

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
680	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	緩和ケア病床が少ない緩和ケア専門医や専門医療従事者の人数が少ない緩和ケア研修が進まない緩和ケア研修の講師に多大の負担がかかっている。	緩和ケア病床の新規開設に補助が必要。人材育成のための予算緩和ケア研修のための予算、特に講師謝礼。	緩和ケア病床に手厚い診療報酬緩和ケア病床で緊急に入院を受け入れた場合の診療報酬。	緩和ケア病床設置の要件緩和を緩和ケア研修会の要件緩和 特に時間数の減を緩和ケアに関して、医師に啓発が必要。ただし、緩和ケア研修受講の有無で、医師に何らかの待遇の差をつけるべきではない。
681	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県拠点病院を中心に県内で講演会を実施し、体制の整備につとめている。			県がん拠点病院では緩和ケアチームを結成し、少しずつ充実に向けて整備しているようだ。
682	医療提供者 (協議会委員)	森 一成	和歌山	DPC病院においては、サンドスタチン、オピオイドなど高価な薬剤使用の処方をする際、担当医は葛藤を感じるのではないかと。		がん週末急医療における薬剤費は出来高請求ができるようにしてほしい。	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。
683	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	急性期以後の治療、あるいは全く対象外の患者に、急性期病院での「緩和ケア」を求めるのは、「急性期病院」は急性期を重点に診る病院であるという現行の医療制度と矛盾する。			緩和医療が地域の診療所でも行える様な制度上のバックアップ。急性期病院で、緩和医療を含めた、急性期以後の治療をある程度行っても、診療報酬上のマイナスとならない様な制度の改正(在院日数がのびる事によるマイナスも含め)。
684	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケア病棟の数も圧倒的に不足している。		しっかりと緩和ケアのチームを組んでいる医療機関等にはそれなりの加算を付けるべきである。	
685	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケアチームに参加する精神科医が不足している。			医学部の定員を増やしても、卒後、どの診療科を選ぶか問題が残っている。各診療科の人員適正化も考えておく必要があるのではないかと。
686	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケアを専従とする医師数の確保が必要だと思う。			
687	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケアに精通した医師が少なすぎる。ラダーすら知らない医師もいる。			
688	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	患者・家族のニーズと提供される医療とのギャップが埋まらない。		緩和ケア的な患者指導に関する報酬を新設。3次緩和ケア(専門的緩和ケア)に対する報酬を新設。1次緩和ケア(研修修了者)に対する報酬を新設。	
689	医療提供者 (協議会委員)	川嶋 寛昭	和歌山			アップ。	施設の増設。

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
690	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	予算的に緩和病棟の運営が困難・人員不足。	不足している。	不足しています。症状コントロールに必要な薬剤費はかなりの額が、病院の持ち出しとなっている。	緩和ケアの制度化に関しては、末端で底辺を支える施設に関しては、あまり省みられていない様に思う(緩和ケアで制定されている様々な資格について取得には、十分なマンパワーが必要であるが、末端では、人手不足のため取得が難しい。それに対する救済策も用意されていない)。
691	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	十分な経験を持った医師が少ない。施設も少ない。			
692	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和医療に携わる精神科医師が少ないと思われる。緩和ケアに対する医師や患者及び家族の認識が不十分である。			精神症状の緩和を担当する医師の条件を拡大し、心理療法士も対応できるように教育を行う。
693	医療提供者 (協議会委員)	木下 貴裕	和歌山	地方医師の緩和ケアに対する認識の薄さ。		緩和ケアチーム、外来に対してもう少し、診療報酬のアップを。	
694	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	「早期からの緩和ケア」はよいことだと思うが、終末期の緩和ケアを置き去りにすることがないようにしてほしい。緩和ケアチームは結局は治療が出来なくなった患者に関わることは出来ない。ベッドを持たない診療チームでは責任を取れないことになる。これが、NSTや褥創のチームとはまったく違う点である。		連携出来る緩和ケア病棟や緊急入院ベッドを持たないチームは減額でいいと思う。あるいは、持っていれば加算。患者の病期による点数差をつけてもいいだろう。外来を行えとあるが、治療科が最終入院を拒否すれば、在宅療養体制を整えるか、受入れ病院を探すことになり混乱の元である。入院ベッドを持たない緩和ケアチームは外来をしてはいけないと考える。緩和ケア研修修了者にはなんらかの診療報酬上のメリットをつけるか、受けていない場合のペナルティをつけてほしい。	
695	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県が推進して行っている緩和研修会に、積極的に参加する向上心の伺える先生もおられれば全く興味を示さない先生もいる。まだまだ緩和ケアに関しては、施行する医師の間で格差があると思う。			まず緩和ケア研修会に参加することを義務付けると同時に、緩和ケアに対する意識の変革を促すような制度を作る。緩和ケアに携わる医師が自然にかつ適切な緩和ケアの施行が可能になることを目指す必要がある。

