

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
250	学者・研究者 (協議会 委員)		宮城	がん対策基本法が施行されて3年が経過したが、予算総額(不十分)、その配分、地域差など様々な問題が山積していると考え。特に、診療報酬では専門性に対する加算などが必要であると考え。また、がん研究予算の課題決定過程や審査体制(とりわけ厚労科研について)、文科、厚労、経産の省庁間の連携が不十分であると感じる。これとは別に、国と地方自治体の禁煙対策が全く不十分である。	①日本国民が皆でがんを克服するということを明確にする「がん対策予算」の拡充(増額)を検討すべきだが、現状では財源は限られている。厚労予算の中で、あるいは総医療費の中でがん対策予算をの比率を増やすことが必須である。政治的判断が必要であろう。②厚労科研について、がん研究予算の課題決定の過程の透明性を高めるために、全国の専門家によるアンケート調査(課題に関し)と審査員の公開や公募を行ってはどうか。	がん医療水準の均てん化にはインセンティブが必要である。診療報酬では、拠点病院加算を増やすこと、新たに医療従事者の専門性による加算を設定すること、具体的には、がん薬物療法専門医(認定医ではない)、がん専門薬剤師、がん看護専門看護師、がん関連の認定看護師が拠点病院で診療する場合のある特定の診療に関して加算を付ける、などが必要ではないか。人材養成と均てん化や更なる医療水準の向上に繋がる。	新薬や適応拡大の抗がん剤、新規の分子診断(遺伝子診断や遺伝子発現解析)の導入をより一層加速するために、PMDA(機構)での申請、審査、相談などの体制を変えていく必要があると考える。
251	学者・研究者 (協議会 委員)	大内 憲明	宮城	がん対策基本法の理念に記された「がんの克服を目指し、…」が現在、必ずしも具体的に実施されているとはいえない。がんの克服はがん死亡率の低減により初めて達成可能であり、「がん死亡率の低減に向けた対策」をより強化すべきと考える。	研究者としての立場から述べさせていただければ、がんの研究は基礎・臨床を問わず、その成果が国のがん対策に活用されるよう、予算にメリハリを付けることが重要である。がん対策に活用するにはどのようなプロセスが必要か、対象分野ごとに研究課題の起案の時点で、戦略的に検討されるべきである。もちろん、研究の進捗状況・波及度によっては、研究枠の拡大・縮小、および予算の増減に関して柔軟な対応も必要となる。	がんの手術及び放射線治療に関する診療報酬が低く、一方で抗がん剤(特に分子標的薬)が高価であるため、経費率が悪く、病院経営上の大きな問題となっている。	法律・政令の問題とは直接関連しないが、国のがん対策の要(かなめ)である厚生労働省のがん対策推進室が、「室」のままでよいのか、甚だ疑問である(現状は健康局総務課がん対策推進室)。国家戦略室が国家戦略局に格上げになったのと同じとはいえないまでも、少なくとも「課」でなければ、国のがん対策は進まない。
252	学者・研究者 (協議会 委員)		埼玉	埼玉県庁内の専任部署がない。	予算計画から予算執行までの責任部署を新設してほしい。	がん診療を現在の国民皆保険制度のもとで標準的な高品質(米国型の贅沢な医療ではなく)で実践可能な報酬を設定。	医療内容のランキング化国民に日本の医療の現状を理解していただかないと、日本型のがん医療を計画・実践できないと思う。
253	学者・研究者 (協議会 委員)		兵庫			診断の技術や治療の成績(合併症や生存率)を反映できる診療報酬体系を確立して欲しい。	
254	学者・研究者 (協議会 委員)	西巻 正	沖縄	①先進的治療や臨床試験の実施が欧米に比べて遅れている。②がんの全国統計などが国の水準を測る資料が不足している。③がんセンターなど大規模な総合的がん診療・研究拠点が少ない。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
255	学者・研究者(協議会委員)			費用対効果を考えれば、「かかりにくい」「悪化しにくい」という方面を強化してほしい。劇的ではないので、政策的な華やかさが無いために、なかなか焦点を当ててもらえないが、草の根的な細やかな健康教育・健康支援への資金投入は、低い投資で高利益をあげる方法だと思う。特に、知識と技術に熱意があり活動力を備えた保健師の活用は、社会にとって有益だと思う。	交付税？宝くじ？タバコ増税？自動車税？、どうしたものか…。	患者や家族の声として多いものに、「他の病気で長く診察して貰っていたのに、がんを発見できず、見つかったときは手遅れだった」との意見がある。また、「わざわざがん検診に行っても、その間の営業利益の損失は誰も補填してくれない」との意見も多い。そこで、レントゲン読影など画像診断力、検査データからの判断力がある医師の差別化ができるとか、慢性疾患で長期治療中や経過観察中の患者および家族へのがん検診を年に1度は勧めて行った場合には診療加算があるとかすると、受診率が上がるかも知れない。他の病気での受診時は、がん検診の折角の機会になるはずで、受診機会を逃さない工夫が必要だと思う。	僻地医療のための医師養成に向けた「ふるさと枠」等も有り難いが、即有効だと思ふことは、遠隔情報処理が可能な現在、情報端末を携帯した保健師を、僻地医療などにもっと参加させたり、屋間の健診や相談に困難な対象者には、午後4時～夜8時までの特別勤務の保健師に対応させるなど、まだ工夫の余地があると思う。
