

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
1081	患者関係者・市民(協議会委員)			診療ガイドラインの作成は必須だと思う。早急に全てのがんについて作成されるべきだと思う。	予算を確保すべき。		
1082	患者関係者・市民(協議会委員)			ステージや病状によって標準は変わるが、どこまで網羅するのか?ガイドラインが絶対だという風潮にならないようにする必要あり。			
1083	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道	欧米との時間差「ドラッグ・ラグ」のほか、「ガイドライン・ラグ」が存在します。欧米での臨床試験で使用が認められている治療法が日本で取り入れられるのに3~5年ほど遅れる。			欧米の臨床試験をもっと柔軟に受け入れることのできる仕組みを作るべき。日本でのPhase IIIの結果を待つと5年はあつという間にかかる(ブリッジング試験などを推進するなど)。
1084	医療提供者(協議会委員)		北海道	学会より出ているガイドラインを使用する。本邦の学会のガイドラインは、世間の流れから、かなり遅れているので、場合によっては海外のものを利用せざるを得ない。	これに予算がでるのであれば、米国のNCCN guidelineの様なものを我々で作って、インターネット配信する。	当然ガイドラインに沿って正しい医療をするのだから、それに対し、最高の診療報酬を出すべき。	米国NCCNに対応する、本邦の連携拠点病院ガイドラインを、各がん腫で作成し、できたら有料でインターネットでダウンロードできるようにする。
1085	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	重要だがいずれにしても未完成(全て治るわけではなく過渡的)であることをふまえて柔軟に・縛りによっては不自由。	一応の常識として押さえておくことは、コミュニケーション上も重要だが、これからの分野(分子標的+RT)などの進化を妨げないこと。	拠点病院重視で良い。	当面、拠点病院が真の情報集積・技術集積・研究集積拠点になれるようにバックアップして欲しい。具体的には研究費・分子標的剤使用法の開発など。
1086	医療提供者(協議会委員)		北海道				インターネットを活用したネットワーク作り。情報共有と個人情報保護との兼ね合いが難しい。
1087	医療提供者(協議会委員)	晴山 雅人	北海道	各臓器ごとのガイドラインは充実してきているが、放射線治療に関する項目についての記載が少ない。	数年ごとに更新する為の予算処置が必要。		
1088	医療提供者(協議会委員)		岩手	全てのがんに作成されていないこと作成されていても最新と言えないこと。	ガイドライン作成への国費の投入額のアップ。		
1089	医療提供者(協議会委員)	中山 康子	宮城	診療ガイドラインはできていても学会などに参加している職員がいない施設や病棟では知識が普及していない。			
1090	医療提供者(協議会委員)		宮城	医師が独自の治療をしている。			研修会参加などの義務化。
1091	医療提供者(協議会委員)		宮城	施設によりできることが限られる現状を考慮して欲しい。患者さんサイドから全てを要求される。			
1092	医療提供者(協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	ガイドラインとマニュアルが混同されたり、またガイドラインに添った考え方なので間違いがないという考え方を作ってしまいそうでガイドラインは慎重に見て生きたいと思っている。標準的治療という意味も大抵の患者さんが「並みの治療」と捉えており説明を要すると思う。			

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
1093	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	ガイドラインはあっても、それが遵守されていない。	ガイドラインの宣伝・普及に予算をとるたたき台のガイドラインができていて、定期的改正はより多くの医療者に参加してもらって行う(コンセンサスミーティング開催など)。	ガイドライン使用率を出させて、一定以上遵守しているところに加算点数を付加する。	
1094	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	大変よくできているが、やはり戦略がない。県全体で戦略を練っているが、実現性にはかなり問題である。	予算より人。	ある程度は上乗せが必要だが、監視機構も必要になるのでどうだろう。	とにかく人材。
1095	医療提供者 (協議会委員)		山形	DPCデータでの活用である程度は解決されると思う。		無駄な治療はなくす。	
1096	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	EBMのはっきりした診療ガイドラインについては行政が何らかの形で認めることを広報し、そして、行政を通じての周知徹底することが望ましいと思うがなされていない。したがって、現在、治療が医師の自由意志で行われているのも問題と考える。	EBMのはっきりした診療ガイドラインは行政が主導してガイドラインの徹底に向けた研修会、冊子の配布などを行うための予算の確保。	ガイドラインに従わない場合、相当の理由が無い限り、診療報酬上の減額あるいは査定などを考えていただきたい。	がん対策基本法などでガイドラインに遵守等について決定する、あるいは文面上ガイドラインを意識したものの遵守の趣旨を盛り込んだ内容の文章を盛り込む。
1097	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	地域・施設格差を最少にすべき。	地域・施設格差を最少にすべき。	地域・施設格差を最少にすべき。	
1098	医療提供者 (協議会委員)		茨城	現在でも各がんに対してガイドラインはある(個%の医療機関がそれに従っているか?)新しく作っても同じ?			
1099	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	診療ガイドラインはかなり役に立っており有効である。			
1100	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	各学会で行っているのに必要か?			
1101	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	ガイドラインは最低限の治療方法を示すものであり、30年余りがん診療を行ってきた私としては不満に思うことがある。私としては、「標準治療」を十分に理解の上、その上で行く治療を実践することが重要な点だと認識しているが、金科玉条のごとくに考えている若手の医師がいたり、インターネットなどでも「標準治療」を実践することが優秀な病院であるかのごとき扱いがなされていたりすることに、疑問を感じざるを得ない。			
1102	医療提供者 (協議会委員)	神田 尚子	茨城	高齢者に対して、やみくもに、ステージ基準で手術を適応するのは疑問である。術後世話をする人はいるのか、術後の自己管理能力はあるのかを視野に入れた治療が必要である。			
1103	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	新しい治療を取り入れてゆくには、素早い更新が必要となる。小児がんは、希少なため、ガイドラインがあれば、だれでも、之に即して治療できるというものではないので、有用性は低い。			

