

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
303	医療提供者		島根	島根	<p>・在宅のがん性疼痛管理の際の医療用麻薬(モルヒネ・フェンタール・ケタールなど注射)の処方、実施に関して処方された注射薬を医療者でないと取り扱えない。持ち運べないなどの制約があり、訪問看護の時間が(患者サイドにいる時間が)制限されてしまう。</p> <p>・島根県では在宅支援モデル事業として、退院準備の為に外泊時の訪問看護が無料で受けられ、退院支援を行うというものがあったが、今年度いっぱい中止と聞いた。継続して欲しい。</p>	モデル事業の予算を続ける。		<p>・注射の医療用麻薬の法律を見直して、内服、座薬、貼布剤のように、せめて家族が処方された薬剤を持ち運べるようにする。ある程度の制限は必要であると考え。</p> <p>・退院できなくとも、死亡する事になろうとも、使用させる制度を作っていく。</p>
304	医療提供者		島根	島根	在宅は自宅だけではなくてきている。居住系の施設、介護保険の入居施設にも訪問看護のサービスの導入が必要である(現在報酬単価は半分)。終末期を過ごすのが自宅か病院か選択の余地がない。	モデル事業でナーシングホームのようなものを検討する。	居住系でも訪問看護のサービス内容は変わらない。導入しやすくするため、単価の引き上げを検討してほしい。	
305	医療提供者	田中さつき	島根	島根	在宅での麻薬の取り扱いが大変であった(自宅でもでない、訪問看護がもつわけにもいかない、主治医の病院までは遠い)。片道15分離れた薬局に在宅に訪問する前に寄り、在宅に行く形は大変であり、訪問以外の時間のかかりすぎは大変である。	かかる時間の報酬がほしいが、患者様の負担では大変である。		
306	医療提供者	太田桂子	島根	島根	訪問看護の利用にかかる自己負担について。介護保険制度改正に伴って40～64歳が1割負担になると期待していたが、実際は医療保険3割負担となっている。1回3000円の負担は大きく、利用したくても高い。看護師さんに来てもらいたいのが本音。利用しづらい。	訪問看護利用の自己負担がせめて1割負担になるように。	診療医。	訪問看護における介護保険と医療保険のすみ分けもしくは一本化。
307	医療提供者		島根	島根	開業医で在宅にて緩和ケアを行う医師が少ない。訪問看護ステーションの看護師も緩和ケアを習熟している人が少ない。	研修などの費用の負担。		在宅でがん患者を診る医師については研修を義務付ける。
308	医療提供者		島根	島根	在宅にて開業医が主治医である場合、ペイントコントロールを麻酔科等のDr.が行うことが多く、その連携がうまくいかず、患者さん本人はもとより家族、スタッフとも在宅での穏やかな日々が少なくなることがある。			
309	医療提供者		島根	島根	まだがん拠点病院内の医師の中でも認識のズレあり。開業医では更にズレが大きいように感じる。・緩和ケア～在宅ケアの連携は大変重要と考えるが、まずは意識をもって積極的に取り組むところへの援助が必要ではないか？			
310	医療提供者		広島	広島	進行がんの患者さんであっても(脳転移や骨転移のある患者さんでも)抗がん剤治療が進歩し、外来通院で化学療法を継続している患者さんが急増している。抗がん剤治療も効かなくなれば最後はどこで過ごすのか患者と一緒に考え、支援していく在宅緩和ケアコーディネーターが不足している。	広島県の予算では拠点病院に300万円程度出ているが、患者の多い大学病院には傾斜配分して多めの予算配分をお願いしたい。できれば人員配置数もふやして欲しい。	外来患者さんへの在宅療養相談に対し、診療報酬で認めて欲しい(入院患者さんには退院時共同指導料300点加算あり。それを外来患者にも加算して欲しい)。	

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
311	医療提供者		広島	広島	訪問看護師であるが、がん拠点病院の医師のみならず、かかりつけ医のペインコントロールスキルの未熟さ。	がん拠点病院の層は厚い。緩和ケアチームの医師以外は日常的なサポーターが必要だ。訪問看護師もしかり。		フリーの緩和ケア医の制度があり、いつでもどこでもアドバイスを受けられるようになると良い。勤務医は忙しく、相談する時間もなかなかとれない。又、ペインコントロールなどはケースバイケースだ。ある程度知識があっても、現実では通用しない場合が多々ある。
312	医療提供者		広島	広島	医療従事者。がん患者の切れ目のない支援を考えると、外出・外泊支援時のサービス提供体制が全くないこと。			退院時だけでなく、退院前または退院できない患者の希望に添い、外出・外泊(介護保険利用可能、訪問看護サービス加算など)支援対策についてもサービスが提供できるようにしてほしい。