256	学者・研究者(協議会委員)			喫煙対策や効果が証明されたがん検診の推進が極めて不十分。がんの実態把握、特にがん登録や予後調査の実施について、国・行政の制度化が進んでいない。がん対策の専門家が国のがん計画に責任を持って関与出来ているとは言い難い。			国や府県のがん対策に責任を持ち、推進するための組織、制度を整備すべきである。縦割りではなく、政府を挙げて取り組める横断的組織が必要。
257	その他(協議会委員)		北海道	米国に比べ研究体制・予算が貧弱であるように感じる。日本の場合、大学医学部での研究について、文部科学省と厚生労働省との間の縄張り争いや学閥が大きな壁となっているとも聞く。さらに医師不足が大学病院の研究体制にも悪影響を与えているように感じている。また医薬品開発について後れを取っている現状は何としても改善する必要がある。	がん研究予算について、専門機関や大学全体で予算を一本化し、効率的な配分を行う。		医薬品開発を促進するよう、承認手続きの迅速化をさらに図る。
258	その他(協議会委員)		岩手	緩和ケアの充実(治療・看護・介護)。			
259	その他(協議会委員)	森久保 寛	栃木	がん検診受診率50%達成のための財政的措置がまったくなされていない。			検診受診勧奨を行うと同時に医療保険優遇措置などと連携した制度が必要。
260	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉	患者さんの立場で意見を徴収する場を、なるべく多めに割いて欲しい。	都道府県だけの予算だけでは、何もできません。国の予算を少しでも多く地方に分散して欲しい。	過去の経緯から、検査項目の数による制限が、あることは承知しておりますが、初期診療における制限は、なるべく緩やかに、検査項目毎の報酬を設定して欲しい。	議論の場が少なすぎるので、多方面からスペシャリストを、登用して協議会を作ってほしい。
261	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟	がんについての意識を高めるための啓発普及特に若い年代、働き盛りの年代の受診率を上げること。	PR用のパンフレット配布、無料クーポンの継続・拡充。		節目検診を勧める。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
262	その他(協議会委員)		山梨	健診などの受診勧奨は進めようとしているが、対応受け入れ可能な施設、人員、予算は、対応していない。			健診を受診した者に保険料や医療費の減額をする。
263	その他(協議会委員)		滋賀	①がんの罹患率が2～3人に一人になるとのことだが、住民の認識は低いと思う。自分自身や、親族、知人が罹患して初めて深刻にとらえるのが一般的だと思う。がんについて広く学習する機会が必要である。②がん検診の受診率を高める。	①地域住民、学校関係、職場でがんについての学習をするための予算が必要である。②がん検診が受けられやすいように検診費用の補助をしてほしい。		
264	その他(協議会委員)		鳥取	がん治療に関する情報の氾濫。			正しい情報の普及。
265	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	がん対策に患者の声を反映させる仕組みを、さらに充実させてほしい。とりわけ、患者会などに参加していない患者・家族への支援がはまだ十分ではないように思う。			
266	その他(協議会委員)		徳島	当センターは健診のみを行い直接の治療は行っていない。			
267	その他(協議会委員)	山口 浩志	徳島	専門医やがんに関する認定看護師などへの研修制度は充実しているが、現在がん患者さんの在宅での看取りが重要視されており、国としても現在の在宅看取り率を増やす目標は立ててはいるが、実際に患者さんが在宅で生活する時にかかわるべき専門職(訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー、通所介護、リハビリ関係者など)が学ぶ場はほとんどなく、それぞれの自己学習や個人の情報収集の努力でもっている面があり、研修制度の面でも国の予算の面でも何のバックアップもなくがんばっている実情がある。今後在宅ホスピスを進めていく上においては、そういった福祉職や在宅でかかわる医療職向けの研修制度があればいいと思う。また患者さんや家族が受ける治療の情報が誰にでもわかるようなシステム(例えば、認定看護師のいる病院のリストや緩和ケアチームが立ち上がっている病院のリストなどが市町村行政などにあれば)があればケアマネとしてもありがたい。			