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
1104	医療提供者 (協議会委員)		茨城	ガイドラインを作るにしても、日本での臨床研究のデータが少なすぎる。ガイドラインにそった診療をできるだけスタッフや設備を備えている病院が都市部にしか存在しない。	臨床研究に国はもっとお金をだすべき。大学中心(文部科学省)の研究費はあるが、臨床と直結する研究費はほとんどないに等しい。		医師の「過疎化」を防ぐ施策をして欲しい(具体案は??)。
1105	医療提供者 (協議会委員)		栃木	常にアップデートするためにガイドラインの作成に振り回される結果となる。	医師でない、データを管理する科学者の集団にアップデートの作業のかなりの部分を委譲できるような予算。		前記の様な体制を可能にする制度。
1106	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	手術後の外来診療のガイドラインがない。わずかに乳がんが定期的な診察とマンモグラフィー以外の検査は生命予後を改善する証拠がないとあるだけである。各地で地域連携パスがすすんでいるが経過観察のデータ収集の仕組みを作り日本発のエビデンスを発信できるチャンスではないだろうか。			
1107	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	ガイドラインが裁判で誤用・悪用される恐れがある。中小病院でも使えるものが欲しい。大病院用と中小病院用との2種類にしてはどうか。	中小病院が唯一のガイドラインに従わねばならないのなら、それを可能にする設備・人材に要する予算をつけて欲しい。	増額以外のものは思い浮かばない。	「非専門医」が診療できるガイドライン。
1108	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	診療ガイドラインは整備されており、拠点病院かレベルの高い病院では臨床応用されていると思われるが、一般診療ではどうであろうか。	多い方がよい。	診療ガイドラインに基づいた医療を行っている医療機関には診療報酬を厚くすべきであるが、どういう風に判定するかが問題である。	診療ガイドラインの定期的な見直しは各学会等で行っているが、制度面でどうしたらよいかはわからないが、国が関与すべき問題ではなさそうである。
1109	医療提供者 (協議会委員)		東京	少数の学会主導のガイドラインは客観性・科学性・社会性を欠く可能性が高く、ガイドラインの作成に関して高い見識が必要かと思う。ガイドラインの妥当性がオープンに検証可能となっている必要もあると思う。			
1110	医療提供者 (協議会委員)		東京	各学会で作っており、今更何と、と言う感じがする。			
1111	医療提供者 (協議会委員)		東京	エビデンスに基づいているか否か、患者さんの役に立っているか否かの検証が必要。	ガイドライン作成の予算は非常に少ない。このため、改訂作業も数年に一度になっている。海外では年に数回改訂されているものもある。	ガイドラインに基づいた医療の達成度により加算を段階的に算定しては?	
1112	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	ぜひ進めてもらいたい。化学療法に関しては、具体的なレジメンの公開(点滴の量、投与時間など)をお願いしたい。また数少ない分野でも、ガイドライン整備を進めてもらいたい。	診療ガイドラインが、定期的に配布されるなどのシステム整備が必要なのは。	ガイドラインに沿った医療については、加算などのメリットが必要なのでは。	現在のわけのわからない保険査定などはやめて、ガイドラインに沿った医療に関しては、それを認めるようにしてもらいたい。ガイドライン(欧米も含め)ほ、保険適応が一致していないため、ベストと思われる医療も、現場に医師は二の足を踏んでいる。
1113	医療提供者 (協議会委員)		東京	化学療法の高度化、複雑化に対応できていないこともあり、ガイドラインの作成、推進は必須だと思う。			ネットを使った啓蒙は必要である。

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
1114	医療提供者 (協議会委員)		東京	作成にあたって外部資金援助を得ないことが推奨されるため資金不足である。	作成あるいは改定に対して作成団体(多くは学会)に助成を行う。		
1115	医療提供者 (協議会委員)		東京	地域連携パス運用が困難(患者の理解、地域医療機関のがん治療における知識不足)。	地域の医療機関向け研修や広報活動にかかる費用を予算化してほしい。	地域連携パスの使用を診療報酬に反映して欲しい。	
1116	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	標準治療とは何かなどまだ十分患者サイドに理解されていない。また、作成されたガイドラインの統一化も進んでいない。	すでに学会などで作っているガイドラインをwebなどで見れるような予算を組む。患者さんがわかりやすく情報を得られるようにする。	標準治療はすべての国民が受けられる範囲とする。混合診療は必要なので、臨床研究が行われている治療は自由診療下で行う。標準治療の技術料が安すぎるので、病院が成り立つような診療点数にする。	ガイドラインの利用がどのようになっているかを検討する研究会を作る。将来の方向性を学会とともに検討する。
1117	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	診療ガイドラインは、治療の標準化という点で有用ですが、ガイドラインに当てはまらない症例に対する治療が行いにくくなることもある。ガイドラインに当てはまらないような症例に対する臨床試験の充実が必要。	臨床試験に対する補助金の増加。	適応外の抗がん剤治療を診療報酬上可能にした方が良い。	抗がん剤の適応拡大のスピード化および臨床試験に対する診療報酬を認めた方が良い。
1118	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	鎮痛神経薬や良性疾患に対するオピオイド使用のガイドラインと普及。			
1119	医療提供者 (協議会委員)		新潟	ガイドラインの作成も大切であるが、その実施をチェックするシステムが無いことが問題。			
1120	医療提供者 (協議会委員)		石川	ガイドラインの意味が充分理解されていない。	啓発活動への支援。		
1121	医療提供者 (協議会委員)		石川	必要。日本では臨床試験しにくいと、他国より遅くなるのはしょうがないが、それにしても遅すぎる。	全国規模の試験をすすめること。無駄な試験はやめさせること。		
1122	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	日本での現状にあっていない部分も多い。			大学ではなく、地域の中核病院から、代表を出して、日本の標準治療を作ってはどうか。
1123	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	ガイドラインに準拠した診療のみを推進する結果、カバーできない症例ががん難民となって、がん相談窓口に押しかけ、代替医療に走って経済的にも行き詰ることが多い。明らかに異常な代替医療やきわめて低レベルで集金目的でしかない免疫療法などがまかりとおっている。			大学など研究施設での臨床研究を行いやすくする。標準治療ではない治療に関してはその成績を公表することを義務化する。評価機構を持つ。
1124	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	乳がんに関しては、標準治療の本を患者に対して先生から情報をもらっているが、各病院がきちんと標準治療が行われているかは疑問である(情報が欲しい、特に地方で)。	推進するためには、どのくらいのお金がかかるのか病院と行政、患者とともっと話す機会(時間)を作してほしい。	推進するためには、どのくらいのお金がかかるのか病院と行政、患者とともっと話す機会(時間)を作してほしい。	推進するためには、どのくらいのお金がかかるのか病院と行政、患者とともっと話す機会(時間)を作してほしい。
1125	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	ガイドラインで示された治療方法は全ての患者に適したものではなく、又、診療自体が画一ではないので、もう少し詳細(疾病毎)なガイドラインが必要。	厚労省で予算化。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1126	医療提供者 (協議会委員)		静岡	現在は学会側が勝手に作っている印象あり。現場の医師や、支払い側の保険者なども作成委員に入って、常識的なコストで効率の良い治療を推進するようなガイドラインを作った方がいいのではないか。			
1127	医療提供者 (協議会委員)		静岡	どの治療を以て標準とするのか、の判断が難しいのでは？		ガイドラインに沿って治療を行った場合の「ご褒美」的な加算点数？	
1128	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん疾患に対する横断的なガイドラインの1サイトでの配信。			
1129	医療提供者 (協議会委員)		静岡	診療ガイドラインは新しいエビデンスが認定される前の段階の標準治療であることも多く、最新の治療より一歩遅れた治療のガイドとなる可能性がある。医師の恣意的な治療を避けるためには、診療ガイドラインに則った治療が基本原則であることを十分認識したうえで、豊富な経験とすぐれた解析・洞察に基づく最新治療の選択の自由があることにも留意すべきであろう。			
1130	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	ガイドラインは必要だが、ガイドラインはガイドライン。医師の選択権もある。			ガイドラインに外れた治療で問題が生じた時に、医療紛争になること可能性があるが、ガイドラインは全ての患者に適応するものではなく、個々に異なることを明記し、ガイドラインに必ずしも沿わない治療もあることを知らせる必要がある。
1131	医療提供者 (協議会委員)		愛知	ガイドラインはできるだけ簡単なものとして頂きたい。			ガイドラインで決まった治療法は、保険請求で必ず認められるようにしていただきたい(ガイドラインで認められた治療法が保険請求では認められない場合がある)。
1132	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	ガイドラインが細分化しすぎて煩雑になりかけている。			ガイドラインが必要な疾患を整理すべき。
1133	医療提供者 (協議会委員)		愛知	海外のガイドラインと比較して、日本のガイドラインの作成過程はCOIの開示などの点でやや不透明であるように思う。			
1134	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知	学会主導で行うべき。			
1135	医療提供者 (協議会委員)		愛知	原発不明がん等、ガイドラインのないがん種が存在する。		各病院でレジメン審査を行い、登録された標準的治療(化学療法)を100%実施し、それ以外を臨床試験と位置付けている場合には加算を取れるようにする。	
1136	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	推進してほしい。	国、がんセンターレベルで全国共通ガイドラインを公的資金で整備。	早期点数化してほしい。	

