

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
199	行政府		広島	広島	末期がんの受入れ施設が少ない。			
200	行政府	岩永薫	福岡	福岡	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」受講者数を増やしたい。		研修修了者は何かしらの診療報酬加算がつけられるようにしてほしい。	研修修了によるメリットを何かつけてほしい。一般の開業医のインセンティブを。
201	行政府			長崎	人生の締めくくりにおいて、尊厳ある生を全うするため、緩和ケアの体制整備(人材、施設)を望む。			
202	医療提供者		青森	青森	緩和ケアの理念が、一般医療従事者にも国民にも理解されていない。	緩和ケアを行う現場、特に医師以外のメディカルな活動(市民に対する啓発の講演会など)に、予算を重点的につける。教育・研修会など。	緩和ケアチームに対する診療報酬を高める。ただしその評価をしっかりとる。	
203	医療提供者	斉藤聡	青森	青森	緩和ケアが十分行われていない。		診療報酬増額。	
204	医療提供者		新潟	新潟	医師不足。	緩和ケアは特に年配の医師の方が上手。医師の定年を70~75歳くらいに上げる。	緩和ケア病棟加算は廃止。どのベッドでもOKとすべきである。	急性期・亜急性期・リハビリ等にベッドを分けない方が地方ではできる。
205	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	緩和ケア療養の敷居が高すぎる。入院する前に死亡することが多い。入院するための審査など、つべこべが多い。	介護の領域で対応できるように規制を変える。		オンコロジーホームの確立；治療のためのデイケア、数日ケアのための入所、終末期の看取りのための入所。
206	医療提供者	太田桂子	島根	島根	緩和ケアについての本質を市民も医療スタッフも十分に理解されていない。また、ソーシャルワーカーが緩和ケアチームの必須になっていない。	緩和ケアの普及啓発について、“AC”というTVなどに流す。	緩和ケアチームにMSWの配置を必置とする。緩和ケアチームが行った退院支援について診療報酬をつけていく(質の担保)。	
207	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの知識不足、普及不足。			
208	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの医師研修が十分普及していない。			医師研修の修了書が何らかのduty(専門医を取得するための要件など)となるような制度になれば…。
209	医療提供者		島根	島根	・がん拠点病院は同時に地域の急性期中核病院であることが多く、勤務医は高いリスクを背負う緊張感と病院位置問題に由来する過酷な労働条件に苦悩しており、開業～医療崩壊の流れができていくように感じている。 ・緩和ケアにおいて精神科医の役割は重要であると感じている。また、この20年間で総合病院精神科の役割はますます広範かつ重要になっているにもかかわらず、実際のところはこの10年間で崩壊・消滅している。		・総合病院精神科医療の専門性・重要性を認識し、正当な評価をしていただきたい。 ・地域の中核病院が崩壊しないよう、適切な評価をしていただきたい。	
210	医療提供者		島根	島根	緩和ケアという終末期というイメージが強く、早期から取り組むことができない。			緩和ケアは、終末期ではない、ということ、患者・家族・医療者へもPRしていく。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
211	医療提供者		島根	島根	がん対策推進計画にある「全ての医師が緩和医療について研修を受ける」というのは実現が難しい現状である。	緩和医療に従事するコメディカルの育成に予算を配分すべき。	認定看護師やがん専門薬剤師に対する診療報酬の新設。	
212	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの質の保持。緩和ケアという言葉が独り歩きしていて、質の低下が見え隠れしている。		質を評価し、診療報酬にその評価を生かしてほしい。	
213	医療提供者		島根	島根	医師で疼痛コントロールで麻薬を積極的に使用する事へのためらいがある。看護師サイドでもレスキューをどんどん使ってもよいと言われてもためらいがある。教育(医師)で緩和ケアの授業を受けていない。			緩和ケアの教育の義務化。
