

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
549	県庁担当者			まだまだ医療従事者や地域住民の理解が十分でない。	全国4箇所で開催されているが、研究成果が生かされるよう、研究成果を生かしつつ地域の特色に応じた緩和ケアの普及事業(国の補助事業)(医療従事者、地域住民向け)の創設が期待される。		
550	県庁担当者			急性期、慢性期いずれの病院でも行えるようにしたい。			
551	県庁担当者			緩和ケア病棟、在宅緩和ケアが少ない。		行政施策では、拡大できず、診療報酬で誘導する必要がある。	介護保険制度と合わせて制度の整備をする必要がある。
552	県庁担当者			患者の意見では相変わらず、医師に対する不満が大きい。		緩和ケアをしっかりと出来る医師、ということが、診療報酬で評価される必要があるのではないか(前述とは矛盾するが)。	医学教育あるいは医師国家試験で緩和ケアをきちんと位置付ける。
553	県庁担当者			本県では、全ての県・地域がん診療連携拠点病院において、緩和ケアチームが整備されている。			県及び、県・地域がん診療連携拠点病院は、全てのがん診療に携わる医師が、緩和ケアのについての知識を習得し、トータルペインに対する緩和ケアが適切に行われる医療提供体制の整備を目指す。
554	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	緩和ケア、ホスピス、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、それぞれの定義、役割、違いの理解が市民はもちろんのこと、医療者も不十分で、敬遠されたり、機能していない。また、緩和ケアはがんに限ったことではなく、根本的な医学・看護教育の改善が必要である。	緩和ケアの啓蒙活動に当たる患者会や支援団体にも補助を!		身体の痛みや不安のケア、ケアだけが「緩和ケア」ではないので、その他の痛みや病期毎のケア、ケアの役割分担を明確にすることが必要であり、それを患者に明示することも必要である。
555	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	緩和ケアを提供できる施設が病院でも診療所でもまだまだ少ない。患者一人に対する医療ケアの連携が進まず、積極的治療と緩和ケアの両立ができないのは質の高いがん医療とは言えない。地域によっては「好事例」ともいえる取組みがあり、全国に波及できるように国が率先して、指導や普及を進めることが大事。国立がんセンターの医療者研修システムをもっと改善してほしい。		緩和ケア外来の充実に向けた診療報酬の設定をしてほしい。	「緩和ケア」が「医療保険」と「介護保険」のバランスのうえで十分に受けられる仕組みを作してほしい。
556	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	入院待機者の解消(地域によってはベット数が絶対に不足している。)	各県実情を調査の上、増床への優先配分援助。		

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
557	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	ホスピス待機者が多く、入りたくても入れない状況の改善。また、拠点病院で他に治療法がありませんという事で、ホスピス紹介をされる患者が多い。そのショックは大変なものです。治療の最初からの緩和ケアというがん対策の目標からほど遠い。実態の把握と早急な対処が必要。	ホスピス紹介をされる患者さんのフォロー、そのために相談支援センターが待つのでなく出向いていくなど、すぐにでもできるのではないかと。また、治療法が本当にないのか、代替療法を含めて十分話し合うこと、またその後の医療的な面での支えをしていく、など医療現場での改善をしていく。それらの予算を増やす(人的な面でも)。	前記のことについて診療報酬ができるようにする。	
558	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	緩和ケア病棟の不足「初期からの緩和」がイメージではない。	緩和ケア病棟設置に予算をかける初期からの緩和に対しては、医療で解決できない痛み(社会的痛み、精神的痛み、スピリチュアルな痛み)に対する相談支援ができるよう患者会等との連携に対し補助金を出す。		初期からの緩和が具体的にわかるような指針が必要医療相談とピアサポートの連携が必要ピアサポートにかかわる人材育成が必要。
559	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	三重県でもずっと2箇所だったのが、この2～3年で増えてきた。しかし知られていない。ここでも費用が問題。そして高齢者は「忍耐」を美德とする教育を受けてきたから、苦痛や痛みは辛抱しなければと思っている。	国の援助費を増やす。		
560	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	緩和ケア病棟のベッド数が足りない。がん患者・家族のみならず、医師の緩和ケアに対する認識が不足している。	予算を増やしてほしい。必要性をもっと感じてほしい。		
561	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	ヒト、施設の絶対的不足。	全人的医療の理解の徹底と緩和ケア専門医療者の育成。患者会・がん患者サロンの協力をえる。	前述。	拠点病院・協力病院のみならず地域医療機関にも緩和ケアの専門医療者を配置。地域患者会・サロンの世話人との連携を図る。
562	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	現在の奈良県は、緩和ケアの政策立案実施は「がん診療連携拠点病院協議会」が行っているが、それには患者会代表は参加できていない。推進計画では、患者会代表は「緩和ケア連絡協議会」に参加できているが、いまだに未組織である。	緩和ケア連絡協議会の設置と運営のための予算計上をお願いしたい。		がん診療連携拠点病院協議会」に患者会代表の参加と、「緩和ケア連絡協議会」の組織化を至急お願いしたい。
563	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	①「緩和ケア」という言葉を知っている市民がどれほどいるかを考えると、まだまだ啓蒙活動の不足が必要と思われる。②日本型の「緩和ケア」の確立が必要。欧米諸国がキリスト教がベースになって成立してきた歴史があると思う。わが国においては、「緩和ケア」にたいする市民、医療従事者等の考え方が熟していないと思う。			緩和ケアに関する知識、経験のシンポジウム等(啓蒙活動)が不足している。
564	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	緩和ケア病棟は順番待ちという、入りたくても中々順番が回ってこないというのが現実。死亡者の3人に一人ががんという時代に、行政の対応がブザー。	緩和ケア施設の増設。		看護師さんや、ボランティアの方々による運営をもっと拡大し先生の負担を極力軽減する。

