

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
102	行政府		島根	島根	医療従事者の研修制度が利用しにくい。	医療従事者が、中央研修等を受けるための研修費用が十分措置されていない(代診医の費用のみが措置されているが代診医はそもそもいない)。		
103	行政府	福原義貞	島根	島根	日本では欧米に比べ放射線療法、化学療法の比重が軽く、専門医や専門スタッフも不足している。外科的な手術しか選択できない状況もある。	機器導入やスタッフ育成に予算措置が必要。	診療報酬にも重点配分が必要。	
104	行政府		島根	島根	国立がんセンターと地域を比べると差が大きすぎる(医療従事者が少ない)。	専門医確保予算。派遣する予算の確保。		国立がんセンターからの医師派遣制度を作る。
105	行政府		島根	島根	大都市と島根県とは、同様の(同水準)の治療が受けにくい。(医療従事者、医療機器が不十分) 治検薬なども、各県同様に利用できる体制にない。			医療従事者の偏在の解消に努めてほしい。
106	行政府		広島	広島	医師のがん検診後のフォローについて理解がほしい。専門医をすぐ紹介することがなされていない。例。大腸がん検診陽性者→かかりつけ医再度便潜血検査もしくは注腸のみで見落とされてしまう。→翌年も同じこと→三年目に検診受け、便(+)大腸がん末期転移あり死亡。			医師会。Dr.のがん医療の教育の充実。
107	行政府		長崎	長崎	必要な医療従事者が不足しているように感じる。	研修費に対する補償(奨学金)予算を増やす。	医療従事者配置に対する加算。	
108	行政府	長田智貴	長崎	長崎	医師不足(がん専門医)。		専門医(緩和ケア研修受講者等も含む)への診療報酬アップ。	
109	行政府			青森	専門医師の不足。医療従事者の数と質が十分でない。	・医師確保予算の増額。 ・人件費を増し、研修などについて代替職員の確保。 ・研修予算の増。	専門治療への加算。	全国標準で行うべきである。
110	行政府			青森	リニアック(ライナック)は高精度化しているが、放射線技師のレベルがついていかない。また、医学物理士が少なすぎる。陽子線などの多額の設備投資が必要なのは国でやるべきである。	放射線治療器から粒子線治療設備まで、いずれも高く、ペイしない。高率補助すべきである。	放射線治療の点数を高くしてやるべきである(少しでもペイできる)。医学物理士の治療に加算をつけて。	技師の高度研修実施、医学物理士の公的認知。
111	医療提供者	斉藤聡	青森	青森	人数不足である。	がんプロの予算の増額。	診療報酬の増額。	
112	医療提供者		青森	青森	がん領域に限ったことではないが、専門看護師・認定看護師は、自分の時間・お金を使い研鑽している。やる気があっても徐々に疲弊してくる。	認定資格取得のための奨学会。特別報酬など。	専門看護師や認定看護師が介入した時(面談・相談)の診療報酬をつけていただきたい。	
113	医療提供者	秋庭聖子	青森	青森	医療従事者を育成するにも、医師も看護師も不足しており、病院から出せないのが現実。「質の高いがん看護師の研修」もその例で、人が集まらず中止にもなった。	中央(東京方面)で行われている研修に関しては、国が交通費や宿泊費の半分でも面倒をみてくれるよう予算を立てたらどうか。		国の医師・看護師は、地方研修制度を設けてはどうか。国はがん医療の均てん化と共に、人材の均てん化にも努めてもらいたい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
114	医療提供者		青森	青森	医療機器が高額すぎる。医療従事者の育成が進まない。	厳しい財政状況が続いているが、最新機器の導入は不可欠である。		
115	医療提供者	藤林繁子	青森	青森	医師の不足で困っている。8年くらい勉強してお医者さんには少し給料を上げて、生活環境を考えてあげるのが望ましい。	入院室をたくさん設けてほしい。がん死亡率が多いのは、食事、のむたばこ。栄養士さんの指導を受けるのがよい。	あまりお金をかけないという人がいるが、病気を治すのだから徹底して治すこと。	お医者さんを多くすること、都合がいたら(国にも予算があったら)。
116	医療提供者	堀口真由子	岩手	青森	放射線治療が進んでいない(選択されにくい)。放射線治療、化学治療の専門家(医師だけでなく)の育成が進まない。特に医学物理士の育成。	人材育成には、国や地方自治体の継続的予算が必要と思われる。10年後にやっと一人前という気の長い支援が必要と思われる。	医学物理士のいる施設に診療報酬加算を。	医学物理士の国家資格化への法制化。
117	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	医師はがん医療がサービスであるという意識を持つことが大切である。責任ある診療。	医師改造計画。	・薬価を大幅に抑制する。 ・外来化学療法加算などを増額する。	・むしろ、さまざまな規制緩和を必要あり。
118	医療提供者		島根	島根	医療従事者の育成。			
119	医療提供者		島根	島根	医療従事者に対する情報提供、学習機会が少ない。スタッフの数が少なく、仕事をしながら、研修参加が難しい。	専門に資格を取る医療者に対する支援(学費)。	専門看護師を置くことで、加算される。	
120	医療提供者		島根	島根	特に地方においては専門医の不足・島根県においては、特に西部で外科医もかなり不足している。	地域の拠点病院へ研修費などの予算を増やす。	医師数を増やしても、不足している科に人が増えるとは限らず、外科や放射線科・産婦人科などについては、ドクターフィーを導入しなければ、必要人数を確保できないと思われる。	診療報酬のインセンティブで改善できなければ、地方の大学での授業料免除の推薦枠などは、将来の診療科をしぼって募集する必要があると思う(がん治療を専門とする→外科医・放射線外科・薬物療法専門医という募集)。
121	医療提供者		島根	島根	がん医療に従事する医師が不足することももちろんだが、その前に、地域の医療崩壊で地域の医師全体が不足している状況である。医師不足は「がん医療」に限ったことではない。	アメリカ並みのがん対策予算が必要。	・がん医療の診療報酬の引き上げが必要。 ・医学物理士の国家資格、診療報酬への反映。 ・良いがん医療を受けるには相応の負担も必要である。 ・混合医療の解禁。	研修制度の根本的変換←地域の医師不足の一要因と考える。
122	医療提供者		島根	島根	全医療従事者(医師・他のメディカル)が、この療法等に十分な知識があるのか？専門的な知識のある人の人数が少ないし、遠くまでの移動が無いと出来ないと(治療が)そういうことがある。		診療報酬を上げることが療養費用のアップにつながることは考えられる。上げてもいいが、支払われる療養者の負担増につながらない方法を考える。	医師不足・医師の県在住分布を均等にとか考えていくことができれば…。
123	医療提供者	鈴宮淳司	島根	島根	外科医、血液内科医不足の深刻な状況。		産科、小児科などと同様の診療報酬の増額。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
124	医療提供者		島根	島根	がん放射線治療-最新の科学療法を受けることが地方で差がある。専門の医師が少ない。	・地方へ予算を-医師確保できるように配分をする。・専門の医師へ地方への配置の期間を求める。	地域加算をつけて配分を地方に行い、人材の確保をしやすいようにする。	
125	医療提供者		広島	広島		放射線治療センターはぜひ実現していただきたい。	化学療法にたずさわる看護師や薬剤師の専従条件を外して50~70%でも認めていただきたい。中小(専門)病院には負担である。	
