

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（提案書取りまとめワーキンググループ）

平成 22（2010）年 3 月 11 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、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  
提案書取りまとめワーキンググループ

■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）

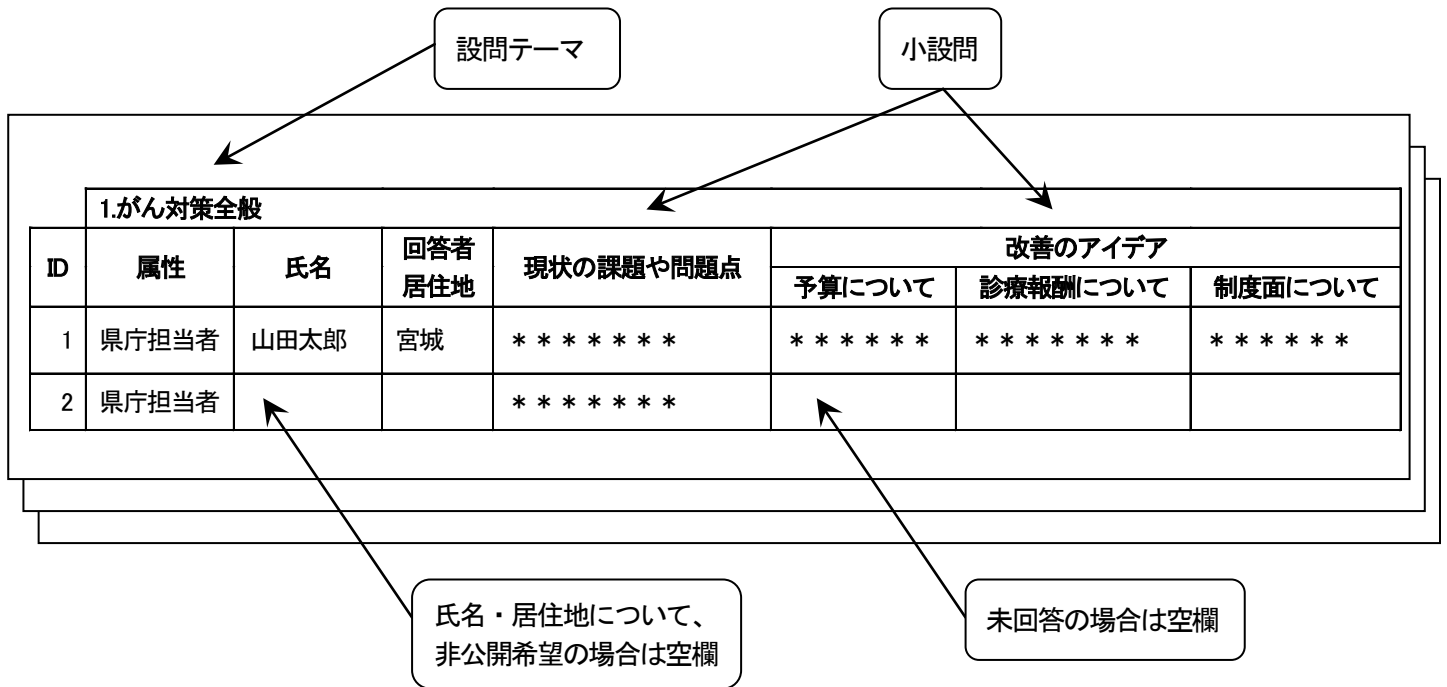
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

<b>全体分野1 がん対策全般</b>		
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
<b>全体分野2 がん計画の進捗・評価</b>		
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
<b>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>		
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
<b>個別分野2 緩和ケア</b>		
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
<b>個別分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）</b>		
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

<b>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>		
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
<b>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>		
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
<b>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>		
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
<b>個別分野7 がん登録</b>		
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
<b>個別分野8 がんの予防（たばこ対策）</b>		
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
<b>個別分野9 がんの早期発見（がん検診）</b>		
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
<b>個別分野10 がん研究</b>		
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
<b>個別分野11 疾病別（がんの種類別）の対策</b>		
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、がんには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あ、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薬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いて、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かわらない。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のか、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。診療点数を高め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、腹腔鏡補助下脾切除等、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。		学校教育の中になんか教育を取り入れる。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にか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。			医療費は関してはできるだけのことを無制限にしてほしいという感覚があるが、やはり、無駄になっていると思われるものも多い。効率的な配分を行っていかねば破綻すると思われるので、医療に関しても限りある資源を効率的に配分する必要があるということを理解してもらえよう教育が必要。
173	医療提供者 (協議会委員)		香川	ホスピスの拡充一般病院ではどうしても平均在院日数が長くなる。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やす。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やす。	急性期病院では対応が十分でない。
174	医療提供者 (協議会委員)		香川	予算が少ないにも関わらず、あまりに総論的過ぎる。	予算が中途半端過ぎるので、総花的になるのだ。	スクリーニングの報酬は勿論のこと、検査回数にも制限がありすぎる。早期発見した場合に報奨金をつけるぐらいにしないと、早期発見すればするほど収入が減ることになる。	検診を国民の義務とする。検診保険の創設。
175	医療提供者 (協議会委員)		香川	医療関係者、がん患者やその家族はがんについての意識が高くなってきたが、それ以外の人たちへの意識は依然低く、啓蒙活動がまだまだ不十分だと感じる。			
176	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	医療費全体の抑制の中でがん対策を推進するための費用も明らかに不足している。がんの研究や医師の研修のための機会や経費はがんセンターや特定の大病院に集中している。地方のがん拠点病院はその名の下に多大な義務的負担を負いつつ、出口の見えない医師不足という迷路の中で施設基準を満たすことにさえ汲々としている。わずかの加算のためではなく、地域のがん診療を担うという誇りだけを糧として踏みとどまっている状況である。がんセンターへ若手医師を研修に出す人的、経済的余裕はない。がん医療における真の最前線は地域がん診療連携拠点病院とその周辺にこそあるということを認識し、手厚い支援を請うものである。	各拠点病院に一律の予算配分ではなく、がん患者の診療実績やその治療成績、学会参加、研修実績などの出来高に応じた予算の分配を行う。	健常者が多く受診するがん診断領域への診療報酬を引き下げ、その部分を真のがん患者が受ける、がん化学療法、がん放射線療法、がん手術などの治療領域の報酬引き上げに用いる。	論文の質ではなく量によって付与される学会主導のがん専門医認定ではなく、診療実績とその成績に重点を置いた、国が主導的に認定する専門医制度を構築する。

