

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、そのため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じること。	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況がかわらない。			
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で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れば、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。

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
995	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	在宅医療にかかわる人材、設備不足とがん診療連携病院と開業医、中小病院との連携が必要。また、何よりも家族が疲弊しないように受け入れのための家の改築やサポート体制作りが必要。	分野②③と同じ。医師会との協力関係構築のための定期的な会議、勉強会、講習会の開催費用。24時間体制の訪問看護ステーションに対する補助。家の改築のための費用補助。	訪問診療加算の増額。	福祉部門と連携して、医療面の充実の他に、がんはどの年齢でも発症するので、高齢者だけでなく20-40代の働き盛りのがん患者の生活面のサポート体制。患者の搬送に対するサービス。
996	医療提供者 (協議会委員)		福岡	デイホスピス等の制度が不十分。			
997	医療提供者 (協議会委員)		福岡	制度としてはかなり進展しているが、現状とかけ離れている点が多い。とくに末期がん患者の在宅療養は、介護や看護体制も不十分であり、核家族化と高齢化の現状では不可能に近く、緩和医療病院の数やベッド数が少ない現状から担当病院が負担せねばならず、やむなく退院させられた患者は難民化しているのが現状である。			
998	医療提供者 (協議会委員)		福岡	24時間訪問看護提供できるステーションの増加が望ましい。			
999	医療提供者 (協議会委員)		福岡	一人暮らしなど在宅緩和ケアは難しい。			老人ホームなどでの在宅緩和ケアを充実させる。
1000	医療提供者 (協議会委員)		佐賀			訪問看護における診療報酬を上げてもらいたい。	
1001	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	病診連携の強化が必要。		連携に対する加算。	
1002	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	がん治療・緩和医療に関しての在宅医療をする診療者が非常に少ない。	診療所医師に対するがん治療・緩和医療のセミナー等教育予算の充実を。		診療所医師に対するがん治療・緩和医療のセミナー等教育に強制力あるいはインセンティブを持たせてほしい。
1003	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	・ごく一部の開業医しか在宅医療に携わっていない。 ・在宅医療に携わっている開業医を支援する体制が整っていない。 ・1951年の在宅死の割合は、約80%であった。当時は一体だれが看取っていたのか？だれが医療を担っていたのか？在宅医療の原点を考えてみる必要がある。	・予算面でも地方分権が必要である。中央で考えたことが必ずしも地方の実情に合うとは限らない。むしろ合わないほうが多い。	・人的支援が必要であるので、そのための診療報酬上の対応が必要である。	・支援体制を制度面から整備する必要がある。
1004	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	在宅医療を行う地域においては、すでに「在宅緩和ケア」も行っているが、勉強会、研修会、研究費が殆どない現状。	広く県民市民に対する前記研究費の創設が必要と感じる。	制がん剤、オピオイド処方、調剤与薬(服薬指導等)の報酬アップを。	国民、地域市民の「がん」に対する意識改革の為のサークル的事業が必要と感じる。
1005	医療提供者 (協議会委員)	中嶋 由紀子	長崎	患者さんの意識が低い為に移行できないことがある。高齢世帯が多く、同居者もともに倒れたりしており政策支援が望まれる。			
1006	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	医師会レベルでよくやっていると思う。			

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