126	医療提供者		広島	広島	がん専門医が少ない。		診療報酬を上げる。医師一人一人の負担の軽減(専門看護師の活躍の場を広げる(権限をもたせる))。がん患者とゆっくり話ができない。医師の日常業務による疲弊。外来1人1人への対応の十分な時間がない。	・育成を。・一般病院の先生が一定の研修でとれるように。
127	医療提供者	篠崎勝則	広島	広島	化学療法に関する専門医制度として、日本臨床腫瘍学会の定める「がん薬物療法専門医」は十分に評価できる。しかしその充足率は乏しく、また地方の一般病院では外科医により実施されている。外科医が中心の癌がん治療学会では認定医制度があるが、専門医制度と比較し、さらなる質の改善が求められる。	がん薬物療法専門医制度では現在のところ横断的に診療できるoncologistの育成である。外科領域でも各外科医が専門となる領域における化学療法分野での専門医制度の構築が求められる。あるいは日本臨床腫瘍学会の中で、外科医を対象とした専門領域における新たながん薬物療法専門医制度の確立が必要と思う。		
128	医療提供者	栖原啓之	広島	広島	腫瘍内科が医学部の正式講座として存在している大学がまだ少ない。マンパワーが圧倒的に不足している。	がん医療が国の基幹産業となるように予算額を増額する。日本の製薬企業が日本で新薬の開発(phase I試験)ができるようにする。	外来化学療法など外来の診療報酬を増額する。外来化学療法室を24時間オープンする。専門医の診療報酬を加算する。	国や地方自治体ごとに専門診療科の数(専門医数)をコントロールして適正な配置を図る。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
129	医療提供者		広島	広島	放射線治療を受けたくても、遠い所に住んでいる人や高齢者、体の弱った人は通えない。また、緩和医療を十分に実践できない医師、在宅医が地域には多く、在宅緩和ケアを支援するには基盤が弱いと思う。	病院の医師は交代したり費用が出て研修に行きやすいが、1～2人で経営している高齢の往診医が地域を支えているので、その方たちが実践に役立つように緩和医療を広めていただきたい。そこに予算を出して知識の向上に努めてほしい。麻薬、ステロイド、輸液に関して、在宅医が安心して実践できるように仕組みを作っていただきたい。		広島で予定される高精度治療センターをぜひ早期に進めて、粒子線治療を受けられるようにしてほしい。
130	医療提供者		広島	広島			外来化学療法における薬剤師による薬剤の情報提供に対して、入院患者の薬剤管理指導料と同様の診療報酬を手当てしていただきたい。	
131	医療提供者		広島	広島	放射線治療を実際に施行する現場の技師は、特別な認定制度(放射線治療認定技師)を持っているが、維持するためにはポイント制度となっており、放射線物理学会、放射線腫瘍学会など、協同学会の認定する講習を受講しなければならない。それらの講習は地方で開催が難しく、受講費用問題、人材不足問題が起こっている。	認定制の講習会を地方で開催できる予算設定をしてほしい。		
132	医療提供者	今田直幸	広島	広島	70本の推奨例の15「医学物理士」(全国に数百人しかない)の育成ではなく、すでに現場で業務に当たっている放射線技師の教育システムを考えるべきである。	「医学物理士」にインセンティブではなく、現状の診療放射線技師による精度管理が一定レベル以上であれば、加算か補助をつけてほしい。		現在、放射線治療の精度管理システムによって全国的に行われているが、認定講習会等が大都市中心なので地方で開催できるよう県もサポートしてほしい。
133	医療提供者		広島	広島	・放射線療法に伴う医療機器が高額。・医療従事者の育成には時間を要するし、費用がかかる。	・高度医療に伴う予算の確保、補助金の配付増が必要。・従事者育成に伴う予算の確保。	・従事者のモチベーションの維持・向上が不可欠であり、高度医療における診療報酬の増額は必要。	・費用負担増に対する財源は、消費税などの間接税増加による財源確保が必要である。
134	医療提供者	岩田潤一	広島	広島	抗がん剤の種類や効用をもっとわかりやすいものにする。			
135	医療提供者		広島	広島	専門医、認定医、専門看護師、認定看護師、専門薬剤師が専門以外の仕事が多く、活用されていない。		専門職の診療報酬加算。認定・専門薬剤師、看護師の説明指導に対する加算。	

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
136	医療提供者	木下真由美	広島	広島	がん医療に携わる医療者の育成は以前と比較し進んできたと思うが、その質の検証、質の保持、また、各施設及び職種での連携がまだ不十分である。外来化学療法に携わる看護師の人数配置に関して設定がなく、マンパワー不足が慢性化している。普通の外来とは内容が全く違い、現状では高い質の看護を提供できない。	・施設内の専門スタッフの数、配置に対する予算。	・認定看護師、専門看護師(また薬剤師)などが配置されている場合は報酬を増額。→資格を取っても(また維持しても)給料に反映しない施設が多い。高いモチベーションを保つためにも必要。そのためにも報酬が必要。	・専門の知識を得るために専門看護師・認定看護師などの研修に行きたい者、また、行かせたい管理者は多いが、現行の制度では人を出すのが難しい。7:1看護制度が足かせとなり、これをキープすることが第一の目標となりかねず、長期間研修を受けるのに苦労している。7:1は良い制度とは思いますが、研修に行く場合などはそこを考慮して下さるなどしていただきたい。外来化学療法看護師配置に関して適正な制度を作っていただきたい。
137	医療提供者		長崎	長崎	がん診療に携わる専門スタッフの人材不足。文科省の「がんプロ」の継続性の問題。	人材育成のための予算。	専門スタッフ配置による加算をあげる。	「がんプロ」あるいは類似したプランの継続。
138	医療提供者			新潟	がん治療におけるトレーニングを実際に受ける機会がない。緊急の呼び出しに対応するために、病院から離れることはできず、同世代の医師がいない場合は代診を頼んで研修を受けることはできない。			eラーニングシステムが確立すること、そのシステムを所属学会等を通してしっかり「周知する」ことが必要である。全体的な医師不足に対する改善。
139	医療提供者			広島	がんに対する現場の医療従事者のレベルに大きな開きがある。	医療従事者に対する研修等の義務化と必要な費用の予算化。		
140	医療提供者			広島	チーム医療を推進すべきであるが、人員配置が十分でない(薬剤師)。		チーム医療に係る薬剤師、看護師etcの配置を診療報酬、制度あわせて整備する。	チーム医療に係る薬剤師、看護師etcの配置を診療報酬、制度あわせて整備する。
141	医療関連産業		青森	青森	地方のがん治療に携わる医師の増加。	地方の医学部の地元枠を増やす。	がん拠点病院の診療報酬を上げる。	がん拠点病院の医師負担軽減のため、拠点病院には医療クラークを導入する。
142	医療関連産業		島根	島根	医療従事者の育成には、予算と時間を要する。特に医師については、日常の診療治療、また医師不足という現状では難しいと思われる。育成を目指す施設、個々の従事者へのフォロー体制が必要である。			
143	その他		島根	島根	県内に薬科大学がないためか、退院後自宅療養する患者に接することの多い薬局薬剤師ががんのことをあまり知らない(実際の治療の外来化学療法、内服抗がん剤のフォローetc)。薬価やPETなどの費用が高く、長期の治療に負担がかかりすぎる。			がん専門薬剤師等の数居が高く、大病院に勤務している者ではないと関係できない。もう少し患者により添えるよう仕組みがないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
