

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
1768	医療提供者 (協議会委員)		福岡	我が国では、国立がんセンターで長年行われてきた経緯があるが、それがうまく生かされなかった事が世界に後れを取った理由である。また、個人情報保護法案の制定により、学会で行われてきた臓器がん登録が停滞した事も問題として挙げられる。	診療情報登録師が講習を受けて資格を取り、院内がん登録を担っているが、診療報酬面での補助も小額で、人件費は施設が負担しているのが現状である。仕事を課す場合には、人が必ず必要であり、人件費は補助すべきである。	同前記。	
1769	医療提供者 (協議会委員)		福岡				5年生存調査の行政が伴う制度化。都道府県の登録制度の均点化。
1770	医療提供者 (協議会委員)		福岡	予後調査がしにくい。地域がん登録をしていない県が多い。			予後調査は個人情報保護よりも重要と思われる。法律でがん登録を定める。
1771	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	予後調査をどうするか。病院単位では難しいと思うので、工夫が必要。			各がんのがん取り扱い規約やTNM分類を各病院のがん登録の端末で見られるように、著作権等を整理してソフトを配布してはどうか。
1772	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	やはり法令による制度化と推進のための人材養成及び予算措置。		加算措置を。	法令で強制しないと全国的に行われないうであろう。
1773	医療提供者 (協議会委員)		長崎	全国統一したフォーマットで、かつできるだけ簡便にしないとデータは集まらない。			
1774	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん登録の助成。	がん登録に向けての予算措置。		
1775	医療提供者 (協議会委員)		大分	院内がん登録医療機関の増加、都道府県単位での地域がん登録事業の展開。	がん登録事業の実務者の養成と各医療機関への配置(養成期間3カ月)。	がん登録事業における各医療機関の登録に対する診療報酬加算。ただし1件につき6カ月以上の追跡を行う条件。	都道府県の保健医療部門あるいは都道府県医師会を事務局とするデータ集約。
1776	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	人材教育をする予算を組むべき。	診療報酬で対応してもがん登録をできる人材を確保することは困難であるため、制度が向上するとは思えない。	医師なしで、登録が完了するようなスキルを持った、診療情報管理士を中央で教育し、各県に配置する。その診療情報管理士が各病院を周り、登録内容のチェックを行う。	
1777	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	アメリカみたいに専門のスタッフの養成と配備。		専門スタッフに対する加算。	
1778	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島				生死調査が簡単に文書で役所に依頼できるよう、個人情報保護法下での特例事項として周知させて欲しい(地域によっては、役所が対応(=調査協力)してくれないようである)。
1779	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	院内・県などの方法含め、簡略化・統一し、臨床医にとって理にかなった方法で行って欲しい。各医師への説得が大変。			

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
1780	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	全国でちゃんと正確に進んでいるのか信用できない。			
1781	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	診療の片手までするには仕事量が多すぎる。	せめて拠点病院に専門職員を雇用する予算をつけてもらいたい。	がん診療医は診断書作成、がん登録、臨床研究、地域での活動、その他の仕事で時間外労働時間が多いと思う。この分は超過勤務請求できないのでボランティアになる。少しでもインセンティブをつけてもらいたい。	
1782	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	診療報酬に評価されていないので 人の配置がおろそかになる。また、取り組みについても十分おこなわれない。	一施設2人以上配置できるように予算をつける。	施設基準を整備するように、診療報酬に盛り込む。	
1783	医療提供者 (協議会委員)			病歴士の増員。			
1784	医療提供者 (協議会委員)			全国共通のものがない。		大変な仕事量であり、安い。	
1785	医療提供者 (協議会委員)			がん登録に係わる医師の業務～診療以外の業務～が増加し、医師の負担軽減が必要である。		がん診療連携拠点病院への診療報酬上の手当て(加算)の増。	
1786	医療提供者 (協議会委員)			地域がん登録、院内がん登録、臓器別がん登録など種類がわかれているので、全て臓器別がん登録に集約することが必要ではないか。また、腫瘍登録士(初級修了者)を必ず1名、病院では置かなければいけないというように制度を変更してはどうか。	腫瘍登録士の人数×〇万円という補助金をつける(最大3名まで)。	補助金を出すのが困難な場合は、診療録管理加算のような点数を新たに作り対応する。	病院において、腫瘍登録士を1名置かなければいけない、と施設基準に盛り込んでみてはどうか。
1787	医療提供者 (協議会委員)				大幅にアップして専属の人が従事できるようにして欲しい。		
1788	医療提供者 (協議会委員)			予後調査に苦慮。			予後調査では個人情報保護法との板挟み。何か住民票照会等のシステムを作るとかで対処できないのか(特に県外)。
1789	医療提供者 (協議会委員)			現場にとっては仕事が増えただけ。登録士もまだ不慣れで十分機能していない。			
1790	医療提供者 (協議会委員)			院内がん登録システムの全国ネットワーク化。			
1791	医療提供者 (協議会委員)			登録のあとの対策をいかにするかの観点が欠落しがち。登録は手段であり目的ではない。			
1792	医療提供者 (協議会委員)			臨床医にかなり負担となっている。それにもかかわらず、地域がん登録や院内がん登録の意義が浸透していない。	登録支援の医療クラークの制度がまだ不足している。		臓器によってはUICC/TNMでの登録がいまだに両方が使用され、時にstage分類の変更などが加わって登録をさらに混乱させている。

