

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
995	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	在宅医療にかかわる人材、設備不足とがん診療連携病院と開業医、中小病院との連携が必要。また、何よりも家族が疲弊しないように受け入れのための家の改築やサポート体制作りが必要。	分野②③と同じ。医師会との協力関係構築のための定期的な会議、勉強会、講習会の開催費用。24時間体制の訪問看護ステーションに対する補助。家の改築のための費用補助。	訪問診療加算の増額。	福祉部門と連携して、医療面の充実の他に、がんはどの年齢でも発症するので、高齢者だけでなく20-40代の働き盛りのがん患者の生活面のサポート体制。患者の搬送に対するサービス。
996	医療提供者 (協議会委員)		福岡	デイホスピス等の制度が不十分。			
997	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。			
998	医療提供者 (協議会委員)		福岡	24時間訪問看護提供できるステーションの増加が望ましい。			
999	医療提供者 (協議会委員)		福岡	一人暮らしなど在宅緩和ケアは難しい。			老人ホームなどでの在宅緩和ケアを充実させる。
1000	医療提供者 (協議会委員)		佐賀			訪問看護における診療報酬を上げてもらいたい。	
1001	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	病診連携の強化が必要。		連携に対する加算。	
1002	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	がん治療・緩和医療に関しての在宅医療をする診療者が非常に少ない。	診療所医師に対するがん治療・緩和医療のセミナー等教育予算の充実を。		診療所医師に対するがん治療・緩和医療のセミナー等教育に強制力あるいはインセンティブを持たせてほしい。
1003	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	・ごく一部の開業医しか在宅医療に携わっていない。 ・在宅医療に携わっている開業医を支援する体制が整っていない。 ・1951年の在宅死の割合は、約80%であった。当時は一体だれが看取っていたのか？だれが医療を担っていたのか？在宅医療の原点を考えてみる必要がある。	・予算面でも地方分権が必要である。中央で考えたことが必ずしも地方の実情に合うとは限らない。むしろ合わないほうが多い。	・人的支援が必要であるので、そのための診療報酬上の対応が必要である。	・支援体制を制度面から整備する必要がある。
1004	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	在宅医療を行う地域においては、すでに「在宅緩和ケア」も行っているが、勉強会、研修会、研究費が殆どない現状。	広く県民市民に対する前記研究費の創設が必要とを感じる。	制がん剤、オピオイド処方、調剤与薬(服薬指導等)の報酬アップを。	国民、地域市民の「がん」に対する意識改革の為のサークル的事業が必要と感じる。
1005	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	患者さんの意識が低い為に移行できないことがある。高齢世帯が多く、同居者もともに倒れたりしており政策支援が望まれる。			
1006	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	医師会レベルでよくやっていると思う。			

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
1007	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅医療関係者に対する教育。	介護職、ケアマネージャー、福祉関係者に対する教育研修。		
1008	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅緩和ケアに特化した看護のできる看護師の認定。	認定看護師の養成。	在宅緩和ケアの看護職の報酬加算。	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病棟の確保。
1009	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	在宅医療機関の不足。	地域医療機関への支援。		
1010	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅医療における、歯科(口腔ケア)との連携ができる組織作り。			
1011	医療提供者 (協議会委員)		大分	高齢過疎地の在宅医療にどう取り組むか。介護・看護力の劣る地域における在宅医療をどうするか。			
1012	医療提供者 (協議会委員)		大分	拠点病院以外で緩和ケアを実施している医院・診療所が、地域によっては少ない。			
1013	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島			・24時間緊急受入れ体制を維持するための加算がまだまだ不足している。	
1014	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	在宅緩和ケア医不足。在宅医が、オピオイドに熟練するための施策不足。			
1015	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	既に開業している先生方は、温度差がはっきりしすぎ。			各地域の医師会には、もっと協力してほしい。
1016	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	在宅医療を含めた地域連携一行政の積極的関与が必要。			
1017	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	在宅患者を診てくれる医療機関、開業医の絶対数が足りない。			
1018	医療提供者 (協議会委員)			地域連携の充実。			連携拠点病院と在宅医療制度の確立。
1019	医療提供者 (協議会委員)			病診連携の推進、強化、ネットワーク体制の構築。			
1020	医療提供者 (協議会委員)			24時間対応できる往診医、訪問看護ステーションの数が足りない。がんの疼痛コントロールのできる支援診療所が少なすぎる。往診医に地域格差がある。どこでも在宅医療を受けられるシステムが整っていない。	訪問看護ステーションの人材育成、待遇改善を行う(往診医と訪問看護師を増やさないのがん患者の在宅は難しい)。		
1021	医療提供者 (協議会委員)					大幅なアップを。	

