

平成23年度 がん対策に向けた提案書
～みんなで作るがん政策～

第4部

～みんなでがん対策を考えよう～
がん対策に関するタウンミーティング
意見シート集計結果

がん対策推進協議会（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

■がん対策に関するタウンミーティング 意見シート集計結果について

がん対策推進協議会提案書取りまとめワーキンググループでは、「患者と現場、地域の声」を広く集約するため、島根(1月10日)、広島(1月17日)、福岡(1月23日)、新潟(1月24日)、青森(1月31日)、長崎(2月7日)にて、「がん対策に関するタウンミーティング」を開催した。

会場で広く意見を求めたほか、参加者に意見シートを配布し、がん対策に関する意見を記入してもらい収集することで、意見集約化の一助とした。

当集計結果は、記載された自由記述意見、およびがん対策予算ニーズ等に関する選択設問の分析結果を報告するものである。国民のニーズに基づくがん対策の策定に向けた一助とされたい。

がん対策推進協議会
提案書取りまとめワーキンググループ

■がん対策に関するタウンミーティングについて(概要)

〔島根県〕

日時:2010年1月10日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:島根県立大学短期大学部出雲キャンパス
(島根県出雲市西林木町151)

〔広島県〕

日時:2010年1月17日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:広島YMCAホール (広島市中区八丁堀7-11)

〔福岡県〕

日時:2010年1月23日(土) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:ナースプラザ福岡 (福岡市東区馬出4-10-1)

〔新潟県〕

日時:2010年1月24日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:新潟県医師会館 (新潟市中央区医学町通二番町13番地)

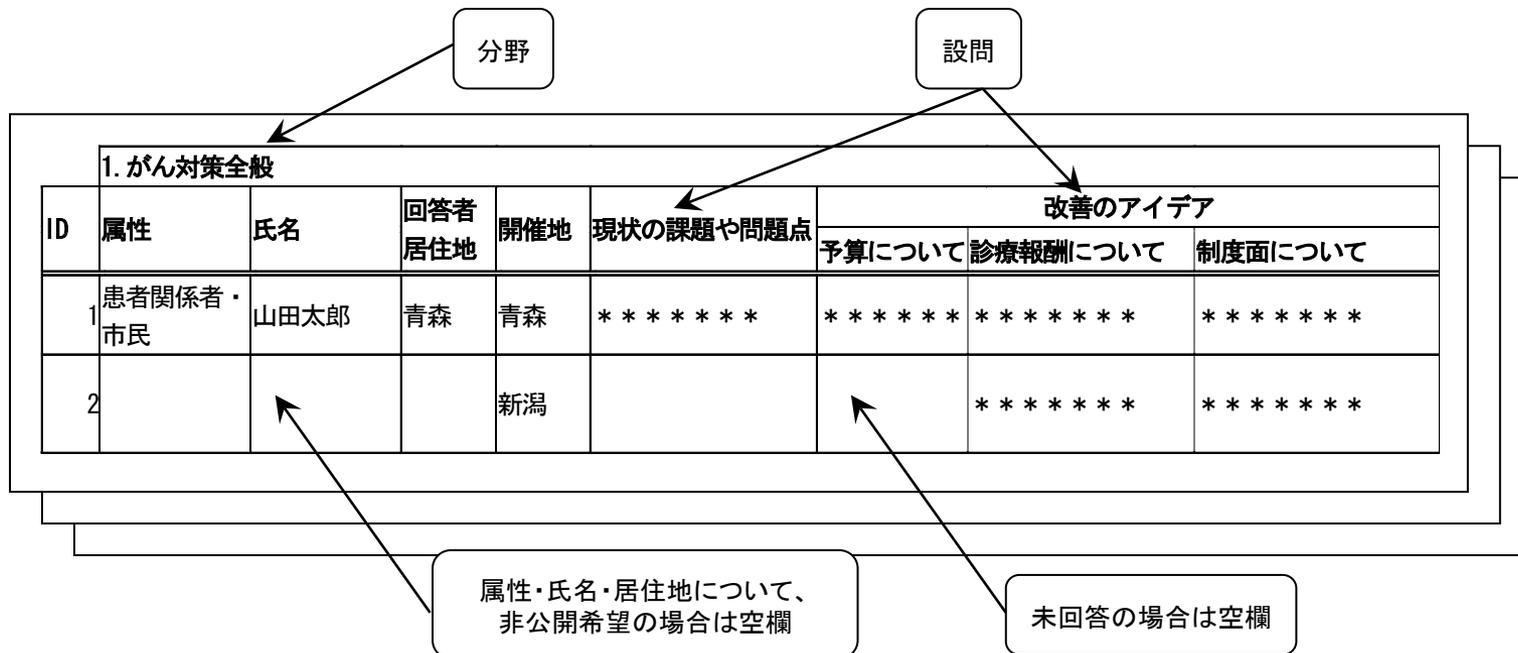
〔青森県〕

日時:2010年1月31日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
場所:青森県医師会館 (青森市新町2丁目8-21)

〔長崎県〕

日時:2010年2月7日(日) 13時30分～16時30分(開場13時)
会場:NCC(長崎文化放送)スタジオ (長崎市茂里町3-2)

自由記述回答集の表示形式について



***がん対策の以下の13分野からテーマを選んだ上で、
意見を自由記述**

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

***属性は以下の項目順に再統合のうえ列記**

1. 患者関係者・市民
2. 立法府
3. 行政府
4. 医療提供者
5. 医療関連産業
6. メディア
7. その他



自由記述欄 意見シート集計結果

1.がん対策全般								
ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
1	患者関係者・市民		青森	青森	自分や家族ががんに罹る可能性があること、罹ったときに心的に経済的にどうなるかということについて実感が無い。			他の原因(疾病)と何がどう違うので対策が必要なんだ、という説明(共通認識が持てるように)が必要ではないか。
2	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来化学療法が高額なためによる諸問題。			高額療養費制度の限度額の引き下げと、外来療養費への適応認定証の拡大。貸し付けが受けられ、経済的負担が減る。
3	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来療養費が高額なため。			社会福祉協議会などの貸付制度を、患者さんが使いやすいように見直す。
4	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	各都道府県のがん対策の進捗状況がバラバラである。担当者(部、課)の国レベルでの研修がない、他県との交流が難しい。	国のがん対策予算で組み入れてほしい。		
5	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	中山間地における地域格差がひどく、都市部に行かないと治療などが受けられず、困っている。	中山間地ではDr.不足で悩み、がん治療も受けられないので、Dr.を中央や都市部に出さず、山の中でも受けられるようにしてほしい。		
6	患者関係者・市民		島根	島根	予算がどこにどれくらい使われているのかよく分からない。			
7	患者関係者・市民		島根	島根	医師の現状はとってもきびしい。でも一生懸命私たちのために診療してくれている。大事な先生、もう少し余裕をあげたい。医師不足は深刻だ。	医師の待遇よくしてあげてほしい。診療に必要な機器の充実をはかってほしい。		
8	患者関係者・市民		広島	広島	がんの治療法・治療代。	今、事業仕分けで色々削られて、治療している患者の負担が大変なので、もう少し上げるように病院ごとで署名をすれば良いと思う。	先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている。	国と地方で法律をもっと統一してもらえればよい。
9	患者関係者・市民		広島	広島	根治する可能性があることは何でもしたいと思うのが、がん患者の家族だと思っている。保険適用外の治療や高額治療をしたいのだが、経済的にすることが難しい場合がある。			国に治療費の補助を望む。
10	患者関係者・市民	小林涼一郎	広島	広島	生活習慣に対する告知が弱い。情報の共有をしてほしい。病院にお金をかける必要はないので、食事療養の啓蒙をしてほしい。			代替医療を重要視してほしい。
11	患者関係者・市民	深野百合子	福岡	福岡	治療費が高額になるのが悩み。がん治療で仕事ができない。人工透析は無料、障害者は程度に応じて保障されている。	予算化が必要になるが、具体的にはアイデアなし。		障害者のように、程度に応じて保障する仕組みを作る。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
12	患者関係者・市民	藤川すが子	福岡	福岡	がん専門医がほしい。	対策費がつかないと研究も進まないと思うので、予算は増やしてほしい。		新薬に対する規制によって、良い薬が使えなかったり保健適用できなかったりする(高額のため)。
13	患者関係者・市民		福岡	福岡	乳がんで10年治療している。毎月の医療費の負担が大きい。3割負担をせめて1割負担へ。			
14	患者関係者・市民	物部安宣	福岡	福岡	治る治ると言うばかりではなくて、治った後も様々な問題もあるので、後々のことも視野に入れておいてほしい。晩期障害や小児から成人になってからの医療費など。			
15	患者関係者・市民		福岡	福岡	患者の費用負担が多い。新薬など。支援が必要である。	支援、補助のための予算を増やす。		
16	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	私も白血病を6歳で発症、25歳でC型肝炎の治療をした。治療をする直前に、会社から解雇された。すい臓がんで亡くなった父も治療中に不当に解雇された。企業にとって社員が病気になるとお荷物になって、解雇するのが当たり前になりすぎている。	病気をした人を雇っている企業に、国と地方の支援と、解雇した企業への法人税のペナルティなどを検討してほしい。厚労省的ペナルティで言えば、社会保険料からできるのかもしれないが…。		
17	患者関係者・市民	田川羊子	福岡	福岡	やはり費用は経済を圧迫する。私はがん保険に加入していない。私自身、全くがんに対しての危機感が欠落していたのである。がん保険は100%任意だが、がん検診を定期的に受診すれば保険料を軽減するという制度ができれば、検診の普及率もあがるし、がん保険への加入も自然、必要性を認識していくと思う。			
18	患者関係者・市民	栗田強	長崎	長崎	肝炎対策法が成立したが、対策がどうなるのか？	予算が200億→250億に上がったぐらいで何がー。		肝炎対策として、治療中の生活費と治療費の助成をどうしてもしてもらわなければ。
19	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	外来化学療法中に家から病院へ電話で問題解決したいが、受け手のレベルで解決できない。	不安な患者は24時間自分中心である。24時間専門的な対応ができる人を配置してほしい(ほとんど外来はパートナーズが多い)。	救急扱いではどうか？	
20	患者関係者・市民			青森	技術の格差。			
21	患者関係者・市民			広島	がん対策の予算が十分かどうかの質問があったが、どのようにつかわれているかがわからない。概略だけでも知りたい。			
22	患者関係者・市民			福岡	がんという病気に対する全般について知る事がない。	どうしたら予防出来るのか、患者になった場合、病院・治療その他の事が分かるような資料のための予算。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
23	患者関係者・市民			長崎	肝がんについて。	肝がんについての研究、治療に対する予算を増やしてほしい。		身障手帳の認定基準の緩和。肝硬変、肝がん患者への早期治療のために。
24	行政府		青森	青森	がん死亡率低減となるような法制度が整っていない。たばこ対策法がない。がん検診義務付けがない。がん登録が義務付けでない。		がん検診受診者へのインセンティブ。がん登録の評価。	
25	行政府		青森	青森	本県では全国の中でも医師が全般的に不足しており、中でもがんの専門医は特に不足が著しい状況にあるが、自治体の努力だけではそれを解決することは不可能に近い。			医師の確保については中長期・短期のいずれの面においても、国の責任において対応すべきであり、そのための予算も確保してほしい。
26	行政府		青森	青森	「がん」は大きな課題だが、国民の健康と命を考えたとき、他の分野も含めた総合的保健医療対策との関連性を考慮すべきである。			医師不足の中、研修参加も容易でない実態である。→国立がんセンターからの化学療法医あるいは現地にきての研修の実施等。医療政策全般としての医師不足の解消。
27	行政府		島根	島根	市町村がん検診の推進は交付税措置されているが、都道府県がん対策推進計画の推進については財務措置されていない。	都道府県がん推進計画の推進に向け、総合的な財政措置を！市町村支援等が実効あるものとなるように(例:検診受診率向上、総合交付金化等)総合的な財政措置を。		
28	行政府		島根	島根	がん予防や医師・看護師確保の点から、小中学校での教育を徹底することが必要。	学校の先生では対応できない。患者・家族・医師・看護師などが講師として教えることをすすめてほしい。		
29	行政府		島根	島根	がん対策予算が不十分である。	島根県の「がん対策募金」が現在、6億5千万円あると聞いた。民間、一般私人からの浄財に依存することも必要であるが、国の施策として、必要な予算はつけていく、積極的な姿勢が必要である。		①がん対策募金のシステムを全面展開していく。②がん対策の啓発を行い、国民世論を盛り上げていく。③国の中での予算の優先順位を決定する際、国民世論を参考にしていくシステムを構築していく。
30	行政府		広島	広島	がん対策全般の評価ができる体制になっていない。	県の独自性を評価し、10/10の予算についても県の先進的事業に対し交付してほしい。		予算編成をする前に、ブロックごとのヒアリング等を実施され、体制がとられている県とそうでない県との評価は別に行ってもらいたい。
31	行政府		広島	広島	①がん対策事業、予算作成プロセス。②市町検診予算交付税は、現受診率20%程度でも1200億で交付税措置額より少ない。	①一括交付金化or一般財源化。②少なくとも3倍程度に増額しないと50%は達成できない。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
32	行政府		福岡	福岡	保健行政の中で、国は種々の基本法が制度化されているが、市町村ではその別々の制度をすべて一つの課で行っているのが現状である。事業を推進するためのスタッフ不足が生じている。	スタッフ配置のための国の財政加算をする。		県や国がモデル市町村をつくり、年毎に国か県職員を市町村に派遣し、特別に推進する。
33	行政府	岩永薫	福岡	福岡	予算編成のミスマッチ。	ミーティングで出た意見と同様だが、国の情報を早くほしい。また1/2補助だと県財政が厳しく、事業化が難しい。		
34	行政府		長崎	長崎	日本の医療は診療報酬に支配されており、検診や予防に対する支出が困難である。	補助金だと、地方の財政状況から手出し分を確保できないので、10/10を希望する。	診療報酬の決め方が現在の状況とかけ離れており、技術等にしてもまともに評価されていないようだ。	医学的にはどうかと思うような治療を行う医療機関がある(宗教のような。勿論自由診療だが)。放置するわけにはいかないと思う。
35	行政府			福岡	末期がんの患者が在宅で生活する場合の介護保険制度の利用。介護保険の審査が終了時には、当初の状態から悪化している場合が多く、必要なサービスが提供されていない。	在宅医療の推進に係る予算の増額が必要ではないか。		介護保険とは異なる独自の支援制度が必要である。
36	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	医療ソーシャルワーカーの数が極めて少ない。		患者は病院にいるので、ソーシャルワーカーの点数を診療報酬に盛り込むべきである(入院・外来・在宅とも)。	
37	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	入院医療から外来医療への転換をはかる。「街角がん診療の普及を目指す」。基本コンセプト:ピラミッド型の組織論ではなく、ネットワーク型組織論。	高機能診療所の整備(大規模である必要はない)。	外来化学療法、在宅緩和医療などにかかわる医療に対して診療での実践を支えよう!	責任ある診療を行う診療所に厚く、無責任な診療所に薄く対応する。
38	医療提供者		島根	島根	がん対策に関する啓蒙・普及が十分でない。医療 ~ “生きること死ぬこと” ~ 一人一人が向き合える社会を創る契機としてがん対策は大切と感じている。			
39	医療提供者		島根	島根	医師サイドに緩和のための知識がまだ不足しているため、治すための放射線療法・化学療法と考える人が多い。副作用対策に重点をあまり置いていない。		副作用対策の薬剤の保険免除。	緩和ケアへの知識を得る研修の義務化。専門医の育成。患者・家族の会と医療者側の意見交換。
40	医療提供者		広島	広島	がん対策の評価基準が不明確。死亡率だけでは評価基準につながらない。			がん診療・がん活動の評価の基準となる項目の確立。簡単に医療従事者の負担とならないもの。
41	医療提供者		広島	広島	国及び県のがん対策に対する意識はまだ低い。	国及び県はがん対策に関する予算を増強すべき。	診療報酬の大幅な増加を望む。	がん対策に対する法律の整備を早急にすべき。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
42	医療提供者		広島	広島	診療報酬上げの議論があるが、高額療養費の上限引き上げ、保険外併用療養費の拡大など患者負担が増大する中、報酬の引上げは患者負担の増大につながる。自己負担割合の引下げなどを想定しているのか。医療費削減が国全体の流れで、がん対策の個別議論も重要だが、医療・介護全体の流れを見ることも必要(木を見て森を見ず?)。		こういった中でがん関係の予算を確保するには、相当インパクトのあるデータが必要。こうして欲しい、だけでなく、現状とデータによる主張＝エビデンス。	
43	医療提供者		福岡	福岡	全体的に予算が少ないと思う。			
44	医療提供者		福岡	福岡	がん関連予算が不十分である。	拠点病院強化事業などが今回大幅に削減されたことは、拠点病院における業務に大きな支障が出てくると思われる。	緩和ケア関連の診療報酬は更なる増額が必要である。	拠点病院の内部にも、緩和ケアの病床設置を少数であっても推進すべである。
45	医療提供者		福岡	福岡	福岡県内の拠点病院の協議会などの活動が点にとどまってしまって、地域の病院その他にまでがん対策が広がらないと感じること。もっと多くの人がかかわることが必要だと思うが、県の活動はわからない。	拠点病院それぞれだけに予算配分するのではなくて、県として例えばテレビカンファレンスが活発に行えるように地域の中核病院も含めてネットワークを作る費用を出すとか、考えるとか、できるのではないか。	・拠点病院だけでなく、準拠点あるいはそこ連携した医療、介護等への評価。・拠点病院の要件を、表面だけではなくきちんと実行しているところへのランク付別とか。	制度というより各県を国がきちんと評価して、その指標や内容(評価の)をオープンに情報公開してほしい(自分の県がどの程度何をやっているかわかることが重要だと思う)。
46	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	がん及びがんに関する情報提供が不十分である。行政の取り組みが不十分である(今でもいろいろプッシュされているようだが…)。	情報の一元化(HPを作り(既成のものでも可)、カテゴリー別にリンクも含め公開するなど)。	一般市民、受診者家族にわかりやすい情報の提示(がんに関する診療報酬上の項目)。	
47	医療提供者	松本初子	福岡	福岡	専門・認定看護師の有効活用が十分でない。			広報を十分にしてもらいたい。
48	医療提供者		長崎	長崎	自宅で療養をしたくても、薬代や往診・サービス等が高く、入院していた方が保険がでるので帰りたくても帰れない人もいる。			生命保険の充実(外来通院治療費)。限度額認定証の外来適応化。
49	医療提供者			新潟	がん患者の救急対応に対する評価がなされていない。初診で吐下血、イレウス等で救急外来を受診したり、診断後の不安で眠れないとの訴え、抗がん剤の副作用、ターミナル期の様々な訴えで救急外来を受診している。そのことで常にかん検診に係わる医師が呼ばれ対応している。	救急対応可能な施設を増やす。	がん患者の救急に対する加算。	
50	医療提供者			広島	2~12全て。	・消費税を上げる(生活必需品の低減税率)。・しっかり評価、適正配分。・低負担高福祉(医療)はありえない。	・めりはりをつける。診療報酬と補助金、2本立てでの医療を支えるシステム、ベースは診療報酬。・超高令多死社会への対応:在宅医療の強化。	・集学的治療、チーム医療の推進。・PDCAサイクルの確立(制度での担保)。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
51	医療提供者			長崎	拠点病院に対する予算の格差が生じている(特に地域拠点病院)。 同じお金をもらっていても、やっていることに格差が生じている。 外来患者の院内がん登録をしていないのに、都道府県拠点病院の認可を受けた病院がある。 実績(手術etc以外の)、例えば研修会などに格差が生じている。	国が10/10予算として、地域拠点病院2000万円、都道府県3000万円とし、あとは実績に応じて配分されるようなシステム作り。頑張っている病院ほど報われない、かつ持ち出しが多い構造となっている。	地域連携クリティカルパス使用例には、病院(拠点病院のみ)ではないと診療所に5千点(5万円)ずつつける。	①がん対策基本法の改正、拠点病院の規準の改正。 ②拠点病院提出書類には証拠書類を添付したり、サイトビジット、ぬきうち査察などチェックする仕組みを作る。
52	医療関連産業		島根	島根	米国などの国々では、がん検診受診に係る管理を国が関与している。そのため、未受診者の把握、受診勧奨など一元的に管理が行われ、未受診の防止になっている。日本では、ほとんど無管理であることに問題がある。			国の機関でがん検診受診管理を行う組織づくりを行う。
53		川嶋啓明	青森	青森	診療報酬のバランスが非常に悪いこと。高度な治療に高報酬とし、誰でもできる治療は安くすべきである。	予算増が望ましいが、無限に増やすわけにはいかないの で、増には期待しない。	真の高機能診療所に対する加算。多くの医師ができる処置治療を減算。	レベルの低い開業医の切り捨てを思い切って仕分けすること。
54			広島	広島	広大等が作ろうとしているリニアックナイフは、ガンマーナイフと成果があまり変わらない。	他へ予算が回せるのではない か。		
55			長崎	長崎	検診がドッグ以外でも住民へ気軽に出来る方法。例えば熊本県であれば、県と日赤が共働して、1地区朝7時より開始。検診車は朝6時に市町村の拠点箇所へ配置、しかも1件1000円程度で安価。年間計画して、個人へ連絡がある。			
56			長崎	長崎	がん検診に対する意識がうすい。			
57				青森	県の推進計画は法律でつくられているものの、県民意識・市町村担当の意識の差が大きく進展していない。			
58				青森	専門医の不足(根本的に)。	がん専門医を増やす。	がんについては診療報酬を増加させるとよい。	
59				青森	病気にならない時は人ごととなっている感じがする。もっと積極的に考えるべきと思う。	多くとってほしい。		
60				青森	まだまだ予防が普及していないので、食生活改善してほしい。	予算で国・県・市町村の優遇。	診療報酬より、自費で検査できるように献血や診療所・保健センターの簡易検査が良い。	がん人口がまだまだ多いので、ステロイドによる治療・切除がうまくできる医師の教育制度の投資。
61				長崎	ホームドクターのがんに対する啓蒙が必要だと思う。	がんが一番死亡率が高いのだから、国民病として位置付けて欲しい。	年金生活なので貯金を食いつぶしている。	
62				長崎	治療に対する自己負担金の軽減、生活資金の補助などを考えてほしい。	がん患者に対する予算を付けてほしい。	医療機関への相当の予算も必要と思う。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
63				長崎	がん対策に関する「制度」の整備にとどまってしまうことを、がん拠点病院の中にいて感じることもある。がんの特化した病院ではないため、難しいことなのかもしれない。しかし、市民・患者は「拠点病院だから知っている当然、やっけていて当然」と思っている場合、整備状況と現状の狭間で双方が苦しい思いをすることも時折ある。		入院・外来患者で、制度(介保・身障・障害年金など)にのることができない方に対して、何らかの支援を打ち出してほしい(生保を選択する前段階で)。体にムチ打つようにして働いて、治療費を捻出している患者もいる。また、治療費を工面できないため治療から離れざるをえない患者もいる。	
64				長崎	身寄りがない人や、経済的問題を抱えている人の看取りの場がない。			

2.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
65	患者関係者・市民		青森	青森	化学療法を受けているが、抗がん剤が非常に高価(月2回で8万円ほど)で、経済的負担が大変である。いつまで治療を受けられるか不安である。			
66	患者関係者・市民		島根	島根	放射線療法、化学療法とも医療従事者が少ない。	上記医療従事者の育成。	精神的ケア、相談等にも報酬を。	
67	患者関係者・市民		島根	島根	現状では、自分が患者になると主治医が決まり、治療をされる。まだまだ地方の病院ではチーム医療はなく、1人の主治医が主になる。化学療法の専門ドクターは少ない、又、医者も地方には少ない。			地域の大学(医療)を卒業してドクターになれば、メリットを与える。奨学金制度を良くして、自分の出身地に帰れば学費の免除等優遇制度を作って医者を増やしてほしい。
68	患者関係者・市民		島根	島根	ラジ、ケミいずれもDr.の絶対数があまりにも少ない。早急に養成制度を整えられたり(放射線の物理士も)。		化学療法等の診療報酬、特に診断料等が信じられない位安い。レジメン、プロトコル等に力を入れても。	
69	患者関係者・市民		島根	島根	医療スタッフ、機器が偏在している。	育成機関により育成を図る。育成機関を作る。		手当等の検討。
70	患者関係者・市民		島根	島根	現在がん(子宮肉腫)治療中で浜田に在住しているが、近くの病院での治療は医師不足や医療従事者不足などで治療を受けるのが不安。現在、広島病院へ通院している。			がん専門医療従事者の育成。
71	患者関係者・市民		島根	島根	がんは死の病と考える人が多い中で、早期発見されれば完治するような治療方法の確立と多くの医師ががんに対する専門的知識を取得してほしい。	がん対策費は316億円とのことですが、どのように使われたか、成果はあがったのか、PDCAサイクルで見直しをして、公開してもらいたい。		医療従事者が勉強できる体制を整えてほしい。国立がんセンターへの派遣等を積極的に推進する。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
72	患者関係者・市民	島田明人	島根	島根	現状は機器(機材)スタッフとも不十分。	予算額が不明なのでコメント出来ないが、(島根県の1.9、1億?)効率的に執行され結果について公表すべきである。	診療についての支払いは少ないと思う。検査・薬価が高いので検討を。化学療法の薬価について補助を検討すべきだ。	
73	患者関係者・市民		島根	島根	放射線療法、化学療法を専門的にできる医者が少ない。	専門医を育成する事・放射線機器の購入や薬の購入の補助などにもっと予算をつける。	外科的治療に比べて、診療報酬が少なすぎる。もっと高くしないとこういった専門医は増えない。	
74	患者関係者・市民		島根	島根	放射線技師(写真判定できる人)、乳がん触診できる医師が不足しているため、検診がはかどらない。	よくわからない。		開業医の医師にも協力して頂ければいいと思う。
75	患者関係者・市民		島根	島根	H15佐藤均さん提案(?)の専門医の育成、抗がん剤の認可が1日も早く…は、あれからどうなのか…。			
76	患者関係者・市民		島根	島根	どうして病院によってしてもらえる治療に差が出るのか。おかしい。	個人で負担する額が高すぎる。	もっと国の負担を増やすとか、がんも医療証(公費的な)出すとか、治療費を下げるとか、出来ないのか。	
77	患者関係者・市民	中川久美子	広島	広島	まず全体的な人員不足。	・放射線療法の機器と、その専門家の育成。 ・化学療法の専門家の育成。	早く増やすには、専門的に勉強が必要となるが、それには奨学金制度を作る→奨学金を出すので、その地域にたとえば7~10年は勤める。専門家の流出を防ぐことにもなる。	拠点病の評価や予算を多く出す。
78	患者関係者・市民	和田文夫	広島	広島	未承認の化学療法剤の早期承認を(未承認薬を使用すると患者負担になり高額になる)。12年前未承認のDoxilを使用した際、個人負担が70万円。又、免疫療法(リンパ球療法)については1クール200万円かかるので大変高額である。			
79	患者関係者・市民		広島	広島	標準治療だけではなく、個人を重視したオーダーメイドの治療のできる医者が広島にいない。			
80	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	医療従事者の方が少ない。勤務内容改善。	放射線療法に重点的に予算をつけるのはいかがなものなのか。	風邪など保険対象から外す。死に対して重要なものに保険を。	化学療法で保険対象外になっている。併用して使用できるように改善してほしい。
81	患者関係者・市民	浜中和子	広島	広島	現状では腫瘍内科医がまだ不足している。早急の対応が必要。さらにチーム医療の要員としてがん治療専門ナースの育成も必要。	研修に参加する医師、ナースへの支援に対して予算を計上する。	専門医に対しての診療報酬をつけること。	
82	患者関係者・市民		広島	広島	・放射線医が全国で500人は少なすぎる。	・22年度も20億円も減額されている。	・放射線医、技術者の報酬を上げ、従事者を増やす。	
83	患者関係者・市民		福岡	福岡	新しい情報をnetか文書で公開。教科書は古い情報も多い。医療者のレベルアップ。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
84	患者関係者・市民		福岡	福岡	手術は外科、化学療法は主に内科、また放射線科と、各大学、病院ともタテ割になっており、横の連携が少なく感じている。患者は自分の病気を知り、自分で考えたいと願っている。その集まる場を作してほしい。	予算額だけでなく、その対策内容が現場・患者の実情と合っていない。今回のタウンミーティングのように、患者の声を実際に多く反映させて予算化してほしい。予算がないと、どのような良い施策も実行できない。	まだよく知らない。予算もいることではあるが、是非必要な施策には診療報酬でも手厚くすべきである。	患者は、地方自治体の政策担当者がまだ十分理解できていないと感じている。患者の声を多く聞く場を増やすことが大切である。
85	患者関係者・市民	森幸子	福岡	福岡	手術した病院で放治や化学療法が受けられない。手術した病院から言われた近くの病院では、治療を受けるのは不安である。施設がないということと、医療者の未熟さを感じられる。			手術・治療の施設が別になるのであれば、情報提供をする。先生方も自信のなさをあまり患者に見せてほしくないので、分からないこと等は患者に聞こえるようにではなく、後でしっかり調べて伝えてほしい。人格形成は予算・診療報酬・制度面でできるのか？
86	患者関係者・市民	焼山有香	福岡	福岡	化学療法も多様化し、副作用の出方も個別性が大きい→患者の苦痛や不安を十分にサポートできていない。	腫瘍内科医(専門医)の育成。薬剤師の専門研修。	がんは個別性が大きく、マニュアル通りにはいかない。必要と判断される薬には主治医の判断で保険適用ができる制度を。	腫瘍内科医とともに薬剤師の活用をもっと臨床現場に。医師の指示ではなく薬剤師がもっと主体的に治療にかかわれる制度が必要。化学療法には薬剤師が積極的に導入を。化学療法は外科医でなく腫瘍内科医が携わることが必要ではないか。
87	患者関係者・市民	皆川泰男	福岡	福岡	仕事や通常の生活をしながら治療を受けたいというニーズは、これからもっと高まると思う。そのため放射線・化学及び粒子線療法の重要性は高まると予想され、現状ではとても足りないのでは。	予算としては足りないところではない。		
88	患者関係者・市民	伊東まち子	福岡	福岡	病院や主治医により、大きな差があると思う。診療科による差。			最初にかかった診療科により、化学療法をする医師が違う(例:外科の先生がするか、腫瘍内科の先生がするか)。横の連携が大事である。
89	患者関係者・市民	溝口隆馬	福岡	福岡	抗がん剤の医療費があまりにも高額である。			
90	患者関係者・市民		長崎	長崎	現在肝硬変の状態で、いつ肝がんに移行するか不安な現状の為、本日出席させていただいた。今のところ治療法や研究を望むのみである。			
91	患者関係者・市民		長崎	長崎	治療の質に差があるのではないかと。県内または全国レベルにおいて、他県に行って治療を受けるという人もいる。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
92	患者関係者・市民	三好綾	鹿児島	島根	放射線治療や化学療法治療に携われる医師や医療従事者が不足している。	放射線治療認定医や医学物理士放射線治療品質管理士の計画的育成を進めるべき。	専門スタッフ配置を評価。	
93	患者関係者・市民			島根	放射線、化学療法、それぞれの専門家がないというのが最大の問題である。地方に少ない。国として、どんどん育成していただきたい。			
94	患者関係者・市民			島根	放射線療法および化学療法をずーっと続けていると、ほかの良い部分に問題はないものなのか。	予算は現在のところ、我がサロンはもらってないのでよろしく。	在宅医療をすると(在宅緩和ケア)はどのようになるか。又、医療機関に支払いはどうなるか。	
95	患者関係者・市民			長崎	・医療従事者は”がんの専門”という観点から不足している。 医学、看護にがんプロフェSSIONALの育成が急務である。	文化省・厚生労働省が連携して”がんプロ”を育てる予算を策定する。	病院で診療報酬費が高くなれば、認定看護師やCNSの活動分野が認められるので、報酬との連動をする。	がん拠点病院には、専門医や看護師に対する基準を設定し義務づける。
96	立法府	奈良岡克也	青森	青森	①医師の人数の総体的な不足を早急に解消するべきである。②そのことによって、がん専門医を充足する体制作りを急ぐべきである。	国や県における予算はまだまだ不足と思うので、増額すべきである。死亡率が高い県に対する国の助成措置が必要である。		がん死亡率が高い地方に対して国がおこなうべき支援策を具体的に制度で定めるべきではないか。
97	行政府		青森	青森	・医師不足により、集学的治療を行えない地域がある。 ・放射線治療装置が高額のため導入できない病院がある。また、あっても放射線治療の専任の医師がいない病院も多い。	均てん化を図るには、国の責任で施設や設備の整備を図っては(国10/10で)。	放射線治療に係る診療報酬単価アップが必要である。	
98	行政府		青森	青森	たとえばがん検診要精検者がでて、精検が受けられるまで、特に大腸がんの場合は2~3か月くらい待たされるというハラハラする状況にある。また、精検を受けたがらない理由に、お金がかかる(1万円以上)ことも大きい。	医療従事者(医師等)を増やしてほしい。精検助成金があれば良い。		
99	行政府	田中央吾	島根	島根	欧米に比べ手術療法に偏っていると思う。放射線専門医が少なく結果として患者の選択肢が決められているのではないか。	人口当たりの放射線治療機器の均等配置が可能になるよう予算配分。	内科医、外科医が紹介するごとに報酬設定。放射線治療入院加算(一定の放射線治療件数を行っている医療機関で入院する場合の加算)。	
100	行政府		島根	島根	特に島根県では専門医が少ない。	増やす。	増やす。	
101	行政府	吉儀龍二	島根	島根	検診率アップのため機器整備助成を行ったとしても、例えばマンモグラフィ検診車を一台増設すると、一人/年対応できるが読影できる医師が増えないので対応できるか疑問。	次の項目とも共通するが、診療報酬アップに予算をかけ、医療機関が医師(医療従事者)を確保しやすくするしかないのではないか。		がん対策と法律等による規制というものがなじむのか？