214	医療提供者		広島	広島	精神的苦痛を和らげる対策を充実することが重要。		緩和ケア外来等、緩和ケアの実施に診療報酬を。	医師向け、看護師向け、緩和ケア研修会の制度化。
215	医療提供者	今村	広島	広島	介護保険者等ではがんの終末期における対応に時間的に無理あり。1-2カ月の短期に集中する緩和ケアの拠り所になりえていない。			システムの改善。
216	医療提供者		広島	広島	緩和ケアができる施設が少ない。		診療報酬を上げて緩和ケアを病院が実施しやすくする。	緩和ケアへの補助(金銭面で)等。
217	医療提供者		広島	広島	がん診療拠点病院が勉強会等開催して頑張っているのは分かるが、病院と地域との連携が円滑でない。特に外来化学療法中の患者、外来通院患者への支援が行き届いていなく、進行がん患者は行き場がなくなっている。進行して治療ができなくなる余命3カ月以内の患者が包括支援センター等に相談に行くケースが増えてるのが現状である。		外来化学療法や外来通院患者を病院が支援するには、外来がん患者が増えて抱えきれないのであれば、地域につなげる方法を明確にしていただければと思う。たとえば、包括支援センターもしくは訪問看護ステーションに早期段階でつなぐことに診療報酬が病院側にも在宅側にもつけばよい。また、外来患者の情報共有ができにくいので、情報提供し、カンファレンス等に加算がつけばよい。	
218	医療提供者		広島	広島	がん医療に対する情報提供。			
219	医療提供者		山口	広島				
220	医療提供者		福岡	福岡	福岡県は、緩和ケア病棟は多いが、それでも十分とは言えない。まして国として見ると、不十分であるのは明白である。福岡県でさえ緩和ケア病棟への入院は待機を強いられている。	緩和ケアへの予算アップ。	緩和ケア(外来・入院)の診療報酬の引き上げ。	緩和ケア病棟のベッド数制限をなくす。病院ごと病床数は決められている？緩和ケア病棟の病床数は例外としては。
221	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	患者さんに、緩和ケア＝末期というイメージが定着している。治療中の患者さんに介入しようとしても「まだいい…」と断られることが多い。	マスメディア等を通じて、WHOの定義「早期から介入する」「QOLを向上させる」点について強調してほしい。そのための予算付けを。		
222	医療提供者		福岡	福岡	緩和ケア科あるいは緩和ケア施設の絶対数が不足している。	施設及び専門医の増設・増員が必要。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
223	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	院内(外来)そして在宅緩和。緩和ケア病棟への入院、緩和ケアチームの活動が不十分(地域により差はあると思うが)。		それぞれに報酬をもっと上げる必要がある(緩和ケアチーム、緩和ケア外来)。	
224	医療提供者		福岡	福岡	DPC制度下における緩和ケアの扱い。		急性期病院(DPC)にも緩和ケアは必要である。緩和ケアを主要診断とするDPC分類が可能ではないか。緩和ケアと云えど、急性期医療の一部になる場合があると思う(一次的には)。	
225	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	県内各地に講演に行っているが、ドクターもナースもレベルがなかなか上がらない。またドクターの緩和ケアに対する偏見がある。地域の病院はドクターが少なく、専従になれない。ドクターが少なく研修(PEACE)に参加できない。	認定看護師への学校への予算を増し、個人負担の軽減。	専任であっても(差はつけたとしても)、診療報酬をつける。研修受講したスタッフへの報酬。	加算とれないチームは、加算とれるチーム(専従ドクター)との連携をとり、レベルを上げること。
226	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに対する認識が誤解が多い(特に医療従事者が多い)。緩和ケア＝ターミナルケアとされている。		現状の緩和ケア診療加算300点より報酬の上げてもらうこと。	緩和ケアチームに紹介しない。理解を示さない診療科医師に対する制度的な注意みたいなもの…。