268	その他(協議会委員)		香川	がん対策推進計画における受診率目標。	地方交付税措置でなく、別にがん検診費用を交付し、自治体の費用負担も軽減するべき。		
269	その他(協議会委員)			がんよりもメタボ対策が重視されすぎている。			
270	その他(協議会委員)			がん治療薬の開発推進。	在宅緩和ケアにおける訪問看護に対する予算の拡大。		在宅緩和ケアにおける看護職の裁量権の拡大。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
271	その他(協議会委員)			医療(治療)に比べ、予防や早期発見への取り組みが弱い。	市町村、健康保険組合等保険者が行うがんの一次・二次予防事業への補助の充実。		
272	その他(協議会委員)			がん患者の治療やケアを自己決定するための情報提供に地域格差がある。	各ステージに合わせた情報提供体制の整備(公的立場で、標準化に向けてどの病院でも相談を受けやすい紹介制度導入)。		
273	その他(協議会委員)			がん医療の均てん化を地域で考えていくのであろうが、人口の少ない地域ではがん種によって得意、不得意の病院が出てくる。予算は拠点病院だけに配分されその病院だけが予算的には潤うことになる。でも拠点病院が全てのがんの治療を担っていくわけにはいかない。地域で最先端の医療を受けられない場合もある。需要と供給の点からも難しい問題。			
274	その他(協議会委員)			セミナー、講習会だけでは効果を得ることは難しい。			予算を増やして(短期間ではない)人的配備を図ることが必要と思われる。
275			北海道	予防にも力を入れる必要あり。		病院で予防対策、市民講演などを行う場合も評価の対象とする。	
276				国・県・医療機関等努力されているものの、患者ひとりひとりにどれだけ向き合っているのだろうか。			常に当事者(患者・患者会等)との意思の疎通がなされる制度の確立はできないか。

2.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
277	県庁担当者	若井 俊文	新潟	放射線療法および化学療法専門医を育てる環境が大学には整っていない。資格を取得しても、あまり認知されていないため、併任での業務が増えるばかりで収入に反映されていない。			
278	県庁担当者		石川		資格取得や研修会参加への援助。	拠点病院に対しての加算の充実。	
279	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	化学療法の疾病別講習会を毎年開催すべきである。		薬剤費に対して診療報酬が低すぎてアンバランスである。	
280	県庁担当者		奈良	医療従事者その他医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない。			需給バランスについての継続的な調査。
281	県庁担当者		和歌山	放射線治療のIMRTは高度最先端の医療である。放射線物理士、品質管理士などの補充ができない(病院執行部の理解不足)ため、また機器の更新ができないため、提供できない(現在の状況では人を雇ってすると赤字になる)。	拠点病院に対し、放射線治療のIMRTを行なう施設に対し予算を補強すること。IMRTの保険点数を(300~)400万くらいに増加させれば病院の執行部は増益になるため充実できるよう動いてくれると思う。		

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
282	県庁担当者		広島	わが国は欧米に比べて放射線治療意が少な過ぎる。放射線治療意はあらゆる部位の治療に詳しくなければ勤まらない。要請には時間と経費がかかるが、医師を育てる必要がある。	研修時代から報酬を上げて、育成に力を入れていく必要がある、そのための予算化をする。		
283	県庁担当者		高知	大学の医学部に科学療法の専門の学部がない(少ない?)。そのため、専門の医師が少ない。	大学への学部の新設費用の補助?		医師臨床研修等で、研修を必須とする。若しくは、内科や外科などの認定医の資格には、科学療法に関する研修や資格取得を必須とする。
284	県庁担当者		福岡	専門医、専門パラメディカルの育成強化 放射線治療専任看護師は化学療法専任看護師のように普及せず、かつ上層部の理解がないかぎり育成研修は不可能のようだ。		専任資格者施設に対する優遇	