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
102	行政府		島根	島根	医療従事者の研修制度が利用しにくい。	医療従事者が、中央研修等を受けるための研修費用が十分措置されていない(代診医の費用のみが措置されているが代診医はそもそもいない)。		
103	行政府	福原義貞	島根	島根	日本では欧米に比べ放射線療法、化学療法の比重が軽く、専門医や専門スタッフも不足している。外科的な手術しか選択できない状況もある。	機器導入やスタッフ育成に予算措置が必要。	診療報酬にも重点配分が必要。	
104	行政府		島根	島根	国立がんセンターと地域を比べると差が大きすぎる(医療従事者が少ない)。	専門医確保予算。派遣する予算の確保。		国立がんセンターからの医師派遣制度を作る。
105	行政府		島根	島根	大都市と島根県とは、同様の(同水準)の治療が受けにくい。(医療従事者、医療機器が不十分) 治検薬なども、各県同様に利用できる体制にない。			医療従事者の偏在の解消に努めてほしい。
106	行政府		広島	広島	医師のがん検診後のフォローについて理解がほしい。専門医をすぐ紹介することがなされていない。例。大腸がん検診陽性者→かかりつけ医再度便潜血検査もしくは注腸のみで見落とされてしまう。→翌年も同じこと→三年目に検診受け、便(+)大腸がん末期転移あり死亡。			医師会。Dr.のがん医療の教育の充実。
107	行政府		長崎	長崎	必要な医療従事者が不足しているように感じる。	研修費に対する補償(奨学金)予算を増やす。	医療従事者配置に対する加算。	
108	行政府	長田智貴	長崎	長崎	医師不足(がん専門医)。		専門医(緩和ケア研修受講者等も含む)への診療報酬アップ。	
109	行政府			青森	専門医師の不足。医療従事者の数と質が十分でない。	・医師確保予算の増額。 ・人件費を増し、研修などについて代替職員の確保。 ・研修予算の増。	専門治療への加算。	全国標準で行うべきである。
110	行政府			青森	リニアック(ライナック)は高精度化しているが、放射線技師のレベルがついていかない。また、医学物理士が少なすぎる。陽子線などの多額の設備投資が必要なのは国でやるべきである。	放射線治療器から粒子線治療設備まで、いずれも高く、ペイしない。高率補助すべきである。	放射線治療の点数を高くしてやるべきである(少しでもペイできる)。医学物理士の治療に加算をつけて。	技師の高度研修実施、医学物理士の公的認知。
111	医療提供者	斉藤聡	青森	青森	人数不足である。	がんプロの予算の増額。	診療報酬の増額。	
112	医療提供者		青森	青森	がん領域に限ったことではないが、専門看護師・認定看護師は、自分の時間・お金を使い研鑽している。やる気があっても徐々に疲弊してくる。	認定資格取得のための奨学会。特別報酬など。	専門看護師や認定看護師が介入した時(面談・相談)の診療報酬をつけていただきたい。	
113	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	医療従事者を育成するにも、医師も看護師も不足しており、病院から出せないのが現実。「質の高いがん看護師の研修」もその例で、人が集まらず中止にもなった。	中央(東京方面)で行われている研修に関しては、国が交通費や宿泊費の半分でも面倒をみてくれるよう予算を立てたらどうか。		国の医師・看護師は、地方研修制度を設けてはどうか。国はがん医療の均てん化と共に、人材の均てん化にも努めてもらいたい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
114	医療提供者		青森	青森	医療機器が高額すぎる。医療従事者の育成が進まない。	厳しい財政状況が続いているが、最新機器の導入は不可欠である。		
115	医療提供者	藤林繁子	青森	青森	医師の不足で困っている。8年くらい勉強してお医者さんには少し給料を上げて、生活環境を考えてあげるのが望ましい。	入院室をたくさん設けてほしい。がん死亡率が多いのは、食事、のむたばこ。栄養士さんの指導を受けるのがよい。	あまりお金をかけないという人がいるが、病気を治すのだから徹底して治すこと。	お医者さんを多くすること、都合がいたら(国にも予算があったら)。
116	医療提供者	堀口真由子	岩手	青森	放射線治療が進んでいない(選択されにくい)。放射線治療、化学治療の専門家(医師だけでなく)の育成が進まない。特に医学物理士の育成。	人材育成には、国や地方自治体の継続的予算が必要と思われる。10年後にやっと一人前という気の長い支援が必要と思われる。	医学物理士のいる施設に診療報酬加算を。	医学物理士の国家資格化への法制化。
117	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	医師はがん医療がサービスであるという意識を持つことが大切である。責任ある診療。	医師改造計画。	・薬価を大幅に抑制する。 ・外来化学療法加算などを増額する。	・むしろ、さまざまな規制緩和を必要あり。
118	医療提供者		島根	島根	医療従事者の育成。			
119	医療提供者		島根	島根	医療従事者に対する情報提供、学習機会が少ない。スタッフの数が少なく、仕事をしながら、研修参加が難しい。	専門に資格を取る医療者に対する支援(学費)。	専門看護師を置くことで、加算される。	
120	医療提供者		島根	島根	特に地方においては専門医の不足・島根県においては、特に西部で外科医もかなり不足している。	地域の拠点病院へ研修費などの予算を増やす。	医師数を増やしても、不足している科に人が増えるとは限らず、外科や放射線科・産婦人科などについては、ドクターフィーを導入しなければ、必要人数を確保できないと思われる。	診療報酬のインセンティブで改善できなければ、地方の大学での授業料免除の推薦枠などは、将来の診療科をしぼって募集する必要があると思う(がん治療を専門とする→外科医・放射線外科・薬物療法専門医という募集)。
121	医療提供者		島根	島根	がん医療に従事する医師が不足することももちろんだが、その前に、地域の医療崩壊で地域の医師全体が不足している状況である。医師不足は「がん医療」に限ったことではない。	アメリカ並みのがん対策予算が必要。	・がん医療の診療報酬の引き上げが必要。 ・医学物理士の国家資格、診療報酬への反映。 ・良いがん医療を受けるには相応の負担も必要である。 ・混合医療の解禁。	研修制度の根本的変換←地域の医師不足の一要因と考える。
122	医療提供者		島根	島根	全医療従事者(医師・他のメディカル)が、この療法等に十分な知識があるのか？専門的な知識のある人の人数が少ないし、遠くまでの移動が無いと出来ないと(治療が)そういうことがある。		診療報酬を上げることが療養費用のアップにつながることは考えられる。上げてもいいが、支払われる療養者の負担増につながらない方法を考える。	医師不足・医師の県在住分布を均等にとか考えていくことができれば…。
123	医療提供者	鈴宮淳司	島根	島根	外科医、血液内科医不足の深刻な状況。		産科、小児科などと同様の診療報酬の増額。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
124	医療提供者		島根	島根	がん放射線治療-最新の科学療法を受けることが地方で差がある。専門の医師が少ない。	・地方へ予算を-医師確保できるように配分をする。・専門の医師へ地方への配置の期間を求める。	地域加算をつけて配分を地方に行い、人材の確保をしやすいようにする。	
125	医療提供者		広島	広島		放射線治療センターはぜひ実現していただきたい。	化学療法にたずさわる看護師や薬剤師の専従条件を外して50~70%でも認めていただきたい。中小(専門)病院には負担である。	
126	医療提供者		広島	広島	がん専門医が少ない。		診療報酬を上げる。医師一人一人の負担の軽減(専門看護師の活躍の場を広げる(権限をもたせる))。がん患者とゆっくり話ができない。医師の日常業務による疲弊。外来1人1人への対応の十分な時間がない。	・育成を。・一般病院の先生が一定の研修でとれるように。
127	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	化学療法に関する専門医制度として、日本臨床腫瘍学会の定める「がん薬物療法専門医」は十分に評価できる。しかしその充足率は乏しく、また地方の一般病院では外科医により実施されている。外科医が中心の癌がん治療学会では認定医制度があるが、専門医制度と比較し、さらなる質の改善が求められる。	がん薬物療法専門医制度では現在のところ横断的に診療できるoncologistの育成である。外科領域でも各外科医が専門となる領域における化学療法分野での専門医制度の構築が求められる。あるいは日本臨床腫瘍学会の中で、外科医を対象とした専門領域における新たながん薬物療法専門医制度の確立が必要と思う。		
128	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	腫瘍内科が医学部の正式講座として存在している大学がまだ少ない。マンパワーが圧倒的に不足している。	がん医療が国の基幹産業となるように予算額を増額する。日本の製薬企業が日本で新薬の開発(phase I試験)ができるようにする。	外来化学療法など外来の診療報酬を増額する。外来化学療法室を24時間オープンする。専門医の診療報酬を加算する。	国や地方自治体ごとに専門診療科の数(専門医数)をコントロールして適正な配置を図る。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
129	医療提供者		広島	広島	放射線治療を受けたくても、遠い所に住んでいる人や高齢者、体の弱った人は通えない。また、緩和医療を十分に実践できない医師、在宅医が地域には多く、在宅緩和ケアを支援するには基盤が弱いと思う。	病院の医師は交代したり費用が出て研修に行きやすいが、1～2人で経営している高齢の往診医が地域を支えているので、その方たちが実践に役立つように緩和医療を広めていただきたい。そこに予算を出して知識の向上に努めてほしい。麻薬、ステロイド、輸液に関して、在宅医が安心して実践できるように仕組みを作っていただきたい。		広島で予定される高精度治療センターをぜひ早期に進めて、粒子線治療を受けられるようにしてほしい。
130	医療提供者		広島	広島			外来化学療法における薬剤師による薬剤の情報提供に対して、入院患者の薬剤管理指導料と同様の診療報酬を手当てしていただきたい。	
131	医療提供者		広島	広島	放射線治療を実際に施行する現場の技師は、特別な認定制度(放射線治療認定技師)を持っているが、維持するためにはポイント制度となっており、放射線物理学会、放射線腫瘍学会など、協同学会の認定する講習を受講しなければならない。それらの講習は地方で開催が難しく、受講費用問題、人材不足問題が起きている。	認定制の講習会を地方で開催できる予算設定をしてほしい。		
132	医療提供者	今田直幸	広島	広島	70本の推奨例の15「医学物理士」(全国に数百人しかない)の育成ではなく、すでに現場で業務に当たっている放射線技師の教育システムを考えるべきである。	「医学物理士」にインセンティブではなく、現状の診療放射線技師による精度管理が一定レベル以上であれば、加算か補助をつけてほしい。		現在、放射線治療の精度管理システムによって全国的に行われているが、認定講習会等が大都市中心なので地方で開催できるよう県もサポートしてほしい。
133	医療提供者		広島	広島	・放射線療法に伴う医療機器が高額。・医療従事者の育成には時間を要するし、費用がかかる。	・高度医療に伴う予算の確保、補助金の配付増が必要。・従事者育成に伴う予算の確保。	・従事者のモチベーションの維持・向上が不可欠であり、高度医療における診療報酬の増額は必要。	・費用負担増に対する財源は、消費税などの間接税増加による財源確保が必要である。
134	医療提供者	岩田潤一	広島	広島	抗がん剤の種類や効用をもっとわかりやすいものにする。			
135	医療提供者		広島	広島	専門医、認定医、専門看護師、認定看護師、専門薬剤師が専門以外の仕事が多く、活用されていない。		専門職の診療報酬加算。認定・専門薬剤師、看護師の説明指導に対する加算。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
136	医療提供者	木下真由美	広島	広島	がん医療に携わる医療者の育成は以前と比較し進んできたと思うが、その質の検証、質の保持、また、各施設及び職種での連携がまだ不十分である。外来化学療法に携わる看護師の人数配置に関して設定がなく、マンパワー不足が慢性化している。普通の外来とは内容が全く違い、現状では高い質の看護を提供できない。	・施設内の専門スタッフの数、配置に対する予算。	・認定看護師、専門看護師(また薬剤師)などが配置されている場合は報酬を増額。→資格を取っても(また維持しても)給料に反映しない施設が多い。高いモチベーションを保つためにも必要。そのためにも報酬が必要。	・専門の知識を得るために専門看護師・認定看護師などの研修に行きたい者、また、行かせたい管理者は多いが、現行の制度では人を出すのが難しい。7:1看護制度が足かせとなり、これをキープすることが第一の目標となりかねず、長期間研修を受けるのに苦労している。7:1は良い制度とは思いますが、研修に行く場合などはそこを考慮して下さるなどしていただきたい。外来化学療法看護師配置に関して適正な制度を作っていただきたい。
137	医療提供者		長崎	長崎	がん診療に携わる専門スタッフの人材不足。文科省の「がんプロ」の継続性の問題。	人材育成のための予算。	専門スタッフ配置による加算をあげる。	「がんプロ」あるいは類似したプランの継続。
138	医療提供者			新潟	がん治療におけるトレーニングを実際に受ける機会がない。緊急の呼び出しに対応するために、病院から離れることはできず、同世代の医師がいない場合は代診を頼んで研修を受けることはできない。			eラーニングシステムが確立すること、そのシステムを所属学会等を通してしっかり「周知する」ことが必要である。全体的な医師不足に対する改善。
139	医療提供者			広島	がんに対する現場の医療従事者のレベルに大きな開きがある。	医療従事者に対する研修等の義務化と必要な費用の予算化。		
140	医療提供者			広島	チーム医療を推進すべきであるが、人員配置が十分でない(薬剤師)。		チーム医療に係る薬剤師、看護師etcの配置を診療報酬、制度あわせて整備する。	チーム医療に係る薬剤師、看護師etcの配置を診療報酬、制度あわせて整備する。
141	医療関連産業		青森	青森	地方のがん治療に携わる医師の増加。	地方の医学部の地元枠を増やす。	がん拠点病院の診療報酬を上げる。	がん拠点病院の医師負担軽減のため、拠点病院には医療クラークを導入する。
142	医療関連産業		島根	島根	医療従事者の育成には、予算と時間を要する。特に医師については、日常の診療治療、また医師不足という現状では難しいと思われる。育成を目指す施設、個々の従事者へのフォロー体制が必要である。			
143	その他		島根	島根	県内に薬科大学がないためか、退院後自宅療養する患者に接することの多い薬局薬剤師ががんのことをあまり知らない(実際の治療の外来化学療法、内服抗がん剤のフォローetc)。薬価やPETなどの費用が高く、長期の治療に負担がかかりすぎる。			がん専門薬剤師等の数居が高く、大病院に勤務している者ではないと関係できない。もう少し患者により添えるよう仕組みがないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
144	その他		島根	島根	がん専門医や専門看護師が少なく、特に島根のような地方では専門医療を受けるために、都市まで赴く必要がある。費用もかかる(交通費・医療費含む)。	さらに予算を必要としているので、負担する必要がある。がん対策用に、介護保険等のように少しずつ負担するようになっていく。		
145	その他		島根	島根	がん専門医、薬剤師、看護師が不足している。島根に養成設備・体制が整っていない。			病院や県で専門医療を志す人々のバックアップ・フォロー体制を整えてほしい。誰でも目指せるようにしてほしい。
146	その他			島根	島根県に専門看護師が一人もいない。また、認定看護師の役割が不明確。		専門看護師を雇用すること、診療報酬を引き上げる。認定看護師が行ったケアについては診療報酬を引き上げる。	育成するために時間とお金がかかるので、とくにお金について援助をする。
147		川嶋啓明	青森	青森	化学療法・制吐剤などの、他国との薬剤に対するタイムラグ。	予算がこれ以上必要か。	報酬ないから…ではないでしょうか？	有効性が海外で明らかにされている薬を使用されない患者さんについて、国がどう責任をとるか明らかにすべきである(遅れること自体、非)。
148			島根	島根	資格保持者にルーチンの仕事をさせるのは、責任者の意識に問題がある。そんな病院は将来性がないと評価されても仕方がない。	資格手当等(薬物療法専門医、専門看護師、認定看護師、放射線技師)の取得者に対して、取得一時金または資格手当などをつけるべき(20万円、1万円~2万円)。さもないと後に続く者にとってはその気にもならない。また、適正配置をしないと意味がない。		
149			島根	島根	がん専門医療従事者が少ないため、医療格差が大きくなっている。	がんの怖さ、がんにかかる人の多さを、もっと公表していき、広告やのぼりを使って、大きく呼びかける。そのことによって若い人々に、がん医療の大切さを意識づける。	専門職者の待遇をよくする。	
150			島根	島根		誰しも患者は自宅にて最期を迎えたいと思っている。		
151		井内康輝	広島	広島	広島県の高度放射線医療施設の早期設立を望む。	国の予算のサポートを望む。		
152			長崎	長崎	医療従事者、ベット数が不足しているように思う。			給与体系の見直し。
153				青森	診療放射線技師の不足の解消(特に放射線治療)。	治療装置を導入しても、人件費に予算がつかないため現場は限られたマンパワーでますます多忙になっているので、人件費の予算も確保してほしい。		1台の直線加速器を1名の技師だけで動かすのは問題だと思うので、2名体制で動かすことを制度化してほしい。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
154				青森	積極的な非手術療法の設備、医師育成不足。	設備整備に対する予算計上の推進。	診療報酬による患者負担の軽減を考慮してほしい。	がん治療の対策の期限前倒し、スケジュール見直し。
155				青森	医学物理士の制度。	医学物理士を育成しても、彼らの働く場所がない。	医学物理士をおいている病院に診療報酬をつけてほしい。	国家資格として、放射線治療を行っている病院には必ずおくようにすることを制度化してほしい。
156				青森	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離。	大学法人は人件費の削減を目標にしているため、口座の分離を要望しても予算的に難しい現状にある。講座を分離した大学には予算を多めにつけるなどの工夫を検討してほしい。		大学法人に任せていると、実現は無理だと思う。人材の育成のためには講座の分離は必要だと思うので、制度面で何とかしてほしい。
157				島根	抗がん剤の認証をもっと早くしてほしい。良い抗がん剤があるというのに認可がおりないために使用できないのが残念。			
158				広島	がん治療に関する放射線専門医が少ない。がん治療に関する放射線専門・認定看護師が少ない。	がん専門の医療従事者の育成の為に予算措置、診療機器の整備予算。	処置、行為が報酬に反映される制度を作らないと進んで行かない。	がん拠点病院など、専門のDr.、Nsなど配置基準を定める。
159				広島	重粒子線が広島にないのはどうなのか！原爆の投下された広島にがんセンターがないのは、個人的に重粒子線を広島へという運動をしている。	出雲市のように市民が立ち上げ寄付金として(7億円も集め県の方へ、がん治療のために)県へ提供する、すばらしいことですが！広島では考えられない行動です…少ない(予算)。	問題は高度医療を受ける人がどれだけいるか？支払能力の問題(受領する病院、支払患者)、がん治療の費用について研究していただきたい！生保・損保と協力して、一般の医療保険で補充する(医療費)。診療報酬は少ないかも。	兵庫県のように高度治療に対する融資制度を設ける。島根県のようにデータが島根医大と病院がパソコンで共有できる。手術が指示できるようだ。
160				福岡	認定看護師・専門資格など習得するのに時間や金銭面での負担は大きい、それを援助する内容が少ない。また、制度面での決定している事かもしれないが、バタバタした業務をこなしながら、がん治療をしている現状。本当は患者様や家族の方ともっと関わっていく必要があるのではないかと思うのだが、それができない現状である。			
161				福岡	放射線療法や化学療法を受けられる施設が少ない。	医療従事者を育成してほしい。		
162				福岡	医療従事者が少ない。	医療従事者育成予算の増。	放射線療法等への対価の増。	育成施設への優遇措置をつくる。
163				長崎	がん検診に実際に従事している人の声が、行政(特に国)へ届いていないように感じる。	検診料金について、特に離島については旅費・人件費がかかる。国の予算で手当てのような補助をすることはできないのか。	検診にかかる費用は、病院等は診療報酬の保険点数で計算しやすいだろうが、車検診は点数通りにならない。	検診は、国の行政のトップが関わるのはもちろん、県のトップももっと関わってほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
164				長崎	手術→放射線→薬物(抗がん剤)療法と、がん治療のフルコースを経験したが、今後再発した場合に、標準治療のみならず、個々の状態に合わせた治療のできる医療機関・医師が県内に何人位存在するか分からない。	地方にも最新の診断治療機器が備えられるだけの十分な予算を組んで欲しい。	抗がん剤の薬価が、医療手技を要するものに較べて非常に高価だと思う。薬価の評価と共に、ope等の点数再評価を考えて欲しい。	専門医(腫瘍内科医、放射線治療医)や、医学物理士等を育成する制度を作成して欲しい(米国などに比較して非常に少ないそうだから)。
165				長崎	放射線治療が保険がきかない分野があるので保険を通して欲しい(佐賀県にある施設)。			

3.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
166	患者関係者・市民		青森	青森	実施している医療機関が少ない(診療報酬の問題ではなく、理念・方針の問題であると思う)。			
167	患者関係者・市民		青森	青森	緩和ケアを受けられる医療機関・施設が少ない。	緩和ケア病棟を増やす。		
168	患者関係者・市民		東京	新潟	対策基本法の均てん化の名のもとに、病院から在宅へのつながりが不適切となり、結果的にケアの質の低下が起きることになっている。			本当に責任を持って高品質のケアを提供する医療機関が育つような施策を講じるべきである。
169	患者関係者・市民		島根	島根	ケア機関が少ない。	拠点機関以外に展開。		
170	患者関係者・市民		島根	島根	病床、専門医療従事者の不足。院内、地域の連携。			
171	患者関係者・市民		島根	島根	「緩和ケア」の内容が一般に知られていない。がん患者がどのような緩和ケアを受けられるのか広めていく必要がある。			
172	患者関係者・市民		島根	島根	すい臓がんでターミナルの状態の父が一般病棟から緩和ケア病棟に移ってから、疼痛が和らぎ、病棟によってあまりにも疼痛コントロールの違いがあることに驚いた。それとともに、一般病棟で死ぬことへの恐怖を抱いた。	プロが呼べる様に予算を。育成に予算をあてている間にも死んでしまう人がいる。	とにかく医療費が高かった。透析とかは国が負担するのに、これだけ多いがんが負担されていないっておかしいと思う。	治療する術がなくなった時に、その人らしい時間が少しでも過ごせる環境が無いという事はおかしいと思う。
173	患者関係者・市民		島根	島根	いつかは訪れる最後へ向けて、当初からの痛みや苦痛をとりのぞく、和らげることで療養に向き合いやすくなるという「緩和ケア」への認識が伝わってこないの、緩和ケアを逃す割合が多い。		相談業務への診療報酬が必要。順天堂大学病院のがん哲学外来など参考になると思う。	患者と医療者は出会ったら、はじめの通院が運のツキである現代にも問題あり。診断から治療、緩和ケアなどについて安心して相談できる診療相談科といえるような部門として確立する。
174	患者関係者・市民		島根	島根	緩和ケアが充実していない。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
175	患者関係者・市民		島根	島根	痛くて、つらくて当たり前ではなく、それぞれの状況の中で、より良い生活が送れるようにしてほしい。	治療を受けることができる専門の施設を増やす。スタッフの増員。	外科的治療に比べて報酬が低い。	
176	患者関係者・市民		広島	広島	緩和ケアの人材は充分でない。医師不足。生活支援が不十分。	医師の育成。生活支援に介護士or助手を入れる。	看護師定数外介護士or助手の評価・点数化。	
177	患者関係者・市民	馬庭恭子	広島	広島	まだ市民は「緩和ケア」について十分知っているとは思えない。緩和ケア病棟は県内8ヶあるが、まだ十分ではない。また、緩和ケア医や緩和ケア認定看護Nsも数がたりない。	医師不足の中、医師確保に時間がかかり、また、緩和ケア医となれば少ないのは残念だ。地元の医学部に緩和ケア医養成に力が入られるようサポートしたらどうか？	終末期医療に力を入れて、加算はついたが、積極的な医療(放射化学)にも力を入れるべきだ。	がん拠点病院など、専門のDr.、Nsなど配置基準を定める対策推進条例をつくったらいいと思う。
178	患者関係者・市民		広島	広島	痛みの取り方を知らない医療関係者が多い→腫瘍内科医の数が少ない→増やして！	研修の必須、周知。専門医の増加。		拠点病院での緩和ケアの強化充実。
179	患者関係者・市民	中川久美子	広島	広島	全てのがん患者に緩和ケアの手はさしのべられてはいない。病院別、科別、医療関係により差がある。在宅へ治療が移行中だが整備されていない。	痛みと心のケアは切り離せないが、そもそも「緩和ケア」を知らない関係者が多いので、がんに関わる人の教育(Dr.、各専門職、ケアマネ等)。	がん患者に接する関係者には、「がん患者の側から言う前に情報提供ができるように」研修を受けさせる。情報を知らない関係者に当たったがん患者の苦しみを減らす第一歩として緩和ケアネットワークの設置。	研修を受けた関係者のいる施設には診療報酬を増やす→人材が増える。
180	患者関係者・市民		広島	広島	緩和ケアは末期がんの人のケアと思っていたが、そうではないことを知った。がん患者になった当初から緩和ケアの説明があればと思う。緩和ケア取り組みは病院によって違うように思う。			緩和ケアの説明の充実。
181	患者関係者・市民	浜中和子	広島	広島	全てのがん患者を扱う病院に緩和ケア病棟あるいは緩和ケアチームを設置すべき。在宅緩和ケアも早急に推進してほしい。			緩和ケア専門ナースの育成も早急にしてほしい。医学教育の中にカリキュラムを組み入れる。
182	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	終末期や入院中は痛みの緩和に気遣ってもらえるが、化学療法などで通院中の患者の苦痛緩和は不十分。患者の痛みに関心な医師が相変わらず多い。			
183	患者関係者・市民	藤川すが子	福岡	福岡	形式だけのがん対策を行っていると思う。緩和治療がやっと進み出すのかという思いです。ただ一つの希望です。			
184	患者関係者・市民	森幸子	福岡	福岡	がんを患うと、死が他人事でないと考えることがしばしばある。再発して病状が思わしくなくなると、緩和ケアの紹介があるのが現状である。この時期の緩和ケアとのかかわりは未来を持ってない心持ちになる。			発症した時から緩和ケアの存在を知らせる方法があると良い→用紙で知らせることが多いので、実際に部屋を見たり、近くに患者の集まれる場所があるのはどうか。
185	患者関係者・市民		福岡	福岡	病院により呼吸器科内に緩和ケアチーム有りとの標榜はあっても、何ら役割を果たしていないように感じた。	医療スタッフの充実、勉強、ネットワーク作り。患者の「痛み」を知る＝経験を積むための予算を配分する。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
186	患者関係者・市民		福岡	福岡	安心して在宅緩和ケアを受けられるように。			
187	患者関係者・市民	深野百合子	福岡	福岡	緩和ケアというと自分は終わりだと思う人が多い。治療の初期段階から緩和ケア(心の痛み)を受けられるように。		外来緩和ケアに診療報酬を。	
188	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	緩和ケア＝痛みとされている面が強いように感じる。心の緩和ケアも絶対に必要である。			
189	患者関係者・市民		長崎	長崎	情報不足(具体的にこの分野で積極的に取り組んでいる医療機関の公表)。			
190	患者関係者・市民	三好綾	鹿児島	島根	緩和ケア研修会(医師対象)が、土日フルのため参加できないDr.が多い。	土日に限定せず数回に分けて開催をし、開催回数を増やし、選択制の受講制にし、その分の予算を増やす。		
191	患者関係者・市民			青森	緩和ケア実施の病院が少ない→緩和ケアを受けられない。	病院を増やす。	実施病院の診療点数を増やす。	
192	患者関係者・市民			島根	専門家が少なすぎである。なんとかハイスピードで育成してほしい。			
193	患者関係者・市民			広島	医療従事者の考える緩和ケアと、患者・家族の理想とするケアとの間にへだたりがある？	緩和ケアについて、高校生くらいから教育の中で広報、あるいは自分の考えをもてるような教育機会が必要。		がんの予防、緩和ケアなどについて考える機会が教育の中で必要。
194	患者関係者・市民			広島	県内8つの緩和ケア病棟があり進んでいるかのようにいわれているが、県内すべての地域の方々は使うことが出来ない遠方である。都市部だけの患者さん…の気がする。連携病院までも遠い地域はたくさんある。医療関係者にもっと勉強する機会をあげてほしい。田舎ではまだまだ患者様にひどい言動がある「がんは苦しんで死ぬ」とか。			
195	患者関係者・市民			広島				
196	行政府	吉儀龍二	島根	島根	島根県では高齢者が多く、また独居老人の世帯が多い。男性の二人に一人がかかるというがんであるが、一人で悩むこととなる。	患者サロンや、みとりの家のように、また、NPO活動を支援し、患者が一人でもた老人夫婦のみで悩むことがないように応援して欲しい。		
197	行政府		島根	島根	がん診療に関わる医師の緩和ケア研修が進んでいない。		緩和ケア研修を受けるインセンティブがない。	
198	行政府		広島	広島	がん診療に携わるすべての医師に対する緩和ケア研修について、多忙な勤務環境にある医師が積極的に研修を受講するための仕組みがなく、国全体での受講者数目標の考え方も定められていないため、基本計画に定める目標の達成が困難である。		緩和ケア研修受講者に対するインセンティブ(診療報酬での反映)の付与。	緩和ケア研修者の専門医取得につながる単位認定制度の創設。研修終了者数にかかる全国統一目標の認定。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
199	行政府		広島	広島	末期がんの受入れ施設が少ない。			
200	行政府	岩永薫	福岡	福岡	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」受講者数を増やしたい。		研修修了者は何かしらの診療報酬加算がつけられるようにしてほしい。	研修修了によるメリットを何かつけてほしい。一般の開業医のインセンティブを。
201	行政府			長崎	人生の締めくくりにおいて、尊厳ある生を全うするため、緩和ケアの体制整備(人材、施設)を望む。			
202	医療提供者		青森	青森	緩和ケアの理念が、一般医療従事者にも国民にも理解されていない。	緩和ケアを行う現場、特に医師以外のメディカルな活動(市民に対する啓発の講演会など)に、予算を重点的につける。教育・研修会など。	緩和ケアチームに対する診療報酬を高める。ただしその評価をしっかりとる。	
203	医療提供者	斉藤聡	青森	青森	緩和ケアが十分行われていない。		診療報酬増額。	
204	医療提供者		新潟	新潟	医師不足。	緩和ケアは特に年配の医師の方が上手。医師の定年を70~75歳くらいに上げる。	緩和ケア病棟加算は廃止。どのベッドでもOKとすべきである。	急性期・亜急性期・リハビリ等にベッドを分けない方が地方ではできる。
205	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	緩和ケア療養の敷居が高すぎる。入院する前に死亡することが多い。入院するための審査など、つべこべが多い。	介護の領域で対応できるように規制を変える。		オンコロジーホームの確立；治療のためのデイケア、数日ケアのための入所、終末期の看取りのための入所。
206	医療提供者	太田桂子	島根	島根	緩和ケアについての本質を市民も医療スタッフも十分に理解されていない。また、ソーシャルワーカーが緩和ケアチームの必須になっていない。	緩和ケアの普及啓発について、“AC”というTVなどに流す。	緩和ケアチームにMSWの配置を必置とする。緩和ケアチームが行った退院支援について診療報酬をつけていく(質の担保)。	
207	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの知識不足、普及不足。			
208	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの医師研修が十分普及していかない。			医師研修の修了書が何らかのduty(専門医を取得するための要件など)となるような制度になれば…。
209	医療提供者		島根	島根	・がん拠点病院は同時に地域の急性期中核病院であることが多く、勤務医は高いリスクを背負う緊張感と病院位置問題に由来する過酷な労働条件に苦悩しており、開業～医療崩壊の流れができていくように感じている。・緩和ケアにおいて精神科医の役割は重要であると感じている。また、この20年間で総合病院精神科の役割はますます広範かつ重要になっているにもかかわらず、実際のところはこの10年間で崩壊・消滅している。		・総合病院精神科医療の専門性・重要性を認識し、正当な評価をしていただきたい。・地域の中核病院が崩壊しないよう、適切な評価をしていただきたい。	
210	医療提供者		島根	島根	緩和ケアという終末期というイメージが強く、早期から取り組むことができない。			緩和ケアは、終末期ではない、ということ、患者・家族・医療者へもPRしていく。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
211	医療提供者		島根	島根	がん対策推進計画にある「全ての医師が緩和医療について研修を受ける」というのは実現が難しい現状である。	緩和医療に従事するコメディカルの育成に予算を配分すべき。	認定看護師やがん専門薬剤師に対する診療報酬の新設。	
212	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの質の保持。緩和ケアという言葉が独り歩きしていて、質の低下が見え隠れしている。		質を評価し、診療報酬にその評価を生かしてほしい。	
213	医療提供者		島根	島根	医師で疼痛コントロールで麻薬を積極的に使用する事へのためらいがある。看護師サイドでもレスキューをどんどん使ってもよいと言われてもためらいがある。教育(医師)で緩和ケアの授業を受けていない。			緩和ケアの教育の義務化。
214	医療提供者		広島	広島	精神的苦痛を和らげる対策を充実することが重要。		緩和ケア外来等、緩和ケアの実施に診療報酬を。	医師向け、看護師向け、緩和ケア研修会の制度化。
215	医療提供者	今村	広島	広島	介護保険者等ではがんの終末期における対応に時間的に無理あり。1-2カ月の短期に集中する緩和ケアの拠り所になりえていない。			システムの改善。
216	医療提供者		広島	広島	緩和ケアができる施設が少ない。		診療報酬を上げて緩和ケアを病院が実施しやすくする。	緩和ケアへの補助(金銭面で)等。
217	医療提供者		広島	広島	がん診療拠点病院が勉強会等開催して頑張っているのは分かるが、病院と地域との連携が円滑でない。特に外来化学療法中の患者、外来通院患者への支援が行き届いていなく、進行がん患者は行き場がなくなっている。進行して治療ができなくなる余命3カ月以内の患者が包括支援センター等に相談に行くケースが増えてるのが現状である。		外来化学療法や外来通院患者を病院が支援するには、外来がん患者が増えて抱えきれないのであれば、地域につなげる方法を明確にしていただければと思う。たとえば、包括支援センターもしくは訪問看護ステーションに早期段階でつなぐことに診療報酬が病院側にも在宅側にもつけばよい。また、外来患者の情報共有ができにくいので、情報提供し、カンファレンス等に加算がつけばよい。	
218	医療提供者		広島	広島	がん医療に対する情報提供。			
219	医療提供者		山口	広島				
220	医療提供者		福岡	福岡	福岡県は、緩和ケア病棟は多いが、それでも十分とは言えない。まして国として見ると、不十分であるのは明白である。福岡県でさえ緩和ケア病棟への入院は待機を強いられている。	緩和ケアへの予算アップ。	緩和ケア(外来・入院)の診療報酬の引き上げ。	緩和ケア病棟のベッド数制限をなくす。病院ごと病床数は決められている？緩和ケア病棟の病床数は例外としては。
221	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	患者さんに、緩和ケア＝末期というイメージが定着している。治療中の患者さんに介入しようとしても「まだいい…」と断られることが多い。	マスメディア等を通じて、WHOの定義「早期から介入する」「QOLを向上させる」点について強調してほしい。そのための予算付けを。		
222	医療提供者		福岡	福岡	緩和ケア科あるいは緩和ケア施設の絶対数が不足している。	施設及び専門医の増設・増員が必要。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
223	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	院内(外来)そして在宅緩和。緩和ケア病棟への入院、緩和ケアチームの活動が不十分(地域により差はあると思うが)。		それぞれに報酬をもっと上げる必要がある(緩和ケアチーム、緩和ケア外来)。	
224	医療提供者		福岡	福岡	DPC制度下における緩和ケアの扱い。		急性期病院(DPC)にも緩和ケアは必要である。緩和ケアを主要診断とするDPC分類が可能ではないか。緩和ケアと云えど、急性期医療の一部になる場合があると思う(一次的には)。	
225	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	県内各地に講演に行っているが、ドクターもナースもレベルがなかなか上がらない。またドクターの緩和ケアに対する偏見がある。地域の病院はドクターが少なく、専従になれない。ドクターが少なく研修(PEACE)に参加できない。	認定看護師への学校への予算を増し、個人負担の軽減。	専任であっても(差はつけたとしても)、診療報酬をつける。研修受講したスタッフへの報酬。	加算とれないチームは、加算とれるチーム(専従ドクター)との連携をとり、レベルを上げること。
226	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに対する認識が誤解が多い(特に医療従事者が多い)。緩和ケア＝ターミナルケアとされている。		現状の緩和ケア診療加算300点より報酬の上げてもらうこと。	緩和ケアチームに紹介しない。理解を示さない診療科医師に対する制度的な注意みたいなもの…。
227	医療提供者		長崎	長崎	一部の医師だけが緩和ケアを行っており、底上げがされていない(全く緩和ケアが行えない医師もいる)。		緩和ケアチームのコンサルテーション活動の報酬を工夫して、複数医師やチーム診療での加算をつける。	患者・家族が希望すれば(主治医の紹介がなくても)緩和ケアチームが介入できるような第三者機関(ある程度の強制力をもつ保健所などの監査のような)があるとよい。
228	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに。			
229	医療提供者		長崎	長崎	症状の緩和にお金がかかりすぎる。特に薬が高い。		新薬でもあまり高い薬価をつけない。	
230	医療提供者			青森	地域格差も含め、緩和ケアが非常に不足。がん死亡率が高いのに、そのような患者が入院加療できる場所が少ないのがそもそも問題である。支えていくハードが少なすぎである。	予算増加は結果、国民の負担増にもつながるので、現状が妥当である。分配と重点の置き方には配慮すべきである。	決して見合っているかは判断しにくい。診療報酬は高い設定。ただ現場までその報酬の恩恵が得られているか実感ない。	末期がん患者となれば様々な方法も少なくないが、末期でないほうからのサポート体制がさらに必要である。それががん早期発見治療につながるのでは。医療費増→病院へ行かず、負のスパイラル化。
231	医療提供者			島根	緩和医療の推進で医師の教育プログラムが全国で進められているが、疼痛に比重が大きく、心理社会的支援、チーム医療の実際(チームビルディング)については不十分である。	コメディカルを含む医療チームメンバーと共に学ぶ教育プログラムの開発と実施に予算をつける。	チームでの取り組みに点数をつける。(医療のチームカンファレンスや医療チームによるインフォームドコンセント他)	
232	医療提供者			島根	緩和医療における患者家族や遺族の気持ちや暮らしを支える社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置が不十分である。	家族・遺族相談支援への予算を増やす。	緩和ケア病棟に社会福祉士を専任で施設基準にして、診療報酬に定める。	緩和ケアを実施する緩和ケア病棟には、運用にあたっては、社会福祉士を配置することを定める。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
233	医療提供者			島根	緩和ケアは発症時から開始されておらず、患者・家族の不安、痛みが改善されていない。	緩和ケアについて、まず全ての医師・看護師へ啓発するための予算化。		患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSWなど、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院んじは専門医や専門看護師の配置。患者は今後起こりうる事が分からないから不安が強い。パス活用であり、病城説明を文書で行うことを義務化することが必要。
234	医療関連産業		青森	青森	緩和ケアの施設とそのフォロー体制が不十分に考えられる。	施設の充実をはかるために特別予算を組んでいかなくては、このまま遅くなるのではないか。	診療報酬の点でも恵まれておらず、医療機関や施設(緩和ケア)で十分に介護していける点数のアップをしていかなければいけないのではないかと考える。	制度面でも今の基準(病院・施設の)が正しいかどうかを考えていき、必要な特別法や政令を敷いていく必要があると考えている。
235	その他		島根	島根	緩和ケアの選択肢が、施設や医師により異なり、受診する患者に不平等が生じている。			がん登録をし、ネットワークを強化することで、最新の情報を届け、よりその患者にあった選択肢ができる。その選択肢を増やしていくことが大切と思われる。
236	その他		広島	広島	広島県はまだまだ少ないと思うし、それぞれの専門職の向上をしていくためにも、医師・看護師だけでなく、医療ソーシャルワーカーの研修も必要だと思う。			研修を受け、認定されてから携わっていくなど、そのように資格化して専門職の向上を図ってほしい。
237	その他		広島	広島	医師、看護師だけでなく、緩和ケアに携わる全ての専門職へのスキルアップが必要(研修だけではなく)。	緩和ケアに関しては広島の中だけではなく他の緩和ケアに優れたところの意見も必要だと思った。広島は全国で24位程度とだいたい平均くらいなので、優れたところのやり方を参考にしたりする機関を設けるのもと思いました。		
238			青森	青森	緩和ケア自体、患者・家族はもちろん医療関係者にも周知されていない。緩和医療に対する報酬が少なく、また医療に対する規制も多い。		緩和ケアに対する診療報酬の改善(アップ)が必要である。	緩和ケアに利用される薬剤、特に麻薬系薬剤について、行政(保健所)の理不尽な指導や介入が多い！制度面の緩和が必要である。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
239			島根	島根	5年前から緩和ケアを進展させるといいながら、一向に進展していない。国から県へ、県から市町村へ、一体誰が主導権、責任権を持って推進しようというのだろうか。誰かがやってくれるだろうとお互いが思っている。だから一向に進まないのだ。その間にもたくさんの方が自分の意図しないところで亡くなっている。これでもいいのだろうか。	どの拠点病院も多少なりとも病床に余裕があるはず。7対1の体制をとったからだ。そこでこんなことを思いついた。先日、医師の緩和ケア研修会に参加して感じたこと。開業医は緩和ケアに消極的だ。だから在宅医療が進まないのだ。そこで病院内に緩和ケア専用ベッドを作り、院内のベッドに退院後地域の診療所で治療をしてゆく患者さんをまわす。その患者さんを開業医が診る。往診をする要領。ケアが分からなければ勤務医に助言してもらおう。こんな制度ができれば否応なく開業医が在宅医療に入ってゆける。その経験を生かせばいい。では「在宅医療」に流れてゆくだろう。在宅医療の充実が図れるのではないか。私は思う、医師たるもの「ひとの生」が「ひとの死」のいずれかに関わらねば医師とはいえないと思う。		
240			島根	島根	緩和ケアのイメージがよくない。緩和ケアがどこでも受けることができるようになっていない。	緩和ケアの施設を増やす。情報提供に力を入れる。	緩和ケア病棟がある病院を支援する。	家族への支援。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
241		高橋浩一	広島	広島	私どもは、まさに在宅医療・在宅緩和ケアをおこなっているクリニックです。開業までは、がん診療拠点病院の呼吸器内科部長・緩和ケアチームリーダーをしていました。緩和ケアに遠い位置にいるのは、外科医です。自分で診断し、自分で手術し、抗がん剤治療もおこない、緩和ケアも自分でできる、と外科医は思っています。でもそれはうぬぼれであり、抗がん剤治療についても、緩和ケアについても、内科から見ると全然ダメ、というレベルの外科医も多いです。外科部長が緩和ケアに過信があるため、苦しむ患者を緩和ケアチームに紹介しないのです(こういう患者は、研修医や病棟看護婦がこっそり緩和ケアチームに聞いてきます)。ですから、いくら「がん診療にかかわる全ての医師が緩和ケア研修を受けるように」言ってもムダです。「自信(過信)のある外科医」は、本気で緩和ケア講習を聞いてはくれません。では、どうすればよいか。外科に入院したがん患者の何割が緩和ケアチームの関与を受けているか、を報告させればよいです。当面、緩和ケアチームの介入が3割以下の病院にはペナルティを与える(がん拠点病院の認定を取り消す)というようにすればよいでしょう。外科医の手から緩和ケアを取り戻さないと、患者は救われません。提言:がん診療連携拠点病院においては、外科病棟入院したがん患者の何割に緩和ケアチームが関与したかを報告させる。3割以下が2年連続した病院は拠点病院指定の取り消しをおこなう(というハードルを通達する)。			
242			広島	広島	患者が「いたい」と訴えても、時間がこなれば薬を与えない。在宅緩和も不十分。初期から闘病緩和を行うホスピスがまったく不足。自宅看取りを勧めている。最期まで生きたい人には治療を行う。ホスピスに入りたい人が入れる数を確保。在宅の人も最期は病院でケアしてほしい。自宅看取りが重要ではない。			がん専門病院の増加。
243			山口	広島	病院における緩和病棟が少なすぎる。			
244			長崎	長崎	身内をがんで失った。長大よりopして2週間で退院。全身衰弱のため民間へ入院。しかし緩和ケアに対して認識がなく、痛みとの闘いで死亡した。医療従事者の、緩和ケアに対するハードルを高めてほしい。	教育研修(医療従事者の)。緩和ケア施設の拡大。		研修にて資格。
245				青森	終末期において、金銭面でみなさんと困っている。化学療法等でお金を使い切っている状態である。	終末期患者さんの金銭的負担減。年齢によらず3割負担を1割負担にする。	・麻薬持続注入器(インフューザーポンプ等)の点数UP。 ・ポンプが高くて全くプラスにならない。	・収入から考えて生活保護にしてあげる。 ・本当に必要な人にこそ生活保護を!
246				青森	緩和ケア＝末期と考えている患者・家族や医療従事者がいること。また、拠点病院で緩和ケアチームといっても緩和の医者が足りない(精神腫瘍医師も)。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
247				青森	ホスピスが少ない。	聖路加国際病院の学長の日野原重明先生が、ターミナルケアのピースハウスを見学に行ったので参考にしてほしい。	・国が赤字で医療費節減できるように予防医学で血液検査が行えるように。・医療機器を良くしてほしい。	ホスピスを普及してほしい。
248				新潟	緩和ケア研修会の開催については、指導者研修会を受講した医師が少なく、一部の医師に負担がかかっている。			国などで開催している指導者研修会は、希望しても応募者多数のため受講できないこともあることから、受講機会の拡大をお願いしたい。
249				広島	がん医療が優先の医師が多い。不安を思う心のケア緩和ケアの知識に欠ける。		診療時間(対面診察)かつ報酬につながるようにする。代替医療、東洋医学の導入にも診療報酬の適用を図る(検査、化学療法、手術以外の診療報酬を見直していただきたい)。	拠点病院へ集中することのないよう、かかりつけ医の精度up、またその資質に値するか否かのチェック機構を設けてほしい。
250				福岡	緩和ケアを知らない医師がいる。研修会が実施されたりしてはいるが、医師のやる気・使命感のようなものはどうしたら生まれてくるのだろうか。→〈提案〉医療現場の中での教育体制の見直し。医学生教育はいろいろな面で変わってきており、今の医学生が一人前の医師になる時はこの点に関しては現在の状況よりいいと思う。しかしながら、それまでの現在、現場での教育体制を是正しなければ、上記の問題は改善の方向には難しいと感じる。			
251				福岡	認定看護師・専門資格など習得するのに時間や金銭面での負担は大きい、それを援助する内容が少ない。また、制度面での決定している事かもしれないが、バタバタした業務をこなしながら、がん治療をしている現状。本当は患者様や家族の方ともっと関わっていく必要があるのではないかと思うのだが、それができない現状である。			
252				長崎	がん専門病院=緩和ケア(ホスピス)の充実をお願いしたい(身内のがん患者の立場から)。患者が納得して死を迎えるような体制作りをお願いしたい。			
253				長崎	ホスピスが少ない。			