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



ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
184	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	<p>国、および県のがん対策基本計画は、がん登録のような疫学面、がん予防からがん診療、施設内容から連携、相談支援とあらゆる分野を総花的に網羅し、推進するとしているが、具体性がない。どれが大切とは断じれないが、当面の重点目標がないので、力が分散している。また、がん診療の均てん化を謳っているが、医療全体が体力不足のおり、どの範囲までを均てん化とするのか。時間を争う救急医療こそ隔々までの均てん化が望まれ、亜急性のがん診療は一定範囲の医療圏で集約の方が効率的であろう。その意味で2次医圏は適当な目安だが、人口が多いので同一医療圏でも複数施設、施設も大学病院も一般病院もというモチベーションのベクトル混合での拡大路線はどうかと思う。患者の受診機会均等という意味では数があればよいと思うが、患者に対する診療の質の担保、患者側からは施設選択の判断基準がはっきりしなくなる。</p>	<p>がん診療連携拠点病院として課された業務は多く、当施設のある2次医療圏内でも適正医療が行われていない多くの施設があるという現状を見るにつけて使命感の大きさを感じる。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、そのなかには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。現場の裁量が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かないまでも、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願う。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が少ない。・画一的な治療しかない(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。自分で診ね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乘せする。	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、技師も定員の課題があり、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 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欲しい。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+ $\alpha$ 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 せるな！	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。 がん拠点病院に限って加算をつける。	がんセンターで多診療科 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動すると考える。	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のが最大の問題。			
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い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(特にかん化学療法認定看護師)や薬剤師(特にかん専門薬剤師)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いと底上げは難しい。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ング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んともなりません。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(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々たちによる医療、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。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					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、研究成果を生かしつつ地域の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、緩和ケアの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診療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て。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考え。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思う。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。緩和ケア研修会の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ん治療病院看護師とがお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と。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な。		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、治療法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処が必要な場合の「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も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思われる。		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、そのため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な。	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な。
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で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、医療スタッフが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しても過言ではない。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ように)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と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。また化学療法のスぺ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、長く生きられる人も多いので、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使用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	重要だがいずれにしても未完成(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か追補が必要。			
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る(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わが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ちはいるが、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関催されており、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のだから、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	がん治療の外来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ことが必要である。
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・支援センターはとりにあらず整っているが、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”にはつなげていない。	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もらえ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で、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げる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来てい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。	相談支援業務に対する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するの助成制度。	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軽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。相談員が病室に出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、がんと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で望ましい。
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を必要を思われる。	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のか補助金で対応するののか。	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無い。			
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ないうる。		「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、新たながん登録を行う場合、システム等に経費が発生する。現在、がん登録については、診療報酬上の設定がない。現実論として、メリットがない事に新たに費用をかけてまで実施するほど経営に余裕のある医療機関は皆無と思う。	

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

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

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

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

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1780	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	全国でちゃんと正確に進んでいるのか信用できない。			
1781	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	診療の片手までするには仕事量が多すぎる。	せめて拠点病院に専門職員を雇用する予算をつけてもらいたい。	がん診療医は診断書作成、がん登録、臨床研究、地域での活動、その他の仕事で時間外労働時間が多いと思う。この分は超過勤務請求できないのでボランティアになる。少しでもインセンティブをつけてもらいたい。	
1782	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	診療報酬に評価されていないので 人の配置がおろそかになる。また、取り組みについても十分おこなわれない。	一施設2人以上配置できるように予算をつける。	施設基準を整備するように、診療報酬に盛り込む。	
1783	医療提供者 (協議会委員)			病歴士の増員。			
1784	医療提供者 (協議会委員)			全国共通のものがない。		大変な仕事量であり、安い。	
1785	医療提供者 (協議会委員)			がん登録に係わる医師の業務～診療以外の業務～が増加し、医師の負担軽減が必要である。		がん診療連携拠点病院への診療報酬上の手当て(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)			現場につい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な？		
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るのか不明。			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どうか分からないが)。			
1864	行政(協議会委員)	内田 勝彦	大分	公共施設以外の受動喫煙対策が不十分である。			受動喫煙対策実施施設の認定制度を創設する。
1865	医療提供者(協議会委員)		北海道	巷では、根拠のない民間伝承と予防が同レベルで発信されている。	これも専門の部署をつくり、対応せねばならない。そういう方のおられる施設には予算を出すべき。	当然、高くするべき。コンビニ受診の減少のため。	