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
565	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	自宅に近いところで、緩和ケアを受けられる病院がある事が望ましい。通院しても、入院しても、患者に負担が無く、今までと同じように生きている、という実感を得られる場であってほしいと思う。	医師や看護師が不足すれば、忙しさのあまり患者に行き届いたケアが出来なくなる。緩和ケアは患者にとって終わりではなく、苦痛を取り除き、有意義に過せる場であると思う。十分な看護体制が取れるように、ゆとりある場を提供できるように、補助は必要である。	緩和ケアは苦痛を取るための麻薬が使用され、高額である。患者負担が公費になる事を望む。	緩和ケアについて、まだまだ不明な事が多く(一般の人は緩和ケアに入ると終わりだと思っている)もっと一般の人に緩和ケアの実態を知らせるべきである。
566	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	医療者が、緩和ケアの真の意味を理解していない。理解し、行動している医師が少ない。未だに緩和医療は、敗北の医療と捉えている医師の存在が問題。「初期の段階から緩和ケア」が出来ているとは、考えにくい。			緩和ケア医の育成を充実させるような制度を作る。どこの地域、どこの病院でも緩和ケアを受けることのできる制度作り。
567	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	緩和ケアについて、一般患者が理解できるように広報を続けることが必要。医療関係者同士の緩和ケア研修がされていますが、患者を参加させての研修がより理解できると思う。	患者の意見を聞くこと、医療者との話し合いを通して意見交換する。		
568	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛		働きかけること。		民意を聞くこと。
569	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	医療者の育成にばかり予算が充てられ、患者・家族への直接的な対応がほとんどなされていない。ある麻酔科医師が「緩和ケアで患者を診るより、診療報酬の取れる医療行為をすべきと経営側から言われる」と話してくれた。これでは緩和ケアの充実が進まない。		緩和ケア分野に関する十分な対応。	
570	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	①がん患者は再発の不安があるし、再発した人は将来の治療、今後のことなど心の悩みが多い。②初期の段階から末期まであらゆる痛みに悩まされる。しかし、緩和ケアという自分がお終いだと思う人も多い。治療を断念していた人も緩和治療のおかげで、うまく痛みをコントロールできて、自宅に帰り再び治療を始めて例もある。		初期段階から利用できる緩和ケア外来の充実。	日頃から、痛みや心の悩みを我慢しないで専門に診せるように、患者・家族は勉強し、意識改革をする必要がある。
571	患者関係者・市民(協議会委員)	高橋 和子	福岡	・患者サイドの緩和ケアが認識不足・家族へのケアも不十分・初期の診断時での説明。			同病相憐れむというが、経験者を育成し緩和ケアの支援に関われるのが何よりと思う。
572	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「相談支援センター」の拡充と広報活動の推進。			院内・在宅にかかわりなく等しく質の高いケアを保障する医療体制の拡充。
573	患者関係者・市民(協議会委員)			緩和ケア病棟・ベッド数が足りない。緩和ケアへの正しい認識が、患者、患者家族のみならず医師の中でもまだまだ低く、うまく連携できていない。一般病棟での最期と緩和病棟のそれとに差がありすぎ、不公平を強く感じる。	予算を増やすべき。		

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
574	患者関係者・市民(協議会委員)			初期段階からの緩和ケアが、すべてのがん治療従事者にできているのか疑問。			
575	行政府(協議会委員)			特になし、今のままコツコツ患者および医療関係者に情報を提供していくこと。			
576	医療提供者(協議会委員)		北海道	急性期病院の医師に緩和ケアの認識があまり浸透していない。抗がん剤治療や放射線治療で効果が認められなかったからという単純な流れで緩和ケア病院を紹介している。状態がかなり悪くなくても患者が望むなら化学療法行うことも多い。抗がん剤治療をやめるという選択、しないという選択枝が早い時期に提示されるべきではと感じることも多い。	緩和ケア病院の拡大。		
577	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	拠点病院での研修会が先行し地域での緩和ケアの浸透というよりは拠点病院の開催義務が先行してまわっている、緩和ケア研修会修了証のインセンティブが不明瞭で研修会参加者の動機付けが不明瞭となっている、地域・病院により質の格差が大きい、緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定としているため精神科医の負担が大きくなってしまふ。	緩和ケア研修会に使用できる予算を別枠で呈示すべき。	緩和ケアチーム加算はより高点数でよい。	
578	医療提供者(協議会委員)		北海道	やはり、人員が少なすぎる。緩和ケア病棟が無い。	現在、病院予算で1名の緩和ケア医と1名のがん疼痛緩和専門看護師がを自前でやとっている。当院は1000床規模の大きな病院であるにも関わらず、ここでの緩和ケア診療に医師一人、看護師1人では無理。せめて外来、病棟に一名づつは必要。緩和ケア病棟設立の為の予算が必要。	当然、緩和ケアのための診療報酬をあげるべき。	これも、拠点地域からの患者を引き受ける様になるので、様々な優遇を考えて頂きたい。
579	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	がんに関わる全ての医師へのマニュアル的研修が10年後どれだけ成果を出すのか疑問。	麻薬主体の緩和ケアはそろそろ限界。副作用を伴わない、分子標的+3次元放射線を主体(~50%)にするとQOLが向上する。	救急緩和(急性期)自宅へ帰るための緩和を重点的にすすめる。報酬↑する。	前記。
580	医療提供者(協議会委員)		北海道		リンパ浮腫の説明は繰り返し行うことで患者が納得することができる。このように算定を入院中1回と限定せず、患者に関わる度合いにより加算されるようにすれば良い。		訪問診療を行っている医師の不足により、患者が病院から離れようとしなない。
581	医療提供者(協議会委員)		北海道	必要性は十分把握しているが、到達レベルのハードルが高く地域の現況に必ずしも即していない。緩和ケアに対する、一般的な認識の低さ(初発患者の受け止め方など)。		施設基準の緩和による従事者モチベーションのアップ。	サイコオンコロジストの育成急性期医療を行う医師と、緩和ケアを行う医師間での緩和ケアに対する認識の標準化。
582	医療提供者(協議会委員)	晴山 雅人	北海道	緩和ケアを行う専任の医師が極めて少なく、大幅な増加を計らなければならない。		診療報酬の増額。	

