん診療連携拠点病院制度の見直し
		A-39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	B-19	がん診療体制の充実に応じた評価		
		A-40	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価		
		A-41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備				
		A-42	がん患者動態に関する地域実態調査				
		A-43	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発				
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	A-44	がん相談全国コールセンターの設置	B-21	相談支援センターの充実	C-27	がん患者の就労・雇用支援
		A-45	「がん患者必携」の制作および配布	B-22	相談支援センターと患者団体の連携	C-28	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		A-46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成			再	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-47	全国統一がん患者満足度調査				
		A-48	地域統括相談支援センターの設置				
		A-49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート				
		A-50	がん経験者支援部の設置				
		A-51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長				
		A-52	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大				
		A-53	長期の化学療法に対する助成				
A-54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布						
7	がん登録	A-55	地域がん登録費用の10/10助成金化	B-23	がん登録に関わる職員の配置	C-29	がん登録法(仮称)の制定
		A-56	がん登録法制化に向けた啓発活動	B-24	地域・院内がん登録		
8	がんの予防(たばこ対策)	A-57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
		A-58	喫煙率減少活動への支援の事業			C-31	健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い)
		A-59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発				
		再	初等中等教育におけるがん教育の推進				
9	がんの早期発見(がん検診)	A-60	保険者・事業者負担によるがん検診			C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		A-61	保険者負担によるがん検診事業			C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
		A-62	がん検診促進のための普及啓発				
		A-63	がん検診の精度管理方式の統一化				
		A-64	長期的な地域がん検診事業				
		A-65	イベント型がん検診に対する助成				
10	がん研究	A-66	希少がん・難治がん特別研究費	B-26	高度医療への対応	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
		A-67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設				
		A-68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進				
		A-69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援				
		A-70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援				
		A-71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進				
11	疾病別(がんの種類別)の対策	A-72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	B-27	小児がんと希少がん	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
		A-73	子宮頸がん撲滅事業	B-28	長期生存者のフォローアップ	C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		A-74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	B-29	リンパ浮腫	C-37	特定疾患研究事業の見直し

注) 施策A-19は、昨年度施策案63を分野移動
 施策A-20は、昨年度施策案67を分野移動
 施策A-28は、本年度新規
 施策A-54は、本年度新規
 施策A-69は、本年度新規
 施策A-70は、本年度新規
 施策A-71は、本年度新規
 昨年度施策53は、A-56に統合

施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業

- ・ 長期に高額の治療をする患者の治療費を助成する
- ・ 高額療養費の限度額を6カ月以上超える者は、自己負担上限を月額2万円とする
- ・ 「自己負担額の増加で患者の経済的負担が高まり精神介にも圧迫。治療差し控えも発生」⇒「経済的負担、心理的負担を軽減」



関連施策:

施策番号A-53:長期の化学療法に対する助成

施策番号A-52:高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大

施策番号A-46:外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成

施策番号A-51:社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長

(c) 厚生労働省ががん対策推進協議会

新設機能

人

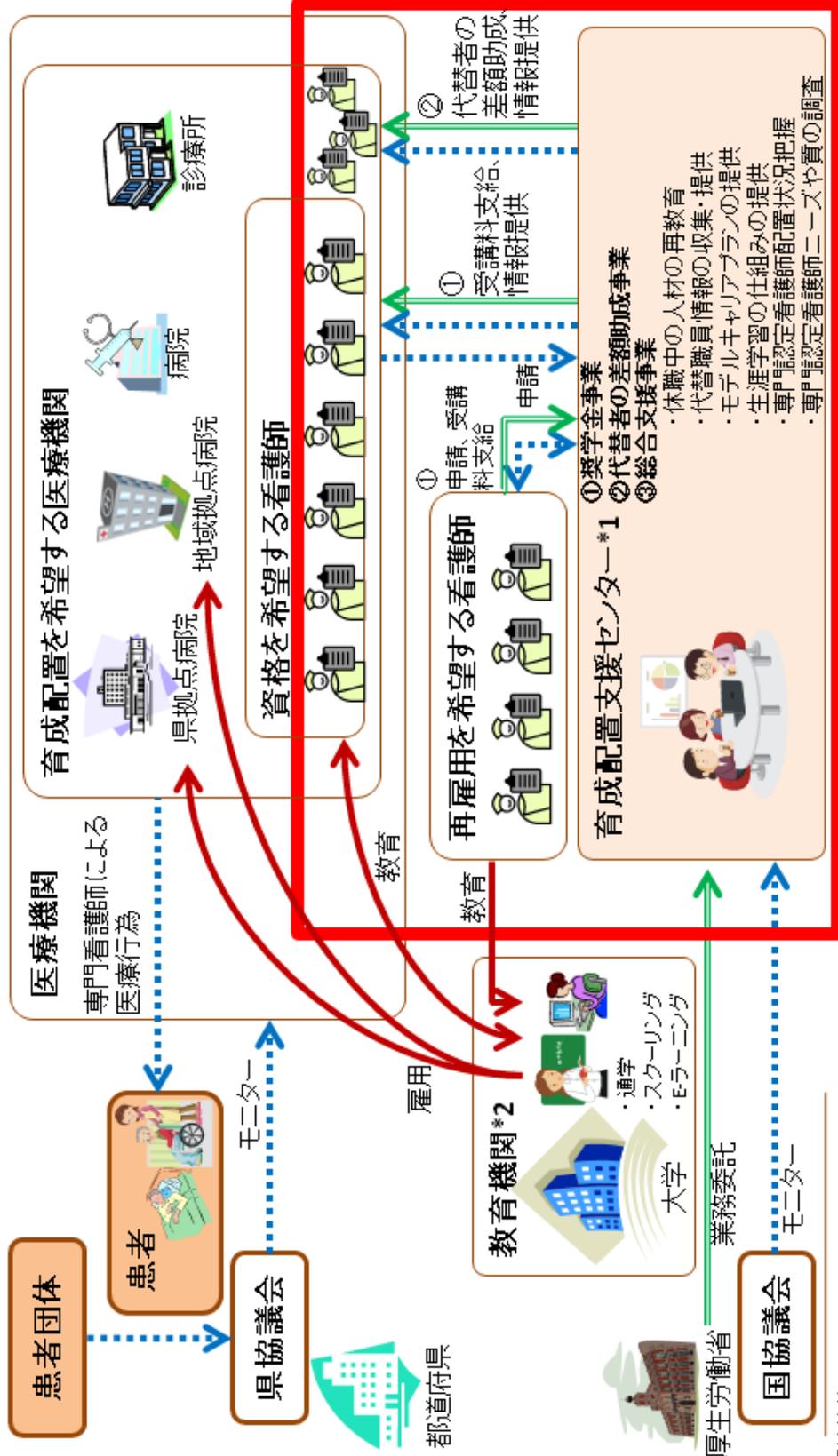
サービス

情報

費用

施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等 育成配置支援センター事業

- ・ 育成配置支援センターを設置し、資格希望者への教育費補助を行う。医療機関には育成機関の負担の補助を行う。
- ・ 現職スタッフの専門資格取得に加え、現在求職中の者の再教育・再雇用の機能も持たせる。
- ・ 「チーム医療を行う専門的医療従事者の大幅不足」⇒「専門的医療従事者の充実とチーム医療の促進による均てん化の進展」



関連施策:

施策番号A-18: 専門・認定看護師への特別報酬

*1: 薬剤師等に関しても同様の仕組みを創設する

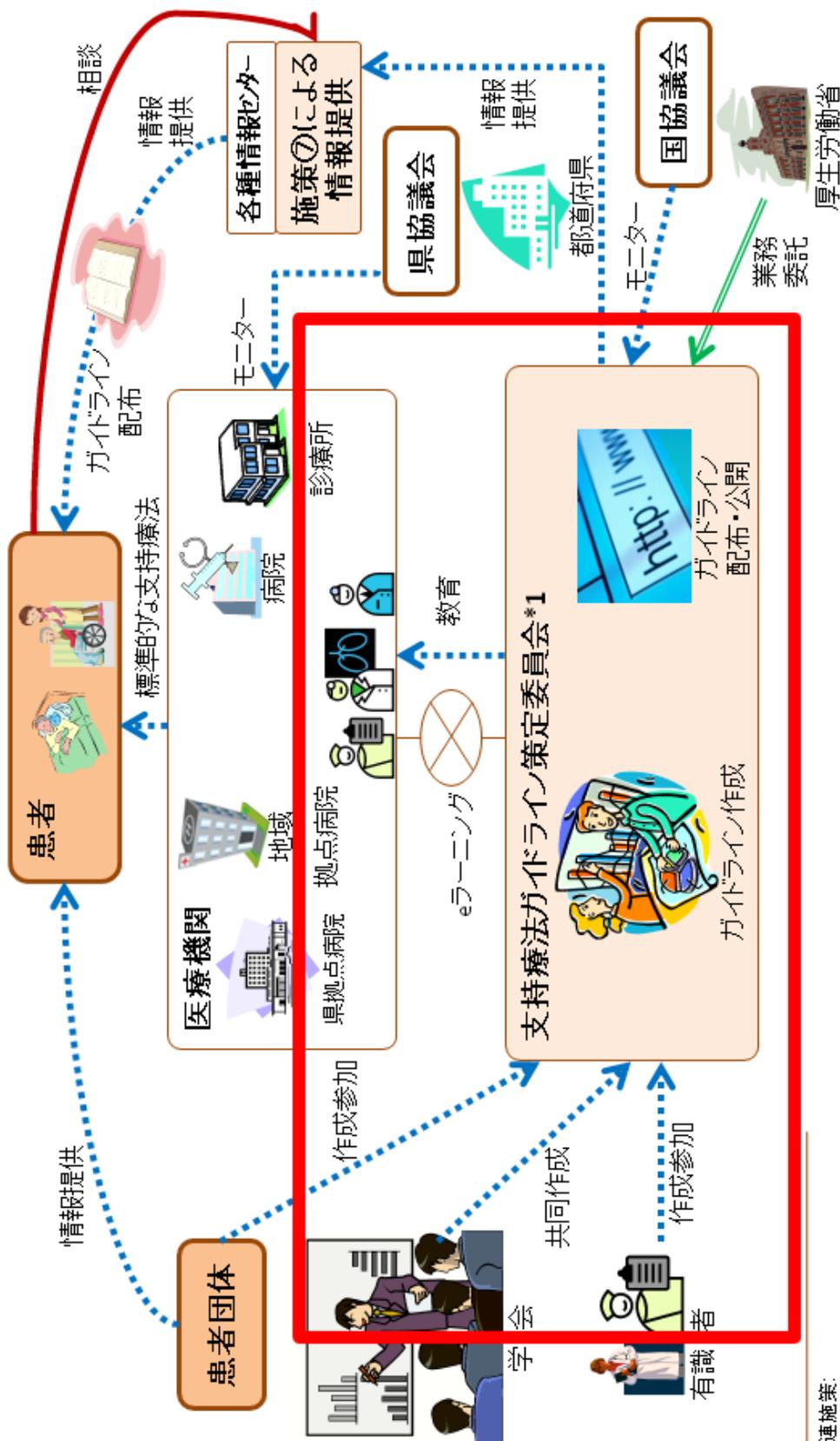
*2: 文部科学省「がんプロフェッショナル 養成プラン」と連携

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

: 新設機能、
 → : 人、
 → : サービス・情報、
 → : 費用

施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及事業

- ・ 専門家に患者関係者が加わった委員会で、副作用と合併症に関する支持療法ガイドラインを策定する。
- ・ 現場への教育システムと一般への広報を行い、ガイドラインの実践を定着させる。
- ・ 「抑止可能な副作用・合併症の発生による患者のQOL(生活の質)の低下」⇒「支持療法の均てん化により患者の苦痛の軽減」



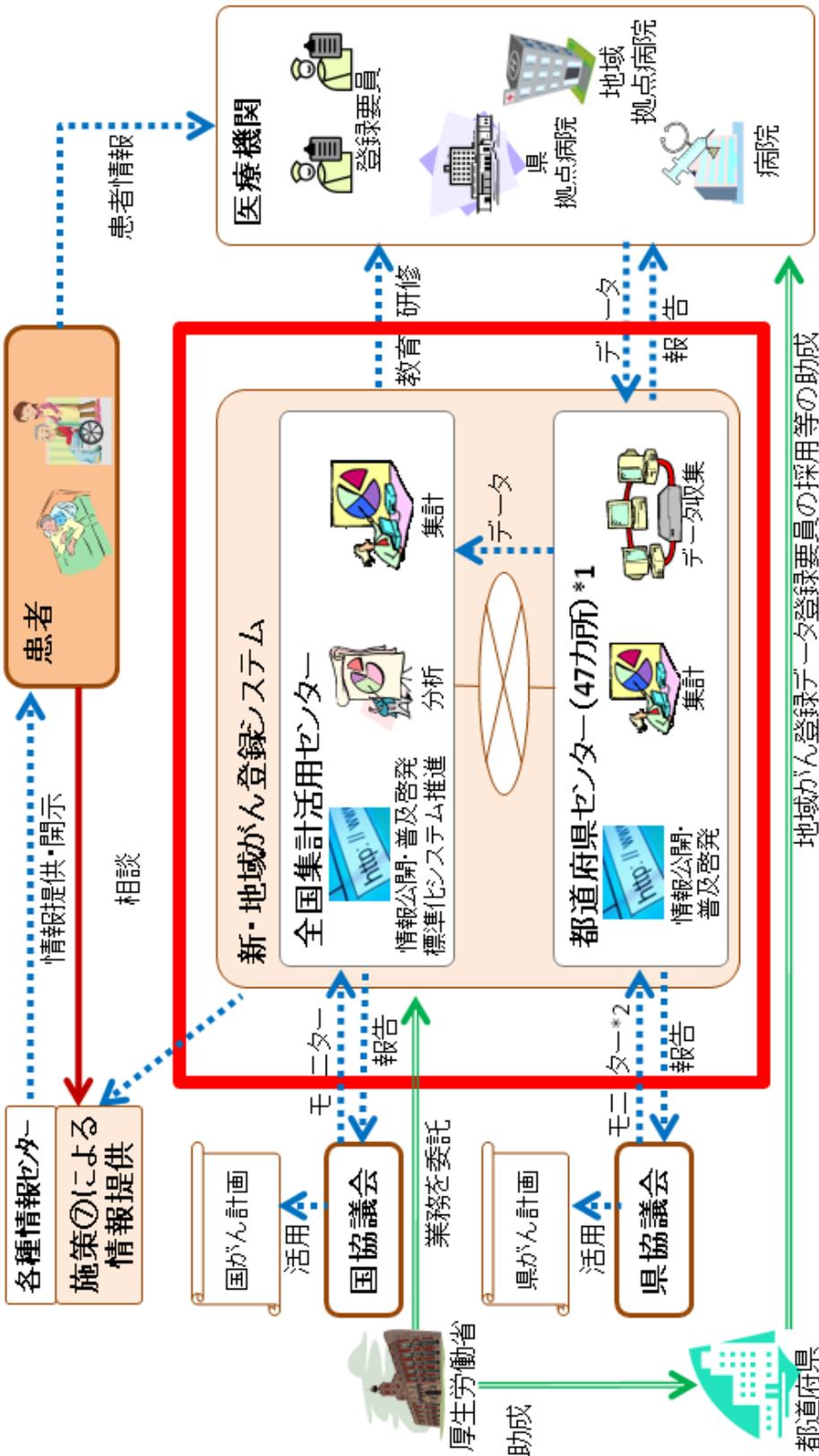
関連施策:
 施策番号A-37: 副作用に対する支持療法のガイドライン策定
 *1: 定期的にアップデートを行う仕組み含む

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

: 新設機能、
 → : 人、
 ↔ : サービス・情報、
 → : 費用

施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業

- ・ 地域がん登録が全都道府県で地方自治体の責任で実施される「地域がん登録・都道府県センター」を設置する。
- ・ 全国の地域がん登録が統合され、活用されるよう、「地域がん登録・全国集計活用センター」を設置する。
- ・ 「精度が十分な地域がん登録は一部、活用されないがん登録データ」⇒「がん対策の立案と死亡の低下に役立つデータを共有」



※並行してがん登録法の法制化をする

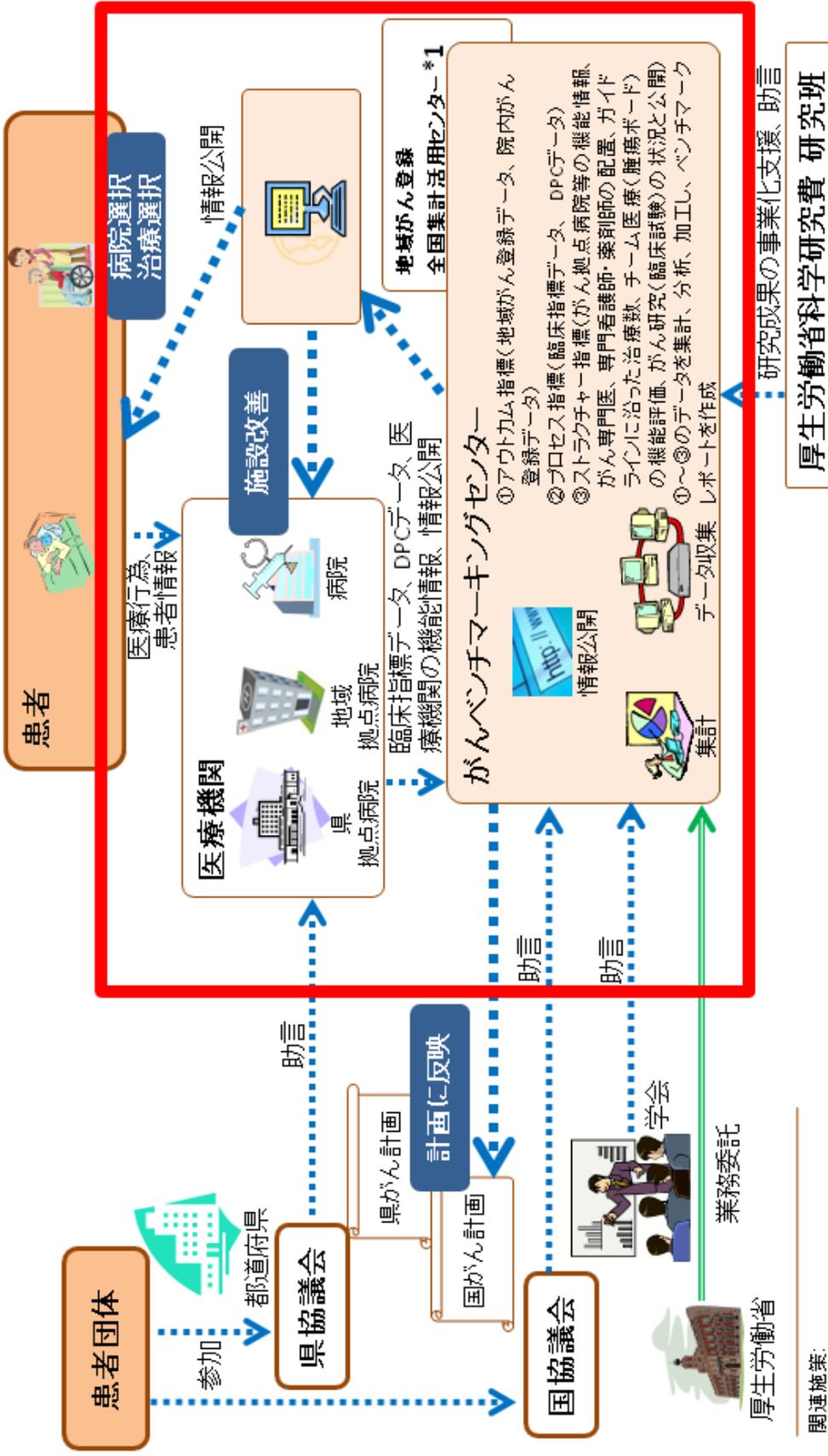
関連施策:
 施策番号A-55: 地域がん登録費用の10/10助成金化
 *1: 既存の仕組みを活かしつつ、適切な組織が実行し、新設も考慮に入れる

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

□: 新設機能、→: 人、→: サービス・情報、→: 費用

施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業

- ・ 治療成績、診療内容、医療施設機能情報を統合的に集計し、活用できるかたちにして患者と医療機関に提供する
- ・ 医療機関にはベンチマークレポートをフィードバックし改善につなげる。患者・一般は治療選択・施設選択の参考情報を得る
- ・ 「どこでどのような程度の質の診療がされているのか見えない」⇒「可視化」が行われ医療提供者、受益者の両方にメリット



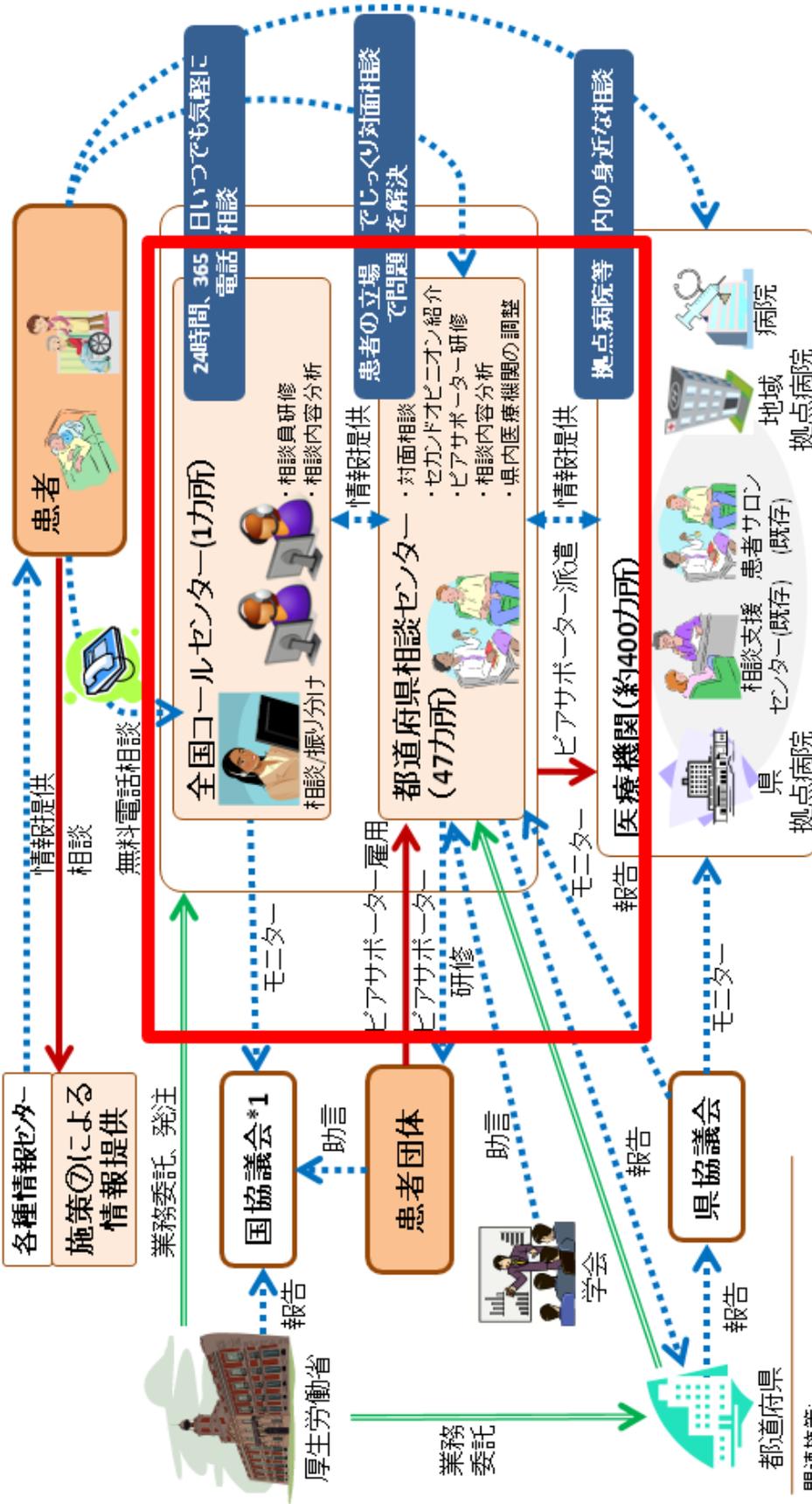
関連施策:
 施策番号A-35:ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進
 *1: 施策⑤に示されている全国集計活用センター

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

 : 新設機能、
→ : 人、
→ : サービス・情報、
→ : 費用

施策⑦ 患者・家族のためのがん総合相談支援事業

- いつでもどこからでも無料電話で、気軽に相談できる「全国コールセンター」を設置
- 医療機関から独立し、患者の立場で相談を行う「都道府県相談センター」を設置
- 「気軽に相談できない」「相談が問題解決につながらない」「窓口が活用されていない」⇒真に患者に役立つ問題解決型相談



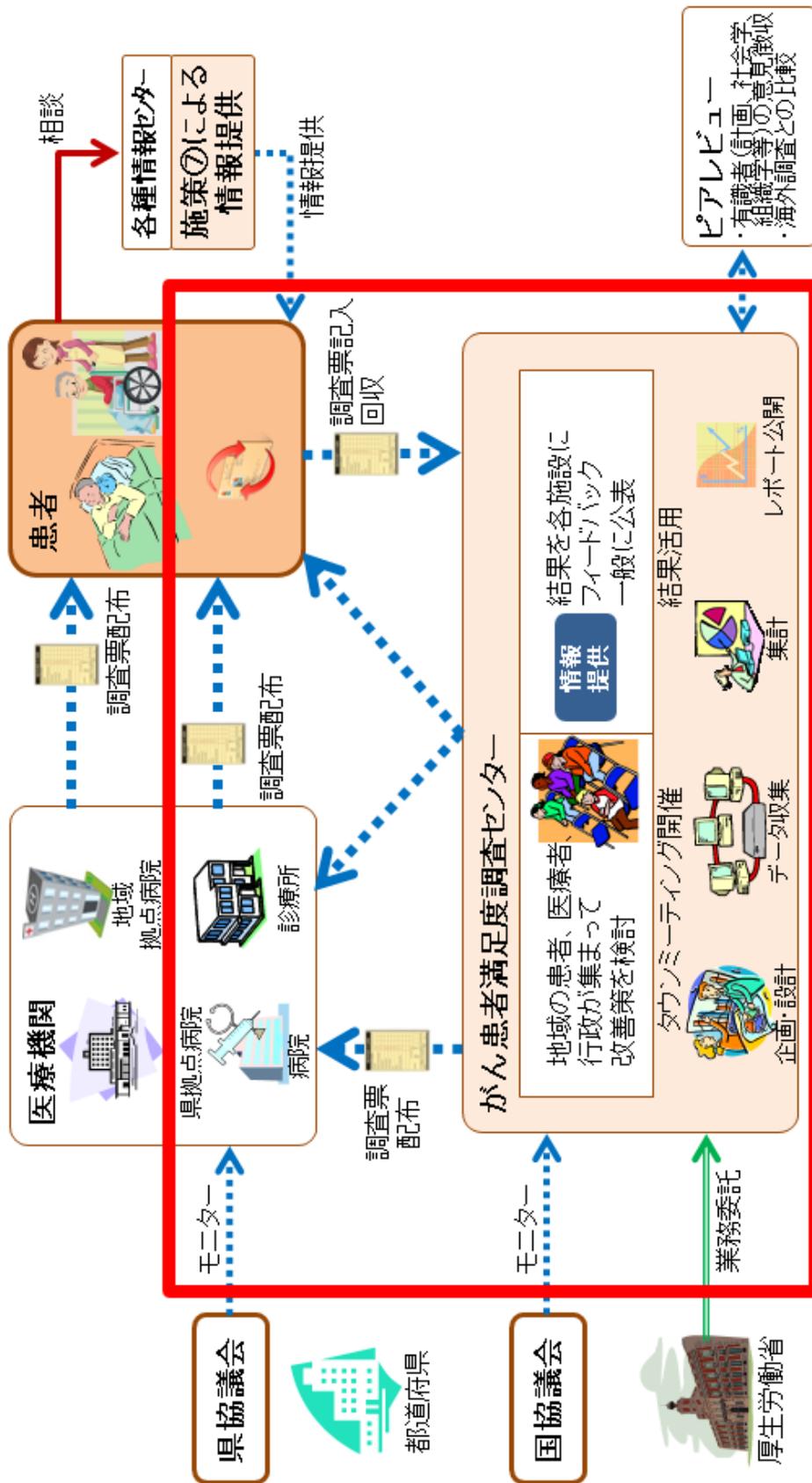
関連施策:
 施策番号A-44: がん相談全国コールセンターの設置
 施策番号A-49: 相談センターと患者・支援団体による協働サポート
 施策番号A-6: がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン

施策番号A-48: 地域統括相談支援センターの設置
 施策番号A-5: 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援
 *1: 国協議会に、全国コールセンターをモニター担当委員を配置する

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

施策⑧ がん患者満足度調査事業

- ・ 全国的にがん治療施設別の患者満足度を世界標準的な方法で計測し、フィードバックし、医療の質向上につなげる
- ・ 県ごとに多様な参加者による満足度向上のためのタウンミーティングを開催、調査に基づき地域の医療の質向上策を考える
- ・ 「低い質の治療の存在、患者の不満が多い、医療者は疲弊」⇒客観的な情報に基づき建設的なかたちで議論し満足度高める



関連施策:
 施策番号A-47: 全国統一がん患者満足度調査
 *1: タウンミーティングとは、調査で得られた問題を六位一体で考える場

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 1 部

がん対策推進協議会

平成 22 (2010) 年 3 月 31 日

【目次】

■ 要旨	8
■ 本文	26
I がん対策の現況	26
1 本提案書とワーキンググループについて	26
1-1 本提案書の位置づけ	26
1-2 予算の現状に対する問題意識	28
1-3 診療報酬の現状に対する問題意識	30
1-4 制度の現状に対する問題意識	31
2 がん対策の現況	32
2-1 がん対策(予算)の現況	32
2-1-1 がん予算の概況および推移	32
2-1-2 国のがん対策予算	33
2-1-3 都道府県のがん対策予算	35
2-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況	40
2-2 がん対策(診療報酬)の現況	52
2-2-1 「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」について	52
2-2-2 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況	52
2-3 分野内の横断的検討	63
2-4 「予算」「診療報酬」「制度」の総括表と、各表	72
3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要	79
3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート	79
3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート	79
3-3 タウンミーティング	79
3-4 アンケート結果	83
3-5 タウンミーティングでの回答	86
3-6 考察	87

4 実施すべき改革(提案の骨子)	87
II 提案	91
1 がん対策の総論	92
1-1 全体分野1 がん対策全般	92
1-1-1 推奨施策	92
1-1-1-1 「予算」の推奨施策	92
1-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策	93
1-1-1-3 「制度」の推奨施策	94
1-1-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	95
1-1-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	96
1-1-2 意見の要約(問題点と改善点)	96
1-1-3 寄せられたご意見(コメント)から	100
1-1-4 分野内の横断的検討(再掲)	101
1-2 全体分野2 がん計画の進捗・評価	103
1-2-1 推奨施策	103
1-2-1-1 「予算」の推奨施策	103
1-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策	104
1-2-1-3 「制度」の推奨施策	104
1-2-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	104
1-2-2 意見の要約(問題点と改善点)	105
1-2-3 寄せられたご意見(コメント)から	106
1-2-4 分野内の横断的検討(再掲)	108
2 個別分野	109
2-1 分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成	109
2-1-1 推奨施策	109
2-1-1-1 「予算」の推奨施策	109
2-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策	111
2-1-1-3 「制度」の推奨施策	112
2-1-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	114
2-1-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	115
2-1-2 意見の要約(問題点と改善点)	116

2-1-3 寄せられたご意見(コメント)から.....	119
2-1-4 分野内の横断的検討(再掲).....	122
2-2 分野2 緩和ケア.....	125
2-2-1 推奨施策.....	125
2-2-1-1 「予算」の推奨施策.....	125
2-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策.....	126
2-2-1-3 「制度」の推奨施策.....	127
2-2-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲).....	128
2-2-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲).....	129
2-2-2 意見の要約(問題点と改善点).....	130
2-2-3 寄せられたご意見(コメント)から.....	131
2-2-4 分野内の横断的検討(再掲).....	134
2-3 分野3 在宅医療(在宅緩和ケア).....	136
2-3-1 推奨施策.....	136
2-3-1-1 「予算」の推奨施策.....	136
2-3-1-2 「診療報酬」の推奨施策.....	137
2-3-1-3 「制度」の推奨施策.....	138
2-3-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲).....	138
2-3-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲).....	139
2-3-2 意見の要約(問題点と改善点).....	140
2-3-3 寄せられたご意見(コメント)から.....	142
2-3-4 分野内の横断的検討(再掲).....	144
2-4 分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及).....	146
2-4-1 推奨施策.....	146
2-4-1-1 「予算」の推奨施策.....	146
2-4-1-2 「診療報酬」の推奨施策.....	146
2-4-1-3 「制度」の推奨施策.....	147
2-4-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲).....	147
2-4-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲).....	147
2-4-2 意見の要約(問題点と改善点).....	148
2-4-3 寄せられたご意見(コメント)から.....	149
2-4-4 分野内の横断的検討(再掲).....	151

2-5 分野5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	152
2-5-1 推奨施策	152
2-5-1-1 「予算」の推奨施策	152
2-5-1-2 「診療報酬」の推奨施策	153
2-5-1-3 「制度」の推奨施策	153
2-5-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	154
2-5-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	154
2-5-2 意見の要約(問題点と改善点)	155
2-5-3 寄せられたご意見(コメント)から	157
2-5-4 分野内の横断的検討(再掲)	161
2-6 分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供	162
2-6-1 推奨施策	162
2-6-1-1 「予算」の推奨施策	162
2-6-1-2 「診療報酬」の推奨施策	164
2-6-1-3 「制度」の推奨施策	164
2-6-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	165
2-6-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	166
2-6-2 意見の要約(問題点と改善点)	166
2-6-3 寄せられたご意見(コメント)から	167
2-6-4 分野内の横断的検討(再掲)	170
2-7 分野7 がん登録	172
2-7-1 推奨施策	172
2-7-1-1 「予算」の推奨施策	172
2-7-1-2 「診療報酬」の推奨施策	172
2-7-1-3 「制度」の推奨施策	173
2-7-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	173
2-7-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	173
2-7-2 意見の要約(問題点と改善点)	174
2-7-3 寄せられたご意見(コメント)から	176
2-7-4 分野内の横断的検討(再掲)	178
2-8 分野8 がんの予防(たばこ対策)	179
2-8-1 推奨施策	179
2-8-1-1 「予算」の推奨施策	179

2-8-1-2 「診療報酬」の推奨施策	180
2-8-1-3 「制度」の推奨施策	180
2-8-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	180
2-8-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	181
2-8-2 意見の要約(問題点と改善点)	181
2-8-3 寄せられたご意見(コメント)から	182
2-8-4 分野内の横断的検討(再掲)	184
2-9 分野 9 がんの早期発見(がん検診)	186
2-9-1 推奨施策	186
2-9-1-1 「予算」の推奨施策	186
2-9-1-2 「診療報酬」の推奨施策	187
2-9-1-3 「制度」の推奨施策	187
2-9-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	187
2-9-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	188
2-9-2 意見の要約(問題点と改善点)	188
2-9-3 寄せられたご意見(コメント)から	189
2-9-4 分野内の横断的検討(再掲)	192
2-10 分野 10 がん研究	194
2-10-1 推奨施策	194
2-10-1-1 「予算」の推奨施策	194
2-10-1-2 「診療報酬」の推奨施策	195
2-10-1-3 「制度」の推奨施策	195
2-10-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	196
2-10-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	196
2-10-2 意見の要約(問題点と改善点)	196
2-10-3 寄せられたご意見(コメント)から	197
2-10-4 分野内の横断的検討(再掲)	199
2-11 分野 11 疾病別(がんの種類別)の対策	201
2-11-1 推奨施策	201
2-11-1-1 「予算」の推奨施策	201
2-11-1-2 「診療報酬」の推奨施策	201
2-11-1-3 「制度」の推奨施策	202
2-11-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	203

2-11-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲).....	203
2-11-2 意見の要約(問題点と改善点).....	204
2-11-3 寄せられたご意見(コメント)から.....	205
2-11-4 分野内の横断的検討(再掲).....	207
III おわりに.....	208
IV 付録.....	210
4-1 図示して説明する 9 本の施策.....	210
4-2 平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について.....	237
4-3 拠点病院提案書.....	252
4-4 その他 参考書類.....	264
4-4-1 タウンミーティング概要.....	264
4-4-2 提案書とりまとめワーキンググループ第 1～5 回会議 議事概要.....	282
4-4-3 提案書とりまとめワーキンググループ第 6～7 回会議 議事録.....	290
4-4-4 「平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数	329

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 1 部

要旨

提案の骨子

【1】 がん対策の現状に対する提案。

- (1) がんに対する社会資源の投入が不十分であり、投入量を増やす必要がある。
- (2) 政策立案決定プロセスを改善すべきである。
- (3) 「予算」「診療報酬」「制度改革」の3つの側面を横断的に有機的な検討を行い、効率的で有効な対策を進めるべきである。

【2】 「予算」「診療報酬」「制度」の3つの側面からなる140本の推奨施策を提案。

【3】 重点項目に入れるべき施策の提案。

- (1) 緊急に重点的な実施が必要と考える9本のがん予算施策を提案する。
- (2) 「がん診療連携拠点病院制度」の抜本的改正を求める。
- (3) 全国的ながん登録システムを整備することを求める。

本協議会は、タウンミーティングや都道府県がん対策推進協議会委員等アンケートなどによって得た全国の多数の患者、現場、地方の声を踏まえ、「平成23年度がん対策予算に向けた提案書 ～みんなでつくるがん対策～」として、以下の提案をする。

【1】 がん対策の現状に対する提案

(1) がんに対する社会資源の投入が不十分であり、投入量を増やす必要がある。

都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート結果（回答者520人）では、がん予算に関して、「十分である13%」、「十分でない87%」であった。診療報酬について「十分である9%」「十分でない90%」であった。制度の整備については、「十分である20%」「十分でない80%」であった。がん対策への資源投入が不足しており、対策が弱いというのがほぼ共通認識であった。タウンミーティングにおける回答（430人）でもほぼ同様の結果が得られた。

(2) 政策立案決定プロセスを改善すべきである。

(1) のアンケート調査によると、がん予算の決定プロセスに関して、「満足である12%」、「満足でない87%」であった。診療報酬の決定プロセスについて「満足である11%」「満足でない88%」であった。制度の決定プロセスについては、「満足である20%」「満足でない79%」であった。がん対策の政策決定プロセスが不透明で患者、現場、地域の声が届いていないという認識が一般的であると考

えられる。平成22年度予算策定においては、厚生労働省が都道府県のがん対策ニーズを把握するため、がん対策担当者に面談してヒアリングを行うという変化があったが、全体としては、都道府県、市町村などの地域と国の連携はまだ不十分である。

(3) 「予算」「診療報酬」「制度改正」の3つの側面を横断的に有機的な検討を行い、効率的で有効な対策を進めるべきである。

(1) のアンケート調査とタウンミーティングの意見によると、がん対策を進めるには、「予算」「診療報酬」「制度」にわたって横断的に変革する必要がある。たとえば、がんを診療する医療機関のネットワーク整備に関しても、制度の改正を行い、構造転換のために政府予算を投入し、同時に恒常的にインセンティブを保つために診療報酬で評価を行うといった、横断的で横串を通した政策パッケージが必要である。

【2】「予算」「診療報酬」「制度」の3つの側面からなる140本の推奨施策を提案

○がん対策「予算」については、別添1の74本の施策を提案する。

- ・平成22年度提案書のうち、実際に平成22年度予算案に採用されたものが一部あったことは評価できる。しかし、それはごく一部にとどまっており、推奨施策の採用をさらに進める必要がある。
- ・また、都道府県間で活用されるがん対策予算の額に格差が見られるのは、都道府県によって財政力が異なるため、これを是正するため、2分の1（半額）補助でなく10分の10（全額）補助の仕組みを主流にするなど、抜本策を打つ必要がある。
- ・平成22年度予算案において、がん対策予算の総額は増加したが、分野別に見ると増額となったのは主にごん検診の分野であり、医療機関、医療従事者育成、緩和ケアなどの分野は減額となっているため、高く評価をすることはできない。
- ・また、計上したがん対策予算が都道府県やがん診療連携拠点病院などによって活用されずに残る不用が依然として発生しているのは、国と都道府県等の予算のミスマッチが解消されていないことを示している。
- ・現行のがん対策予算について、それぞれの予算や事業が地域のニーズとミスマッチはないか、事業が成果を挙げているか、政策目的を達成するために有効に働いているかなどを、洗い出して点検することも必要である。

○がん対策「診療報酬」については、別添1の29本の推奨施策を提案する。

- ・がん医療に関しては、質の高いがん診療、均てん化を進める活動、連携の強化など、促進が必要な分野に十分なインセンティブが付与されておらず、がん診療に関する診療報酬の評価を、より充実させる必要がある。また、がん

に関する医療従事者を育成するため、十分なインセンティブを付与していくことが重要である。

- ・当協議会が平成21年12月4日に提出した提案書において参考として例示した項目26本のうち、一部の項目については、平成22年度診療報酬改定に反映されている。中央社会保険医療協議会（中医協）において当協議会の提案を参照した議論があったことは進歩であり、今後の改定作業においても、同様のプロセスを経ることが必要である。
- ・ただし、積み残された課題も多く、引き続き平成24年度の次期改定に向けて取り組みを進めるべきである。また、次期改定期は診療報酬と介護報酬の同時改定となる予定である。がん診療領域においては、医療と介護の両面に関係する事項が多いため、がん患者・家族を中心とした包括的な支援を強化するよい機会となる。なお、がん医療の均てん化と標準治療の推進に向けた評価、未承認薬等の早期承認などにより、有効性と効率性の向上、無駄の削減に努めることも必要である。さらに、保険料や税の負担と給付の関係について、広く国民の議論とコンセンサスを得ることも重要である。

○がん対策の「制度」の改正について、別添1の37本の推奨施策を提案する。

- ・がん医療の問題点を解決するためには、多くの点で制度の改正や新たな制度の創設が必要である。がん領域の問題点に関する法律・政令・通知・規則などを総合的に洗い出し、必要な改正を行うべきである。制度改正が予算や診療報酬上の評価の前提となる場合もある。また、制度改正なしでは、予算化や診療報酬上の対応をしても効果が薄い場合も考えられる。たとえば、地域がん登録に関しては、がん登録法の制定により、新たに全国的に統一された方式により地域がん登録を実施するなどの取り組みが求められる。

【3】重点項目に入れるべき施策の提案。

（1）緊急に重点的な実施が必要と考える9本のがん予算施策を提案する。

都道府県がん対策推進協議会委員とがん患者関係者等に、昨年度提案書にある70本の施策に関して優先度を尋ねたアンケートで上位になった施策と、当協議会委員の意見を合わせ、以下の9本の施策について特に優先度が高いとして、別添2の図示による詳細な説明を添えて推奨する。

施策① 緩和ケアを担う施設などの拡充事業

施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業

施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター事業

施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定普及事業

施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業

- 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業
- 施策⑦ 患者・家族のための、がん総合相談支援事業
- 施策⑧ がん患者満足度調査事業
- 施策⑨ サバイバーシップ事業

(2) 「がん診療連携拠点病院制度」の抜本的改正を求める。

がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）制度に関しては、これまでの現行の制度が一定の役割を果たしてきたものの、がん医療の均てん化と、切れ目ないがん医療の面的展開という点から、質的な面で評価すると、拠点病院制度は目指している方向に必ずしも有効に働いていない側面がある。提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会等において検討の上、下記の留意事項を配慮しつつ、制度の大幅な見直しを行うことを推奨する。

[留意事項]

- ① 均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
- ② 医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
- ③ 地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
- ④ 大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
- ⑤ 医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
- ⑥ 患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと 等

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきと考え、こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

- ① 拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ② 連携に関する評価を取り入れること
- ③ 地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④ 指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤ 病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
- ⑥ 都道府県がん診療連携協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協

議会などに、患者代表の参加を必須とすること 等

なお、運用に当たっては、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮を求める。

(3) 全国的な地域がん登録システムの整備することを求める。

地域がん登録に関しては、がんの実態を把握し、対策を立案するために不可欠であるにもかかわらず、これまで一部の地域でしか実施されず、精度も不十分な場合が多く、がん対策のために有効な総合的活用もなされていなかった。そこで、地域がん登録に関する法的な根拠を作るなどの対策により、全国的に地域がん登録を実施し、がんの実態を把握し、がん対策に活用する体制を整備することを推奨する。

国においては、地域がん登録の一層の推進や、国民及び医療従事者などの関係者への情報提供により、国と国民等が一体となってがん対策に取り組むことができるよう、「予算」、「診療報酬」、「制度」の面から総合的に、以下の対策を講じられたい。

- ① がん医療の向上のためには、地域がん登録が必要であるとの国民の認識を深めてもらうことができるよう、地域がん登録の仕組みについて十分に周知を図ること。
- ② 個人情報保護法及び統計法との整合性を図った上で、地域がん登録の実施についてがん対策基本法に位置付けること。あるいは、「がん登録法（仮称）」の制定を行うこと。
- ③ 現在、研究等で行われているがん登録の取り組みについて、法に基づく全国的かつ継続的な事業とするとともに、精度の一層の向上を図るための措置を講ずること。具体的には、がん登録を実施する各医療機関および登録情報を収集・分析する機関等に対して十分な人員配置および予算上の措置を講ずること。
- ④ 最新の治療技術を反映した生存率を算定するために、毎年の生存確認調査が可能な体制の確立に努めること。

*以上、提案書「要旨」。詳細は、提案書本編「平成23年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～」を参照のこと。

別添 1

「予算」「診療報酬」「制度」の3側面からなる140本の推奨施策

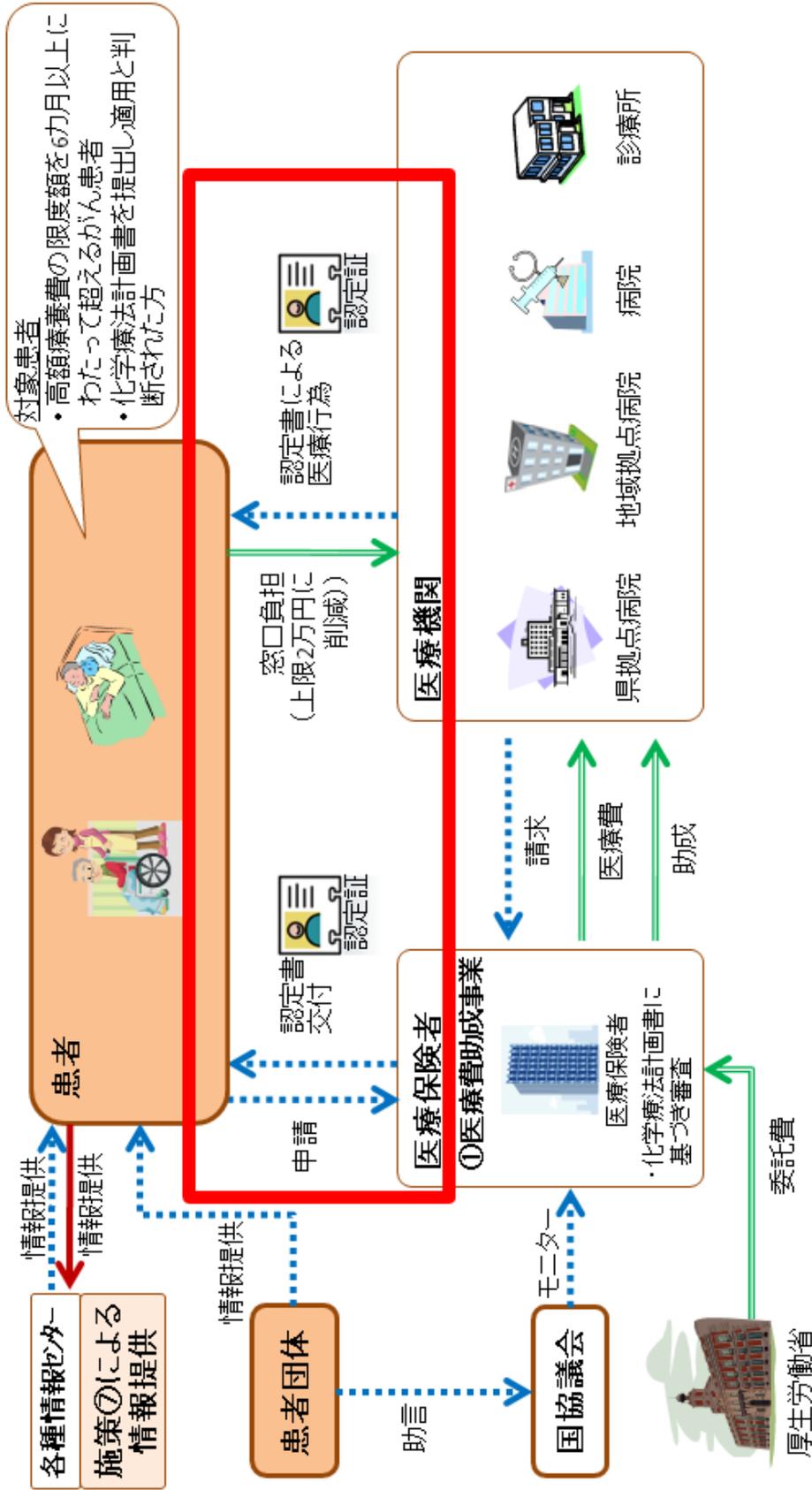
分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
全体1	がん対策全般	A-1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	B-1	がん医療の質の評価	C-1	がん対策基本法の改正
		A-2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト			C-2	医療法の改正
		A-3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置			C-3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告
		A-4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入			C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
		A-5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援				
		A-6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン				
		A-7	小学生向けの資料の全国民への配布				
		A-8	初等中等教育におけるがん教育の推進				
全体2	がん計画の進捗・評価	A-9	がん予算策定新プロセス事業	B-2	がん医療の質の“見える化”	C-5	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-10	都道府県がん対策推進協議会などががん計画の進捗管理			C-6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
		A-11	質の評価ができる評価体制の構築				
		A-12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発				
1	放射線療法および化学療法法の推進と、医療従事者の育成	A-13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	B-3	放射線療法法の推進	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)
		A-14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	B-4	化学療法とチーム医療の推進	C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		A-15	医学物理士の育成と制度整備	B-5	入院および外来化学療法法の推進	C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		A-16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	B-6	がんにおける診療項目の評価	C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		A-17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	B-7	高度医療	C-11	医学物理士資格の位置づけの明確化
		A-18	専門・認定看護師への特別報酬			C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		A-19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化			C-13	コンパッション・ユース(人道的使用)制度の創設
		A-20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し			C-14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)
2	緩和ケア	A-21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	B-8	緩和ケア診療加算	C-16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)
		A-22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	B-9	緩和ケア研修修了者の配置	C-17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
		A-23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	C-18	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-24	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進			C-19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		A-25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化			C-20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		A-26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討			C-21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
		A-27	大学における緩和ケア講座の拡大				
		A-28	緩和医療科外来の充実				
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	A-29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	B-11	在宅医療の充実	C-22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
		A-30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	B-12	在宅医療ネットワークの構築	C-23	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	B-13	医療と介護の連携	C-24	介護保険法の改正
		A-32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成		
		A-33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成				
		A-34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク				
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)	A-35	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	B-15	DPCデータや臨床指標の開示	C-25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置
		A-36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	B-16	診療ガイドラインの推進		
		A-37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	B-17	セカンドオピニオンの推進		

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	A-38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	B-18	地域連携とその他の連携	C-26	がん診療連携拠点病院制度の見直し
		A-39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	B-19	がん診療体制の充実に応じた評価		
		A-40	サブインパッション・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価		
		A-41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備				
		A-42	がん患者動態に関する地域実態調査				
		A-43	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発				
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	A-44	がん相談全国コールセンターの設置	B-21	相談支援センターの充実	C-27	がん患者の就労・雇用支援
		A-45	「がん患者必携」の制作および配布	B-22	相談支援センターと患者団体の連携	C-28	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		A-46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成			再	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-47	全国統一がん患者満足度調査				
		A-48	地域統括相談支援センターの設置				
		A-49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート				
		A-50	がん経験者支援部の設置				
		A-51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長				
		A-52	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大				
		A-53	長期の化学療法に対する助成				
A-54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布						
7	がん登録	A-55	地域がん登録費用の10/10助成金化	B-23	がん登録に関わる職員の配置	C-29	がん登録法(仮称)の制定
		A-56	がん登録法制化に向けた啓発活動	B-24	地域・院内がん登録		
8	がんの予防(たばこ対策)	A-57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
		A-58	喫煙率減少活動への支援の事業			C-31	健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い)
		A-59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発				
		再	初等中等教育におけるがん教育の推進				
9	がんの早期発見(がん検診)	A-60	保険者・事業者負担によるがん検診			C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		A-61	保険者負担によるがん検診事業			C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
		A-62	がん検診促進のための普及啓発				
		A-63	がん検診の精度管理方式の統一化				
		A-64	長期的な地域がん検診事業				
		A-65	イベント型がん検診に対する助成				
10	がん研究	A-66	希少がん・難治がん特別研究費	B-26	高度医療への対応	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
		A-67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設				
		A-68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進				
		A-69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援				
		A-70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援				
		A-71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進				
11	疾病別(がんの種類別)の対策	A-72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	B-27	小児がんと希少がん	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
		A-73	子宮頸がん撲滅事業	B-28	長期生存者のフォローアップ	C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		A-74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	B-29	リンパ浮腫	C-37	特定疾患研究事業の見直し

注) 施策A-19は、昨年度施策案63を分野移動
 施策A-20は、昨年度施策案67を分野移動
 施策A-28は、本年度新規
 施策A-54は、本年度新規
 施策A-69は、本年度新規
 施策A-70は、本年度新規
 施策A-71は、本年度新規
 昨年度施策53は、A-56に統合

施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業

- ・ 長期に高額の治療をする患者の治療費を助成する
- ・ 高額療養費の限度額を6カ月以上超える者は、自己負担上限を月額2万円とする
- ・ 「自己負担額の増加で患者の経済的負担が高まり精神科にも圧迫。治療差し控えも発生」⇒「経済的負担、心理的負担を軽減」



対象患者

- ・ 高額療養費の限度額を6カ月以上にわたって超えるがん患者
- ・ 化学療法計画書を提出し適用と判断された方

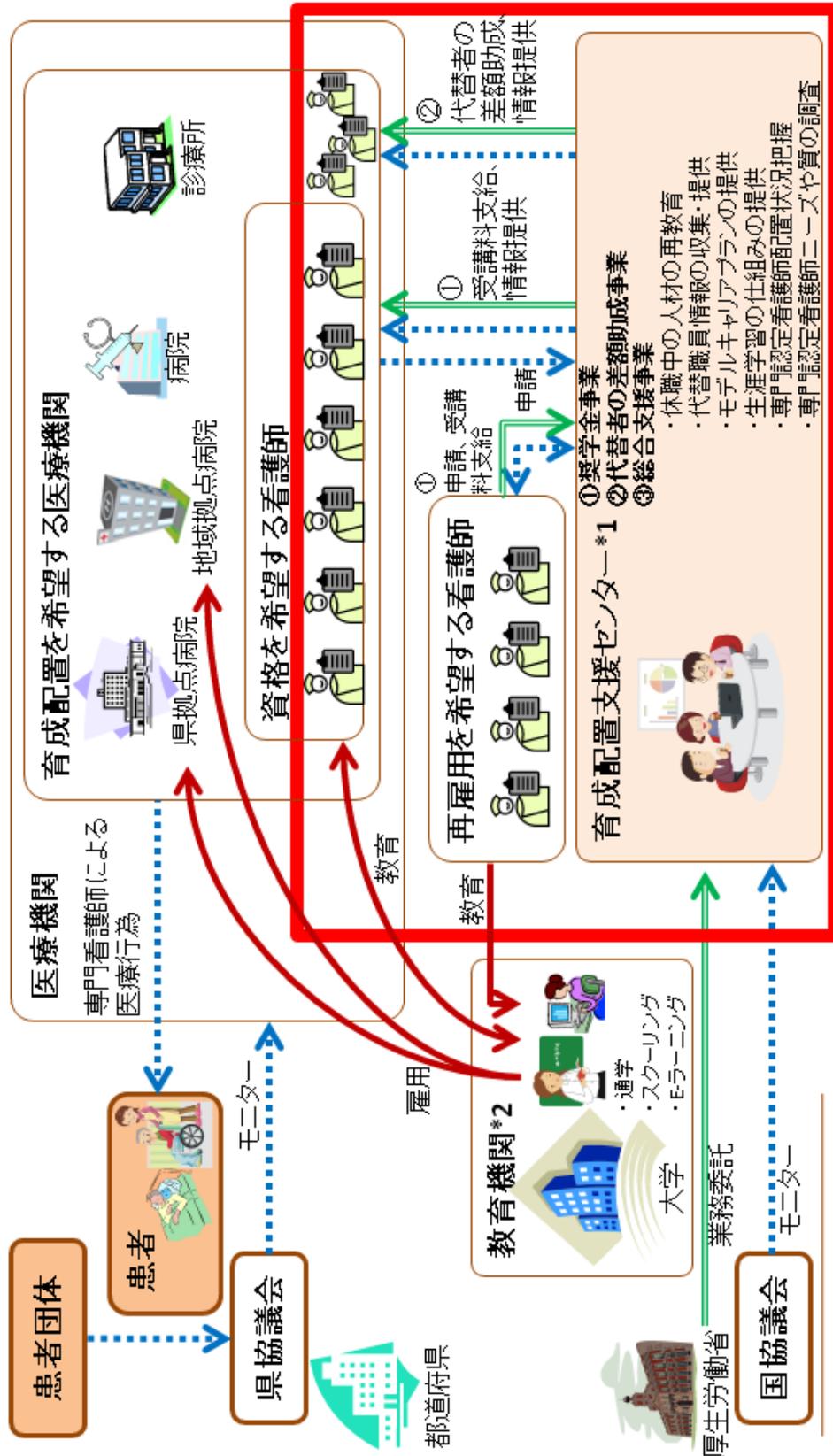
関連施策:
 施策番号A-53: 長期の化学療法に対する助成
 施策番号A-52: 高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大
 施策番号A-46: 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成
 施策番号A-51: 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長

(c) 厚生労働省がんだ政策推進協議会

新設機能
➔ 人
 ➔ サービス・情報
 ➔ 費用

施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等 育成配置支援センター事業

- ・ 育成配置支援センターを設置し、資格希望者への教育費補助を行う。医療機関には育成機関の負担の補助を行う。
- ・ 現職スタッフの専門資格取得に加え、現在求職中の者の再教育・再雇用の機能も持たせる。
- ・ 「チーム医療を行う専門的医療従事者の大幅不足」⇒「専門的医療の促進による均てん化の進展」



関連施策:

施策番号A-18: 専門・認定看護師への特別報酬

*1: 薬剤師等に関しても同様の仕組みを創設する

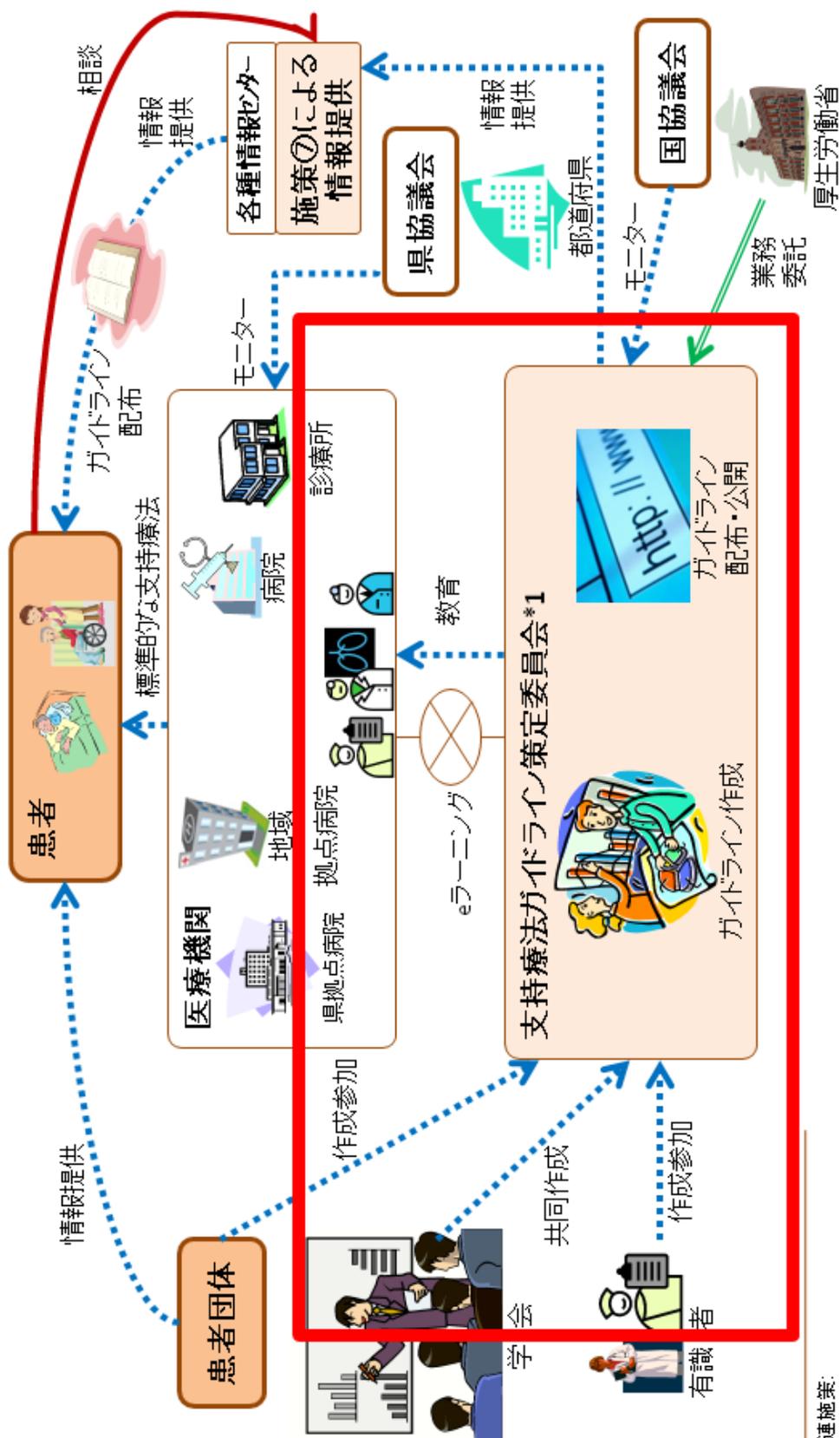
*2: 文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」と連携

(c) 厚生労働省がんだ政策推進協議会

□: 新設機能、➡: 人、➡: サービス・情報、➡: 費用

施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及事業

- ・ 専門家に患者関係者が加わった委員会で、副作用と合併症に関する支持療法ガイドラインを策定する。
- ・ 現場への教育システムと一般への広報を行い、ガイドラインの実践を定着させる。
- ・ 「抑止可能な副作用・合併症の発生による患者のQOL(生活の質)の低下」⇒「支持療法の均てん化により患者の苦痛の軽減」



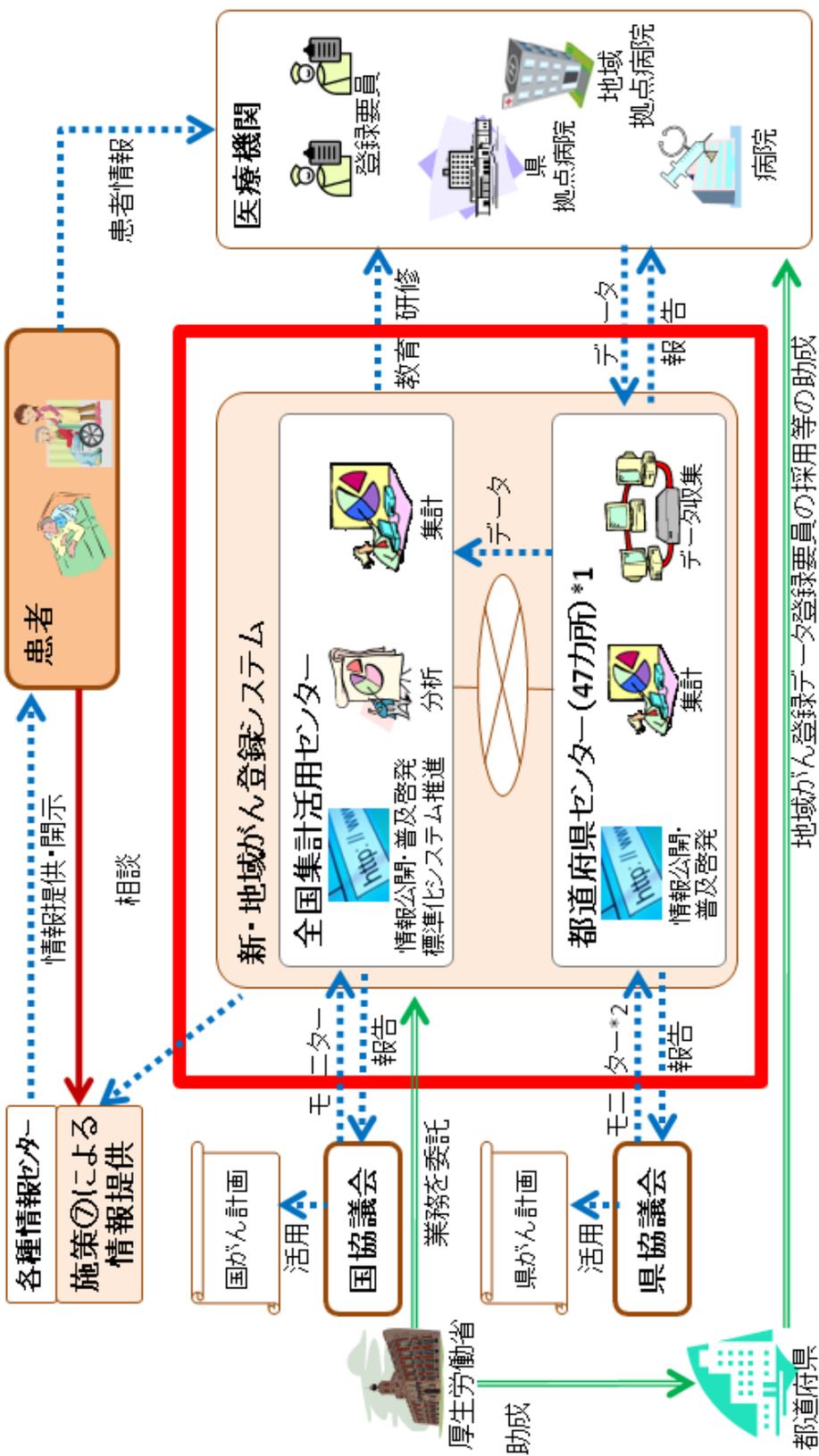
関連施策:
 施策番号A-37: 副作用に対する支持療法のガイドライン策定
 *1: 定期的なアップデートを行う仕組み含む

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

: 新設機能、
➔ : 人、
⋯ : サービス・情報、
➔ : 費用

施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業

- ・ 地域がん登録が全都道府県で地方自治体の責任で実施される「地域がん登録・都道府県センター」を設置する。
- ・ 全国の地域がん登録が統合され、活用されるよう、「地域がん登録・全国集計活用センター」を設置する。
- ・ 「精度が十分な地域がん登録は一部。活用されぬがん登録データ」⇒「がん対策の立案と死亡の低下に役立つデータを共有」



関連施策:

施策番号A-55: 地域がん登録費用の10/10助成金化

*1: 既存の仕組みを活かすつ、適切な組織が実行し、新設も考慮に入れる

*2: 個人情報取り扱い扱いも含めてモニタリング

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

□: 新設機能、

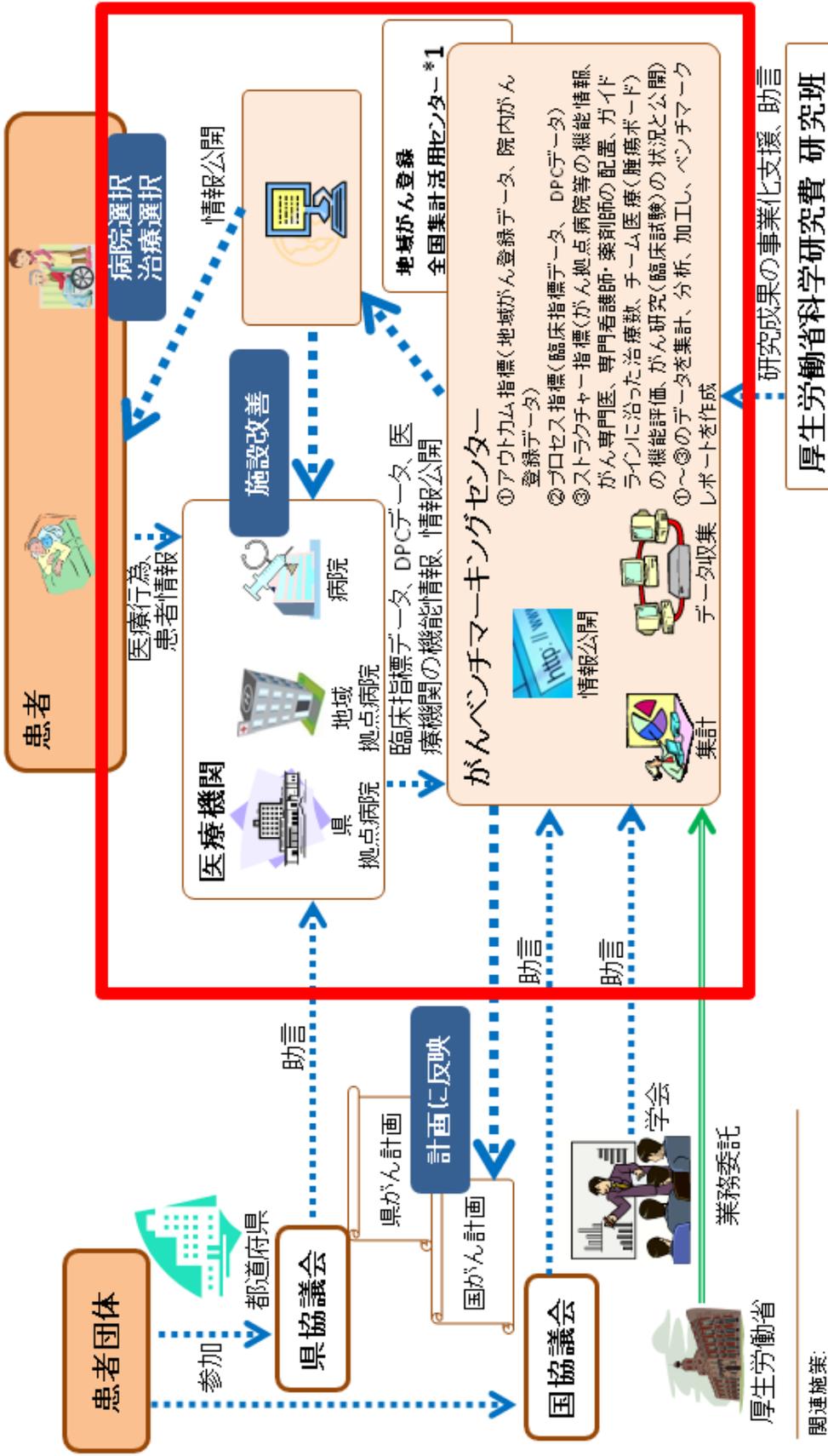
→: 人

→: サービス・情報

→: 費用

施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業

- ・ 治療成績、診療内容、医療施設機能情報を統合的に集計し、活用できるかたちにして患者と医療機関に提供する
- ・ 医療機関にはベンチマークレポートをフィードバックし改善につなげる。患者・一般は治療選択・施設選択の参考情報を得る
- ・ 「どこでどのような程度の質の診療がされているのか見えない」⇒「可視化が行われ医療提供者、受益者の両方にメリット」



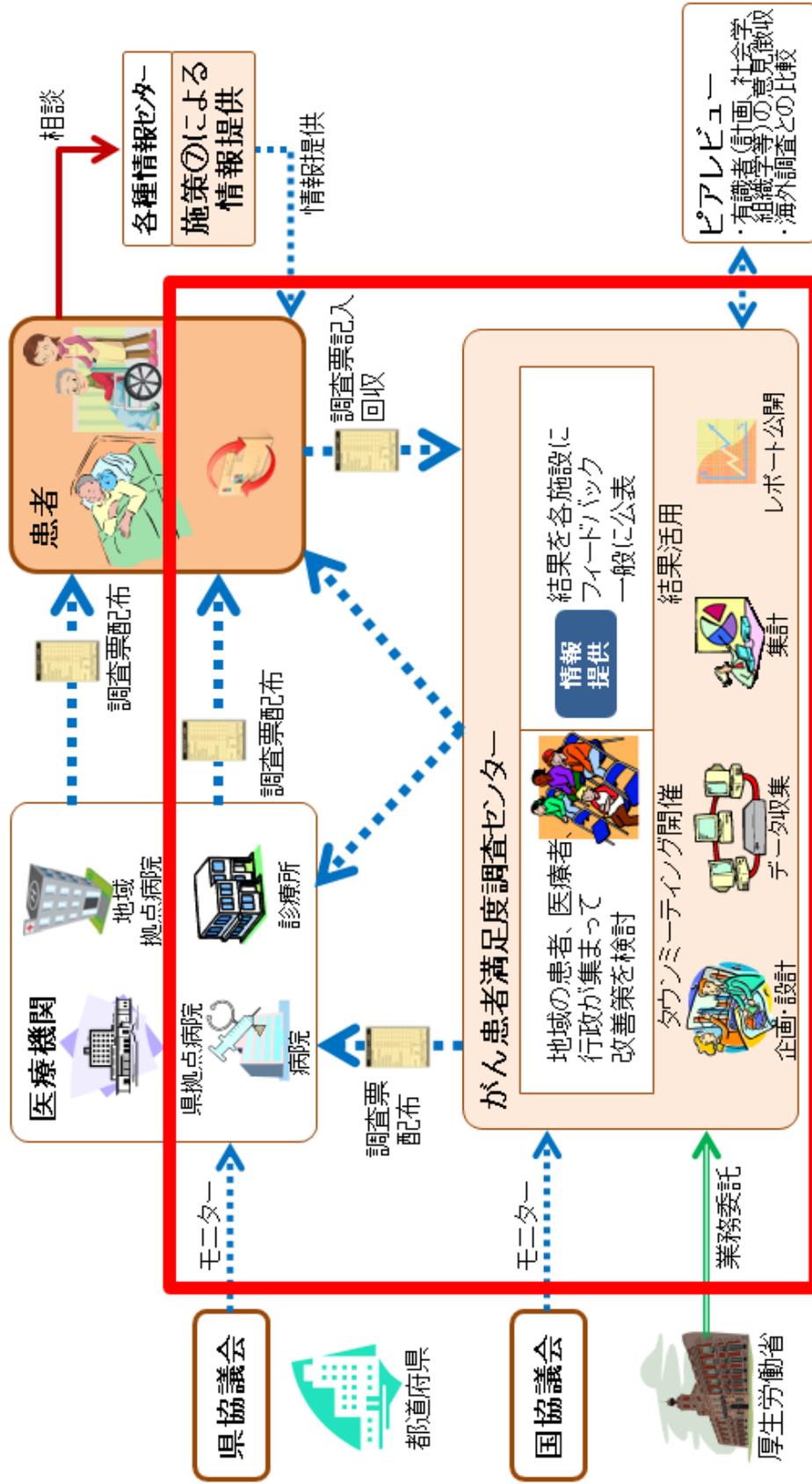
関連施策:
 施策番号A-35:ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進
 *1: 施策⑥に示されている全国集計活用センター

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

: 新設機能、
→ : 人、
⇄ : サービス・情報、
→ : 費用

施策⑧ がん患者満足度調査事業

- ・ 全国的にがん治療施設別の患者満足度を世界標準的な方法で計測し、フィードバックし、医療の質向上につなげる
- ・ 県ごとに多様な参加者による満足度向上のためのタウンミーティングを開催、調査に基づき地域の医療の質向上策を考える
- ・ 「低い質の治療の存在、患者の不満が多い、医療者は疲弊」⇒客観的な情報に基づき建設的なかたちで議論し満足度高める



関連施策:

施策番号A-47: 全国統一がん患者満足度調査

*1: タウンミーティングとは、調査で得られた問題を六位一体で考える場

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

: 新設機能、
 ➔ : 人、
 ⬅ : サービス・情報、
 ➔ : 費用

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 1 部

本編

【本文】

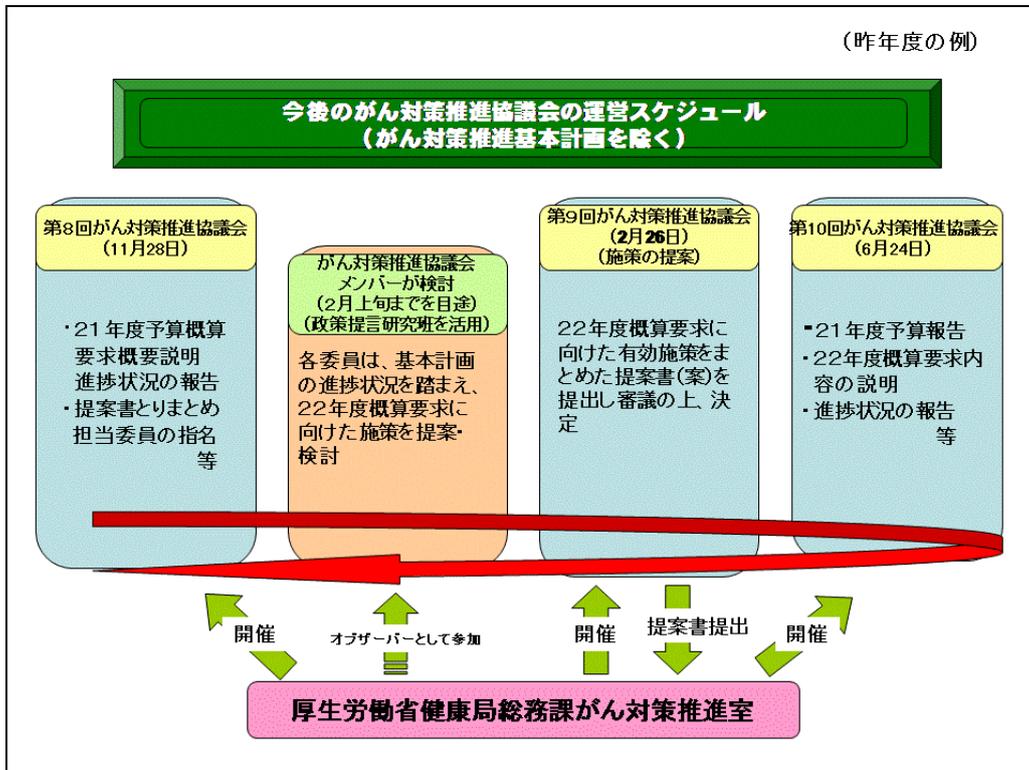
I がん対策の現況

1 本提案書とワーキンググループについて

1-1 本提案書の位置づけ

本提案書は、平成 23（2011）年度の政府がん対策への提案を行うものである。平成 21（2009）年 6 月 24 日に開催された第 10 回がん対策推進協議会において、平成 23 年度の政府がん対策への提案を行うため「提案書取りまとめ担当委員（いわゆる、がんワーキンググループ〔以下、がん WG〕）」が置かれた。昨年度の平成 20 年度には、平成 20 年 11 月 28 日に開催された第 8 回がん対策推進協議会において同様のがん WG が設置され、平成 21 年 2 月 26 日に「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～（案）」を、第 9 回がん対策推進協議会に提出した。案は協議会で審議承認され、一部修正のうえ成案となり、平成 21 年 3 月 19 日に当時の舛添要一厚生労働大臣に手交・提出された。その実績も鑑み、平成 21 年度もがん WG が設置されたものである。下図は、平成 21 年 7 月 3 日の厚生労働省のプレスリリース「がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当委員名簿について」に添付されている説明図である。

●厚生労働省作成の進行イメージ図



出典：厚生労働省「がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当委員名簿について」
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/07/h0703-2.html>)

がん対策推進協議会は、がん対策推進基本計画に記載されている内容を基本とし、その早期実現のために有効と考えられる施策を考えた。なお、がん対策推進基本計画策定時に想定しえなかったことについても、がん対策推進基本計画の目標の早期達成とがん対策の推進に資すると考えられる場合には、議論の範囲とした。

平成 20 (2008) 年度のがん対策推進協議会は、議論の対象を主に政府のがん対策予算に絞ったが、本年度 (平成 21 年度) のがん対策推進協議会では、「予算」「診療報酬」「制度」の 3 点からがん対策を検討した。

ここでいう「予算」とは、国や地方自治体のがん対策予算のことであり、「診療報酬」とは、診療の際に医療保険から支払われる対価のこと、「制度」とは、国や地方自治体の法律・政令・通達・規則などによる定めや規則のことである。

がん WG には、がん対策推進協議会委員 20 人のうち 14 人が参加した。昨年度の 10 人からメンバーは増加した。本年度の構成は、患者関係委員 5 人、医療提供者関係委員 7 人、有識者委員 2 人であった (次表参照)。昨年度に続き、提案書案の策定の過程に関しては、事務局機能もがん WG が務め、厚生労働省は会議に陪席するのみでオブザーバーに徹した。

●がん対策推進協議会提案書 取りまとめ担当委員

天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
内田 健夫	社団法人日本医師会常任理事
江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
郷内 淳子	カトレアの森代表
中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
野田 哲生	財団法人癌研究会癌研究所所長
◎埴岡 健一	特定非営利活動法人日本医療政策機構理事
檜山 英三	国立大学法人広島大学自然科学研究支援センター長
本田麻由美	讀賣新聞社会保障部記者
前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
南 博信	国立大学法人神戸大学医学部附属病院腫瘍内科教授
三好 綾	がんサポートかごしま代表
安岡佑莉子	特定非営利活動法人高知がん患者会一喜会会長

※ ◎は責任者、50音順、敬称略

がんWGでは、できるだけオープンな議論を行うよう努め、メーリングリストで意見や情報が交換できるようにした。また、施策提案などに関して意見提出シートを作成し、全員がそれに内容を記載して提出するように努めた。提出された意見を、提案書に記載できる施策案に“育てる”ため、委員が一体となって意見を寄せた。

なお、平成20(2008)年11月28日の第8回がん対策推進協議会で決められたように、がんWGの開催運営に関しては、厚生労働省がん研究助成金「がん医療政策提案に向けた研究」班(いわゆる、祖父江班)を活用した。また、がんWG事務局機能を、がんWGの責任者である埴岡が所属する特定非営利活動法人日本医療政策機構の市民医療協議会ユニットチームのスタッフが担った。

がんWGは平成22年3月11日の第12回がん対策推進協議会に本提案書案を提出し、承認された。がん対策推進協議会は本提案書を厚生労働大臣に提出し、厚生労働省が文部科学省、経済産業省など関係各省に本提案書を連絡するものとする。がん対策推進協議会は、厚生労働省および関係各省が、本提案書の趣旨と内容および具体的施策の提案を最大限尊重し、今後のがん対策の策定と推進を進めるよう、強く望むものである。

1-2 予算の現状に対する問題意識

がん対策予算は不足している。だが、がん対策予算は余っている。こんな不思議な現象が起こっていることが、現在のがん対策予算の問題点を象徴している。

がん WG が、都道府県がん対策担当者や都道府県がん対策推進協議会等委員を対象に行ったアンケートでは、「がん対策予算が不足している」という声が圧倒的だった（90 ページ参照）。しかし、国が作ったがん対策の補助金は、都道府県から申請されずに使われずに残ることもある（41 ページ参照）。

これは、がん対策予算のうち、都道府県向けの予算に関する問題だが、がん対策の前線である地方自治体への資金配分のパイプが詰まっているともいえる。

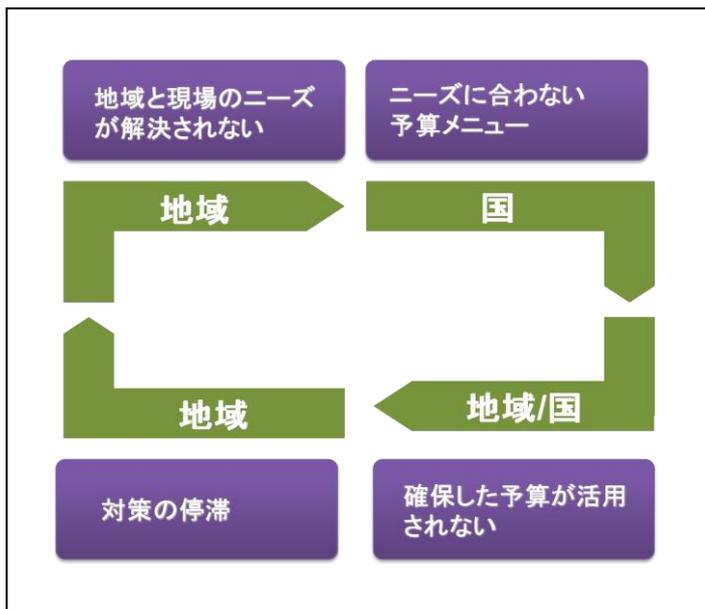
この原因は、がん対策予算を策定・執行するにあたり、国と県とのコミュニケーションをもう少し密にするなど、予算を使いやすくするための工夫が足りなかったことが考えられる。

一方、がん対策予算のうち、がん研究に関する予算など、地方自治体以外の関係団体や研究者に配分されている予算について、がん対策推進協議会が十分に検討できなかつたので、がん対策予算全体の問題点については、今後、さらに検討が必要であろう。

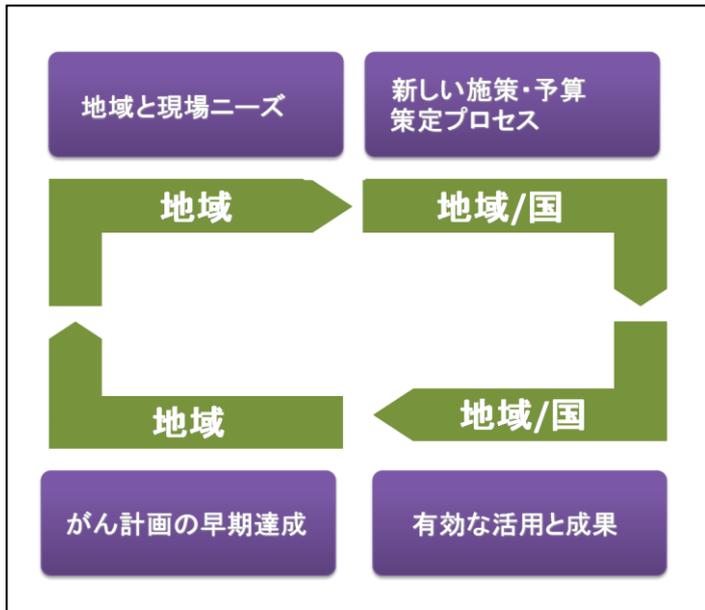
がん対策の遂行には費用がかかる。予算のない計画は、「絵に描いた餅」になってしまう。その資金源は多様であるべきだが、がん対策基本法に「(国は)がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する」とあるように、やはり、柱は国の税金を使った予算であるべきだ。がん対策基本計画を策定した際には、財政的裏付けを十分に記載できなかつたが、今回、がん対策推進協議会が行った幅広い情報収集からがん対策の現場の苦境が明確になったため、今後は、がん対策に関する予算強化に大きく一歩踏み込む段階であると考えられる。

なお、提案書にある 74 本のがん対策予算施策の実施を進めていくと同時に、既存のがん対策予算に関する検証と評価も進める必要がある。

●国と地域の悪循環



●国と地域の好循環



1-3 診療報酬の現状に対する問題意識

がん対策基本法、がん対策推進基本計画において定めている目標を達成するためには、がん対策予算による対処だけでなく、診療報酬上の評価によるさまざまな対応が必要である。がん対策推進基本計画においては、「放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成」の分野に関する記述において、医師の育成、医師が力を発揮できる環境の整備、多職種で集学的なチーム医療の推進に触れたうえで、「こうした取組を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じていく必要がある」（11 ページ）と、診療報酬を手厚くすべきとの考えが示唆されている。

がん医療の推進については、平成 21（2009）年 10 月の社会保障審議会等でまとめた「平成 22 年診療報酬改定の基本方針」でも、「充実が求められる領域を評価していく視点」とされており、がん対策基本法やがん対策基本計画においても、「放射線療法及び化学療法の推進」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重要課題として記されている。また、「がん難民」問題等の解決には、がん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携や、在宅医療・訪問看護の充実も重要である。こうした視点を踏まえてがん対策の充実が図られるよう、診療報酬において適切に評価されることが求められる。

質が高く患者の求めるがん診療を行った場合に、がん診療の採算が合わないとの声が多い。これに関しては検証を行うことが必要であるが、がん診療に関連した診療報酬の総額が不足しているといつて懸念もある。

なお、長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民と議論した後、コンセンサスを経たうえで決定するとともに、診療報酬を含む医療費の効率的使用と医療の質の向上が不可欠である。また、

がん医療においても均てん化と標準治療の推進等によって無駄の削減にも努められなければならない。

診療報酬改定のあり方については議論が進められているところであるが、われわれは診療報酬決定に関するプロセス改革が必要と考える。特定の団体などの意見のみならず、広く患者、現場、地域の声も聞いて決めるべきである。がん対策推進協議会は、がんWGの案に基づいて、平成21(2009)年12月4日に「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」を厚生労働大臣に提出した。当資料は中央社会保険医療協議会(中医協)において、がん対策について審議が行われた際にも提示され、この資料が参照されつつ議論が進められた。こうした流れは促進されるべきと考えられる。

診療報酬の平成22(2010)年度改定においては、がん領域に関する分野では一定の前進が見られた。協議会から現場の声に基づく提言をしたことが奏功した可能性がある。がん対策推進協議会は今後も診療報酬改定において適切な議論がなされるよう、提案を行っていくことになるだろう。平成24(2012)年度は診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されている。がん領域は診療報酬、介護報酬のいずれにも深く関連する分野であるので、平成24年度改定作業が行われる平成23(2011)年度の始めから、しっかりとした提案を行っていくことが求められる。

なお、予算措置と診療報酬の役割分担は、基本的に新しい仕組みや制度の立ち上げ期には予算措置を主体とし、それらが定着してきた際には、診療報酬を主体とすべきである。また、診療報酬を受け取ることができる医療機関などの組織以外への財源確保は予算措置にて考慮されることになる。

1-4 制度の現状に対する問題意識

がん対策推進基本計画を着実に実行し成果をあげるには、制度の改正や改革が不可欠であったり望ましかったりする場合が少なくない。ここでの制度とは、行政が関与する法律、政省令、通知、通達、計画などのことである。また、専門医制度、施設認定制度なども含む。

古い制度が硬直化あるいは形骸化しているために、問題を来している。あるいは、新しいがん診療やがん対策のかたちにより制度の整備や見直しがついていけておらず、がん対策の進展の障壁となっていることがある。制度改正を実施していなければ、いくら予算措置や診療報酬の手当てを行っても、効果を出さないことも多い。また、制度改正が予算措置や診療報酬上の評価の前提となることも多い。予算措置や診療報酬評価と制度改正は、セットで検討されるべきである。それでこそ、効率的で実効性がある対策となると考えられる。

上記のことは医療全般についてもいえることだが、がん診療において率先して解決を図ることが重要である。また、がん領域において実施されて効果を発揮すれば他の領域についても広がるようになると考えられる。

2 がん対策の現況

具体的施策の提案をする前に、まず、がん対策の現況を概観する。

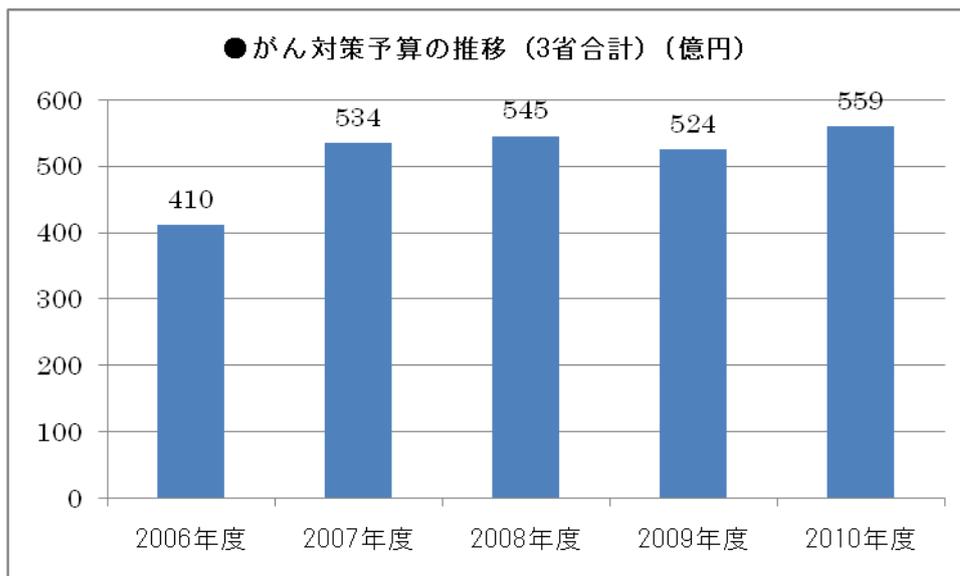
2-1 がん対策（予算）の現況

2-1-1 がん予算の概況および推移

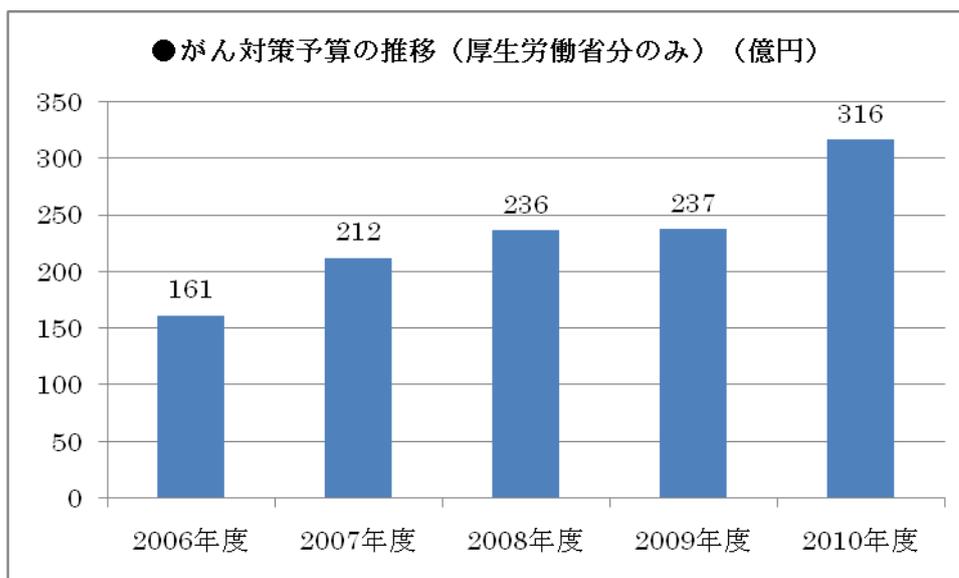
平成 22(2010)年度の国のがん予算は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の 3 省で約 559 億円、厚労省のみで 316 億円となった。平成 21 (09) 年度のがん予算は、3 省で 524 億円（補正前）、厚労省で 237 億円だった。なお、厚労省の 21 年度補正後予算は、473 億円であった。一方、都道府県のがん予算の合計は、平成 20 (08) 年度で約 205 億円であり、平成 19 (07) 年度の約 150 億円から増加している。さらに平成 21 年度の全国市町村のがん検診費用（予算）は合計約 1150 億円で、うち約 1000 億円が市町村の予算であった。

3 省ベースおよび厚労省のがん予算の推移は下図のとおりである。全体的に伸びを示しているものの、分野によっては頭打ちになってきている。平成 22 年度の厚労省がん予算は、平成 21 年度当初予算と比べると 33%の増額であるが、補正後予算比では 33%の減額である。平成 21 年度補正予算においてがん検診対策に大きな額が追加された。そのため平成 22 年度予算では、平成 21 年度当初予算に比べがん検診予算が増やされた（それでも平成 21 年度補正後予算よりは激減）ので、そのしわよせとして、がん医療の均てん化に関する予算は減少した。がん診療連携拠点病院機能強化事業は 37%減、緩和ケアに関する予算は 14%少なくなった。平成 22 年度の文科省、経産省のがん対策予算は平成 21 年度より減少した。

●伸びが停滞するがん対策予算



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成

2-1-2 国のがん対策予算

2-1-2-1 国のがん対策予算の、概算要求と予算案の変化

厚生労働省のがん対策予算において、8月の財務省への概算要求段階での内容と12月の予算案策定段階の内容の間には、金額の大きな乖離がみられる（下表）。このような変化が、都道府県が政府のがん対策予算となった対象項目に積極的に対応できない一因となっている。

● がん対策関連予算（厚生労働省分）の推移

（億円）	概算要求 （8月）	予算案 （12月）	概算削減 率	予算増加 率
2006年度	202	161	-20%	12%
2007年度	303	212	-30%	32%
2008年度	282	236	-16%	11%
2009年度	262	237	-10%	0%
2010年度	434	316	-27%	33%

出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成

2-1-2-2 国の予算の項目別使用率（消化率）

国のがん対策予算の項目別の使用率をみると、使用率が低い項目が見られる。次ページ図は平成 19（2007）年度のがん予算の項目別の使用率であるが、都道府県を対象としたがん検診モデル事業（国と県が半分ずつ負担する 1/2 事業）は使用率 1.0%だった。特別事業（がん対策推進特別事業。1/2 事業と国が全額負担する 10/10 事業あり）の使用率は 4.4%であった。

政府の「行政支出総点検会議」において、平成 20（2008）年 12 月 1 日に「指摘事項～ムダ・ゼロ政府を目指して～」が取りまとめられた。この中で、「がん対策推進特別事業」は「多額の不用が発生した事業」として例示され、「精査の上で、事業の廃止・予算額の縮減等をするべきである」と指摘された。ただし、このような「不用」が発生したのは、本提案書 103～109 ページのがん対策予算の構造問題で指摘するようなことが存在するからで、がん対策予算のニーズや必要性が低いわけではけっしてない。

平成 20 年度および平成 21 年度のがん予算の使用率においても抜本的解決はなされておらず、新規事業化や増額が行われた予算項目に関して、必ずしも予算使用率が高いわけではない。

平成 22（2010）年度のがん診療連携拠点病院機能強化事業の予算は平成 21 年度の 54 億円から 34 億円に大幅減額となった。これは、平成 21 年度の使用率が高くなかったからである。この事業では基準額が決められている。基準額は申請者である拠点病院や県庁などに上限と受け止められている。基準額 100%を活用する県や拠点病院は少なく、多くはその一部しか活用しない。よって常に使用実績総額は予算を下回り、不用が発生する。すべての都道府県や拠点病院が基準額 100%を活用するようにすると同時に、現実的に 100%活用をしない県や拠点病院がある以上、基準額以上の活用も奨励し、合計で全予算額が活用されるようにする必要がある。なお、すでに基準額以上の申請も認められ、基準額以上の認定・交付が行われている実績もあるが、そうした運用が可能であることが広く知られていない。

●国の用意したがん対策予算項目の消化率（平成 19 年度）

事業	対象	予算(千円)	決定(千円)	使用率(%)
女性のがん検診	都道府県(1/2)	98,465	25,993	26.4
がん検診モデル	都道府県(1/2)	55,000	534	1.0
マンモグラフィ研修	都道府県(1/2)	93,930	11,546	12.3
がんネットワーク事業	都道府県(1/2)	111,753	7,712	6.9
機能強化(がん拠点病院)	都道府県(1/2)	1,114,500	823,048	73.8
特別事業	都道府県(1/2、10/10)	1,485,000	64,957	4.4
マンモグラフィ研修	独立行政法人(10/10)	62,610	996	1.6
がんネットワーク事業	独立行政法人(10/10)	111,754	144,372	129.2
機能強化(がん拠点病院)	独立行政法人(10/10)	555,000	615,888	111.0
リニアック	独立行政法人(10/10)	3,360,000	4,620,842	137.5
合計		7,048,012	6,315,888	89.6

出典：がん対策推進協議会資料よりがん WG が作成

2-1-3 都道府県のがん対策予算

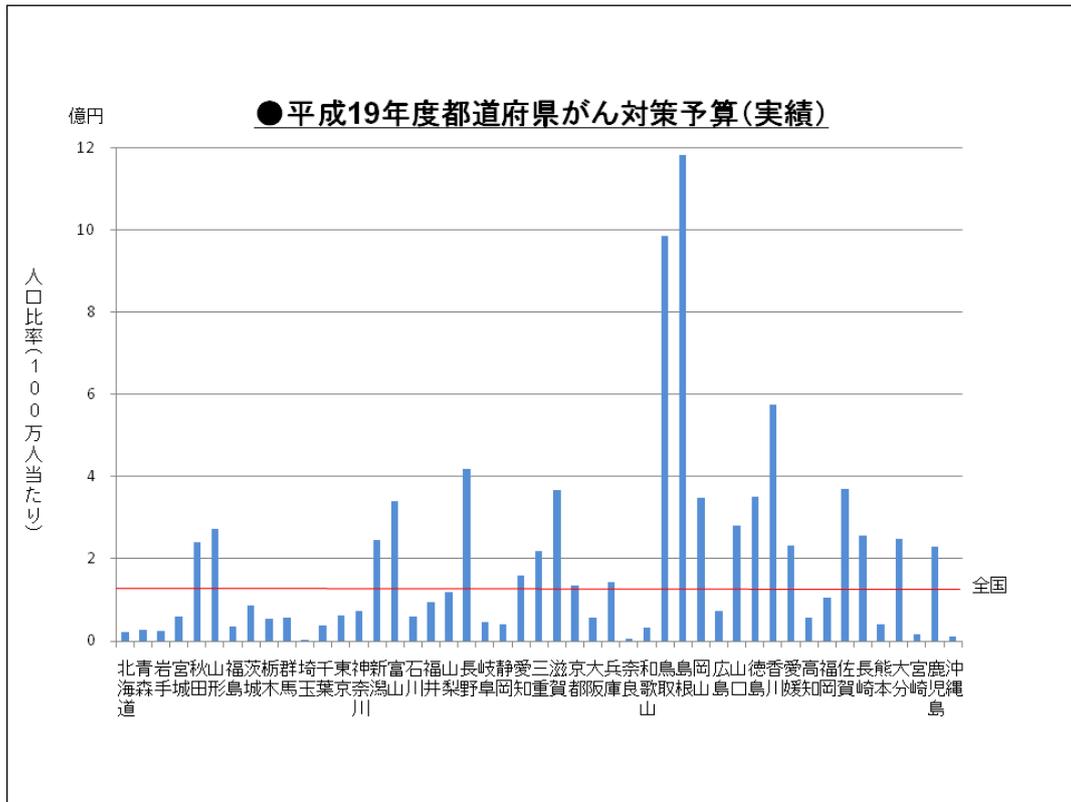
2-1-3-1 予算額の水準

第 11 回がん対策推進協議会に提出された資料「平成 20 年度都道府県別がん対策事業費総括表」によると、平成 20（2008）年度のがん対策予算の合計は 234 億円（平成 19 年度 154 億円）。うち、がん診療連携拠点病院対象の国庫補助事業が 105 億円（平成 19 年度 110 億円）、都道府県対象の国庫補助事業が 31 億円（平成 19 年度 19 億円）、都道府県の単独事業が 68 億円（平成 19 年度 19 億円）であった。平成 19 年度から 20 年度にかけて地方自治体予算が増額となった要因の大きな部分が、重粒子線への投資などハードウェアへの投資であり、全般的ながん対策に関する都道府県の関与はいまだ極めて低水準にあるといえる。

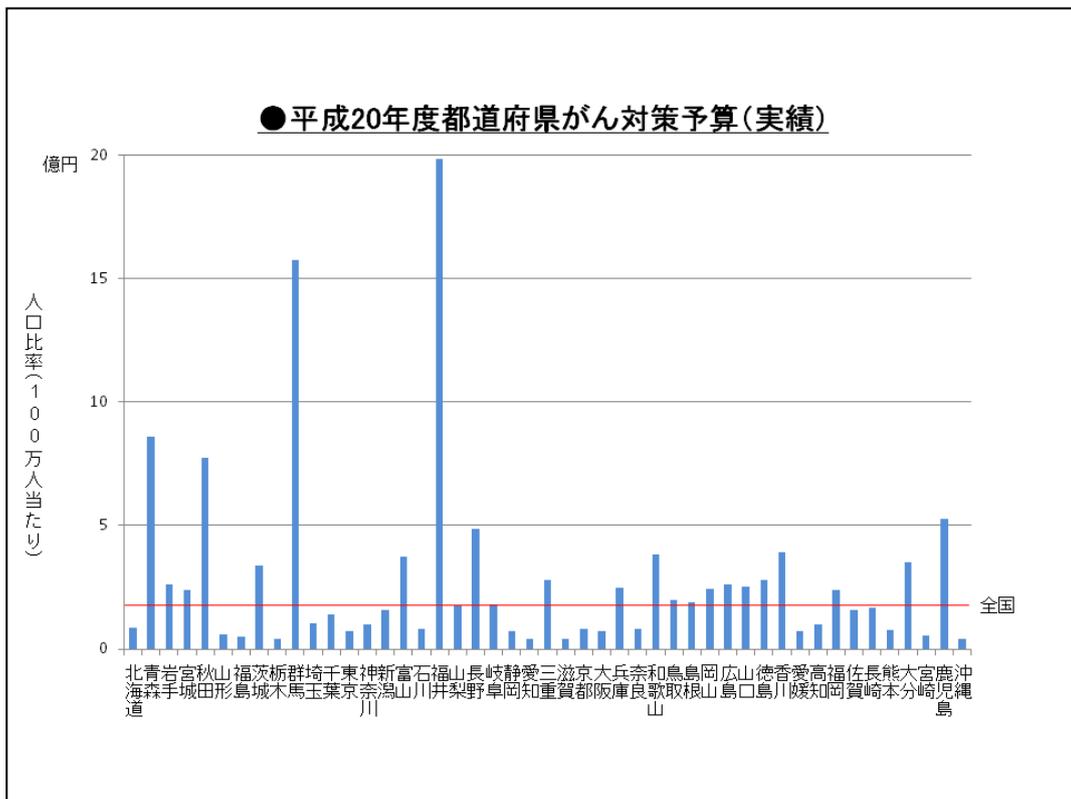
2-1-3-2 大きな都道府県格差

同資料によると、平成 20 年度における都道府県がん対策予算合計（都道府県、がん診療連携拠点病院、その他対象の国庫補助および都道府県独自事業）、都道府県対象国庫補助事業（の都道府県負担金額）、都道府県独自事業のいずれにおいても、都道府県によってきわめて大きい水準格差がある。人口数で調整しても同様である。下図は、都道府県がん対策予算合計（人口調整済）の都道府県別の値であるが、都道府県の間で 50 倍の格差がある（平成 19 年度は 200 倍以上の差）。もっとも、この値は年度による変動も大きく単年度では評価しがたいが、複数年度連続して低い水準が続くところに関しては留意が必要である。こうした数値を地域住民が簡単に知ることができる「見える化（可視化）」が欠かせない。そ

れによって、水準が低いところも多額のハードウェア投資をすることも、地域住民による議論が活発になることが期待される。



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成

2-1-3-3 ハード偏重

「平成 19 年度国庫補助事業活用状況」（第 8 回がん対策推進協議会資料）によると、補助事業のがん対策予算の使用率（42 ページ表）は、“ハード”の整備であるリニアック（放射線治療に使う装置）の整備事業の 140%弱がもっとも高かった。一方で、研修など“ソフト”な事業の使用率は低かった。都道府県がん対策予算は、全体として機器整備や施設整備の“ハード”の比重が高いのが現状である。もちろん“ハード”整備は必要なことであるが、現在のがん対策では、患者相談などサービスの開発、地域における協力ネットワークの拡大、各種の人材確保や育成など、“ソフト”面の充実が重要になっており、“ソフト”面での予算使用率が拡大できる仕組みを構築することが必要である。

2-1-3-4 国庫補助金の活用状況

積極的に活用しているところから、あまり利用できていないところまで、都道府県によって大きなばらつきが観察される。

2-1-3-5 都道府県単独事業

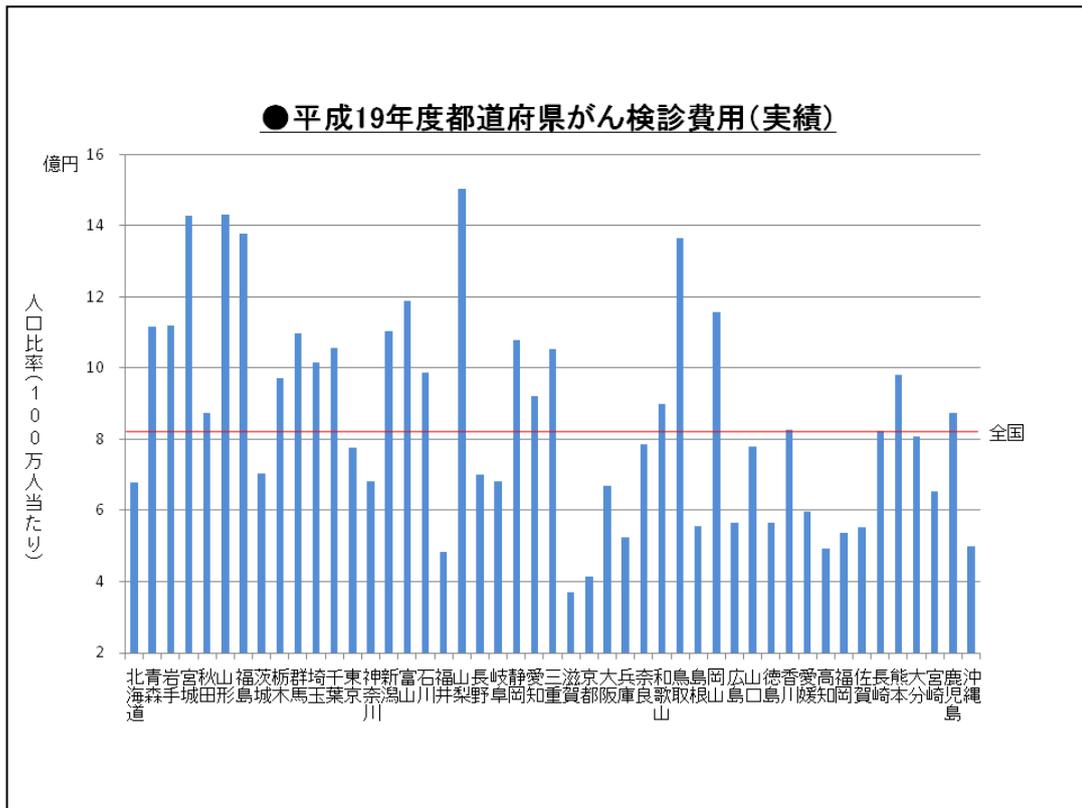
「平成 20 年度都道府県別がん対策予算執行状況」（第 11 回がん対策推進協議会資料）によると、都道府県単独事業の件数が 0 件のところから 17 件のところまで、大きな差がある（平成 19 年度は 0 件から 10 件だった）。ここにも都道府県の財政事情を背景とした姿勢に大きな格差が存在する。

2-1-3-6 好事例と創意工夫の兆し

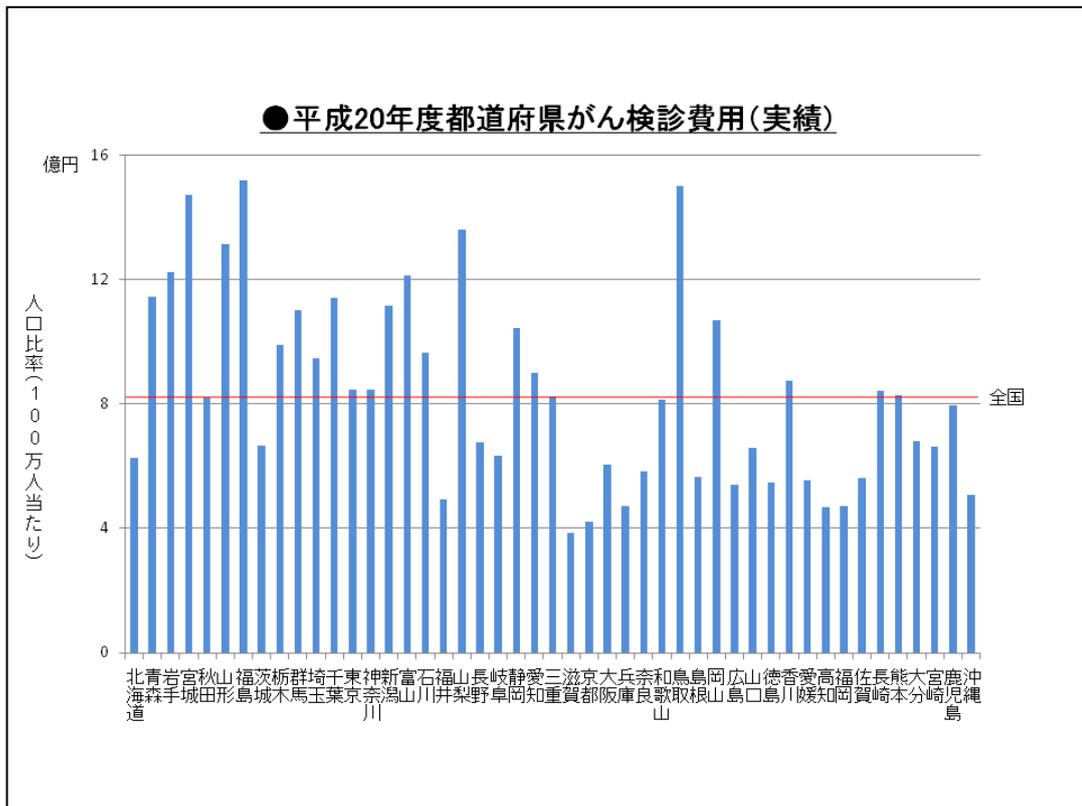
そうした中で、一部、モデル的な県が出てきている。都道府県がん対策予算合計、都道府県対象国庫補助事業、都道府県独自事業のいずれもの水準が比較的高い県である。国の補助項目も積極的に活用し、独自事業もソフト面を中心に創意工夫して実施している。こうした地域から各地が学ぶ必要があり、情報提供や交流の仕組み作りが求められる。

2-1-3-7 都道府県別がん検診費用

厚生労働省が平成 21（2009）年 12 月 2 日の第 11 回がん対策推進協議会に提出した「市区町村におけるがん検診の費用に関する調査結果」によると、平成 20 年度の市区町村がん検診費用を都道府県別に集計した値において、人口比率で金額に約 4 倍の開きがある（下表参照）。今後、検診費用と検診率、検診費用とがん発見数などの関係について、都道府県別に分析を行っていく必要があり、そのためにも情報の定期収集と公表が欠かせない。



出典：厚生労働省公表資料よりがんWGが作成



出典：厚生労働省公表資料よりがんWGが作成

2-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況

■全体の反映状況

がん対策推進協議会は、平成 21（2009）年 3 月に「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～」(以下、昨年度提案書)を厚生労働大臣に提出し、提案書の中でがん対策予算面での対応を中心とした推奨施策を合計 70 本提示した(57～58 ページ表)。平成 22（2010）年度予算案(以下、予算案)は平成 21（2009）年 12 月に閣議決定されており、国会での審議を経て平成 22 年 3 月に成立した。昨年度提案書では提案の骨子として、(1) がん対策予算を大幅に増やす必要がある (2) がん対策予算の策定プロセスを改善すべきである (3) 70 本の推奨施策への取り組みを進めてほしい、の 3 点が提案されている。この骨子が平成 22 年度予算案やその他のがん政策にどの程度反映されているかについて、考察を行いたい。

骨子 (1) についてみると、厚生労働省のがん対策予算は平成 21 年度が 237 億円(補正前)であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 316 億円であり、一定の増額がみられる。また、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の 3 省のがん対策予算の合計額は、平成 21 年度が 524 億円(補正前)であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 559 億円である。がん検診など一部の分野では特に予算措置がなされているが、がん診療連携拠点病院強化事業は大幅に減額されている。また、今年度より独立行政法人がん研究センター運営交付金の予算措置がとられ、一部事業が運営交付金での対応となったために、がん対策に関する予算対応がわかりづらくなっている。骨子 (1) については、財政状況が厳しい中で一定の努力がはらわれているものの、反映は不十分であると考えられる。

骨子 (2) について、全体分野 1「がん対策に全般にかかる事項」と全体分野 2「がん計画の進捗・評価」における推奨施策が、平成 22 年度予算にどの程度反映されているか、という観点からみると、目立った反映がみられていない。また、予算編成における国と都道府県のミスマッチについては、厚生労働省がん対策推進室が都道府県がん対策担当者向けに、がん対策予算についての説明の機会を設けたものの、例えば「検診に関わる地方交付税増額について、総務省からの発表時期が遅く、市町村の予算措置に反映されていない」との指摘があるように、改善が不十分である。

骨子 (3) については、70 本の推奨施策に関して、新たに平成 22 年度予算に盛り込まれた施策もあった。がん対策推進協議会の提案書に基づいて予算化されたものがあるのは画期的である。しかし、それは 70 本全体のうちではごく一部に留まった。

57～58 ページの表にある推奨施策リストと対照しながら、主な分野ごとに反映状況をみ

ていく。全体分野2では、予算にて「がん対策・評価分析経費」（新規）が計上されている。個別分野1「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」では、予算にて「がん医療に携わる医療従事者の計画的育成」（新規事業）や「がん専門医臨床研修モデル事業」（既存事業の増額）などが計上されている。個別分野6「がん医療に関する相談支援と情報提供」では、予算にて「がん対策情報センターの患者必携製作費」（国立がん研究センター運営交付金の内数）などが計上されている。個別分野10「がん研究」では、予算案にて「未承認・適応外医薬品解消検討事業費」（新規）などが計上されている。これらの分野については、推奨施策を一定程度反映していると考えられる。

個別分野2「緩和ケア」では、予算案にて「緩和ケアの質の向上及び医療用麻薬の適正使用の推進」として、「インターネットを活用した専門医の育成」「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修」などが計上されている。個別分野7「がん登録」では、「地域がん登録促進経費」（国立がん研究センター運営交付金の内数・新規）などが計上されている。分野横断的な内容（緩和ケア、在宅緩和ケア）では、「がん医療の地域連携強化事業費」（新規）などが計上されている。これらの分野については、推奨施策を若干反映していると考えられる。

個別分野9「がんの早期発見（がん検診）」では、「女性特有のがん検診推進事業」（新規）が計上されている。これは昨年度補正予算からの継続事業であり、金額も補正予算と比較すると減額されている。また、昨年度提案書の推奨施策と合致するものではなく、検診受診率の向上に向けた実効性のある検診体制の確保のためには、その経過を見守る必要もあるが、多額の予算措置がとられていることについては、検診事業にかかる地方財政措置と併せて、一定の評価ができると考えられる。

上記で挙げた分野と事業については、財政状況が厳しい中で新規事業が行われているものも多く、がん対策の実施とその予算の確保に対して、関係省庁による一定の理解と努力があったと考えられる。一方で、多くの分野の推奨施策については、昨年度提案書の反映は不十分であったと言わざるを得ない。昨年度提案書と本提案書は「患者と現場、地域の声」を集約したものであるが、平成22年度補正予算と平成23年度予算の策定、そして診療報酬と制度での今後の対応に向けては、同じく「患者と現場、地域の声」によるバックアップが不可欠である。本提案書が厚生労働大臣に提出された後も、患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディア関係者が「六位一体」となり、提案書の実現に向けての理解と支援を求めたい。

■分野ごとの反映状況

以下、引き続き、57～58 ページの表にある推奨施策リストと対照しながら、分野ごとに

反映状況を見ていく。

■全体分野1 がん対策全般にかかる事項

昨年度提案書の推奨施策「がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト」(1億円)、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」(10億円)については、平成22年度予算において「都道府県がん対策重点推進事業」(約9.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は都道府県がん対策の推進にあたって、国と都道府県の予算編成上のミスマッチや、がん対策メニューの均てん化を図るための施策である。一方で上記事業は、「緩和ケア研修事業」「医療提供体制等の強化」「がん検診実施体制等の強化」「効果的ながん情報の提供」(昨年度「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」)のために都道府県が実施する事業であり、反映しているとは言い難い。

推奨施策「都道府県がん対策実施計画推進基金の設置」(基金額・1000億円)、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」(0.8億円)、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」(2億円)についても、「都道府県がん対策重点推進事業」(約9.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディア関係者などが、いわば「六位一体」となって取り組むべき施策であり、がん対策の先進県とされる地域では一定の成果を上げつつある施策であるにもかかわらず、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入」(1億円)については、平成21(2009)年10月末日を提出期限として各都道府県より提出された「がん対策に関する主な取組」(いわゆるアクションプラン)が対応しているとの指摘があるが、その実行、評価、改善に至るサイクルの担保が不透明であり、アクションプランの提出のみをもってPDCAサイクルが機能しているとは言い難い。推奨施策「小学生向け資料の全国民への配布」(30億円)、「初等中等教育におけるがん教育の推進」(10億円)についても、予算措置が不明確であり、厚生労働省と文部科学省の連携も必要である。

■全体分野2 がん計画の進捗・評価

昨年度提案書の推奨施策「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」(1億円)については、平成22年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」(約9.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、推奨施策は単に都道府県がん対策推進協議会を開催するのみならず、協議会が主体となって都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行うことを目的としている。一方で上記事業は、「緩和ケア研修事業」「医療提供体制等の強化」「がん検診実施体制等の強化」「効果的ながん情報の提供」(昨年度「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」)のために都道府県が実施する事業であり、反映していると

は言い難い。

推奨施策「がん予算策定新プロセス事業」(1億円)については「がん対策・評価分析経費」(新規)が計上されており、推奨施策を若干、反映していると考えられる。「質の評価ができる評価体制の構築」(1億円)、「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」(1億円)については、研究費にて対応が予定されているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

■分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

昨年度提案書の推奨施策「がんに関わる計画的育成」(5億円)については、平成22年度予算案において新規事業として「がん医療に携わる医療従事者の計画的研修事業」(約1.9億円)が対応していると考えられる。今後、施策の趣旨の通りに事業が進むのか、見守る必要がある。

この新規事業は、「我が国における化学療法専門医、放射線治療専門医、病理医をはじめとした医療従事者の実態を把握するとともに、国内や海外でのがん罹患率・人口比などの情報を踏まえつつ、国及び都道府県意見がん医療に携わる各医療従事者の必要数や充足状況を把握し、計画的な養成方策等の検討を行う事業」(委託先：独立行政法人国立がん研究センター)とされている。医療従事者の計画的な育成に向けて、昨年度提案書の推奨施策が反映されていると考えられるが、既存事業である「がん専門医臨床研修モデル事業」の増額(平成21年度予算額：約3.8億万円→平成22年度予算案：約4億円)についても見守る必要がある。

一方で、推奨施策「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」(2億円)については、既存の厚生労働省委託事業として一部実施されているが、医療従事者の育成と負担軽減という観点から見守る必要がある。また、推奨施策「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」(10億円)や「専門・認定看護師への特別報酬」(10億円)については、具体的な予算措置に乏しく、医療従事者育成に資する推奨施策(「放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離」〔運営費交付金の増額〕と「医学物理士の育成と制度整備」〔1億円〕)については未対応である。がん医療や医療全体に大きな影響を及ぼしている医療従事者の不足に対しては、アンケートやタウンミーティングでもその解消に向けた要望が特に強く、推奨施策の実施に向けて早期のさらなる対応が望まれる。

■分野2 緩和ケア

昨年度提案書の推奨施策「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」(1億円)については、平成22年度予算案において新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」

(約 2.7 億円) が対応しているとの指摘がある。

この新規事業は、「地域の医療機関、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などの情報を把握し、がん患者の意向を踏まえた上で、地域の中で利用可能ながん患者にとって適切な医療サービス等を紹介するため、都道府県ごとに非常勤医師及び看護師からなる地域連携コーディネーターを配置し、がん患者が安心・納得できる体制を構築する事業に対し、財政支援を行う」(補助先：都道府県、補助率 2 分の 1) とされている。いわゆる「がん難民」の解消という観点からは、推奨施策の趣旨が反映されている事業であると考えられるが、推奨施策にて記されている「在宅医療マップ」や「アクションプランの策定」など、より実効性のある事業とするための仕組みづくりを進めていくことが必要と思われる。

また、緩和医療研修の充実にに向けた推奨施策(「がん診療に携わる医療者への緩和医療研修」[2 億円]と「緩和医療研修へのベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進」[5 億円])については、既存の緩和ケア研修事業で対応しているとは言い難く、緩和ケア体制の構築に向けた推奨施策(「長期療養病床のがん専門療養病床への活用(モデル事業)」[10 億円]と「緩和医療地域連携ネットワークの IT 化」[10 億円])については、未対応であると考えられる。がん対策推進基本計画において、重点的に取り組むべき事項とされた「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に向けて、一層の対応が望まれる。

■分野 3 在宅医療(在宅緩和ケア)

昨年度提案書の推奨施策「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」については、平成 22 年度予算案における新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」(約 2.7 億円)が、地域連携強化の観点から対応しているとの指摘があるが、推奨施策は特に在宅診療所のネットワーク形成に焦点を当てたものである。一方で、上記事業は地域の医療機関等の情報を把握し、地域連携コーディネーターを配置するというものであり、「がん難民」解消への対応という趣旨は同様であるものの、内容が対応していない。

また、推奨施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」(1 億円)は、既存事業である「在宅医療推進支援事業」(約 5800 万円)では不十分であり、推奨施策「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」(1 億円)については、予算案での対応がみられない。推奨施策「大規模在宅ケア診療所エリア展開システム」(10 億円)と「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」(10 億円)については、それぞれ現時点では対応がみられない。

推奨施策「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」(10 億円)については、研究費においての対応も考えられるが、現時点での対応は明確ではない。高齢化社会の進行に伴

い家族介護力が低下するなど、在宅緩和医療の推進に必要な環境は悪化することが予想されているが、反面その役割は今後ますます大きくなると予想される。在宅緩和医療の高度専門化や介護との連携が必要とされる中で、在宅緩和医療の推奨施策に関して一層の対応が望まれる。

■分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）

昨年度提案書の推奨施策である、「ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進」（15億円）、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」（3億円）、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」（1億円）については、いずれも研究費での対応との指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

国内におけるがん診療ガイドラインの策定は、十分に進んでいない状況にある。ガイドラインの把握と公開を行い、学会にその策定を任せるのみならず、第三者的な組織が策定に関与する仕組みが必要である。また、がん治療の質に関する指標の公開についても、診療報酬面や制度面での対応と併せて、予算措置での一層の対応が望まれる。

■分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

昨年度提案書の推奨施策である「がん診療連携拠点病院制度の拡充」（80億円）と「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」（23.5億円）については、平成22年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約9.4億円）が対応しているとの指摘があるが、アンケートやタウンミーティングでもその必要性が多く指摘されていた拠点病院制度の見直しを含むものではなく、反映されているとは言い難い。また、予算案の「がん診療連携拠点病院の機能強化」に関わる予算額が、昨年度の約54.1億円から今年度の約34.3億円へと大幅な減額となっている状況は、予算措置に関わる国の都道府県の連携不足を一因とするものであり、拠点病院の運営に大きな影響を与える可能性が危惧される。

推奨施策「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」（2億円）については、診療報酬面（特定療養疾患管理料）で一定の対応がみられるとの指摘もあるが、治療計画は医療機関において一定程度示されるものの、特に医療機関の連携や、在宅療養、フォローアップに焦点をあてたものは十分ではない。推奨施策「がん患者動態に関する地域実態調査」（7億円）と「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」（1億円）については、前者は予算案における新規事業の「がん対策評価・分析経費」、後者は既存の研究費にて対応しているとの指摘がある。

しかし、前者は「地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を実施」することを目指すものであり、「がん患者や家族といった

がん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析する」とされている「がん対策評価・分析経費」とは関係がない。後者も対応状況が明らかではない。がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、予算措置での一層の対応が望まれる。

■分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供

昨年度提案書の推奨施策である「がん患者必携の製作及び配布」(6億円)については、平成22年度予算案において「がん対策情報センターの患者必携製作費」(運営交付金の内数)が増額されるなど、一定の反映がみられるが、がん患者全員への配布には不十分である。推奨施策「がん相談コールセンターの設置」(15億円)については、国立がん研究センターへの運営交付金により、国立がん研究センターやその「患者必携相談窓口」などでの対応予定との指摘があるが、患者必携に関する相談窓口では本格的な相談対応は難しいと考えられる。

推奨施策「全国統一がん患者満足度調査」(15億円)については、予算案にて「がん対策評価・分析経費」(約0.2億円)が対応しているとの指摘がある。この事業は「現在のがん対策について、政策評価に加え、がん患者等といったがん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析することにより、がん患者等にとって真に必要な施策を確認し、継続すべき事業や新たな課題等について検討を行う」とされている。推奨施策で想定されているのは、がん患者のがん診療に関する満足度調査であり、この事業とは関連がない。

推奨施策「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」(2.4億円)と「がん経験者支援部の設置」(3億円)については、がん診療連携拠点病院や国立がん研究センターにその実施が任されている状態であり、拠点病院の限られた機能強化事業費でどこまで対応ができるのか不明確であり、推奨施策どおりの実施が望まれる。推奨施策「地域統括相談支援センターの設置」については、現時点では未対応であり、患者の相談支援に関わる一連の推奨施策組み込む形で、実施されることが望ましい。

がん患者の経済的負担の軽減に関わる一連の推奨施策(「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」[10億円]、「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」、「高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大」、「長期の化学療法に対する助成」[20億円])については、平成22年度予算案では未反映である。アンケートやタウンミーティングでも「金の切れ目が命の切れ目となりかねない」など、多くの意見と要望がみられた推奨施策であり、長期に高額の治療費の支払いを強いられている患者の、負担軽減は急務である。厚生労働省内においても保険局や社会援護局などと連携しつつ、包括的な対応が望

まれる。

■分野7 がん登録

昨年度提案書の推奨施策「地域がん登録費用の10/10助成金化」(10億円)と「がん登録法制化に向けた啓発活動」(2億円)については、地方財政措置等において対応済みとの指摘があるが、実効性のあるがん登録の推進を担保するためには、各都道府県における予算執行状況についての確認が必要である。

また、平成22年度予算における新規事業として「地域がん登録促進経費」が計上されている。「地域がん登録を未だ実施していない12都県に対し、地域がん登録を行うよう指導するとともに、当該データの集計・分析を行い、標準化した登録様式に適応した地域がん登録の促進を図る」とされているが、国立がん研究センター運営交付金での予算措置であり、予算額や予算執行状況についての確認が必要である。

推奨施策「がん登録に関する個人情報保護体制の整備」(0.7億円)については、研究費にて対応しているとの指摘があるが、その内容は必ずしも明らかでない。アンケートやタウンミーティングでは、がん登録の法制化にむけた意見も出ており、登録制度のあり方や実現可能な制度設計とするための予算措置のみならず、全がん患者を対象とした登録制度や登録のゲートとなる医療機関の定義など、制度面での包括的な対応が必要と考えられる。

■分野8 がんの予防(たばこ対策)

昨年度提案書における推奨施策「たばこ規制枠組条約の遵守に向けた施策」(たばこ価格の値上げ)、「喫煙率減少活動への支援のモデル事業」(5億円)、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」(5億円)については、平成22年度予算案では「生活習慣病対策推進費(たばこ・アルコール対策推進費)」(約0.1億円)や「健康的な生活習慣づくり重点化事業(たばこ対策促進事業)」(約0.5億円)が対応していると考えられるが、金額がきわめて少ないこともあり、推奨施策が反映されているとは言い難い。

また、禁煙対策の普及啓発に関する推奨施策「初等中等教育におけるがん教育の推進」については、文部科学省による対応と考えられるが、その対応状況は十分でなく、厚生労働省のがん対策と連携した取り組みが望まれる。なお、第11回がん対策推進協議会(平成21年12月)では、協議会会長の発議により「たばこ税の引上げとその税収の有効活用に関する緊急提言」が採択された。提言は、患者関係委員の提出した「たばこ税の引上げに関する要望書」とともに厚生労働大臣に手交され、政府税制調査会は平成22(2010)年10月からの増税を決定したが、その規模は小さい。今後も予算措置のみならず制度面での対応も含めて、包括的なたばこ対策の推進が必要と考えられる。

■分野9 がんの早期発見（がん検診）

昨年度提案書における推奨施策である「保険者負担によるがん検診のモデル事業」（30億円）、「がん検診促進のための普及啓発」（10億円）、「イベント型がん検診に対する助成」（25億円）については、平成22年度予算案では「がん検診受診促進企業連携委託事業」（約2.7億円）や「がん検診受診率向上企業連携推進事業」（約1.4億円）にて対応しているとの指摘があるが、金額がきわめて少ない。特に、保険者負担によるがん検診の推進に関する推奨施策については、抜本的な見直しを図られていないのが実情である。

また、予算案では「女性特有のがん検診推進事業」（約75.7億円）が計上されているが、平成21年度予算よりも減額されており、検診実施体制の確保や市町村の負担の軽減に課題があり、今後他のがん検診に拡大されるか否かも不明確である。推奨施策「がん検診の精度管理方式の統一化」（20億円）や「長期的な地域がん検診事業」（3億円）については、研究費で対応しているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん対策推進基本計画に規定された「受診率50%」との目標には現状では程遠く、予算措置のみならず制度面での対応も含めて、検診受診率向上策が求められている。

■分野10 がん研究

昨年度提案書における推奨施策である「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」（15億円）と「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」（15億円）については、平成22年度予算案において新規事業として「未承認・適応外医療品解消検討事業」（約0.6億円）にて、いわゆるドラッグラグの解消に向けた検討が始まったことにより、一定の反映がされていると考えられる。同事業に伴い設置された「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の議論を注視するとともに、「治験実施状況調査事業費」（約0.1億円）や「ファーマコゲノミクス等利用医薬品臨床法化推進費」（約0.05億円）などの予算案に計上されている施策と併せて、PMDA（医薬品医療機器総合機構）などの審査プロセスのみならず、新薬に関わる臨床試験から申請、承認、承認後までの一連のプロセスにおいて、制度的な対応も含めた包括的な対応が必要と考えられる。

推奨施策「希少がん・難治がん特別研究費」（15億円）、「がんの社会学的研究分野戦略研究の創設」（5億円）、「がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の推進」（4億円）に関しては、研究費での対応が考えられるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん研究の推進は将来のがん医療向上に向けた基盤整備に不可欠であり、制度面での対応も含めた手厚い予算措置が必要である。

■分野 11 疾病別（がんの種類別）の対策

昨年度提案書の推奨施策である「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」（10 億円）については、都道府県がん対策重点推進事業において対応可能との指摘があるが、疾病別の医療ネットワークの形成については、各都道府県や拠点病院の裁量に委ねられている面が多く、施策の実施を担保できるものではないため、反映されているとは言い難い。

推奨施策「子宮頸がん撲滅事業」（地方財政措置・220 億円）については、法改正などが必要と考えられるが未対応である。推奨施策「小児がんに対する包括的対策の推進」（5 億円）については、十分な対応がなされていない。また、厚生労働省内にて雇用均等・児童家庭局などとの連携が必要と考えられるが、その対応状況は明らかでない。がんの長期生存者に関する問題は、小児がんのみならず成人のがんにも共通する問題であり、予算措置のみならず制度面での対応も含めた多面的な対応が必要と考えられる。

昨年度提案書の70本の推奨施策

通し番号	分野番号	分野	施策番号	施策名	予算額	備考
1	全体 1	がん対策全般にか かる事項	1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	1億円	
2			2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	10億円	
3			3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	—	基金額1,000億円
4			4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入	1億円	
5			5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	0.6億円	
6			6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	2億円	
7			7	小学生向けの資料の全国民への配布	30億円	
8			8	初等中等教育におけるがん教育の推進	10億円	
9	全体 2	がん計画の進捗・ 評価	1	がん予算策定新プロセス事業	1億円	
10			2	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理	0.5億円	
11			3	質の評価ができる評価体制の構築	1億円	
12			4	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発	1億円	
13	1	放射線療法および 化学療法の推進並 びに医療従事者の 育成	1	がんに関わる医療従事者の計画的育成	5億円	
14			2	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	—	運営費交付金の増額
15			3	医学物理士の育成と制度整備	1億円	
16			4	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	2億円	
17			5	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	10億円	
18			6	専門・認定看護師への特別報酬	10億円	
19	2	緩和ケア	1	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	1億円	
20			2	長期療養病床のがん専門療養病床への活用(モデル事業)	10億円	
21			3	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	2億円	
22			4	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進	5億円	
23			5	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化	10億円	
24			6	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討	1億円	
25			7	大学における緩和ケア講座の拡大	—	運営費交付金の増額
26	3	在宅医療(在宅緩 和ケア)	1	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	10億円	
27			2	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	1億円	
28			3	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	1億円	
29			4	大規模在宅ケア診療所エリア展開システム	10億円	
30			5	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	10億円	
31			6	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	10億円	
32	4	診療ガイドラインの 作成(標準治療の 推進)	1	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	15億円	
33			2	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	3億円	
34			3	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	1億円	

35	5	医療機関の整備等 (がん診療体制ネットワーク)	1	がん診療連携拠点病院制度の拡充	60億円	現状の機能強化予算と同額(倍増)
36			2	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	36億円	現状の機能強化予算の倍額(2分の1を100%化)
37			3	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	2億円	
38			4	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	23.5億円	
39			5	がん患者動態に関する地域実態調査	7億円	
40			6	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発	1億円	
41	6	がん医療に関する 相談支援および情報提供	1	がん相談全国コールセンターの設置	15億円	
42			2	「がん患者必携」の制作および配布	6億円	
43			3	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	10億円	
44			4	全国統一がん患者満足度調査	15億円	
45			5	地域統括相談支援センターの設置	10億円	
46			6	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート	2.4億円	
47			7	がん経験者支援部の設置	3億円	
48			8	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長	—	
49			9	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大	—	
50			10	長期の化学療法に対する助成	20億円	
51	7	がん登録	1	地域がん登録費用の10/10助成金化	10億円	
52			2	がん登録法制化に向けた啓発活動	2億円	
53			3	がん登録に関する個人情報保護体制の整備	0.7億円	
54	8	がんの予防 (たばこ対策)	1	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	—	たばこ価格値上げ等
55			2	喫煙率減少活動への支援のモデル事業	5億円	
56			3	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	5億円	
再			4	初等中等教育におけるがん教育の推進	10億円	
57	9	がんの早期発見(がん検診)	1	保険者・事業者負担によるがん検診	—	健康保険(1,500億円)
58			2	保険者負担によるがん検診のモデル事業	30億円	
59			3	がん検診促進のための普及啓発	10億円	
60			4	がん検診の精度管理方式の統一化	20億円	
61			5	長期的な地域がん検診モデル事業	3億円	
62			6	イベント型がん検診に対する助成	25億円	
63	10	がん研究	1	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	15億円	
64			2	希少がん・難治がん特別研究費	15億円	
65			3	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	5億円	
66			4	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進	4億円	
67			5	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し	15億円	
68	11	疾病別対策	1	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	10億円	
69			2	子宮頸がん撲滅事業	—	地方交付税化(220億円)
70			3	小児がんに対する包括的対策の推進	5億円	

出典：「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～」

2-2 がん対策（診療報酬）の現況

2-2-1 「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」について

平成 22（2010）年度診療報酬改定に向けた対応については、第 10 回がん対策推進協議会（平成 21 年 6 月）において、がん領域に関する診療報酬についての提言の必要性が指摘された。また、第 10 回社会保障審議会医療部会（平成 21 年 11 月）においては、「がん医療の推進」が平成 22 年度診療報酬改定の基本方針の「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に加える等、がん対策推進協議会での議論を改定に反映させるべきとの指摘があった。

これを受け、提案書取りまとめワーキンググループでは、「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」（以下、「診療報酬提案書」）を取りまとめた。診療報酬提案書は、第 11 回がん対策推進協議会（平成 21 年 12 月）において審議の上承認され、厚生労働大臣に提出された。診療報酬提案書では「検討事項例」として、がん領域に関する診療報酬改定について 26 本の推奨施策を提示した（付録 4-2「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」参照）。診療報酬提案書は、第 155 回中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」）診療報酬基本問題小委員会（平成 21 年 12 月）に提出され、同委員会において中医協事務局（厚生労働省保険局医療課）により提出された資料とあわせて、がん領域における診療報酬の議論が行われた。中医協における他の領域での議論もふまえ、平成 22（2010）年 2 月に中医協は平成 22 年度診療報酬改定における改定項目案を厚生労働大臣に答申しており、平成 22 年 4 月より改定される予定である。

なお、診療報酬提案書における 26 本の推奨施策（69 ページ参照）については、国のがん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とした各分野において、がん対策の推進にあたって診療報酬にて評価を検討すべき具体的な項目を、「参考例」として示したものである。以下は、この参考例に対する検討である。

2-2-2 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況

・全体の反映状況

平成 22（2010）年度診療報酬改定において、「がん医療の推進」は「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に位置付けられ、診療報酬提案書の推奨施策も含め、一定の項目において診療報酬上の評価がされている。

診療報酬提案書の推奨施策について、各分野の主な反映状況をみると、全体分野「がん

対策全般にかかる事項／がん計画の進捗・評価」、個別分野 1「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」、個別分野 2「緩和ケア」、個別分野 3「在宅医療（在宅緩和ケア）」、個別分野 5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク等）」、個別分野 7「がん登録」、個別分野 8「がんの予防（たばこ対策）」においては、平成 22 年度診療報酬改定において一定の反映があったと考えられる。その他の分野においては、反映されていないため、今後、「患者や現場、地域の声」を広く集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。

がん対策推進協議会による診療報酬提案書が厚労大臣に提出され、かつ中医協においても議論に関わる資料とされたことは、平成 19（2007）年 4 月に発足したがん対策推進協議会において初めてであり、画期的なことである。患者関係者や医療提供者、有識者など、幅広いステークホルダーから構成されるがん対策推進協議会の意見や、タウンミーティングやアンケートの声を広く集約した本提案書など、「患者や現場、地域の声」が診療報酬や医療政策決定プロセスに反映されることは、患者や家族の声、そして国民の視点に基づく医療の実現に向け、今後大きな役割を果たしていくものと考えられる。平成 22 年度診療報酬改定については、政権交代の影響や時間的な制約もあり診療報酬提案書の提出時期がずれこむなど、中医協での検討に十分な余裕がなかったが、今後の改定への対応に向けては、提案書策定のスケジュールや提出のタイミングなどについて、今後の課題とすべきと考えられる。

診療報酬の議論では、長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するという視点から、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民と議論した後、コンセンサスを得たうえで決定するとともに、診療報酬を含む医療費の効率的使用と医療の質の向上が不可欠である。この意味で、がん医療においても均てん化と標準治療の推進等によって無駄の削減にも努めなければならない。しかし一方で、国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、がん医療を提供する医療資源は脆弱であり、いわゆる「がん難民」問題等の解決には至っていないのも実情である。このような観点から、診療報酬の重点的な評価に基づく、がん対策の進展医療の質的・量的な充実により、国民に対して目に見える形で、がん対策の進展という成果が提示できれば、国民の負担についても大きな理解の一助になるものと考えられ、がん対策の進展のためには、がん医療に関する診療報酬による評価を今後も充実させることが不可欠である。

■分野ごとの反映状況

・全体分野 1 がん対策全般にかかる事項／全体分野 2 がん計画の進捗・評価

診療報酬提案書の推奨施策「がん医療の質の『見える化（可視化）』」と「がん医療の質

の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定においては若干反映されていると考えられる。例えば、DPC における「調整係数」の段階的な廃止に伴い、その一部を新たな「機能評価係数」に置き換え、評価することとされている点が挙げられる。特に「機能評価係数」の中で、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）は、「地域がん登録」への参画を含めて評価するものであり、がん医療の質の「見える化（可視化）」に不可欠な基盤である「地域がん登録」の推進が従来にはない形で診療報酬の評価として取り入れられている。DPC によるがん医療の質の評価については、「がん医療の質の見える化と評価」の観点からも、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて中医協が示した「視点」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに該当すると考えられる。新しい考え方が含まれる推奨施策であるが、次回改定において改めて検討されることが必要と考えられる。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策におけるベンチマーキングセンターの役割や機能評価の指標のあり方について、一定の考え方の整理をしておくことが必要である。

・分野 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

診療報酬提案書の推奨施策「放射線療法の推進」のうち、「放射線治療の専門医、診療放射線技師、医学物理士、放射線品質管理士の常勤での配置」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師」の配置を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われた点が挙げられる。また、「放射線治療に関わる医療」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「放射線治療病室管理加算」や「密封小線源治療における組織内照射」の点数が引き上げられた点や、「放射線同位元素内用療法管理料」において、対象疾患が拡大された点が挙げられる。また、強度変調放射線治療（IMRT）の大幅な適用拡大が実施されたほか、画像誘導放射線治療（IGRT）が新規に保険収載される等、合併症の少ない放射線治療が積極的に推進される傾向が明確に示された。

推奨施策「化学療法とチーム医療の推進」のうち、「化学療法に関わる専門医や医療従事者の配置」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置」を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われるとともに、同加算において算定要件に「がん診療連携拠点病院に設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた点が挙げら

れる。「レジメン委員会による化学療法のプロトコル管理」については、「化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定」とされている「外来化学療法管理加算 1」の点数が引き上げられ、評価が充実されたと考えられる。

また、「栄養サポートチーム加算」が創設され、化学療法を完遂する上で欠かせない栄養管理の体制が強化されている。なお、この栄養サポートチームは、末期がんで摂食困難となった患者に対する栄養管理についても重要な役割を果たすものと期待される。さらに、処方料の加算として「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」が創設されている。薬剤管理を含めたさらなるチーム医療の実現が望まれる。

がんの化学療法において、個々の患者の腫瘍組織の特性に応じた抗がん剤の選択が重視されており、既に一部のがんについては化学療法の実施前に薬剤感受性を検査する「悪性腫瘍遺伝子検査」が保険収載されている。今回改定においては、その適用が拡大し、大腸がんの k-ras 遺伝子変異検査が認められた。抗がん剤の適正使用の観点からも、こうしたテーラーメイドのレジメンによる化学療法を行い得る環境を整えていくことは重要である。

推奨施策「入院および外来化学療法の推進」については、「外来化学療法の推進」は平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来化学療法管理加算」1 と 2 の点数が引き上げられた点や、介護老人保健施設入所者に対して外来化学療法がおこなわれた場合、抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とした点が挙げられる。「外来診療部門に患者対応を行う看護師の配置」は、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び 6 カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされており、患者に丁寧な説明を行うという観点からは、推奨施策が一定程度反映されたと考えられる。

推奨施策「がんにおける診療項目の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「病理標本作成料」において術中迅速細胞診が新設された点や、その注釈として遠隔病理診断（テレパソロジー）に関しても、「テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り」との算定要件のもとに認められた点が挙げられる。また、免疫染色の病理組織標本作製の加算として、確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に加算が設けられている。

「手術療法の評価」については、外科系学会社会保険委員会連合会（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」をもとに検討された難易度の高い手術の点数の引き上げや、先進医療専門家会議及び中医協診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会による検討を踏まえた新規手術の保険導入などが行われており、がん領域における手術療法が評価されたと考えられるが、その詳細については検証が必要である。

・分野 2 緩和ケア

診療報酬提案書の推奨施策「緩和ケア診療加算」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「緩和ケア診療加算」の点数が引き上げられた点が挙げられる。一方で、「緩和ケア病棟入院料」の点数は引き上げられておらず、「緩和ケア診療加算の外来診療への拡大」は行われていない。がん治療が外来にて行われることが増え、緩和ケアを必要とする外来患者が増えていることから、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

推奨施策「緩和ケア研修修了者の配置」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「がん性疼痛緩和指導管理料」の施設基準において、「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）」等が追加されている点が挙げられる。また、「緩和ケア診療加算」についても「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として、同様の施設基準が追記されている点も挙げられる。一方で、緩和ケアに関する専門的な診療については、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

なお、がんに対するリハビリテーションの評価として、「がん患者リハビリテーション料」が新設されている。がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価することを目的とするものとされている。算定要件として多職種共同によるリハビリテーション計画の作成などや、施設基準として一定の経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（うち 2 名）も定められており、がんの緩和ケアの充実に向けた取り組みとして評価される。

・分野 3 在宅医療（在宅緩和ケア）

診療報酬提案書の推奨施策「在宅医療の充実」については、平成 22 年度診療報酬改定に

において、一定程度反映されたと考えられる。「終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れ」は、例として、算定要件を「急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合」とする、「有床診療所一般病床初期加算」や、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の新設が挙げられる。また、がん性疼痛緩和指導管理料を算定している有床診療所は、前述の有床診療所一般病床初期加算が算定できるだけでなく、引き上げて新設された医師配置加算1（複数医師配置の評価）を算定できるなど、地域におけるがん医療への貢献が評価される方向にある。「手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数の引上げ」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考える。例として、末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行う場合についての評価として、訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料において、「複数名訪問看護加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「在宅医療ネットワークの構築」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業者等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価として、「地域連携診療計画退院時指導料1・2」や「地域連携診療計画退院計画加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「医療と介護の連携」について、「後期高齢者退院調整加算の見直し」は、平成22年度診療報酬改定では、名称が「急性期病棟等退院調整加算」に改められるとともに、対象年齢については後期高齢者への限定がなくなり、退院困難な要因を有する入院中の患者（65歳以上の患者、又は45歳以上65歳未満の特定疾病〔がんでは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された場合〕の患者）へと変更された。「医療と介護の相互連携」は、平成22年度診療報酬改定では、一定程度反映されたと考えられる。例として、退院後に介護サービスの導入が見込まれる患者に対して、医療機関の看護師や薬剤師、理学療法士、社会福祉士などが、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と、介護サービス等について共同して指導を行うこと目的とする「介護支援連携指導料」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「大規模診療所と医療従事者の育成」については、7人以上の看護職員を配置した有床診療所に対して入院基本料の評価を引き上げた点や、在宅療養支援病院の要件を緩和し、許可病床数が、200床未満の病院に拡大している点について、一定の評価がなされたと言える。しかしながら、在宅緩和医療の量的拡大と集約化を図るために、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供し、地域の在宅緩和ケアを提供する医療機関のネットワーク

の要となる専門的かつ大規模な診療所については、さらに評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

なお、在宅患者の看取りについて、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、医療機関に搬送された場合においても評価を行うこと（いわゆる「看取り料」の算定）が評価されている。例として、「訪問看護ターミナルケア療養費」、「在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算」において、「ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む」とされた点などが挙げられる。がん終末期における在宅医療は、患者の急速な病状の進行や全身状態の不良などにより、医療従事者や家族の負担は大きく、現場の状況に対応した算定要件の柔軟化や評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

・分野 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

診療報酬提案書の推奨施策「DPC データや臨床指標の開示」「診療ガイドラインの推進」「セカンドオピニオンの推進」については、平成 22 年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策に記された「アウトカム指標」のあり方について、考え方の整理をしておくことが必要である。

・分野 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

診療報酬提案書の推奨施策「地域連携とその他の連携」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価することを目的として、その計画を策定する病院においては「がん治療連携計画策定料」（退院時）が、連携医療機関においては「がん治療連携指導料」（情報提供時）が新たに算定できるようになった。

前者は、拠点病院または準ずる病院において、初回治療のため入院した患者に対して、あらかじめ策定してある地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定するものである。後者は、がん診療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行う

とともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定するものである。一方、いわゆる「病病連携」についてはさらなる評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、「薬薬連携」に関しては、反映に向けて検討が必要である。

推奨施策「がん診療体制の充実度に応じた評価」と「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。現在の拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させることが必要である。

・分野 6 がん医療に関する相談支援および情報提供

診療報酬提案書の推奨施策「相談支援センターの充実」と「相談支援センターと患者団体の連携」については、平成 22 年度診療報酬改定において反映されていない。一方、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。さらに、今回、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び 6 カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされている。相談支援センターでの相談員による相談についても、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

・分野 7 がん登録

診療報酬提案書の推奨施策「がん登録に関わる職員の配置」については、平成 22 年度診療報酬改定においては、一定の反映があったと考えられる。例として、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務が、病院勤務医の負担となっていることに鑑み、がん登録に関わる職員という明示的ではないが、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価として、「医師事務作業補助体制加算」として、「15 対 1 補助体制加算」「20 対 1 補助体制加算」が新設されている。がん医療に従事する医師の場合、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務もさることながら、がん登録に関わる事務も負担となっている場合があり、従来から、医師事務補助者の業務として院内がん登録に係る業務は認められているところであり、「医師事務作業補助体制加算」が院内がん登録のさらなる推進に寄与することも考えられる。

また、平成 22 年度診療報酬改定では、DPC において新たに設けられた「機能評価係数」

のうち、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）においては、「地域がん登録」への参画を含めた評価がなされることとなったが、地域がん登録への参画が診療報酬上評価されたことは前進であり、今後、地域がん登録の推進につながるような病院の行動変化があるか注目していく必要があると考えられる。

しかし、実効性のある正確ながん登録のためには、診療情報管理士などによる登録業務が必要であり、「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に、診療情報管理士の配置などの要件を加えるなど、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。また、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた。同様に、診療情報管理士の配置を算定要件に加えるなど、医療現場に過度の負担とならないよう配慮しつつ、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

・分野 8 がんの予防（たばこ対策）

診療報酬提案書の推奨施策「たばこ依存への治療と禁煙対策」について、「ニコチン依存症管理料」は、平成 22 年度診療報酬改定においても変化はなかった。今後、その「充実と強化」に向けて、引き続き検討が必要である。「敷地内禁煙を行っている医療機関の評価」は、平成 22 年度診療報酬改定において反映されていない。日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供など、たばこ対策への包括的な取り組みが求められており、診療報酬での評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

・分野 9 がんの早期発見（がん検診）

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

・分野 10 がん研究

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

・分野 11 疾病別対策

診療報酬提案書の推奨施策「小児がんと希少がん」については、平成 22 年度診療報酬改定においては、反映されていない。ただし、改定では、重点課題として「救急、産科、小

児、外科等の医療の再建」が掲げられており、小児医療に関わる領域については、一定の評価がされていると考えられる。たとえば、小児入院医療管理料や乳幼児加算の引き上げ、手術に幼児（3歳以上6歳未満）加算を創設するなどの評価が行われている。推奨施策「長期生存者のフォローアップ」については、反映されていない。評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

推奨施策「リンパ浮腫」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来での評価」は、「入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する」と改定された。ただし、「対象疾患と算定回数の拡大」については、反映されていないため、患者・家族の要望を集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

なお、疾病別対策として肝炎治療に関しては、「肝炎インターフェロン治療計画料」と「肝炎インターフェロン治療連携加算」が新設されている。前者については、施設基準として「専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること」「インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること」「肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること」が定められており、肝炎から肝がんへの進行を予防することを目的としたインターフェロン治療が、副作用に対する不安などにより断念されることがないように、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定されるものである。

がん領域における平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例

(各事項とテーマとの関係を示す一覧表)

「平成22年度診療報酬改定の『視点等』と『方向』について」(次ページ参照)における「重点課題」「視点関係」と関連がある場合に○

通し番号	分野番号	分野	個別記号	提案事項	重点課題1	重点課題2	視点関係1	視点関係2	視点関係3	視点関係4
1	全体	がん対策全般にかかわる事項	ア	がん医療の質の“見える化”			○	○		○
2			イ	がん医療の質の評価			○	○		○
3	個別1	放射線療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成	ア	放射線療法の推進		○	○	○		
4			イ	化学療法とチーム医療の推進		○	○	○		
5			ウ	入院および外来化学療法の推進		○	○	○		
6			エ	がんにおける個別診療	○		○	○		
7	個別2	緩和ケア	ア	緩和ケア診療加算			○	○		
8			イ	緩和ケア研修修了者の配置			○	○		
9	個別3	在宅医療(在宅緩和ケア)	ア	在宅医療の充実			○		○	
10			イ	在宅医療ネットワークの構築			○		○	
11			ウ	医療と介護の連携			○		○	
12			エ	大規模診療所と医療従事者の育成			○		○	
13	個別4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	ア	DPCデータや臨床指標の開示			○	○		○
14			イ	診療ガイドラインの推進			○	○		○
15			ウ	セカンドオピニオンの推進			○	○		○
16	個別5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	ア	地域連携とその他の連携			○		○	
17			イ	がん診療体制の充実度に応じた評価			○		○	
18			ウ	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価			○		○	
20	個別6	がん医療に関する相談支援および情報提供	ア	相談支援センターの充実			○	○		
21			イ	相談支援センターと患者団体の連携			○	○		
22	個別7	がん登録	ア	がん登録に関わる職員の配置		○	○			
23			イ	地域・院内がん登録		○	○			
24	個別8	がんの予防(たばこ対策)	ア	たばこ依存への治療と禁煙対策			○			○
—	個別9	がんの早期発見(がん検診)	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
—	個別10	がん研究	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
25	個別11	疾病別対策	ア	小児がんと稀少がん	○		○			
26			イ	長期生存者のフォローアップ	○		○			
27			ウ	リンパ浮腫			○	○		

※通し番号誤りのためNo.19は欠番

(「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」より)

2-3 分野内の横断的検討

がん対策を推進していくにあたっては、79、80 ページの総括表にあるように、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。

■全体分野1 がん対策全般

「がん対策基本法の改正」〔C-1〕や「医療法の改正」〔C-2〕により、がん対策全般や各分野において必要と考えられる制度改正を網羅、検討することともに、「がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告」〔C-3〕や「内閣府にがん対策連携推進室を設置」〔C-4〕により、国のがん対策の全体像についての「見える化（可視化）」と、省庁横断的ながん対策を行うにあたっての基盤整備を行う。

「がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト」〔A-1〕と「都道府県がん対策実施計画推進基金」〔A-3〕により、都道府県がん対策を推進するにあたっての財政的な裏付けを確保し、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」〔A-2〕と「がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」〔A-4〕により、都道府県がん対策推進計画の実効性の担保とブラッシュアップを図る。また、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」〔A-5〕と「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」〔A-6〕、により、患者と医療従事者、行政などが一体となって、がん全般にわたる普及啓発を広く行うとともに、「小学生向け資料の全国民への配布」〔A-7〕と「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、学校教育の場からがん全般にわたる普及啓発を広く行う。そして、がん医療全般の質の評価を進めるために、診療報酬において「がん医療の質の評価」〔B-1〕を行う。

なお、本分野は全体分野2「がん計画の進捗・評価」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

■全体分野2 がん計画の進捗・評価

「患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化」〔C-6〕により、協議会が都道府県がん対策推進計画の実効性を評価、改善する制度を整えるとともに、「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」〔A-10〕により、協議会が主導して計画の実効性を確保していく。

計画を評価するにあたっては、「がん診療連携拠点病院の進捗評価を行う第三者的な組織（ベンチマーキングセンター）の設置」〔C-5〕により、拠点病院のがん医療の質を評価す

る基盤を整備し、あわせて「質の評価ができる評価体制の構築」〔A-11〕や「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」〔A-12〕を進め、指標の開発とその指標に沿った評価ができる体制の構築を進めるとともに、診療報酬においても「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕により、指標を収集・分析するベンチマーキング（指標比較）センターを評価する。

なお、本分野は全体分野1「がん対策全般」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

■分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

がんに関わる専門の医療従事者については、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため早期に「医療法の改正（がん治療に関わる専門医の位置づけの検討）」〔C-7〕、「医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）」〔C-8〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）」〔C-9〕、「薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）」〔C-10〕、「医学物理士資格の位置づけの明確化」〔C-11〕などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、専門医の育成を図るための基盤として、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」〔C-12〕、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」〔A-14〕、「医学物理士の育成と制度整備」〔A-15〕を並行して進めることが重要である。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、平成22（2010）年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」〔A-13〕により、国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者を算定し、年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するとともに、専門資格を取得する医療従事者が休職する際の代替となる医療従事者の手配に努める。同時に、「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」〔A-17〕を活用して、文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」との連携や、専門資格習得プログラムなどの受講を進めるとともに、薬物療法に係る専門資格を取得する場合には、「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」〔A-16〕も合わせて活用するなどし、資格取得に伴う医療従事者の負担の軽減による育成促進を図る。

平成24年度診療報酬改定においては、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブを確保することを目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕による放射線治療に関わる専門の医療従事者の配置促進や、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕による化学療法に関

わる専門の医療従事者の配置促進などのさらなる評価を図ることが重要である。これら医療従事者の育成や配置と並行して、がんに関わる医療従事者が質の高いがん医療を提供できるよう、化学療法や放射線療法、手術療法、検査などに関わる診療報酬の充実を目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕、「入院および外来化学療法の推進」〔B-5〕、「がんにおける診療項目の評価」〔B-6〕を進めることが考えられる。そのためには、それまでに関連する制度面の議論や必要な改正を終え、予算措置によるモデル的事業などにおいても実績を上げておくことが好ましい。

また、国内未承認・適用外薬の治療薬や治療法が、医療現場で遅滞なく行えるようにするには、早期に「コンパッション・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕、「適用外薬の新たな保険適用制度の創設（ルール化）」〔C-14〕、「高度医療の改正（国内未承認薬、適用拡大等の早期承認）」〔C-15〕など、早期承認にあたっての制度上のボトルネックを検討、明確にし、安全性の確保に十分配慮しつつ、早期承認や患者救済に向けた制度面での基盤整備を行うことが重要である。その結論を待つことなく当面の解決として、合わせて「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」〔A-20〕を進めることが必要である。

なお、国内未承認・適用外薬の早期承認に向けた一連の施策は、個別分野 10「がん研究」の諸施策が密接に関連してくると思われる。例えば、高度医療評価制度については、国内未承認薬や適用外の医薬品、医療機器の使用と患者負担の軽減を図るものであるが、同時に臨床研究の促進を図るものでもある。国内での臨床研究の基盤整備は、国内未承認・適用外薬の早期承認にもつながることであり、行政、医療従事者、研究者、企業などが一体となった取り組みが必要である。また、化学療法や放射線療法の適正な施行にあたっては、個別分野 4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の諸施策が関連してくると思われる。

■分野 2 緩和ケア

緩和ケアに関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため、早期に、「医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討）」〔C-16〕、「医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）」〔C-17〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-18〕、「薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）」〔C-19〕、「医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂」〔C-21〕による制度改正などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、合わせて、「大学における緩和ケア講座の拡大」〔A-27〕を行うことも必要である。これらにより、緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基

盤整備を進める。また、適切な疼痛ケアを進めるための法制上の対応として、「麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適正な使用の促進）」〔C-20〕の検討がなされるべきである。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、迅速なテコ入れが必要な施策への予算措置として、「がん診療に関わる医療者への緩和医療研修」〔A-23〕、「緩和ケア医療研修のベッドサイドラーニング」〔A-24〕を行い、がん診療に携わる医療従事者の緩和ケアへの理解を促進する。また、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業」〔A-22〕、「緩和医療科外来の充実」〔A-28〕により、緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕を行う。これらの緩和医療の質の評価と向上については、「緩和ケアの質を評価する仕組みの検討」〔A-26〕を行う。

平成24年度診療報酬改定に関しては、医療機関における緩和ケアを拡充し、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブとなることを目的に、「緩和ケア診療加算」〔B-8〕、「緩和ケア研修修了者の配置」〔B-9〕、「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」〔B-10〕を検討すべきである。そのためには、緩和ケアに関する制度面からの位置づけの整備や、予算措置による質の高い緩和ケアの実績が見えていることが好ましい。

なお、緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野3「在宅医療（在宅緩和ネットワーク）」が、緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、個別分野5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の施策が密接に関連してくる。また、緩和ケアにおける疼痛ケアにおいては、個別分野4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）」の施策が関連してくる。

■分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

在宅医療に関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴うインセンティブを明確にすることを目的に、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-23〕による制度改正の検討を行い、在宅緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」〔C-22〕により、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供する診療所と、地域における在宅緩和ケアネットワーク基盤整備を進めるとともに、「介護保険法の改正」〔C-24〕を行い、医療資源と介護資源が一体となった連携を進める。

これら制度面の対応と同時に、施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」[A-30]、を行い、介護・福祉担当者やケアマネージャーに対してがん医療への理解を促進する。また、「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」[A-29]、「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」[A-31]、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」[A-32]により、在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない在宅緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」[A-34]を行う。介護と医療の連携による看取りの支援については、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」[A-33]を行う。

「在宅医療の充実」[B-11]、「大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成」[B-14]により、医療従事者や家族にとっても負担の大きい在宅緩和ケアや看取りに関わる、在宅療養支援診療所や医療従事者に対して診療報酬にて評価を行うとともに、「在宅医療ネットワークの構築」[B-12]、「医療と介護の連携」[B-13]により、病院と診療所などの医療資源と、介護資源とのシームレスな連携を促進する。

なお、在宅緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野2「緩和ケア」が、在宅緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、個別分野5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の施策が密接に関連してくると思われる。

■分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

「診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置」[C-25]により、診療ガイドラインの策定を推進する第三者的な機関を設置して、診療ガイドラインの位置づけと質の担保について、制度面での基盤整備を進める。これをもとに、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」[A-36]により、診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立し、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」[A-37]により、疾患の治療のみならず、患者のQOL(生活の質)にも配慮したがん医療を進めていく。これらの施策を促進するために、診療報酬においても「診療ガイドラインの推進」[B-16]を行うとともに、「セカンドオピニオンの推進」[B-17]により、標準治療の推進を図る。

また、診療ガイドラインの作成とあわせて、「ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進」[A-35]、「DPCデータや臨床指標の開示」[B-15]により、医療の質を「見える化（可視化）」することで、あわせて標準治療の推進を図る。なお、標準治療の推進を図るにあたっては、全体分野2「がん計画の進捗・評価」の施策、ガイドラインを策定するにあたってのエビデンスの確立にあたっては、個別分野10「がん研究」の施策が、密接に関連してくると思われる。

■分野5 医療機関の整備等（がん診療ネットワーク）

がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を、一層充実、強化するために、「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を行い、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕による地域特性に応じた拠点病院制度の構築とあわせて、制度面での基盤整備を行う。これをもとに、「拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）」〔A-39〕を行い、拠点病院に対する国の支援を強化する。

また、「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」〔A-41〕、「がん患者動態に関する地域実態調査」〔A-42〕によりがん診療ネットワークを強化するとともに、ネットワークその連携機能について「がん診療連携拠点病院の評価手法の開発」〔A-43〕により評価を行う。そのネットワーク間における治療やケア、フォローアップについては、「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕により、患者が切れ目の無い医療を受けられるように配慮する。

なお、がん診療ネットワークについては、個別分野2「緩和ケア」の「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕などの施策や、個別分野3「在宅医療（在宅緩和医療）の在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）などの施策、個別分野11「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕などの施策と、密接な関係があると考えられる。

■分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供

がん患者が経済的に不安なく治療を受けられるためには、「長期の化学療法に対する助成」〔A-53〕と「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」〔A-46〕を実施して患者の経済的負担の軽減を図るとともに、「高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大」〔A-52〕と「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」〔A-51〕により、患者の利便性を高める。また、「がん患者の就労・雇用支援」〔C-27〕により、患者の就労問題を法制度面で支援する。

患者の悩みや不安に応える相談体制の拡充を図るために、「がん相談全国コールセンターの設置」〔A-44〕による全国規模での対応や、「地域統括相談支援センターの設置」〔A-48〕による既存の相談支援センターの弱点を補う県単位のセンターを設置するとともに、相談支援センターのネットワーク化も進める。診療報酬「相談支援センターの充実」〔B-21〕による医療機関へのインセンティブ付与を進めるとともに、「がん患者必携の製作および配布」〔A-45〕による情報提供の充実、「がん診療医療機関必携（仮）の作成・配布」〔A-54〕によるセカンドオピニオンや患者支援体制の充実を図る。また、患者を支える医療資源と

しての患者支援団体と、医療機関の連携体制を整備するために、「がん患者連携協議会（仮称）の設置」〔C-28〕により、患者支援団体による支援体制を制度面で担保するとともに、予算措置では「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」〔A-49〕、診療報酬では「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕を行う。

なお、がん患者の経済的・社会的な支援の観点からは、個別分野5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕や、個別分野10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕、「がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-68〕などの施策と、密接な関連がある。

■分野7 がん登録

法制面での対応の不足が、がん登録を推進するにあたっての大きな障壁となっている現状から、「がん登録法（仮称）の制定」〔C-29〕による法制度面での検討が不可欠であり、「がん登録法制化に向けた啓発活動」〔A-56〕とあわせて進めていくことが必要である。これに加え、「地域がん登録費用の10/10助成金化」〔A-55〕により、都道府県での地域がん登録の促進を図るとともに、診療報酬では「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕により、がん登録に関わる職員の医療機関への配置を促進し、「地域・院内がん登録」〔B-24〕により、がん登録を進める医療機関へのインセンティブの付与を図る。

■分野8 がんの予防（たばこ対策）

日本は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約）」の締結国であり、条約で求められている諸施策の実施にあたっては、法制面での対応が不可欠であると考えられるため、「健康増進法の改正（受動喫煙の防止）」〔C-30〕により、たばこ事業法の廃止も含めた必要な法改正を行うとともに、「健康保険法の改正（喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-31〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」〔A-57〕により、たばこ価格やたばこ生産者への対策を行うとともに、「喫煙率減少活動への支援事業」〔A-58〕、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」〔A-59〕、「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、禁煙に関する普及啓発を進める。また、「たばこ依存への治療と禁煙対策」〔B-25〕により、たばこ規制枠組条約において求められている、たばこ依存への治療機会の提供を担保する。

■分野9 がんの早期発見（がん検診）

「高齢者の医療の確保に関する法律の改正」〔C-32〕により、がん検診と特定検診との整合性を図るとともに、「健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-33〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「保険者・事業者負担によるがん検診」〔A-60〕や「保険者負担によるがん検診事業」〔A-61〕により、保険者負担・事業者負担による受診勧奨を進めるとともに、「がん検診促進のための普及啓発」〔A-62〕による普及啓発や、「イベント型がん検診に対する助成」〔A-65〕による受診機会の拡大を進める。また、「がん検診の精度管理方式の統一化」〔A-63〕や「長期的な地域がん検診事業」〔A-64〕により、がん検診の精度管理や、がん検診の有効性の調査を進める。

なお、がんに対する国民の理解と普及啓発が必要であるため、全体分野1「がん対策全般」の「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕などの施策と、密接な関係がある。

■分野10 がん研究

「研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価」〔C-34〕により、科学性、有効性、有用性の観点から、がん研究費が適正に配分される基盤整備を行う。これと並行して、「各がん腫ごとの集学的治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援」〔A-69〕、「がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援」〔A-70〕、「ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進」〔A-71〕など、がんの予防や治療に関する大規模な研究プロジェクトに対する支援を行う。また、「希少がん・難治がん特別研究費」〔A-66〕、「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕、「がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-68〕により、がんに関わる周辺分野に対する研究についても、重点的に支援を進める。加えて、診療報酬に関して「高度医療への対応」〔B-26〕を行い、高度医療評価制度に関わる研究の促進を図る。

なお、本分野は研究の促進のみならず、患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるという観点から、個別分野1「放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成」の、「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕や「コンパッション・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕などの施策と密接な関係があると考えられる。また、希少がん・難治がん研究の観点からは、個別分野11「疾病別（がんの種類別）の対策」の「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕と、密接な関連がある。

■分野 11 疾病別（がんの種類別）の対策

小児がんと希少がんについては、「小児がんと希少がんへの拠点病院制度」〔C-36〕により、対策の拠点となる基盤整備を行うとともに、「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕による重点対策と、「小児がんと希少がん」〔B-27〕による診療報酬での裏付けを行う。長期生存者の支援については、「特定疾患研究事業の見直し」〔C-37〕により、小児がん長期生存者の治療に伴う経済的な負担の軽減を行い、「長期生存者のフォローアップ」〔B-28〕により、診療報酬での対応も行う。疾病別の対策としては、子宮頸がんに対する「予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）」〔C-35〕と「子宮頸がん撲滅事業」〔A-73〕、また、がんの種類別の医療資源の調査と構築を目的として、「疾病別医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕を行う。

なお、長期生存者の支援については、個別分野 6「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕や、個別分野 10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕などが、密接な関係がある。

2-4 「予算」「診療報酬」「制度」の総括表と、各表

ここでは、「予算」「診療報酬」「制度」の合計 140 本の推奨施策を表で示す。

表：「予算」「診療報酬」「制度」の提案例総括表

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
全体 1	がん対策全般	A-1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	B-1	がん医療の質の評価	C-1	がん対策基本法の改正
		A-2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト			C-2	医療法の改正
		A-3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置			C-3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告
		A-4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入			C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
		A-5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援				
		A-6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン				
		A-7	小学生向けの資料の全国民への配布				
		A-8	初等中等教育におけるがん教育の推進				
全体 2	がん計画の進捗・評価	A-9	がん予算策定新プロセス事業	B-2	がん医療の質の“見える化”	C-5	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-10	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理			C-6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
		A-11	質の評価ができる評価体制の構築				
		A-12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発				
1	放射線療法および化学療法法の推進と、医療従事者の育成	A-13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	B-3	放射線療法法の推進	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)
		A-14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	B-4	化学療法とチーム医療の推進	C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		A-15	医学物理士の育成と制度整備	B-5	入院および外来化学療法法の推進	C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		A-16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	B-6	がんにおける診療項目の評価	C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		A-17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	B-7	高度医療	C-11	医学物理士資格の位置づけの明確化
		A-18	専門・認定看護師への特別報酬			C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		A-19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化			C-13	コンパッション・ユース(人道的使用)制度の創設
		A-20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し			C-14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)
						C-15	高度医療の改正(国内未承認薬、適用拡大等の早期承認)
2	緩和ケア	A-21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	B-8	緩和ケア診療加算	C-16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)
		A-22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	B-9	緩和ケア研修修了者の配置	C-17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
		A-23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	C-18	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-24	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進			C-19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		A-25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化			C-20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		A-26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討			C-21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
		A-27	大学における緩和ケア講座の拡大				
		A-28	緩和医療科外来の充実				
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	A-29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	B-11	在宅医療の充実	C-22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
		A-30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	B-12	在宅医療ネットワークの構築	C-23	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	B-13	医療と介護の連携	C-24	介護保険法の改正
		A-32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成		
		A-33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成				
		A-34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク				
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)	A-35	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	B-15	DPCデータや臨床指標の開示	C-25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置
		A-36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	B-16	診療ガイドラインの推進		
		A-37	副作用に対する支持療法ガイドライン策定	B-17	セカンドオピニオンの推進		

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	A-38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	B-18	地域連携とその他の連携	C-26	がん診療連携拠点病院制度の見直し
		A-39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	B-19	がん診療体制の充実度に応じた評価		
		A-40	サブイノベーション・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価		
		A-41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備				
		A-42	がん患者動態に関する地域実態調査				
		A-43	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発				
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	A-44	がん相談全国コールセンターの設置	B-21	相談支援センターの充実	C-27	がん患者の就労・雇用支援
		A-45	「がん患者必携」の制作および配布	B-22	相談支援センターと患者団体の連携	C-28	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		A-46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成			再	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置
		A-47	全国統一がん患者満足度調査				
		A-48	地域統括相談支援センターの設置				
		A-49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート				
		A-50	がん経験者支援部の設置				
		A-51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長				
		A-52	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大				
		A-53	長期の化学療法に対する助成				
A-54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布						
7	がん登録	A-55	地域がん登録費用の10/10助成金化	B-23	がん登録に関わる職員の配置	C-29	がん登録法(仮称)の制定
		A-56	がん登録法制化に向けた啓発活動	B-24	地域・院内がん登録		
8	がんの予防(たばこ対策)	A-57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
		A-58	喫煙率減少活動への支援の事業			C-31	健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い)
		A-59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発				
		再	初等中等教育におけるがん教育の推進				
9	がんの早期発見(がん検診)	A-60	保険者・事業者負担によるがん検診			C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		A-61	保険者負担によるがん検診事業			C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
		A-62	がん検診促進のための普及啓発				
		A-63	がん検診の精度管理方式の統一化				
		A-64	長期的な地域がん検診事業				
		A-65	イベント型がん検診に対する助成				
10	がん研究	A-66	希少がん・難治がん特別研究費	B-26	高度医療への対応	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
		A-67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設				
		A-68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進				
		A-69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援				
		A-70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援				
		A-71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進				
11	疾病別(がんの種類別)の対策	A-72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	B-27	小児がんと希少がん	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
		A-73	子宮頸がん撲滅事業	B-28	長期生存者のフォローアップ	C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		A-74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	B-29	リンパ浮腫	C-37	特定疾患研究事業の見直し

注) 施策A-19は、昨年度施策案63を分野移動
 施策A-20は、昨年度施策案67を分野移動
 施策A-28は、本年度新規
 施策A-54は、本年度新規
 施策A-69は、本年度新規
 施策A-70は、本年度新規
 施策A-71は、本年度新規
 昨年度施策53は、A-56に統合

表：がん対策の「予算」に関する74本の提案例

	施策名	内容
全体分野1 がん対策全般		
A- 1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	調査グループが実地調査に基づき、都道府県にがん対策予算を助言します
A- 2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	コンサルティングチームが、優れたがん対策事例を都道府県に助言します
A- 3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	がん対策基金を設置し、都道府県の優れた行動計画に対して助成します
A- 4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入	がん対策の効果を検証し、客観的なデータをもとに対策に修正を加えます
A- 5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	医療者と患者・市民が協働で行う、がんの啓発活動の事業費を補助します
A- 6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	都道府県と患者団体が協働で、がん患者の講演による啓発活動を行います
A- 7	小学生向けの資料の全国民への配布	がんについてのわかりやすい啓発冊子を国が作成し、全国民に配布します
A- 8	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
全体分野2 がん計画の進捗・評価		
A- 9	がん予算策定新プロセス事業	アンケートやタウンミーティングで現場の声を集約し、予算を策定します
A- 10	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理	都道府県がん対策推進計画の進捗管理を行う予算と人員を確保します
A- 11	質の評価ができる評価体制の構築	がん医療の質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発	がん医療・検診・登録・緩和など各分野の質を評価できる指標をつくります
個別分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成		
A- 13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	必要とされる医療者数を算定し、年度別の育成計画や予算等を策定します
A- 14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	放射線治療学の専任教員数を増やし、放射線治療医の増員を促進します
A- 15	医学物理士の育成と制度整備	放射線治療医をサポートする技術系人材の育成と採用を促進します
A- 16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	講習出席による現場の負担を軽減するとともに、医療者の質の担保を図ります
A- 17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	資格所得に伴い減収・無収入期間が生じる医療者をサポートします
A- 18	専門・認定看護師への特別報酬	専門知識を有する看護職養成を図り、チーム医療と負担軽減を促進します
A- 19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	審査を行うPMDAの体制見直しや施策の検討を進め、助成金を増額します
A- 20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し	既承認薬の適用拡大について、審査を行うPMDAの体制見直しを進めます
個別分野2 緩和ケア		
A- 21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	在宅・緩和に関わる医療資源を算定・公開し、行動計画を策定します
A- 22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	再発・進行がん患者の専門病床を確保して、緩和ケア病床を増やします
A- 23	がん診療に携わる医療者への緩和と医療研修	eラーニングシステムも活用し、5年間で10万人に基本的研修を行います
A- 24	緩和と医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進	医療者が緩和ケアについて、現場で実地研修を受けられる体制を作ります
A- 25	緩和と医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化	在宅緩和と医療の関係者をIT情報網で結び、情報共有と地域連携を進めます
A- 26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討	緩和ケアの質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 27	大学における緩和ケア講座の拡大	緩和ケア講座と専任教員数を増やし、緩和ケア提供のための基盤を整備します
A- 28	緩和と医療科外来の充実	全ての拠点病院において、緩和ケアの外来とチームの設置と充実を進めます
個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)		
A- 29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	在宅ケアを行う医師の、IT情報網による地域ネットワークを各地に作ります
A- 30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	介護職・ケアマネージャー・福祉関係者に対してがんの教育研修を実施します
A- 31	在宅緩和と医療をサポートする緊急入院病床の確保	在宅療養患者の病状悪化時に、緊急かつ短期に入院できる病床を確保します
A- 32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	多くの在宅患者の看取りを行う施設が、事業を広域に行うことを支援します
A- 33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	介護施設に在宅緩和ケアチームを派遣し、介護施設での看取りを促進します
A- 34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	拠点病院と地域診療所が、個々の患者の連携について定期会議を開きます
個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)		
A- 35	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	治療成績・臨床指標・DPCデータからレポートを作成・公開します
A- 36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	学会のがん診療ガイドライン作成や、医療機関の研修会に補助金を出します
A- 37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	副作用を軽減する治療法のガイドラインを策定し、治療薬の開発も進めます

	施策名	内容
個別分野5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)		
A- 38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	拠点病院の中で重点的な取り組みを行う施設に対して、事業費を増額します
A- 39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	拠点病院強化予算に対する都道府県負担分をなくし、全額国の予算とします
A- 40	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	患者の治療やフォローアップに関するプラン作成に対して報酬を支払います
A- 41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	医療機関相互の情報連携システムを整備し、連携スタッフの配置を進めます
A- 42	がん患者動態に関する地域実態調査	がん診療体制ネットワーク内を患者がどのように移行しているかを調べます
A- 43	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発	拠点病院の地域連携機能や質などを評価できる評価手法をつくります
個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供		
A- 44	がん相談全国コールセンターの設置	24時間対応の全国コールセンターを設置し患者の療養相談に対応します
A- 45	「がん患者必携」の制作および配布	すべての新規患者に対して治療や療養に関して記載された冊子を配布します
A- 46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	外来で長期化学療法を受けている患者について、窓口負担額を減らします
A- 47	全国統一がん患者満足度調査	拠点病院にて共通調査票を配布し、集計センターで分析を行います
A- 48	地域統括相談支援センターの設置	拠点病院の既存の相談支援センターを補完し地域連携を促進します
A- 49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート	拠点病院の相談支援センターと患者支援団体の協働サポートを支援します
A- 50	がん経験者支援部の設置	がん患者の治療後の肉体的、精神的、経済的問題の支援と研究を行います
A- 51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長	長期に外来化学療法を受けている患者について、療養費貸付を延長します
A- 52	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大	患者が健康保険の自己負担分のみを窓口で支払う制度を、外来にも広げます
A- 53	長期の化学療法に対する助成	長期化学療法を受ける特定疾病患者の窓口負担を、月額1万円程度とします
A- 54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布	がんに関わる医療機関に、患者対応のあり方を記載した手引きを配布します
個別分野7 がん登録		
A- 55	地域がん登録費用の10/10助成金化	統一標準方式の地域がん登録が全国で行われることを目指します
A- 56	がん登録法制化に向けた啓発活動	がん登録の立法に向けて啓発を行い、地域がん登録の予算措置を進めます
個別分野8 がんの予防(たばこ対策)		
A- 57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	日本も締結済みである、たばこ規制枠組条約に定められた施策を実行します
A- 58	喫煙率減少活動への支援の事業	禁煙支援やその啓発、教育を行う、都道府県やNPOの活動を支援します
A- 59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	学校教員に禁煙教育を行い、校内完全禁煙を定める政令や条例を制定します
再	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
個別分野9 がんの早期発見(がん検診)		
A- 60	保険者・事業者負担によるがん検診	検診費用の市町村・受診者負担を、メタボ検診と同様に保険者が負担します
A- 61	保険者負担によるがん検診事業	モデル地域にてメタボ検診と同様に、がん検診費用の保険者負担を進めます
A- 62	がん検診促進のための普及啓発	がんに関する啓発冊子配布や学校教育を進め、がん検診への理解を進めます
A- 63	がん検診の精度管理方式の統一化	国・学会・都道府県が連携して、がん検診の精度向上を统一的に進めます
A- 64	長期的な地域がん検診事業	がん検診に理解のある地域を対象に、検診の有効性を長期的に検証します
A- 65	イベント型がん検診に対する助成	検診イベントを促進し、夜間や休日、居住地以外での検診機会を増やします
個別分野10 がん研究		
A- 66	希少がん・難治がん特別研究費	希少がんや難治がんに対する新規治療法に対して、研究予算を確保します
A- 67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	心理学や社会学など、がんの社会的な研究に対して助成支援を行います
A- 68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進	副作用対策やQOL向上につながる研究に資金を提供します
A- 69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援	集学的治療の標準治療を確立するために、大規模臨床試験を推進します
A- 70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援	がん予防や検診の有効性を検証するために、大規模長期研究を推進します
A- 71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進	患者ゲノム情報による、副作用発現予測システムを確立する研究を推進します
個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策		
A- 72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	特定のがんについて予防～緩和までの医療連携ネットワークを構築します
A- 73	子宮頸がん撲滅事業	子宮頸がんワクチン接種を予防接種法に位置付け、検診促進を進めます
A- 74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	小児がんの治療や患者、家族、長期生存者に対する支援と研究を推進します

表：がん対策の「診療報酬」に関する29本の提案例

	施策名	内容
全体分野1 がん対策全般		
B- 1	がん医療の質の評価	指標の達成率で拠点病院のがん医療を評価し、診療報酬を加算または減算します
全体分野2 がん計画の進捗・評価		
B- 2	がん医療の質の“見える化”	がん医療を評価するベンチマーキングセンターの、拠点病院への設置を評価します
個別分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成		
B- 3	放射線療法の推進	放射線治療に関わる医療従事者の配置や、各種放射線療法について加算します
B- 4	化学療法とチーム医療の推進	化学療法の専門の医師、看護師、薬剤師の配置や、治療計画管理等を評価します
B- 5	入院および外来化学療法の推進	入院、外来化学療法の評価や、外来にて患者対応を行う看護師の配置を評価します
B- 6	がんにおける診療項目の評価	手術療法の手技、術中迅速病理検査など、がんにおける各種診療項目を評価します
B- 7	高度医療	高度医療申請を診療報酬で評価し、その保険外使用に関しても保険適応します
個別分野2 緩和ケア		
B- 8	緩和ケア診療加算	外来での緩和ケア診療の加算や、緩和ケア病棟の入院基本料の引き上げを行います
B- 9	緩和ケア研修修了者の配置	一定の緩和ケア研修を修了した医療者の、医療機関への配置をさらに評価します
B- 10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	鎮痛薬治療などを出来高払いとし、緩和ケアを行うがん専門療養病床を評価します
個別分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）		
B- 11	在宅医療の充実	在宅療養支援診療所や、在宅終末期患者の緊急受け入れ病床の確保を評価します
B- 12	在宅医療ネットワークの構築	病院と在宅診療所の合同カンファレンスや、クリティカルパスの患者紹介を評価します
B- 13	医療と介護の連携	退院困難な患者の退院計画の策定や、退院後の医療と介護の連携を評価します
B- 14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成	大規模な在宅療養支援診療所や、その専門教育機関としての認定を評価します
個別分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）		
B- 15	DPCデータや臨床指標の開示	診療内容を明らかにするDPCや指標データを解析、公開する医療機関を評価します
B- 16	診療ガイドラインの推進	ガイドラインに基づく、院内クリティカルパスによる治療を行う医療機関を評価します
B- 17	セカンドオピニオンの推進	セカンドオピニオンの紹介病院のみならず、受け入れた病院も評価します
個別分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）		
B- 18	地域連携とその他の連携	地域連携クリティカルパス策定や、地域病院どうし、薬剤師どうしの連携を評価します
B- 19	がん診療体制の充実度に応じた評価	診療連携拠点病院の指定要件を満たす体制を有する、地域の医療機関を評価します
B- 20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価	がん難民の低減に向けた、診療ネットワークの構築に取り組む医療機関を評価します
個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供		
B- 21	相談支援センターの充実	相談支援センターへの相談員の配置や、研修を受けた相談員による相談を評価します
B- 22	相談支援センターと患者団体の連携	研修を受けた患者経験者による相談や、患者団体の支援を行う医療機関を評価します
個別分野7 がん登録		
B- 23	がん登録に関わる職員の配置	院内がん登録職員の配置を加算し、院内がん登録の対象とならない患者を減算します
B- 24	地域・院内がん登録	地域や院内のがん登録に参加する医療機関は加算し、参加しない場合は減算します
個別分野8 がんの予防（たばこ対策）		
B- 25	たばこ依存への治療と禁煙対策	ニコチン依存症管理料を強化し、敷地内禁煙を実施していない医療機関は減算します
個別分野9 がんの早期発見（がん検診）		
-	--	--
個別分野10 がん研究		
B- 26	高度医療への対応	基準を満たす施設にて高度医療で未承認薬を使用し、他の診療は保険適用とします
個別分野11 疾病別（がんの種類別）の対策		
B- 27	小児がんや希少がん	小児がんや希少がんを診療する医療機関での、診断や調剤などを評価します
B- 28	長期生存者のフォローアップ	長期生存者や、成人診療科での小児がん長期生存者のフォローアップを評価します
B- 29	リンパ浮腫	リンパ浮腫指導管理料の対象疾患や算定回数を拡大し、外来でも評価します

表：がん対策の「制度」に関する 37 本の提案例

	施策名	内容
全体分野1 がん対策全般		
C- 1	がん対策基本法の改正	がん対策基本法について、がん対策全般の観点で必要な改正を検討します
C- 2	医療法の改正	医療法について、がん対策全般の観点で必要な改正を検討します
C- 3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告	がん対策白書を政府より毎年国会に提出し、がん対策の現況を把握します
C- 4	内閣府にがん対策連携推進室を設置	内閣府に連携推進室を設置し、省庁横断的で一元的ながん対策を進めます
全体分野2 がん計画の進捗・評価		
C- 5	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置	拠点病院の医療の質や療養環境を評価する、第三者的な組織を設置します
C- 6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化	県のがん対策推進計画を策定・評価し、患者委員を含む協議会を設置します
個別分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成		
C- 7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)	がん治療に関わる専門医の位置づけと、その情報公開のあり方を検討します
C- 8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)	がん治療に関わる専門医の位置づけと役割を明確にします
C- 9	保健師助産師看護師法(保助看護)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)	がん治療に関わる専門・認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)	がん治療に関わる専門・認定薬剤師の位置づけと役割を明確にします
C- 11	医学物理士資格の位置づけの明確化	医学物理士の国家資格化も含めた、育成のための制度対応を検討します
C- 12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進	文科省による制度対応を通じて、医学教育での専門医養成を促進します
C- 13	コンパッション・ユース(人道的使用)制度の創設	一定の施設や条件下で、未承認薬が安全に使用できる制度を検討します
C- 14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)	保険者が認めれば、未承認薬を保険診療で使用できるルールを検討します
C- 15	高度医療の改正(国内未承認薬、適用拡大等の早期承認)	高度医療を臨床試験に取り組みやすい制度に変え、情報公開を進めます
個別分野2 緩和ケア		
C- 16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)	緩和ケアに関わる専門医の位置づけと、その情報公開のあり方を検討します
C- 17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)	緩和ケアに関わる専門医の位置づけと役割を明確にします
C- 18	保健師助産師看護師法(保助看護)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)	緩和ケアに関わる認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)	緩和ケアに関わる認定薬剤師の位置づけと役割を明確にします
C- 20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)	麻薬及び向精神薬取締法などでの医療用麻薬の位置づけを明確にします
C- 21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂	緩和ケア研修の質を高めつつ、研修を修了した医師の情報公開を進めます
個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)		
C- 22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)	大規模在宅緩和ケア診療所を規定し、地域在宅緩和ケア計画を作成します
C- 23	保健師助産師看護師法(保助看護)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)	在宅緩和ケアに関わる認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 24	介護保険法の改正	がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険性のあり方について検討します
個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)		
C- 25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置	学会や関係者が協力してガイドラインを策定する第三者的な組織を設置します
個別分野5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)		
C- 26	がん診療連携拠点病院制度の見直し	地域の实情に沿った拠点病院制度を、がん対策推進協議会で検討します
個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供		
C- 27	がん患者の就労・雇用支援	治療中や治療後のがん患者の、就労や雇用を保証する法制度を検討します
C- 28	がん患者連携協議会(仮称)の設置	地域の拠点病院と行政、患者団体が連携を話し合う協議会を設置します
再	がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置	拠点病院の医療の質や療養環境を評価する、第三者的な機関を設置します
個別分野7 がん登録		
C- 29	がん登録法(仮称)の制定	がん登録法の制定や個人情報保護法の改正を検討し、がん登録を進めます
個別分野8 がんの予防(たばこ対策)		
C- 30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)	受動喫煙防止と、たばこ規制枠組条約の順守のための法改正を進めます
C- 31	健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い)	非喫煙者に対して、保険料でインセンティブを導入することを検討します

	施策名	内容
個別分野9 がんの早期発見(がん検診)		
C- 32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正	市町によるがん検診と、健康保険によるメタボ検診等の健康診断を整理します
C- 33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)	がん検診受診者に対して、保険料でインセンティブを導入することを検討します
個別分野10 がん研究		
C- 34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価	第三者的な組織を設置し、患者を含むパネルで適正な研究費配分を審査します
個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策		
C- 35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)	子宮頸がんワクチンを予防接種法に基づく接種とし、費用を公費負担します
C- 36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度	小児がんや希少がんに対応した、疾患別の拠点病院制度と連携体制を設けます
C- 37	特定疾患研究事業の見直し	成人した小児がん経験者を、特定疾患研究事業の対象として支援します

3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要

がん WG においては、担当委員の知見は限定されていると考え、幅広く意見を聴取するため、下記のようなアンケートやタウンミーティングなどを実施した。そこから寄せられた多数の意見を、本提案書の資料編に掲載した。現場と地域の声を広く集めたという意味で、がん対策と予算を考えるにあたって、これまでにない画期的なプロセスであると考えられる。

3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート

まず、都道府県庁担当者アンケートを実施した。47 都道府県に依頼をした。この結果、31 人の回答があった。

3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート

また、都道府県がん対策推進協議会等を対象としたアンケートを実施した。47 都道府県に各県のがん対策推進協議会等委員へのアンケート転送を依頼した。これにより、委員 520 人から回答があった。

3-3 タウンミーティング

公開の席で幅広い意見を聴取することを目的に、タウンミーティングを実施した。「がん対策に関するタウンミーティング～みんなでがん対策を考えよう～」とのタイトルで、島根県、広島県、福岡県、新潟県、青森県、長崎県の 6 カ所で開催した。昨年度の開催は東京都と宮城県の 2 カ所であった。本年度の地域の選定は、(1) 開催意向を尋ねるアンケートに歓迎との意思を示した都道府県 (2) 2 月上旬までに受け入れが可能な都道府県 (3) がんの死亡率（男女計、75 歳未満年齢調整済、2008 年）が高い方から 24 番以内の都道府県——という条件から行った。

プログラムの構成は、第 1 部で、厚生労働省がん対策推進室からの「がん対策に関するタウンミーティングについて」（国のがん対策の概況とタウンミーティングの位置づけ）、県庁からの「県のがん対策の現況について」、がん WG による「がん対策に関する提案書の取りまとめについて」（提案書取りまとめプロセスと活用の概要）——の解説を行った。

休憩時間に、来場者に「ご意見シート」へ、がん対策に関する問題点と実施してほしい措置を、「予算」「診療報酬」「制度」の 3 側面から記入していただき、回収した。

第 2 部において、来場者から都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に意見を聴取した。

ご意見シートは各タウンミーティングの終わりに、中間集計を紹介した。終了時に残りのご意見シートを回収し、集計・分析を行った。

・6回合計

平成22(2010)年1月10日から2月7日にかけて6回開催した。合計579人の来場者があり、合計430枚のご意見シートを回収した。参加者の大半は当該県の居住者であったが、遠隔地からの参加者も少なくなかった。開催県からは事前広報、当日運営補助、会場選定補助などの協力を得た。日本医師会および県医師会からは会場紹介等の協力を受けた。各地の患者団体・関係者、医療関係者などから開催情報周知の協力をいただいた。地元新聞やテレビなどによる事前開催告知記事、当日開催紹介記事の掲載および報道があった。患者関係者・市民、立法(国会議員、県会議員)、行政(県庁、市職員)、医療提供者(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、がんを診療する病院、緩和ケア・在宅緩和ケアを行う医療機関などの医師・看護師・技士など)、民間関係者、メディア関係者——など、多様な参加者が一堂に会する形となる会場もあった。全般に、会場から国への意見を述べるための挙手が多数あり、活発な意見が出た。4人から6人のがんWG委員メンバーが参加し、直接意見を拝聴した。国への意見が多数集約できたことはもちろん、(1)いろいろな立場の人の意見が聞けてがん対策がよく理解できた(2)地域のがん対策関係者と関心のある人が一堂に揃ったことで、今後、地域のがん対策も活発化する——といった意見もあった。複数の会場で、終了時に「本日来場して良かったか、良くなかったかのいずれか」を挙手により表明していただいたが、いずれの会場でもほぼ全員が「良かった」に手を挙げた。「良くなかった」の挙手は見られなかった。参加者の満足度は高かったと考えられる。

・島根県

1月10日(日)に開催した。123人の来場者があり、90枚のご意見シートを回収した。

・広島県

1月17日(日)に開催した。138人の来場者があり、109枚のご意見シートを回収した。

・福岡県

1月23日(土)に開催した。73人の来場者があり、59枚のご意見シートを回収した。

・新潟県

1月24日(日)に開催した。25人の来場者があり、16枚のご意見シートを回収した。

・青森県

1月31日(日)に開催した。135人の来場者があり、90枚のご意見シートを回収した。

・長崎県

2月7日（日）に開催した。85人の来場者があり、66枚のご意見シートを回収した。

●島根県タウンミーティングのチラシ



CANCER POLICY TOWN MEETING TOKYO

～みんなでがんの施策と予算を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめワーキンググループが主催します。

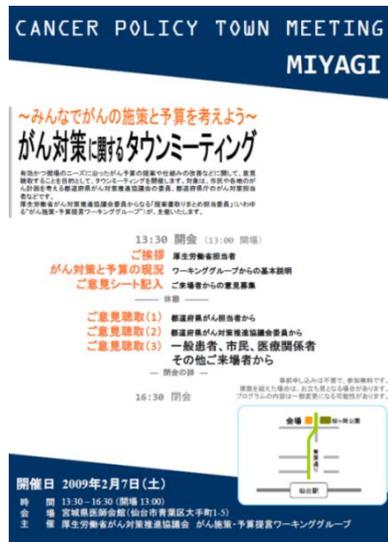
13:30 開会 (13:00 開場)
ご挨拶 厚生労働省担当者
がん対策と予算の現況 ワーキンググループからの基本説明
ご意見シート記入 ご来場者からの意見募集

ご意見の聴取(1) 都道府県がん担当から
ご意見の聴取(2) 都道府県がん対策推進協議会委員から
ご意見の聴取(3) 一般患者、市民、医療関係者
その他ご来場者から

16:30 閉会

開催日 2009年2月1日(日)
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)
会場 国立がん研究センター東横キャンパス 国際研究交流会館 3階 国際会議場 (中央区築地5-1-1 大江戸線東横駅南口徒歩1分 日比谷線築地駅から徒歩4分)
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 がん施策・予算調査ワーキンググループ

●広島県タウンミーティングのチラシ



CANCER POLICY TOWN MEETING MIYAGI

～みんなでがんの施策と予算を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめワーキンググループが主催します。

13:30 開会 (13:00 開場)
ご挨拶 厚生労働省担当者
がん対策と予算の現況 ワーキンググループからの基本説明
ご意見シート記入 ご来場者からの意見募集

ご意見の聴取(1) 都道府県がん担当から
ご意見の聴取(2) 都道府県がん対策推進協議会委員から
ご意見の聴取(3) 一般患者、市民、医療関係者
その他ご来場者から

16:30 閉会

開催日 2009年2月7日(土)
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)
会場 宮城県医師会館 (仙台市青葉区大手町1-5)
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 がん施策・予算調査ワーキンググループ

●福岡県タウンミーティングのチラシ



CANCER POLICY TOWN MEETING FUKUOKA

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめワーキンググループが主催します。

13:30 開会 (13:00 開場)
「癌のがん対策の現状」について 県庁・がん対策担当者より
「がん対策の現況と提案書」について ワーキンググループより
意見シートの記入 来場者より (ご意見募集)

ご意見の聴取(1) 県庁・がん対策担当者より
ご意見の聴取(2) 「県・がん対策推進協議会」等の委員より
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
一般来場者より

16:30 閉会

開催日 2010年1月23日(土)
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)
会場 ナースプラザ福岡 (〒812-0054 福岡市東区鳥出4丁目10番1号 地下鉄「鳥崎宮前駅」下車徒歩2分)
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

●新潟県タウンミーティングのチラシ



CANCER POLICY TOWN MEETING NIIGATA

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめワーキンググループが主催します。

13:30 開会 (13:00 開場)
「癌のがん対策の現状」について 厚生労働省・がん対策推進担当者より
「がん対策の現況と提案書」について 県庁・がん対策担当者より
「がん対策への提案書の取りまとめ」について ワーキンググループより
意見シートの記入 来場者より (ご意見募集)

ご意見の聴取(1) 県庁・がん対策担当者より
ご意見の聴取(2) 「県・がん対策推進協議会」等の委員より
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
一般来場者より

16:30 閉会

開催日 2010年1月24日(日)
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)
会場 新潟県医師会館 (〒951-8581 新潟市中央区医師会町2番町13番地)
近新潟駅方代ロバスタミナル発市内線バスで約15分 (市役所前下車)
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

●青森県タウンミーティングのチラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
AOMORI

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国の「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめワーキンググループが主催します。

—13:30 開会 (13:00 開場)—
「がん対策に関するタウンミーティング」について
「国のがん対策の現状」について
「がん対策への提案書の取りまとめ」について
ワーキンググループより

意見シートの記入 来場者より (ご意見募集)

休憩

ご意見の聴取(1) 県庁・がん対策担当者より
ご意見の聴取(2) 「県・がん対策推進協議会」等の委員より
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
一般来場者より

—16:30 閉会—

開催日 2010年1月31日 (日)
時間 13:30～16:30 (開場13:00)
会場 青森県医師会
(〒030-0001 青森県青森市南町2丁目2-1)
※青森駅より徒歩15分
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ



●長崎県タウンミーティングのチラシ

CANCER POLICY TOWN MEETING
NAGASAKI

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング

国の「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめワーキンググループが主催します。

—13:30 開会 (13:00 開場)—
「国のがん対策の現状」について
「がん対策の現状と提案書」について
ワーキンググループより

意見シートの記入 来場者より (ご意見募集)

休憩

ご意見の聴取(1) 行政のがん対策担当者より
ご意見の聴取(2) 「県・がん対策推進協議会」等の委員より
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など
一般来場者より

—16:30 閉会—

開催日 2010年2月7日 (日)
時間 13:30～16:30 (開場13:00)
会場 NOC (長崎文化放送) スタジオ
(〒852-8527 長崎県佐世町3-2 京島地区「島上町」下集会所2F)
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ



●島根県タウンミーティングの会場風景



●広島県タウンミーティングの会場風景



●福岡県タウンミーティングの会場風景



●新潟県タウンミーティングの会場風景



●青森県タウンミーティングの会場風景



●長崎県タウンミーティングの会場風景



3-4 アンケート結果

都道府県庁がん対策担当者アンケート、都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート、およびタウンミーティングご意見シートにおいて、がん対策に関する意見を集めた。都道府県庁がん対策担当者アンケートには43人の回答があった。都道府県がん対策推進協議会等委員アンケートには474人の回答があった。回答に長時間がかかる詳細なアンケート内容であったにも関わらず、合計520人もの回答があり、後述するように自由回答欄に大変多くの熱心な書き込みが多数あったことは、回答者の熱意と関心の高さがうかがえる。タウンミーティングご意見シートにおいても同様である。その内容においては、別紙、回答集を参照されたい。

これらアンケートにおける選択式の質問に関する結果は以下のとおり。

「都道府県庁がん対策担当者アンケート」と「都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート」（質問票は同じ）の回答から。なお、小数点の処理の関係上、合計が必ずしも100%とはならない場合がある。

(1) 予算：

「現状のがん対策に関する『予算』は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である13%」、「十分でない87%」であった。

(2) 診療報酬：

「現状のがんに関する『診療報酬』（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である9%」、「十分でない90%」であった。

(3) 制度：

「現状のがん対策に関する『制度（法律・政令・通達・規則などによる定めや規制など）は、十分整備されている」との問いへの回答は、下図のように、「十分である 20%」、
「十分でない 80%」であった。

(4) 予算の決定プロセス：

「現状のがん対策に関する『予算』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である 12%」、「満足でない 87%」であった。

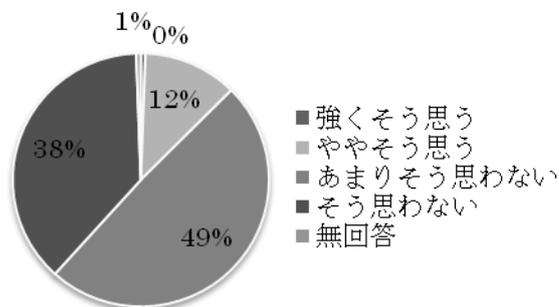
(5) 診療報酬の決定プロセス：

「現状のがんに関する『診療報酬』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である 11%」、「満足でない 88%」であった。

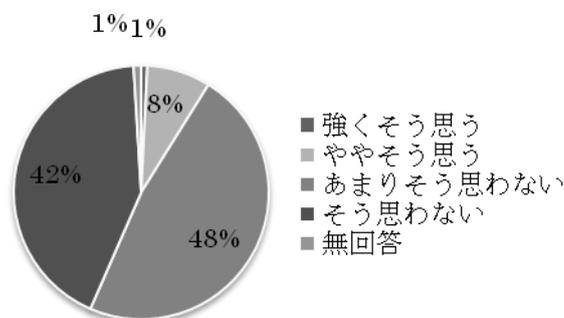
(6) 制度の決定プロセス：

「現状のがん対策に関する『制度』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である 20%」、「満足でない 79%」であった。

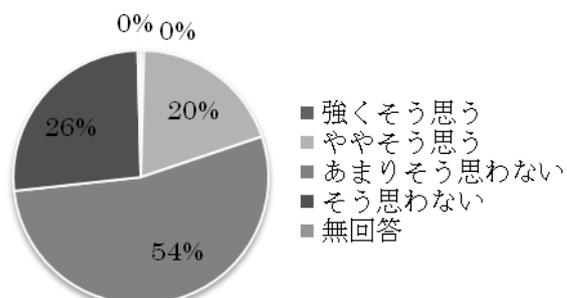
●都道府県庁がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員アンケートより



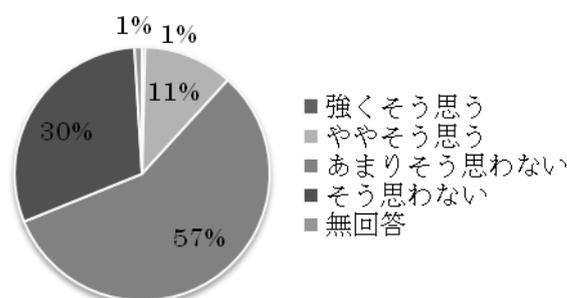
●がん対策に関する「予算」は、十分である。(回答数520)



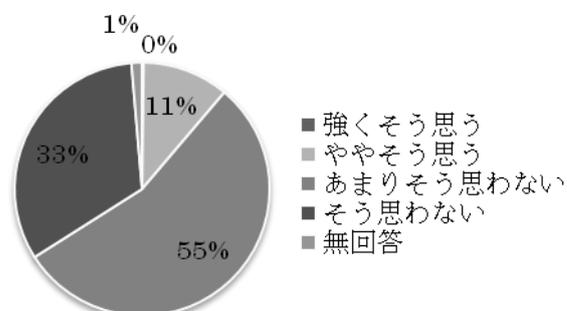
●がんに関する「診療報酬」は、十分である。(回答数520)



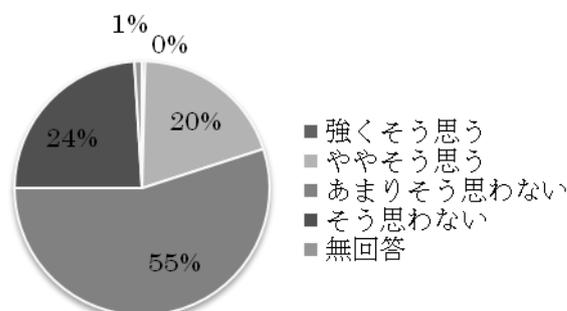
●がん対策に関する「制度」は、十分整備されている。
(回答数520)



●がん対策に関する「予算」の決定プロセスに、満足している。
(回答数520)



●がんに関する「診療報酬」の決定プロセスに、満足している。
(回答数520)



●がん対策に関する「制度」の決定プロセスに、満足している。
(回答数520)

3-5 タウンミーティングでの回答

6回のタウンミーティングでのご意見回答シートの回収は合計430枚であった。選択式の質問への回答の結果は次のとおり。

(1) 予算：

「現状のがん対策に関する予算は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である10%」、「十分でない83%」であった。

(2) 診療報酬：

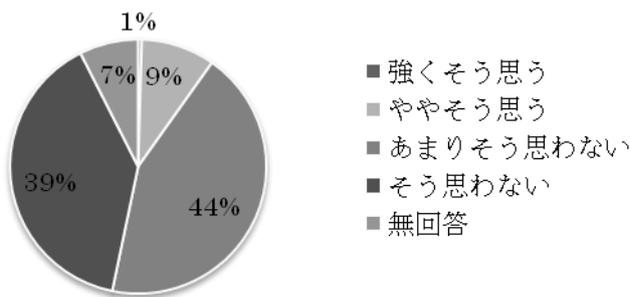
「現状のがんに関する診療報酬（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である12%」、「十分でない75%」であった。

(3) 制度：

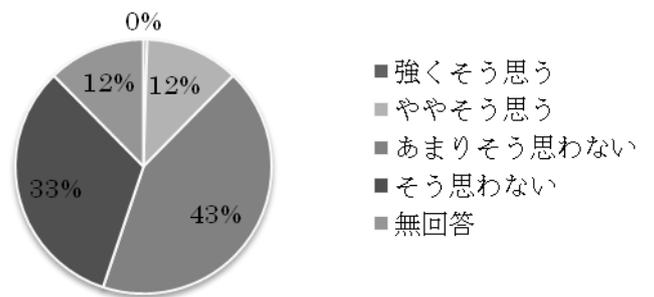
「現状のがん対策に関する「制度」（法律・政令・通達・規則による定めや規制など）に満足している」問いへの回答は、下図のように、「満足である14%」、「満足でない79%」であった。

●タウンミーティングご意見シートから

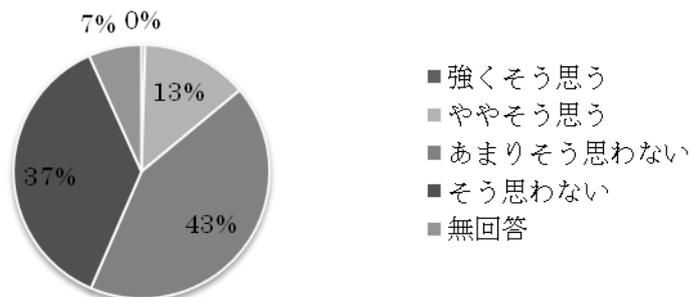
●現状のがん対策に関する予算は、十分である（回答者数430人）



●現状のがんに関する診療報酬は、十分である（回答者数430人）



●現状のがん対策に関する「制度」に満足している（回答者数430人）



3-6 考察

上記の結果から、がん対策にかかわる関係者には、がん予算は不足していると認識されている。また、がん診療に関する診療報酬も不十分と受け止められている。さらに、がん対策に関する制度に関して改善余地があると考えられている。

また、がんについての「予算」「診療報酬」「制度」のいずれに関しても、決定プロセスが不十分であるとの認識が一般的である。

回答者のうち、県庁がん対策担当者と都道府県がん対策推進協議会等委員は、がん対策を考える任にある方々で、がん対策に関して一定の知識があるとみられる。一方、タウンミーティング来場者も、がん対策に関して一定の関心があると思われる。上記のアンケートの回答は印象で回答された部分もあるかも知れないが、多くはがん対策をウォッチしている人々であるという点は軽視できない。

4 実施すべき改革（提案の骨子）

■「予算」

上記では、アンケートの選択式の設定問の回答のみ紹介したが、アンケートの自由記述式設問に寄せられた多数の意見やコメントを読むと、提案のがん対策の総論（99 ページ）で指摘するように、がん予算の策定および利用に関して、構造的な問題が横たわっていることが明らかだった。

現状では、地域の創意工夫を伸ばす仕組みにはなっていない。また、地域間の格差を助長する可能性もある。現在の仕組みでは、都道府県で財政と人員に余裕があるところの方が国の予算を使い易いという側面があるからだ。

また、国と都道府県などがん対策に取り組む当事者の間に、大きな縦割りの壁があり、同じ目標に共に取り組むものとしての共感が乏しく、相互の信頼感が少ないことも浮き彫りになった。

また、努力して先進例を作った際にも特に称賛されることもなく、一方で、がん対策に消極的で全国平均より大きく遅れていても特にとがめを受けることもない。

こうした悪しき循環を抜本的に変革し、よき循環に転換することが必要だ。すなわち、①明確な目標設定と役割分担、②壁を越えた協働作業、③創意工夫、④切磋琢磨——が生じるシステムへの移行である。

■「診療報酬」

自由記述式設問に寄せられた意見やコメントから、診療報酬の点数設定（医療行為への値付け）にも構造的な問題が浮き彫りになった。

現在のがん領域の診療報酬体系では、がん対策推進基本計画や世界の潮流で良いがん診療（予防から治療、緩和ケア、フォローアップまで含む。治療から相談・連携などまで含

む）とされる行為を行うことへの対価が十分ではなかったり、正のインセンティブが強く働く構造になっていない。むしろ、良いところ取りをしたり、楽をして収入を高めることを助長する懸念がある部分もある。

診療報酬改定においては、①医療の質の「見える化（可視化）」への参加、②診療現場での投入資源や労力を勘案した評価の推進、③個別の治療行為のみならず、判断や相談などの“ソフト面”の評価の強化、④個別医療機関の視点のみならず、地域の医療機関や医療資源の面的連携の評価、⑤進歩の速いがん診療行為の新しい標準治療などへの迅速な対応——などがさらに重視される必要がある。

■「制度」

制度面の改正に関しても、自由記述式設問への意見などにより、深刻な構造的問題が横たわっていることが明白と考えられる。これまでの制度改正や制度設計は、主に行政の主導で行われてきたため、患者・現場・地域の視点が十分に反映されていなかった可能性がある。行政が必要を感じ、行政が対応できると考える制度的対応が先行するきらいがあった懸念がある。制度面の改正には行政側は腰が重い側面もあろう。また、行政主導の制度改正の際に審議会や検討会によってその方向や内容が議論される場合が多かったが、そのあり方や機能に関しても再考の余地がありえる。集まった声や提案を集約し、制度面の対応において、まず、何を改正すると課題の解消につながるのか、その対象を洗い出して整理する必要がある。法律の改正なのか、閣議決定なのか、政省令なのか、課長通達なのか、計画の改訂なのか、医療機関の指定制度の改訂なのか、課題解消の経路を特定する作業である。