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
1137	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	各種ガイドラインが刊行されているが、情報が必ずしも最新とは言えない時がある。	わが国のガイドラインをアメリカのNCCNのようにWeb上で無料で閲覧できるシステムを作ることが望まれる。そのための予算を獲得すべきだろう。		
1138	医療提供者 (協議会委員)		三重	標準治療の周知。			学会での検討プロジェクト確立。
1139	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	ガイドラインの策定は必要だが、定期的な改訂が必要。	ガイドライン作成は大変なので、適切な予算配分が必要。		定期的な改訂の必要性。
1140	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	がん全体の幹となるガイドラインがまず有ってしかるべきで、その中にごん種別ガイドラインが存在する形を望む。			
1141	医療提供者 (協議会委員)		京都	各診療職との密接なネットワーク化。			患者中心にしたカンファレンス化。
1142	医療提供者 (協議会委員)		大阪	すべての医療従事者が、ガイドラインに自由にアクセスできる環境が必要です。しかし、現実では、多くのガイドラインは冊子となって有料で販売されており、自由なアクセスが困難です。			
1143	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫	ガイドラインはあくまでも指針であるので、この指標にはずれることもありえるという点を強調しておきたい。			
1144	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	医師によってガイドラインに対する温度差がある。			医師への啓発事業新しいガイドラインができた場合、迅速かつ容易に入手出来るシステムが必要。
1145	医療提供者 (協議会委員)	松末 智	奈良	ガイドラインは経時的に医療情勢との食い違いが必ず出てくる。その変更は絶対必要である。そうすると、これを責任もって進めてゆく部署が必要になる。複数の学会・研究会のある現状では、こういった学術団体に任せきりは大きな問題が発生するだろう。少なくとも、5大がんをはじめ日本人が罹患する割合の高いがんに関しては、統括する部署を設置して、そこが定期的改訂を行うべきであろう。			
1146	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	今のところ具体的なものは出てきていない。			
1147	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	ガイドラインが現在の治療よりおくられていることが多い。	ガイドラインの改訂をできるだけ早くしていけるための予算が必要と思う。		ガイドラインが先進医療の邪魔をしている面があるので、がん拠点病院などで、一定の技術、資格を持った人材があれば、高度な技術であることを明確にし、ガイドラインはあくまでも標準であることを、明記して欲しい。
1148	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	エビデンスの作れる診療分野についてはガイドラインを策定すべきだが、アート、ナラティブな分野に関しては却って問題あり。			

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
1149	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	ようやく定着したばかりであるが、医学の進歩、エビデンスや治療成績に基づいた今後の定期的な改訂に対する明確な時間的日数の確立。			
1150	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	標準治療の周知、改訂は極めて重要。			
1151	医療提供者 (協議会委員)		岡山	各学会で診療ガイドラインを作成しているが、その殆どはエビデンスレベルが低い。			
1152	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	今は思い浮かばない。			
1153	医療提供者 (協議会委員)		広島	ガイドラインによって質のばらつきがある。	厚生労働省が監修する形でのガイドラインとすべきであり、予算面でもガイドライン作成医院に対して、報酬を出すべきだ。	ガイドラインで診療の体制整備の基準を作成し、これをクリアしている施設には報酬の差別化を回す。	
1154	医療提供者 (協議会委員)		広島	医療はかなりのスピードで変化している。診療ガイドラインは大切ではあるが、すぐに時代遅れになり、逆に最新の治療を行う時に足を引っ張ることになりかねない。時代に即したガイドラインであり続けてほしい。			
1155	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	ガイドラインはあくまでも参考にするものであり、これに外れると問題視すること自体が問題。あくまでも目安であり、患者の状態により治療法は選択されるものである。また、日本人での臨床試験が必要であり、医師主導の臨床試験はハードルが高く困難である。			臨床試験への補助や、医師主導臨床試験の簡略化が必要。
1156	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	がん治療に多数の標準があること。治療の選択が、multiple choice である。	がん治療の均てん化は、未だ道半ば。		専門医の育成。
1157	医療提供者 (協議会委員)		山口	ガイドラインは必要だが、ガイドラインに縛られすぎると個々の患者さんの治療には逆に弊害となることがある。			
1158	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	日進月歩のがん治療に順応したガイドラインの更新か追補が必要。			
1159	医療提供者 (協議会委員)		山口	あくまでも、ガイドラインはガイドラインです。患者の状態、背景、性格などあらゆる状況に応じて対応できる医師の裁量が必要です。			
1160	医療提供者 (協議会委員)		徳島	非常に重要な件ではあるが、ある程度確立されている。今後は徹底されることが課題。インターネット上などで容易に閲覧できるようにする。	公共性が高いと思われるので、ガイドラインの作成・更新、ネット上公開など経済的に援助すべきである。		ガイドラインの作成・更新、ネット上公開など経済的に援助すべきである。
1161	医療提供者 (協議会委員)		香川	ガイドライン以外のことが出来づらくなる。	ガイドラインに沿った医療が出来る環境整備に予算をつける。	診療報酬もガイドラインに沿った点数を付ける。	