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
583	医療提供者 (協議会委員)		北海道	「緩和ケア」はしっかりとした「がん診療」があって、はじめて成立するものだと思う。最近、少し「緩和ケア」が突出しすぎかと思う。また、患者や家族が「緩和ケア」診療を何かバラ色なものと思いこんでいる印象を受ける(私はがん診療とともに緩和ケア科病棟も担当している)。			
584	医療提供者 (協議会委員)		岩手	緩和ケアの中心となるべき医師の確保が困難である(地域性あり)。		緩和ケアに関する報酬を手厚くする(緩和ケア診療加算など)。	国や自治体による緩和ケア医師要請や確保の支援。
585	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	緩和ケアを受けると、抗がん治療が受けられないという状況にあると思うが、それは間違っていると思う。			
586	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	緩和ケアの理解ができて診療に当たる医師の数はまだ少ないし、チーム医療がなぜかできないことが多い。外科と化学療法法の専門医師、放射線療法法の専門医師が集まって症例の治療法を検討するシステムが動いている病院を診療報酬で評価すること。また、多職種でカンファレンスを行って方針がたち、患者家族を含めたカンファレンスあるいは面談を行った場合、診療報酬で評価したほうがよいと思う。		外来で進行がん患者の対応をする看護師は心理面や社会面も配慮をする必要があり有能な看護師を雇う必要があるが、今の患者30名に1名の外来看護師の配置では、何もできない。がん患者の多い外来は外来看護加算など対応をする必要がある。	長期療養病床のがん専門療養病床への活用などがモデル事業として出されているが、元々、ケアの質や診療の質が低い病院は、転用されたあとの緩和ケアの質も悲惨なものになると予測する。スタッフの入れ替えや指示系統の洗い直しなど病院の文化が変わらなければ人権が無視された看取りの場になる可能性が高い。長期療養病床の管理者が緩和ケアをよく理解し、実践の実績があるなどのハードルがあったほうがよいと思う。
587	医療提供者 (協議会委員)		宮城	緩和ケア加算がとれていない認定施設が多い。	精神科医の確保がどの施設も困難→精神科は民間が9割と多いため、公的、総合病院勤務の精神科医が少ない→民間病院の病床数削減。	勤務医の給与増額、診療所の診療報酬抑制。	
588	医療提供者 (協議会委員)		宮城	患者さん、ご家族の満足度と医療従事者の満足度が一致していない。			
589	医療提供者 (協議会委員)		宮城	緩和ケア研修会を各拠点病院で実施しているが、医師の緩和ケアに関する知識を実行に移す事の均てん化には、時間を要する印象。			
590	医療提供者 (協議会委員)		宮城	緩和ケアチーム介入による加算を見直せないものか？指定の職種がそろわない状況でも頑張っているが、チーム員個人の努力に大きく依存しているところが多いのではないか。国が指定する緩和ケアチームと比べ不十分なメンバー構成でも頑張っているところはたくさんあって…チームが疲弊してしまう前に何か認めてもらうことはできないのだろうか？			

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
591	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	日本緩和ケア学会はすでに、専従の科にとられずに専門医の認定を行い始めたが、がん患者さんの治療の初期から臨終までをカバーする大切な分野になるので概念や手法を臨床医なら誰でも知っておく必要性がある。厚労省の指導で年間2回程度の医師会主催の研修会は出席率も低く、このままでは患者さんのニーズに追いつけない。積極的な手法はないものか？			現在医学部で行われている研修・実習を選択ではなく必修にする必要性あり。講師の問題があるのなら緩和医療学会や在宅ホスピス関係の会に協力を求めているかどうか？
592	医療提供者 (協議会委員)		秋田	「緩和ケア」はホスピスだけでなく、救急外来・ICU・NICU・一般病棟・老人保健施設・在宅などすべての場で行われるものである。全ての医療従事者、介護従事者が研修を受け、質の高い緩和ケアを提供できる体制が必要。	医療従事者・介護従事者の計画的研修の実施(定期的に各都道府県で実施)。	ホスピス以外で行われた緩和ケアも点数化(質の評価を含む)。	
593	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	緩和ケアの専門医、医療スタッフ、施設などの不足。	緩和ケアの専門医、医療スタッフの待遇を向上させ、勤務志願者の増加を図る。緩和ケア施設の建設、運営のための様々な財政上の優遇措置を行い、積極的に緩和ケア施設の充実を図る。	緩和ケアの診療報酬の向上。	
594	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	一般市民の意識が低い提供に関する経済効果が不明確。	緩和ケア研修やホスピスなどの細項目別の予算をつける。	緩和ケアに関する報酬点数が低すぎる。緩和ケアチームの人材維持するための診療報酬が得られない。	
595	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	やはり人材の問題である。	当病院では、研修会の予算だけです。自腹で講習をうけたら、勉強会を開いたりしています。とにかく人材育成、医師確保を何とかしていただきたい。	加算を受けていないので判らない。専任の人材を確保するまでの診療報酬だろうか？	犠牲に基づいた制度。患者さんに会いに行くのも休みを削ったりしている。緩和は一人の患者さんに時間も労力も大変かかる。医療者側は、人間愛に基づいての行為を犠牲的精神でやっている。何とか学会出張援助や資材援助ができないものだろうか？
596	医療提供者 (協議会委員)		秋田	講習会の開催条件がきびしすぎる。病院単位でなく、地域医療圏で共同で開催できないか。			
597	医療提供者 (協議会委員)	廣川 誠	秋田	平成20年度から開始された厚労省開催指針に基づく医師に対する緩和ケア研修会の開催により、緩和ケアに対する認知度は高くなりつつあるが、実践レベルを目指すには別の対策も必要であると考え。緩和ケアに対する保険請求の算定要件が厳しすぎる。特に緩和ケアチームに専従の医師を配置可能は医療機関は			保険請求上の緩和ケアチームの算定要件で、医師は「専従→専任」へと緩和すべきだ。
598	医療提供者 (協議会委員)		秋田	がん患者の終末期の尊厳をもっと強く広く浸透させるべき。			
599	医療提供者 (協議会委員)		山形	再発がん、進行がんの治療専門病院または専門病床の設置が必要。	前記に財源の援助。	不採算にならない様に診療報酬体系を作る。	Aを作らないと、急性期のがん治療病院は手術不能となる。