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
1793	医療提供者 (協議会委員)			院内がん登録を実施していない医療機関が多い。がん登録も、地域がん登録、国立がんセンター報告、学会のがん登録などがあり、不統一。がん登録データの事後活用も不十分。		がん登録の実施状況により、加算を設定する。	登録内容の統一。後利用の促進。
1794	医療提供者 (協議会委員)			・生存確認調査の住民票照会の方法、他施設情報の収集(生存・死亡)が提示されていない。・院内がん登録のMLの活用(MLでの回答が迅速に行われていない。回答のなかに気になる箇所もある。過去のMLの内容参照機能が整備されていない。)・実務者による勉強会が開催されない。(県内の拠点病院で集まると病院で職種が異なり相談しにくい 状況である。国立がんセンター主催の地域勉強会が中止になるとの話なので東京へ頻繁に行くことは 諸事情で困難である。)	・補助金が県の財力によって異なる。財政難の県に手厚くして欲しい。		・生存確認調査のための住民票照会が県によってかなり違うようなので全国一律な方法で予後調査ができるよう制度を決めて欲しい。
1795	医療提供者 (協議会委員)			多くの道府県では地域がん登録の精度が十分ではなく、がん対策に生かすことができない。	各道府県の地域がん登録への予算の増額。	院内がん登録を実施する医療機関に対して診療報酬による優遇措置。	一定規模以上の病院に対する院内がん登録の義務化、病理検査機関から地域がん登録への届出の促進、地域がん登録の法制化。
1796	医療提供者 (協議会委員)			広く国民に知られていない。			新聞、メディアを通じて、広く国民に知らせる。
1797	医療提供者 (協議会委員)			がん登録の法制化(地域がん登録、院内がん登録)がん登録データの精度向上(腫瘍登録士の認定)。		専任者配置による加算。	腫瘍登録士の認定制度。
1798	医療提供者 (協議会委員)			がん登録をしろというなら、その分ソフトや人件費等は国が負担して欲しい。	人員の確保は困難だろうから、ソフト面に関しては国が負担した方がよいのではないか？		
1799	医療提供者 (協議会委員)			当院ではかなりうまくいっている。しかし県内を見た場合、拠点病院だけしかうまくいっていない。	他施設への支援をするための費用を出して欲しい。		MRLの資格を持つ人が増えかなり前進しているも、もう少しあと押しが必要。
1800	医療提供者 (協議会委員)			登録すべき項目が複雑でしかも答えにくい部分も多い。登録されたデータの信憑性はどうなのか、と心配になる。			
1801	医療提供者 (協議会委員)			がん登録に詳しい人が少ない。兼任でカバーしている。	振り向けるべき。	評価すべき。	養成と、スタッフを雇ったときの助成。
1802	医療提供者 (協議会委員)			これはスピードが大切。5年前のデータをまとめられても実際的には価値はない。現状の遅れようは何だ！	増やしてほしい。定型的な質問は止めて頂きたい。	上げてほしい。診療行為として報酬を出す事。	前記の通り。
1803	医療提供者 (協議会委員)			予後調査について、地域がん登録へデータを提出しているため、脂肪患者についての情報をフィードバックして欲しい。		院内がん登録の点数化を！	
1804	医療提供者 (協議会委員)			がん対策に活用できる水準のがん登録を継続的に実施するためには、がん登録の法制化が不可欠である。そうしないと、すべてのがん患者の届出を義務づけることはできない。また、がん患者の予後把握のために行われる人口動態死亡小票の収集と住民票照会が、特別な申請と審査を必要とする調査として扱われ、その円滑な実施が著しく妨げられる。	厚労省が、都道府県に、地域がん登録を実施するために必要な経費を10/10の補助金として交付する。事業が定着したら一般財源課化する。	診療報酬として措置することは、患者負担が発生するので好ましくない。がん登録が法制化されれば、診療報酬で対応する必要はなくなる。	できるだけ早くがん登録を法制化する。社会保障番号制が導入されたら、それを利用する登録のしくみを確立する。

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
1805	医療提供者 (協議会委員)			地域がん登録がされていない(福岡県)。			
1806	医療提供者 (協議会委員)			予算不足で十分な人員が雇えず業務(入力)が遅滞することが多い。	拠点病院への交付金の増額。		
1807	医療提供者 (協議会委員)			院内がん登録、地域がん登録、臓器がん登録の一体化詳細は臓器がん登録だけでよい 院内がん登録はもっと簡便にする必要があるとともに 入力者について 医者以外の教育が必要。			
1808	医療提供者 (協議会委員)			患者や家族に同意をとっていない。			
1809	医療提供者 (協議会委員)			小児白血病リンパ腫についてはJPLSG(日本小児血液学会)、固形がんについては日本小児がん学会での統一した登録がはじまっており、重複した登録は現場医師の負担になる。			前記重複のない、既存制度の活用が望まれる。
1810	医療提供者 (協議会委員)			追跡調査の方法 転居者も多く不明が増えることが予想されるし、住民票照会を行うにしても、自治体によっては個人情報保護の観点から応じてもらえるのか不明。			県主導で地域がん登録を実施すれば、かなり情報共有ができて、調査率の上昇につながると考える。
1811	医療提供者 (協議会委員)			院内登録を100%にすること、現状は病院によってばらつきが大きく、全体に低い。診療所のがん登録についての意識がひくい。	院内がん登録を評価し(病院の格付け)、予算配分をすること。		
1812	医療提供者 (協議会委員)			診療情報管理士のがん登録に費やす業務時間が長い。		地域がん診療連携拠点病院としてのがん登録に係る人件費については満額ではないが補助金として交付されている。補助金制度が無くなった時点から、人件費を十分に補填する施設基準としての算定が必要である。	
1813	医療提供者 (協議会委員)			各県、各施設で登録制度がばらばらで統一されていない。		下記がん登録制度認定施設に十分な診療報酬を！！	国家統一の登録制度を政府が作るべきである。同時にがん登録制度認定施設基準を新設。
1814	医療提供者 (協議会委員)			①腫瘍登録士制度の構築と継続的な教育体制の確保 ②データ登録そのものの明確なルール化とマニュアルの整備		・がん登録の件数に応じた点数化	・腫瘍登録士の専門職としての位置づけ
1815	医療提供者 (協議会委員)			シンプルな形式の登録テンプレートの作成を望む。			
1816	医療提供者 (協議会委員)			とても手のかかる(医師・事務)ことなのに診療報酬上の加算がなく、登録をするインセンティブが全くない。			がん登録を全国できっちりするための法律を作っては。
1817	医療提供者 (協議会委員)			医療機関での登録の煩雑さが、また必要性が認識されていない。			法整備が必要である。地域がんと院内がん登録との整合性が取れていない部分あり、統一化が必要。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1818	医療提供者(協議会委員)			全国共通のがん登録が必要と思われる簡便で役立つ内容が良いと思われる。			
1819	医療提供者(協議会委員)			がん登録システムとHISとの共有化が最優先となるようなデータ形式・形態の統一化、標準化を望む(同一内容の二重登録を避ける、セキュリティを担保するためのHISネットワークから独立を前提)。			登録対象の判断者の明文化(医師、診療情報管理士、その他)と原則業務すみ分け、責任の明確さ。
1820	学者・研究者(協議会委員)		宮城	地域格差がある。低水準にある都道府県には具体的な計画について指導する必要があるのではあいか。全体としては、集まったデータをどのように還元していくか、特に治療成績とどのように結びつけることが出来るか、日本のがん医療の在り方を評価する上で大きな課題がある。		院内がん登録にも加算を設けるべきであろう。	
1821	学者・研究者(協議会委員)	大内 恵明	宮城	がん登録は、がん医療のアウトカム評価に必須であるにも拘らず、わが国では未整備である。「がん登録なくして評価なし、評価なくして対策なし」…これは世界のがん対策を見ても明らかである。			
1822	学者・研究者(協議会委員)		埼玉	本籍地検索の妥当性の評価。	常勤職員の雇用のため、単年度ではなく通年度で予算配分をしてください。	がん登録・予後管理料の新設。	個人除法保護法内での本籍地検索を国民に理解してもらい、実施する。国民に番号を付け、検診から疾病管理、予後管理を行う。
1823	学者・研究者(協議会委員)	西巻 正	沖縄	精度の高いがん登録ができていない。	登録するインセンティブがない。なんらかのインセンティブが必要。		
1824	学者・研究者(協議会委員)	青木 陽一	沖縄	登録方法が適当でない。			
1825	学者・研究者(協議会委員)			各医療機関からのがん情報の収集の困難さ。			がん対策基本法における“がん登録”の法制化、患者の死亡情報の“がん登録”への利用を易しくする。
1826	学者・研究者(協議会委員)			制度化が進まず、国の支援が乏しい。			理想的には、届出を義務付ける法整備が望ましいが、そこまで行かなくとも実行可能な施策もある。課題を再度整理して、国・行政が率先して、問題解決に進むこと。
1827	その他(協議会委員)	梶沢 敏雄	新潟	個人情報保護との兼ね合い。			
1828	その他(協議会委員)		山梨	有効に活用できれば健診の有用性生存率の改善など評価できる。	担当職員がいるか？		
1829	その他(協議会委員)		佐賀	必要性は論じられても制度化されないことには未実施県もあり、日本全体の把握はできない。また、実施している県でも予算カットなどで財源不足となり、十分な事業ができにくい現状である。			制度化が必要。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1830	その他(協議会委員)		宮崎	がんの死亡率統計は信用できますが、がんの罹患率を知ることが難しいので、がん登録制度の充実が切に望まれる。			
1831	その他(協議会委員)			登録はがん診療連携拠点病院だけではない。		拠点病院以外からの登録が促進されるように診療報酬で評価すべき。	がん登録データのネット公開。
1832	その他(協議会委員)			がん登録を現市町村レベルでの業務には積極的には活用できないと思う。			
1833	その他(協議会委員)			現在、がん検診の偽陰性例の抽出のため、地域がん登録室への検診受診者の情報提供・照合について、個人情報保護審議会に付議しているところだが、難航			早く「がん登録」を法制化し、がん研究やがん検診の精度向上に向けて、推進できる環境を作っていたきたい。
1834			北海道	予後調査を行う際、一般へのがん登録に対する周知があまりされていない事や、個人情報保護の観点より調査が難しい。詳しいDr.がいなくデータ精度が保たれているか不明。		がん診療連携拠点病院HP加算のほか、がん登録に対する加算も増やす。	予後調査も行いやすい環境を整える(法整備など)。がん登録に精通した医師の育成。
1835				医療機関はともかく、市町村での登録は皆無と考えられる。	モデル化のための予算方必要と思う。		市町村または地区のモデル指定により登録を推進し、そのモデル地区のがんへの継続的取り組みを行う。