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
696	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	誰でも出来る緩和ケア、という考え方はとてもよかったです。しかし、主治医(治療医)の、患者の身体的苦痛・心理的苦痛への対処法のスキルアップが進めば薬物療法、傾聴主体の緩和ケア医の必要性は薄れていく。今後は誰でもは出来ない専門治療を担ってくれる人の育成も大事だと思う。神経ブロックとIVRを担う人の育成は進んでいるのでしょうか。	緩和パブルと言われているが、有り余る予算を使い切れないのか、同じような内容に関するパンフレットや無駄に豪華な資料ばかり何種類も送ってくる。パンフよりネットで情報公開すれば十分なのだから、国が保健医療に関するサイトを運営すればいいと思うが、リンパ浮腫の説明も、動画サイトを公開して患者がそれを見ればいいだけ、質問があればかかっている病院で聞けばよい。内容のレベルが保障されたサイトを作れば相当現場の負担が軽減する。	緩和ケア外来を開設するようにとのことだが、主に話を傾聴することがおおい外来なのでかけた時間に対する収入がない。臨床心理士を雇うのにも診療報酬がない。グリーフケア外来、家族外来も開設しようにも診療報酬がつかなければやりようがない。神経ブロックが奏功すれば高額なオピオイドやその副作用対策薬、鎮痛補助薬などから一気に解放され高いQOLを保てる可能性もあるが、保険点数が少ないので神経ブロックをする人が養成されない。	精神腫瘍医が足りないのを補ってくれるがん緩和ケア領域に対応した臨床心理士を養成してほしい。
697	医療提供者 (協議会委員)	前田 迪郎	鳥取	QOL、ADLの改善は得られると思われるが、患者中心の「死生学」の充実が必要である。		専用病棟がない病院でも、緩和ケア委員会での検討症例は、報酬の加算処置の追加。	
698	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取	あまりに多くのことを医療に求めすぎではないか？ 症状緩和はよしとしても、心のケア、グリーフケアまではどうか？ 国民死亡の1/3はがんであることを考えれば、がん死は一般死因と考える人間の生命には必ず終わりがあがることは全ての人が理解していることであり、がん死が主に中高年に集中することからも、死生感、自らの終末は国民一人一人が責任をもつべきでは？ (がんになっても安心などと安易な発信をするのではなく、社会全体がもう少し就熟すべき情報発信を)			
699	医療提供者 (協議会委員)		岡山	緩和ケアに対する医療者および一般の人の認識がまだまだ低い。(緩和ケア=末期のイメージが強い)			
700	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	一般のがん治療医への緩和医療の知識の普及は現在進行形で行われているが、緩和ケアについての智慧の伝達にはなっていない。		緩和ケアの外来診療には時間がかかります。初診で40分以上、再診でも20分以上かかります。1人15分以上で、緩和ケア外来診療加算を算定できるようにする(緩和ケア専門医・指導医・暫定指導医では)。	がん治療認定医は少なくとも緩和ケア研修会の受講者とする。そして、認定医・専門医の資格更新時の必須条件とする。
701	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島				
702	医療提供者 (協議会委員)		広島	抗がん剤治療中から、症状マネジメントの必要な患者さんが多いのに、十分なフォローがされていない。外来通院中、在宅療養中は特にその傾向が強い。			がんの初期・治療中から、症状の有無を確認できるようなスクリーニングができればと思う。

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
703	医療提供者 (協議会委員)		広島	苦労ばかり多く人材確保・診療報酬での配慮が全くない。教育システムが乱立しており、同じような多くの講習会等に参加せねばならず、時間が浪費されている。	緩和ケアチームへの人件費が出るように全体の補助金をふやしてほしい。	緩和ケア外来での診療報酬の大幅増。再診料だけでは、維持不可能。在宅ケアの報酬の増加を。	「緩和ケア専門医」制度の創設をしていただきたい。
704	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん診療連携拠点病院は広島県全域を対象として、配置されているが、緩和ケア病棟については広島市に集中している。緩和ケア専門医の不足。			
705	医療提供者 (協議会委員)		広島	やっと一般の医師にも広まってきたが、まだまだ十分とは言えない。		緩和ケアに対する評価は低すぎる。患者満足度も診療報酬の評価の対象にしてほしい。	緩和ケア病棟の基準が高すぎる。実際の患者さんは一般病棟で最後を迎えることが多く一般病棟での緩和ケアに対する評価を上げてほしい。
706	医療提供者 (協議会委員)		広島	緩和ケアの外来について時間がかかる割に報酬面で優遇されないと赤字部門となってしまう。		緩和ケア外来を行う専任の(緩和ケア指導者講習会に参加あるいは、日本緩和医療学会専門医取得程度の資格をもった)スタッフであれば、入院患者を対象とした緩和ケア診療加算程度の加算が行えるようにする。	
707	医療提供者 (協議会委員)		広島	実際に緩和ケアを求めている人に対するきめ細かい対応ができていない。		診療報酬を値上げする。	
708	医療提供者 (協議会委員)		広島	・がん診療に携わる病院医師の在宅医療に対する認識不足。・がん医療に携る医師の緩和ケア研修会への受講希望者が少ない。・「初期からの緩和ケア」が掲げられているのに、外来治療中の患者への緩和ケアチームの診療について加算がとれない。	医師に対する実践的研修のための予算措置が必要。	外来でも緩和ケア診療加算を算定可能とする。	医学基礎教育に位置付ける。
709	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	緩和医療の入院料も低く設定されていることも問題である。			
710	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	開設1年。順調に経験を蓄積している。	更なる、看護、医療の質の向上。		認定看護師を更に育成してゆく。
711	医療提供者 (協議会委員)		山口	がん専門看護師・認定看護師の育成がん専門薬剤師の育成。	資格認定のための修練期間中の代替看護師・薬剤師の確保。		
712	医療提供者 (協議会委員)	伊東 武久	山口			PEACE プロジェクトを受講した医師の診療報酬での特典をつけて欲しい緩和ケア病棟1日の入院診療単価を増加して欲しい。	PEACE プロジェクト受講者の対象を医師だけでなくパラメディカルに拡大して欲しい。
713	医療提供者 (協議会委員)		山口	緩和ケア病床が不足しているのは全国的にも明らか。緩和ケア病棟を作ること、作れたとしても、専従・専任の医師、看護師の確保が難しい。			
714	医療提供者 (協議会委員)	山本 達人	山口	緩和ケア病床が相対的に少ないことが、がん難民を生み出している一因である。	緩和ケア病床の増床や臨床心理士、専門看護師の育成のため、予算を計上すべきと考える。	緩和ケア加算の基準を緩め、かつ増額すべきと考える。	