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
600	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	EBMに基づいた緩和医療のガイドラインに対する医師の理解の不徹底が大きな問題である。また、緩和医療についての理解が医師の間で不十分なのも問題と考える。一方で、患者と家族の緩和医療に対する無理解、情報の無さも問題である。	研修に対しての予算計上などが望まれる。医療従事者はもとより一般市民に対する啓発活動、広報活動に対する予算の計上。	緩和医療に対する加算の要件が厳しい。要件の緩和と診療報酬のアップが望まれる。特に地域との連携加算の新設をしていただければ、より緩和医療においていわゆる全体最適ができるのではないかと考えられる。	医師、看護師、薬剤師などについては緩和医療についての研修を義務付ける制度が必要と考える。緩和医療は必ずしも専門医療機関でのみ行うものでない。一般のかかりつけ医などと協力して地域全体で行うものであると思うので。
601	医療提供者 (協議会委員)		福島	緩和ケア(終末期・ホスピスケアも含)を提供することで患者にどういったメリットがあるのかを理解していない医療者が多すぎる。又、こころのケアにもっと力を入れてほしい。			
602	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	先生の意識の中に緩和ケアが浸透されていないのではないかと。	義務の講習会や事例検討会を確保してはどうか。	院内で行っている講習会や事例検討会を県が把握して公開すべき。	
603	医療提供者 (協議会委員)		福島	「治す」から「癒す」へ、緩和ケアに対する医師全体の意識改革。			大学附属病院には、ホスピス病棟の設置を義務付ける。
604	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケアは医療スタッフ全員の必須の素養であり、資格をとる時必修にするべき。	医学部全てに緩和ケアの講座と附属病院全てに緩和ケア科をつくる予算を。		緩和ケア科が十分動いていないところは、総合病院の看板をおろしてもらおう。
605	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	急性期以後の受け皿が未整備。	介護保険でのケアを推進する必要あり。	医療保険と介護保険をバリアフリーとすべき。	在宅ケアは日本の現況から困難あり。
606	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	緩和ケア病院、病棟、ベッド数いずれも不足している。			
607	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケアの必要性が十分認識されていない。	緩和ケアを提供する医療従事者の配備に対し、経済的支援をする。	緩和ケア加算を、精神科医師の有無により、2段階とする。身体症状緩和医師は緩和ケア研修会参加を必修要件とする。	学生や研修医に対する緩和ケア教育を充実させる。
608	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	緩和ケア病棟病床数が少なすぎる。麻薬の知識の普及を。			
609	医療提供者 (協議会委員)	大原 潔	茨城	多くの職種が関与するので、それが限られている放射線治療の分野におけるよりもかなり早く対応ができ始めていると感じている。			
610	医療提供者 (協議会委員)	満川 元一	茨城	専門医が育つ、育てる要素や対策が不十分、待遇や魅力の改善がなければ進まない。			
611	医療提供者 (協議会委員)		茨城	患者教育が重要。			

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
612	医療提供者 (協議会委員)	神田 尚子	茨城	緩和に対する医療の考え方に医療者間で温度差がある。切っておしまいと考える外科医はまだまだ多く、外科医における緩和の知識が不足している。また、緩和ケア病棟を持たない病院における、病棟での緩和ケアが進んでいない。拠点病院の整備とともに、一般病棟での緩和ケアの質を向上させるべきだ。			医学部における緩和ケアに関する教育。また、医療で治せない患者を救うのは人としての資質である。人間関係の築き方、コミュニケーション能力の育成など人としての教育を医学部において学ぶことが必要である。
613	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケア病床不足。			
614	医療提供者 (協議会委員)		茨城	緩和ケアを専門にしている医療従事者が少ない。ホスピスなど医療施設が少ない。	施設の建設に対する補助など。	緩和ケアの専門医による診療加算、また専門看護師を認定し、ケアに対して点数をつける。	
615	医療提供者 (協議会委員)		栃木	一般の人たちへの啓蒙の立ち遅れ。緩和ケアに対する誤解。		在宅緩和ケアを人的・経済的に手厚くできればよいのだが、難しそう。	
616	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木				医療の場から生活の場への移行が川の上流から下流へというように自然な流れになっていないところに問題がある。病院が衣食住においても最も安価で手厚いという点が流れの妨げになっている。自宅でなくとも集合住宅的な生活の場で効率的に介護力が投入でき、病院の下流となることが出来れば老健のような役割を果たせると思う。ただし、がんは急性の経過をたどる疾患ですので常に空き室を確保していなければ機能せず一般的条件では経営が成り立たない。
617	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	麻薬の管理が厳しすぎる。			廃棄の記録を台帳に残しておけば「調剤済み廃棄届け」は提出しなくてもいい制度を望む。
618	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	関与する職員数が絶対的に足りない。	担当職員の収入を上げること。そうしなければ、なり手が無い。	同上。	一般職の医療行為禁止範囲を狭めなければ、職員が集まらない(介護や在宅医療の職員でも同じことが言える)。
619	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	緩和ケアチームへの依頼件数が少ない。			
620	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	背景として地域でも核家族化が進み、がん患者の家族が介護できない世帯が増加しているため、在宅では困難なケースが多くみられる。よって、終末期病院で看取らざるを得ない患者が増加している。		緩和医療で長期入院を余儀なくされる場合の補償について。	