制度面の障壁が残存していると、予算投入や診療報酬上の評価の効果を減少させる恐れがある。予算投入や診療報酬上の新施策を実施する正当性の担保として、制度面での位置づけを規定しておくべき場合もある。制度面の改正をすれば、予算投入や診療報酬上の対応の規模を小さくしたり、不要になったりする場合も想定できる。

■テーマ横断的視点

79～80 ページにある推奨施策一覧表は、予算に関する 74 本の推奨施策、診療報酬に関する 29 本の推奨施策、制度に関する 37 本の推奨施策を分野別にまとめた総括表である。

これまではがん対策も予算、診療報酬、制度の側面が縦割りで検討が行われたり、要望や提案が出される傾向があった。今後は、予算、診療報酬、制度の 3 点セットでトータルに横串を通して捉え、政策を立案し、効率的で実効性がある施策を進める必要がある。

なお、施策については、医療従事者の育成、医療機関のネットワーク化などと、分野別に考えるだけでなく、がん医療の「見える化（可視化）」、「がん難民」問題の解消などの横割で捉えることが重要である。

さらに、行政政策一般において指摘されていることであるが、政策の結果についてのモ

ニター・評価を大幅に進展させることが求められる。施策によって実施する活動（アクティビティー）だけでなく、成果（アウトプット）やもたらした影響結果（アウトカム）の視点に移行していくことが重要である。また、施策や事業は追加するのみならず、継続的な評価により、仕分けやスクラップ・アンド・ビルドも行っていくべきなのは、いうまでもない。

がん対策推進協議会は、がん対策に関して、大胆なプロセスと手法の変革が必要であると考える。その際、下記の8点に留意して進めることが肝要である。

・プロセスの透明性（みんなで作るがん政策）

がん対策は多方面の当事者が参加し、国民的に高めていかなければならない。そのためには、対策および予算策定、診療報酬改定、制度改正の決定プロセスに多くの人が参加し、その決定プロセスが見え、多くの人が納得できる形でなければならず、そのための努力が必要である。本提案書の作成プロセスでは、そうした考えを導入した。そういう意味で、副題を「みんなで作るがん政策」とした。

・リーダーシップ

様々な立場からリーダーシップがあるべきだが、特に国レベルの行政と政治が率先して新しいがん対策の仕組みを構築するとのメッセージを発信し、リーダーシップを示すことが不可欠である。

・地域と現場重視

がん対策の前線は地域とそれぞれの現場にある。多くの場合、有効な対策はそこで生まれる。地域と現場を重視し、そこでの声を傾聴することを重視し、それを尊重して対策を考える。

・斬新な新施策群

がんは多くの国民の命と生活を脅かしているにもかかわらず、まだがん対策に関して、確実に有効な施策や普及策が十分に見つかっていない。その課題の大きさに鑑みて、当面はかなりの試行錯誤を許容し、創意工夫を生みだしながら、確実に有効な施策を見出していく作業が不可欠である。

・壁を破る、つなぐ

いたるところに縦割りの障壁、連携不足の弊害が見られる。壁を破り、関係者をつなぐということも多く施策の共通の基盤として実施する。

・六位一体のがん対策

がん対策は多くの関係当事者が一致団結しなければ成果を上げられない。手ごわい相手である。患者や市民、立法府（政治家）、行政（県、市区町村など）、医療提供者、民間、メディア関係者などが、いわば六位一体となって取り組むことが必要である。それを実現、補強するための施策が重要である。

・元気の出るがん対策

これからのがん対策は、「がんになってもがんと向き合い生きていける社会」を、多くの当事者が一体となって取り組むことから進展していく。その際、キャッチフレーズとなるのは、「元気の出るがん対策」である。「情報共有をしながら、力を合わせていくこと」を、多くの当事者・関係者が意識し念頭におくことが大切と考える。

・がんから改革を

本提案書が指摘する多くの構造問題は、なにもがん領域だけに見られるものではない。しかし、がん対策という大きな領域で解決しなければ他の領域でも解決は困難である。がん領域を変えることによって、他の領域にモデルを示すという発想も大切である。また、がん領域が他の領域にある好事例を導入し、それを普及させる役割も果たすべきである。

II 提案

今回の提案書作成のための意見集約においては、がん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とし、それに「がん対策全般にかかる事項」「がん計画の進捗・評価」「疾病別対策」を加えた13分野に分類して意見を集め、整理した。

このうち、「がん対策全般にかかる事項」と「計画の進捗・評価」の2分野については、がん対策全体の基盤的な位置づけにあるので、まず、この2分野を全体テーマとして取り上げる。その後、分野別の各論である11分野をひとつずつ検討する。

全体分野

- 1 がん対策全般にかかる事項
- 2 がん計画の進捗・評価

個別分野

- 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
- 2 緩和ケア
- 3 在宅医療（在宅緩和ケア）
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）
- 10 がん研究
- 11 疾病別（がんの種類別）の対策

1 がん対策の総論

1-1 全体分野1 がん対策全般

1-1-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

1-1-1-1 「予算」の推奨施策

(1) がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト [A-1]

国と地方自治体の予算編成期のズレや、相互連絡の不足、国からの助成が申請しづらいなど、国と地方自治体の予算編成上の問題により、がん対策予算に盛り込まれた施策が100パーセント活用できない問題の解消を目指す。がん対策のアドバイザー2～3人を組織し、実地調査・ヒアリングを実施。国から示されたがん対策事業を、地方自治体が使いやすいようにするための仕組み作りに焦点をあて、対応策を検討する。

(2) がん対策ノウハウ普及プロジェクト [A-2]

地域のニーズを聞くと、予算はもとより、人、経験、アイデア、けん引役、調整役もなく、資金・人・ノウハウをセットで欲しいという希望が多い。そこで、先行県のノウハウを全都道府県に浸透させるために、20人程度のコンサルティングチームを結成し、県のがん対策の企画、進捗管理、地域のステークホルダーとの調整の支援を行い、都道府県のがん対策の均てん化を行う。

(3) 都道府県がん対策実施計画推進基金の設置 [A-3]

障害者支援分野で設置された地域対策基金を参考にして、都道府県による予算措置がなくとも柔軟に活用できる「都道府県がん対策実施計画推進ファンド」を設置。都道府県がん対策推進計画のアクションプランに基づく事業に関して、都道府県からの応募申請を都道府県がん対策推進協議会が審査して選定し、10/10の助成を行い、都道府県の創意工夫を引き出す。必要に応じて全国レベルの専門家が審査などの技術的支援を行う。

(4) がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入 [A-4]

がんの治療やその対策について、科学的根拠に関する各種エビデンスが十分ではないまま、がん対策が行われている現状があり、いわゆるPDCAサイクルに基づくがん対策の評価と改善も十分ではない。がんの予防や検診、初期から終末期における治療、緩和ケア、支持療法などについて、地域連携度調査や患者満足度調査など、様々な角度から見える化（可視化）を行い、そのデータをもとに必要な施策の実施を行っていく。

(5) 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援 [A-5]

各地域にて医療従事者と患者・市民が協働してがんの予防や治療、緩和ケアなどに関する普及啓発活動を支援することで、地域が一体となってがんと向き合い、がんと闘う力を醸成することを目的として、国が、公益法人、医療機関、患者団体等が実施する公開フォーラム、シンポジウム等、がんの病態、がん検診、緩和ケア、がん登録等、がんに関する理解を深めることを目的とした事業の費用を補助する。

(6) がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン [A-6]

がんに関する普及啓発は未だ十分でなく、がん体験者による語りはがんに対する理解の促進において、大きな役割を果たし得る。そこで、都道府県からモデル地区を選び、都道府県は患者団体等と協力、または事業を委託し、患者や患者団体が、地区内の公民館、集会場や学校において患者の語りによる講演会や合唱、シンポジウムなどを開催することで、がんに関する普及啓発を進める。

(7) 小学生向けの資料の全国民への配布 [A-7]

がん検診の受診率は、20～30%と低く、国民のがん登録を認知度は10%程度であるという現状を解決するため、年齢、使用言語など、対象者の理解度に応じた、がんに関する普及啓発は必要なので、国や第3セクターなどが作成したがんに関する普及啓発資料を地方自治体、職域等を通じて、全国民に配布する。普及啓発資料の内容は、①がんの特性、②がん検診、③がん登録、④がんの治療等とする。

(8) 初等中等教育におけるがん教育の推進 [A-8]

学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要があるため、各都道府県の教育委員会が設置する研修センターにおいて、5年以内に、すべての小学校、中学校、高等学校の体育及び保健体育の教員に対するがんの特性、がん検診、がん治療に関する研修を実施し、教員の学校内禁煙を義務づけるとともに、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率0%」の実現を目指す。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

1-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) がん医療の質の評価 [B-1]

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、

緩和医療、終末期医療の各分野)の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を計算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討してはどうか。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

1-1-1-3 「制度」の推奨施策

(1) がん対策基本法の改正 [C-1]

がん対策基本法において、がん対策全般の観点から改正が必要と考えられる点について、検討を行う。なお、後述する個別の分野における制度面での対応に関して、例えば次のような推奨施策が考えられる。それぞれの内容については、個別の分野において記述する

- ①都道府県がん対策協議会の必置義務規定の整備
- ②都道府県がん対策協議会の委員に患者委員を含める規定の整備
- ③がん対策白書の策定、国会への報告規定の整備
- ④がん診療ネットワークの充実・強化に関する規定の整備
- ⑤がん患者の就労支援・雇用確保に関する規定の整備
- ⑥がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織の設置
- ⑦がん登録の法制化（又はがん登録法の制定）

(2) 医療法の改正 [C-2]

医療法において、がん対策全般の観点から改正が必要と考えられる点について、検討を行う。なお、後述する個別の分野における制度面での対応に関して、例えば次のような推奨施策が考えられる。それぞれの内容については、個別の分野において記述する。

- ①がん治療、緩和ケアに携わる専門医の位置づけの明確化
- ②医療機能情報提供制度の規定の充実
- ③がん治療に関するチーム医療の推進にかかる規定の充実
- ④地域在宅緩和ケアを行う在宅療養支援診療所に関する規定の整備
- ⑤地域在宅緩和ケア計画の策定に関する規定の整備
- ⑥診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置規定の整備

(3) がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告 [C-3]

がん対策の現況を把握し、国のがん対策の適切な推進に資することを目的として、がん対策基本法を改正し、国のがん医療の状況や政府が講じたがん対策の実施の状況と効果などについて、がん対策白書（仮称）を政府より毎年国会に提出することを制度化する。白書の取りまとめに当たっては、がん対策推進協議会による承認を必要とすることとする。

(4) 内閣府にがん対策連携推進室を設置〔C-4〕

がん対策については、省庁の壁を越えた取り組みが不可欠である。例えば、がんに関する医療従事者の育成については、厚生労働省と文部科学省の連携、がんに関する地方自治体の役割の強化については、厚生労働省と総務省の連携、がん研究の充実については、厚生労働省と文部科学省と経済産業省における、重複した研究の仕分けと拠点化の推進などが必要である。省庁横断的な連携の強化に加え、一元的ながん対策の推進を目的として、内閣府にがん対策連携推進室を設置することを、閣議にて決定する。

1-1-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策「がん対策予算の 100 パーセント活用プロジェクト」（1 億円）、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」（10 億円）については、平成 22（2010）年度予算において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は都道府県がん対策の推進にあたって、国と都道府県の予算編成上のミスマッチや、がん対策メニューの均てん化を図るための施策である。一方で上記事業は、「緩和ケア研修事業」「医療提供体制等の強化」「がん検診実施体制等の強化」「効果的ながん情報の提供」（昨年度「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」）のために都道府県が実施する事業であり、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「都道府県がん対策実施計画推進基金の設置」（基金額・1000 億円）、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」（0.8 億円）、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」（2 億円）についても、「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディアなどが、いわば「六位一体」となって取り組むべき施策でがん対策の先進県とされる地域では一定の成果を上げつつある施策であるにもかかわらず、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん対策への PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」（1 億円）については、平成 21（2009）年 10 月末日を提出期限として各都道府県より提出された「がん対策に関する主な取組」（いわゆるアクションプラン）が対応しているとの指摘があるが、その実行、評価、改善に至るサイクルの担保が不透明であり、アクションプランの提出のみをもって PDCA サイクルが機能しているとは言い難い。推奨施策「小学生向け資料の全国民への配布」（30 億円）、「初等中等教育におけるがん教育の推進」（10 億円）についても、予算措置がされて不明確であり、厚生労働省と文部科学省の連携も必要である。

1-1-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「がん医療の質の『見える化（可視化）』と「がん医療の質の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定においては若干反映されていると考えられる。例えば、DPC における「調整係数」の段階的な廃止に伴い、その一部を新たな「機能評価係数」に置き換え、評価することとされている点が挙げられる。特に「機能評価係数」の中で、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）は、「地域がん登録」への参画を含めて評価するものであり、がん医療の質の「見える化（可視化）」に不可欠な基盤である「地域がん登録」の推進が従来にはない形で診療報酬の評価として取り入れられている。DPC によるがん医療の質の評価については、「がん医療の質の見える化と評価」の観点からも、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて中医協が示した「視点」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに該当すると考えられる。新しい考え方が含まれる推奨施策であるが、次回改定において改めて検討されることが必要と考えられる。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策におけるベンチマーキングセンターの役割や機能評価の指標のあり方について、一定の考え方の整理をしておくことが必要である。

1-1-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

1-1-2-1 意見の要約（問題点）

i 予算の不足

- ・国のがん対策予算の財源が不足している
- ・国のがん予算の規模がまだまだ足りない
- ・都道府県の予算がひっ迫している

ii 補助の仕組みの問題

- ・補助事業の費用を国が 100%負担しているわけではない
- ・補助金の使用が義務ではなく県の選択に任されている
- ・補助率の問題（2 分の 1 を都道府県が負担するケースが多いが、都道府県にその財源がない）
- ・国は単年度予算なので、都道府県は複数年度の計画で進めたい場合は、国に頼らずにやろうとする

iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・県と国の年間スケジュールがミスマッチを起こしている

- ・国の予算が変化する（8月の概算要求の段階と12月の予算案で内容が変わるので、県は急ぎ対応しなければならない）
- ・地方や現場のニーズを吸い上げずに予算案が作られる。対話の仕組みがない
- ・政府予算案で決まった事項について情報提供が不十分なので都道府県が対応しにくい

iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策関係部署の人員が少ない
- ・都道府県などの地方自治体に、がん対策を進めた経験のある人材が不足している
- ・知識移転の問題（好事例を十分に共有する仕組みがない）
- ・助成金事業実施要綱などが現場ニーズと合わない制限条項を付けている

v その他

- ・独立行政法人系以外の拠点病院の整備費の県負担が2分の1
- ・院内がん登録実務者の補助金が非常勤のみ対象になっている
- ・専門研修の経費が補助対象になっていない
- ・合同の拠点病院による市民公開講座で予算を合算できない
- ・研修会講師に対する時間外手当等がなされない
- ・国立がんセンターや学会等参加費用のための旅費、参加費の病院負担、研修会の時間外勤務手当が病院負担になっている
- ・文部科学省、厚生労働省それぞれの予算を他の事業では使えない

1-1-2-2 意見の要約（改善案）

1-1-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

i 予算の不足

- ・国のがん対策予算を大幅に増額する
- ・都道府県の予算がひっ迫していてもがん対策予算が補助される仕組みにする

ii 補助の仕組みの問題

- ・都道府県のがん対策予算のうち、補助率10分の10（国の全額補助）の項目を増やす
- ・がん対策の実施と予算の執行が義務的となるようにする
- ・国が3年度程度の実施計画を示し、その対象となる予算に関しては3年度継続して実施することを原則とする

iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・都道府県にニーズを聞いてから予算編成をする。都道府県などと十分な意見交換をしながら予算編成を進める
- ・国が8月の概算要求段階の予算項目の内容を、都道府県によく説明するようにする

- ・政府予算案で決まった事項について、都道府県などに説明会を実施して詳しい情報提供を行う

iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策管轄部署を支援する共同チームを作る
- ・都道府県、地方自治体を対象に、がん対策に関する取り組みを教育する研修制度を作る
- ・がん対策の好事例を十分に共有する研修会などを開催する
- ・助成金事業実施要綱などを柔軟化し、現場ニーズに合わせる

v その他

- ・事業内容を決めるのではなく、補助先の計画に応じた補助を行い、結果を審査する
- ・介護福祉分野とのがん対策予算の連携
- ・在宅緩和ケア関連にかかる健康局と医政局のがん対策関連予算の一本化
- ・診療報酬改定時ながん診療に関する報酬に対する十分な手当てを考慮することも重要である
- ・地域毎に解決すべき課題・優性順位を示した上で国での有効な予算措置を
- ・各都道府県の申請分は経費節減ができた部分は繰り越しできる仕組みを
- ・文部科学省、厚生労働省の間のがん対策予算の流動的、合理的な運用を可能にする

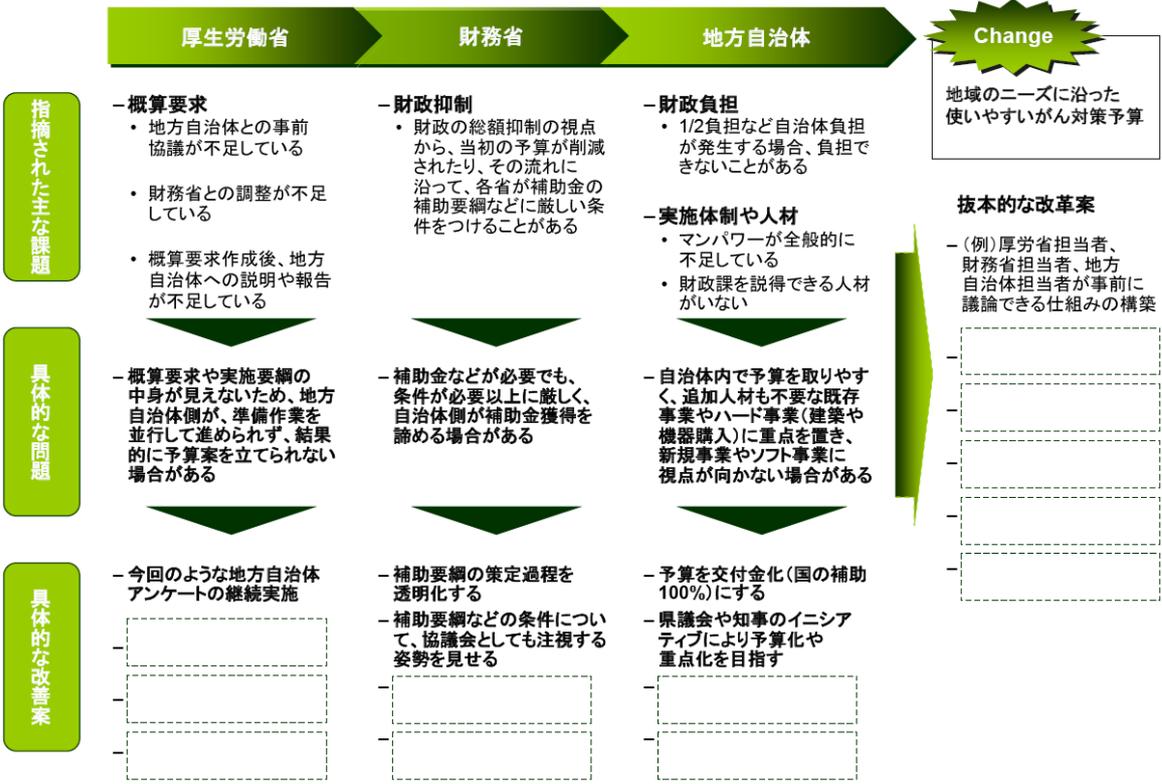
1-1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん診療全般が黒字になるように診療報酬を底上げする
- ・医療の質や技術を反映した診療報酬の評価の仕組みを導入する
- ・がん診療連携拠点病院の体制に関するがん診療連携拠点病院加算を増やす

1-1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

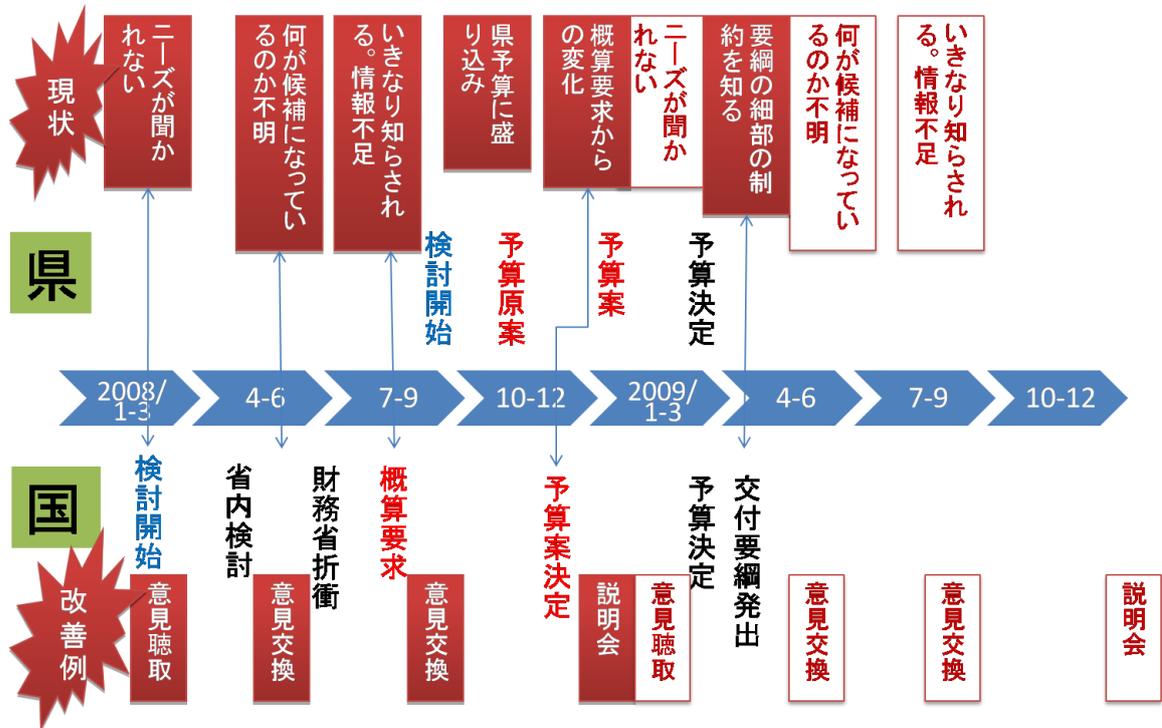
- ・がん診療にかかる医療体制の分化・連携をより促進するため、医療法における必要な改正を行う
- ・がん対策の進捗管理をより明確にするため、がん対策基本法における必要な改正を行う
- ・国のがん対策を組織横断的、制度横断的に推進する組織体制を整える
- ・国立がんセンターが、がん対策の司令塔の役割を果たせるように必要な組織改正を行う
- ・都道府県のがん対策の進捗状況が一望に見える仕組みをつくる

地方自治体からの声(見えてきた課題と解決策)



出典：ヒアリングからがんWGが作成

●予算編成における 県と国の年間スケジュールのミスマッチ



出典：ヒアリングからがんWGが作成

1-1-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

1-1-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・年を越えての執行も可能にしてほしい。国 1/2、県 1/2 を国 10/10 にしてほしい（医療提供者）
- ・複数年度の予算確保が必須です。人件費の場合、特に大切なことと考えます（有識者）
- ・がんは子どもから老人まで罹患するのに、かけられている費用は少ない（患者関係者・市民）
- ・PDCA（計画、実行、評価、改善）のサイクルが回っていない。目標設定プロセス、評価を明確にしていない。厚生労働省が数値を出したからない（患者関係者・市民）
- ・人材不足で事業の執行が不十分な状況です（行政）
- ・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（行政）

1-1-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

1-1-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・国から地方へ、事業構想段階で情報提供を行い、要望調査を行うべき（行政）
- ・夢のある施策立案。施策案をカタログ化して人気投票する（有識者）
- ・地方自治体における政策立案能力の向上。複数の地方自治体の集合体によるがんネットワークの形成と政策立案の予算を確保（有識者）
- ・都道府県レベル、市町村レベルでのタウンミーティングの頻回の開催（患者・市民）
- ・拠点病院、他の医療機関、医師会、行政、患者（会）などが、予算について話し合う場を作り、もっと一般の人への報道を告知することで、理解と支援をしていただき、予算の必要性を訴える（患者関係者・市民）
- ・がん対策に日本がどの程度の予算を組んで取り組んでいるのか、一般国民には見えにくい。そのため意識改革につながっていない。年齢層に合わせた情報提供のあり方を（医療提供者）
- ・国の予算化プロセスの「見える化（可視化）」と都道府県の担当者のコミュニケーション強化——連絡協議会／説明会の設置（患者関係者・市民）
- ・本当にみんなで考える予算作りを行いましょう（その他）
- ・行政職員幹部での人材の育成、がん対策の理解促進（行政）

1-1-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・医療全般について診療報酬をアップし、病院経営や医師、医療者が安心できるようにし、

その中でがん関連の診療報酬をアップしていく（患者関係者）

- ・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（医療提供者）
- ・病院経営者に、がん対策を整備することに関して、経営上のメリットを感じさせるようにする（医療提供者）
- ・先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている（患者関係者・市民）
- ・診断の技術や治療の成績を反映できる診療報酬体系を確立してほしい（その他）

1-1-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・各都道府県のがん対策の進捗状況がバラバラである。担当者の国レベルでの研修がない。他県との交流が難しい
- ・国の中での予算の優先順位を決定する際、国民世論を参考にしていくシステムを構築していく（行政）
- ・予算編成をする前に、ブロックごとのヒアリングなどを実施し、体制がとられている県とそうでない県との評価は別にする（行政府）
- ・がん対策基本法後に（大学病院やがん拠点病院）に設置された“腫瘍センター”は極めて低い評価しかされていない（医療提供者）
- ・（がん診療の）質を評価する制度が必要（医療提供者）
- ・地域医療再生計画（と地域医療再生基金）の中のがん対策を盛り込むべきと考える（医療提供者）
- ・国や府県のがん対策に責任を持ち、推進するための組織、制度を整備すべきである。縦割りではなく政府を挙げて取り組める横断的組織が必要（その他）
- ・がん対策に関する、国と都道府県、市町、医療機関、医療保険者の責務を明確にする（行政）

1-1-4 分野内の横断的検討（再掲）

「がん対策基本法の改正」〔C-1〕や「医療法の改正」〔C-2〕により、がん対策全般や各分野において必要と考えられる制度改正を網羅、検討することともに、「がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告」〔C-3〕や「内閣府にがん対策連携推進室を設置」〔C-4〕により、国のがん対策の全体像についての「見える化（可視化）」と、省庁横断的ながん対策を行うにあたっての基盤整備を行う。

「がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト」〔A-1〕と「都道府県がん対策実施計画推進基金」〔A-3〕により、都道府県がん対策を推進するにあたっての財政的な裏付けを確保し、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」〔A-2〕と「がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」〔A-4〕により、都道府県がん対策推進計画の実効性の

担保とブラッシュアップを図る。また、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」〔A-5〕と「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」〔A-6〕、により、患者と医療従事者、行政などが一体となって、がん全般にわたる普及啓発を広く行うとともに、「小学生向け資料の全国民への配布」〔A-7〕と「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、学校教育の場からがん全般にわたる普及啓発を広く行う。そして、がん医療全般の質の評価を進めるために、診療報酬において「がん医療の質の評価」〔B-1〕を行う。

なお、本分野は全体分野2「がん計画の進捗・評価」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

1-2 全体分野2 がん計画の進捗・評価

1-2-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

1-2-1-1 「予算」の推奨施策

(1) がん予算策定新プロセス事業 [A-9]

現状のがん対策では地域や現場のニーズが吸い上げられておらず、地域では予算はもとより、人材もノウハウも不足している。がん対策推進協議会がんWGを常設とし、都道府県がん対策推進協議会委員、学会、職能団体、当事者団体等への意見聴取、各地でのタウンミーティング、都道府県がん対策担当者を対象とする予算獲得・政策立案に関する実践講座研修などを行う。

(2) 都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理 [A-10]

都道府県がん対策推進協議会などにおいて、都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行う時間を十分に確保し、事務局および委員が計画策定・目標管理手法を理解したうえで、都道府県がん対策推進計画の実実施計画や評価の作成にあたるよう、外部のコンサルティング企業等に事務局を設置し、専任職員が協議会にかかる連絡・調整、調査を行うための運営経費を補助する。

(3) 質の評価ができる評価体制の構築 [A-11]

がん対策推進基本計画の個別目標の指標は、インプットが中心であるため、がん医療の質、患者満足度の向上といったアウトカム指標を策定するとともに、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次総合戦略研究事業において、がんの医療の質等を研究するため、心理学、介護学、社会学等の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん医療等の質の評価ができる体制を構築する。

(4) 分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発 [A-12]

第3次総合戦略研究事業において、がん医療、がん予防、がん検診、がん登録、緩和ケア等の分野別施策ごとに、質の面の評価を行うため、新たな研究班（もしくは研究分野）を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん対策推進基本計画の分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標を開発する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

1-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) がん医療の質の“見える化” [B-2]

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行う第三者的な組織としてのベンチマーキングセンターを設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

1-2-1-3 「制度」の推奨施策

(1) がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織の設置（ベンチマーキングセンター）の設置 [C-5]

がん診療連携拠点病院を対象に、第三者的な組織によるサイトビジット（施設訪問）を伴う機能評価を行い、拠点病院の指定要件、症例数、治療成績を中心に、組織運営や地域連携、医療の質および安全の確保、療養環境、相談支援および情報提供などに関して、質の担保を確保することを目的とする第三者的な組織を設置し、安定的に運営するため、がん対策基本法の改正を行う。

(2) 患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化 [C-6]

がん対策基本法にて、国のがん対策推進協議会については、その設置と患者関係委員を含む委員の構成などについて定められているが、都道府県がん対策推進協議会については規定がなく、その設置や委員構成に関して対応が異なり、都道府県がん対策において格差が生じる可能性がある。がん対策基本法の改正により、国のがん対策推進協議会と構成及び人数が同程度の「都道府県がん対策推進協議会」の規定を設けるとともに、各都道府県がん対策推進協議会委員が集まり意見交換を行う、全国会議の設置を検討する。

1-2-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」（1 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）にて対応しているとの指摘があるが、推奨施策は単に都道府県がん対策推進協議会を開催するのみならず、協議会が主体となって都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行うことを目的としている。一方で上記事業は、「緩和ケア研修事業」「医療提供体制等の強化」「がん検診実施体制等の強化」「効果的ながん情報の提供」（昨年度「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」）のために都道府県が実施する事業であり、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん予算策定新プロセス事業」（1 億円）については「がん対策・評価分析経

費」(新規)が計上されており、推奨施策を若干、反映していると考えられる。「質の評価ができる評価体制の構築」(1億円)、「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」(1億円)については、研究費にて対応が予定されているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

1-2-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

1-2-2-1 意見の要約(問題点)

- ・ 都道府県がん対策推進計画のアクションプランが策定されていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の工程表が作成されていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価組織が明確になっていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の進捗管理をすべき、都道府県がん対策協議会が開催されていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画を誰が評価するのかははっきりしていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画を評価できる人材が少ない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の進捗を評価する指標が決まっていない(開発されていない)
- ・ 患者満足度調査がされていない

1-2-2-2 意見の要約(改善案)

1-2-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)

- ・ 都道府県がん対策推進計画のアクションプランを策定する
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価組織を作る
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価尺度を明確にする
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価者を育成する
- ・ 患者満足度調査を実施する
- ・ 幅広い関係者が集まって都道府県がん対策推進計画のアクションプランを考える会を設け、その開催費用を予算化する
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価尺度を開発する費用を予算化する
- ・ 都道府県がん対策推進計画などの進捗状況に応じ、国庫補助金をスライドさせる仕組みを導入する
- ・ がん診療連携拠点病院が実施計画を作成し、それに対して助成金を出し、達成度に見合った分だけを支給する
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価者を育成するための予算を確保する
- ・ 患者満足度調査を実施する予算を確保する

1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・提出する医療機関に対して評価を行う
- ・がん医療の質のデータを収集して評価し、住民への情報公開を実施するベンチマーキングセンターに、がん診療連携拠点病院等が参加することを、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる
- ・治療に投入される労力による原価計算を行い、それを参考に手術等の診療報酬の評価を行う考えを取り入れる

1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・「がん対策推進基本計画」の大幅な改正を行い、特に進捗評価についてより具体的な記述を増やす
- ・「がん診療連携拠点病院」のあり方と制度を抜本的に見直す
- ・拠点病院などががん治療病院の治療成績や治療内容を収集し、公表するベンチマーキング（指標比較）センターを設置する
- ・都道府県のがん計画の進捗評価を行える専門家チームを設置する（意見集約より）
- ・二次医療圏ごとになんに関する地域医療再生計画を策定し、がん医療再生基金を設置する

1-2-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

1-2-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・計画策定時点で、具体的な工程表を作成していない県が多い。進捗管理ができるか疑問（患者関係者・市民）
- ・計画策定後、県のがん対策推進協議会が開催されていない（患者関係者・市民）
- ・評価組織を整備すべき（医療提供者）
- ・計画の評価機関が明確でない（患者関係者・市民）
- ・具体的で測定可能な中間目標の諸数値が示されていない（医療提供者）
- ・明確で誤解のない方針を出し、評価には各分野から委員を選出して、偏りのない評価を行うことが大切である（医療提供者）
- ・計画の評価は患者がすべきで、がん対策満足度調査を、患者や遺族から行うべきだが、医療機関からの協力が得られない（患者関係者・市民）

1-2-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

1-2-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・計画の進捗状況を県民に伝える必要がある。情報の公開がなければ、県民の計画への関心、またがん対策そのものへの関心が低下してしまう（患者関係者・市民）
- ・地域ごとに、県境を越えて患者・行政・医療関係者による「がん対策アクションプラン交流会」を開催し、評価と改善を行う（患者関係者・市民）
- ・国立がんセンターがん対策情報センターを強化し、がん対策の進捗状況を客観的な諸数値をがん対策推進協議会に報告できるようにする（医療提供者）
- ・「療養生活の質の向上」を評価する方法を開発する必要がある（医療提供者）
- ・全国の計画がどこまでできているのか公表すること（患者関係者・市民）
- ・計画の進捗評価は速やかにを行い現場にフィードバックすべき（医療提供者）
- ・各委員に目標管理手法を徹底教育する（患者関係者・市民）
- ・進捗状況を評価検討する機会を国、都道府県ごとに開催する仕組みが必要（患者関係者・市民）
- ・各都道府県に進捗状況を同じ時期に公表させ、次年度に反映させる仕組みを作る。良い計画には10/10国庫助成金を出す（患者関係者・市民）
- ・計画の達成度の評価をして、応分のメリットを与える（医療提供者）
- ・拠点病院に対して、基準達成に向けた計画を達成させ、計画に見合った予算だけを支給して実施状況はしっかり監督する（医療提供者）
- ・県内のがん診療連携拠点病院、がん相談支援、情報提供などのレベルを客観的に評価する指標を明らかにする。一般市民・がん患者に、どの程度の予算をもらい、何を進めるかを、各病院が明確にする（有識者）
- ・行政、民間諸団体、医療・保健・介護・福祉施設（機関）、県民からなるがん対策県民会議を立ち上げるべき。がん対策県民会議の予算措置をする（医療提供者）
- ・県としてプランの進捗状況を検証するための予算（医療提供者）
- ・一般市民や多数の患者さんに「がんの施策と予算を考える」ことの重要性を知ってもらうための啓発をしてほしい（患者関係者・市民）

1-2-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・医療の質を評価しそれに応じた診療報酬を配分する。専門医などの労に見合った診療報酬を配分する（医療提供者）
- ・実際に投入される労力と時間に比例して医療費を配分すべき（医療提供者）
- ・疾病ごとの原価計算の値を全国的に調査して典型例を出し、そこから手術点数を決める（医療提供者）
- ・むやみに要望するだけでなく、現状とエビデンスデータによる主張をする（医療提供者）

・一般市民、受診者家族にわかりやすく、がんに関する診療報酬上の項目に関する情報を提示する（医療提供者）

1-2-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・がん対策推進基本計画のレビューと次期計画での改善について、実施要領や通達などで明示すべきである（患者関係者・市民）
- ・患者本位のがん医療体制の基本は、正確な情報の収集と解析と発信。そのために、各都道府県に公正・中立の第3セクターの情報センターを設置する（患者関係者・市民）
- ・末端の地域拠点病院からも委員を入れて、地方の医療現場の現実に即した制度を構築してほしい（医療提供者）
- ・医療内容のランキング化。国民に日本の現状を理解していただかないと、日本型のがん医療を計画・実践できない（その他）
- ・各県を国がきちんと評価して、その指標や内容をオープンに情報公開してほしい（医療提供者）
- ・PDCA（計画・実行・チェック・改善）サイクルを制度で担保する（医療提供者）

1-2-4 分野内の横断的検討（再掲）

「患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化」〔C-6〕により、協議会が都道府県がん対策推進計画の実効性を評価、改善する制度を整えるとともに、「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」〔A-10〕により、協議会が主導して計画の実効性を確保していく。

計画を評価するにあたっては、「がん診療連携拠点病院の進捗評価を行う第三者的な組織（ベンチマーキングセンター）の設置」〔C-5〕により、拠点病院のがん医療の質を評価する基盤を整備し、あわせて「質の評価ができる評価体制の構築」〔A-11〕や「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」〔A-12〕を進め、指標の開発とその指標に沿った評価ができる体制の構築を進めるとともに、診療報酬においても「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕により、指標を収集・分析するベンチマーキングセンターを評価する。

なお、本分野は全体分野1「がん対策全般」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

2 個別分野

がん対策の個別 11 分野について、下記に順次、提案と集まった意見の要約について述べていく。分野は次の 11 点である。

- 1 放射療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
- 2 緩和ケア
- 3 在宅医療（在宅緩和ケア）
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）
- 10 がん研究
- 11 疾病別対策

2-1 分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

2-1-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-1-1-1 「予算」の推奨施策

- (1) がんに関わる医療従事者の計画的育成 [A-13]

医療従事者の不足は、がん医療においても大きな影響を及ぼしている。国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者数を算定し、そのデータをインターネット等を通じてわかりやすく一般に公開するとともに、一定期間で達成するための年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するための情報収集・分析とその公開を行い、医療従事者の不足の解消とがん医療の均てん化を図る。

- (2) 放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離 [A-14]

放射線治療医の不足が指摘されているにもかかわらず、全国 80 の医学部において、放射線治療学講座のある大学や、講座はないものの放射線治療学専任教授が在職する大学は限られている。医学部における放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離を進め、文部科学省より必要な組織定員措置や財政措置を講じて、放射線治療学の専任教員数を増員する。

(3) 医学物理士の育成と制度整備 [A-15]

放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には10年以上の期間が必要とされる。そこで、放射線治療医をサポートする技術系人材の採用を促進し、このギャップを解消することを目的として、医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う放射線物理の専門家である、医学物理士の国家資格化も視野に入れた検討・調整を進めるとともに、診療放射線技師資格との関係の明確化を図る。

(4) がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム [A-16]

がんの薬物療法（化学療法）に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師にとって、専門分野や資格更新の学習・試験について、講習会等に参加するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。全国各地から自分の時間の都合に合わせてアクセスできるeラーニングシステムを構築するために、厚生労働省より委託された団体が事業を行い、資格更新を目的としたeラーニングによる試験を実施する。

(5) 専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設 [A-17]

がんに関連する専門資格を取得する際に無収入（減収）期間が生じる医療従事者に、経済的支援を行うことで、専門資格を有する医療者の養成を促進することを目的として、がんに関する専門医、専門看護師、認定看護師等のがんに関する専門資格を取得しようとする希望者を募集し、審査の上、奨学金を貸与する。資格取得後の勤務によって、返済金の減額や免除も行う。

(6) 専門・認定看護師への特別報酬 [A-18]

がんの治療およびケアにおいて、専門・認定看護師の果たす役割は大きいにもかかわらず、その専門職に対する報酬は十分ではない。また、医師等の不足による限られた医療資源の中で、専門・認定看護師を含むチーム医療が促進されることで、職種ごとの負担が軽減される必要がある。専門・認定看護師に対して、特別報酬を支払う施設に対して助成を行うとともに、診療報酬を加点する。

(7) 抗がん剤の審査プロセスの迅速化 [A-19]

未承認薬使用問題検討会議にて早期に治験を開始すべきとされた治療薬の中に、5年近く経過しても治験に着手出来ていないものもあり、審査プロセスの迅速化に対する要望はきわめて強い。医薬品審査業務を行う医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制見直しなど実効性のある施策を検討し、国外での初上市后、1年以上開発に着手されない治療薬ゼロを目指し、一元的な管理と助成金の増額を講じる。

(8) 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し [A-20]

抗がん剤について、既承認薬に対する対象疾患の適用拡大について、これまでの適用拡大に係る承認申請や審査のあり方を見直すとともに、がん以外の他の疾患に関わる医薬品とは異なる審査プロセスの検討や、医薬品審査官の増員、医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制見直しなど、実効性のある施策を検討するため、検討会を設置し、予算措置等を講じ、適用拡大までの期間の短縮を目指す。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 放射線療法の推進 [B-3]

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行ってはどうか。また、放射線療法における治療計画の策定、ファントム模型などによる照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）などの高精度外部照射、アイソトープ内用療法、小線源治療などで使用する放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をしてはどうか。

(2) 化学療法とチーム医療の推進 [B-4]

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行ってはどうか。また、レジメン（投与計画）委員会における化学療法のプロトコル（治療計画）管理や危険製剤の処理について、新たに評価を行ってはどうか。

(3) 入院および外来化学療法の推進 [B-5]

入院化学療法についても、十分な評価を行ってはどうか。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討してはどうか。

(4) がんにおける診療項目の評価 [B-6]

専門医により質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法における技量の必要な手技を細分化して点数を加点することについて、新たに評価してはどうか。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、キャンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をしてはどうか。

(5) 高度医療 [B-7]

高度医療の実施医療機関の基準を全国で一律化し、要件に適合する医療機関においては、

高度医療に関する患者負担を軽減し、高度医療申請に関しては診療報酬として加算、あるいは薬剤の保険外使用に関して適用とするだけでなく、副作用対策などに関しても評価してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-1-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 医療法の改正（がん治療に関わる専門医の位置づけの検討）〔C-7〕

現在の診療科名は、一般的な診療科と専門性の高い診療科が混在し、臓器別になっている。がん治療に関わる各種の専門医・認定医制度については、その位置づけが不明確であり、またがんの種類や治療分野により特性があるため、明確な位置づけがされていない。現在のがん関連3学会と医師会によるがんに関わる専門医の位置づけを明らかにしたうえで、国民に分かりやすいものに整理する必要がある。また、がんに関する専門性を有する医師が勤務していることを公開できるよう検討を行う。医療機能情報提供制度においても、がん治療に関わる各種専門医・認定医について、その位置づけや専門領域、チーム医療の有無を明らかにしたうえで、これらに関する情報（専門とするがん腫、専門医・認定医の数など）の公開について、がん診療連携拠点病院と同等の内容の情報を公開する方向で検討する。また、医師、看護師、薬剤師、医学物理士（仮称）等、がん診療に携わる各種の医療関連職種間の連携を強化し、公開する方向で整備する。

(2) 医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）〔C-8〕

がん治療に関わる各種の専門医制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門医資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、医師法においてがん診療に関わる専門医制度を規定し、患者数や施設数から必要な専門医数、専門施設数を算出し、専門医のみに可能な医療技術や投薬のあり方を検討するとともに、がん診療に関する専門資格を公表できるようにするなど、その位置づけを明確化する。

(3) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）〔C-9〕

がん治療に関わる専門・認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っているが、専門資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法の改正を行って専門資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍にがん診療に関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に化学療法でのチーム医療における看護師の役割をガイドライン等で規定し、看護師の裁量権を拡大して、医師の包

括的な指示の下に一定の医療行為が行えるよう、医師法と保助看法の改正を検討する。

(4) 薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）〔C-10〕

がんに関わる専門・認定薬剤師制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、薬剤師法において専門資格を規定し、薬剤師名簿にがん診療に関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に化学療法でのチーム医療における薬剤師の役割をガイドライン等で規定し、チームにおける薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と保助看法の改正を検討する。

(5) 「医学物理士資格の位置づけの明確化」〔C-11〕

放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には10年以上の期間が必要とされ、技術系人材の採用の促進によるギャップの解消が必要である。放射線治療にかかる医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う医学物理士については、一般財団法人医学物理士認定機構が独自認定を行っているが、位置づけが不明確であることで、資格取得者増加のペースが不十分である。そのため、国家資格化を含めて、何らかの制度的対応による位置づけの明確化を検討する。

(6) 放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進〔C-12〕

各大学医学部、医科大学において、放射線療法および化学療法の担い手の養成を加速するため、文部科学省において大学運営費交付金の制度を見直すことにより、放射線治療学講座、腫瘍内科学講座の設置を促進するとともに、がん対策推進基本計画での対応も検討する。

(7) コンパッションエート・ユース（人道的使用）制度の創設〔C-13〕

開発中の新薬については、臨床試験（治験）に参加して使用するのが原則であるが、がん患者の中には、臨床試験への参加を希望しても参加条件に合わず、臨床試験を受けられない場合がある。代替の治療法がない患者、または臨床試験終了後から承認までの期間中に、すでに臨床試験で有効性が示された条件を満たす患者の救済を目的として、一定の基準を満たす医療機関にて、安全性の確保に十分配慮をしたうえで、国内外ですでに一定のエビデンスのある未承認薬などの使用を、一定条件で認めるコンパッションエート・ユース（人道的使用）制度創設の検討を行う。

(8) 適用外薬の新たな保険適用制度の創設（ルール化）〔C-14〕

既承認薬の適用拡大については、新たに臨床試験（治験）や承認審査が必要となり、国内での大きなドラッグラグの原因となっている。米国では、FDA（食品医薬品局）が未承認で

あっても、保険者が認めれば保険診療下で使用できるルール（コンペンディア方式）を設けている。国内でも同様に、診療報酬支払基金が平成 19（2007）年 9 月に 47 品目、平成 21（2009）年 9 月に 33 品目を適用拡大（保険適用）した例があるが、こうした仕組みを明確なルール下で制度化する。

(9) 高度医療の改正（国内未承認薬、適用拡大等の早期承認）〔C-15〕

国内未承認薬については、その高度医療の実施医療機関の適用基準を、化学療法に関わる専門医や専門職の配置も含めて全国一律化し、要件に適合する医療機関においては、承認薬の適用拡大を視野に入れた全国多施設共同での臨床試験などに取り組みやすい制度とするために、高度医療制度を改正する。また、高度医療に関わる情報を公開し、患者からも適用外薬品の現状が把握され、参加しやすいプロセスとする。

2-1-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策「がんに関わる計画的育成」（5 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において新規事業として「がん医療に携わる医療従事者の計画的研修事業」（約 1.9 億円）が対応していると考えられる。今後、施策の趣旨の通りに事業が進むのか、見守る必要がある。

この新規事業は、「我が国における化学療法専門医、放射線治療専門医、病理医をはじめとした医療従事者の実態を把握するとともに、国内や海外でのがん罹患率・人口比などの情報を踏まえつつ、国及び都道府県意見がん医療に携わる各医療従事者の必要数や充足状況を把握し、計画的な養成方策等の検討を行う事業」（委託先：独立行政法人国立がん研究センター）とされている。医療従事者の計画的な育成に向けて、昨年度提案書の推奨施策が反映されていると考えられるが、既存事業である「がん専門医臨床研修モデル事業」の増額（平成 21 年度予算額：約 3.8 億万円→平成 22 年度予算案：約 4 億円）との連携についても見守る必要がある。

一方で、推奨施策「がん薬物療法専門家のための e ラーニングシステム」（2 億円）については、既存の厚生労働省委託事業では、医療従事者の育成と負担軽減という観点からみて不十分である。また、推奨施策「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」（10 億円）や「専門・認定看護師への特別報酬」（10 億円）については、具体的な予算措置に乏しく、医療従事者育成に資する推奨施策（「放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離」〔運営費交付金の増額〕と「医学物理士の育成と制度整備」〔1 億円〕）については未対応である。がん医療や医療全体に大きな影響を及ぼしている医療従事者の不足に対しては、アンケートやタウンミーティングでもその解消に向けた要望が特に強く、推奨施策の実施に向けて早期のさらなる対応が望まれる。

2-1-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「放射線療法の推進」のうち、「放射線治療の専門医、診療放射線技師、医学物理士、放射線品質管理士の常勤での配置」は、平成 22（2010）年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師」の配置を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われた点が挙げられる。また、「放射線治療に関わる医療」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「放射線治療病室管理加算」や「密封小線源治療における組織内照射」の点数が引き上げられた点や、「放射線同位元素内用療法管理料」において、対象疾患が拡大された点が挙げられる。また、強度変調放射線治療（IMRT）の大幅な適用拡大が実施されたほか、画像誘導放射線治療（IGRT）が新規に保険収載される等、合併症の少ない放射線治療が積極的に推進される傾向が明確に示された。

推奨施策「化学療法とチーム医療の推進」のうち、「化学療法に関わる専門医や医療従事者の配置」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置」を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われるとともに、同加算において算定要件に「キャンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた点が挙げられる。「レジメン委員会による化学療法のプロトコル管理」については、「化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定」とされている「外来化学療法管理加算 1」の点数が引き上げられ、評価が充実されたと考えられる。

また、「栄養サポートチーム加算」が創設され、化学療法を完遂する上で欠かせない栄養管理の体制が強化されている。なお、この栄養サポートチームは、末期がんで摂食困難となった患者に対する栄養管理についても重要な役割を果たすものと期待される。さらに、処方料の加算として「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」を創設されていることから、薬剤管理を含めたチーム医療の実現が望まれる。

がんの化学療法において、個々の患者の腫瘍組織の特性に応じた抗がん剤の選択が重視されており、既に一部のがんについては化学療法の実施前に薬剤感受性を検査する「悪性腫瘍遺伝子検査」が保険収載されている。今回改定においては、その適用が拡大し、大腸がんの k-ras 遺伝子変異検査が認められた。抗がん剤の適正使用の観点からも、こうしたテーラーメイドのレジメンによる化学療法を行い得る環境を整えていくことは重要である。

推奨施策「入院および外来化学療法の推進」については、「外来化学療法の推進」は平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来化学療法管理加算」1と2の点数が引き上げられた点や、介護老人保健施設入所者に対して外来化学療法がおこなわれた場合、抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とした点が挙げられる。「外来診療部門に患者対応を行う看護師の配置」は、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされており、患者に丁寧な説明を行うという観点からは、推奨施策が一定程度反映されたと考えられる。

推奨施策「がんにおける診療項目の評価」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「病理標本作成料」において術中迅速細胞診が新設された点や、その注釈として遠隔病理診断（テレパソロジー）に関しても、「テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り」との算定要件のもとに認められた点が挙げられる。また、病免疫染色の病理組織標本作製の加算として、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に加算が設けられている。

「手術療法の評価」については、外科系学会社会保険委員会連合会（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」をもとに検討された難易度の高い大幅な手術点数の引き上げや、先進医療専門家会議及び中医協診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会による検討を踏まえた新規手術の保険導入などが行われており、がん領域における手術療法が評価されたと考えられるが、その詳細については検証が必要である。

放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成は、がん対策推進基本計画の重点項目とされている。医療従事者の育成はがん診療のみならず医療界全般で課題となっているが、上記の施策を実行することで、がん領域から好事例を発信することもできるようになると考えられる。

2-1-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-1-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 医師不足で治療の順番待ちが発生している
- ・ 専門的な医療ができる医療従事者が不足している

- ・放射線治療、抗がん剤治療の専門的な医師が不足しているため、安全管理への懸念が高まっている
- ・外来化学療法スタッフも不足している
- ・教育体制（特に大学）の不足
- ・がん対策推進計画とがん診療連携拠点病院連絡協議会、がんプロフェッショナル育成プログラムの間の連携が不足している
- ・都市部に医療従事者が集中する
- ・医療従事者の育成のための予算が不足している
- ・研修医の生活保証がない
- ・技師などの育成が予算の対象外となっている
- ・予算面から医療従事者の定数が固定化しており増やせない
- ・がん拠点病院強化学業の補助金の対象事項が限定されている
- ・専門医資格を取得するための研修に参加した場合に補助がない
- ・放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置が十分でない
- ・放射線療法における照射計画の策定、ファントムモデルによる照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理について、適切な評価がされていない
- ・腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、インセンティブに乏しい。
- ・外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていない。
- ・外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している
- ・手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い
- ・化学療法における技術料が評価されていない
- ・医療従事者および医療提供体制における需給バランスについて定量的な把握ができていない
- ・医療従事者の育成に対し、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない
- ・認定、専門資格に対しての評価システムがないため専門的な分野の医療従事者の育成が進みにくい
- ・腫瘍内科学の位置づけが、多くの医師にまだ十分に理解されていない
- ・外来化学療法に携わる看護師の人数配置に関して設定がないため、マンパワー不足が慢性化している
- ・認定、専門資格を習得するにあたっては、本人、就業施設ともに時間や金銭面での負担

が大きいものの、それを援助する内容が少ない

- ・国内未承認薬や新薬の研究・開発から承認までの期間が長い

2-1-2-2 意見の要約（改善案）

2-1-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・地域や県ごとに現在の医療従事者の数を算定する
- ・地域や県ごとに医療従事者の必要数を算定する
- ・県ごとに医療従事者の必要数を決めて配置する
- ・施設の成績を公表する
- ・大学に講座を設置する
- ・専門性のある開業医との連携と活用を実施する
- ・地域の計画に基づき予算を配分する
- ・患者数に比例した予算配分とする
- ・研修費の助成の対象を拡大する
- ・専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度（生活の保証が目的）を設置する
- ・がん診療連携拠点病院強化事業補助金の対象項目を拡大する
- ・放射線治療医、腫瘍内科医育成への予算配分
- ・放射線治療啓発の予算化
- ・放射線治療機器の均等配置の為の予算配分
- ・全医学系大学への「腫瘍内科学」および「放射線治療学」講座増設の予算措置
- ・専門資格などの研修期間における、代替スタッフ補充の仕組み構築
- ・中央からの専門家派遣など、地方でも研修を受けやすい仕組みの構築

2-1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・医学物理士に対する診療報酬加算
- ・放射線治療における診療報酬引き上げ
- ・放射線技師による精度管理への加算
- ・放射線治療部門および化学療法部門において、専門資格者を配置し育成している施設へのインセンティブ
- ・チーム医療に対する診療報酬加算
- ・外来化学療法部門における医療従事者配置数に対するインセンティブ
- ・外来化学療法における薬剤管理指導料の設置
- ・化学療法における技術料
- ・がんセンターボードによるカンファレンスに対する評価

2-1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・医学物理士の国家資格化の検討
- ・放射線治療と放射線診断との分離を文科省と共同で促進
- ・人材育成の義務化
- ・がん化学療法に関する生涯教育制度の必須化
- ・化学療法における薬剤師への権限拡大の検討
- ・がん診療連携拠点病院における、腫瘍内科医、放射線治療医の常勤配置の要件化
- ・外来化学療法部門における医療従事者の配置数の要件化
- ・看護基礎教育における放射線療法や化学療法に関する講座設置
- ・国内未承認薬や承認薬の適用拡大のための制度改革

2-1-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-1-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・地方では、指導者が限られており、なおかつ、医師不足のため、指導者も受講者も研修に参加できない状況をまず解消する必要がある（行政）
- ・放射線治療に関しての品質管理（QC）が不十分である（医療提供者）
- ・在宅化学療法は家族および周囲環境に対する影響が情報として提示されないまま行われている。抗がん剤の有害事象に対する教育も徹底するべきである（医療提供者）
- ・医療従事者および医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない（行政）
- ・医療従事者の育成は全国的な課題であるが、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない（行政）
- ・専門医の養成は不可欠。特に、放射線治療医の育成を早急に行わなければ、集学的治療の本当の実現は困難と思う（行政）
- ・現状では腫瘍内科医がまだ不足している。早急の対応が必要。さらにチーム医療の要員としてがん治療専門ナースの育成も必要（患者関係者・市民）
- ・医師不足に対応するために、看護師・薬剤師が専門を持ち、業務範囲の拡大を行う必要がある（医療提供者）
- ・現在の制度では外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度、法律や診療加算は明確化されておらず、7：1 看護基準や入院服薬指導料という加算を重視するあまり、外来への人員配置に大きな障害となっている（医療提供者）
- ・専門的教育を受けた人、認定とか資格を持った人たちによる医療、看護に対しての評価システムや、それに見合った診療報酬となっていないため専門的な分野の医療従事者の育成が進みにくいのではないかと思う（医療提供者）

- ・医療従事者の中で看護師、薬剤師の認定、専門制度はかなり長期間の研修を課している。研修認定施設に限られ、資格取得を目指すものは勤務からの長期離脱を余儀なくされ、本人、就業施設ともに負担が大きい。何らかの補助制度もしくは育成推進に対する予算的補助が望まれる（医療提供者）
- ・化学療法を専門とする腫瘍内科医の絶対数は不足しており、かつ従来の臓器別科との協力体制は未だに整備されていない。医学教育での腫瘍内科学の位置づけが多く多くの医師にまだ十分に理解おらず、将来の腫瘍内科医の育成に影響する（医療提供者）
- ・手術は外科、化学療法は主に内科、また放射線科と、各大学、病院ともタテ割になっており、横の連携が少ないと感じている（患者関係者・市民）
- ・まだまだ地方の病院ではチーム医療はなく、1人の主治医が主になる。化学療法の専門ドクターは少ない、又、医者も地方には少ない（患者関係者・市民）
- ・医療従事者の研修制度が利用しにくい。医療従事者が、中央研修等を受けるための研修費用が十分措置されていない（代診医の費用のみが措置されているが代診医はそもそもいない）（行政）
- ・現場で業務に当たっている放射線技師の教育システムを考えるべきである（医療提供者）
- ・医療従事者の育成には、予算と時間を要する。特に医師については、日常の診療治療、また医師不足という現状では難しいと思われる（医療関連産業）
- ・海外では承認され効果がみられる薬剤も、日本ではなかなか承認されず苦しんでいる患者がいるので、もっと早急に承認できるようにしてほしい（患者関係者・市民）

2-1-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-1-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・放射線診断医に対して、ある程度の放射線治療・管理に対しての研修を受けさせて治療医の資格をあたえていくようにする（短期的解決策）（医療提供者）
- ・待遇、設備、研究、教育等の整備と平行して、この分野の治療成績と評価の国民レベルでの公表が必要である（医療提供者）
- ・高度な放射線療法や化学療法を維持するためには、継続的な従事者の育成が必要である。十分な育成に対しての講習や実習や交換留学や評価のシステムが求められる（医療提供者）
- ・大学病院が地域の病院から医師を引き揚げさせてしまわないよう、府全体で、適切な医師数の配置と育成を考える検討会の設置が必要。また、その検討内容をチェックする地域の市民団体を募る（患者関係者・市民）
- ・拠点、基幹病院の化学療法のレジメン（投与計画書）をHPなどで一般に公開。その施設においてあるすべての抗がん剤治療薬、副作用制止薬の開示（患者関係者・市民）
- ・医療従事者の学生（在学中）の授業の中で、患者の気持ちを患者から直接聞いたり、患者とのより良いコミュニケーションを学ぶ教育内容を入れたり、がん専門看護師やがん医

療者の集まりなどの機会を設けてほしい（患者関係者・市民）

- ・国立がんセンターに研修医を集めるのではなく、地方の病院に派遣して指導する（行政）
- ・各地域の実情に応じた放射線治療医、専門医、技師の増員、治療機器の整備などに必要な予算処置をおこなう。必要な地域はまず予算請求を含めた具体的な計画書を作成して提出し、これを国と県が十分に協議して決定する（医療提供者）
- ・治療装置の更新についての国の補助枠をさらに増やして頂きたい（医療提供者）
- ・関連する学術諸団体の意見などを聴取した上で、文部科学省と厚生労働省とが協力して、数値目標を設定した上で医療従事者の育成に予算を使うべきである（患者関係者・市民）
- ・育成に予算をつけていただきたい。また予算内容を公表していただきたい（患者関係者・市民）
- ・専門スタッフ養成のための教育予算の増額（患者関係者・市民）
- ・国において医療従事者の育成・配置等の計画を定め、特に国の研修会の機会増設や、大学やがん診療連携拠点病院における専門的な研修実施に対する助成を拡大する（行政）
- ・がん診療連携拠点病院に対する専門職養成に対する補助制度（行政）
- ・放射線治療装置の補助（医療提供者）
- ・予算を見直し、腫瘍内科学を設置しやすい環境を大学に作るべき（医療提供者）
- ・人口当たりの放射線治療機器の均等配置が可能になるよう予算配分（行政）
- ・認定制の講習会を地方で開催できる予算設定をしてほしい
- ・放射線専門治療医の増員のため放射線治療講座の増設への予算処置（医療提供者）

2-1-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・現状の診療放射線技師による精度管理が一定レベル以上であれば、加算か補助をつけてほしい（医療提供者）
- ・専任資格者施設に対する優遇（行政）
- ・放射線治療の点数を上げる。また、専門技師等の技師の資格を認め診療報酬に反映させる（行政）
- ・専門医に対しての診療報酬をつけること（患者関係者・市民）
- ・外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する診療加算の設定（医療提供者）
- ・先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている（患者関係者・市民）
- ・専門職を配し、育成しているという条件を満たして拠点と認定された施設に診療報酬上のインセンティブが認められる（医療提供者）
- ・がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療を診療報酬で適正に評価する（医療提供者）
- ・がん薬物療法専門医（認定医ではない）、がん専門薬剤師、がん看護専門看護師、がん関連の認定看護師が拠点病院で診療する場合のある特定の診療に関して加算を付ける、など

が必要ではないか（その他）

- ・放射線医、技術者の報酬を上げ、従事者を増やす（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格、診療報酬への反映（医療提供者）
- ・外来化学療法における薬剤師による薬剤の情報提供に対して、入院患者の薬剤管理指導料と同様の診療報酬を手当てしていただきたい（医療提供者）
- ・外来化学療法の増加のペースは著しい。外来化学療法にも、看護師の配置数に対して、診療報酬上のメリットをつけてもらいたい。
- ・がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療を診療報酬で適正に評価する（医療提供者）
- ・がんセンターボードで多診療科による症例検討した場合はがん拠点病院に限って加算をつける（医療提供者）

2-1-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・需給バランスについての継続的な調査（行政）
- ・開業医の医師にも協力して頂ければいいと思う（患者関係者・市民）
- ・各病院に人材育成を義務化することが最も有効と思う。人材育成に際し優遇制度を導入すべき（医療提供者）
- ・腫瘍内科医とともに薬剤師の活用をもっと臨床現場に。医師の指示ではなく薬剤師がもっと主体的に治療にかかわれる制度が必要（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格化と医学物理士不在施設の放射線治療の規制。がん化学療法に関する生涯教育制度を必須化して医師を教育する必要がある（医療提供者）
- ・外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度や法律の制定（医療提供者）
- ・大学に腫瘍内科を設置する（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件において、そろそろがん薬物療法専門医、放射線治療認定医の常勤を数年後に必須項目とするようにしても良いのではないかと（その他）
- ・育成を目指す施設、個々の従事者へのフォロー体制が必要である（医療関連産業）
- ・専門教育を受けている期間、病院にキャリアのあるスタッフを補充する仕組みがあれば、よいのではないかと。県職員の立場で雇用した有資格者が、必要な病院に修学の期間の補充スタッフとなって働く仕組みをつくる（患者関係者・市民）
- ・本邦で他のがんで承認されている場合は、保険対象外薬剤でも承認が早く得られる制度の確立（医療提供者）

2-1-4 分野内の横断的検討（再掲）

がんに関わる専門の医療従事者については、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため早期に「医

療法の改正（がん治療に関わる専門医の位置づけの検討）〔C-7〕、「医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）」〔C-8〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）」〔C-9〕、「薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）」〔C-10〕、「医学物理士資格の位置づけの明確化〔C-11〕などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、専門医の育成を図るための基盤として、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」〔C-12〕、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」〔A-14〕、「医学物理士の育成と制度整備」〔A-15〕を並行して進めることが重要である。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、平成22年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」〔A-13〕により、国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者を算定し、年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するとともに、専門資格を取得する医療従事者が休職する際の代替となる医療従事者の手配に努める。同時に、「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」〔A-17〕を活用して、文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」との連携や、専門資格習得プログラムなどの受講を進めるとともに、薬物療法に係る専門資格を取得する場合には、「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」〔A-16〕も合わせて活用するなどし、資格取得に伴う医療従事者の負担の軽減による育成促進を図る。

平成24年度診療報酬改定においては、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブを確保することを目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕による放射線治療に関わる専門の医療従事者の配置促進や、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕による化学療法に関わる専門の医療従事者の配置促進などのさらなる評価を図ることが重要である。これら医療従事者の育成や配置と並行して、がんに関わる医療従事者が質の高いがん医療を提供できるよう、化学療法や放射線療法、手術療法、検査などに関わる診療報酬の充実を目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕、「入院および外来化学療法の推進」〔B-5〕、「がんにおける診療項目の評価」〔B-6〕を進めることが考えられる。そのためには、それまでに関連する制度面の議論や必要な改正を終え、予算措置によるモデル的事業などにおいても実績を上げておくことが好ましい。

また、国内未承認・適用外薬の治療薬や治療法が、医療現場で遅滞なく行えるようにするには、早期に「コンパッションエート・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕、「適用外薬の新たな保険適用制度の創設（ルール化）」〔C-14〕、「高度医療の改正（国内未承認薬、適用拡大等の早期承認）」〔C-15〕など、早期承認にあたっての制度上のボトルネックを検討、明確にし、安全性の確保に十分配慮しつつ、早期承認や患者救済に向けた制度面での基盤整備を行うことが重要である。その結論を待つことなく当面の解決として、合わせて

「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」〔A-20〕を進めることが必要である。

なお、国内未承認・適用外薬の早期承認に向けた一連の施策は、個別分野 10「がん研究」の諸施策が密接に関連してくると思われる。例えば、高度医療評価制度については、国内未承認薬や適用外の医薬品、医療機器の使用と患者負担の軽減を図るものであるが、同時に臨床研究の促進を図るものでもある。国内での臨床研究の基盤整備は、国内未承認・適用外薬の早期承認にもつながることであり、行政、医療従事者、研究者、企業などが一体となった取り組みが必要である。また、化学療法や放射線療法の適正な施行にあたっては、個別分野 4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の諸施策が関連してくると思われる。

2-2 分野2 緩和ケア

2-2-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-2-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン [A-21]

いわゆる終末期医療において、医療機関や在宅医療の連携不足や診療報酬上の問題などから、必要とされる緩和医療や在宅医療を十分に受けられない空白期間が生じてしまう場合がある。二次医療圏ごとに緩和・在宅医療に関わる医療従事者数や病床数、がん罹患患者数を調査し、二次医療圏ごとに必要な医療資源を算定するとともに、「在宅医療マップ」を作成・公開し、アクションプランを策定する。

(2) 長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業 [A-22]

緩和ケア病床（ホスピス）に長時間の待ち期間が発生しており、ホスピスの増床が課題となっており、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。そのため、再発・進行がんの患者の専門病床を確保して患者を受け入れ、緩和ケアを行う施設を確保するため、長期療養病床におけるがん専門療養病床を確保し、不足している緩和ケア病床を比較的短期間で増やす効果を得る。

(3) がん診療に携わる医療者への緩和医療研修 [A-23]

がん診療に携わる医療従事者は、緩和医療の適切な知識を得ることが求められている一方で、その講習会等に参加するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。そこで、現行の指導者を対象とした医師の研修カリキュラムに加え、看護師、薬剤師等対象とした研修について、eラーニングシステムなども活用してカリキュラムを充実し、5年間で10万人に対して研修を実施する。

(4) 緩和医療研修のベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進 [A-24]

現状の緩和医療研修では、教育研修施設の人材雇用や運営費が全く欠落しているために、座学やロールプレイのみの研修となり、その効果に限界がある。そこで、緩和医療研修を座学やロールプレイのみではなく、教育研修認定施設にて緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和医療についての実地研修を行うことで、実践的な「ベッドサイドラーニング」を促進することを目的とする。

(5) 緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化 [A-25]

地域連携による在宅緩和医療を効率的に進めるには、情報共有を推進することが大きな

助けとなる。薬局や介護事業者、市町村福祉関係部署に対しては、情報共有インフラとして IT 網の整備を進めるとともに、地域連携在宅療養ネットワークでは、セキュリティに配慮したサーバ管理による診療情報共有システムを構築することで、地域特性に応じた連携ネットワークをすべての都道府県において整備する。

(6) 緩和ケアの質を評価する仕組みの検討 [A-26]

がん対策推進基本計画における緩和ケアに関する個別目標の指標は、緩和ケアの質に着目したものがないため、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次総合戦略研究事業において、新たな研究班（もしくは研究分野）を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による緩和ケアの質の評価に関する仕組みを検討する研究班を組織する。

(7) 大学における緩和ケア講座の拡大 [A-27]

緩和ケアを専門とする医師の数は十分でなく、その増員を促進するため、大学における緩和ケア講座を拡大し、緩和ケアを必要とする患者に適正な治療が提供される基盤を整備することを目的として、医学部における緩和ケア講座の設置について、文部科学省より勸奨と必要な組織定員措置、財政措置を講じ、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランも活用するとともに、緩和ケアの専任教員数（教授、准教授、講師、助教等）を増員する。

(8) 緩和医療科外来の充実 [A-28]

緩和ケア病床の慢性的な不足に加えて、がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの配置についても、体制が整備できないケースが多い。治療（化学療法）を受けながら緩和医療も受けるためには、拠点病院の補助金対象として、原則すべての拠点病院に対して、緩和ケア外来および緩和ケアチームの設置と充実を図るための予算措置を講じる。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

2-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 緩和ケア診療加算 [B-8]

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。また、緩和ケア診療加算の点数や、専門性の高い医療従事者を配置する緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げてはどうか。

(2) 緩和ケア研修修了者の配置 [B-9]

がん診療に携わる医療従事者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医

療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にてさらなる評価を検討してはどうか。

(3) 緩和ケア病棟入院料の引き上げ [B-10]

現状の診療報酬では、緩和ケア病棟の採算が取れない場合が多いため、DPCのなかで収まりきれない高額薬品（鎮痛剤など）、検査などを出来高払いとすることを検討してはどうか。また、長期療養病床におけるがん専門療養病床を指定し、緩和ケアを行う施設を確保するための病床要件に準じた評価をしてはどうか。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

2-2-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討） [C-16]

現在の診療科名は、一般的な診療科と専門性の高い診療科が混在し、臓器別になっている。緩和ケアに関わる各種の専門医制度については、その位置づけが不明確であるため、「緩和医療科」、「緩和ケア科」のように、緩和ケアを積極的に行っている医療機関を特定することができるよう、位置づけとして位置づける検討を行う。また、位置づけの見直しに伴い、医療機能情報提供制度においても、緩和ケアに関わる各種専門医に関する情報の公開について、がん診療連携拠点病院と同じ内容の情報を公開する方向で検討を行う。

(2) 医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定） [C-17]

緩和ケアに関わる各種の専門医制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門医資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、医師法において緩和ケアに関わる専門医制度を規定し、緩和ケアに関する専門資格を有することを公表できるようにするなど、その位置づけを明確化する。

(3) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定） [C-18]

緩和ケアに関わる認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っているが、認定資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法の改正を行って認定資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍に緩和ケアに関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に緩和ケアでのチーム医療における看護師の役割をガイドライン等で規定し、看護師の裁量権を拡大して、医師の包括的

な指示の下に一定の医療行為が行えるよう、医師法と保助看法の改正を検討する。

(4) 薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）〔C-19〕

緩和ケアに関わる認定薬剤師制度は、学会が独自に認定を行っているが、認定資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、薬剤師法において認定資格を規定し、薬剤師名簿に緩和ケアに関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に緩和ケアでのチーム医療における薬剤師の役割をガイドライン等で規定し、チーム医療における薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と薬剤師法の改正を検討する。

(5) 麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適切な使用の促進）〔C-20〕

現行の麻薬及び向精神薬取締法では、医療用麻薬と非医療用麻薬との区別が明確にされておらず、臨床現場では学会等のマニュアルなどにより医療用麻薬が使用されているが、その対応には限界があり、緩和ケアにおける医療用麻薬の適切な使用が阻害されている。医療用麻薬の適切な使用を促進するために、同法に医療用麻薬を位置づけ、厚生労働大臣が、その取扱いに関する規定を定めるよう、改正を行う。その上で、現在の学会等のマニュアルを参考にして、医療用麻薬の取扱規定を大臣告示として策定し、医療現場での取扱いの指針とする。

(6) 医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂〔C-21〕

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会については、受講にあたり医師の負担が大きいにもかかわらず、厚生労働省健康局長による修了証の発行のみであり、修了者の配置に対するインセンティブに乏しく、患者による修了者の確認も難しい。緩和ケア研修会のカリキュラムをより実践的な内容とし、質を高めることを前提に、研修会修了者の診療科ごとの配置人数などを広告可能な事項として、厚生労働省告示を改訂する。

2-2-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)

昨年度提案書の推奨施策「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」(1 億円)については、平成 22 (2010) 年度予算案において新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」(約 2.7 億円)が対応しているとの指摘がある。

この新規事業は、「地域の医療機関、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などの情報を把握し、がん患者の意向を踏まえた上で、地域の中で利用可能ながん患者にとって適切な医療サービス等を紹介するため、都道府県ごとに非常勤医師及び看護師からなる地域連携コーディネーターを配置し、がん患者が安心・納得できる体制を構築する事業に対し、財政支援を行う」(補助先：都道府県、補助率 2 分の 1)とされている。いわゆる「がん難民」

の解消という観点からは、推奨施策の趣旨が反映されている事業であると考えられるが、推奨施策にて記されている「在宅医療マップ」や「アクションプランの策定」など、より実効性のある事業とするための仕組みづくりを進めていくことが必要と思われる。

また、緩和医療研修の充実にに向けた推奨施策（「がん診療に携わる医療者への緩和医療研修」〔2億円〕と「緩和医療研修へのベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進」〔5億円〕）については、既存の緩和ケア研修事業で対応しているとは言い難く、緩和ケア体制の構築に向けた推奨施策（「長期療養病床のがん専門療養病床への活用（モデル事業）」〔10億円〕と「緩和医療地域連携ネットワークのIT化」〔10億円〕）については、未対応であると考えられる。がん対策推進基本計画において、重点的に取り組むべき事項とされた「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に向けて、一層の対応が望まれる。

2-2-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「緩和ケア診療加算」については、平成22（2010）年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「緩和ケア診療加算」の点数が引き上げられた点が挙げられる。一方で、「緩和ケア病棟入院料」の点数は引き上げられておらず、「緩和ケア診療加算の外来診療への拡大」は行われていない。がん治療が外来にて行われることが増え、緩和ケアを必要とする外来患者が増えていることから、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

推奨施策「緩和ケア研修修了者の配置」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「がん性疼痛緩和指導管理料」の施設基準において、「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成20年4月1日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）」等が追加されている点が挙げられる。また、「緩和ケア診療加算」についても「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として、同様の施設基準が追記されている点も挙げられる。一方で、緩和ケアに関する専門的な診療については、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

なお、がんに対するリハビリテーションの評価として、「がん患者リハビリテーション料」が新設されている。がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価することを目的とするものとされている。算定要件として多職種共同によるリハビ

リテーション計画の作成などや、施設基準として一定の経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（うち2名）も定められており、がんの緩和ケアの充実に向けた取り組みとして評価される。

2-2-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-2-2-1 意見の要約（問題点）

- ・すぐに受け入れるホスピス病棟が不足している
- ・緩和ケアを受けるまでに待ち時間が存在する
- ・緩和ケアを実施する医療機関の連携が不足している
- ・緩和ケア研修で現場が忙しい
- ・緩和ケア研修の参加者にメリットがない
- ・患者のこころの専門家が不足している
- ・「がん難民」の受け皿を確保するための予算が不足している
- ・ホスピス病棟を増やすための予算の確保が困難である
- ・がん治療への診療報酬が包括払い（DPC）となった際に、高額な疼痛管理薬（麻薬）の使用が控えられてしまう
- ・緩和ケア支援センターのための予算が不足している
- ・緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている
- ・緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、診療報酬における点数が低い
- ・がん診療に携わる医療従事者への緩和研修について、医療機関のインセンティブがなく、研修の受講や修了者の配置が促進されない
- ・地域・病院により緩和ケアの質の格差が大きい
- ・治療の初期段階からの痛みを緩和する体制が不足している
- ・緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定しているため、精神科医の負担が大きい
- ・緩和ケアチームの指定職種をそろえることが困難
- ・緩和ケア病棟の施設基準が厳しく、緩和ケアを受けることができる施設が不足している
- ・「緩和ケア」が、ターミナルケアのみを対象にしていると未だに誤解されている
- ・薬剤の使用に関する法令が、医療用麻薬の適切な使用に対応していない

2-2-2-2 意見の要約（改善案）

2-2-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・告知時に全患者に緩和ケアに関する解説冊子を配布する

- ・医療従事者と患者会が共同で啓発イベントを開催する
- ・長期療養病床を、がん専門療養病床として活用する
- ・どこにどれだけのニーズがあるか調査をする
- ・ホスピスの受け入れ能力を拡大するための予算を確保する
- ・緩和ケア外来のための予算を増やす
- ・好事例（在宅医 TV 会議ネットなど）が普及するための予算措置をする
- ・がん患者に介護保険が使いやすいように連動を強化する
- ・緩和ケアに関する資格取得や研修参加への助成としての予算を確保する
- ・精神腫瘍医を育成する
- ・市民に対し、緩和ケアの概念を広める仕組みをつくる

2-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・施設基準など緩和ケア診療加算の算定要件を緩和する
- ・緩和ケア診療加算を外来診療でも算定できるようにする
- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療などへ診療報酬を加算する
- ・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟へ診療報酬を加算する
- ・早期緩和ケアを点数化する
- ・診療報酬の包括払い（DPC）から疼痛管理の麻薬を除外する
- ・疼痛コントロールにかかる療法の保険適用範囲を拡大する

2-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・急性期の医師でも麻薬が使用できるような教育や仕組みをつくる
- ・カウンセラーやMSW（メディカルソーシャルワーカー）などのコメディカルも心理社会的な側面のサポートに関わることができる制度をつくる
- ・介護や福祉と連動したシステムにする
- ・緩和医療が地域の診療所でも行えるような制度上のバックアップをつくる
- ・新たな診療科として正式に認定する
- ・「麻薬及び向精神薬取締法」を改正し、医療用麻薬の適正な使用を促進する

2-2-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-2-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・再発・転移がん医療に携わる医師の絶対数が少ない。がん専門病院や大学病院の医師が、抗がん剤が効かなくなった患者さんを最後まで診療しない、入院させない（行政）
- ・がん難民対策が不明である。緩和ケア病棟への入院に関しては包括点数となっており、

その中では緩和ケアを行いながらの化学療法の実施や分子標的薬の使用ができて、病院の大きな持ち出しになってしまう（行政）

- ・主のがん末期の痛み苦しみに対し、まだまだ十分なシフトが敷かれているとは言い得ない。腫瘍専門医、がん看護専門看護師の育成が急がれる（患者関係者・市民）
- ・ホスピスの数、充足数に国内で差があること。緩和ケア専門医の養成を。外科等との兼務では患者は安心して診てもらえない（患者関係者・市民）
- ・在宅緩和ケア対策推進事業にかかる『在宅緩和ケア支援センター事業』の補助基準額は8,692千円であるが、基準額の増額をお願いしたい（行政）
- ・終末期患者が一般病棟で他の入院患者と同室で治療やケアを受けている状況がある。QOL（生活の質）の高いケアを
- ・拠点病院での研修会が先行し、地域での緩和ケアの浸透というよりは拠点病院の開催義務が先行してしまっている。緩和ケア研修会修了証のインセンティブが不明瞭で、研修会参加者の動機付けが不明瞭。緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定としているため、精神科医の負担が大きい（医療提供者）
- ・緩和ケアチーム介入による加算を見直せないものか。指定の職種がそろわない状況でも頑張っているが、チーム員個人の努力に大きく依存しているところが多い。国が指定する緩和ケアチームと比べ不十分なメンバー構成でも頑張っているところはたくさんある（医療提供者）
- ・緩和ケアを積極的に展開する病棟を持つためには診療報酬の裏づけが必要であるが、現状では緩和ケア病棟入院料が存在するものの、病院機能評価という足かせがあるため、小さな病院や診療所は対応できない状況（医療提供者）
- ・終末期や入院中は痛みの緩和に気遣ってもらえるが、化学療法などで通院中の患者の苦痛緩和は不十分。患者の痛みに関心な医師が相変わらず多い（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアというと自分は終わりだと思える人が多い。治療の初期段階から緩和ケア（心の痛み）が受けられるように（患者関係者・市民）

2-2-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-2-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・心理療法士を教育して、がん或いはH I V患者に対応できるようにする。がん患者さんの悩みを受け止め、自ら解決に向かわせることができるのは、精神科医師より卓越した心理療法士のほうが良い（医療提供者）
- ・麻酔処方支援ホットラインを設置する。このホットラインには専門家が常駐し、24時間開業医師の麻薬使用の問い合わせに応じる。その業務内容は、患者情報を得た上での処方設計案まで行う（医療提供者）
- ・院内緩和ケアチームの必須化を推進する。機能していないチームに対しては、診療報酬

を認めない。院長に対する、啓蒙（医療提供者）

- ・がん対策により新たにかん専門療養型病床を作れないか？（医療提供者）
- ・基本研修会のテキストで触れられている緩和ケアに使用される薬剤の多くが保険適応外であり、それが、がん診療上保険で認められるかどうか、地域や保険者による格差もあります。これは人的資源と異なり、すぐにできる事のはずです。早急な対策を望みます（医療提供者）
- ・がん治療医に緩和医療研修を課するのも良いが、むしろ先に一般病院や療養型病院の医療者に緩和ケアの研修を受けてもらってはどうか（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアの正しい知識を知らせるリーフレット（紙一枚で簡単に読めるもの）を作成。拠点病院では主治医が病名告知時にすべての患者に配布する。医師、患者双方の緩和ケアへの関心の高まりを期待（患者関係者・市民）
- ・緩和ケア（特に疼痛緩和）については、その改善評価ポイントが設定されていませんが、医療用麻薬の処方量の推移（海外の数分の一程度の使用量）などを評価することも必要（患者関係者・市民）
- ・地域連携緩和ケア加算などに対して予算化する（行政）
- ・在宅医療と緩和ケアについては、推進していくための推進協議会等を設置し、詳細を検討していくことが必要（医療提供者）
- ・介護保険のサービスに緩和ケアサポートを盛り込み、さらに介護型緩和ケアサービスの検討予算を講ずべきと思われる（医療提供者）
- ・研修や実習をポイント制にして、成果を数値化したらよい。それを予算に反映していく方法が良い（患者関係者・市民）
- ・今困っている患者のために積極的に緩和ケア病棟に予算を割く（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアについて、まだまだ不明な事が多く（一般の人は緩和ケアに入ると終わりだと思っている）もっと一般の人に緩和ケアの実態を知らせるべきである（患者関係者・市民）
- ・サイコオンコロジストの育成（医療提供者）

2-2-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療、処方料などに加算を設ける（医療提供者）
- ・看護師定数外介護士や助手の評価・点数化（患者関係者・市民）
- ・早期緩和ケアの点数化（医療提供者）
- ・外来機能に薬剤師や看護師の診療体制を導入し、疼痛管理や症状緩和の診療報酬を取れるようにする（医療提供者）
- ・緩和ケア加算の算定要件を緩和する。緩和ケア病棟入院料を引き上げ、包括外（出来高）項目を拡大する（医療提供者）
- ・緩和ケアチーム加算の取れるチームの条件から精神症状緩和医師の義務化をはずし、併任でも可とする。緩和チームで診療を行っている場合、薬剤師、看護師の診療報酬制度を

確立させる。緩和ケア病棟でなく病床制度を導入（医療提供者）

- ・病院でのカウンセリングにもう少し報酬を（医療提供者）
- ・外来緩和ケアに診療報酬を（患者関係者・市民）
- ・緩和ケア研修を受けるインセンティブを（行政）

2-2-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・「緩和ケア」が「医療保険」と「介護保険」のバランスのうえで十分に受けられる仕組みを作ってほしい（患者関係者・市民）
- ・医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の学生からの教育の充実・がんに携わる全ての医師は緩和ケア研修を必須とするなど国での統一（医療提供者）
- ・研修を受けた者（看護師・医師・MSW）を資格として認め、その行為が診療報酬にも反映するような制度にする（医療提供者）
- ・精神症状の緩和を担当する医師の条件を拡大し、心理療法士も対応できるように教育を行う（医療提供者）
- ・緩和ケア専門ナースの育成も早急にしてほしい。医学教育の中にカリキュラムを組み入れること（患者関係者・市民）
- ・患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSW など、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院自身は専門医や専門看護師の配置。パス活用、病状説明を文書で行うことを義務化することが必要（医療提供者）
- ・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）（医療提供者）

2-2-4 分野内の横断的検討（再掲）

緩和ケアに関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため、早期に、「医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討）」〔C-16〕、「医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）」〔C-17〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-18〕、「薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）」〔C-19〕、「医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂」〔C-21〕による制度改正などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、合わせて、「大学における緩和ケア講座の拡大」〔A-27〕を行うことも必要である。これらにより、緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、適切な疼痛ケアを進めるための法制上の対応として、「麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適正な使用の促進）」〔C-20〕の検討がなされるべきである。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、迅速なテコ入れが必要な施策への予算措置として、「がん診療に関わる医療者への緩和医療研修」〔A-23〕、「緩和ケア医療研修のベッドサイドラーニング」〔A-24〕を行い、がん診療に携わる医療従事者の緩和ケアへの理解を促進する。また、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業」〔A-22〕、「緩和医療科外来の充実」〔A-28〕により、緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕を行う。これらの緩和医療の質の評価と向上については、「緩和ケアの質を評価する仕組みの検討」〔A-26〕を行う。

平成24年度診療報酬改定に関しては、医療機関における緩和ケアを拡充し、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブとなることを目的に、「緩和ケア診療加算」〔B-8〕、「緩和ケア研修修了者の配置」〔B-9〕、「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」〔B-10〕を検討すべきである。そのためには、緩和ケアに関する制度面からの位置づけの整備や、予算措置による質の高い緩和ケアの実績が見えていることが好ましい。

なお、緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野3「在宅医療（在宅緩和ネットワーク）」が、緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、個別分野5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の施策が密接に関連してくる。また、緩和ケアにおける疼痛ケアにおいては、個別分野4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の施策が関連してくる。

2-3 分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

2-3-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-3-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 在宅ケア・ドクターネット全国展開事業 [A-29]

在宅ケアを行う診療所が不足する中、ドクターネット型のモデルが出現しつつあるが、その全国への広がりが遅い。二次医療圏ごとに地域診療所が連携し、共同診療システム、主治医・副主治医分担システム、担当医師マッチングシステム、知識ノウハウ共有システム、テレビ会議システム、パソコンネットワークシステムなどの在宅ケア・ドクターネットを組む際に、その事業費を補助する。

(2) 在宅医療関係者に対するがんの教育研修 [A-30]

介護担当者・ケアマネージャー・福祉関係者は、がんの病態、がん患者に対する介護・緩和ケアについての一定の知識を有することが重要であるが、現状ではこれらの職種を対象とした体系的な研修は行われていない。がん専門医療スタッフがこれらの関係者に対して、都道府県単位で定期的に、がんについての知識を得るための教育研修会を開催する場合、その運営に対して補助を行う。

(3) 在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保 [A-31]

がんの在宅緩和医療が十分進まない理由の一つに、在宅で療養する患者や家族が、患者の病状が悪化した際のサポートに対して、不安をもっていることが挙げられる。がんの在宅緩和療養中に患者の病状が悪化し、患者・家族および在宅診療医の要請があった場合に、患者が緊急かつ短期の入院として利用できる病床を、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟に確保する。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム [A-32]

在宅医療を希望する患者や家族が多いにも関わらず、現状では十分にその需要を満たせていない。年間に100例以上の多数の看取りを行う在宅療養支援診療所が、隣接した二次医療圏のがん診療連携拠点病院等の医療機関など、医療計画またはがん対策推進計画に規定している区域を越えて広域的に事業を展開する場合に、必要な医師の確保や施設・設備等のリソース等、業務の拡大に必要な資金を補助する。

(5) 介護施設に看取りチームを派遣する際の助成 [A-33]

在宅緩和ケアに関しては、患者・家族、医療従事者双方からのニーズが高いが、独居家庭や主たるケアを行う家族がいない家庭など、自宅にて在宅医療を受け入れる力が不足していることから在宅緩和ケアが実現しないことが多いため、介護施設での看取り数を増やす。介護施設からの要請に基づき、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の在宅緩和ケアチームが派遣されて、対象となる患者に対する看取りを行うことに対して助成を行う。

(6) 合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク [A-34]

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと地域の在宅療養支援診療所が、週に1回以上の合同カンファレンスを開催し、対象となる患者すべてのレビューを行っている場合、その拠点病院への補助金を増額するとともに、合同カンファレンスを実施している場合の病院・診療所間の紹介に対して、診療報酬において評価する。切れ目のない在宅医療を実施するとともに、在宅医療のキャパシティを増加させることを目的とする。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-3-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 在宅医療の充実 [B-11]

手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数を引き上げてはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(2) 在宅医療ネットワークの構築 [B-12]

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(3) 医療と介護の連携 [B-13]

後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成 [B-14]

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討し

てはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-3-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）〔C-22〕

地域において質の高い在宅緩和ケアを提供し、地域の在宅緩和ケアを提供する医療機関のネットワークの要となる専門的かつ大規模な診療所を、医療法において規定するとともに、いわゆる 4 疾病 5 事業ごとに策定が規定されている地域医療計画と同様に、地域在宅緩和ケア計画を各都道府県において策定するよう規定する。

(2) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）〔C-23〕

在宅緩和ケアに関わる認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っており、認定資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関への配置が進まない現状がある。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法において認定資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍に在宅緩和ケアに関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に在宅緩和ケアでのチーム医療における看護師の役割をガイドラインで規定し、看護師の裁量権を拡大して、医師の包括的な指示の下に一定の医療行為が行えるよう、医師法と保助看法の改正を検討する。

(3) 介護保険法の改正〔C-24〕

在宅での経過期間が平均 2 カ月未満と大変短く、病状が不安定で医療依存度が高い末期がん患者の在宅ケアでは、疾患特性に応じた療養支援が必要である。2 年後の医療・介護報酬の同時改定を視野に、在宅での長期療養を前提とした現行の介護保険制度は必要な改定を行い、がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険のあり方について検討する。

2-3-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」については、平成 22（2010）年度予算案における新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」（約 2.7 億円）が、地域連携強化の観点から対応しているとの指摘があるが、推奨施策は特に在宅診療所のネットワーク形成に焦点を当てたものである。ある。一方で、上記事業は地域の医療機関等の情報を把握し、地域連携コーディネーターを配置するというものであり、「がん難民」解消への対応という趣旨は同様であるものの、内容が対応していない。

また、推奨施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」（1億円）は、既存事業である「在宅医療推進支援事業」（約5800万円）では不十分であり、推奨施策「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」（1億円）については、予算案での対応がみられない。推奨施策「大規模在宅ケア診療所エリア展開システム」（10億円）と「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」（10億円）については、それぞれ現時点では対応がみられない。

推奨施策「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」（10億円）については、研究費における対応も考えられるが、現時点での対応は明確ではない。高齢化社会の進行に伴い家族介護力が低下するなど、在宅緩和医療の推進に必要な環境は悪化することが予想されているが、反面その役割は今後ますます大きくなると予想される。在宅緩和医療の高度専門化や介護との連携が必要とされる中で、在宅緩和医療の推奨施策に関して一層の対応が望まれる。

2-3-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「在宅医療の充実」については、平成22（2010）年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。「終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れ」は、例として、算定要件を「急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合」とする、「有床診療所一般病床初期加算」や、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の新設が挙げられる。また、がん性疼痛緩和指導管理料を算定している有床診療所は、前述の有床診療所一般病床初期加算が算定できるだけでなく、引き上げて新設された医師配置加算1（複数医師配置の評価）を算定できるなど、地域におけるがん医療への貢献が評価される方向にある。「手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数の引上げ」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考える。例として、末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行う場合についての評価として、訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料において、「複数名訪問看護加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「在宅医療ネットワークの構築」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業者等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価として、「地域連携診療計画退院時指導料1・2」や「地域連携診療計画退院計画加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「医療と介護の連携」について、「後期高齢者退院調整加算の見直し」は、平成 22 年度診療報酬改定では、名称が「急性期病棟等退院調整加算」に改められるとともに、対象年齢については後期高齢者への限定がなくなり、退院困難な要因を有する入院中の患者（65 歳以上の患者、又は 45 歳以上 65 歳未満の特定疾病〔がんでは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された場合〕の患者）へと変更された。「医療と介護の相互連携」は、平成 22 年度診療報酬改定では、一定程度反映されたと考えられる。例として、退院後に介護サービスの導入が見込まれる患者に対して、医療機関の看護師や薬剤師、理学療法士、社会福祉士などが、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と、介護サービス等について共同して指導を行うこと目的とする「介護支援連携指導料」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「大規模診療所と医療従事者の育成」については、7 人以上の看護職員を配置した有床診療所に対して入院基本料の評価を引き上げた点や、在宅療養支援病院の要件を緩和し、許可病床数が、200 床未満の病院に拡大している点について、一定の評価がなされたと言える。しかしながら、在宅緩和医療の量的拡大と集約化を図るために、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供し、地域の在宅緩和ケアを提供する医療機関のネットワークの要となる専門的かつ大規模な診療所については、さらに評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

なお、在宅患者の看取りについて、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、医療機関に搬送された場合においても評価を行うこと（いわゆる「看取り料」の算定）が評価されている。例として、「訪問看護ターミナルケア療養費」、「在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算」において、「ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む」とされた点などが挙げられる。がん終末期における在宅医療は、患者の急速な病状の進行や全身状態の不良などにより、医療従事者や家族の負担は大きく、現場の状況に対応した算定要件の柔軟化や評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

2-3-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-3-2-1 意見の要約（問題点）

- ・医療資源・担い手が不足している
- ・医療機関の連携に不備がある
- ・施設リストや利用法などに関する情報が不足している
- ・地域別の在宅看取り率が不明である

- ・在宅看取りの際の家族負担が大である
- ・介護保険とつながっていない
- ・訪問看護報酬が低い
- ・開業医ネットワークへの補助がない
- ・頑張る医療従事者にメリットが少ない
- ・診療コンサルテーションや患者のマネジメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る
- ・訪問看護師や介護福祉士が不足している
- ・医療と介護の連携が不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。
- ・大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価が不足し、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。
- ・がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療従事者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、全般にわたって診療報酬の評価が低い。

2-3-2-2 意見の要約（改善案）

2-3-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・介護施設に看取りチームが派遣されるシステムを構築する
- ・有床診療所を活用する
- ・好事例を共有する仕組みを作る
- ・地域別の在宅看取り率を公表する
- ・外来の場合も高額医療費患者立替を不要にする
- ・地域連携クリティカルパスに診療報酬を付ける
- ・看取りヘルパーに介護保険を適用する
- ・各都道府県1モデル地区を作るための予算を確保

2-3-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・在宅緩和ケアを専門的に行う医療機関に診療報酬上の加算を行う
- ・退院支援体制を充実させている医療機関への特別加算を行う
- ・訪問介護、夜間（24時間）看護に対する点数を増額する
- ・いわゆるレスパイトケアに対する診療報酬上の加算を行う
- ・過疎地やへき地における在宅緩和ケアを行う医療機関に診療報酬上の加算を行う
- ・医療と介護の連携を促進する診療報酬での対応を行う

2-3-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・在宅緩和ケアを専門的に行う医療機関を制度化する
- ・在宅緩和ケアを担う医師や看護師の育成制度を構築する

- ・介護保険との一体的な制度設計を行う
- ・介護保険の適用とする

2-3-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-3-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・在宅で療養するための安全弁・バックアップが乏しいことが、在宅療養を希望しつつも踏み切れない一因となっています。家族も今まで以上に介護休暇を取りづらい職場の状況となってきました（医療提供者）
- ・外来の通院費が非常に高額（立替払い分が）支払い困難となり、治療中断せざるを得ない方もいる。介護保険利用可能な場合でも40代・50代の方が80代の方と共に利用するデイケア、デイサービスは利用しにくい（医療提供者）
- ・在宅緩和ケア医師が絶対的に不足している。また、地域格差（県内でも）がある。24時間対応の訪問看護師（ステーション）が不足している。病院との打合せなど事前準備に対して報酬がつかない制度欠陥がある（患者関係者・市民）
- ・1次医療圏ごとに在宅医療に関係する医療機関リストの公表をすべての地域で公開すべき（患者関係者・市民）
- ・がん患者を診る在宅医や、訪問看護ステーションなど地域の医療資源に関する情報の一元管理がない。在宅医療で何ができるのか、具体的な情報提供が不足（患者関係者・市民）
- ・在宅医や在宅医療の充実がないまま病院から追い出される現実がある（患者関係者・市民）
- ・麻薬の管理、調剤薬局の取り扱いが弊害となっている（医療提供者）
- ・在宅ケアに係わる家族の負担（医療提供者）
- ・院内スタッフに知識、経験が少ない（医療提供者）
- ・病院にケアマネージャーが退院前の相談や調整に何度も足を運んでも、月の収入は変わらない。退院前共同指導加算は診療報酬のみについており、福祉関係者は病院に退院前のカンファレンスに参加をしているが無償で交通費も出ていない（患者関係者・市民）
- ・一人暮らしや高齢者のみの世帯では、在宅医療と言われても困る。近頃がんでも在宅医療を盛んに言われるが、老々介護などの問題点と同じことになる。老人ホーム入所でも病気があるとむずかしい面もある（患者関係者・市民）

2-3-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-3-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・介護施設職員に対する看取り、緩和医療の啓発教育が今後必要になるものと考えます（医

療提供者)

- ・在宅緩和ケアチームが介入できる、急性期対応型介護施設を構築する。夜間看取りをサポートするヘルパーの夜間看取り介護を介護保険枠内で施行可能にする（医療提供者）
- ・オピオイドローテーション（除痛用麻薬の使用法）だけの研修を新たに設けて、すべての医師の研修を義務付ける。また、国立がんセンターでメールによりQ&Aが行える専門医の設置（患者関係者・市民）
- ・看病する家族のケアやコーディネート。ボランティアの育成。ピア・カウンセリングの必要性（患者関係者・市民）
- ・がんの遺族でボランティア組織をつくり、同じように支援を必要としている患者・家族に支援をするシステムを作る。医師が本人に告知する時に、他者（ボランティア）の支援を受けたいか確認する（医療提供者）
- ・長崎のドクターネットのような地域に根ざした在宅医療活動に対しては、その継続のためにも個々の医療機関に対する診療報酬アップのみならず、その組織に対する経済的支援も考慮してほしい（医療提供者）
- ・パソコン使用のネットワーク作りの予算化をお願いします(医療提供者)
- ・グループホームやデイサービスで、がん患者を対象とする場合の補助率を大幅に引き上げる（医療提供者）
- ・手厚い診療報酬と基幹病院のバックアップが必要ではないかと思われる(その他)
- ・在宅で看取ることの一般人への教育(デスエデュケーションのようなもの)の導入(がんに罹患する前から)（医療提供者）
- ・診診連携によって、病院ではなく在宅医療が継続できるように専門の診療所への連携制度を体系化する。地域ごとに拠点（診療所等）を定め、診療コンサルテーションや患者のマネジメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る（行政）
- ・医師、看護師、MSW、臨床心理士などをチームとした研修会、地域の医療機関の顔合わせの機会作りの場の整備（医療提供者）

2-3-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・専門的に在宅緩和ケアに取り組んだ場合への報酬（困難事例）・診診連携をすすめるための報酬（行政）
- ・がん患者用のデイケア等を作ることにより、プラスアルファの診療報酬を加える（患者関係者・市民）
- ・「退院支援体制」を充実させている医療機関への特別加算。この場合「出す側」の病院と「引き受ける側」の在宅医と双方に加算することが望ましい（患者関係者・市民）
- ・困ったときのショートステイ、デイサービス、デイホスピス、ヘルパーや食事（給食）の充実（医療提供者）
- ・開業医が一人で見ていると大変なので、急変時の対応やグループでの診療できるような

診療報酬面での対応を望む（医療提供者）

- ・深夜の在宅訪問看護に対する診療報酬への反映。在宅患者の緩和ケアの推進のために、看護の評価（医療提供者）
- ・僻地における診療報酬を上げる（医療提供者）

2-3-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・在宅緩和ケアを担う医師の育成制度の創設（行政）
- ・地域医療体制のグランドデザインを作り、在宅医療にかかわる全ての方々をきちっと位置づけること（患者関係者・市民）
- ・現在の開業医に対し適切な教育を行い増加させるべきである（医療提供者）
- ・医師だけでなく、教育されて資格のある看護師でも最後を看取れる体制を作る。海外では資格のある看護師が死亡を確認して死亡診断書を出せる体制ができている。医師、看護師、家族などのチームで医療が進むべき道である（医療提供者）
- ・在宅医療を行っている患者と同居している勤労者に対して減税処置が望まれる（医療提供者）
- ・フリーの緩和ケア医の制度があり、いつでもどこでもアドバイスを受けられるようになると良い。勤務医は忙しく、相談する時間もなかなかとれない（医療提供者）

2-3-4 分野内の横断的検討（再掲）

在宅医療に関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴うインセンティブを明確にすることを目的に、「保健師助産師看護師法（保助看護）の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-23〕による制度改正の検討を行い、在宅緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」〔C-22〕により、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供する診療所と、地域における在宅緩和ケアネットワーク基盤整備を進めるとともに、「介護保険法の改正」〔C-24〕を行い、医療資源と介護資源が一体となった連携を進める。

これら制度面の対応と同時に、施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」〔A-30〕、を行い、介護・福祉担当者やケアマネージャーに対してがん医療への理解を促進する。また、「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」〔A-31〕、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」〔A-32〕により、在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない在宅緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」〔A-34〕を行う。介護と医療の連携による看取りの支援については、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」〔A-33〕を行う。

「在宅医療の充実」〔B-11〕、「大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成」〔B-14〕により、医療従事者や家族にとっても負担の大きい在宅緩和ケアや看取りに関わる、在宅療養支援診療所や医療従事者に対して診療報酬にて評価を行うとともに、「在宅医療ネットワークの構築」〔B-12〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕により、病院と診療所などの医療資源と、介護資源とのシームレスな連携を促進する。

なお、在宅緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野2「緩和ケア」が、在宅緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、個別分野5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の施策が密接に関連してくると思われる。

2-4 分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）

2-4-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-4-1-1 「予算」の推奨施策

(1) ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進 [A-35]

医療の内容と質に関して、その評価と公開は十分でなく、標準治療の推進に資するデータも明らかでない。がん診療連携拠点病院において、がん治療のプロセス指標・アウトカム指標を比較するベンチマーキングセンターを設置し、都道府県内のその他の拠点病院や自主参加病院において、生存率、臨床指標、DPC データなどを収集・共有し、そのレポートを発行・公開することで、標準治療を推進する。

(2) 診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト [A-36]

がんの診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立するため、各学会が診療ガイドラインを作成する際に補助金形式で助成を行い、診療ガイドライン普及を目的とした第三者的な組織を設立し、診療ガイドライン研修会を実施するとともに、診療ガイドライン研修会に、参加しやすくするため、医療機関に対するインセンティブ（補助金）を交付する。

(3) 副作用に対する支持療法のガイドライン策定 [A-37]

治療を受ける患者に対する支持療法については、医療機関によって大きな差異が存在する。効果的な支持療法に関わるガイドラインの策定と公開は、患者の QOL(生活の質) 向上には不可欠である。厚生労働科学研究費における重点事業として、第三者的な組織による標準的ながん治療に伴う副作用や支持療法の実態調査を行い、支持療法のガイドラインを策定・公開するとともに、治療薬の開発などを進める。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-4-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) DPC データや臨床指標の開示 [B-15]

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するための DPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(2) 診療ガイドラインの推進 [B-16]

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をしてはどうか。

(3) セカンドオピニオンの推進 [B-17]

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

2-4-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置 [C-25]

医療の質と安全性向上のために、英国 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) を参考にしつつ、学会や患者関係者などを含む各種関係団体と協力して、ガイドラインを策定する第三者的な組織を設置し、安定的に運営するため、医療法、高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律等の改正を行う。

2-4-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策である、「ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進」（15 億円）、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」（3 億円）、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」（1 億円）については、いずれも研究費での対応との指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

国内におけるがん診療ガイドラインの策定は、十分に進んでいない状況にある。ガイドラインの把握と公開を行い、学会にその策定を任せるのみならず、第三者的な組織が策定に関与する仕組みが必要である。また、がん治療の質に関する指標の公開についても、診療報酬面や制度面での対応と併せて、予算措置での一層の対応が望まれる。

2-4-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「DPC データや臨床指標の開示」「診療ガイドラインの推進」「セカンドオピニオンの推進」については、平成 22（2010）年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」

などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策に記された「アウトカム指標」のあり方について、考え方の整理をしておくことが必要である。

2-4-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-4-2-1 意見の要約（問題点）

- ・全国的で学会横断的な診療ガイドラインの作成がなされていない
- ・診療ガイドラインの発信、改訂体制がない
- ・標準治療の実施状況に地域格差がある
- ・患者にもわかりやすい診療ガイドライン作成がなされていない
- ・全般的にがん対策予算が不足している
- ・診療ガイドラインの普及啓発にかかる予算がついていない
- ・診療ガイドラインの実施状況の評価にかかる予算がついていない
- ・がん診療連携拠点病院間の連携など連携体制にかかる予算がついてない
- ・診療ガイドラインの入手方法が明らかでない
- ・副作用のガイドラインの作成が不十分である
- ・欧米で認められている診療ガイドラインが国内で取り入れられるのにタイムラグがある
- ・診療ガイドラインと保険診療に整合性がないものがある

2-4-2-2 意見の要約（改善案）

2-4-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・診療ガイドライン作成時における連携体制の強化
- ・診療ガイドラインの発信体制の強化
- ・診療ガイドラインの啓発体制の強化
- ・がん治療のプロセス指標、アウトカム指標などを比較する
- ・診療ガイドライン作成にかかる補助金制度の設立
- ・診療ガイドライン普及を目的とした第三者委員会設立にかかる予算化
- ・診療ガイドライン啓発を目的とした研修会、冊子配布、ネット配信費用の予算化
- ・上記研修会参加機関へのインセンティブとしての補助金交付にかかる予算化
- ・拠点病院間の連携など地域における診療ガイドラインにかかる連携体制強化のための交付金制度の設立
- ・診療ガイドラインの順守評価を目的とした報告会実施にかかる予算化
- ・標準治療を確立に向けた、臨床試験や薬剤の早期承認の推進にかかる予算化

- ・診療ガイドラインに当てはまらないケースへの臨床研究費用の予算化
- ・臨床試験の推進策、医師主導試験への補助政策

2-4-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・標準治療推進のためにDPCに則った治療に加算する
- ・ガイドラインに沿った説明・治療に診療報酬上の評価
- ・診療ガイドライン順守による診療報酬の評価
- ・標準治療の啓発と遵守のためにセカンドオピニオンに保険点数化
- ・標準治療と高度医療への報酬改善

2-4-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・欧米ガイドラインを取り入れた作成制度の検討
- ・学会任せではなく、厚生労働省が主体のガイドライン作成制度
- ・がん診療ガイドラインに沿った医療の評価制度
- ・がん診療ガイドラインが遂行できる専門医の育成

2-4-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-4-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・化学療法に関しては発展が目覚ましく標準治療の推進のためにガイドラインの作成は不可欠である。（行政）
- ・再発、転移や希少がんへのガイドライン作成が不十分である（患者関係者・市民）
- ・ガイドライン実施に対する評価がない（患者関係者・市民）
- ・診療ガイドラインは治療の標準化という点で有用だが、ガイドラインに当てはまらないような症例に対する臨床試験の充実が必要（医療提供者）
- ・ガイドラインが現在の治療より遅れていることが多い（医療提供者）
- ・標準治療がどういうものなのか患者自身が分かりにくい（患者関係者・市民）
- ・治療における均てん化がまだまだ不十分（患者関係者・市民）

2-4-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-4-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・各病院施設でクリティカルパスを活用できるように整備し普及する（医療提供者）
- ・拠点病院の連携が必要なのにこれできていない。系列がちがうと最悪な関係。拠点病院の連携を義務付ける。拠点病院からの情報を第2病院に流すことが必要。どこの病院で

も標準治療をできるようにガイドラインを流すこと、義務付けること（患者関係者・市民）

- ・全国レベルで標準的なガイドラインがすぐさま発信される、あるいは受け入れるシステムができていない。病院機能評価対策のために、各病院が別個にガイドラインを作成しなければならない（患者関係者・市民）
 - ・僻地の医師が研修に行く間の医師の確保についての保証が欲しい。医師派遣機関では無く、医師個人に報酬が与えられる制度の構築（行政府）
 - ・ただガイドラインを作成し、医療機関に配布するだけであれば何も改善されない。ガイドラインの内容を医療者が全員理解した上で治療に当たるために、ガイドラインについての研修を開催するとか、患者自身にもガイドラインについて勉強できる体制を作って欲しい（患者関係者・市民）
 - ・がん治療を行うすべての病院について、診療ガイドラインに沿った治療を行っているかチェックする機関の創設（各都道府県ごと）（患者関係者・市民）
 - ・診療ガイドラインの作成、普及、評価の流れが機能していない。診療ガイドラインの作成で予算処置がとまっている。診療ガイドライン普及と評価のプログラムを作成する（医療提供者）
 - ・がん治療の進歩に応じたガイドラインの更新と勉強会の開催にかかる予算措置（患者関係者・市民）
 - ・数年ごとに更新するための予算措置（医療提供者）
 - ・すでに学会などが公表しているガイドラインを患者さんが Web などで見られるように予算つける（医療提供者）
- 日本乳がん学会が「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」というのを発行している。とてもわかりやすく記載されている。医師にお任せの時代は終わり、自分自身のための治療と一緒に考える（後悔しないためにも）事は必要なので、分かりやすい小冊子があれば良いと思う（患者関係者・市民）
- ・統一されたガイドライン作成への助成。情報伝達システム作成への助成。（医療提供者）

2-4-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・DPC における支払いについて、診療ガイドラインに沿った治療については加算をつけるなどの差別化（患者関係者・市民）
- ・悪質な非標準治療の日常的实施には、診療報酬面での罰則も必要では（医療提供者）
- ・ガイドラインで診療の体制整備の基準を作成し、これをクリアしている施設には報酬の差別化を図る（医療提供者）
- ・外来化学療法におけるレジメンに即した治療を行った場合の診療報酬上の加算（医療提供者）
- ・ガイドライン治療を説明することに点数をつける。悪性腫瘍管理料算定時に義務化する（患者関係者・市民）

2-4-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・米国 NCCN に対応する、本邦の連携拠点病院ガイドラインを各がん種で作成し、できたら有料でインターネットでダウンロードできるようにする（医療提供者）
- ・現在のわけのわからない保険査定などはやめて、ガイドラインの沿った医療に関しては認めるようにしてもらいたい。ガイドライン（欧米も含め）と保険適応が一致していないため、ベストと思われる医療も、現場に医師は二の足を踏んでいる（医療提供者）
- ・大学など研究施設での臨床研究を行いやすくする。標準治療ではない治療に関してはその成績を公表することを義務化する。評価機構を持つ（医療提供者）

2-4-4 分野内の横断的検討（再掲）

「診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置」〔C-25〕により、診療ガイドラインの策定を推進する第三者的な機関を設置して、診療ガイドラインの位置づけと質の担保について、制度面での基盤整備を進める。これをもとに、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕により、診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立し、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕により、疾患の治療のみならず、患者の QOL(生活の質)にも配慮したがん医療を進めていく。これらの施策を促進するために、診療報酬においても「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕を行うとともに、「セカンドオピニオンの推進」〔B-17〕により、標準治療の推進を図る。

また、診療ガイドラインの作成とあわせて、「ベンチマーキング（指標比較）センターによる標準治療の推進」〔A-35〕、「DPC データや臨床指標の開示」〔B-15〕により、医療の質を「見える化（可視化）」することで、あわせて標準治療の推進を図る。なお、標準治療の推進を図るにあたっては、全体分野 2「がん計画の進捗・評価」の施策、ガイドラインを策定するにあたってのエビデンスの確立にあたっては、個別分野 10「がん研究」の施策が、密接に関連してくると思われる。

2-5 分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

2-5-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-5-1-1 「予算」の推奨施策

(1) がん診療連携拠点病院制度の拡充 [A-38]

地域がん診療連携拠点病院において、地域特性に応じて、タイプ分けの考えを取り入れる。①地域の役割分担の取りまとめ、②質の高い医療の実践、③臨床指標の計測・公表、④医療従事者の育成・派遣——などを行っている施設について、機能強化事業費を増額する。それによって、がん診療連携拠点病院の全体の質の向上を図ることで、がん治療の均てん化を促進する。

(2) 拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）[A-39]

現在、がん診療連携拠点病院の機能強化事業について、都道府県負担部分を支出できないことにより、拠点病院の運営について、地域格差が顕在化している。そのため、同事業の2分の1都道府県負担を改め、100%国の予算化とすることで、地域格差をなくし、がん対策の均てん化を進めることを目的とする。具体的には、拠点病院機能強化予算を交付金化し、広く各都道府県が実施体制を構築できるようにする。

(3) サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）[A-40]

がん診療連携拠点病院、その他の病院、診療所などが連携した、治療計画や治療経過、フォローアップ計画、フォローアップ経過を記載したサバイバーシップ・ケアプランを作成した場合、1回につき3,000円を補助する。患者が地域で切れ目のない医療を受けることができ、いったん治療が終了した患者についても、後遺障害や晩期障害、あるいは心や経済の悩みに対するサポートを得られるようにする。

(4) 医療機関間の電子化情報共有システムの整備 [A-41]

都道府県ごとのがん診療体制ネットワークを強化し、医療機関相互のコミュニケーションを円滑化することを目的とし、都道府県ごとのがん診療体制ネットワークに係る統一的な電子化情報共有システムを整備し、医療機関同士の情報共有体制を確立する。また連携強化を主務としたサポートスタッフ（MSW〔メディカルソーシャルワーカー〕等）新規雇用のための予算を確保する。

(5) がん患者動態に関する地域実態調査 [A-42]

いわゆる「がん難民」の発生を未然に防止するため、地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を行う。具体的には、地域がん登録のスキームを活用し、都道府県ごとに、がん患者動態の地域実態調査を実施・解析して、適切な診療体制ネットワーク策定に際する提言書を作成し、提言書に基づく診療体制再構築委員会の設立および将来的な診療体制の再構築を進める。

(6) がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発 [A-43]

がん対策推進基本計画における「医療機関の整備」の項目において、がん診療連携拠点病院の量的な整備に着目したものであり、地域連携機能などの質的な評価指標がない。そのため、拠点病院の質の評価に関する指標を開発し、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次対がん総合戦略研究事業において、拠点病院の地域連携機能の質の面の評価を行うための指標を開発する。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

2-5-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 地域連携とその他の連携 [B-18]

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(2) がん診療体制の充実度に応じた評価 [B-19]

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在の拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

(3) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価 [B-20]

地域における「がん難民」の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果として「がん難民」を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

2-5-1-3 「制度」の推奨施策

(1) がん診療連携拠点病院制度の見直し [C-26]

提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、がん対策基本法やがん対策推進基本計画、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。

2-5-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策である「がん診療連携拠点病院制度の拡充」（80 億円）と「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」（23.5 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約 9.4 億円）が対応しているとの指摘があるが、アンケートやタウンミーティングでもその必要性が多く指摘されていたがん診療連携拠点病院制度の見直しを含むものではなく、反映されているとは言い難い。また、予算案の「がん診療連携拠点病院の機能強化」に関わる予算額が、昨年度の約 54.1 億円から今年度の約 34.3 億円へと大幅な減額となっている状況は、予算措置に関わる国の都道府県の連携不足を一因とするものであり、拠点病院の運営に大きな影響を与える可能性が危惧される。

推奨施策「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」（2 億円）については、診療報酬面（特定療養疾患管理料）で一定の対応がみられるとの指摘もあるが、治療計画は医療機関において一定程度示されるものの、特に医療機関の連携や、在宅療養、フォローアップに焦点をあてたものは十分ではない。推奨施策「がん患者動態に関する地域実態調査」（7 億円）と「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」（1 億円）については、前者は予算案における新規事業の「がん対策評価・分析経費」、後者は既存の研究費にて対応しているとの指摘がある。

しかし、前者は「地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を実施」することを目指すものであり、「がん患者や家族といったがん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析する」とされている「がん対策評価・分析経費」とは関係がない。後者も対応状況が明らかではない。がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、予算措置での一層の対応が望まれる。

2-5-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「地域連携とその他の連携」については、平成 22（2010）年

度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価することを目的として、その計画を策定する病院においては「がん治療連携計画策定料」（退院時）が、連携医療機関においては「がん治療連携指導料」（情報提供時）が新たに算定できるようになった。

前者は、拠点病院または準ずる病院において、初回治療のため入院した患者に対して、あらかじめ策定してある地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定するものである。後者は、がん診療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定するものである。一方、いわゆる「病病連携」についてはさらなる評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、「薬薬連携」に関しては、反映に向けて検討が必要である。

推奨施策「がん診療体制の充実度に応じた評価」と「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」については、平成22年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。現在のがん診療連携拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、がん診療連携拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させることが必要である。

2-5-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-5-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 二次医療圏にひとつというがん診療連携拠点病院体制が地域の実情に一致しない
- ・ がん診療体制ネットワークの現状が地域住民に周知されていない
- ・ 地域医療計画との連携体制が充分でない
- ・ 地域連携を実施するうえでの情報共有システムなどのインフラ整備が充分でない
- ・ 拠点病院機能強化にかかる2分の1の都道府県予算負担が過大であり対応できない
- ・ 拠点病院機能強化にかかる予算が全般的に少ない

- ・各医療機関の整備のみならず、各医療機関を横断的に連携させるための予算が少ない
- ・地域連携クリティカルパスの推進について、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。
- ・いわゆる病病連携や薬薬連携について、診療報酬にて十分な評価がされていない。
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。
- ・病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、「がん難民」問題解消に対する努力が進まない実情がある。
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件のかさ上げに伴い、医療資源の乏しい地域においては、拠点病院を置くことが困難
- ・化学療法や支持療法、緩和ケアを診られる開業医が少ないため、がん診療連携拠点病院退院後の病診連携が難しい
- ・地域連携クリティカルパスの作成や運用、それにとまなう勉強会開催などは、全て医療機関スタッフのボランティアによるもので、かなりの負担となっている
- ・地域連携体制の情報が患者に共有されていない

2-5-2-2 意見の要約（改善案）

2-5-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・二次医療圏ごとという枠に規制されない地域の実情に沿ったがん診療連携拠点病院体制の再構築
- ・がん診療体制ネットワークに関する地域住民への情報提供体制の整備
- ・地域医療計画との連携体制の強化
- ・医療機関間の情報共有システムの電子化にかかるインフラ整備
- ・連携体制強化を主務としたスタッフの新規雇用など人的サポート体制の整備
- ・がん診療連携拠点病院機能強化予算の100%国予算化
- ・がん診療体制ネットワークの広報、啓発にかかる予算化
- ・がん患者動態に関する地域実情調査の実施にかかる予算化
- ・上記調査に基づくがん診療体制ネットワーク構築にかかる研究の予算化
- ・地域医療計画との相互補完体制構築のための協議会設立にかかる予算化
- ・医療機関間の情報共有システムの電子化インフラ整備にかかる予算化
- ・連携体制強化を主務としたサポートスタッフ雇用にかかる予算化
- ・開業医を対象とする、がん診療についての勉強会および研修にかかる費用の予算化
- ・地域がん診療ネットワークを管理する組織あるいは調整機関等の設置の予算化

2-5-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・地域連携クリティカルパスやITなどを取り入れ、患者満足度の高いシームレスな連携を実践している医療機関に対しインセンティブをつける
- ・連携体制強化を主務とした専任スタッフの雇用に対するインセンティブ付与
- ・地域の医療事情に応じ、がん診療連携拠点病院にふさわしい病院であれば、拠点病院に準じた病院としてインセンティブ付与を考慮する
- ・病院過疎地や在宅医療が困難な地域において行き場を失う、いわゆる「がん難民」を減らすための患者支援や原因究明を行う医療機関へのインセンティブ

2-5-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・地域がん診療ネットワークを調整管理および情報提供する人材あるいは機関等の配置
- ・病院過疎地のため遠方に通院しなければならない患者や家族への助成制度を設置
- ・医療・福祉・介護情報をリアルタイムで確認できるような情報提供体制の整備
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設

2-5-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-5-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・国はがん診療拠点病院として、二次医療圏に1つということにこだわり、現在がん診療に関わっている二次医療圏の幾つかの病院を階層化し、推薦に漏れた病院のモチベーションを下げようとしている（行政府）・ネットワーク作りに関与する人が雇えない（医師が行うのには無理がある）（医療提供者）
- ・専門機関と地域医療機関の役割分担、支援体制（地域医療機関のバックアップ体制）を県民に分かるように提示（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定は、原則、1医療圏に1拠点病院であるが、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮しない画一的な拠点病院の指定では、圏域によってがん診療連携体制構築の進捗にばらつきが生じ、がん医療の均てん化が図れないこと（行政）
- ・都道府県の整備意向を踏まえ、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮した二次医療圏に複数拠点病院の指定がなされるよう、さらなる制度の運用改善を図る必要がある（行政）
- ・がん診療連携拠点病院加算なるものが診療点数上あるが、この点数を請求できるものは、「他施設でがんと診断されて入院してきたもののみ」との縛りがあるため、がん診療体制が構築されて集学的医療を行っても全く加算が出来ない。即ちがんに関しては早期発見・早期治療の考えがあり少しでも「がん疑い」があれば送られてくるため、当院で確定診断

から治療となり算定できない。この縛りは取り払ってほしい（医療提供者）

- ・拠点病院への補助金の少なさ。当県では、地域拠点病院への補助金は 300 万円にとどまり、国の補助金と併せても満額の半分以下（患者関係者・市民）

- ・拠点病院の機能強化事業は、1/2 の県負担が大きく、国の予算増に対応できない状況です。そのため、国立の拠点病院とそれ以外の機能強化事業費に格差がついています。離島地域の病院に対するがん診療の強化事業を 20 年度は、10/10 の補助事業を活用し実施しましたが、来年度は 1/2 事業しかないため県費負担が発生し、他のがん対策事業を縮小しました（行政）

- ・電子媒体を通して情報共有できるシステム構築を更に進めるべきと思われる。緩和ケアと連動するためには、介護まで含めて情報共有できるシステム構築が必要である。介護系の情報が ICF（国際生活機能分類）等の標準マスターと連動していない問題点も整備すべきと思われる（医療提供者）

- ・地域医療計画でがん医療の連携が図られているのでそれらを利用してがん登録の義務化と予算などをつけると連携がうまくいくように思う。拠点病院の整備のみでは不十分ではないか（医療提供者）

- ・地域連携クリティカルパスなどの活用による医療機関の連携が上手く機能していないことが多い（医療提供者）

- ・二次医療圏に一つという拠点病院の指定数の枠は、過疎地域においては適当と考えられるが、都市部においては全く不足している。医療機関の少ない地域においては、指定要件を満たさない病院も多いのかもしれないが、都市部では二次医療圏に要件を満たす医療機関が複数存在する。しかし現状の枠の場合、拠点病院の指定の制限のために、都市部でのがん患者の大半は非拠点病院での診療を受けざるを得ない状況にある（医療提供者）

- ・拠点病院の枠を二次医療圏ではなく、がん患者数毎に変更すべきである。候補の選択は都道府県が行うものであり、都道府県の実情に応じた選択が行われているのであって、国が予算の制限のために、都道府県の要求をのまないのであれば、ひいては都市部のがん患者の不利益につながる（医療提供者）

- ・都道府県として考えるがん拠点病院の適正数と国の定める「二次医療圏に一つ」という指定基準が一致せず、実態に即した拠点病院の整備ができていない。また、拠点病院の指定基準などが医療資源に比較的恵まれた東京を基準に設定されており、基準を厳格に適用すると、郡部の拠点病院の指定が取り消されるなど、かえってがん医療の均てん化に反する事態になりかねない状況である（行政）

- ・がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一カ所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件のかさ上げ（リニアック等の整備）に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である（行政）

- ・がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携クリティカルパスを利用する体制の構築が

難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である（行政）

・専門病院とかかりつけ医との連携がまだ構築されていない。かかりつけ医ががんの治療、緩和ケア、終末期治療などに携われるように、研修・教育が必要。体制作りも必要（医療提供者）

・拠点病院自らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっていないか？（患者関係者・市民）

・二次医療圏に1カ所といった地域がん診療連携拠点病院の制定は、二次医療圏の人口、交通網、保険医療機関数など各自治体間の大きな相違がある。診療連携拠点病院の制定に、各自治体の意向を十分に配慮する必要がある（医療提供者）

・5大がん全てに対応できる拠点病院は少ないのでは？ 地域や病院の特色を出し、地域で役割分担をする方向性が現実的かと考えます（医療提供者）

2-5-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-5-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

・医療機関整備、ネットワーク作りに予算が必要。とくに、がん診療連携病院をオンラインで結ぶためのシステムの構築と維持に対する継続的な予算立てが必要（医療提供者）

・ネットワークのための、事務員の増員のための予算、ネットワークのための連絡会開催のための予算措置などが必要。（医療提供者）

・二次医療圏ごとの「病院」「在宅ケア」「介護支援」の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。（患者関係者・市民）

・患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっているので、ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい（患者関係者・市民）

・評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価軸開発に予算をデータベースに資金を！！（医療提供者）

・今の使用しづらい予算ではなく、医療連携推進を具体的にサポートする予算（連携のための人員確保、ITネットワークの整備等）してほしい（医療提供者）

・一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。（患者関係者・市民）

・拠点病院に医療連携・研修のセンターを作り、予算措置を行う（医療提供者）

・がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなると考える（行政）

- ・医療機関整備のための協議機関を作る。参加する委員には十分な報酬を与える（医療提供者）

2-5-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・IT、チーム医療（医師、看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、リハビリ、事務）が整備されている病院へ診療報酬を（医療提供者）
- ・病診連携をしている施設には診療点数を当分の間、あげるなどして促進する。連携のための予算を病院で組めるくらいの診療報酬の増加が必要である。（医療提供者）
- ・ネットワークを利用する紹介の形態に対する報酬の創設（医療提供者）
- ・病院と診療所が連携するクリティカルパスを充実して行く必要があるが、多忙な日常診療を終わってから、医療機関同士で連絡をとりながらシステムを構築するのは、実は現場において非常なエネルギーを必要とする。このような努力をしている医療機関には一定のインセンティブを与えるようにすべきである（医療提供者）
- ・病院と連携医の間に入るコーディネーターが必要（医療提供者）
- ・がん拠点病院がない地域における、がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、経済的支援を行う。（行政府）

2-5-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・どの地域に、どのような機能、能力を持った医療機関があるかわからない。地域に、コーディネーターのような役割を果たせるスタッフを配置する必要がある。（医療提供者）
- ・拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある（患者関係者・市民）
- ・ネットワーク構築に関するスタッフの派遣制度（医療提供者）
- ・拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク（枠組み）の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る（患者関係者・市民）
- ・遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。医療費は公費でまかなえるが、家族の交通費にたいする援助がなく、かなりの負担となっている（医療提供者）
- ・リアルタイム（四半期）で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつけられるようにする（患者関係者・市民）
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設（行政）
- ・地方の実情に応じ、二次医療圏数にかかわらず、要件を満たす病院については積極的に指定願いたい

2-5-4 分野内の横断的検討（再掲）

がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を、一層充実、強化するために、「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を行い、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕による地域特性に応じた拠点病院制度の構築とあわせて、制度面での基盤整備を行う。これをもとに、「拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）」〔A-39〕を行い、拠点病院に対する国の支援を強化する。

また、「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」〔A-41〕、「がん患者動態に関する地域実態調査」〔A-42〕によりがん診療ネットワークを強化するとともに、ネットワークその連携機能について「がん診療連携拠点病院の評価手法の開発」〔A-43〕により評価を行う。そのネットワーク間における治療やケア、フォローアップについては、「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕により、患者が切れ目の無い医療を受けられるように配慮する。

なお、がん診療ネットワークについては、個別分野2「緩和ケア」の「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕などの施策や、個別分野3「在宅医療（在宅緩和医療）の在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）などの施策、個別分野11「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕などの施策と、密接な関係があると考えられる。

2-6 分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供

2-6-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-6-1-1 「予算」の推奨施策

(1) がん相談全国コールセンターの設置 [A-44]

「すべてのがん患者の悩みを軽減する」ことを目標に、いつでも、どこからでも、だれでもがんの相談ができるように、海外でも多く設置されている全国コールセンターを設置することで、患者や家族の不安や悩み、療養上の相談に対応することを目的とする。がんに関する相談支援の訓練を受けた支援員を1カ所に配置し、20回線の電話を設置し、24時間対応の全国コールセンターを設置する。

(2) 「がん患者必携」の制作および配布 [A-45]

国立がんセンターがん対策情報センターが患者・市民パネルの協力を得て制作し、がん患者が必要とする情報を網羅するがん患者必携を発行するとともに、がん診療連携拠点病院などを通じて、すべてのがん患者（初年度は当該年度に初発のがんと診断されたおよそ60万人）にがん患者必携を配布する。一般に配布するのではなく、医療機関から一人一人の患者に渡すことで、情報不足から「がん難民」が生じるのを防ぐことを目的とする。

(3) 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成 [A-46]

外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。特定疾病患者の医療費助成をモデルに、一定の要件を満たす患者の世帯を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。

(4) 全国統一がん患者満足度調査 [A-47]

がん患者の多くが、がん診療に関する疑問や不安、不満足を覚えており、その全体を把握し、動向を継続してモニターすることは、がん医療の向上に欠かせない。がん診療連携拠点病院など、がん診療を行う医療機関を通じて全国統一フォームによる調査票を、がんと診断された患者や経過観察を受けている患者に渡し、患者は回答を集計センターに送ることで、センターにおいて結果が集計される。

(5) 地域統括相談支援センターの設置 [A-48]

がん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターの連携は十分でなく、その医療機関を受診する患者以外の、地域の患者への対応も十分ではない。都道府県ごとに一定の要件を満たす医療機関に地域統括相談支援センターを設置し、必要な経験を有する常勤かつ専任の看護師やMSW(メディカルソーシャルワーカー)などを配置するとともに、医療、介護、福祉、ケアマネージャー、行政関係者による連絡会を運営する。

(6) 相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート [A-49]

都道府県がん診療連携拠点病院の相談支援センターが、あらかじめ登録された地域の患者や家族、患者支援団体と共同で、患者や家族を対象とするピアサポート事業や患者サロン、医療講演会などを運営・開催することを補助するとともに、患者や家族をピアサポート相談員として雇用した場合の助成や、相談員の資質向上を目的とした講習会、ピアサポート事業を行う患者支援団体への助成金交付を進める。

(7) がん経験者支援部の設置 [A-50]

患者の治療後における肉体的・精神的・経済的問題や晩期障害などの問題を研究・解消することを目的とする、米国NCIのOffice of Cancer Survivorship(がん生存者室)に該当する部門を、競争的なコンペを経て選定された機関に設置するとともに、患者・市民も参加する事業運営評価パネルを併設することで、その組織の活動の質を高め、がん患者(経験者)や家族などの闘病支援を行う。

(8) 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長 [A-51]

外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法(抗がん剤治療)を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。がん対策推進基本計画に基づく外来化学療法の進展と治療費の高騰の中で、患者が必要な治療を安心して受けられるようにするため、社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長を行う。

(9) 高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大 [A-52]

外来において、化学療法(再発の予防を目的と推定される治療などを除く)を伴う治療による医療費の支出について、外来患者においては入院患者のように限度額適用認定証が交付されていない。よって、高額療養費制度の申請のある世帯(すでに障害者認定を受けている場合などを除く)を対象に、健康保険の保険者から交付される限度額認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。

(10) 長期の化学療法に対する助成 [A-53]

入院及び外来における化学療法による医療費の支出増による治療の中断を防止するため、

高額療養費制度の申請のある世帯を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を入院患者のみならず外来患者に対しても窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とするとともに、さらに慢性腎不全などの特定疾病を対象とする助成（原則、月間の自己負担1万円）に準じた運用とする。

(11) 「がん診療医療機関必携（仮）」の作成・配布【A-54】

セカンドオピニオンや相談支援センターの活用促進や患者への周知については、医療機関の運用に任されており、必ずしも均てん化されていない。そこで、患者対応の均てん化を図るため、「がん診療医療機関必携（仮）」を作成し、がんを診療するすべての医療機関に配布するための予算措置を講じる。手引きは、医療提供者と患者関係者が作成し、医療提供者と患者とが相互理解を深め、円滑な診療の一助となるよう、テーマごとに質の高い患者対応のあり方や手法、患者の権利などについて記述される。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-6-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 相談支援センターの充実【B-21】

がん診療連携拠点病院の相談支援センターへの専従相談員の配置に対する、がん診療連携拠点病院加算の点数を上げることや、国立がんセンターで研修を受けた看護師や専門看護師・認定看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）等の相談員が相談支援センターで受ける相談について、常勤の相談員数、配置体制又は相談実績に応じて、段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方はどうか。

(2) 相談支援センターと患者団体の連携【B-22】

一定の質が担保された研修を修了した、患者・家族などのピアサポーターが、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて、看護師やMSWと連携して患者相談を行う場合や、患者・家族の交流の場を提供している医療機関、患者団体の運営や活動に対する技術的な支援を行っている医療機関を、その実績に応じて段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を検討してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-6-1-3 「制度」の推奨施策

(1) がん患者の就労・雇用支援【C-27】

がん患者が治療に伴い、退職や転職を余儀なくされ、生活や就労環境に支障をきたす場合が多い。患者が治療前の仕事を継続できるよう、がん患者の治療に配慮した就労体制や、

雇用を保証する支援・法制度が必要である。がん対策基本法の改正によるがん患者の就労支援・雇用確保や、障害者雇用促進法に準じたがん患者の雇用促進対策など、必要な法令の制定や改正を行う。

(2) がん患者連携協議会（仮称）の設置〔C-28〕

がん診療連携拠点病院やその相談支援センター、行政（保健所、市町村）などの地域医療資源と、地域のがん患者団体の連携を強化することを目的に、都道府県ごとにがん患者連携協議会（仮称）を設置する。設置にあたっては、がん診療連携協議会の設置に準ずる形で、厚生労働省健康局長通知などによる設置を考慮する。

(3) がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織（ベンチマーキングセンター）の設置（再掲）

がん診療連携拠点病院を対象に、公的な第三者機関によるサイトビジット（施設訪問）を伴う機能評価を行い、拠点病院の指定要件、症例数、治療成績を中心に、組織運営や地域連携、医療の質および安全の確保、療養環境、相談支援および情報提供などに関して、質の担保を確保することを目的とする第三者的な組織を設置し、安定的に運営するため、がん対策基本法の改正を行う。

2-6-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策である「がん患者必携の製作及び配布」（6 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において「がん対策情報センターの患者必携製作費」（運営交付金の内数）が増額されるなど、一定の反映がみられるが、がん患者全員への配布には不十分である。推奨施策「がん相談コールセンターの設置」（15 億円）については、国立がん研究センターへの運営交付金により、国立がん研究センターやその「患者必携相談窓口」などでの対応予定との指摘があるが、患者必携に関する相談窓口では本格的な相談対応は難しいと考えられる。

推奨施策「全国統一がん患者満足度調査」（15 億円）については、予算案にて「がん対策評価・分析経費」（約 0.2 億円）が対応しているとの指摘がある。この事業は「現在のがん対策について、政策評価に加え、がん患者等といったがん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析することにより、がん患者等にとって真に必要な施策を確認し、継続すべき事業や新たな課題等について検討を行う」とされている。推奨施策で想定されているのは、がん患者のがん診療に関する満足度調査であり、この事業とは関連がない。

推奨施策「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」（2.4 億円）と「が

ん経験者支援部の設置」(3億円)については、がん診療連携拠点病院や国立がん研究センターにその実施が任されている状態であり、拠点病院の限られた機能強化事業費でどこまで対応ができるのか不明確であり、推奨施策どおりの実施が望まれる。推奨施策「地域統括相談支援センターの設置」については、現時点では未対応であり、患者の相談支援に関わる一連の推奨施策組み込む形で、実施されることが望ましい。

がん患者の経済的負担の軽減に関わる一連の推奨施策(「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」[10億円]、「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」、「高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大」、「長期の化学療法に対する助成」[20億円])については、平成22年度予算案では未反映である。アンケートやタウンミーティングでも「金の切れ目が命の切れ目となりかねない」など、多くの意見と要望がみられた推奨施策であり、長期に高額の治療費の支払いを強いられている患者の、負担軽減は急務である。厚生労働省内においても保険局や社会援護局などと連携しつつ、包括的な対応が望まれる。

2-6-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)

診療報酬提案書の推奨施策「相談支援センターの充実」と「相談支援センターと患者団体の連携」については、平成22(2010)年度診療報酬改定において反映されていない。一方、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。さらに、今回、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされている。相談支援センターでの相談員による相談についても、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

2-6-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-6-2-1 意見の要約(問題点)

- ・がん診療連携拠点病院の相談支援センターが広く知られていない
- ・相談支援センターの相談時間やスタッフの体制が十分でない
- ・5年生存率や未承認薬、臨床試験など、患者の知りたい医療情報が十分でない
- ・患者の望む親身なサポートや、いわゆる終末期でのサポートが十分でない
- ・相談支援センターの相談員が国庫補助事業に依存していて、確保しづらい
- ・拠点病院に対する助成金の使途が制限されている

- ・患者団体や支援団体への予算措置が十分でない
- ・相談支援センターの質や体制に地域格差がある
- ・医師と患者とのコミュニケーションがとれていない
- ・利用できる相談支援制度が十分に広報されていない

2-6-2-2 意見の要約（改善案）

2-6-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・24時間365日、誰でもどこからでもアクセス可能な全国コールセンターの設置
- ・ネットにアクセスできない患者や家族を含めた、すべての患者と家族への情報提供
- ・相談支援センターと患者・家族が連携した患者支援体制の構築
- ・地域や広域をカバーする相談支援センターの設置
- ・相談支援センターの専従・専任の相談員などにかかる人件費の適正な確保
- ・相談支援センターの相談員の教育・研修体制の充実に向けた予算措置
- ・ピアサポーター（患者経験者の相談員）の養成や患者サロン運営に対する予算の計上
- ・相談支援センターの質を担保する外部評価委員会の設置

2-6-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん診療連携拠点病院での専従相談員の配置に対する、拠点病院加算での評価・相談支援センターの相談件数に応じて診療報酬で加算される仕組み
- ・一定の研修を受けた患者関係者などのピアサポーターが、医療提供者と連携して患者相談を行う場合に、診療報酬で新たに評価する
- ・いわゆる患者サロンの開設や、患者団体の支援を行っている医療機関を、診療報酬で新たに評価する

2-6-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・相談の質の担保のための認定制度
- ・治療に伴い退職や転職を余儀なくされるがん患者の就労・雇用対策
- ・医療機関の症例数や治療成績などの情報公開を進める制度
- ・患者団体とがん診療連携拠点病院の連携を促進する制度

2-6-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-6-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・がん相談支援センターの周知。相談員として働いているが、まだまだ県民に広く知れ渡

っていない（医療提供者）

- ・がん拠点病院の相談支援センターは、月～金の9時～16時（または17時）など、平日働く者には利用しにくい（患者関係者・市民）
- ・5年生存率の算出あるいは情報提供方法等が医療機関により異なり、患者が必要とする情報が得られない（行政）
- ・「もう治療がない」と言われ、どうすればよいかい分からず困っている患者が多くいる。納得のいく医療情報（未承認薬や治験）まで提供すべき（患者関係者・市民）
- ・経済面や医療面での情報提供は概ね充実しているが、患者・家族が望む「共感」や「寄り添い」は不十分。スタッフの配置も十分でない（患者関係者・市民）
- ・市町村の行う相談は、「話を聞いてほしい」「詳しいがん闘病の実際を知りたい」など、患者の切羽詰った問いには応えきれていないケースが多い（患者関係者・市民）
- ・がん拠点病院の相談員配置は、国庫補助事業である拠点病院機能強化事業に依存し、特に公立病院では相談員確保が難しい（行政）
- ・拠点病院の助成金使用範囲の縛りがあり、活動が制限される（医療提供者）
- ・ピアカウンセリング（がん経験者による相談）を受託しているNPO（特定非営利活動法人）の意見として、圧倒的に予算が少ない（患者関係者・市民）
- ・インターネットを利用できない住人に対する情報提供体制の整備が必要（行政府）
- ・とにかく体制が整っていない。拠点病院の相談支援センターの認知度が低い。MSWが必ずしもすべての病院に配置されていない。提供できる情報が十分か？患者からの多様な相談（身体的、心理的、経済的、社会的等々）に対応するには高度な訓練を身につけたスタッフやピア・カウンセラーの配置も必要と思う（患者関係者・市民）
- ・セカンドオピニオン制度が広く知られており、人々も積極的に活用しており、医療者側の意識も高まっているので、良いと思う。ただ、「悪い情報の知らせ方」のテクニックを身につけていない医療者が多い。（患者関係者・市民）
- ・とにかく医療費が高かった。透析とかは国が負担するのに、これだけ多いがんが負担されていないのはおかしい（患者関係者・市民）
- ・治療費が高い。がんになったことで仕事をクビになった。生活が苦しい。症例の少ないがんで1年以上治療を続けている。1か月で10万近く医療費がいる。高額療養費を使っているが仕事の出来ない間が大変（患者関係者・市民）
- ・がん治療には高額な金額がかかる。治療を受けなければ命に関わり、透析等のように公費で負担できるような制度を作ってほしい。治療を受けていれば働けず、命のある限りお金はかかり、家計を圧迫し、生きたいけど生きれば生きるほど家族に迷惑をかけ、どうすれば良いのか・・・と苦しんでいる患者がたくさん居ることを知ってほしい（患者関係者・市民）

2-6-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-6-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・24 時間 365 日対応のコールセンターの利用により、がん難民の削減、QOL の向上を目指す（患者関係者・市民）
- ・がんと診断された時点ですべての患者に同じ情報が手渡される体制作り。ネットにアクセスできない人への対応（その他）
- ・県レベルでの情報センターの設置が必要（医療提供者）
- ・がん患者サロンを病院内外に設置されるように、行政・がん診療連携拠点病院が、患者・家族を支援する（患者関係者・市民）
- ・患者や家族、遺族、一般を対象とする「がんの看取り・傾聴ボランティア養成講座」により、がんサポーターを各地に養成する（患者関係者・市民）
- ・相談員の資格を作るべき。会の研修終了では、十分な相談に対応できない（行政）
- ・予算はハード面だけでなく、特にマンパワーにもしっかり予算をつける（患者関係者・市民）
- ・相談支援センターでの人件費だけでなく、図書など資料収集費の予算も必要（患者関係者・市民）
- ・今後 MSW（ソーシャルワーカー）の更に十分な人員配置が求められる。職員のための実践的なケースワークやグループワークの開催頻度を増やす（患者関係者・市民）
- ・がん体験者は、体験と知識をもった社会資源であり、体験者による教育への予算計上は、医療者や医療費の負担軽減に寄与する（患者関係者・市民）
- ・患者相談支援センターへのがん体験者によるピアサポーターの配置や、患者サロンの運営リーダー養成の予算計上（患者関係者・市民）
- ・相談支援・情報提供にも評価委員会を設け、サーベランス（定期審査）とランク評価を行い、配布予算を変更する（有識者）
- ・相談支援センターの運営に十分な人件費が回るように配慮してほしい（患者関係者・市民）
- ・患者が利用するがん図書館や相談用個室の設置費用補助を予算化する（医療提供者）
- ・相談員の研修費用補助（医療提供者）
- ・地域における患者支援を全県的に行うことができる機関が必要と思われる（行政）
- ・医療機関以外での相談窓口を設置してほしい（医療提供者）
- ・ピアサポートの充実も！その研修や経済的支援も！国立がんセンター発行の小冊子などを患者会や支援団体にも設置できるようにする（患者関係者・市民）
- ・現在の高額医療費制度では、負担額が特定疾病（1 万円又は 2 万円）の制度に比べて多い。貸付制度も一時的な負担軽減にすぎない。患者負担を制度として見直すことにより、患者の治療選択の幅も広がるはずである（医療提供者）

・治療している期間に仕事が出来ない人もいる。窓口負担が減る、公費としての制度をお願いしたい。高額療養費制度も、短期間ならば何とか工面できても、何年も続くようであれば、患者の負担があまりにも大きすぎる（患者関係者・市民）

2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・相談件数等の多い病院には、診療報酬を厚くすべきである（医療提供者）
- ・相談業務への診療報酬が必要（患者関係者・市民）
- ・診療行為と考え、専門医師には診療報酬で応えるべき（医療提供者）
- ・看護師のように、配置人数での評価（加算）制度の構築（医療提供者）

2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・がん患者に対し、治療している医療機関から医療だけでなく医療費の補助制度や生活相談等の情報提供を充実させるがん対策基本法などでの制度面の規定（行政）
- ・患者、体験者を参加させるための教育訓練（ピアサポーターの育成）のためのシステム（患者関係者・市民）
- ・相談員の役割を考えると、より専門的に学んで資格のある、がん看護専門看護師の配置が望ましい（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の現況報告など、府県や国が提出を求めたものを、公開する仕組みを整備してはどうか（その他）
- ・医療機関とがん患者支援団体の連携を促進させる調整システムが必要（その他）
- ・がん長期療養者の障害者手帳の適用化、障害年金の適用、介護保険制度を40歳未満のがん患者にも適用を（患者関係者・市民）

2-6-4 分野内の横断的検討（再掲）

がん患者が経済的に不安なく治療を受けられるためには、「長期の化学療法に対する助成」〔A-53〕と「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」〔A-46〕を実施して患者の経済的負担の軽減を図るとともに、「高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大」〔A-52〕と「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」〔A-51〕により、患者の利便性を高める。また、「がん患者の就労・雇用支援」〔C-27〕により、患者の就労問題を法制度面で支援する。

患者の悩みや不安に応える相談体制の拡充を図るために、「がん相談全国コールセンターの設置」〔A-44〕による全国規模での対応や、「地域統括相談支援センターの設置」〔A-48〕による既存の相談支援センターの弱点を補う県単位のセンターを設置するとともに、相談支援センターのネットワーク化を進める。診療報酬「相談支援センターの充実」〔B-21〕による医療機関へのインセンティブ付与を進めるとともに、「がん患者必携の製作および配

布」〔A-45〕による情報提供の充実、「がん診療医療機関必携（仮）の作成・配布」〔A-54〕によるセカンドオピニオンや患者支援体制の充実を図る。また、患者を支える医療資源としての患者支援団体と、医療機関の連携体制を整備するために、「がん患者連携協議会（仮称）の設置」〔C-28〕により、患者支援団体による支援体制を制度面で担保するとともに、予算措置では「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」〔A-49〕、診療報酬では「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕を行う。

なお、がん患者の経済的・社会的な支援の観点からは、個別分野5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕や、個別分野10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕、「がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-68〕などの施策と、密接な関連がある。

2-7 分野7 がん登録

2-7-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-7-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 地域がん登録費用の10/10助成金化 [A-55]

地域がん登録が進まないのは、都道府県が費用負担しないことも大きな要因であるが、すでに単独事業として費用負担をしている県では地域がん登録が実施されており、国の100%補助があれば、ほとんどの県が地域がん登録を実施するようになると考えられる。がん登録を管理・集計・分析・公表までの一貫業務として位置づけ、都道府県に必要な研修を受けた実務者を配置するとともに、必要な予算措置を講じる。

(2) がん登録法制化に向けた啓発活動 [A-56]

がん登録はがん対策上必要不可欠であり、地域がん登録の法制化には、がん登録の意義などに関する啓発活動を通じて、国民および立法府の理解が必要である。がん登録の法制化に向けた啓発活動を展開するとともに、地域がん登録が個人情報保護法の対象外であることを法制上明確化する。地域がん登録の未実施都道府県を無くすために、地域がん登録に関する地方交付税措置の拡充を図る。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

2-7-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) がん登録に関わる職員の配置 [B-23]

がん診療連携拠点病院等が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がんセンターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価してはどうか。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討してはどうか。

(2) 地域・院内がん登録 [B-24]

地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて

段階的に診療報酬を加算してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-7-1-3 「制度」の推奨施策

(1) がん登録法（仮称）の制定〔C-29〕

がん対策基本法策定の過程においても、がん登録は議論されており、さらには欧米諸国、韓国においても、がん登録の法制化が進展している。我が国においても、院内がん登録、地域がん登録の推進により、方法論や整備体制についても議論が熟しており、がん対策基本法の改正もしくはがん登録法の制定により、包括的ながん登録の実施を原則義務化し、がん患者に関する情報を円滑に収集、提供できるよう、個人情報保護法又は住民基本台帳法に基づく情報保護規定の除外対象とする。

2-7-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策「地域がん登録費用の 10/10 助成金化」（10 億円）と「がん登録法制化に向けた啓発活動」（2 億円）については、地方財政措置等において対応済みとの指摘があるが、実効性のあるがん登録の推進を担保するためには、各都道府県におけるがん対策予算執行状況についての確認が必要である。

また、平成 22（2010）年度予算における新規事業として「地域がん登録促進経費」が計上されている。「地域がん登録を未だ実施していない 12 都県に対し、地域がん登録を行うよう指導するとともに、当該データの集計・分析を行い、標準化した登録様式に適応した地域がん登録の促進を図る」とされているが、国立がん研究センター運営交付金での予算措置であり、予算額や予算執行状況についての確認が必要である。

推奨施策「がん登録に関する個人情報保護体制の整備」（0.7 億）については、研究費にて対応しているとの指摘があるが、その内容は必ずしも明らかでない。アンケートやタウンミーティングでは、がん登録の法制化にむけた意見も出ており、登録制度のあり方や実現可能な制度設計とするための予算措置のみならず、全がん患者を対象とした登録制度や登録のゲートとなる医療機関の定義など、制度面での包括的な対応が必要と考えられる。

2-7-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「がん登録に関わる職員の配置」については、平成 22（2010）年度診療報酬改定においては、一定の反映があったと考えられる。例として、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務が、病院勤務医の負担となっていることに鑑み、がん登録に関わる職員という明示的ではないが、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置

に対する評価として、「医師事務作業補助体制加算」として、「15 対 1 補助体制加算」「20 対 1 補助体制加算」が新設されている。がん医療に従事する医師の場合、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務もさることながら、がん登録に関わる事務も負担となっている場合があり、従来から、医師事務補助者の業務として院内がん登録に係る業務は認められているところであり、「医師事務作業補助体制加算」が院内がん登録のさらなる推進に寄与することも考えられる。

また、平成 22 年度診療報酬改定では、DPC において新たに設けられた「機能評価係数」のうち、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）においては、「地域がん登録」への参画を含めた評価がなされることとなったが、地域がん登録への参画が診療報酬上評価されたことは大きな前進であり、今後、地域がん登録の推進につながるような病院の行動変化があるか注目していく必要があると考えられる。

しかし、実効性のある正確ながん登録のためには、診療情報管理士などによる登録業務が必要であり、「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に、診療情報管理士の配置などの要件を加えるなど、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。また、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた。同様に、診療情報管理士の配置を算定要件に加えるなど、医療現場に過度の負担とならないよう配慮しつつ、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

2-7-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-7-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 統一的ながん登録制度がなく、全国データベースとして機能していない
- ・ 個人情報保護体制の確立が急がれている
- ・ がん登録に関する告知や広報体制が機能していない
- ・ 全般的ながん登録予算が不足している
- ・ 都道府県ごとの予算化であるため統一的ながん登録体制整備につながっていない
- ・ がん登録制度を円滑に実施するための予算がついていない
- ・ 全国統一的ながん登録がない。
- ・ がん登録専門員がいいため作業負担が生じている。
- ・ がん登録に関する制度や根拠が不明確である。
- ・ 都道府県独自のがん登録が標準化されていない。
- ・ 院内がん登録様式と臨床医の必要とするデータに隔たりがある。

- ・がん登録様式が不統一である。
- ・診断の精度、分析結果が現場に還元されていない。
- ・医療機関のインセンティブがない。
- ・学会で行うがん登録との様式の不一致が見られる。
- ・電子カルテ導入不足のため、紙媒体からの吸い上げに限界がある。
- ・がん登録率が低すぎる。
- ・現状のシステムが使いづらい。
- ・国民への認知度が不足している。

2-7-2-2 意見の要約（改善案）

2-7-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・全国統一基準のがん登録制度を確立する
- ・個人情報保護体制にかかる統一基準を設置し順守体制を構築する
- ・がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制を構築する
- ・がん登録予算の補助金化にかかる予算化
- ・がん登録に際する全国統一基準策定にかかる予算化
- ・個人情報保護体制にかかる統一基準の策定にかかる予算化
- ・上記統一基準の遵守を推進する報告会や研修会実施にかかる予算化
- ・がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制構築にかかる予算化
- ・がん登録の円滑実施のための専門スタッフや専門部署設置にかかる予算化
- ・院内がん登録を新たに実施する医療機関に対する補助

2-7-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん登録行為を診療報酬加算する。
- ・がん登録実施機関の診療報酬を増額させる。

2-7-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん基本法を改正し、がん登録制度を盛り込む。
- ・がん登録法を制定する。
- ・がん登録様式の統一のための法制度を整備する。
- ・院内、地域がん登録を統一させる制度を創出する
- ・予後調査に必要な法制度を整備する。
- ・行政による予後調査の実施を制度化する。
- ・住民基本台帳法の改正など関連法を改正する。
- ・がん登録実施機関のDPC係数を上昇させる。

2-7-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-7-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・がん登録の体制が不十分で、集計までに時間がかかりすぎている。がん登録の体制の充実が急務（患者関係者・市民）
- ・院内がん登録が不十分であり、地域がん登録の精度も十分とは言えない（行政）
- ・地域がん登録が都道府県の任意で実施されているため、全国統一のデータベースとして使用できず、法的な裏付けもない（行政）
- ・個人情報保護法関連で、がん登録患者の予後調査が非常に困難である。（医療提供者）
- ・国民の理解が得られない（医療提供者）
- ・診療情報管理士（特に各種がん関係法令等の習熟）が問われる（医療提供者）
- ・院内がん登録や地域がん登録のデータベースにおいて、紙ベースでの提出が推奨されているため、システムを入れても効率化が図れない（行政）
- ・「地域がん登録」（罹患統計）と「院内がん登録」（診療実績把握）と「臓器がん登録」（医療水準検証）は連携が必要だが、ひとくくりに考えることが問題（行政）
- ・がん登録に従事する事務職員の不足（医療提供者）
- ・地域がん登録については、個人情報保護の安全な管理のための登録室、データベース、情報の移送の整備環境にかかる予算が不足している（行政）
- ・県の事業では予算も厳しくなかなか進まない（行政）
- ・国民の認知度はまだ低い（行政）
- ・がん登録が法律で明確に都道府県の役割として規定していないため、登録の実施や生存率を算定するために必要な住民基本台帳を用いた生存確認調査を実施することが困難な状況となっている。また、登録が医療機関の任意の協力により実施されている（行政）
- ・全国共通でのデータになっていない法的な縛りが無いので各都道府県の対応がばらばら（患者関係者・市民）
- ・都道府県が実施する地域がん登録のデータが、がん診療拠点病院に還元されないため、追跡調査における死因（原病死・多病死）の把握が出来ない（医療提供者）
- ・がん登録士は定数化された雇用でないと臨時雇用を続けていてもスキルの蓄積が望めない（医療提供者）
- ・まだ都道府県としてがん登録を行っていない自治体が残っている（患者関係者・市民）

2-7-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-7-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・がん登録のデータはがん対策の基本となるので、都道府県単位ではなく国家プロジェクト

トで対応して欲しい（患者関係者・市民）

- ・モデル地域を決めて、診断から治療までの臨床的な情報も含んだがん登録を整備し、正確に評価するインフラを整備すべき（患者関係者・市民）
- ・がん登録の法制化や、人口動態死亡個票にかかる行政から拠点病院への情報提供を可能にするなど、制度の円滑な実施にかかる法的な整理（行政）
- ・地域がん登録について、レセプト、人口動態統計や住民基本台帳との連動を図り、精度を高める（行政）
- ・正確ながん登録のためには、各組織、団体の協力と国民の理解を得るための努力が必要（医療提供者）
- ・5大がんのみならず、すべてのがん登録を国のレベルで統一し、一刻も早く病院ごとの5年生存率をホームページ上に公開すべき（医療提供者）
- ・がん登録に緩和ケア領域の項目が含まれれば、どのような緩和ケアが有効か検証可能になる（医療提供者）
- ・がん登録の法制化による個人情報保護の仕組みの確立のための予算措置（行政）
- ・地域がん登録には交付税措置がされているが、県では一般財源のため削減の恐れがあり、特定財源とすべく補助金制度等に変更する（行政）
- ・予後調査の役場照会の際の行政からの支援（病院からの問い合わせへの回答、住民票交付等手数料の無料化、外国登録に対する照会など）（医療提供者）
- ・がん登録の実務者の教育訓練などに十分な予算を付ける（患者関係者・市民）
- ・がん登録整備事業補助金等を各拠点病院に配分する予算を新設する（医療提供者）
- ・がん登録を行っている医療機関には、電子カルテ化の補助予算をつける（医療提供者）

2-7-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・がん患者数による登録士の人数を決め、診療報酬に加算できるようにする（医療提供者）
- ・がん登録を義務付けている医療機関へのホスピタルフィーはそうでない医療機関とは異なっていて良い（医療提供者）
- ・予算が有期であるとするれば、登録士の有無により診療報酬の差をつける（医療提供者）
- ・施設基準として診療報酬に反映（医療提供者）
- ・高精度に行なっている施設に対しての報酬を（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・レセプトとがん登録を照合し、その割合で診療報酬をつける（医療提供者）

2-7-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・登録の必要性についての啓発（行政）
- ・「住民基本台帳の活用」をがん登録事業として法制化してほしい（行政）
- ・がん登録を医療機関として義務づける（患者関係者・市民）

- ・がん登録の法律が必要、都道府県においても同じ（患者関係者・市民）
- ・法制によるがん登録の届出の義務化の実施（行政）
- ・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てん化（医療提供者）

2-7-4 分野内の横断的検討（再掲）

法制面での対応の不足が、がん登録を推進するにあたっての大きな障壁となっている現状から、「がん登録法（仮称）の制定」〔C-29〕による法制度面での検討が不可欠であり、「がん登録法制化に向けた啓発活動」〔A-56〕とあわせて進めていくことが必要である。これに加え、「地域がん登録費用の10/10助成金化」〔A-55〕により、都道府県での地域がん登録の促進を図るとともに、診療報酬では「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕により、がん登録に関わる職員の医療機関への配置を促進し、「地域・院内がん登録」〔B-24〕により、がん登録を進める医療機関へのインセンティブの付与を図る。

2-8 分野8 がんの予防（たばこ対策）

2-8-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-8-1-1 「予算」の推奨施策

(1) たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策 [A-57]

日本はたばこ規制枠組み条約など、複数のたばこに関する国際条約を締結し、がん対策推進協議会においても、全会一致でたばこ対策の必要性が強調されてきたにもかかわらず、がん死亡率の低下に必要なたばこ対策が先進国の中では遅れている。国際条約において求められている、たばこ価格やたばこ生産者への対策などの施策を順守・実行することで、喫煙率減少を目指す。

(2) 喫煙率減少活動への支援事業 [A-58]

喫煙率減少にはたばこ値上げが有効な手段であるが、これと並行して、喫煙率減少活動をする都道府県や地域 NPO などを対象に、喫煙率減少効果スコアにおいて世界的エビデンスが示されているメニューを中心に、地域に可能な手法による喫煙率減少活動（普及啓発、禁煙支援、分煙対策、禁煙教育など）を支援することで、喫煙率の大幅な減少とがんの罹患の減少を達成することを目的とする。

(3) 学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発 [A-59]

学校教員の喫煙率は 15%前後と依然高く、このことが児童・生徒の喫煙にもつながっているとの指摘が多い。また、学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要がある。国及び地方自治体が教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施するとともに、学校内の完全禁煙を定める政令、条例を制定し、同時に教員の禁煙支援を行う。

(4) 初等中等教育におけるがん教育の推進（再掲）

学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要があるため、各都道府県の教育委員会が設置する研修センターにおいて、5年以内に、すべての小学校、中学校、高等学校の体育及び保健体育の教員に対するがんの特性、がん検診、がん治療に関する研修を実施し、教員の学校内禁煙を義務づけるとともに、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率 0%」の実現を目指す。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-8-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) たばこ依存への治療と禁煙対策 [B-25]

ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をしてはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-8-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 健康増進法の改正（受動喫煙の防止）[C-30]

受動喫煙の防止について、健康増進法において規定されているが、日本はたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の締結国であるにもかかわらず、条約で必要とされている諸施策の実施が不十分である。受動喫煙の防止について、健康増進法による規制を強化するとともに、条約にて規定されているたばこ対策を推進するために、たばこ事業法の廃止を含め、必要な法改正を行う。

(2) 健康保険法の改正（喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）[C-31]

喫煙率の減少に伴うがん死亡率の低減と、予防医学の推進による医療費の削減を目的として、保険診療に予防医学の考えを導入し、喫煙者と非喫煙者とで保険料のインセンティブを導入する。

2-8-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書における推奨施策「たばこ規制枠組条約の遵守に向けた施策」（たばこ価格の値上げ）、「喫煙率減少活動への支援のモデル事業」（5 億円）、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」（5 億円）については、平成 22（2010）年度予算案では「生活習慣病対策推進費（たばこ・アルコール対策推進費）」（約 0.1 億円）や「健康的な生活習慣づくり重点化事業（たばこ対策促進事業）」（約 0.5 億円）が対応していると考えられるが、金額がきわめて少ないこともあり、推奨施策が反映されているとは言い難い。

また、禁煙対策の普及啓発に関する推奨施策「初等中等教育におけるがん教育の推進」については、文部科学省による対応と考えられるが、その対応状況は十分でなく、厚生労働省のがん対策と連携した取り組みが望まれる。なお、第 11 回がん対策推進協議会（平成

21年12月)では、協議会会長の発議により「たばこ税の引上げとその税収の有効活用に関する緊急提言」が採択された。提言は、患者関係委員の提出した「たばこ税の引上げに関する要望書」とともに厚生労働大臣に手交され、政府税制調査会は平成22(2010)年10月からの増税を決定したが、その規模は小さい。今後も予算措置のみならず制度面での対応も含めて、包括的なたばこ対策の推進が必要と考えられる。

2-8-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)

診療報酬提案書の推奨施策「たばこ依存への治療と禁煙対策」について、「ニコチン依存症管理料」は、平成22(2010)年度診療報酬改定においても変化はなかった。今後、その「充実と強化」に向けて、引き続き検討が必要である。「敷地内禁煙を行っている医療機関の評価」は、平成22年度診療報酬改定において反映されていない。日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供など、たばこ対策への包括的な取り組みが求められており、診療報酬での評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

2-8-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-8-2-1 意見の要約(問題点)

- ・禁煙推進や受動喫煙防止の取り組みが不十分
- ・条例などによる地域のみ、または医療者のみによる禁煙対策には限界がある
- ・がんの予防につながる生活習慣改善の取り組みや研究が十分でない
- ・喫煙対策を行うための十分な予算を確保することができない
- ・がんの予防に関する普及・啓発の予算化に対する理解が得られない
- ・国からの補助事業の活用がしづらい
- ・国全体での禁煙推進施策がとられていない。
- ・たばこ規制に関して健康増進法の効力が充分でない。
- ・公共施設等での禁煙対策が充分取られていない。
- ・たばこ価格が廉価であり、十分なたばこ税が課されていない。
- ・未成年者喫煙防止の啓発活動が充分ではない。
- ・未成年喫煙者の禁煙指導が取られていない。
- ・たばこ事業法等、既存法制度の弊害がある。
- ・予防医療が必ずしも保険適用されていない。

2-8-2-2 意見の要約(改善案)

2-8-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・たばこ価格値上げを含む禁煙推進のための各種施策や法制化の実施
- ・がんの予防や病態などに関する学校教育の充実
- ・生活習慣や食事の改善に関する国からの支援を含む研究や普及啓発の促進
- ・たばこ対策の推進にあたって必要かつ十分な予算を確保する
- ・たばこ税の税収をがんの予防や対策へ充当する
- ・学校におけるがんや禁煙に関する教育について文部科学省より予算措置を図る
- ・たばこ税を値上げし、がん対策予算に適用させる。
- ・子宮頸がんや喫煙によるがんなど、予防可能ながんに関して、予算措置をとる。

2-8-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・禁煙外来を継続的に評価し、さらに受療しやすい環境を整備する。
- ・未成年者に対する禁煙治療を保険適用する。
- ・予防医学に対する保険適用を検討する。

2-8-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・国を挙げた禁煙推進のための法整備を行う
- ・たばこ事業法を改正する
- ・国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する
- ・健康増進法第 25 条の受動喫煙防止義務を強化する

2-8-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-8-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・「禁煙目標」「受動喫煙防止対策」とともに目標が低く、公共施設や限られた路上での禁煙が少しずつ進んでいる状態で、成果が出ているとは言い難い（患者関係者・市民）
- ・神奈川県が受動喫煙防止条例を検討しているが、県境を超え顧客が他県に流れる懸念から反対の意見もあり、地域的な規制には限界がある（行政）
- ・たばこ対策は、医療関係者のみでは解決できない。禁煙指導的発想から、社会全体の種々の影響を考慮に入れた政策的な対応を考えるべき（医療提供者）
- ・食生活の指導と生活習慣の改善を浸透させにくい。禁煙と受動喫煙のない環境が整備されにくい（医療提供者）
- ・食生活の西洋化が特定のがんの増加につながっているとされる中、「食生活」の具体的な指導やがん予防へのエビデンスの情報収集が不十分（患者関係者・市民）
- ・喫煙対策が展開できる予算が十分でない（行政）

- ・医師、教育、行政と連携して行うための予算(学校、地域公会所等での講習会)が不足している(医療提供者)
 - ・効果が明確でない普及・啓発のための費用は、厳しい財政状況の中、認められにくい。
- 1/2 補助事業では、新規となると要望は困難な状況にあるが、10/10の補助事業では現時点の補助基準から活用が難しい(行政)
- ・財政難のため、知識の普及に必要な経費の確保ができない(行政)
 - ・受動喫煙防止対策は、個々の県条例では困難(行政)
 - ・がんの原因と分かっているが、たばこ対策がされていない(患者関係者・市民)
 - ・健康増進法及びたばこ枠組条約が定められているにもかかわらず、受動喫煙防止対策が不十分(行政)
 - ・未成年に対する喫煙防止対策が不十分(行政)
 - ・公共施設におけるたばこの自販機、分煙などがいまだに多い(医療提供者)
 - ・喫煙対策ががん対策基本計画の中に正しく位置づけられていない(その他)

2-8-3-2 寄せられたご意見から(改善案)

2-8-3-2-1 寄せられたご意見から(予算の改善案)

- ・がんの予防は、禁煙対策に尽きる。健康増進法を一步進め、公共の施設のみならず職場、飲食店の施設内禁煙を義務化すべき(医療提供者)
- ・禁煙について効果が大きいとされているのが、たばこの価格をかなり高額にするということであり、国税収入不足対策ではなく生活習慣病も減るとされ、医療費の低減につながるどころ大であると考え(行政)
- ・FCTC(たばこ規制枠組み条約)に示されている各条項の履行は、批准国としての責務であることを厚生労働省はもっとアピールすべき(医療提供者)
- ・小中学校及び高等学校における学校教育においてがん予防教育を行うことで、比較的低予算で効果的な教育ができるのではないかと(その他)
- ・初等・中等教育における「がん＝国民病」の説明、たばこ、ドラッグ、生活習慣とがんの関連などの説明(患者関係者・市民)
- ・効果的・効率的な普及啓発事業を展開することが重要。地方自治体の財政事情が厳しい中、国から提供される普及啓発資料を効果的に活用する必要がある(行政)
- ・生活習慣病センターとがんセンター等が連携し、食事や運動習慣を是正できるよう指導体制を構築する(医療提供者)
- ・禁煙治療の質の維持向上と普及のための予算の確保と、健診の場における禁煙支援の実施のための予算の確保(医療提供者)
- ・たばこ税をがん予防の予算に回してほしい。たばこ対策の授業を、文部科学省の学校保健の範囲に入れる(患者関係者・市民)

- ・値上がりした増収益をたばこ葉農家の支援対策費に充てる（その他）
- ・啓蒙活動としてピンクリボンだけではなく、他のがんのキャンペーンにも予算を組むべき（患者関係者・市民）
- ・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（行政）
- ・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（行政）
- ・値上げ分のたばこ税の増収をがん対策に回す（患者関係者・市民）
- ・たばこ税はがん対策、特に学生のがん教育費用に使う（患者関係者・市民）
- ・禁煙運動に対する補助金の増加（医療提供者）
- ・未成年喫煙者への禁煙治療に医療費補助を行う（医療提供者）

2-8-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・未成年者に対する、禁煙治療の保険適用化（行政府）
- ・禁煙外来を行っているところへの診療報酬を厚くする（医療提供者）
- ・禁煙治療に対する診療報酬の増加（医療提供者）
- ・喫煙者の自己負担金比率を上げる（医療提供者）
- ・禁煙治療の保険適用条件（喫煙指数等）を撤廃し、ニコチン依存症管理料を引き上げる（医療提供者）
- ・喫煙者のがん、心血管病診療の自己負担分を増加する（医療提供者）
- ・敷地内全面禁煙病院では診療報酬の増額をする（医療提供者）
- ・予防医学に対する保険適用（医療提供者）
- ・医療機関における禁煙指導条件の緩和（医療提供者）

2-8-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・罰則を盛り込んだ法制化等、全国統一した施策が必要（行政）
- ・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る（行政）
- ・国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する（患者関係者・市民）
- ・健康増進法第25条の受動喫煙防止義務を強化する（医療提供者）
- ・国または地方での禁煙に関する法令条例を整備する（その他）

2-8-4 分野内の横断的検討（再掲）

日本は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約）」の締結国であり、条約で求められている諸施策の実施にあたっては、法制面での対応が不可欠であると考えられるため、「健康増進法の改正（受動喫煙の防止）」〔C-30〕により、たばこ事業法の廃止も含めた必要な法改正を行うとともに、「健康保険法の改正（喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-31〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」〔A-57〕により、たばこ価格やたばこ生産者への対策を行うとともに、「喫煙率減少活動への支援事業」〔A-58〕、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」〔A-59〕、「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、禁煙に関する普及啓発を進める。また、「たばこ依存への治療と禁煙対策」〔B-25〕により、たばこ規制枠組条約において求められている、たばこ依存への治療機会の提供を担保する。

2-9 分野9 がんの早期発見（がん検診）

2-9-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-9-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 保険者・事業者負担によるがん検診 [A-60]

がん検診率 50%を達成するには、毎年少なくともあと 1,500 億円の検診費用が必要である。その費用の負担は、市町村財源や受診者負担では不可能であり、かつてのような交付金に戻すことも困難である。トータルな疾病管理の観点からも、がん検診機会を増やすためにも、メタボ健診と同様に、保険者負担・事業者負担によるインセンティブシステムを採用する。

(2) 保険者負担によるがん検診事業 [A-61]

がん検診受診率の目標は 50 パーセント以上とされているが、現状ではその上昇はあまりみられず、保険者負担による受診勧奨など、抜本的な見直しを伴う施策が考慮される必要がある。がん検診において一定の受診率が見込める実績のある地方自治体や地域を対象に、国民健康保険加入者を対象にして、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、子宮がんについて、保険者負担によるがん検診を進める。

(3) がん検診促進のための普及啓発 [A-62]

がん検診の受診勧奨だけでは限界があり、がんに関する正しい理解の促進を通じて、がん検診を受診する意識を喚起することが重要である。がん検診に関する企業の取り組みを政府が主導することで、国民への明快なメッセージを提示する。例えば、がんの普及啓発を目的とした分かりやすい冊子を、企業とのタイアップをもとに作成、配布するとともに、学校におけるがん教育との連携も図る。

(4) がん検診の精度管理方式の統一化 [A-63]

がん検診の精度管理は地域間でほとんど統一されておらず、がん種間でも精度管理の質的な差異がみられることが、がん検診普及を阻害する要因の一つとして挙げられる。厚生労働省などにおいて関係学会との連携により、がん検診の精度管理に関する中央管理を行い、都道府県は解析スタッフ養成のため、精度管理に関する研修や、指導管理協議会の運営、市町村のがん検診の結果の登録を実施する。

(5) 長期的な地域がん検診事業 [A-64]

国内において極めて貴重な情報が得られつつある、循環器疾患における久山町地域の事業を参考に、がん検診に関する地域連携や協力が得られることが期待できるなど、モデル地区として一定の要件を満たす人口 10 万人までの市町村を対象に、がん検診の有効性や、がんのリスク因子解析などの情報を分析するために、「同一集団に対する繰り返しがん検診モデル」を、10 年単位で長期にわたり追跡調査する。

(6) イベント型がん検診に対する助成 [A-65]

アンケート調査によると、がん検診を知っていても、検診を受けられる機会がない、あるいは便利でないことから、実際に検診を受けない人が多い。移動検診車による検診の機会の提供、休日・夜間の駅前、デパート、繁華街等の住民が集まりやすい場所でのがん検診イベント開催などを対象に助成する。また、居住地以外でのがん検診を円滑に進めるための市町村間の連携体制を強化する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-9-1-2 「診療報酬」の推奨施策

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

2-9-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律の改正 [C-32]

平成 20 (2008) 年度以降、がん検診は市町が実施する検診を、メタボ検診などの健康診断（特定検診）は健康保険が実施する検診を受けることとなり、がん検診と健康診断を住民健診で受診していた健康保険加入者の被扶養者などが減り、各地でがん検診受診率が大きく減少している。受診率向上のために、高齢者の医療の確保に関する法律の改正を行う。

(2) 健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い） [C-33]

がん検診受診率の向上に伴うがん死亡率の低減と、予防医学の推進による医療費の削減を目的として、保険診療に予防医学の考えを導入し、がん検診受診者と未受診者とで保険料のインセンティブを導入することを検討する。

＜詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください＞

2-9-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書における推奨施策である「保険者負担によるがん検診のモデル事業」（30 億円）、「がん検診促進のための普及啓発」（10 億円）、「イベント型がん検診に対する助成」（25

億円)については、平成22(2010)年度予算案では「がん検診受診促進企業連携委託事業」(約2.7億円)や「がん検診受診率向上企業連携推進事業」(約1.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、金額がきわめて少ない。特に、保険者負担によるがん検診の推進に関する推奨施策については、抜本的な見直しが図られていないのが実情である。

また、予算案では「女性特有のがん検診推進事業」(約75.7億円)が計上されているが、平成21年度予算よりも減額されており、検診実施体制の確保や市町村の負担の軽減に課題があり、今後他のがん検診に拡大されるか否かも不明確である。推奨施策「がん検診の精度管理方式の統一化」(20億円)や「長期的な地域がん検診事業」(3億円)については、研究費で対応しているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん対策推進基本計画に規定された「受診率50%」との目標には現状では程遠く、予算措置のみならず制度面での対応も含めて、検診受診率向上策が求められている。

2-9-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成23年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

2-9-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-9-2-1 意見の要約（問題点）

- ・がん検診の実施者が保険者と市町村とに分かれている
- ・がん検診の受診率算出や精度管理の方法が統一されていない
- ・がん検診に関わる医療機関や地方自治体のマンパワーが不足している
- ・がん検診の一般財源化により受診者が増えると市町村の負担が増える
- ・がん検診に関する普及啓発に対する予算が十分でない
- ・社会保険加入者ではがん検診受診の負担が大きい

2-9-2-2 意見の要約（改善案）

2-9-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・がん検診の受診率や精度管理の全国統一化
- ・土日や夜間受診など受診しやすい環境の整備

- ・学校教育やマスメディアを通じたがん検診に関する普及啓発
- ・特定検診と同様にがん検診を保険者負担とする
- ・がん検診受診者へのインセンティブを導入する
- ・がん検診にかかるマンパワーや検診車、民間団体等への予算措置を図る

2-9-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

2-9-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん検診の法制化
- ・がん検診の受診によるインセンティブまたはペナルティー制度の導入
- ・がん検診の受診に伴う労働法制上の対応

2-9-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-9-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・特定健診や特定保健指導などの実施主体は保険者だが、がん検診の実施主体は市町村であり、現場は大いに混乱している（医療提供者）
- ・労働者へのがん検診は一部の健康保険組合のオプションの位置づけにあり、社会保険の被扶養者が検診を受診しづらい（医療提供者）
- ・通常の検診実施義務者が、保険者と市町村に別れることにより、がん検診の受診率の把握がより困難になった（行政）
- ・がん検診受診率の算出方法の、統一した算出法がない（行政）
- ・早期発見のために検診は必要だが、例えば乳がんに関して、若い世代の意識がない。検診といっても触診だけでははっきりいって無意味（患者関係者・市民）
- ・市町村におけるがん検診において、老人保健法で国の補助があった頃とは違い、入札により毎年業者が変わることがあり、精度管理しにくい状況（医療提供者）
- ・受診者数が増えると、要精検者をフォローする二次医療機関のキャパシティが不足する。精検結果把握に協力しない医療機関もある（行政）
- ・いまの医師数では検診率アップは不可能（医療提供者）
- ・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く、検診団体との調整や苦情対応、受診勧奨、追跡調査など多忙をきわめ、マンパワー不足はかなり深刻であり、職員の頑張りややる気以前の問題である（行政）
- ・がんについての正しい知識・姿勢を啓発するのは、メディアまかせではなく国が責任持

って行うべき。検診についての限界や適応など、得られる結果に対して見合う対象を明示して施行するよう、もっと細かな科学的な配慮が必要（医療提供者）

- ・がん検診の費用は一般財源化されており、検診の受診率が向上すれば、それだけ市町村の財政負担も増大することが懸念されている（行政）
- ・市町村はがん受診率向上のノウハウ（個別通知、セット健診）を知っているが、受診率が上がると市町村負担が増えることが受診率向上のネックとなっている（行政）
- ・がん検診の実施主体である市町村は、財政事情が厳しく財政的な支援が必要であり、検診費用については地方財政措置がなされているとはいえ、予算の範囲内でしか事業展開ができず、積極的な受診勧奨活動ができないジレンマがある（行政）
- ・働き盛りの年代ががん検診を受診するためには、企業においてはその受診の機会が設けられる予算がない（その他）
- ・市町村がん検診事業について、今年度から地方交付税が2倍になったとはいえ、市町村ごとの増額された措置額が明示されず、用途が限定されないのでは、がん検診事業費の拡大はあまり期待できない。もっと効果的な予算措置が必要（行政）
- ・総務省は、がん検診受診率向上のため昨年交付税を倍増したと発表した。その時期が遅かったこともあり、市町村の予算措置はほとんど前年同額である（医療提供者）
- ・女性特有のがん検診について、H22年度予算において補助率が2分の1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。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（医療提供者）
- ・がん検診の有用性がはっきりしない。費用対効果がわからない。精度管理が不安。がん検診が自由に受けられる施設がない（患者関係者・市民）
- ・国民健康保険、職域、被扶養者と、加入している医療保険者による検診できる内容の相違・職域・自己受診の数字が把握できる体制がないため、実際の受診状況が不明（行政）
- ・自覚症状がなく、お金や時間を使って、わざわざ自分から出向いて行く事は難しい。小さな頃から予防医学、検診について学び、なぜ検診が大切なのかを勉強すべき（患者関係者・市民）

2-9-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-9-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・社会保険のがん検診の実施の義務化（特定検診に準じて）。これができないなら、被扶養者がどこで受診できるかを国民に明示すべき（医療提供者）
- ・市町村事業におけるがん検診受診率算定式の全国統一化を図り、地域・職域を含めた正確ながん検診受診率の把握方法等について早急に検討・公表する（行政）
- ・人口動態統計なみのがん受診実態調査、その後の徹底した追跡調査をやるべき（行政）

- ・受診しやすい土日・夜間受診や、育児中の母親が受診できることよう、保育託児つきにするなど、がん検診の工夫を積極的に行う（患者関係者・市民）
- ・行政ががん検診 100 パーセント受診の宣言をし、量販店のポイント制度やがん募金の活用などを行うなど、もっと知恵を絞るべき（患者関係者・市民）
- ・小学生の学校教育に健康教育を取り入れ、成人に達した年齢者を対象に、検診受診を制度化して検診意識を高め、職場内検診を制度化する（医療提供者）
- ・ゴールデンタイムなどに、公共広告機構などからのテレビ広告を流す。国民ひとり一人に危機感を持ってもらい検診受診を促す（行政）
- ・がん検診の啓発にマスメディアの利用も大きな影響が得られるのではないか。乳がんのマスメディアを通じた啓発があったときに受診者が増えた（医療提供者）
- ・がん検診も保険者の責任として行わせる（医療提供者）
- ・がん検診の事業実施主体である市町村が、主体的に普及啓発活動やがん検診事業を展開できるような補助事業を創設する（行政）
- ・職場検診にがん検診を義務化し、毎年検診している人ががんに罹患した場合の優遇措置を設ける（初期検査無料など）とともに、がん検診受診をすべての生命保険加入の条件とする（患者関係者・市民）
- ・全検診受診者の国保税等の一部軽減分の負担など、検診受診者に対するインセンティブの助成（行政）
- ・がん検診への補助金が交付税との関係でできないので、独自検診や上乘せ検診等の補助が必要。精度管理や事業評価に対する助成も必要（行政）
- ・国際的に標準となりつつある、対象者名簿に基づいた非受診者への受診勧奨を行うマンパワーと予算が必要（医療提供者）
- ・検診にもお金をつけないと検診を受けない。特にマンモグラフィー、子宮がん検診のように検診車でまわるようにすると、もう少し受診率が増える（有識者）
- ・がん検診で民間団体を活用し、民間団体へ助成金を交付する（患者関係者・市民）
- ・市町村の検診費用を一般財源でなく、特定補助に戻した方がいいのではないかと（県庁担当者）
- ・実施主体である各市町はほとんどが財政難であり、地方交付税措置の増額等が「がん検診実施費用」に反映されていない。以前のような負担金としての交付が必要（行政）
- ・国が目標値を掲げている以上、目に見える形で（地方交付税ではなく、国負担金・補助金の形で）支援をしてほしい。また女性特有のがん検診推進事業など、国が主導して実施する事業については、全額国の負担で実施するようにしてほしい（行政）
- ・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（医療提供者）
- ・費用対効果をはっきりしているがん検診に対してだけ予算をかける（患者関係者・市民）

2-9-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・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（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・検診を受けないで、がんになった場合は診療点数が高くなるようにする（医療提供者）

2-9-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・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（医療提供者）
- ・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）（医療提供者）
- ・がん検診を受けると何か益になることを制度上取り入れるべき。例えばがんが発見された場合、保険者から診療費が補助されるとか（医療提供者）
- ・検診を受けないと国民健康保険税などの金額が上がる仕組みを導入（患者関係者・市民）
- ・自治体が行なう検診を定期的に受診した患者に対する減税制度の創設（医療提供者）
- ・小、中学校のカリキュラムに組み入れて、年齢に合った教育をする。教科書の改善（患者関係者・市民）
- ・休日検診を推進するよりも、企業か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（医療提供者）
- ・労働安全衛生法にがん検診の義務づけ（行政）
- ・検診率が高い県には、地方交付税を上乗せする（患者関係者・市民）

2-9-4 分野内の横断的検討（再掲）

「高齢者の医療の確保に関する法律の改正」〔C-32〕により、がん検診と特定検診との整合性を図るとともに、「健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-33〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「保険者・事業者負担によるがん検診」〔A-60〕や「保険者負担によるがん検診事業」〔A-61〕により、保険者負担・事業者負担による受診勧奨を進めるとともに、「がん検診促進のための普及啓発」〔A-62〕による普及啓発や、「イベント型がん検診に対

する助成」〔A-65〕による受診機会の拡大を進める。また、「がん検診の精度管理方式の統一化」〔A-63〕や「長期的な地域がん検診事業」〔A-64〕により、がん検診の精度管理や、がん検診の有効性の調査を進める。

なお、がんに対する国民の理解と普及啓発が必要であるため、全体分野1「がん対策全般」の「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕などの施策と、密接な関係がある。

2-10 分野10 がん研究

2-10-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-10-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 希少がん・難治がん特別研究費 [A-66]

罹患者数の少ない希少がんや、有効な治療法の確立されていない難治がん、あるいは5大がんの中にあっても極めて治療成績の悪いがんについて、有効な新規治療薬や治療法を研究・開発し、治療成績の向上を図ることを目的として、病態解明、予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナルリサーチ等、特別研究費に係る予算措置を行う。対象となるがんや研究の選定については第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(2) がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設 [A-67]

現在の第3次対がん総合戦略研究において、がんの社会学的研究は一部行われているものの、基礎研究や臨床研究が主体であり、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度研究、政策提案などを含むがんの社会学的研究分野が不足している。第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(3) がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進 [A-68]

患者やキャンサーサバイバーのQOL(生活の質)向上に向けた研究のための臨床試験は、企業等のインセンティブが働かずほとんど存在しない。また、近年承認された新薬は作用機序が従来と異なり、新たな観点での有効性の評価や副作用対策が求められる。臨床試験のデザインを公募し、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(4) 各がん腫ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援 [A-69]

手術療法、化学療法、放射線療法などの治療法を効果的に組み合わせる、集学的治療法の標準治療を確立するには、質の高い大規模比較臨床試験が必要とされるにもかかわらず、現状では研究費も不足しており、細分化された小規模な臨床試験が乱立している。がん腫や病期の対象を絞った集学的治療法の標準治療の確立を目指し、5年単位の戦略的な大規模臨床試験を促進するため、研究費を支援する。

(5) がん予防、検診など大規模長期研究を必要とする重点課題に対する支援 [A-70]

がんの予防や検診などの介入・方法論の有効性を検証するには、10年単位の長期、同一集団に対する追跡研究が必要であり、今後のがん予防対策にきわめて有用な知見をもたらす可能性がある。欧州ではすでに大規模研究が進行しており、アジア人を対象とする多国間臨床試験についても、世界的に関心が高いにもかかわらず、国内では公的研究費が皆無である。がんリスクの解明や、がんの予防、早期発見などのテーラーメイドのがん対策の実現を目指し、重点課題に対する支援を行う。

(6) ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進 [A-71]

国内における、がん新規治療薬の効率的な開発と、安全かつ速やかな標準医療化を促進するため、患者ゲノム情報に基づく副作用発現予測システム確立の研究事業を推進する。具体的には、企業、PMDA および臨床研究者が参画し、治験の段階から市販後まで、一貫して、患者の副作用情報とゲノム試料を収集する研究ネットワークと、そのゲノム情報解析により副作用予測を行う研究拠点の整備を推進する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-10-1-2 「診療報酬」の推奨施策

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるが、アンケートやタウンミーティングより診療報酬での対応を求める意見があったため、診療報酬での推奨施策を提案する。

(1) 高度医療への対応 [B-26]

がん研究の審査にて承認された研究においては、原則として高度医療にて未承認の薬剤を使用し、その他の診療は保険適用とする形で、高度医療との併存を原則として認める。ただし、この診療は、承認されたがん研究を行う施設実施医療機関の適用基準をクリアした施設に限定して臨床試験を実施し、高度医療以外の診療は保険で認める形とする。また、こうした研究については、可能な限り公開で研究を進め、研究の現状を「見える化（可視化）」する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-10-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価 [C-34]

科学性、有効性、有用性などの観点から、がん研究費が適正に配分されることを目的に、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を

創設するとともに、結果を公表する。あわせて、独立行政法人医療品医療機器総合機構法を改正し、がん研究成果を有効に評価できる仕組みを検討する。

2-10-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書における推奨施策である「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」（15 億円）と「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」（15 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において新規事業として「未承認・適応外医療品解消検討事業」（約 0.6 億円）にて、いわゆるドラッグラグの解消に向けた検討が始まったことにより、一定の反映がされていると考えられる。同事業に伴い設置された「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の議論を注視するとともに、「治験実施状況調査事業費」（約 0.1 億円）や「ファーマコゲノミクス等利用医薬品臨床法化推進費」（約 0.05 億円）などの予算案に計上されている施策と併せて、PMDA（医薬品医療機器総合機構）などの審査プロセスのみならず、新薬に関わる臨床試験から申請、承認、承認後までの一連のプロセスにおいて、制度的な対応も含めた包括的な対応が必要と考えられる。

推奨施策「希少がん・難治がん特別研究費」（15 億円）、「がんの社会学的研究分野戦略研究の創設」（5 億円）、「がん患者の QOL（生活の質）向上に向けた研究の推進」（4 億円）に関しては、研究費での対応が考えられるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん研究の推進は将来のがん医療向上に向けた基盤整備に不可欠であり、制度面での対応も含めた手厚い予算措置が必要である。

2-10-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

2-10-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-10-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 基礎研究と臨床研究の相互応用が十分ではない
- ・ 研究成果が広く一般に伝わっていない
- ・ がん研究にかかる予算が十分ではない
- ・ 臨床研究と比べ基礎研究への予算が減りつつある
- ・ 大規模な研究に重点配分され小規模かつ自由な研究への予算が十分ではない

2-10-2-2 意見の要約（改善案）

2-10-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・がん研究に社会学的研究分野を含めた幅広い視点からのアプローチを行う
- ・研究成果を広く一般に伝えることのできる体制を整える
- ・様々な研究機関や医療職による横断的な研究体制を構築する
- ・臨床研究と基礎研究それぞれにバランスよく予算を配分する
- ・文部科学省のがん研究予算を復活し、厚生労働省研究予算も増額する
- ・がん研究予算への民間からの寄付を集めやすくする仕組みを整える

2-10-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

2-10-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・研究報告のみならず、成果や業績を評価する仕組みをつくる
- ・患者関係者も交えた外部業績評価に基づく研究費の適正な配分
- ・研究者の所属組織を超えた研究ネットワークの形成

2-10-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-10-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・基礎研究と臨床研究が全く独立していて、成果を相互に応用する機会が乏しい。実際の臨床が多忙で研究する時間が十分にとれない（医療提供者）
- ・海外で研究している日本の研究者が戻ってきて、研究を続ける施設がないため研究を断念せざるを得ない現実がある（その他）
- ・どのような形で、効果が出ているのか、データを出してほしい。作成されたものが、広く一般に普及されていない（患者関係者・市民）
- ・一定の決まった施設に集中している（医療提供者）
- ・有名大学、有名センター以外にも人材はいる（医療提供者）
- ・疫学研究の遅れが問題（その他）
- ・それなりの予算ではあるが、必ずしも十分ではない（医療提供者）
- ・目の前の対策が重視され、研究が軽視されつつある（医療提供者）
- ・小さな、自由な研究にも予算をつけてほしい（医療提供者）
- ・国立大学は総定員法にて、研究者や研究助手がすでに雇えない状況（医療提供者）

- ・小児がんに対する研究が不足。晩期障害についても対策が不十分（患者関係者・市民）

2-10-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-10-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・世界との共同研究等で効率よい研究をするとともに、定期的に研究内容や結果を公表し、地域の住民と情報交換する（患者関係者・市民）
- ・臨床に役立つ研究の重点化（医療提供者）
- ・がん研究をがんのメカニズム研究に限定するのではなく、がん看護、がん社会学、がん経済学、がん政治学などと直結した研究も実施（行政）
- ・健康生成論やソーシャルキャピタル（社会資本）とがんの関係は、新規がん患者やキャンサーサバイバー（がん経験者）の支援につながることを確認すべき（その他）
- ・研究はそれを行う大学・研究機関を限定して人材を集め、そこで得られた成果を発信するというシステムにする（患者関係者・市民）
- ・特定のがん研究者ではなく、もっと幅広い医療職種が取り組める研究助成を（患者関係者・市民）
- ・施設間の情報等の連携強化（医療提供者）
- ・がんの基礎的研究が臨床に反映されていないとの批判があり、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じるべきでない（その他）
- ・文部科学省における科研費にがん予算を復活させるとともに、厚生労働省のがんの臨床研究予算も増額する（その他）
- ・研究予算は削減してはいけない（医療提供者）
- ・国がきちっと予算をつけて、公募制でテーマ登録すべき（患者関係者・市民）
- ・臨床研究に予算を十分に配分する（医療提供者）
- ・がん研究助成に関する寄付金は税金控除とし、研究施策の戦略決定の「見える化」「透明化」を確保するとともに、研究助成決定機関へのがん患者団体の参加を進める（その他）
- ・文部科学省のがん研究に係わる特定領域研究にかわる研究費の創出（医療提供者）
- ・がん研究予算の適正な配分と業績評価の必要性（医療提供者）
- ・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（患者関係者・市民）
- ・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（医療提供者）
- ・がん医療が国の基幹産業となるように予算額を増額する。日本の製薬企業が日本で新薬の開発（phase I 試験）ができるようにする（医療提供者）
- ・新薬や適応拡大の抗がん剤、新規の分子診断（遺伝子診断や遺伝子発現解析）の導入をより一層加速するために、医薬品医療機器総合機構（PMDA）での申請、審査、相談などの

体制を変えていく必要がある（その他）

2-10-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・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（医療提供者）
- ・臨床治験はインフォームドコンセントに通常の患者より多大な時間を費やす。現状これに対する対価が診療報酬上算定できない。これが算定できるようになれば臨床治験がより円滑に進むと考える（医療提供者）
- ・がん研究（学会発表・論文など）を一定のレベル行なっている施設に対しての報酬アップを（医療提供者）

2-10-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・有用性が確認された新薬が承認販売されるまでの可及的処置として、高度先進医療制度を拡大解釈し、ある程度簡便化して推進させる（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・海外で認可されている薬について、もっと早く日本でも認可できるような制度をお願いしたい。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（患者関係者・市民）
- ・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（医療提供者）
- ・特区として、研究者の所属機関の縛りを越えたネットワーク形成（バーチャルがん研究センターなど）を認め、競争的研究資金を従来の大学や研究所の単位ではなく、ネットワーク組織に大型予算化できるような制度を設けてはどうか（その他）

2-10-4 分野内の横断的検討（再掲）

「研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価」〔C-34〕により、科学性、有効性、有用性の観点から、がん研究費が適正に配分される基盤整備を行う。これと並行して、「各がん腫ごとの集学的治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援」〔A-69〕、「がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援」〔A-70〕、「ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進」など、がんの予防や治療に関する大規模な研究プロジェクトに対する支援を行う。また、「希少がん・難治がん特別

研究費」〔A-66〕、「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕、「がん患者の QOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-68〕により、がんに関わる周辺分野に対する研究についても、重点的に支援を進める。加えて、診療報酬に関して「高度医療への対応」〔B-26〕を行い、高度医療評価制度に関わる研究の促進を図る。

なお、本分野は研究の促進のみならず、患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるという観点から、個別分野 1「放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成」の、「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕や「コンパッション・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕などの施策と密接な関係があると考えられる。また、希少がん・難治がん研究の観点からは、個別分野 11「疾病別（がんの種類別）の対策」の「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕と、密接な関連がある。

2-11 分野 11 疾病別（がんの種類別）の対策

2-11-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-11-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト [A-72]

二次医療圏や県全域などで、疾病別に予防から検診、検査、診断、治療、緩和ケア、在宅ケアまで一貫して地域医療資源を再構築することで、疾病ごとの早期発見と治療の質の向上を達成し、「がん難民」を生まない状態を作り上げる。有識者や関係団体、行政からなるプロジェクト委員会を設置し、疾病ごとの医療資源と患者動向を調べ、地域での責任分担体制を構築するとともに、サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）を作成する。

(2) 子宮頸がん撲滅事業 [A-73]

子宮頸がんはワクチン接種と早期発見のための検診の普及により封じ込めることができる可能性があり、国際対がん連合（UICC）の国際ガイドライン等でもワクチン接種が推奨されているにもかかわらず、海外と比較して日本での対策の立ち遅れが目立つ。ワクチン接種を予防接種法に位置づけ、麻疹・風疹ワクチンと同時接種が行える環境を整備するとともに、検診率の向上により子宮頸がんの撲滅を目指す。

(3) 小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進 [A-74]

罹患者数の少ない小児がんや希少がんに対して、有効な新規治療薬や治療法を開発するのみならず、肉体的・精神的・社会的に大きな負担を強いられる小児がん患者や家族、長期生存者に対しては、社会的な支援（家族支援、院内学級、就労支援、保険加入）を行う。小児がんや希少がんに対して包括的な対策を推進するためのセンター的機能を有する拠点施設を整備し、ファンディングエージェンシー（研究費配分機関）機能を伴う小児がん研究事業などを推進する。第三者的な組織が研究の選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を創設するとともに、結果を公表する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-11-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 小児がんと希少がん [B-27]

小児がん専門施設・診療科や都道府県がん診療連携拠点病院などにおいては、小児がん

や診断の困難な希少がん（例：褐色細胞腫、成人 T 細胞白血病）の診断・治療、当該医療機関や診療科での専門医による中央診断システム、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置し、チャイルドライフスペシャリストなどで対応している社会サポートに対して、さらなる加算をしてはどうか。

(2) 長期生存者のフォローアップ [B-28]

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っていることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(3) リンパ浮腫 [B-29]

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中 1 回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-11-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）[C-35]

予防可能ながんといわれる子宮頸がんについては、国内で年間 1 万人以上が発症し、そのワクチンについては海外で公費負担をしている国も多く、国内でも全額助成する地方自治体が広がるなど、同様の動きがみられる。現時点では任意接種にて合計 5 万円程度の費用負担となることから、子宮頸がん発症者数の減少による医療費抑制の効果も考慮し、予防接種法を改正し、同法に基づく勧奨接種とするとともに、地方交付税措置を充実することにより接種費用を公費負担とする。

(2) 小児がんと希少がんへの拠点病院制度 [C-36]

罹患者数の少ない小児がんや希少がんに対して、その診断から最新の治療までを提供するためには、がんの均てん化とともに集約化が必須である。発症数に見合った形で、小児がんや希少がんに対応した疾患別の拠点病院制度を地方ブロックごとに設置し、拠点病院制度の連携システムを構築する。当該拠点病院では中央診断を行い、症例を蓄積し治療成績を公開するとともに、小児がんや希少がんの臨床試験を中心とした研究を実施し、その結果を広く公開する。

(3) 特定疾患研究事業の見直し [C-37]

特定疾患のうち45の疾患については、医療保険の自己負担について一部または全額を公費負担し、患者や家族の負担軽減が図られている。一方、小児慢性特定疾患研究事業では、悪性腫瘍はほぼ全額を公費負担しされている。20才を越えた小児がん患者や青年期のがんではこれらの公費負担がなく、長期に治療が必要な患者や家族に大きな負担となっている。そこで特定疾患研究事業にて、これら小児がん患者の成人期における経過観察や合併症、あるいは青年期に多い肉腫などの希少がんを特定疾患研究事業の対象としてに支援するとともに、その研究を推進する。

2-11-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策である「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」（10 億円）については、都道府県がん対策重点推進事業において対応可能との指摘があるが、疾病別の医療ネットワークの形成については、各都道府県やがん診療連携拠点病院の裁量に委ねられている面が多く、施策の実施を担保できるものではないため、反映されているとは言い難い。

推奨施策「子宮頸がん撲滅事業」（地方財政措置・220 億円）については、法改正などが必要と考えられるが未対応である。推奨施策「小児がんに対する包括的対策の推進」（5 億円）については、十分な対応がなされていない。また、厚生労働省内にて雇用均等・児童家庭局などとの連携が必要と考えられるが、その対応状況は明らかでない。がんの長期生存者に関する問題は、小児がんのみならず成人のがんにも共通する問題であり、予算措置のみならず制度面での対応も含めた多面的な対応が必要と考えられる。

2-11-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「小児がんと希少がん」については、平成 22（2010）年度診療報酬改定においては、反映されていない。ただし、改定では、重点課題として「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」が掲げられており、小児医療に関わる領域については、一定の評価がされていると考えられる。たとえば、小児入院医療管理料や乳幼児加算の引き上げ、手術に幼児（3 歳以上 6 歳未満）加算を創設するなどの評価が行われている。推奨施策「長期生存者のフォローアップ」については、反映されていない。評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

推奨施策「リンパ浮腫」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来での評価」は、「入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関に

において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する」と改定された。ただし、「対象疾患と算定回数の拡大」については、反映されていないため、患者・家族の要望を集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

なお、疾病別対策として肝炎治療に関しては、「肝炎インターフェロン治療計画料」と「肝炎インターフェロン治療連携加算」が新設されている。前者については、施設基準として「専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること」「インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること」「肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること」が定められており、肝炎から肝がんへの進行を予防することを目的としたインターフェロン治療が、副作用に対する不安などにより断念されることがないように、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定されるものである。

2-11-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-11-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルスに関する対策が十分でない
- ・小児がん専門医や患児・家族・長期生存者への精神的・経済的支援が不足している
- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策の予算措置が十分でない
- ・小児がんについて小児慢性特定疾患の公費負担などが十分でない
- ・希少がんに対する対策が十分でない

2-11-2-2 意見の要約（改善案）

2-11-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・ヒトパピローマウイルスに対するワクチン接種の推進
- ・小児がんに対する包括的な対策と患児・家族への支援
- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策のための予算措置
- ・小児がん患児や家族の経済的支援のための公費負担制度の拡充
- ・希少がんや難治がんに対応する基幹的施設の設置

2-11-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・希少がんや難治がんに対する診療報酬での評価
- ・罹患者数が多いにもかかわらず死亡率が増加しているがんに対する診療報酬での評価

- ・薬剤や施設に多大な経費がかかる造血器腫瘍などの診療報酬での評価

2-11-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・ヒトパピローマウイルスに対するワクチン接種の法制化
- ・希少がんの適用外使用を一定の基準や施設にて認める制度の構築
- ・小児がんの長期生存者に対する制度的支援

2-11-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-11-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・市町村が実施する 5 部位の検診については、胃であれば内視鏡、肺であれば CT、子宮であれば HPV 検査の実施など、現在国指針にない方法を行うべきとの意見もある（行政）
- ・予防できるがん（子宮頸がん）とそうでないものとを分けた理解が、市民に不足している（患者関係者・市民）
- ・がん検診や肝炎ウイルス検査（肝がん高リスク者の発見・受診勧奨）などは、市町村や都道府県事業となっており、医療機関委託での無料ウイルス検査は、人口の多い都市部でも実施されていないところがある（患者関係者・市民）
- ・がんは大人も子供もかかるのに、大人だけしか話が出てこないのはおかしい。小児がんに全般のがん対策をしてほしい（患者関係者・市民）
- ・小児がん専門医が不足しているため、拠点病院が確立されていない。適切な治療をできる医師が不足しているために初期治療が迅速にされない（患者関係者・市民）
- ・子どもががんになった時、患児家族（兄弟を含む）の経済的、心理的支援が地域、病院により格差が大きい（患者関係者・市民）
- ・一般的なかぜや虫歯でも、小児がん経験者であることが地域の医師にわかると治療を受けられないことがある（患者関係者・市民）
- ・小児慢性特定疾患医療公費負担制度の見直し（患者関係者・市民）
- ・子宮頸がんの HPV ワクチンは、我が国でもやっと使用可能になったが、保険適用外（医療提供者）
- ・造血器腫瘍を取り扱う医療機関が極度に少なく、担当医療機関には多大な負担がかかっている。また、きわめて多忙である事から新規入局の医師も極少である（医療提供者）
- ・症例数の少ないがんを蚊帳の外に置かないこと。それぞれの患者にとって、自分のかかっている「がん」は唯一無二。行政は弱者救済が使命。弱者切捨てがあってはならない（患者関係者・市民）
- ・15～20 歳の治療より 15 歳以下の治療成績が良いために、高校生に小児領域治療が行なわれつつあり、高校生の小児病院などへの入院もみられる。高校履修が入院してもできるよ

うに体制を作りはじめることが必要（医療提供者）

・小児がん経験者の生存率が向上し、多くの人が社会復帰をしているが、身体障害手帳や療育手帳などの交付対象とならない程度ではあるものの、体力の無さや低身長や筋力の低さなど身体的苦勞や、臓器や内分泌の機能低下などで悩んでいて、生活や就労に困窮している仲間がたくさんいる（患者関係者・市民）

2-11-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-11-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・パピローマウイルスのワクチン事業の開始を検討すべき（患者関係者・市民）
- ・小児がん患児を対象とする必要な補助教育制度、家庭訪問教師の配置。病弱児教育に関する制度化（患者関係者・市民）
- ・希少疾患である小児がん全般の情報をデータセンターで集めて、各病院で情報をとれるようにする（患者関係者・市民）
- ・小児慢性特定疾患についての見直しによる小児がん患児への経済的支援（患者関係者・市民）
- ・小児がん経験者の社会復帰が難しい。源泉徴収税を払えるような社会人になるための助成が必要（患者関係者・市民）
- ・小児科医（小児がん）育成の予算や、小児がん拠点病院確立のための予算（患者関係者・市民）
- ・小児がんの長期フォローアップのための専門外来の予算や、医師、患者、家族の勉強会の予算。大人のがんと同じように予算を付けてくれないと何もできない（患者関係者・市民）
- ・希少がんの全国規模の臨床試験を展開する。このための財源を予算化する（その他）
- ・精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置すべき（医療提供者）
- ・小児がんについて、小学校（教師や養護教諭、生徒など）などに配布する冊子やビデオの作成等、啓蒙活動予算が必要（患者関係者・市民）
- ・子宮がんの若年化と晩婚化は、少子高齢化対策を考えても、国家的な大問題。HPV ワクチン接種の公的援助。子宮がん検診、乳がん検診のクーポン事業の継続。乳がん罹患率の急増から、乳がん検診従事者の養成は急務（医療提供者）

2-11-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・難治がんに対し積極的な対応をしている病院には診療報酬を厚くすべき（医療提供者）
- ・精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置した施設に限定した診療報酬を算定すべき（医療提供者）

- ・男女それぞれで最も高い肺がんと乳がんの死亡率が、欧米諸国のように低下傾向に転じない。それぞれの手術の報酬を加点する（医療提供者）
- ・造血器腫瘍は多くの薬剤や機器、病室（無菌室）に経費がかかる。DPC から外し出来高とすべき（医療提供者）
- ・リンパ浮腫の人のリンパドレナージマッサージの保険の適用。リンパドレナージマッサージの従事者の育成。専門医を置いてほしい（患者関係者・市民）

2-11-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・子宮頸がん予防ワクチン全員接種へ。国策で取り組んでほしい（行政府）
- ・肝炎対策として、治療中の生活費と治療費の助成を（患者関係者・市民）
- ・小児特定慢性疾患対象年齢終了後の継続的補助（患者関係者・市民）
- ・小児がんにて、難病罹患手帳などがあれば安心して生きていけると思う（医療提供者）
- ・希少がんの保険適応外使用に関しては、一定の基準を満たした医療機関＋専門医のもとで使用することを承認する枠組みを新たに設定する（その他）

2-11-4 分野内の横断的検討（再掲）

小児がんと希少がんについては、「小児がんと希少がんへの拠点病院制度」〔C-36〕により、対策の拠点となる基盤整備を行うとともに、「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕による重点対策と、「小児がんと希少がん」〔B-27〕による診療報酬での裏付けを行う。長期生存者の支援については、「特定疾患研究事業の見直し」〔C-37〕により、小児がん長期生存者の治療に伴う経済的な負担の軽減を行い、「長期生存者のフォローアップ」〔B-28〕により、診療報酬での対応も行う。疾病別の対策としては、子宮頸がんに対する「予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）」〔C-35〕と「子宮頸がん撲滅事業」〔A-73〕、また、がんの種類別の医療資源の調査と構築を目的として、「疾病別医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕を行う。

なお、長期生存者の支援については、個別分野6「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕や、個別分野10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕などが、密接な関係がある。

Ⅲ おわりに

・今後のプロセスの参考に

がん対策推進協議会は、今回のがん対策に関する検討において、新たな取り組みに挑戦した。昨年のがん対策予算への提言だけでなく、診療報酬と制度改正についても検討範囲とした。またタウンミーティングは昨年度の2カ所から今年度は6カ所に増やした。時間など制約条件も多かったが、今後につながる新しい芽生えを含んでいるものとメンバー一同は自負する。

広く集めた意見はできるだけそのまま公表することとした。国および都道府県あるいは市区町村のがん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、都道府県の地域がん拠点病院連絡協議会委員、地方議会議員、政策研究者、調査研究者、患者・家族および国民一般などがこの資料を活用し、それぞれがあるべきがん医療を考えることが、医療政策を考えるリテラシー（考える力）を高めていくものとする。

・平成22年度から23年度に、確実な変化と成果を

がん対策推進協議会は、中期的な変革を望むと同時に、短期的な変化も望むものである。将来に先延ばしするのでなく、平成23（2011）年度予算で可能な限りの大きさかつ多さの新しい対策を導入していただきたい。また平成24（2012）年度の診療報酬改定に向けては、平成22（2010）年度からの準備が必要である。制度改正についても計画的に順次、平成22年度から取り組み、平成23年度予算編成と平成24年度診療報酬改定に備えることが重要である。がん対策推進基本計画は5カ年計画であるが、平成23年度はもう最終年度である。本来開始時の平成19（2006）年度ないしは18（2007）年度に打っておきたかった施策も多い。危機感をもって遅れを挽回する気概が関係者一同に求められている。

・謝辞

本提案書の作成のためには多くの方々の協力を得た。アンケート調査にご協力をくださった47都道府県庁、各都道府県のがん対策推進協議会等委員の方々。全国6カ所のタウンミーティングに参加してくださった人々。その他、多くの方面からのご意見をいただいた。

提案書まとめの機会を提案書取りまとめワーキンググループ（がんWG）に与えてくださった厚生労働省には、その新しい考え方に賛同するとともに、何の干渉もなくがんWGの審議を見守っていただいたことに感謝の意を表したい。

本提案書作成にご協力をいただいたすべてのみなさまに、この場を借りて感謝申し上げます。

付録

IV 付録

4-1 図示して説明する9本の施策

- 施策① 緩和ケアを担う施設などの拡充事業
- 施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業
- 施策③ がん専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター事業
- 施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定普及事業
- 施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業
- 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業
- 施策⑦ 患者・家族のための、がん総合相談支援事業
- 施策⑧ がん患者満足度調査事業
- 施策⑨ サバイバーシップ事業

施策①

緩和ケアを担う施設などの拡充事業

■要求要旨

がん対策推進基本計画（平成 19 年 6 月）では、緩和ケアについて、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を重点的に取り組むべき課題として位置付け、がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることを求めている。厚生労働省は、「緩和ケアが、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、様々な場面において切れ目なく適切に提供されるとともに、がん患者と同様にその家族も様々な苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケア等の適切な援助を行う体制を整備していく必要がある」としながらも、その体制整備が遅れている現状にある。

体制整備が進まない大きな理由は、緩和ケア病棟の厳しい施設基準（医療機関のインセンティブ不足）や緩和ケアの担い手となる専門的な人材の不足が考えられる。一方で、この問題を緩和ケア病棟や療養病床などの病院施設の問題としてのみ捉えることなく、がん患者を対象としたグループホーム・デイサービスや在宅緩和医療を担う専門診療所の制度整備を行い、緩和ケアを担う多様な施設を充実することが重要である。また緩和ケア病棟の充実は、緩和ケア病棟の機能（困難が症状の緩和、レスパイト入院、看取り）を再確認するとともに、その機能に基づいた病床の有効活用が前提となる。

そこで、緩和ケアを担う施設の拡充事業の新たなメニューとして（1）緩和ケア病棟の病床数を増やすとともにその機能を明確にし、在院日数の短縮化および病床の有効活用を図って、緩和ケア病棟の入院待ちの解消を図る（2）介護 3 施設の転換施策を進める（3）在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床（有床診療所の病床を含む）の充実と緩和デイサービス（仮）の制度化（4）緩和ケアを専門とする診療所を制度認定し、在宅緩和医療の充実を図って結果的に入院施設の負担を軽減する（5）緩和ケアグループホームなどを制度化し、病院以外の施設での緩和ケアを充実する一などを盛り込み、緩和ケアを担う施設のベッド数を 3 年間で約 3 倍の 1 万床を目指す。

なお、専門的な人材の育成については、施策番号 13「がんに関わる医療従事者の計画的な育成」により、並行して推進するものとする。また、診療報酬上では平成 22（2010）年度改定における「がん診療連携加算」の引き上げと対象拡大が評価されるが、本提案の新たなタイプのベッドについても、同様の配慮を求める。

■事業内容

（1）緩和ケア有床診療所（仮）と（2）緩和ケア診療所（仮）（3）緩和ケアグループホーム（仮）および緩和デイサービス（仮）一の整備を行う。

(1) 緩和ケア有床診療所（仮）は、緩和ケア病棟に準じた機能を有し、在宅患者の支援を必要に応じて行うを有するがん診療連携拠点病院との密な連携の下に、投薬量やメンタルケアの頻度が比較的少ない患者を受け入れる。

(2) 在宅緩和ケア支援病棟（仮）は、がん患者を診療する在宅療養支援診療所等との密な連携の下に、主治医の求めに応じて短期的あるいは断続的な入院の受け皿機能を担う。

この転換に伴う補助金を国が支援する。緩和ケア診療所は在宅において緩和ケアを専門に行うチームの中心に存在する診療所で、がん拠点病院、緩和ケア病棟などと連携をとりつつ、地域の診療所の連携の要として機能する。

(3) 緩和ケアグループホームは、独居などのため自宅での療養が難しい患者を対象とした医療法に束縛されない施設で、現在存在する認知症のグループホームがモデルとなる。がん患者の在宅療養を支援する緩和デイサービスの機能も整備する。

■経費の種類／性格

補助金

補助率：10/10

■補助先

医療機関の設置主体（療養病床再編を支援する適切な組織／都道府県）

■積算内容

・10億円（積算作業中）

施策②

長期の化学療法に対する医療費助成事業

■ 要求要旨

がん対策推進基本計画において、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することが目標として掲げられており、がん患者とその家族が安心・納得できるがん医療を受けられる仕組みが求められている。

新規抗がん剤の導入により治療成績の目覚ましい向上がみられる分野が出てきた一方で、そうした化学療法が高額であることや再発治療は無期限であることなどから、がん患者とその家族への経済的負担は大きい。既存の扶助・助成制度は対象と金額が限られており、経済的負担から治療の質を落としたり、治療を差し控えたりする患者が多数発生している。タウンミーティングやアンケートにおいて、患者・医療従事者ともに、患者の経済的負担軽減を求める声大きいことが確認されている。

高額療養費の限度額を6カ月以上にわたって超えるがん患者と化学療法計画書を提出し適用と判断された方に対しては、自己負担限度額（窓口負担額）を2万円に下げる措置を行い、保険者に対する必要な公的補助を行う。また、化学療法を外来にて行うことが進められていることから、高額療養費にかかる限度額適用認定証の発行を外来診療にも拡大する。特に高額な分子標的療法剤の使用は、指定された専門医によって科学的根拠のもとで使用し、データを収集することを条件に医療費の助成を行う。

