

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
837	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	開業医で、がんの疼痛コントロールの出来る医師が少ない。また、そのレベルが低い。在宅緩和ケアが可能となるには、マンパワーが必要だが、現状では難しい。にもかかわらず、国は医療費削減のため、在宅を勧めていることが問題だと思う。			医師会が、スキルアップのための研修会をするなど、努力してほしい。
838	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	患者が在宅医療が必要な時期になってから、初めて考えることになる。在宅医療については、患者がまだ元気なうちに検討し、準備することが大切である。特に、相談できる拠点病院の医療者、診療所などの在宅ケアをお願いできる医療者、患者仲間など増やしておくことが大切である。	相談支援頼める自分のネットワークをつくる。仲間を増やす。		
839	患者関係者・市民(協議会委員)	秦 榮子	愛媛	お医者様が少なくて病院でも大変、在宅は更に困難。	適切な予算を増額されたい。		より具体的に推進されたい。
840	患者関係者・市民(協議会委員)	松本 陽子	愛媛	地域差は広がるばかり。一方で有無を言わさない在宅への流れはとどまらず。心身の痛みを抱えたままの患者・家族が、医療資源の乏しい地域で置き去りにされている。			在宅医療資源の一元管理と情報発信。
841	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	・痛みは強いが在宅を強く希望する人が多いが、在宅で治療する人は痛みは緩和出来ずに亡くなる人が多い。・患者は在宅治療を希望している人も多いが、状態の悪化や痛みがうまく対処できるか、本人、家族とも非常に不安である。		在宅治療に対して診療報酬を考慮する。	在宅支援は体制が整うまで待ってられない、今困っている人に対しては、かかりつけ医・薬剤師などチーム医療で対応できるような体制を早急につけて欲しい。
842	患者関係者・市民(協議会委員)	高橋 和子	福岡	末期を自宅で。			
843	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	「在宅療養支援診療所」の拡充と地域間格差の解消。			
844	患者関係者・市民(協議会委員)			がん患者は在宅で看取られたい！という大前提があるが、果たしてそうだろうか？在宅医療整備推進の方向性は正しいのか？			
845	患者関係者・市民(協議会委員)			人的不足や山間部などの過疎地での対応が困難。			
846	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。		在宅の緩和医療を行う医師への診療加算をつけること。	
847	医療提供者(協議会委員)		北海道	医療依存度の高い患者が退院するにあたっては訪問看護、往診医の地域格差があり、看取りを含めた往診診療を行っている医師の不足を感じる。			

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
848	医療提供者 (協議会委員)	中村 路夫	北海道	在宅対応できる往診医の絶対的不足。インフラ整備の遅れ。			地域とのネットワーク(インターネットを通じた)の構築が必須と考えます。当院では、いわゆる「セキュリティポリシー」という言葉を盾に、インターネットを利用した外部との医療情報交換をするための手段を構築しようとする動きが封じられている。ウイルスや外部からの攻撃などがあると困るといのがいつもの上層部の返答だが、あと10年、20年後、ネットを使わない医療がありえるだろうか？であれば、もう今の段階から医療ネットワークを構築し、画像データ・採血データのみならず、ネットワーク回線を用いた会議・遠隔医療、処方、なども可能にするシステムを構築すべき。そうすることでがん治療に不慣れな往診医の先生にも的確なアドバイスを送ることができる。構築するためにはさまざまなクリアしなければならない問題があるが、ぜひ検討していただきたい。
849	医療提供者 (協議会委員)	上村 恵一	北海道	地域格差が大きく在宅移行できずに病院死してしまうケースが多い、絶対的に在宅緩和ケアをされる医師数が少ない、在宅支援診療所は負担にみあった診療報酬となっていない。	在宅支援診療所には国庫負担を行うべき。	在宅支援診療所は負担にみあった診療報酬となっていない。	
850	医療提供者 (協議会委員)		北海道	在宅専門の医師、看護師の不足。	既存の開業医や、基幹病院に緩和を期待するならば、何らかの補助が必要であろう。	往診料を上げる。	地域緩和指定を与える等。
851	医療提供者 (協議会委員)	有本 卓郎	北海道	連携が地方と都会で格差になっている。	当地では“マシュマロ作戦”として受け手の養成に努めている。大都市は受け手がごまんといる。	地域の受け手の報酬UPを図って欲しい(開業医先生など)。	医師会が地域のニーズとして取り組むべき。往診も大々的に復活させる。
852	医療提供者 (協議会委員)		北海道		訪問診療の点数を上げる。在宅でのリンパ浮腫やがん治療法(WHO)などの指導、訪問理学に診療報酬をつける。	困ったときのショートステイ、デイサービス、デイホスピス、ヘルパーや食事(給食)の充実。	
853	医療提供者 (協議会委員)		北海道	医療機関との連携問題(必要な時に必要な人、モノ、場所などの提供ができるか)患者本人と家族の間での在宅医療に対するとらえ方の違い。(特に子が親の介護を行う場合)在宅を支援する地域の診療所、訪問看護ステーション、介護ステーション等の医療、介護機関がサービスを提供するにあたって診療報酬、介護保険制度、行政の支援などは現状で十分なのか。在宅医療と地域のホスピスとの連携体制は十分か。		重点的な配分。	
854	医療提供者 (協議会委員)	晴山 雅人	北海道	在宅緩和ケアの医師が少ない。			現在の開業医に対し適切な教育を行い増加させるべきである。