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
621	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	看護ケア病床数の絶対的不足→低い緩和ケア病棟の診療報酬上の評価・精神腫瘍医の不足。		緩和ケア病棟の看護師配置基準の見直し。	
622	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	病院で緩和ケアを行うのではなく地域で緩和ケアを行えるような体制にすべきである。	緩和ケア病棟では包括医療を行っているが、採算に合わないことが多いため新規に参入することがためられるのではないかと。緩和ケアに対する予算も厚くすべきである。	地域で行う緩和ケアに対し鈴木報酬を厚くすべきである。	がん医療に携わる医師に対する緩和ケアの研修制度が少きいため、地域の医療者が研修に参加することが難しい。もう少し柔軟にすべきである。
623	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・緩和ケア病床が少ない。・緩和ケアについて誤解している医師、医療従事者がいることがある。・主治医と緩和ケアチームに温度差を感じることもある。	・緩和ケア病棟、在宅の補助。		・医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の学生からの教育の充実・がんに関わる全ての医師は緩和ケア研修を必須とするなど国での統一。
624	医療提供者 (協議会委員)		東京	緩和ケアが採算が取れるような診療報酬の設定、緩和ケア病床の増設が必要と思う。			
625	医療提供者 (協議会委員)		東京	緩和ケアでは病院は赤字となる。			
626	医療提供者 (協議会委員)		東京	現状は、緩和ケア病棟、スタッフは不足している。現在のスタッフは教育のみに熱心で、現場で患者を診ることを忘れていて。多くの臨床医はコンサルトと教育のみの緩和ケアスタッフに飽き飽きしている。返って忙しくなっている感がある。	緩和専門医が実際に診療した場合の加算を。		緩和の対象となる患者を主治医として診る姿勢に転換してほしい。
627	医療提供者 (協議会委員)	中西 一浩	東京	診療報酬上、適切な緩和ケアを提供する為の人員、場所の確保に必要な経費に見合った額が診療報酬で支払われているとは、到底思えない。あまりにも、かけ離れていると考える。さらに、疼痛緩和を提供するためには、積極的な神経ブロック治療を提供できる体制が不可欠である。地域連携拠点病院の条件の一つに、神経ブロック等を提供できる体制の整備を入れるべきだと考える。	適切な緩和ケアを提供するために必要な人員、設備に関して必要経費を算出し、それに見合った診療報酬での対応が無理な場合は、予算にて充填すべきであるとする。また、予算額は地域によっても格差があつて当然だと考える。東京都は、当然経費がより掛かるので、ご配慮頂けたらと考える。	前記の必要経費に見合った診療報酬を設定して頂きたいと思う。やればやる程、赤字になるというのが、現在の診療報酬だと考える。	現在、緩和ケア加算は病院評価機構の認定評価を受ける必要があるが、当院(日本医科大学付属病院)の場合は、ハード面から評価を受ける事ができない。緩和ケアを提供できるか否かと全く関係ないと思う。がん診療拠点病院として適切な緩和ケアを提供している実績があるにもかかわらず、それに見合った診療報酬を受ける事ができない。それは、全く矛盾している。早急に評価機構の認定の必要性を緩和ケア報酬から削除して頂きたいと考える。その中で、適切な緩和ケアを提供するのは、精神的にも肉体的もいつかは限界を迎える事になると考える。是非、やる気を削ぐような条件設定は止めて頂きたいと思う。

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
628	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	まず、緩和担当の医師不足。外科、内科を担当している医師の片手間で出来る内容ではない。完全に、勤務医不足に尽きる。	緩和ケア病棟整備のため、予算の誘導が必要と思われる。緩和ケア病棟を作るためには、現在の一般病床を減らして、緩和ケア病床に当てなければならぬが、一般的に一般病床1床より、緩和ケア1床の売り上げが少ないと、経営陣は緩和ケア病棟整備を医療機関の負担としか考えない。	現在の緩和ケアチームの診療報酬請求のための、条件が厳しすぎる。精神科の医師が確保できていない医療機関がほとんどだと思われる。	もう少し、緩和ケアを進めることが、医療機関の義務であるように打ち出さないと、緩和ケアに力を入れる医療機関は、限られてしまうと思う。緩和ケア研修を済ませている医師比率により、報酬の格差をつけるなどが必要なのではないでしょうか。
629	医療提供者 (協議会委員)		東京				緩和ケアの前提として、患者の意思を尊重する教育の徹底。これは学生のみならず、医師等にも必要である。
630	医療提供者 (協議会委員)		東京	①がん患者の控える苦痛に対応できる精神科の専門医が少ない。②一般診療内において告知を含めたBad Newsを伝える時間が長く、大きな労力になっている。		長時間に渡る症状説明には精神的な支持療法も取り入れられている。診療報酬加算をとるべきである。	大学教育において精神腫瘍学が取り入れられることを推奨する。

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
631	医療提供者 (協議会委員)		東京	①PEACE研修会の参加者の全国的な少なさ。②緩和ケア病棟加算や緩和ケアチーム加算をとれる施設の条件が「日本病院機能評価機構の認定を受けた施設」というのが妥当とは思われない。		①→研修修了者には麻薬処方、ホスピスや緩和ケア病棟での診療、在宅緩和関連あたりの診療報酬を厚くするなど差別化すべき。	①→病院長など施設のトップが、トップダウンで各診療部長・科長・医長の参加を命じているような施設では、参加者が長期的に安定供給されると思われる。実際、そのようにしている病院(例えば、がん研有明病院や公立昭和病院など)では院内で一気に多くの参加者が集い、緩和ケアの大きなムーブメントができていと聞く。病院トップをそのように動かすには、やはり厚生労働省や都道府県が各二次診療圏毎の参加者ノルマ数(例えば、1年間に何人とか)を提示し、そこから算出される病院・医療機関ごとのノルマ数を指示する。特に、連携がん拠点病院ごとにそのノルマ遵守を強制するような仕組み・工夫をする。さらに、病院トップのプライド、競争心を刺激するために、「各病院・医療機関・医師会の緩和ケア研修会修了者数(医師数に対する参加者比率)」を毎週、あるいは毎月など頻回に日報で流す。市民が見れるようなサイトに掲載するのも面白い。この手の研修会の参加者を増やすには、インセンティブを設けるか、強制力を発動させるかのいずれか、あるいは両者であり、前者のアイデアはすでに出尽くされていると思われるのでそれを強力に進めていただきたい。特に、緩和ケアは内科の領域が中心であるので、日本内科学会の認定医や専門医の取得・更新に際して必須とすべき。他には、がん治療医の認定・更新でも必須化にすべきであり、更には卒後研修必須化の必須項目に入れるべき。強制力に関しても厚生労働省の頑張り次第で様々な施策が可能と思われる。研修を修了しないと「麻薬の処方ができない」とか、「在宅療養支援診療所を開設できない」とか。インセンティブの強化が進み、多くの医師が「早く研修会を修了しないといけない」というムードが高まってきたら、研修会の参加費を現行の無料から段階的に引き上げていく付加価値を加えていくことも重要ではないか? 「無料」=「価値がない」と思われている要素もあるように思う。