9.がんの予防

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
1836	県庁担当者		福井	受動喫煙防止について、健康増進法では努力義務となっているため、各自治体の取組み(条例化等)により差がある。			健康増進法による規制を強化したらどうか。
1837	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	キャンペーンをもっと増やすべきである。			
1838	県庁担当者	服部 正興	三重	情報発信が少ないように思う。			
1839	県庁担当者		広島	・全ての国民がタバコを吸わないような国家的な禁煙運動の展開が必要である。・「県条例」ではなく、国が禁煙の法律を作る。税金の増収より、人間の「いのち」が大切である。	・タバコ1箱が1000円といわず、1本100円にして1箱2000円にすることによって、喫煙をしない国を実現したい(元ヘビースモーカーからの提案)。・小・中学校からがんの怖さや対策を授業で指導する。		
1840	県庁担当者		高知	レストランや飲食店は、全て禁煙にすべき。			
1841	県庁担当者			・学校における防煙教育の積極的な取組 ・公共施設の禁煙が徹底できない。	・文部科学省における予算化。 ・厚生労働省から公共施設の禁煙の方針の提示。		
1842	県庁担当者			たばこ規制枠組条約の遵守に向けた国の対応が遅すぎる。			健康増進法の改正による受動喫煙防止措置の強化が望まれる。健康増進を目的としたたばこ価格の大幅な増額が必要。増額により税収の落ちが取り上げられるが、喫煙による健康被害に係る医療費等の増加の方が大きいのではないか。

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
1843	県庁担当者			根本的に解決するには欧米並みにたばこの値段を上げるしかない。			
1844	県庁担当者			20代～50代の喫煙者へのたばこ対策が十分でない。児童生徒の禁煙支援体制が十分でない。	快適職場を支援する補助として、禁煙・分煙の取組についても補助対象とする(健康教育・啓発イベントなど)。	未成年者に対する、禁煙治療の保険適用化。	学校現場において、医師、薬剤師が禁煙支援ができるようにする。
1845	県庁担当者			普及啓発では効果が不十分。			たばこ事業法を廃止し、健康政策としてたばこ対策を位置付け、自動販売機の規制や値上げなど、環境整備を進める必要がある。
1846	県庁担当者			受動喫煙防止対策は、個々の県条例では困難と考える。			罰則を盛り込んだ法制化等、全国統一した施策が必要だと考える。
1847	県庁担当者			県では、がん対策推進計画、健康増進計画においても、喫煙問題を取り上げ、「禁煙・完全分煙実施施設認定事業」の推進、未成年者を対象にした啓発資材の作成、配布、禁煙問題に関する講演会への講師派遣等に取り組んでいる。			喫煙の健康影響についての普及啓発、受動喫煙防止対策、未成年者の喫煙防止に重点を置いた健康教育を推進する。
1848	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	喫煙対策を都道府県単位で行うことには限界がある。			国レベルで「マナー」にとどまらず法律や条令として、受動喫煙防止に取り組む。国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する。せめて、喫煙が可か不可かの表示を義務付ける。(利用者が喫煙可の飲食店を避け、自ら受動喫煙を防止できるようにする。)
1849	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	たばこ単価(1000円)化。			
1850	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	たばこの値段を上げて喫煙率を下げる。きめ細かな啓発普及を行うこと。小中学でのがん予防教育を強化すること。	値上げ分のたばこ税の増収をがん対策に回す。		
1851	患者関係者・市民(協議会委員)	皆川 厚	新潟	公衆に悪影響を与える場所での禁煙を徹底すべきと思う。			
1852	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	たばこの所管が財務省。	たばこを含めた健康教育に予算を厚くする。	非喫煙者へインセンティブを与える。	たばこの所管を厚生労働省とする。 税収より健康を重要視した制度とする。
1853	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	思い切って一箱千円にすべきだった。鳩山の思い切りの悪さが災いした。	栽培者や輸入業者のこともあるから売らないわけにはいかないので、びっくりするほどの値上げ。それで止めるし、吸い始めるものも減る。		
1854	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	たばこ対策はもっと強く推進してほしい。			小学生など小さいうちからの教育が必要。条例など作る。