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
1022	医療提供者 (協議会委員)			現実ほとんどやってくれるところはありません。まだまだこれから、ということ。患者も医療スタッフも理解できていない。周知すべき。		今でも十分だとは思う。	
1023	医療提供者 (協議会委員)			人口が少ない都市、町での在宅緩和ケアの実践が厳しい状況。とくに広大な都道府県の場合は、移動時間および移動距離が多く、人口の多い都市で、集約的に訪問が出来る状況との差がありすぎる。	在宅緩和ケアの病診連携について、予算を盛り込む。	在宅緩和ケアの診療報酬の引き上げ。距離などを勘案した診療報酬。	
1024	医療提供者 (協議会委員)					在宅緩和ケアを行っている開業医の診療報酬を手厚くする。	
1025	医療提供者 (協議会委員)			早急にもう少し制度の充実が必要と思う。	複数の人が判定するようになれば、十分な補助を出せないようにする。	複数の人が認定した在宅に対しては、もう少しお金をかけるべきである(1人は開業医でも1人は公的病院の医師でべき)。	
1026	医療提供者 (協議会委員)			興味関心のある医療スタッフで行われており、まだ広がっていないと思う。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	連携がキーワードとなると思われます。患者さんは、最初に診てくれた医師の継続診療を望む傾向がありますので在宅になるとスタッフが変わり不安を覚える。いかにうまく在宅医療スタッフに移行するかが大事と思われる。
1027	医療提供者 (協議会委員)			患者、家族に現実的な方策であるとの意識を持ってもらう事が重要。	増やしてほしい。	上げてほしい。	やはり金銭的なサポートと人材育成につきると思う。
1028	医療提供者 (協議会委員)			昭和54年を境に病院での看取りが在宅での看取りを上回るようになった。現在はほとんどの患者さんが病院で看取ようになっており、社会全体に核家族化・独居高齢化した現状では、制度改革のみで在宅医療の推進を図ってもいろんな問題点を解決することは困難と考える。一般人の終末期に対する意識変化がなければ、医療現場だけで在宅医療や在宅での看取りを推進することは極めて困難であろう。また病院と患者の間でのやり取りだけでは発展性がなく保健所などが在宅患者の情報を集積・管理しこれに関係部所管でまとめ、各地域のデータとして持ち有効に活用していく必要がある。		在宅に向けたカンファランスを開いたり、退院前に自宅を訪問したり、外出時にナースが付き添ったりしても、診療報酬に反映されていない。膨大な時間や手間をかけているため点数として評価すべきである。すべて医療者側の犠牲の上になり立っているといっても過言ではない。	24h往診・看護可能なところは徐々に増えてきているがまだまだ少ない。少しでも早く日本全国どの地域でも医師・看護師の数が確保できるようにすべき。また民間保険でも入院に対する保障ばかりで在宅や通院に対する保障はほとんどない。これでは誰も家に帰ろうとは思えないのではないだろうか？
1029	医療提供者 (協議会委員)			実質的な在宅支援診療所の不足。訪問看護ステーションの不足。在宅支援診療所での緩和ケアの限界。訪問看護ステーションでの緩和ケアの限界。		在宅支援に対する点数アップ。	行政や医師会の積極的な関与で地域のネットワークづくりを推進する。
1030	医療提供者 (協議会委員)			病診連携の強化(病院のネットワーク部の強化)。		在宅緩和ケア加算。	
1031	医療提供者 (協議会委員)			地域診療所等との協力体制がまだ不十分であると考えられる。			
1032	医療提供者 (協議会委員)			在宅医療に関心が少ない診療所が多い(麻薬免許を持っている医師も少ない)。在宅療養支援診療所が少ない診療所間でチームを組んでいない。		在宅医療は診療所の義務と考え、行わない診療所は診療報酬を下げる。	

