

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
158	医療提供者 (協議会委員)	篠崎 勝則	広島	在宅緩和ケアの展開では、介護保険制度の適応が重要となる。ただ介護認定基準は特定疾患(慢性の経過をたどるものが多い)における介護度に基づいて行われるため、がん終末期のように患者の状態が月単位で増悪するような場合は十分に活用できない(介護認定の迅速かつ適切な実施)。また各市町村やケアマネージャの資質により、介護認定の度合いにも違いのある場合もある。がん終末期における介護保険制度の透明かつ迅速・適切な運用は、在宅緩和ケアの推進には必要不可欠と考える。	がん終末期における介護保険制度に対する各自治体への予算の配分増加。	外来通院から在宅ケアへの移行時の診療報酬加算の増設。	厚生労働省によるがん終末期における介護保険制度の指針の整備や広報ならびに各自治体の調査。
159	医療提供者 (協議会委員)		広島	5大がんの中で膀胱がんなど死亡数の増加が著しいものに対する研究・予算が非常に少ない。	臓器別では膀胱がんの予算を10倍以上に増やしていただきたい。	指導医・専門医に対する報酬の差別化を(技術・知識・経験に対する報酬増を)。	がん拠点病院が中心となる枠組みが必要。
160	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん検診率がよくなる。治療の均てん化がん予防や治療について、障害を持った人や、インターネット高齢者等が使えない高齢者への情報提供。	乳がん、子宮がん等の検診について、企業や一般の人への呼びかけだけでなく、大学、専門学校等の学生にも呼びかけ、コストの一部を国が補助するという試みをしてはどうか。	専門看護師・認定看護師の診療報酬上の評価を拡大。	診療・検査機器・病理学的診断等について、病診、病病連携の推進。機器については共同利用の推進。
161	医療提供者 (協議会委員)		広島	日本人の2人に一人はがんになり、3人に一人はがんで死ぬ時代に、がん対策はあまりにお粗末で、お金をかけていない。がん難民の問題がマスコミに取り上げられてやっと動き出したようだが、まだまだ形だけ体裁を整えているだけのような気がする。	タバコ税を500円程度にして禁煙を推進、と同時にその税金でがん検診を無料にする。	外科手術のレベルの向上は目を見張るものがある。それに比して手術手技料はあまりに低額すぎる。もっと外科手術の評価を上げてほしい。	がん検診はすべて無料にする。禁煙を始めがん予防にもっと力を入れる。
162	医療提供者 (協議会委員)		広島	制度が先行して診療報酬がついていない。			
163	医療提供者 (協議会委員)		広島	地方におけるがん医療の充実。	拠点病院強化補助金等を交付金化するなどにより各県が実状に応じた体制整備を行えるようにする。		
164	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	がん検診の補助やシステムが不十分であり、現状のままでは検診率50%達成は困難である。がん治療は薬物療法や放射線療法より外科手術が主体であるにもかかわらず、外科医に対する評価が殆どされていない。近年外科医が著しく減少しており、この点の対策がなければがん治療成績は逆に低下してしまう可能性が高い。また、がん研究に対しての研究補助が少なく、地方大学ではその減少が著しいことから、研究面での低下が極めて心配で、少なくとも国際競争には勝てないと考えられる。	がん拠点病院の予算が少なくなっており、がん統計の取りまとめを含めた人件費の不足や教育に支障を来すことは間違いない。現状でも、特に都道府県がん診療連携拠点病院は自前で不足分を補っており、さらに負担を強いられることは問題と考える。	外来がん薬物療法における加算が少なく、1ヶ月に複数回治療しても1回の算定であるなど、報酬は十分とは言えない。多くのスタッフを必要とする(医師だけでなく、看護師、薬剤師、MSWなど)ことから診療報酬のアップをお願いしたい。	
165	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	行政の情報伝達を迅速にする事。医療現場との意思疎通を密にする。患者対応の向上(医療水準の均てん化)。	がん診療連携拠点病院の補助金の継続。増額。	化学療法室設置での加算あり、ほぼ良好なるも薬剤の価格上昇著明(分子標的抗がん剤 etc..)で医療費も上昇。	病院の階層化が必要だろう。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
166	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口			がんの手術に対する診療報酬が各診療科間で格差が大きい(例えば婦人科ががんの手術点数は低い)。	