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
1162	医療提供者 (協議会委員)		香川	患者の中には、標準治療を辞めてでもそれ以外の治療(民間療法等)を希望するという人がある。医療者は違和感を感じない「標準治療」という言葉のイメージが「普通、特別でない」などという印象を与え、患者が誤解しているようにも思える。そのことも含めて、国民にがんの(標準)治療についてもっと知ってもらわなければならないと思う。			
1163	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	がん治療は臓器、病期、個人による差が大きく、診療ガイドラインが適用できる範囲がかなり狭い。極論すれば早期がんの手術治療後に限定されている現状である。厚労省の班研究報告でも実臨床での使用上、意義を有するひな形は完成されていない。			
1164	医療提供者 (協議会委員)		香川	抗がん剤のレジメによるオーダーリングシステムの徹底。			
1165	医療提供者 (協議会委員)	筧 善行	香川	かなり進んできているが、一定規模の病院でアウトカムを一切公表しない事例はまだまだあるようだ。			
1166	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	香川県では、がん診療拠点病院間で、5大がん地域連携パスを作成中である。			
1167	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	ガイドラインは大切で、重要なことと思うが、それに従わなかったとして、裁判で負け、賠償責任が生じるのはおかしいと思う。			
1168	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	ガイドラインは指針であり規則ではない。標準化には重要だが、最新でもない。このあたりの認識が医療者側にも、患者側にも統一されていない。			
1169	医療提供者 (協議会委員)		高知				速やかな改訂、(インターネットなどによる)無料配布をしていただきたい。
1170	医療提供者 (協議会委員)		高知	ガイドラインは治療の指針となりよいと思う。			
1171	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	がん関連の学会が日常みるがん腫に対する診療ガイドラインが作成・出版されている。また、乳がんや消化器がん等は患者向けのガイドラインも作成され、一般に公開されている。すなわち標準治療を実施する背景は整っている。問題は、それを十分活用していない医療者がいることである。	ガイドライン作成には、専門の医療者と多大な労力と時間を要する。その費用を補助する。		公開されたガイドラインを普及するために、学会や研究会で取り上げるように指導する。
1172	医療提供者 (協議会委員)		福岡	日本の標準と世界の標準との相違があるが、せめて薬剤の使用は欧米諸国と同時に施行できるように改善しなければならない。ガイドラインは、患者説明においては有用であるが、実際面では標準治療のない患者が多数存在しており、多くの問題がある。			
1173	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	NCCNのようにガイドラインのupdate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
1174	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	是非推進してほしい。ただ、ガイドラインだけでは最新の治療はできない。全ての医師が最新の医療情報(論文・学会報告等)に無料でアクセスできるようにすべきである。特に、厚生省研究班の報告は入手しづらく困っている。	前記の予算面からの対応をしてほしい。		
1175	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	診療ガイドラインの体裁そのものはあらま欲しきものであるが、改定のスピードが遅い。	がん拠点病院へ各疾患毎の診療ガイドラインを改定毎に直ちに配布願いたい。		
1176	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	大学医学部の学生時より、又大学薬学の学生時より、がん治療、緩和ケアに対する「コアカリ」の明記が必要かも。	医科大学、大学医学部及び薬科大学、大学薬学部での教育研究費の創設を。		
1177	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	標準治療が一定期間固定しづらい時代に入っており、流動性を考慮して取り組みが必要。			学会への支援を協会して制度化をはかる。
1178	医療提供者 (協議会委員)		長崎	各学会があまりにばらばらで策定しているような印象を受ける。横断的な組織作りが必要では？			
1179	医療提供者 (協議会委員)		大分	診療ガイドラインの作成。	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクトのための助成。		
1180	医療提供者 (協議会委員)		大分	医療情報サービスMindsの診療ガイドラインの活用。	クリティカルパスをとり入れたがん診療のモデル事業への助成。		
1181	医療提供者 (協議会委員)		大分	各学会による診療ガイドラインと個人の死生観に基づいた医療をどのように組み合わせるか。			
1182	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	ガイドラインはあくまでも一つのスタンダードであるという認識が不足している。			医師の自由裁量権を認めるべき。
1183	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	諸外国に比べ遅れている。			関連学会共同で作成を。
1184	医療提供者 (協議会委員)			先端医療との関連性。		先端医療の診療報酬導入へ短縮代を。	先端医療導入と自由診療。
1185	医療提供者 (協議会委員)			ガイドラインはあまり詳細にする必要はない。			医師の考え方がもっと反映されるべきである。
1186	医療提供者 (協議会委員)			標準的ガイドラインの作成と配布。			
1187	医療提供者 (協議会委員)			病院や医師によって診療方法が異なるのはおかしいと思う。		国や厚生労働省において標準治療のガイドラインを作成し、外来化学療法加算のような点数を新たに作成し支援していただきたい(ガイドラインに沿った治療の場合)。	

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
1188	医療提供者 (協議会委員)			患者自身が、標準治療の意味・内容を知らない。	患者にも理解できるガイドラインのガイドブックのようなものを国が主導して作成する。		
1189	医療提供者 (協議会委員)			臓器ごとにガイドラインの書き方のポリシーが違うようです。エビデンスに基づいたものだけを。			
1190	医療提供者 (協議会委員)			あくまでもガイドラインであり有用な点は認めるが細部にまで及ぶ表現があり、現状では医師の裁量を狭めている負の働きも時折見受ける。			標準治療の推進の一部でどうしても先進医療の面が混在することがある。『標準』はあくまで標準であるべき。
1191	医療提供者 (協議会委員)			稀な腫瘍の診療ガイドラインがありません。	臨床試験に予算をつけて欲しい。		
1192	医療提供者 (協議会委員)			十分に役に立っていると思う。			改訂した時に、改正した点をもう少しよくわかるようにしてほしい。
1193	医療提供者 (協議会委員)			あらゆる領域で診療ガイドラインは必要だと思う。	あらゆる関連学会に働きかけ、常に新しいガイドラインを作り続ける努力をしてもらい、それなりのサポートをするべきと思	診療ガイドラインに診療報酬がつくのか？つけばいいのだが、定型的な質問は止めて頂きたい。	前記の通り。
1194	医療提供者 (協議会委員)			ガイドライン普及に向けた更なる取り組みが必要。			
1195	医療提供者 (協議会委員)			一病院に全てのがんに対する専門医がいないあるいは県のセンター病院にも不得意ながんがある。			
1196	医療提供者 (協議会委員)			抗がん剤の小児科未承認・適応外使用の現状が改善されていない。また世界的標準治療も診療報酬ではカットされている。		特に小児においては化学療法、支持療法(抗生剤治療)などの基準見直しをはじめる(小児・成人とも)。また課題として適応疾患の拡大か、レセプト基準見直しを方針として打ち出す。	
1197	医療提供者 (協議会委員)					外来化学療法におけるレジメンに則した治療を行った場合の診療報酬上の加算。	
1198	医療提供者 (協議会委員)			海外で既に使用されている新薬の日本での使用認可されるまでタイムラグが大きい。			新薬認可システムの見直し。
1199	医療提供者 (協議会委員)			厚労省あるいはNPO団体などで公式の診療ガイドラインをWeb公表してみてもどうかと思う。	診療ガイドライン作成にも予算が必要と思われる。		