285	県庁担当者			専門医の養成は不可欠。特に、放射線治療医の育成を早急に行わなければ、集学的治療の本当の実現は困難と思う。また、看護師の養成研修は医政局等の事業が多くあるが、放射線技師の養成事業は少ない。	放射線科医及び放射線技師の養成事業を厚生労働省が実施し、その費用を厚生労働省で負担する。	放射線治療の点数を上げる。また、専門技師等の技師の資格を認め診療報酬に反映させる。	毎年、各地域(北部九州、南部九州など)で各診療科の今年の定数を厚生労働省と都道府県で決めて、診療科の医師必要数にあった専門医を養成する。その中で、放射線科医、特に治療医を養成する。
286	県庁担当者			①医学物理士、放射線治療専門放射線技師の育成の促進。②早急な認知看護師等の配置。	①研修プログラム(長期研修)の充実。②認定看護師等の配慮。		
287	県庁担当者			放射線治療医、医学物理士などの専門職が少ない。	がん診療連携拠点病院に対する専門職養成に対する補助制度。		
288	県庁担当者			医療従事者の育成については、学会が検診の精密検査施設の実施基準などで専門医の設置等(例 日本乳がん学会)を規定しているが、現場の専門医数では、対応できない状況である。	専門医の育成については、医学系大学が担う体制を推進する。マンモグラフィ従事者講習会の予算の様に、専門医育成を医学系大学が行う予算制度を創設する。		
289	県庁担当者			医療従事者の育成は全国的な課題であるが、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない。	国において医療従事者の育成・配置等の計画を定め、特に国の研修会の機会増設や、大学やがん診療連携拠点病院における専門的な研修実施に対する助成を拡大する。		
290	県庁担当者			専門職の不足。			医療機関の機能分化と育成を同時に行わないと、すべての地域に充足させることは不可能である。また、看護師や放射線技師などコメディカルの診療範囲を拡大も検討すべきである。
291	県庁担当者			専門の治療医や技師、看護師等の育成、配置に対して、診療報酬での担保が不十分ではないか。ただし、これはがん医療だけの問題ではなく、診療報酬で評価することは、結果として治療費、あるいは保険料もしくは税金として、患者、国民の負担となることも、十分考慮する必要がある。		国民医療費をどう考えていくのか、「がん対策」だけの視点で提言しても効果は薄いのではないか。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
292	県庁担当者			本県では、全ての県・地域がん診療連携拠点病院で、放射線療法、外来化学療法は実施可能であり、国で定められた目標は達成できている。			県・地域がん診療連携拠点病院を中心として、がん診療ガイドラインを普及させることにより、放射線療法、化学療法の医療を提供する医療機関の増加を促す。
293	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	医療従事者の育成は若い高校生、若い医師に「外科」だけでない役割、重要性を教える等が大事。			
294	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	外来化学療法は、施設近傍者には恩恵をもたらすが、地方、遠隔者には負担が大きい。	遠隔者には、付き添い者(家族、介護者など)への援助を含めた支援が配慮されるべきである。		
295	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	専門医制度を利害のからむ個々の学会が設けてすすめている現状を改善する必要がある。学術会議の勧告もあったように、学会を越えて国民が信頼できる専門医制度を確立してほしい。	省を越えた政策について、がん医療全体として放射線療法医師、化学療法医師(腫瘍内科医か)、看護師、カウンセラーなどそれぞれについて日本全体でどのくらい必要なのか、その達成の年次計画など、を作成する。まずどの機関が行うかだが、がん対策推進協議会が適切ではないか。専任の事務局を設けるなどに予算をあてること。		1に書いたように、誰ががん医療のグランドデザインを描くかを考えたときに、がん対策推進協議会がベターと思う。その活動を支える専門の事務局制度などを整備すること。
296	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟	医療従事者の育成には技術取得の期間が必要であるから、その期間を考えての先取りが必要と思う。			
297	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	放射線治療医の数が不足している。また、適切な放射線治療のための医学物理士が必要という放射線治療医の訴えを、国は受け止めていないように見える。ここでいう国とは厚生労働省や文部科学省等横断的な省庁。	今後の人材育成のために大幅に予算を厚くする。放射線治療にかかわる研修医が増えるようインセンティブをつける。	医学物理士配置に加点する。	当面は放射線治療医を人的資源とし、施設間の連携を制度面でも助ける。