4.在宅医療(在宅緩和ケア)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
254	患者関係者・市民		青森	青森	当事者とそうでない者との格差。	確率により誰でも当事者に。予算をさいて集中して取り組む。	取り組む病院・診療所にメリハリをつけて評価。	つながり合う医療機関・関係者を表に明らかにする。皆で称賛する。
255	患者関係者・市民		青森	青森	在宅医療を受けるシステムが確立されていない。		在宅医療の診療報酬を上げる。	治療から療養までうまく受けられるシステムができないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
256	患者関係者・市民	工藤嘉範	秋田	青森	がん末期、最期を自宅で迎えたいと思っても、在宅の緩和や治療の方法が進んでいないのではないか。もしくは周知(一般家庭)されてはいないのではないか。			
257	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	急性期病院-ホスピス-在宅-介護施設等のスムーズな連携、流れがない。			介護保険と看護保険(?)、医療保険の一体化。
258	患者関係者・市民		新潟	新潟	在宅医療の生活支援制度が少ない。			・がん長期療養者の障害者手帳の適用化。・障害年金の適用。・介護保険制度、40歳未満にも適用を。
259	患者関係者・市民		島根	島根	在宅療養支援診療所の活用ができていない。拠点病院の医師も地域を知らない。		診療報酬をアップ。	
260	患者関係者・市民		島根	島根	高齢者の自立介護が行われていないように、がん患者の在宅ケアが行われる様、体制を整えてほしい。			がん看護に精通した看護師の増員、平成24年2名では少ない。10名程度が必要。看護師が出来る範囲の拡大(医師の専門性が少ない看護が多くあると思う。あったとしても看護師の専門性を高める教育の実施)。
261	患者関係者・市民		島根	島根	在宅医療(在宅緩和ケア)が充実していない。	これから増えるがん患者が病院だけでは過ごせない。在宅治療者に対する支援を(家族だけ孤立しないよう)。		
262	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	がん患者家族の立場から、在宅で特に緩和ケアを受けるのは大変困難である。在宅移行への情報不足・経済的負担・人的負担が大きなハードルになっており、家で最期を過ごしたい患者さんのニーズに沿えないことが多い。	介護者及びケアマネージャー等のがんについて学んで頂く制度が必要。家で過ごすにはどのようなことががん患者には必要であるか、もっと知って、手だてを考えていただくためにも!	がん患者用のデイケア等を作ることで、プラスアルファの診療報酬を加える。	がんに関する勉強を介護認定の中にもっと組み込む。
263	患者関係者・市民	田中七四郎	福岡	福岡	在宅医療。	家族・介護者が在宅でできる医療行為に現在制限がある…資格の問題を整備する必要あり→チーム医療で解決①ナースステーションスタッフ②介護士③家族。		
264	患者関係者・市民		福岡	福岡	在宅ケア、緩和ケアについて考えるタイミングが分からない。(HP掲載などの)一般的な情報ではなく、各個人に合った情報が分かりやすくほしい。どこに行けば?どのタイミングで?			遠くの専門医ではなく(体力がなくなると移動するのは無理なので)、普段は近くのクリニックに通院でき、安心して在宅ケアができるようにする。県・市や病院の情報提供の一元化。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
265	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	一人暮らしや高齢者のみの世帯では、在宅医療と言われても困る。近頃がんでも在宅医療を盛んに言われるが、老々介護などの問題点と同じことになる。老人ホーム入所でも病気があるとむずかしい面もある。			
266	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	在宅医師の説明不足。			医師のスキルup、看護師のスキルup。
267	患者関係者・市民		福岡	福岡	かかわる医師が少なく力量にも不安がある。	在宅ケアに従事し、かつスキルアップするような勉強会、ネットワークをもつための予算を配分する。		
268	患者関係者・市民		長崎	長崎	情報不足(医療機関以外での相談窓口が不明)。			
269	患者関係者・市民		長崎	長崎	抗がん剤(ベルケイドなど)の副作用で下脚がしびれる。緩和ケアが可能なように病院が対応してほしい。			
270	患者関係者・市民		長崎	長崎	在宅緩和医療。			
271	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	セカンドオピニオンは患者として言い出しにくい。また知らない患者もいる。	がん告知後のクリニカルパスにしてほしい。		
272	患者関係者・市民			島根	地域に、治療入院のできない(可能な病院がない)地方(市、町、村…)では、ほかの地区まで出かける。かなりの地域格差。ある程度の治療が終了すると、地元、家での受け皿がなく、難民的存在患者を多く見受けける。介護力の不足、自分自身の病魔とのたたかい力。個人病院との円滑な情報、関係づくりがまだまだだ。人間の基礎である「QOL」が生かされていないのでは？高齢者、独居老人の多い県。経済的にも負担がかなり高い。治療も近くで受けいれられない。治療を受けたくても受けられない。	都道府県の予算がこれも格差あり。担当のがん対策に対して統一性、レベル性、他の向上。医師会の統一性、レベルも。(医師会の)まき込みが少ないのでは？		とかくデスクワーク費の対策はナンセンス。大臣も、又は当事者の方が、なんらかの役割(副大臣)職に就かれては。大臣を当事者、体験者、家族の方から選ばれては。
273	患者関係者・市民			島根	島根県は横に長い県。人間性も多種多様であり、各診療所との連携等が難しく、直在宅も利用するあたり、介護認定の来るのが時間がかかりすぎる。	県が分かりやすく市民に教えていけない限り、一市民としては分かりにくい。		国で良い制度としてあがっても、島根ではそれなりの二つめの制度を作ってほしい。
274	患者関係者・市民			島根	がん患者が自宅でできる治療が整っていない。	予算がないのも現状。		
275	患者関係者・市民			島根	今総合病院で手術および治療を受けた後、退院後に自宅近所の開業医さんにケアを受けたいと思っても難しいのが現状である。総合病院と開業医さんとの連携ができるようにしていただきたい。			
276	患者関係者・市民			広島	患者さん・ご家族がほしい医療と、医療者が計画している医療との差が中々うまらない。		在宅でも病院と同じことが出来るのなら、病院の勤務医も報酬をアップするべき。	県が一ヶ所へ集めて聞くのではなく、現場へ出向き本当の身を聞くと良い。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
277	患者関係者・市民			広島	どんな状態でも住みなれた所で患者さんの希望をかなえる事が出来るようになれば… 仕方なく一般病院にいなければならない人が田舎には多い。	支援者をふやす。在宅で過ごすことが出来るという意識を市民1人1人が持てるよう啓発をしていただきたい。ボランティアの力では不十分である。		
278	患者関係者・市民			長崎	・がんサバイバーの人々は増加し、情報不足もあり不安な状況におかれている。”胃がん患者さんから、なぜ患者会がないのか”と批判を受けることもあった。	・在宅緩和ケアだけでなく、開業医にもがん専門医の指定ができないか。モデル事業への予算を作る。	必要な予算措置をする。	実施可能な制度の改革を行う。
279	行政府		青森	青森	高齢化の進展等により、今後ますますがん患者が増えることが想定される中で、医療機関だけでの対応には限界がある。住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実が求められる。			在宅医療と介護サービスを提供していく体制の整備が必要と思われる。
280	行政府		島根	島根	がん患者さんが在宅緩和ケアを希望されても、受け入れられる環境が未整備である。			入院病院から在宅医へのスムーズな連携、在宅緩和ケアを支える地域医療支援チームの構築。
281	行政府		島根	島根	在宅医療を積極的に行う医師が少ない。	システムを構築する予算の確保。	在宅緩和ケア診療報酬はない。仕組みとして個人の負担は抑えられないか。	患者のカルテを病院と診療所が共有できるシステムを作るべき。
282	行政府	田中央吾	島根	島根	終末期でも入院、療養が一般的である。介護保険、訪問看護ステーションなど資源の有効活用ができていないのでは？		訪問看護ステーションの報酬UP。	医療ソーシャルワーカー、又は介護保険のケアマネのような医療福祉の資源について総合的な知識を持つ専門家を育成し、費用を徴収してケアマネジメントを行う専門職の制度が有効と考える。
283	行政府		島根	島根	開業医の先生の中にも不安があると思う(患者を診ていく上で)。	増やす。	増やす。	病院の医師と地域の医師がより連携がうまくいくよう、勉強会等を行政の予算主体で実施する。
284	行政府	福原義貞	島根	島根	開業医の先生の個人的な熱意にかかっている面がある。訪問看護の体制もできていない。		在宅支援診療所として措置もあるが、一方患者の自己負担増にもつながり難しい面もある。	
285	行政府		広島	広島	在宅緩和ケア提供体制構築に向けてのモデルケース(成功事例集等)の普及。がん診療連携拠点病院を中心としたネットワークが未整備のため、がん患者が地域で安心して療養できない。	在宅緩和ケアの普及に向けた財政支援(県に対して)。		在宅緩和ケアに関する成功事例を集約し、その実現に向けた推進方策の普及。
286	行政府		山口	島根				
287	行政府		福岡	福岡	過疎化による独居世帯が地方では多く、住宅(医療)ケアは成立しない。看護をする家族が在宅にはいない。			過疎地域では、ホスピスを在宅とみなすような施設か体制が必要である。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
288	行政府		長崎	長崎	24時間体制で往診してもらえる体制を作り、維持することが困難である。		これらの体制整備や維持に傾斜配分、または加算する。	診療報酬の対策だけでは、結局患者の支払いが大きくなるので、何らかの他の予算が必要だろう。
289	行政府			青森	在宅に取り組む医療機関が少ない。地域偏在が大きい。	チームを作る。一人でなく数人の医師とコメディカルでおこなう。	在宅療養支援診療所以外にも報酬面で手当を。訪問看護も同様。チーム制に報酬を。	クリティカルパス。
290	行政府			島根	各家庭において患者をみる場合、経済的負担もある。この点について対応はないか。	在宅でも患者をみる場合、家族に対しての手当てはできないか？	訪問看護に対する診療報酬のアップは！	
291	行政府			福岡	在宅医療を進めていくには、訪問看護の推進は不可欠である。しかし役割が期待されている訪問看護ステーションの運営は安定せず、閉鎖するステーションもある。また訪問看護師の確保も大きな問題である。		訪問看護ステーションへの報酬の見直し。また診療報酬において、訪問看護の回数に限界があるため、医療依存度の高い患者へ必要な訪問看護が提供できる訪問回数の見直し。	病院から在宅へのスムーズな移行。がん拠点病院の相談支援センターが十分に機能していないのでは？相談員の育成。
292	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	核家族化による介護力の不足で、在宅に移行できない。		介護点数のさらなるアップを。	
293	医療提供者		青森	青森	在宅緩和ケアが普及していないーがん治療医の意識の問題、一般人の意識の問題。	介護に係わる予算を厚く。	医院調整部門に対する評価（特にがん終末期のかたに対し）。200床以上の急性期病院の訪問診療にも評価を入れる。	介護保険の制度を充実させる。
294	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	在宅を本人が希望しても、家で診る人がいなくて家に帰ることができない。家族が集まる休日や年末年始は、訪問看護ステーションが休みで利用できない。各病院に訪問看護部門を作るべきだと思う。			
295	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	若い人が共働きで介護にまわれない。			仕事を休んで介護する家族に、国から給料を支給する。
296	医療提供者	佐々木繁	新潟	新潟	病院、開業医の連携-重要であるが難しい。			①勤務医と開業医がミッションを共有する必要。医師、看護師、ケアマネージャー、臨床心理士等がグループ化。②緩和ケアに興味を持つ医師の養成。
297	医療提供者		島根	島根	がんの早期発見のための検診の推進に向けて、検診材料は御本人の負担は少なくなっているものの何とか予防の意味もあるので、出来るだけ誰もがかけられる状況を(1人身の人は出かけることも難しいのを掘りおこすように)。	緩和ケア(看護、鎮痛、苦痛への対応)のものはかなり高い。国としての予算がまだあれば、我慢しない生活が送れるのでは。	きめ細かい医療の提供には報酬は低いと思う。命を大事にして欲しい。	・在宅緩和ケアの面で、開業されている医師一人では、24時間の体制をとる時には、拘束、健康面では難しい。これを数人でも可という定めもいいのではなからうか。・自治体の保健婦等の活躍を望む。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
298	医療提供者		島根	島根	・外泊のときに訪問看護や福祉用具(ポータブルトイレ、ベッド)のサービスが利用できない。・往診もできると安心だが、病院の医師は難しい。	・モデル事業等の予算を組み、利用しやすい型を検討する。・島根県モデル事業の継続をお願いします。	・安心して外泊をできるように訪問看護等医療系のサービスが利用できるようにする。	
299	医療提供者		島根	島根	在宅緩和ケアにおいて、訪問看護師の不足が現状であり、在宅緩和ケアにもっと積極的に取り組みたいと思ってもマンパワー不足である。在宅緩和ケアの訪問看護師の報酬額も検討の必要あり。			
300	医療提供者		島根	島根	在宅で過ごすことへの不安が大きくて、在宅緩和ケアが推進できない。不安を軽減するために外泊時に社会的資源の介入が必要。	退院を目指した外泊時、訪問看護師の介入に予算化してほしい。		
301	医療提供者		島根	島根	①在宅医療を病院から要請されれば診療所の医師としては関わりたいという気持ちはあるが、患者本人に病名の告知がされていない場合には、患者から「もっと高度な医療を」と訴えられたらそれに従うしかない。②一方、在宅緩和ケアを患者・家族が希望されても、田舎の診療所では急性時に対応できる治療にも限界がある。その限界を理解ある病院なら良いが、「診療所で対応しろ」と言われることもあり、病院の理解も必要。	在宅医療を診療所と地域の介護士が援助していく場合に、一番必要なことは患者本人が今までどう生きてきたのか、これからどうしたいのかについてを家族と一緒に話して話し合える時間を治療ケア前に持つことが必要と思います。これができる様なガイドラインを作成してもらえればと思う。ガイドラインの中に具体的に患者が今までしてきたことを確認し、がんになってから、どの様な治療を希望するかを聞けるようにしてもらいたい。それがないので、患者の思い、家族の思いと、医師・看護師の思いの間に大きなギャップが生じて問題が発生している。		
302	医療提供者		島根	島根	在宅で最期を過ごしたい方はたくさんいらっしゃるが、実際は、病院で最期を看取られるほうがほとんど。	在宅医療(訪問医療)10増やす。	病院から在宅に変えるひとが多い病院への診療報酬のアップ。在宅医療(訪問診療、看護、介護)に対する報酬をアップすると、総い所で働く医師・看護師のモチベーションや人数が増える→患者様が在宅で過ごせるのが多くなるのでは？	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
303	医療提供者		島根	島根	<p>・在宅のがん性疼痛管理の際の医療用麻薬(モルヒネ・フェンタール・ケタールなど注射)の処方、実施に関して処方された注射薬を医療者でないと取り扱えない。持ち運べないなどの制約があり、訪問看護の時間が(患者サイドにいる時間が)制限されてしまう。</p> <p>・島根県では在宅支援モデル事業として、退院準備の為に外泊時の訪問看護が無料で受けられ、退院支援を行うというものがあったが、今年度いっぱい中止と聞いた。継続して欲しい。</p>	モデル事業の予算を続ける。		<p>・注射の医療用麻薬の法律を見直して、内服、座薬、貼布剤のように、せめて家族が処方された薬剤を持ち運べるようにする。ある程度の制限は必要であると考え。</p> <p>・退院できなくとも、死亡する事にならうとも、使用させる制度を作っていく。</p>
304	医療提供者		島根	島根	在宅は自宅だけではなくてきている。居住系の施設、介護保険の入居施設にも訪問看護のサービスの導入が必要である(現在報酬単価は半分)。終末期を過ごすのが自宅か病院か選択の余地がない。	モデル事業でナーシングホームのようなものを検討する。	居住系でも訪問看護のサービス内容は変わらない。導入しやすくするため、単価の引き上げを検討してほしい。	
305	医療提供者	田中さつき	島根	島根	在宅での麻薬の取り扱いが大変であった(自宅でもでない、訪問看護がもつわけにもいかない、主治医の病院までは遠い)。片道15分離れた薬局に在宅に訪問する前に寄り、在宅に行く形は大変であり、訪問以外の時間のかかりすぎは大変である。	かかる時間の報酬がほしいが、患者様の負担では大変である。		
306	医療提供者	太田桂子	島根	島根	訪問看護の利用にかかる自己負担について。介護保険制度改正に伴って40～64歳が1割負担になると期待していたが、実際は医療保険3割負担となっている。1回3000円の負担は大きく、利用したくても高い。看護師さんに来てもらいたいのが本音。利用しづらい。	訪問看護利用の自己負担がせめて1割負担になるように。	診療医。	訪問看護における介護保険と医療保険のすみ分けもしくは一本化。
307	医療提供者		島根	島根	開業医で在宅にて緩和ケアを行う医師が少ない。訪問看護ステーションの看護師も緩和ケアを習熟している人が少ない。	研修などの費用の負担。		在宅でがん患者を診る医師については研修を義務付ける。
308	医療提供者		島根	島根	在宅にて開業医が主治医である場合、ペイントコントロールを麻酔科等のDr.が行うことが多く、その連携がうまくいかず、患者さん本人はもとより家族、スタッフとも在宅での穏やかな日々が少なくなることがある。			
309	医療提供者		島根	島根	まだがん拠点病院内の医師の中でも認識のズレあり。開業医では更にズレが大きいように感じる。・緩和ケア～在宅ケアの連携は大変重要と考えるが、まずは意識をもって積極的に取り組むところへの援助が必要ではないか？			
310	医療提供者		広島	広島	進行がんの患者さんであっても(脳転移や骨転移のある患者さんでも)抗がん剤治療が進歩し、外来通院で化学療法を継続している患者さんが急増している。抗がん剤治療も効かなくなれば最後はどこで過ごすのか患者と一緒に考え、支援していく在宅緩和ケアコーディネーターが不足している。	広島県の予算では拠点病院に300万円程度出ているが、患者の多い大学病院には傾斜配分して多めの予算配分をお願いしたい。できれば人員配置数もふやして欲しい。	外来患者さんへの在宅療養相談に対し、診療報酬で認めて欲しい(入院患者さんには退院時共同指導料300点加算あり。それを外来患者にも加算して欲しい)。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
311	医療提供者		広島	広島	訪問看護師であるが、がん拠点病院の医師のみならず、かかりつけ医のペインコントロールスキルの未熟さ。	がん拠点病院の層は厚い。緩和ケアチームの医師以外は日常的なサポーターが必要だ。訪問看護師もしかり。		フリーの緩和ケア医の制度があり、いつでもどこでもアドバイスを受けられるようになると良い。勤務医は忙しく、相談する時間もなかなかとれない。又、ペインコントロールなどはケースバイケースだ。ある程度知識があっても、現実では通用しない場合が多々ある。
312	医療提供者		広島	広島	医療従事者。がん患者の切れ目のない支援を考えると、外出・外泊支援時のサービス提供体制が全くないこと。			退院時だけでなく、退院前または退院できない患者の希望に添い、外出・外泊(介護保険利用可能、訪問看護サービス加算など)支援対策についてもサービスが提供できるようにしてほしい。
313	医療提供者		広島	広島	・在宅医療医、訪問看護ステーションなどの不足。・患者・家族の在宅では最期を迎えられないという意識→在宅医療が充実すれば変化してくるかもしれない。	在宅医療推進に関する、各地域に見合った予算を増やし、スタッフの増加、スタッフの質向上を図る。	在宅医療(看護も含め)に関して診療報酬を増額する。	現在の医師数では、在宅医療医の増加には限界があり、1人の医師に負担がかかることになる。看護師の裁量権を拡大し、医師と連携しながら進めていけるようにしたらよいと思う。
314	医療提供者		広島	広島	在宅ではご家族に代わり、介護職が主介護を担うことも多いため、介護職の方にもっと行っていただかないといけないことがあるように感じる(例.点滴の抜針や喀痰吸引、傷の処置など、ご家族がされている内容)。			介護職の人材育成。
315	医療提供者	木下真由美	広島	広島	在宅緩和ケア、在宅看取りを希望されても、実現するには障害が多く、かなえられない家族が多くある。	がん治療による副作用で日常生活の細かい作業が難しくなる症例が多い。一見健康そうに見えるケースもあるため、そういった患者にも支援が行き渡る予算が必要。	・在宅医療に携わる医師、訪問看護師、ヘルパーなどへの報酬の増加。・総合病院などと地域(在宅医療)が連携をとる際の診療報酬の見直し、増額。	介護保険利用時の主治医意見書が、対象を高齢者、認知症患者用となっている。がん患者用を作成する必要あり。
316	医療提供者	石口房子	広島	広島	①若い(40歳未満)患者の在宅支援が不足。②休日の麻薬供給体制の不備(特に連休中)。③介護保険制度を利用して末期がん患者のADLの低下に合っていない(がん患者は急速に低下するため、審査が間に合わない)ため、使いにくい。④医療費の減免制度が訪問看護に適用されない。	①在宅療養患者3割負担は重く、負担の軽減が図れると在宅療養は進むと思う。-在宅療養へ予算をつけること。②麻薬等の薬剤の取り扱いを365日可能にする(医師会と薬剤師会との連携し、行政が責任を持って行う)。	⑤在宅療養へ移行の際、外来患者の場合もカンファレンス等行われた場合に、病院側、在宅医療側に診療報酬をつける。⑥休日や夜間の訪問看護に加算をつける(診療報酬を上げる)。	③末期がん患者へは、介護保険は要介護2から開始する。④医療費の減免制度を訪問看護にも拡大する。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
317	医療提供者		広島	広島	・在宅に関わるスタッフ不足。・老々による介護で在宅困難な状況あり。・訪問看護では常勤者を抱えるのが難しい(運営ができなくなる)(今年も年末年始休みなしで出勤…)。在宅環境は、都会と山間では違いが大きい。同じ制度では成り立たない。		現場にはどの程度報酬が支払われているのか。訪問看護では毎日休みなく訪問しても一日単価は下がる。下がらないように検討してほしい。	
318	医療提供者		広島	広島	地域の医療者(医師)が消極的である。		若年者の自己負担が大きすぎる。せめて一割負担にしてほしい。報酬は高い方が良いが、患者の負担が大きくなってしまう。	
319	医療提供者		広島	広島	在宅緩和ケアコーディネーターの育成。			
320	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	在宅看取を含む在宅ケアが十分に進まない。	療養意見書の書式は、特定疾患一般における様式であり、がん終末期患者に適した様式の策定が必要。	要介護度・要支援度の決定における透明化・明確化が必要。	かかりつけ医・訪問看護の質の向上。
321	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	外来化学療法が主流となっているが、外来通院患者の在宅医療への橋渡しのシステムが構築されていない。	地域のかかりつけ医は在宅医療を必須とする。	チーム医療加算や橋渡し加算など。	全てのがん患者が、がんと診断されたら緩和ケア科や在宅医をまず受診するシステムを作る。
322	医療提供者		広島	広島	・在宅医療(在宅緩和ケア)への規制緩和。・今後増加する在宅医療への全般としての国策。			・費用負担増に対する財源は消費税などの間接税増加による財源確保が必要である。・医療と介護+地域、住民の連携強化、制度見直し。
323	医療提供者		広島	広島	在宅では訪問看護職の役割が大きいため、人材が多く必要。スタッフの入れ替わりが多いステーションも多く、激務のためなのでは?と思う。	訪問看護師の養成。特にがん専門の看護師が必要。	訪問看護の報酬の評価を上げる(特に24時間体制や緊急時の訪問などに対し)。	
324	医療提供者		広島	広島	ターミナル期の訪問診療、訪問看護等、医療保険3割負担の患者にとって高額である。今後、在宅がん患者が増加することを考えると、自宅に戻ってもお金に余裕のない人は必要な医療・ケアが受けられない可能性がある。	重度医療のようながん患者も負担軽減できる制度があればいいと思う。	訪問看護において、介護保険と医療保険に報酬の差があり、患者に理解してもらうのが難しい。実際に訪問するとお金が発生するので、電話等を活用してお金がかからないよう工夫しているが、相談・支援にも報酬をつけてもらいたい。	在宅緩和ケアを実践しているステーションに加算がつくことや、専門看護師や認定看護師が地域にも増える方が質の向上につながるので、がん看護エキスパートナース育成支援事業の対象を広げてほしい。
325	医療提供者		広島	広島	在宅ネットワークの整備には現場の負担が大きすぎる。			
326	医療提供者	荒川信介	広島	広島	在宅で終末を迎える希望者に対応する医師の数が足りない。	認定のための研修期間中の所得の保証。	認定医の在宅ケアへの高報酬の配分。	認定医の必要数の割り出し。養成の義務化。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
327	医療提供者		広島	広島			在宅患者総合医学管理料の中に包括されている管理料(寝たきり患者処置指導管理料など)は独立させるべきだと思う。単に寝たきりの患者さんと処置が必要な患者さんは区別されるべきだと思う。	
328	医療提供者		広島	広島	介護保険は保険料に地域差もあるが、サービスにも地域差がある。			介護もがん治療の一環として、医療だけでなく介護の均てん化についても考える必要がある。
329	医療提供者	河郷忍	山口	広島	在宅医療をがんばると→平均点数が上がる→個別指導になる。個別指導を受けたくないの在宅はひかえる。		内科とは別に在宅を行う医療機関を別にする。	
330	医療提供者		山口	広島	40才未満の末期の人の在宅サービスが少ないし、利用するとお金がかかる。	介護保険同等のサービスを利用したい(10%負担で)。		
331	医療提供者		福岡	福岡	在宅医療を推進しているが、地域で終末期を診れる医師に限られている。例えば、24時間本当に住診可能で緩和医療(ペインコントロールなど)に知識がある医師がいない。また、病院での看取りが一般的であるという国民意識の変革が必要である。	まずは、医師教育の充実と訪問看護師の充実、デイホスピス等へ予算を多くしてほしい。	在宅療養支援診療所の見直しをして、本当に機能している診療所に多くの診療報酬を。	自宅で死ぬことへの啓蒙をしてほしい。
332	医療提供者	松本初子	福岡	福岡	患者および家族が希望する在宅医療を進めていく際のニーズを的確に把握することが必要である。			在宅は緩和(痛みの)のみではないこと、精神的・身体的・社会的・経済的苦痛を知ること。
333	医療提供者		福岡	福岡	介護保険制度が使えるのは40歳以上。在宅療養を考える上で、介護保険制度は重要だが、若いがんのターミナル患者に利用できる制度がほとんどない。都道府県単位の緩和ケアネットワークがない。			・がん緩和ケアとして、独立した保険制度ができないだろうか。・都道府県単位の緩和ケアネットワークをつくり、利用できるものとした方がよい。
334	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	在宅医や昔ながらの町医者がないために、患者さんは在宅療養を希望しても受け皿がない。地域に人がいなくなり活気がない。	地域を支える医者、診療に手厚い助成を！		単科での開業を制限すべきである。金もうけ主義の医者が多すぎである。開業するのなら地域の在宅医療にもっと参加するべき！
335	医療提供者		長崎	長崎	40歳未満の方の看取りの際、在宅希望の場合、介護保険などが使えない。			介護保険の2号被保険者の年齢を下げる。たとえば、20歳以上など。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
336	医療提供者		長崎	長崎	外来在宅での治療よりも入院中の方が生命保険等からの給付金が出る状況であるので、経済的に外来や在宅の方が、負担が多いと思われる。療養先を在宅・病院以外でも選択できるように。			・通院・在宅と療養場所を選択できるような生命保険会社等の改善。 ・介護保険認定を早く行い、活用できるように。病状が急速な場合があるので。また2号保険者の問題。末期でなくとも利用できないか。 ・在宅ケアを荷う訪問看護師の確保。
337	医療提供者		長崎	長崎	県内のホスピス、緩和ケア病棟が少なく、患者さんが希望されても順番待ちでホスピスに行けず、亡くなるケースがある。		診療報酬の引き上げ。	ホスピスを増やしてほしい。認可しやすくしてほしい。
338	医療提供者		長崎	長崎	・在宅緩和ケアが普及しない(ハード面・ソフト面でも不十分)。 ・在宅緩和ケアができる医療者が不足している。		在宅緩和ケアに関する診療報酬を上げること。	・在宅緩和ケアに関するスタッフ育成(病院スタッフが在宅の現場に1日でも体験してもらい、必修として)。 ・病診連携(デジタルを活かして顔が見えるコンサルテーションなど)。
339	医療提供者			島根	在宅療養を希望しても訪問診療を行う医師や麻薬を取り扱う医師が少ない。40歳未満でがんを発症した場合は、福祉制度の利用が難しい。		地域連携パスを活用している診療所には加算するなど、急性期病院とかかりつけ医の連携が回っている場合に加算。	40歳未満など年齢制限を作らず、介護・障害の区別なく、福祉用具や吸引機などの医療機器のレンタルが受けられるようにする。訪問看護等のサービスも入院中でも外泊時には在宅福祉サービスが利用できるように。費用については、限度額適用認定証にて、支払の限度が設けられるが、外来にはないので同様にしてほしい。
340	医療提供者			島根				がん診療の現況・現状の市民への啓蒙に力を入れてもらいたい。
341	医療提供者			広島	「在宅医療従事者(特に看護師)の人材育成」について、都道府県レベルで格差がある。特に、広島県は実施していない。病院と在宅をつなぐ継続したケアを実践するため意図的な研修・交流がない。24時間体制で在宅療養を支援する訪問看護ステーションが減少している。一番は経営と人材の問題だ。コストが安く、人材を育成するヒト・カネ・時がない。	他県は厚労省とリンクして実施している。在宅医療従事者(特にNs)の育成の費用が必要。訪問看護の料金をupする。しかし、単純にupするとptの自己負担が増えるので国が一部負担してほしい。	Drの研究を削減する→ムダが多い。各大学の研究費が本来の研究につかわれていないことが多い。特に広島では特定の患者団体との交流に使用されている。広大や市民HPである。備品や施設整備にあてられている。	病院勤務Nsと在宅Nsの交流。一部派遣制度があってもいいのでは？現行の研修士制度のようになったらいいのでは？
342	医療提供者			広島	在宅での緩和ケアについて現在の制度では十分な体制がとれない。	医療面のみではなく、介護分野においても必要な研修等の実施。	介護保険をも含むすべての在宅サービスに緩和ケア(主にターミナルケア)に関する加算が必要。	早急な対策がとれる様に制度面の改正。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
343	医療提供者			広島	在宅医療の質の担保(検診から診取りまでのかかりつけ医の役割の強化)。	医療費(対GDP) 現状7.9%→OECD平均8.9%→ドイツ10.9%。	(C-3)に対する評価 特に②③。	①教育・研修システム(広島にはよいモデルがある)。②地域連携、チーム医療推進(広島にはよいモデルがある)。③特に緩和ケア、看取りの取りくみ。
344	メディア		広島	広島	末期がん患者が在宅療養を望んでも実現できない。		「介護保険の小規模多機能」のような報酬を診療報酬にも設ける。有床診療所の活用。	介護保険の小規模多機能のような施設を生活医療用に整備する。
345	その他		島根	島根				開業医・調剤薬局・訪問看護師の連携・メンタルケアの研修制度が必要だと思う。
346	その他	高橋裕子	広島	広島	ニセ医療に時間とお金をかけてしまいQOLを結果下げてしまっている。	在宅緩和医療へ簡単に辿りつける道筋を広報する。		拠点病院Dr.は自分に関係ないと思っている。そこが大問題。
347	その他			島根	在宅療養を選択した場合、支援者が少ない、活用できる制度も少ない。質の高い(QOL)生活を送ることが困難である。また、医療的ケアが多いことから、家族の負担も大きい。また、支援者の情報共有が困難で、情報に応じた適切な対応が困難である。	訪問看護師の訪問に予算をつける。	かかりつけ医や訪問看護料の診療報酬を引き上げる。	壮年期の患者の場合子供がいるので、子供に対しても生活やメンタル支援ができるような制度がほしい。
348	その他			広島	高齢者独居がん患者を支える在宅スタッフが少ない。医療と福祉の連携が十分にできず、患者さんに迷惑をかけ、在宅での生活を実現できにくい。		介護保険機関との連携においても、情報提供料を支払う仕組み。	介護保険において、末期がんにおいては介護1以上の認定を出していただきたい。
349			青森	青森	在宅医療の周知不足。在宅医療を受け入れる家族側の認識不足(在宅医療の拒否)。		在宅医療に係る診療報酬の明瞭化(在宅診療所/訪問看護ステーションの報酬の振り分けに難渋することがある)。	在宅医療をすすめる医療・看護・介護側の拡充はもちろんだが、受け入れ側(家族や施設)の認識改善とシステムの改良が急務である(地域性もあるかもしれないが、青森ではなかなか困難)。
350			山口	広島	在宅における麻薬の取り扱いが緩和されていない。ややこしい手続きで出したくても出せない。			
351				青森	現在、家族が前立腺がんて通院治療をしている。高齢であること、合併症(糖尿病)があることから、手術ができずにホルモン療法をしている。また本人の希望により医療保険適用外のワクチン治療(5日に1回ワクチン接種)をしている。医療機関では接種できないため、家族が接種している状態である。医療機関では接種できないのは分かるが、接種協力の可能な施設等があれば助かる。			
352				青森	田舎にいるほどがんの痛みには耐えなければならないとの意識が強く、人間らしい生活・ケアがされないような傾向がある。あまり差のない環境作りが必要である。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
353				青森	現場で必要とされている訪問看護師・ヘルパーの数や点数が低い。		特にヘルパーさんの数と報酬点数を上げる。	労働時間や休暇の改善。
354				青森	かかりつけ医では治療中のがん患者を受け入れることができない。往診自体ほとんどやっていない。また訪問看護もすべての地域に行き届いてなく、医療依存度の高い患者は在宅が難しい。			
355				青森	がん患者が増えているのに、ホスピスの数が充実しているとは思えないが。			在宅での緩和ケアを増やすためには、がん専任看護師さんを増員すべきと思う。
356				島根	在宅緩和ケアに限らず、訪問看護師の不足が現状であり、そのために看護ケアを受けられない状況にある。医療側の報酬だけでなく、訪問看護に対しての報酬も考えていただきたい。			
357				広島	治療から終末期在宅に至るとき、開業医での受け入れがなかなか前進しない。がんに至るまでは診察なり応診で対応してくれたのに、がんが発見されると病院に送られ、その病院からも見離されようとしている。	在宅における医療現場への補助(直接的・間接的にも)を考える。※看護師・薬剤師・介助士などの援助。	1回の応診の診療報酬の補助の確定。	患者に対する医療側をグループ化(医師・看護師・薬剤師・ヘルパーを1グループ)して、とにかく受け入れるように定める。
358				福岡	・がん末期患者とその家族に対するケア、サポートが不足。 ・在宅では看護する家族のQOL低下は患者のQOL低下につながる。	がん患者看護、介護に従事しなければならぬ家族へのサポートを予算化する(経済面、精神面)。	訪問看護ステーションの診療報酬の見直し。	市町村保健師(質の向上、担当者の専門性の向上)の訪問が確保できるような制度、職員数の見直し。
359				長崎	長崎ドクターネットがあまり十分に活動できていないし、体制についても問題あり、ステーションとの連結も不十分。それより往診のみおこなっている先生の活動がすごい。また看護師の不足、とにかく現場のことを知ってもらいたい。	私たちにはわからない(どのように使われているのか)。	ターミナルケア加算についても日数がクリアしていないし、加算ができないなど。	国で行った制度が十分に活動されているのか。
360				長崎	長崎市の中心部を特に在宅医療は進んでいるが、その他の地域では不十分な面は多い。		在宅診療に対する加算を設ける。細かく地域を分け、医師の少ない地域には地域加算や在宅治療加算などをつけてはどうか。	
361				長崎	予防対策は必要だが、在宅で療養している患者さんはいかが。年齢が若く費用も3割負担、原爆手帳がなければ負担なし、がんターミナルは医療、と決められている。死を迎える在宅(訪問看護)の看護師不足どうにかしてください。	ターミナルでも介護保険にして若くても1割にしてほしい。	看護師の不足について、24時間の対応で看護師の給料が少なすぎる。上げるためには報酬を考えるべきである。必要でないところにお金が使われている。調査してみるべきでは。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
362				長崎	終のすみかをどうするか？			介護保険で最近増えている；有料施設などのような、一般の民家を行政で買い上げて、ヘルパー・ナースなど管理のもとで生活できるシステムなどできないか？いま独身老人が亡くなられて、子供は都会に住んでいて帰ってこないで、家・土地があいている。そんな家が長崎にはとても多いですよ！
363				長崎	緩和ケアしか残りの選択肢のない患者さんもまだ多くいらっしゃる。いかに充実した最期を送れるか。		在宅緩和ケアを行っている診療所への手当。	在宅緩和ケアの推進。医学部での教育。
364				長崎	在宅医療緩和ケア、看護師だけでなく看護師の増員。核家族の為、皆望んでいる事が出来ない。	ターミナルケアの看護師・介護士。		看護師の給料と比べ介護士の給料を増やすとか。看護師と同じ様に一緒に働けるのでは。

