

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
9	県庁担当者			国の補助制度については、地方の厳しい財政の中、対応ができない場合も多い。今回の女性特有のがん検診においても、国が無料と決めて開始した事業を、いきなり次年度は、市町に負担を求める内容となっている。また、概算要求段階では、内容不明な事業も多く、地方の予算整理と時期的にも差があり、結果として利用できない補助事業もある。	予算配分の変更がある場合は、地方行政と調整を図り、実態を把握した中で変更をする。地方交付税になれば、地方の裁量で配分できる良い面もあれば、がん対策への配分がされない場合もあり、がん対策としての財源制度を創設する。	がん登録や地域連携パス等、医療機関が行う事業については、診療報酬などで加算を設ける。	がん対策に関する、国と都道府県、市町、医療機関、医療保険者の責務を明確にする。
10	県庁担当者			地方自治体の財政事情は非常に厳しく、がん対策事業の増額や新規創設などは困難な状況にある。	国からの委託事業や10割補助事業等の積極的な実施が望まれる。		
11	県庁担当者			個々の都道府県が地域性を勘案して、事業に取り組むことは非常に大切だと思うが、がん対策基本計画に掲げる目標達成のためには、国として制度を見直さなければならぬ部分が多くあると感じる。※この回答は「香川県」としての回答ではなく、がん予防・検診・登録の担当として感じるところを記載している。			
12	県庁担当者			国の補助金制度。	都道府県負担のない国10/10補助金の増H19・20に緊急整備事業として対応していただいていた高額医療機器(リニアック等)の整備費用に対する補助金の復活。		
13	県庁担当者			国、都道府県、市町村の役割分担が不明確(行政全般ではあるが)。がん対策に関する補助制度等については、主に国が主導しているが、本来、国が実施すべき事業か、地方が実施すべき事業かの整理がなされていない。地方は財源不足の中で補助事業であっても実施が困難な中、(赤字)国債により財源を確保できる国ががん対策を推進している状況にある。全国で統一的に実施すべき事業や制度については国が定めて財源を確保する必要があるが、各地域により課題が異なる個々の対策については、地方に財源と権限が委譲されなければ、現在のように補助制度はあるが地方は利用しない、という状況が続くものと思われる。研究や医療費などについては、国が進める必要があるが、普及啓発や患者支援などは、より患者、住民に密着した地方で行うべきものとする。			
14	県庁担当者			本県の75才未満のがんによる年齢調整死亡率は、全国より低い状況である。			予防、検診、治療、研究など、多分野にわたる施策の総合的な推進によって、がんによる死亡の減少を目指す。がん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を図っていく。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
15	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	国レベルの対策と各都道府県レベル(各地域の事情に即した)の対策に分けて考える必要があるが、そこが曖昧であり、全ての都道府県の対策がおおよそ同じである。そのため焦点がぼやけ、あれもこれも、結局全てが中途半端になりかねない。			長期目標、短期目標、地域別目標、年度目標があってもよいのではないか。
16	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	がん対策推進基本計画が制定されてから2年以上経過したが、個別目標に対する進捗管理がきちんと国でも都道府県でもなされていない。国は評価指標の設定が不明確。「アウトプット」の達成状況をチェックすること、「アウトカム」の達成状況の「可視化」を行わなければならないのではないかと感じる。個別の施策の成果の遅れが全体としてがん対策の「停滞感」に繋がっているように感じる。	・医療体制の充実(人材、医療技術、薬剤等)に現状の3倍以上の予算を集中的に投入してほしい。 ・がん検診については「費用対効果」の採算ラインを明らかにしてがん死亡の減少に繋がらない受診率 ならば予算配分の見直し(縮減)も視野にいれるべき。 ・現状の検診に偏った予算配分では、患者支援は到底満足できないレベルである。		
17	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	患者の提言、患者の目線が足りない。	・患者を半数以上にしたワーキンググループ設置費用。 ・患者アンケート費用、タウンミーティング費用。	勤務医や訪問医師、ホスピス医など患者の心に寄り添う医師職種に高額に設定する。	必ず「患者の声をききながら」中に入れる。
18	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	①計画の連続性、継続性と立案時期の不明確さ②計画管理手法の曖昧さ。			①基本法第11条-5は、個別計画の期間を5年と想定しているにも拘わらず、その進捗、達成度合いレビュー時期について曖昧にしている。現計画をレビューして時期計画に連続性、継続性、あるいは改善性を含ましめるには、第4年次に現計画のレビューと時期計画立案を行うことを実施要領、通達などで明示すべきである。②「目標管理」を全国共通手法として導入すべし(PDCA cycle は当たり前のことである)。
19	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	ハード面での整備は急速に進んでいると思うが、がん医療の質的な面を検証し改善していく必要がある。がん患者の闘病生活全体について実態調査が必要。がん対策の二大目標の一つであるQOLについて実態の把握は、対策を打ち出す上でも不可欠な前提になる。	予算での対応:補正予算で大きな増額があったが、それを含めて倍増になるほどの増加。	医療全般について診療報酬をアップし、病院経営や医師、医療者が安心できるようにしていく必要がある、その中でがん関連の診療報酬をアップしていくことが大事。	特にがん登録をすすめるための法律が必要。
20	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟	がん対策に国民が呼応するあり方を加える必要があると思う。			
21	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	がん対策推進基本計画に「がんを知り、がんと向き合い、がんには負けない社会に実現」と書かれているのはとてもよい。しかし一方、同じように書かれているがん医療の均てん化もたんなるイメージとしてとらえられているように思う。都道府県の財政的格差をそのままにしてがん医療の均てん化は実現しない。	がん医療設備に関し標準的な設備ができるよう10/10で国が補助する。	がん医療にかかわる医療の範囲を患者にもわかる明瞭さで明確にする。複雑にしない。	各都道府県に向け、財政規模別がん対策好事例フォーマットがあるといい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
22	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	がん条例を制定しようとする動きが全く無い。県はアクションプランがあるからという。予算が少ない。三重県はワースト10に入っている。	国では民主党が見直して削った。県ではどうして決められているか見えてこない。予算とその審議の過程の公開が第一。広報やマスコミを通じての国民への周知徹底が第二。そして国民が関心を持つことが第三。		国の基本法に基づいて、県の推進協議会は出来たが、機能していない。年2～3回のおさなりの会議では何も出来ない。どこから手をつけるか、その糸口もわからない。「まず〇〇より始めよ」の〇〇を教えて欲しい。
23	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん医療に地域格差がますますできていると思う。最新医療にプレーキがかからないよう、均てん化を進めてほしい。	予算を確保したい。	国の予算の中からねん出してほしい(私たち国民から取るのではなく)。	各県でがん対策の条例を作る。
24	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	・がん対策基本法の精神が地方にまで行き届いていない。京都府は法と基本政策の字面を追いかけるだけで精一杯のようである。・京都北部の医師不足による医療崩壊が極めて深刻で、拠点病院体制まで考えが行かない地域がある。・行政府は患者の目線の政策立案ができない。・結果を出すと言う意識と体制が確立されていない。	がん対策予算は、がん対策のみならず、医療崩壊の解決と雇用問題をも解決できると考えられることから、一般予算ではなく、特別会計予算として組めないか？出来うれば、医療費は無料にすべきと思う。	医師ならびに看護師等の過重労働は眼を覆う現状であることから、質の高い人材を育成し、人員を増やす。社会人からの募集と定年退職者の有効利用。	・患者本位のがん医療体制の基本は、正確な情報の収集と解析と発信。そのために、各都道府県に公正中立の第3セクターの情報センターを設置する。・がん難民をなくすために、地域医療体制の確立。拠点病院、協力病院、かかりつけ医、介護看護センター、薬剤師、リハビリステーション、末期医療施設のネットワークの中央に、情報センターを創設する。地域医療グランドデザインの構築。