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
1200	医療提供者 (協議会委員)			がん医療の均てん化には絶対に必要かつ有効なものであると思う。しかし、今後はチーム医療・がんセンターボードのためのガイドラインの作成が必要になってきている。また一部のがん腫(たとえば肺がん)では、ガイドラインの改定が遅れているということも問題であると思われる。	ガイドラインを作成する上において必要な国のエビデンスとなる臨床研究を支援するよう予算の配分が必要である。特に医師主導型の臨床研究に対する予算が不足していると思う。	今年度はNST、RSTに対しても診療報酬が算定される可能性が出てきている。がん化学療法においてもチーム医療に対して診療報酬が算定されるようになることを希望する。またがんセンターボードを普及する意味でもがんセンターボードでの検討に対して診療報酬の算定を希望する。	日本からエビデンスを発信できるように臨床研究を行うグループを支援する制度が必要と思う。現在日本にはJCOG以外にはWJOG等のNPO団体しかなく、会費と寄付金に依存している状況なので、今後はこのようなNPOに対して補助を支給し支援するような制度が必要だと思う。
1201	医療提供者 (協議会委員)			学会が中心であることが望ましいガイドライン作成と維持には費用が必要であり、がん助成金を使うとすると、個々の研究者にはなく、学会に助成すべきである。	改訂等、維持に予算が必要。		
1202	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	ガイドラインへの理解の普及。	ガイドライン策定を学会に依頼し、予算化して支援する。	ガイドライン治療を説明することに点数を付ける。悪性腫瘍管理料算定時に義務化する。	
1203	学者・研究者 (協議会委員)		兵庫	各がんに対する診療ガイドラインが出揃って来つつあるが、臨機応変に改定する作業やその広報をするためまぬエネルギーが必要。			
1204	学者・研究者 (協議会委員)	西巻 正	沖縄	多くのがんで診療ガイドラインが作製されているが、一般国民がまだ十分に利用できていない。	ネット上で公開を促進するために、関係学会に補助金を出す。		
1205	学者・研究者 (協議会委員)			推進してほしい。			
1206	学者・研究者 (協議会委員)			日進月歩のがん治療をフォローできるガイドライン作り。	ガイドラインの作成・改訂に対する学会への補助。		
1207	その他(協議会委員)		北海道	「標準治療」という言葉だと、うな重の「特上」「上」「並」でいうと「並」のイメージがあります。「特上」の治療を受けるにはあといくらお金が必要みたいな。「最適治療」といった表現はできないのでしょうか。			
1208	その他(協議会委員)		山梨	標準でない治療が勧めにくくなるのでは。			指針を示してもらうのは良いが添えない医療機関が問題か。
1209	その他(協議会委員)			かかりつけ医への診療ガイドラインの普及啓発が不十分。			
1210	その他(協議会委員)			診療ガイドラインの普及啓発による緩和医療実施施設の拡大。			

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
1211			北海道	医師だけでなく、看護師などにも知識を広めるべき。	研究会など医師だけでなく、コメディカルの参加をしやすいようにする。		
1212				医療従事者すべてにガイドラインが周知されているべきである。			研修・伝達講習など制度として位置づけ、予算面・診療報酬で対応すべきである。

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	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
1213	県庁担当者	若井 俊文	新潟	各病院でがん診療体制は整いつつあるが、ネットワーク構築となると電子カルテの互換性の問題があり、スムーズな連携を構築する困難性に直面している。			
1214	県庁担当者		石川	拠点病院が中心となりネットワークをつくる為の制度、予算の充実。			
1215	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	がん診療体制は西部では担当病院が決まっているが、医師の異動が毎年あり、年度別に医師機関の指定をすべきである。			
1216	県庁担当者	服部 正興	三重	市民公開講座などやっちはいるが、病院のHPなどに掲載されていない場合も多く、探すのが大変である。もっと分かりやすく開示できないものか。例えば、三重中央医療センターの2月14日の講座はセンターのHPには見当たらず、三重大学医学部附属病院の2月11日の申込書に参考程度に書いてあるだけであった。			
1217	県庁担当者		奈良	拠点病院以外の病院・開業医の医療提供体制が把握できていない。医療体制のネットワーク作りを、医師個人のつながりに頼っている。			診療体制ネットワーク(地域連携クリティカルパス)に記載されるうえでの、医療機関の基準作り。
1218	県庁担当者		広島	各病院が放射線などの最新鋭の器械と優秀なスタッフを抱えることは不可能である。広島市では広大、県病院など拠点病院が中心になって、広島駅北口の広場に「国際がんセンター建設構想」がある。これが実現すれば少ない経費で大勢の患者が最先端の治療を受けることができる。	前記の構想が各県に建設されれば全国民が地方の格差なしに、高度な治療を受けることができるようになる。		
1219	県庁担当者			・地域の均てん化を進めるためには、拠点病院に準ずる病院を整備する必要がある。・都道府県がん診療連携拠点病院が、都道府県がん診療連携協議会の開催のみでなく、実質的にネットワークを形成することができる取組が必要である。	前記のことを実施するための補助制度。	地域連携クリティカルパスの診療報酬の点数化。	
1220	県庁担当者			がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携パスを利用する体制の構築が難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である。		がん医療における地域連携パスの利用に対し、診療報酬の加算。	