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
1033	医療提供者 (協議会委員)			地域への緩和治療の普及は年数回の講習会だけでは不可能と思われる。人的介入が必要と思われる。			
1034	医療提供者 (協議会委員)			現状ではほとんど実施できていない。在宅で最後を終えたいと考えるが現実には病院に戻ることでなっている。在宅医療を行なう医師や看護師の教育が必要ではないかと思う。			
1035	医療提供者 (協議会委員)			院内スタッフに知識、経験が少ない。		在宅調整をするスタッフ(看護師、MSWなど)の調整対応への診療報酬の加算。→院内での普及につながりやすい。	医師、看護師、MSW、臨床心理士などをチームとした研修会、地域の医療機関の顔合わせの機会作りの場の整備。
1036	医療提供者 (協議会委員)			・在宅緩和ケアにできるだけ多くのかかりつけ医の参加ができるよう行政・医師会は積極的に努力する必要がある。現在、研修会に参加するかかりつけ医は極めて少ない。・麻薬施用者申請に高額な費用(収入証紙)がいるが、これが在宅緩和ケアの協力的かかりつけ医を制限している可能性がある。申請費用をなくすべきである。		在宅緩和ケア協力的かかりつけ医の増加を計るため、診療報酬を充分にすること。一方、医療費増加により、レセプト点数が高くなり、保険の個人別指導の対象にされる。保険審査の見直しをしない限り、協力的診療所の増加は期待できない。	
1037	医療提供者 (協議会委員)			がん治療病院から在宅医への紹介の時期が遅すぎる。治療中の段階から早めに併診による緩和ケアが行われるようにすべきであろう。在宅緩和ケアを行う診療所の数が少なすぎて、特定の診療所への負担が増している。死亡診断書作成の際に、死亡24時間以内の医師の診察が必須であるが、これがかなり負担になっている。	がん治療病院医師が在宅医療を体験することに対する予算処置を講ずる。	在宅支援診療所でなくとも、かかりつけ医が在宅での緩和ケアや看取りを行うことへの評価を高める。	これから内科や外科で開業する医師は、かかりつけ医として予防医学から緩和ケア、看取りまで行うことを義務化する。
1038	医療提供者 (協議会委員)			医療資源がない(訪問診療を担当する医師)。	在宅医に対する緩和ケア加算。	僻地における診療報酬を上げる。	医学部定員の増員 僻地診療の一定期間の義務化。
1039	医療提供者 (協議会委員)					在宅医療の相談の点数のアップ。往診をしてくれる医師を増やす方策を。	
1040	医療提供者 (協議会委員)			特にがん患者は、介護保険の申請から認定までの1ヶ月間が待てない。患者が申請をした段階から、ケアマネージャーを決定し、退院調整にとりかかりたい。			介護保険の認定結果が出てからケアマネージャーを依頼してほしいと言われるが、現実には難しいので、申請と同時に担当者が決められる制度にしてほしい。