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
855	医療提供者 (協議会委員)		北海道	価値観にもよるが、重要な課題である。今なお、がんは致死的であることは知っていただく必要があると感じる。その上で、どう生きるかが大事なのであるが。			
856	医療提供者 (協議会委員)		岩手	在宅終末医療に要する体制やエネルギーに対する評価が全般に低い(医療、介護)。		在宅事業者やこれを支援する医療機関に対する報酬を手厚くする。	
857	医療提供者 (協議会委員)		岩手	在宅専門医療スタッフの数が少ない。	在宅医療予算のアップ。		
858	医療提供者 (協議会委員)	中山 康子	宮城	訪問看護師が増えないので、現在でも依頼があっても断らなければいけない状況にある。訪問看護師の待遇が病院勤務よりも大幅に下がるため、キャリアをもった看護師が集まりにくい。介護力が低いケースや老老介護などのケースが増え、在宅で医療管理はできて生活が難しくなるケースが目立ってきた。	訪問看護ステーションの看護管理者1名分の人件費を補助する(現状の訪問看護ステーションの収入は訪問して収入になるため、看護管理者は管理よりも実践をせざるを得ない。10年勤めた看護管理者は燃え尽きている。そのような先輩を見て、訪問看護は関心があっても目指す人は少ない)。	介護福祉士の待遇をよくする。介護者が高齢であったり、疲労している場合は、家族が居てもヘルパーが使えるようにしてほしい。看取りを長時間でも一緒にしてくれるヘルパーがいたら独居などのケースも選択肢として在宅が選べる(自己資金を持っている人は今でも自費でヘルパーを雇っているが、自己資金を持っていないケースは年金だけでは在宅で看取れない)。	がんの在宅緩和ケアでは、医療と福祉(介護保険)が両輪。病院にケアマネジャーが退院前の相談や調整に何度も足を運んでも、月の収入は変わらない。退院前共同指導加算は診療報酬のみにしており、福祉関係者は病院に退院前のカンファレンスに参加をしているが無償で交通費も出ていない。がんの場合は退院前のカンファレンスを開くことが必要なので、介護保険の業種にも報酬をつけたほうがよい。
859	医療提供者 (協議会委員)		宮城	在宅医療指定医の国家資格制度化。			
860	医療提供者 (協議会委員)		宮城	終末期医療に対する日本人のコモンセンスがないので、ケースバイケース。担当する人間にがんの専門家を配属できる施設がほとんど無い。			
861	医療提供者 (協議会委員)		宮城	在宅に移しても、臨終の際には病院で迎えると希望される家族のケースが少なくないので、基幹病院のバックベッドの確保が困難。			在宅で看取ることの一般人への教育(デスエデュケーションのようなもの)の導入(がんに罹患する前から)。
862	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	地域や病院施設内によって格差が大きい。また、在宅医療は医療と介護の双方の協力が重要であること、医療の中でも専門性をもった医師、薬剤師、訪問看護師の協力と連携病院の存在がかかせないことなど具体的な必要性ははっきりしている。このシステムをどのエリアでも展開できたら更に充実が図れると思う。	地域の拠点病院が核となって周辺の開業医を育てることが方法としては早い。医師会だけではなく在宅関連の事業所や連絡会(たとえばケアマネジャー協会のような)各方面との協働が望ましいと思う。場所の提供があれば当地域では基幹病院の会議室をかりて定例の研修会を行っているが…。	病院からの退院時調整に診療報酬が付いたことはスムーズな在宅移行のためにも非常に評価できる。ただ、最近では重症事例が多く遠路調整会議に出かけても退院できず何も発生しないことがままある。退院時調整を行うタイミングを読み違えているかもしれないという病院側とも双方での自己反省である。	在宅末期総合診療量などを算定することで少しでも患者さん負担の軽減を図ろうと思うと重症事例ほど医療機関の持ち出しが多くかなり疲弊してくる。患者さん負担にはならない重度評価というものは考え方として不可能なのだろうか？また、都市部と郡部では患者さんの捕まえ方に差異があり各事業所ごとへの金銭負担感を強く感じる傾向があるようだ(ちなみに当地は農村地帯)。

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
863	医療提供者 (協議会委員)		宮城	地域格差が大きい在宅で医療は受けられるが介護面が整わない場合がある。費用負担が大きい。特に若い方の場合は、入院でも在宅でも高額療養費の負担額が同じなため、高額な費用負担+家族負担(身体的精神的)を考えると踏み切れないケースがある。介護保険内ではどうしても、日中の短時間の介護となり、目が離せない状態の場合、負担や不安が大きい。がん患者の場合、ターミナル時期になり、状態が悪化しても、トイレに何とか歩いている場合、介護保険になかなか反映されない。ADL低下のスピードに介護保険が追いつかないケースが多い。介護保険サービスをコーディネートするケアマネジャーのがん患者に対する理解に差がある。教育が必要。独居や身寄りのない方など、在宅が困難な場合が多いため、施設での看とりが必要だが、施設での看とりは施設側の理解が不足している。また介護保険施設の医療費の扱いの問題もあり、高い薬(麻薬)などの負担の問題で引き受けてくれない。血液内科の患者の場合、輸血が必要などの理由で引き受けてくれるところがない。	訪問看護ステーションの整備のための補助、看護師確保のための補助、都市部以外での訪問診療整備のための補助。		がんのターミナルで状態が悪くなることが主治医意見書に記載されていたら、自動的に要介護4~5と認定することが必要。それでも介護面では不足することが多い。高額療養費の患者負担額を乳より在宅(入院以外)を安く設定し、患者の負担軽減を図る。
864	医療提供者 (協議会委員)		秋田	在宅における看取りを推進するためには、24時間体制が必要であり、地域の医療関係者の連携が最重要課題。	地域連携会議の予算化。		
865	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	在宅緩和ケアの専門医、医療スタッフ、在宅緩和ケアを行う医療機関の不足。	在宅緩和ケアの専門医、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。在宅緩和ケアを行う医療機関の運営のための様々な財政上の優遇措置を行い、在宅緩和ケアを行う医療機関の充実を図る。	在宅緩和ケアの診療報酬の向上。	
866	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	一般市民の在宅療養に関する知識が乏しい核家族世帯の多い現状では、在宅ケアの推進は非常に困難である医療機関に入院するよりも、在宅医療のほうが、経済的負担(本人・家族の)が遙かに高い。	在宅療養施設の増床(ケアハウスなどのカテゴリーを充実させる)。		
867	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	当院は訪問看護と連携で行っている。診療報酬の改善は評価いたしますが、開業医の方々にあまり浸透していないようだ。またもう少し制度改善をお願いしたい。たとえば細部だが、処方薬や持続注入のポンプ内注入薬を届けられないので家族が取りにくるしかないとか、当地方は対象患者さんが広い範囲に散在しているので、訪問診療を面積で評価するとかを評価していただきたい。		前記	拠点病院に、医師を派遣して、地域連携を専任でさせることができればいいのであるが。
868	医療提供者 (協議会委員)		秋田	在宅で看取りたいと言う人は増えてくると思われる。		開業医が一人で見ていると大変なので、急変時の対応やグループでの診療できるような診療報酬面での対応を望む。	