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
1221	県庁担当者			地方における地域の医療連携は、がん診療連携拠点病院の機能強化が鍵となる。	がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなると考える。		
1222	県庁担当者			地方や離島で医師が少ない所では無理がある。			
1223	県庁担当者			がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一か所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件の嵩上げ(リニアック等の整備)に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である。	がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、がん拠点病院がない地域における取組について、助成事業を行う。		がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設。
1224	県庁担当者			拠点病院だけでは連携推進が困難。	拠点病院に準ずるような機関に対する補助金があればよいと思う。		
1225	県庁担当者			がん診療連携拠点病院の認定について。			原則1医療圏1箇所の見直し。
1226	県庁担当者			がん診療連携拠点病院は医療圏に1か所という制約があるが、この1か所であればならない、という根拠が明確でないため、同規模の病院が複数ある場合、医療者や患者からの疑問に答えられない。現実的には、公が行う病院機能評価として見られていることもあり、このことが、病院間の適正な競争や連携を妨げる結果となっている。			現実的には、大きな医療圏では、1つの拠点病院が、すべての圏域内の医療施設との連携を図り、研修を行い、カンファレンスを行うことなど不可能である。拠点病院の指定は、医療機能評価のように基準を満たしたところすべてに資格を与えることとすべきではないか。
1227	県庁担当者			がん診療連携協議会が、県・地域がん診療連携拠点病院を中心に定期的に開催されており、地域連携クリティカルパスの作成に向けた検討が行われている。			県・地域がん診療連携拠点病院、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及び、かかりつけ医の役割を明確にし、がん治療、緩和ケアともに切れ目のない医療提供体制の整備を目指す。
1228	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	都道府県の実状を十分考慮した指定基準の運用、実態に即した拠点病院の整備ができていない。			均てん化は大切であるが、高価な治療機械の設置や人員の配置基準を、その地域の実情にあわせ役割分担を可能とする。

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
1229	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	拠点病院自らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっていないか？「面的な水平型ネットワーク」のようなフラットな連携こそが今後求められると思う。患者の身体のケアだけでなく、「生活支援」の視点に立った多職種連携の強化を願う。	2次医療圏ごとの「病院」<<在宅ケア>>「介護支援」の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。		
1230	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	関係病院の忌憚のない意見交換会の継続開催。			
1231	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	医師会の協力が不可欠であり、また患者代表も加わってその地域のネットワークづくりを行うよう、患者代表参画をすすめてほしい。			
1232	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	小さな地方自治体では、そこそこの規模の総合病院が多く、専門性がわからない。そのため、それぞれの専門性が特化できず、経験値不足の専門家しか育たない。または優秀な人材に見放されてしまう。	複数の医療機関同士で役割分担を行う仕組みに予算を配分する。	専門医の患者数によって加点を変える。	まず一般に向け、医療はお金がかかることを啓発することが必要。そして状況に応じて受診する施設が違うことを啓発する。そのうえで医療資源が重複しないような制度を考える。
1233	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重				拠点病院の特色の周知。連携の強化。
1234	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん診療体制ネットワークは進んでいないと思う。	予算をとってほしい。		各々の部位のがん医療のネットワークを構築してほしい。
1235	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク(枠組み)の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る。	患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっているため、ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい。	前述。	前述内容の実行。
1236	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	奈良県では緩和ケア病床が、いまだに1施設20床のみで、改築予定の病院に10床の計画がある、というだけである。			奈良県の5医療圏ごとに緩和ケア病床の開設をぜひご検討お願い申し上げる。
1237	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	拠点病院ばかりに注目して、そのほかの病院が蚊帳の外になっているのは大問題。がん情報の公開についても、先ず、拠点病院そこで確立したものを他の病院に展開するというが、拠点病院以外にも、A病院は例えば、胃がんについては症例数も多く、生存率も高いなどあるのに、先ず拠点病院というのはちょっとおかしい。			拠点病院中心のやり方を軌道修正して、もっと広く一般病院にも門戸を開くべき。

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
1238	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん診療についてのネットワークは必要だと思う。どこに居ても、どこで治療を受けても、皆平等であってほしい。手術を受けた病院から、転院して治療を受ける際に拒否されたり、セカンドオピニオンを求めたくても医師から嫌味を言われたり、追い出されたり(実際にある本当の話)そんな事がないようにしてほしい(患者から望むネットワークとして)。	医療側のネットワークはよくわからないが、国で予算を対応して欲しい。	診療での対応はわからない。	患者側からみた、病院の質も評価に取り入れた方が良いと思う。
1239	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	がん診療連携協議会が活発に対策をして進めているので期待している。患者の個人病歴、治療歴など医療情報を本人が管理して、どの病院に行っても医療者に履歴説明ができる。	自分のマイカルテを作成しておく。		
1240	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	患者は主治医から離れるのを不安に感じる。二か所の病院にかかると高額医療費が使えないことになるなど経済面のリスクもある。			同じ病気の治療(ネットワークでの紹介)は、合算して高額医療費が使えるような体制が欲しい。
1241	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	近年、取組の前進を評価できるが体制整備に落差が見られる。			
1242	患者関係者・市民(協議会委員)			各々の医療機関の整備は徐々に進んでいるように思う。がん診療体制ネットワークは全く進んでいないと思う。各々の部位のがん医療のネットワークを構築すべき。	予算を確保すべき。		
1243	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	推進計画の全体目標項目に「がん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」を掲げている。がん患者の治療中、治療後の咀嚼機能の充実及び口腔ケアはその目標達成に大きな役割を担うものなので、がん治療と歯科医療連携を項目として明記してほしい。			がん治療における歯・口腔管理システムの確保。
1244	医療提供者(協議会委員)		北海道	ターミナル時期を見てくれる病院が少ない。または混んでいる。			
1245	医療提供者(協議会委員)	中村 路夫	北海道				地域とのネットワーク(インターネットを通じた)の構築により、他病院との画像データ・採血データのやりとり、ネットワーク回線を用いた会議・遠隔医療、処方、なども可能にし、患者情報・治療情報を円滑に交換できる仕組みが必要。
1246	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	行政の指導力が発揮されていない、コメディカルを積極的にネットワークに参加させる動きが少ない、医師会と行政が連携していない。			
1247	医療提供者(協議会委員)		北海道	全てが、各病院の担当者のボランティアにてなっている。	当然、国から見識をもった、担当係官を期間限定でよいので派遣する。その予算の配分。	前記予算のため、診療報酬のアップ。	
1248	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	拠点病院も様々あり、凹凸が大きい。評価をしっかりやってもらいたい。国民ニーズからみた視点が良い。楽ちん治療(ピンピン コロリ がん治療など)。	評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価軸開発に予算をデータベースに資金を！！	もう少し国民が、宣伝ではなく、結果をみて選択できるよう暮らしの手帖のような物を医療評価に導入すべき。	同前記。