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
715	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である。	
716	医療提供者 (協議会委員)	宇都宮 徹	徳島	最大の問題点は、拠点病院に課せられた「緩和ケア研修会」の開催である。地方では、ファシリテータを含めて組織するメンバーに限られるため、他の拠点病院が開催する研修会も含めてほぼ毎回出席せざるを得ない。緩和ケアを充実させる目的は正当化されると思うが、研修会を義務化したことによる許容しがたい負担増大を考慮して頂きたい。	研修会を開催するメンバーに手当を増やすくらいでは解決策とならない。		「緩和ケア研修会」の義務化は即刻中止してほしい。また、小さな県では一カ所に集めて一回(せめて2回)で十分と考えられる。
717	医療提供者 (協議会委員)		徳島	現在行われている都道府県での研修会は有意義であるが、一部のスタッフに負担が集中しているのが問題。研修を終了しているものと未受講者での差別化も必要。		研修を終了しているものと未受講者での差別化も必要。	e-ラーニングを活用するのの一法。
718	医療提供者 (協議会委員)	藤田 純子	香川	緩和ケアや相談支援体制がまだまだ不十分だと思う。			
719	医療提供者 (協議会委員)		香川	ホスピスなどの専門施設の不足。	ホスピスの拡充。	ホスピスを増やし、診療報酬を増やすまたは、一般病院でも緩和ケア加算を増やす。	
720	医療提供者 (協議会委員)		香川	国民がよく理解していない。	啓蒙活動に予算をつける。	管理加算の増額。	
721	医療提供者 (協議会委員)		香川	国を挙げて緩和ケアを推進してはいるが、県内の事に目を向けると緩和ケア病棟が極端に少なすぎて、患者によっては県外の緩和ケア病棟を選ぶこともある。			
722	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 潔	香川	緩和ケア病棟が不足し、患者のニーズ現状の間に大きな乖離を生じている。	がん拠点病院に緩和ケア病棟を設置するための用途限定予算を計上する。	緩和ケア加算の算定要件を緩和する。緩和ケア病棟入院料を引き上げ、包括外(出来高)項目を拡大する。現状では緩和ケア病棟でのがん化学療法は赤字となる。これは緩和ケアとがん治療の併施という緩和ケア教育に反している。	精神的緩和と身体的緩和の区分を解消するべきである。これが緩和ケアチームや緩和ケア外来および病棟の発展の足かせとなっている。リエゾン精神科医が極端に不足しており、精神腫瘍学は必ずしも精神科医でなくても修得、診療可能な領域である。
723	医療提供者 (協議会委員)		香川	・認定ナースや専門ナースの給与面での対応がない(仕事量が多いにも関わらず、一般ナースの給与より10万以上(月)低い)。・緩和ケアチームの専従化により一般医療者のモチベーションの低下。	・認定、専門資格に応じた給与での対応。	・緩和ケアチームの専従化(特にドクター)の廃止(後継者の育成が困難となるため)。	
724	医療提供者 (協議会委員)		香川	カナダに研修に行ったが、日本では医療用麻薬の種類が少ないようだ。			メサドンやハイドロキシモルヒネなどの薬剤の使用を欧米並みに認めることはできないだろうか？

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
725	医療提供者 (協議会委員)	笥 善行	香川			チーム医療になるので、それに対する診療報酬面での対応がさらに必要ではないかと思われる。	
726	医療提供者 (協議会委員)	津村 眞	香川	緩和ケア講習会に、医療従事者(特にかかりつけ医)の参加がすくない。参加可能な講習会の開催が必要。		がん治療、緩和ケアの診療報酬の増加を考えないと、参加者は増加しない。	
727	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	採算ベース合わないので、緩和ケア一病棟を設置出来ない。専任の医師が確保できない。		緩和ケア一に対しもう少し診療報酬を出してほしい。	専任の医師を派遣してほしい。
728	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	①がん医療に関する国民の理解が浅い。②適応外使用の薬剤が多数である。	すべての拠点病院に緩和ケア病棟を設置。	1. 緩和ケア病棟の診療報酬点数はまだ不十分である。特に在宅緩和ケアを中心に考えた場合は、緩和ケア病棟は救急病棟と化し、医療者の人的労力が大きい。診療報酬がそれに見合っていない。2. 診療報酬の適応範囲の改善を早急に図る必要があるが、それまでの間は適応外使用を厳密に運用しないように措置する。	1. 看護基準をさらに上げる必要がある(5対1看護等)。2. 適応外使用への解釈を明確化する。
729	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	緩和ケアは医療従事者、患者、一般国民の想定、希望するものが同一であると言い難い。そもそも、在宅ケアなどを含めた連携と区別して緩和ケアを議論すること自体が認識の上で課題があるところだと思う。	予算補助、診療報酬と労働力の見合いがとれていないから、ホスピス、緩和病棟、在宅医療が進んでいないのではなかろうか。現実がすべてと思う。患者、そして一般国民が納得できる体制を作るには莫大な費用か、もしくは医療側の善意による労力の投入に期待するしかない様に感じられる。		
730	医療提供者 (協議会委員)		愛媛	本来あるべき初期治療からの緩和ケアが、看取りのためのターミナルケアであるという根強い意識がある。ターミナルケアについては、ホスピス病床が少ないこと、在宅医療の整備が不十分であること。			
731	医療提供者 (協議会委員)	中村 章一郎	高知	学生時代から緩和ケアの教育をする必要がある。			
732	医療提供者 (協議会委員)	堅田 裕次	高知			緩和ケアで実際に日常生活動作の低下を来たした方に動作指導および動作訓練を実施し、トイレ動作等1人で出来るような試みがなされているが、診療報酬の範囲で行えず主治医との意向でサービス対応となっている。	