144	その他		島根	島根	がん専門医や専門看護師が少なく、特に島根のような地方では専門医療を受けるために、都市まで赴く必要がある。費用もかかる(交通費・医療費含む)。	さらに予算を必要としているので、負担する必要がある。がん対策用に、介護保険等のように少しずつ負担するようになっていく。		
145	その他		島根	島根	がん専門医、薬剤師、看護師が不足している。島根に養成設備・体制が整っていない。			病院や県で専門医療を志す人々のバックアップ・フォロー体制を整えてほしい。誰でも目指せるようにしてほしい。
146	その他			島根	島根県に専門看護師が一人もいない。また、認定看護師の役割が不明確。		専門看護師を雇用すること、診療報酬を引き上げる。認定看護師が行ったケアについては診療報酬を引き上げる。	育成するために時間とお金がかかるので、とくにお金について援助をする。
147		川嶋啓明	青森	青森	化学療法・制吐剤などの、他国との薬剤に対するタイムラグ。	予算がこれ以上必要か。	報酬ないから…ではないでしょうか？	有効性が海外で明らかにされている薬を使用されない患者さんについて、国がどう責任をとるか明らかにすべきである(遅れること自体、非)。
148			島根	島根	資格保持者にルーチンの仕事をさせるのは、責任者の意識に問題がある。そんな病院は将来性がないと評価されても仕方がない。	資格手当等(薬物療法専門医、専門看護師、認定看護師、放射線技師)の取得者に対して、取得一時金または資格手当などをつけるべき(20万円、1万円~2万円)。さもないと後に続く者にとってはその気にもならない。また、適正配置をしないと意味がない。		
149			島根	島根	がん専門医療従事者が少ないため、医療格差が大きくなっている。	がんの怖さ、がんにかかる人の多さを、もっと公表していき、広告やのぼりを使って、大きく呼びかける。そのことによって若い人々に、がん医療の大切さを意識づける。	専門職者の待遇をよくする。	
150			島根	島根		誰しも患者は自宅にて最期を迎えたいと思っている。		
151		井内康輝	広島	広島	広島県の高度放射線医療施設の早期設立を望む。	国の予算のサポートを望む。		
152			長崎	長崎	医療従事者、ベット数が不足しているように思う。			給与体系の見直し。
153				青森	診療放射線技師の不足の解消(特に放射線治療)。	治療装置を導入しても、人件費に予算がつかないため現場は限られたマンパワーでますます多忙になっているので、人件費の予算も確保してほしい。		1台の直線加速器を1名の技師だけで動かすのは問題だと思うので、2名体制で動かすことを制度化してほしい。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
154				青森	積極的な非手術療法の設備、医師育成不足。	設備整備に対する予算計上の推進。	診療報酬による患者負担の軽減を考慮してほしい。	がん治療の対策の期限前倒し、スケジュール見直し。
155				青森	医学物理士の制度。	医学物理士を育成しても、彼らの働く場所がない。	医学物理士をおいている病院に診療報酬をつけてほしい。	国家資格として、放射線治療を行っている病院には必ずおくようにすることを制度化してほしい。
156				青森	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離。	大学法人は人件費の削減を目標にしているため、口座の分離を要望しても予算的に難しい現状にある。講座を分離した大学には予算を多めにつけるなどの工夫を検討してほしい。		大学法人に任せていると、実現は無理だと思う。人材の育成のためには講座の分離は必要だと思うので、制度面で何とかしてほしい。
157				島根	抗がん剤の認証をもっと早くにしてほしい。良い抗がん剤があるというのに認可がおりないために使用できないのが残念。			
158				広島	がん治療に関する放射線専門医が少ない。がん治療に関する放射線専門・認定看護師が少ない。	がん専門の医療従事者の育成の為に予算措置、診療機器の整備予算。	処置、行為が報酬に反映される制度を作らないと進んで行かない。	がん拠点病院など、専門のDr.、Nsなど配置基準を定める。
159				広島	重粒子線が広島にないのはどうなのか！原爆の投下された広島にがんセンターがないのは、個人的に重粒子線を広島へという運動をしている。	出雲市のように市民が立ち上げ寄付金として(7億円も集め県の方へ、がん治療のために)県へ提供する、すばらしいことですが！広島では考えられない行動です…少ない(予算)。	問題は高度医療を受ける人がどれだけいるか？支払能力の問題(受領する病院、支払患者)、がん治療の費用について研究していただきたい！生保・損保と協力して、一般の医療保険で補充する(医療費)。診療報酬は少ないかも。	兵庫県のように高度治療に対する融資制度を設ける。島根県のようにデータが島根医大と病院がパソコンで共有できる。手術が指示できるようだ。
160				福岡	認定看護師・専門資格など習得するのに時間や金銭面での負担は大きい、それを援助する内容が少ない。また、制度面での決定している事かもしれないが、バタバタした業務をこなしながら、がん治療をしている現状。本当は患者様や家族の方ともっと関わっていく必要があるのではないかと思うのだが、それができない現状である。			
161				福岡	放射線療法や化学療法を受けられる施設が少ない。	医療従事者を育成してほしい。		
162				福岡	医療従事者が少ない。	医療従事者育成予算の増。	放射線療法等への対価の増。	育成施設への優遇措置をつくる。
163				長崎	がん検診に実際に従事している人の声が、行政(特に国)へ届いていないように感じる。	検診料金について、特に離島については旅費・人件費がかかる。国の予算で手当てのような補助をすることはできないのか。	検診にかかる費用は、病院等は診療報酬の保険点数で計算しやすいだろうが、車検診は点数通りにならない。	検診は、国の行政のトップが関わるのはもちろん、県のトップももっと関わってほしい。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
164				長崎	手術→放射線→薬物(抗がん剤)療法と、がん治療のフルコースを経験したが、今後再発した場合に、標準治療のみならず、個々の状態に合わせた治療のできる医療機関・医師が県内に何人位存在するか分からない。	地方にも最新の診断治療機器が備えられるだけの十分な予算を組んで欲しい。	抗がん剤の薬価が、医療手技を要するものに比べて非常に高価だと思う。薬価の評価と共に、ope等の点数再評価を考えて欲しい。	専門医(腫瘍内科医、放射線治療医)や、医学物理士等を育成する制度を作成して欲しい(米国などに比較して非常に少ないそうだから)。
165				長崎	放射線治療が保険がきかない分野があるので保険を通して欲しい(佐賀県にある施設)。			

### 3.放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
166	患者関係者・市民		青森	青森	実施している医療機関が少ない(診療報酬の問題ではなく、理念・方針の問題であると思う)。			
167	患者関係者・市民		青森	青森	緩和ケアを受けられる医療機関・施設が少ない。	緩和ケア病棟を増やす。		
168	患者関係者・市民		東京	新潟	対策基本法の均てん化の名のもとに、病院から在宅へのつながりが不適切となり、結果的にケアの質の低下が起きることになっている。			本当に責任を持って高品質のケアを提供する医療機関が育つような施策を講じるべきである。
