

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1174	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	是非推進してほしい。ただ、ガイドラインだけでは最新の治療はできない。全ての医師が最新の医療情報(論文・学会報告等)に無料でアクセスできるようにすべきである。特に、厚生省研究班の報告は入手しづらく困っている。	前記の予算面からの対応をしてほしい。		
1175	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	診療ガイドラインの体裁そのものはあらま欲しきものであるが、改定のスピードが遅い。	がん拠点病院へ各疾患毎の診療ガイドラインを改定毎に直ちに配布願いたい。		
1176	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	大学医学部の学生時より、又大学薬学の学生時より、がん治療、緩和ケアに対する「コアカリ」の明記が必要かも。	医科大学、大学医学部及び薬科大学、大学薬学部での教育研究費の創設を。		
1177	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	標準治療が一定期間固定しづらい時代に入っており、流動性を考慮して取り組みが必要。			学会への支援を協会して制度化をはかる。
1178	医療提供者 (協議会委員)		長崎	各学会があまりにばらばらで策定しているような印象を受ける。横断的な組織作りが必要では？			
1179	医療提供者 (協議会委員)		大分	診療ガイドラインの作成。	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクトのための助成。		
1180	医療提供者 (協議会委員)		大分	医療情報サービスMindsの診療ガイドラインの活用。	クリティカルパスをとり入れたがん診療のモデル事業への助成。		
1181	医療提供者 (協議会委員)		大分	各学会による診療ガイドラインと個人の死生観に基づいた医療をどのように組み合わせるか。			
1182	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	ガイドラインはあくまでも一つのスタンダードであるという認識が不足している。			医師の自由裁量権を認めるべき。
1183	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	諸外国に比べ遅れている。			関連学会共同で作成を。
1184	医療提供者 (協議会委員)			先端医療との関連性。		先端医療の診療報酬導入へ短縮代を。	先端医療導入と自由診療。
1185	医療提供者 (協議会委員)			ガイドラインはあまり詳細にする必要はない。			医師の考え方がもっと反映されるべきである。
1186	医療提供者 (協議会委員)			標準的ガイドラインの作成と配布。			
1187	医療提供者 (協議会委員)			病院や医師によって診療方法が異なるのはおかしいと思う。		国や厚生労働省において標準治療のガイドラインを作成し、外来化学療法加算のような点数を新たに作成し支援していただきたい(ガイドラインに沿った治療の場合)。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1188	医療提供者 (協議会委員)			患者自身が、標準治療の意味・内容を知らない。	患者にも理解できるガイドラインのガイドブックのようなものを国が主導して作成する。		
1189	医療提供者 (協議会委員)			臓器ごとにガイドラインの書き方のポリシーが違うようです。エビデンスに基づいたものだけを。			
1190	医療提供者 (協議会委員)			あくまでもガイドラインであり有用な点は認めるが細部にまで及ぶ表現があり、現状では医師の裁量を狭めている負の働きも時折見受ける。			標準治療の推進の一部でどうしても先進医療の面が混在することがある。『標準』はあくまで標準であるべき。
1191	医療提供者 (協議会委員)			稀な腫瘍の診療ガイドラインがありません。	臨床試験に予算をつけて欲しい。		
1192	医療提供者 (協議会委員)			十分に役に立っていると思う。			改訂した時に、改正した点をもう少しよくわかるようにしてほしい。
1193	医療提供者 (協議会委員)			あらゆる領域で診療ガイドラインは必要だと思う。	あらゆる関連学会に働きかけ、常に新しいガイドラインを作り続ける努力をしてもらい、それなりのサポートをするべきと思	診療ガイドラインに診療報酬がつくのか？つけばいいのだが、定型的な質問は止めて頂きたい。	前記の通り。
1194	医療提供者 (協議会委員)			ガイドライン普及に向けた更なる取り組みが必要。			
1195	医療提供者 (協議会委員)			一病院に全てのがんに対する専門医がいないあるいは県のセンター病院にも不得意ながんがある。			
1196	医療提供者 (協議会委員)			抗がん剤の小児科未承認・適応外使用の現状が改善されていない。また世界的標準治療も診療報酬ではカットされている。		特に小児においては化学療法、支持療法(抗生剤治療)などの基準見直しをはじめ(小児・成人とも)。また課題として適応疾患の拡大か、レセプト基準見直しを方針として打ち出す。	
1197	医療提供者 (協議会委員)					外来化学療法におけるレジメンに則した治療を行った場合の診療報酬上の加算。	
1198	医療提供者 (協議会委員)			海外で既に使用されている新薬の日本での使用認可されるまでタイムラグが大きい。			新薬認可システムの見直し。
1199	医療提供者 (協議会委員)			厚労省あるいはNPO団体などで公式の診療ガイドラインをWeb公表してみてもどうかと思う。	診療ガイドライン作成にも予算が必要と思われる。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1200	医療提供者(協議会委員)			がん医療の均てん化には絶対に必要かつ有効なものであると思う。しかし、今後はチーム医療・カンサ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の予算が不足していると思う。	今年度はNST、RSTに対しても診療報酬が算定される可能性が出てきている。がん化学療法においてもチーム医療に対して診療報酬が算定されるようになることを希望する。また、カンサーボードを普及する意味でもカンサ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てはいるが、病院のHPなどに掲載されていない場合も多く、探すのが大変である。もっと分かりやすく開示できないものか。例えば、三重中央医療センターの2月14日の講座はセンターのHPには見当たらず、三重大学医学部附属病院の2月11日の申込書に参考程度に書いてあるだけであった。			