1007	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅医療関係者に対する教育。	介護職、ケアマネージャー、福祉関係者に対する教育研修。		
1008	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅緩和ケアに特化した看護のできる看護師の認定。	認定看護師の養成。	在宅緩和ケアの看護職の報酬加算。	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病棟の確保。
1009	医療提供者 (協議会委員)	白尾 国昭	大分	在宅医療機関の不足。	地域医療機関への支援。		
1010	医療提供者 (協議会委員)		大分	在宅医療における、歯科(口腔ケア)との連携ができる組織作り。			
1011	医療提供者 (協議会委員)		大分	高齢過疎地の在宅医療にどう取り組むか。介護・看護力の劣る地域における在宅医療をどうするか。			
1012	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。			
1013	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島			・24時間緊急受入れ体制を維持するための加算がまだまだ不足している。	
1014	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	在宅緩和ケア医不足。在宅医が、オピオイドに熟練するための施策不足。			
1015	医療提供者 (協議会委員)	小玉 哲史	鹿児島	既に開業している先生方は、温度差がはっきりしすぎ。			各地域の医師会には、もっと協力してほしい。
1016	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	在宅医療を含めた地域連携一行政の積極的関与が必要。			
1017	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	在宅患者を診てくれる医療機関、開業医の絶対数が足りない。			
1018	医療提供者 (協議会委員)			地域連携の充実。			連携拠点病院と在宅医療制度の確立。
1019	医療提供者 (協議会委員)			病診連携の推進、強化、ネットワーク体制の構築。			
1020	医療提供者 (協議会委員)			24時間対応できる往診医、訪問看護ステーションの数が足りない。がんの疼痛コントロールのできる支援診療所が少なすぎる。往診医に地域格差がある。どこでも在宅医療を受けられるシステムが整っていない。	訪問看護ステーションの人材育成、待遇改善を行う(往診医と訪問看護師を増やさないのがん患者の在宅は難しい)。		
1021	医療提供者 (協議会委員)					大幅なアップを。	

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
1022	医療提供者 (協議会委員)			現実ほとんどやってくれるところはありません。まだまだこれから、ということ。患者も医療スタッフも理解できていない。周知すべき。		今でも十分だとは思う。	
1023	医療提供者 (協議会委員)			人口が少ない都市、町での在宅緩和ケアの実践が厳しい状況。とくに広大な都道府県の場合は、移動時間および移動距離が多く、人口の多い都市で、集約的に訪問が出来る状況との差がありすぎる。	在宅緩和ケアの病診連携について、予算を盛り込む。	在宅緩和ケアの診療報酬の引き上げ。距離などを勘案した診療報酬。	
1024	医療提供者 (協議会委員)					在宅緩和ケアを行っている開業医の診療報酬を手厚くする。	
1025	医療提供者 (協議会委員)			早急にもう少し制度の充実が必要と思う。	複数の人が判定するようになれば、十分な補助を出せないようにする。	複数の人が認定した在宅に対しては、もう少しお金をかけるべきである(1人は開業医でも1人は公的病院の医師でべき)。	
1026	医療提供者 (協議会委員)			興味関心のある医療スタッフで行われており、まだ広がっていないと思う。	予算を振り向けること。	厚くすべき。	連携がキーワードとなると思われます。患者さんは、最初に診てくれた医師の継続診療を望む傾向がありますので在宅になるとスタッフが変わり不安を覚える。いかにうまく在宅医療スタッフに移行するかが大事と思われる。
1027	医療提供者 (協議会委員)			患者、家族に現実的な方策であるとの意識を持ってもらう事が重要。	増やしてほしい。	上げてほしい。	やはり金銭的なサポートと人材育成につきると思う。