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
869	医療提供者 (協議会委員)		秋田	診療所医師に使命感をもたせること。			
870	医療提供者 (協議会委員)		山形	在宅医療を国民の多くは希望している。無駄な治療も希望していない。	シームレスな緩和連携システムをしている医療圏には援助をする。	在宅医療するDrへのインセンティブを増やす。	看取りはDrでなくNsでも可能にする。現制度ではDrが過労死する。あくまでも、緩和ケア病棟は、心のケア、傷みのケアで落ちついたら在宅緩和に移行する中間施設にすべきである。
871	医療提供者 (協議会委員)	新澤 陽英	山形	先ずは在宅緩和ケアの前に在宅医療の充実、適正化がなされていない。特に、地域によってはまったく在宅医療を行っていないところが多くある、あるいは不十分などが多いのが問題である。また、報酬にしても医師や看護師など一部に厚く、介護士などには薄い現状で果たして在宅医療が所期の目的を果たしているのか、単に診療報酬目当ての在宅医療でないのか疑問におもっている。	介護士など医師、看護師以外の在宅にかかわる医療従事者に報酬をモチベーションと雇用創出の立場からあげるべきと考える。	在宅医療を行っていない地域があるので、ある意味でかかりつけ医が在宅医療を行っていない場合には診療報酬の減額も念頭に置くべきではないか。	在宅医療(グループホームを含め)を実施するための医師会に対する責務を負わせる制度を作るべきと考える。
872	医療提供者 (協議会委員)		福島	在宅緩和ケアを提供できる医師の分布に地域差が目立つ。			緩和ケアのスキルを持った医師が満遍なく配置されるような体制を整えてほしい。
873	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	治療・介護(緩和ケア)が地域で安心して行えるようになっていないことが知らされていない。	県・市町村が公開し、一元的に管理してはどうか。		
874	医療提供者 (協議会委員)		福島	手術後、または手術適応でない患者のフォロー体制が弱い。在宅医の養成、在宅ケアができるコメディカルの養成が急務。			麻薬処方にな慣れない医師が相談できる「緩和ケア処方・24時間相談窓口」を設置する。ここでは、患者この容態に合わせて、処方設計などのアドバイスを行う。麻薬の使用促進にもつながるため、メーカーに一部経費負担を負わせる。
875	医療提供者 (協議会委員)		福島	当院を含め、現在在宅緩和ケアを進める医療機関は多くなっているが、まだまだ在宅緩和ケアの施設が少ないことを考えると急変した場合などの患者家族のフォロー体制が患者や家族の不安となっているのではないだろうか。			
876	医療提供者 (協議会委員)		福島	在宅緩和ケアをすすめるには、ご家族の理解と協力が不可欠だと思うが、家庭や地域にも色々な事情があり、すすんでいかない現状が多々あると思う。高齢、過疎、山間、医師不足などの中ですすまない地域には大きな問題だと思う。			
877	医療提供者 (協議会委員)		茨城	地方では地域のリソースが希薄。		地域リソースの薄いところは、うんと高めに設定し、在宅医、訪看を増やす。	
878	医療提供者 (協議会委員)	齋藤 浩	茨城	現況の日本において在宅ケア可能な条件を有する家庭はほんの一部と考えられる。	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。
879	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がんの在宅では、介護度が難しい。			今後、がん患者は増加するので、がんの在宅は別に設定する。

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
880	医療提供者 (協議会委員)	橋詰 寿律	茨城	在宅医療中に症状が悪化した際の緊急時の往診医や緊急入院などの施設の整備が必要。往診医および緊急入院施設などの絶対数あ不足している。			夜間専門病院などの設置
881	医療提供者 (協議会委員)		茨城	在宅医療に従事する医師や看護師が足りない。		在宅医療の従事者配備に対し、診療報酬を上げる。	
882	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	在宅で診察していただける開業医さんが非常に少ないため、緩和ケアの病診連携が出来ない。			開業医さんにもっと積極的にがんにかかわっていただける制度を。
883	医療提供者 (協議会委員)		茨城	患者教育が重要。			
884	医療提供者 (協議会委員)	神田 尚子	茨城	在宅緩和ケアを行うことができる医者が少ない。			医師が在宅における緩和ケアを行える免許制度。
885	医療提供者 (協議会委員)		茨城	在宅ケアを行う医師不足。			地域ネットワークの強化。
886	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	小児の在宅緩和ケアは、患者が少ないため、効率が悪い。協力医も得られにくい。			
887	医療提供者 (協議会委員)		茨城	在宅を行なうにしても、家庭での介護力が不足している(老老介護、独居など)。			育児休暇のような「介護休暇」の制度があるといいかもしれない。
888	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	地域ではまったく社会的資源が不足している。			多くの場合がん終末期は急速に病状が悪化する。深夜や週末に介護の人手が確保できるだけで不本意な救急車搬送や入院をせずに過ごすことが出来る場合もあると思う。居住地域で24時間365日の相談手配の窓口があり緊急の介護力の確保を維持できれば在宅が続けられる方も多いのではないと思う。
889	医療提供者 (協議会委員)	越川 千秋	栃木	在宅医療を受けている患者の多くは、薬剤の管理が十分ではないと思われる。薬剤の管理は在宅医療の中では1部分でしかないが大変重要である。亡くなった患者の家族から「麻薬が残っていた」といって病院に麻薬を持参してくることが多い。資源の無駄を感じる。緩和ケアでも無駄(特に薬剤など)があるのではないと思う。			在宅における薬剤の管理に薬剤師を使わない手はない。在宅医療に薬剤師を活用することが、高齢社会の医療の合理化及び医師、看護師不足を補う手段の1つである。
890	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	職員が足りない。	職員の生活を保障すること。	上に同じ。給料の増額が最低の対策。	一般職の禁止行為の範囲を狭めること。
891	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	末期がん患者を往診してくれる開業医や看取ってくれる開業医が少ない。		往診の加算をつけるといいと思う。	

