第５章　資料編

在宅療養支援診療所の量的推移

平成 19 年 12 月～平成 20 年 12 月までの 1 年間の在宅療養支援診療所増加率は 8.5%であり、昨年の増加率 17.9%と比較した場合、診療所全体の増加は緩やかになっていることが分かる。一方人口 10 万人当りの在宅療養支援診療所数は 9.1 ヵ所であった。平成 19 年 12 月時点の 8.4 ヵ所と比べと増加していることが分かる。以下都道府県、市部における在宅療養支援診療所の推移を示した。

市名の左側 a～ c は、都市の規模もしくは機能（a：政令指定都市、b：中核都市、c：特例市）を表すものであり、同様に左揃え＝政令指定都市、中央揃え＝中核市、右揃え＝特例市を表している。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（北海道～東北地方）

北海道・東北地方		在宅療養支援診療所数			人口10万人あたりの診療所数	増加率	
		(平成18.6)	(平成19.12)	(平成20.12)		平成18.6－平成19.12	平成19.12－平成20.12
北海道		163	215	**247**	**4.5**	31.9%	**14.9%**
a	札幌市	61	83	96		36.1%	15.7%
b	旭川市	19	25	33		31.6%	32.0%
b	函館市	9	13	15		44.4%	15.4%
青森県		64	75	**73**	**5.2**	17.2%	**-2.7%**
b	青森市	23	22	22		-4.3%	0.0%
c	八戸市	7	9	9		28.6%	0.0%
岩手県		65	77	**79**	**5.8**	18.5%	**2.6%**
b	盛岡市	35	38	39		8.6%	2.6%
宮城県		74	90	**105**	**4.5**	21.6%	**16.7%**
a	仙台市	33	41	46		24.2%	12.2%
秋田県		49	60	**68**	**6.1**	22.4%	**13.3%**
b	秋田市	18	23	27		27.8%	17.4%
山形県		53	67	**72**	**6.1**	26.4%	**7.5%**
c	山形市	5	7	7		40.0%	0.0%
福島県		130	155	**161**	**7.8**	19.2%	**3.9%**
b	郡山市	31	33	33		6.5%	0.0%
b	いわき市	17	22	22		29.4%	0.0%

北海道・東北地方では青森県、岩手県、山形県、福島県で平均を下回る増加率であった。特に青森県では昨年よりも施設数が減少している。都市部ごとに着目すると青森市、八戸市、山形市、郡山市、いわき市において増減が見られない。前回調査よりも増加率が高い都市は旭川市のみであった。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（関東地方）

関東地方		在宅療養支援診療所数			人口10万人あたりの診療所数	増加率	
		（平成18.6）	（平成19.12）	（平成20.12）		平成18.6－平成19.12	平成19.12－平成20.12
茨	**城　県**	113	143	**161**	**5.4**	26.5%	**12.6%**
c	水　戸　市	14	17	19		21.4%	11.8%
c	つ　く　ば　市	27	32	35		18.5%	9.4%
栃	**木　県**	89	119	**129**	**6.4**	33.7%	**8.4%**
b	宇　都　宮　市	24	26	30		8.3%	15.4%
群	**馬　県**	143	158	**185**	**9.2**	10.5%	**17.1%**
c	前　橋　市	56	59	64		5.4%	8.5%
c	高　崎　市	13	21	27		61.5%	28.6%
c	伊　勢　崎　市	11	11	13		0.0%	18.2%
c	太　田　市	4	5	8		25.0%	60.0%
埼	**玉　県**	314	364	**389**	**5.5**	15.9%	**6.9%**
a	さ　い　た　ま　市	126	140	144		11.1%	2.9%
b	川　越　市	12	12	13		0.0%	8.3%
c	川　口　市	15	18	19		20.0%	5.6%
c	所　沢　市	22	26	26		18.2%	0.0%
c	越　谷　市	5	7	8		40.0%	14.3%
c	草　加　市	1	2	4		100.0%	100.0%
c	春　日　部　市	7	7	9		0.0%	28.6%
c	熊　谷　市	10	13	15		30.0%	15.4%
千	**葉　県**	166	194	**213**	**3.5**	16.9%	**9.8%**
a	千　葉　市	33	36	41		9.1%	13.9%
b	船　橋　市	19	26	27		36.8%	3.8%
b	柏　市	8	11	11		37.5%	0.0%
東	**京　都**	1,008	1,142	**1,235**	**9.6**	13.3%	**8.1%**
神	**奈　川　県**	465	583	**670**	**7.5**	25.4%	**14.9%**
a	横　浜　市	178	229	264		28.7%	15.3%
a	川　崎　市	67	87	92		29.9%	5.7%
b	横　須　賀　市	16	18	29		12.5%	61.1%
b	相　模　原　市	22	29	31		31.8%	6.9%
c	平　塚　市	20	22	24		10.0%	9.1%
c	小　田　原　市	3	8	15		166.7%	87.5%
c	茅　ヶ　崎　市	33	34	37		3.0%	8.8%
c	厚　木　市	19	23	23		21.1%	0.0%
c	大　和　市	6	8	10		33.3%	25.0%

関東地域における都道府県別では、群馬県において前年よりも増加率が高いことが分かる。都市別に見た場合、栃木県宇都宮市、群馬県前橋市、伊勢崎市、太田市、埼玉県川越市、草加市、春日部市、千葉県千葉市、神奈川県横須賀市において前年よりも高い増加率であることが読み取れる。

人口 10 万人当りの診療所数では、群馬県、東京都が平均以上となっている。東京都が診療所数 9.7 ヵ所であるのに対し、千葉県では 3.5 ヵ所とその差は 6.2 ヵ所と大きな開きがあることがわかる。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（北陸地方）

北陸地方		在宅療養支援診療所数			人口10万人あたりの診療所数	増加率	
		(平成18.6)	(平成19.12)	(平成20.12)		平成18.6－平成19.12	平成19.12－平成20.12
新潟県		80	95	**101**	**4.2**	18.8%	**6.3%**
a	新潟市	15	19	25		26.7%	31.6%
b	長岡市	12	13	13		8.3%	0.0%
b	上越市	24	27	27		12.5%	0.0%
富山県		27	30	**42**	**3.8**	11.1%	**40.0%**
b	富山市	9	11	23		22.2%	109.1%
石川県		85	109	**123**	**10.5**	28.2%	**12.8%**
b	金沢市	32	43	47		34.4%	9.3%
福井県		29	44	**50**	**6.2**	51.7%	**13.6%**
c	福井市	10	17	19		70.0%	11.8%

新潟県では新潟市における増加率が前年よりもわずかに高いことが分かる。また富山県では増加率が高く、特に富山市内での増加率が顕著である。しかし人口 10 万人当りの診療所数は 3.8 ヵ所と少なく石川県との差は 6.7 ヵ所であり、その格差は大きい。北陸地方では石川県を除く 3 県が平均以下の診療所数であり、在宅療養支援診療所の絶対数を増やす方策が必要であると言える。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（中部地方）

中部地方		在宅療養支援診療所数			人口10万人あたりの診療所数	増加率	
		(平成18.6)	(平成19.12)	(平成20.12)		平成18.6－平成19.12	平成19.12－平成20.12
山	**梨　県**	28	35	**43**	**4.9**	25.0%	**22.9%**
c	甲　府　市	12	15	16		25.0%	6.7%
長	**野　県**	197	214	**227**	**10.5**	8.6%	**6.1%**
a	長　野　市	24	31	32		29.2%	3.2%
c	松　本　市	21	20	24		-4.8%	20.0%
岐	**阜　県**	117	148	**157**	**7.5**	26.5%	**6.1%**
b	岐　阜　市	34	43	47		26.5%	9.3%
静	**岡　県**	175	242	**257**	**6.8**	38.3%	**6.2%**
a	静　岡　市	36	84	89		133.3%	6.0%
a	浜　松　市	57	63	64		10.5%	1.6%
c	沼　津　市	6	8	12		33.3%	50.0%
c	富　士　市	6	6	10		0.0%	66.7%
愛	**知　県**	381	452	**494**	**6.7**	18.6%	**9.3%**
a	名古屋市	164	188	203		14.6%	8.0%
b	豊　橋　市	5	7	9		40.0%	28.6%
b	豊　田　市	5	11	16		120.0%	45.5%
b	岡　崎　市	15	16	17		6.7%	6.3%
c	一　宮　市	33	36	40		9.1%	11.1%
c	春　日　井　市	15	20	23		33.3%	15.0%
三	**重　県**	104	122	**134**	**7.1**	17.3%	**9.8%**
c	四　日　市　市	7	9	11		28.6%	22.2%

中部地方における在宅療養支援診療所の増加率は、県単位で見た場合、前年を上回る増加率を示す県は存在しない。一方都市別で見た場合長野県松本市、静岡県沼津市、富士市、愛知県一宮市では昨年の増加率を上回っていることが分かる。特に松本市では平成 18 年～19 年では診療所が減少した経緯もあった。

診療所数の増加と政令市、中核市、特例市といった都市機能との関係は明確ではないが、平成 18 年～19 年に見られた都市での在宅療養支援診療所の急増化は収束したものと考えられる。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（近畿地方）