313	医療提供者		広島	広島	・在宅医療医、訪問看護ステーションなどの不足。・患者・家族の在宅では最期を迎えられないという意識→在宅医療が充実すれば変化してくるかもしれない。	在宅医療推進に関する、各地域に見合った予算を増やし、スタッフの増加、スタッフの質向上を図る。	在宅医療(看護も含め)に関して診療報酬を増額する。	現在の医師数では、在宅医療医の増加には限界があり、1人の医師に負担がかかることになる。看護師の裁量権を拡大し、医師と連携しながら進めていけるようにしたらよいと思う。
314	医療提供者		広島	広島	在宅ではご家族に代わり、介護職が主介護を担うことも多いため、介護職の方にもっと行っていただかないといけないことがあるように感じる(例.点滴の抜針や喀痰吸引、傷の処置など、ご家族がされている内容)。			介護職の人材育成。
315	医療提供者	木下真由美	広島	広島	在宅緩和ケア、在宅看取りを希望されても、実現するには障害が多く、かなえられない家族が多くある。	がん治療による副作用で日常生活の細かい作業が難しくなる症例が多い。一見健康そうに見えるケースもあるため、そういった患者にも支援が行き渡る予算が必要。	・在宅医療に携わる医師、訪問看護師、ヘルパーなどへの報酬の増加。・総合病院などと地域(在宅医療)が連携をとる際の診療報酬の見直し、増額。	介護保険利用時の主治医意見書が、対象を高齢者、認知症患者用となっている。がん患者用を作成する必要あり。
316	医療提供者	石口房子	広島	広島	①若い(40歳未満)患者の在宅支援が不足。②休日の麻薬供給体制の不備(特に連休中)。③介護保険制度を利用して末期がん患者のADLの低下に合っていない(がん患者は急速に低下するため、審査が間に合わない)ため、使いにくい。④医療費の減免制度が訪問看護に適用されない。	①在宅療養患者3割負担は重く、負担の軽減が図れると在宅療養は進むと思う。-在宅療養へ予算をつけること。②麻薬等の薬剤の取り扱いを365日可能にする(医師会と薬剤師会との連携し、行政が責任を持って行う)。	⑤在宅療養へ移行の際、外来患者の場合もカンファレンス等行われた場合に、病院側、在宅医療側に診療報酬をつける。⑥休日や夜間の訪問看護に加算をつける(診療報酬を上げる)。	③末期がん患者へは、介護保険は要介護2から開始する。④医療費の減免制度を訪問看護にも拡大する。

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
317	医療提供者		広島	広島	・在宅に関わるスタッフ不足。・老々による介護で在宅困難な状況あり。・訪問看護では常勤者を抱えるのが難しい(運営ができなくなる)(今年も年末年始休みなしで出勤…)。在宅環境は、都会と山間では違いが大きい。同じ制度では成り立たない。		現場にはどの程度報酬が支払われているのか。訪問看護では毎日休みなく訪問しても一日単価は下がる。下がらないように検討してほしい。	
318	医療提供者		広島	広島	地域の医療者(医師)が消極的である。		若年者の自己負担が大きすぎる。せめて一割負担にしてほしい。報酬は高い方が良いが、患者の負担が大きくなってしまふ。	
319	医療提供者		広島	広島	在宅緩和ケアコーディネーターの育成。			
320	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	在宅看取を含む在宅ケアが十分に進まない。	療養意見書の書式は、特定疾患一般における様式であり、がん終末期患者に適した様式の策定が必要。	要介護度・要支援度の決定における透明化・明確化が必要。	かかりつけ医・訪問看護の質の向上。
321	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	外来化学療法が主流となっているが、外来通院患者の在宅医療への橋渡しのシステムが構築されていない。	地域のかかりつけ医は在宅医療を必須とする。	チーム医療加算や橋渡し加算など。	全てのがん患者が、がんと診断されたら緩和ケア科や在宅医をまず受診するシステムを作る。
322	医療提供者		広島	広島	・在宅医療(在宅緩和ケア)への規制緩和。・今後増加する在宅医療への全般としての国策。			・費用負担増に対する財源は消費税などの間接税増加による財源確保が必要である。・医療と介護+地域、住民の連携強化、制度見直し。
323	医療提供者		広島	広島	在宅では訪問看護職の役割が大きいため、人材が多く必要。スタッフの入れ替わりが多いステーションも多く、激務のためなのでは?と思う。	訪問看護師の養成。特にがん専門の看護師が必要。	訪問看護の報酬の評価を上げる(特に24時間体制や緊急時の訪問などに対し)。	