227	医療提供者		長崎	長崎	一部の医師だけが緩和ケアを行っており、底上げがされていない(全く緩和ケアが行えない医師もいる)。		緩和ケアチームのコンサルテーション活動の報酬を工夫して、複数医師やチーム診療での加算をつける。	患者・家族が希望すれば(主治医の紹介がなくても)緩和ケアチームが介入できるような第三者機関(ある程度の強制力をもつ保健所などの監査のような)があるとよい。
228	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに。			
229	医療提供者		長崎	長崎	症状の緩和にお金がかかりすぎる。特に薬が高い。		新薬でもあまり高い薬価をつけない。	
230	医療提供者			青森	地域格差も含め、緩和ケアが非常に不足。がん死亡率が高いのに、そのような患者が入院加療できる場所が少ないのがそもそも問題である。支えていくハードが少なすぎである。	予算増加は結果、国民の負担増にもつながるので、現状が妥当である。分配と重点の置き方には配慮すべきである。	決して見合っているかは判断しにくい。診療報酬は高い設定。ただ現場までその報酬の恩恵が得られているか実感ない。	末期がん患者となれば様々な方法も少なくないが、末期でないほうからのサポート体制がさらに必要である。それががん早期発見治療につながるのでは。医療費増→病院へ行かず、負のスパイラル化。
231	医療提供者			島根	緩和医療の推進で医師の教育プログラムが全国で進められているが、疼痛に比重が大きく、心理社会的支援、チーム医療の実際(チームビルディング)については不十分である。	コメディカルを含む医療チームメンバーと共に学ぶ教育プログラムの開発と実施に予算をつける。	チームでの取り組みに点数をつける。(医療のチームカンファレンスや医療チームによるインフォームドコンセント他)	
232	医療提供者			島根	緩和医療における患者家族や遺族の気持ちや暮らしを支える社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置が不十分である。	家族・遺族相談支援への予算を増やす。	緩和ケア病棟に社会福祉士を専任で施設基準にして、診療報酬に定める。	緩和ケアを実施する緩和ケア病棟には、運用にあたっては、社会福祉士を配置することを定める。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
233	医療提供者			島根	緩和ケアは発症時から開始されておらず、患者・家族の不安、痛みが改善されていない。	緩和ケアについて、まず全ての医師・看護師へ啓発するための予算化。		患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSWなど、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院んじは専門医や専門看護師の配置。患者は今後起こりうる事が分からないから不安が強い。パス活用であり、病城説明を文書で行うことを義務化することが必要。
234	医療関連産業		青森	青森	緩和ケアの施設とそのフォロー体制が不十分に考えられる。	施設の充実をはかるために特別予算を組んでいなくては、このまま遅くなるのではないかと。	診療報酬の点でも恵まれておらず、医療機関や施設(緩和ケア)で十分に介護していける点数のアップをしていかなければいけないのではないかと考える。	制度面でも今の基準(病院・施設の)が正しいかどうかを考えていき、必要な特別法や政令を敷いていく必要があると考えている。
235	その他		島根	島根	緩和ケアの選択肢が、施設や医師により異なり、受診する患者に不平等が生じている。			がん登録をし、ネットワークを強化することで、最新の情報を届け、よりその患者にあった選択肢ができる。その選択肢を増やしていくことが大切と思われる。
236	その他		広島	広島	広島県はまだまだ少ないと思うし、それぞれの専門職の向上をしていくためにも、医師・看護師だけでなく、医療ソーシャルワーカーの研修も必要だと思う。			研修を受け、認定されてから携わっていくなど、そのように資格化して専門職の向上を図ってほしい。
237	その他		広島	広島	医師、看護師だけでなく、緩和ケアに携わる全ての専門職へのスキルアップが必要(研修だけではなく)。	緩和ケアに関しては広島の中だけではなく他の緩和ケアに優れたところの意見も必要だと思った。広島は全国で24位程度とだいたい平均くらいなので、優れたところのやり方を参考にしたりする機関を設けるのもと思いました。		