167	医療提供者 (協議会委員)		山口	<p>・がん治療の現場を支えている主体は勤務医であるといつて過言ではない。ゆえに勤務医不足を抜きにしては語れない。医療崩壊の本質は勤務医不足であり、それは医療費削減が根本原因とする日本医師会の見方もありますが、それは遠く関連した問題で、より直接的な原因は、①必ずしも希望ではなかった大学の医学部に、入試というかたちで、いわばやむをえないと言う納得のもとに全国的に振り分けていた医学生・新人医師をマッチング方式で全国に解き放ち、必ずしも大学へ戻る義務を無くし、厚労省が狙ってその通りとなった大学医局の持つ人材派遣機能を壊せば、大学医局員不足と魅力的な土地への医師の偏在が起きるのは極めて自然。さらに②新臨床研修中の2年間で医療現場とそれを取り巻く現実の厳しさを身近に見聞きすれば、希望に燃えた純な気持ちも曇り、外科系を避け「易きにつく」という、診療科の選択にも偏りが起きるのも極めて自然なこと。こここのところをもう一度考え直す必要がある。・地域がん診療連携拠点病院の場合、医師不足とは別に、要望されている種々の専従・専任医師／看護師／薬剤師／放射線技師などを充足しようとした場合、地方公務員としての定数管理があるために、非常に大きな足かせになっている。・医学の進歩と医療費の増加は裏表の関係。がんの精密検査に必要な高額医療機器の、少なくとも、減価償却ができるようなシステムを作る必要があるのではないか。</p>		特に手術を要するがん治療の場合、疾患毎の原価計算の値を全国的に調査して典型例を出し、そこからひるがえって手術点数を決めるなどはどうであろうか。そこには、進歩した手術に関わる手術器具の減価償却費と人件費への考慮が必要(外科の立場から言えば、ひとりの患者さんの手術に標準的には外科医3人、麻酔医1人、看護師2～3人が手術前から終了後まで、関わっている)。	
168	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	地域医療が崩壊寸前である地方では、がん対策と地域医療再生を並行してすすめるべきと考える。			地域医療再生計画の中にかん対策をもちこむべきと考える。
169	医療提供者 (協議会委員)		山口	診療ガイドラインが徐々に整備され、治療面については急速な勢いで進歩しているのに、診断についてはとくに健診については、受診率の向上目標のみが一人歩きし、あまりに現状とかけ離れた状況である。予算を一般財源化し、市町村大合併をし、特定健診を取り入れたことが、大きな影響を及ぼしていると考え。	健診は市町村事業に予算を任せ、号令だけをいくら掛けても数字は上がらない。一般財源としてではなく、予算の使用目的をもった財源化を図るべきではないか？		
170	医療提供者 (協議会委員)		徳島	がん治療の中央と地方、都市部と地域との格差が増大していると感じる。国民の平等な医療の享受や均てん化の理念になっていない。	がん診療に関わる医療者への支援予算措置。がん診療をうける患者に対する支援措置。	がん診療に関連した診療報酬の増加により、病院や診療所の経営改善に寄与する。	研修医制度の見直し。がん診療にかかわる外科系医師の優遇制度の構築。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
171	医療提供者 (協議会委員)	宇都宮 徹	徳島	がん診療連携拠点病院の要件などを決定する際に、各都道府県一律に決めることに限界を感じる。徳島県全体の人口は70数万人であり、ある地方都市の人口以下です。各専門スタッフの人数も限られるため要件を満たすのが相対的に困難となり、また専門スタッフ一人当たりの負担が極めて大きくなる。			人口が少ないなら人口相当の専門スタッフを育成すれば解決するとも考えられるかもしれない。しかしながら、例えば100万都市であれば、同じ人数で市内での移動で研修会などを開催できるであろうが、地方都市では車で2、3時間移動して研修会を開催するなど見えない負担が大きいことが評価されていないと考えられる。緩和ケア研修会の義務化など都市部では大きな負担ではないと判断され制度化されると、地方都市では大変な負担となる。義務化などを決定する際には十分な配慮をして頂きたい。
172	医療提供者 (協議会委員)		徳島	限りある資源(人的、経済的)を有効に配分すべき。予防、早期発見(検診)に力を入れるべき。一方、治療特に薬剤が高価になっており、適応について十分な検討が必要。わずかな延命のために多額な医療費をつぎ込んでいると医療費のみでなく、国家全体の経済が破綻するのではなかと心配である。均てん化も必要であるが、病院の機能分化も重要。地域に整備すべき機能のモデルを示し、都道府県が病院を指導する。			医療費に関してはできるだけのことを無制限にしてほしいという感覚があるが、やはり、無駄になっていると思われるものも多い。効率的な配分を行っていかねば破綻すると思われるので、医療に関して限りある資源を効率的に配分する必要があるということを理解してもらえよう教育が必要。
173	医療提供者 (協議会委員)		香川	ホスピスの拡充一般病院ではどうしても平均在院日数が長くなる。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やす。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やす。	急性期病院では対応が十分でない。
174	医療提供者 (協議会委員)		香川	予算が少ないにも関わらず、あまりに総論的過ぎる。	予算が中途半端過ぎるので、総花的になるのだ。	スクリーニングの報酬は勿論のこと、検査回数にも制限がありすぎる。早期発見した場合に報奨金をつけるぐらいにしないと、早期発見すればするほど収入が減ることになる。	検診を国民の義務とする。検診保険の創設。
175	医療提供者 (協議会委員)		香川	医療関係者、がん患者やその家族はがんについての意識が高くなってきたが、それ以外の人たちへの意識は依然低く、啓蒙活動がまだまだ不十分だと感じる。			