化学療法計画書を提出し、適用と判断される方を対象とすることを検討する。

■ 事業内容

長期にわたり高額な化学療法を受けるがん患者を対象とし、高額療養費制度の自己負担限度額を6カ月以上にわたって超える患者と化学療法計画書を提出し適用と判断された方に対しては、自己負担限度額（窓口負担額）を2万円に下げる措置を行い、保険者に対する必要な公的補助を行う。

（*場合によって記述：適用されるがん種や薬剤について、がん対策推進協議会においてリスト化する）

化学療法を外来にて行うことが進められていることから、高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への適用拡大を行う。

■ 経費の種類／性格

委託費

■ 補助先

保険者（高額療養費の自己負担額減少によって財政負担を伴う組織）

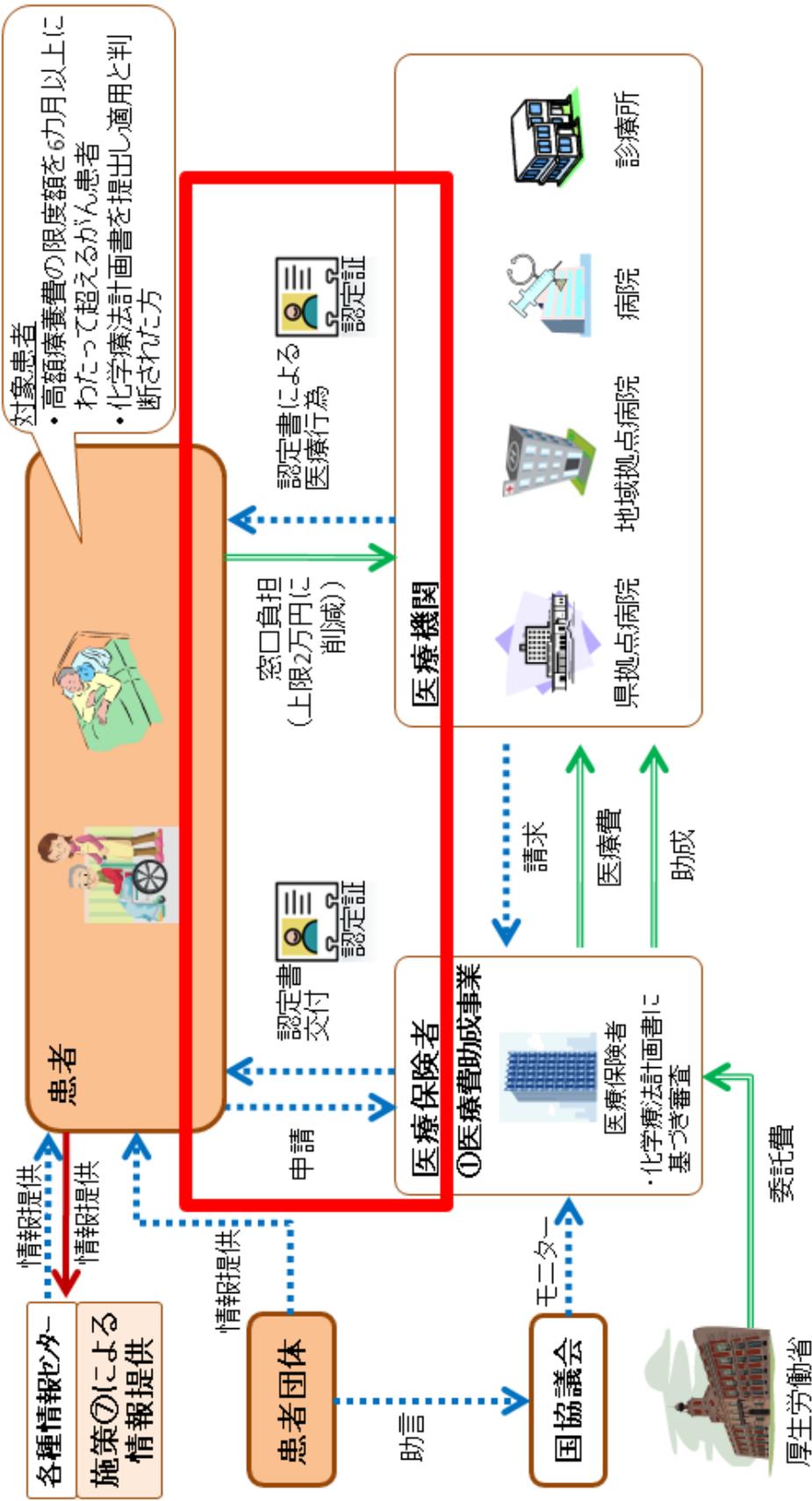
■積算内容

・10億円（積算作業中）

（＊推定には、対象疾患および対象患者数をシミュレーション計算する必要あり）

施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業

- ・ 長期に高額の治療をする患者の治療費を助成する
- ・ 高額療養費の限度額を6か月以上超える者は、自己負担上限を月額2万円とする
- ・ 「自己負担額の増加で患者の経済的負担が高まり精神的にも圧迫。治療差し控えも発生」⇒「経済的負担、心理的負担を軽減」



関連施策:

施策番号A-53:長期の化学療法に対する助成

施策番号A-52:高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大

施策番号A-46:外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成

施策番号A-51:社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

人

サービス・情報

費用

施策③

がん専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター

■要求要旨

がん対策推進基本計画の個別目標「放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成」においては、専門的ながん医療を推進していくため、専門的ながん診療を行う医師や看護師、薬剤師等の医療従事者の卒後研修の強化、およびこれらの医療従事者が協力して診療にあたる体制の整備が必要施策として掲げられている。

このうち看護師については、近年がん治療およびケアにおいて高い専門性を持つ専門看護師・認定看護師等が日本看護協会における審査・認定のもと輩出されてきてはいるものの、多忙な日常業務の傍らでの資格取得は、当人および所属施設に負担が大きく、また資格取得者に対する評価も十分でないことから、普及が十分に進まないのが現状である。

がんの治療およびケアにおいて、専門知識と豊富な経験を有する専門・認定看護師が、患者の QOL(生活の質) 向上に寄与する役割は大きく、また、専門・認定看護師を含むチーム医療が確立されることで、より専門的に高度な治療やケアを提供することが可能となる。このため、資格を取得する際、本人や所属施設に負担を減らすため、経済的・人的支援を実施することで、専門・認定看護師の養成を促進する。さらには、資格取得者に向けた生涯教育のプログラムを提供し、継続的な質の維持に努めることが重要である。薬剤師についても同じである。専門・認定看護師・薬剤師の育成にあたっては、平成 22 (2010) 年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」事業による、必要数や適正配置の計画を参照することが求められる。

なお、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の診療従事者の専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフ配置の看護師配置条件に専門・認定看護師・薬剤師の要件を追記し、平成 24 年度診療報酬改定において、がん診療連携拠点病院に対して、専門・認定看護師への特別加算を行うことを目指す。

専門医療従事者の育成、さらに資格更新のため e ラーニングシステムを導入し、専門科にアップデートな知識と情報を提供する。

■事業内容

「がん専門・認定看護師育成配置支援センター」を設置し、以下の (1) ～ (3) の事業を実施する

- (1) 専門・認定看護師の資格を取得しようとする者に、資格取得のための学費貸与・支給等を実施する。遠隔地や地方でも容易に情報や内容が学習できる e ラーニングシステムの導入。
- (2) 職員に専門・認定看護師の資格取得を奨励する医療機関に対し、職員が資格取得のための研修を受けている期間の負担（代替職員の雇用費用など）を補助する。

(3) 総合支援事業：①子育て休職中の人材の再雇用・再教育。②代替職員情報の収集・提供。③モデルキャリアプランの提供。④生涯学習の仕組みの提供。⑤全国のがん専門・認定看護師の配置状況の把握・表示。⑥がん専門・認定看護師に関する現場ニーズや質の調査——など

これにあわせ、厚生労働省は、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の診療従事者の専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフ配置の看護師配置条件に専門・認定看護師の要件を追記する。また、がん診療連携拠点病院に対して、専門・認定看護師の配置への特別加算を行う。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

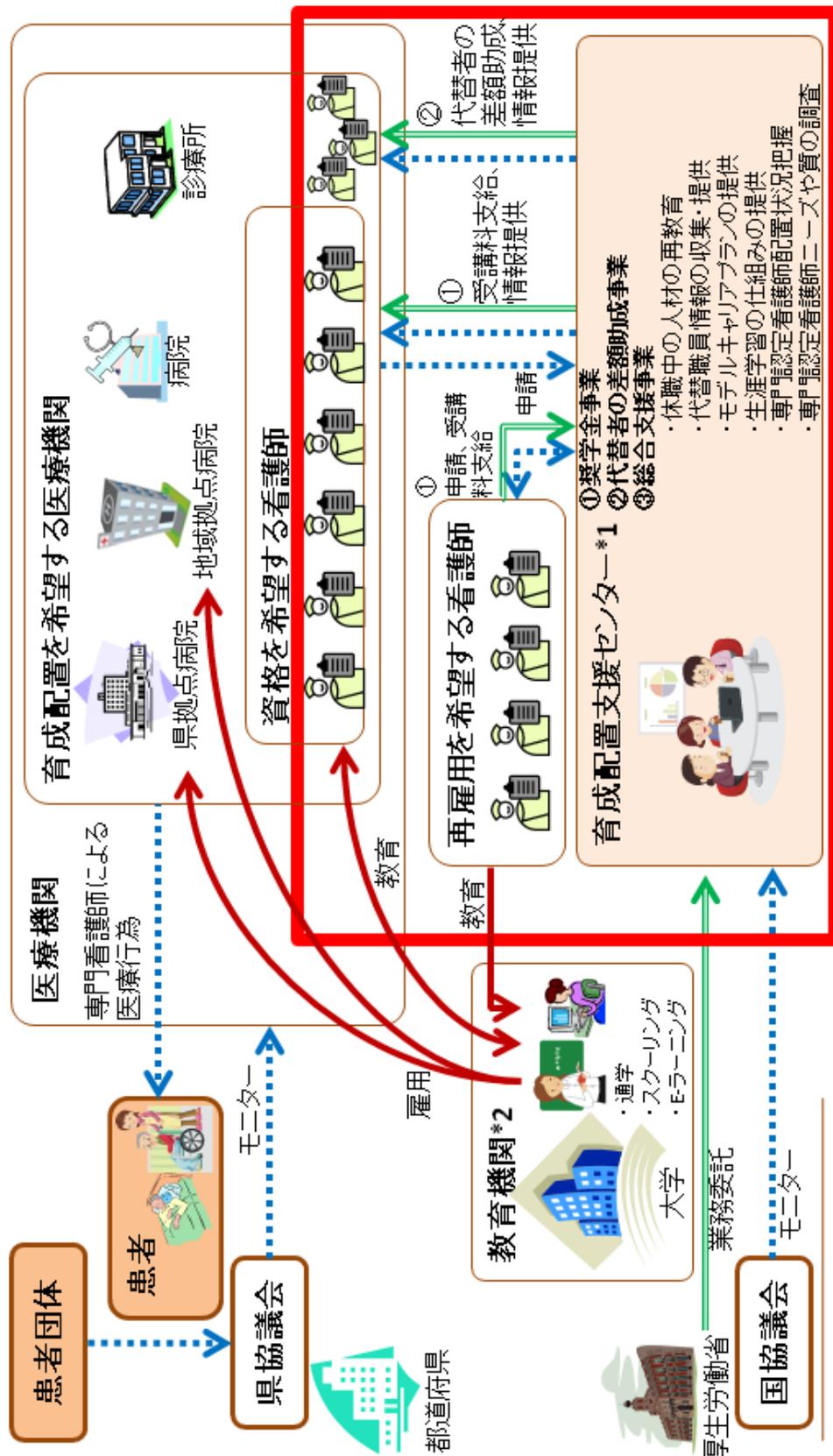
「がん専門・認定看護師等育成配置支援センター」の運営を委託するのに適切な機関

■積算内容

・10億円（積算作業中）

施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等 育成配置支援センター事業

- ・ 育成配置支援センターを設置し、資格希望者への教育費補助を行う。医療機関には育成機関の負担の補助を行う。
- ・ 現職スタッフの専門資格取得に加え、現在求職中の者の再教育・再雇用の機能を持たせる。
- ・ 「チーム医療を行う専門的医療従事者の大幅不足」⇒「専門的医療従事者の充実とチーム医療の促進による均てん化の進展」



関連施策:

施策番号A-18: 専門・認定看護師への特別報酬

*1: 薬剤師等に関しても同様の仕組みを創設する

*2: 文部科学省「がんプロフェッショナル 養成プラン」と連携

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

 : 新設機能、
 →: 人、
 →: サービス・情報、
 →: 費用

施策④

副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定普及事業

■要求要旨

治療に伴う副作用を緩和し、痛みなどの症状をコントロールする支持療法は、がん対策推進基本計画の全体目標の1つである「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」において重要な役割を担っている。しかし依然として普及は進んでおらず、また医療機関における格差も大きい。この要因としては、支持療法における標準治療の未整備や情報不足などが指摘される。

同計画では化学療法や放射線療法の推進も個別目標として挙げられているが、こういった体制整備にも合わせ、副作用や合併症、後遺症に対する支持療法を広く適切に講じていくことは、患者のQOL（生活の質）を維持していくうえで非常に重要な課題である。

このため、関連学会や患者関係者などを含む“副作用に対する支持療法ガイドライン策定委員会”を設置し、海外の先行事例も参考にしつつ、患者・家族向け、および医療者向けの支持療法ガイドラインを策定する。また、現在では副作用を予想する検査も導入されつつある。こうしたガイドラインの公開にあたっては、全国のがん診療連携拠点病院を通じ各医療機関に冊子にて配布するほか、ウェブサイトでも一般公開をする。また策定後も定期的にガイドラインの改訂を行い、標準治療の見直しや患者意見の反映を図っていくことが求められる。この他、ガイドラインに基づいた支持療法を提供する医療提供者を増員するため、医療者向けのウェブサイトを通じた情報提供やeラーニング等にて研修を実施する。さらに、こうした、副作用や合併症、後遺症の状況を登録し、次世代の最適な治療に反映させる。

■事業内容

(1) 支持療法ガイドライン策定事業

医療専門家と患者関係者を含む人員にて構成された“支持療法ガイドライン策定委員会”を設置し、以下の業務を行う。①患者・家族向け、医療提供者向けの支持療法ガイドラインを策定する。②支持療法に関するエビデンスづくりを奨励する。③定期的に、患者からの意見集約、医学的知見の増加、標準治療の変化などを踏まえ、国際的な情報も得てガイドラインの改訂を行う。④ガイドラインの広報を行い、最適な支持療法を示す。⑤ガイドラインの普及・順守状況をモニターする。⑥重篤な副作用はこのシステムによっても迅速に広報できるシステムとする。

(2) ガイドライン研修事業

策定されたガイドラインを現場の医療従事者に教育研修を行う。eラーニングを利用した

学習プログラムと、インターネットを利用した最新情報を提供する。

(3) ガイドライン普及啓発事業

国立がんセンターがん対策情報センター、がん拠点病院相談支援センターならびに新設される「全国コールセンター」、「地域統括相談支援センター」などにおいて、支持療法ガイドラインを一般に知らせ普及させる。そのために、冊子を作成し、ウェブサイトを活用する。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

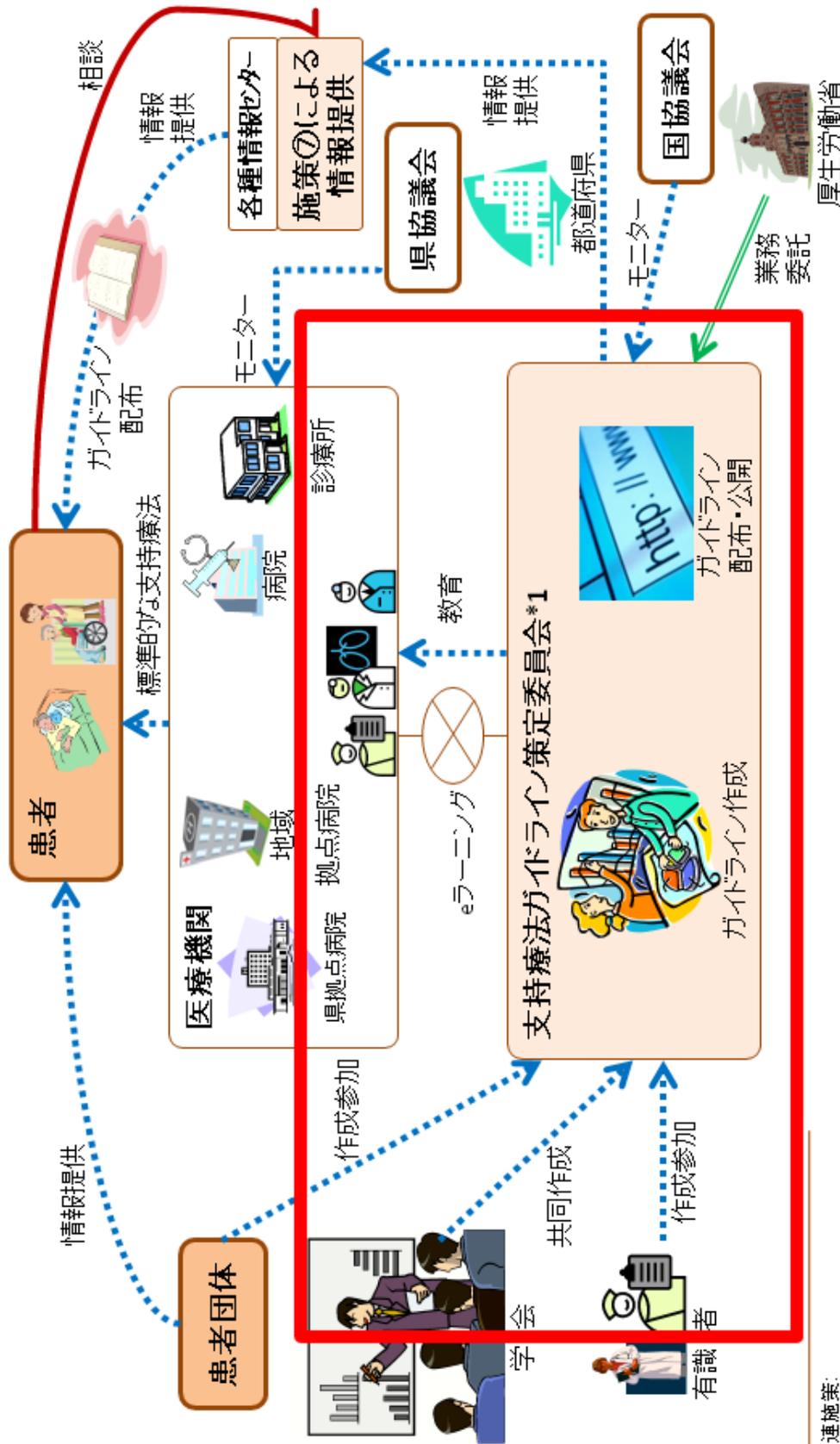
「診療ガイドライン策定委員会」の運営を委託するのに適切な組織機関

■積算内容

・1億円（積算作業中）

施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及事業

- ・ 専門家に患者関係者が関わった委員会で、副作用と合併症に関する支持療法ガイドラインを策定する。
- ・ 現場への教育システムと一般への広報を行い、ガイドラインの実践を定着させる。
- ・ 「抑止可能な副作用・合併症の発生による患者のQOL(生活の質)の低下」⇒「支持療法の均てん化により患者の苦痛の軽減」



関連施策:
 施策番号A-37: 副作用に対する支持療法のガイドライン策定
 *1: 定期的にアップデートを行う仕組み含む

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

 : 新設機能、
→ : 人、
→ : サービス・情報、
→ : 費用

施策⑤

地域がん登録・全国集計活用事業

■要求要旨

がん対策推進基本計画において重点項目に列挙されている地域がん登録であるが、その普及は大きく遅れている。地域がん登録データは、がん対策の根幹をなすもので、がん対策立案とモニターに活用される。がんの現況が分かることで、有効な対策への資源配分や死亡率の低減につながることで、将来的な予算や医療費の削減効果も期待できる。

地域がん登録が進展しない理由として、都道府県が費用負担をする財政力がない場合があること、個人情報保護法の影響でデータ収集が困難あること等が挙げられている。国の100%補助及び制度的後ろ盾があれば、ほぼすべての県での地域がん登録の実施が想定される。

また、これまでの地域がん登録データはほとんど活用されていない。今後は、管理・集計・分析・公表までの一貫業務としてフロー化し、全国統一の地域がん登録を実現し、全国地域がん集計センターにおいて公表する。既存の地域がん登録を活用しつつ、全国的な新・地域がん登録システムに移行する。さらに、地域における地域がん登録の実務に関わる人材を育成することで、都道府県に研修を受けた実務者を配置する。

地域がん診療連携拠点病院単位の院内がん登録とリンクさせることで、より質の高くさらにアウトカムのデータも評価可能な登録データを構築し、特徴ある病院、さらに疾患動向を検討し、次世代にがん診療に役立てる。

地域がん登録法の制定を並行して進める。

■事業内容

地域がん登録・全国集計活用センターの新設と、地域がん登録・都道府県センターの全都道府県への設置により、新・地域がん登録システムを実施する。

「地域がん登録・全国集計活用センター」は、以下の事業を実施する。

- ①地域がん登録・都道府県センターの情報を集計し役立つかたちで公表。
- ②地域がん登録実務担当者の養成プログラムの開発と実施。
- ③統一的な新規地域がん登録システムの開発と推奨。
- ④既存の地域がん登録システムの統一化手法の開発と実施。
- ⑤既存の地域がん登録システムの調査解析。

「地域がん登録・都道府県センター」は以下の事業を実施する。

- ①都道府県は「地域がん登録・都道府県センター」を置く（既存の仕組みを活用してよい）。

②「地域がん登録・都道府県センター」は、地域がん登録業務を行い、都道府県内の地域がん登録データの集計（既存の仕組みがある場合は活用）、公表を実施する。

③都道府県は地域がん登録に参加する医療機関に費用を補助する。

④病院単位の院内がん登録を地域がん登録に連結するシステムを構築する。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

地域がん登録・全国集計活用センターを委託するのに適切な組織

地域がん登録・都道府県センター（都道府県）を委託するのに適切な組織

地域がん登録参加病院（都道府県経由）

（＊将来的には診療報酬化が可能か検討する）

■積算内容

・10億円（積算作業中）

施策⑥

がんベンチマーキングセンター事業

■ 要求要旨

がん対策推進基本法の基本理念である第二条にある通り、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けるためには、アウトカム指標およびプロセス指標によってがん医療の質による評価ができる体制を構築していく必要がある。地域がん登録、院内がん登録などから得られるアウトカムデータ、臨床指標、DPC データなどから得られるプロセスデータ、がん診療連携拠点病院指定申請書などから得られるストラクチャー情報などを対象とし、情報の収集と分析および公表を担うベンチマーキングセンターを設立する。実施にあたっては、地域がん登録、院内がん登録、臨床指標、DPC データなどの研究班と連携し知見を活用する。また、施策⑧「患者満足度調査事業」のデータも取り込む。なお、現存する指標に関するデータを収集するだけでなく、より有益で実用できる指標の開発が必要であり、開発にあたっては研究班、研究費による活動と連携・コーディネートするとともに、ベンチマーキングセンターで採用すべきがんの医療の質の指標等を研究するため、心理学、介護学、社会学、消費者研究等の専門家、患者代表などの参加を得た研究も実施する。

■ 事業内容

ベンチマーキングセンターは以下の3つの事業を行う。

① ベンチマーキングセンター事業

第三者機関による地域がん登録、院内がん登録等による、アウトカム指標の収集と公表。臨床指標データ、DPC データ等による、プロセス指標の収集と公表。がん拠点病院等の機能情報等のストラクチャー指標の収集と公表。専門医、専門医療従事者の配置、その他、医療機関の連携など地域の面的な医療の質向上への貢献を示すデータ等の収集と公表。収集したデータを集計、分析、加工し、ベンチマークレポートを作成し、フィードバックする。公表の了解を得た情報に関しては、できるだけ一般に公表する。

ベンチマーキングセンター事業の評価に関する委員会を設置する。委員には、患者関係委員を複数含むこと。また、がん診療の関係者のみならず、心理学、介護学、社会学、消費者研究、経営等の専門家を含むこととする。

② データ収集支援補助事業

医療機関においてアウトカム指標、プロセス指標などの採録、収集、システム構築、院内体制整備などを行うための技術支援、人員確保支援のための、資金を補助する。

③ ベンチマーキングセンター業務開発研究事業

地域がん登録、院内がん登録、臨床指標開発、DPC データなど、要素となるデータの収集体制を推進し、連携を促進し、コーディネートを行う。常に、がん診療連携拠点病院やそ

の他のがん診療施設から指標を得る体制を構築する。また、よいがん診療を促進するための新たな指標の開発を行う。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

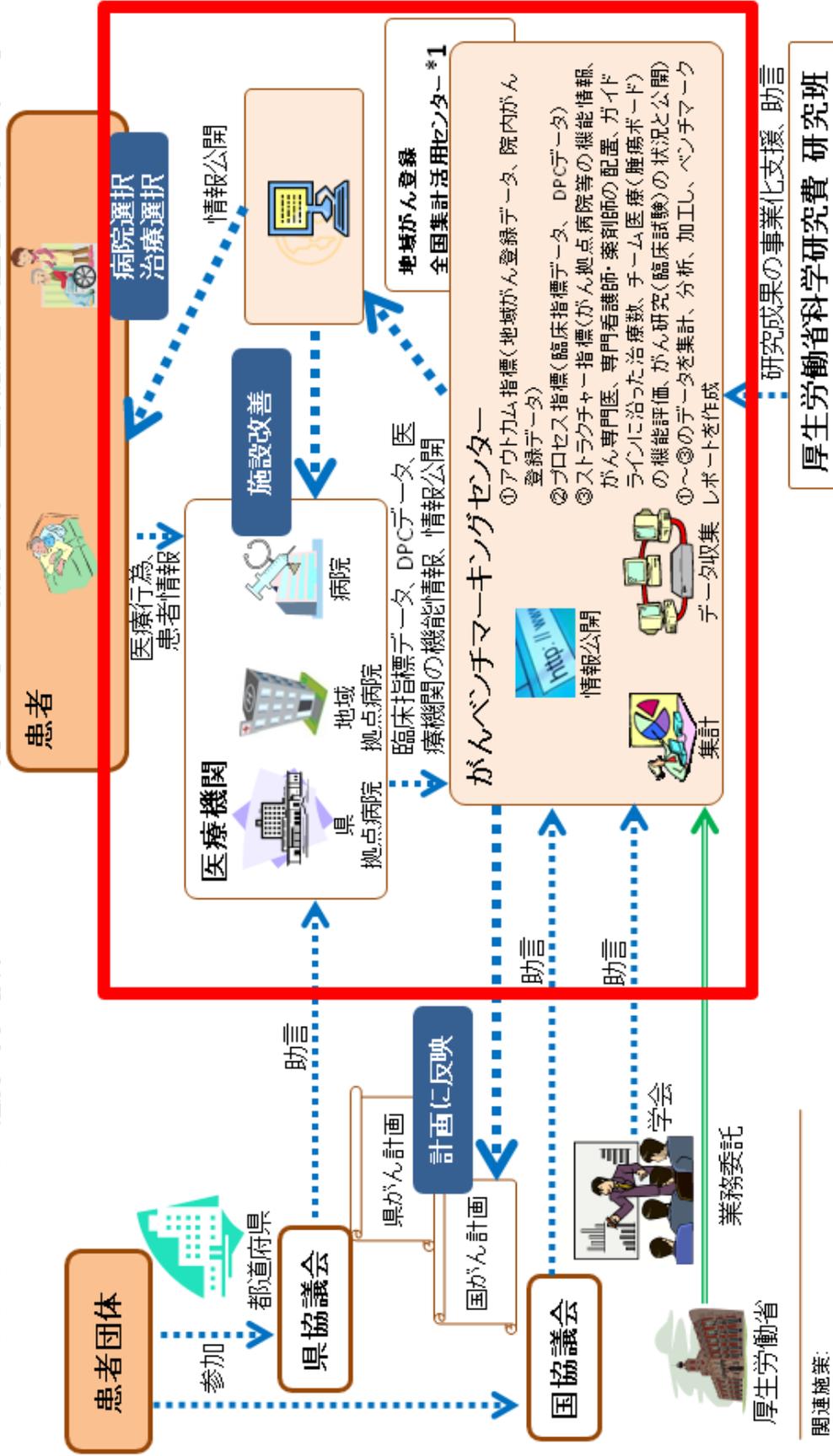
ベンチマーキングセンター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・10億円（積算作業中）

施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業

- ・ 治療成績、診療内容、医療施設機能情報を統合的に集計し、活用できるかたちにして患者と医療機関に提供する
- ・ 医療機関にはベンチマークレポートをフィードバックし改善につなげる。患者・一般は治療選択・施設選択の参考情報を得る
- ・ 「どこでどの程度の程度の質の診療がされているのか見えない」⇒「可視化が行われ医療提供者、受益者の両方にメリット」



関連施策:
 施策番号A-35:ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進
 *1: 施策⑥に示されている全国集計活用センター

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

 : 新設機能、
→ : 人、
→ : サービス・情報、
→ : 費用

施策⑦

患者・家族のための、がん総合相談支援事業

■要求要旨

がん対策推進基本計画においては、「すべてのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が、死亡率の削減とともに二つの最大目標の一つとされており、その目標を達成する方策として、がん医療に関する相談支援の重要性が示されている。

相談支援に関する事業として、各地のがん診療連携拠点病院に相談支援センターが設置されているが、それだけでは十分な機能を発揮できておらず、ニーズにも十分に答えられていない。地域での相談支援センターごとの連携不足、疾病をよく知る患者視点からのサポートの不足など、不十分な点が明らかになっている。アンケートやタウンミーティングのご意見聴取、調査などによって分かった相談支援業務の不足を補い解消するため、以下の2つの事業を行う。

既に外国では実績のあるシステムとして知られている24時間対応の全国コールセンターが本国ではまだ設置されていない。本国の相談支援事業に海外で有効性が実証されているシステムを導入し、既存の相談支援センターの機能を強化させる。

また、都道府県単位の相談支援センターを設置する。

■事業内容

(1) 全国で1カ所、「全国コールセンター」を設置する。

①24時間どこからでも受け付け可能であり、フリーダイヤルの無料電話相談コールセンター1カ所を設置する。コールセンターには訓練を受けた相談員を配置する。相談内容は一般的な対応が可能な範囲を中心とし、個別具体的な対応については「都道府県がん相談センター」あるいは拠点病院ごとの「相談支援センター」に振り分ける。

②ピアサポーター研修カリキュラムを作成し、提供する。

(2) 各都道府県単位で「都道府県相談センター」を設置する

①がん相談支援業務。現在、受療している医療機関から中立的立場で、治療、悩み、経済的対処などに関する幅広い総合的な相談支援を行う。また、医療機関の連携（病病、病診、診診）が切れ目なく行われるように、医療機関が主体的に連携を行うよう支援し、在宅緩和ケアを含む医療連携に関する相談にも乗る。医療現場に詳しい専門家（医師、看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護、福祉などの関係者）がアドバイザーとして中立的に相談をバックアップする。運営に関しては、都道府県（行政）と患者関係者を含む都道府県がん対策推進協議会などにより年に1度評価を実施する。全国で1カ所設置する「全国コールセンター」、拠点病院ごとに置かれている「相談支援センター」に関する情報提供も行う。

- ②都道府県単位のピアサポートセンターの運営を行う。「患者相談・全国コールセンター（仮）」が作成したカリキュラムに沿ったピアサポーター養成研修を実施する。都道府県ごとに「ピアサポートセンター」を設置。都道府県がん相談センター、県拠点病院・地域拠点病院・がんを診療する病院が設置している相談支援センターにピアサポーターが配置されることを推進する。また、ピアサポートセンターは、事項③の事業も行う。
- ③ピアサポートセンターは、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」と「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」を実施する。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

「全国コールセンター」の業務を委託するのに適切な組織

「都道府県がん相談センター」の業務を委託するのに適切な組織

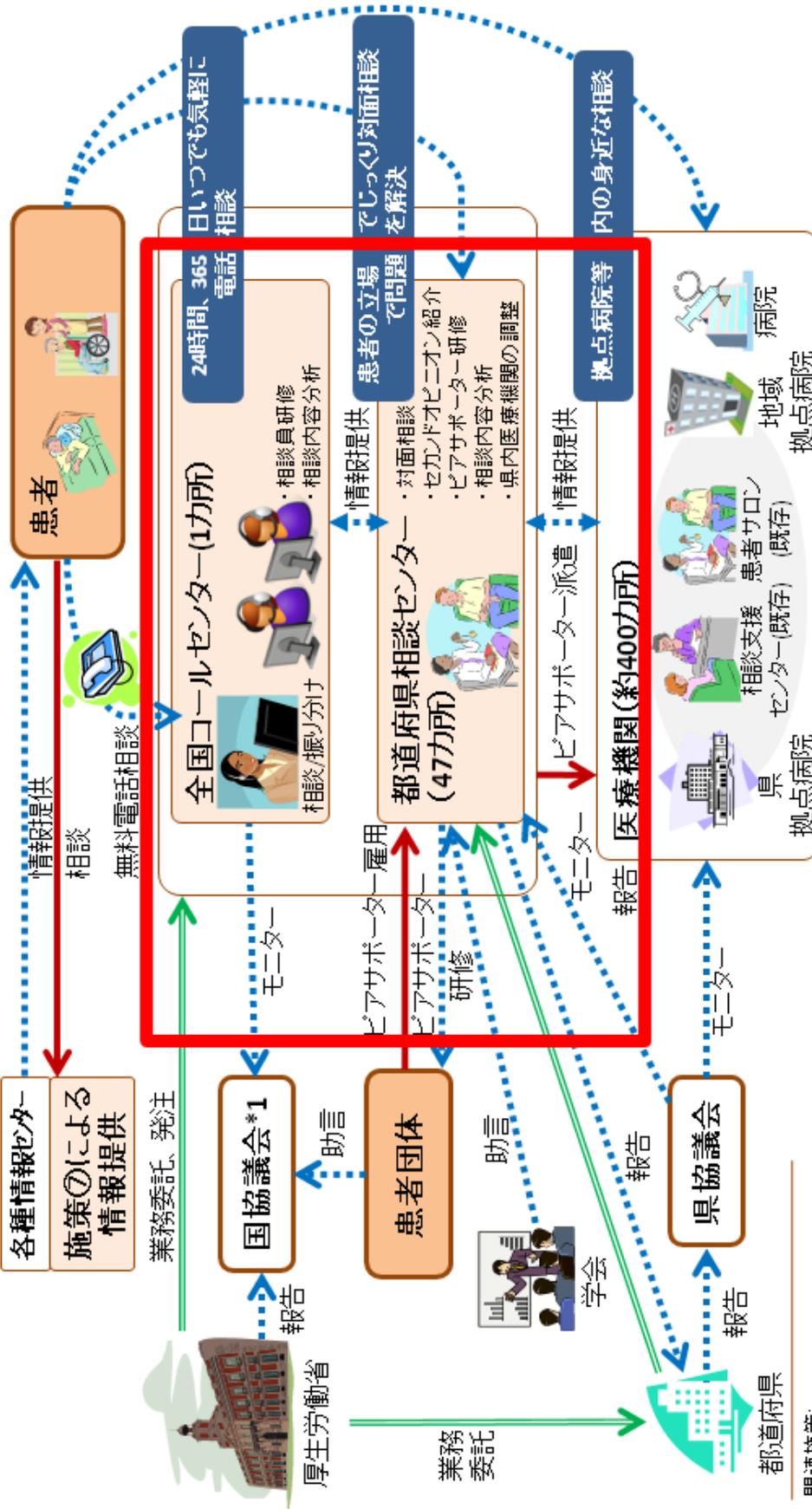
「ピアサポートセンター」の業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・27.35億円（積算作業中）

施策⑦ 患者・家族のためのがん総合相談支援事業

- ・いつでもどこからでも無料電話で、気軽に相談できる「全国コールセンター」を設置
- ・医療機関から独立し、患者の立場で相談を行う「都道府県相談センター」を設置
- ・「気軽に相談できないう」相談が問題解決につながらない「窓口が活用されていぬ」⇒真に患者に役立つ問題解決型相談



厚生労働省
業務委託、発注

国協議会*1
助言

患者団体
助言

学協会
助言

都道府県
報告

国協議会
報告

関係施策:
 施策番号A-44: がん相談全国コールセンターの設置
 施策番号A-49: 相談センターと患者・支援団体による協働サポート
 施策番号A-6: がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン

実施番号A-48: 地域統括相談支援センターの設置
 実施番号A-5: 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援
 *1: 国協議会に、全国コールセンターをモニター担当委員を配置する

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

: 新設機能、
→: 人、
→: サービス・情報、
→: 費用

施策⑧ がん患者満足度調査事業

■要求要旨

がん対策基本法においては、「がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けることができるようにすること」「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」とある。さらに、がん対策推進基本計画においては、「すべてのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が、死亡率の削減とともに二つの最大目標の一つとされている。また、「国民ががんと向き合いがんと生きる」とのビジョンが示されている。

それにも関わらず、がん患者の苦痛や満足に関する現況把握や包括的な改善策が、ほとんどなされていないのが現状である。これまでのアンケートなどによる断片的な調査によると、がん患者の医療に関する満足度が必ずしも高くないことがわかっている。医療の質と均てん化に関しても改善の余地が示唆されている。よって、がん患者（家族・遺族含む）の受療に関する満足度調査を、全国的に実施する。それにより、患者満足度の向上を達成する。また、がん診療の質の均てん化にも役立つ。

■事業内容

がん患者（家族・遺族含む）の受療に関する満足度調査を、全国的に実施する。全国 500 病院以上において治療を受けた、20 万人程度のがん患者から回答を集める。設置する「がん患者満足度調査センター」において集計、分析し、結果を公表する。結果は、全体・県別・二次医療圏・施設別などに整理し、当該施設にフィードバックする。また、同意がとれた施設については、情報を公表する。また、患者満足度情報に関する普及啓発事業を実施する。さらに、調査によって得られた結果に基づき、各都道府県において、満足度改善につなげる事業（患者満足度タウンミーティング）を開催する。満足度の経年変化をモニターし指標の向上を確認する。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

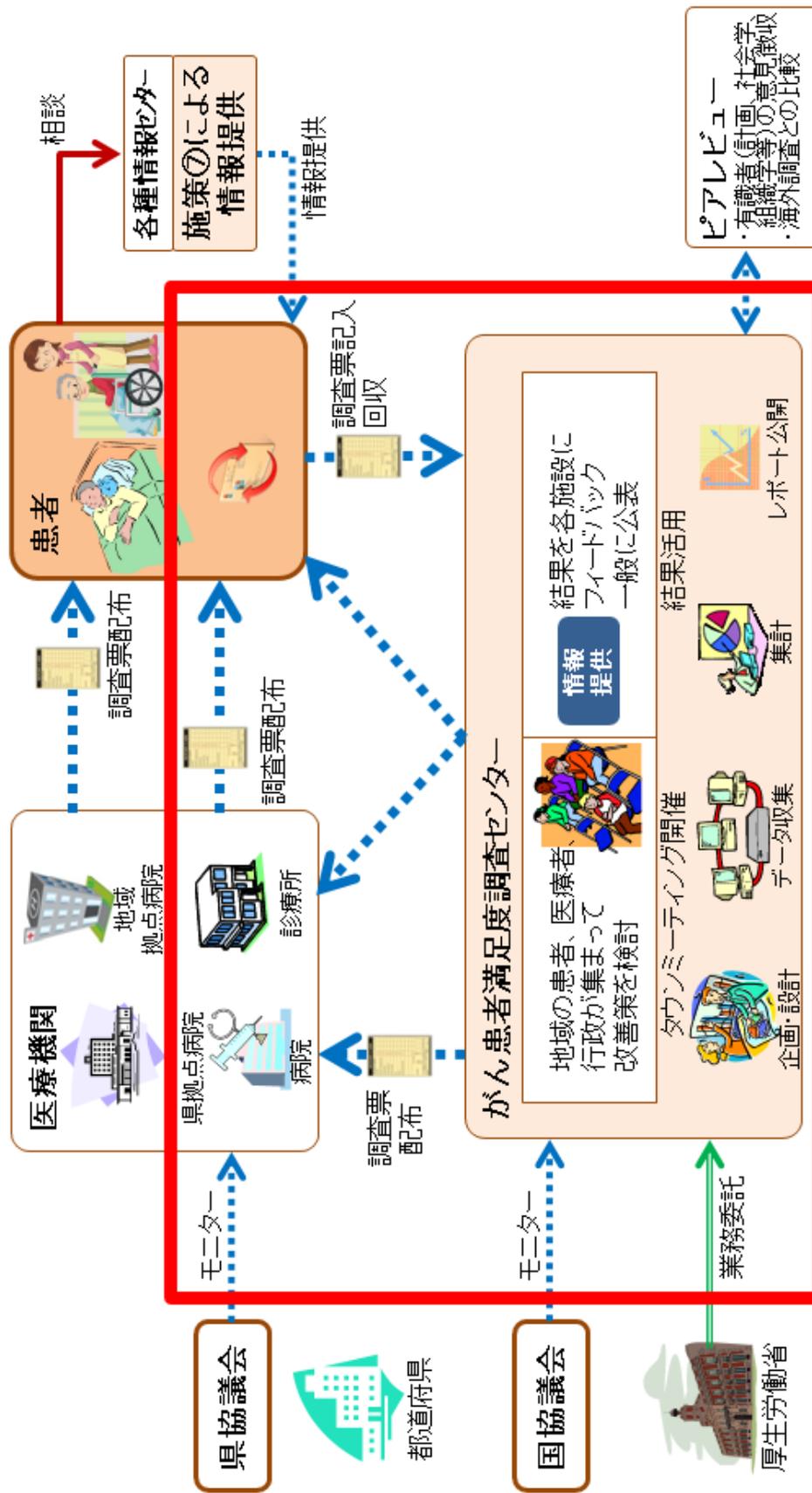
患者満足度調査センター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・15 億円（積算作業中）

施策⑧ がん患者満足度調査事業

- ・ 全国的にがん治療施設別の患者満足度を世界標準的な方法で計測し、フィードバックし、医療の質向上につなげる
- ・ 県ごとに多様な参加者による満足度向上のためのタウンミーティングを開催、調査に基づき地域の医療の質向上策を考える
- ・ 「低い質の治療の存在、患者の不満が多い、医療者は疲弊」⇒客観的な情報に基づき建設的な「かたち」で議論し満足度高める



関連施策：
 施策番号A-47: 全国統一がん患者満足度調査
 *1: タウンミーティングとは、調査で得られた問題を六位一体で考える場

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

施策⑨

希少がん・小児がん支援およびサバイバーシップ事業

■要求要旨

がん対策推進基本計画では、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が全体目標として掲げられており、がんの治療中はもちろんのこと、その後の療養生活を含めてがんと生きる生活全体を通して苦痛を軽減することの重要性が示されている。また、患者本人だけではなくその家族への支援の重要性についても示されている。

治療成績の向上に伴い、小児がん長期生存者（いわゆるサバイバー）における就学や就労の問題、成人がんサバイバーにおける就労の問題、治療後の後遺症や精神面の問題、患者家族における負担の問題など、新たな問題の存在が明らかになってきており、早急な対応が求められている。

海外ではそれらの問題を、サバイバーシップ（がん経験者の遭遇する問題への対処）と位置づけ、サバイバーシップの支援に特化した機関が設立され、有効に機能している。よって、本国においてもサバイバーシップに関連する事業を中心に行う支援センターを設立し、今まで対応が不十分であった問題の解消を進める。

■事業内容

小児対象、成人対象のサバイバーシップ・サポートセンターをそれぞれ全国に数か所、業務を行うのにふさわしい医療機関内に設置する。両サバイバーシップ・サポートセンターにおいては主に次の3つの事業を行う。すなわち、1. 特に治療後の肉体的・精神的・経済的問題を中心とした相談支援サービスの提供、2. サバイバーシップ・ケアプランの雛型作成と、全国の医療機関への普及事業、3. 希少がん、小児がんのデータ収集と、これらのがんの診療支援——である。

なお、サバイバーシップ・サポートセンターと地域が連携し、すべての患者や家族がサバイバーシップに関する支援を受けることができるよう、地域統括相談支援センター（施策番号45 地域統括相談支援センターを参照）との連携体制を整備する。また、実際の相談支援については、がん経験者や家族などがピアサポーターとして相談業務を行う。

サバイバーシップ・ケアプランの普及事業の一環として、プラン作成参加施設に補助金を出すなどしてインセンティブをつけ、将来の診療報酬化につなげる。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

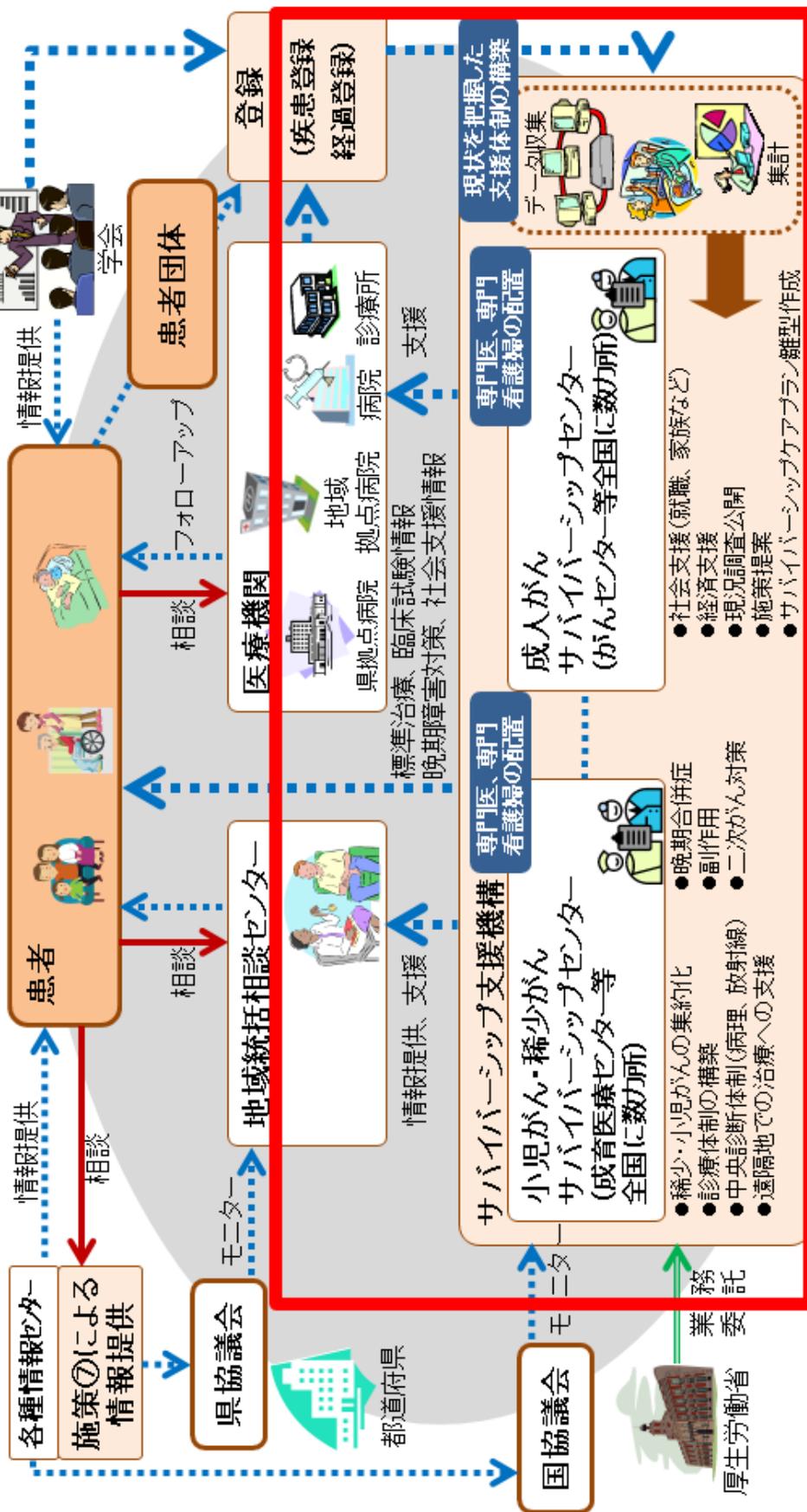
サバイバーシップ・サポートセンター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

- ・10億（積算作業中）

施策⑨ サバイバースhip事業

- ・ 小児と成人のがん経験者の晚期障害、こころのケア、経済的不安に関する支援に関して専門的な相談を提供する
- ・ サバイバースhip・ケアプランを確立する。稀少がん・小児がんについて診療支援とデータ収集を行う
- ・ 「手つかずのサバイバースhip問題」⇒「がん向き合いがんと共に生きる社会」の実現



関連施策:
 施策番号A-19: 抗がん剤の審査プロセスの迅速化
 施策番号A-20: 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会

■: 新設機能、→: 人、⇨: サービス・情報、⇨: 費用

4-2 平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について

平成 21 年 12 月 4 日

厚生労働大臣
長妻 昭 様

厚生労働省がん対策推進協議会会長
垣添 忠生

平成 22 年度診療報酬改定における がん領域に関する提案について

平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中央社会保険医療協議会（中医協）などにおいて取りまとめられる内容を踏まえて行われることとなる。第 10 回厚生労働省がん対策推進協議会（平成 21 年 6 月）においては、がんに関わる診療報酬についての提言の必要性について指摘があった。また、第 10 回厚生労働省社会保障審議会医療部会（平成 21 年 11 月）においては、「がん医療の推進」を来年度診療報酬改定の基本方針の「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に加え、がん対策推進協議会での議論との整合性を図るべきとの指摘があった。中医協においても、平成 22 年度改定における 22 項目の「今後の主な検討項目例」に、がん領域があげられている。

がん対策推進協議会は、「平成 22 年度がん予算提案書～元気の出るがん対策～」を平成 21 年 3 月に厚生労働大臣に提出した。この提案書において指摘したがん対策・がん診療における問題点は、がん予算だけによって対処できるものだけでなく、診療報酬改定によって初めて解決が見出されるものが多い。

これらをふまえ、がん対策推進協議会では、がん医療の推進に関する診療報酬での対応についての意見をとりまとめ、平成 22 年度診療報酬改定に向けたがん対策を推進するための評価の検討について、長妻昭厚生労働大臣に提出するものである。

平成 22 年度診療報酬改定に向けた がん対策を推進するための評価の検討について

国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、平成 19 年のがん対策基本法の施行を契機として、様々な施策が推進されてきたものの、がん医療を提供する医療資源は脆弱であり、いわゆる「がん難民」問題等の解決には至っていないのが実情である。

長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民と議論した後、コンセンサスを経たうえで決定するとともに、診療報酬を含む医療費の効率的使用と医療の質の向上が不可欠である。また、がん医療においても均てん化と標準治療の推進等によって無駄の削減にも努めなければならない。しかし一方で、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画を遂行するためには、がん医療に関する診療報酬による評価を充実させることが不可欠である。

がん医療の推進については、社会保障審議会等でも「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」とされており、がん対策基本法やがん対策基本計画においても、「放射線療法及び化学療法の推進」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が記されている。また、「がん難民」問題等の解決には、拠点病院と地域の医療機関の連携や、在宅医療・訪問看護の充実も重要である。平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中医協などの場において行われることとなるが、こうした視点をふまえてがん対策の充実が図られるために、平成 22 年度診療報酬改定において適切に評価されるよう配慮を求めるものである。

(※) なお、社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成 22 年度診療報酬改定の視点等について」では、診療報酬改定にあたっての方向性として、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」の「2つの重点課題」と、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」の「4つの視点」が示されている。

以下、国のがん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とした各分野において、がん対策の推進にあたって診療報酬にて評価を検討すべき具体的な項目を、参考として例示するとともに、それらの項目が上記「2つの重点課題」「4つの視点」とどのように関連しているのかについても提示する。

参考資料

がん領域における平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例

(各事項とテーマとの関係を示す一覧表)

「平成22年度診療報酬改定の『視点等』と『方向』について」(次ページ参照)における「重点課題」「視点関係」と関連がある場合に○

通し番号	分野番号	分野	個別記号	提案事項	重点課題1	重点課題2	視点関係1	視点関係2	視点関係3	視点関係4
1	全体	がん対策全般にか かる事項	ア	がん医療の質の“見える化”			○	○		○
2			イ	がん医療の質の評価			○	○		○
3	個別1	放射線療法および 化学療法の推進並 びに医療従事者の 育成	ア	放射線療法の推進		○	○	○		
4			イ	化学療法とチーム医療の推進		○	○	○		
5			ウ	入院および外来化学療法の推進		○	○	○		
6			エ	がんにおける個別診療	○		○	○		
7	個別2	緩和ケア	ア	緩和ケア診療加算			○	○		
8			イ	緩和ケア研修修了者の配置			○	○		
9	個別3	在宅医療(在宅緩 和ケア)	ア	在宅医療の充実			○		○	
10			イ	在宅医療ネットワークの構築			○		○	
11			ウ	医療と介護の連携			○		○	
12			エ	大規模診療所と医療従事者の育成			○		○	
13	個別4	診療ガイドラインの 作成(標準治療の 推進)	ア	DPCデータや臨床指標の開示			○	○		○
14			イ	診療ガイドラインの推進			○	○		○
15			ウ	セカンドオピニオンの推進			○	○		○
16	個別5	医療機関の整備等 (がん診療体制ネッ トワーク)	ア	地域連携とその他の連携			○		○	
17			イ	がん診療体制の充実度に応じた評価			○		○	
18			ウ	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価			○		○	
20	個別6	がん医療に関する 相談支援および情 報提供	ア	相談支援センターの充実			○	○		
21			イ	相談支援センターと患者団体の連携			○	○		
22	個別7	がん登録	ア	がん登録に関わる職員の配置		○	○			
23			イ	地域・院内がん登録		○	○			
24	個別8	がんの予防(たばこ 対策)	ア	たばこ依存への治療と禁煙対策			○			○
—	個別9	がんの早期発見(が ん検診)	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
—	個別 10	がん研究	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
25	個別 11	疾病別対策	ア	小児がんと稀少がん	○		○			
26			イ	長期生存者のフォローアップ	○		○			
27			ウ	リンパ浮腫			○	○		

※通し番号誤りのためNo.19は欠番

平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について

社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成22年度診療報酬改定の視点等について」の内容

重点課題 関係	重点課題1	救急・産科・小児・外科等の医療の再建 【含まれる内容の例】 ①有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進 ②小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ③新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ④急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化 ⑤手術の適正評価
	重点課題2	病院勤務医への負担の軽減 【含まれる内容の例】 ①看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価 ②看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価 ③医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
4つの視点 関係	視点関係1	充実が求められる領域を適切に評価していく視点 【含まれる内容の例】 ①質の高い精神科入院医療の推進 ②歯科医療の充実 ③インベーションの評価 *がん医療の推進 *認知症医療の推進 *新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進 *肝炎対策の推進
	視点関係2	患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点 【含まれる内容の例】 ①医療の透明化・分かりやすさの推進 ②医療安全対策の推進 ③心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現 ④重症化の予防
	視点関係3	医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 【含まれる内容の例】 ①質が高く効率的な急性期入院医療の推進 ②回復期リハビリテーション等の機能強化 ③在宅医療・在宅歯科医療の推進 ④医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進
	視点関係4	効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点 【含まれる内容の例】 ①後発医薬品の使用促進 ②医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映

がん対策の推進にあたって、診療報酬において評価を検討すべき具体的な項目を、以下に概説する。

全体分野 がん対策全般にかかる事項

(1) 現状と課題

(ア) がん医療の質の“見える化”

がん医療の質のいわゆる「見える化」（可視化）が十分でなく、がん医療の質に対する評価も十分でないことに加え、診療報酬体系においても、医療機関が「見える化」へ向けた努力が評価されないため、インセンティブが働かない。

(イ) がん医療の質の評価

がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を評価する指標に対して、診療報酬での対応が十分でなく、がん医療の各分野の向上に資する質の評価が適切に行われていない。

(2) 論点

(ア) がん医療の質の“見える化”

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行うベンチマーキングセンターをがん診療連携拠点病院等に設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) がん医療の質の評価

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討してはどうか。

個別分野1 放射線療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成

(1) 現状と課題

(ア) 放射線療法の推進

放射線療法の推進にあたっては、放射線治療の専門医（例：放射線腫瘍学会認定医）、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置の必要性がかねてより指摘されている。また放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理についても、適切な評価がされていない。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医（例；臨床腫瘍学会によるがん薬物療法認定医）、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、効果的かつ安全な治療に不可欠であるが、インセンティブに乏しく、レジメン委員会における化学療法のプロトコル管理についても十分な手当てがなされていない。

(ウ) 入院および外来化学療法の推進

外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていないとともに、また外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している。

(エ) がんにおける診療項目の評価

手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、キャンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い。

(2) 論点

(ア) 放射線療法の推進

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行ってはどうか。また、放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）、アイソトープ内用療法、放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をしてはどうか。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行ってはどうか。また、レジメン（投与

計画)委員会における化学療法のプロトコル(治療計画)管理や危険製剤の処理について、新たに評価を行ってはどうか。

(ウ)入院および外来化学療法の推進

入院化学療法についても、十分な評価を行ってはどうか。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討してはどうか。

(エ)がんにおける診療項目の評価

専門医により質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法における技量の必要な手技を細分化して点数を加算することについて、新たに評価してはどうか。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をしてはどうか。

個別分野2 緩和ケア

(1) 現状と課題

(ア)緩和ケア診療加算

緩和ケアは入院患者のみならず、外来患者にも必要とされているにもかかわらず、緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている。また、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、点数が低い。

(イ)緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、がん診療連携拠点病院の義務としての研修が不十分になっているとの指摘もあり、研修修了者の配置に対する医療機関のインセンティブもないため、研修の受講や修了者の配置が促進されない。

(2) 論点

(ア)緩和ケア診療加算

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。また、緩和ケア診療加算の点数や、専門性の高い医療従事者を配置する緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げてはどうか。

(イ) 緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にてさらなる評価を検討してはどうか。

個別分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

(1) 現状と課題

(ア) 在宅医療の充実

がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、病状急変時の緊急入院病床の整備等により、手厚い在宅医療を提供する施設に対してなど、全般にわたって診療報酬の評価が低い。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅医療支援診療所との連携や、病院（医師）と訪問看護機関（看護職）との連携、在宅医療病診連携パスの策定を通じた連携が不足しているために、在宅医療の効率的なネットワーク構築が進んでいない。

(ウ) 医療と介護の連携

がんの在宅緩和ケアでは、病院や在宅医療支援診療所など医療提供者のみならず、介護提供者と医療提供者との連携が必要であり、退院困難な要因や介護を必要としているがん患者については年齢を問わず、職種を越えた緊密な連携が求められるが、その連携は不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し得る大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価の不足により、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。また、医療従事者が実地にて在宅緩和医療を学べる施設が少なく、医療従事者の育成が進んでいない。

(2) 論点

(ア) 在宅医療の充実

手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数を引き上げてはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(ウ) 医療と介護の連携

後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。

個別分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

(1) 現状と課題

(ア) DPC データや臨床指標の開示

標準治療の推進と医療費の適正化において、DPC の果たす役割は重要であるが、DPC による評価見直しを適時かつ適正に進めるための、DPC データや臨床指標の開示が十分でなく、がん医療の質の向上を阻害する一因となっている。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインが、全てのがんにおいて策定されておらず、策定されているがんについても更新が十分でないために標準治療の推進が遅れ、不適切な治療が行われる一因となっている。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンについて、セカンドオピニオンを提供する医療機関の負担が大きいかかわらず、現状では紹介する医療機関のみに診療報酬上の評価がされており、セカンドオピニオンの推進を妨げている。

(2) 論点

(ア) DPC データや臨床指標の開示

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するための DPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をしてはどうか。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

個別分野 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

(1) 現状と課題

(ア) 地域連携とその他の連携

国のがん対策推進基本計画にて、地域連携クリティカルパスの推進が定められているが、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。また、いわゆる病病連携や薬薬連携についても、十分な評価がされていない。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

都道府県がん診療連携拠点病院制度と地域がん診療連携拠点病院が整備、指定されているが、拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。

(ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

病診連携等の過程で連携がうまくいかず、患者が適切な医療機関を受診できなくなる、いわゆるがん難民問題が存在するが、病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、がん難民問題解消に対する努力が進まない実情がある。

(2) 論点

(ア) 地域連携とその他の連携

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在のがん診療連携拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

(ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果としてがん難民を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

個別分野 6 がん医療に関する相談支援および情報提供

(1) 現状と課題

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談員については、相談員を配置するインセンティブが医療機関にないために、相談員の配置転換などに伴う離職率が高くなり、相談支援センターの質の低下により患者相談が不十分となっている。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

国のがん対策推進基本計画にて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者団体等との連携が記されているが、医療機関へのインセンティブがなく、医療資源としての患者団体と相談支援センターの連携体制が進んでいない。

(2) 論点

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターへの専従相談員の配置に対する、がん診療連携拠点病院加算の点数を上げることや、国立がんセンターで研修を受けた看護師や専門看護師・認定看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）等の相談員が相談支援センターで受ける相談について、常勤の相談員数、配置体制又は相談実績に応じて、段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方はどうか。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

一定の質が担保された研修を修了した、患者・家族などのピアサポーターが、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて、看護師やMSWと連携して患者相談を行う場合や、患者・家族の交流の場を提供している医療機関、患者団体の運営や活動に対する技術的な支援を行っている医療機関を、その実績に応じて段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を検討してはどうか。

個別分野 7 がん登録

(1) 現状と課題

(ア) がん登録に関わる職員の配置

がん登録の推進にあたって、登録事務に関わる職員の育成や採用にあたって負担が大きいかかわらず、配置に際しての医療機関のインセンティブに乏しいために職員の採用が進まず、他の医療従事者のがん登録に係る負担が及んでいる。

(イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録へ医療機関が参加するインセンティブが乏しく、医療機関の参加が進まない。また、がん患者の在宅死を把握するデータが不正確であり、がん登録全体の正確さに影響を与えている。

(2) 論点

(ア) がん登録に関わる職員の配置

がん診療連携拠点病院等が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がん

センターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価してはどうか。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討してはどうか。

(イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて段階的に診療報酬を加算してはどうか。

個別分野 8 がんの予防（たばこ対策）

(1) 現状と課題

(ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供や、その費用を妥当なものとするのが求められている。また、受動喫煙防止に関する厚生労働省検討会報告書にて、医療機関を含む公共的空間での原則全面禁煙が求められているにもかかわらず、対策が不十分である。

(2) 論点

(ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をしてはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討してはどうか。

個別分野 9 がんの早期発見（がん検診）

(1) 現状と課題

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

個別分野 10 がん研究

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

個別分野 11 疾病別対策

(1) 現状と課題

(ア) 小児がんと希少がん

小児がんや希少がんなど、患者数の少ないがんについての医療機関のインセンティブが乏しく、医療機関は恒常的に赤字での診療を余儀なくされており、医療機関内での不採算部門としての閉鎖など、診療内容に影響が出る懸念がある。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの治療成績の向上に伴い、長期生存者が増加しているが、そのフォローアップに伴う医療機関へのインセンティブが乏しく、特に小児がんの長期生存者については、小児がん専門施設・診療科や成人の診療科でのフォローアップが不足している。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料は、対象疾患は子宮、前立腺、乳腺の悪性腫瘍などに限られ、また入院治療に限られているが、他の悪性腫瘍に対する治療や放射線治療によって、リンパ節が切除またはリンパ管が細くなって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、リンパ浮腫の病態や治療に即した対応となっていない。

(2) 論点

(ア) 小児がんと希少がん

小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な希少がん（例：褐色細胞腫、成人T細胞白血病）の診断・治療、当該医療機関や診療科での診断、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置している場合に対して、さらなる加算をしてはどうか。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っている

ることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中1回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

4-3 拠点病院提案書

厚生労働大臣 長妻昭様

がん対策推進協議会
平成22（2010）年3月11日

がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

がん対策推進協議会（以下、「協議会」）の提案書取りまとめワーキンググループ（以下、「がんWG」）においては、全国6カ所のタウンミーティングと都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート等によって、がん対策に関する提案について、「予算」、「診療報酬」、「制度」の各側面から、意見集約を行ってきた。その中で、がん診療連携拠点病院制度（以下、「拠点病院制度」）に関しては、「患者」、「医療現場」、「地域」のいずれの立場からも、現状の問題点と改善案が多数出された。

そこで協議会においては、こうした意見を踏まえて、拠点病院制度の包括的見直しを提案するものである。協議会において、がん診療連携拠点病院制度見直しのための分科会を設置するなどし、新拠点病院制度を取りまとめることを提言する。

1. 集まったご意見について

都道府県がん対策推進協議会等委員を対象としたアンケートにおいては、拠点病院制度など、医療連携ネットワークに関するご意見が約200人からあり、タウンミーティングで集められたご意見シートにおいては約100人からあった。

集まった意見を分析したところ、拠点病院制度に関する問題点が広く認識されており、改善の方向について具体的な意見が多数あった。

これらを元に、協議会は制度面での対応として「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を推奨する。

「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕

提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。

本文書は、その方向をより詳しく記述したものである。

2. 新制度において留意すべき点について

がん診療連携拠点病院制度の見直しを、下記のような観点に留意して進めるべきである。

- ①均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
- ②医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
- ③地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
- ④大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
- ⑤医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
- ⑥患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと
——など。

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきである。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ②連携に関する評価を取り入れること
- ③地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
- ⑥県がん拠点病院連絡協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること
——など。

こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

.....

□現状の問題点と議論の方向について

多数の意見を踏まえ、協議会は拠点病院制度の現状の問題点と改正の方向を、下記のように整理する。

(1) 指定要件など

① 拠点病院の質：

拠点病院の外形基準を満たしていても、必ずしも質の高い臨床面での対応が実践されているとは限らない。質を高めるために指定要件を厳しくすることは重要であるが、それが全国一律に課せられると、地域においてがん診療に関して重要な役割を果たしている病院が指定を受けることができず、拠点病院の空白地域が生じる。一方で、拠点病院の指定を受けても、質を確保するためには病院側に人的資源、財政的資源が不足している。

○改正の方向

- ・外形より診療、連携、相談などの質の担保に視点を移していく。
- ・拠点病院が質の確保のために資源を投入できるように人的、財政的支援を強化する。

② 質の担保：

審査の基準が主に外形的な項目となっており、拠点病院の自己申告に基づくこともあり、必ずしも質が担保されていない。アウトカム指標や質的な評価尺度による評価や、外部の専門家によるサイトビジット（施設訪問）などの考えが導入されていない。

○改正の方向

- ・実際の拠点病院の診療やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動や質を客観的な立場から審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院別の患者満足度調査を定期的に行う

③ 患者のカバー率：

拠点病院が、どの程度地域のがん患者をカバーしているかについては十分に精査されていないため、正確に把握されていないが、地域によって2割～8割といった開きがあることが予想される。拠点病院のがん医療の質を高めても、カバー率が低い地域では、地域の医療機関との連携をよほど強化しない限り、拠点病院を利用する患者だけの範囲の質の担保にしかならない。また、拠点病院が患者受け入れのキャパシティーを、急速に拡大できるわけではない。現行の制度において、地域における患者の面的カバー率が考慮されていない。

○改正の方向

・二次医療圏や都道府県ごとに、拠点病院／拠点病院との連携医療機関が地域のがん患者をどの程度カバーしているかを示すカバー率を都道府県が公表する。また、それを拠点病院の評価の要素とする。

④ 拠点病院の質とカバー率の背反：

拠点病院の質を早く高めるためには、指定要件を厳しくして拠点病院の数を厳選すれば良いという考えがある一方で、患者カバー率が下がることが危惧される。カバー率を高めることに重点をおくと、現状より質が低下する懸念がある。質とカバー率の両方を向上させる仕組みが明確となっていない。

○改正の方向

・拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

⑤ 地域特性への対応：

現在、二次医療圏を基本的な指定単位としているが、二次医療圏の人口は大きな開きがある。人口の少ない二次医療圏では、拠点病院として機能するのに十分な体制を整備する資源を確保することが困難であり、人口が多い二次医療圏では、拠点病院だけでは地域の患者の一部しかカバーできない。また、大都市圏、地方都市圏、へき地・離島圏それぞれにおいて、拠点病院に期待される機能が一部異なるが、現在の指定要件は基本的に1種類だけであり、地域特性が考慮されていない。

○改正の方向

・拠点病院の指定の要件に、二次医療圏の人口、地理的特性、がん患者数、医療機関の施設の規模などを勘案する。

・〔再掲〕拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

⑥ “がん種特化型病院”への対応：

現在の拠点病院制度の指定要件においては、5大がん（胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がん）のすべてに関して、手術療法、化学療法、放射線療法のいずれもが実施可能な体制を有することを求めている。一方、消化器系がんや乳がんにはほぼ特化して大規模な診療を実施している医療機関も存在する。専門的な治療を推進していくためには、がん種ごとの集約化が必要である。一方で、診断から治療、緩和ケアまでを含む一連のがん診療に求められる包括的な機能は、そのような専門家された医療機関では整備しにくい。このような病院に関する位置づけの議論が十分に行われていない。

○改正の方向

- ・ “がん種特化型病院”を制度化する方向で検討をする。その際、備えておくべき機能と連携機能を明確にする。
- ・ [再掲] 拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

(2) 評価など

① 現状把握：

拠点病院が果たしているがん診療に関して、その領域、内容、活動量、質などについて現状の把握できていない。拠点病院が一致して共通のフォーマットで情報を共有し、日本のがん診療の現況と推移を「見える化（可視化）」できるようになっていない。そのため、拠点病院へのさらなる資源投入を提案する際の説得材料が不十分であり、ひいては、拠点病院制度に基づくがん医療が効果を発揮しているのか、どのようながん対策が有効なのかなどが、把握できない。

○改正の方向

- ・ 拠点病院を対象に、第三者的な組織によるサイトビジット（施設訪問）を伴う機能評価を行い、拠点病院の指定要件、症例数、治療成績のほか、組織運営、地域連携、医療の質・安全の確保、療養環境、相談支援および情報提供などに関して、質の担保を確保する。
- ・ ベンチマーキングセンターを設置し、安定的に運営する。
- ・ 拠点病院が、院内がん登録、地域がん登録、DPCデータ、臨床指標データ、医療機能情報などの情報をベンチマーキングセンターに提供する仕組みを構築する。

② 制度の公平性：

拠点病院となることを希望する病院が複数ある場合、都道府県がいずれの病院を推薦するかの決定過程は必ずしも明確ではない。一方、拠点病院に指定されると、病院は一定のブランド力を得て患者がより集まる要因となりえる。また、拠点病院に対しては国の補助金や診療報酬上の評価などの優遇があるため、同じ二次医療圏でほぼ同等ながん診療を行っている病院があった場合でも、収益性が異なってくる。拠点病院への補助金の額は、病院の規模やがん患者数などによって区別がない。一方で、設置主体が独立行政法人ではない場合、都道府県が拠点病院に対して支払う補助金の2分の1が国庫補助される。そのため、拠点病院が受け取る補助額は、都道府県によって国庫補助基準額の5%程度から100%程度までの大きな格差が存在する。さらに、拠点病院に課せられた機能を十分に果たしていないところもあるが、それも優遇的な取り扱いの対象となっているのが現状である。

○改正の方向

- ・拠点病院の実際の活動量やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動量や質を第三者的な専門家が審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院資格の指定の認定および更新に関し、地域特性に応じた要素を拠点病院の評価に取り込む仕組みを導入する。

③ 面的な連携体制へのインセンティブの不足：

がん拠点病院には当該病院を受診する入院・外来患者への診断・治療などの医療サービスおよび相談サービスを提供するだけでなく、その二次医療圏全体のがん診療サービスの質の向上（均てん化）に寄与することが期待されている。拠点病院、拠点病院と連携する病院、がんのケアをする診療所、在宅緩和ケアにかかわる医療従事者などによる連携体制の構築を、拠点病院が牽引していくことも期待されている。しかし、現状では、拠点病院はもっぱらの病院の機能強化に力点をおく場合が多い。

○改正の方向

- ・拠点病院による二次医療圏の面的な均てん化努力を、評価する指標を策定する。
- ・医療法に基づき、二次医療圏におけるがんの医療機関の連携と、役割分担に関する施設名を記載した計画を策定して、地域全体の均てん化に対して取り組む。

④ いわゆる「がん難民」問題：

がん対策基本法の制定および、がん対策推進基本計画の策定にあたっては、いわゆる「がん難民」問題への対処を求める声に対応した側面が大きかった。すなわち、初期治療を終えたあと、進行がんや再発がんの患者で継続的な治療を受ける医療機関を見つけることが困難で、十分な治療やケアが受けられないといった状況にあるケースが多数存在していることが指摘されている。拠点病院は、病院の連携を進め、連携コーディネーターを育成す

るなど、「がん難民」問題を解消することが期待されているが、そうした動きは広まっていないのが実情である。

○改正の方向

- ・拠点病院が協力医療病院と連携して、がん患者の目線に立って治療・ケアを行うことを評価する仕組みを考える。
- ・地域連携クリティカルパスに基づいて、診断、治療、ケアが施されたがん患者数を公表する。

⑤ 経済的インセンティブ（補助金、診療報酬）：

拠点病院へのインセンティブは主に2つある。

設置主体が独立行政法人でない場合、拠点病院に指定されると国と都道府県から「がん診療連携病院機能強化事業」への補助金が交付されるが、求められる要件・機能に比べ、補助金の額が少ないとの指摘が多い。また、平成21年度の国庫補助基準額は、1病院当たり都道府県がん診療連携拠点病院が2800万円、地域がん診療連携拠点病院が2200万円である。独立行政法人に対する補助は100%であるが、それ以外には都道府県が策定する補助額を国と都道府県が2分の1ずつ折半することになるため、都道府県によって拠点病院が受けられる補助額は異なり、基準額の100%から5%程度までのばらつきがあるのが現状である。独立行政法人以外が設置する拠点病院に対しても、2分の1補助から10分の10補助への切り替えを望む声が多い。

また、診療報酬においては、拠点病院には「がん診療連携拠点病院加算」が適用される。すでにかんと診断されている患者を入院治療する病院に、患者一人あたり一回の加算が認められる。平成22（2010）年度診療報酬改定では、評価が引き上げられた。また、国の指定する拠点病院のみならず、都道府県が指定するいわゆる“準拠点病院”に対しても、評価ができるようになった。

拠点病院への診療報酬と補助金の役割が明確に理解されていない。診療報酬と補助金の役割分担については、拠点病院としての質の高い診療をするための恒常経費については、診療報酬が負担すべきであり、拠点病院としての機能を整備するための初期投資的な資金や、相談支援、がん登録など診療行為ではないが、拠点病院として必要不可欠な領域を担う人件費などについては補助金が分担すべきである、といった整理が必要である。

○改正の方向

- ・拠点病院別に、受けている経済的インセンティブと指定要件を満たすために付加的に実施するのに必要なコストとを比較し、ギャップの状況を調べる。
- ・拠点病院へのインセンティブが不足している場合、補助金および診療報酬を引き上げる。
- ・都道府県によって拠点病院への経済的インセンティブが異なることにならない仕組みを

作る。

⑥相談・支援業務の内容

すべての拠点病院は相談・支援センターを設置し、院内のみならず地域の患者・家族のための相談支援業務を行うことになっている。しかし、病院によって相談件数、相談内容などに著しいばらつきが見られている。窓口担当者のスキルもまちまちである。また、真に患者の側に立った相談や中立的な対応も、十分に浸透していない。本当の患者・家族の問題解決を十分に提供するには至っていない。

○改正の方向

- ・病院の立場でなく真に患者擁護の立場から相談・支援が行われるような指針づくりや研修教育を行う
- ・窓口の設置だけでなく、相談件数や患者への問題解決提供度などを評価する仕組みを検討する。
- ・相談支援窓口の後方スタッフとして、からだ、こころ、経済の支援をできる専門的スタッフを育成する

(3) 制度の骨格など

① 役割分担（集中と分散）：

医療従事者の不足と偏在によって、医療現場では、人的な医療資源の不足を訴える声が強。都道府県内の医療資源をすべての拠点病院に均等に配置し、すべてのがんの種類、進行期などに対応できる機能を維持するといった方向は、全体の機能の希薄化を招き、その都道府県の全体最適化にはつながらない。都道府県内の患者動態と医療資源を洗い出し、その結果に基づき、がん診療体制の最適化の視点に立ち、関係団体、関係者が集まって、中期的な医療資源の配置計画を検討し、医療機関連携・役割分担に関する包括的な協定を締結し、その達成に向けて具体的な調整を進めていくという動きがほとんどなされていない。

○改正の方向

- ・都道府県、二次医療圏ごとに患者の動態と医療資源の配置を洗い出し、それに基づいて中期的な医療資源の配置計画を策定する。
- ・配置計画に基づいて貢献した医療機関に、インセンティブを加える仕組みを作る。

② 準拠点病院制度：

現在、拠点病院制度を補うため、10都道府県が独自にいわゆる「準拠点病院制度」を実施しており、77病院を指定している。都道府県によってその指定基準が異なり、補助金の有

無や水準も異なる。地域特性に応じた制度という利点もある反面、患者・家族が混乱しないように一定の共通の説明なども必要である。なお、診療報酬においては「がん診療連携拠点病院加算」に関して、拠点病院のみならず準拠点病院もその対象となった。拠点病院に準拠点病院を加えることで患者カバー率が高まる利点があるが、必要な体制を備えていない病院がむやみに指定を受けることがないように注視していくことが必要である。

○改正の方向

- ・全国の準拠点病院制度の現況と指定要件、準拠点病院による診療の内容などを把握する。
- ・準拠点病院も含めた現況把握、第三者的組織による評価の仕組みと、準拠点病院も含めたインセンティブ体系を作る。

③ 制度の運営：

拠点病院制度の運営に関しては、5つの側面から議論が必要である。(1) 制度設計 (2) 評価・モニター (3) 指定検討会の運営および事務 (4) 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (5) 都道府県がん診療連携協議会——である。

(1) の制度設計に関しては、その分担が不明確であった。「がん診療連携拠点病院の指定にかかる検討会」（以下、指定検討会）は、主として指定要件による病院の指定の可否の判定を所掌していた。しかし、拠点病院制度そのものの基本設計や指定要件の大幅見直しに関する提言をする検討会ではなかった。この点については、厚生労働省がん対策推進室（以下、対策室）の役割であったと考えられる。対策室が制度設計をするにあたっては、協議会が設置された平成19（2007）年7月以降は、協議会の意見を尊重すべきであり、協議会は拠点病院制度の制度設計を検討する役割を負うべきである。

(2) の評価・モニターに関しては、指定検討会が指定の可否を審査し、更新についても指定検討会が審査をしてきた。指定申請の書類は広範にわたっている。指定の審査は書面で行われ、一部ヒアリングが行われる。指定要件が外形的であるが、実施している医療行為の量と質あるいはアウトカムを測る必要がある。また、実態を把握するため、サイトビジット（施設訪問）の仕組みを取り入れ、書面審査から、医療の質に関する訪問審査を取り入れた実質審査へ移行するべきである。

(3) の指定検討会の運営および事務については、拠点病院の数も増えていることもあり、体制の強化が求められる。また、今後、拠点病院制度が改正・強化されるとさらに事務量が増えることが考えられる。

(4) 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」が、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化やすべてのがん診療連携拠点病院間の連携強化について協議するため設置されている。国立がんセンター総長が議長を務め、事務局は国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課に置かれている。全都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院（以下、県拠点病院）が参加している。県拠点病院の均てん化のペースを上げるには、地域と

現場ニーズの吸い上げ、議長・事務局と県拠点病院の双方向的な対話、県拠点病院のモチベーションアップ、各地の好事例などノウハウの交換などを強化する必要がある。また、患者関係委員などを含むがん対策推進協議会委員の陪席を得るなど、多様な立場の関係者とも十分に対話を行うことが重要である。

(5) 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（以下、整備指針）において、県拠点病院が、「都道府県がん診療連携協議会」（以下、拠点病院協議会）を設置することになっている。設置はされているものの活動の活発さと成果については、都道府県ごとに異なっているのが実情である。拠点病院協議会が主体となって、地域の診療体制の役割分担、計画的な医療資源の配分なども含めて、地域のがん診療計画の策定に積極的に関与することが期待される。拠点病院協議会において、患者委員が参画しているところとそうでないところに分かれている。がん対策は医療機関の努力だけでは推進できないことから、地域の患者関係者、県協議会などとの連携も図り、公開で開催したり、マスコミへの積極的な広報なども含め、開かれた運営に努めるべきである。

○改正の方向

- ・がん対策推進協議会が拠点病院制度の設計と評価に関与する。
- ・指定、更新にあたり、第三者的な組織による訪問審査を導入する。
- ・より精緻な運用のために、指定に関する検討会の事務を外部の団体に委託することも含めて、検討する。
- ・「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」の企画・運営にがん対策推進協議会が関与し、会議を広く公開し、内容を活性化する。
- ・「都道府県がん診療連携協議会」の活動内容について、毎年、活動報告集を作成するなどして、活動が活発で成果を上げている地域のノウハウが各地に広がるようにする。
- ・年に一度、現場ニーズと好事例を持ち寄る「拠点病院・全国大会」を開催するなどして、ノウハウ移転とモチベーションアップに資する。

④ 機能と役割の範囲：

現在の制度は、拠点病院に関しては、診療体制の整備と、緩和ケア、患者の相談・支援、院内がん登録の3点への取り組みに補助金が出ているかたちである。また県拠点病院には、研修などの取り組みにも補助金が出されている。拠点病院に求める機能と役割の拡大の議論はありえる。たとえば、普及啓発や研究に関しても役割とし、応分の補助をする仕組みを導入することも検討課題として考えられるが、こうした機能と役割の拡大については、検討がされていない。

○改正の方向

- ・がんの予防、早期発見、均てん化に関する普及啓発を実施することを拠点病院の業務に

位置付け、それを実施する拠点病院には、それに対する補助金の仕組みを作る。

・数カ所程度の拠点病院において、がんの臨床研究や社会学的研究を行い、それに対する補助金の仕組みを作る。

⑤ 「予算」「診療報酬」「制度」の間の横断的検討：

拠点病院への補助金、診療報酬上の評価、それらの前提ともなる制度改革が体系的に戦略的に検討されていない。予算、診療報酬、制度によって、担当する部局や関連する部局が異なる。このため、政策変更がタイムリーでなく、効果が最大化されていない懸念がある。

○議論の方向

・協議会が、予算、診療報酬、制度を横断的にモニターする。

・制度改革にあたっては、拠点病院制度のあるべき姿について、厚生労働省内の関係部局、関係府省が横断的に議論する。

*参考資料

「平成23年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～」(159～168 ページ)

** 「平成23年度 がん対策に向けた提案書」内の関連施策(番号は施策番号)
(太字は特に関連が強い施策)

「**がん診療連携拠点病院制度の見直し**」〔C-26〕

「がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入」〔A-4〕

「**質の評価ができる評価体制の構築**」〔A-11〕

「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」〔A-12〕

「**ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進**」〔A-35〕

「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕

「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕

「**がん診療連携拠点病院制度の拡充**」〔A-38〕

「**拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)**」〔A-39〕

「サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)」〔A-40〕

「**がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発**」〔A-43〕

「全国統一がん患者満足度調査」〔A-47〕

- 「がん医療の質の評価」〔B-1〕
- 「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕
- 「DPCデータや臨床指標の開示」〔B-15〕
- 「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕
- 「地域連携とその他の連携」〔B-18〕
- 「がん診療体制の充実度に応じた評価」〔B-19〕
- 「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」〔B-20〕
- 「相談支援センターの充実」〔B-21〕
- 「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕
- 「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕
- 「地域・院内がん登録」〔B-24〕

「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織の設定（ベンチマーキングセンター）の設置（C-5）」

4-4 その他 参考書類

4-4-1 タウンミーティング概要

がん対策に関するタウンミーティング 意見概要

がん対策推進協議会提案書取りまとめワーキンググループでは、「患者と現場、地域の声」を広く集約するため、6 か所にて「がん対策に関するタウンミーティング」（主催：厚生労働省がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当ワーキンググループ、協力：各県庁）を開催した。

会場では、都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に来場者から意見を聴取した。発言は「予算」「診療報酬」「制度面」の視点に留意して、1分程度でお願いした。

ここでは、各タウンミーティングでいただいた、会場からの意見（発言）の概要を項目別に記載した。

島根県

参加者数：123人 意見シート数：90

日時：平成22（2010）年1月10日（日） 13時30分～16時30分

会場：島根県立大学短期大学部出雲キャンパス（島根県出雲市西林木町151）

【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・ 予算の仕組みとして、国が予算立てし、2、3月に予算内容が分かるため、次の年度に使いにくいのが現状。がん対策推進室の方に地方にきていただいて、実際に地方行政と意見交換していただかないと、きちんとした対策予算は作れないのではないかと（行政関係者）
- ・ 予算増額の項目に放射線療法、化学療法はあるが、外科療法が欠けるのはよくない。見直しの際に記載をお願いしたい。アクションプランには手術に関することも入っている（行政関係者）
- ・ 県外の専門看護師養成機関に行くには、休職か退職しかない。各県に一つずつ整備しても良いのでは（行政関係者）

- ・県の予算はトータルとして予算化されているのではなく、細切れになっているため使い切れない。包括で予算を使えるようにして、法律に基づく裏付けを作っていただきたい（行政関係者）
- ・経済的に弱い併存疾患の高齢者向けのガイドラインがない。現場への丸投げになっているため、道筋を示してほしい（医療提供者）
- ・患者家族も厳しい状況。メンタルも含めたケアがないため、患者の前に家族がぼててしまう。家族ケアの制度が必要。相談支援と情報提供が欲しい（患者・家族）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・薬物専門医など専門医の手当は何もない。結局ルーチンの仕事をしている。レベルアップしていかない（患者・家族）
- ・医療者が少ない。臨床試験を行わないと治療ができないこともあり、専門医が足りない。しかしながら、厚労省だけでなく文科省も、各都道府県の予算を地域差なく一律に縛って減らした。そのため、一時的に他県から若い人材を呼ぶにも、予算もポジションもない。地域の状況を勘案していただき、新たな人材を配置できるような予算立てをしていただきたい。新しく来てもらっても地域で働くポストがないのが現状（医療提供者）
- ・研修予算の弾力化が必要。研修に行けない放射線技師もいる（医療提供者）
- ・看護師の養成数を見ると、養成校のある県が突出している。養成校の設置基準では4年制大学でないといけなため、島根に多い短大や専門校が活用できない。専門職育成に関して、制度的な問題がかなり生じている（医療提供者）
- ・放射線、化学療法の医師が少ない。放射線 4~5 人、化学療法に関してはほとんどいない（患者・家族）
- ・化学療法が必要と言われても、経済的に無理ということで断った例もある。費用軽減を（患者・家族）
- ・高度医療機器を入れても使える専門医がない。専門医の育成を（患者・家族）

[緩和ケア]

- ・在宅医療（緩和）に関して、医師でターミナルに関わりたい方と関わりたくない方がいる。7対1加算で空いた病床を使って、緩和ケア病床ということはできないだろうか。また、院内の患者を自宅に帰らせ、開業医が往診することも考えてはどうだろうか。現状としては、5年前から緩和ケアの体制がほとんど進んでいない（患者・家族）
- ・緩和ケアで医師研修が始まっているが、医師研修した側にも2日かけるメリットを示してほしい。研修価値を付けるためにも、修了書を専門医の要件とする制度が必要では（医療提供者）
- ・医療の質の問題で、研修にいったら緩和ケアができるというのは言い過ぎである。基本的な理念を厚労省で考えていただき、見直していただきたい（医療提供者）
- ・勤務医は厳しい状況の中で踏ん張っている。その中でも緩和医療は時間と心のゆとり

が必要な医療のため、人と診療報酬による評価が必要（医療提供者）

- ・医療チームで緩和ケアとインフォームドコンセントを取り組めるように、報酬化をしていただきたい（医療提供者）

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・在宅看護サービスを受ける若年の患者さんの負担に関し、医療保険の自己負担比率を3割から1割にさげてほしい（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・がん診療連携拠点病院の指定要件が厳しくなることは質の向上の面から考えて良いことだが、均てん化の面では厳しい。拠点から外れる病院が出てくる。地域の実情に応じた拠点病院の指定が必要ではないか（行政関係者）
- ・治療の均てん化が熱心に行われており、拠点病院は6カ所あるが、人口では診療圏が7万人くらいのところもある。集約化が行われていないため、医師の習熟度が上がっていない。地域の拠点はどのくらいの規模が適切と考えるのか。たくさんありすぎるのも問題である（協議会委員）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・島根大附属病院でがんの相談支援研修を行った。同じように、相談員の人数を増やして、スキルを向上させるためにも、県下の病院でも実施できるような予算措置をしていただきたい（行政関係者）

[がん登録]

- ・地域がん登録は、法制化して、国の責務として行ってほしい。都道府県独自の予算ではできないところもある（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・たばこ対策は、欧米に比べて遅れている。啓発として学校教育にたばこ対策のカリキュラムを組み込むことを、近い将来実現していただきたい（患者・家族）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・検診受診者に対し、市町村が実効的な支援をできるような支援・予算がほしい。検診実施主体は市長村で、県は啓発・制度管理・評価などを行うことで支援する仕組みが良い。また、受診率向上のためには、中小企業の支援も必要で、健康保険者に義務付ける制度も必要（行政関係者）
- ・女性特有がんの検診でクーポンを配布したのは、啓発として取り組みやすかった。ただ、受診対象者が5歳刻みであったので、最低5年はこの制度でお願いしたい。国のガイドラインで年1回とあったが、対象者の間隔は5年であり、国で整合性の配慮をお願いしたい（行政関係者）
- ・検診を進めていくことが重要で、受診率が低いから対応できることもある。いきなり受診者が増えても、不景気と医師不足の影響で、検診の体制がとれず、対応できない

こともある。偏在をなくしていくことが重要（医療提供者）

- ・受診率を50%に上げるには、今までの方法では無理。“もし、がんと言われたらどうなるのだろうか”と考えると、経済的な不安から検診を受けたくない気持ちになる。検診で見つかった人は自己負担ゼロにするぐらい大胆な発想が必要（患者・家族）

〔がん研究〕

- ・抗がん剤で、肺がん・乳がんに使えて、膀胱がんでも使えるという海外のエビデンスがあっても、保険適用外になっているものがある。こうした保険外診療が実際は行われているのが現状。ドラッグラグ、承認のスピードアップを（医療提供者）（患者・家族）

〔疾病別（がんの種類別）の対策〕

- ・がんを予防できるワクチンがあるのなら、全ての子供に受けさせてあげるべき。子宮頸がんのワクチンの国による支援をお願いしたい（患者・家族）
- ・リンパ浮腫でリンパマッサージの保険適応を。リンパ浮腫の専門医、看護師の育成と、外来の設置を希望する（患者・家族）

〔その他〕

- ・30代で乳がんと宣告され、再就職の面でも大変厳しい。自分で治療費を稼がないといけない。がん患者の就職支援、再就職までの支援を（患者・家族）

広島県

参加者数：138人 意見シート数：10

日時：平成22（2010）年1月17日（日） 13時30分～16時30分

会場：広島YMCAホール（広島市中区八丁堀7-11）

【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・各都道府県のアクションプランに基づく、交付金にしばられない予算措置を、がん対策に係る一括交付金制度の創設を希望する（行政関係者）
- ・厚労省に対して、予算について3月にヒアリングをしていただき、8月に概算を出してから、12月まで予算の動きが伝わってこない。都道府県には12月にしか予算の情報が来ないため、次年度への対応が困難、改善を（行政関係者）
- ・がん条例の制定にあたっての国レベルでの応援がほしい（患者・家族）
- ・転移・再発患者は、障害のある方も多いため、高度医療への経済的援助が必要。外来で抗がん剤治療を行っている患者では、高額医療金の切れ目が命の切れ目になっている（患者・家族）
- ・末期がん患者が在宅に変えて介護保険の申請をしても、審査結果が遅いため、間に合わないことがある。介護保険の見直しが必要では（患者・家族）

〔放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成〕

- ・放射線専門医や化学療法専門医の育成のための予算確保を。そのための休業補償や、育成のための予算配分を大学に（協議会委員）
- ・在宅で独り暮らしの患者さんの生活を支えるために、保健医療福祉師の育成や福祉施策が必要。また、がん患者コーディネーターの養成も必要である（協議会委員）
- ・多くの友人が病院をたらいまわしにされ、手遅れになっている。知識の豊富な分析型の医師ではなく、直観力があり、正確に症状をよみとることができる医師が必要（患者・家族）

〔緩和ケア〕

- ・緩和ケア研修の受講者数の目標がない。受講者に対して、インセンティブ、専門医認定への要件などを検討していただきたい（行政関係者）
- ・緩和ケアの病床が必要。患者は待たないで入りたいが空き状況を得るのは難しい。全国的な空きベッドの情報を知ることができるようにしてほしい（患者・家族）
- ・休日、特に連休に、拠点病院から麻薬が出ずに困った。麻薬の供給体制の整備が必要（患者・家族）

〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・外来通院治療の患者さんへの、在宅支援におけるミーティングや緩和ケアには、報酬がつかない。在宅、病院もボランティアになっている。診療報酬の拡充を（医療提供者）

〔診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）〕

〔医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）〕

- ・相談支援業務など拠点病院の制度は、あまりにも偏っている。拠点病院でないのがん病院でないということぐらいに。専門病院をもっと利用していただきたい（医療提供者）

〔がん医療に関する相談支援と情報提供〕

- ・来年度、「患者必携」を新しい患者に配布するが、新規患者だけではなく、全ての患者に配布して欲しいという声がある。こうした声に応えるようなものを作成していただきたい、そして配布するための予算をいただきたい（行政関係者）
- ・病院のがんサロンを充実させるために、がん体験者が患者をサポートする仕組みとして、ピアサポーター養成のための支援をしていただきたい。サロンがサービス部門ではなく、診療報酬によって対応できるようにしていただきたい（患者・家族）
- ・がん治療に関する知識のない方が多い。がん情報の勉強会を開くなど、地域で情報を共有できるようにしていきたい（患者・家族）
- ・インターネットを活用できない人のためにも、自治会や町内会の回覧板などでの資料を通しながら意識付けをしていただきたい（患者・家族）

〔がん登録〕

- ・地域がん登録制度の法制化をお願いしたい。現在はボランティアでやっているが、予算化、診療報酬化ということも考慮してほしい（医療提供者）

〔がんの予防（たばこ対策）〕

- ・国をあげてタバコを吸わない対策を考えることが必要。学校現場で禁煙教育を行い、がんについて学習する機会を設ける。これらを当たり前のこととして伝えることが必要（協議会委員）

〔がんの早期発見（がん検診）〕

- ・検診受診率を上げるには、数学的なりテラシーを上げることも必要。国民にマスコットを考えてもらうのと同じような考え方で（医療提供者）
- ・国レベルで、がん検診の受診者数の実態を把握することが必要（行政関係者）
- ・がんセンターの疫学研究と違う結論が出てくるともあり、悩ましいところもある。研究を一元的に、厚労省やセンターでやっていただければ、変な混乱もないのでは（メディア）
- ・乳がんの若年化が問題となっている。検診は40、30歳代から、マンモではなくエコー検診を実施していただきたい（患者・家族）
- ・検査するにあたり、施設の収益性を考えると、必ずしも精度が高いからといって、受け入れられない矛盾が生じている。1人あたりの精度を保つためのガイドラインが必要（医療提供者）
- ・マンモ撮影しているものとしては、無料検診クーポンの配布によって、今後どの程度受診者数が増えるのかわからないまま、はじまっている。現場の体制基盤の整備ができていないし、人もふやせていないのが現状。制度の展望を知りたい（医療提供者）

〔がん研究〕

- ・治験の情報が得られないので一般公開していただきたい。だれにでもわかるように、最新の抗がん剤に関する情報を公開してほしい（協議会委員）

〔疾病別（がんの種類別）の対策〕

- ・血液がん、卵巣がん、稀少がんへの対策が外されている傾向がある。5大がん以外のがん患者への経済的支援を（患者・家族）

〔その他〕

福岡県

参加者数：73人 意見シート数：59

日時：平成22（2010）年1月23日（土） 13時30分～16時30分

会場：ナースプラザ福岡（福岡市東区馬出4-10-1）

【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・困っている人を支援できるように、予算が増えるように議論していく。また、誘い合っていてがん検診に行ってもらえるように啓発にも呼び掛けたい。リレーフォーライフ福岡では2000人以上参加していただいたが、多くの方にがん対策を知ってもらえるように工夫することが重要（県議会議員）
- ・政権交代して、いろいろな事業が突然入ってきたが、市町村の多大な協力でなんとか実行することができた。しかしながら、もう少し事前に、プロセスから伝えていただけると現場は混乱しなくて済む（行政関係者）
- ・このタウンミーティングには、いくらかかっているのか。タウンミーティングが手段や目的になってはいけない（患者・市民）
- ・新しい施策がどんどん入っていく中で、市町村が合併して、スタッフの数が減り、現場は混乱している。例えば、検診受診率を50%に上げるために実施すること、啓発や広報活動、医療機関との調整に必要な人員を考慮して、人員と予算を割り当てていただきたい（行政関係者）
- ・治療費が高額なため、最善の治療を選択できない患者もいる。また、治療のために仕事を退職しても、再就職が困難なことが多くみられる。がん患者に経済的な支援を、高額医療だけでなく、日常的な面からもお願いしたい（協議会委員）
- ・できるだけこのような会を開いて、国や県に意見を届けることが必要（協議会委員）
- ・患者にとって治療の経済的負担は切実な問題であり、例えば混合診療に関しても、患者の視点から議論していただきたい（患者・家族）

〔放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成〕

- ・医師の育成が縦割りになっている。チーム医療で一番いい治療ができるようにしていただきたい（患者・家族）
- ・外来での化学療法のサポートが不足している。化学療法に関しては、薬剤師の介入が少ない。薬剤師にサポートしていただいて、副作用をへらすことができるようにしていただきたい（患者・家族）

〔緩和ケア〕

- ・二日間の研修会では、病院を離れて参加することが困難なため、単位制にして、多くの内科医が受けられるようにしていただきたい。専門医では知識が集中してしまうので、広く経験と知識を持った医師の育成も必要（医療提供者）
- ・緩和ケア病棟がうまく機能していないように思われる。患者としては行きたくないイメージ。患者の身体の痛み、心の痛み、経済的な痛みを考慮して対応していただきたい（患者・家族）

〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・山口県では、在宅緩和ケアが手薄なため、診療報酬をはじめとした対策をすすめてい

きたい（県議会議員）

- ・訪問看護ステーションの看護師の確保が難しい。安定した運営ができるように診療報酬の見直しと、病院との連携が必要（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・がんサロンと電話相談センターの設置をお願いしたい。がん患者は、誰かに相談することで、救われる（協議会委員）
- ・患者をサポートする方（患者ボランティア）の育成トレーニングに関しても、行政からの支援をお願いしたい（患者・家族）
- ・相談支援に関しては、看護師、SW では遠慮してしまうこともあるため、医師が参加することも必要。医師の参加で、ワンランク上の相談支援が行えるはず（患者・家族、医療提供者）
- ・セカンドオピニオンを保険診療で行えるようにすることで、多くの患者が利用でき、セカンドオピニオンの意義が出るのでは（患者・家族、医療提供者）
- ・拠点病院以外の病院のがん医療の実態は、格差が非常に大きい。がんセンターで、相談支援の内容から、医療の実態を調査していただきたい（患者・家族、医療提供者）
- ・相談支援の制度化をしていただきたい。がんを身近に経験した仲間が相談を聞くことは、本当の患者の声を聞くためにも必要（患者・家族）
- ・小児がん体験者とその医師の立場が低い。病院で利益が少ないと言われ、人手が少なく、専門医が疲れてしまっている。もう少し点数を上げて、立場を向上させて、人手が増えるようにしていただきたい（医療提供者）
- ・NPO、ボランティアをうまく活用して、社会全体でがん対策を行う仕組みを作ってほしい。その際国や県の予算を使うことが望ましい（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録に報酬を加えることで、登録が進むのでは（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・学校教育で、徹底的にたばこの害を教えていただきたい（協議会委員）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・がん検診の費用を現場で使いやすいようにしていただきたい。厚労省の説明では、予算を2倍にしたというが、市町村の担当者にはどのくらいの予算がきているかわからないのが現状。交付税としてきているために、現場では検診としては使いにくいことを知っていただきたい（行政関係者）
- ・検診に関して、病院でいろいろな検査を一括して受けられるとか、全ての検診を受けたら割引になるとか、イベント以外のことでも受診率があがるための創意工夫をしていただきたい。（協議会委員）

- ・検診のクーポン券が配布されたが、開封していない方もいる。もっと啓発して、しっかりと伝達することが必要（患者・家族）

〔がん研究〕

- ・治験のスピードアップをしていただき、新薬の使用、そして保険適用できる時期を早くしていただきたい。がん治療の一番のベースになっているところである（患者・家族）

〔疾病別（がんの種類別）の対策〕

- ・小児がんの対策がほとんどない。就労問題での支援をしていただいて、小児がん患者でも、一般の方と同じように社会貢献できるような施策をお願いしたい（協議会委員）
- ・小児がん経験者は、死ぬまでずっと支援が必要なわけではなく、必要なときに、必要なだけ支援をしていただきたいと思っている。成人のがんと異なるため、誤解されている部分があり、多くの方に、実際を知っていただきたい（患者・家族）
- ・小児がんに関しては、主治医が長期でフォローアップできる体制が理想（患者・家族）
- ・乳がんは、再発すると、使える抗がん剤が減ってくる。保険適用の迅速化をお願いしたい（患者・家族）
- ・小児がんに関する、産業分野での理解がほしい。生命保険に入れない実情もある（患者・家族）

〔その他〕

- ・がん患者を解雇しないような会社は、例えば社会保険料が上がるペナルティーを付けるなどの就労支援対策を検討していただきたい（患者・家族）

新潟県

参加者数：25人　意見シート数：16

日時：平成22（2010）年1月24日（日）　13時30分～16時30分

会場：新潟県医師会館（新潟市中央区医学町通二番町13番地）

【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・国の予算の付け方に対して、県の予算の付け方は異なり、都道府県毎に格差がある。県の財政が厳しいなかでそのまま付けることができないのが現状。予算を10/10付けるには、包括的な審議が必要（行政関係者）
- ・総務省からの予算がおりにきた時期が遅すぎて、検診に反映させることは困難だった。事前に見込み予算などを伝えていただければ、準備できるのだが（行政関係者）

- ・治療費が高額なために、治療を断念した患者もいる。高学療養費のシステムにも矛盾点が多いのではないかと、見直しが必要なのではないかと（患者・家族）
- ・がん治療費の貸付制度に関しても、患者がわかるように、まとめた案内がほしい（患者・家族）
- ・貸付制度と合わせ、患者支援に関することをまとめて、患者必携に掲載する予定（協議会委員）

〔放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成〕

- ・医師の育成として研修に予算を付けているが、拠点病院のみの対象となっているため、その他の病院から研修を受ける場合は、費用を払ってもらうことになる。実態にあっていないように思われるため、研修対象を拡大する制度も必要では（行政関係者）
- ・医師、看護師の育成は急務、特にがん治療に関わる医師が不人気分野でもあり、誘導することが必要（協議会委員）
- ・外科医自体が減っていることに問題意識を持たねばならない（医療提供者）
- ・医師の計画的育成において、それぞれの分野で、どういう専門医がどのくらい必要なのかをみていくことが必要（協議会委員）
- ・在宅に関しては、均てん化は、どこでも受けられるように広げることを意味しており、各診療科の細い専門的な知識ではなく、生活支援のできる幅広い知識が求められる（協議会委員）
- ・拠点病院の医師は地域の医療を担う専門的知識を有し、在宅医療をする診療所の医師のバックアップも兼ねることで、地域医療の質を向上することができるのでは（協議会委員）

〔緩和ケア〕

- ・緩和医療に関しては、勤務医と開業医のあいだで、コメディカルも巻き込んで、ミッションを共有することが必要（協議会委員）

〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・介護保険の認定は40歳以上に限られているため、20～40歳までのがん末期の方でも、介護保険が適用されない。したがって、20～40歳までで、在宅することは困難であり、救済措置もしくは改正をしていただきたい（患者・家族）
- ・介護保険自体が、がん患者にはなじまないため、法律自体から見なおすことが必要（協議会委員）

〔診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）〕

- ・国は学会間の温度差をどのようにとらえているのか、学会間の連携も必要では（医療提供者）

〔医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）〕

- ・拠点病院の支援の考え方として、地域の実情（人口や予算）に応じた指定の在り方が必要なのでは（行政関係者）

- ・「がん対策推進基本計画」により二次医療圏に一つ整備されているが、こういった内容が本当に必要か、地域の実情にあった形で、再整備することも必要になるのでは（行政関係者）
- ・拠点病院は優れた病院というイメージが強く、多くの患者が集まってくるため、全ての患者に対応しきれていない。現在ある資源を有効に使えるように、診療所や、拠点以外の病院との連携が必要（協議会委員）
- ・拠点病院が独り歩きすると、多くの医師、患者が拠点病院を目指す恐れがある。拠点病院以外の病院のモチベーションをあげるためにも、「がん診療協力病院」とネーミングを付けるなどの対策が必要だと思われる（医療提供者）
- ・どこまでの病院で標準治療を行うのか、その場合は医師の育成が追い付くのか、将来どのように機能分化していくべきかを、きちんと計画立てる必要がある（協議会委員）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・今日、タウンミーティングがあることを知ったのは 5 日前だった。本当は、もっと来たい人がいたのではないかな。もっと多くの方に、早く適切な方法で伝えていただきたい（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録をやっていない県もあると聞くと、本当に必要なのかと疑問に思ってしまう。やっていない県があるなかでやるには、やるべき根拠がほしい。インセンティブが欲しい（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・神奈川で受動喫煙の条例ができてから、県の今後の対策が問われるようになってきているのだが、国がどう考えているのかわからない。きちんと方針が見えるような、エビデンスに基づいた、たばこ対策を見せてほしい（行政関係者）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・予算をいただいても、予算が伝わるタイミングが遅かったため、市町村で計画をたてて、使用する時間が足りない（行政関係者）
- ・検診受診率をあげるためには、受診率の高い職域の税金を優遇したり、保険診療で受診できるようにしたり、ポイント制を導入するなど、具体的な手段を行わないと、検診に行くという意識改革は困難（協議会委員）
- ・受診者（個人）に対して、保険料を減額するなどインセンティブを付けることにより、受診率を向上することができるのではないかな（医療提供者）
- ・検診を受ける、受けないは個人責任だが、“検診は治せるがんを見つけるためもの”という教育が必要。また、検診で見つかったがんなら、がん保険に入れるというような仕組みがあってもよいのでは。反対に、検診を受けないで見つかったがんには保険が適用されないなどのペナルティーがあってもよいのでは。（医療提供者）
- ・是非、今回のがん検診の予算を継続していただきたい。せつかくのいい流れを続けて

いただきたい（医療提供者）

- ・子宮頸がんのワクチンの公費負担を検討してほしい（医療提供者）
- ・検診とセットにして、ワクチンを公費で行う方が、啓発もでき効果的である（協議会委員）
- ・検診を受けなかったがん罹患者の、高いがん治療費のために、高い保険料を払っているという現実を知っておいいただきたい（医療・提供者）

[がん研究]

[疾病別（がんの種類別）の対策]

[その他]

青森県

参加者数：135人 意見シート数：90

日時：平成22（2010）年1月31日（日） 13時30分～16時30分

場所：青森県医師会館（青森市新町2丁目8-21）

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・がんの対策や指標が定められているが、最終的な目標である死亡率減少に向けて、どのように繋がっていくのかロジックが必要。検診受診率の考え方、指標についての研究、繋がりの考え方を示してもらいたい（行政関係者）
- ・患者会を立ち上げたが、お金がない。お金がないと何もできない。県で支援していただきたい。（患者・家族）
- ・患者会と相談支援センターが連携したり、いくつかの患者会が連携することで、県が予算を出しやすくなる場合もある（協議会委員）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・医師が不足しており、専門医の確保が大変である。県も議論しながら対策を立てているが、一人前なるためには8～10年かかるため、そのタイムラグをどうするか。青森県は死亡率が高く、努力しているのだが、費用がないため、厳しい状況である。死亡率の高い県に対して、特別な支援が必要なのは（県議会議員）
- ・専門医の育成が重要。青森は医師数174人／10万人でワースト4位。研修予算はあるが、医師が研修を受けるために病院を離れることができない。都道府県の拠点に来てもらって研修してもらうことや、代診できる医師の確保も考慮する必要がある（行政関係者）
- ・中央に行くのではなく、地方にきてもらうことも必要。月1回きていただくだけで地

方のレベルが上がる。地方にあって教育することもミッションとして考えて欲しい（医療提供者）

- ・県の病院に化学療法指導で伺っているが、7人の外科医がおり、以前は、乳がん診療の薬物療法を本格的にできていなかったが、あつという間にレベルが向上した。公務員の法律で兼業できないことや医局のしがらみで他の地域での診療ができないこともあり、問題である。公務員法を改訂するなどして、均てん化のために医師が動くことも必要（医療提供者）
- ・専門医として勘違いしている医師も多いため、専門医として実力のある人に報酬を与える制度が必要（医療提供者）
- ・化学療法認定看護師を育成するために来たが、定員割れしている。中堅以上の看護師が病院を離れることは困難で、病院から派遣されてこない。また、講師の確保も難しい。育成側と派遣する病院への経済的なバックアップをお願いしたい（医療提供者）
- ・放射線療法で、物理士を雇用できているところは県立中央病院しかない。大学病院では、国家資格ではない、報酬がないとの理由で雇用できない。診療報酬化と制度化をお願いしたい（医療提供者）

[緩和ケア]

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・在宅が進まない理由として、帰りたくても帰れないのが現状。歩けるときから介護認定し、在宅、病院での介護を充実させていくことが必要（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・高度医療機器は、拠点病院が分散してはできないこと。2~3カ所に絞って、がん専門医療高度機関に集約するべき。反対に、再発と緩和は各地域で分散して行うべき（医療提供者）
- ・地域の拠点病院はがんセンターのミニ版ではない。地域のがん患者の情報をとってくるところである（協議会委員）
- ・70本の施策で拠点病院の拡充と機能強化予算の100%化とあるが、これは重要なこと。実現の見通しはあるのか（県議会議員）
- ・乳がんの診療を一人で行っている。各地の実情をどれだけの地域の方がわかっているのか。ネットワークを国が包括的に行うことに加えて、県も地域の実情をみていただきたい（医療提供者）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・MSWはきわめて少ないため、オーバーワークしている。しかし、患者からはとても感謝されている。診断した時点で医師の後にMSWがいる状況にして欲しい。拠点病院だけでなく、具体的に、SWにも報酬をつけていただきたい（医療提供者）
- ・タウンミーティングについて県民のどれだけが知っているのか、本当に困っている人

が来ているかはわからない。青森県の意見の代表といえるのだろうか（患者・家族）

- ・年間 5400 件のうち 6 割はお金の相談である。お金のことに詳しい SW が必要。また、きちんと聞ける専門的知識を持った相談員の配置が必要。外来だけでは対応しきれない（医療提供者）
- ・相談支援センター担当者の研修を受けた方のうち、半年の間にその担当を外れる方が 4 割もいるため、スキルが向上しない。患者相談に関する医療機関の意識が低いのでは。診療報酬上の評価も必要では（協議会委員）
- ・サロンをしているが、がんになったらがんになったと前向きにやっつけていけるように、がんになって社会に出れなくなることを無くすことが必要。悩んで、うつ病になる人も多く、3~4 割いる（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録を忙しくて進められないため、職員を雇ってほしい（行政関係者）
- ・がん登録の生死の確認対応がばらばらで、個票がみられない。住基ネットを使っているということにしないとできない。全国統一の規約を（協議会委員）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・タバコの若年者対策が必要、若者も禁煙外来の対象にすることも検討（行政関係者）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・市町村によっては、検診に一所懸命な所もあれば、関心が低いところもある。死亡率逓減に効果があるならば、検診を義務化しないと効果があがらない（行政担当者）
- ・がん検診を受けたらポイントがたまり、無料になるような制度があってもいいのでは。死亡率が高い要因としては、二次検診を半年から一年放置する人が多いことが挙げられ、再検診のコールが重要（患者・家族）
- ・受診率については、胃がん、大腸がんが高いが、二次検診が低い。結果が怖いといったことや、費用のことで受診していない。患者のインセンティブ、例えば交通費を出すとかが必要では（協議会委員）
- ・保険診療で検診できないことがネックである。クーポンの利用率は 10%にも達していないのが現状で多くの自治体でうまくいっていない。支払基金に入れて保険診療で検診できるようにすれば、検診率が上がるのでは（医療提供者）
- ・子宮がん、乳がんを検診できる場所は限られているため、クーポンで、市町村の負担がなく、全国どこでも受けられる体制ができればいい。また、検診時に配布するがんの解説書があまり役立っておらず、検診を続けていただく動機付けになっていない（医療提供者）
- ・実際の体験を伝えることで、関心が高まり、早期発見できることもある。特に乳がんは自分で見つけることができるがんなので、生の声を聞いていただくことが重要。体験発表の機会を与えていただきたい（患者・家族）

[がん研究]

- ・厚生科研のがん研究に、地域看護師のがん看護に関する研究を、予算を付けて加えてほしい。現在ファシリテーターで細々としている（医療提供者）

[疾病別（がんの種類別）の対策]

[その他]

長崎県

参加者数：85人 意見シート数：66

13時30分～16時30分 意見シート数：430

会場：NCC（長崎文化放送）スタジオ（長崎市茂里町3-2）

【会場意見】

[がん対策全般]

- ・厚労省の交付決定の内示が遅いため、実施期間が短く、単年度の場合は、執行が遅くなると十分な効果が出ない。内示を早くするか、見込みについて情報提供が必要（行政担当者）
- ・タウンミーティングを開くことで何かが変わるに違いない。70の施策を見ると、がん対策が遅れていたことをつくづく感じる。今困っている人を支援することが大切。育成を変えるといてもすぐには変わらない。長期的、短期的にどう変化させていくのか、そのためにどう行動していくのか、考え方から、省庁と連携していきたい（協議会委員）
- ・長期的なもの、今すぐのものを分けて提案することが大切。そうしないと、やりやすいところから行われてしまう。メリハリを（協議会委員）
- ・以前は、県の委員として患者と医師が加わって、行政と話し合いをする場があったが、平成15年の一般財源化で無くなってしまった。県の課題もこの場で対応でき、地域皆で考える場でもあった。是非、復活してほしい。（医療提供者）
- ・がん医療は、障害者の軽減制度を利用できないため、がん患者で障害者手帳をもらうことができない。また、社会福祉協議会の貸付制度は返済見込みがないと借りることができないため、活用度が高くない制度である。がん患者に特化した公費の支援制度をお願いしたい（医療提供者）
- ・障害者手帳は、終末期のときにならないと申請できず、待つうちに亡くなるひともいる（がん対策推進協議会委員）
- ・肝炎で基本法が制定されたが、障害者手帳が申請できるのは、重篤化したLC、HCCでChildPugh10点以上ないといけないため、ほとんど対象にならない状態。認定基準を緩和して、早い段階で救済、支援できるようにしていただきたい（患者・家族）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・文科省でがんプロ指導を行っているが、5年でなくなってしまう。ぜひ、継続してほしい

い。医師、看護師、薬剤師、物理士を養成しているが、インセンティブがない。診療報酬をいれていただきたい（協議会委員、医療提供者）

- ・70本の施策で、化学療法の助成とあるが、化学療法は経済的な負担が非常に大きいため、他の治療の方と差がない形での改善を望む（医療提供者）

〔緩和ケア〕

- ・国にならって実施しており、国から1/2補助をいただいている。しかし、国が提案したのだから全額負担して欲しい。一般財源は苦しく、県予算は厳しい（行政関係者）
- ・緩和病棟は病院でないと報酬がでないため、診療所は報酬が出ない。制度の改善が必要で、診療所でも報酬が出るように、「病院等」としていただきたい（行政関係者）

〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・24時間体制で訪問看護師を行っている。看護師の職場離れが加速し10カ所も閉鎖した。私たちの平均年齢も44.5歳となり高齢化が進んでいる。人手を増やせるように、在宅にも目を向けていただきたい（医療提供者）
- ・訪問看護にあたり、3割の患者負担を考えると、回数で制限してほしくない。ケアしていても請求できないから、多く訪問できない。ターミナルでみられるようにしていただきたい（医療提供者）
- ・研修で在宅の機会がない。医学部教育のなかで、在宅緩和を知る機会を与えてほしい（研修医）
- ・医師も今までの勤務に加えて、在宅緩和を自分の時間を削って行っている。医療従事者は、単価半分で、自己犠牲で成り立っている。改善をお願いしたい（行政関係者）
- ・ホスピスの新設予定がないことは問題である。高齢化で独居が増え、在宅で看護している人が多い。現在のホスピスは古くて汚いとの評判なので、県予算を組んで新設するか増やしていただきたい（患者・家族）

〔診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）〕

- ・標準治療の情報がないため、医師から見放されてネットで探している。患者に選択肢として情報を流してほしい。そして、他の選択肢も情報として流してほしい。そのための研究対策費も付けてほしい（患者・市民）

〔医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）〕

- ・拠点病院として6病院が指定されているが、同じ力量の病院なのに、拠点病院になれたところと、なれなかったところがある。拠点病院でないということで、拠点に指定されている病院に患者が移動してしまっているため、均てん化ではなく、実質、格差が広がっている。本当の均てん化をめざすためにも拠点制度の見直しを行うべき（協議会委員）
- ・地域拠点と県拠点病院で、さらに実績に応じて予算の上積みしてほしい。15万のパソコン1台さえもなかなか買えないのが現状で、フレキシブルな予算にいただきたい。また、非常勤しか雇用することができないため、常勤への道を開いていただきたい

い（医療提供者）

- ・拠点の更新の書類は 1000 項目の膨大な内容であり、チェックされているのか疑問である。証拠を積み上げて不正を許さない、公平な制度にしていきたい。サイトビジットや査察もしていきたい（医療提供者）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・相談支援や患者団体をサポートするためにストレートに使える予算がない。病院中心になってしまうが、機能強化事業で、患者会の支援、育成を盛り込んでいきたい（行政関係者）

[がん登録]

- ・がん登録の予算の制度化をしていただきたい。35 の区市しか行われていないため、罹患情報がわからない。自治体としては、予算措置をして、全国的な展開となるようにルール化を求めたい（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・受動喫煙の相談を良く受け、施設に働きかけをしているが、管理者の判断になる。平成 15 年の健康増進法では努力規定にとどまるため、実行性のある法整備を確立していただきたい（行政関係者）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・受診率向上に取り組んでいるが、市町村が主体となっているため、頑張っている市町村が財政負担をしており、持ち出しになっている自治体もある。インセンティブを予算に入れることが必要（行政関係者）
- ・検診を行っていただくにあたり、市町村の単価がバラバラで、価格の交渉を個々で行っている。単価で 3 倍くらい格差がある。統一した単価にしていきたい（行政関係者）
- ・県で 50%受診率を目標としており、TV、ラジオ、新聞で啓発を行っている。国もメディアを活用して、大きく啓発していただきたい（行政関係者）
- ・受診率のデータは市町村だけでなく、企業や事業所のデータも必要。次年度は女性のクーポン券の配布を行うが、もちろん次々年度も続けていただき、5 年刻みで実施するならば、しっかりとしたシステム作りをお願いしたい（行政関係者）
- ・検診を国保で進めることも重要だが、財政的に厳しいため、国の責任で財政支援していただきたい。メディアを活用した啓発もお願いしたい（行政関係者）
- ・小中学校の保険教育にがん検診のことを入れていただきたい。教育委員会に働きかけても効果がない。実際に検診を受けて治療する人の方が、医療費はかかっていない（患者・家族）
- ・文科省と経産省が、小学生のころからがんの啓発をするように、危険性を訴えるべき。検診車で検診を行っているが、スタッフは冷遇されている。受診者は増えているが、検診できるようにスタッフを育てるには 3 年もかかることを知っていただきたい（医

療提供者)

- ・五島は HCC が多く、ウイルス肝炎が多いため、早期発見のための検診が重要である。普及のために広報しているが、なかなか検診に行ってもらえない。企業団体にも予算化して、医療者と患者会の連携、講演も重要で、実効性のある対策が必要（患者・家族）

[がん研究]

[疾病別（がんの種類別）の対策]

- ・あまり小児がんのことが知られていない。制度がないため、社会に進出できないでいる。胸を張って社会に貢献できるように、制度、法制化していただきたい（患者・家族）
- ・C 型肝炎で、副作用の辛い人が行っている IFN 少量長期が、対策法から除外された問題。認めていただきたい（患者・市民）

[その他]

4-4-2 提案書とりまとめワーキンググループ 第1～5回会議 議事概要

第1回 平成21（2009）年11月25日（9：30～12：30）

出席委員（50音順）

天野委員、内田委員、川越委員、郷内委員、中川委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、前川委員、南委員、三好委員、安岡委員

議事次第

【説明事項】：ワーキンググループのこれまでの経緯について

資料：評価指標案アンケート（委員意見まとめ）、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～、施策予算提案集、東京・宮城タウンミーティング意見シート集計結果、都道府県アンケート回答集、がん対策推進室提供資料

内容：前回のプロセスを振り返った。提案書は、平成21（2009）年2月の第9回がん対策推進協議会で採択され、3月19日に舛添厚生労働大臣（当時）に提出された。策定プロセスと内容から高く評価されており、各政党や超党派議連からもヒアリングを受けた。前回の提案書作成プロセスと内容の成果が確認された。

【審議事項1】：ワーキンググループ（がんWG）の事務局について

内容：前回と同様、がんWGの開催運営に関しては、厚生労働省がん研究助成金「がん医療政策提案に向けた研究」班を活用し、がんWG事務局機能を、がんWGの取りまとめ責任者である埴岡が所属する日本医療政策機構・市民医療協議会ユニットのスタッフが受け持つことを確認。今回も前回同様の事務局体制で臨むこと、がん対策推進室はオブザーバー参加であることで、合意された。

【審議事項2】：ワーキンググループの取りまとめの進め方

内容：第10回の協議会で、がんWGによる幅広い議論の必要性が指摘されており、今回のがんWGは、予算以外の論点として、診療報酬と制度も含めて検討することを提案。予算、診療報酬、制度の3点で提案書を作成することで、合意された。

【審議事項3】：ワーキンググループの今後の予定について

（3-1）アンケートの予定について

内容：前回と同様に、都道府県協議会等委員、都道府県庁がん対策担当者を対象に、アンケートを実施することを議論。アンケート様式は、前回のフォーマットを参考にしてたたき台を作成し、それをMLで審議し、完成させることで合意された。

（3-2）タウンミーティングの予定について

内容：開催回数は5回程度で、開催する都道府県は、県庁のがん対策担当者に希望を伺い

「手あげ方式」で決めることを提案。開催場所に関して、様々な意見を交し、手あげを尊重しつつ決定していくことで、合意された。また、今回のがんWGで、提案書素案審議と最終案審議の2回の会議を公開で行うことを議論。昨年は公開としなかったが、今年は公開が望ましいとして、公開で行うことが合意された。

【参考検討】：評価指標の検討について

資料：評価指標アンケート（委員提出意見まとめ）

内容：がん対策基本計画の現状の評価指標の問題点と、新しい評価指標案について委員から意見集約シートで集めた意見をもとに、評価指標のあり方と具体例について参考検討の位置づけで議論した。アウトカム指標などによって、がん対策の質と効果を計測する方向で考えていくことが重要であることを確認した。

【審議事項4】：診療報酬および制度面の提案内容の検討について

資料：がん領域における診療報酬改定にかかる検討事項について（たたき台）、診療報酬対策案アンケート（まとめ）

内容：がん対策に関する必要な「診療報酬」と「制度」の施策に関して、事前に委員から意見シートによって意見を集約。その資料を参考とした。特に、診療報酬の推奨施策に関して、12月2日のがん対策推進協議会に提出すべく議論した。事前集約意見をもとにした「がん領域における診療報酬改定にかかる検討事項について」に基づき審議した。会議で出た意見を踏まえて修正し、12月2日の協議会に提出することで合意した。

第2回 平成21（2009）年12月1日（18：30～21：00）

出席委員（50音順）

天野委員、江口委員、川越委員、郷内委員、野田委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、前川委員、安岡委員

議事次第

【審議事項1】：タウンミーティングの進め方について

資料：④タウンミーティング開催企画案、⑤前回タウンミーティング開催チラシ

内容：タウンミーティングの構成は、前年度をおおよそ踏襲することとして内容を議論。前半はがん対策現状などの概説、後半はフロアから意見を聴取する。ご意見シートによって来場者から意見を集める。この前年度の進め方は好評であったとして、このまま踏襲することで合意された。開催にあたり、地元の都道府県庁や医療者団体、患者団体の協力を得る。開催場所の選定方法について議論した。47都道府県の「手あげ方式」にて意向を確認し、都道府県のがんの現況の格差などを考慮し、がんWGで選定することとなった。

【審議事項 2】：アンケートの進め方について

資料：⑥アンケート実施企画書

内容：基本的に前回の方針を踏襲することとしつつ議論。対象は、都道府県庁がん対策担当者と、47 都道府県のがん対策推進協議会委員。今回は、都道府県がん診療連携協議会委員を加えることとする。学会については、がん WG 委員より意見を集め、対象を明確にしたうえで実施することを検討する。以上、前回方針を踏襲しつつ、進めることで合意した。

【審議事項 3】：がん対策における現状の問題点に対する制度面の対策について

資料：⑦平成 22 年度予算提案書にて提示されたがん対策の各分野における問題点、⑧診療報酬対策案アンケート（まとめ）（委員から診療報酬と制度に関する意見を事前集約した資料）

内容：前回提案書にて提示したがん対策各分野における問題点を参考に、どのようながん対策の制度改正が必要か議論した。また、委員から事前に意見を集約した資料を元に議論した。省庁横断的な取り組みや在宅ケア、予算の評価、医療費の増額などの問題とその対策案が議論され、提案書への盛り込みに向けて理解を深めた。さらに意見集約を継続して取りまとめていくことが合意された。

【審議事項 4】：厚生労働省平成 22 年度概算予算要求について（フリーディスカッション）

資料：⑨厚生労働省提出資料

内容：前回の提案書が推奨した 70 本の施策が、平成 22 年度概算要求でどの程度実現しているのか議論した。概算要求で対応されたとされる項目であっても該当しないと考えられる事項、該当しているか情報不足で不明であるものが多いなどの意見があった。事業費の内容、プロセスを明確にし、評価、フォローする PDCA サイクルを回せるようになっているか確認することが必要であるなどの意見も出た。引き続き、情報収集に努めながら、推奨施策の実現状況の評価について、検討することで合意した。

【報告事項 1】：「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」提出について

資料：③平成 22 年診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について

内容：診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について、委員からの意見集約と前回審議を踏まえて取りまとめ、12 月 2 日のがん対策推進協議会に提出される提案書が報告された。社会保障審議会でも中医協の診療報酬改定の方針についての議論があり、基本方針として、2 つの重点事項と 4 つの視点があげられているが、今回はがん領域に関する提案をそれらと関連付けて提示することで、説得力を強化したことが説明された。

【報告事項2】：「平成23年度がん対策に向けた提案書作成にあたってのスケジュール」提出について

資料：②提案書作成にあたってのスケジュール

内容：前回合意されたスケジュール案の確認。予定どおり、12月2日の協議会に提出し、本スケジュール案に沿って進めていくことが説明された。

第3回 平成21(2009)年12月23日(13:00~16:00)

出席委員(50音順)

天野委員、江口委員、川越委員、郷内委員、野田委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、前川委員、南委員、安岡委員

議事次第

【報告事項1】：都道府県タウンミーティングの開催について

資料：②タウンミーティング開催日程案、②都道府県タウンミーティング開催についての意向確認

内容：前回会議の議論を踏まえ、メーリングリストにて審議し、タウンミーティングの開催場所と日程を決めていた。開催場所は、手を挙げた県のうち、がん死亡率が中央値より悪いところとし、青森県、新潟県、島根県、広島県、福岡県、長崎県となっていた。タウンミーティング当日の進行は前年度を踏襲し、委員はタウンミーティングに可能な範囲で参加し、当日の役割を分担することを確認した。

【報告事項2】：がん対策に関するアンケートの実施について

資料：③がん施策・予算提言アンケートシート(前回分)、③がん施策に関するアンケートシート、④がん対策に関するアンケートについて

内容：アンケート用紙の内容を確認した。今回のアンケート用紙は、分野ごとの問題点を記載いただいた後で、予算・診療報酬・制度の順に改善案を記載してもらうこと、インターネットとファクスで受け付けることが報告された。

【報告事項3】：「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」提出について

資料：⑤がん対策に関する評価、⑤がん対策推進協議会の提案する「平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例」、⑥報道資料、⑦診療報酬に関する今後の論点について

内容：がんWGでとりまとめた診療報酬に関する提案書について報告した。提案書は協議会審議していただき、他の委員の追加意見を反映させて、12月4日に協議会から厚生労働大臣宛てに提出された。中医協では12月16日に審議され、保健局医療課の出した論点整理に関する資料と、協議会の提案書を照らし合わせながら議論された。このようなことは極めて異例であり、提案書が一定の影響を与えたことが報告された。

【審議事項 1】：がん対策における現状の問題点に対する制度面の対応について

資料：⑧制度面対策アンケート（まとめ）（委員から制度に関する意見を事前集約した資料）

内容：がん対策における現状の問題点と、問題点に対する制度面での対応策に関する委員からの意見を集約した資料をもとに議論。看護師のあり方や位置づけに関する意見が多かったため、がん医療における看護師の役割の重要性に鑑み、協議会にて看護師の立場を代表する委員にもヒアリングしたいとの意見があった。それも含め、引き続き提案書に盛り込む制度面の提案を検討していくことで合意された。

【審議事項 2】：がん予算の評価について（フリーディスカッション）

資料：⑨厚生労働省提供資料

内容：昨年度の提案書の平成 22 年度予算での実現状況について、がん WG として一定の見解を出すことを議論。意見を集約して、具体的な見解を示していくことで合意された。

第 4 回 平成 22 (2010) 年 1 月 12 日 (16 : 00～19 : 00)

出席委員 (50 音順)

天野委員、江口委員、川越委員、郷内委員、埴岡委員、檜山委員、前川委員、三好委員、安岡委員

議事次第

【島根県のタウンミーティング報告】：1 月 10 日に開催し、約 120 人が参加したことを報告。県庁、患者、医療者、議員、メディアなどが参加し、医療者からは地域医療の厳しい実情に関する発言もあり、活発な議論が行われた。この結果を今後の取りまとめに活かしていく方針が共有された。

【審議事項 1】：今年度提案書の方向性について

資料：②今年度提案書の方向性と概要について

内容：提案書の構成を審議した。基本的に昨年度と同様に、要旨、提案書本文、施策シート集、アンケート回答集、タウンミーティング意見集の 5 分冊。予算のみならず、診療報酬と制度もテーマとする。またテーマを横断的に説明する部分も入れる。また、昨年提案書の平成 22 年度予算での実現状況に関する進捗報告（プログレスレポート）を入れることも合意された。

【審議事項 2】：がん対策における現状の問題点に対する制度面の対応について

資料：③制度面での対応に関する意見抽出（案）について、④がん対策に関連する主な医療関係の法律／がん対策に関連する主な審議会、検討会、研究会など

内容：提案書の制度面に盛り込む内容を審議した。がん対策に関連する主な医療関係の法

律／がん対策に関連する主な審議会、検討会、研究会などの資料を参考にした。これまでの意見を踏まえて作成した制度に関する提案例のリスト素案をもとに、さらにMLにて委員より意見を集約していくことで合意された。

【審議事項3】：平成22年度予算案への「平成22年度提案書」の反映状況について

資料：⑤⑥「平成22年度がん対策予算に向けた提案書」への平成22年度概算要求での対応状況（委員からの意見集約）、⑦がん関連予算項目別経年変化、⑧がん対策の推進（厚生労働省提供資料）

内容：平成22年度予算案への「平成22年度提案書」の施策の実現状況に関する、がんWG委員の意見集約資料をもとに審議した。多くの委員は、反映度が低いとの認識であることが報告された。平成22年度提案書の反映状況については、各委員が引き続き意見を出していくことで合意された。また、がん対策予算に関する推奨施策のうち、特に図示をして訴求していく施策を作ることになった。出席委員から図示して推奨する施策として何を取り上げるべきか意見を集めた。がん対策の13のテーマごとに担当委員を決め、意見のとりまとめを行っていくことを合意した。

【審議事項4】：がん領域における診療報酬での対応について

資料：⑨診療報酬に関する今後の論点、⑩がん対策推進協議会の提案する「平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例

内容：中医協（12月16日）で、保健局医療課から提示されたがん対策の診療報酬に関する6つの論点について、がんWG委員の意見を集約した資料を共有した。論点として示されたものの範囲が狭いもの、論点にさえ上がっていないところもあることが確認された。提案書の最終取りまとめでは、診療報酬での提案について、タウンミーティングにおける意見も踏まえたものを提出することになり、引き続き意見を取りまとめていくこととなった。

【ご意見聴取】がん対策における看護職のあり方について（永池委員）

内容：がん対策推進協議会の永池京子委員をゲストに迎え、医療従事者の役割について問題意識を述べていただき、意見交換を行った。地域の看護師数の不足、訪問看護の問題などが議論され、全般的に切れ目のない組織機能になるように、今後も提案を続ける必要性などが指摘された。

第5回 平成22（2010）年1月28日（13：00～16：00）

出席委員（50音順）

天野委員、江口委員、埴岡委員、檜山委員、前川委員、三好委員、安岡委員

議事次第

【タウンミーティング報告】広島、福岡、新潟で行われたタウンミーティングについて報

告。意見集約シートを書いてくださる参加者が 8 割ぐらいで、満足度が高かったとする参加者が多い。地域毎のタウンミーティングの内容を比較、評価して、今後の活動を向上していくことの重要性も指摘された。

【審議事項 1】：日程と役割分担について

資料：②-1 都道府県がん対策推進協議会委員/がん対策担当者アンケート（平成21年度）集計、②-2 都道府県がん対策推進協議会委員/がん対策担当者アンケート回答集（自由記述）、②-3 がん対策に関するタウンミーティング（平成21年度）会場意見シート集計、②-4 がん対策に関するタウンミーティング意見シート集計結果（自由記述）、②-5 がん患者意識調査概要、②-6 分野ごとの最終意見集約シート、②-7 制度面（国や地方自治体の法律・政令・通達・規則などによる定めや規制）の対応に関する追加意見について、②-8 70本施策のうちポンチ絵化する施策の抽出、②-9 がん対策推進協議会提案書取りまとめWG 予定、②-10 分野ごとの委員担当について

内容：がん WG の会議日程の変更として、2月8日をキャンセルし、2月16日に第6回、3月1日に第7回を開催（共に公開）することになった。各委員の分担分野を決めたうえで、2月3日までに、タウンミーティングとアンケートの意見を踏まえ、自身の担当分野について取りまとめ意見を出すこととなった。また、特に図示をして推奨する施策について、議論した。さらにメールで審議して決定することとなった。

【審議事項 2】：提案書の骨子について

資料：③-1 今年度提案書の目次（案）について、③-2 提案書パート見本（個別分野）、③-3 施策提案シート（昨年度の記入例）

内容：今回の提案書の骨子を、目次案とパート見本をもとに、審議した。昨年度の提案書の構成を踏襲しつつ、本年度は、診療報酬と制度の推奨施策リスト、これまでの提案の反映状況などを加筆する。アンケートやタウンミーティングの声を集約して提案書を取りまとめるという方針が、改めて確認され、提案書の骨子は合意された。

【審議事項 3】：提案書の分野別の総合取りまとめについて

資料：④施策（予算・診療報酬・制度）提案シート一覧

内容：「予算」「診療報酬」「制度」の3領域の提案候補施策の総括一覧表をもとに、がん対策の分野別に3領域の横串を通した議論を進めることとした。特に、がん登録とがん診療連携拠点病院制度の改革について、3領域を通した議論を行った。がん登録は法制化の必要性が指摘された。がん診療連携拠点病院制度に関しては、別途、大幅見直しを提言することが合意された。

【審議事項 4】：提案書における主要論点のスタンスについて

資料：⑤提案書における主要論点のスタンス（案）

内容：アンケートやタウンミーティングによる聴取意見の中間集計結果や、これまでの意見集約や議論などを基にして、提案書における主要論点のスタンスの確認を行った。がん対策の現状に対する基本認識や、政策立案プロセスに関する認識、がん対策の「予算」「診療報酬」「制度」の現況に対する認識、「予算」「診療報酬」「制度」の分野横断的な検討、平成21年度提案書の平成22年度予算への反映状況などについての考え方を確認した。患者にとって不十分な医療が存在すること、医療従事者の育成へのインセンティブ確保など、数点を加筆して成案とすることになった。

4-4-3 提案書とりまとめワーキンググループ 第6～7回会議 議事録

平成 22 (2010) 年 2 月 17 日 (水)

第 6 回「がん対策推進協議会 提案書とりまとめ担当ワーキンググループ会議」議事録

◎出席委員

天野委員、内田委員、江口委員、川越委員、郷内委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、三好委員、安岡委員

○埴岡委員 この会議は、「厚生労働省がん対策推進協議会 提案書とりまとめ担当ワーキンググループ」(以下、WG) と、厚労省という名前がついていますが、通常のワーキンググループとは趣旨が異なっておりますので、私の方からご説明をしておきたいと思えます。我々が一番大事にしておりますのは現場主義でございます。治療や闘病、あるいはケアは現場で行われているため、机上の空論で考えず、一人でも多くの声を聞いていこうというのがモットーです。委員は 14 人おりますが、いくら頭の中で考えても分からないであろうということで、アンケートを実施したり、現場に足を運びタウンミーティング (以下、TM) で皆さんのご意見を聞くなど、現場主義を第一にしております。

それから国の政策は国ではなく、国民皆で作らましようというのも我々WG のモットーです。患者さんや医療関係者、立法府や行政、メディアや民間の方にも入って頂いて意見を集めようというモットーでやっております。またプロセス論という意味で、意見集約のプロセスを大事にしております。いわゆる国や行政が作ったシナリオを微修正することではなく、更地から多くの意見を集めて、問題抽出をし、そこから推奨施策をまとめるということをやっております。

それから、議題の設定、会議の招集、当日資料、議事運営、資料の取りまとめ等、すべてWG が主体的に考えて進めております。後ほどご紹介します TM やアンケートの実施、提案書の素案も委員が分担して取りまとめたものを合体させるという形でやっております。厚生労働省の方は陪席されますけれども、基本的に意思決定や方針には関わらないということをお言及しておきます。

我々は、国民挙げて作る意見書や提案をいわゆる編集作業をしている形になっております。またメーリングリスト (以下、ML) も作っております。会議の場だけでなく、事前に意見集約シートというものを扱い、節目節目で出来るだけ全員の意見を集め、取りまとめるようにしております。そういう意味で通常の会議と全く違う形でやっているということにも触れておきます。それでは、事務局の方から資料に基づいて経緯説明させて頂きたいと思えます。

○事務局 事務局より説明させていただきます。私は取りまとめ責任者の埴岡が所属する特定非営利法人日本医療政策機構の沢口と申します。よろしくお願いいたします。まずは、お手元の資料をご確認ください。資料1は議事次第になります。資料2はWGによる提案書取りまとめの経緯について書かれています。資料3は、都道府県がん対策推進協議会等委員・がん対策担当者アンケートについて、資料4は、がん対策に関する意見収集についてです。資料5(前半)と資料5は2つで1セットになりまして、がん対策に向けた提案書です。資料6はアンケート回答集です。続きまして資料7については意見収集回収結果。資料8は、施策(予算、診療報酬、制度)提案シート一覧です。最後に、資料9が推奨施策(制度について)で、全部で9点になります。

それでは取りまとめ担当委員のご紹介に進みます。まずご出席されている方より、天野委員、江口委員、郷内委員、川越委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、三好委員、安岡委員。内田委員については、本日遅れていらっしゃるということです。他の委員はご欠席ということで承っております。

このまま続きまして、WGのこれまでのとりまとめの経緯についてご紹介させていただきます。資料2をご覧ください。このWGとは、がん対策推進基本計画に基づき施策の検討を行い、協議会より厚生労働大臣に提出される提案書を取りまとめることを目的として、協議会会長の発議により設置されたものです。協議会委員の有志14名により構成されています。

プロセスについてですが、WGは昨年度に引き続き設置されているもので、昨年度はTM(各地に赴いてイベントのような形で市民の声を聞く会)やアンケートで寄せられた皆さんの声をもとに、予算に対する70本の推奨施策を取りまとめ「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～」として平成21年3月に厚生労働大臣に提出されました。本年度も、TMやアンケートを通じて、患者と現場、地域の声を広く集約して、平成23年度がん対策予算に向けた提案書を取りまとめる議論を重ねてきたところです。

これまでの経緯を簡単に説明しますと、12月2日には「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」を提出しました。こちらについては本協議会でも承認され、中医協においても参照されたと理解しております。その後は各地でのTMを重ねながら提案書を取りまとめておりまして、日ごろから日常的にMLなどを通じて、お集りの皆様には議論を重ねてきて頂きました。本日初めて公開の会議となるわけですが、「平成23年度がん対策予算に向けた提案書の素案」を提示させて頂いております。こちらについて議論する場として位置付けております。3月に入りましたら引き続き成案に向けた議論を行い、3月中を目途に厚生労働大臣に提案書を提出する運びとなっております。施策づくりの流れもご紹介させていただきます。TMやアンケートなどを通じて現場から意見を抽出するという流れとなっております。解決策の提案ですが、予算・診療報酬・制度の3点それぞれによる解決を重視した取りまとめ作業を、委員の皆様にして頂きました。

続きまして資料3についてご紹介します。こちらは患者と現場、地域の声をひろく集約するために、関係者を対象としたアンケートを実施し、都道府県がん対策推進協議会やが

ん診療連携協議会、都道府県のがん対策担当者などを対象としたアンケートを実施しました。有効回答者数は520名、延べ回答数は2482コメントを頂いております。都道府県の協議会自体の構成は医療者が中心となっていることから、その内訳が回答者数にも反映されています。このほかTMの募集広告および実際のTMの光景を写真にて掲載しています。参加者は総計579名、その場で集めた意見シートは430枚となっています。これまでの経緯については以上でございます。

○埴岡委員 ありがとうございます。経緯を知って頂いたほうがよいと思ひましてご説明させて頂きました。これまでTMやアンケートで意見を集めてきたわけですが、委員の方々には何十時間といった手間をかけて意見取りまとめして頂いてきました。これまでの作業で感じられたことなどありますか。この間、郷内さんはMLにも感想を書かれていましたが、いかがでしょうか？

○郷内委員 昨年は東京都と宮城県の2カ所で開催したわけですが、2回でTMの参加者は総計130人くらいの参加者だったと思います。今回は6回で579人という大勢の方々にご参加を頂いたということ、アンケートは今年の3倍以上ということ、非常にたくさんの意見を頂いたということで、読むのは大変だったのですが、医療者、患者、行政それぞれの立場からの声をたくさん読ませて頂いて、きちんとがん対策をやらなければならないという声は各地域の方面で高まっていると思ひました。

○埴岡委員 榎山委員は小児科のドクターで、広島ご出身なので、広島TM開催にもご尽力を頂いたわけですが、ご感想や地域の反応などを教えて頂ければ。

○榎山委員 榎山でございます。今回は初めてWGに入れて頂いたのですが、是非広島ということで開催をお願いさせて頂きました。患者、医療者、行政の意見がひとつの方向に向いているなというのが非常に分かりやすく実感ができて、そういう意味ですごくよかったですと思います。そういうものを上手く取り上げて吸い上げていくのが我々の役目だと思ひています。

○天野委員 天野でございます。私は全ての会場でTMを見させて頂いたのですが、全ての会場で「がん対策を向上させていく」という意味では、立場を超えた一体感があつたと思ひます。私は患者の立場として参加させて頂いたので、会場で多く出ていた意見を一つご紹介させて頂きますと、金の切れ目が命の切れ目という趣旨のコメントが多数あり、患者委員として何とかしなければと思ひました。

○川越委員 私は新潟と青森だったのですが、会場は熱気にあふれていまして、エネルギーをもらいました。いろんな立場の現場の声が反映されていると実感しましたが、少し患者さんの声が弱かったんじゃないかなという印象を持ちました。それから、テーマにあわせて議論されてきたわけですが、テーマによってはコンセンサスのとりきれていないものもあり、テーマによってデコボコがあつたという印象を持ちました。がんは患者にならないと分からないという難しいところがあります。経済的な差し迫った危機感当事者にならないと分からない。そういったことを今後考えていけたらと思ひました。

○埴岡委員 今川越さんがおっしゃったように、いろんな意見をそれぞれの委員が、これから背負ってそれを解決していくということだと思います。私がひとつ印象的だったのは、いくつかの会場で終了時に「今日来て良かったですか？」と聞いたところ、前から見える限り全員の方が挙手して頂いたのが、また皆さん高揚した雰囲気の中で帰っていかれたのが印象的です。

さてご紹介コーナーは以上にして、いよいよ審議の方に入っていきたいと思います。それでは、議題の「平成23年度がん対策予算に向けた提案書」素案の検討についてです。関連資料につきまして事務局からご説明をお願いします。

○事務局 続きまして、資料5以降についてご紹介させていただきます。資料5（前半）と資料5と書いてあるものについてはセットとお考えください。「提案書5点セット」のうちの本編にあたる部分でございます。こちらは完全な未定稿でございますが素案という形で示しています。内容ですが、資料5（前半）の内容としては、がん対策の現況やWGの位置づけ、TMやアンケートの意見回収プロセスなどをご紹介しています。資料5は、1ページに提案の骨子が載っています。がん対策の総論と分野別施策に分けまして、各推奨施策を載せています。分野別施策については、がん対策推進基本計画の分野にもとづいてこちらで整理したものになっています。資料6については、パート1、パート2に分けまして、冒頭にアンケート用紙があります。これはウェブまたは紙で皆さまのご意見を集める際に使用したものです。パート2については、昨年度の予算提案書70本のうち必要度の高いものについて10項目を選んでいただく形になっております。その後自由記述のコメントを載せています。アンケートの集計結果が載せてあります。資料7については、TMで集められた意見シート。こちら分野は先ほどと同じく予算・診療報酬・制度という形で分けて掲載しています。最後のページにアンケートフォームが載っています。資料8については、予算・診療報酬・制度について、各分野で横断的な議論いただくために作成したリストです。資料9ですが、予算・診療報酬については、既に十分なご議論が尽くされて、コンセンサスが得られていると理解しておりますが、制度についてはもう一度この場でご議論頂くということで資料を用意しております。以上です。

○埴岡委員 資料説明ありがとうございました。少し私から、どういう形でこれを取りまとめたかということをご説明させていただきます。資料6と7に、膨大なご意見が集まっています。かなりアンケートの設問は難しいものだったのですが、これだけ熱心に記載して頂いています。地域でがん対策を担っている方々がいかに真剣に考えているかだと思います。資料7については、TMで集めたものでございます。こちらは一般の患者さんも来られていますが、これだけ色々なご意見を寄せて頂いています。

委員はこれらすべてに目を通して、さらに各委員が2分野ずつを自分の担当として受け持ちまして、コメントを読んだうえで、問題点と改善案の論点抽出をして施策にまとめたということでございます。まず資料6、7の意見集からコメントを抽出し、さらに問題点と改善案を抽出し、その論理から出た推奨施策を予算、診療報酬、制度で挙げています。つ

まり WG が一種のエディターとして現場の声を集めて、集約したというプロセスをとっています。委員の皆さん、何か説明し落としたものがあればお願いします。

それでは、審議に入っていきたいと思います。審議については、「制度面の選択と概要について」「施策の分野横断的な検討について」「素案の分野毎の検討について」の順で進めてまいります。まず「制度面の選択と概要について」です。予算や診療報酬の提案に関しては、これまでも十分に議論深まっております。本日 34 本の制度面のご意見を抽出して出しておりますが、これについて固めていきたいというのが今からのパートです。TM やアンケートでの意見を集めながら同時並行で、WG 委員の中でも制度改正について何をすべきか数回審議を重ねてきました。そこで粗い抽出までは済んでいたんですけども、今日、最終的に TM とアンケートの意見もすべて集約した 34 本を見ますと、これまで挙がっていたものが半分くらい、新たに挙がってきたものが半分くらいになっておりますので、全体を通して見ながら、さらにブラッシュアップをして、最終成案にしていきたいと思います。

それでは資料 9 および、補助資料として資料 8 をご覧ください。資料 9 について 2 分野ずつくらいご意見を伺っていきます。委員の方には直前ではありますが、資料をご覧になって頂いているのでコメントをご用意頂いていると思いますので、どんどん挙手をして頂ければと思います。まずは全体分野 1 と全体分野 2 にわたる合計 6 本の推奨施策のブラッシュアップについて、いかがでしょうか。

○天野委員 2 頁にあります (3) の「がん対策白書 (仮称)」についてですが、かねてより、国のがん対策というものが必ずしも施策ごとに十分な可視化ができていないということを感じておまして、そういった意味で、このがん対策白書の位置づけは非常に重要と感じております。協議会の承認を得た形で、是非実効性のあるものにして頂きたいと思います。

○郷内委員 全体分野 2 のがん計画の進捗と評価についてですが、この (1) にある「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関であるベンチマーキングセンターの設置」という項目を私からも提案させて頂きました。今年も 2 月にがん診療連携拠点病院の更新ということ会議がなされていますが、拠点病院の在り方や指定要件はかなり見直しが必要ではないかという意見が TM から多数出ていますが、これをきちんと評価するという意味で、このベンチマーキング (指標比較) センターは早急に設置することが必要ではないかということで重点的に挙げさせて頂きました。

○埴岡委員 WG では、がん診療連携拠点病院についての意見がかなり多く出ていることを受け、現在の指定要件とは全く別の、新しい改訂版のがん拠点病院の仕組みについて WG から別途、それだけを書きだした提案をしようということが合意されております。3 月 1 日の会議には素案について皆さんに審議頂くことになると思いますので、補足しておきます。

○本田委員 がん診療連携拠点病院の機能評価を行うことは非常に重要だと思います。ただ、この文言の書き方なのですが、これがとても重要で、拠点病院というものは何かを見直していくなかでも、かなり絡んでくると思っております。つまり症例数とか治療成績を中心にしてしまうと、拠点病院が自分の所の治療しか考えなくなると思うのですが、がん

の治療をしているのは拠点病院だけではなく、いろんな病院と連携していく必要があるので、この書き方を注意しないと逆の方向に進んでしまう可能性もあるということを申し上げたいです。

○埴岡委員 本田委員にご参加頂いた TM でも熱心な意見が出て、今の制度だと楽をしたところがよくなってしまふ、面的展開でしっかりよいことをやったところがむしろ得にならないという逆インセンティブみたいな話も出ていましたので、その辺りの文言を盛り込んだ文章に変えるということでしたが、是非本田委員に模範文を作成して頂きたいと思ひます。

○檜山委員 公的第三者機関というのが何回か出てくるんですね。今、本田委員が言われたように、何をどういう人たちがやるのかをきちんと明記したほうがよいと思ひます。出来たら、患者さんや法律家などが入るべきだろうと思ひますが、どういふ立場のメンバーの方を組み込んで、きちんと第三者機関として位置付けたらいいのか、我々も提言したほうがよいかと思ひるので、その辺りを少しまとめて頂くと皆さんも分かりやすいかと思ひます。

○埴岡委員 1つはどういふ立場の方が、どういふ要件とやり方をやっていくかということ、もう一つは固有名詞でならしていけるかという両面がありますよね。前者については市民参加にするとか審査委員会を設けるということは書きこみやすいのですが、名指しで書くとなると、結構政治的な場面もありまして、論争になる場合もあるかもしれませんので、われわれとしては、あるべき論中心で、書ける場合は書いて、書けない場合は、どういふ姿勢でどういふものを整えた組織がやるべきかということを書くということで、そこは注意して皆で洗い直しましょう。

○郷内委員 全体分野 2 の (2) の患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の義務化についてですが、私は青森県と新潟県の TM に参加しましたが、その 2 県ともがん対策推進協議会における患者の参画が弱いという印象を持ちました。現状として各都道府県によっては患者の参加にバラつきがあるということが現状ではないかと強く感じています。都道府県ごとの協議会の中で患者の声を反映していくシステムを明確にして頂くことが必要で、それが都道府県ごとのがん計画の進捗管理や評価につながると確信しています。ここは強くお願いをしたいと思ひます。

○埴岡委員 ありがとうございます。次の分野に進みたいと思ひます。分野 1 の医療従事者の育成から、緩和ケア、在宅緩和ケア、について続けてご意見頂ければと思ひます。

○川越委員 ここは私が関係していたところなのですが、気づいたことがあるので発言したいと思ひます。ひとつは表現の間違いですが、(3) にある「専門・認定看護師」の制度は学会認定ではなく日本看護協会が行っている活動だと思ひます。ここは是非関連するところの目を通して頂いたほうがよいと思ひます。それから、「位置づけや質の担保も必ずしも明確ではない」といふ書き方も、認定するところの名誉にかかわるところもあると思ひますので、この辺のところを確かめたほうがよいと思ひました。

○埴岡委員 頂いたコメントをそのまま足し合わせて書いたところもありますので、若干吟味されていないところや、事実確認できていないところもありますが、素案の素案ですので、その作業プロセスをご理解頂ければと思います。もう一度 WG 委員の方に精読を頂くということと、施策によっては当該の方や有識者の方にも目を通して頂いて、3 月の本協議会提出までにブラッシュアップをしていく必要があると思います。

○檜山委員 専門医制度のあたりの記述ですが、ご存知のようにがん薬物療法専門医が既に標榜可能な専門医として平成 20 年か 21 年に出てきていると思うのですが、そこにどうのせていくのかどうか、というところが少しくリアでないかなと思って読ませて頂きました。学会独自で認定を行っているという言葉が繰り返し出てきていますが、そのレベルの差異を評価する第三者機関が出てくるべきではないかと思います。そういうところをきちんと説明しないといけないと思います。学会としてはかなり多数専門医を出されているところもあり、いわゆる質の担保がうまくいっていない専門医も現実にはあるので、その辺りをどう制度化していくか、もう一步踏み込みが必要ではないでしょうか。

○埴岡委員 7 人の医療関係者の委員の方がいらっしゃいますので、この辺りの知見はかなりその方々に負って頂かなければならないと思います。大幅に書き方を変えて頂いたり、まだまだ制度も精査して頂く必要があると思います。

○江口委員 学会合同の認定などにより専門医の見直しはすでに始まっています。名称と専門医制度の整合性を整理していかないと雲をつかむような話になってしまう。資格にはインセンティブという提案があるけれども、実際に資格をどうクオリファイするかについてまで踏み込まないと、はっきりとした文章としては書けないと思う。

○埴岡委員 了解です。この辺りは ML などを使って全面書きなおしを図っていきたいと思います。

○本田委員 大雑把すぎて、制度を正確に言っていないところが多々あると思います。現状をもう少し認識したような文言を入れたうえで書かないといけないと思います。

○埴岡委員 かなり専門的な分野ですので、14 人で知恵をあわせて揉んでいって、専門家の知恵もお借りしてというプロセスになると思います。

○郷内委員 (6) について、大学運営費交付金の見直しとあるんですが、お金だけの問題ではないような気がします。今走り出しているがんプロ養成プランについては、素晴らしいプログラムを構築しているのですが、それを受講する入学生の人集めに苦勞している現状があります。大学の中だけでの努力だけでは人材養成は大変なので、この辺りは書きこみを強化して、重きを置いていく必要がある。

○埴岡委員 ありがとうございます。ここで注釈をしますと、WG は昨年 70 本の施策を出しましたが、モットーとしては、現場で聞いた問題やアイデアについては、出来るだけなんとか出来ないだろうかという発想で、「岩だから動かない」ではなく、「岩を動かせば変わるんじゃないの」という発想ですので、かなり荒削りですけれども、大胆な発想からスタートして取りまとめていくというアプローチになります。

○川越委員 育成の問題について、4 ページの (6) についてですが、講座設置などが記載してありますが、これから一番大きな問題は腫瘍外科医というか、いわゆる外科医が減っているということを真剣に考えておかないといけないと思います。ここの制度にのるべきかはわかりませんが、その視点は重要。また3 ページの (3) の「補助看法の改正」についてですが、ナースプラクティショナー (NP) について医師の包括的指示のもと、とありますが、看護師の裁量権拡大ということになるとと思いますが、これは医師法、補助看法の整合性を密にとっていく必要があると思います。

○埴岡委員 次回 WG 会議までの10日間と、さらに本協議会議までの3~4日間で精査していきたいと思います。

○江口委員 NP については議論されているところですが、この文言だと医師の包括的指示のもと抗がん剤治療をNPの働きと設定されることの危険性もあるので、ここは慎重に吟味していくべきだと思います。同様に薬剤師のほうも医師の包括的指示で抗がん剤の調剤・投与とありますが、このようなことは現在でも実際に行われますので、何を指しての表現かが分かりづらい。これは(2)~(4)にも関わってくると思うのでもう一度見直しが必要でしょう。

○埴岡委員 文言修正についてはMLで可能なので、ブラッシュアップを図っていききたいと思います。骨太な問題点なども頂ければと思います。

○郷内委員 在宅医療の(3)介護保険法の改正について、患者サイドからすると末期がんという宣告を受けないと介護のほうには移行できないというのは、患者に末期がんであることを告知する是非も含めて議論が尽くされていない。申請をするのにも時間がかかる。末期がん患者の要介護認定という前提について検討するという視点を盛り込んで頂きたい。

○川越委員 介護保険法の改正について、現場としては大事なところだと思っています。問題はたくさんあって、認定の問題、マネジメントの問題、そもそも医療のウェイトが大きい在宅医療ですから、介護の方が中心になってマネジメントするのが適当かどうかという問題がある。介護保険法改正というか、現場が使いやすい、患者さんにフィードバックするようなものにしていくことが大切なので、ここは力を入れてやるべきだと思います。私も協力したい。

○埴岡委員 大きなテーマですので是非ご協力お願いします。少し解説をしますと、我々WG委員の立場は、いわゆる板挟みの作業になります。TMなどで聞いた沢山のご意見をプレッシャーとともに背負っているわけですが、目の前には制度面の複雑で難解な壁があるなかで、我々はそれをどれだけ編集者としてまとめていって、中間者としてソリューションをしていくか、そしてそれが既存の行政マンや専門家でなく、我々チームとしてどれだけ解決の道筋をつけていくかが求められていると思います。それでは次の方。

○安岡委員 介護保険についてですが、最近40歳以下の独居の方が自宅で亡くなる人が多いのですが、介護保険が使えない。こういうことも考慮に入れてやって頂きたい。

○埴岡委員 ありがとうございます。では次に参ります。個別分野4から個別分野6につ

いてお願いします。

○三好委員 個別分野6の(1)についてなんですが、就労問題のところに「退職や転職を余議なくされ」という文言があるのですが、先日長崎県のTMで、私もはつとしたのですが、小児がんの患者さんが、治られた後の最初の就職がとても大変というご意見がありましたので、こういったご意見も考慮したほうがよいと思いました。

○内田委員 「公的第三者機関」という言葉がたくさん出てきますが、これはもう少し検討したほうがよいと思います。どこが公と認めるのか、第三者とは何かという、その辺りの位置づけをきちんとしないと、そこに丸投げされて、内容を検証できないなどの危険性もあると思います。

○安岡委員 患者が病院へ行っても説明が分からない、セカンドオピニオンを取りにくいといった不満を言うところがない。第三者機関のようなものが必要。病院にも県にも言うてはいけないということがストレスとなって表れている。どこかに置いて、そこから注意がいくということをししないと患者さんのストレスになります。

○埴岡委員 予算、診療報酬、制度をどこで解決するのか考えていく必要がありますので、またご意見いただければと思います。

○郷内委員 分野6の(3)、がん患者連携協議会の設置について趣旨は素晴らしいのですが、現状でのがん患者団体というのは財務基盤が脆弱ですし、ボランティアの市民団体の手作りだというものがたくさんある状態です。この協議会の視点に、地域のがん患者団体を育てる、支援するというような位置づけを盛り込んでほしい。肝炎対策では患者サロンの国家予算が出ました。患者を支援する組織を強化するということは趣旨として重要だと思いますので、設置にあたっては厚労省局長通知レベルでよいのかどうかも含め検討していく必要があります。

○埴岡委員 これもそれこそ、がん対策基本法やがん対策推進基本計画に明示すべきかといった議論もございますので、議論を考えていきたいと思います。それから、予算面では似たものとしては、がん相談全国コールセンターの設置、地域総括相談支援センター設置などの提案、診療報酬では相談支援センターと患者団体の協働への加算という提案もありますので、この辺りをパッケージとして考えることもあるかと思いますが、我々の見解をまとめていく必要があると思います。

○天野委員 分野5のがん診療連携拠点病院の見直しについては、TMでも繰り返しご意見を頂いているので、是非ここはやっていきたいと思います。ただし拠点病院の見直しといっても、医師法の改正などの大きな制度改正については国のほうでは身動きのとれない部分でもあると思うので、我々のほうで是非キックオフという形でやっていければと思います。

○埴岡委員 これについては前回のWG会議でも出ているご意見で、新提案を我々でやろうということになっています。ちなみに現状の指定要件によって拠点病院を指定する委員会には内田委員も入っておられますけれども、そちらのほうで指定要件の見直しの必要性に

ついで意見は出ていませんか？

○内田委員 必要性については意見が出ていますが、現時点では具体的な指定要件の内容の議論には至っていないという状況です。

○埴岡委員 ありがとうございます。このWG経由で本協議会から新しいビジョンを出すということもあると思います。3月1日には素案を審議して、本協議会に提出することを予定しております。それでは分野7～9までお願いします。がん登録と予防、早期発見、がん検診です。

○三好委員 分野8のがん予防・たばこ対策のところですが、TMのアンケートでもかなり色んな建設的なご意見が出ていたところで、極端にいうと自動販売機の撤去とか広告の禁止という率直な意見もたくさん出ていました。患者委員一同でもたばこの価格値上げの要望書なども協議会でも出しているのですが、なかなかいきなり千円にはならないということもありましたので、これを引き続き強く押していって、健康増進法改正や保険法の改正などは難しいと思いますが、声をあげていくことが大事だと思いますので、引き続き言っていきたいと思います。

○内田委員 分野8(2)と分野9(2)に、「保険診療に予防医学の考えを導入し、喫煙者・非喫煙者とで保険料にインセンティブとペナルティーを設定する」とありますが、予防医学の考えを導入していくのには賛成なのですが、それを保険診療に入れるということについてはものすごくハードルが高いと思います。疾病予防共済のような事業を始めて、検診を受ける人はそれによるメリットを享受するけれども、受けない人は他の方の検診費用だけ負担するという形になる。そういうものを疾病予防対策ということで一括して新しいシステムとして提供するというのもひとつの方法かと思います。

○埴岡委員 かなりハードルの高い第1希望を述べつつ、落とし所としての第2希望を述べるのか、どういう形で提案していくか文案の吟味が必要ですね。

○檜山委員 ペナルティーという言葉には抵抗がある。早期検診を受けないことに対してペナルティーを課されるというのはかなり異論がある可能性があります。検診を受けないでいる、知らないでいるということの権利も主張されれば、それを認めざるを得ない。

○埴岡委員 現在は生の声のコメントをモザイクで組み立てているので、まだ粗削りのため文章の吟味をしていきましょう。

○江口委員 検診のところ、高齢者の医療の確保に関する法律の改正とあるが、前段で書いてある文章と、後段の受診率向上のための高齢者医療の確保へどうつながるかが分かりにくい。また高齢者の定義が明確でない。これだけだと誤解を招く表現。

○川越委員 がん登録について、8ページが一番上で、「方法論や整備体制についても議論が熟している」と書かれているが、私TMに参加していても、ここはまだ議論が尽くされていないと感じています。がん登録の目的がしっかりしないと、どういうものができるかという絵を描いていけないと思うので、登録法制定というよりもその前のイデオロムのほうが大事だと思っています。時期尚早。

○埴岡委員 がん登録については、医療提供者の方からは非常に重要性が高いという意見が多かったです。患者関係者でもかなり勉強されている方では優先度高いということでしたが、一般に知られているかどうかは課題だと思いました。

○郷内委員 がん登録の議論はかなり前から出ていて、重要性はすでに認識されていると思っています。ただネックになっているのが、やはり法律で強制的なものがないため、日本では進んでいない。議論をして煮詰めていく段階は終わっているのではないかと思います。

○埴岡委員 ここで一つデータを示したいのですが、資料 6 の最後のページをご覧ください。これが今回 520 通の回答から出たデータです。主に都道府県のがん対策推進協議会の委員です。おそらく全国で 900 人くらいの委員がいると思うのですが、そのうちの数百名から回答頂いたものです。昨年出した 70 本の施策のうち重要だと思う 10 本を挙げてもらったので、ある意味で言うと重要度ランキングみたいな形になるかと思います。この三番目にある「地域がん登録費用の 10/10 助成金化」とありますが、これは予算面のことを書いてありますが、それだけががん対策に関わっていらっしゃる方においては、がん登録の重要性が認識されていると思います。

○内田委員 分野 7 の (2) に個人情報保護法の改正とあるが、これは恐らくがん登録法を制定すれば、それで解決する課題と思います。制定に向けての動きのなかで、(1) も盛り込んでいけばよいと思います。

○江口委員 少し戻りますが、診療ガイドラインの策定について趣旨はよいのですが、実際には学会などが協力して公的第三者機関というのが、これはどういう目的で作るか、運営するかというのには問題がある。恐らくイギリスなどは、バックグラウンドの医療の状況によって、こういうことをしていかにざるを得ないということがあると思いますが、日本でこれをこのまま運営してもうまくいかないと思います。これを残すかどうかをもう一度吟味したいと思います。

○埴岡委員 そうすると診療ガイドライン策定の推進は良いのだけれども、それを誰がどのような形で実施していくかを再検討する必要があるということですね。

○郷内委員 たばこ対策についてですが、厚生労働省の検討会におきまして、職場における受動喫煙の防止ということで、踏み込んだ発言・議論がありまして、最終的には近い国会などに労働安全衛生法改正を要請するようです。これは労働基準法に近い、非常に大きい法律なのかと理解していますが、これは全国の職場の喫煙を全面的に禁止するという議論ですので、私たちも医療面だけではなく、労働法も視野に入れたほうがよいと思いました。

○埴岡委員 それはそれで一本立てたほうがよいということも含めてですか？ちょっと研究してみましょう。

○天野委員 たばこ対策の (1) 健康増進法の改正の中で、「たばこ事業法の廃止を含めるような法改正を」ということですが、これも大きい玉だと思うので、別立てに取り組むべ

きだと思いました。

○埴岡委員 それでは次に進みます。がん研究と疾病別対策です。

○本田委員 私はここの担当でしたが、このようには書いていないのですが、未承認薬や適用外の薬を早く使えるようにするのは、がん研究なのでしょうか？これは分野 1 の化学療法の推進に該当するのではないかと思います。もしがん研究分野に入れるのであればまた別の立て方があるのではないかというのが一点。それから、「ドラッグラグの問題はかねてより指摘されているにも関わらず、その対策が十分進んでいない」という、このパターンの文言は時代遅れかと思いました。今は結構変わってきていますので、文章の練り直しが必要でしょう。もう一点は、本協議会の野田委員もおっしゃっていましたし、私も意見提示をしたのですが、多くのアンケート回答を読ませて頂いても、どういう分野のがん研究が、どういう理由で選ばれていて、その研究がなされた結果どういう結果が出ているのか、それを今後どういう分野でその研究を進めていくべきか、これはもう十分ではないのか、という評価をする、そのプロセスの透明化が重要なのではないかと思います。アンケート回答にもあったのですが、評価機関の設置をして、研究が終わった段階では必ずその評価を受けて行動すべきではないか、その評価機関の中には患者委員も入れるべきではないかという意見が何本も出ているので、是非追加して頂きたいと思います。野田委員が協議会本会でおっしゃっていたのは、今どの分野のがん研究にどれくらいのお金が使われているのか、漏れはないのか、学会として明らかにしていきたいとおっしゃっていたので、そういうことも応援するという文言があってもよいと思います。

○埴岡委員 ご指摘頂いた追加・書き直しは是非やっていきたいと思いますので、よろしくお願いします。それからドラッグラグ解消については分野 1 に移しましょうか。

○檜山委員 A63、67 も一緒に分野 1 に移してよいのではないかと思います。

○埴岡委員 整合性をどうとるかという問題はありますけれども、変える方向で考えていきたいと思います。

○天野委員 本田さんから頂いたご意見に関連するのですが、制度に詳しい方は新薬承認については解消されてきていると理解される方もあるとは思いますが、TM 会場での意見を聞いていて患者の立場からすると、早期承認は解決されているように思えません。何かしらの対応は考えていかなければならないと思います。

○本田委員 私もそれは分かります。しかし審査プロセスの迅速化とありますが、どちらかという問題は治験に入れなかったことのほうが大きかったりしますよね。ですから、そういったことを書かないと、この提案書のレベルが問われてしまうのではないかと思います。

○天野委員 それは私も同意見で、包括的に制度を見直すという趣旨です。

○埴岡委員 トータルで見ると、ボトルネックがいくつかあるので、ボトルネックを一つしか言わないと、他のボトルネックで引っかかってしまうということですね。

○檜山委員 保険に通らないと薬を使えないのかということに立ち返るのだと思うのです。患者さんからは「今効くかもしれない薬があったら使ってほしい」という要望は TM でも沢

山ありました。今ある制度で使うとしたら高度医療になるのですが、高度医療のハードルはかなり高い。一方で混合診療にすると保険は全部削られてしまうので、それをどうすればブレークスルーできるかという制度を入れてほしいと思います。

○埴岡委員 どういう形で入れましょうか。

○本田委員 檜山先生がおっしゃった通りで、審査プロセスの問題ではなくて、まだ治験中だけど治験に参加できない人だとか、適応外だったりとか、それを指摘している医療者がアンケートでも非常に多かったんですね。高度医療のハードルは高い、それをどう解消していくかを研究のところで書いていくのは一つの手だと思う。

○檜山委員 どこまでが研究で、どこまでが治療なのかを切り分けるのは難しいのですが、ここに書いてあることに関しては、ここにあるべきではないような気がします。高度医療を研究で位置づけてここに書いたほうがいいのかも思います。少し時間を頂ければと思います。

○埴岡委員 お二人で合作して頂けると助かります。では以上でこのパートを終えまして、次のパートに進みたいと思います。「施策の分野横断的な検討について」「素案の分野毎の検討について」の2つはまとめていきたいと思います。お手元には資料5と資料8を併せてご用意ください。素案についてはこの席上で言えることは言って頂いて、あとはFAXやML等でご意見をお寄せ頂き、最終的に集約したものを皆さんにご確認頂きたいと思います。最初にまず資料5の前半に関して、構造的な問題、スタンス的な問題を主に言って頂きたいと思います。おさらいですが、前回会議でスタンス確認という紙を、予算・診療報酬・制度について皆様にお渡ししています。これは、その回答に基づいて昨年度の案に加筆訂正をしたものでございまして、半分くらいは昨年のバージョンで、そこに今年のを足しています。制度は新規に書いています。あとは、作成予定で灰色の箱が入っておりまして、これは随時作っていききたいと思います。

まずは4~16ページまでお願いします。8~9ページの現状の診療報酬や制度に対する問題意識などは新規に加えられています。12~13ページなのですが、予算消化表は本年の状況は分からないので、昨年のを再掲しています。17~20のブランクは、昨年の70本の提案がどれだけ進んだかの、施策実行度のプログレスレポートを掲載する予定です。17ページは、70本の予算施策について何が進んで何が進んでいなくてという全体の進捗状況がどうかということが入ります。18ページには、26本の診療報酬施策の進捗状況、19ページには制度提案、20ページには資料8の部分が入ってきます。

それでは21~32ページまで何かあればお願いします。この場では出ないようですので、後からご連絡をお願いします。続いて、資料5の後半を見てください。1~14ページまでお願いします。資料8で一覧を見て頂いて、施策を縦割で列挙するだけでなくパッケージとしてのストーリーを描いておく必要があると思います。横断的な検討というのは、前回の協議会でも、がん登録分野と拠点病院制度で実施したのですが、例えばがん登録でいうと、がん登録法を作って、その実施の費用としてはこれくらいのお金をつけましょう、という

横櫛のシナリオを考える必要があるわけですが、その続きでございます。

○檜山委員 予算についてですが、どこを見ても予算が足りないという文言が出てくるのですが、どこの予算を一番重要視してほしいのかということをお我々としても見解を明確にするべき。どこをお我慢して、どこに持ってくるべきなのか、今一番必要なのはどこかというところまで踏み込めるとよいと思う。

○埴岡委員 メリハリをつけるとか、あるいは事業仕分け的にスクラップアンドビルドという考え方も必要かと思えます。アンケートに基づいて特別推奨施策 10 本は並行して進めていますので、メリハリという意味では付けられるかと思えます。これはメリットデメリットあるかと思えますが、アンケートで 70 本の単純人気というものも伺いまして、かつ委員の方にも伺っているというのが一つ新しい側面です。

○郷内委員 全体分野 1 と全体分野 2 は個別に入る前の重要なところなので、吟味すべきだと思います。これまでも協議会委員になって予算策定のプロセスを見させてもらいましたが、結局なかなか入り込めなかったという反省もあります。23 年度は是非反映していきたいと思っていますので、9 ページの分野内の横断的検討というところに、がん対策へのプロセスの PDCA サイクルの導入の重要性は強く打ち出すべきだと思います。

○埴岡委員 おっしゃる通り一言でまとめれば、そこに尽きるかと思えます。対策を進めるためにも、予算と診療報酬と制度をセットで考えることは必要です。それでは一旦個別論にいきましょうか。分野 1 ですが、薬の使える環境整備のことはこちらにセットで持ってくるということはありませんでしたが、予算・診療報酬・制度のトータルで考えたときに、どのようなビジョンを提示しますか。

○郷内委員 今は並列的になっていますが、これは工程表というかステップが出てくるかと思えます。例えば A17 のようなものはまず真っ先に手をつけて頂かないといけません。この中でストーリーを立てるとするならば、ステップとしてはまず奨学金制度を作って、受講生を集めて、教育をして出すというような、工程表を踏まえた書きぶりにしていかないとはいけません。

○檜山委員 それでは奨学金はどこから出すのかということになってしまう。やはり患者さんが何を求めているかに戻ることが重要。例えば使えないお薬を使えるようにすれば、専門医でないと出来ない高度医療というのを制度として考えれば、病院は専門医が必要となるので、そうすると病院は専門医を育てようというインセンティブが出てくるんじゃないかと思えます。そういう横櫛の考え方もあると思えます。

○江口委員 全体的にあって、どのレベルで、どれくらいの人が必要なのか、全体計画がある程度定まっていけないといけません。医療者育成では、がんプロのようなものもあるので、そこでの整理もつけていかないとはいけません。既存の専門教育とあてはめて、そこに抜けているものは何か、この人たちはどういうことをやろうとしているのか、という絵を描かないといけません。

○埴岡委員 既存の取り組みとの整理も書いていく必要があるかと思えます。

○郷内委員 がんプロは教育プログラムは良く出来ているが、肝心の受講者が集まらないというジレンマがあります。宣伝も勧誘もしているが、受講生を集められないというのは、日々の業務に追われていて病院が出してくれないという実態があるのです。養成プランのプロジェクトが終わらないうちに受講生を集めて頂かないといけない。

○埴岡委員 やっただけで自己満足で終わらないように、いつぐらいに、どのぐらいのレベルで仕上がっていくかを見ていくべきですね。

○本田委員 私のがんプロの評価委員をやっている、いくつかのチームを見せて頂いているのですが、受講生が集まらないというのはがんプロの仕組みそのものにも問題があります。大学で研究もやりながら専門医も取るということをしていて、そんなことをしなくても専門医資格は取れます。医師については果たして奨学金なのかなと疑問を感じています。逆に看護師については、病院を離れられないような現状があるので、病院が行かせやすいインセンティブがあったらいいのかなと思っています。医師のほうで問題なのは、専門医の配置の問題でして、一部の地域にはたくさんいるけれど、全然いない地域もある。これはお金だけで解決できる問題ではないのかなと思います。

○江口委員 ここで奨学金制度は非常に具体的ですよ。それに対して、がんの専門資格という漠然としている。医師に関していうと、認定医まで含むのか、学会が認める専門医のみを使用するのかという、いろんなところが複雑に絡みあっているので、定義がなかなかできないと思う。厚労省が集中的なコースを作って、それを受講したら専門資格と称するのか、それを決めないうちに奨学金制度を敷くと混乱を招くと思う。

○檜山委員 医療側はお金の問題ではない。医師不足が非常に切迫していて、そのなかでがんプロ行って、この状況で現場を離れて専門医にとってこいといっても恐らく無理だと思います。いくらお金を積んでも、患者さんを目の前にして診療しないといけないという現状において、がんプロに行くというのが現実的でないので、打開しないといけないと思います。

○埴岡委員 活発な議論が出ていますが、次に進みます。緩和ケア、在宅医療でお願いします。

○川越委員 大規模緩和ケア診療所という言葉をやはりもっと吟味すべきだと思います。ここで言っているのはがん患者さんを対象として緩和ケアをしている診療所ということだと思いますので、そのあたりのニュアンスを出して頂きたいと思います。

○江口委員 緩和医療とか在宅医療の横断的な考え方というのは、シームレスな療養生活の支援ということになるので、いくつか推奨施策が出ていますが、これを横糸でつながるものは、いろんな分野の施策が横につながるとい、切れ目のないということをごどこかに盛り込むべきだと思います。

○本田委員 緩和ケア分野の一番始めに「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」と掲げられていると、緩和ケアは終末期医療かという誤解を招いてしまう。また一般の方が緩和ケアは・・・と考えていることを助長したくないと思います。

○埴岡委員 これは本田委員と去年一緒に作ったものですが、この機会に改訂しましょうか。それでは次、診療ガイドラインの作成、標準治療の推進の分野です。

○江口委員 先ほどの高度医療や適応外の話と、この標準治療の話は若干矛盾します。そういうところは整合性を持たせないとまずい。ここでは標準治療の均てん化というのがキーワードでしょうか。

○檜山委員 5大がんを中心にいえばもう恐らく治療ガイドラインは出来ていて、それに対して診療報酬を出してきちんと評価できるという仕組みは進めるべきだと思います。そうでないがんに関して、そこまでガイドラインがきちんと到達できていないがんに関しては、先生のおっしゃるように矛盾が出てくるので、今の施策としては5大がんについては横櫛を通すべきだし、そうでないがんは高度医療のようなシステムを取り入れて、患者さんのニーズに答えていくべきだと思います。

○郷内委員 患者の中では、標準治療や診療ガイドラインの認識が浸透していませんし、自分の受けている治療が果たしてどのレベルか知ることが出来ない。診療ガイドラインの普及啓発にかなり力を入れて頂きたいと思います。やはり医療者だけのコンセンサスだけにとどまらないで、受ける側の患者に理解してもらう努力はして頂きたいと思います。

○檜山委員 診療ガイドラインが出来ているかどうか第3者機関が見ないといけないと思いますし、それをきちんと診療としてやっているかというのも見えないといけないと思います。

○埴岡委員 分野5については以前に話し合っているので、次はがん医療に関する相談支援および情報提供をお願いします。

○三好委員 この分野が患者さんに直接的なところになってくるとと思います。内容を見ると経済的負担の要素が多いので、項目名を修正することが可能なら反映してほしい。

○埴岡委員 この分野名はがん対策推進基本計画の柱書きに則っているため、そのまま変えてしまうと混乱を招くので、括弧書きで入れましょうか。

○安岡委員 今、高知では医療関係者の説明委員不足が問題になっています。それは時間がないというのが理由です。医療者が増えるのも何年も先になってしまう。その場合にそこをどうやって補っていくかが問題です。説明は医療者ではなくて、第三者が出来るようなシステムを作らないと、ますます医療関係者が時間がないのに、患者は患者でわからないで不安を抱いているそういう状態だと思うので、今どうするかを考えなければいけないと思います。

○郷内委員 1人10個で選ぶ優先重要施策のアンケートですが、回答者は大多数が医療者で患者の声はあまり多くはなかったのですが、それにも関わらず上位のほうに、43番、50番、49番など、いずれも患者の経済的負担の軽減を求めているという声が上位に上がっています。また、この場では出ておりませんが、日本医療政策機構さんが実施した患者中心のアンケートでも、患者の要望としては上位に上がっています。経済的負担軽減の問題は、がん対策推進対策協議会の前の患者関係委員であった金子さんが一貫して訴えてきた問題で

あって、患者としては経済的な助成や支援制度を積極的に訴えていかないといけないと強く感じています。ここは本数が枝分かれしてばらけておりますが、何本かの施策をまとめてパッケージという形でお願いしたいと思っています。

○埴岡委員 郷内さんがご指摘くださったアンケートですが、がんWGが都道府県がん対策推進協議会等委員に行ったものでは、患者関係者はもともと委員として人数が少ないので回答者の5%くらいで、たぶん3分の2くらいが医療従事者になっていると思います。一方で、未発表なのですが、私が属している組織で1600人くらいの患者さんアンケートをしまして、これも同じ方法で70本の重要施策のランクアップをしています。両側の情報を見て、医療者が求めているもの、患者が求めているものなどの傾向も総合的に見ております。

○本田委員 長期抗がん剤治療の経済負担はとても声が多いので重要と思っています。これには新しい助成というものも書いておくべきですが、それ以外にも例えば高額療養費制度などの現制度の仕組みを上手に生かすと、こういうこともできるんじゃないかということも提案しておくとういと思えました。そのほうがとっつきやすいのかなというふうに感じます。

○天野委員 今治療を受けている患者さんの支援も重要ですが、一方で長期のサバイバーと言われる方の支援も重要で、その施策が分野ごとに分散しているのでこれもパッケージとして考えていかなければならないと思えました。

○埴岡委員 全体像を確認して新たに分かったことは適宜修正していきましょう。では7番のがん登録は前回議論したので、8番～11番を見ていきましょう。まず8番のたばこでお願いします。

○郷内委員 A56ですが、学校の全面禁煙化と学校だけで限定しているのは時代遅れだと思いますので、別の書き方をしたほうがよいと思います。

○天野委員 がん対策推進基本計画でも未成年者の喫煙率をゼロ%にするとありますが、その具体的な施策をどこかで誘導すべきだと思えました。

○埴岡委員 次はがん検診でお願いします。

○三好委員 がんの早期発見については、TMでも沢山意見が出ましたが、皆さんおっしゃるのは意識の低さというのがあります。その中で意識を上げるには色んなことが限界に来てるんじゃないかという声もありましたので、普及啓発を推進していくことも大事なのですが、一方で行政の方々から受け皿がないのに無料クーポンを配られてどうしたらいいんだろうかという声もありましたので、ここは同時進行でやっていかなければならないといけないと思います。

○埴岡委員 トータルプランの考え方は大事ですね。ではがん研究です。

○本田委員 私が書いたものが反映されていないのが残念だなと思います。私が一番言いたいのは、どんな分野にどういうがん研究が行われていて、どういう分野の研究が足りないのか、例えば社会学的なものをもっと必要だとか、基礎と臨床とをつなぐものがないと

か、色々言われますが、どういう配分になっているかを明確に示されているものがない。そしてそれがどういう成果を得たのか、意味がなかったというのもある意味社会にとっては有益な情報になる場合もありますよね。ホームページ上で公表しているとおっしゃいますけど、なかなか分からない。そういうものを評価する機関をもう少し透明化していけばいい、そこに患者代表のような人も入れる枠組みを考えたらとよいと医療者の方から提案があったので、その部分は是非入れてください。

○檜山委員 今の本田さんの意見は、僕なりに解釈すると、研究しないといけない稀少がん、難治がんに関して、小児がんも含めて、それをきちんと研究費をつけて、それがついた施設に関しては、高度医療という制度を取り入れて、患者さんもその恩恵を被るような仕組みを診療報酬のところに持ってきて、制度では第三者機関が研究を評価してそれをオープンにすると、そのプロセスもすべて皆さんに公開できるようにするのが形としてよいと思います。

○本田委員 診療報酬の部分について言うと、適応外の薬とかそういうものを、臨床試験にする際にはおカネが出なかつたりするので、そういうものを診療報酬上で認めてほしいという声が医療者から大変たくさん出ていたのですが、どの辺をどう考えるべきか。

○埴岡委員 今おっしゃったのはがん研究分野の診療報酬のところに1本立てればよいということですかね。

○本田委員 そうですね。高度医療の壁を下げる……。

○檜山委員 すべてどこの施設でも下げてしまうとどういうことが起こるか想像できないので、研究費をとれるようなきちんとした施設で研究していますよということを皆さんにオープンにできるようなところであればできるような形にしてあげるのがよいのかなと思います。

○江口委員 制度面というのはそういうことを書きこむものだと思う。つまり今までのがん研究資金がどのような形でやられていて、それについてアウトカム評価がどこまで出来ているか、それが現在の状況としてあって、そういうことから今後は制度をどう変えていくという、そういうような形になると思います。

○埴岡委員 ありがとうございます。先ほど本田さんがおっしゃったマッピングと患者参加のお話については、論点整理の記述まではされているのですが、施策化できるかということですね。では、疾病別対策ですがいかがでしょうか。

○郷内委員 子宮頸がん撲滅事業というのは、予算と制度に挙げて頂いていますが、現在明らかに予防が可能ながん種と言われておりまして、既に諸外国では子宮頸がんによる死亡者はどんどん減っているという状況なので、我が国でがん対策基本法の大目標のがん死亡者の減少に最も手短かに貢献できる施策なので、これは最優先というか迅速に進めるべきだと思います。

○檜山委員 女性特有のがん検診費を削ってでも、これに回しなさいという意見も出ているので、是非我々としても打ち出すべきか討論すべきだと思います。

○郷内委員 検診で早期発見するよりも予防のほうがよほど効果があります。プライオリティーを私たちがきちんと言うべきだと思います。

○安岡委員 このワクチンは高知でも非常に関心が高いのですが、この一年様子を見てみようということしております。けれども国が全面的に協力してくれるならやるよという話も出ていましたので、なるべく国がやると他の都道府県も続くはずなので、まずは打ち出してみるべきだと思います。

○川越委員 大規模在宅ケア診療所の A29 と B12 は、これは制度面での確立をやるべきじゃないかなと考えております。医師法を改正して緩和ケア診療所を制度化しないと高度な満足度の高い緩和ケアを在宅で提供できないことと、育成ということも関係してきますし、是非制度化するなかで議論して頂きたいと思います。

○埴岡委員 名称の再考も含め、制度化も考えていきましょう。

ありがとうございました。通して審議をしまして活発な意見が出ました。素案に今の意見を出来るだけ反映しまして段階的に完成に進めていきたいと思います。このWGのカルチャーを見て頂いたのですが、一つは自分の意見を述べるというよりはアンテナに引っかかってきた多くの意見を受けたもの、その編集者としてふるまうということ、それから自分の専門領域には知見を提供するけれども、あまり詳しくないところでもどンドン意見を言うこと、それから「どうせだめじゃない？壁が高いんじゃない」というところに臆せずにどンドン意見を言うということをやっております。同じ目線で対立軸じゃなく、闊達な意見交換を行っています。今日はあえて生のディスカッションを傍聴の方にも見て頂いたので、若干頼りなく思った方もいるかと思いますが、こういったことを2重3重に何度もやりながら、悩みながら苦しみながら、ブラッシュアップしてございまして、昨年度の提案書はあれくらいのレベルまで持っていきましたし、診療報酬でも既に提案書を出しております。今回は制度面も含めているので、さらに難題ではあるんですが、完成度は100%にいかないかもしれませんが、問題提起も含めてやっていきたいと思います。次回は3月1日14時から17時を予定しています。次回も公開で行いますのでどれくらい進んだかを見て頂けるとと思います。委員の方々は日程が詰まってきましたので、引き続き頑張ってください。お疲れ様でした。

平成22(2010)年3月1日(月)

第7回「がん対策推進協議会 提案書取りまとめ担当ワーキンググループ会議」議事録

◎出席委員

天野委員、内田委員、川越委員、郷内委員、野田委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、三好委員、安岡委員

○埴岡委員 皆さん、こんにちは。それではこれから厚生労働省がん対策推進協議会・第7回提案書取りまとめ担当ワーキンググループ（以下、WG）の会議を開催したいと思います。本日はたくさんの傍聴の方にお集り頂きまして、まことにありがとうございます。それでは事務局から本日の資料についてのご説明をさせていただきます。

○事務局 お手元にお配りしてある資料について簡単な確認をさせていただきます。資料は全部で7点あります。資料①は本日の議事次第です。資料②は「がん診療連携拠点病院制度の見直しについて」です。資料③、こちらは「がん領域における平成22年度診療報酬改定に係る検討事項例」で、参考資料としてございます。続いてこの後に、内田委員と本田委員からの資料がでございます。資料番号は付してありません。最後に「平成23年度がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策（案）」があります。

本日の出席者を50音順にご紹介します。天野委員、川越委員、郷内委員、埴岡委員、三好委員、安岡委員。また、遅れてのご出席の予定になっているのが、内田委員、本田委員、檜山委員と伺っております。

○埴岡委員 それでは傍聴席には初めての方もいらっしゃると思いますので、経緯のご説明をさせていただきます。

○事務局 続いてこれまでの経緯をご説明させていただきます。資料としては先ほどご紹介した「平成23年度がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策（案）」をご参照ください。こちらにつきましては、かねてよりWGでメーリングリスト（以下、ML）や本会（がん対策推進協議会）の会議を経て、提案書の内容をまとめてきたものでございます。

最終的には5点セットという形になりまして、今お示ししているのが、1番：要約版、2番：本編のセットになります。この他に、前回の会議でもお示した「アンケート意見集」「タウンミーティング（TM）意見集」というものがございます。こちらはウェブ上や紙でのアンケートを通して広く地域や現場の意見を集めた意見集、及びTMを全国6カ所で行ってまいりましたが、各地で集めた現場の生の声が入っているものがございます。こちらをまとめたものが意見集として提示されています。5点セットのもう一つとして、「施策シート集」というものがあります。こちらは本編の提案の内容を施策シートの形に書き直したものでございます。

本編の内容を追っていきますと、12ページには要旨があり、提案の位置づけやこれまでの経緯が記載してあります。こちらは未定稿となりますので、今回の会議を経て成案となります。その後19ページから29ページまでは推奨施策、昨年の予算提案から特に推奨するものを図示してお示ししております。30ページからは本文の内容の提案書になります。ここにWGについて位置づけが記載してあります。31ページの図をご覧頂くと、がん対策推進協議会のメンバーから有志のメンバーが、提案書の取りまとめWGとして、提案書の取りまとめを行っているということが記載されています。32ページに委員のお名前が一覧で記載してございます。この後はがんの現況およびデータ関係が載っておりますけれども、56

ページにはアンケート結果の概要と TM について説明が記載してあります。この委員の方のみならず、地域や現場の意見を広く集めるということで、アンケートや TM を通して各地での意見を集約しております。55 ページには各会場の風景の様子などをご紹介します。68 ページ以降につきましては提案の具体的な内容となっておりますが、68 ページに骨子が書いてあります。がん対策の総論がまずありまして、その後に 11 の分野別施策があります。各分野について、推奨施策は予算、診療報酬、制度の 3 点に分けてご提示しております。その後に現場の意見の要約を載せてあります。

こちらの内容は適宜 ML などを通じてご議論いただいていたわけなんですけど、現在はこのような形で案としてまとまっています。資料②、資料③、資料④につきましては、本編に収められるものですが、現状としてまだ内容に反映にされていないことから別添わせて頂いております。なお、内田委員、本田委員からのご意見書は本来反映させて頂くものですが、期限後に頂いたということで、別添わせて頂いております。

○埴岡委員 少し私から補足します。この「厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめ担当ワーキンググループ」ではございますが、厚生労働省は基本的に傍聴しますけれども、一切タッチしないということでやっております。議題の設定や会議の運営、アンケートや TM の運営、それから提案書の取りまとめ全て、日頃の WG 委員の間での審議、これもすべて WG 委員同士でやるという形で進めております。この WG の中で私が取りまとめをしておりますので、私の所属する事務局を活用すること、また祖父江班に会場設定などをお手伝いして頂くということ、審議で合意したうえで進めています。

WG の方針としてはいくつかございます。14 人の委員がいるのですが、14 人の頭だけで考えることでは十分なものは出来ないということで、現場主義ということで、ケアが施されている場所、そこに真実があるんであろうということで、現場をよく見ようということでございます。そのために TM やアンケートを実施しています。また専門家だけで決めるのではなく、いろんな立場の方が参加して、国の対策を国民皆で考えていこうということをやっております。

このプロセスなんですけど、委員はアンケートや TM で聞いた現場の意見をもとに編集して施策にまとめあげるという作業をやっています。それから通常の会議ですと声の大きい方の意見が反映されがちなのですが、この WG では意見集約シートというものをを用いて、皆が要所で意見を出して取りまとめられるようになっていきます。そういう形で今日出ている提案書が形成されてきました。

それでは次に審議事項に入ります。「平成 23 年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策（案）」ということで 2 時間あまりを使って審議をしていきたいと思っております。

○事務局 それでは資料②と資料③の入る場所について、お知らせさせていただきます。提案書（案）の 29 ページのところ、資料②「がん診療連携拠点病院制度の見直しについて」が入ってくる予定です。資料③「がん領域における平成 22 年度診療報酬改定にかかる検討

事項例」は、提案書（案）52 ページの後に入ってくる予定であります。続いて、資料④は55 ページの後、こちらは各施策を予算・診療報酬・制度の3点にわたり横断的に見たものです。併せまして本田委員、内田委員の意見書も併せてご検討頂ければと思います。

○埴岡委員 提案書（案）なのですが、見て頂くと分かる通り膨大な量でございます。全ての人に全てを読んで頂ければと思いますが、なかなかそうはいかないと思うので、エッセンスである要旨をご用意しております。その要旨が、12ページから29ページにあります。これを読んで興味を持った方が本編を読み、さらに「これはどのような意見から出ているのか」という場合には、意見集を読んで頂くという、役割分担になると思います。

それではこちらの議事次第に沿って審議に入らせて頂きます。がん拠点病院制度の改正から入ります。確か第4回WG会議だったと記憶しているのですが、病院ネットワークの仕組みについて、予算面・診療報酬面・制度面からの改正案が出ているのですが、それを束ねていくと、どういう改革の道筋があるのかという議論がありました。その際、拠点病院の要件の見直しが必要という意見が出ました。このため、WGから本協議会にその制度見直しを着手してはどうかという提案をするということで合意しました。そのための素案をお示ししております。これについては資料の本編118ページから126ページの医療機関等の整備のところでございますが、ここに関連施策などもたくさん出ています。それからTMやアンケートで集められた意見や改善案のサンプルもございます。WGの中で意見のあったもの、事務局の方で取り入れるべきではないかというところを全て併せて作成しているという状況です。主に2ページが骨子になります。これを提出すべきかどうかをご審議頂いて、また2ページの骨子の部分のエッセンスが漏れていないかをチェック頂ければと思います。

○天野委員 TMやアンケートで、患者さんや行政や医療者、それぞれから拠点病院の見直しを求める声が多くあがっていたと思います。WGから協議会、そして協議会から拠点病院制度の見直しについて、意見が出されるのが望ましいと思います。TMではピラミッド型の拠点病院制度には無理があるかもしれないというご意見が多かったので、面的なカバーの拡大という意味では共感できますし、検討して頂きたいと思いました。

○三好委員 拠点病院の見直しについては、TMでも患者さんの意見としてたくさんあがってきていまして、なぜかというところと患者さんたちは、拠点病院に対して大きな期待を持っています。この反動が不満となって表れたり、ひいては指定要件の見直しということにつながっているのではないかと思います。この資料2ページの(6)にある「患者・家族の目線で拠点病院の在り方を見直すこと」、これを強調して頂きたいと思います。具体例として(7)にあります、拠点病院連絡協議会や診療連携拠点病院の連絡協議会に、患者代表の参加を必須とすることについては全面的に賛成です。がん診療ネットワークという部分にも患者の視点を反映することが大事だと思います。

○檜山委員 良い案なので是非出して頂きたいと思います。気になった点ですが、後ろの方に出てくるAとかBというグレードについて、拠点病院を層別化してしまうのは是非があるので、留意しながら進めるべきだと思います。

○埴岡委員 このグレードは上下関係ではなく、拠点病院の個性としてつけています。

○檜山委員 いわゆる二次医療圏に 1 つという簡単なスキームで進めるのではなく、今言われたように、患者家族の目線でどういう拠点病院が求められているのかというところから始まって、ある程度特色別に分けるという表現の方がよいのかなと思います。グレードというと上下関係というイメージが払拭できないので。また特定のがんに特化した拠点病院を作って頂きたいというのが要望です。均てん化ということも大事ですが、ある意味で集中化ということも拠点病院には必要なのかなと思います。

○郷内委員 これを是非、協議会にお出し頂きまして、診療連携拠点病院の見直しに着手すべきと思います。内容については、患者目線という言葉があるのも大変好ましく感じておりますし、6 ページの (3) でインセンティブの不足が原因で面的な連携体制が進まないという記載がありますが、医療者の方からは「インセンティブがないからやっていないわけではない」というお話をよく聞くんですね。だからインセンティブがつけたから進むということではなくて、地域によっては拠点病院は何とか整備したけれど、連携先となる地域の医療体制の構築がはかばかしくなくて進まないというのが実情としてあるのかと思いました。ここは強く取り組まなければならないと思いました。それから (4) のいわゆる「がん難民問題」。やはり拠点病院制度も、がん難民解消のためということで制度がスタートしていると思うのですが、現状は拠点病院を出た後で行先がなくてさまよっているというケースがたくさんあるということなので、ここは再構築ということで取り組んで頂きたいと思います。

○埴岡委員 1 つ目については、地域で役割分担の計画を考えて、相談の場をもって進めるという文言がありますので、そこが今おっしゃった非常に大事な部分になるかと思います。

○川越委員 とても良く出来ていると思いますが、2 つほど気になることを申し上げます。1 つは、配置についてはやはり見直しをしなければいけないと思います。二次医療圏という分け方が本当によいのかどうかを細かく検討してほしいというのが 1 つ。それからがん難民の問題ですが、私も患者や患者家族の経験がありますが、どうしても治療を求めるためにさまようというケースが非常に多いかと思います。いわゆる拠点病院では治らない患者さんが行き場を求めてさまよっているというのが現状なんです。そういう状況を理解するときに、医者は頭で考えるのですが、患者さんは体で受け止めて、最終的に心で受け止めるというプロセスをとりますので、そういった立場に立ったコンサルタント機能の充実が必要なのではないかと思います。

○埴岡委員 前者については、二次医療圏単位とは異なった単位を入れ込むということについて言及されていると思うので、もし表現について何かあればご指摘ください。2 つ目におっしゃったことは、相談支援機能みたいなものをここにもう少し書きこんでおくという理解でいきたいと思います。

○安岡委員 私は高知で相談センターをやらせて頂いています。その中で何人もの患者さんが来るのですが、一番多いのは拠点病院に対する苦情なのです。これを県に言っても県

は注意ができない。では患者さんはどうすればよいのかについてずっと疑問を持っていました。国に対して言いたいのは、拠点病院に対しての監督権みたいなものが必要かと思えます。日本では医師法はあるのに患者の権利とか法体制が明文化されていないのは問題だと思えます。

○埴岡委員 今回は監査ということではないかもしれませんが、こちらに入り込んでいる考え方としては、訪問審査を行うという考えが入っております。これについては患者サイドだけの意見ではなく、檜山委員からも実態をきちんと見るべきだという意見があがっております。この考え方を入れるということに関してはよろしいですか？

○三好委員 指定要件で、相談支援センターのことについて一つ項目として具体的に書いて頂けないかなと思いました。質の担保や標榜名の件も含めて、もし間に合えば項目をひとつ足して頂ければと思えます。3 ページの指定要件の中に入れてください。

○埴岡委員 分かりました。ここに現状解説と方向性を加えます。それから安岡さんからの指摘もありましたが、本編 26 ページにあります。施策⑦として、患者・家族のためのがん総合相談支援事業というものを打ち出すことになっておりまして、ポンチ絵を示してあります。後ほど触れますが、こちらのほうに安岡さんがおっしゃっている、病院にはクレームが言いにくいとか、第三者に相談したいという場合は、都道府県相談支援センター47箇所というものが機能するであろうと思えますので参考のために言及しておきます。それではがん診療連携拠点病院制度の見直しについては、今頂いたご意見を反映して成案にしたいと思えます。今後の流れとしてはWG から本協議会に提出し、本協議会で審議のうえ同意されると、本協議会のほうで然るべき対応が取られると理解しております。

それでは診療報酬の進捗に関して資料③をご覧ください。この資料の意味を説明します。WG では昨年 12 月に診療報酬に関して審議しまして本協議会に提出しました。さらに本協議会で審議・合意され、厚労大臣に提出され、また中医協の資料としても提出され、平成 22 年度診療報酬改定の審議の際に参考にされたという経緯があります。この提案のうち何がどれくらい盛り込まれたのかという進捗管理をしようということで作成されたものです。1 ページ目にある表が提案時のリストです。2 ページ以降は、分野ごとに取り入れられたもの・取り入れられていないものがあります。これに関しましては委員の方々にはご確認頂いて、訂正も反映させたものになっていますので、もし追加で何かありましたら、ご意見ください。なかなか難しい作業なのですが、ある程度適用されたものはあるということで、分かるところまで書いておくことが、進めて頂いたことへの感謝になりますし、残課題も明らかになると思えます。よろしいでしょうか。

それでは引き続きまして、資料④の分野横断的検討のパートです。本編資料 17～18 ページを見て下さい。これで今回の提案の全貌が 2 ページで見られると思えますので便利かと思えます。表の列の A ラインが予算案の提案です。B ラインは診療報酬の提案です。C ラインが制度の提案です。昨年は、この WG は「がん予算 WG」ということで、国のがん予算のみ提案するということでしたが、それだけではがん対策は動かないということで、本年度は

予算にとどまらず、診療報酬や制度の提案も行っております。その結果、それぞれの領域でたくさんの施策が出てきましたが、これがバラバラではよくないということで、制度を変えて、予算をつけるなど、分野横断的な総合パッケージが必要ということで合意しまして、いくつかの場面で議論をしてきました。ひとつひとつ詳しく審議すると非常に深い問題ではあるのですが、とりあえずこの17～18ページの表の読み方の参考資料として、資料④を示しております。13分野ごとに予算、診療報酬、制度がどのような組み合わせで動いていくのかについて、軽い説明があります。全体の提案書の中のハイライトパートというような形です。では何もなければ進めていきたいと思えます。

では提案書(案)の審議です。まず、1ページから67ページまで始めます。前回にもお示ししておりますので、具体的な意見を手短かに言って頂けると助かります。12ページから29ページは提案書の要旨なので、ここが一番多くの方が目を通しますのでよく見て頂ければと思います。15ページから9本の推進施策がありますが、すでに名称変更があります。17ページの表につきまして施策面の変更が入っていないものがございまして。これは施策名の決定に応じて修正を加えていきます。また、20ページから28ページ、これが今回の提案の中のひとつのポイントになります。昨年提案した70本の予算案は網羅性が高く良いという意見もありましたが、やはり多すぎるので、もう少ししっかりと打ちだすものがあったもよいのではという意見がございました。それもあまして今年は、施策を図示して、特別に推奨する施策を9本選びました。選んだプロセスは、都道府県がん対策推進協議会委員のアンケートで70本の施策の優先度を聞き上位だったもの、日本医療政策機構で実施した患者アンケートで聞いて上位だったもの、委員の中で特に推奨されていたもの、という定義で選んでおります。緩和ケアを担う病棟の拡充事業については江口委員から診療所の位置づけがまだ弱いという意見を頂いておりますので、課題が残っています。21ページの施策②については三好委員からの指摘で情報提供の強化を反映しました。檜山委員から対象患者については、化学療法計画書を提出し適応とされた方という定義を取り入れてはどうかという意見を頂いて反映しています。施策③については江口委員から、Eラーニングだけではなく実地の勉強も大事という意見も寄せられています。また、現在お休み中で再雇用をされて現場に行かれる方を把握することも大事ということで、再雇用を希望する看護師という枠も作っております。23ページは、副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及ですが、当初は副作用だけでしたが、合併症という言葉を加えています。また学会の位置づけが重要ということで共同作成するというところで作成しております。28ページはサバイバーシップ事業ということで、体と心、経済のサポートを総合的に支援する仕組みを作っております。いきなりポンチ絵を作ったのではなくて、どういう事業かを明確にしたうえで図示しております。ここまでのご意見ありましたらどうぞ。

○三好委員 一つ質問なのですが、提案書自体のタイトルについて、昨年の提案書から、副題が変わっているようですが、これは審議済みでしたか？

○埴岡委員 昨年とまったく同じ名前でもよいとは思いますが、副題は毎年変えてもよ

いのではということを変えております。今年の副題は、元気の出るがん対策に加えて、TMやアンケートも前回に比べ何倍も増えましたし、全委員の方に集まって頂いて意見を読みこんで頂いたので、“みんなで作るがん政策”という名前がふさわしいと思うのですが、これもあくまで案ですので変えて頂いてもよいと思います。ここで決めてしましましょう。昨年の方がよいと思う方、今回のものでよいと思う方（全員挙手）。それでは今回のものでいきたいと思います。確認の機会をありがとうございました。

○安岡委員 施策②のポンチ絵ですが、高額療養費の限度額を、治療 6 カ月以上超えるものは、自己負担上限月額 2 万円とするというのがありますが、今自己負担で 8 万円を 3 カ月続けると 4 万円になるんですね。これはこれを止めてしまうということですか？

○埴岡委員 つまり 8 万→4 万→2 万になるということです。

○安岡委員 わかりました。

○川越委員 施策①ですが、病棟の拡充事業でまとめられていますが、私の理解では病棟の拡充ではなくて、在宅緩和ケア支援病床くらいがふさわしいのではないかと思うのですが。

○埴岡委員 実態と制度の問題かと思うのですが、例えば「緩和ケア病棟」というのが制度になっていると思うんですね。病床を 10~20 増やすとすると、制度的には病棟の資格を取らなければならないのではないかと思います。緩和ケア病棟に準ずる病棟と、在宅緩和ケアをサポートする緊急入院病棟、この 2 つの仕組みを作って、そこへの転換促進を図っていきましようということですね。

○本田委員 在宅緩和ケアの緊急的な受け皿が必要ということであれば、病床としておいたほうがよいかなど。病棟というすごい規模の印象があるので、緩和ケア支援病床のほうが適切ではないかと思います。

○川越委員 たぶん診療報酬の改定レベルだと、病床で十分だと思うんですね。病棟となりますと制度改正まで踏み込まないと議論できないと思います。そこまでやっていくのかという判断ですね。

○埴岡委員 それでは制度的な確認をとったうえで、問題がなければ病床ということにしましょう。

○川越委員 それから、この施策の中には「緩和ケア病棟を増やす」という文言はありませんよね。私が病院長をやっていたとき、緩和ケア病棟を作ったのですが、その時に実感したのが、一般病棟の病床で、在宅の患者さんの支援をするというのは至難の業であるということです。緩和ケア病棟が出来て、やっと支援ができるようになった。緩和ケア病棟の機能を明確にして、足りないようであれば数を増やすと、緩和ケア病棟の位置づけをもう少し盛ることができないかと思っています。

○埴岡委員 ポンチ絵の左下を見て頂きたいのですが、この施策は長期療養病床の転換を図るとというのが起源で発展してきました。問題点としては緩和を診る病院が少ないということ、1 つはホスピスの待ち時間が長いということと、もう 1 つは在宅からの後方支援ベッ

ドが不足しているということで、この両面を解決しようという狙いで組み立てたものです。つまり、これ一本で緩和ケア問題を全部解消できるわけではありません。70 本施策のなかで重要度ランキングの上位にあったものをポンチ絵にしたという経緯です。

○檜山委員 長期療養病床のがん専門療養病床への活用というのが元の考え方だと思うのですが、この準緩和ケア病棟のイメージが湧かない。在宅緩和ケア支援病棟もそうなのですが、どういう形の、今ある緩和ケア病棟と全く同じような病棟を作るのか、それとも今ある長期療養病床を緊急避難的に使おうという考え方が盛り込まれているのか。その辺の考え方がポンチ絵だけではよく見えないと思いました。先ほどのお話だと、在宅緩和ケア病棟というのは在宅患者の緊急的な後方支援という位置づけのようなので、恐らく一般の病床でも使えるのではというのが私の想像です。ただ、準緩和ケア病棟というのは、今ある緩和ケア病棟と同じようなものを新たに作ってということなのか、そうではないんですよ。

○郷内委員 緩和ケア病棟というものを作るのは認定要件をとるのが大変難しいので困難と思いますし、とはいえ一般病棟に入って一般の患者さんと一緒に緩和ケアを受けているという実態もありますがそれはやめてもらいたいという意見もありますので、準というのはその中間的な位置づけなのかと思います。

○本田委員 今の緩和ケア病棟の在り方がそれでよいのかという問題があると思うのです。今の緩和ケア病棟自体、高度な緩和ケアが必要な人もいるし、本当は必要なんだけど高いから、混んでいるから、受けられないということもあると思う。そういうことをなくすための循環が見えない。緩和ケアほどのレベルが必要ないけれども入るところがないから作るというと質が低くなってしまう。

○埴岡委員 本編 97 ページ (2) にありますが、昨年の提案書の中で長期療養病床のがん専門療養病床への活用と示しており、アンケートでもニーズの高いものとして挙がってきたわけです。まとまらないようだとして落してしまうという選択肢もありますが、あるいは文言修正をするならどのようにするのか。

○川越委員 議論になっていることは、やはり質の高い緩和ケアをいかに供給できる体制を整えるかということに尽きると思います。現実には緩和ケア病棟が、機能という面で十分に議論されていない。それから長期療養病床を活用したらよいんじゃないかというのは、実際には難しいと感じています。在宅もこの絵だとだめで、病棟の拡充として提案すべきなのか議論すべきだと思います。時間が限られているので難しいということであれば、一度下げるか、もう一度再提出するということでご検討ください。

○埴岡委員 ちなみに長期療養病床というのは、昨年の提案時とだいぶ状況・環境が変わってきています。A 案と B 案があると思います。A 案としては、今回は見送り、B 案については診療所の位置づけが弱いので、診療所がコーディネーター的な位置づけを担うというのを強調するのと、準緩和ケアについてはクオリティとトーンについてしっかり決めて、監査する仕組みを作ること、そういったことを加筆して、施策を仕上げる。

○本田委員 私が心配しているのは、緩和ケアというのは入ったらそこで死に行くところというイメージがまだまだ強い中で、緩和ケアの間違ったイメージを与えかねないポンチ絵にしてはいけないと思うのです。

○郷内委員 宮城県においては、緩和ケア病棟のベッドだけ置いている病院もあれば、病棟として持っているところもあり、併せると10何箇所かあるのですが、慢性的に病床は足りません。地方では、病院から出されて在宅緩和ケアにすごく誘導されているのですね。誘導されていますが、独居老人などはまだまだ在宅緩和ケアに対応できないというのが医療者の実感であって、では緩和ケアの病棟に入れるかという、ひどいところでは3週間待ちという状況が出ています。そこで患者さん自身が在宅に行きたがらずに、病院にしがみつくとという方が非常にたくさんいらっしゃる。だから私はこの議論として、緩和ケアを100%追及するのではなくて、緩和ケア病棟にも在宅緩和ケアも受けられないという方もいるので、それをほったらかしにしないためのセーフティネットを作ることが大事だと思います。

○本田委員 それは分かるので、病棟ではなくて生活の場で緩和ケアをしましょうというイメージがよいのではないのでしょうか。病棟は名前のイメージがよくない。

○埴岡委員 では時間がないので、本田委員、郷内委員、川越委員の3人の方々に別途審議をして仕上げてくださいと思います。

○天野委員 この施策は70本の優先施策ということでアンケートをとったなかで、どれくらい上位に来ているかが分かりますか？

○埴岡委員 今回ご回答を頂いた530人中で、4番目に挙げられており、130人くらいの方から重要施策であると回答が出ています。ニーズは非常にある。われわれが仕上げられるかどうかなので、3人で協議をして頂いてご報告頂くということでお願いします。

○天野委員 4位に来ている以上は、現場の声を活かす形でうまく作りこんで頂ければと思います。

○本田委員 一つだけ指摘をすると、長期療養病床の行方というのは別の意味で医療者の関心が高い。郷内委員がおっしゃったように、がん患者の生活の場で緩和ケアを受けられる仕組みというものは非常に重要だと思うのですが、一方でこれが長期療養病床の活用という意味で順位が高いのかも知れないことを考えておかないといけない。

○埴岡委員 それでは3人の方を中心に審議して頂いて、最終的にMLで承認を頂けるかどうかで決めたいと思います。

続きまして、残りの67ページまで確認したいと思います。30ページから42ページまでは、昨年版の増補解説を加えております。43ページから51ページまでは、昨年度の本協議会から提案した70本の施策が、平成22年度予算にどれくらい反映されているかを見ていきます。これは非常に難しい作業なのですが、提案した立場として「どうなったか分かりません」というわけにはいきませんので、何が進んで、何が進んでいないかについて何らかの見解を示さないといけないということで、WGでもたくさん議論しましたし、意見集約も

何回も行いました。TM で皆さんがおっしゃっていたことも踏まえて仕上げて、皆さんにご審議を頂いたうえで仕上げています。52 ページについては資料③が入ります。53 ページ～55 ページに総合表があって、55 ページの後に資料④が入ります。56 ページからは TM のご紹介、アンケートのご紹介をしております。次に 166 ページから 193 ページまでですが、ポンチ絵 9 本とポンチ絵の根拠となる概要を書いております。195 ページからは付録で昨年 12 月までに提出した診療報酬の提案書のオリジナルです。210 ページからは TM で拝聴した意見概要になります。

○郷内委員 170 ページの施策②長期の化学療法に対する医療費助成事業について、本日一冊の本を持ってきました。『がん患者、お金との闘い』というタイトルで 1 月末に岩波書店から出ています。この本の中で取り上げられている北海道の金子さんは、前の協議会の患者委員でした。残念ながら本が出る 1 週間前にお亡くなりになってしまいましたが、彼女が任期中に一貫して訴え続けていたことを、この施策②に集約させて頂いております。患者としては、この部分に光を当てて頂いたのは感謝しています。1 点確認ですが、高額療養費について、自己負担限度額を月額 2 万円に下げるとのことですが、このお支払いの方法ですが、窓口で 2 万だけお支払すればよいということでしょうか。というのは、払い戻し形式だとその 3 カ月間が大変ですので。

○埴岡委員 従来の限度額適用認定証の範囲を外来にも拡大して、かつ額が下がる形を目指していくということです。それでは内田委員がいらっしゃったので、休憩をはさんで再開したいと思います。

(休憩)