169	患者関係者・市民		島根	島根	ケア機関が少ない。	拠点機関以外に展開。		
170	患者関係者・市民		島根	島根	病床、専門医療従事者の不足。院内、地域の連携。			
171	患者関係者・市民		島根	島根	「緩和ケア」の内容が一般に知られていない。がん患者がどのような緩和ケアを受けられるのか広めていく必要がある。			
172	患者関係者・市民		島根	島根	すい臓がんでターミナルの状態の父が一般病棟から緩和ケア病棟に移ってから、疼痛が和らぎ、病棟によってあまりにも疼痛コントロールの違いがあることに驚いた。それとともに、一般病棟で死ぬことへの恐怖を抱いた。	プロが呼べる様に予算を。育成に予算をあてている間にも死んでしまう人がいる。	とにかく医療費が高かった。透析とかは国が負担するのに、これだけ多いがんが負担されていないっておかしいと思う。	治療する術がなくなった時に、その人らしい時間が少しでも過ごせる環境が無いという事はおかしいと思う。
173	患者関係者・市民		島根	島根	いつかは訪れる最後へ向けて、当初からの痛みや苦痛をとりのぞく、和らげることで療養に向き合いやすくなるという「緩和ケア」への認識が伝わってこないの、緩和ケアを逃す割合が多い。		相談業務への診療報酬が必要。順天堂大学病院のがん哲学外来など参考になると思う。	患者と医療者は出会ったら、はじめの通院が運のツキである現代にも問題あり。診断から治療、緩和ケアなどについて安心して相談できる診療相談科といえるような部門として確立する。
174	患者関係者・市民		島根	島根	緩和ケアが充実していない。			



ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
175	患者関係者・市民		島根	島根	痛くて、つらくて当たり前ではなく、それぞれの状況の中で、より良い生活が送れるようにしてほしい。	治療を受けることができる専門の施設を増やす。スタッフの増員。	外科的治療に比べて報酬が低い。	
176	患者関係者・市民		広島	広島	緩和ケアの人材は充分でない。医師不足。生活支援が不十分。	医師の育成。生活支援に介護士or助手を入れる。	看護師定数外介護士or助手の評価・点数化。	
177	患者関係者・市民	馬庭恭子	広島	広島	まだ市民は「緩和ケア」について十分知っているとは思えない。緩和ケア病棟は県内8ヶあるが、まだ十分ではない。また、緩和ケア医や緩和ケア認定看護Nsも数がたりない。	医師不足の中、医師確保に時間がかかり、また、緩和ケア医となれば少ないのは残念だ。地元の医学部に緩和ケア医養成に力が入られるようサポートしたらどうか？	終末期医療に力を入れて、加算はついたが、積極的な医療(放射化学)にも力を入れるべきだ。	がん拠点病院など、専門のDr.、Nsなど配置基準を定める対策推進条例をつくったらいいと思う。
178	患者関係者・市民		広島	広島	痛みの取り方を知らない医療関係者が多い→腫瘍内科医の数が少ない→増やして！	研修の必須、周知。専門医の増加。		拠点病院での緩和ケアの強化充実。
179	患者関係者・市民	中川久美子	広島	広島	全てのがん患者に緩和ケアの手はさしのべられてはいない。病院別、科別、医療関係により差がある。在宅へ治療が移行中だが整備されていない。	痛みと心のケアは切り離せないが、そもそも「緩和ケア」を知らない関係者が多いので、がんに関わる人の教育(Dr.、各専門職、ケアマネ等)。	がん患者に接する関係者には、「がん患者の側から言う前に情報提供ができるように」研修を受けさせる。情報を知らない関係者に当たったがん患者の苦しみを減らす第一歩として緩和ケアネットワークの設置。	研修を受けた関係者のいる施設には診療報酬を増やす→人材が増える。
180	患者関係者・市民		広島	広島	緩和ケアは末期がんの人のケアと思っていたが、そうではないことを知った。がん患者になった当初から緩和ケアの説明があればと思う。緩和ケア取り組みは病院によって違うように思う。			緩和ケアの説明の充実。
181	患者関係者・市民	浜中和子	広島	広島	全てのがん患者を扱う病院に緩和ケア病棟あるいは緩和ケアチームを設置すべき。在宅緩和ケアも早急に推進してほしい。			緩和ケア専門ナースの育成も早急にしてほしい。医学教育の中にカリキュラムを組み入れる。
182	患者関係者・市民	波多江伸子	福岡	福岡	終末期や入院中は痛みの緩和に気遣ってもらえるが、化学療法などで通院中の患者の苦痛緩和は不十分。患者の痛みに関心な医師が相変わらず多い。			
183	患者関係者・市民	藤川すが子	福岡	福岡	形式だけのがん対策を行っていると思う。緩和治療がやっと進み出すのかという思いです。ただ一つの希望です。			
184	患者関係者・市民	森幸子	福岡	福岡	がんを患うと、死が他人事でないと考えることがしばしばある。再発して病状が思わしくなくなると、緩和ケアの紹介があるのが現状である。この時期の緩和ケアとのかかわりは未来を持ってない心持ちになる。			発症した時から緩和ケアの存在を知らせる方法があると良い→用紙で知らせることが多いので、実際に部屋を見たり、近くに患者の集まれる場所があるのはどうか。
185	患者関係者・市民		福岡	福岡	病院により呼吸器科内に緩和ケアチーム有りとの標榜はあっても、何ら役割を果たしていないように感じた。	医療スタッフの充実、勉強、ネットワーク作り。患者の「痛み」を知る＝経験を積むための予算を配分する。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
186	患者関係者・市民		福岡	福岡	安心して在宅緩和ケアを受けられるように。			
187	患者関係者・市民	深野百合子	福岡	福岡	緩和ケアというと自分は終わりだと思う人が多い。治療の初期段階から緩和ケア(心の痛み)を受けられるように。		外来緩和ケアに診療報酬を。	
188	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	緩和ケア＝痛みとされている面が強いように感じる。心の緩和ケアも絶対に必要である。			
189	患者関係者・市民		長崎	長崎	情報不足(具体的にこの分野で積極的に取り組んでいる医療機関の公表)。			
190	患者関係者・市民	三好綾	鹿児島	島根	緩和ケア研修会(医師対象)が、土日フルのため参加できないDr.が多い。	土日に限定せず数回に分けて開催をし、開催回数を増やし、選択制の受講制にし、その分の予算を増やす。		
191	患者関係者・市民			青森	緩和ケア実施の病院が少ない→緩和ケアを受けられない。	病院を増やす。	実施病院の診療点数を増やす。	
192	患者関係者・市民			島根	専門家が少なすぎである。なんとかハイスピードで育成してほしい。			
193	患者関係者・市民			広島	医療従事者の考える緩和ケアと、患者・家族の理想とするケアとの間にへだたりがある？	緩和ケアについて、高校生くらいから教育の中で広報、あるいは自分の考えをもてるような教育機会が必要。		がんの予防、緩和ケアなどについて考える機会が教育の中で必要。
194	患者関係者・市民			広島	県内8つの緩和ケア病棟があり進んでいるかのようにいわれているが、県内すべての地域の方々は使うことが出来ない遠方である。都市部だけの患者さん…の気がする。連携病院までも遠い地域はたくさんある。医療関係者にもっと勉強する機会をあげてほしい。田舎ではまだまだ患者様にひどい言動がある「がんは苦しんで死ぬ」とか。			
195	患者関係者・市民			広島				