176	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	医療費全体の抑制の中でがん対策を推進するための費用も明らかに不足している。がんの研究や医師の研修のための機会や経費はがんセンターや特定の大病院に集中している。地方のがん拠点病院はその名の下に多大な義務的負担を負いつつ、出口の見えない医師不足という迷路の中で施設基準を満たすことにさえ汲々としている。わずかの加算のためではなく、地域のがん診療を担うという誇りだけを糧として踏みとどまっている状況である。がんセンターへ若手医師を研修に出す人的、経済的余裕はない。がん医療における真の最前線は地域がん診療連携拠点病院とその周辺にこそあるということを認識し、手厚い支援を請うものである。	各拠点病院に一律の予算配分ではなく、がん患者の診療実績やその治療成績、学会参加、研修実績などの出来高に応じた予算の分配を行う。	健常者が多く受診するがん診断領域への診療報酬を引き下げ、その部分を真のがん患者が受ける、がん化学療法、がん放射線療法、がん手術などの治療領域の報酬引き上げに用いる。	論文の質ではなく量によって付与される学会主導のがん専門医認定ではなく、診療実績とその成績に重点を置いた、国が主導的に認定する専門医制度を構築する。

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

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
184	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	<p>国、および県のがん対策基本計画は、がん登録のような疫学面、がん予防からがん診療、施設内容から連携、相談支援とあらゆる分野を総花的に網羅し、推進するとしているが、具体性がない。どれが大切とは断じれないが、当面の重点目標がないので、力が分散している。また、がん診療の均てん化を謳っているが、医療全体が体力不足のおり、どの範囲までを均てん化とするのか。時間を争う救急医療こそ隔々までの均てん化が望まれ、亜急性のがん診療は一定範囲の医療圏で集約の方が効率的であろう。その意味で2次医圏は適当な目安だが、人口が多いので同一医療圏でも複数施設、施設も大学病院も一般病院もというモチベーションのベクトル混合での拡大路線はどうかと思う。患者の受診機会均等という意味では数があればよいと思うが、患者に対する診療の質の担保、患者側からは施設選択の判断基準がはっきりしなくなる。</p>	<p>がん診療連携拠点病院として課された業務は多く、当施設のある2次医療圏内でも適正医療が行われていない多くの施設があるという現状を見るにつけて使命感の大きさを感じる。しかし、拠点病院への支援は県と国での予算折半なので愛媛県は600万(300万+300万)、一方国立施設では満額2800万もしくは2200万で、同一県内でも活動予算に差があるし、県ごとに格差があることが明らかになっている。また、課せられた使命に対応する人件費を考えると、補助額は少なく、自助努力の部分が大きい。むやみな均てんより、診療実情にあった集約により機能と予算の集中という観点も必要かと思われ、補助も全額国がまかなうか、県に対して満額となるような指示があつてよいと思う。</p>	<p>診療報酬は患者自己負担との兼ね合いがあるために安易な判断はできないが、拠点病院として質向上に向けて投資を行い、一定基準を満たす診療内容を担保することに対して加算が行われれば、拠点病院のさらなる自己向上意識が維持されると思う。特に、包括医療について、がん診療における抗がん剤治療は専門医不足などと騒がれるにもかかわらず、診療報酬では包括範囲内が大部分である。標準化学療法が基本ながら、近年の医療の進歩によって二次、三次治療の場面では、選択される薬剤が包括されていることによる治療機会損失を被っている患者も少なくない。抗がん剤治療を行わねばならない患者の全身状態が万全でない事例も多く、在院日数の面も含め、拠点病院としての基準を満たす病院なら包括、在院日数を主たる判断材料とせず、最善の化学療法が選択できるといった差別化をして頂きたい。</p>	<p>予算、診療報酬などの面で拠点病院へのインセンティブがなければ、拠点病院を掲げて重荷を背負うより、自らの信じるところを、自らができる範囲でやった方が、力も集約でき、しかも楽というような施設が出て来るやもしれない。信頼できる施設を県が推薦し、承認したのであれば、施設を信頼し、利便を図る部分があつてよいと思う。当然、施設の推薦に客観的なき順があり、かつ公正性が担保され、制度運用にははしかるべき監査が伴うことは当然である。</p>
185	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	<p>今までも各都道府県でそれぞれ独自のがん診療体制が存在している。しかし今進められているがん対策は画一的に思えてならない。均てん化は必要かもしれないが、予算がなく医師不足の中で、拠点病院の基準を満たすために形式的な対応をせざるを得ない状況があるように思える。</p>			
186	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	<p>大学教育に腫瘍学の講座が必要</p>			
187	医療提供者 (協議会委員)	堅田 裕次	高知			<p>理学療法で認められるのは、外科手術の治療時、安静による廃用症候群、肺がん等による呼吸器リハに限られるが、全てのがんの治療経過における廃用症候群に対し、筋力強化や日常生活動作の改善・維持を目的とした理学療法診療報酬の必要性を感じている。</p>	

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