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

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

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1894	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・禁煙外来をもつ病院が少ない。			
1895	医療提供者 (協議会委員)		東京	禁煙をスローガンするだけでなく、タバコ税を増額し購入困難とすべき。			
1896	医療提供者 (協議会委員)		東京	道路、鉄道、レストランなどで完全禁煙(少なくとも分煙)とすべき。		喫煙者の自己負担増。	
1897	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	もっとタバコ税を上げるべきだった。結局なにをやっても、依存性のあるものなので、かなりドラスチックなことをやらないと変わらないと思う。	医療機関に予算措置を透けても、あまり変わらないと思う。	喫煙者の自己負担金比率を上げるなど、ペナルティーも必要なのは。	とにかく、国の喫煙に対する姿勢だと思う。
1898	医療提供者 (協議会委員)		東京				たばこ税の増額。
1899	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	全国民が禁煙するようにする。	禁煙キャンペーンが足りない。	喫煙者の診療点数を高くする。	どこでも喫煙ができなくする。
1900	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	さらに禁煙の普及が必要である。	禁煙運動に対する補助金の増加。タバコの値段を欧米の水準まで値上げする。	禁煙治療に対する診療報酬の増加。	たばこの値段を上げて、収入をがん検診などに使用する。
1901	医療提供者 (協議会委員)		東京			敷地内禁煙施設には診療報酬加算をする。	
1902	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	禁煙による効果、たばこの害についての啓蒙が必要。			
1903	医療提供者 (協議会委員)		新潟	禁煙教育は行っているが、院内の雇用者で20%前後がまだタバコと縁が切れていない。			
1904	医療提供者 (協議会委員)		新潟	最も対策が遅れている分野である。特に医師のがん予防分野への熱意が少ない。			たばこ税はもっと上げるべき。
1905	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	”がん”とたばこの因果関係はよく広報されているのに、喫煙者が余り減っていないように感じる。政策的に禁煙誘導に向かう方策が必要と思う。			政策的に喫煙しない方向で検討して欲しい(タバコ税の値上げを大幅に)。
1906	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	たばこは、法令で40歳以上でなければ吸えないことにすればよい。			
1907	医療提供者 (協議会委員)		石川	女性の喫煙。	たばこ税の引き上げ。	入院患者への禁煙外来診療は混合診療となっているが、混合診療と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)。			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ての教育)。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。基本的には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いても止められない、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やす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。	受診の啓発及び勸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 要精検者の受診率。 3 受診率の把握。	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らうか。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。	現行のままでは検診は実施でき 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(マモグラフィー、超音波検査)の有用性の広報。・検診胸部CTの受診範囲の拡大。・胃fiberの検診拡大(胃透視の低診断性の周知)。・肝炎ウイルスの検診範囲の拡大、等検診普及に向けての公的活動と予算措置が必要である。			
2120	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	死亡率減少効果が証明されている臓器と、そうでない臓器がある。死亡率減少が明らかながん検診は社会活動をして健診を受けさせるような活動が必要。			消化器がん検診では、レベルの一定化が必要。
2121	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん検診の受診率を向上させる(現状では低い)。開業医での胃がん検診:UGIX-p技術が低すぎる。	可能なら無料化。	消化器専門医が、検診できる制度を確立し、診療報酬をあげる。	内視鏡検診の採用。各科専門科医のみ検診が可能とする。
2122	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	前立腺がん検診が制度化されていない都道府県が少なくない。	検診にあてる予算の大幅な増加が必要。		
2123	医療提供者 (協議会委員)		愛知	ただ早く発見すればよいのではなく、早期発見が予後改善につながるという科学的なエビデンスの検証と、がん検診はそれらエビデンスが確認されたものに絞るべきと思います。			
2124	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	意味が有る事と、ムダな事と、医学的な検討を。			
2125	医療提供者 (協議会委員)	加藤 岳人	愛知	・職業によって(特に自営業)症状があっても受診しない。我慢してしまう人がいる。・がん検診の普及。			人間ドックの半強制化。
2126	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん検診の推進。			がん検診費用を、健康保険料の算定において控除する。
2127	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・がん検診率が上がっておらず、その改善が必要。・がん検診による有効性が科学的にどこまで担保できるのかをはっきりさせること。また、その有効性についての研究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。早期発見こそが治癒をもたらす最も良い方法であるという宣伝をもっと行う。
2128	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知		一次検診のみならず二次検診に対する補助。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2129	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	検診の無料化など、住民が検診を受ける環境が整う一方で、急速に増大する検診受診希望者に病院の受け入れ態勢が追いついていない、という実状がある。住民に対する環境だけでなく、病院の受け入れ環境を同時に整えなければならない。この点が現状片手落ちである。補助金の使途に制限があり、予算が有効活用されていないと感じる。	医療機器の補助、例えばMRIコイルの半額補助などは現在の病院の経済的体力を考慮せずに決められている。高額機器は半額でもかなりの額となり、買うとなれば、院内の他の導入希望機器(更新を含む)の購入を圧迫してしまう。検診・一般診療の両方で使用する、例えば内視鏡機器・レントゲン設備や検診車の更新にも補助金が使えるなど、使途制限をもう少し緩和すべきである。	検診で要精査となって受診する初診患者に対して、一定の加算が算定できるしくみが望まれる。増加する検診に対して病院側の態勢を整えるのに必要な処置と考える。	
2130	医療提供者 (協議会委員)		三重	検診促進、啓蒙活動の充実。			保険者負担の確保。
2131	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	がん検診の普及が遅れている。	以前のように自治体検診への補助金を特定財源化し、増額する。		会社検診、人間ドックでの検診の受診率が不明であるため、がん検診の真の受診率が不明である。地域住民のがん検診の受診を法制度化し、すべての検診を含めたデータベースを構築する。
2132	医療提供者 (協議会委員)	玉置 久雄	三重	当院はがんの検診・早期発見を推進するために、毎年二次医療圏に向いてがん予防講演会を開催しているが、参加者を募り集めるのがたいへんである。			講演会や市民公開講座などに対する地方自治体の協力体制を望む。
2133	医療提供者 (協議会委員)		三重	・検診者数の低さが問題。		・70才以上高齢者に対する配慮が必要か。	
2134	医療提供者 (協議会委員)		滋賀	・がん検診の現状把握が十分できていないのではないかと。			
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の下りにあるが、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 眞	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)に同じ。			
2182	医療提供者 (協議会委員)		福岡				PETでは早期発見ができないことを一般に知らせる。
2183	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	受診率の向上。精度管理。			
2184	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	検診率をどう上げていくかが最大の課題と思う。苦痛のない・時間的制約の少ない検診の開発も必要。	がん検診の主体を国にする。		受診率が高い市町村ほど財政負担が少ないような制度にする。
2185	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	まだまだ地方では、がんの早期発見の必要性に対する認識の啓蒙が不足している。	市民講座開催などへの資金的援助。		
2186	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	就労者が受診しにくい。	前項でも出しましたが、検診車の増加。		受診日の休暇。
2187	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	国民教育を地味にしっかり(中高生にがんの知識を)。	教育に予算措置。		
2188	医療提供者 (協議会委員)		長崎	検診受診率がなお低い。	クーポンの発行などでお金を補助しないとなかなか受診しないのでは？言い古されているが予防にお金をかけるほうがはるかに安くつくはず。		
2189	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん検診。	保険者負担によるがん検診のモデル事業の推進。		
2190	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん検診の有効性についての実証研究。		地域の医療機関と健診機関の連携による登録が必要で、その取り組みに対する診療報酬の加算。	がん検診による罹患率の軽減の実証を3カ年計画などで行う。
2191	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	受診率の向上を図る。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2192	医療提供者 (協議会委員)		大分	口腔がんの検診。			
2193	医療提供者 (協議会委員)		大分	特定検診により、がん検診がかすんでしまったようだ。	がん検診の予算は、従来通り必要であろう。		
2194	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	がん検診の受診率向上をいっているが、こちらも本気になっているように思えない。			
2195	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島				一定枠内での義務化。
2196	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	病院の利用法: 病院を受診した者は、胃が痛いなどの適当な症状を言って胃がん検診、大腸がん検診、肺がん検診、肝臓がん検診などドック受信者が自己負担となっている部分も医療費でまかなう事ができる。知っている者が得する現状がある。			定期的に必要ながん検診は無料化する。その為の財源は保険費の増額で賄う。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上がっているのか？もっと国民にがんについての予防についての啓発が必要なのではと感じている。			
2223	医療提供者 (協議会委員)			がん検診受診率が低い。	検診受診の助成金を増やす。		・胃がん検診において、ヘリコバクタ・ピロリ抗体検査、ペプシノーゲン検査の導入を急ぐ必要がある。・がん検診受診を国民(県民)運動に盛り上げる。マスコミの協力が大きい。
2224	医療提供者 (協議会委員)			現状を把握しづらい検診を受ける機会が少ない。			早朝や、夜検診を受けれる施設の設立。
2225	医療提供者 (協議会委員)				がん検診に対する補助の増が必要では。		
2226	医療提供者 (協議会委員)			受診率の低迷、より効果的な検査法の導入。	子宮、乳房の無料クーポン券により受診率が向上したことより、他の検診にも同様な方式を導入。		胃：内視鏡検査の導入。大腸：内視鏡検査で数年に1回の受診。乳房：若年者に対する超音波検査の導入。肺：CT検査の導入。
2227	医療提供者 (協議会委員)			細胞診は診断に直結するものであり施設単位の精度管理だけでなく、個人の技量に左右されることも少なくないと考えられるため検査の精度管理の充実を図る必要があると思う。			臨床検査技師会の協力を得て、細胞検査士単位の精度管理の充実を図る。