1028	医療提供者 (協議会委員)			昭和54年を境に病院での看取りが在宅での看取りを上回るようになった。現在はほとんどの患者さんが病院で看取ようになっており、社会全体に核家族化・独居高齢化した現状では、制度改革のみで在宅医療の推進を図ってもいろんな問題点を解決することは困難と考える。一般人の終末期に対する意識変化がなければ、医療現場だけで在宅医療や在宅での看取りを推進することは極めて困難であろう。また病院と患者の間でのやり取りだけでは発展性がなく保健所などが在宅患者の情報を集積・管理しこれに関係部所管でまとめ、各地域のデータとして持ち有効に活用していく必要がある。		在宅に向けたカンファランスを開いたり、退院前に自宅を訪問したり、外出時にナースが付き添ったりしても、診療報酬に反映されていない。膨大な時間や手間をかけているため点数として評価すべきである。すべて医療者側の犠牲の上になり立っているといても過言ではない。	24h往診・看護可能なところは徐々に増えてきているがまだまだ少ない。少しでも早く日本全国どの地域でも医師・看護師の数が確保できるようにすべき。また民間保険でも入院に対する保障ばかりで在宅や通院に対する保障はほとんどない。これでは誰も家に帰ろうとは思えないのではないだろうか？
1029	医療提供者 (協議会委員)			実質的な在宅支援診療所の不足。訪問看護ステーションの不足。在宅支援診療所での緩和ケアの限界。訪問看護ステーションでの緩和ケアの限界。		在宅支援に対する点数アップ。	行政や医師会の積極的な関与で地域のネットワークづくりを推進する。
1030	医療提供者 (協議会委員)			病診連携の強化(病院のネットワーク部の強化)。		在宅緩和ケア加算。	
1031	医療提供者 (協議会委員)			地域診療所等との協力体制がまだ不十分であると考え。			
1032	医療提供者 (協議会委員)			在宅医療に関心が少ない診療所が多い(麻薬免許を持っている医師も少ない)。在宅療養支援診療所が少ない診療所間でチームを組んでいない。		在宅医療は診療所の義務と考え、行わない診療所は診療報酬を下げる。	

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
1033	医療提供者 (協議会委員)			地域への緩和治療の普及は年数回の講習会だけでは不可能と思われる。人的介入が必要と思われる。			
1034	医療提供者 (協議会委員)			現状ではほとんど実施できていない。在宅で最後を終えたいと考えるが現実には病院に戻ることでなっている。在宅医療を行なう医師や看護師の教育が必要ではないかと思う。			
1035	医療提供者 (協議会委員)			院内スタッフに知識、経験が少ない。		在宅調整をするスタッフ(看護師、MSWなど)の調整対応への診療報酬の加算。→院内での普及につながりやすい。	医師、看護師、MSW、臨床心理士などをチームとした研修会、地域の医療機関の顔合わせの機会作りの場の整備。
1036	医療提供者 (協議会委員)			・在宅緩和ケアにできるだけ多くのかかりつけ医の参加ができるよう行政・医師会は積極的に努力する必要がある。現在、研修会に参加するかかりつけ医は極めて少ない。・麻薬施用者申請に高額な費用(収入証紙)がいるが、これが在宅緩和ケアの協力的かかりつけ医を制限している可能性がある。申請費用をなくすべきである。		在宅緩和ケア協力的かかりつけ医の増加を計るため、診療報酬を充分にすること。一方、医療費増加により、レセプト点数が高くなり、保険の個人別指導の対象にされる。保険審査の見直しをしない限り、協力的診療所の増加は期待できない。	
1037	医療提供者 (協議会委員)			がん治療病院から在宅医への紹介の時期が遅すぎる。治療中の段階から早めに併診による緩和ケアが行われるようにすべきであろう。在宅緩和ケアを行う診療所の数が少なすぎて、特定の診療所への負担が増している。死亡診断書作成の際に、死亡24時間以内の医師の診察が必須であるが、これがかなり負担になっている。	がん治療病院医師が在宅医療を体験することに対する予算処置を講ずる。	在宅支援診療所でなくとも、かかりつけ医が在宅での緩和ケアや看取りを行うことへの評価を高める。	これから内科や外科で開業する医師は、かかりつけ医として予防医学から緩和ケア、看取りまで行うことを義務化する。
1038	医療提供者 (協議会委員)			医療資源がない(訪問診療を担当する医師)。	在宅医に対する緩和ケア加算。	僻地における診療報酬を上げる。	医学部定員の増員 僻地診療の一定期間の義務化。
1039	医療提供者 (協議会委員)					在宅医療の相談の点数のアップ。往診をしてくれる医師を増やす方策を。	
1040	医療提供者 (協議会委員)			特にがん患者は、介護保険の申請から認定までの1ヶ月間が待てない。患者が申請をした段階から、ケアマネージャーを決定し、退院調整にとりかかりたい。			介護保険の認定結果が出てからケアマネージャーを依頼してほしいと言われるが、現実には難しいので、申請と同時に担当者が決められる制度にしてほしい。