188	医療提供者 (協議会委員)		高知				医療には公共性を保つという重要な役割が存在する。これを担っている医療機関に対して、十分な補助が必要と考える。医療崩壊といわれている昨今、これ以上の崩壊を食い止めるためには、我々の努力とともに、地域住民・地方議員・地方自治体が公共性を持つ医療機関を守るという姿勢が必要である。
189	医療提供者 (協議会委員)		高知	対症的な療法ではなく予防的なことに重点を置いたほうが良いと思う。	予防に予算を多くつける。	患者さんに対してなるべく侵襲が少なく、効果的な療法に重点を置く。	
190	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がんの予防という視点で見ると我が国の対策は不十分と考える。食事を例にとっても農薬や、食品添加物なしの食物を摂取することは困難な状況にある。病院で治療をしてもがん発症の素地をそのままにして退院させても再発するのは当然である。がん患者・家族に対する精神的なサポートも不十分である。		がん患者・家族に対する精神的なサポートに対しても報酬を与える。	がんの予防を総合的に考える制度を作る。
191	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	厚生労働省は、到達目標をかかげ、予算をつけているが、実際に方策を練り実施する自治体(県、市町村)レベルでの、その地域に本当に必要ながんに関連した短期・中長期ビジョンが十分でないため、具体的な対策が出ない。結果として成果は一部であがっているが、有効な対策が必ずしも実施されたとは言いがたい。すなわち、同じ課題が残り、議論をしている印象がある。大きな理由は、県・市町村の担当部署のカバーする範囲が広く、人材、予算とも不足している。	たとえば、地域がん登録を推進するのであれば、当然、情報処理部門といった専門的な部署を設置し、そのなかにはがん専門の職員を配置する等の対策をとる必要がある。	がん診療拠点病院の設置要件を満たすには、がん相談のための専従の相談員と相談室の設置、がん登録のための診療録担当事務員、緩和ケア専従医師・看護師の配置等、多くの人、設備に投資がいる。現在の診療報酬に上乘せがない限り、病院全体としてがん診療部門は赤字である。	個々の病院の努力には限界がある。都道府県のがん拠点病院の充実をまずはかる。拠点病院と言いながら担当者はすべて兼務連携。
192	医療提供者 (協議会委員)		福岡	制度としてはかなり進展しているが、現状とかけ離れている点が多い。とくに末期がん患者の在宅療養は、介護や看護体制も不十分であり、核家族化と高齢化の現状では不可能に近く、緩和医療病院の数やベッド数が少ない現状から担当病院が負担せねばならず、やむなく退院させられた患者は難民化しているのが現状である。	国民皆保険制度そのものが破綻した状態であり、今後の増収も見込めないことから予算面での対応は不可能に近いと思われる。保険適用疾患の限定や、薬剤費の自費化、混合診療の自由化などで、今後も持続する高齢化社会を乗り切るしか方策はなさそうである。	最も大きな問題は、保険制度の異なる欧米に準じた策を我が国の医療に課していることである。DPC制度においては、入院の下で高額な抗がん剤を投与すると赤字の状態となる。そのため、あえて外来化学療法で対処せざるを得なくなり、患者と医療機関に無理を強いているのが現状である。このような状態はいずれ破綻し、治療を継続できなくなる可能性が高い。手段としては、抗がん剤は自費にすべきであろう。	制度のみをいくら作っても良くはならないのが世の常である。できるだけ自由化して、現場の中で少しずつ改善していく事が重要である。
193	医療提供者 (協議会委員)		福岡	二次医療圏に一つのがん診療連携病院のあり方。		がん関係の認定・専門看護師によるケアの評価(相談支援や指導料)を希望する。	各地点の均等化も必要だと思うが、現代のようにアクセスの良い時代は、医療圏にこだわらなくても良いのでは。
194	医療提供者 (協議会委員)		福岡	診療報酬が安すぎる。		診療報酬を上げる。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
195	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	予算をもっとつけてほしい。			
196	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	都道府県の財政基盤には大きな差がある。がん医療の均てん化を謳いながら、事業の主体を各都道府県とするのは矛盾していると思われる。国が責任を持って、都道府県による差がないように均てん化すべきである。また、がん検診の実施主体を各市町村としているが、これも財政の厳しい自治体ほどがん検診に取り組み難くなると言うことに繋がるのではないかと危惧する。	金は国が責任もって全国均てん化する、実施の細部は各都道府県の実情に合わせて変更できるようにしてほしい。	がん拠点病院の診療報酬をさらに高くしてほしい。	本制度ならびにがん拠点病院という制度を広く国民に広告してほしい。
197	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	予算、診療報酬、制度面すべての面を全国一律に定めるのには、むりがあるのではないか。都市、地方に差が存在することを考慮していただきたい。	がん診療を行う上で、必須の緩和ケア科、化学療法科、腫瘍精神科の医師、看護師が、地方においては、決定的に不足している。各専門の医師を招聘する予算は考慮していただきたい。	地方では、緩和ケア科、化学療法科、腫瘍精神科の各医師の確保が困難で、2~3人の特定の医師が兼任せざるを得ない状況であるが、これら兼任者に対する報酬面でのフォローが必要と思われる。	思うように専門医師を確保できない地方と比較的容易に確保できる都心の病院とで、がん拠点病院の基準が同一であることには、かなり無理が生じている。