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
733	医療提供者 (協議会委員)		高知	専門知識を持ったドクターが少ない。			
734	医療提供者 (協議会委員)		福岡	医師に対する研修が行われているがまだまだ不十分である。大学教育の中でも緩和ケアが十分に教育されていない。また一般の国民に対する緩和ケアの啓蒙も不足している。			卒後臨床研修に緩和ケア病棟、ホスピスなどで緩和ケアの実習を義務づける。一般国民を対象とした講演会を各地域で定期的に開催する。
735	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	緩和医療専門職業人の不足と緩和ケア担当施設・担当者の連携不足。	看護・薬剤系大学を含む医系大学における「臨床腫瘍学」部門の設置とそのなかでの緩和医療に関する学部教育、がんプロフェッショナル養成プランの充実と継続に対する予算。	緩和医療専門職業人を配置している医療機関の登録制とそこでの緩和医療診療に対する加算の増加が必要。現在の加算額では複数の専従職員を配置をすると赤字が出る。	都道府県がん拠点病院に専属の緩和ケア部門を設置し、連携病院との連携やスタッフの教育に専任する必要がある。兼務では無理である。
736	医療提供者 (協議会委員)		福岡	研修会はやりすぎだと思います。地域の病院は、研修会開催自体が負担になっています。10万人計画は、縮小させたほうがよいと考えます。5年間は無理だと思います。在宅ケア、デイホスピスなどに対する診療報酬が少ないのでは。			緩和ケア研修会修了者に何かしらの得点を与える。
737	医療提供者 (協議会委員)		福岡	緩和ケアは、制度の設定によってある程度の施設で行われるようになってきたが、実質的には精神腫瘍科医師が不足(殆どいない)しており、緩和ケアで最も重要な精神ケアが行われていないのが現状である。また、緩和ケアチームのみでは対応が不十分であり、緩和ケア病棟の設置と増床が是非とも必要である。	がん病棟において対応できる精神腫瘍医の教育・育成を早急に図る必要がある。	現状ではボランティア活動であり、報酬面でも十分に対応しなければならない。	同前記。
738	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	施設の数少なすぎる。			
739	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	人材育成には時間がかかる。現在の制度側の要求は、現場の人材育成のスピードを考慮していないように思われる。		緩和ケア病棟のない一般病院特に急性期病院の緩和医療にもう少し手厚い報酬をしてほしい。	
740	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	緩和ケア専門医、腫瘍精神科医の不足。	緩和ケア病棟未設置のがん拠点病院への当病棟設置時の予算的フォロー。	緩和ケアに対する診療報酬のアップ。緩和ケアを行う診療所の診療報酬のアップ。	緩和ケアを行う拠点病院と診療所の連絡網の確立。
741	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	・厚生労働省の「終末期医療に関する意識調査」の結果からみても、「WHOがん疼痛治療法」が普及していない。・オピオイドの使用量が欧米と比較して圧倒的に少ない。・「医師のための緩和ケア研修会」だけでは、緩和ケアを啓蒙・普及するには不十分である。	・地方自治体が地元医師会と連携して緩和ケアや「WHOがん疼痛治療法」の普及に予算をつける必要がある。・各都道府県に「緩和ケア」に関する予算をまとめて配分してほしい。地域の実情にあった「緩和ケア」を啓蒙・普及していく上で必要である。	・オピオイドの使用に関しては、包括医療からはずして、出来高にする必要がある。	
742	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	ターミナルケアのみならず、初期がん疼痛に対する「チーム医療」の確立が必要。	病院内及び地域医療チームに対する研究開発費の構築を。	緩和ケアに対して全てのチーム医療専門職に対し其々報酬のアップを期待する。	「市民講座」の開講と基幹病院(地域医療を担う)、県薬剤師会等に「がん対策相談窓口」の開設援助を。

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
743	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	看護師の知識・発言力が弱い。医師の偏見・終末期においては放っておかれるなど苦痛除去に障害あり。	看護師へも知識習得の義務付け-学校教育など。 看護師研修(がん看護研修)の予算配分をうけおい、スタッフへも配分許可など。	認定看護師への報酬をつける。	
744	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	人材育成とくに精神科医に困難あり。	精神神経科専門医に義務を負わせる。	チーム医療に加算を手厚く。	専従制度をきびしくすぎないこと。
745	医療提供者 (協議会委員)		長崎	個人の熱意で動いている部分が多く、医療施設間の差が大きい。	緩和病棟のみならず、緩和チームにも優遇措置が必要。	緩和に対する評価を上げる。 たとえば緩和チームが活動している場合DPCの係数をつけるなど。	
746	医療提供者 (協議会委員)		大分	「緩和ケア」病棟の均てん化(都道府県の二次医療圏内)。		治療方法を薬物療法に限定せず、温泉療法など幅広い療法に広げ、これらが診療報酬の対象となること。	地域医療を支える医療機関の「緩和ケア」の取り組みの標榜の推進。
747	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	兼任医療者では限界。専任の医療チームが必要。専任医療者の不足。			
748	医療提供者 (協議会委員)		大分	高齢過疎地の緩和ケアをどう取り組むか。			
749	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。			
750	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	緩和ケアを取得する病院が少ない。理由は、ハードルが高い事と、報酬が少ないことによる。		もっと高くすべき。	緩和できるところは緩和すべき。
751	医療提供者 (協議会委員)		宮崎	サイコオンコロジストの不足。			精神科医師を必須条件から外す。
752	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	緩和ケア研修会参加者について、第2段目以降の継続的な研修プログラムができるとありがたい。			
753	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	緩和ケア施設や拠点病院の動きは目立つが、依然末端現場に降りてきていない。緩和医療学会の認定する施設・専門医なども、ただ厳しくして、逆に緩和ケアから離れる医師や施設が出てきている。もっと、末端の現場を知って制度含め改革を進める必要あり。大学・専門学校での緩和ケア教育の更なる充実。			
754	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	携わっている精神科医・心療内科医が少ない。		緩和ケアでの心理療法の算定を。	精神科医・心療内科医に対する研修を義務化。臨床心理士の積極的な導入を。
755	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島				精神腫瘍学の学問的確立 及び専門医の育成。