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
1249	医療提供者 (協議会委員)		北海道		連携や相談に対して報酬がつくようにする。	行政主導で整備する。	診断直後の心のケアが必要な患者が多くいると思う。
1250	医療提供者 (協議会委員)		岩手	地域連携パスの作成や運用に要する体制や経費が相当の額になるが、医療機関にとってあまりメリットがない。	連携の度合に応じた補助金の増額。		
1251	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	まだまだ地域による診療レベルの差がある。			
1252	医療提供者 (協議会委員)		宮城	田舎の中核病院では高齢者の進行がんの手術を担当。また田舎の中小病院は再発例、進行例を押しつけられる。終末期医療担当となっている。医療スタッフのモチベーションが維持できない。患者さん、ご家族は高度な治療を最後まで要求することが多い。		終末期医療をまじめにしているところへの重点配分。在院日数縛りがあり、急性期中核病院しかない地域では問題となっている。DOCではfが依頼治療しか考えられない。	
1253	医療提供者 (協議会委員)		宮城	地域連携に向けて登録医を中心に研修会を開催しているが、実際に「がん診療・緩和ケア」を継続できる登録医が少ない。			
1254	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	在宅医と病診連携をとることに積極的な病院が少ない。また、大きな病院だとその中の一部の科とはうまく連携できて他科におなじ病院内でコンサルトを受けるときなどスムーズにいかないことがいまだにある。病院内連携の乏しい機関に出会うことは早急に解決されなければならない課題である。			
1255	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	特に医療過疎地域における乏しい人員の効率的な運用のための配置と集中。			特に医療過疎地域における乏しい人員の効率的な運用のための配置と集中のために医療機関の枠組みを超えたネットワーク体制の整備と運用。
1256	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	自治体の協力が少なく、知識も低レベルで丸投げ状態。	がん対策推進委員会の担当を数名、専従にする自治体寄付講座として大学にがん対策推進講座を作る。		
1257	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	まだ、緒に就いたばかりでなんともいえない。			とにかく人材。
1258	医療提供者 (協議会委員)		秋田	ネットワーク化は重要であるが、連携パスの作成など大変であるので、国で雛形を作ってほしい。			
1259	医療提供者 (協議会委員)		秋田	医療機関間のネットワークをもっと協力にそして医学教育機関もがん治療が縦割りでないことを自覚すべき。			
1260	医療提供者 (協議会委員)		山形		都道府県拠点病院への援助を増やすべきである。		
1261	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	地域がん診療連携拠点としての整備が人的、設備的に現在のところ厳しい状況である。	医師の負担の軽減のためクランク的人員配置のための助成制度、あるいは交付金措置などを検討していただきたい。	がん診療連携パスに対しての診療報酬上の加算。	地域がん診療ネットワークの整備を行政の責務で制度を作る。

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
1262	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	地域ごとに差が大きすぎる。		標準治療レベルを満たしているかどうかで評価する。	
1263	医療提供者 (協議会委員)		茨城				自院で治療を受けなかった患者のフォローまで、地方の拠点病院では物理的に受けられない。初めにかかったところへ戻す決まりを作してほしい。
1264	医療提供者 (協議会委員)		茨城	ネットワーク一般に言えるのは、電子カルテの充実と統一、さらにセキュリティー。			
1265	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん診療に関する地域連携ができていない。	がん診療拠点病院にばかり予算配分しても、地域連携はできない。		地域連携クリティカルパスを県毎などに整備する。
1266	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	二次医療圏と実際の患者の来院する医療圏が異なっている。			
1267	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	がん対策基本法の姿勢は、がん診療の底上げには良いかも知れませんが、がん診療を牽引して行く中心的病院の充実には適さないかも知れません。			中心的病院に対し、ものではなく人を定着させる措置が必要と思います。
1268	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	小児がんは希少であり1施設で治療する症例が少ないため、専門的経験の蓄積が得られにくい。専門治療施設を、地域ごとに集約化して配置する政策的な取り組みが必要である。	遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。		遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。医旅費は公費でまかなえるが、家族の交通費にたいする援助がなく、かなりの負担となっている。
1269	医療提供者 (協議会委員)		栃木	①診療連携拠点病院数の決め方。②拠点病院、その他の病院、診療所のネットワークがない。栃木県は広域2次医療圏5区分に従っての数となり、同規模、群馬県よりはるかに拠点病院が少ない。	その他病院、診療所にもインセンティブは必要。		対人口で病院数を決定すべき。
1270	医療提供者 (協議会委員)		栃木	在宅を診てくれる開業医のボトムアップ。		在宅緩和ケアの診療報酬のアップ。夜間も出て行ってもらえるような往診料のアップ。	
1271	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	5大がんの地域連携パスが全国で検討されているが、多くは術後生存し続ける方を対象とした経過観察である。早期からの緩和ケア導入を考慮したパスを推進すべきと考える。			
1272	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	人材が確保できない。設備投資ができない。	前記理由から、国が全ての患者の診療を請け負う。	増額以外に無い。	「専門医療機関」の定義を明確化すること。
1273	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	がん治療の外来化や緩和ケアの推進、在宅ターミナルケアなど地域連携の必要性が高まってきているが十分ではない。ネットワークシステムの構築や連携風土の醸成などが必要。			
1274	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	地域がん医療従事者の数、質は地域により大きな隔りがあり、患者の利益を優先して考えた場合、一律に年限を定めた必須条件は厳しいものとする。また、啓蒙活動にも課題が残る。			
1275	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	人、金、物が不十分である。	多いほうがよい。	がん診療体制ネットワークの整備されている病院には診療報酬を厚くすべきである。	難しいとおもう。