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

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

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

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

### 11.がん研究

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
2261	県庁担当者	若井 俊文	新潟	地方大学では、研究環境が整っていない現状がある。個人レベルでの連携で研究を進めている現状である。			
2262	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	研究助成費がもっと研究者にわかり易くすべきである。			
2263	県庁担当者		広島	3人に1人ががんで亡くなる時代に、がんの研究は急務である。がんの研究は国内だけにとどまらず、世界的な規模で研究をしていく必要がある。	その研究のための予算は十分なほど確保する。画期的な発明には一生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られる方も多い。確かに副作用の問題などあるかもしれないが、もっと早くに認可されないのだろうか？	がんの研究には大変お金がかかることはわかるが、現在がんで亡くなる方が多いので、もっと国が予算をかけても良いのではないだろうか？		海外で認可されている薬について、もっと早くに日本でも認可できるような制度をお願いしたい。特にがんが転移した場合、生存率が急激に下がり、待つ時間が大変惜しい。
2273	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	免疫療法はじめ、標準治療以外の代替治療について研究する。			
2274	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・抗がん剤で、海外では承認されているのに、日本の承認が遅く使用できない。・保険適用でも、使い方の制限がついていて、その使い方をすると体力的に使えない人も出てくる。			・新薬の開発、海外で承認されていて効果がある新薬は早期に承認して欲しい。・学会や現場の先生方の意見は、素早く対応して欲しい。
2275	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「がん研究」の分野は先進国扱いられているが、外国(特に米国)から輸入される医療技術と方法に頼っているのが現状ではないか？もっと研究費を増額し、研究機関の拡充を図るべきと考える。			
2276	患者関係者・市民(協議会委員)			がんの最新治療、代替療法の研究をもっとすすめるべき。	予算をもっと確保すべき。		がん治療を行う病院へのがん登録の義務付け。
2277	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	多施設でエビデンスの高い研究がなく施設独自の研究が主体となっている。	がんの予防、治療方法の確立などに対しては予算配分があるべき。		

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

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



ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					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。増額を。	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でも、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ますのだろうか。	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、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すのではないかと。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ほしい。			
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	効果を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・活かせないで大変になる。	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と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)			地域別の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。		