196	行政府	吉儀龍二	島根	島根	島根県では高齢者が多く、また独居老人の世帯が多い。男性の二人に一人がかかるというがんであるが、一人で悩むこととなる。	患者サロンや、みとりの家のように、また、NPO活動を支援し、患者が一人でもた老人夫婦のみで悩むことがないように応援して欲しい。		
197	行政府		島根	島根	がん診療に関わる医師の緩和ケア研修が進んでいない。		緩和ケア研修を受けるインセンティブがない。	
198	行政府		広島	広島	がん診療に携わるすべての医師に対する緩和ケア研修について、多忙な勤務環境にある医師が積極的に研修を受講するための仕組みがなく、国全体での受講者数目標の考え方も定められていないため、基本計画に定める目標の達成が困難である。		緩和ケア研修受講者に対するインセンティブ(診療報酬での反映)の付与。	緩和ケア研修者の専門医取得につながる単位認定制度の創設。研修終了者数にかかる全国統一目標の認定。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
199	行政府		広島	広島	末期がんの受入れ施設が少ない。			
200	行政府	岩永薫	福岡	福岡	「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」受講者数を増やしたい。		研修修了者は何かしらの診療報酬加算がつけられるようにしてほしい。	研修修了によるメリットを何かつけてほしい。一般の開業医のインセンティブを。
201	行政府			長崎	人生の締めくくりにおいて、尊厳ある生を全うするため、緩和ケアの体制整備(人材、施設)を望む。			
202	医療提供者		青森	青森	緩和ケアの理念が、一般医療従事者にも国民にも理解されていない。	緩和ケアを行う現場、特に医師以外のメディカルな活動(市民に対する啓発の講演会など)に、予算を重点的につける。教育・研修会など。	緩和ケアチームに対する診療報酬を高める。ただしその評価をしっかりとる。	
203	医療提供者	斉藤聡	青森	青森	緩和ケアが十分行われていない。		診療報酬増額。	
204	医療提供者		新潟	新潟	医師不足。	緩和ケアは特に年配の医師の方が上手。医師の定年を70~75歳くらいに上げる。	緩和ケア病棟加算は廃止。どのベッドでもOKとすべきである。	急性期・亜急性期・リハビリ等にベッドを分けない方が地方ではできる。
205	医療提供者	渡辺亨	静岡	青森	緩和ケア療養の敷居が高すぎる。入院する前に死亡することが多い。入院するための審査など、つべこべが多い。	介護の領域で対応できるように規制を変える。		オンコロジーホームの確立；治療のためのデイケア、数日ケアのための入所、終末期の看取りのための入所。
206	医療提供者	太田桂子	島根	島根	緩和ケアについての本質を市民も医療スタッフも十分に理解されていない。また、ソーシャルワーカーが緩和ケアチームの必須になっていない。	緩和ケアの普及啓発について、“AC”というTVなどに流す。	緩和ケアチームにMSWの配置を必置とする。緩和ケアチームが行った退院支援について診療報酬をつけていく(質の担保)。	
207	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの知識不足、普及不足。			
208	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの医師研修が十分普及していかない。			医師研修の修了書が何らかのduty(専門医を取得するための要件など)となるような制度になれば…。
209	医療提供者		島根	島根	・がん拠点病院は同時に地域の急性期中核病院であることが多く、勤務医は高いリスクを背負う緊張感と病院位置問題に由来する過酷な労働条件に苦悩しており、開業～医療崩壊の流れができていくように感じている。・緩和ケアにおいて精神科医の役割は重要であると感じている。また、この20年間で総合病院精神科の役割はますます広範かつ重要になっているにもかかわらず、実際のところはこの10年間で崩壊・消滅している。		・総合病院精神科医療の専門性・重要性を認識し、正当な評価をしていただきたい。・地域の中核病院が崩壊しないよう、適切な評価をしていただきたい。	
210	医療提供者		島根	島根	緩和ケアという終末期というイメージが強く、早期から取り組むことができない。			緩和ケアは、終末期ではない、ということ、患者・家族・医療者へもPRしていく。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
211	医療提供者		島根	島根	がん対策推進計画にある「全ての医師が緩和医療について研修を受ける」というのは実現が難しい現状である。	緩和医療に従事するコメディカルの育成に予算を配分すべき。	認定看護師やがん専門薬剤師に対する診療報酬の新設。	
212	医療提供者		島根	島根	緩和ケアの質の保持。緩和ケアという言葉が独り歩きしていて、質の低下が見え隠れしている。		質を評価し、診療報酬にその評価を生かしてほしい。	
213	医療提供者		島根	島根	医師で疼痛コントロールで麻薬を積極的に使用する事へのためらいがある。看護師サイドでもレスキューをどんどん使ってもよいと言われてもためらいがある。教育(医師)で緩和ケアの授業を受けていない。			緩和ケアの教育の義務化。
214	医療提供者		広島	広島	精神的苦痛を和らげる対策を充実することが重要。		緩和ケア外来等、緩和ケアの実施に診療報酬を。	医師向け、看護師向け、緩和ケア研修会の制度化。
215	医療提供者	今村	広島	広島	介護保険者等ではがんの終末期における対応に時間的に無理あり。1-2カ月の短期に集中する緩和ケアの拠り所になりえていない。			システムの改善。
216	医療提供者		広島	広島	緩和ケアができる施設が少ない。		診療報酬を上げて緩和ケアを病院が実施しやすくする。	緩和ケアへの補助(金銭面で)等。
217	医療提供者		広島	広島	がん診療拠点病院が勉強会等開催して頑張っているのは分かるが、病院と地域との連携が円滑でない。特に外来化学療法中の患者、外来通院患者への支援が行き届いていなく、進行がん患者は行き場がなくなっている。進行して治療ができなくなる余命3カ月以内の患者が包括支援センター等に相談に行くケースが増えてるのが現状である。		外来化学療法や外来通院患者を病院が支援するには、外来がん患者が増えて抱えきれないのであれば、地域につなげる方法を明確にしていただければと思う。たとえば、包括支援センターもしくは訪問看護ステーションに早期段階でつなぐことに診療報酬が病院側にも在宅側にもつけばよい。また、外来患者の情報共有ができにくいので、情報提供し、カンファレンス等に加算がつけばよい。	
218	医療提供者		広島	広島	がん医療に対する情報提供。			
219	医療提供者		山口	広島				
220	医療提供者		福岡	福岡	福岡県は、緩和ケア病棟は多いが、それでも十分とは言えない。まして国として見ると、不十分であるのは明白である。福岡県でさえ緩和ケア病棟への入院は待機を強いられている。	緩和ケアへの予算アップ。	緩和ケア(外来・入院)の診療報酬の引き上げ。	緩和ケア病棟のベッド数制限をなくす。病院ごと病床数は決められている？緩和ケア病棟の病床数は例外としては。
221	医療提供者	岩橋千代	福岡	福岡	患者さんに、緩和ケア＝末期というイメージが定着している。治療中の患者さんに介入しようとしても「まだいい…」と断られることが多い。	マスメディア等を通じて、WHOの定義「早期から介入する」「QOLを向上させる」点について強調してほしい。そのための予算付けを。		
222	医療提供者		福岡	福岡	緩和ケア科あるいは緩和ケア施設の絶対数が不足している。	施設及び専門医の増設・増員が必要。		