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
632	医療提供者 (協議会委員)		東京	緩和ケア研修会の講師確保、参加者集めが困難。2日間の実施だと人数が集まりにくい。			短期間型緩和ケア研修会の開催。
633	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	緩和ケアがしやすい状況ではない。緩和ケア病棟だけでなく、自宅でのケアの仕方を促進する。	緩和ケア病棟への補助などすべきではない。自主性を尊重する。緩和ケアの運営で診療施設の運営がうまくいくようにする。	ちゃんとした専門家がいて、施設的にも整っている施設の診療点数が高くなるようにする。	どのようなケアを目指すか、十分検討する。患者サイドの意見も入れて検討する。内容を点検する制度を作る。
634	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・トレーニングされた緩和医療を専門とする医師の不足。・緩和ケアチームの質のバラつき・緩和ケア外来の診療内容の施設間格差。・一般病棟で緩和ケアを充実させるためのプライマリケアチームの底上げ。・地域連携でシームレスな対応ができない(相談支援センターが不慣れ、十分機能していない)。・外来抗がん剤治療中の患者の支援体制の希薄さ(病院で、地域で)。	都道府県で緩和ケア提供に関する業務を一括するような、都道府県緩和ケア支援センターのようなものを設置するのに予算をつけて誘導してはどうか。広島県は県の緩和ケア支援センターがうまく機能しているように思う。施設ごと、地域ごとでも無理がある、結局は兼務が増えるだけで、地域全体で機能するような緩和ケア支援体制はできない。	・緩和ケア外来の診療報酬化。現在は症状緩和に特化した、あるいは緩和ケア病棟の入院判定用の窓口的な外来が多いように思う。外来で包括的な緩和ケアを受けられるように医師以外の職種も多いに関与できるようにできればよいと思う。・相談の診療報酬化。ここで心のケアもしているという現状。診療報酬がダメなら予算を。・リンパ浮腫のドレナージの予算化。発症している人はたくさんいてもドレナージには時間がかかる、なかなか看護師も時間を割けない。現状ではドレナージは自費で受けている人も多い。	
635	医療提供者 (協議会委員)		東京	専門医の不足。	人件費の対応。	専門医加算を付ける。	
636	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	いわゆるがん治療医の緩和ケアについての知識・コミュニケーション・スキルが不十分である。	教育指導する者にも十分な報酬を出せるようにする。		研修を受けた者(看護師・医師・MSW)を資格として認め、その行為が診療報酬にも反映するような制度にする。
637	医療提供者 (協議会委員)		新潟	緩和ケアに力が入りすぎている。治癒できる治療にも力を入れて欲しい。			
638	医療提供者 (協議会委員)		新潟	緩和ケア研修会のファシリテーターの負担が大きい。精神科医で精神腫瘍学を志す医師が極端に少なく、全ての拠点病院に専門家を配置することは現実的には不可能である。			
639	医療提供者 (協議会委員)		新潟	がんになり患した当初から、緩和ケアの概念を取り込んだ治療が展開できるようにという国の方針は、少しずつ定着してきていると考える。しかし、住み慣れた我が家で切れ目のない医療を受けながら地域でその人らしく生活できるようにするためには、その担い手である訪問看護師の質量ともに充実させることが肝要である。また、訪問看護を支援する診療所の医師の理解と協力が必須である。			