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
892	医療提供者 (協議会委員)	向田 良子	埼玉	・在宅緩和ケア・ターミナルケアに関わる医師・看護師不足。・在宅ターミナルの場面での看護職の裁量権が制限されている。		・診療報酬上の評価を上げること。	・在宅での看護職の裁量権の拡大(薬の調製等)。
893	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	在宅医療が難しくなっている(核家族化、地域の医療機関の介入が少なくなっている、報酬が少ないため人的にも不足が著しいなど)ため人、金、物が中が充足するような制度に変えるべきである。	多くすべきであるが財源はどこから出るのか。	関係する部署に診療報酬を厚くすべきである。	在宅医療における地域医療機関の役割を明確にすべきである。
894	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	・在宅医師(往診医)不足・麻薬を扱える医師の不足・麻薬を在宅へ持ち出せない施設が存在。			
895	医療提供者 (協議会委員)		東京	在宅医療の整備は必要と思うが、終末期ケアなどは、むしろ医療施設で実施した方がメリットが大きいと思う。家族の負担増、独居高齢者の増加、家族への教育、などなど考えると、費用対効果も低いと思う。			
896	医療提供者 (協議会委員)		東京	在宅医療の推進は、患者の家族に多大な負担を荷く、家庭崩壊を招く。			
897	医療提供者 (協議会委員)		東京	充実すべき。在宅で看取れる体制を。			
898	医療提供者 (協議会委員)	中西 一浩	東京	在宅医療の展開には、地域連携が不可欠であるが、その為には行政のバックアップが必要。行政が、医師会との連携等に配慮していただく必要がある。			
899	医療提供者 (協議会委員)	岩瀬 理	東京	かなり、絵空事のように思われる。まず、開業医の体制の組み直しから必要と思われる。開業医には、一定の比率で往診診療を義務付けつなどしない限り、在宅医療に取り組む開業医は一部にとどまると思われる。	在宅医療に関する、予算措置は把握していない。	診療報酬では、メリットをつけているかもしていないが、個人でまかなえる仕事量ではないため、参加する開業医がふえないのではないか。	地域の開業医のグループ化、ネットワーク化を進め、在宅医療を準義務化にしないと、圧倒的に受け皿が足りないのではないかと。
900	医療提供者 (協議会委員)		東京	重症患者を受け入れている在宅医が少ない。		重症度に応じた診療報酬の導入。	学会を絡めた医師の再教育システムを構築する。
901	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	30万人以上が亡くなっている現状を考えると在宅緩和そして看取りは地域医療と組んで進めるべき。利潤が上がるくらいにしないと前進しない。	当面は医師会と組んで、対策を練るような予算を組む。あまり、行政指導では続かない。	在宅医療は医療費全体から見ても進めるべき体制なので、少し高めでも診療点数を増やす。行き過ぎれば是正すればよい。	医師だけでなく、教育されて資格のある看護師でも最後を看取れる体制を作る。海外では資格のある看護師が死亡を確認して死亡診断書を出せる体制ができています。医師、看護師、家族などのチームで医療が進むべき道である。
902	医療提供者 (協議会委員)		東京	急性期病院の受け皿として在宅医療をさらに充実させる必要がある。		終末期の患者に対する在宅診療に対する報酬をあげるなどの対応が必要。	

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
903	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	・組織が小さいので職員の教育研修に時間が取れないし、資源もない。・緩和ケアのスキルを持つ看護師の不足。・緩和ケア≒終末期看護には診療報酬がつかない(不足)・病院の連携窓口がバラバラで情報共有ができない(病院組織内の問題でも地域の問題となる)。・開業医の緩和医療・ケアに関する知識不足。	・地域で働く医師、看護師の教育に予算化。	・終末期の看護に関する診療報酬を増やしてほしい。往診医、指示医に点数がつくが、実際に何度も足を運ぶ訪問看護師にはなにもつかない。・退院時共同指導料の引き上げ。・ターミナル患者の退院調整や退院に向けての医療処置指導の点数化。	
904	医療提供者 (協議会委員)		東京	病院と在宅医療機関とのネットワーク構築。		クリティカルパスの診療報酬化。	
905	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	在宅医療を行う医師が少ない。病院と在宅医との連携が悪い。	連携医療に対する評価を上げる。	病診連携、相談支援などに対する点数をつける。	かかりつけ医が在宅医療に向かえる制度をつくる。
906	医療提供者 (協議会委員)		新潟	在宅医療をする開業医がほとんどいない。	予算の増額。	診療報酬で高点数をつけてほしい。	
907	医療提供者 (協議会委員)		新潟	在宅緩和ケアを志す医師は確かに増えているが、地元医師会の協力は必ずしも十分ではなく、個人的負担がかなり大きい。在宅療養支援診療所の申請と、実際の在宅医療への熱意が必ずしも一致していない。			
908	医療提供者 (協議会委員)		新潟	緩和ケアのところで少し触れた。			
909	医療提供者 (協議会委員)	富所 隆	新潟	在宅でのケアの成否を握るのは、訪問看護の善し悪しです。必要時に訪問看護が何回でも入れるようにしていただきたい。同時に看護に対する報酬の見直しと、患者負担の軽減を図っていただきたい。			
910	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	対応できる病院・開業医は増えていると思うが、地域格差が大きい。訪問看護ステーションも同様である。緊急時に受け入れる急性期病院との連携がネットワークになっていない。			地域の開業医と急性期病院、緩和ケア病棟、介護施設などのネットワークは必要である。個々のつながりではなく、地域としての取り組みができる。
911	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦廣	富山	現在地域連携パスを作成中であり、少しずつ改善に向かうと思われるが、在宅をみて貰う開業医が少ないのが現状。			
912	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	在宅に一生懸命取り組む先生方を応援する施策を。		もっと在宅緩和ケアに十分な報酬を。	
913	医療提供者 (協議会委員)		石川	地方の病院にはまだ、緩和ケアチームなどの提供体制が不十分などが多い。病院と在宅支援施設が交流する場が少ない。	大学病院の緩和ケアチームが地域病院に向けて勉強会等を行った場合には、一定の予算づけがされるようにする。	「退院前カンファランス」診療加算がつくことを周知徹底する。	病院や在宅支援施設とのインターネット回線で情報が共有できるようなシステム普及。