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1855	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	マスコミ等で色々な情報が流れており、ほんとの予防対策になっているのかと疑問を持っている(情報の氾濫)。			学校教育との連携が必要。小中学校等での知識の普及が必要。
1856	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	子供を喫煙喫煙させない教育の徹底と、タバコをすいにくくする(税金アップ)環境整備。タバコはいまや麻薬と同じ。国がお金や、JTの為に手をこまねくというのはいささかおかしい。			学校教育でたばこは「百害あって一利なし」であることの徹底教育。タバコ増税。
1857	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	たばこは、いろいろなところで、禁煙対策をとっているが、個人個人の意志が強くなければ止められないのではないだろうか？害があるということはわかっているも、止められない人が多い。自分はたばこを吸わないので、吸っている人が回りにいると臭いに耐えられないし、大変不愉快である。いろいろな対策を考えても、なくならないのではないだろうか？			たばこは周囲に迷惑をかけるものなので、公共のところで吸えば罰金制度にする等、厳しく取り締まる制度をとらなければ、無理な話だと思う。
1858	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	タバコの販売価格を引き上げる。1箱少なくとも1000円以上でないと効果がない。			
1859	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	積極的に進めるべきである。			
1860	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・たばこが500円になったが、1000円にすると喫煙率はより下がると思う。・生涯たばこを吸わない人をつくるため、小学生時代から教育をする。	たばこ税はがん対策、特に学生のがん教育費用に使う。		・学校教育にがん教育を組み入れる。・単に煙草だけでなく、パンフレットで説明するだけでなく、体験者が生の声が効果的だと思う。
1861	患者関係者・市民(協議会委員)			たばこ対策は早急にもっと押し進めるべき。			喫煙条例をもっと広げるべき。
1862	患者関係者・市民(協議会委員)						たばこ税の更なる値上げ。
1863	患者関係者・市民(協議会委員)			小学校、中学校、高校の段階で、喫煙できる年齢になる前に、たばこの害についての教育を徹底し、新しくたばこを吸い始める人口を減らすことに力を入れるべきだと思う(現在すでにそのような教育がおこなわれているのかどうか分からないが)。			
1864	行政(協議会委員)	内田 勝彦	大分	公共施設以外の受動喫煙対策が不十分である。			受動喫煙対策実施施設の認定制度を創設する。
1865	医療提供者(協議会委員)		北海道	巷では、根拠のない民間伝承と予防が同レベルで発信されている。	これも専門の部署をつくり、対応せねばならない。そういう方のおられる施設には予算を出すべき。	当然、高くするべき。コンビニ受診の減少のため。	

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
1866	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	禁煙の意味が少ない、すでにがんになった人の(少量)喫煙、緩和ケア入院における喫煙は許可すべき。	気持ちは分かるが、目の敵にするのは止める。高い販売価格だけで充分。		
1867	医療提供者 (協議会委員)		北海道	未成年の喫煙防止のための行政の今後の一層の対策は。受動喫煙防止策としての公共施設、準公共施設の全面禁煙、その他飲食店等不特定多数の人が利用する施設の禁煙化、または完全分煙化等の対策義務に対する法的整備の遅れ(善意、良識などに頼っての対策には限界があるのでは)。			禁煙希望者への行政としての支援対策(禁煙外来受診者への制度としての支援など)。
1868	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	発がん物質として国が認定しなければならない。	禁煙対策としての医療補助。		
1869	医療提供者 (協議会委員)		北海道				喫煙者と非喫煙者の医療費ないし医療補助?に差を付けるべき。
1870	医療提供者 (協議会委員)		宮城	完全禁煙一つ進められない行政の弱さ。			
1871	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	公共施設や場所の禁煙を条例だけではなく法的に規制するくらいの積極性が必要。間接喫煙の有害性を強くPRするべき。			
1872	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	市民セミナーをやったが、受講者はいつも通ってくれている患者さんばかりで、健康者は講演会に来てくれない。方法論からはじめるべき。	資料を沢山作ってほしい。		高校、大学、職場での講演会の義務化はいかがだろうか?
1873	医療提供者 (協議会委員)		秋田	健康面からは禁煙は絶対必要だが、敷地内禁煙とすると道路で喫煙する人がいる。	増税すれば喫煙率下がると思うがタバコ農家や、タバコ屋の生活も考えないといけないのでは。		
1874	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	喫煙者と非喫煙者の健康保険料が同じというのはフェアではないと考える。			非喫煙者の健康保険料を安くすべき。
1875	医療提供者 (協議会委員)		山形	啓発教育は必要であるが、個人責任であるので廃絶は不可能である。			
1876	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	禁煙対策は喫緊の課題。まず、政治家の禁煙意識が低い。行政、立法の意識の低さが問題。	がん予防に重点を置いた予算配分。子宮がんワクチンの接種に対する女性。広報活動に対する予算の配分など。		子宮がん予防ワクチン、禁煙対策などの目標値の設定とともに、禁煙については国が制度的に厳しい対策を取るべき。
1877	医療提供者 (協議会委員)		福島				がんの原因は何か?→日常生活上で気を付けること→検診の意味を系統立てて市民が理解できる市民講座を開催。
1878	医療提供者 (協議会委員)		福島	喫煙習慣の撲滅。	文科省との共同作業になると思うが、学校教育内での「喫煙習慣を身につけさせない教育」を徹底して行う。そのために、学校医、学校薬剤師の責任・権限・報酬を強化する。		たばこ税の大幅値上げ。または、喫煙者に対する健康保険料率のアップ。喫煙を放置して、他の予防は語れない。

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
1879	医療提供者 (協議会委員)		福島	拠点病院の敷地内は禁煙となっているが、愛煙家の方々は入院中の方でも敷地外にまで出向き、吸っている状況。そのため、逆の意味で患者さんの体調が悪くなりそうである。			空調が完備できるのであれば、院内に一カ所だけ喫煙室を設けるのはいかがだろうか。
1880	医療提供者 (協議会委員)		福島	諸外国に比べ、まだまだタバコを簡単に手に入れられる環境にあると思う。			
1881	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	広報・啓発が不十分。			医師会内に組織作成～全国及び地方展開。
1882	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	たばこの値段はもっと高くすべきである(自分の健康のみならず、受動喫煙など他人におよぼす影響も考えて)。			
1883	医療提供者 (協議会委員)	野村 明広	茨城	米国にならい、もっと禁煙場所を増やすべきである。たとえば、パチンコ店などの娯楽施設など。外見上、低所得者が多いようであるが、肺がんやCOPD患者生産場所となっているように思う。彼らが肺がんで入院となっても、金銭的に十分な医療は受けられないような気がする。			米国にならい、敷地内禁煙については、その範囲を拡大すべきである。
1884	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	たばこ対策は甘すぎる。国民に対してタバコの害についてもっと教育すべき。未成年簡単にタバコを購入できる。			
1885	医療提供者 (協議会委員)	満川 元一	茨城	課税を極端に上げるべき。			
1886	医療提供者 (協議会委員)		茨城		たばこ税大幅アップ。		
1887	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん予防のために禁煙を推進していくという国家的なコンセンサスがでない(タバコ税を引き上げに対して財務省が反対してつぶれなど)。	たばこの税金を大幅に上げる。タバコ栽培農家に対する保証。		タバコのコマーシャル禁止など。
1888	医療提供者 (協議会委員)		栃木				目的税化を計って欲しい。
1889	医療提供者 (協議会委員)		栃木	料金も含め毅然とした対策が必要(昔も今もすぐに税収入りが引き合いに出される)若い女性に対する対策が不十分。			
1890	医療提供者 (協議会委員)		栃木	日本のたばこ対策は、諸外国と比べて貧弱で、恥ずかしいかぎり。政府の視線は、国民の健康よりも、参院選の票集めに向いているとしか思えない。	たばこ一箱1000円に。		
1891	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	喫煙者には、とにかく、たばこの害の認識が無い。	タバコの全廃またはたばこ税の更なる増税。	喫煙者を診療したら、報酬増額とする。	タバコ製造・販売・喫煙の法的禁止。
1892	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	JTに対し国が、問題ありと強調しなくては根本的な解決、改善は難しい。	テレビでの政府広報のスポットに「たばこの害」をもっと強調すべき。		
1893	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	禁煙の政策をしっかりと行わなければがんを減らすことはできない。	多いにこしたことはない。	禁煙外来を行っているところへの診療報酬を厚くした方がよい。	たばこ税をもっと上げるべきである。