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
223	医療提供者	廣澤元彦	福岡	福岡	院内(外来)そして在宅緩和。緩和ケア病棟への入院、緩和ケアチームの活動が不十分(地域により差はあると思うが)。		それぞれに報酬をもっと上げる必要がある(緩和ケアチーム、緩和ケア外来)。	
224	医療提供者		福岡	福岡	DPC制度下における緩和ケアの扱い。		急性期病院(DPC)にも緩和ケアは必要である。緩和ケアを主要診断とするDPC分類が可能ではないか。緩和ケアと云えど、急性期医療の一部になる場合があると思う(一次的には)。	
225	医療提供者	中嶋由紀子	長崎	長崎	県内各地に講演に行っているが、ドクターもナースもレベルがなかなか上がらない。またドクターの緩和ケアに対する偏見がある。地域の病院はドクターが少なく、専従になれない。ドクターが少なく研修(PEACE)に参加できない。	認定看護師への学校への予算を増し、個人負担の軽減。	専任であっても(差はつけたとしても)、診療報酬をつける。研修受講したスタッフへの報酬。	加算とれないチームは、加算とれるチーム(専従ドクター)との連携をとり、レベルを上げること。
226	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに対する認識が誤解が多い(特に医療従事者が多い)。緩和ケア＝ターミナルケアとされている。		現状の緩和ケア診療加算300点より報酬の上げてもらうこと。	緩和ケアチームに紹介しない。理解を示さない診療科医師に対する制度的な注意みたいなもの…。
227	医療提供者		長崎	長崎	一部の医師だけが緩和ケアを行っており、底上げがされていない(全く緩和ケアが行えない医師もいる)。		緩和ケアチームのコンサルテーション活動の報酬を工夫して、複数医師やチーム診療での加算をつける。	患者・家族が希望すれば(主治医の紹介がなくても)緩和ケアチームが介入できるような第三者機関(ある程度の強制力をもつ保健所などの監査のような)があるとよい。
228	医療提供者		長崎	長崎	緩和ケアに。			
229	医療提供者		長崎	長崎	症状の緩和にお金がかかりすぎる。特に薬が高い。		新薬でもあまり高い薬価をつけない。	
230	医療提供者			青森	地域格差も含め、緩和ケアが非常に不足。がん死亡率が高いのに、そのような患者が入院加療できる場所が少ないのがそもそも問題である。支えていくハードが少なすぎである。	予算増加は結果、国民の負担増にもつながるので、現状が妥当である。分配と重点の置き方には配慮すべきである。	決して見合っているかは判断しにくい。診療報酬は高い設定。ただ現場までその報酬の恩恵が得られているか実感ない。	末期がん患者となれば様々な方法も少なくないが、末期でないほうからのサポート体制がさらに必要である。それががん早期発見治療につながるのでは。医療費増→病院へ行かず、負のスパイラル化。
231	医療提供者			島根	緩和医療の推進で医師の教育プログラムが全国で進められているが、疼痛に比重が大きく、心理社会的支援、チーム医療の実際(チームビルディング)については不十分である。	コメディカルを含む医療チームメンバーと共に学ぶ教育プログラムの開発と実施に予算をつける。	チームでの取り組みに点数をつける。(医療のチームカンファレンスや医療チームによるインフォームドコンセント他)	
232	医療提供者			島根	緩和医療における患者家族や遺族の気持ちや暮らしを支える社会福祉士(ソーシャルワーカー)の配置が不十分である。	家族・遺族相談支援への予算を増やす。	緩和ケア病棟に社会福祉士を専任で施設基準にして、診療報酬に定める。	緩和ケアを実施する緩和ケア病棟には、運用にあたっては、社会福祉士を配置することを定める。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
233	医療提供者			島根	緩和ケアは発症時から開始されておらず、患者・家族の不安、痛みが改善されていない。	緩和ケアについて、まず全ての医師・看護師へ啓発するための予算化。		患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSWなど、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院んじは専門医や専門看護師の配置。患者は今後起こりうる事が分からないから不安が強い。パス活用であり、病城説明を文書で行うことを義務化することが必要。
234	医療関連産業		青森	青森	緩和ケアの施設とそのフォロー体制が不十分に考えられる。	施設の充実をはかるために特別予算を組んでいかなくては、このまま遅くなるのではないか。	診療報酬の点でも恵まれておらず、医療機関や施設(緩和ケア)で十分に介護していける点数のアップをしていかなければいけないのではないかと考える。	制度面でも今の基準(病院・施設の)が正しいかどうかを考えていき、必要な特別法や政令を敷いていく必要があると考えている。
235	その他		島根	島根	緩和ケアの選択肢が、施設や医師により異なり、受診する患者に不平等が生じている。			がん登録をし、ネットワークを強化することで、最新の情報を届け、よりその患者にあった選択肢ができる。その選択肢を増やしていくことが大切と思われる。
236	その他		広島	広島	広島県はまだまだ少ないと思うし、それぞれの専門職の向上をしていくためにも、医師・看護師だけでなく、医療ソーシャルワーカーの研修も必要だと思う。			研修を受け、認定されてから携わっていくなど、そのように資格化して専門職の向上を図ってほしい。
237	その他		広島	広島	医師、看護師だけでなく、緩和ケアに携わる全ての専門職へのスキルアップが必要(研修だけではなく)。	緩和ケアに関しては広島の中だけではなく他の緩和ケアに優れたところの意見も必要だと思った。広島は全国で24位程度とだいたい平均くらいなので、優れたところのやり方を参考にしたりする機関を設けるのもと思いました。		
238			青森	青森	緩和ケア自体、患者・家族はもちろん医療関係者にも周知されていない。緩和医療に対する報酬が少なく、また医療に対する規制も多い。		緩和ケアに対する診療報酬の改善(アップ)が必要である。	緩和ケアに利用される薬剤、特に麻薬系薬剤について、行政(保健所)の理不尽な指導や介入が多い！制度面の緩和が必要である。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
239			島根	島根	5年前から緩和ケアを進展させるといいながら、一向に進展していない。国から県へ、県から市町村へ、一体誰が主導権、責任権を持って推進しようというのだろうか。誰かがやってくれるだろうとお互いが思っている。だから一向に進まないのだ。その間にもたくさんの方が自分の意図しないところで亡くなっている。これでもいいのだろうか。	どの拠点病院も多少なりとも病床に余裕があるはず。7対1の体制をとったからだ。そこでこんなことを思いついた。先日、医師の緩和ケア研修会に参加して感じたこと。開業医は緩和ケアに消極的だ。だから在宅医療が進まないのだ。そこで病院内に緩和ケア専用ベッドを作り、院内のベッドに退院後地域の診療所で治療をしてゆく患者さんをまわす。その患者さんを開業医が診る。往診をする要領。ケアが分からなければ勤務医に助言してもらおう。こんな制度ができれば否応なく開業医が在宅医療に入ってゆける。その経験を生かせばいい。では「在宅医療」に流れてゆくだろう。在宅医療の充実が図れるのではないか。私は思う、医師たるもの「ひとの生」が「ひとの死」のいずれかに関わらねば医師とはいえないと思う。		