324	医療提供者		広島	広島	ターミナル期の訪問診療、訪問看護等、医療保険3割負担の患者にとって高額である。今後、在宅がん患者が増加することを考えると、自宅に戻ってもお金に余裕のない人は必要な医療・ケアが受けられない可能性がある。	重度医療のようながん患者も負担軽減できる制度があればいいと思う。	訪問看護において、介護保険と医療保険に報酬の差があり、患者に理解してもらうのが難しい。実際に訪問するとお金が発生するので、電話等を活用してお金がかからないよう工夫しているが、相談・支援にも報酬をつけてもらいたい。	在宅緩和ケアを実践しているステーションに加算がつくことや、専門看護師や認定看護師が地域にも増える方が質の向上につながるので、がん看護エキスパートナース育成支援事業の対象を広げてほしい。
325	医療提供者		広島	広島	在宅ネットワークの整備には現場の負担が大きすぎる。			
326	医療提供者	荒川信介	広島	広島	在宅で終末を迎える希望者に対応する医師の数が足りない。	認定のための研修期間中の所得の保証。	認定医の在宅ケアへの高報酬の配分。	認定医の必要数の割り出し。養成の義務化。

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
327	医療提供者		広島	広島			在宅患者総合医学管理料の中に包括されている管理料(寝たきり患者処置指導管理料など)は独立させるべきだと思う。単に寝たきりの患者さんと処置が必要な患者さんは区別されるべきだと思う。	
328	医療提供者		広島	広島	介護保険は保険料に地域差もあるが、サービスにも地域差がある。			介護もがん治療の一環として、医療だけでなく介護の均てん化についても考える必要がある。
329	医療提供者	河郷忍	山口	広島	在宅医療をがんばると→平均点数が上がる→個別指導になる。個別指導を受けたくないの在宅はひかえる。		内科とは別に在宅を行う医療機関を別にする。	
330	医療提供者		山口	広島	40才未満の末期の人の在宅サービスが少ないし、利用するとお金がかかる。	介護保険同等のサービスを利用したい(10%負担で)。		
331	医療提供者		福岡	福岡	在宅医療を推進しているが、地域で終末期を診れる医師に限られている。例えば、24時間本当に住診可能で緩和医療(ペインコントロールなど)に知識がある医師がいない。また、病院での看取りが一般的であるという国民意識の変革が必要である。	まずは、医師教育の充実と訪問看護師の充実、デイホスピス等へ予算を多くしてほしい。	在宅療養支援診療所の見直しをして、本当に機能している診療所に多くの診療報酬を。	自宅で死ぬことへの啓蒙をしてほしい。
332	医療提供者	松本初子	福岡	福岡	患者および家族が希望する在宅医療を進めていく際のニーズを的確に把握することが必要である。			在宅は緩和(痛みの)のみではないこと、精神的・身体的・社会的・経済的苦痛を知ること。
333	医療提供者		福岡	福岡	介護保険制度が使えるのは40歳以上。在宅療養を考える上で、介護保険制度は重要だが、若いがんのターミナル患者に利用できる制度がほとんどない。都道府県単位の緩和ケアネットワークがない。			・がん緩和ケアとして、独立した保険制度ができないだろうか。・都道府県単位の緩和ケアネットワークをつくり、利用できるものとした方がよい。
334	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	在宅医や昔ながらの町医者がないために、患者さんは在宅療養を希望しても受け皿がない。地域に人がいなくなり活気がない。	地域を支える医者、診療に手厚い助成を！		単科での開業を制限すべきである。金もうけ主義の医者が多すぎである。開業するのなら地域の在宅医療にもっと参加するべき！
335	医療提供者		長崎	長崎	40歳未満の方の看取りの際、在宅希望の場合、介護保険などが使えない。			介護保険の2号被保険者の年齢を下げる。たとえば、20歳以上など。

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
336	医療提供者		長崎	長崎	外来在宅での治療よりも入院中の方が生命保険等からの給付金が出る状況であるので、経済的に外来や在宅の方が、負担が多いと思われる。療養先を在宅・病院以外でも選択できるように。			・通院・在宅と療養場所を選択できるような生命保険会社等の改善。 ・介護保険認定を早く行い、活用できるように。病状が急速な場合があるので。また2号保険者の問題。末期でなくとも利用できないか。 ・在宅ケアを荷う訪問看護師の確保。
337	医療提供者		長崎	長崎	県内のホスピス、緩和ケア病棟が少なく、患者さんが希望されても順番待ちでホスピスに行けず、亡くなるケースがある。		診療報酬の引き上げ。	ホスピスを増やしてほしい。認可しやすくしてほしい。
338	医療提供者		長崎	長崎	・在宅緩和ケアが普及しない(ハード面・ソフト面でも不十分)。 ・在宅緩和ケアができる医療者が不足している。		在宅緩和ケアに関する診療報酬を上げること。	・在宅緩和ケアに関するスタッフ育成(病院スタッフが在宅の現場に1日でも体験してもらい、必修として)。 ・病診連携(デジタルを活かして顔が見えるコンサルテーションなど)。