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
1041	医療提供者 (協議会委員)			①介護保険の運用が自治体によって格差がありすぎ、医療と介護の連携と謳われながら自治体によっては、退院日が決まらなると介護申請そのものを受け付けない、という実態がある。転院するか少しでも在宅に帰ってみるのか、患者も家族もすぐには決められず揺らぎの時間があるが、転院予定では介護申請を受け付けてもらえず自宅退院を決定しないと申請が出来ないため、帰りたい時に介護保険を使いにくいという実態がある。また介護認定がおけるまで1ヶ月かかるため、市は暫定で使えばよいというが、患者や家族は不安で使えないため自宅に帰るチャンスを失うことがある。国、県、がん拠点連携拠点病院が、がん対策に取り組んでも、患者にもっとも身近な市町が在宅緩和ケアの重要性を理解しておらず、在宅緩和ケアが広がっていない。②在宅療養に必要な医療材料や医療機器を、現状では診療所が個別に用意したり、患者が自己負担で購入する必要があり、双方にとって経済的負担が大きい。1診療所が1患者のために、めったに使わない薬剤や医療材料をまとまった単位で注文することとなり、引き受けに躊躇されることもあるし、1診療所の犠牲に基づいて在宅医療が成り立っていたりする。そのため診療所が実施できる処置の内容が広がっていきにくい。			①がん患者の場合は(本来はがん患者に限らないが)、退院日や退院先が決まっていなくても希望があれば申請を受け付ける事を明文化。急を要する場合は、認定作業を早める努力義務も付加する。また、がん患者の場合は介護度に関わらずベッドや吸引器を介護保険でのレンタルを可能にする。(可能にしている自治体もある。)②自治体が地元の医師会と共同し、医療材料や医療機器の共同購入やレンタルの仕組みをつくってほしい。
1042	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア、在宅緩和ケアに一番必要である麻薬を管理、取り扱いができる医師、薬剤師(麻薬取り締まり法を遵守)を中心にチーム医療を行えるようにする。			
1043	医療提供者 (協議会委員)						開業医も積極的に在宅医療ができるような制度が必要と思われる。
1044	医療提供者 (協議会委員)			山間地域の家族力の低下。			
1045	医療提供者 (協議会委員)			高齢者で、1人あるいは夫婦2人では、身体が動けなくなったりすると、在宅はなかなか困難。核家族が進んだ日本で、無理に在宅医療を進めるのは不幸につながる。	老人の施設がもっと欲しい。		
1046	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	日本の家庭、家族構成を考えるとやはり手遅れ。	介護システムを活用して、病院、介護センターなどとの連携。営利目的の老人施設の排除。	在宅死亡時の診断書料などの増加。	在宅でがん患者を看取ることの社会的評価。具体的には、地域社会が、看取った家族への社会的貢献を評価し、何らかの名誉を与える。
1047	学者・研究者 (協議会委員)			絶対数が足りない！利用したいのに、数か月も待つ。漸く、訪問時間が取れます、という頃には、あと数日のいのち、または既に亡くなってしまった…。在宅緩和ケアに携わるを医師や看護師もへとへと。支援が必要。	タバコ増税、酒税、自動車税などを財源にしてでも、開設支援をもっとしてほしい。	重たい職務内容なので、それなりの加算をしてほしい。	利用者への補助支援も、もう少し欲しい。在宅の場合の家族の負担は結構大きい。