○埴岡委員 傍聴の方も我々の議論の仕方を見て驚いていらっしゃるかもしれませんが、この WG は何でも壁を作らずに議論するというのと、何でも遠慮なしに話すのがカルチャーで、いわゆる役所的なやり方とは違うということをもットーとしておりますので、ご理解頂ければと思います。

それでは、一番山場であります 68 ページから 164 ページの審議をしていきたいと思いますが、その際道に迷わないように、17～18 ページに総括資料がありますので、どこを議論しているか分からなくなったら、ご参照してください。一番焦点となっている 85 ページから始めたいと思います。なお、参考として申し上げますが、予算については昨年提出しているものがありますので、そこに若干のものを足そうということで議論しております。それから、分野の場所が違うのではないかと、文案の陳腐化しているものは適宜バージョンアップということで議論が進んでいます。診療報酬もそうです。制度面についての見直しについては、大変なことにチャレンジしているということもありますので、WG 第 3 回くらいから半歩ずつにじり寄っている感じですが、まだ議論が残っていますし、特に何本かに関しましては、前回かなり修正しようということになっておりますので、そのこのた

ぶん数本のところが今日の焦点かと思います。時間も限られておりますので、テキパキといきたいと思います。

では85ページからいきたいと思います。分野別施策「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」でございます。内田委員から(3)のところ、なぜ医学物理士だけかという質問がありますが、昨年からの提案なので、取るのも語弊がありますので、とりあえず現状維持で、今後必要なものはどんどん足していきたいと思います。それから85ページ、檜山委員から頂いた、厚労省から委託された事業、eラーニングが実施されるという点は加味しております。85ページ、ここは焦点でして、施策の(7)と(8)、これは従来、研究事業の分野に入っていたものですが、前回、檜山委員、本田委員から、これはそもそも化学療法の推進に該当するものではないかのご意見頂きましたので、こちらに移しております。文言については本田委員に、前回のご指摘に加え、今回も意見書を出して頂いておりますので、基本的には(7)(8)に関しては、本田委員を中心に全体的にリライトして頂きたいと思います。同じく研究のところ新しい制度面のものを一本立てようということになっていたと思うので、そこもお願いしたいと思います。86ページの(7)抗がん剤の審査プロセスの迅速化に、江口委員から頂いた意見「ゲノム情報を活用した開発」についても加味しております。

○檜山委員 (7)に追加した「なお～」以降の文言についてですが、ちょっと書いてあることが飛躍するような気がします。急に、ゲノム情報とかになると、むしろ審査プロセスを考え直していけないのかなと思いました。文言をもう少し考えて頂いたほうがよいかと思えます。

○埴岡委員 無理やり足したところもありますので、つまり接ぎ木がうまくいっていないと。

○川越委員 これは接ぎ木が難しいのではないのでしょうか？ 江口委員にも聞いてみないといけませんが。かえって焦点がぼやけてしまうのでは。

○埴岡委員 今頂いた意見については江口委員に相談してみます。

○天野委員 前回のご指摘を受けて、(7)についてはこの項目に移されていますが、もちろん化学療法の推進には違いないのですが、読めば読むほど、元のがん研究に戻すほうが、今のゲノムの件も含めて、色々座りがよいのかなと思いました。

○本田委員 (7)の方はまさにそういう感じがするのですが、(8)については、そういう部分もあるんですが、例えば、意見書にも出しているのですが、適応外の薬剤を保険診療で使いやすくする制度とか、そういった具体的な……審査プロセスだけなのかなと思えます。(9)でもいいんですが、化学療法の推進だから使いやすくするということですよ。適応外の薬の認め方を早めて使いやすくするほうがよいという考え方もありますよね。安岡さんも意見されていましたが、海外ではルール化のもと、臨床試験なしに適応拡大した例が2回ほどありましたので、そういうことを検討するという事は、ここに入るのではないのでしょうか。(9)になるのか(8)に足すのか分かりませんが。

○埴岡委員 まったく別の考えで、この項目については、予算化のところは無理をしているのですが、制度改正で一本立てようかという話になっているんですね。ですから、(7)を補充して頂くか、89 ページに別途立てて入れて頂くという方向でいかがでしょうか。

○本田委員 はい、どちらかということ。

○埴岡委員 具体的な文面については、後ほど ML に送って頂くということをお願いします。
(野田委員が参加)

○埴岡委員 それでは、次に 이슈となっていたのが、87 ページの (5)、高度医療のところですが、これは檜山委員からの入れてはいかがかという意見を反映しております。仕上がり感を見て頂ければと思います。それから 87 ページの制度の (1) ですが、これが一番論議が大きなところですので、時間を取りたいと思います。医療法の改正の文言、前半は前回書いていたものを残しております。それから後半、頂いた意見を接ぎ木で足したのですが、ずいぶん座りが悪くなっているのは事実です。それから議論の整理としては、がんの治療に関わる専門医をしっかりと確立したり、インセンティブを見ていかないといけないという方向感、医療法にどう位置づけるか、特に医療法と医師法にどう結びつけるかということもありますし、また別紙の内田委員からの意見書の 1 ページ目の下のところにあります、医療法上の標榜診療科に連動させることは難しいとご意見頂いております。

○内田委員 標榜診療科につきましては、従来は政令で規定した診療科目しか標榜できなかったのですが、ずいぶん柔軟になりまして、もちろん規定はあるのですが、国民に分かりやすい診療科名であれば色々標榜できるようになってきています。標榜の問題はそこでクリアできると思っています。それからもう一つ、専門医とその評価という問題に絡んでくるのですが、専門医の広告表示につきましては、学会の会員が 1,000 人以上いる、その構成員のうち医師が 8 割以上であるなどの要件があるのですが、学会単位で専門医を認定していて、それを厚労省に届け出をして受理されると、広告してよいという制度が 50 学会以上になっていると思います。私的に専門医を名乗るのではなく、学会という権威で認められた専門医という形で認定を受ければ、宣伝広告できるという制度になっておりますので、現行である程度できている。ただその運用のところの問題があって、国民の中には分かりにくいということがある。ある程度コンセンサスをとったうえでの、皆さんが認める、これならば専門医と名乗っていい、診療科目として名乗っていいという中身がないと、勝手にがんの専門医と名乗りたがる人はたくさんいるので、そのところの整理は必要だと思っています。

○埴岡委員 具体的にはどこをどのように直せばよいでしょうか。

○内田委員 私のほうでやらせて頂ければ修正します。

○埴岡委員 それでは内田委員から修正案を出して頂いて、ML で皆さんも確認をしましょう。88 ページのところですが、(3) の保助看法につきましては、今色々議論しているところで、チーム医療として、看護師の方にどんどん関与して頂きたい部分と、とはいえ範囲の部分もあるということで、本文直しをしています。そこで川越委員のリライト案を今

のところを入れつつ、かつ郷内委員からの意見も入れつつ、最後の 2 行をリライトしています。「看護師の役割をガイドライン等で規定し、看護師の裁量権を拡大して、医師の包括的な指示のもとに一定の医療を行えるように」と書いてあるのですが、ここについて内田委員からご意見頂いています。

○内田委員 色々議論があって、今、厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」の中では「特定看護師」という新しい資格認定の話が出てきていて、そこの兼ね合いもあると思います。業務拡大自体、現行の保助看法のなかで対応できる話と、新たに保助看法や薬剤師法等々、関連する法律の見直しをするのかどうかという問題があり、後者は非常に大きな問題だと思っております。私どもとしては、現行制度の中で、しっかり対応できる業務拡大についてはしっかりやりましょうということと、もう一つは、業務拡大した中で裁量権が拡大するということになると、これは患者サイドのコンセンサスがいるのではないかと考えています。検討するだけだったら結構ですけど、この場でしっかり議論して頂くことが必要だと思えます。

○埴岡委員 ありがとうございます。川越委員、檜山委員にも伺ってみましょう。

○川越委員 ここは非常に微妙な問題がございます。今の医師法の規定によると、17 条と 20 条ですか、医師の診察のもとに行うということが明確に規定されていまして、それを抜きにして、看護師に一定の裁量権を与えるというのは無理がある。運用面の見直しを考えるか、あるいは医師法・保助看法、そういったものの改訂を行ったうえで、一定のルールのもとに裁量権を議論しないといけない。私もこの問題について、医政局の会議の責任者で 3 年間やったのですが、危惧するのが、責任体制が不明確になるのではないかとということと、看護師さんに、どれだけの権限を委譲するのかということ、きちんと押さえておかないと、不利益を被るんじゃないかと懸念しております。

○檜山委員 今言われたように法律改正か運用面を変えるか、やはりどちらかのスタンスを決めないと、これは大きな問題になりかねないと思います。

○埴岡委員 事務局としては、2 つ選択があると思っていて、検討して頂いて改正が必要だということで話が進めばそこで改正して頂いて、改正が必要ないという話にとどまれば、運用のほうで対応して頂くと思えます。まずは検討することで議論が進むかと思えます。今日出しております修正案で、ここは可能であればと思っているのですが、よろしいでしょうか。(4) の薬剤師法の改正も同じでございまして、(3) を踏襲し、ガイドライン等で規定し、チームにおける薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と保助看法の改正を検討するというところで語尾をとどめているところです。これも郷内委員と川越委員の意見を加味しております。

88 ページの (5)、医学物理士法の制定ということで、昨年からあった施策が出ています。内田委員から医学物理士だけが必要ではないので、一回洗い出しをしたほうがよいのではないかとことです。医学物理士の育成については、今日お休みですが中川委員から出た意見によって採用したものでございます。野田委員いかがでしょうか。

○野田委員 医学物理士については、数字が必要かと思います。私の立場や患者からすると絶対に医学物理士は必要です。ただしやはり、例えば 5 年後の日本の放射線療法がこうあるべきで、だいたいこのくらいの患者さんを対象とするときに、これくらいの施設にこれくらいの機械——とにかく今は機械が早く走っているような状態なので——その点からも医学物理士が増えていけばよいと思いますが、その数字があって初めて良いというのが一つ。それから、この国家資格があれば、学校が乗り出す、だから育成がいくという考え方はですかね。そこにいくフィージビリティというかポイントも知りたいと思います。というのは、一般に国家資格を作るにあたっての制度設計はそんなに簡単ではないと思うので、例えば、今実際に学会で運用されている放射線物理士があるのであれば、その運用をもっと進めることで、よりスムーズになるのか、それとも国家資格がないということが、ボトルネックになっているのか、それを説得して頂ければと思います。

○川越委員 これは中川委員から出して頂いているので、やはり一番現場で苦労されていると思いますので、保助看法や薬剤師法の改正、この国家資格化についても背景には医師が減っている、もっともっと分担しようという思想が根本にあるんだと思います。それから、今野田委員がおっしゃられたように将来の見通しをある程度描いたうえで、とんちんかなことにならないようにしたいと思います。

○埴岡委員 A 案としては、これで残したまま 4 月以降、他にも必要なものを積極的に考えていく、B 案は 4 月以降洗い出し作業をするので、今回はいったんペンディングするということが、いかがでしょうか。

○川越委員 今の野田委員のご意見も含めて、中川委員のご意見を求めたいと思います。

○埴岡委員 それではこれも ML を活用して中川先生に質問したいと思います。

○野田委員 質問するときに、医学物理士の国家資格化も含めた制度設計の検討という文言にすればよいと思うのですが、これだと国家資格が何よりもありきに見えるので、中川先生が診療放射線技師資格との明確化と、さっき言ったことは 85 ページに書いてあるので、その後ろに、そのまま、あまり国家資格化ありきでない形で書いて頂ければよいと思います。放射線物理士育成が急務であるというのを、ここからは外すというのはあまり賛成ではありません。

○内田委員 さっきの特定看護師の話もそうなのですが、業務拡大と言いながら、新しい資格をつくってしまうと、その資格がなければ対応できないということが出てきてしまう。そうすると現場ではすごく困ってしまう。そのへんは慎重に対応しないといけない。

○埴岡委員 それでは今出たいいくつかの質問を中川先生にご相談しながら、P89 の (5) と (6) について固めてまいりたいと思います。(7) の薬事法の改正については本田委員に一任して、皆で承認してまいりたいと思います。(8) については新規でして、檜山委員からご提案頂いたものでございます。第 1 分野よろしいでしょうか。

では、第 2 分野、96 ページ「緩和ケア」に移りたいと思います。特に 98 ページの (8) 「緩和医療科外来の充実」については、新規で郷内委員から出ています。補足ですが、基

本的に委員から提案して頂く時には、TM とアンケートで多数の声があるものについてのみ認めています。98 ページ (3)「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」も郷内委員の提案です。それでは、予算、診療報酬、制度で何かあればよろしく申し上げます。

○檜山委員 先ほどの議論に戻りますが、97 ページ (2) の長期療養病床のがん専門療養病床への活用のモデル事業ですが、これを本当にこういう形にするのかどうかという議論をきちっとしておくべきだと思います。さっきの取りまとめ担当になった 3 人の委員の方のやられるスタンスと矛盾しないようにするべきです。

○埴岡委員 昨年提案したものについては、あまり大きく手直しはしませんが、直すべきところは直すということなので、3 人の委員の方の意見がまとまった段階でリライトが必要であればしていきましょう。

それでは分野 3「在宅医療」です。事前説明が必要なのは、107 ページの一番下の医療法の改正ですが、ここは大規模在宅緩和ケア診療所のケア計画の規定についてです。108 ページの一番上の (2) のところ、ここも保助看法と書いてありますが、これは在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定として書いてあります。それから (3) 介護保険法の改正ですが、これは川越委員の意見をもって修正しているところもございますし、内田委員からの意見書では介護保険法の法改正は必要ないというご意見でした。

○内田委員 これは介護が必要な方に、ただちにサービスを提供できる制度化が必要という意見を受けてのものだったと思いますが、今でも、要介護認定された場合、申請時に遡及して介護保険サービスを受給できる制度になっています。これはご存知ない方が結構いるかもしれません。だから法改正まで踏み込む必要はないと思います。

○川越委員 認定までの時間、導入できるというのは、現場にとってはある意味常識なんです。一番問題なのは、介護保険というのは生活支援ということを目的としているので、医療に対してやはり正直弱いということ。がんは典型なんです。むしろ医療的なことが分かってる方がケアマネジメントに指導しなきゃいけないということとございまして、今は介護認定というとすぐそっちの（介護の方に）いってしまう。実際は非常にやりにくいということが現場では起きています。制度改正しなくてよいという意見もありますが、現場はこれで非常に疲弊しているというのが事実です。

○内田委員 がんの方に対する介護保険の適応というのは結構ハードルが高い、医療の方で賄えるだろうという前提がある。そのところの連携を検討する機会が必要だと思います。

○埴岡委員 ありがとうございます。それでは議論の多かった 153 ページのがん研究にいきましょう。153 ページの予算の (1)、これは檜山委員から希少がんだけでなく、難治がんを取り入れるべきだと意見を頂いて反映したという経緯がございます。それから檜山委員から繰り返し、制度に対して客観的な第三者的な組織がかかわること、そこに患者関係者や有識者が置かれている仕組みが必要ということで、これも反映しております。

(2) のがんの社会学的研究分野の戦略研究の創設に関しまして、江口委員からは医療経済学が大事という指摘もあったので、これも反映しています。(3) については、患者の QOL

研究だったのですが、患者だけでなくサバイバーの意見も必要という江口委員の意見を反映しています。それから、(4) (5) がブランクになっていますが、江口委員の提案により、新たに立てる予定です。現在江口委員を中心に作成中です。154 ページにつきましては、(1) について檜山委員から、新たにご提案を頂いております。それからファンディングエージェンシーによる研究審査と成果の評価も檜山委員からの意見を反映しています。野田委員から意見書を頂いているのでご説明をお願いします。

○野田委員 がん研究なんですけど、そもそもの論理をここに入れていいかどうか難しいのですが、基本的にこれ医療費と同じですが、がん研究ってパイの取り合いなんですね。研究費が固定されていて、こっちが大事か、あっちが大事かなのですが、やっぱり常に、がん研究費が小額であるということを、是非ここに入れて頂きたいと思います。

そもそも論というのは3つに集約されます。1つは研究予算。例えば、総額が米国に比べて2分の1か4分の1である。しかも米国では5年間でそれを倍にしようとしている。2番目は、研究開発支援が弱いので、日本発の医療技術が極端に低下していて、どんどん輸入超過になっている。3番目としては、そういうものを包括的に見る司令塔が存在しない。つまりこのがん対策推進基本計画は、厚労省できちんと見てくれていますけれども、一方このがん研究は3省庁ですが、その関係連絡閣僚会議が動いていないんです。がん対策基本法の趣旨を、研究開発で医療を革新するという意味合いから検討する場所がいままでないというのがそもそもの問題だという文言を入れられないかということです。

次に細かいことですが、希少がん、難治がんをやっぱり分けなければならない。要するに対策が根本的に変わってきます。それからがん社会学研究分野というのはよいですが、このまま研究領域の重要性だけにとどまってしまうと、例えば文科省であれば、いわゆる研究領域の設定などで対応され、まったく実質がなくなってしまうので、むしろ今がん社会学的研究では、これが重要だというものを打ち出したほうがよいのではないかと思います。また、(3) (4) は高度医療との絡みも含めて、大学やあるいは地域の拠点病院の医療レベルがある程度以上担保されることを確保したうえで、その医療情報を使った、臨床研究の推進をしっかりやったほうが良いと思う。その費用を担保できるようにしたほうがよいのではないかと思います。

最後に制度ですが、ファンディングエージェンシーが必要なのは間違いないのですが、評価はポリシーがあって初めての評価なので、研究がどうあるかというポリシーを作って中長期的なストラテジーを立てる、いわゆる内閣府だと思いますが、そういう組織があって、評価することが大事かと思いました。独立行政法人のこのPMDAで評価というのは逆行するので、やはりお互いがお互いを評価するというピアレビューの文化を日本に醸成させるべきだと思います。

○埴岡委員 今日頂いた資料はすべてウェブに掲載します。野田委員から意見頂きましたので整理しますと、新たに制度面で施策をたてるか、たてないかということ、あるいはライトですむものか、二通りあると思います。一応のルールとしては、新提案するときは、

TM やアンケートの意見からというものがありますが、ただ委員からもエキスパート機能ということで意見を言っていくのもよいと思います。皆さんいかがでしょうか。

○天野委員 野田委員の資料の 3 ページで、社会学的研究分野の戦略研究についてというところで、3 つほど具体的にご提言を頂いて、こういう提言が無い限り、財務省が機能しないというご指摘がありました。この 3 つは具体的に提案書に盛り込むというお考えでしょうか。

○野田委員 これを出された方のお考えの中にそういう具体像があれば、リライトしたほうがよいということです。これをやらないと医療が充実しないというのがあれば、そっちを書いたほうがよいと思います。無理やり作る必要はないと思います。

○埴岡委員 文言の中に入れるということ、あるいは施策シートの解説の中に加味するという可能性もあると思いますので、引き続きご意見頂きましょう。

○郷内委員 野田委員のご提案の大きい (3) の司令塔の確立については、本当に大事なご指摘を頂いたと思いますが、71 ページの下のほうに (4) で、内閣府にがん対策連携推進室を設置と謳っておりますので、説明が十分ではないかもしれませんが、野田先生のお考えと完全にはマッチしないかもしれませんが、やはりこの部分は研究の役割から、要望が強いというふうにしたいと思います。

○埴岡委員 司令塔というのは米国の NCI のようなものということですか？

○野田委員 NCI というよりプレジデンシャルアドレスというものを基本的に、あとで資料をお見せしますが、大きいのは連携ではなくて、イニシアティブがどこにあるかであって、例えば米国だったら、NCI の予算自体が、直接、大統領と議会で決まる。その予算は、国内でどういう研究があるべきかを全部含んでいる。要するに、総理大臣にもっとやってほしいということですね、日本の場合には。

○埴岡委員 そうしますと、個別の施策に関して頂いたものについては、出来るだけ趣旨を踏まえてリライトをお示しするというところでやっていきたいと思います。別途立てる必要があるものについては合意を得ておきたいと思います。司令塔の確立とかその辺りでしょうか。先ほど郷内委員からご指摘あったところですが。

○野田委員 郷内委員のおっしゃっていたところを、もう少し、イニシアティブが見える用な書き方にして頂きたい。むしろ立てるとすると私の資料の 4 ページの (4) (5) のところにあるのですが、基本的に (5) にあるゲノム科学的なアプローチをどうとるかということ、是非、(4) (5) あわせたような立て方で、承認プロセスも併せた形ですが、ゲノム科学的なアプローチをとることで簡略化や迅速化を図るというか、そういう部分は PMDA の役割を広げることも含めて、もしよろしければ一つ書いて、皆さんの判断を仰ぎたいと思います。

○埴岡委員 分かりました。では、ここで 1 本立てるということで、タイトルと説明を書いて頂いて、明日の夕方までに ML に送って頂きたいと思います。それでは 153~154 ページのがん研究ですが、制度 (1) のところ、最後 2 行は取るということによろしいですか。

それでは、がん登録、135～136 ページです。がん登録法の制定というところでは多くの方の賛同を頂きました。一方で、136 ページのところ個人情報保護法の整備ということがございまして、(1) と (2) の関係性については、議論があり (1) があれば、(2) はいらないので取り下げようという意見もありましたが、一方で (1) が通らなかつたときに (2) がないと弱いということもありましたので、オーバーラップしている部分もあるのですが両方残そうという話もございました。(2) のリライトについては、個人情報保護法の改正というのは大きなテーマなので、個人情報保護体制の整備と、実際に使えるやり方を整備、また法レベルよりも通達レベルに直したほうがよいという意見も出ていますので、ここを決めてしまいたいと思います。では、具体的に伺いますが、がん登録法は残すということよろしいですか？

○内田委員 1点張りで

○埴岡委員 1本勝負でよろしいですか？

○檜山委員 僕も (2) はいらないと思います。登録を法制化することが大事だと思います。

○埴岡委員 (2) は削除して、(1) だけ残すということで対応したいと思います。

○野田委員 気になっていたのですが、診療報酬加算をされたり法制化されたりすると、担当者は、事務局から相当のプレッシャーがかかると思うんですね。色々聞いていると、病院の規模やシステムによって違うみたいですが、担当者にかなり負担になっているという話を聞きます。そのため、きわめてネガティブなことをいう医者がかなりいる。そのところの解決というか、例えば「どこの電子カルテはものすごくがん登録が楽」という話もあるので、そういうボトムアップというか、いわゆるがん登録に必要な情報を共有し浸透させていくことも大事。単純にお金や人を増やせばいいという問題だけではない気がします。

○内田委員 私、神奈川県でがん登録を担当していましたが、書式そのものはそんなに大変ではないと思います。ただ対象症例の非常に多いところや手術なんかやっているところなどは若干大変という印象があります。また現状ではまったくボランティアです。

○野田委員 メディカルクラークみたいな人を一人雇えば、それで大丈夫というようなものなんですか？

○内田委員 ケースにもよるでしょうが、概ね大丈夫ではないかと思います。

○埴岡委員 提案書全体では総合的なものも入っていますし、横串議論も入っていますので、その辺は書きこめていると思いますが、重要なご指摘だと思います。それでは最後に、「疾病別の対策」のところ、159 ページの一番上の (3) 小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進については、檜山委員のご提案です。160 ページのところ、(2) 小児がんと希少がんへの拠点病院制度、(3) 特定疾患研究事業の見直し、これについても檜山委員から出して頂いております。アンケート、TM での意見もサンプルとして沢山出して頂いていますが、何かご意見があればいかがでしょうか。

○内田委員 160 ページの (2) ですが、これ TM でたぶん出ていたと思うんですが、要する

に専門的に特化したがん、例えば「うちは肺がん専門の病院です」というようなところの拠点病院認定がないんですね。オールラウンドにやるところだけでなく、そういうものも拾っていく制度も必要かと思います。

○檜山委員 肺がんだけをきちんとやられているという施設はありますし、そういうところが取り残されつつあるのは、TM でもやはり意見が出ていましたので、どこへ盛り込んだらいいのか、さっきの拠点病院の見直しのところで、その点が入っていたと思うので、そこで反映させて頂けるほうがよいのかなという気はしています。

○野田委員 檜山先生のご意見は、そういった病院は、例えば診療報酬が上がるとか、そういう形でサポートするということですか。というのは普通の拠点病院と違って、そういう形でのサポートがないとなかなか機能しないと思うので、インセンティブをつけたほうがよいと思います。希少がんは、日本でこことここが支えているというところに対して、患者が集まってきて過ごしやすいうような環境を整えるような形にしないと。

○檜山委員 先生がおっしゃられる通り。ポンチ絵の施策 9 にもありますが、治療するときはそういう専門病院にも行くけれど、後のフォローアップ、あるいは晩期障害については、小児がん・希少がんのサバイバーシップセンターというのを設けて、そこにお金を投入して頂いて、地域と連携して頂いて、サバイバー事業としてやって頂くというのが僕のイメージなんです。

○野田委員 普通の拠点病院よりも、さらに厚く手当されるべきだと思うので、ある程度以上の割合の希少がんのある程度の割合の治療実績を持っているところについては、診療報酬を厚くして、遠くから来る人たちが過ごしやすくするべきだと思います。

○川越委員 こういった特殊ながんを持ってきたときに、均てん化との兼ね合いの問題に遭遇するんですが、そうだとしたら制度というより診療報酬の方で厚くするという形がよいんじゃないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○埴岡委員 今の意見を総合すると 160 ページにはどのようにリライトすればよろしいでしょうか。

○檜山委員 制度のところ、別の形の拠点病院という構想も新しく打ち出してもよいのかもしれないですね。それと 159 ページの診療報酬のところにも、そういう形で書き直したほうがよいかもしれません。

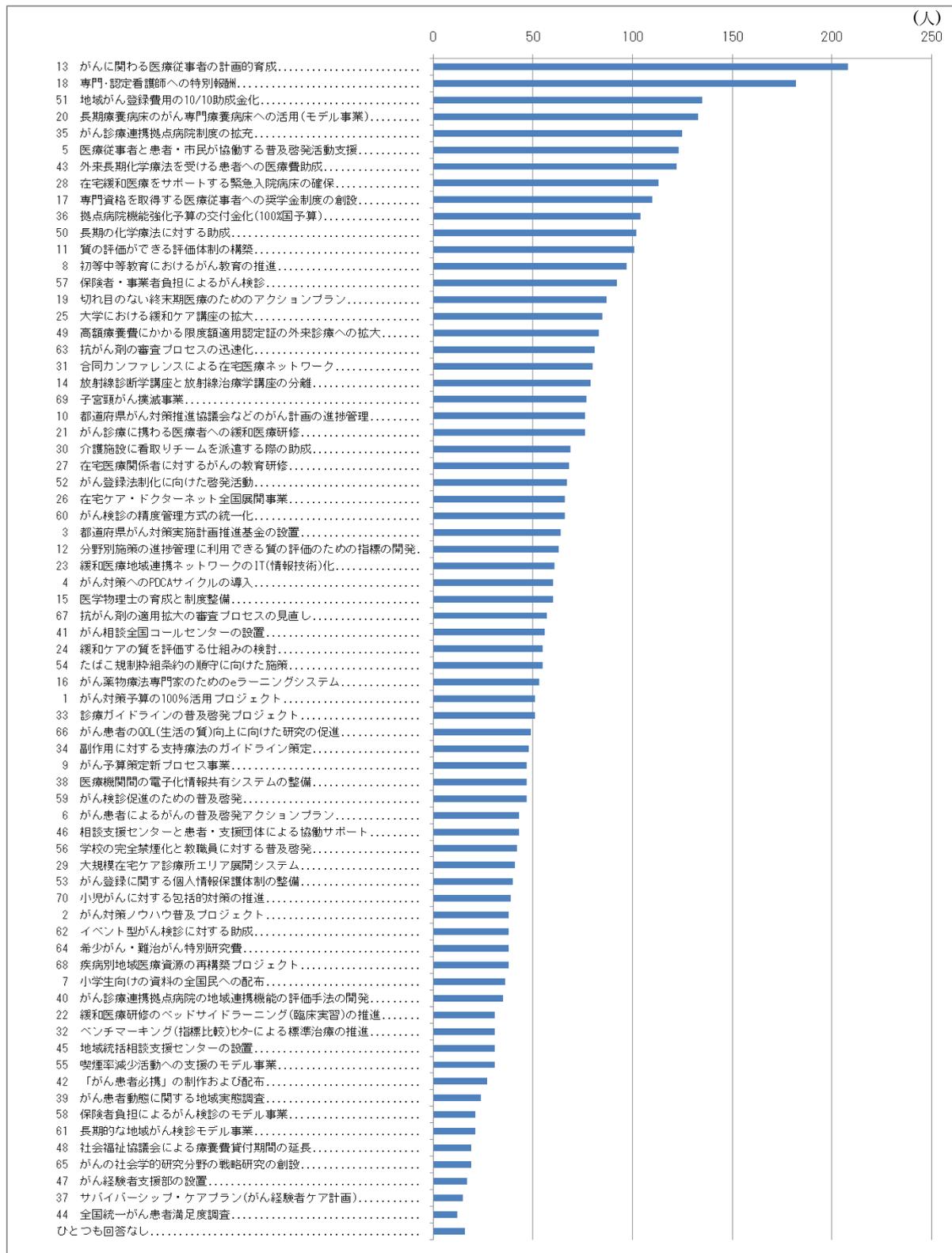
○埴岡委員 あまり宿題を増やしたくはないですが、これも ML 上で意見を総合して取りまとめたいと思います。ありがとうございます。全部は審議できなかったのですが、これまで出されていたものについては、おおよそカバーできたと思います。カバーできなかったものについては、おっしゃっていただければ、ML にて審議できればと思います。今日いくつか宿題を出させて頂きましたので、申し訳ありませんがお願いします。それから 2 点お知らせがあります。第 3 分冊の施策シートがございますが、今日準備が間に合わずお示しができませんでした。予算および診療報酬についてはシート化を出来ればと思っておりますが、制度面については、議論の初期段階なので、施策シートに落とし込むのはまだ

困難と思っておりますので、次年度以降の宿題としたいと思っております。あともうひとつ、あとかきのパートについて、今日はお示しできませんでしたが、ML で確認をして頂きたいと思っております。3月4日を目途に仕上げ、11日の本協議会に提出できればと思っております。3月11日のがん対策推進協議会で審議をされ、おそらくいくつかの追加意見を経て、成案となります。おそらく3月中に長妻昭厚労大臣に提出されるということが行われると思っておりますので、お知らせをしておきます。長い時間お疲れ様でした。終わります。

以上

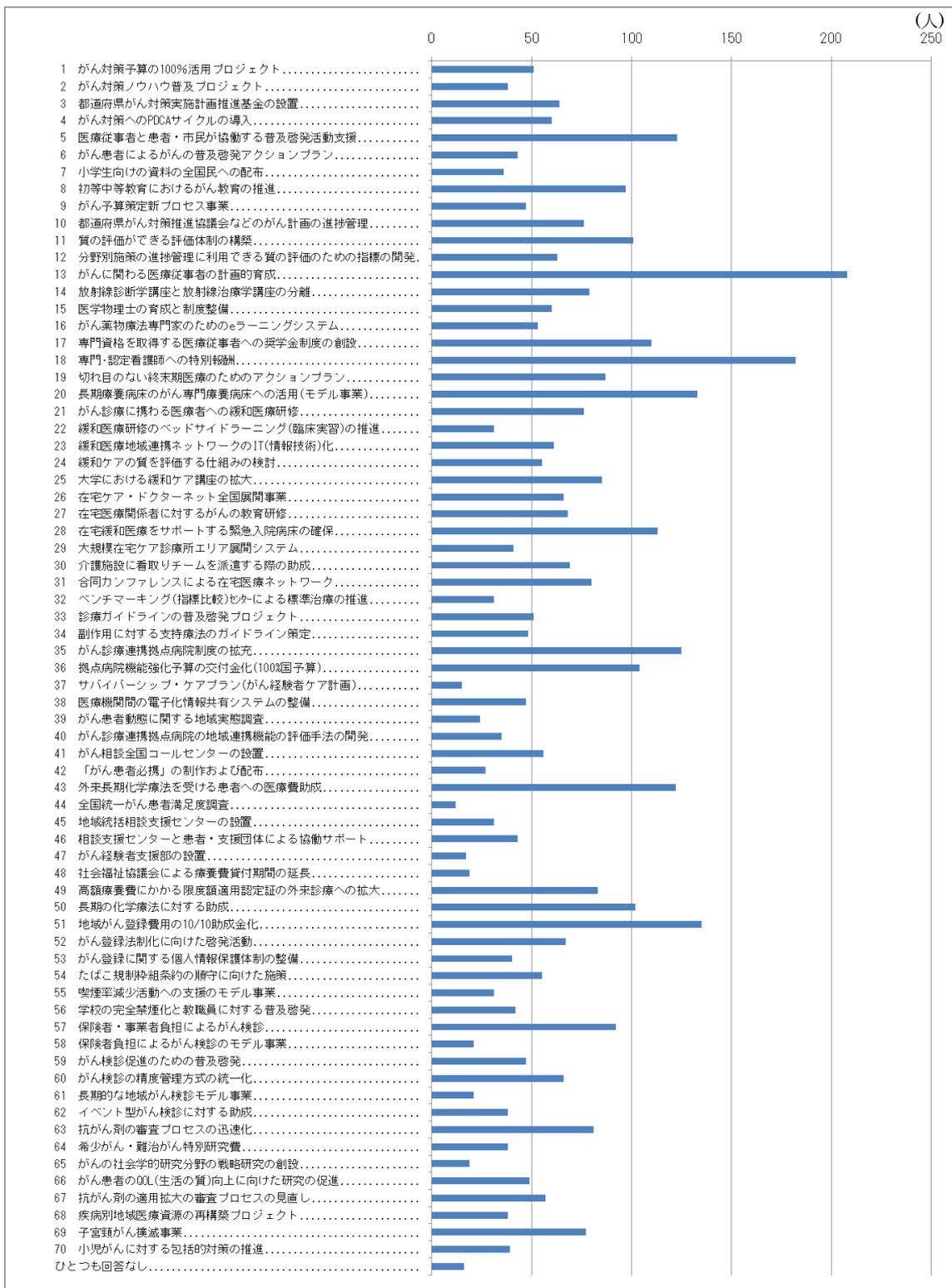
4-4-4 「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート（回答者数順）



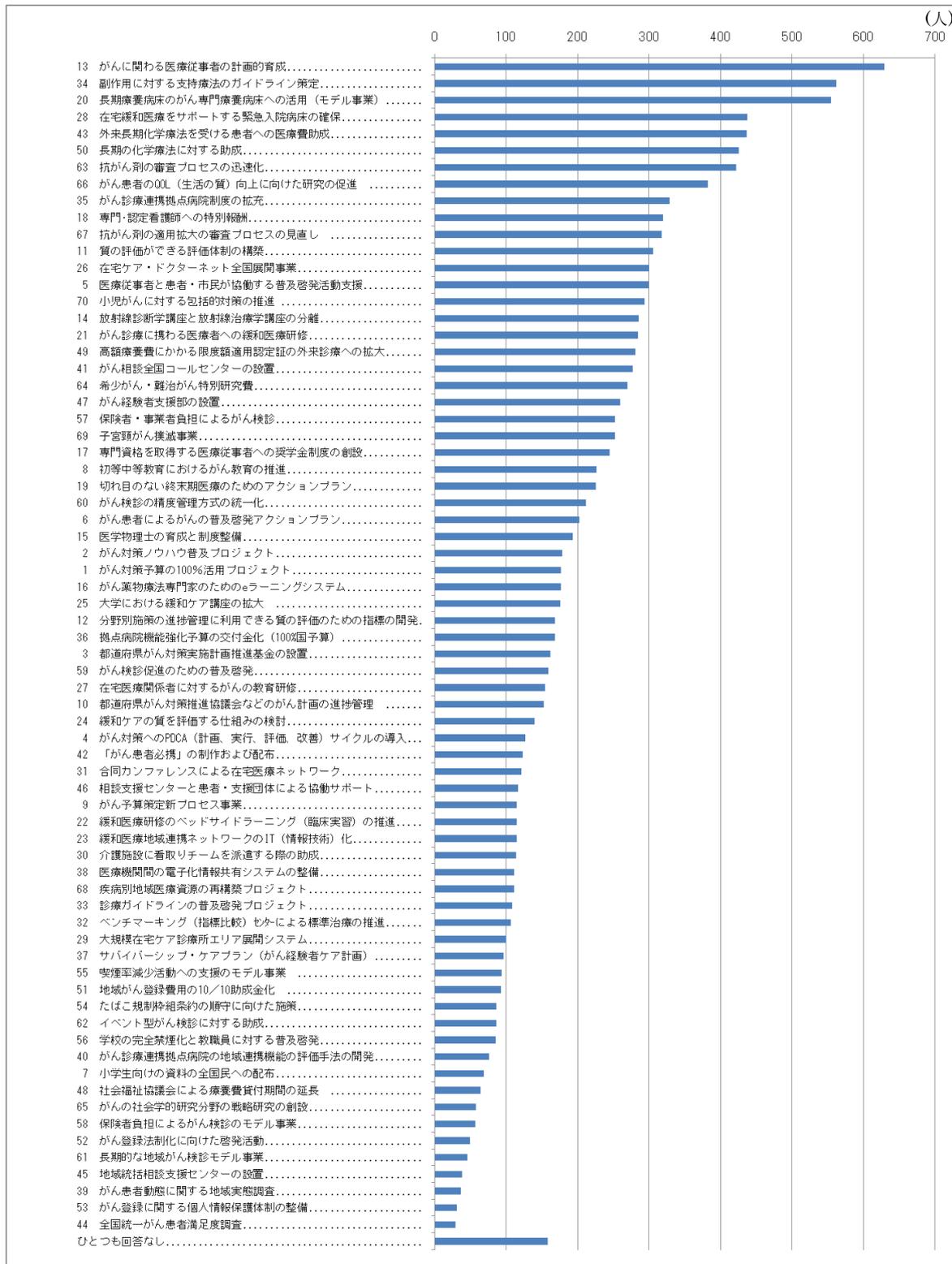
「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート（施策番号順）



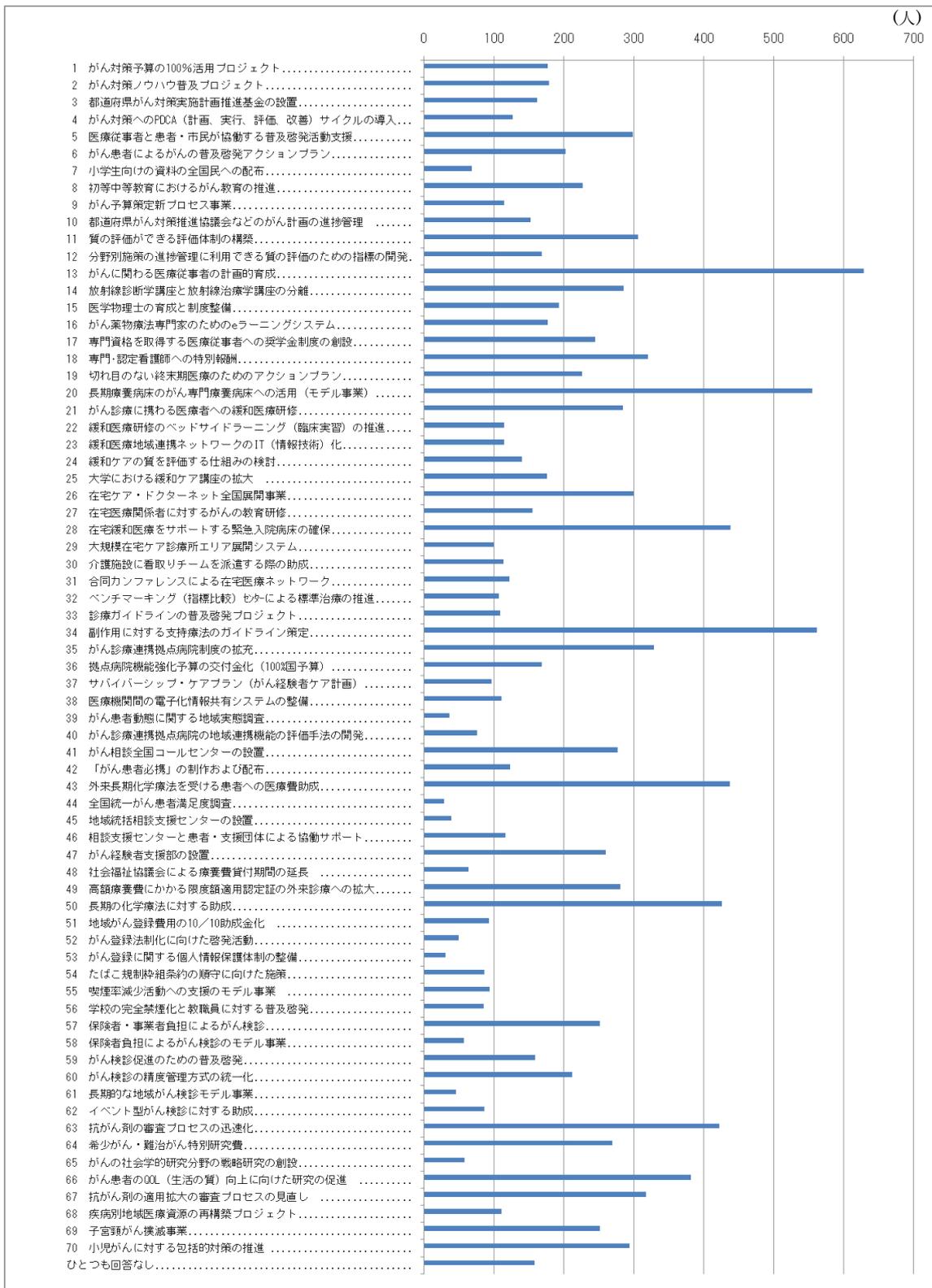
「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・日本医療政策機構 患者アンケート（回答者数順）



「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・日本医療政策機構 患者アンケート（施策番号順）



平成 23 年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～
第 1 部 本編

がん対策推進協議会
平成 22 (2010) 年 3 月 31 日

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 2 部

施策提案シート

がん対策推進協議会

平成 22 (2010) 年 3 月 31 日

表:がん対策の「予算」に関する74本の提案例

	施策名	内容
全体分野1 がん対策全般		
A- 1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	調査グループが実地調査に基づき、都道府県にがん対策予算を助言します
A- 2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	コンサルティングチームが、優れたがん対策事例を都道府県に助言します
A- 3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	がん対策基金を設置し、都道府県の優れた行動計画に対して助成します
A- 4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入	がん対策の効果を検証し、客観的なデータをもとに対策に修正を加えます
A- 5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	医療者と患者・市民が協働で行う、がんの啓発活動の事業費を補助します
A- 6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	都道府県と患者団体が協働で、がん患者の講演による啓発活動を行います
A- 7	小学生向けの資料の全国民への配布	がんについてのわかりやすい啓発冊子を国が作成し、全国民に配布します
A- 8	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
全体分野2 がん計画の進捗・評価		
A- 9	がん予算策定新プロセス事業	アンケートやタウンミーティングで現場の声を集約し、予算を策定します
A- 10	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理	都道府県がん対策推進計画の進捗管理を行う予算と人員を確保します
A- 11	質の評価ができる評価体制の構築	がん医療の質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発	がん医療・検診・登録・緩和など各分野の質を評価できる指標をつくります
個別分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成		
A- 13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	必要とされる医療者数を算定し、年度別の育成計画や予算等を策定します
A- 14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	放射線治療学の専任教員数を増やし、放射線治療医の増員を促進します
A- 15	医学物理士の育成と制度整備	放射線治療医をサポートする技術系人材の育成と採用を促進します
A- 16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	講習出席による現場の負担を軽減するとともに、医療者の質の担保を図ります
A- 17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	資格所得に伴い減収・無収入期間が生じる医療者をサポートします
A- 18	専門・認定看護師への特別報酬	専門知識を有する看護職養成を図り、チーム医療と負担軽減を促進します
A- 19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	審査を行うPMDAの体制見直しや施策の検討を進め、助成金を増額します
A- 20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し	既承認薬の適用拡大について、審査を行うPMDAの体制見直しを進めます
個別分野2 緩和ケア		
A- 21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	在宅・緩和に関わる医療資源を算定・公開し、行動計画を策定します
A- 22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	再発・進行がん患者の専門病床を確保して、緩和ケア病床を増やします
A- 23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	eラーニングシステムも活用し、5年間で10万人に基本的研修を行います
A- 24	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進	医療者が緩和ケアについて、現場で実地研修を受けられる体制を作ります
A- 25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化	在宅緩和医療の関係者をIT情報網で結び、情報共有と地域連携を進めます
A- 26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討	緩和ケアの質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 27	大学における緩和ケア講座の拡大	緩和ケア講座と専任教員数を増やし、緩和ケア提供のための基盤を整備します
A- 28	緩和医療科外来の充実	全ての拠点病院において、緩和ケアの外来とチームの設置と充実を進めます
個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)		
A- 29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	在宅ケアを行う医師の、IT情報網による地域ネットワークを各地に作ります
A- 30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	介護職・ケアマネージャー・福祉関係者に対してがんの教育研修を実施します
A- 31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	在宅療養患者の病状悪化時に、緊急かつ短期に入院できる病床を確保します
A- 32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	多くの在宅患者の看取りを行う施設が、事業を広域に行うことを支援します
A- 33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	介護施設に在宅緩和ケアチームを派遣し、介護施設での看取りを促進します
A- 34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	拠点病院と地域診療所が、個々の患者の連携について定期会議を開きます
個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)		
A- 35	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	治療成績・臨床指標・DPCデータからレポートを作成・公開します
A- 36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	学会のがん診療ガイドライン作成や、医療機関の研修会に補助金を出します
A- 37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	副作用を軽減する治療法のガイドラインを策定し、治療薬の開発も進めます

	施策名	内容
個別分野5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)		
A- 38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	拠点病院の中で重点的な取り組みを行う施設に対して、事業費を増額します
A- 39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	拠点病院強化予算に対する都道府県負担分をなくし、全額国の予算とします
A- 40	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	患者の治療やフォローアップに関するプラン作成に対して報酬を支払います
A- 41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	医療機関相互の情報連携システムを整備し、連携スタッフの配置も進めます
A- 42	がん患者動態に関する地域実態調査	がん診療体制ネットワーク内を患者がどのように移行しているかを調べます
A- 43	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発	拠点病院の地域連携機能や質などを評価できる評価手法をつくります
個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供		
A- 44	がん相談全国コールセンターの設置	24時間対応の全国コールセンターを設置し患者の療養相談に対応します
A- 45	「がん患者必携」の制作および配布	すべての新規患者に対して治療や療養に関して記載された冊子を配布します
A- 46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	外来で長期化学療法を受けている患者について、窓口負担額を減らします
A- 47	全国統一がん患者満足度調査	拠点病院にて共通調査票を配布し、集計センターで分析を行います
A- 48	地域統括相談支援センターの設置	拠点病院の既存の相談支援センターを補完し地域連携を促進します
A- 49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート	拠点病院の相談支援センターと患者支援団体の協働サポートを支援します
A- 50	がん経験者支援部の設置	がん患者の治療後の肉體、精神、経済的問題の支援と研究を行います
A- 51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長	長期に外来化学療法を受けている患者について、療養費貸付を延長します
A- 52	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大	患者が健康保険の自己負担分のみを窓口で支払う制度を、外来にも広げます
A- 53	長期の化学療法に対する助成	長期化学療法を受ける特定疾病患者の窓口負担を、月額1万円程度とします
A- 54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布	がんに関わる医療機関に、患者対応のあり方を記載した手引きを配布します
個別分野7 がん登録		
A- 55	地域がん登録費用の10/10助成金化	統一標準方式の地域がん登録が全国で行われることを目指します
A- 56	がん登録法制化に向けた啓発活動	がん登録の立法に向けて啓発を行い、地域がん登録の予算措置を進めます
個別分野8 がんの予防(たばこ対策)		
A- 57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	日本も締結済みである、たばこ規制枠組条約に定められた施策を実行します
A- 58	喫煙率減少活動への支援の事業	禁煙支援やその啓発、教育を行う、都道府県やNPOの活動を支援します
A- 59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	学校教員に禁煙教育を行い、校内完全禁煙を定める政令や条例を制定します
再	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
個別分野9 がんの早期発見(がん検診)		
A- 60	保険者・事業者負担によるがん検診	検診費用の市町村・受診者負担を、メタボ検診と同様に保険者が負担します
A- 61	保険者負担によるがん検診事業	モデル地域にてメタボ検診と同様に、がん検診費用の保険者負担を進めます
A- 62	がん検診促進のための普及啓発	がんに関する啓発冊子配布や学校教育を進め、がん検診への理解を進めます
A- 63	がん検診の精度管理方式の統一化	国・学会・都道府県が連携して、がん検診の精度向上を統一的に進めます
A- 64	長期的な地域がん検診事業	がん検診に理解のある地域を対象に、検診の有効性を長期的に検証します
A- 65	イベント型がん検診に対する助成	検診イベントを促進し、夜間や休日、居住地以外での検診機会を増やします
個別分野10 がん研究		
A- 66	希少がん・難治がん特別研究費	希少がんや難治がんに対する新規治療法に対して、研究予算を確保します
A- 67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	心理学や社会学など、がんの社会的な研究に対して助成支援を行います
A- 68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進	副作用対策やQOL向上につながる研究に資金を提供します
A- 69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援	集学的治療の標準治療を確立するために、大規模臨床試験を推進します
A- 70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援	がん予防や検診の有効性を検証するために、大規模長期研究を推進します
A- 71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進	患者ゲノム情報による、副作用発現予測システムを確立する研究を推進します
個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策		
A- 72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	特定のがんについて予防～緩和までの医療連携ネットワークを構築します
A- 73	子宮頸がん撲滅事業	子宮頸がんワクチン接種を予防接種法に位置付け、検診促進を進めます
A- 74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	小児がんの治療や患者、家族、長期生存者に対する支援と研究を推進します

表:がん対策の「診療報酬」に関する29本の提案例

	施策名	内容
全体分野1 がん対策全般		
B- 1	がん医療の質の評価	指標の達成率で拠点病院のがん医療を評価し、診療報酬を加算または減算します
全体分野2 がん計画の進捗・評価		
B- 2	がん医療の質の“見える化”	がん医療を評価するベンチマーキングセンターの、拠点病院への設置を評価します
個別分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成		
B- 3	放射線療法の推進	放射線治療に関わる医療従事者の配置や、各種放射線療法について加算します
B- 4	化学療法とチーム医療の推進	化学療法の専門の医師、看護師、薬剤師の配置や、治療計画管理等を評価します
B- 5	入院および外来化学療法の推進	入院、外来化学療法の評価や、外来にて患者対応を行う看護師の配置を評価します
B- 6	がんにおける診療項目の評価	手術療法の手技、術中迅速病理検査など、がんにおける各種診療項目を評価します
B- 7	高度医療	高度医療申請を診療報酬で評価し、その保険外使用に関しても保険適応します
個別分野2 緩和ケア		
B- 8	緩和ケア診療加算	外来での緩和ケア診療の加算や、緩和ケア病棟の入院基本料の引き上げを行います
B- 9	緩和ケア研修修了者の配置	一定の緩和ケア研修を修了した医療者の、医療機関への配置をさらに評価します
B- 10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	鎮痛薬治療などを出来高払いとし、緩和ケアを行うがん専門療養病床を評価します
個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)		
B- 11	在宅医療の充実	在宅療養支援診療所や、在宅終末期患者の緊急受け入れ病床の確保を評価します
B- 12	在宅医療ネットワークの構築	病院と在宅診療所の合同カンファレンスや、クリティカルパスの患者紹介を評価します
B- 13	医療と介護の連携	退院困難な患者の退院計画の策定や、退院後の医療と介護の連携を評価します
B- 14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成	大規模な在宅療養支援診療所や、その専門教育機関としての認定を評価します
個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)		
B- 15	DPCデータや臨床指標の開示	診療内容を明らかにするDPCや指標データを解析、公開する医療機関を評価します
B- 16	診療ガイドラインの推進	ガイドラインに基づく、院内クリティカルパスによる治療を行う医療機関を評価します
B- 17	セカンドオピニオンの推進	セカンドオピニオンの紹介病院のみならず、受け入れた病院も評価します
個別分野5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)		
B- 18	地域連携とその他の連携	地域連携クリティカルパス策定や、地域病院どうし、薬剤師どうしの連携を評価します
B- 19	がん診療体制の充実度に応じた評価	診療連携拠点病院の指定要件を満たす体制を有する、地域の医療機関を評価します
B- 20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価	がん難民の低減に向けた、診療ネットワークの構築に取り組む医療機関を評価します
個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供		
B- 21	相談支援センターの充実	相談支援センターへの相談員の配置や、研修を受けた相談員による相談を評価します
B- 22	相談支援センターと患者団体の連携	研修を受けた患者経験者による相談や、患者団体の支援を行う医療機関を評価します
個別分野7 がん登録		
B- 23	がん登録に関わる職員の配置	院内がん登録職員の配置を加算し、院内がん登録の対象とならない患者を減算します
B- 24	地域・院内がん登録	地域や院内のがん登録に参加する医療機関は加算し、参加しない場合は減算します
個別分野8 がんの予防(たばこ対策)		
B- 25	たばこ依存への治療と禁煙対策	ニコチン依存症管理料を強化し、敷地内禁煙を実施していない医療機関は減算します
個別分野9 がんの早期発見(がん検診)		
-	--	--
個別分野10 がん研究		
B- 26	高度医療への対応	基準を満たす施設にて高度医療で未承認薬を使用し、他の診療は保険適用とします
個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策		
B- 27	小児がんと希少がん	小児がんや希少がんを診療する医療機関での、診断や調剤などを評価します
B- 28	長期生存者のフォローアップ	長期生存者や、成人診療科での小児がん長期生存者のフォローアップを評価します
B- 29	リンパ浮腫	リンパ浮腫指導管理料の対象疾患や算定回数を拡大し、外来でも評価します

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 2 部

施策提案シート

「 予 算 」

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-1
4	施策名	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト
5	施策の概要(目的)	がん対策基本計画や予算に盛り込まれた施策が、国と地方自治体の予算編成上の問題により100パーセント活用できない問題点を整理し、その対策を講じていくことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん対策予算の策定に関わる省庁および地方自治体
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	国と地方自治体の予算編成期のズレや、国と自治体の相互連絡の不足、国からの2分の1助成が申請しづらいなど、がん対策予算に関わる諸問題を明らかにするため、がん対策のアドバイザー2~3人を組織し、実地調査・ヒアリングを実施する。特に国から提示されたがん対策事業を、自治体が使いやすいようにするための仕組み作りに焦点をあて、対応策を検討する。
8	施策の概要(事業の必要性)	
9	成果目標(数値目標)	22年度以降のがん対策関連予算の100パーセント活用
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-2
4	施策名	がん対策ノウハウ普及プロジェクト
5	施策の概要(目的)	都道府県のがん対策の均てん化を行う。がん対策、がん予算、がん予算消化力などにおいて、地域で大きな格差が生じている。先行県のノウハウを全都道府県に浸透させるチームを結成し、活動することで格差を解消する。
6	施策の概要(対象)	全国47都道府県の県庁のがん対策部署を主な対象とするが、都道府県のがん対策を進める当事者6者(行政、患者、医療者、政治、マスコミ、民間)の調整も支援する。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	20人程度のチームを結成。一人が2、3県ずつ程度分担(または地方ブロックごとに3～4人が担当し、各県ごとに主担当と副担当を決める)し、その県のがん対策の企画、進捗管理、地域のステークホルダーとの調整の支援を行う。いわばコンサルティング部隊である。米国疾病管理予防センター(CDC)の地域スタッフが実施しているのと同様の業務。
8	施策の概要(事業の必要性)	地域のニーズを聞くと、資金がないことはもとより、人、経験、アイデア、けん引役、調整役がいないことの悩みも大きい。資金と人とノウハウをセットでほしいというのが希望である。そこで、地域担当のコンサルタントを付ける措置を行う。複数県を担当し、チーム内の情報共有も行うので、全国に好事例の知識移転もできる。
9	成果目標(数値目標)	47都道府県のがん対策の評価尺度を設定する。そのうえで47都道府県のがん対策のスコアを算定する。また、都道府県別の人口当たりのがん予算も計算しモニターする。がん施策スコアが現在の上位25%の点数に取れんすることを目標とする。がん予算に関しても同様。
10	成果へのシナリオ	まず国が本当に都道府県を支援しようとするメッセージが明確となり、県の積極性を引き出し、活性化を達成する。地域は、人、経験、アイデア、けん引役、調整役を得ることで安心して前向きに事業に取り組み、予算要求もできるようになる。そして、ニーズにあった予算が有効に活用され、成果が出るようになる。
11	成果の確実性	第三者的な組織に公募・競争的提案を経て委託する。委託する際には、管理職は民間から登用するなど、経営能力が十分であることをチェックする。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-3
4	施策名	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置
5	施策の概要(目的)	地域が特性に合った形で自主的な対策を実施するための、柔軟性がある国庫10/10の資金の供給源を確保する。それにより、都道府県がん対策実施計画の推進に資する。
6	施策の概要(対象)	都道府県がん対策推進計画を推進するためのアクションプランに記載された事業を対象とする。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	厚生労働省が基金を設置する。都道府県がん対策推進計画のアクションプランに基づく事業に関して、都道府県からの応募申請を受け付け、それを審査して、10/10の助成を行う。助成期間は、都道府県がん対策推進計画の範囲内において、複数年計画も可とする。障害者支援分野で設置された地域対策基金を参考にする。都道府県がん対策推進協議会と国のがん対策推進協議会で審査した上で、決定する。また、事前・(中間)・事後の評価を年に1度行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	100%補助かつ複数年度の資金に関する地域のニーズは強い。
9	成果目標(数値目標)	過半数の県の応募参加。それぞれの計画に記載された目標がほとんど達成されること。
10	成果へのシナリオ	都道府県の創意工夫を引き出し、県予算の手当てがなくとも獲得できる資金を用意することで、都道府県の創意工夫を引き出すことができる。そして、それが各地に伝播され、がん対策の均てん化が進んでいく。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1,000億円
15	予算計算概算	人口100万人当たり約10億円の財源
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	想定予算額は基金額。利率1%で年10億円を活用。

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-4
4	施策名	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入
5	施策の概要(目的)	いわゆるPDCAサイクルに基づき、対策の効果に対しての検証を行い、適宜修正を加えることにより実効性のあるがん対策を推進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん対策に関わる医療機関や行政部門など。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がんの予防や検診、初期から終末期における治療、緩和ケア、支持療法などについて、地域連携度調査や患者満足度調査など、様々な角度から可視化を行い、そのデータをもとに予算策定や診療報酬の見直しなど、必要な施策の実施を行っていく。
8	施策の概要(事業の必要性)	がんの治療やその対策について、科学的根拠に関する各種エビデンスが十分ではないまま、がん対策が行われている現状があり、適切ながん対策のためには各種データの収集と分析、公開が欠かせない。また、そのデータをもとにがん対策の適宜修正を行っていくことが、必ずしも行われていない。限られた予算と医療資源の中で、効果的な施策を行うためには、これらの分析が不可欠である。
9	成果目標(数値目標)	がん診療連携拠点病院、在宅療養支援診療所、がん検診機関、さらには行政機関などを対象に、事前に設定されたデータの収集、解析、公開を全て行う。
10	成果へのシナリオ	事業評価にはコストと人員が必要であり、がん対策予算全般に対する比率として予算措置を講じる必要があるとともに、公平かつ客観的なデータの分析のために、第三者的な組織などを活用することが望ましい。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	海外の学会においても、国民一人あたり、あるいは100万人あたりの医療資源と、患者満足度を含む費用対効果に関する国際比較の議論が盛んである。
13	ニーズの状況	タウンミーティングでも意見あり。
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-5
4	施策名	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援
5	施策の概要(目的)	各地域にて医療従事者と患者・市民が共同してがんの予防や治療、緩和ケアなどに関する普及啓発活動を支援することで、地域が一体となってがんと向き合い、がんとうる力を醸成することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	医療従事者と患者・市民などが共同で主催する公開フォーラムやシンポジウムなどのがんの普及啓発活動。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	国が、公益法人、医療機関、患者団体等が実施する公開フォーラム、シンポジウム等、がんの病態、がん検診、緩和ケア、がん登録等、がんに関する理解を深めることを目的とした事業について、募集要項を発出し、応募事案を審査し、費用を補助する。
8	施策の概要(事業の必要性)	地域のがん対策を進めるためには、地域住民への普及啓発活動が不可欠である。
9	成果目標(数値目標)	全国の二次医療圏の3分の1以上での開催を目指す。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	アンケート、タウンミーティングにて要望あり。
14	想定予算額	6,000万円
15	予算計算概算	50万円×120回
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-6
4	施策名	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン
5	施策の概要(目的)	患者(希望者を登録)や患者団体が、学校、公民館、集会場などにおいて自身の体験を広く語ることで、市民のがんや禁煙などに対する理解の促進を進めるとともに、患者自身が社会に関わり、貢献することで、患者の社会性を積極的に回復し、がんの罹患率を低下させることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	市民一般
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	都道府県は患者団体等と協力、または患者団体に事業を委託する。患者や患者団体が、地区内の公民館、集会場や学校において患者の語りによる講演会、合唱、シンポジウムなどを開催することで、がんに関する普及啓発を進める。
8	施策の概要(事業の必要性)	がんに関する普及啓発は未だ十分でなく、体験者による語りはがんに対する理解の促進において、大きな役割を果たし得る。また、がん罹患したこと自身の社会性を失ったと感じている患者にとって、体験者としての語りは自身の社会性の回復や癒しにも通じ得る。
9	成果目標(数値目標)	10地区程度を選定し、地区内にて一定数以上の患者や患者団体の登録を進め、地区内でのシンポジウムの開催を年3回以上とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	2億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	協力または委託している患者団体へのシンポジウム開催に関わる運営経費や、参加頂いた患者や家族などの縁者への謝金等。

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-7
4	施策名	小学生向けの資料の全国民への配布
5	施策の概要(目的)	国民に対するがんに関する知識を普及し、がん検診の受診率を向上させ、がん登録の重要性等を認識してもらうことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	全国民
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	国が作成したがんに関する普及啓発資料を地方自治体、職域等を通じて、全国民に配布する。普及啓発資料の内容は、①がんの特性、②がん検診、③がん登録、④がんの治療等とする。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん検診の受診率が20～30%と低く、がん登録を認知度は10%程度である現状を解決するため、対象者の理解度に応じたがんに関する普及啓発は必要である。
9	成果目標(数値目標)	2年以内に、すべての国民に普及啓発資料を配布する。
10	成果へのシナリオ	がんに関する普及啓発資料の配布により、国民ががんの本質を知ることとなり、がん対策推進基本計画が掲げる各種の目標の達成の実現に至る。
11	成果の確実性	大いに確実
12	エビデンスの状況	特になし。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	30億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	A-8
4	施策名	初等中等教育におけるがん教育の推進
5	施策の概要(目的)	学校教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施し、教育を通じて生徒、さらにはその両親へのがんに関する普及啓発を行う。
6	施策の概要(対象)	すべての小学校、中学校、高等学校
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	都道府県及び市町村が教員(特に保健体育の教員)に対して、がんの知識についての教育研修を実施する。
8	施策の概要(事業の必要性)	学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要がある。
9	成果目標(数値目標)	各都道府県の教育委員会が設置する研修センターにおいて、5年以内に、すべての小学校、中学校、高等学校の体育及び保健体育の教員に対するがんの特性、がん検診、がん治療に関する研修を実施する。
10	成果へのシナリオ	児童・生徒にがん教育を行う教員の熱意を喚起し、がん啓発の起点となり、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率0%」の実現に至る。
11	成果の確実性	大いに確実
12	エビデンスの状況	国際的には当然のことであると考えられる。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	文部科学省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体2
2	分野名	がん計画の進捗・評価
3	施策番号	A-9
4	施策名	がん予算策定新プロセス事業
5	施策の概要(目的)	地域・現場のニーズにマッチし、有効で、活用され、成果を生む施策と予算を恒常的に生み出し、がん対策のPDCAサイクルを回していく。
6	施策の概要(対象)	厚生労働省がん対策推進協議会提案書取りまとめワーキンググループ
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	提案書取りまとめワーキンググループを恒常化する。会議、調査費ももつようにする。毎年、1、2月に全国の都道府県、都道府県がん対策推進協議会委員、がん関係の主要な学会、職能団体、当事者団体などに意見聴取をする。また、全国8ブロックで1カ所ずつタウンミーティングを実施する。また、通年で必要な調査を行う。また、各地のがん対策の好事例も収集し共有する。都道府県がん対策担当者向けの、がん予算獲得および対策遂行のための実践講座研修も実施する。全体の運営管理は第三者的な組織に委託する、あるいは活用する。ワーキンググループが全体の進行をコーディネートし、本協議会に報告をあげる。省は予算策定に当たってワーキンググループからの提言を尊重する。
8	施策の概要(事業の必要性)	今回のワーキンググループの作業で明確になったのは、地域や現場のニーズが吸い上げられていないこと、地域にがん対策を推進する人材とノウハウが不足していることなど。それを解消するのは喫緊の課題である。
9	成果目標(数値目標)	がん対策予算の使用率がほぼ100%となること。
10	成果へのシナリオ	新しいプロセスを導入することで、現状とニーズが明確になる。有効活用可能ながん予算の仕組みができると同時に、地域と国のコミュニケーションが向上し、信頼感が高まり、共にごがん対策に取り組む機運が高まる。
11	成果の確実性	幅広いヒアリングでそのニーズが捕捉され、公開の議論と新プロセスに関するPRが伴えば、地域のがん対策向上熱を高めることができ、有効となる確率を高めることができる。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	ワーキンググループのアンケートやヒアリングにより、そのニーズは広く明らか。
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体2
2	分野名	がん計画の進捗・評価
3	施策番号	A-10
4	施策名	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理
5	施策の概要(目的)	都道府県単位で都道府県がん対策推進計画の進捗・管理に関する議論が恒常的に行われ、もって都道府県のがん計画が確実に達成されることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	都道府県がん対策推進協議会あるいはそれに準じる組織
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	都道府県がん対策推進協議会などにおいて、都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行う時間を十分に確保し、事務局および委員が計画策定・目標管理手法を理解したうえで、都道府県がん対策推進計画の実施計画や評価の作成にあたるよう、第三者的な組織等に事務局を設置し、専任職員が協議会にかかる連絡・調整、調査を行うための運営経費を補助する。
8	施策の概要(事業の必要性)	これからは都道府県単位でがん計画の実施計画を作成し、その進捗管理や評価を行っていくことが、がん計画の達成の可能性を高めるために重要である。
9	成果目標(数値目標)	本助成金を使用した「がん計画実施計画」や「がん計画評価」がすべての都道府県で作成されること。
10	成果へのシナリオ	本助成金を活用して各地域でオープンな議論が行われることで、地域のがん対策への意識が高まり、対策の実施が進展していく。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	アンケート、タウンミーティングにて要望あり。
14	想定予算額	0.5億円
15	予算計算概算	100万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体2
2	分野名	がん計画の進捗・評価
3	施策番号	A-11
4	施策名	質の評価ができる評価体制の構築
5	施策の概要(目的)	がん対策推進基本計画の個別目標の指標は、いわゆるインプット指標が中心である。がん医療の質、患者満足度の向上といったアウトカム指標を策定するとともに、その指標に沿った評価ができる体制を構築していくことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション等の研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	第3次総合戦略研究事業において、がんの医療の質、がん治療を受けている患者・サバイバーの治療満足度等を研究するため、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん医療等の質の評価ができる体制を構築する。
8	施策の概要(事業の必要性)	現在もがんの臨床研究や第3次がん研究のなかで、そういった研究が行われているが、研究から実践へのつながりが乏しい。がん対策推進計画の質の面での評価を充実させるため、評価システムの構築をあらかじめ進めておく必要がある。
9	成果目標(数値目標)	がん対策に関する質の評価指標と、それが具体的ながん対策につながった数を、目標として設定する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	NCI(米国がん研究所)などでは1分野として確立している。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	年間1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体2
2	分野名	がん計画の進捗・評価
3	施策番号	A-12
4	施策名	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発
5	施策の概要(目的)	がん対策推進基本計画の個別目標の指標は、いわゆるインプット指標が中心である。がん医療の質、患者満足度の向上といったアウトカム指標を策定するとともに、その指標に沿った評価ができる体制を構築していくことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション等の研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	第3次総合戦略研究事業において、がん医療、がん予防、がん検診、がん登録、緩和ケア等の分野別施策ごとに、量的な面での評価のみではなく、質の面での評価を行うため、新たな研究班(もしくは研究分野)を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん対策推進基本計画の分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標を開発する。
8	施策の概要(事業の必要性)	現在もがんの臨床研究や第3次がん研究のなかで、そういった研究が行われているが、研究から実践へのつながりが少ない。がん対策推進計画の質の面での評価を充実させるため、評価システムの構築をあらかじめ進めておく必要がある。
9	成果目標(数値目標)	がん対策に関する質の評価指標と、それが具体的ながん対策につながった数を、目標として設定する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	NCI(米国がん研究所)などでは1分野として確立している。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	年間1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-13
4	施策名	がんに関わる医療従事者の計画的育成
5	施策の概要(目的)	医療従事者の不足が指摘されているにもかかわらず、国・県・二次医療圏別に必要とされる医療従事者数が明らかでない。これを国・県・二次医療圏別に算定し、一定期間で達成するための年度別の育成計画や予算等を策定することで、医療従事者の不足の解消を図るとともに、がん医療の均てん化を目指す。
6	施策の概要(対象)	放専線療法、化学療法、外科療法、緩和ケア、病理診断等を専門とする医師を含むがんに関わる医療従事者全般
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	第三者的な組織などが国・県・二次医療圏の医療従事者数を算定し、国内と海外のがん罹患率・人口比・医療従事者数から、関連学会とも協議しつつ国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者数を算定する。そのデータをインターネット等を通じてわかりやすく一般に公開するとともに、一定期間で達成するための年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するための基礎情報を収集・分析・公開する。
8	施策の概要(事業の必要性)	医療従事者の不足は、がん医療においても大きな影響を及ぼしている。その育成と確保が強く求められているにもかかわらず、現状では必要とされる医療従事者の目標値が明らかでなく、計画的な医療従事者の育成が困難である。医療従事者の不足の解消を図るとともに、医療資源の偏在を防ぎ、医療の均てん化を目指すために必要不可欠な事業である。
9	成果目標(数値目標)	平成21年度中に策定し、必要とされる医療従事者を5～10年(分野ごとに異なる)で育成することを目指すとともに、医療政策決定者の間での理解度を高めることを目指す。データを公開するホームページについては、アクセス数の目標値を設定する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	5億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-14
4	施策名	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離
5	施策の概要(目的)	放射線治療医の数は十分でなく、その増員を促進するため、放射線診断学講座と放射線治療学講座とを分離することにより、放射線治療を必要とする患者に適正な治療が提供される基盤を整備することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	医学部
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	医学部における放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離について、文部科学省より勧奨と必要な組織定員措置、財政措置を講じ、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランも活用するとともに、放射線治療学の専任教員数(教授、准教授、講師、助教等)を増員する。
8	施策の概要(事業の必要性)	全国の医学部において、放射線治療学講座のある大学や、放射線治療学講座はないものの放射線治療学専任教授が在職する大学は少なく、それら以外の多くの大学には放射線治療学専任教授がいないが、大学の独立行政法人化などに伴い、文部科学省からの支援なしに講座を創設することは難しい。また、10年後には、日本人の4人に1人が放射線治療を受けることになるとの想定もあり、「放射線治療難民」が生じかねない。
9	成果目標(数値目標)	3年以内に、放射線治療学講座の数を40以上、放射線治療学専任教授の員数を80とし、専任教員の数を300とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	確実
12	エビデンスの状況	欧米での事例からは、必要性・有効性は確実。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離にあたって必要とされる予算額
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	国立大学法人に対する運営費交付金の増額

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-15
4	施策名	医学物理士の育成と制度整備
5	施策の概要(目的)	放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には10年以上の期間が必要とされる。放射線治療医をサポートする技術系人材の採用を促進することにより、このギャップを解消することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	医学物理士
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	医学物理士の国家資格化に関する検討・調整を進めるとともに、診療放射線技師資格との関係の明確化を図る。
8	施策の概要(事業の必要性)	10年後には、日本人の4人に1人が放射線治療を受けることになるとの想定もあり、現状では「放射線治療難民」が生じかねないにもかかわらず、その基盤整備は脆弱である。放射線治療の適切な施行のために、高度な医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う放射線物理の専門家の育成は、放射線治療の基盤整備に不可欠である。
9	成果目標(数値目標)	3年以内に、医学物理士の国家資格化を目指す。5年以内に、医学物理士としての養成・雇用数は600人とする
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	確実
12	エビデンスの状況	欧米での事例からは、必要性・有効性は確実。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	医学物理士の国家資格化を進めるにあたって必要とされる予算額(検討会経費)

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-16
4	施策名	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム
5	施策の概要(目的)	がんの薬物療法(化学療法)に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師の資格更新について、eラーニングシステム(個人認証つき)による教育コースを活用し、その整備と運用を進めることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	一定の要件を満たす専門医を認定する学会、日本看護協会、日本病院薬剤師会
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	全国各地から自分の時間の都合に合わせてアクセスできるeラーニングシステム(個人認証つき)を活用した、がんの薬物療法に携わる専門・認定スタッフへの教育コースの整備・運用のため、eラーニングシステムを開発・運用している適切な団体に対し、厚生労働省よりシステムのコンテンツの作成、関係学会・団体の調整、システムのメンテナンスに関する委託を行うとともに、eラーニングシステムでの資格更新のための試験実施を可能とする。
8	施策の概要(事業の必要性)	がんの薬物療法に携わり、専門・認定の資格を有する専門スタッフにとって、専門分野や資格更新の学習・試験について、定められた日時と場所での講習会等に参加するための時間を確保することは、負担が大きい。また、個人認証つきなど一定のセキュリティと安定性、規模を有するeラーニングシステムの構築と運営は、学会や職能団体のみでは資金的に難しく、国からの支援が必要である。
9	成果目標(数値目標)	
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	2億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-17
4	施策名	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設
5	施策の概要(目的)	がんに関連する専門資格を取得する際に無収入(減収)期間が生じる医療従事者に、経済的支援を行うことで、専門資格を有する医療者の養成を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんに関連する専門資格を取得しようとする医療従事者で、それによって無収入(減収)期間が生じる者(医師もコメディカルも対象とする)
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がんに関する専門医、専門看護師、認定看護師等のがんに関する専門資格を取得しようとする希望者を募集し、審査の上、奨学金を貸与する。資格取得後の勤務によって、返済金の減額や免除も行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	医療の高度化・専門化に伴い、がんに関わる専門資格へのニーズは強いにもかかわらず、医療者がその取得のために要する期間の収入が不安定となり、医療者の専門資格の取得が十分進まないという問題がある。
9	成果目標(数値目標)	本奨学金制度を利用して資格を取得した者の数と、その後のその資格を活用した勤務年数をモニターする。
10	成果へのシナリオ	がんの専門資格を希望しながら取得の機会がない者への機会をつくることで、専門知識を有しかつモチベーションが高い医療従事者を育成することができる。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	アンケート、タウンミーティングにて要望あり。
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	500万円×200人
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-18
4	施策名	専門・認定看護師への特別報酬
5	施策の概要(目的)	専門・認定看護師に対して、施設が支払う特別報酬に対して助成を行うことで、専門・認定看護師の養成および配置の促進、医療の質の向上とチーム医療が進み、患者へのケアが向上することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん医療に携わる専門看護師および認定看護師
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	専門・認定看護師に対して、特別報酬を支払う施設に対して助成を行うとともに、診療報酬を加点する。
8	施策の概要(事業の必要性)	がんの治療および患者へのケアにおいて、専門・認定看護師の果たす役割は大きいにもかかわらず、現状では専門職に対する報酬が十分ではない。また、医師等の不足による限られた医療資源の中で、専門・認定看護師を含むチーム医療が促進されることで、職種ごとの負担が軽減される必要がある。
9	成果目標(数値目標)	すべてのがん診療連携拠点病院に専門看護師及び認定看護師が配置されること。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-19
4	施策名	抗がん剤の審査プロセスの迅速化
5	施策の概要(目的)	抗がん剤の早期承認と適応拡大について、検討会の設置および予算措置等を講じることで承認までの期間を短縮するとともに、インセンティブの働きにくい希少がんおよび難治がんについては、特別研究事業として一元的な管理と助成金の増額を行う。
6	施策の概要(対象)	医薬品医療機器総合機構(PMDA)、厚生労働省、製薬企業、研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	これまでの承認申請や審査のあり方を、各種検討会の報告書を集約することによって見直すとともに、がん以外の他の疾患に関わる医薬品とは異なる審査プロセスの検討や、医薬品審査官の増員、PMDAの体制見直しなど、実効性のある施策を検討する。また、希少がんおよび難治性がんについては、特別研究事業として一元的な管理と助成金の増額を講じる。
8	施策の概要(事業の必要性)	未承認薬使用問題検討会議などによる審査プロセスの迅速化が試みられてきたが、会議にて早期に治験を開始すべきとされた治療薬の中に、5年近く経過した現在も治験に着手出来ていないものもあり、患者や家族の早期承認と適応拡大に対する要望はきわめて強い。また、希少がんや難治性がんについては、インセンティブの乏しさや研究の難しさがあり、国主導での一元的な研究の推進が求められる。
9	成果目標(数値目標)	国外での初上市後、1年以上開発に着手されない治療薬をゼロとするとともに、希少がんおよび難治がんにおいては研究の促進により、5年生存率の20%以上向上を目指す。
10	成果へのシナリオ	未承認薬使用問題検討会議にて、早期に治験を開始すべきなどとされた未承認薬の中で、1年以上治験の開始されていないものについては、速やかに対策を講じるとともに、各々について承認の遅滞が生じている原因を明らかにする。希少がんおよび難治がんについては、その疾患を指定し、重点的に研究を促進させる予算措置を講じるとともに、疾患の指定については定期的に見直し、予算の弾力的な運用を図る。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	患者や患者団体からの要望はきわめて強い。
14	想定予算額	15億円程度(PMDAの審査体制の整備、希少がん・難治がんに対する特別研究など)
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	A-20
4	施策名	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し
5	施策の概要(目的)	抗がん剤について、既承認薬に対する対象疾患の適応拡大について、検討会の設置および予算措置等を講じることで適応拡大までの期間を短縮する。
6	施策の概要(対象)	医薬品医療機器総合機構(PMDA)、厚生労働省、製薬企業、研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	これまでの適応拡大に係る承認申請や審査のあり方を見直すとともに、がん以外の他の疾患に関わる医薬品とは異なる審査プロセスの検討や、医薬品審査官の増員、PMDAの体制見直しなど、実効性のある施策を検討する。
8	施策の概要(事業の必要性)	未承認薬使用問題検討会議などによる審査プロセスの迅速化が試みられてきたが、既承認薬について、他のがん種への適応拡大については、以前として長期間かかることが指摘されている。がん患者や家族の適応拡大に対する要望はきわめて強い。
9	成果目標(数値目標)	国外での適応拡大の申請数を増加させ、速やかな審査を実施する。
10	成果へのシナリオ	早期に適応拡大とすべきなどとされた未承認薬について、速やかに対策を講じるとともに、各々について適応拡大の遅滞が生じている原因を明らかにする。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	患者や患者団体からの要望はきわめて強い。
14	想定予算額	15億円程度(PMDAの審査体制の整備など)
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-21
4	施策名	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン
5	施策の概要(目的)	終末期医療において、病診連携体制の不足や診療報酬上の問題などから、患者にとって必要とされる緩和医療および在宅医療を、必ずしも受けられないという空白期間が生じてしまう現状を改善することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	患者とその家族、がん診療連携拠点病院、がん診療を行う一般病院、地域医師会
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	二次医療圏ごとに、緩和・在宅医療に関わる病床数や医療従事者数などの現状を把握するとともに、がん罹患患者数・病床数・医療従事者数を基にして、二次医療圏ごとに必要な医療資源を算定する。把握したデータについては、「在宅医療マップ(仮称)」のような形式で、インターネット等を通じて一般に公開するとともに、一定期間内にアクションプランを達成するための年度別の方策を策定する。
8	施策の概要(事業の必要性)	国内では年間およそ30数万人のがん患者が亡くなっているが、医療機関や在宅医療の連携が適切に行われているとは言い難く、積極的治療後に自宅や緩和ケア病棟に移るための期間が長くかかり、終末期の患者が必要とするケアや医療が受けられていない現状がある。
9	成果目標(数値目標)	がん対策推進計画等の見直しに向けて、在宅緩和医療の現状を把握し、対応方策の策定を行う。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	200万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-22
4	施策名	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業
5	施策の概要(目的)	長期療養病床におけるがん専門療養病床を確保することで、不足している緩和ケア病床を比較的短期間で増やす効果を得ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	長期療養病床において、再発・進行がんの患者の専門病床を確保して患者を受け入れ、緩和ケアを行う施設
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	長期療養病床において、再発・進行がんの患者の専門病床を確保して患者を受け入れ、緩和ケアを行う施設を確保するため、一定の審査基準を作り、第三者による委員会による審査を行い、運営費の補助を行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	緩和ケア病床(ホスピス)に長時間の待ち期間が発生しており、ホスピスの増床が課題となっているが、大きな費用が必要なために増床がなかなか進まず、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。
9	成果目標(数値目標)	50カ所で事業を実施し、12床×50カ所=600床が確保されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	地域の拠点病院の緩和ケアチーム、ホスピスのスタッフ、在宅緩和ケアネットワークなどが連携してがん専門療養病床の支援を行う必要がある。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	アンケート、タウンミーティングにて要望あり。
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	2,000万円×50カ所
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-23
4	施策名	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修
5	施策の概要(目的)	がん診療に携わる医療関係者について、5年間で10万人に対して緩和医療に関する基本的な知識を得るための研修を実施することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの一般診療に関わる医師・看護師・薬剤師の研修、および専門緩和医療に従事する医師・看護師・薬剤師の指導者研修。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	現行の指導者を対象とした医師の研修カリキュラムに加え、看護師、薬剤師等の医療従事者を対象とした研修について、講習内容のIT ストリーミングやeラーニングシステムの整備なども活用し、カリキュラムを充実、改善する。
8	施策の概要(事業の必要性)	一カ所にて集中受講する研修会方式では、日々の診療時間の中で出席するための時間を確保する負担が大きい。研修会の形態を改善し、受講スタッフが地元でいつでも研修の機会を与えられる方式も新たに加える必要がある。
9	成果目標(数値目標)	指導者研修カリキュラムに関しては、がん診療連携拠点病院のおよそ350施設の医師、看護師、薬剤師について、施設規模を考慮して、一定期間内にそれぞれ数名の受講を義務付けるとともに、地域の一般診療に携わる医師・看護師・薬剤師についても、参加を勧奨する。
10	成果へのシナリオ	現行の委託事業による研修体制を強化し、対象を拡大することで、確実な実施が可能である。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	2億円
15	予算計算概算	400万円×47都道府県+5,000万円
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	400万円(多職種研修補助・研修運営経費)、5,000万円(ITシステムの構築)

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-24
4	施策名	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進
5	施策の概要(目的)	緩和医療研修を座学やロールプレイのみではなく、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和医療について教育研修認定施設にて実地研修を行うことで、「ベッドサイドラーニング」を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	緩和医療の教育研修認定施設(日本緩和医療学会認定)
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	教育研修施設において、緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、連携在宅緩和医療などのベッドサイドラーニングを行うにあたり必要なカリキュラム委員会の開催、指導員の確保、受け入れのための施設設備などに対して、経費補助を行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	現状の緩和医療講習会では、教育研修施設の受け入れ態勢(人材雇用や運営費)が全く欠落しているために、座学やロールプレイのみの研修となり、その効果に限界がある。また、教育研修認定施設での教育歴が、日本緩和医療学会における緩和医療専門医の受験の要件となっていることも考慮する必要がある。
9	成果目標(数値目標)	およそ240の教育研修認定施設について、1施設あたりに年間100人の受け入れを目標とする。
10	成果へのシナリオ	およそ240の教育研修施設について、受け入れ者数に応じて施設に対する補助金を増額するなどするとともに、研修受講者の代替要員を確保するなど、現実的な研修派遣体制を構築する必要がある。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	座学、ロールプレイによる教育研修コースは現在も進められており、あとは「ベッドサイドラーニング」のみが必要とされている状況にある。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	5億円
15	予算計算概算	200万円×240施設
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-25
4	施策名	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化
5	施策の概要(目的)	地域連携の効率化に役立つ薬局や介護事業者、市町村福祉関係部署などの情報インフラの整備を支援するとともに、地域連携ネットワークのIT化を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	地域連携ネットワークに関わる医療関係者、介護保険事業者
7	事業の概要(事業内容)(手段、手法など)	地域連携ネットワークにまだ参加していない薬局や介護事業者、市町村福祉関係部署に対しては、情報共有インフラとしてIT網の整備を進めるとともに、地域連携在宅療養ネットワークでは、個人認証つきでセキュリティに配慮したサーバー管理による診療情報共有システムを構築する。
8	施策の概要(事業の必要性)	地域連携による在宅緩和医療において、情報共有を推進することは効率的な運用に対して大きな支援となる。
9	成果目標(数値目標)	全ての都道府県において、地域特性に応じた一定の要件を満たす連携ネットワークを整備することを目標とする。
10	成果へのシナリオ	既に活用されているシステムを参考、活用することで、より効率的な実施が期待できる。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	2,000万円(インフラ整備:300万円・情報共有システム1,700万円)×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-26
4	施策名	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討
5	施策の概要(目的)	がん対策推進基本計画の個別目標の指標は、いわゆるインプット指標が中心である。がん医療の質、患者満足度の向上といったアウトカム指標を策定するとともに、その指標に沿った評価ができる体制を構築していくことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション等の研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	第3次総合戦略研究事業において、緩和ケアの質の面の評価を行うため、新たな研究班(もしくは研究分野)を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん対策推進基本計画の分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標を開発する。
8	施策の概要(事業の必要性)	現在もがんの臨床研究や第3次がん研究のなかで、緩和ケアに関する研究が行われているが、質に関する研究が少ない。がん対策推進計画の質の面での評価を充実させるため、評価システムの構築をあらかじめ進めておく必要がある。
9	成果目標(数値目標)	緩和ケアに関する質の評価指標と、それが具体的ながん対策につながった数を目標として設定する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	NCI(米国がん研究所)などでは1分野として確立している。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	年間1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-27
4	施策名	大学における緩和ケア講座の拡大
5	施策の概要(目的)	緩和ケアを専門とする医師の数は十分でなく、その増員を促進するため、大学における緩和ケア講座を拡大することにより、緩和ケアを必要とする患者に適正な治療が提供される基盤を整備することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	医学部
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	医学部における緩和ケア講座の設置について、文部科学省より勸奨と必要な組織定員措置、財政措置を講じ、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランも活用するとともに、緩和ケアの専任教員数(教授、准教授、講師、助教等)を増員する。
8	施策の概要(事業の必要性)	緩和ケアを専門とする医師の数は十分でないにもかかわらず、全国の医学部において、緩和ケア講座を開設している大学は少ない。
9	成果目標(数値目標)	3年以内に、緩和ケア講座の数を50以上、緩和ケアの専任教授の員数を80とし、専任教員の数を400とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	確実
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	緩和ケア講座の開設にあたって必要とされる予算額
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	文部科学省
18	備考	国立大学法人に対する運営費交付金の増額

■施策(予算)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	A-28
4	施策名	緩和医療科外来の充実
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制を整備する。
6	施策の概要(対象)	拠点病院とその緩和ケアチーム
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	治療(化学療法)を受けながら緩和医療も受けるために、拠点病院の補助金対象として、原則すべての拠点病院に対して、緩和医療科外来および緩和ケアチームの設置と充実を図るための予算措置を講じる。
8	施策の概要(事業の必要性)	地域がん診療連携拠点病院の指定要件において、緩和ケアの提供体制として、「緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること」「外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること」とされているが、現状では緩和ケア病床の慢性的な不足に加えて、拠点病院における緩和ケアチームの配置についても、体制が整備できないケースが多い。
9	成果目標(数値目標)	全てのがん診療連携拠点病院において、緩和医療科外来および緩和ケアチームが設置されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	がん診療連携拠点病院の緩和ケアの提供体制のための予算措置を増額するとともに、その情報を公開し、その内容の真正性を確認するため、定期的に第三者的な組織によるサイトビジット(訪問審査)を実施する。
11	成果の確実性	緩和医療科外来を充実させることにより、在宅緩和ケアを推進することが可能となる。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	18.8億円
15	予算計算概算	500万円×375施設
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	「平成23年度がん対策に向けた提案書」新規施策

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	A-29
4	施策名	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業
5	施策の概要(目的)	二次医療圏ごとに在宅緩和ケアのキャパシティを、有志の診療所ネットワーク形成により拡大する。
6	施策の概要(対象)	二次医療圏ごとに地域の5～30程度の診療所が連携して、ドクターネット型の在宅ケアシステムを組む際に、そのグループの事業の事業費を補助する。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	それぞれのドクターネットが、その地域の特性に応じてシステマティックに連携を行う取り組み(例:共同診療システム、主治医・副主治医分担システム、担当医師マッチングシステム、知識ノウハウ共有システム、テレビ会議システム、パソコンネットワークシステム)や、広報活動などを行う際、その資金を支援する。それぞれの医師が看取りを年間に数件ずつ行うことを目標とする。
8	施策の概要(事業の必要性)	在宅ケアを行う診療所が不足している。ドクターネット型のモデルが出現しているが全国への広がりが遅い。奨励策、刺激策が必要である。
9	成果目標(数値目標)	導入された地域の在宅看取り率を5年間で2倍にする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	すでに成功している地区があり、徐々に広がっており、実施されている地区では有効であるとされている。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	5,000万円×20カ所(ただし3年間)
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	戦略研究の实地応用実施

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	A-30
4	施策名	在宅医療関係者に対するがんの教育研修
5	施策の概要(目的)	がんの在宅療養に関わる介護担当者、ケアマネージャー、福祉関係者に対して、がんについての知識を得るための教育研修を行うことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	都道府県で地域連携に携わる介護担当者、ケアマネージャー、福祉関係者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん専門医療スタッフが、介護担当者、ケアマネージャー、福祉関係者に対し、都道府県(または二次医療圏)単位で定期的に研修会を開催する。
8	施策の概要(事業の必要性)	がんの在宅療養の連携において必須の役割を果たす介護担当者、ケアマネージャー、福祉関係者は、がんの病態、がん患者に対する介護・緩和ケアについての一定の知識を有することが重要であるが、現状ではこれらの職種を対象とした体系的な研修は行われていない。
9	成果目標(数値目標)	全ての都道府県において、介護担当者、ケアマネージャー、福祉関係者を対象とする教育研修が実施されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	200万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	A-31
4	施策名	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保
5	施策の概要(目的)	がんの在宅緩和療養中に患者の病状が悪化した際に、患者が緊急かつ短期の入院について利用できる病床を整備することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	都道府県がん診療連携拠点病院およびその緩和ケア病棟
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がんの在宅緩和療養中に患者の病状が悪化した際に、患者・家族および在宅診療医の要請があった場合に、患者が緊急かつ短期の入院として利用できる病床を、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟に確保する。
8	施策の概要(事業の必要性)	がんの在宅緩和医療が十分進まない理由の一つに、在宅で療養する患者や家族が、患者の病状が悪化した際のサポートに対して、不安をもっていることが挙げられる。がんの在宅緩和医療を受ける患者の2～3割が緊急入院を経験するというデータもあり、患者や家族が安心して在宅緩和医療を受けられる環境の整備は、がんの在宅緩和医療を促進する上で必須である。
9	成果目標(数値目標)	がん診療連携拠点病院にそれぞれ2～3床設置されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	200万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	A-32
4	施策名	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム
5	施策の概要(目的)	地域の在宅看取り率の向上。
6	施策の概要(対象)	年間に100例以上の多数の看取りを行う在宅療養支援診療所に対する支援
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	多数の看取りを行う在宅療養支援診療所が、隣接した二次医療圏(または隣接する都道府県)のがん診療連携拠点病院等の医療機関など、医療計画またはがん対策推進計画に規定している区域を越えて、広域的に事業を展開する際に必要な医師の確保、施設・設備等のリソース等、業務の拡大に必要な資金を補助する(または低利融資を実施する)。
8	施策の概要(事業の必要性)	在宅を希望する人が多いにもかかわらず十分にその需要を満たせていない。医療計画およびがん対策推進計画では、都道府県または二次医療圏を越えた医療連携体制が規定されていない事例が多い。
9	成果目標(数値目標)	新規展開地区での年間100～200例以上の看取り件数。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	1億円×10カ所
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	A-33
4	施策名	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成
5	施策の概要(目的)	介護施設での看取りの選択肢を提供し、介護施設での看取り数を増やす。
6	施策の概要(対象)	介護施設において看取りを行う在宅緩和ケアチーム
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	介護施設からの要請に基づき、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の在宅緩和ケアチームが派遣されて、対象となる患者に対する看取りを行うことに対して助成を行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	在宅緩和ケアに関しては、患者・家族、医療従事者双方からのニーズが高いが、独居家庭や主たるケアを行う家族がいない家庭など、自宅にて在宅医療を受け入れる力が不足していることから在宅緩和ケアが実現しないことが多く、介護施設における質の高い看取りができる仕組みを作る意義は大きい。
9	成果目標(数値目標)	この方式での看取り件数年間3,000人
10	成果へのシナリオ	地域に在宅緩和ケアに関する協議会などのネットワークがある場合、地域の介護施設と連携してシステムを作っていくことが可能と考えられる。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	アンケート、タウンミーティングにて要望あり。
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	30万円×3,000人
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	A-34
4	施策名	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク
5	施策の概要(目的)	患者や家族が必要とする際に受けられ、連携が行き届き、病院と在宅との行き帰りが可能で、切れ目なく質の高い在宅医療を実施するとともに、在宅医療のキャパシティを増加させることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療連携拠点病院、在宅療養支援診療所、がん在宅医療を必要とする患者とその家族
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと地域の在宅療養支援診療所が、週に1回以上の合同カンファレンスを開催し、対象となる患者すべての症例検討を行っている場合、その拠点病院への補助金を増額するとともに、合同カンファレンスを実施している場合の病院⇄診療所の紹介に対して、診療報酬において評価する。
8	施策の概要(事業の必要性)	国内では年間およそ30数万人の患者ががんで亡くなっているが、いわゆる「がん難民」が数多く発生しているといった問題があり、医療機関と在宅医療の連携が適切に行われているとは言い難い。積極的治療後に自宅や緩和ケア病棟に移るための期間が長くかかり、終末期の患者が必要とするケアや医療が受けられていない現状がある。現在、戦略研究で4カ所で行われている緩和ケアの介入研究の中間的な成果を基に、医療資源が整っている地域から、全国展開を図っていく。
9	成果目標(数値目標)	
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	A-35
4	施策名	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院において、がん治療のプロセス指標、アウトカム指標を比較できるベンチマーキングセンターの設置を促進し、標準治療の実施状況や治療成績等を検証することで、がん治療の質の向上と均てん化を図る。
6	施策の概要(対象)	がん診療連携拠点病院がベンチマーキングセンターを設置した場合、その設置と運営に関わる費用を助成する。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	都道府県がん診療連携拠点病院が、その都道府県内の地域がん診療連携拠点病院、およびその他の自主参加病院の、がん患者の生存率、臨床指標、DPCデータ等を収集・共有し、ベンチマーキングレポートを発行し、公開する。
8	施策の概要(事業の必要性)	医療の内容と質に関する評価と公開は十分でなく、標準治療の推進に資するデータは明らかでない。医療者や行政、一般に情報の共有と公開を進め、標準治療の推進とがん医療の均てん化を図るうえで、重要な事業である。
9	成果目標(数値目標)	すべての都道府県がん診療連携拠点病院において、ベンチマーキングセンターを設置する。
10	成果へのシナリオ	DPCデータをベンチマーキング指標として、医療機関が集計・公開の可能性の検討が必要。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	15億円
15	予算計算概算	1億円×15県(3年計画の1年目)
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	A-36
4	施策名	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト
5	施策の概要(目的)	診療ガイドライン作成時の予算補助および実施評価プロセスの確立
6	施策の概要(対象)	がん治療にあたる拠点病院などの医療者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	(1)各学会が診療ガイドラインを作成する際に補助金形式で助成を行う。(2)診療ガイドライン普及を目的とした第三者的な組織の設立。(3)診療ガイドライン研修会の実施。(4)診療ガイドライン研修会参加機関へのインセンティブ(補助金)の交付。
8	施策の概要(事業の必要性)	標準治療の推進において、地域間格差が見られ、診療ガイドラインを一助とした均てん化が求められている。
9	成果目標(数値目標)	
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	3億円
15	予算計算概算	(1)1億円(2)5000万円(3)5000万円(4)1億円
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	A-37
4	施策名	副作用に対する支持療法のガイドライン策定
5	施策の概要(目的)	標準治療に伴いがんの患者に生じ得る様々な副作用(嘔気、嘔吐、下痢、便秘、骨髄抑制、脱毛、皮膚症状、倦怠感、精神症状など)について、その様態や支持療法、治療薬に関する研究を進めることで、患者のQOL向上を目指す。
6	施策の概要(対象)	患者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	厚生労働科学研究費における重点事業として、標準的ながん治療に伴う副作用に関する実態調査や、支持療法の実態調査を行い、支持療法のガイドライン策定、治療薬の開発などを進めるとともに、一般国民、患者向けおよび医療者向けにガイドラインを公開する。
8	施策の概要(事業の必要性)	患者に対する支持療法については、医療機関によって大きな差異が存在する。効果的な支持療法に関わるガイドラインの策定と公開は、患者のQOL向上には不可欠である。
9	成果目標(数値目標)	当面、5大がん(肺がん、肝がん、胃がん、大腸がん、乳がん)に関するガイドラインを策定する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	A-38
4	施策名	がん診療連携拠点病院制度の拡充
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院の全体の質の向上を図ることで、がん治療の均てん化を促進する。
6	施策の概要(対象)	がん拠点病院、地域の中核となるがん治療病院
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	地域がん診療連携拠点病院において、地域特性に応じて、タイプ分けの考えを取り入れる。(1)地域の役割分担の取りまとめ(2)質の高い医療の実践(3)臨床指標の計測・公表(4)医療従事者の育成・派遣ーなどを行っている施設について、機能強化事業費を増額する。
8	施策の概要(事業の必要性)	都道府県がん拠点病院、地域がん診療連携拠点病院などから、アンケート、ヒアリングなどにより多くのニーズがあった。
9	成果目標(数値目標)	がん拠点病院機能評価制度を作ることも検討し、その評価点数のスムーズな上昇を図る。がん拠点病院全体がカバーするがん患者の比率を上げる。がんの治療成績その他のがん対策推進基本計画にある関連指標もモニターする。
10	成果へのシナリオ	がん診療の均てん化のためには、(1)医療資源が潤沢な地域で施設指定要件を高めてモデルを作っていく(2)医療資源が乏しい地域で指定を受けられる施設を維持していくーの両立が求められており、そのために必要な施策である。がんを診療する拠点病院が、地域の環境と実力に応じて、がん診療の質を向上させようとする前向きなモチベーションを維持させることができる。
11	成果の確実性	米国のがん拠点病院制度では、準認定の仕組みがある。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	アンケート、タウンミーティングに要望があった。
14	想定予算額	60億円増(現在60億円、合計120億円)
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	現在の機能強化事業費を全体として2倍にする

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	A-39
4	施策名	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)
5	施策の概要(目的)	拠点病院機能強化予算の2分の1都道府県負担を改め、国の予算化を図ることで、地域格差をなくし、がん対策の均てん化を進めることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん治療にあたる拠点病院
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	拠点病院機能強化予算を交付金化し、広く各都道府県が実施体制を構築できるようにする。
8	施策の概要(事業の必要性)	都道府県負担部分を支出できないことによる地域格差が顕在化している。
9	成果目標(数値目標)	
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	36億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	現状の機能強化予算の倍額(2分の1を100%化する)

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	A-40
4	施策名	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)
5	施策の概要(目的)	患者が地域で切れ目のない医療を受けられること。また、いったん治療を完了した患者も後遺障害や晩期障害、あるいは心や経済の悩みに対処するサポートを得られるようにする。
6	施策の概要(対象)	がん診療連携拠点病院、その他の病院、診療所
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん診療連携拠点病院、その他の病院、診療所などが連携した治療計画、治療経過、フォローアップ計画、フォローアップ経過を記載したサバイバーシップ・ケアプランを作成した場合、1回につき3,000円を補助する。将来は診療報酬の適用を考える。患者必携の第2分冊の「私のカルテ」のパートに、ケアプランを添付する仕組みに発展することも考えられる。
8	施策の概要(事業の必要性)	海外でも実施されており、切れ目のない医療を実現する決め手となる可能性がある。
9	成果目標(数値目標)	全国10地区程度のモデル地区を選定し、先行的に実施する。
10	成果へのシナリオ	ひとりの患者を診る複数の医療関係者が共同責任感覚をもつことで、切れ目のない医療の実現を促進させる。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	2億円
15	予算計算概算	3万人のがん患者を対象。3万人×3,000円×2 すなわち送る機関と受ける機関
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	A-41
4	施策名	医療機関間の電子化情報共有システムの整備
5	施策の概要(目的)	都道府県ごとのがん診療体制ネットワークを強化し、医療機関相互のコミュニケーションを円滑化することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	各都道府県
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	各都道府県ごとのがん診療体制ネットワークに係る統一的な電子化情報共有システムを整備し、医療機関同士の情報共有体制を確立する。また連携強化を主務としたサポートスタッフ(医療ソーシャルワーカー等)新規雇用のための予算を策定する。
8	施策の概要(事業の必要性)	情報共有体制に欠如が見られるため、医療機関内での情報整備が進んでいても医療機関相互の連携が疎かになる状況が散見される。
9	成果目標(数値目標)	
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	23億5,000万円
15	予算計算概算	5,000万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	A-42
4	施策名	がん患者動態に関する地域実態調査
5	施策の概要(目的)	いわゆる「がん難民」の発生を未然に防止するため、地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を実施し、各地に合ったがん診療体制ネットワーク策定に際する提言を行う。
6	施策の概要(対象)	各都道府県
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	地域がん登録のスキームを活用し、都道府県ごとに、(1)がん患者動態の地域実態調査を実施(2)解析(3)適切な診療体制ネットワーク策定に際する提言書を作成(4)提言書に基づく診療体制再構築委員会の設立および将来的な診療体制再構築の実施。
8	施策の概要(事業の必要性)	二次医療圏枠に基づくがん診療体制ネットワークが機能していないケースがあり、いわゆる「がん難民」を生み出さない患者主体の診療体制ネットワークを構築する必要性が高い。
9	成果目標(数値目標)	
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	7億円
15	予算計算概算	1,500万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	A-43
4	施策名	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発
5	施策の概要(目的)	がん対策推進基本計画における「医療機関の整備」の項目において、がん診療連携拠点病院の量的な整備に着目したものであり、地域連携機能などの質的な評価指標がない。そのため、がん診療連携拠点病院の質の評価に関する指標を開発し、その指標に沿った評価ができる体制を構築していくことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	心理学、介護学、社会学、情報工学、医療経済学、ヘルスコミュニケーション等の研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	第3次総合戦略研究事業において、がん診療連携拠点病院の地域連携機能の質の面の評価を行うため、新たな研究班(もしくは研究分野)を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん対策推進基本計画の分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標を開発する。
8	施策の概要(事業の必要性)	現在もがんの臨床研究や第3次がん研究のなかで、がん診療連携拠点病院の量的整備の状況に関する研究が行われているが、質に関する研究が少ない。がん対策推進計画の質の面での評価を充実させるため、評価システムの構築をあらかじめ進めておく必要がある。
9	成果目標(数値目標)	がん診療連携拠点病院の地域連携機能に関する質の評価指標と、それが具体的ながん対策につながった数を目標として設定する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	NCI(米国がん研究所)などでは1分野として確立している。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	年間1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-44
4	施策名	がん相談全国コールセンターの設置
5	施策の概要(目的)	いつでも、どこからでも、だれでもがんの相談ができる全国コールセンターを設置することで、患者や家族の不安や悩み、療養上の相談に対応することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	患者、家族など
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がんに関する相談支援の訓練を受けた支援員を1カ所に配置し、20回線の電話を設置し、24時間対応の全国コールセンターを設置する。既存のコールセンターを活用・拡充することも考慮する。
8	施策の概要(事業の必要性)	「すべてのがん患者の悩みを軽減する」という目標に関して、標準的で実績のあるシステムであり、海外でもCIS(がん・インフォメーション・サービス)として定型パッケージが確立されている。
9	成果目標(数値目標)	すべてのがん患者や家族が、コールセンターの存在とその内容を知っていることを目標とするとともに、各国の電話相談サービスからみても標準的と考えられる入電頻度を維持することを目的とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	海外では各国にて多くの実績があり、成果の確実性は高い。
12	エビデンスの状況	コールセンターを通じた患者支援に関しては、相当数の論文があると思われる。
13	ニーズの状況	患者団体などより要望書が多数出されている。
14	想定予算額	15億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	業務委託

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-45
4	施策名	「がん患者必携」の制作および配布
5	施策の概要(目的)	がん対策推進基本計画で実施が決定されているがん患者必携を作成、配布する。情報不足からがん難民になる人が生じることを防ぐ。がんになってもがんと向き合って生きる患者を広げる。
6	施策の概要(対象)	すべてのがん患者・家族を対象とするが、当初は当該年度に初発のがんと診断された患者全員(60万人)を対象とする。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん患者必携は、国立がんセンターが間もなく製作を完了する。平成22年度は60万部を印刷、配布する。がん診療連携拠点病院など、がん患者を診断・治療するすべての病院に送付し、すべての初発がん患者に手渡すよう依頼する。
8	施策の概要(事業の必要性)	
9	成果目標(数値目標)	60万人分の印刷。一般に配布するのではなく、病院から一人一人の患者に渡してもらおう。60万人のうち何%に到達するか、計測する。
10	成果へのシナリオ	病院から患者に渡すことで少なくとも半数以上の患者には確実に届くことになると思われる。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	6億円
15	予算計算概算	60万人×1,000円
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-46
4	施策名	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成
5	施策の概要(目的)	新規抗がん剤の開発により、治療成績の向上がみられる一方で、薬価の上昇による患者や家族の負担増加は大きい。患者が継続かつ安心して治療を受けられるよう、長期にわたり高額な化学療法を受ける患者を対象に、医療費助成を行う。
6	施策の概要(対象)	長期にわたり高額な化学療法を受ける患者と家族
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	化学療法(再発の予防を目的と推定される治療などを除く)を伴う治療による医療費の支出により、所得が生活保護の対象となる世帯であり、かつ申請前1年以内に6回以上の高額療養費制度の申請のある世帯(すでに障害者認定を受けている場合などを除く)を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。慢性腎不全などの特定疾病を対象とする助成(月間1万円)に準じた運用とする。
8	施策の概要(事業の必要性)	外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。外来化学療法の進展と治療費の高騰の中で、患者が必要な治療を安心して受けられるようにするために、特定疾病に対する助成などに準じた経済的支援が不可欠である。
9	成果目標(数値目標)	助成の対象となる患者については、事業が広く周知されることを目指す。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	助成事業にあたり必要とされる予算措置(10億円程度)
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-47
4	施策名	全国統一がん患者満足度調査
5	施策の概要(目的)	がん患者の満足度調査を全国統一の方法で継続的に調査をし、その推移をモニターすることで、患者満足度の向上、ひいてはがん診療の質の向上の一助とする。
6	施策の概要(対象)	がんと診断・告知され、経過観察、放線療法、化学療法、緩和ケア等を受けている患者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん診療連携拠点病院などがん診療を行う医療機関が患者に共通調査票を渡し、回答してもらう。患者は回答を集計センターに送り、そこで集計される。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん患者の多くががん診療に関する疑問、不安、不満足を覚えており、その全体を把握し、動向をモニターすることは必須の事項のひとつ。
9	成果目標(数値目標)	まず、第一に統一患者満足度調査票を策定すること。次に、すべての拠点病院が統一フォームによって患者満足度を計測すること。さらに、患者満足度の継続的モニターによって、毎年改善がみられること。
10	成果へのシナリオ	がん医療の質の調査およびベンチマーキングと、がん患者満足度調査の両方を実施することで、がん医療の現状と推移を継続的に把握することで、患者および国民のがん医療への信頼が高まっていく。
11	成果の確実性	米国などでは患者満足度調査を毎年実施することが常識化している。標準調査票も確立している。計測によって患者満足度を高められると考えられている。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	15億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	業務委託

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-48
4	施策名	地域統括相談支援センターの設置
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院や地域連携などについて、都道府県ごとの地域特性に応じ、かつ患者や家族のニーズに応えられる地域相談支援センターを設置することにより、地域での患者支援体制の連携を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	各地のがん診療拠点病院で、地域連携を促進し得る要件を満たして活動できる医療機関
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	都道府県の中で、都道府県ごとの地域特性に応じて連携機能を効率的に担い取る医療機関に、地域相談支援センター(または統括相談支援センター)を設置する。設置にあたっては、相談支援に関する都道府県内及び都道府県を越えた地域連携の調整を担い得る経験をもつ常勤かつ専任の看護師やMSW(医療ソーシャルワーカー)を2人、事務担当職員2人を確保し、厚生労働省は各都道府県ごとに適切な団体(都道府県看護協会など)を選定し、センターの運営を委託する。センターは、医療、介護、福祉、ケアマネージャー、行政など関係者の集まる定期連絡会の運営なども行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん診療連携拠点病院には相談支援センターが設置されているが、地域での相談支援センターごとの連携は十分でない。また、既存の相談支援センターにはその医療機関を受診する患者のみならず、地域の患者への対応をすることが求められているが、マンパワーや予算の不足などもあり、個々の医療機関ごとの対応となってしまうのが実情である。
9	成果目標(数値目標)	すべての都道府県において、専任の看護師またはMSW2人、事務職員各2人を有する地域相談支援センターが設置されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	都道府県に対して、国の支援メッセージを示すことが必要である。
11	成果の確実性	地域特性を活かすことが重要である。
12	エビデンスの状況	がん臨床研究事業研究班などの報告において必要性が示されている。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	2,000万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-49
4	施策名	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院の相談支援センターが、地域の患者や患者支援団体との連携体制を構築することで、患者視点からの患者サポートを実現することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	患者、患者支援団体
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	都道府県がん診療連携拠点病院の相談支援センターが、あらかじめ登録された地域の患者や家族、患者支援団体と共同で、患者や家族を対象とするピアサポート事業や患者サロン、医療講演会などを運営・開催することを補助するとともに、患者や家族をピアサポート相談員として雇用した場合の助成や、相談員の資質向上を目的とした講習会、ピアサポート事業を行う患者支援団体への助成金交付を進める。
8	施策の概要(事業の必要性)	現状の相談支援センターでは、主に専門職による患者サポートは行われているが、患者視点からのピアサポート事業などは十分行われていない、また、疾病をよく知る患者や家族、患者団体からの支援は、従来の相談支援センターではカバーしきれない貴重な医療資源であるにもかかわらず、その運営に対する理解と支援は、必ずしも十分ではない。
9	成果目標(数値目標)	すべての都道府県がん診療連携拠点病院において、患者や家族によるピアサポート事業と、その事業を行う患者団体に対する助成が行われることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	2億3,500万円
15	予算計算概算	500万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-50
4	施策名	がん経験者支援部の設置
5	施策の概要(目的)	がん患者の闘病支援を行う。すべてのがん患者・家族ががんの精神的苦痛、経済的苦痛を和らげることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん患者、家族、遺族など。小児がんも対象である。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	第三者的な組織を設置し、患者の晩期合併症、治療後の肉体的・精神的・経済的問題を支援するための研究とサービスを実施する。がん経験者及びその家族は多くの悩みを抱えているが、それを軽減、解消する。設置先については競争的なコンペを実施すること。また患者・市民も参加する事業運営評価パネルを設置すること。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん対策推進基本計画で、全体目標として掲げられたがん患者のこころのケアに対して、いまだに具体的で有効な策が打たれておらず、がん患者支援部の設置の必要度は高い。
9	成果目標(数値目標)	がん患者、家族などを対象とした支援の実施とその研究が大きく向上する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	3億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-51
4	施策名	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長
5	施策の概要(目的)	新規抗がん剤の開発により、治療成績の向上がみられる一方で、薬価の上昇による患者や家族の負担増加は大きい。患者が継続かつ安心して治療を受けられるよう、長期にわたり高額な化学療法を受ける患者を対象に社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長を行う。
6	施策の概要(対象)	長期にわたり高額な化学療法を受ける患者と家族
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	化学療法を伴う治療による医療費の支出をしている患者・家族に対して、社会福祉協議会による療養費貸付期間を延長する。
8	施策の概要(事業の必要性)	外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。外来化学療法の進展と治療費の高騰の中で、患者が必要な治療を安心して受けられるようにするために、社会福祉協議会における貸付期間を延長するといった経済的支援が不可欠である。
9	成果目標(数値目標)	助成の対象となる患者については、事業が広く周知されることを目指す。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-52
4	施策名	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大
5	施策の概要(目的)	新規抗がん剤の開発により、治療成績の向上がみられる一方で、薬価の上昇による患者や家族の負担増加は大きい。患者が継続かつ安心して治療を受けられるよう、外来において長期にわたり高額の化学療法を受ける患者を対象に、高額療養費における限度額認定証を交付することにより、償還払い制度から現物給付制度に転換する。
6	施策の概要(対象)	長期にわたり高額の化学療法を受ける患者と家族
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	外来において、化学療法(再発の予防を目的と推定される治療などを除く)を伴う治療による医療費の支出について、外来患者においては入院患者のように限度額適用認定証が交付されていない。これは、外来で処方する薬剤が高額となってきたことに制度が追いついていない証左である。よって、高額療養費制度の申請のある世帯(すでに障害者認定を受けている場合などを除く)を対象に、健康保険の保険者から交付される限度額認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。
8	施策の概要(事業の必要性)	外来において、長期にわたり継続して高額の化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。外来化学療法の進展と治療費の高騰の中で、患者が必要な治療を安心して受けられるようにする。
9	成果目標(数値目標)	助成の対象となる患者については、事業が広く周知されることを目指す。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-53
4	施策名	長期の化学療法に対する助成
5	施策の概要(目的)	新規抗がん剤の開発により、治療成績の向上がみられる一方で、薬価の上昇による患者や家族の負担増加は大きい。患者が継続かつ安心して治療を受けられるよう、長期にわたり高額な化学療法を受ける入院・外来患者を対象に、医療費助成を行う。
6	施策の概要(対象)	長期にわたり高額な化学療法を受ける入院又は外来患者と家族
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	化学療法(再発の予防を目的と推定される治療などを除く)を伴う入院及び外来治療による医療費の支出により、所得が生活保護の対象となる世帯であり、かつ申請前1年以内に6回以上の高額療養費制度の申請のある世帯(すでに障害者認定を受けている場合などを除く)を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を入院患者のみならず外来患者に対しても窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とし、さらに慢性腎不全などの特定疾病を対象とする助成(原則、月間の自己負担1万円)に準じた運用とする。
8	施策の概要(事業の必要性)	入院及び外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。外来化学療法の進展と治療費の高騰の中で、患者が必要な治療を安心して受けられるようにするために、特定疾病に対する助成などに準じた経済的支援が不可欠である。
9	成果目標(数値目標)	助成の対象となる患者については、事業が広く周知されることを目指す。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	助成事業にあたり必要とされる予算措置(20億円程度)
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	A-54
4	施策名	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布
5	施策の概要(目的)	がん患者の視点に立った療養環境が整備され、医療提供者と患者とが相互理解を深め、円滑ながん診療が行われることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療を行う全ての医療機関
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	患者対応の均てん化を図るため、「がん診療医療機関必携(仮)」を作成し、がんを診療するすべての医療機関に配布するための予算措置を講じる。手引きは、医療提供者と患者関係者が作成し、医療提供者と患者とが相互理解を深め、円滑な診療の一助となるよう、テーマごとに質の高い患者対応のあり方や手法、患者の権利などについて記述される。
8	施策の概要(事業の必要性)	セカンドオピニオンや相談支援センターの活用促進や患者への周知については、医療機関の運用に任されており、必ずしも均てん化されていない。例えば、セカンドオピニオンに関しては、がん診療連携拠点病院においては、その指定要件に「セカンドオピニオンの提示体制」などが定められているにもかかわらず、その周知や運用が十分でない場合がある。その他のがん治療病院においては、患者がセカンドオピニオンを希望しているにもかかわらず、診療情報提供書の発行を拒まれるケースもあり、がん診療を行う医療機関全体における療養体制の均てん化が必要である。
9	成果目標(数値目標)	がん診療を行う全ての医療機関に配布され、必携の記述に沿った療養体制が整うことを目指す。
10	成果へのシナリオ	作成には好事例を実践している医療現場の医療従事者が関わるが、国立がんセンターがん対策情報センターにおいてすでに作成されている「がん患者必携」と同様に、患者が参画するパネルが企画・チェックに参加する。
11	成果の確実性	がん患者を診療する医療機関における療養の質が向上することにより、地域連携クリティカルパスの内容が充実することが期待できる。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	2億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	「平成23年度がん対策に向けた提案書」新規施策

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	7
2	分野名	がん登録
3	施策番号	A-55
4	施策名	地域がん登録費用の10/10助成金化
5	施策の概要(目的)	がん対策推進基本計画における重点項目である地域がん登録が精度高く実施され、かつそのデータが地域に開示されるとともに、がん対策の最も基礎となるインフラを整備し、それが立案とモニターに活用され、がんの死亡率削減の加速に寄与することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	都道府県およびその委託先が地域がん登録を実施する際に、その事業費を補助する。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	地域がん登録事業。そのシステム費用、登録実務作業、精度管理、集計および分析、さらには開示までの一連の業務について補助する。現在、登録を実施しているが、精度が低く、データがあっても埋蔵されているだけであるので、精度、分析、県民に分かりやすい地域別の罹患、死亡、生存率の開示を条件とする。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん対策、がん戦略のすべてのインフラである。すでに県単独事業で10県以上が実施している。予算は600万～800万円程度である。これを管理と集計、分析、公表までの一貫業務として位置づけ、都道府県またはその委託先に、国立がんセンターで必要な研修を受けた実務者を配置する。1県平均2,000万円、全国合計約10億円の補助を行う。5年以上継続することにより、全国に事実上、地域がん登録を義務付けることができる。
9	成果目標(数値目標)	47都道府県すべてで全国統一標準方式の地域がん登録のスタート。当面30県でDCO10%以下を目指す。30県で地域別情報開示をウェブで実施。
10	成果へのシナリオ	地域がん登録が進まないのは、都道府県で費用を出さないことが大きな要因であると考えられる。しかし、すでに都道府県が単独事業として費用負担をしているところが10県以上あり、そうしたエリアでは地域がん登録が実施されている。100%補助があればほとんどの県が地域がん登録を実施するようになると考えられる。日本全国で10億円で地域がん登録が実施できるようになるというのは大変、費用対効果の高い施策である。また、地域がん登録で集められたデータがこれまでほとんどががん対策に活用されていないので、分析・公表が実施されることをビルトインしておく。これで国民、地域住民も地域がん登録の必要性が理解できるようになり、地域がん登録への資金配分を支持するようになる。
11	成果の確実性	地域がん登録に基づいたがん戦略の策定およびモニターは世界標準である。
12	エビデンスの状況	米国SEERデータベースなど、地域がん登録において発見されたファクトは多く、大きな効果をもたらすと考えられている。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	初期ITなど整備費1,000万円×47都道府県。事業運営費1,000万円×47都道府県。ただし、人口割(比例)の考えを取り入れる。合計10億円、2年目から5億円
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	地域がん登録連絡協議会に委託も可。あるいは10/10補助。

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	7
2	分野名	がん登録
3	施策番号	A-56
4	施策名	がん登録法制化に向けた啓発活動
5	施策の概要(目的)	全国的ながん登録の実現を目的とする。
6	施策の概要(対象)	国民全体(政党を含む)
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん登録の法制化に向けた啓発活動を展開するとともに、地域がん登録が個人情報保護法の対象外であることを法制上明確化する。地域がん登録の未実施都道府県を無くすために、地域がん登録に関する地方交付税措置の拡充を図る。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん登録はがん対策上必要不可欠であり、地域がん登録の法制化には、がん登録の意義などに関する啓発活動を通じて、国民および政党の理解が必要である。
9	成果目標(数値目標)	2年以内に地域がん登録の法制化をめざす。
10	成果へのシナリオ	がん登録の必要性に関する国民理解を促進し、政党にも働きかけることでマニフェストでの記載を図り、法制化につなげる。
11	成果の確実性	大いに確実
12	エビデンスの状況	欧米での事例からは、必要性・有効性は確実。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	2億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	8
2	分野名	がんの予防(たばこ対策)
3	施策番号	A-57
4	施策名	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策
5	施策の概要(目的)	たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の順守に向けて、がんの予防として国際的に効果が明らかであるたばこ対策を行い、喫煙率を下げることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	未成年者を含む一般国民
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	たばこ価格の値上げ、たばこ農家などの転作や関係者の撤退に対する補償など、たばこ規制枠組条約に定められた目標を遵守するための一連の措置を速やかに行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	日本は、たばこ規制枠組条約など、複数のたばこに関する国際条約を締結しているにもかかわらず、先進国の中では依然としてたばこ対策がかなり遅れている。がん死亡率の低下には、たばこ対策は欠くことのできない施策である。
9	成果目標(数値目標)	3年以内に国際条約の順守に向けた取り組みを完了させる。
10	成果へのシナリオ	国際条約において定められている、たばこの金額やたばこ生産者への対策などの基準を満たす施策を行うことで、喫煙率の減少について確実な成果が上がるのが期待される。
11	成果の確実性	大いに確実。
12	エビデンスの状況	ASCO(米国臨床腫瘍学会)やUICC(国際対がん連合)など海外の学会においても、たばこ対策の有用性は繰り返し指摘されてきた。
13	ニーズの状況	第11回がん対策推進協議会にて、「たばこ価格の引上げとその税収の有効活用に関する緊急提言」が採択され、患者関係委員からも「たばこ税の引上げに関する要望」
14	想定予算額	
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省、財務省、外務省、経済産業省、農林水産省、文部科学省
18	備考	たばこ価格の値上げなど

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	8
2	分野名	がんの予防(たばこ対策)
3	施策番号	A-58
4	施策名	喫煙率減少活動への支援事業
5	施策の概要(目的)	喫煙率減少にはたばこ値上げが有効な手段であるが、並行して、地域に可能な手法で喫煙率の減少を図る活動を支援し、喫煙率の大幅な減少およびがんの罹患の減少を達成することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	喫煙率減少活動をする都道府県および地域のNPO(特定非営利活動法人)など
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	喫煙率減少効果スコアにおいて、世界的エビデンスが示されているメニューを対象に、その喫煙率減少活動(普及啓発、禁煙支援、分煙対策、禁煙教育など)の事業を補助する。
8	施策の概要(事業の必要性)	たばこの大幅値上げがまだ実現していない日本では、値上げの早期実現を図ると同時に、並行して値上げ以外にも世界でエビデンスのある有効な対策を実施することが必要。
9	成果目標(数値目標)	全面禁煙飲食店数、公共機関、学校、医療機関での敷地内禁煙など、人口当たりの場所・カ所数を設定し、達成を図る。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	約5億円
15	予算計算概算	1,000万円×47都道府県
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	8
2	分野名	がんの予防(たばこ対策)
3	施策番号	A-59
4	施策名	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発
5	施策の概要(目的)	学校教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施し、教育を通じて生徒へのがんに関する普及啓発を行うとともに、教員の完全禁煙化を達成することで、若年者の喫煙を防ぐことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	すべての小学校、中学校、高校、大学、専門学校等の学校の教職員および敷地内
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	国及び自治体が教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施するとともに、学校内の完全禁煙を定める政令、条例を制定し、同時に教員の禁煙支援を行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	学校教員の喫煙率は15%前後と依然高く、このことが児童・生徒の喫煙にもつながっているとの指摘が多い。また、学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要がある。
9	成果目標(数値目標)	2年以内に、すべての学校敷地内での完全禁煙を実現するとともに、5年以内に、すべての学校教員のがん教育研修の履修を完了する。
10	成果へのシナリオ	学校の禁煙化と教員の禁煙が、がん教育に対する教員の熱意を喚起し、がん啓発の起点となり、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率0%」の実現に至る。
11	成果の確実性	大いに確実
12	エビデンスの状況	国際的には当然のことであると考えられる。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	5億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	文部科学省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	8
2	分野名	がんの予防(たばこ対策)
3	施策番号	再
4	施策名	初等中等教育におけるがん教育の推進
5	施策の概要(目的)	学校教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施し、教育を通じて生徒、さらにはその両親へのがんに関する普及啓発を行う。
6	施策の概要(対象)	すべての小学校、中学校、高等学校
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	都道府県及び市町村が教員(特に体育、保健体育の教員)に対して、がんの知識についての教育研修を実施する。
8	施策の概要(事業の必要性)	学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要がある。
9	成果目標(数値目標)	各都道府県の教育委員会が設置する研修センターにおいて、5年以内に、すべての小学校、中学校、高等学校の体育及び保健体育の教員に対するがんの特性、がん検診、がん治療に関する研修を実施する。
10	成果へのシナリオ	児童・生徒にがん教育を行う教員の熱意を喚起し、がん啓発の起点となり、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率0%」の実現に至る。
11	成果の確実性	大いに確実
12	エビデンスの状況	国際的には当然のことであると考えられる。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	文部科学省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	9
2	分野名	がんの早期発見(がん検診)
3	施策番号	A-60
4	施策名	保険者・事業者負担によるがん検診
5	施策の概要(目的)	がん検診率50%以上の早期達成
6	施策の概要(対象)	がん検診費用をメタボ健診と同様に保険者財源とする。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん検診率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である。その費用の負担は、市町村財源、受診者負担では不可能であり、かつてのような交付金に戻すことも困難である。トータルな疾病管理の観点からも、がん検診機会を増やすためにも、保険者責任としてメタボ健診と同様の(それ以上の)インセンティブ・ペナルティーシステムを採用する。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん検診率を50%とする目標がありながら、検診費用の財源が手当てされておらず、がん検診率向上に向けて抜本策が希求されている。
9	成果目標(数値目標)	
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	がん検診の効果を実証すること、それについて十分な説得的データを公表することが前提となる。
12	エビデンスの状況	こうした施策を推奨するためにも根拠となるエビデンスやデータを示してほしい。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	1,500億円以上(財源は健康保険財政で省庁の予算ではない) 精度管理、普及啓発など、がんの早期発見、検診率の向上に向けた費用の助成を行う。

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	9
2	分野名	がんの早期発見(がん検診)
3	施策番号	A-61
4	施策名	保険者負担によるがん検診事業
5	施策の概要(目的)	検診費用の保険者負担によるがん検診の受診促進について、モデル地区を対象に事業を実施することで、その全国普及にあたっての可能性と課題を調べることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	人口20万人程度の自治体や地域
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん検診において一定の受診率が見込める実績のある、人口20万人程度の自治体や地域を対象に、国民健康保険加入者(40～65歳)を対象として、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、子宮がんについて、保険者負担(国民健康保険)によるがん検診を進める。事業では、その費用を保険者に補助する。
8	施策の概要(事業の必要性)	がん検診受診率の目標は50%以上とされているが、現状ではその上昇はあまりみられず、保険者負担による受診勧奨など、抜本的な見直しを伴う施策が考慮される必要がある。
9	成果目標(数値目標)	モデル地域における胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、子宮がんで受診率80%程度を目標とする。
10	成果へのシナリオ	地方交付税措置との整理を検討。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	30億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	9
2	分野名	がんの早期発見(がん検診)
3	施策番号	A-62
4	施策名	がん検診促進のための普及啓発
5	施策の概要(目的)	がん対策推進計画に示された、がん検診受診率50%以上の達成を目的とする。
6	施策の概要(対象)	全国民
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん検診の受診勧奨だけでは限界があり、がんに関する正しい理解の促進を通じて、がん検診を受診する意識を喚起することが重要である。「まずはがんにならない。もしがんになっても、がん検診で早期発見し、完治させる」というメッセージを、明確に打ち出していく。
8	施策の概要(事業の必要性)	検診が最も有効とされる子宮頸がんの場合、欧米での受診率は8~9割であるが、日本では2割程度であり、上昇傾向も見られない。また、現状ではがん検診全体の受診率の向上もあまりみられず、受診率50%以上の達成は困難である。
9	成果目標(数値目標)	5年以内に、特に子宮頸がん、乳がん、大腸がんの検診受診率を5割以上にする。
10	成果へのシナリオ	がん検診に関する企業の取り組みを政府が主導することで、国民への明快なメッセージを提示する。例えば、がんの普及啓発を目的とした分かりやすい冊子を、企業とのタイアップをもとに作成、配布するとともに、学校におけるがん教育との連携も図る。結果的に、国民のがん理解が向上し、がん検診受診率が向上することが期待できる。
11	成果の確実性	大いに確実
12	エビデンスの状況	欧米での事例からは、必要性・有効性は確実。
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円程度
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省、文部科学省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	9
2	分野名	がんの早期発見(がん検診)
3	施策番号	A-63
4	施策名	がん検診の精度管理方式の統一化
5	施策の概要(目的)	がん検診の精度を確保するため、精度管理方法を統一化することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	教育研修対象者として、市町村及び職域におけるがん検診の担当者、検診団体、行政担当者、産業医、保健師を考慮
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん検診の精度管理に関する管理体系を構築するため、全国登録事業として厚生労働省(または適切な組織など)において、関係学会・団体との連携により中央管理を行い、都道府県が解析スタッフの養成のため、精度管理に関する教育研修(がん検診に関わる多職種のスタッフへの教育研修などを含む)や、指導管理協議会の運営、市町村のがん検診の結果の登録を実施する。
8	施策の概要(事業の必要性)	現行のがん検診では、がん検診の精度管理について地域間でほとんど統一されておらず、がん種間でも精度管理の質的な差異がみられる。また、職域検診においては、精度管理が行われているかどうか不明である。がん検診の普及を阻害する要因として、こういった状況を早期に改善する必要がある。
9	成果目標(数値目標)	すべての都道府県について事業を早期に施行する。
10	成果へのシナリオ	適切な組織が主導し、がん検診に関連する学会との共同作業として、都道府県ごとに整備する。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	20億円
15	予算計算概算	4,000万円×47都道府県(当初予算として、全国登録システムの整備に別途3,000万円)
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	9
2	分野名	がんの早期発見(がん検診)
3	施策番号	A-64
4	施策名	長期的な地域がん検診事業
5	施策の概要(目的)	同一地域において、長期にわたってがん検診の地域モデルを運営することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん検診に関する地域連携および住民の協力が得られることが期待できるなど、モデル地区として一定の要件を満たす人口10万人までの市町村(3カ所)
7	事業の概要(事業内容)(手段、手法など)	「同一集団に対する繰り返しがん検診モデル」を、10年単位で長期にわたり追跡調査(または戦略研究)を行う。
8	施策の概要(事業の必要性)	循環器疾患における久山町地域の事業では、国内では極めて貴重な情報が得られつつある。がん検診の有効性や、がんのリスク因子解析などの情報を分析する。
9	成果目標(数値目標)	現在、市町村がん検診の指針で定められているがん検診の実施方法に関するエビデンスを蓄積する。また、研究として、指針以外の方法による検診方法(肺がんのヘリカルCT検査など)、指針の対象外のがん種に対するがん検診(前立腺がんのPSA検査など)の有効性に関するエビデンスを蓄積し、がん検診の見直しに活用する。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	3億円(1期10年)
15	予算計算概算	1億円×3カ所
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	9
2	分野名	がんの早期発見(がん検診)
3	施策番号	A-65
4	施策名	イベント型がん検診に対する助成
5	施策の概要(目的)	がん検診率50%の早期達成のため、定期的で固定的ながん検診機会だけでなく、利便性の高い機動的な検診機会(イベント型検診)の機会を提供し、受診者の半分程度がイベント型で受けるようにする。
6	施策の概要(対象)	がん検診車整備(直接補助)。利便性の高いがん検診機会提供(県が市町村等の検診実施主体に助成)
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん検診を受診しない大きな理由が、検診機会が身近に提供されていないからである。よって、移動検診車による検診の機会の提供、休日・夜間の駅前、デパート、繁華街等の住民が集まりやすい場所でのがん検診イベント開催などを対象に助成する。また、居住地以外でのがん検診を円滑に進めるための市町村間の連携体制を強化する。
8	施策の概要(事業の必要性)	アンケート調査によると、がん検診を知っていても、検診を受けられる機会がない、あるいは便利でないことから、実際に検診を受けない人が多い。よって、便利で効果があると分かっている機会を提供することが必要である。
9	成果目標(数値目標)	がん検診車が稼働した回数、受診した人の数。利便性の高いがん検診会場で受診した人の数。こうした数値目標を設定する。
10	成果へのシナリオ	がん検診の現場に医師が立ち会う必要性の検討。健診に従事する医師の確保対策の検討。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	25億円
15	予算計算概算	がん検診車1,000万円×50台=5億円。出前検診機会1万回×20万円=20億円
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	A-66
4	施策名	希少がん・難治がん特別研究費
5	施策の概要(目的)	罹患者数の少ない希少がんや、有効な治療法の確立されていない難治がんについて、有効な新規治療薬や治療法を研究・開発し、治療成績の向上を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	罹患者数の少ない希少がんや、有効な治療法の確立されていない難治がん(進行・再発がんを含む)の患者、研究者、医療機関、行政
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	希少がんや難治がんを対象として、病態解明、予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナルリサーチ等、特別研究費に係る予算措置を行う。対象となるがんの選定については、患者や家族、有識者などを含む専門家から構成される委員会により1年ごとに検討を行い、がんの治療に関する動向や研究の成果をふまえた柔軟な対応を行う。対象となるがんや研究の選定については第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。
8	施策の概要(事業の必要性)	新規治療薬や治療法などの進歩により、がんの治療成績や患者のQOLは向上しているが、希少がんや難治がん、進行・再発がんに関しては、研究の難しさがコストもかかるうえ、研究成果に対する見返りが少ないために、産業界のインセンティブが働かない。国際共同臨床試験への参加促進や、新規治療薬の導入を企業任せにしない姿勢など、経済的観点のみを追求しない国の主導による研究の推進が求められている。
9	成果目標(数値目標)	希少がん・難治がんにおいて、5年生存率の20%以上の向上を目標とする。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	患者からのニーズは強く、タウンミーティングにおいても要望あり。
14	想定予算額	15億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	A-67
4	施策名	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設
5	施策の概要(目的)	現在の第3次対がん総合戦略研究において、一部、がんの社会学的研究は行われているものの、基礎研究や臨床研究が主体であり、別途、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度研究、政策提言などを含み、がんの社会学的研究分野が不足しているため、それを別の研究事業として創設し、第三者的な組織が選定を実施する。
6	施策の概要(対象)	がんの社会学的戦略研究センターを公募によって選定する。そして、そこをFAとして研究の企画、研究費の配分機能を持たせるとともに、社会学的戦略研究を実施する
7	事業の概要(事業内容)(手段、手法など)	第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。
8	施策の概要(事業の必要性)	NCI(米国がん研究所)などでは1分野として確立している。
9	成果目標(数値目標)	がんの社会学的研究分野における発表数、それが具体的ながん対策につながった数に目標を設定する。
10	成果へのシナリオ	現在もがんの臨床研究や第3次がん研究のなかで、そういった研究が現在も行われているが、研究から実践へのつながりがなく、やりっぱなしである。がんの社会学的戦略研究は毎年成果をがん対策推進協議会に報告し、毎年の概算要求でその成果を全国に広げる事業資金を予算化するといった循環を最初から設計しておく。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	年間5億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	A-68
4	施策名	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進
5	施策の概要(目的)	患者、家族、がんサバイバーのQOL向上に資する研究に対する資金提供・援助
6	施策の概要(対象)	患者および家族、医師及び大学等研究者、製薬企業など
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	臨床試験のデザインを公募し、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。研究期間は1年から5年とし、結果報告・公表を義務付ける。数年に及ぶ研究を必要とするものでも、1年ごとの中間報告を義務付ける。成果は速やかにがん治療を行う病院に送られる。
8	施策の概要(事業の必要性)	臨床試験は、企業のメリットと医師の学術的興味を探求によってデザインされるため、患者のQOL向上に向けた研究のための臨床試験はインセンティブが働かず、ほとんど存在しない。また、近年承認された新薬は作用機序が従来と違うため、新たな副作用対策が求められる。現状では各施設・医師により対応はまちまちである。患者にとってよりよい副作用対策等、患者のQOL向上に資する研究に資金を提供し、その成果を標準化する。また、臨床試験の早期(または開始前)から、企業と(独)医薬品医療機器総合機構などとの意見交換ができる体制作りに努める。
9	成果目標(数値目標)	10件の研究が採用されかつ推進されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	病院・医師個人により対応の違うQOL対策にエビデンスを作り、標準化させることによって均てん化、患者や家族の苦痛の軽減を目指す。
11	成果の確実性	大いに確実
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	患者および家族
14	想定予算額	4億円
15	予算計算概算	臨床試験一つにつき4,000万円×10
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省 文部科学省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	A-69
4	施策名	各がん腫ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援
5	施策の概要(目的)	がん腫や病期の対象を絞った集学的治療法の標準治療の確立を目的とする。
6	施策の概要(対象)	医師及び大学等研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がん腫や病期の対象を絞った集学的治療法の標準治療の確立を目指し、5年単位の戦略的な大規模臨床試験を促進するため、研究費を支援する。研究を公募し、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。
8	施策の概要(事業の必要性)	手術療法、化学療法、放射線療法などの治療法を効果的に組み合わせる、集学的治療法の標準治療を確立するには、質の高い大規模比較臨床試験が必要とされるにもかかわらず、現状では研究費も不足しており、細分化された小規模な臨床試験が乱立している。
9	成果目標(数値目標)	研究が採用されかつ推進されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	欧米で開発されていない日本初の治療法を開発することを目的として、患者数の多いがんに対する集学的治療法に関する大規模な前向きコホート臨床試験を開始する。また、既存の小規模な臨床試験のうち、手法が類似している臨床試験の統合を進めていく。
11	成果の確実性	iPS細胞などを用いた新たな研究シーズを治療ニーズに結び付けていくことにより、画期的な治療法の開発が期待できる。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	15億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省 文部科学省
18	備考	「平成23年度がん対策に向けた提案書」新規施策

■施策(予算)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	A-70
4	施策名	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援
5	施策の概要(目的)	がんの予防や検診などの介入・方法論の有効性を検証することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	医師及び大学等研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	がんリスクの解明や、がんの予防、早期発見などのテーラーメイドのがん対策の実現を目指し、重点課題に対する支援を行う。研究を公募し、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。
8	施策の概要(事業の必要性)	がんの予防や検診などの介入・方法論の有効性を検証するには、10年単位の長期、同一集団に対する追跡研究が必要であり、今後のがん予防対策にきわめて有用な知見をもたらす可能性がある。欧州ではすでに大規模研究が進行しており、アジア人を対象とする多国間臨床試験についても、世界的に関心が高いにもかかわらず、国内では公的研究費が皆無である。
9	成果目標(数値目標)	研究が採用されかつ推進されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	日本と遺伝的背景が類似している中国、韓国と、がんに関する介入方式による疫学研究を推進することで、アジア特有のがんの予防法、検診法の開発期待できる。
11	成果の確実性	日中間のがん対策に関する協定が締結され、日韓の共同研究が進められてきているため、共同のプロトコールに基づく研究の下地は整っている。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	5億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省 文部科学省
18	備考	「平成23年度がん対策に向けた提案書」新規施策

■施策(予算)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	A-71
4	施策名	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進
5	施策の概要(目的)	患者ゲノム情報に基づく副作用発現を予測するシステムの確立を目的とする。
6	施策の概要(対象)	医師及び大学等研究者
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	臨床研究者、企業およびPMDAが参画し、治験の段階から市販後まで、一貫して、患者の副作用情報とゲノム試料を収集する研究ネットワークと、そのゲノム情報解析により副作用予測を行う研究拠点の整備を推進する。
8	施策の概要(事業の必要性)	国内における、がん新規治療薬の効率的な開発と、安全かつ速やかな標準医療化を促進するため、患者ゲノム情報に基づく副作用発現予測システム確立の研究事業を推進が必要である。
9	成果目標(数値目標)	研究拠点とネットワークが整備され、研究が推進されることを目標とする。
10	成果へのシナリオ	副作用の少ないがんの化学療法を推進するために、どのような副作用が発生するかをあらかじめ予測する仕組みを、患者のゲノム情報を集積する。そのためには、本研究の拠点となる拠点を整備し、ゲノム情報の厳重な保護のもとで研究を進めていく必要がある。
11	成果の確実性	小規模な臨床研究を積み重ねていくだけでは、副作用予測の仕組みを構築することは困難であるため、研究拠点が必要である。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	15億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省 文部科学省 経済産業省
18	備考	「平成23年度がん対策に向けた提案書」新規施策

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	11
2	分野名	疾病別(がんの種類別)の対策
3	施策番号	A-72
4	施策名	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト
5	施策の概要(目的)	二次医療圏や県全域などで、乳がんなどひとつの特定の疾患を対象にし、予防から緩和まで横串を通して管理することで、その疾病の早期発見と治療の質の向上を達成し、がん難民を生まない状態を作り上げる。
6	施策の概要(対象)	県の乳がんなどひとつの疾病に関する、予防から緩和までに携わる医療機関の連携ネットワークを対象とする。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	有識者、関係団体、行政からなるプロジェクト委員会を設置。対象として選択した疾患に関して、予防、検診、精密検査、診断、治療、外来治療、緩和ケア、在宅ケアなどまで一貫した範囲での連携体制を作る。また、医療資源の状況、患者の数と動態などを調べ、最適化すると同時に地域での責任分担体制を構築し、地域でのサバイバーシップ・ケアプランの循環を作る。
8	施策の概要(事業の必要性)	疾病別に、その疾病を封じ込めるために、川上から川下までの医療資源と患者の動態を踏まえたうえで、一貫した戦略を策定することが重要である。
9	成果目標(数値目標)	疾病の早期発見の増加、治療の質の向上、生存率の向上などを図るための目標を設定する。
10	成果へのシナリオ	がん検診の精度管理体制の向上、地域がん登録の精度の向上、地域連携クリティカルパスの整備などの取り組みと連動して実施する必要がある。
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	3,000万円×30プロジェクト
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	11
2	分野名	疾病別(がんの種類別)の対策
3	施策番号	A-73
4	施策名	子宮頸がん撲滅事業
5	施策の概要(目的)	子宮頸がんを撲滅する
6	施策の概要(対象)	子宮頸がんの予防と早期発見
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	子宮頸がんワクチンが承認された場合の集団接種と、子宮頸がん検診率の向上によって、子宮頸がんの撲滅を目指す。
8	施策の概要(事業の必要性)	子宮頸がんは原因が明確で撲滅が可能ともいわれるがんの種類である。ワクチンの接種と早期発見のための検査の普及で、封じ込めることができる可能性がある。世界的にはワクチンの接種と早期発見のための検査が広く普及しはじめており、日本の立ち遅れが目立つ。
9	成果目標(数値目標)	ワクチン接種率と検診率に目標を設定。10年以内に死亡を大幅に削減する目標も設定する。
10	成果へのシナリオ	予防接種法に位置づけ、麻疹・風疹ワクチンと同時接種が行えるよう環境整備ができれば、接種率は向上すると思われる。
11	成果の確実性	欧米で接種されているワクチンでは、約半数のHPV感染しか防ぐことができないため、子宮頸がん検診の有用性をPRしていく必要がある。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	12歳前後の女性への公費でのワクチン接種をオーストラリア、英国、米国などが実施。UICC(世界対がん連合)の国際ガイドラインでも推奨されている。
14	想定予算額	ワクチン200億円、検査普及20億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	総務省(地方財政措置)
18	備考	

■施策(予算)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	11
2	分野名	疾病別(がんの種類別)の対策
3	施策番号	A-74
4	施策名	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進
5	施策の概要(目的)	肉体的・精神的・社会的に大きな負担を強いられる治療中の患者とその家族に対する支援を目的とするとともに、難治性とされる一部の小児がんに対する効果的な治療法の開発など、小児がんと希少がんに対する包括的な対策を行うことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	患者、家族、医療者、医療機関、研究者、行政
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	小児がんについては、大きな負担を強いられる患者や家族に対する支援、新規治療薬の早期承認に関する問題、用法・用量が必ずしも明らかでない問題、難治性の小児がんの問題、長期生存者の就労や晩期障害の問題など、小児がん特有の多くの諸問題を明らかにするとともに、成人のがんとは別に小児がんに対して包括的な対策を講じていく。そのため、小児がんや希少がんに対して包括的な対策を推進するためのセンター的機能を有する拠点施設を整備し、ファンディングエージェンシー(研究費配分機関)機能を伴う小児がん研究事業などを推進する。第三者的な組織が研究の選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を創設するとともに、結果を公表する
8	施策の概要(事業の必要性)	小児がんは近年治療成績が向上してきたが、肉体的・精神的・社会的に大きな負担を強いられる治療中の患者に対するケアや家族に対する支援、ならびに治療後や長期生存者に対する支援に関する研究は、必ずしも十分でない。また、小児がんの中でも残された難治性とされる一部の小児がんについては、その治療法の研究が大きな課題である。希少がんについても、患者数が少ないために十分な対策が進んでいない。
9	成果目標(数値目標)	小児がんや希少がんに関する患者や家族、医療者のニーズを、早急にまとめる必要がある。
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	タウンミーティングでも、複数意見あり。
14	想定予算額	5億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 2 部

施策提案シート

「診療報酬」

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	B-1
4	施策名	がん医療の質の評価
5	施策の概要(目的)	がん治療に関わる指標を収集・分析・公開するベンチマーキング(指標比較)センターの設置を促進することで、がん医療の質の向上をさせることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析・公開するベンチマーキングセンター
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行う第三者的な組織としてのベンチマーキングセンターを設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	がん医療の各分野(がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野)の質を評価する指標に対して、診療報酬での対応が十分でなく、がん医療の各分野の向上に資する質の評価が適切に行われていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	例: 診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において提示された資料、政策科学研究推進研究事業松田班による調査
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、評価指標の明確化や、がん医療の質向上を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては若干反映されていると考えられる。例えば、DPCにおける「調整係数」の段階的な廃止に伴い、その一部を新たな「機能評価係数」に置き換え、評価することとされている点が挙げられる。特に「機能評価係数」の中で、「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)は、「地域がん登録」への参画を含めて評価するものであり、がん医療の質の見える化に不可欠な基盤である「地域がん登録」の推進が従来にはない形で診療報酬の評価として取り入れられている。DPCによるがん医療の質の評価については、「がん医療の質の見える化と評価」の観点からも、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。これらの施策は、平成22年度診療報酬改定に向けて中医協が示した「視点」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに該当すると考えられる。新しい考え方が含まれる推奨施策であるが、次回改定において改めて検討されることが必要と考えられる。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策におけるベンチマーキングセンターの役割や機能評価の指標のあり方について、一定の考え方の整理をしておくことが必要である。
12	「予算」「制度」との対応	がん医療の質の評価と向上に関しては、「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置[C-5]、「質の評価ができる評価体制の構築」[A-11]、「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」[A-12]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	全体2
2	分野名	がん計画の進捗・評価
3	施策番号	B-2
4	施策名	がん医療の質の“見える化”
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院におけるがん医療の各分野の質を「見える化(可視化)」することで、拠点病院における医療の質を向上させることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療連携拠点病院
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野(がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野)の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討する。
8	施策の概要(必要性)	がん医療の質のいわゆる「見える化(可視化)」が十分でなく、がん医療の質に対する評価も十分でないことに加え、診療報酬体系においても、医療機関が「見える化」へ向けた努力が評価されないため、インセンティブが働かない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	例:診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において提示された資料、政策科学研究推進研究事業松田班による調査。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、評価指標の明確化や、がん医療の質向上を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては若干反映されていると考えられる。例えば、DPCにおける「調整係数」の段階的な廃止に伴い、その一部を新たな「機能評価係数」に置き換え、評価することとされている点が挙げられる。特に「機能評価係数」の中で、「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)は、「地域がん登録」への参画を含めて評価するものであり、がん医療の質の見える化に不可欠な基盤である「地域がん登録」の推進が従来にはない形で診療報酬の評価として取り入れられている。DPCによるがん医療の質の評価については、「がん医療の質の見える化と評価」の観点からも、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。これらの施策は、平成22年度診療報酬改定に向けて中医協が示した「視点」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに該当すると考えられる。新しい考え方が含まれる推奨施策であるが、次回改定において改めて検討される必要があると考えられる。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策におけるベンチマーキングセンターの役割や機能評価の指標のあり方について、一定の考え方の整理をしておくことが必要である。
12	「予算」「制度」との対応	がん医療の質の評価と向上に関しては、「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織(ベンチマーキングセンター)の設置[C-5]」、「質の評価ができる評価体制の構築」[A-11]、「分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発」[A-12]、「ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進」[A-35]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-3
4	施策名	放射線療法の推進
5	施策の概要(目的)	がんの放射線療法に関わる専門の医療従事者の配置を促進するとともに、放射線療法に関わる治療計画、治療、放射性物質の適切な管理などについて、診療報酬で適切な評価を行うことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの放射線療法に関わる専門の医療従事者の配置、放射線療法に関わる治療計画、治療、放射性物質の適切な管理など
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行う。また、放射線療法における治療計画の策定、ファントム模型などによる照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT(強度変調放射線治療)などの高精度外部照射、アイソトープ内用療法、小線源治療などで使用する放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をする。
8	施策の概要(必要性)	放射線療法の推進にあたっては、放射線治療の専門医(例:放射線腫瘍学会認定医)、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置の必要性がかねてより指摘されている。また放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理についても、適切な評価がされていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	放射線治療施設数は765カ所(平成19年現在)、放射線治療の認定医は615人(平成21年3月現在)、医学物理士は418人(平成21年7月現在)、放射線治療品質管理士は593人(平成21年7月現在)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、放射線療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置、放射線療法の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「放射線治療の専門医、診療放射線技師、医学物理士、放射線品質管理士の常勤での配置」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師」の配置を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われた点が挙げられる。また、「放射線治療に関わる医療」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「放射線治療病室管理加算」や「密封小線源治療における組織内照射」の点数が引き上げられた点や、「放射線同位元素内用療法管理料」において、対象疾患が拡大された点が挙げられる。また、強度変調放射線治療(IMRT)の大幅な適応拡大が実施されたほか、画像誘導放射線治療(IGRT)が新規に保険収載される等、合併症の少ない放射線治療が積極的に推進される傾向が明確に示された。さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	放射線療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置については、推奨施策「医学物理士資格の位置づけの明確化」[C-11]、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」[C-12]、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」[A-14]、「医学物理士の育成と制度整備」[A-15]、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」[C-12]、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」[A-14]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-4
4	施策名	化学療法とチーム医療の推進
5	施策の概要(目的)	がんの化学療法に関わる専門の医療従事者の配置を促進するとともに、化学療法の適切かつ安全な施行のための措置について、診療報酬で適切な評価を行うことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの化学療法に関わる専門の医療従事者の配置、化学療法のプロトコル(治療計画)管理や取扱いに厳重な管理を要する製剤の処理など
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行う。また、レジメン(投与計画)委員会における化学療法のプロトコル(治療計画)管理や取扱いに厳重な管理を要する製剤の処理について、新たに評価を行う。
8	施策の概要(必要性)	腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医(例;臨床腫瘍学会によるがん薬物療法認定医)、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、効果的かつ安全な治療に不可欠であるが、インセンティブに乏しく、レジメン委員会における化学療法のプロトコル管理についても十分な手当てがなされていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん薬物療法専門医数は306人(平成21年4月1日現在)、がん治療認定医数は5962人(平成21年4月27日現在)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料)。がん化学療法認定看護師数は415人(平成22年3月1日現在)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、化学療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置、化学療法の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「化学療法に関わる専門医や医療従事者の配置」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置」を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われるとともに、同加算において算定要件に「がん診療連携拠点病院に設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた点が挙げられる。「レジメン委員会による化学療法のプロトコル管理」については、「化学療法のレジメン(治療内容)の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定」とされている「外来化学療法管理加算1」の点数が引き上げられ、評価されたと考えられるが、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	化学療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置については、推奨施策「医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)」[C-8]、「保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)」[C-9]、「薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)」[C-10]、「がんに関わる医療従事者の計画的育成」[A-13]、「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」[A-16]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-5
4	施策名	入院および外来化学療法の推進
5	施策の概要(目的)	入院化学療法と外来化学療法について、診療内容に見合った評価を行うとともに、外来化学療法部門における患者対応の充実を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	外来化学療法、入院化学療法、外来化学療法部門への主に患者対応を主とする看護師の配置
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	入院化学療法についても、十分な評価を行う。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討する。
8	施策の概要(必要性)	外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていないとともに、また外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	外来化学療法を実施している医療機関数は、990(平成17年)→1399(平成18年)→1722(平成19年)→2045(平成20年)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、化学療法や患者対応の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「外来化学療法の推進」は平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来化学療法管理加算」1と2の点数が引き上げられた点や、介護老人保健施設入所者に対して外来化学療法がおこなわれた場合、抗悪性腫瘍剤と注射(手技料)の算定を可能とした点が挙げられる。「外来診療部門に患者対応を行う看護師の配置」は、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされており、患者に丁寧な説明を行うという観点からは、推奨施策が一定程度反映されたと考えられるが、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	外来化学療法部門における看護師の配置については、推奨施策「保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)」「C-9)」、「がんに関わる医療従事者の計画的育成」[A-13]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-6
4	施策名	がんにおける診療項目の評価
5	施策の概要(目的)	がん医療を支える観点から必要と考えられるにもかかわらず、評価が十分でないと考えられる診療項目を診療報酬において評価し、その充実を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	手術療法、化学療法、病理検査、病理診断、がんセンターボード、外来服薬指導など
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	専門医が配置され、質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法において専門性の高い手技を細分化して点数を加算することについて、新たに評価する。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、がんセンターボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をする。
8	施策の概要(必要性)	手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、がんセンターボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	外来服薬指導についての例として、外来での化学療法後、居宅で薬剤を持続注入した件数は、国立がんセンター中央病院でのFOLFOX療法(大腸がんに対する併用療法)について、1989件(平成19年度)→2012件(平成20年度)→1484件(平成21年度6カ月)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)。遠隔病理診断については、がん対策推進基本計画において、「医療機関の連携の下、適切な診断が行われるようにするために、遠隔病理診断支援等による医療機関の連携を推進していく」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、がん治療の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「病理標本作成料」において術中迅速細胞診が新設された点や、その注釈として遠隔病理診断(テレパソロジー)に関しても、「テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り」との算定要件のもとに認められた点が挙げられる。また、免疫染色の病理組織標本作製の加算として、確定診断のために4種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に加算が設けられている。「手術療法の評価」については、外科系学会社会保険委員会連合会(外保連)作成による「手術報酬に関する外保連試案」をもとに検討された難易度の高い手術の点数の引き上げや、先進医療専門家会議及び中医協診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会による検討を踏まえた新規手術の保険導入などが行われており、がん領域における手術療法が評価されたと考えられるが、その詳細については検証が必要である。さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-7
4	施策名	高度医療
5	施策の概要(目的)	未承認薬役等を国内で安全かつ早期に利用できるようにする観点から、高度医療を利用しやすい制度とすることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	高度医療評価制度
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	高度医療の実施医療機関の基準を全国で一律化し、要件に適合する医療機関においては、高度医療に関する患者負担を軽減し、高度医療申請に関しては診療報酬として加算、あるいは薬剤の保険外使用に関して適応とするだけでなく、副作用対策などに関しても評価する。
8	施策の概要(必要性)	高度医療は、保険適用でない薬剤や医療技術を、医学の高度化やニーズに従って安全かつ低負担で行うことを趣旨としている制度であるが、申請件数が多い中でハードルも高く、その趣旨が十分に活かされていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	「薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術については、一般的な治療法でないなどの理由から原則として保険との併用が認められていないが、医学医療の高度化やこれらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するため、これらの医療技術のうち、一定の要件の下に行われるものについて、当該医療技術を『高度医療』として認め、先進医療の一類型として保険診療と併用できるとし、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収載の迅速化を図ることを目的として創設」(医政発0331021号「高度医療に係る申請等の取扱い及び実施上の留意事項について」)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、高度医療への対応やがん研究の環境整備を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	(「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」にはなかった新規推奨施策)
12	「予算」「制度」との対応	患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるようにするという観点からは、推奨施策「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」[A-19]、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」[A-20]、「コンパッションエート・ユース(人道的使用)制度の創設」[C-13]と、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	B-8
4	施策名	緩和ケア診療加算
5	施策の概要(目的)	外来診療での緩和ケアを充実させるとともに、緩和ケアに関わる医療従事者の配置と、緩和ケア病棟の拡充を進めることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	外来診療での緩和ケア、緩和ケアに関わる医療従事者、緩和ケア病棟
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大する。また、緩和ケア診療加算の点数や、専門性の高い医療従事者を配置する緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げる。
8	施策の概要(必要性)	緩和ケアは入院患者のみならず、外来患者にも必要とされているにもかかわらず、緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている。また、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、点数が低い。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	WHOの緩和ケア概念の変更やがん対策基本法の制定によって、がん治療当初からの緩和ケアが重視されるようになり、これまでの看取りによる緩和だけでなく、がん治療に伴う精神と身体への侵襲に対する緩和ケアも必要とされるようになってきたため、緩和医療へのニーズが増大している。一方、日本ホスピス緩和ケア協会の集計(平成20年)では、緩和ケア病棟数は182施設、病床累計数は3534床である(内科系学会社会保険連合平成22年度社会保険診療報酬改定提案書より、一部改変)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。がん対策推進基本計画においても、全体目標として、「すべてのがん患者の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が定められ
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「緩和ケア診療加算」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「緩和ケア診療加算」の点数が引き上げられた点が挙げられる。一方で、「緩和ケア病棟入院料」の点数は引き上げられておらず、「緩和ケア診療加算の外来診療への拡大」は行われていない。がん治療が外来にて行われることが増え、緩和ケアを必要とする外来患者が増えていることから、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	緩和ケアに関わる医療従事者の配置については、推奨施策「医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)」[C-17]、「保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)」[C-18]、「薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)」[C-19]が、特に関係がある。緩和ケアに関わる施設や診療科の拡充については、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業」[A-22]、「緩和医療科外来の充実」[A-28]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	B-9
4	施策名	緩和ケア研修修了者の配置
5	施策の概要(目的)	がん診療に携わる医療者への緩和研修の受講や修了者の配置を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療に携わる医療者に対する緩和ケア研修修了者
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がん診療に携わる医療者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にてさらなる評価を検討する。
8	施策の概要(必要性)	がん診療に携わる医療者への緩和研修について、がん診療連携拠点病院の義務としての研修が不十分になっているとの指摘もあり、研修修了者の配置に対する医療機関のインセンティブもないため、研修の受講や修了者の配置が促進されない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会修了証書の交付数は、1071(平成20年12月31日)→3730(平成21年5月31日)→9274(平成21年10月31日)(厚生労働省第11回がん対策推進協議会資料より)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「がん性疼痛緩和指導管理料」の施設基準において、「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針(平成20年4月1日健康局長通知)に準拠した緩和ケア研修会」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会(国立がんセンター主催)」等が追加されている点が挙げられる。また、「緩和ケア診療加算」についても「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として、同様の施設基準が追記されている点も挙げられる。一方で、緩和ケアに関する専門的な診療については、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	がん診療に関わる医療者の緩和ケアへの理解の促進に関しては、推奨施策「がん診療に関わる医療者への緩和医療研修」[A-23]、「緩和ケア医療研修のベッドサイドラーニング」[A-24]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	B-10
4	施策名	緩和ケア病棟入院料の引き上げ
5	施策の概要(目的)	緩和ケアにおいて必要かつ適正な緩和薬物療法が行われ、緩和ケアを行う病床を確保することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	緩和ケアにおける緩和薬物療法や検査、長期療養病床におけるがん専門療養病床
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	現状の診療報酬では、緩和ケア病棟の採算が取れない場合が多いため、DPCのなかで収まりきれない高額薬品(鎮痛剤など)、検査などを出来高払いとすることを検討する。また、長期療養病床におけるがん専門療養病床を指定し、緩和ケアを行う施設を確保するための病床要件に準じた評価をする。
8	施策の概要(必要性)	緩和薬物療法においては、患者の苦痛を取り除くために、必要かつ適正な投与量を確保することが必要であるが、DPCのために医療機関が赤字を強いられる場合が生じる。また、緩和ケア病床に長時間の待ち期間が発生しており、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	WHOの緩和ケア概念の変更やがん対策基本法の制定によって、がん治療当初からの緩和ケアが重視されるようになり、これまでの看取りによる緩和だけでなく、がん治療に伴う精神と身体への侵襲に対する緩和ケアも必要とされるようになってきたため、緩和医療へのニーズが増大している。一方、日本ホスピス緩和ケア協会の集計(平成20年)では、緩和ケア病棟数は182施設、病床累計数は3534床である(内科系学会社会保険連合平成22年度社会保険診療報酬改定提案書より、一部改変)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。がん対策推進基本計画においても、全体目標として、「すべてのがん患者の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が定められ
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	(「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」にはなかった新規推奨施策)
12	「予算」「制度」との対応	緩和ケアに関わる施設や診療科の拡充については、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業」[A-22]、「緩和医療科外来の充実」[A-28]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-11
4	施策名	在宅医療の充実
5	施策の概要(目的)	在宅療養支援診療所を拡充するとともに、終末期にあるがん患者を受け入れる緊急入院病床を確保することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	在宅療法支援診療所、終末期にあるがん患者を受け入れる緊急入院病床を確保する医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数を引き上げる。また、医療機関が終末期がん患者の緊急入院の受け入ること、およびそのために空床を確保することに対して、診療報酬にて評価する。
8	施策の概要(必要性)	がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、病状急変時の緊急入院病床の整備等により、手厚い在宅医療を提供する施設に対してなど、全般にわたって診療報酬の評価が低い。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	在宅療養支援診療所1施設あたりの在宅患者の受け持ち数が、100人以上である施設の割合は、3.9%(平成19年)→5.4%(平成20年)→5.9%(平成21年)であり、増加傾向にある(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、在宅緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れ」の反映状況については、例として、算定要件を「急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合」とする、「有床診療所一般病床初期加算」や、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の新設が挙げられる。また、がん性疼痛緩和指導管理料を算定している有床診療所は、前述の有床診療所一般病床初期加算が算定できるだけでなく、引き上げて新設された医師配置加算1(複数医師配置の評価)を算定できるなど、地域におけるがん医療への貢献が評価される方向にある。「手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数の引上げ」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考える。例として、末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行う場合についての評価として、訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料において、「複数名訪問看護加算」が新設された点が挙げられるが、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備に関しては、推奨施策「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」[A-31]、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」[A-32]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-12
4	施策名	在宅医療ネットワークの構築
5	施策の概要(目的)	病院と在宅療養支援診療所、訪問看護事業所など、在宅緩和ケアに関する切れ目のない地域連携を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	病院、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	病院と在宅療養支援診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価する。
8	施策の概要(必要性)	病院と在宅療養支援診療所との連携や、病院(医師)と訪問看護機関(看護職)との連携、在宅地域連携クリティカルパスの策定を通じた連携が不足しているために、在宅医療の効率的なネットワーク構築が進んでいない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	在宅医療における連携状況について、在宅医療を行う医療機関に対してアンケート調査を行ったところ、「在宅医療に係る24時間診療体制の確保のための連携は良好である」との問いに対して、「そう思わない/全くそう思わない」との回答が32.0%、「専門的医療を提供するための連携が良好である」との問いに対して、「そう思わない/全くそう思わない」が32.7%(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、在宅緩和医療における医療機関の連携が不十分であるとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業者等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価として、「地域連携診療計画退院時指導料1・2」や「地域連携診療計画退院計画加算」が新設された点が挙げられるが、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	切れ目のない在宅緩和ケアネットワークに提供に関しては、推奨施策「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」[A-34]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-13
4	施策名	医療と介護の連携
5	施策の概要(目的)	医療提供者と介護提供者の連携を促進し、がん患者が介護資源による効果的なサポートを得られるようにすることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	退院困難な要因を有するがん患者、介護保険施設、医療と介護の連携
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	がんの在宅緩和ケアでは、病院や在宅医療支援診療所など医療提供者のみならず、介護提供者と医療提供者との連携が必要であり、退院困難な要因や介護を必要としているがん患者については年齢を問わず、職種を越えた緊密な連携が求められるが、その連携は不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(株式会社三菱総合研究所)によると、介護支援専門員の「他機関との連携に関する悩み」についての問いでは、「主治医との連携が取りにくい」との回答が57.2%、「主治医意見書入手している割合」についての問いでは、「6～8割程度」、「1～4割程度」、「ほとんど入手していない」の割合が23.0%(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、医療と介護との連携が不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「後期高齢者退院調整加算の見直し」は、平成22年度診療報酬改定では、名称が「急性期病棟等退院調整加算」に改められるとともに、対象年齢については後期高齢者への限定がなくなり、退院困難な要因を有する入院中の患者(65歳以上の患者、又は45歳以上65歳未満の特定疾病[がんでは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された場合]の患者)へと変更された。「医療と介護の相互連携」は、平成22年度診療報酬改定では、一定程度反映されたと考えられる。例として、退院後に介護サービスの導入が見込まれる患者に対して、医療機関の看護師や薬剤師、理学療法士、社会福祉士などが、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と、介護サービス等について共同して指導を行うこと目的とする「介護支援連携指導料」が新設された点が挙げられるが、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	介護と医療の連携については、「介護保険法の改正」[C-24]、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」[A-33]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-14
4	施策名	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成
5	施策の概要(目的)	質の高い大規模な在宅療養支援診療所の拡充を促進するとともに、その診療所を活用した実地教育を進めることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	大規模な在宅療養支援診療所と、当該診療所での実地教育
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討する。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討する。
8	施策の概要(必要性)	質の高い在宅医療を提供し得る大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価の不足により、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。また、医療従事者が実地にて在宅緩和医療を学べる施設が少なく、医療従事者の育成が進んでいない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	在宅療養支援診療所1施設あたりの在宅患者の受け持ち数が、100人以上である施設の割合は、3.9%(平成19年)→5.4%(平成20年)→5.9%(平成21年)であり、増加傾向にある(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、在宅緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	7人以上の看護職員を配置した有床診療所に対して入院基本料の評価を引き上げた点や、在宅療養支援病院の要件を緩和し、許可病床数が、200床未満の病院に拡大している点について、一定の評価がなされたと言える。しかしながら、在宅緩和医療の量的拡大と集約化を図るために、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供し、地域の在宅緩和ケアを提供する医療機関のネットワークの要となる専門的かつ大規模な診療所については、さらに評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備に関しては、推奨施策「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」[A-31]、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」[A-32]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	B-15
4	施策名	DPCデータや臨床指標の開示
5	施策の概要(目的)	DPCデータや臨床指標の開示を行い、医療に質の向上を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	DPCデータや臨床指標の開示を行っている医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するためのDPCデータや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	標準治療の推進と医療費の適正化において、DPCの果たす役割は重要であるが、DPCによる評価見直しを適時かつ適正に進めるための、DPCデータや臨床指標の開示が十分でなく、がん医療の質の向上を阻害する一因となっている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	例:診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において提示された資料、政策科学研究推進研究事業松田班による調査
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、標準治療を行う医療機関や診療ガイドラインの活用を、診療報酬において評価することを求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成22年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	医療の質を「見える化(可視化)」することについては、推奨施策「ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進」[A-35]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	B-16
4	施策名	診療ガイドラインの推進
5	施策の概要(目的)	診療ガイドラインの作成とその普及啓発の促進を目的とする。
6	施策の概要(対象)	診療ガイドラインを策定している医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をする。
8	施策の概要(必要性)	がんに関わる診療ガイドラインが、全てのがんにおいて策定されておらず、策定されているがんについても更新が十分でないために標準治療の推進が遅れ、不適切な治療が行われる一因となっている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において「科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくことを目標とする」とされている。診療ガイドラインが整備されることにより、どの地域においても質の高い有効な治療を受けることができる。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、診療ガイドラインの作成と普及を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成22年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	診療ガイドラインの作成と普及啓発については、推奨施策「診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置」[C-25]、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」[A-36]、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」[A-37]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	B-17
4	施策名	セカンドオピニオンの推進
5	施策の概要(目的)	セカンドオピニオンの推進を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	セカンドオピニオンを受け入れた医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	治療の質を担保するセカンドオピニオンについて、セカンドオピニオンを提供する医療機関の負担が大きいかかわらず、現状では紹介する医療機関のみに診療報酬上の評価がされており、セカンドオピニオンの推進を妨げている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「患者自らが適切な治療法等を選択できるようにするため、担当医に遠慮せず、他の専門性を有する医師や医療機関において、治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)を受けられる体制を整備していく」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、セカンドオピニオンの普及を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成22年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	セカンドオピニオンや患者支援体制の充実については、推奨施策「地域統括相談支援センターの設置」[A-48]、「がん診療医療機関必携(仮)の作成・配布」[A-54]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	B-18
4	施策名	地域連携とその他の連携
5	施策の概要(目的)	がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及による地域連携や、いわゆる病病連携や薬薬連携を含む面的連携の強化を推進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	地域連携クリティカルパスを策定、活用する医療機関、病病連携や薬薬連携を推進する医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れる。また、いわゆる病病連携や薬薬連携、そして面的連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	国のがん対策推進基本計画にて、地域連携クリティカルパスの推進が定められているが、策定・運用のために必要な調整にかかる負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。また、いわゆる病病連携や薬薬連携についても、十分な評価がされていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「すべての拠点病院において、5年以内に、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする」とされており、「厚生労働科学研究 全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」(谷水班)において研究が行われている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、切れ目のないがん診療体制ネットワークを求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価することを目的として、その計画を策定する病院においては「がん治療連携計画策定料」(退院時)が、連携医療機関においては「がん治療連携指導料」(情報提供時)が新たに算定できるようになった。前者は、拠点病院または準ずる病院において、初回治療のため入院した患者に対して、あらかじめ策定してある地域連携診療計画(地域連携クリティカルパス)に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定するものである。後者は、がん診療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定するものである。一方、いわゆる「病病連携」についてはさらなる評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	がん診療体制ネットワークの整備については、推奨施策「がん診療連携拠点病院制度の見直し」[C-26]、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」[A-38]、サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)[A-40]、がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発[A-43]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	B-19
4	施策名	がん診療体制の充実度に応じた評価
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院の指定を受けていない医療機関で、拠点病院の要件を満たしている医療機関について、診療報酬で評価することでその診療体制の維持、充実を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在のがん診療連携拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価する。
8	施策の概要(必要性)	都道府県がん診療連携拠点病院制度と地域がん診療連携拠点病院が整備、指定されているが、拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「医療機関の連携体制を構築し、切れ目のない医療の提供を実現することが望まれる」とされており、その実現のためには指定されたがん診療連携拠点病院の充実のみならず、地域の医療機関の診療体制の充実と連携が有効である。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、地域の実情に即した拠点病院制度の運用を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。現在のがん診療連携拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、がん診療連携拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させる必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	がん診療体制ネットワークの整備については、推奨施策「がん診療連携拠点病院制度の見直し」[C-26]、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」[A-38]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	B-20
4	施策名	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価
5	施策の概要(目的)	病診連携の充実に努めている医療機関を、診療報酬において評価することで、病診連携の推進を図り、いわゆるがん難民問題を解消することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	病診連携の充実に努めている医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価する。
8	施策の概要(必要性)	病診連携等の過程で連携がうまくいかず、患者が適切な医療機関を受診できなくなる、いわゆるがん難民問題が存在するが、病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、がん難民問題解消に対する努力が進まない実情がある。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「平成18(2006)年度の医療制度改革においても、医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することが打ち出されており、特に、がんをはじめとして法令で定められた4疾病及び5事業等について、連携体制の早急な構築が求められている」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、切れ目のないがん診療体制ネットワークを求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がん診療連携拠点病院に設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。現在のがん診療連携拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、がん診療連携拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させる必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	がん診療体制ネットワークの整備については、推奨施策「がん診療連携拠点病院制度の見直し」[C-26]、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」[A-38]、「がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発」[A-43]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	B-21
4	施策名	相談支援センターの充実
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院とその相談員の配置について診療報酬で評価し、相談支援体制を拡充することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療連携拠点病院の相談支援センターとその相談員
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がん診療連携拠点病院の相談支援センターへの専従相談員の配置に対する、がん診療連携拠点病院加算の点数を上げることや、国立がんセンターで研修を受けた看護師や専門看護師・認定看護師、MSW(メディカルソーシャルワーカー)等の相談員が相談支援センターで受ける相談について、常勤の相談員数、配置体制又は相談実績に応じて、段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談員については、相談員を配置するインセンティブが医療機関にないために、相談員の配置転換などに伴う離職率が高くなり、相談支援センターの質の低下により患者相談が不十分となっている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	「相談員の異動が多く、相談員に必要な知識やスキルなどの質の確保ができない」「(相談支援センター相談員研修)受講者の約4割が異動する可能性」(国立がんセンターがん対策情報センター第8回運営評議会資料)があるなど、相談員の配置に対するがん診療連携拠点病院のインセンティブがないことにより、相談支援センターの体制の維持、整備が遅れている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングで、がん診療連携拠点病院の相談支援センターの体制整備を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定において反映されていない。一方、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。さらに、今回、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされている。相談支援センターでの相談員による相談についても、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	患者の悩みや不安に応える相談体制の拡充に関しては、推奨施策「がん相談全国コールセンターの設置」[A-44]、「地域統括相談支援センターの設置」[A-48]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	B-22
4	施策名	相談支援センターと患者団体の連携
5	施策の概要(目的)	がんの患者団体と拠点病院の連携を図り、ピアサポーターによる患者相談と支援の体制を充実させることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの患者団体との連携を進めるがん診療連携拠点病院
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	一定の質が担保された研修を修了した、患者・家族などのピアサポーターが、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて、看護師やMSW(メディカルソーシャルワーカー)と連携して患者相談を行う場合や、患者・家族の交流の場を提供している医療機関、患者団体の運営や活動に対する技術的な支援を行っている医療機関を、その実績に応じて段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を検討する。
8	施策の概要(必要性)	国のがん対策推進基本計画にて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者団体等との連携が記されているが、医療機関へのインセンティブがなく、医療資源としての患者団体と相談支援センターの連携体制が進んでいない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「相談支援センターには相談員が専任で配置されているが、がん患者の生活には療養上様々な困難が生じることから、適切な指導助言を行うため、相談員を複数人以上専任で配置すること等が望まれる。その際には、相談支援に関し十分な経験を有する看護師等の医療従事者や患者団体等との連携について検討する」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングで、医療機関とがんの患者団体との連携を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定において反映されていない。一方、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。さらに、今回、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされている。相談支援センターでの相談員による相談についても、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	患者支援団体と医療機関の連携体制については、推奨施策「がん患者連携協議会(仮称)の設置」[C-28]、「地域相談統括支援センターの設置」[A-48]「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」[A-49]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	7
2	分野名	がん登録
3	施策番号	B-23
4	施策名	がん登録に関わる職員の配置
5	施策の概要(目的)	がん登録に関わる職員の配置を促進し、医療従事者の負担を軽減し、がん登録の推進を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん登録に関わる職員の配置するがん診療連携拠点病院
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がん診療連携拠点病院等が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がんセンターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価する。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討する。
8	施策の概要(必要性)	がん登録の推進にあたって、登録事務に関わる職員の育成や採用にあたって負担が大きいにもかかわらず、配置に際しての医療機関のインセンティブに乏しいために職員の採用が進まず、他の医療従事者にごん登録に係る負担が及んでいる。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「がん患者を含めた国民に対して安心・納得できるがん医療を提供するなど、がん対策のより一層の充実を図っていくためには、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータが必要であるが、当該データを系統的に蓄積していく仕組みであるがん登録の整備が、我が国においては諸外国と比較しても遅れているという状況にある」「がん登録の実施に当たっては、医師の協力も必要であるが、その負担軽減を図りつつ、効率的に行っていくためには、がん登録の実務を担う者の育成・確保が必要であることから、こうした者に対する研修を着実に実施していく」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、がん登録に関わる職員の配置を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては、一定の反映があったと考えられる。例として、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務が、病院勤務医の負担となっていることに鑑み、がん登録に関わる職員という明示的ではないが、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価として、「医師事務作業補助体制加算」として、「15対1補助体制加算」「20対1補助体制加算」が新設されている。従来から、医師事務補助者の業務として院内がん登録に係る業務は認められているところであり、「医師事務作業補助体制加算」が院内がん登録のさらなる推進に寄与することも考えられる。実効性のある正確ながん登録のためには、診療情報管理士などによる登録業務が必要であり、「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に、診療情報管理士の配置などの要件を加えるなど、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。また、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた。同様に、診療情報管理士の配置を算定要件に加えるなど、医療現場に過度の負担とならないよう配慮しつつ、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	がん登録の推進に関しては、推奨施策「がん登録法(仮称)の制定」[C-29]、「地域がん登録費用の10/10助成金化」[A-55]、「がん登録法制化に向けた啓発活動」[A-56]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	7
2	分野名	がん登録
3	施策番号	B-24
4	施策名	地域・院内がん登録
5	施策の概要(目的)	地域がん登録および院内がん登録の推進を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	地域がん登録および院内がん登録に参加する医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて段階的に診療報酬を加算してはどうか。
8	施策の概要(必要性)	地域がん登録および院内がん登録へ医療機関が参加するインセンティブが乏しく、医療機関の参加が進まない。また、がん患者の在宅死を把握する仕組みが確立していないため、データが不正確であり、がん登録全体の正確さにマイナスの影響を与えている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において「がん患者を含めた国民に対して安心・納得できるがん医療を提供するなど、がん対策のより一層の充実を図っていくためには、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータが必要であるが、当該データを系統的に蓄積していく仕組みであるがん登録の整備が、我が国においては諸外国と比較しても遅れているという状況にある」とされており、また個別目標として「院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況(診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など)を把握し、その状況を改善することを目標とする」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、がん登録の推進を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定では、DPCにおいて新たに設けられた「機能評価係数」のうち、「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)においては、「地域がん登録」への参画を含めた評価がなされることとなったが、地域がん登録への参画が診療報酬上評価されたことは前進であり、今後、地域がん登録の推進につながるような病院の行動変化があるか注目していく必要があると考えられる。
12	「予算」「制度」との対応	がん登録の推進に関しては、推奨施策「がん登録法(仮称)の制定」[C-29]、地域がん登録費用の10/10助成金化[A-55]、「がん登録法制化に向けた啓発活動」[A-56]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	8
2	分野名	がんの予防(たばこ対策)
3	施策番号	B-25
4	施策名	たばこ依存への治療と禁煙対策
5	施策の概要(目的)	たばこ依存への治療機会の提供を充実、強化させるなど、たばこ規制枠組条約において求められている禁煙対策の推進を目的とする。
6	施策の概要(対象)	たばこ依存に対する治療、敷地内禁煙を実施していない医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をする。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討する。
8	施策の概要(必要性)	日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供や、その費用を妥当なものとするのが求められている。また、受動喫煙防止に関する厚生労働省検討会報告書にて、医療機関を含む公共的空間での原則全面禁煙が求められているにもかかわらず、対策が不十分である。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、「たばこへの依存の治療(医薬品の製品の入手を含む。)の機会を提供し及びその治療の費用を妥当なものとするを促進するため他の締約国と協力すること。そのような医薬品の製品及びこれを構成する物品には、適当な場合には、医薬品並びに医薬品の投与及び診断のために使用する物品を含めることができる」「保健施設及びリハビリテーションのための施設において、たばこへの依存についての診断、カウンセリング、予防及び治療のためのプログラムを作成すること」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、たばこ対策を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「ニコチン依存症管理料」は、平成22年度診療報酬改定においても変化はなかった。今後、その「充実と強化」に向けて、引き続き検討が必要である。「敷地内禁煙を行っている医療機関の評価」は、平成22年度診療報酬改定において反映されていない。日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供など、たばこ対策への包括的な取り組みが求められており、診療報酬での評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	たばこ対策の推進に関しては、「健康増進法の改正(受動喫煙の防止)」[C-30]、「健康保険法の改正(喫煙者而非喫煙者に関する保険料の取り扱い)」[C-31]、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」[A-57]、「喫煙率減少活動への支援事業」[A-58]、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」[A-59]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	B-26
4	施策名	高度医療への対応
5	施策の概要(目的)	がん研究促進の観点から、高度医療を利用しやすい制度とすることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	高度医療評価制度
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がん研究の審査にて承認された研究においては、原則として高度医療にて未承認の薬剤を使用し、その他の診療は保険適応とする形で、高度医療との併存を原則として認める。ただし、この診療は、承認されたがん研究を行う施設実施医療機関の適応基準をクリアした施設に限定して臨床試験を実施し、高度医療以外の診療は保険で認める形とする。また、こうした研究については、可能な限り公開で研究を進め、研究の現状を見える化(可視化)する。
8	施策の概要(必要性)	高度医療は、保険適用でない薬剤や医療技術を、医学の高度化やニーズに従って安全かつ低負担で行うことを趣旨としている制度であるが、申請件数が多い中でハードルも高く、その趣旨が十分に活かされていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	「薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術については、一般的な治療法でないなどの理由から原則として保険との併用が認められていないが、医学医療の高度化やこれらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するため、これらの医療技術のうち、一定の要件の下に行われるものについて、当該医療技術を『高度医療』として認め、先進医療の一類型として保険診療と併用できるとし、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収載の迅速化を図ることを目的として創設」(医政発0331021号「高度医療に係る申請等の取扱い及び実施上の留意事項について」)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、高度医療への対応やがん研究の環境整備を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	(「平成22年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」にはなかった新規推奨施策)
12	「予算」「制度」との対応	研究の促進や、患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるという観点からは、推奨施策「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」[A-19]、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」[A-20]、「コンパッション・ユース(人道的使用)制度の創設」[C-13]などと、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	11
2	分野名	疾病別(がんの種類別)の対策
3	施策番号	B-27
4	施策名	小児がんと希少がん
5	施策の概要(目的)	小児がんや希少がんの診療の充実と、小児がん患者の療養生活のサポートを図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	小児がんや希少がんを診療する専門施設・診療科
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な希少がん(例:褐色細胞腫、成人T細胞白血病)の診断・治療、当該医療機関や診療科での専門医による中央診断システム、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置し、チャイルドライフスペシャリストなどで対応している社会サポートに対して、さらなる加算をする。
8	施策の概要(必要性)	小児がんや希少がんなど、患者数の少ないがんについての医療機関のインセンティブが乏しく、医療機関は恒常的に赤字での診療を余儀なくされており、医療機関内での不採算部門としての閉鎖など、診療内容に影響が出る懸念がある。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	小児がんや希少がんなどでは、病理医の不足により診断の精度向上が求められており、中央診断体制の構築が不可欠である。また、小児がん患者の心身の健全な育成のためには、小児がん患者の療養生活を向上するための環境整備が不可欠である。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、小児がんや希少がん対策の推進を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては、反映されていない。ただし、改定では、重点課題として「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」が掲げられており、小児医療に関わる領域については、一定の評価がされていると考えられる。たとえば、小児入院医療管理料や乳幼児加算の引き上げ、手術に幼児(3歳以上6歳未満)加算を創設するなどの評価が行われている。
12	「予算」「制度」との対応	小児がんと希少がんについては、「小児がんと希少がんへの拠点病院制度」[C-36]、「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」[A-74]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	11
2	分野名	疾病別(がんの種類別)の対策
3	施策番号	B-28
4	施策名	長期生存者のフォローアップ
5	施策の概要(目的)	がんの長期生存者に対して、医療機関が定期的に経過観察を行うなどフォローアップを推進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの長期生存者
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っていることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	がんの治療成績の向上に伴い、長期生存者が増加しているが、そのフォローアップに伴う医療機関へのインセンティブが乏しく、特に小児がんの長期生存者については、小児がん専門施設・診療科や成人の診療科でのフォローアップが不足している。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	米国では、NCI(米国がん研究所)にOffice of Cancer Survivorship(がん経験者室)が設置されるなど、海外ではがんの長期生存者に対する支援が広く行われており、国内でもがん治療成績の向上に伴う長期生存者の増加に伴い、その必要性が認識されている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、がんの長期生存者に対する支援を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定においては、反映されていない。評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	長期生存者の支援については、「特定疾患研究事業の見直し」[C-37]、「サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)」[A-40]、「がん経験者支援部の設置」[A-50]、「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」[A-67]、「がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進」[A-68]、「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」[A-74]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	11
2	分野名	疾病別(がんの種類別)の対策
3	施策番号	B-29
4	施策名	リンパ浮腫
5	施策の概要(目的)	リンパ浮腫に対する診療報酬でのさらなる評価を行い、対象疾患と算定回数を拡大し、外来でも評価することで、リンパ浮腫患者のケアを充実させることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	リンパ浮腫を発症したがん患者
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中1回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価する。
8	施策の概要(必要性)	リンパ浮腫指導管理料は、対象疾患は子宮、前立腺、乳腺の悪性腫瘍などに限られ、また入院治療に限られているが、他の悪性腫瘍に対する治療や放射線治療によって、リンパ節が切除またはリンパ管が細くなって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、リンパ浮腫の病態や治療に即した対応となっていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	平成6年～平成18年までに、原発性乳がんで腋窩郭清術を施行した798人の患者に対し、平成18年9月～平成19年2月までの外来受診時にアンケート調査実施した結果、202人(平均年齢56歳、手術後の経過年数の中央値は3年)より回答があり、退院後6カ月以内のリンパ浮腫の発生割合は約6割(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、リンパ浮腫の診療報酬での評価の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来での評価」は、「入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する」と改定された。ただし、「対象疾患と算定回数の拡大」については、反映されていないため、患者・家族の要望を集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	治療に伴う副作用の軽減や、がん患者のQOL(生活の質)の向上については、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」(A-37)、「がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の推進」[A-68]などが、特に関係がある。
13	備考	

平成 23 年度 がん対策に向けた提案書

～みんなで作るがん政策～

第 3 部

都道府県がん対策推進協議会等委員/がん対策担当者

アンケート回答集

がん対策推進協議会

平成 22 (2010) 年 3 月 31 日

■都道府県がん対策推進協議会等委員／がん対策担当者アンケートについて

がん対策推進協議会では、「患者と現場、地域の声」を広く集約するため、都道府県のがん対策推進協議会やがん診療連携協議会、都道府県庁のがん対策担当者などの関係者を対象とした「がん対策に関するアンケート」を実施した。当集計結果は、記載された自由記述意見、およびがん対策予算ニーズ等に関する選択設問の分析結果を報告するものである。国民のニーズに基づくがん対策の策定に向けた一助とされたい。

がん対策推進協議会

■アンケート実施概要

- ・調査時期：2010年1月～2010年2月5日
- ・調査経路：1) 都道府県庁がん対策担当者経由の郵送・手渡し調査
2) 特設ウェブサイトからの回答（パスワード化処理により対象を特定）
- ・有効回答者数：520名

◆回答者の所属内訳

	n		
	520	100.0%	
協議会等の委員	474	91.2%	
担当者や関係者	37	7.1%	
両方に該当	6	1.2%	
無回答	3	0.6%	

■協議会での立場内訳

	n		
	474	100.0%	
医師会など職能団体	71	13.7%	
都道府県拠点病院	79	15.2%	
地域がん拠点病院	193	37.1%	
その他の病院	47	9.0%	
診療所	2	0.4%	
在宅緩和ケアスタッフ	2	0.4%	
患者・家族・ボランティア	30	5.8%	
上記以外の市民	2	0.4%	
学者・研究者	11	2.1%	
その他	35	6.7%	
メディア・マスコミ関係者	2	0.4%	
無回答	0	0.0%	

アンケート用紙（個票）

がん対策に関するアンケートシート

厚生労働省がん対策推進協議会

提案書取りまとめ担当ワーキンググループ（WG）

提案書取りまとめ担当ワーキンググループ（WG）では、みなさまからいただいた貴重なご意見を集約し、がん対策に関する提案書を作成いたします。提案書は、WG からがん対策推進協議会に提出され、2010年3月ごろ同協議会より厚生労働大臣に提出される予定です。

回答者のお名前や県名については、当シートにご承諾がない限り公表せず、同意なくお名前や県名が特定されることは一切ありません。また、本意見提出シートの受理と集計は、厚生労働省の外にあるWG事務局にて行い、お名前や県名などの情報が厚生労働省やWG取りまとめ担当委員に同意なく特定されることはありませんので、ぜひ忌憚のないご意見を頂戴したく存じます。なお、本協力依頼については、厚生労働省健康局総務課ががん対策推進室と協議済みであることを申し添えさせていただきます。ご理解ご協力のほど、何とぞよろしくお願い申し上げます。

●アンケートは、インターネットのウェブサイトからご回答ください。

<http://www.gan-working.net/2010/>

（ユーザー名：gantaisaku パスワード：2010）

上記ウェブサイトを開いていただき、ユーザー名とパスワードを入力の上、案内に沿ってご記入ください。

●アンケートのご回答期限は、2月1日（月曜日）までとさせていただきます。

（※）アンケート集計作業の都合上、アンケートはできるだけ上記ウェブサイトからご回答いただければと存じますが、インターネットをご利用できない環境にない方は、このシートに回答をご記入いただき、FAX（WG事務局：03-5614-7795）にてご回答ください。

（※）ワーキンググループが取りまとめた前年度（2009年3月提出）の提案書なども、上記ウェブサイトにてご参照いただけます。

【1】ご回答者自身について（要記入）

(1) お名前 姓（ ）名（ ）（承諾ない限り、公開いたしません）

(2) フリガナ 姓（ ）名（ ）（承諾ない限り、公開いたしません）

(3) ご所属の都道府県（ ）（承諾ない限り、公開いたしません）

(4) ご連絡先（下記のいずれか、もしくは両方を記入ください）（公開いたしません）

お電話番号（ ）

メールアドレス（ @ ）

(5) あなたのご所属（該当する項目を選択、複数選択可）

*本調査は、(1)都道府県のがん対策推進協議会〔もしくはそれに該当する委員会などの委員（部会、分科会など含む）〕(2)都道府県のがん診療連携協議会〔もしくはそれに該当する委員会などの委員（部会、分科会など含む）〕(3)都道府県庁のがん対策担当者や関係者——の3つを対象に行っています。

[1] 都道府県のがん対策推進協議会等の委員

[2] 都道府県のがん診療連携協議会等の委員

[3] 都道府県庁のがん対策担当者や関係者

(6) 上記で[1]都道府県のがん対策推進協議会の委員、[2]都道府県のがん診療連携協議会の委員と回答した方のみお答えください。

あなたが協議会に参加しているお立場（もっとも近い項目一つを選択）

[1] 都道府県又は地域の医師会など職能団体

[2] 都道府県がん診療連携拠点病院

[3] 地域がん診療連携拠点病院

[4] その他の病院

- [5] 診療所
 - [6] 在宅緩和ケアスタッフ
 - [7] 患者・家族・遺族・患者支援者・ボランティア
 - [8] 上記以外の市民
 - [9] メディア／マスコミ関係者
 - [10] 学者／研究者
 - [11] その他（記入してください：_____）
- (7) ご回答者のお名前、所属都道府県の公開について（該当する項目一つを選択）
- [1] お名前も都道府県名も公開してもよい
 - [2] 所属都道府県名だけ公開してもよい
 - [3] お名前も所属都道府県も公開してほしくない
- (8) いただいたコメントの扱いについて（該当する項目一つを選択）
- [1] 報告書などに引用してよい
 - [2] 報告書などに引用しないでほしい
- (9) 前回の本ワーキンググループのアンケートに回答をいただきましたか？
- [1] はい
 - [2] いいえ
- （*前回、ご回答いただいた方にこの場を借りてお礼申し上げます。今回も記入をお願いします）

■パートI

【2】がん対策全般に関する質問（選択式）

下記の問いに対して、選択肢から一つ選んでください。

- (1) 現状のがん対策に関する「予算」は、十分である。
[1] 強くそう思う [2] ややそう思う [3] あまりそう思わない [4] そう思わない
- (2) 現状のがんに関する「診療報酬」（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である。
[1] 強くそう思う [2] ややそう思う [3] あまりそう思わない [4] そう思わない
- (3) 現状のがん対策に関する「制度」（法律・政令・通達・規則などによる定めや規制など）は、十分整備されている。
[1] 強くそう思う [2] ややそう思う [3] あまりそう思わない [4] そう思わない
- (4) 現状のがん対策に関する「予算」の決定プロセスに、満足している。
[1] 強くそう思う [2] ややそう思う [3] あまりそう思わない [4] そう思わない
- (5) 現状のがんに関する「診療報酬」の決定プロセスに、満足している。
[1] 強くそう思う [2] ややそう思う [3] あまりそう思わない [4] そう思わない
- (6) 現状のがん対策に関する「制度」の決定プロセスに、満足している。
[1] 強くそう思う [2] ややそう思う [3] あまりそう思わない [4] そう思わない

注：本アンケートにおいて、「予算」「診療報酬」「制度面」とは、次のように用いています。厳密に考える必要はなく、おおよそ、このような意味と捉えて、考えついたことを記入していただければ結構です。

- ・「予算」とは、国や地方自治体のがん対策予算のことです。
- ・「診療報酬」とは、診療の際に医療保険から医療機関に支払われる対価のことです。
- ・「制度面」とは、国や地方自治体の法律・政令・通達・規則などによる定めや規制などのことです。

【3】がん対策全般および個別分野に関する質問（記述式）

以下の(1)から(12)までの各分野に関して、あなたが考える「課題や問題点」と、それに対してあなたが思いつく「改善アイデアや意見」を、記述してください。

すぐ思い浮かぶことを自由に書いてくださってけっこうです。また、すべてを埋める必要はなく、ご関心やご意見のあるところだけを記入していただければ十分です。

(1) 「がん対策全般」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善アイデア

<(1)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(1)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(1)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

(2) 「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善アイデア

<(2)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(2)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(2)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

(3)「緩和ケア」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善のアイデア

<(3)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(3)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(3)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

(4)「在宅医療(在宅緩和ケア)」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善のアイデア

<(4)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(4)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(4)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

(5)「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）」について

A 課題や問題点

（回答は任意です。空欄でも構いません）

B 改善のアイデア

<(5)-B-① 予算での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(5)-B-② 診療報酬での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(5)-B-③ 制度面での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

(6)「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」について

A 課題や問題点

（回答は任意です。空欄でも構いません）

B 改善のアイデア

<(6)-B-① 予算での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(6)-B-② 診療報酬での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(6)-B-③ 制度面での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

(7) 「がん医療に関する相談支援と情報提供」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善のアイデア

<(7)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(7)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(7)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

(8) 「がん登録」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善のアイデア

<(8)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(8)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(8)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

(9) 「がんの予防（たばこ対策）」について

A 課題や問題点

（回答は任意です。空欄でも構いません）

B 改善のアイデア

<(9)-B-① 予算での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(9)-B-② 診療報酬での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(9)-B-③ 制度面での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

(10) 「がんの早期発見（がん検診）」について

A 課題や問題点

（回答は任意です。空欄でも構いません）

B 改善のアイデア

<(10)-B-① 予算での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(10)-B-② 診療報酬での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

<(10)-B-③ 制度面での対応> （回答は任意です。空欄でも構いません）

(11) 「がん研究」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善のアイデア

<(11)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(11)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(11)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

(12) 「疾病別（がんの種類別）の対策」について

A 課題や問題点

(回答は任意です。空欄でも構いません)

B 改善のアイデア

<(12)-B-① 予算での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(12)-B-② 診療報酬での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

<(12)-B-③ 制度面での対応> (回答は任意です。空欄でも構いません)

パートIは以上です。引き続き、次のパートへのご回答もお願いいたします。

■パートⅡ

【4】「平成 22 年度がん対策予算に向けた提案書」に関する質問（選択式）

厚生労働省がん対策推進協議会では、みなさまからいただいたアンケートなどの貴重なご意見を集約し、「平成 22 年度がん対策予算に向けた提案書」をとりまとめ、2009 年 3 月に厚生労働大臣に提出いたしました。

以下の表は、この提案書に記された 70 本の推奨施策を、13 の分野ごとにまとめた一覧表です。このうち、あなたが「必要性が高い」と思われる施策を、10 項目まで選んでいただき、口に番号を記入してください。

（10 項目より少なくても構いません。番号を書く順番は自由です。重要なものから、あるいは、小さい数字から並べる必要はありません）

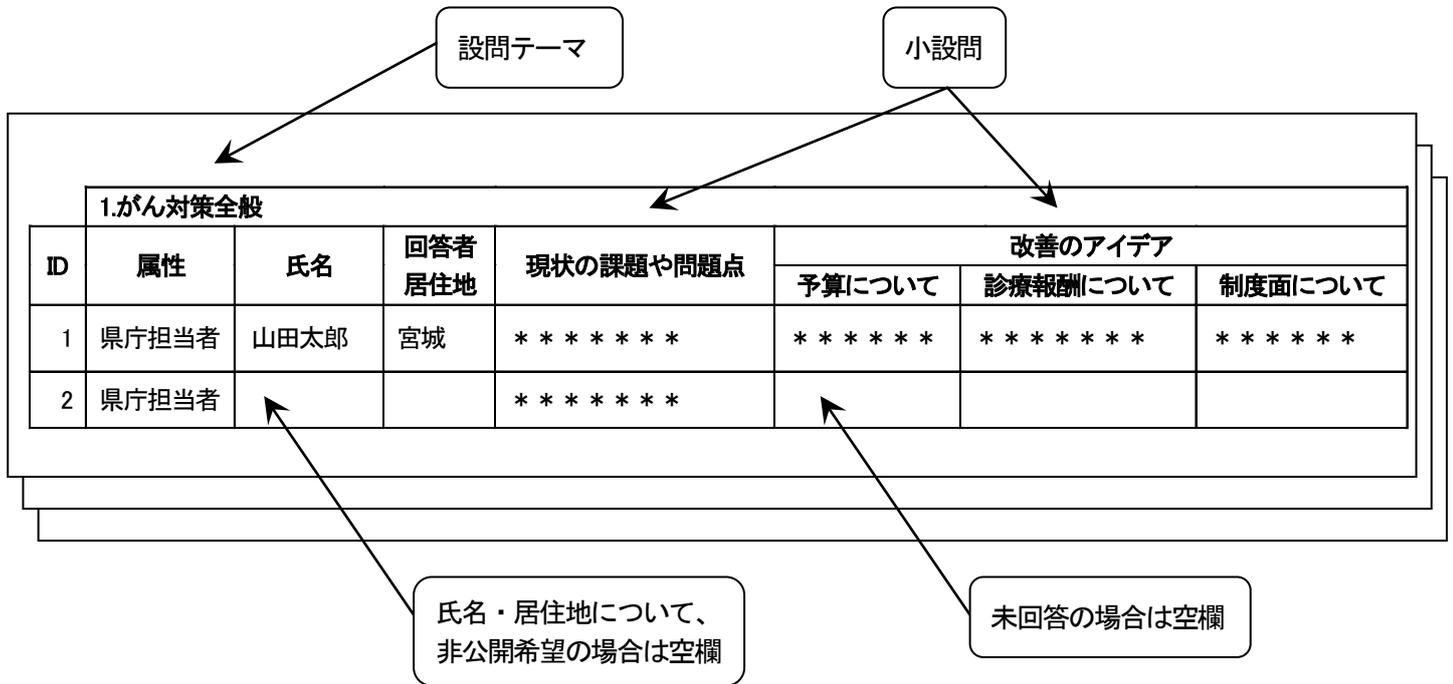
<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

全体分野1 がん対策全般		
1	がん対策予算の100%活用プロジェクト	調査グループが実地調査に基づき、都道府県にがん対策予算を助言します
2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	コンサルティングチームが、優れたがん対策事例を都道府県に助言します
3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	がん対策基金を設置し、都道府県の優れた行動計画に対して助成します
4	がん対策へのPDCAサイクルの導入	がん対策の効果を検証し、客観的なデータをもとに対策に修正を加えます
5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	医療者と患者・市民が共同で行う、がんの啓発活動の事業費を補助します
6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	都道府県と患者団体が共同で、がん患者の講演による啓発活動を行います
7	小学生向けの資料の全国民への配布	がんについてのわかりやすい啓発冊子を国が作成し、全国民に配布します
8	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
全体分野2 がん計画の進捗・評価		
9	がん予算策定新プロセス事業	アンケートやタウンミーティングで現場の声を集約し、予算を策定します
10	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理	都道府県がん対策推進計画の進捗管理を行う予算と人員を確保します
11	質の評価ができる評価体制の構築	がん医療の質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
12	分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発	がん医療・検診・登録・緩和など各分野の質を評価できる指標をつくります
個別分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成		
13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	必要とされる医療者数を算定し、年度別の育成計画や予算等を策定します
14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	放射線治療学の専任教員数を増やし、放射線治療医の増員を促進します
15	医学物理士の育成と制度整備	放射線治療医をサポートする技術系人材の育成と採用を促進します
16	がん薬物療法専門家のためのe-Learningシステム	講習出席による現場の負担を軽減するとともに、医療者の質の担保を図ります
17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	資格所得に伴い減収・無収入期間が生じる医療者をサポートします
18	専門・認定看護師への特別報酬	専門知識を有する看護職養成を図り、チーム医療と負担軽減を促進します
個別分野2 緩和ケア		
19	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	在宅・緩和に関わる医療資源を算定・公開し、行動計画を策定します
20	長期療養病床のがん専門療養病床への活用（モデル事業）	再発・進行がん患者の専門病床を確保して、緩和ケア病床を増やします
21	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	e-learning システムも活用し、5年間で10万人に基本的研修を行います
22	緩和医療研修のベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進	医療者が緩和ケアについて、現場で実地研修を受けられる体制を作ります
23	緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化	在宅緩和医療の関係者をIT情報網で結び、情報共有と地域連携を進めます
24	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討	緩和ケアの質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
25	大学における緩和ケア講座の拡大	緩和ケア講座と専任教員数を増やし、緩和ケア提供のための基盤を整備します
個別分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）		
26	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	在宅ケアを行う医師の、IT情報網による地域ネットワークを各地に作ります
27	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	介護職・ケアマネージャー・福祉関係者に対してがんの教育研修を実施します
28	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	在宅療養患者の病状悪化時に、緊急かつ短期に入院できる病床を確保します
29	大規模在宅ケア診療所エリア展開システム	多くの在宅患者の看取りを行う施設が、事業を広域に行うことを支援します
30	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	介護施設に在宅緩和ケアチームを派遣し、介護施設での看取りを促進します
31	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	拠点病院と地域診療所が、個々の患者の連携について定期会議を開きます

個別分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）		
32	ベンチマーキング（指標比較）における標準治療の推進	治療成績・臨床指標・DPC データからレポートを作成・公開します
33	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	学会のがん診療ガイドライン作成や、医療機関の研修会に補助金を出します
34	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	副作用を軽減する治療法のガイドラインを策定し、治療薬の開発を進めます
個別分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）		
35	がん診療連携拠点病院制度の拡充	拠点病院の中で重点的な取り組みを行う施設に対して、事業費を増額します
36	拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）	拠点病院強化予算に対する都道府県負担分をなくし、全額国の予算とします
37	サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）	患者の治療やフォローアップに関するプラン作成に対して報酬を支払います
38	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	医療機関相互の情報連携システムを整備し、連携スタッフの配置を進めます
39	がん患者動態に関する地域実態調査	がん診療体制ネットワーク内を患者がどのように移行しているかを調べます
40	がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発	拠点病院の地域連携機能や質などを評価できる評価手法をつくります
個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供		
41	がん相談全国コールセンターの設置	24時間対応の全国コールセンターを設置し患者の療養相談に対応します
42	「がん患者必携」の制作および配布	すべての新規患者に対して治療や療養に関して記載された冊子を配布します
43	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	外来で長期化学療法を受けている患者について、窓口負担額を減らします
44	全国統一がん患者満足度調査	拠点病院にて共通調査票を配布し、集計センターで分析を行います
45	地域統括相談支援センターの設置	拠点病院の既存の相談支援センターを補完し地域連携を促進します
46	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート	拠点病院の相談支援センターと患者支援団体の共同サポートを支援します
47	がん経験者支援部の設置	がん患者の治療後の肉體、精神、経済的問題の支援と研究を行います
48	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長	長期に外来化学療法を受けている患者について、療養費貸付を延長します
49	高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大	患者が健康保険の自己負担分のみを窓口で支払う制度を、外来にも広げます
50	長期の化学療法に対する助成	長期化学療法を受ける特定疾病患者の窓口負担を、月額1万円程度とします
個別分野7 がん登録		
51	地域がん登録費用の10/10助成金化	統一標準方式の地域がん登録が全国で行われることを目指します
52	がん登録法制化に向けた啓発活動	がん登録の立法に向けて啓発を行い、地域がん登録の予算措置を進めます
53	がん登録に関する個人情報保護体制の整備	がん登録の個人情報保護について基準を作成し、都道府県に遵守を求めます
個別分野8 がんの予防（たばこ対策）		
54	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	日本も締結済みである、たばこ規制枠組条約に定められた施策を実行します
55	喫煙率減少活動への支援のモデル事業	禁煙支援やその啓発、教育を行う、都道府県やNPOの活動を支援します
56	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	学校教員に禁煙教育を行い、校内完全禁煙を定める政令や条例を制定します
個別分野9 がんの早期発見（がん検診）		
57	保険者・事業者負担によるがん検診	検診費用の市町村・受診者負担を、メタボ検診と同様に保険者が負担します
58	保険者負担によるがん検診のモデル事業	モデル地域にてメタボ検診と同様に、がん検診費用の保険者負担を進めます
59	がん検診促進のための普及啓発	がんに関する啓発冊子配布や学校教育を進め、がん検診への理解を進めます
60	がん検診の精度管理方式の統一化	国・学会・都道府県が連携して、がん検診の精度向上を統一的に進めます
61	長期的な地域がん検診モデル事業	がん検診に理解のある地域を対象に、検診の有効性を長期的に検証します
62	イベント型がん検診に対する助成	検診イベントを促進し、夜間や休日、居住地以外での検診機会を増やします
個別分野10 がん研究		
63	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	審査を行うPMDAの体制見直しや施策の検討を進め、助成金を増額します
64	希少がん・難治がん特別研究費	希少がんや難治がんに対する新規治療法に対して、研究予算を確保します
65	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	心理学や社会学など、がんの社会的な研究に対して助成支援を行います
66	がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の促進	副作用対策やQOL向上につながる研究に資金を提供します
67	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し	既承認薬の適用拡大について、審査を行うPMDAの体制見直しを進めます
個別分野11 疾病別（がんの種類別）の対策		
68	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	特定のがんについて予防～緩和までの医療連携ネットワークを構築します
69	子宮頸がん撲滅事業	子宮頸がんワクチン接種を予防接種法に位置付け、検診促進を進めます
70	小児がんに対する包括的対策の推進	小児がんの治療や患者、家族、長期生存者に対する支援と研究を推進します

これでアンケートは終了です。誠にありがとうございました。

■自由記述回答集の表示形式について



*設問テーマは以下の順で列記

1. がん対策全般
2. がん計画の進捗・評価
3. 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
4. 緩和ケア
5. 在宅医療（在宅緩和ケア）
6. 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）
7. 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
8. がん医療に関する相談支援および情報提供
9. がん登録
10. がんの予防（たばこ対策）
11. がんの早期発見（がん検診）
12. がん研究
13. 疾病別（がんの種類別）の対策

*属性は以下の項目順に再統合のうえ列記

1. 県庁担当者
2. 患者関係者・市民（協議会委員）
3. 行政府（協議会委員）
4. 医療提供者（協議会委員）
5. 学者・研究者（協議会委員）
6. その他（協議会委員）

自由記述 回答集

1.がん対策全般							
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
1	県庁担当者		宮城		都道府県は三位一体改革以後、国が交付税を大きくカットすることになったため、財源不足に落ちている。補助事業の割合を見直し、全て国費で対応するような予算措置をお願いしたい(以下予算に関する事項は全て同意見)。		
2	県庁担当者	若井 俊文	新潟	「がん研究」については、地方大学では予算や設備投資が少ないため、十分な研究環境が整っていない。			
3	県庁担当者		石川	治療に対して十分な報酬となっていない。		放射線治療への十分な診療報酬。	
4	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	次第に改善されている。			
5	県庁担当者	服部 正興	三重	がんで最も大きな課題は患者の無知である。自分もがんになる前は全く無関心であった。			がん検診などを周知するために、入院費用などを例でいいので、開示するといいい。私の場合、開腹手術と3週間の入院で40万円かかったが、化学療法などを含めた場合いくらかかるかなど公示した方が説得力がでる。行政としては、金額は表示しにくいようであるが、医療費を抑制しなければならないのは、世界的な流れで、何らかの方法で周知するべきである。
6	県庁担当者		広島	国のがん対策基本法ができて、予算もがん患者の意見を取り入れて編成されるようになったが、一般市民への理解が得られているか疑問である。予算の概要を市民にも分るように公開する努力が必要。	テレビや新聞での広報のほか、タウンミーティングの開催や、町内会の回覧板までを使って、きめ細かい広報をする。	激務の割りに医師の報酬は少ないといわれている。アルバイトをしなくても、収入が得られるような給与体系によって、患者が安心して治療が受けられるようにしてもらいたい。	各県ごとに「条例」を作らなくても、全国各地でも同じ治療を受けることができる体制を作ってほしい。
7	県庁担当者			①国は、がん対策基本法の中で都道府県の責務を位置づけしているが、都道府県に対する財政措置は、使用目的が縛られた補助金であり、使いがってが悪い。②国及び県は、推進計画やアクションプランを策定し、がん検診受診率50%を目標に様々な財政措置を行っているが、がん検診の実施主体である市町村は50%を目標と定めおらず取組みが鈍い面もある。③平成20年の制度改正の影響で、特定検診とがん検診の同時実施が進まず、双方の受診率が低下。	都道府県が地域の実情にあわせ自由裁量で必要ながん対策が実施できるよう、総合的な補助金(あるいは負担金)を設ける。特に協議会の設置を条件とした補助金は、協議会開催のために膨大な事務量が発生するため使いにくい。		②③がん検診の受診率向上のため、がん検診も特定検診のように各保険者に実施を法的な義務付けとするのも方法の一つ(応分の財政措置は必要)。
8	県庁担当者			予算の都合上、断念せざるを得ない施策がある。	国庫10/10の事業メニューの充実。		

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
9	県庁担当者			国の補助制度については、地方の厳しい財政の中、対応ができない場合も多い。今回の女性特有のがん検診においても、国が無料と決めて開始した事業を、いきなり次年度は、市町に負担を求める内容となっている。また、概算要求段階では、内容不明な事業も多く、地方の予算整理と時期的にも差があり、結果として利用できない補助事業もある。	予算配分の変更がある場合は、地方行政と調整を図り、実態を把握した中で変更をする。地方交付税になれば、地方の裁量で配分できる良い面もあれば、がん対策への配分がされない場合もあり、がん対策としての財源制度を創設する。	がん登録や地域連携パス等、医療機関が行う事業については、診療報酬などで加算を設ける。	がん対策に関する、国と都道府県、市町、医療機関、医療保険者の責務を明確にする。
10	県庁担当者			地方自治体の財政事情は非常に厳しく、がん対策事業の増額や新規創設などは困難な状況にある。	国からの委託事業や10割補助事業等の積極的な実施が望まれる。		
11	県庁担当者			個々の都道府県が地域性を勘案して、事業に取り組むことは非常に大切だと思うが、がん対策基本計画に掲げる目標達成のためには、国として制度を見直さなければならぬ部分が多くあると感じる。※この回答は「香川県」としての回答ではなく、がん予防・検診・登録の担当として感じるところを記載している。			
12	県庁担当者			国の補助金制度。	都道府県負担のない国10/10補助金の増H19・20に緊急整備事業として対応していただいていた高額医療機器(リニアック等)の整備費用に対する補助金の復活。		
13	県庁担当者			国、都道府県、市町村の役割分担が不明確(行政全般ではあるが)。がん対策に関する補助制度等については、主に国が主導しているが、本来、国が実施すべき事業か、地方が実施すべき事業かの整理がなされていない。地方は財源不足の中で補助事業であっても実施が困難な中、(赤字)国債により財源を確保できる国ががん対策を推進している状況にある。全国で統一的に実施すべき事業や制度については国が定めて財源を確保する必要があるが、各地域により課題が異なる個々の対策については、地方に財源と権限が委譲されなければ、現在のように補助制度はあるが地方は利用しない、という状況が続くものと思われる。研究や医療費などについては、国が進める必要があるが、普及啓発や患者支援などは、より患者、住民に密着した地方で行うべきものとする。			
14	県庁担当者			本県の75才未満のがんによる年齢調整死亡率は、全国より低い状況である。			予防、検診、治療、研究など、多分野にわたる施策の総合的な推進によって、がんによる死亡の減少を目指す。がん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を図っていく。

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
15	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	国レベルの対策と各都道府県レベル(各地域の事情に即した)の対策に分けて考える必要があるが、そこが曖昧であり、全ての都道府県の対策がおおよそ同じである。そのため焦点がぼやけ、あれもこれも、結局全てが中途半端になりかねない。			長期目標、短期目標、地域別目標、年度目標があってもよいのではないか。
16	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	がん対策推進基本計画が制定されてから2年以上経過したが、個別目標に対する進捗管理がきちんと国でも都道府県でもなされていない。国は評価指標の設定が不明確。「アウトプット」の達成状況をチェックすること、「アウトカム」の達成状況の「可視化」を行わなければならないのではないかと感じる。個別の施策の成果の遅れが全体としてがん対策の「停滞感」に繋がっているように感じる。	・医療体制の充実(人材、医療技術、薬剤等)に現状の3倍以上の予算を集中的に投入してほしい。 ・がん検診については「費用対効果」の採算ラインを明らかにしてがん死亡の減少に繋がらない受診率 ならば予算配分の見直し(縮減)も視野にいれるべき。 ・現状の検診に偏った予算配分では、患者支援は到底満足できないレベルである。		
17	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	患者の提言、患者の目線が足りない。	・患者を半数以上にしたワーキンググループ設置費用。 ・患者アンケート費用、タウンミーティング費用。	勤務医や訪問医師、ホスピス医など患者の心に寄り添う医師職種に高額に設定する。	必ず「患者の声をききながら」中に入れる。
18	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	①計画の連続性、継続性と立案時期の不明確さ②計画管理手法の曖昧さ。			①基本法第11条-5は、個別計画の期間を5年と想定しているにも拘わらず、その進捗、達成度合いレビュー時期について曖昧にしている。現計画をレビューして時期計画に連続性、継続性、あるいは改善性を含ましめるには、第4年次に現計画のレビューと時期計画立案を行うことを実施要領、通達などで明示すべきである。②「目標管理」を全国共通手法として導入すべし(PDCA cycle は当たり前のことである)。
19	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	ハード面での整備は急速に進んでいると思うが、がん医療の質的な面を検証し改善していく必要がある。がん患者の闘病生活全体について実態調査が必要。がん対策の二大目標の一つであるQOLについて実態の把握は、対策を打ち出す上でも不可欠な前提になる。	予算での対応:補正予算で大きな増額があったが、それを含めて倍増になるほどの増加。	医療全般について診療報酬をアップし、病院経営や医師、医療者が安心できるようにしていく必要がある、その中でがん関連の診療報酬をアップしていくことが大事。	特にがん登録をすすめるための法律が必要。
20	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟	がん対策に国民が呼応するあり方を加える必要があると思う。			
21	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	がん対策推進基本計画に「がんを知り、がんと向き合い、がんに負けない社会に実現」と書かれているのはとてもよい。しかし一方、同じように書かれているがん医療の均てん化もたんなるイメージとしてとらえられているように思う。都道府県の財政的格差をそのままにしてがん医療の均てん化は実現しない。	がん医療設備に関し標準的な設備ができるよう10/10で国が補助する。	がん医療にかかわる医療の範囲を患者にもわかる明瞭さで明確にする。複雑にしない。	各都道府県に向け、財政規模別がん対策好事例フォーマットがあるといい。