198	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	がん疼痛発症初期からのオピオイド処方(使用)の推進を。	がん疼痛研修(医師、薬剤師、看護師等)への推進実施を。		欧米諸国並みのオピオイド(麻薬他)使用への理解が必要。
199	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	仕事や地域性などにより検診できない状況にある人が多い。一般健康診断で、スクリーニングできない所がある。	健診車の増加により、がん検診を専門的に、職場や地域で行えるようにする。	勤務医は収入が少ない為、アルバイトに行くなどされており、病院内の医師が少なくなり手薄状態。医師の手取りアップが望ましい。	専門看護師、認定看護師への報酬をつける。
200	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	5大がん以外のがん種への対策がみえない。その患者総数は相当大きい。	きめの細かい予算措置。総額を増やす。	拠点病院のがん診療に加算措置を。	がん登録を法令化し、実施病院には加算を。
201	医療提供者 (協議会委員)		長崎	がん拠点病以外への啓蒙が不十分。拠点病院とそれ以外の意識の差が大きいと感じる。そのための予算は必要。	がん拠点病院の予算を思い切って増額し、人を増やせるくらいにするのが望ましい。臨床の片手間にやるのでは効果は期待できない。専従の医師を雇用できる予算が必要。	全般的に診療報酬は低すぎる。思い切ってがんの手術の診療報酬、化学療法加算などをupすべき。かわりに化学療法剤等の薬価を下げ調整してはどうか？患者負担は化学療法剤において大きすぎる。	
202	医療提供者 (協議会委員)		大分	都道府県がん対策実施計画。	推進のための基金が必要。		
203	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん対策の均てん化。			
204	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	いろいろな分野で専任の医療者をつくることが重要。	セミナー、講習会だけでなく、実際の人件費に充てる。		
205	医療提供者 (協議会委員)		大分	連携の組織作りの強化ーがん治療の成果のアップ、在宅緩和ケアをやりやすくする為にも、治療前の歯科治療を徹底させる形作り。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
206	医療提供者 (協議会委員)		大分	高齢者になれば、がん認知症は日常でしょう。どこまで治療するのか、年齢、貧富などで受ける医療に格差があり過ぎる。不平等である。幸運な方だけが最高に治療を受けている傾向はある。			個人の死生観に基づいた医療を受けることのできる制度をつくりたい。
207	医療提供者 (協議会委員)		大分	地域でがん医療を行おうとしても、自院の施設基準や資格医師など制度基準を満たさないののでできないことが多い。			
208	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	精神科医師はいなくても緩和ケアはできると思われる。必須条件から外すべきと考える。			精神科医師に替り臨床心理士とかでも可とする。
209	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	・地方の診療現場では、人も時間も人件費も不足している。日常診療を事故無く、クレーム無く過ごすのが精一杯で、拠点病院としての様々なノルマはスタッフの重荷になっている。拠点病院がきちんと役割を果たすためには、必要な人数とスタッフを増やすための予算(補助金)も必要。	・昨年の当院への国県からの補助金は114万2000円/年しか頂けず、病院負担が大きすぎた(県費を絞っている県では国からの予算も減額されているようだ。県立病院や独立行政病院には全額補助があるのに不公平感が大きくなってしまっている。・拠点病院に求められている専門医、認定医の学会出張旅費(認定看護師、技師も)やがんセンター研修以外への研修旅費についても、補助金の対象にすべき。そして、来年度の具体的な予算項目が流動的なため、補助金の報告は予算枠内の事後報告制にすべき。	・せめて米国の半分(それでも現在の診療報酬の3倍以上?)の診療報酬が得られれば、優秀な人材を強化し、様々な課題へ対応するための時間と余裕ができると思われる。現行では個人のがんばりに依存している。	
210	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	がん患者の苦悩は、入院中・在宅においても継続しているが、現在の医療の中では入院中の急性期疾患として扱われ、継続診療という視点から基本的に離れているきらいがある。特にがんセンターや大学病院で治療した後など、“がん難民”を作ってしまうこと含め更に検討が必要。		下記に対する診療報酬検討。減額も含め。	特にがんセンターや大学病院で治療した後など、継続治療・ケアプランを具体化することを義務化する。
211	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	医師に対する緩和ケア研修会に、参加してもらいたい医師がすべて参加してくれるとは思えない。		研修会終了者で何らかの加算を。	診療範囲の制限とか？