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
914	医療提供者 (協議会委員)		石川	医療費が安い、在宅にいかない。	医療費(入院費)を高くする。逆に、ホスピス(緩和ケア病院)を増やしたり、(がん末期に対する)介護保険のさらなる充実。各種在宅サービスの充実。在宅医の手厚い保障。	在宅加算。病院の退院調整加算。	在宅のよさをもっともっとアピールする。
915	医療提供者 (協議会委員)	大平 政樹	石川	地域医療に取り組む開業医との連携しかない。		手厚くすべき。	病診連携をもっと制度的にバックアップすべき。
916	医療提供者 (協議会委員)		石川	ケアマネージャーの数と質がともに不十分。	ケア担当会社の税制上の優遇、ただし管理をしっかりさせる。	ケアマネージャーの報酬を上げる。	公共事業著減のため壊滅的打撃を受けている土建関連会社員を動員、教育する。東南アジアなどからの受け入れを増やす。
917	医療提供者 (協議会委員)		福井	がん患者の本音は在宅で最後を迎えたいと考えているのに、家族環境や在宅緩和ケアが可能になる環境が不十分である。	医療や福祉に関する予算を拡充する。	在宅緩和ケアがより長い期間可能となるように、かかりつけ医や看護師・MSWの在宅往診などの点数を上げる。	
918	医療提供者 (協議会委員)	片山 寛次	福井	在宅支援施設は有名無実。開業医師の能力に差がある。地域に紹介しようにも任せられる開業医がきわめて少ない。		在宅支援施設には緩和ケア研修と栄養管理研修(TNTなど)を必須条件にして報酬を大きく加算する。	開業医でグループで支援センターを設営できる、導く、制度をつくる。在宅診療の一部を薬剤師(TPNやオピオイド処方、栄養管理など)、歯科医師(栄養管理、嚥下訓練など)に任せられるようにする。
919	医療提供者 (協議会委員)	橋渡 智美	岐阜	「緩和ケア」と同様に、在宅医療が総合病院と開業医との連携で行われるといいと思うが、この件も時間が取られてないため話す時間はない。時間が必要。	もう少し現状の状況を説明してもらい、そこから何ができるのか何をしないといけないのかを、患者中心となって話す時間を取ってほしい。	もう少し現状の状況を説明してもらい、そこから何ができるのか何をしないといけないのかを、患者中心となって話す時間を取ってほしい。	もう少し現状の状況を説明してもらい、そこから何ができるのか何をしないといけないのかを、患者中心となって話す時間を取ってほしい。
920	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	薬剤師の訪問服薬指導・居宅両様管理指導の周知を図っていますが 現実的にはなかなかです薬剤師が患者の居宅を訪問・指導できることさえ ご存知無い方が多いです			
921	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	口腔内の状態把握が現状では不十分である。	緩和ケアチームに歯科医師・歯科衛生士が参加できるように予算措置を講ずること。	歯科診療報酬の中で評価できるようにすること。	医科・歯科連携の推進。
922	医療提供者 (協議会委員)		静岡	自宅での家族による看取りが、正常または通例であるという具合に国民の意識をもっていく。そうでなければ、病院で亡くなるのが当たり前という現状がかわらない。			
923	医療提供者 (協議会委員)		静岡	在宅だと、どうしても家族の負担が大きくなってしま(イメージがある)事。			
924	医療提供者 (協議会委員)		静岡	1.病診・診診のネットワーク作り。2.外来からの在宅支援加算。3.診療所が在宅緩和ケアに取り組む際のハードル(麻薬・診材の在庫、シリンジポンプの償却費)。			

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
925	医療提供者 (協議会委員)		静岡	緩和ケアとも重なる問題だが、地域を支える緩和ケアや在宅医療は、地域の診療所の先生方がチームを組むことにより初めて支えてゆけると考える。そのチームを誰が中心となって作ってゆくのが、診療所の先生方が納得するのか？行政化、医師会か、地域中核病院か、そこが問題かと思う。			
926	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん終末期状態での管理は、病院入院中であっても容易ではなく、緩和ケアチームの存在が重要な役割を果たす。まして緩和ケア専門医師を除く一般の診療所医師では、在宅緩和ケアに難渋することが想定され、病院との緊密な連携が不可欠である。また訪問看護やヘルパーのがん専門性を認定し、質の高い在宅緩和ケアをめざすことが必要である。			
927	医療提供者 (協議会委員)		静岡	緩和ケアを行ってくださる(往診含む)開業医が少ない。退院後、麻薬の管理を含めて対応してくださる開業医が少ない。緩和ケアにとどまる話ではないが、病院と地域の連携がまだまだ不十分であるように思う。薬局の事はここでは関係ないが、麻薬の処方を取り扱っていない調剤薬局も多い？		在宅緩和ケアに対する診療報酬があがれば、ターミナル期の患者様のフォローを受けてくださる開業医が増えるのではないかと思う。	
928	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	在宅緩和ケアはすすめるべきだが、家族は不安があり実際には家族には相当の負担がかかる。家族の安楽のためには、必要ときは連携病院へすぐに転院できる体制を作る必要あり。	在宅医療の家族一部援助を。	在宅患者が急変等々で家族が急な入院を要求した時は、受入れ病院へ制度上の優遇措置を設けるべき。	
929	医療提供者 (協議会委員)		愛知	在宅でがん治療を受けようとする患者および家族の意識が低く病院に入院しよう、もしくはさせようとする傾向が強い。		がん治療を行う病院等医療機関に診療報酬を設定する。	がん等入院治療費をもっと高くする。安易な入院をできないようにする(必要と認められれば患者負担を軽減し、必要性が認められなければ、補助しない。その決定を行う審査機関を設置する)。
930	医療提供者 (協議会委員)	戸澤 啓一	愛知	往診・訪問可能な緩和ケアチームが少ない。		往診・訪問可能な緩和ケアに対する診療報酬をさらに加算を増やす必要がある。	
931	医療提供者 (協議会委員)		愛知	緊急時や時間外に十分対応できる施設が少ない。			
932	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知			特に在宅医の先生への報酬増が必要と思います。	法律面の整備を急いでほしい。医療訴訟から守ってほしい。
933	医療提供者 (協議会委員)	加藤 岳人	愛知	在宅医療についても都会では必要性が高いと思いますが、地方では無理して在宅にもっていく必要のないケースが多々あると思います。			
934	医療提供者 (協議会委員)		愛知	住環境の整備が伴わなければ推進が難しいと思う。	バリアフリーや看護ステーションとのアクセス、緊急連絡装置の設置など、がん患者の居住に適した賃貸住宅建築に助成金を出し、進行がんの患者がその施設を利用するときには補助をつける。		