25	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	奈良県のがん対策推進計画は他府県より2年も遅れて平成21年11月末に策定できただけで、その施策の実施はほとんど始まっていない。			がんワーキンググループを速やかに開催して、施策の何からどのように実施していくのか、実行計画を建てたい。
26	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	さらに色々な住民との議論が必要。現在は一部の委員によって、特に、医学・医療分野の先生方によって進められている感がある。			教育分野での啓蒙活動が必要。特に、小中高での学校教育(保健分野)において、ガン対策の現状、治療、緩和ケアなどの情報の提供がポイントと思う。
27	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	がん患者でもっとも悲惨だと思うのは、異変を感じ病院多くの病院を訪ねながら、がんであることの発見が遅れたり、がん検診を毎年受診していたのに、発見された時には、あちこちに転移が進んだ末期がんというケース。初期がんの発見率を高める施策は真剣に考えられているのだろうか？今後、がん検診率が向上してきたときにおおきな社会問題になる可能性がある。			患者からの問診や簡単な検査で、直感で患者に何が起きているのかの仮説が立てられ、次に、どんな詳細検査をすればいいのかを指示できる見立ての良いお医者さんの育成と登録制度の設立。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
28	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん対策に対する国からの補助が少ないと思う。県や自治体に押し付けのところがあ、本当にがん対策を考えるのであれば、どこにどう使うべきか、もう少し考えてほしい。見かけだけでは何の解決にもつながらない。	現在がん検診の一部無料化(子宮がんや乳がん)があるが、その時にその年代に当てれば無料化というメリットがあるが、それは一部の人だけが得をし、不公平である。またこの一部無料化も、県や自治体に押し付けで、財源難の県や自治体は、いきなりこの無料化を押し付けられて、大変である。本当に国ががん対策を本気でしようとしているなら、もっと国が補助すべきである。	診療報酬は医療保険と患者の一部負担によって支払われている。医療保険も財政難で、しかも患者にも負担がかかるという事で、診療報酬での改善は望ましくない。	がん治療には高額な金額がかかり、まだがんになった患者の年齢が若ければ家計への負担も大きい。治療を受けなければ命に関わり、透析等のように公費で負担できるような制度を作ってほしい。また高額医療制度も4ヶ月以上続くと軽減されるが、月によって負担の多い月と少ない月があり、合計すると同じほど払っていても、ずっと高額な医療費を支払い続けなければいけない人がたくさん居るという現状を、もっと知るべきである。治療を受けていれば働かず、命のある限りお金はかかり、家計を圧迫し、家族に迷惑をかけ、生きたいけど生きれば生きるほど迷惑をかけ、どうすれば良いのか…と苦しんでいる患者がたくさん居ることを知ってほしい。
29	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん対策の視点が、がん患者に向いているか疑問。	声の大きい患者だけではなく、多くの患者が悩んでいること・感じていることを、拾い上げる。		
30	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	都道府県レベルのがん対策推進計画は、国のがん対策基本法に準じているもので、具体的数値目標を設定しているところが多いように思う。設定した数値目標と実績を反省し、最終目的に向けて進め方修正を繰り返しながら実施していくことが必要。たばこ禁煙、検診受診など具体的な問題を解決しながら進まない、目標値には5年後も届かないまま終わることになる可能性が高いと思われる。	各都道府県の成功例を参考に、より効果的な対策推進法を取り入れる。		
31	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	胃がんの手術をしたが病院側のアフターケアは全くなされていない。一度位現状を聞いてみることは出来ないかと思っている。	積極的な働きかけが必要だと思う。		患者側に立った改善が必要だと思う。
32	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	現在苦しんでいる人への対策があまりにも乏しい。特に、化学療法を長期に亘って継続している患者への対策が全くとられていない。分子標的薬など新しい化学療法が登場し治療成績の向上に貢献しているが、その費用は高価で、その費用が払えず治療を諦める=いのちを諦める患者が少なからず存在することに対して何の対策も取られていない。			まずは現状を把握するための「満足度調査」の実施。現在進行形の患者・家族が何に困り何を求めているのかを調査するシステムの構築。
33	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・がんになると仕事ができないとか、解雇された人もいる。 ・治療費が高く、治療が長期化すると負担も大きい ・生活が苦しくて薬を飲まない人もいる。人工透析などは無料、障害者などは程度に応じて保障がされている。ましてたばこ外来が保険適用になる時代。	がん患者にも経済的な面も、国で対策として考えて欲しい。		失業保険の優遇や仕事の対策などを社会全体で対応する。
34	患者関係者・市民(協議会委員)	高橋 和子	福岡	・がん対策を国民がどれだけ周知しているか。 ・国が定めても地方で窓口となる行政の係わり合いで格差が生じていると思う。		個人に毎月医療費がどのくらいかを知らせる必要もある。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
35	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	08の都道府県の「一人あたりがん事業費」は少額のうち格差が大きい。地方自治体の財政が厳しい中、国の財政補助が必要と考える。			すべての都道府県に実効ある「がん条例」の制定が望まれる。
36	患者関係者・市民(協議会委員)			がん治療の均てん化がうたわれているorますます地域格差が進んでいるように思う。特に地方と都市部での開きは大きい。また、均てん化が最新医療にブレーキをかけているように思う。	予算は確保すべき。		各県にがん対策の条例を作るべき。
37	患者関係者・市民(協議会委員)			1981年以來がんが死因の一位である現実を見るにつけ、がん死を減らすには、検診率をあげることしかないようながん対策では、今後もがんは増え続けるだけだと思ふ。がんは生活習慣病という点を徹底周知させ、食事習慣をはじめとした生活習慣の改善により、がんそのものにならない第1次予防に重点を置くがん対策に方向を転換すべきである。			
38	行政府(協議会委員)			現行制度による補助金算定基準では、各都道府県の財政事情により、益々地域間格差が生じ、各県が策定する医療計画との整合性の観点からみても、県の主体性が維持できる制度とは思えない。			
39	行政府(協議会委員)			総論が主で、具体性に欠ける。			
40	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	5大がんだけでなく、頭頸部がん・口腔がんについても内容に含んでほしい。			
41	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道	診療報酬の見直しが急務。マンパワー不足(専門医、専門看護師)。			専門医、専門看護師の育成。専門医へのインセンティブなど。医療秘書増員などで医師の負担の軽減を図る。
42	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	都道府県により内容や充実度に格差が大きい、医療の質の均てん化について具体的な方向がみえない、がん診療連携拠点病院の役割が明確ではなく要件とその取得が目的となっている感がある。		医療の質を評価しそれに応じた診療報酬を配分する、がん薬物療法専門医、緩和ケア研修修了医師などに対してその労に見合った診療報酬を配分する、多職種チームでの関わりに関して重点的に配分する、在宅支援診療所など地域でがん診療に熱心に取り組む医療機関に対して重点的に配分する、こころのケアについてきちんと診療報酬にあげる。	がん診療連携拠点病院の運営規則を細則として定める。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
43	医療提供者 (協議会委員)		北海道	拠点病院への予算配分が少ない。各病院にとって、自身の病院業務以外の事をやらねばならなくなるわけであるから、従来の人が兼務でやる限り単なる仕事の純増である。	予算は、兼務する人への報酬として使用する事を認めるべき。しない人よりも給与があがってしかるべきです(関わる医師、事務、看護職員全てが対象)。そうでなければ、担当医師、助手としての看護職、事務、広報担当の事務職員2名の、最低でも4人を正規職員として雇える予算を地域拠点病院には出すべき。そうすれば、その人達に全て任せられる。	拠点病院の診療報酬を若干上げれば良い。一種のブランド。	従事するメンバーへ何らかの、資格、肩書きの付与。