298	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	手術に代わって進歩したが、問題点は費用につきる。			
299	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	推進とはなかなか言えない状況である。従事者の早期育成を望む。	もっと多くの予算をかけてほしい。		大学での教育から重点的に取り組んでほしい。
300	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	放射線療法、化学療法の専門医の二次医療圏に限なく配置する。	予算委については、放射線療法、化学療法の専門医の二次医療圏に限なく配置する。	予算委については、放射線療法、化学療法の専門医の二次医療圏に限なく配置する。	専門医らの事務的作業(記録、報告書作成)の軽減化を行うサポーターの配置。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
301	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	放射線治療を受けられる病院が少なく、術後遠くまで通院しなければいけなくなった、という話を良く聞く。私が手術を受けた病院も、以前は放射線治療が受けられていたが、機械が古くなり、買い換えるにはとても高額で、経営上導入は困難になったと聞いた。たまたま近くに放射線治療のできる病院があったが、都市によっては外来でできる治療を、入院しなければいけなくなった人もいる。化学療法は、患者1人1人に合っているかどうか調べる事ができるそうだが、これには保険適応外で患者が自費負担をしなければいけないらしい。化学療法は精神的、肉体的にダメージが大きく、苦痛を伴う。やってみて効果がみられなければ、次の化学療法をやらなければいけない。効果があるかないかわからない治療をすれば、負担も苦痛も増える。	まずは放射線の医療従事者の育成、放射線治療の機械の補助をお願いしたい。また化学療法は、患者1人1人、同じ病名であっても、がんのタイプや進行度によって、薬の使い方が違ってくる。化学療法に関してもっと勉強し、患者に合った治療を受けてもらえる為に、専門医の育成の補助をお願いしたい。	化学療法に関して、その人自身に本当に効果があるかどうか調べるために、検査を診療報酬で負担して欲しい(現在保険適用外のため)。	放射線及び化学療法は、患者にとって精神的にも肉体的にも、共に苦痛を受ける。また治療している期間に仕事が出来ない人もいる。窓口負担が減る、公費としての制度をお願いしたい。高額医療制度も、短期間ならば何とか工面できても、何年も続くようであれば、患者の負担があまりにも大きすぎる。
302	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	放射線専門医、化学療法専門医の不足。			医学部での教育と育成。
303	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	拠点病院だけでもかなりの放射線機器があるが、それを操作する技師が不足しているので、放射線治療に十分活用できないとの話があります。これは、放射線技師の養成が重要です。	化学治療については、ドラッグラグ問題について解決できるように、人的不足問題点も含めて解決する。		医療者および医療関係者の人間的資質が重要です。中でも患者との交流を通して、相互理解を図る。患者とのコミュニケーションを図る研修をする。
304	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	育成を積極的に実施する。			誰もが公正に医療が受けられること。
305	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	「がんプロ養成」の実態はどうなっているのかが見えにくい。がん医療の現場で働く医師の研修についてはある程度見えているが、これからの医療を担う医学生の育成の現状がわかりにくい。			「がんプロ養成」システムの継続。地域の各大学での取り組みを、地域住民(=患者・家族)が実感できるシステムの構築。
306	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	①拠点病院の整備で均てん化が進められているが、患者の目からすれば、ドクターやスタッフを含めた病院全体の格差があると思う。しかし、医師が忙しすぎて勉強の時間、休息の時間が取れないように見受けられる。②例えば消化器がんなら〇〇病院と言われるような得意分野があると思うので、それを延ばす対応でもよいと思う。		ドクターの専門性に対する診療報酬の改正で何とかできないか？	②患者は、得意分野の情報が欲しい。