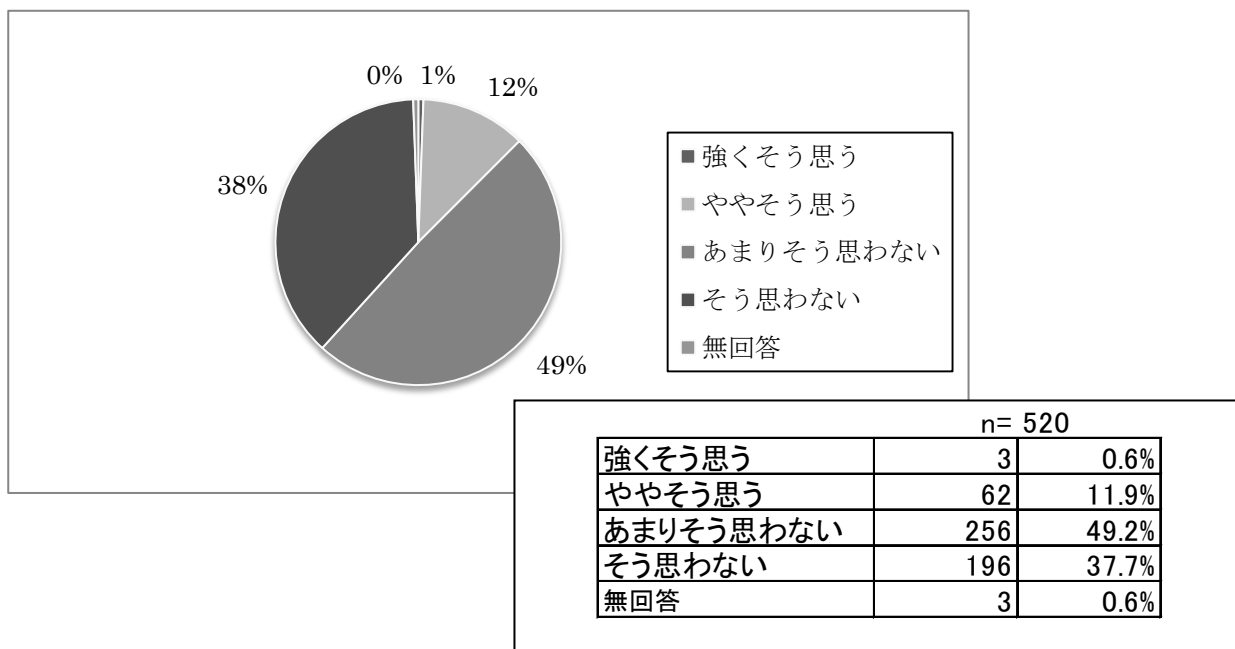


## アンケート集計結果

## 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）

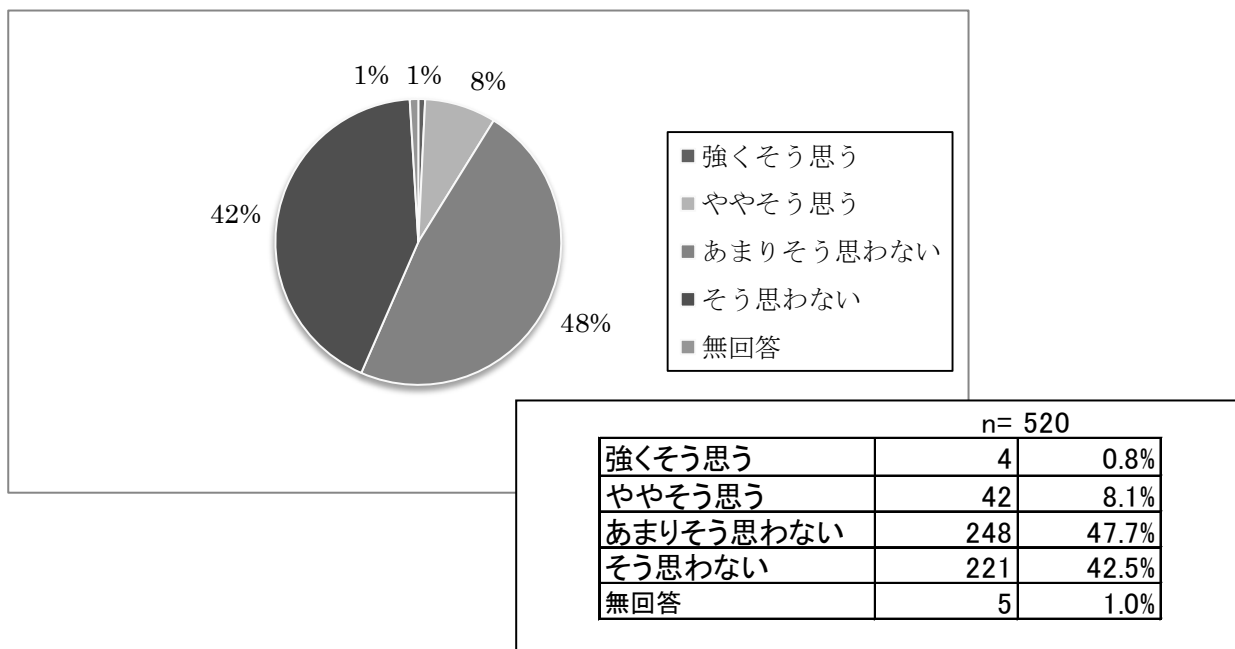
(1) 現状のがん対策に関する「予算」は、十分である。



## 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）

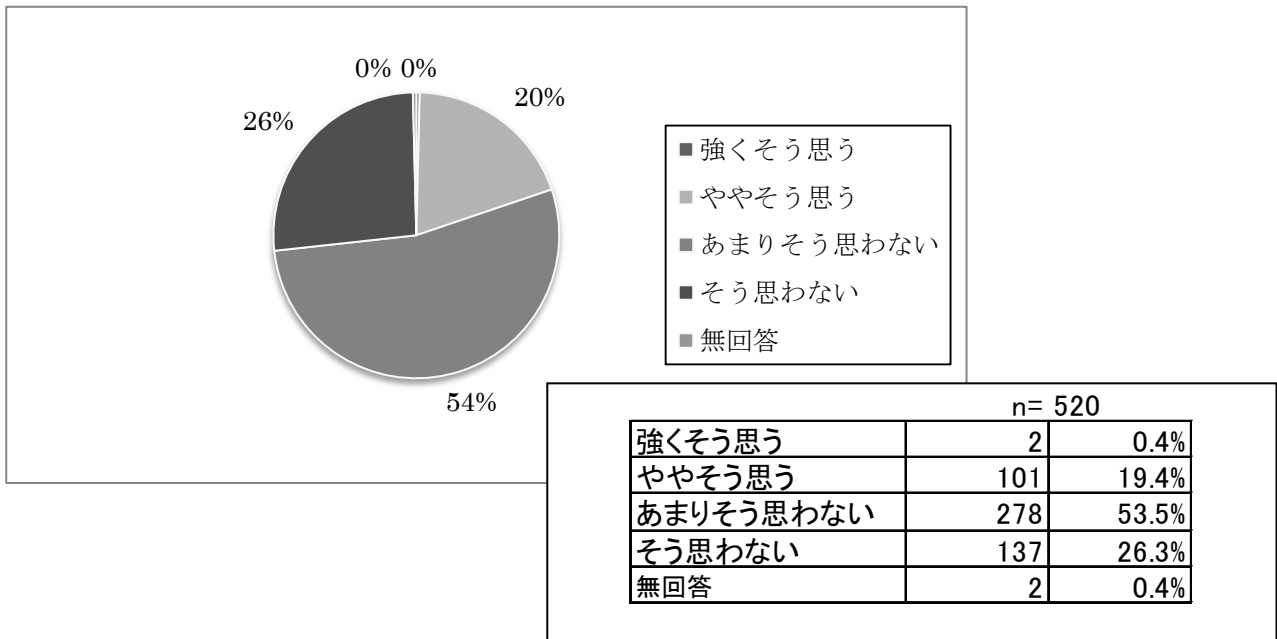