44	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	国民病の理解はあるが、連携の無さが目立つ。	国民の医療の関心が国の医療の水準を決める。どんな医療を受けたいかを常にがん予備軍に問い(あるいは患者にサバイバー)求められる医療と現実のギャップを明らかにすること。	分子標的剤のための基金・制度個々人の支払い能力は限界に近いと思う。	
45	医療提供者 (協議会委員)		北海道	予防医療の再構築。	がん検診の補助拡大。		
46	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	①たばこの発がん作用が明らかになっている。がん予防の観点から気軽に吸えない様、環境整備、値上げ等を考慮しなければならない。②がん予防対策の充実。	①低年齢女子に対する子宮頸がんワクチン投与へ補助②マンモグラフィー補助。	がん診療連携拠点病院におけるがん治療費報酬の増額。	
47	医療提供者 (協議会委員)		岩手	拠点病院が二次医療圏の中で中心的役割を果たしていくためには、相応のスタッフの配置が必要になるが、その手当てが十分でない。	拠点病院への補助の強化。	拠点病院に対する診療報酬全般を手厚くする。	
48	医療提供者 (協議会委員)		岩手	検診の受診率が低い。			
49	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	県はがん対策推進協議会で計画を作成し、県下の保健福祉センターに到達や連携が取れるが、宮城県の場合、仙台市は政令指定都市で、県の具体的ながん対策の活動が市の担当課にも区の保健センターにも全く伝わっていない。			県のがん対策推進協議会に政令指定都市の担当課の職員も参加し、傍聴くらいはしていただき、課題に共に取り組んでほしい。
50	医療提供者 (協議会委員)		宮城			拠点病院にインセンティブをつけるべき。	
51	医療提供者 (協議会委員)		宮城	目の前の患者さん中心になっている。	予防、健診への配分を。	高価な薬剤を長期使用することの問題点。	医療行為全ての有効性の検討。
52	医療提供者 (協議会委員)		宮城	がん拠点病院の助成金の用途が限定されていること。	助成金の使用目的の幅をもう少し、拡大。		

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
53	医療提供者 (協議会委員)		宮城	予算の使える範囲をもっと大きくしてもらえないものか？一般病院では他の疾患のケアも含まれてくるので難しい点はあるのだろうが、現在の使い方が「良い」使い方なのかは疑問を感じる。			
54	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	先進国と呼ばれている日本で、欧米に比べて毎年がんによる死者数が増え続けていく事実を国民自身はどう受け止めているか、そのことを知らずにいるのが問題。	具体的な予防策や、検診を受けやすい状況が整っているか？一部の自治体では夜間、休日検診を施行しがん検診の受信を促しているが…。今回子宮頸がんのワクチン接種について自治体が全額負担すると名乗りをあげたところもある。	専門医が不足している中で専門性に対する対価がどれくらいか評価検討する必要があると思われる。その一方で専門医を初めから育成していたのでは現状にそぐわない、ニーズに追いつかないので経験のある臨床医を専門教育する機関や研修中の保障(本人へのペイではなく、出向させてくれる現場の代用要員の確保に対するペイ)などがあつたら良いのでは？	
55	医療提供者 (協議会委員)		宮城			DPC制度に対応している病院へは、抗がん剤以外の高額薬剤使用も点数に反映してほしい。特に末期がんに伴う鎮痛剤など、現行のDPC制度では出来高比較において大きなマイナスになるため考慮してほしい。	
56	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	拠点病院を中心にシステム構成を考えているが、拠点病院の教育は行われているが、拠点病院から、地域病院への教育は全くなされていない。かえて、拠点病院に症例が集中しており、診療の停滞が起こっている。地域における医療機関の役割分担がなされていない。拠点病院に提供されている資金の使途が不明である。	助成金制度にして、拠点病院にかかわらず、各病院の研究・考案に対して予算を付けてゆく。	拠点病院という全般的な予算配分でなく、いろいろな特色に配慮した加算点数を設定してやる。一病院ですべての分野で地域をリードするのは困難である。	
57	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	到達目標や方針は素晴らしいと思うが、いかんせん予算と人材がどうにもならない。また、当病院では消化器内科医が不在となった。当地方の人々は同じ税金を払っても都会と同じ医療が受けられない。最近、有症状の患者さんがよく来院いたしますが、末期状態の方が大変多い。がん死亡率悪化が心配。	人がいないので、予算の有効活用ができない。また予算の使い方が決まっているので、備品一つ買えない。人材育成(専門看護師、学会出張)にお金が使えない。講演会を自分たちで企画してもパソコンやスピーカーも買えない。	外来化学療法室の備品などにもお金をかけたいが、病院全体が赤字でどうにもならない。専任を置くにも診療報酬では賄い切れない。	到達目標などは素晴らしいが、戦略がない。
58	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	がん対策は高齢化社会における課題のひとつとして現状認識する必要があると考える。	「コンクリートからひとへ」という現政権の政策方針を支持している。がん診療体制を支える医師・コメディカルを雇用するための予算を増額していただきたい。	医師および高度技能を有するコメディカルの技術への対価を支払っていただけるように希望する。	診療報酬の決定プロセスを透明化すること、そして一時的でも良いので診療報酬体系を再構築するための委員会・ワーキンググループを設立すべきである。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
59	医療提供者 (協議会委員)		秋田		がん診療に携わる医療関係者特に医師や看護師臨床心理士などには予算面での配慮をすべき。	診療報酬を病院とスタッフへ配分すべき。	予防(検診)と疫学研究にもっと力をいれらるべき。
60	医療提供者 (協議会委員)		山形	がん対策の予算の配分の策定が不明確である。	地域医療再生基金の様に都道府県にがん対策基金を配分してもらいたい。	効く薬を高価にし、効かない薬は安価にすることが必要である。分子標的治療薬は高価すぎる。	がん患者で長期療養者は経済的に大変である。自己負担を減らす制度が必要ではないか。
61	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	がん診療を専門とする医師不足が重要な問題であり、これらの専門医の養成が基金の課題である。また、がんの予防についての対策がかなり不十分、検診受診率が先進各国に比し低いことや予防に向けての対策(例えば禁煙の問題)が遅れている。	医師不足、看護師不足の解消にはがん診療に従事する担当者への報酬を厚くする、研修に対する手当を十分にする。がんの予防については積極的な啓発活動への予算を増額する。禁煙については積極的な企業については減税措置などで対応。問題は各自治体の議員等、立法にあたる議会議員の禁煙がかなり不十分に思われる。先ず、議員の活動する議会やそれに付随する施設での禁煙を徹底している自治体に対する交付税処置、あるいは行っていない自治体に対しての交付税の減額措置も考えるべきである。	地域がん診療拠点病院への診療報酬のアップを考えていただきたい。もちろん、診療に対する評価を定期的に行いながら、改善への指導を行い、地域がん診療連携拠点病院としてのレベルアップ(人的、設備的)に繋げていく。	行政、がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、医師会、市民との連携制度を密にしてがん診療のレベルアップを図る。啓発、広報活動の徹底を予算の裏づけを十分にしながら、地域がん診療連携拠点病院に義務付ける。年に何回行うということとともにその評価を行う。
62	医療提供者 (協議会委員)		福島	あらゆる面において、地域の状況を勘案して頂きたい(せめて都市部と地方とは分けてほしい)。		・緩和ケアへの「評価」が低いと思う。 ・がんに関わるコメディカルへの介入に対する評価も盛り込んでほしい。	
63	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	診療連携拠点病院だけが治療を行っているわけではないので、広く各々の病院が対象となるべきではないかと思う。	拠点病院に求めていることは、がんのみならず、必要なことと思うが、どれも点数化され、評価されないことが、進まない原因と思う(がんバス、相談センター、サロンなど)。	・相談を受けても報酬とならないのと思う。・拠点病院だから他の病院の患者まで対応するというのはいかがなものか。	若年者やターミナル期でない人がサポートを受けられない。
64	医療提供者 (協議会委員)		福島	地方行政は「予算がない」の一言。地方病院は「医師がいない」の一言。	がん関連全般を中核病院の外科医師に丸投げされている。がん予防、治療、緩和ケアの各分野を、内科医(開業医)、病院外科医、専門医に役割分担させて、病院外科医の負担軽減を行うべき。また、コストの安い看護師、薬剤師等のコメディカルにも大きな役割分担を行う。		