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
1894	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・禁煙外来をもつ病院が少ない。			
1895	医療提供者 (協議会委員)		東京	禁煙をスローガンするだけでなく、タバコ税を増額し購入困難とすべき。			
1896	医療提供者 (協議会委員)		東京	道路、鉄道、レストランなどで完全禁煙(少なくとも分煙)とすべき。		喫煙者の自己負担増。	
1897	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	もっとタバコ税を上げるべきだった。結局なにをやっても、依存性のあるものなので、かなりドラスチックなことをやらないと変わらないと思う。	医療機関に予算措置を透けても、あまり変わらないと思う。	喫煙者の自己負担金比率を上げるなど、ペナルティーも必要なのは。	とにかく、国の喫煙に対する姿勢だと思う。
1898	医療提供者 (協議会委員)		東京				たばこ税の増額。
1899	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	全国民が禁煙するようにする。	禁煙キャンペーンが足りない。	喫煙者の診療点数を高くする。	どこでも喫煙ができなくする。
1900	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	さらに禁煙の普及が必要である。	禁煙運動に対する補助金の増加。タバコの値段を欧米の水準まで値上げする。	禁煙治療に対する診療報酬の増加。	たばこの値段を上げて、収入をがん検診などに使用する。
1901	医療提供者 (協議会委員)		東京			敷地内禁煙施設には診療報酬加算をする。	
1902	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	禁煙による効果、たばこの害についての啓蒙が必要。			
1903	医療提供者 (協議会委員)		新潟	禁煙教育は行っているが、院内の雇用者で20%前後がまだタバコと縁が切れていない。			
1904	医療提供者 (協議会委員)		新潟	最も対策が遅れている分野である。特に医師のがん予防分野への熱意が少ない。			たばこ税はもっと上げるべき。
1905	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	”がん”とたばこの因果関係はよく広報されているのに、喫煙者が余り減っていないように感じる。政策的に禁煙誘導に向かう方策が必要と思う。			政策的に喫煙しない方向で検討して欲しい(タバコ税の値上げを大幅に)。
1906	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	たばこは、法令で40歳以上でなければ吸えないことにすればよい。			
1907	医療提供者 (協議会委員)		石川	女性の喫煙。	たばこ税の引き上げ。	入院患者への禁煙外来診療は混合診療となっているが、混合診療としないよう対応して頂きたい(切に望む)。禁煙治療を行う場合は入院中が効果的。禁煙外来への加算(増加)。	

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
1908	医療提供者 (協議会委員)		石川	1箱1000円でもよい。駄目なものはだめとなぜしないのか、昔からの日本の癖。その代わり、たばこ会社にはそれなりの支援をする。道路だの新幹線だの、贅沢なものをやめればよいだけ。簡単なこと。	前記。		たばこでがんができることをもっとコマーシャルにまた、たばこ以外にも、有害物質に関する情報を国民に伝えるべき。
1909	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川		たばこの値段を上げるしかない		
1910	医療提供者 (協議会委員)		石川	我が国の対策は非常に甘いです。すでにアメリカでは肺がんの死亡率が減少に転じている。	煙草の値段を1箱2000円くらいにする。		すでにそうなりつつあるが、公共の場での全面禁煙、違反者への厳罰(罰金)喫煙するがん患者に対する保険診療停止。
1911	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	喫煙人口が多すぎる。学校教育で正しい知識が教えられていない。			1箱1500円以上にして収益はがん対策に充てる。
1912	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	岐阜県の中津川市では「禁煙外来」ができていて、たばこをやめたい人が活用して、やめた人が結構いると聞いた。そのような詳しい情報を広めるようにしたら…。また、奥さんが妊娠をきっかけにしてやめる人が多くなっているとの情報もあるので、詳しく情報公開してみてもいい。			
1913	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜		学校薬剤師の薬物乱用出前講座の中に取り入れて児童・生徒に講義を行なっている。また、学校の保健委員会でも保護者を対象に講義を行なう事		
1914	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	喫煙と歯周病等の関連から、歯科医師を積極的に活用することが大切と考える。	歯科医師の行う禁煙指導への予算措置を行う。	歯科医師の禁煙指導への点数評価を行う。	研修を積んだ歯科医師が禁煙指導に参加できるように制度面で配慮していただきたい。
1915	医療提供者 (協議会委員)		静岡	自分が嫌煙派なので、喫煙人口が減少する施策ならば何でも実行して欲しい。ただ、相変わらず「たばこを吸うのがかっこいい」と考えている若者が多いので、彼らが禁煙する事で将来的ながん予防に繋がる、というデータ(ビジョン)を示すことが必要と考える。			
1916	医療提供者 (協議会委員)		静岡	まだまだ認識されていない。			広報強化。
1917	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	がん予防は国として行うべきで、啓蒙活動が必要であると思う。			啓蒙活動は特定の病院の者がするのではなく、機会を均等にしていきたい。
1918	医療提供者 (協議会委員)		愛知	受動喫煙対策。			たばこ税を値上げ。欧米並みにたばこの価格をあげる。
1919	医療提供者 (協議会委員)		愛知	もっと積極的に禁煙対策をするべきと思う。			
1920	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	自己責任ですので、税金増による値上げのみで良いと思う。			肺がん、火災など社会への負担に見合う税金増を。