238			青森	青森	緩和ケア自体、患者・家族はもちろん医療関係者にも周知されていない。緩和医療に対する報酬が少なく、また医療に対する規制も多い。		緩和ケアに対する診療報酬の改善(アップ)が必要である。	緩和ケアに利用される薬剤、特に麻薬系薬剤について、行政(保健所)の理不尽な指導や介入が多い！制度面の緩和が必要である。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
239			島根	島根	5年前から緩和ケアを進展させるといいながら、一向に進展していない。国から県へ、県から市町村へ、一体誰が主導権、責任権を持って推進しようというのだろうか。誰かがやってくれるだろうとお互いが思っている。だから一向に進まないのだ。その間にもたくさんの患者が自分の意図しないところで亡くなっている。これでもいいのだろうか。	どの拠点病院も多少なりとも病床に余裕があるはず。7対1の体制をとったからだ。そこでこんなことを思いついた。先日、医師の緩和ケア研修会に参加して感じたこと。開業医は緩和ケアに消極的だ。だから在宅医療が進まないのだ。そこで病院内に緩和ケア専用ベッドを作り、院内のベッドに退院後地域の診療所で治療をしてゆく患者さんをまわす。その患者さんを開業医が診る。往診をする要領。ケアが分からなければ勤務医に助言してもらおう。こんな制度ができれば否応なく開業医が在宅医療に入ってゆける。その経験を生かせばいい。では「在宅医療」に流れてゆくだろう。在宅医療の充実が図れるのではないか。私は思う、医師たるもの「ひとの生」が「ひとの死」のいずれかに関わらねば医師とはいえないと思う。		
240			島根	島根	緩和ケアのイメージがよくない。緩和ケアがどこでも受けることができるようになっていない。	緩和ケアの施設を増やす。情報提供に力を入れる。	緩和ケア病棟がある病院を支援する。	家族への支援。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
241		高橋浩一	広島	広島	私どもは、まさに在宅医療・在宅緩和ケアをおこなっているクリニックです。開業までは、がん診療拠点病院の呼吸器内科部長・緩和ケアチームリーダーをしていました。緩和ケアに遠い位置にいるのは、外科医です。自分で診断し、自分で手術し、抗がん剤治療もおこない、緩和ケアも自分でできる、と外科医は思っています。でもそれはうぬぼれであり、抗がん剤治療についても、緩和ケアについても、内科から見ると全然ダメ、というレベルの外科医も多いです。外科部長が緩和ケアに過信があるため、苦しむ患者を緩和ケアチームに紹介しないのです(こういう患者は、研修医や病棟看護婦がこっそり緩和ケアチームに聞いてきます)。ですから、いくら「がん診療にかかわる全ての医師が緩和ケア研修を受けるように」言ってもムダです。「自信(過信)のある外科医」は、本気で緩和ケア講習を聞いてはくれません。では、どうすればよいか。外科に入院したがん患者の何割が緩和ケアチームの関与を受けているか、を報告させればよいです。当面、緩和ケアチームの介入が3割以下の病院にはペナルティを与える(がん拠点病院の認定を取り消す)というようにすればよいでしょう。外科医の手から緩和ケアを取り戻さないと、患者は救われません。提言:がん診療連携拠点病院においては、外科病棟入院したがん患者の何割に緩和ケアチームが関与したかを報告させる。3割以下が2年連続した病院は拠点病院指定の取り消しをおこなう(というハードルを通達する)。			
242			広島	広島	患者が「いたい」と訴えても、時間がこなれば薬を与えない。在宅緩和も不十分。初期から闘病緩和を行うホスピスがまったく不足。自宅看取りを勧めている。最期まで生きたい人には治療を行う。ホスピスに入りたい人が入れる数を確保。在宅の人も最期は病院でケアしてほしい。自宅看取りが重要ではない。			がん専門病院の増加。
243			山口	広島	病院における緩和病棟が少なすぎる。			
244			長崎	長崎	身内をがんで失った。長大よりopして2週間で退院。全身衰弱のため民間へ入院。しかし緩和ケアに対して認識がなく、痛みとの闘いで死亡した。医療従事者の、緩和ケアに対するハードルを高めてほしい。	教育研修(医療従事者の)。緩和ケア施設の拡大。		研修にて資格。
245				青森	終末期において、金銭面でみなさんと困っている。化学療法等でお金を使い切っている状態である。	終末期患者さんの金銭的負担減。年齢によらず3割負担を1割負担にする。	・麻薬持続注入器(インフューザーポンプ等)の点数UP。 ・ポンプが高くて全くプラスにならない。	・収入から考えて生活保護にしてあげる。 ・本当に必要な人にこそ生活保護を!