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
1276	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・拠点病院補助金が全国と比較すると格差がありすぎる。・埼玉県は少なすぎて拠点病院としての取り組みが限られてしまう。	予算の統一。		国での基準が必要ではないか。
1277	医療提供者 (協議会委員)		東京	高齢化そのほかの要因により、脳血管障害、心疾患、糖尿病などなど並存疾患のあるがん患者が増加しており、総合的な医療の提供という点で、がんに特化した施設は不利になりつつあると思う。			
1278	医療提供者 (協議会委員)		東京	具体的な目標が見えてこない。			
1279	医療提供者 (協議会委員)		東京	患者さんへの説明不足。患者さんのメリットが少ないと失敗する可能性がある。		患者さんのメリットになるようにすべき。	
1280	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	非常に難しい問題だと思う。ある程度、行政の指導力が必要なのではないか。	ネットワークのための、事務員の増員のための予算、ネットワークのための連絡会開催のための予算措置などが必要。	現在は、がん拠点病院に一方的に紹介されてくるだけで、がん拠点病院はパンク状態になっている。患者が戻っていくような、医療報酬の工夫が必要と思われる。	どの地域に、どのような機能、能力を持った医療機関があるかわからない。地域・地域に、コーディネーターのような役割を果たせるスタッフを配置する必要がある。
1281	医療提供者 (協議会委員)		東京	整備のための予算の不足、自由度の少なさ。	自由度を高くする。	均てん化は大切であるが、高度がん医療を行う病院を階層化する必要がある。この階層化に伴い、診療報酬での差別化を行う。	
1282	医療提供者 (協議会委員)		東京	外来化学療法室の整備不足。①例えばベッド数あたりの看護師数不足。②薬剤師の服薬指導不足。③医師の診療室が近くに用意されていない。		②外来化学療法における薬剤師の服薬指導を点数化する。	①②施設基準を検討する。
1283	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	医療機関同士のネットワークは大変遅れている。本来競争する分野ではなく協調する分野であるからである。webを使ったネットワークを進めるべきである。クラウドの利用検討も必要。	医療機関整備のための協議機関を作る。参加する委員には十分な報酬を与える。これらの委員の報酬は少なすぎる。やる気が起こらない。	病院連携をしている施設には診療点数を当分の間、あげるなどして促進する。連携のための予算を病院で組めるくらいの診療報酬の増加が必要である。	定期的に医療機関の内容を検査する機関を作る。全国的に見て回る位がよい。退職したがん専門病院の管理者が適任であろう。
1284	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	都心部では、がん診療の中でも治療を行う施設は十分にあると思うが、放射線治療を行う施設や緩和医療を行う施設は十分ではない。	放射線治療や緩和医療の施設拡充に対する補助。施設の集約化。	放射線治療や緩和医療の診療報酬の増加。	がん相談窓口で無料相談も良いが、自施設を含み他施設に放射線治療や緩和治療など紹介した場合に診療報酬を受けられるようにする。
1285	医療提供者 (協議会委員)		東京	クリティカルパスの導入。		クリティカルパスの診療報酬化。	
1286	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	研修会・勉強会が主催者側のボランティアである。	研修会・勉強会に予算を付ける。	連携に関する評価を行う。	
1287	医療提供者 (協議会委員)		新潟	近くにがん診療拠点病院があり、機能分担できていない。			人口の少ない医療圏は1つの病院で良い。
1288	医療提供者 (協議会委員)		新潟	地域連携パスを作成しても、それを実際に運用することは、拠点病院にとっても診療所にとってもかなりの負担となる。		地域連携パスの点数化が是非とも必要。	

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
1289	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	個々の病院単位ではなく、少なくとも各県に独立したネットワーク担当施設を造るべきであると思われる。			
1290	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	分野(1)と同様に、拠点病院に患者が集中しているが、他院へ患者を紹介するようなネットワークはできていない。			
1291	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	現在は未整備ではありますが、決して押し付けやトップダウンの方法でなく、当事者同士の意見で進めて欲しい。			
1292	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	国が二次医療圏にまで口をだすのはどうか。			都道府県拠点病院までの指定にとどめ、都道府県内の対策は、地域拠点病院の指定も含め、それぞれの都道府県に任せればよいのではないかと。医療圏の状況は、都道府県によって大きく異なり、一律に二次医療圏に1か所の地域拠点病院というしくみはナンセンス。
1293	医療提供者 (協議会委員)		石川	病院間での協力が不十分。			定期的ミーティングの義務化。
1294	医療提供者 (協議会委員)		石川	国でネットワークをつくれればよい。各自治体(各県)で行われているが、全国規模にしてしまっ、各地で同じような会が行われないように、国でスケジュールを決める。	前記のほう予算削減になる。	国で計算。	不要。
1295	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	拠点病院が都市、県庁所在地に集中し、地方都市で拠点病院の求められる診療レベルや設備を維持することができない。	地方拠点病院に地方のスタッフ、設備を集中して効率の良い施設展開をする。	がん拠点病院における診療報酬をアップする。専門医が拠点病院で診療した場合の報酬を大きくアップする。	がん専門医の高い報酬を担保して、定員制とし、その地位も向上させることで、地方病院での勤務へのモチベーションを高める。
1296	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	ネットワークがこれからは一番重要とされる課題である。このネットワーク作りが医療関係でもっと話す場が必要なのに…。これも時間が取れていない。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたと思う。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたと思う。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたと思う。
1297	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	ネットワーク機能が 上手く働き 患者に精神的な負担をかけずに 診療が受けられる体制は まだ整っていないと思う。			薬局での アピールも効果があると思われる。
1298	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	病一診(歯科)、診(医科)一診(歯科)連携体制の構築。行政等による支援システムの構築。			国レベルで機能的・効率的なフローチャート等の作成。

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
1299	医療提供者 (協議会委員)		静岡	地域では、県立などのがんセンターがその中心的役割を果たすべきだが、どういう患者をがんセンターが積極的に受けるべきなどの、ルールが無いように感じられる。全国のがんセンターをとりまとめる部署で、憲法のような、がんセンターの本来の存在意義に立脚したルール作りをすべきと思う。例えば、再発して一般病院で治療に難渋している患者は受けない一方、早期の初回手術対象例は喜んで受けるなどの、独自ルールを敷く科もあるが、そのような所には患者を送るのも困難であるし、送る気にもなれない。			
1300	医療提供者 (協議会委員)		静岡	各都道府県で体制の充実度に温度差がある事？			
1301	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がんのショートステイ施設の設置。			
1302	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん診療連携拠点病院が中心となり病病、病診の連携を作ることが理想と思うが、理念や、経済的な基盤の異なる別々の組織が実際に協力し合うのは、協力し合うことによるお互いの利益がなければ、なかなか総論では賛成でも各論にはいるとお互いの利害感性が前面に出てくることが多いように思う。			
1303	医療提供者 (協議会委員)		静岡	静岡市ではSネットと称する静岡医師会、清水医師会と公的6病院のあいだでの連携が進められ、共通クリニカルパスが実施されている。そのためには病院内の地域医療連携室の役割りが大きく、連携に関する予算措置が必要である。		地域連携がんクリニカルパス加算を要望する。	
1304	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	ネットワークの整備は必要である。しかし拠点病院は紹介患者だけ受けるようにすべき。		紹介患者診療は優遇し、非紹介患者には患者負担を重くする。	
1305	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん診療に携わる開業医の熱意に差がある。	医療機関の負担がないように、国もしくは地方行政政府で予算を配分してほしい。	がん診療体制ネットワークに参加する医療機関にそれなりの診療報酬を設定する。	ITでオンライン化を。
1306	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		ネットワーク作りのため、予算が必要である。		
1307	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん地域連携パスの推進。		がん地域連携パスの活用に診療報酬を付ける。	
1308	医療提供者 (協議会委員)		愛知	各診療科間の症例検討が弱い(CancerBoardが不十分)。		CancerBoardの定義を明らかにして、それをある程度がん拠点病院の必須項目として加算を取れるようにする。	CancerBoardのあり方について、あいまいな点が多く、それについてのあり方検討会を設置して詰めていく。