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
1041	医療提供者 (協議会委員)			①介護保険の運用が自治体によって格差がありすぎ、医療と介護の連携と謳われながら自治体によっては、退院日が決まらなると介護申請そのものを受け付けない、という実態がある。転院するか少しでも在宅に帰ってみるのか、患者も家族もすぐには決められず揺らぎの時間があるが、転院予定では介護申請を受け付けてもらえず自宅退院を決定しないと申請が出来ないため、帰りたい時に介護保険を使いにくいという実態がある。また介護認定がおけるまで1ヶ月かかるため、市は暫定で使えばよいというが、患者や家族は不安で使えないため自宅に帰るチャンスを失うことがある。国、県、がん拠点連携拠点病院が、がん対策に取り組んでも、患者にもっと身近な市町が在宅緩和ケアの重要性を理解しておらず、在宅緩和ケアが広がっていない。②在宅療養に必要な医療材料や医療機器を、現状では診療所が個別に用意したり、患者が自己負担で購入する必要があり、双方にとって経済的負担が大きい。1診療所が1患者のために、めったに使わない薬剤や医療材料をまとまった単位で注文することとなり、引き受けに躊躇されることもあるし、1診療所の犠牲に基づいて在宅医療が成り立っていたりする。そのため診療所が実施できる処置の内容が広がっていきにくい。			①がん患者の場合は(本来はがん患者に限らないが)、退院日や退院先が決まっていなくても希望があれば申請を受け付ける事を明文化。急を要する場合は、認定作業を早める努力義務も付加する。また、がん患者の場合は介護度に関わらずベッドや吸引器を介護保険でのレンタルを可能にする。(可能にしている自治体もある。)②自治体が地元の医師会と共同し、医療材料や医療機器の共同購入やレンタルの仕組みをつくってほしい。
1042	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア、在宅緩和ケアに一番必要である麻薬を管理、取り扱いができる医師、薬剤師(麻薬取り締まり法を遵守)を中心にチーム医療を行えるようにする。			
1043	医療提供者 (協議会委員)						開業医も積極的に在宅医療ができるような制度が必要と思われる。
1044	医療提供者 (協議会委員)			山間地域の家族力の低下。			
1045	医療提供者 (協議会委員)			高齢者で、1人あるいは夫婦2人では、身体が動けなくなったりすると、在宅はなかなか困難。核家族が進んだ日本で、無理に在宅医療を進めるのは不幸につながる。	老人の施設がもっと欲しい。		
1046	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	日本の家庭、家族構成を考えるとやはり手遅れ。	介護システムを活用して、病院、介護センターなどとの連携。営利目的の老人施設の排除。	在宅死亡時の診断書料などの増加。	在宅でがん患者を看取ることの社会的評価。具体的には、地域社会が、看取った家族への社会的貢献を評価し、何らかの名誉を与える。
1047	学者・研究者 (協議会委員)			絶対数が足りない！利用したいのに、数か月も待つ。漸く、訪問時間が取れます、という頃には、あと数日のいのち、または既に亡くなってしまった…。在宅緩和ケアに携わるを医師や看護師もへとへと。支援が必要。	タバコ増税、酒税、自動車税などを財源にしても、開設支援をもっとしてほしい。	重たい職務内容なので、それなりの加算をしてほしい。	利用者への補助支援も、もう少し欲しい。在宅の場合の家族の負担は結構大きい。

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
1048	学者・研究者(協議会委員)			在宅での緩和ケアの推進。		診療報酬の増額。	在宅での緩和ケアに対する規制の緩和。
1049	その他(協議会委員)		岩手	更なる充実が必要(どこでもだれでも可能)。			
1050	その他(協議会委員)	小田 和男	埼玉			在宅医療でケアマネや看護師、ケースワーカーの業務に対する報酬項目を増やして欲しい。	
1051	その他(協議会委員)	椛沢 敏雄	新潟	専門的な知識の習得関係機関のネットワークづくり。			
1052	その他(協議会委員)		山梨				在宅介護者の援助(介護しているので介護料などの検討)評価の仕方は困難な面もあるが。
1053	その他(協議会委員)		滋賀	①在宅での療養を希望する患者や家族が、少しでも安心して過ごせるように、地域の介護施設、デイサービスなどの通所施設の介護力、看護力を高める為の研修会、講習会をする必要がある。②しかし、それらの施設は決して余裕がある人数で仕事をしていないので、いかに研修の機会を作るかが問題である。	①介護施設やデイサービスでの介護力、看護力を高めるために、スポット的でもいいので、がん専門看護師に現場で必要なケアについて指導を受けられる体制を作る。		