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
65	医療提供者 (協議会委員)		福島	がん拠点病院の補助金の使用目的にはかなり制限があり、がん拠点病院としての業務に関わることでも病院からの持ち出しする分が多く、また補助金を使用できずに余る(?)状況となっている。	がん拠点病院として実務の勉強することが多いため、研修会などの教育の面でも補助金を認めてもらいたい。		
66	医療提供者 (協議会委員)		福島	がんに対する色々な情報があるのは良いが、その事が転じてセカンドオピニオンの趣旨から外れている患者様、ご家族を増やしているように感じる。色々な選択肢は大切だとは思いますが。。			
67	医療提供者 (協議会委員)		茨城	五大大がんに集中しすぎ。	まれな腫瘍の臨床研究を推進してほしい。	まれな腫瘍を扱えるための人的、設備的な投資に対する評価をUP。	性悪説に立った報告書だらけのチェックより、監察官を育成して臨時立ち入り権限を与えては？
68	医療提供者 (協議会委員)		茨城	国の予算→県→市→医師会。市民への講習会など、医師不足で不可。特に、「生活習慣病」では予算が生かされていない。			
69	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん対策が地域均等になっていない。がん対策の過疎地域がある。	がん対策予算を地域均等に配分する。		
70	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	進行性肺がんの治療に関する知識に関して、患者と医師との間にかい離がありすぎる。現段階での化学療法は延命治療であることを、メディアを通してもっと国民に啓蒙すべきであると思う。その上で、抗がん剤の投与や治療薬の依頼を行うべきではないだろうか。多忙な日常診療の中で、抗がん剤投与で自分の今後の生き方がどのようになるかということまでは十分には説明ができないのが現状である。そのような状況下で抗がん剤を施行し、副作用あるいはがん進行により悪化した場合に患者は理解できないように思う。	メディアを通して、抗がん剤を投与した患者のその後の経過について啓蒙活動を行って頂きたい。		
71	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	早期診断治療、緩和医療に重点を置いているが、臨床の現場は多忙で十分な対策が行えていない。			
72	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	対策が、派手で一時的なものにとどまらず、地道で長期的なものにしていただきたい。	別途予算を組むことなく、基本的にはがんの診療報酬で賄えるように診療報酬額を設定できればと思う。	別途予算を組むことなく、基本的にはがんの診療報酬で賄えるように診療報酬額を設定できればと思う。	
73	医療提供者 (協議会委員)	長田 明	茨城	今日は時間がないので次回丁寧に回答する。			
74	医療提供者 (協議会委員)	新谷 周三	茨城	がん対策基本法の成立後、ガン関連のセミナー講習会/講演会などが目白押しで驚かされる。良いことではあるがどれほどの効果があるのか。アリバイ的な印象さえ受ける。我々が扱う疾患は、ガンばかりではない。今後の期待は、ガンの在宅医療・訪問看護の推進と、ガンセンターを各県に複数つくりたいか。			
75	医療提供者 (協議会委員)		茨城			肝がんに対するラジオ波治療の針の算定につき問題あり。	国がんからの拠点病院整備用件が年々厳しくなる。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
76	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	私の専門は小児がんである。成人のがんに比べて頻度が、きわめて少ないため、県のがん対策のなかで、見過ごされる傾向がある。	小児がんは、希少であり、特殊であるため、成人のがんとは、別途に対策を考えていただきたい。同じ計画の中に当てはめようとしても、無理がある。つまり、文書にしても、冒頭から、別立てのものとして記載すべきである。	多額の薬剤や頻回の検査が必要となるため、健保により査定されやすく、病院負担となることが多く、入院日数が長い。小児がんについては、小児入院料基準の在院日数の算定について配慮していただきたい。	専門施設へのアクセスが悪い患者さんにとっては、患者の長期入院に際して、長期滞在施設が配備されるようになってはいるが、通い面会家族の交通費負担が大きいので、配慮が必要。
77	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん対策だけではなく、国民皆保険の医療制度そのものが制度疲労を起こしていると思います。診療報酬の決め方、薬価の決め方、医療材料の価格の決定など、すべてブラックボックスで、医療従事者にはまったく公表されていない。			診療報酬の決め方、薬価の決め方、医療材料の価格の決定などできるだけ情報開示して、国民の納得の行く医療行政を行なって欲しい。医療機器の内外格差をなくして欲しい。
78	医療提供者 (協議会委員)		栃木	均てん化が計れていない。都会の一部施設と地方の差が大きすぎる。	タバコ税の引き上げが何故毎回出では消えるのかわからない。目的税化すればよい。	いろいろ医師をバックアップする制度は出来つつあるが、内容が貧困というか携わる人たちが成長してきていない。成長しても一部都会にかたまりすぎて地方には回ってこない。	センター化も重要であるが、地方のことも重視すべきである。
79	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	医療から生活へのハードルの高さ、家族介護老々介護の問題など。			
80	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	薬剤が高すぎる。例えばメシル酸イマチニブ(グリベック)を1日400mg服用すると、薬代だけで1ヶ月で37万円以上になる。本人の負担はもっと少ないが大変であるといった声を聞く。また、外来化学療法を受けている患者で負担額が大きいという理由で中止を申し出た例もあった。	本人の負担を少なくする国の予算を期待したい。		子どもの医療費を無料にしている自治体が多い。薬も無料だと後発品を希望する保護者はいない。先発品を希望する場合は、後発品との差額を徴収するなどをして、がん対策の財源として欲しい。
81	医療提供者 (協議会委員)		栃木	がんに限らず、疾病一般に関して、格差が進行している様に、思われる。国民皆保険制度が、これ以上崩れないかと心配。	10年-20年先まで考えた、具体的な政策をしっかりと立ててほしい。		
82	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	大病院中心の対策であって、多くの中小病院への配慮が無い。	中小病院勤務の医師が治療に打ち込める余裕を持たせること。人件費の確保が必要。	苦労の割には診療報酬が少ない。患者に負担させるのではなく、国が負担すること。	国としてのがん「専門医」の定義が示されていないので、患者が誤解している。しかし、「専門医」が定義されたら、多くの中小病院でのがん診療はストップする。
83	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	がんの予防について:「具体的にがんを治療した場合、どのくらい医療費がかかり、それをどのように支払っているかを患者が知らな過ぎる」莫大な医療費がかかっていることを知ってもらい、だから予防することが重要だという点をもっとアピールすべき。		技術料の部分があまりに評価が低い。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
84	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	地域医療はがん治療のみならず、特に救急医療など多くの問題を抱え、これらの広範囲の医療を地域基幹病院が一手に引き受けている現状にある。がんの均てん化において、がんセンターのようながんに特化した特殊な病院におけるシステムをそのまま必須要件とすると、がん治療医が救急医療全般を行っている現場(患者背景『救急、家族構成、収入等』の異なる多くの患者を診察)では、かなり背伸びせねばならない。			
85	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	国はがんを国民病(3人に一人はがんで死亡)として捉えているが、各都道府県は4疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病)の内の一つであるとの捉え方しかないと。そのため力の入れ方(予算、人の配置、対応する部局がばらばらなど)が違う気がする(がんだけが病気ではない)。国ももう少しがんに対する取り組み方が国民に浸透・理解させるような具体的な方策を採るべきである。	以前から指摘しているようにがん対策予算(拠点病院への補助金)を国1/2、都道府県1/2ではなく国が全額を出すべきである(財政困難を理由にがん対策には予算を振り向けない)。	がんセンターなどのがん医療に特化している病院やがん患者の比率が高い病院などには診療報酬情も厚くするべきである。緩和ケア医療に対する診療報酬も厚くすべきである。	がん予防(検診や、子宮頸がんに対するワクチンの無料化など)を充実させるべきである。また緩和ケア医療を地域で支える事ができるような連携システム(地域の患者受け入れ可能なシステムの構築)を作るべきである。