339	医療提供者			島根	在宅療養を希望しても訪問診療を行う医師や麻薬を取り扱う医師が少ない。40歳未満でがんを発症した場合は、福祉制度の利用が難しい。		地域連携パスを活用している診療所には加算するなど、急性期病院とかかりつけ医の連携が回っている場合に加算。	40歳未満など年齢制限を作らず、介護・障害の区別なく、福祉用具や吸引機などの医療機器のレンタルが受けられるようにする。訪問看護等のサービスも入院中でも外泊時には在宅福祉サービスが利用できるように。費用については、限度額適用認定証にて、支払の限度が設けられるが、外来にはないので同様にしてほしい。
340	医療提供者			島根				がん診療の現況・現状の市民への啓蒙に力を入れてもらいたい。
341	医療提供者			広島	「在宅医療従事者(特に看護師)の人材育成」について、都道府県レベルで格差がある。特に、広島県は実施していない。病院と在宅をつなぐ継続したケアを実践するため意図的な研修・交流がない。24時間体制で在宅療養を支援する訪問看護ステーションが減少している。一番は経営と人材の問題だ。コストが安く、人材を育成するヒト・カネ・時がない。	他県は厚労省とリンクして実施している。在宅医療従事者(特にNs)の育成の費用が必要。訪問看護の料金をupする。しかし、単純にupするとptの自己負担が増えるので国が一部負担してほしい。	Drの研究を削減する→ムダが多い。各大学の研究費が本来の研究につかわれていないことが多い。特に広島では特定の患者団体との交流に使用されている。広大や市民HPである。備品や施設整備にあてられている。	病院勤務Nsと在宅Nsの交流。一部派遣制度があってもいいのでは？現行の研修士制度のようになったらいいのでは？
342	医療提供者			広島	在宅での緩和ケアについて現在の制度では十分な体制がとれない。	医療面のみではなく、介護分野においても必要な研修等の実施。	介護保険をも含むすべての在宅サービスに緩和ケア(主にターミナルケア)に関する加算が必要。	早急な対策がとれる様に制度面の改正。

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
343	医療提供者			広島	在宅医療の質の担保(検診から診取りまでのかかりつけ医の役割の強化)。	医療費(対GDP) 現状7.9%→OECD平均8.9%→ドイツ10.9%。	(C-3)に対する評価 特に②③。	①教育・研修システム(広島にはよいモデルがある)。②地域連携、チーム医療推進(広島にはよいモデルがある)。③特に緩和ケア、看取りの取りくみ。
344	メディア		広島	広島	末期がん患者が在宅療養を望んでも実現できない。		「介護保険の小規模多機能」のような報酬を診療報酬にも設ける。有床診療所の活用。	介護保険の小規模多機能のような施設を生活医療用に整備する。
345	その他		島根	島根				開業医・調剤薬局・訪問看護師の連携・メンタルケアの研修制度が必要だと思う。
346	その他	高橋裕子	広島	広島	ニセ医療に時間とお金をかけてしまいQOLを結果下げてしまっている。	在宅緩和医療へ簡単に辿りつける道筋を広報する。		拠点病院Dr.は自分に関係ないと思っている。そこが大問題。
347	その他			島根	在宅療養を選択した場合、支援者が少ない、活用できる制度も少ない。質の高い(QOL)生活を送ることが困難である。また、医療的ケアが多いことから、家族の負担も大きい。また、支援者の情報共有が困難で、情報に応じた適切な対応が困難である。	訪問看護師の訪問に予算をつける。	かかりつけ医や訪問看護料の診療報酬を引き上げる。	壮年期の患者の場合子供がいるので、子供に対しても生活やメンタル支援ができるような制度がほしい。
348	その他			広島	高齢者独居がん患者を支える在宅スタッフが少ない。医療と福祉の連携が十分にできず、患者さんに迷惑をかけ、在宅での生活を実現できにくい。		介護保険機関との連携においても、情報提供料を支払う仕組み。	介護保険において、末期がんにおいては介護1以上の認定を出していただきたい。
349			青森	青森	在宅医療の周知不足。在宅医療を受け入れる家族側の認識不足(在宅医療の拒否)。		在宅医療に係る診療報酬の明瞭化(在宅診療所/訪問看護ステーションの報酬の振り分けに難渋することがある)。	在宅医療をすすめる医療・看護・介護側の拡充はもちろんだが、受け入れ側(家族や施設)の認識改善とシステムの改良が急務である(地域性もあるかもしれないが、青森ではなかなか困難)。
350			山口	広島	在宅における麻薬の取り扱いが緩和されていない。ややこしい手続きで出したくても出せない。			