1054	その他(協議会委員)		鳥取	訪問診療や訪問看護が安心して利用できる環境づくり。		診療行為に見合った報酬の確保。	緊急時にすぐ入院できる体制づくり。
1055	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	在宅緩和ケア体制の整備が遅れている。			尾道方式のようなボランティアな在宅支援システムを各地に整備する必要がある。介護保険をうまく併用できるな制度化医師だけでなく、訪問看護が主体になった緩和ケアチームも検討すべきでは。
1056	その他(協議会委員)		愛媛	在宅療養者の一番の不安は、緊急時、症状変化時の対応であり、その時の医療提供体制に診療上の縛りがあるため在宅療養の選択に躊躇する現実があると思われる。			
1057	その他(協議会委員)			患者さん本人は在宅での治療等を望まれているが、なかなか家族の受け入れやサービスがないため、難しい状況がある。			
1058	その他(協議会委員)			地域住民への普及啓発が不十分。在宅麻薬管理が不十分。在宅療養支援診療所への偏り。	地域住民への普及啓発事業。住民向けの在宅緩和ケアガイドの作成。	診療所のグループ診療の報酬評価。	
1059	その他(協議会委員)			在宅緩和ケアが推進できない現状を分析し対策の検討が早急に必要在宅緩和ケアに従事する看護師の裁量権の拡大在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保。			在宅緩和ケアに従事する看護師の裁量権の拡大を!!
1060	その他(協議会委員)			患者及び関係者への情報提供の不足。	在宅医療の啓発に対する予算の確保。	診療報酬を手厚くする。	

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
1061	その他(協議会委員)			在宅緩和ケアをする医師が増えない。当市では昭和56年から、現在まで取り組んでいるが、在宅での看取りの協力医師が思うように増えていない。やめる医師もいる。		診療報酬額を見直す。	
1062	その他(協議会委員)			在宅への往診医の不足と、その往診医の緩和ケアに対する認識に差がある。中央にいい先生が集まり、地方との差がある。			どこに住んでいても同じ医療が選択できるような制度を作って欲しい。
1063	その他(協議会委員)			在宅医療を目指して在宅療養支援診療所が制度化されたが、看板は掲げていても夜間対応が出来ない診療所が多い。高カロリー輸液や麻薬に対応できない。なるべく在宅で過ごしたい、過ごさせたい患者、家族はそんなに多くない。			在宅療養支援診療所の再調査。
1064	その他(協議会委員)			地域への緩和治療の普及は年数回の講習会だけでは不可能と思われる。人的介入が必要と思われる。			
1065			北海道	地域差がありすぎる。教育の不足があるように感じる。在宅指導管理料について:カンファレンスを行う時の他職種3者以上は難しく、2者としてほしい(カンファレンスは有意義で施設側も時間をとっているのに診療報酬がとれない)。	教育についての予算は増やしてもよいと思う。病院と連携するにもどこがどれだけできる機能を持っているか、アピールするための予算などできないか？		
1066				中核都市以上では「在宅医療」が行われようとしており、行われてもいるが、僻地の町村では特異な医師の存在に依拠しているのではないか。		診療報酬upで対応すべきである。	僻地の医療従事者の常態との認識を高め、これが普通であることの人材育成が大事。

#### 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	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
1067	県庁担当者	若井 俊文	新潟	化学療法に関しては発展がめざましく標準治療の推進のためにガイドラインの作成は必要不可欠である。			
1068	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	最新医療で合併症がもっと少ないもののみを選ぶべきである。			
1069	県庁担当者	服部 正興	三重	大腸がんになったので、買って読んだが、非常に勉強になった。ただ、合併症もあったので、主治医の先生の話もよく聞いて勉強した。			
1070	県庁担当者		和歌山	放射線治療については、少なくとも都道府県内(or人工100万人毎)に1つのIMRTを行える施設を作るような改革を取ることが望ましい。	標準治療の定義は難しい。年々進歩しているので現状の把握が大切。		