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
935	医療提供者 (協議会委員)		愛知	・不十分な病診連携・精神症状への対応が困難・往診制度の非効率性。	病診連携システム構築への研究費の拠出。	家族からの相談をコスト化。	公的病院からの往診を可能とする制度中核病院のごく近隣に往診を一括化できるような患者が中期的に居住可能な施設を承認する。
936	医療提供者 (協議会委員)	内藤 和行	愛知	地域連携とうまく連動していない。			社会一般(国民)、開業医への啓蒙が必要。
937	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	在宅で緩和ケアを行うときには家族の協力が必要。ときには家族の仕事に影響が出てくるため、在宅加療に踏み切れないケースがある。在宅加療時において急変した場合、対応できる体制があることが医療側に求められるが、診療所の医師が一人に対応するには無理がある。	在宅訪問診療・訪問看護を行うにあたっては必ず車両が必要。車両購入や更新に対して補助金があるとよい。	訪問診療に対する診療報酬は低額に抑えられており、増額を望む。病院のスタッフが診療所の医師やホームヘルパー、メディカルソーシャルワーカー等と連携をとっているときには診療報酬加算を設ける必要があると考える。ただし、共同でカンファレンスを開催しているとき、などという要件で制約すべきではないと考える。	患者ではなく、家族に対して…在宅医療を行っている患者と同居している勤労者に対して減税処置が望まれる。
938	医療提供者 (協議会委員)		三重	関連職種の教育、研修制度。			
939	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	がん拠点病院と在宅ケア医との医療連携が遅れている。	地域連携ネットワーク構築のための予算措置を行う(IT化のための補助金をつける)。	がん医療の地域連携についてはがん種にかかわらず連携加算をつける。	
940	医療提供者 (協議会委員)		三重	・地域連携パス達成には情報ネットワークが必要と考えるが、資金的に困難である。		・訪問看護、夜間(24時間)看護等に対し、高い報酬を出すべき。	
941	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	在宅医療専門のステーションを作って、それと一般病院とのタイアップを図る方向性を模索する必要がある。他の疾患の医療と緩和ケアを同時に行える病院は正直少ないし、現実的ではない。	ステーションの設立に予算を使うべき。		緩和ケアステーションと一般病院との連携システムの構築。
942	医療提供者 (協議会委員)		京都	診療報酬の制限のため、十分な加療が受けられていない方もおられるようだ。		見直しが必要と思われる。	
943	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	がん診療を行える開業医が不足。特にガン末期を重症と捉え診られないように考えている。在宅看取りを推進しても最終病院へ希望されたり、急変時救急対応される場合にその受け入れ体制がない。開業医や家族に対するレスパイト制度がない病院と開業医の連携をさらに進める必要あり。		ガン末期開業医からの入院依頼に対する報酬制度レスパイト入院に対する報酬制度通院緩和外来に報酬をつける。	開業医のがん診療の義務化と、がん診療報酬のUP。DNAR時の救急診療体制の確立。
944	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	往診が出来て全身を管理できる在宅医の育成が急務であるとする。高齢者の増加とともに在宅で考える人が顕著に増加している。急性期病院から在宅への移行をスムーズに行うためにも、前記の課題を解決する必要がある。			

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
945	医療提供者 (協議会委員)		大阪	在宅緩和ケアの充実のためには、患者急変時にスムーズに入院加療ができる、救急医療体制の整備が必要になってくる。したがって、救急医療を充実すべく、診療報酬や予算面での配慮を希望する。少なくとも、今のDPC制度では、救急医療は赤字を免れない。			
946	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	在宅支援の在宅医の資格を安易に与えず、現実では24h対応の緩和医療の可能な在宅医が極少数に限られている。			緩和医療についてのある程度の知識・技術の習得を制度で定める必要あり。
947	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	在宅医療に取り組む医師、看護師の不足。在宅医療患者の緊急時のためのバックアップ病床がない。在宅医療を行う医師が相談出来るシステムがない。訪問看護ステーションの不足、人員の不足。在宅医療に関する国民への啓発事業が少ない。	緊急時のバックアップ病床を確保するための予算。国民への啓発事業のための予算。	在宅療養支援診療所と一般診療所で往診や在宅医療に取り組んでいるところの、診療報酬上の格差をなくすべき。	在宅療養支援診療所の指定要件を緩和。看護師の再就職支援、特に訪問看護師の養成地域全体で在宅医療の推進に取り組めるように行政がイニシアチブをとる。在宅医療に関する国民への啓発事業を行う。
948	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	実際問題としてやってみないと分からないのが現状。どれくらいの患者がいて、どれくらいの実施医療機関が手を挙げるのかも不明で、実態はつかめていない。			
949	医療提供者 (協議会委員)	森 一成	和歌山	在宅看取りを予定していても、いよいよ最期になって救急入院搬送を希望されるケースがある。			地域医療支援病院等において、開放病床を提供し在宅終末期がん患者救急搬入の受け入れ体制も整備してゆく。
950	医療提供者 (協議会委員)		和歌山			24時間対応で看取りができる診療所には高い診療報酬を付けるべきである。	
951	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	在宅で最後を迎えたいと希望していても、病状悪化で入院を希望するケースが多い。			家族のケア、家族の理解を深めるなどのシステムが必要ではないか。
952	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	地域での連携が十分ではない。			
953	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	開業医の教育不足。訪問看護師も同様。			
954	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	在宅療養支援診療所間の連携が進まない。		中核施設の医師や看護師による診療支援に対する報酬を新設。	
955	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	診療所のDr.で緩和ケアができるところが限られてくるし、在宅医療者側のマンパワー不足により家族の不安が払拭できず最後まで病院という事が多い。			
956	医療提供者 (協議会委員)	川嶋 寛昭	和歌山			アップ。	
957	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	地域の開業医の在宅緩和ケアの医療レベルが低い。そのモチベーションも低い。手がかかるからいやがる。			
958	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山			診療報酬の確立化。他の訪問診療と区別をつけていただきたい。	