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
640	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	緩和ケア病棟が少ないため、療養型や介護施設へ行く患者もいるが、適切に継続したフォローが困難である。(治療や検査、薬剤に制限があるため)そのため受け入れる病院・施設が少ない。緩和ケアチームを急性期がもつようになっているが、その役割は病院によって違いがある。		他院受診の必要性は評価していただきたい。療養型病院での医療区分では、がんの患者は単価は低いので評価していただきたい。緩和ケア病棟でのグリーフケアが各施設によって違いがありすぎる。標準化し診療報酬に含むことはできないか。	
641	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	緩和ケアを受けることにより、人生の終末期が暗い孤独な状況から、人生を振り返る時期にも生まれ変わることが可能である。もっともっと利用しやすい環境整備が必要と思う。	認定看護師の育成には、半年から一年近い期間とお金がかかる。現在病院で支出して育成しており、こういった病院への補助をお願いしたいと思う。	緩和ケアを受ける患者さんの殆どは食欲不振がある。こういった人に対して院内では、緩和ケア食として一般入院の食事と異なるメニューで、しかも個々の希望を取り入れている。カロリーより”思い”を伝えることを旨として努力している。こういったことに診療報酬上も認めて欲しい。	専門ナースや認定ナースに対する評価を経済的にも評価できるようにして欲しい。
642	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	緩和ケアの専門医が地方に少ない。また、がん患者を診る精神科医も少ない。			
643	医療提供者 (協議会委員)		石川	スピリチュアルペインに対応できるスタッフが不足。地方での医師や看護師不足が騒がれている中で専従や専任のスタッフの確保が難しい。緩和ケア加算と取得するための体制を整えると、大学病院では採算が合わない。緩和ケアチームを活用してもらうためのスクリーニングシートがない。	専従や専任のスタッフを整えた病院やスタッフには某かの加算措置や手当を付ける必要がある。同意書がなくても介入を開始したら緩和ケア診療加算が発生するようにする。	緩和ケア診療加算をとることができ緩和ケアチームを整えた場合の金銭面で具体的にどの様なメリットがあるかわかる資料の作成をお願いしたい。	全国で統一して活用でき、かつ、緩和ケアの専門的な知識がなくても、緩和ケアチームを利用すべきかどうかかわかるスクリーニングシートの作成をお願いしたい。
644	医療提供者 (協議会委員)		石川	緩和ケアなど患者1人1人に時間を要する部門であるが、医師にはそれに対応する時間がないため、国がつきすすんでも、医師、看護師などわかっているが、その他の仕事量が多いため、緩和ケアは十分になされていない。	医師を増やすか、コメディカルを増やす。現状ではこれは無理。リエゾンや宗教活動など行っている慈善家、僧侶などをお願いする。その予算をあてる。医師1人増やすくらいなら、それで何人か雇えるはず。	MSWや心理士、リエゾンなどの数を増やす。その部門の診療報酬を加算なり、給料をupするなりする。	緩和ケアの現状の啓蒙活動。
645	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	緩和ケアには、知識とお金と時間が必要。そのうち、勤務医にはもっとも大切な時間がない。人の治療とは、アナログであることをもう一度考えるべき。		診療報酬を手厚くすべき。	緩和ケアを片手間にするのは反対。一週間くらいのトレーニングを要件とすべき。詰め込み型の講習会ではなく、ゆとりをもった講習会。医者側にゆとりがないと緩和ケアなどできない。疲弊する勤務医に、何を求めるのか？
646	医療提供者 (協議会委員)		石川	ホスピス、緩和ケア病棟の不足鎮痛を管理する麻酔医はかなり増加してきたが、リエゾンなどを行えるがん精神医師がまだ不足している。	ホスピス、緩和ケア病棟開設への補助金。	緩和ケア担当医師への手当を上げる。	ボランティア、チャプレンなどの導入。

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
647	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	緩和ケアの卒前教育レベルが大学によってものすごく違う。国立大学がひどい。研修医によっては、未だに全く教育を受けてこないことがある。卒後緩和ケア研修会を受講しない。なんら罰則も報酬も無く受講する筈が無い。		緩和ケア研修を受けた医師の診療、処方料などに加算を設ける。	緩和ケアの卒前教育レベルを最低限以上を担保させる。国家試験における重点度を上げる。
648	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	岐阜県については、多少の状況を、緩和ケアを推進している担当者(サポートグループ)からは聞かされたが、行政からはなし。	緩和ケアがどのような病院で充実される予定なのか、現時点の状況など時間がなく話すこともできない。時間が必要。	緩和ケアがどのような病院で充実される予定なのか、現時点の状況など時間がなく話すこともできない。時間が必要。	緩和ケアがどのような病院で充実される予定なのか、現時点の状況など時間がなく話すこともできない。時間が必要。
649	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	薬物療法は 必須となるため チーム医療の中の薬剤師の存在価値は高いと思う。		医師の居宅療養管理指導と薬剤師の居宅療養管理指導とは本質的な違いがあることを理解していない方が多い。	
650	医療提供者 (協議会委員)	北村 宏	静岡	緩和ケアに関心のある精神科医を育成すること。			
651	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	口腔内の状態把握と改善を図ること(口腔ケアの導入)。	チーム医療の中に歯科医師・歯科衛生士を配備する。	口腔ケア等のメンテナンスの評価を位置づけること。	職種間連携体制の整備。
652	医療提供者 (協議会委員)		静岡	専属の医師が確保しにくい。緩和ケアを志す医師が少ないせいもある。公的な講習会を数多く開くとかして、講師となりうる資格を与えて指導医数を増やしてほしい。			
653	医療提供者 (協議会委員)		静岡	何となく、「麻薬投与」くらいの印象しかないが、携われるスタッフの数が少ない所が問題？			十分な人数の育成ができるように研修制度を設けたり、補助金の交付等が必要か？
654	医療提供者 (協議会委員)		静岡	積極的治療ができなくなったケースに対し早期に緩和ケアを行える施設が少ない。		早期緩和ケアの点数化。	
655	医療提供者 (協議会委員)		静岡	進行再発の時期にある患者さんが、家族と共に安心して在宅で過ごせるような、地域の面で支える医療システムを構築する必要を強く感じる。			在宅に関心を持っている診療所の先生が、チームを組んである程度のレベルの緩和ケアを提供できる体制作りが急務と考える。
656	医療提供者 (協議会委員)		静岡	緩和ケア診療加算に関する施設基準で、精神症状の緩和を担当する常勤の医師の規定は不適切であり、非常勤の医師とすることが妥当である。	緩和ケア診療加算は心療内科もしくは精神科医師を非常勤でも可としたうえで、500点くらいへの引上げが妥当である。		
657	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	チームで診てもやはり患者は主治医に頼るもの。主治医をサポートする緩和ケアチームでないと患者は頼れない。		病院で認定する緩和ケアチームの診療には、それなりの診療報酬を上乗せするべき。	認定制度は不要！
658	医療提供者 (協議会委員)		愛知	緩和ケアに対する医師、パラメディカルの意識が低い。関心も低い。		緩和ケアに関して、診療報酬を設定(緩和ケア病棟でなく一般病院での緩和ケアグループ活動に対して)。	がんの診療全てに緩和ケアが必要であり、がん治療を行う病院等医療機関で緩和ケアチームを義務化する。