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
22	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	がん条例を制定しようとする動きが全く無い。県はアクションプランがあるからという。予算が少ない。三重県はワースト10に入っている。	国では民主党が見直して削った。県ではどうして決められているか見えてこない。予算とその審議の過程の公開が第一。広報やマスコミを通じての国民への周知徹底が第二。そして国民が関心を持つことが第三。		国の基本法に基づいて、県の推進協議会は出来たが、機能していない。年2～3回のおさなりの会議では何も出来ない。どこから手をつけるか、その糸口もわからない。「まず〇〇より始めよ」の〇〇を教えて欲しい。
23	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん医療に地域格差がますますできていると思う。最新医療にプレーキがかからないよう、均てん化を進めてほしい。	予算を確保したい。	国の予算の中からねん出してほしい(私たち国民から取るのではなく)。	各県でがん対策の条例を作る。
24	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	・がん対策基本法の精神が地方にまで行き届いていない。京都府は法と基本政策の字面を追いかけるだけで精一杯のようである。・京都北部の医師不足による医療崩壊が極めて深刻で、拠点病院体制まで考えが行かない地域がある。・行政府は患者の目線の政策立案ができない。・結果を出すと言う意識と体制が確立されていない。	がん対策予算は、がん対策のみならず、医療崩壊の解決と雇用問題をも解決できると考えられることから、一般予算ではなく、特別会計予算として組めないか？出来うれば、医療費は無料にすべきと思う。	医師ならびに看護師等の過重労働は眼を覆う現状であることから、質の高い人材を育成し、人員を増やす。社会人からの募集と定年退職者の有効利用。	・患者本位のがん医療体制の基本は、正確な情報の収集と解析と発信。そのために、各都道府県に公正中立の第3セクターの情報センターを設置する。・がん難民をなくすために、地域医療体制の確立。拠点病院、協力病院、かかりつけ医、介護看護センター、薬剤師、リハビリステーション、末期医療施設のネットワークの中央に、情報センターを創設する。地域医療グランドデザインの構築。
25	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	奈良県のがん対策推進計画は他府県より2年も遅れて平成21年11月末に策定できただけで、その施策の実施はほとんど始まっていない。			がんワーキンググループを速やかに開催して、施策の何からどのように実施していくのか、実行計画を建てたい。
26	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	さらに色々な住民との議論が必要。現在は一部の委員によって、特に、医学・医療分野の先生方によって進められている感がある。			教育分野での啓蒙活動が必要。特に、小中高での学校教育(保健分野)において、ガン対策の現状、治療、緩和ケアなどの情報の提供がポイントと思う。
27	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	がん患者でもっとも悲惨だと思うのは、異変を感じ病院多くの病院を訪ねながら、がんであることの発見が遅れたり、がん検診を毎年受診していたのに、発見された時には、あちこちに転移が進んだ末期がんというケース。初期がんの発見率を高める施策は真剣に考えられているのだろうか？今後、がん検診率が向上してきたときにおおきな社会問題になる可能性がある。			患者からの問診や簡単な検査で、直感で患者に何が起きているのかの仮説が立てられ、次に、どんな詳細検査をすればいいのかを指示できる見立ての良いお医者さんの育成と登録制度の設立。

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
28	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん対策に対する国からの補助が少ないと思う。県や自治体に押し付けのところが、本当にがん対策を考えるのであれば、どこにどう使うべきか、もう少し考えてほしい。見かけだけでは何の解決にもつながらない。	現在がん検診の一部無料化(子宮がんや乳がん)があるが、その時にその年代に当てれば無料化というメリットがあるが、それは一部の人だけが得をし、不公平である。またこの一部無料化も、県や自治体に押し付けで、財源難の県や自治体は、いきなりこの無料化を押し付けられて、大変である。本当に国ががん対策を本気でしようとしているなら、もっと国が補助すべきである。	診療報酬は医療保険と患者の一部負担によって支払われている。医療保険も財政難で、しかも患者にも負担がかかるという事で、診療報酬での改善は望ましくない。	がん治療には高額な金額がかかり、まだがんになった患者の年齢が若ければ家計への負担も大きい。治療を受けなければ命に関わり、透析等のように公費で負担できるような制度を作ってほしい。また高額医療制度も4ヶ月以上続くと軽減されるが、月によって負担の多い月と少ない月があり、合計すると同じほど払っていても、ずっと高額な医療費を支払い続けなければいけない人がたくさん居るという現状を、もっと知るべきである。治療を受けていれば働かず、命のある限りお金はかかり、家計を圧迫し、家族に迷惑をかけ、生きたいけど生きれば生きるほど迷惑をかけ、どうすれば良いのか…と苦しんでいる患者がたくさん居ることを知ってほしい。
29	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん対策の視点が、がん患者に向いているか疑問。	声の大きい患者だけではなく、多くの患者が悩んでいること・感じていることを、拾い上げる。		
30	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	都道府県レベルのがん対策推進計画は、国のがん対策基本法に準じているもので、具体的な数値目標を設定しているところが多いように思う。設定した数値目標と実績を反省し、最終目的に向けて進め方修正を繰り返しながら実施していくことが必要。たばこ禁煙、検診受診など具体的な問題を解決しながら進まない、目標値には5年後も届かないまま終わることになる可能性が高いと思われる。	各都道府県の成功例を参考に、より効果的な対策推進法を取り入れる。		
31	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	胃がんの手術をしたが病院側のアフターケアは全くなされていない。一度位現状を聞いてみることは出来ないかと思っている。	積極的な働きかけが必要だと思う。		患者側に立った改善が必要だと思う。
32	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	現在苦しんでいる人への対策があまりにも乏しい。特に、化学療法を長期に亘って継続している患者への対策が全くとられていない。分子標的薬など新しい化学療法が登場し治療成績の向上に貢献しているが、その費用は高価で、その費用が払えず治療を諦める=いのちを諦める患者が少なからず存在することに対して何の対策も取られていない。			まずは現状を把握するための「満足度調査」の実施。現在進行形の患者・家族が何に困り何を求めているのかを調査するシステムの構築。
33	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・がんになると仕事ができないとか、解雇された人もいる。 ・治療費が高く、治療が長期化すると負担も大きい ・生活が苦しくて薬を飲まない人もいる。人工透析などは無料、障害者などは程度に応じて保障がされている。ましてたばこ外来が保険適用になる時代。	がん患者にも経済的な面も、国で対策として考えて欲しい。		失業保険の優遇や仕事の対策などを社会全体で対応する。
34	患者関係者・市民(協議会委員)	高橋 和子	福岡	・がん対策を国民がどれだけ周知しているか。 ・国が定めても地方で窓口となる行政の係わり合いで格差が生じていると思う。		個人に毎月医療費がどのくらいかを知らせる必要もある。	

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
35	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	08の都道府県の「一人あたりがん事業費」は少額のうち格差が大きい。地方自治体の財政が厳しい中、国の財政補助が必要と考える。			すべての都道府県に実効ある「がん条例」の制定が望まれる。
36	患者関係者・市民(協議会委員)			がん治療の均てん化がうたわれているorますます地域格差が進んでいるように思う。特に地方と都市部での開きは大きい。また、均てん化が最新医療にブレーキをかけているように思う。	予算は確保すべき。		各県にがん対策の条例を作るべき。
37	患者関係者・市民(協議会委員)			1981年以來がんが死因の一位である現実を見るにつけ、がん死を減らすには、検診率をあげることしかないようながん対策では、今後もがんは増え続けるだけだと思ふ。がんは生活習慣病という点を徹底周知させ、食事習慣をはじめとした生活習慣の改善により、がんそのものにならない第1次予防に重点を置くがん対策に方向を転換すべきである。			
38	行政府(協議会委員)			現行制度による補助金算定基準では、各都道府県の財政事情により、益々地域間格差が生じ、各県が策定する医療計画との整合性の観点からみても、県の主体性が維持できる制度とは思えない。			
39	行政府(協議会委員)			総論が主で、具体性に欠ける。			
40	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	5大がんだけでなく、頭頸部がん・口腔がんについても内容に含んでほしい。			
41	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道	診療報酬の見直しが急務。マンパワー不足(専門医、専門看護師)。			専門医、専門看護師の育成。専門医へのインセンティブなど。医療秘書増員などで医師の負担の軽減を図る。
42	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	都道府県により内容や充実度に格差が大きい、医療の質の均てん化について具体的な方向がみえない、がん診療連携拠点病院の役割が明確ではなく要件とその取得が目的となっている感がある。		医療の質を評価しそれに応じた診療報酬を配分する、がん薬物療法専門医、緩和ケア研修修了医師などに対してその労に見合った診療報酬を配分する、多職種チームでの関わりに関して重点的に配分する、在宅支援診療所など地域でがん診療に熱心に取り組む医療機関に対して重点的に配分する、こころのケアについてきちんと診療報酬にあげる。	がん診療連携拠点病院の運営規則を細則として定める。

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
43	医療提供者 (協議会委員)		北海道	拠点病院への予算配分が少ない。各病院にとって、自身の病院業務以外の事をやらねばならなくなるわけであるから、従来の人が兼務でやる限り単なる仕事の純増である。	予算は、兼務する人への報酬として使用する事を認めるべき。しない人よりも給与があがってしかるべきです(関わる医師、事務、看護職員全てが対象)。そうでなければ、担当医師、助手としての看護職、事務、広報担当の事務職員2名の、最低でも4人を正規職員として雇える予算を地域拠点病院には出すべき。そうすれば、その人達に全て任せられる。	拠点病院の診療報酬を若干上げれば良い。一種のブランド。	従事するメンバーへ何らかの、資格、肩書きの付与。
44	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	国民病の理解はあるが、連携の無さが目立つ。	国民の医療の関心が国の医療の水準を決める。どんな医療を受けたいかを常にがん予備軍に問い(あるいは患者にサバイバー)求められる医療と現実のギャップを明らかにすること。	分子標的剤のための基金・制度個々人の支払い能力は限界に近いと思う。	
45	医療提供者 (協議会委員)		北海道	予防医療の再構築。	がん検診の補助拡大。		
46	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	①たばこの発がん作用が明らかになっている。がん予防の観点から気軽に吸えない様、環境整備、値上げ等を考慮しなければならない。②がん予防対策の充実。	①低年齢女子に対する子宮頸がんワクチン投与へ補助②マンモグラフィー補助。	がん診療連携拠点病院におけるがん治療費報酬の増額。	
47	医療提供者 (協議会委員)		岩手	拠点病院が二次医療圏の中で中心的役割を果たしていくためには、相応のスタッフの配置が必要になるが、その手当てが十分でない。	拠点病院への補助の強化。	拠点病院に対する診療報酬全般を手厚くする。	
48	医療提供者 (協議会委員)		岩手	検診の受診率が低い。			
49	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	県はがん対策推進協議会で計画を作成し、県下の保健福祉センターに到達や連携が取れるが、宮城県の場合、仙台市は政令指定都市で、県の具体的ながん対策の活動が市の担当課にも区の保健センターにも全く伝わっていない。			県のがん対策推進協議会に政令指定都市の担当課の職員も参加し、傍聴くらいはしていただき、課題に共に取り組んでほしい。
50	医療提供者 (協議会委員)		宮城			拠点病院にインセンティブをつけるべき。	
51	医療提供者 (協議会委員)		宮城	目の前の患者さん中心になっている。	予防、健診への配分を。	高価な薬剤を長期使用することの問題点。	医療行為全ての有効性の検討。
52	医療提供者 (協議会委員)		宮城	がん拠点病院の助成金の用途が限定されていること。	助成金の使用目的の幅をもう少し、拡大。		

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
53	医療提供者 (協議会委員)		宮城	予算の使える範囲をもっと大きくしてもらえないものか？一般病院では他の疾患のケアも含まれてくるので難しい点はあるのだろうが、現在の使い方が「良い」使い方なのかは疑問を感じる。			
54	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	先進国と呼ばれている日本で、欧米に比べて毎年がんによる死者数が増え続けていく事実を国民自身はどう受け止めているか、そのことを知らずにいるのが問題。	具体的な予防策や、検診を受けやすい状況が整っているか？一部の自治体では夜間、休日検診を施行しがん検診の受信を促しているが…。今回子宮頸がんのワクチン接種について自治体が全額負担すると名乗りをあげたところもある。	専門医が不足している中で専門性に対する対価がどれくらいか評価検討する必要があると思われる。その一方で専門医を初めから育成していたのでは現状にそぐわない、ニーズに追いつかないので経験のある臨床医を専門教育する機関や研修中の保障(本人へのペイではなく、出向させてくれる現場の代用要員の確保に対するペイ)などがあつたら良いのでは？	
55	医療提供者 (協議会委員)		宮城			DPC制度に対応している病院へは、抗がん剤以外の高額薬剤使用も点数に反映してほしい。特に末期がんに伴う鎮痛剤など、現行のDPC制度では出来高比較において大きなマイナスになるため考慮してほしい。	
56	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	拠点病院を中心にシステム構成を考えているが、拠点病院の教育は行われているが、拠点病院から、地域病院への教育は全くなされていない。かえて、拠点病院に症例が集中しており、診療の停滞が起こっている。地域における医療機関の役割分担がなされていない。拠点病院に提供されている資金の使途が不明である。	助成金制度にして、拠点病院にかかわらず、各病院の研究・考案に対して予算を付けてゆく。	拠点病院という全般的な予算配分でなく、いろいろな特色に配慮した加算点数を設定してやる。一病院ですべての分野で地域をリードするのは困難である。	
57	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	到達目標や方針は素晴らしいと思うが、いかんせん予算と人材がどうにもならない。また、当病院では消化器内科医が不在となった。当地方の人々は同じ税金を払っても都会と同じ医療が受けられない。最近、有症状の患者さんがよく来院いたしますが、末期状態の方が大変多い。がん死亡率悪化が心配。	人がいないので、予算の有効活用ができない。また予算の使い方が決まっているので、備品一つ買えない。人材育成(専門看護師、学会出張)にお金が使えない。講演会を自分たちで企画してもパソコンやスピーカーも買えない。	外来化学療法室の備品などにもお金をかけたいが、病院全体が赤字でどうにもならない。専任を置くにも診療報酬では賄い切れない。	到達目標などは素晴らしいが、戦略がない。
58	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	がん対策は高齢化社会における課題のひとつとして現状認識する必要があると考える。	「コンクリートからひとへ」という現政権の政策方針を支持している。がん診療体制を支える医師・コメディカルを雇用するための予算を増額していただきたい。	医師および高度技能を有するコメディカルの技術への対価を支払っていただけるように希望する。	診療報酬の決定プロセスを透明化すること、そして一時的でも良いので診療報酬体系を再構築するための委員会・ワーキンググループを設立すべきである。

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
59	医療提供者 (協議会委員)		秋田		がん診療に携わる医療関係者特に医師や看護師臨床心理士などには予算面での配慮をすべき。	診療報酬を病院とスタッフへ配分すべき。	予防(検診)と疫学研究にもっと力をいれらるべき。
60	医療提供者 (協議会委員)		山形	がん対策の予算の配分の策定が不明確である。	地域医療再生基金の様に都道府県にがん対策基金を配分してもらいたい。	効く薬を高価にし、効かない薬は安価にすることが必要である。分子標的治療薬は高価すぎる。	がん患者で長期療養者は経済的に大変である。自己負担を減らす制度が必要ではないか。
61	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	がん診療を専門とする医師不足が重要な問題であり、これらの専門医の養成が基金の課題である。また、がんの予防についての対策がかなり不十分、検診受診率が先進各国に比し低いことや予防に向けての対策(例えば禁煙の問題)が遅れている。	医師不足、看護師不足の解消にはがん診療に従事する担当者への報酬を厚くする、研修に対する手当を十分にする。がんの予防については積極的な啓発活動への予算を増額する。禁煙については積極的な企業については減税措置などで対応。問題は各自治体の議員等、立法にあたる議会議員の禁煙がかなり不十分に思われる。先ず、議員の活動する議会やそれに付随する施設での禁煙を徹底している自治体に対する交付税処置、あるいは行っていない自治体に対しての交付税の減額措置も考えるべきである。	地域がん診療拠点病院への診療報酬のアップを考えていただきたい。もちろん、診療に対する評価を定期的に行いながら、改善への指導を行い、地域がん診療連携拠点病院としてのレベルアップ(人的、設備的)に繋げていく。	行政、がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、医師会、市民との連携制度を密にしてがん診療のレベルアップを図る。啓発、広報活動の徹底を予算の裏づけを十分にしながら、地域がん診療連携拠点病院に義務付ける。年に何回行うということとともにその評価を行う。
62	医療提供者 (協議会委員)		福島	あらゆる面において、地域の状況を勘案して頂きたい(せめて都市部と地方とは分けてほしい)。		・緩和ケアへの「評価」が低いと思う。 ・がんに関わるコメディカルへの介入に対する評価も盛り込んでほしい。	
63	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	診療連携拠点病院だけが治療を行っているわけではないので、広く各々の病院が対象となるべきではないかと思う。	拠点病院に求めていることは、がんのみならず、必要なことと思うが、どれも点数化され、評価されないことが、進まない原因と思う(がんバス、相談センター、サロンなど)。	・相談を受けても報酬とならないのと思う。 ・拠点病院だから他の病院の患者まで対応するというのはいかがなものか。	若年者やターミナル期でない人がサポートを受けられない。
64	医療提供者 (協議会委員)		福島	地方行政は「予算がない」の一言。地方病院は「医師がいない」の一言。	がん関連全般を中核病院の外科医師に丸投げされている。がん予防、治療、緩和ケアの各分野を、内科医(開業医)、病院外科医、専門医に役割分担させて、病院外科医の負担軽減を行うべき。また、コストの安い看護師、薬剤師等のコメディカルにも大きな役割分担を行う。		

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
65	医療提供者 (協議会委員)		福島	がん拠点病院の補助金の使用目的にはかなり制限があり、がん拠点病院としての業務に関わることでも病院からの持ち出しする分が多く、また補助金を使用できずに余る(?)状況となっている。	がん拠点病院として実務の勉強することが多いため、研修会などの教育の面でも補助金を認めてもらいたい。		
66	医療提供者 (協議会委員)		福島	がんに対する色々な情報があるのは良いが、その事が転じてセカンドオピニオンの趣旨から外れている患者様、ご家族を増やしているように感じる。色々な選択肢は大切だとは思いますが。。			
67	医療提供者 (協議会委員)		茨城	五大がんに集中しすぎ。	まれな腫瘍の臨床研究を推進してほしい。	まれな腫瘍を扱えるための人的、設備的な投資に対する評価をUP。	性悪説に立った報告書だらけのチェックより、監察官を育成して臨時立ち入り権限を与えては？
68	医療提供者 (協議会委員)		茨城	国の予算→県→市→医師会。市民への講習会など、医師不足で不可。特に、「生活習慣病」では予算が生かされていない。			
69	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん対策が地域均等になっていない。がん対策の過疎地域がある。	がん対策予算を地域均等に配分する。		
70	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	進行性肺がんの治療に関する知識に関して、患者と医師との間にかい離がありすぎる。現段階での化学療法は延命治療であることを、メディアを通してもっと国民に啓蒙すべきであると思う。その上で、抗がん剤の投与や治療の依頼を行うべきではないだろうか。多忙な日常診療の中で、抗がん剤投与で自分の今後の生き方がどのようになるかということまでは十分には説明ができないのが現状である。そのような状況下で抗がん剤を施行し、副作用あるいはがん進行により悪化した場合に患者は理解できないように思う。	メディアを通して、抗がん剤を投与した患者のその後の経過について啓蒙活動を行って頂きたい。		
71	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	早期診断治療、緩和医療に重点を置いているが、臨床の現場は多忙で十分な対策が行えていない。			
72	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	対策が、派手で一時的なものにとどまらず、地道で長期的なものにしていただきたい。	別途予算を組むことなく、基本的にはがんの診療報酬で賄えるように診療報酬額を設定できればと思う。	別途予算を組むことなく、基本的にはがんの診療報酬で賄えるように診療報酬額を設定できればと思う。	
73	医療提供者 (協議会委員)	長田 明	茨城	今日は時間がないので次回丁寧に回答する。			
74	医療提供者 (協議会委員)	新谷 周三	茨城	がん対策基本法の成立後、ガン関連のセミナー講習会/講演会などが目白押しで驚かされる。良いことではあるがどれほどの効果があるのか。アリバイ的な印象さえ受ける。我々が扱う疾患は、ガンばかりではない。今後の期待は、ガンの在宅医療・訪問看護の推進と、ガンセンターを各県に複数つくりたいか。			
75	医療提供者 (協議会委員)		茨城			肝がんに対するラジオ波治療の針の算定につき問題あり。	国がんからの拠点病院整備用件が年々厳しくなる。

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
76	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	私の専門は小児がんである。成人のがんに比べて頻度が、きわめて少ないため、県のがん対策のなかで、見過ごされる傾向がある。	小児がんは、希少であり、特殊であるため、成人のがんとは、別途に対策を考えていただきたい。同じ計画の中に当てはめようとしても、無理がある。つまり、文書にしても、冒頭から、別立てのものとして記載すべきである。	多額の薬剤や頻回の検査が必要となるため、健保により査定されやすく、病院負担となることが多く、入院日数が長い。小児がんについては、小児入院料基準の在院日数の算定について配慮していただきたい。	専門施設へのアクセスが悪い患者さんにとっては、患者の長期入院に際して、長期滞在施設が配備されるようになってはいるが、通い面会家族の交通費負担が大きいので、配慮が必要。
77	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん対策だけではなく、国民皆保険の医療制度そのものが制度疲労を起こしていると思います。診療報酬の決め方、薬価の決め方、医療材料の価格の決定など、すべてブラックボックスで、医療従事者にはまったく公表されていない。			診療報酬の決め方、薬価の決め方、医療材料の価格の決定などできるだけ情報開示して、国民の納得の行く医療行政を行なって欲しい。医療機器の内外格差をなくして欲しい。
78	医療提供者 (協議会委員)		栃木	均てん化が計れていない。都会の一部施設と地方の差が大きすぎる。	タバコ税の引き上げが何故毎回出では消えるのかわからない。目的税化すればよい。	いろいろ医師をバックアップする制度は出来つつあるが、内容が貧困というか携わる人たちが成長してきていない。成長しても一部都会にかたまりすぎて地方には回ってこない。	センター化も重要であるが、地方のことも重視すべきである。
79	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	医療から生活へのハードルの高さ、家族介護老々介護の問題など。			
80	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	薬剤が高すぎる。例えばメシル酸イマチニブ(グリベック)を1日400mg服用すると、薬代だけで1ヶ月で37万円以上になる。本人の負担はもっと少ないが大変であるといった声を聞く。また、外来化学療法を受けている患者で負担額が大きいという理由で中止を申し出た例もあった。	本人の負担を少なくする国の予算を期待したい。		子どもの医療費を無料にしている自治体が多い。薬も無料だと後発品を希望する保護者はいない。先発品を希望する場合は、後発品との差額を徴収するなどをして、がん対策の財源として欲しい。
81	医療提供者 (協議会委員)		栃木	がんに限らず、疾病一般に関して、格差が進行している様に、思われる。国民皆保険制度が、これ以上崩れないかと心配。	10年-20年先まで考えた、具体的な政策をしっかりと立ててほしい。		
82	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	大病院中心の対策であって、多くの中小病院への配慮が無い。	中小病院勤務の医師が治療に打ち込める余裕を持たせること。人件費の確保が必要。	苦労の割には診療報酬が少ない。患者に負担させるのではなく、国が負担すること。	国としてのがん「専門医」の定義が示されていないので、患者が誤解している。しかし、「専門医」が定義されたら、多くの中小病院でのがん診療はストップする。
83	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	がんの予防について:「具体的にがんを治療した場合、どのくらい医療費がかかり、それをどのように支払っているかを患者が知らな過ぎる」莫大な医療費がかかっていることを知ってもらい、だから予防することが重要だという点をもっとアピールすべき。		技術料の部分があまりに評価が低い。	

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
84	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	地域医療はがん治療のみならず、特に救急医療など多くの問題を抱え、これらの広範囲の医療を地域基幹病院が一手に引き受けている現状にある。がんの均てん化において、がんセンターのようながんに特化した特殊な病院におけるシステムをそのまま必須要件とすると、がん治療医が救急医療全般を行っている現場(患者背景『救急、家族構成、収入等』の異なる多くの患者を診察)では、かなり背伸びせねばならない。			
85	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	国はがんを国民病(3人に一人はがんで死亡)として捉えているが、各都道府県は4疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病)の内の一つであるとの捉え方しかないと。そのため力の入れ方(予算、人の配置、対応する部局がばらばらなど)が違う気がする(がんだけが病気ではない)。国ももう少しがんに対する取り組み方が国民に浸透・理解させるような具体的な方策を採るべきである。	以前から指摘しているようにがん対策予算(拠点病院への補助金)を国1/2、都道府県1/2ではなく国が全額を出すべきである(財政困難を理由にがん対策には予算を振り向けない)。	がんセンターなどのがん医療に特化している病院やがん患者の比率が高い病院などには診療報酬情も厚くするべきである。緩和ケア医療に対する診療報酬も厚くすべきである。	がん予防(検診や、子宮頸がんに対するワクチンの無料化など)を充実させるべきである。また緩和ケア医療を地域で支える事ができるような連携システム(地域の患者受け入れ可能なシステムの構築)を作るべきである。
86	医療提供者 (協議会委員)		東京	がん対策の整備に要するマンパワー、資金に対して診療報酬で対応することは適切ではないと思います。結果として質の高い医療が提供された場合は、それに対して相応の診療報酬が別途必要と思う。			
87	医療提供者 (協議会委員)		東京	診療報酬が低すぎる。	がん診療の充実には、病院が診療クラーク、助手を雇用できるように診療報酬の増額が必須である。		
88	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門職に対する手当がない。	専門医と取得しても個人にメリットがない。個人の収入につながらないと興味を持つ人が増えない。	加算を付けるべき。	
89	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	掛け声だけで、具体的にどのように進んでいるのか実感がない。	現在、がん拠点病院の配分される予算は、ひも付き予算で、自由度がまったくない。年度初めに、全ての予算計上を上げるとは、現場の医師には不可能である。一方、事務はどのように対応してよいか、まったくわからず、配分される予算を十分に請求できない。あまり、メリットを感じない。	積極的にがん対策の対応している医療機関には診療報酬でメリットをつけないと、実際がん対策の発展は掛け声だけに終わってしまう。病院経営者には、がん対策を整備する上で、経営上のメリットを感じさせないと、前向きに取り組んでもらえない。	何事も、簡便にしてもらいたい。役所の文言は難しく、なかなか理解するのに時間がかかってしまう。
90	医療提供者 (協議会委員)		東京	国や地方自治体からの要件の指定は、拠点病院におけるがん診療の向上の大きな推進力になるが、一方、負担が大きい要件に振り回されることもある。	負担の大部分は人手不足。人材育成も大切であるが、有能な人材を雇用するための予算が必要である。ただし、期間限定の予算では、期間終了後に混乱する。		
91	医療提供者 (協議会委員)		東京	高齢化社会において介護力不足が深刻化してきている。特に介護を要する積極的治療適応者は退院困難となるか、積極的治療を中止されやすい。			

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
92	医療提供者 (協議会委員)		東京	補助金による誘導は止めてほしい。			
93	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	がんの一次及び二次予防、初期治療、緩和治療すべてに置いて、診療点数が低すぎる。診療点数を高くして活性化を図るべき。一次的予算や補助では持続性がない。自立精神が出てこない。少しは利潤が上がるくらいで進めていって、利潤が多すぎるころは是正すればよい。行政、医学会そして病院とのチームができていない。協調し合うようにすべき。患者サイドの意見も聞くべき。	目指す医療を決めて、国民に提示しながら進める。ばらまき予算はやめる。	診療点数を上げる。混合診療を認めて、患者の選択範囲を広げる。今でも代替医療に多くのお金が使われている。	資格のある人がいる施設の診療点数を上げて、医療従事者の向上を目指す。また、J海外の状況を常に把握する体制を作る。海外からの患者収集を含めて、国際化を進める。
94	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	臨床腫瘍医、放射線治療医、緩和ケア担当者が不足していることや最近では外科医の不足が問題となってきた。外科医は、特に若い世代が不足しており、将来的に大きな問題になることが予測される。都会では施設の集約化による効率的な運用が必要であろう。	診療報酬の適正化と都市における施設の集約化。これによる人的資源の効率利用。医師以外のサポートスタッフの充実。		がんに従事する医師の減少には、臨床研修制度が関係しており臨床研修制度の見直しも必要かと思われる。
95	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	がん診療全般(手術、化学療法、放射線治療)に評価が低い。	人・物を十分に配置・整備できるだけの予算を立て分配する。	手術、化学療法、放射線治療に対する点数を上げる。	拠点病院としてやらなければならないようになってきている。
96	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がん診療拠点病院には放射線治療装置の所有が必須であるが、それを運営する技師や放射線物理士の人的サポートが全くない。	予算が少なすぎる。	診療報酬も点数が低すぎる。	
97	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がん対策基本法の制定以降、目に見えて変化が起きている分野もあるが、ほとんど改善の見られない分野もあり、全体のバランスは必ずしも良くない。	がん診療連携拠点病院には多方面での機能充実が求められているが、それに対応する補助金の額が少なすぎる。	化学療法がDPC包括医療にそぐわないことが最も大きい問題点。	がん登録の法制化が早急に必要。特に予後調査を支える法律の制定が不可欠。
98	医療提供者 (協議会委員)		新潟	検診で異常が発見された場合、100%の方が精密検診が受けられるよう個人への啓発は勿論であるが、フォロー体制をきちんと構築する必要があるのではないか。肺がん検診の場合、2次健診はすぐCT検査と取り決めている市町村があるが、確率からしてもまず、すぐにできるレントゲン撮影で早めに安心したい部分もある(CTは2週間ぐらい待たなければならないところもある)。			

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
99	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	がん対策とは主として生命にかかわる診療科に強く関連している。つまり消化器外科、乳腺科、呼吸器外科、婦人科、血液内科などが症例も多く、代表的な診療科である。がん対策がさらに整備されれば、これらの診療科への期待が高まり、同時に診療科医師の負担も増大するわけであるが、現実には隠しようもなくこれらの診療科医師は減少している。この原因はそのほかすべての診療科が均等に扱われることの弊害によることは明らかである。訴訟が多く、拘束時間が長い割に収入が少なければ、その診療科を志す者が減るのはある意味では当然である。単に医学部の定員を増やせば解決する問題ではない。がん対策が医療のトップに立った代表者の旗振りに終わらせないためには、がん医療(外科治療や抗がん剤治療などすべて)、緩和医療、がん登録などに携わる医師、医療者が現場に集中できるような環境整備と給与体系の変化が必要であると思う。医療の均填化はがん対策基本法の本質であると思うが、制度の整備や患者に対する医療の質の改善と同時に、携わる医療者のモチベーションを高めることも同じように重要であると思われる。		私は肝胆膵外科を専門とする大学医師であるが、一件あたり6-8時間程度の手術を、多い週で数件をこなしている。その手術に関連する必要時間、あるいは術後観察や治療を含めると8時間という枠内に終わることは考えられない。したがって高難度手術に対する診療報酬は現在の3倍ぐらいが必要と思われるが、一番問題点は、もし診療報酬が上がっても個々人には何ら反映されないということであろう。大学の研究は多種多様であるが、診療に多くの時間を費やす医師もそうでない医師も評価は同じということである。生命予後に直結するような診療行為に対しては、抜本的に変更が必要であると思われる。	この問題でB-2と重なるが、例えばがん診療支援には保険点数が設定されていない、ということはこれに関わる人件費は病院の負担となる。がん登録も同様であるが、こういったことに関連して、がん対策基本法制定後に設置された“腫瘍センター”などは極めて低い評価しかされていない。これはシステムが最初から形骸化していることを示しているものと思われる。法律を制定してもがん患者は治らない、末期がん患者の苦しみが改善しない。がん医療に従事する者ががん医療にまい進できるような環境整備がなされなければならないと思われる。
100	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	治療が拠点病院に集中するようになってしまい、手術や治療を月単位で待つ患者がいる。他の治療ができる病院へ患者が受診することが少なくなっている。治療終了後に廃用のため、ADL低下した患者は強引に退院させられ行き場がなく、治療適応でない患者やホスピスを待つ患者も同様に行き先がない。		療養型病院や介護施設では、がんをもつ患者を受け入れても、がんのフォローができない。治療や検査、薬剤に制限があるため他院受診が必要になるが、その医療費は持ち出しとなってしまふ。他院受診の必要性は評価していただきたい。	拠点病院は元々治療について力があつた病院である。その知識を地域の急性期病院と共有し連携をすることで、治療を適切に待つことなく受けることができる。拠点病院から治療を待つ患者を他病院に紹介する。療養型や介護施設と連携により患者の適切な療養先を検討できる。
101	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	①緩和ケア病床や病棟への入室に対してマイナスのイメージをもつ“市民”が多いように思われる。がんで亡くなる人の割合が増加しており、社会的な啓蒙が必要ではと感じる。②治療に関しては、研究レベルにあるような先進的治療が標準的治療と誤解されることが多々感じる。③これまで“腫瘍内科医”が、がんの専門医であるといった誤解を与えていた印象がある。			①“人の終末期”に対する考え方の教育が必要だと思う。②評価の定まっていない“がん治療”に過大な期待をもたせないような広報(宣伝文句)を示して欲しい。③現在、外科系の“がん治療認定医”、“消化器がん治療認定医”制度ができたことは良かったと思う。
102	医療提供者 (協議会委員)		石川	ドラッグラグ。	拠点病院で新規薬剤を優先的に使えるようにする。	専門医へのインセンティブをつける。	
103	医療提供者 (協議会委員)		石川	どんどん高額医療(先進医療)が導入されている。高額医療は自費にすべき。混合診療・検診費を十分に。	どんどん高額医療(先進医療)が導入されている。高額医療は自費にすべき。混合診療・検診費を十分に。	高額医療は混合診療で。DPCの強化。	国民の啓発運動のさらなる強化。医師が悪者とのニュースをつつしむ。もちろん有罪のものは、今まででいいが、無能なメディアのニュースで医師をだめにしていることしばしば。たらいまわし事件、医療ミス(ミスか過誤かなどを確認してからニュースにすべき)などなど。

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
104	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	国の施策と地方の実態が連動していない。地方ではがん対策はここ数年以前より後退している。	アメリカのようにがん検診を受けたものに対するインセンティブを与える方向を考えるべき。がん検診を無料とすると、検診を受けたがん患者は治療費を補助するとか。	がん治療に限らず、実際に投入される労力と時間に比例して医療費を配分すべき。半日以上を、何人もの医師と看護婦、スタッフが手術に従事しているのだから、眼科の白内障手術の10倍以上の点数設定にしないと誰も外科医にならない。白内障の手術費がばか高いともいえるが・・・。がん患者に寄り添う精神的負担も診療報酬上に算定すべき(時間をお金に換算することもむずかしいが)。	国や県がもっと強制力をもって、地方のがん検診を主導すべき。もちろん費用面からのサポートは必須である。地域ごとにがん拠点病院を整備すべきだと思う。人口密集地に偏る形では、がん治療から、ドロップアウトする人たちが出る。こういう層は、移動手段、医療費工面などさまざまな困難を抱えている。
105	医療提供者 (協議会委員)		石川	緩和ケアと栄養管理は密接に繋がっており、これらを総括的に見ることのできる医師の育成が重要抗がん剤のいわゆるdrug lagの問題手術などの技術料が医師本人に還元されないこと。	混合診療の導入。	ドクターフィーの創設。	総括的に見る医師を育てる講座の開設。
106	医療提供者 (協議会委員)		福井			入院でないと治療できないがん患者がいるので、全てのがん治療の費用をDPC制度においても出来高計算とするのが良い。	検診体制の見直しをもう少し頻回に行う(3年毎位)、また日本人における最新のデータを集積して効率の良い体制に変革する事に力を注ぐ。そのための費用配分を多くし、がん対策全般の費用に組み入れる。
107	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	都道府県拠点病院、地域拠点病院を選ぶ行程がオープンでなく、自治体に任せている結果、施設の質を問うていない、自治体の思惑だけで決まっている。			自治体に推薦させることを止めて、オープンな選考過程を経て国が選考すべきである。
108	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	がん対策法がきちんとされているかどうか、情報公開も含めて可視化されていない(今日において)。	予算についてもがん対策協議委員会できりあげられない。	予算についてもがん対策協議委員会できりあげられない。	たった1時間半では制度内容を読むだけで話し合いまでは至らない!!
109	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	がんに対する予防の認識をもう少し普及する必要があると思う。			検診は義務ではないので 検診率を上げる施策が必要だと感じる。
110	医療提供者 (協議会委員)		岐阜	都市部のがん診療連携拠点病院と地方の拠点病院の一律的な体制整備は別に検討される必要がある。特に医師を含めた専従職員の配置など。	都道府県の財政事情によって差異が生じているため、財政事情に左右されない実態に応じた配分基準が必要である。	専従職員、医療機器の整備ができる報酬が必要である。	
111	医療提供者 (協議会委員)	北村 宏	静岡	各疾患ごとの専門医が十分揃っていない(専門医の教育体制が整備されていない)。			
112	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	舌や歯肉、口腔粘膜等に発症する口腔がんへの対策が遅れていると感じる。	口腔がん検診の実施を図ること。	現行で可能。	口腔がん検診制度を確立し、実施できるようにすること。
113	医療提供者 (協議会委員)		静岡		がんの発生を減らすとか、早期がん検診の受診率を高める効果の良い対策にお金を注ぐ。		

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
114	医療提供者 (協議会委員)		静岡	自分が医療機関に勤務しているので「がん」について考える事はあるが、一般の人々の関心は低いと思う。家族や本人が罹患して初めて。			地道な啓蒙活動？
115	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がんの均てん化に対して地域によって格差が出ている。			質を評価する制度が必要。
116	医療提供者 (協議会委員)		静岡	医療対策全般について言えることと思うが、すべてを2次医療圏単位で完結させるような方法では、最近の高度化複雑化した医療体制には無理が生じるように思う(医療機関の施設整備においてもいえることだが、さらに最近の医療崩壊の原因となっている医師確保においても地域間格差がかなりある中での一律の対策は無理があると思う)。			
117	医療提供者 (協議会委員)		静岡	本来がん対策予算やがん関連診療報酬については、厚労省の担当部署が責任をもって、がんを扱う基幹病院に広く行渡るように配慮すべきである。しかし実際には種々の条件が設定され受け取ることが容易でない加算が見られ、がん診療の現場に多大な不利益をもたらしている。一部の人的配備に恵まれた病院のみが利益を享受できる弊害の大きい条件設定は早急に見直し、がん診療を扱う基幹病院が経営上不利になることなく、安心してがん医療に取り組むことのできる診療報酬の体系を構築すべきである。	相談支援センターや院内がん登録に関し、国並びに県による継続性のある十分な予算措置が必要である。拠点病院での急性期がん医療が終了し、その後の治療継続のために療養型病院を含む後方の支援病院への転院を迫られる場合が少なくない。亜急性期がん患者を扱う後方病院への予算措置も必要である。さもないと亜急性期がん患者の受入れ拒否が常態化する恐れがある。	がん診療連携拠点病院加算が低すぎることで、またがん疑いで紹介された患者には加算されないことは極めて不合理である。緩和ケア診療加算に関する施設基準で、精神症状を担当する常勤の医師の規定は不適切であり、非常勤の医師とすることが妥当である。がんに関する手術料の設定が低すぎる。特に侵襲が大きく長時間を要する手術への加算には妥当性を欠くものが少なくない。	現在先進医療として扱われている乳がんセンチネル生検、CTガイド下気管支鏡検査、抗悪性腫瘍感受性試験、腹腔鏡下肝切除、腹腔鏡補助下膵切除等、急速に普及しつつあるがん診療の診療報酬への認定が遅すぎることで、また先進医療の申請が分りにくく申請しづらいことが顕著であり、行政サイドががん医療の進歩を阻害している側面が少なからず見受けられる。
118	医療提供者 (協議会委員)		静岡	現在、がん診療連携拠点病院の選点は2次医療圏1病院とされているが、がん医療の質は問われず定量的にのみ評価している。また、カバーする人口も考慮されていない。以上を考慮した選考を望む。	がん医療の質を担保するためには、医療従事者の増員が不可欠。人件費を含む予算増額が必要。	世界標準のがん医療を行うための薬剤検査に対する保険適用は全く不十分であり、各学会からも多くの要望が出されている。実状に合致する診療報酬の早急な対応を望む。	
119	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	がんも胃がん、大腸がん、乳がんなどから急性骨髄性白血病などまで幅広い。一般臨床病院でできるものまで地域がん診療拠点病院で行う必要は無い。	予算は差がついてもいいが、一般病院でがんを扱っている病院にも手厚くしてほしい。	病態の重篤性に合わせた診療報酬体系を望む。	認定医、専門医制度は必要かも知れないが、学会に出席する時間がないほど忙しががん患者を診ている医師がいることを忘れないで欲しい。人数がいれば、交代で学会にも出席できるかも知れないが、そのため認定医が取れず制度面で不利になっている病院が多数ある。
120	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん拠点病院に対して設定の義務要求が大きすぎる。		がん拠点病院であるが、効力があるように、がん診療に対し、診療報酬を設定してほしい。	がん拠点病院の設定基準をある程度幅を持たせてほしい。
121	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	がん治療に用いる新薬の実用までの期間が未だに長い。			スーパー特区など工夫はみられるが、これをさらに発展させ、早期のがん治療薬が実用化に至るようにしてほしい。

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
122	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		重要度から、現行の2~3倍が必要と思います。	DPCで赤字となる部分もあり、現状に合わせた対応をお願いします。	
123	医療提供者 (協議会委員)		愛知	一番進んでいなくて、がん死亡率を低下させるのに最も有効と思われるがん検診の啓蒙の成果が見えてこない気がする。また、がん診療連携拠点病院にのみ認められる、特殊ながん診療をできるようにしていただきたい。現在、がん診療連携拠点病院でなければ行えない診療行為、といったものは健康保険上で規定されていない。つまり健康保険制度では診療行為において、がん診療連携拠点病院とそれ以外の病院で差はありません。がん診療連携拠点病院の役割として、難治症例や稀少症例の患者に対する診療を行う為に、例えば、国内未承認の抗悪性腫瘍薬を使用できるなどしていただければ、患者はもとより勤務する、がん診療医師に対してもメリットのあることと考える。これは診療においてだけでなく、がん診療を目指す臨床研修医へのアピールにもなり地域での専門医確保策などの対策にも通じると思う。		医師、看護師、薬剤師をアシストする職種の創出とその保障を診療報酬の面でも進めて欲しい(予算についても同様)。	先進高度医療の項目内又は保険外併用療養費の、治験に係る診療に「がん診療連携拠点病院」の項目を策定する。若しくは厚労省で検討中の「コンパッションート・ユース」を、がん診療連携拠点病院より先行的に導入する等により、評価療養制度での請求ができるようにして欲しい。
124	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	確実に効果が上がる感染症対策(パピローマなど)、禁煙、検診の啓蒙と実施。			
125	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	人員、設備に対して莫大な投資が必要。その費用に苦慮。	がん診療連携拠点病院への支援を充実してほしい。	高資医療、ホスピス医療、緩和ケアの点数を上げてほしい。	
126	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	がん対策基本法に沿って策定計画が練られたが、それに対応するための人員や予算が不足しており、計画は練られても実場面で空回りしている傾向が見られる。政策誘導には補助金・診療報酬・税制面の優遇・許認可などの制度、のツールがある。これらのツールがバランスよくかみあってがん対策がなされているとはいえない状況である。	補助金による予算処置が行政側から病院に対して行われるが、実際は非常に制約の多い補助金で使い方が難しいことが多い。制約を取り払ってもっと柔軟な運用に改めるべきである。	がん診療に対する診療報酬はまったく不十分。外来化学療法・手術・放射線治療を行うに当たっての高額な機器の設備部投資を十分にまかなっているとは言えない状態である。診療報酬の配分を変えるのではなく、診療報酬全体の底上げが必要。	IT機器導入に伴う税制上の優遇処置が一時期行われたことがあった。これは医療機関のIT化に貢献したと考える。病院・診療所に対する税制面での配慮が必要と考える。がん拠点病院の認可要件がかなりきびしく、地域の実体と合わないとおもわれる部分もある。地域に配慮した要件の見直しが必要。
127	医療提供者 (協議会委員)		三重	・地域がん診療連携拠点病院をもっと増やしても良いのではないかと。 ・高額な放射線治療機器の整備に対して補助の整備。	診療報酬の増加に見合う予算を確保して欲しい。	手術、放射線、化学療法などの点数を大幅に上げて欲しい。	がん予防策の策定、周知。
128	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	がん予防、がん教育、がん登録などのがん対策の基盤整備が遅れている。	前記の基盤整備事業に十分な予算を配分するべきである。		学校教育の中にかん教育を取り入れる。地域がん登録を努力目標でなく、法制度化し、予算措置を行う。
129	医療提供者 (協議会委員)		三重	早期発見の努力が必要(20-30%の検診率では問題)。	がん対策、予防税とも言うべきもので予算化する。		
130	医療提供者 (協議会委員)		滋賀	・もう少し費用対効果を評価して予算化した方がよい。 ・会議やイベントが多すぎて、又、人手が限られているので、病院内でのがん対策強化がむしろおろそかになる。			

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
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。医療現場との意思の疎通を密にする。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る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)。	がん登録の件数費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。	

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
250	学者・研究者(協議会委員)		宮城	がん対策基本法が施行されて3年が経過したが、予算総額(不十分)、その配分、地域差など様々な問題が山積していると考え。特に、診療報酬では専門性に対する加算などが必要であると考え。また、がん研究予算の課題決定過程や審査体制(とりわけ厚労科研について)、文科、厚労、経産の省庁間の連携が不十分であると感じる。これとは別に、国と地方自治体の禁煙対策が全く不十分である。	①日本国民が皆でがんを克服するということを明確にする「がん対策予算」の拡充(増額)を検討すべきだが、現状では財源は限られている。厚労予算の中で、あるいは総医療費の中でがん対策予算をの比率を増やすことが必須である。政治的判断が必要であろう。②厚労科研について、がん研究予算の課題決定の過程の透明性を高めるために、全国の専門家によるアンケート調査(課題に関し)と審査員の公開や公募を行ってはどうか。	がん医療水準の均てん化にはインセンティブが必要である。診療報酬では、拠点病院加算を増やすこと、新たに医療従事者の専門性による加算を設定すること、具体的には、がん薬物療法専門医(認定医ではない)、がん専門薬剤師、がん看護専門看護師、がん関連の認定看護師が拠点病院で診療する場合のある特定の診療に関して加算を付ける、などが必要ではないか。人材養成と均てん化や更なる医療水準の向上に繋がる。	新薬や適応拡大の抗がん剤、新規の分子診断(遺伝子診断や遺伝子発現解析)の導入をより一層加速するために、PMDA(機構)での申請、審査、相談などの体制を変えていく必要があると考える。
251	学者・研究者(協議会委員)	大内 憲明	宮城	がん対策基本法の理念に記された「がんの克服を目指し、…」が現在、必ずしも具体的に実施されているとはいえない。がんの克服はがん死亡率の低減により初めて達成可能であり、「がん死亡率の低減に向けた対策」をより強化すべきと考える。	研究者としての立場から述べさせていただければ、がんの研究は基礎・臨床を問わず、その成果が国のがん対策に活用されるよう、予算にメリハリを付けることが重要である。がん対策に活用するにはどのようなプロセスが必要か、対象分野ごとに研究課題の起案の時点で、戦略的に検討されるべきである。もちろん、研究の進捗状況・波及度によっては、研究枠の拡大・縮小、および予算の増減に関して柔軟な対応も必要となる。	がんの手術及び放射線治療に関する診療報酬が低く、一方で抗がん剤(特に分子標的薬)が高価であるため、経費率が悪く、病院経営上の大きな問題となっている。	法律・政令の問題とは直接関連しないが、国のがん対策の要(かなめ)である厚生労働省のがん対策推進室が、「室」のままでよいのか、甚だ疑問である(現状は健康局総務課がん対策推進室)。国家戦略室が国家戦略局に格上げになったのと同じとはいえないまでも、少なくとも「課」でなければ、国のがん対策は進まない。
252	学者・研究者(協議会委員)		埼玉	埼玉県庁内の専任部署がない。	予算計画から予算執行までの責任部署を新設してほしい。	がん診療を現在の国民皆保険制度のもとで標準的な高品質(米国型の贅沢な医療ではなく)で実践可能な報酬を設定。	医療内容のランキング化国民に日本の医療の現状を理解していただかないと、日本型のがん医療を計画・実践できないと思う。
253	学者・研究者(協議会委員)		兵庫			診断の技術や治療の成績(合併症や生存率)を反映できる診療報酬体系を確立して欲しい。	
254	学者・研究者(協議会委員)	西巻 正	沖縄	①先進的治療や臨床試験の実施が欧米に比べて遅れている。②がんの全国統計などが国の水準を測る資料が不足している。③がんセンターなど大規模な総合的がん診療・研究拠点が少ない。			

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
255	学者・研究者(協議会委員)			費用対効果を考えれば、「かかりにくい」「悪化しにくい」という方面を強化してほしい。劇的ではないので、政策的な華やかさが無いために、なかなか焦点を当ててもらえないが、草の根的な細やかな健康教育・健康支援への資金投入は、低い投資で高利益をあげる方法だと思う。特に、知識と技術に熱意があり活動力を備えた保健師の活用は、社会にとって有益だと思う。	交付税？宝くじ？タバコ増税？自動車税？、どうしたものか…。	患者や家族の声として多いものに、「他の病気で長く診察して貰っていたのに、がんを発見できず、見つかったときは手遅れだった」との意見がある。また、「わざわざがん検診に行っても、その間の営業利益の損失は誰も補填してくれない」との意見も多い。そこで、レントゲン読影など画像診断力、検査データからの判断力がある医師の差別化ができるとか、慢性疾患で長期治療中や経過観察中の患者および家族へのがん検診を年に1度は勧めて行った場合には診療加算があるとかすると、受診率が上がるかも知れない。他の病気で受診時は、がん検診の折角の機会になるはずで、受診機会を逃さない工夫が必要だと思う。	僻地医療のための医師養成に向けた「ふるさと枠」等も有り難いが、即有効だと思ふことは、遠隔情報処理が可能な現在、情報端末を携帯した保健師を、僻地医療などにもっと参加させたり、屋間の健診や相談に困難な対象者には、午後4時～夜8時までの特別勤務の保健師に対応させるなど、まだ工夫の余地があると思う。
256	学者・研究者(協議会委員)			喫煙対策や効果が証明されたがん検診の推進が極めて不十分。がんの実態把握、特にがん登録や予後調査の実施について、国・行政の制度化が進んでいない。がん対策の専門家が国のがん計画に責任を持って関与出来ているとは言い難い。			国や府県のがん対策に責任を持ち、推進するための組織、制度を整備すべきである。縦割りではなく、政府を挙げて取り組める横断的組織が必要。
257	その他(協議会委員)		北海道	米国に比べ研究体制・予算が貧弱であるように感じる。日本の場合、大学医学部での研究について、文部科学省と厚生労働省との間の縄張り争いや学閥が大きな壁となっているとも聞く。さらに医師不足が大学病院の研究体制にも悪影響を与えているように感じている。また医薬品開発について後れを取っている現状は何としても改善する必要がある。	がん研究予算について、専門機関や大学全体で予算を一本化し、効率的な配分を行う。		医薬品開発を促進するよう、承認手続きの迅速化をさらに図る。
258	その他(協議会委員)		岩手	緩和ケアの充実(治療・看護・介護)。			
259	その他(協議会委員)	森久保 寛	栃木	がん検診受診率50%達成のための財政的措置がまったくなされていない。			検診受診勧奨を行うと同時に医療保険優遇措置などと連携した制度が必要。
260	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉	患者さんの立場で意見を徴収する場を、なるべく多めに割いて欲しい。	都道府県だけの予算だけでは、何もできません。国の予算を少しでも多く地方に分散して欲しい。	過去の経緯から、検査項目の数による制限が、あることは承知しておりますが、初期診療における制限は、なるべく緩やかに、検査項目毎の報酬を設定して欲しい。	議論の場が少なすぎるので、多方面からスペシャリストを、登用して協議会を作ってほしい。
261	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟	がんについての意識を高めるための啓発普及特に若い年代、働き盛りの年代の受診率を上げること。	PR用のパンフレット配布、無料クーポンの継続・拡充。		節目検診を勧める。

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
262	その他(協議会委員)		山梨	健診などの受診勧奨は進めようとしているが、対応受け入れ可能な施設、人員、予算は、対応していない。			健診を受診した者に保険料や医療費の減額をする。
263	その他(協議会委員)		滋賀	①がんの罹患率が2～3人に一人になるとのことだが、住民の認識は低いと思う。自分自身や、親族、知人が罹患して初めて深刻にとらえるのが一般的だと思う。がんについて広く学習する機会が必要である。②がん検診の受診率を高める。	①地域住民、学校関係、職場でがんについての学習をするための予算が必要である。②がん検診が受けられやすいように検診費用の補助をしてほしい。		
264	その他(協議会委員)		鳥取	がん治療に関する情報の氾濫。			正しい情報の普及。
265	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	がん対策に患者の声を反映させる仕組みを、さらに充実させてほしい。とりわけ、患者会などに参加していない患者・家族への支援がはまだ十分ではないように思う。			
266	その他(協議会委員)		徳島	当センターは健診のみを行い直接の治療は行っていない。			
267	その他(協議会委員)	山口 浩志	徳島	専門医やがんに関する認定看護師などへの研修制度は充実しているが、現在がん患者さんの在宅での看取りが重要視されており、国としても現在の在宅看取り率を増やす目標は立ててはいるが、実際に患者さんが在宅で生活する時にかかわるべき専門職(訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー、通所介護、リハビリ関係者など)が学ぶ場はほとんどなく、それぞれの自己学習や個人の情報収集の努力でもっている面があり、研修制度の面でも国の予算の面でも何のバックアップもなくがんばっている実情がある。今後在宅ホスピスを進めていく上においては、そういった福祉職や在宅でかかわる医療職向けの研修制度があればいいと思う。また患者さんや家族が受ける治療の情報が誰にでもわかるようなシステム(例えば、認定看護師のいる病院のリストや緩和ケアチームが立ち上がっている病院のリストなどが市町村行政などにあれば)があればケアマネとしてもありがたい。			
268	その他(協議会委員)		香川	がん対策推進計画における受診率目標。	地方交付税措置でなく、別にがん検診費用を交付し、自治体の費用負担も軽減するべき。		
269	その他(協議会委員)			がんよりもメタボ対策が重視されすぎている。			
270	その他(協議会委員)			がん治療薬の開発推進。	在宅緩和ケアにおける訪問看護に対する予算の拡大。		在宅緩和ケアにおける看護職の裁量権の拡大。

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
271	その他(協議会委員)			医療(治療)に比べ、予防や早期発見への取り組みが弱い。	市町村、健康保険組合等保険者が行うがんの一次・二次予防事業への補助の充実。		
272	その他(協議会委員)			がん患者の治療やケアを自己決定するための情報提供に地域格差がある。	各ステージに合わせた情報提供体制の整備(公的立場で、標準化に向けてどの病院でも相談を受けやすい紹介制度導入)。		
273	その他(協議会委員)			がん医療の均てん化を地域で考えていくのであろうが、人口の少ない地域ではがん種によって得意、不得意の病院が出てくる。予算は拠点病院だけに配分されその病院だけが予算的には潤うことになる。でも拠点病院が全てのがんの治療を担っていくわけにはいかない。地域で最先端の医療を受けられない場合もある。需要と供給の点からも難しい問題。			
274	その他(協議会委員)			セミナー、講習会だけでは効果を得ることは難しい。			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。
275			北海道	予防にも力を入れる必要あり。		病院で予防対策、市民講演などを行う場合も評価の対象とする。	
276				国・県・医療機関等努力されているものの、患者ひとりひとりにどれだけ向き合っているのだろうか。			常に当事者(患者・患者会等)との意思の疎通がなされる制度の確立はできないか。

2.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

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
277	県庁担当者	若井 俊文	新潟	放射線療法および化学療法専門医を育てる環境が大学には整っていない。資格を取得しても、あまり認知されていないため、併任での業務が増えるばかりで収入に反映されていない。			
278	県庁担当者		石川		資格取得や研修会参加への援助。	拠点病院に対しての加算の充実。	
279	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	化学療法の疾病別講習会を毎年開催すべきである。		薬剤費に対して診療報酬が低すぎてアンバランスである。	
280	県庁担当者		奈良	医療従事者その他医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない。			需給バランスについての継続的な調査。
281	県庁担当者		和歌山	放射線治療のIMRTは高度最先端の医療である。放射線物理士、品質管理士などの補充ができない(病院執行部の理解不足)ため、また機器の更新ができないため、提供できない(現在の状況では人を雇ってすると赤字になる)。	拠点病院に対し、放射線治療のIMRTを行なう施設に対し予算を補強すること。IMRTの保険点数を(300~)400万くらいに増加させれば病院の執行部は増益になるため充実できるよう動いてくれると思う。		

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
282	県庁担当者		広島	わが国は欧米に比べて放射線治療意が少な過ぎる。放射線治療意はあらゆる部位の治療に詳しくなければ勤まらない。要請には時間と経費がかかるが、医師を育てる必要がある。	研修時代から報酬を上げて、育成に力を入れていく必要がある、そのための予算化をする。		
283	県庁担当者		高知	大学の医学部に科学療法の専門の学部がない(少ない?)。そのため、専門の医師が少ない。	大学への学部の新設費用の補助?		医師臨床研修等で、研修を必須とする。若しくは、内科や外科などの認定医の資格には、科学療法に関する研修や資格取得を必須とする。
284	県庁担当者		福岡	専門医、専門パラメディカルの育成強化 放射線治療専任看護師は化学療法専任看護師のように普及せず、かつ上層部の理解がないかぎり育成研修は不可能のようだ。		専任資格者施設に対する優遇	
285	県庁担当者			専門医の養成は不可欠。特に、放射線治療医の育成を早急に行わなければ、集学的治療の本当の実現は困難と思う。また、看護師の養成研修は医政局等の事業が多くあるが、放射線技師の養成事業は少ない。	放射線科医及び放射線技師の養成事業を厚生労働省が実施し、その費用を厚生労働省で負担する。	放射線治療の点数を上げる。また、専門技師等の技師の資格を認め診療報酬に反映させる。	毎年、各地域(北部九州、南部九州など)で各診療科の今年の定数を厚生労働省と都道府県で決めて、診療科の医師必要数にあった専門医を養成する。その中で、放射線科医、特に治療医を養成する。
286	県庁担当者			①医学物理士、放射線治療専門放射線技師の育成の促進。②早急な認知看護師等の配置。	①研修プログラム(長期研修)の充実。②認定看護師等の配慮。		
287	県庁担当者			放射線治療医、医学物理士などの専門職が少ない。	がん診療連携拠点病院に対する専門職養成に対する補助制度。		
288	県庁担当者			医療従事者の育成については、学会が検診の精密検査施設の実施基準などで専門医の設置等(例 日本乳がん学会)を規定しているが、現場の専門医数では、対応できない状況である。	専門医の育成については、医学系大学が担う体制を推進する。マンモグラフィ従事者講習会の予算の様に、専門医育成を医学系大学が行う予算制度を創設する。		
289	県庁担当者			医療従事者の育成は全国的な課題であるが、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない。	国において医療従事者の育成・配置等の計画を定め、特に国の研修会の機会増設や、大学やがん診療連携拠点病院における専門的な研修実施に対する助成を拡大する。		
290	県庁担当者			専門職の不足。			医療機関の機能分化と育成を同時に行わないと、すべての地域に充足させることは不可能である。また、看護師や放射線技師などコメディカルの診療範囲を拡大も検討すべきである。
291	県庁担当者			専門の治療医や技師、看護師等の育成、配置に対して、診療報酬での担保が不十分ではないか。ただし、これはがん医療だけの問題ではなく、診療報酬で評価することは、結果として治療費、あるいは保険料もしくは税金として、患者、国民の負担となることも、十分考慮する必要がある。		国民医療費をどう考えていくのか、「がん対策」だけの視点で提言しても効果は薄いのではないか。	

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
292	県庁担当者			本県では、全ての県・地域がん診療連携拠点病院で、放射線療法、外来化学療法は実施可能であり、国で定められた目標は達成できている。			県・地域がん診療連携拠点病院を中心として、がん診療ガイドラインを普及させることにより、放射線療法、化学療法の医療を提供する医療機関の増加を促す。
293	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	医療従事者の育成は若い高校生、若い医師に「外科」だけでない役割、重要性を教える等が大事。			
294	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	外来化学療法は、施設近傍者には恩恵をもたらすが、地方、遠隔者には負担が大きい。	遠隔者には、付き添い者(家族、介護者など)への援助を含めた支援が配慮されるべきである。		
295	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	専門医制度を利害のからむ個々の学会が設けてすすめている現状を改善する必要がある。学術会議の勧告もあったように、学会を越えて国民が信頼できる専門医制度を確立してほしい。	省を越えた政策について、がん医療全体として放射線療法医師、化学療法医師(腫瘍内科医か)、看護師、カウンセラーなどそれぞれについて日本全体でどのくらい必要なのか、その達成の年次計画など、を作成する。まずどの機関が行うかだが、がん対策推進協議会が適切ではないか。専任の事務局を設けるなどに予算をあてること。		1に書いたように、誰ががん医療のグランドデザインを描くかを考えたときに、がん対策推進協議会がベターと思う。その活動を支える専門の事務局制度などを整備すること。
296	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟	医療従事者の育成には技術取得の期間が必要であるから、その期間を考えての先取りが必要と思う。			
297	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	放射線治療医の数が不足している。また、適切な放射線治療のための医学物理士が必要という放射線治療医の訴えを、国は受け止めていないように見える。ここでいう国とは厚生労働省や文部科学省等横断的な省庁。	今後の人材育成のために大幅に予算を厚くする。放射線治療にかかわる研修医が増えるようインセンティブをつける。	医学物理士配置に加点する。	当面は放射線治療医を人的資源とし、施設間の連携を制度面でも助ける。
298	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	手術に代わって進歩したが、問題点は費用につきる。			
299	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	推進とはなかなか言えない状況である。従事者の早期育成を望む。	もっと多くの予算をかけてほしい。		大学での教育から重点的に取り組んでほしい。
300	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	放射線療法、化学療法の専門医の二次医療圏に限なく配置する。	予算委については、放射線療法、化学療法の専門医の二次医療圏に限なく配置する。	予算委については、放射線療法、化学療法の専門医の二次医療圏に限なく配置する。	専門医らの事務的作業(記録、報告書作成)の軽減化を行うサポーターの配置。

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
301	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	放射線治療を受けられる病院が少なく、術後遠くまで通院しなければいけなくなった、という話を良く聞く。私が手術を受けた病院も、以前は放射線治療が受けられていたが、機械が古くなり、買い換えるにはとても高額で、経営上導入は困難になったと聞いた。たまたま近くに放射線治療のできる病院があったが、都市によっては外来でできる治療を、入院しなければいけなくなった人もいる。化学療法は、患者1人1人に合っているかどうか調べる事ができるそうだが、これには保険適応外で患者が自費負担をしなければいけないらしい。化学療法は精神的、肉体的にダメージが大きく、苦痛を伴う。やってみて効果がみられなければ、次の化学療法をやらなければいけない。効果があるかないかわからない治療をすれば、負担も苦痛も増える。	まずは放射線の医療従事者の育成、放射線治療の機械の補助をお願いしたい。また化学療法は、患者1人1人、同じ病名であっても、がんのタイプや進行度によって、薬の使い方が違ってくる。化学療法に関してもっと勉強し、患者に合った治療を受けてもらえる為に、専門医の育成の補助をお願いしたい。	化学療法に関して、その人自身に本当に効果があるかどうか調べるために、検査を診療報酬で負担して欲しい(現在保険適用外のため)。	放射線及び化学療法は、患者にとって精神的にも肉体的にも、共に苦痛を受ける。また治療している期間に仕事が出来ない人もいる。窓口負担が減る、公費としての制度をお願いしたい。高額医療制度も、短期間ならば何とか工面できても、何年も続くようであれば、患者の負担があまりにも大きすぎる。
302	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	放射線専門医、化学療法専門医の不足。			医学部での教育と育成。
303	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	拠点病院だけでもかなりの放射線機器があるが、それを操作する技師が不足しているので、放射線治療に十分活用できないとの話があります。これは、放射線技師の養成が重要です。	化学治療については、ドラッグラグ問題について解決できるように、人的不足問題点も含めて解決する。		医療者および医療関係者の人間的資質が重要です。中でも患者との交流を通して、相互理解を図る。患者とのコミュニケーションを図る研修をする。
304	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	育成を積極的に実施する。			誰もが公正に医療が受けられること。
305	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	「がんプロ養成」の実態はどうなっているのかが見えにくい。がん医療の現場で働く医師の研修についてはある程度見えているが、これからの医療を担う医学生の育成の現状がわかりにくい。			「がんプロ養成」システムの継続。地域の各大学での取り組みを、地域住民(=患者・家族)が実感できるシステムの構築。
306	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	①拠点病院の整備で均てん化が進められているが、患者の目からすれば、ドクターやスタッフを含めた病院全体の格差があると思う。しかし、医師が忙しすぎて勉強の時間、休息の時間が取れないように見受けられる。②例えば消化器がんなら〇〇病院と言われるような得意分野があると思うので、それを延ばす対応でもよいと思う。		ドクターの専門性に対する診療報酬の改正で何とかできないか？	②患者は、得意分野の情報が欲しい。
307	患者関係者・市民(協議会委員)			推進にはほど遠い現況。従事者の育成を早急にすべきだと思う。まだまだ外科中心である。	不足してるのもっと確保すべき。		がん医療現場から、放射線療法および化学療法の推進の声があがってきていないので、予算はもちろん大学の教育から重点的に取り組むべき。

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
308	患者関係者・市民(協議会委員)			・化学療法の診療報酬の少ない。・画一的な治療し かしない(できない)医療従事者。		・化学療法において、薬種変更 や薬量の増減や副作用対策な ど、一定の基準に基づいた対 応についての報酬加算措置。・ マーカーや画像診断における 一定の成果に対する加算措 置。・画一的な化学療法でな く、個々に合わせたオーダーメ イドな治療に対する診療報酬 加算の何らかのルール作り。	
309	行政府(協議会委員)			放射線治療担当医の絶対的不足と、放射線治療の医 療器械の進歩が速すぎて、現実との診療行為と、”新 しくて有用な機械”といった情報が氾濫していること。	予算の無駄使い。新たな放射 線治療施設を増築しすぎ。		
310	医療提供者 (協議会委員)	中村 路夫	北海道				がん薬物療法専門医に対するインセン ティブだけではなく、『専門医へ紹介した 場合』にもインセンティブを与える。専門 医にがん患者がまわってくる頃には、 「色々ひどい治療がされてからようやく送 られてくる場合」もある。自分で診れなけ れば早い段階で専門医に回すべきであ り、紹介した医者にも紹介された医者にも メリットがあるシステム(ご紹介キャン ペーンでよくみかける、紹介した人にも紹 介された人にもキャッシュバックするよ うなシステム)が有効ではないだろうか。
311	医療提供者 (協議会委員)	上村 恵一	北海道	病院格差が大きい。		放射線治療、がん薬物療法専 門医にきちんと見合った診療 報酬を配分する。	
312	医療提供者 (協議会委員)		北海道	各拠点病院で教育を行い、何らの証(修了証など)を発 行できる権利を与える。	教育施設としての予算も上乗 せする。	報酬を若干上げる事で、施設 の収入増。患者への高い医療 の還元が可能となる。拠点病 院に来なくても良い患者が減 数することで、必要な患者待ち 時間の減、対応する医療従事 者の負担減となる。	がん診療連携拠点病院専門医、技師な どの身分保障
313	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	人が育つのに10年かかる。がんは毎年生ずる。大量 に患者が集まらず大半が拠点病院対応であることを重 視すべき。横断的な仕事は拠点病院の方が可能。	ナースプラクティショナーの養 育重視。	医師には患者ニーズに対しプ ロジェクトリーダーとしてより高 い要求を出し、その代わり雑用 は除く。	大量の医療関係雑用処理機能(書類書 きなど)を大きな決定権と責任明記。プロ ジェクトの立案と報告義務を課すこと。真 の実力ある医師を選択する(新規医療の 資格を絡める)。
314	医療提供者 (協議会委員)		北海道				リンパ浮腫指導は時間がかかるにもか かわらず診療報酬が100点と少ない。

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
315	医療提供者 (協議会委員)		北海道	化学療法における、高額医療費の支払い能力に関する問題。	現行の支払限度額制度(外来は対象外)以上の負担軽減のための制度。		
316	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	がん治療において放射線治療費は極めて安値である。治療費の適切な配分を検討しなければならない。	放射線治療装置の補助。	放射線治療腔内照射の診療報酬の大幅増額。	放射線専門治療医の増員のため放射線治療講座の増設への予算処置。
317	医療提供者 (協議会委員)		岩手	レジメン委員会に要する人件費やプロトコル管理の手当てがない。		化学療法の報酬を手厚くする。	
318	医療提供者 (協議会委員)		岩手	専門医の数が少ない。	がんプロフェッショナル養成プラン予算期間の延長。	がん薬物療法専門医のいる医療施設に対して診療報酬での加算点数を付ける	
319	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	専門医、スタッフ不足。	医学物理士養成のための予算配分増加。	放射線治療分野での診療報酬の増額。	医学物理士の院内での地位の明確化。
320	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	地方にいくほど専門・認定看護師が施設にいないため、ケアの質を挙げにくい。地方の病院は長期にわたった修学に中堅スタッフを出す人的余裕がない。医師も同じ状況。	専門教育を受けている期間、病院にキャリアのあるスタッフを補充する仕組みがあれば、よいのではないかと。県職員の立場で雇用した有資格者が、必要な病院に修学の期間の補充スタッフとなって働く人件費と仕組みをつくる。		医学物理士の育成と制度整備。病院は入院期間が短縮となり、さらに多忙となった。病院内の役割の分担を進め、かつチーム医療を行うことで対応する必要があるため、医学物理士も生まれたほうがよい。
321	医療提供者 (協議会委員)		宮城	放射線治療施設が少ない。	放射線治療施設の設置補助金の増額・国庫負担。	診療報酬の増額。	
322	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 浩一	宮城	地域により実施可能施設数の偏りがある。			
323	医療提供者 (協議会委員)		宮城	仕事としての満足度。		設備投資を含めて集約化、コスト面での収支のバランス。	
324	医療提供者 (協議会委員)		宮城	専門的な知識を身につけるための研修等にスタッフを派遣しても、看護体制には反映されにくい。			(一定の研修を修了していることを条件に)化学療法外来は2人以上…などの看護体制を義務付けるなどの制度を望む(診療報酬・予算が下りるなど、お金が動く組織と人が動く側面も要考慮)。
325	医療提供者 (協議会委員)		宮城	医療者の被ばく対策(特に化学療法について)が不十分。抗がん剤の運搬や防護用具に予算を使えたいのに…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
326	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	放射線の診断医と治療医はまったく別というのが現状だと思う。化学療法も一昔前のプロトコルにのっとったものでは現在は対応できないことも考えると、専門医が本当に不足していると思う。また、放射線治療後の短期的副症状だけではなく中長期にみられる副症状のケアがなされていないことがある。これも大きな検討課題だと思う。	放射線治療医と化学療法医の不足によりがん診療連携拠点病院が地方で増えない事実もある。認可されるハードルは高いと思うが認可され始動し患者さんの受け入れを行っていないと一部の医療機関にのみ特化することになる。これではスタッフも周囲の医療、介護の事業所も育たないのでは？		
327	医療提供者 (協議会委員)		宮城	放射線治療医の不足。医学物理士の不足。			専門分化がゆきすぎた影響か。診断医・治療医のアンバランス。
328	医療提供者 (協議会委員)		秋田	①人材育成が急務であるが、研修期間の個人と派遣施設の支援が課題。 ②研修終了後の実績に対する評価が必要。	研修期間中、施設への支援(代替者雇用資金)。研修者に対する修学資金制度。	専門認定看護師の業務の点数化。	各都道府県医療系大学に医療従事者育成コースを設置する。
329	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	がん薬物療法の専門医の不足。	がんプロフェッショナル養成プランなどの専門医養成のための教育システムを医学部に組織するための予算措置を継続的に行う。		がんプロフェッショナル養成プランなどの専門医養成のための教育システムを医学部に組織する。
330	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	放射線治療機器が高価であり、これに関する有資格者が少ない化学療法の標準治療や臨床試験が遅れている。		放射線治療の紹介加算を付ける。	
331	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	まず、看護師、薬剤師の育成だが、予算、人事の面でなかなか難しい。また医師派遣をお願いしたい。	まったく使われていないのでは？	人材と設備に振り分けられるような診療報酬ならいいのですが。	各病院に人材育成を義務化することが最も有効と思う。人材育成に際し優遇制度を導入すべき。
332	医療提供者 (協議会委員)		秋田	分子標的薬など新薬はお金がかかりすぎる。薬価が高い。		外来化学療法の加算をもう少し引き上げては。	
333	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	放射線治療にかかわる医師・コメディカルは絶対的に不足しています。		分野(1)に対する回答と重複するが、適正な対価を計算し直すべきであると考えている。	
334	医療提供者 (協議会委員)		秋田	担当する人員の絶対数が足りない。足りない現状では放射線療法は共同利用をもっと積極的に。			
335	医療提供者 (協議会委員)		山形	急に医師は増えない。医学物理士、専門・認定看護師などのコメディカルのサポート体制を充実すべきであろう。			前記のコメディカルに対しインセンティブを与える。

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
336	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	放射線療法、化学療法専門医と技師の充足が喫緊の課題である。しかし、医師不足、また、技師も定員の問題があり、長期間の研修はかなり厳しいものがある。また、予算面でも個人の負担がかなり強いられているのが現状である。	研修費の計上(医師、看護師、コメディカルスタッフに対する)。病院スタッフの意識レベルアップのための研修会に対する予算補助。	専門医、専門看護師加算、薬剤指導加算、緩和医療加算などについて設けられていないものについては整備し、設けられているものについては診療報酬アップを考える。また、地域がん診療連携病院に患者が集中してしまうことは効率的でない。地域の医療機関との連携も(特に化学療法について)重要である。連携パス加算なども診療報酬での対応が必要と思われる。	育成については長期間の研修が義務付けられているものが多い。研修で職場を離れてしまうスタッフの代替要員の確保が、地域がん診療拠点病院にとってかなり厳しいのも野がある。e-learningなど通信教育を利用した研修と医育機関(医学部、がん研究センターなど)での短期集中研修の併用による専門医、専門看護師、コメディカルスタッフの育成制度が必要と思われる。
337	医療提供者 (協議会委員)		福島	拠点病院の要件に放射線医が必須となっていることは、かなり要件が厳しい。			
338	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	高額な治療機器をもつところもたないところの差が大きすぎる。	各々の病院の実力を公開すべきである。	各々の病院の努力を、機器を揃えるのではなく、地域である程度の機器が配置できるように報酬で対応すべきではないか。	
339	医療提供者 (協議会委員)		福島	医療従事者の育成の必要性は強く感じるが、現場の人員不足がある状態では研修期間の人員確保が難しい。			
340	医療提供者 (協議会委員)		福島	放射線に対する認知、理解度がまだまだ低いように思う。放射線治療を開始する イコール 末期のイメージがまだまだ浸透しているように感じる。拠点病院の指定を受けると、その病院で自己完結型にしなければならない点に疑問を感じる。具体的な例だと、緩和ケア研修会である。各病院各々が開催しなければならないのが現状ですが、同じ医療圏にある病院がそれぞれ開催してしまうと、すべてに出席する開業医はいないと思う。そうではなく、県・各地域で各役割を分担し、県としての取り組み事業としてすすめるべきだと思う。それこそ無駄な出費にもつながっているように感じる。			
341	医療提供者 (協議会委員)		茨城		ハコ物、設備の投資には人材の育成を含めた計画をしてほしい。		
342	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	絶対的に人材が不足している。	人材育成の予算を十分に取るべき。	当然のことながら引き上げは必須。	
343	医療提供者 (協議会委員)		茨城	茨城県では特に放射線療法が充実していない。治療医がいなければ後記3つとも？			

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
344	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	日本がん治療認定医機構は有効であり医療従事者の育成に役立っている。がん治療認定医に対してはなんらかのメリットを与えるべきである。		がん治療認定医 その他の専門医などに対して それなりの有資格者には それなりの厚遇が必要である。	
345	医療提供者 (協議会委員)		茨城	化学療法専門医が少ない。			
346	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	都市周辺地域では、放射線療法を担当する医師が少なく、照射施設があっても、週1回の非常勤医師の照射計画に頼っているのが実情である。		放射線照射は、根治治療及び緩和治療の両方に活躍している重要な治療法なので、診療報酬を上げるともっと担当医師が増えるのではないだろうか。	
347	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	放射線治療専門医があまりにも少ない。臨床腫瘍学会において臨床腫瘍医育成目的の薬物専門医制度が開始しているが、日本の臨床の現場には臨床腫瘍医はそぐわない。			
348	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城			外科などの他科に比べると、これまでの改定への努力に感謝しているが、昨今の産科、小児科対策に踊らされないで、地道な改定を続けていただきたい	
349	医療提供者 (協議会委員)		茨城	放治専門医が不足し、集中している。			
350	医療提供者 (協議会委員)		茨城	・化学療法の診療報酬が低い。・放射線治療医不足。			
351	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	高額な放射線治療装置にたいして、小児がんの数が少なく、小児病院では、きわめて不採算となる。小児の照射は手間がかかる。また放射線治療医が不足しており確保が困難。薬剤安全管理などに医師の負担が大きい。	高額な放射線機器の購入では、公立病院に高い入札価格が設定されており、長期に渡り経営を圧迫する要因となっている。適正価格での購入の実現が必要とともに、後年負担の軽減が求められる。	小児の放射線治療は、鎮静と看護に人手がかかるため、診療報酬に加算を大きくして欲しい。化学療法は、認定看護師や薬剤師の配置による診療報酬上の加算をしていただきたい。	小児がんの化学療法に精通した薬剤師を病棟などに配置し、医師と協力して治療経過に基づく化学療法を実施しているが、薬剤師の権限を拡大して、治療計画にそった薬剤の指示を出せる(医師の確認で実施)ようにする。
352	医療提供者 (協議会委員)		茨城	放射線治療医が少ない。		放射線治療医がかかわる点で点数を上げて欲しい。	
353	医療提供者 (協議会委員)		栃木	制度的には賛成なのだが、偏った従事者が出現していることも事実。			理想的には、オールマイティの実力を持った上での専門化。

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
354	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	放射線治療、化学療法は緩和ケアと裏表であることを考慮しなければならない。地域での連携をする場合は緩和ケアとセットと考えるべきである。	放射線治療装置は高額であり採算的に厳しいものがある。また県内で基本的な治療装置を計画的に配置し更新を含めてバックアップする必要がある。また中心的施設に先進的装置を導入して利用を促進するのが効率的と思われる。		
355	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	外来での化学療法を推進し、がん患者の化学療法のための入院を減らす。診療報酬で優遇されれば医療従事者の育成も進む。		外来化学療法の加算を多くして、人を投入しても、設備を整えても採算が合うような診療報酬体系をとる。	
356	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	全て費用が大幅に拡大する。	予算を大幅に増やすことが基本である。医療従事者の育成には、その間の診療代行医師の確保が必要である。	がん診療のみならず、全てにおいて診療報酬が安い。真面目に保険診療をしている限り、黒字決算にはならない。	中小病院の実状を理解して制度を作って欲しい。
357	医療提供者 (協議会委員)		栃木	DPC対象病院において、化学療法や放射線療法のために入院をする場合の支払い。		出来高払いにしてほしい。	
358	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉		放射線療法は「重点地域」を各地域ごとに指定して機器の整備を特化すべき。化学療法については多くの医療機関「広範な地域」での実施が可能となるべく施設への予算付けが必要と考える。		医療従事者の育成に関して、現在は任意、自費で認定資格を取得しているが一定の補助金の助成があるとよいと思う。
359	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	放射線治療医の不足が挙げられる(非常勤医師が対応)。要件緩和の検討を要望する。			
360	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	がん看護領域の認定看護師不足・放射線治療医師の絶対的不足・高額な放射線治療機器。		専門看護師配置による診療報酬上の評価を増やすこと。	
361	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	以前と比べると放射線治療とがん化学療法に対する社会の認知度は上がっては来ているが、まだ十分に理解されていない。現場の努力が足りないこともあるが、専門の医師不足は否めないためどうすれば医師の数を増やせるかの検討も必要である。地域のレベルの均質化を図り勉強会なども行っているが臨床に忙しく後継者の育成まで手が回らない。	予算は多いに越したことはないが今の財政状況ではどうなのか。	がんの放射線治療と化学療法を受けている患者数に見合った診療報酬にして欲しい。	拠点病院には専門の放射線治療医と化学療法医の配置を義務つけるべきである。
362	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・放射線治療、化学療法に携われる医師、看護師が少ない。専門資格を取得するための制度、サポートが少なく、興味があるが取得するまでには至らないのが現状である。また、取得者への特別報酬がないことや、兼任での職務の場合職場の理解、協力得ることが難しく、モチベーションが下がってしまうこともある。			・各種専門資格取得者、認定看護師等、国で統一した基準にして頂きたい。
363	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門のコメディカル(医学物理士など)の養成を推進する必要があると思う。			

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
364	医療提供者 (協議会委員)		東京	何故、手術療法を推進しないか？			
365	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門職に対する手当がない。	専門医と取得しても個人にメリットがない。個人の収入につながらないと興味を持つ人が増えない。	加算をつけるべき。医師、医療施設はリスクのみを負わされている。薬剤費を抑制、リスク管理加算を増やすべき。	加算をつけるべき。医師、医療施設はリスクのみを負わされている。薬剤費を抑制、リスク管理加算を増やすべき。
366	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	進んでいるとの実感はまったくない。	放射線治療整備の場合、建物からの整備が必要であり、現在提示されている予算では、まったく足りない。また、50%医療機関負担では、結局手を挙げる医療機関は限定される。化学療法では、リクライニングチェアなども、予算での購入を許してほしい。	実際のところ、放射線治療の機器はあっても、放射線治療医師が不在のため、進まないことが多い。放射線治療医の専門性によって、診療報酬にメリットをつける。他院からの放射線治療依頼に、診療報酬に加算を加えるなど工夫をしてもらいたい。	外来化学療法の増加のペースは著しい。外来化学療法にも、看護師の配置数に対して、診療報酬上のメリットをつけてもらいたい。スタッフの増員がないまま、患者数の増加は、危険である。どうしても時間内での化学療法に終了は難しくなっている。時間外なども検討してもらいたい。
367	医療提供者 (協議会委員)		東京	欧米と比較して少ない言われている、臨床腫瘍医、放射線医の育成。看護師、薬剤師の機能拡大。		専門医、専門看護師、専門薬剤師による治療に対して、診療報酬の技術料で応える。	医学部に臨床腫瘍学の講座の設置を義務付ける。卒後の医師に、専門医を取得しやすくなる環境作り。臨床の場では、医師、看護師は多忙であり、講習に行く時間がとれない。このためにネット教育などを充実させる。
368	医療提供者 (協議会委員)		東京	①がん薬物療法専門医の不足(質の低下は避けること前提)。②新規抗がん剤使用における安全性の確保。③有用性が確認された新薬が承認販売されるまでの可及的処置。		①専門医に対する診療報酬加算を検討する。	②新規抗がん剤については、スニキニブ等のように情報提供と同時に医師、医療機関を限定する。③高度先進医療制度を拡大解釈し、ある程度簡便化して推進させる。
369	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門医の人員の少なさが問題である。	放射線治療機の更新に対する補助はいろいろな管からの認可(補助金による)は必要ない。許認可権で縛られたくない。	診療報酬のさらなる高額化により診療側が解決した方がよい。	
370	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	いづれも専門性が生かされないから育たない。医師会の今までの専門医に対する意見を根本から変える必要がある。	まず、育成のプログラムを作る。	専門医の医療に対する評価を高くする。技術料を大幅に上げる。	資格に対する報酬をつける。資格のない人はできなくする。また、定期的に資格の査定を行う。化学療法は腫瘍内科医師しかできなくする体制を作る。
371	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・通院で可能な化学療法は外来で行い、無駄な入院をなくし医療費は削減する。その為に、もっと一般の人に外来化学療法を知ってもらうように教育していく必要がある。・医師不足に対応するために、看護師・薬剤師が専門を持ち、業務範囲の拡大を行う必要がある。・化学療法専門の医療従事者(医師・看護師・薬剤師)が育成されるように、国がサポートをする。・薬物療法専門医の有無で診察料に違いを持たせるべき。		・薬剤師の行う処置(抗がん薬の無菌調剤など)報酬が安すぎる。・薬物療法専門医の有無で診察料に違いを持たせるべき。	
372	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門医の不足・医学物理士の不足。	人件費の対応。	医学物理士の関与する治療施設に対する点数の大幅アップ。	放射線治療施設では医学物理士の関与を義務化する。

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
373	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	金・人不足で研修会(医師・看護師・技師対象)に参加させられない。予算が十分でない。	十分な人材が確保できるまで予算化して勉強させられるようにする。	診療報酬(手術、化学療法、放射線治療、緩和ケア)がすべて低すぎるので報酬を上げる。	拠点病院としてやらなければならないようになっている。
374	医療提供者 (協議会委員)		新潟	医学物理士を雇用する事ができない。	医学物理士の資格を国家が認定してほしい。	医学物理士がいないと、診療報酬が半分程度になるようにしてほしい。	
375	医療提供者 (協議会委員)		新潟	放射線治療医の絶対数が少なく、しかも偏在傾向が大きい。拠点病院に、医療従事者の育成(教育)機能が求められているが、それが可能な施設はごく限られるものと思われ、大半の施設では教育は不可能である。			
376	医療提供者 (協議会委員)		新潟	放射線療法や化学療法については看護の面でも専門性が高く、医師や薬剤師と同等の知識が必要とされている。日本看護協会が認定している認定看護師の養成はいまだ、患者の必要数を満たす数には程遠い。また、医師や薬剤師にとっても専門性を有する人材の育成が急務である。			
377	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	①放射線治療医の絶対的不足にあるので、政策的にも増加できるようにしてほしい。②医学物理士へのハードルが高く、中々育成できない状況である。			
378	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	放射線治療医があまりに少ない。富山県では、治療機械の台数のほうが多い。			放射線治療の独立講座をすべての大学に。
379	医療提供者 (協議会委員)		石川	腫瘍内科医や放射線治療医になるため研修システムが充分機能していない。	研修費用にさらなる予算をつける。	専門医への技術料加算。	
380	医療提供者 (協議会委員)		石川	どちらも高額な治療が増えているので、予算に限界がある。(自費で)混合診療で。	治療に関しては限度額を設定。	検査は手厚く。	国民への啓蒙活動。
381	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	あまりにも専門家が少ない。たとえ、育てても、現状の点数設定では、食っていけない。	がん対策に限らず、日本の医療費設定は、低すぎる。必要な医療費の積算ではなく、現状からの出発であるから、よくなりようがない。どこかを削って、どこかを向上させるほどの無駄はないと思う。もし、現状+αの医療費でやるなら、医療の限界をきちんと見つめ、国民的議論をすべき。幻想を抱かせな!	専門家を配置することに対して、手厚い点数設定をすべき。	拠点病院や専門病院の指定要件とすべきだが、費用のバックアップを伴わない制度は絵に描いた餅。
382	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	放射線治療医が足りない。がんセンターボードが機能していないので放射線治療、化学療法専門医が症例検討に関与しない状況がある。	がんセンターボードで多診療科で症例検討した場合はがん拠点病院に限って加算をつける。	がんセンターボードで多診療科で症例検討した場合はがん拠点病院に限って加算をつける。専門医には報酬の積み上げをくが保障すべき。	がんセンターボードで多診療科で症例検討した場合はがん拠点病院に限って加算をつける。そもそもがんにかかわる病院医師数が極端に少ない。

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
383	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	患者として一番大事な治療方法の金銭面と治療の向上。(各病院の)情報を知りたいが、非公開(文章で見せてもらったが、がん対策の会議中のみですぐに回収されてしまい見る時間もない)。	全く話し合う時間も予算についても話し合う雰囲気もない。	全く話し合う時間も予算についても話し合う雰囲気もない。	全く話し合う時間も予算についても話し合う雰囲気もない。
384	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	がん専門薬剤師の養成は行なわれています地域薬剤師会での研修においても「がん」についての全般的な研修を行い 薬剤師全員が研鑽を積んでいる。		現在の診療報酬の体系には麻薬を投薬された時のみに加算があるが がん患者への指導・相談業務に関しては 診療報酬には反映されない。	
385	医療提供者 (協議会委員)	北村 宏	静岡	Oncologistを育成する体制を整備すること。			
386	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	副作用として発現することの多い口腔内合併症への対応が遅れていること。	病院での口腔ケア体制の構築。周辺歯科医師会との連携体制の推進。	メンテナンスに対する評価を具体化すること。	専門口腔ケアを担当する歯科衛生士の養成。一般的口腔ケアを実施する看護師への教育カリキュラムの推進。
387	医療提供者 (協議会委員)		静岡	放射線治療医の充足率はがん拠点病院とはいえ、低いのではなからうか。放射線照射は患者一人あたりの治療時間も分単位のことが多いので、いっそ、放射線治療専門の公的(儲けに走らぬよう、公的とする)施設をつくり、数病院分の患者をまとめて治療したら、効率もよくなるのではなからうか。			
388	医療提供者 (協議会委員)		静岡	どちらも予算と時間がかかる事。			育成については、年度ごとにある程度の人数が研修(講習)終了できるよう、カリキュラムを組んで実行して頂く。
389	医療提供者 (協議会委員)		静岡	①放射線療法を選択する患者の比率がその成果に対して少ない。②日進月歩する化学療法に対して医療従事者がいかに知識を取得するか。			1.放射線治療を理解してもらうための広報活動。2.研修制度の確立。
390	医療提供者 (協議会委員)		静岡	医療機器の整備も重要だが、そこを動かす医療従事者の確保の方がもっと困難な問題となっている医療機関が多いように思う。			
391	医療提供者 (協議会委員)		静岡	医師の育成と配備については、放射線や化学療法に限らず麻酔科・産婦人科・小児科などの分野でも全く同じ状況であり、これは国の根本的医療政策の問題である。国が適正配置のためのある程度の基準や制限を設けない限り、特定の地域や特定の診療科への偏在が生じ医療崩壊に直結することになる。現在の県や病院単位での奨学金や高報酬の呈示は単に金銭的な競争をおおるだけで、根本的解決とはほど遠い施策のように思われる。	化学療法や放射線の専門性を有する医師・看護師・薬剤師・放射線技師の認定と、予算措置もしくは診療報酬上での評価は放射線・化学療法の水準向上に大きく寄与する。	外来放射線治療加算は200点、外来化学療法加算は800点くらいへの引上げが望ましい。	
392	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん薬物療法専門医又がん診療に関する認定看護師専門看護師に対する具体的な評価がなされていない。	専門性に対する対価が必要と思う。		専門制度の早期の実効化。
393	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	放射線療法は設備費が非常にかかる。どの病院でもという訳には行かない。地域で1~2箇所施設を指定する必要がある。		指定された施設は紹介患者のみ診療をする。	
394	医療提供者 (協議会委員)		愛知	専門医の確保が難しい。	専門医・専門技師の育成のため予算を出してほしい。医療機関に雇用に対して予算を配分してほしい。	専門医の治療に対し診療報酬を高く設定を。	

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
395	医療提供者 (協議会委員)		愛知	育成された人材の受け皿が不十分です。専門性が発揮できる場に乏しく、化学療法や放射線療法を専門とすることが若い人材にとって魅力ある選択とならない。			
396	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		倍増が必要。	専門家の育成を進めるためには、病院として報酬増などメリットが無いと難しいだろう。	新薬への対応を急いでほしい。
397	医療提供者 (協議会委員)		愛知	質の高い化学療法を経済的に評価する必要がある。		専門医、認定看護師や認定薬剤師の関与に診療報酬をつける。	
398	医療提供者 (協議会委員)		愛知	看護師、薬剤師ではモチベーション向上をさせている人も増えている一方、医師は依然と各臓器ごとの領域の学習にとどまっている。教育セミナーにおいても生涯教育カリキュラムが存在しないし、かつ、任意参加では弱い。また、医学生に対する放射線治療への認識を高める場が少ないため、新規に放射線治療を行うものが少ない。市民(患者)の認識を高める場所も少ない。	講演会を各地で開いたり、マスクミで取り上げてもらう(全面広告など)で放射線治療の役割の認識を高める。	定位照射やIMRTの増点や陽子線など新技術への保険適用を行うことで病院内での重要性が増す。	医学物理士の国家資格化と医学物理士不在施設の放射線治療の規制。がん化学療法に関する生涯教育制度を必須化して医師を教育する必要がある。
399	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	専門医、専門技師が不足。費用がかかり過ぎる。	支援不足。	放射線診断、治療の報酬アップ。	専門制度の見直し、配置病院への恩典。
400	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	有資格者(がん専門の薬剤師・認定看護師)の不足が深刻。資格取得には多額の資金が必要。個人資格のため個人に負担がかかる傾向があり、資格取得希望者が少ない。また資格取得後待遇面にも問題。病院は経済的疲弊により、これら有資格者に対して手厚い待遇を行う余裕がない。	資格取得希望者に一定条件を満たせば返済を免除される奨学金制度の創設を望む。資格を取得した都道府県のがん診療連携拠点病院で一定期間勤務すれば返済免除となるような制度にすれば、養成者側の思いと、資格取得者側の思いが合致して稼働すると考える。	有資格者の基準を満たす施設には加算処置をつけるべきである。これにより病院が資格取得者を獲得する方向へ誘導できると考える。	前記奨学金制度の創設。
401	医療提供者 (協議会委員)		三重	医師、技師の研修制度の充実。	研修期間中の収入サポート。	大幅なUP。	各種がんに対する標準治療法の確立と周知。
402	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	放射線科の中で専門医師の偏在が目立つ。放射線治療医が少なく、放射線診断医が多すぎる。内科医でなく、外科医が化学療法を行っているところが多すぎる。抗がん剤の未承認薬が多すぎる。	高額な放射線治療装置の購入については、国が補助金を出して購入し、配置地域を決めるべきである。全国を数ブロックに分けて配置地域を検討する。	放射線治療の診療報酬を上げるべきである。	抗がん剤の迅速な承認システムを早期に確立する。すべての医学部に腫瘍専門講座を開設する。
403	医療提供者 (協議会委員)	玉置 久雄	三重	がん診療連携拠点病院の指定更新の必須条件として、化学療法に従事する医療従事者、特に医師が「専任」もしくは「専従」となっているが、医師不足の最中、化学療法専門の医師を配置することが困難な状況である。			

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
404	医療提供者 (協議会委員)		三重	・日本の現状で化学療法のみの特価した人材育成には疑問。	臓器別診療医師に対し、各々のがん化学療法が正しく出来るための教育・育成予算をつける。	臓器別での、がん化学療法を修得された医師による治療がなされた時の診療報酬に反映させる。	・全ての病院が、がんセンターである必要は無いし、患者もその地域で治療を望んでいる由で、がんに関わる医師が化学療法の知識を有する必要がある。このための制度を考える必要がある。
405	医療提供者 (協議会委員)		滋賀	・放射線治療、化学療法とも専門医が少なすぎる事が最大の問題。			
406	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	化学療法については、薬品の保険適用承認のプロセスを海外並みにすべき。		外来化学療法に対して報酬を上げるべき。	薬価が高すぎる薬剤については、治療の適応を厳格にすべき。
407	医療提供者 (協議会委員)	富士原 正人	京都	医療従事者の資格取得には地域性が考慮されていないので、地方の基幹的役割を担う病院のスタッフが資格を取得できないのが現状である。	地方の病院でも仕事を休むことなく講習や講義が受けれるようなシステムの整備する為の予算。		たとえば、通信教育制度など。
408	医療提供者 (協議会委員)		京都	放射線治療機器購入費が不足している。	国もしくは自治体で、ある程度の拠出をお願いしたい。		
409	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	放射線治療医の絶対的不足。	治療医養成のさらなる予算計上放射線設備設置医療機関への資金援助。	放射線治療診療報酬の増大。	
410	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	化学療法を実施する医師の数はこれからも自然に増えてくると思うが、放射線診断医の医療機関における適正配置がどこまでできるかが問題であると考え。			
411	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	放射線医師の不足。		医師の育成。	
412	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	放射線治療医の速成が急務。			放射線専門医資格と同時に取得できるように制度化。
413	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫	放射線治療医の育成推進腫瘍内科医の育成推進。		化学療法の診療報酬の改善。	
414	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	専門医や専門医療従事者の人材育成が急務粒子線治療の予約が多く、治療開始まで時間がかかる粒子線治療が保険収載されていない国民への啓発が不足高度先進医療や新薬の使用が可能になるまでの期間が長い。	放射線療法や化学療法を進めるための予算啓発のための予算粒子線治療が行える施設を今後の需要予測に合わせて増やすための予算。	専門医、専門医療従事者が報酬で報われる制度が必要粒子線治療を保険収載。	専門医、専門医療従事者がキャリアアップできるシステムを確立放射線療法、化学療法に関する啓発事業。
415	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県拠点病院を中心に専門的知識および技術を有する医師の育成は大事であるが、地域拠点病院にまで専任医を育成できるかどうか、人に余裕があるかどうか検討を要する。			
416	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	集学的治療、チーム医療を行うためのコアとなる人材が必要であるが、全くいないに等しい。			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。

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
417	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	医療従事者の育成に関して、指導する立場の人間が少ないため、指導者の育成がまず第一だと思う。	がんの専門医を育成する方法を早急に検討する予算。	報酬のアップ。	指導医の報酬のアップ。
418	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	腫瘍内科医の養成機関は、本県にはないと思われる。	養成機関のために予算をつけてほしい。		本県に腫瘍内科医を育てる機関を作ってほしい。
419	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	医師対象の緩和ケア研修は積極的に研修がなされたりしていますが、化学療法を受ける患者も多くいます。治療に対する意思決定への支援や症状マネジメント、化学療法を続けるべきか、緩和ケアへのギアチェンジを図るべきかなどについても、研修会で話し合う機会があればいいと思う。			
420	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	へき地での推進と従事者の育成。			
421	医療提供者 (協議会委員)	川嶋 寛昭	和歌山			診療報酬をアップが必要。	
422	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	地方病院のような少ないところでは育成が難しい。医療従事者の不足。	予算を増やし、地方からも少し、勉強に行きやすい体制を作っていただきたい。敷居が高すぎる気がする。		
423	医療提供者 (協議会委員)		和歌山			コメディカル(放射線関連に特に多い)に対する診療報酬もしくははなければ治療加算が受けられないような制度にしなければ病院は本気でコメディカルを採用しない。	医科大学に腫瘍内科もしくは臨床腫瘍学の講座を設置することを推進する今のがんプロフェッショナル養成プランのような大学院だけではだめです。診療科として認められる講座でないという意味はない。
424	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	常にエビデンスと費用対効果の評価の公表が必須。どちらも高額医療(施設、薬剤)なので、国民に納得してもらう必要がある。	認定看護師の育成にかかる費用をもっと助成しては。認定資格を持つ看護師の報酬は全国どこでも高く設定されるべき。当院では責任だけ重くなり、給料は上がらなく、研修を受ける費用も個人持ちなので誰も認定をとりたがらない。	関係する資格を持つ医療従事者を持つ医療機関には診療報酬アップ。	研修施設を作る。宿舍付き。
425	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	新しい化学療法剤の開発。		診療報酬の増額。	
426	医療提供者 (協議会委員)		鳥取	がん患者は治療研究が進み、治療は高額になっている。しかしながら、副作用や疾患の進行に伴い、PSは落ちて、就業を継続することが困難になる。日常生活はなんとか行えるため、身体障害者の手続きや介護認定は受けられない。つまり、治療を続けるにはお金が必要だが、それを稼ぐための手だてがなくなるということである。私の周囲でも、治療費が払えなくなり、治療をやむなく中断する患者・家族がいる。医療は富裕層のためのものではないはず。			

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
427	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	放射線療法の専門医、専門技師の育成は極めて重要(治療計画、照射方法で効果、副作用に大きな差が認められる)化学療法に関しては、極端に専門化するのではなく、専門臓器に分化させて、広く教育すべき。			
428	医療提供者 (協議会委員)		岡山	医療従事者の育成が十分ではない。がん化学療法の標準的治療が普及していない。受けられる治療に格差がある。(均てん化をなしていない)がん看護に関するエキスパートナース育成実務研修の予算も削られ続行不可能であり、看護師育成が困難な状況にある。			
429	医療提供者 (協議会委員)		岡山	がん看護に強い看護師育成事業として、3年間「エキスパートナース育成実務研修」を行ってきた。事業仕分けにより、国からの支給額が減ったとたんに本事業は打ち切りとなった。拠点病院へ検討の依頼もなく、今まで受講生を派遣してきた施設への調査もなく打ち切られる体勢に、県の関心の低さを感じる。県の財政上やむを得ない決断であることも理解できるが、今後県としてどのように考えるかの指導もなく、今年度行った研修に対して、最後の検討会も開かない状況は理解できない。	研修に参加するための費用に、拠点病院への交付金ももっと使用できるとよい。		
430	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	放射線治療の認知度の低さと、放射線治療医の不足。放射線治療機器が高額であること。	放射線治療機器の更新の助成。	放射線治療の保険診療種の点数のアップ。	
431	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	医療従事者の育成に努めていますが、殆どが現場のボランティア的な努力によるもの。	県あるいは国の支援が必須。	専門医あるいは専門看護師、専門薬剤師など、専門職の関わった診療行為には、診療報酬の増額を要求します。専門外科医師でも一般外科医師でも、同じ手術で同じ額の診療報酬は理屈に合わない。	わからない。
432	医療提供者 (協議会委員)	篠崎 勝則	広島	化学療法、特に外来化学療法の推進において、ある一定の医師(がん薬物療法専門医)、看護師(特になん化学療法認定看護師)や薬剤師(特になん専門薬剤師)を外来部門に配置することが必要不可欠である。現在の制度では外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度、法律や診療加算は明確化されておらず、7:1看護基準や入院服薬指導料という加算を重視するあまり、外来への人員配置に大きな障害となっている。		外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する診療加算の設定。	外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度や法律の制定。
433	医療提供者 (協議会委員)		広島	現状では、拠点病院であっても治療法の選択肢の提示や説明が十分でなく、医療スタッフのコミュニケーション技術・配慮不足を感じる。時間の制約はあると思うが、もっと患者の立場を考えた情報提供や相談のできるスタッフ育成を望む。	現場での対応改善に早期に結びつくような研修を考慮してほしい。		

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
434	医療提供者 (協議会委員)		広島	放射線・治療医・化学療法専門医の圧倒的な不足。「がん薬物療法専門医」の偏在により、全がん診療連携拠点病院に配置出来ていない!!	がん拠点病院における施設整備に対する公的補助。	がん拠点病院の診療報酬の増額。	必要な治療医の配置は拠点病院の認可を行なう県の関与が必要。「がん薬物療法専門医」は領域別に認定すべきである。今の形ではがん対策基本法の施行期間中に必要な数が充足しない。
435	医療提供者 (協議会委員)		広島	専門医師、認定看護師の不足。	育成のための予算措置。	専門看護師・認定看護師配置を評価。	
436	医療提供者 (協議会委員)		広島	放射線治療医の数が少なく、また社会的認知度、地位も低いので改善を。化学療法は費用が高すぎます。一般の人にも負担なく十分に受けられるように。			
437	医療提供者 (協議会委員)		広島	医療従事者が不足している。			
438	医療提供者 (協議会委員)		広島	各施設で精度の高い治療を行うためには、放射線物理士が必要であるが、日本は諸外国に比べて放射線治療専門医や放射線治療計画に携わる放射線物理士の数が極めて少ない。		放射線治療や化学療法等がん治療の生存率向上に寄与している分野(治療法)についての診療報酬の引き上げ。	大学や一般病院でのポストを設けていけば、放射線物理士の数も増加すると考えられる。放射線医を増やすために、関係学会や大学等において、医学生に対して放射線治療の優秀性などを地道に啓発すべき。また、拠点病院では、放射線診断部門と放射線治療部門とを独立させる必要がある。
439	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	放射線治療医を希望する学生が少ない。また、化学療法だけのスタッフを一般病院で雇用するだけの余裕はない。この状態では、育成が困難と思われる。	がん検診の補助金を増加させると共に、これに関わる県、市町村の職員の増加が必要。また、検診に当たる医師、保健師への報酬の改善も必要。拠点病院の補助金および大学などのがん研究補助金の増加が必須である。	高額な薬物使用に関する診療報酬および外来化学療法加算の増額が必要。	
440	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	がん拠点病院として、現在施設を充実中。			医師のみならず、看護局、放射線技師、医療情報部、地域連携部など全ての部門の充実も目指している。
441	医療提供者 (協議会委員)		山口	放射線治療医不足。	産婦人科医や小児科医、救急医等と同様な優遇策が必要。		
442	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口	施設認定が厳しい。			年間の治療実績数が多ければ施設認定を認めて欲しい放射線治療専門医が増えるようにして欲しい(山口県では非常に少ない)。

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
443	医療提供者 (協議会委員)		山口	・ハード面について 前提として、一般的に地方自治体病院の建物には、部屋の余裕があるところはほとんどないと思う。従って、地域がん診療連携拠点病院の場合、課せられた外来化学療法室の整備・充実に答えるのは経済的に容易ではない。必要な予算を、経営難の地方自治体に任せている現状はいかがであろうか。・人的な面について 母集団が小さいために、認定資格取得のための研修会に派遣する人的余裕、すなわち欠損した部分を補う余裕すら400床程度の自治体病院ではない。		外来化学療法についても単に診療材料・薬だけでなく、治療中に看護師はより濃密に患者にかかっている必要がある点を考慮した算定をする必要がある。	
444	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	①放射線治療専門医が少ない。②現在化学療法を行っているのは、外科医か内科医が主であり腫瘍内科医は少ない。	放射線治療専門医か腫瘍内科医育成のための予算を計上すべきと考える。	標準的の化学療法に対しては加算を希望する。	高度な放射線診断装置か、治療装置を有する施設をがん診療放射線施設として認定できる制度を確立すべきと考える。
445	医療提供者 (協議会委員)		山口	化学療法専門医の育成が遅れているのは事実だが、術前、術後、あるいはターミナル期まで一貫して診療し、対応できるのは外科医である。外科医が中心となって、放射線治療、化学療法医とうまく連携を取り合っの境界のない治療が求められる。		明らかに有効性が海外などで認められていながら、なかなか国内で保険適応が遅れるケースもある。そのあたりでのタイムラグの縮小化が大きな課題であろう。	化学療法は有効なものが増えている。それに伴って患者さんのニーズも高くなっているが、金銭的な問題から十分な治療が出来ない場合も多く、できるだけ自己負担分の少ない状態で治療できる体制が必要である。
446	医療提供者 (協議会委員)		徳島	地域がん診療拠点病院の認定ハードルが高いので改善すべき(放射線治療機器の協同利用等)。	病院単位ではなく県単位等の放射線治療センターの創設の予算化。		
447	医療提供者 (協議会委員)	宇都宮 徹	徳島	専門家の絶対数の不足。	例えば認定看護師の資格のための研修会に参加する際に、地方から参加する場合は経済的、社会的に大きな負担となる。地方から参加の場合に追加補助がないと参加者確保が困難。特に女性では配偶者や子供のために週末に地元に戻るにも大きな出費である。しかし社会的にそうせざるを得ないこともある。したがって、地方からの参加に対する通常の旅費の格差以上の配慮が必要と思われる。		講師の質の問題など容易ではないと考えられるが、研修会の開催場所を地方にも拡大できるとよいのではないかと。
448	医療提供者 (協議会委員)		徳島	絶対的な不足していると思われる。望ましい知識や技術、研修方法、配置(必要数)などを調査し、広報すべき。		専門医を配置することが望ましい病院には、加算に確保することを促進すべき。	
449	医療提供者 (協議会委員)		香川	他の専門医制度も同様であるが、専門医にもっと特典を与える。		専門医加算をつける。	がん拠点病院は専門医を必須にする。
450	医療提供者 (協議会委員)		香川	高度医療が行われている現代では医師数が絶対的に不足している。	医師増加に予算を付ける。	管理加算増額。	

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
451	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	それぞれの治療を担当できる医師の不足が深刻である。放射線治療医や臨床腫瘍医の専門医制度が実臨床にそぐわず、いたずらにハードルを上げて寡占状態を作り上げている。	認定放射線技師や専門(認定)看護師、同業薬剤師が実際の臨床の手技に関わることを推進する法整備を行う。	設備費や薬剤費をがん拠点病院に対しては割り引くこととなるような診療報酬設定を行う。	これらの治療を受ける患者に保険制度上の援助を行う。財源は後期高齢者の検診事業への公的負担を廃止して充てる。
452	医療提供者 (協議会委員)		香川	大学等教育機関に講座がない(特にがん薬物療法)。			大学等教育機関に講座がない(特にがん薬物療法)。
453	医療提供者 (協議会委員)		香川	他施設への研修など長期にわたるものは予算や職場の人員の関係で行きにくいのが現状である。自腹で認定などの資格を取ったところで、その職場での待遇が変わるわけでもなく、むしろ仕事だけが増える人が多い気がする。	研修など国費や県費で補助できる制度があればよいと思う。	認定、専門の資格を持つ者が診療に当たる場合は診療報酬をプラスして人件費にも多少配慮できればよいと思う。	
454	医療提供者 (協議会委員)	坂東 義教	香川	放射線科専門医特に放射線治療専門医が少なく、高レベルの放射線治療に対する要求を満たせていない。		①放射線治療装置は高価で、現状では採算をとるのが難しい。放射線治療での診療報酬引き上げが望まれる。②放射線科全体として専門医が少なく、診断部門と放射線治療部門を兼任している病院が多い。このような病院での診療報酬30%削減は、病院の経営上厳しく削減幅の縮小を要望する。	
455	医療提供者 (協議会委員)		香川	新研修医制度では真面目に夜間、休日の別なく患者と向き合っている医師の姿を見て自分はこうなりたくない。楽をしようと考えていると思える。最初から放射線治療、化学療法の医師となるべく、小児科、産科と同様の研修医制度を構築しないと医学部の定員を増加してもがん診療に従事しようとする若者はいない。	研修医に賃金を払いすぎ。勤務医の予算を上げることが先決で、特に自治体病院の減俸は病院自体の衰退である。医療費をあげるべし。		
456	医療提供者 (協議会委員)	筧 善行	香川	両者ともに専門医を現在の5倍くらいにする必要があり、文部科学省との連携は喫緊の課題。			
457	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	がん放射線治療医が絶対的に不足、早急な養成が望まれる。がん化学療法医は学会が養成中である。			
458	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	医師不足で、特に田舎に来てもらえるような人がいない。自前ではなかなか養成出来ない。	専門家の養成のための費用を出してほしい。出張旅費をもっと弾力的に使わせてほしい。		都市のセンター病院で養成し、当院のような田舎の病院に派遣してもらいたい。
459	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	医療提供体制を根本的に見直すべきであるが、そのためにはかなりの予算が必要とされるであろう。			

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
460	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	<p>専門医不足がいわれているが、小児科、産科と同じく、学生、若手が興味を持ってその道に進む様にならなければ底上げは難しい。ただし、学会認定の専門医をもって専門医の数をカウントしているが、実際問題として第一線でがん診療に当たっている技能医は、がん薬物療法専門医の資格を見ても必ずしも有資格者ではない。放射線治療の専門医について詳細は承知していないが、薬物療法の領域では、臨床腫瘍学会の認定制度では多領域の疾患の化学療法に精通することを持って専門医としている。理念の高さは評価できるが、実際の医療現場では臓器別診療が主体である。病勢が変われば担当医も変わる(手術は外科、薬物療法は臨床腫瘍医)事が当然という米国の医療体制を外挿した制度はまだ日本にはなじみにくい面があり、現実性のある専門医の定義、認定基準の設定、その上での全国の専門医の分布と数の把握が望まれる。</p>	<p>医療従事者の中で看護師、薬剤師の認定、専門制度はかなり長期間の研修を課している。研修認定施設に限られ、資格取得を目指すものは勤務からの長期離脱を余儀なくされ、本人、就業施設ともに負担が大きい。何らかの補助制度もしくは育成推進に対する予算的補助が望まれる。</p>	<p>放射線科領域以外、資格を持っていることが全く診療報酬には反映されない。ただ、個人の資格が診療報酬へ反映されるというより、専門職を配し、育成しているという条件を満たして拠点と認定された施設に診療報酬上のインセンティブが認められるという方向の方が、施設としてのモチベーションが継続され、個人のモチベーションに期待するよりも多くの若手の育成に繋がると考える。</p>	<p>看護師、薬剤師の研修・教育に関しては、認定施設の範囲を拡大したり、関連施設をもうけて認定施設での研修をコアなものに押さえるなどして、所属施設からの離脱機関が可及的に短縮できる体制整備を望む。</p>
461	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	放射線科及び化学療法専門医が少ない。			
462	医療提供者 (協議会委員)		高知	毎回の濃厚な外来診察、投与時の観察を行っている割には、診療報酬は極めて低い。		外来(入院も含め)化学療法加算の1.5~2倍の引き上げ、抗がん剤の薬価の引き下げも必要と考えられる。	
463	医療提供者 (協議会委員)		高知	方向性はよいと思う。			
464	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	がん専門職業人の絶対的な人数不足と質の担保。	<p>看護・薬剤系大学を含む医系大学における「臨床腫瘍学」部門の設置と学部教育、がんプロフェSSIONナル養成プランの充実と継続に対する予算。</p>	<p>放射線療法、化学療法の専門医を配置している医療機関の登録制とそこでの診療に対する加算が必要。</p>	<p>すべての医系大学(看護・薬剤系大学を含む)での、学部教育において「臨床腫瘍学」、がんプロフェSSIONナル養成プランの充実と継続。放射線療法、化学療法を実施する機関の登録制とそこでのがん専門職業人を旨指す医療陣の研修の義務化。</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
465	医療提供者 (協議会委員)		福岡	これまでの教育制度が間違っていた事を、急激に変革してもすぐには良くはならない。医療従事者の育成には経費と時間がかかるため、入学時よりの一貫した教育・実習体制が必要である。とくに、医療では文部科学省と厚生労働省の両者が卒前と卒後に各々関わる事が問題であり、これらを統合して一貫した教育体制の形成が必要である。	今日の医療では、各学会が専門医制度を担っており、放射線治療医は放射線治療を、化学療法医は化学療法を専門として行う訳であるが、実際の診療においては内科・外科の両者についても幅広く熟知しなければならず、専門資格を取るための教育や実習では不十分であり、本来のがん専門医療ではない。学生時に、腫瘍学について広く学ぶ事が重要であり、専門医の資格を持つ事が必須ではない。また、専門医の資格を継続する場合は、すべて国家資格にしなければ意味がない。これらについて、総合的な予算が必要である。	放射線治療や化学療法における診療報酬は不十分であるが、診療報酬を上げれば良くなるものでもない。実際に数十年間医療費は抑制されてきており、医療関係者は疲弊しきっている。また、現場医療の多忙さから研究意欲も停滞しており、今後の発展性は見込めないのが現状である。実際に、諸外国と比べても医療や研究は著しく低下しており、韓国や中国にも後れを取ろうとしているのが現状である。	放射線治療や化学療法における診療報酬は不十分であるが、診療報酬を上げれば良くなるものでもない。実際に数十年間医療費は抑制されてきており、医療関係者は疲弊しきっている。また、現場医療の多忙さから研究意欲も停滞しており、今後の発展性は見込めないのが現状である。実際に、諸外国と比べても医療や研究は著しく低下しており、韓国や中国にも後れを取ろうとしているのが現状である。
466	医療提供者 (協議会委員)		福岡	福岡では今年度より、放射線療法看護が開講し、がん化学療法・緩和ケア看護と共に期待したい。		各認定看護師の活動や効果を更に診療報酬に反映していただきたい。	
467	医療提供者 (協議会委員)		福岡	放射線機器は集約すべきである。			
468	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	医療従事者のがん専門の人の不足。	日本看護協会では、がん化学療法看護・がん性疼痛看護・緩和ケア等の専門看護師・認定看護師になるため研修を受ける場合「出張扱い」をして、長期研修をうけやすくすることで数を増やしたい。	がん看護に関する専門看護師、認定看護師を配置した場合、診療報酬に加算してもらいたい。	
469	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	国が国策として推進・育成していく必要がある。			国と学会が協力する。
470	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	人材育成には時間がかかる。現在の制度側の要求は、現場の人材育成のスピードを考慮していないように思われる。	育成に予算を。		
471	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	放射線治療医、化学療法専門医共に決定的に不足している。	前記専門医育成のための予算付与。	前記専門医が勤務している病院の診療報酬のアップ。	前記専門医の一定期間の地方病院勤務の制度化。
472	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	がん専門薬剤師(病院、開局薬剤師)制度の緩和と充実を。	開局薬剤師を対象とした「がん専門薬剤師」育成研究費の助成を都道府県薬剤師に。	制がん剤、がん疼痛対策オピオイド調剤と薬の場合、調剤報酬のアップを。	国民、市民へのがんに対する判りやすいキャンペーンを。
473	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	副作用対策が不十分で副作用による苦痛が大きすぎる。	副作用対策についての研究の推進・奨励賞などの設置。	放射線治療医師・腫瘍内科医への報酬UPが望ましい。	がん拠点病院・地域連携拠点病院に、放射線治療医、腫瘍内科医、放射線化学療法認定看護師がいることを条件とする。

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
474	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	放射線治療医の確保がきわめて難しい。	放射線科医師を治療医コースに誘導する優遇策を。	放射線治療計画加算の導入。	放射線治療講座の推進(文部省政策として)。
475	医療提供者 (協議会委員)	松尾 繁年	長崎	放射線治療専門医の育成を急いでほしい		IMRTに治療医が2人いなければ通常の放射線治療とかわらないのをどうにかしてほしい。実際IMRTはやっているのに診療報酬が得られない(人員の壁)。	
476	医療提供者 (協議会委員)		長崎		専従の医師を雇えるくらいの交付金か、診療報酬の増額。	専従の医師を雇えるくらいの交付金か、診療報酬の増額。	
477	医療提供者 (協議会委員)		大分	医療従事者の育成。	専門、認定看護師への特別報酬。		
478	医療提供者 (協議会委員)		大分	放射線治療医の養成。			大学の講座の新設。
479	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	腫瘍内科医、放射線治療医の不足。外科医が抗がん剤治療を行わなくてはならない現状を打開する。			内科の分野として、腫瘍内科(学)を正式に認める。
480	医療提供者 (協議会委員)		大分	放射線治療の可能な施設が、二次医療圏にひとつは必要と思う。			
481	医療提供者 (協議会委員)		大分			がん粒子線治療の健康保険適応。	
482	医療提供者 (協議会委員)		大分	入院による化学療法や放射線治療は、外来にシフトしているが、交通の至便な地域しか成立しない。交通網を考慮した地域の特性に準じた治療場所のあり方を考える必要があると考える。		DPC導入によって、短期入院による化学療法の診療報酬が望外に低くなることは問題であると思う。ただし、外来治療を推進することについては、逆方向となるため、充分検討の余地はあると考える。	
483	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	宮崎県では、放射線療法の専門医がほとんどいない。化学療法の専門医が少数しかいない。	予算を十分付けて、早く専門医を育成すべき。	専門医が少ない理由の一つに忙しい割に報酬が少ないことが挙げられる。また、患者から、夜間の相談が多い(外来のみ)。	
484	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	放射線治療・化学療法の専門医師の不足と偏在。		がん拠点病院の診療点数のアップ。	医師以外の専門技師・看護師の養成と権限の拡大。
485	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	専門職の人材不足(人件費不足で雇用できない、研修にも出せない)。		専門職の有無に応じて加算を。	

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
486	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	均てん化といいつつ、離島含め、過疎・高齢化の問題を抱え、更に医師不足の状況では理想論・空論に終わる。外来化学療法に、通うだけでも大変。放射線治療医の不足。			
487	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	ハードが整備されている病院が少ない。	設備への補助を。		
488	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島			専門的治療に付いては、条件付きでもいいが診療報酬upを是非お願いしたい。	
489	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	外来治療に対する保険制度の充実。			
490	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	病院は今でもぎりぎりで診療をしている状況であるので、人、もの、金を応分に補わなければ現場は疲弊するだけと思われる。			
491	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療専門医の育成とインセンティブのアップ。化学療法、専門医の育成とインセンティブのアップ。	ドクター等、インセンティブのアップの予算。		コメディカル、np/psのチーム医療の導入を早く。
492	医療提供者 (協議会委員)			治療効果がはっきりしていない。		抗がん剤が高額すぎる。	
493	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療の機械が高い、又、医師が少ない。化学療法に関しては、DPCで包括され病院の負担が大きいのが現状である。	放射線治療の機械の補助金や放射線治療医を目指す医学生には、奨学金を出す等が必要ではないか。	DPCの制度上の問題と思うが、化学療法の入院に関しては出来高算定にする。放射線療法に関しては、DPCの点数を上げる。放射線と化学療法の併用時もDPCの点数を上げるようにしていただきたい(食道がんを放射線、化学療法の併用で治療を行った場合点数が低い。放射線療法のコーディネートしか算定できないのはおかしい)。	
494	医療提供者 (協議会委員)			化学療法の副作用を緩和して、少しでも快適に受けられるマネージメント(支持療法)ができる医師・医療者の育成。まだ確立されていない免疫治療が一番で、化学療法は体をだめにするという間違った認識。			
495	医療提供者 (協議会委員)			医療従事者の育成をもっと積極的をお願いしたい。	大幅なアップを。	大幅なアップを。	
496	医療提供者 (協議会委員)			クリティカルパス(がん化学療法)の推進は、全国的に足並みをそろえながら、推進していかないと意味がない。			
497	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療医の育成が緊急の課題。		治療医常勤施設への報酬上の加点。	

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
498	医療提供者 (協議会委員)			放射線療法については人がいないとなくなりません。化学療法は増えつつはありますが、まだ不十分。そもそも非常に予後不良な症例に対する治療を行うつらい仕事であり、生命にかかわる(死に直結している)職種であるので、他の診療科や職種に比較して非常にストレスフルであることは議論の余地がない。個人の努力には限界があるので厚労省、国が本気でやる気があれば少なくとも小児科や産科並みには優遇されるべきである。	それぞれの専門医がつぶれない程度の診療報酬とポストを！	放射線療法、化学療法、それぞれの専門医にインセンティブが必要。	研修医や学生にどれだけきれいごとを言っても進行期の悪性腫瘍を診療する医師はすぐには増えません。医師が足りないことを認識していただいて、制度設計していただきたい。
499	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療医の絶対数が少なすぎる。		診療報酬を上げる。	
500	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療医が少ない。		放射線治療専門医がいる病院には、手厚く診療報酬を与える。	
501	医療提供者 (協議会委員)			スペシャリストの不足問題。		専門資格者の配置による加算。	
502	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療医は多くいるが、放射線腫瘍学会の専門医は少ない。		医学放射線学会の専門医でも加算を認めるべきである。	放射線腫瘍学会も専門医制度を改めるべきと考える。資格を持っている人がそれを守ろう、権利を行使したい気持ちはわかるが、もう少し広く認めるべきである。放射線治療医はやはり基礎的なことも行うべきと考える。治療医も現在の人は診断を行っているから十分な治療ができるが、今後治療だけになれば放射線治療計画が十分にできない人ができる。化学療法についてはもう少し行っている人達に専門医を与えるべきと考える。
503	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療専門医が少ない。化学療法については化学療法全般の専門医を求める傾向があるが、そのような専門医は少ない。養成も始まったばかりである。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	現実には化学療法はがんの担当科(たとえば肺がんは呼吸器内科や呼吸器外科)でなされており、化学療法全体の専門医を養成するのは効率が悪い気もする。いま化学療法を行っている人の強化をするのも一つの案と考える。
504	医療提供者 (協議会委員)			この領域の専門医師への誘導を積極的に。要は医師の数が足りないという事だ。	増やしてほしい。	上げてほしい。	専門家を増やしてほしい。
505	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療専門医・化学療法専門医が学会任せにしてきたためか絶対的に不足している。その原因のひとつに大学の講座に腫瘍内科という講座が少ないことがあげられる。また現状では化学療法を扱う科がバラバラで、今後このまま各診療科で化学療法を行っていくのか、あるいは腫瘍内科医が化学療法全てを担っていくのか方向性が不透明なため化学療法医が育たないのではないか？また放射線治療の診断科と治療科を独立した診療科としなければ、放射線治療医の数自体が増えないのではないか？			

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
506	医療提供者 (協議会委員)			研修に参加させたくても、日常的な忙しさを参加できない状況がある。開催場所も分散させて同じ内容を繰り返し行う。		教育を受けた人が管理することで点数の加算が得られる。	
507	医療提供者 (協議会委員)			医療従事者の育成については時間と費用がかかると思うが、地方の医療機関ではそのどちらも十分に費やすことがむずかしいと思う。			
508	医療提供者 (協議会委員)			地方に於いては放射線科医師が少なく特に放射線治療専門医師が不足している。また腫瘍専門医になろうとする医師も不足している。中央の専門医は地方には来てくれない。			
509	医療提供者 (協議会委員)			腫瘍内科医の育成。			大学医学部に腫瘍内科学講座の設置。
510	医療提供者 (協議会委員)			専門看護師、腫瘍内科医不足。			
511	医療提供者 (協議会委員)			現状では人員不足、予算不足の状態であり、さらなる人的補充、予算増額が必要であるとする。			
512	医療提供者 (協議会委員)			化学療法専任医師の確保。			大学病院などで専門医の育成を強化してほしい。
513	医療提供者 (協議会委員)			全国的に腫瘍内科医と外科医の領域が不鮮明である(外科医が化学療法を行っている地域が多い)が、これは腫瘍内科医の絶対数の不足と分野の棲み分けに対する医療者の理解不足が原因と思われる。放射線治療医の絶対数の不足。			文科省、内科学会で腫瘍内科(学)を正式に認めることが、腫瘍内科医を増加させるために必要。
514	医療提供者 (協議会委員)			現場はもっとがん専門看護師や認定看護師を必要としているのではないか。			
515	医療提供者 (協議会委員)					外来化学療法加算2の増点。 外来化学療法受療患者への薬剤管理指導料新設。	
516	医療提供者 (協議会委員)			放射線療法、化学療法の専門医が行う治療に対する診療報酬上の評価が低い。また、専門医の数が極端に低い。	がん診療拠点病院で、地域の医療機関の医師、看護師、薬剤師の教育・研修が無料でできるようにして欲しい。研修に参加した医療関係者の給与補償をお願いしたい。	がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療と診療報酬で適正に評価する。	がん診療連携体制を充実させる為、がん診療連携病院に準じた「がん治療認定施設」、「特定臓器(例えば乳がん、子宮がん等)に特化した「臓器別がん治療施設」などを制度化して診療報酬で適正に評価する。
517	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。	研修の義務化と予算化。		研修の義務化。
518	医療提供者 (協議会委員)			ガイドラインにそった治療、全国での治療の均てん化をよく強調されるが、都市部と地方では経済状況から異なる。誰でも(たとえ研修医のようにあまり治療経験のないものでも)的確／安全に行える、より安価な治療がスタンダードとして流布される事を望む。抗がん剤(含分子標的薬)の薬価が高すぎる。			

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
519	医療提供者 (協議会委員)					認定医、認定看護師が対応することでの診療報酬のアップ。	
520	医療提供者 (協議会委員)			放射線療法の推進はいうまでもないが、その医療機器の整備と医療従事者の整備が遅れている。医師以外の医療従事者を育成するには現在、育成費用(ほとんど自費)、時間的拘束(長期休暇が必要)、職場の理解が必要などの諸問題が沢山あり。これではがん専門医療従事者を育成するのは無理な状態。	各県にリーダーとなる各がん専門医療従事者(がん専門薬剤師、がん専門看護師等)を数人を制度的に育成し、その後その地域においてリーダーが各専門医療従事者を育成して行く。人材育成に予算配分すべき。まずは専門マンパワーが必要。		
521	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療医が少ないように思われる機器の購入費用や維持管理費が高額である:品質保証・管理が不可欠で膨大な手間がかかる⇒個々の患者様への負担増にはしにくい。	治療機器の台数に応じて補助金を交付する。	専門医による治療で診療報酬を上げることも必要と思われる 現在、年間症例が100例に満たない施設は3割減となっているが、ランニングコストは治療人数に関係なく発生するので、小規模施設の首を絞める結果となっている。センター化は議論のあるところだが、放射線治療振興のためには、この項目の削除が必要と思われる。	
522	医療提供者 (協議会委員)			放射線物理士や品質管理士などの、放射線治療医を支える人材が不足している。			放射線技師が資格を取って兼任する機会が多いが、ボランティア的に働いている場合が多く、モチベーションに欠ける。資格を持った人には給与面でも厚遇される仕組みがほしい。
523	医療提供者 (協議会委員)			放射線治療専門医が足りない。	がん診療連携拠点病院と別に放射線治療センターの集約化が必要。		
524	学者・研究者 (協議会委員)		宮城	放射線治療とがん薬物療法専門医がまだまだ少ない。	文科省のがんプロフェッショナル養成プランの期間をさらに5年間延長する必要がある。厚労省と文科省で似たような人材養成予算をやるべきではないと思う。現場が混乱するだけ。	がん医療水準の均てん化にはインセンティブが必要である。診療報酬では、拠点病院加算を増やすこと、新たに医療従事者の専門性による加算を設定すること、具体的には、がん薬物療法専門医(認定医ではない)、がん専門薬剤師、がん看護専門看護師、がん関連の認定看護師が拠点病院で診療する場合のある特定の診療に関して加算を付ける、などが必要ではないか。	がん診療連携拠点病院の指定要件において、そろそろがん薬物療法専門医、放射線治療認定医の常勤を数年後にA項目(必須項目)とするようにしても良いのではないか。この指定要件をみただけで否かにより加算に差別化する方法もあるかと思う。
525	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	化学療法を安全で効率的に行うために、専門看護師、薬剤師、技師を育成。MDアンダーソン方式。		がん医療の質を評価した診療報酬にしてほしい。	医師の管理下で、診療援助(化学療法・麻酔など)を行える専門資格の新設。

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
526	学者・研究者(協議会委員)		兵庫	現状では余りにも専門家が少なすぎるので、育成は急務です。			
527	学者・研究者(協議会委員)	西巻 正	沖縄	現在わが国では化学療法や放射線治療の専門医が極めて少なく、偏在している。	がん診療の拠点病院に化学療法や放射線治療を強化する予算を増額する。	化学療法や放射線治療の専門医が行う診療行為に加算を認める。	大学に化学療法や放射線治療の専門医を教育・育成する講座を設ける。
528	学者・研究者(協議会委員)			専門看護師や認定看護師養成もさることながら、看護基礎教育における放射線療法や化学療法の基本的教授を行えるだけの教育時間の確保も重要だと思う。以前に比べて縮小されてきた教育時間数の今日では、教育時間の捻出が難しい。また、放射線看護学の教育者養成も必要だと思うが、現行の大学設置基準にある看護教育の教員数では、その養成もままならない。そのため、設置基準の増員も必須と考える。	モデル校方式で良いから、タバコ増税の収益の一部を目的的予算として幾つかの大学へ出し、養成を促進する？	専門看護師や認定看護師を含めたチーム加算の充実？	
529	学者・研究者(協議会委員)			専門医の不足と専門医資格取得へのインセンティブの不足。		専門医に対する診療報酬面での優遇を考える。	
530	その他(協議会委員)		北海道	お医者さんは「がん＝手術」という感覚が強すぎるように思う。できれば手術をしたくないという患者の意思を尊重し、治療法の選択肢を増やす意味からも大いに推進すべきだ。			
531	その他(協議会委員)		東京	病院ごとで化学療法の違いがあり過ぎて、信頼出来ないような気持ちになる。医師によつての違いもある。病院ごとにサービスのレベルやそれに伴う費用は違って当然だが、保険診療なのに治療内容が違いすぎるのは問題。			医師のがん治療の質の一定化、レベルを維持することについて、教育・研修を受けることを義務化する。その間の補償が前提。
532	その他(協議会委員)		山梨	推進するには有効性を大きくしないと同意して治療を受けにくい。			治療費補助を、医療費と切り離すのはどうか？
533	その他(協議会委員)		滋賀	①専門の医療従事者が不足している現状なので難しいと思うが、一人でも多く育成してほしい。			①がん専門看護師の育成を厚生労働省が県に委嘱して実施してはどうかと思う。
534	その他(協議会委員)		鳥取	(患者・家族の立場で)全国どこでも同水準のがん治療を受けられる体制。			計画的な人材育成と地域への配置。
535	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	海外で認可されている抗がん剤や新しい放射線治療(重粒子線など)に保険適用が不十分で、医療格差の一因になっている。		保険医療と併用できる高度医療の適用を広げる。	
536	その他(協議会委員)		愛媛	専門的教育を受けた人、認定とか資格を持った人たちによる医療、看護に対するの評価システムや、それに見合った診療報酬となっていないため専門的な分野の医療従事者の育成が進みにくいのではないかと思う。			

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
537	その他(協議会委員)	塚田 順一	福岡	化学療法を専門とする腫瘍内科医の絶対数は不足しており、かつ従来の臓器別科との協力体制は未だに整備されていない。医学教育での腫瘍内科学の位置づけが多くの医師にまだ十分に理解おらず、将来の腫瘍内科医の育成に影響する。	医学教育において、腫瘍内学のがん医療での意義を確立するために、各大学には腫瘍学の講座を設置すべきである。現在、しばしばアンケートをなされるがんや化学療法に特化した科という定義自体が不明確であり、実際のわが国での医学教育での腫瘍学の充実度とはなりえていない可能性がある。このために、予算を見直し、腫瘍学を設置しやすい環境を大学に作るべき。		予算を見直し、腫瘍学を設置しやすい環境を大学に作り腫瘍内科を設置する。
538	その他(協議会委員)		宮崎	日本では特に放射線治療の専門家が少ない。			
539	その他(協議会委員)			専門家の量的不足。			
540	その他(協議会委員)			全国的に腫瘍内科医と外科医の領域が不鮮明である(外科医が化学療法を行なっている地域が多い)が、これは腫瘍内科医の絶対数の不足と分野のすみわけに対する医療者の理解不足が原因と思われる。放射線治療医の絶対数の不足。			文科省、内科学会で腫瘍内科(学)を正式に認めることが、腫瘍内科医を増加させるために必要。
541			北海道	オンコロジスト、専門医の不足。			
542				がん死が増加する現在、これらは医療従事者に求められる項目と思われる。			医学教育の中で、制度として確立されてほしい。

3.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

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
543	県庁担当者		千葉	・医療者間でも知識・意識に差がある。→患者のケアにも影響する。・外来患者への緩和ケアが十分ではない。			
544	県庁担当者		石川		資格取得、研修会参加への援助。		
545	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	高齢化社会では大変重要である。	評価できない。		
546	県庁担当者		奈良	医療従事者その他医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない。			需給バランスについての継続的な調査。
547	県庁担当者		高知	終末期としての緩和ケアとと思っている医師がまだまだ多い。治療開始時からの緩和ケアについてもっと教育や啓発が必要。			
548	県庁担当者			緩和ケア専門職の不足。特に精神科医や心理職。拠点病院の要件に、緩和ケア研修を単独で実施しなければならぬこととなっているが、共同開催による実績も要件として認めて欲しい(指導者の有効活用のため)。			

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
549	県庁担当者			まだまだ医療従事者や地域住民の理解が十分でない。	全国4箇所で開催されているが、研究成果が生かされるよう、研究成果を生かす地域に特色に応じた緩和ケアの普及事業(国の補助事業)(医療従事者、地域住民向け)の創設が期待される。		
550	県庁担当者			急性期、慢性期いずれの病院でも行えるようにしたい。			
551	県庁担当者			緩和ケア病棟、在宅緩和ケアが少ない。		行政施策では、拡大できず、診療報酬で誘導する必要がある。	介護保険制度と合わせて制度の整備をする必要がある。
552	県庁担当者			患者の意見では相変わらず、医師に対する不満が大きい。		緩和ケアをしっかりと出来る医師、ということが、診療報酬で評価される必要があるのではないか(前述とは矛盾するが)。	医学教育あるいは医師国家試験で緩和ケアをきちんと位置付ける。
553	県庁担当者			本県では、全ての県・地域がん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームが整備されている。			県及び、県・地域がん診療連携拠点病院は、全てのがん診療に携わる医師が、緩和ケアについての知識を習得し、トータルペインに対する緩和ケアが適切に行われる医療提供体制の整備を目指す。
554	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	緩和ケア、ホスピス、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、それぞれの定義、役割、違いの理解が市民はもちろんのこと、医療者も不十分で、敬遠されたり、機能していない。また、緩和ケアはがんに限ったことではなく、根本的な医学・看護教育の改善が必要である。	緩和ケアの啓蒙活動に当たる患者会や支援団体にも補助を!		身体の痛みや不安のケア、ケアだけが「緩和ケア」ではないので、その他の痛みや病期毎のケア、ケアの役割分担を明確にすることが必要であり、それを患者に明示することも必要である。
555	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	緩和ケアを提供できる施設が病院でも診療所でもまだまだ少ない。患者一人に対する医療ケアの連携が進まず、積極的治療と緩和ケアの両立ができないのは質の高いがん医療とは言えない。地域によっては「好事例」ともいえる取組みがあり、全国に波及できるように国が率先して、指導や普及を進めることが大事。国立がんセンターの医療者研修システムをもっと改善してほしい。		緩和ケア外来の充実に向けた診療報酬の設定をしてほしい。	「緩和ケア」が「医療保険」と「介護保険」のバランスのうえで十分に受けられる仕組みを作してほしい。
556	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	入院待機者の解消(地域によってはベット数が絶対に不足している。)	各県実情を調査の上、増床への優先配分援助。		

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
557	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	ホスピス待機者が多く、入りたくても入れない状況の改善。また、拠点病院で他に治療法がありませんという事で、ホスピス紹介をされる患者が多い。そのショックは大変なものです。治療の最初からの緩和ケアというがん対策の目標からほど遠い。実態の把握と早急な対処が必要。	ホスピス紹介をされる患者さんのフォロー、そのために相談支援センターが待つのでなく出向いていくなど、すぐにでもできるのではないかと。また、治療法が本当にないのか、代替療法を含めて十分話し合うこと、またその後の医療的な面での支えをしていく、など医療現場での改善をしていく。それらの予算を増やす(人的な面でも)。	前記のことについて診療報酬ができるようにする。	
558	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	緩和ケア病棟の不足「初期からの緩和」がイメージではない。	緩和ケア病棟設置に予算をかける初期からの緩和に対しては、医療で解決できない痛み(社会的痛み、精神的痛み、スピリチュアルな痛み)に対する相談支援ができるよう患者会等との連携に対し補助金を出す。		初期からの緩和が具体的にわかるような指針が必要医療相談とピアサポートの連携が必要ピアサポートにかかわる人材育成が必要。
559	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	三重県でもずっと2箇所だったのが、この2~3年で増えてきた。しかし知られていない。ここでも費用が問題。そして高齢者は「忍耐」を美德とする教育を受けてきたから、苦痛や痛みは辛抱しなければと思っている。	国の援助費を増やす。		
560	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	緩和ケア病棟のベッド数が足りない。がん患者・家族のみならず、医師の緩和ケアに対する認識が不足している。	予算を増やしてほしい。必要性をもっと感じてほしい。		
561	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	ヒト、施設の絶対的不足。	全人的医療の理解の徹底と緩和ケア専門医療者の育成。患者会・がん患者サロンの協力をえる。	前述。	拠点病院・協力病院のみならず地域医療機関にも緩和ケアの専門医療者を配置。地域患者会・サロンの世話人との連携を図る。
562	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	現在の奈良県は、緩和ケアの政策立案実施は「がん診療連携拠点病院協議会」が行っているが、それには患者会代表は参加できていない。推進計画では、患者会代表は「緩和ケア連絡協議会」に参加できていることになっているが、いまだに未組織である。	緩和ケア連絡協議会の設置と運営のための予算計上をお願いしたい。		がん診療連携拠点病院協議会」に患者会代表の参加と、「緩和ケア連絡協議会」の組織化を至急をお願いしたい。
563	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	①「緩和ケア」という言葉を知っている市民がどれほどいるかを考えると、まだまだ啓蒙活動の不足が必要と思われる。②日本型の「緩和ケア」の確立が必要。欧米諸国がキリスト教がベースになって成立してきた歴史があると思う。わが国においては、「緩和ケア」にたいする市民、医療従事者等の考え方が熟していないと思う。			緩和ケアに関する知識、経験のシンポジウム等(啓蒙活動)が不足している。
564	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	緩和ケア病棟は順番待ちという、入りたくても中々順番が回ってこないというのが現実。死亡者の3人に一人ががんという時代に、行政の対応がブザー。	緩和ケア施設の増設。		看護師さんや、ボランティアの方々による運営をもっと拡大し先生の負担を極力軽減する。

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
565	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	自宅に近いところで、緩和ケアを受けられる病院がある事が望ましい。通院しても、入院しても、患者に負担が無く、今までと同じように生きている、という実感を得られる場であってほしいと思う。	医師や看護師が不足すれば、忙しさのあまり患者に行き届いたケアが出来なくなる。緩和ケアは患者にとって終わりではなく、苦痛を取り除き、有意義に過せる場であると思う。十分な看護体制が取れるように、ゆとりある場を提供できるように、補助は必要である。	緩和ケアは苦痛を取るための麻薬が使用され、高額である。患者負担が公費になる事を望む。	緩和ケアについて、まだまだ不明な事が多く(一般の人は緩和ケアに入ると終わりだと思っている)もっと一般の人に緩和ケアの実態を知らせるべきである。
566	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	医療者が、緩和ケアの真の意味を理解していない。理解し、行動している医師が少ない。未だに緩和医療は、敗北の医療と捉えている医師の存在が問題。「初期の段階から緩和ケア」が出来ているとは、考えにくい。			緩和ケア医の育成を充実させるような制度を作る。どこの地域、どこの病院でも緩和ケアを受けることのできる制度作り。
567	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	緩和ケアについて、一般患者が理解できるように広報を続けることが必要。医療関係者同士の緩和ケア研修がされていますが、患者を参加させての研修がより理解できると思う。	患者の意見を聞くこと、医療者との話し合いを通して意見交換する。		
568	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛		働きかけること。		民意を聞くこと。
569	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	医療者の育成にばかり予算が充てられ、患者・家族への直接的な対応がほとんどなされていない。ある麻酔科医師が「緩和ケアで患者を診るより、診療報酬の取れる医療行為をすべきと経営側から言われる」と話してくれた。これでは緩和ケアの充実が進まない。		緩和ケア分野に関する十分な対応。	
570	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	①がん患者は再発の不安があるし、再発した人は将来の治療、今後のことなど心の悩みが多い。②初期の段階から末期まであらゆる痛みに悩まされる。しかし、緩和ケアという自分がお終いだと思う人も多い。治療を断念していた人も緩和治療のおかげで、うまく痛みをコントロールできて、自宅に帰り再び治療を始めて例もある。		初期段階から利用できる緩和ケア外来の充実。	日頃から、痛みや心の悩みを我慢しないで専門に診せるように、患者・家族は勉強し、意識改革をする必要がある。
571	患者関係者・市民(協議会委員)	高橋 和子	福岡	・患者サイドの緩和ケアが認識不足・家族へのケアも不十分・初期の診断時での説明。			同病相憐れむというが、経験者を育成し緩和ケアの支援に関われるのが何よりと思う。
572	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「相談支援センター」の拡充と広報活動の推進。			院内・在宅にかかわりなく等しく質の高いケアを保障する医療体制の拡充。
573	患者関係者・市民(協議会委員)			緩和ケア病棟・ベッド数が足りない。緩和ケアへの正しい認識が、患者、患者家族のみならず医師の中でもまだまだ低く、うまく連携できていない。一般病棟での最期と緩和病棟のそれとに差がありすぎ、不公平を強く感じる。	予算を増やすべき。		

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
574	患者関係者・市民(協議会委員)			初期段階からの緩和ケアが、すべてのがん治療従事者にできているのか疑問。			
575	行政府(協議会委員)			特になし、今のままコツコツ患者および医療関係者に情報を提供していくこと。			
576	医療提供者(協議会委員)		北海道	急性期病院の医師に緩和ケアの認識があまり浸透していない。抗がん剤治療や放射線治療で効果が認められなかったからという単純な流れで緩和ケア病院を紹介している。状態がかなり悪くなくても患者が望むなら化学療法行うことも多い。抗がん剤治療をやめるという選択、しないという選択枝が早い時期に提示されるべきではと感じることも多い。	緩和ケア病院の拡大。		
577	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	拠点病院での研修会が先行し地域での緩和ケアの浸透というよりは拠点病院の開催義務が先行してまわっている、緩和ケア研修会修了証のインセンティブが不明瞭で研修会参加者の動機付けが不明瞭となっている、地域・病院により質の格差が大きい、緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定としているため精神科医の負担が大きくなってしまふ。	緩和ケア研修会に使用できる予算を別枠で呈示すべき。	緩和ケアチーム加算はより高点数でよい。	
578	医療提供者(協議会委員)		北海道	やはり、人員が少なすぎる。緩和ケア病棟が無い。	現在、病院予算で1名の緩和ケア医と1名のがん疼痛緩和専門看護師がを自前でやとっている。当院は1000床規模の大きな病院であるにも関わらず、ここでの緩和ケア診療に医師一人、看護師1人では無理。せめて外来、病棟に一名づつは必要。緩和ケア病棟設立の為の予算が必要。	当然、緩和ケアのための診療報酬をあげるべき。	これも、拠点地域からの患者を引き受ける様になるので、様々な優遇を考えて頂きたい。
579	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	がんに関わる全ての医師へのマニュアル的研修が10年後どれだけ成果を出すのか疑問。	麻薬主体の緩和ケアはそろそろ限界。副作用を伴わない、分子標的+3次元放射線を主体(~50%)にするとQOLが向上する。	救急緩和(急性期)自宅へ帰るための緩和を重点的にすすめる。報酬↑する。	前記。
580	医療提供者(協議会委員)		北海道		リンパ浮腫の説明は繰り返し行うことで患者が納得することができる。このように算定を入院中1回と限定せず、患者に関わる度合いにより加算されるようにすれば良い。		訪問診療を行っている医師の不足により、患者が病院から離れようとしなない。
581	医療提供者(協議会委員)		北海道	必要性は十分把握しているが、到達レベルのハードルが高く地域の現況に必ずしも即していない。緩和ケアに対する、一般的な認識の低さ(初発患者の受け止め方など)。		施設基準の緩和による従事者モチベーションのアップ。	サイコオネコロジストの育成急性期医療を行う医師と、緩和ケアを行う医師間での緩和ケアに対する認識の標準化。
582	医療提供者(協議会委員)	晴山 雅人	北海道	緩和ケアを行う専任の医師が極めて少なく、大幅な増加を計らなければならない。		診療報酬の増額。	

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
583	医療提供者 (協議会委員)		北海道	「緩和ケア」はしっかりとした「がん診療」があって、はじめて成立するものだと思う。最近、少し「緩和ケア」が突出しすぎかと思う。また、患者や家族が「緩和ケア」診療を何かバラ色なものと思いこんでいる印象を受ける(私はがん診療とともに緩和ケア科病棟も担当している)。			
584	医療提供者 (協議会委員)		岩手	緩和ケアの中心となるべき医師の確保が困難である(地域性あり)。		緩和ケアに関する報酬を手厚くする(緩和ケア診療加算など)。	国や自治体による緩和ケア医師要請や確保の支援。
585	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	緩和ケアを受けると、抗がん治療が受けられないという状況にあると思うが、それは間違っていると思う。			
586	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	緩和ケアの理解ができて診療に当たる医師の数はまだ少ないし、チーム医療がなぜかできないことが多い。外科と化学療法法の専門医師、放射線療法法の専門医師が集まって症例の治療法を検討するシステムが動いている病院を診療報酬で評価すること。また、多職種でカンファレンスを行って方針がたち、患者家族を含めたカンファレンスあるいは面談を行った場合、診療報酬で評価したほうがよいと思う。		外来で進行がん患者の対応をする看護師は心理面や社会面も配慮をする必要があり有能な看護師を雇う必要があるが、今の患者30名に1名の外来看護師の配置では、何もできない。がん患者の多い外来は外来看護加算など対応をする必要がある。	長期療養病床のがん専門療養病床への活用などがモデル事業として出されているが、元々、ケアの質や診療の質が低い病院は、転用されたあとの緩和ケアの質も悲惨なものになると予測する。スタッフの入れ替えや指示系統の洗い直しなど病院の文化が変わらなければ人権が無視された看取りの場になる可能性が高い。長期療養病床の管理者が緩和ケアをよく理解し、実践の実績があるなどのハードルがあったほうがよいと思う。
587	医療提供者 (協議会委員)		宮城	緩和ケア加算がとれていない認定施設が多い。	精神科医の確保がどの施設も困難→精神科は民間が9割と多いため、公的、総合病院勤務の精神科医が少ない→民間病院の病床数削減。	勤務医の給与増額、診療所の診療報酬抑制。	
588	医療提供者 (協議会委員)		宮城	患者さん、ご家族の満足度と医療従事者の満足度が一致していない。			
589	医療提供者 (協議会委員)		宮城	緩和ケア研修会を各拠点病院で実施しているが、医師の緩和ケアに関する知識を実行に移す事の均てん化には、時間を要する印象。			
590	医療提供者 (協議会委員)		宮城	緩和ケアチーム介入による加算を見直せないものか？指定の職種がそろわない状況でも頑張っているが、チーム員個人の努力に大きく依存しているところが多いのではないか。国が指定する緩和ケアチームと比べ不十分なメンバー構成でも頑張っているところはたくさんあって…チームが疲弊してしまう前に何か認めてもらうことはできないのだろうか？			

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
591	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	日本緩和ケア学会はすでに、専従の科にとられずに専門医の認定を行い始めたが、がん患者さんの治療の初期から臨終までをカバーする大切な分野になるので概念や手法を臨床医なら誰でも知っておく必要性がある。厚労省の指導で年間2回程度の医師会主催の研修会は出席率も低く、このままでは患者さんのニーズに追いつけない。積極的な手法はないものか？			現在医学部で行われている研修・実習を選択ではなく必修にする必要性あり。講師の問題があるのなら緩和医療学会や在宅ホスピス関係の会に協力を求めているかどうか？
592	医療提供者 (協議会委員)		秋田	「緩和ケア」はホスピスだけでなく、救急外来・ICU・NICU・一般病棟・老人保健施設・在宅などすべての場で行われるものである。全ての医療従事者、介護従事者が研修を受け、質の高い緩和ケアを提供できる体制が必要。	医療従事者・介護従事者の計画的研修の実施(定期的に各都道府県で実施)。	ホスピス以外で行われた緩和ケアも点数化(質の評価を含む)。	
593	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	緩和ケアの専門医、医療スタッフ、施設などの不足。	緩和ケアの専門医、医療スタッフの待遇を向上させ、勤務志願者の増加を図る。緩和ケア施設の建設、運営のための様々な財政上の優遇措置を行い、積極的に緩和ケア施設の充実を図る。	緩和ケアの診療報酬の向上。	
594	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	一般市民の意識が低い提供に関する経済効果が不明確。	緩和ケア研修やホスピスなどの細項目別の予算をつける。	緩和ケアに関する報酬点数が低すぎる。緩和ケアチームの人材維持するための診療報酬が得られない。	
595	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	やはり人材の問題である。	当病院では、研修会の予算だけです。自腹で講習をうけたり、勉強会を開いたりしています。とにかく人材育成、医師確保を何とかしていただきたい。	加算を受けていないので判らない。専任の人材を確保するまでの診療報酬だろうか？	犠牲に基づいた制度。患者さんに会いに行くのも休みを削ったりしている。緩和は一人の患者さんに時間も労力も大変かかる。医療者側は、人間愛に基づいての行為を犠牲的精神でやっている。何とか学会出張援助や資材援助ができないものだろうか？
596	医療提供者 (協議会委員)		秋田	講習会の開催条件がきびしすぎる。病院単位でなく、地域医療圏で共同で開催できないか。			
597	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	平成20年度から開始された厚労省開催指針に基づく医師に対する緩和ケア研修会の開催により、緩和ケアに対する認知度は高くなりつつあるが、実践レベルを目指すには別の対策も必要であると考え。緩和ケアに対する保険請求の算定要件が厳しすぎる。特に緩和ケアチームに専従の医師を配置可能は医療機関は			保険請求上の緩和ケアチームの算定要件で、医師は「専従→専任」へと緩和すべきだ。
598	医療提供者 (協議会委員)		秋田	がん患者の終末期の尊厳をもっと強く広く浸透させるべき。			
599	医療提供者 (協議会委員)		山形	再発がん、進行がんの治療専門病院または専門病床の設置が必要。	前記に財源の援助。	不採算にならない様に診療報酬体系を作る。	Aを作らないと、急性期のがん治療病院は手術不能となる。

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
600	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	EBMに基づいた緩和医療のガイドラインに対する医師の理解の不徹底が大きな問題である。また、緩和医療についての理解が医師の間で不十分なのも問題と考える。一方で、患者と家族の緩和医療に対する無理解、情報の無さも問題である。	研修に対しての予算計上などが望まれる。医療従事者はもとより一般市民に対する啓発活動、広報活動に対する予算の計上。	緩和医療に対する加算の要件が厳しい。要件の緩和と診療報酬のアップが望まれる。特に地域との連携加算の新設をしていただければ、より緩和医療においていわゆる全体最適ができるのではないかと考えられる。	医師、看護師、薬剤師などについては緩和医療についての研修を義務付ける制度が必要と考える。緩和医療は必ずしも専門医療機関でのみ行うものでない。一般のかかりつけ医などと協力して地域全体で行うものであると思うので。
601	医療提供者 (協議会委員)		福島	緩和ケア(終末期・ホスピスケアも含)を提供することで患者にどういったメリットがあるのかを理解していない医療者が多すぎる。又、こころのケアにもっと力を入れてほしい。			
602	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	先生の意識の中に緩和ケアが浸透されていないのではないかと。	義務の講習会や事例検討会を確保してはどうか。	院内で行っている講習会や事例検討会を県が把握して公開すべき。	
603	医療提供者 (協議会委員)		福島	「治す」から「癒す」へ、緩和ケアに対する医師全体の意識改革。			大学附属病院には、ホスピス病棟の設置を義務付ける。
604	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケアは医療スタッフ全員の必須の素養であり、資格をとる時必修にするべき。	医学部全てに緩和ケアの講座と附属病院全てに緩和ケア科をつくる予算を。		緩和ケア科が十分動いていないところは、総合病院の看板をおろしてもらおう。
605	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	急性期以後の受け皿が未整備。	介護保険でのケアを推進する必要あり。	医療保険と介護保険をバリアフリーとすべき。	在宅ケアは日本の現況から困難あり。
606	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	緩和ケア病院、病棟、ベッド数いずれも不足している。			
607	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケアの必要性が十分認識されていない。	緩和ケアを提供する医療従事者の配備に対し、経済的支援をする。	緩和ケア加算を、精神科医師の有無により、2段階とする。身体症状緩和医師は緩和ケア研修会参加を必修要件とする。	学生や研修医に対する緩和ケア教育を充実させる。
608	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	緩和ケア病棟病床数が少なすぎる。麻薬の知識の普及を。			
609	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	多くの職種が関与するので、それが限られている放射線治療の分野におけるよりもかなり早く対応ができて始めていると感じている。			
610	医療提供者 (協議会委員)	満川 元一	茨城	専門医が育つ、育てる要素や対策が不十分、待遇や魅力の改善がなければ進まない。			
611	医療提供者 (協議会委員)		茨城	患者教育が重要。			

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
612	医療提供者 (協議会委員)	神田 尚子	茨城	緩和に対する医療の考え方に医療者間で温度差がある。切っておしまいと考える外科医はまだまだ多く、外科医における緩和の知識が不足している。また、緩和ケア病棟を持たない病院における、病棟での緩和ケアが進んでいない。拠点病院の整備とともに、一般病棟での緩和ケアの質を向上させるべきだ。			医学部における緩和ケアに関する教育。また、医療で治せない患者を救うのは人としての資質である。人間関係の築き方、コミュニケーション能力の育成など人としての教育を医学部において学ぶことが必要である。
613	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケア病床不足。			
614	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケアを専門にしている医療従事者が少ない。ホスピスなど医療施設が少ない。	施設の建設に対する補助など。	緩和ケアの専門医による診療加算、また専門看護師を認定し、ケアに対して点数をつける。	
615	医療提供者 (協議会委員)		栃木	一般の人たちへの啓蒙の立ち遅れ。緩和ケアに対する誤解。		在宅緩和ケアを人的・経済的に手厚くできればよいのだが、難しそう。	
616	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木				医療の場から生活の場への移行が川の上流から下流へというように自然な流れになっていないところに問題がある。病院が衣食住においても最も安価で手厚いという点が流れの妨げになっている。自宅でもなくとも集合住宅的な生活の場で効率的に介護力が投入でき、病院の下流となることが出来れば老健のような役割を果たせると思う。ただし、がんは急性の経過をたどる疾患ですので常に空き室を確保していなければ機能せず一般的条件では経営が成り立たない。
617	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	麻薬の管理が厳しすぎる。			廃棄の記録を台帳に残しておけば「調剤済み廃棄届け」は提出しなくてもいい制度を望む。
618	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	関与する職員数が絶対的に足りない。	担当職員の収入を上げること。そうしなければ、なり手が無い。	同上。	一般職の医療行為禁止範囲を狭めなければ、職員が集まらない(介護や在宅医療の職員でも同じことが言える)。
619	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	緩和ケアチームへの依頼件数が少ない。			
620	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	背景として地域でも核家族化が進み、がん患者の家族が介護できない世帯が増加しているため、在宅では困難なケースが多くみられる。よって、終末期病院で看取らざるを得ない患者が増加している。		緩和医療で長期入院を余儀なくされる場合の補償について。	

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
621	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	看護ケア病床数の絶対的不足→低い緩和ケア病棟の診療報酬上の評価・精神腫瘍医の不足。		緩和ケア病棟の看護師配置基準の見直し。	
622	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	病院で緩和ケアを行うのではなく地域で緩和ケアを行えるような体制にすべきである。	緩和ケア病棟では包括医療を行っているが、採算に合わないことが多いため新規に参入することがためられるのではないかと。緩和ケアに対する予算も厚くすべきである。	地域で行う緩和ケアに対し鈴木報酬を厚くすべきである。	がん医療に携わる医師に対する緩和ケアの研修制度が少しいたため、地域の医療者が研修に参加することが難しい。もう少し柔軟にすべきである。
623	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・緩和ケア病床が少ない。・緩和ケアについて誤解している医師、医療従事者がいることがある。・主治医と緩和ケアチームに温度差を感じることもある。	・緩和ケア病棟、在宅の補助。		・医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の学生からの教育の充実・がんに関わる全ての医師は緩和ケア研修を必須とするなど国での統一。
624	医療提供者 (協議会委員)		東京	緩和ケアが採算が取れるような診療報酬の設定、緩和ケア病床の増設が必要と思う。			
625	医療提供者 (協議会委員)		東京	緩和ケアでは病院は赤字となる。			
626	医療提供者 (協議会委員)		東京	現状は、緩和ケア病棟、スタッフは不足している。現在のスタッフは教育のみに熱心で、現場で患者を診ることを忘れている。多くの臨床医はコンサルトと教育のみの緩和ケアスタッフに飽き飽きしている。返って忙しくなっている感がある。	緩和専門医が実際に診療した場合の加算を。		緩和の対象となる患者を主治医として診る姿勢に転換してほしい。
627	医療提供者 (協議会委員)	中西 一浩	東京	診療報酬上、適切な緩和ケアを提供する為の人員、場所の確保に必要な経費に見合った額が診療報酬で支払われているとは、到底思えない。あまりにも、かけ離れていると考える。さらに、疼痛緩和を提供するためには、積極的な神経ブロック治療を提供できる体制が不可欠である。地域連携拠点病院の条件の一つに、神経ブロック等を提供できる体制の整備を入れるべきだと考える。	適切な緩和ケアを提供するために必要な人員、設備に関して必要経費を算出し、それに見合った診療報酬での対応が無理な場合は、予算にて充填すべきであるとする。また、予算額は地域によっても格差があつて当然だと考える。東京都は、当然経費がより掛かるので、ご配慮頂けたらと考える。	前記の必要経費に見合った診療報酬を設定して頂きたいと思う。やればやる程、赤字になるというのが、現在の診療報酬だと考える。	現在、緩和ケア加算は病院評価機構の認定評価を受ける必要があるが、当院(日本医科大学付属病院)の場合は、ハード面から評価を受ける事ができない。緩和ケアを提供できるか否かと全く関係ないとする。がん診療拠点病院として適切な緩和ケアを提供している実績があるにもかかわらず、それに見合った診療報酬を受ける事ができない。それは、全く矛盾している。早急に評価機構の認定の必要性を緩和ケア報酬から削除して頂きたいと考える。その中で、適切な緩和ケアを提供するのは、精神的にも肉体的もいつかは限界を迎える事になると考える。是非、やる気を削ぐような条件設定は止めて頂きたいと思う。

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
628	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	まず、緩和担当の医師不足。外科、内科を担当している医師の片手間で出来る内容ではない。完全に、勤務医不足に尽きる。	緩和ケア病棟整備のため、予算の誘導が必要と思われる。緩和ケア病棟を作るためには、現在の一般病床を減らして、緩和ケア病床に当てなければならぬが、一般的に一般病床1床より、緩和ケア1床の売り上げが少ないと、経営陣は緩和ケア病棟整備を医療機関の負担としか考えない。	現在の緩和ケアチームの診療報酬請求のための、条件が厳しすぎる。精神科の医師が確保できていない医療機関がほとんどだと思われる。	もう少し、緩和ケアを進めることが、医療機関の義務であるように打ち出さないと、緩和ケアに力を入れる医療機関は、限られてしまうと思う。緩和ケア研修を済ませている医師比率により、報酬の格差をつけるなどが必要なのではないでしょうか。
629	医療提供者 (協議会委員)		東京				緩和ケアの前提として、患者の意思を尊重する教育の徹底。これは学生のみならず、医師等にも必要である。
630	医療提供者 (協議会委員)		東京	①がん患者の控える苦痛に対応できる精神科の専門医が少ない。②一般診療内において告知を含めたBad Newsを伝える時間が長く、大きな労力になっている。		長時間に渡る症状説明には精神的な支持療法も取り入れられている。診療報酬加算をとるべきである。	大学教育において精神腫瘍学が取り入れられることを推奨する。

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
631	医療提供者 (協議会委員)		東京	①PEACE研修会の参加者の全国的な少なさ。②緩和ケア病棟加算や緩和ケアチーム加算をとれる施設の条件が「日本病院機能評価機構の認定を受けた施設」というのが妥当とは思われない。		①→研修修了者には麻薬処方、ホスピスや緩和ケア病棟での診療、在宅緩和関連あたりの診療報酬を厚くするなど差別化すべき。	①→病院長など施設のトップが、トップダウンで各診療部長・科長・医長の参加を命じているような施設では、参加者が長期的に安定供給されると思われる。実際、そのようにしている病院(例えば、がん研有明病院や公立昭和病院など)では院内で一気に多くの参加者が集い、緩和ケアの大きなムーブメントができていと聞く。病院トップをそのように動かすには、やはり厚生労働省や都道府県が各二次診療圏毎の参加者ノルマ数(例えば、1年間に何人とか)を提示し、そこから算出される病院・医療機関ごとのノルマ数を指示する。特に、連携がん拠点病院ごとにそのノルマ遵守を強制するような仕組み・工夫をする。さらに、病院トップのプライド、競争心を刺激するために、「各病院・医療機関・医師会の緩和ケア研修会修了者数(医師数に対する参加者比率)」を毎週、あるいは毎月など頻回に日報で流す。市民が見れるようなサイトに掲載するのも面白い。この手の研修会の参加者を増やすには、インセンティブを設けるか、強制力を発動させるかのいずれか、あるいは両者であり、前者のアイデアはすでに出尽くされていると思われるのでそれを強力に進めていただきたい。特に、緩和ケアは内科の領域が中心であるので、日本内科学会の認定医や専門医の取得・更新に際して必須とすべき。他には、がん治療医の認定・更新でも必須化にすべきであり、更には卒後研修必須化の必須項目に入れるべき。強制力に関しても厚生労働省の頑張り次第で様々な施策が可能と思われる。研修を修了しないと「麻薬の処方ができない」とか、「在宅療養支援診療所を開設できない」とか。インセンティブの強化が進み、多くの医師が「早く研修会を修了しないといけない」というムードが高まってきたら、研修会の参加費を現行の無料から段階的に引き上げていく付加価値を加えていくことも重要ではないか? 「無料」=「価値がない」と思われている要素もあるように思う。

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
632	医療提供者 (協議会委員)		東京	緩和ケア研修会の講師確保、参加者集めが困難。2日間の実施だと人数が集まりにくい。			短期間型緩和ケア研修会の開催。
633	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	緩和ケアがしやすい状況ではない。緩和ケア病棟だけでなく、自宅でのケアの仕方を促進する。	緩和ケア病棟への補助などすべきではない。自主性を尊重する。緩和ケアの運営で診療施設の運営がうまくいくようにする。	ちゃんとした専門家がいて、施設的にも整っている施設の診療点数が高くなるようにする。	どのようなケアを目指すか、十分検討する。患者サイドの意見も入れて検討する。内容を点検する制度を作る。
634	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・トレーニングされた緩和医療を専門とする医師の不足。・緩和ケアチームの質のバラつき・緩和ケア外来の診療内容の施設間格差。・一般病棟で緩和ケアを充実させるためのプライマリケアチームの底上げ。・地域連携でシームレスな対応ができない(相談支援センターが不慣れ、十分機能していない)。・外来抗がん剤治療中の患者の支援体制の希薄さ(病院で、地域で)。	都道府県で緩和ケア提供に関する業務を一括するような、都道府県緩和ケア支援センターのようなものを設置するのに予算をつけて誘導してはどうか。広島県は県の緩和ケア支援センターがうまく機能しているように思う。施設ごと、地域ごとでも無理がある、結局は兼務が増えるだけで、地域全体で機能するような緩和ケア支援体制はできない。	・緩和ケア外来の診療報酬化。現在は症状緩和に特化した、あるいは緩和ケア病棟の入院判定用の窓口的な外来が多いように思う。外来で包括的な緩和ケアを受けられるように医師以外の職種も多いに関与できるようにできればよいと思う。・相談の診療報酬化。ここで心のケアもしているという現状。診療報酬がダメなら予算を。・リンパ浮腫のドレナージの予算化。発症している人はたくさんいてもドレナージには時間がかかる、なかなか看護師も時間を割けない。現状ではドレナージは自費で受けている人も多い。	
635	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門医の不足。	人件費の対応。	専門医加算を付ける。	
636	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	いわゆるがん治療医の緩和ケアについての知識・コミュニケーション・スキルが不十分である。	教育指導する者にも十分な報酬を出せるようにする。		研修を受けた者(看護師・医師・MSW)を資格として認め、その行為が診療報酬にも反映するような制度にする。
637	医療提供者 (協議会委員)		新潟	緩和ケアに力が入りすぎている。治癒できる治療にも力を入れて欲しい。			
638	医療提供者 (協議会委員)		新潟	緩和ケア研修会のファシリテーターの負担が大きい。精神科医で精神腫瘍学を志す医師が極端に少なく、全ての拠点病院に専門家を配置することは現実的には不可能である。			
639	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がんになり患した当初から、緩和ケアの概念を取り込んだ治療が展開できるようにという国の方針は、少しずつ定着してきていると考える。しかし、住み慣れた我が家で切れ目のない医療を受けながら地域でその人らしく生活できるようにするためには、その担い手である訪問看護師の質量ともに充実させることが肝要である。また、訪問看護を支援する診療所の医師の理解と協力が必須である。			

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
640	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	緩和ケア病棟が少ないため、療養型や介護施設へ行く患者もいるが、適切に継続したフォローが困難である。(治療や検査、薬剤に制限があるため)そのため受け入れる病院・施設が少ない。緩和ケアチームを急性期がもつようになっているが、その役割は病院によって違いがある。		他院受診の必要性は評価していただきたい。療養型病院での医療区分では、がんの患者は単価は低いので評価していただきたい。緩和ケア病棟でのグリーフケアが各施設によって違いがありすぎる。標準化し診療報酬に含むことはできないか。	
641	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	緩和ケアを受けることにより、人生の終末期が暗い孤独な状況から、人生を振り返る時期にも生まれ変わることが可能である。もっともっと利用し易い環境整備が必要と思う。	認定看護師の育成には、半年から一年近い期間とお金がかかる。現在病院で支出して育成しており、こういった病院への補助をお願いしたいと思う。	緩和ケアを受ける患者さんの殆どは食欲不振がある。こういった人に対して院内では、緩和ケア食として一般入院の食事と異なるメニューで、しかも個々の希望を取り入れている。カロリーより”思い”を伝えることを旨として努力している。こういったことに診療報酬上も認めて欲しい。	専門ナースや認定ナースに対する評価を経済的にも評価できるようにして欲しい。
642	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	緩和ケアの専門医が地方に少ない。また、がん患者を診る精神科医も少ない。			
643	医療提供者 (協議会委員)		石川	スピリチュアルペインに対応できるスタッフが不足。地方での医師や看護師不足が騒がれている中で専従や専任のスタッフの確保が難しい。緩和ケア加算と取得するための体制を整えると、大学病院では採算が合わない。緩和ケアチームを活用してもらうためのスクリーニングシートがない。	専従や専任のスタッフを整えた病院やスタッフには某かの加算措置や手当を付ける必要がある。同意書がなくても介入を開始したら緩和ケア診療加算が発生するようにする。	緩和ケア診療加算をとることができ緩和ケアチームを整えた場合の金銭面で具体的にどの様なメリットがあるかわかる資料の作成をお願いしたい。	全国で統一して活用でき、かつ、緩和ケアの専門的な知識がなくても、緩和ケアチームを利用すべきかどうかかわかるスクリーニングシートの作成をお願いしたい。
644	医療提供者 (協議会委員)		石川	緩和ケアなど患者1人1人に時間を要する部門であるが、医師にはそれに対応する時間がないため、国がつきすすんでも、医師、看護師などわかっているが、その他の仕事量が多いため、緩和ケアは十分になされていない。	医師を増やすか、コメディカルを増やす。現状ではこれは無理。リエゾンや宗教活動など行っている慈善家、僧侶などをお願いする。その予算をあてる。医師1人増やすくらいなら、それで何人か雇えるはず。	MSWや心理士、リエゾンなどの数を増やす。その部門の診療報酬を加算なり、給料をupするなりする。	緩和ケアの現状の啓蒙活動。
645	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	緩和ケアには、知識とお金と時間が必要。そのうち、勤務医にはもっとも大切な時間がない。人の治療とは、アナログであることをもう一度考えるべき。		診療報酬を手厚くすべき。	緩和ケアを片手間にするのは反対。一週間くらいのトレーニングを要件とすべき。詰め込み型の講習会ではなく、ゆとりをもった講習会。医者側にゆとりがないと緩和ケアなどできない。疲弊する勤務医に、何を求めるのか？
646	医療提供者 (協議会委員)		石川	ホスピス、緩和ケア病棟の不足鎮痛を管理する麻酔医はかなり増加してきたが、リエゾンなどを行えるがん精神医師がまだ不足している。	ホスピス、緩和ケア病棟開設への補助金。	緩和ケア担当医師への手当を上げる。	ボランティア、チャプレンなどの導入。

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
647	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	緩和ケアの卒前教育レベルが大学によってものすごく違う。国立大学がひどい。研修医によっては、未だに全く教育を受けてこないことがある。卒後緩和ケア研修会を受講しない。なんら罰則も報酬も無く受講する筈が無い。		緩和ケア研修を受けた医師の診療、処方料などに加算を設ける。	緩和ケアの卒前教育レベルを最低限以上を担保させる。国家試験における重点度を上げる。
648	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	岐阜県については、多少の状況を、緩和ケアを推進している担当者(サポートグループ)からは聞かされたが、行政からはなし。	緩和ケアがどのような病院で充実される予定なのか、現時点の状況など時間がなく話すこともできない。時間が必要。	緩和ケアがどのような病院で充実される予定なのか、現時点の状況など時間がなく話すこともできない。時間が必要。	緩和ケアがどのような病院で充実される予定なのか、現時点の状況など時間がなく話すこともできない。時間が必要。
649	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	薬物療法は 必須となるため チーム医療の中の薬剤師の存在価値は高いと思う。		医師の居宅療養管理指導と薬剤師の居宅療養管理指導とは本質的な違いがあることを理解していない方が多い。	
650	医療提供者 (協議会委員)	北村 宏	静岡	緩和ケアに関心のある精神科医を育成すること。			
651	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	口腔内の状態把握と改善を図ること(口腔ケアの導入)。	チーム医療の中に歯科医師・歯科衛生士を配備する。	口腔ケア等のメンテナンスの評価を位置づけること。	職種間連携体制の整備。
652	医療提供者 (協議会委員)		静岡	専属の医師が確保しにくい。緩和ケアを志す医師が少ないせいもある。公的な講習会を数多く開くとかして、講師となりうる資格を与えて指導医数を増やしてほしい。			
653	医療提供者 (協議会委員)		静岡	何となく、「麻薬投与」くらいの印象しかないが、携われるスタッフの数が少ない所が問題？			十分な人数の育成ができるように研修制度を設けたり、補助金の交付等が必要か？
654	医療提供者 (協議会委員)		静岡	積極的治療ができなくなったケースに対し早期に緩和ケアを行える施設が少ない。		早期緩和ケアの点数化。	
655	医療提供者 (協議会委員)		静岡	進行再発の時期にある患者さんが、家族と共に安心して在宅で過ごせるような、地域の面で支える医療システムを構築する必要を強く感じる。			在宅に関心を持っている診療所の先生が、チームを組んである程度のレベルの緩和ケアを提供できる体制作りが急務と考える。
656	医療提供者 (協議会委員)		静岡	緩和ケア診療加算に関する施設基準で、精神症状の緩和を担当する常勤の医師の規定は不適切であり、非常勤の医師とすることが妥当である。	緩和ケア診療加算は心療内科もしくは精神科医師を非常勤でも可としたうえで、500点くらいへの引上げが妥当である。		
657	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	チームで診てもやはり患者は主治医に頼るもの。主治医をサポートする緩和ケアチームでないと患者は頼れない。		病院で認定する緩和ケアチームの診療には、それなりの診療報酬を上乗せするべき。	認定制度は不要！
658	医療提供者 (協議会委員)		愛知	緩和ケアに対する医師、パラメディカルの意識が低い。関心も低い。		緩和ケアに関して、診療報酬を設定(緩和ケア病棟でなく一般病院での緩和ケアグループ活動に対して)。	がんの診療全てに緩和ケアが必要であり、がん治療を行う病院等医療機関で緩和ケアチームを義務化する。

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
659	医療提供者 (協議会委員)		愛知	汎用されている「治療」の多くは、過去の個人的な経験や著名人の主張によるものに大きく影響を受けており、科学的根拠による標準化された医療としては不十分と思う。また、化学療法や放射線治療などの「がんの治療」との有機的な連携に乏しいように感じる。			
660	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		増額を望みますが、「がん診療」全体として必要。	加算を付けてほしい。人材の確保が重要。	PCAポンプなど、高額医療機器を使えるようにしてほしい。
661	医療提供者 (協議会委員)	加藤 岳人	愛知	がん拠点病院に対し診断から治療、緩和ケアまですべてを求めているが、がんセンターを除けば、がんだけが診療対象ではないので厚生省が求めているすべてを満足する必要はないと考える。一つの病気ががんに関するすべてのことをカバーする必要はないと思う。その地域の2~3の病院郡(治療、診断、緩和ケア、ホスピスなど)で認めても良いのでは。			
662	医療提供者 (協議会委員)		愛知	緩和ケアとして提供される医療の多様性を確保する必要がある。	保坂先生の患者グループ支援のような研究に対して助成を増やし、試行する病院を経済的にサポート可能にすると良いと思う。	研究班等で効果の証明された医療行為に対しては、迅速な診療報酬上の対応が望ましい。	
663	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・緩和ケア病棟入院中でも放射線療法などを受けられるようコストの配慮をする必要がある。・緩和ケアチームは採算があわない。・精神腫瘍医の不足。	緩和ケアの医療従事者、中でも精神腫瘍医の育成。	緩和ケア診療加算のベースアップ。	がん診療連携拠点病院の質の評価看護師レベルでのスクリーニング、緩和ケア部へのコンサルトを一般化していくことでがん緩和における介入の不十分を軽減。
664	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	緩和ケアに対する重要性の認識が深まりを見せていない。医学教育の中での充実を望みたい。			
665	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	制度全般が未整備。	緩和ケア従事者の育成を広く、大幅にやってほしい。	点数が低い。	
666	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	緩和ケアを行うスタッフが不足している。当院は緩和ケア病棟や緩和ケアチームがあり、比較的恵まれた環境であるが、このような条件の揃っている病院は少ない。緩和研修会が厚生労働省の監修によるプログラムで始まっているが、指定された講習時間が長く、休日をつぶして参加する医師には負担となっている。		緩和ケア研修会に参加し、終了証を得た診療所の医師には、緩和ケアの必要な患者を診療したとき、診療報酬上の加算をつけるべきである。これにより緩和ケア医療の普及につながる。また、症状緩和のための手術や放射線治療に対して診療報酬の増額を検討すべきである。	
667	医療提供者 (協議会委員)		三重	緩和ケア病棟、施設の拡充、充実。	県単位での必要ベッド数の確保。	十分な点数を。	人材育成制度の確立。

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
668	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	麻薬の使用に関する誤解が多い。がん治療の早期からの緩和医療の必要性についての認識がまだ薄い。	がん医療に携わる医師に対して行われている緩和ケア研修会への予算措置を行う。		医療用麻薬の安全性、必要性についての啓蒙活動を国、都道府県が推進すべきである。
669	医療提供者 (協議会委員)	玉置 久雄	三重	緩和ケアについても、「専任」「専従」の医師の確保が困難である。麻酔科の医師の育成が望まれる。			
670	医療提供者 (協議会委員)		三重	精神科医の不足。		・チーム医療として、精神科医、身体を診れる医師等の身分的縛りをゆるくして欲しい。	
671	医療提供者 (協議会委員)		滋賀			・緩和ケア病棟の点数をもっと上げるべき。	
672	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	専門職の教育が重要。	専門教育に予算を充てる必要あり。	専門職による治療について報酬を上げるべき。	専門制度の確立。
673	医療提供者 (協議会委員)		京都	DPC導入により緩和ケアを要する患者を、入院で診療しにくくなっている。			緩和ケア患者については「出来高払い」。平均在院日数計算対象外などの対策が必要と思われる。
674	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	精神科医師の緩和医療への参加が少なく、精神症状緩和が進んでいない。		外来緩和医療の診療報酬が算定出来ず、疼痛管理のみである。外来機能に薬剤師や看護師の診療体制を導入し、疼痛管理や症状緩和の診療報酬を取れるようにする。	緩和ケアチーム加算の取れるチームの条件から精神症状緩和医師の義務化をはずし、併任でも可とする。緩和チームで診療を行っている場合、薬剤師、看護師の診療報酬制度を確立させる。緩和ケア病棟でなく病床精度を導入。
675	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	緩和ケアは病院内のあらゆるところで実施されているが、診療報酬に反映され、加算される部分がまだまだ足りないと思われる。			本院は緩和ケア研修会をがん診療連携拠点病院として2回実施した。しかし、緩和ケアに対する認識の低さがまだまだあるように思われる。誰もが通る道だと思われるので、基本的な医学教育の中にもっと大きく組み入れる必要があると考える。
676	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	・精神科領域の医師不足でチームに兼任することもままならない。・医師が不足し、専従・専任可能な豊富な人材がある病院施設は少ない。		専従・専任での報酬だけでなく、その人材の報酬も確保できる条件をいれてほしい。	精神科領域の医師の育成が行政。
677	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	開業医の先生が緩和ケアに関与しやすくする。			資格をしっかりと公表できるようにして、診療報酬で加算を考える。
678	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫	緩和ケア専門医の育成緩和ケア認定看護師の育成。			
679	医療提供者 (協議会委員)		兵庫	『がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会』の開催が拠点病院には義務付けられているが、受講者にとって、受講したことによるメリットが無いため、開催拠点病院としては受講者の確保に苦慮している。実際、研修会開催の広報を行った時、他医療機関の医師(開業医含む)より「メリットがないのなら忙しいから・・・」との回答があった。メリットまたはペナルティの設定が必要と感じる。			

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
680	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	緩和ケア病床が少ない緩和ケア専門医や専門医療従事者の人数が少ない緩和ケア研修が進まない緩和ケア研修の講師に多大の負担がかかっている。	緩和ケア病床の新規開設に補助が必要。人材育成のための予算緩和ケア研修のための予算、特に講師謝礼。	緩和ケア病床に手厚い診療報酬緩和ケア病床で緊急に入院を受け入れた場合の診療報酬。	緩和ケア病床設置の要件緩和を緩和ケア研修会の要件緩和 特に時間数の減を緩和ケアに関して、医師に啓発が必要。ただし、緩和ケア研修受講の有無で、医師に何らかの待遇の差をつけるべきではない。
681	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県拠点病院を中心に県内で講演会を実施し、体制の整備につとめている。			県がん拠点病院では緩和ケアチームを結成し、少しずつ充実に向けて整備しているようだ。
682	医療提供者 (協議会委員)	森 一成	和歌山	DPC病院においては、サンドスタチン、オピオイドなど高価な薬剤使用の処方をする際、担当医は葛藤を感じるのではないかと。		がん週末急医療における薬剤費は出来高請求ができるようにしてほしい。	地域医療支援病院等において、開放病床を提供し在宅終末期がん患者救急搬入の受け入れ体制も整備してゆく。
683	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	急性期以後の治療、あるいは全く対象外の患者に、急性期病院での「緩和ケア」を求めるのは、「急性期病院」は急性期を重点に診る病院であるという現行の医療制度と矛盾する。			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)。
684	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケア病棟の数も圧倒的に不足している。		しっかりと緩和ケアのチームを組んでいる医療機関等にはそれなりの加算を付けるべきである。	
685	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケアチームに参加する精神科医が不足している。			医学部の定員を増やしても、卒後、どの診療科を選ぶか問題が残っている。各診療科の人員適正化も考えておく必要があるのではないかと。
686	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケアを専従とする医師数の確保が必要だと思う。			
687	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケアに精通した医師が少なすぎる。ラダーすら知らない医師もいる。			
688	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	患者・家族のニーズと提供される医療とのギャップが埋まらない。		緩和ケア的な患者指導に関する報酬を新設。3次緩和ケア(専門的緩和ケア)に対する報酬を新設。1次緩和ケア(研修修了者)に対する報酬を新設。	
689	医療提供者 (協議会委員)	川嶋 寛昭	和歌山			アップ。	施設の増設。

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
690	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	予算的に緩和病棟の運営が困難・人員不足。	不足している。	不足しています。症状コントロールに必要な薬剤費はかなりの額が、病院の持ち出しとなっている。	緩和ケアの制度化に関しては、末端で底辺を支える施設に関しては、あまり省みられていない様に思う(緩和ケアで制定されている様々な資格について取得には、十分なマンパワーが必要であるが、末端では、人手不足のため取得が難しい。それに対する救済策も用意されていない)。
691	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	十分な経験を持った医師が少ない。施設も少ない。			
692	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和医療に携わる精神科医師が少ないと思われる。緩和ケアに対する医師や患者及び家族の認識が不十分である。			精神症状の緩和を担当する医師の条件を拡大し、心理療法士も対応できるように教育を行う。
693	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	地方医師の緩和ケアに対する認識の薄さ。		緩和ケアチーム、外来に対してもう少し、診療報酬のアップを。	
694	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	「早期からの緩和ケア」はよいことだと思うが、終末期の緩和ケアを置き去りにすることがないようにしてほしい。緩和ケアチームは結局は治療が出来なくなった患者に関わることは出来ない。ベッドを持たない診療チームでは責任を取れないことになる。これが、NSTや褥創のチームとはまったく違う点である。		連携出来る緩和ケア病棟や緊急入院ベッドを持たないチームは減額でいいと思う。あるいは、持っていれば加算。患者の病期による点数差をつけてもいいだろう。外来を行えとあるが、治療科が最終入院を拒否すれば、在宅療養体制を整えるか、受入れ病院を探すことになり混乱の元である。入院ベッドを持たない緩和ケアチームは外来をしてはいけないと考える。緩和ケア研修修了者にはなんらかの診療報酬上のメリットをつけるか、受けていない場合のペナルティをつけてほしい。	
695	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県が推進して行っている緩和研修会に、積極的に参加する向上心の伺える先生もおられれば全く興味を示さない先生もいる。まだまだ緩和ケアに関しては、施行する医師の間で格差があると思う。			まず緩和ケア研修会に参加することを義務付けると同時に、緩和ケアに対する意識の変革を促すような制度を作る。緩和ケアに携わる医師が自然にかつ適切な緩和ケアの施行が可能になることを目指す必要がある。

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
696	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	誰でも出来る緩和ケア、という考え方はとてもよかったです。しかし、主治医(治療医)の、患者の身体的苦痛・心理的苦痛への対処法のスキルアップが進めば薬物療法、傾聴主体の緩和ケア医の必要性は薄れていく。今後は誰でもは出来ない専門治療を担ってくれる人の育成も大事だと思う。神経ブロックとIVRを担う人の育成は進んでいるのでしょうか。	緩和パブルと言われているが、有り余る予算を使い切れないのか、同じような内容に関するパンフレットや無駄に豪華な資料ばかり何種類も送ってくる。パンフよりネットで情報公開すれば十分なのだから、国が保健医療に関するサイトを運営すればいいと思うが、リンパ浮腫の説明も、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。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。	緩和ケア外来を開設するようにとのことだが、主に話を傾聴することがおおい外来なのでかけた時間に対する収入がない。臨床心理士を雇うのにも診療報酬がない。グリーフケア外来、家族外来も開設しようにも診療報酬がつかなければやりようがない。神経ブロックが奏功すれば高額なオピオイドやその副作用対策薬、鎮痛補助薬などから一気に解放され高いQOLを保てる可能性もあるが、保険点数が少ないので神経ブロックをする人が養成されない。	精神腫瘍医が足りないのを補ってくれるがん緩和ケア領域に対応した臨床心理士を養成してほしい。
697	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	QOL、ADLの改善は得られると思われるが、患者中心の「死生学」の充実が必要である。		専用病棟がない病院でも、緩和ケア委員会での検討症例は、報酬の加算処置の追加。	
698	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	あまりに多くのことを医療に求めすぎではないか？ 症状緩和はよしとしても、心のケア、ブリーフケアまではどうか？ 国民死亡の1/3はがんであることを考えれば、がん死は一般死因と考える人間の生命には必ず終わりがあることは全ての人が理解していることであり、がん死が主に中高年に集中することからも、死生感、自らの終末は国民一人一人が責任をもつべきでは？ (がんになっても安心などと安易な発信をするのではなく、社会全体がもう少し就熟すべき情報発信を)			
699	医療提供者 (協議会委員)		岡山	緩和ケアに対する医療者および一般の人の認識がまだまだ低い。(緩和ケア=末期のイメージが強い)			
700	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	一般のがん治療医への緩和医療の知識の普及は現在進行形で行われているが、緩和ケアについての智慧の伝達にはなっていない。		緩和ケアの外来診療には時間がかかります。初診で40分以上、再診でも20分以上かかります。1人15分以上で、緩和ケア外来診療加算を算定できるようにする(緩和ケア専門医・指導医・暫定指導医では)。	がん治療認定医は少なくとも緩和ケア研修会の受講者とする。そして、認定医・専門医の資格更新時の必須条件とする。
701	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島				
702	医療提供者 (協議会委員)		広島	抗がん剤治療中から、症状マネジメントの必要な患者さんが多いのに、十分なフォローがされていない。外来通院中、在宅療養中は特にその傾向が強い。			がんの初期・治療中から、症状の有無を確認できるようなスクリーニングができればと思う。

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
703	医療提供者 (協議会委員)		広島	苦労ばかり多く人材確保・診療報酬での配慮が全くない。教育システムが乱立しており、同じような多くの講習会等に参加せねばならず、時間が浪費されている。	緩和ケアチームへの人件費が出るように全体の補助金をふやしてほしい。	緩和ケア外来での診療報酬の大幅増。再診料だけでは、維持不可能。在宅ケアの報酬の増加を。	「緩和ケア専門医」制度の創設をしていただきたい。
704	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん診療連携拠点病院は広島県全域を対象として、配置されているが、緩和ケア病棟については広島市に集中している。緩和ケア専門医の不足。			
705	医療提供者 (協議会委員)		広島	やっと一般の医師にも広まってきたが、まだまだ十分とは言えない。		緩和ケアに対する評価は低すぎる。患者満足度も診療報酬の評価の対象にしてほしい。	緩和ケア病棟の基準が高すぎる。実際の患者さんは一般病棟で最後を迎えることが多く一般病棟での緩和ケアに対する評価を上げてほしい。
706	医療提供者 (協議会委員)		広島	緩和ケアの外来について時間がかかる割に報酬面で優遇されないと赤字部門となってしまう。		緩和ケア外来を行う専任の(緩和ケア指導者講習会に参加あるいは、日本緩和医療学会専門医取得程度の資格をもった)スタッフであれば、入院患者を対象とした緩和ケア診療加算程度の加算が行えるようにする。	
707	医療提供者 (協議会委員)		広島	実際に緩和ケアを求めている人に対するきめ細かい対応ができていない。		診療報酬を値上げする。	
708	医療提供者 (協議会委員)		広島	・がん診療に携わる病院医師の在宅医療に対する認識不足。・がん医療に携る医師の緩和ケア研修会への受講希望者が少ない。・「初期からの緩和ケア」が掲げられているのに、外来治療中の患者への緩和ケアチームの診療について加算がとれない。	医師に対する実践的研修のための予算措置が必要。	外来でも緩和ケア診療加算を算定可能とする。	医学基礎教育に位置付ける。
709	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	緩和医療の入院料も低く設定されていることも問題である。			
710	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	開設1年。順調に経験を蓄積している。	更なる、看護、医療の質の向上。		認定看護師を更に育成してゆく。
711	医療提供者 (協議会委員)		山口	がん専門看護師・認定看護師の育成がん専門薬剤師の育成。	資格認定のための修練期間中の代替看護師・薬剤師の確保。		
712	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口			PEACE プロジェクトを受講した医師の診療報酬での特典をつけて欲しい緩和ケア病棟1日の入院診療単価を増加して欲しい。	PEACE プロジェクト受講者の対象を医師だけでなくパラメディカルに拡大して欲しい。
713	医療提供者 (協議会委員)		山口	緩和ケア病床が不足しているのは全国的にも明らか。緩和ケア病棟を作ること、作れたとしても、専従・専任の医師、看護師の確保が難しい。			
714	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	緩和ケア病床が相対的に少ないことが、がん難民を生み出している一因である。	緩和ケア病床の増床や臨床心理士、専門看護師の育成のため、予算を計上すべきと考える。	緩和ケア加算の基準を緩め、かつ増額すべきと考える。	

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
715	医療提供者 (協議会委員)		山口			現在の診療報酬体制の中では、医療資源も、スタッフも、スペースも患者さんにとって十分なケアができるとは考えられない。大幅な診療報酬配分が必要である。	
716	医療提供者 (協議会委員)	宇都宮 徹	徳島	最大の問題点は、拠点病院に課せられた「緩和ケア研修会」の開催である。地方では、ファンリテータを含めて組織するメンバーに限られるため、他の拠点病院が開催する研修会も含めてほぼ毎回出席せざるを得ない。緩和ケアを充実させる目的は正当化されると思うが、研修会を義務化したことによる許容しがたい負担増大を考慮して頂きたい。	研修会を開催するメンバーに手当を増やすくらいでは解決策とならない。		「緩和ケア研修会」の義務化は即刻中止してほしい。また、小さな県では一カ所に集めて一回(せめて2回)で十分と考えられる。
717	医療提供者 (協議会委員)		徳島	現在行われている都道府県での研修会は有意義であるが、一部のスタッフに負担が集中しているのが問題。研修を終了しているものと未受講者での差別化も必要。		研修を終了しているものと未受講者での差別化も必要。	e-ラーニングを活用するのの一法。
718	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	緩和ケアや相談支援体制がまだまだ不十分だと思う。			
719	医療提供者 (協議会委員)		香川	ホスピスなどの専門施設の不足。	ホスピスの拡充。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やすまたは、一般病院でも緩和ケア加算を増やす。	
720	医療提供者 (協議会委員)		香川	国民がよく理解していない。	啓蒙活動に予算をつける。	管理加算の増額。	
721	医療提供者 (協議会委員)		香川	国を挙げて緩和ケアを推進してはいるが、県内の事に目を向けると緩和ケア病棟が極端に少なすぎて、患者によっては県外の緩和ケア病棟を選ぶこともある。			
722	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	緩和ケア病棟が不足し、患者のニーズ現状の間に大きな乖離を生じている。	がん拠点病院に緩和ケア病棟を設置するための用途限定予算を計上する。	緩和ケア加算の算定要件を緩和する。緩和ケア病棟入院料を引き上げ、包括外(出来高)項目を拡大する。現状では緩和ケア病棟でのがん化学療法は赤字となる。これは緩和ケアとがん治療の併施という緩和ケア教育に反している。	精神的緩和と身体的緩和の区分を解消するべきである。これが緩和ケアチームや緩和ケア外来および病棟の発展の足かせとなっている。リエゾン精神科医が極端に不足しており、精神腫瘍学は必ずしも精神科医でなくても修得、診療可能な領域である。
723	医療提供者 (協議会委員)		香川	・認定ナースや専門ナースの給与面での対応がない(仕事量が多いにも関わらず、一般ナースの給与より10万以上(月)低い)。・緩和ケアチームの専従化により一般医療者のモチベーションの低下。	・認定、専門資格に応じた給与での対応。	・緩和ケアチームの専従化(特にドクター)の廃止(後継者の育成が困難となるため)。	
724	医療提供者 (協議会委員)		香川	カナダに研修に行ったが、日本では医療用麻薬の種類が少ないようだ。			メサドンやハイドロキシモルヒネなどの薬剤の使用を欧米並みに認めることはできないだろうか？

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
725	医療提供者 (協議会委員)	筧 善行	香川			チーム医療になるので、それに対する診療報酬面での対応がさらに必要ではないかと思われる。	
726	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	緩和ケア講習会に、医療従事者(特にかかりつけ医)の参加がすくない。参加可能な講習会の開催が必要。		がん治療、緩和ケアの診療報酬の増加を考えないと、参加者は増加しない。	
727	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	採算ベース合わないので、緩和ケア一病棟を設置出来ない。専任の医師が確保できない。		緩和ケア一に対しもう少し診療報酬を出してほしい。	専任の医師を派遣してほしい。
728	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	①がん医療に関する国民の理解が浅い。②適応外使用の薬剤が多数である。	すべての拠点病院に緩和ケア病棟を設置。	1. 緩和ケア病棟の診療報酬点数はまだ不十分である。特に在宅緩和ケアを中心に考えた場合は、緩和ケア病棟は救急病棟と化し、医療者の人的労力が大きい。診療報酬がそれに見合っていない。2. 診療報酬の適応範囲の改善を早急に図る必要があるが、それまでの間は適応外使用を厳密に運用しないように措置する。	1. 看護基準をさらに上げる必要がある(5対1看護等)。2. 適応外使用への解釈を明確化する。
729	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	緩和ケアは医療従事者、患者、一般国民の想定、希望するものが同一であると言い難い。そもそも、在宅ケアなどを含めた連携と区別して緩和ケアを議論すること自体が認識の上で課題があるところだと思う。	予算補助、診療報酬と労働力の見合いがとれていないから、ホスピス、緩和病棟、在宅医療が進んでいないのではなかろうか。現実がすべてと思う。患者、そして一般国民が納得できる体制を作るには莫大な費用か、もしくは医療側の善意による労力の投入に期待するしかない様に感じられる。		
730	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	本来あるべき初期治療からの緩和ケアが、看取りのためのターミナルケアであるという根強い意識がある。ターミナルケアについては、ホスピス病床が少ないこと、在宅医療の整備が不十分であること。			
731	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	学生時代から緩和ケアの教育をする必要がある。			
732	医療提供者 (協議会委員)	堅田 裕次	高知			緩和ケアで実際に日常生活動作の低下を来たした方に動作指導および動作訓練を実施し、トイレ動作等1人で出来るような試みがなされているが、診療報酬の範囲で行えず主治医との意向でサービス対応となっている。	

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
733	医療提供者 (協議会委員)		高知	専門知識を持ったドクターが少ない。			
734	医療提供者 (協議会委員)		福岡	医師に対する研修が行われているがまだまだ不十分である。大学教育の中でも緩和ケアが十分に教育されていない。また一般の国民に対する緩和ケアの啓蒙も不足している。			卒後臨床研修に緩和ケア病棟、ホスピスなどで緩和ケアの実習を義務づける。一般国民を対象とした講演会を各地域で定期的に開催する。
735	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	緩和医療専門職業人の不足と緩和ケア担当施設・担当者の連携不足。	看護・薬剤系大学を含む医系大学における「臨床腫瘍学」部門の設置とそのなかでの緩和医療に関する学部教育、がんプロフェッショナル養成プランの充実と継続に対する予算。	緩和医療専門職業人を配置している医療機関の登録制とそこでの緩和医療診療に対する加算の増加が必要。現在の加算額では複数の専従職員を配置をすると赤字が出る。	都道府県がん拠点病院に専属の緩和ケア部門を設置し、連携病院との連携やスタッフの教育に専任する必要がある。兼務では無理である。
736	医療提供者 (協議会委員)		福岡	研修会はやりすぎだと思います。地域の病院は、研修会開催自体が負担になっています。10万人計画は、縮小させたほうがよいと考えます。5年間は無理だと思います。在宅ケア、デイホスピスなどに対する診療報酬が少ないのでは。			緩和ケア研修会修了者に何かしらの得点を与える。
737	医療提供者 (協議会委員)		福岡	緩和ケアは、制度の設定によってある程度の施設で行われるようになってきたが、実質的には精神腫瘍科医師が不足(殆どいない)しており、緩和ケアで最も重要な精神ケアが行われていないのが現状である。また、緩和ケアチームのみでは対応が不十分であり、緩和ケア病棟の設置と増床が是非とも必要である。	がん病棟において対応できる精神腫瘍医の教育・育成を早急に図る必要がある。	現状ではボランティア活動であり、報酬面でも十分に対応しなければならない。	同前記。
738	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	施設の数が少なすぎる。			
739	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	人材育成には時間がかかる。現在の制度側の要求は、現場の人材育成のスピードを考慮していないように思われる。		緩和ケア病棟のない一般病院特に急性期病院の緩和医療にもう少し手厚い報酬をしてほしい。	
740	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	緩和ケア専門医、腫瘍精神科医の不足。	緩和ケア病棟未設置のがん拠点病院への当病棟設置時の予算的フォロー。	緩和ケアに対する診療報酬のアップ。緩和ケアを行う診療所の診療報酬のアップ。	緩和ケアを行う拠点病院と診療所の連絡網の確立。
741	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	・厚生労働省の「終末期医療に関する意識調査」の結果からみても、「WHOがん疼痛治療法」が普及していない。・オピオイドの使用量が欧米と比較して圧倒的に少ない。・「医師のための緩和ケア研修会」だけでは、緩和ケアを啓蒙・普及するには不十分である。	・地方自治体が地元医師会と連携して緩和ケアや「WHOがん疼痛治療法」の普及に予算をつける必要がある。・各都道府県に「緩和ケア」に関する予算をまとめて配分してほしい。地域の実情にあった「緩和ケア」を啓蒙・普及していく上で必要である。	・オピオイドの使用に関しては、包括医療からはずして、出来高にする必要がある。	
742	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	ターミナルケアのみならず、初期がん疼痛に対する「チーム医療」の確立が必要。	病院内及び地域医療チームに対する研究開発費の構築を。	緩和ケアに対して全てのチーム医療専門職に対し其々報酬のアップを期待する。	「市民講座」の開講と基幹病院(地域医療を担う)、県薬剤師会等に「がん対策相談窓口」の開設援助を。

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
743	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	看護師の知識・発言力が弱い。医師の偏見・終末期においては放っておかれるなど苦痛除去に障害あり。	看護師へも知識習得の義務付け-学校教育など。 看護師研修(がん看護研修)の予算配分をうけおい、スタッフへも配分許可など。	認定看護師への報酬をつける。	
744	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	人材育成とくに精神科医に困難あり。	精神神経科専門医に義務を負わせる。	チーム医療に加算を手厚く。	専従制度をきびしくすぎないこと。
745	医療提供者 (協議会委員)		長崎	個人の熱意で動いている部分が多く、医療施設間の差が大きい。	緩和病棟のみならず、緩和チームにも優遇措置が必要。	緩和に対する評価を上げる。 たとえば緩和チームが活動している場合DPCの係数をつけるなど。	
746	医療提供者 (協議会委員)		大分	「緩和ケア」病棟の均てん化(都道府県の二次医療圏内)。		治療方法を薬物療法に限定せず、温泉療法など幅広い療法に広げ、これらが診療報酬の対象となること。	地域医療を支える医療機関の「緩和ケア」の取り組みの標榜の推進。
747	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	兼任医療者では限界。専任の医療チームが必要。専任医療者の不足。			
748	医療提供者 (協議会委員)		大分	高齢過疎地の緩和ケアをどう取り組むか。			
749	医療提供者 (協議会委員)		大分	拠点病院以外で緩和ケアを実施している医院・診療所が、地域によっては少ない。			
750	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	緩和ケアを取得する病院が少ない。理由は、ハードルが高い事と、報酬が少ないことによる。		もっと高くすべき。	緩和できるところは緩和すべき。
751	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	サイコオンコロジストの不足。			精神科医師を必須条件から外す。
752	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	緩和ケア研修会参加者について、第2段目以降の継続的な研修プログラムができるとありがたい。			
753	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	緩和ケア施設や拠点病院の動きは目立つが、依然末端現場に降りてきていない。緩和医療学会の認定する施設・専門医なども、ただ厳しくして、逆に緩和ケアから離れる医師や施設が出てきている。もっと、末端の現場を知って制度含め改革を進める必要あり。大学・専門学校での緩和ケア教育の更なる充実。			
754	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	携わっている精神科医・心療内科医が少ない。		緩和ケアでの心理療法の算定を。	精神科医・心療内科医に対する研修を義務化。臨床心理士の積極的な導入を。
755	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島				精神腫瘍学の学問的確立 及び専門医の育成。

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
756	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	緩和ケアを行える施設、病棟の絶対数が少ない。		緩和ケアを積極的に行っている施設への診療報酬上の配慮が必要と思う。特に、急性期病院で、緩和ケア病棟を持たない(持てない)が、緩和ケアチーム等を置いている施設では、人的に余裕がない所が多いので、人を確保する上でも報酬上の配慮が必要と思う。	
757	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア科の独立独歩体制の確立。		緩和ケアの加算点数でなく、独自の保険点数の設定。	NPの導入とインセンティブの保障。
758	医療提供者 (協議会委員)			一部の医療人にしか認識されていない。	少ない。	安い。	医療に携わる人の多くに理解されるような対応。
759	医療提供者 (協議会委員)					チーム医療として診療報酬上の評価。	
760	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを末期の医療と思っている医療従事者が多い。麻薬はもっと末期になってから使うので、と痛みを我慢させているケースがあった。もっと啓蒙活動が必要だと思う。			緩和ケア病棟があると、緩和ケアチーム加算のための人員確保は難しいと思う。兼任でもよいしてほしい。
761	医療提供者 (協議会委員)			現在の診療報酬では、施設(病院)はやって行けない。		倍など大幅なアップを望む。	
762	医療提供者 (協議会委員)			これも人不足。			
763	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病棟等の施設基準が厳しすぎ「緩和ケア病棟もどき」で看護師は多く配置はするが請求は一般病棟と一緒にするのはおかしい。		緩和ケア病棟の基準を緩くする。	
764	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを積極的に展開する病棟を持つためには診療報酬の裏づけが必要であるが、現状では緩和ケア病棟入院料が存在するものの、病院機能評価という足かせがあるため、小さな病院や診療所は対応できない状況である。緩和ケアの裾野を広げるためには有床診療所や小さな病院で緩和ケアを積極的に広げることが、地域で過ごしつつ緩和ケアを受けられることができるきっかけになる。		緩和ケア病棟入院料の設定を、病院機能評価が必要である条件をはずすことが先決。	同前記。
765	医療提供者 (協議会委員)			緩和病棟が決定的に不足しており利用困難。			
766	医療提供者 (協議会委員)			施設がどうしても都市からの利便性を考慮した結果、偏在する傾向にあり住居地域によって選択にかなりの格差を生んでいる。	終末期の対応は国策としての福祉にあたるもので高負担高福祉を目指してほしい。		一定の設備基準を満たすような、公的緩和ケア施設を定点ごとに設置してほしい。

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
767	医療提供者 (協議会委員)			がん診療に係わるすべての医師に、緩和ケア研修会を受講するようになっているが、具体的な数値目標がわからない。また、推進するためのインセンティブが弱い。	具体的な目標数値に基づく、特別の予算措置が必要。具体的な医師数と、年間受講人数などの設定。	段階的に、受講済みの医師数に応じて、診療報酬への加算制度を設ける。	
768	医療提供者 (協議会委員)			治療早期からの緩和ケアが、医師のコミュニケーション技術の問題のために、患者さん・家族の意向や認識に沿ったものになっておらず十分に行えていない現状があるため緩和ケア病棟や在宅緩和ケアへ、そのしわ寄せがかかっている。	コミュニケーション技術研修会予算の増額と継続。	コミュニケーション技術研修会を行っている病院への入院料の加算。	都道府県がん拠点病院の更新にコミュニケーション技術研修会の開催を義務付ける。毎年少なくとも約190人(4×47都道府県)の医師に行えることになる。厚生労働省委託事業として、現在、医療研修推進財団主催でコミュニケーション技術研修会を年5回行っているが、現時点でそれ以外の病院、組織による主催実績は静岡県立静岡がんセンター、国立病院機構金沢医療センター、中四国がんプロなどしかない。
769	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病棟がない病院がほとんどである。	緩和ケア病棟の設置の予算を組む。		
770	医療提供者 (協議会委員)			現状の緩和ケア研修会を5年間は行なってしまったほうがよい。	医師のみでなく他職種のための費用も考えて欲しい。	病院でのカウンセリングにももう少し報酬をつけて欲しい。	麻薬についてもう少し医師が学習するように、資格制度にしたらどうか。他職種ががんばる上を医師はいくべきである。
771	医療提供者 (協議会委員)			がん診療に携わる医師を対象にした緩和ケア研修会の開催頻度が多く、運営側の一部の医師の負担が大きい。貴重な休日が益々少なくなっている。	緩和ケア研修会における主催病院所属の医師が講師やファシリテータを担当する場合、すべて手弁当となっており報酬が支払われていないのは改善の余地があると思われる。予算が組まれていないわけではないのだから、休日返上の見返りという意味でも手厚く待遇して欲しい。	緩和ケア病棟入院料が長年据え置かれているが、鎮痛剤をはじめとして薬剤費も高額になってきており、そろそろ見直しが必要かと思われる。また、すべて包括診療になっているが、高額薬品、検査などは例外的に算定したほうが利用者間での不公平感が少なくなるのではあるまいか。	緩和ケアチームの指定要件が厳しすぎる。身体症状担当、精神症状担当いずれかが専任医でなければならないという決まりは非現実的。兼任ではあっても時間外に及んでまで活躍している場合もあるので、申告実績に応じて認可されるような弾力的な運用を期待する。
772	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア専門医が少ない。専任ナースも少ない。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	現実にはがん患者さんの主治医が緩和ケアの対応・窓口になっている。緩和ケアの専門医養成も急務だが、緩和ケアの知識の普及活動も大事と思う。緩和ケア研修会は一つの方法だがこれだけでは進歩について行かれない。継続的に知識のアップデートができるような環境整備も大事と考える。ナースの研修には時間とお金がかかり、病院の負担も大きくなる。この点の考慮も必要。
773	医療提供者 (協議会委員)			広く終末医療をもっと重要視して、専門施設を増やすべき。	増やしてほしい。	上げてほしい。	都会はともかく、田舎でも終末医療が受けられるような環境を充実させて頂きたい。

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
774	医療提供者 (協議会委員)			緩和医療に従事する医療者数が絶対的に不足している。また、教育機関に緩和医療講座がないため教育が不足している。緩和ケア科の標榜が一般的でなかったり認知・認可されてもいない。そして緩和ケアの推進事業が全て現場の緩和医療を担う医師に託されているため、実臨床と緩和ケア推進事業の療法に携わっていくには負担が多すぎる。またその推進事業に対する報酬がなくボランティアの状態であることは極めて問題。また緩和ケア加算の報酬が低く、病院事業収入面でのメリットも少ない。またがん拠点病院に対する補助がある一定額しかないために人員確保のための補助にもなっていない。ホスピス・緩和ケア病棟の診療報酬が低く十分な緩和ケアを展開するには足りない部分が多すぎる。			
775	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病棟や在宅緩和ケアの需要に対する絶対数が不足している。緩和ケアの医師向けの教育を開始しているが、参加が任意なので最も理解して欲しい医師が参加を望まないと変化が得られない状況が問題と思う。緩和的な援助に関する診療報酬の増加が望まれる。		医師向けの緩和ケア研修会へ参加した医師の診療に関して加算緩和ケア病棟の診療報酬アップ。緩和ケアチームの診療報酬アップ代替療法に関する点数化。	代替療法の評価と導入。
776	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを希望する医師が不足。多の診療科の医師を専従としているが専任とするのは困難。			
777	医療提供者 (協議会委員)			緩和医療の専門医の育成。		緩和医療関連の診療報酬の加算。	大学医学部に緩和医療学講座の設置。
778	医療提供者 (協議会委員)			専従スタッフ不足緩和ケアチームはあるが診療加算が取れない精神科医の不足緩和ケアに関心の少ない精神科医の存在			
779	医療提供者 (協議会委員)			緩和治療チームの形骸化が憂慮される。既存のいくつかの診療科からの寄せ集めによる緩和チームでは限界がある。			診療科として正式に認める。
780	医療提供者 (協議会委員)			一般市民の認知度が低く、緩和ケアを受ける権利を持っていることを知らない。また、医師の緩和ケアの必要性や重要性などがまだまだ低い。その原因として医学部での緩和ケア教育が無いことに問題を感じる。			医学部での緩和ケア教育カリキュラム。
781	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアに対する医師への教育が不十分ではないかと考える。			
782	医療提供者 (協議会委員)			施設(ホスピス)が、全く少ない。			
783	医療提供者 (協議会委員)			専門の緩和ケア病床でのケアを希望しても、予約が多い等の理由により、現実では一般病床でのケアを受けている患者が多い。	緩和ケア病床を増床する。		緩和ケア病床を有しない病院の医師、看護師、MSW、臨床心理士などに対して、緩和ケアの公的な研修会を行う。

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
784	医療提供者 (協議会委員)			まだまだスタンダードになっていない。緩和ケアに関するイニシアチブを取れる医師が少ない。			
785	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを特殊な医療分野として、捉えすぎる傾向にあるように感じる。また、疾患をがんに特定しているが、本来は、緩和ケア＝がん患者ケアではないと思う。疾患によらず、医療のすべてが、緩和ケア発想でなければならないもので、無理に分けられる分野でないと思っている。医療だけが、緩和ケアを担うものではなく、その一部であって、もっと大きな環境のなかで、人と関わる時の緩和的ケアが、人を安らかに健やかに生き続ける力を与えられるのだと思う。			
786	医療提供者 (協議会委員)			医療従事者(主に医師)に対する研修会は始まったばかりである。継続的に実施できる制度が必要である。	地域がん診療連携拠点病院補助金交付事業対象としての継続。	緩和ケア診療加算の増点。	
787	医療提供者 (協議会委員)			がん治療の初期の段階での緩和ケアへの配慮がまだまだ不足している。急性期の病院において、治す治療を絶対視するあまり、個々の患者が持つ社会的背景を無視した治療方針を強制することがある。またがん治療を開始すると、かかりつけ医との併診が途切れがちになり、終末期に向けてのスムーズな緩和ケアの連携が困難なことが多い。	がん治療病院医師に対する緩和ケア研修会及び在宅医に対するがん治療研修会への予算処置を講ずる。	がん治療病院入院中に、かかりつけ医や訪問看護ステーション看護師などと情報共有化のための合同カンファレンスを行った際の診療報酬上の評価を行う。	在宅医とがん治療病院の医師、訪問看護ステーション看護師とが互いの現場を体験することを義務化する。
788	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア加算のとれる施設がほとんどない現状基本的な緩和ケア医師研修はあるが、看護師、薬剤師など他職種の研修の義務がないスタッフのレベルアップのための研修が、地方において少なく予算がない専門看護師、認定看護師が地方において少ない。	PEACEの指導者フォーラムなどを義務化し研修の出席の予算化認定看護師の待遇改善専門医、専門看護師、認定看護師養成の施設充実のための予算また、養成のための支援(学費など)。	緩和ケア加算の基準を下げ、要件に応じて加算を段階的にする。	他職種の研修の義務化チームの医師、看護師、薬剤師の研修義務化専門医、専門看護師、認定看護師を養成する施設の地方での設立。
789	医療提供者 (協議会委員)			一層のマンパワーが必要であると考える。			
790	医療提供者 (協議会委員)					緩和ケアチーム加算の算定要件を広げてほしい(精神科医師がいなくても)。	
791	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアチーム専従医師の確保が困難。	拠点病院の緩和ケアチームに予算をつけてほしい。		
792	医療提供者 (協議会委員)			①緩和ケア対象の患者を受け入れている療養型病院が、実際に適切に緩和ケアを提供できているのか、外からではわかりにくい。②がんの末期で倦怠感や急変のリスクがあり家庭復帰できないが、医療区分Ⅱ、Ⅲに該当せず、介護度も高くないため、入院できる場所が無い人が多い。③緩和ケアを実践している療養型病院が評価される仕組みが無い。④緩和ケアが治療開始と共に始まるものだという認識が、医療者にも患者家族にもまだ根付いていない。			