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
756	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	緩和ケアを行える施設、病棟の絶対数が少ない。		緩和ケアを積極的に行っている施設への診療報酬上の配慮が必要と思う。特に、急性期病院で、緩和ケア病棟を持たない(持てない)が、緩和ケアチーム等を置いている施設では、人的に余裕がない所が多いので、人を確保する上でも報酬上の配慮が必要と思う。	
757	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア科の独立独歩体制の確立。		緩和ケアの加算点数でなく、独自の保険点数の設定。	NPの導入とインセンティブの保障。
758	医療提供者 (協議会委員)			一部の医療人にしか認識されていない。	少ない。	安い。	医療に携わる人の多くに理解されるような対応。
759	医療提供者 (協議会委員)					チーム医療として診療報酬上の評価。	
760	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを末期の医療と思っている医療従事者が多い。麻薬はもっと末期になってから使うので、と痛みを我慢させているケースがあった。もっと啓蒙活動が必要だと思う。			緩和ケア病棟があると、緩和ケアチーム加算のための人員確保は難しいと思う。兼任でもよいしてほしい。
761	医療提供者 (協議会委員)			現在の診療報酬では、施設(病院)はやって行けない。		倍など大幅なアップを望む。	
762	医療提供者 (協議会委員)			これも人不足。			
763	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病棟等の施設基準が厳しすぎ「緩和ケア病棟もどき」で看護師は多く配置はするが請求は一般病棟と一緒にするのはおかしい。		緩和ケア病棟の基準を緩くする。	
764	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを積極的に展開する病棟を持つためには診療報酬の裏づけが必要であるが、現状では緩和ケア病棟入院料が存在するものの、病院機能評価という足かせがあるため、小さな病院や診療所は対応できない状況である。緩和ケアの裾野を広げるためには有床診療所や小さな病院で緩和ケアを積極的に広げることが、地域で過ごしつつ緩和ケアを受けられることができるきっかけになる。		緩和ケア病棟入院料の設定を、病院機能評価が必要である条件をはずすことが先決。	同前記。
765	医療提供者 (協議会委員)			緩和病棟が決定的に不足しており利用困難。			
766	医療提供者 (協議会委員)			施設がどうしても都市からの利便性を考慮した結果、偏在する傾向にあり住居地域によって選択にかなりの格差を生んでいる。	終末期の対応は国策としての福祉にあたるもので高負担高福祉を目指してほしい。		一定の設備基準を満たすような、公的緩和ケア施設を定点ごとに設置してほしい。

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
767	医療提供者 (協議会委員)			がん診療に係わるすべての医師に、緩和ケア研修会を受講するようになっているが、具体的な数値目標がわからない。また、推進するためのインセンティブが弱い。	具体的な目標数値に基づく、特別の予算措置が必要。具体的な医師数と、年間受講人数などの設定。	段階的に、受講済みの医師数に応じて、診療報酬への加算制度を設ける。	
768	医療提供者 (協議会委員)			治療早期からの緩和ケアが、医師のコミュニケーション技術の問題のために、患者さん・家族の意向や認識に沿ったものになっておらず十分に行えていない現状があるため緩和ケア病棟や在宅緩和ケアへ、そのしわ寄せがかかっている。	コミュニケーション技術研修会予算の増額と継続。	コミュニケーション技術研修会を行っている病院への入院料の加算。	都道府県がん拠点病院の更新にコミュニケーション技術研修会の開催を義務付ける。毎年少なくとも約190人(4×47都道府県)の医師に行えることになる。厚生労働省委託事業として、現在、医療研修推進財団主催でコミュニケーション技術研修会を年5回行っているが、現時点でそれ以外の病院、組織による主催実績は静岡県立静岡がんセンター、国立病院機構金沢医療センター、中四国がんプロなどしかない。
769	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病棟がない病院がほとんどである。	緩和ケア病棟の設置の予算を組む。		
770	医療提供者 (協議会委員)			現状の緩和ケア研修会を5年間は行なってしまったほうがよい。	医師のみでなく他職種のための費用も考えて欲しい。	病院でのカウンセリングにももう少し報酬をつけて欲しい。	麻薬についてもう少し医師が学習するように、資格制度にしたらどうか。他職種ががんばる上を医師はいくべきである。
771	医療提供者 (協議会委員)			がん診療に携わる医師を対象にした緩和ケア研修会の開催頻度が多く、運営側の一部の医師の負担が大きい。貴重な休日が益々少なくなっている。	緩和ケア研修会における主催病院所属の医師が講師やファシリテータを担当する場合、すべて手弁当となっており報酬が支払われていないのは改善の余地があると思われる。予算が組まれていないわけではないのだから、休日返上の見返りという意味でも手厚く待遇して欲しい。	緩和ケア病棟入院料が長年据え置かれているが、鎮痛剤をはじめとして薬剤費も高額になってきており、そろそろ見直しが必要かと思われる。また、すべて包括診療になっているが、高額薬品、検査などは例外的に算定したほうが利用者間での不公平感が少なくなるのではあるまいか。	緩和ケアチームの指定要件が厳しすぎる。身体症状担当、精神症状担当いずれかが専任医でなければならないという決まりは非現実的。兼任ではあっても時間外に及んでまで活躍している場合もあるので、申告実績に応じて認可されるような弾力的な運用を期待する。
772	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア専門医が少ない。専任ナースも少ない。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	現実にはがん患者さんの主治医が緩和ケアの対応・窓口になっている。緩和ケアの専門医養成も急務だが、緩和ケアの知識の普及活動も大事と思う。緩和ケア研修会は一つの方法だがこれだけでは進歩について行かれない。継続的に知識のアップデートができるような環境整備も大事と考える。ナースの研修には時間とお金がかかり、病院の負担も大きくなる。この点の考慮も必要。
773	医療提供者 (協議会委員)			広く終末医療をもっと重要視して、専門施設を増やすべき。	増やしてほしい。	上げてほしい。	都会はともかく、田舎でも終末医療が受けられるような環境を充実させて頂きたい。