246				青森	緩和ケア＝末期と考えている患者・家族や医療従事者がいること。また、拠点病院で緩和ケアチームといっても緩和の医者が足りない(精神腫瘍医師も)。			

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
247				青森	ホスピスが少ない。	聖路加国際病院の学長の日野原重明先生が、ターミナルケアのピースハウスを見学に行ったので参考にしてほしい。	・国が赤字で医療費節減できるように予防医学で血液検査が行えるように。・医療機器を良くしてほしい。	ホスピスを普及してほしい。
248				新潟	緩和ケア研修会の開催については、指導者研修会を受講した医師が少なく、一部の医師に負担がかかっている。			国などで開催している指導者研修会は、希望しても応募者多数のため受講できないこともあることから、受講機会の拡大をお願いしたい。
249				広島	がん医療が優先の医師が多い。不安を思う心のケア緩和ケアの知識に欠ける。		診療時間(対面診察)かつ報酬につながるようにする。代替医療、東洋医学の導入にも診療報酬の適用を図る(検査、化学療法、手術以外の診療報酬を見直していただきたい)。	拠点病院へ集中することのないよう、かかりつけ医の精度up、またその資質に値するか否かのチェック機構を設けてほしい。
250				福岡	緩和ケアを知らない医師がいる。研修会が実施されたりしてはいるが、医師のやる気・使命感のようなものはどうしたら生まれてくるのだろうか。→〈提案〉医療現場の中での教育体制の見直し。医学生教育はいろいろな面で変わってきており、今の医学生が一人前の医師になる時はこの点に関しては現在の状況よりいいと思う。しかしながら、それまでの現在、現場での教育体制を是正しなければ、上記の問題は改善の方向には難しいと感じる。			
251				福岡	認定看護師・専門資格など習得するのに時間や金銭面での負担は大きい、それを援助する内容が少ない。また、制度面での決定している事かもしれないが、バタバタした業務をこなしながら、がん治療をしている現状。本当は患者様や家族の方ともっと関わっていく必要があるのではないかと思うのだが、それができない現状である。			
252				長崎	がん専門病院=緩和ケア(ホスピス)の充実をお願いしたい(身内のがん患者の立場から)。患者が納得して死を迎えるような体制作りをお願いしたい。			
253				長崎	ホスピスが少ない。			

#### 4.在宅医療(在宅緩和ケア)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
254	患者関係者・市民		青森	青森	当事者とそうでない者との格差。	確率により誰でも当事者に。予算をさいて集中して取り組む。	取り組む病院・診療所にメリハリをつけて評価。	つながり合う医療機関・関係者を表に明らかにする。皆で称賛する。
255	患者関係者・市民		青森	青森	在宅医療を受けるシステムが確立されていない。		在宅医療の診療報酬を上げる。	治療から療養までうまく受けられるシステムができないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
256	患者関係者・市民	工藤嘉範	秋田	青森	がん末期、最期を自宅で迎えたいと思っても、在宅の緩和や治療の方法が進んでいないのではないか。もしくは周知(一般家庭)されてはいないのではないか。			
257	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	急性期病院-ホスピス-在宅-介護施設等のスムーズな連携、流れがない。			介護保険と看護保険(?)、医療保険の一体化。
258	患者関係者・市民		新潟	新潟	在宅医療の生活支援制度が少ない。			・がん長期療養者の障害者手帳の適用化。・障害年金の適用。・介護保険制度、40歳未満にも適用を。
259	患者関係者・市民		島根	島根	在宅療養支援診療所の活用ができていない。拠点病院の医師も地域を知らない。		診療報酬をアップ。	
260	患者関係者・市民		島根	島根	高齢者の自立介護が行われていないように、がん患者の在宅ケアが行われる様、体制を整えてほしい。			がん看護に精通した看護師の増員、平成24年2名では少ない。10名程度が必要。看護師が出来る範囲の拡大(医師の専門性が少ない看護が多くあると思う。あったとしても看護師の専門性を高める教育の実施)。
261	患者関係者・市民		島根	島根	在宅医療(在宅緩和ケア)が充実していない。	これから増えるがん患者が病院だけでは過ごせない。在宅治療者に対する支援を(家族だけ孤立しないよう)。		