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
1048	学者・研究者(協議会委員)			在宅での緩和ケアの推進。		診療報酬の増額。	在宅での緩和ケアに対する規制の緩和。
1049	その他(協議会委員)		岩手	更なる充実が必要(どこでもだれでも可能)。			
1050	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉			在宅医療でケアマネや看護師、ケースワーカーの業務に対する報酬項目を増やして欲しい。	
1051	その他(協議会委員)	栂沢 敏雄	新潟	専門的な知識の習得関係機関のネットワークづくり。			
1052	その他(協議会委員)		山梨				在宅介護者の援助(介護しているので介護料などの検討)評価の仕方は困難な面もあるが。
1053	その他(協議会委員)		滋賀	①在宅での療養を希望する患者や家族が、少しでも安心して過ごせるように、地域の介護施設、デイサービスなどの通所施設の介護力、看護力を高める為の研修会、講習会をする必要がある。②しかし、それらの施設は決して余裕がある人数で仕事をしていないので、いかに研修の機会を作るかが問題である。	①介護施設やデイサービスでの介護力、看護力を高めるために、スポット的でもいいので、がん専門看護師に現場で必要なケアについて指導を受けられる体制を作る。		
1054	その他(協議会委員)		鳥取	訪問診療や訪問看護が安心して利用できる環境づくり。		診療行為に見合った報酬の確保。	緊急時にすぐに入院できる体制づくり。
1055	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	在宅緩和ケア体制の整備が遅れている。			尾道方式のようなボランティアな在宅支援システムを各地に整備する必要がある。介護保険をうまく併用できるな制度化医師だけでなく、訪問看護が主体になった緩和ケアチームも検討すべきでは。
1056	その他(協議会委員)		愛媛	在宅療養者の一番の不安は、緊急時、症状変化時の対応であり、その時の医療提供体制に診療上の縛りがあるため在宅療養の選択に躊躇する現実があると思われる。			
1057	その他(協議会委員)			患者さん本人は在宅での治療等を望まれているが、なかなか家族の受け入れやサービスがないため、難しい状況がある。			
1058	その他(協議会委員)			地域住民への普及啓発が不十分。在宅麻薬管理が不十分。在宅療養支援診療所への偏り。	地域住民への普及啓発事業。住民向けの在宅緩和ケアガイドの作成。	診療所のグループ診療の報酬評価。	
1059	その他(協議会委員)			在宅緩和ケアが推進できない現状を分析し対策の検討が早急に必要在宅緩和ケアに従事する看護師の裁量権の拡大在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保。			在宅緩和ケアに従事する看護師の裁量権の拡大を!!
1060	その他(協議会委員)			患者及び関係者への情報提供の不足。	在宅医療の啓発に対する予算の確保。	診療報酬を手厚くする。	

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
1061	その他(協議会委員)			在宅緩和ケアをする医師が増えない。当市では昭和56年から、現在まで取り組んでいるが、在宅での看取りの協力医師が思うように増えていない。やめる医師もいる。		診療報酬額を見直す。	
1062	その他(協議会委員)			在宅への往診医の不足と、その往診医の緩和ケアに対する認識に差がある。中央にいい先生が集まり、地方との差がある。			どこに住んでいても同じ医療が選択できるような制度を作って欲しい。
1063	その他(協議会委員)			在宅医療を目指して在宅療養支援診療所が制度化されたが、看板は掲げていても夜間対応が出来ない診療所が多い。高カロリー輸液や麻薬に対応できない。なるべく在宅で過ごしたい、過ごさせたい患者、家族はそんなに多くない。			在宅療養支援診療所の再調査。
1064	その他(協議会委員)			地域への緩和治療の普及は年数回の講習会だけでは不可能と思われる。人的介入が必要と思われる。			
1065			北海道	地域差がありすぎる。教育の不足があるように感じる。在宅指導管理料について:カンファレンスを行う時の他職種3者以上は難しく、2者としてほしい(カンファレンスは有意義で施設側も時間をとっているのに診療報酬がとれない)。	教育についての予算は増やしてもよいと思う。病院と連携するにもどこがどれだけできる機能を持っているか、アピールするための予算などできないか？		
1066				中核都市以上では「在宅医療」が行われようとしており、行われてもいるが、僻地の町村では特異な医師の存在に依拠しているのではないか。		診療報酬upで対応すべきである。	僻地の医療従事者の常態との認識を高め、これが普通であることの人材育成が大事。

5.診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)