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
959	医療提供者 (協議会委員)		和歌山			前記同様、緩和ケア研修修了者へのメリットを明確につけてほしい。	
960	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	田舎なので独居老人が山奥に住むパターンが多く、なかなか在宅にはもっていけない。DPCでは病院持ち出し。このような場合田舎の病院はどうしたらいいのか？		山奥には診療所もあまりない。病院から出張で往診に行くなどすればもう少し在宅で過ごせる患者さんもいる。そういう制度(手当つき)があれば、もう少し往診に行っていたらいいかも。診療圏が広く人口がまばらな田舎ではなかなか対応に苦慮する。一軒回るためにかかる時間が・・・過疎地には過疎地のやり方を考えてほしい。全国一律は無理である。	田舎なので独居老人が山奥に住むパターンが多く、なかなか在宅にはもっていけない。DPCでは病院持ち出し。医療ニーズの高い高齢者用の集合住宅のようなものを村単位に置いてもらえば、在宅医療・往診も楽に進むと思う。
961	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	在宅ケアを担当する家族への何らかの経済的支援制度の充実。			
962	医療提供者 (協議会委員)		鳥取	1. 在宅医療をすすめるには、24時間体制の訪問看護ステーションと往診医が少ない。 2. 若年がん患者に対する、介護認定が40歳未満には適応されない。在宅で看取りを望んでいる患者には、介護用品や人的資源が必要になり、介護認定制度の適応が必要である。がん患者に年齢制限を設ける必要があるのか？		緩和ケアを行う往診医、訪問看護ステーションに対して診療報酬の改定を行う。	がん患者に年齢制限を設けない。
963	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	入院での1人の患者への、医療スタッフに関わる実際の時間は極めて短い(個室患者への医師の訪室時間は10分以内、看護師の訪室時間は30分程度)。この程度の役割は訪問看護、近所のおばちゃん、家族、往診医で十分可能(患者を在宅で看れる地域造りが重要)。			
964	医療提供者 (協議会委員)		岡山	プライマリケアに携わる専門職が少なすぎる。プライマリケアに携わる人達へのがん医療の教育が不十分で、治療をしながら在宅療養を続けることへの困難がある。病診連携ができていないし、患者も望んでいない場合が多い。ぎりぎりまで治療を継続するため、緊急受け入れ先の確保が困難である。			
965	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	診療報酬点数を増やすと、それは利用者の負担にもつながる。利用者の負担が増えずに、ケアをする側の収入が確保される妙案を出したい。たとえば、点数のみでなく、保険で上乗せの支払いを可能にできないか。		施設で看取った時には、点数をつける。	介護施設などで看護師しかできないことを減らして、ヘルパーでも一定の研修を修了した者には施行可とするようにする。日中は看護師がいるが、夜間は看護師がいないこともあるので、もっと在宅が広がるように法も整備していただきたい。
966	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	わからない。			

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
967	医療提供者 (協議会委員)	篠崎 勝則	広島	在宅緩和ケアの展開では、介護保険制度の適応が重要となる。ただ介護認定基準は特定疾患(慢性の経過をたどるものが多い)における介護度に基づいて行われるため、がん終末期のように患者の状態が月単位で増悪するような場合は十分に活用できない(介護認定の迅速かつ適切な実施)。また各市町村やケアマネージャの資質により、介護認定の度合いにも違いのある場合もある。がん終末期における介護保険制度の透明かつ迅速・適切な運用は、在宅緩和ケアの推進には必要不可欠と考える。		外来通院から在宅ケアへの移行時の診療報酬加算の増設。	厚生労働省によるがん終末期における介護保険制度の指針の整備や広報ならびに各自治体の調査。
968	医療提供者 (協議会委員)		広島	病院⇄在宅とケアの主体が移行する時の情報交換が不十分なことが多い。お互いが他方のシステムや制度についてよく理解していないことが原因と思われる。			病院、在宅療養の両面を熟知して、具体的なプランを提案できるスタッフを持つ相談センターがあるとよい。現存の病院の相談支援センターは往々にして退院させるための段取りに焦点があたっているように感じる。
969	医療提供者 (協議会委員)		広島	在宅医への報恩概念が乏しい。	緩和ケアチームが在宅医療も関わる。拠点病院の指定要件に緩和ケアの充実があっても診療上の見返りがなければ、兼任の医師・看護師でまかなうこととなり、専心できない。	複数在宅医が関わる時の診療報酬はどうなるのか曖昧である。ボランティア的では続かない。	介護の力が不可欠。システムと人材確保の維持のため、制度と報酬アップが必要。
970	医療提供者 (協議会委員)		広島	24時間体制での対応が不足(特に深夜)の訪問看護は不測の事故に備えて2人での訪問が必要であるが現実的には厳しい。		深夜の在宅訪問看護に対する診療報酬への反映。在宅患者の緩和ケアの推進のために、看護の評価。	
971	医療提供者 (協議会委員)		広島	開業医が熱心な地区は充実しており、そうでない地区は貧弱である。地域間格差が最も大きく出ていると思う。		開業医の往診、訪問看護の診療報酬を上げてほしい。	24時間対応の後方支援病院に対して、もっと評価をしてほしい。
972	医療提供者 (協議会委員)		広島	在宅診療を担う人材とがん拠点病院の人材交流が乏しく、たがいに必要な情報交換などが行えていない。一方で拠点病院の医師の負担は増えており、在宅診療のための準備や知識の獲得がすすみにくい。			拠点病院の医師が在宅往診医と合同でカンファレンスや研修会を開いた場合に病院の収入としてではなく、その医師個人に見返りがある(例えば1回あたり決まった額の住民税を減らすとか)ような仕組みをつくらなければならないのではないか。
973	医療提供者 (協議会委員)		広島	連携がまだ充分でない(拠点病院と在宅ケア間の)。			
974	医療提供者 (協議会委員)		広島	・拠点病院を中心として、早い時期からがん患者をサポートする「かかりつけ医」、「訪問看護ステーション」、「薬局」で構成するサポート体制が必要。・緊急時のバッグベッドの確保が困難・緩和ケアの知識、技術を持たない在宅医が多い。	医師に対する実践的研修のための予算措置が必要。	緊急時にバックベッドとして受け入れた病院への加算が必要。	・在宅緩和ケア実施施設である「かかりつけ医」、「訪問看護ステーション」、「薬局」の人材、「福祉・介護関係者」を育成するシステムが必要であり、そのためには在宅緩和ケアを行う「かかりつけ医」を自治体ごとに明確にする必要がある。
975	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	在宅の緩和医療に関しては、医師会の協力や国民の理解が必要。			