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
774	医療提供者 (協議会委員)			緩和医療に従事する医療者数が絶対的に不足している。また、教育機関に緩和医療講座がないため教育が不足している。緩和ケア科の標榜が一般的でなかったり認知・認可されてもいない。そして緩和ケアの推進事業が全て現場の緩和医療を担う医師に託されているため、実臨床と緩和ケア推進事業の療法に携わっていくには負担が多すぎる。またその推進事業に対する報酬がなくボランティアの状態であることは極めて問題。また緩和ケア加算の報酬が低く、病院事業収入面でのメリットも少ない。またがん拠点病院に対する補助がある一定額しかないために人員確保のための補助にもなっていない。ホスピス・緩和ケア病棟の診療報酬が低く十分な緩和ケアを展開するには足りない部分が多すぎる。			
775	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病棟や在宅緩和ケアの需要に対する絶対数が不足している。緩和ケアの医師向けの教育を開始しているが、参加が任意なので最も理解して欲しい医師が参加を望まないと変化が得られない状況が問題と思う。緩和的な援助に関する診療報酬の増加が望まれる。		医師向けの緩和ケア研修会へ参加した医師の診療に関して加算緩和ケア病棟の診療報酬アップ。緩和ケアチームの診療報酬アップ代替療法に関する点数化。	代替療法の評価と導入。
776	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを希望する医師が不足。多の診療科の医師を専従としているが専任とするのは困難。			
777	医療提供者 (協議会委員)			緩和医療の専門医の育成。		緩和医療関連の診療報酬の加算。	大学医学部に緩和医療学講座の設置。
778	医療提供者 (協議会委員)			専従スタッフ不足緩和ケアチームはあるが診療加算が取れない精神科医の不足緩和ケアに関心の少ない精神科医の存在			
779	医療提供者 (協議会委員)			緩和治療チームの形骸化が憂慮される。既存のいくつかの診療科からの寄せ集めによる緩和チームでは限界がある。			診療科として正式に認める。
780	医療提供者 (協議会委員)			一般市民の認知度が低く、緩和ケアを受ける権利を持っていることを知らない。また、医師の緩和ケアの必要性や重要性などがまだまだ低い。その原因として医学部での緩和ケア教育が無いことに問題を感じる。			医学部での緩和ケア教育カリキュラム。
781	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアに対する医師への教育が不十分ではないかと考える。			
782	医療提供者 (協議会委員)			施設(ホスピス)が、全く少ない。			
783	医療提供者 (協議会委員)			専門の緩和ケア病床でのケアを希望しても、予約が多い等の理由により、現実では一般病床でのケアを受けている患者が多い。	緩和ケア病床を増床する。		緩和ケア病床を有しない病院の医師、看護師、MSW、臨床心理士などに対して、緩和ケアの公的な研修会を行う。

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
784	医療提供者 (協議会委員)			まだまだスタンダードになっていない。緩和ケアに関するイニシアチブを取れる医師が少ない。			
785	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアを特殊な医療分野として、捉えすぎる傾向にあるように感じる。また、疾患をがんに特定しているが、本来は、緩和ケア＝がん患者ケアではないと思う。疾患によらず、医療のすべてが、緩和ケア発想でなければならないもので、無理に分けられる分野でないと思っている。医療だけが、緩和ケアを担うものではなく、その一部であって、もっと大きな環境のなかで、人と関わる時の緩和的ケアが、人を安らかに健やかに生き続ける力を与えられるのだと思う。			
786	医療提供者 (協議会委員)			医療従事者(主に医師)に対する研修会は始まったばかりである。継続的に実施できる制度が必要である。	地域がん診療連携拠点病院補助金交付事業対象としての継続。	緩和ケア診療加算の増点。	
787	医療提供者 (協議会委員)			がん治療の初期の段階での緩和ケアへの配慮がまだまだ不足している。急性期の病院において、治す治療を絶対視するあまり、個々の患者が持つ社会的背景を無視した治療方針を強制することがある。またがん治療を開始すると、かかりつけ医との併診が途切れがちになり、終末期に向けてのスムーズな緩和ケアの連携が困難なことが多い。	がん治療病院医師に対する緩和ケア研修会及び在宅医に対するがん治療研修会への予算処置を講ずる。	がん治療病院入院中に、かかりつけ医や訪問看護ステーション看護師などと情報共有化のための合同カンファレンスを行った際の診療報酬上の評価を行う。	在宅医とがん治療病院の医師、訪問看護ステーション看護師とがん治療病院看護師とがお互いの現場を体験することを義務化する。
788	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア加算のとれる施設がほとんどない現状基本的な緩和ケア医師研修はあるが、看護師、薬剤師など他職種の研修の義務がないスタッフのレベルアップのための研修が、地方において少なく予算がない専門看護師、認定看護師が地方において少ない。	PEACEの指導者フォーラムなどを義務化し研修の出席の予算化認定看護師の待遇改善専門医、専門看護師、認定看護師養成の施設充実のための予算また、養成のための支援(学費など)。	緩和ケア加算の基準を下げ、要件に応じて加算を段階的にする。	他職種の研修の義務化チームの医師、看護師、薬剤師の研修義務化専門医、専門看護師、認定看護師を養成する施設の地方での設立。
789	医療提供者 (協議会委員)			一層のマンパワーが必要であると考える。			
790	医療提供者 (協議会委員)					緩和ケアチーム加算の算定要件を広げてほしい(精神科医師がいなくても)。	
791	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアチーム専従医師の確保が困難。	拠点病院の緩和ケアチームに予算をつけてほしい。		
792	医療提供者 (協議会委員)			①緩和ケア対象の患者を受け入れている療養型病院が、実際に適切に緩和ケアを提供できているのか、外からではわかりにくい。②がんの末期で倦怠感や急変のリスクがあり家庭復帰できないが、医療区分Ⅱ、Ⅲに該当せず、介護度も高くないため、入院できる場所が無い人が多い。③緩和ケアを実践している療養型病院が評価される仕組みが無い。④緩和ケアが治療開始と共に始まるものだという認識が、医療者にも患者家族にもまだ根付いていない。			