近畿地方		在宅療養支援診療所数			人口10万人あたりの診療所数	増加率	
		(平成18.6)	(平成19.12)	(平成20.12)		平成18.6－平成19.12	平成19.12－平成20.12
滋賀県		51	57	**64**	**4.6**	11.8%	**12.3%**
b	大津市	20	21	**25**		5.0%	19.0%
京都府		240	267	**284**	**10.8**	11.3%	**6.4%**
a	京都市	157	165	172		5.1%	4.2%
大阪府		1,214	1,403	**1,521**	**17.3**	15.6%	**8.4%**
a	大阪市	522	600	642		14.9%	7.0%
a	堺市	100	113	128		13.0%	13.3%
b	高槻市	57	67	69		17.5%	3.0%
b	東大阪市	70	77	79		10.0%	2.6%
c	岸和田市	18	24	25		33.3%	4.2%
c	豊中市	38	46	59		21.1%	28.3%
c	吹田市	36	41	45		13.9%	9.8%
c	枚方市	19	28	31		47.4%	10.7%
c	茨木市	33	38	42		15.2%	10.5%
c	八尾市	38	40	41		5.3%	2.5%
c	寝屋川市	18	22	22		22.2%	0.0%
兵庫県		540	641	**699**	**12.5**	18.7%	**9.0%**
a	神戸市	183	214	234		16.9%	9.3%
b	姫路市	37	43	45		16.2%	4.7%
b	西宮市	32	42	54		31.3%	28.6%
b	尼崎市	68	78	83		14.7%	6.4%
c	明石市	19	30	32		57.9%	6.7%
c	加古川市	10	14	14		40.0%	0.0%
c	宝塚市	17	23	25		35.3%	8.7%
奈良県		71	90	**102**	**7.3**	26.8%	**13.3%**
b	奈良市	10	16	18		60.0%	12.5%
和歌山県		120	131	**139**	**13.7**	9.2%	**6.1%**
b	和歌山市	64	69	71		7.8%	2.9%

滋賀県大津市では、在宅療養支援診療所創設後1年半の増加率5.0%と比較し、19年12月～20年12月の1年間で19.0%の増加率を示していることがわかる。これは大阪府豊中市においても同様のことが言える。人口10万人に対する診療所数では、京都府、大阪府、兵庫県、和歌山県で平均（9.1ヵ所）以上であった。

在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（中国・四国地方）

中国・四国地方		在宅療養支援診療所数			人口10万人あたりの診療所数	増加率	
		(平成18.6)	(平成19.12)	(平成20.12)		平成18.6－平成19.12	平成19.12－平成20.12
鳥	**取県**	45	52	**54**	**9.1**	15.6%	**3.8%**
c	鳥取市	20	21	**19**		5.0%	−9.5%
島	**根県**	101	108	**114**	**15.7**	6.9%	**5.6%**
岡	**山県**	237	258	**273**	**14.0**	8.9%	**5.8%**
a	岡山市	109	120	128		10.1%	6.7%
b	倉敷市	37	43	45		16.2%	4.7%
広	**島県**	387	470	**505**	**17.6**	21.4%	**7.4%**
a	広島市	131	179	194		36.6%	8.4%
b	福山市	61	72	79		18.0%	9.7%
c	呉市	38	41	43		7.9%	4.9%
山	**口県**	102	113	**122**	**8.3**	10.8%	**8.0%**
b	下関市	21	25	29		19.0%	16.0%
徳	**島県**	112	127	**133**	**16.8**	13.4%	**4.7%**
香	**川県**	91	107	**111**	**11.1**	17.6%	**3.7%**
b	高松市	38	45	48		18.4%	6.7%
愛	**媛県**	139	164	**169**	**11.7**	18.0%	**3.0%**
b	松山市	60	71	78		18.3%	9.9%
高	**知県**	25	31	**37**	**4.8**	24.0%	**19.4%**
b	高知市	8	11	13		37.5%	18.2%

中国・四国地方においても全国の動向と同様に、在宅療養支援診療所創設からの１年半と比較し増加率は低くなっている。鳥取市では在宅療養支援診療所数が減少していることが上記より読み取れる。また四国地方に注目すると徳島県、香川県、愛媛県の３県は人口10万人当りの診療所数が比較的多く、高知県のみ極端に少ないこと言える。

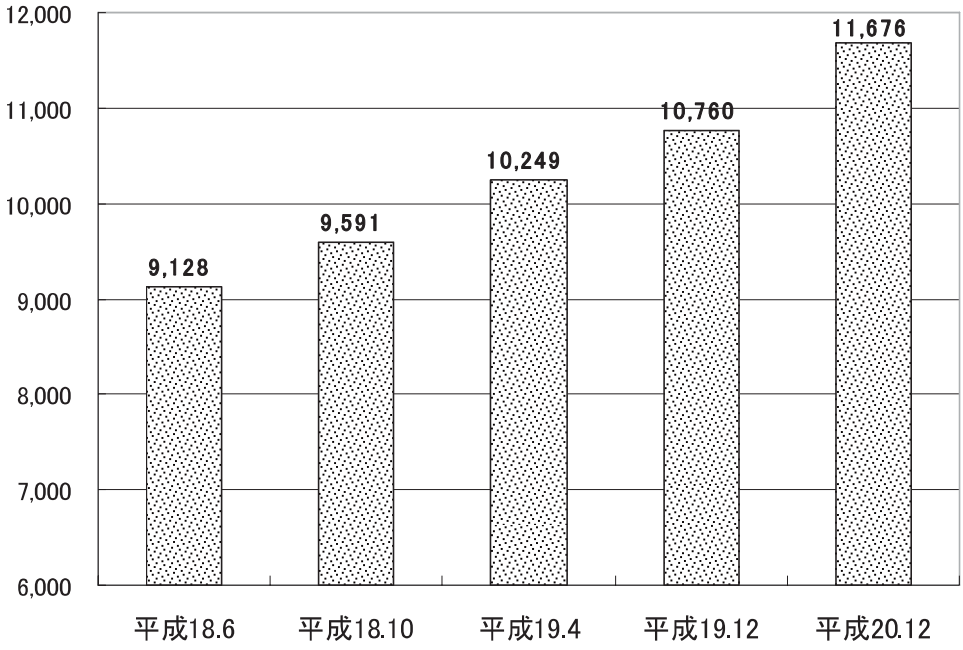
在宅療養支援診療所の増加数と増加割合（九州・沖縄地方）

九州・沖縄地方		在宅療養支援診療所数			人口10万人あたりの診療所数	増加率	
		(平成18.6)	(平成19.12)	(平成20.12)		平成18.6－平成19.12	平成19.12－平成20.12
福岡県		579	688	**727**	**14.4**	18.8%	**5.7%**
a	北九州市	159	180	185		13.2%	2.8%
a	福岡市	134	170	182		26.9%	7.1%
b	久留米市	39	49	53		25.6%	8.2%
佐賀県		112	123	**129**	**15.1**	9.8%	**4.9%**
長崎県		245	285	**297**	**20.6**	16.3%	**4.2%**
b	長崎市	110	124	133		12.7%	7.3%
c	佐世保市	25	33	34		32.0%	3.0%
熊本県		165	181	**195**	**10.7**	9.7%	**7.7%**
b	熊本市	62	67	75		8.1%	11.9%
大分県		145	161	**173**	**14.4**	11.0%	**7.5%**
b	大分市	69	77	84		11.6%	9.1%
宮崎県		67	97	**102**	**9.0**	44.8%	**5.2%**
b	宮崎市	35	52	55		48.6%	5.8%
鹿児島県		180	224	**250**	**14.6**	24.4%	**11.6%**
b	鹿児島市	47	63	73		34.0%	15.9%
沖縄県		38	49	**61**	**4.4**	28.9%	**24.5%**
都道府県　計		9,128	10,760	**11,676**	**9.1**	17.9%	**8.5%**

※　在宅療養支援診療所数は社会保険事務局、厚生局への行政文書開示請求によって、それぞれ得られたデータである。
※　人口データは総務省統計局（e-stat：http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do）より得られた。

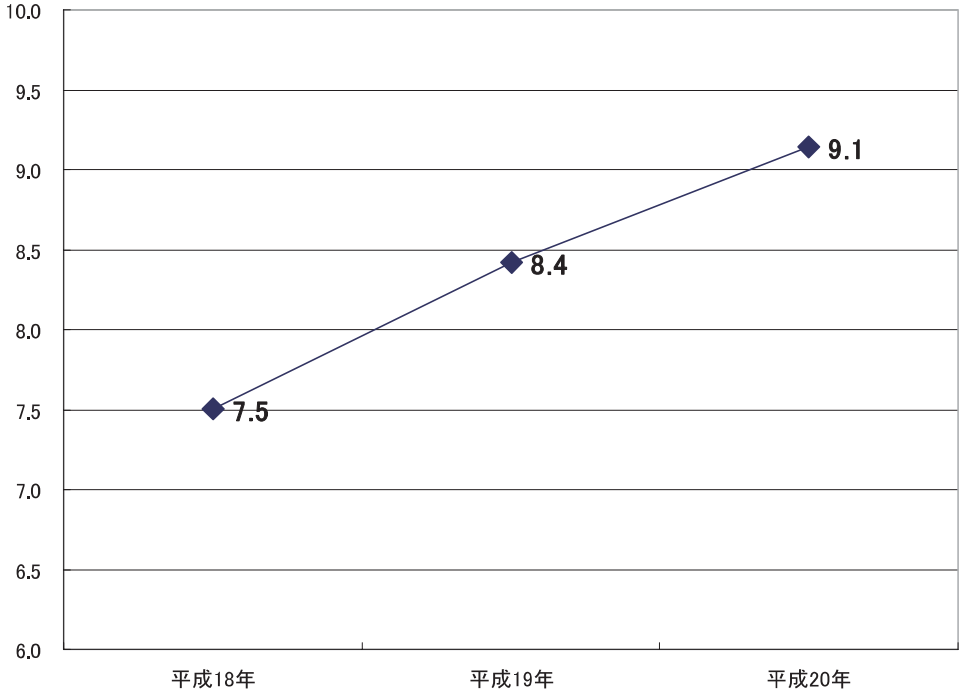
九州地方における人口 10 万人に対する在宅療養支援診療所数は、長崎県、佐賀県、鹿児島県、福岡県、大分県において平均を大きく上回る多さであることが分かる。また熊本市の在宅療養支援診療所の増加率は、九州・沖縄地方では唯一増加傾向であることが特徴として挙げられる。