1217	県庁担当者		奈良	拠点病院以外の病院・開業医の医療提供体制が把握できていない。医療体制のネットワーク作りを、医師個人のつながりに頼っている。			診療体制ネットワーク(地域連携クリティカルパス)に記載されるうえでの、医療機関の基準作り。
1218	県庁担当者		広島	各病院が放射線などの最新鋭の器械と優秀なスタッフを抱えることは不可能である。広島市では広大、県病院など拠点病院が中心になって、広島駅北口の広場に「国際がんセンター建設構想」がある。これが実現すれば少ない経費で大勢の患者が最先端の治療を受けることができる。	前記の構想が各県に建設されれば全国民が地方の格差なしに、高度な治療を受けることができるようになる。		
1219	県庁担当者			・地域の均てん化を進めるためには、拠点病院に準ずる病院を整備する必要がある。・都道府県がん診療連携拠点病院が、都道府県がん診療連携協議会の開催のみでなく、実質的にネットワークを形成することができる取組が必要である。	前記のことを実施するための補助制度。	地域連携クリティカルパスの診療報酬の点数化。	
1220	県庁担当者			がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携パスを利用する体制の構築が難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である。		がん医療における地域連携パスの利用に対し、診療報酬の加算。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1221	県庁担当者			地方における地域の医療連携は、がん診療連携拠点病院の機能強化が鍵となる。	がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなると考える。		
1222	県庁担当者			地方や離島で医師が少ない所では無理がある。			
1223	県庁担当者			がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一か所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件の嵩上げ(リニアック等の整備)に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である。	がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、がん拠点病院がない地域における取組について、助成事業を行う。		がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設。
1224	県庁担当者			拠点病院だけでは連携推進が困難。	拠点病院に準ずるような機関に対する補助金があればよいと思う。		
1225	県庁担当者			がん診療連携拠点病院の認定について。			原則1医療圏1箇所の見直し。
1226	県庁担当者			がん診療連携拠点病院は医療圏に1か所という制約があるが、この1か所であればならない、という根拠が明確でないため、同規模の病院が複数ある場合、医療者や患者からの疑問に答えられない。現実的には、公が行う病院機能評価として見られていることもあり、このことが、病院間の適正な競争や連携を妨げる結果となっている。			現実的には、大きな医療圏では、1つの拠点病院が、すべての圏域内の医療施設との連携を図り、研修を行い、カンファレンスを行うことなど不可能である。拠点病院の指定は、医療機能評価のように基準を満たしたところすべてに資格を与えることとすべきではないか。
1227	県庁担当者			がん診療連携協議会が、県・地域がん診療連携拠点病院を中心に定期的に開催されており、地域連携クリティカルパスの作成に向けた検討が行われている。			県・地域がん診療連携拠点病院、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及び、かかりつけ医の役割を明確にし、がん治療、緩和ケアともに切れ目のない医療提供体制の整備を目指す。
1228	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	都道府県の実状を十分考慮した指定基準の運用、実態に即した拠点病院の整備ができていない。			均てん化は大切であるが、高価な治療機械の設置や人員の配置基準を、その地域の実情にあわせ役割分担を可能とする。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1229	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	拠点病院自らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっていないか？「面的な水平型ネットワーク」のようなフラットな連携こそが今後求められると思う。患者の身体のケアだけでなく、「生活支援」の視点に立った多職種連携の強化を願う。	2次医療圏ごとの〈病院〉〈在宅ケア〉〈介護支援〉の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。		
1230	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	関係病院の忌憚のない意見交換会の継続開催。			
1231	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	医師会の協力が不可欠であり、また患者代表も加わってその地域のネットワークづくりを行うよう、患者代表参画をすすめてほしい。			
1232	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	小さな地方自治体では、そこそこの規模の総合病院が多く、専門性がわからない。そのため、それぞれの専門性が特化できず、経験値不足の専門家しか育たない。または優秀な人材に見放されてしまう。	複数の医療機関同士で役割分担を行う仕組みに予算を配分する。	専門医の患者数によって加点を変える。	まず一般に向け、医療はお金がかかることを啓発することが必要。そして状況に応じて受診する施設が違うことを啓発する。そのうえで医療資源が重複しないような制度を考える。
1233	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重				拠点病院の特色の周知。連携の強化。
1234	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん診療体制ネットワークは進んでいないと思う。	予算をとってほしい。		各々の部位のがん医療のネットワークを構築してほしい。
1235	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク(枠組み)の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る。	患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっているため、ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい。	前述。	前述内容の実行。