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
1921	医療提供者 (協議会委員)		愛知	推進が必要。			たばこ税のさらなる増税。
1922	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・禁煙の成否は個人のモチベーションに大きく依存する。「たばこ＝健康悪」教育が重要。・たばこが比較的安価で自由に24時間購入可能であり、何らかの制限が必要。		喫煙者のがん、心血管病診療の自己負担分を増加する。	・学校教育で喫煙の害を徹底的に教える。・たばこの価格を3～5倍程度に上げる。・自動販売機の廃止。
1923	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	公共の場(少なくとも子どもが受動喫煙しうる場所)での全面禁煙。義務教育。			専門家による巡回教育。
1924	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	たばこの有害性や禁煙重要性が啓蒙されているにもかかわらず、肺がんは増加傾向にある。		禁煙外来を設けている病院に対して一定の外来加算を設けることが望ましい。	日本は諸外国に比べてたばこの価格が安価である。たばこ税の更なる増税を段階的に進めるべきである。これでたばこが原因の疾病が減少すれば医療費を間接的に抑制することにつながると考える。
1925	医療提供者 (協議会委員)		三重	たばこの値上げ(1箱千円程度に)。			喫煙者には保険料を上げる。
1926	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	禁煙対策が遅れている。	タバコに対する税金を引き上げて、たばこ料金を欧米並みにする。		学校教育の中でタバコによる発ガンについての教育を徹底する。
1927	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	エビデンスのあるものについて、ということになると、たばこ、そしてヘリコバクタ除菌などに限定される。ただ、ヘリコバクタ除菌については、肝炎ウイルスに比べてほとんど無視されている。	ヘリコバクタ感染者に対する除菌治療の保険適応承認。	ヘリコバクタ感染者に対する除菌治療の保険適応承認。	ヘリコバクタ除菌のさらなる広報活動。
1928	医療提供者 (協議会委員)	富士原 正人	京都	たばこの値段をもっと上げるべし。			
1929	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	現在の政策をさらに強化。			
1930	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	禁煙外来を本年1月から開設予定だが、どの程度認知され、利用していただけるかが問題である。			
1931	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	全面敷地内禁煙は、院内において多くの問題が生じてきていると思われる。			
1932	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	敷地内禁煙病院での喫煙に罰則を。			前記の敷地内喫煙に罰金など
1933	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	禁煙や生活習慣の改善が進まないがんの予防、禁煙に関する啓発事業が少ない子宮頸がんワクチンの啓発と推進。	たばこ税の増額子宮がんワクチン、肝炎ワクチンなど、防げるがんに対する予算。	ニコチン依存症の治療計画について、もう少し現場に裁量権を。	小学生の頃からがんに対する啓発活動、禁煙啓発活動が必要ワクチン等がん予防を国が責任を持って行う制度を。
1934	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	たばこ事業法によりたばこの製造・販売が守られている。			たばこ事業法を廃止する。たばこ増税(500円以上)をきっかけに喫煙率低下を誘導する。

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
1935	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	各がん検診の受診率をみても県民のがんに対する意識は決して高いとはいえないので、啓発、情報発信が必要。たばこは平成12年に「和歌山県たばこ対策指針」を定め、色々な活動もあり少しずつではあるが効果が出てきている。			
1936	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	喫煙の怖さを、もっと啓発すべきである。			義務教育の早い時期から、喫煙の怖さを教えるべきである。
1937	医療提供者 (協議会委員)	尾野 光市	和歌山	禁煙外来を開設したいが、院内禁煙の状態であるので、できない。			施設基準を敷地内禁煙ではなく、院内禁煙でも可とすべき。
1938	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	日本国内どこにいてもマナーの悪い人に遭遇する。施設敷地内の禁煙は、医療施設では必須だと思う。	たばこ税の引き上げ。マナー違反条例の制定。		
1939	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	形式的な敷地内禁煙。外でタバコをすい見苦しい。日本からタバコをなくすのが望ましい。		本当の禁煙対策病院のみ、診療報酬の対策を。	形式的な敷地内禁煙病院にたいして指導を。
1940	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	なんで発がん物質の塊を野放しにするの？火事の元でもあるのに？なんで1箱1000円に出来なかったの？世論もかなり賛成だったのに？議員さんの喫煙率でも公表すれば？		たばこを吸う人は保険負担料を高くすることを議論する(実現不能でも、議論する)。	幼稚園・保育園レベルで喫煙の害を教える。小さい子供に言われると親は言うことを聞くから。
1941	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	たばこのごとく、明らかな因果関係が確認されたものは、近い将来には、除外されるであろう。それ以外のグレーゾーンにある多くの要因について、真の予防効果の有無を科学的に検証してほしい。			
1942	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
1943	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	タバコが規制されていない。	子宮頸がんの対策。HPVワクチンの普及。中学入学時に全員の接種。また、出産時(妊娠時)の検診は無料として、少子化対策にも貢献する。	ヘビースモーカーの手術・手術後管理の保険診療種の点数を加点する。	小学校・中学校の敷地内の禁煙を法制化する。
1944	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	思い浮かばない。			
1945	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん拠点病院では禁煙外来の設置を義務とする。			
1946	医療提供者 (協議会委員)		広島	たばこ対策はかなり進んできているがまだ不十分である。	小学校からの禁煙教育(具体的に「たばこの害」についての映像やモデルを用いての教育)。禁煙領域の拡大。	極端な意見であるが、明らかにたばこが原因でがん罹患した症例については、診療費をアップする。	小学校からの禁煙教育の制度化。
1947	医療提供者 (協議会委員)		広島	タバコががんの最大の原因であることは疫学上も明らかなのだから、禁煙を強力に推し進める必要があると思う。	たばこ税を上げてほしい。	禁煙外来に対する評価を。	
1948	医療提供者 (協議会委員)		広島	医師も積極的に予防に取り組む必要がある。		予防に対する診療報酬も考える。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1949	医療提供者 (協議会委員)		広島	受動喫煙対策。			飲食店等での更なる分煙促進対策が必要。
1950	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	禁煙外来を準備中。			
1951	医療提供者 (協議会委員)		山口	喫煙率の減少。	病院敷地内全面禁煙。	敷地内全面禁煙病院では診療報酬upを。	
1952	医療提供者 (協議会委員)		山口	タバコ産業から得られる税収、産業に関わる雇用などと、タバコによる健康被害に原因する医療費の損失を比較するのではなく、それ以前に、明らかに医学的に有害とわかっていることを継続させる国の方針が理解できない。			
1953	医療提供者 (協議会委員)		山口				現場の問題もそうだが、やはりタバコ税の大幅アップは必要。
1954	医療提供者 (協議会委員)		徳島	増税増収分は医療費へ。			
1955	医療提供者 (協議会委員)		香川	たばこが強調されすぎている。禁煙は重要だがそれ以外にもいろいろあると思う。			健診の強化 任意より必須にする 主婦などは健診をうけなくてもどこからもクレームがこない
1956	医療提供者 (協議会委員)		香川	喫煙者に対して寛大すぎる。	値上げ。	喫煙者の診療報酬加算(難しいだろう)。	喫煙に対しての罰則強化。
1957	医療提供者 (協議会委員)		香川	禁煙外来情報は以前と比べて周知されており、受診を希望する患者も増えてきたのが実状であるが、その分途中で挫折する患者も多く、その後のフォローがなされていないのではないか。また、喫煙の低年齢化に伴いタスポの導入もされたが、それがたばこ対策にどれくらい影響したのか等結果が明らかにされているのか不明な点が多いような気がする。			
1958	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	たばこ増税が喫煙者の反対により実現しない社会構造自体が病的である。財務省、厚労省職員は全員非喫煙者か？	たばこ増税の大幅実施。	禁煙外来の報酬アップにより、医療機関の取り組みモチベーションを上げる。	県庁などの公的機関を敷地内禁煙とする法整備。
1959	医療提供者 (協議会委員)		香川	禁煙ゾーンを増やすだけではマナーの悪い人がどこでも吸ってしまう。			たばこの値段を上げれば喫煙者は少なくなると考えられる。喫煙室を作り、分煙の方向で考えることを奨励してはどうか。
1960	医療提供者 (協議会委員)	寛 善行	香川	施設内禁煙はかなり普及しましたが、医療従事者の喫煙率はあまり下がっていないのでは？医療従事者の実態調査を実施し、非喫煙率の高い施設には何らかのインセンティブを与えてはどうかと思う。			
1961	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	国をあげての禁煙対策、禁煙教育が急がれる。タバコ1箱の値段も1000円ぐらいに値上げが必要か？。特に未成年者への禁煙教育が必要。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1962	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	国民への浸透が悪い。煙草の値段を上げるべきだ。			
1963	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	禁煙は重要だが、一部で先鋭化している活動もあり。厚労省は、国民の健康と税金、雇用確保との両天秤なので、迫力がない。			がん対策として禁煙を行うなら、未成年者の喫煙だけでなく、成人を含めた喫煙率にも言及すべき。
1964	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	たばこ料金をもっと値上げする必要がある。			
1965	医療提供者 (協議会委員)		高知	因果関係が明らかなのであれば、禁煙運動は推し進める必要があるだろう。			
1966	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	禁煙外来の充実。学校教育、市民教育で禁煙を含む「がん予防12カ条」の普及。	学校教育、市民教育の普及。	予防医学に対する保険適用。	予防医学に対する保険制度の改訂。
1967	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がん予防は、国の政策として重要な事であるが、多因子病としてのがん腫の1次予防は不可能に近いのが現状である。子宮頸がんのHPVワクチンは、我が国でもやっと使用可能になったが、保険適用外である。重要となる2次予防では、がん検診が推進されているが、その有用性を証明する科学的根拠に関する研究が少ないため、本当に有用であるか否かが証明されていない問題がある。	がん検診の有用性を検証する多数例での研究に、十分な予算をつける必要がある。		たばこががん対策として絶対的に重要であるならば、国として販売禁止にすべきである。
1968	医療提供者 (協議会委員)		福岡				たばこの価格を上げる。
1969	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	たばこの販売量を減らしていく。			値段を徐々に上げていく。
1970	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	国の禁煙推進対策が甘いと思う。			タバコ1箱千円とし、値上げ分は医療費に回す。
1971	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	まさか自分ががん(特に耳鼻科系)になるなんてと思い進行してからの受診となる。		がん診療費の(受診側)引き下げ。	
1972	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	各医療圏(二次)ごとに対がん協会を組織。	予算措置して支援。	時期尚早。	法令化できればベスト。
1973	医療提供者 (協議会委員)		長崎	タバコをなくすくらいの覚悟がないと事は進まない。			タバコ1箱1000円くらいにしないと効果はない。タバコ税の損失など肺がんの発生が少なくなって、医療費が減ることを考えれば問題にならないと思うが、。
1974	医療提供者 (協議会委員)		大分	たばこ対策。			学校教員に禁煙教育を行い校内完全禁煙にする制度。