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
659	医療提供者 (協議会委員)		愛知	汎用されている「治療」の多くは、過去の個人的な経験や著名人の主張によるものに大きく影響を受けており、科学的根拠による標準化された医療としては不十分と思う。また、化学療法や放射線治療などの「がんの治療」との有機的な連携に乏しいように感じる。			
660	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		増額を望みますが、「がん診療」全体として必要。	加算を付けてほしい。人材の確保が重要。	PCAポンプなど、高額医療機器を使えるようにしてほしい。
661	医療提供者 (協議会委員)	加藤 岳人	愛知	がん拠点病院に対し診断から治療、緩和ケアまですべてを求めているが、がんセンターを除けば、がんだけが診療対象ではないので厚生省が求めているすべてを満足する必要はないと考える。一つの病気ががんに関するすべてのことをカバーする必要はないと思う。その地域の2~3の病院郡(治療、診断、緩和ケア、ホスピスなど)で認めても良いのでは。			
662	医療提供者 (協議会委員)		愛知	緩和ケアとして提供される医療の多様性を確保する必要がある。	保坂先生の患者グループ支援のような研究に対して助成を増やし、試行する病院を経済的にサポート可能にすると良いと思う。	研究班等で効果の証明された医療行為に対しては、迅速な診療報酬上の対応が望ましい。	
663	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・緩和ケア病棟入院中でも放射線療法などを受けられるようコストの配慮をする必要がある。・緩和ケアチームは採算があわない。・精神腫瘍医の不足。	緩和ケアの医療従事者、中でも精神腫瘍医の育成。	緩和ケア診療加算のベースアップ。	がん診療連携拠点病院の質の評価看護師レベルでのスクリーニング、緩和ケア部へのコンサルトを一般化していくことでがん緩和における介入の不十分を軽減。
664	医療提供者 (協議会委員)	篠田 雅幸	愛知	緩和ケアに対する重要性の認識が深まりを見せていない。医学教育の中での充実を望みたい。			
665	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	制度全般が未整備。	緩和ケア従事者の育成を広く、大幅にやってほしい。	点数が低い。	
666	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	緩和ケアを行うスタッフが不足している。当院は緩和ケア病棟や緩和ケアチームがあり、比較的恵まれた環境であるが、このような条件の揃っている病院は少ない。緩和研修会が厚生労働省の監修によるプログラムで始まっているが、指定された講習時間が長く、休日をつぶして参加する医師には負担となっている。		緩和ケア研修会に参加し、終了証を得た診療所の医師には、緩和ケアの必要な患者を診療したとき、診療報酬上の加算をつけるべきである。これにより緩和ケア医療の普及につながる。また、症状緩和のための手術や放射線治療に対して診療報酬の増額を検討すべきである。	
667	医療提供者 (協議会委員)		三重	緩和ケア病棟、施設の拡充、充実。	県単位での必要ベッド数の確保。	十分な点数を。	人材育成制度の確立。

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
668	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	麻薬の使用に関する誤解が多い。がん治療の早期からの緩和医療の必要性についての認識がまだ薄い。	がん医療に携わる医師に対して行われている緩和ケア研修会への予算措置を行う。		医療用麻薬の安全性、必要性についての啓蒙活動を国、都道府県が推進すべきである。
669	医療提供者 (協議会委員)	玉置 久雄	三重	緩和ケアについても、「専任」「専従」の医師の確保が困難である。麻酔科の医師の育成が望まれる。			
670	医療提供者 (協議会委員)		三重	精神科医の不足。		・チーム医療として、精神科医、身体を診れる医師等の身分的縛りをゆるくして欲しい。	
671	医療提供者 (協議会委員)		滋賀			・緩和ケア病棟の点数をもっと上げるべき。	
672	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	専門職の教育が重要。	専門教育に予算を充てる必要あり。	専門職による治療について報酬を上げるべき。	専門制度の確立。
673	医療提供者 (協議会委員)		京都	DPC導入により緩和ケアを要する患者を、入院で診療しにくくなっている。			緩和ケア患者については「出来高払い」。平均在院日数計算対象外などの対策が必要と思われる。
674	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	精神科医師の緩和医療への参加が少なく、精神症状緩和が進んでいない。		外来緩和医療の診療報酬が算定出来ず、疼痛管理のみである。外来機能に薬剤師や看護師の診療体制を導入し、疼痛管理や症状緩和の診療報酬を取れるようにする。	緩和ケアチーム加算の取れるチームの条件から精神症状緩和医師の義務化をはずし、併任でも可とする。緩和チームで診療を行っている場合、薬剤師、看護師の診療報酬制度を確立させる。緩和ケア病棟でなく病床精度を導入。
675	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	緩和ケアは病院内のあらゆるところで実施されているが、診療報酬に反映され、加算される部分がまだまだ足りないと思われる。			本院は緩和ケア研修会をがん診療連携拠点病院として2回実施した。しかし、緩和ケアに対する認識の低さがまだまだあるように思われる。誰もが通る道だと思われるので、基本的な医学教育の中にもっと大きく組み入れる必要があると考える。
676	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	・精神科領域の医師不足でチームに兼任することもままならない。・医師が不足し、専従・専任可能な豊富な人材がある病院施設は少ない。		専従・専任での報酬だけでなく、その人材の報酬も確保できる条件をいれてほしい。	精神科領域の医師の育成が行政。
677	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	開業医の先生が緩和ケアに関与しやすくする。			資格をしっかりと公表できるようにして、診療報酬で加算を考える。
678	医療提供者 (協議会委員)	小林 研二	兵庫	緩和ケア専門医の育成緩和ケア認定看護師の育成。			
679	医療提供者 (協議会委員)		兵庫	『がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会』の開催が拠点病院には義務付けられているが、受講者にとって、受講したことによるメリットが無いため、開催拠点病院としては受講者の確保に苦慮している。実際、研修会開催の広報を行った時、他医療機関の医師(開業医含む)より「メリットがないのなら忙しいから・・・」との回答があった。メリットまたはペナルティの設定が必要と感じる。			