(2) 現状のがんに関する「診療報酬」（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である。



### 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）

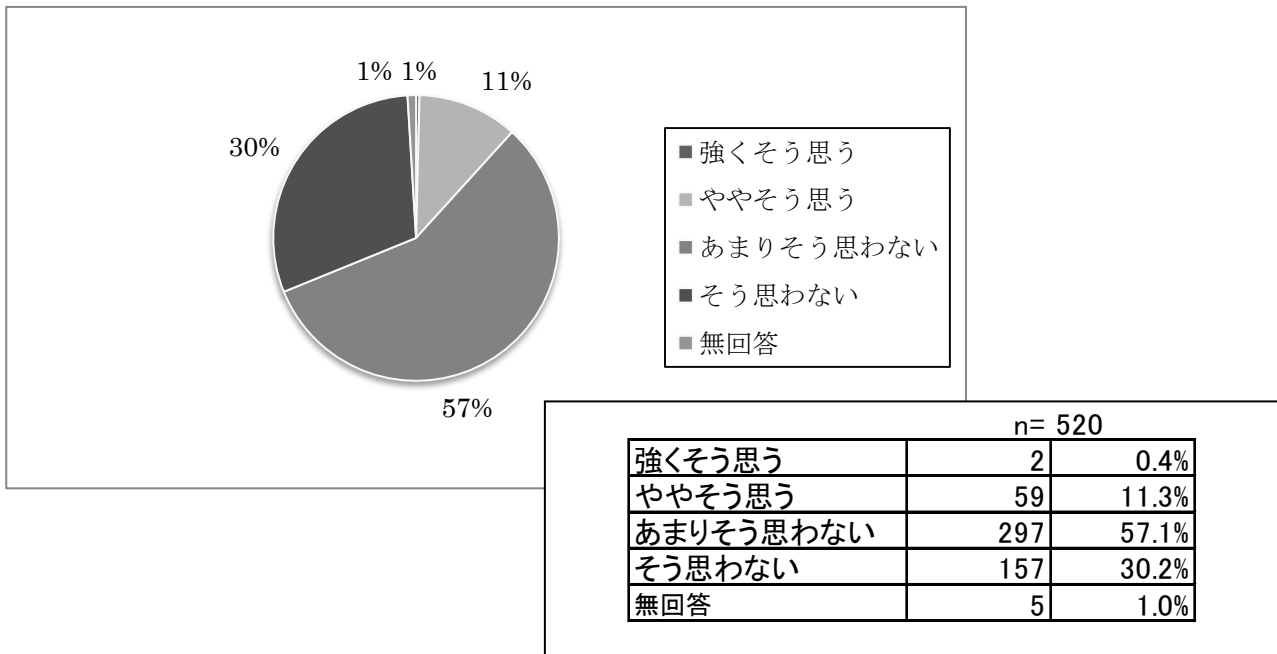
(3) 現状のがん対策に関する「制度」（法律・政令・通達・規則などによる定めや規制など）は、十分整備