86	医療提供者 (協議会委員)		東京	がん対策の整備に要するマンパワー、資金に対して診療報酬で対応することは適切ではないと思います。結果として質の高い医療が提供された場合は、それに対して相応の診療報酬が別途必要と思う。			
87	医療提供者 (協議会委員)		東京	診療報酬が低すぎる。	がん診療の充実には、病院が診療クランク、助手を雇用できるよう診療報酬の増額が必須である。		
88	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門職に対する手当がない。	専門医と取得しても個人にメリットがない。個人の収入につながらないと興味を持つ人が増えない。	加算を付けるべき。	
89	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	掛け声だけで、具体的にどのように進んでいるのか実感がない。	現在、がん拠点病院の配分される予算は、ひも付き予算で、自由度がまったくない。年度初めに、全ての予算計上を上げるとは、現場の医師には不可能である。一方、事務はどのように対応してよいのか、まったくわからず、配分される予算を十分に請求できない。あまり、メリットを感じない。	積極的にがん対策の対応している医療機関には診療報酬でメリットをつけないと、実際がん対策の発展は掛け声だけに終わってしまう。病院経営者には、がん対策を整備する上で、経営上のメリットを感じさせないと、前向きに取り組んでもらえない。	何事も、簡便にしてもらいたい。役所の文言は難しく、なかなか理解するのに時間がかかってしまう。
90	医療提供者 (協議会委員)		東京	国や地方自治体からの要件の指定は、拠点病院におけるがん診療の向上の大きな推進力になるが、一方、負担が大きい要件に振り回されることもある。	負担の大部分は人手不足。人材育成も大切であるが、有能な人材を雇用するための予算が必要である。ただし、期間限定の予算では、期間終了後に混乱する。		
91	医療提供者 (協議会委員)		東京	高齢化社会において介護力不足が深刻化してきている。特に介護を要する積極的治療適応者は退院困難となるか、積極的治療を中止されやすい。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
92	医療提供者 (協議会委員)		東京	補助金による誘導は止めてほしい。			
93	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	がんの一次及び二次予防、初期治療、緩和治療すべてに置いて、診療点数が低すぎる。診療点数を高めて活性化を図るべき。一次的予算や補助では持続性がない。自立精神が出てこない。少しは利潤が上がるくらいで進めていって、利潤が多すぎるころは是正すればよい。行政、医学会そして病院とのチームができていない。協調し合うようにすべき。患者サイドの意見も聞くべき。	目指す医療を決めて、国民に提示しながら進める。ばらまき予算はやめる。	診療点数を上げる。混合診療を認めて、患者の選択範囲を広げる。今でも代替医療に多くのお金が使われている。	資格のある人がいる施設の診療点数を上げて、医療従事者の向上を目指す。また、J海外の状況を常に把握する体制を作る。海外からの患者収集を含めて、国際化を進める。
94	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	臨床腫瘍医、放射線治療医、緩和ケア担当者が不足していることや最近では外科医の不足が問題となってきた。外科医は、特に若い世代が不足しており、将来的に大きな問題になることが予測される。都会では施設の集約化による効率的な運用が必要であろう。	診療報酬の適正化と都市における施設の集約化。これによる人的資源の効率利用。医師以外のサポートスタッフの充実。		がんに従事する医師の減少には、臨床研修制度が関係しており臨床研修制度の見直しも必要かと思われる。
95	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	がん診療全般(手術、化学療法、放射線治療)に評価が低い。	人・物を十分に配置・整備できるだけの予算を立て分配する。	手術、化学療法、放射線治療に対する点数を上げる。	拠点病院としてやらなければならないようになってきている。
96	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がん診療拠点病院には放射線治療装置の所有が必須であるが、それを運営する技師や放射線物理士の人的サポートが全くない。	予算が少なすぎる。	診療報酬も点数が低すぎる。	
97	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がん対策基本法の制定以降、目に見えて変化が起きている分野もあるが、ほとんど改善の見られない分野もあり、全体のバランスは必ずしも良くない。	がん診療連携拠点病院には多方面での機能充実が求められているが、それに対応する補助金の額が少なすぎる。	化学療法がDPC包括医療にそぐわないことが最も大きい問題点。	がん登録の法制化が早急に必要。特に予後調査を支える法律の制定が不可欠。
98	医療提供者 (協議会委員)		新潟	検診で異常が発見された場合、100%の方が精密検診が受けられるよう個人への啓発は勿論であるが、フォロー体制をきちんと構築する必要があるのではないか。肺がん検診の場合、2次健診はすぐCT検査と取り決めている市町村があるが、確率からしてもまず、すぐにできるレントゲン撮影で早めに安心したい部分もある(CTは2週間ぐらい待たなければならないところもある)。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
99	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	がん対策とは主として生命にかかわる診療科に強く関連している。つまり消化器外科、乳腺科、呼吸器外科、婦人科、血液内科などが症例も多く、代表的な診療科である。がん対策がさらに整備されれば、これらの診療科への期待が高まり、同時に診療科医師の負担も増大するわけであるが、現実には隠しようもなくこれらの診療科医師は減少している。この原因はそのほかすべての診療科が均等に扱われることの弊害によることは明らかである。訴訟が多く、拘束時間が長い割に収入が少なければ、その診療科を志す者が減るのはある意味では当然である。単に医学部の定員を増やせば解決する問題ではない。がん対策が医療のトップに立った代表者の旗振りに終わらせないためには、がん医療(外科治療や抗がん剤治療などすべて)、緩和医療、がん登録などに携わる医師、医療者が現場に集中できるような環境整備と給与体系の変化が必要であると思う。医療の均填化はがん対策基本法の本質であると思うが、制度の整備や患者に対する医療の質の改善と同時に、携わる医療者のモチベーションを高めることも同じように重要であると思われる。		私は肝胆膵外科を専門とする大学医師であるが、一件あたり6-8時間程度の手術を、多い週で数件をこなしている。その手術に関連する必要時間、あるいは術後観察や治療を含めると8時間という枠内に終わることは考えられない。したがって高難度手術に対する診療報酬は現在の3倍ぐらいが必要と思われるが、一番問題点は、もし診療報酬が上がっても個々人には何ら反映されないということであろう。大学の研究は多種多様であるが、診療に多くの時間を費やす医師もそうでない医師も評価は同じということである。生命予後に直結するような診療行為に対しては、抜本的に変更が必要であると思われる。	この問題でB-2と重なるが、例えばがん診療支援には保険点数が設定されていない、ということはこれに関わる人件費は病院の負担となる。がん登録も同様であるが、こういったことに関連して、がん対策基本法制定後に設置された“腫瘍センター”などは極めて低い評価しかされていない。これはシステムが最初から形骸化していることを示しているものと思われる。法律を制定してもがん患者は治らない、末期がん患者の苦しみが改善しない。がん医療に従事する者ががん医療にまい進できるような環境整備がなされなければならないと思われる。
100	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	治療が拠点病院に集中するようになってしまい、手術や治療を月単位で待つ患者がいる。他の治療ができる病院へ患者が受診することが少なくなっている。治療終了後に廃用のため、ADL低下した患者は強引に退院させられ行き場がなく、治療適応でない患者やホスピスを待つ患者も同様に行き先がない。		療養型病院や介護施設では、がんをもつ患者を受け入れても、がんのフォローができない。治療や検査、薬剤に制限があるため他院受診が必要になるが、その医療費は持ち出しとなってしまふ。他院受診の必要性は評価していただきたい。	拠点病院は元々治療について力があつた病院である。その知識を地域の急性期病院と共有し連携をすることで、治療を適切に待つことなく受けることができる。拠点病院から治療を待つ患者を他病院に紹介する。療養型や介護施設と連携により患者の適切な療養先を検討できる。