1236	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	奈良県では緩和ケア病床が、いまだに1施設20床のみで、改築予定の病院に10床の計画がある、というだけである。			奈良県の5医療圏ごとに緩和ケア病床の開設をぜひご検討お願い申し上げる。
1237	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	拠点病院ばかりに注目して、そのほかの病院が蚊帳の外になっているのは大問題。がん情報の公開についても、先ず、拠点病院そこで確立したものを他の病院に展開するというが、拠点病院以外にも、A病院は例えば、胃がんについては症例数も多く、生存率も高いなどあるのに、先ず拠点病院というのはちょっとおかしい。			拠点病院中心のやり方を軌道修正して、もっと広く一般病院にも門戸を開くべき。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1238	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん診療についてのネットワークは必要だと思う。どこに居ても、どこで治療を受けても、皆平等であってほしい。手術を受けた病院から、転院して治療を受ける際に拒否されたり、セカンドオピニオンを求めたくても医師から嫌味を言われたり、追い出されたり(実際にある本当の話)そんな事がないようにしてほしい(患者から望むネットワークとして)。	医療側のネットワークはよくわからないが、国で予算を対応して欲しい。	診療での対応はわからない。	患者側からみた、病院の質も評価に取り入れた方が良いと思う。
1239	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	がん診療連携協議会が活発に対策をして進めているので期待している。患者の個人病歴、治療歴など医療情報を本人が管理して、どの病院に行っても医療者に履歴説明ができる。	自分のマイカルテを作成しておく。		
1240	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	患者は主治医から離れるのを不安に感じる。二か所の病院にかかると高額医療費が使えないことになるなど経済面のリスクもある。			同じ病気の治療(ネットワークでの紹介)は、合算して高額医療費が使えるような体制が欲しい。
1241	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	近年、取組の前進を評価できるが体制整備に落差が見られる。			
1242	患者関係者・市民(協議会委員)			各々の医療機関の整備は徐々に進んでいるように思う。がん診療体制ネットワークは全く進んでいないと思う。各々の部位のがん医療のネットワークを構築すべき。	予算を確保すべき。		
1243	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	推進計画の全体目標項目に「がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」を掲げている。がん患者の治療中、治療後の咀嚼機能の充実及び口腔ケアはその目標達成に大きな役割を担うものなので、がん治療と歯科医療連携を項目として明記してほしい。			がん治療における歯・口腔管理システムの確保。
1244	医療提供者(協議会委員)		北海道	ターミナル時期を見てくれる病院が少ない。または混んでいる。			
1245	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道				地域とのネットワーク(インターネットを通じた)の構築により、他病院との画像データ・採血データのやりとり、ネットワーク回線を用いた会議・遠隔医療、処方、なども可能にし、患者情報・治療情報を円滑に交換できる仕組みが必要。
1246	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	行政の指導力が発揮されていない、コメディカルを積極的にネットワークに参加させる動きが少ない、医師会と行政が連携していない。			
1247	医療提供者(協議会委員)		北海道	全てが、各病院の担当者のボランティアにてなっている。	当然、国から見識をもった、担当係官を期間限定でよいので派遣する。その予算の配分。	前記予算のため、診療報酬のアップ。	
1248	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	拠点病院も様々あり、凹凸が大きい。評価をしっかりやってもらいたい。国民ニーズからみた視点が良い。楽ちん治療(ピンピン コロリ がん治療など)。	評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価軸開発に予算をデータベースに資金を！！	もう少し国民が、宣伝ではなく、結果をみて選択できるよう暮らしの手帖のような物を医療評価に導入すべき。	同前記。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1249	医療提供者 (協議会委員)		北海道		連携や相談に対して報酬がつくようにする。	行政主導で整備する。	診断直後の心のケアが必要な患者が多くいると思う。
1250	医療提供者 (協議会委員)		岩手	地域連携パスの作成や運用に要する体制や経費が相当の額になるが、医療機関にとってあまりメリットがない。	連携の度合に応じた補助金の増額。		
1251	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	まだまだ地域による診療レベルの差がある。			
1252	医療提供者 (協議会委員)		宮城	田舎の中核病院では高齢者の進行がんの手術を担当。また田舎の中小病院は再発例、進行例を押しつけられる。終末期医療担当となっている。医療スタッフのモチベーションが維持できない。患者さん、ご家族は高度な治療を最後まで要求することが多い。		終末期医療をまじめにしているところへの重点配分。在院日数縛りがあり、急性期中核病院しかない地域では問題となっている。DOCではがん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	現在は未整備であります、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政府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？	がんの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』や『ややくし』『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。