### 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）

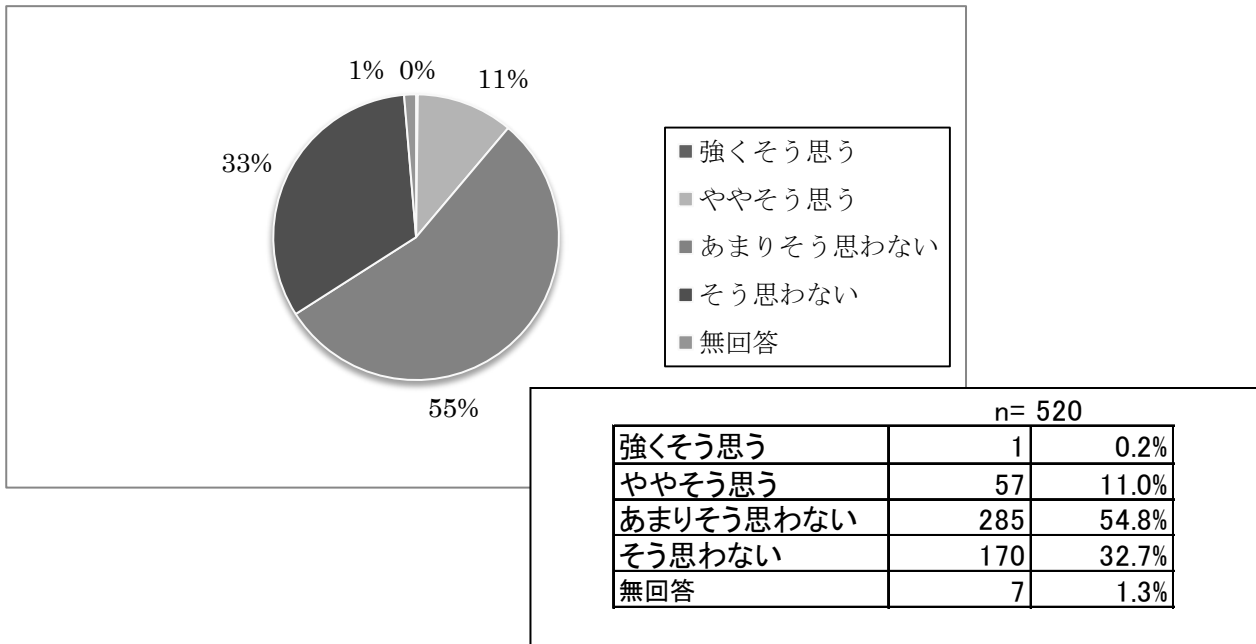
(4) 現状のがん対策に関する「予算」の決定プロセスに、満足している。



**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）

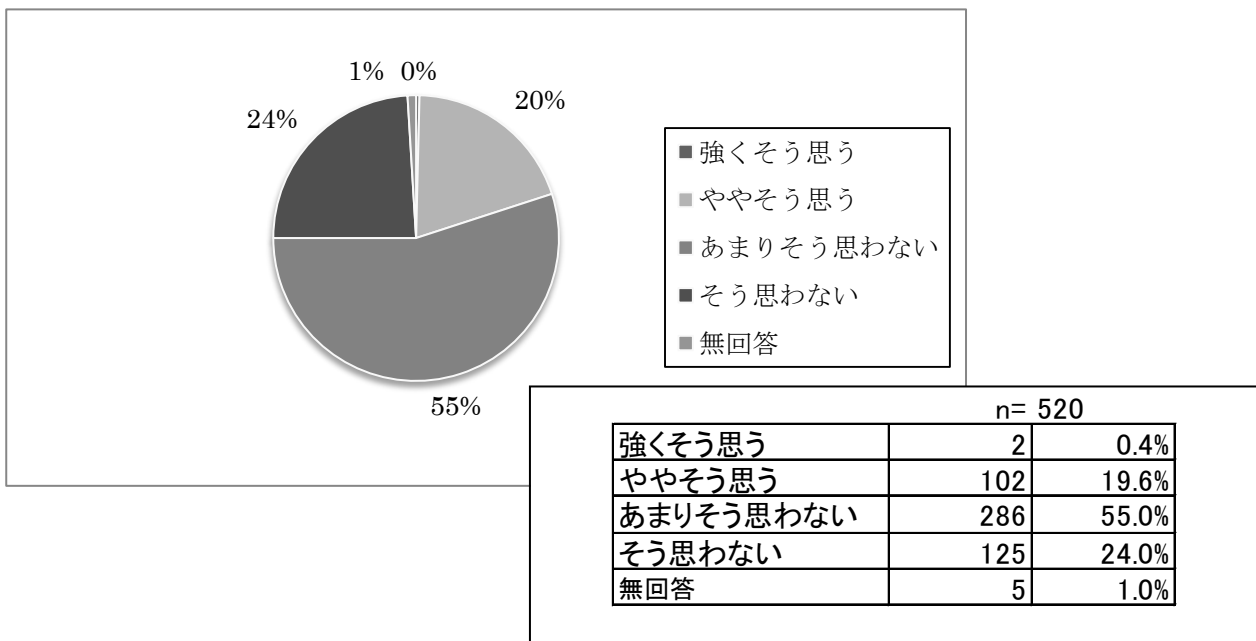
(5) 現状のがんに関する「診療報酬」の決定プロセスに、満足している。



**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**

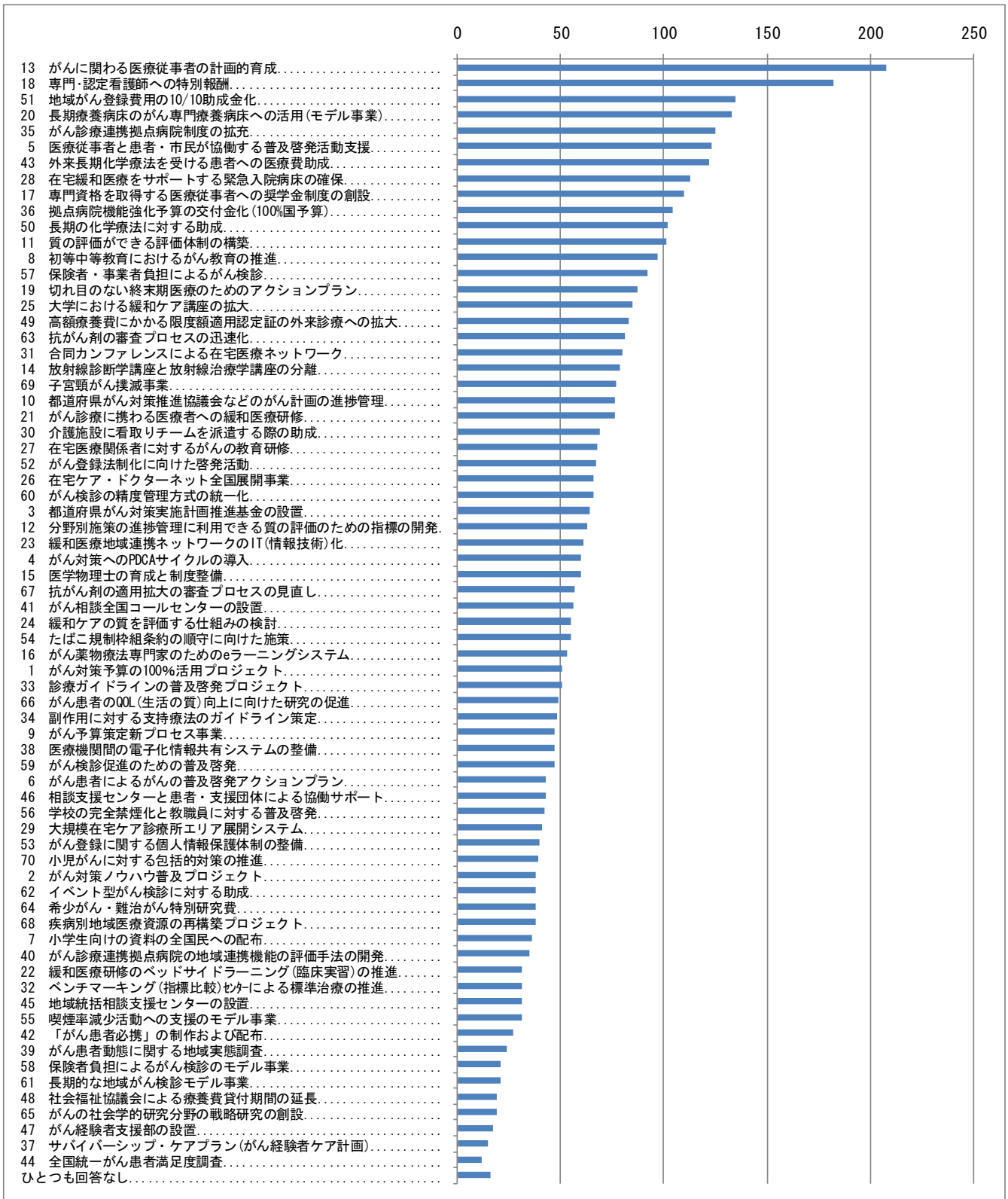