1071	県庁担当者			県は、がん診療ガイドラインの普及に努めている。			がん診療ガイドラインに沿った医療を実施する医療機関の増加を目指す。
1072	患者関係者・市民(協議会委員)	郷内 淳子	宮城	診療ガイドラインは強制されるものではなく、活用するかどうかは医療者の裁量に任せられているのが現状。しかもそのことが一切公開されておらず、患者が受ける医療を選択する権利を損なっている。情報公開を徹底して、個別の医療機関、医療者単位での診療レベルがひと目でわかるようにならないのか？		DPCの値付けに際して、診療ガイドラインに沿った治療については加算をつけるなどの差別化。	

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
1073	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	早急に作成すればよいだけではないか。専門チーム設置費用と調査費用。			
1074	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	均てん化という点で診療ガイドラインを広める必要があります。一方、拠点病院で「治療法がもうありません、ホスピスを紹介します」といわれて本当に打撃を受け、「がん難民」といわれる人が増えています。標準治療の推進とともに、その先の対応についても検討が必要と思う。			
1075	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	再発・転移に関するガイドラインが見当たらない 希少がんへのガイドラインが充実していない。	ガイドライン作成プロジェクトに対する予算確保。	標準治療を行っているかどうかを精査し、実行している場合のみ加算する。	カルテに標準治療を行っているかどうかの項目を入れる。
1076	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	早急に全てのがんについて診療のガイドラインを作成してほしい。	予算をとってほしい。		
1077	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	一般市民に判るようなものにする。この次元での、各医療機関の治療成績を公開する。	都道府県の、情報公開が不十分なので、携帯、PC、紙ベースで、年齢・対象別に情報が伝わるよう予算措置をとって、徹底する。	前述。	標準治療の推進は、各施設の治療成績とタイアップして周知させる。
1078	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	ガイドラインは各がんによって作成されているが、残念ながらそれに基づいて治療を行っていない病院もまだある。がん治療は日々変わっており、今現在、最も最適な治療法(手術法)は何なのか、患者としては最善を尽くして欲しい。私は自分が乳がん患者なので、乳がんについての情報は得る機会が多い。山口県では数年まえから「乳がんガイドライン」を基に、医師の勉強会が頻繁に開催されている。県内の乳がんに関わっている医師が、ガイドラインに基づいて行った手術や治療で、どのような効果が上がっているのか、現状はどうなのか、討論したりしている。また化学療法のスペシャリストを招いて勉強したりしている。がん治療に関わる医師たちに、学ぶ姿勢は必要だと思う。	まだガイドラインのないがんがあるかどうか分からないが、がん治療は日々進化しているので、それに応じたガイドラインを必ず出し、勉強会も開催してほしい。		治療している患者も、自分の体の事なので、知る事は必要である。乳がんに関しては、日本乳がん学会が「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」というのを発行している。とてもわかりやすく記載されていてとても参考になる。医師にお任せの時代は終わり、自分自身のための治療なので、一緒に考える(後悔しないためにも)事は必要なので、年配の方にも簡単にわかりやすい小冊子があれば良いと思う。
1079	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	標準治療に押し込んでしまう医療者がいるが、自分のことを考えた治療であることを説明してくれる医者が好ましい。			
1080	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	標準治療が進むのは歓迎です。再発治療になると、ドクターのさじ加減(抗がん剤の投与方法など)で、長く生きれる人も多いので、単に標準治療だけで、もう治療はありませんと言われるのが一番怖い。単に標準治療治療だけでは終わって欲しくない。		医師の専門性を診療報酬に加味できないか。	