240			島根	島根	緩和ケアのイメージがよくない。緩和ケアがどこでも受けることができるようになっていない。	緩和ケアの施設を増やす。情報提供に力を入れる。	緩和ケア病棟がある病院を支援する。	家族への支援。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
241		高橋浩一	広島	広島	私どもは、まさに在宅医療・在宅緩和ケアをおこなっているクリニックです。開業までは、がん診療拠点病院の呼吸器内科部長・緩和ケアチームリーダーをしていました。緩和ケアに遠い位置にいるのは、外科医です。自分で診断し、自分で手術し、抗がん剤治療もおこない、緩和ケアも自分でできる、と外科医は思っています。でもそれはうぬぼれであり、抗がん剤治療についても、緩和ケアについても、内科から見ると全然ダメ、というレベルの外科医も多いです。外科部長が緩和ケアに過信があるため、苦しむ患者を緩和ケアチームに紹介しないのです(こういう患者は、研修医や病棟看護婦がこっそり緩和ケアチームに聞いてきます)。ですから、いくら「がん診療にかかわる全ての医師が緩和ケア研修を受けるように」言ってもムダです。「自信(過信)のある外科医」は、本気で緩和ケア講習を聞いてはくれません。では、どうすればよいか。外科に入院したがん患者の何割が緩和ケアチームの関与を受けているか、を報告させればよいです。当面、緩和ケアチームの介入が3割以下の病院にはペナルティを与える(がん拠点病院の認定を取り消す)というようにすればよいでしょう。外科医の手から緩和ケアを取り戻さないと、患者は救われません。提言;がん診療連携拠点病院においては、外科病棟入院したがん患者の何割に緩和ケアチームが関与したかを報告させる。3割以下が2年連続した病院は拠点病院指定の取り消しをおこなう(というハードルを通達する)。			
242			広島	広島	患者が「いたい」と訴えても、時間がこなれば薬を与えない。在宅緩和も不十分。初期から闘病緩和を行うホスピスがまったく不足。自宅看取りを勧めている。最期まで生きたい人には治療を行う。ホスピスに入りたい人が入れる数を確保。在宅の人も最期は病院でケアしてほしい。自宅看取りが重要ではない。			がん専門病院の増加。
243			山口	広島	病院における緩和病棟が少なすぎる。			
244			長崎	長崎	身内をがんで失った。長大よりopして2週間で退院。全身衰弱のため民間へ入院。しかし緩和ケアに対して認識がなく、痛みとの闘いで死亡した。医療従事者の、緩和ケアに対するハードルを高めてほしい。	教育研修(医療従事者の)。緩和ケア施設の拡大。		研修にて資格。
245				青森	終末期において、金銭面でみなさんと困っている。化学療法等でお金を使い切っている状態である。	終末期患者さんの金銭的負担減。年齢によらず3割負担を1割負担にする。	・麻薬持続注入器(インフューザーポンプ等)の点数UP。 ・ポンプが高くて全くプラスにならない。	・収入から考えて生活保護にしてあげる。 ・本当に必要な人にこそ生活保護を!
246				青森	緩和ケア＝末期と考えている患者・家族や医療従事者がいること。また、拠点病院で緩和ケアチームといっても緩和の医者が足りない(精神腫瘍医師も)。			



ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
247				青森	ホスピスが少ない。	聖路加国際病院の学長の日野原重明先生が、ターミナルケアのピースハウスを見学に行ったので参考にしてほしい。	・国が赤字で医療費節減できるように予防医学で血液検査が行えるように。・医療機器を良くしてほしい。	ホスピスを普及してほしい。
248				新潟	緩和ケア研修会の開催については、指導者研修会を受講した医師が少なく、一部の医師に負担がかかっている。			国などで開催している指導者研修会は、希望しても応募者多数のため受講できないこともあることから、受講機会の拡大をお願いしたい。
249				広島	がん医療が優先の医師が多い。不安を思う心のケア緩和ケアの知識に欠ける。		診療時間(対面診察)かつ報酬につながるようにする。代替医療、東洋医学の導入にも診療報酬の適用を図る(検査、化学療法、手術以外の診療報酬を見直していただきたい)。	拠点病院へ集中することのないよう、かかりつけ医の精度up、またその資質に値するか否かのチェック機構を設けてほしい。
250				福岡	緩和ケアを知らない医師がいる。研修会が実施されたりしてはいるが、医師のやる気・使命感のようなものはどうしたら生まれてくるのだろうか。→〈提案〉医療現場の中での教育体制の見直し。医学生教育はいろいろな面で変わってきており、今の医学生が一人前の医師になる時はこの点に関しては現在の状況よりいいと思う。しかしながら、それまでの現在、現場での教育体制を是正しなければ、上記の問題は改善の方向には難しいと感じる。			
251				福岡	認定看護師・専門資格など習得するのに時間や金銭面での負担は大きい、それを援助する内容が少ない。また、制度面での決定している事かもしれないが、バタバタした業務をこなしながら、がん治療をしている現状。本当は患者様や家族の方ともっと関わっていく必要があるのではないかと思うのだが、それができない現状である。			
252				長崎	がん専門病院=緩和ケア(ホスピス)の充実をお願いしたい(身内のがん患者の立場から)。患者が納得して死を迎えるような体制作りをお願いしたい。			
253				長崎	ホスピスが少ない。			

#### 4.在宅医療(在宅緩和ケア)

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
254	患者関係者・市民		青森	青森	当事者とそうでない者との格差。	確率により誰でも当事者に。予算をさいて集中して取り組む。	取り組む病院・診療所にメリハリをつけて評価。	つながり合う医療機関・関係者を表に明らかにする。皆で称賛する。
255	患者関係者・市民		青森	青森	在宅医療を受けるシステムが確立されていない。		在宅医療の診療報酬を上げる。	治療から療養までうまく受けられるシステムができないか。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
256	患者関係者・市民	工藤嘉範	秋田	青森	がん末期、最期を自宅で迎えたいと思っても、在宅の緩和や治療の方法が進んでいないのではないか。もしくは周知(一般家庭)されてはいないのではないか。			
257	患者関係者・市民	田口良実	秋田	青森	急性期病院-ホスピス-在宅-介護施設等のスムーズな連携、流れがない。			介護保険と看護保険(?)、医療保険の一体化。
258	患者関係者・市民		新潟	新潟	在宅医療の生活支援制度が少ない。			・がん長期療養者の障害者手帳の適用化。・障害年金の適用。・介護保険制度、40歳未満にも適用を。
259	患者関係者・市民		島根	島根	在宅療養支援診療所の活用ができていない。拠点病院の医師も地域を知らない。		診療報酬をアップ。	
260	患者関係者・市民		島根	島根	高齢者の自立介護が行われていないように、がん患者の在宅ケアが行われる様、体制を整えてほしい。			がん看護に精通した看護師の増員、平成24年2名では少ない。10名程度が必要。看護師が出来る範囲の拡大(医師の専門性が少ない看護が多くあると思う。あったとしても看護師の専門性を高める教育の実施)。
261	患者関係者・市民		島根	島根	在宅医療(在宅緩和ケア)が充実していない。	これから増えるがん患者が病院だけでは過ごせない。在宅治療者に対する支援を(家族だけ孤立しないよう)。		