平成 18 年 6 月、平成 19 年 12 月、平成 20 年 12 月に実施した開示請求、ＷＡＭＮＥＴ掲載データ及び毎日新聞社掲載データより在宅療養支援診療所総数の推移を示したものが図Ａ-1、人口 10 万人当りの在宅療養支援診療所数の推移を示したものが図Ａ-2 である。また都道府県ごとの増減を図Ａ-3 に表した。



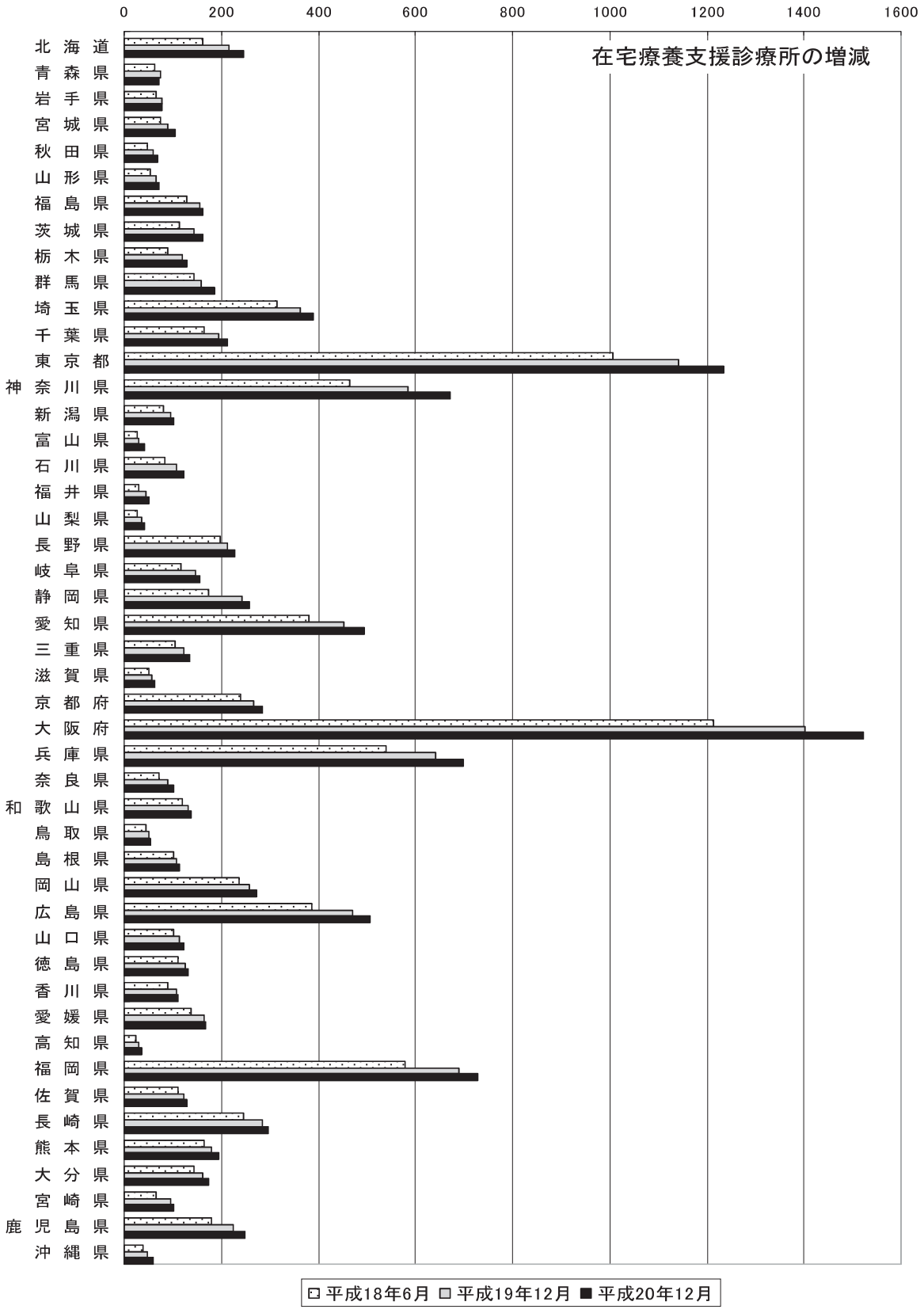
1）平成18年6月の在宅療養支援診療所数は仙台往診クリニックによる調査
2）平成18年10月の診療所数はWAMNETの公開データ
3）平成19年4月の診療所数は毎日新聞掲載（平成19年8月4日朝刊）のデータ
4）平成19年12月の在宅療養支援診療所数は仙台往診クリニックによる調査
5）平成20年12月の在宅療養支援診療所数は仙台往診クリニックによる調査

図A-1　在宅療養支援診療所数の推移



※ 平成18年10月の診療所数はWAMNETの公開データ
※ 平成19年12月の在宅療養支援診療所数は仙台往診クリニックによる調査
※ 平成20年12月の在宅療養支援診療所数は仙台往診クリニックによる調査
※平成18年、19年、20年の都道府県総人口：総務省統計局（e-stat）公表値に基づく

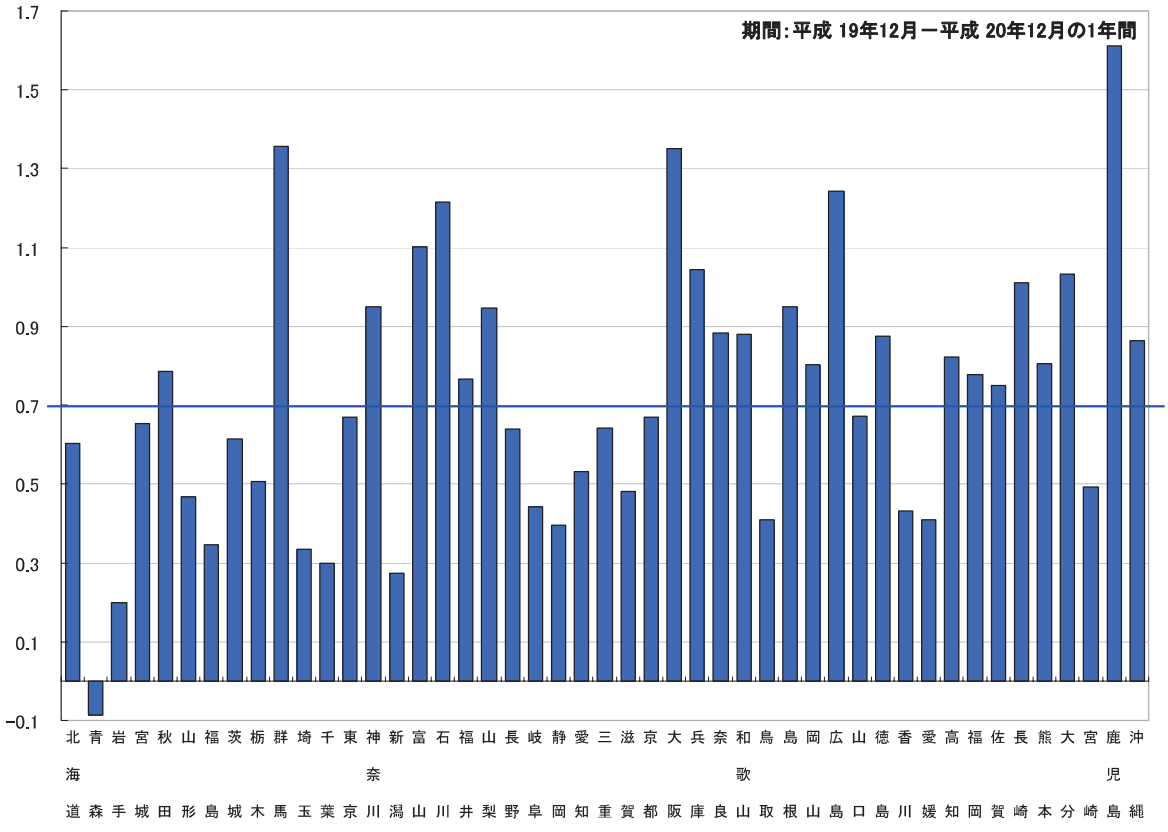
図A-2　在宅療養支援診療所（人口10万人当り）の増加数



図Ａ-3　在宅療養支援診療所の増減（都道府県別）

在宅療養支援診療所は、市町村単位で見た場合減少している地域（青森市、鳥取市では、在宅療養支援診療所が創設された 2 年半前よりも診療所数が減少した。）が存在するものの、総数では増加していることがわかる。診療所数は大阪、東京、福岡、兵庫、神奈川の都府県で全体の 41.6%を占める。また在宅療養支援診療所が最も少ない県は高知県、次いで富山県、山梨県、福井県、鳥取県となっている。