351				青森	現在、家族が前立腺がんて通院治療をしている。高齢であること、合併症(糖尿病)があることから、手術ができずにホルモン療法をしている。また本人の希望により医療保険適用外のワクチン治療(5日に1回ワクチン接種)をしている。医療機関では接種できないため、家族が接種している状態である。医療機関では接種できないのは分かるが、接種協力の可能な施設等があれば助かる。			
352				青森	田舎にいるほどがんの痛みには耐えなければならないとの意識が強く、人間らしい生活・ケアがされないような傾向がある。あまり差のない環境作りが必要である。			

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
353				青森	現場で必要とされている訪問看護師・ヘルパーの数や点数が低い。		特にヘルパーさんの数と報酬点数を上げる。	労働時間や休暇の改善。
354				青森	かかりつけ医では治療中のがん患者を受け入れることができない。往診自体ほとんどやっていない。また訪問看護もすべての地域に行き届いてなく、医療依存度の高い患者は在宅が難しい。			
355				青森	がん患者が増えているのに、ホスピスの数が充実しているとは思えないが。			在宅での緩和ケアを増やすためには、がん専任看護師さんを増員すべきと思う。
356				島根	在宅緩和ケアに限らず、訪問看護師の不足が現状であり、そのために看護ケアを受けられない状況にある。医療側の報酬だけでなく、訪問看護に対しての報酬も考えていただきたい。			
357				広島	治療から終末期在宅に至るとき、開業医での受け入れがなかなか前進しない。がんに至るまでは診察なり応診で対応してくれたのに、がんが発見されると病院に送られ、その病院からも見離されようとしている。	在宅における医療現場への補助(直接的・間接的にも)を考える。※看護師・薬剤師・介助士などの援助。	1回の応診の診療報酬の補助の確定。	患者に対する医療側をグループ化(医師・看護師・薬剤師・ヘルパーを1グループ)して、とにかく受け入れるように定める。
358				福岡	・がん末期患者とその家族に対するケア、サポートが不足。 ・在宅では看護する家族のQOL低下は患者のQOL低下につながる。	がん患者看護、介護に従事しなければならぬ家族へのサポートを予算化する(経済面、精神面)。	訪問看護ステーションの診療報酬の見直し。	市町村保健師(質の向上、担当者の専門性の向上)の訪問が確保できるような制度、職員数の見直し。
359				長崎	長崎ドクターネットがあまり十分に活動できていないし、体制についても問題あり、ステーションとの連結も不十分。それより往診のみおこなっている先生の活動がすごい。また看護師の不足、とにかく現場のことを知ってもらいたい。	私たちにはわからない(どのように使われているのか)。	ターミナルケア加算についても日数がクリアしていないし、加算ができないなど。	国で行った制度が十分に活動されているのか。
360				長崎	長崎市の中心部を特に在宅医療は進んでいるが、その他の地域では不十分な面は多い。		在宅診療に対する加算を設ける。細かく地域を分け、医師の少ない地域には地域加算や在宅治療加算などをつけてはどうか。	
361				長崎	予防対策は必要だが、在宅で療養している患者さんはいかがか。年齢が若く費用も3割負担、原爆手帳がなければ負担なし、がんターミナルは医療、と決められている。死を迎える在宅(訪問看護)の看護師不足どうかしてください。	ターミナルでも介護保険にして若くても1割にしてほしい。	看護師の不足について、24時間の対応で看護師の給料が少なすぎる。上げるためには報酬を考えるべきである。必要でないところにお金が使われている。調査してみるべきでは。	

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
362				長崎	終のすみかをどうするか？			介護保険で最近増えている；有料施設などのような、一般の民家を行政で買い上げて、ヘルパー・ナースなど管理のもとで生活できるシステムなどできないか？いま独身老人が亡くなられて、子供は都会に住んでいて帰ってこないで、家・土地があいている。そんな家が長崎にはとても多いですよ！
363				長崎	緩和ケアしか残りの選択肢のない患者さんもまだ多くいらっしゃる。いかに充実した最期を送れるか。		在宅緩和ケアを行っている診療所への手当。	在宅緩和ケアの推進。医学部での教育。
364				長崎	在宅医療緩和ケア、看護師だけでなく看護師の増員。核家族の為、皆望んでいる事が出来ない。	ターミナルケアの看護師・介護士。		看護師の給料と比べ介護士の給料を増やすとか。看護師と同じ様に一緒に働けるのでは。

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	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