101	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	①緩和ケア病床や病棟への入室に対してマイナスのイメージをもつ“市民”が多いように思われる。がんで亡くなる人の割合が増加しており、社会的な啓蒙が必要ではと感じる。②治療に関しては、研究レベルにあるような先進的治療が標準的治療と誤解されることが多々感じる。③これまで“腫瘍内科医”が、がんの専門医であるといった誤解を与えていた印象がある。			①“人の終末期”に対する考え方の教育が必要だと思う。②評価の定まっていない“がん治療”に過大な期待をもたせないような広報(宣伝文句)を示して欲しい。③現在、外科系の“がん治療認定医”、“消化器がん治療認定医”制度ができたことは良かったと思う。
102	医療提供者 (協議会委員)		石川	ドラッグラグ。	拠点病院で新規薬剤を優先的に使えるようにする。	専門医へのインセンティブをつける。	
103	医療提供者 (協議会委員)		石川	どんどん高額医療(先進医療)が導入されている。高額医療は自費にすべき。混合診療・検診費を十分に。	どんどん高額医療(先進医療)が導入されている。高額医療は自費にすべき。混合診療・検診費を十分に。	高額医療は混合診療で。DPCの強化。	国民の啓発運動のさらなる強化。医師が悪者とのニュースをつつしむ。もちろん有罪のものは、今まででいいが、無能なメディアのニュースで医師をだめにしていることしばしば。たらいまわし事件、医療ミス(ミスか過誤かなどを確認してからニュースにすべき)などなど。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
104	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	国の施策と地方の実態が連動していない。地方ではがん対策はここ数年以前より後退している。	アメリカのようにがん検診を受けたものに対するインセンティブを与える方向を考えるべき。がん検診を無料とすると、検診を受けたがん患者は治療費を補助するとか。	がん治療に限らず、実際に投入される労力と時間に比例して医療費を配分すべき。半日以上を、何人もの医師と看護婦、スタッフが手術に従事しているのだから、眼科の白内障手術の10倍以上の点数設定にしないと誰も外科医にならない。白内障の手術費がばか高いともいえるが・・・。がん患者に寄り添う精神的負担も診療報酬上に算定すべき(時間をお金に変換することもむずかしいが)。	国や県がもっと強制力をもって、地方のがん検診を主導すべき。もちろん費用面からのサポートは必須である。地域ごとにがん拠点病院を整備すべきだと思う。人口密集地に偏る形では、がん治療から、ドロップアウトする人たちが出る。こういう層は、移動手段、医療費工面などさまざまな困難を抱えている。
105	医療提供者 (協議会委員)		石川	緩和ケアと栄養管理は密接に繋がっており、これらを総括的に見ることのできる医師の育成が重要抗がん剤のいわゆるdrug lagの問題手術などの技術料が医師本人に還元されないこと。	混合診療の導入。	ドクターフィーの創設。	総括的に見る医師を育てる講座の開設。
106	医療提供者 (協議会委員)		福井			入院でないと治療できないがん患者がいるので、全てのがん治療の費用をDPC制度においても出来高計算とするのが良い。	検診体制の見直しをもう少し頻回に行う(3年毎位)、また日本人における最新のデータを集積して効率の良い体制に変革する事に力を注ぐ。そのための費用配分を多くし、がん対策全般の費用に組み入れる。
107	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	都道府県拠点病院、地域拠点病院を選ぶ行程がオープンでなく、自治体に任せている結果、施設の質を問うていない、自治体の思惑だけで決まっている。			自治体に推薦させることを止めて、オープンな選考過程を経て国が選考すべきである。
108	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	がん対策法がきちんとされているかどうか、情報公開も含めて可視化されていない(今日において)。	予算についてもがん対策協議委員会できりあげられない。	予算についてもがん対策協議委員会できりあげられない。	たった1時間半では制度内容を読むだけで話し合いまでは至らない!!
109	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	がんに対する予防の認識をもう少し普及する必要があると思う。			検診は義務ではないので 検診率を上げる施策が必要だと感じる。
110	医療提供者 (協議会委員)		岐阜	都市部のがん診療連携拠点病院と地方の拠点病院の一律的な体制整備は別に検討される必要がある。特に医師を含めた専従職員の配置など。	都道府県の財政事情によって差異が生じているため、財政事情に左右されない実態に応じた配分基準が必要である。	専従職員、医療機器の整備ができる報酬が必要である。	
111	医療提供者 (協議会委員)	北村 宏	静岡	各疾患ごとの専門医が十分揃っていない(専門医の教育体制が整備されていない)。			
112	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	舌や歯肉、口腔粘膜等に発症する口腔がんへの対策が遅れていると感じる。	口腔がん検診の実施を図ること。	現行で可能。	口腔がん検診制度を確立し、実施できるようにすること。
113	医療提供者 (協議会委員)		静岡		がんの発生を減らすとか、早期がん検診の受診率を高める効果の良い対策にお金を注ぐ。		

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
114	医療提供者 (協議会委員)		静岡	自分が医療機関に勤務しているので「がん」について考える事はあるが、一般の人々の関心は低いと思う。家族や本人が罹患して初めて。			地道な啓蒙活動？
115	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がんの均てん化に対して地域によって格差が出ている。			質を評価する制度が必要。
116	医療提供者 (協議会委員)		静岡	医療対策全般について言えることと思うが、すべてを2次医療圏単位で完結させるような方法では、最近の高度化複雑化した医療体制には無理が生じるように思う(医療機関の施設整備においてもいえることだが、さらに最近の医療崩壊の原因となっている医師確保においても地域間格差がかなりある中での一律の対策は無理があると思う)。			
117	医療提供者 (協議会委員)		静岡	本来がん対策予算やがん関連診療報酬については、厚労省の担当部署が責任をもって、がんを扱う基幹病院に広く行渡るように配慮すべきである。しかし実際には種々の条件が設定され受け取ることが容易でない加算が見られ、がん診療の現場に多大な不利益をもたらしている。一部の人的配備に恵まれた病院のみが利益を享受できる弊害の大きい条件設定は早急に見直し、がん診療を扱う基幹病院が経営上不利になることなく、安心してがん医療に取り組むことのできる診療報酬の体系を構築すべきである。	相談支援センターや院内がん登録に関し、国並びに県による継続性のある十分な予算措置が必要である。拠点病院での急性期がん医療が終了し、その後の治療継続のために療養型病院を含む後方の支援病院への転院を迫られる場合が少なくない。亜急性期がん患者を扱う後方病院への予算措置も必要である。さもないと亜急性期がん患者の受入れ拒否が常態化する恐れがある。	がん診療連携拠点病院加算が低すぎることで、またがん疑いで紹介された患者には加算されないことは極めて不合理である。緩和ケア診療加算に関する施設基準で、精神症状を担当する常勤の医師の規定は不適切であり、非常勤の医師とすることが妥当である。がんに関する手術料の設定が低すぎる。特に侵襲が大きく長時間を要する手術への加算には妥当性を欠くものが少なくない。	現在先進医療として扱われている乳がんセンチネル生検、CTガイド下気管支鏡検査、抗悪性腫瘍感受性試験、腹腔鏡下肝切除、腹腔鏡補助下脾切除等、急速に普及しつつあるがん診療の診療報酬への認定が遅すぎることで、また先進医療の申請が分りにくく申請しづらいことが顕著であり、行政サイドががん医療の進歩を阻害している側面が少なからず見受けられる。
118	医療提供者 (協議会委員)		静岡	現在、がん診療連携拠点病院の選点は2次医療圏1病院とされているが、がん医療の質は問われず定量的にのみ評価している。また、カバーする人口も考慮されていない。以上を考慮した選考を望む。	がん医療の質を担保するためには、医療従事者の増員が不可欠。人件費を含む予算増額が必要。	世界標準のがん医療を行うための薬剤検査に対する保険適用は全く不十分であり、各学会からも多くの要望が出されている。実状に合致する診療報酬の早急な対応を望む。	
119	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	がんも胃がん、大腸がん、乳がんなどから急性骨髄性白血病などまで幅広い。一般臨床病院でできるものまで地域がん診療拠点病院で行う必要は無い。	予算は差がついてもいいが、一般病院でがんを扱っている病院にも手厚くしてほしい。	病態の重篤性に合わせた診療報酬体系を望む。	認定医、専門医制度は必要かも知れないが、学会に出席する時間がないほど忙しががん患者を診ている医師がいることを忘れないで欲しい。人数がいれば、交代で学会にも出席できるかも知れないが、そのため認定医が取れず制度面で不利になっている病院が多数ある。
120	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん拠点病院に対して設定の義務要求が大きすぎる。		がん拠点病院であるが、効力があるように、がん診療に対し、診療報酬を設定してほしい。	がん拠点病院の設定基準をある程度幅を持たせてほしい。