また人口 10 万人当りの診療所増加数（都道府県ごと）を図Ｂ-1、都道府県別に人口 10 万人当りの診療所数と在宅死亡率を表したものを図Ｂ-2 に示した。



1） 人口データ＝総務省統計局　総務省統計局:都道府県，男女別人口ー総人口，日本人人口（平成19年10月現在）
2） 支援診データ=平成19年12月現在および平成20年12月現在の在宅療養支援診療所数（共に独自の開示請求に基づく）

図Ｂ-1　在宅療養支援診療所数（人口 10 万人当り）の推移

人口 10 万人に対する在宅療養支援診療所数ならびに在宅死亡率を、平均値を境に地図表記によって整理したものが図Ｃ-1～図Ｃ-4 である。北海道・東北地方～中部では診療所数が全国平均に満たない県が多く、一方近畿地方～九州の診療所数は平均以上であることが分かる。在宅死亡、特に在宅療養支援診療所による在宅看取りと、診療所数の関係性を今後詳細に分析する必要がある。

※在宅死亡は、平成 19 年厚生労働省人口動態調査：死亡の場所別に見た都道府県（18 大都市再掲）別死亡者数を基に自宅および老人ホームでの死亡数の合算を指すものとする。

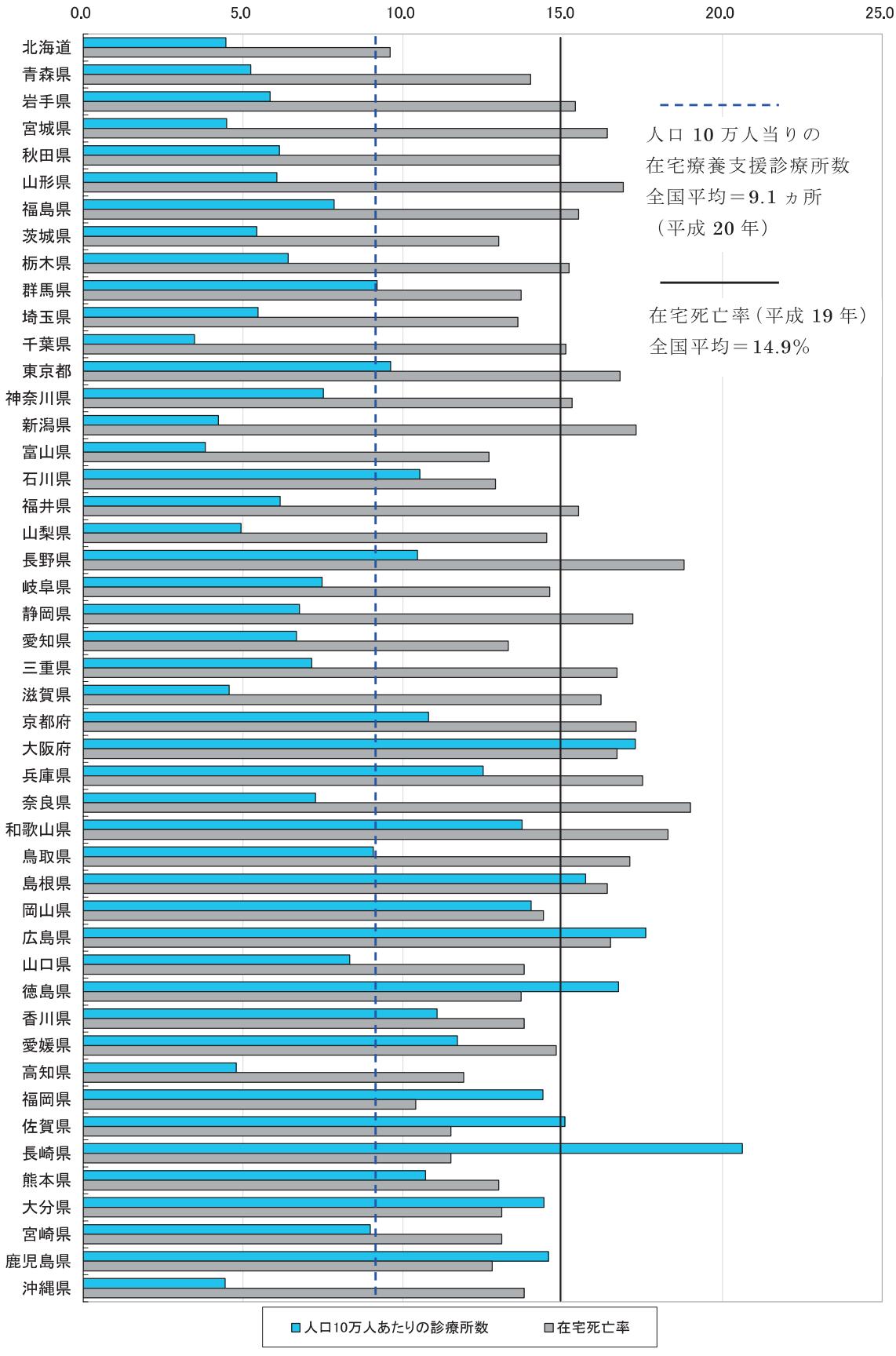


図 B-2　在宅療養診療所数（人口 10 万人当り）と在宅死亡率

◎平均在宅死亡率

＝14.9%（平成19年）

◎人口10万人あたりの平均診療所数

＝9.1ヶ所（平成20年）

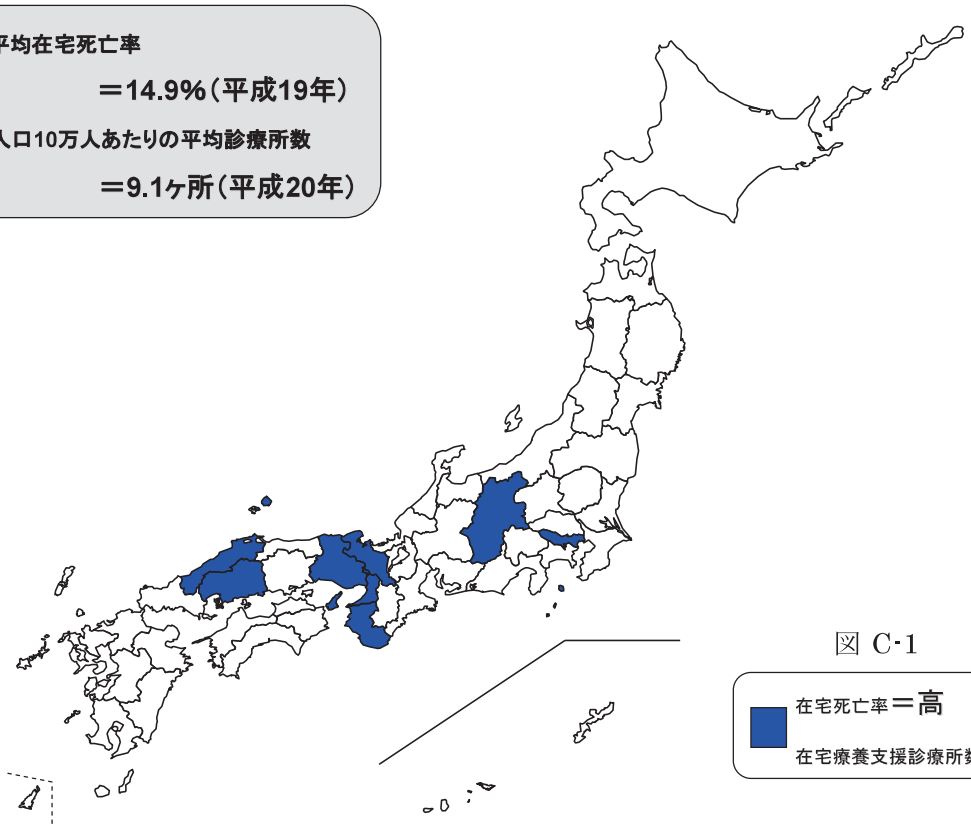


図 C-1

在宅死亡率＝高

在宅療養支援診療所数＝多

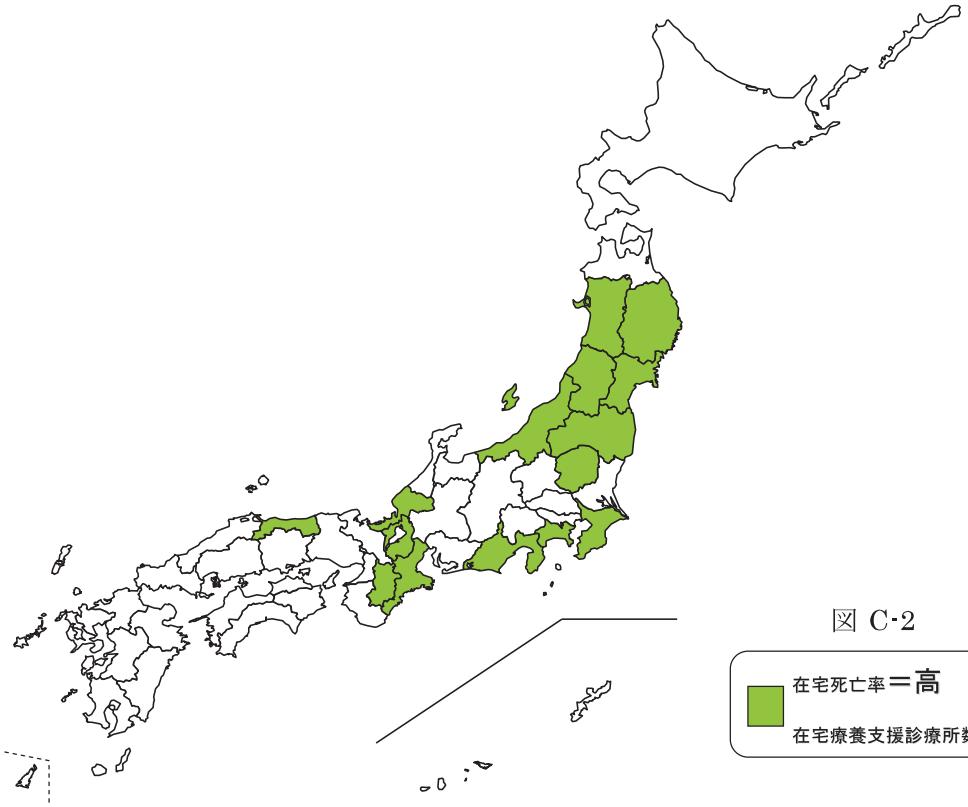


図 C-2

在宅死亡率＝高

在宅療養支援診療所数＝少

◎平均在宅死亡率
＝14.9%（平成19年）
◎人口10万人あたりの平均診療所数
＝9.1ヶ所（平成20年）

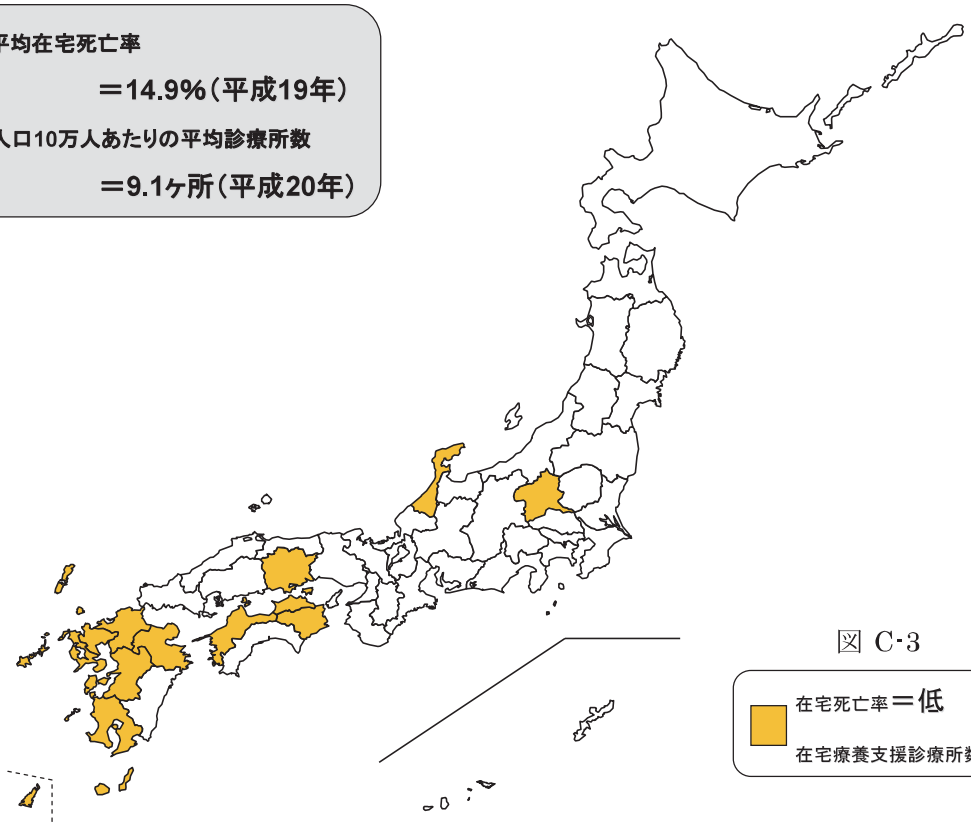


図 C-3

在宅死亡率＝低
在宅療養支援診療所数＝多

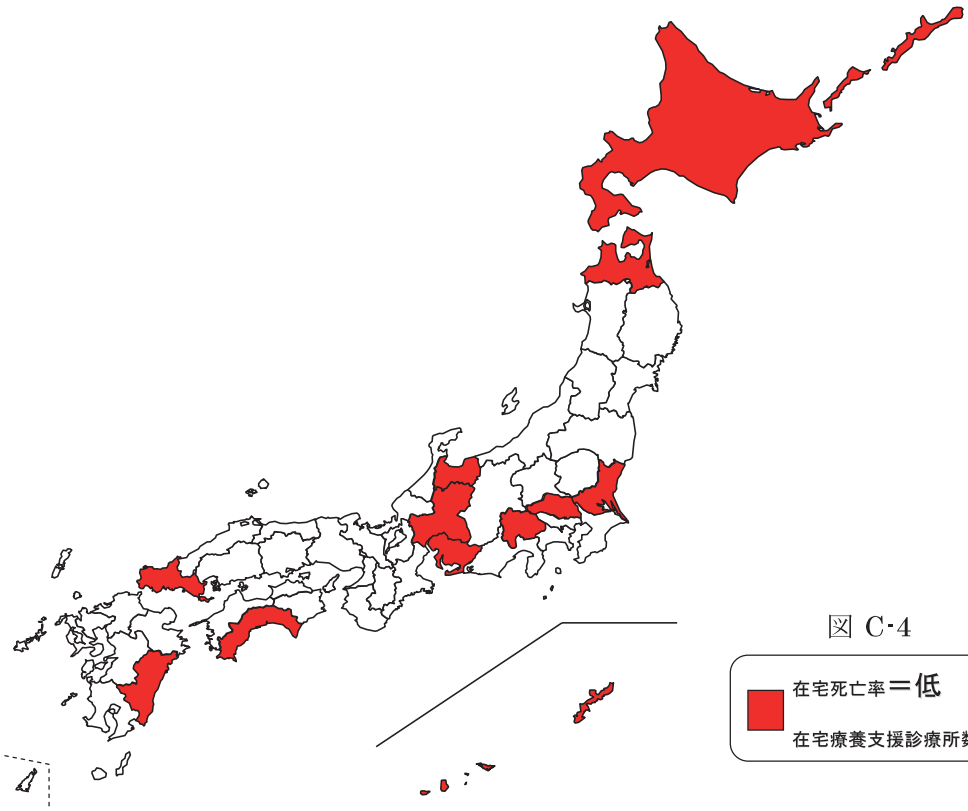


図 C-4

在宅死亡率＝低
在宅療養支援診療所数＝少

平成 20 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

『高齢者の「生き方」を共通言語とした 24 時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究』