365	患者関係者・市民		青森	青森	どんな治療が受けられるのか、どこで最良の治療が受けられるか、医師からの一方的な情報しか受け取ることができないし、セカンドオピニオンも受けづらい。地方ではやはり医療格差が大きく、また経済的に困難である。	なるべく拠点病院等で全国同じ治療が受けられたらと思う。		大学教育の充実や研究費等で予算を付けてほしい。
366	患者関係者・市民		青森	青森	様々な治療法があって、患者が受けたいと思っても保険が適用されないという問題がある。	陽子線治療、ビタミンC治療など、効果があると思われるものは予算措置して標準治療にしてほしい。	-	-
367	患者関係者・市民		青森	青森	治療方法、技術について、中央との差異があるのではという不安がある。	医療機関の研修会に支出してほしい。		
368	患者関係者・市民		新潟	新潟	専門病院、多くのがん診療連携拠点病院においてGL(ガイドライン)は一般的になっているが、5大がんでも特に大腸がん、胃がんのようながん種においては、一般的な病院でGLが必ずしも十分理解されておらず、実施されていない点は大いに問題である。		DPC上の取扱いとして、抗がん剤を外出しにして、出来高払いとする(標準治療のレジメン通りに投与されていない点、投与量等をかってに下げたりしていること、または必要な入院を行わず、外来にて治療しているの)。	患者毎に適切な治療を入院・外来どこでも可能にするための制度設計をする。
369	患者関係者・市民		島根	島根	標準治療がどういうものなのか患者自身に分かりにくい。			

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
370	患者関係者・市民		島根	島根	がん拠点病院があっても、がんの専門医がほとんどいない。これで標準といわれる治療が受けられるのか。また、病院の選択で生死が決まるという状況であることも事実。			日本のがん対策が、世界の先進国に比べてなぜこれだけ遅れたのか。国・医師会がもっと積極的に患者の立場に立って制度を考えてほしい。
371	患者関係者・市民		広島	広島				
372	患者関係者・市民		広島	広島	世界の標準治療が日本の標準治療と必ずしも合っていない。保険外診療等で高額医療費が支払われない人は医療を受けられない。	保健医療適用を増やすことができるよう、決定機関(人)の増員、充実。	最新高度医療(例えば重粒子線治療)等の保健適応。	もっと世界に目を向けよう。
373	患者関係者・市民		山口	広島	治療における均てん化がまだまだ不十分。	都市部の病院だけでなく、地方部の病院にも予算配分を増やしてほしい。		
374	患者関係者・市民	焼山有香	福岡	福岡	病院間で治療に差がある。がんは個人差が非常に大きい疾患であり、マニュアル通りにいかないのが日常である。医療費が高い。	ガイドラインの作成とその徹底。標準治療以外への医療補助制度の設立。	先端医療や一般には保険適用外の治療に対しても(薬も含む)、主治医が必要と判断すれば柔軟に医療補助できる体制とする→保険診療を認める場合もある、こととする。リンパ浮腫の弾性着衣の保険適用は制限なく必要に応じて。	四角四面にマニュアル化することは「がん」という疾病には当てはまらないことが多いため、ある程度は個別に合わせて保険が認められる制度を。
375	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	標準治療の推進と普及はもちろんだが、標準治療後の自費診療のがん治療(標準外の細胞免疫療法や、代替補完療法)のまとまったガイドラインの作成も。			
376	患者関係者・市民			青森	最良の治療を受けられない。病院によって、やれない治療がある。			どこの病院でも同じ検査が受けられ、多くの情報が得られるようにしてほしい。
377	医療提供者	藤林繁子	青森	青森	本当にがんになってどうにもならない人から、早期発見してすぐ入院させるとよい。	70歳以上の人は、予算に合わせて治療をするとよい。		あまりたばこを吸わないこと。
378	医療提供者	塚田芳久	新潟	新潟	・学会その他機関により内容にバラツキがある。例:メタボリック症候群の腹囲の評価など。・医療の内容・ガイドラインの変化が大きい(時間的平面的情報伝達)。・都市部、地域、大病院、診療所など、均てん化できない格差に対応していない(地域格差)。	統一されたガイドライン作成への助成。情報伝達システム作成への助成。	統一ガイドラインのある割合を越えて、公示・採用した医療機関に加点。	ガイドライン準拠の通達(訴訟の根拠となることへの対策、免責制度)。がんセンターボードの評価。
379	医療提供者	鈴宮淳司	島根	島根	診療ガイドラインが未整備。がんは高齢者の病気である。高齢者は認知症をはじめとする併存症や経済面を含む社会的ハンディがあるが、それらを包括的に評価する方法、標準治療が未整備。	高齢者のがん治療の標準化を作成するワーキンググループを立ち上げるための予算化。		