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
1975	医療提供者 (協議会委員)		大分	初等教育における禁煙教育の推進。	保健主事、養護教諭を対象とした禁煙教育。	学校医による禁煙教育の取り組みに対して診療報酬加算。	各学校(小学校・中学校)の安全計画、保健計画の中で、小学校5年生・中学校1年生に禁煙教育、薬物乱用防止教育の実施、都道府県教育委員会と都道府県の保健医療行政部門との連携。
1976	医療提供者 (協議会委員)		大分	ワクチンなどを含めてがん予防は積極的に取り組む。			
1977	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	1箱1000円位に値上げすれば自然と需要は減少する。			
1978	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	たばこよりも排気ガス等の大気汚染対策が第一。			たばこに替わるヒーリングアイテムの開発支援。
1979	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	目標はかかっているが、目標に向けたやる気はあるのか？車の運転中の煙草も携帯電話と同様違法にするとか、嗜好品とはいえ、具体策をもっと立案すべきと思			
1980	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	自分も喫煙者であること。			早く値上げすべき。段階的値上げはダメ。
1981	医療提供者 (協議会委員)	佐村 博範	沖縄	自ら予防を怠っていると考える。それ他の代価を支払うべき。	課税額を大幅に増加させる事が非嗜好者との公平感を取り戻す一助になると思う。		非喫煙者(判別が困難であるが)の医療費自己負担額を軽減する。
1982	医療提供者 (協議会委員)			依存症としての対策。			
1983	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策。			たばこの値段を高くする。国として発がん因子であることをPRする。
1984	医療提供者 (協議会委員)					医療費ではなく講習会や啓蒙等による対応がよいと思う。	
1985	医療提供者 (協議会委員)			喫煙に対する規制の強化が必要だと思う。			
1986	医療提供者 (協議会委員)			もっとたばこの値段を上げて欲しい(1000円程度に)(専売会社の方には十分サポートして)。			
1987	医療提供者 (協議会委員)			国が禁煙に対し強く施策を。		非喫煙者には診療報酬上の特典をつける。	・限られたスペース以外での喫煙禁止(屋外)。・健康増進法の徹底と違反に対する罰則の強化。
1988	医療提供者 (協議会委員)			タバコ税増税。			
1989	医療提供者 (協議会委員)			敷地内禁煙とはいえ、終末期の患者にどこまで強制できるかの問題がある。		禁煙の基準の緩和。	