5.診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
365	患者関係者・市民		青森	青森	どんな治療が受けられるのか、どこで最良の治療が受けられるか、医師からの一方的な情報しか受け取ることができないし、セカンドオピニオンも受けづらい。地方ではやはり医療格差が大きく、また経済的に困難である。	なるべく拠点病院等で全国同じ治療が受けられたらと思う。		大学教育の充実や研究費等で予算を付けてほしい。
366	患者関係者・市民		青森	青森	様々な治療法があって、患者が受けたいと思っても保険が適用されないという問題がある。	陽子線治療、ビタミンC治療など、効果があると思われるものは予算措置して標準治療にしてほしい。	-	-
367	患者関係者・市民		青森	青森	治療方法、技術について、中央との差異があるのではという不安がある。	医療機関の研修会に支出してほしい。		
368	患者関係者・市民		新潟	新潟	専門病院、多くのがん診療連携拠点病院においてGL(ガイドライン)は一般的になっているが、5大がんでも特に大腸がん、胃がんのようながん種においては、一般的な病院でGLが必ずしも十分理解されておらず、実施されていない点は大いに問題である。		DPC上の取扱いとして、抗がん剤を外出しにして、出来高払いとする(標準治療のレジメン通りに投与されていない点、投与量等をかってに下げたりしていること、または必要な入院を行わず、外来にて治療しているの)。	患者毎に適切な治療を入院・外来どこでも可能にするための制度設計をする。
369	患者関係者・市民		島根	島根	標準治療がどういうものなのか患者自身に分かりにくい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
370	患者関係者・市民		島根	島根	がん拠点病院があっても、がんの専門医がほとんどいない。これで標準といわれる治療が受けられるのか。また、病院の選択で生死が決まるという状況であることも事実。			日本のがん対策が、世界の先進国に比べてなぜこれだけ遅れたのか。国・医師会がもっと積極的に患者の立場に立って制度を考えてほしい。
371	患者関係者・市民		広島	広島				
372	患者関係者・市民		広島	広島	世界の標準治療が日本の標準治療と必ずしも合っていない。保険外診療等で高額医療費が支払われない人は医療を受けられない。	保健医療適用を増やすことができるよう、決定機関(人)の増員、充実。	最新高度医療(例えば重粒子線治療)等の保健適応。	もっと世界に目を向けよう。
373	患者関係者・市民		山口	広島	治療における均てん化がまだまだ不十分。	都市部の病院だけでなく、地方部の病院にも予算配分を増やしてほしい。		
374	患者関係者・市民	焼山有香	福岡	福岡	病院間で治療に差がある。がんは個人差が非常に大きい疾患であり、マニュアル通りにいかないのが日常である。医療費が高い。	ガイドラインの作成とその徹底。標準治療以外への医療補助制度の設立。	先端医療や一般には保険適用外の治療に対しても(薬も含む)、主治医が必要と判断すれば柔軟に医療補助できる体制とする→保険診療を認める場合もある、こととする。リンパ浮腫の弾性着衣の保険適用は制限なく必要に応じて。	四角四面にマニュアル化することは「がん」という疾病には当てはまらないことが多いため、ある程度は個別に合わせて保険が認められる制度を。
375	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	標準治療の推進と普及はもちろんだが、標準治療後の自費診療のがん治療(標準外の細胞免疫療法や、代替補完療法)のまとまったガイドラインの作成も。			
376	患者関係者・市民			青森	最良の治療を受けられない。病院によって、やれない治療がある。			どこの病院でも同じ検査が受けられ、多くの情報が得られるようにしてほしい。
377	医療提供者	藤林繁子	青森	青森	本当にがんになってどうにもならない人から、早期発見してすぐ入院させるとよい。	70歳以上の人は、予算に合わせて治療をするとよい。		あまりたばこを吸わないこと。
378	医療提供者	塚田芳久	新潟	新潟	・学会その他機関により内容にバラツキがある。例:メタボリック症候群の腹囲の評価など。・医療の内容・ガイドラインの変化が大きい(時間的平面的情報伝達)。・都市部、地域、大病院、診療所など、均てん化できない格差に対応していない(地域格差)。	統一されたガイドライン作成への助成。情報伝達システム作成への助成。	統一ガイドラインのある割合を越えて、公示・採用した医療機関に加点。	ガイドライン準拠の通達(訴訟の根拠となることへの対策、免責制度)。キャンサーボードの評価。
379	医療提供者	鈴宮淳司	島根	島根	診療ガイドラインが未整備。がんは高齢者の病気である。高齢者は認知症をはじめとする併存症や経済面を含む社会的ハンディがあるが、それらを包括的に評価する方法、標準治療が未整備。	高齢者のがん治療の標準化を作成するワーキンググループを立ち上げるための予算化。		
380	医療提供者		島根	島根	医者によって治療の格差があり、明確ではない。			市町村単位で治療ガイドラインを作成!
381	医療提供者			島根	検診のシステムが多面的である。	検診受診率促進のために啓蒙活動が必要。	医療側のインセンティブを与えるようにする。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
382	医療提供者			広島	疾患別の最新治療方法(標準治療)などがわかりやすい(情報が集めやすい)システムが必要。	厚労省から出してほしい(既に行われていたら、私の知識不足)。		
383	医療関連産業		青森	青森	診療のガイドラインが各がん別(部位)に必要と考えられるし、その重篤度別にぜひとも必要と考えられる。また、ガイドライン通りでなくてもいいので例外事項も設けていく必要があると考えている。	予算と言うより、各学会の中で作成される例であり、その中のものを中心に地域内のがんの発生状況により分けていくことがあると思われる。	ガイドラインの制定が必要だが、それがベストとは考えられず、従って例外の診療をもどのようにフォローアップできるかも大切に考える。	やはり各部位別がんのガイドラインは必要と考えられる(それ以外の例外事項も考えておいてほしい。制度化したために型にはまってしまうかもしれないから)。
384	その他		広島	広島	どの地域で生活していても同じ治療が受けられなければいけないと思うが、今はそうっていないと思う。		医療に直接従事していないので、診療報酬がどれくらいなのか現状は分からない。←国の制度面だろうか？ だが、報酬が高くなって患者さんの負担が増えないよう、金銭面の支援も大切だと思う(こういった対策が国の予算の中から使われるといいのではないか？)。入院して治療を受けることも少なくなっているように思う。通院か、入院か、患者さんや家族が選択できる選択肢も必要だと思う。大きい病院であればあるほど通院のみと迫られ、患者さんの身体的・精神的苦痛が増えているように思う。色々な良い体制をとっている病院に何らかの特典は必要だと思う。←国からの報酬、指定など、患者さん・家族の経済負担が増えないようにお願いしたい。	こういった面の選択肢の提案と決定がもう少し広い範囲でできるよう、ガイドライン・マニュアルに必要ではないか？
385			青森	青森	病院や医師によって治療成績が違うと感じている。			
386				青森	県内の医療機関でも標準的ながん診療ができていないのではないかとはいえないのではないかと。			
387				青森	現在の国の定める診療報酬が、診断や治療の枠を決めている。がんに対する治療費をあげるべきである。		診療報酬の増加。医療者およびそれに係わる処置・薬剤・検査費を上げる。もしくは欧米に倣う。そのためのガイドラインの普及、作成。	
388				島根	ガイドラインがネット上にアップされていないもの、更新されていないものがあり、調べにくい。			できるだけ多くのガイドラインが閲覧できるようにしていただき、古いものは削除してほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
389				広島	がん告知の後、治療方法について十分な説明がドクターからないことを患者から聞く。	標準治療等についてネットを見なくても分かる様に、広く「WHAT、標準医療？」キャンペーン等を予算化。	セカンドオピニオンの報酬制度の確立と高点数化。	患者の声を聞く制度そのもののBigな創設。
390				長崎	「同じ病気の他の患者さんは違う治療法で治ったのに、自分はどうしてだめなのか？」という疑問に答えるためには、患者用の診療ガイドラインが整備され、診療の場で普及すれば、患者の理解が得られ、標準治療の推進普及がはかれるのではないかと思う。			
391				長崎	治療についての標準化が進んでいない。進まないがために民間療法に頼る患者もいる。	地方自治体単位での研修など。患者会などへの講師派遣(専門医)。		

6.医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
392	患者関係者・市民		青森	青森	現状がどうなっているか、一般の人にまで伝わっていない。	モデル事業による啓発、検証。	評価。一律ではなく、コスト努力に見合っメリハリを。	関係者が合意すれば実験的な取り組みにも手当を。
393	患者関係者・市民		青森	青森	青森県においても、がんセンターを作り、がん患者だけを専門の医療スタッフが診る体制を作ってほしい。			
394	患者関係者・市民		青森	青森	地方においても中核的病院と、身近な地域の医療機関との格差があると思うので、それを補うネットワークを整備してほしい。	医師の研修のほか、ITを活用したネットワークの構築に取り組んでほしい。		
395	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来化学療法室に専門知識を持った専従の医師が少ない。(配置されている)少人数の認定看護師がパートの看護師さんを指導して治療している現状は問題である。		医師の専従(または専任)者の配置をもって、現状の500点にプラス加算を設定する。	外来化学療法室の設置における、医師、看護師、薬剤師の配置。基準を現状以上に明確化し、各職種の専門性も含めて制度化する。
396	患者関係者・市民		新潟	新潟	自宅でがん治療(ターミナルケア)が受けられない。			
397	患者関係者・市民		島根	島根	都会と地方とではずいぶん格差があると思われる。地方においても都会と同じように治療ができるようにしてほしい。			地方の病院においてもそれぞれの専門医が必要であり、そのための研修等が義務付けられ、専門医の養成に努めてほしい。
398	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	医療にかかわる人材不足が大きく、拠点病院としての運営が難しい病院もある。島根県は、東西に長く、山間僻地・離島をかかえている。			拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
399	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院から地域へ戻るときの医療・介護体制が分からなくて、スムーズな対応を受けていない。			リアルタイム(四半期)で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつけられるようにする。
400	患者関係者・市民		島根	島根	複数の診療科にかかる割合が多いので医療費がかさむ。患者の負担が大きい。			がんセンターがあればよい。
401	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	私方の中山間地での医療機関ではがん治療は受けられず、広島、江津、出雲、浜田と遠方まで行かなければ受けられない。			
402	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院で体制が不十分。		診療報酬をアップ。	相談専門員への手当等の検討。
403	患者関係者・市民		広島	広島	医療連携が不十分。介護施設在宅連携etc。介護現場でのがん患者の増加。	介護現場の医師・看護師etcの研修。	がん患者(介護)の症状緩和の点数化。	医療連携の強化。
404	患者関係者・市民		広島	広島	地域で治療の質など格差がある。受けたい治療等を見つけても、遠方のため通院できない。又、地域連携が取れない。			
405	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	自分の住む広い備北地域に一つだけ。それさえ、いつまで拠点病院でいられるかわからない状態。広島と言えど、広島市に入院、治療は大変。			高齢者の多く住む地域こそ、その地域に合った病院の形にしてほしい。具体的には分からない。
406	患者関係者・市民		福岡	福岡	現状認識は5年ほど前の経験(体験)での応答である。既に整っていたら失礼。例えば一つの内科のみでの対応であり、横つながり=他診療科医との連携がほしい。	一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。		「予算について」の回答と同じ。
407	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	病気が複数重なったとき、病院が複数になったときに、診療情報の共有がしやすいように。引っ越しや他県でのセカンドオピニオン等もスムーズに。			
408	患者関係者・市民		長崎	長崎	医療機関・センターが遠く、ネットワークの充実を望む。			
409	患者関係者・市民	橋本恵一	長崎	長崎	がんについての知識・技術をしっかり持った医師の養成を。実際にあった話で、がんが進行して直ぐ手術しなければと、拠点病院に指定されている病院で言われたが、他の病院で異常無しと診察。現在も健在。	地域の拠点病院として指定されている病院の医師は特に、しっかりした技術・知識の再教育養成が不可欠。		
410	患者関係者・市民			青森	医療機関によって非常にばらつきがある。	例えばペットなどは県病でさえ無い、鳴海病院まで行く。他の設備も古い。		最新情報の共有化。知識(医師)のレベル(地方に来ると低いと思う。全国一律のレベルにしてほしい)。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
411	患者関係者・市民			島根		地方にも先進医療の技術向上及び整備について予算で不十分と思う。患者負担の軽減をしてもらうため、国、県の大幅な助成をお願いしたい。	診療報酬については新しい治療については少しはアップしても良いではないか。	医療の進歩は日々あると思うので、法律、政令等、全国統一になるよう情報公開をお願いしたい。
412	患者関係者・市民			島根	住んでいる場所によって受けられる医療の水準が違うのは、命の格差、重さに違いを社会的につけているようなもの。均質なハード整備は無理だが、適切な医療につなげるソフト、つないだ後の受診支援が必要。	もっと何に使われているか、本当に生きたお金になっているかのチェック、評価が必要。緊急対策でついたお金も随分あるが、中には効果が疑問な使い方もある。	遠くから受診している人の分を上乗せしてほしい。	制度があることが末端の患者・家族に伝わっていない。
413	患者関係者・市民			島根	がん総合の窓口がほしい。		全身に転移した場合、一つ一つの科を通る。これをまとめてほしい。	
414	患者関係者・市民			広島	広島市に近い所では、ネットワークが出来ていると思うが、地方では形だけで中々患者さんやご家族に満足してもらえていない。	どこにどう使われているか、ガラスばりになっていない。	ガラスばりにならないと言えない。	患者さんやご家族にどのようなネットワークを利用でき、どう良かったかなど、結果を知ることだと思う。
415	立法府	奈良岡克也	青森	青森	がん死亡率の高い地方の医療機関の整備は遅れているのが現状ではないか。この点に関する国の支援が必要ではないか。	70本推奨施策例の個別分野5の35と36の内容について、ぜひ早急に実現させ、地方のがん医療制度・体制をつくるべきである。		
416	行政府	宮川隆美	青森	青森	数少ないがん専門医と少ない予算が中小医療機関に分散しており、集学的な良いがん医療ができない状況にある。	死因の1位ががんである以上、もっと他分野を減らしても(特に公共事業)予算をがん医療に向けるべきである。	高度医療の診療報酬をもっと上げ、逆に一般診療所レベルでできるものを減らすべきである。	県に1~3ヶ所程度のがん専門医療機関にがん診療を集約させ、予算を高額医療機器の購入等、分散させずにつかうべき。専門医と機器を集中させよ。再発治療や緩和ケアは、これとは別に地方で各地で行うべきである。
417	行政府		青森	青森	医療機関の地域格差、経済基盤が低い。専門医がない。IT開発が遅れている。	医療のネットワーク化を進める。かかりつけ医の活用。		
418	行政府		青森	青森	本県では、高度ながん診療を専門的に行う体制が整っている病院は限られており、地域によっては治療のため遠くの病院まで通ったり、遠くの病院に入院しなければならない状況にある。	体制整備のためには、病院の努力だけでは難しく、国において必要な予算を措置することが望まれる。また、現在の単年度予算だけでは限界があり、補助金等についても、複数年に亘る使用が可能となる仕組みが必要である(例えば基金の創設など)。		各地域の中核病院において、規模は小さくとも必要最低限のがん診療は行えるくらいの体制整備が可能となるような対策が必要と思われる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
419	行政府		新潟	新潟	拠点病院の指定要件として、医療従事者の配置など、多額の費用負担が発生するものがあるにも関わらず、拠点病院に対する補助等が少なすぎる。	拠点病院に対する補助金の額の引き上げ、対象の拡大。	診療報酬の引き上げ。	
420	行政府		新潟	新潟	現在、拠点病院は二次医療圏に概ね一ヶ所とされているが、数に上限があることになり、拠点病院にふさわしい病院が指定されない場合がある。			指定に関する考え方の見直し（地方の実情に合わせた指定が可能となるよう）。
421	行政府		島根	島根	地方では、医療機関の数が少なく、市町村のがん検診体制が十分に確保できない。病院の存続自体が危機的になり、検診・検診後の精密検査が近くの医療機関ですぐに受けられない。	医療従事者への給与引き上げなど、地方の医療機関への交付金の増額。	検診後の精密検査として受診する場合は、一般の診療の場合より診療報酬を引き上げる。	医師の卒後研修制度の見直しによる医師の確保。
422	行政府		島根	島根	病院及び診療所の役割分担と連携。患者はどこでどのような治療を行って頂けるのか分からない。		がんの地域連携パスを作成し、使用する医療機関はがん診療全体に報酬の上乗せをつくる（実際にパスを使用した件数にも比例）。	電子カルテとパスが同時に作成できるシステムと病院・診療所共有システムを作る。
423	行政府		島根	島根	国はがん検診受診率50%を目指しているが、実際それだけの検診者を受け入れるだけの整備や人材が不足しており、現場との矛盾が生じている。	医療機関の物的人的整備を島根県でも推進してほしい。それに伴う予算化をしてもらいたい。		乳がん検診の場合、視触診を必須項目に入れず、マンモグラフィのみでも医療機関検診を良いことにしてもらおうと、受診者の受け入れ幅が広がる。そういう声が島根県内医師から出ている。実際、マンモしかできない医療機関での検診を受けられても、市町村がん検診の大正にはならないケースがたくさん出ている現状がある。
424	行政府		広島	広島	国の採点基準が医療圏を基本にされている。			地域の医療に対する考え方に基づき柔軟に対応していただきたい。
425	行政府		広島	広島	拠点病院制度は病院間の健全な競争や連携を阻害している場合もある（患者・医師が集中）。			①地域での柔軟な制度運用。 ②外形基準を満たす病院を一律に指定する。補助は一部のみとし、診療点数で評価。
426	行政府		長崎	長崎	拠点病院と地域の医療機関との連携が重要。特に長崎県は離島の病院と本土の基幹病院とのネットワーク構築が急務である。	ネットワークシステム構築費用に対する補助。		
427	行政府			青森	均てん化、標準治療がどこでも受けられることが理想だが、現実には不可能である。医師の偏在は直らない。	全国のどこの医療機関で標準か標準以上の治療が可能なのか（受け入れ可能なのか）の情報を提供すべきである。	がん治療に多くの医師で取り組むことに高い点数が必要だが、保険だけでは財源不足。国の補助も必要である。	がんはますます高額医療となる。治療期間の集約化も必要ではないか。
428	行政府			福岡	24時間体制で治療や看護を提供する病院。診療所・訪問看護ステーション等との連携強化。患者や家族が希望しても、在宅への移行を拒否する病院の医師も多い。			・診療所の後方支援としての病院の整備。 ・麻薬処方ができる診療所の増加。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
429	医療提供者	長谷川善枝	青森	青森	拠点病院が必ずしも拠点にふさわしい診療をし、地域を中心になっているとは限らないこと。	疾患別に診療の充実度は病院ごとに異なると思う。地域ごとに細かい評価をし、それに合わせた予算の配分が必要である。	診療の質に応じた診療報酬の体制の整備を希望する。それより医療の技術料に対する報酬は低すぎる。	あまり思いつかない。
430	医療提供者		青森	青森	医師不足のほか、事務レベルでも人的に厳しく、十分な事務作業ができないでいる。	政策医療分野として、思い切った予算をつけなければ全く進まない。		
431	医療提供者		青森	青森	地域がん診療連携拠点病院を中心にがん診療等を行っているが、その実態が不充実であること。拠点病院を申請できない病院で、がん対策に力を入れている病院も評価する。	がん拠点病院に指定されていなくとも、しっかり対策をたてている病院も評価。		
432	医療提供者	塚田芳久	新潟	新潟	・がん診療連携拠点病院に加え、連携する医療機関の指定。 ・顔の見える連携の構築(クリパスでは伝わらない)。	ネットワーク構築(IT化)助成。	がん診療の紹介に加点。	医療には余裕(人的、経済的)がない。国には財源がないが、権限があるので名誉の付与などを考えては。
433	医療提供者	宮脇哲丸	島根	島根	胃がんの検診は、バリウム、経口内視鏡は不評。楽な経鼻内視鏡のほうがよい。			経鼻内視鏡ができるドクターの数が少なく、我流が多い。全国各地に経鼻内視鏡の研修センターの設置が必要である。
434	医療提供者		島根	島根	在宅緩和ケアに取り組んでくれるかかりつけ医の理解が不足している。			
435	医療提供者		広島	広島	在宅において末期がん療養される方がまだまだ少なく、ほとんどの方は病院かホスピスで死を迎えておられる。そこには本人の死にゆく不安や、介護する側の症状の変化に対する戸惑いやパニックも考えられる。義父を看取った時、90才ではあったが、抗がん剤治療をかかりつけ医に希望したが高齢ということだけで却下されてしまった。本人の最後まで戦いたい性格や現在の抗がん剤の発達を考えると決して無理はなかったと考える。			在宅でかかりつけ医にも伝わるようなセカンドオピニオンが得られるようなシステムになってほしい。がん治療は即死にもつながってしまうリスクを抱えていることを考えれば、がん治療にパーフェクトではない1人の開業医にすべてを任せると不安を覚えていたきたい。
436	医療提供者		広島	広島	2次医療圏は広域につき複数拠点病院を設置すべきである。	予算。	診療報酬up。	医療従事者育成を進めて保健、医療、福祉従事者の育成をされたし。健康生命生活を支援するために。
437	医療提供者		広島	広島	現在の医療事情ではがん専門病院、中枢病院で役所から治療緩和ケア、死亡までを連続してサポートできない。がん診療連携によって切れ目のないサポートが受けられると謳われているが、実際十分連携ができていない。	今の使用しづらい予算ではなく、医療連携推進を具体的にサポートする予算(連携のための人員確保、ITネットワークの整備等)してほしい。	難しいとは思いますが、連携部分に報酬をつけて、病院等に連携予算をつけることをメリットと感じてもらえるようお願いしたい。	ネットワークには行政のイニシアチブが必要。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
438	医療提供者		広島	広島	広島県北部の広島市立安佐市民病院は現在、がん診療連携拠点病院に指定されていないが、年間約7000件の化学療法を行うなど広島市北部のみならず県北(北広島、三次、庄原)から、がん治療に多くの患者さんがこられている。専門スタッフがチームで質の向上に努めている。しかし拠点病院に比べ、情報量や支援に差が生じている。10病院ではカバーできていない。			現在、新しく推薦されているため、医療圏で制限をせず、ぜひとも指定していただきたい。
439	医療提供者		広島	広島	医療機関の違いにより診断と治療、成績にばらつきがある。	ストラクチャーの整備に対する補てんが必須である。しかし、構築倒れになる危険性もはらんでいるので実態の把握が必須。	大幅な改定が必要である。技術に対する評価、病院機能に対する対価が低すぎると思われる。	報酬に関わる整備、評価の対策(連携に関する評価)が必要。
440	医療提供者		広島	広島	均てん化、同じ広島県内でも地域格差があるのでは？市内に集中し、県北などの地方の医師が不足しており、拠点病院としての機能が果たせない。			・患者の支援はがん体験者からの支援が大きいこともある。患者支援をする体験者への助成、報酬が出るようにしてはどうか。例。入院中の患者支援依頼を体験者をお願いする。・お金だけでなく、医師の配置をするなどの対策を考えてほしい。拠点病院の抱える問題の具体化に沿った対応を検討。
441	医療提供者	荒川信介	広島	広島	広島にはがんに対する高度医療機関が少ない。	中性子線等の高度放射線機器、技師、医師の確保。		県立か公立のがんセンターの設置。
442	医療提供者		広島	広島	医療機関のがん対策ネットワークはまだ不十分である。	がん対策拠点病院を充実させるための予算を増強する。	診療報酬の引き上げ。	がん対策に関する法律を、拠点病院を中心に充実する。
443	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	在宅ケアを依頼したかかりつけ医が、十分に機能しない。	在宅ケアの質の向上、認定制度の確立。	在宅ケア医研修制度と認定制度。	
444	医療提供者		山口	広島				
445	医療提供者	稲田浩子	福岡	福岡	小児がんを専門にやっている医師が九州全体で少ない。病院内での評価も低い(稼ぎが少ないため)。	よい医療を行うためには、マンパワーが絶対に必要であり、予算をしっかりと確保してほしい。	小児医療に対する診療報酬をもっと上げる→人が増えれば個人にかかる負担が減る。	かかわる自治体からのサポートで、パラメディカルスタッフ等の充実を行う。
446	医療提供者		福岡	福岡	がん診療拠点病院と診療所がITネットワークを作るべき。画像等をオンラインで見られる環境を。	ITネットワーク構築に向けての予算を。	IT、チーム医療(Dr.、Nr.、薬剤、MSW、リハ、事務)が整備されている病院へ診療報酬を。	医師会、県、市が病院、診療所で協力を。もちろん厚労省から予算を。
447	医療提供者		長崎	長崎	拠点病院の評価、指定要件を満たす施設の指定、拠点病院と他施設の格差拡大。	拠点病院指定の拡充と、質の担保のための予算。	種々の取り組みに対する加算。	
448	医療提供者		長崎	長崎	各病院がばらばらにがんの治療をしている。	がん治療を行える病院をもっと集中すべき。	がん治療病院の診療報酬の加算。	がん治療を専門に行う病院と、その治療を後方で応援する病院の拡充。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
449	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	80歳以上の独居または夫婦世帯の方ががんになり、相方の生活リスクあり。		高齢者がんの医療費の軽減。一般病院の緩和ケア病棟への報酬増額。	
450	医療提供者		長崎	長崎	がん拠点病院において担当者(Dr)が忙しくなりすぎる。			がん拠点病院については、各種活動を行うために、新たな人員を採用できるようにしてほしい。
451	医療提供者			新潟	がん拠点病院以外の中小病院でのがん診療に対する支援が少ない。			がん拠点病院に集約することはとても良いと思うが、患者側としてアクセスの良いすべての病院で同じ治療を受けることを望む意見を聞くことが多い。医者側にそのような制度を受け入れていただくよう広報していただきたい。
452	医療提供者			島根			がん診療に関して、妥当な診療報酬の決定。	
453	医療提供者			広島	拠点病院、連携拠点病院、その他の病院とで治療内容に関しては連携が取れているかもしれないが、1患者についての総合的な連絡調整(病院における治療だけでなく、在宅療養も視野に入れた対応)ができていないケースが多くある。			がん拠点連携病院外の医療機関においても、相談支援機能の強化・充実が必要かと思われる。→研修の実施など。
454	医療関連産業		青森	青森	開業医はがん対策に興味が薄いと思われる。患者を拠点病院に紹介し、帰ってきたら病院の指示通りにフォローするだけで、能動的でない。都会型のネットワークの仕組みは地方に馴染まないのでは？		連携先の開業医にも報酬をつけることができれば…。予算の問題もあるが。	患者側にも大病院志向が根強いので、同時に啓発活動も必要であろう。
455	医療関連産業		青森	青森	やはり病診連携・病院連携が大切であると考えている。また施設(緩和ケア)と病院との連携も考えていただければよいのではないかと。青森県において、この分野での充実は大丈夫なのだろうか。	やはり国や県が死亡率No.1をはずすためにも、どうしても特別予算etcを組む必要があるのではないかと。	特に専門病院としてやっていただけたためにも、診療報酬の面でのプラス面が必要であると考えている。何らかのプラスがないと辞めていくHp・Gpがでてくると考えているが。	値域圏の中で、病診連携・病病連携を考えていただかなくては前に進んで行かないと思っている。
456	メディア		広島	広島	インターネットにアクセスできない情報弱者は、さまざまながん情報や相談を利用できにくい状況にある。			地域の回覧板、掲示板、寄り合いなどアナログで情報を伝える仕組みをつくる(顔と顔の見える関係にもなる)。
457	その他		島根	島根				
458	その他	反田愛子	広島	広島	県内でがん専門でやっている病院が少なく、治療を含めた質もまちまちで患者側としては辛い。		がん治療、がん対策を行う病院への報酬を増やす。	治療だけでも水準が同じレベルになるよう、県として勉強会などを開いたり、政令などを用いてがん治療水準を上げる。
459	その他		広島	広島	「意見1」と同じ。	どの地域でも同じ診断、同じ治療ができるよう、医師・看護師等への研修予算対策。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
460	その他		広島	広島				
461	その他		広島	広島	医療機関でのチームアプローチが広島はまだできていないということを聞いた。医師・看護師で主に進めており、MSWや理学療法士がなかなか中心にいないようです。			
462	その他			広島	がんの拠点HPが街の診療所とのネットワークができておらず、患者・家族が自ら診療所を探さないといけないので困っている。		HPとclinicとの連携報酬がもっとあってもよいのでは…。	患者・家族にも分かりやすいネットワーク構築ができ、気軽に在宅医療が受けられる体制があればよい。
463			青森	青森	がん拠点病院と地域の病院での患者囲い込み？→有床診や診療所との連携不足。がん難民の出現。		拠点病院と在宅療養の橋渡しの役割を担う有床診の活用！→有床診療所の入院に係る報酬があまりに低い！！大幅な増額を。	がん地域連携パスの活用のほか、地域の状況に合わせた医療・福祉・保健のネットワーク構築が大切。
464			島根	島根	がん患者が療養を行う上で、ひとつの病院で完結できるわけではないので、ネットワークの充実が必要。患者が困らないように。			
465			島根	島根				中山間地における公立病院。他にも医師や病院はあるが、夕方からは公立邑智病院に搬送されるが、医師不足が難点。
466			広島	広島	都市にしか在宅でケアする医師はいない。在宅を患者に勧められる状態ではない。	医師の育成、配置。	加点する。	医師を多く育成できる教育システムを作り、配置のバランスを政治的に行う。
467		井内康輝	広島	広島	がん診療専門医の養成へのサポート。		専門医で診療上のインセンティブを。	専門医の養成数のコントロールが制度上必要。
468				青森	拠点病院について、本県では限られた医療資源ですべての要件を充足できるのは各圏域、一ヶ所程度圏域の中核的機能を果たす病院では充足が困難な場合もある。それでもその病院は中核である。地方の実状に合わせた制度に。	拠点病院は「国」が指定するものであり、国の責任で拠点病院機能に必要な費用を負担すべきである。	診療報酬の場合、患者の負担も生ずることから、別途措置すべきである。	地域の実状に応じて、すべての要件を充足できなくても、地域の中核となる病院は指定すべきである。
469				青森	医師不足。例えば、がんの拠点病院なのに、あるがん（肺がん）を診る医師がいない病院がある。	医師の給料を増やす。		拠点病院であるならば絶対に、がんを診る医師がいないということになってはいけないと思う。県が責任をもって医師を増やせるような制度をたててほしい。
470				青森	医療機関の整備、地域格差の解消。	がん死亡率による予算の再配分と設備の見直しによる整備。	患者負担の軽減のため、高額療養費負担の額の見直し。	受診の際の医療機関のネットワーク整備により、部位別受診の促進と設備の充実。
471				青森	市町村の検診で要精検となって検査をしたところ、異常なしと言われたことが多い。			二次検診がもっと身近でできるようであればよい。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
472				新潟	がん診療拠点病院にがん患者さんが集中して、対応しきれないことがある。			拠点病院を受診した患者さんのうち、拠点病院以外の医療機関で対応できる患者はそこへ紹介し、初期治療(手術など)をスムーズに早期にできるようにする(患者教育が重要)。
473				新潟	拠点病院の指定について、原則二次医療圏に一ヶ所とされているが、人口規模、医療機関の状況が異なっている中で、一律の対応を考えるには困難。			地方の実情に応じ、二次医療圏数にかかわらず、要件を満たす病院については積極的に指定願いたい。
474				島根	在宅で緩和ケアをしてくれるかかりつけの医者が少ない。また、往診をしてくれる医者も少ない。			
475				島根	(2)と重なるが、医療従事者、医師、看護師の育成を早くしてほしい。がん専門医も然りだが、リンパ浮腫専門の方の育成を望む。			
476				広島	拠点病院が県によっては多いが、全てに専門医がいるわけではない。	300億が何に使われているか国民に会計報告を！	これまでは開業医に都合のよい点数だった(特に眼科などは高すぎ)。バランスを考えて！	
477				広島	がん医療の均てん化が必要であるが、検査・治療をする為の医療機器が不足している。	予算がない場合の共同利用の推進。		
478				広島	高精度放射線治療センターの整備はできるだけ急ぐべき。			広島に居をもちとうとする住民にとっては重要と思う。色々議論も重要だがスピードもさらに重要と考える。
479				福岡	特に医師たちは、自分の専門や自分の病院の事だけを考えている医師が多いような気がする。			
480				長崎	良く診療してもらおう医療機関が不便。	治療費をもっと安くしてほしい。	私はC型肝炎であり、平成19年にがんが見つかり治療した。がんが見つかる前に2回ほどインターフェロンを注射したが効かず、がんが見つかった。今はインターフェロンの注射も安くできるが、2回の治療でたくさんのお金を使った。私たちのようにC型肝炎の方は、治療費を安くしてほしい。	年に2回はがん検診を行ってほしい。
481				長崎	身近な医療機関で最新の医療が受けられ、在宅でも十分な医療が確保される。在宅医療の家族の負担の軽減(お金・精神面)。		医療関係者に仕事に見合う報酬を。人員の確保が可能な経済的支援。	
482				長崎	肝炎患者に対して、インターフェロンの助成も法案が制定されたが、全額の補助がない。	生活費などの予算、補助などしてほしい。		せめて納税価格などに段階をつけてほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
483				長崎	がんに限らず医療全般について、地域格差を無くす方向へ進めて欲しい。そのことで、働きながら治療を受けることが可能になると思う。			

7.がん医療に関する相談支援と情報提供

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
484	患者関係者・市民		青森	青森	サイババーの晩期障害等の長期支援。			QOL向上に向けた取り組みを充実させる。
485	患者関係者・市民		青森	青森	がんになったらどこに相談していいかわからない。プライバシーがあり聞きづらい。	電話無料相談(平日、日中以外でもできるように)の人件費、設備費用をつけてほしい。	電話無料相談が各病院で出来るように対価アップ。	電話無料相談を行えるような規則。
486	患者関係者・市民	工藤孝	青森	青森	情報不足である。			拠点病院相談コーナーの設置。現在設置されていると思うが、運営方法に問題がないか。
487	患者関係者・市民		青森	青森	がん医療にかかわる情報が少ない。治療しながらの生活について、情報が少ない。	がん治療を実施する医療機関の外來・病棟窓口に、がん治療に関する情報やQOLを高めるための情報についてのパンフレットをおくことを必須にする。予算をつける。がん診療の拠点病院には、相談員をおくための予算をつける。		患者会・家族会の設置や運営をサポートする制度を希望する。
488	患者関係者・市民		青森	青森	メンタル的支援を充実させる。			患者会、ピアによるカウンセリング等の充実。
489	患者関係者・市民		青森	青森	がんになっても、治療や自分の余命など選択できない。がんの末期でも3カ月入院しているからと退院を言われ、介護保険の説明もなく、相談・助言が得られない。病院に入院してやりたいこともできず死ぬまで病院ということもある。	もっと医療相談・情報が得られる役割を備える。人材育成という目新しい専門職があっても良い。	C-1回答の相談等も報酬でつけられれば良いのかもしれない。	国・政治・行政・市民・専門家等の話し合いが必要。
490	患者関係者・市民		青森	青森	相談支援と情報提供。	窓口を広めるためにも予算を増やすべき。	「準」保険適応くらいにしてほしい。	
491	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	患者に相談支援センターが知られていない。	患者・遺族をセンターの相談員に起用する経費。		
492	患者関係者・市民		東京	新潟	病院にいる患者の登録は検討されているが、地域へ帰って行った患者の(病院と継続した形での)把握が十分でない。		在宅医療機関が、がん登録に参加した場合の加算をつける。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
493	患者関係者・市民		新潟	新潟	高額療養費の限度額の設定の考え方に矛盾がある。			・保険者が変更した場合、複数回がリセットされる。・月の途中で保険者が変わると、それぞれで限度額を支払う。・同じ病院なのに、入院と外来でそれぞれ限度額を支払う。・一ヶ月の限度額の他に、一年間の限度額を設定できないか。・国保→後期高齢者保険の場合。・高額介護、医療合算制度にヒントがあるのでは？
494	患者関係者・市民		島根	島根	がんと診断されたとき、(病院以外)どこに相談したらいいのかわからない。			病院側(医師・看護師)から、相談センター・がんサロンの情報を教えてほしい。
495	患者関係者・市民		島根	島根	相談支援員の資質は、問われると思うが、実際研修会がどの程度行われているか、そのことさへの情報も不足していないか。	島根方式として、全国では、だんとつ島根は予算化されているのではないかとその基礎は、故佐藤均さんの動きが大きいとされている。それを継続していく姿が人の心を動かして、予算確保につながるのではないかと思う。		
496	患者関係者・市民		島根	島根	私の叔父が昨年胃がんになり、県中部の病院に入院した。その時、主治医から「もう80歳を過ぎていらっしゃるからと…」と粗雑に扱われ、本人がとてもショックを受けた。その後も主治医とコミュニケーションがとれず、ほかの病院に転院した。もっと相談にのってほしかった。			
497	患者関係者・市民	島田明人	島根	島根	地方の情報が少ない。拠点病院は積極的に治療内容、実績等を開示してほしい。	統一したフォームのr/pで情報の提供を。		患者はその地域で治療することになるので地域の情報を提供する。
498	患者関係者・市民		島根	島根	相談者が少なく、経済面での援助も必要だが、身体面での相談、体験談等聞ける場があれば。ボランティアではなく公的にそのような場があれば…。地域に合った検査、治療薬の情報提供が少ない。			
499	患者関係者・市民		島根	島根	すべての患者が、正しい情報を的確に受けられるようにしてほしい。			
500	患者関係者・市民		島根	島根				