380	医療提供者		島根	島根	医者によって治療の格差があり、明確ではない。			市町村単位で治療ガイドラインを作成!
381	医療提供者			島根	検診のシステムが多面的である。	検診受診率促進のために啓蒙活動が必要。	医療側のインセンティブを与えるようにする。	

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
382	医療提供者			広島	疾患別の最新治療方法(標準治療)などがわかりやすい(情報が集めやすい)システムが必要。	厚労省から出してほしい(既に行われていたら、私の知識不足)。		
383	医療関連産業		青森	青森	診療のガイドラインが各がん別(部位)に必要と考えられるし、その重篤度別にぜひとも必要と考えられる。また、ガイドライン通りでなくてもいいので例外事項も設けていく必要があると考えている。	予算と言うより、各学会の中で作成される例であり、その中のものを中心に地域内のがんの発生状況により分けていくことがあると思われる。	ガイドラインの制定が必要だが、それがベストとは考えられず、従って例外の診療をもどのようにフォローアップできるかも大切に考える。	やはり各部位別がんのガイドラインは必要と考えられる(それ以外の例外事項も考えておいてほしい。制度化したために型にはまってしまうかもしれないから)。
384	その他		広島	広島	どの地域で生活していても同じ治療が受けられなければいけないと思うが、今はそうっていないと思う。		医療に直接従事していないので、診療報酬がどれくらいなのか現状は分からない。←国の制度面だろうか？ だが、報酬が高くなって患者さんの負担が増えないよう、金銭面の支援も大切だと思う(こういった対策が国の予算の中から使われるといいのではないか？)。入院して治療を受けることも少なくなっているように思う。通院か、入院か、患者さんや家族が選択できる選択肢も必要だと思う。大きい病院であればあるほど通院のみと迫られ、患者さんの身体的・精神的苦痛が増えているように思う。色々な良い体制をとっている病院に何らかの特典は必要だと思う。←国からの報酬、指定など、患者さん・家族の経済負担が増えないようにお願いしたい。	こういった面の選択肢の提案と決定がもう少し広い範囲でできるよう、ガイドライン・マニュアルに必要ではないか？
385			青森	青森	病院や医師によって治療成績が違っていると感している。			
386				青森	県内の医療機関でも標準的ながん診療ができているとはいえないのではないか。			
387				青森	現在の国の定める診療報酬が、診断や治療の枠を決めている。がんに対する治療費をあげるべきである。		診療報酬の増加。医療者およびそれに係わる処置・薬剤・検査費を上げる。もしくは欧米に倣う。そのためのガイドラインの普及、作成。	
388				島根	ガイドラインがネット上にアップされていないもの、更新されていないものがあり、調べにくい。			できるだけ多くのガイドラインが閲覧できるようにしていただき、古いものは削除してほしい。

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
389				広島	がん告知の後、治療方法について十分な説明がドクターからないことを患者から聞く。	標準治療等についてネットを見なくても分かる様に、広く「WHAT、標準医療？」キャンペーン等を予算化。	セカンドオピニオンの報酬制度の確立と高点数化。	患者の声を聞く制度そのもののBigな創設。
390				長崎	「同じ病気の他の患者さんは違う治療法で治ったのに、自分はどうしてだめなのか？」という疑問に答えるためには、患者用の診療ガイドラインが整備され、診療の場で普及すれば、患者の理解が得られ、標準治療の推進普及がはかれるのではないかと思う。			
391				長崎	治療についての標準化が進んでいない。進まないがために民間療法に頼る患者もいる。	地方自治体単位での研修など。患者会などへの講師派遣(専門医)。		

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	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
392	患者関係者・市民		青森	青森	現状がどうなっているか、一般の人にまで伝わっていない。	モデル事業による啓発、検証。	評価。一律ではなく、コスト努力に見合っメリハリを。	関係者が合意すれば実験的な取り組みにも手当を。
393	患者関係者・市民		青森	青森	青森県においても、がんセンターを作り、がん患者だけを専門の医療スタッフが診る体制を作ってほしい。			
394	患者関係者・市民		青森	青森	地方においても中核的病院と、身近な地域の医療機関との格差があると思うので、それを補うネットワークを整備してほしい。	医師の研修のほか、ITを活用したネットワークの構築に取り組んでほしい。		