262	患者関係者・市民	佐々木佐久子	広島	広島	がん患者家族の立場から、在宅で特に緩和ケアを受けるのは大変困難である。在宅移行への情報不足・経済的負担・人的負担が大きなハードルになっており、家で最期を過ごしたい患者さんのニーズに沿えないことが多い。	介護者及びケアマネージャー等のがんについて学んで頂く制度が必要。家で過ごすにはどのようなことががん患者には必要であるか、もっと知って、手だてを考えていただくためにも!	がん患者用のデイケア等を作ることで、プラスアルファの診療報酬を加える。	がんに関する勉強を介護認定の中にもっと組み込む。
263	患者関係者・市民	田中七四郎	福岡	福岡	在宅医療。	家族・介護者が在宅でできる医療行為に現在制限がある…資格の問題を整備する必要あり→チーム医療で解決①ナースステーションスタッフ②介護士③家族。		
264	患者関係者・市民		福岡	福岡	在宅ケア、緩和ケアについて考えるタイミングが分からない。(HP掲載などの)一般的な情報ではなく、各個人に合った情報が分かりやすくほしい。どこに行けば?どのタイミングで?			遠くの専門医ではなく(体力がなくなると移動するのは無理なので)、普段は近くのクリニックに通院でき、安心して在宅ケアができるようにする。県・市や病院の情報提供の一元化。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
265	患者関係者・市民	高原智津子	福岡	福岡	一人暮らしや高齢者のみの世帯では、在宅医療と言われても困る。近頃がんでも在宅医療を盛んに言われるが、老々介護などの問題点と同じことになる。老人ホーム入所でも病気があるとむずかしい面もある。			
266	患者関係者・市民	宮部博喜	福岡	福岡	在宅医師の説明不足。			医師のスキルup、看護師のスキルup。
267	患者関係者・市民		福岡	福岡	かかわる医師が少なく力量にも不安がある。	在宅ケアに従事し、かつスキルアップするような勉強会、ネットワークをもつための予算を配分する。		
268	患者関係者・市民		長崎	長崎	情報不足(医療機関以外での相談窓口が不明)。			
269	患者関係者・市民		長崎	長崎	抗がん剤(ベルケイドなど)の副作用で下脚がしびれる。緩和ケアが可能なように病院が対応してほしい。			
270	患者関係者・市民		長崎	長崎	在宅緩和医療。			
271	患者関係者・市民	田中由喜子	長崎	長崎	セカンドオピニオンは患者として言い出しにくい。また知らない患者もいる。	がん告知後のクリニカルパスにしてほしい。		
272	患者関係者・市民			島根	地域に、治療入院のできない(可能な病院がない)地方(市、町、村…)では、ほかの地区まで出かける。かなりの地域格差。ある程度の治療が終了すると、地元、家での受け皿がなく、難民的存在患者を多く見受けける。介護力の不足、自分自身の病魔とのたたかい力。個人病院との円滑な情報、関係づくりがまだまだだ。人間の基礎である「QOL」が生かされていないのでは？高齢者、独居老人の多い県。経済的にも負担がかなり高い。治療も近くで受けいれられない。治療を受けたくても受けられない。	都道府県の予算がこれも格差あり。担当のがん対策に対して統一性、レベル性、他の向上。医師会の統一性、レベルも。(医師会の)まき込みが少ないのでは？		とかくデスクワーク費の対策はナンセンス。大臣も、又は当事者の方が、なんらかの役割(副大臣)職に就かれては。大臣を当事者、体験者、家族の方から選ばれては。
273	患者関係者・市民			島根	島根県は横に長い県。人間性も多種多様であり、各診療所との連携等が難しく、直在宅も利用するあたり、介護認定の来るのが時間がかかりすぎる。	県が分かりやすく市民に教えていけない限り、一市民としては分かりにくい。		国で良い制度としてあがっても、島根ではそれなりの二つめの制度を作ってほしい。
274	患者関係者・市民			島根	がん患者が自宅でできる治療が整っていない。	予算がないのも現状。		
275	患者関係者・市民			島根	今総合病院で手術および治療を受けた後、退院後に自宅近所の開業医さんにケアを受けたいと思っても難しいのが現状である。総合病院と開業医さんとの連携ができるようにしていただきたい。			
276	患者関係者・市民			広島	患者さん・ご家族がほしい医療と、医療者が計画している医療との差が中々うまらない。		在宅でも病院と同じことが出来るのなら、病院の勤務医も報酬をアップするべき。	県が一ヶ所へ集めて聞くのではなく、現場へ出向き本当の身を聞くと良い。

ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
						予算について	診療報酬について	制度面について
277	患者関係者・市民			広島	どんな状態でも住みなれた所で患者さんの希望をかなえる事が出来るようになれば… 仕方なく一般病院にいなければならない人が田舎には多い。	支援者をふやす。在宅で過ごすことが出来るという意識を市民1人1人が持てるよう啓発をしていただきたい。ボランティアの力では不十分である。		
278	患者関係者・市民			長崎	・がんサバイバーの人々は増加し、情報不足もあり不安な状況におかれている。”胃がん患者さんから、なぜ患者会がないのか”と批判を受けることもあった。	・在宅緩和ケアだけでなく、開業医にもがん専門医の指定ができないか。モデル事業への予算を作る。	必要な予算措置をする。	実施可能な制度の改革を行う。
279	行政府		青森	青森	高齢化の進展等により、今後ますますがん患者が増えることが想定される中で、医療機関だけでの対応には限界がある。住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実が求められる。			在宅医療と介護サービスを提供していく体制の整備が必要と思われる。
280	行政府		島根	島根	がん患者さんが在宅緩和ケアを希望されても、受け入れられる環境が未整備である。			入院病院から在宅医へのスムーズな連携、在宅緩和ケアを支える地域医療支援チームの構築。
281	行政府		島根	島根	在宅医療を積極的に行う医師が少ない。	システムを構築する予算の確保。	在宅緩和ケア診療報酬はない。仕組みとして個人の負担は抑えられないか。	患者のカルテを病院と診療所が共有できるシステムを作るべき。
282	行政府	田中央吾	島根	島根	終末期でも入院、療養が一般的である。介護保険、訪問看護ステーションなど資源の有効活用ができていないのでは？		訪問看護ステーションの報酬UP。	医療ソーシャルワーカー、又は介護保険のケアマネのような医療福祉の資源について総合的な知識を持つ専門家を育成し、費用を徴収してケアマネジメントを行う専門職の制度が有効と考える。
283	行政府		島根	島根	開業医の先生の中にも不安があると思う(患者を診ていく上で)。	増やす。	増やす。	病院の医師と地域の医師がより連携がうまくいくよう、勉強会等を行政の予算主体で実施する。
284	行政府	福原義貞	島根	島根	開業医の先生の個人的な熱意にかかっている面がある。訪問看護の体制もできていない。		在宅支援診療所として措置もあるが、一方患者の自己負担増にもつながり難しい面もある。	
285	行政府		広島	広島	在宅緩和ケア提供体制構築に向けてのモデルケース(成功事例集等)の普及。がん診療連携拠点病院を中心としたネットワークが未整備のため、がん患者が地域で安心して療養できない。	在宅緩和ケアの普及に向けた財政支援(県に対して)。		在宅緩和ケアに関する成功事例を集約し、その実現に向けた推進方策の普及。
286	行政府		山口	島根				
287	行政府		福岡	福岡	過疎化による独居世帯が地方では多く、住宅(医療)ケアは成立しない。看護をする家族が在宅にはいない。			過疎地域では、ホスピスを在宅とみなすような施設か体制が必要である。