262	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	がん患者家族の立場から、在宅で特に緩和ケアを受けるのは大変困難である。在宅移行への情報不足・経済的負担・人的負担が大きなハードルになっており、家で最期を過ごしたい患者さんのニーズに沿えないことが多い。	介護者及びケアマネージャー等にごんについて学んで頂く制度が必要。家で過ごすにはどのようなことががん患者には必要であるか、もっと知って、手だてを考えていただくためにも!	がん患者用のデイケア等を作ることで、プラスアルファの診療報酬を加える。	がんに関する勉強を介護認定の中にもっと組み込む。
263	患者関係者・市民	田中七四郎	福岡	福岡	在宅医療。	家族・介護者が在宅でできる医療行為に現在制限がある…資格の問題を整備する必要あり→チーム医療で解決①ナースステーションスタッフ②介護士③家族。		
264	患者関係者・市民		福岡	福岡	在宅ケア、緩和ケアについて考えるタイミングが分からない。(HP掲載などの)一般的な情報ではなく、各個人に合った情報が分かりやすくほしい。どこに行けば?どのタイミングで?			遠くの専門医ではなく(体力がなくなると移動するのは無理なので)、普段は近くのクリニックに通院でき、安心して在宅ケアができるようにする。県・市や病院の情報提供の一元化。



ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
265	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	一人暮らしや高齢者のみの世帯では、在宅医療と言われても困る。近頃がんでも在宅医療を盛んに言われるが、老々介護などの問題点と同じことになる。老人ホーム入所でも病気があるとむずかしい面もある。			
266	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	在宅医師の説明不足。			医師のスキルup、看護師のスキルup。
267	患者関係者・市民		福岡	福岡	かかわる医師が少なく力量にも不安がある。	在宅ケアに従事し、かつスキルアップするような勉強会、ネットワークをもつための予算を配分する。		
268	患者関係者・市民		長崎	長崎	情報不足(医療機関以外での相談窓口が不明)。			
269	患者関係者・市民		長崎	長崎	抗がん剤(ベルケイドなど)の副作用で下脚がしびれる。緩和ケアが可能なように病院が対応してほしい。			
270	患者関係者・市民		長崎	長崎	在宅緩和医療。			
271	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	セカンドオピニオンは患者として言い出しにくい。また知らない患者もいる。	がん告知後のクリニカルパスにしてほしい。		
272	患者関係者・市民			島根	地域に、治療入院のできない(可能な病院がない)地方(市、町、村…)では、ほかの地区まで出かける。かなりの地域格差。ある程度の治療が終了すると、地元、家での受け皿がなく、難民的存在患者を多く見受けける。介護力の不足、自分自身の病魔とのたたかい力。個人病院との円滑な情報、関係づくりがまだまだだ。人間の基礎である「QOL」が生かされていないのでは？高齢者、独居老人の多い県。経済的にも負担がかなり高い。治療も近くで受けいれられない。治療を受けたくても受けられない。	都道府県の予算がこれも格差あり。担当のがん対策に対して統一性、レベル性、他の向上。医師会の統一性、レベルも。(医師会の)まき込みが少ないのでは？		とかくデスクワーク費の対策はナンセンス。大臣も、又は当事者の方が、なんらかの役割(副大臣)職に就かれては。大臣を当事者、体験者、家族の方から選ばれては。
273	患者関係者・市民			島根	島根県は横に長い県。人間性も多種多様であり、各診療所との連携等が難しく、直在宅も利用するあたり、介護認定の来るのが時間がかかりすぎる。	県が分かりやすく市民に教えていけない限り、一市民としては分かりにくい。		国で良い制度としてあがっても、島根ではそれなりの二つめの制度を作してほしい。
274	患者関係者・市民			島根	がん患者が自宅でできる治療が整っていない。	予算がないのも現状。		
275	患者関係者・市民			島根	今総合病院で手術および治療を受けた後、退院後に自宅近所の開業医さんにケアを受けたいと思っても難しいのが現状である。総合病院と開業医さんとの連携ができるようにしていただきたい。			