121	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	がん治療に用いる新薬の実用までの期間が未だに長い。			スーパー特区など工夫はみられるが、これをさらに発展させ、早期のがん治療薬が実用化に至るようにしてほしい。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
122	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		重要度から、現行の2~3倍が必要と思います。	DPCで赤字となる部分もあり、現状に合わせた対応をお願いします。	
123	医療提供者 (協議会委員)		愛知	一番進んでいなくて、がん死亡率を低下させるのに最も有効と思われるがん検診の啓蒙の成果が見えてこない気がする。また、がん診療連携拠点病院にのみ認められる、特殊ながん診療をできるようにしていただきたい。現在、がん診療連携拠点病院でなければ行えない診療行為、といったものは健康保険上で規定されていない。つまり健康保険制度では診療行為において、がん診療連携拠点病院とそれ以外の病院で差はありません。がん診療連携拠点病院の役割として、難治症例や稀少症例の患者に対する診療を行う為に、例えば、国内未承認の抗悪性腫瘍薬を使用できるなどしていただければ、患者はもとより勤務する、がん診療医師に対してもメリットのあることと考える。これは診療においてだけでなく、がん診療を目指す臨床研修医へのアピールにもなり地域での専門医確保策などの対策にも通じると思う。		医師、看護師、薬剤師をアシストする職種の創出とその保障を診療報酬の面でも進めて欲しい(予算についても同様)。	先進高度医療の項目内又は保険外併用療養費の、治験に係る診療に「がん診療連携拠点病院」の項目を策定する。若しくは厚労省で検討中の「コンパッションート・ユース」を、がん診療連携拠点病院より先行的に導入する等により、評価療養制度での請求ができるようにして欲しい。
124	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	確実に効果が上がる感染症対策(パピローマなど)、禁煙、検診の啓蒙と実施。			
125	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	人員、設備に対して莫大な投資が必要。その費用に苦慮。	がん診療連携拠点病院への支援を充実してほしい。	高資医療、ホスピス医療、緩和ケアの点数を上げてほしい。	
126	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	がん対策基本法に沿って策定計画が練られたが、それに対応するための人員や予算が不足しており、計画は練られても実場面で空回りしている傾向が見られる。政策誘導には補助金・診療報酬・税制面の優遇・許認可などの制度、のツールがある。これらのツールがバランスよくかみあってがん対策がなされているとはいえない状況である。	補助金による予算処置が行政側から病院に対して行われるが、実際は非常に制約の多い補助金で使い方が難しいことが多い。制約を取り払ってもっと柔軟な運用に改めるべきである。	がん診療に対する診療報酬はまったく不十分。外来化学療法・手術・放射線治療を行うに当たっての高額な機器の設備部投資を十分にまかなっているとは言えない状態である。診療報酬の配分を変えるのではなく、診療報酬全体の底上げが必要。	IT機器導入に伴う税制上の優遇処置が一時期行われたことがあった。これは医療機関のIT化に貢献したと考える。病院・診療所に対する税制面での配慮が必要と考える。がん拠点病院の認可要件がかなりきびしく、地域の実体と合わないとおもわれる部分もある。地域に配慮した要件の見直しが必要。
127	医療提供者 (協議会委員)		三重	・地域がん診療連携拠点病院をもっと増やしても良いのではないかと。・高額な放射線治療機器の整備に対して補助の整備。	診療報酬の増加に見合う予算を確保して欲しい。	手術、放射線、化学療法などの点数を大幅に上げて欲しい。	がん予防策の策定、周知。
128	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	がん予防、がん教育、がん登録などのがん対策の基盤整備が遅れている。	前記の基盤整備事業に十分な予算を配分するべきである。		学校教育の中になんか教育を取り入れる。地域がん登録を努力目標でなく、法制度化し、予算措置を行う。
129	医療提供者 (協議会委員)		三重	早期発見の努力が必要(20-30%の検診率では問題)。	がん対策、予防税とも言うべきもので予算化する。		
130	医療提供者 (協議会委員)		滋賀	・もう少し費用対効果を評価して予算化した方がよい。 ・会議やイベントが多すぎて、又、人手が限られているので、病院内でのがん対策強化がむしろおろそかになる。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
131	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	がんセンターを中心として日本のがん対策を考えるのであれば、がんセンターの透明化、予算のがんセンターへの不平等な集中は避けるべき。あるいは、がんセンターの改革が必須(予算を使いすぎている！)。	上記同様、がんセンターの予算が大きすぎて不均等がはなはだしい。	当然上げるべきである。	
132	医療提供者 (協議会委員)		京都	拠点病院・協力病院(京都府特有?)の位置づけを明確にすべきと考える。本来の主旨はがん医療均てん化が目的と思われるので、手術はするが、再発例・末期は診療しない医療機関もあるかと思う。			「均てん化」の主旨を徹底すべきと考える。
133	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	医師不足による医療過疎地域ができ、がん診療の均てん化以前に医療崩壊を防がねばならない。地域でがん診療を行う医師の不足他科医師のがん診療への無関心。			研修医の救急医療が義務化されたように、がん診療を行うことを義務化する必要がある、そのカリキュラムを作成し導入する。
134	医療提供者 (協議会委員)		京都	拠点病院中心主義でなく、がん患者対応最前線での関係諸団体との連携、及びがん患者の病態の変化に対応するシームレスなシステムが必須。		外科系の報酬(技術)不十分。	薬局薬剤師の積極的活用。精神面を含めたの安心感評価(ケースワーカー等)。
135	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	がん対策の真の目的は「がん医療水準の均てん化」にあると言われている。私たちは大阪府と言う恵まれたエリアを生活圏としているが、「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」に出席して感じることは、へき地(表現は不適切かも知れませんが)でのがん医療をどこまでボトムアップするかが大きな問題であると感じている。声高に均てん化と言っても、相当な年月と労力・予算が必要であると考えます。			
136	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	日本人は「がん＝死」と捉えがち。			後期高齢の終末期医療問題で再検討・子供のころからの死生観に関する教育の普及。
137	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪			むしろ審査上で、がん治療での高額医療の8%ルール廃止。	がん検診の無料化。受診なければペナルティ(税率など)。
138	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	がん検診を国が責任を持って全国民に普及させる。可能ながん予防を国が責任を持って全国民に実施する。がん医療に携わる人材が少ない。国民への啓発事業。がん治療に関するデータの集積、解析と広報。	前記のための予算。		

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
139	医療提供者 (協議会委員)	松末 智	奈良	<p>長年にわたり第一線総合病院で診療に当たってきた者にとってがん診療計画に対する根本的な違和感は、がんさえ診療すればそれで終わりという印象を抱かせる点にある。同じような規模の拠点病院であっても”がん診療”が全体の診療に占める割合の多寡(因みに、当院では一日平均外来患者2000人のうちがん患者の割合は20%で、入院患者800人中がん患者は30%)によりがん診療に対する対応は変わるものであると言うことを認識しないと、何時までも実行不可能な計画に終わるのであろう。即ち、今のがん対策計画は診療患者のほぼ100%ががん患者である認識で作成されているようにしか思えない。恐らく当院と同様の他の総合病院でも現有の人的物理的資源でもってがん患者以外の疾患に罹患した多数の患者を同時に診療しているであろうと想像するので、同様な違和感を抱いているものと推察する。特に、専従、専任に関して異を唱える声は大きいだろうと思う。潤沢な人的資源があれば可能であるが、人員不足が問題になっている医療現場の現状をあまりに無視した計画は理想論に過ぎないだろう。現在の医療現場を考慮し、医療崩壊状況を改善する方向性を盛り込んだ「がん対策」でないと、実効性は乏しいだろう。また、国民への啓蒙は結構であろうが、最大の問題は戦後教育を受けた者達が「人は死ぬものである」という命題をあえて無視し意識外に追いやってきた事である。これが結局がん診療においても大きなネックになっていると考える。従って、啓蒙と同時に幼少期からの「生死学」教育を考慮すべきである。これが結局は長い目で見れば健全な「がん診療対策」の発展に繋がると考える。</p>			