307	患者関係者・市民(協議会委員)			推進にはほど遠い現況。従事者の育成を早急にすべきだと思う。まだまだ外科中心である。	不足してるのもっと確保すべき。		がん医療現場から、放射線療法および化学療法の推進の声があがってきていないので、予算はもちろん大学の教育から重点的に取り組むべき。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
308	患者関係者・市民(協議会委員)			・化学療法の診療報酬が少ない。・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。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と	
349	医療提供者 (協議会委員)		茨城	放治専門医が不足し、集中している。			
350	医療提供者 (協議会委員)		茨城	・化学療法の診療報酬が低い。・放射線治療医不足。			
351	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	高額な放射線治療装置にたいして、小児がんの数が少なく、小児病院では、きわめて不採算となる。小児の照射は手間がかかる。また放射線治療医が不足しており確保が困難。薬剤安全管理などに医師の負担が大きい。	高額な放射線機器の購入では、公立病院に高い入札価格が設定されており、長期に渡り経営を圧迫する要因となっている。適正価格での購入の実現が必要とともに、後年負担の軽減が求められる。	小児の放射線治療は、鎮静と看護に人手がかかるため、診療報酬に加算を大きくして欲しい。化学療法は、認定看護師や薬剤師の配置による診療報酬上の加算をしていただきたい。	小児がんの化学療法に精通した薬剤師を病棟などに配置し、医師と協力して治療経過に基づく化学療法を実施しているが、薬剤師の権限を拡大して、治療計画にそった薬剤の指示を出せる(医師の確認で実施)ようにする。
352	医療提供者 (協議会委員)		茨城	放射線治療医が少ない。		放射線治療医がかかわる点で点数を上げて欲しい。	
353	医療提供者 (協議会委員)		栃木	制度的には賛成なのだが、偏った従事者が出現していることも事実。			理想的には、オールマイティの実力を持った上での専門化。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
354	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	放射線治療、化学療法は緩和ケアと裏表であることを考慮しなければならない。地域での連携をする場合は緩和ケアとセットと考えるべきである。	放射線治療装置は高額であり採算的に厳しいものがある。また県内で基本的な治療装置を計画的に配置し更新を含めてバックアップする必要がある。また中心的施設に先進的装置を導入して利用を促進するのが効率的と思われる。		
355	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	外来での化学療法を推進し、がん患者の化学療法のための入院を減らす。診療報酬で優遇されれば医療従事者の育成も進む。		外来化学療法の加算を多くして、人を投入しても、設備を整えても採算が合うような診療報酬体系をとる。	
356	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	全て費用が大幅に拡大する。	予算を大幅に増やすことが基本である。医療従事者の育成には、その間の診療代行医師の確保が必要である。	がん診療のみならず、全てにおいて診療報酬が安い。真面目に保険診療をしている限り、黒字決算にはならない。	中小病院の実状を理解して制度を作って欲しい。
357	医療提供者 (協議会委員)		栃木	DPC対象病院において、化学療法や放射線療法のために入院をする場合の支払い。		出来高払いにしてほしい。	
358	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉		放射線療法は「重点地域」を各地域ごとに指定して機器の整備を特化すべき。化学療法については多くの医療機関「広範な地域」での実施が可能となるべく施設への予算付けが必要と考える。		医療従事者の育成に関して、現在は任意、自費で認定資格を取得しているが一定の補助金の助成があるとよいと思う。
359	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	放射線治療医の不足が挙げられる(非常勤医師が対応)。要件緩和の検討を要望する。			
360	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	がん看護領域の認定看護師不足・放射線治療医師の絶対的不足・高額な放射線治療機器。		専門看護師配置による診療報酬上の評価を増やすこと。	