276	患者関係者・市民			広島	患者さん・ご家族がほしい医療と、医療者が計画している医療との差が中々うまらない。		在宅でも病院と同じことが出来るのなら、病院の勤務医も報酬をアップするべき。	県が一ヶ所へ集めて聞くのではなく、現場へ出向き本当の身を聞くと良い。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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	患者関係者・市民			広島	どんな状態でも住みなれた所で患者さんの希望をかなえる事が出来るようになれば… 仕方なく一般病院にいなければならない人が田舎には多い。	支援者をふやす。在宅で過ごすことが出来るという意識を市民1人1人が持てるよう啓発をしていただきたい。ボランティアの力では不十分である。		
278	患者関係者・市民			長崎	・がんサバイバーの人々は増加し、情報不足もあり不安な状況におかれている。”胃がん患者さんから、なぜ患者会がないのか”と批判を受けることもあった。	・在宅緩和ケアだけでなく、開業医にもがん専門医の指定ができないか。モデル事業への予算を作る。	必要な予算措置をする。	実施可能な制度の改革を行う。
279	行政府		青森	青森	高齢化の進展等により、今後ますますがん患者が増えることが想定される中で、医療機関だけの対応には限界がある。住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実が求められる。			在宅医療と介護サービスを提供していく体制の整備が必要と思われる。
280	行政府		島根	島根	がん患者さんが在宅緩和ケアを希望されても、受け入れられる環境が未整備である。			入院病院から在宅医へのスムーズな連携、在宅緩和ケアを支える地域医療支援チームの構築。
281	行政府		島根	島根	在宅医療を積極的に行う医師が少ない。	システムを構築する予算の確保。	在宅緩和ケア診療報酬はない。仕組みとして個人の負担は抑えられないか。	患者のカルテを病院と診療所が共有できるシステムを作るべき。
282	行政府	田中央吾	島根	島根	終末期でも入院、療養が一般的である。介護保険、訪問看護ステーションなど資源の有効活用ができていないのでは？		訪問看護ステーションの報酬UP。	医療ソーシャルワーカー、又は介護保険のケアマネのような医療福祉の資源について総合的な知識を持つ専門家を育成し、費用を徴収してケアマネジメントを行う専門職の制度が有効と考える。
283	行政府		島根	島根	開業医の先生の中にも不安があると思う(患者を診ていく上で)。	増やす。	増やす。	病院の医師と地域の医師がより連携がうまくいくよう、勉強会等を行政の予算主体で実施する。
284	行政府	福原義貞	島根	島根	開業医の先生の個人的な熱意にかかっている面がある。訪問看護の体制もできていない。		在宅支援診療所として措置もあるが、一方患者の自己負担増にもつながり難しい面もある。	
285	行政府		広島	広島	在宅緩和ケア提供体制構築に向けてのモデルケース(成功事例集等)の普及。がん診療連携拠点病院を中心としたネットワークが未整備のため、がん患者が地域で安心して療養できない。	在宅緩和ケアの普及に向けた財政支援(県に対して)。		在宅緩和ケアに関する成功事例を集約し、その実現に向けた推進方策の普及。
286	行政府		山口	島根				
287	行政府		福岡	福岡	過疎化による独居世帯が地方では多く、住宅(医療)ケアは成立しない。看護をする家族が在宅にはいない。			過疎地域では、ホスピスを在宅とみなすような施設か体制が必要である。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	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
288	行政府		長崎	長崎	24時間体制で往診してもらえる体制を作り、維持することが困難である。		これらの体制整備や維持に傾斜配分、または加算する。	診療報酬の対策だけでは、結局患者の支払いが大きくなるので、何らかの他の予算が必要だろう。
289	行政府			青森	在宅に取り組む医療機関が少ない。地域偏在が大きい。	チームを作る。一人でなく数人の医師とコメディカルでおこなう。	在宅療養支援診療所以外にも報酬面で手当を。訪問看護も同様。チーム制に報酬を。	クリティカルパス。
290	行政府			島根	各家庭において患者をみる場合、経済的負担もある。この点について対応はないか。	在宅でも患者をみる場合、家族に対しての手当てはできないか？	訪問看護に対する診療報酬のアップは！	
291	行政府			福岡	在宅医療を進めていくには、訪問看護の推進は不可欠である。しかし役割が期待されている訪問看護ステーションの運営は安定せず、閉鎖するステーションもある。また訪問看護師の確保も大きな問題である。		訪問看護ステーションへの報酬の見直し。また診療報酬において、訪問看護の回数に限界があるため、医療依存度の高い患者へ必要な訪問看護が提供できる訪問回数の見直し。	病院から在宅へのスムーズな移行。がん拠点病院の相談支援センターが十分に機能していないのでは？相談員の育成。