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
501	患者関係者・市民		広島	広島	がん治療にかかる医療費、自己負担を少なくしてほしい。治療が長期になると負担が大きい。薬が高いものがある。	高額療養費にかかる限度額がもっと低くなればと思う。合算できるものが同科、同病院と思うが、そういう枠組みをはずしてほしい。		
502	患者関係者・市民		広島	広島	現状では、声のあげることすらできない患者は良質な医療を受けたとしてもがん難民になる。自ら声をあげることのできない患者の援助もやればできるのに。	医療のレベルを引き上げることも大切だが、精神的に参っている患者が多すぎる。がん患者団体等と協力し、そのバックアップにもう少し力を入れてもよいのでは。		
503	患者関係者・市民	馬庭恭子	広島	広島	相談支援と情報提供については、やはり訓練を受けた人たちが担うことが大切だと思う。	NPOなどに予算をつけて(配分して)、6ヶ月くらいトレーニングするようにする。	相談業務はMSW・Nsなどの資格があれば、それに点数をつける。	地方自治体でがん対策推進条例がつくれば、県民・市民に身近になるし、理解をふかめられる。
504	患者関係者・市民		広島	広島	がん相談センターの相談員の知識不足を感じた。私(素人)でも知っているようなアドバイスしかされなかった。			
505	患者関係者・市民		広島	広島	進行がんに対してはホスピスや緩和ケアなどの説明しかしてもらえない(患者、家族が根治希望であっても)。			進行がん専門の相談所などを病院に設けてほしい。
506	患者関係者・市民		広島	広島	どこにかかれれば良いのか市民として分からない。	相談窓口を多く。	相談窓口のある病院の点数化。	在宅医が熟知して紹介する。
507	患者関係者・市民	中川久美子	広島	広島	とにかく格差が大きい！！特にネットが無い人達、又、高齢ではない患者も配慮が無いために孤立している(特に男性)。	多くのネットワークがある優れた人材のネットワークを作る。人材ネットワークなので予算もそんなに必要ないのでは？と思える。	回覧板や地域の保健婦さんを通して、ケアマネ等を通して情報発信をする。	
508	患者関係者・市民		広島	広島	・がん患者が気軽に相談できるセンターがない(病院などにある現センターは形だけ)。	・相談センターはがん患者のボランティアに運営させる。補助金を出して、スタッフを養成する。		
509	患者関係者・市民		広島	広島	がん拠点病院等の相談支援センターで相談をしたところ、ほとんど専門的な意見を聞けない。“ステージ4”というだけで、患者の意見もほとんど聞かず、緩和ケアやホスピス等を勧められ、求めている専門的積極的治療に関することは全く分からず、自ら調べるしか方法がない。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
510	患者関係者・市民		広島	広島	各々の機関が別々のチラシ、パンフレットを作っているのを目に留まりにくい。	妊娠したら母子手帳をもらうように、がんになったらもらうがん手帳(拠点病院、患者会等が載ったもの)を全員に配る。	相談をした(受けた)ことも保険点数を加算する。	ドクターにも看護婦さんにも、忙しそうに聞けなかったり、何を聞いたらいいいのかわからなかったり、聞いたことを理解できなかったりするので、診断を受けた時点からサポートスタッフが側につき、何でも相談できる身近な存在が医療関係者の中でほしい(患者サロンには行きにくかったり、医療関係のことは明確な答えをもらえないことがある)。
511	患者関係者・市民	浜中和子	広島	広島	各病院にがんサロン設置を。さらに内容の充実を図ること。相談員の中に患者、体験者を活用すること(ピアサポーター)。		がんサロンが単なるサービス部門とならないような対応が必要。	患者、体験者を参加させるための教育訓練(ピアサポーターの育成)のためのシステムの作成。
512	患者関係者・市民		山口	広島	(患者側の立場となった時に)相談する窓口があることが分からない。また、メンタル面など相談しても分かってもらえない。			もっと広く相談窓口があることを告知し、患者側の気持ちがわかる相談員を育成してほしい。
513	患者関係者・市民		福岡	福岡	私の経験上、どこに相談に行ったらいいのか、情報が少なかったのととても心細い思いをした(現在はかなりよくなっているが…)。		かなりばらつきがあるように思うので、みな同じように安心して治療が受けられるようにお願いしたい。	
514	患者関係者・市民	永石ひさ子	福岡	福岡	がんにかかった時のパニックを、少しでも気が軽くなる第一歩のドアを教えてほしい。医療関係者は多忙でもあり聞きづらい。			支援のポスター等、目につくよう報道してほしい。小児がんは生活習慣で罹患したわけではない、ということを追加でもいいので載せて欲しい(子の声)。
515	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	支援センターに行けば良いかと思うが、福岡にはがん患者の心理面でのサポートをするグループ療法を行っている病院はほとんどない。	できれば地方自治体で、福岡に多いがんだけでも良いので、NPOなりに予算を補助してグループ療法を盛んにしてほしい。	グループ療法も、病院でやっていたら診療報酬に認めてほしい。栄養指導は集団指導が認められている。	臨床心理士を国家試験にして、診療報酬に組み込んでほしい。
516	患者関係者・市民	十河紀子	福岡	福岡	それぞれの病院や主治医によって、受ける治療レベルが違う。地域拠点病院にかかっている、支援室の存在すら知らなかった。初めてがんになった患者本人は、自分が知らないことさえ知らない。	e-net、広報紙、ポスターなど、広報に対する予算を増やす。		・医療従事者の心のケア技術向上。・新しくがん告知を受ける時に、初期から緩和ケア、相談支援できる方法など、指導を規則で決める。
517	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	セカンドオピニオンを受けるのをどうしてもためらいがちになる。			もっとセカンドオピニオンを受けることを普通に思えるしくみ作り。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
518	患者関係者・市民	深野百合子	福岡	福岡	がんサロンと電話相談センターの設備。体験者と話したい、集うことも出来ない人は。			命の電話のようなシステムを作る。
519	患者関係者・市民		福岡	福岡	患者会の活動を紹介する動きが最近出てきて喜んでいる。	各地域ごとに、皆が集まる場所の提供や金のかかるボランティア活動の助成金を使えるように、行政も巻き込んで推進したい。		制度のPR広報を活発にし、患者末端まで周知できるように定期化する。まず動ける患者会が「患者サロンの開設」が第一である。また、その場の内で行政、医療者、患者が一堂に協議する場を多くする？
520	患者関係者・市民	田川羊子	福岡	福岡	がんを宣告されると、今まで普通に生活していた人ががん患者になり、その家族は常に当人とともに不安と立ち向かわなければならない。まして家族や当人が若いと、知識不足にますます不安をあおられる。家族のために、中学校や高校などでも「がん」を知る勉強会やセミナーの開催などあると良いと思う。			
521	患者関係者・市民		福岡	福岡	あらゆる分野の方が集まり、もっとオープンにどこまでいってるか教えてほしい。			
522	患者関係者・市民		福岡	福岡	在宅ケア、緩和ケアについて考えるタイミングが分からない。(HP掲載などの)一般的な情報ではなく、各個人に合った情報が分かりやすくほしい。どこに行けば？どのタイミングで？			遠くの専門医ではなく(体力がなくなると移動するのは無理なので)、普段は近くのクリニックに通院でき、安心して在宅ケアができるようにする。県・市や病院の情報提供の一元化。
523	患者関係者・市民	森幸子	福岡	福岡	病気になると不安がつきものだが、先生や看護師さんにこんなこと聞けない！と思うことがある。身近に気軽に話を聞いてもらったり、闘病への悩みを話せる場所があるといいと思う。			病院の中で気軽に立ち寄れる部屋があると思う。少し前に手術等をした患者さんはボランティアで居てくださったり、時間のある時に看護師さんや先生方がのぞいてくださったり、ホッ！とする場所があるといいですね。ソーシャルワーカーさん等の参加もあるともっと良いと思う。
524	患者関係者・市民	焼山有香	福岡	福岡	医療者と患者の意識差が大きい。患者が十分に治療について決断できず不安が深く、がん難民になる可能性あり。退院後の患者のサポート体制がほとんどない。	医療者と患者との橋渡しの存在となる「医療決断サポーター」や「がんコーディネーター」を養成し、病院に組織的に設置する。在宅治療には訪問看護ステーションの活用。	ボランティアに留まらず、個別対応できる専門家の存在がふさわしいので、できるだけ点数が取れるようにする。当面は病院スタッフが行えるようにする。	ボランティアも含め、チーム医療として連携しながら患者をサポートできる制度を。
525	患者関係者・市民	高橋和子	福岡	福岡	相談支援事業。			経験者が相談事業に参加。そのためにもきちんとしたボランティア養成を行政がバックアップ。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
526	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	相談支援センターのあることさえ知らない患者も多い。患者団体などの力を使って協働して支援にあたってほしい。			
527	患者関係者・市民		福岡	福岡	相談支援、コールセンター、ガンサロンなど患者同士で話せるように。	ボランティア、NPOなどで使える予算が必要である。活動への補助。		
528	患者関係者・市民		福岡	福岡	患者の会などの活動は、活発にあっているが、資金面で苦労している。	基金などの仕組みを考えていただく(一般からの寄付と自治体予算を合体して)。		
529	患者関係者・市民		長崎	長崎	相談窓口の情報不足(具体的な窓口がわからない)。			
530	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	拠点病院以外で治療となった時、医師のレベルに不安がある(症例を経験されているのか?)。標準治療計画をうまく活用できるか。			「がん登録」は、告知から治療までを全国で共有できるように?
531	患者関係者・市民		長崎	長崎	高額医療申請について…月々の支払いが10万円以上になっても、1ヶ所4万円以上という条件にはばまれて申請出来ない状況である。支払合計で出来るようにはならないものか(患者同士でいつも話題になっている)。			
532	患者関係者・市民		長崎	長崎	患者及び患者の家族への精神的ケアが十分できていない。			対応できる専門家を施設に配置する。
533	患者関係者・市民	三好綾	鹿児島	島根	がん難民と呼ばれるがん患者がまだ多い。情報の選別で苦労していたり、病院探しなど迷っている。	全国フリーダイヤル(24H対応)のコールセンターの設置へ予算を。		
534	患者関係者・市民			島根	家族ががんになり受診、治療したが、その過程で納得いく医療を安心して受けるための相談等、すすめられたことは一切なかった。病、患者を抱えた初期段階は相談機関を探そうという発想すら浮かばない。	広報に対する予算投下を。		広報に対する予算投下の一方、関係者が患者や家族を相談機関につなぐという発想を持ってほしい。制度にするのはそれから。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
535	患者関係者・市民			広島	資料49-50を参考にさせていただいた。長期化学療法を受ける場合、外来で行うことが多くなった現状についての患者の医療費の工面。	資料にもあるように、入院・外来どちらにおいても月額1万円程度の負担額にしてもらわなければ。	経済的にも、生活面が行き詰まると思う。がん保険に入っていない人もいます。	(身体障害者と同様とはいかないにしても)がんは慢性疾患と同様に長い経過をとる場合もあり、そうなった場合、生きていくためには障害者の人は補助があってもがん患者には補助がなく、お金がなくなった時は治療は受けられず、という状況になってしまう。例えば…私は、がんで死んだ父と腎不全の弟がいる。父は真面目に一生懸命生きてきて、がんになってからもひたむきに治療(手術・化学療法)を受けたが、昨年亡くなった。その際とてもお金のかかったこと！がん保険でもなかなか追いつかない額だった。弟は20~30代の不摂生のたまものから、透析を受けるようになり、障害者1級認定してもらえたが、なぜこんなにがんと透析の人と国や地域の対応、補助が違うのか!!と憤りを覚えた。弟が憎いわけではないが、父が不憫でかわいそう。同じ思いをされている家族の人は多いと思う。肝炎の方もそう。
536	患者関係者・市民			福岡	成人の方のがん対策は少しずつ協議されているが、小児時期に発病するがんに対する法律や、予後に関する支援(法律や相談業務など)の協議が少ないように感じる。	治療に必要な予算と、治療後に必要な予算(自立)の内訳を見直す。	予算や診療報酬のようにお金が動くことが多い。お金の動きが分かりづらいと国民は不安になる。診療報酬の透明化が必要である。	がんには成人期のものと小児期のものがある。それぞれの特徴は違うため、制度もそれぞれの特徴に合った制度を作る必要がある(法律作成だけでなく、改正も視野に入れる必要がある)。
537	患者関係者・市民			福岡	住んでいる所・地域・病院などでの患者同士の交流の場所が欲しい。	相談支援センターを制度化してほしい(総合的に支援出来るシステム-医師・患者家族・看護師)。コールセンターの設置。患者が相談支援を担当できるように教育を制度化してほしい。	相談支援に点数を付けて普及・発展できるようにしてほしい。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
538	立法府	藤井律子	山口	福岡	情報が少ない。相談場所がない。要望・情報・治療等に地域間格差が大きいので、それを埋めるための様々な情報提供、病院の紹介。	がん拠点病院に必ず設置することを義務づけ、予算をつける。	相談に対し、適正な診療報酬を点数化する。	がん拠点病院へは必ず設置しなければならないというルールを作る。
539	行政府		広島	広島	がん患者必携を必要とする全てのがん患者に無償で配布するには、相当の予算が必要となり、現実的には困難なものと考えられる。			個人負担の導入による、がん医療等にかかる情報提供の早期拡充。がん患者必携の有料化による希望者への早期配
540	行政府		山口	島根				
541	行政府	森慎二	長崎	長崎	患者さんや家族の不安が大きい。どう対応すればいいかわからない事が多すぎる。	電話相談窓口を設置して対応したらいかがか。		
542	行政府			島根	がんばかりでなく、多くの難病患者、家族が不安をもって治療にあたっている。病気のことがかりでなく、将来にわたる生活全般についても。そういった相談にのることができる体制づくりが必要では？			
543	行政府			広島	がん検診で、要精密者に対し、具体的に専門医療機関を紹介しづらい現状がある。	定期で、個別相談、小地域での講演会等を設けていただきたい。		乳がん領域では県HPで医療機関を提示されているが、子宮がん等他の領域においても県単位で提示していただきたい。
544	医療提供者		青森	青森	医療費の補助、申請方法等に、専門的に説明する職員の配置が必要と考えている。			法的制度が整備されれば望ましいと考える。例えば、がん拠点病院(理想はすべての病院)に配置するような制度があれば望ましいと思う。
545	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	県のがん検診連携拠点病院でがん相談員をしている。年間5,400件ほどの相談(福祉・看護・がん)を受けている。全相談の6割がお金の相談である。全相談の3割ががんの相談だが、がん患者さんの4割はやはりお金の相談である。またがん相談には時間がかかり、エネルギーも費やす。専門知識、それも幅広い専門知識が必要になる。中には3時間以上かかる相談もあった。がん相談には時間がかかるのである。		がん相談員の中でも、認定看護師や専門看護師が対応した場合、診療報酬をつけてもらいたい。そうでないと、より専門知識をもった人を、病院側は相談室に配置しないと思う。今の相談員の基礎研修だけでは不十分だし、外来の看護師が患者ごとに対応する時間はない。	
546	医療提供者	堀口真由子	岩手	青森	医療機関ではなかなかゆっくり対応する時間が取れないように感じる。「がん」と診断された時から各段階で相談できる場が設定されていない。	気軽に尋ねられる相談支援施設の拡充。通院、入院中は院内の相談室・がんサロン・自治体のサロン・患者サロンに対する財産的補助。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
547	医療提供者	塚田芳久	新潟	新潟	・医療～保険(高額療養制度)の情報周知。・運用部署で患者視線で動けるか。	ガイドブックの配布(安価～無料)。	拠点病院以外でも24時間相談診療を受け入れる、身近な病院や診療所に報酬を(緩和ケアについてはアクセスしやすい顔の見える「かかりつけ医」の評価が大切)。	各自治体→各地域の公的サポートシステム→NPOの育成。
548	医療提供者	田中さつき	島根	島根	がん治療後、定期健診はあるものの、その間の心等のケアが不十分である。ケアがないと思う。			
549	医療提供者		島根	島根	先日、友人から初発時に「治療方法がない」と言われたがどこへ相談に行けばいいか困っていると相談を受けた。病院ごとにはあるが、病院ごとの特色など誰に聞けばよいか。			
550	医療提供者		島根	島根	医療者と患者・家族の考え、思い、知識のずれがある。患者や家族のみでの活動。医療者のみでの活動は積極的にされていると思うが、歩みよりが少ない。インターネットの普及で情報が氾濫している。			気軽に相談・支援出来る場を多く設ける。かかりつけ医でない病院・診療所でなくても相談できるシステムづくり。電話相談。啓発活動、公開講座の普及。
551	医療提供者	太田桂子	島根	島根	「がんについて相談する場所・人がわからない」という声をさく。国民に対してがんの相談窓口が周知されていない。	国民への啓発。		調剤薬局は患者さんが出かける場所である。パンフレットの掲示などの工夫。
552	医療提供者		広島	広島	相談支援を報酬面で評価していただきたい。		別に30分程度時間をとって医師や専門看護師がチームで相談支援しても中小病院には設備がない。大規模の診療拠点病院でなくても中小の専門病院をもっと評価・利用してほしい。	
553	医療提供者		広島	広島	患者団体も専門職の相談支援センターと連携した仲間相談(ピア・カウンセリング)とし、患者をコーディネーターとして設置すべき。	・人材養成予算に入れる。・コーディネーターは研修・養成訓練すべし。		
554	医療提供者		広島	広島				
555	医療提供者	木下真由美	広島	広島	相談窓口や相談員を配置してきているが、診療報酬がつかないため、人員配置が少ない。相談には時間がかかり、マンパワーが必要である。	・相談に関する予算の増額。・相談を担当する者の育成に対する予算。・ソーシャルワーカーの人数に対して予算。	・相談事業に対して報酬をつける。その際、研修を受けている者、資格を持っている者が担当した場合は多めにする。	・「心のケア」「在宅医療」「社会面の苦痛」に関する相談が多いと考えられる。これに対する相談窓口を拡げていく。広島県の「がん患者フレンドコール」の活用が不十分か？広報不足か？・窓口だけでなく、院内、地域内をフリーで動けるほどの人員増。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
556	医療提供者		福岡	福岡	拠点病院にはがん相談支援センター設置、がん相談員もいるが、患者・家族の相談内容によっては過剰な期待、現実的でない相談に対応しきれない(時間も労力も費やしているが、それが何にも色々な面へ反映されていない)。	拠点病院ではなく、本当に専門的知識をもって対応できる、また患者会等を支援して、コールセンターのような相談支援を積極的に行ってほしい。		他のこともあるが、何でも拠点病院に負担が大きい、そのフォロー体制も必要ではないか。
557	医療提供者		福岡	福岡	相談支援の院内環境が病院によって差があり、病院側の理解によっては環境が整っていない場合もある。相談支援に医師が参加する仕組みを！	がんサロンは病院の努力のみでは行えないため、場所や予算は市の支援がほしい。		
558	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	拠点病院内での相談支援センターの位置づけがあいまい。相談データの分析、評価、特に診断、治療内容などについて。	人(専従者の確保に必要な予算を具体的に！(つまり、人の確保のためにつける)。	「セカンドオピニオン」の点数化を。すべての地域がん診療拠点病院について、医師の相談員の配置を願う(専任でも可)。	福岡県のように大きな県ではブロック化しているが、県全体の協議会と同時にブロックの協議会の活性化を推進するようにしてほしい。
559	医療提供者		福岡	福岡	患者も学習することが必要だと公報する必要性。がんの治療の自己決定・選択をするためにも、自分のがんについて努力・勉強することが大切だと国が伝える必要性。患者は黙ってベッドにいれば最高最大の医療が受けられると思込んでいる人が多い。それなりに知識をもつ努力が大切だと知ってほしい。			
560	医療提供者		長崎	長崎	相談室の整備(ハード面)はされてきたが、がん相談支援センターを地域住民に広報する手段や、利用者を増やすための広報がまだ不足している。また、がん患者会やサロンに対する予算がなく、当事者活動の推進ができていかない。	がんサロンに対する予算をつける。サロンでの飲食にも予算がつかず、手出し(病院や患者)になっている。地域内の相談員のレベルアップなどの研修に予算をつける。	がん患者に対する相談援助(がん相談)に診療報酬をつける。がんサロンの開催にも診療報酬をつけてほしい。	
561	医療提供者		長崎	長崎	平成19年4月、がん相談支援センターが開設以降、がん相談は年々増加の傾向をたどり、在宅医療も進み、その調整にMSWは多忙である。当時6時間勤務の専任のMSWを配置されたが、現状もそのまま。データ整理に相談支援センター事務員も必要である。	患者サービスのために相談支援センターの充実を考えるべきである。MSWはフルタイム勤務、事務職員配置にも予算を当ててほしい。		がん相談支援センターの相談員は、相談件数に応じた適正人員配置を望む。
562	医療提供者		長崎	長崎	患者会の予算をつけてほしい。相談支援センター職員の待遇(正規にしてほしい)。	患者会・相談支援センター相談員の予算。		
563	医療提供者		長崎	長崎	患者支援センターの広報。知らない人が多い。	広報の費用を増やしてほしい。		
564	医療提供者		長崎	長崎	がんになったら、お金がいりすぎる。がんの告知と個人情報保護法がマッチングしていない。	がん患者及びその家族に、国から金銭的に支援すべき。		がん患者・その家族に、生活保護的な金銭面での支援を。
565	医療提供者		長崎	長崎	がん相談に関わるスタッフが不足している(特にMSWが)。	がん相談に関するMSWの育成、研修etcの保証。	がん相談に関する診療報酬etcの整備。	がん相談に関してのスタッフの整備(人的配置を充実)。MSWの基本給の上げ。
566	医療提供者			島根	説明を理解できていない患者が多い。セカンドオピニオンが十分機能していない。	医療者の育成と検診への予算が少ない。	援助に対する評価が十分になされていない。薬剤や機材に対する対価が中心である。	新薬の導入が遅い。手続きが煩雑で時間もかかりすぎる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
567	医療提供者			島根	がん患者への相談支援を行うための社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置が少なすぎる。	心理社会的支援を行う社会福祉士を設置することを予算化する。	社会福祉士の配置を病院の施設基準の診療報酬に反映させる。	現在、がん患者は全国全ての医療機関に存在している。少なくとも80床に1人の社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置を制度に定める。
568	医療提供者			広島	がんPtの相談(広島だと、フレンドコールのことです)への対応が悪い。この苦情へどのように対応するのか。質の保証は？	特定の団体の運営にしない。資金の流れを明確にする。		相談事業にたずさわる人の育成(オープンな形で実施)。がんセンターの実施するものではなく、自治体ごとの相談窓口は別に研修を持つ。
569	医療提供者			広島	がんサロンをやっているが参加者が少ない部位がある。がん拠点病院や専門病院で連携がない(薄いと思う)。			がんサロンや連携した場合の診療報酬面での加算による連携誘導。
570	医療提供者			広島	相談や情報提供にかかわるスタッフの不足。	十分なスタッフ体制がとれる様に予算配分。		
571	医療提供者			長崎	国が積極的に公開していない。		後記を公開した場合、病院の診療報酬を1%上乗せする。	国がんや厚労省のホームページに拠点病院の更新書類の全面公開をする(一般の方にも伝わりやすいレイアウトで)。同様の形式ですべての病院の情報を同様の書式で一般公開する。
572	医療関連産業	内藤麗	東京	青森	一口でがんと言っても、部位により発病原因-予防-治療-予後の過程が各々異なる。個々の患者さんの悩みに応じた情報提供、そして治療後に社会・家庭で「その人らしい」生活を続けていくための社会的サポートが足りていない。	患者会によるサポートは社会的資源である。そこに継続的な予算をつけるべきである。患者会も、部位によりきめ細やかなサポートができるほどは整っていないため(或いは、疾患別の患者会が全体をサポートしている)、患者会が活動を充実させるための支援が必須。	26本の提案例の「19」「20」を支持する。	がんを部位により対策を分け、特に生存率の高いがん種については社会復帰し家庭で円満な生活を送っていくため、患者の「セルフマネジメント」を支援するプログラムを導入する。できればこれを診療報酬制度に組み込む(社会的・治療面・精神面をセルフマネジメントできるプログラム)。* 個別の患者会の支援とは別に、マスの施策として導入し取り組む。
573	その他	織井優貴子	青森	青森	患者サポートグループは院外型かつ有効であるにもかかわらず、十分な研修、運営ができていない。	院外型患者サポートグループの養成、運営のための予算。研究のための予算(サポートグループの有効性と修正プログラム作成をし、質的向上を目指すため)。		県からの事業として院外型がん患者サポートグループの運営補助、協賛などしてほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
574	その他		島根	島根	がん医療について(検診等も含めて)、国民に情報提供が十分になされていない(十分に伝わっていない)。	情報提供のための予算を計上することはもちろん必要であるが、身体的な予算配分にも配慮すべきである(より情報が伝わるように)。		がん対策について、情報提供は各々がされているが、一定のところを集約しておくほうが、より国民に伝わりやすい。情報を集約し、情報提供を一括してするような制度を設けると良い。
575	その他	高橋裕子	広島	広島	拠点病院のDr.から、がん患者・家族へ相談支援の情報提供がない(4を含む)。		とくに外科のDr.はそこに問題があるという認識がない。コストをつけてでも情報を。	診察室やベッドで紹介することにコストをつけるなど。
576	その他		広島	広島	がん患者や家族は、自分達のことを分かってくれている主治医や身近なナースに相談したいという思いが強いと感じている(公のがん相談等ではなく)。		主治医や看護師の行う相談にも点数をつけるべき(お金にならないところに病院は人材をつけない)。	
577	その他		広島	広島	現在、情報はインターネット等で検索することは可能であるが、どれが信頼できる情報なのかを選別するのは一般市民には困難である。			
578	その他		広島	広島	患者・家族が気軽に相談できる場所がない(治療前(特に診断直後～入院まで)・治療後)。		個別・集団相談支援に対する診療報酬加算(ex. カウンセリング、サポートグループ)。	
579	その他	反田愛子	広島	広島	経済的制度や事務的に患者さんに関わるMSWが多く、本当に必要な心理的なサポート、ご家族を含めたサポートができていないところが多い。			医療ソーシャルワーカーの立場の確立。MSWへの診療報酬。
580	その他		広島	広島	医師や看護師さんがゆっくり患者さんや家族の話を聞いたり、相談できる時間を作ることができない現状があると思う。心ゆくまで納得いくまで説明が聞けて、落ち着いた環境で、決断ができる環境がないと思う。		病院の相談員さんがそういった相談を受けているケースが多いと思う。その相談員さんに対する報酬があってもいいと思う。だが、それが患者さんの負担にならないよう、そこは国の予算から出していただきたい。	医師・看護師・医療ソーシャルワーカー、ゆっくり相談できる環境、支援について、専門家の育成。そういったスタッフを置くことで病院の評価が上がるような対策。
581	その他		広島	広島				
582			東京	青森	情報や患者支援に地域格差がある。未だに地方(南)の大学病院の教授は患者を物としか見ておらず人として扱っていない。人権がない。			患者力を底上げして、自らが変えていくエネルギーを持ってもらう。患者さんが集まれる場所(サロン)の設置をし、中身についても法整備する。
583			島根	島根	相談支援センターの存在の周知が十分ではなく、まだまだ相談できずに困られている方も多い。スキルアップのための予算。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
584			島根	島根	私は患者本人でもあり、患者家族でもある。現在家内が入院中だ。付き添いの看護をしている。そこでじかに大変さを感じている。患者本人は看護師をはじめ皆さんに励まされつつ療養をし、心のケアもしているが、付き添うものは相当の精神的なプレッシャーを感じている。なのに何のメンタルケアもない。これでは患者が参るか看護師が参るか比べたら、看護師のほうが切羽詰まった感情におかれる。			患者家族に対するメンタルなケアの必要性を痛感する。そのような制度を作っていただきたい。患者家族は第二の患者であるから。
585			島根	島根	患者が情報不足で不安になっている。どこから情報を得たらよいか分からない。	がんについて医師に質疑応答ができるようにする。		
586			広島	広島	ファイナンシャルプランナーとしてがん患者から経済的相談を受けるが、答えるのが大変(相当な作業量)。	HPで良いので、各がんの費用、薬あらしの案内のための予算。	患者負担額のオープン化。	ファイナンシャルプランナーに対する教育制度(ボランティアでも参加してそういう勉強がしたいと思っている)。
587				青森	県内の医療機関でも標準的ながん診療ができているとはいえないのではないか。			
588				青森	県病のホームページがない。県庁HP→病院局から入らないと見れない。医師募集もがん診療センターの診療内容も一般の人に全く伝わらないと思う。			独立した病院HPの設立。
589				広島	民間の受け付け場所を知らない。又、それらの施設のPRがない。	委託事業として一定額を補助する。行政からの事業では患者の苦しみはわからない。	民間側で病院の入退院時に病院かかりつけ医、かかりつけ薬局等の連絡をとれるように努める(患者の不安を取り除くため)。その集団相談料を付加する。	
590				広島	ネットワークが構築されているか?それを使えない人も多い(高齢化・独居老人がふえている)。	・地域での相談支援体制を充実させる。・民生委員さん達への情報(ネットワーク等について)提供。		
591				長崎	患者会が少ない。患者会についての情報を求められることがあるが、近くなかったり、疾患別だったりするため全体的に増やしてほしい。	患者会への予算を増やしてほしい。		
592				長崎	がんが見つかって、ベストな治療法が患者にはわからず、情報が少ないため、最初に診察されたドクターの言いなりである。セカンドオピニオンが不十分。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
593				長崎	がんと言われて、本人・家族はこれまでの生活の継続ができない…などの思いの中で葛藤がある。まず相談できる所がほしいと思う。また、安らげる場所・居場所…。	高額医療費を継続に何ヶ月も…となると一般家庭では大変である。また、在宅ケアについては、介護保険制度のような訪問看護を、低料金で利用できるようにしてはどうか。		各医療機関に相談員(がん治療に関してのエキスパート)がいればいいのかと思う(経済面、治療の事、生活の事など…家族の悩みも含めて)。

8.がん登録

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
594	患者関係者・市民		青森	青森	データの蓄積と分析。	数年継続して集中して取り組む。	情報提供として高い評価を。	分析結果を分かりやすくデータベース化して啓発、活用。
595	患者関係者・市民	小林涼一郎	広島	広島	ぼくは、ネットや本を読んで、収集している30代である。それでも「がん登録」の存在を知らなかった。予算付けてほしい。	新しい医療器具、いらないので、がん登録の登録率100%にしてほしい。		
596	患者関係者・市民		福岡	福岡	喫煙者の対策～特にホテルロビーなどの公開の場での禁煙について、理解のない施設が多くある。子ども、外国の方、若年の者の受動喫煙の問題。			もっと徹底した禁煙の制度を。法や条例で。少なくとも路上すべて、公開の場など。
597	患者関係者・市民		長崎	長崎	登録制度の確立。			
598	立法府	藤井律子	山口	福岡	全ての病院で登録をしていない。実態が分からない。	登録をする人(実務者)に予算をつけてほしい。	登録料分アップ。	美務付けとその有効活用→相談体制へ/医療提供者への情報/患者会へ。
599	行政府		青森	青森	届出数が少ない。	-	がん登録1件につき、いくらか診療報酬を支払う。	がん登録の法制化。
600	行政府		青森	青森	法制化が必要。任意の制度では限界あり。			法制化。
601	行政府		青森	青森	がん登録が県内では実際どのくらい行われていて、活かされているのか分からない。きちんと行われているのか情報がほしい。また、登録した情報が次へどのように活かされているのか知りたい。	「がん登録を100%にするためにどうしたらよいか」→どうしてできないのかの分析は？ 以前、脳卒中情報提供制度というのがある、病院からケースの情報提供1件につき千円が病院に支払われるということがあった。これを参考にできるか!?	ここが私たちの立場だとよく分からない分野になる。	大西さんから「がん登録が十分でない」と説明されたが、その理由が聞かれなかった。制度面で解決できることなのか不明である。先進県はどこ？ 先進地から学ぼう。理由をある程度分析しないことには答えづらい(現場の医師不足？意識不足?)。
602	行政府		青森	青森	罹患状況が把握できない。対策を検討する上でも重要である。			法律の策定で義務化する必要がある。
603	行政府	宮川隆美	青森	青森	がん登録が不十分なため、罹患率が不明である。予防に問題があるのか、医療が不十分なのか、分析ができず対策が取れない。	がんの診療報酬を大幅に引き上げ。がん登録担当の職員を確保する。		
604	行政府	佐藤美由紀	新潟	新潟	全国で統一的に行われていない。			スムーズに情報が得られるよう法的根拠がほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
605	行政府		島根	島根	がんの疫学の為には、登録が必要だが不十分ではないか。	担当者がつけられるよう、人への予算を。	登録数に応じた加算？	登録の必要性についての啓発。
606	行政府		広島	広島	①5年生存率把握の困難。②県境住民の他府県受診による未登録例。			「住民基本台帳の活用」をがん登録事業として法制化してほしい。
607	行政府		広島	広島			報酬で評価(診療情報管理士の配置など)。	法制度整備。住基データを活用できるよう制度改正。
608	行政府	岩永薫	福岡	福岡	がん登録の実施が、地方に任されている。		届出に対して診療報酬を加算してほしい。	がん登録を法制化して、届出を義務化してほしい。
609	行政府	長田智貴	長崎	長崎	他県との比較ができない。	予算措置は必要。		何らかの国の方針は必要(法・政令など)。
610	行政府		長崎	長崎	国が一時期、義務を外したために、止めた都道府県が多く、データが欠落してしまった。	まとめる必要経費は国が考えるべきである。	がん登録に対し加算等が必要である。	制度の信頼性を評価する事、また県境を越えたデータを活用できるような制度にしたい。
611	行政府			福岡	各県で、実施方法や項目がバラバラ、実施していない県もある(地方自治になじまない)。	がん登録予算は、国がすべて対応すべき。		がん登録は、国が責任を持って全国統一的方法で実施すべき。基本法の中に国の責任として明記することも必要。
612	医療提供者	長谷川善枝	青森	青森	がん登録が推進されてはいないこと。	登録にかかわる予算の確保。		私は乳腺専門医だが、乳がん登録は日本乳がん学会が現在全国的に推進している。疾患ごとの登録は、学会との連携が良いのではないか。
613	医療提供者		青森	青森	がん登録が言われて久しいが、まだ十分でない。		参加医療機関の加算をしっかりとる。	登録の義務化を強める。
614	医療提供者	堀口真由子	岩手	青森	2007年全国集計がやっと出たばかり。がん登録がきちんとされなければ政策の検証施策もできない。過去と比較するにも1996年、2002年と乏しいデータしかない。5年生存率を調査するためには、個人情報保護法との関係からの法整備が必要と考える(住基ネットを使えるようにしてはならないと考える)。	院内がん登録、地域がん登録の法制化に対する予算。人員については、パートや臨時職員を雇う予算ではなく、専門者としての雇用を考えてほしい。	院内がん登録に従事する人(研修済の人)の設置施設に対する診療加算の法制化。	院内がん登録従事者を国外(アメリカのように)腫瘍登録士というように資格制度にして、精度を向上させる。
615	医療提供者		新潟	新潟	がん登録の整備。			疫学調査(追跡調査)を行っているが、完全な把握はできていない(個人情報保護の面で理解いただいていない先生もいる)→是非、がん登録の一刻も早い法制化を望む(民主党はマニフェストで言っているが)。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
616	医療提供者		広島	広島	法制化されていないので、法治国家としての対応を（法制化しないのは、国はやる気がないのでは）。	がん研究につながるが、解析・精度の向上の基礎医学の予算向上（拠点病院などの補助と同じくらいの予算を）。・がん対策の羅針盤として、データの適切な管理は必須（考えたことありますか？）。	レセプトとがん登録を照合し、その割合で診療報酬をつける（高い確率で一致すると、がん登録率が高い）。	法制化は必須。
617	医療提供者	岩田潤一	広島	広島	がん登録を行うにあたって、診療情報管理士の重要性を医療関係者だけでなく、県民にアピールすることはできるであろうか。認知度が高くなれば、仕事のやる気も出てくるのだが（がん登録の精度向上にもつながる）。			TVや新聞に、診療情報管理士の仕事や重要性について取り上げてもらう。←制度と外れて申し訳ありません。
618	医療提供者		広島	広島	がん登録の予後調査にかかる制度が明確でない、取得できない。実務者の育成、情報公開など制度整備が必要。	がん登録実施機関に対する加算。	上記の制度化、医療情報を解析する部門の設置制度化。	
619	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	地域がん登録の精度がまちまちである。	がん登録士の国家認定。		がん登録制度と保険診療をリンクさせる。国として法制化する。
620	医療提供者		広島	広島	がん登録はがん予防には最も重要なものであるから、一層の充実が必要である。	腫瘍登録室を県に設置し、予算をつけてスタッフを充実し、きめの細かい登録事業を行うべき。		がん登録に関する法律を充実する（登録義務を法制化する）。
621	医療提供者			広島	がん登録実務者の立場が非常にあいまいである。		がん登録加算の設定。	がん登録実務者の身分の保証。
622	医療提供者			広島			登録に評価（加算）。	予後調査をスムーズに。法整備してほしい。個人情報関係でかなり困難。
623	医療提供者			広島	がん診療に必要な医療機材の整備あるいは機材更新がままならない。	がん診療拠点病院への機材整備更新の予算配分を各年度毎振りわけ。		
624	医療提供者			広島	がん登録を担当しているが、生存調査をする際に院外死亡患者さんの場合、死因まで特定することができない。			がん登録患者さんの死亡日、死因情報を各施設へ還元する制度を設けてほしい。
625	医療提供者			広島	拠点病院院内がん登録と地域がん登録の登録項目と定義に一部違いがあるので、がん登録実務者の負担となっている。			2通りのがん登録の統一化。
626	医療提供者			広島	がん登録実務者の養成と継続教育を行い、登録内容の評価をしてほしい。		質の評価を行い診療報酬に反映させてほしい。	国立がんセンターを中心とした実務者教育の充実。がん登録実務者の配置における制度化。
627	その他		島根	島根	がん登録が不十分である。診療報酬にしっかり反映することが大切だと思う。		全例のがん登録がなされれば、診療報酬が2～3点上がるなどはどうか。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
628	その他		島根	島根	現在、がん登録は十分にその重要性を理解されているとは言えず、あまり網羅されていないように思われる。また診療ガイドラインも整っておらず、今後改良される可能性がある。また、診療体制ネットワークも今は、まだ十分に機能しているとは思われず、今後整ってくるが見込まれる。まず登録をしてもらい、重要な情報はすぐに連絡できる(漏れなく)ことが必要と思われる。			日本全体で登録を推進する規制を設けるのがよいと思われる。
629	その他		広島	広島	がん登録により、より詳しい現状把握ができ、今後のがん対策には必要不可欠である。			
630			青森	青森	がん登録に協力してくれる医師が少ないのではないかな。	専門に行う人を雇う予算をつける。		
631				青森	がん登録なしに実態把握はできない。本県はDCO50%程度協力を求めるためには医療機関のインセンティブが必要である。	がん登録実施都道府県や協力病院に対する予算措置を。		早期の法制化と、周知活動の充実。
632				広島	「がん」を自分の問題として考えられないところに根本的な問題がある。			是非「がん登録法」の策定をお願いしたい。
633				福岡	今まで十分な統計がなかった。	増。	増。	様式の全国統一。法令による医療施設への義務づけ。医療施設への罰則(予算減、診療報酬減)。
634				長崎	長崎県は杵岐・対馬があるが、福岡で受診した時は、福岡県が実施しておらず、実態がつかめないのではな			