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
793	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケアの専門医が少ないように思われる。			緩和ケア医の育成が必要と思われる。
794	医療提供者 (協議会委員)			全てが「マルメ」であり他の協力が得られなかったり、症状コントロール、外泊退院支援が難しいこともある。例)リハビリ、心のケア、遺族ケア、HOT導入、酸素使用時の外泊。		一部外付けにする。	緩和ケア医の優遇(施設に対して)緩和ケア機能評価の有効利用。
795	医療提供者 (協議会委員)			がんに携わる医師全員が5年以内に研修を受けるのは、講師不足もあり無理。			
796	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	専用ベッドの増加。	緩和医療を積極的に行えるような診療報酬の改定(基準をあまり厳しくしない)。	前記に同じ。	療養型の病院と急性期型の病院に分けずに、がん患者の緩和医療型の施設を制度上認める。
797	学者・研究者 (協議会委員)		兵庫	緩和ケアのノウハウをしっかりと理解している医療従事者が極めて少ない。			
798	学者・研究者 (協議会委員)	西巻 正	沖縄	わが国では緩和ケアの専門医やコメディカルが不足している。		資格認定試験を行い、その資格を有する医療者が行う診療に加算を認める。	
799	学者・研究者 (協議会委員)			身近な場所での絶対数が足りない！			
800	その他(協議会委員)		東京	治療段階が終わると、生命予後に関係なく本人の意志も関係なく、無理に在宅へ移行させられるという現状があり、不安からまだ在宅が可能な段階に入院を望む方が多い。			在宅緩和ケアを受けていても、いつでも辛くなったら病院等の施設へ入所できる登録システムがあれば用心して早くから入院しなくて済むのではないかと。緩和ケア・ホスピス・など病床数の把握と、ネットワークの構築。
801	その他(協議会委員)		山梨				制度の普及で広がるように思う。
802	その他(協議会委員)		鳥取	(患者・家族の立場で)緩和ケアに関する正しい情報を患者や家族が持つことができること。			がんと診断され治療方針を決めるにあたり、患者の負担なくじっくりと情報を得ることができるシステム(セカンドオピニオンを含めて)があるとよい。
803	その他(協議会委員)	山口 浩志	徳島	緩和ケアに関しては啓発の充実が必要だと思う。在宅では緩和ケアの内容を知る機会や在宅医療や福祉でかかわる専門職、また地域でがん患者さんなどの相談にのって献身的な支援をしている民生委員さんや老人会の人たちなどといった一般の人たちが参加できる機会があればいいと思う。			
804	その他(協議会委員)			専門病院での緩和ケアに偏っている。ターミナルケアに対する住民の普及啓発が不十分。			

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
805	その他(協議会委員)				緩和ケア確立への研究費(緩和ケアの質評価を含む)緩和ケア(医療)の研修。		
806	その他(協議会委員)			専門施設及びコメディカルを含めた人員の不足。			
807	その他(協議会委員)			自分で終末をどう迎えるか、いろいろな選択肢が増えると人生も楽しいかも・・・。			
808	その他(協議会委員)			拠点病院が地域により充実している地域とそうでない地域の格差がある。今後この格差がなくなるような予算配分や制度を作って欲しい。			
809	その他(協議会委員)			緩和ケア病棟では化学療法や透析治療ができない(積極的治療)は理解できない。		緩和ケア病棟の条件の変更。	
810	その他(協議会委員)			緩和治療チームの形骸化が憂慮される。既存のいくつかの診療科からの寄せ集めによる緩和チームでは限界がある。			診療科として正式に認める。
811	その他(協議会委員)			自分や家族のことを考えた時、苦痛がなく尊厳をもって終末を迎えたいと願っている。			医師や医療従事者が、緩和ケアについて十分な研修・研究ができるような仕組みを作っていただきたい。また、地域の開業医も研修・研究ができるような体制も必要である。それは、在宅緩和ケアの質の向上にも重要である。
812			北海道	医師、薬剤師、看護師の早期教育が徹底されていない。現在の緩和ケア研修会の実施は(現場の)医療スタッフの負担が大きすぎる。緩和ケア医の専従は専門医が少ない現況では難しく、それがネックとなり緩和ケアが進まないのではないかと。		チーム加算を算定する条件を再検討。	適応外使用の薬剤の検討。
813				緩和ケアについて、単に患者の痛みの緩和のみでなく、緩和ケアの本質的意味の理解が十分でないと言える。			医学教育の中に「緩和ケア」を位置づけ、「緩和ケア」が人間の最期を生きしるものであるとする人間教育を！

4.在宅医療(在宅緩和ケア)

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
814	県庁担当者		千葉	①在宅緩和ケアを提供できる診療所、訪問看護ステーションの整備。②在宅緩和ケア医療従事者の人材育成。③地域における医療・看護・福祉の連携体制の構築。④患者・家族の在宅緩和ケアへの理解。		・専門的に在宅緩和ケアに取り組んだ場合への報酬(困難事例)。・診診連携をすすめるための報酬。	・診診連携によって、病院ではなく在宅医療が継続できるように専門の診療所への連携制度を体系化する。・地域ごとに拠点(診療所等)を定め、診療コンサルテーションや患者のマネージメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る。
815	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	経済的に赤字とならない様にしてほしい。			
816	県庁担当者		奈良	医療従事者その他医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない。			需給バランスについての継続的な調査。