アンケート調査ご協力のお願い

この調査は、在宅医療の適応となる高齢者等が望む**生き方に沿った説明と医療・介護の提供**が、生活者やその人を支える各医療・介護職種間において**共通の言語と認識**の下に行われているか否かを検証するために行われるものです。

そこで、図表を見ながら皆様に内容をご理解頂き、以下の順序にしたがって各設問にお答え頂きたくお願い申し上げます。

本調査の流れ

【現状把握】: 医療や介護を取り巻く情勢について

↓

【問 題 点】: 現状に即した説明や医療・介護の提供に関する問題点

↓

【 対　策 】: 十分な説明や医療・介護提供が可能となるための、
職種間の共通言語と認識について

《注》在宅医療の適応者は「疾病・傷病による通院困難者」であり、外来通院可能な人は含まれません。ただし、末期がん・高度認知症は歩行可能でも在宅医療の適応です。

【調査票配布対象先】

全国の　①在宅療養支援診療所　［平成 20 年 12 月現在、届出受理医療機関名簿より］
②訪問看護ステーション　［独立行政法人医療福祉機構 WAMNET 掲載分より］
③緩和ケア病棟のある病院　［日本ホスピス緩和ケア協会会員名簿より］
④がんセンター　［全がん協　全国がん（成人病）センター一要覧より］

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「１つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、
３月１９日(木)までにポストに投函してください（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。
問い合わせ先

高齢者の「生き方」を共通言語とした 24 時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業　事務局
（仙台往診クリニック内）　担当：千葉・伊藤
TEL ： 022-212-8501(平日 13～17 時)　FAX ： 022-212-8533(24 時間)
e-mail ： doctork@oushin-sendai.jp
仙台往診クリニックホームページ ： http://www.oushin-sendai.jp/

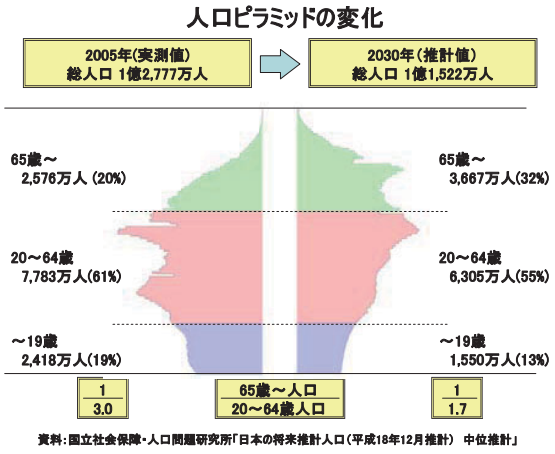
【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