212	医療提供者 (協議会委員)	瀬戸山 史郎	鹿児島	がん対策に関する国の予算が、市町村で十分にがん対策に使われていない実情がある。がん対策の予算が、住民へのがん検診の広報や検診の充実に充てられるように明確な制度体制化が必要だと考える。			
213	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	行政 担当者が少ない予算化されなかった事業;継続が望ましいと思われる事業でも、県単独では実施不可能で最長2-3年で終了がん拠点病院強化事業の補助金 対象事項の限定:職員の院外研修等に全く使えない。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
214	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	①当方の様に低所得地域では、お金がない事から十分ながん治療を受けれずに亡くなるケースもまま有る。②外来化学療法が発展しても、現在患者が加入している保険は入院しか適応できず、結局入院化学療法となっているケースが多く有る。③がん診療には通常の慢性疾患を外来で診察する以上の時間(一人平均20-30分かかります)と労力がかかる。			①がん(病期)になった人が安心して治療を受けれる様な国民保険制度が必要だと思う。②保険会社に対し外来加療分を補償する保険制度に変換するよう国が求めるべきだと思う。③これを支える制度が必要だと思う。また、がん患者を診る事で診療報酬があがるなら、他疾患より外来診察時間をかける事ができると思う。
215	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	がんに限らないが、医療の限界や不確実性、そして、人は死ぬ、という事をきちんと理解で出来ない事が問題と思う。こういう事を教育する事に予算を使ってほしい。			
216	医療提供者 (協議会委員)			2015年問題。がんを宣告され、生存されている方が500万人を突破するという実態。	診療報酬面、制度面でのバックアップ予算。	特に外科系、緩和ケア、相談、地域連携クリニカルパスに対応した時の報酬の上乗せ。	行政面で、がん検診の予算を地域にもっと大きく、開業医、医師会での活動力アップのための予算。
217	医療提供者 (協議会委員)			検診制度が不十分。			メタボ検診を中止し、がん検診を強力に行う。
218	医療提供者 (協議会委員)			がん検診等の向上への取り組みの強化。医療従事者や市民への啓発の強化。			
219	医療提供者 (協議会委員)			予算の配分が低すぎる。また、診療報酬も低すぎる(入院初日1回のみ)。	がん登録の件数も現在まかなわれていない状況である。SWやがん登録等の件数費が十分回るよう配分していただきたい(人数×～万円など)。	入院初日1回、しかも他病院にて診断のある患者という、ほとんど算定できないような条件が付けられているのは問題である。条件を緩和して入院毎に算定できるとか、医療機関別係数にする等の改善が必要である。	
220	医療提供者 (協議会委員)			・独居の高齢者が増加しているが、がん患者は施設に入れないことがある。医療と介護の両方が必要な人への支援ができていない。・均てん化(がん相談)と言われているが、治療中は中央の大きな病院に集中することもあり、相談に関しても各地域では行われず、中央へ流れてくる現状があり、情報の共有が必要。			
221	医療提供者 (協議会委員)			従事者(医師、看護師、ソーシャルワーカーなど)の育成に力を注いで戴けるとありがたい。		思い切った増額を望む。	
222	医療提供者 (協議会委員)			・禁煙支援を本格的に行う計画なのか疑問である。・がん検診受診率を50%以上とする具体策に乏しい。			・タバコ自動販売機の撤去。・がん検診受診者へのインセンティブの考慮。
223	医療提供者 (協議会委員)				用途の制約が多すぎる。現場の裁量をもっとほしいと考える。	診療報酬全般にいいえることですが、研修医が行っても専門医が行っても同じというのは明らかにおかしい。	責任を追う仕事にはそれなりの報酬が必要である。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
224	医療提供者 (協議会委員)			予算の内示が遅いため年度の計画が立てられない。	年度初めに予算を認めていただき計画的に実行する。	DPCから外して出来高請求を多くする。	
225	医療提供者 (協議会委員)			低医療費政策でがん対策を考える前に各病院に予算がなく十分な体制がとれていない。総論はあっても各論の実施が困難。	もう少しマシな予算を。	種々の技術料にもっと配慮すべき。	
226	医療提供者 (協議会委員)			がん診療連携拠点病院への機能強化事業の補助金について、都道府県の財政事情で、差異があり、不適切である。	都道府県の財政事情の係わりなく、補助金を国が拠出してほしい。		
227	医療提供者 (協議会委員)			統計情報から現状を把握した上で、エビデンスに基づいて対策を構築し実行に移すという考え方が全般的に欠けている。			国および地方自治体におけるがん対策に関する専門家の育成。
228	医療提供者 (協議会委員)			がんセンターがある県とない県があり、地域格差がある。			がんセンターがない県では、症例数の多い病院をがんセンターと同等に扱う(診療機器の充実など)。
229	医療提供者 (協議会委員)			教育が重要であると思う。			