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
976	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	現在、在宅緩和への移行を試行錯誤している。地域の登録医師との連携を図っている。	地域連携パスを改良していくこと。	受け入れる開業医への報酬は加算すべき。	現在、検討充実中。
977	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口			往診料を上げて欲しい。	
978	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	地域の医師不足、医師の高齢化のため在宅医療を実施できる医師が少なく、緩和ケアに対する知識が少ない。		外来緩和ケア加算を考慮すべき。	在宅緩和ケアネットワークの構築を進めるべき。特に緩和ケアはへき地の地域医療再生計画の中で、論ずるべき重要事項と考える。
979	医療提供者 (協議会委員)		山口			現在の診療報酬体制の中では、医療資源も、スタッフも、スペースも患者さんにとって十分なケアができるとは考えられない。大幅な診療報酬配分が必要(前記と同様)。	
980	医療提供者 (協議会委員)	宇都宮 徹	徳島	在宅緩和ケアが進まないことを問題点としてあげる人が多いと思いますが、その前になぜ在宅緩和ケアを進めるのかを明確にしてほしい。			介護領域の人手不足と同様で、大変な仕事の割に社会的理解が得られない(社会的評価が低い?)のが最大の問題点ではないか。マスコミを使って初期治療と同様重要な医療であることを啓蒙すべき。現代社会では、大変な割に評価されない仕事からは人がいなくなる。
981	医療提供者 (協議会委員)		徳島	がん対策のみでなく、高齢化に伴う老人の介護など、逼迫した全国的な問題。家族が要介護になったときに必要な知識をすべての国民に教育する必要がある。年齢的に少し早いかもしれないが義務教育(すなわち中学生の段階で)のなかに組み入れるくらい重要なことだと考えている。	現状の調査、望ましいシステムの構築、国民への啓発・教育を系統的に行う必要あり。		
982	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	在宅医療を行っている医師があまりにも少ない。			
983	医療提供者 (協議会委員)		香川	地域の医師会との連携がうまくいかない。意欲的な医師はいるのだがなかなかふみだせない。		加算を拡大する。	各医師会に在宅ケアの専任委員を配置。
984	医療提供者 (協議会委員)		香川	核家族になった現状では十分にできない。	グループ診療等に補助を十分に付ける。	診療報酬では無理、補助事業の拡充。	あまり制限をつけない事。
985	医療提供者 (協議会委員)		香川	在宅医療を推進するスタッフが数年の間でも随分増えてきた印象はあるが、実質患者・家族にそれが浸透していないような気もする。また、在宅死や自宅で看取りたいという希望があっても結構経済的な負担も大きいのが現実である。在宅医療や各種サービスの単価を下げることは困難だと思うが、もう少しなんとかならないか、と。			

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
986	医療提供者 (協議会委員)		香川	自宅よりも病院で最期を迎えることを望む家族が多いようだ。在宅緩和ケアに従事する医師が少ないことが原因の一つになっていると考えられる。また、介護する家族の負担も大きいと考えられる。		在宅緩和ケアを行う医師の診療報酬を上げて、従事する人数を増やせないかと思う。	在宅介護をする人への地域からの支援を考えてもよいと思う。
987	医療提供者 (協議会委員)	寛 善行	香川			在宅診療に対する診療報酬の改善は、在宅ケアをする医師を増加させ、病診連携の促進につながるだろう。	
988	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	かかりつけ医が中心となった在宅医療の推進が必要。かかりつけ医がいない。がん治療、緩和療法についてかかりつけ医に対する、教育・研修の場が必要。			
989	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	当地域では開業医の先生方の高齢化が進み、在宅で24時間ケアをして下さる先生方がほとんどおられない。なんとか在宅でと思うのだが受け手となる先生方が少なすぎる。当院のDrに頼むのは無理である。その辺はなんとかならないのだろうか。		24時間対応している診療所には何か報われるような点数はないのだろうか。	
990	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	在宅緩和ケアを担う医療者が不足している。医師、訪問看護師が疲弊している。在宅医療への理解が深まっていない(患者・家族、病院の医療者)。在宅医療で使える薬剤、機器に制限が大きい。在宅医療の体制も十分に整っていない。地方では在宅医がいない。	大幅な人員の投入が必要であるが、それだけの予算が確保されていない。	診療報酬算定の条件が複雑で厳しすぎる。	
991	医療提供者 (協議会委員)		高知	在宅医療(在宅緩和ケア)は、家族のマンパワーの有無で決まるといっても過言ではない。良かれと思って在宅を勧めるも、家族にとっては次第に重荷になることあり。			家族の思いによく耳を傾けること、家族を追い込むことがないように地域の入院可能な医療機関との緊密な連携が必要。
992	医療提供者 (協議会委員)		高知	患者の家族に対するケアも必要。			
993	医療提供者 (協議会委員)	安岡 しずか	高知	在宅でのサービスには医療サービスのみならず、介護や福祉サービスも制度の枠を超えて利用できなければ在宅での看取りまでサポートが困難である。現行の制度では40歳以上で末期がんでなければ介護保険でのサービスは利用できず、39歳以下の方への訪問介護や福祉用具貸与(電動ベッド・エアマット・車椅子)他のサービスが保険給付で利用できないため実費負担が大きい。	療養通所介護の多機能化による医療保険適応モデル事業(看取りへの支援)。	療養通所介護が診療報酬としても認められる(若年の末期がんの方も利用できるように)デイサービス・デイケアなどへ在宅療養支援診療所の訪問診療・往診ができるようになる。	末期がんの方を最期まで自宅で支えられる公的サービスとして、訪問介護(介護給付以外の支援)福祉用具貸与を認め、デイホスピス設置や泊りを加えた多機能のサービス形態とする。介護保険での訪問介護の利用の規制緩和(末期がんにおいては見守りを含めた長時間の対応が可能な自由度を設けてもらいたい)。
994	医療提供者 (協議会委員)		福岡	在宅緩和ケアについての認識も一般国民の中でも少ない。在宅緩和ケアに取り組んでいる開業医も少ないし、力量に差が認められる。			各自治体(市、町、村レベル)で緩和ケアネットワークを作る。病院から在宅に移行する場合にどの開業医が適しているかがすぐ分かるようにする。また、緩和ケア病棟や緩和ケアチームとの連携もネットワークの中に入れ、開業医への緩和ケアのアドバイスが適切に受けられるようなネットワークとする。