9.がんの予防

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
635	患者関係者・市民		青森	青森	受動喫煙対策について、法はあるが、対策は進んでいない。	よくわからない。	よくわからない。	国全体としてもっと強化すべき、各県に任せておくのではなく。
636	患者関係者・市民	工藤孝	青森	青森	情報不足である。			教育的に取り上げる。
637	患者関係者・市民		青森	青森	がんの予防。	予防医学を日本国民の教育制度に入れてほしい。	予防講習、検診も適応すべき。	
638	患者関係者・市民		島根	島根	学校教育が未整備。			教育委員会での整備検討。
639	患者関係者・市民		島根	島根	身近な人ががんにならない限り、「がん」は他人事、「自分はならない」と考えている人が多いと思う。			小学生、中学生にもがん予防(他の病気も含めて)の大切さを教えていけばいいと思う。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
640	患者関係者・市民	井上等	広島	広島	・若い人の喫煙。特に女性が増えているのでは？ ・喫煙は軽い気持ちでおもしろ半分スタート。止めるのは地獄の苦しみ。			縦割り行政の壁を乗り越えて、学校教育の場で徹底した教育。レストランなど公共の場での喫煙禁止。タバコ増税(何故できぬ???)。
641	患者関係者・市民		広島	広島	がんの原因と分かっているが、たばこ対策がされていない。	必ずしも多くない。		禁煙対策を各市町村→県→国と広めていき、たばこを吸わない国にする。
642	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	たばこについては、がんの主たる原因と言われて久しいが、若者の喫煙者が減らない。	たばこの税収も大切だが(痛しかゆし)、たばこにより病気になる、医療費を多く使うのも変である。		
643	患者関係者・市民	和田文夫	広島	広島	自販機の撤去。医療従事者の禁煙を。			
644	患者関係者・市民		福岡	福岡	職場の福祉厚生制度の差か、国保の者など検診に必要な費用の負担で、早期発見に必要な定期検診を受けない人が多くある。	予算を増やして。	定職が持てない人、収入の少ない人、専業主婦などで、特に生活の苦しい人に対する無料検診の制度はできないか。	
645	患者関係者・市民		福岡	福岡	たばこを外で吸っても、部屋内に入った時の息が家族にかかるのが気になる。やっぱり断トツの値上げがほしい。			
646	患者関係者・市民	高橋和子	福岡	福岡	がん予防(たばこ対策)			学校教育の場から、たばこの害を啓発。
647	患者関係者・市民	皆川泰男	福岡	福岡	HPVの予防ワクチンがやっと承認され、使用できるようになったが、欧米並みに11~14歳になれば、ほぼ女性全員受けるようになってほしい。知らないことが問題である。			教育現場と連携するべきである。
648	患者関係者・市民	橋本恵一	長崎	長崎	がん患者の対策と併行して、もっとも大切なのは予防と思う(がん患者数が少なくなれば、それだけ種々の問題、予算も削減が可となる)。	TV、ラジオ、新聞等マスメディアと各市町村も合わせて、予防のための対策費を(たばこ対策のみではなく全般について)。		
649	患者関係者・市民			青森	受動喫煙で、離れて吸っていれば大丈夫と考えている。吸う人の自由ではないかなど、周囲のことだけでなく、害があることを自分のこととして考えられない。	たばこ農家が転作する町の補助を増やす。	-	・路上喫煙を防止する。 ・生命保険加入の際、たばこを吸わない人の保険料を安くする。 自動販売機の撤去
650	患者関係者・市民			島根	喫煙者は自分のことしか考えていない。がんの一番の原因がたばこであることを認識してもらいたい。	分煙室が施設において少ない。しっかりした分煙室ができていない。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
651	行政府		青森	青森	県で、町の教育委員会に、学校内で職員の喫煙問題についての話し合いに来たが、手応えが薄かった。法律で努力義務になっているが、町担当者の意識には喫煙問題なんてなかったようだ。校長会に提案します、とは約束したが…。			教育現場(学校・保育園・その他)での喫煙は、できないにしていまえばどうだろうか。
652	行政府		青森	青森	たばこ対策が全く不十分である。官公庁、飲食店の取り組みが特に進んでいない。学校は教員のマナーまで考えると、全面禁止の場となっていない。			国の施策として、公共の場における全面禁止を推進すべきである。
653	行政府		青森	青森	受動喫煙防止対策が不十分である。喫煙防止対策も不十分である。	たばこの価格を他の国並みに引き上げる。たばこ農家の転業対策の予算を整備する必要がある。	禁煙治療の保険点数を引き上げて、開業医の取り組みを進める。	健康増進法の受動喫煙防止の恐れについて、罰則規定を設ける必要がある。
654	行政府		青森	青森				たばこ1箱、千円に。それくらいになると、さすがに止めるとい
655	行政府		青森	青森	若年者の喫煙が多い。		禁煙外来の若年者対象。	たばこ事業法の廃止。たばこ対策法の制定。価格値上げ。
656	行政府		青森	青森	歩きながらの喫煙や、子どもを乗せている車内等、密室での大人の喫煙など目立つ。	禁煙の機会を捉えた指導(女性は妊娠時、男性は子どもが産まれた時が禁煙のチャンス)。(ex.出産の退院指導に禁煙指導を盛り込む。産婦人科スタッフに対する人材育成)。		
657	行政府		青森	青森	喫煙率がまだ高い。			たばこの値段を上げるべき(税金だけでなく、原材料の葉たばこの金額も)。
658	行政府		青森	青森	がんの予防(たばこ対策)。各学校・職場への啓発が不足。愛煙家をうまく取り込む形で進められないものか。	各学校へも入るのが、なかなか時間を取るのが難しそう。健康教育の予算を増やしてほしい。	よく分からない。	各学年での取り組みを義務化するのはいかがでしょうか。学校で時間や興味がないと、申し入れしても断られる。
659	行政府	宮川隆美	青森	青森	たばこ対策が不十分である。	たばこ農家へ転作のための予算を確保。	自販機の廃止。全国すべて歩行中の喫煙禁止、公共の施設完全全面禁止。	たばこの価格、大幅値上げ。
660	行政府	佐藤美由紀	新潟	新潟	産業面にも配慮が必要で、健康面だけからすすめられない。	税は農家の転職等、産業界の縮小のために使う。		はっきりした国の方針を示してほしい。
661	行政府		島根	島根	健康増進法及びたばこ枠組条約が定められているにもかかわらず、受動喫煙防止対策が不十分である。未成年に対する喫煙防止対策が不十分。たばこの価格が諸外国に比べ安い。			たばこ事業法の見直しをすすめ、健康増進法などを一体的にしていこう。→禁煙推進法を。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
662	行政府		島根	島根	施設内禁煙が進んでいない。若い世代、女性の喫煙者が増えている。	たばこの害、受動喫煙の害等についてあらゆる機会(テレビ、マスコミ、映画館、各種イベント)を通して啓発する。全国キャンペーン。啓発用媒体の作成、活用。	禁煙治療のための医療をすべて保険診療にする。	学校教育にたばこの教育を必修化。
663	行政府		島根	島根	全体で喫煙率は下がってきているが、依然として若い世代の喫煙率は高い。JTのCMはたばこのマナーを中心内容に見せかけて、たばこをきれいな良いものとして印象づけるイメージがあり、即やめるべきだと思う。	たばこの価格を上げた場合、たばこ税として財務省へおちるのではなく、厚労省のたばこ対策費にあてるべきだと思う。たばこ税の使い方を検討すべき。		
664	行政府	田中央吾	島根	島根	ある程度負担可能な費用でがん検診が受診できるにもかかわらず、健診受診率があがらない。			医療保険料を、がん検診受診した被保険者には下げ、がん検診受診しない被保険者は上げる。
665	行政府		広島	広島	未成年喫煙。	たばこ増税。		
666	行政府		広島	広島	たばこ対策はがん予防において重要であるが、若年層、女性の喫煙等まだまだ本格的となっていない。	自動販売機、市町のたばこ税のあり方。	喫煙者はニコチン依存症という病気のため、禁煙治療の保険適用はあってもよいのでは？(すでにあればすみません。)	・たばこのコマーシャルの中止。・自販機の撤去。・たばこ税の見直し。→これが大きいと喫煙者が減少するかも。しかし、健康を害するものから得る税の考え方。・喫煙者の禁煙に向けた支援(保健適用他)。
667	行政府		広島	広島	たばこががんを発生させる最大要因との意識がまだまだ薄い。			禁煙をする店、分煙をする店をもっと顕彰していく制度の強化。たばこの金額を高くする。
668	行政府		福岡	福岡	がんにならないためのがん予防か、早期発見のための受診率の向上が必要である。	推進するための目的補助金の確保が必要である。		地域の医師会を刺激し、予防啓発に積極的な医師を増やすよう支援する(小規模な市では、まず専門医師を確保することが重要)。
669	行政府	森慎二	長崎	長崎	予防策の周知が充分でない。食事や生活上での予防策を特に周知する。マスコミとの連携が充分でない。	限られた予算であるため、マスメディアとの連携による予防策を国民へ周知していくこと。		
670	行政府			青森	地域に分煙や禁煙支援が任せられっぱなし。喫煙対策はトップダウンで行う。			たばこを1箱千円に。学校のカリキュラムに健康の時間を入れる(がんについて、生と性、心の問題)。
671	行政府			島根	未成年者にはじめの1本を吸わせない教育が必要(禁煙する事はとても難しいことなのだと感じる)。喫煙によるがんの発症もからめて、より早期(小学生等)の段階からの教育が必要だと思う。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
672	行政府			長崎	喫煙者が多い。			分煙の徹底。税アップ。
673	医療提供者	宮脇哲丸	島根	島根	公共施設におけるたばこの自販機、分煙などがいまだに多い。			まず、役所(県庁、市役所)から、自販機の撤廃、敷地内全面禁煙をすべき。→然る後に飲食店等へ！
674	医療提供者		島根	島根		中高校生への禁煙教育の推進。		公共の建物での禁煙の推進。たばこの値上げ。
675	医療提供者	高橋浩一	広島	広島	たばこ1箱1000円に。			たばこが1000円になれば禁煙する、という人は多い。本当は一気に1000円にするのがよいが、それが無理なら3~4年かけて1000円になる道筋を作りましょう。
676	医療提供者		広島	広島	感染症が公衆衛生対策で成功したような施策を(治療は後手である)！			学校給食を日本型に(食生活が重要)。朝・昼完全無料の義務(授業として)。大豆・ヨーグルト・ご飯を幼い頃から食べさせ、味に慣れる(パン食が今のファーストフードブームを招いている)。
677	医療提供者	高橋浩一	広島	広島	子宮頸がんワクチンなど全てのワクチンを欧米並みに国費で。	・感染症のワクチンは全て国費にする。・少なくとも欧米で行われているものは採用する。		・全てのワクチンの国産化を行う。→企業、大学、研究所の育成も予算化する。
678	医療提供者		広島	広島	がん化学療法を実施している看護師に対する被曝曝露予防など、安全の整備や教育が十分でない。	研究データ収集への予算付け。	安全整備がされていることを診療報酬加算の要件とする。	国(厚生労働省)ガイドラインの作成。
679	医療提供者		福岡	福岡	タバコ規制が不十分である。			欧米並みの強い規制を求める。特に、レストランなどでは米国のように基本的には全面禁煙の制度化を求める。
680	医療提供者		長崎	長崎	たばこの喫煙者が多すぎる。	たばこ税をがん税に切り替える。		たばこの価格をもっと上げて先進国並みに。公共の場(レストランなど)では全国禁煙に。たばこのテレビ宣伝もがんの組織を提示してリアルに。
681	医療提供者			青森	喫煙が多い。たばこ税等にて喫煙離れを狙うのはやむを得ないと思う。	とにかく販売量を抑制。たばこ業界等さまざまに悪化を招くが、死亡を抑えるなら国はペナルティーも辞さない構えが大切である。	企業としても職員の喫煙率の基準を設け、報酬に反映してはどうか。一人では取り組まず、全体でという発想も必要である。	さまざまな取り組みの効果がでてきている。会社(すべての事業主)対象で報酬も与えるべきである。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
682	医療提供者			島根	たばこ、アルコール、に対しても国民への情報提供がなされても、禁煙・禁酒の実施につながっていない。			たばこ税、アルコール税より、健康税として、医療に全面的に使用しては。長野県のように、各県各市町村のPHNの活用
683	医療関連産業	内藤麗	東京	青森	相変わらず喫煙率が減らない。分煙していないレストランや公衆施設がまだある。喫煙者の意識が低い。現行のがん対策推進基本計画で「未成年者の喫煙0%」としているが、それは書かずとも当たり前の話であり、「全体で」どこまで減らすつもりがあるのか、その明示が必要である。		今回の26の提案例の「23」を支持する。	たばこ税をもっと上げてもいいと思う。喫煙者は医療保険を多く払う仕組み。
684	メディア		東京	福岡	たばこに対する増税が決まったが、たばこの消費抑制に資する程度ではないと考えている。毎年の段階的な増税が必要ではないか。			厚労省の研究班(主任研究員の方は失念してしまった)で、たばこの増税と税収との関連をやっているところがあったかと思う。それを根拠に毎年のたばこ増税を実施、たばこ対策とすべきではないか。
685	その他		島根	島根	子宮頸がんについてHPVが原因であるということを広めていただきたい。			小、中学校での性教育の中でしっかりと啓発していく必要があると思う。
686	その他		島根	島根	予防に対する呼びかけが少ない。目にとまらない。意識が強くならない。	宣伝やメディアを通して一般の人々にも分かるようなものを作成すべき。費用をかけるべき。		
687	その他	高橋裕子	広島	広島	小学生でも吸っていることを社会が認識できていない。	小学4年生くらいから吸い始めるので、小3に必修で生活習慣の授業をする。	保険で禁煙できることに年令制限をしないことを明記する。	ゲストティーチャーに交通費等の支援を。
688			青森	青森	禁煙対策が進んでいない。			
689		井内康輝	広島	広島	喫煙率が低下していない。特に青年層や女性など。	たばこの値段をなぜ上げないのか。これは税収の問題にしてはいけない。純粋な健康対策である。タバコ生産業者の問題は別に産業転換を。		
690				青森	禁煙治療等、医療機関での取り組みをもっと積極的に行えばいいのではないか(そのための環境整備も含めて)。			
691				青森		葉たばこ生産者対策をきちんとする。		
692				青森	若い人達の喫煙対策。	予算不足。		身体と子どもへの影響を学習させる。
693				青森	まだ依然として、たばこを吸うのは税金を納めていることだし、という意識。葉たばこ生産農家のことを考えれば吸う人も必要だとの暴論を吐く人もいる。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
694				島根	喫煙率が高い。がんの治療中でもたばこを吸う方もいる。			・たばこ税で、禁煙外来をまかなう。 ・禁煙できた人に保険適応する。
695				広島	学校教育でがん対策・がん教育がほとんどされていない。			教科書に記載する。たばこ、HPVなど(がんは老人の病気ではない)。
696				長崎	たばこ対策。分煙がなかなか進まない。禁煙したい人が治療につながらない。		禁煙外来の敷居が高すぎるように思う。もっと禁煙に興味のある先生は禁煙外来ができて、禁煙を希望する人は誰でも行けて、診療点数にもつながると良いと思う。	受動喫煙防止は努力義務であるが、神奈川のような条例が増えてくるのが望ましい。