395	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来化学療法室に専門知識を持った専従の医師が少ない。(配置されている)少人数の認定看護師がパートの看護師さんを指導して治療している現状は問題である。		医師の専従(または専任)者の配置をもって、現状の500点にプラス加算を設定する。	外来化学療法室の設置における、医師、看護師、薬剤師の配置。基準を現状以上に明確化し、各職種の専門性も含めて制度化する。
396	患者関係者・市民		新潟	新潟	自宅でがん治療(ターミナルケア)が受けられない。			
397	患者関係者・市民		島根	島根	都会と地方とではずいぶん格差があると思われる。地方においても都会と同じように治療ができるようにしてほしい。			地方の病院においてもそれぞれの専門医が必要であり、そのための研修等が義務付けられ、専門医の養成に努めてほしい。
398	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	医療にかかわる人材不足が大きく、拠点病院としての運営が難しい病院もある。島根県は、東西に長く、山間僻地・離島をかかえている。			拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある。

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
399	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院から地域へ戻るときの医療・介護体制が分からなくて、スムーズな対応を受けていない。			リアルタイム(四半期)で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつけられるようにする。
400	患者関係者・市民		島根	島根	複数の診療科にかかる割合が多いので医療費がかさむ。患者の負担が大きい。			がんセンターがあればよい。
401	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	私方の中山間地での医療機関ではがん治療は受けられず、広島、江津、出雲、浜田と遠方まで行かなければ受けられない。			
402	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院で体制が不十分。		診療報酬をアップ。	相談専門員への手当等の検討。
403	患者関係者・市民		広島	広島	医療連携が不十分。介護施設在宅連携etc。介護現場でのがん患者の増加。	介護現場の医師・看護師etcの研修。	がん患者(介護)の症状緩和の点数化。	医療連携の強化。
404	患者関係者・市民		広島	広島	地域で治療の質など格差がある。受けたい治療等を見つけても、遠方のため通院できない。又、地域連携が取れない。			
405	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	自分の住む広い備北地域に一つだけ。それさえ、いつまで拠点病院でいられるかわからない状態。広島と言えど、広島市に入院、治療は大変。			高齢者の多く住む地域こそ、その地域に合った病院の形にしてほしい。具体的には分からない。
406	患者関係者・市民		福岡	福岡	現状認識は5年ほど前の経験(体験)での応答である。既に整っていたら失礼。例えば一つの内科のみでの対応であり、横つながり=他診療科医との連携がほしい。	一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。		「予算について」の回答と同じ。
407	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	病気が複数重なったとき、病院が複数になったときに、診療情報の共有がしやすいように。引っ越しや他県でのセカンドオピニオン等もスムーズに。			
408	患者関係者・市民		長崎	長崎	医療機関・センターが遠く、ネットワークの充実を望む。			
409	患者関係者・市民	橋本恵一	長崎	長崎	がんについての知識・技術をしっかり持った医師の養成を。実際にあった話で、がんが進行して直ぐ手術しなければと、拠点病院に指定されている病院で言われたが、他の病院で異常無しと診察。現在も健在。	地域の拠点病院として指定されている病院の医師は特に、しっかりした技術・知識の再教育養成が不可欠。		
410	患者関係者・市民			青森	医療機関によって非常にばらつきがある。	例えばペットなどは県病でさえ無い、鳴海病院まで行く。他の設備も古い。		最新情報の共有化。知識(医師)のレベル(地方に来ると低いと思う。全国一律のレベルにしてほしい)。