ID	属性	氏名	回答者 居住地	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
1067	県庁担当者	若井 俊文	新潟	化学療法に関しては発展がめざましく標準治療の推進のためにガイドラインの作成は必要不可欠である。			
1068	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	最新医療で合併症がもっと少ないもののみを選ぶべきである。			
1069	県庁担当者	服部 正興	三重	大腸がんになったので、買って読んだが、非常に勉強になった。ただ、合併症もあったので、主治医の先生の話もよく聞いて勉強した。			
1070	県庁担当者		和歌山	放射線治療については、少なくとも都道府県内(or人工100万人毎)に1つのIMRTを行える施設を作るような改革を取ることが望ましい。	標準治療の定義は難しい。年々進歩しているので現状の把握が大切。		
1071	県庁担当者			県は、がん診療ガイドラインの普及に努めている。			がん診療ガイドラインに沿った医療を実施する医療機関の増加を目指す。
1072	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	診療ガイドラインは強制されるものではなく、活用するかどうかは医療者の裁量に任せられているのが現状。しかもそのことが一切公開されておらず、患者が受ける医療を選択する権利を損なっている。情報公開を徹底して、個別の医療機関、医療者単位での診療レベルがひと目でわかるようにならないのか？		DPCの値付けに際して、診療ガイドラインに沿った治療については加算をつけるなどの差別化。	

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
1073	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	早急に作成すればよいだけではないか。専門チーム設置費用と調査費用。			
1074	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	均てん化という点で診療ガイドラインを広める必要があります。一方、拠点病院で「治療法がもうありません、ホスピスを紹介します」といわれて本当に打撃を受け、「がん難民」といわれる人が増えています。標準治療の推進とともに、その先の対応についても検討が必要と思う。			
1075	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	再発・転移に関するガイドラインが見当たらない 希少がんへのガイドラインが充実していない。	ガイドライン作成プロジェクトに対する予算確保。	標準治療を行っているかどうかを精査し、実行している場合のみ加算する。	カルテに標準治療を行っているかどうかの項目を入れる。
1076	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	早急に全てのがんについて診療のガイドラインを作成してほしい。	予算をとってほしい。		
1077	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	一般市民に判るようなものにする。この次元での、各医療機関の治療成績を公開する。	都道府県の、情報公開が不十分なので、携帯、PC、紙ベースで、年齢・対象別に情報が伝わるよう予算措置をとって、徹底する。	前述。	標準治療の推進は、各施設の治療成績とタイアップして周知させる。
1078	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	ガイドラインは各がんによって作成されているが、残念ながらそれに基づいて治療を行っていない病院もまだある。がん治療は日々変わっており、今現在、最も最適な治療法(手術法)は何なのか、患者としては最善を尽くして欲しい。私は自分が乳がん患者なので、乳がんについての情報は得る機会が多い。山口県では数年まえから「乳がんガイドライン」を基に、医師の勉強会が頻繁に開催されている。県内の乳がんに関わっている医師が、ガイドラインに基づいて行った手術や治療で、どのような効果が上がっているのか、現状はどうなのか、討論したりしている。また化学療法のスペシャリストを招いて勉強したりしている。がん治療に関わる医師たちに、学ぶ姿勢は必要だと思う。	まだガイドラインのないがんがあるかどうか分からないが、がん治療は日々進化しているので、それに応じたガイドラインを必ず出し、勉強会も開催してほしい。		治療している患者も、自分の体の事なので、知る事は必要である。乳がんに関しては、日本乳がん学会が「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」というのを発行している。とてもわかりやすく記載されていてとても参考になる。医師にお任せの時代は終わり、自分自身のための治療なので、一緒に考える(後悔しないためにも)事は必要なので、年配の方にも簡単にわかりやすい小冊子があれば良いと思う。
1079	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	標準治療に押し込んでしまう医療者がいるが、自分のことを考えた治療であることを説明してくれる医者が好ましい。			
1080	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	標準治療が進むのは歓迎です。再発治療になると、ドクターのさじ加減(抗がん剤の投与方法など)で、長く生きられる人も多いので、単に標準治療だけで、もう治療はありませんと言われるのが一番怖い。単に標準治療治療だけでは終わって欲しくない。		医師の専門性を診療報酬に加味できないか。	

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
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が追補が必要。			
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いたいと思う。			
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。			