140	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	疫学研究が少ない。	基礎研究・社会医学への配分を増やす。		
141	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	本県は、他府県に比べてがんによる死亡率が高い水準となっている。10年以内に年齢調整死亡率の25%減少を目標としているが果たせるのか疑問である。			平成20年3月に「和歌山県がん対策すし新計画」を作成し、一応目標を定めている。
142	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	臓器別診療体系中心の診療体系にとって、悪性新生物が占める割合は、診療科によって比率が異なり、且つ、治療法の選択により、担当科も異なってくる。事実上、がん専門病院でさえ、あらゆるがんに対応可能な「がん専門医」は存在しえない。集学的治療、チーム医療を行うためにはそのコアとなる人材が必要であるが、全くいないに等しい。がん診療に関わる医療機関は殆どが急性期病院であり、緩和医療、在宅医療に関われる余裕はない。にもかかわらず、緩和医療、在宅医療への関与が要求されるのは、急性期病院の役割を果たす事と、矛盾がある。			積極的がん診療を集学的に行うためのチームをまとめる「がん専門医」の育成。在宅、緩和医療が地域の診療所でも行える様な制度上のバックアップ。急性期病院で、緩和医療を含めた、急性期以後の治療をある程度行っても、診療報酬上のマイナスとならない様な制度の改正(在院日数がのびる事によるマイナスも含め)。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
143	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	末期がんを看取る機関が少なく、選択の余地がない。またコストもかかり、コストが捻出できない際には家に帰るといった方法が一般的となっている。		きちんと診療、末期がんの対処をしている医療機関には診療報酬を上げるべきである。	もっと制度を公開すべきである。
144	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	がんは日本人の死因の第一位であるが、本県はワースト5に入っている⇒なぜなのか？			なぜ、本県がワースト5なのか？⇒改善策はないのか？
145	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	多種多様な冊子が送られてくるが、印刷・各施設への配布も含め多額の予算が使われているように感じる。しかし、その予算に見合う情報提供となっているのか？ユーイング肉腫など罹患率の低いがん腫の冊子もたくさん送られてきているが、もったいないほどに使われていないのが現状である。	冊子などの一方的な情報提供などより、講座を開くなど、医療機関と地域住民との会話ができるような機会を多くできるように施設ごとの企画・運営に対する予算を手厚くしてほしい。		
146	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	法案成立後も何も変わっていないと思う。とくにへき地でのがん治療の均てん化がなされていない。	へき地での研修会の実施、医師・看護師の教育の場を増やす。		
147	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	保険診療と未認可治療との混合診療が実現できていない。			未認可治療の登録および検証を行う制度を整える。登録した治療は、検証のためのデータ提出を条件に自費診療を認め、同時に保険診療も認める。
148	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	外来で抗がん剤治療や化学療法を受けられている患者様より、治療費の支払いにより生活が苦しいという相談があります。高額療養費助成で2、3ヵ月後に返金があるとしても窓口負担が厳しい場合もありますし、長期に渡る場合もあるので外来でのがん治療費の助成について考えてもらいたい。			
149	医療提供者 (協議会委員)	川嶋 寛昭	和歌山	がん対策のみならず、医療の向上と安全を増進するための財源として、早急に消費税をアップすべきである。		手術手技料、抗がん剤注射手技管理点数を数倍に上げるべき。	混合診療を許可し、外国の抗がん剤を使用できるようにすべき。
150	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	全体像がわからない。			
151	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	都会中心に会議や決まりごとが決まるので、地方病院のような医師数の少ないところは、たいへんである。	がんセンター等都会の病院と地方病院を分けて考えていただきたい。地方病院の意見を取り入れてほしい。		地方病院に優遇制度を。
152	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	現在、治療を受けている病院で再発、末期にいたるまで一貫して医療を受けれる場合はよいが、諸事情により病院を変わらざるを得ないこともある。このようなとき病院間での連携がうまくいかないと色んな問題が起こってくる。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
153	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	増え続けるがん患者にどこまで高額医療を進めていくのか？化学療法の回数などに制限はかけなくていいのか？高い薬価を国民で負担し続けられるのか？国民医療費の方向性として、診療報酬(手技などに対する)を抑えるのももう限界だが、がんサバイバーが増えれば治療をどこまでするか上限を国策として設けない限り現場で押えられないのだから、がんに限らず一人の人に保険医療として出してあげられる上限を設けて、あとは自費負担とする、国民の命の値段を決める議論をすべきでは？国に保健医療に関するサイトを運営してほしい。さまざまな治療選択肢の説明も、動画サイトを公開して患者がそれを見ればいだけ、質問があればかかっている病院で聞けばよいなら、ドクターショッピングが減る。内容のレベルが保障されたサイトを作れば相当現場の負担が軽減する。	もうがんが慢性病、生活習慣病化してきた以上、がん患者だけ特別扱いはできない。上に書いたようにがん医療に関わる費用を公開して、どこまで払うかコンセンサスを得るべきでは？PDで延々とケモをし続けられるのはがんセンターのような臨床研究施設や治験参加施設に限るなど。	費用対効果をもっと公表すべき。化学療法なら、エビデンスのない治療を制限する、効果があるかどうかわからない副作用軽減薬を使わせない、患者さんの漠然とした不安に対して行われている画像診断をやめさせる、腫瘍マーカー測定の種類、回数に明確な上限を設ける(研究・治験施設と、一般の病院の扱いを変える)。診療報酬が審査会で切られるかどうか、各地の裁量に任せるのでなく、はっきりとした基準を設けてグレーゾーンをなくす。	都会と地方の医療格差を無くそうとするのは結構だがアクセスの点、医療従事者の数、施設の数、特性に違いがありすぎるのももう少し柔軟な対応をしてほしい。がん診療連携拠点病院の基準を地方で満たすのは困難であり、かつそれをいろいろ努力して満たしても報酬もろくないのでは、正直拠点病院を返上すればいいのにと思っている。
154	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	医学(がん研究)が進歩すれば、がんが少なくなるのではなく、多重がん、重複がん、多発がんを含めてがんが増加するという認識に立っての政策の確立。		がんの診療報酬の増額。	①がん関連の医師及び看護師の院内増員が容易になるシステムの拡充。②がん関連の医療職員の増員。
155	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	決定事項が地方の実情と開離している。医師数の少ない地方において、化学療法、緩和療法、放射線治療等専門医をつくり、分業化の方針はいいか？	予算規模がよく理解できていないが、いたずらに予算を増やせばいいとは思わない。	外来化学療法に極めて有利でDPC採用病院の入院化学療法は極めて不利外来化学療法か、入院化学療法にするかは、本来患者の希望にそうべきはずが、現在は病院経営方針が優先している。副作用軽減目的で十分量の薬剤が使われていない可能性すら危惧される。	
156	医療提供者 (協議会委員)		岡山	厚労省が本当にがん医療の現場を分かって制度を構築しているのか甚だ疑問である。医療の現実を知らない患者団体の要求の言いなりになっていないか。理想を言うのは簡単であるが、医療の現場に大きな人的・金銭的負担を負わせて、それに見合う報酬を含めた対策が採られていない。			
157	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	直ぐには思い浮かばない。			