10.がんの早期発見(がん検診)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
697	患者関係者・市民		青森	青森	検診の精度を高めることと、検診料の公費負担。			
698	患者関係者・市民		青森	青森	がん検診の普及不足。認知不足しているため、広報等アピールを大きくすべきである。また、平日検診日が多いので、土日も考慮すべきである(平日の1回を土曜にするなど)。	サラリーマンなど会社員も休日・就業後に検診できる時間を作ってほしい。市の補助制度が利用できる時間、年齢を広くしてほしい。	窓口を広めるためにも、上げてほしい。	
699	患者関係者・市民		青森	青森	がん検診の受診率が低いのは、受ける機会が限られているから。	検診を受けたら税金が安くなるとかであればよい。		いつでもどこでも誰でも受けられるようになればよい(職場によって受ける場所が違ったりする)。義務にすればよい。
700	患者関係者・市民		青森	青森	がん検診率の向上を目指すべきである。そのためにも受診者の負担を軽くするべきと思う。			
701	患者関係者・市民		青森	青森	働いている人たちは検診の充実。医一般の人たちももっと検診が必要である。	無料券や補助も良いかも。		検診専門の機関がもっと増えると良い。
702	患者関係者・市民	工藤孝	青森	青森	情報不足である。			教育的に取り上げる。
703	患者関係者・市民		青森	青森	早期発見につながりやすい項目(例:PSA値)が検診項目にない。ドックとかでは項目に入っているところもあるが。	検診項目を増やす予算増加。		
704	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	検診→一般の人は「自分には関係ない」と思っている。			HPでなくテレビでなく、新聞に週一で経験者の談話をずっと載せる。身近な人の体験は良いモチベーションになる。
705	患者関係者・市民		新潟	新潟	検診受診率が向上しない現状。	検診予算を地方交付税還付金ではなく、ひも付きの配布予算として設定する。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
706	患者関係者・市民		島根	島根	がん検診の種類が少ない。年齢条件で受けたくても受けられない。	検診の種類を増やす。		平日の検診は受診にくい。土日でも受けられるようにしてほしい。がん検診の年齢制限をやめてほしい。がん検診の啓発。
707	患者関係者・市民		島根	島根	検診の無料化。	予算措置。		国・地方での分担。
708	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	学校教育で検診の必要性が教えられていない(現状は一部の学校や熱心な教師に頼っているため全体に広がらなく、単年度の企画で終わることが多い)。	文部科学省の予算を使う。		小、中学校のカリキュラムに組み入れて、年齢に合った教育をする。教科書の改善(など…)
709	患者関係者・市民		島根	島根	自分のがんにならないと思っている方が多く、検診を受けない。又、女性は家庭のことが忙しく、自分を後回しにしている現状。又、検診を申し込んでも、医療機関が少なくすぐに検診が受けられない。医者不足。			
710	患者関係者・市民		島根	島根	あれだけ広告されていても若年層の人は検診を受けていないのではないか。	予防検診に興味のない人に的を絞って訴えるといいのではないか。お金なくても出来ることからスタートしても良い気がする。がんの早期発見予防が大切。皆が意識して実行するために、周りの人から伝えていくべき。	もちろん無料で手軽に検診を受けられる場所ならもう少し身近になるのでは。	メディアを使うとよいのでは。若い人にも呼びかけが必要。
711	患者関係者・市民	井上等	広島	広島	検診に行っても見つからず、見つかったときは手遅れ。特に肺がん、胃がん。	がん検診を発見率の低い間接→せめて直接へ。		
712	患者関係者・市民	和田文夫	広島	広島	がん検診受診率は平成の大合併以来低下傾向にあり、女性検診のクーポン券のように無料になれば受診率が向上するという現状である。	日本人の場合、従来までの検診が国が面倒を見てくれるという習慣で、自分で費用を負担してまで検診を受けるという方向にない。		私のがん検診について、まず自己負担をゼロから始め、自分の健康は自分で守るという考えを根付かせ、10年間位かけて段階的に自己負担分を増やす(最大75%まで)。国、県、市、町の予算も削減するためには、民間の資金を活用する(例えば、がん検診で異常なければ生命保険料の減額等、がん検診受診者による宝くじ1枚とか)。
713	患者関係者・市民		広島	広島	がん検診に対する意識もかなり低い。万が一かかって保険がきくので医療費も安いという意識の方が多い。			
714	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	がん検診について、全国民が受ける工夫が必要。	早期発見出来た方には医療費補助をする(大腸ポリープ切除など)。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
715	患者関係者・市民	馬庭恭子	広島	広島	検診率は自治体では高くない。ハガキ送付方式ではなく。	がん検診は、税金(住民税)とリンクさせ、受診すれば安くなるという(メリット)条例を改正すればよい。体験型、参加型にすべき。		検診率が高い県には、地方交付税を上乗せする。
716	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	検診に、なかなか仕事を休んで行けない。	改善が特に必要なものには予算を特につけてほしい。	地域に住む診療所のような小さなところでも、検診、早期発見できる仕組みはないのか(遠くまで検診に行けない)。	
717	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	福岡県の検診率の低さ。			①半義務化する。②一時的に手当てを出す等。
718	患者関係者・市民		福岡	福岡	早期発見をするため、受診数が少ない。隣人に検診にいかうと誘った時、受けない・行かない理由を言い、拒否。イベントは大事ではないかと思う。夜間や休日の検診は絶対に増やしてほしい。			
719	患者関係者・市民	田川羊子	福岡	福岡	私は2007年に乳がんの手術をした。発見は自分で見つけたが、全くの偶然によるものだった。それまで集団検診で一度も異常があると言われなかった。しこりに気付き、結局、専門の医療機関で診断を受けた。集団検診で見落とされる危険と危機感をつのらせている。	集団検診の充実化というか、正確性といったものをこれからはもっと向上させてほしいと思う。		
720	患者関係者・市民		長崎	長崎	早期発見できるのは、日頃より健康に関心を持ち、自ら医療機関に行っている人だと思う。行かない人・関心のない人に検診の大切さを訴えるには、どうしたらよいか課題だと思う。	「がん検診に行きましょう」などのパンフレット等、紙もので訴えるより、がんになるとどんな不利益があるかを、人を介して伝える機会を増やすべきだと思う。そういう対策の予算にしてほしい。	対価のことは正直よくわからない。詳しくない自分にこの意見を聞かれても困る。	がん死亡率ワーストの県は、予算をかけるような制度にするべきだと思う。
721	患者関係者・市民	橋本恵一	長崎	長崎	予防の次に重要なことは、早期発見・早期治療と思う。	がん検診補助制度。		隣り組制度的なもの。家庭医の地域割り振り制度のようなもの。家庭医の家庭訪問制度。
722	患者関係者・市民		長崎	長崎	2年前、最初に受診したA病院では、五十肩と診断された。念のためB病院で受診したら左鎖骨骨折が判明。病院の事情でC、D病院と回され、D病院で病名「多発性骨髄腫」が確定した。約2ヶ月を要した。A病院を信じていたら、今頃は手遅れ。従って誤診がないような体制を確立してほしい。			
723	患者関係者・市民		長崎	長崎	どうやったら検診を受けやすいか。			住民に具体的に尋ねる。アンケートをとる。人が集まっている所に検診車を送る。気軽に受けられるようにする。
724	患者関係者・市民			島根	がんの検診に対する意識が薄い。がんについて切実に考えてがん予防につとめること。	検診車が県内で少ないのが現状。	予算をつけて検診車を増やし、地域で年間において2回程度は回してほしい。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
725	患者関係者・市民			島根	まだまだ「がん」は恐い病気、「死」という思考が必ずある。国のメディア他が、今まであまりにも、恐い、治らない、かかったら「死」というイメージ化してきたおつりかと思う。「がん」に対するイメージ化改善。上手にイケメン使って元気になる放送流しては。	放送界にも競争させては。いかにして、国民に「がんのイメージ化」が良くなるか。	「がん検診」受診の得意つけ→毎年受診すると何かのポイントがつく(健康食?)。そのスポンサー、企業の養成。	
726	患者関係者・市民			島根	検診を訴えても受け取る皿が島根には少なく技師の人も少ない。			がん専門医の方の育成、人数的に医師の方をもっと育ててほしい。技師の先生方にしてほしい。
727	患者関係者・市民			島根	自分、もしくは身近な人がなるまで他人事、呼びかけても耳に入らない。		家庭医は自分の患者が検診に行ったら、お金が入るようにする。	検診の義務化。
728	患者関係者・市民			広島	若い世代にもっとPR。			若い世代のニーズを吸い上げ、若い世代にどのようにしたら向いてくれるかミーティングしPR活動するとよい。
729	患者関係者・市民			長崎	乳がんの検診について。	マンモグラフィーを増やしてほしい。	患者の治療費を安くしてほしい。	抗がん剤について、治療費を一部負担してほしい。
730	患者関係者・市民			長崎	がんの早期発見の必要性(第2次予防)は以前から叫ばれているが、効果的対策は未だに取られていないと思う。	<ul style="list-style-type: none"> ・本年度、乳がんの無料検診がなされているが、子宮がん、大腸がんなどにも広げ、10年間くらい徹底した無料検診をして欲しい。 ・中・高校生へのがんに対する知識教育(がんの知識は正しく理解されていないので、若い人たちから教育していく)。 ・改善の視点は長期的視点と短期的視点が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・治療に対する報酬はもっと高くしてよい。出来れば保険診療に検診も入れてほしい。 ・予防に関する個人の費用は低くしていく。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村(予防検診担当)の活動力が低いので、通達等を出して欲しい。 ・マンパワー不足への改善。
731	患者関係者・市民			長崎	肝がんの早期発見。	研究、ウイルス検診の普及活動(永久的)。		
732	立法府	奈良岡克也	青森	青森	がん死亡率の高い地方の死亡要因、罹患要因についての啓発が、依然として不足していると思うので、強化が必要ではないのか。			
733	立法府	藤井律子	山口	福岡	がん検診率が低い。	無料検診を増やす、または検診者へ助成する。		無理とは思いますが、例えば6ヵ月ごとに検診を受けている人ががんになった場合と、全く検診を受けていない人に、何らかの差をつける。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
734	行政府		青森	青森	がん検診の周知度の低さ。	がん制圧月間や女性の健康週間等に合わせたがん検診の実施、キャンペーンへの助成(年齢制限を設けない。検診を身近なものに)。「がん検診」そのもののイメージの改革(怖い、まだ早いetc)先入観のない青少年期からの教育に対する助成。		・「がん検診」そのもののネーミングが暗い→明るいイメージに。 ・現在のがん検診は、指針に基づき実施しているが、死亡率減少効果の視点から行われている。乳がん検診についてはマスコミ等の影響もあり20～30歳代の関心も高いが、早期発見のために検診を希望していて、行政と市民との間に温度差を強く感じる。現在研究も進められているようだが、早く公的な体制を整えてほしい。
735	行政府		青森	青森	要精検者が確実に検査を受けに行く、受けられるようにすること(現実にはなかなか受けに行かない人が多い)。	要精検者の検査に対する負担を軽減する(一部負担or全額補助)。		検診→精検→治療について、より一層スムーズな体制づくりを目指したい(町独自のシステムでもいいのか)。
736	行政府		青森	青森	特定検診の導入で、むしろ「がん検診」の低下を招いた。			保険者の役割、行政(国-県-市町村)の役割を再度議論し、見直すべきである。
737	行政府		青森	青森	検診については、ごく一部のものだけであり、検診そのものを知らない人もいる。精密検査まですれば費用負担がかかる。			検診の制度について、皆が知ることができるよう広報にもっと力をいれるべきであり、また自己負担(精検も含め)も少なくすべきである。公費負担を導入してはどうか。
738	行政府		青森	青森	受診率が低い。			検診受診者は民間のがん保険料が安くなる(国がその分補助する等)など、受診によるインセンティブを付与する。
739	行政府		青森	青森	がん検診率が低い。住民の意識も低い。市町村の勧奨も少ない。	補助金化。検診率に応じたインセンティブ。	保険者全額負担。	予防接種のように、法制度での義務化。ワクチンへの対応。
740	行政府		青森	青森	このままではH24に検診率50%は極めて難しい。	クーポン配布では、あまり効果がないのでは。		企業検診ではメタボ検診のほうが優先されている。同じレベルで検診できるようにしては。
741	行政府		青森	青森	検診は、ただひたすら手を変え品を変え、アイデアを出しPRするのみである。	今回のクーポン券みたいなものでなく、現場に合わせた形で使える予算を色つきでほしい。検診に携わる職員の増員につながる予算をくれー！		検診受診率は少しずつ上がっている一方、精検受診率がなかなか100%にならず、まめな受診勧奨のみではどうにもならず、という側面を抱えている。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
742	行政府	佐藤美由紀	新潟	新潟	・職域の情報が不足している。・住民への啓発、情報伝達の方法。	医療費の削減につながることを明らかに(何となくではなく)してほしい。数字でアピール。そうしないと市町村での予算確保が難しい。		
743	行政府		島根	島根	受診者の増加に対応できる受診体制が整っていない。	受診体制整備の補助制度を設ける。マンモの整備、技師等雇い上げ補助、休日夜間の補助等。		検診費用を交付税措置から補助に戻す。検診単価を上げて病院での受け皿を増やす。
744	行政府		島根	島根	事業所検診にはがん検診が義務付けられていないので、働き盛りの受診率が低く、早期発見にならない。また精密検査未受診者からの発症は手遅れになることが多い。集団検診車は採算が合わないと来てくれない。検診機関が少ない。	事業所にがん対策の予算をつける。島根のような中山間地で効率的に検診ができる検診車の開発。それぞれのがん検診が一回の受診で済むように総合したがん検診体制にする。		労働安全衛生法にがん検診の義務づけ。
745	行政府		島根	島根	予防できるがんがあるのに取り組まれていない。			子宮頸がん予防ワクチン全員接種へ。国策で取り組んでほしい。
746	行政府		島根	島根	女性特有のがん検診事業における無料クーポン券配布については、5年実施し、一回りさせなければ意味がない。また対象にならない市民にとって、不公平感がある。	少なくとも5年間は国庫補助10/10でお願いしたい。		有効期限が決められているが、個々の状況に応じて自由に利用できるよう、市町の実情に合わせた対応ができるようにしてほしい。
747	行政府		島根	島根	昨年より女性特有のがん検診無料事業が始まったが、単年では不公平なので最低5年は継続して頂きたい。	国の予算は全額補助でお願いしたい。		無料クーポンの期限を2年くらい幅を持たせてもらおうと、無料クーポンを使用せず、受けた検診とあわせて検診を受けやすくなる。
748	行政府		島根	島根	がん検診を受診しても、精密検査を受診せず、早期発見につながらない。	精密検査受診にかかる診療については診療費を市町村が補助する。	診療報酬の引き上げ。	がん患者の方からの受診が必要なことを直接啓発してもらう機会を持つ。
749	行政府		島根	島根	計画では受診率50%を目指しているが、今の検診体制ではパンクしている(検診のための施設が不足している)。とくに乳がん検診、視触診のための外科医が不足。		検診体制整備について国の支援が頂きたい。検診における視触診の必要性の再検討(まずマンモグラフィでスクリーニングとか)	
750	行政府		島根	島根	検診受診率の把握が不十分。			職域における受診率を把握可能とする制度が必要。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
751	行政府	吉儀龍二	島根	島根	検診受診率が非常に低い。	効果のある方法として、市町村から住民への直接個別通知と未受診者への追加通知がある。市町村の判断というが、市町村が義務的に通知をしなければならないように財政的支援(国10/10)が必要。法による規制をしても意味がない。(又は税措置ではみえない交付金で)		
752	行政府		島根	島根	女性特有のがん検診推進事業が実施となったが、乳がん検診の受け皿が十分でない。	マンモグラフィの機器整備と。医療従事者の確保を。		がん検診を医療保険者の責務として実現できるようにすすめてほしい。
753	行政府	福原義貞	島根	島根	医師不足の中、検診の受け皿がない(特に女性のがん)。啓発と受け皿づくりをセットで。	マンモの検診車を増車してほしい。国の女性特有のがん検診の将来にわたる事業継続を表明して。		
754	行政府		広島	広島	検診受診率が低い。	・学校教育における検診の重要性に関する正しい知識の賦与。 ・受診インセンティブを高めるための情報提供を伴う検診費用補助。		
755	行政府		広島	広島	対象年齢の下限はあるが上限の基準がない。			対象年齢をきちんとしぼって、より効果的な検診、受診率の向上を目指したい。90歳になっても100歳になっても今の現状は対象者。ターゲットを絞った対策にした方が効果も見えやすいのでは。予算も集中的に使う。
756	行政府		広島	広島	がん検診の受診率が低いが、臓器別の検診を各々受けることは大変。特定検診などセットで実施する。グレーゾーンへの個別対応。	女性のための検診を引き続き、国予算全額対応してもらいたい。1年で半減すると、受診とがん発生のエビデンスを見極めていく上でマイナスとなるのではないか。	検診についての内容、費用を統一すべきではないか。	・がん検診中、保険者別に実施。 ・グレーゾーンの被保険者への対応を強く指導。義務化。
757	行政府		広島	広島	・市町村のがん検診は特意健診と同時に行っているが、平成20年より受診率低下傾向である。 ・以前老人保健法においてはがん検診の補助金が組み込まれていたが、今は地方交付税化し、市町村の負担が大きくなっていると同時に、がん発生の統計処理他、検診の評価が市町単位でされていない。	・地方交付税化されたがん検診費用→市町の一般会計より負担大きい。しかし早期発見による対費用効果等が明確でなく、説明に苦慮する。 ・県の計画アクションプランはあっても、市町への説明はプランの送付にとどまっている。		がん対策基本法、高齢者の医療確保法→それぞれ別だてで推進されるため、同じ目的にもかかわらず、取り組みが縦割り。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
758	行政府		広島	広島	企業でのがん検診が把握されていない。			企業の検診者リストの提出義務化を法制化すべき。同時に住民基本台帳の利用を許可してほしい。
759	行政府		広島	広島		女性特有のがんに対する補償率を10分の10にもどして下さい。国が始めた事業です、国が責任を持っておこなってほしい。		
760	行政府		広島	広島	子どもの頃から自分の健康を見つめていくことの大切さ、特に女性の子宮頸がんは低年齢のときからの意識づけが大切。			早期発見が大切だという教育の推進。
761	行政府		広島	広島	検診システム全般が統一化されていない。	市町の検診率向上のための財源支援が必要。		がん・特定等への検診制度、職域と市町との相互連携が行えるシステムが必要。
762	行政府		山口	島根	市では、がん検診受診者を個人通知し、受診してもらえるよう市民の皆様にPRしているが、特定健診開始の平成20年度より受診者数は減少している。	がん検診を特定健診と同じように保険者が実施する方向へもっていく。	がん検診を特定健診と同じように保険者が実施する方向へもっていく。	
763	行政府		福岡	福岡	国はがん検診の受診率の目標を50%としているが、検診にかかる費用については市町村が負担している。受診率が高くなるほど、市町村の負担が大きくなる。	国が目標値を掲げている以上、目に見える形で(地方交付税ではなく、国負担金・補助金の形で)支援をしてほしい。また女性特有のがん検診推進事業など、国が主導して実施する事業については、全額国の負担で実施するようにしてほしい。		新たな制度を作ったり、目標値等を掲げる場合等には、地方と十分協議してほしい。
764	行政府		長崎	長崎	医師会のがん検診に対する認識が低い。がんを早期発見するという意識があまり見られない。がん検診より、特定検診に力が入っているよう。個別通知を行いたくてもできない(スタッフ不足・予算不足)。	交付税では不透明。明確な予算措置を。		
765	行政府	水田邦栄	長崎	長崎	乳がん検診の受診年齢について、もっと引き下げることにはできないだろうか。	予算の確保。		法により解決。
766	行政府	長田智貴	長崎	長崎	①受診率50%を達成するための検診機関のキャパシティがないのでは。②受診率向上のインセンティブがない(受診のインセンティブ)。	①受診機関への助成。②市町へのインセンティブ。	個人へのインセンティブ(検診時発見の場合、高額医療分への助成等)。	
767	行政府	水田邦栄	長崎	長崎	がん検診の予算が一般財源化にともない、みえにく			
768	行政府		長崎	長崎	長崎県のがん検診率が低い原因を分析する必要があると思う。本県のがん死亡率が高いことと関連性があるのではないかと。	検診(=予防)に係る予算を重点的に配分してはどうか。		がん検診の重要性を、もっと市民に広くアピールする機会を増やすこと。イベント、出前講座、出版物etc、企業とのタイアップの活用。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
769	行政府	水田邦栄	長崎	長崎	女性特有のがん検診H21年度は100%、H22年度は健診費1/2の補助率と1/2の一般財源。H23年度はどうなるのか、せめて5年間は継続事業として実施して欲しい	予算の確保。		
770	行政府	森慎二	長崎	長崎	検診の受診率が低い。国民の関心が低い。特に男性の関心が低い、また若い世代の関心が低い。	女性特有がんばかりでなく、検診への国の助成範囲を広げてほしい。県や市町で大きく差がある。	検診の単価が全国で3倍ぐらいの開きがある。統一単価を設定し進める必要がある。市町での単価交渉に相当の時間を要している。	
771	行政府			新潟	がん検診の受診率の計算方法について、対象数・受診数が本当にそれでよいのか再検討する必要がある。そうでないと、受診率だけが議論の中心になってしまい、有効な施策に結びつかないのではないか。			個人の間ドックなど、職員検診で受けたがん検診なども把握できる仕組み作りが必要である。・高齢社会をふまえ、(高齢者ががん検診を受けなくてもよいということではない)受診することによるリスクなどのこともあり、対象数から、例えば90歳以上は除くなども考慮してもよいのではないか。
772	行政府			新潟	今回の女性特有のがん検診の無料クーポンは、結果的には効果があったと思われるが、非常に唐突で現場の事務負担は非常に大きかった。今回は緊急経済対策ということであったが、経済対策としてふさわしいか疑問である。	むしろ、予算をきちんと増やし、2歳刻みでなく、毎年実施がよいのではないか。そのうえで、受診の動機付けとして適切な年齢にクーポンなどを配布するの一案である。		国の施策をコロコロ変更することはやめてもらいたい。方針は地方の予算組立てが始まる前に通知を。地方の現場は変更に対応することでエネルギーを使い果たしてしまい、より良い事業を計画する余裕がなくなる。
773	行政府			島根	がん検診費用をより安くという住民の声をよく聞く。市町村からの補助があるが、今年度の女性特有のがん検診推進事業での無料化など継続して欲しい。			
774	行政府			島根	検診の周知徹底、啓蒙活動が不十分。	啓蒙活動に関わる予算。		
775	行政府			島根	がんを早期発見するには検診が必要だと思う。医師が不足している現在どう対応するか。	検診車の導入に対して補助(1/10)。		
776	行政府			広島	行政には、住民からがん検診の内容充実を求める声が多い。	健康増進法に基づくがん検診は、スクリーニングを目的としている内容が多いが、住民のニーズ・がん患者の増加という点から、胃がん検診・大腸がん検診での内視鏡の導入・前立腺がんPSA等腫瘍マーカーの導入等、充実した内容にしたい。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
777	行政府			広島	がん検診で要精密検査となっている人が受診した場合、結果を返信してもらえない(検診での精密検査が必要な方が受診できているかどうか把握できにくい)。	無料で結果を返していただくようにしている。要精密検査者が負担なく、いくらかの料金を立て替える方法があれば…。		市町からの紹介状に対して回答をしなければいけないように制度を整える。
778	行政府			広島	女性特有のがん検診推進事業について。今年度は10/10補助率であったが、来年度予算案では1/2補助率となっており財源確保に苦慮している。	5年間継続して実施するのであれば、地方負担を求めないでほしい。		補助率が下がるのであれば、無料クーポン券の交付の有無、検診手帳の内容等、地方の裁量も認めてほしい。
779	行政府			広島	がん検診の受診率の低さ(しかし、職場で受診している人の受診状況把握ができていないので実際はもっと上がるのでは)。→把握できる方法があれば。	受診しやすくするため、自己負担を軽減すること(住民検診でも職場においても)。無料クーポン券のように国から補助が必要。しかし、補助率が少くは、実施していく上で難しくなる。受診できる医療機関を増やす。市・町が契約では難しい。国・県が契約するなど広域にしていけるように。		
780	行政府			広島	検診受診率の向上。			住民の意識改革が必要(国レベルでの周知啓発を)。
781	行政府			福岡	がんクーポンについて対象者が5歳毎、国の方針では2年に1回となっており、対象年齢が異なり困惑してしまう。システム対応の問題や、今後の補助金の問題-1/2になることによる予算計上の問題もある。			市町村の状況を確認しながら、国は体制(事業)を進めていく。
782	行政府			福岡	がんの早期発見(乳がん検診を30歳から始める。罹患者は30代から急増している、40歳では遅すぎる)(死亡率のみ減らすことが目的ではない)。			子宮がんと乳がんをセットで検診をする、体制を整える。
783	行政府			長崎	「がん対策のために」ということで地方交付税が倍増されているが、一旦自治体に入ってしまうと、そこその考え方があり、実際にはがん対策のために使われていない(あえて交付税にされているのかもしれませんが)。	是非、補助金か何か、本当にがん対策のために予算が使われる形にしてほしい。		
784	行政府			長崎	検診の必要な世代(働く世代)の受診環境が不十分と思う。保険者や職場でという話もあるが、予算の問題と検診体制が課題と思われる。			
785	行政府			長崎	がん検診について、個別通知等行い、周知をおこなっているが、受診率が上がらない。			中小企業など、職場で検診を受ける体制が整っていないところが多いようである(事業者の費用負担・職員の検診受診にかかるための時間など)。検診を受けやすくする体制づくりも重要であると思う。
786	行政府			長崎	最終的には個人の問題。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
787	医療提供者		青森	青森	がんを発見できず、治療ができない(金銭面で！)。			特定疾患のように、がんも公費負担があれば患者の経済的負担は軽減される。
788	医療提供者		新潟	新潟		総務省は、がん検診受診率向上のため昨年交付税を倍増したと発表した。その時期が遅かったこともあり、市町村の予算措置はほとんど前年同額である。		受益者にメリットが感じられるようなシステム化が必要である。①受診者負担金の軽減(無料クーポンの拡大)。②医療保険料の減額(毎年検診を受けるなど、健康に留意している人の保険料を減額する)。
789	医療提供者	佐々木繁	新潟	新潟	女性に特有のがん検診推進事業の継続(20歳代の子宮がんが増加している)。			
790	医療提供者		新潟	新潟	検診医が少ない。修練と時間がかかりすぎる。	レントゲン内視鏡医の育成。スピーディなカリキュラムの作成。	・病院での診療報酬の大幅なup。特に内視鏡、レントゲン検査、CT検査のup。	臨床研修制度の廃止と、各大学および病院の自主性にまかせる。
791	医療提供者		島根	島根	胃がん検診は、今後ABC検診(PG,HP)でハイリスクグループを絞り、楽な経鼻内視鏡で行う方向になると思う。その理由はバリウムの読影医が少なく、内視鏡医が増えているから。			今の経鼻内視鏡は一部を除いて我流が横行している。全国に拠点となる経鼻内視鏡研修センターが必要！年間1000例以上の経鼻内視鏡を行っている施設がよい。
792	医療提供者		島根	島根	早期発見と言われるが受診率が低い。受診率を高めよう。すべて集団健診にはしない。ただし年1回受診する。			ある程度法で拘束してはどうか。
793	医療提供者		島根	島根	田舎の診療所で勤務している医師。患者の多くは70～90歳で若い人はタバコを多く吸って、いつでも無症状だからと来院しない。高齢者は症状が出にくく、がんが発見されたら、どうしてもっと早く見つからないのかと家族も納得されないこともある。ふだんは一人暮らしの高齢者は日常でのちょっとした異常にも気付きにくく、発見が遅れる。高齢者については、BMI<<18の場合にがんが見つかることが多いにも思う。メタボリック+BMI<18にも注意を施す。メタボリック症候群よりも島根の田舎では低体重のほうが問題。徐々に体重が減少した場合には症状が出にくい。低体重症候群についてアピールしても良いのでは。がんに限らず、地域で亡くられる方があった場合に、地域の皆でそのことについて、ディスカッションできる場があれば良いと思う(昔の田舎ではそんな場があった)。個人名や情報を保護することから弊害がある。			
794	医療提供者		島根	島根				がん検診に対する費用の負担0。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
795	医療提供者	宮脇哲丸	島根	島根	受診率50%という高いハードルに対して、検診のかかりやすさを工夫する必要がある。これまでの方法では50%は不可能。			「もしがんだったら…医療費が心配」という人に対する救済措置として、検診を受けてがんになったときの治療費は、自己負担が0にすることを宣言する。財源は、他の異常なしの人から徴収したり検診料でまかなえると思われる。
796	医療提供者		島根	島根	がん検診を受け入れやすい啓発が必要。			
797	医療提供者		島根	島根	検診率の低さ、検診の受けにくさ。	検診への公費負担を増やす。		かかりつけ医(一定の基準を設け上で研修や専門医の取得など)でも受けられるようにする。がん治療は進行がんになると化学療法など多大な費用がかかるので、主要がんの検診率が一定基準以下であれば、組合健保、協会健保では拠出金負担を増やす。国保では、過去1年の検診受診の有無で保険料の増減というインセンティブをつける。
798	医療提供者	今村	広島	広島	胃がん・大腸がんの進行例が70才以上で高い。早期に発見して治そうという意識が高齢者には低い。	・高齢者が検診を受けやすい環境作り、キャンペーンなどを行い、受診の動機付けを行う。		
799	医療提供者	荒川信介	広島	広島	がん検診受診者が少ない。	検診希望者の利便性を考え、夜間や休日に開所している施設を設置する者に補助をする。	検診を診療報酬の対象として、検診者の負担を軽減する。	たばこ税を引き上げ、喫煙者の減少を図るとともに、目的税化してがん対策に使う。
800	医療提供者		広島	広島	早期発見できるシステム(検診制度)の構築。がん検診について教科書への記載を。			
801	医療提供者		広島	広島	今年度、女性特有のがんの無料クーポン券制度が行われたが、どの程度の受診者増加が見込まれるのか分からず、現場の準備が整わないうちに開始され、この制度が何年続くのか分からない状態では、現場スタッフの勤務調整、人員整備ができず、超過勤務となる。その中で、イベント検診が普及しても勤務のしわ寄せがきている。	イベント検診の撮影については、ボランティアでの撮影は責任の面からも技師側が受け入れにくいいため予算化をしてほしい。		制度化について、ある程度目標値などがあるなら現場への目途が立つように余裕を持って情報を発信していただきたい。
802	医療提供者	今田直幸	広島	広島	検診施設間の競争により、より安く多くの検査数を行わなければ採算性、収益性が上がらない状況になっている。精度を保たれていない施設もあるのでは。	精度を保てる検査数(特に胃バリウム検診、マンモ検診)で採算がとれるように設定してほしい。		精度を考慮し、一人の技師、医療者で行う適正な検査数を設定してほしい。検診施設は精度に関する情報を公開しなければならぬこととする。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
803	医療提供者	稲田浩子	福岡	福岡	検診率が低い。小児がんの既往者などのハイリスクの人の検診はもっと低年齢で始めるべき。30代でも二次がんになる。	検診についての広報。一般人へのがんに対する教育を行う。		がん検診を受けるような郵便を、行政のほうで年1回程度は市民に送る(福岡県はできないと思う)。
804	医療提供者		福岡	福岡	がん検診の義務化(無料で実施)。			
805	医療提供者		福岡	福岡	がん検診の無料クーポン券は良いと思う。現在は女性特有のがんだが、男性特有のがん、前立腺がんやその他のがんのクーポン券制度があれば良いと思う。			
806	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	人間ドックや検診率が低い。自分の体は自分でメンテナンスすることの意識が低い。		がん予防を行うことについても、報酬upを。	・年1回、誕生日は人間ドックを無料で行うことを法律化する。 ・運転免許証のように、「私の健康保証書」を作り、更新するようなシステム作りをする。
807	医療提供者		長崎	長崎	肺がんは、進行した状態でみつかることが多く、根治手術できないことが多い。	CT検診の無料化。PET-CTの検診を保険適応にする。		タバコを1箱1000円にする。
808	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	就労者が休みを取りづらく、検診を受けにくい。	検診カーの増量。		中小企業も検診車等による検診の必須化。
809	医療提供者		長崎	長崎	がん検診を受けていない人が多すぎる(職場内で)。義務化にしては？(職員検診の様に)。			がん検診啓発のための制度化を。
810	医療提供者		長崎	長崎	がん検診受診率が低い。精度管理の問題。	受診促進のための普及啓発。	診療報酬アップ。	検診施設の精査管理の法制化など。
811	医療提供者		長崎	長崎	検診の大切さはわかっているが、仕事を休んだり日程が合わなかったりすると行きにくい。	検診券(期限内であれば、自由に使える無料券のようなもの)を個別に送付する。無料化する。		年齢や性別に応じて自身が希望する検診を選び、自由に受診できるような対応をしてほしい。キャンペーン的な検診にはやや抵抗がある。休暇がそれ用に企業が設けられると行きやすい。
812	医療提供者		長崎	長崎	健診の重要性はわかるが、休みの日になかなか行かない。平日に仕事休んでまで行けない。	検診の無料化。		職場の健康診断の項目に入れる。
813	医療提供者			島根		がんの早期発見の重要性、健診受診率アップ。		
814	医療提供者			広島	がん検診を受けたくても、地域のどこで手続き、受診すればよいかわからない人が多いのでは…。	がん検診が気軽に受けられるようにアピールする(TVのコマーシャルなどを使う)。(誕生日には検診しましょうとアピールする。)		検診には補助金を出してもらえようにする。高い料金では検診には行かないと思う。
815	医療提供者			広島	1.がん検診(早期発見)の広報不十分(必要性)2.無料クーポン券配布範囲が狭い。広報不足。		がん拠点病院とその他病院の診療報酬に差(がん拠点病院に厚く)をつける。	無料クーポン券の範囲を広げる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
816	医療提供者			広島	受診率↑、精度管理。	・国の地方交付税：受診率50%への対応：都道府県、政令都市、行政の理解。・検診GL整備と評価（専門職と現場の医師の取り組み強化）。	精検結果の報告に対する評価を。	保険者に一元化（実施主体とし、目標設定）→「疾病予防共済制度」創設、疾病予防（検診・予防接種・健康教育・保健指導等の一体化、一元化）。
817	医療関連産業		青森	青森	検診率の低さ。			より若年からの検診への参加を促す制度。
818	医療関連産業		島根	島根	がん検診対策への予算が不足している。一般財源化によって十分な予算が無い中で、受診率50%達成は目標と実態に矛盾が生じている。	特定財源化。		
819	医療関連産業			青森	都道府県および各市区郡の財政事情により、市民の負担に多少が出る。検診を行う側のレベルetcに差があり、がんの見落としetcが懸念される。			
820	メディア		東京	福岡	女性特有のがん検診について、20、25等でのクーポン配布についてご存知の方が少ないという気がしている。該当年齢の女性が定期的に足を運ぶような婦人科・大学など、積極的な広報が必要だと思う。			
821	メディア	神野友美	長崎	長崎	・若者の意識が低い。 ・「検診に行く」ことがハードルになっている。	・無料検診の機会を設ける。 ・10代での意識を高める。		子宮頸がんのワクチン無料化・制度化など。
822	その他		島根	島根	・市町村の財政状況が悪く、がん検診に各市町村が積極的に踏み出せない。・国がイニシアチブをとって、がん検診の充実を図るべく、積極的に指針を示すべき（現状の指針では不十分）。	がん検診に特化した予算の計上をお願いしたい。用途を特化すれば、各市町村はがん検診を充実させる方向に傾く。		国民に対して、がん対策に力を注いでいるという姿勢を伝えるためにも、積極的に法律等の定めを制定すべき（更なる制度が必要）。
823	その他	玄川和明	島根	島根	一般、医療機関とも、がん検診の重要性の認知度不足。	国が地方自治体に丸投げしている現状を改善してほしい。		地方交付税化したこと自体を見直して頂きたい。国策化した検診こそ成功するのでは。これが国益になると思う。
824	その他		島根	島根	検診の呼びかけはあるが、検診を受けやすい体制（例えば土、日に行う、託児があるとか）が不足している。検診を受けにくい状況が現実。	検診受診費用負担を軽くする。託児スタッフを準備する。		検診を受けやすい制度を作る。
825	その他		広島	広島	“がん”は2人に1人がかかる病気であるということをもっと認識してほしい。そして自分のこととしてとらえ、早期発見の重要さの認識が必要。			働いている人がもっと容易に受診できるように企業に受診のための公休を設ける。又は、受診機関の受診時間の拡大を希望する。
826	その他	反田愛子	広島	広島	早期発見が直接的に死亡率をぐんと下げることが知られているのだから、検診に行きやすい、行こうと思うように予算を多く投じれば良いと思う。			2年や1年に1度、がんに関する検診の強制、無料化にする。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
827	その他		福岡	福岡	子宮がん検診・乳がん検診等の受診率が低く、クーポン券の利用もなされていない。	中・高・大学でのがんについての教育(がんとは・予防について・検診についてなど)を必須としてはどうか。特に子宮がんはHPV感染が原因とされるので、検診の必要性、ワクチンの必要性も含めて若い女性に知っておいてほしいと思う。乳がんの自己検診の方法なども広く若い頃から知っておく必要がある。	クーポン券が今年度発行されているが、対象者に周知されていない(健診現場で対象年齢の方に伺っても、「そんなの来てたかな?」などの声が聞かれる)。今後も毎年続けてほしいし、行政ももっと周知させる努力が必要だと思う。マスコミなども利用し、国をあげて…。	
828	その他		福岡	福岡	がん検診に実際に携わる保健師が多忙で、検診について十分知識がない。特に一般財源化されたり、特定保健指導が始まったり、市町村合併ですますマンパワーがなくなっている。	普及啓発団体の協力を得る。		・保健師教育で、検診の重要性をもっともって教育する(看護大学等の養成機関)。・企業での定期健診の際、特定検診が入ったように、がん検診も必須として受診率が低いところはペナルティを課す。勤務時間中に受診できるようにする。また、がん検診休暇など、特別休暇を与える。・市町村単位でがん検診担当保健師を決めて、研修を年数回必須にし、検診受診率、精検受診のupを目指す。
829	その他			島根	がんの早期発見(がん検診)。受診率の低いことが問題である。	ドッグや検診の金額を無料にする。		検診は、有給としないで、公的に休んで受診できる制度があればよい。気がねして、休むことができないため、手遅れになるケースも多い。特に青年期から壮年期。
830			東京	青森	がん検診を受けるべき人が検診を受けていない。国民に検診の費用対効果が正しく伝わっていない。	検診の重要性は小学校高学年～高校生まで、継続して教える必要がある。保健師が教えるべきなので文科省予算を要求する。	ドクターが地域住民に検診の重要性を伝える取り組みをした場合、1時間当たり1000円程度の報酬をつける。	1歳児検診など子供の検診に合わせて親の検診もやる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
831		高橋浩一	広島	広島	今年度おこなわれた婦人科がん(子宮がん、乳がん)の検診無料クーポンの利用が悪いようです。1にも2にも広報が足りません。がんについての広報、がん検診の必要性についての広報、がん無料クーポンの広報。広報予算を増やして、もっと広報をおこなうべきです。さらに、クーポンの年度が終わっても、残予算があれば翌年度も継続して実施すべきと考えます(予算がなくなるまで)。できれば、こうした無料検診キャンペーンは、最低5年くらいは連続して実施すべきだと思います。そうすれば知名度、認知度も上がります。1年の単発事業では、知らないまま終わる人もたくさんです。提言:1:広報費用・予算を増やす。2:無料検診クーポンは予算が残っていれば次年度も継続実施する。3:できれば5年間はがん無料検診キャンペーンを継続実施する。			
832			山口	広島	自己負担が増える。アピールが少ない。もっとアピールするように。			
833			長崎	長崎	がん検診受診率が低い。	検診費用を全国一律で、がん検診費用を全額補助できないか。		健康診断時に、一緒に検診が実施できるようできないか。
834			長崎	長崎	職域での検診を受けられない方々の対応。	予算に対して、がん治療にかかる診療費などの比較を、誰にでもわかりやすいようにする。		検診率の向上に向けて、さらなる周知・広報等を行う。
835			長崎	長崎	専門とする医療施設が大村は少ない。長医センタ受診は紹介制度であるため、気軽に受診出来ず、症状があっても検査しない人が多い。	施設、専門病院の標榜が必要。		
836				青森	職場検診のメニューが限定されている。また、脳ドックなど、人間ドックも希望しても選考もれで受けられない。	一定年齢になったら、全員が必要な人間ドックなど専門検診を受けられるようにしてほしい。その為の予算を確保してほしい。		
837				青森	検診率の低いこと。	市町村の予算補助増額。		市町村職員のセミナー・研修会・実績数報告会等の実施。
838				青森	がん検診の受診率が20%くらいでは、早期発見(治療)は難しいと思われる(がん検診が老健法から外れ一般財源化されたため、市町村によっては橋や建物を造ることもある)。	「がん検診」という目的のために、きちんと予算をはりつけるべきだと思う。	何らかの症状で来院した患者さんに検診を勧めて、がん検診を受診させた医師には、それなりのマージン(利益)が与えられてもよいのではないかと考える。	秋田県では、子宮がん検診は毎年受診となっているようである。欧米に倣ったがん検診指針の定め方には疑問が残る(がん検診受診率70%以上の国のやり方をまねるだけではだめだと思う)。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
839				青森				病気の啓発を目的とした、市民を対象にした学術講演会の実施。
840				青森	青森県の場合、もう少し徹底してがん検診受診率向上に力を入れるべきではないか。	中小企業への受診料の補助など。		
841				青森	検診受診率が把握できていない。基本法では受診率アップを目標としながら義務ではない。	市町村の義務とするとともに、必要な予算は交付「税」ではなく、銘柄の分かる補助または交付「金」とする。		予算措置と合わせた義務化。
842				青森	がん早期発見→がん検診の負担の高額な状況。	申請による国・自治体の補助、がん検診の推進予算化。	がん検診、がんどックへの診療報酬への組み入れ。	医療制度内での「がん検診」の制度化を行う。
843				新潟	がん検診受診率の低下。	・クーポン券的な毎年の補助。 ・市町村自治体から国が直接関与する。		地方自治体および職域検診のデータをリンクして、未受診者の把握と受診勧奨をする。
844				新潟	検診に自己負担が伴うことがあり、そのため検診率が向上しない場合がある。		検診の自己負担を減らす。	
845				島根	自分自身もそうだったが病(がん)に対して無関心だった。もっと県民、国民が意識を高めてほしいと思う。人事ではないということを知ってほしい。			
846				広島	女性特有のがん検診のクーポン券の使い勝手が、職域でがん検診を推進する際によくない。			・企業または健保組合がクーポン券回収して戻し入れできる仕組みとすべき。・検診データを企業または健保組合の方針に基づき提供できるようにすべき。
847				広島	検診啓発活動(街頭活動)における、規制道路使用許可申請料など(2000円~2500円1ヶ所に付)。	がん啓発活動をサポートする仕事もしてほしい(資料の提供、会場の確保などの支援)。		がん検診啓発活動では、自治体の協力で、県市町村から道路使用許可申請をしていただきたい。(自治体からの申請は)申請料が無料。警察署にも協力を求めていただきたい。
848				広島	検診内容の統一化がなされていない(従事者、読影医師、撮影等機材など)。			医療従事者の認定。どこでも同じ検診、医療など受けられる体制を作成してほしい。
849				広島	「がん」を自分の問題として考えられないところに根本的な問題がある。	がんであろうとなかろうと、40歳を過ぎる年齢でがん手帳をもらえるようにしたらどうか。がん検診を定期的に受ければ医療費の軽減をし、がんになれば自分でがんに向う資料に使いたいと思う。	医療機関で行う検診の結果を、行政が中心となる機関に集める制度が必要ではないか。協力した医療機関への診療報酬付与が望まれる。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
850				福岡	なかなか検診を呼び掛けても検診率が上がらない。	がんにかかることは止められないので、検診による早期発見早期治療でかかる医療費を抑える。そのためには検診のための予算や啓発のための予算をとる。患者ボランティアも自分達で経費を出したりして検診啓発の講演をしているが、思うようにいかない。		
851				福岡	各市町村で、がん検診等の予算確保が困難である。	各市町村の予算措置額が分かるようにする。		
852				福岡	20～40代の若い世代のがん検診率が低い。また、この世代の患者さんや治療の情報が少ない。	制度面改善に対する予算化。		検診対象者の年齢設定の再検討、もしくは年齢問わずハイリスク者への検診実施。メディアとの連携。
853				福岡	検診率が低い。	検診者への助成。検診者が増えるよう、検診者(市民)へのインセンティブを考える。	増。	検診者、早期発見者への医療費助成、保険料軽減等、優遇措置をつくる。
854				長崎	がん検診の受診は本人の意思にゆだねられているが、受診率を高める施策により、がんの早期発見が可能と思われる。			がん検診の検診内容の見直し。質の高い検診項目とあれば、受診率・発見率も上がると思う。
855				長崎	早期発見、早期治療が結果として、がんでの死亡率低下につながる。がん検診を受診しようという国民の意識の向上、及び検診の充実が問題点。	メディアや新聞広告でのがん検診の周知へ多くの予算を投じる。	特に罹患率の高い年齢でのがん検診受診の無料化。	検診対策者へのはがきでの通知の徹底(はがきが無料での受診票になる)。
856				長崎				県によって人間ドックが半額で済む所がある。早期発見するには、県・市等が健康診断(人間ドック)等で負担していただき、健康診断を受けると早期発見につながる。
857				長崎				子宮がん・乳がんの検診は、毎年行ってほしい。
858				長崎	受診率が低い。上がらない。	受診率向上のための予算確保。地元出身の芸能人によるCM。福山雅治さんのCM。	個人負担が高いと受診しない。本人の負担は少なく、医療現場には十分な手立てを。検診単価が低いと、医療機関としてのメリットが少ない。	前立腺がん検診実施市町村が増えている。国も早く実施する方向を出し、推進してほしい。
859				長崎	がん検診の受診率が低い。			特定検診等も受診率が低い。働き盛りの人が受診しやすい環境作りが必要だと思う。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
860				長崎	検診の啓発・普及活動が、がん医療をみんなで考えることにつながっていくと思う。			

11.がん研究

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
861	患者関係者・市民		青森	青森	がんを治せるように研究してほしい。	がん研究のために多くの予算をまわしてほしい。世界的にも先進的医療技術をもってほしい。		
862	患者関係者・市民		青森	青森	がんの種類別では早期発見しても死に至るものがあると聞いているので、がんの研究に力をいれるべきである。			
863	患者関係者・市民		青森	青森	新しい抗がん剤・治療法を速く患者が受けられるようにがんの研究・治験を積極的に進めてほしい。			
864	患者関係者・市民		青森	青森	がんワクチンが脚光をあびているが、患者にとっては一筋の光である。	予算措置をして1日も早く標準治療にしてほしいと願っている。バブルの頃、くだらない建物を建てず、がん治療・研究等にお金を回していたらと思わずにいられない。		
865	患者関係者・市民		青森	青森	新薬の認可に時間がかかりすぎる。			海外に既に認可されている薬の審査は簡略化するなど、制度を改善する。
866	患者関係者・市民		島根	島根	がんそのものの研究(基礎研究)にもっと重点的に予算を投入すべきでは(ヒトゲノムの開拓・究明のように)。	がん研の充実。アメリカのNCIのような大規模な組織作り。		
867	患者関係者・市民		島根	島根	がんの治療において、まだまだ副作用がひどくそれに苦しむことが多い。副作用の少ない治療ができれば..。			
868	患者関係者・市民		広島	広島				
869	患者関係者・市民		福岡	福岡	それぞれ価値観は違うが、だから国会をしている暇があれば、「急いで時間の無い人のためにしなければならぬ」とことはあるはずだ。自分や家族がなったらどうするんだろう！	もっとがんの研究費、新薬の開発に予算を組んでほしい。アメリカと比べれば遅れすぎ！(漢方薬が保険外になるというので、この前署名をした)。弱い者からお金を取らない！		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
870	患者関係者・市民		福岡	福岡	例:私はがん経験者で歯科医師(矯正)+大学院生である。研究テーマは“化学療法が歯牙に与える影響”。小児がん(3歳までに移植)をした患者を被験者としている。その頃の子供の口腔内では後継永久歯が作られている。化学療法での薬が影響しているようで、歯がなくなったり歯の根が細い、短いということが最近になってわかってきた。ちょうど彼らが中・高生になって分かるようになったことである。小児慢性特定疾患の費用の適用外となっている。私はその子たちを分析し、これから治療に入る子供もいる。歯が足りない子がとても多いのだ。他の歯も決して丈夫ではないので部分入れ歯はできない。インプラント埋入+矯正治療である。すべて自費なので300~500万円の負担。年齢的に大学進学もあり保護者の方の審美ではなく咀嚼・嚥下・発音等の口腔機能に影響している。治療がもたらしてしまったものを治してこそ本当の治療だと思う。			
871	患者関係者・市民	十河紀子	福岡	福岡	薬や治療など、海外では認可されているのに、日本では未認可なものが多い。			進んでいくがんに早急に投薬できるような法整備を。
872	患者関係者・市民	皆川泰男	福岡	福岡		予算面において、米国と比較できるレベルではない。せめて中止したダム1個分の予算をつけてほしい。		
873	患者関係者・市民		長崎	長崎	長崎県が毎年がん死亡率ワースト10以内というのは理由があるはず。きちんとこれだという理由ではないかもしれないが、可能性のある理由は県民に伝えるべきだ。もっとがんについて正しい知識を知らしめるのが、元気の出るがん対策になるのではないか？			小さいころから、がんについての正しい知識は必要だと思う。病気のことはタブーではないので、小・中学校から認識を持ってもらうようにしたいと思う。すると、色々な面で理解がはかれることにつながっていくのではないかと思う。
874	患者関係者・市民			島根	世界から見ても遅れている。名医と名のつく人、これから育つゆく人が研究にあたり助成金が↓あるいは、無し。外国に名医が流れる(何故ならば、補助金で勉強できるから)。日本はへたくそである。海外へ医者が出る(日本の医者不足を知りながら)。		根底的に医師法の見直し必要。	
875	行政府		島根	島根	研究者や研究への予算を削ったりするのはやめた方がよいのでは。	減らさない。	減らさない。	研究の基本的な部分を支えていると思うので、研究者のやる気を削ぐのは、がん対策上も有効ではないと思う。
876	行政府			福岡	データ入力システムが難しい(使いにくい)。			システムの改善する。
877	医療提供者	齊藤聡	青森	青森	がん研究が不十分。	予算増額。		臨床試験の推進。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
878	医療提供者		広島	広島	“12”についても言えることだが、難治性のがん(例えば肺がん、胆道系のがんなど)についての研究や対策が進んでいないように思う。	予後が悪いがんの場合、種類によっては予算が非常に少ないものもある。予算を増額して研究を進めることができるようにしてほしい。		
879	医療提供者		広島	広島	治療も必要だが、傾向・予防などに重点。IPS細胞等の研究所の設立、知の結集、10億程度の機材なら研究者にすぐ提供できるように。例:山中教授が講演しないと予算がつかないのは間違い。何十億でも出せばよい。	・事業仕分けも良いが、No.1を目指せるように(国民の目に見える結果なんて、学問が示せるものではない)。		
880	医療関連産業		青森	青森	都道府県がん拠点病院からの留学。			医育機関として、大学だけではなく、がん医療については都道府県がん拠点病院が主導する。
881			島根	島根	C型肝炎。一次感染者には治療に政府から援助があるが、二次感染者には何の保証もない。たった一回の痛み止めの注射をしたばかりなのに、それから14-5年後に肝炎と診断され、365日休みなしの注射や点滴などでドラム缶に何本位入ったかと思う。			インターフェロンは不可、強ミノ3Aを週3回と、年にCT2回、エコー5回、胃カメラ4回と、費用も年間20数万円になり家計を圧迫している。対策は?
882			長崎	長崎	がん治療の研究はまだまだ道半ばだと考えている。	研究費をもっと増やせるよう、もっと予算化する。		
883				青森	がんの原因についての対策が普及されていないので、保健や食品からいろいろアプローチ。	厚生労働省の健康プラン21(国民衛生の動向を読んだが)をもっと普及できるようにポスター作り。	治療が多様化してお金がかかるので、早期発見の検査が安くできるように。	がんに対応する禁煙(喫煙所の整備)政策、肉の摂取によるがんの対応で魚摂取を勧める。体温を上げて免疫を上げる→温泉に入ったり体を温める。βカロテンの摂取量の推進。食生活改善委員の普及。
884				青森	どの程度、研究が進んでいるのか分からない。			
885				青森	画一的な診断・治療が少ない。医療機関によって多少違いがある。			
886				新潟	がんに関する研究は十分ではない。	研究予算の増額。		
887				島根	終末期の痛みの緩和をもっと研究してほしい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
888				長崎	早期治療で高い5年生存率や治療が望めるがんも出てきているが、まだ治療成績の悪いがんが多く存在する。	若手研究者への研究助成。		若手研修者への奨学金制度(無利子)。治験や最先端研究の推進。

12.疾病別(がんの種類別)の対策

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
889	患者関係者・市民	工藤嘉範	秋田	青森	秋田県においては、大腸がんの死亡率が非常に高く、今後国内においても増加すると言われているが、このような特定のがんの研究対策が進んでいない。	かつて、秋田県では脳関係の疾病が多く、対策として脳研を作ったが、このような特定の医療機関を整備すべきである。		
890	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	C型肝炎からできたがんだが、直接注射など使用された方々には政府も助成されるが、私みたいな2次感染者は治療費の一部だけでも出してもらえないのか。			
891	患者関係者・市民		島根	島根	オーファン・ドラッグのように、オーファン・キーマンサーにも研究と対策を(がんPtの少ないがん種にも光を)。			
892	患者関係者・市民	島田明人	島根	島根	当県ではがん登録はr/pで公表されている。	対策を実現するテーブル設置。県外のがんセンターの利用は？		
893	患者関係者・市民		広島	広島	いろいろなお医者様に話を聞いたが、“腹膜播種＝治らない”という考えの方が多く、頭から話を聞いてもらえない。腹膜播種において治療成績が上がっている治療もあるのに、あまり認められていない。			
894	患者関係者・市民	井上等	広島	広島	患者数の少ないがん(血液のがんなど)は隅にやられる(五大がん以外)。			そういった少数がんは地方に任せるのではなく全国レベルで考えて欲しい。
895	患者関係者・市民		広島	広島				
896	患者関係者・市民		広島	広島	進行がんについては病院に受け入れてもらえないことが多い。			進行がんについても対策がうてる知識を持った先生が、大きな病院に最低一人はいてほしい。
897	患者関係者・市民		山口	広島	部位別によって対策の進んでいるものと進んでいないものがある。			相互の意見交換が必要だと思う。
898	患者関係者・市民	溝口隆馬	福岡	福岡	人工肛門を増設し補装具のお世話になっているが、自治体によって補助金が異なったり補助商品が違うので、共通になるように検討していただきたい。			国で決めたものに対しては、地方も足並みを揃えていただきたい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
899	患者関係者・市民	延哲也	福岡	福岡		小児がんそのものへの支援はもちろんだが、治療終了後の長期ケアおよび晩期合併症への補助などを望む。例えば、現在の肝炎対策をさらに進めた、小児がん晩期合併症とみられる肝炎への特別な支援があれば…。その他幅広い視野で。また、小児がんへの再注目を望む。		小児期の病気ではあるものの、その発症時期は中学・高校の場合もあるし、その過程で必ず就学・学校生活または将来の進路の問題に直面する。診療に関しての長期フォローアップの充実と、社会体制(学校・企業など)の理解の促進が必要であると考え。
900	患者関係者・市民		福岡	福岡	私は肝臓がんを14年前に発病し、手術、放射線、化学療法のすべてを体験した。最後は6年前「生体肝移植」で一命を取りとめ、現在に至っている。そこで感じたことは、病院、医者選びの情報が足りないということだった。	症状別に対策、改善方法は違ってくる。患者の意見を聞き、優先順位を決めて予算化すべきである。	診療報酬についても上に同じである。	「生体肝移植」についても、一部保険診療が認められるようになって喜んでいる。
901	患者関係者・市民	永石ひさ子	福岡	福岡	小児がん「がんの子どもを守る会」があつて助かっている。	小児がんは治療期間の負担は大きくありがたいが、その後のフォローも、生きている限りお願いできれば助かる。		体験を生かせる場があれば嬉しい。病院でのスタッフ等に採用してくれれば良いと思う。
902	患者関係者・市民		福岡	福岡	リレーフォーライフ=生きる力、がん=死ではない。みんな平等、がん難民に1人1人がならないように。			
903	患者関係者・市民		長崎	長崎	がんという一つの疾病が存在するわけではなく、肝炎と同じように様々な状態を表す悪性新生物の一群があるのだから、それに対応した対策を考える必要がある。			
904	患者関係者・市民		長崎	長崎	2年前にがん(多発性骨髄腫)を発症。約3カ月入院後、現在、原爆病院で通院しながら治療中。化学療法で抗がん剤(ベルケイド、デカドロン)を定期的に点滴。しかし主治医によれば、治療法が確立されていないとのこと。更に完治が確認できないので、抗がん剤を打ちつづけなければならないとのこと。従って早く治療法を確立してほしい。また、完治したか否か確認する方法を確立してほしい。			
905	患者関係者・市民		長崎	長崎	長崎県が毎年がん死亡率ワースト10以内というのは理由があるはず。きちんとこれだという理由ではないかもしれないが、可能性のある理由は県民に伝えるべきだ。もっとがんについて正しい知識を知らしめるのが、元氣の出るがん対策になるのではないかな？			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
906	行政府		島根	島根	がんの種類別に講じるべき対策が不十分であり、啓発も万全でないと思われる。	研究予算、啓発予算を充実すべきである。		・がんの種類別の対策。例えば、肝臓がんの場合、C型肝炎からの移行が多いが、その前段階での治癒が不可欠。C型肝炎→肝硬変→肝臓がんの仕組みを啓発し、十分な対策を講じていくことが必要。
907	医療提供者		広島	広島	5大がんと同様に、希少がん対策のメッセージを強く出してほしい。			
908	医療提供者		広島	広島	5大がん以外のがん医療の充実を…。			
909	医療提供者		広島	広島				
910	医療提供者	稲田浩子	福岡	福岡	小児がん対策は、成人がんと別扱いであり、予算もとられていない。小児がんが治るようになったと言っても、小児期に罹患してからの人生は長く、サポートが必要である。	個人差は大きいですが、障害や治療の内容に応じて、小児がんに関連した晩期合併症に関する予算をとる。	特定疾患に似た制度がほしい。	難病罹患手帳などがあれば安心して生きていけると思う。
911	医療関連産業		青森	青森	呼吸器内科医と乳がん専門医の不足。		専門医に対する報酬アップ。	技術フイーの導入。
912	医療関連産業	内藤麗	東京	青森	20～30代(30～40代かもしれない)女性の死因第一位である子宮頸がんは、予防が確実にできる唯一のがんである。世界では予防することが「当たり前」であり、国や地方自治体の施策により包括的な対策がとられている。このままでは10年後も日本だけ子宮頸がんが残り、世界から「あの国はまだ子宮頸がんがある危険な国らしい」と言われてしまう。	中学生の女性「全員」がワクチン接種、20歳以上の女性「全員」が細胞診(子宮頸がん検診)、この二つの施策を実施するための予算を確保する。70本の推奨施策の「69」を実現する。		①中学生の女性「全員」がワクチン接種②20歳以上の女性「全員」が細胞診(子宮頸がん検診)→この二つを確実に達成できる制度を国として整備する。ワクチン接種しても検診が必要である。ワクチン(現在の)が防げる子宮頸がんは全体の7割程度である。
913	その他		島根	島根	副甲状腺がん患者ですが、非常に珍しいらしく、ほとんど情報がなかった。乳がん等メジャーなものは全国的な患者会があり、ピンクリボン等大きく展開されているが、その他のがんはシンボルなど認知されていない。がん全般の印も知らない。頭頸部、肺、胃、肝、大腸、血液などもっとアピールできないか。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
914		高橋浩一	広島	広島	本年度はウィルス肝炎へのインターフェロン治療に補助が認められました。がん予防のため、と理解しています。子宮頸がんの原因としてウィルスの関与が確定しており、ワクチンが認可されました。しかし、任意接種であり、かなり高額です(といってもインターフェロンより安いですが)。がん予防のために子宮頸がん予防ワクチンを全額国費で実施すべきだと思います。計算してもらおうとわかりますが、1名の患者にインターフェロン治療を完遂するだけの補助金を出すのであれば、かなりの人数にワクチンを接種することができます。これくらいの出費は安いものです。また、国産ワクチンを開発し、ワクチン接種にかかる費用が国外に逃げていかないようにすべきです。外国企業を潤すためにワクチンを接種するのではいけません。これでは国民の同意は得られないかもしれません。ワクチン費用を国費で負担するとしても、それが国内企業に回り、関連産業の雇用や競争力強化に役立つとなれば国民も納得するでしょう。今回の新型インフルエンザのワクチン騒動で、ワクチンは社会防衛であるということを国民は理解したと思います。提言:子宮頸がん予防ワクチンは国費で実施すべき。国産ワクチンを開発すべき(開発費を投入すべき)。			
915				新潟	がんの予防として「たばこ」とともに「子宮頸がん」対策も可能となってきている。	子宮がんHPVワクチンの定期投与。		学校教育の中で「がん予防」教育を徹底する。
916				広島	乳がんや肝炎、エイズ以外は施策が無い。	乳がんや肝炎などは患者会などの声大きい！声が届くように！！		声が届くように！
917				福岡	小児がんが治癒した後、晩期障害でかかる医療費が高く、負担が大きい。いま(不妊症・骨粗鬆症など)治療を行っているが、一回の診療で5000円～8000円と高い(不妊症なので保険がきかない)。	小児がん経験者については、例えば妊娠可能な年齢(結婚して5年など)の保障をもっとしてほしい。代理母などの考慮もしてほしい(ズレているかもしれないが…)		