361	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	以前と比べると放射線治療とがん化学療法に対する社会の認知度は上がっては来ているが、まだ十分に理解されていない。現場の努力が足りないこともあるが、専門の医師不足は否めないためどうすれば医師の数を増やせるかの検討も必要である。地域のレベルの均質化を図り勉強会なども行っているが臨床に忙しく後継者の育成まで手が回らない。	予算は多いに越したことはないが今の財政状況ではどうなのか。	がんの放射線治療と化学療法を受けている患者数に見合った診療報酬にして欲しい。	拠点病院には専門の放射線治療医と化学療法医の配置を義務つけるべきである。
362	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・放射線治療、化学療法に携われる医師、看護師が少ない。専門資格を取得するための制度、サポートが少なく、興味があるが取得するまでには至らないのが現状である。また、取得者への特別報酬がないことや、兼任での職務の場合職場の理解、協力得ることが難しく、モチベーションが下がってしまうこともある。			・各種専門資格取得者、認定看護師等、国で統一した基準にして頂きたい。
363	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門のコメディカル(医学物理士など)の養成を推進する必要があると思う。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
364	医療提供者 (協議会委員)		東京	何故、手術療法を推進しないか？			
365	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門職に対する手当がない。	専門医と取得しても個人にメリットがない。個人の収入につながらないと興味を持つ人が増えない。	加算をつけるべき。医師、医療施設はリスクのみを負わされている。薬剤費を抑制、リスク管理加算を増やすべき。	加算をつけるべき。医師、医療施設はリスクのみを負わされている。薬剤費を抑制、リスク管理加算を増やすべき。
366	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	進んでいるとの実感はまったくない。	放射線治療整備の場合、建物からの整備が必要であり、現在提示されている予算では、まったく足りない。また、50%医療機関負担では、結局手を挙げる医療機関は限定される。化学療法では、リクライニングチェアなども、予算での購入を許してほしい。	実際のところ、放射線治療の機器はあっても、放射線治療医師が不在のため、進まないことが多い。放射線治療医の専門性によって、診療報酬にメリットをつける。他院からの放射線治療依頼に、診療報酬に加算を加えるなど工夫をしてもらいたい。	外来化学療法の増加のペースは著しい。外来化学療法にも、看護師の配置数に対して、診療報酬上のメリットをつけてもらいたい。スタッフの増員がないまま、患者数の増加は、危険である。どうしても時間内での化学療法に終了は難しくなっている。時間外なども検討してもらいたい。
367	医療提供者 (協議会委員)		東京	欧米と比較して少ない言われている、臨床腫瘍医、放射線医の育成。看護師、薬剤師の機能拡大。		専門医、専門看護師、専門薬剤師による治療に対して、診療報酬の技術料で応える。	医学部に臨床腫瘍学の講座の設置を義務付ける。卒後の医師に、専門医を取得しやすくなる環境作り。臨床の場では、医師、看護師は多忙であり、講習に行く時間がとれない。このためにネット教育などを充実させる。
368	医療提供者 (協議会委員)		東京	①がん薬物療法専門医の不足(質の低下は避けること前提)。②新規抗がん剤使用における安全性の確保。③有用性が確認された新薬が承認販売されるまでの可及的処置。		①専門医に対する診療報酬加算を検討する。	②新規抗がん剤については、スニキニブ等のように情報提供と同時に医師、医療機関を限定する。③高度先進医療制度を拡大解釈し、ある程度簡便化して推進させる。