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
817	県庁担当者		高知	過疎地では、在宅医療が成り立たない(移動距離と、少ない患者)。		現在、都市部から過疎地に往診した場合に報酬が高くなったりが、過疎地にある医療機関への報酬上の上乗せがなければ、過疎地で頑張る医師はますます少なくなる。	
818	県庁担当者			①在宅緩和ケアに対応できるかかりつけ医が少ない。 ②複数医師等でのフォローが必要であるが連携が進まない。			
819	県庁担当者			在宅緩和ケアネットワークが未整備。緩和ケアの地域連携パスが必要。		診療報酬での評価が必要。	
820	県庁担当者			地域における保健・医療・福祉関係機関・団体等の連携・協力体制(在宅療養への受入れ体制)が十分でない。	全国の成功例を紹介・周知するとともに、国の補助事業により地域での取組みを促進する仕組みを継続する。	特に、医療・福祉関係者が積極的に対応できるように、診療報酬や介護保険報酬の改善が期待される。	
821	県庁担当者			医師が個人で対応するには無理がある。			訪問看護ステーションのように医師が少なくとも3人以上のシステムを構築すべき。
822	県庁担当者			退院した患者の受け皿の問題・患者が、住み慣れた地域で家族と一緒に生活することを望んでも、緩和ケア体制(緊急時の往診体制)が不十分である。・病院と在宅との連携による看取りに不慣れである。・緩和ケアを熟知している医師が少ない。		在宅医療(在宅緩和ケア)に対する診療報酬の強化。	在宅緩和ケアを担う医師の育成制度の創設。
823	県庁担当者			在宅医療を行う開業医が少ない。		診療報酬で在宅医療を評価するとともに、ネットワーク化を進める必要がある。	介護保険と一体的な制度設計が必要。また、施設での見取りを進めるような体制整備も必要と思う。
824	県庁担当者			現在、自宅の他ケアハウスや特別養護老人ホームなど多様な場において、最期を迎える選択肢が増えており、在宅療養を支える体制整備の必要性が高まっている。			地域連携クリティカルパスの整備等により、県・地域がん診療連携拠点病院は、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及びかかりつけ医による切れ目のない医療連携体制の整備を進める。
825	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	在宅での療養や見取りが可能であるシステムがある事を知らない市民、その実態を知らない病院の医療者が多い。ただ在宅医療はまだ余りにも未整備であるにもかかわらず、病院の医療者の理解不足は退院準備や指導も不十分なまま患者を退院させ在宅医療関係者に任せる、もしくは患者を路頭に迷わせる現状である。			ネットワークシステム構築と、その周知が必要。在宅にかかわる各職種の養成。市民への啓蒙ならびに市民が地域ネットワークの一部になることが出来るよう、ボランティアの養成も必要である。緩和ケアと同じく、在宅医療はがんに限ったことではないので、医学・看護教育の改善も必要である。
826	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	病院から退院したその日から「在宅医療」は始まっている。訪問看護師、薬剤師などスタッフの量と質の向上をはかってほしい。病院から患者を退院させる際の「退院支援体制」を全ての拠点病院、がん治療を行う病院で整えるようにしてほしい。		「退院支援体制」を充実させている医療機関への特別加算。この場合「出す側」の病院と「引き受ける側」の在宅医と双方に加算することが望ましい。	

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
827	患者関係者・市民(協議会委員)		栃木	1 在宅医療地域ネットワークの整備。2 終末期がん患者を引き受ける在宅療養支援診療所の拡充(多くの在宅療養支援診療所が知識、経験がないため終末期がん患者の引き受けを拒否している)と広報。	整備への予算の優先配分。		診療所開設にあたって一定期間緩和ケア実習の義務付けと継続、周期的教育実習 実態調査による各診療所の取り扱い領域の開示(どの様な患者を受け入れるのかを開示する)。
828	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	課題や問題点 ホスピスの代わりに「在宅医療」というのではなく、治療がありませんと言われても家庭で普通の生活を過ごしている方が多くいます。医療的な面や精神的な面でのフォローの体制を作ってほしい。ベッドに寝た切りで介護や医療的な対応が必要な場合の「在宅医療」についても家での看取りを前提でなく、緊急入院など柔軟に対応できるようにしてほしい。			がん対策推進基本計画にもうたわれているように、ヘルパーを含む在宅医療の関係者への緩和ケアの研修について広く実施してほしい。
829	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	現時点では、在宅への移行が「病院からの追い出し」に近い場合が認められる。在宅での受け入れ態勢の整備が不十分。特に大きな自治体は不十分。	19床未満の有床診療診療所に予算を厚くする。	医療支援が必要な患者の長期入院が成り立つような診療報酬にする訪問診療、訪問看護に報酬を厚くする。	19床未満の有床診療診療所開設を制度的に支援する。
830	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重	飛躍的に需要が増すことはわかるが、ここでも制度が知られていない。			
831	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	在宅医療の整備、推進の方向性は正しいのか疑問に思う(がん患者が在宅で看取られたいと思っているという大前提は正しいのか)。	地域連携を強化するための予算を確保したい。		
832	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	在宅医療を担う医療施設の組織化ならびにレベルアップが出来ていない。	がん医療体制は、地域医療がメイン、その担い手のかかりつけ医やホスピス等の連携・組織化の予算を十分取るべきです。	前述。	地域医療体制のグランドデザインを作り、在宅医療にかかわる全ての方々をきちっと位置づけること。
833	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	推進計画では、まず医療機関の現状調査をして、それから必要な対策を検討することになっているが、いまだ調査の始まったとは聞いていない。また計画では「在宅緩和医療連絡協議会」を設置することになっているが、未組織である。	医療機関等の現状調査に要する経費と「在宅緩和医療連絡協議会」の設置運営費用をお願いしたい。		医療機関の現状調査を速やかに実施して、それを材料として、在宅医療に必要な連携方策の検討実施をお願いしたい。そのために「在宅緩和医療連絡協議会」の組織化を早くお願いしたい。
834	患者関係者・市民(協議会委員)		鳥取	医療従事者と家族とのコミュニケーションがまだまだ不足しているので、家族の負担(精神的にも肉体的にも)がまだまだ大きい。			
835	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	在宅ケアをする時に、うまくいかどうかは、その地域に在宅ケアに真剣に取り組んでくれる、意思と、それをしっかりサポートするボランティア団体の存在が不可欠。それが必ずしも出ていない。			広島県の竹原市は、在宅ケアの成功事例がある。ここはまだ、人の善意に頼っているが、もう少し、勉強して、仕組みを確立すべき。
836	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	患者にとって在宅医療は望ましい事であるが、医師も看護師も人手不足で現状は難しい。	在宅看護は現在看護師が行っている事が多い。看護師が重労働にならないために、補助は必要だと思う。	診療報酬でどの程度補助されているのかわからない。	在宅医療に関しては、あまり情報が無く、どのような制度があるかわからない。もっと在宅医療について知りたいと思った。

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るべき。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。	