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
793	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアの専門医が少ないように思われる。			緩和ケア医の育成が必要と思われる。
794	医療提供者 (協議会委員)			全てが「マルメ」であり他の協力が得られなかったり、症状コントロール、外泊退院支援が難しいこともある。例)リハビリ、心のケア、遺族ケア、HOT導入、酸素使用時の外泊。		一部外付けにする。	緩和ケア医の優遇(施設に対して)緩和ケア機能評価の有効利用。
795	医療提供者 (協議会委員)			がんに携わる医師全員が5年以内に研修を受けるのは、講師不足もあり無理。			
796	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	専用ベッドの増加。	緩和医療を積極的に行えるような診療報酬の改定(基準をあまり厳しくしない)。	前記に同じ。	療養型の病院と急性期型の病院に分けずに、がん患者の緩和医療型の施設を制度上認める。
797	学者・研究者 (協議会委員)		兵庫	緩和ケアのノウハウをしっかりと理解している医療従事者が極めて少ない。			
798	学者・研究者 (協議会委員)	西巻 正	沖縄	わが国では緩和ケアの専門医やコメディカルが不足している。		資格認定試験を行い、その資格を有する医療者が行う診療に加算を認める。	
799	学者・研究者 (協議会委員)			身近な場所での絶対数が足りない！			
800	その他(協議会委員)		東京	治療段階が終わると、生命予後に関係なく本人の意志も関係なく、無理に在宅へ移行させられるという現状があり、不安からまだ在宅が可能な段階に入院を望む方が多い。			在宅緩和ケアを受けていても、いつでも辛くなったら病院等の施設へ入所できる登録システムがあれば用心して早くから入院しなくて済むのではないか。緩和ケア・ホスピス・など病床数の把握と、ネットワークの構築。
801	その他(協議会委員)		山梨				制度の普及で広がるように思う。
802	その他(協議会委員)		鳥取	(患者・家族の立場で)緩和ケアに関する正しい情報を患者や家族が持つことができること。			がんと診断され治療方針を決めるにあたり、患者の負担なくじっくりと情報を得ることができるシステム(セカンドオピニオンを含めて)があるとよい。
803	その他(協議会委員)	山口 浩志	徳島	緩和ケアに関しては啓発の充実が必要だと思う。在宅では緩和ケアの内容を知る機会や在宅医療や福祉でかかわる専門職、また地域でがん患者さんなどの相談にのって献身的な支援をしている民生委員さんや老人会の人たちなどといった一般の人たちが参加できる機会があればいいと思う。			
804	その他(協議会委員)			専門病院での緩和ケアに偏っている。ターミナルケアに対する住民の普及啓発が不十分。			

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
805	その他(協議会委員)				緩和ケア確立への研究費(緩和ケアの質評価を含む)緩和ケア(医療)の研修。		
806	その他(協議会委員)			専門施設及びコメディカルを含めた人員の不足。			
807	その他(協議会委員)			自分で終末をどう迎えるか、いろいろな選択肢が増えると人生も楽しいかも・・・。			
808	その他(協議会委員)			拠点病院が地域により充実している地域とそうでない地域の格差がある。今後この格差がなくなるような予算配分や制度を作って欲しい。			
809	その他(協議会委員)			緩和ケア病棟では化学療法や透析治療ができない(積極的治療)は理解できない。		緩和ケア病棟の条件の変更。	
810	その他(協議会委員)			緩和治療チームの形骸化が憂慮される。既存のいくつかの診療科からの寄せ集めによる緩和チームでは限界がある。			診療科として正式に認める。
811	その他(協議会委員)			自分や家族のことを考えた時、苦痛がなく尊厳をもって終末を迎えたいと願っている。			医師や医療従事者が、緩和ケアについて十分な研修・研究ができるような仕組みを作っていただきたい。また、地域の開業医も研修・研究ができるような体制も必要である。それは、在宅緩和ケアの質の向上にも重要である。
812			北海道	医師、薬剤師、看護師の早期教育が徹底されていない。現在の緩和ケア研修会の実施は(現場の)医療スタッフの負担が大きすぎる。緩和ケア医の専従は専門医が少ない現況では難しく、それがネックとなり緩和ケアが進まないのではないか。		チーム加算を算定する条件を再検討。	適応外使用の薬剤の検討。
813				緩和ケアについて、単に患者の痛みの緩和のみでなく、緩和ケアの本質的意味の理解が十分でないと言える。			医学教育の中に「緩和ケア」を位置づけ、「緩和ケア」が人間の最期を生きしるものであるとする人間教育を！

4.在宅医療(在宅緩和ケア)

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
814	県庁担当者		千葉	①在宅緩和ケアを提供できる診療所、訪問看護ステーションの整備。②在宅緩和ケア医療従事者の人材育成。③地域における医療・看護・福祉の連携体制の構築。④患者・家族の在宅緩和ケアへの理解。		・専門的に在宅緩和ケアに取り組んだ場合への報酬(困難事例)。・診診連携をすすめるための報酬。	・診診連携によって、病院ではなく在宅医療が継続できるように専門の診療所への連携制度を体系化する。・地域ごとに拠点(診療所等)を定め、診療コンサルテーションや患者のマネージメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る。
815	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	経済的に赤字とならない様にしてほしい。			
816	県庁担当者		奈良	医療従事者その他医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない。			需給バランスについての継続的な調査。

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
817	県庁担当者		高知	過疎地では、在宅医療が成り立たない(移動距離と、少ない患者)。		現在、都市部から過疎地に往診した場合に報酬が高くなったりが、過疎地にある医療機関への報酬上の上乗せがなければ、過疎地で頑張る医師はますます少なくなる。	
818	県庁担当者			①在宅緩和ケアに対応できるかかりつけ医が少ない。 ②複数医師等でのフォローが必要であるが連携が進まない。			
819	県庁担当者			在宅緩和ケアネットワークが未整備。緩和ケアの地域連携パスが必要。		診療報酬での評価が必要。	
820	県庁担当者			地域における保健・医療・福祉関係機関・団体等の連携・協力体制(在宅療養への受入れ体制)が十分でない。	全国の成功例を紹介・周知するとともに、国の補助事業により地域での取組みを促進する仕組みを継続する。	特に、医療・福祉関係者が積極的に対応できるように、診療報酬や介護保険報酬の改善が期待される。	
821	県庁担当者			医師が個人で対応するには無理がある。			訪問看護ステーションのように医師が少なくとも3人以上のシステムを構築すべき。
822	県庁担当者			退院した患者の受け皿の問題・患者が、住み慣れた地域で家族と一緒に生活することを望んでも、緩和ケア体制(緊急時の往診体制)が不十分である。・病院と在宅との連携による看取りに不慣れである。・緩和ケアを熟知している医師が少ない。		在宅医療(在宅緩和ケア)に対する診療報酬の強化。	在宅緩和ケアを担う医師の育成制度の創設。
823	県庁担当者			在宅医療を行う開業医が少ない。		診療報酬で在宅医療を評価するとともに、ネットワーク化を進める必要がある。	介護保険と一体的な制度設計が必要。また、施設での見取りを進めるような体制整備も必要と思う。
824	県庁担当者			現在、自宅の他ケアハウスや特別養護老人ホームなど多様な場において、最期を迎える選択肢が増えており、在宅療養を支える体制整備の必要性が高まっている。			地域連携クリティカルパスの整備等により、県・地域がん診療連携拠点病院は、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及びかかりつけ医による切れ目のない医療連携体制の整備を進める。
825	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	在宅での療養や見取りが可能であるシステムがある事を知らない市民、その実態を知らない病院の医療者が多い。ただ在宅医療はまだ余りにも未整備であるにもかかわらず、病院の医療者の理解不足は退院準備や指導も不十分なまま患者を退院させ在宅医療関係者に任せる、もしくは患者を路頭に迷わせる現状である。			ネットワークシステム構築と、その周知が必要。在宅にかかわる各職種の養成。市民への啓蒙ならびに市民が地域ネットワークの一部になることが出来るよう、ボランティアの養成も必要である。緩和ケアと同じく、在宅医療はがんに限ったことではないので、医学・看護教育の改善も必要である。
826	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	病院から退院したその日から「在宅医療」は始まっている。訪問看護師、薬剤師などスタッフの量と質の向上をはかってほしい。病院から患者を退院させる際の「退院支援体制」を全ての拠点病院、がん治療を行う病院で整えるようにしてほしい。		「退院支援体制」を充実させている医療機関への特別加算。この場合「出す側」の病院と「引き受ける側」の在宅医と双方に加算することが望ましい。	

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
827	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	1 在宅医療地域ネットワークの整備。2 終末期がん患者を引き受ける在宅療養支援診療所の拡充(多くの在宅療養支援診療所が知識、経験がないため終末期がん患者の引き受けを拒否している)と広報。	整備への予算の優先配分。		診療所開設にあたって一定期間緩和ケア実習の義務付けと継続、周期的教育実習 実態調査による各診療所の取り扱い領域の開示(どの様な患者を受け入れるのかを開示する)。
828	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	課題や問題点 ホスピスの代わりに「在宅医療」というのではなく、治療がありませんと言われても家庭で普通の生活を過ごしている方が多くいます。医療的な面や精神的な面でのフォローの体制を作ってほしい。ベッドに寝た切りで介護や医療的な対応が必要な場合の「在宅医療」についても家での看取りを前提でなく、緊急入院など柔軟に対応できるようにしてほしい。			がん対策推進基本計画にもうたわれているように、ヘルパーを含む在宅医療の関係者への緩和ケアの研修について広く実施してほしい。
829	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	現時点では、在宅への移行が「病院からの追い出し」に近い場合が認められる。在宅での受け入れ態勢の整備が不十分。特に大きな自治体は不十分。	19床未満の有床診療診療所に予算を厚くする。	医療支援が必要な患者の長期入院が成り立つような診療報酬にする訪問診療、訪問看護に報酬を厚くする。	19床未満の有床診療診療所開設を制度的に支援する。
830	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	飛躍的に需要が増すことはわかるが、ここでも制度が知られていない。			
831	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	在宅医療の整備、推進の方向性は正しいのか疑問に思う(がん患者が在宅で看取られたいと思っているという大前提は正しいのか)。	地域連携を強化するための予算を確保したい。		
832	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	在宅医療を担う医療施設の組織化ならびにレベルアップが出来ていない。	がん医療体制は、地域医療がメイン、その担い手のかかりつけ医やホスピス等の連携・組織化の予算を十分取るべきです。	前述。	地域医療体制のグランドデザインを作り、在宅医療にかかわる全ての方々をきちっと位置づけること。
833	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	推進計画では、まず医療機関の現状調査をして、それから必要な対策を検討することになっているが、いまだ調査の始まったとは聞いていない。また計画では「在宅緩和医療連絡協議会」を設置することになっているが、未組織である。	医療機関等の現状調査に要する経費と「在宅緩和医療連絡協議会」の設置運営費用をお願いしたい。		医療機関の現状調査を速やかに実施して、それを材料として、在宅医療に必要な連携方策の検討実施をお願いしたい。そのために「在宅緩和医療連絡協議会」の組織化を早くお願いしたい。
834	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	医療従事者と家族とのコミュニケーションがまだまだ不足しているので、家族の負担(精神的にも肉体的にも)がまだまだ大きい。			
835	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	在宅ケアをする時に、うまくいかどうかは、その地域に在宅ケアに真剣に取り組んでくれる、意思と、それをしっかりサポートするボランティア団体の存在が不可欠。それが必ずしも出ていない。			広島県の竹原市は、在宅ケアの成功事例がある。ここはまだ、人の善意に頼っているが、もう少し、勉強して、仕組みを確立すべき。
836	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	患者にとって在宅医療は望ましい事であるが、医師も看護師も人手不足で現状は難しい。	在宅看護は現在看護師が行っている事が多い。看護師が重労働にならないために、補助は必要だと思う。	診療報酬でどの程度補助されているのかわからない。	在宅医療に関しては、あまり情報が無く、どのような制度があるかわからない。もっと在宅医療について知りたいと思った。

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
837	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	開業医で、がんの疼痛コントロールの出来る医師が少ない。また、そのレベルが低い。在宅緩和ケアが可能となるには、マンパワーが必要だが、現状では難しい。にもかかわらず、国は医療費削減のため、在宅を勧めていることが問題だと思う。			医師会が、スキルアップのための研修会をするなど、努力してほしい。
838	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	患者が在宅医療が必要な時期になってから、初めて考えることになる。在宅医療については、患者がまだ元気なうちに検討し、準備することが大切である。特に、相談できる拠点病院の医療者、診療所などの在宅ケアをお願いできる医療者、患者仲間など増やしておくことが大切である。	相談支援頼める自分のネットワークをつくる。仲間を増やす。		
839	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	お医者様が少なくて病院でも大変、在宅は更に困難。	適切な予算を増額されたい。		より具体的に推進されたい。
840	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	地域差は広がるばかり。一方で有無を言わさない在宅への流れはとどまらず。心身の痛みを抱えたままの患者・家族が、医療資源の乏しい地域で置き去りにされている。			在宅医療資源の一元管理と情報発信。
841	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・痛みは強いが在宅を強く希望する人が多いが、在宅で治療する人は痛みは緩和出来ずに亡くなる人が多い。・患者は在宅治療を希望している人も多いが、状態の悪化や痛みがうまく対処できるか、本人、家族とも非常に不安である。		在宅治療に対して診療報酬を考慮する。	在宅支援は体制が整うまで待ってられない、今困っている人に対しては、かかりつけ医・薬剤師などチーム医療で対応できるような体制を早急につけて欲しい。
842	患者関係者・市民(協議会委員)	高橋 和子	福岡	末期を自宅で。			
843	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「在宅療養支援診療所」の拡充と地域間格差の解消。			
844	患者関係者・市民(協議会委員)			がん患者は在宅で看取られたい！という大前提があるが、果たしてそうだろうか？在宅医療整備推進の方向性は正しいのか？			
845	患者関係者・市民(協議会委員)			人的不足や山間部などの過疎地での対応が困難。			
846	行政府(協議会委員)			特になし、今のままコツコツ患者および医療関係者に情報を提供していくこと。		在宅の緩和医療を行う医師への診療加算をつけること。	
847	医療提供者(協議会委員)		北海道	医療依存度の高い患者が退院するにあたっては訪問看護、往診医の地域格差があり、看取りを含めた往診診療を行っている医師の不足を感じる。			

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
848	医療提供者 (協議会委員)	中村 路夫	北海道	在宅対応できる往診医の絶対的不足。インフラ整備の遅れ。			地域とのネットワーク(インターネットを通じた)の構築が必須と考えます。当院では、いわゆる「セキュリティポリシー」という言葉を盾に、インターネットを利用した外部との医療情報交換をするための手段を構築しようとする動きが封じられている。ウイルスや外部からの攻撃などがあると困るといのがいつもの上層部の返答だが、あと10年、20年後、ネットを使わない医療がありえるだろうか？であれば、もう今の段階から医療ネットワークを構築し、画像データ・採血データのみならず、ネットワーク回線を用いた会議・遠隔医療、処方、なども可能にするシステムを構築すべき。そうすることでがん治療に不慣れな往診医の先生にも的確なアドバイスを送ることができる。構築するためにはさまざまなクリアしなければならない問題があるが、ぜひ検討していただきたい。
849	医療提供者 (協議会委員)	上村 恵一	北海道	地域格差が大きく在宅移行できずに病院死してしまうケースが多い、絶対的に在宅緩和ケアをされる医師数が少ない、在宅支援診療所は負担にみあった診療報酬となっていない。	在宅支援診療所には国庫負担を行うべき。	在宅支援診療所は負担にみあった診療報酬となっていない。	
850	医療提供者 (協議会委員)		北海道	在宅専門の医師、看護師の不足。	既存の開業医や、基幹病院に緩和を期待するならば、何らかの補助が必要であろう。	往診料を上げる。	地域緩和指定を与える等。
851	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	連携が地方と都会で格差になっている。	当地では“マシュマロ作戦”として受け手の養成に努めている。大都市は受け手がごまんといる。	地域の受け手の報酬UPを図って欲しい(開業医先生など)。	医師会が地域のニーズとして取り組むべき。往診も大々的に復活させる。
852	医療提供者 (協議会委員)		北海道		訪問診療の点数を上げる。在宅でのリンパ浮腫やがん治療法(WHO)などの指導、訪問理学に診療報酬をつける。	困ったときのショートステイ、デイサービス、デイホスピス、ヘルパーや食事(給食)の充実。	
853	医療提供者 (協議会委員)		北海道	医療機関との連携問題(必要な時に必要な人、モノ、場所などの提供ができるか)患者本人と家族の間での在宅医療に対するとらえ方の違い。(特に子が親の介護を行う場合)在宅を支援する地域の診療所、訪問看護ステーション、介護ステーション等の医療、介護機関がサービスを提供するにあたって診療報酬、介護保険制度、行政の支援などは現状で十分なのか。在宅医療と地域のホスピスとの連携体制は十分か。		重点的な配分。	
854	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	在宅緩和ケアの医師が少ない。			現在の開業医に対し適切な教育を行い増加させるべきである。

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
855	医療提供者 (協議会委員)		北海道	価値観にもよるが、重要な課題である。今なお、がんは致死的であることは知っていただく必要があると感じる。その上で、どう生きるかが大事なのであるが。			
856	医療提供者 (協議会委員)		岩手	在宅終末医療に要する体制やエネルギーに対する評価が全般に低い(医療、介護)。		在宅事業者やこれを支援する医療機関に対する報酬を手厚くする。	
857	医療提供者 (協議会委員)		岩手	在宅専門医療スタッフの数が少ない。	在宅医療予算のアップ。		
858	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	訪問看護師が増えないので、現在でも依頼があっても断らなければいけない状況にある。訪問看護師の待遇が病院勤務よりも大幅に下がるため、キャリアをもった看護師が集まりにくい。介護力が低いケースや老老介護などのケースが増え、在宅で医療管理はできて生活が難しくなるケースが目立ってきた。	訪問看護ステーションの看護管理者1名分の人件費を補助する(現状の訪問看護ステーションの収入は訪問して収入になるため、看護管理者は管理よりも実践をせざるを得ない。10年勤めた看護管理者は燃え尽きている。そのような先輩を見て、訪問看護は関心があっても目指す人は少ない)。	介護福祉士の待遇をよくする。介護者が高齢であったり、疲労している場合は、家族が居てもヘルパーが使えるようにしてほしい。看取りを長時間でも一緒にしてくれるヘルパーがいたら独居などのケースも選択肢として在宅が選べる(自己資金を持っている人は今でも自費でヘルパーを雇っているが、自己資金を持っていないケースは年金だけでは在宅で看取れない)。	がんの在宅緩和ケアでは、医療と福祉(介護保険)が両輪。病院にケアマネジャーが退院前の相談や調整に何度も足を運んでも、月の収入は変わらない。退院前共同指導加算は診療報酬のみにしており、福祉関係者は病院に退院前のカンファレンスに参加をしているが無償で交通費も出ていない。がんの場合は退院前のカンファレンスを開くことが必要なので、介護保険の業種にも報酬をつけたほうがよい。
859	医療提供者 (協議会委員)		宮城	在宅医療指定医の国家資格制度化。			
860	医療提供者 (協議会委員)		宮城	終末期医療に対する日本人のコモンセンスがないので、ケースバイケース。担当する人間にがんの専門家を配属できる施設がほとんど無い。			
861	医療提供者 (協議会委員)		宮城	在宅に移しても、臨終の際には病院で迎えると希望される家族のケースが少なくないので、基幹病院のバックベッドの確保が困難。			在宅で看取ることの一般人への教育(デスエデュケーションのようなもの)の導入(がんに罹患する前から)。
862	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	地域や病院施設内によって格差が大きい。また、在宅医療は医療と介護の双方の協力が重要であること、医療の中でも専門性をもった医師、薬剤師、訪問看護師の協力と連携病院の存在がかかせないことなど具体的な必要性ははっきりしている。このシステムをどのエリアでも展開できたら更に充実が図れると思う。	地域の拠点病院が核となって周辺の開業医を育てることが方法としては早い。医師会だけではなく在宅関連の事業所や連絡会(たとえばケアマネジャー協会のような)各方面との協働が望ましいと思う。場所の提供があれば当地域では基幹病院の会議室をかりて定例の研修会を行っているが…。	病院からの退院時調整に診療報酬が付いたことはスムーズな在宅移行のためにも非常に評価できる。ただ、最近では重症事例が多く遠路調整会議に出かけても退院できず何も発生しないことがままある。退院時調整を行うタイミングを読み違えているかもしれないという病院側とも双方での自己反省である。	在宅末期総合診療量などを算定することで少しでも患者さん負担の軽減を図ろうと思うと重症事例ほど医療機関の持ち出しが多くなりかなり疲弊してくる。患者さん負担にはならない重度評価というものは考え方として不可能なのだろうか？また、都市部と郡部では患者さんの捕まえ方に差異があり各事業所ごとへの金銭負担感を強く感じる傾向があるようだ(ちなみに当地は農村地帯)。

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
863	医療提供者 (協議会委員)		宮城	地域格差が大きい在宅で医療は受けられるが介護面が整わない場合がある。費用負担が大きい。特に若い方の場合は、入院でも在宅でも高額療養費の負担額が同じなため、高額な費用負担+家族負担(身体的精神的)を考えると踏み切れないケースがある。介護保険内ではどうしても、日中の短時間の介護となり、目が離せない状態の場合、負担や不安が大きい。がん患者の場合、ターミナル時期になり、状態が悪化しても、トイレに何とか歩いている場合、介護保険になかなか反映されない。ADL低下のスピードに介護保険が追いつかないケースが多い。介護保険サービスをコーディネートするケアマネジャーのがん患者に対する理解に差がある。教育が必要。独居や身寄りのない方など、在宅が困難な場合が多いため、施設での看とりが必要だが、施設での看とりは施設側の理解が不足している。また介護保険施設の医療費の扱いの問題もあり、高い薬(麻薬)などの負担の問題で引き受けてくれない。血液内科の患者の場合、輸血が必要などの理由で引き受けてくれるところがない。	訪問看護ステーションの整備のための補助、看護師確保のための補助、都市部以外での訪問診療整備のための補助。		がんのターミナルで状態が悪くなることが主治医意見書に記載されていたら、自動的に要介護4~5と認定することが必要。それでも介護面では不足することが多い。高額療養費の患者負担額を乳より在宅(入院以外)を安く設定し、患者の負担軽減を図る。
864	医療提供者 (協議会委員)		秋田	在宅における看取りを推進するためには、24時間体制が必要であり、地域の医療関係者の連携が最重要課題。	地域連携会議の予算化。		
865	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	在宅緩和ケアの専門医、医療スタッフ、在宅緩和ケアを行う医療機関の不足。	在宅緩和ケアの専門医、医療スタッフの待遇を向上させ、勤務志願者の増加を図る。在宅緩和ケアを行う医療機関の運営のための様々な財政上の優遇措置を行い、在宅緩和ケアを行う医療機関の充実を図る。	在宅緩和ケアの診療報酬の向上。	
866	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	一般市民の在宅療養に関する知識が乏しい核家族世帯の多い現状では、在宅ケアの推進は非常に困難である医療機関に入院するよりも、在宅医療のほうが、経済的負担(本人・家族の)が遙かに高い。	在宅療養施設の増床(ケアハウスなどのカテゴリーを充実させる)。		
867	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	当院は訪問看護と連携で行っている。診療報酬の改善は評価いたしますが、開業医の方々にあまり浸透していないようだ。またもう少し制度改善をお願いしたい。たとえば細部だが、処方薬や持続注入のポンプ内注入薬を届けられないので家族が取りにくるしかないとか、当地方は対象患者さんが広い範囲に散在しているので、訪問診療を面積で評価するとかを評価していただきたい。		前記	拠点病院に、医師を派遣して、地域連携を専任でさせることができればいいのであるが。
868	医療提供者 (協議会委員)		秋田	在宅で看取りたいと言う人は増えてくるとされる。		開業医が一人で見ていると大変なので、急変時の対応やグループでの診療できるような診療報酬面での対応を望む。	

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
869	医療提供者 (協議会委員)		秋田	診療所医師に使命感をもたせること。			
870	医療提供者 (協議会委員)		山形	在宅医療を国民の多くは希望している。無駄な治療も希望していない。	シームレスな緩和連携システムをしている医療圏には援助をする。	在宅医療するDrへのインセンティブを増やす。	看取りはDrでなくNsでも可能にする。現制度ではDrが過労死する。あくまでも、緩和ケア病棟は、心のケア、傷みのケアで落ちついたら在宅緩和に移行する中間施設にすべきである。
871	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	先ずは在宅緩和ケアの前に在宅医療の充実、適正化がなされていない。特に、地域によってはまったく在宅医療を行っていないところが多くある、あるいは不十分などが多いのが問題である。また、報酬にしても医師や看護師など一部に厚く、介護士などには薄い現状で果たして在宅医療が所期の目的を果たしているのか、単に診療報酬目当ての在宅医療でないのか疑問におもっている。	介護士など医師、看護師以外の在宅にかかわる医療従事者に報酬をモチベーションと雇用創出の立場からあげるべきと考える。	在宅医療を行っていない地域があるので、ある意味でかかりつけ医が在宅医療を行っていない場合には診療報酬の減額も念頭に置くべきではないか。	在宅医療(グループホームを含め)を実施するための医師会に対する責務を負わせる制度を作るべきと考える。
872	医療提供者 (協議会委員)		福島	在宅緩和ケアを提供できる医師の分布に地域差が目立つ。			緩和ケアのスキルを持った医師が満遍なく配置されるような体制を整えてほしい。
873	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	治療・介護(緩和ケア)が地域で安心して行えるようになっていないことが知らされていない。	県・市町村が公開し、一元的に管理してはどうか。		
874	医療提供者 (協議会委員)		福島	手術後、または手術適応でない患者のフォロー体制が弱い。在宅医の養成、在宅ケアができるコメディカルの養成が急務。			麻薬処方にな慣れない医師が相談できる「緩和ケア処方・24時間相談窓口」を設置する。ここでは、患者この容態に合わせて、処方設計などのアドバイスを行う。麻薬の使用促進にもつながるため、メーカーに一部経費負担を負わせる。
875	医療提供者 (協議会委員)		福島	当院を含め、現在在宅緩和ケアを進める医療機関は多くなっているが、まだまだ在宅緩和ケアの施設が少ないことを考えると急変した場合などの患者家族のフォロー体制が患者や家族の不安となっているのではないだろうか。			
876	医療提供者 (協議会委員)		福島	在宅緩和ケアをすすめるには、ご家族の理解と協力が不可欠だと思うが、家庭や地域にも色々な事情があり、すすんでいかない現状が多々あると思う。高齢、過疎、山間、医師不足などの中ですすまない地域には大きな問題だと思う。			
877	医療提供者 (協議会委員)		茨城	地方では地域のリソースが希薄。		地域リソースの薄いところは、うんと高めに設定し、在宅医、訪看を増やす。	
878	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	現況の日本において在宅ケア可能な条件を有する家庭はほんの一部と考えられる。	介護保険でのケアを推進する必要あり。	医療保険と介護保険をバリアフリーとすべき。	在宅ケアは日本の現況から困難あり。
879	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がんの在宅では、介護度が難しい。			今後、がん患者は増加するので、がんの在宅は別に設定する。

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
880	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	在宅医療中に症状が悪化した際の緊急時の往診医や緊急入院などの施設の整備が必要。往診医および緊急入院施設などの絶対数あ不足している。			夜間専門病院などの設置
881	医療提供者 (協議会委員)		茨城	在宅医療に従事する医師や看護師が足りない。		在宅医療の従事者配備に対し、診療報酬を上げる。	
882	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	在宅で診察していただける開業医さんが非常に少ないため、緩和ケアの病診連携が出来ない。			開業医さんにもっと積極的にがんにかかわっていただける制度を。
883	医療提供者 (協議会委員)		茨城	患者教育が重要。			
884	医療提供者 (協議会委員)	神田 尚子	茨城	在宅緩和ケアを行うことができる医者が少ない。			医師が在宅における緩和ケアを行える免許制度。
885	医療提供者 (協議会委員)		茨城	在宅ケアを行う医師不足。			地域ネットワークの強化。
886	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	小児の在宅緩和ケアは、患者が少ないため、効率が悪い。協力医も得られにくい。			
887	医療提供者 (協議会委員)		茨城	在宅を行なうにしても、家庭での介護力が不足している(老老介護、独居など)。			育児休暇のような「介護休暇」の制度があるといいかもしれない。
888	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	地域ではまったく社会的資源が不足している。			多くの場合がん終末期は急速に病状が悪化する。深夜や週末に介護の人手が確保できるだけで不本意な救急車搬送や入院をせずに過ごすことが出来る場合もあると思う。居住地域で24時間365日の相談手配の窓口があり緊急の介護力の確保を維持できれば在宅が続けられる方も多いのではないと思う。
889	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	在宅医療を受けている患者の多くは、薬剤の管理が十分ではないと思われる。薬剤の管理は在宅医療の中では1部分でしかないが大変重要である。亡くなった患者の家族から「麻薬が残っていた」といって病院に麻薬を持参してくることが多い。資源の無駄を感じる。緩和ケアでも無駄(特に薬剤など)があるのではないと思う。			在宅における薬剤の管理に薬剤師を使わない手はない。在宅医療に薬剤師を活用することが、高齢社会の医療の合理化及び医師、看護師不足を補う手段の1つである。
890	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	職員が足りない。	職員の生活を保障すること。	上に同じ。給料の増額が最低の対策。	一般職の禁止行為の範囲を狭めること。
891	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	末期がん患者を往診してくれる開業医や看取ってくれる開業医が少ない。		往診の加算をつけるといいと思う。	

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
892	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	・在宅緩和ケア・ターミナルケアに関わる医師・看護師不足。・在宅ターミナルの場面での看護職の裁量権が制限されている。		・診療報酬上の評価を上げること。	・在宅での看護職の裁量権の拡大(薬の調製等)。
893	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	在宅医療が難しくなっている(核家族化、地域の医療機関の介入が少なくなっている、報酬が少ないため人的にも不足が著しいなど)ため人、金、物が中が充足するような制度に変えるべきである。	多くすべきであるが財源はどこから出るのか。	関係する部署に診療報酬を厚くすべきである。	在宅医療における地域医療機関の役割を明確にすべきである。
894	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・在宅医師(往診医)不足・麻薬を扱える医師の不足・麻薬を在宅へ持ち出せない施設が存在。			
895	医療提供者 (協議会委員)		東京	在宅医療の整備は必要と思うが、終末期ケアなどは、むしろ医療施設で実施した方がメリットが大きいと思う。家族の負担増、独居高齢者の増加、家族への教育、などなど考えると、費用対効果も低いと思う。			
896	医療提供者 (協議会委員)		東京	在宅医療の推進は、患者の家族に多大な負担を荷く、家庭崩壊を招く。			
897	医療提供者 (協議会委員)		東京	充実すべき。在宅で看取れる体制を。			
898	医療提供者 (協議会委員)	中西 一浩	東京	在宅医療の展開には、地域連携が不可欠であるが、その為には行政のバックアップが必要。行政が、医師会との連携等に配慮していただく必要がある。			
899	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	かなり、絵空事のように思われる。まず、開業医の体制の組み直しから必要と思われる。開業医には、一定の比率で往診診療を義務付けつなどしない限り、在宅医療に取り組む開業医は一部にとどまると思われる。	在宅医療に関する、予算措置は把握していない。	診療報酬では、メリットをつけているかもしていないが、個人でまかなえる仕事量ではないため、参加する開業医がふえないのではないか。	地域の開業医のグループ化、ネットワーク化を進め、在宅医療を準義務化にしないと、圧倒的に受け皿が足りないのではないかと。
900	医療提供者 (協議会委員)		東京	重症患者を受け入れている在宅医が少ない。		重症度に応じた診療報酬の導入。	学会を絡めた医師の再教育システムを構築する。
901	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	30万人以上が亡くなっている現状を考えると在宅緩和そして看取りは地域医療と組んで進めるべき。利潤が上がるくらいにしないと前進しない。	当面は医師会と組んで、対策を練るような予算を組む。あまり、行政指導では続かない。	在宅医療は医療費全体から見ても進めるべき体制なので、少し高めでも診療点数を増やす。行き過ぎれば是正すればよい。	医師だけでなく、教育されて資格のある看護師でも最後を看取れる体制を作る。海外では資格のある看護師が死亡を確認して死亡診断書を出せる体制ができています。医師、看護師、家族などのチームで医療が進むべき道である。
902	医療提供者 (協議会委員)		東京	急性期病院の受け皿として在宅医療をさらに充実させる必要がある。		終末期の患者に対する在宅診療に対する報酬をあげるなどの対応が必要。	

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
903	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・組織が小さいので職員の教育研修に時間が取れないし、資源もない。・緩和ケアのスキルを持つ看護師の不足。・緩和ケア≒終末期看護には診療報酬がつかない(不足)・病院の連携窓口がバラバラで情報共有ができない(病院組織内の問題でも地域の問題となる)。・開業医の緩和医療・ケアに関する知識不足。	・地域で働く医師、看護師の教育に予算化。	・終末期の看護に関する診療報酬を増やしてほしい。往診医、指示医に点数がつくが、実際に何度も足を運ぶ訪問看護師にはなにもつかない。・退院時共同指導料の引き上げ。・ターミナル患者の退院調整や退院に向けての医療処置指導の点数化。	
904	医療提供者 (協議会委員)		東京	病院と在宅医療機関とのネットワーク構築。		クリティカルパスの診療報酬化。	
905	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	在宅医療を行う医師が少ない。病院と在宅医との連携が悪い。	連携医療に対する評価を上げる。	病診連携、相談支援などに対する点数をつける。	かかりつけ医が在宅医療に向かえる制度をつくる。
906	医療提供者 (協議会委員)		新潟	在宅医療をする開業医がほとんどいない。	予算の増額。	診療報酬で高点数をつけてほしい。	
907	医療提供者 (協議会委員)		新潟	在宅緩和ケアを志す医師は確かに増えているが、地元医師会の協力は必ずしも十分ではなく、個人的負担がかなり大きい。在宅療養支援診療所の申請と、実際の在宅医療への熱意が必ずしも一致していない。			
908	医療提供者 (協議会委員)		新潟	緩和ケアのところで少し触れた。			
909	医療提供者 (協議会委員)	富所 隆	新潟	在宅でのケアの成否を握るのは、訪問看護の善し悪しです。必要時に訪問看護が何回でも入れるようにしていただきたい。同時に看護に対する報酬の見直しと、患者負担の軽減を図っていただきたい。			
910	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	対応できる病院・開業医は増えていると思うが、地域格差が大きい。訪問看護ステーションも同様である。緊急時に受け入れる急性期病院との連携がネットワークになっていない。			地域の開業医と急性期病院、緩和ケア病棟、介護施設などのネットワークは必要である。個々のつながりではなく、地域としての取り組みができる。
911	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	現在地域連携パスを作成中であり、少しずつ改善に向かうと思われるが、在宅をみて貰う開業医が少ないのが現状。			
912	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	在宅に一生懸命取り組む先生方を応援する施策を。		もっと在宅緩和ケアに十分な報酬を。	
913	医療提供者 (協議会委員)		石川	地方の病院にはまだ、緩和ケアチームなどの提供体制が不十分などが多い。病院と在宅支援施設が交流する場が少ない。	大学病院の緩和ケアチームが地域病院に向けて勉強会等を行った場合には、一定の予算づけがされるようにする。	「退院前カンファランス」診療加算がつくことを周知徹底する。	病院や在宅支援施設とのインターネット回線で情報が共有できるようなシステム普及。

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
914	医療提供者 (協議会委員)		石川	医療費が安い、在宅にいかない。	医療費(入院費)を高くする。逆に、ホスピス(緩和ケア病院)を増やしたり、(がん末期に対する)介護保険のさらなる充実。各種在宅サービスの充実。在宅医の手厚い保障。	在宅加算。病院の退院調整加算。	在宅のよさをもっともっとアピールする。
915	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	地域医療に取り組む開業医との連携しかない。		手厚くすべき。	病診連携をもっと制度的にバックアップすべき。
916	医療提供者 (協議会委員)		石川	ケアマネージャーの数と質がともに不十分。	ケア担当会社の税制上の優遇、ただし管理をしっかりさせる。	ケアマネージャーの報酬を上げる。	公共事業著減のため壊滅的打撃を受けている土建関連会社員を動員、教育する。東南アジアなどからの受け入れを増やす。
917	医療提供者 (協議会委員)		福井	がん患者の本音は在宅で最後を迎えたいと考えているのに、家族環境や在宅緩和ケアが可能になる環境が不十分である。	医療や福祉に関する予算を拡充する。	在宅緩和ケアがより長い期間可能となるように、かかりつけ医や看護師・MSWの在宅往診などの点数を上げる。	
918	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	在宅支援施設は有名無実。開業医師の能力に差がある。地域に紹介しようにも任せられる開業医がきわめて少ない。		在宅支援施設には緩和ケア研修と栄養管理研修(TNTなど)を必須条件にして報酬を大きく加算する。	開業医でグループで支援センターを設営できる、導く、制度をつくる。在宅診療の一部を薬剤師(TPNやオピオイド処方、栄養管理など)、歯科医師(栄養管理、嚥下訓練など)に任せられるようにする。
919	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	「緩和ケア」と同様に、在宅医療が総合病院と開業医との連携で行われるといいと思うが、この件も時間が取られてないため話す時間はない。時間が必要。	もう少し現状の状況を説明してもらい、そこから何ができるのか何をしないといけないのかを、患者中心となって話す時間を取ってほしい。	もう少し現状の状況を説明してもらい、そこから何ができるのか何をしないといけないのかを、患者中心となって話す時間を取ってほしい。	もう少し現状の状況を説明してもらい、そこから何ができるのか何をしないといけないのかを、患者中心となって話す時間を取ってほしい。
920	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	薬剤師の訪問服薬指導・居宅両様管理指導の周知を図っていますが 現実的にはなかなかです薬剤師が患者の居宅を訪問・指導できることさえ ご存知無い方が多いです			
921	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	口腔内の状態把握が現状では不十分である。	緩和ケアチームに歯科医師・歯科衛生士が参加できるように予算措置を講じること。	歯科診療報酬の中で評価できるようにすること。	医科・歯科連携の推進。
922	医療提供者 (協議会委員)		静岡	自宅での家族による看取りが、正常または通例であるという具合に国民の意識をもっていく。そうでなければ、病院で亡くなるのが当たり前という現状がかわらない。			
923	医療提供者 (協議会委員)		静岡	在宅だと、どうしても家族の負担が大きくなってしま(イメージがある)事。			
924	医療提供者 (協議会委員)		静岡	1.病診・診診のネットワーク作り。2.外来からの在宅支援加算。3.診療所が在宅緩和ケアに取り組む際のハードル(麻薬・診材の在庫、シリンジポンプの償却費)。			

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
925	医療提供者 (協議会委員)		静岡	緩和ケアとも重なる問題だが、地域を支える緩和ケアや在宅医療は、地域の診療所の先生方がチームを組むことにより初めて支えてゆけると考える。そのチームを誰が中心となって作ってゆくのが、診療所の先生方が納得するのか？行政化、医師会か、地域中核病院か、そこが問題かと思う。			
926	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん終末期状態での管理は、病院入院中であっても容易ではなく、緩和ケアチームの存在が重要な役割を果たす。まして緩和ケア専門医師を除く一般の診療所医師では、在宅緩和ケアに難渋することが想定され、病院との緊密な連携が不可欠である。また訪問看護やヘルパーのがん専門性を認定し、質の高い在宅緩和ケアをめざすことが必要である。			
927	医療提供者 (協議会委員)		静岡	緩和ケアを行ってくださる(往診含む)開業医が少ない。退院後、麻薬の管理を含めて対応してくださる開業医が少ない。緩和ケアにとどまる話ではないが、病院と地域の連携がまだまだ不十分であるように思う。薬局の事はここでは関係ないが、麻薬の処方を取り扱っていない調剤薬局も多い？		在宅緩和ケアに対する診療報酬があがれば、ターミナル期の患者様のフォローを受けてくださる開業医が増えるのではないかと思う。	
928	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	在宅緩和ケアはすすめるべきだが、家族は不安があり実際には家族には相当の負担がかかる。家族の安楽のためには、必要ときは連携病院へすぐに転院できる体制を作る必要あり。	在宅医療の家族一部援助を。	在宅患者が急変等々で家族が急な入院を要求した時は、受入れ病院へ制度上の優遇措置を設けるべき。	
929	医療提供者 (協議会委員)		愛知	在宅でがん治療を受けようとする患者および家族の意識が低く病院に入院しよう、もしくはさせようとする傾向が強い。		がん治療を行う病院等医療機関に診療報酬を設定する。	がん等入院治療費をもっと高くする。安易な入院をできないようにする(必要と認められれば患者負担を軽減し、必要性が認められなければ、補助しない。その決定を行う審査機関を設置する)。
930	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	往診・訪問可能な緩和ケアチームが少ない。		往診・訪問可能な緩和ケアに対する診療報酬をさらに加算を増やす必要がある。	
931	医療提供者 (協議会委員)		愛知	緊急時や時間外に十分対応できる施設が少ない。			
932	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知			特に在宅医の先生への報酬増が必要と思います。	法律面の整備を急いでほしい。医療訴訟から守ってほしい。
933	医療提供者 (協議会委員)	加藤 岳人	愛知	在宅医療についても都会では必要性が高いと思いますが、地方では無理して在宅にもっていく必要のないケースが多々あると思います。			
934	医療提供者 (協議会委員)		愛知	住環境の整備が伴わなければ推進が難しいと思う。	バリアフリーや看護ステーションとのアクセス、緊急連絡装置の設置など、がん患者の居住に適した賃貸住宅建築に助成金を出し、進行がんの患者がその施設を利用するときには補助をつける。		

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
935	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・不十分な病診連携・精神症状への対応が困難・往診制度の非効率性。	病診連携システム構築への研究費の拠出。	家族からの相談をコスト化。	公的病院からの往診を可能とする制度中核病院のごく近隣に往診を一括化できるような患者が中期的に居住可能な施設を承認する。
936	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	地域連携とうまく連動していない。			社会一般(国民)、開業医への啓蒙が必要。
937	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	在宅で緩和ケアを行うときには家族の協力が必要。ときには家族の仕事に影響が出てくるため、在宅加療に踏み切れないケースがある。在宅加療時において急変した場合、対応できる体制があることが医療側に求められるが、診療所の医師が一人に対応するには無理がある。	在宅訪問診察・訪問看護を行うにあたっては必ず車両が必要。車両購入や更新に対して補助金があるとよい。	訪問診療に対する診療報酬は低額に抑えられており、増額を望む。病院のスタッフが診療所の医師やホームヘルパー、メディカルソーシャルワーカー等と連携をとっているときには診療報酬加算を設ける必要があると考える。ただし、共同でカンファレンスを開催しているとき、などという要件で制約すべきではないと考える。	患者ではなく、家族に対して…在宅医療を行っている患者と同居している勤労者に対して減税処置が望まれる。
938	医療提供者 (協議会委員)		三重	関連職種の教育、研修制度。			
939	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	がん拠点病院と在宅ケア医との医療連携が遅れている。	地域連携ネットワーク構築のための予算措置を行う(IT化のための補助金をつける)。	がん医療の地域連携についてはがん種にかかわらず連携加算をつける。	
940	医療提供者 (協議会委員)		三重	・地域連携パス達成には情報ネットワークが必要と考えるが、資金的に困難である。		・訪問看護、夜間(24時間)看護等に対し、高い報酬を出すべき。	
941	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	在宅医療専門のステーションを作って、それと一般病院とのタイアップを図る方向性を模索する必要がある。他の疾患の医療と緩和ケアを同時に行える病院は正直少ないし、現実的ではない。	ステーションの設立に予算を使うべき。		緩和ケアステーションと一般病院との連携システムの構築。
942	医療提供者 (協議会委員)		京都	診療報酬の制限のため、十分な加療が受けられていない方もおられるようだ。		見直しが必要と思われる。	
943	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	がん診療を行える開業医が不足。特にガン末期を重症と捉え診られないように考えている。在宅看取りを推進しても最終病院へ希望されたり、急変時救急対応される場合にその受け入れ体制がない。開業医や家族に対するレスパイト制度がない病院と開業医の連携をさらに進める必要あり。		ガン末期開業医からの入院依頼に対する報酬制度レスパイト入院に対する報酬制度通院緩和外来に報酬をつける。	開業医のがん診療の義務化と、がん診療報酬のUP。DNAR時の救急診療体制の確立。
944	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	往診が出来て全身を管理できる在宅医の育成が急務であるとする。高齢者の増加とともに在宅で考える人が顕著に増加している。急性期病院から在宅への移行をスムーズに行うためにも、前記の課題を解決する必要がある。			

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
945	医療提供者 (協議会委員)		大阪	在宅緩和ケアの充実のためには、患者急変時にスムーズに入院加療ができる、救急医療体制の整備が必要になってくる。したがって、救急医療を充実すべく、診療報酬や予算面での配慮を希望する。少なくとも、今のDPC制度では、救急医療は赤字を免れない。			
946	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	在宅支援の在宅医の資格を安易に与えず、現実では24h対応の緩和医療の可能な在宅医が極少数に限られている。			緩和医療についてのある程度の知識・技術の習得を制度で定める必要あり。
947	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	在宅医療に取り組む医師、看護師の不足。在宅医療患者の緊急時のためのバックアップ病床がない。在宅医療を行う医師が相談出来るシステムがない。訪問看護ステーションの不足、人員の不足。在宅医療に関する国民への啓発事業が少ない。	緊急時のバックアップ病床を確保するための予算。国民への啓発事業のための予算。	在宅療養支援診療所と一般診療所で往診や在宅医療に取り組んでいるところの、診療報酬上の格差をなくすべき。	在宅療養支援診療所の指定要件を緩和。看護師の再就職支援、特に訪問看護師の養成地域全体で在宅医療の推進に取り組めるように行政がイニシアチブをとる。在宅医療に関する国民への啓発事業を行う。
948	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	実際問題としてやってみないと分からないのが現状。どれくらいの患者がいて、どれくらいの実施医療機関が手を挙げるのかも不明で、実態はつかめていない。			
949	医療提供者 (協議会委員)	森 一成	和歌山	在宅看取りを予定していても、いよいよ最期になって救急入院搬送を希望されるケースがある。			地域医療支援病院等において、開放病床を提供し在宅終末期がん患者救急搬入の受け入れ体制も整備してゆく。
950	医療提供者 (協議会委員)		和歌山			24時間対応で看取りができる診療所には高い診療報酬を付けるべきである。	
951	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	在宅で最後を迎えたいと希望していても、病状悪化で入院を希望するケースが多い。			家族のケア、家族の理解を深めるなどのシステムが必要ではないか。
952	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	地域での連携が十分ではない。			
953	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	開業医の教育不足。訪問看護師も同様。			
954	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	在宅療養支援診療所間の連携が進まない。		中核施設の医師や看護師による診療支援に対する報酬を新設。	
955	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	診療所のDr.で緩和ケアができるところが限られてくるし、在宅医療者側のマンパワー不足により家族の不安が払拭できず最後まで病院という事が多い。			
956	医療提供者 (協議会委員)	川嶋 寛昭	和歌山			アップ。	
957	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	地域の開業医の在宅緩和ケアの医療レベルが低い。そのモチベーションも低い。手がかかるからいやがる。			
958	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山			診療報酬の確立化。他の訪問診療と区別をつけていただきたい。	

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
959	医療提供者 (協議会委員)		和歌山			前記同様、緩和ケア研修修了者へのメリットを明確につけてほしい。	
960	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	田舎なので独居老人が山奥に住むパターンが多く、なかなか在宅にはもっていけない。DPCでは病院持ち出し。このような場合田舎の病院はどうしたらいいのか？		山奥には診療所もあまりない。病院から出張で往診に行くなどすればもう少し在宅で過ごせる患者さんもいる。そういう制度(手当つき)があれば、もう少し往診に行っていたらいいかも。診療圏が広く人口がまばらな田舎ではなかなか対応に苦慮する。一軒回るためにかかる時間が・・・過疎地には過疎地のやり方を考えてほしい。全国一律は無理である。	田舎なので独居老人が山奥に住むパターンが多く、なかなか在宅にはもっていけない。DPCでは病院持ち出し。医療ニーズの高い高齢者用の集合住宅のようなものを村単位に置いてもらえれば、在宅医療・往診も楽に進むと思う。
961	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	在宅ケアを担当する家族への何らかの経済的支援制度の充実。			
962	医療提供者 (協議会委員)		鳥取	1. 在宅医療をすすめるには、24時間体制の訪問看護ステーションと往診医が少ない。 2. 若年がん患者に対する、介護認定が40歳未満には適応されない。在宅で看取りを望んでいる患者には、介護用品や人的資源が必要になり、介護認定制度の適応が必要である。がん患者に年齢制限を設ける必要があるのか？		緩和ケアを行う往診医、訪問看護ステーションに対して診療報酬の改定を行う。	がん患者に年齢制限を設けない。
963	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	入院での1人の患者への、医療スタッフに関わる実際の時間は極めて短い(個室患者への医師の訪室時間は10分以内、看護師の訪室時間は30分程度)。この程度の役割は訪問看護、近所のおばちゃん、家族、往診医で十分可能(患者を在宅で看れる地域造りが重要)。			
964	医療提供者 (協議会委員)		岡山	プライマリケアに携わる専門職が少なすぎる。プライマリケアに携わる人達へのがん医療の教育が不十分で、治療をしながら在宅療養を続けることへの困難がある。病診連携ができていないし、患者も望んでいない場合が多い。ぎりぎりまで治療を継続するため、緊急受け入れ先の確保が困難である。			
965	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	診療報酬点数を増やすと、それは利用者の負担にもつながる。利用者の負担が増えずに、ケアをする側の収入が確保される妙案を出したい。たとえば、点数のみでなく、保険で上乗せの支払いを可能にできないか。		施設で看取った時には、点数をつける。	介護施設などで看護師しかできないことを減らして、ヘルパーでも一定の研修を修了した者には施行可とするようにする。日中は看護師がいるが、夜間は看護師がいないこともあるので、もっと在宅が広がるように法も整備していただきたい。
966	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	わからない。			

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
967	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。		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。
968	医療提供者 (協議会委員)		広島	病院⇄在宅とケアの主体が移行する時の情報交換が不十分なことが多い。お互いが他方のシステムや制度についてよく理解していないことが原因と思われる。			病院、在宅療養の両面を熟知して、具体的なプランを提案できるスタッフを持つ相談センターがあるとよい。現存の病院の相談支援センターは往々にして退院させるための段取りに焦点があたっているように感じる。
969	医療提供者 (協議会委員)		広島	在宅医への報恩概念が乏しい。	緩和ケアチームが在宅医療も関わる。拠点病院の指定要件に緩和ケアの充実があっても診療上の見返りがなければ、兼任の医師・看護師でまかなうこととなり、専心できない。	複数在宅医が関わる時の診療報酬はどうなるのか曖昧である。ボランティア的では続かない。	介護の力が不可欠。システムと人材確保の維持のため、制度と報酬アップが必要。
970	医療提供者 (協議会委員)		広島	24時間体制での対応が不足(特に深夜)の訪問看護は不測の事故に備えて2人での訪問が必要であるが現実的には厳しい。		深夜の在宅訪問看護に対する診療報酬への反映。在宅患者の緩和ケアの推進のために、看護の評価。	
971	医療提供者 (協議会委員)		広島	開業医が熱心な地区は充実しており、そうでない地区は貧弱である。地域間格差が最も大きく出ていると思う。		開業医の往診、訪問看護の診療報酬を上げてほしい。	24時間対応の後方支援病院に対して、もっと評価をしてほしい。
972	医療提供者 (協議会委員)		広島	在宅診療を担う人材とがん拠点病院の人材交流が乏しく、たがいに必要な情報交換などが行えていない。一方で拠点病院の医師の負担は増えており、在宅診療のための準備や知識の獲得がすすみにくい。			拠点病院の医師が在宅往診医と合同でカンファレンスや研修会を開いた場合に病院の収入としてではなく、その医師個人に見返りがある(例えば1回あたり決まった額の住民税を減らすとか)ような仕組みをつくらなければならないのではないか。
973	医療提供者 (協議会委員)		広島	連携がまだ充分でない(拠点病院と在宅ケア間の)。			
974	医療提供者 (協議会委員)		広島	・拠点病院を中心として、早い時期からがん患者をサポートする「かかりつけ医」、「訪問看護ステーション」、「薬局」で構成するサポート体制が必要。・緊急時のバッグベッドの確保が困難・緩和ケアの知識、技術を持たない在宅医が多い。	医師に対する実践的研修のための予算措置が必要。	緊急時にバックベッドとして受け入れた病院への加算が必要。	・在宅緩和ケア実施施設である「かかりつけ医」、「訪問看護ステーション」、「薬局」の人材、「福祉・介護関係者」を育成するシステムが必要であり、そのためには在宅緩和ケアを行う「かかりつけ医」を自治体ごとに明確にする必要がある。
975	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	在宅の緩和医療に関しては、医師会の協力や国民の理解が必要。			

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
976	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	現在、在宅緩和への移行を試行錯誤している。地域の登録医師との連携を図っている。	地域連携パスを改良していくこと。	受け入れる開業医への報酬は加算すべき。	現在、検討充実中。
977	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口			往診料を上げて欲しい。	
978	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	地域の医師不足、医師の高齢化のため在宅医療を実施できる医師が少なく、緩和ケアに対する知識が少ない。		外来緩和ケア加算を考慮すべき。	在宅緩和ケアネットワークの構築を進めるべき。特に緩和ケアはへき地の地域医療再生計画の中で、論ずるべき重要事項と考える。
979	医療提供者 (協議会委員)		山口			現在の診療報酬体制の中では、医療資源も、スタッフも、スペースも患者さんにとって十分なケアができるとは考えられない。大幅な診療報酬配分が必要(前記と同様)。	
980	医療提供者 (協議会委員)	宇都宮 徹	徳島	在宅緩和ケアが進まないことを問題点としてあげる人が多いと思いますが、その前になぜ在宅緩和ケアを進めるのかを明確にしてほしい。			介護領域の人手不足と同様で、大変な仕事の割に社会的理解が得られない(社会的評価が低い?)のが最大の問題点ではないか。マスコミを使って初期治療と同様重要な医療であることを啓蒙すべき。現代社会では、大変な割に評価されない仕事からは人がいなくなる。
981	医療提供者 (協議会委員)		徳島	がん対策のみでなく、高齢化に伴う老人の介護など、逼迫した全国的な問題。家族が要介護になったときに必要な知識をすべての国民に教育する必要がある。年齢的に少し早いかもしれないが義務教育(すなわち中学生の段階で)のなかに組み入れるくらい重要なことだと考えている。	現状の調査、望ましいシステムの構築、国民への啓発・教育を系統的に行う必要あり。		
982	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	在宅医療を行っている医師があまりにも少ない。			
983	医療提供者 (協議会委員)		香川	地域の医師会との連携がうまくいかない。意欲的な医師はいるのだがなかなかふみだせない。		加算を拡大する。	各医師会に在宅ケアの専任委員を配置。
984	医療提供者 (協議会委員)		香川	核家族になった現状では十分にできない。	グループ診療等に補助を十分に付ける。	診療報酬では無理、補助事業の拡充。	あまり制限をつけない事。
985	医療提供者 (協議会委員)		香川	在宅医療を推進するスタッフが数年の間でも随分増えてきた印象はあるが、実質患者・家族にそれが浸透していないような気もする。また、在宅死や自宅で看取りたいという希望があっても結構経済的な負担も大きいのが現実である。在宅医療や各種サービスの単価を下げることは困難だと思うが、もう少しなんとかならないか、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
986	医療提供者 (協議会委員)		香川	自宅よりも病院で最期を迎えることを望む家族が多いようだ。在宅緩和ケアに従事する医師が少ないことが原因の一つになっていると考えられる。また、介護する家族の負担も大きいと考えられる。		在宅緩和ケアを行う医師の診療報酬を上げて、従事する人数を増やせないかと思う。	在宅介護をする人への地域からの支援を考えてもよいと思う。
987	医療提供者 (協議会委員)	寛 善行	香川			在宅診療に対する診療報酬の改善は、在宅ケアをする医師を増加させ、病診連携の促進につながるだろう。	
988	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	かかりつけ医が中心となった在宅医療の推進が必要。かかりつけ医がいない。がん治療、緩和療法についてかかりつけ医に対する、教育・研修の場が必要。			
989	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	当地域では開業医の先生方の高齢化が進み、在宅で24時間ケアをして下さる先生方がほとんどおられない。なんとか在宅でと思うのだが受け手となる先生方が少なすぎる。当院のDrに頼むのは無理である。その辺はなんとかならないのだろうか。		24時間対応している診療所には何か報われるような点数はないのだろうか。	
990	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	在宅緩和ケアを担う医療者が不足している。医師、訪問看護師が疲弊している。在宅医療への理解が深まっていない(患者・家族、病院の医療者)。在宅医療で使える薬剤、機器に制限が大きい。在宅医療の体制も十分に整っていない。地方では在宅医がいない。	大幅な人員の投入が必要であるが、それだけの予算が確保されていない。	診療報酬算定の条件が複雑で厳しすぎる。	
991	医療提供者 (協議会委員)		高知	在宅医療(在宅緩和ケア)は、家族のマンパワーの有無で決まるといっても過言ではない。良かれと思って在宅を勧めるも、家族にとっては次第に重荷になることあり。			家族の思いによく耳を傾けること、家族を追い込むことがないように地域の入院可能な医療機関との緊密な連携が必要。
992	医療提供者 (協議会委員)		高知	患者の家族に対するケアも必要。			
993	医療提供者 (協議会委員)	安岡 しずか	高知	在宅でのサービスには医療サービスのみならず、介護や福祉サービスも制度の枠を超えて利用できなければ在宅での看取りまでサポートが困難である。現行の制度では40歳以上で末期がんでなければ介護保険でのサービスは利用できず、39歳以下の方への訪問介護や福祉用具貸与(電動ベッド・エアマット・車椅子)他のサービスが保険給付で利用できないため実費負担が大きい。	療養通所介護の多機能化による医療保険適応モデル事業(看取りへの支援)。	療養通所介護が診療報酬としても認められる(若年の末期がんの方も利用できる)に)デイサービス・デイケアなどへ在宅療養支援診療所の訪問診療・往診ができるようになる。	末期がんの方を最期まで自宅で支えられる公的サービスとして、訪問介護(介護給付以外の支援)福祉用具貸与を認め、デイホスピス設置や泊りを加えた多機能のサービス形態とする。介護保険での訪問介護の利用の規制緩和(末期がんにおいては見守りを含めた長時間の対応が可能な自由度を設けてもらいたい)。
994	医療提供者 (協議会委員)		福岡	在宅緩和ケアについての認識も一般国民の中でも少ない。在宅緩和ケアに取り組んでいる開業医も少ないし、力量に差が認められる。			各自治体(市、町、村レベル)で緩和ケアネットワークを作る。病院から在宅に移行する場合にどの開業医が適しているかがすぐ分かるようにする。また、緩和ケア病棟や緩和ケアチームとの連携もネットワークの中に入れ、開業医への緩和ケアのアドバイスが適切に受けられるようなネットワークとする。

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
995	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	在宅医療にかかわる人材、設備不足とがん診療連携病院と開業医、中小病院との連携が必要。また、何よりも家族が疲弊しないように受け入れのための家の改築やサポート体制作りが必要。	分野②③と同じ。医師会との協力関係構築のための定期的な会議、勉強会、講習会の開催費用。24時間体制の訪問看護ステーションに対する補助。家の改築のための費用補助。	訪問診療加算の増額。	福祉部門と連携して、医療面の充実の他に、がんはどの年齢でも発症するので、高齢者だけでなく20-40代の働き盛りのがん患者の生活面のサポート体制。患者の搬送に対するサービス。
996	医療提供者 (協議会委員)		福岡	デイホスピス等の制度が不十分。			
997	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。			
998	医療提供者 (協議会委員)		福岡	24時間訪問看護提供できるステーションの増加が望ましい。			
999	医療提供者 (協議会委員)		福岡	一人暮らしなど在宅緩和ケアは難しい。			老人ホームなどでの在宅緩和ケアを充実させる。
1000	医療提供者 (協議会委員)		佐賀			訪問看護における診療報酬を上げてもらいたい。	
1001	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	病診連携の強化が必要。		連携に対する加算。	
1002	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	がん治療・緩和医療に関しての在宅医療をする診療者が非常に少ない。	診療所医師に対するがん治療・緩和医療のセミナー等教育予算の充実を。		診療所医師に対するがん治療・緩和医療のセミナー等教育に強制力あるいはインセンティブを持たせてほしい。
1003	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	・ごく一部の開業医しか在宅医療に携わっていない。 ・在宅医療に携わっている開業医を支援する体制が整っていない。 ・1951年の在宅死の割合は、約80%であった。当時は一体だれが看取っていたのか？だれが医療を担っていたのか？在宅医療の原点を考えてみる必要がある。	・予算面でも地方分権が必要である。中央で考えたことが必ずしも地方の実情に合うとは限らない。むしろ合わないほうが多い。	・人的支援が必要であるので、そのための診療報酬上の対応が必要である。	・支援体制を制度面から整備する必要がある。
1004	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	在宅医療を行う地域においては、すでに「在宅緩和ケア」も行っているが、勉強会、研修会、研究費が殆どない現状。	広く県民市民に対する前記研究費の創設が必要とを感じる。	制がん剤、オピオイド処方、調剤与薬(服薬指導等)の報酬アップを。	国民、地域市民の「がん」に対する意識改革の為のサークル的事業が必要と感じる。
1005	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	患者さんの意識が低い為に移行できないことがある。高齢世帯が多く、同居者もともに倒れたりしており政策支援が望まれる。			
1006	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	医師会レベルでよくやっていると思う。			

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
1007	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅医療関係者に対する教育。	介護職、ケアマネージャー、福祉関係者に対する教育研修。		
1008	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅緩和ケアに特化した看護のできる看護師の認定。	認定看護師の養成。	在宅緩和ケアの看護職の報酬加算。	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病棟の確保。
1009	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	在宅医療機関の不足。	地域医療機関への支援。		
1010	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅医療における、歯科(口腔ケア)との連携ができる組織作り。			
1011	医療提供者 (協議会委員)		大分	高齢過疎地の在宅医療にどう取り組むか。介護・看護力の劣る地域における在宅医療をどうするか。			
1012	医療提供者 (協議会委員)		大分	拠点病院以外で緩和ケアを実施している医院・診療所が、地域によっては少ない。			
1013	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島			・24時間緊急受入れ体制を維持するための加算がまだまだ不足している。	
1014	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	在宅緩和ケア医不足。在宅医が、オピオイドに熟練するための施策不足。			
1015	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	既に開業している先生方は、温度差がはっきりしすぎ。			各地域の医師会には、もっと協力してほしい。
1016	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	在宅医療を含めた地域連携一行政の積極的関与が必要。			
1017	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	在宅患者を診てくれる医療機関、開業医の絶対数が足りない。			
1018	医療提供者 (協議会委員)			地域連携の充実。			連携拠点病院と在宅医療制度の確立。
1019	医療提供者 (協議会委員)			病診連携の推進、強化、ネットワーク体制の構築。			
1020	医療提供者 (協議会委員)			24時間対応できる往診医、訪問看護ステーションの数が足りない。がんの疼痛コントロールのできる支援診療所が少なすぎる。往診医に地域格差がある。どこでも在宅医療を受けられるシステムが整っていない。	訪問看護ステーションの人材育成、待遇改善を行う(往診医と訪問看護師を増やさないのがん患者の在宅は難しい)。		
1021	医療提供者 (協議会委員)					大幅なアップを。	

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
1022	医療提供者 (協議会委員)			現実ほとんどやってくれるところはありません。まだまだこれから、ということ。患者も医療スタッフも理解できていない。周知すべき。		今でも十分だとは思う。	
1023	医療提供者 (協議会委員)			人口が少ない都市、町での在宅緩和ケアの実践が厳しい状況。とくに広大な都道府県の場合は、移動時間および移動距離が多く、人口の多い都市で、集約的に訪問が出来る状況との差がありすぎる。	在宅緩和ケアの病診連携について、予算を盛り込む。	在宅緩和ケアの診療報酬の引き上げ。距離などを勘案した診療報酬。	
1024	医療提供者 (協議会委員)					在宅緩和ケアを行っている開業医の診療報酬を手厚くする。	
1025	医療提供者 (協議会委員)			早急にもう少し制度の充実が必要と思う。	複数の人が判定するようになれば、十分な補助を出せないようにする。	複数の人が認定した在宅に対しては、もう少しお金をかけるべきである(1人は開業医でも1人は公的病院の医師でべき)。	
1026	医療提供者 (協議会委員)			興味関心のある医療スタッフで行われており、まだ広がっていないと思う。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	連携がキーワードとなると思われます。患者さんは、最初に診てくれた医師の継続診療を望む傾向がありますので在宅になるとスタッフが変わり不安を覚える。いかにうまく在宅医療スタッフに移行するかが大事と思われる。
1027	医療提供者 (協議会委員)			患者、家族に現実的な方策であるとの意識を持ってもらう事が重要。	増やしてほしい。	上げてほしい。	やはり金銭的なサポートと人材育成につきると思う。
1028	医療提供者 (協議会委員)			昭和54年を境に病院での看取りが在宅での看取りを上回るようになった。現在はほとんどの患者さんが病院で看取ようになっており、社会全体に核家族化・独居高齢化した現状では、制度改革のみで在宅医療の推進を図ってもいろんな問題点を解決することは困難と考える。一般人の終末期に対する意識変化がなければ、医療現場だけで在宅医療や在宅での看取りを推進することは極めて困難であろう。また病院と患者の間でのやり取りだけでは発展性がなく保健所などが在宅患者の情報を集積・管理しこれに関係部所管でまとめ、各地域のデータとして持ち有効に活用していく必要がある。		在宅に向けたカンファランスを開いたり、退院前に自宅を訪問したり、外出時にナースが付き添ったりしても、診療報酬に反映されていない。膨大な時間や手間をかけているため点数として評価すべきである。すべて医療者側の犠牲の上になり立っているといっても過言ではない。	24h往診・看護可能なところは徐々に増えてきているがまだまだ少ない。少しでも早く日本全国どの地域でも医師・看護師の数が確保できるようにすべき。また民間保険でも入院に対する保障ばかりで在宅や通院に対する保障はほとんどない。これでは誰も家に帰ろうとは思えないのではないだろうか？
1029	医療提供者 (協議会委員)			実質的な在宅支援診療所の不足。訪問看護ステーションの不足。在宅支援診療所での緩和ケアの限界。訪問看護ステーションでの緩和ケアの限界。		在宅支援に対する点数アップ。	行政や医師会の積極的な関与で地域のネットワークづくりを推進する。
1030	医療提供者 (協議会委員)			病診連携の強化(病院のネットワーク部の強化)。		在宅緩和ケア加算。	
1031	医療提供者 (協議会委員)			地域診療所等との協力体制がまだ不十分であると考えられる。			
1032	医療提供者 (協議会委員)			在宅医療に関心が少ない診療所が多い(麻薬免許を持っている医師も少ない)。在宅療養支援診療所が少ない診療所間でチームを組んでいない。		在宅医療は診療所の義務と考え、行わない診療所は診療報酬を下げる。	

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
1033	医療提供者 (協議会委員)			地域への緩和治療の普及は年数回の講習会だけでは不可能と思われる。人的介入が必要と思われる。			
1034	医療提供者 (協議会委員)			現状ではほとんど実施できていない。在宅で最後を終えたいと考えるが現実には病院に戻ることでなっている。在宅医療を行なう医師や看護師の教育が必要ではないかと思う。			
1035	医療提供者 (協議会委員)			院内スタッフに知識、経験が少ない。		在宅調整をするスタッフ(看護師、MSWなど)の調整対応への診療報酬の加算。→院内での普及につながりやすい。	医師、看護師、MSW、臨床心理士などをチームとした研修会、地域の医療機関の顔合わせの機会作りの場の整備。
1036	医療提供者 (協議会委員)			・在宅緩和ケアにできるだけ多くのかかりつけ医の参加ができるよう行政・医師会は積極的に努力する必要がある。現在、研修会に参加するかかりつけ医は極めて少ない。・麻薬施用者申請に高額な費用(収入証紙)がいるが、これが在宅緩和ケアの協力的かかりつけ医を制限している可能性がある。申請費用をなくすべきである。		在宅緩和ケア協力的かかりつけ医の増加を計るため、診療報酬を充分にすること。一方、医療費増加により、レセプト点数が高くなり、保険の個人別指導の対象にされる。保険審査の見直しをしない限り、協力的診療所の増加は期待できない。	
1037	医療提供者 (協議会委員)			がん治療病院から在宅医への紹介の時期が遅すぎる。治療中の段階から早めに併診による緩和ケアが行われるようにすべきであろう。在宅緩和ケアを行う診療所の数が少なすぎて、特定の診療所への負担が増している。死亡診断書作成の際に、死亡24時間以内の医師の診察が必須であるが、これがかなり負担になっている。	がん治療病院医師が在宅医療を体験することに対する予算処置を講ずる。	在宅支援診療所でなくとも、かかりつけ医が在宅での緩和ケアや看取りを行うことへの評価を高める。	これから内科や外科で開業する医師は、かかりつけ医として予防医学から緩和ケア、看取りまで行うことを義務化する。
1038	医療提供者 (協議会委員)			医療資源がない(訪問診療を担当する医師)。	在宅医に対する緩和ケア加算。	僻地における診療報酬を上げる。	医学部定員の増員 僻地診療の一定期間の義務化。
1039	医療提供者 (協議会委員)					在宅医療の相談の点数のアップ。往診をしてくれる医師を増やす方策を。	
1040	医療提供者 (協議会委員)			特にがん患者は、介護保険の申請から認定までの1ヶ月間が待てない。患者が申請をした段階から、ケアマネージャーを決定し、退院調整にとりかかりたい。			介護保険の認定結果が出てからケアマネージャーを依頼してほしいと言われるが、現実には難しいので、申請と同時に担当者が決められる制度にしてほしい。

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
1041	医療提供者 (協議会委員)			①介護保険の運用が自治体によって格差がありすぎ、医療と介護の連携と謳われながら自治体によっては、退院日が決まらなると介護申請そのものを受け付けない、という実態がある。転院するか少しでも在宅に帰ってみるのか、患者も家族もすぐには決められず揺らぎの時間があるが、転院予定では介護申請を受け付けてもらえず自宅退院を決定しないと申請が出来ないため、帰りたい時に介護保険を使いにくいという実態がある。また介護認定がおけるまで1ヶ月かかるため、市は暫定で使えばよいというが、患者や家族は不安で使えないため自宅に帰るチャンスを失うことがある。国、県、がん拠点連携拠点病院が、がん対策に取り組んでも、患者にもっと身近な市町が在宅緩和ケアの重要性を理解しておらず、在宅緩和ケアが広がっていない。②在宅療養に必要な医療材料や医療機器を、現状では診療所が個別に用意したり、患者が自己負担で購入する必要があり、双方にとって経済的負担が大きい。1診療所が1患者のために、めったに使わない薬剤や医療材料をまとまった単位で注文することとなり、引き受けに躊躇されることもあるし、1診療所の犠牲に基づいて在宅医療が成り立っていたりする。そのため診療所が実施できる処置の内容が広がっていきにくい。			①がん患者の場合は(本来はがん患者に限らないが)、退院日や退院先が決まっていなくても希望があれば申請を受け付ける事を明文化。急を要する場合は、認定作業を早める努力義務も付加する。また、がん患者の場合は介護度に関わらずベッドや吸引器を介護保険でのレンタルを可能にする。(可能にしている自治体もある。)②自治体が地元の医師会と共同し、医療材料や医療機器の共同購入やレンタルの仕組みをつくってほしい。
1042	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア、在宅緩和ケアに一番必要である麻薬を管理、取り扱いができる医師、薬剤師(麻薬取り締まり法を遵守)を中心にチーム医療を行えるようにする。			
1043	医療提供者 (協議会委員)						開業医も積極的に在宅医療ができるような制度が必要と思われる。
1044	医療提供者 (協議会委員)			山間地域の家族力の低下。			
1045	医療提供者 (協議会委員)			高齢者で、1人あるいは夫婦2人では、身体が動けなくなったりすると、在宅はなかなか困難。核家族が進んだ日本で、無理に在宅医療を進めるのは不幸につながる。	老人の施設がもっと欲しい。		
1046	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	日本の家庭、家族構成を考えるとやはり手遅れ。	介護システムを活用して、病院、介護センターなどとの連携。営利目的の老人施設の排除。	在宅死亡時の診断書料などの増加。	在宅でがん患者を看取ることの社会的評価。具体的には、地域社会が、看取った家族への社会的貢献を評価し、何らかの名誉を与える。
1047	学者・研究者 (協議会委員)			絶対数が足りない！利用したいのに、数か月も待つ。漸く、訪問時間が取れます、という頃には、あと数日のいのち、または既に亡くなってしまった…。在宅緩和ケアに携わるを医師や看護師もへとへと。支援が必要。	タバコ増税、酒税、自動車税などを財源にしても、開設支援をもっとしてほしい。	重たい職務内容なので、それなりの加算をしてほしい。	利用者への補助支援も、もう少し欲しい。在宅の場合の家族の負担は結構大きい。

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
1048	学者・研究者(協議会委員)			在宅での緩和ケアの推進。		診療報酬の増額。	在宅での緩和ケアに対する規制の緩和。
1049	その他(協議会委員)		岩手	更なる充実が必要(どこでもだれでも可能)。			
1050	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉			在宅医療でケアマネや看護師、ケースワーカーの業務に対する報酬項目を増やして欲しい。	
1051	その他(協議会委員)	栂沢 敏雄	新潟	専門的な知識の習得関係機関のネットワークづくり。			
1052	その他(協議会委員)		山梨				在宅介護者の援助(介護しているので介護料などの検討)評価の仕方は困難な面もあるが。
1053	その他(協議会委員)		滋賀	①在宅での療養を希望する患者や家族が、少しでも安心して過ごせるように、地域の介護施設、デイサービスなどの通所施設の介護力、看護力を高める為の研修会、講習会をする必要がある。②しかし、それらの施設は決して余裕がある人数で仕事をしていないので、いかに研修の機会を作るかが問題である。	①介護施設やデイサービスでの介護力、看護力を高めるために、スポット的でもいいので、がん専門看護師に現場で必要なケアについて指導を受けられる体制を作る。		
1054	その他(協議会委員)		鳥取	訪問診療や訪問看護が安心して利用できる環境づくり。		診療行為に見合った報酬の確保。	緊急時にすぐに入院できる体制づくり。
1055	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	在宅緩和ケア体制の整備が遅れている。			尾道方式のようなボランティアな在宅支援システムを各地に整備する必要がある。介護保険をうまく併用できるな制度化医師だけでなく、訪問看護が主体になった緩和ケアチームも検討すべきでは。
1056	その他(協議会委員)		愛媛	在宅療養者の一番の不安は、緊急時、症状変化時の対応であり、その時の医療提供体制に診療上の縛りがあるため在宅療養の選択に躊躇する現実があると思われる。			
1057	その他(協議会委員)			患者さん本人は在宅での治療等を望まれているが、なかなか家族の受け入れやサービスがないため、難しい状況がある。			
1058	その他(協議会委員)			地域住民への普及啓発が不十分。在宅麻薬管理が不十分。在宅療養支援診療所への偏り。	地域住民への普及啓発事業。住民向けの在宅緩和ケアガイドの作成。	診療所のグループ診療の報酬評価。	
1059	その他(協議会委員)			在宅緩和ケアが推進できない現状を分析し対策の検討が早急に必要在宅緩和ケアに従事する看護師の裁量権の拡大在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保。			在宅緩和ケアに従事する看護師の裁量権の拡大を!!
1060	その他(協議会委員)			患者及び関係者への情報提供の不足。	在宅医療の啓発に対する予算の確保。	診療報酬を手厚くする。	

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
1061	その他(協議会委員)			在宅緩和ケアをする医師が増えない。当市では昭和56年から、現在まで取り組んでいるが、在宅での看取りの協力医師が思うように増えていない。やめる医師もいる。		診療報酬額を見直す。	
1062	その他(協議会委員)			在宅への往診医の不足と、その往診医の緩和ケアに対する認識に差がある。中央にいい先生が集まり、地方との差がある。			どこに住んでいても同じ医療が選択できるような制度を作って欲しい。
1063	その他(協議会委員)			在宅医療を目指して在宅療養支援診療所が制度化されたが、看板は掲げていても夜間対応が出来ない診療所が多い。高カロリー輸液や麻薬に対応できない。なるべく在宅で過ごしたい、過ごさせたい患者、家族はそんなに多くない。			在宅療養支援診療所の再調査。
1064	その他(協議会委員)			地域への緩和治療の普及は年数回の講習会だけでは不可能と思われる。人的介入が必要と思われる。			
1065			北海道	地域差がありすぎる。教育の不足があるように感じる。在宅指導管理料について:カンファレンスを行う時の他職種3者以上は難しく、2者としてほしい(カンファレンスは有意義で施設側も時間をとっているのに診療報酬がとれない)。	教育についての予算は増やしてもよいと思う。病院と連携するにもどこがどれだけできる機能を持っているか、アピールするための予算などできないか？		
1066				中核都市以上では「在宅医療」が行われようとしており、行われてもいるが、僻地の町村では特異な医師の存在に依拠しているのではないか。		診療報酬upで対応すべきである。	僻地の医療従事者の常態との認識を高め、これが普通であることの人材育成が大事。

5.診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)

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
1067	県庁担当者	若井 俊文	新潟	化学療法に関しては発展がめざましく標準治療の推進のためにガイドラインの作成は必要不可欠である。			
1068	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	最新医療で合併症がもっと少ないもののみを選ぶべきである。			
1069	県庁担当者	服部 正興	三重	大腸がんになったので、買って読んだが、非常に勉強になった。ただ、合併症もあったので、主治医の先生の話もよく聞いて勉強した。			
1070	県庁担当者		和歌山	放射線治療については、少なくとも都道府県内(or人工100万人毎)に1つのIMRTを行える施設を作るような改革を取ることが望ましい。	標準治療の定義は難しい。年々進歩しているので現状の把握が大切。		
1071	県庁担当者			県は、がん診療ガイドラインの普及に努めている。			がん診療ガイドラインに沿った医療を実施する医療機関の増加を目指す。
1072	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	診療ガイドラインは強制されるものではなく、活用するかどうかは医療者の裁量に任せられているのが現状。しかもそのことが一切公開されておらず、患者が受ける医療を選択する権利を損なっている。情報公開を徹底して、個別の医療機関、医療者単位での診療レベルがひと目でわかるようにならないのか？		DPCの値付けに際して、診療ガイドラインに沿った治療については加算をつけるなどの差別化。	

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
1073	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	早急に作成すればよいだけではないか。専門チーム設置費用と調査費用。			
1074	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	均てん化という点で診療ガイドラインを広める必要があります。一方、拠点病院で「治療法がもうありません、ホスピスを紹介します」といわれて本当に打撃を受け、「がん難民」といわれる人が増えています。標準治療の推進とともに、その先の対応についても検討が必要と思う。			
1075	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	再発・転移に関するガイドラインが見当たらない 希少がんへのガイドラインが充実していない。	ガイドライン作成プロジェクトに対する予算確保。	標準治療を行っているかどうかを精査し、実行している場合のみ加算する。	カルテに標準治療を行っているかどうかの項目を入れる。
1076	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	早急に全てのがんについて診療のガイドラインを作成してほしい。	予算をとってほしい。		
1077	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	一般市民に判るようなものにする。この次元での、各医療機関の治療成績を公開する。	都道府県の、情報公開が不十分なので、携帯、PC、紙ベースで、年齢・対象別に情報が伝わるよう予算措置をとって、徹底する。	前述。	標準治療の推進は、各施設の治療成績とタイアップして周知させる。
1078	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	ガイドラインは各がんによって作成されているが、残念ながらそれに基づいて治療を行っていない病院もまだある。がん治療は日々変わっており、今現在、最も最適な治療法(手術法)は何なのか、患者としては最善を尽くして欲しい。私は自分が乳がん患者なので、乳がんについての情報は得る機会が多い。山口県では数年まえから「乳がんガイドライン」を基に、医師の勉強会が頻繁に開催されている。県内の乳がんに関わっている医師が、ガイドラインに基づいて行った手術や治療で、どのような効果が上がっているのか、現状はどうなのか、討論したりしている。また化学療法のスペシャリストを招いて勉強したりしている。がん治療に関わる医師たちに、学ぶ姿勢は必要だと思う。	まだガイドラインのないがんがあるかどうかはわからないが、がん治療は日々進化しているので、それに応じたガイドラインを必ず出し、勉強会も開催してほしい。		治療している患者も、自分の体の事なので、知る事は必要である。乳がんに関しては、日本乳がん学会が「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」というのを発行している。とてもわかりやすく記載されていてとても参考になる。医師にお任せの時代は終わり、自分自身のための治療なので、一緒に考える(後悔しないためにも)事は必要なので、年配の方にも簡単にわかりやすい小冊子があれば良いと思う。
1079	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	標準治療に押し込んでしまう医療者がいるが、自分のことを考えた治療であることを説明してくれる医者が好ましい。			
1080	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	標準治療が進むのは歓迎です。再発治療になると、ドクターのさじ加減(抗がん剤の投与方法など)で、長く生きれる人も多いので、単に標準治療だけで、もう治療はありませんと言われるのが一番怖い。単に標準治療治療だけでは終わって欲しくない。		医師の専門性を診療報酬に加味できないか。	

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
1081	患者関係者・市民(協議会委員)			診療ガイドラインの作成は必須だと思う。早急に全てのがんについて作成されるべきだと思う。	予算を確保すべき。		
1082	患者関係者・市民(協議会委員)			ステージや病状によって標準は変わるが、どこまで網羅するのか?ガイドラインが絶対だという風潮にならないようにする必要あり。			
1083	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道	欧米との時間差「ドラッグ・ラグ」のほか、「ガイドライン・ラグ」が存在します。欧米での臨床試験で効果が認められている治療法が日本で取り入れられるのに3~5年ほど遅れる。			欧米の臨床試験をもっと柔軟に受け入れることのできる仕組みを作るべき。日本でのPhase IIIの結果を待つと5年はあつという間にかかる(ブリッジング試験などを推進するなど)。
1084	医療提供者(協議会委員)		北海道	学会より出ているガイドラインを使用する。本邦の学会のガイドラインは、世間の流れから、かなり遅れているので、場合によっては海外のものを利用せざるを得ない。	これに予算がでるのであれば、米国のNCCN guidelineの様なものを我々で作って、インターネット配信する。	当然ガイドラインに沿って正しい医療をするのだから、それに対し、最高の診療報酬を出すべき。	米国NCCNに対応する、本邦の連携拠点病院ガイドラインを、各がん腫で作成し、できたら有料でインターネットでダウンロードできるようにする。
1085	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	重要だがいづれにしても未完成(全て治るわけではなく過渡的)であることをふまえて柔軟に・縛りによっては不自由。	一応の常識として押さえておくことは、コミュニケーション上も重要だが、これからの分野(分子標的+RT)などの進化を妨げないこと。	拠点病院重視で良い。	当面、拠点病院が真の情報集積・技術集積・研究集積拠点になれるようにバックアップして欲しい。具体的には研究費・分子標的剤使用法の開発など。
1086	医療提供者(協議会委員)		北海道				インターネットを活用したネットワーク作り。情報共有と個人情報保護との兼ね合いが難しい。
1087	医療提供者(協議会委員)	晴山 雅人	北海道	各臓器ごとのガイドラインは充実してきているが、放射線治療に関する項目についての記載が少ない。	数年ごとに更新する為の予算処置が必要。		
1088	医療提供者(協議会委員)		岩手	全てのがんに作成されていないこと作成されていても最新と言えないこと。	ガイドライン作成への国費の投入額のアップ。		
1089	医療提供者(協議会委員)	中山 康子	宮城	診療ガイドラインはできていても学会などに参加している職員がいない施設や病棟では知識が普及していない。			
1090	医療提供者(協議会委員)		宮城	医師が独自の治療をしている。			研修会参加などの義務化。
1091	医療提供者(協議会委員)		宮城	施設によりできることが限られる現状を考慮して欲しい。患者さんサイドから全てを要求される。			
1092	医療提供者(協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	ガイドラインとマニュアルが混同されたり、またガイドラインに添った考え方なので間違いがないという考え方を作ってしまいそうでガイドラインは慎重に見て生きたいと思っている。標準的治療という意味も大抵の患者さんが「並みの治療」と捉えており説明を要すると思う。			

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
1093	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	ガイドラインはあっても、それが遵守されていない。	ガイドラインの宣伝・普及に予算をとるたたき台のガイドラインができていて、定期的改正はより多くの医療者に参加してもらって行う(コンセンサスミーティング開催など)。	ガイドライン使用率を出させて、一定以上遵守しているところに加算点数を付加する。	
1094	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	大変よくできているが、やはり戦略がない。県全体で戦略を練っているが、実現性にはかなり問題である。	予算より人。	ある程度は上乗せが必要だが、監視機構も必要になるのでどうだろう。	とにかく人材。
1095	医療提供者 (協議会委員)		山形	DPCデータでの活用である程度は解決されると思う。		無駄な治療はなくす。	
1096	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	EBMのはっきりした診療ガイドラインについては行政が何らかの形で認めることを広報し、そして、行政を通じての周知徹底することが望ましいと思うがなされていない。したがって、現在、治療が医師の自由意志で行われているのも問題と考える。	EBMのはっきりした診療ガイドラインは行政が主導してガイドラインの徹底に向けた研修会、冊子の配布などを行うための予算の確保。	ガイドラインに従わない場合、相当の理由が無い限り、診療報酬上の減額あるいは査定などを考えていただきたい。	がん対策基本法などでガイドラインに遵守等について決定する、あるいは文面上ガイドラインを意識したものの遵守の趣旨を盛り込んだ内容の文章を盛り込む。
1097	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	地域・施設格差を最少にすべき。	地域・施設格差を最少にすべき。	地域・施設格差を最少にすべき。	
1098	医療提供者 (協議会委員)		茨城	現在でも各がんに対してガイドラインはある(個%の医療機関がそれに従っているか?)新しく作っても同じ?			
1099	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	診療ガイドラインはかなり役に立っており有効である。			
1100	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	各学会で行っているのに必要か?			
1101	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	ガイドラインは最低限の治療方法を示すものであり、30年余りがん診療を行ってきた私としては不満に思うことがある。私としては、「標準治療」を十分に理解の上、その上で行く治療を実践することが重要な点だと認識しているが、金科玉条のごとくに考えている若手の医師がいたり、インターネットなどでも「標準治療」を実践することが優秀な病院であるかのごとき扱いがなされていたりすることに、疑問を感じざるを得ない。			
1102	医療提供者 (協議会委員)	神田 尚子	茨城	高齢者に対して、やみくもに、ステージ基準で手術を適応するのは疑問である。術後世話をする人はいるのか、術後の自己管理能力はあるのかを視野に入れた治療が必要である。			
1103	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	新しい治療を取り入れてゆくには、素早い更新が必要となる。小児がんは、希少なため、ガイドラインがあれば、だれでも、之に即して治療できるというものではないので、有用性は低い。			

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
1104	医療提供者 (協議会委員)		茨城	ガイドラインを作るにしても、日本での臨床研究のデータが少なすぎる。ガイドラインにそった診療をできるだけスタッフや設備を備えている病院が都市部にしか存在しない。	臨床研究に国はもっとお金をだすべき。大学中心(文部科学省)の研究費はあるが、臨床と直結する研究費はほとんどないに等しい。		医師の「過疎化」を防ぐ施策をして欲しい(具体案は??)。
1105	医療提供者 (協議会委員)		栃木	常にアップデートするためにガイドラインの作成に振り回される結果となる。	医師でない、データを管理する科学者の集団にアップデートの作業のかなりの部分を委譲できるような予算。		前記の様な体制を可能にする制度。
1106	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	手術後の外来診療のガイドラインがない。わずかに乳がんで定期的な診察とマンモグラフィー以外の検査は生命予後を改善する証拠がないとあるだけである。各地で地域連携パスがすすんでいるが経過観察のデータ収集の仕組みを作り日本発のエビデンスを発信できるチャンスではないだろうか。			
1107	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	ガイドラインが裁判で誤用・悪用される恐れがある。中小病院でも使えるものが欲しい。大病院用と中小病院用との2種類にしてはどうか。	中小病院が唯一のガイドラインに従わねばならないのなら、それを可能にする設備・人材に要する予算をつけて欲しい。	増額以外のものは思い浮かばない。	「非専門医」が診療できるガイドライン。
1108	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	診療ガイドラインは整備されており、拠点病院かレベルの高い病院では臨床応用されていると思われるが、一般診療ではどうであろうか。	多い方がよい。	診療ガイドラインに基づいた医療を行っている医療機関には診療報酬を厚くすべきであるが、どういう風に判定するかが問題である。	診療ガイドラインの定期的な見直しは各学会等で行っているが、制度面でどうしたらよいかはわからないが、国が関与すべき問題ではなさそうである。
1109	医療提供者 (協議会委員)		東京	少数の学会主導のガイドラインは客観性・科学性・社会性を欠く可能性が高く、ガイドラインの作成に関して高い見識が必要かと思う。ガイドラインの妥当性がオープンに検証可能となっている必要もあると思う。			
1110	医療提供者 (協議会委員)		東京	各学会で作っており、今更何と、と言う感じがする。			
1111	医療提供者 (協議会委員)		東京	エビデンスに基づいているか否か、患者さんの役に立っているか否かの検証が必要。	ガイドライン作成の予算は非常に少ない。このため、改訂作業も数年に一度になっている。海外では年に数回改訂されているものもある。	ガイドラインに基づいた医療の達成度により加算を段階的に算定しては?	
1112	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	ぜひ進めてもらいたい。化学療法に関しては、具体的なレジメンの公開(点滴の量、投与時間など)をお願いしたい。また数少ない分野でも、ガイドライン整備を進めてもらいたい。	診療ガイドラインが、定期的に配布されるなどのシステム整備が必要なのは。	ガイドラインに沿った医療については、加算などのメリットが必要なのでは。	現在のわけのわからない保険査定などはやめて、ガイドラインに沿った医療に関しては、それを認めるようにしてもらいたい。ガイドライン(欧米も含め)ほ、保険適応が一致していないため、ベストと思われる医療も、現場に医師は二の足を踏んでいる。
1113	医療提供者 (協議会委員)		東京	化学療法の高度化、複雑化に対応できていないこともあり、ガイドラインの作成、推進は必須だと思う。			ネットを使った啓蒙は必要である。

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
1114	医療提供者 (協議会委員)		東京	作成にあたって外部資金援助を得ないことが推奨されるため資金不足である。	作成あるいは改定に対して作成団体(多くは学会)に助成を行う。		
1115	医療提供者 (協議会委員)		東京	地域連携パス運用が困難(患者の理解、地域医療機関のがん治療における知識不足)。	地域の医療機関向け研修や広報活動にかかる費用を予算化してほしい。	地域連携パスの使用を診療報酬に反映して欲しい。	
1116	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	標準治療とは何かなどまだ十分患者サイドに理解されていない。また、作成されたガイドラインの統一化も進んでいない。	すでに学会などで作っているガイドラインをwebなどで見れるような予算を組む。患者さんがわかりやすく情報を得られるようにする。	標準治療はすべての国民が受けられる範囲とする。混合診療は必要なので、臨床研究が行われている治療は自由診療下で行う。標準治療の技術料が安すぎるので、病院が成り立つような診療点数にする。	ガイドラインの利用がどのようになっているかを検討する研究会を作る。将来の方向性を学会とともに検討する。
1117	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	診療ガイドラインは、治療の標準化という点で有用ですが、ガイドラインに当てはまらない症例に対する治療が行いにくくなることもある。ガイドラインに当てはまらないような症例に対する臨床試験の充実が必要。	臨床試験に対する補助金の増加。	適応外の抗がん剤治療を診療報酬上可能にした方が良い。	抗がん剤の適応拡大のスピード化および臨床試験に対する診療報酬を認めた方が良い。
1118	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	鎮痛神経薬や良性疾患に対するオピオイド使用のガイドラインと普及。			
1119	医療提供者 (協議会委員)		新潟	ガイドラインの作成も大切であるが、その実施をチェックするシステムが無いことが問題。			
1120	医療提供者 (協議会委員)		石川	ガイドラインの意味が充分理解されていない。	啓発活動への支援。		
1121	医療提供者 (協議会委員)		石川	必要。日本では臨床試験しにくいと、他国より遅くなるのはしょうがないが、それにしても遅すぎる。	全国規模の試験をすすめること。無駄な試験はやめさせること。		
1122	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	日本での現状にあっていない部分も多い。			大学ではなく、地域の中核病院から、代表を出して、日本の標準治療を作ってはどうか。
1123	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	ガイドラインに準拠した診療のみを推進する結果、カバーできない症例ががん難民となって、がん相談窓口には押しかけ、代替医療に走って経済的にも行き詰ることが多い。明らかに異常な代替医療やきわめて低レベルで集金目的でしかない免疫療法などがまかりとおっている。			大学など研究施設での臨床研究を行いやすくする。標準治療ではない治療に関してはその成績を公表することを義務化する。評価機構を持つ。
1124	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	乳がんに関しては、標準治療の本を患者に対して先生から情報をもらっているが、各病院がきちんと標準治療が行われているかは疑問である(情報が欲しい、特に地方で)。	推進するためには、どのくらいのお金がかかるのか病院と行政、患者とともっと話す機会(時間)を作してほしい。	推進するためには、どのくらいのお金がかかるのか病院と行政、患者とともっと話す機会(時間)を作してほしい。	推進するためには、どのくらいのお金がかかるのか病院と行政、患者とともっと話す機会(時間)を作してほしい。
1125	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	ガイドラインで示された治療方法は全ての患者に適したのではなく、又、診療自体が画一ではないので、もう少し詳細(疾病毎)なガイドラインが必要。	厚労省で予算化。		

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
1126	医療提供者 (協議会委員)		静岡	現在は学会側が勝手に作っている印象あり。現場の医師や、支払い側の保険者なども作成委員に入って、常識的なコストで効率の良い治療を推進するようなガイドラインを作った方がいいのではないか。			
1127	医療提供者 (協議会委員)		静岡	どの治療を以て標準とするのか、の判断が難しいのでは？		ガイドラインに沿って治療を行った場合の「ご褒美」的な加算点数？	
1128	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん疾患に対する横断的なガイドラインの1サイトでの配信。			
1129	医療提供者 (協議会委員)		静岡	診療ガイドラインは新しいエビデンスが認定される前の段階の標準治療であることも多く、最新の治療より一歩遅れた治療のガイドとなる可能性がある。医師の恣意的な治療を避けるためには、診療ガイドラインに則った治療が基本原則であることを十分認識したうえで、豊富な経験とすぐれた解析・洞察に基づく最新治療の選択の自由があることにも留意すべきであろう。			
1130	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	ガイドラインは必要だが、ガイドラインはガイドライン。医師の選択権もある。			ガイドラインに外れた治療で問題が生じた時に、医療紛争になること可能性があるが、ガイドラインは全ての患者に適応するものではなく、個々に異なることを明記し、ガイドラインに必ずしも沿わない治療もあることを知らせる必要がある。
1131	医療提供者 (協議会委員)		愛知	ガイドラインはできるだけ簡単なものとして頂きたい。			ガイドラインで決まった治療法は、保険請求で必ず認められるようにしていただきたい(ガイドラインで認められた治療法が保険請求では認められない場合がある)。
1132	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	ガイドラインが細分化しすぎて煩雑になりかけている。			ガイドラインが必要な疾患を整理すべき。
1133	医療提供者 (協議会委員)		愛知	海外のガイドラインと比較して、日本のガイドラインの作成過程はCOIの開示などの点でやや不透明であるように思う。			
1134	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	学会主導で行うべき。			
1135	医療提供者 (協議会委員)		愛知	原発不明がん等、ガイドラインのないがん種が存在する。		各病院でレジメン審査を行い、登録された標準的治療(化学療法)を100%実施し、それ以外を臨床試験と位置付けている場合には加算を取れるようにする。	
1136	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	推進してほしい。	国、がんセンターレベルで全国共通ガイドラインを公的資金で整備。	早期点数化してほしい。	

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
1137	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	各種ガイドラインが刊行されているが、情報が必ずしも最新とは言えない時がある。	わが国のガイドラインをアメリカのNCCNのようにWeb上で無料で閲覧できるシステムを作ることが望まれる。そのための予算を獲得すべきだろう。		
1138	医療提供者 (協議会委員)		三重	標準治療の周知。			学会での検討プロジェクト確立。
1139	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	ガイドラインの策定は必要だが、定期的な改訂が必要。	ガイドライン作成は大変なので、適切な予算配分が必要。		定期的な改訂の必要性。
1140	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	がん全体の幹となるガイドラインがまず有ってしかるべきで、その中にごん種別ガイドラインが存在する形を望む。			
1141	医療提供者 (協議会委員)		京都	各診療職との密接なネットワーク化。			患者中心にしたカンファレンス化。
1142	医療提供者 (協議会委員)		大阪	すべての医療従事者が、ガイドラインに自由にアクセスできる環境が必要です。しかし、現実では、多くのガイドラインは冊子となって有料で販売されており、自由なアクセスが困難です。			
1143	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫	ガイドラインはあくまでも指針であるので、この指標にはずれることもありえるという点を強調しておきたい。			
1144	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	医師によってガイドラインに対する温度差がある。			医師への啓発事業新しいガイドラインができた場合、迅速かつ容易に入手出来るシステムが必要。
1145	医療提供者 (協議会委員)	松末 智	奈良	ガイドラインは経時的に医療情勢との食い違いが必ず出てくる。その変更は絶対必要である。そうすると、これを責任もって進めてゆく部署が必要になる。複数の学会・研究会のある現状では、こういった学術団体に任せきりは大きな問題が発生するだろう。少なくとも、5大がんをはじめ日本人が罹患する割合の高いがんに関しては、統括する部署を設置して、そこが定期的改訂を行うべきであろう。			
1146	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	今のところ具体的なものは出てきていない。			
1147	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	ガイドラインが現在の治療よりおくられていることが多い。	ガイドラインの改訂をできるだけ早くしていけるための予算が必要と思う。		ガイドラインが先進医療の邪魔をしている面があるので、がん拠点病院などで、一定の技術、資格を持った人材があれば、高度な技術であることを明確にし、ガイドラインはあくまでも標準であることを、明記して欲しい。
1148	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	エビデンスの作れる診療分野についてはガイドラインを策定すべきだが、アート、ナラティブな分野に関しては却って問題あり。			

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
1149	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	ようやく定着したばかりであるが、医学の進歩、エビデンスや治療成績に基づいた今後の定期的な改訂に対する明確な時間的日数の確立。			
1150	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	標準治療の周知、改訂は極めて重要。			
1151	医療提供者 (協議会委員)		岡山	各学会で診療ガイドラインを作成しているが、その殆どはエビデンスレベルが低い。			
1152	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	今は思い浮かばない。			
1153	医療提供者 (協議会委員)		広島	ガイドラインによって質のばらつきがある。	厚生労働省が監修する形でのガイドラインとすべきであり、予算面でもガイドライン作成医院に対して、報酬を出すべきだ。	ガイドラインで診療の体制整備の基準を作成し、これをクリアしている施設には報酬の差別化を回す。	
1154	医療提供者 (協議会委員)		広島	医療はかなりのスピードで変化している。診療ガイドラインは大切ではあるが、すぐに時代遅れになり、逆に最新の治療を行う時に足を引っ張ることになりかねない。時代に即したガイドラインであり続けてほしい。			
1155	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	ガイドラインはあくまでも参考にするものであり、これに外れると問題視すること自体が問題。あくまでも目安であり、患者の状態により治療法は選択されるものである。また、日本人での臨床試験が必要であり、医師主導の臨床試験はハードルが高く困難である。			臨床試験への補助や、医師主導臨床試験の簡略化が必要。
1156	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	がん治療に多数の標準があること。治療の選択が、multiple choice である。	がん治療の均てん化は、未だ道半ば。		専門医の育成。
1157	医療提供者 (協議会委員)		山口	ガイドラインは必要だが、ガイドラインに縛られすぎると個々の患者さんの治療には逆に弊害となることがある。			
1158	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	日進月歩のがん治療に順応したガイドラインの更新が追補が必要。			
1159	医療提供者 (協議会委員)		山口	あくまでも、ガイドラインはガイドラインです。患者の状態、背景、性格などあらゆる状況に応じて対応できる医師の裁量が必要です。			
1160	医療提供者 (協議会委員)		徳島	非常に重要な件ではあるが、ある程度確立されている。今後は徹底されることが課題。インターネット上などで容易に閲覧できるようにする。	公共性が高いと思われるので、ガイドラインの作成・更新、ネット上公開など経済的に援助すべきである。		ガイドラインの作成・更新、ネット上公開など経済的に援助すべきである。
1161	医療提供者 (協議会委員)		香川	ガイドライン以外のことが出来づらくなる。	ガイドラインに沿った医療が出来る環境整備に予算をつける。	診療報酬もガイドラインに沿った点数を付ける。	

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
1162	医療提供者 (協議会委員)		香川	患者の中には、標準治療を辞めてでもそれ以外の治療(民間療法等)を希望するという人がある。医療者は違和感を感じない「標準治療」という言葉のイメージが「普通、特別でない」などという印象を与え、患者が誤解しているようにも思える。そのことも含めて、国民にがんの(標準)治療についてもっと知ってもらわなければならないと思う。			
1163	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	がん治療は臓器、病期、個人による差が大きく、診療ガイドラインが適用できる範囲がかなり狭い。極論すれば早期がんの手術治療後に限定されている現状である。厚労省の班研究報告でも実臨床での使用上、意義を有するひな形は完成されていない。			
1164	医療提供者 (協議会委員)		香川	抗がん剤のレジメによるオーダーリングシステムの徹底。			
1165	医療提供者 (協議会委員)	筧 善行	香川	かなり進んできているが、一定規模の病院でアウトカムを一切公表しない事例はまだあるようだ。			
1166	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	香川県では、がん診療拠点病院間で、5大がん地域連携パスを作成中である。			
1167	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	ガイドラインは大切で、重要なことと思うが、それに従わなかったとして、裁判で負け、賠償責任が生じるのはおかしいと思う。			
1168	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	ガイドラインは指針であり規則ではない。標準化には重要だが、最新でもない。このあたりの認識が医療者側にも、患者側にも統一されていない。			
1169	医療提供者 (協議会委員)		高知				速やかな改訂、(インターネットなどによる)無料配布をしていただきたい。
1170	医療提供者 (協議会委員)		高知	ガイドラインは治療の指針となりよいと思う。			
1171	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	がん関連の学会が日常みるがん腫に対する診療ガイドラインが作成・出版されている。また、乳がんや消化器がん等は患者向けのガイドラインも作成され、一般に公開されている。すなわち標準治療を実施する背景は整っている。問題は、それを十分活用していない医療者がいることである。	ガイドライン作成には、専門の医療者と多大な労力と時間を要する。その費用を補助する。		公開されたガイドラインを普及するために、学会や研究会で取り上げるように指導する。
1172	医療提供者 (協議会委員)		福岡	日本の標準と世界の標準との相違があるが、せめて薬剤の使用は欧米諸国と同時に施行できるように改善しなければならない。ガイドラインは、患者説明においては有用であるが、実際面では標準治療のない患者が多数存在しており、多くの問題がある。			
1173	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	NCCNのようにガイドラインのupdate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
1174	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	是非推進してほしい。ただ、ガイドラインだけでは最新の治療はできない。全ての医師が最新の医療情報(論文・学会報告等)に無料でアクセスできるようにすべきである。特に、厚生省研究班の報告は入手しづらく困っている。	前記の予算面からの対応をしてほしい。		
1175	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	診療ガイドラインの体裁そのものはあらま欲しきものであるが、改定のスピードが遅い。	がん拠点病院へ各疾患毎の診療ガイドラインを改定毎に直ちに配布願いたい。		
1176	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	大学医学部の学生時より、又大学薬学の学生時より、がん治療、緩和ケアに対する「コアカリ」の明記が必要かも。	医科大学、大学医学部及び薬科大学、大学薬学部での教育研究費の創設を。		
1177	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	標準治療が一定期間固定しづらい時代に入っており、流動性を考慮して取り組みが必要。			学会への支援を協会して制度化をはかる。
1178	医療提供者 (協議会委員)		長崎	各学会があまりにばらばらで策定しているような印象を受ける。横断的な組織作りが必要では？			
1179	医療提供者 (協議会委員)		大分	診療ガイドラインの作成。	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクトのための助成。		
1180	医療提供者 (協議会委員)		大分	医療情報サービスMindsの診療ガイドラインの活用。	クリティカルパスをとり入れたがん診療のモデル事業への助成。		
1181	医療提供者 (協議会委員)		大分	各学会による診療ガイドラインと個人の死生観に基づいた医療をどのように組み合わせるか。			
1182	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	ガイドラインはあくまでも一つのスタンダードであるという認識が不足している。			医師の自由裁量権を認めるべき。
1183	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	諸外国に比べ遅れている。			関連学会共同で作成を。
1184	医療提供者 (協議会委員)			先端医療との関連性。		先端医療の診療報酬導入へ短縮代を。	先端医療導入と自由診療。
1185	医療提供者 (協議会委員)			ガイドラインはあまり詳細にする必要はない。			医師の考え方がもっと反映されるべきである。
1186	医療提供者 (協議会委員)			標準的ガイドラインの作成と配布。			
1187	医療提供者 (協議会委員)			病院や医師によって診療方法が異なるのはおかしいと思う。		国や厚生労働省において標準治療のガイドラインを作成し、外来化学療法加算のような点数を新たに作成し支援していただきたい(ガイドラインに沿った治療の場合)。	

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
1188	医療提供者 (協議会委員)			患者自身が、標準治療の意味・内容を知らない。	患者にも理解できるガイドラインのガイドブックのようなものを国が主導して作成する。		
1189	医療提供者 (協議会委員)			臓器ごとにガイドラインの書き方のポリシーが違うようです。エビデンスに基づいたものだけを。			
1190	医療提供者 (協議会委員)			あくまでもガイドラインであり有用な点は認めるが細部にまで及ぶ表現があり、現状では医師の裁量を狭めている負の働きも時折見受ける。			標準治療の推進の一部でどうしても先進医療の面が混在することがある。『標準』はあくまで標準であるべき。
1191	医療提供者 (協議会委員)			稀な腫瘍の診療ガイドラインがありません。	臨床試験に予算をつけて欲しい。		
1192	医療提供者 (協議会委員)			十分に役に立っていると思う。			改訂した時に、改正した点をもう少しよくわかるようにしてほしい。
1193	医療提供者 (協議会委員)			あらゆる領域で診療ガイドラインは必要だと思う。	あらゆる関連学会に働きかけ、常に新しいガイドラインを作り続ける努力をしてもらい、それなりのサポートをするべきと思	診療ガイドラインに診療報酬がつくのか？つけばいいのだが、定型的な質問は止めて頂きたい。	前記の通り。
1194	医療提供者 (協議会委員)			ガイドライン普及に向けた更なる取り組みが必要。			
1195	医療提供者 (協議会委員)			一病院に全てのがんに対する専門医がいないあるいは県のセンター病院にも不得意ながんがある。			
1196	医療提供者 (協議会委員)			抗がん剤の小児科未承認・適応外使用の現状が改善されていない。また世界的標準治療も診療報酬ではカットされている。		特に小児においては化学療法、支持療法(抗生剤治療)などの基準見直しをはじめ(小児・成人とも)。また課題として適応疾患の拡大か、レセプト基準見直しを方針として打ち出す。	
1197	医療提供者 (協議会委員)					外来化学療法におけるレジメンに則した治療を行った場合の診療報酬上の加算。	
1198	医療提供者 (協議会委員)			海外で既に使用されている新薬の日本での使用認可されるまでタイムラグが大きい。			新薬認可システムの見直し。
1199	医療提供者 (協議会委員)			厚労省あるいはNPO団体などで公式の診療ガイドラインをWeb公表してみてもどうかと思う。	診療ガイドライン作成にも予算が必要と思われる。		

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
1200	医療提供者(協議会委員)			がん医療の均てん化には絶対に必要かつ有効なものであると思う。しかし、今後はチーム医療・がんセンターボードのためのガイドラインの作成が必要になってきている。また一部のがん腫(たとえば肺がん)では、ガイドラインの改定が遅れているということも問題であると思われる。	ガイドラインを作成する上において必要な国のエビデンスとなる臨床研究を支援するよう予算の配分が必要である。特に医師主導型の臨床研究に対するの予算が不足していると思う。	今年度はNST、RSTに対しても診療報酬が算定される可能性が出てきている。がん化学療法においてもチーム医療に対して診療報酬が算定されるようになることを希望する。またがんセンターボードを普及する意味でもがんセンターボードでの検討に対して診療報酬の算定を希望する。	日本からエビデンスを発信できるように臨床研究を行うグループを支援する制度が必要と思う。現在日本にはJCOG以外にはWJOG等のNPO団体しかなく、会費と寄付金に依存している状況なので、今後はこのようなNPOに対して補助を支給し支援するような制度が必要だと思う。
1201	医療提供者(協議会委員)			学会が中心であることが望ましいガイドライン作成と維持には費用が必要であり、がん助成金を使うとすると、個々の研究者にはなく、学会に助成すべきである。	改訂等、維持に予算が必要。		
1202	学者・研究者(協議会委員)		埼玉	ガイドラインへの理解の普及。	ガイドライン策定を学会に依頼し、予算化して支援する。	ガイドライン治療を説明することに点数を付ける。悪性腫瘍管理料算定時に義務化する。	
1203	学者・研究者(協議会委員)		兵庫	各がんに対する診療ガイドラインが出揃って来つつあるが、臨機応変に改定する作業やその広報をするためまぬエネルギーが必要。			
1204	学者・研究者(協議会委員)	西巻 正	沖縄	多くのがんで診療ガイドラインが作製されているが、一般国民がまだ十分に利用できていない。	ネット上で公開を促進するために、関係学会に補助金を出す。		
1205	学者・研究者(協議会委員)			推進してほしい。			
1206	学者・研究者(協議会委員)			日進月歩のがん治療をフォローできるガイドライン作り。	ガイドラインの作成・改訂に対する学会への補助。		
1207	その他(協議会委員)		北海道	「標準治療」という言葉だと、うな重の「特上」「上」「並」でいうと「並」のイメージがあります。「特上」の治療を受けるにはあといくらお金が必要みたいな。「最適治療」といった表現はできないのでしょうか。			
1208	その他(協議会委員)		山梨	標準でない治療が勧めにくくなるのでは。			指針を示してもらうのは良いが添えない医療機関が問題か。
1209	その他(協議会委員)			かかりつけ医への診療ガイドラインの普及啓発が不十分。			
1210	その他(協議会委員)			診療ガイドラインの普及啓発による緩和医療実施施設の拡大。			

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
1211			北海道	医師だけでなく、看護師などにも知識を広めるべき。	研究会など医師だけでなく、コメディカルの参加をしやすいようにする。		
1212				医療従事者すべてにガイドラインが周知されているべきである。			研修・伝達講習など制度として位置づけ、予算面・診療報酬で対応すべきである。

6.医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)

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
1213	県庁担当者	若井 俊文	新潟	各病院でがん診療体制は整いつつあるが、ネットワーク構築となると電子カルテの互換性の問題があり、スムーズな連携を構築する困難性に直面している。			
1214	県庁担当者		石川	拠点病院が中心となりネットワークをつくる為の制度、予算の充実。			
1215	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	がん診療体制は西部では担当病院が決まっているが、医師の異動が毎年あり、年度別に医師機関の指定をすべきである。			
1216	県庁担当者	服部 正興	三重	市民公開講座などやっけてはいるが、病院のHPなどに掲載されていない場合も多く、探すのが大変である。もっと分かりやすく開示できないものか。例えば、三重中央医療センターの2月14日の講座はセンターのHPには見当たらず、三重大学医学部附属病院の2月11日の申込書に参考程度に書いてあるだけであった。			
1217	県庁担当者		奈良	拠点病院以外の病院・開業医の医療提供体制が把握できていない。医療体制のネットワーク作りを、医師個人のつながりに頼っている。			診療体制ネットワーク(地域連携クリティカルパス)に記載されるうえでの、医療機関の基準作り。
1218	県庁担当者		広島	各病院が放射線などの最新鋭の器械と優秀なスタッフを抱えることは不可能である。広島市では広大、県病院など拠点病院が中心になって、広島駅北口の広場に「国際がんセンター建設構想」がある。これが実現すれば少ない経費で大勢の患者が最先端の治療を受けることができる。	前記の構想が各県に建設されれば全国民が地方の格差なしに、高度な治療を受けることができるようになる。		
1219	県庁担当者			・地域の均てん化を進めるためには、拠点病院に準ずる病院を整備する必要がある。・都道府県がん診療連携拠点病院が、都道府県がん診療連携協議会の開催のみでなく、実質的にネットワークを形成することができる取組が必要である。	前記のことを実施するための補助制度。	地域連携クリティカルパスの診療報酬の点数化。	
1220	県庁担当者			がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携パスを利用する体制の構築が難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である。		がん医療における地域連携パスの利用に対し、診療報酬の加算。	

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
1221	県庁担当者			地方における地域の医療連携は、がん診療連携拠点病院の機能強化が鍵となる。	がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなると考える。		
1222	県庁担当者			地方や離島で医師が少ない所では無理がある。			
1223	県庁担当者			がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一か所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件の嵩上げ(リニアック等の整備)に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である。	がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、がん拠点病院がない地域における取組について、助成事業を行う。		がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設。
1224	県庁担当者			拠点病院だけでは連携推進が困難。	拠点病院に準ずるような機関に対する補助金があればよいと思う。		
1225	県庁担当者			がん診療連携拠点病院の認定について。			原則1医療圏1箇所の見直し。
1226	県庁担当者			がん診療連携拠点病院は医療圏に1か所という制約があるが、この1か所であればならない、という根拠が明確でないため、同規模の病院が複数ある場合、医療者や患者からの疑問に答えられない。現実的には、公が行う病院機能評価として見られていることもあり、このことが、病院間の適正な競争や連携を妨げる結果となっている。			現実的には、大きな医療圏では、1つの拠点病院が、すべての圏域内の医療施設との連携を図り、研修を行い、カンファレンスを行うことなど不可能である。拠点病院の指定は、医療機能評価のように基準を満たしたところすべてに資格を与えることとすべきではないか。
1227	県庁担当者			がん診療連携協議会が、県・地域がん診療連携拠点病院を中心に定期的に開催されており、地域連携クリティカルパスの作成に向けた検討が行われている。			県・地域がん診療連携拠点病院、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及び、かかりつけ医の役割を明確にし、がん治療、緩和ケアともに切れ目のない医療提供体制の整備を目指す。
1228	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	都道府県の実状を十分考慮した指定基準の運用、実態に即した拠点病院の整備ができていない。			均てん化は大切であるが、高価な治療機械の設置や人員の配置基準を、その地域の実情にあわせ役割分担を可能とする。

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
1229	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	拠点病院自らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっていないか？「面的な水平型ネットワーク」のようなフラットな連携こそが今後求められると思う。患者の身体のケアだけでなく、「生活支援」の視点に立った多職種連携の強化を願う。	2次医療圏ごとの「<病院><在宅ケア><介護支援>」の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。		
1230	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	関係病院の忌憚のない意見交換会の継続開催。			
1231	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	医師会の協力が不可欠であり、また患者代表も加わってその地域のネットワークづくりを行うよう、患者代表参画をすすめてほしい。			
1232	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	小さな地方自治体では、そこそこの規模の総合病院が多く、専門性がわからない。そのため、それぞれの専門性が特化できず、経験値不足の専門家しか育たない。または優秀な人材に見放されてしまう。	複数の医療機関同士で役割分担を行う仕組みに予算を配分する。	専門医の患者数によって加点を変える。	まず一般に向け、医療はお金がかかることを啓発することが必要。そして状況に応じて受診する施設が違うことを啓発する。そのうえで医療資源が重複しないような制度を考える。
1233	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重				拠点病院の特色の周知。連携の強化。
1234	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん診療体制ネットワークは進んでいないと思う。	予算をとってほしい。		各々の部位のがん医療のネットワークを構築してほしい。
1235	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク(枠組み)の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る。	患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっているため、ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい。	前述。	前述内容の実行。
1236	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	奈良県では緩和ケア病床が、いまだに1施設20床のみで、改築予定の病院に10床の計画がある、というだけである。			奈良県の5医療圏ごとに緩和ケア病床の開設をぜひご検討お願い申し上げる。
1237	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	拠点病院ばかりに注目して、そのほかの病院が蚊帳の外になっているのは大問題。がん情報の公開についても、先ず、拠点病院そこで確立したものを他の病院に展開するというが、拠点病院以外にも、A病院は例えば、胃がんについては症例数も多く、生存率も高いなどあるのに、先ず拠点病院というのはちょっとおかしい。			拠点病院中心のやり方を軌道修正して、もっと広く一般病院にも門戸を開くべき。

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
1238	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん診療についてのネットワークは必要だと思う。どこに居ても、どこで治療を受けても、皆平等であってほしい。手術を受けた病院から、転院して治療を受ける際に拒否されたり、セカンドオピニオンを求めたくても医師から嫌味を言われたり、追い出されたり(実際にある本当の話)そんな事がないようにしてほしい(患者から望むネットワークとして)。	医療側のネットワークはよくわからないが、国で予算を対応して欲しい。	診療での対応はわからない。	患者側からみた、病院の質も評価に取り入れた方が良いと思う。
1239	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	がん診療連携協議会が活発に対策をして進めているので期待している。患者の個人病歴、治療歴など医療情報を本人が管理して、どの病院に行っても医療者に履歴説明ができる。	自分のマイカルテを作成しておく。		
1240	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	患者は主治医から離れるのを不安に感じる。二か所の病院にかかると高額医療費が使えないことになるなど経済面のリスクもある。			同じ病気の治療(ネットワークでの紹介)は、合算して高額医療費が使えるような体制が欲しい。
1241	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	近年、取組の前進を評価できるが体制整備に落差が見られる。			
1242	患者関係者・市民(協議会委員)			各々の医療機関の整備は徐々に進んでいるように思う。がん診療体制ネットワークは全く進んでいないと思う。各々の部位のがん医療のネットワークを構築すべき。	予算を確保すべき。		
1243	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	推進計画の全体目標項目に「がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」を掲げている。がん患者の治療中、治療後の咀嚼機能の充実及び口腔ケアはその目標達成に大きな役割を担うものなので、がん治療と歯科医療連携を項目として明記してほしい。			がん治療における歯・口腔管理システムの確保。
1244	医療提供者(協議会委員)		北海道	ターミナル時期を見てくれる病院が少ない。または混んでいる。			
1245	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道				地域とのネットワーク(インターネットを通じた)の構築により、他病院との画像データ・採血データのやりとり、ネットワーク回線を用いた会議・遠隔医療、処方、なども可能にし、患者情報・治療情報を円滑に交換できる仕組みが必要。
1246	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	行政の指導力が発揮されていない、コメディカルを積極的にネットワークに参加させる動きが少ない、医師会と行政が連携していない。			
1247	医療提供者(協議会委員)		北海道	全てが、各病院の担当者のボランティアにてなっている。	当然、国から見識をもった、担当係官を期間限定でよいので派遣する。その予算の配分。	前記予算のため、診療報酬のアップ。	
1248	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	拠点病院も様々あり、凹凸が大きい。評価をしっかりやってもらいたい。国民ニーズからみた視点が良い。楽ちん治療(ピンピン コロリ がん治療など)。	評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価軸開発に予算をデータベースに資金を！！	もう少し国民が、宣伝ではなく、結果をみて選択できるよう暮らしの手帖のような物を医療評価に導入すべき。	同前記。

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
1249	医療提供者 (協議会委員)		北海道		連携や相談に対して報酬がつくようにする。	行政主導で整備する。	診断直後の心のケアが必要な患者が多くいると思う。
1250	医療提供者 (協議会委員)		岩手	地域連携パスの作成や運用に要する体制や経費が相当の額になるが、医療機関にとってあまりメリットがない。	連携の度合に応じた補助金の増額。		
1251	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	まだまだ地域による診療レベルの差がある。			
1252	医療提供者 (協議会委員)		宮城	田舎の中核病院では高齢者の進行がんの手術を担当。また田舎の中小病院は再発例、進行例を押しつけられる。終末期医療担当となっている。医療スタッフのモチベーションが維持できない。患者さん、ご家族は高度な治療を最後まで要求することが多い。		終末期医療をまじめにしているところへの重点配分。在院日数縛りがあり、急性期中核病院しかない地域では問題となっている。DOCではfが依頼治療しか考えられない。	
1253	医療提供者 (協議会委員)		宮城	地域連携に向けて登録医を中心に研修会を開催しているが、実際に「がん診療・緩和ケア」を継続できる登録医が少ない。			
1254	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	在宅医と病診連携をとることに積極的な病院が少ない。また、大きな病院だとその中の一部の科とはうまく連携できて他科におなじ病院内でコンサルトを受けるときなどスムーズにいかないことがいまだにある。病院内連携の乏しい機関に出会うことは早急に解決されなければならない課題である。			
1255	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	特に医療過疎地域における乏しい人員の効率的な運用のための配置と集中。			特に医療過疎地域における乏しい人員の効率的な運用のための配置と集中のために医療機関の枠組みを超えたネットワーク体制の整備と運用。
1256	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	自治体の協力が少なく、知識も低レベルで丸投げ状態。	がん対策推進委員会の担当を数名、専従にする自治体寄付講座として大学にがん対策推進講座を作る。		
1257	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	まだ、緒に就いたばかりでなんともいえない。			とにかく人材。
1258	医療提供者 (協議会委員)		秋田	ネットワーク化は重要であるが、連携パスの作成など大変であるので、国で雛形を作ってほしい。			
1259	医療提供者 (協議会委員)		秋田	医療機関間のネットワークをもっと協力にそして医学教育機関もがん治療が縦割りでないことを自覚すべき。			
1260	医療提供者 (協議会委員)		山形		都道府県拠点病院への援助を増やすべきである。		
1261	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	地域がん診療連携拠点としての整備が人的、設備的に現在のところ厳しい状況である。	医師の負担の軽減のためクランク的人員配置のための助成制度、あるいは交付金措置などを検討していただきたい。	がん診療連携パスに対しての診療報酬上の加算。	地域がん診療ネットワークの整備を行政の責務で制度を作る。

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
1262	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	地域ごとに差が大きすぎる。		標準治療レベルを満たしているかどうかで評価する。	
1263	医療提供者 (協議会委員)		茨城				自院で治療を受けなかった患者のフォローまで、地方の拠点病院では物理的に受けられない。初めにかかったところへ戻す決まりを作してほしい。
1264	医療提供者 (協議会委員)		茨城	ネットワーク一般に言えるのは、電子カルテの充実と統一、さらにセキュリティー。			
1265	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん診療に関する地域連携ができていない。	がん診療拠点病院にばかり予算配分しても、地域連携はできない。		地域連携クリティカルパスを県毎などに整備する。
1266	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	二次医療圏と実際の患者の来院する医療圏が異なっている。			
1267	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	がん対策基本法の姿勢は、がん診療の底上げには良いかも知れませんが、がん診療を牽引して行く中心的病院の充実には適さないかも知れません。			中心的病院に対し、ものではなく人を定着させる措置が必要と思います。
1268	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	小児がんは希少であり1施設で治療する症例が少ないため、専門的経験の蓄積が得られにくい。専門治療施設を、地域ごとに集約化して配置する政策的な取り組みが必要である。	遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。		遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。医旅費は公費でまかなえるが、家族の交通費にたいする援助がなく、かなりの負担となっている。
1269	医療提供者 (協議会委員)		栃木	①診療連携拠点病院数の決め方。②拠点病院、その他の病院、診療所のネットワークがない。栃木県は広域2次医療圏5区分に従っての数となり、同規模、群馬県よりはるかに拠点病院が少ない。	その他病院、診療所にもインセンティブは必要。		対人口で病院数を決定すべき。
1270	医療提供者 (協議会委員)		栃木	在宅を診てくれる開業医のボトムアップ。		在宅緩和ケアの診療報酬のアップ。夜間も出て行ってもらえるような往診料のアップ。	
1271	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	5大がんの地域連携パスが全国で検討されているが、多くは術後生存し続ける方を対象とした経過観察である。早期からの緩和ケア導入を考慮したパスを推進すべきと考える。			
1272	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	人材が確保できない。設備投資ができない。	前記理由から、国が全ての患者の診療を請け負う。	増額以外に無い。	「専門医療機関」の定義を明確化すること。
1273	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	がん治療の外來化や緩和ケアの推進、在宅ターミナルケアなど地域連携の必要性が高まってきているが十分ではない。ネットワークシステムの構築や連携風土の醸成などが必要。			
1274	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	地域がん医療従事者の数、質は地域により大きな隔りがあり、患者の利益を優先して考えた場合、一律に年限を定めた必須条件は厳しいものとする。また、啓蒙活動にも課題が残る。			
1275	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	人、金、物が不十分である。	多いほうがよい。	がん診療体制ネットワークの整備されている病院には診療報酬を厚くすべきである。	難しいとおもう。

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
1276	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・拠点病院補助金が全国と比較すると格差がありすぎる。・埼玉県は少なすぎて拠点病院としての取り組みが限られてしまう。	予算の統一。		国での基準が必要ではないか。
1277	医療提供者 (協議会委員)		東京	高齢化そのほかの要因により、脳血管障害、心疾患、糖尿病などなど並存疾患のあるがん患者が増加しており、総合的な医療の提供という点で、がんに特化した施設は不利になりつつあると思う。			
1278	医療提供者 (協議会委員)		東京	具体的な目標が見えてこない。			
1279	医療提供者 (協議会委員)		東京	患者さんへの説明不足。患者さんのメリットが少ないと失敗する可能性がある。		患者さんのメリットになるようにすべき。	
1280	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	非常に難しい問題だと思う。ある程度、行政の指導力が必要なのではないか。	ネットワークのための、事務員の増員のための予算、ネットワークのための連絡会開催のための予算措置などが必要。	現在は、がん拠点病院に一方的に紹介されてくるだけで、がん拠点病院はパンク状態になっている。患者が戻っていくような、医療報酬の工夫が必要と思われる。	どの地域に、どのような機能、能力を持った医療機関があるかわからない。地域・地域に、コーディネーターのような役割を果たせるスタッフを配置する必要がある。
1281	医療提供者 (協議会委員)		東京	整備のための予算の不足、自由度の少なさ。	自由度を高くする。	均てん化は大切であるが、高度がん医療を行う病院を階層化する必要がある。この階層化に伴い、診療報酬での差別化を行う。	
1282	医療提供者 (協議会委員)		東京	外来化学療法室の整備不足。①例えばベッド数あたりの看護師数不足。②薬剤師の服薬指導不足。③医師の診療室が近くに用意されていない。		②外来化学療法における薬剤師の服薬指導を点数化する。	①②施設基準を検討する。
1283	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	医療機関同士のネットワークは大変遅れている。本来競争する分野ではなく協調する分野であるからである。webを使ったネットワークを進めるべきである。クラウドの利用検討も必要。	医療機関整備のための協議機関を作る。参加する委員には十分な報酬を与える。これらの委員の報酬は少なすぎる。やる気が起こらない。	病院連携をしている施設には診療点数を当分の間、あげるなどして促進する。連携のための予算を病院で組めるくらいの診療報酬の増加が必要である。	定期的に医療機関の内容を検査する機関を作る。全国的に見て回る位がよい。退職したがん専門病院の管理者が適任であろう。
1284	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	都心部では、がん診療の中でも治療を行う施設は十分にあると思うが、放射線治療を行う施設や緩和医療を行う施設は十分ではない。	放射線治療や緩和医療の施設拡充に対する補助。施設の集約化。	放射線治療や緩和医療の診療報酬の増加。	がん相談窓口で無料相談も良いが、自施設を含み他施設に放射線治療や緩和治療など紹介した場合に診療報酬を受けられるようにする。
1285	医療提供者 (協議会委員)		東京	クリティカルパスの導入。		クリティカルパスの診療報酬化。	
1286	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	研修会・勉強会が主催者側のボランティアである。	研修会・勉強会に予算を付ける。	連携に関する評価を行う。	
1287	医療提供者 (協議会委員)		新潟	近くにがん診療拠点病院があり、機能分担できていない。			人口の少ない医療圏は1つの病院が良い。
1288	医療提供者 (協議会委員)		新潟	地域連携パスを作成しても、それを実際に運用することは、拠点病院にとっても診療所にとってもかなりの負担となる。		地域連携パスの点数化が是非とも必要。	

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
1289	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	個々の病院単位ではなく、少なくとも各県に独立したネットワーク担当施設を造るべきであると思われる。			
1290	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	分野(1)と同様に、拠点病院に患者が集中しているが、他院へ患者を紹介するようなネットワークはできていない。			
1291	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	現在は未整備ではありますが、決して押し付けやトップダウンの方法でなく、当事者同士の意見で進めて欲しい。			
1292	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	国が二次医療圏にまで口をだすのはどうか。			都道府県拠点病院までの指定にとどめ、都道府県内の対策は、地域拠点病院の指定も含め、それぞれの都道府県に任せればよいのではないかと。医療圏の状況は、都道府県によって大きく異なり、一律に二次医療圏に1か所の地域拠点病院というしくみはナンセンス。
1293	医療提供者 (協議会委員)		石川	病院間での協力が不十分。			定期的ミーティングの義務化。
1294	医療提供者 (協議会委員)		石川	国でネットワークをつくれればよい。各自治体(各県)で行われているが、全国規模にしてしまっ、各地で同じような会が行われないように、国でスケジュールを決める。	前記のほう予算削減になる。	国で計算。	不要。
1295	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	拠点病院が都市、県庁所在地に集中し、地方都市で拠点病院の求められる診療レベルや設備を維持することができない。	地方拠点病院に地方のスタッフ、設備を集中して効率の良い施設展開をする。	がん拠点病院における診療報酬をアップする。専門医が拠点病院で診療した場合の報酬を大きくアップする。	がん専門医の高い報酬を担保して、定員制とし、その地位も向上させることで、地方病院での勤務へのモチベーションを高める。
1296	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	ネットワークがこれからは一番重要とされる課題である。このネットワーク作りが医療関係でもっと話す場が必要なのに…。これも時間が取れていない。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたと思う。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたと思う。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたと思う。
1297	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	ネットワーク機能が 上手く働き 患者に精神的な負担をかけずに 診療が受けられる体制は まだ整っていないと思う。			薬局での アピールも効果があると思われる。
1298	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	病一診(歯科)、診(医科)一診(歯科)連携体制の構築。行政等による支援システムの構築。			国レベルで機能的・効率的なフローチャート等の作成。

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
1299	医療提供者 (協議会委員)		静岡	地域では、県立などのがんセンターがその中心的役割を果たすべきだが、どういう患者をがんセンターが積極的に受けるべきなどの、ルールが無いように感じられる。全国のがんセンターをとりまとめる部署で、憲法のような、がんセンターの本来の存在意義に立脚したルール作りをすべきと思う。例えば、再発して一般病院で治療に難渋している患者は受けない一方、早期の初回手術対象例は喜んで受けるなどの、独自ルールを敷く科もあるが、そのような所には患者を送るのも困難であるし、送る気にもなれない。			
1300	医療提供者 (協議会委員)		静岡	各都道府県で体制の充実度に温度差がある事？			
1301	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がんのショートステイ施設の設置。			
1302	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん診療連携拠点病院が中心となり病病、病診の連携を作ることが理想と思うが、理念や、経済的な基盤の異なる別々の組織が実際に協力し合うのは、協力し合うことによるお互いの利益がなければ、なかなか総論では賛成でも各論にはいるとお互いの利害感性が前面に出てくることが多いように思う。			
1303	医療提供者 (協議会委員)		静岡	静岡市ではSネットと称する静岡医師会、清水医師会と公的6病院のあいだでの連携が進められ、共通クリニカルパスが実施されている。そのためには病院内の地域医療連携室の役割りが大きく、連携に関する予算措置が必要である。		地域連携がんクリニカルパス加算を要望する。	
1304	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	ネットワークの整備は必要である。しかし拠点病院は紹介患者だけ受けるようにすべき。		紹介患者診療は優遇し、非紹介患者には患者負担を重くする。	
1305	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん診療に携わる開業医の熱意に差がある。	医療機関の負担がないように、国もしくは地方行政で予算を配分してほしい。	がん診療体制ネットワークに参加する医療機関にそれなりの診療報酬を設定する。	ITでオンライン化を。
1306	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		ネットワーク作りのため、予算が必要である。		
1307	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん地域連携パスの推進。		がん地域連携パスの活用に診療報酬を付ける。	
1308	医療提供者 (協議会委員)		愛知	各診療科間の症例検討が弱い(CancerBoardが不十分)。		CancerBoardの定義を明らかにして、それをある程度がん拠点病院の必須項目として加算を取れるようにする。	CancerBoardのあり方について、あいまいな点が多く、それについてのあり方検討会を設置して詰めていく。

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
1309	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	病院と診療所の連携が今後重要と言われているが、急な体制作りが進んでいて、診療所が追いついていない。ネットワークはがんだけではない。平成19年に施行された改正医療法により、医療計画制度の下で、いわゆる4疾病5事業ごとに、医療連携体制を構築することとなった。診療所一人の医師でこれらをすべて受け入れるのは困難で、病院と診療所の連携を行う前に、医師会の中で、分担が必要と考える。医師会の中での連携なくして病院と診療所の連携は円滑には行かないであろう。また病院同士の連携も地域によっては進んでいないのが現状である。	病院同士のインターネット高速ネットワーク回線の構築に予算をさくべきであろう。病院間情報ネットワークのインフラ整備である。	連携実施に対して、診療所側にも病院側にも診療報酬上の加算を設けるべきである。これが、連携推進を誘導すると思われるが、算定条件をきびしくするとますます医療機関の疲弊が助長されるので、算定用件の設定は慎重に決める必要がある。	病院と診療所が連携するクリティカルパスを充実して行く必要があるが、多忙な日常診療を終わってから、医療機関同士で連絡をとりながらシステムを構築するのは、実は現場において非常なエネルギーを必要とする。このような努力をしている医療機関には一定のインセンティブを与えるようにすべきである。
1310	医療提供者 (協議会委員)		三重	地域がん診療拠点病院の拡充。	国の予算の拡大。	充分な手当を。	拠点病院の算の評価法の確立。
1311	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	拠点病院間でがん種による診療格差が大きい。			拠点病院間でそれぞれの特徴を生かしたがん診療での役割分担ができるように都道府県主導で進めてほしい。
1312	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	これは今の拠点病院体制を充実させる。	拠点病院に対して、本当はもっと予算は必要。特に人件費。	がんの報酬を上げないと医療機関の整備は困難。	専門医の増加、サポート体制構築のためのコメディカルスタッフの強化。
1313	医療提供者 (協議会委員)	富士原 正人	京都	医療機関の質並びに数は、地域によって相当な違いがありネットワークの構築は中等度の広域医療圏で個別に整備されるべきと考える。都道府県の発想は公的医療機関に偏重する傾向があり、末端の医療を支えている医療機関を軽視している。病院の集約化は更なる医療崩壊を招くと考えている。			
1314	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	連携を組む医療機関同士の情報の共有化が不足。電子カルテの情報をWEB等を利用し個人情報保護された状態でIT技術で共有化する。	前記に予算計上。	診断、手術、化学療法、緩和、在宅と、3つ以上の医療機関で加療される場合の診療費軽減と逆に医療機関は紹介及び受け入れ報酬制度導入。	患者個人の電子媒体によるどこでも使用できるカルテ作成。
1315	医療提供者 (協議会委員)		京都	情報の共有化(充分なる個人情報の管理)。			個人情報と情報の共有化。
1316	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	5大がん地域連携クリニカルパスを大阪府として作成し、運用を開始しているが、困難な面が多々あるのが現状。			
1317	医療提供者 (協議会委員)		大阪	都道府県がん診療拠点病院が、もっと指導力を発揮できるように、予算上および制度上の工夫が必要と考える。			

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
1318	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	・急性期病院での診療を終えた後のターミナル患者の疼痛コントロール等、緩和医療を実践していただける医療機関が少ないため、ホスピスまでの間に療養病床中心の病院が積極的に緩和ケアの患者を受けやすく出来る診療体制(診療報酬の内容)が必要と考える。また、二次医療圏に1つのがん診療連携拠点病院が原則となっているが、対象人口等も大きな問題と思われる。・個々の医療施設の数的な評価だけで、質的な評価が見い出せておらず、内容が異なっているのではないか？	がんに特化した内容ではないが、病院と診療所の医師の報酬に対して同等の内容にならなければ、過酷な病院勤務医の確保が難しく、予算編成時に具体的な方策と最低限の予算枠が確保できなければ、医療崩壊を招く可能性があると考え(行き場の無い患者を作り出す可能性がある)。	・入院が必要と様々な条件で判断された場合、患者を区分する介護度など、介護保険制度の様な明らかに病院としてメリットが無い区分領域はなくして、入院が必要だと判断がされる患者に対しては、その時点での加算が必要ではないでしょうか。更に、診療報酬による収益は、必ず利益に繋がらないと、医療レベルの維持が出来なくなるため、今後の医療に対して最低限の要件であると考え。・質の評価を取り入れた上での報酬を！	地域連携で機能分化した内容を特化しなければ、目的に合った結果が望めない状況であるため、一医療機関が患者に理解を求めるのではなく、国としてがん等を一医療機関で診る事は無く、複数の主治医が係わる事を国民に対して周知する必要があると考える。まずは、かかりつけ医に診てもらえなければ病院には行けないぐらいの医療システム体制が、必要と考える。
1319	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	がん患者の救急対応を促進する。		DPCの場合、救急での1日目、2日目を出来高に。	
1320	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	個別の医師や病院どうしの繋がりによるネットワークが存在するのみ基幹病院を中心とした囲い込みが進む可能性がある。	地域全体でのネットワーク用情報交換システム構築のための予算。	病院単位ではなく、地域全体でネットワークを構築しているところを評価 在宅医療を支えるバックアップ入院のための病院を評価。	地域全体が参加するネットワークの整備在宅医療を支える医師が相談出来る体制の整備ネットワークのためのIT資源を医療機関に提供。
1321	医療提供者 (協議会委員)	松末 智	奈良	現在では予算面を含めて、地域拠点病院計画は国と県とが折半して実行する図柄になっているが、この為、県内ネットワーク構築まで十分進んでいないのが現状である。これは各県での事情も異なる為取り組みに差があるかと思うが、制度的に都道府県の役割分担が明確になっていないことも原因であると考え。従って、県及び地域拠点病院は国の管轄(予算も含めて)にして、県内がん診療ネットワークは都道府県の管轄とすれば、今まで地域拠点病院に拠出していた交付金をそちらに回せるだろう。勿論、これには根本的予算の増額が前提となるが。			
1322	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県がん拠点病院1施設と地域拠点病院5施設は決定している。その他、がん診療連携拠点病院の指定を県として検討している。現在ワーキンググループを作って選定作業に入っている。			A(課題や問題点)に関連してがん診療連携病院の指定を県から受けるためには、それなりの整備が必要。投資してそれなりのメリットがあるのか、対象病院は心配している。
1323	医療提供者 (協議会委員)		和歌山				

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
1324	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	病診連携パス推進中とのことだが、当院のような地方病院のまわりの開業医では、担がん患者さんという『めんどろで』『ややこしくて』『high risk』な患者さんはまず診てくれない。自宅で看取るということもほとんど不可能である。ましてや開業医レベルでの化学療法や支持療法はまず受け入れてもらえない。そんな地方の現状をご存知なのでしょうか？全国の医療機関が、たとえばがんセンターと地域病院のような責任感と連帯感を持ってがん診療にかかわってくれるとは思わない。予算や報酬で解決する問題とも思えない。			
1325	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケア病棟が不足していないか？			
1326	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	各診療所・各病院のケア能力をお互いに把握しきれず、連携がすまない。			具体的なケア実績および診療実績の公開(病院も診療所も)制度を整える。
1327	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	自医院、病院の患者数が減ることが問題となる場合がある。患者の利益だけを優先していくと、経営上厳しくなる場合がある。			
1328	医療提供者 (協議会委員)		和歌山				なかなかいい制度というかネットワークができません。これはそれをどこが管理するか、管理にかかる人材、人件費、場所、道具の問題もあると思います。現実的なモデルを示してほしいと思う。
1329	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	厚労省が医局制度をつぶして、それまで各医局が持っていた専門的技術習得の道筋を壊したのだから、専門技術習得のための研修施設を作るべき。	研修を受け入れてくれる施設には受け入れた人に応じて予算を配分。研修を受けに来たのは医療に貢献しようとモチベーションの高い人なのだから、無給なのはあまりに酷。宿舎なども配慮すべき。	一定の研修を積極的に受けさせている病院に重点的配分を。	がんセンターのテレビカンファが全国どの病院でも見られるようになればよいと思う(ストリーミング)。
1330	医療提供者 (協議会委員)		鳥取	がん診療連携拠点病院でありながら、早期のがんでも治療していただけない病院がなっているのが現状。			
1331	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
1332	医療提供者 (協議会委員)		岡山	各都道府県にまかされすぎて、各都道府県によって差がありすぎる。			
1333	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	岡山県では2次医療圏5つのうち2つに地域がん診療連携拠点病院がない。県南の拠点病院がカバーしています。地元の中規模病院を准拠点病院として育てる。そのために親病院が人事交流する。	全国規模のがん患者満足度調査(3~5万人)を5年に1回行う。地域ごとの特徴が出るので、今後の施策策定の基準になる。		がんサロンも、開催するのに、人手と場所が要る。

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
1334	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	特に地方では、がん拠点病院は名ばかりで、専門性が担保されていない。	がん拠点病院の医師には、少なくとも、各診療分野の専門医、専門看護師などを配置する。	専門医などには手厚い配慮を！	法制化も可能か？
1335	医療提供者 (協議会委員)	篠崎 勝則	広島	2次医療圏に1か所といった地域がん診療連携拠点病院の制定は、2次医療圏の人口、交通網、保険医療機関数など各自治体間の大きな相違がある。診療連携拠点病院の制定に、各自治体の意向を十分に配慮する必要がある。	地域がん診療連携拠点病院への予算配分において、国家予算の割合を増加させ、地方負担を減少させ、更なる地域がん診療連携病院の選定につながるようにする。		在宅緩和ケアにおけるネットワークシステムの確立在宅緩和ケアを含めた、がん診療連携拠点病院制度の見直し。
1336	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん拠点病院→一般病院→開業医の情報交換システムが存在していない。	前記ネットワークの整備に対しての補助金を!!(例 画像のコンサルティングシステム等)	前記ネットワークを利用する紹介の形態に対する報酬の創設。	ネットワーク構築に関するスタッフの派遣制度。
1337	医療提供者 (協議会委員)		広島	がんネットを使つての医療機関同士の情報・意見交換。	がんネット、テレビ会議システムの設備がないところについての予算措置。		
1338	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	ネットワークに関しては、拠点病院だけでは不十分。多くの医療機関が参加できる仕組みが必要。			
1339	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	がん拠点病院を中心とした、ネットワークの成立のために、地域連携の充実を図る。医師会の登録医との協力関係。			
1340	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	地域医療の実情に応じたネットワーク作りが必要。			崩壊寸前の地域医療に直面する地方では、地域医療再生計画の中でのネットワーク作りが必要である。
1341	医療提供者 (協議会委員)		山口	地方では、まだまだ基幹病院と一般病院、診療所との診断、治療に対する思想、戦略など大きな格差があるのも事実。今後、このあたりを拠点病院が中心となって改善していく必要がある。			
1342	医療提供者 (協議会委員)		徳島	人口単位ごとの病院・診療所の機能分担のモデル・指針を示し、都道府県主導で実行すべき。	人口単位ごとの病院・診療所の機能分担のモデル・指針の作成。	都道府県の主導に応じた機能を分担する場合は加算。	
1343	医療提供者 (協議会委員)		香川	委員以外にはあまり知られていない登録制度が統一されていない。			例えば、救急のように一次二次三次のような医療機関の整備。
1344	医療提供者 (協議会委員)		香川	最終的責任が不明瞭になる可能性がある。		最後に診療する場合(受け皿的診療施設)の診療報酬点数の改正。	
1345	医療提供者 (協議会委員)		香川	緩和ケア病棟の増床。			
1346	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	地方における医師不足は深刻で、特にがんの手術治療に当たる外科系医師数は壊滅的である。	外科系医師数および手術件数とその成績に応じた、がん拠点病院支援予算を策定する。	がん拠点病院と一般病院のがん手術点数に格差を設ける。	がん拠点病院の基準を5大がんのすべてにおいて満たす、現在の「がん診療連携拠点病院」とは別に、臓器別に認定される「特定拠点病院」がグループ的に集合して形成する「ネットワーク拠点病院」を認定する。がん診療の底上げに貢献すると考えられる。

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
1347	医療提供者 (協議会委員)		香川	県単位で、ネットワークを管理する事務局を設立し、県が事務対応するようにする。			
1348	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	専門病院とかかりつけ医との連携がまだ構築されていない。かかりつけ医ががんの治療、緩和ケア、終末期治療などに携われるように、研修・教育が必要。体制作りも必要。			
1349	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	がん診療拠点病院間でインターネットがつながり、患者情報とかが共有できたらいいと思う。			
1350	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	連携のコーディネート担当者がいない。	連携の担当者を増やす。	連携バスに大きな診療報酬を与える。	拠点病院に医療連携・研修のセンターを作り、予算措置を行う。
1351	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	拠点病院といっても、がん診療において他施設に指導力を発揮するに当たって何の権限もない。一般国民に向けて拠点病院のあり方が広告、広報されているわけではないし、患者の認識も進まず、施設の均てん化を進めていても、国民の意識は均てん化に向かわない。認知され、他病院が競争でなく協力を転じ、体制ができるまで、日が暮れて道なお遠しという印象。			
1352	医療提供者 (協議会委員)		高知		予算の使い方に関して、いつまでも期限を設けず、各地域の要望を聞き、話し合いを重ねたうえで計画をすすめてもらいたい。いつも行き当たりばったりのような気がする。		
1353	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	分野(1)から(5)まで述べたように、医療機関の設備、ネットワーク作りについては、片手間ではできないので専従の事務や医師が必要である。	医療機関整備、ネットワーク作りに予算が必要。とくに、がん診療連携病院をオンラインで結ぶためのシステムの構築と維持に対する継続的な予算立てが必要。	がん専門病院に対する診療報酬の加算。	がん診療連携病院のオンライン化。
1354	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がん診療体制ネットワークは、欧米のものをそのまま移行しており、我が国にはそぐわない点が多く見られる。現在の医療体制では医師が行うには時間的にも無理があり、看護師などのコメディカルが主体となって進める必要がある。とくに、私立病院や診療所では十分なメリットがなければやれないため、メリットが十分あるようにしないと発展しないし継続もできない。	同前記。		
1355	医療提供者 (協議会委員)		福岡				ITのネットワークシステム等の構築の充実を図る(病院—診療所—在宅医)。
1356	医療提供者 (協議会委員)		福岡			がん診療連携病院に診療点数を加算し、患者を集約するようにする。	

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
1357	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	都道府県⇄地域がん拠点病院の連携。			
1358	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	IT化の推進と、医師が端末の前で長々と事務作業しなくて良い様に医師補助事務者の増員を。			
1359	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	古い枠を取り去り、地域単位あるいは県単位でネットワークを整備する必要がある。		クリニカルパスなどで、連携が確立した際の報酬のアップ。	
1360	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	各医療機関が「単独完結型」になっていて有機的なネットワーク体制ができていない。			経営母体の違いを超えた相互診療支援体制を認める必要がある。
1361	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	大学病院、地域基幹病院、開業医及び薬局への一元的情報開示と共有が最も必要と感じる。	ネットワーク構築とランニング経費の育成と助成。	講師派遣病院に対する施設補助算定。	
1362	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	高額医療機器の整備がすすむよう国が支援などをもつ。	高額医療機器の整備がすすむよう国が支援などをもつ。	標準治療と先進医療の区分を明確にしてそれぞれに対して加算措置を行う。	
1363	医療提供者 (協議会委員)		長崎		ネットワークにエントリーしてきちんと活動を行っている拠点病院に対する評価。DPC係数等。		
1364	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん診療連携拠点病院制度の拡充。	重点的な取り組みを行う施設に対する増額。		
1365	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん診療連携拠点病院の基準とする条件の緩和。			特定臓器のがんの診療連携拠点病院の認定。
1366	医療提供者 (協議会委員)		大分	地方の二次医療機関であるが、大学病院などで急性期医療を終了した患者の受入機関とならざるを得ず、ターミナルの患者でベッドが埋まってしまう。本来の機能を発揮できない。医師の疲弊の原因ともなっている。			がん治療に関わるコーディネーターの養成(交通整理をする人)。
1367	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	公的病院しか認められないがん拠点病院は、あり方そのものを検討すべき。消化器がん等は放射線療法の施設がない所でも認定すべき。		外科医が全国的に少なく、がんと診断されても4ヶ月～6ヶ月待ちのイギリスみたいにならないように、国は早急に対策を立てるべし。今回どれ位、診療報酬が上がるか分からないが期待する。	手術を現在行っている外科医の数を国は把握すべき。
1368	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	・5大がん全てに対応できる拠点病院は少ないのでは？ 地域や病院の特色を出し、地域で役割分担をする方向性が現実的か考える。			
1369	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	専門職(医師・看護師・薬剤師など)の育成費用は全て病院負担医師の負担増(臨床研究 がん登録 学会患者登録など) クラークの確保は現状では、病院負担の分が大きい。		前記負担感の改善には、診療報酬の見直しが必要。	

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
1370	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	患者の大病院嗜好がなくなる限り、ネットワークの活用は難しいと思われる。患者の意識を変える活動、教育、広報活動の充実が必要と思われる。			
1371	医療提供者 (協議会委員)			ネットワークの実体化。			病院経営上以外のハード面の確立。
1372	医療提供者 (協議会委員)			あまり進んでいない。			
1373	医療提供者 (協議会委員)			医療機関同士で重複して検査を行ったり、がん登録に関しても重複して登録作業をしている。	医療機関相互の情報連携システム整備の予算を作る(補助金等)。		とりあえず、がん診療連携拠点病院同士でネットワークをつくるよう、施設基準に盛り込んではどうか。
1374	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病院が少なすぎて、自宅で看取りができない人(独居、老々介護等)が安心して療養できる場所がない。施設でも入所できないところが多い(介護従事者だけの看取りは難しい)。	ナーシングホームをつくる。ただし疼痛コントロールのできる往診医の確保が必要。施設に24時間看護師を配置する。		
1375	医療提供者 (協議会委員)			がんの患者さんを引きうけやすいように診療報酬など経済的なサポートを希望する。			
1376	医療提供者 (協議会委員)			積極的にPRをして、医療関係者へ周知させることを促進していかないとなかなか進まないと思う。			
1377	医療提供者 (協議会委員)			・大型機器更新時の予算付 強化事業補助金の使用制限の緩和、使用自由度の拡大。	がん関連研修への参加費・旅費等の補助、時間外手当等の支給補助。	がん関連資格の有無による報酬上のインセンティブ。	
1378	医療提供者 (協議会委員)			実質なかなか機能していない。機能しているのは顔の見える医療スタッフ同士だけのことが多い。多忙な中で新たに顔が見えるようになるのは無理。	日中でもカンファレンスのために病院・診療所業務から離れることができるようにしなければいけないと思う。カンファレンスが夜間では、一部のスタッフしか参加できずとても無理。	前記を達成できるような報酬。	
1379	医療提供者 (協議会委員)			ネットワークの地域での拠点がどうしても公立・公的施設に偏り、既得権益に類似したものに感じられる。			自治体としての拠点はがんセンターまたは成人病センターなるものに集約した方が地域病院としてはわかりやすい。
1380	医療提供者 (協議会委員)			各医療機関の治療成績、治療内容が分からない。			統一したデータベースにし、公開する。
1381	医療提供者 (協議会委員)			イニシアチブをどこかがとるべきであるも、なかなか困難であった。	イニシアチブをとる施設に多くの配分をし、そこから予算を分けるようにすれば少し良くなるのではないか。		もう少し患者本位の医療を考えて欲しい(本音と建前が見え隠れしすぎているように思う)。
1382	医療提供者 (協議会委員)			都会、田舎の地域差に応じたネットワーク作りの実例、またはあり方を紹介して頂きたい。	増やしてほしい。	上げてほしい。	精度に応じた望まれる実体というものを具体的に提示して頂きたい。
1383	医療提供者 (協議会委員)			インターネットがらみになるため、かなりの必要経費が発生する。現在のような、病・医院をつぶすような方向にすすんでいる現状では、実現には程遠い。			

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
1384	医療提供者 (協議会委員)			地域によって行政の関与レベルに大きな差がある。各地域の医師会同士の連絡体制が整っていない。			5大がんの連携パスの運用として、行政レベルで声をかけ始動していく。
1385	医療提供者 (協議会委員)				予算を増やす。		都道府県を通してでなく直接病院へ資金を提供する。
1386	医療提供者 (協議会委員)			病院のネットワーク関連部門の強化。		がん診療連携パス加算。	
1387	医療提供者 (協議会委員)			地域連携が是非必要フォローアップパスで十分。			病院と連携医の間に入るコーディネーターが必要。
1388	医療提供者 (協議会委員)			CCSに対する理解がある成人診療科の選定、公表なども早期より課題として取り組むべき政策と考える。		CCS患者の経費軽減。	
1389	医療提供者 (協議会委員)			がん診療連携拠点病院の整備について、承認のハードルが高く、クリアしたとしても診療報酬上のメリットがほとんどない。また、2次医療圏におおむね1施設という根拠が理解し難い。		がん診療連携拠点病院は、条件をクリアする為に、人的にもまた設備的にも多額の投資を行っている。DPCの調整係数的な形での診療報酬上のメリットを強く望む。	条件を満たせば承認して、拠点病院の数を増やす。
1390	医療提供者 (協議会委員)			がん拠点病院が公立病院に偏っている。人材に重点を置くべき。連携パスをはじめがん診療連携の体制作りができていない、今のままではがん拠点病院を頂点とする序列化であり「ネット」ではない。公立病院への患者集めに過ぎない。	公的病院に偏った加算の見直し。		
1391	医療提供者 (協議会委員)			連携する医療機関が少ない。			
1392	医療提供者 (協議会委員)			がん診療は救急医療と違い各地域にある必要は必ずしもないと考える。高度医療機関を設置しそこに集約化を図るべきであると思う。	地域がん診療連携拠点病院にかける予算が少ないので、数を減らして1つの病院に予算を多く割り振る。		
1393	医療提供者 (協議会委員)			病診連携を推進する必要があると思われる。	予算も必要と思われる。		

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
1394	医療提供者 (協議会委員)			患者さんが「かかりつけ医」を持ち、何でも気軽に相談ができるようになることは望ましいことであると思う。しかし、患者さんはがんセンターあるいは地域がん診療連携拠点病院での診療を望んで受診をされるわけなので、ここからまた地域に戻っていただくには「かかりつけ医」だけではなく、安心に対する何がしかのインセンティブが必要になってくると思われる。また「かかりつけ医」に対しても、新たに抗がん剤等を購入する必要が出てくるし、その患者さんが予期せず入院するようになった場合には在庫を抱えてしまうといった問題も生じてくる。がん診療連携拠点病院から地域へ患者さんがスムーズに流れることで、がん診療連携拠点病院の機能が維持されることには重大な意義を感じるが、このシステムをうまく運用していくためにはもう少し互いのインセンティブが必要になってくると思われる。	愛知県ではがん診療連携拠点病院ごとにネットワークを作るように指導されている。しかし、均てん化という観点からは各がん診療連携拠点病院で各々ネットワーク作りを行うのではなく、愛知県全体として取り組む必要があると思われる。そのためにはアンケート調査、ネットワークをうまく運営していくための会議等に対する予算が必要になってくると思われる。	ネットワークをうまく船出させるためには他の地域連携パスと同様にがんの地域連携クリティカルパスに対する診療報酬の算定が必要だと思う。	がん診療連携拠点病院の機能を維持していくためには是非必要なネットワークだと思う。ただし、家族と一緒に暮らしてみえる患者さんが多く住んでみえる地域や核家族化の進んだ地域、独居老人の多い地域等地域格差が非常に大きいと思う。多分同居家族の多い地域を想定して考えられているシステムと思うが、そうでない地域では受け皿となる療養型病床群が不足している。そのような療養型病床群を確保する必要があると思う。
1395	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	医師会、行政、拠点病院間での診療役割分担の明瞭化。連携強化。	定期的な会合を予算化する。	地域性を重視した診療報酬をきめ細かく。	
1396	学者・研究者 (協議会委員)		兵庫			がん診療拠点病院と十分なネットワークが実践できている病院や診療所に対しては、プラス評価(報酬)が必要	
1397	学者・研究者 (協議会委員)			推進してほしい。			
1398	学者・研究者 (協議会委員)			多くの医療機関のネットワークへの参加とその実力に応じた役割分担。		それぞれの役割を担うにふさわしい診療報酬の確保。	
1399	学者・研究者 (協議会委員)			がん診療連携拠点病院の推薦や指定にあたっては、都道府県の計画をもっと尊重するべきである。			都道府県の意向、特徴を踏まえた制度、指定要件に改変する。
1400	その他(協議会委員)		北海道	北海道でいうと、北大医学部、札幌医大、旭川医大があって、それぞれ先生もプライドがあり、連携がうまく取れていない感じがする。妻が乳がんと診断されたとき、別の大学の先生にセカンドオピニオンを受けたいと言ったら、露骨に嫌な顔をされた。セカンドオピニオンを聞く権利が患者にはあるということを徹底すべきだ。			出身大学の壁を越えた地域の専門医リストをつくり、各病院に置いてもらいたい。
1401	その他(協議会委員)		山梨				あれば活用しやすいし有効に思うが刻々変わる現場で対応できるか？

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
1402	その他(協議会委員)	村上 隼夫	静岡	都道府県及び地域のがん診療連携拠点病院の数を制限することについて、他のがんの早期発見・診断及び標準的治療を行っている病院またはターミナルケアを行っている病院、診療所及び薬局等の間の連携や協働するネットワークの構築が十分でない。			前記ネットワーク構築について、行政が関与と協力を努めること。
1403	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	拠点病院と、それ以外のがん診療を行っている病院との格差が目立つ。全体の医療の質向上をについても検討すべきだ			拠点病院とは別立てで、「〇〇がん診療専門病院」といった制度も検討してはどうか。
1404	その他(協議会委員)			専門病院での外来化学療法を地域医療機関との連携に拡充すべき。			医療機能情報提供制度による各がんの地域連携パス運用状況を公表。
1405	その他(協議会委員)			拠点病院の機能強化と役割遂行に伴う予算措置。			がん診療拠点病院と地域ネットワークの整備、連携強化。
1406	その他(協議会委員)			拠点病院へ集約すべきがんと主に一般病院で対応すべきがんとの類別。			
1407	その他(協議会委員)			もっと制度が浸透してネットワークが十分活動し始めるとがん対策もいい方向に向くと思う			
1408	その他(協議会委員)			できている感じがしない。			
1409			北海道	地域差があると思う。拠点病院間の連携がない。何らかの対策が必要。お互いにサポートしあう、刺激しあう関係。			
1410				ガイドラインの周知と併せ、拠点病院による高度の医療提供を構築するべきと考える。	最新医療等への予算は当然考えられねばならない。		

7.がん医療に関する相談支援と情報提供

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
1411	県庁担当者		石川	高額療養費にかかる外来診療への適用。			
1412	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	種々の病院が行うべきである。			
1413	県庁担当者	服部 正興	三重	(6)と同じ。			
1414	県庁担当者		奈良	相談支援センターにおいて相談業務に従事する相談員の数が不足している。		相談支援体制の、診療報酬制度への反映(加算など)。	
1415	県庁担当者		広島	がんを患って一番感じるのは「これからどうなっていくのか」という不安です。がん体験者のホームページを見ることができない人たちにも気軽に相談に乗ってもらえる「相談センター」が必要。それは全国共通なコールセンターではなく、各県に設置してほしい。既に広島県にもあるが、24時間体制にして、患者だけではなく、医師とも話ができるような体制が理想。	これには国の予算が不可欠である。	担当する患者などスタッフにも、ボランティアではなく謝礼が出るようにしてほしい。そうしないと長続きがしない。	

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
1416	県庁担当者		高知	拠点病院での相談体制の整備はされているが、そもそもその病院の治療に不満のある人は相談しない。医療機関に附属しない相談体制の構築を国の制度として行っていくべき。			
1417	県庁担当者			各拠点病院の相談支援センターは、本来自院の患者のみならず地域の患者に対する相談支援を行うものであるが、現実的には自院の患者の相談支援で精一杯である。			地域における患者支援を全県的に行うことができる機関が必要と思われる。
1418	県庁担当者			インターネットを利用できない住民に対する情報提供体制の整備が必要。			がん患者に対し、治療している医療機関から医療だけでなく、医療費の補助制度や生活相談等の情報提供を充実させるがん対策基本法などでの制度面の規定。
1419	県庁担当者			がん診療連携拠点病院の相談支援センターの国民への周知や利用促進については、まだまだ不十分である。	国からの全国的な周知が必要。相談支援センターにおける出張相談やサテライト相談窓口の設置、Eメール相談の完全実施など、もっと国民に身近な存在となる必要がある。保健・医療関係団体やNPO法人、患者会などへの委託や助成により、地域の各所で相談対応・情報提供が行えるようにする。		
1420	県庁担当者			専門性が高く、行政では十分対応できないし、医療機関は忙しくて対応できない。		相談支援についても診療報酬で評価して欲しい。	
1421	県庁担当者			相談窓口の情報が限定されているように感じる。もう少しPRできるしくみがあればいいのだが…			
1422	県庁担当者			本件では、全ての県・地域がん診療連携拠点病院に相談センターが設置されており、専任スタッフとして配備されている。			がん患者会、医療機関、行政機関等との連携により、がん患者やその家族を医療従事者及び行政機関が互いに支援できる連携体制を整備する。
1423	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	相談支援センターが十分に活用されていない。平日のみでは利用できない患者・家族がいる。相談支援センターは受身であり、場所がわかりにくい、入りにくい雰囲気のある所もある。	患者会や支援団体の相談支援・情報提供活動にも助成を！		ピアサポートの充実も！その研修や経済的支援も！国立がんセンター発行の小冊子などを患者会や支援団体にも設置できるようにする。
1424	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	とにかく体制が整っていない。拠点病院の相談支援センターの認知度が低い。MSW(メディカル・ソーシャル・ワーカー)が必ずしも全ての病院に配置されていない。提供できる情報が十分か？患者からの多様な相談(身体的、心理的、経済的、社会的等々)に対応するには高度な訓練を身につけたスタッフやピア・カウンセラーの配置も必要と思う。	相談支援センターの強化の予算を増やしてほしい。相談員には患者(サバイバー)も入れて、患者の心理的支援を強化してほしい。心のケアの場合、「精神科」を受診することに抵抗を感じる患者も少なくない。相談支援センターでの無料相談で救われるケースも多いと思う。		

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
1425	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	相談支援センターに「気持ちのある」担当者を数多く配置。	元気になった患者の相談員への設置費用(島根県事例)。		
1426	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	1 地域連携病院では、ソフト面の充実(パンフレット等印刷物は設置されているが、相談員の質、レベルには差がある)。2 一次医療機関では、相談支援制度の認識(相談支援制度があることを患者に説明しない医院がある)。3 夜間、休日の相談支援(患者、家族が不安、疑問を強く意識するのは病院診療時間後の夜間や休日である。患者会、ボランティアなどが対応しているのが現状である)。			1 相談専門員の研修によるレベルアップ。ベテラン退職者の再雇用配置。2 医院、診療所レベルまで、相談支援の制度を徹底広報。3 夜間、休日に対応する専門窓口の開設。
1427	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	相談支援センターが全ての拠点病院に整備されたが、患者・家族のアンケート回答(がん患者大集会)で、相談支援センターに行く方は約11%という結果である。相談支援センターが来訪者を待つだけでなく、告知や再発を知らされた患者・家族に向いていくなど積極的な活動をしてほしい。相談支援センターの方々への教育・訓練の機会を多くしてほしい。国の責任として、24時間対応のコールセンターを設置してほしい。	相談員は病院のさまざまな職種の方があっている。専門的な技量をもった方を配置するよう、資金面から援助をすること。コールセンターを設立し、(元)患者を雇う。これはピアサポートという面でもまた患者の就労という点でも有効である。		
1428	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	がん相談の窓口が視覚的にも情報としてもわからない。院内の相談窓口では相談できる内容に限られる。特に病院へのクレームに近いことは相談できない。患者の必要とする情報が得られない。	相談支援、情報提供設置に向けた設備投資に補助を出す。		相談支援、情報提供の好事例を公表する。ピアサポートを制度面で支える。
1429	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	相談支援のPR不足。こんなにいい施設があって、こんなに役立つ仕事をしているということを誰も知らない。			
1430	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	拠点病院を中心に相談支援は少しずつ行われるようになってきたと思うが、医師などの認識は低いように思う。	予算をとってほしい。		がん医療と相談支援は別のもので捉えられているが、がん医療の重要な部分として捉える制度改革が必要だと思う。
1431	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	各病院の相談支援センターとは別に、各都道府県に、中央情報センターを作る。病院・施設の治療成績や専門医、設備、得て不得手などを正確に発信できる公正中立の第3セクター方式の組織とする。	前述。	前述。	制度として確立を。
1432	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	医療従事者が忙しすぎて、相談支援体制を構築することが出来ないのではないかと考えている。			

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
1433	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	患者の立場から見るとがんに関する情報は皆無に等しい。雑誌などで、全国レベルでの情報開示はあるのに、何故、行政は出来ないのか？			患者の立場で、先ず欲しいのは各がんに対する病院の取扱症例数。5年生存率は難しい進行がんを取り扱うケースが多い病院は5年生存率は高くないともいえるし、一番信頼できるデータは症例数これなら、直ぐにでも全病院を対象に情報開示できるはずである。がんセンターが即時動いて欲しい。
1434	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	患者にとってがん治療は大変負担が多く、精神的、肉体的に大変ダメージを伴う。特に私たち患者会には、経済的負担についての相談が多い。特に治療を続けなければ生命に関わり、治療を続ければ経済的負担が増え、特に子育て中の親ががんになると、自分の事、家族の事、経済的な事で、うつになる人もいる。	患者の窓口負担が減られる事、患者支援団体の補助(同じ病気をした先輩がん患者の話は、誰よりも精神的な支えとなる)は、国が補助すべきである。		患者の治療費は公費で助成してほしい。患者にとっては経済的に負担が大きく、中には治療を受ければ家族に迷惑がかり、治療を受けなければ死ぬかもしれない…と不安に思っている人がいる。生きている間は治療費がかかり、「死んだほうが良いのか？」と悲観的になる人もいる。安心して治療が受けられる制度をお願いしたい。
1435	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	各がん拠点病院で、相談支援と情報提供に、大きい差がある。相談員の力量の差もある。		診療報酬の加算が必要。	研修の制度化。
1436	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	拠点病院内の相談支援センター窓口では、ゆっくり話ができない印象を持つ患者の意見が多い。	拠点病院内外にがん患者が集まって話し合えるようながんサロンがあれば、情報交流ができる。		
1437	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	拠点病院の相談・支援センターはとてあえず整っているが、残念ながら名ばかりのところも多い。スタッフの数、熱意には相当な格差が感じられ、患者・家族が本当に望む”相談・支援”にはつながっていない。	診療報酬上算定できない分野で、拠点病院費用が充てられている現状から、拠点病院費用が十分に配分されること。		
1438	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	①患者は同じがんと闘っている人と話したい。ドクターに相談するまでもないことを同じ体験者に聞いてもらったりアドバイスを受けるととても安心が得られる。②また、治療中で外出ができない人、うつで悩んでいる人など、誰かと話したいとおもいで、患者会に電話が多い。	①がんサロンに設置に費用的援助が欲しい。②命の電話のような、電話相談センターの設置をのぞむ。		体験者、患者会も一緒に協力したい。そういう活用方法を検討して欲しい。
1439	患者関係者・市民(協議会委員)	高橋 和子	福岡	相談支援窓口や情報提供など、どの時点で誰が紹介しているか。			
1440	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「相談支援」に関する市民への情報提供が非常に不十分である。			
1441	患者関係者・市民(協議会委員)			相談支援は徐々にではあるが行われている。しかし、病院内、特に医師などの認識が低いように思う。相談支援担当者と医師との連携は全くみえない。	予算は確保すべき。		がん医療と相談支援は別の物として捉えられているいるが、がん医療の重要な部分として捉える病院中の制度改革すべきだと思う。

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
1442	患者関係者・市民(協議会委員)			相談支援について患者や家族のボランティア参加が必要。			
1443	行政(協議会委員)			国立がんセンターにおいて、各種情報提供用のパンフレットを作成しているが、有効に活用されていないのではないか。また、一般市民向けのパンフレットとがんに罹患した患者さま向けのパンフレットが混在しているように思われる。			
1444	医療提供者(協議会委員)		北海道	がん拠点病院では専門看護師、認定看護師が相談室などに専従しその役割を担うとすることが望ましい。		がん相談業務に専従することで診療報酬を受けられる。	
1445	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道	地域とのコミュニケーション不足。顔の見える連携ができていない。			地域連携の構築に関する詳細については現時点では各病院にゆだねられているところがあり、国あるいは都道府県が主体となり地域の「顔の見える連携」を構築する場を作る必要があるのではないか。
1446	医療提供者(協議会委員)		北海道		これも、がん専属の相談支援増員が必要。		
1447	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	拠点病院医師とがん患者集団との対話、すり合わせが欠かせない。相談はケースワーカーにする。表面的なものになりがち。	定期的ながんサロンで医師と患者グループが話し合いを持つ。それを少し強化する・後押しする。	患者へ相談を行った事に対しコスト発生はあり得ないと思うが、相談支援センター設置に対し人員(職種も含め)や、ハード面の要件も付けクリアした場合に加算の算定があれば良いのでは？	高額療養費の限度額認定証を外来でも使用できるようにして欲しい。高額療養の支払い／相談をより簡便で、支払いもクイックなものに。多くの患者が泣いている。
1448	医療提供者(協議会委員)		北海道			他施設の情報が一度に見ることができれば患者は安心する。	
1449	医療提供者(協議会委員)		北海道	乳、肝、膵がん等の身障福祉制度(身障手帳対象化)市町村など地方行政での相談支援体制。		相談支援員のマンパワーへの診療報酬対応。	①抗がん剤の治療(外来治療分)に関しては70歳以上も以下でも高額医療費の現物給付を行うこと。②肝、膵がん等の福祉制度(身障手帳)。③所得保障。
1450	医療提供者(協議会委員)	晴山 雅人	北海道	専門相談員が少ない。		診療報酬の充実。	
1451	医療提供者(協議会委員)		北海道	主に肺がんを担当しているが、本当に正確な情報提供を受け入れられる患者文化は、まだ成熟していないと思う。そうなると、形だけの情報提供ということになってしまう。それで良いのか？と、いつも思っている。			
1452	医療提供者(協議会委員)		岩手	相談員が多職種にわたるにも関わらず、ほとんど手当がない。		体制に応じて診療報酬を増額する。	

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
1453	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	全国コールセンターは、一般的な対応しかできないのでやめたほうがよい。やはり地元で対応。患者に伝える精度の高い情報がまだ未整備。がんの心理面の診療を受けてくれる精神科医や心療内科医がどこにいるのか私も十分知らない。情報の整理は行政の役目で、その情報を相談支援センターなどに渡す必要がある。訪問看護ステーションを紹介する場合もリストで紹介しても、実際に患者が電話をすると「忙しくて受けられません」と断られる。在宅へ移行する際のコーディネーションを行いやすいようにホテルの空室情報検索システムのようなものを各県で作ったほうがよい。	相談支援センターの運営に十分な人件費が回るように配慮してほしい。		化学療法の自己負担に対する助成か薬価の引き下げを行い、治療効果のある患者で治療を受けたい人は借金をせずに受けられるようにしてほしい。
1454	医療提供者 (協議会委員)		宮城	当院出張も実施しているが、これからと思う。啓蒙が必要。			
1455	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	(6)の課題と同様、院内のMSWや地域連携室の調整担当者を活用できる医師と患者さんのことを医師間でしか申し送れない医師がおりがんの療養を日常生活の中で捉えていない。現在は入院より通院治療の割合も増えているので相談支援の重要性と適切な情報提供が求められている。顔を合わせられる相談体制が何よりではあるがいつでもそうだんできる回線一本の確保でもはじめられるところから実行していくことが強く求められている。			
1456	医療提供者 (協議会委員)		宮城	相談支援センターに求められる内容が多すぎる。研修を受講しても専門的なことや日々進歩する医療内容やマスコミで報道されることなど情報を把握しきれない。相談してくる患者(ご家族)さんは、相談支援センターにいるスタッフはすぐその場でオールマイティに何に対しても答えてくれると思って、電話等してくる場合が多い。実際に治療方法に関しては医師に確認しないとわからないことも多く、相談者をがっかりさせてしまう。相談支援センターの役割の広報内容が範囲が大きすぎるのではないかと。必要なことと相談員ができることにギャップが大きい。	人的配置に関する予算が必要。環境整備に関する予算が必要。		相談員の役割を考えると、より専門的に学んで資格のある、がん看護専門看護師の配置が望ましい。
1457	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	がん治療に関する正しい情報の啓蒙の必要性。			国民が希望するがん情報に効率よく、簡便に接することのできる方策の策定。
1458	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	事業内容の客観的評価がなされていないガイドラインなどの指針がない。	各病院に置くのではなく(各病院に置くのは当然の義務)、自治体として運営する(拠点病院におまかせでなく)。		都道府県相談・情報センターを設立して、かたよらない情報を提供する。
1459	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	現在、専任を置いたため機能しているが、これからである。			やはり制度はいいのですが、人的支援を。
1460	医療提供者 (協議会委員)		秋田	相談支援センターの厚生要員の縛りがきつい。			

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
1461	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	がんサロンの設立を希望される患者団体の方が多いという印象を受けている。	患者さんの言葉への傾聴を可能にするような人的資源の確保と財政的裏付けが必要であるとする。		
1462	医療提供者 (協議会委員)		山形	本当の意味でのセカンド・オピニオン外来の普及。			
1463	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	相談支援に対する人員の配置についての報酬的バックアップが無い。情報提供についてはこの機関が任意で行っていて、十分な啓発がなされていない。	相談支援に対する手当が必要と思われる。	相談支援を診療報酬に加算する。	
1464	医療提供者 (協議会委員)		福島	拠点病院の相談員の中でも、スキルに差がある(患者の視点に立っていない。自院の受診につながらない相談は、TEL相談すら受け付けていないなど)。		がん相談に携わる相談員への報酬化。	認定看護師のように、“がん相談”“緩和ケア”に特化したMSW(相談員)の資格(認定)制度を設ける。 ・現状より、小規模かつ濃密な研修体制の整備。
1465	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	相談を受けても受けなくても、同じでは各相談支援センターの実力が向上しない。	病院にいるMSWの数ごとに評価してほしい。	1件につき点数化で評価してほしい(例.1件の相談につき5点)。	
1466	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 彩子	福島	相談支援センターの存在がまだあまり知られていないこと。			
1467	医療提供者 (協議会委員)		福島	そもそも、症状がないと医療機関にかからないので、情報提供の手段・範囲を広げても関心がなければ繋がっていかない。啓蒙するための取り組みとして、広報展開の方法を再考する必要性を感じる。			
1468	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	組織的連携が不十分。			医師会等との連携強化。
1469	医療提供者 (協議会委員)		茨城	相談支援先にかかるコスト。		一般外来で別にする(セカンドオピニオンはなくても)。	
1470	医療提供者 (協議会委員)		茨城	相談に要する時間も人員も足りない。		相談に対し、診療報酬を設定する。	
1471	医療提供者 (協議会委員)		茨城	相談支援や情報提供を行っても点数にならない。		なんらかの方法で診療報酬に反映させて欲しい。	
1472	医療提供者 (協議会委員)		栃木	アクセスがまだまだしづらい。			
1473	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	これに関わる業務をこなす余裕が無い。	人材の増員・確保。	診療報酬を付けて欲しい。大部分が「ただ働き」になってしまうので、職員を雇用できない。	係る職員の専門認定。
1474	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	がん医療に関する情報収集および管理について、最新で正確かつ詳細な情報を総合的に閲覧できるシステムがあるとよい。			

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
1475	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	人、金、物が不足している。	多くすべきである。	相談件数等の多い病院には診療報酬を厚くすべきである。	制度的には現在の制度がよろしいと思うが、研修棟に行かせる余裕がないのが現状である。
1476	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・国立がんセンターから郵送されてくる冊子が不足気味。各センターで印刷して配布と言われるが、人員不足と補助金が少なく予算がないため困難である。	・がん冊子の配布部数の増冊希望(特に今年度はがん種によっては極端に少なかったため)。		
1477	医療提供者 (協議会委員)		東京	がん相談における回答者の資格に応じて回答可能な内容(領域)、負う責任、相談者の負う責任などが明確にならないと積極的に勧めにくい部分もあるかと思えます。			
1478	医療提供者 (協議会委員)		東京	まだまだ不足している。	相談支援のためには設備とヒトの充実が必要。	相談、支援に報酬、加算をつけるべき。	
1479	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	どのように活動してよいのかよくわからない。患者、家族の文句、わがままを言う場所になってきている。いつでもどこでも、かかりたい医療機関に受診できるようにするには、その医療機関をバックアップできるようにしないと、患者の流入で、その医療機関は疲弊してしまう。	相談員の身分保障(報酬面)をもっと安心できるようにしてもらいたい。	現在、相談いくらしても、診療報酬上、何の売り上げもない。完全にボランティア活動である。	がん相談支援センターは、各医療機関に任せるのではなく、行政など公共の機関がある程度担ってもらいたい。
1480	医療提供者 (協議会委員)		東京	がん専門病院とは異なり、総合病院では、がん相談は他の疾患と同じ分野である。このためにがんだけに特化する相談支援は困難である。			患者相談センター内にはがん相談センターを設置する。自由度を高めて欲しい。
1481	医療提供者 (協議会委員)		東京	がん患者が情報を得ようとするとあまりに多い民間医療の情報に惑わされてしまう。			情報の質を保証すべきである。
1482	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	がんセンター情報管理室が充実している。がんセンターが中心になって全国のがん診療施設と連携を促進してほしい。患者さんは正確な情報に飢えている。webでの情報提供、相談がよい。また、民間の電話相談との連携も行うべき。	当分の間は、診療拠点病院にがん相談、情報提供ができるようにするための補助はできればやったほうがよい。	相談支援、情報提供をしている施設の診療点数はその分上乗せしてよい。受益者負担の原則です。	がん診療施設には将来的には情報が受けやすくするように各施設に情報センターの充実を義務化する。その分、診療点数を上げる。民間の電話相談の内容向上に向けて何が必要か検討する。
1483	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・国、地方自治体、がん診療の基幹病院が統一した情報を発信する。さまざまな病院が発信すると、情報過多になり混乱をきたす心配がある。がん相談に関しては相談員の教育、人材確保が大変な場合がある。・相談支援センターの機能充実のため、拠点病院等と一般病院と連携作り。	・がん相談は有料化する。・助成金及び診療報酬上での評価を求める。	・診療報酬に反映する。・がん拠点病院等の診療報酬上、施設基準等で評価する仕組みを作る。・緩和ケアの為、一般病院に入院した時の診療報酬上の評価を。	・長期の外来化学療法実施の患者について限度額1万円程度の負担で済むようにする。・高額療養費限度額証を外来でも使用できるように(外来化学療法に対応する)。
1484	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	十分な相談支援員を雇える保障がない。人手不足である。	相談支援に予算を付ける。	相談支援に対する診療報酬の点数化。	
1485	医療提供者 (協議会委員)		新潟	相談する部屋が狭く、相談しにくい。	部屋の立て廻しの費用を拠出してほしい。		
1486	医療提供者 (協議会委員)		新潟	大切な分野であるが、各施設の取り組みに温度差が大きく、内容・人員ともに施設間隔差が大きい分野である。	相談支援部門は診療報酬の対象とはなりにくいことから、その人員構成に応じて補助金を増額してはどうか。		

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
1487	医療提供者 (協議会委員)		新潟	相談支援や情報提供はがんと闘いながら、人としての尊厳をもって生活する患者には必要不可欠である。しかし、相談窓口や相談の受け手が真摯な態度で臨んでくれない限り、安楽なものとはならない。患者や家族が心を開いて相談できるよう、受けての訓練も必要である。特に、精神科受診が必要な場合なせ、その必要があるのか等インフォームド・コンセントが必須であるが、インフォームド・コンセントは患者・家族中心に進めることは、大変難しいことを肝に銘じる必要がある。			
1488	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	相談支援には診療に関わる点数は設定されていない。また似たような組織(地域連携)と重複する部分もある。			
1489	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	相談支援は単なる転院相談で、行き先を探している。他職種・他機関と連携し、コーディネートできる人材が必要である。難病支援のようなネットワークがあれば、情報提供しやすくなるのではないかと。			
1490	医療提供者 (協議会委員)		石川	・がん相談が無料ということもあり相談件数は増える一方。がん相談研修修了スタッフの配置に係る人件費分の補助を検討して頂きたい。・がん医療以外の療養中の相談を兼ねていて、面接する時間がとれない。・がん医療に関する相談は増加しているが、相談室の場所を知っているにも関わらず、相談することを迷っているケースにも出会う。相談しやすいようにするには部屋の工夫、PRを行う。患者会、家族会の支援を行う。	がん相談専任スタッフの人件費が捻出できないので人件費の補助が必要。	がん相談は無料で行っているため、人件費補助を予算での対応を切に望む。	
1491	医療提供者 (協議会委員)		石川	忙しすぎる。人員を増やす。	お金より人員を増やす。	お金にするなら、相談加算を。	自治体で対応できるようにする。
1492	医療提供者 (協議会委員)		石川	がん相談支援室スタッフの育成。			
1493	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	岐阜県では岐大、他の市民病院で数少なく相談支援として窓口が開設されているが、病院でなく行政(市役所または保健センター)にも開かれるといいと思う。まだ病院にも相談窓口がない地方はたくさんあるから…。	県・市町村で予算をとってほしい。予算が取れなかったら病院として予算化してほしい。ボランティアだけではなかなか継続していかないと思う(ボランティアの人たちにも生活がある)。	各病院での診療に対する点数はいくらで、いわゆるDPCの導入している病院が増えていると思うが、その情報を公開してもいいのでは。	情報提供してほしい。非公開でなく、開かれたものを病院としてわかる所だけでも提供してほしい。
1494	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	地域に根ざした医療機関・薬局が 第一段階の相談支援を行なうべきだと思う。			医療機関・薬局・保健所・公民館等 さまざまな場所でのアピールが必要だと考えます
1495	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	歯科を受け皿とする(口腔がん等)システムづくりが課題。			
1496	医療提供者 (協議会委員)		静岡	相談支援員を多く養成する努力(クレジットのもらえる講習会を多く開くなど)をしていただきたい。			

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
1497	医療提供者 (協議会委員)		静岡	初めて「がん」と診断された際に、まずどこに行けば良いかが周知されていない事？			やはり、地道な啓蒙活動か？
1498	医療提供者 (協議会委員)		静岡	一般的な治療費の概算もネットでオープンになるとよい。			
1499	医療提供者 (協議会委員)		静岡	国立がんセンターでの相談支援担当者研修は、相談支援の質を高めるうえでの意義が大きく、今後も積極的に推進してほしい。がんで苦しんでいる方々の相談が多く、無料で対応することが望ましい。そのためには相談支援センターへの継続的予算措置が十分に講じられるべきである。			
1500	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	相談支援窓口をつくるべきだが、その職員を採用することが困難。現在の仕事の中ですることは不可能。	相談支援室に十分な予算を、特に専門職員に給料を払える程度の予算上の支援をして欲しい。		
1501	医療提供者 (協議会委員)		愛知	相談支援に携わる手間が多いにもかかわらず、経費がかかるし、報酬面に配慮がない。	相続支援に対する予算の増額と、予算を割り当てられても使い道を制限されると不自由であるので、制限を設けない。	相応の支援報酬を設定(病院経営にも利点があるように配慮されると、病院側も積極的に協力が得られる)。	
1502	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん情報センターなどから資材が大量に送られてきたり、インターネットからだれでも容易に情報が得られるようになったことはよいが、必要としている患者に正しい情報を適切に提供することにはあまり役立っていないように感じる。			
1503	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知			院内整備の充実には、費用が必要です。診療報酬としての裏付けが望ましい。	
1504	医療提供者 (協議会委員)		愛知	相談支援の実体に応じた経済的支援が必要。	このための拠点病院補助額の増額を望む。		
1505	医療提供者 (協議会委員)		愛知	患者さんへの的確な情報提供ができるように、診療報酬上の治療実績ではなく、医療機関ごとの実際の治療実績の一覧表があると便利である。また、各医療機関の得意としている治療や診療科などの一覧表があるとスムーズに紹介・案内ができると思う。			
1506	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	情報不足が患者の不安を増大している。相談支援事業の拡大を期待したい。	人件費の補助を期待したい。		

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
1507	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	患者は、相談支援とは、患者にとっては領域関係なく、医療に関係する事、何でも聞いてもらえるところ、と理解しがちである。がんだけ切り離して、がん相談支援センターが行政側の指導で創設されたが、現場は患者全体の需要に本当に応えているか常に疑問を感じている。現在、相談は多くの施設で無料で行っている。この部門は病院の財政上大きな負担になっている。	相談支援に対しては診療報酬上の配慮が全くない。電話でのお尋ねにも無料で応えている。スタッフの person 費や設備費・消耗品に少なくない費用がかかっており、相談部門に対して行政の補助金でこれらのシステム(人件費・運営費)を支えないと長期の維持が困難となる恐れがある。	現在情報提供料が算定できることになっているが算定要件が制限されている。情報提供された側の返答(問い合わせに対する返答)も算定できるように改めるべきである。	
1508	医療提供者 (協議会委員)		三重	二次医療圏に1ヶ所程度相談センターを設置。			
1509	医療提供者 (協議会委員)	玉置 久雄	三重			相談支援を行った際、診療報酬としての評価を望む。	
1510	医療提供者 (協議会委員)		三重	・不採算部門であるが、極めて重要。⇒採算がとれないのが問題。			
1511	医療提供者 (協議会委員)		滋賀	がん医療に関する相談支援に関しては地域格差がある。			
1512	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	がん診療サポートチームの充実と、それに対する予算的措置。	サポートチームの人件費の保障。	サポート(緩和ケア、などに対する診療報酬の確立)。	
1513	医療提供者 (協議会委員)		京都	相談支援は重要であるが、人的労力がかなり必要と思われる。	相談支援を積極的に行っている施設に援助が必要と考える。		
1514	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	がんの情報が氾濫しすぎて、患者が処理できない。大切な情報の入手の方法が不透明。IT(ネット)を使用している情報入手は難しい。地域ごとのがんに関する医療資源の集約がなされていない。	がん情報の公開病院、開業医への援助。	相談業務に診療報酬をつける。	地域ごとのがんに関する医療資源の集約を行い、データベース化を拠点病院に義務化。それは行政主導で管理する。国立がんセンターが必須情報を拠点病院に配布するシステム。不要ながん情報を規制する制度。
1515	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	本院では入院患者の約40%が「がん患者」。がん相談支援センターを開設し、がん看護専門看護師1名、医療ソーシャルワーカー2名、事務員1名で運用しているが、相談件数がオーバーフローしているのが現状。全ての患者・ご家族に満足いく相談支援・情報提供が出来ているかが大きな課題である。			
1516	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	・治療に関すること等、医療的な面を含む相談に対して責任をもってどこまで答えられるか。・化学療法を行っている病院とか、治療実績等の相談に対して資料をどう集めればよいか分からない。・電話での相談では、相談者の表情も利きづらく限界を感じることもある。・相談してこられる方はその場で回答を期待されておられるので内容によっては、期待はずれと感じておられる様子が伺え、申し訳ないと感じることもある。			

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
1517	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫			相談支援と情報提供に対する診療報酬が必要。	
1518	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	地域における相談体制はまだ満足のものではない。人材も不足住民の認知度は低い。	人材育成および確保のための予算増研修会等スキルアップのための予算啓発のための予算。	相談事業の診療報酬上での評価。	継続した国民への啓発事業。
1519	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県がん拠点病院では地域連携室、看護相談室も設け、がん専門看護師やソーシャルワーカーを配置してあらゆる相談に少しずつ対応しているようである。			
1520	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	がん相談も心のことや金銭のこと、また病気のこと等幅広く対応が必要であり研修等の充実によるスキルアップが必要不可欠である。		MSWやがん専門Nsの配置人数を決め、その人数に達成している医療機関には診療報酬で他医療機関と差をつけるべきである。	
1521	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	リソースの紹介にとどまり、患者・家族の「生き方」の提案が出来ると言えない場合が多い。		WHOのICFに基づく情報提供書の作成に対する報酬の新設。	
1522	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	相談を受ける側として、研修会などに参加したり自分なりに勉強はしているが自信がない。また、相談支援センター相談員研修会については東京のみのものもあり、開催場所を増やしてほしい。相談支援者の教育やフォローをしてくれるような制度がほしい。			
1523	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	地方では、まだまだ認識が薄い。		がん相談と他の相談との診療報酬の差別化をしていただきたい。	
1524	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	相談支援や情報提供の内容にまだ大きな差があるように思う。この差を是正するべき。また、これは相談する側にも問題はあがるが、時間がかかり過ぎることもある。即座の対応が必要な案件も有ると思うので、そういうことにも対応出来る能力をつけてほしい。		やはり患者負担を初診、再診のような形をお願いするべきだと思う。	
1525	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	FAQに対する回答をネット上で公開。都会版、田舎版、ほかの病院ではどんな対応をしているか、患者も医療者もわかれば参考になる。	ソーシャルワーカーの予算必要。	対応した時間、人に対する報酬は？	人材養成の支援。
1526	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	個人情報管理における守秘義務との兼ね合い。			
1527	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
1528	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山		全国規模のがん患者満足度調査を3~5万人規模で行う。5年に1回程度繰り返し行う。そうすると、地域ごとの特徴が出るので、今後の施策策定の基準になる。	点数の付け方はかなり難しいのではないか。	がんサロンも、開催には人手も場所も要る。

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
1529	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	わからない。			
1530	医療提供者 (協議会委員)	篠崎 勝則	広島	各がん診療連携病院には、相談支援や情報提供が義務化されているが、それに対する報酬の見返りはなく、人員配置の上でも大きな障害となっている。	相談支援や情報提供に対する予算配分。		相談支援や情報提供に対する情報提供料の算定、たとえば電話相談に対し料金が発生するシステム(たとえばビザ情報サービス(有料)のようなシステムを導入する。
1531	医療提供者 (協議会委員)		広島	主治医から患者さん、家族、他の医療スタッフに対する情報提供がまだまだ不足している。そのために、よほど患者や家族の意志が強く行動力がないと、自己決定の期間が少なくなっている。			
1532	医療提供者 (協議会委員)		広島	配置基準の増強(人員数が不明)。	日常業務との兼任が多く、専任スタッフの体制整備において、公的補助が必要。	民間の施設の自助努力は限界にきている。	がん拠点病院では設置運用を義務づける。
1533	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん医療連携拠点病院についての広報はされているが、その他の病院でがん医療を行っているところが多い。県内のどの病院がどういいうがんの専門医がいるか。どこに行けば、がんの専門治療が受けられるのかの、県内全体の情報が、つかみにくい。	病院の情報も変わってゆくの、適時適切な情報が流せる、システムと人の配置。	セカンドオピニオンの診療報酬の引き上げ。	
1534	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	セカンドオピニオン、MSWへの相談が増えており、人員不足が問題です。	人件費に相当する報酬が必要。		
1535	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	相談支援を化学療法室勤務の認定看護師と地域連携室の相談員が活躍中。	専門看護師との相談料に加算をつける。	情報提供は診療報酬とともに加算。	専門職を育成中。
1536	医療提供者 (協議会委員)		山口	相談支援センターの充実。	相談員の専門職化		
1537	医療提供者 (協議会委員)		山口	この部門も、全体的には遅れているといえる。			
1538	医療提供者 (協議会委員)		徳島	がん拠点病院等は多忙にて、民間の専門家(がん診療経験医師)のもとに集えるようなサロンを相談や情報提供の場にしたらどうか。	経済的支援が必要と考える。		
1539	医療提供者 (協議会委員)		徳島	ネット中心でよいと思われる。情報提供は国立がんセンターなどで行っているが、もっと周知することと、レベルアップが望ましい。電話での相談は都道府県に1カ所以上(がん診療拠点病院などに)、対応できる人を紹介できるようなコーディネータを配置する。			
1540	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	相談支援ができる医療機関が少なすぎる。			スタッフの養成、患者会との連携。
1541	医療提供者 (協議会委員)		香川	拠点病院に開業医からの相談をもちやすくするセカンドオピニオンではなく、治療上の相談も。			
1542	医療提供者 (協議会委員)		香川	現在は受動的相談になっている。訪問相談等能動的相談を活発にする。その為の相談員の増員に予算を配分する。	訪問相談等能動的相談を活発にする。その為の相談員の増員に予算を配分する。	相談料を創設する。	

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
1543	医療提供者 (協議会委員)		香川	幅広いがん医療について、国立がんセンター主催の相談員研修以外にも研修の機会を増やしてほしい(地方での開催)。			
1544	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	相談支援センターの存在に関する啓発が進んでおらず、利用する患者が少ない。がん腫別パンフレットの配布にのみ注力されている感がある。	患者が利用するがん図書室や相談用個室の設置費用補助を予算化する。	がん相談支援提供料を保険点数化する。	がん相談支援センターの利用に関しては家族による利用も保健医療の範囲として設定する。そのために、相談支援センター要員や臨床心理士を国家資格とする。
1545	医療提供者 (協議会委員)		香川	・県単位で、ネットワークを管理する事務局を設立し、県が事務対応するようにする。			
1546	医療提供者 (協議会委員)	筧 善行	香川	市民に対する公開講座の開催などへの公的資金の援助が全く不足している。自治体は会場費を無料にあうくらいしないとだめだろう。			
1547	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	相談支援センター、セカンド・オピニオン体制は構築され、少しずつ周知されている。			
1548	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	十分な人員が配置されていない。	拠点病院への補助金を増額すべきである。	がん患者の入院基本料を大きくすべきである。	拠点病院と大学病院は制度を分けて発展させるべきである。
1549	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	人員不足で十分出来ない。			
1550	医療提供者 (協議会委員)		高知		国から基本的ながん医療(総論・各論)の冊子(インターネット経由可)を出してもらいたい。		
1551	医療提供者 (協議会委員)		高知	患者や家族の不安を和らげる効果的な体制を望む。			
1552	医療提供者 (協議会委員)	安岡 しずか	高知	相談支援は必要であるが、相談できる機関の周知がまだまだ出来ない情報に関しては偏りもあり、均てん化にはかなり格差がある相談支援者に期待できる知識と情報量がわかるような資格や基準がない 個人の研鑽によるものである各拠点病院や基幹病院の相談室では公平な判断が難しい治療だけではなく精神的側面、霊的苦痛に対しての心のケアが出来ていない。	相談支援業務に対しての支援と研修等補助金を出すスピリチュアルケアに関する支援に対しての助成制度。	相談支援心のケアへの報酬。	
1553	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がん医療に関する相談支援は整備されつつあるもののまだ不十分であり、施設により内容も異なっている。がん患者・家族が必要に応じて気楽に相談できる場所が必要である。			
1554	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	相談員の育成。	相談員の研修費用補助。	相談件数に応じて加算。現時点ではまったく診療報酬に反映されない。	相談員の連絡会の結成。
1555	医療提供者 (協議会委員)		福岡	相談支援センターは、制度面での対応で充実してきている。しかし、相談支援にはそれなりのスタッフが必要であり、その人件費や診療報酬がない。	スタッフの人件費の確保と、診療報酬での対応に必要な予算の計上が必要である。	同前記。	

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
1556	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	MSWの数が少ない。がん治療に特化したMSWが必要。			
1557	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	個々の医療機関で提供する情報を収集したりパンフレットはファイルを作るのは労力的に厳しい面がある。がんセンターなどで雛形を作り全国の病院に配布してほしい(今でもやっているとは思いますが、より推進してほしい)MSWが多忙であるが、多人数雇用するのは難しい現状である。		相談支援や情報提供にも診療報酬をつけるべきである。	がんセンターなどで提供情報やパンフレットなどの雛形を作り全国の病院に配布してほしい(今でもやっているとは思いますが、より推進してほしい)。
1558	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	・都道府県単位で、情報の共有化が必要である。	・各都道府県にまとまった予算を配分する必要がある。		・がん診療連携拠点病院だけでなく、各保健福祉事務所でもがん医療に関する相談支援と情報提供が「必要である。
1559	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	相談窓口の設置アピールと相談員(医師、薬剤師及び看護師)への人的経費的助成が望まれる。			全医療圏に一か所ずつでも相談窓口の開設を。
1560	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	比較的うまく行っていると考える。			
1561	医療提供者 (協議会委員)		長崎	MSWが他の仕事と兼任であるため、おそらくこの施設も相談でパンク状態では？		つまるところきちんとやるためには人が必要。結局お金がいる。がん拠点病院のDPCの係数をきちんとつけるなどしないと、個々の病院の企業努力のみでは限界に来ていると考える。	
1562	医療提供者 (協議会委員)		大分	どの病院でもがん医療が取り組まれていることを啓発するキャンペーン。	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長。	長期の化学療法に対する助成。	がん患者のカルテ開示の標準化。
1563	医療提供者 (協議会委員)		大分	高次医療機関での十分な説明がなされていないことも多く、患者あるいは家族への説明と同意に疲れる。			全経過を通じての一貫しての相談支援をする人が欲しい。誰がその役を務めるのか。
1564	医療提供者 (協議会委員)		宮崎				がん登録項目と医師が望む項目が乖離しているため医師の協力が得られにくい。
1565	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	もっとマンパワーが必要。			
1566	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	対応出来る人の絶対数が少ない。			
1567	医療提供者 (協議会委員)				地方行政と保健所の予算化を大幅アップ。	MSWの増員と診療点数を加える。	地方行政と保健所の強化。
1568	医療提供者 (協議会委員)			もっと充実されるべき。	少ない。	少ない。	
1569	医療提供者 (協議会委員)			・20年度の相談件数は2,700件で、これに対しては無報酬・担当医に対する不満や苦情に苦慮。		相談件数に報酬はつけられないのか。	

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
1570	医療提供者 (協議会委員)			相談支援は患者に周知されていない。			
1571	医療提供者 (協議会委員)			情報提供はしているが本当に必要な患者に行き渡っているか解らない。国の冊子についても年末二社なくなっていて苦慮している。時間についても1人で数時間の相談もあり、最終的に苦情になることもある。		相談業務についての診療報酬で点数化。	
1572	医療提供者 (協議会委員)			相談支援活動が病院に任せられていると、病院組織の利益に偏ってしまう。通院治療中の自宅生活支援や療養支援が不十分ではないか。例えば、化学療法中において、通院はなんとか可能であるが体調に波がある場合の支援がまったくない。	通院がん患者のデイケアセンターなどのサービスを含めた、相談支援、情報提供の場が必要ではないか。		
1573	医療提供者 (協議会委員)			医療機関の担当職員は、最低限しか確保されていない。		看護師のように、配置人数での評価(加算)制度の構築。	
1574	医療提供者 (協議会委員)			昨今の社会情勢を反映して医療費の問題(高額で負担できない)の相談が増えている。			分割払い等の対応へ配慮した制度作り。
1575	医療提供者 (協議会委員)			病気のこともあるが、やはり支払い等でもうお金がないと訴えている人も多い。支払いのできない人をどうするのか。	ネットで他施設のカンファレンスや会議に参加できるようにするための補助を充実させて欲しい。		情報提供はホームページ等でかなりうまくいっているも、やはりその道の専門家をかけるような制度の充実。
1576	医療提供者 (協議会委員)			まだまだ不足。始まったばかりである。	振り向けるべき。	厚くすべき。	専任スタッフを配置しようにも、人がおらず兼任でカバーしている。雇うお金もない。
1577	医療提供者 (協議会委員)			これは理想的には医師がして、診療報酬をつけるべき。	診療行為と考え、専門医師には診療報酬で答えるべき。	定型的な質問は避けて頂きたい。前記の通り。	前記の通り。
1578	医療提供者 (協議会委員)			一般市民や他病院関係者、入院、外来患者のがん相談を640床の病院で扱うとすると、専従と専任相談員のみでは無理。かなり他職種とも連携をとらねばならず、ある程度各科、各専門部門で担当者を決めてからねば、きめ細かい対応は出来ない。となるとやはり人員の確保が必要となる。	国立ガンセンターからパンフレットを送ってもらっても補充しようとしても増刷しないといわれたり、在庫がないといわれる。自分の病院の予算で印刷していかねばならないのか？国の補助は無理なのか。	相談員がいることで診療報酬に点数加算できるようなシステムにしないといつまでも兼務のまま名前のみの専従や千人の相談員が減っていかないのではないか？	相談支援センターの構成員の職種や経験年数や名称など、ある程度精度内で決めるべき？個々の病院に任せすぎているのではないか？
1579	医療提供者 (協議会委員)			相談員の研修会が少ない。			研修会の増加。
1580	医療提供者 (協議会委員)			専任の看護師やMSWが不足している 24時間365日相談支援センターとして機能するには一定の人数をそれ得る必要があり単体の病院では困難。県立病院では定数条例があり職員としての採用が困難である。	県で一つ一定の人数を配置した専門のセンターを設置出来るように県に予算を配分する。		
1581	医療提供者 (協議会委員)			相談支援・情報提供体制の整備には非常にコストがかかる。	拠点病院への交付金の増額。		
1582	医療提供者 (協議会委員)			相談支援ができる人材が少なく、人員が確保できていないのではないように感じている。			

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
1583	医療提供者 (協議会委員)			相談支援する所があることを知らない人が多いと思う。			
1584	医療提供者 (協議会委員)			がんに特化した相談を中心に行う環境整備が、がんセンター以外の病院では難しい現状にある。	相談支援に人を配置できるための予算の整備。	相談員に対する診療報酬が加算できる様に整備する。	
1585	医療提供者 (協議会委員)			がん患者や家族の生活を社会全体で支援する施策を行うとともに、他人事にしない国民の意識改革が必要。			
1586	医療提供者 (協議会委員)			地域のがん患者支援団体の情報が不足している。			医療機関とがん患者支援団体の連携を促進させる調整システムが必要である。
1587	医療提供者 (協議会委員)			院内、院外への周知が不十分患者さんや家族が相談しにくい環境がある。			医療者よりの相談支援センターについて、直接説明することの義務化。
1588	医療提供者 (協議会委員)				人件費を病院負担にしないでほしい。		
1589	医療提供者 (協議会委員)			各治療施設の治療成績や実績などの情報の共有ができていない。			
1590	医療提供者 (協議会委員)			相談するスペースが確保されていない病院がある。確保されていても、外来患者で込み合う場所にあたり、部屋が一つしかなく使用中だと診察室を使う場合も見受けられる。どのような要件を揃えるべきかの指針があるといよい。			
1591	医療提供者 (協議会委員)			メンタルケア 人材の育成・人材(スタッフ)の増が必要。			
1592	医療提供者 (協議会委員)			1. 外来主治医の過密業務のためICに要する時間が十分取れず、支援センターへ直接来室されることが多く、主治医との連携なしで対応せざるをえないケースが発生する。 2. 相談内容が多岐に亘り、相談担当者の選任が難しい。 3. 緩和ケア病棟のベット数が少なく、希望に合った支援ができない。	1. 相談支援センターの整備充実に対する現物支援(がん情報誌の配布、図書への援助)。	1. セカンドオピニオン受診科の点数化(実施医療機関の自由診療で料金が一定でない)。 2. 相談支援・指導の点数化(患者側負担は極力抑えて)。	1. 緩和ケアチームと緩和病棟の規制緩和による緩和ケア体制の充実(緩和病棟を有する病院においても緩和ケアの整備が必須であることから緩和ケアベット数の増加が進まず相談ケースの満足度が低くなってしまふ)。
1593	医療提供者 (協議会委員)				相談支援センターの人員確保のための予算が必要。		
1594	学者・研究者 (協議会委員)		宮城	財源が不足している。		個々の相談に加算を設定するのが良いと思う。	
1595	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	相談支援センターの充実。	研修予算の増加。	相談料の新設。	紹介・逆紹介がCW、看護師レベルで行える。

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
1596	学者・研究者(協議会委員)		兵庫	大変重要なことなので、制度面、診療報酬(特に人件費)を考えて欲しい。			
1597	学者・研究者(協議会委員)	西巻 正	沖縄	一般国民ががん診療に関する情報を利用できていない。	広報活動に予算をつける。		
1598	学者・研究者(協議会委員)			セカンドオピニオン制度が広く知られており、人々も積極的に活用しており、医療者側の意識も高いので、良いと思う。ただ、「悪い情報の知らせ方」のテクニックを身につけていない医療者への教育が必要だと思うが、基礎教育段階または研修段階でのキチンとした指導が大事だと思う。被害者は患者と家族で、心理的衝撃はとても大きい。			
1599	学者・研究者(協議会委員)			情報提供が不十分。			がん診療連携拠点病院の現況報告など、府県や国が提出を求めたものを、公開する仕組みを整備してはどうか。
1600	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉				医療機関以外での相談窓口を設置して欲しい。
1601	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟	がん医療に関する学習と情報収集。			
1602	その他(協議会委員)		山梨	広く状況把握している方の存在が不可欠			
1603	その他(協議会委員)		鳥取	現在十分に国民に情報が伝わっていると思えない。			医療現場や地域での周知の徹底。
1604	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	インターネットを利用できない「情報弱者」への相談・情報提供が後手に回っている。	「患者必携」を無料または安価で配る。		地域の保健所や保険ステーションに「がん情報・相談拠点」を設ける認知症で既に始まっているが、がんの知識や支援を学んだ市民の「がんサポーター」を養成する。
1605	その他(協議会委員)	山口 浩志	徳島	地域の人たちが身近に相談できる場所での情報提供が必要であると思います。			地域包括支援センターや各医療機関の医療連携室などの場で気軽に相談できる人材の育成や予算があれば充実すると思う。
1606	その他(協議会委員)			相談や情報提供については総合病院などで体制がとられつつあるが、個人病院などでは不十分である。その体制を構築できないか。			
1607	その他(協議会委員)			住民には相談機関や実態が知られていない。			がんセンターHPからの統計情報の拡充。

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
1608	その他(協議会委員)			地域統括支援センターの設置とがん治療の新しい情報を発信する役割も負う。がん患者は新しい情報を熱望している。どこから新しい情報が得られるかわからない現状がある。	地域統括相談支援センターへの予算化。		がん医療拠点病院の役割として、がん相談コールセンターの設置。
1609	その他(協議会委員)			相談支援体制の充実強化。	相談支援センター設置・運営に対する補助の充実。		
1610	その他(協議会委員)			市町村レベルでは、地元医師会との関係もあり踏み出した相談支援はしづらい。保健師の個々の力量での対応となる、県・国レベルでの支援や、情報提供が必要。			
1611	その他(協議会委員)			相談支援の対象が相談に来られた人が中心であり、相談支援の統計を取る場合も相談を持ち込んだ人が対象となっている。支援相談室があることは認識されていても相談に行くことが出来ない人も多い。具体的な質問がない場合もあるが、話をしていくと問題を抱える人も多い。相談員が病室に向くことで話始めることもある。がんの患者の特に不安については来られない人も多い。			相談支援の中に来室者だけでなく、こちらから訪問していく項目を作成。
1612			北海道	相談員のマンパワー不足、専門知識の習得。がん診療の情報は常にupしなければならないが、拠点病院でそれを担うのが難しい。患者サロンは大変当事者にとって有意義なものであるがその運営に対してバックアップがない。			・地域でのネットワーク(拠点病院間)を強化する。道で情報を一括する。・がん患者に対する看護相談外来を置く。
1613				相談窓口、情報提供窓口が周知されていないように考えられる。			市町村に窓口が設定され、医療機関への連携等の制度の確立が必要と思う。

8.がん登録

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
1614	県庁担当者		千葉	現状は、医療機関の協力を留まっておき、個人情報の壁や1件〇円という協力費など予算的な面からもデータ収集の限界がある。			「がん登録法」等の法制化が望まれる。
1615	県庁担当者	若井 俊文	新潟	がん登録に関しては、日本の規約、UICC、AJCCと複数存在し、翻訳作業に多大な労力を費やしている。さらに、規約は改定されるため、将来に向けた入力作業を考えるべきである。			
1616	県庁担当者		石川	研修制度の充実によるがん登録のレベル向上。			
1617	県庁担当者		福井	精度の高い地域がん登録を実施するための体制を整備する必要がある。	地域がん登録の実施に必要な運営費(診療情報管理士の人件費等)に対する助成を行ったらどうか。		
1618	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	指定が確実な病変は登録病名にすべきである。			
1619	県庁担当者		奈良	がん診療連携拠点病院以外の病院に対する、院内がん登録実施に向けてのインセンティブ作り。			

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
1620	県庁担当者		和歌山	個人情報保護法案のためか、がん登録が上手くいかない。最低限亡くなった年月日を知りうる機会が医療機関には必要である。提供している医療が役立っているのかの確認ができない。生存率の調査結果は各施設の医局の個人調査にゆだねられており、第三者的客観性を保つことが大切。雑誌などの生存率はこのため信憑性を欠く。医療の発展のためがん登録設備は極めて大切である。			
1621	県庁担当者		広島	個人的なことと言えば、がんを患って9年になるが、医師からその後について聞かれたことがない。がん登録はどこで、だれが、どのように登録して管理しているのか、分らない。がん登録はがん対策には大切なデータになるので、「全国統一の登録制度」の確立が大事だと思う。	国家的な予算化が必要。		
1622	県庁担当者		高知	脳卒中と共に、国の指定統計として行うべきもの。			
1623	県庁担当者		福岡	がん登録から死因までの統括。			
1624	県庁担当者			院内がん登録実施機関が少ない。	院内がん登録を新たに実施する医療機関に対する補助。		
1625	県庁担当者			がん登録が法律で明確に都道府県の役割として規定していないため、登録の実施や生存率を算定するために必要な住民基本台帳を用いた生存確認調査を実施することが困難な状況となっている。また、登録が医療機関の任意の協力により実施されている。	都道府県が地域がん登録を行うための補助制度等の予算措置。地方交付税では、予算を確保することが困難である。また、登録だけでなく、精度を高めるために遡り調査や生存確認調査を行う予算を国において創設。	国が全数調査を目指すのであれば、早急に地域がん登録を法制化する必要がある。関係法令(住民基本台帳法)についてもあわせて改正。	
1626	県庁担当者			国民の認知度はまだ低い。	国からの積極的なPRが必要である。		
1627	県庁担当者			県の事業では予算も厳しくなかなか進まない。			欧米のように法制化し、国の事業としてすすめるべき。
1628	県庁担当者			地域がん登録を、県事業として位置づけているままでは、いつまでも未実施の県が残ってしまい、全国集計まで至らないと思う。既実施県も、今後は財政が厳しいため事業の先細りが懸念される。			全国の罹患率を即時算出するためにも、地域がん登録を国の事業とするべきと考える。また、医療機関からの届出も義務化するなど法制化するべき。
1629	県庁担当者			がん登録の法制化。			法制によるがん登録の届出の義務化の実施。
1630	県庁担当者			地域がん登録事業については、標準データベースの導入を進めている。			がん登録集計結果をホームページで公開し、活用を促進する。
1631	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	登録の実務担当者が足りない。	雇用対策と併せて専門事務員を増やす。	登録を推進する施設への増額。	登録の法的義務化。
1632	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	基礎資料の欠如(対策の有効性を確認する基礎データがないこと、医療部外者ではあるが驚いている)。	全国的、加速度的実施のため最優先の予算配分。		がん登録を医療機関として義務づけること。

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
1633	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	国としてがん登録の制度を整えることが強く求められている。また、まだ県としてがん登録を行っていない自治体が残っており、全ての県で行うことが大きな課題である。特に東京都ががん登録実施に乗り出すことが重要。	がん登録の実務者の教育訓練などに十分な予算を付けること。		がん登録の法律が必要。都道府県においても同じ。
1634	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	全国共通でのデータになっていない法的な縛りがないので各都道府県の対応がばらばら。	がん登録をする人材を大至急育てる。	臓器別、院内、地域がん登録にそれぞれ加点する。	現在のがん登録を統一するソフトでデータの統一を図る少なくとも地域がん登録を制度として義務付ける。
1635	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	個人情報情報が喧しく言われ出して、登録はハタと止まった。	個人情報保護法の廃止。		
1636	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん登録はがん医療を行う全ての病院が参加すべきで、参加することで日本のがん医療の実態が把握できるのだと思う。	予算はとってほしい。		
1637	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	フォーマットの統一と末端施設の本気度の検証。	国レベルでは予算計上済みとのこと、地方にも予算化の指導を。		
1638	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	現状、どの程度の精度で、全体の登録ができるのか？	がん登録した情報を個人本人に持たせるようにすることが大切である。		がん登録に関わる人が必要。
1639	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・個人情報保護法の壁があり、追跡調査がうまくいかないと聞いている。・がん登録は、拠点病院でそれぞれ行っているとのことだが、全国統一様式ですべきである。	・登録専門スタッフの養成 ・登録センターの設置(診療した医師の報告義務化)		・個人情報保護法をクリアできる法整備
1640	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	都道府県間の連絡体制がどうなっているか不明である。他県の医療機関で治療を受けた場合の登録に関する連絡はスムーズになされているか？疑問である。			
1641	患者関係者・市民(協議会委員)			がん登録にがん医療を行う全ての病院が参加すべき。参加することで日本のがん医療の実態把握することができる。	予算は確保すべき。		
1642	行政府(協議会委員)	内田 勝彦	大分	財政難のため、地域がん登録が実施できない。	国の補助があるとよい。		がん対策基本法で、都道府県にがん登録の実施を義務づける。
1643	行政府(協議会委員)			現状では、医師が必要としている「臓器別がん登録」は、各医師及び関係する診療科が個別に対応しており、その上、「院内がん登録」への情報提供を行っているため、医師業務が過重になっている。			
1644	行政府(協議会委員)			国立ガンセンターのシステム更新が速すぎる。ホスキャンのシステム更新に整合性が乏しく、いつまで経っても”標準的登録”にならない。標準的登録の理念は理解できるが、システムの地方と中央で合わない。			