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
1990	医療提供者 (協議会委員)			タバコ代の値上げと全面禁煙を。タバコの害は肺がんだけではないことに留意。予防に予算を使う以上に禁煙が費用対効果が優れている。			
1991	医療提供者 (協議会委員)			たばこは税収としての期待も高く、これ以上の社会的締付けは場面によってはいじめに似たものにも映る。			少なくとも先進国の平均レベルへの値上げで、これを福祉への予算に向けてもらいたい。
1992	医療提供者 (協議会委員)			喫煙率の低下が少ない。	たばこ税を当てにしないようにする。国民の健康を第一優先に。		タバコの価格を2倍に。タバコをすう人の保険料を割り増しに。
1993	医療提供者 (協議会委員)			たばこ対策ががん予防に関する最大かつ緊要のものであるという認識が特に行政側に大きく欠けている	たばこ税の引き上げ。		たばこ事業法の廃止、公共の場における喫煙の規制(受動喫煙防止対策)・広告規制・警告表示の強化。
1994	医療提供者 (協議会委員)			病院敷地内を禁煙にしても敷地内で喫煙する患者さんはある割合でいる。	たばこ税の増額。たばこはひと箱1000円でも2000円でもよいと考える。	すでに議論されてるかもしれないが、入院を契機に禁煙を考える場合があるので入院中も禁煙外来を受診した場合に診療報酬をつけてはどうか。	健康増進法で喫煙禁止区域で喫煙した人への罰則規定の制定。施設管理者の努力義務だけでは足りないと思う。喫煙者は自分が病気になるだけではなくて副流煙でほかの人を病気にするリスクを高める。なぜ喫煙者にお咎めがないのか? 条例レベルでは料金を課したりあるよう
1995	医療提供者 (協議会委員)			教育制度の充実。			
1996	医療提供者 (協議会委員)			煙草代が安すぎる。	禁煙外来への助成。	禁煙外来に対する評価をもっと多く。	たばこ代を上げることです。欧米並みに1箱1000円以上にすればいい。
1997	医療提供者 (協議会委員)			タバコの害に対する広報を幼稚園、小学校のときから教育していなくては、いつまでたっても現状と変化なしと思われる。タバコ会社を怖がって進まない! 現状でがんの危険因子などを国から広報することが必要ではないか? 予防は自らの努力も必要なのではないか?			
1998	医療提供者 (協議会委員)			税収としてのたばこの位置づけがある以上、禁煙に対する政策は唇溝しづらいのではないか?			
1999	医療提供者 (協議会委員)			CCS専用のパンフレットが必要である。			
2000	医療提供者 (協議会委員)			低年齢での喫煙をどこまで押さえられるか。			
2001	医療提供者 (協議会委員)			国のたばこ対策が極めて低い、あまい。	たばこ税に依存した財政運営からの脱却が急務。		・たばこ対策を国をあげて住民(国民)運動に盛り上げること。・医療・教育関係者はもちろん、公務員の禁煙の徹底。・たばこ産業の関係者のリストラ対策を早急に実施する。抵抗勢力にしない。
2002	医療提供者 (協議会委員)			タバコの販売価格が安すぎる。	タバコ税の引上げ。一箱1000円以上にしてはどうか。	禁煙外来加算の増額。	

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
2003	医療提供者 (協議会委員)			現状を把握しづらい。			タバコの値上げ喫煙可能エリアの制限を厳しくする
2004	医療提供者 (協議会委員)			米国(が最上とは思わないが)に比べ公共施設等での分煙が遅れている。	税率引上げ。		
2005	医療提供者 (協議会委員)			禁煙対策を充実させる必要あり。			検診も推進すべき。
2006	医療提供者 (協議会委員)			強い禁煙対策が必要。			
2007	医療提供者 (協議会委員)			予防だから、がんになる前に禁煙を進めていく必要がある。従って禁煙外来は受診しやすい開業医さんで普及させる必要がある。また中高生に対する「禁煙の勧め(啓蒙活動)」も大事なことであると思われる。	中高生に対する啓蒙活動に対する予算が必要であると思われる。	禁煙外来に対する診療報酬の算定で良いと思う。	中高生に対する「禁煙の勧め(啓蒙活動)」は地域の保健所、あるいは禁煙外来を行っている開業医さんが行うのが良いと思う。インターネットでも禁煙をサポートしているサイトがあるので、そういうところに対する支援も必要であると思う。基本的にはがんの診療はがん診療連携拠点病院で、またたばこ対策といった予防に関してはそれ以外の機関で行うという具合に、なんでもかんでもがん診療連携拠点病院でというのではなく、住み分けをはっきりとさせたほうが機能的にスムーズに行くと思う。
2008	医療提供者 (協議会委員)			基本計画での対策が甘すぎる。			
2009	学者・研究者 (協議会委員)		宮城	全く不十分。	禁煙対策に関しては、1. たばこの大幅値上げ、2. 公的医療保険制度上での喫煙者の保険料増額、3. 議会、官公庁や地方自治体での敷地内安全禁煙、4. 飲食店での無条件禁煙、5. 公共交通機関など思い切った禁煙対策を行うべき。地方に任せないで、国が行うべき。		国または地方での禁煙に関する法令条例を整備すべき。たばこ産業特に農家には、転作、転業への補償を計画的に行えるように制度化する(たばこ値上げの財源を当然ここにも充てる)。
2010	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	地域社会全体での取り組み。	初期教育(小学校)におけるがんへの関心を高める。PTAを活用する。講師の派遣予算化など。		
2011	学者・研究者 (協議会委員)			世界に比して非常に遅れている！恥ずかしい。レストランや喫茶店でも、禁煙が当たり前、にしてほしい。タバコ増税は当たり前だと思う。1箱千円でも良い！少なくともタバコの自動販売機は撤去すべきである。			

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
2012	学者・研究者(協議会委員)			禁煙活動の推進。	タバコ税の思い切った増額。		
2013	学者・研究者(協議会委員)			喫煙対策ががん対策基本計画の中に正しく位置づけられていない。			WHOタバコの規制に関する枠組み条約に即した取り組みを、政府が率先して進めること。進捗を可視化できるようにすること。
2014	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉	神奈川県など先駆的に、分煙対策を行っているが、もう少し罰則の強化と、それに対する国民の周知を図るべきだと考える。			
2015	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟				販売価格を上げる。
2016	その他(協議会委員)		山梨	たばこの値段の上昇は有効だがたばこ農家が云々されているが、準麻薬に評価すべき。			
2017	その他(協議会委員)	村上 隼夫	静岡	禁煙治療に関して国民の認知度が低い。飲食店等、諸施設における受動喫煙防止対策が不十分である。	未成年喫煙者への禁煙治療に医療費補助を行う(実施している自治体もあり、今後モデル事業等で有効性を検証してはいかかか)。	禁煙治療の保険適用条件(喫煙指数等)を撤廃し、ニコチン依存症管理料を引き上げる。	「健康日本21」等で、喫煙率削減目標を明確に数値化し、禁煙治療を積極的に広報する。健康増進法第25条の受動喫煙防止義務を強化する(罰則を設ける等)。
2018	その他(協議会委員)		滋賀	①受動喫煙防止や、路上喫煙防止などの対策は徐々に普及しているが、まだまだ喫煙者自身は、禁煙の必要がわかっても止められない、止めたくない人が多いと思う。いろいろな機会でタバコの害について啓蒙しなければならない。	小学校での防煙教育を徹底して行う(喫煙の低学年化のため)。		
2019	その他(協議会委員)		鳥取	喫煙者の理解が進まない(公共施設での禁煙は進んでいるが、自治会単位の公民館等での禁煙が徹底できない)。			市町村及び職場での研修会等の開催を義務づけ、たばこの害についての知識を普及する。
2020	その他(協議会委員)		宮崎	たばこが最大の危険因子であることは明らかですので、積極的な禁煙対策が最も重要である。	たばこ税の引き上げが計画されていますが、さらに段階的にも外国並みの引き上げを。		
2021	その他(協議会委員)			本市では、ヘルスプロモーションプランに基づき、平成12年度から小中校生を対象とした予防教室が行っている。平成21年度より市内全小学6年生を対象に学校医による教室を開催している。このような対策を行うことで、特に女性の喫煙率が低下することを目的に実施し、評価していきたい。			
2022	その他(協議会委員)				たばこ税は、因果関係が強いがん対策の推進に優先的に活用すべき。		
2023	その他(協議会委員)			たばこ単価は500円以上のアップが望ましい。			