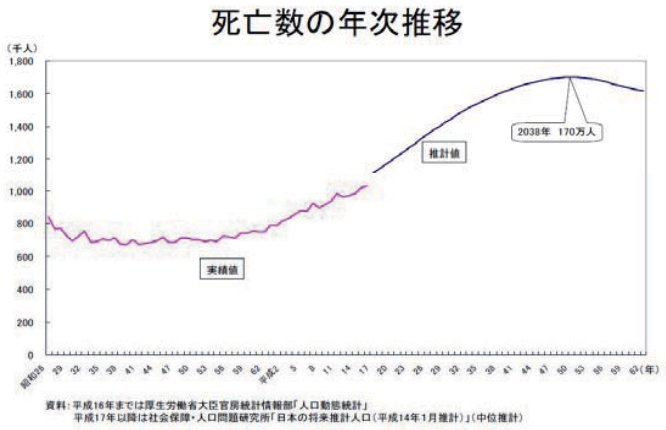
【現状把握】

図Ａ：わが国の人口ピラミッドです。現在、65 才以上の人口と、20 才から 64 才までの人口の比率は 1：3.0 です。高齢者 1 人を、3 人（例：配偶者・家族・医療職・介護職など）で支えることができます。しかし 2030 年には 1：1.7 にまで縮小します。高齢者を支える側が圧倒的に少なくなり、介護力の低下が心配されます。

図Ｂ：総死亡者数は年々増加し、高齢者が占める割合も増加します。2008 年は 114 万人が亡くなりました。2038 年には現在の約 1.5 倍、170 万人が死亡する時代が訪れます。



図Ａ



図Ｂ

問１-a：人口の減少・高齢者の増加・治らない人の増加・介護力の低下が同時に進行していることについて、この現状と未来についてご存知ですか。

１．よく知っている	２．おおよそ知っている	３．知らない

問１-b：このことについて、どのようにお考えですか。

図Ｃ：いずれは誰しもが最期を迎える時期が来ます。最期を迎える場所として、在宅酸素の患者の 65.4%が居宅を希望しています。また、在宅胃瘻経管栄養：79.5%、在宅人工呼吸器：73.3%、在宅中心静脈栄養：68.4%となっています。

在宅医療を行っている主治医のうち、77.6%が「この人たちが最期を迎えるのは居宅が良い」と考えています（厚生労働省：在宅療法の普及及び技術評価に係る調査委員会報告書）。

対象となった主治医・療養者は、ともにかつては病院医・入院患者であり、今は在宅医・在宅療養者となった人たちです。すなわち、**下記は病院と在宅双方のメリットとデメリットを知っている人たちの選択結果である**ということです。

生の終わりを迎える理想の場所

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
在宅胃瘻経管栄養	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5%	8.5
在宅人工呼吸器	45	7	－	33	5
	100	15.6	－	73.3%	11.1
在宅中心静脈栄養	38	6	－	26	7
	100	15.8	－	68.4%	18.4
主治医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

図Ｃ

問２-a：在宅医療について

１．よく知っている	２．おおよそ知っている	３．知らない

問２-b：在宅医療の説明ができないと、患者にどのような影響が及ぶでしょうか。

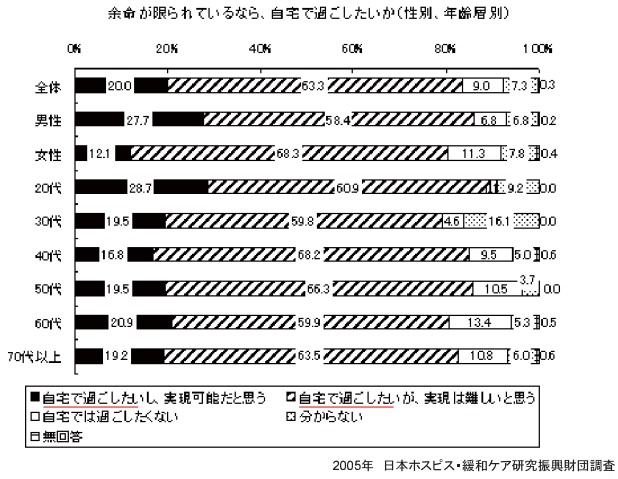
問３-a：入院のメリット・デメリット、在宅のメリット・デメリットをバランスよく患者に説明していますか。

１．している	２．場合による	３．あまりしていない

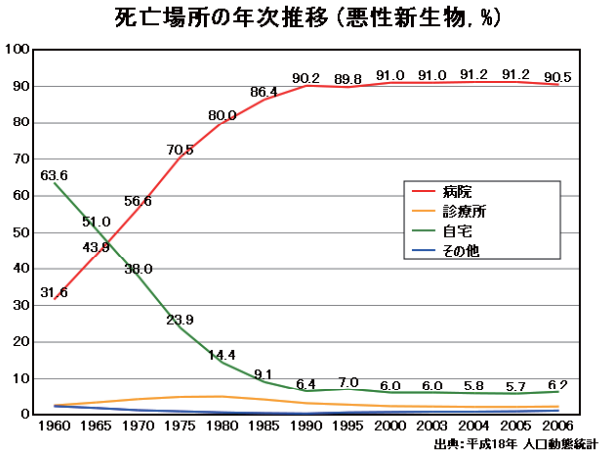
問３-b：［２・３とお答えの方］理由をご記入ください。

図Ｄ：がん療養者の 80%以上が「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と思っています。しかし 60%は希望が叶わないだろうと思っています。

図Ｅ：がん死の 90%以上は病院死です（全ての死因全体では病院死は約 80%です）。



図Ｄ



図Ｅ

問４-a：死亡の場所について患者の願いがほとんどかなえられていないことを

１．知っている	２．一部知っている	３．知らない

問４-b：この現状についてどうお考えですか。

問４-c：死亡の場所について患者の希望を

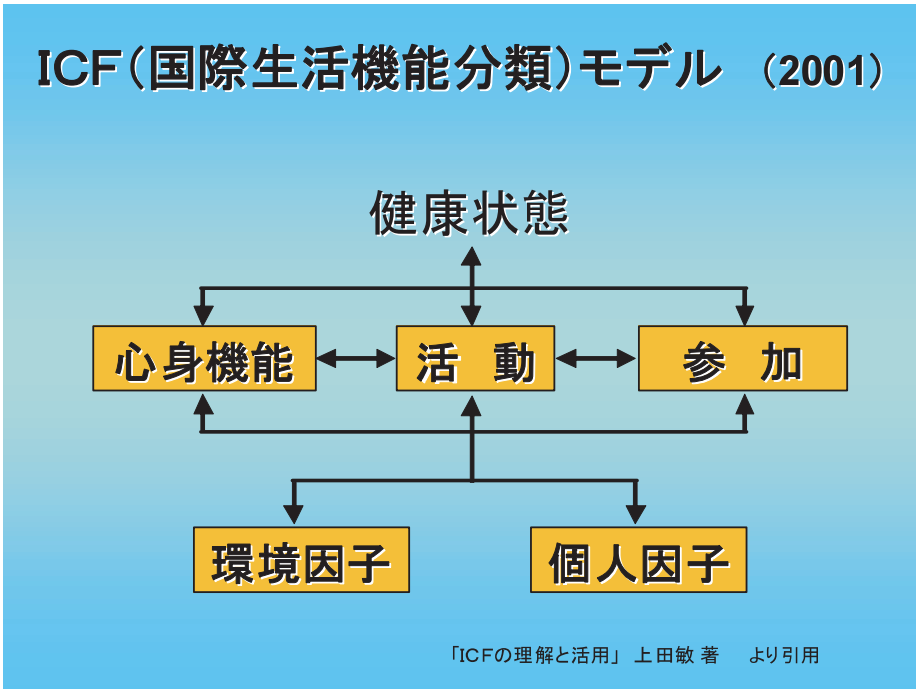
１．本人に必ず確認している
２．本人または家族に確認している
３．確認していない

【問 題 点】

図Ｆ：ICF(国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health)は、人間の生活機能と障害の分類法として、WHOが2001年に提唱した新しい概念です。

これまでのWHO国際疾病分類（ICD）やWHO国際障害分類（ICIDH）が、疾病・障害といったマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFは、生活機能（人が「生きること」そのもの）というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことが特徴となっています。

ICD・ICIDHによって心身機能を分析し改善を図るのみならず、ICFの考え方に基づき本人の生き方と環境を把握し、生活すべてを支えることが、今後の医療に求められています。



図Ｆ

問５：ＩＣＦを

１．知っている	２．聞いたことはある	３．知らない

図Ｇ・Ｈ：WHO による健康達成度の総合評価は日本が世界一位です。しかし、老化・末期がん・難病などによる重度障害者等のような、身体的に"健康な状態"に達することのできない「治す医療の限界」にある人には、「治すための支援」だけではなく ICF を踏まえた「生き方の支援」が必要です。

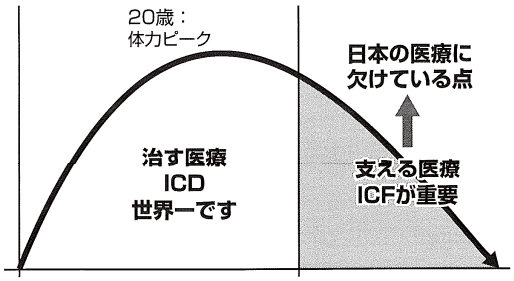
日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価は第１位・医療費は１８位