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
1645	医療提供者 (協議会委員)	中村 路夫	北海道	形骸的になっている。日常診療が忙しく、医療事務の方をお願いすることが多いが、その場合本当に正確な登録内容となっているかどうかは疑問。日本の「がんのデータベース」のクオリティはそれほど高くないのではないかという印象を持っている。欧米のデータベースのクオリティはもっと高いと聞いている。			がん登録を正確にするには、基本的には医者が入力しなければならないとおもうが、医者は日常診療が忙しくともそのような時間はとれない。改善するには「がん登録を正確に行える医療事務員を育成する」ことが必要と考える。
1646	医療提供者 (協議会委員)		北海道	がん登録師の勤務が必要。	それなりの予算を組んでくれればと思う。		
1647	医療提供者 (協議会委員)		北海道	予後調査を簡便な方法で。			住基ネットなどのインフラ利用。
1648	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	1. 院内がん登録標準登録用紙と臨床医が必要とするデータでは登録内容に一部隔たりがあるため、医師の協力を得ることが難しい。2. 都道府県が実施する地域がん登録のデータが、がん診療拠点病院に還元されないため、追跡調査における死因(原病死・多病死)の把握が出来ない。3. 院内がん登録を推進するためには、人員、システムの整備が不可欠であるが、現状の補助金だけではこれらを整備するインセンティブには成り得ていない。	院内がん登録の年間登録実数に応じて院内がん登録に必要なシステム等の整備・メンテナンスのための院内がん登録整備事業補助金等を各拠点病院に配分する予算を新設する。	がん診療拠点病院については、外来(月1回)、入院(1入院1回)につき加算点数を設置することで、がん診療拠点病院がすべき人員や設備の費用に充当することが可能となる(DPC対象病院については病院機能係数が必要)。	院内がん登録では予後調査が必須であるため各自治体への住民票照会等を実施するが、予後調査には法的根拠がないため、一部の自治体からの協力を得る事が困難であったり、費用が発生することもあるので、法整備を進めていただきたい。
1649	医療提供者 (協議会委員)		北海道	がん登録の重要性、必要性が患者、医療機関に行き渡っていない。個人情報保護法により予後調査が困難になっている。地域がん登録等における目的の明確化と手法の樹立。	がん登録の質の高いデータ収集のため、登録士の継続的な研修又は資格の確立。	がん患者数による登録士の人数を決め、診療報酬に加算できるようにする。	医療機関からの予後調査を地方自治体窓口で対応できるように制度化する。
1650	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	専門員が少ない。特に臨時職員で対応している為、ある年度で辞めなければならない。		診療報酬の充分。	専門職員の常勤化。
1651	医療提供者 (協議会委員)		北海道	がん登録も担当しているが、有効・有益な利用を期待する。			
1652	医療提供者 (協議会委員)		岩手	登録事務に関わる職員の人件費がほとんど手当てされていない。		がん診療連携拠点病院加算で評価する。	
1653	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	すべての施設が参加しなければ信頼性のあるデータベースにならないが、手間がかかり、難しくなっている。		がん登録と診療報酬の関係を明確につける。	
1654	医療提供者 (協議会委員)		宮城	診断の精度。集計、分析結果が現場に還元されていない。			
1655	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	多医療機関にまたがり治療を受けている人が増えている。重要度は増していると思う。			
1656	医療提供者 (協議会委員)		宮城	予後調査の法務省や県、市町村の役所への照会に時間、手間がかかり、簡単に行えない問題がある。			がん診療連携拠点病院が行う予後調査に対しては、法務省、各市町村では個人情報保護法との絡みを緩め門戸を開かないと正しい統計はでないと考えらる。

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
1657	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	一般医師が利用しづらい。			登録データの公開やデータ請求手続きを明確にする。
1658	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	現在、上手くいっている。	予算の増額と融通性を。		人さえいれば上手いく。
1659	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	がん登録はがん対策の課題および成果指標となる重要な事業である。がん登録士は定数化された雇用でない臨時雇用を続けていてもスキルの蓄積が望めないと考える。	定数化雇用可能な人件費をお願いしたい。	がん登録を義務付けている医療機関へのホスピタルフィーはそうでない医療機関とは異なっており良いと考える。	
1660	医療提供者 (協議会委員)		秋田	地域がん登録は地域差があるがいずれ解消する。しかし診療所レベルではまだまだ取り組みがされていない。診療所医師に関心をもってもらうことが必要。			
1661	医療提供者 (協議会委員)		山形	当県では比較的うまくいっている。			
1662	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	がん登録については現在、予算がついていないため、かなり、医師の過重労働に拍車をかけている。	がん登録のための専門職員確保の予算がつけば医師の負担が少なくなるものと思われる。	がん登録でも診療報酬上加算がつけば医療機関の経営者としても熱心に協力するものと思われる。	保険者と協力するような制度があればがん登録の漏れはなくなるのではないかな。
1663	医療提供者 (協議会委員)		福島				国民へ更なる理解を求める啓蒙をしっかり行う。
1664	医療提供者 (協議会委員)		福島	・予後情報の入手が、現在の個人情報保護法により困難となっている。・当県で今後地域がん登録を行う場合、県内で院内がん登録を行う施設が少ないために院内がん登録を推進する必要がある。	院内がん登録を行う予定のない施設は、人員の確保が困難であること、また院内がん登録を行うメリットがないと感じていることが原因で行っていないようである。そのため、拠点病院以外の施設では地域がん登録に協力する施設には補助金を出すことではどうか。	院内がん登録をしている拠点病院以外の施設で、がん診断がついたときに院内がん登録加算をつけるのはどうか。	予後情報の開示を、がん登録に関しては例外的措置とすることはできないか。
1665	医療提供者 (協議会委員)		茨城				「がん」の診断を病理が下したら、その時点で担当医が直接国のシステムに登録(名・年齢・住所・診断名のみ)。
1666	医療提供者 (協議会委員)		茨城	登録様式が統一されていない。がん登録に対する教育・指導をしていくべきだ。			
1667	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	登録とりまとめの多岐にわたる点が不便・不正確。			各組織の統合化。
1668	医療提供者 (協議会委員)		茨城	一つのがんに対して、県、学会などいくつもある。			
1669	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	がんを診療している現場の医師にとっては負担が増えただけでメリットが特にみられない。	登録に応じてなんらかの対価が必要。		

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
1670	医療提供者 (協議会委員)		茨城	医療従事者が「がん登録」事務を兼務する時間がない。			がん登録事務者を養成し、地域に均等に配置する。
1671	医療提供者 (協議会委員)		茨城	・「院内がん登録」「地域がん登録」それぞれが独立して行われており、対応する現場サイド(実務者)の負担が大きい。・「予後調査」に対する役所等の認識の相違・誤解があり、調査進捗の支障となっている(公立病院と民間病院とで不公平感がある)。			・「院内」「地域」それぞれのがん登録が一本化・共通化できるような制度創出をお願いしたい。・「予後調査」に対する公的な制度創出、支援をお願いしたい。
1672	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	がん登録の項目が各臓器に当てはまらないため、利用価値が少ない。			
1673	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん登録実務者の配置に際しての医療機関のインセンティブが乏しい。			がん登録実務者に対する資格制度をつくって欲しい。
1674	医療提供者 (協議会委員)	満川 元一	茨城	いわゆるバラバラで労多くして益少ない。国と医師会で統一案を策定すべき			
1675	医療提供者 (協議会委員)		茨城	予後情報調査の病院負担大。	1件あたり500円～1000円補助。		行政の協力が不可欠。
1676	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	地域がん登録では、フォーマットも成人用であり、ミスマッチが多すぎる。	小児がん、小児血液学会で疾患登録を行っているので、地域がん登録は、これと連動して行くと正確な情報がえられる。		
1677	医療提供者 (協議会委員)		栃木	診療との両立が負担。学会の登録との重複、および学会のようにそれぞれのがんの特殊性を拾い上げていないので、診療面からは役立たないし、使用しようとは思わない。			学会の登録との一元化
1678	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	実数と登録数の乖離が大きいと思う。	作業が大変で時間がかかるので予算を多くして欲しい。		
1679	医療提供者 (協議会委員)		栃木	がん登録の活用が現状ではできない。登録されたデータが活用でき、検診の精度管理に使用できるルールが整備されていない。			がん登録の法制化およびルール作りが必要。
1680	医療提供者 (協議会委員)		栃木	外来がん登録は、対象者を拾い上げるのが非常に難しい。			
1681	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	登録作業を行う余裕が無い。	専門担当職の新設。	診療報酬の新設。	担当職の専門制度の新設。
1682	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	精度向上のためには継続的な研修と2名以上の専門的な人員配置が必要と考える。予後調査に関しても地域がん診療連携拠点病院であっても住民票照会には現実には不可能な状態である。	継続的な研修を実施するための予算の確保。2名以上の人員配置を可能とする予算の確保。		中級者研修終了者への研修も継続的に行っていただきたい。予後調査の方法の確立。国の事業として国が方法を確立すべきと考える。
1683	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	がん登録が進展しない。			

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
1684	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	国が法律でがん登録を規定すべきである。地域がん登録を義務つけるべきである。	多いに越したことはない。	がん登録をしっかり行っている病院には診療報酬を厚くすべきである。	国の方針としてがん登録を行わなければ(がんの状況が把握できていなければ)地域でもがんに対する対策のたてようがない。
1685	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・地域がん登録の不整備や全国最下位の予算等、行政(県)によるバックアップが不十分と考える。また、予後調査等がん登録法制化が必要である。	・行政(県)の財政状況に応じた予算分配では同じ業務を異なる予算でこなすという不条理な問題が生ずる。全国統一での予算分配をお願いしたい。		・予後調査等がん登録における情報収集に対して法制度をすることにより、行政が正確な情報を得ることができると考える。
1686	医療提供者 (協議会委員)		東京	始まった以上、まずは、とりあえず実行して、実証性や有効性を検討する段階だと思います。			
1687	医療提供者 (協議会委員)		東京	個別病院のデータを集計するのではなく、大阪府方式を検討すべきである。	長期計画でデータ収集方法、システムを構築してゆけば単年度の予算は限定的となるはず。		
1688	医療提供者 (協議会委員)		東京	学会や自治体、その他の登録が乱立、しかも、要求されるデータ等が統一されていないので、作業は複雑で手間がかかる。		加算をつけるべき。	担当医に負担が少ない形が望ましい。
1689	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	電子カルテ化を進めるような、誘導をしないと、現在の紙媒体からの吸い上げでは、おのずと限界がある。がん登録を進めるなら、がん登録を行っている医療機関の電子カルテ化を推し進める政策をしてもらわないと、現場のスタッフに負担が増すだけだ。また、これは行政がある程度担わないと、予後調査などは進まず、意味のないものになってしまう。	がん登録を行っている医療機関には、電子カルテ化の補助予算をつけるべきである。	やはり、がん病名登録をおこなっていると、DPCの係数を上げるような誘導が必要を思われる。	基礎データは、医療機関が出すが、予後調査などは、ある程度行政が関るべきだ。
1690	医療提供者 (協議会委員)		東京	予後調査が不完全。これは個人情報の誤った解釈のため。	がん登録士増員の予算の継続。	予算が有期であるとすれば、登録士の有無により診療報酬の差をつける。	役所での生存確認すら、できないことがある。個人情報保護と学問の自由の啓蒙が役所にも必要。またがん登録に関する情報を得る場合には役所で費用が発生しないようにして欲しい。
1691	医療提供者 (協議会委員)		東京	①今後登録施設を広げていくべきだが、如何せん人的費用がかかる。②重要性について国民の理解不足がある。	①拠点病院でもできるよう何らかの資金援助が必要である。		①より簡易な登録内容を検討する。②キャンペーンで国民の理解を得ておく。
1692	医療提供者 (協議会委員)		東京	予後調査が困難。	がん登録実施の評価。		
1693	医療提供者 (協議会委員)		東京	ある程度の登録業務・報告の強制は必要と考える			がん対策室？などの公的機関が半強制的に集めないと無理なのではないか。ある意味での総背番号制が必要かと考え
1694	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	少しずつ進んでいるが、大変遅い。国民の番号化が必要でしょう。がん登録がなければ、新しい政策は出ない。	がん登録はお金がかかる。まずは予算で対応すべき。	将来は診療点数の中にがん登録料も入れるべき。受益者負担の原則。	がん診療施設の必須項目にする。
1695	医療提供者 (協議会委員)		東京	がん対策基本法でがん登録の重要性が謳われながら、追跡調査にあたって地方自治体の情報開示の壁が高く情報を集めるのが困難。			がん登録にかかわる情報開示は地方自治体の義務とする。

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
1696	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・追跡調査が困難。労力が大きいため予算が必要。 ・登録実務者は経験を要するため、人材の確保が困難な場合がある。	予算の増加が必要。	あれば望ましい。診療報酬で対応するのか補助金で対応するのか。	前記と同じ。
1697	医療提供者 (協議会委員)		東京	予後調査方法の確立、個人情報の問題。			予後調査について都道府県が全面協力をしてほしい。
1698	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	国・県・院内がん登録すべて統一したものでやってほしい。	院内がん登録ソフトの無料提供。		
1699	医療提供者 (協議会委員)		新潟	比較的うまくいっている。			
1700	医療提供者 (協議会委員)		新潟	国策としてのがん登録の方向性が見えてこない。地域がん登録・院内がん登録・臓器別がん登録が別々に検討されるのではなく、国が一元的に方向性を示すべきである。予後調査に関する法的根拠が無く、個人情報保護が大きな障害となっている。		がん登録の実施の有無をDPC機能係数に反映できないか。	国策として中規模以上の全病院にがん登録を義務化すべきである。予後調査に関する法的整備を早急に検討して欲しい。
1701	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	いくつものがん登録が走っている。これらをカバーするだけでも大きな労力である。一本化すべである。それにはどの病院にも属さない、独立したがん登録の中核機関の設置が必要であると思われる。どの病院からも中立であることが必要である。			
1702	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	病院や医師の判断によるもので、積極的に行われていない。			全都道府県での義務付けが必要である。
1703	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	①登録を正確にする為に、これに携わる医師、診療情報管理士、医療クラークなどの研修がかかせず、時間と費用がかかります。病院にとっても負担が増えている状況です。②登録対象を絞り、初登例のみにする方向で検討して欲しい。③UICCのTNM分類のみでの登録でよいのでは。			
1704	医療提供者 (協議会委員)		石川	がん登録専従者がいない。がん登録規定やがん登録室等の整備が整っていない。	がん登録専従者の人件費の確保。	がん登録管理料的な報酬があれば、病院としてがん登録を進め易いのではないか。	がん登録専従者の人件費補助金やがん登録者の地域的な研修会の充実を図って欲しい。
1705	医療提供者 (協議会委員)		石川	大事なこと。	大病院のほうが登録数が多いので、病院規模で予算をかえる。	登録費を分配する。	まれな悪性疾患は世界的な統計が必要。
1706	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	あまりにも登録率が低すぎる。これでは日本のがんの実態を把握できない。	病院では、がん登録などは余分な仕事と考えられている。忙しい中で、手が回らないという現状もある。このため、電子レセプトでは、がん病名をコーディングした時点で、登録ページが立ち上がる当のプログラムを組み込むべき。		がん登録点数を設定し、病院と診療所で50点くらいずつ配分すべき。実際に登録したかをどう担保するかが問題だが・・・。診療録に登録用紙を貼り付けておくとか。
1707	医療提供者 (協議会委員)	小川 貴司	福井	生存確認のための住民票照会に費用が発生する。公立の病院では費用が発生しない。	公立以外の病院へは予後調査費用として住民票照会手数料を。		国側から地方へと協力するように働きかけてほしい。

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
1708	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	登録業務を事務員が行っているだけで、診療へのフィードバックが行われていない。手術成績などの公表が新聞社や週刊誌社などによるきわめて精度の悪い恣意的な数字による公表だけである。	登録と予後調査、成績の公開まで行なえる施設に、専従の診療情報管理士の給与は国が支給する。	登録と予後調査、成績の公開まで行った場合	予後調査、診療成績などの公表を義務化する。
1709	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	個人情報のもれ。登録することにより患者としての「見返り」があるかどうか。個人情報を扱う人の問題…。			
1710	医療提供者 (協議会委員)		静岡	自分が実際データ入力を行っているのだが、活用の為にはどのようにすれば良いのかが今ひとつ不明。まだ正式稼働ではなく、とりあえず蓄積させている状態なので、ある程度経過した時点で色々試してみれば良いのだろうか？			
1711	医療提供者 (協議会委員)		静岡	予後調査で民間病院から市町村へ住民票確認をすると費用が発生する。			市町村への死亡確認の簡素化。
1712	医療提供者 (協議会委員)		静岡	国立がんセンターでのがん登録担当者研修は、がん登録の質を高めるうえでの意義が大きく、今後も積極的に推進してほしい。		がん登録加算を認定してほしい。	がん登録で最重要の課題は、全登録者の確実な追跡調査・生死の確認である。がん登録において住民票等での生存調査は、公益性の面から個人情報の秘匿性よりも優先することを制度上明記する必要がある。
1713	医療提供者 (協議会委員)		静岡	実質的に利用できる統一のフォーマットソフトがない。各診療科にとって活用できるデータ収集が行われていない。			臨床医が活用できるように熟慮されたデータベースが構築された統一ソフトが不可欠。
1714	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	個人情報の問題が有るが、がん登録は必要。	データを登録する職員を雇うことが出来る予算上の支援を希望する。		適切なフォーマットを作成し、関連施設でデータを共有したい。
1715	医療提供者 (協議会委員)		愛知	医師が実施すると不備が多く、がん登録を確実に実施しきれない。	がん登録を実施する医療機関に、専従者雇用の人権費等経費を援助。	がん登録を実施することに対し、診療報酬をあたえる。	がん登録の専従事務員が登録する(資格を設定する)。
1716	医療提供者 (協議会委員)		愛知	目的は理解できても、実際に役に立っているという実感がない。			
1717	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	労力に合う、報酬が必要です。人材、費用が掛かり、病院にとっては負担です。		一般の診断書程度の報酬は最低限必要と思う。	電子カルテでの共通ソフトなど、国レベルでの支援が助かります。病院レベルでの対応は負担となる。
1718	医療提供者 (協議会委員)	加藤 岳人	愛知	○「がん登録」についてまだまだ認知度が低いと思われる。何を登録し、収集され、収集されたデータがどのように使われているのか知られていない。(当院内でも知っている方は少ないと思います)○「がん登録」の業務量、内容に比較してあまり評価がされていない気がする。○「予後調査」をスムーズに行える方法が何かないか。	補助金や診療報酬など何かしらの“ポイント”が無いと認知がされないしなかなか活発に行われたいと思う。		「予後調査」の統一されたルールが作成されるともう少し楽になるかと思う。現在だと各々の管轄の個人情報保護のルールを確認してやらないといけないので煩雑。「がん登録」の場合はそれ単独で予後調査の方法を全国統一として決めてしまおう。
1719	医療提供者 (協議会委員)		愛知	予後情報の一括追跡が必要。			都道府県のがん登録センターが、各病院で登録されたがん患者の翌年以降の継続調査を行う仕組みを作れないか？

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
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、新たに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て(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の観点が欠落しがち。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考える。
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、混合診療とし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。

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
1921	医療提供者 (協議会委員)		愛知	推進が必要。			たばこ税のさらなる増税。
1922	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・禁煙の成否は個人のモチベーションに大きく依存する。「たばこ＝健康悪」教育が重要。・たばこが比較的安価で自由に24時間購入可能であり、何らかの制限が必要。		喫煙者のがん、心血管病診療の自己負担分を増加する。	・学校教育で喫煙の害を徹底的に教える。・たばこの価格を3～5倍程度に上げる。・自動販売機の廃止。
1923	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	公共の場(少なくとも子どもが受動喫煙しうる場所)での全面禁煙。義務教育。			専門家による巡回教育。
1924	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	たばこの有害性や禁煙重要性が啓蒙されているにもかかわらず、肺がんは増加傾向にある。		禁煙外来を設けている病院に対して一定の外来加算を設けることが望ましい。	日本は諸外国に比べてたばこの価格が安価である。たばこ税の更なる増税を段階的に進めるべきである。これでたばこが原因の疾病が減少すれば医療費を間接的に抑制することにつながると考える。
1925	医療提供者 (協議会委員)		三重	たばこの値上げ(1箱千円程度に)。			喫煙者には保険料を上げる。
1926	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	禁煙対策が遅れている。	タバコに対する税金を引き上げて、たばこ料金を欧米並みにする。		学校教育の中でタバコによる発ガンについての教育を徹底する。
1927	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	エビデンスのあるものについて、ということになると、たばこ、そしてヘリコバクタ除菌などに限定される。ただ、ヘリコバクタ除菌については、肝炎ウイルスに比べてほとんど無視されている。	ヘリコバクタ感染者に対する除菌治療の保険適応承認。	ヘリコバクタ感染者に対する除菌治療の保険適応承認。	ヘリコバクタ除菌のさらなる広報活動。
1928	医療提供者 (協議会委員)	富士原 正人	京都	たばこの値段をもっと上げるべし。			
1929	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	現在の政策をさらに強化。			
1930	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	禁煙外来を本年1月から開設予定だが、どの程度認知され、利用していただけるかが問題である。			
1931	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	全面敷地内禁煙は、院内において多くの問題が生じてきていると思われる。			
1932	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	敷地内禁煙病院での喫煙に罰則を。			前記の敷地内喫煙に罰金など
1933	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	禁煙や生活習慣の改善が進まないがんの予防、禁煙に関する啓発事業が少ない子宮頸がんワクチンの啓発と推進。	たばこ税の増額子宮がんワクチン、肝炎ワクチンなど、防げるがんに対する予算。	ニコチン依存症の治療計画について、もう少し現場に裁量権を。	小学生の頃からがんに対する啓発活動、禁煙啓発活動が必要ワクチン等がん予防を国が責任を持って行う制度を。
1934	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	たばこ事業法によりたばこの製造・販売が守られている。			たばこ事業法を廃止する。たばこ増税(500円以上)をきっかけに喫煙率低下を誘導する。

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
1935	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	各がん検診の受診率をみても県民のがんに対する意識は決して高いとはいえないので、啓発、情報発信が必要。たばこは平成12年に「和歌山県たばこ対策指針」を定め、色々な活動もあり少しずつではあるが効果が出てきている。			
1936	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	喫煙の怖さを、もっと啓発すべきである。			義務教育の早い時期から、喫煙の怖さを教えるべきである。
1937	医療提供者 (協議会委員)	尾野 光市	和歌山	禁煙外来を開設したいが、院内禁煙の状態であるので、できない。			施設基準を敷地内禁煙ではなく、院内禁煙でも可とすべき。
1938	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	日本国内どこにいてもマナーの悪い人に遭遇する。施設敷地内の禁煙は、医療施設では必須だと思う。	たばこ税の引き上げ。マナー違反条例の制定。		
1939	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	形式的な敷地内禁煙。外でタバコをすい見苦しい。日本からタバコをなくすのが望ましい。		本当の禁煙対策病院のみ、診療報酬の対策を。	形式的な敷地内禁煙病院にたいして指導を。
1940	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	なんで発がん物質の塊を野放しにするの？火事の元でもあるのに？なんで1箱1000円に出来なかったの？世論もかなり賛成だったのに？議員さんの喫煙率でも公表すれば？		たばこを吸う人は保険負担料を高くすることを議論する(実現不能でも、議論する)。	幼稚園・保育園レベルで喫煙の害を教える。小さい子供に言われると親は言うことを聞くから。
1941	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	たばこのごとく、明らかな因果関係が確認されたものは、近い将来には、除外されるであろう。それ以外のグレーゾーンにある多くの要因について、真の予防効果の有無を科学的に検証してほしい。			
1942	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
1943	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	タバコが規制されていない。	子宮頸がんの対策。HPVワクチンの普及。中学入学時に全員の接種。また、出産時(妊娠時)の検診は無料として、少子化対策にも貢献する。	ヘビースモーカーの手術・手術後管理の保険診療種の点数を加点する。	小学校・中学校の敷地内の禁煙を法制化する。
1944	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	思い浮かばない。			
1945	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん拠点病院では禁煙外来の設置を義務とする。			
1946	医療提供者 (協議会委員)		広島	たばこ対策はかなり進んできているがまだ不十分である。	小学校からの禁煙教育(具体的に「たばこの害」についての映像やモデルを用いた教育)。禁煙領域の拡大。	極端な意見であるが、明らかにたばこが原因でがん罹患した症例については、診療費をアップする。	小学校からの禁煙教育の制度化。
1947	医療提供者 (協議会委員)		広島	タバコががんの最大の原因であることは疫学上も明らかなのだから、禁煙を強力に推し進める必要があると思う。	たばこ税を上げてほしい。	禁煙外来に対する評価を。	
1948	医療提供者 (協議会委員)		広島	医師も積極的に予防に取り組む必要がある。		予防に対する診療報酬も考える。	

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
1949	医療提供者 (協議会委員)		広島	受動喫煙対策。			飲食店等での更なる分煙促進対策が必要。
1950	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	禁煙外来を準備中。			
1951	医療提供者 (協議会委員)		山口	喫煙率の減少。	病院敷地内全面禁煙。	敷地内全面禁煙病院では診療報酬upを。	
1952	医療提供者 (協議会委員)		山口	タバコ産業から得られる税収、産業に関わる雇用などと、タバコによる健康被害に原因する医療費の損失を比較するのではなく、それ以前に、明らかに医学的に有害とわかっていることを継続させる国の方針が理解できない。			
1953	医療提供者 (協議会委員)		山口				現場の問題もそうだが、やはりタバコ税の大幅アップは必要。
1954	医療提供者 (協議会委員)		徳島	増税増収分は医療費へ。			
1955	医療提供者 (協議会委員)		香川	たばこが強調されすぎている。禁煙は重要だがそれ以外にもいろいろあると思う。			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
1956	医療提供者 (協議会委員)		香川	喫煙者に対して寛大すぎる。	値上げ。	喫煙者の診療報酬加算(難しいだろう)。	喫煙に対しての罰則強化。
1957	医療提供者 (協議会委員)		香川	禁煙外来情報は以前と比べて周知されており、受診を希望する患者も増えてきたのが実状であるが、その分途中で挫折する患者も多く、その後のフォローがなされていないのではないかと。また、喫煙の低年齢化に伴いタスポの導入もされたが、それがたばこ対策にどれくらい影響したのか等結果が明らかにされているのか不明な点が多いような気がする。			
1958	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	たばこ増税が喫煙者の反対により実現しない社会構造自体が病的である。財務省、厚労省職員は全員非喫煙者か？	たばこ増税の大幅実施。	禁煙外来の報酬アップにより、医療機関の取り組みモチベーションを上げる。	県庁などの公的機関を敷地内禁煙とする法整備。
1959	医療提供者 (協議会委員)		香川	禁煙ゾーンを増やすだけではマナーの悪い人がどこでも吸ってしまう。			たばこの値段を上げれば喫煙者は少なくなると考えられる。喫煙室を作り、分煙の方向で考えることを奨励してはどうか。
1960	医療提供者 (協議会委員)	寛 善行	香川	施設内禁煙はかなり普及しましたが、医療従事者の喫煙率はあまり下がっていないのでは？医療従事者の実態調査を実施し、非喫煙率の高い施設には何らかのインセンティブを与えてはどうかと思う。			
1961	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	国をあげての禁煙対策、禁煙教育が急がれる。タバコ1箱の値段も1000円ぐらいに値上げが必要か？。特に未成年者への禁煙教育が必要。			

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
1962	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	国民への浸透が悪い。煙草の値段を上げるべきだ。			
1963	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	禁煙は重要だが、一部で先鋭化している活動もあり。厚労省は、国民の健康と税金、雇用確保との両天秤なので、迫力がない。			がん対策として禁煙を行うなら、未成年者の喫煙だけでなく、成人を含めた喫煙率にも言及すべき。
1964	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	たばこ料金をもっと値上げする必要がある。			
1965	医療提供者 (協議会委員)		高知	因果関係が明らかなのであれば、禁煙運動は推し進める必要があるだろう。			
1966	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	禁煙外来の充実。学校教育、市民教育で禁煙を含む「がん予防12カ条」の普及。	学校教育、市民教育の普及。	予防医学に対する保険適用。	予防医学に対する保険制度の改訂。
1967	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がん予防は、国の政策として重要な事であるが、多因子病としてのがん腫の1次予防は不可能に近いのが現状である。子宮頸がんのHPVワクチンは、我が国でもやっと使用可能になったが、保険適用外である。重要となる2次予防では、がん検診が推進されているが、その有用性を証明する科学的根拠に関する研究が少ないため、本当に有用であるか否かが証明されていない問題がある。	がん検診の有用性を検証する多数例での研究に、十分な予算をつける必要がある。		たばこががん対策として絶対的に重要であるならば、国として販売禁止にすべきである。
1968	医療提供者 (協議会委員)		福岡				たばこの価格を上げる。
1969	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	たばこの販売量を減らしていく。			値段を徐々に上げていく。
1970	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	国の禁煙推進対策が甘いと思う。			タバコ1箱千円とし、値上げ分は医療費に回す。
1971	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	まさか自分ががん(特に耳鼻科系)になるなんてと思い進行してからの受診となる。		がん診療費の(受診側)引き下げ。	
1972	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	各医療圏(二次)ごとに対がん協会を組織。	予算措置して支援。	時期尚早。	法令化できればベスト。
1973	医療提供者 (協議会委員)		長崎	タバコをなくすくらいの覚悟がないと事は進まない。			タバコ1箱1000円くらいにしないと効果はない。タバコ税の損失など肺がんの発生が少なくなって、医療費が減ることを考えれば問題にならないと思うが、。
1974	医療提供者 (協議会委員)		大分	たばこ対策。			学校教員に禁煙教育を行い校内完全禁煙にする制度。

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
1975	医療提供者 (協議会委員)		大分	初等教育における禁煙教育の推進。	保健主事、養護教諭を対象とした禁煙教育。	学校医による禁煙教育の取り組みに対して診療報酬加算。	各学校(小学校・中学校)の安全計画、保健計画の中で、小学校5年生・中学校1年生に禁煙教育、薬物乱用防止教育の実施、都道府県教育委員会と都道府県の保健医療行政部門との連携。
1976	医療提供者 (協議会委員)		大分	ワクチンなどを含めてがん予防は積極的に取り組む。			
1977	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	1箱1000円位に値上げすれば自然と需要は減少する。			
1978	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	たばこよりも排気ガス等の大気汚染対策が第一。			たばこに替わるヒーリングアイテムの開発支援。
1979	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	目標はかかっているが、目標に向けたやる気はあるのか？車の運転中の煙草も携帯電話と同様違法にするとか、嗜好品とはいえ、具体策をもっと立案すべきと思			
1980	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	自分も喫煙者であること。			早く値上げすべき。段階的値上げはダメ。
1981	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	自ら予防を怠っていると考える。それ他の代価を支払うべき。	課税額を大幅に増加させる事が非嗜好者との公平感を取り戻す一助になると思う。		非喫煙者(判別が困難であるが)の医療費自己負担額を軽減する。
1982	医療提供者 (協議会委員)			依存症としての対策。			
1983	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策。			たばこの値段を高くする。国として発がん因子であることをPRする。
1984	医療提供者 (協議会委員)					医療費ではなく講習会や啓蒙等による対応がよいと思う。	
1985	医療提供者 (協議会委員)			喫煙に対する規制の強化が必要だと思う。			
1986	医療提供者 (協議会委員)			もっとたばこの値段を上げて欲しい(1000円程度に)(専売会社の方には十分サポートして)。			
1987	医療提供者 (協議会委員)			国が禁煙に対し強く施策を。		非喫煙者には診療報酬上の特典をつける。	・限られたスペース以外での喫煙禁止(屋外)。・健康増進法の徹底と違反に対する罰則の強化。
1988	医療提供者 (協議会委員)			タバコ税増税。			
1989	医療提供者 (協議会委員)			敷地内禁煙とはいえ、終末期の患者にどこまで強制できるかの問題がある。		禁煙の基準の緩和。	

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
1990	医療提供者 (協議会委員)			タバコ代の値上げと全面禁煙を。タバコの害は肺がんだけではないことに留意。予防に予算を使う以上に禁煙が費用対効果が優れている。			
1991	医療提供者 (協議会委員)			たばこは税収としての期待も高く、これ以上の社会的締付けは場面によってはいじめに似たものにも映る。			少なくとも先進国の平均レベルへの値上げで、これを福祉への予算に向けてもらいたい。
1992	医療提供者 (協議会委員)			喫煙率の低下が少ない。	たばこ税を当てにしないようにする。国民の健康を第一優先に。		タバコの価格を2倍に。タバコをすう人の保険料を割り増しに。
1993	医療提供者 (協議会委員)			たばこ対策ががん予防に関する最大かつ緊要のものであるという認識が特に行政側に大きく欠けている	たばこ税の引き上げ。		たばこ事業法の廃止、公共の場における喫煙の規制(受動喫煙防止対策)・広告規制・警告表示の強化。
1994	医療提供者 (協議会委員)			病院敷地内を禁煙にしても敷地内で喫煙する患者さんはある割合でいる。	たばこ税の増額。たばこはひと箱1000円でも2000円でもよいと考える。	すでに議論されてるかもしれないが、入院を契機に禁煙を考える場合があるので入院中も禁煙外来を受診した場合に診療報酬をつけてはどうか。	健康増進法で喫煙禁止区域で喫煙した人への罰則規定の制定。施設管理者の努力義務だけでは足りないと思う。喫煙者は自分が病気になるだけではなくて副流煙でほかの人を病気にするリスクを高める。なぜ喫煙者にお咎めがないのか? 条例レベルでは料金を課したりあるよう
1995	医療提供者 (協議会委員)			教育制度の充実。			
1996	医療提供者 (協議会委員)			煙草代が安すぎる。	禁煙外来への助成。	禁煙外来に対する評価をもっと多く。	たばこ代を上げることです。欧米並みに1箱1000円以上にすればいい。
1997	医療提供者 (協議会委員)			タバコの害に対する広報を幼稚園、小学校のときから教育していなくては、いつまでたっても現状と変化なしと思われる。タバコ会社を怖がって進まない! 現状でがんの危険因子などを国から広報することが必要ではないか? 予防は自らの努力も必要なのではないか?			
1998	医療提供者 (協議会委員)			税収としてのたばこの位置づけがある以上、禁煙に対する政策は唇溝しづらいのではないか?			
1999	医療提供者 (協議会委員)			CCS専用のパンフレットが必要である。			
2000	医療提供者 (協議会委員)			低年齢での喫煙をどこまで押さえられるか。			
2001	医療提供者 (協議会委員)			国のたばこ対策が極めて低い、あまい。	たばこ税に依存した財政運営からの脱却が急務。		・たばこ対策を国をあげて住民(国民)運動に盛り上げること。・医療・教育関係者はもちろん、公務員の禁煙の徹底。・たばこ産業の関係者のリストラ対策を早急に実施する。抵抗勢力にしない。
2002	医療提供者 (協議会委員)			タバコの販売価格が安すぎる。	タバコ税の引上げ。一箱1000円以上にしてはどうか。	禁煙外来加算の増額。	

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
2003	医療提供者 (協議会委員)			現状を把握しづらい。			タバコの値上げ喫煙可能エリアの制限を厳しくする
2004	医療提供者 (協議会委員)			米国(が最上とは思わないが)に比べ公共施設等での分煙が遅れている。	税率引上げ。		
2005	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策を充実させる必要あり。			検診も推進すべき。
2006	医療提供者 (協議会委員)			強い禁煙対策が必要。			
2007	医療提供者 (協議会委員)			予防だから、がんになる前に禁煙を進めていく必要がある。従って禁煙外来は受診しやすい開業医さんで普及させる必要がある。また中高生に対する「禁煙の勧め(啓蒙活動)」も大事なことであると思われる。	中高生に対する啓蒙活動に対する予算が必要であると思われる。	禁煙外来に対する診療報酬の算定で良いと思う。	中高生に対する「禁煙の勧め(啓蒙活動)」は地域の保健所、あるいは禁煙外来を行っている開業医さんが行うのが良いと思う。インターネットでも禁煙をサポートしているサイトがあるので、そういうところに対する支援も必要であると思う。基本的にがんの診療はがん診療連携拠点病院で、またたばこ対策といった予防に関してはそれ以外の機関で行うという具合に、なんでもかんでもがん診療連携拠点病院でというのではなく、住み分けをはっきりとさせたほうが機能的にスムーズに行くと思う。
2008	医療提供者 (協議会委員)			基本計画での対策が甘すぎる。			
2009	学者・研究者 (協議会委員)		宮城	全く不十分。	禁煙対策に関しては、1. たばこの大幅値上げ、2. 公的医療保険制度上での喫煙者の保険料増額、3. 議会、官公庁や地方自治体での敷地内安全禁煙、4. 飲食店での無条件禁煙、5. 公共交通機関など思い切った禁煙対策を行うべき。地方に任せないで、国が行うべき。		国または地方での禁煙に関する法令条例を整備すべき。たばこ産業特に農家には、転作、転業への補償を計画的に行えるように制度化する(たばこ値上げの財源を当然ここにも充てる)。
2010	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	地域社会全体での取り組み。	初期教育(小学校)におけるがんへの関心を高める。PTAを活用する。講師の派遣予算化など。		
2011	学者・研究者 (協議会委員)			世界に比して非常に遅れている！恥ずかしい。レストランや喫茶店でも、禁煙が当たり前、にしてほしい。タバコ増税は当たり前だと思う。1箱千円でも良い！少なくともタバコの自動販売機は撤去すべきである。			

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
2012	学者・研究者(協議会委員)			禁煙活動の推進。	タバコ税の思い切った増額。		
2013	学者・研究者(協議会委員)			喫煙対策ががん対策基本計画の中に正しく位置づけられていない。			WHOタバコの規制に関する枠組み条約に即した取り組みを、政府が率先して進めること。進捗を可視化できるようにすること。
2014	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉	神奈川県など先駆的に、分煙対策を行っているが、もう少し罰則の強化と、それに対する国民の周知を図るべきだと考える。			
2015	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟				販売価格を上げる。
2016	その他(協議会委員)		山梨	たばこの値段の上昇は有効だがたばこ農家が云々されているが、準麻薬に評価すべき。			
2017	その他(協議会委員)	村上 隼夫	静岡	禁煙治療に関して国民の認知度が低い。飲食店等、諸施設における受動喫煙防止対策が不十分である。	未成年喫煙者への禁煙治療に医療費補助を行う(実施している自治体もあり、今後モデル事業等で有効性を検証してはいかかか)。	禁煙治療の保険適用条件(喫煙指数等)を撤廃し、ニコチン依存症管理料を引き上げる。	「健康日本21」等で、喫煙率削減目標を明確に数値化し、禁煙治療を積極的に広報する。健康増進法第25条の受動喫煙防止義務を強化する(罰則を設ける等)。
2018	その他(協議会委員)		滋賀	①受動喫煙防止や、路上喫煙防止などの対策は徐々に普及しているが、まだまだ喫煙者自身は、禁煙の必要がわかっても止められない、止めたくない人が多いと思う。いろいろな機会でタバコの害について啓蒙しなければならない。	小学校での防煙教育を徹底して行う(喫煙の低学年化のため)。		
2019	その他(協議会委員)		鳥取	喫煙者の理解が進まない(公共施設での禁煙は進んでいるが、自治会単位の公民館等での禁煙が徹底できない)。			市町村及び職場での研修会等の開催を義務づけ、たばこの害についての知識を普及する。
2020	その他(協議会委員)		宮崎	たばこが最大の危険因子であることは明らかですので、積極的な禁煙対策が最も重要である。	たばこ税の引き上げが計画されていますが、さらに段階的にも外国並みの引き上げを。		
2021	その他(協議会委員)			本市では、ヘルスプロモーションプランに基づき、平成12年度から小中校生を対象とした予防教室が行っている。平成21年度より市内全小学6年生を対象に学校医による教室を開催している。このような対策を行うことで、特に女性の喫煙率が低下することを目的に実施し、評価していきたい。			
2022	その他(協議会委員)				たばこ税は、因果関係が強いがん対策の推進に優先的に活用すべき。		
2023	その他(協議会委員)			たばこ単価は500円以上のアップが望ましい。			

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
2024	その他(協議会委員)			たばこ農家の生活維持を言われると、たばこの全面販売禁止は難しいと思うので、たばこはやはり高級嗜好品の立場を与える、1ヶ1000円以上とか、また他の活用の開発、葉たばこの成分研究から健康事業(サプリメント、医薬品)はできないのかな・・・と思う。	たばこ1個1000円以上特定の場所での喫煙(たばこパーとか、生活と切り離す制度)。		
2025	その他(協議会委員)			一般に、たばこが肺がんの原因であることは理解されていると思うが、すべてのがんのプロモーターであることへの理解が進んでいないように感じる。	国がインパクトのあるコマースシャルを作成し、全国規模で、マスコミなどを利用して繰り返しPRすることが効果的であると思う。		
2026			北海道	子供のうちからの喫煙とがん年齢などの研究や、学生への指導などが無いとなにも変わらないような気がする。			

10.がんの早期発見(がん検診)

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
2027	県庁担当者		千葉	・市町村で実施するがん検診の受診率向上も大切だが、企業等で働いている人が受け易い環境づくりが必要。・市町村では財政上の問題から、必ずしも受診率が上がることを歓迎していないところもある。	・市町村の検診費用を一般財源でなく、特定補助に戻した方がいいのではないかな。		
2028	県庁担当者		福井	若年層(20歳代)の子宮頸がん検診の受診率が低いことや、子宮頸がんに対するワクチンの接種について、学校教育の中で取り組む必要がある。	がん検診の重要性やワクチンについて記載した副読本やパンフレット等を作成し学校教育の中で取り組むことに対し、助成したらどうか。		
2029	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	検診費用の効率が少しおろそかになっている。がん1人発見の効率(費用)も検討すべきである。			
2030	県庁担当者	服部 正興	三重	がん検診受診に対する情報発信が甘い。先ほど書いたが、治療にいくらかかるか具体的に公示しないといけないと思う。悪い言葉を使えば「脅し」が足りないと思う。また、企業では一般健診や人間ドックを年1回義務付けているが、要精密検査の所見を受けた社員への徹底まではしていないのが実情である。これを改善すれば、だいぶよくなると思う。			
2031	県庁担当者		広島	・検診の際の「間接撮影」を廃止し、全員が「直接撮影」で検診を受けるようにしてほしい。・検診が「土日祝」でも受けられるような医療体制にしてほしい。	個人負担分を国の予算で補い、大幅な補助金を出すように予算化する。		
2032	県庁担当者		高知	全国的な規模で精度管理が出来る体制にあるのは、マンモグラフィのみ。同じ撮影での検診を行う胃や肺にはない。精度管理のための全国的な体制(組織や基準)は国として整備すべき。			
2033	県庁担当者			がん検診受診率の低迷。	検診料の自己負担の無料化。		

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
2034	県庁担当者			市町のがん検診受診率を50%以上とした場合、市町の財政にかなりの負担が生じる。民間企業(団体)や市町が担うがん検診対象者を明確にする必要がある。	市町の検診に対する地方交付税の拡充。		特定健診と併せて、医療保険者へがん検診を義務付け、国が助成する。または、事業所や医療保険者が行っている任意のがん検診受診者数を把握するため、検診施設から受診者を統計データとして報告する体制を整備する。
2035	県庁担当者			市町村がん検診事業について、今年度から地方交付税が2倍になったとはいえ、市町村ごとの増額された措置額が明示されず、用途が限定されないのでは、がん検診事業費の拡大はあまり期待できない。もっと効果的な予算措置が必要。	受診の啓発及び勧奨の最も効果的なコールリコールシステムの全市町村の完全実施が必要。今年度のクーポン券事業のような10割補助事業がより効果的である。		特定検診同様のがん検診も義務化が必要。
2036	県庁担当者			検診率を上げるべき。			国が定めた検診を受けている人の医療費自己負担率を少なくしたり、社員検診に積極的に取り組んでいる会社の社会保険料を安くしたりする。
2037	県庁担当者			普及啓発では効果が不十分。			医療保険の適用や受診の義務化など、制度の抜本的な見直しが必要と考える。
2038	県庁担当者			がん検診の受診率50%達成には、住民の意識改革が必要であり、現時点では非常に困難であると感じている。	実施主体である各市町はほとんどが財政難であり、地方交付税措置の増額等が「がん検診実施費用」に反映されていない。以前のような負担金としての交付が必要である。また、がん教育に対する予算措置を強		がん検診の保険適用や、受診義務化の法制化等、思い切った対応が必要であると思う。
2039	県庁担当者			がん検診を行う機関の整備。			検診機関のキャパシティの問題で、がん検診受診率を上げることには限界がある。同様に、要精検者の診断できる医療機関キャパシティにも限界がある。
2040	県庁担当者			市町が実施するがん検診は、一般財源化され、平成22年度は1300億円程度の交付税措置がされている、ということであるが、厚労省の調査では、現状の受診率でほぼ同程度の予算が市町で執行されている。(普及啓発費用や人件費などは含まれていない)現状の平均受診率を20%ととしても、交付税を倍以上に増額する必要がある。ただし、交付税は基準財政需要額と支出額の差額なので、トータルでの交付税額が増えなければ、市町にとって財政効果もない。なお、女性のがん検診クーポン券のように、10/10補助で始めた事業を、交付税措置している、という理由で22年度からは1/2にする、ということは、市町からすれば詐欺的な行為であると考えている。			
2041	県庁担当者			市町村が実施しているがん検診の受診率は、全国より高くなっている。			各がん検診受診率を50%以上とすることを目指し、重点年齢と定めた年齢層に対して、より積極的な受診勧奨を行う。

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
2042	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道		夜間休日検診に予算を！		検診無料クーポンは、有効期限ではなく、いつまでに検診を受けるようにという表示にする。また、夜間や休日の検診日を実施、表示する。
2043	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	患者、遺族、家族の身近な体験記を週1回新聞に掲載が必要だと思う。			検診を受けるほどポイントがつくような制度。中学3年くらいから検診の重要性を教える。
2044	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	1 無関心層への啓蒙。 2 要精検者の受験率。 3 受験率の把握。	1 22年度予算への提案書(分野9)の各種対策実施への配分。		2 地域プロモーターの委任(食改善委員、メタボ阻止隊、禁煙サポーターなど、健康関係各種委員を統合して、健康推進員を有給ベースで地方自治体が任命し、各種健康イベントのプロモーションを担当してもらう。推進員は公表する)。 3 健康保険組合、人間ドッグ等の受診は報告を義務づけ、全体像を把握する。
2045	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	がん検診率50%に向けてさまざまな取り組みが行われているが、なかなか進まない現実がある。受診しやすいように細やかな対策をさまざまに実施していくこと。特に市町村の努力が大切と思う。	市町村単位で受診率を上げるための予算的な補助を充実させる。		
2046	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟				地域・職域での皆検診徹底対策が必要と思う。
2047	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	がん検診の有用性がはっきりしない。費用対効果がわからない。精度管理が不安。がん検診が自由に受けられる施設がない。	費用対効果がはっきりしているがん検診に対してだけ予算をかける。	費用対効果がはっきりしているがん検診は保険適応にする。	精度管理のガイドラインを作る。
2048	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	肺結核が「不治の病」から「不死の病」になったようにがんも「不治」からは脱したが「不死」まではまだ遠い。不死への道は早期発見以外には無い。	検診の義務化。検診の無料化。		
2049	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん検診の受診行動を促すために、受診しやすい環境整備を。職場からの強制など。	がん検診が保険適応など安価で受けられるようにする。		がん医療とがん検診は別のものとの考え、検診がいつでも思ったときに受けられるよう制度化してほしい。
2050	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	精度の高い検診を。	読影力の向上。		養成機関の配置。
2051	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	発見率が低いのでは。	発見率向上の手段は今で十分なのか検討し、必要な投資をすべき。		

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
2052	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	自覚症状がなく、お金や時間を使って、わざわざ自分から出向いて行く事は難しいと思う。小さな頃から予防医学、検診について学び、なぜ検診が大切なのかを勉強すべきである。	検診率がアップした国を調べると、検診の無料化という事だった。また国内では県や自治体によって検診の補助のばらつきがある。イベントを使って、例えばお祭りやがんの講演会等、わざわざではなく、ついでに受けられる・・・といったことも一つの案だと思う。できれば国の補助をお願いしたい。	検診は予防のためなので、検診目的であれば診療報酬は使用できない。	会社ではほぼ強制的に検診を受けられる制度になっているが、主婦やパート等は自分で出向かなければ検診を受ける事ができない。スーパーで買い物ついでに検診が受けられたり、イベントに参加したついでに検診が受けられたり、受ける側が気軽に受けられるような制度であってほしい。
2053	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	がん検診は、半ば強制的に受診するようにする。検診は、手軽にできるように場所、日時など検討する。検診費は、低くして気軽に検診できるようにする。検診受診率50%以上にするには、今のままでは無理だと思う。	予算を付け、検診の進め方を決めて広く知らせる。		
2054	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	がん検診の受診率を上げる。			
2055	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	①がん検診の呼びかけが、イベント化して効果が見えない。②仕事をしている人は検診を受ける時間がとれない人もある。	①予算の活用の見直し。		②職場の健康診断にがん検診を組み入れる・体験者の声をもっと活用する仕組みをつくる。
2056	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「がん検診」受診率と日本人の健康指向との間に大きなギャップが見られる。その原因を科学的に解明すべきと考えるが・・・。	「がん検診」料を無料とするなどの思い切った施策が受診率アップにつながるのではないか？		
2057	患者関係者・市民(協議会委員)			行政は啓発にかなり力を入れているが、住民のがん検診受診行動につながっていない。肺がん検診の精度を検証するべき。	予算はかなりついているが、費用対効果に疑問を感じる。		各県に検診センターをつくる。検診専従の医師や技師を育成することで検診の精度を上げることができる。がん医療とがん検診を分けて考えるべき。
2058	患者関係者・市民(協議会委員)						検診の義務化。検診を受けないと国保税などの金額が上がる仕組みを導入。
2059	行政(協議会委員)	内田 勝彦	大分	特定健診とがん検診の実施主体が一致しないので受診しにくい。			医療保険者が実施主体となるよう法に定める。
2060	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	頭頸部がん、口腔がんについても内容に含めてほしい。			
2061	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	検診率が低すぎる。			
2062	医療提供者(協議会委員)		北海道	健診率のアップや、早期発見技術の進歩が少ない。	国による、啓蒙活動が必要。		

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
2063	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	バイオマーカーの活用。特に消化器科で・・(内視鏡は手間がかかり、見逃しやすい)。	簡便で早期がんを的確に検出できるRNAマーカー／バイオマーカーを主体に重点的に。	前記を重点。 予防／早期発見に加算を。	確実な予防・早期発見など、よい医療・質の高い医療にしっかり報いるように。
2064	医療提供者 (協議会委員)		北海道	国の制度変更及び地方財政悪化による集団検診の縮小や地域による補助項目等の格差。	一般財源から国による個別補助へ旧補助制度への回帰。		
2065	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	マンモグラフィー及び乳房エコー検査の啓蒙。	マンモグラフィー及び乳房エコー検査補助。		
2066	医療提供者 (協議会委員)		北海道				検診受診者と未受診者の医療費に差異があっても良いと思う。
2067	医療提供者 (協議会委員)		岩手	受診率が少ない。			リコールを行ったり、夜間の検診等の実施。
2068	医療提供者 (協議会委員)		宮城	ハイリスクグループに絞る。有効性を常に検証する。そこに十分な予算をつける。			
2069	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	検診がいつでも受けられる、簡単に受けられる、負担が少なく済む(逆に高いと考えている?)から今年は受けなくていい・・というのが日本の現状なのかもしれない。受診率の低さが死亡率とどのくらい相関しているかなどの広報が不十分なのでは？			発症頻度の高い年齢層やハイリスク群にたいして職場なら検診を産業保険の定期健診とあわせて行うなど、労働基準法とあわせて出来ないものだろうか？ 市民検診もある程度義務化する必要性も検討しては？
2070	医療提供者 (協議会委員)		秋田	検診率をあげることで、再検の追跡を確実に実施することが課題。	オプションの検診(マンモグラフィ、大腸内視鏡検査等)の費用1/2を補助する。		市町村の保健師を活用し、対面的な啓蒙と指導と行政体制を構築する。
2071	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	検診は、ボランティアで頑張っている。日ごろ忙しいので休みに出てきてMMG読んでいる。婦人科の先生も少ないのに文句を言わず検診している。これでいいのだ			人が欲しいが、MMGもA判定以外は誤診が心配で読んでくれない。頑張ってA判定を取って、自分の首を絞めている。
2072	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	がん検診受診率の低迷が知識不足によるのか、知っているが行動できない、知っているが行動しないのが良くわからない。分析が必要である。			がん検診を受けると何か益になることを制度上取り入れるべきと考える。例えばがんが発見された場合、保険者から診療費が補助されるとかはどうか？
2073	医療提供者 (協議会委員)		秋田	もっとも必要で緊急性を要する。市町村に委せている業務の監督と結果収集などは県が主体性を発揮すべき。もっと言えば国の機関が全てを仕切ることができればもっと効果あると考える。			
2074	医療提供者 (協議会委員)		山形	市町村が費用負担した場合には、市町村のがんに対する医療費負担が激減することを納得してもらおう。	行政負担がメリットあり。		保険者負担は無理、保険者がつぶれる。
2075	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	日本は圧倒的に先進諸国に比べ検診受診率が低い。特に職域の受診率が低く、精検受診率が低いことが問題である。	助成制度を十分なものにすべき。		雇用者に対し検診受診率が低い場合、何らかのペナルティを課する制度が必要か。

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
2076	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。
2077	医療提供者 (協議会委員)		福島	症状がないと医療機関には行かない方がまだまだ存在すると思う。健診受診率もあまり変化がない(あがっていない)ように感じる。			
2078	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	住民健診・職域健診等の統合化～検診・精検率に昇栄。			
2079	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん検診50%を目指しているが、子宮がんも前立腺がんもかなり低い(20%以下)。			
2080	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん検診希望者が全員検診を受けられない。	がん検診医療従事者の配備に対し、経済的支援を行う。		
2081	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	肺がんについては、偽陽性の症例が非常に多い。見逃しを避けるために、必ず胸部CTを撮影するが、正常にもかかわらず被爆を余儀なくされる人が多いのが気にかかる。肺がん検診については、続けるべきかやめるべきかを早く結論を出し行動に移してほしい。			結核を見つける目的での胸部単純X線撮影は良いように思う。肺がんを疑う目的での胸部CT検査については個人的にはあまり必要性を感じない。むしろ、被爆が増えることによる発がんの方が問題ではなかろうか。したがって、肺がん検診との表現をやめ、結核検診とし、肺がんが気になる人は人間ドックで胸部CTを撮るべきではないか？
2082	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	肺がんに関しては、末梢型が多いために中心型肺がんに対する医師の意識が薄れてきている。喀痰細胞診の重要性を再度認識すべき。			
2083	医療提供者 (協議会委員)	満川 元一	茨城	子宮頸がんワクチンの早急な公的補助。			
2084	医療提供者 (協議会委員)		茨城			早期がん活療に対するインセンティブ。	
2085	医療提供者 (協議会委員)		茨城	検診施行が県や市町村の判断にまかされている。			国家全体で推進すべき。そのための法整備を。
2086	医療提供者 (協議会委員)		栃木	検診率が上がらないのは、健康保険によって医療費の負担が欧米に比べて少ないことが考えられる。このことをもっと国民に周知させて、結局は保険料の負担増につながっていることを教育するべき			
2087	医療提供者 (協議会委員)		栃木	検討会で出された国・県・市町村・検診機関などの役割が遵守されるような仕組み作りがない。県のがん委員会がその役割を果たしていない。クーポン券など予算のばらまきは中途半端である。	クーポンではなく継続されたがんの予算として市町村へいくべきである。		県のがん委員会がどのような活動をしているのか把握し、国は指導をしていただきたい。
2088	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	健診が形骸化している。	健診への補助金の増額。	増額。	健診ではなく、検診を法的に義務付ける。

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
2089	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	50代より採血による腫瘍マーカーの測定を定期健診へ盛り込むことを義務化する。	健診費用の一定率を国の予算に計上する(都道府県レベルでなく)。		
2090	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	医師不足の折、特に公立病院や公的病院においては、検診事業へ人材をさくことが難しくなっている。			
2091	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	がん予防と早期発見が必要であることはわかっているので、国も積極的な政策を採るべきである。	がん検診受診者等のデータをしっかり取るべきである。		がん検診を受けやすいような制度を考えるべきである。例えば検診料の補助や休日も検診可能なようにしたら良いであろう。
2092	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	がん検診の普及。		がん検診も保険適応になると検診者が増加するのではないか。	検診年齢を決め、年1回等検診を義務化することも必要ではないだろうか。
2093	医療提供者 (協議会委員)		東京	実効性の検討が必要だと思う。			
2094	医療提供者 (協議会委員)		東京	PET-CT費用の削減に努力すべき。	FDGの価格引下げを早急に検討すべきだ。		
2095	医療提供者 (協議会委員)		東京	検診体制の充実が必要。精査になった場合、一次検診に戻れない方が多くいるため、専門病院の外来を圧迫している。		検診目的での受診でも病名をつけて診療とせざる負えない現状があります。本来は保険適応でないことを周知すべき。	
2096	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	なかなか難しい問題だと思う。どこまでの水準で行くと、意味があるのか、またある程度高い水準まで高めると、そのコストは誰が払うのか？			
2097	医療提供者 (協議会委員)		東京				啓蒙活動。特に、早期発見で治る可能性の高いがんに集中して。胃がん、大腸がん、前立腺がん、婦人科がんなど。
2098	医療提供者 (協議会委員)		東京				小学～大学における検診の重要性についての教育を導入する。
2099	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	最低の安いがん検診と自由診療で有料を分ける。	すべて無料のがん検診はよくない。ある程度有料にすべき。収入に合わせてよい。	診療ではない。	受診率を向上させる。検診を受けないで、がんになった場合は診療点数が高くなるようにする。
2100	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	個別検診を行っている地域ではきちんとした精度管理、追跡調査がなされていない。受診率が低い。	検診に対する補助金の増加。「安かろう悪かろう」的な検診業者の排除。	自費でオプションの追加。	休日や夜間に検診や検査を割高で受けられる制度は必要でないかと思う。
2101	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	市民へのがん治療についての教育・啓蒙が必要。	市民公開講座などにも予算を付ける。		
2102	医療提供者 (協議会委員)		新潟	検診率が低い。	予算が少なすぎる。		
2103	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がん検診の受診率に大きな改善が認められていない。がん検診の有効性に関する情報が、必ずしも整理されていない。			

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
2104	医療提供者 (協議会委員)	富所 隆	新潟	がん検診を市町村に丸投げしている現状では、現在の ような地域格差は解消するはずがない。治療の均てん 化と共に、検診体制の均てん化も図るべきではない か。今年度行われた婦人のための受信カードのような 制度を、5大がんに試みてはどうか。			
2105	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	受診率が低い。	自己負担を軽減する。		医療保険や生命保険の保険料を、検診 受診者は減額する。
2106	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	早期胃がんや早期大腸がんの発見には、内視鏡検査 が必須と思われるが、内視鏡医の数が絶対的に不足 していると思われる。内視鏡以外の検査方法の開発も 進める必要があると思う。			
2107	医療提供者 (協議会委員)		石川	がん検診受診率の低さ。			
2108	医療提供者 (協議会委員)		石川	一番重要。	検診に予算を多めに。	検診受診で発見されたもの は、治療費は割引されるなど。	検診で分からず、症状がでてから発見さ れたときなど、文句を言わせないように。
2109	医療提供者 (協議会委員)		石川	ピロリ菌除菌。	ピロリ菌陽性の一般人の除菌 に対する補助金。		
2110	医療提供者 (協議会委員)	小川 貴司	福井	「がん」という病名を聞くと、もう死んでしまうようなイ メージがあるため、高齢者はなかなか検診には行かない。 高齢だと検査すると何か引かかる。			がんについての知識をもっと持ってもら う必要がある。
2111	医療提供者 (協議会委員)		福井	胃がん検診体制がBa造影検診のみで行われているた め、読影医不足、検診受診者の増加しないなど多くの 課題が出てきており、崩壊寸前である。人間ドック健診 と同様に、内視鏡検診との検診方法の選択性を導入 すべきである。	住民が選択する、内視鏡によ る胃がん検診の予算を設け る。		市町の医師会単位で検診体制を整備で きるガイドラインを作成する。
2112	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井		もっとも効率よく医療費を削減 できるがん検診を無料化する。		もっとも効率よく医療費を削減できるが ん検診を無料化する。
2113	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	行政、病院、市町村の保健センター、患者会と協力を して、“検診の大切さ”を広めていく必要がある。是非予 算に組み入れてほしい。	行政、病院、市町村の保健セ ンター、患者会と協力して、“検 診の大切さ”を広めていく必要 がある。是非予算に組み入れ てほしい。		検診に向けての大切さをPRするような行 事(市民参加)を年に一度できるような制 度化。
2114	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	検診率をあげるための施策が必要。仕事の忙しい方た ちでも 検診が可能になる体制作りが必要である。			検診の義務化。
2115	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	口腔がん検診を実施すること。	口腔がん検診に予算をつける こと。	現行のままで検診は実施でき ると思われる。	口腔組織に日常接している歯科医師 が、口腔がん検診に参加できるシステム を構築すること。
2116	医療提供者 (協議会委員)		静岡	なぜ、早期発見をしないといけないのか(後期発見で は手遅れとか、医療コストの割に社会復帰・貢献が 出来ないなど)が、一般人に伝わっていない。無料クー ポンが出たら検診者はふえているが。			

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、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の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。早期発見こそが治療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でない。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)と同じ。			
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賄う。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あがっているのか？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年ぐらい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生活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なられる方も多し。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。	臨床的などところでは、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。			

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
2302	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟		予算を増やす。		種々の治療法の正しい評価を国民に知らせる。
2303	医療提供者 (協議会委員)		石川	研究者の不足。	橋渡し研究への支援。		
2304	医療提供者 (協議会委員)		石川	大事なことだが、効率よく行うべき。			
2305	医療提供者 (協議会委員)		静岡	ドクターだけではなく、研究したいと考えている学生や一般の人が、情報を利用しやすい環境を整えられたら良いと思う。			
2306	医療提供者 (協議会委員)		静岡	大学病院や研究機関、専門病院を除く公的病院では、日常診療の多忙性もありがん研究は相当困難である。各学会での専門医取得に際し、当該領域の論文発表が義務づけられており、その一環としてのがんに関する論文の作成ががん研究取り組みへの第一歩と考えられる。			
2307	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	がんの原因と治療について基礎的研究とその臨床応用の研究が必要。ただし臨床にまだ応用できない段階でマスコミに発表したとき、一般の人はすぐ治療してもらえると誤解する。誤解を招かないようにしてほしい。	研究機関には十分な予算を。		制度は特に問題ないが、マスコミは正しい情報をまた一般臨床でどこまでできるのかを明確にして発表してほしい。
2308	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん研究特に基礎研究が評価が低いと思われる。	国が中心に幅広くがんのみならず医学・科学研究の予算をもっと高く配分してよいのでは。		研究者に対する待遇を十分に厚くし、研究に安心して打ち込めるようにする。
2309	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	我が国の大学はすべて予算不足により大規模な先端がん研究が不可能な状態にある。	大学・研究機関への研究費の予算配分の見直し(増額)。		
2310	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		海外に比べ、非常に見劣りします。倍増を。	研究と診療は、別に考えるべき。	医師が行う臨床研究と、基礎的な分野の研究は、分けて考えるべきと思う。
2311	医療提供者 (協議会委員)		愛知	高齢化社会におけるがん対策産業を、対アジア諸国への輸出産業として育成する国家戦略が必用。	多業種参入型の大型プロジェクトを補助する体制作り。		
2312	医療提供者 (協議会委員)		愛知	文部科学省のがん研究に係わる特定領域研究が平成23年度からなくなり、がん研究の推進力が低下する恐れがある。			文部科学省のがん研究に係わる特定領域研究にかかわる研究費の創出。
2313	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	医療のエビデンスを求めるとい見地から、近年多くの多施設共同の臨床試験が行われるようになってきている。大学や都道府県がん診療連携拠点病院では研究の環境は整っているものの、協力している一般病院では多忙な日常診療の合間に行っているのが現状である。専任のコーディネーターを配置する余裕がない。	臨床試験のためのコーディネーターを配置できる予算が必要である。	臨床試験はインフォームドコンセントに通常の患者より多大な時間を費やす。現状これに対する対価が診療報酬上算定できない。これが算定できるようになれば臨床試験がより円滑に進むと考える。	臨床試験のためのコーディネーターが複数の病院を担当できるシステムがあってもよいと思われる。
2314	医療提供者 (協議会委員)		三重	抗がん剤の開発。			

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
2315	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	緩和医療に関する科学的な研究が遅れている。	緩和医療の研究に対する研究費の枠を設ける。		
2316	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	がんセンターの超優遇制度を廃止すべし！がんセンターの研究も競争的資金を活用すべき。がんセンターの連中が個人的に全国の研究費の配分を決めている現状はなくす必要がある。結果的に山ほど予算を使ってレベルの低い研究しかできない、という状況が生まれている。	全体に増やす必要あり。		予算の配分をもっと透明にして、競争的な制度を設けるべき。
2317	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	日本だけの研究で世界レベルのエビデンスは出せていない。			日本独自やアジアのがん研究を中心にし、その他のがん種は世界レベルの研究に共同すること。世界的には胃がんを担当すればいい？
2318	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	基礎から臨床全般で、研究に携わる人が減少。	研究に対する研究費の増額研究者に対して、経済的に十分な評価を。		
2319	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	疫学公衆衛生研究への投資が少ない。	複数年研究により、長期の固定集団追跡が可能となるように予算を配分する。		
2320	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	使用可能なオピオイドを早く増やすべき。抗がん剤も同様。			
2321	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	研究費が少ない。国が中心となった大規模のRCTをやるべき。			
2322	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
2323	医療提供者 (協議会委員)		岡山	がんセンターを中心としたプロトコルで大きな治験が組める利点がある反面、それに縛られて、各地方で自由な治療プロトコルが組めなくなる可能性がある。			
2324	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	各大学、各グループがばらばらに行っている感がある。1つに集約してしまわなくてもせめて、2~3グループで重点的に共同研究が展開できるようにしてほしい。			
2325	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	思い浮かばない。			
2326	医療提供者 (協議会委員)		広島	胆道、膵がん、の予算・研究者、専門医の圧倒的な不足。	2008年の死亡者数は男性5位、女性4位となり、増加の1途!!研究予算の大巾な増加を。	がん研究(学会発表・論文など)を一定のレベル行っている施設に対しての報酬アップを!!	施設認定を取得しても報酬に差別化がないと、モチベーションの低下につながる。

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
2327	医療提供者 (協議会委員)		広島	しわけ事業で見せたような、今現在役立たないものはすべて無駄であると切り捨てるのはいかがなものか？日本の末期症状の表れか？	日本発の抗がん剤も多く出ている現在、もっとがん研究の予算を付けてほしい。後発薬品の推奨もいいが、新薬の開発にはお金がかかる。後発品メーカーにも新薬開発のためのお金を負担させるべきでは？		
2328	医療提供者 (協議会委員)		広島	集中して大きいプロジェクトで行う。	大型の予算を付ける。		
2329	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	がん研究の補助金が減額され、基礎研究者も減少、学生の大学院離れなど、国際競争には勝てない方向にある。大学の運営交付金の減、卒後臨床研修義務化など大学院の減少や研究費不足が現実になっており、抜本的な改革が必要である。	産学連携を強めることも一法である。		
2330	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	これは大学病院やがんセンターに協力する形で実行中。			
2331	医療提供者 (協議会委員)		山口	基礎研究に従事することへのインセンティブ(何はなくとも研究費)が絶対的に不十分と思う。			
2332	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	同じ分野の研究を多施設でバラバラに行っている傾向があり、研究費が分散しすぎている。	基礎研究については研究分野ごとの拠点化、研究施設の集約化を行い、予算を配分すべきと考える。	国か財団が企画する臨床研究(試験)に参加する場合には加算すべきと考える。	
2333	医療提供者 (協議会委員)		山口				研究面でも十分な予算が当てられているとは考えられない。
2334	医療提供者 (協議会委員)		徳島	国家プロジェクトとしての「がん研究」の明確な位置づけと予算措置。	国民的コンセンサスが得られるような米国並みの予算措置を講じること。		
2335	医療提供者 (協議会委員)		徳島	他施設共同研究の推進。			
2336	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	効果的な検診についての研究(指針)実施までの期間が長い。			乳房USなど、指針に入っていないくても、条件付き実施などある程度導入できる体制があれば進めやすい。
2337	医療提供者 (協議会委員)		香川	新臨床研修制度で基礎を研究する時間が奪取された。	基礎研究にも予算を付ける。	新しい検査も素早く診療報酬に収載する。	2年間に新臨床研修制度の撤廃。
2338	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	事業仕分けの対象とならないか不安である。	がん拠点病院医師の学会参加経費、研修費用、専門医認定・更新費用を出来高払いとして支給する。		
2339	医療提供者 (協議会委員)		香川	研究費は不況の影響で削減の方向に進んでいると考えられる。	国や地域による個別の研究支援を考えてはどうか。		

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
2340	医療提供者 (協議会委員)	津村 真	香川	がんに対する遺伝子レベルの研究。がんの診断・治療が飛躍的に進歩すると考えられる。	助成金の増額。		
2341	医療提供者 (協議会委員)		高知	重箱のスキをつつような研究、似たような研究が様々な医学研究機関でなされていると思います。メリハリのきいた予算配分ができているのだろうか。	研究者の待遇改善。		企業化研究の連携がもっと果たされるべき。
2342	医療提供者 (協議会委員)		高知	がん治療に対して根本的な解決をもたらす可能性があるので、予算は十分つけてほしい。			
2343	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	臨床研究、橋渡しの研究(TR)が十分実施されていない。	患者を対象とした検査や治療の開発研究に予算を配分する。	質の高い臨床研究やTRIは、先進医療を認める。	先進医療が容易にできる制度改革とEBMはあるが保険診療が認められていない検査や治療については、臨床研究を前提に、混合診療を認める。
2344	医療提供者 (協議会委員)		福岡	医局制度の廃止と研修医制度の開始によって実際の診療に携わる医師が不足し、研究は著しく停滞しており、世界的に見ても我が国の研究は衰退している。			若い医師は、臨床と研究を常に行い、問題を解決できる頭脳を養う必要がある。そのためには、設備の充実した機関で研修・研究する必要があり、若手の医師をあえて地方に配置すべきではない。勤務医は55-60歳を定年と設定し、これら医師を医師不足の地方に国家保障で5-10年配置して医療に従事させることで地方の医師問題は解決されるし、若い医師は勉学に励む事ができる。
2345	医療提供者 (協議会委員)		福岡		ワクチン開発等に予算をつけられたことは良かった。将来的に期待できるエビデンスのある研究開発は予算化する。		
2346	医療提供者 (協議会委員)		福岡				JCOG以外のNPO臨床研究グループへも補助金を出し、臨床研究を盛んにする。GCPの緩和を図る。
2347	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	遺伝子研究の必要性。	大学onlyではなく公的病院等での研究体制の確立の為の予算。		
2348	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	研究予算とくにtranslational、clinical trialに対して大幅増加。		臨床病院へのエントリー加算によってCRC人件費のねん出。	clinical trial組織(JCOGやJALSGなど)へ公的資金の投入を。
2349	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん治療における温泉入浴の活用。	温泉水の持つ遠赤外線効果、酸化還元電位、含有化学成分など各種要因のがん増殖抑制効果研究費の確保。	温泉療法に対する保険による診療報酬の対応。	温泉療法を行う病院など医療機関の研究発表と一般公開。
2350	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	重要な臨床試験には全国規模で試験に参加する。			
2351	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん治療薬開発に国がもっと積極的に。			
2352	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	予算を増額してナンバーワンを目指すべき。			優れた業績に報償金を出す。

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
2353	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	治験の充実は必要と思う。そのためにも治験に対する知識と理解を広める事が必要と思う。			
2354	医療提供者 (協議会委員)			年度制の見直し。	研究補助金の増額。		①学閥制の見直し。②年度制の見直し。
2355	医療提供者 (協議会委員)			大学病院が独法化され、研究者が半減している。	大学への助成で増やす。		
2356	医療提供者 (協議会委員)				がん研究推進に対する予算の増額。		
2357	医療提供者 (協議会委員)			現場ではもう研究まで手が回りません。がん診療連携拠点病院、がんプロができてからますますその傾向が強くなってきている。	医療スタッフのポストと収入が他の病院と見合う程度には報酬が必要。	前記。	
2358	医療提供者 (協議会委員)			臨床試験の意味、重要性が国民に知られていない。	アメリカのように、臨床試験に予算をつける。		新聞などで広く国民に知らしめる。
2359	医療提供者 (協議会委員)				厚く振り向けるべき。		
2360	医療提供者 (協議会委員)			地方では人員少なく日常の診療に追われている。一般病院では研究費を獲得しにくい内容となっているようだ。地方の人間が参加できるように多施設共同治験等を検討して欲しい。			
2361	医療提供者 (協議会委員)			臨床研修組織の整備。	がん関連の研究費(特に臨床試験、TR、etc)の増額。		
2362	医療提供者 (協議会委員)			重要な臨床研究には全国規模で、各施設が積極的に参加する。			
2363	医療提供者 (協議会委員)				治療研究に予算をもう少し上げるべきと思われる。		
2364	医療提供者 (協議会委員)			がんの臨床研究を行う組織の立ち上げ、あるいは現在あるNPO団体である組織(たとえばWJOG)に対する援助が必要である。日本からガイドラインのエビデンスとなるような臨床研究を発信することが必要である。また抗がん剤の審査プロセスを迅速化し、早く患者さんに投与することが可能になるようなシステム作りが必要である。希少ながんに対する薬物の開発も重要な問題である。	人材を育成するためのがんプロに対する予算が必要である。		肺がん、消化器がん、乳がん以外のがんに対する臨床試験を行うためにはもう少し多くのWJOGに匹敵するような臨床試験グループが必要である。そういう臨床試験を行うグループを立ち上げるための支援も必要であると思う。

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
2365	学者・研究者(協議会委員)		宮城	がん研究費は先進国に比べて少ない。また、厚労省、文科省、経産省の縦割りになっているが、全体での調整が必要ではないか。特に、厚労科研費については課題決定のプロセスが不透明で、一部の研究者が有利になるように明らかに偏っている。課題策定のシステムを見直す必要がある。	がん研究予算は全体では増額すべきである。特に、基礎研究と臨床を繋ぐ橋渡し研究(TR)や臨床試験に対する予算をもっと多く取るべきである。省庁間の調整は、課題決定に関して透明性の高い全体会議を設けるなどして、似たような課題が省庁間に並ばないようにする。	ある一定以上の評価が得られた先進医療については、保険診療で認められる前に、例えば50%とか30%とかの自己負担とし残りは医療保険の枠内に取り込む(部分的な保険資料内への取り込み)。	今後(21世紀半ばに向かい)、我が国だけでなく発展途上国においてもがん対策は重要になってくる。このためがん医療の研究開発は、日本の産業の活性化においても重要な役割を果たさうのではないか。がん医療に関わる研究を推進し、産業へ結びつけることは、我が国の国益になる。がん研究を我が国のがん医療水準の向上だけでなく、国際的視点で重要な領域であるとするような国家戦略を打ち出してはどうか。そのために、例えば、特区として、研究者の所属機関の縛りを越えたネットワーク形成(バーチャルがん研究センターなど)を認め、競争的研究資金を従来の大学や研究所の単位ではなく、ネットワーク組織(あるいはバーチャルがん研究センター)に大型予算化できるような制度を設けてはどうか。
2366	学者・研究者(協議会委員)	大内 憲明	宮城	がん対策に関する研究費は増加傾向にあるが、欧米先進国に比較すれば極めて少ない。また、研究課題について、多くは研究者からの提案型課題である(メリットももちろんある)が、国のがん対策の視点から、「指定型」を重視すべき時代に来ていると考える。景気低迷による国家予算規模縮小の中で、どのようにがん研究予算を効率化・集約化できるかが問われている。	「がん対策全般」と重複するが、がんの研究はその成果が国のがん対策に活用されるよう、予算にメリハリを付けることが重要である。活用されるにはどのようなプロセスが必要か、対象分野ごとに研究課題の起案の時点で、戦略的に検討されるべきである。もちろん、研究の進捗状況・波及効果によっては、研究枠の拡大・縮小、および予算の増減に関して柔軟な対応も必要である。		
2367	学者・研究者(協議会委員)		埼玉	研究のための研究は避ける。行政に反映させられる情報を得る研究を。			
2368	学者・研究者(協議会委員)		兵庫	業績のある研究者に集中的に予算を出す一方で、若いフレッシュな頭脳に期待して小額でも多くの研究を補助するようにして欲しい。			
2369	学者・研究者(協議会委員)	西巻 正	沖縄	エビデンス水準が高い臨床研究が少ない。	臨床研究グループに予算を増額する。		臨床研究に参加する患者には全額、ないしは部分的に医療費の補助を行う制度が必要。

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
2370	学者・研究者(協議会委員)			世界に遅れないように、最前線の研究者への支援は、削減ではなく、反対に増強すべきである。	世界に遅れないように、資金を投入してほしい。		
2371	学者・研究者(協議会委員)			臨床研究(治験の共同研究など)の推進。	研究費の増額。		
2372	学者・研究者(協議会委員)			がん対策のための研究にもっと力を入れるべきである。			研究費配分の決定と評価の仕組みを根本的に変える必要がある。
2373	その他(協議会委員)		北海道	初めのガン対策に記載した。ここでこんな質問を受けるとは思わなかった。			
2374	その他(協議会委員)	塚田 順一	福岡	地方でのがん研究をより活発にするべき。がん研究を集約して中央の少数の施設のみで行うことは、多くの研究の萌芽を妨げることになる。			
2375	その他(協議会委員)			がん治療研究を最優先化した予算の裏づけ。	新規治療法に対する研究予算の確保副作用対策やQOL向上につながる研究への助成。		
2376	その他(協議会委員)			研究者間の連携強化、研究課題の体系化。	予算の重点的な配分。		
2377	その他(協議会委員)			重要な臨床研究には全国規模で、各施設が積極的に参加する。			
2378			北海道	臨床試験コーディネーター、統計担当者の不足。			
2379				がん研究のさらなる進展を願いたい。	大学病院・拠点病院に予算を手当てし、特色ある研究成果を生み出したい。		

12.疾病別(がんの種類別)の対策

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
2380	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	増加しているがん(大腸がん・卵巣がん)対策をもっと知らせるべきである。			
2381	県庁担当者		広島	死亡率の高いがんの治療法や薬が開発された場合、テレビ・新聞等で詳細を報道するような時代の到来を期待したい。			
2382	県庁担当者			HPVワクチンの普及。	補助制度の創設。		

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
2383	県庁担当者			乳がんの検診は、40歳以上となっているが、30歳代の乳がん罹患者が増加しており、エコー検診の整備も必要と思う。また、子宮頸がんについては、ワクチンの承認がされた後の国の対応を示していただきたい。住民からの子宮頸部がんワクチンの質問に対する対応に市町が苦慮している。			30歳以上の罹患者が多い地域は、無料クーポン券の対象を30歳から5歳間隔とする等の柔軟性がある事業体制とする。子宮頸がんワクチンについては接種の方針を早急に示し、医療関係者だけでなく、教育関係者を含め研修を行う。
2384	県庁担当者			乳がん、子宮がん検診については、特に受診率が低い。			乳がん、子宮がん検診については、受診率も低かったが、女性特有のがん検診事業により、新たな受診者も増加したため、今後も働き盛り世代をターゲットに普及啓発を図り、受診勧奨を行っていく。
2385	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	5大がんのみを重視しすぎ。小児がん、骨肉腫なども同一レベルで。		小児がんの治療費の全額助成。	
2386	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	効果ははっきりしている物についての取り組みが遅い。	子宮頸がんワクチンに対する全額補助。		子宮頸がんについてはリプロとの組み合わせで進める。
2387	患者関係者・市民(協議会委員)	池田 恵一	静岡	小児がんは治る時代に入っているが学校の教師をはじめ多くの人たちの理解が充分とはいえない。入院中や学校へ戻った後の対応など小児がんに対する理解を深める啓蒙活動が必要だと思う。	小学校(教師や養護教諭、生徒など)などに配布する冊子やビデオの作成等、啓蒙活動予算の必要性を感じる。		
2388	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	種類間の格差。			
2389	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がんの種類によって治りにくいものが決まってくるようなところがある。治療に格差がないようにしてほしい。			子宮頸がんのワクチン無料実施などなされている県もある。県・国の助成など推進をお願いしたい。
2390	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	膵がんの早期発見と治療法の開発。			
2391	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	症例数の少ないがんを茅野外に置かないこと。それぞれの患者にとって、自分のかかっている「がん」は唯一無二。これを蚊帳の外に置かれたらたまらない。行政は弱者救済が使命。弱者切捨てがあってはならない。			

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
2392	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がんによっては予防できたり、気をつけたりする事もできる。できる事は積極的に取り入れ、それを伝えていくべきだと思う。	若い世代から気をつける「子宮がん」は、予防ワクチンもできたので、中学生くらいから接種すべきだと思う。高額なので、国や県、自治体の補助もお願いしたい。		小児がんは患者が小さく、また兄弟がいれば家族の抱える問題は大きい。治療中家の近くに病院がなければ、家族がアパートを借りたり、兄弟を預けたり、たくさん問題がある。家族のための住居を補助したり、兄弟の精神的な辛さをサポートしたり、支援制度をお願いしたい。またほかのがんに対しても、患者は勿論の事、家族へのサポートもお願いしたい。
2393	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	女性のがんについては、学校教育など早く取り入れる。	医療者、医学生、看護生、中高生などに対し、患者体験談を話をしてがんについて、その治療について知ってもらう必要がある。		
2394	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・乳がんの場合、乳房再建の人工乳房は保険適用して欲しい。女性にとっては、乳房を失うことは耐えがたい(障害に等しい)。自分の筋肉を使って再建する方法は保険適用だが、後遺障害が酷い。			人工乳房も保険適用にして欲しい。
2395	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	検診体制の内容充実と医療機関の質の向上。併せて生活習慣改善に関する効果的な啓発のあり方を研究する。			
2396	患者関係者・市民(協議会委員)			疾病によって治療の格差がある。	予算をもっと確保すべき。		
2397	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	消化器がんが40%を占めるのに手術・又は治らない化療しか無いのが大問題で、医師負担も患者負担も大。	①鏡視下手術②放射線高精度＋分子標的剤／緩和ケアの3本柱を確立・活かせないと大変になる。	②に重点を。	腫瘍医の大幅な関与とアップが必要。内視鏡発生の片手間にがん治療しては治療は良くないと思う。
2398	医療提供者(協議会委員)	晴山 雅人	北海道	発がんの年齢分布を考慮した予防及び検診体制の確立。			
2399	医療提供者(協議会委員)		北海道	正直に申し上げて、患者の多く、治癒率の高いがんから対策していくべき(残念ながら、私の担当する肺がんは後回しである)。			
2400	医療提供者(協議会委員)		宮城	発病が減少しているがん、増加しているがんにしばらく重点を置く。			
2401	医療提供者(協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	5大がん以外のがんについての対策、実態調査は十分なのだろうか？			
2402	医療提供者(協議会委員)	橋本 正治	秋田	いいと思う。			

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
2403	医療提供者 (協議会委員)		秋田	前立腺がんのPSA検診については継続が望ましいが、治療の必要のない患者を除外するためのマーカーなどの開発が望まれる。政権だけでも合併症はある。			
2404	医療提供者 (協議会委員)		山形	5大がんのみでなく、多くのがんで標準的なクリパスを作成する。			
2405	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	子宮がん予防についての啓発活動が不十分。業者任せの感がある。肺がんについては禁煙の不徹底に問題。	いずれにせよ国民に対する広報、啓発活動が必要であり、そのための予算措置。タバコ税の増額で対応する。	専門医療機関に対する診療報酬のアップ	禁煙について制度的に罰則を伴う措置が必要。
2406	医療提供者 (協議会委員)		福島	・がん種別に考える際…治療までだけでなく、転移・再発や緩和ケア・終末期ケアまで含めた啓発や資料作成をすべきと思う(診断や治療の延長線上に転移や終末期をあるはず)。 ・がん種別の”縦割り”としてだけでなく、検査→診断→治療・緩和ケア→終末期ケアという”横の関係”にも目を向けて対策を講じるべき。			
2407	医療提供者 (協議会委員)		茨城	前立腺がんのようにゆっくり進行するものと膀胱がんとは異なる(同一に扱っている)。			
2408	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	肺がんの対策は、先ず禁煙。			小学生から禁煙教育を。
2409	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	小児がんについて、述べてきたので、前記を参照していただきたい。			
2410	医療提供者 (協議会委員)		栃木	子宮がんワクチンの、公費負担と小学生～中学生での義務接種化を計るべきである。			
2411	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	がん登録が不完全なため地域での疾病毎の対策を立てることもままならない。	がん登録制度からわかる多い疾病(多分五大がん)と少数だが難治がんに関別な対策を立てるべきである。	難治がんに対し積極的な対応をしている病院には診療報酬を厚くすべきである。	
2412	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・がん種別撲滅事業が少ないので、増やしてほしい。			
2413	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	血液疾患を担う医師が、減っていると思われる。小児科、産科、外科の陰に隠れて、ひそかに血液疾患のがん難民は多くいると思われる。		数の少ない症例こそ、診療報酬上のメリットをつけないと、その分野は消滅してしまう危機があると思う。	
2414	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	個別に対策がなされすぎている。全体を統括することも必要である。対策に関与する人は4年ぐらいを限度に変えていくべき。	重点部位について目標を決めて、対策を立てるべき。	技術料の評価が低い。また、チーム医療を行っている場合の点数の増額が必要。	治療部位が二つ以上にまたがる場合の対策があいまいなので、検討すべきである。チーム医療をした場合の対応を。
2415	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	EGFR遺伝子の変異とTKI(イレッサ、タルセバなど)の関係は十分に証明され近年では、治療前に一度だけ遺伝子変異を測定可能となったが、多発している腫瘍や再発例では複数回測定したいことがある。	一度だけの測定ではなく、複数回の測定を可能として欲しい。		

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
2416	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門医の不足。			
2417	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	がん診療連携パスが推奨されているが、肝がんに対しては難しい。簡単な見本を希望する。			
2418	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	①乳がん検診では30代のエコー検診必要。②ピロリ菌除菌で胃がん発生を抑えられる対象者の広報が必要。③HPVのワクチン接種の奨励。			
2419	医療提供者 (協議会委員)		石川	膵臓の予防改善がなされていない。	とくに難治性のがんに絞った予算措置。		
2420	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井		子宮頸がん予防としてワクチンも無料化する。		
2421	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	口腔がんにつながる歯科領域の参画。			
2422	医療提供者 (協議会委員)		静岡	「このがんにはこの治療法が一番」と決めつけるのではなく、幾つか選択肢があることを示せるような情報提供がなされれば良いと思う。			
2423	医療提供者 (協議会委員)		静岡	乳がん、前立腺がん等生存期間が長くなっている疾患に対して費用軽減ができないか。			高額療養費制度の外来への拡充。
2424	医療提供者 (協議会委員)		静岡	既に最初の項で述べたように、現時点での先進医療取載のがん・手術関連の診療報酬上での認可・算定があまりにも遅すぎて、患者に多大な不利益を与えている。また先進医療として認められるための手続きが不明確で、認定を阻害する傾向にあるように思われる。厚労省の担当部署はこの非効率な仕組みを早急に改善すべきである。			
2425	医療提供者 (協議会委員)		静岡	5大がんのみではなく全がん腫の治療を同等の対策の対象として評価していただきたい。			難知性がん腫に対する新規薬剤の早期承認。
2426	医療提供者 (協議会委員)		愛知			「がん」等命にかかわる医業分野の診療報酬をもっと上げるべき。眼科、形成等び新しい分野とはいっても命にかかわらないものは下げてもよいのでは(自由診療等)。	
2427	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	がん種別に分ける必要は無いと思う。			
2428	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がんジェネラリストも必要。			
2429	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん対策基本法に基づいて各がん種における対策の方針と取り組みの評価がなされていない。			各学会に前記の件について方針・取り組み・評価を検討してもらい報告をもらう。

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
2430	医療提供者 (協議会委員)	富士原 正人	京都	肺がんの組織型が大きく変化してきており、悪性度の高いがんの発生頻度が大変増加しているように思われるが、その事に気づいている医師が少ないように考える。そのため、疫学的な調査が実施されていないのではないかと危惧している。			
2431	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	すべての病院がすべてのがんに取り組みすぎている。		5大がん加療に対する2次医療圏の診療報酬を上げる。大学、がんセンターでは減らす。	5大がんは2次医療圏で標準治療が出来る体制作り。地域での登録医を作り医療圏無いで病院の制限を越えて加療のために派遣制度を作る。難治がん、特殊希少がんは国の責任で中央管理加療精度を。
2432	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	高度先進医療や新薬が臨床で使えるまでに時間がかかる子宮頸がんワクチンの普及。	評価療養の評価に関する体制を整備する予算。		高度先進医療や新薬の適応に関する評価療養の評価をできるだけ早く行い、臨床の場で使える制度を。
2433	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	定期的な効果の評価がない。			研究班などでがん検診の評価(例:2001年久道班報告書など)を適時に出す。
2434	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	受診率向上のための対策が必要である。疾病別には国の方針に従って進められている折、精度管理の点では徐々に改善されている。しかし胃がんは要精検率が悪く、改善する必要があるが、個人情報保護を理由に正確な統計がとれない面もある。		現状でよい。	県で各がん対策のための部会がつくられているが、各々十分に機能していない。
2435	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	特に肺がん対策に重点をおくべき。			禁煙により、肺がんを減らすことができると考えられるため、禁煙指導に力を入れるべきである。
2436	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	乳がんに関してですが、まだまだ世間の認識は甘いようです。がん自体を必要以上に恐れるあまり神経過敏になりすぎる方もおられれば、全く無関心な方もおられます。認識に格差も激しいです。本気で早期発見を目指すのであれば、がん検診を義務付けるしかないのでしょうか？			
2437	医療提供者 (協議会委員)		和歌山				これも医療従事者、患者どちらへも情報提供をネット上で国が行う。
2438	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
2439	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	各種がんの臨床研究(治療法)は全国規模で展開する。JCOGの組織をもっと効率よく展開・拡大する。			
2440	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	分野(10)と同じ。			
2441	医療提供者 (協議会委員)		広島	とにかく、「隣がん」の研究対策の充実を!!		早期発見し、良好な切除率が達成できている施設に対する報酬の増加を!!!	
2442	医療提供者 (協議会委員)		広島	5大がん以外のがん対策も推進。			

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
2443	医療提供者 (協議会委員)		山口	少ないがん種の登録不十分。			
2444	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口		子宮がんにおけるHPVワクチン接種の無料化又は補助。		
2445	医療提供者 (協議会委員)		徳島	子宮がんの若年化および晩婚化は、少子高齢化対策を考えた、国家的な大問題。HPVワクチン接種の公的援助。子宮がん検診、乳がん検診のクーポン事業の継続。乳がん罹患率の急増から、乳がん検診従事者の養成は急務。マンモグラフィ読影医と乳腺超音波検査技師の養成は急務。			
2446	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	一般の人はがんの種類によって対応が異なることをあまり知らない。	子宮頸がんのワクチンなど、少しずつ予算化してほしい。HPV検査も。		
2447	医療提供者 (協議会委員)		香川	横一列に並び過ぎ。	重点配分すべき。	効果のあるものには診療報酬の加算をする。	
2448	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	男女それぞれで最も高い乳がん、肺がんの死亡率が欧米諸国のように低下傾向に転じない。	乳がん検診、肺がん検診の事業補助を増額する。	乳がん手術、肺がん手術の報酬を増点する。	学会主導の乳がん治療専門医、肺がん治療専門医を国家認定に変更する。
2449	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	肺がんはCT検診の導入および普及胃がん検診は胃カメラへの切り替え。	医療費は増額になるので、その対策が必要。		
2450	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	小児がんに対する対策が皆無である。また、制度上40歳以下の成人がんに対しても公的な扶助が見当たらない。こういった働き盛りのがん患者さんに対する配慮が乏しいと思う。			
2451	医療提供者 (協議会委員)		福岡	造血器腫瘍を取り扱う医療機関が極度に少なく、担当医療機関には多大な負担がかかっている。また、きわめて多忙であることから新規入局の医師も極少である。	多くの薬剤や機器、病室(無菌室)に経費がかかるため、経費が抑制されているのが現状である。そのため、インフラ整備の十分な予算配分が不可欠である。	DPCから外し出来高とすべきである。	悪性腫瘍、とくに血液腫瘍は、DPCから外し出来高とすべきである。
2452	医療提供者 (協議会委員)		福岡				子宮頸がんワクチンへの国の補助。
2453	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	ガイドライン、標準治療の細かいupdate。			
2454	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	頭頸部がんは進行例が多い。それにより機能損失、死亡率があがる。		耳鼻・咽喉化疾患へのUP。	受診キャンペーンを。
2455	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	5大がん以外のがんへもきめ細かく対応する。	がん治療の質(アウトプット)を高めるため、質の判定法を開発。	一定の質を満たすとき、がん治療質向上加算を。	

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
2456	医療提供者 (協議会委員)		大分	20歳前後からの子宮頸がん検診の推進とワクチン接種の展開。	特定地域でのモデル事業。	地域の産婦人科の医療機関や健診・検診機関でのワクチン接種ができるように診療報酬加算。	ワクチンの生産ができる体制の確立とワクチンの供給システムの確立。
2457	医療提供者 (協議会委員)		大分	がんの種別も多くして。口腔がんも。			
2458	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	小児がんの心理的な対応が、現実的には全くなされていない。がんに限らずだが、小児心理に配慮しない小児科医がいるのはおかしい。			
2459	医療提供者 (協議会委員)			予防できるがんがたくさん分かってきたが、対策がない。			
2460	医療提供者 (協議会委員)			ワクチンの導入をもっと積極的にお願いします(HPV、B型肝炎ウイルスetc)。			
2461	医療提供者 (協議会委員)			子宮頸がんへの検診啓蒙は乳がんとならんで早期発見に意義があることを繰り返し伝えてほしい。			
2462	医療提供者 (協議会委員)			HPVワクチンが普及していない。	10～13才の女子児童のHPVワクチンの無償化に予算をつける。		
2463	医療提供者 (協議会委員)						前立腺がんにもう少し光を当ててほしい。
2464	医療提供者 (協議会委員)				振り向けるべき。		
2465	医療提供者 (協議会委員)			精巣腫瘍は本邦においては罹患率は低いですが、年間100人前後の20～30代の若年男性がこの疾患で死亡している。欧米では特に進行例、難治例を対象とした核となる治療センターが機能しており、診療施設の中核化による治療成績の向上が明らかである。我が国でも幾つかの中核ともいえる施設が機能しはじめていますが、特に制度面、予算面での措置はなく継続性は担保されていない。	精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置すべきである。	精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置した施設に限定した診療報酬を算定すべきである。	精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置すべきである。
2466	医療提供者 (協議会委員)			小児白血病、小児がん患者全般(トータルケアの視点)について。15～20歳の治療より15歳以下の治療が成績が良いために、小児領域治療が行なわれつつある。高校生の小児病院などへの入院もみられることにより、高校(高等教育)履修が入院してでもできるように体制を作りはじめることが良いと考える。教育的配慮も			
2467	医療提供者 (協議会委員)			子宮頸がんのワクチン接種は、有効率や副作用などがはっきりしているなら、できるだけ早い年齢で全員接種を薦めていって欲しい(素人的意見ですみません)。			
2468	医療提供者 (協議会委員)			5大がん地域連携パスの導入が遅れている。		地域診療計画管理料に5大がんを追加する。	

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
2469	医療提供者 (協議会委員)			B型肝炎、C型肝炎の未受診者を受診できるようにすべきと思われる。			
2470	医療提供者 (協議会委員)			子宮頸がんワクチン接種を普及させること。その他のがんワクチンで有効なものを開発すること。	国、都道府県の負担分の予算が必要。		公的な補助を受けてがんワクチンが摂取できるような仕組みと作ることが必要。
2471	学者・研究者 (協議会委員)		宮城	稀少がん腫に対する治療成績向上のための工夫が必要である。	稀少がん腫の全国規模の臨床試験を展開する。このための財源を予算化する。	稀少がん腫の保険適応外使用に関しては、一定の基準を満たした医療機関+専門医のもとで使用することを承認する枠組みを新たに設定する。	
2472	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	予防が明確である疾患を重点的に扱う。			
2473	学者・研究者 (協議会委員)			肺がん対策は、予防と健診にももっと力を入れてほしい。			
2474	学者・研究者 (協議会委員)			5大がん以外のがん対策。			専門医あるいは専門病院を地域毎に明示する。
2475	その他(協議会委員)		山梨	有効性の明らかなものから補助を多くする。			
2476	その他(協議会委員)		香川	子宮頸部がん撲滅事業。	接種費用が高額であるので国庫補助を設けるべき。	予防のための定期健診の重要性に加え、性教育(若年妊娠、性感染症など)の健康教育を十分に行ったうえで、ワクチン接種に移すべき。安易にワクチン接種を勧奨するべきではない。	
2477	その他(協議会委員)			5大がん以外のがんにももっと焦点をあてるべき。			がん診療ネットワークは5大がん以外についても推進すべき。
2478	その他(協議会委員)			地域別にがんの種類にフォーカスし、生活習慣との関連で支援と研究の強化。			
2479	その他(協議会委員)			がんの1次予防として、胃がんに対するピロリ菌除菌と子宮頸がんに対するワクチン接種を対策に位置づけることを検討する。			
2480	その他(協議会委員)			子宮頸がんワクチンを普及していくにあたり、児童生徒への健康教育が欠かせないが、学校教育と地域保健のスムーズな連携が必要である。			国においても、文科省・厚労省など横の連携を十分にとっていただき、現場がスムーズに連携できるよう、通知などを出していただきたい。
2481			北海道	治療への研究だけが多すぎる。	予防の研究をしたことに対し評価を上げる。		

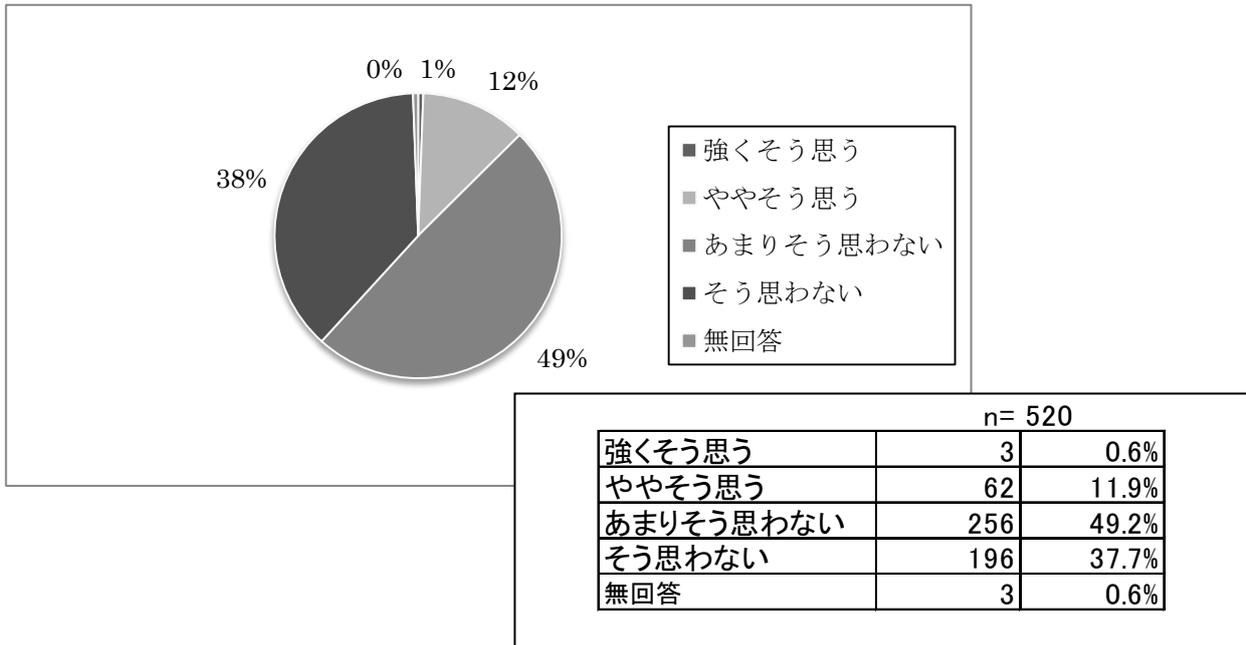
ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2482				子宮頸がん死0の実現を図ってほしい。がん死0の実績を基礎にし、全ての検診率upなど目指すべき。	予算付けにより、ワクチン接種の徹底化などを期したい。		

アンケート集計結果

1. がん対策に関する予算の満足度は、12%と低い

【2】 がん対策全般に関する質問（選択式）

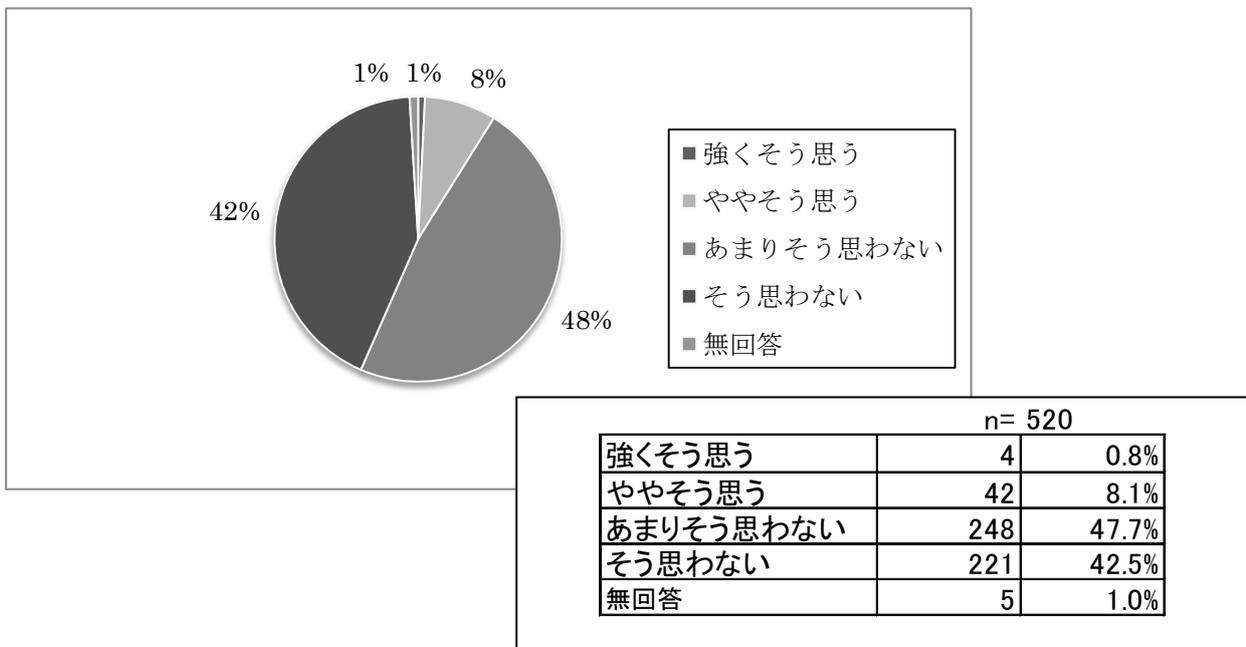
(1) 現状のがん対策に関する「予算」は、十分である。



2. がんに関する診療報酬の満足度は、9%と極めて低い

【2】 がん対策全般に関する質問（選択式）

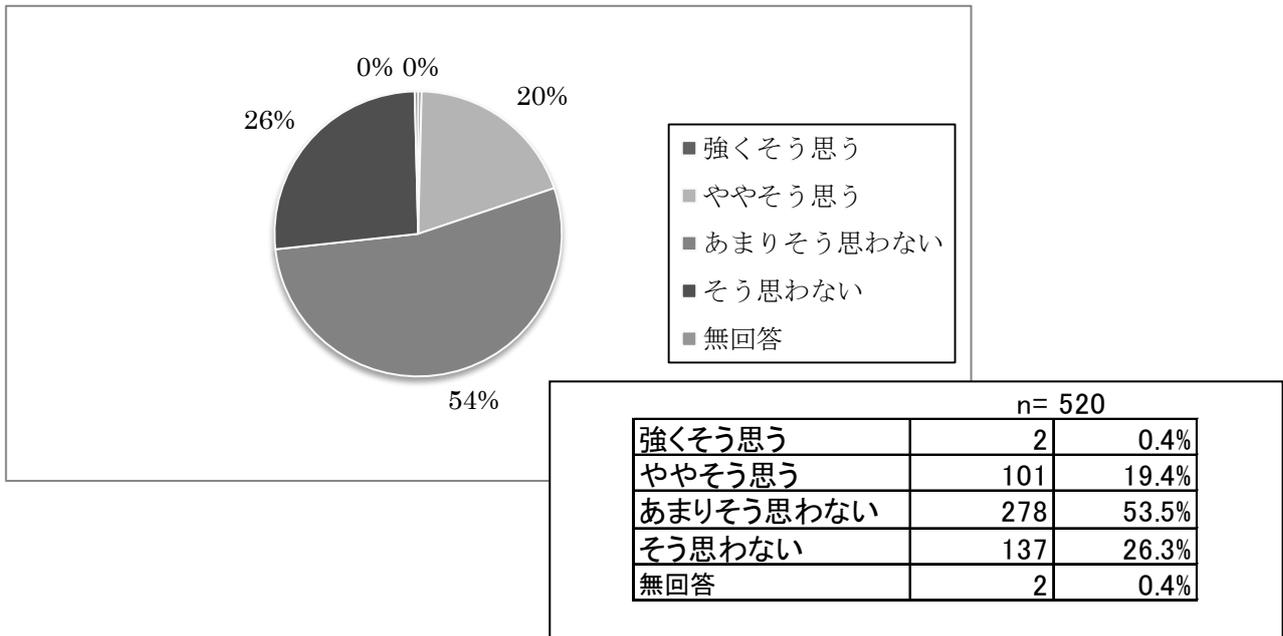
(2) 現状のがんに関する「診療報酬」（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である。



3. がん対策に関する制度の満足度は、20%と低い

【2】 がん対策全般に関する質問（選択式）

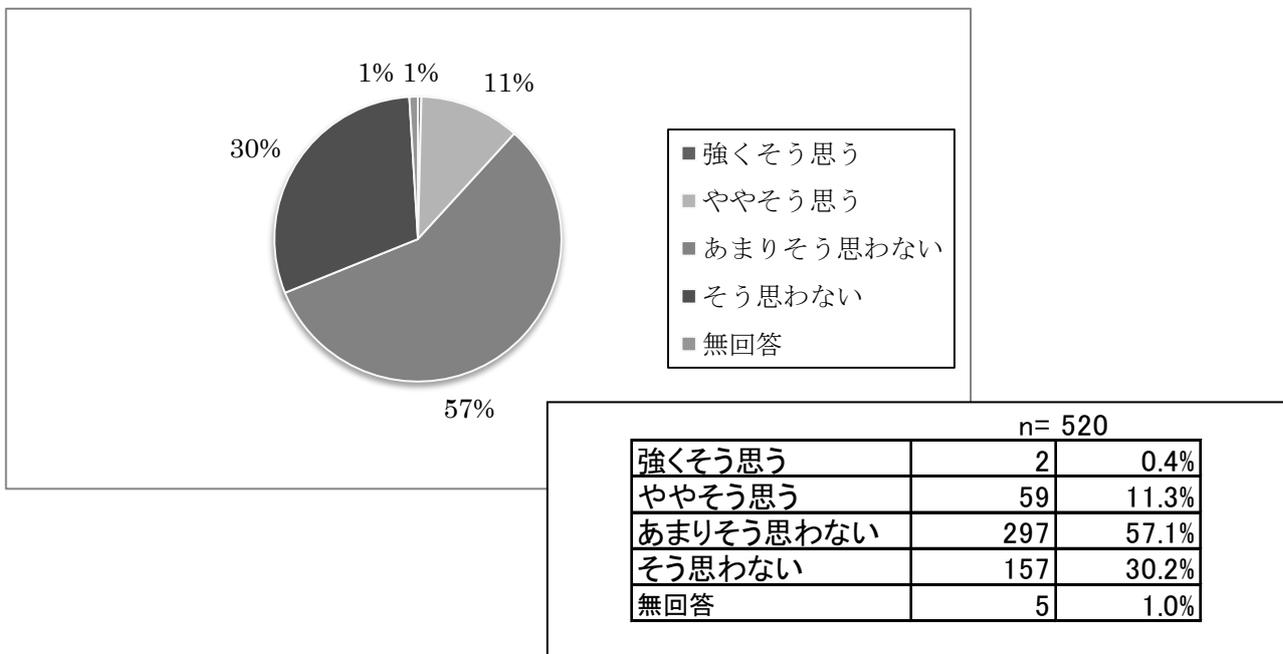
(3) 現状のがん対策に関する「制度」（法律・政令・通達・規則などによる定めや規制など）は、十分整備



4. がん対策予算の決定プロセスの満足度は、12%と低い

【2】 がん対策全般に関する質問（選択式）

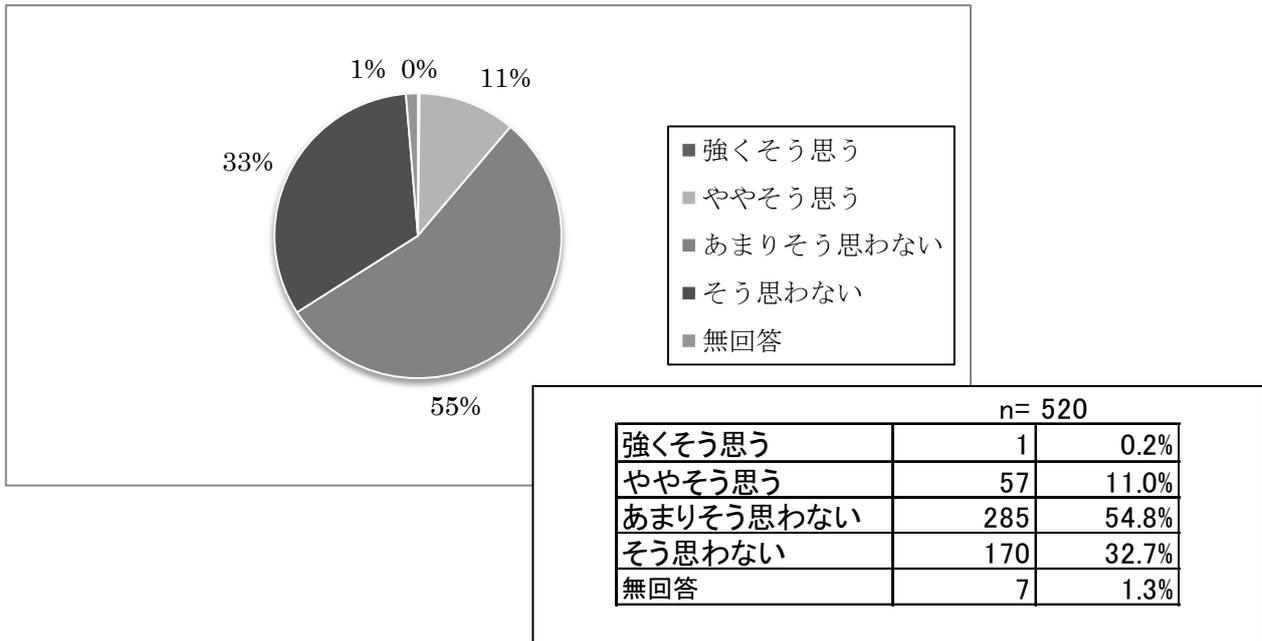
(4) 現状のがん対策に関する「予算」の決定プロセスに、満足している。



5. がんに関する診療報酬の決定プロセスの満足度は、11%と低い

【2】 がん対策全般に関する質問（選択式）

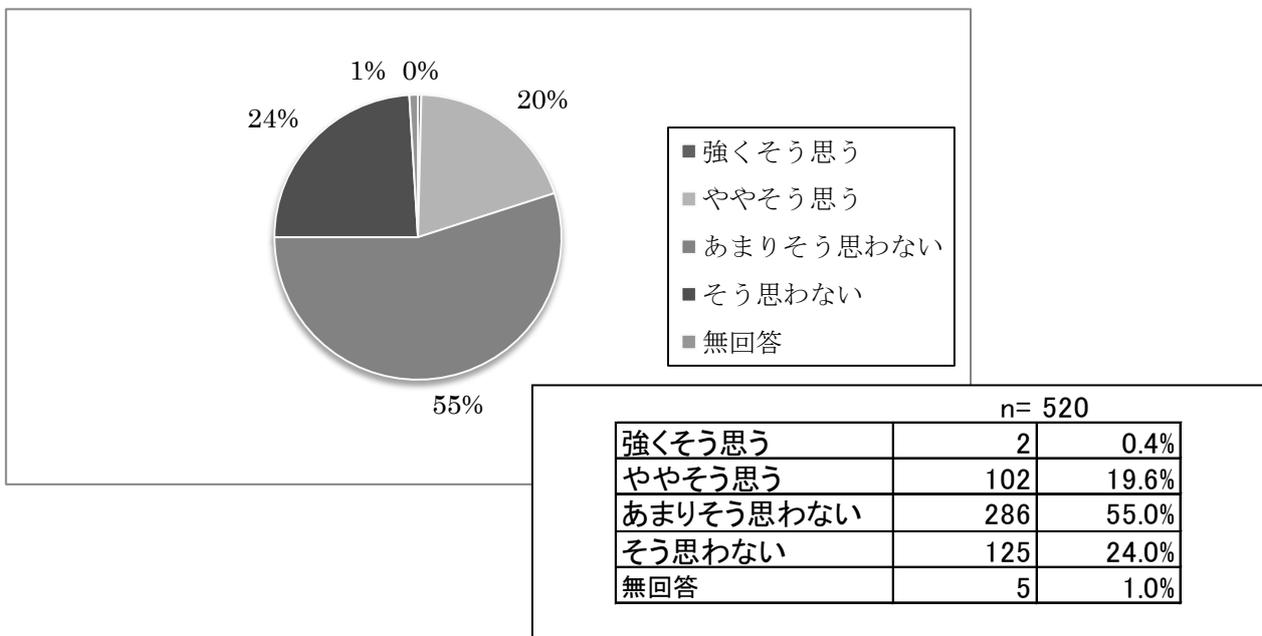
(5) 現状のがんに関する「診療報酬」の決定プロセスに、満足している。



6. がん対策に関する制度の決定プロセスの満足度は、20%と低い

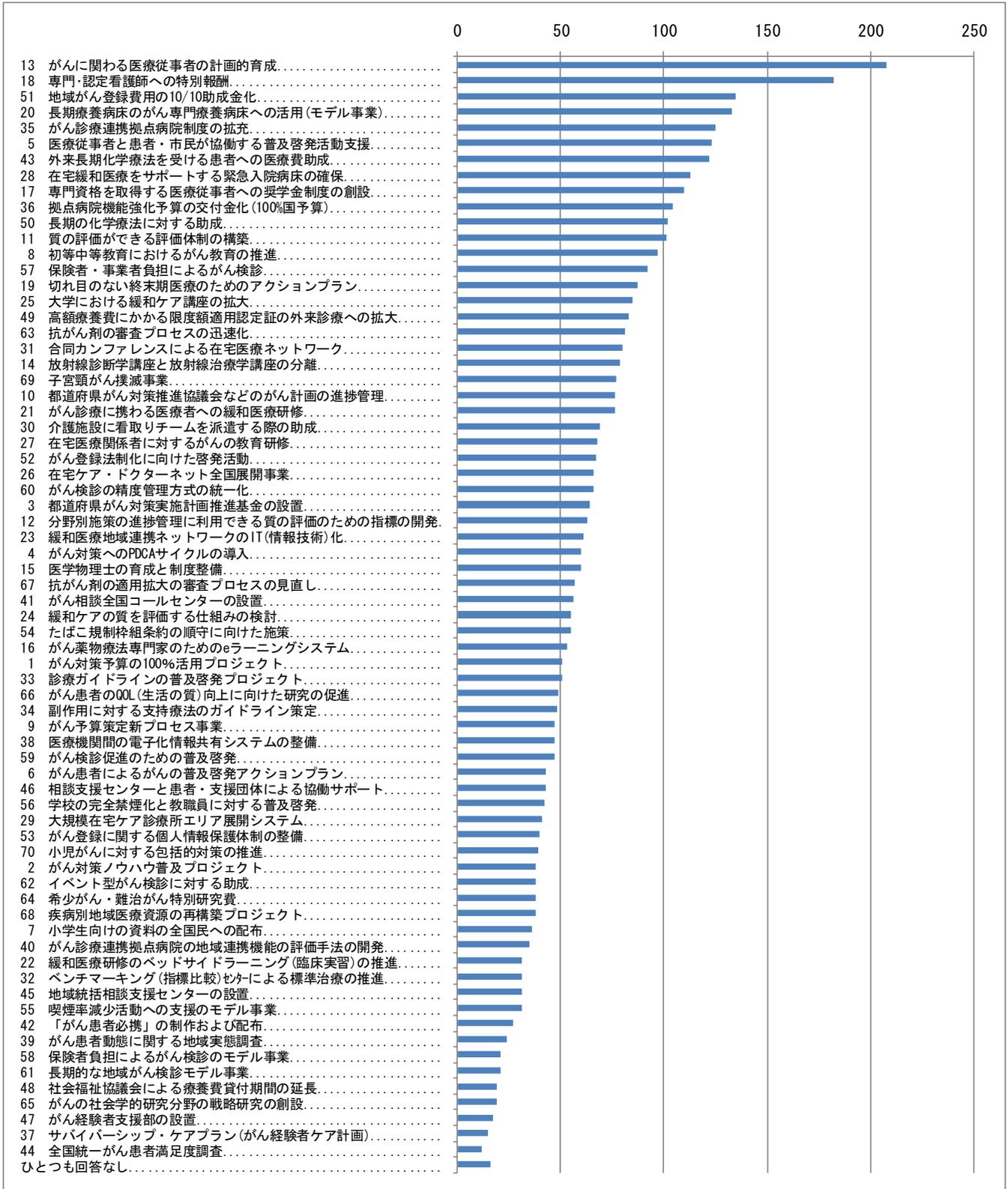
【2】 がん対策全般に関する質問（選択式）

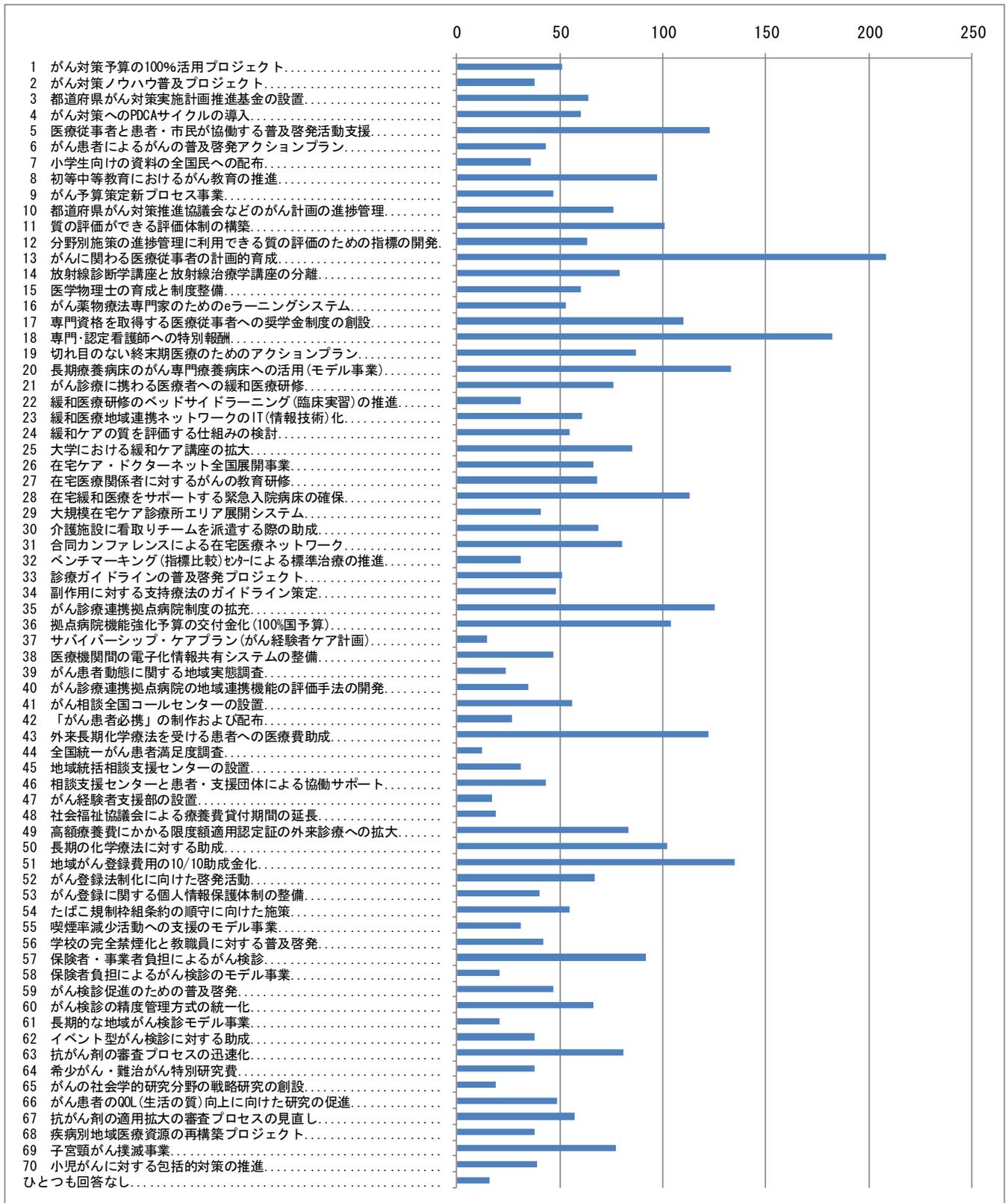
(6) 現状のがん対策に関する「制度」の決定プロセスに、満足している。



7. 回答者が「必要性が高い」と考える施策

【4】「平成22年度がん対策予算に向けた提案書」の施策70本から、「必要性が高い」施策を10個まで選んで回答
(261ページは回答数順、262ページは分野順)





(了)

平成23年度 がん対策に向けた提案書
～みんなで作るがん政策～

第4部

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング
意見シート集計結果

がん対策推進協議会

平成22（2010）年3月31日

■がん対策に関するタウンミーティング 意見シート集計結果について

がん対策推進協議会提案書取りまとめワーキンググループでは、「患者と現場、地域の声」を広く集約するため、島根(1月10日)、広島(1月17日)、福岡(1月23日)、新潟(1月24日)、青森(1月31日)、長崎(2月7日)にて、「がん対策に関するタウンミーティング」を開催した。

会場で広く意見を求めたほか、参加者に意見シートを配布し、がん対策に関する意見を記入してもらい収集することで、意見集約化の一助とした。

当集計結果は、記載された自由記述意見、およびがん対策予算ニーズ等に関する選択設問の分析結果を報告するものである。国民のニーズに基づくがん対策の策定に向けた一助とされたい。

がん対策推進協議会

■がん対策に関するタウンミーティングについて(概要)

〔島根県〕

日時:2010年1月10日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:島根県立大学短期大学部出雲キャンパス
(島根県出雲市西林木町151)

〔広島県〕

日時:2010年1月17日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:広島YMCAホール (広島市中区八丁堀7-11)

〔福岡県〕

日時:2010年1月23日(土) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:ナースプラザ福岡 (福岡市東区馬出4-10-1)

〔新潟県〕

日時:2010年1月24日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:新潟県医師会館 (新潟市中央区医学町通二番町13番地)

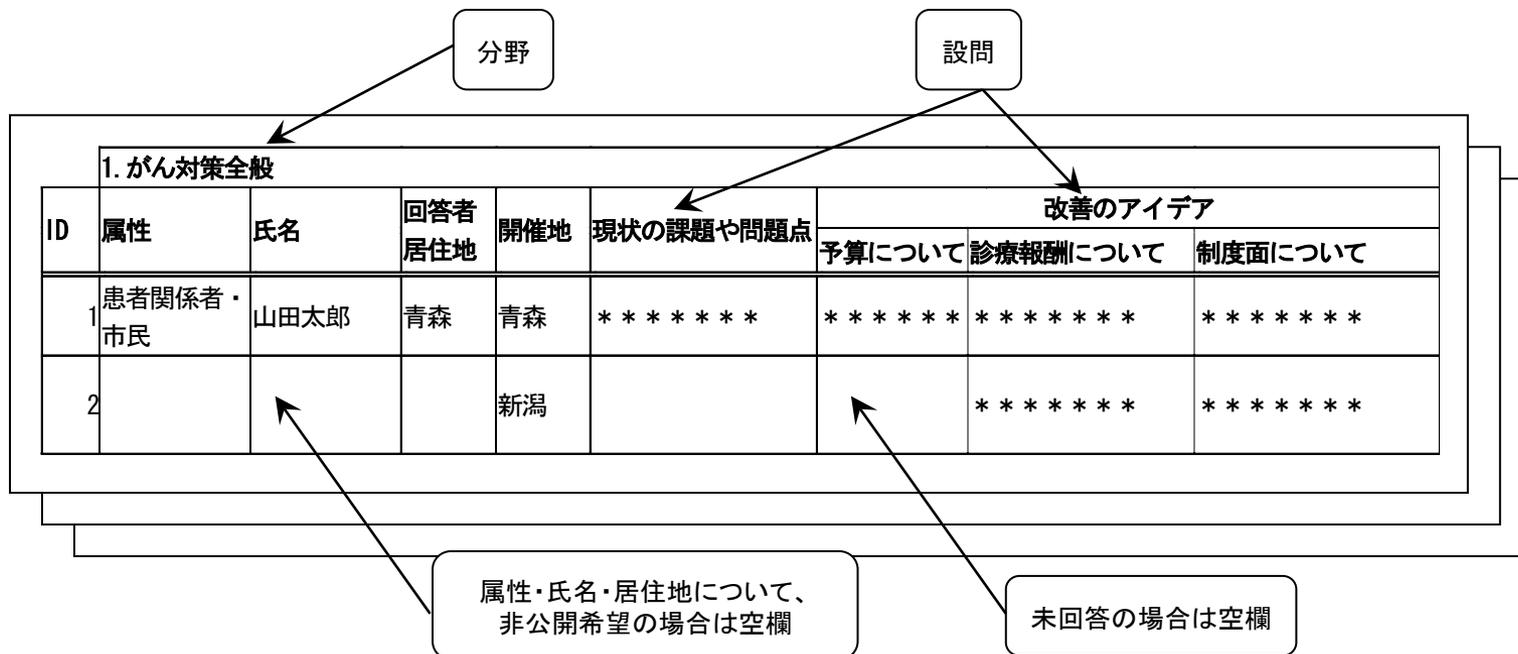
〔青森県〕

日時:2010年1月31日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
場所:青森県医師会館 (青森市新町2丁目8-21)

〔長崎県〕

日時:2010年2月7日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:NCC(長崎文化放送)スタジオ (長崎市茂里町3-2)

自由記述回答集の表示形式について



***がん対策の以下の13分野からテーマを選んだ上で、
意見を自由記述**

1. がん対策全般
2. 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3. 緩和ケア
4. 在宅医療(在宅緩和ケア)
5. 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
6. 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
7. がん医療に関する相談支援および情報提供
8. がん登録
9. がんの予防(たばこ対策)
10. がんの早期発見(がん検診)
11. がん研究
12. 疾病別(がんの種類別)の対策
13. その他の個別テーマ

***属性は以下の項目順に再統合のうえ列記**

1. 患者関係者・市民
2. 立法府
3. 行政府
4. 医療提供者
5. 医療関連産業
6. メディア
7. その他



自由記述欄 意見シート集計結果

1.がん対策全般								
ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
1	患者関係者・市民		青森	青森	自分や家族ががんに罹る可能性があること、罹ったときに心的に経済的にどうなるかということについて実感が無い。			他の原因(疾病)と何がどう違うので対策が必要なんだ、という説明(共通認識が持てるように)が必要ではないか。
2	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来化学療法が高額なためによる諸問題。			高額療養費制度の限度額の引き下げと、外来療養費への適応認定証の拡大。貸し付けが受けられ、経済的負担が減る。
3	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来療養費が高額なため。			社会福祉協議会などの貸付制度を、患者さんが使いやすいように見直す。
4	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	各都道府県のがん対策の進捗状況がバラバラである。担当者(部、課)の国レベルでの研修がない、他県との交流が難しい。	国のがん対策予算で組み入れてほしい。		
5	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	中山間地における地域格差がひどく、都市部に行かないと治療などが受けられず、困っている。	中山間地ではDr.不足で悩み、がん治療も受けられないので、Dr.を中央や都市部に出さず、山の中でも受けられるようにしてほしい。		
6	患者関係者・市民		島根	島根	予算がどこにどれくらい使われているのかよく分からない。			
7	患者関係者・市民		島根	島根	医師の現状はとってもきびしい。でも一生懸命私たちのために診療してくれている。大事な先生、もう少し余裕をあげたい。医師不足は深刻だ。	医師の待遇よくしてあげてほしい。診療に必要な機器の充実をはかってほしい。		
8	患者関係者・市民		広島	広島	がんの治療法・治療代。	今、事業仕分けで色々削られて、治療している患者の負担が大変なので、もう少し上げるように病院ごとで署名をすれば良いと思う。	先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている。	国と地方で法律をもっと統一してもらえればよい。
9	患者関係者・市民		広島	広島	根治する可能性があることは何でもしたいと思うのが、がん患者の家族だと思っている。保険適用外の治療や高額治療をしたいのだが、経済的にすることが難しい場合がある。			国に治療費の補助を望む。
10	患者関係者・市民	小林涼一郎	広島	広島	生活習慣に対する告知が弱い。情報の共有をしてほしい。病院にお金をかける必要はないので、食事療養の啓蒙をしてほしい。			代替医療を重要視してほしい。
11	患者関係者・市民	深野百合子	福岡	福岡	治療費が高額になるのが悩み。がん治療で仕事ができない。人工透析は無料、障害者は程度に応じて保障されている。	予算化が必要になるが、具体的にはアイデアなし。		障害者のように、程度に応じて保障する仕組みを作る。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
12	患者関係者・市民	藤川すが子	福岡	福岡	がん専門医がほしい。	対策費がつかないと研究も進まないと思うので、予算は増やしてほしい。		新薬に対する規制によって、良い薬が使えなかったり保健適用できなかったりする(高額のため)。
13	患者関係者・市民		福岡	福岡	乳がんで10年治療している。毎月の医療費の負担が大きい。3割負担をせめて1割負担へ。			
14	患者関係者・市民	物部安宣	福岡	福岡	治る治ると言うばかりではなくて、治った後も様々な問題もあるので、後々のことも視野に入れておいてほしい。晩期障害や小児から成人になってからの医療費など。			
15	患者関係者・市民		福岡	福岡	患者の費用負担が多い。新薬など。支援が必要である。	支援、補助のための予算を増やす。		
16	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	私も白血病を6歳で発症、25歳でC型肝炎の治療をした。治療をする直前に、会社から解雇された。すい臓がんで亡くなった父も治療中に不当に解雇された。企業にとって社員が病気になるとお荷物になって、解雇するのが当たり前になりすぎている。	病気をした人を雇っている企業に、国と地方の支援と、解雇した企業への法人税のペナルティなどを検討してほしい。厚労省的ペナルティで言えば、社会保険料からできるのかもしれないが…。		
17	患者関係者・市民	田川羊子	福岡	福岡	やはり費用は経済を圧迫する。私はがん保険に加入していない。私自身、全くがんに対しての危機感が欠落していたのである。がん保険は100%任意だが、がん検診を定期的に受診すれば保険料を軽減するという制度ができれば、検診の普及率もあがるし、がん保険への加入も自然、必要性を認識していくと思う。			
18	患者関係者・市民	栗田強	長崎	長崎	肝炎対策法が成立したが、対策がどうなるのか？	予算が200億→250億に上がったぐらいで何がー。		肝炎対策として、治療中の生活費と治療費の助成をどうしてもしてもらわなければ。
19	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	外来化学療法中に家から病院へ電話で問題解決したいが、受け手のレベルで解決できない。	不安な患者は24時間自分中心である。24時間専門的な対応ができる人を配置してほしい(ほとんど外来はパートナーズが多い)。	救急扱いではどうか？	
20	患者関係者・市民			青森	技術の格差。			
21	患者関係者・市民			広島	がん対策の予算が十分かどうかの質問があったが、どのようにつかわれているかがわからない。概略だけでも知りたい。			
22	患者関係者・市民			福岡	がんという病気に対する全般について知る事がない。	どうしたら予防出来るのか、患者になった場合、病院・治療その他の事が分かるような資料のための予算。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
23	患者関係者・市民			長崎	肝がんについて。	肝がんについての研究、治療に対する予算を増やしてほしい。		身障手帳の認定基準の緩和。肝硬変、肝がん患者への早期治療のために。
24	行政府		青森	青森	がん死亡率低減となるような法制度が整っていない。たばこ対策法がない。がん検診義務付けがない。がん登録が義務付けでない。		がん検診受診者へのインセンティブ。がん登録の評価。	
25	行政府		青森	青森	本県では全国の中でも医師が全般的に不足しており、中でもがんの専門医は特に不足が著しい状況にあるが、自治体の努力だけではそれを解決することは不可能に近い。			医師の確保については中長期・短期のいずれの面においても、国の責任において対応すべきであり、そのための予算も確保してほしい。
26	行政府		青森	青森	「がん」は大きな課題だが、国民の健康と命を考えたとき、他の分野も含めた総合的保健医療対策との関連性を考慮すべきである。			医師不足の中、研修参加も容易でない実態である。→国立がんセンターからの化学療法医あるいは現地に來ての研修の実施等。医療政策全般としての医師不足の解消。
27	行政府		島根	島根	市町村がん検診の推進は交付税措置されているが、都道府県がん対策推進計画の推進については財務措置されていない。	都道府県がん推進計画の推進に向け、総合的な財政措置を！市町村支援等が実効あるものとなるように(例:検診受診率向上、総合交付金化等)総合的な財政措置を。		
28	行政府		島根	島根	がん予防や医師・看護師確保の点から、小中学校での教育を徹底することが必要。	学校の先生では対応できない。患者・家族・医師・看護師などが講師として教えることをすすめてほしい。		
29	行政府		島根	島根	がん対策予算が不十分である。	島根県の「がん対策募金」が現在、6億5千万円あると聞いた。民間、一般私人からの浄財に依存することも必要であるが、国の施策として、必要な予算はつけていく、積極的な姿勢が必要である。		①がん対策募金のシステムを全面展開していく。②がん対策の啓発を行い、国民世論を盛り上げていく。③国の中での予算の優先順位を決定する際、国民世論を参考にしていくシステムを構築していく。
30	行政府		広島	広島	がん対策全般の評価ができる体制になっていない。	県の独自性を評価し、10/10の予算についても県の先進的事業に対し交付してほしい。		予算編成をする前に、ブロックごとのヒアリング等を実施され、体制がとられている県とそうでない県との評価は別に行ってもらいたい。
31	行政府		広島	広島	①がん対策事業、予算作成プロセス。②市町検診予算交付税は、現受診率20%程度でも1200億で交付税措置額より少ない。	①一括交付金化or一般財源化。②少なくとも3倍程度に増額しないと50%は達成できない。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
32	行政府		福岡	福岡	保健行政の中で、国は種々の基本法が制度化されているが、市町村ではその別々の制度をすべて一つの課で行っているのが現状である。事業を推進するためのスタッフ不足が生じている。	スタッフ配置のための国の財政加算をする。		県や国がモデル市町村をつくり、年毎に国か県職員を市町村に派遣し、特別に推進する。
33	行政府	岩永薫	福岡	福岡	予算編成のミスマッチ。	ミーティングで出た意見と同様だが、国の情報を早くほしい。また1/2補助だと県財政が厳しく、事業化が難しい。		
34	行政府		長崎	長崎	日本の医療は診療報酬に支配されており、検診や予防に対する支出が困難である。	補助金だと、地方の財政状況から手出し分を確保できないので、10/10を希望する。	診療報酬の決め方が現在の状況とかけ離れており、技術等にしてもまともに評価されていないようだ。	医学的にはどうかと思うような治療を行う医療機関がある(宗教のような。勿論自由診療だが)。放置するわけにはいかないと思う。
35	行政府			福岡	末期がんの患者が在宅で生活する場合の介護保険制度の利用。介護保険の審査が終了時には、当初の状態から悪化している場合が多く、必要なサービスが提供されていない。	在宅医療の推進に係る予算の増額が必要ではないか。		介護保険とは異なる独自の支援制度が必要である。
36	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	医療ソーシャルワーカーの数が極めて少ない。		患者は病院にいるので、ソーシャルワーカーの点数を診療報酬に盛り込むべきである(入院・外来・在宅とも)。	
37	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	入院医療から外来医療への転換をはかる。「街角がん診療の普及を目指す」。基本コンセプト:ピラミッド型の組織論ではなく、ネットワーク型組織論。	高機能診療所の整備(大規模である必要はない)。	外来化学療法、在宅緩和医療などにかかわる医療に対して診療での実践を支えよう!	責任ある診療を行う診療所に厚く、無責任な診療所に薄く対応する。
38	医療提供者		島根	島根	がん対策に関する啓蒙・普及が十分でない。医療 ~ “生きること死ぬこと” ~ 一人一人が向き合える社会を創る契機としてがん対策は大切と感じている。			
39	医療提供者		島根	島根	医師サイドに緩和のための知識がまだ不足しているため、治すための放射線療法・化学療法と考える人が多い。副作用対策に重点をあまり置いていない。		副作用対策の薬剤の保険免除。	緩和ケアへの知識を得る研修の義務化。専門医の育成。患者・家族の会と医療者側の意見交換。
40	医療提供者		広島	広島	がん対策の評価基準が不明確。死亡率だけでは評価基準につながらない。			がん診療・がん活動の評価の基準となる項目の確立。簡単に医療従事者の負担とならないもの。
41	医療提供者		広島	広島	国及び県のがん対策に対する意識はまだ低い。	国及び県はがん対策に関する予算を増強すべき。	診療報酬の大幅な増加を望む。	がん対策に対する法律の整備を早急にすべき。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
42	医療提供者		広島	広島	診療報酬上げの議論があるが、高額療養費の上限引き上げ、保険外併用療養費の拡大など患者負担が増大する中、報酬の引上げは患者負担の増大につながる。自己負担割合の引下げなどを想定しているのか。医療費削減が国全体の流れで、がん対策の個別議論も重要だが、医療・介護全体の流れを見ることも必要(木を見て森を見ず?)。		こういった中でがん関係の予算を確保するには、相当インパクトのあるデータが必要。こうして欲しい、だけでなく、現状とデータによる主張＝エビデンス。	
43	医療提供者		福岡	福岡	全体的に予算が少ないと思う。			
44	医療提供者		福岡	福岡	がん関連予算が不十分である。	拠点病院強化事業などが今回大幅に削減されたことは、拠点病院における業務に大きな支障が出てくると思われる。	緩和ケア関連の診療報酬は更なる増額が必要である。	拠点病院の内部にも、緩和ケアの病床設置を少数であっても推進すべである。
45	医療提供者		福岡	福岡	福岡県内の拠点病院の協議会などの活動が点にとどまってしまって、地域の病院その他にまでがん対策が広がらないと感じること。もっと多くの人がかかわることが必要だと思うが、県の活動はわからない。	拠点病院それぞれだけに予算配分するのではなく、県として例えばテレビカンファレンスが活発に行えるように地域の中核病院も含めてネットワークを作る費用を出すとか、考えるとか、できるのではないか。	・拠点病院だけでなく、準拠点あるいはそこ連携した医療、介護等への評価。・拠点病院の要件を、表面だけではなくきちんと実行しているところへのランク付別とか。	制度というより各県を国がきちんと評価して、その指標や内容(評価の)をオープンに情報公開してほしい(自分の県がどの程度何をやっているかわかることが重要だと思う)。
46	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	がん及びがんに関する情報提供が不十分である。行政の取り組みが不十分である(今でもいろいろプッシュされているようだが…)。	情報の一元化(HPを作り(既成のものでも可)、カテゴリー別にリンクも含め公開するなど)。	一般市民、受診者家族にわかりやすい情報の提示(がんに関する診療報酬上の項目)。	
47	医療提供者	松本初子	福岡	福岡	専門・認定看護師の有効活用が十分でない。			広報を十分にしてもらいたい。
48	医療提供者		長崎	長崎	自宅で療養をしたくても、薬代や往診・サービス等が高く、入院していた方が保険がでるので帰りたくても帰れない人もいる。			生命保険の充実(外来通院治療費)。限度額認定証の外来適応化。
49	医療提供者			新潟	がん患者の救急対応に対する評価がなされていない。初診で吐下血、イレウス等で救急外来を受診したり、診断後の不安で眠れないとの訴え、抗がん剤の副作用、ターミナル期の様々な訴えで救急外来を受診している。そのことで常にかん検診に係わる医師が呼ばれ対応している。	救急対応可能な施設を増やす。	がん患者の救急に対する加算。	
50	医療提供者			広島	2~12全て。	・消費税を上げる(生活必需品の低減税率)。・しっかり評価、適正配分。・低負担高福祉(医療)はありえない。	・めりはりをつける。診療報酬と補助金、2本立てでの医療を支えるシステム、ベースは診療報酬。・超高令多死社会への対応:在宅医療の強化。	・集学的治療、チーム医療の推進。・PDCAサイクルの確立(制度での担保)。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
51	医療提供者			長崎	拠点病院に対する予算の格差が生じている(特に地域拠点病院)。 同じお金をもらっていても、やっていることに格差が生じている。 外来患者の院内がん登録をしていないのに、都道府県拠点病院の認可を受けた病院がある。 実績(手術etc以外の)、例えば研修会などに格差が生じている。	国が10/10予算として、地域拠点病院2000万円、都道府県3000万円とし、あとは実績に応じて配分されるようなシステム作り。頑張っている病院ほど報われない、かつ持ち出しが多い構造となっている。	地域連携クリティカルパス使用例には、病院(拠点病院のみ)ではないと診療所に5千点(5万円)ずつつける。	①がん対策基本法の改正、拠点病院の規準の改正。 ②拠点病院提出書類には証拠書類を添付したり、サイトビジット、ぬきうち査察などチェックする仕組みを作る。
52	医療関連産業		島根	島根	米国などの国々では、がん検診受診に係る管理を国が関与している。そのため、未受診者の把握、受診勧奨など一元的に管理が行われ、未受診の防止になっている。日本では、ほとんど無管理であることに問題がある。			国の機関でがん検診受診管理を行う組織づくりを行う。
53		川嶋啓明	青森	青森	診療報酬のバランスが非常に悪いこと。高度な治療に高報酬とし、誰でもできる治療は安くすべきである。	予算増が望ましいが、無限に増やすわけにはいかないの で、増には期待しない。	真の高機能診療所に対する加算。多くの医師ができる処置治療を減算。	レベルの低い開業医の切り捨てを思い切って仕分けすること。
54			広島	広島	広大等が作ろうとしているリニアックナイフは、ガンマーナイフと成果があまり変わらない。	他へ予算が回せるのではない か。		
55			長崎	長崎	検診がドッグ以外でも住民へ気軽に出来る方法。例えば熊本県であれば、県と日赤が共働して、1地区朝7時より開始。検診車は朝6時に市町村の拠点箇所へ配置、しかも1件1000円程度で安価。年間計画して、個人へ連絡がある。			
56			長崎	長崎	がん検診に対する意識がうすい。			
57				青森	県の推進計画は法律でつくられているものの、県民意識・市町村担当の意識の差が大きく進展していない。			
58				青森	専門医の不足(根本的に)。	がん専門医を増やす。	がんについては診療報酬を増加させるとよい。	
59				青森	病気にならない時は人ごととなっている感じがする。もっと積極的に考えるべきと思う。	多くとってほしい。		
60				青森	まだまだ予防が普及していないので、食生活改善をしてほしい。	予算で国・県・市町村の優遇。	診療報酬より、自費で検査できるように献血や診療所・保健センターの簡易検査が良い。	がん人口がまだまだ多いので、ステロイドによる治療・切除がうまくできる医師の教育制度の投資。
61				長崎	ホームドクターのがんに対する啓蒙が必要だと思う。	がんが一番死亡率が高いのだから、国民病として位置付けて欲しい。	年金生活なので貯金を食いつぶしている。	
62				長崎	治療に対する自己負担金の軽減、生活資金の補助などを考えてほしい。	がん患者に対する予算を付けてほしい。	医療機関への相当の予算も必要と思う。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
63				長崎	がん対策に関する「制度」の整備にとどまってしまうことを、がん拠点病院の中にいて感じることもある。がんの特化した病院ではないため、難しいことなのかもしれない。しかし、市民・患者は「拠点病院だから知っている当然、やっけていて当然」と思っている場合、整備状況と現状の狭間で双方が苦しい思いをすることも時折ある。		入院・外来患者で、制度(介護・身障・障害年金など)にすることができない方に対して、何らかの支援を打ち出してほしい(生保を選択する前段階で)。体にムチ打つようにして働いて、治療費を捻出している患者もいる。また、治療費を工面できないため治療から離れざるをえない患者もいる。	
64				長崎	身寄りがない人や、経済的問題を抱えている人の看取りの場がない。			

2.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
65	患者関係者・市民		青森	青森	化学療法を受けているが、抗がん剤が非常に高価(月2回で8万円ほど)で、経済的負担が大変である。いつまで治療を受けられるか不安である。			
66	患者関係者・市民		島根	島根	放射線療法、化学療法とも医療従事者が少ない。	上記医療従事者の育成。	精神的ケア、相談等にも報酬を。	
67	患者関係者・市民		島根	島根	現状では、自分が患者になると主治医が決まり、治療をされる。まだまだ地方の病院ではチーム医療はなく、1人の主治医が主になる。化学療法の専門ドクターは少ない、又、医者も地方には少ない。			地域の大学(医療)を卒業してドクターになれば、メリットを与える。奨学金制度を良くして、自分の出身地に帰れば学費の免除等優遇制度を作って医者を増やしてほしい。
68	患者関係者・市民		島根	島根	ラジ、ケミいずれもDr.の絶対数があまりにも少ない。早急に養成制度を整えられたり(放射線の物理士も)。		化学療法等の診療報酬、特に診断料等が信じられない位安い。レジメン、プロトコル等に力を入れても。	
69	患者関係者・市民		島根	島根	医療スタッフ、機器が偏在している。	育成機関により育成を図る。育成機関を作る。		手当等の検討。
70	患者関係者・市民		島根	島根	現在がん(子宮肉腫)治療中で浜田に在住しているが、近くの病院での治療は医師不足や医療従事者不足などで治療を受けるのが不安。現在、広島病院へ通院している。			がん専門医療従事者の育成。
71	患者関係者・市民		島根	島根	がんは死の病と考える人が多い中で、早期発見されれば完治するような治療方法の確立と多くの医師ががんに対する専門的知識を取得してほしい。	がん対策費は316億円とのことですが、どのように使われたか、成果はあがったのか、PDCAサイクルで見直しをして、公開してもらいたい。		医療従事者が勉強できる体制を整えてほしい。国立がんセンターへの派遣等を積極的に推進する。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
72	患者関係者・市民	島田明人	島根	島根	現状は機器(機材)スタッフとも不十分。	予算額が不明なのでコメント出来ないが、(島根県の1.9、1億?)効率的に執行され結果について公表すべきである。	診療についての支払いは少ないと思う。検査・薬価が高いので検討を。化学療法の薬価について補助を検討すべきだ。	
73	患者関係者・市民		島根	島根	放射線療法、化学療法を専門的にできる医者が少ない。	専門医を育成する事・放射線機器の購入や薬の購入の補助などにもっと予算をつける。	外科的治療に比べて、診療報酬が少なすぎる。もっと高くしないとこういった専門医は増えない。	
74	患者関係者・市民		島根	島根	放射線技師(写真判定できる人)、乳がん触診できる医師が不足しているため、検診がはかどらない。	よくわからない。		開業医の医師にも協力して頂ければいいと思う。
75	患者関係者・市民		島根	島根	H15佐藤均さん提案(?)の専門医の育成、抗がん剤の認可が1日も早く…は、あれからどうなのか…。			
76	患者関係者・市民		島根	島根	どうして病院によってしてもらえる治療に差が出るのか。おかしい。	個人で負担する額が高すぎる。	もっと国の負担を増やすとか、がんも医療証(公費的な)出すとか、治療費を下げるとか、出来ないのか。	
77	患者関係者・市民	中川久美子	広島	広島	まず全体的な人員不足。	・放射線療法の機器と、その専門家の育成。 ・化学療法の専門家の育成。	早く増やすには、専門的に勉強が必要となるが、それには奨学金制度を作る→奨学金を出すので、その地域にたとえば7~10年は勤める。専門家の流出を防ぐことにもなる。	拠点病の評価や予算を多く出す。
78	患者関係者・市民	和田文夫	広島	広島	未承認の化学療法剤の早期承認を(未承認薬を使用すると患者負担になり高額になる)。12年前未承認のDoxilを使用した際、個人負担が70万円。又、免疫療法(リンパ球療法)については1クール200万円かかるので大変高額である。			
79	患者関係者・市民		広島	広島	標準治療だけではなく、個人を重視したオーダーメイドの治療のできる医者が広島にいない。			
80	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	医療従事者の方が少ない。勤務内容改善。	放射線療法に重点的に予算をつけるのはいかがなものなのか。	風邪など保険対象から外す。死に対して重要なものに保険を。	化学療法で保険対象外になっている。併用して使用できるように改善してほしい。
81	患者関係者・市民	浜中和子	広島	広島	現状では腫瘍内科医がまだ不足している。早急の対応が必要。さらにチーム医療の要員としてがん治療専門ナースの育成も必要。	研修に参加する医師、ナースへの支援に対して予算を計上する。	専門医に対しての診療報酬をつけること。	
82	患者関係者・市民		広島	広島	・放射線医が全国で500人は少なすぎる。	・22年度も20億円も減額されている。	・放射線医、技術者の報酬を上げ、従事者を増やす。	
83	患者関係者・市民		福岡	福岡	新しい情報をnetか文書で公開。教科書は古い情報も多い。医療者のレベルアップ。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
84	患者関係者・市民		福岡	福岡	手術は外科、化学療法は主に内科、また放射線科と、各大学、病院ともタテ割になっており、横の連携が少なく感じている。患者は自分の病気を知り、自分で考えたいと願っている。その集まる場を作してほしい。	予算額だけでなく、その対策内容が現場・患者の実情と合っていない。今回のタウンミーティングのように、患者の声を実際に多く反映させて予算化してほしい。予算がないと、どのような良い施策も実行できない。	まだよく知らない。予算もいることではあるが、是非必要な施策には診療報酬でも手厚くすべきである。	患者は、地方自治体の政策担当者がまだ十分理解できていないと感じている。患者の声を多く聞く場を増やすことが大切である。
85	患者関係者・市民	森幸子	福岡	福岡	手術した病院で放治や化学療法が受けられない。手術した病院から言われた近くの病院では、治療を受けるのは不安である。施設がないということ、医療者の未熟さを感じられる。			手術・治療の施設が別になるのであれば、情報提供をする。先生方も自信のなさをあまり患者に見せてほしくないので、分からないこと等は患者に聞こえるようにではなく、後でしっかり調べて伝えてほしい。人格形成は予算・診療報酬・制度面でできるのか？
86	患者関係者・市民	焼山有香	福岡	福岡	化学療法も多様化し、副作用の出方も個別性が大きい→患者の苦痛や不安を十分にサポートできていない。	腫瘍内科医(専門医)の育成。薬剤師の専門研修。	がんは個別性が大きく、マニュアル通りにはいかない。必要と判断される薬には主治医の判断で保険適用ができる制度を。	腫瘍内科医とともに薬剤師の活用をもっと臨床現場に。医師の指示ではなく薬剤師がもっと主体的に治療にかかわれる制度が必要。化学療法には薬剤師が積極的に導入を。化学療法は外科医でなく腫瘍内科医が携わることが必要ではないか。
87	患者関係者・市民	皆川泰男	福岡	福岡	仕事や通常の生活をしながら治療を受けたいというニーズは、これからもっと高まると思う。そのため放射線・化学及び粒子線療法の重要性は高まると予想され、現状ではとても足りないのでは。	予算としては足りないところではない。		
88	患者関係者・市民	伊東まち子	福岡	福岡	病院や主治医により、大きな差があると思う。診療科による差。			最初にかかった診療科により、化学療法をする医師が違う(例:外科の先生がするか、腫瘍内科の先生がするか)。横の連携が大事である。
89	患者関係者・市民	溝口隆馬	福岡	福岡	抗がん剤の医療費があまりにも高額である。			
90	患者関係者・市民		長崎	長崎	現在肝硬変の状態、いつ肝がんに移行するか不安な現状の為、本日出席させていただいた。今のところ治療法や研究を望むのみである。			
91	患者関係者・市民		長崎	長崎	治療の質に差があるのではないかと。県内または全国レベルにおいて、他県に行って治療を受けるという人もいる。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
92	患者関係者・市民	三好綾	鹿児島	島根	放射線治療や化学療法治療に携われる医師や医療従事者が不足している。	放射線治療認定医や医学物理士放射線治療品質管理士の計画的育成を進めるべき。	専門スタッフ配置を評価。	
93	患者関係者・市民			島根	放射線、化学療法、それぞれの専門家がないというのが最大の問題である。地方に少ない。国として、どんどん育成していただきたい。			
94	患者関係者・市民			島根	放射線療法および化学療法をずーっと続けていると、ほかの良い部分に問題はないものなのか。	予算は現在のところ、我がサロンはもらってないのでよろしく。	在宅医療をすると(在宅緩和ケア)はどのようになるか。又、医療機関に支払いはどうなるか。	
95	患者関係者・市民			長崎	・医療従事者は”がんの専門”という観点から不足している。 医学、看護にがんプロフェSSIONALの育成が急務である。	文化省・厚生労働省が連携して”がんプロ”を育てる予算を策定する。	病院で診療報酬費が高くなれば、認定看護師やCNSの活動分野が認められるので、報酬との連動をする。	がん拠点病院には、専門医や看護師に対する基準を設定し義務づける。
96	立法府	奈良岡克也	青森	青森	①医師の人数の総体的な不足を早急に解消するべきである。②そのことによって、がん専門医を充足する体制作りを急ぐべきである。	国や県における予算はまだまだ不足と思うので、増額すべきである。死亡率が高い県に対する国の助成措置が必要である。		がん死亡率が高い地方に対して国がおこなうべき支援策を具体的に制度で定めるべきではないか。
97	行政府		青森	青森	・医師不足により、集学的治療を行えない地域がある。 ・放射線治療装置が高額のため導入できない病院がある。また、あっても放射線治療の専任の医師がいない病院も多い。	均てん化を図るには、国の責任で施設や設備の整備を図っては(国10/10で)。	放射線治療に係る診療報酬単価アップが必要である。	
98	行政府		青森	青森	たとえばがん検診要精検者がでて、精検が受けられるまで、特に大腸がんの場合は2~3か月くらい待たされるというハラハラする状況にある。また、精検を受けたがらない理由に、お金がかかる(1万円以上)ことも大きい。	医療従事者(医師等)を増やしてほしい。精検助成金があれば良い。		
99	行政府	田中央吾	島根	島根	欧米に比べ手術療法に偏っていると思う。放射線専門医が少なく結果として患者の選択肢が決められているのではないか。	人口当たりの放射線治療機器の均等配置が可能になるよう予算配分。	内科医、外科医が紹介するごとに報酬設定。放射線治療入院加算(一定の放射線治療件数を行っている医療機関で入院する場合の加算)。	
100	行政府		島根	島根	特に島根県では専門医が少ない。	増やす。	増やす。	
101	行政府	吉儀龍二	島根	島根	検診率アップのため機器整備助成を行ったとしても、例えばマンモグラフィ検診車を一台増設すると、一人/年対応できるが読影できる医師が増えないので対応できるか疑問。	次の項目とも共通するが、診療報酬アップに予算をかけ、医療機関が医師(医療従事者)を確保しやすくするしかないのではないか。		がん対策と法律等による規制というものがなじむのか？

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
102	行政府		島根	島根	医療従事者の研修制度が利用しにくい。	医療従事者が、中央研修等を受けるための研修費用が十分措置されていない(代診医の費用のみが措置されているが代診医はそもそもいない)。		
103	行政府	福原義貞	島根	島根	日本では欧米に比べ放射線療法、化学療法の比重が軽く、専門医や専門スタッフも不足している。外科的な手術しか選択できない状況もある。	機器導入やスタッフ育成に予算措置が必要。	診療報酬にも重点配分が必要。	
104	行政府		島根	島根	国立がんセンターと地域を比べると差が大きすぎる(医療従事者が少ない)。	専門医確保予算。派遣する予算の確保。		国立がんセンターからの医師派遣制度を作る。
105	行政府		島根	島根	大都市と島根県とは、同様の(同水準)の治療が受けにくい。(医療従事者、医療機器が不十分) 治検薬なども、各県同様に利用できる体制にない。			医療従事者の偏在の解消に努めてほしい。
106	行政府		広島	広島	医師のがん検診後のフォローについて理解がほしい。専門医をすぐ紹介することがなされていない。例。大腸がん検診陽性者→かかりつけ医再度便潜血検査もしくは注腸のみで見落とされてしまう。→翌年も同じこと→三年目に検診受け、便(+)大腸がん末期転移あり死亡。			医師会。Dr.のがん医療の教育の充実。
107	行政府		長崎	長崎	必要な医療従事者が不足しているように感じる。	研修費に対する補償(奨学金)予算を増やす。	医療従事者配置に対する加算。	
108	行政府	長田智貴	長崎	長崎	医師不足(がん専門医)。		専門医(緩和ケア研修受講者等も含む)への診療報酬アップ。	
109	行政府			青森	専門医師の不足。医療従事者の数と質が十分でない。	・医師確保予算の増額。 ・人件費を増し、研修などについて代替職員の確保。 ・研修予算の増。	専門治療への加算。	全国標準で行うべきである。
110	行政府			青森	リニアック(ライナック)は高精度化しているが、放射線技師のレベルがついていかない。また、医学物理士が少なすぎる。陽子線などの多額の設備投資が必要なのは国でやるべきである。	放射線治療器から粒子線治療設備まで、いずれも高く、ペイしない。高率補助すべきである。	放射線治療の点数を高くしてやるべきである(少しでもペイできる)。医学物理士の治療に加算をつけて。	技師の高度研修実施、医学物理士の公的認知。
111	医療提供者	斉藤聡	青森	青森	人数不足である。	がんプロの予算の増額。	診療報酬の増額。	
112	医療提供者		青森	青森	がん領域に限ったことではないが、専門看護師・認定看護師は、自分の時間・お金を使い研鑽している。やる気があっても徐々に疲弊してくる。	認定資格取得のための奨学会。特別報酬など。	専門看護師や認定看護師が介入した時(面談・相談)の診療報酬をつけていただきたい。	
113	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	医療従事者を育成するにも、医師も看護師も不足しており、病院から出せないのが現実。「質の高いがん看護師の研修」もその例で、人が集まらず中止にもなった。	中央(東京方面)で行われている研修に関しては、国が交通費や宿泊費の半分でも面倒をみてくれるよう予算を立てたらどうか。		国の医師・看護師は、地方研修制度を設けてはどうか。国はがん医療の均てん化と共に、人材の均てん化にも努めてもらいたい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
114	医療提供者		青森	青森	医療機器が高額すぎる。医療従事者の育成が進まない。	厳しい財政状況が続いているが、最新機器の導入は不可欠である。		
115	医療提供者	藤林繁子	青森	青森	医師の不足で困っている。8年くらい勉強してお医者さんには少し給料を上げて、生活環境を考えてあげるのが望ましい。	入院室をたくさん設けてほしい。がん死亡率が多いのは、食事、のむたばこ。栄養士さんの指導を受けるのがよい。	あまりお金をかけないという人がいるが、病気を治すのだから徹底して治すこと。	お医者さんを多くすること、都合がいたら(国にも予算があったら)。
116	医療提供者	堀口真由子	岩手	青森	放射線治療が進んでいない(選択されにくい)。放射線治療、化学治療の専門家(医師だけでなく)の育成が進まない。特に医学物理士の育成。	人材育成には、国や地方自治体の継続的予算が必要と思われる。10年後にやっと一人前という気の長い支援が必要と思われる。	医学物理士のいる施設に診療報酬加算を。	医学物理士の国家資格化への法制化。
117	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	医師はがん医療がサービスであるという意識を持つことが大切である。責任ある診療。	医師改造計画。	・薬価を大幅に抑制する。 ・外来化学療法加算などを増額する。	・むしろ、さまざまな規制緩和を必要あり。
118	医療提供者		島根	島根	医療従事者の育成。			
119	医療提供者		島根	島根	医療従事者に対する情報提供、学習機会が少ない。スタッフの数が少なく、仕事をしながら、研修参加が難しい。	専門に資格を取る医療者に対する支援(学費)。	専門看護師を置くことで、加算される。	
120	医療提供者		島根	島根	特に地方においては専門医の不足・島根県においては、特に西部で外科医もかなり不足している。	地域の拠点病院へ研修費などの予算を増やす。	医師数を増やしても、不足している科に人が増えるとは限らず、外科や放射線科・産婦人科などについては、ドクターフィーを導入しなければ、必要人数を確保できないと思われる。	診療報酬のインセンティブで改善できなければ、地方の大学での授業料免除の推薦枠などは、将来の診療科をしぼって募集する必要があると思う(がん治療を専門とする→外科医・放射線外科・薬物療法専門医という募集)。
121	医療提供者		島根	島根	がん医療に従事する医師が不足することももちろんだが、その前に、地域の医療崩壊で地域の医師全体が不足している状況である。医師不足は「がん医療」に限ったことではない。	アメリカ並みのがん対策予算が必要。	・がん医療の診療報酬の引き上げが必要。 ・医学物理士の国家資格、診療報酬への反映。 ・良いがん医療を受けるには相応の負担も必要である。 ・混合医療の解禁。	研修制度の根本的変換←地域の医師不足の一要因と考える。
122	医療提供者		島根	島根	全医療従事者(医師・他のメディカル)が、この療法等に十分な知識があるのか？専門的な知識のある人の人数が少ないし、遠くまでの移動が無いと出来ないと(治療が)そういうことがある。		診療報酬を上げることが療養費用のアップにつながることは考えられる。上げてもいいが、支払われる療養者の負担増につながらない方法を考える。	医師不足・医師の県在住分布を均等にとか考えていくことができれば…。
123	医療提供者	鈴宮淳司	島根	島根	外科医、血液内科医不足の深刻な状況。		産科、小児科などと同様の診療報酬の増額。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
124	医療提供者		島根	島根	がん放射線治療-最新の科学療法を受けることが地方で差がある。専門の医師が少ない。	・地方へ予算を-医師確保できるように配分をする。・専門の医師へ地方への配置の期間を求める。	地域加算をつけて配分を地方に行い、人材の確保をしやすいようにする。	
125	医療提供者		広島	広島		放射線治療センターはぜひ実現していただきたい。	化学療法にたずさわる看護師や薬剤師の専従条件を外して50~70%でも認めていただきたい。中小(専門)病院には負担である。	
126	医療提供者		広島	広島	がん専門医が少ない。		診療報酬を上げる。医師一人一人の負担の軽減(専門看護師の活躍の場を広げる(権限をもたせる))。がん患者とゆっくり話ができない。医師の日常業務による疲弊。外来1人1人への対応の十分な時間がない。	・育成を。・一般病院の先生が一定の研修でとれるように。
127	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	化学療法に関する専門医制度として、日本臨床腫瘍学会の定める「がん薬物療法専門医」は十分に評価できる。しかしその充足率は乏しく、また地方の一般病院では外科医により実施されている。外科医が中心の癌がん治療学会では認定医制度があるが、専門医制度と比較し、さらなる質の改善が求められる。	がん薬物療法専門医制度では現在のところ横断的に診療できるoncologistの育成である。外科領域でも各外科医が専門となる領域における化学療法分野での専門医制度の構築が求められる。あるいは日本臨床腫瘍学会の中で、外科医を対象とした専門領域における新たながん薬物療法専門医制度の確立が必要と思う。		
128	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	腫瘍内科が医学部の正式講座として存在している大学がまだ少ない。マンパワーが圧倒的に不足している。	がん医療が国の基幹産業となるように予算額を増額する。日本の製薬企業が日本で新薬の開発(phase I試験)ができるようにする。	外来化学療法など外来の診療報酬を増額する。外来化学療法室を24時間オープンする。専門医の診療報酬を加算する。	国や地方自治体ごとに専門診療科の数(専門医数)をコントロールして適正な配置を図る。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
129	医療提供者		広島	広島	放射線治療を受けたくても、遠い所に住んでいる人や高齢者、体の弱った人は通えない。また、緩和医療を十分に実践できない医師、在宅医が地域には多く、在宅緩和ケアを支援するには基盤が弱いと思う。	病院の医師は交代したり費用が出て研修に行きやすいが、1～2人で経営している高齢の往診医が地域を支えているので、その方たちが実践に役立つように緩和医療を広めていただきたい。そこに予算を出して知識の向上に努めてほしい。麻薬、ステロイド、輸液に関して、在宅医が安心して実践できるように仕組みを作っていただきたい。		広島で予定される高精度治療センターをぜひ早期に進めて、粒子線治療を受けられるようにしてほしい。
130	医療提供者		広島	広島			外来化学療法における薬剤師による薬剤の情報提供に対して、入院患者の薬剤管理指導料と同様の診療報酬を手当てしていただきたい。	
131	医療提供者		広島	広島	放射線治療を実際に施行する現場の技師は、特別な認定制度(放射線治療認定技師)を持っているが、維持するためにはポイント制度となっており、放射線物理学会、放射線腫瘍学会など、協同学会の認定する講習を受講しなければならない。それらの講習は地方で開催が難しく、受講費用問題、人材不足問題が起こっている。	認定制の講習会を地方で開催できる予算設定をしてほしい。		
132	医療提供者	今田直幸	広島	広島	70本の推奨例の15「医学物理士」(全国に数百人しかない)の育成ではなく、すでに現場で業務に当たっている放射線技師の教育システムを考えるべきである。	「医学物理士」にインセンティブではなく、現状の診療放射線技師による精度管理が一定レベル以上であれば、加算か補助をつけてほしい。		現在、放射線治療の精度管理システムによって全国的に行われているが、認定講習会等が大都市中心なので地方で開催できるよう県もサポートしてほしい。
133	医療提供者		広島	広島	・放射線療法に伴う医療機器が高額。・医療従事者の育成には時間を要するし、費用がかかる。	・高度医療に伴う予算の確保、補助金の配付増が必要。・従事者育成に伴う予算の確保。	・従事者のモチベーションの維持・向上が不可欠であり、高度医療における診療報酬の増額は必要。	・費用負担増に対する財源は、消費税などの間接税増加による財源確保が必要である。
134	医療提供者	岩田潤一	広島	広島	抗がん剤の種類や効用をもっとわかりやすいものにする。			
135	医療提供者		広島	広島	専門医、認定医、専門看護師、認定看護師、専門薬剤師が専門以外の仕事が多く、活用されていない。		専門職の診療報酬加算。認定・専門薬剤師、看護師の説明指導に対する加算。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
136	医療提供者	木下真由美	広島	広島	がん医療に携わる医療者の育成は以前と比較し進んできたと思うが、その質の検証、質の保持、また、各施設及び職種での連携がまだ不十分である。外来化学療法に携わる看護師の人数配置に関して設定がなく、マンパワー不足が慢性化している。普通の外来とは内容が全く違い、現状では高い質の看護を提供できない。	・施設内の専門スタッフの数、配置に対する予算。	・認定看護師、専門看護師(また薬剤師)などが配置されている場合は報酬を増額。→資格を取っても(また維持しても)給料に反映しない施設が多い。高いモチベーションを保つためにも必要。そのためにも報酬が必要。	・専門の知識を得るために専門看護師・認定看護師などの研修に行きたい者、また、行かせたい管理者は多いが、現行の制度では人を出すのが難しい。7:1看護制度が足かせとなり、これをキープすることが第一の目標となりかねず、長期間研修を受けるのに苦労している。7:1は良い制度とは思いますが、研修に行く場合などはそこを考慮して下さるなどしていただきたい。外来化学療法看護師配置に関して適正な制度を作っていただきたい。
137	医療提供者		長崎	長崎	がん診療に携わる専門スタッフの人材不足。文科省の「がんプロ」の継続性の問題。	人材育成のための予算。	専門スタッフ配置による加算をあげる。	「がんプロ」あるいは類似したプランの継続。
138	医療提供者			新潟	がん治療におけるトレーニングを実際に受ける機会がない。緊急の呼び出しに対応するために、病院から離れることはできず、同世代の医師がいない場合は代診を頼んで研修を受けることはできない。			eラーニングシステムが確立すること、そのシステムを所属学会等を通してしっかり「周知する」ことが必要である。全体的な医師不足に対する改善。
139	医療提供者			広島	がんに対する現場の医療従事者のレベルに大きな開きがある。	医療従事者に対する研修等の義務化と必要な費用の予算化。		
140	医療提供者			広島	チーム医療を推進すべきであるが、人員配置が十分でない(薬剤師)。		チーム医療に係る薬剤師、看護師etcの配置を診療報酬、制度あわせて整備する。	チーム医療に係る薬剤師、看護師etcの配置を診療報酬、制度あわせて整備する。
141	医療関連産業		青森	青森	地方のがん治療に携わる医師の増加。	地方の医学部の地元枠を増やす。	がん拠点病院の診療報酬を上げる。	がん拠点病院の医師負担軽減のため、拠点病院には医療クラークを導入する。
142	医療関連産業		島根	島根	医療従事者の育成には、予算と時間を要する。特に医師については、日常の診療治療、また医師不足という現状では難しいと思われる。育成を目指す施設、個々の従事者へのフォロー体制が必要である。			
143	その他		島根	島根	県内に薬科大学がないためか、退院後自宅療養する患者に接することの多い薬局薬剤師ががんのことをあまり知らない(実際の治療の外来化学療法、内服抗がん剤のフォローetc)。薬価やPETなどの費用が高く、長期の治療に負担がかかりすぎる。			がん専門薬剤師等の数居が高く、大病院に勤務している者ではないと関係できない。もう少し患者により添えるよう仕組みがないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
144	その他		島根	島根	がん専門医や専門看護師が少なく、特に島根のような地方では専門医療を受けるために、都市まで赴く必要がある。費用もかかる(交通費・医療費含む)。	さらに予算を必要としているので、負担する必要がある。がん対策用に、介護保険等のように少しずつ負担するようになっていく。		
145	その他		島根	島根	がん専門医、薬剤師、看護師が不足している。島根に養成設備・体制が整っていない。			病院や県で専門医療を志す人々のバックアップ・フォロー体制を整えてほしい。誰でも目指せるようにしてほしい。
146	その他			島根	島根県に専門看護師が一人もいない。また、認定看護師の役割が不明確。		専門看護師を雇用すること、診療報酬を引き上げる。認定看護師が行ったケアについては診療報酬を引き上げる。	育成するために時間とお金がかかるので、とくにお金について援助をする。
147		川嶋啓明	青森	青森	化学療法・制吐剤などの、他国との薬剤に対するタイムラグ。	予算がこれ以上必要か。	報酬ないから…ではないでしょうか？	有効性が海外で明らかにされている薬を使用されない患者さんについて、国がどう責任をとるか明らかにすべきである(遅れること自体、非)。
148			島根	島根	資格保持者にルーチンの仕事をさせるのは、責任者の意識に問題がある。そんな病院は将来性がないと評価されても仕方がない。	資格手当等(薬物療法専門医、専門看護師、認定看護師、放射線技師)の取得者に対して、取得一時金または資格手当などをつけるべき(20万円、1万円~2万円)。さもないと後に続く者にとってはその気にもならない。また、適正配置をしないと意味がない。		
149			島根	島根	がん専門医療従事者が少ないため、医療格差が大きくなっている。	がんの怖さ、がんにかかる人の多さを、もっと公表していき、広告やのぼりを使って、大きく呼びかける。そのことによって若い人々に、がん医療の大切さを意識づける。	専門職者の待遇をよくする。	
150			島根	島根		誰しも患者は自宅にて最期を迎えたいと思っている。		
151		井内康輝	広島	広島	広島県の高度放射線医療施設の早期設立を望む。	国の予算のサポートを望む。		
152			長崎	長崎	医療従事者、ベット数が不足しているように思う。			給与体系の見直し。
153				青森	診療放射線技師の不足の解消(特に放射線治療)。	治療装置を導入しても、人件費に予算がつかないため現場は限られたマンパワーでますます多忙になっているので、人件費の予算も確保してほしい。		1台の直線加速器を1名の技師だけで動かすのは問題だと思うので、2名体制で動かすことを制度化してほしい。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
154				青森	積極的な非手術療法の設備、医師育成不足。	設備整備に対する予算計上の推進。	診療報酬による患者負担の軽減を考慮してほしい。	がん治療の対策の期限前倒し、スケジュール見直し。
155				青森	医学物理士の制度。	医学物理士を育成しても、彼らの働く場所がない。	医学物理士をおいている病院に診療報酬をつけてほしい。	国家資格として、放射線治療を行っている病院には必ずおくようにすることを制度化してほしい。
156				青森	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離。	大学法人は人件費の削減を目標にしているため、口座の分離を要望しても予算的に難しい現状にある。講座を分離した大学には予算を多めにつけるなどの工夫を検討してほしい。		大学法人に任せていると、実現は無理だと思う。人材の育成のためには講座の分離は必要だと思うので、制度面で何とかしてほしい。
157				島根	抗がん剤の認証をもっと早くにしてほしい。良い抗がん剤があるというのに認可がおりないために使用できないのが残念。			
158				広島	がん治療に関する放射線専門医が少ない。がん治療に関する放射線専門・認定看護師が少ない。	がん専門の医療従事者の育成の為に予算措置、診療機器の整備予算。	処置、行為が報酬に反映される制度を作らないと進んで行かない。	がん拠点病院など、専門のDr.、Nsなど配置基準を定める。
159				広島	重粒子線が広島にないのはどうなのか！原爆の投下された広島にがんセンターがないのは、個人的に重粒子線を広島へという運動をしている。	出雲市のように市民が立ち上げ寄付金として(7億円も集め県の方へ、がん治療のために)県へ提供する、すばらしいことですが！広島では考えられない行動です…少ない(予算)。	問題は高度医療を受ける人がどれだけいるか？支払能力の問題(受領する病院、支払患者)、がん治療の費用について研究していただきたい！生保・損保と協力して、一般の医療保険で補充する(医療費)。診療報酬は少ないかも。	兵庫県のように高度治療に対する融資制度を設ける。島根県のようにデータが島根医大と病院がパソコンで共有できる。手術が指示できるようだ。
160				福岡	認定看護師・専門資格など習得するのに時間や金銭面での負担は大きい、それを援助する内容が少ない。また、制度面での決定している事かもしれないが、バタバタした業務をこなしながら、がん治療をしている現状。本当は患者様や家族の方ともっと関わっていく必要があるのではないかと思うのだが、それができない現状である。			
161				福岡	放射線療法や化学療法を受けられる施設が少ない。	医療従事者を育成してほしい。		
162				福岡	医療従事者が少ない。	医療従事者育成予算の増。	放射線療法等への対価の増。	育成施設への優遇措置をつくる。
163				長崎	がん検診に実際に従事している人の声が、行政(特に国)へ届いていないように感じる。	検診料金について、特に離島については旅費・人件費がかかる。国の予算で手当てのような補助をすることはできないのか。	検診にかかる費用は、病院等は診療報酬の保険点数で計算しやすいだろうが、車検診は点数通りにならない。	検診は、国の行政のトップが関わるのはもちろん、県のトップももっと関わってほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
164				長崎	手術→放射線→薬物(抗がん剤)療法と、がん治療のフルコースを経験したが、今後再発した場合に、標準治療のみならず、個々の状態に合わせた治療のできる医療機関・医師が県内に何人位存在するか分からない。	地方にも最新の診断治療機器が備えられるだけの十分な予算を組んで欲しい。	抗がん剤の薬価が、医療手技を要するものに比べて非常に高価だと思う。薬価の評価と共に、ope等の点数再評価を考えて欲しい。	専門医(腫瘍内科医、放射線治療医)や、医学物理士等を育成する制度を作成して欲しい(米国などに比較して非常に少ないそうだから)。
165				長崎	放射線治療が保険がきかない分野があるので保険を通して欲しい(佐賀県にある施設)。			

3.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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	患者関係者・市民		青森	青森	実施している医療機関が少ない(診療報酬の問題ではなく、理念・方針の問題であると思う)。			
167	患者関係者・市民		青森	青森	緩和ケアを受けられる医療機関・施設が少ない。	緩和ケア病棟を増やす。		
168	患者関係者・市民		東京	新潟	対策基本法の均てん化の名のもとに、病院から在宅へのつながりが不適切となり、結果的にケアの質の低下が起きることになっている。			本当に責任を持って高品質のケアを提供する医療機関が育つような施策を講じるべきである。
169	患者関係者・市民		島根	島根	ケア機関が少ない。	拠点機関以外に展開。		
170	患者関係者・市民		島根	島根	病床、専門医療従事者の不足。院内、地域の連携。			
171	患者関係者・市民		島根	島根	「緩和ケア」の内容が一般に知られていない。がん患者がどのような緩和ケアを受けられるのか広めていく必要がある。			
172	患者関係者・市民		島根	島根	すい臓がんでターミナルの状態の父が一般病棟から緩和ケア病棟に移ってから、疼痛が和らぎ、病棟によってあまりにも疼痛コントロールの違いがあることに驚いた。それとともに、一般病棟で死ぬことへの恐怖を抱いた。	プロが呼べる様に予算を。育成に予算をあてている間にも死んでしまう人がいる。	とにかく医療費が高かった。透析とかは国が負担するのに、これだけ多いがんが負担されていないっておかしいと思う。	治療する術がなくなった時に、その人らしい時間が少しでも過ごせる環境が無いという事はおかしいと思う。
173	患者関係者・市民		島根	島根	いつかは訪れる最後へ向けて、当初からの痛みや苦痛をとりのぞく、和らげることで療養に向き合いやすくなるという「緩和ケア」への認識が伝わってこないの、緩和ケアを逃す割合が多い。		相談業務への診療報酬が必要。順天堂大学病院のがん哲学外来など参考になると思う。	患者と医療者は出会ったら、はじめの通院が運のツキである現代にも問題あり。診断から治療、緩和ケアなどについて安心して相談できる診療相談科といえるような部門として確立する。
174	患者関係者・市民		島根	島根	緩和ケアが充実していない。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
175	患者関係者・市民		島根	島根	痛くて、つらくて当たり前ではなく、それぞれの状況の中で、より良い生活が送れるようにしてほしい。	治療を受けることができる専門の施設を増やす。スタッフの増員。	外科的治療に比べて報酬が低い。	
176	患者関係者・市民		広島	広島	緩和ケアの人材は充分でない。医師不足。生活支援が不十分。	医師の育成。生活支援に介護士or助手を入れる。	看護師定数外介護士or助手の評価・点数化。	
177	患者関係者・市民	馬庭恭子	広島	広島	まだ市民は「緩和ケア」について十分知っているとは思えない。緩和ケア病棟は県内8ヶあるが、まだ十分ではない。また、緩和ケア医や緩和ケア認定看護Nsも数がたりない。	医師不足の中、医師確保に時間がかかり、また、緩和ケア医となれば少ないのは残念だ。地元の医学部に緩和ケア医養成に力が入られるようサポートしたらどうか？	終末期医療に力を入れて、加算はついたが、積極的な医療(放射化学)にも力を入れるべきだ。	がん拠点病院など、専門のDr.、Nsなど配置基準を定める対策推進条例をつくったらいいと思う。
178	患者関係者・市民		広島	広島	痛みの取り方を知らない医療関係者が多い→腫瘍内科医の数が少ない→増やして！	研修の必須、周知。専門医の増加。		拠点病院での緩和ケアの強化充実。
179	患者関係者・市民	中川久美子	広島	広島	全てのがん患者に緩和ケアの手はさしのべられてはいない。病院別、科別、医療関係により差がある。在宅へ治療が移行中だが整備されていない。	痛みと心のケアは切り離せないが、そもそも「緩和ケア」を知らない関係者が多いので、がんに関わる人の教育(Dr.、各専門職、ケアマネ等)。	がん患者に接する関係者には、「がん患者の側から言う前に情報提供ができるように」研修を受けさせる。情報を知らない関係者に当たったがん患者の苦しみを減らす第一歩として緩和ケアネットワークの設置。	研修を受けた関係者のいる施設には診療報酬を増やす→人材が増える。
180	患者関係者・市民		広島	広島	緩和ケアは末期がんの人のケアと思っていたが、そうではないことを知った。がん患者になった当初から緩和ケアの説明があればと思う。緩和ケア取り組みは病院によって違うように思う。			緩和ケアの説明の充実。
181	患者関係者・市民	浜中和子	広島	広島	全てのがん患者を扱う病院に緩和ケア病棟あるいは緩和ケアチームを設置すべき。在宅緩和ケアも早急に推進してほしい。			緩和ケア専門ナースの育成も早急にしてほしい。医学教育の中にカリキュラムを組み入れる。
182	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	終末期や入院中は痛みの緩和に気遣ってもらえるが、化学療法などで通院中の患者の苦痛緩和は不十分。患者の痛みに関心な医師が相変わらず多い。			
183	患者関係者・市民	藤川すが子	福岡	福岡	形式だけのがん対策を行っていると思う。緩和治療がやっと進み出すのかという思いです。ただ一つの希望です。			
184	患者関係者・市民	森幸子	福岡	福岡	がんを患うと、死が他人事でないと考えることがしばしばある。再発して病状が思わしくなくなると、緩和ケアの紹介があるのが現状である。この時期の緩和ケアとのかかわりは未来を持ってない心持ちになる。			発症した時から緩和ケアの存在を知らせる方法があると良い→用紙で知らせることが多いので、実際に部屋を見てみたり、近くに患者の集まれる場所があるのはどうか。
185	患者関係者・市民		福岡	福岡	病院により呼吸器科内に緩和ケアチーム有りとの標榜はあっても、何ら役割を果たしていないように感じた。	医療スタッフの充実、勉強、ネットワーク作り。患者の「痛み」を知る＝経験を積むための予算を配分する。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
186	患者関係者・市民		福岡	福岡	安心して在宅緩和ケアを受けられるように。			
187	患者関係者・市民	深野百合子	福岡	福岡	緩和ケアというと自分は終わりだと思う人が多い。治療の初期段階から緩和ケア(心の痛み)を受けられるように。		外来緩和ケアに診療報酬を。	
188	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	緩和ケア＝痛みと思われている面が強いように感じる。心の緩和ケアも絶対に必要である。			
189	患者関係者・市民		長崎	長崎	情報不足(具体的にこの分野で積極的に取り組んでいる医療機関の公表)。			
190	患者関係者・市民	三好綾	鹿児島	島根	緩和ケア研修会(医師対象)が、土日フルのため参加できないDr.が多い。	土日に限定せず数回に分けて開催をし、開催回数を増やし、選択制の受講制にし、その分の予算を増やす。		
191	患者関係者・市民			青森	緩和ケア実施の病院が少ない→緩和ケアを受けられない。	病院を増やす。	実施病院の診療点数を増やす。	
192	患者関係者・市民			島根	専門家が少なすぎである。なんとかハイスピードで育成してほしい。			
193	患者関係者・市民			広島	医療従事者の考える緩和ケアと、患者・家族の理想とするケアとの間にへだたりがある？	緩和ケアについて、高校生くらいから教育の中で広報、あるいは自分の考えをもてるような教育機会が必要。		がんの予防、緩和ケアなどについて考える機会が教育の中で必要。
194	患者関係者・市民			広島	県内8つの緩和ケア病棟があり進んでいるかのようにいわれているが、県内すべての地域の方々は使うことが出来ない遠方である。都市部だけの患者さん…の気がする。連携病院までも遠い地域はたくさんある。医療関係者にもっと勉強する機会をあげてほしい。田舎ではまだまだ患者様にひどい言動がある「がんは苦しんで死ぬ」とか。			
195	患者関係者・市民			広島				
196	行政府	吉儀龍二	島根	島根	島根県では高齢者が多く、また独居老人の世帯が多い。男性の二人に一人がかかるというがんであるが、一人で悩むこととなる。	患者サロンや、みとりの家のように、また、NPO活動を支援し、患者が一人でもた老人夫婦のみで悩むことがないように応援して欲しい。		
197	行政府		島根	島根	がん診療に関わる医師の緩和ケア研修が進んでいない。		緩和ケア研修を受けるインセンティブがない。	
198	行政府		広島	広島	がん診療に携わるすべての医師に対する緩和ケア研修について、多忙な勤務環境にある医師が積極的に研修を受講するための仕組みがなく、国全体での受講者数目標の考え方も定められていないため、基本計画に定める目標の達成が困難である。		緩和ケア研修受講者に対するインセンティブ(診療報酬での反映)の付与。	緩和ケア研修者の専門医取得につながる単位認定制度の創設。研修終了者数にかかる全国統一目標の認定。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
199	行政府		広島	広島	末期がんの受入れ施設が少ない。			
200	行政府	岩永薫	福岡	福岡	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」受講者数を増やしたい。		研修修了者は何かしらの診療報酬加算がつけられるようにしてほしい。	研修修了によるメリットを何かつけてほしい。一般の開業医のインセンティブを。
201	行政府			長崎	人生の締めくくりにおいて、尊厳ある生を全うするため、緩和ケアの体制整備(人材、施設)を望む。			
202	医療提供者		青森	青森	緩和ケアの理念が、一般医療従事者にも国民にも理解されていない。	緩和ケアを行う現場、特に医師以外のメディカルな活動(市民に対する啓発の講演会など)に、予算を重点的につける。教育・研修会など。	緩和ケアチームに対する診療報酬を高める。ただしその評価をしっかりとる。	
203	医療提供者	斉藤聡	青森	青森	緩和ケアが十分行われていない。		診療報酬増額。	
204	医療提供者		新潟	新潟	医師不足。	緩和ケアは特に年配の医師の方が上手。医師の定年を70~75歳くらいに上げる。	緩和ケア病棟加算は廃止。どのベッドでもOKとすべきである。	急性期・亜急性期・リハビリ等にベッドを分けない方が地方ではできる。
205	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	緩和ケア療養の敷居が高すぎる。入院する前に死亡することが多い。入院するための審査など、つべこべが多い。	介護の領域で対応できるように規制を変える。		オンコロジーホームの確立；治療のためのデイケア、数日ケアのための入所、終末期の看取りのための入所。
206	医療提供者	太田桂子	島根	島根	緩和ケアについての本質を市民も医療スタッフも十分に理解されていない。また、ソーシャルワーカーが緩和ケアチームの必須になっていない。	緩和ケアの普及啓発について、“AC”というTVなどに流す。	緩和ケアチームにMSWの配置を必置とする。緩和ケアチームが行った退院支援について診療報酬をつけていく(質の担保)。	
207	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの知識不足、普及不足。			
208	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの医師研修が十分普及していかない。			医師研修の修了書が何らかのduty(専門医を取得するための要件など)となるような制度になれば…。
209	医療提供者		島根	島根	・がん拠点病院は同時に地域の急性期中核病院であることが多く、勤務医は高いリスクを背負う緊張感と病院位置問題に由来する過酷な労働条件に苦悩しており、開業～医療崩壊の流れができていくように感じている。・緩和ケアにおいて精神科医の役割は重要であると感じている。また、この20年間で総合病院精神科の役割はますます広範かつ重要になっているにもかかわらず、実際のところはこの10年間で崩壊・消滅している。		・総合病院精神科医療の専門性・重要性を認識し、正当な評価をしていただきたい。・地域の中核病院が崩壊しないよう、適切な評価をしていただきたい。	
210	医療提供者		島根	島根	緩和ケアという終末期というイメージが強く、早期から取り組むことができない。			緩和ケアは、終末期ではない、ということ、患者・家族・医療者へもPRしていく。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
211	医療提供者		島根	島根	がん対策推進計画にある「全ての医師が緩和医療について研修を受ける」というのは実現が難しい現状である。	緩和医療に従事するコメディカルの育成に予算を配分すべき。	認定看護師やがん専門薬剤師に対する診療報酬の新設。	
212	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの質の保持。緩和ケアという言葉が独り歩きしていて、質の低下が見え隠れしている。		質を評価し、診療報酬にその評価を生かしてほしい。	
213	医療提供者		島根	島根	医師で疼痛コントロールで麻薬を積極的に使用する事へのためらいがある。看護師サイドでもレスキューをどんどん使ってもよいと言われてもためらいがある。教育(医師)で緩和ケアの授業を受けていない。			緩和ケアの教育の義務化。
214	医療提供者		広島	広島	精神的苦痛を和らげる対策を充実することが重要。		緩和ケア外来等、緩和ケアの実施に診療報酬を。	医師向け、看護師向け、緩和ケア研修会の制度化。
215	医療提供者	今村	広島	広島	介護保険者等ではがんの終末期における対応に時間的に無理あり。1-2カ月の短期に集中する緩和ケアの拠り所になりえていない。			システムの改善。
216	医療提供者		広島	広島	緩和ケアができる施設が少ない。		診療報酬を上げて緩和ケアを病院が実施しやすくする。	緩和ケアへの補助(金銭面で)等。
217	医療提供者		広島	広島	がん診療拠点病院が勉強会等開催して頑張っているのは分かるが、病院と地域との連携が円滑でない。特に外来化学療法中の患者、外来通院患者への支援が行き届いていなく、進行がん患者は行き場がなくなっている。進行して治療ができなくなる余命3カ月以内の患者が包括支援センター等に相談に行くケースが増えているのが現状である。		外来化学療法や外来通院患者を病院が支援するには、外来がん患者が増えて抱えきれないのであれば、地域につなげる方法を明確にしていただければと思う。たとえば、包括支援センターもしくは訪問看護ステーションに早期段階でつなぐことに診療報酬が病院側にも在宅側にもつけばよい。また、外来患者の情報共有ができにくいので、情報提供し、カンファレンス等に加算がつけばよい。	
218	医療提供者		広島	広島	がん医療に対する情報提供。			
219	医療提供者		山口	広島				
220	医療提供者		福岡	福岡	福岡県は、緩和ケア病棟は多いが、それでも十分とは言えない。まして国として見ると、不十分であるのは明白である。福岡県でさえ緩和ケア病棟への入院は待機を強いられている。	緩和ケアへの予算アップ。	緩和ケア(外来・入院)の診療報酬の引き上げ。	緩和ケア病棟のベッド数制限をなくす。病院ごと病床数は決められている？緩和ケア病棟の病床数は例外としては。
221	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	患者さんに、緩和ケア＝末期というイメージが定着している。治療中の患者さんに介入しようとしても「まだいい…」と断られることが多い。	マスメディア等を通じて、WHOの定義「早期から介入する」「QOLを向上させる」点について強調してほしい。そのための予算付けを。		
222	医療提供者		福岡	福岡	緩和ケア科あるいは緩和ケア施設の絶対数が不足している。	施設及び専門医の増設・増員が必要。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
223	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	院内(外来)そして在宅緩和。緩和ケア病棟への入院、緩和ケアチームの活動が不十分(地域により差はあると思うが)。		それぞれに報酬をもっと上げる必要がある(緩和ケアチーム、緩和ケア外来)。	
224	医療提供者		福岡	福岡	DPC制度下における緩和ケアの扱い。		急性期病院(DPC)にも緩和ケアは必要である。緩和ケアを主要診断とするDPC分類が可能ではないか。緩和ケアと云えど、急性期医療の一部になる場合があると思う(一次的には)。	
225	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	県内各地に講演に行っているが、ドクターもナースもレベルがなかなか上がらない。またドクターの緩和ケアに対する偏見がある。地域の病院はドクターが少なく、専従になれない。ドクターが少なく研修(PEACE)に参加できない。	認定看護師への学校への予算を増し、個人負担の軽減。	専任であっても(差はつけたとしても)、診療報酬をつける。研修受講したスタッフへの報酬。	加算とれないチームは、加算とれるチーム(専従ドクター)との連携をとり、レベルを上げること。
226	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに対する認識が誤解が多い(特に医療従事者が多い)。緩和ケア＝ターミナルケアとされている。		現状の緩和ケア診療加算300点より報酬の上げてもらうこと。	緩和ケアチームに紹介しない。理解を示さない診療科医師に対する制度的な注意みたいなもの…。
227	医療提供者		長崎	長崎	一部の医師だけが緩和ケアを行っており、底上げがされていない(全く緩和ケアが行えない医師もいる)。		緩和ケアチームのコンサルテーション活動の報酬を工夫して、複数医師やチーム診療での加算をつける。	患者・家族が希望すれば(主治医の紹介がなくても)緩和ケアチームが介入できるような第三者機関(ある程度の強制力をもつ保健所などの監査のような)があるとよい。
228	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに。			
229	医療提供者		長崎	長崎	症状の緩和にお金がかかりすぎる。特に薬が高い。		新薬でもあまり高い薬価をつけない。	
230	医療提供者			青森	地域格差も含め、緩和ケアが非常に不足。がん死亡率が高いのに、そのような患者が入院加療できる場所が少ないのがそもそも問題である。支えていくハードが少なすぎである。	予算増加は結果、国民の負担増にもつながるので、現状が妥当である。分配と重点の置き方には配慮すべきである。	決して見合っているかは判断しにくい。診療報酬は高い設定。ただ現場までその報酬の恩恵が得られているか実感ない。	末期がん患者となれば様々な方法も少なくないが、末期でないほうからのサポート体制がさらに必要である。それががん早期発見治療につながるのでは。医療費増→病院へ行かず、負のスパイラル化。
231	医療提供者			島根	緩和医療の推進で医師の教育プログラムが全国で進められているが、疼痛に比重が大きく、心理社会的支援、チーム医療の実際(チームビルディング)については不十分である。	コメディカルを含む医療チームメンバーと共に学ぶ教育プログラムの開発と実施に予算をつける。	チームでの取り組みに点数をつける。(医療のチームカンファレンスや医療チームによるインフォームドコンセント他)	
232	医療提供者			島根	緩和医療における患者家族や遺族の気持ちや暮らしを支える社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置が不十分である。	家族・遺族相談支援への予算を増やす。	緩和ケア病棟に社会福祉士を専任で施設基準にして、診療報酬に定める。	緩和ケアを実施する緩和ケア病棟には、運用にあたっては、社会福祉士を配置することを定める。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
233	医療提供者			島根	緩和ケアは発症時から開始されておらず、患者・家族の不安、痛みが改善されていない。	緩和ケアについて、まず全ての医師・看護師へ啓発するための予算化。		患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSWなど、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院んじは専門医や専門看護師の配置。患者は今後起こりうる事が分からないから不安が強い。パス活用であり、病城説明を文書で行うことを義務化することが必要。
234	医療関連産業		青森	青森	緩和ケアの施設とそのフォロー体制が不十分に考えられる。	施設の充実をはかるために特別予算を組んでいかなくては、このまま遅くなるのではないか。	診療報酬の点でも恵まれておらず、医療機関や施設(緩和ケア)で十分に介護していける点数のアップをしていかなければいけないのではないかと考える。	制度面でも今の基準(病院・施設の)が正しいかどうかを考えていき、必要な特別法や政令を敷いていく必要があると考えている。
235	その他		島根	島根	緩和ケアの選択肢が、施設や医師により異なり、受診する患者に不平等が生じている。			がん登録をし、ネットワークを強化することで、最新の情報を届け、よりその患者にあった選択肢ができる。その選択肢を増やしていくことが大切と思われる。
236	その他		広島	広島	広島県はまだまだ少ないと思うし、それぞれの専門職の向上をしていくためにも、医師・看護師だけでなく、医療ソーシャルワーカーの研修も必要だと思う。			研修を受け、認定されてから携わっていくなど、そのように資格化して専門職の向上を図ってほしい。
237	その他		広島	広島	医師、看護師だけでなく、緩和ケアに携わる全ての専門職へのスキルアップが必要(研修だけではなく)。	緩和ケアに関しては広島の中だけではなく他の緩和ケアに優れたところの意見も必要だと思った。広島は全国で24位程度とだいたい平均くらいなので、優れたところのやり方を参考にしたりする機関を設けるのもと思いました。		
238			青森	青森	緩和ケア自体、患者・家族はもちろん医療関係者にも周知されていない。緩和医療に対する報酬が少なく、また医療に対する規制も多い。		緩和ケアに対する診療報酬の改善(アップ)が必要である。	緩和ケアに利用される薬剤、特に麻薬系薬剤について、行政(保健所)の理不尽な指導や介入が多い！制度面の緩和が必要である。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
239			島根	島根	5年前から緩和ケアを進展させるといいながら、一向に進展していない。国から県へ、県から市町村へ、一体誰が主導権、責任権を持って推進しようというのだろうか。誰かがやってくれるだろうとお互いが思っている。だから一向に進まないのだ。その間にもたくさんの患者が自分の意図しないところで亡くなっている。これでもいいのだろうか。	どの拠点病院も多少なりとも病床に余裕があるはず。7対1の体制をとったからだ。そこでこんなことを思いついた。先日、医師の緩和ケア研修会に参加して感じたこと。開業医は緩和ケアに消極的だ。だから在宅医療が進まないのだ。そこで病院内に緩和ケア専用ベッドを作り、院内のベッドに退院後地域の診療所で治療をしてゆく患者さんをまわす。その患者さんを開業医が診る。往診をする要領。ケアが分からなければ勤務医に助言してもらおう。こんな制度ができれば否応なく開業医が在宅医療に入ってゆける。その経験を生かせばいい。では「在宅医療」に流れてゆくだろう。在宅医療の充実が図れるのではないか。私は思う、医師たるもの「ひとの生」が「ひとの死」のいずれかに関わらねば医師とはいえないと思う。		
240			島根	島根	緩和ケアのイメージがよくない。緩和ケアがどこでも受けることができるようになっていない。	緩和ケアの施設を増やす。情報提供に力を入れる。	緩和ケア病棟がある病院を支援する。	家族への支援。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
241		高橋浩一	広島	広島	私どもは、まさに在宅医療・在宅緩和ケアをおこなっているクリニックです。開業までは、がん診療拠点病院の呼吸器内科部長・緩和ケアチームリーダーをしていました。緩和ケアに遠い位置にいるのは、外科医です。自分で診断し、自分で手術し、抗がん剤治療もおこない、緩和ケアも自分でできる、と外科医は思っています。でもそれはうぬぼれであり、抗がん剤治療についても、緩和ケアについても、内科から見ると全然ダメ、というレベルの外科医も多いです。外科部長が緩和ケアに過信があるため、苦しむ患者を緩和ケアチームに紹介しないのです(こういう患者は、研修医や病棟看護婦がこっそり緩和ケアチームに聞いてきます)。ですから、いくら「がん診療にかかわる全ての医師が緩和ケア研修を受けるように」言ってもムダです。「自信(過信)のある外科医」は、本気で緩和ケア講習を聞いてはくれません。では、どうすればよいか。外科に入院したがん患者の何割が緩和ケアチームの関与を受けているか、を報告させればよいです。当面、緩和ケアチームの介入が3割以下の病院にはペナルティを与える(がん拠点病院の認定を取り消す)というようにすればよいでしょう。外科医の手から緩和ケアを取り戻さないと、患者は救われません。提言:がん診療連携拠点病院においては、外科病棟入院したがん患者の何割に緩和ケアチームが関与したかを報告させる。3割以下が2年連続した病院は拠点病院指定の取り消しをおこなう(というハードルを通達する)。			
242			広島	広島	患者が「いたい」と訴えても、時間がこなれば薬を与えない。在宅緩和も不十分。初期から闘病緩和を行うホスピスがまったく不足。自宅看取りを勧めている。最期まで生きたい人には治療を行う。ホスピスに入りたい人が入れる数を確保。在宅の人も最期は病院でケアしてほしい。自宅看取りが重要ではない。			がん専門病院の増加。
243			山口	広島	病院における緩和病棟が少なすぎる。			
244			長崎	長崎	身内をがんで失った。長大よりopして2週間で退院。全身衰弱のため民間へ入院。しかし緩和ケアに対して認識がなく、痛みとの闘いで死亡した。医療従事者の、緩和ケアに対するハードルを高めてほしい。	教育研修(医療従事者の)。緩和ケア施設の拡大。		研修にて資格。
245				青森	終末期において、金銭面でみなさんとても困っている。化学療法等でお金を使い切っている状態である。	終末期患者さんの金銭的負担減。年齢によらず3割負担を1割負担にする。	・麻薬持続注入器(インフューザーポンプ等)の点数UP。 ・ポンプが高くて全くプラスにならない。	・収入から考えて生活保護にしてあげる。 ・本当に必要な人にこそ生活保護を!
246				青森	緩和ケア＝末期と考えている患者・家族や医療従事者がいること。また、拠点病院で緩和ケアチームといっても緩和の医者が足りない(精神腫瘍医師も)。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
247				青森	ホスピスが少ない。	聖路加国際病院の学長の日野原重明先生が、ターミナルケアのピースハウスを見学に行ったので参考にしてほしい。	・国が赤字で医療費節減できるように予防医学で血液検査が行えるように。・医療機器を良くしてほしい。	ホスピスを普及してほしい。
248				新潟	緩和ケア研修会の開催については、指導者研修会を受講した医師が少なく、一部の医師に負担がかかっている。			国などで開催している指導者研修会は、希望しても応募者多数のため受講できないこともあることから、受講機会の拡大をお願いしたい。
249				広島	がん医療が優先の医師が多い。不安を思う心のケア緩和ケアの知識に欠ける。		診療時間(対面診察)かつ報酬につながるようにする。代替医療、東洋医学の導入にも診療報酬の適用を図る(検査、化学療法、手術以外の診療報酬を見直していただきたい)。	拠点病院へ集中することのないよう、かかりつけ医の精度up、またその資質に値するか否かのチェック機構を設けてほしい。
250				福岡	緩和ケアを知らない医師がいる。研修会が実施されたりしてはいるが、医師のやる気・使命感のようなものはどうしたら生まれてくるのだろうか。→〈提案〉医療現場の中での教育体制の見直し。医学生教育はいろいろな面で変わってきており、今の医学生が一人前の医師になる時はこの点に関しては現在の状況よりいいと思う。しかしながら、それまでの現在、現場での教育体制を是正しなければ、上記の問題は改善の方向には難しいと感じる。			
251				福岡	認定看護師・専門資格など習得するのに時間や金銭面での負担は大きい、それを援助する内容が少ない。また、制度面での決定している事かもしれないが、バタバタした業務をこなしながら、がん治療をしている現状。本当は患者様や家族の方ともっと関わっていく必要があるのではないかと思うのだが、それができない現状である。			
252				長崎	がん専門病院=緩和ケア(ホスピス)の充実をお願いしたい(身内のがん患者の立場から)。患者が納得して死を迎えるような体制作りをお願いしたい。			
253				長崎	ホスピスが少ない。			