230	医療提供者 (協議会委員)			無駄が多い。厚生労働省が主体で行うべきである。	厚生労働省が大学等も含め、まとめるべきと考える。文部科学省の予算等のがん対策として一本化するべきと思う。厚生労働省の予算とは別に文部科学省の予算、又厚生労働省内でも一本化されていないのは残念だ。		現在が医療行政を厚生労働省で行うチャンスと考えている。
231	医療提供者 (協議会委員)			もう少し啓蒙普及活動がほしい。以前に比べれば格段に増えているのではあるが。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	
232	医療提供者 (協議会委員)			専門医師の人材育成及び業務に見合う診療報酬が必要。	増やしてほしい。	上げてほしい。	専門家を大切にしてほしい。
233	医療提供者 (協議会委員)			国民の教育ということを考える時、各都道府県が同じような内容で教育課程を提供できるような取り纏めが必要である。各都道府県での協議会レベルでの決定に患者や家族の代表者の参加が少ない。		相談支援業務への点数配置在宅支援に関しての点数アップ。	一次検診、二次検診医療機関の増加。
234	医療提供者 (協議会委員)			地方の実情が判っていない。地方では医師が不足しており、一定の資格を持った医師ではなおさらである。体制整備がなかなか進みません。診療報酬も各種資格を持った人員をそろえると得ることができるようになってはいるがそのような人材はなかなかそろえることが出来ない。	一定のがん診療連携病院に体制整備の予算を提供する。少額では体制はとれない。		中央で育った人材を一定期間地方に回すことを検討して欲しい。
235	医療提供者 (協議会委員)			医師(特に外科医)の待遇改善。		外科的手技に対する技術料加算。	
236	医療提供者 (協議会委員)			全般的に拠点病院にはハードルが高い項目が多い。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
237	医療提供者 (協議会委員)			小児科医として回答。小児がん経験者(Childhood Cancer Survivors: CCS)に対する対策がない。不十分な状況。成人内科への情報提供(CCSの晩期障害についての情報など)、連携が未発達だと思う。	小児慢性特定疾患が治療終了後5年でできることにより、フォローアップが不十分となる。それによりCCS(20歳以上)の経済的負担が増え、全く検査などが行なえていない。制度の新造により「元気が出る」ことになる。提案書の全体分野1-7.8に、優先してCCS対策を加えられるべきだと考える。		小児病院の成育医療センター化の推進。
238	医療提供者 (協議会委員)			セミナー、講習会だけでは実のある効果は難しい。			予算を増やして(短期間ではない)人的配備を図ることが必要と思われる。
239	医療提供者 (協議会委員)			予防対策にもっと力を入れても良いのではないかと考える。			
240	医療提供者 (協議会委員)			地域がん診療連携拠点病院は、拠点病院としてのハード、ソフト面の機能充実・維持のため、多大な人的投資と経費を投入している。投資に見合う補助金及び診療報酬上の裏付けがない。	地域がん診療連携拠点病院補助金制度の継続。	緩和ケア、相談支援、がん登録、化学療法に関する診療報酬(指導料、管理料等)の正当な評価が必要。	指定要件を満たせば、地域がん診療連携拠点病院は二次医療圏に一つとこだわることなく何ヶ所でも指定されるべきである。
241	医療提供者 (協議会委員)			がん診療拠点病院が自治体病院や国立病院に偏在していてがん診療認定医が評価されていない。		がん診療認定医加算の新設。	がん拠点病院設置基準の見直し。国立、自治体立、私立を問わず、がん診療専門医などの人材に重点を置いた設置基準を！
242	医療提供者 (協議会委員)			地方における指導研修体制の確保。均てん化を達成するための地方のドクターの研修体制の確立。行きたくても簡単に研修に行くことができない実情。			研修期間中の医師の応援態勢の確立。
243	医療提供者 (協議会委員)					面談等多くの時間がかかるが、サービスとなっている。	
244	医療提供者 (協議会委員)			全体的には医療資源の効果的活用がなされていない。現在より医療従事者の集約化や施設を充実させる必要があるのではないかと。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア			
					予算について	診療報酬について	制度面について	
245	医療提供者 (協議会委員)			当県ではがん対策推進計画が5カ年計画で平成8年からスタートしているが、県民にこの対策の趣旨や内容が十分に伝わっていないと思われる。なぜならばがん検診の受診率が依然として低値なのである。受診率の向上が最優先課題であると思う。現在この啓蒙を主として行っているのは保健婦ではないだろうか。これが大きな問題だと思う。がん受診のことは話すかほとんど説得力がない。専門的知識を持つ地元の医師が行うべき。	県と市町村が連携してきめ細かい啓発行動を起こすべき、さらに市町村を地区別に細かく分け十分にキャンペーンが行き渡るようにする。大きな都市、地区などのおおまかな単位でのキャンペーンはほとんど効果はないと思う。そのため予算組が必要。しかしながら小地区の公民館などを利用していけば会場費はそれほどかからないのでは。講師は地元の医師とすればボランティア感覚でひきうけてくれる。なぜならば地域住民の健康を担っているから。予算獲得も大事であるがその配分も重要。現在は都市部のキャンペーンの開催に偏っている。小地区からこつこつと。			