369	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門医の人員の少なさが問題である。	放射線治療機の更新に対する補助はいらぬ管からの認可(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+ α の医療費でやるなら、医療 の限界をきちんと見つめ、国民 的議論をすべき。幻想を抱か せるな！	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。がんセンターボードが機能し ていないので放射線治療、化学療法専門医が症例検 討に関与しない状況がある。	がんセンターボードで多診療科 で症例検討した場合はがん拠 点病院に限って加算をつける。 がん拠点病院に限って加算をつける。	がんセンターボードで多診療科 で症例検討した場合はがん拠 点病院に限って加算をつける。 専門医には報酬の積み上げを くが保障すべき。	がんセンターボードで多診療科で症例検 討した場合はがん拠点病院に限って加 算をつける。そもそもがんにかかわる病 院医師数が極端に少ない。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
383	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	患者として一番大事な治療方法の金銭面と治療の向上。(各病院の)情報を知りたいが、非公開(文章で見せてもらったが、がん対策の会議中のみですぐに回収されてしまい見る時間もない)。	全く話し合う時間も予算についても話し合う雰囲気もない。	全く話し合う時間も予算についても話し合う雰囲気もない。	全く話し合う時間も予算についても話し合う雰囲気もない。
384	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	がん専門薬剤師の養成は行なわれています地域薬剤師会での研修においても「がん」についての全般的な研修を行い 薬剤師全員が研鑽を積んでいる。		現在の診療報酬の体系には麻薬を投薬された時のみに加算があるが がん患者への指導・相談業務に関しては 診療報酬には反映されない。	
385	医療提供者 (協議会委員)	北村 宏	静岡	Oncologistを育成する体制を整備すること。			
386	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	副作用として発現することの多い口腔内合併症への対応が遅れていること。	病院での口腔ケア体制の構築。周辺歯科医師会との連携体制の推進。	メンテナンスに対する評価を具体化すること。	専門口腔ケアを担当する歯科衛生士の養成。一般的口腔ケアを実施する看護師への教育カリキュラムの推進。
387	医療提供者 (協議会委員)		静岡	放射線治療医の充足率はがん拠点病院とはいえ、低いのではなからうか。放射線照射は患者一人あたりの治療時間も分単位のことが多いので、いっそ、放射線治療専門の公的(儲けに走らぬよう、公的とする)施設をつくり、数病院分の患者をまとめて治療したら、効率もよくなるのではなからうか。			
388	医療提供者 (協議会委員)		静岡	どちらも予算と時間がかかる事。			育成については、年度ごとにある程度の人数が研修(講習)終了できるよう、カリキュラムを組んで実行して頂く。
389	医療提供者 (協議会委員)		静岡	①放射線療法を選択する患者の比率がその成果に対して少ない。②日進月歩する化学療法に対して医療従事者がいかに知識を取得するか。			1.放射線治療を理解してもらうための広報活動。2.研修制度の確立。
390	医療提供者 (協議会委員)		静岡	医療機器の整備も重要だが、そこを動かす医療従事者の確保の方がもっと困難な問題となっている医療機関が多いように思う。			
391	医療提供者 (協議会委員)		静岡	医師の育成と配備については、放射線や化学療法に限らず麻酔科・産婦人科・小児科などの分野でも全く同じ状況であり、これは国の根本的医療政策の問題である。国が適正配置のためのある程度の基準や制限を設けない限り、特定の地域や特定の診療科への偏在が生じ医療崩壊に直結することになる。現在の県や病院単位での奨学金や高報酬の呈示は単に金銭的な競争をおおるだけで、根本的解決とはほど遠い施策のように思われる。	化学療法や放射線の専門性を有する医師・看護師・薬剤師・放射線技師の認定と、予算措置もしくは診療報酬上での評価は放射線・化学療法の水準向上に大きく寄与する。	外来放射線治療加算は200点、外来化学療法加算は800点くらいへの引上げが望ましい。	
392	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん薬物療法専門医又がん診療に関する認定看護師専門看護師に対する具体的な評価がなされていない。	専門性に対する対価が必要と思う。		専門制度の早期の実効化。
393	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	放射線療法は設備費が非常にかかる。どの病院でもという訳には行かない。地域で1~2箇所施設を指定する必要がある。		指定された施設は紹介患者のみ診療をする。	
394	医療提供者 (協議会委員)		愛知	専門医の確保が難しい。	専門医・専門技師の育成のため予算を出してほしい。医療機関に雇用に対して予算を配分してほしい。	専門医の治療に対し診療報酬を高く設定を。	