292	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	核家族化による介護力の不足で、在宅に移行できない。		介護点数のさらなるアップを。	
293	医療提供者		青森	青森	在宅緩和ケアが普及していないーがん治療医の意識の問題、一般人の意識の問題。	介護に係わる予算を厚く。	医院調整部門に対する評価（特にがん終末期のかたに対し）。200床以上の急性期病院の訪問診療にも評価を入れる。	介護保険の制度を充実させる。
294	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	在宅を本人が希望しても、家で診る人がいなくて家に帰ることができない。家族が集まる休日や年末年始は、訪問看護ステーションが休みで利用できない。各病院に訪問看護部門を作るべきだと思う。			
295	医療提供者	小枝淳一	青森	青森	若い人が共働きで介護にまわれない。			仕事を休んで介護する家族に、国から給料を支給する。
296	医療提供者	佐々木繁	新潟	新潟	病院、開業医の連携-重要であるが難しい。			①勤務医と開業医がミッションを共有する必要。医師、看護師、ケアマネージャー、臨床心理士等がグループ化。②緩和ケアに興味を持つ医師の養成。
297	医療提供者		島根	島根	がんの早期発見のための検診の推進に向けて、検診材料は御本人の負担は少なくなっているものの何とか予防の意味もあるので、出来るだけ誰もがかけられる状況を（1人身の人は出かけることも難しいのを掘りおこすように）。	緩和ケア（看護、鎮痛、苦痛への対応）のものはかなり高い。国としての予算がまだあれば、我慢しない生活が送れるのでは。	きめ細かい医療の提供には報酬は低いと思う。命を大事にして欲しい。	・在宅緩和ケアの面で、開業されている医師一人では、24時間の体制をとる時には、拘束、健康面では難しい。これを数人でも可という定めもいいのではなからうか。・自治体の保健婦等の活躍を望む。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	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
298	医療提供者		島根	島根	・外泊のときに訪問看護や福祉用具(ポータブルトイレ、ベッド)のサービスが利用できない。・往診もできると安心だが、病院の医師は難しい。	・モデル事業等の予算を組み、利用しやすい型を検討する。・島根県モデル事業の継続をお願いします。	・安心して外泊をできるように訪問看護等医療系のサービスが利用できるようにする。	
299	医療提供者		島根	島根	在宅緩和ケアにおいて、訪問看護師の不足が現状であり、在宅緩和ケアにもっと積極的に取り組みたいと思ってもマンパワー不足である。在宅緩和ケアの訪問看護師の報酬額も検討の必要あり。			
300	医療提供者		島根	島根	在宅で過ごすことへの不安が大きくて、在宅緩和ケアが推進できない。不安を軽減するために外泊時に社会的資源の介入が必要。	退院を目指した外泊時、訪問看護師の介入に予算化してほしい。		
301	医療提供者		島根	島根	①在宅医療を病院から要請されれば診療所の医師としては関わりたいという気持ちはあるが、患者本人に病名の告知がされていない場合には、患者から「もっと高度な医療を」と訴えられたらそれに従うしかない。②一方、在宅緩和ケアを患者・家族が希望されても、田舎の診療所では急性時に対応できる治療にも限界がある。その限界を理解ある病院なら良いが、「診療所で対応しろ」と言われることもあり、病院の理解も必要。	在宅医療を診療所と地域の介護士が援助していく場合に、一番必要なことは患者本人が今までどう生きてきたのか、これからどうしたいのかについてを家族と一緒に話して話し合える時間を治療ケア前に持つことが必要と思います。これができる様なガイドラインを作成してもらえればと思う。ガイドラインの中に具体的に患者が今までしてきたことを確認し、がんになってから、どの様な治療を希望するかを聞けるようにしてもらいたい。それがないので、患者の思い、家族の思いと、医師・看護師の思いの間に大きなギャップが生じて問題が発生している。		
302	医療提供者		島根	島根	在宅で最期を過ごしたい方はたくさんいらっしゃるが、実際は、病院で最期を看取られるほうがほとんど。	在宅医療(訪問医療)10増やす。	病院から在宅に変えるひとが多い病院への診療報酬のアップ。在宅医療(訪問診療、看護、介護)に対する報酬をアップすると、総い所で働く医師・看護師のモチベーションや人数が増える→患者様が在宅で過ごせるのが多くなるのでは？	