246	医療提供者 (協議会委員)				制度を充実させるためもう少し予算があってもいいと思う。		検診をさらに推進すること禁煙の推進。	
247	医療提供者 (協議会委員)			がん対策に対する費用の底上げと適正な配分が必要。				
248	医療提供者 (協議会委員)			がん医療の均てん化という点では、地域がん診療連携拠点病院にがん患者さんを集約することはいいことだが、均てん化をするために資格にこだわりすぎることは、問題があると思う。またがん診療連携拠点病院の機能を維持するために地域に患者さんを戻すためには、がん診療連携拠点病院の受け皿となる医療機関をもっと整備する必要があると思う。	がん診療連携拠点病院を維持していくためには、多くの人材の確保が必要になるので、病院への支給の増額が必要。	がん診療連携拠点病院に対して、早急に診療報酬面でのメリットをつける必要がある。たとえば外来化学療法、地域連携クリティカルパスに対しての診療報酬等。	地域連携クリティカルパスを使用するにあたって、患者、受け皿となる地域の医療機関のメリットを明確にする必要がある。また再発した際に発見が遅れることが心配されるが、このことを保証できるものを考える必要がある。たとえばQOLの評価を組み入れることで再発の発見の遅れを担保する可能性の研究等が必要	
249	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策が甘い。		地域連携パスに診療報酬が必要である。		

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

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

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

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

2.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

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

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

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

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

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
308	患者関係者・市民(協議会委員)			・化学療法の診療報酬の少ない。・画一的な治療し かしない(できない)医療従事者。		・化学療法において、薬種変更 や薬量の増減や副作用対策な ど、一定の基準に基づいた対 応についての報酬加算措置。・ マーカーや画像診断における 一定の成果に対する加算措 置。・画一的な化学療法でな く、個々に合わせたオーダーメ イドな治療に対する診療報酬 加算の何らかのルール作り。	
309	行政府(協議会委員)			放射線治療担当医の絶対的不足と、放射線治療の医 療器械の進歩が速すぎて、現実との診療行為と、”新 しくて有用な機械”といった情報が氾濫していること。	予算の無駄使い。新たな放射 線治療施設を増築しすぎ。		
310	医療提供者 (協議会委員)	中村 路夫	北海道				がん薬物療法専門医に対するインセン ティブだけではなく、『専門医へ紹介した 場合』にもインセンティブを与える。専門 医にがん患者がまわってくる頃には、 「色々ひどい治療がされてからようやく送 られてくる場合」もある。自分で診れなけ れば早い段階で専門医に回すべきであ り、紹介した医者にも紹介された医者にも メリットがあるシステム(ご紹介キャン ペーンでよくみかける、紹介した人にも紹 介された人にもキャッシュバックするよ うなシステム)が有効ではないだろうか。
311	医療提供者 (協議会委員)	上村 恵一	北海道	病院格差が大きい。		放射線治療、がん薬物療法専 門医にきちんと見合った診療 報酬を配分する。	
312	医療提供者 (協議会委員)		北海道	各拠点病院で教育を行い、何らの証(修了証など)を発 行できる権利を与える。	教育施設としての予算も上乗 せする。	報酬を若干上げる事で、施設 の収入増。患者への高い医療 の還元が可能となる。拠点病 院に来なくても良い患者が減 数することで、必要な患者待ち 時間の減、対応する医療従事 者の負担減となる。	がん診療連携拠点病院専門医、技師な どの身分保障
313	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	人が育つのに10年かかる。がんは毎年生ずる。大量 に患者が集まらず大半が拠点病院対応であることを重 視すべき。横断的な仕事は拠点病院の方が可能。	ナースプラクティショナーの養 育重視。	医師には患者ニーズに対しプ ロジェクトリーダーとしてより高 い要求を出し、その代わり雑用 は除く。	大量の医療関係雑用処理機能(書類書 きなど)を大きな決定権と責任明記。プロ ジェクトの立案と報告義務を課すこと。真 の実力ある医師を選択する(新規医療の 資格を絡める)。
314	医療提供者 (協議会委員)		北海道				リンパ浮腫指導は時間がかかるにもか かわらず診療報酬が100点と少ない。