【2】がん対策全般に関する質問（選択式）

(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。

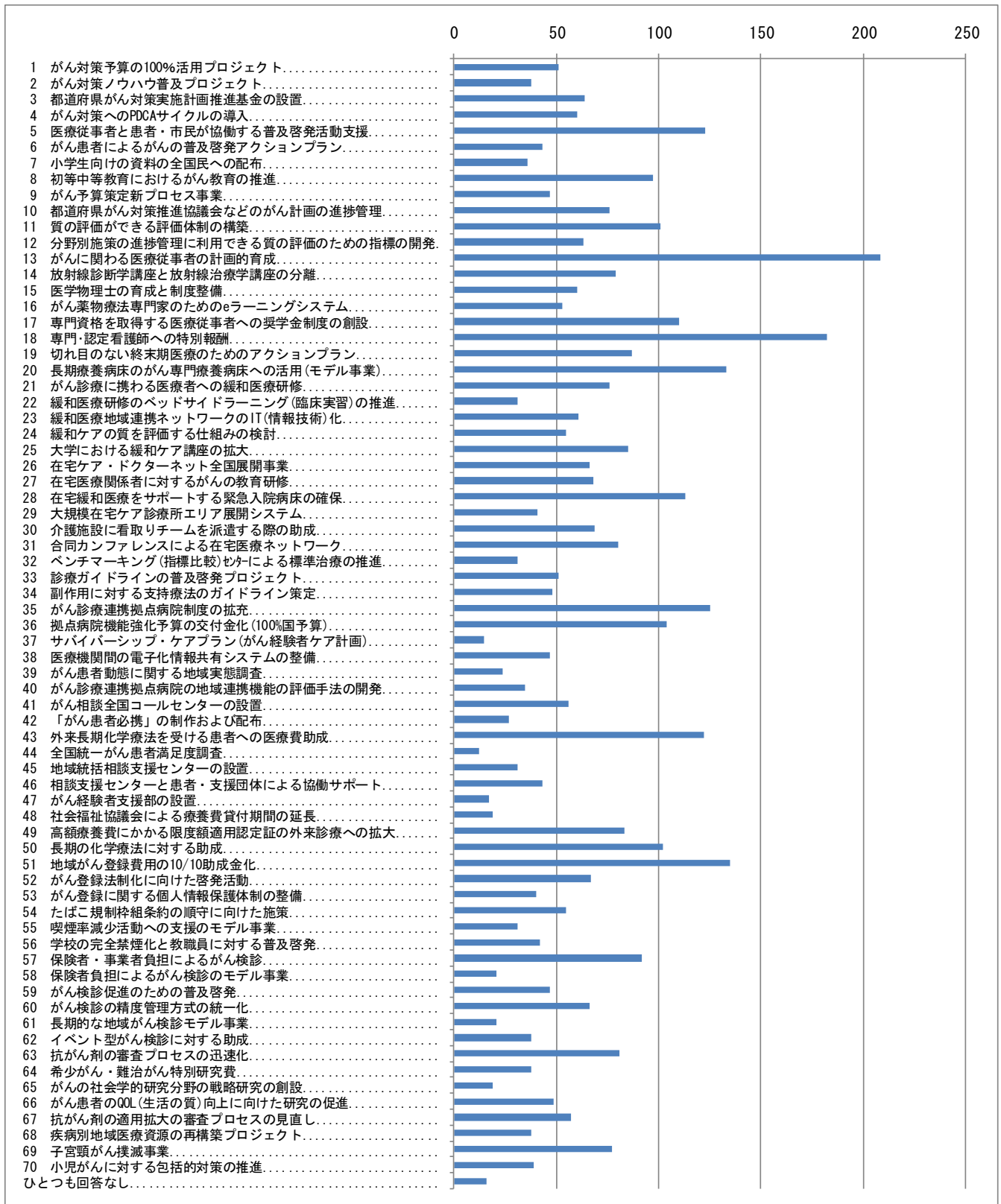


## 7. 回答者が「必要性が高い」と考える施策

【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)



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



(了)

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