	世界保健機構（WHO）		経済協力開発機構（OECD）
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 1998年
日　本	１位	３位	１８位
ドイツ	１４位	２０位	３位
アメリカ	１５位	３２位	１位

（出所）WHO「World Heath Report 2000」
OECD「Health Data 2000」を基とする

図Ｇ



『「家での看取り」を支えるための医療者の心構えとシステム』
地域連携 network 2009.1

図Ｈ

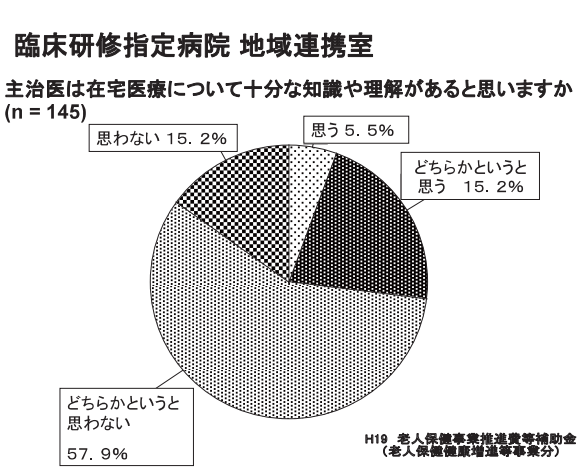
問６：ICF を踏まえた「生き方の支援」は、現在整備されていると思いますか。

１．整備されている	２．あまり十分ではない	３．まったく不十分である

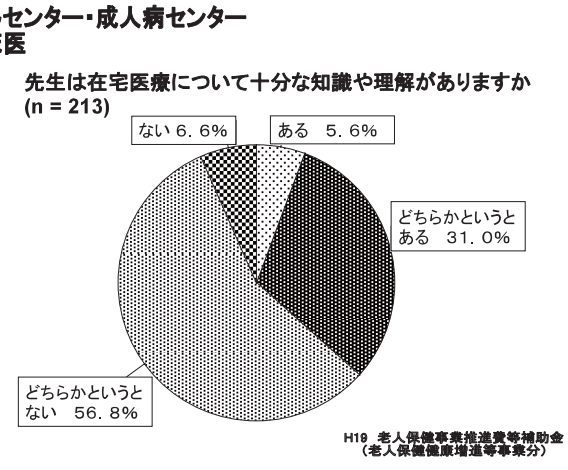
問７：患者が安心して生活できる ICF のような「生き方の支援」に関する説明を

１．している	２．どちらかというとしている	３．どちらかというとしていない

図Ｉ・Ｊ：「主治医は在宅医療について知識や理解があると思いますか」という質問に対して、臨床研修指定病院の連携室による評価では 75%、がんセンターの医師による自己評価では 70%が、「あまり知らない」という結果でした。



図Ｉ



図Ｊ

問８：ICF のように「患者が安心して生活できる」説明をするときに、在宅医療に関する説明は

１．必要である	２．場合による	３．必要ない

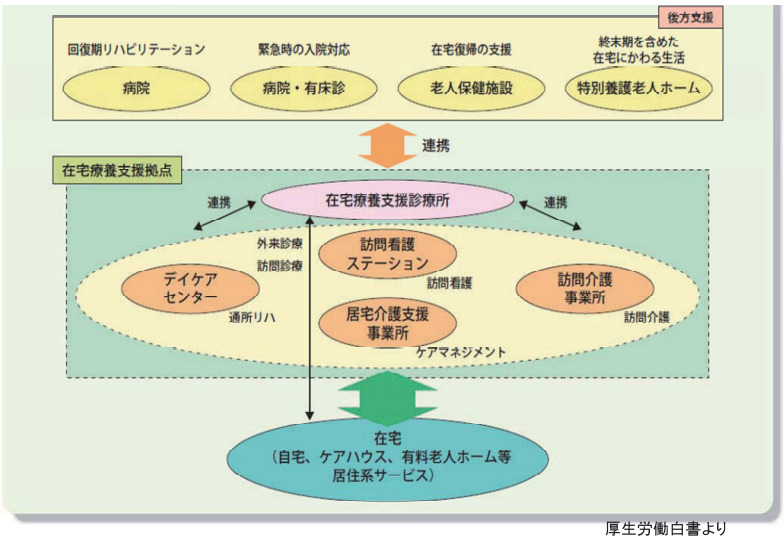
問９：在宅医療についての情報源として、もっともよくあてはまるものは何ですか。

１．社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介
２．障害者団体など、当事者団体からの情報提供
３．その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から
４．診療・サービス提供を行なった患者・家族から
５．各種介護保険事業所からの情報提供
６．在宅療養支援診療所からの情報提供
７．その他（　　）

在宅療養支援診療所の方　→　図Ｌの説明にお進み下さい。
それ以外の方　　→　図Ｋの説明にお進み下さい。

図Ｋ：在宅医療を担う『在宅療養支援診療所』という制度があります。
現在全国に約 12,000 ヶ所あります。

在宅療養支援拠点イメージ



厚生労働白書より

図Ｋ

問１０：在宅療養支援診療所について

１．よく知っている	２．名称だけは知っている	３．知らない

図Ｌ：個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって違いますが、在宅では以下の医療が可能です。

【在宅医療ができること】 **検査：採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡・内視鏡・Ｘ線撮影・呼吸機能測定** **処置：在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴**
【在宅医療でできないこと】 **全身麻酔を伴う手術・CT/MRI 検査・放射線治療等** **（これらを除けばほとんどのことができると考えてよい）**

図Ｌ

問１１：これらの内容を

１．よく知っている	２．一部しか知らない	３．知らない

図Ｍ：心身障害者手帳が交付されると、対象者には以下のような日常生活用具が給付されます。収入によっては、**心身障害者医療費助成で医療費の減免措置（医療費が全額戻る場合）**があります。

S 市における給付用具の例

日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー，盲人用時計（触読式・音声式），盲人用タイムスイッチ，点字タイプライター，盲人用電卓，電磁調理器，盲人用体温計（音声式），盲人用体重計，視覚障害者用拡大読書器，点字ディスプレイ，視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター，聴覚障害者用目覚時計，聴覚障害者用屋内信号灯を含む.），聴覚障害者用通信装置，聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む），便器，特殊マット，エアーパッド，特殊寝台，特殊尿器，入浴担架，体位変換器，入浴補助用具，移動用リフト，歩行支援用具，居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ　訓練いす，訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器，パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置，携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車，ネブライザー，電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器，自動消化器
呼吸器機能障害3級以上，若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって，医療保険における在宅酸素療法を行う者，または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害　重度～最重度	特殊マット，特殊便器，頭部保護帽，電磁調理器，火災警報機，自動消化器