13.その他の個別テーマ

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
918	患者関係者・市民	柳葉孝子	島根	島根	リンパ浮腫の人のリンパドレナージマッサージの保険の適用。リンパドレナージマッサージの従事者の育成。専門医を置いてほしい。		マッサージの保険の適用。	
919	患者関係者・市民		島根	島根	先進医療をもっとお金がかからないようにしてほしい。			
920	患者関係者・市民		島根	島根	浜田に住んでいるが、今嫁は広島で治療しており、浜田でも同等の治療ができるなら浜田で治療したい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
921	患者関係者・市民		島根	島根	治療費が高い。がんになったことで仕事をクビになった。生活が苦しい(症例の少ないがんで一年以上治療を続けている。1月、10万近く医療費がいる。高額療養を使っているが仕事の出来ない間が大変)。			
922	患者関係者・市民		島根	島根				相談等の窓口、在宅等、メディアで紹介する。
923	患者関係者・市民	小林涼一郎	広島	広島	がん予防・対策をプレイヤーと位置付けたとき、うまくプレイしている人を真似することが大事。医療提供者と行政から具体的数値の公表がない(5年生存者から生活習慣のアンケートをとって公表してほしい)。	新しい器具とかいらぬ。だつて治せていないのだから。なので新しい医療器具購入のフォローを減らす(やっているなら)。	特に意見なし。	がん登録することでのメリットを強く出す。がんになった後、5年10年15年生きている場合、国民の義務としてアンケートに答えるようにして、集計した統計を大きく公表する。
924	患者関係者・市民		福岡	福岡	がんは転移などで受診する科がいくつも増えるのに、(九州ガンセンター)科ごとの連携がうまくできていないため不安がある(まるで違うクリニックに通っているようだ)。がん難民になる気持が分かる。また、「九州がんセンターに通院している」と他の人になかなか言いにくい。まだまだ「がん」という病気について普通の人は引いてしまうので!(ここに書くことではないかもしれない、すみません)。			がんを一つの病気として捉える。治療や早期発見のために(転移しやすい)別の臓器の検診を勧めるなどの情報提供など、科が分かっていると難しいと思う。腫瘍センターなどのある病院を増やしてほしい。また、(九州がんセンター)病院名を変えてほしい。
925	患者関係者・市民		福岡	福岡		大人のがんばかりが問題になっているが、これから国に大切な小児に対してのがんの予算をよく考えてほしい。	厚労省が認定している疾病に対しての診療の面では特定として扱われているが、18歳以上での発病で認定されていないがん治療に対して報酬の減額を望む。	白血病他の小児がんの患児たちの教育の面、仕事への面等に対して、自治体に通達。
926	患者関係者・市民	高橋和子	福岡	福岡	小児がんの対策が無に等しい。			小児がん経験者への就労支援、雇用制度。
927	患者関係者・市民	井本圭祐	福岡	福岡	小児、若年者のがん患者の就労支援の少なさや、障害者手帳等の規定に達しないが、一般生活に支障がある人への支援が少ない。	一般の就労支援・障害者支援とは別に、就労問題に関して予算をつけてほしい。また、就労問題だけでなく、患者会・個人への治療後のサポートが必要だと思う。		
928	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	小児がん経験者の生存率が向上し、多くの人が社会復帰をしているが、身体障害手帳や療育手帳などの交付対象とならない程度ではあるものの、体力の無さや低身長や筋力の低さなど身体的苦労や、臓器や内分泌の機能低下などで悩んでいて、生活や就労に困窮している仲間がたくさんいる。健康者と障害認定者の間にあって苦労をしている人が多くいるのに、対策が不十分である。小児がんに限らず、大人の様々ながんにも共通する問題だと思う。	保障の枠組みを増やすことは、税収減や予算の減などで財源がないことは実情なので難題であろう。がん経験者が働きやすい環境を国全体で支援して、がん経験者が収入を得て税金を納める側になれるようにしてほしい。		国と同時に地方行政が地元企業へ協力を呼びかけ、企業が理解を深め雇用にも協力し、地方行政も税金を納めてもらえるように環境を整備してほしい。地方行政も、国からの施策を待つのではなく、パイロットプロジェクトとして、地方から取り組みを先駆けてほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
929	患者関係者・市民	田中七四郎	福岡	福岡				混合医療①患者にとってできるだけ軽い費用負担②治験のスピードアップ→新薬の保険適用の迅速化。国・県・委員はその他NPO・ボランティアを活用すべき→資金を流すしくみを作れ。
930	患者関係者・市民	永石ひさ子	福岡	福岡	医療関係(Dr.、Ns.)は気軽に相談し難い。もっと身近雑用にかかわるヘルパーの活用を考えるべき(低報酬で済むし身近で親しみやすい)。			
931	患者関係者・市民	延哲也	福岡	福岡	生命保険等への小児がん患者の加入円滑化。			
932	患者関係者・市民	井本圭祐	福岡	福岡	小児がんに対する活動、補助の少なさ。小児特定慢性疾患のその後の補助がない。	小児がん経験者は今どんどん増えていく中で、再発や副作用等によって社会的立場があやぶや(障害者扱いがなく、一般生活を行うなかで支障があったり)であるために、治療の継続が金銭的に負担が大きいため、補助が必要である。		小児特定慢性疾患対象年齢終了後の継続的補助。
933	患者関係者・市民		福岡	福岡	化学療法の発展で生存率が上昇した結果、病気を治すだけの時代から治療がもたらしてしまった障害等を治す時代になってきたと思う。	長期的なクリニカルパスの作成。10年20年単位。“小慢の期間を限定しない。小児の場合、成長に関わるので10年20年とlong spanでの経過観察が必要である。”	晩期障害と“思われる”、EBMを作っているあいだでも困っている患者は多い。EBMのための予算も必要である。	長期的なfollowupの調査を利用し、各分野で何ができるかを考えて行動していくような制度。
934	患者関係者・市民	井本圭祐	福岡	福岡	成人がん(5大がん)等だけでなく、小児がんに対して様々な対策をとってもらうことを希望する。			
935	患者関係者・市民	栗田強	長崎	長崎	インターフェロンについて。C型肝炎対策について、副作用と時間と費用が高い。	今やらなくては間に合わないと思う。命より高いものは、何にも代えがたい。		実費0円が基本で、制度面で生活費の助成が現実的に必要である。生命より大切な物は？今だから出来る。
936	患者関係者・市民			福岡	相談業務が可能な施設の不足。	相談業務も必要な支援と考え、予算の見直しが必要。		法律で守られなければ、継続できないと考えるので、法律のもとで業務を守る必要がある。
937	患者関係者・市民			福岡	患者の体験(改善例)から学ぶ・学べることを、多くの患者・家族・医療者が共有し、治療体系に生かしてゆくことを考えてほしい。	改善に取り組んだ県へ学習に行く。改善事例を公開できるシステムを作る。		
938	患者関係者・市民			長崎	小児がんにも色々あり、治った後、普通に生活はできても体力を使う仕事などができない場合があり、退院した後の苦勞が多々あるのが現状である。見かけが一般の人と変わらず、障害者でもない複雑な場所に立たされているので、何らかの対処をしてほしい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
939	患者関係者・市民			長崎	県と患者間と医師とのネットワーク。			年に数回の医療講演会や話し合いを制定してほしい。
940	行政府		広島	広島	子宮頸がんの検診率の低さ。	子宮頸がんのワクチンの公費助成。		・20歳の成人式で、検診を呼び掛ける。・学校教育の中で「がん教育」をする。
941	行政府			青森	フィルターを通らないたばこの煙、あるいはディーゼルガスが遺伝子を傷つけると言われている。もとを絶つための(吸わない)対策が必要である。	分煙の徹底のための設備への補助は、家庭内までは届かない。たばこ税のために禁止できないのが最大の元凶である。		フィルターを通らないたばこの煙、ディーゼルガスなどの危険性の啓発が必要である。ディーゼルガスは希釈化する技術開発が必要である。
942	行政府			島根	外に向かっの発信、検診の啓蒙活動などを率先して行うことで、更に理解が得られるのではないかと思う(患者や家族の皆さんの活動として)。	ボランティア活動として、実費のみの予算。		
943	行政府			島根				
944	医療提供者		新潟	新潟	外科医の大幅な増員と育成、および生涯にわたってがん診療に係われる社会・経済的支援。	がん診療病院の大幅な増加、地方での集約化は、地域医療の崩壊につながっている。	手術に対する保険点数の適正な評価。今は安すぎである。	医療事故に関する医師の免責制度導入。
945	医療提供者	鈴木淳司	島根	島根	海外で標準的治療で使用されている薬剤が、がんの種類により保険未承認である場合は、厳密には保険外治療となる。			本邦で他のがんで承認されている場合は、保険対象外薬剤でも承認が早く得られる制度の確立。
946	医療提供者		島根	島根	がんに限らず医療の問題として、もっと考えたいのは、死をどう受け入れていくかということ。家族の中で死あるいは生というものをどう考えているかについて、早くから話しあえる場が必要と思う。	中学・高校・大学での教育としてがん、死、生の問題について考える場を与える。	医療の均等化は困難であることが分かり、均等化のみでは医療は改善しないのだと思うので、島根県の中でも地域の状況に合った医療を考えるべき。	高度の医療や早期発見の為に検診を早めに広く施行するために予算をつける為の議論とともに、上記のことが必要と感じている。抗がん剤ができればすべて良くなるということではなく、抗がん剤によりQOL低下を来すことについても、同時に考えていってもらいたい。(抗がん剤を治療中の方もおられるので言いにくいことですが)
947	医療提供者		広島	広島	がん治療の質は向上しているが、それにみあった診療報酬はない。しかし診療報酬を上げると患者の負担がふえる。	そこで、一定以上の治療費を公費で負担できるようにする。	ただし、正しい治療であることの保証も必要。	
948	医療提供者	石口房子	広島	広島	①NPOやボランティア団体が、がんサロンやがん知識などの研修・啓発事業を行っているが、安価または無料で借りられる場所が少ない。	①がんサロンや市民への研修・啓発事業に予算をつける(運営資金、主に会場費について)。		①公的機関の講堂や会議室を開放する(休日等仕事で使わないとき)。また、行政に相談できるような窓口を設けて、公・民一緒になってサロンや研修・啓発事業を進めていく。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
949	医療提供者		広島	広島	お金がないと継続治療が受けられない。高額医療費の支払いが困難になってくる…。がんにかかる費用について知らないことだらけ。			救済できる制度に。
950	医療提供者		広島	広島	国は後発医薬品の使用を促進しているが、がん患者は全身管理が必要な場合が多く、がん治療薬は劇薬をたくさん含んでおり、アレルギーや他疾患により禁忌の後発医薬品もある。このような中では医療提供者側に知識習得、説明義務などが増大する。			後発医薬品の使用促進について、がん医療の均てん化、医療の質の観点から見直しが必要ではないか。
951	医療提供者	石口房子	広島	広島				日本一の施策ではなく世界一のがん対策にしてほしい。
952	医療提供者		広島	広島	訪問看護STと居宅介護支援を運営。居宅支援に関して、常勤者が不在となり閉設となるか、INSのケアマネで末期患者への支援ができなくなるのが残念である。専任者がいなくてもできるようになれば中間での支援に少しでも役立つと感じる。			
953	医療提供者		福岡	福岡	がんの医療費の助成。無料化が必要だと思う。			
954	医療提供者		福岡	福岡	治療に関すること、在宅や緩和ケアについての知識や現状をもっと広めて…(患者・家族・医療者・市民)。結局、知識・情報の啓蒙の不足が色々な問題につながっている。			
955	医療提供者		長崎	長崎	がん患者サロンを2月よりスタートする。がん診療連携拠点病院として求められつつ、予算0で、患者サロンで癒しを提供したくても限界がある。	患者サロン独自に予算を立ててほしい。がん診療連携拠点病院の予算からでも患者会にも予算を回してほしい。		
956	医療提供者			広島	国民が理解すること(教育)、がんだけ特別にしない。			
957	医療提供者			広島	がん治療の患者の医療費負担は高額となる場合が多い。手術などの一時的なものであれば一時の支出と制度活用(高額療養費制度など)で対応できるかもしれないが、長期間の治療期間となる化学療法などの場合、月々の医療費が重なると、患者、家族への負担も大きくなり、がん治療による身体、精神的ストレスの上に医療費の負担が重なり、治療に対しても消極的となるケースも少なくないと思う(「もうこれ以上治療は続けられない…。家族へこれ以上迷惑をかけられない…」など。若い方などこういった患者さんが多いのでは…)。	医療保険以外で民間保険でのがん保障も充実しつつあるが、加入していなかったり、加入したくてもできない状況の方もいらっしゃると思う(特にこの時勢であるため。医療保険料の支払いも厳しい方も多いかと思われる)。	がん治療(化学療法、放射線治療、検査(PETなど))に関する診療報酬の軽減があれば、安心して治療を受ける体制作りとなるのでは、と考える。現場で相談対応する中で痛切に感じたことである。参考にしていただければと思う。	
958	その他	織井優貴子	青森	青森	がん看護領域の継続教育が地方によって差がある。専門看護師は大学院教育であり、有資格者も都市部に集中している。認定看護師が少なすぎる。	がん看護領域の就学補助の充実。認定看護師教育に出向させる病院への補助(人的補助、経費補助)。		

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
959	その他	織井優貴子	青森	青森	青森のような地方都市から中央に継続して学習の機会を求めていくことは困難。人材の確保(教育を継続してできる教育者、有資格者)→看護師。	継続教育に対する予算(中央から講師を招聘するため)。少ない専門看護師、認定看護師が地方都市で継続して学習できるための予算。		認定看護師教育機関に対する専任教員、主任教員派遣制度あるいは補助(教員確保が困難である)。
960	その他		島根	島根	がん対策について、若年層の意識が薄い(若年層が検診を受けないなど。言い方は悪いが、他人事という意識が蔓延している)。世代を超えて(全世代で)、がん対策の充実に向けたムード作りが必要。			学校教育にがん教育を導入する。例えば、子宮がんなどは20歳代から増えるので、早目の教育が肝要である。
961	その他		福岡	福岡	他の先進諸国では公費で接種されているHPVワクチンが、日本ではまだである。	公費で接種する(制度・予算面)。		
962		川嶋啓明	青森	青森	がん治療にかかるスタッフの不足。	中・高校生への未来創世事業への予算増。		手間がかかるでしょうが、いかがか。足りないのに困っている。
963			東京	青森	がん抗がん剤は欠かすことができない。未承認や適応外など患者を取り巻く環境は厳しい。			医薬品としての承認と保険償還を分ける→適応外医薬品が少なくなる。すべてのがん種に治験をやって承認を取るのは無理。
964			広島	広島	心のケアに対して一般人ができることは何かあれば(あるのでは)。			仕組みの試験的実行。
965				青森	医師不足(がん診療科)、特に呼吸器内科、血液内科。			がん拠点病院には、最低限がん診療を行える医師の配置を診療科ごとに都道府県が責任を持って行う(医局等にとらわれずに)。
966				青森	食品添加物等が基準内であれば良いというのは、先がわからないのに疑問である。	できるだけ添加物・保存料など使わないための施策。		
967				青森	がん相談に来る人の数人に一人は、積極的に治療したくてもお金が続かないと言う。3割負担の高額療養費の自己負担は高い(多数該当でも)、障害年金も申請できる状態になったと思うと、末期で受給できないまま亡くなる人もかなりいる。			抗がん剤等の金額が高い治療のときだけでも負担が軽くなれば、もう少し治療に対して前向きに考えてくれる人もいると思う。
968				広島	禁煙により寿命が延びると医療費が増加し、税収は減少する。この点をどう修正するか。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
969				福岡	小児がんを体験した子の親です。小児の子供は成長段階で長い間入院生活や大変な治療をしていくため、体力的・心理的に大きな悩みを持っている。特に大人になった時の就労の問題が一番のネックとなっている。小さい時に病気をしたということだけで、何か何か社会に受け入れられない事が多いことに、親として一番の心配である。治癒していても生命保険に入れないということも不安の一つである。特定慢性疾患は続けていってほしい。			

14.分野記載不明

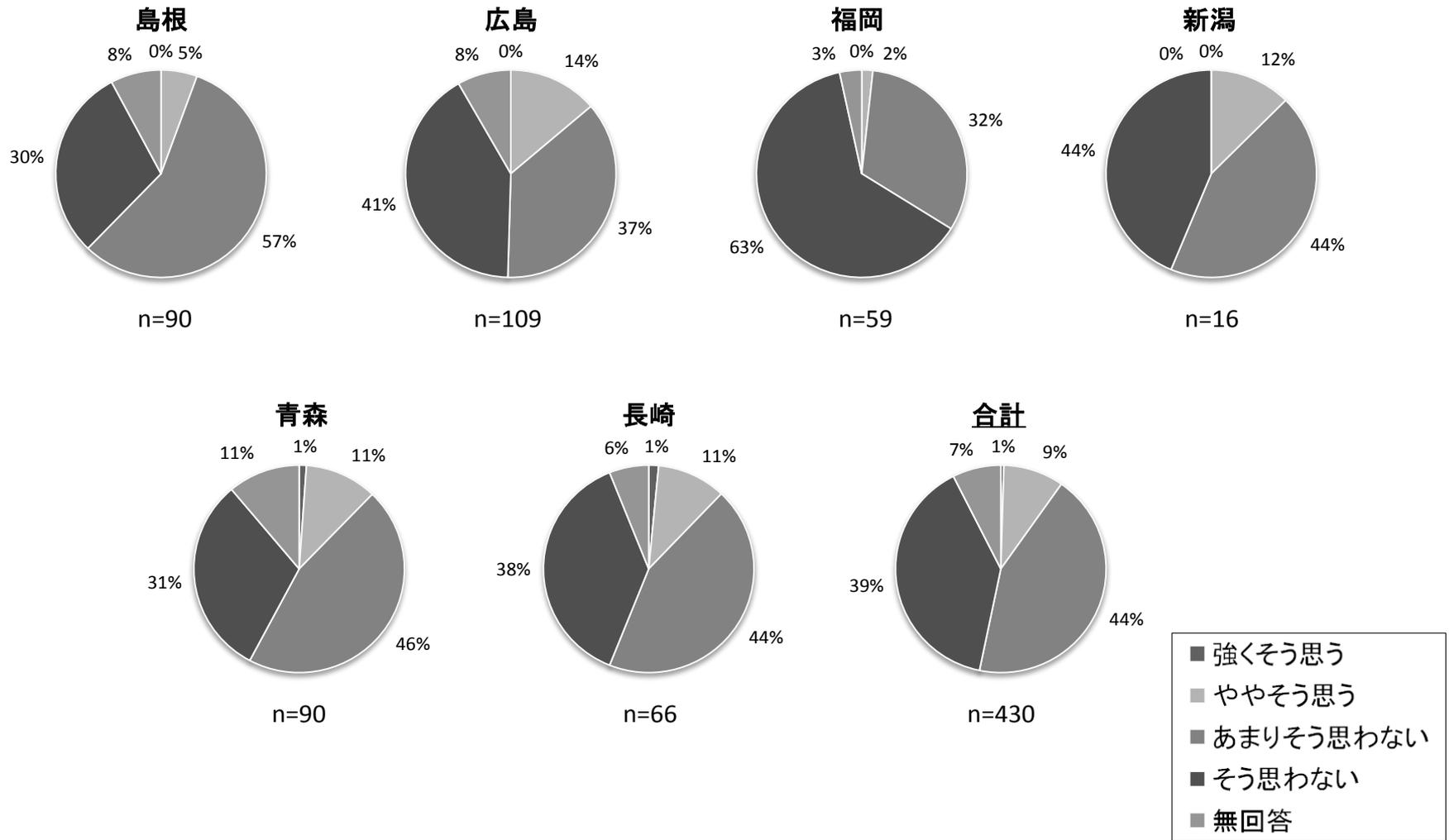
ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
970	行政府			長崎	検診にかかる予算がつきにくい現状がある。受診率を高めたいが、それに見合う予算がついていない状況である。	交付金というかたちでなく、がん検診等に特化した予算のしくみをとってほしいと思う。		
971	医療提供者	藤林繁子	青森	青森		一人ひとりの病気で格差があると思うので、近くの医院で相談するのもよい。	予算を少しオーバーしても、早く病気を見つけて病気が早く治るようにする(国に働きかける)。	予算だが、人間の体が大切なので、現在より少し医療費を医者に出示してもよい。医師の給料を少し上げて、病気を治すことだ。



選択肢設問等の解析結果

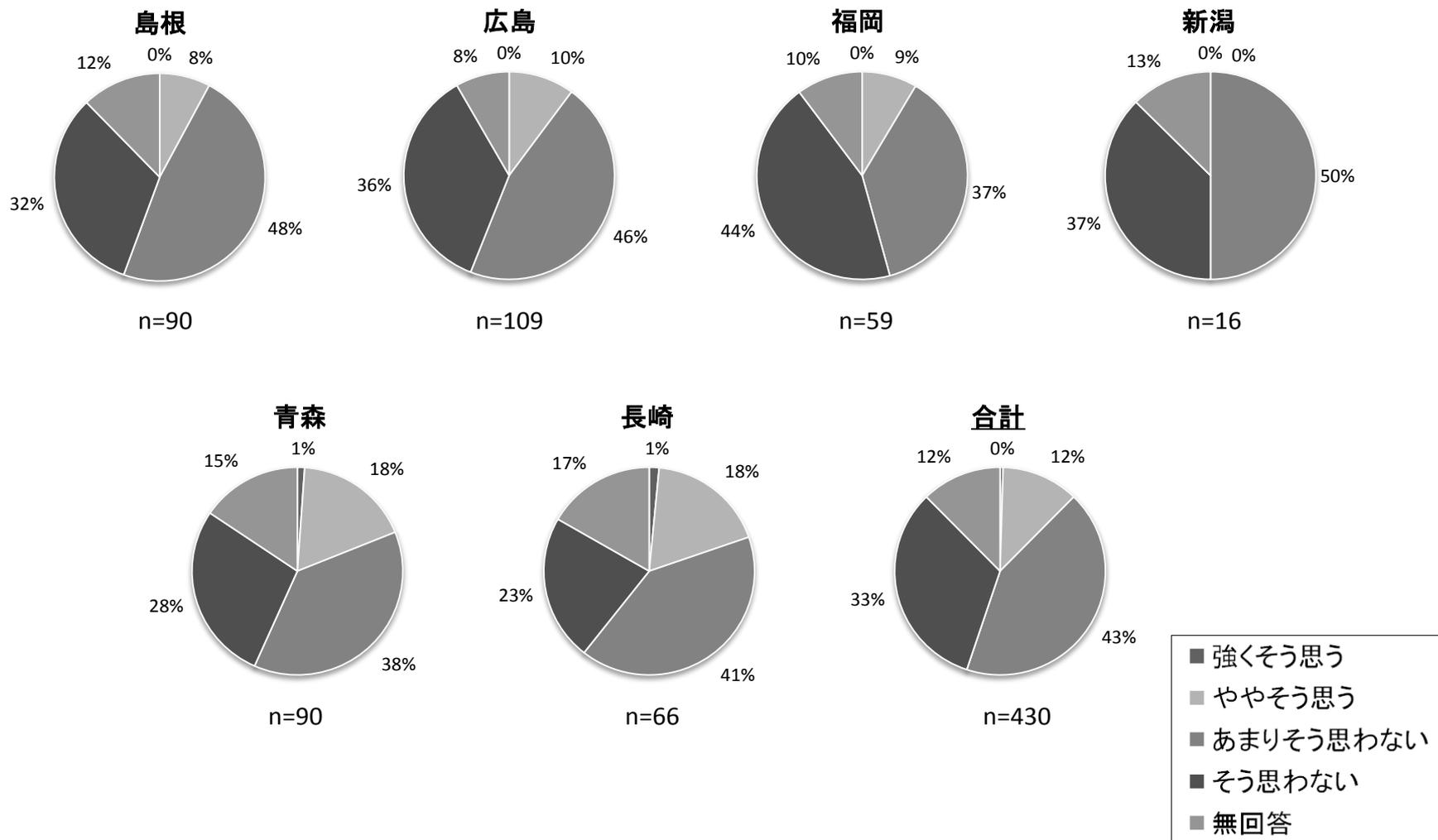
1.がん対策に関する予算の満足度は、全体で10%と低い

【問1】現状のがん対策に関する予算は、十分である(一つ選んで○をつけてください)。



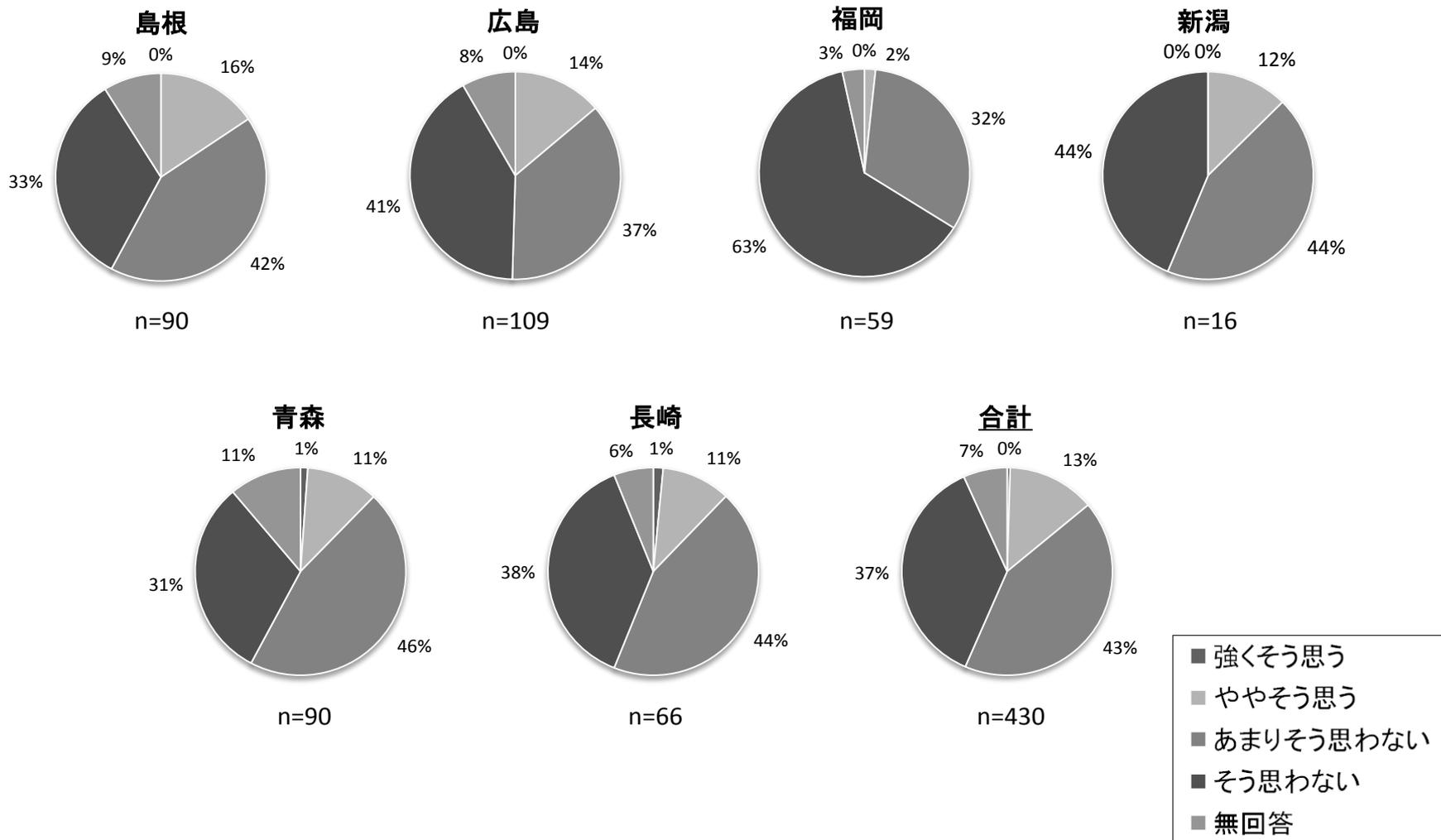
2.がんに関する診療報酬の満足度は、全体で12%と低い

【問2】 現状のがんに関する診療報酬(医療保険から医療機関に支払われる診療対価)は、十分である(一つ選んで○をつけてください)。



3.がん対策に関する制度の満足度は、全体で13%と低い

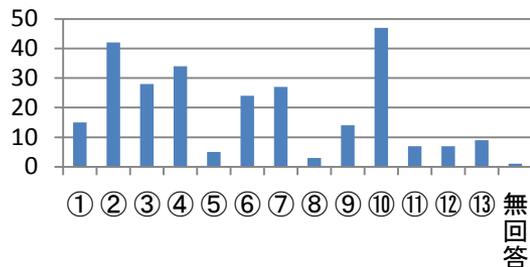
【問3】 現状のがん対策に関する「制度」(法律・政令・通達・規則による定めや規制など)は、十分整備されている(一つ選んで○をつけてください)。



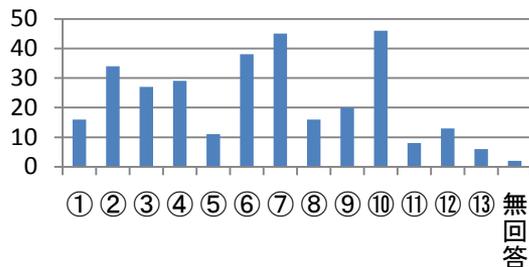
4.重要テーマは「医療従事者育成」「相談支援と情報提供」「がん検診」

【問4】 がん対策の次の13分野について 重要であると思う分野を3つまで選び、()に○をつけてください。

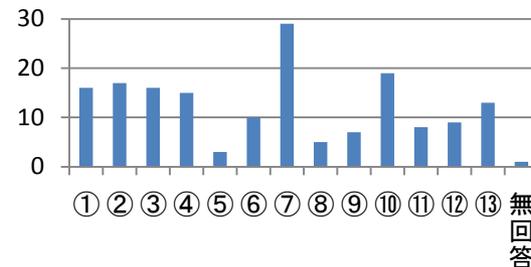
島根



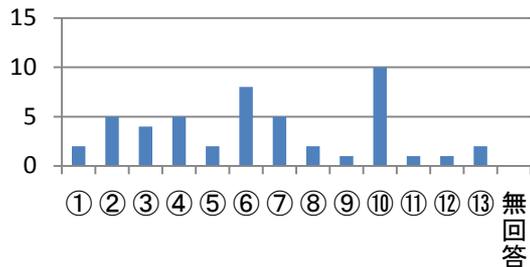
広島



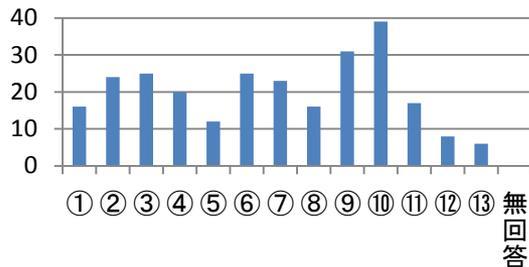
福岡



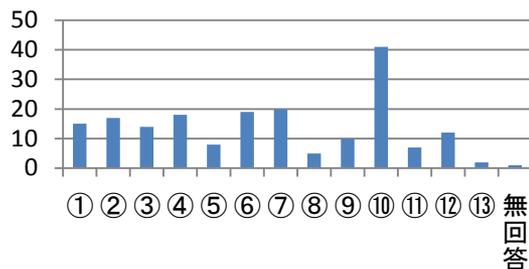
新潟



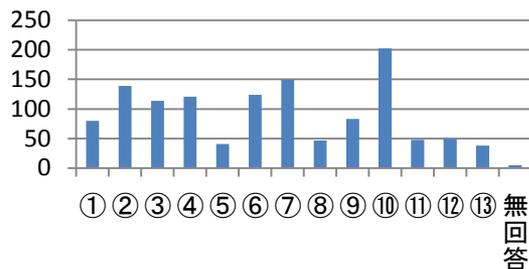
青森



長崎



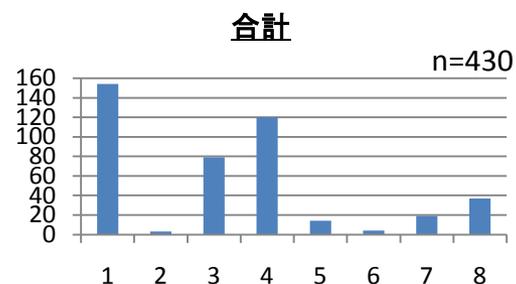
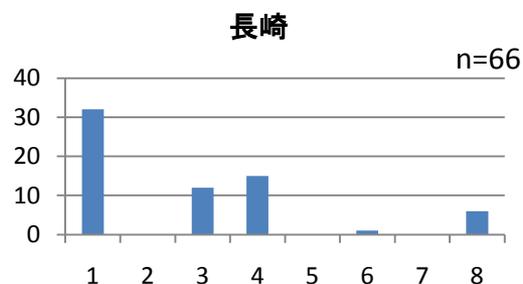
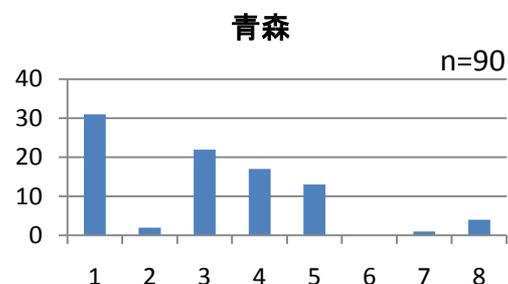
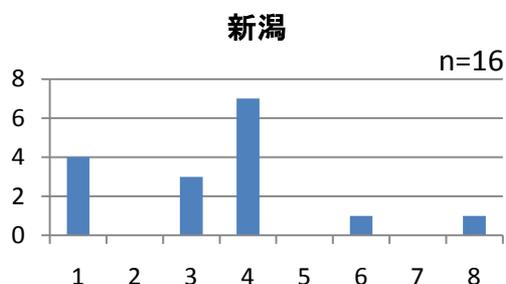
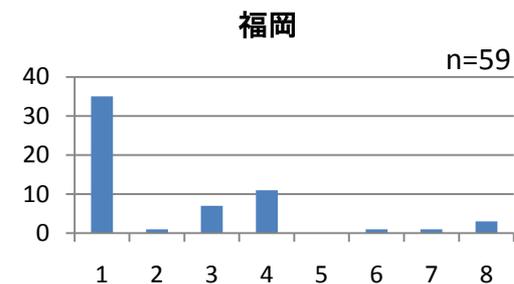
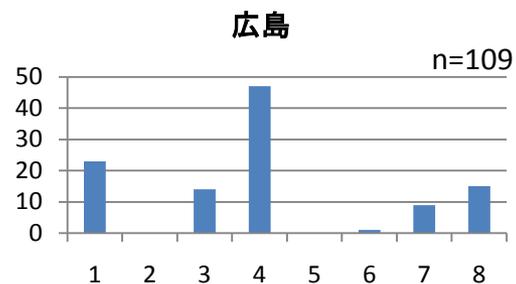
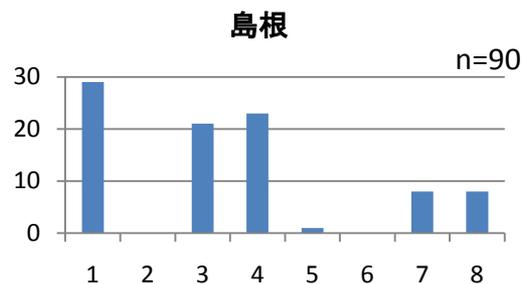
合計



- ①がん対策全般
- ②放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
- ③緩和ケア
- ④在宅医療(在宅緩和ケア)
- ⑤診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
- ⑥医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
- ⑦がん医療に関する相談支援と情報提供
- ⑧がん登録
- ⑨がんの予防(たばこ対策)
- ⑩がんの早期発見(がん検診)
- ⑪がん研究
- ⑫疾病別(がんの種類別)の対策
- ⑬その他の個別テーマ
- 無回答

5.患者関係者や市民、医療提供者など、多くのステークホルダーから参加があった

【回答者の属性】



- (1)患者関係者・市民
- (2) 立法府
- (3) 行政府
- (4)医療提供者
- (5) 医療関連産業
- (6)メディア
- (7) その他
- (8) 無回答