4.在宅医療(在宅緩和ケア)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
254	患者関係者・市民		青森	青森	当事者とそうでない者との格差。	確率により誰でも当事者に。予算をさいて集中して取り組む。	取り組む病院・診療所にメリハリをつけて評価。	つながり合う医療機関・関係者を表に明らかにする。皆で称賛する。
255	患者関係者・市民		青森	青森	在宅医療を受けるシステムが確立されていない。		在宅医療の診療報酬を上げる。	治療から療養までうまく受けられるシステムができないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
256	患者関係者・市民	工藤嘉範	秋田	青森	がん末期、最期を自宅で迎えたいと思っても、在宅の緩和や治療の方法が進んでいないのではないか。もしくは周知(一般家庭)されてはいないのではないか。			
257	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	急性期病院-ホスピス-在宅-介護施設等のスムーズな連携、流れがない。			介護保険と看護保険(?)、医療保険の一体化。
258	患者関係者・市民		新潟	新潟	在宅医療の生活支援制度が少ない。			・がん長期療養者の障害者手帳の適用化。・障害年金の適用。・介護保険制度、40歳未満にも適用を。
259	患者関係者・市民		島根	島根	在宅療養支援診療所の活用ができていない。拠点病院の医師も地域を知らない。		診療報酬をアップ。	
260	患者関係者・市民		島根	島根	高齢者の自立介護が行われていないように、がん患者の在宅ケアが行われる様、体制を整えてほしい。			がん看護に精通した看護師の増員、平成24年2名では少ない。10名程度が必要。看護師が出来る範囲の拡大(医師の専門性が少ない看護が多くあると思う。あったとしても看護師の専門性を高める教育の実施)。
261	患者関係者・市民		島根	島根	在宅医療(在宅緩和ケア)が充実していない。	これから増えるがん患者が病院だけでは過ごせない。在宅治療者に対する支援を(家族だけ孤立しないよう)。		
262	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	がん患者家族の立場から、在宅で特に緩和ケアを受けるのは大変困難である。在宅移行への情報不足・経済的負担・人的負担が大きなハードルになっており、家で最期を過ごしたい患者さんのニーズに沿えないことが多い。	介護者及びケアマネージャー等にごんについて学んで頂く制度が必要。家で過ごすにはどのようなことががん患者には必要であるか、もっと知って、手だてを考えていただくためにも!	がん患者用のデイケア等を作ることで、プラスアルファの診療報酬を加える。	がんに関する勉強を介護認定の中にもっと組み込む。
263	患者関係者・市民	田中七四郎	福岡	福岡	在宅医療。	家族・介護者が在宅でできる医療行為に現在制限がある…資格の問題を整備する必要あり→チーム医療で解決①ナースステーションスタッフ②介護士③家族。		
264	患者関係者・市民		福岡	福岡	在宅ケア、緩和ケアについて考えるタイミングが分からない。(HP掲載などの)一般的な情報ではなく、各個人に合った情報が分かりやすくほしい。どこに行けば?どのタイミングで?			遠くの専門医ではなく(体力がなくなると移動するのは無理なので)、普段は近くのクリニックに通院でき、安心して在宅ケアができるようにする。県・市や病院の情報提供の一元化。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
265	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	一人暮らしや高齢者のみの世帯では、在宅医療と言われても困る。近頃がんでも在宅医療を盛んに言われるが、老々介護などの問題点と同じことになる。老人ホーム入所でも病気があるとむずかしい面もある。			
266	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	在宅医師の説明不足。			医師のスキルup、看護師のスキルup。
267	患者関係者・市民		福岡	福岡	かかわる医師が少なく力量にも不安がある。	在宅ケアに従事し、かつスキルアップするような勉強会、ネットワークをもつための予算を配分する。		
268	患者関係者・市民		長崎	長崎	情報不足(医療機関以外での相談窓口が不明)。			
269	患者関係者・市民		長崎	長崎	抗がん剤(ベルケイドなど)の副作用で下脚がしびれる。緩和ケアが可能なように病院が対応してほしい。			
270	患者関係者・市民		長崎	長崎	在宅緩和医療。			
271	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	セカンドオピニオンは患者として言い出しにくい。また知らない患者もいる。	がん告知後のクリニカルパスにしてほしい。		
272	患者関係者・市民			島根	地域に、治療入院のできない(可能な病院がない)地方(市、町、村…)では、ほかの地区まで出かける。かなりの地域格差。ある程度の治療が終了すると、地元、家での受け皿がなく、難民的存在患者を多く見受けける。介護力の不足、自分自身の病魔とのたたかい力。個人病院との円滑な情報、関係づくりがまだまだだ。人間の基礎である「QOL」が生かされていないのでは？高齢者、独居老人の多い県。経済的にも負担がかなり高い。治療も近くで受けいれられない。治療を受けたくても受けられない。	都道府県の予算がこれも格差あり。担当のがん対策に対して統一性、レベル性、他の向上。医師会の統一性、レベルも。(医師会の)まき込みが少ないのでは？		とかくデスクワーク費の対策はナンセンス。大臣も、又は当事者の方が、なんらかの役割(副大臣)職に就かれては。大臣を当事者、体験者、家族の方から選ばれては。
273	患者関係者・市民			島根	島根県は横に長い県。人間性も多種多様であり、各診療所との連携等が難しく、直在宅も利用するあたり、介護認定の来るのが時間がかかりすぎる。	県が分かりやすく市民に教えていけない限り、一市民としては分かりにくい。		国で良い制度としてあがっても、島根ではそれなりの二つめの制度を作してほしい。
274	患者関係者・市民			島根	がん患者が自宅でできる治療が整っていない。	予算がないのも現状。		
275	患者関係者・市民			島根	今総合病院で手術および治療を受けた後、退院後に自宅近所の開業医さんにケアを受けたいと思っても難しいのが現状である。総合病院と開業医さんとの連携ができるようにしていただきたい。			
276	患者関係者・市民			広島	患者さん・ご家族がほしい医療と、医療者が計画している医療との差が中々うまらない。		在宅でも病院と同じことが出来るのなら、病院の勤務医も報酬をアップするべき。	県が一ヶ所へ集めて聞くのではなく、現場へ出向き本当の身を聞くと良い。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
277	患者関係者・市民			広島	どんな状態でも住みなれた所で患者さんの希望をかなえる事が出来るようになれば… 仕方なく一般病院にいなければならない人が田舎には多い。	支援者をふやす。在宅で過ごすことが出来るという意識を市民1人1人が持てるよう啓発をしていただきたい。ボランティアの力では不十分である。		
278	患者関係者・市民			長崎	・がんサバイバーの人々は増加し、情報不足もあり不安な状況におかれている。”胃がん患者さんから、なぜ患者会がないのか”と批判を受けることもあった。	・在宅緩和ケアだけでなく、開業医にもがん専門医の指定ができないか。モデル事業への予算を作る。	必要な予算措置をする。	実施可能な制度の改革を行う。
279	行政府		青森	青森	高齢化の進展等により、今後ますますがん患者が増えることが想定される中で、医療機関だけの対応には限界がある。住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実が求められる。			在宅医療と介護サービスを提供していく体制の整備が必要と思われる。
280	行政府		島根	島根	がん患者さんが在宅緩和ケアを希望されても、受け入れられる環境が未整備である。			入院病院から在宅医へのスムーズな連携、在宅緩和ケアを支える地域医療支援チームの構築。
281	行政府		島根	島根	在宅医療を積極的に行う医師が少ない。	システムを構築する予算の確保。	在宅緩和ケア診療報酬はない。仕組みとして個人の負担は抑えられないか。	患者のカルテを病院と診療所が共有できるシステムを作るべき。
282	行政府	田中央吾	島根	島根	終末期でも入院、療養が一般的である。介護保険、訪問看護ステーションなど資源の有効活用ができていないのでは？		訪問看護ステーションの報酬UP。	医療ソーシャルワーカー、又は介護保険のケアマネのような医療福祉の資源について総合的な知識を持つ専門家を育成し、費用を徴収してケアマネジメントを行う専門職の制度が有効と考える。
283	行政府		島根	島根	開業医の先生の中にも不安があると思う(患者を診ていく上で)。	増やす。	増やす。	病院の医師と地域の医師がより連携がうまくいくよう、勉強会等を行政の予算主体で実施する。
284	行政府	福原義貞	島根	島根	開業医の先生の個人的な熱意にかかっている面がある。訪問看護の体制もできていない。		在宅支援診療所として措置もあるが、一方患者の自己負担増にもつながり難しい面もある。	
285	行政府		広島	広島	在宅緩和ケア提供体制構築に向けてのモデルケース(成功事例集等)の普及。がん診療連携拠点病院を中心としたネットワークが未整備のため、がん患者が地域で安心して療養できない。	在宅緩和ケアの普及に向けた財政支援(県に対して)。		在宅緩和ケアに関する成功事例を集約し、その実現に向けた推進方策の普及。
286	行政府		山口	島根				
287	行政府		福岡	福岡	過疎化による独居世帯が地方では多く、住宅(医療)ケアは成立しない。看護をする家族が在宅にはいない。			過疎地域では、ホスピスを在宅とみなすような施設か体制が必要である。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
288	行政府		長崎	長崎	24時間体制で往診してもらえる体制を作り、維持することが困難である。		これらの体制整備や維持に傾斜配分、または加算する。	診療報酬の対策だけでは、結局患者の支払いが大きくなるので、何らかの他の予算が必要だろう。
289	行政府			青森	在宅に取り組む医療機関が少ない。地域偏在が大きい。	チームを作る。一人でなく数人の医師とコメディカルでおこなう。	在宅療養支援診療所以外にも報酬面で手当を。訪問看護も同様。チーム制に報酬を。	クリティカルパス。
290	行政府			島根	各家庭において患者をみる場合、経済的負担もある。この点について対応はないか。	在宅でも患者をみる場合、家族に対しての手当てはできないか？	訪問看護に対する診療報酬のアップは！	
291	行政府			福岡	在宅医療を進めていくには、訪問看護の推進は不可欠である。しかし役割が期待されている訪問看護ステーションの運営は安定せず、閉鎖するステーションもある。また訪問看護師の確保も大きな問題である。		訪問看護ステーションへの報酬の見直し。また診療報酬において、訪問看護の回数に限界があるため、医療依存度の高い患者へ必要な訪問看護が提供できる訪問回数の見直し。	病院から在宅へのスムーズな移行。がん拠点病院の相談支援センターが十分に機能していないのでは？相談員の育成。
292	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	核家族化による介護力の不足で、在宅に移行できない。		介護点数のさらなるアップを。	
293	医療提供者		青森	青森	在宅緩和ケアが普及していないーがん治療医の意識の問題、一般人の意識の問題。	介護に係わる予算を厚く。	医院調整部門に対する評価（特にがん終末期のかたに対し）。200床以上の急性期病院の訪問診療にも評価を入れる。	介護保険の制度を充実させる。
294	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	在宅を本人が希望しても、家で診る人がいなくて家に帰ることができない。家族が集まる休日や年末年始は、訪問看護ステーションが休みで利用できない。各病院に訪問看護部門を作るべきだと思う。			
295	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	若い人が共働きで介護にまわれない。			仕事を休んで介護する家族に、国から給料を支給する。
296	医療提供者	佐々木繁	新潟	新潟	病院、開業医の連携-重要であるが難しい。			①勤務医と開業医がミッションを共有する必要。医師、看護師、ケアマネージャー、臨床心理士等がグループ化。②緩和ケアに興味を持つ医師の養成。
297	医療提供者		島根	島根	がんの早期発見のための検診の推進に向けて、検診材料は御本人の負担は少なくなっているものの何とか予防の意味もあるので、出来るだけ誰もがかけられる状況を（1人身の人は出かけることも難しいのを掘りおこすように）。	緩和ケア（看護、鎮痛、苦痛への対応）のものはかなり高い。国としての予算がまだあれば、我慢しない生活が送れるのでは。	きめ細かい医療の提供には報酬は低いと思う。命を大事にして欲しい。	・在宅緩和ケアの面で、開業されている医師一人では、24時間の体制をとる時には、拘束、健康面では難しい。これを数人でも可という定めもいいのではなからうか。・自治体の保健婦等の活躍を望む。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
298	医療提供者		島根	島根	・外泊のときに訪問看護や福祉用具(ポータブルトイレ、ベッド)のサービスが利用できない。・往診もできると安心だが、病院の医師は難しい。	・モデル事業等の予算を組み、利用しやすい型を検討する。・島根県モデル事業の継続をお願いします。	・安心して外泊をできるように訪問看護等医療系のサービスが利用できるようにする。	
299	医療提供者		島根	島根	在宅緩和ケアにおいて、訪問看護師の不足が現状であり、在宅緩和ケアにもっと積極的に取り組みたいと思ってもマンパワー不足である。在宅緩和ケアの訪問看護師の報酬額も検討の必要あり。			
300	医療提供者		島根	島根	在宅で過ごすことの不安が大きくて、在宅緩和ケアが推進できない。不安を軽減するために外泊時に社会的資源の介入が必要。	退院を目指した外泊時、訪問看護師の介入に予算化してほしい。		
301	医療提供者		島根	島根	①在宅医療を病院から要請されれば診療所の医師としては関わりたいという気持ちはあるが、患者本人に病名の告知がされていない場合には、患者から「もっと高度な医療を」と訴えられたらそれに従うしかない。②一方、在宅緩和ケアを患者・家族が希望されても、田舎の診療所では急性時に対応できる治療にも限界がある。その限界を理解ある病院なら良いが、「診療所で対応しろ」と言われることもあり、病院の理解も必要。	在宅医療を診療所と地域の介護士が援助していく場合に、一番必要なことは患者本人が今までどう生きてきたのか、これからどうしたいのかについてを家族と一緒に話せる時間を治療ケア前に持つことが必要と思います。これができる様なガイドラインを作成してもらえればと思う。ガイドラインの中に具体的に患者が今までしてきたことを確認し、がんになってから、どの様な治療を希望するかを聞けるようにしてもらいたい。それが無いので、患者の思い、家族の思いと、医師・看護師の思いの間に大きなギャップが生じて問題が発生している。		
302	医療提供者		島根	島根	在宅で最期を過ごしたい方はたくさんいらっしゃるが、実際は、病院で最期を看取られるほうがほとんど。	在宅医療(訪問医療)10増やす。	病院から在宅に変えるひとが多い病院への診療報酬のアップ。在宅医療(訪問診療、看護、介護)に対する報酬をアップすると、総い所で働く医師・看護師のモチベーションや人数が増える→患者様が在宅で過ごせるのが多くなるのでは？	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
303	医療提供者		島根	島根	<p>・在宅のがん性疼痛管理の際の医療用麻薬(モルヒネ・フェンタール・ケタールなど注射)の処方、実施に関して処方された注射薬を医療者でないと取り扱えない。持ち運べないなどの制約があり、訪問看護の時間が(患者サイドにいる時間が)制限されてしまう。</p> <p>・島根県では在宅支援モデル事業として、退院準備の為に外泊時の訪問看護が無料で受けられ、退院支援を行うというものがあったが、今年度いっぱい中止と聞いた。継続して欲しい。</p>	モデル事業の予算を続ける。		<p>・注射の医療用麻薬の法律を見直して、内服、座薬、貼布剤のように、せめて家族が処方された薬剤を持ち運べるようにする。ある程度の制限は必要であると考え。</p> <p>・退院できなくとも、死亡する事にならうとも、使用させる制度を作っていく。</p>
304	医療提供者		島根	島根	在宅は自宅だけではなくてきている。居住系の施設、介護保険の入居施設にも訪問看護のサービスの導入が必要である(現在報酬単価は半分)。終末期を過ごすのが自宅か病院か選択の余地がない。	モデル事業でナーシングホームのようなものを検討する。	居住系でも訪問看護のサービス内容は変わらない。導入しやすくするため、単価の引き上げを検討してほしい。	
305	医療提供者	田中さつき	島根	島根	在宅での麻薬の取り扱いが大変であった(自宅でもでない、訪問看護がもつわけにもいかない、主治医の病院までは遠い)。片道15分離れた薬局に在宅に訪問する前に寄り、在宅に行く形は大変であり、訪問以外の時間のかかりすぎは大変である。	かかる時間の報酬がほしいが、患者様の負担では大変である。		
306	医療提供者	太田桂子	島根	島根	訪問看護の利用にかかる自己負担について。介護保険制度改正に伴って40～64歳が1割負担になると期待していたが、実際は医療保険3割負担となっている。1回3000円の負担は大きく、利用したくても高い。看護師さんに来てもらいたいのが本音。利用しづらい。	訪問看護利用の自己負担がせめて1割負担になるように。	診療医。	訪問看護における介護保険と医療保険のすみ分けもしくは一本化。
307	医療提供者		島根	島根	開業医で在宅にて緩和ケアを行う医師が少ない。訪問看護ステーションの看護師も緩和ケアを習熟している人が少ない。	研修などの費用の負担。		在宅でがん患者を診る医師については研修を義務付ける。
308	医療提供者		島根	島根	在宅にて開業医が主治医である場合、ペイントコントロールを麻酔科等のDr.が行うことが多く、その連携がうまくいかず、患者さん本人はもとより家族、スタッフとも在宅での穏やかな日々が少なくなることがある。			
309	医療提供者		島根	島根	まだがん拠点病院内の医師の中でも認識のズレあり。開業医では更にズレが大きいように感じる。・緩和ケア～在宅ケアの連携は大変重要と考えるが、まずは意識をもって積極的に取り組むところへの援助が必要ではないか？			
310	医療提供者		広島	広島	進行がんの患者さんであっても(脳転移や骨転移のある患者さんでも)抗がん剤治療が進歩し、外来通院で化学療法を継続している患者さんが急増している。抗がん剤治療も効かなくなれば最後はどこで過ごすのか患者と一緒に考え、支援していく在宅緩和ケアコーディネーターが不足している。	広島県の予算では拠点病院に300万円程度出ているが、患者の多い大学病院には傾斜配分して多めの予算配分をお願いしたい。できれば人員配置数もふやして欲しい。	外来患者さんへの在宅療養相談に対し、診療報酬で認めて欲しい(入院患者さんには退院時共同指導料300点加算あり。それを外来患者にも加算して欲しい)。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
311	医療提供者		広島	広島	訪問看護師であるが、がん拠点病院の医師のみならず、かかりつけ医のペインコントロールスキルの未熟さ。	がん拠点病院の層は厚い。緩和ケアチームの医師以外は日常的なサポーターが必要だ。訪問看護師もしかり。		フリーの緩和ケア医の制度があり、いつでもどこでもアドバイスを受けられるようになると良い。勤務医は忙しく、相談する時間もなかなかとれない。又、ペインコントロールなどはケースバイケースだ。ある程度知識があっても、現実では通用しない場合が多々ある。
312	医療提供者		広島	広島	医療従事者。がん患者の切れ目のない支援を考えると、外出・外泊支援時のサービス提供体制が全くないこと。			退院時だけでなく、退院前または退院できない患者の希望に添い、外出・外泊(介護保険利用可能、訪問看護サービス加算など)支援対策についてもサービスが提供できるようにしてほしい。
313	医療提供者		広島	広島	・在宅医療医、訪問看護ステーションなどの不足。・患者・家族の在宅では最期を迎えられないという意識→在宅医療が充実すれば変化してくるかもしれない。	在宅医療推進に関する、各地域に見合った予算を増やし、スタッフの増加、スタッフの質向上を図る。	在宅医療(看護も含め)に関して診療報酬を増額する。	現在の医師数では、在宅医療医の増加には限界があり、1人の医師に負担がかかることになる。看護師の裁量権を拡大し、医師と連携しながら進めていけるようにしたらよいと思う。
314	医療提供者		広島	広島	在宅ではご家族に代わり、介護職が主介護を担うことも多いため、介護職の方にもっと行っていただかないといけないことがあるように感じる(例.点滴の抜針や喀痰吸引、傷の処置など、ご家族がされている内容)。			介護職の人材育成。
315	医療提供者	木下真由美	広島	広島	在宅緩和ケア、在宅看取りを希望されても、実現するには障害が多く、かなえられない家族が多くある。	がん治療による副作用で日常生活の細かい作業が難しくなる症例が多い。一見健康そうに見えるケースもあるため、そういった患者にも支援が行き渡る予算が必要。	・在宅医療に携わる医師、訪問看護師、ヘルパーなどへの報酬の増加。・総合病院などと地域(在宅医療)が連携をとる際の診療報酬の見直し、増額。	介護保険利用時の主治医意見書が、対象を高齢者、認知症患者用となっている。がん患者用を作成する必要あり。
316	医療提供者	石口房子	広島	広島	①若い(40歳未満)患者の在宅支援が不足。②休日の麻薬供給体制の不備(特に連休中)。③介護保険制度を利用して末期がん患者のADLの低下に合っていない(がん患者は急速に低下するため、審査が間に合わない)ため、使いにくい。④医療費の減免制度が訪問看護に適用されない。	①在宅療養患者3割負担は重く、負担の軽減が図れると在宅療養は進むと思う。-在宅療養へ予算をつけること。②麻薬等の薬剤の取り扱いを365日可能にする(医師会と薬剤師会との連携し、行政が責任を持って行う)。	⑤在宅療養へ移行の際、外来患者の場合もカンファレンス等行われた場合に、病院側、在宅医療側に診療報酬をつける。⑥休日や夜間の訪問看護に加算をつける(診療報酬を上げる)。	③末期がん患者へは、介護保険は要介護2から開始する。④医療費の減免制度を訪問看護にも拡大する。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
317	医療提供者		広島	広島	・在宅に関わるスタッフ不足。・老々による介護で在宅困難な状況あり。・訪問看護では常勤者を抱えるのが難しい(運営ができなくなる)(今年も年末年始休みなしで出勤…)。在宅環境は、都会と山間では違いが大きい。同じ制度では成り立たない。		現場にはどの程度報酬が支払われているのか。訪問看護では毎日休みなく訪問しても一日単価は下がる。下がらないように検討してほしい。	
318	医療提供者		広島	広島	地域の医療者(医師)が消極的である。		若年者の自己負担が大きすぎる。せめて一割負担にしてほしい。報酬は高い方が良いが、患者の負担が大きくなってしまう。	
319	医療提供者		広島	広島	在宅緩和ケアコーディネーターの育成。			
320	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	在宅看取を含む在宅ケアが十分に進まない。	療養意見書の書式は、特定疾患一般における様式であり、がん終末期患者に適した様式の策定が必要。	要介護度・要支援度の決定における透明化・明確化が必要。	かかりつけ医・訪問看護の質の向上。
321	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	外来化学療法が主流となっているが、外来通院患者の在宅医療への橋渡しのシステムが構築されていない。	地域のかかりつけ医は在宅医療を必須とする。	チーム医療加算や橋渡し加算など。	全てのがん患者が、がんと診断されたら緩和ケア科や在宅医をまず受診するシステムを作る。
322	医療提供者		広島	広島	・在宅医療(在宅緩和ケア)への規制緩和。・今後増加する在宅医療への全般としての国策。			・費用負担増に対する財源は消費税などの間接税増加による財源確保が必要である。・医療と介護+地域、住民の連携強化、制度見直し。
323	医療提供者		広島	広島	在宅では訪問看護職の役割が大きいため、人材が多く必要。スタッフの入れ替わりが多いステーションも多く、激務のためなのでは?と思う。	訪問看護師の養成。特にがん専門の看護師が必要。	訪問看護の報酬の評価を上げる(特に24時間体制や緊急時の訪問などに対し)。	
324	医療提供者		広島	広島	ターミナル期の訪問診療、訪問看護等、医療保険3割負担の患者にとって高額である。今後、在宅がん患者が増加することを考えると、自宅に戻ってもお金に余裕のない人は必要な医療・ケアが受けられない可能性がある。	重度医療のようながん患者も負担軽減できる制度があればいいと思う。	訪問看護において、介護保険と医療保険に報酬の差があり、患者に理解してもらうのが難しい。実際に訪問するとお金が発生するので、電話等を活用してお金がかからないよう工夫しているが、相談・支援にも報酬をつけてもらいたい。	在宅緩和ケアを実践しているステーションに加算がつくことや、専門看護師や認定看護師が地域にも増える方が質の向上につながるので、がん看護エキスパートナース育成支援事業の対象を広げてほしい。
325	医療提供者		広島	広島	在宅ネットワークの整備には現場の負担が大きすぎる。			
326	医療提供者	荒川信介	広島	広島	在宅で終末を迎える希望者に対応する医師の数が足りない。	認定のための研修期間中の所得の保証。	認定医の在宅ケアへの高報酬の配分。	認定医の必要数の割り出し。養成の義務化。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
327	医療提供者		広島	広島			在宅患者総合医学管理料の中に包括されている管理料(寝たきり患者処置指導管理料など)は独立させるべきだと思う。単に寝たきりの患者さんと処置が必要な患者さんは区別されるべきだと思う。	
328	医療提供者		広島	広島	介護保険は保険料に地域差もあるが、サービスにも地域差がある。			介護もがん治療の一環として、医療だけでなく介護の均てん化についても考える必要がある。
329	医療提供者	河郷忍	山口	広島	在宅医療をがんばると→平均点数が上がる→個別指導になる。個別指導を受けたくないの在宅はひかえる。		内科とは別に在宅を行う医療機関を別にする。	
330	医療提供者		山口	広島	40才未満の末期の人の在宅サービスが少ないし、利用するとお金がかかる。	介護保険同等のサービスを利用したい(10%負担で)。		
331	医療提供者		福岡	福岡	在宅医療を推進しているが、地域で終末期を診れる医師に限られている。例えば、24時間本当に住診可能で緩和医療(ペインコントロールなど)に知識がある医師がいない。また、病院での看取りが一般的であるという国民意識の変革が必要である。	まずは、医師教育の充実と訪問看護師の充実、デイホスピス等へ予算を多くしてほしい。	在宅療養支援診療所の見直しをして、本当に機能している診療所に多くの診療報酬を。	自宅で死ぬことへの啓蒙をしてほしい。
332	医療提供者	松本初子	福岡	福岡	患者および家族が希望する在宅医療を進めていく際のニーズを的確に把握することが必要である。			在宅は緩和(痛みの)のみではないこと、精神的・身体的・社会的・経済的苦痛を知ること。
333	医療提供者		福岡	福岡	介護保険制度が使えるのは40歳以上。在宅療養を考える上で、介護保険制度は重要だが、若いがんのターミナル患者に利用できる制度がほとんどない。都道府県単位の緩和ケアネットワークがない。			・がん緩和ケアとして、独立した保険制度ができないだろうか。・都道府県単位の緩和ケアネットワークをつくり、利用できるものとした方がよい。
334	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	在宅医や昔ながらの町医者がないために、患者さんは在宅療養を希望しても受け皿がない。地域に人がいなくなり活気がない。	地域を支える医者、診療に手厚い助成を！		単科での開業を制限すべきである。金もうけ主義の医者が多すぎである。開業するのなら地域の在宅医療にもっと参加するべき！
335	医療提供者		長崎	長崎	40歳未満の方の看取りの際、在宅希望の場合、介護保険などが使えない。			介護保険の2号被保険者の年齢を下げる。たとえば、20歳以上など。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
336	医療提供者		長崎	長崎	外来在宅での治療よりも入院中の方が生命保険等からの給付金が出る状況であるので、経済的に外来や在宅の方が、負担が多いと思われる。療養先を在宅・病院以外でも選択できるように。			・通院・在宅と療養場所を選択できるような生命保険会社等の改善。 ・介護保険認定を早く行い、活用できるように。病状が急速な場合があるので。また2号保険者の問題。末期でなくとも利用できないか。 ・在宅ケアを荷う訪問看護師の確保。
337	医療提供者		長崎	長崎	県内のホスピス、緩和ケア病棟が少なく、患者さんが希望されても順番待ちでホスピスに行けず、亡くなるケースがある。		診療報酬の引き上げ。	ホスピスを増やしてほしい。認可しやすくしてほしい。
338	医療提供者		長崎	長崎	・在宅緩和ケアが普及しない(ハード面・ソフト面でも不十分)。 ・在宅緩和ケアができる医療者が不足している。		在宅緩和ケアに関する診療報酬を上げること。	・在宅緩和ケアに関するスタッフ育成(病院スタッフが在宅の現場に1日でも体験してもらう、必修として)。 ・病診連携(デジタルを活かして顔が見えるコンサルテーションなど)。
339	医療提供者			島根	在宅療養を希望しても訪問診療を行う医師や麻薬を取り扱う医師が少ない。40歳未満でがんを発症した場合は、福祉制度の利用が難しい。		地域連携パスを活用している診療所には加算するなど、急性期病院とかかりつけ医の連携が回っている場合に加算。	40歳未満など年齢制限を作らず、介護・障害の区別なく、福祉用具や吸引機などの医療機器のレンタルが受けられるようにする。訪問看護等のサービスも入院中でも外泊時には在宅福祉サービスが利用できるように。費用については、限度額適用認定証にて、支払の限度が設けられるが、外来にはないので同様にしてほしい。
340	医療提供者			島根				がん診療の現況・現状の市民への啓蒙に力を入れてもらいたい。
341	医療提供者			広島	「在宅医療従事者(特に看護師)の人材育成」について、都道府県レベルで格差がある。特に、広島県は実施していない。病院と在宅をつなぐ継続したケアを実践するため意図的な研修・交流がない。24時間体制で在宅療養を支援する訪問看護ステーションが減少している。一番は経営と人材の問題だ。コストが安く、人材を育成するヒト・カネ・時がない。	他県は厚労省とリンクして実施している。在宅医療従事者(特にNs)の育成の費用が必要。訪問看護の料金をupする。しかし、単純にupするとptの自己負担が増えるので国が一部負担してほしい。	Drの研究を削減する→ムダが多い。各大学の研究費が本来の研究につかわれていないことが多い。特に広島では特定の患者団体との交流に使用されている。広大や市民HPである。備品や施設整備にあてられている。	病院勤務Nsと在宅Nsの交流。一部派遣制度があってもいいのでは？現行の研修士制度のようになったらいいのでは？
342	医療提供者			広島	在宅での緩和ケアについて現在の制度では十分な体制がとれない。	医療面のみではなく、介護分野においても必要な研修等の実施。	介護保険をも含むすべての在宅サービスに緩和ケア(主にターミナルケア)に関する加算が必要。	早急な対策がとれる様に制度面の改正。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
343	医療提供者			広島	在宅医療の質の担保(検診から診取りまでのかかりつけ医の役割の強化)。	医療費(対GDP) 現状7.9%→OECD平均8.9%→ドイツ10.9%。	(C-3)に対する評価 特に②③。	①教育・研修システム(広島にはよいモデルがある)。②地域連携、チーム医療推進(広島にはよいモデルがある)。③特に緩和ケア、看取りの取りくみ。
344	メディア		広島	広島	末期がん患者が在宅療養を望んでも実現できない。		「介護保険の小規模多機能」のような報酬を診療報酬にも設ける。有床診療所の活用。	介護保険の小規模多機能のような施設を生活医療用に整備する。
345	その他		島根	島根				開業医・調剤薬局・訪問看護師の連携・メンタルケアの研修制度が必要だと思う。
346	その他	高橋裕子	広島	広島	ニセ医療に時間とお金をかけてしまいQOLを結果下げてしまっている。	在宅緩和医療へ簡単に辿りつける道筋を広報する。		拠点病院Dr.は自分に関係ないと思っている。そこが大問題。
347	その他			島根	在宅療養を選択した場合、支援者が少ない、活用できる制度も少ない。質の高い(QOL)生活を送ることが困難である。また、医療的ケアが多いことから、家族の負担も大きい。また、支援者の情報共有が困難で、情報に応じた適切な対応が困難である。	訪問看護師の訪問に予算をつける。	かかりつけ医や訪問看護料の診療報酬を引き上げる。	壮年期の患者の場合子供がいるので、子供に対しても生活やメンタル支援ができるような制度がほしい。
348	その他			広島	高齢者独居がん患者を支える在宅スタッフが少ない。医療と福祉の連携が十分にできず、患者さんに迷惑をかけ、在宅での生活を実現できにくい。		介護保険機関との連携においても、情報提供料を支払う仕組み。	介護保険において、末期がんにおいては介護1以上の認定を出していただきたい。
349			青森	青森	在宅医療の周知不足。在宅医療を受け入れる家族側の認識不足(在宅医療の拒否)。		在宅医療に係る診療報酬の明瞭化(在宅診療所/訪問看護ステーションの報酬の振り分けに難渋することがある)。	在宅医療をすすめる医療・看護・介護側の拡充はもちろんだが、受け入れ側(家族や施設)の認識改善とシステムの改良が急務である(地域性もあるかもしれないが、青森ではなかなか困難)。
350			山口	広島	在宅における麻薬の取り扱いが緩和されていない。ややこしい手続きで出したくても出せない。			
351				青森	現在、家族が前立腺がんて通院治療をしている。高齢であること、合併症(糖尿病)があることから、手術ができずにホルモン療法をしている。また本人の希望により医療保険適用外のワクチン治療(5日に1回ワクチン接種)をしている。医療機関では接種できないため、家族が接種している状態である。医療機関では接種できないのは分かるが、接種協力の可能な施設等があれば助かる。			
352				青森	田舎にいるほどがんの痛みには耐えなければならないとの意識が強く、人間らしい生活・ケアがされないような傾向がある。あまり差のない環境作りが必要である。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
353				青森	現場で必要とされている訪問看護師・ヘルパーの数や点数が低い。		特にヘルパーさんの数と報酬点数を上げる。	労働時間や休暇の改善。
354				青森	かかりつけ医では治療中のがん患者を受け入れることができない。往診自体ほとんどやっていない。また訪問看護もすべての地域に行き届いてなく、医療依存度の高い患者は在宅が難しい。			
355				青森	がん患者が増えているのに、ホスピスの数が充実しているとは思えないが。			在宅での緩和ケアを増やすためには、がん専任看護師さんを増員すべきと思う。
356				島根	在宅緩和ケアに限らず、訪問看護師の不足が現状であり、そのために看護ケアを受けられない状況にある。医療側の報酬だけでなく、訪問看護に対しての報酬も考えていただきたい。			
357				広島	治療から終末期在宅に至るとき、開業医での受け入れがなかなか前進しない。がんに至るまでは診察なり応診で対応してくれたのに、がんが発見されると病院に送られ、その病院からも見離されようとしている。	在宅における医療現場への補助(直接的・間接的にも)を考える。※看護師・薬剤師・介助手などの援助。	1回の応診の診療報酬の補助の確定。	患者に対する医療側をグループ化(医師・看護師・薬剤師・ヘルパーを1グループ)して、とにかく受け入れるように定める。
358				福岡	・がん末期患者とその家族に対するケア、サポートが不足。 ・在宅では看護する家族のQOL低下は患者のQOL低下につながる。	がん患者看護、介護に従事しなければならぬ家族へのサポートを予算化する(経済面、精神面)。	訪問看護ステーションの診療報酬の見直し。	市町村保健師(質の向上、担当者の専門性の向上)の訪問が確保できるような制度、職員数の見直し。
359				長崎	長崎ドクターネットがあまり十分に活動できていないし、体制についても問題あり、ステーションとの連結も不十分。それより往診のみおこなっている先生の活動がすごい。また看護師の不足、とにかく現場のことを知ってもらいたい。	私たちにはわからない(どのように使われているのか)。	ターミナルケア加算についても日数がクリアしていないし、加算ができないなど。	国で行った制度が十分に活動されているのか。
360				長崎	長崎市の中心部を特に在宅医療は進んでいるが、その他の地域では不十分な面は多い。		在宅診療に対する加算を設ける。細かく地域を分け、医師の少ない地域には地域加算や在宅治療加算などをつけてはどうか。	
361				長崎	予防対策は必要だが、在宅で療養している患者さんはいかがか。年齢が若く費用も3割負担、原爆手帳がなければ負担なし、がんターミナルは医療、と決められている。死を迎える在宅(訪問看護)の看護師不足どうにかしてください。	ターミナルでも介護保険にして若くても1割にしてほしい。	看護師の不足について、24時間の対応で看護師の給料が少なすぎる。上げるためには報酬を考えるべきである。必要でないところにお金が使われている。調査してみるべきでは。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
362				長崎	終のすみかをどうするか？			介護保険で最近増えている；有料施設などのような、一般の民家を行政で買い上げて、ヘルパー・ナースなど管理のもとで生活できるシステムなどできないか？いま独身老人が亡くなられて、子供は都会に住んでいて帰ってこないで、家・土地があいている。そんな家が長崎にはとても多いですよ！
363				長崎	緩和ケアしか残りの選択肢のない患者さんもまだ多くいらっしゃる。いかに充実した最期を送れるか。		在宅緩和ケアを行っている診療所への手当。	在宅緩和ケアの推進。医学部での教育。
364				長崎	在宅医療緩和ケア、看護師だけでなく看護師の増員。核家族の為、皆望んでいる事が出来ない。	ターミナルケアの看護師・介護士。		看護師の給料と比べ介護士の給料を増やすとか。看護師と同じ様に一緒に働けるのでは。

5.診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
365	患者関係者・市民		青森	青森	どんな治療が受けられるのか、どこで最良の治療が受けられるか、医師からの一方的な情報しか受け取ることができないし、セカンドオピニオンも受けづらい。地方ではやはり医療格差が大きく、また経済的に困難である。	なるべく拠点病院等で全国同じ治療が受けられたらと思う。		大学教育の充実や研究費等で予算を付けてほしい。
366	患者関係者・市民		青森	青森	様々な治療法があって、患者が受けたいと思っても保険が適用されないという問題がある。	陽子線治療、ビタミンC治療など、効果があると思われるものは予算措置して標準治療にしてほしい。	-	-
367	患者関係者・市民		青森	青森	治療方法、技術について、中央との差異があるのではという不安がある。	医療機関の研修会に支出してほしい。		
368	患者関係者・市民		新潟	新潟	専門病院、多くのがん診療連携拠点病院においてGL(ガイドライン)は一般的になっているが、5大がんでも特に大腸がん、胃がんのようながん種においては、一般的な病院でGLが必ずしも十分理解されておらず、実施されていない点は大いに問題である。		DPC上の取扱いとして、抗がん剤を外出しにして、出来高払いとする(標準治療のレジメン通りに投与されていない点、投与量等をかってに下げたりしていること、または必要な入院を行わず、外来にて治療しているの)。	患者毎に適切な治療を入院・外来どこでも可能にするための制度設計をする。
369	患者関係者・市民		島根	島根	標準治療がどういうものなのか患者自身分かりにくい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
370	患者関係者・市民		島根	島根	がん拠点病院があっても、がんの専門医がほとんどいない。これで標準といわれる治療が受けられるのか。また、病院の選択で生死が決まるという状況であることも事実。			日本のがん対策が、世界の先進国に比べてなぜこれだけ遅れたのか。国・医師会がもっと積極的に患者の立場に立って制度を考えてほしい。
371	患者関係者・市民		広島	広島				
372	患者関係者・市民		広島	広島	世界の標準治療が日本の標準治療と必ずしも合っていない。保険外診療等で高額医療費が支払われない人は医療を受けられない。	保健医療適用を増やすことができるよう、決定機関(人)の増員、充実。	最新高度医療(例えば重粒子線治療)等の保健適応。	もっと世界に目を向けよう。
373	患者関係者・市民		山口	広島	治療における均てん化がまだまだ不十分。	都市部の病院だけでなく、地方部の病院にも予算配分を増やしてほしい。		
374	患者関係者・市民	焼山有香	福岡	福岡	病院間で治療に差がある。がんは個人差が非常に大きい疾患であり、マニュアル通りにいかないのが日常である。医療費が高い。	ガイドラインの作成とその徹底。標準治療以外への医療補助制度の設立。	先端医療や一般には保険適用外の治療に対しても(薬も含む)、主治医が必要と判断すれば柔軟に医療補助できる体制とする→保険診療を認める場合もある、こととする。リンパ浮腫の弾性着衣の保険適用は制限なく必要に応じて。	四角四面にマニュアル化することは「がん」という疾病には当てはまらないことが多いため、ある程度は個別に合わせて保険が認められる制度を。
375	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	標準治療の推進と普及はもちろんだが、標準治療後の自費診療のがん治療(標準外の細胞免疫療法や、代替補完療法)のまとまったガイドラインの作成も。			
376	患者関係者・市民			青森	最良の治療を受けられない。病院によって、やれない治療がある。			どこの病院でも同じ検査が受けられ、多くの情報が得られるようにしてほしい。
377	医療提供者	藤林繁子	青森	青森	本当にがんになってどうにもならない人から、早期発見してすぐ入院させるとよい。	70歳以上の人は、予算に合わせて治療をするとよい。		あまりたばこを吸わないこと。
378	医療提供者	塚田芳久	新潟	新潟	・学会その他機関により内容にバラツキがある。例:メタボリック症候群の腹囲の評価など。・医療の内容・ガイドラインの変化が大きい(時間的平面的情報伝達)。・都市部、地域、大病院、診療所など、均てん化できない格差に対応していない(地域格差)。	統一されたガイドライン作成への助成。情報伝達システム作成への助成。	統一ガイドラインのある割合を越えて、公示・採用した医療機関に加点。	ガイドライン準拠の通達(訴訟の根拠となることへの対策、免責制度)。キャンサーボードの評価。
379	医療提供者	鈴宮淳司	島根	島根	診療ガイドラインが未整備。がんは高齢者の病気である。高齢者は認知症をはじめとする併存症や経済面を含む社会的ハンディがあるが、それらを包括的に評価する方法、標準治療が未整備。	高齢者のがん治療の標準化を作成するワーキンググループを立ち上げるための予算化。		
380	医療提供者		島根	島根	医者によって治療の格差があり、明確ではない。			市町村単位で治療ガイドラインを作成!
381	医療提供者			島根	検診のシステムが多面的である。	検診受診率促進のために啓蒙活動が必要。	医療側のインセンティブを与えるようにする。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
389				広島	がん告知の後、治療方法について十分な説明がドクターからないことを患者から聞く。	標準治療等についてネットを見なくても分かる様に、広く「WHAT、標準医療？」キャンペーン等を予算化。	セカンドオピニオンの報酬制度の確立と高点数化。	患者の声を聞く制度そのもののBigな創設。
390				長崎	「同じ病気の他の患者さんは違う治療法で治ったのに、自分はどうしてだめなのか？」という疑問に答えるためには、患者用の診療ガイドラインが整備され、診療の場で普及すれば、患者の理解が得られ、標準治療の推進普及がはかれるのではないかと思う。			
391				長崎	治療についての標準化が進んでいない。進まないがために民間療法に頼る患者もいる。	地方自治体単位での研修など。患者会などへの講師派遣(専門医)。		

6.医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
392	患者関係者・市民		青森	青森	現状がどうなっているか、一般の人にまで伝わっていない。	モデル事業による啓発、検証。	評価。一律ではなく、コスト努力に見合ってメリハリを。	関係者が合意すれば実験的な取り組みにも手当を。
393	患者関係者・市民		青森	青森	青森県においても、がんセンターを作り、がん患者だけを専門の医療スタッフが診る体制を作ってほしい。			
394	患者関係者・市民		青森	青森	地方においても中核的病院と、身近な地域の医療機関との格差があると思うので、それを補うネットワークを整備してほしい。	医師の研修のほか、ITを活用したネットワークの構築に取り組んでほしい。		
395	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来化学療法室に専門知識を持った専従の医師が少ない。(配置されている)少人数の認定看護師がパートの看護師さんを指導して治療している現状は問題である。		医師の専従(または専任)者の配置をもって、現状の500点にプラス加算を設定する。	外来化学療法室の設置における、医師、看護師、薬剤師の配置。基準を現状以上に明確化し、各職種の専門性も含めて制度化する。
396	患者関係者・市民		新潟	新潟	自宅でがん治療(ターミナルケア)が受けられない。			
397	患者関係者・市民		島根	島根	都会と地方とではずいぶん格差があると思われる。地方においても都会と同じように治療ができるようにしてほしい。			地方の病院においてもそれぞれの専門医が必要であり、そのための研修等が義務付けられ、専門医の養成に努めてほしい。
398	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	医療にかかわる人材不足が大きく、拠点病院としての運営が難しい病院もある。島根県は、東西に長く、山間僻地・離島をかかえている。			拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
399	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院から地域へ戻るときの医療・介護体制が分からなくて、スムーズな対応を受けていない。			リアルタイム(四半期)で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつけられるようにする。
400	患者関係者・市民		島根	島根	複数の診療科にかかる割合が多いので医療費がかさむ。患者の負担が大きい。			がんセンターがあればよい。
401	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	私方の中山間地での医療機関ではがん治療は受けられず、広島、江津、出雲、浜田と遠方まで行かなければ受けられない。			
402	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院で体制が不十分。		診療報酬をアップ。	相談専門員への手当等の検討。
403	患者関係者・市民		広島	広島	医療連携が不十分。介護施設在宅連携etc。介護現場でのがん患者の増加。	介護現場の医師・看護師etcの研修。	がん患者(介護)の症状緩和の点数化。	医療連携の強化。
404	患者関係者・市民		広島	広島	地域で治療の質など格差がある。受けたい治療等を見つけても、遠方のため通院できない。又、地域連携が取れない。			
405	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	自分の住む広い備北地域に一つだけ。それさえ、いつまで拠点病院でいられるかわからない状態。広島と言えど、広島市に入院、治療は大変。			高齢者の多く住む地域こそ、その地域に合った病院の形にしてほしい。具体的には分からない。
406	患者関係者・市民		福岡	福岡	現状認識は5年ほど前の経験(体験)での応答である。既に整っていたら失礼。例えば一つの内科のみでの対応であり、横つながり＝他診療科医との連携がほしい。	一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。		「予算について」の回答と同じ。
407	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	病気が複数重なったとき、病院が複数になったときに、診療情報の共有がしやすいように。引っ越しや他県でのセカンドオピニオン等もスムーズに。			
408	患者関係者・市民		長崎	長崎	医療機関・センターが遠く、ネットワークの充実を望む。			
409	患者関係者・市民	橋本恵一	長崎	長崎	がんについての知識・技術をしっかり持った医師の養成を。実際にあった話で、がんが進行して直ぐ手術しなければと、拠点病院に指定されている病院で言われたが、他の病院で異常無しと診察。現在も健在。	地域の拠点病院として指定されている病院の医師は特に、しっかりした技術・知識の再教育養成が不可欠。		
410	患者関係者・市民			青森	医療機関によって非常にばらつきがある。	例えばペットなどは県病でさえ無い、鳴海病院まで行く。他の設備も古い。		最新情報の共有化。知識(医師)のレベル(地方に来ると低いと思う。全国一律のレベルにしてほしい)。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
411	患者関係者・市民			島根		地方にも先進医療の技術向上及び整備について予算で不十分と思う。患者負担の軽減をしてもらうため、国、県の大幅な助成をお願いしたい。	診療報酬については新しい治療については少しはアップしても良いではないか。	医療の進歩は日々あると思うので、法律、政令等、全国統一になるよう情報公開をお願いしたい。
412	患者関係者・市民			島根	住んでいる場所によって受けられる医療の水準が違うのは、命の格差、重さに違いを社会的につけているようなもの。均質なハード整備は無理だが、適切な医療につなげるソフト、つないだ後の受診支援が必要。	もっと何に使われているか、本当に生きたお金になっているかのチェック、評価が必要。緊急対策でついたお金も随分あるが、中には効果が疑問な使い方もある。	遠くから受診している人の分を上乗せしてほしい。	制度があることが末端の患者・家族に伝わっていない。
413	患者関係者・市民			島根	がん総合の窓口がほしい。		全身に転移した場合、一つ一つの科を通る。これをまとめてほしい。	
414	患者関係者・市民			広島	広島市に近い所では、ネットワークが出来ていると思うが、地方では形だけで中々患者さんやご家族に満足してもらえていない。	どこにどう使われているか、ガラスばりになっていない。	ガラスばりにならないと言えない。	患者さんやご家族にどのようなネットワークを利用でき、どう良かったかなど、結果を知ることだと思う。
415	立法府	奈良岡克也	青森	青森	がん死亡率の高い地方の医療機関の整備は遅れているのが現状ではないか。この点に関する国の支援が必要ではないか。	70本推奨施策例の個別分野5の35と36の内容について、ぜひ早急に実現させ、地方のがん医療制度・体制をつくるべきである。		
416	行政府	宮川隆美	青森	青森	数少ないがん専門医と少ない予算が中小医療機関に分散しており、集学的な良いがん医療ができない状況にある。	死因の1位ががんである以上、もっと他分野を減らしても(特に公共事業)予算をがん医療に向けるべきである。	高度医療の診療報酬をもっと上げ、逆に一般診療所レベルでできるものを減らすべきである。	県に1~3ヶ所程度のがん専門医療機関にがん診療を集約させ、予算を高額医療機器の購入等、分散させずにつかうべき。専門医と機器を集中させよ。再発治療や緩和ケアは、これとは別に地方で各地で行うべきである。
417	行政府		青森	青森	医療機関の地域格差、経済基盤が低い。専門医がない。IT開発が遅れている。	医療のネットワーク化を進める。かかりつけ医の活用。		
418	行政府		青森	青森	本県では、高度ながん診療を専門的に行う体制が整っている病院は限られており、地域によっては治療のため遠くの病院まで通ったり、遠くの病院に入院しなければならない状況にある。	体制整備のためには、病院の努力だけでは難しく、国において必要な予算を措置することが望まれる。また、現在の単年度予算だけでは限界があり、補助金等についても、複数年に亘る使用が可能となる仕組みが必要である(例えば基金の創設など)。		各地域の中核病院において、規模は小さくとも必要最低限のがん診療は行えるくらいの体制整備が可能となるような対策が必要と思われる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
419	行政府		新潟	新潟	拠点病院の指定要件として、医療従事者の配置など、多額の費用負担が発生するものがあるにも関わらず、拠点病院に対する補助等が少なすぎる。	拠点病院に対する補助金の額の引き上げ、対象の拡大。	診療報酬の引き上げ。	
420	行政府		新潟	新潟	現在、拠点病院は二次医療圏に概ね一ヶ所とされているが、数に上限があることになり、拠点病院にふさわしい病院が指定されない場合がある。			指定に関する考え方の見直し（地方の実情に合わせた指定が可能となるよう）。
421	行政府		島根	島根	地方では、医療機関の数が少なく、市町村のがん検診体制が十分に確保できない。病院の存続自体が危機的になり、検診・検診後の精密検査が近くの医療機関ですぐに受けられない。	医療従事者への給与引き上げなど、地方の医療機関への交付金の増額。	検診後の精密検査として受診する場合は、一般の診療の場合より診療報酬を引き上げる。	医師の卒後研修制度の見直しによる医師の確保。
422	行政府		島根	島根	病院及び診療所の役割分担と連携。患者はどこでどのような治療を行って頂けるのか分からない。		がんの地域連携パスを作成し、使用する医療機関はがん診療全体に報酬の上乗せをつくる（実際にパスを使用した件数にも比例）。	電子カルテとパスが同時に作成できるシステムと病院・診療所共有システムを作る。
423	行政府		島根	島根	国はがん検診受診率50%を目指しているが、実際それだけの検診者を受け入れるだけの整備や人材が不足しており、現場との矛盾が生じている。	医療機関の物的人的整備を島根県でも推進してほしい。それに伴う予算化をしてもらいたい。		乳がん検診の場合、視触診を必須項目に入れず、マンモグラフィのみでも医療機関検診を良いことにしてもらおうと、受診者の受け入れ幅が広がる。そういう声が島根県内医師から出ている。実際、マンモしかできない医療機関での検診を受けられても、市町村がん検診の大正にはならないケースがたくさん出ている現状がある。
424	行政府		広島	広島	国の採点基準が医療圏を基本にされている。			地域の医療に対する考え方に基づき柔軟に対応していただきたい。
425	行政府		広島	広島	拠点病院制度は病院間の健全な競争や連携を阻害している場合もある（患者・医師が集中）。			①地域での柔軟な制度運用。 ②外形基準を満たす病院を一律に指定する。補助は一部のみとし、診療点数で評価。
426	行政府		長崎	長崎	拠点病院と地域の医療機関との連携が重要。特に長崎県は離島の病院と本土の基幹病院とのネットワーク構築が急務である。	ネットワークシステム構築費用に対する補助。		
427	行政府			青森	均てん化、標準治療がどこでも受けられることが理想だが、現実には不可能である。医師の偏在は直らない。	全国のどこの医療機関で標準か標準以上の治療が可能なのか（受け入れ可能なのか）の情報を提供すべきである。	がん治療に多くの医師で取り組むことに高い点数が必要だが、保険だけでは財源不足。国の補助も必要である。	がんはますます高額医療となる。治療期間の集約化も必要ではないか。
428	行政府			福岡	24時間体制で治療や看護を提供する病院。診療所・訪問看護ステーション等との連携強化。患者や家族が希望しても、在宅への移行を拒否する病院の医師も多い。			・診療所の後方支援としての病院の整備。 ・麻薬処方ができる診療所の増加。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
429	医療提供者	長谷川善枝	青森	青森	拠点病院が必ずしも拠点にふさわしい診療をし、地域を中心になっているとは限らないこと。	疾患別に診療の充実度は病院ごとに異なると思う。地域ごとに細かい評価をし、それに合った予算の配分が必要である。	診療の質に応じた診療報酬の体制の整備を希望する。それより医療の技術料に対する報酬は低すぎる。	あまり思いつかない。
430	医療提供者		青森	青森	医師不足のほか、事務レベルでも人的に厳しく、十分な事務作業ができないでいる。	政策医療分野として、思い切った予算をつけなければ全く進まない。		
431	医療提供者		青森	青森	地域がん診療連携拠点病院を中心にがん診療等を行っているが、その実態が不充実であること。拠点病院を申請できない病院で、がん対策に力を入れている病院も評価する。	がん拠点病院に指定されていなくとも、しっかり対策をたてている病院も評価。		
432	医療提供者	塚田芳久	新潟	新潟	・がん診療連携拠点病院に加え、連携する医療機関の指定。 ・顔の見える連携の構築(クリパスでは伝わらない)。	ネットワーク構築(IT化)助成。	がん診療の紹介に加点。	医療には余裕(人的、経済的)がない。国には財源がないが、権限があるので名誉の付与などを考えては。
433	医療提供者	宮脇哲丸	島根	島根	胃がんの検診は、バリウム、経口内視鏡は不評。楽な経鼻内視鏡のほうがよい。			経鼻内視鏡ができるドクターの数が少なく、我流が多い。全国各地に経鼻内視鏡の研修センターの設置が必要である。
434	医療提供者		島根	島根	在宅緩和ケアに取り組んでくれるかかりつけ医の理解が不足している。			
435	医療提供者		広島	広島	在宅において末期がん療養される方がまだまだ少なく、ほとんどの方は病院かホスピスで死を迎えておられる。そこには本人の死にゆく不安や、介護する側の症状の変化に対する戸惑いやパニックも考えられる。義父を看取った時、90才ではあったが、抗がん剤治療をかかりつけ医に希望したが高齢ということだけで却下されてしまった。本人の最後まで戦いたい性格や現在の抗がん剤の発達を考えると決して無理はなかったと考える。			在宅でかかりつけ医にも伝わるようなセカンドオピニオンが得られるようなシステムになってほしい。がん治療は即死にもつながってしまうリスクを抱えていることを考えれば、がん治療にパーフェクトではない1人の開業医にすべてを任せると不安を覚えていたきたい。
436	医療提供者		広島	広島	2次医療圏は広域につき複数拠点病院を設置すべきである。	予算。	診療報酬up。	医療従事者育成を進めて保健、医療、福祉従事者の育成をされたし。健康生命生活を支援するために。
437	医療提供者		広島	広島	現在の医療事情ではがん専門病院、中枢病院で役所から治療緩和ケア、死亡までを連続してサポートできない。がん診療連携によって切れ目のないサポートが受けられると謳われているが、実際十分連携ができていない。	今の使用しづらい予算ではなく、医療連携推進を具体的にサポートする予算(連携のための人員確保、ITネットワークの整備等)してほしい。	難しいとは思いますが、連携部分に報酬をつけて、病院等に連携予算をつけることをメリットと感じてもらえるようお願いしたい。	ネットワークには行政のイニシアチブが必要。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
438	医療提供者		広島	広島	広島県北部の広島市立安佐市民病院は現在、がん診療連携拠点病院に指定されていないが、年間約7000件の化学療法を行うなど広島市北部のみならず県北(北広島、三次、庄原)から、がん治療に多くの患者さんがこられている。専門スタッフがチームで質の向上に努めている。しかし拠点病院に比べ、情報量や支援に差が生じている。10病院ではカバーできていない。			現在、新しく推薦されているため、医療圏で制限をせず、ぜひとも指定していただきたい。
439	医療提供者		広島	広島	医療機関の違いにより診断と治療、成績にばらつきがある。	ストラクチャーの整備に対する補てんが必須である。しかし、構築倒れになる危険性もはらんでいるので実態の把握が必須。	大幅な改定が必要である。技術に対する評価、病院機能に対する対価が低すぎると思われる。	報酬に関わる整備、評価の対策(連携に関する評価)が必要。
440	医療提供者		広島	広島	均てん化、同じ広島県内でも地域格差があるのでは？市内に集中し、県北などの地方の医師が不足しており、拠点病院としての機能が果たせない。			・患者の支援はがん体験者からの支援が大きいこともある。患者支援をする体験者への助成、報酬が出るようにしてはどうか。例。入院中の患者支援依頼を体験者をお願いする。・お金だけでなく、医師の配置をするなどの対策を考えてほしい。拠点病院の抱える問題の具体化に沿った対応を検討。
441	医療提供者	荒川信介	広島	広島	広島にはがんに対する高度医療機関が少ない。	中性子線等の高度放射線機器、技師、医師の確保。		県立か公立のがんセンターの設置。
442	医療提供者		広島	広島	医療機関のがん対策ネットワークはまだ不十分である。	がん対策拠点病院を充実させるための予算を増強する。	診療報酬の引き上げ。	がん対策に関する法律を、拠点病院を中心に充実する。
443	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	在宅ケアを依頼したかかりつけ医が、十分に機能しない。	在宅ケアの質の向上、認定制度の確立。	在宅ケア医研修制度と認定制度。	
444	医療提供者		山口	広島				
445	医療提供者	稲田浩子	福岡	福岡	小児がんを専門にやっている医師が九州全体で少ない。病院内での評価も低い(稼ぎが少ないため)。	よい医療を行うためには、マンパワーが絶対に必要であり、予算をしっかりと確保してほしい。	小児医療に対する診療報酬をもっと上げる→人が増えれば個人にかかる負担が減る。	かかわる自治体からのサポートで、パラメディカルスタッフ等の充実を行う。
446	医療提供者		福岡	福岡	がん診療拠点病院と診療所がITネットワークを作るべき。画像等をオンラインで見られる環境を。	ITネットワーク構築に向けての予算を。	IT、チーム医療(Dr.、Nr.、薬剤、MSW、リハ、事務)が整備されている病院へ診療報酬を。	医師会、県、市が病院、診療所で協力を。もちろん厚労省から予算を。
447	医療提供者		長崎	長崎	拠点病院の評価、指定要件を満たす施設の指定、拠点病院と他施設の格差拡大。	拠点病院指定の拡充と、質の担保のための予算。	種々の取り組みに対する加算。	
448	医療提供者		長崎	長崎	各病院がばらばらにがんの治療をしている。	がん治療を行える病院をもっと集中すべき。	がん治療病院の診療報酬の加算。	がん治療を専門に行う病院と、その治療を後方で応援する病院の拡充。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
449	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	80歳以上の独居または夫婦世帯の方ががんになり、相方の生活リスクあり。		高齢者がんの医療費の軽減。一般病院の緩和ケア病棟への報酬増額。	
450	医療提供者		長崎	長崎	がん拠点病院において担当者(Dr)が忙しくなりすぎる。			がん拠点病院については、各種活動を行うために、新たな人員を採用できるようにしてほしい。
451	医療提供者			新潟	がん拠点病院以外の中小病院でのがん診療に対する支援が少ない。			がん拠点病院に集約することはとても良いと思うが、患者側としてアクセスの良いすべての病院で同じ治療を受けることを望む意見を聞くことが多い。医者側にそのような制度を受け入れていただくよう広報していただきたい。
452	医療提供者			島根			がん診療に関して、妥当な診療報酬の決定。	
453	医療提供者			広島	拠点病院、連携拠点病院、その他の病院とで治療内容に関しては連携が取れているかもしれないが、1患者についての総合的な連絡調整(病院における治療だけでなく、在宅療養も視野に入れた対応)ができていないケースが多くある。			がん拠点連携病院外の医療機関においても、相談支援機能の強化・充実が必要かと思われる。→研修の実施など。
454	医療関連産業		青森	青森	開業医はがん対策に興味が薄いと思われる。患者を拠点病院に紹介し、帰ってきたら病院の指示通りにフォローするだけで、能動的でない。都会型のネットワークの仕組みは地方に馴染まないのでは？		連携先の開業医にも報酬をつけることができれば…。予算の問題もあるが。	患者側にも大病院志向が根強いので、同時に啓発活動も必要であろう。
455	医療関連産業		青森	青森	やはり病診連携・病院連携が大切であると考えている。また施設(緩和ケア)と病院との連携も考えていただければよいのではないかと。青森県において、この分野での充実は大丈夫なのだろうか。	やはり国や県が死亡率No.1をはずすためにも、どうしても特別予算etcを組む必要があるのではないかと。	特に専門病院としてやっていただいたためにも、診療報酬の面でのプラス面が必要であると考えている。何らかのプラスがないと辞めていくHp・Gpがでてくると考えているが。	値域圏の中で、病診連携・病病連携を考えていただかなくては前に進んで行かないと思っている。
456	メディア		広島	広島	インターネットにアクセスできない情報弱者は、さまざまながん情報や相談を利用できにくい状況にある。			地域の回覧板、掲示板、寄り合いなどアナログで情報を伝える仕組みをつくる(顔と顔の見える関係にもなる)。
457	その他		島根	島根				
458	その他	反田愛子	広島	広島	県内でがん専門でやっている病院が少なく、治療を含めた質もまちまちで患者側としては辛い。		がん治療、がん対策を行う病院への報酬を増やす。	治療だけでも水準が同じレベルになるよう、県として勉強会などを開いたり、政令などを用いてがん治療水準を上げる。
459	その他		広島	広島	「意見1」と同じ。	どの地域でも同じ診断、同じ治療ができるよう、医師・看護師等への研修予算対策。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
460	その他		広島	広島				
461	その他		広島	広島	医療機関でのチームアプローチが広島はまだできていないということを聞いた。医師・看護師で主に進めており、MSWや理学療法士がなかなか中心にいないようです。			
462	その他			広島	がんの拠点HPが街の診療所とのネットワークができておらず、患者・家族が自ら診療所を探さないといけないので困っている。		HPとclinicとの連携報酬がもっとあってもよいのでは…。	患者・家族にも分かりやすいネットワーク構築ができ、気軽に在宅医療が受けられる体制があればよい。
463			青森	青森	がん拠点病院と地域の病院での患者囲い込み？→有床診や診療所との連携不足。がん難民の出現。		拠点病院と在宅療養の橋渡しの役割を担う有床診の活用！→有床診療所の入院に係る報酬があまりに低い！！大幅な増額を。	がん地域連携パスの活用のほか、地域の状況に合わせた医療・福祉・保健のネットワーク構築が大切。
464			島根	島根	がん患者が療養を行う上で、ひとつの病院で完結できるわけではないので、ネットワークの充実が必要。患者が困らないように。			
465			島根	島根				中山間地における公立病院。他にも医師や病院はあるが、夕方からは公立邑智病院に搬送されるが、医師不足が難点。
466			広島	広島	都市にしか在宅でケアする医師はいない。在宅を患者に勧められる状態ではない。	医師の育成、配置。	加点する。	医師を多く育成できる教育システムを作り、配置のバランスを政治的に行う。
467		井内康輝	広島	広島	がん診療専門医の養成へのサポート。		専門医で診療上のインセンティブを。	専門医の養成数のコントロールが制度上必要。
468				青森	拠点病院について、本県では限られた医療資源ですべての要件を充足できるのは各圏域、一ヶ所程度圏域の中核的機能を果たす病院では充足が困難な場合もある。それでもその病院は中核である。地方の実状に合わせた制度に。	拠点病院は「国」が指定するものであり、国の責任で拠点病院機能に必要な費用を負担すべきである。	診療報酬の場合、患者の負担も生ずることから、別途措置すべきである。	地域の実状に応じて、すべての要件を充足できなくても、地域の中核となる病院は指定すべきである。
469				青森	医師不足。例えば、がんの拠点病院なのに、あるがん（肺がん）を診る医師がいない病院がある。	医師の給料を増やす。		拠点病院であるならば絶対に、がんを診る医師がいないということになってはいけないと思う。県が責任をもって医師を増やせるような制度をたててほしい。
470				青森	医療機関の整備、地域格差の解消。	がん死亡率による予算の再配分と設備の見直しによる整備。	患者負担の軽減のため、高額療養費負担の額の見直し。	受診の際の医療機関のネットワーク整備により、部位別受診の促進と設備の充実。
471				青森	市町村の検診で要精検となって検査をしたところ、異常なしと言われたことが多い。			二次検診がもっと身近でできるようであればよい。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
472				新潟	がん診療拠点病院にがん患者さんが集中して、対応しきれないことがある。			拠点病院を受診した患者さんのうち、拠点病院以外の医療機関で対応できる患者はそこへ紹介し、初期治療(手術など)をスムーズに早期にできるようにする(患者教育が重要)。
473				新潟	拠点病院の指定について、原則二次医療圏に一ヶ所とされているが、人口規模、医療機関の状況が異なっている中で、一律の対応を考えるには困難。			地方の実情に応じ、二次医療圏数にかかわらず、要件を満たす病院については積極的に指定願いたい。
474				島根	在宅で緩和ケアをしてくれるかかりつけの医者が少ない。また、往診をしてくれる医者も少ない。			
475				島根	(2)と重なるが、医療従事者、医師、看護師の育成を早くしてほしい。がん専門医も然りだが、リンパ浮腫専門の方の育成を望む。			
476				広島	拠点病院が県によっては多いが、全てに専門医がいるわけではない。	300億が何に使われているか国民に会計報告を！	これまでは開業医に都合のよい点数だった(特に眼科などは高すぎ)。バランスを考えて！	
477				広島	がん医療の均てん化が必要であるが、検査・治療をする為の医療機器が不足している。	予算がない場合の共同利用の推進。		
478				広島	高精度放射線治療センターの整備はできるだけ急ぐべき。			広島に居をもちとうとする住民にとっては重要と思う。色々議論も重要だがスピードもさらに重要と考える。
479				福岡	特に医師たちは、自分の専門や自分の病院の事だけを考えている医師が多いような気がする。			
480				長崎	良く診療してもらおう医療機関が不便。	治療費をもっと安くしてほしい。	私はC型肝炎であり、平成19年にがんが見つかり治療した。がんが見つかる前に2回ほどインターフェロンを注射したが効かず、がんが見つかった。今はインターフェロンの注射も安くできるが、2回の治療でたくさんのお金を使った。私たちのようにC型肝炎の方は、治療費を安くしてほしい。	年に2回はがん検診を行ってほしい。
481				長崎	身近な医療機関で最新の医療が受けられ、在宅でも十分な医療が確保される。在宅医療の家族の負担の軽減(お金・精神面)。		医療関係者に仕事に見合う報酬を。人員の確保が可能な経済的支援。	
482				長崎	肝炎患者に対して、インターフェロンの助成も法案が制定されたが、全額の補助がない。	生活費などの予算、補助などしてほしい。		せめて納税価格などに段階をつけてほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
483				長崎	がんに限らず医療全般について、地域格差を無くす方向へ進めて欲しい。そのことで、働きながら治療を受けることが可能になると思う。			

7.がん医療に関する相談支援と情報提供

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
484	患者関係者・市民		青森	青森	サイババーの晩期障害等の長期支援。			QOL向上に向けた取り組みを充実させる。
485	患者関係者・市民		青森	青森	がんになったらどこに相談していいかわからない。プライバシーがあり聞きづらい。	電話無料相談(平日、日中以外でもできるように)の人件費、設備費用をつけてほしい。	電話無料相談が各病院で出来るように対価アップ。	電話無料相談を行えるような規則。
486	患者関係者・市民	工藤孝	青森	青森	情報不足である。			拠点病院相談コーナーの設置。現在設置されていると思うが、運営方法に問題がないか。
487	患者関係者・市民		青森	青森	がん医療にかかわる情報が少ない。治療しながらの生活について、情報が少ない。	がん治療を実施する医療機関の外来・病棟窓口に、がん治療に関する情報やQOLを高めるための情報についてのパンフレットをおくことを必須にする。予算をつける。がん診療の拠点病院には、相談員をおくための予算をつける。		患者会・家族会の設置や運営をサポートする制度を希望する。
488	患者関係者・市民		青森	青森	メンタル的支援を充実させる。			患者会、ピアによるカウンセリング等の充実。
489	患者関係者・市民		青森	青森	がんになっても、治療や自分の余命など選択できない。がんの末期でも3カ月入院しているからと退院を言われ、介護保険の説明もなく、相談・助言が得られない。病院に入院してやりたいこともできず死ぬまで病院ということもある。	もっと医療相談・情報が得られる役割を備える。人材育成という目新しい専門職があっても良い。	C-1回答の相談等も報酬でつけられれば良いのかもしれない。	国・政治・行政・市民・専門家等の話し合いが必要。
490	患者関係者・市民		青森	青森	相談支援と情報提供。	窓口を広めるためにも予算を増やすべき。	「準」保険適応くらいにしてほしい。	
491	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	患者に相談支援センターが知られていない。	患者・遺族をセンターの相談員に起用する経費。		
492	患者関係者・市民		東京	新潟	病院にいる患者の登録は検討されているが、地域へ帰って行った患者の(病院と継続した形での)把握が十分でない。		在宅医療機関が、がん登録に参加した場合の加算をつける。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
493	患者関係者・市民		新潟	新潟	高額療養費の限度額の設定の考え方に矛盾がある。			・保険者が変更した場合、複数回がリセットされる。・月の途中で保険者が変わると、それぞれで限度額を支払う。・同じ病院なのに、入院と外来でそれぞれ限度額を支払う。・一ヶ月の限度額の他に、一年間の限度額を設定できないか。・国保→後期高齢者保険の場合。・高額介護、医療合算制度にヒントがあるのでは？
494	患者関係者・市民		島根	島根	がんと診断されたとき、(病院以外)どこに相談したらいいのかわからない。			病院側(医師・看護師)から、相談センター・がんサロンの情報を教えてほしい。
495	患者関係者・市民		島根	島根	相談支援員の資質は、問われると思うが、実際研修会がどの程度行われているか、そのことさえの情報も不足していないか。	島根方式として、全国では、だんとつ島根は予算化されているのではないかとその基礎は、故佐藤均さんの動きが大きいとされている。それを継続していく姿が人の心を動かして、予算確保につながるのではないかと思う。		
496	患者関係者・市民		島根	島根	私の叔父が昨年胃がんになり、県中部の病院に入院した。その時、主治医から「もう80歳を過ぎていらっしゃるからと…」と粗雑に扱われ、本人がとてもショックを受けた。その後も主治医とコミュニケーションがとれず、ほかの病院に転院した。もっと相談にのってほしかった。			
497	患者関係者・市民	島田明人	島根	島根	地方の情報が少ない。拠点病院は積極的に治療内容、実績等を開示してほしい。	統一したフォームのr/pで情報の提供を。		患者はその地域で治療することになるので地域の情報を提供する。
498	患者関係者・市民		島根	島根	相談者が少なく、経済面での援助も必要だが、身体面での相談、体験談等聞ける場があれば。ボランティアではなく公的にそのような場があれば…。地域に合った検査、治療薬の情報提供が少ない。			
499	患者関係者・市民		島根	島根	すべての患者が、正しい情報を的確に受けられるようにしてほしい。			
500	患者関係者・市民		島根	島根				

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
501	患者関係者・市民		広島	広島	がん治療にかかる医療費、自己負担を少なくしてほしい。治療が長期になると負担が大きい。薬が高いものがある。	高額療養費にかかる限度額がもっと低くなればと思う。合算できるものが同科、同病院と思うが、そういう枠組みをはずしてほしい。		
502	患者関係者・市民		広島	広島	現状では、声のあげることすらできない患者は良質な医療を受けたとしてもがん難民になる。自ら声をあげることのできない患者の援助もやればできるのに。	医療のレベルを引き上げることも大切だが、精神的に参っている患者が多すぎる。がん患者団体等と協力し、そのバックアップにもう少し力を入れてもよいのでは。		
503	患者関係者・市民	馬庭恭子	広島	広島	相談支援と情報提供については、やはり訓練を受けた人たちが担うことが大切だと思う。	NPOなどに予算をつけて(配分して)、6ヶ月くらいトレーニングするようにする。	相談業務はMSW・Nsなどの資格があれば、それに点数をつける。	地方自治体でがん対策推進条例がつくれば、県民・市民に身近になるし、理解をふかめられる。
504	患者関係者・市民		広島	広島	がん相談センターの相談員の知識不足を感じた。私(素人)でも知っているようなアドバイスしかされなかった。			
505	患者関係者・市民		広島	広島	進行がんに対してはホスピスや緩和ケアなどの説明しかしてもらえない(患者、家族が根治希望であっても)。			進行がん専門の相談所などを病院に設けてほしい。
506	患者関係者・市民		広島	広島	どこにかかれれば良いのか市民として分からない。	相談窓口を多く。	相談窓口のある病院の点数化。	在宅医が熟知して紹介する。
507	患者関係者・市民	中川久美子	広島	広島	とにかく格差が大きい！！特にネットが無い人達、又、高齢ではない患者も配慮が無いために孤立している(特に男性)。	多くのネットワークがある優れた人材のネットワークを作る。人材ネットワークなので予算もそんなに必要ないのでは？と思える。	回覧板や地域の保健婦さんを通して、ケアマネ等を通して情報発信をする。	
508	患者関係者・市民		広島	広島	・がん患者が気軽に相談できるセンターがない(病院などにある現センターは形だけ)。	・相談センターはがん患者のボランティアに運営させる。補助金を出して、スタッフを養成する。		
509	患者関係者・市民		広島	広島	がん拠点病院等の相談支援センターで相談をしたところ、ほとんど専門的な意見を聞けない。“ステージ4”というだけで、患者の意見もほとんど聞かず、緩和ケアやホスピス等を勧められ、求めている専門的積極的治療に関することは全く分からず、自ら調べるしか方法がない。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
510	患者関係者・市民		広島	広島	各々の機関が別々のチラシ、パンフレットを作っているのを目に留まりにくい。	妊娠したら母子手帳をもらうように、がんになったらもらうがん手帳(拠点病院、患者会等が載ったもの)を全員に配る。	相談をした(受けた)ことも保険点数を加算する。	ドクターにも看護婦さんにも、忙しそうで聞けなかったり、何を聞いたらいいいのかわからなかったり、聞いたことを理解できなかったりするので、診断を受けた時点からサポートスタッフが側につき、何でも相談できる身近な存在が医療関係者の中でほしい(患者サロンには行きにくかったり、医療関係のことは明確な答えをもらえないことがある)。
511	患者関係者・市民	浜中和子	広島	広島	各病院にがんサロン設置を。さらに内容の充実を図ること。相談員の中に患者、体験者を活用すること(ピアサポーター)。		がんサロンが単なるサービス部門とならないような対応が必要。	患者、体験者を参加させるための教育訓練(ピアサポーターの育成)のためのシステムの作成。
512	患者関係者・市民		山口	広島	(患者側の立場となった時に)相談する窓口があることが分からない。また、メンタル面など相談しても分かってもらえない。			もっと広く相談窓口があることを告知し、患者側の気持ちがわかる相談員を育成してほしい。
513	患者関係者・市民		福岡	福岡	私の経験上、どこに相談に行ったらいいのかわからない、情報が少なかったのととても心細い思いをした(現在はかなりよくなっているが…)。		かなりばらつきがあるように思うので、みな同じように安心して治療が受けられるようにお願いしたい。	
514	患者関係者・市民	永石ひさ子	福岡	福岡	がんにかかった時のパニックを、少しでも気が軽くなる第一歩のドアを教えてほしい。医療関係者は多忙でもあり聞きづらい。			支援のポスター等、目につくよう報道してほしい。小児がんは生活習慣で罹患したわけではない、ということを追加でもいいので載せて欲しい(子の声)。
515	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	支援センターに行けば良いかと思うが、福岡にはがん患者の心理面でのサポートをするグループ療法を行っている病院はほとんどない。	できれば地方自治体で、福岡に多いがんだけでも良いので、NPOなりに予算を補助してグループ療法を盛んにしてほしい。	グループ療法も、病院でやっていたら診療報酬に認めてほしい。栄養指導は集団指導が認められている。	臨床心理士を国家試験にして、診療報酬に組み込んでほしい。
516	患者関係者・市民	十河紀子	福岡	福岡	それぞれの病院や主治医によって、受ける治療レベルが違う。地域拠点病院にかかっているにもかかわらず、支援室の存在すら知らなかった。初めてがんになった患者本人は、自分が知らないことさえ知らない。	e-net、広報紙、ポスターなど、広報に対する予算を増やす。		・医療従事者の心のケア技術向上。 ・新しくがん告知を受ける時に、初期から緩和ケア、相談支援できる方法など、指導を規則で決める。
517	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	セカンドオピニオンを受けるのをどうしてもためらいがちになる。			もっとセカンドオピニオンを受けることを普通に思えるしくみ作り。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
518	患者関係者・市民	深野百合子	福岡	福岡	がんサロンと電話相談センターの設備。体験者と話したい、集うことも出来ない人は。			命の電話のようなシステムを作る。
519	患者関係者・市民		福岡	福岡	患者会の活動を紹介する動きが最近出てきて喜んでいる。	各地域ごとに、皆が集まる場所の提供や金のかかるボランティア活動の助成金を使えるように、行政も巻き込んで推進したい。		制度のPR広報を活発にし、患者末端まで周知できるように定期化する。まず動ける患者会が「患者サロンの開設」が第一である。また、その場の内で行政、医療者、患者が一堂に協議する場を多くする？
520	患者関係者・市民	田川羊子	福岡	福岡	がんを宣告されると、今まで普通に生活していた人ががん患者になり、その家族は常に当人とともに不安と立ち向かわなければならない。まして家族や当人が若いと、知識不足にますます不安をあおられる。家族のために、中学校や高校などでも「がん」を知る勉強会やセミナーの開催などがあると良いと思う。			
521	患者関係者・市民		福岡	福岡	あらゆる分野の方が集まり、もっとオープンにどこまでいってるか教えてほしい。			
522	患者関係者・市民		福岡	福岡	在宅ケア、緩和ケアについて考えるタイミングが分からない。(HP掲載などの)一般的な情報ではなく、各個人に合った情報が分かりやすくほしい。どこに行けば？どのタイミングで？			遠くの専門医ではなく(体力がなくなると移動するのは無理なので)、普段は近くのクリニックに通院でき、安心して在宅ケアができるようにする。県・市や病院の情報提供の一元化。
523	患者関係者・市民	森幸子	福岡	福岡	病気になると不安がつきものだが、先生や看護師さんにこんなこと聞けない！と思うことがある。身近に気軽に話を聞いてもらったり、闘病への悩みを話せる場所があるといいと思う。			病院の中で気軽に立ち寄れる部屋があると思う。少し前に手術等をした患者さんはボランティアで居てくださったり、時間のある時に看護師さんや先生方がのぞいてくださったり、ホッ！とする場所があるといいですね。ソーシャルワーカーさん等の参加もあるととても良いと思う。
524	患者関係者・市民	焼山有香	福岡	福岡	医療者と患者の意識差が大きい。患者が十分に治療について決断できず不安が深く、がん難民になる可能性あり。退院後の患者のサポート体制がほとんどない。	医療者と患者との橋渡的存在となる「医療決断サポーター」や「がんコーディネーター」を養成し、病院に組織的に設置する。在宅治療には訪問看護ステーションの活用。	ボランティアに留まらず、個別対応できる専門家の存在がふさわしいので、できるだけ点数が取れるようにする。当面は病院スタッフが行えるようにする。	ボランティアも含め、チーム医療として連携しながら患者をサポートできる制度を。
525	患者関係者・市民	高橋和子	福岡	福岡	相談支援事業。			経験者が相談事業に参加。そのためにもきちんとしたボランティア養成を行政がバックアップ。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
526	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	相談支援センターのあることさえ知らない患者も多い。患者団体などの力を使って協働して支援にあたってほしい。			
527	患者関係者・市民		福岡	福岡	相談支援、コールセンター、ガンサロンなど患者同士で話せるように。	ボランティア、NPOなどで使える予算が必要である。活動への補助。		
528	患者関係者・市民		福岡	福岡	患者の会などの活動は、活発にあっているが、資金面で苦労している。	基金などの仕組みを考えていただく(一般からの寄付と自治体予算を合体して)。		
529	患者関係者・市民		長崎	長崎	相談窓口の情報不足(具体的な窓口がわからない)。			
530	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	拠点病院以外で治療となった時、医師のレベルに不安がある(症例を経験されているのか?)。標準治療計画をうまく活用できるか。			「がん登録」は、告知から治療までを全国で共有できるように?
531	患者関係者・市民		長崎	長崎	高額医療申請について…月々の支払いが10万円以上になっても、1ヶ所4万円以上という条件にはばまれて申請出来ない状況である。支払合計で出来るようにはならないものか(患者同士でいつも話題になっている)。			
532	患者関係者・市民		長崎	長崎	患者及び患者の家族への精神的ケアが十分できていない。			対応できる専門家を施設に配置する。
533	患者関係者・市民	三好綾	鹿児島	島根	がん難民と呼ばれるがん患者がまだ多い。情報の選別で苦労していたり、病院探しなど迷っている。	全国フリーダイヤル(24H対応)のコールセンターの設置へ予算を。		
534	患者関係者・市民			島根	家族ががんになり受診、治療したが、その過程で納得いく医療を安心して受けるための相談等、すすめられたことは一切なかった。病、患者を抱えた初期段階は相談機関を探そうという発想すら浮かばない。	広報に対する予算投下を。		広報に対する予算投下の一方、関係者が患者や家族を相談機関につなぐという発想を持ってほしい。制度にするのはそれから。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
535	患者関係者・市民			広島	資料49-50を参考にさせていただいた。長期化学療法を受ける場合、外来で行うことが多くなった現状についての患者の医療費の工面。	資料にもあるように、入院・外来どちらにおいても月額1万円程度の負担額にしてもらわなければ。	経済的にも、生活面が行き詰まると思う。がん保険に入っていない人もいます。	(身体障害者と同様とはいかないにしても)がんは慢性疾患と同様に長い経過をとる場合もあり、そうなった場合、生きていくためには障害者の人は補助があってもがん患者には補助がなく、お金がなくなった時は治療は受けられず、という状況になってしまう。例えば…私は、がんで死んだ父と腎不全の弟がいる。父は真面目に一生懸命生きてきて、がんになってからもひたむきに治療(手術・化学療法)を受けたが、昨年亡くなった。その際とてもお金のかかったこと！がん保険でもなかなか追いつかない額だった。弟は20~30代の不摂生のたまものから、透析を受けるようになり、障害者1級認定してもらえたが、なぜこんなにがんと透析の人と国や地域の対応、補助が違うのか!!と憤りを覚えた。弟が憎いわけではないが、父が不憫でかわいそう。同じ思いをされている家族の人は多いと思う。肝炎の方もそう。
536	患者関係者・市民			福岡	成人の方のがん対策は少しずつ協議されているが、小児時期に発病するがんに対する法律や、予後に関する支援(法律や相談業務など)の協議が少ないように感じる。	治療に必要な予算と、治療後に必要な予算(自立)の内訳を見直す。	予算や診療報酬のようにお金が動くことが多い。お金の動きが分かりづらいと国民は不安になる。診療報酬の透明化が必要である。	がんには成人期のものと小児期のものがある。それぞれの特徴は違うため、制度もそれぞれの特徴に合った制度を作る必要がある(法律作成だけでなく、改正も視野に入れる必要がある)。
537	患者関係者・市民			福岡	住んでいる所・地域・病院などでの患者同士の交流の場所が欲しい。	相談支援センターを制度化してほしい(総合的に支援出来るシステム-医師・患者家族・看護師)。コールセンターの設置。患者が相談支援を担当できるように教育を制度化してほしい。	相談支援に点数を付けて普及・発展できるようにしてほしい。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
538	立法府	藤井律子	山口	福岡	情報が少ない。相談場所がない。要望・情報・治療等に地域間格差が大きいので、それを埋めるための様々な情報提供、病院の紹介。	がん拠点病院に必ず設置することを義務づけ、予算をつける。	相談に対し、適正な診療報酬を点数化する。	がん拠点病院へは必ず設置しなければならないというルールを作る。
539	行政府		広島	広島	がん患者必携を必要とする全てのがん患者に無償で配布するには、相当の予算が必要となり、現実的には困難なものと考えられる。			個人負担の導入による、がん医療等にかかる情報提供の早期拡充。がん患者必携の有料化による希望者への早期配
540	行政府		山口	島根				
541	行政府	森慎二	長崎	長崎	患者さんや家族の不安が大きい。どう対応すればいいかわからない事が多すぎる。	電話相談窓口を設置して対応したらいかがか。		
542	行政府			島根	がんばかりでなく、多くの難病患者、家族が不安をもって治療にあたっている。病気のことはかりでなく、将来にわたる生活全般についても。そういった相談にのることができる体制づくりが必要では？			
543	行政府			広島	がん検診で、要精密者に対し、具体的に専門医療機関を紹介しづらい現状がある。	定期で、個別相談、小地域での講演会等を設けていただきたい。		乳がん領域では県HPで医療機関を提示されているが、子宮がん等他の領域においても県単位で提示していただきたい。
544	医療提供者		青森	青森	医療費の補助、申請方法等に、専門的に説明する職員の配置が必要と考えている。			法的制度が整備されれば望ましいと考える。例えば、がん拠点病院(理想はすべての病院)に配置するような制度があれば望ましいと思う。
545	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	県のがん検診連携拠点病院でがん相談員をしている。年間5,400件ほどの相談(福祉・看護・がん)を受けている。全相談の6割がお金の相談である。全相談の3割ががんの相談だが、がん患者さんの4割はやはりお金の相談である。またがん相談には時間がかかり、エネルギーも費やす。専門知識、それも幅広い専門知識が必要になる。中には3時間以上かかる相談もあった。がん相談には時間がかかるのである。		がん相談員の中でも、認定看護師や専門看護師が対応した場合、診療報酬をつけてもらいたい。そうでないと、より専門知識をもった人を、病院側は相談室に配置しないと思う。今の相談員の基礎研修だけでは不十分だし、外来の看護師が患者ごとに対応する時間はない。	
546	医療提供者	堀口真由子	岩手	青森	医療機関ではなかなかゆっくり対応する時間が取れないように感じる。「がん」と診断された時から各段階で相談できる場が設定されていない。	気軽に尋ねられる相談支援施設の拡充。通院、入院中は院内の相談室・がんサロン・自治体のサロン・患者サロンに対する財産的補助。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
547	医療提供者	塚田芳久	新潟	新潟	・医療～保険(高額療養制度)の情報周知。・運用部署で患者視線で動けるか。	ガイドブックの配布(安価～無料)。	拠点病院以外でも24時間相談診療を受け入れる、身近な病院や診療所に報酬を(緩和ケアについてはアクセスしやすい顔の見える「かかりつけ医」の評価が大切)。	各自治体→各地域の公的サポートシステム→NPOの育成。
548	医療提供者	田中さつき	島根	島根	がん治療後、定期健診はあるものの、その間の心等のケアが不十分である。ケアがないと思う。			
549	医療提供者		島根	島根	先日、友人から初発時に「治療方法がない」と言われたがどこへ相談に行けばいいか困っていると相談を受けた。病院ごとにはあるが、病院ごとの特色など誰に聞けばよいか。			
550	医療提供者		島根	島根	医療者と患者・家族の考え、思い、知識のずれがある。患者や家族のみでの活動。医療者のみでの活動は積極的にされていると思うが、歩みよりが少ない。インターネットの普及で情報が氾濫している。			気軽に相談・支援出来る場を多く設ける。かかりつけ医でない病院・診療所でなくても相談できるシステムづくり。電話相談。啓発活動、公開講座の普及。
551	医療提供者	太田桂子	島根	島根	「がんについて相談する場所・人がわからない」という声をさく。国民に対してがんの相談窓口が周知されていない。	国民への啓発。		調剤薬局は患者さんが出かける場所である。パンフレットの掲示などの工夫。
552	医療提供者		広島	広島	相談支援を報酬面で評価していただきたい。		別に30分程度時間をとって医師や専門看護師がチームで相談支援しても中小病院には設備がない。大規模の診療拠点病院でなくても中小の専門病院をもっと評価・利用してほしい。	
553	医療提供者		広島	広島	患者団体も専門職の相談支援センターと連携した仲間相談(ピア・カウンセリング)とし、患者をコーディネーターとして設置すべき。	・人材養成予算に入れる。・コーディネーターは研修・養成訓練すべし。		
554	医療提供者		広島	広島				
555	医療提供者	木下真由美	広島	広島	相談窓口や相談員を配置してきているが、診療報酬がつかないため、人員配置が少ない。相談には時間がかかり、マンパワーが必要である。	・相談に関する予算の増額。・相談を担当する者の育成に対する予算。・ソーシャルワーカーの人数に対して予算。	・相談事業に対して報酬をつける。その際、研修を受けている者、資格を持っている者が担当した場合は多めにする。	・「心のケア」「在宅医療」「社会面の苦痛」に関する相談が多いと考えられる。これに対する相談窓口を拡げていく。広島県の「がん患者フレンドコール」の活用が不十分か？広報不足か？・窓口だけでなく、院内、地域内をフリーで動けるほどの人員増。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
556	医療提供者		福岡	福岡	拠点病院にはがん相談支援センター設置、がん相談員もいるが、患者・家族の相談内容によっては過剰な期待、現実的でない相談に対応しきれない(時間も労力も費やしているが、それが何にも色々な面へ反映されていない)。	拠点病院ではなく、本当に専門的知識をもって対応できる、また患者会等を支援して、コールセンターのような相談支援を積極的に行ってほしい。		他のこともあるが、何でも拠点病院に負担が大きい、そのフォロー体制も必要ではないか。
557	医療提供者		福岡	福岡	相談支援の院内環境が病院によって差があり、病院側の理解によっては環境が整っていない場合もある。相談支援に医師が参加する仕組みを！	がんサロンは病院の努力のみでは行えないため、場所や予算は市の支援がほしい。		
558	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	拠点病院内での相談支援センターの位置づけがあいまい。相談データの分析、評価、特に診断、治療内容などについて。	人(専従者の確保に必要な予算を具体的に！(つまり、人の確保のためにつける)。	「セカンドオピニオン」の点数化を。すべての地域がん診療拠点病院について、医師の相談員の配置を願う(専任でも可)。	福岡県のように大きな県ではブロック化しているが、県全体の協議会と同時にブロックの協議会の活性化を推進するようにしてほしい。
559	医療提供者		福岡	福岡	患者も学習することが必要だと公報する必要性。がんの治療の自己決定・選択をするためにも、自分のがんについて努力・勉強することが大切だと国が伝える必要性。患者は黙ってベッドにいれば最高最大の医療が受けられると思込んでいる人が多い。それなりに知識をもつ努力が大切だと知ってほしい。			
560	医療提供者		長崎	長崎	相談室の整備(ハード面)はされてきたが、がん相談支援センターを地域住民に広報する手段や、利用者を増やすための広報がまだ不足している。また、がん患者会やサロンに対する予算がなく、当事者活動の推進ができていかない。	がんサロンに対する予算をつける。サロンでの飲食にも予算がつかず、手出し(病院や患者)になっている。地域内の相談員のレベルアップなどの研修に予算をつける。	がん患者に対する相談援助(がん相談)に診療報酬をつける。がんサロンの開催にも診療報酬をつけてほしい。	
561	医療提供者		長崎	長崎	平成19年4月、がん相談支援センターが開設以降、がん相談は年々増加の傾向をたどり、在宅医療も進み、その調整にMSWは多忙である。当時6時間勤務の専任のMSWを配置されたが、現状もそのまま。データ整理に相談支援センター事務員も必要である。	患者サービスのために相談支援センターの充実を考えるべきである。MSWはフルタイム勤務、事務職員配置にも予算を当ててほしい。		がん相談支援センターの相談員は、相談件数に応じた適正人員配置を望む。
562	医療提供者		長崎	長崎	患者会の予算をつけてほしい。相談支援センター職員の待遇(正規にしてほしい)。	患者会・相談支援センター相談員の予算。		
563	医療提供者		長崎	長崎	患者支援センターの広報。知らない人が多い。	広報の費用を増やしてほしい。		
564	医療提供者		長崎	長崎	がんになったら、お金がいりすぎる。がんの告知と個人情報保護法がマッチングしていない。	がん患者及びその家族に、国から金銭的に支援すべき。		がん患者・その家族に、生活保護的な金銭面での支援を。
565	医療提供者		長崎	長崎	がん相談に関わるスタッフが不足している(特にMSWが)。	がん相談に関するMSWの育成、研修etcの保証。	がん相談に関する診療報酬etcの整備。	がん相談に関してのスタッフの整備(人的配置を充実)。MSWの基本給の上げ。
566	医療提供者			島根	説明を理解できていない患者が多い。セカンドオピニオンが十分機能していない。	医療者の育成と検診への予算が少ない。	援助に対する評価が十分になされていない。薬剤や機材に対する対価が中心である。	新薬の導入が遅い。手続きが煩雑で時間もかかりすぎる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
567	医療提供者			島根	がん患者への相談支援を行うための社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置が少なすぎる。	心理社会的支援を行う社会福祉士を設置することを予算化する。	社会福祉士の配置を病院の施設基準の診療報酬に反映させる。	現在、がん患者は全国全ての医療機関に存在している。少なくとも80床に1人の社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置を制度に定める。
568	医療提供者			広島	がんPtの相談(広島だと、フレンドコールのことです)への対応が悪い。この苦情へどのように対応するのか。質の保証は？	特定の団体の運営にしない。資金の流れを明確にする。		相談事業にたずさわる人の育成(オープンな形で実施)。がんセンターの実施するものではなく、自治体ごとの相談窓口は別に研修を持つ。
569	医療提供者			広島	がんサロンをやっているが参加者が少ない部位がある。がん拠点病院や専門病院で連携がない(薄いと思う)。			がんサロンや連携した場合の診療報酬面での加算による連携誘導。
570	医療提供者			広島	相談や情報提供にかかわるスタッフの不足。	十分なスタッフ体制がとれる様に予算配分。		
571	医療提供者			長崎	国が積極的に公開していない。		後記を公開した場合、病院の診療報酬を1%上乗せする。	国がんや厚労省のホームページに拠点病院の更新書類の全面公開をする(一般の方にも伝わりやすいレイアウトで)。同様の形式ですべての病院の情報を同様の書式で一般公開する。
572	医療関連産業	内藤麗	東京	青森	一口でがんと言っても、部位により発病原因-予防-治療-予後の過程が各々異なる。個々の患者さんの悩みに応じた情報提供、そして治療後に社会・家庭で「その人らしい」生活を続けていくための社会的サポートが足りていない。	患者会によるサポートは社会的資源である。そこに継続的な予算をつけるべきである。患者会も、部位によりきめ細やかなサポートができるほどは整っていないため(或いは、疾患別の患者会が全体をサポートしている)、患者会が活動を充実させるための支援が必須。	26本の提案例の「19」「20」を支持する。	がんを部位により対策を分け、特に生存率の高いがん種については社会復帰し家庭で円満な生活を送っていくため、患者の「セルフマネジメント」を支援するプログラムを導入する。できればこれを診療報酬制度に組み込む(社会的・治療面・精神面をセルフマネジメントできるプログラム)。* 個別の患者会の支援とは別に、マスの施策として導入し取り組む。
573	その他	織井優貴子	青森	青森	患者サポートグループは院外型かつ有効であるにもかかわらず、十分な研修、運営ができていない。	院外型患者サポートグループの養成、運営のための予算。研究のための予算(サポートグループの有効性と修正プログラム作成をし、質的向上を目指すため)。		県からの事業として院外型がん患者サポートグループの運営補助、協賛などしてほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
574	その他		島根	島根	がん医療について(検診等も含めて)、国民に情報提供が十分になされていない(十分に伝わっていない)。	情報提供のための予算を計上することはもちろん必要であるが、身体的な予算配分にも配慮すべきである(より情報が伝わるように)。		がん対策について、情報提供は各々がされているが、一定のところを集約しておくほうが、より国民に伝わりやすい。情報を集約し、情報提供を一括してするような制度を設けると良い。
575	その他	高橋裕子	広島	広島	拠点病院のDr.から、がん患者・家族へ相談支援の情報提供がない(4を含む)。		とくに外科のDr.はそこに問題があるという認識がない。コストをつけてでも情報を。	診察室やベッドで紹介することにコストをつけるなど。
576	その他		広島	広島	がん患者や家族は、自分達のことを分かってくれている主治医や身近なナースに相談したいという思いが強いと感じている(公のがん相談等ではなく)。		主治医や看護師の行う相談にも点数をつけるべき(お金にならないところに病院は人材をつけない)。	
577	その他		広島	広島	現在、情報はインターネット等で検索することは可能であるが、どれが信頼できる情報なのかを選別するのは一般市民には困難である。			
578	その他		広島	広島	患者・家族が気軽に相談できる場所がない(治療前(特に診断直後～入院まで)・治療後)。		個別・集団相談支援に対する診療報酬加算(ex. カウンセリング、サポートグループ)。	
579	その他	反田愛子	広島	広島	経済的制度や事務的に患者さんに関わるMSWが多く、本当に必要な心理的なサポート、ご家族を含めたサポートができていないところが多い。			医療ソーシャルワーカーの立場の確立。MSWへの診療報酬。
580	その他		広島	広島	医師や看護師さんがゆっくり患者さんや家族の話を聞いたり、相談できる時間を作ることができない現状があると思う。心ゆくまで納得いくまで説明が聞けて、落ち着いた環境で、決断ができる環境がないと思う。		病院の相談員さんがそういった相談を受けているケースが多いと思う。その相談員さんに対する報酬があってもいいと思う。だが、それが患者さんの負担にならないよう、そこは国の予算から出していただきたい。	医師・看護師・医療ソーシャルワーカー、ゆっくり相談できる環境、支援について、専門家の育成。そういったスタッフを置くことで病院の評価が上がるような対策。
581	その他		広島	広島				
582			東京	青森	情報や患者支援に地域格差がある。未だに地方(南)の大学病院の教授は患者を物としか見ておらず人として扱っていない。人権がない。			患者力を底上げして、自らが変えていくエネルギーを持ってもらう。患者さんが集まれる場所(サロン)の設置をし、中身についても法整備する。
583			島根	島根	相談支援センターの存在の周知が十分ではなく、まだまだ相談できずに困られている方も多い。スキルアップのための予算。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
584			島根	島根	私は患者本人でもあり、患者家族でもある。現在家内が入院中だ。付き添いの看護をしている。そこでじかに大変さを感じている。患者本人は看護師をはじめ皆さんに励まされつつ療養をし、心のケアもしているが、付き添うものは相当の精神的なプレッシャーを感じている。なのに何のメンタルケアもない。これでは患者が参るか看護師が参るか比べたら、看護師のほうが切羽詰まった感情におかれる。			患者家族に対するメンタルなケアの必要性を痛感する。そのような制度を作っていただきたい。患者家族は第二の患者であるから。
585			島根	島根	患者が情報不足で不安になっている。どこから情報を得たらよいか分からない。	がんについて医師に質疑応答ができるようにする。		
586			広島	広島	ファイナンシャルプランナーとしてがん患者から経済的相談を受けるが、答えるのが大変(相当な作業量)。	HPで良いので、各がんの費用、薬あらしの案内のための予算。	患者負担額のオープン化。	ファイナンシャルプランナーに対する教育制度(ボランティアでも参加してそういう勉強がしたいと思っている)。
587				青森	県内の医療機関でも標準的ながん診療ができているとはいえないのではないか。			
588				青森	県病のホームページがない。県庁HP→病院局から入らないと見れない。医師募集もがん診療センターの診療内容も一般の人に全く伝わらないと思う。			独立した病院HPの設立。
589				広島	民間の受け付け場所を知らない。又、それらの施設のPRがない。	委託事業として一定額を補助する。行政からの事業では患者の苦しみはわからない。	民間側で病院の入退院時に病院かかりつけ医、かかりつけ薬局等の連絡をとれるように努める(患者の不安を取り除くため)。その集団相談料を付加する。	
590				広島	ネットワークが構築されているか?それを出来ない人も多い(高齢化・独居老人がふえている)。	・地域での相談支援体制を充実させる。・民生委員さん達への情報(ネットワーク等について)提供。		
591				長崎	患者会が少ない。患者会についての情報を求められることがあるが、近くなかったり、疾患別だったりするため全体的に増やしてほしい。	患者会への予算を増やしてほしい。		
592				長崎	がんが見つかって、ベストな治療法が患者にはわからず、情報が少ないため、最初に診察されたドクターの言いなりである。セカンドオピニオンが不十分。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
593				長崎	がんと言われて、本人・家族はこれまでの生活の継続ができない…などの思いの中で葛藤がある。まず相談できる所がほしいと思う。また、安らげる場所・居場所…。	高額医療費を継続に何ヶ月も…となると一般家庭では大変である。また、在宅ケアについては、介護保険制度のような訪問看護を、低料金で利用できるようにしてはどうか。		各医療機関に相談員(がん治療に関してのエキスパート)がいればいいのかと思う(経済面、治療の事、生活の事など…家族の悩みも含めて)。

8.がん登録

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
594	患者関係者・市民		青森	青森	データの蓄積と分析。	数年継続して集中して取り組む。	情報提供として高い評価を。	分析結果を分かりやすくデータベース化して啓発、活用。
595	患者関係者・市民	小林涼一郎	広島	広島	ぼくは、ネットや本を読んで、収集している30代である。それでも「がん登録」の存在を知らなかった。予算付けてほしい。	新しい医療器具、いらないので、がん登録の登録率100%にしてほしい。		
596	患者関係者・市民		福岡	福岡	喫煙者の対策～特にホテルロビーなどの公開の場での禁煙について、理解のない施設が多くある。子ども、外国の方、若年の者の受動喫煙の問題。			もっと徹底した禁煙の制度を。法や条例で。少なくとも路上すべて、公開の場など。
597	患者関係者・市民		長崎	長崎	登録制度の確立。			
598	立法府	藤井律子	山口	福岡	全ての病院で登録をしていない。実態が分からない。	登録をする人(実務者)に予算をつけてほしい。	登録料分アップ。	美務付けとその有効活用→相談体制へ/医療提供者への情報/患者会へ。
599	行政府		青森	青森	届出数が少ない。	-	がん登録1件につき、いくらか診療報酬を支払う。	がん登録の法制化。
600	行政府		青森	青森	法制化が必要。任意の制度では限界あり。			法制化。
601	行政府		青森	青森	がん登録が県内では実際どのくらい行われていて、活かされているのか分からない。きちんと行われているのか情報がほしい。また、登録した情報が次へどのように活かされているのか知りたい。	「がん登録を100%にするためにどうしたらよいか」→どうしてできないのかの分析は？ 以前、脳卒中情報提供制度というのがある、病院からケースの情報提供1件につき千円が病院に支払われるということがあった。これを参考にできるか!?	ここが私たちの立場だとよく分からない分野になる。	大西さんから「がん登録が十分でない」と説明されたが、その理由が聞かれなかった。制度面で解決できることなのか不明である。先進県はどこ？ 先進地から学ぼう。理由をある程度分析しないことには答えづらい(現場の医師不足？意識不足?)。
602	行政府		青森	青森	罹患状況が把握できない。対策を検討する上でも重要である。			法律の策定で義務化する必要がある。
603	行政府	宮川隆美	青森	青森	がん登録が不十分なため、罹患率が不明である。予防に問題があるのか、医療が不十分なのか、分析ができず対策が取れない。	がんの診療報酬を大幅に引き上げ。がん登録担当の職員を確保する。		
604	行政府	佐藤美由紀	新潟	新潟	全国で統一的に行われていない。			スムーズに情報が得られるよう法的根拠がほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
605	行政府		島根	島根	がんの疫学の為には、登録が必要だが不十分ではないか。	担当者がつけられるよう、人への予算を。	登録数に応じた加算？	登録の必要性についての啓発。
606	行政府		広島	広島	①5年生存率把握の困難。②県境住民の他府県受診による未登録例。			「住民基本台帳の活用」をがん登録事業として法制化してほしい。
607	行政府		広島	広島			報酬で評価(診療情報管理士の配置など)。	法制度整備。住基データを活用できるよう制度改正。
608	行政府	岩永薫	福岡	福岡	がん登録の実施が、地方に任されている。		届出に対して診療報酬を加算してほしい。	がん登録を法制化して、届出を義務化してほしい。
609	行政府	長田智貴	長崎	長崎	他県との比較ができない。	予算措置は必要。		何らかの国の方針は必要(法・政令など)。
610	行政府		長崎	長崎	国が一時期、義務を外したために、止めた都道府県が多く、データが欠落してしまった。	まとめる必要経費は国が考えるべきである。	がん登録に対し加算等が必要である。	制度の信頼性を評価する事、また県境を越えたデータを活用できるような制度にしたい。
611	行政府			福岡	各県で、実施方法や項目がバラバラ、実施していない県もある(地方自治になじまない)。	がん登録予算は、国がすべて対応すべき。		がん登録は、国が責任を持って全国統一的方法で実施すべき。基本法の中に国の責任として明記することも必要。
612	医療提供者	長谷川善枝	青森	青森	がん登録が推進されてはいないこと。	登録にかかわる予算の確保。		私は乳腺専門医だが、乳がん登録は日本乳がん学会が現在全国的に推進している。疾患ごとの登録は、学会との連携が良いのではないか。
613	医療提供者		青森	青森	がん登録が言われて久しいが、まだ十分でない。		参加医療機関の加算をしっかりとる。	登録の義務化を強める。
614	医療提供者	堀口真由子	岩手	青森	2007年全国集計がやっと出たばかり。がん登録がきちんとされなければ政策の検証施策もできない。過去と比較するにも1996年、2002年と乏しいデータしかない。5年生存率を調査するためには、個人情報保護法との関係からの法整備が必要と考える(住基ネットを使えるようにしてはならないと考える)。	院内がん登録、地域がん登録の法制化に対する予算。人員については、パートや臨時職員を雇う予算ではなく、専門者としての雇用を考えてほしい。	院内がん登録に従事する人(研修済の人)の設置施設に対する診療加算の法制化。	院内がん登録従事者を国外(アメリカのように)腫瘍登録士というように資格制度にして、精度を向上させる。
615	医療提供者		新潟	新潟	がん登録の整備。			疫学調査(追跡調査)を行っているが、完全な把握はできていない(個人情報保護の面で理解いただいていない先生もいる)→是非、がん登録の一刻も早い法制化を望む(民主党はマニフェストで言っているが)。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
616	医療提供者		広島	広島	法制化されていないので、法治国家としての対応を(法制化しないのは、国はやる気がないのでは)。	がん研究につながるが、解析・精度の向上の基礎医学の予算向上(拠点病院などの補助と同じくらいの予算を)。・がん対策の羅針盤として、データの適切な管理は必須(考えたことありますか?)。	レセプトとがん登録を照合し、その割合で診療報酬をつける(高い確率で一致すると、がん登録率が高い)。	法制化は必須。
617	医療提供者	岩田潤一	広島	広島	がん登録を行うにあたって、診療情報管理士の重要性を医療関係者だけでなく、県民にアピールすることはできるであろうか。認知度が高くなれば、仕事のやる気も出てくるのだが(がん登録の精度向上にもつながる)。			TVや新聞に、診療情報管理士の仕事や重要性について取り上げてもらう。←制度と外れて申し訳ありません。
618	医療提供者		広島	広島	がん登録の予後調査にかかる制度が明確でない、取得できない。実務者の育成、情報公開など制度整備が必要。	がん登録実施機関に対する加算。	上記の制度化、医療情報を解析する部門の設置制度化。	
619	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	地域がん登録の精度がまちまちである。	がん登録士の国家認定。		がん登録制度と保険診療をリンクさせる。国として法制化する。
620	医療提供者		広島	広島	がん登録はがん予防には最も重要なものであるから、一層の充実が必要である。	腫瘍登録室を県に設置し、予算をつけてスタッフを充実し、きめの細かい登録事業を行うべき。		がん登録に関する法律を充実する(登録義務を法制化する)。
621	医療提供者			広島	がん登録実務者の立場が非常にあいまいである。		がん登録加算の設定。	がん登録実務者の身分の保証。
622	医療提供者			広島			登録に評価(加算)。	予後調査をスムーズに。法整備してほしい。個人情報関係でかなり困難。
623	医療提供者			広島	がん診療に必要な医療機材の整備あるいは機材更新がままならない。	がん診療拠点病院への機材整備更新の予算配分を各年度毎振りわける。		
624	医療提供者			広島	がん登録を担当しているが、生存調査をする際に院外死亡患者さんの場合、死因まで特定することができない。			がん登録患者さんの死亡日、死因情報を各施設へ還元する制度を設けてほしい。
625	医療提供者			広島	拠点病院院内がん登録と地域がん登録の登録項目と定義に一部違いがあるので、がん登録実務者の負担となっている。			2通りのがん登録の統一化。
626	医療提供者			広島	がん登録実務者の養成と継続教育を行い、登録内容の評価をしてほしい。		質の評価を行い診療報酬に反映させてほしい。	国立がんセンターを中心とした実務者教育の充実。がん登録実務者の配置における制度化。
627	その他		島根	島根	がん登録が不十分である。診療報酬にしっかり反映することが大切だと思う。		全例のがん登録がなされれば、診療報酬が2~3点上がるなどはどうか。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
628	その他		島根	島根	現在、がん登録は十分にその重要性を理解されているとは言えず、あまり網羅されていないように思われる。また診療ガイドラインも整っておらず、今後改良される可能性がある。また、診療体制ネットワークも今は、まだ十分に機能しているとは思われず、今後整ってくるが見込まれる。まず登録をしてもらい、重要な情報はすぐに連絡できる(漏れなく)ことが必要と思われる。			日本全体で登録を推進する規制を設けるのがよいと思われる。
629	その他		広島	広島	がん登録により、より詳しい現状把握ができ、今後のがん対策には必要不可欠である。			
630			青森	青森	がん登録に協力してくれる医師が少ないのではないかと。	専門に行う人を雇う予算をつける。		
631				青森	がん登録なしに実態把握はできない。本県はDCO50%程度協力を求めるためには医療機関のインセンティブが必要である。	がん登録実施都道府県や協力病院に対する予算措置を。		早期の法制化と、周知活動の充実。
632				広島	「がん」を自分の問題として考えられないところに根本的な問題がある。			是非「がん登録法」の策定をお願いしたい。
633				福岡	今まで十分な統計がなかった。	増。	増。	様式の全国統一。法令による医療施設への義務づけ。医療施設への罰則(予算減、診療報酬減)。
634				長崎	長崎県は杵岐・対馬があるが、福岡で受診した時は、福岡県が実施しておらず、実態がつかめないのではな			

9.がんの予防

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
635	患者関係者・市民		青森	青森	受動喫煙対策について、法はあるが、対策は進んでいない。	よくわからない。	よくわからない。	国全体としてもっと強化すべき、各県に任せておくのではなく。
636	患者関係者・市民	工藤孝	青森	青森	情報不足である。			教育的に取り上げる。
637	患者関係者・市民		青森	青森	がんの予防。	予防医学を日本国民の教育制度に入れてほしい。	予防講習、検診も適応すべき。	
638	患者関係者・市民		島根	島根	学校教育が未整備。			教育委員会での整備検討。
639	患者関係者・市民		島根	島根	身近な人ががんにならない限り、「がん」は他人事、「自分はならない」と考えている人が多いと思う。			小学生、中学生にもがん予防(他の病気も含めて)の大切さを教えていけばいいと思う。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
640	患者関係者・市民	井上等	広島	広島	・若い人の喫煙。特に女性が増えているのでは？ ・喫煙は軽い気持ちでおもしろ半分スタート。止めるのは地獄の苦しみ。			縦割り行政の壁を乗り越えて、学校教育の場で徹底した教育。レストランなど公共の場での喫煙禁止。タバコ増税(何故できぬ???)。
641	患者関係者・市民		広島	広島	がんの原因と分かっているが、たばこ対策がされていない。	必ずしも多くない。		禁煙対策を各市町村→県→国と広めていき、たばこを吸わない国にする。
642	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	たばこについては、がんの主たる原因と言われて久しいが、若者の喫煙者が減らない。	たばこの税収も大切だが(痛しかゆし)、たばこにより病気になる、医療費を多く使うのも変である。		
643	患者関係者・市民	和田文夫	広島	広島	自販機の撤去。医療従事者の禁煙を。			
644	患者関係者・市民		福岡	福岡	職場の福祉厚生制度の差か、国保の者など検診に必要な費用の負担で、早期発見に必要な定期検診を受けない人が多くある。	予算を増やして。	定職が持てない人、収入の少ない人、専業主婦などで、特に生活の苦しい人に対する無料検診の制度はできないか。	
645	患者関係者・市民		福岡	福岡	たばこを外で吸っても、部屋内に入った時の息が家族にかかるのが気になる。やっぱり断トツの値上げがほしい。			
646	患者関係者・市民	高橋和子	福岡	福岡	がん予防(たばこ対策)			学校教育の場から、たばこの害を啓発。
647	患者関係者・市民	皆川泰男	福岡	福岡	HPVの予防ワクチンがやっと承認され、使用できるようになったが、欧米並みに11~14歳になれば、ほぼ女性全員受けるようになってほしい。知らないことが問題である。			教育現場と連携するべきである。
648	患者関係者・市民	橋本恵一	長崎	長崎	がん患者の対策と併行して、もっとも大切なのは予防と思う(がん患者数が少なくなれば、それだけ種々の問題、予算も削減が可となる)。	TV、ラジオ、新聞等マスメディアと各市町村も合わせて、予防のための対策費を(たばこ対策のみではなく全般について)。		
649	患者関係者・市民			青森	受動喫煙で、離れて吸っていれば大丈夫と考えている。吸う人の自由ではないかなど、周囲のことだけでなく、害があることを自分のこととして考えられない。	たばこ農家が転作する町の補助を増やす。	-	・路上喫煙を防止する。 ・生命保険加入の際、たばこを吸わない人の保険料を安くする。 自動販売機の撤去
650	患者関係者・市民			島根	喫煙者は自分のことしか考えていない。がんの一番の原因がたばこであることを認識してもらいたい。	分煙室が施設において少ない。しっかりした分煙室ができていない。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
651	行政府		青森	青森	県で、町の教育委員会に、学校内で職員の喫煙問題についての話し合いに来たが、手応えが薄かった。法律で努力義務になっているが、町担当者の意識には喫煙問題なんてなかったようだ。校長会に提案します、とは約束したが…。			教育現場(学校・保育園・その他)での喫煙は、できないにしていまえばどうだろうか。
652	行政府		青森	青森	たばこ対策が全く不十分である。官公庁、飲食店の取り組みが特に進んでいない。学校は教員のマナーまで考えると、全面禁止の場となっていない。			国の施策として、公共の場における全面禁止を推進すべきである。
653	行政府		青森	青森	受動喫煙防止対策が不十分である。喫煙防止対策も不十分である。	たばこの価格を他の国並みに引き上げる。たばこ農家の転業対策の予算を整備する必要がある。	禁煙治療の保険点数を引き上げて、開業医の取り組みを進める。	健康増進法の受動喫煙防止の恐れについて、罰則規定を設ける必要がある。
654	行政府		青森	青森				たばこ1箱、千円に。それくらいになると、さすがに止めるとい
655	行政府		青森	青森	若年者の喫煙が多い。		禁煙外来の若年者対象。	たばこ事業法の廃止。たばこ対策法の制定。価格値上げ。
656	行政府		青森	青森	歩きながらの喫煙や、子どもを乗せている車内等、密室での大人の喫煙など目立つ。	禁煙の機会を捉えた指導(女性は妊娠時、男性は子どもが産まれた時が禁煙のチャンス)。(ex.出産の退院指導に禁煙指導を盛り込む。産婦人科スタッフに対する人材育成)。		
657	行政府		青森	青森	喫煙率がまだ高い。			たばこの値段を上げるべき(税金だけでなく、原材料の葉たばこの金額も)。
658	行政府		青森	青森	がんの予防(たばこ対策)。各学校・職場への啓発が不足。愛煙家をうまく取り込む形で進められないものか。	各学校へも入るのが、なかなか時間を取るのが難しそう。健康教育の予算を増やしてほしい。	よく分からない。	各学年での取り組みを義務化するのはいかがでしょうか。学校で時間や興味がないと、申し入れしても断られる。
659	行政府	宮川隆美	青森	青森	たばこ対策が不十分である。	たばこ農家へ転作のための予算を確保。	自販機の廃止。全国すべて歩行中の喫煙禁止、公共の施設完全全面禁止。	たばこの価格、大幅値上げ。
660	行政府	佐藤美由紀	新潟	新潟	産業面にも配慮が必要で、健康面だけからすすめられない。	税は農家の転職等、産業界の縮小のために使う。		はっきりした国の方針を示してほしい。
661	行政府		島根	島根	健康増進法及びたばこ枠組条約が定められているにもかかわらず、受動喫煙防止対策が不十分である。未成年に対する喫煙防止対策が不十分。たばこの価格が諸外国に比べ安い。			たばこ事業法の見直しをすすめ、健康増進法などを一体的にしていこう。→禁煙推進法を。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
662	行政府		島根	島根	施設内禁煙が進んでいない。若い世代、女性の喫煙者が増えている。	たばこの害、受動喫煙の害等についてあらゆる機会(テレビ、マスコミ、映画館、各種イベント)を通して啓発する。全国キャンペーン。啓発用媒体の作成、活用。	禁煙治療のための医療をすべて保険診療にする。	学校教育にたばこの教育を必修化。
663	行政府		島根	島根	全体で喫煙率は下がってきているが、依然として若い世代の喫煙率は高い。JTのCMはたばこのマナーを中心内容に見せかけて、たばこをきれいな良いものとして印象づけるイメージがあり、即やめるべきだと思う。	たばこの価格を上げた場合、たばこ税として財務省へおちるのではなく、厚労省のたばこ対策費にあてるべきだと思う。たばこ税の使い方を検討すべき。		
664	行政府	田中央吾	島根	島根	ある程度負担可能な費用でがん検診が受診できるにもかかわらず、健診受診率があがらない。			医療保険料を、がん検診受診した被保険者には下げ、がん検診受診しない被保険者は上げる。
665	行政府		広島	広島	未成年喫煙。	たばこ増税。		
666	行政府		広島	広島	たばこ対策はがん予防において重要であるが、若年層、女性の喫煙等まだまだ本格的となっていない。	自動販売機、市町のたばこ税のあり方。	喫煙者はニコチン依存症という病気のため、禁煙治療の保険適用はあってもよいのでは？(すでにあればすみません。)	・たばこのコマーシャルの中止。・自販機の撤去。・たばこ税の見直し。→これが大きいと喫煙者が減少するかも。しかし、健康を害するものから得る税の考え方。・喫煙者の禁煙に向けた支援(保健適用他)。
667	行政府		広島	広島	たばこががんを発生させる最大要因との意識がまだまだ薄い。			禁煙をする店、分煙をする店をもっと顕彰していく制度の強化。たばこの金額を高くする。
668	行政府		福岡	福岡	がんにならないためのがん予防か、早期発見のための受診率の向上が必要である。	推進するための目的補助金の確保が必要である。		地域の医師会を刺激し、予防啓発に積極的な医師を増やすよう支援する(小規模な市では、まず専門医師を確保することが重要)。
669	行政府	森慎二	長崎	長崎	予防策の周知が充分でない。食事や生活上での予防策を特に周知する。マスコミとの連携が充分でない。	限られた予算であるため、マスメディアとの連携による予防策を国民へ周知していくこと。		
670	行政府			青森	地域に分煙や禁煙支援が任せられっぱなし。喫煙対策はトップダウンで行う。			たばこを1箱千円に。学校のカリキュラムに健康の時間を入れる(がんについて、生と性、心の問題)。
671	行政府			島根	未成年者にはじめの1本を吸わせない教育が必要(禁煙する事はとても難しいことなのだと感じる)。喫煙によるがんの発症もからめて、より早期(小学生等)の段階からの教育が必要だと思う。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
672	行政府			長崎	喫煙者が多い。			分煙の徹底。税アップ。
673	医療提供者	宮脇哲丸	島根	島根	公共施設におけるたばこの自販機、分煙などがいまだに多い。			まず、役所(県庁、市役所)から、自販機の撤廃、敷地内全面禁煙をすべき。→然る後に飲食店等へ！
674	医療提供者		島根	島根		中高校生への禁煙教育の推進。		公共の建物での禁煙の推進。たばこの値上げ。
675	医療提供者	高橋浩一	広島	広島	たばこ1箱1000円に。			たばこが1000円になれば禁煙する、という人は多い。本当は一気に1000円にするのがよいが、それが無理なら3~4年かけて1000円になる道筋を作りましょう。
676	医療提供者		広島	広島	感染症が公衆衛生対策で成功したような施策を(治療は後手である)！			学校給食を日本型に(食生活が重要)。朝・昼完全無料の義務(授業として)。大豆・ヨーグルト・ご飯を幼い頃から食べさせ、味に慣れる(パン食が今のファーストフードブームを招いている)。
677	医療提供者	高橋浩一	広島	広島	子宮頸がんワクチンなど全てのワクチンを欧米並みに国費で。	・感染症のワクチンは全て国費にする。・少なくとも欧米で行われているものは採用する。		・全てのワクチンの国産化を行う。→企業、大学、研究所の育成も予算化する。
678	医療提供者		広島	広島	がん化学療法を実施している看護師に対する被曝曝露予防など、安全の整備や教育が十分でない。	研究データ収集への予算付け。	安全整備がされていることを診療報酬加算の要件とする。	国(厚生労働省)ガイドラインの作成。
679	医療提供者		福岡	福岡	タバコ規制が不十分である。			欧米並みの強い規制を求める。特に、レストランなどでは米国のように基本的には全面禁煙の制度化を求める。
680	医療提供者		長崎	長崎	たばこの喫煙者が多すぎる。	たばこ税をがん税に切り替える。		たばこの価格をもっと上げて先進国並みに。公共の場(レストランなど)では全国禁煙に。たばこのテレビ宣伝もがんの組織を提示してリアルに。
681	医療提供者			青森	喫煙が多い。たばこ税等にて喫煙離れを狙うのはやむを得ないと思う。	とにかく販売量を抑制。たばこ業界等さまざまに悪化を招くが、死亡を抑えるなら国はペナルティーも辞さない構えが大切である。	企業としても職員の喫煙率の基準を設け、報酬に反映してはどうか。一人では取り組まず、全体でという発想も必要である。	さまざまな取り組みの効果がでてくる。会社(すべての事業主)対象で報酬も与えるべきである。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
682	医療提供者			島根	たばこ、アルコール、に対しても国民への情報提供がなされても、禁煙・禁酒の実施につながっていない。			たばこ税、アルコール税より、健康税として、医療に全面的に使用しては。長野県のように、各県各市町村のPHNの活用
683	医療関連産業	内藤麗	東京	青森	相変わらず喫煙率が減らない。分煙していないレストランや公衆施設がまだある。喫煙者の意識が低い。現行のがん対策推進基本計画で「未成年者の喫煙0%」としているが、それは書かずとも当たり前の話であり、「全体で」どこまで減らすつもりがあるのか、その明示が必要である。		今回の26の提案例の「23」を支持する。	たばこ税をもっと上げてもいいと思う。喫煙者は医療保険を多く払う仕組み。
684	メディア		東京	福岡	たばこに対する増税が決まったが、たばこの消費抑制に資する程度ではないと考えている。毎年の段階的な増税が必要ではないか。			厚労省の研究班(主任研究員の方は失念してしまった)で、たばこの増税と税収との関連をやっているところがあったかと思う。それを根拠に毎年のたばこ増税を実施、たばこ対策とすべきではないか。
685	その他		島根	島根	子宮頸がんについてHPVが原因であるということを広めていただきたい。			小、中学校での性教育の中でしっかりと啓発していく必要があると思う。
686	その他		島根	島根	予防に対する呼びかけが少ない。目にとまらない。意識が強くならない。	宣伝やメディアを通して一般の人々にも分かるようなものを作成すべき。費用をかけるべき。		
687	その他	高橋裕子	広島	広島	小学生でも吸っていることを社会が認識できていない。	小学4年生くらいから吸い始めるので、小3に必修で生活習慣の授業をする。	保険で禁煙できることに年令制限をしないことを明記する。	ゲストティーチャーに交通費等の支援を。
688			青森	青森	禁煙対策が進んでいない。			
689		井内康輝	広島	広島	喫煙率が低下していない。特に青年層や女性など。	たばこの値段をなぜ上げないのか。これは税収の問題にしてはいけない。純粋な健康対策である。タバコ生産業者の問題は別に産業転換を。		
690				青森	禁煙治療等、医療機関での取り組みをもっと積極的に行えばいいのではないか(そのための環境整備も含めて)。			
691				青森		葉たばこ生産者対策をきちんとする。		
692				青森	若い人達の喫煙対策。	予算不足。		身体と子どもへの影響を学習させる。
693				青森	まだ依然として、たばこを吸うのは税金を納めていることだし、という意識。葉たばこ生産農家のことを考えれば吸う人も必要だとの暴論を吐く人もいる。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
694				島根	喫煙率が高い。がんの治療中でもたばこを吸う方もいる。			・たばこ税で、禁煙外来をまかなう。 ・禁煙できた人に保険適応する。
695				広島	学校教育でがん対策・がん教育がほとんどされていない。			教科書に記載する。たばこ、HPVなど(がんは老人の病気ではない)。
696				長崎	たばこ対策。分煙がなかなか進まない。禁煙したい人が治療につながらない。		禁煙外来の敷居が高すぎるように思う。もっと禁煙に興味のある先生は禁煙外来ができて、禁煙を希望する人は誰でも行けて、診療点数にもつながると良いと思う。	受動喫煙防止は努力義務であるが、神奈川のような条例が増えてくるのが望ましい。

10.がんの早期発見(がん検診)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
697	患者関係者・市民		青森	青森	検診の精度を高めることと、検診料の公費負担。			
698	患者関係者・市民		青森	青森	がん検診の普及不足。認知不足しているため、広報等アピールを大きくすべきである。また、平日検診日が多いので、土日も考慮すべきである(平日の1回を土曜にするなど)。	サラリーマンなど会社員も休日・就業後に検診できる時間を作ってほしい。市の補助制度が利用できる時間、年齢を広くしてほしい。	窓口を広めるためにも、上げてほしい。	
699	患者関係者・市民		青森	青森	がん検診の受診率が低いのは、受ける機会が限られているから。	検診を受けたら税金が安くなるとかであればよい。		いつでもどこでも誰でも受けられるようになればよい(職場によって受ける場所が違ったりする)。義務にすればよい。
700	患者関係者・市民		青森	青森	がん検診率の向上を目指すべきである。そのためにも受診者の負担を軽くするべきと思う。			
701	患者関係者・市民		青森	青森	働いている人たちは検診の充実。医一般の人たちももっと検診が必要である。	無料券や補助も良いかも。		検診専門の機関がもっと増えると良い。
702	患者関係者・市民	工藤孝	青森	青森	情報不足である。			教育的に取り上げる。
703	患者関係者・市民		青森	青森	早期発見につながりやすい項目(例:PSA値)が検診項目にない。ドックとかでは項目に入っているところもあるが。	検診項目を増やす予算増加。		
704	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	検診→一般の人は「自分には関係ない」と思っている。			HPでなくテレビでなく、新聞に週一で経験者の談話をずっと載せる。身近な人の体験は良いモチベーションになる。
705	患者関係者・市民		新潟	新潟	検診受診率が向上しない現状。	検診予算を地方交付税還付金ではなく、ひも付きの配布予算として設定する。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
706	患者関係者・市民		島根	島根	がん検診の種類が少ない。年齢条件で受けたくても受けられない。	検診の種類を増やす。		平日の検診は受診しにくい。土日でも受けられるようにしてほしい。がん検診の年齢制限をやめてほしい。がん検診の啓発。
707	患者関係者・市民		島根	島根	検診の無料化。	予算措置。		国・地方での分担。
708	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	学校教育で検診の必要性が教えられていない(現状は一部の学校や熱心な教師に頼っているため全体に広がらなく、単年度の企画で終わることが多い)。	文部科学省の予算を使う。		小、中学校のカリキュラムに組み入れて、年齢に合った教育をする。教科書の改善(など…)
709	患者関係者・市民		島根	島根	自分のがんにならないと思っている方が多く、検診を受けない。又、女性は家庭のことが忙しく、自分を後回しにしている現状。又、検診を申し込んでも、医療機関が少なくすぐに検診が受けられない。医者不足。			
710	患者関係者・市民		島根	島根	あれだけ広告されていても若年層の人は検診を受けていないのではないか。	予防検診に興味のない人に的を絞って訴えるといいのではないか。お金なくても出来ることからスタートしても良い気がする。がんの早期発見予防が大切。皆が意識して実行するために、周りの人から伝えていくべき。	もちろん無料で手軽に検診を受けられる場所ならもう少し身近になるのでは。	メディアを使うとよいのでは。若い人にも呼びかけが必要。
711	患者関係者・市民	井上等	広島	広島	検診に行っても見つからず、見つかったときは手遅れ。特に肺がん、胃がん。	がん検診を発見率の低い間接→せめて直接へ。		
712	患者関係者・市民	和田文夫	広島	広島	がん検診受診率は平成の大合併以来低下傾向にあり、女性検診のクーポン券のように無料になれば受診率が向上するという現状である。	日本人の場合、従来までの検診が国が面倒を見てくれるという習慣で、自分で費用を負担してまで検診を受けるという方向にない。		私のがん検診について、まず自己負担をゼロから始め、自分の健康は自分で守るという考えを根付かせ、10年間位かけて段階的に自己負担分を増やす(最大75%まで)。国、県、市、町の予算も削減するためには、民間の資金を活用する(例えば、がん検診で異常なければ生命保険料の減額等、がん検診受診者による宝くじ1枚とか)。
713	患者関係者・市民		広島	広島	がん検診に対する意識もかなり低い。万一かかっても保険がきくので医療費も安いという意識の方が多い。			
714	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	がん検診について、全国民が受ける工夫が必要。	早期発見出来た方には医療費補助をする(大腸ポリープ切除など)。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
715	患者関係者・市民	馬庭恭子	広島	広島	検診率は自治体では高くない。ハガキ送付方式ではなく。	がん検診は、税金(住民税)とリンクさせ、受診すれば安くなるという(メリット)条例を改正すればよい。体験型、参加型にすべき。		検診率が高い県には、地方交付税を上乗せする。
716	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	検診に、なかなか仕事を休んで行けない。	改善が特に必要なものには予算を特につけてほしい。	地域に住む診療所のような小さなところでも、検診、早期発見できる仕組みはないのか(遠くまで検診に行けない)。	
717	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	福岡県の検診率の低さ。			①半義務化する。②一時的に手当てを出す等。
718	患者関係者・市民		福岡	福岡	早期発見をするため、受診数が少ない。隣人に検診にいかうと誘った時、受けない・行かない理由を言い、拒否。イベントは大事ではないかと思う。夜間や休日の検診は絶対に増やしてほしい。			
719	患者関係者・市民	田川羊子	福岡	福岡	私は2007年に乳がんの手術をした。発見は自分で見つけたが、全くの偶然によるものだった。それまで集団検診で一度も異常があると言われなかった。しこりに気づき、結局、専門の医療機関で診断を受けた。集団検診で見落とされる危険と危機感をつのらせている。	集団検診の充実化というか、正確性といったものをこれからはもっと向上させてほしいと思う。		
720	患者関係者・市民		長崎	長崎	早期発見できるのは、日頃より健康に関心を持ち、自ら医療機関に行っている人だと思う。行かない人・関心のない人に検診の大切さを訴えるには、どうしたらよいか課題だと思う。	「がん検診に行きましょう」などのパンフレット等、紙もので訴えるより、がんになるとどんな不利益があるかを、人を介して伝える機会を増やすべきだと思う。そういう対策の予算にしてほしい。	対価のことは正直よくわからない。詳しくない自分にこの意見を聞かれても困る。	がん死亡率ワーストの県は、予算をかけるような制度にするべきだと思う。
721	患者関係者・市民	橋本恵一	長崎	長崎	予防の次に重要なことは、早期発見・早期治療と思う。	がん検診補助制度。		隣り組制度的なもの。家庭医の地域割り振り制度のようなもの。家庭医の家庭訪問制度。
722	患者関係者・市民		長崎	長崎	2年前、最初に受診したA病院では、五十肩と診断された。念のためB病院で受診したら左鎖骨骨折が判明。病院の事情でC、D病院と回され、D病院で病名「多発性骨髄腫」が確定した。約2ヶ月を要した。A病院を信じていたら、今頃は手遅れ。従って誤診がないような体制を確立してほしい。			
723	患者関係者・市民		長崎	長崎	どうやったら検診を受けやすいか。			住民に具体的に尋ねる。アンケートをとる。人が集まっている所に検診車を送る。気軽に受けられるようにする。
724	患者関係者・市民			島根	がんの検診に対する意識が薄い。がんについて切実に考えてがん予防につとめること。	検診車が県内で少ないのが現状。	予算をつけて検診車を増やし、地域で年間において2回程度は回してほしい。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
725	患者関係者・市民			島根	まだまだ「がん」は恐い病気、「死」という思考が必ずある。国のメディア他が、今まであまりにも、恐い、治らない、かかったら「死」というイメージ化してきたおつりかと思う。「がん」に対するイメージ化改善。上手にイケメン使って元気になる放送流しては。	放送界にも競争させては。いかにして、国民に「がんのイメージ化」が良くなるか。	「がん検診」受診の得意つけ→毎年受診すると何かのポイントがつく(健康食?)。そのスポンサー、企業の養成。	
726	患者関係者・市民			島根	検診を訴えても受け取る皿が島根には少なく技師の人も少ない。			がん専門医の方の育成、人数的に医師の方をもっと育ててほしい。技師の先生方にしては。
727	患者関係者・市民			島根	自分、もしくは身近な人がなるまで他人事、呼びかけても耳に入らない。		家庭医は自分の患者が検診に行ったら、お金が入るようにする。	検診の義務化。
728	患者関係者・市民			広島	若い世代にもっとPR。			若い世代のニーズを吸い上げ、若い世代にどのようにしたら向いてくれるかミーティングしPR活動するとよい。
729	患者関係者・市民			長崎	乳がんの検診について。	マンモグラフィーを増やしてほしい。	患者の治療費を安くしてほしい。	抗がん剤について、治療費を一部負担してほしい。
730	患者関係者・市民			長崎	がんの早期発見の必要性(第2次予防)は以前から叫ばれているが、効果的対策は未だに取られていないと思う。	<ul style="list-style-type: none"> ・本年度、乳がんの無料検診がなされているが、子宮がん、大腸がんなどにも広げ、10年間くらい徹底した無料検診をして欲しい。 ・中・高校生へのがんに対する知識教育(がんの知識は正しく理解されていないので、若い人たちから教育していく)。 ・改善の視点は長期的視点と短期的視点が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療に対する報酬はもっと高くしてよい。出来れば保険診療に検診も入れてほしい。 ・予防に関する個人の費用は低くしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村(予防検診担当)の活動力が低いので、通達等を出して欲しい。 ・マンパワー不足への改善。
731	患者関係者・市民			長崎	肝がんの早期発見。	研究、ウイルス検診の普及活動(永久的)。		
732	立法府	奈良岡克也	青森	青森	がん死亡率の高い地方の死亡要因、罹患要因についての啓発が、依然として不足していると思うので、強化が必要ではないのか。			
733	立法府	藤井律子	山口	福岡	がん検診率が低い。	無料検診を増やす、または検診者へ助成する。		無理とは思いますが、例えば6ヵ月ごとに検診を受けている人ががんになった場合と、全く検診を受けていない人に、何らかの差をつける。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
734	行政府		青森	青森	がん検診の周知度の低さ。	がん制圧月間や女性の健康週間等に合わせたがん検診の実施、キャンペーンへの助成(年齢制限を設けない。検診を身近なもの)。「がん検診」そのもののイメージの改革(恐い、まだ早いetc)先入観のない青少年期からの教育に対する助成。		・「がん検診」そのもののネーミングが暗い→明るいイメージに。 ・現在のがん検診は、指針に基づき実施しているが、死亡率減少効果の視点から行われている。乳がん検診についてはマスコミ等の影響もあり20～30歳代の関心も高いが、早期発見のために検診を希望していて、行政と市民との間に温度差を強く感じる。現在研究も進められているようだが、早く公的な体制を整えてほしい。
735	行政府		青森	青森	要精検者が確実に検査を受けに行く、受けられるようにすること(現実にはなかなか受けに行かない人が多い)。	要精検者の検査に対する負担を軽減する(一部負担or全額補助)。		検診→精検→治療について、より一層スムーズな体制づくりを目指したい(町独自のシステムでもいいのか)。
736	行政府		青森	青森	特定検診の導入で、むしろ「がん検診」の低下を招いた。			保険者の役割、行政(国-県-市町村)の役割を再度議論し、見直すべきである。
737	行政府		青森	青森	検診については、ごく一部のものだけであり、検診そのものを知らない人もいる。精密検査まですれば費用負担がかかる。			検診の制度について、皆が知ることができるよう広報にもっと力をいれるべきであり、また自己負担(精検も含め)も少なくすべきである。公費負担を導入してはどうか。
738	行政府		青森	青森	受診率が低い。			検診受診者は民間のがん保険料が安くなる(国がその分補助する等)など、受診によるインセンティブを付与する。
739	行政府		青森	青森	がん検診率が低い。住民の意識も低い。市町村の勧奨も少ない。	補助金化。検診率に応じたインセンティブ。	保険者全額負担。	予防接種のように、法制度での義務化。ワクチンへの対応。
740	行政府		青森	青森	このままではH24に検診率50%は極めて難しい。	クーポン配布では、あまり効果がないのでは。		企業検診ではメタボ検診のほうが優先されている。同じレベルで検診できるようにしては。
741	行政府		青森	青森	検診は、ただひたすら手を変え品を変え、アイデアを出しPRするのみである。	今回のクーポン券みたいなものでなく、現場に合わせた形で使える予算を色つきでほしい。検診に携わる職員の増員につながる予算をくれー！		検診受診率は少しずつ上がっている一方、精検受診率がなかなか100%にならず、まめな受診勧奨のみではどうにもならず、という側面を抱えている。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
742	行政府	佐藤美由紀	新潟	新潟	・職域の情報が不足している。・住民への啓発、情報伝達の方法。	医療費の削減につながることを明らかに(何となくではなく)してほしい。数字でアピール。そうしないと市町村での予算確保が難しい。		
743	行政府		島根	島根	受診者の増加に対応できる受診体制が整っていない。	受診体制整備の補助制度を設ける。マンモの整備、技師等雇い上げ補助、休日夜間の補助等。		検診費用を交付税措置から補助に戻す。検診単価を上げて病院での受け皿を増やす。
744	行政府		島根	島根	事業所検診にはがん検診が義務付けられていないので、働き盛りの受診率が低く、早期発見にならない。また精密検査未受診者からの発症は手遅れになることが多い。集団検診車は採算が合わないと来てくれない。検診機関が少ない。	事業所にがん対策の予算をつける。島根のような中山間地で効率的に検診ができる検診車の開発。それぞれのがん検診が一回の受診で済むように総合したがん検診体制にする。		労働安全衛生法にがん検診の義務づけ。
745	行政府		島根	島根	予防できるがんがあるのに取り組まれていない。			子宮頸がん予防ワクチン全員接種へ。国策で取り組んでほしい。
746	行政府		島根	島根	女性特有のがん検診事業における無料クーポン券配布については、5年実施し、一回りさせなければ意味がない。また対象にならない市民にとって、不公平感がある。	少なくとも5年間は国庫補助10/10でお願いしたい。		有効期限が決められているが、個々の状況に応じて自由に利用できるよう、市町の実情に合わせた対応ができるようにしてほしい。
747	行政府		島根	島根	昨年より女性特有のがん検診無料事業が始まったが、単年では不公平なので最低5年は継続して頂きたい。	国の予算は全額補助でお願いしたい。		無料クーポンの期限を2年くらい幅を持たせてもらおうと、無料クーポンを使用せず、受けた検診とあわせて検診を受けやすくなる。
748	行政府		島根	島根	がん検診を受診しても、精密検査を受診せず、早期発見につながらない。	精密検査受診にかかる診療については診療費を市町村が補助する。	診療報酬の引き上げ。	がん患者の方からの受診が必要なことを直接啓発してもらう機会を持つ。
749	行政府		島根	島根	計画では受診率50%を目指しているが、今の検診体制ではパンクしている(検診のための施設が不足している)。とくに乳がん検診、視触診のための外科医が不足。		検診体制整備について国の支援が頂きたい。検診における視触診の必要性の再検討(まずマンモグラフィでスクリーニングとか)	
750	行政府		島根	島根	検診受診率の把握が不十分。			職域における受診率を把握可能とする制度が必要。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
751	行政府	吉儀龍二	島根	島根	検診受診率が非常に低い。	効果のある方法として、市町村から住民への直接個別通知と未受診者への追加通知がある。市町村の判断というが、市町村が義務的に通知をしなければならぬように財政的支援(国10/10)が必要。法による規制をしても意味がない。(又は税措置ではみえない交付金で)		
752	行政府		島根	島根	女性特有のがん検診推進事業が実施となったが、乳がん検診の受け皿が十分でない。	マンモグラフィの機器整備と。医療従事者の確保を。		がん検診を医療保険者の責務として実現できるようにすすめてほしい。
753	行政府	福原義貞	島根	島根	医師不足の中、検診の受け皿がない(特に女性のがん)。啓発と受け皿づくりをセットで。	マンモの検診車を増車してほしい。国の女性特有のがん検診の将来にわたる事業継続を表明して。		
754	行政府		広島	広島	検診受診率が低い。	・学校教育における検診の重要性に関する正しい知識の賦与。 ・受診インセンティブを高めるための情報提供を伴う検診費用補助。		
755	行政府		広島	広島	対象年齢の下限はあるが上限の基準がない。			対象年齢をきちんとしぼって、より効果的な検診、受診率の向上を目指したい。90歳になっても100歳になっても今の現状は対象者。ターゲットを絞った対策にした方が効果も見えやすいのでは。予算も集中的に使う。
756	行政府		広島	広島	がん検診の受診率が低い、臓器別の検診を各々受けることは大変。特定検診などセットで実施する。グレーゾーンへの個別対応。	女性のための検診を引き続き、国予算全額対応してもらいたい。1年で半減すると、受診とがん発生のエビデンスを見極めていく上でマイナスとなるのではないか。	検診についての内容、費用を統一すべきではないか。	・がん検診中、保険者別に実施。 ・グレーゾーンの被保険者への対応を強く指導。義務化。
757	行政府		広島	広島	・市町村のがん検診は特意健診と同時に行っているが、平成20年より受診率低下傾向である。 ・以前老人保健法においてはがん検診の補助金が組み込まれていたが、今は地方交付税化し、市町村の負担が大きくなっていると同時に、がん発生の統計処理他、検診の評価が市町単位でされていない。	・地方交付税化されたがん検診費用→市町の一般会計より負担大きい。しかし早期発見による対費用効果等が明確でなく、説明に苦慮する。 ・県の計画アクションプランはあっても、市町への説明はプランの送付にとどまっている。		がん対策基本法、高齢者の医療確保法→それぞれ別立てで推進されるため、同じ目的にもかかわらず、取り組みが縦割り。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
758	行政府		広島	広島	企業でのがん検診が把握されていない。			企業の検診者リストの提出義務化を法制化すべき。同時に住民基本台帳の利用を許可してほしい。
759	行政府		広島	広島		女性特有のがんに対する補償率を10分の10にもどして下さい。国が始めた事業です、国が責任を持っておこなってほしい。		
760	行政府		広島	広島	子どもの頃から自分の健康を見つめていくことの大切さ、特に女性の子宮頸がんは低年齢のときからの意識づけが大切。			早期発見が大切だという教育の推進。
761	行政府		広島	広島	検診システム全般が統一化されていない。	市町の検診率向上のための財源支援が必要。		がん・特定等への検診制度、職域と市町との相互連携が行えるシステムが必要。
762	行政府		山口	島根	市では、がん検診受診者を個人通知し、受診してもらえるよう市民の皆様にPRしているが、特定健診開始の平成20年度より受診者数は減少している。	がん検診を特定健診と同じように保険者が実施する方向へもっていく。	がん検診を特定健診と同じように保険者が実施する方向へもっていく。	
763	行政府		福岡	福岡	国はがん検診の受診率の目標を50%としているが、検診にかかる費用については市町村が負担している。受診率が高くなるほど、市町村の負担が大きくなる。	国が目標値を掲げている以上、目に見える形で(地方交付税ではなく、国負担金・補助金の形で)支援してほしい。また女性特有のがん検診推進事業など、国が主導して実施する事業については、全額国の負担で実施するようにしてほしい。		新たな制度を作ったり、目標値等を掲げる場合等には、地方と十分協議してほしい。
764	行政府		長崎	長崎	医師会のがん検診に対する認識が低い。がんを早期発見するという意識があまり見られない。がん検診より、特定検診に力が入っているよう。個別通知を行いたくてもできない(スタッフ不足・予算不足)。	交付税では不透明。明確な予算措置を。		
765	行政府	水田邦栄	長崎	長崎	乳がん検診の受診年齢について、もっと引き下げることにはできないだろうか。	予算の確保。		法により解決。
766	行政府	長田智貴	長崎	長崎	①受診率50%を達成するための検診機関のキャパシティがないのでは。②受診率向上のインセンティブがない(受診のインセンティブ)。	①受診機関への助成。②市町へのインセンティブ。	個人へのインセンティブ(検診時発見の場合、高額医療分への助成等)。	
767	行政府	水田邦栄	長崎	長崎	がん検診の予算が一般財源化にともない、みえにく			
768	行政府		長崎	長崎	長崎県のがん検診率が低い原因を分析する必要があると思う。本県のがん死亡率が高いことと関連性があるのではないかと。	検診(=予防)に係る予算を重点的に配分してはどうか。		がん検診の重要性を、もっと市民に広くアピールする機会を増やすこと。イベント、出前講座、出版物etc、企業とのタイアップの活用。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
769	行政府	水田邦栄	長崎	長崎	女性特有のがん検診H21年度は100%、H22年度は健診費1/2の補助率と1/2の一般財源。H23年度はどうなるのか、せめて5年間は継続事業として実施して欲しい	予算の確保。		
770	行政府	森慎二	長崎	長崎	検診の受診率が低い。国民の関心が低い。特に男性の関心が低い、また若い世代の関心が低い。	女性特有がんばかりでなく、検診への国の助成範囲を広げてほしい。県や市町で大きく差がある。	検診の単価が全国で3倍ぐらいの開きがある。統一単価を設定し進める必要がある。市町での単価交渉に相当の時間を要している。	
771	行政府			新潟	がん検診の受診率の計算方法について、対象数・受診数が本当にそれでよいのか再検討する必要がある。そうでないと、受診率だけが議論の中心になってしまい、有効な施策に結びつかないのではないか。			個人の間ドックなど、職員検診で受けたがん検診なども把握できる仕組み作りが必要である。・高齢社会をふまえ、(高齢者ががん検診を受けなくてもよいということではない)受診することによるリスクなどのこともあり、対象数から、例えば90歳以上は除くなども考慮してもよいのではないか。
772	行政府			新潟	今回の女性特有のがん検診の無料クーポンは、結果的には効果があったと思われるが、非常に唐突で現場の事務負担は非常に大きかった。今回は緊急経済対策ということであったが、経済対策としてふさわしいか疑問である。	むしろ、予算をきちんと増やし、2歳刻みでなく、毎年実施がよいのではないか。そのうえで、受診の動機付けとして適切な年齢にクーポンなどを配布するの一案である。		国の施策をコロコロ変更することはやめてもらいたい。方針は地方の予算組立てが始まる前に通知を。地方の現場は変更に対応することでエネルギーを使い果たしてしまい、より良い事業を計画する余裕がなくなる。
773	行政府			島根	がん検診費用をより安くという住民の声をよく聞く。市町村からの補助があるが、今年度の女性特有のがん検診推進事業での無料化など継続して欲しい。			
774	行政府			島根	検診の周知徹底、啓蒙活動が不十分。	啓蒙活動に関わる予算。		
775	行政府			島根	がんを早期発見するには検診が必要だと思う。医師が不足している現在どう対応するか。	検診車の導入に対して補助(1/10)。		
776	行政府			広島	行政には、住民からがん検診の内容充実を求める声が多い。	健康増進法に基づくがん検診は、スクリーニングを目的としている内容が多いが、住民のニーズ・がん患者の増加という点から、胃がん検診・大腸がん検診での内視鏡の導入・前立腺がんPSA等腫瘍マーカーの導入等、充実した内容にしたい。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
777	行政府			広島	がん検診で要精密検査となっている人が受診した場合、結果を返信してもらえない(検診での精密検査が必要な方が受診できているかどうか把握できにくい)。	無料で結果を返していただくようにしている。要精密検査者が負担なく、いくらかの料金を立て替える方法があれば…。		市町からの紹介状に対して回答をしなければいけないように制度を整える。
778	行政府			広島	女性特有のがん検診推進事業について。今年度は10/10補助率であったが、来年度予算案では1/2補助率となっており財源確保に苦慮している。	5年間継続して実施するのであれば、地方負担を求めないでほしい。		補助率が下がるのであれば、無料クーポン券の交付の有無、検診手帳の内容等、地方の裁量も認めてほしい。
779	行政府			広島	がん検診の受診率の低さ(しかし、職場で受診している人の受診状況把握ができていないので実際はもっと上がるのでは)。→把握できる方法があれば。	受診しやすくするため、自己負担を軽減すること(住民検診でも職場においても)。無料クーポン券のように国から補助が必要。しかし、補助率が少くは、実施していく上で難しくなる。受診できる医療機関を増やす。市・町が契約では難しい。国・県が契約するなど広域にしていけるように。		
780	行政府			広島	検診受診率の向上。			住民の意識改革が必要(国レベルでの周知啓発を)。
781	行政府			福岡	がんクーポンについて対象者が5歳毎、国の方針では2年に1回となっており、対象年齢が異なり困惑してしまう。システム対応の問題や、今後の補助金の問題-1/2になることによる予算計上の問題もある。			市町村の状況を確認しながら、国は体制(事業)を進めていく。
782	行政府			福岡	がんの早期発見(乳がん検診を30歳から始める。罹患者は30代から急増している、40歳では遅すぎる)(死亡率のみ減らすことが目的ではない)。			子宮がんと乳がんをセットで検診をする、体制を整える。
783	行政府			長崎	「がん対策のために」ということで地方交付税が倍増されているが、一旦自治体に入ってしまうと、そこその考え方があり、実際にはがん対策のために使われていない(あえて交付税にされているのかもしれませんが)。	是非、補助金か何か、本当にがん対策のために予算が使われる形にしてほしい。		
784	行政府			長崎	検診の必要な世代(働く世代)の受診環境が不十分と思う。保険者や職場という話もあるが、予算の問題と検診体制が課題と思われる。			
785	行政府			長崎	がん検診について、個別通知等行い、周知をおこなっているが、受診率が上がらない。			中小企業など、職場で検診を受ける体制が整っていないところが多いようである(事業者の費用負担・職員の検診受診にかかるための時間など)。検診を受けやすくする体制づくりも重要であると思う。
786	行政府			長崎	最終的には個人の問題。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
787	医療提供者		青森	青森	がんを発見できず、治療ができない(金銭面で！)。			特定疾患のように、がんも公費負担があれば患者の経済的負担は軽減される。
788	医療提供者		新潟	新潟		総務省は、がん検診受診率向上のため昨年交付税を倍増したと発表した。その時期が遅かったこともあり、市町村の予算措置はほとんど前年同額である。		受益者にメリットが感じられるようなシステム化が必要である。①受診者負担金の軽減(無料クーポンの拡大)。②医療保険料の減額(毎年検診を受けるなど、健康に留意している人の保険料を減額する)。
789	医療提供者	佐々木繁	新潟	新潟	女性に特有のがん検診推進事業の継続(20歳代の子宮がんが増加している)。			
790	医療提供者		新潟	新潟	検診医が少ない。修練と時間がかかりすぎる。	レントゲン内視鏡医の育成。スピーディなカリキュラムの作成。	・病院での診療報酬の大幅なup。特に内視鏡、レントゲン検査、CT検査のup。	臨床研修制度の廃止と、各大学および病院の自主性にまかせる。
791	医療提供者		島根	島根	胃がん検診は、今後ABC検診(PG,HP)でハイリスクグループを絞り、楽な経鼻内視鏡で行う方向になると思う。その理由はバリウムの読影医が少なく、内視鏡医が増えているから。			今の経鼻内視鏡は一部を除いて我流が横行している。全国に拠点となる経鼻内視鏡研修センターが必要！年間1000例以上の経鼻内視鏡を行っている施設がよい。
792	医療提供者		島根	島根	早期発見と言われるが受診率が低い。受診率を高めよう。すべて集団健診にはしない。ただし年1回受診する。			ある程度法で拘束してはどうか。
793	医療提供者		島根	島根	田舎の診療所で勤務している医師。患者の多くは70～90歳で若い人はタバコを多く吸って、いつでも無症状だからと来院しない。高齢者は症状が出にくく、がんが発見されたら、どうしてもっと早く見つからないのかと家族も納得されないこともある。ふだんは一人暮らしの高齢者は日常でのちょっとした異常にも気がつきにくく、発見が遅れる。高齢者については、BMI<<18の場合にがんが見つかることが多いにも思う。メタボリック+BMI<18にも注意を施す。メタボリック症候群よりも島根の田舎では低体重のほうが問題。徐々に体重が減少した場合には症状が出にくい。低体重症候群についてアピールしても良いのでは。がんに限らず、地域で亡くられる方があった場合に、地域の皆でそのことについて、ディスカッションできる場があれば良いと思う(昔の田舎ではそんな場があった)。個人名や情報を保護することから弊害がある。			
794	医療提供者		島根	島根				がん検診に対する費用の負担0。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
795	医療提供者	宮脇哲丸	島根	島根	受診率50%という高いハードルに対して、検診のかかりやすさを工夫する必要がある。これまでの方法では50%は不可能。			「もしがんだったら…医療費が心配」という人に対する救済措置として、検診を受けてがんになったときの治療費は、自己負担が0にすることを宣言する。財源は、他の異常なしの人から徴収したり検診料でまかなえると思われる。
796	医療提供者		島根	島根	がん検診を受け入れやすい啓発が必要。			
797	医療提供者		島根	島根	検診率の低さ、検診の受けにくさ。	検診への公費負担を増やす。		かかりつけ医(一定の基準を設け上で研修や専門医の取得など)でも受けられるようにする。がん治療は進行がんになると化学療法など多大な費用がかかるので、主要がんの検診率が一定基準以下であれば、組合健保、協会健保では拠出金負担を増やす。国保では、過去1年の検診受診の有無で保険料の増減というインセンティブをつける。
798	医療提供者	今村	広島	広島	胃がん・大腸がんの進行例が70才以上で高い。早期に発見して治そうという意識が高齢者には低い。	・高齢者が検診を受けやすい環境作り、キャンペーンなどを行い、受診の動機付けを行う。		
799	医療提供者	荒川信介	広島	広島	がん検診受診者が少ない。	検診希望者の利便性を考え、夜間や休日に開所している施設を設置する者に補助をする。	検診を診療報酬の対象として、検診者の負担を軽減する。	たばこ税を引き上げ、喫煙者の減少を図るとともに、目的税化してがん対策に使う。
800	医療提供者		広島	広島	早期発見できるシステム(検診制度)の構築。がん検診について教科書への記載を。			
801	医療提供者		広島	広島	今年度、女性特有のがんの無料クーポン券制度が行われたが、どの程度の受診者増加が見込まれるのか分からず、現場の準備が整わないうちに開始され、この制度が何年続くのか分からない状態では、現場スタッフの勤務調整、人員整備ができず、超過勤務となる。その中で、イベント検診が普及しても勤務のしわ寄せがきている。	イベント検診の撮影については、ボランティアでの撮影は責任の面からも技師側が受け入れにくいので予算化をしてほしい。		制度化について、ある程度目標値などがあるなら現場への目途が立つように余裕を持って情報を発信していただきたい。
802	医療提供者	今田直幸	広島	広島	検診施設間の競争により、より安く多くの検査数を行わなければ採算性、収益性が上がらない状況になっている。精度を保たれていない施設もあるのでは。	精度を保てる検査数(特に胃バリウム検診、マンモ検診)で採算がとれるように設定してほしい。		精度を考慮し、一人の技師、医療者で行う適正な検査数を設定してほしい。検診施設は精度に関する情報を公開しなければならぬこととする。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
803	医療提供者	稲田浩子	福岡	福岡	検診率が低い。小児がんの既往者などのハイリスクの人の検診はもっと低年齢で始めるべき。30代でも二次がんになる。	検診についての広報。一般人へのがんに対する教育を行う。		がん検診を受けるような郵便を、行政のほうで年1回程度は市民に送る(福岡県はできないと思う)。
804	医療提供者		福岡	福岡	がん検診の義務化(無料で実施)。			
805	医療提供者		福岡	福岡	がん検診の無料クーポン券は良いと思う。現在は女性特有のがんだが、男性特有のがん、前立腺がんやその他のがんのクーポン券制度があれば良いと思う。			
806	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	人間ドックや検診率が低い。自分の体は自分でメンテナンスすることの意識が低い。		がん予防を行うことについても、報酬upを。	・年1回、誕生日は人間ドックを無料で行うことを法律化する。 ・運転免許証のように、「私の健康保証書」を作り、更新するようなシステム作りをする。
807	医療提供者		長崎	長崎	肺がんは、進行した状態でみつかることが多く、根治手術できないことが多い。	CT検診の無料化。PET-CTの検診を保険適応にする。		タバコを1箱1000円にする。
808	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	就労者が休みを取りづらく、検診を受けにくい。	検診カーの増量。		中小企業も検診車等による検診の必須化。
809	医療提供者		長崎	長崎	がん検診を受けていない人が多すぎる(職場内で)。義務化にしては？(職員検診の様に)。			がん検診啓発のための制度化を。
810	医療提供者		長崎	長崎	がん検診受診率が低い。精度管理の問題。	受診促進のための普及啓発。	診療報酬アップ。	検診施設の精査管理の法制化など。
811	医療提供者		長崎	長崎	検診の大切さはわかっているが、仕事を休んだり日程が合わなかったりすると行きにくい。	検診券(期限内であれば、自由に使える無料券のようなもの)を個別に送付する。無料化する。		年齢や性別に応じて自身が希望する検診を選び、自由に受診できるような対応をしてほしい。キャンペーン的な検診にはやや抵抗がある。休暇がそれ用に企業が設けられると行きやすい。
812	医療提供者		長崎	長崎	健診の重要性はわかるが、休みの日になかなか行かない。平日に仕事休んでまで行けない。	検診の無料化。		職場の健康診断の項目に入れる。
813	医療提供者			島根		がんの早期発見の重要性、健診受診率アップ。		
814	医療提供者			広島	がん検診を受けたくても、地域のどこで手続き、受診すればよいかわからない人が多いのでは…。	がん検診が気軽に受けられるようにアピールする(TVのコマーシャルなどを使う)。(誕生日には検診しましょうとアピールする。)		検診には補助金を出してもらえようにする。高い料金では検診には行かないと思う。
815	医療提供者			広島	1.がん検診(早期発見)の広報不十分(必要性)2.無料クーポン券配布範囲が狭い。広報不足。		がん拠点病院とその他病院の診療報酬に差(がん拠点病院に厚く)をつける。	無料クーポン券の範囲を広げる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
816	医療提供者			広島	受診率↑、精度管理。	・国の地方交付税：受診率50%への対応：都道府県、政令都市、行政の理解。・検診GL整備と評価（専門職と現場の医師の取り組み強化）。	精検結果の報告に対する評価を。	保険者に一元化（実施主体とし、目標設定）→「疾病予防共済制度」創設、疾病予防（検診・予防接種・健康教育・保健指導等の一体化、一元化）。
817	医療関連産業		青森	青森	検診率の低さ。			より若年からの検診への参加を促す制度。
818	医療関連産業		島根	島根	がん検診対策への予算が不足している。一般財源化によって十分な予算が無い中で、受診率50%達成は目標と実態に矛盾が生じている。	特定財源化。		
819	医療関連産業			青森	都道府県および各市区郡の財政事情により、市民の負担に多少が出る。検診を行う側のレベルetcに差があり、がんの見落としetcが懸念される。			
820	メディア		東京	福岡	女性特有のがん検診について、20、25等でのクーポン配布についてご存知の方が少ないという気がしている。該当年齢の女性が定期的に足を運ぶような婦人科・大学など、積極的な広報が必要だと思う。			
821	メディア	神野友美	長崎	長崎	・若者の意識が低い。 ・「検診に行く」ことがハードルになっている。	・無料検診の機会を設ける。 ・10代での意識を高める。		子宮頸がんのワクチン無料化・制度化など。
822	その他		島根	島根	・市町村の財政状況が悪く、がん検診に各市町村が積極的に踏み出せない。・国がイニシアチブをとって、がん検診の充実を図るべく、積極的に指針を示すべき（現状の指針では不十分）。	がん検診に特化した予算の計上をお願いしたい。用途を特化すれば、各市町村はがん検診を充実させる方向に傾く。		国民に対して、がん対策に力を注いでいるという姿勢を伝えるためにも、積極的に法律等の定めを制定すべき（更なる制度が必要）。
823	その他	玄川和明	島根	島根	一般、医療機関とも、がん検診の重要性の認知度不足。	国が地方自治体に丸投げしている現状を改善してほしい。		地方交付税化したこと自体を見直して頂きたい。国策化した検診こそ成功するのでは。これが国益になると思う。
824	その他		島根	島根	検診の呼びかけはあるが、検診を受けやすい体制（例えば土、日に行う、託児があるとか）が不足している。検診を受けにくい状況が現実。	検診受診費用負担を軽くする。託児スタッフを準備する。		検診を受けやすい制度を作る。
825	その他		広島	広島	“がん”は2人に1人がかかる病気であるということをもっと認識してほしい。そして自分のこととしてとらえ、早期発見の重要さの認識が必要。			働いている人がもっと容易に受診できるように企業に受診のための公休を設ける。又は、受診機関の受診時間の拡大を希望する。
826	その他	反田愛子	広島	広島	早期発見が直接的に死亡率をぐんと下げることが知られているのだから、検診に行きやすい、行こうと思うように予算を多く投じれば良いと思う。			2年や1年に1度、がんに関する検診の強制、無料化にする。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
827	その他		福岡	福岡	子宮がん検診・乳がん検診等の受診率が低く、クーポン券の利用もなされていない。	中・高・大学でのがんについての教育(がんとは・予防について・検診についてなど)を必須としてはどうか。特に子宮がんはHPV感染が原因とされるので、検診の必要性、ワクチンの必要性も含めて若い女性に知っておいてほしいと思う。乳がんの自己検診の方法なども広く若い頃から知っておく必要がある。	クーポン券が今年度発行されているが、対象者に周知されていない(健診現場で対象年齢の方に伺っても、「そんなの来てたかな?」などの声が聞かれる)。今後も毎年続けてほしいし、行政ももっと周知させる努力が必要だと思う。マスコミなども利用し、国をあげて…。	
828	その他		福岡	福岡	がん検診に実際に携わる保健師が多忙で、検診について十分知識がない。特に一般財源化されたり、特定保健指導が始まったり、市町村合併ですますマンパワーがなくなっている。	普及啓発団体の協力を得る。		・保健師教育で、検診の重要性をもっともって教育する(看護大学等の養成機関)。・企業での定期健診の際、特定検診が入ったように、がん検診も必須として受診率が低いところはペナルティを課す。勤務時間中に受診できるようにする。また、がん検診休暇など、特別休暇を与える。・市町村単位でがん検診担当保健師を決めて、研修を年数回必須にし、検診受診率、精検受診のupを目指す。
829	その他			島根	がんの早期発見(がん検診)。受診率の低いことが問題である。	ドッグや検診の金額を無料にする。		検診は、有給としないで、公的に休んで受診できる制度があればよい。気がねして、休むことができないため、手遅れになるケースも多い。特に青年期から壮年期。
830			東京	青森	がん検診を受けるべき人が検診を受けていない。国民に検診の費用対効果が正しく伝わっていない。	検診の重要性は小学校高学年～高校生まで、継続して教える必要がある。保健師が教えるべきなので文科省予算を要求する。	ドクターが地域住民に検診の重要性を伝える取り組みをした場合、1時間当たり1000円程度の報酬をつける。	1歳児検診など子供の検診に合わせて親の検診もやる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
831		高橋浩一	広島	広島	今年度おこなわれた婦人科がん(子宮がん、乳がん)の検診無料クーポンの利用が悪いようです。1にも2にも広報が足りません。がんについての広報、がん検診の必要性についての広報、がん無料クーポンの広報。広報予算を増やして、もっと広報をおこなうべきです。さらに、クーポンの年度が終わっても、残予算があれば翌年度も継続して実施すべきと考えます(予算がなくなるまで)。できれば、こうした無料検診キャンペーンは、最低5年くらいは連続して実施すべきだと思います。そうすれば知名度、認知度も上がります。1年の単発事業では、知らないまま終わる人もたくさんです。提言:1:広報費用・予算を増やす。2:無料検診クーポンは予算が残っていれば次年度も継続実施する。3:できれば5年間はがん無料検診キャンペーンを継続実施する。			
832			山口	広島	自己負担が増える。アピールが少ない。もっとアピールするように。			
833			長崎	長崎	がん検診受診率が低い。	検診費用を全国一律で、がん検診費用を全額補助できないか。		健康診断時に、一緒に検診が実施できるようできないか。
834			長崎	長崎	職域での検診を受けられない方々の対応。	予算に対して、がん治療にかかる診療費などの比較を、誰にでもわかりやすいようにする。		検診率の向上に向けて、さらなる周知・広報等を行う。
835			長崎	長崎	専門とする医療施設が大村は少ない。長医センタ受診は紹介制度であるため、気軽に受診出来ず、症状があっても検査しない人が多い。	施設、専門病院の標榜が必要。		
836				青森	職場検診のメニューが限定されている。また、脳ドックなど、人間ドックも希望しても選考もれで受けられない。	一定年齢になったら、全員が必要な人間ドックなど専門検診を受けられるようにしてほしい。その為の予算を確保してほしい。		
837				青森	検診率の低いこと。	市町村の予算補助増額。		市町村職員のセミナー・研修会・実績数報告会等の実施。
838				青森	がん検診の受診率が20%くらいでは、早期発見(治療)は難しいと思われる(がん検診が老健法から外れ一般財源化されたため、市町村によっては橋や建物を造ることもある)。	「がん検診」という目的のために、きちんと予算をはりつけるべきだと思う。	何らかの症状で来院した患者さんに検診を勧めて、がん検診を受診させた医師には、それなりのマージン(利益)が与えられてもよいのではないかと考える。	秋田県では、子宮がん検診は毎年受診となっているようである。欧米に倣ったがん検診指針の定め方には疑問が残る(がん検診受診率70%以上の国のやり方をまねるだけではだめだと思う)。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
839				青森				病気の啓発を目的とした、市民を対象にした学術講演会の実施。
840				青森	青森県の場合、もう少し徹底してがん検診受診率向上に力を入れるべきではないか。	中小企業への受診料の補助など。		
841				青森	検診受診率が把握できていない。基本法では受診率アップを目標としながら義務ではない。	市町村の義務とするとともに、必要な予算は交付「税」ではなく、銘柄の分かる補助または交付「金」とする。		予算措置と合わせた義務化。
842				青森	がん早期発見→がん検診の負担の高額な状況。	申請による国・自治体の補助、がん検診の推進予算化。	がん検診、がんどックへの診療報酬への組み入れ。	医療制度内での「がん検診」の制度化を行う。
843				新潟	がん検診受診率の低下。	・クーポン券的な毎年の補助。 ・市町村自治体から国が直接関与する。		地方自治体および職域検診のデータをリンクして、未受診者の把握と受診勧奨をする。
844				新潟	検診に自己負担が伴うことがあり、そのため検診率が向上しない場合がある。		検診の自己負担を減らす。	
845				島根	自分自身もそうだったが病(がん)に対して無関心だった。もっと県民、国民が意識を高めてほしいと思う。人事ではないということを知ってほしい。			
846				広島	女性特有のがん検診のクーポン券の使い勝手が、職域でがん検診を推進する際によくはない。			・企業または健保組合がクーポン券回収して戻し入れできる仕組みとすべき。・検診データを企業または健保組合の方針に基づき提供できるようにすべき。
847				広島	検診啓発活動(街頭活動)における、規制道路使用許可申請料など(2000円～2500円1ヶ所に付)。	がん啓発活動をサポートする仕事もしてほしい(資料の提供、会場の確保などの支援)。		がん検診啓発活動では、自治体の協力で、県市町村から道路使用許可申請をしていただきたい。(自治体からの申請は)申請料が無料。警察署にも協力を求めていただきたい。
848				広島	検診内容の統一化がなされていない(従事者、読影医師、撮影等機材など)。			医療従事者の認定。どこでも同じ検診、医療など受けられる体制を作成してほしい。
849				広島	「がん」を自分の問題として考えられないところに根本的な問題がある。	がんであろうとなかろうと、40歳を過ぎる年齢でがん手帳をもらえるようにしたらどうか。がん検診を定期的に受ければ医療費の軽減をし、がんになれば自分でがんに向う資料に使いたいと思う。	医療機関で行う検診の結果を、行政が中心となる機関に集める制度が必要ではないか。協力した医療機関への診療報酬付与が望まれる。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
850				福岡	なかなか検診を呼び掛けても検診率が上がらない。	がんにかかることは止められないので、検診による早期発見早期治療でかかる医療費を抑える。そのためには検診のための予算や啓発のための予算をとる。患者ボランティアも自分達で経費を出したりして検診啓発の講演をしているが、思うようにいかない。		
851				福岡	各市町村で、がん検診等の予算確保が困難である。	各市町村の予算措置額が分かるようにする。		
852				福岡	20～40代の若い世代のがん検診率が低い。また、この世代の患者さんや治療の情報が少ない。	制度面改善に対する予算化。		検診対象者の年齢設定の再検討、もしくは年齢問わずハイリスク者への検診実施。メディアとの連携。
853				福岡	検診率が低い。	検診者への助成。検診者が増えるよう、検診者(市民)へのインセンティブを考える。	増。	検診者、早期発見者への医療費助成、保険料軽減等、優遇措置をつくる。
854				長崎	がん検診の受診は本人の意思にゆだねられているが、受診率を高める施策により、がんの早期発見が可能と思われる。			がん検診の検診内容の見直し。質の高い検診項目とあれば、受診率・発見率も上がると思う。
855				長崎	早期発見、早期治療が結果として、がんでの死亡率低下につながる。がん検診を受診しようという国民の意識の向上、及び検診の充実が問題点。	メディアや新聞広告でのがん検診の周知へ多くの予算を投じる。	特に罹患率の高い年齢でのがん検診受診の無料化。	検診対策者へのはがきでの通知の徹底(はがきが無料での受診票になる)。
856				長崎				県によって人間ドックが半額で済む所がある。早期発見するには、県・市等が健康診断(人間ドック)等で負担していただき、健康診断を受けると早期発見につながる。
857				長崎				子宮がん・乳がんの検診は、毎年行ってほしい。
858				長崎	受診率が低い。上がらない。	受診率向上のための予算確保。地元出身の芸能人によるCM。福山雅治さんのCM。	個人負担が高いと受診しない。本人の負担は少なく、医療現場には十分な手立てを。検診単価が低いと、医療機関としてのメリットが少ない。	前立腺がん検診実施市町村が増えている。国も早く実施する方向を出し、推進してほしい。
859				長崎	がん検診の受診率が低い。			特定検診等も受診率が低い。働き盛りの人が受診しやすい環境作りが必要だと思う。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
860				長崎	検診の啓発・普及活動が、がん医療をみんなで考えることにつながっていくと思う。			

11.がん研究

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
861	患者関係者・市民		青森	青森	がんを治せるように研究してほしい。	がん研究のために多くの予算をまわしてほしい。世界的にも先進的医療技術をもってほしい。		
862	患者関係者・市民		青森	青森	がんの種類別では早期発見しても死に至るものがあると聞いているので、がんの研究に力をいれるべきである。			
863	患者関係者・市民		青森	青森	新しい抗がん剤・治療法を速く患者が受けられるようにがんの研究・治験を積極的に進めてほしい。			
864	患者関係者・市民		青森	青森	がんワクチンが脚光をあびているが、患者にとっては一筋の光である。	予算措置をして1日も早く標準治療にしてほしいと願っている。バブルの頃、くだらない建物を建てず、がん治療・研究等にお金を回していたらと思わずにいられない。		
865	患者関係者・市民		青森	青森	新薬の認可に時間がかかりすぎる。			海外に既に認可されている薬の審査は簡略化するなど、制度を改善する。
866	患者関係者・市民		島根	島根	がんそのものの研究(基礎研究)にもっと重点的に予算を投入すべきでは(ヒトゲノムの開拓・究明のように)。	がん研の充実。アメリカのNCIのような大規模な組織作り。		
867	患者関係者・市民		島根	島根	がんの治療において、まだまだ副作用がひどくそれに苦しむことが多い。副作用の少ない治療ができれば..。			
868	患者関係者・市民		広島	広島				
869	患者関係者・市民		福岡	福岡	それぞれ価値観は違うが、だから国会をしている暇があれば、「急いで時間の無い人のためにしなければならぬ」とことはあるはずだ。自分や家族がなったらどうするんだろう！	もっとがんの研究費、新薬の開発に予算を組んでほしい。アメリカと比べれば遅れすぎ！(漢方薬が保険外になるというので、この前署名をした)。弱い者からお金を取らない！		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
870	患者関係者・市民		福岡	福岡	例:私はがん経験者で歯科医師(矯正)+大学院生である。研究テーマは“化学療法が歯牙に与える影響”。小児がん(3歳までに移植)をした患者を被験者としている。その頃の子供の口腔内では後継永久歯が作られている。化学療法での薬が影響しているようで、歯がなくなったり歯の根が細い、短いということが最近になってわかってきた。ちょうど彼らが中・高生になって分かるようになったことである。小児慢性特定疾患の費用の適用外となっている。私はその子たちを分析し、これから治療に入る子供もいる。歯が足りない子がとても多いのだ。他の歯も決して丈夫ではないので部分入れ歯はできない。インプラント埋入+矯正治療である。すべて自費なので300~500万円の負担。年齢的に大学進学もあり保護者の方の審美ではなく咀嚼・嚥下・発音等の口腔機能に影響している。治療がもたらしてしまったものを治してこそ本当の治療だと思う。			
871	患者関係者・市民	十河紀子	福岡	福岡	薬や治療など、海外では認可されているのに、日本では未認可なものが多い。			進んでいくがんに早急に投薬できるような法整備を。
872	患者関係者・市民	皆川泰男	福岡	福岡		予算面において、米国と比較できるレベルではない。せめて中止したダム1個分の予算をつけてほしい。		
873	患者関係者・市民		長崎	長崎	長崎県が毎年がん死亡率ワースト10以内というのは理由があるはず。きちんとこれだという理由ではないかもしれないが、可能性のある理由は県民に伝えるべきだ。もっとがんについて正しい知識を知らしめるのが、元気の出るがん対策になるのではないか？			小さいころから、がんについての正しい知識は必要だと思う。病気のことはタブーではないので、小・中学校から認識を持ってもらうようにしたいと思う。すると、色々な面で理解がはかれることにつながっていくのではないかと思う。
874	患者関係者・市民			島根	世界から見ても遅れている。名医と名のつく人、これから育つゆく人が研究にあたり助成金が↓あるいは、無し。外国に名医が流れる(何故ならば、補助金で勉強できるから)。日本はへたくそである。海外へ医者が出る(日本の医者不足を知りながら)。		根底的に医師法の見直し必要。	
875	行政府		島根	島根	研究者や研究への予算を削ったりするのはやめた方がよいのでは。	減らさない。	減らさない。	研究の基本的な部分を支えていると思うので、研究者のやる気を削ぐのは、がん対策上も有効ではないと思う。
876	行政府			福岡	データ入力システムが難しい(使いにくい)。			システムの改善する。
877	医療提供者	齊藤聡	青森	青森	がん研究が不十分。	予算増額。		臨床試験の推進。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
878	医療提供者		広島	広島	“12”についても言えることだが、難治性のがん(例えば肺がん、胆道系のがんなど)についての研究や対策が進んでいないように思う。	予後が悪いがんの場合、種類によっては予算が非常に少ないものもある。予算を増額して研究を進めることができるようにしてほしい。		
879	医療提供者		広島	広島	治療も必要だが、傾向・予防などに重点。IPS細胞等の研究所の設立、知の結集、10億程度の機材なら研究者にすぐ提供できるように。例:山中教授が講演しないと予算がつかないのは間違い。何十億でも出せばよい。	・事業仕分けも良いが、No.1を目指せるように(国民の目に見える結果なんて、学問が示せるものではない)。		
880	医療関連産業		青森	青森	都道府県がん拠点病院からの留学。			医育機関として、大学だけではなく、がん医療については都道府県がん拠点病院が主導する。
881			島根	島根	C型肝炎。一次感染者には治療に政府から援助があるが、二次感染者には何の保証もない。たった一回の痛み止めの注射をしたばかりなのに、それから14-5年後に肝炎と診断され、365日休みなしの注射や点滴などでドラム缶に何本位入ったかと思う。			インターフェロンは不可、強ミノ3Aを週3回と、年にCT2回、エコー5回、胃カメラ4回と、費用も年間20数万円になり家計を圧迫している。対策は?
882			長崎	長崎	がん治療の研究はまだまだ道半ばだと考えている。	研究費をもっと増やせるよう、もっと予算化する。		
883				青森	がんの原因についての対策が普及されていないので、保健や食品からいろいろアプローチ。	厚生労働省の健康プラン21(国民衛生の動向を読んだが)をもっと普及できるようにポスター作り。	治療が多様化してお金がかかるので、早期発見の検査が安くできるように。	がんに対応する禁煙(喫煙所の整備)政策、肉の摂取によるがんの対応で魚摂取を勧める。体温を上げて免疫を上げる→温泉に入ったり体を温める。βカロテンの摂取量の推進。食生活改善委員の普及。
884				青森	どの程度、研究が進んでいるのか分からない。			
885				青森	画一的な診断・治療が少ない。医療機関によって多少違いがある。			
886				新潟	がんに関する研究は十分ではない。	研究予算の増額。		
887				島根	終末期の痛みの緩和をもっと研究してほしい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
888				長崎	早期治療で高い5年生存率や治療が望めるがんも出てきているが、まだ治療成績の悪いがんが多く存在する。	若手研究者への研究助成。		若手研修者への奨学金制度(無利子)。治験や最先端研究の推進。

12.疾病別(がんの種類別)の対策

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
889	患者関係者・市民	工藤嘉範	秋田	青森	秋田県においては、大腸がんの死亡率が非常に高く、今後国内においても増加すると言われているが、このような特定のがんの研究対策が進んでいない。	かつて、秋田県では脳関係の疾病が多く、対策として脳研を作ったが、このような特定の医療機関を整備すべきである。		
890	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	C型肝炎からできたがんだが、直接注射など使用された方々には政府も助成されるが、私みたいな2次感染者は治療費の一部だけでも出してもらえないのか。			
891	患者関係者・市民		島根	島根	オーファン・ドラッグのように、オーファン・キヤンサーにも研究と対策を(がんPtの少ないがん種にも光を)。			
892	患者関係者・市民	島田明人	島根	島根	当県ではがん登録はr/pで公表されている。	対策を実現するテーブル設置。県外のがんセンターの利用は？		
893	患者関係者・市民		広島	広島	いろいろなお医者様に話を聞いたが、“腹膜播種＝治らない”という考えの方が多く、頭から話を聞いてもらえない。腹膜播種において治療成績が上がっている治療もあるのに、あまり認められていない。			
894	患者関係者・市民	井上等	広島	広島	患者数の少ないがん(血液のがんなど)は隅にやられる(五大がん以外)。			そういった少数がんは地方に任せるのではなく全国レベルで考えて欲しい。
895	患者関係者・市民		広島	広島				
896	患者関係者・市民		広島	広島	進行がんについては病院に受け入れてもらえないことが多い。			進行がんについても対策がうてる知識を持った先生が、大きな病院に最低一人はいてほしい。
897	患者関係者・市民		山口	広島	部位別によって対策の進んでいるものと進んでいないものがある。			相互の意見交換が必要だと思う。
898	患者関係者・市民	溝口隆馬	福岡	福岡	人工肛門を増設し補装具のお世話になっているが、自治体によって補助金が異なったり補助商品が違うので、共通になるように検討していただきたい。			国で決めたものに対しては、地方も足並みを揃えていただきたい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
899	患者関係者・市民	延哲也	福岡	福岡		小児がんそのものへの支援はもちろんだが、治療終了後の長期ケアおよび晩期合併症への補助などを望む。例えば、現在の肝炎対策をさらに進めた、小児がん晩期合併症とみられる肝炎への特別な支援があれば…。その他幅広い視野で。また、小児がんへの再注目を望む。		小児期の病気ではあるものの、その発症時期は中学・高校の場合もあるし、その過程で必ず就学・学校生活または将来の進路の問題に直面する。診療に関しての長期フォローアップの充実と、社会体制(学校・企業など)の理解の促進が必要であると考え。
900	患者関係者・市民		福岡	福岡	私は肝臓がんを14年前に発病し、手術、放射線、化学療法のすべてを体験した。最後は6年前「生体肝移植」で一命を取りとめ、現在に至っている。そこで感じたことは、病院、医者選びの情報が足りないということだった。	症状別に対策、改善方法は違ってくる。患者の意見を聞き、優先順位を決めて予算化すべきである。	診療報酬についても上に同じである。	「生体肝移植」についても、一部保険診療が認められるようになって喜んでいる。
901	患者関係者・市民	永石ひさ子	福岡	福岡	小児がん「がんの子どもを守る会」があつて助かっている。	小児がんは治療期間の負担は大きくありがたいが、その後のフォローも、生きている限りお願いできれば助かる。		体験を生かせる場があれば嬉しい。病院でのスタッフ等に採用してくれれば良いと思う。
902	患者関係者・市民		福岡	福岡	リレーフォーライフ=生きる力、がん=死ではない。みんな平等、がん難民に1人1人がならないように。			
903	患者関係者・市民		長崎	長崎	がんという一つの疾病が存在するわけではなく、肝炎と同じように様々な状態を表す悪性新生物の一群があるのだから、それに対応した対策を考える必要がある。			
904	患者関係者・市民		長崎	長崎	2年前にがん(多発性骨髄腫)を発症。約3カ月入院後、現在、原爆病院で通院しながら治療中。化学療法で抗がん剤(ベルケイド、デカドロン)を定期的に点滴。しかし主治医によれば、治療法が確立されていないとのこと。更に完治が確認できないので、抗がん剤を打ちつづけなければならないとのこと。従って早く治療法を確立してほしい。また、完治したか否か確認する方法を確立してほしい。			
905	患者関係者・市民		長崎	長崎	長崎県が毎年がん死亡率ワースト10以内というのは理由があるはず。きちんとこれだという理由ではないかもしれないが、可能性のある理由は県民に伝えるべきだ。もっとがんについて正しい知識を知らしめるのが、元氣の出るがん対策になるのではないかな？			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
906	行政府		島根	島根	がんの種類別に講じるべき対策が不十分であり、啓発も万全でないと思われる。	研究予算、啓発予算を充実すべきである。		・がんの種類別の対策。例えば、肝臓がんの場合、C型肝炎からの移行が多いが、その前段階での治癒が不可欠。C型肝炎→肝硬変→肝臓がんの仕組みを啓発し、十分な対策を講じていくことが必要。
907	医療提供者		広島	広島	5大がんと同様に、希少がん対策のメッセージを強く出してほしい。			
908	医療提供者		広島	広島	5大がん以外のがん医療の充実を…。			
909	医療提供者		広島	広島				
910	医療提供者	稲田浩子	福岡	福岡	小児がん対策は、成人がんと別扱いであり、予算もとられていない。小児がんが治るようになったと言っても、小児期に罹患してからの人生は長く、サポートが必要である。	個人差は大きいですが、障害や治療の内容に応じて、小児がんに関連した晩期合併症に関する予算をとる。	特定疾患に似た制度がほしい。	難病罹患手帳などがあれば安心して生きていけると思う。
911	医療関連産業		青森	青森	呼吸器内科医と乳がん専門医の不足。		専門医に対する報酬アップ。	技術フイーの導入。
912	医療関連産業	内藤麗	東京	青森	20～30代(30～40代かもしれない)女性の死因第一位である子宮頸がんは、予防が確実にできる唯一のがんである。世界では予防することが「当たり前」であり、国や地方自治体の施策により包括的な対策がとられている。このままでは10年後も日本だけ子宮頸がんが残り、世界から「あの国はまだ子宮頸がんがある危険な国らしい」と言われてしまう。	中学生の女性「全員」がワクチン接種、20歳以上の女性「全員」が細胞診(子宮頸がん検診)、この二つの施策を実施するための予算を確保する。70本の推奨施策の「69」を実現する。		①中学生の女性「全員」がワクチン接種②20歳以上の女性「全員」が細胞診(子宮頸がん検診)→この二つを確実に達成できる制度を国として整備する。ワクチン接種しても検診が必要である。ワクチン(現在の)が防げる子宮頸がんは全体の7割程度である。
913	その他		島根	島根	副甲状腺がん患者ですが、非常に珍しいらしく、ほとんど情報がなかった。乳がん等メジャーなものは全国的な患者会があり、ピンクリボン等大きく展開されているが、その他のがんはシンボルなど認知されていない。がん全般の印も知らない。頭頸部、肺、胃、肝、大腸、血液などもっとアピールできないか。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
914		高橋浩一	広島	広島	本年度はウィルス肝炎へのインターフェロン治療に補助が認められました。がん予防のため、と理解しています。子宮頸がんの原因としてウィルスの関与が確定しており、ワクチンが認可されました。しかし、任意接種であり、かなり高額です(といってもインターフェロンより安いですが)。がん予防のために子宮頸がん予防ワクチンを全額国費で実施すべきだと思います。計算してもらおうとわかりますが、1名の患者にインターフェロン治療を完遂するだけの補助金を出すのであれば、かなりの人数にワクチンを接種することができます。これくらいの出費は安いものです。また、国産ワクチンを開発し、ワクチン接種にかかる費用が国外に逃げていかないようにすべきです。外国企業を潤すためにワクチンを接種するのはいけません。これでは国民の同意は得られないかもしれません。ワクチン費用を国費で負担するとしても、それが国内企業に回り、関連産業の雇用や競争力強化に役立つとなれば国民も納得するでしょう。今回の新型インフルエンザのワクチン騒動で、ワクチンは社会防衛であるということを国民は理解したと思います。提言:子宮頸がん予防ワクチンは国費で実施すべき。国産ワクチンを開発すべき(開発費を投入すべき)。			
915				新潟	がんの予防として「たばこ」とともに「子宮頸がん」対策も可能となってきている。	子宮がんHPVワクチンの定期投与。		学校教育の中で「がん予防」教育を徹底する。
916				広島	乳がんや肝炎、エイズ以外は施策が無い。	乳がんや肝炎などは患者会などの声大きい！声が届くように！！		声が届くように！
917				福岡	小児がんが治癒した後、晩期障害でかかる医療費が高く、負担が大きい。いま(不妊症・骨粗鬆症など)治療を行っているが、一回の診療で5000円～8000円と高い(不妊症なので保険がきかない)。	小児がん経験者については、例えば妊娠可能な年齢(結婚して5年など)の保障をもっとしてほしい。代理母などの考慮もしてほしい(ズレているかもしれないが…)。		

13.その他の個別テーマ

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
918	患者関係者・市民	柳葉孝子	島根	島根	リンパ浮腫の人のリンパドレナージマッサージの保険の適用。リンパドレナージマッサージの従事者の育成。専門医を置いてほしい。		マッサージの保険の適用。	
919	患者関係者・市民		島根	島根	先進医療をもっとお金がかからないようにしてほしい。			
920	患者関係者・市民		島根	島根	浜田に住んでいるが、今嫁は広島で治療しており、浜田でも同等の治療ができるなら浜田で治療したい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
921	患者関係者・市民		島根	島根	治療費が高い。がんになったことで仕事をクビになった。生活が苦しい(症例の少ないがんで一年以上治療を続けている。1月、10万近く医療費がいる。高額療養を使っているが仕事の出来ない間が大変)。			
922	患者関係者・市民		島根	島根				相談等の窓口、在宅等、メディアで紹介する。
923	患者関係者・市民	小林涼一郎	広島	広島	がん予防・対策をプレイヤーと位置付けたとき、うまくプレイしている人を真似することが大事。医療提供者と行政から具体的数値の公表がない(5年生存者から生活習慣のアンケートをとって公表してほしい)。	新しい器具とかいらぬ。だつて治せていないのだから。なので新しい医療器具購入のフォローを減らす(やっているなら)。	特に意見なし。	がん登録することでのメリットを強く出す。がんになった後、5年10年15年生きている場合、国民の義務としてアンケートに答えるようにして、集計した統計を大きく公表する。
924	患者関係者・市民		福岡	福岡	がんは転移などで受診する科がいくつも増えるのに、(九州ガンセンター)科ごとの連携がうまくできていないため不安がある(まるで違うクリニックに通っているようだ)。がん難民になる気持が分かる。また、「九州がんセンターに通院している」と他の人になかなか言いにくい。まだまだ「がん」という病気について普通の人は引いてしまうので!(ここに書くことではないかもしれない、すみません)。			がんを一つの病気として捉える。治療や早期発見のために(転移しやすい)別の臓器の検診を勧めるなどの情報提供など、科が分かっていると難しいと思う。腫瘍センターなどのある病院を増やしてほしい。また、(九州がんセンター)病院名を変えてほしい。
925	患者関係者・市民		福岡	福岡		大人のがんばかりが問題になっているが、これから国に大切な小児に対してのがんの予算をよく考えてほしい。	厚労省が認定している疾病に対しての診療の面では特定として扱われているが、18歳以上での発病で認定されていないがん治療に対して報酬の減額を望む。	白血病他の小児がんの患児たちの教育の面、仕事への面等に対して、自治体に通達。
926	患者関係者・市民	高橋和子	福岡	福岡	小児がんの対策が無に等しい。			小児がん経験者への就労支援、雇用制度。
927	患者関係者・市民	井本圭祐	福岡	福岡	小児、若年者のがん患者の就労支援の少なさや、障害者手帳等の規定に達しないが、一般生活に支障がある人への支援が少ない。	一般の就労支援・障害者支援とは別に、就労問題に関して予算をつけてほしい。また、就労問題だけでなく、患者会・個人への治療後のサポートが必要だと思う。		
928	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	小児がん経験者の生存率が向上し、多くの人が社会復帰をしているが、身体障害手帳や療育手帳などの交付対象とならない程度ではあるものの、体力の無さや低身長や筋力の低さなど身体的苦労や、臓器や内分泌の機能低下などで悩んでいて、生活や就労に困窮している仲間がたくさんいる。健康者と障害認定者の間にあって苦労をしている人が多いのに、対策が不十分である。小児がんに限らず、大人の様々ながん共通の問題だと思う。	保障の枠組みを増やすことは、税収減や予算の減などで財源がないことは実情なので難題であろう。がん経験者が働きやすい環境を国全体で支援して、がん経験者が収入を得て税金を納める側になれるようにしてほしい。		国と同時に地方行政が地元企業へ協力を呼びかけ、企業が理解を深め雇用し、地方行政も税金を納めてもらえるように環境を整備してほしい。地方行政も、国からの施策を待つのではなく、パイロットプロジェクトとして、地方から取り組みを先駆けてほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
929	患者関係者・市民	田中七四郎	福岡	福岡				混合医療①患者にとってできるだけ軽い費用負担②治験のスピードアップ→新薬の保険適用の迅速化。国・県・委員はその他NPO・ボランティアを活用すべき→資金を流すしくみを作れ。
930	患者関係者・市民	永石ひさ子	福岡	福岡	医療関係(Dr.、Ns.)は気軽に相談し難い。もっと身近雑用にかかわるヘルパーの活用を考えるべき(低報酬で済むし身近で親しみやすい)。			
931	患者関係者・市民	延哲也	福岡	福岡	生命保険等への小児がん患者の加入円滑化。			
932	患者関係者・市民	井本圭祐	福岡	福岡	小児がんに対する活動、補助の少なさ。小児特定慢性疾患のその後の補助がない。	小児がん経験者は今どんどん増えていく中で、再発や副作用等によって社会的立場があやぶや(障害者扱いがなく、一般生活を行うなかで支障があったり)であるために、治療の継続が金銭的に負担が大きいため、補助が必要である。		小児特定慢性疾患対象年齢終了後の継続的補助。
933	患者関係者・市民		福岡	福岡	化学療法の発展で生存率が上昇した結果、病気を治すだけの時代から治療がもたらしてしまった障害等を治す時代になってきたと思う。	長期的なクリニカルパスの作成。10年20年単位。“小慢の期間を限定しない。小児の場合、成長に関わるので10年20年とlong spanでの経過観察が必要である。”	晩期障害と“思われる”、EBMを作っているあいだでも困っている患者は多い。EBMのための予算も必要である。	長期的なfollowupの調査を利用し、各分野で何ができるかを考えて行動していくような制度。
934	患者関係者・市民	井本圭祐	福岡	福岡	成人がん(5大がん)等だけでなく、小児がんに対して様々な対策をとってもらうことを希望する。			
935	患者関係者・市民	栗田強	長崎	長崎	インターフェロンについて。C型肝炎対策について、副作用と時間と費用が高い。	今やらなくては間に合わないと思う。命より高いものは、何にも代えがたい。		実費0円が基本で、制度面で生活費の助成が現実的に必要である。生命より大切な物は？今だから出来る。
936	患者関係者・市民			福岡	相談業務が可能な施設の不足。	相談業務も必要な支援と考え、予算の見直しが必要。		法律で守られなければ、継続できないと考えるので、法律のもとで業務を守る必要がある。
937	患者関係者・市民			福岡	患者の体験(改善例)から学ぶ・学べることを、多くの患者・家族・医療者が共有し、治療体系に生かしてゆくことを考えてほしい。	改善に取り組んだ県へ学習に行く。改善事例を公開できるシステムを作る。		
938	患者関係者・市民			長崎	小児がんにも色々あり、治った後、普通に生活はできても体力を使う仕事などができない場合があり、退院した後の苦労が多々あるのが現状である。見かけが一般の人と変わらず、障害者でもない複雑な場所に立たされているので、何らかの対処をしてほしい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
939	患者関係者・市民			長崎	県と患者間と医師とのネットワーク。			年に数回の医療講演会や話し合いを制定してほしい。
940	行政府		広島	広島	子宮頸がんの検診率の低さ。	子宮頸がんのワクチンの公費助成。		・20歳の成人式で、検診を呼び掛ける。・学校教育の中で「がん教育」をする。
941	行政府			青森	フィルターを通らないたばこの煙、あるいはディーゼルガスが遺伝子を傷つけると言われている。もとを絶つための(吸わない)対策が必要である。	分煙の徹底のための設備への補助は、家庭内までは届かない。たばこ税のために禁止できないのが最大の元凶である。		フィルターを通らないたばこの煙、ディーゼルガスなどの危険性の啓発が必要である。ディーゼルガスは希釈化する技術開発が必要である。
942	行政府			島根	外に向かっの発信、検診の啓蒙活動などを率先して行うことで、更に理解が得られるのではないかと思う(患者や家族の皆さんの活動として)。	ボランティア活動として、実費のみの予算。		
943	行政府			島根				
944	医療提供者		新潟	新潟	外科医の大幅な増員と育成、および生涯にわたってがん診療に係われる社会・経済的支援。	がん診療病院の大幅な増加、地方での集約化は、地域医療の崩壊につながっている。	手術に対する保険点数の適正な評価。今は安すぎである。	医療事故に関する医師の免責制度導入。
945	医療提供者	鈴木淳司	島根	島根	海外で標準的治療で使用されている薬剤が、がんの種類により保険未承認である場合は、厳密には保険外治療となる。			本邦で他のがんで承認されている場合は、保険対象外薬剤でも承認が早く得られる制度の確立。
946	医療提供者		島根	島根	がんに限らず医療の問題として、もっと考えたいのは、死をどう受け入れていくかということ。家族の中で死あるいは生というものをどう考えているかについて、早くから話しあえる場が必要と思う。	中学・高校・大学での教育としてがん、死、生の問題について考える場を与える。	医療の均等化は困難であることが分かり、均等化のみでは医療は改善しないのだと思うので、島根県の中でも地域の状況に合った医療を考えるべき。	高度の医療や早期発見の為に検診を早めに広く施行するために予算をつける為の議論とともに、上記のことが必要と感じている。抗がん剤ができればすべて良くなるということではなく、抗がん剤によりQOL低下を来すことについても、同時に考えていってもらいたい。(抗がん剤を治療中の方もおられるので言いにくいことですが)
947	医療提供者		広島	広島	がん治療の質は向上しているが、それにみあった診療報酬はない。しかし診療報酬を上げると患者の負担がふえる。	そこで、一定以上の治療費を公費で負担できるようにする。	ただし、正しい治療であることの保証も必要。	
948	医療提供者	石口房子	広島	広島	①NPOやボランティア団体が、がんサロンやがん知識などの研修・啓発事業を行っているが、安価または無料で借りられる場所が少ない。	①がんサロンや市民への研修・啓発事業に予算をつける(運営資金、主に会場費について)。		①公的機関の講堂や会議室を開放する(休日等仕事で使わないとき)。また、行政に相談できるような窓口を設けて、公・民一緒になってサロンや研修・啓発事業を進めていく。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
949	医療提供者		広島	広島	お金がないと継続治療が受けられない。高額医療費の支払いが困難になってくる…。がんにかかる費用について知らないことだらけ。			救済できる制度に。
950	医療提供者		広島	広島	国は後発医薬品の使用を促進しているが、がん患者は全身管理が必要な場合が多く、がん治療薬は劇薬をたくさん含んでおり、アレルギーや他疾患により禁忌の後発医薬品もある。このような中では医療提供者側に知識習得、説明義務などが増大する。			後発医薬品の使用促進について、がん医療の均てん化、医療の質の観点から見直しが必要ではないか。
951	医療提供者	石口房子	広島	広島				日本一の施策ではなく世界一のがん対策にしてほしい。
952	医療提供者		広島	広島	訪問看護STと居宅介護支援を運営。居宅支援に関して、常勤者が不在となり閉設となるか、INSのケアマネで末期患者への支援ができなくなるのが残念である。専任者がいなくてもできるようにすれば中間での支援に少しでも役立つと感じる。			
953	医療提供者		福岡	福岡	がんの医療費の助成。無料化が必要だと思う。			
954	医療提供者		福岡	福岡	治療に関すること、在宅や緩和ケアについての知識や現状をもっと広めて…(患者・家族・医療者・市民)。結局、知識・情報の啓蒙の不足が色々な問題につながっている。			
955	医療提供者		長崎	長崎	がん患者サロンを2月よりスタートする。がん診療連携拠点病院として求められつつ、予算0で、患者サロンで癒しを提供したくても限界がある。	患者サロン独自に予算を立ててほしい。がん診療連携拠点病院の予算からでも患者会にも予算を回してほしい。		
956	医療提供者			広島	国民が理解すること(教育)、がんだけ特別にしない。			
957	医療提供者			広島	がん治療の患者の医療費負担は高額となる場合が多い。手術などの一時的なものであれば一時の支出と制度活用(高額療養費制度など)で対応できるかもしれないが、長期間の治療期間となる化学療法などの場合、月々の医療費が重なると、患者、家族への負担も大きくなり、がん治療による身体、精神的ストレスの上に医療費の負担が重なり、治療に対しても消極的となるケースも少なくないと思う(「もうこれ以上治療は続けられない…。家族へこれ以上迷惑をかけられない…」など。若い方などこういった患者さんが多いのでは…)。	医療保険以外で民間保険でのがん保障も充実しつつあるが、加入していなかったり、加入したくてもできない状況の方もいらっしゃると思う(特にこの時勢であるため。医療保険料の支払いも厳しい方も多いかと思われる)。	がん治療(化学療法、放射線治療、検査(PETなど))に関する診療報酬の軽減があれば、安心して治療を受ける体制作りとなるのでは、と考える。現場で相談対応する中で痛切に感じたことである。参考にしていただければと思う。	
958	その他	織井優貴子	青森	青森	がん看護領域の継続教育が地方によって差がある。専門看護師は大学院教育であり、有資格者も都市部に集中している。認定看護師が少なすぎる。	がん看護領域の就学補助の充実。認定看護師教育に出向させる病院への補助(人的補助、経費補助)。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
959	その他	織井優貴子	青森	青森	青森のような地方都市から中央に継続して学習の機会を求めていくことは困難。人材の確保(教育を継続してできる教育者、有資格者)→看護師。	継続教育に対する予算(中央から講師を招聘するため)。少ない専門看護師、認定看護師が地方都市で継続して学習できるための予算。		認定看護師教育機関に対する専任教員、主任教員派遣制度あるいは補助(教員確保が困難である)。
960	その他		島根	島根	がん対策について、若年層の意識が薄い(若年層が検診を受けないなど。言い方は悪いが、他人事という意識が蔓延している)。世代を超えて(全世代で)、がん対策の充実に向けたムード作りが必要。			学校教育にがん教育を導入する。例えば、子宮がんなどは20歳代から増えるので、早目の教育が肝要である。
961	その他		福岡	福岡	他の先進諸国では公費で接種されているHPVワクチンが、日本ではまだである。	公費で接種する(制度・予算面)。		
962		川嶋啓明	青森	青森	がん治療にかかるスタッフの不足。	中・高校生への未来創世事業への予算増。		手間がかかるでしょうが、いかがか。足りないのに困っている。
963			東京	青森	がん抗がん剤は欠かすことができない。未承認や適応外など患者を取り巻く環境は厳しい。			医薬品としての承認と保険償還を分ける→適応外医薬品が少なくなる。すべてのがん種に治験をやって承認を取るのは無理。
964			広島	広島	心のケアに対して一般人ができることは何かあれば(あるのでは)。			仕組みの試験的実行。
965				青森	医師不足(がん診療科)、特に呼吸器内科、血液内科。			がん拠点病院には、最低限がん診療を行える医師の配置を診療科ごとに都道府県が責任を持って行う(医局等にとらわれずに)。
966				青森	食品添加物等が基準内であれば良いというのは、先がわからないのに疑問である。	できるだけ添加物・保存料など使わないための施策。		
967				青森	がん相談に来る人の数人に一人は、積極的に治療したくてもお金が続かないと言う。3割負担の人の高額療養費の自己負担は高い(多数該当でも)、障害年金も申請できる状態になったと思うと、末期で受給できないまま亡くなる人もかなりいる。			抗がん剤等の金額が高い治療のときだけでも負担が軽くなれば、もう少し治療に対して前向きに考えてくれる人もいると思う。
968				広島	禁煙により寿命が延びると医療費が増加し、税収は減少する。この点をどう修正するか。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
969				福岡	小児がんを体験した子の親です。小児の子供は成長段階で長い間入院生活や大変な治療をしていくため、体力的・心理的に大きな悩みを持っている。特に大人になった時の就労の問題が一番のネックとなっている。小さい時に病気をしたということだけで、何か何か社会に受け入れられない事が多いことに、親として一番の心配である。治癒していても生命保険に入れないということも不安の一つである。特定慢性疾患は続けていってほしい。			

14.分野記載不明

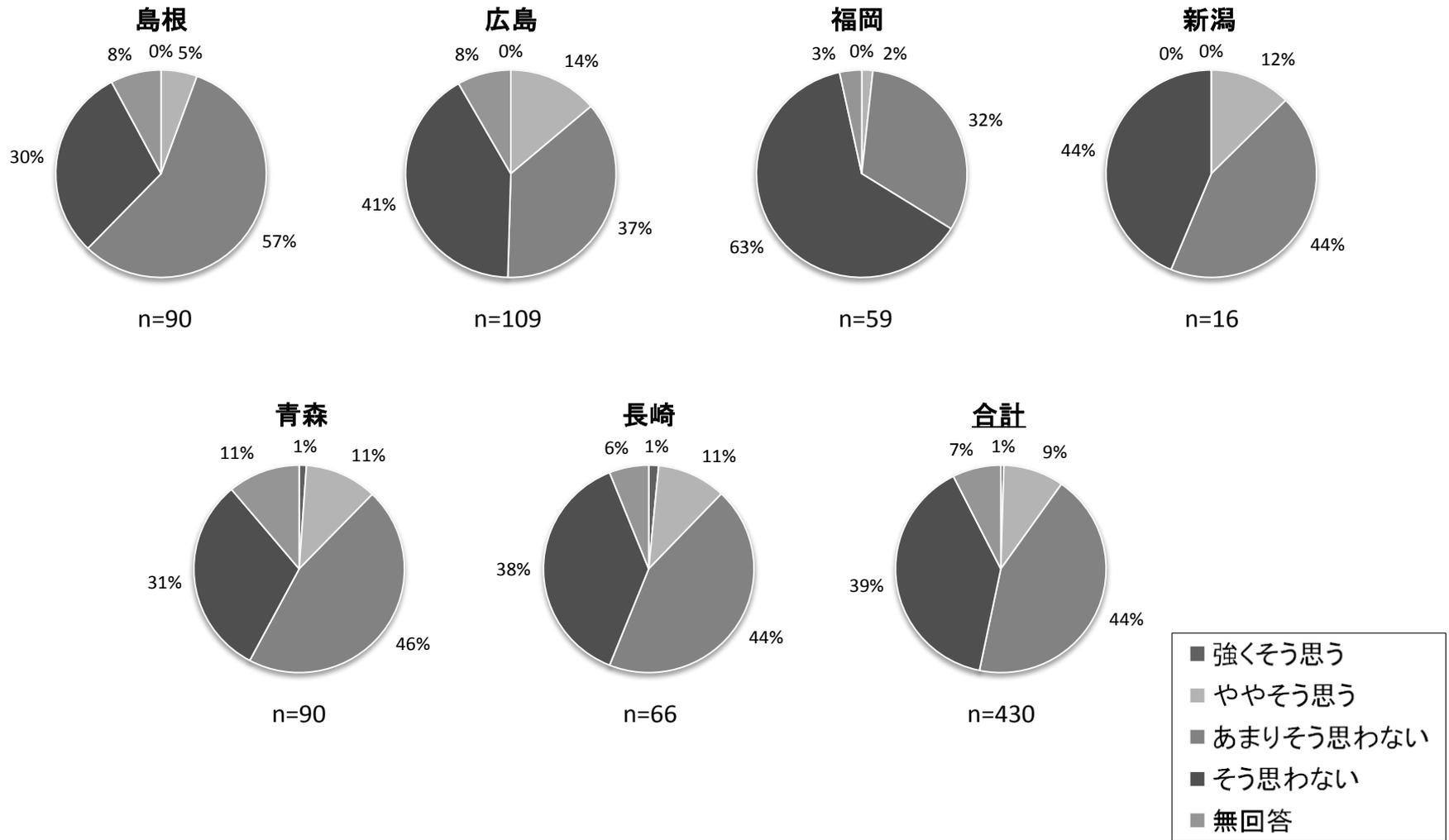
ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
970	行政府			長崎	検診にかかる予算がつきにくい現状がある。受診率を高めたいが、それに見合う予算がついていない状況である。	交付金というかたちでなく、がん検診等に特化した予算のしくみをとってほしいと思う。		
971	医療提供者	藤林繁子	青森	青森		一人ひとりの病気で格差があると思うので、近くの医院で相談するのもよい。	予算を少しオーバーしても、早く病気を見つけて病気が早く治るようにする(国に働きかける)。	予算だが、人間の体が大切なので、現在より少し医療費を医者に出示してもよい。医師の給料を少し上げて、病気を治すことだ。



選択肢設問等の解析結果

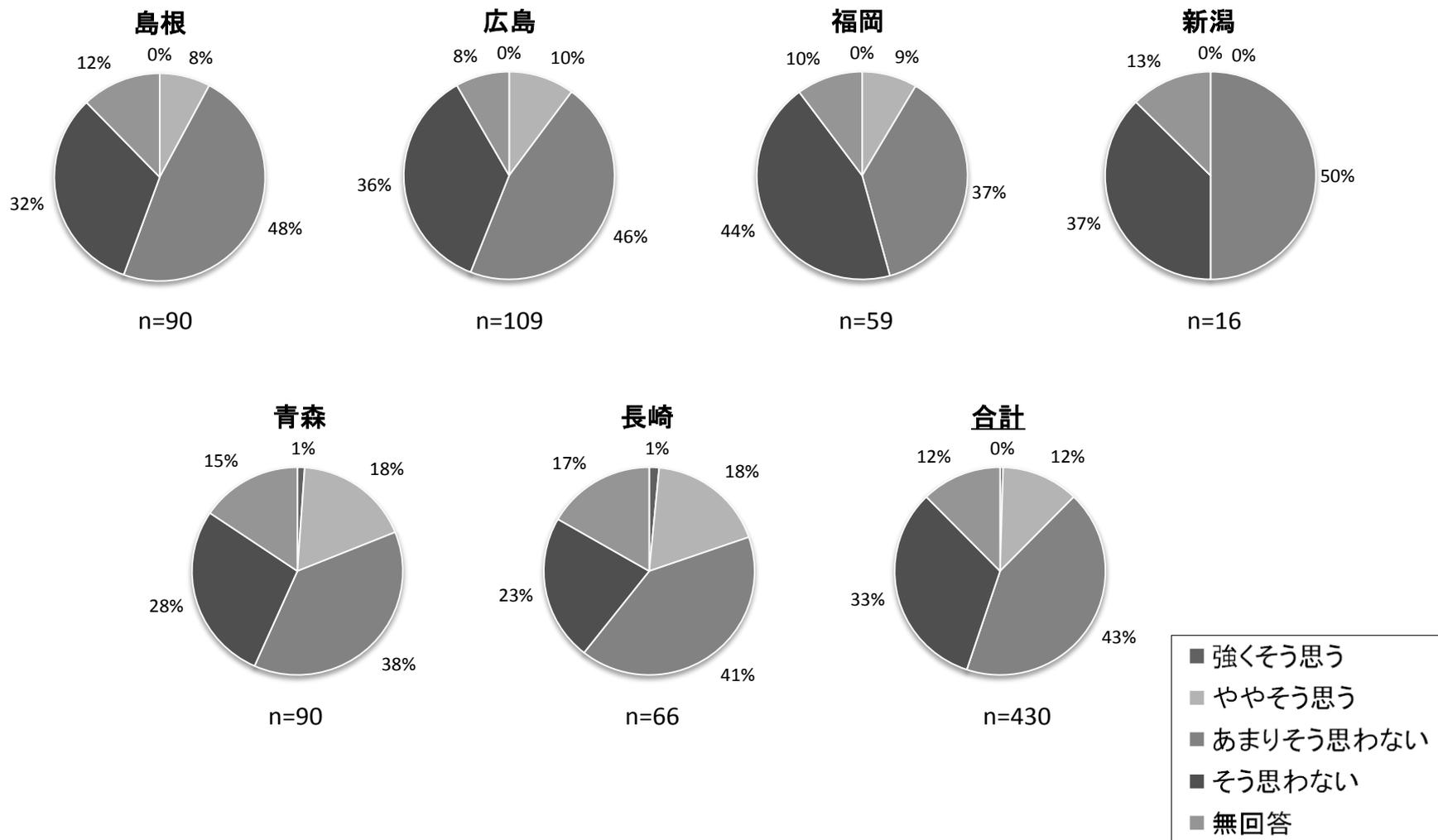
1.がん対策に関する予算の満足度は、全体で10%と低い

【問1】現状のがん対策に関する予算は、十分である(一つ選んで○をつけてください)。



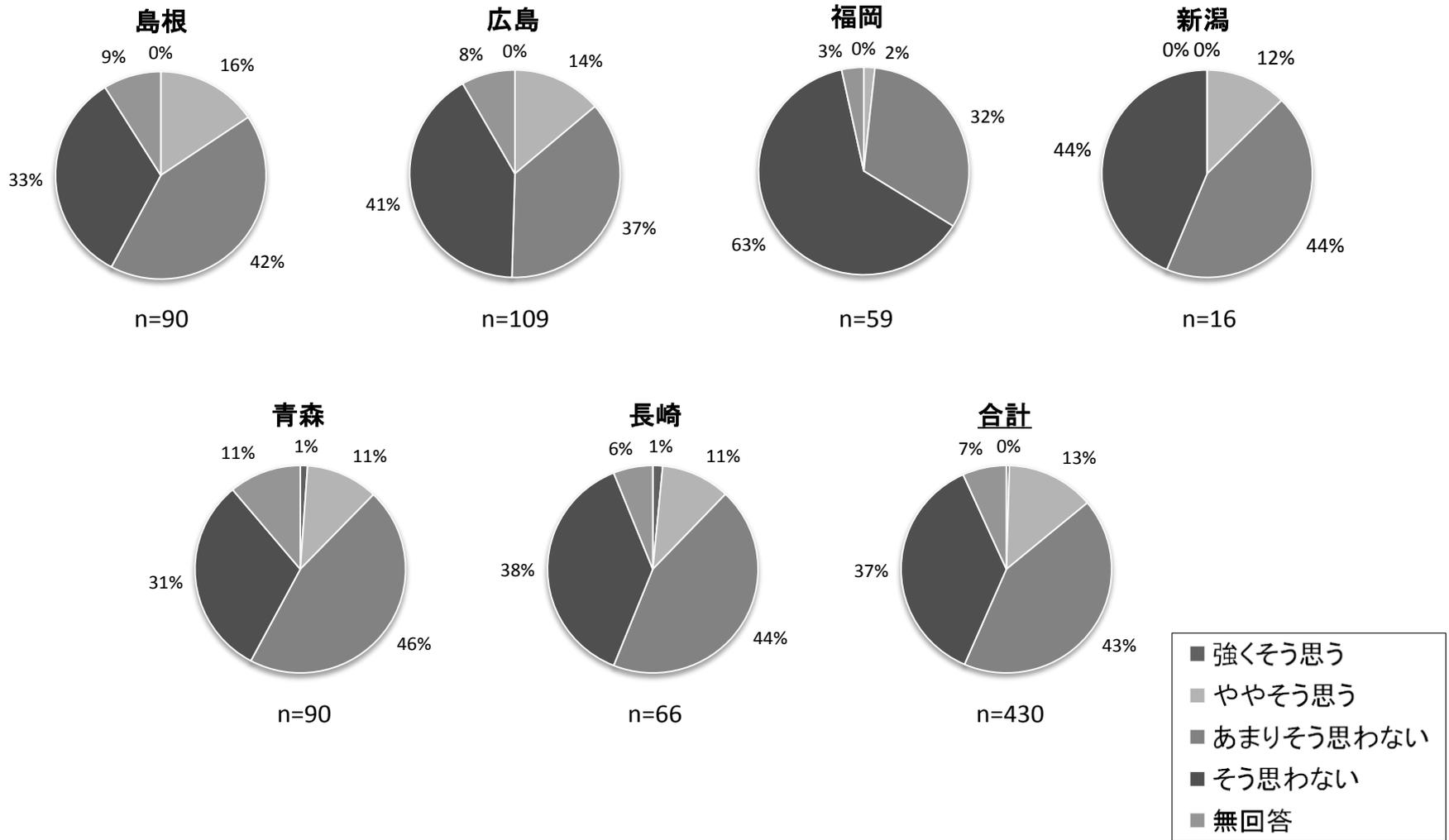
2.がんに関する診療報酬の満足度は、全体で12%と低い

【問2】 現状のがんに関する診療報酬(医療保険から医療機関に支払われる診療対価)は、十分である(一つ選んで○をつけてください)。



3.がん対策に関する制度の満足度は、全体で13%と低い

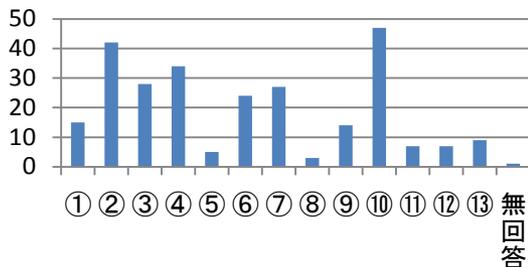
【問3】 現状のがん対策に関する「制度」(法律・政令・通達・規則による定めや規制など)は、十分整備されている(一つ選んで○をつけてください)。



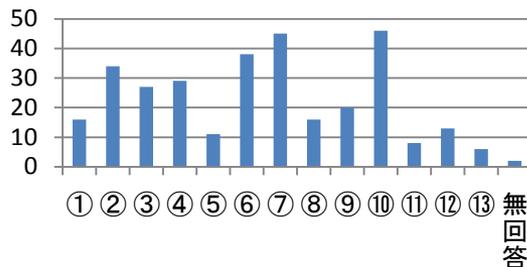
4.重要テーマは「医療従事者育成」「相談支援と情報提供」「がん検診」

【問4】 がん対策の次の13分野について 重要であると思う分野を3つまで選び、()に○をつけてください。

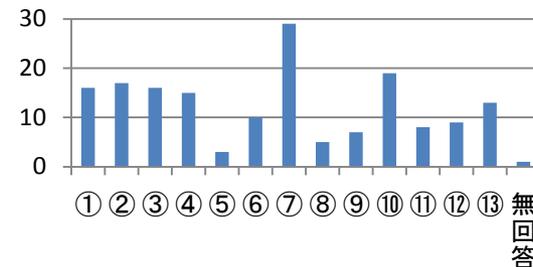
島根



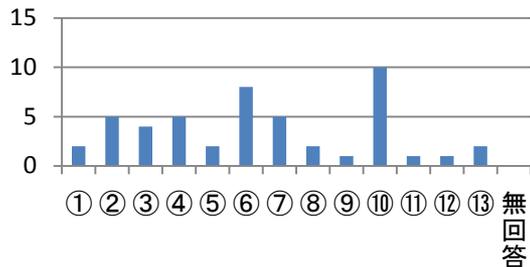
広島



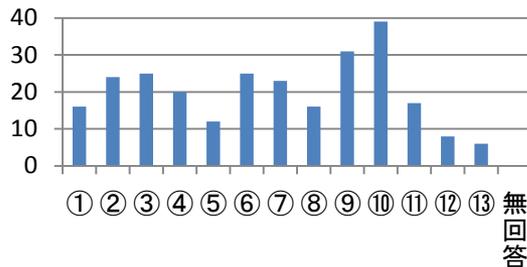
福岡



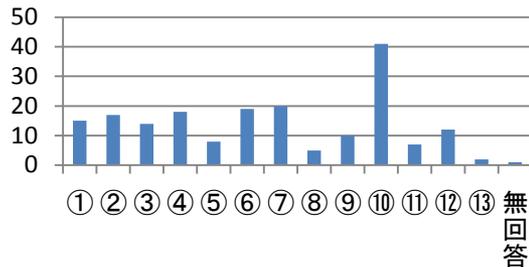
新潟



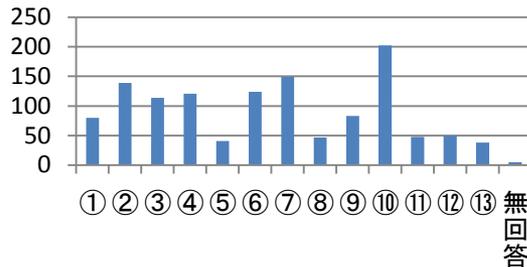
青森



長崎



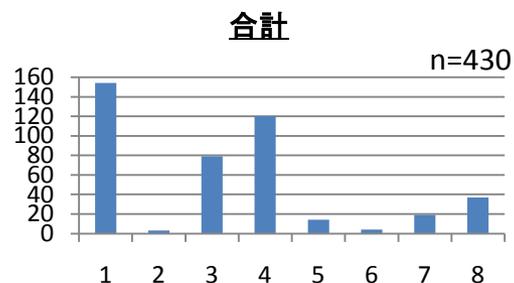
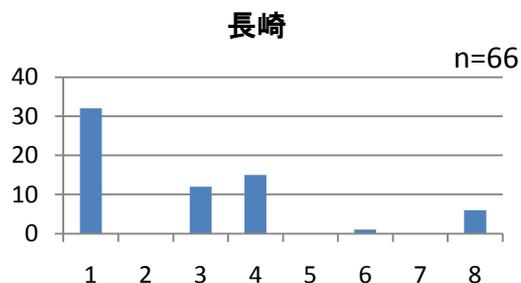
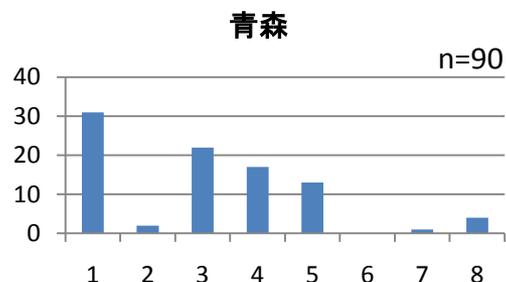
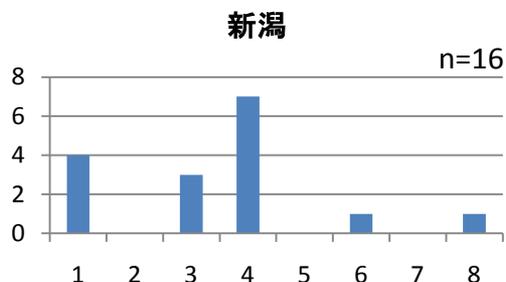
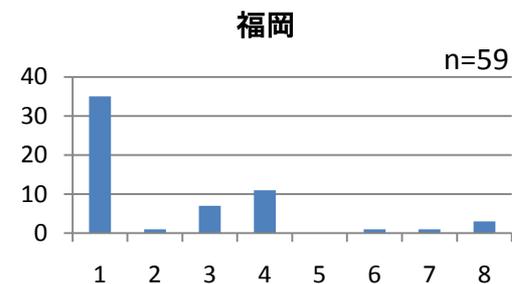
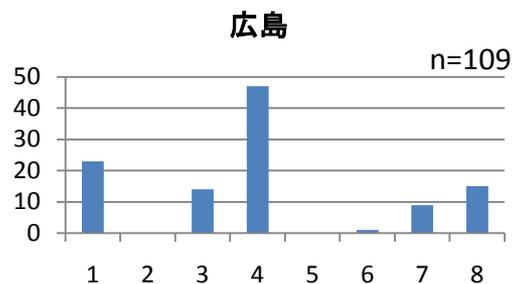
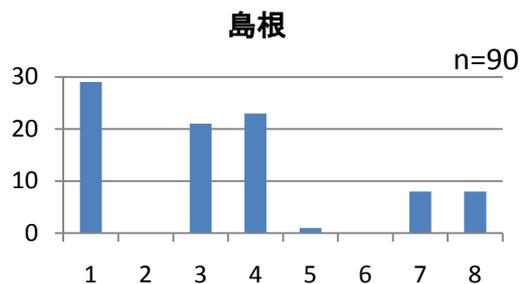
合計



- ①がん対策全般
- ②放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
- ③緩和ケア
- ④在宅医療(在宅緩和ケア)
- ⑤診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
- ⑥医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
- ⑦がん医療に関する相談支援と情報提供
- ⑧がん登録
- ⑨がんの予防(たばこ対策)
- ⑩がんの早期発見(がん検診)
- ⑪がん研究
- ⑫疾病別(がんの種類別)の対策
- ⑬その他の個別テーマ
- 無回答

5.患者関係者や市民、医療提供者など、多くのステークホルダーから参加があった

【回答者の属性】



- (1)患者関係者・市民
- (2) 立法府
- (3) 行政府
- (4)医療提供者
- (5) 医療関連産業
- (6)メディア
- (7) その他
- (8) 無回答

みんなでがん対策を考えよう（がん対策に関するタウンミーティング）

みなさんのご意見をお寄せください。下記にご記入ください。簡単でもけっこうです。
 ご記入いただいた内容は、集計結果等に掲載させていただきます。
 （お立場・都道府県・お名前については、ご承諾がない限り公表いたしません）

【問1】現状のがん対策に関する予算は、十分である（一つ選んで○をつけてください）。
 1 () 強く思う 2 () やや思う 3 () あまりそう思わない 4 () そう思わない

【問2】現状のがんに関する診療報酬（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である。
 1 () 強く思う 2 () やや思う 3 () あまりそう思わない 4 () そう思わない

【問3】現状のがん対策に関する「制度」（法律・政令・通達・規則による定めや規制など）は、十分整備されている。
 1 () 強く思う 2 () やや思う 3 () あまりそう思わない 4 () そう思わない

【問4】がん対策の次の13分野について重要であると思う分野を3つまで選び、() に○をつけてください。
 1 () がん対策全般 8 () がん登録
 2 () 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成 9 () がんの予防（たばこ対策）
 3 () 緩和ケア 10 () がんの早期発見（がん検診）
 4 () 在宅医療（在宅緩和ケア） 11 () がん研究
 5 () 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及） 12 () 疾病別（がんの種類別）の対策
 6 () 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク） 13 () その他の個別テーマ
 7 () がん医療に関する相談支援と情報提供 [具体的に：]

【問5】がん対策について、あなたのご意見をお聞かせください。
 (A) まず、問4の13分野のうち該当する分野番号を記入してください（3つまで）。なお、同じテーマ番号が続いてもけっこうです。
 (B) 次に、あなたが考える「課題や問題点」を書いてください。
 (C) それに対してあなたが思いつく「改善アイデアや意見」を書いてください。
 すべてを埋める必要はなく、ご関心やご意見のあるところだけを記入していただければ十分です。

（※）以下のアンケートにおいて、「予算」「診療報酬」「制度面」とは、次のように用いています。厳密に考える必要はなく、おおよそこのような意味と捉えて、考えついたことを記入していただければけっこうです。
 ・「予算」とは、国や地方自治体のがん対策予算のことです。
 ・「診療報酬」とは、診療の際に医療保険から医療機関に支払われる対価のことです。
 ・「制度面」とは、国や地方自治体の法律・政令・通達・規則などによる定めや規制などのことです。

分野番号	ご意見1 記入欄（ご意見のあるところだけを記入していただければ十分です）	
(A) 問4の1～13のいずれかの分野番号をご記入ください ↓	【(B) 現状の課題や問題点】	
	【(C-1) 改善のアイデア—予算について】 〔「予算」とは、国や地方自治体のがん対策予算のことです〕	
	【(C-2) 改善のアイデア—診療報酬について】 〔「診療報酬」とは、診療の際に医療保険から医療機関に支払われる対価のことです〕	
	【(C-3) 改善のアイデア—制度面について】 〔「制度面」とは、国や地方自治体の法律・政令・通達・規則による定めや規制などのことです〕	

裏へ続く

分野番号	ご意見2 記入欄（ご意見のあるところだけを記入していただければ十分です）	
(A) 問4の1～13のいずれかの分野番号をご記入ください ↓	【(B) 現状の課題や問題点】	
	【(C-1) 改善のアイデア—予算について】	
	【(C-2) 改善のアイデア—診療報酬について】	
	【(C-3) 改善のアイデア—制度面について】	

分野番号	ご意見3 記入欄（ご意見のあるところだけを記入していただければ十分です）	
(A) 問4の1～13のいずれかの分野番号をご記入ください ↓	【(B) 現状の課題や問題点】	
	【(C-1) 改善のアイデア—予算について】	
	【(C-2) 改善のアイデア—診療報酬について】	
	【(C-3) 改善のアイデア—制度面について】	

【1】ご自身に関して、下記から最も近いものを一つ選んで○をつけてください ※公開について○をつけてください

1 () がん患者、経験者	10 () 診療所	【1】について	公開してもよい	公開してほしくない
2 () がん患者家族、近しい友人など	11 () 在宅緩和ケアスタッフ		公開してほしくない	
3 () ご家族などを、がんで亡くされた方	12 () 都道府県庁関係者			
4 () がん患者支援者、ボランティア	13 () 市町村関係者			
5 () 1～4に該当しない市民	14 () 政治家、議員			
6 () 医師会、看護協会などの職能団体	15 () メディア/マスコミ関係者			
7 () 都道府県がん診療連携拠点病院関係者	16 () 学者/研究者			
8 () 地域がん診療連携拠点病院関係者	17 () 医療関連産業			
9 () その他の病院	18 () その他			

〔具体的に：]

【2】お住まいの都道府県（治療を受けた病院所在地や勤務地でもけっこうです）をご記入ください。 [都道府県名：]

【3】よろしければお名前をご記入ください。 [お名前：]

【2】について

【3】について

いただいた貴重なご意見は、がん対策の推進に活かしていきます。ご協力をいただきまして、ありがとうございました。