※注：色字は18歳以上が対象

図Ｍ

問１２：日常生活用具の給付について

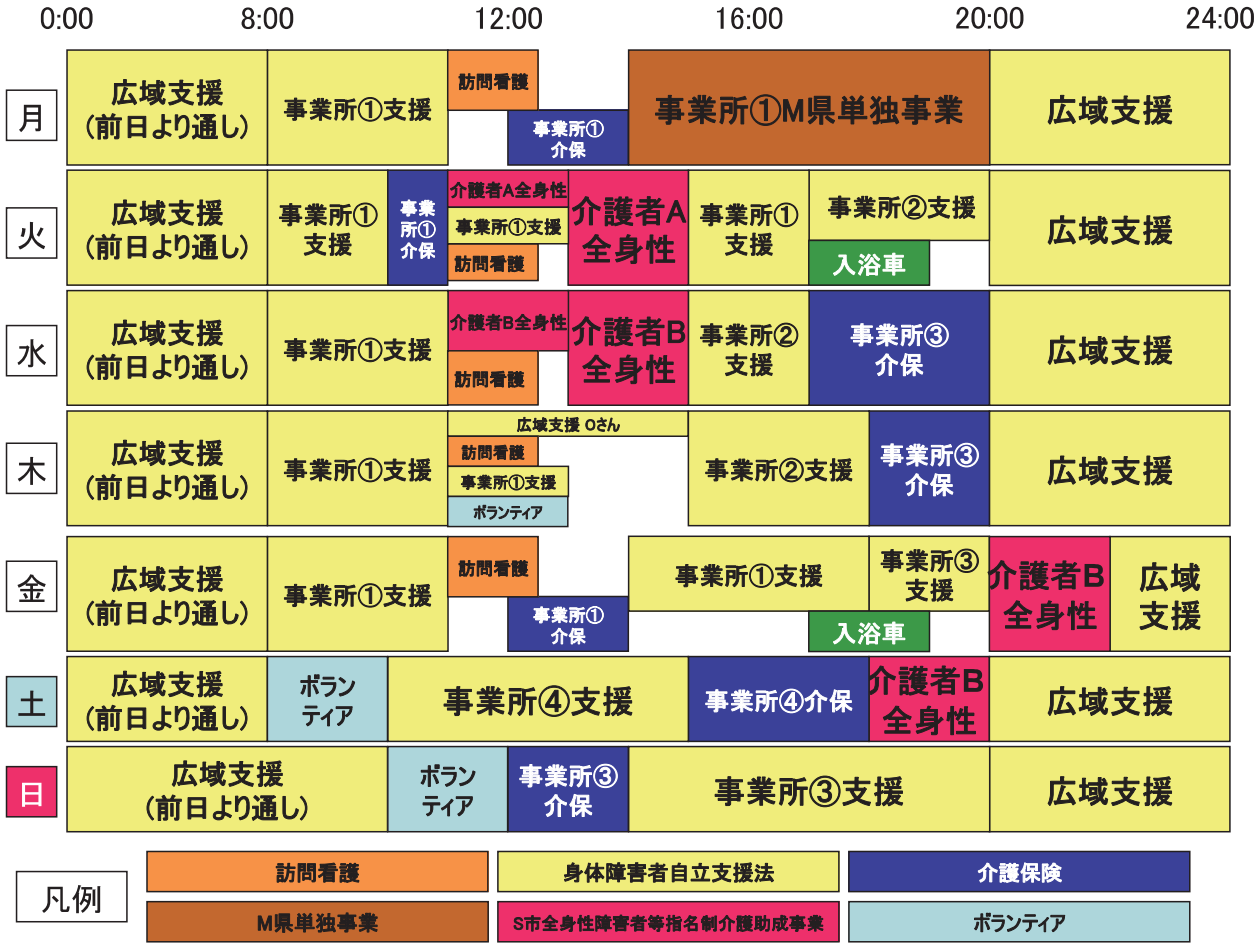
１．よく知っている	２．一部だけ知っている	３．知らない

問１３：心身障害者医療費助成制度を

１．よく知っている	２．名称だけは知っている	３．知らない

図Ｎ：身体障害者自立支援法で最大 24 時間 365 日の介護提供を受けることができます。全国で 20 数名の、**独居＋全身麻痺＋人工呼吸器装着＋胃瘻栄養の療養者**が 24 時間 365 日の他人介護を受けています。もちろんそれ以外の多数の心身障害者も下記のようなサービスを幅広く受けています。

S 市で 24 時間 365 日のサービスを利用されている独居の事例

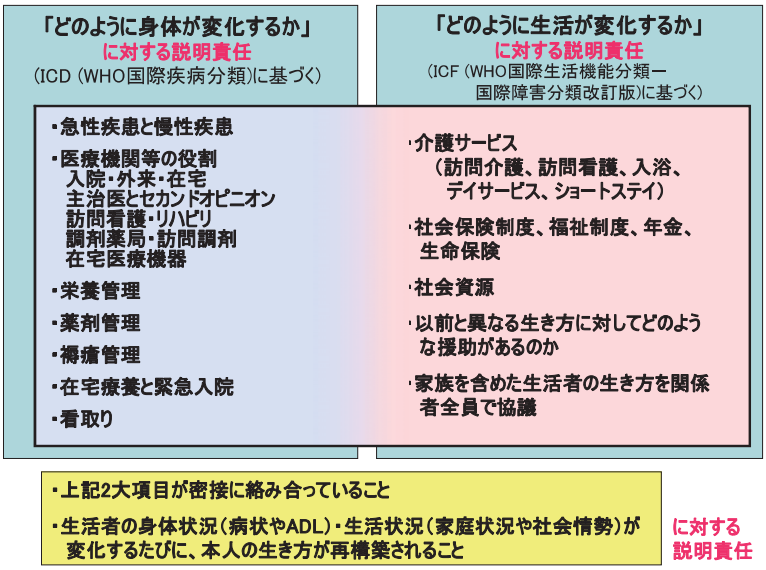


図Ｎ

問１４：24 時間 365 日の介護提供について

１．個々の制度・事業名を具体的に知っている
２．提供可能なことは知っている
３．知らない

図Ｏ：退院する患者が生活するためには、退院後の在宅での医療システム・介護システム・社会資源・医療と介護の知識技術教育が欠かせません。



図Ｏ

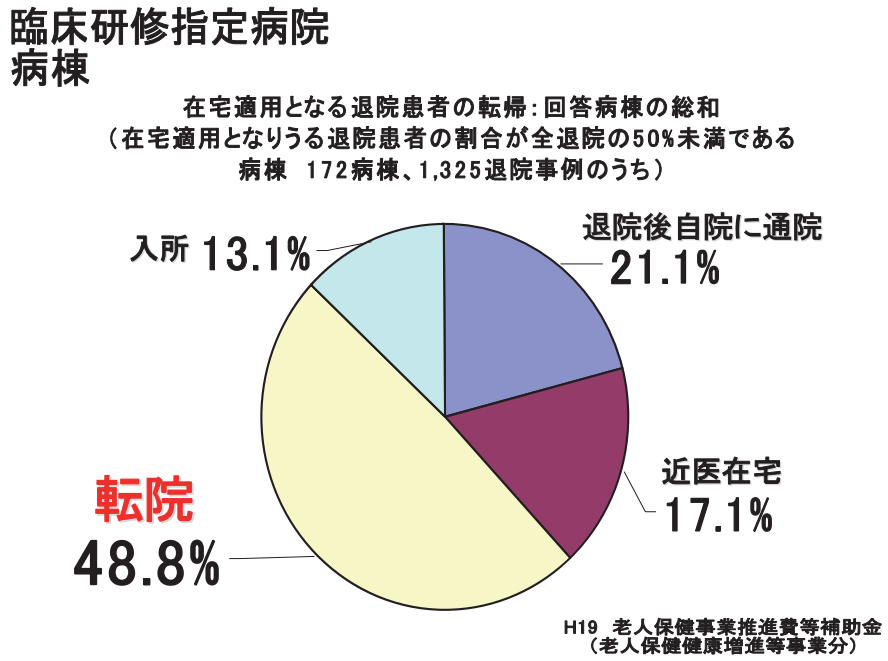
問１５：退院に向けての説明や協議を行なう上で、現在課題となっているものはどれでしょう。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

１．ICD に基づく、疾病・傷病に関する身体情報
２．ICF に基づく、家族状況・経済状態・社会情勢等に照らし合わせた介護保険・身体障害者自立支援法・福祉制度・生活保護・給付制度・生命保険等の活用に関する生活情報
３．患者・家族との話し合いによる合意
４．病院スタッフ（複数の医師・複数の看護師・連携室職員・MSW）との話し合いによる入院中の役割分担と合意
５．在宅スタッフ（在宅医・訪問看護師・ケアマネージャー・ホームヘルパー・入浴サービス・行政職員・居宅系グループホーム職員・小規模多機能施設職員・特別養護老人ホーム職員等）との話し合いによる退院後の在宅療養の役割分担と合意
６．上記３・４・５を組み合わせた、退院のための全体会議（ケアカンファレンス）に参加し、生活への配慮を話し合う

問１６：Ａ．在宅緩和ケアと、Ｂ．緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、どのように説明していますか。以下のうち、もっともあてはまることが多いものひとつに○をつけてください。

１．Ａを第一選択、Ｂを第二選択として説明している
２．ＡとＢを同等に説明している
３．Ｂを第一選択、Ａを第二選択として説明している

図Ｐ：在宅医療の適応となる「疾病・傷病による通院困難者」が、病院から退院するときに転帰はどのようになるかを示しています。48.8%は家に帰らず転院しています。



図Ｐ

問１７-a：問１５に示した説明と協議を十分に行なうことで、在宅復帰を推進することができると思いますか。

１．思う	２．ある程度可能である	３．まったく思わない

問１７-b：[３を選択の場合]その理由は何ですか。

問１８：生き方の支援に関する十分な説明がなされていない場合に、『不十分な説明に基づく意思決定』になってしまう危険性があると思いますか。

１．思う	２．そうは思わない	３．どちらともいえない

問１９-a：老化・疾病・事故等により身体は変化します。変化した身体をありのままに認めながら生きてゆける支援をおこなうことが必要となります。60%～80%の国民が『最期まで居宅生活して終焉』を希望しているにもかかわらず、医療者のサプライは病院死が約 80%で、ニーズとサプライのミスマッチが歴然としてあります。この原因はどこにあるのでしょう。

１．医療を受ける側で、その後の生き方に関しての対策や知識に乏しいアマチュアの「患者・家族」に主として問題がある
２．医療を提供する側で、その後の生き方を変更させることになるプロの「医療者」に主として問題がある
３．１、２以外にもっと大きな問題がある

問１９-b：[２を選択の場合]プロの医療者がなすべきこととは何でしょうか。

問１９-c：[３を選択の場合]それは何ですか

【 対 策 】

問２０：医療・介護の各職種間において**「療養者の生き方」**を中心とした機能展開や連携の推進を図るにあたって、重要と考える語句・文脈・意味・思考過程等を、「あなたの考え」や「本アンケートの内容」を引用して自由にご記入ください。

問２１：回答者ご自身について、以下の項目にお答えください。**なお、所在地（都道府県と市区町村名）、施設種別、所属、役職は、必ずお書きください。**

施設名			
所在地	〒　　－	**都道府県市区町村名（必須）**	都道府県　市区町村
電話番号			

施設種別（必須）	在宅療養支援診療所	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ	緩和ケア病棟のある一般病院
	都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	がんセンター
所属（必須）			
職種（必須）	医師　看護師　ＭＳＷ　その他（　　）		
役職（必須）			

問２２：ご自身の**生の終わりを迎える理想の場所**として、どこを希望されますか。

１．居宅	２．病院	３．介護療養施設等

問２３：本調査の集計・分析の結果をご覧になりたいですか。

１．はい	２．いいえ

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

平成 20 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

『高齢者の「生き方」を共通言語とした 24 時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究』

アンケート調査ご協力のお願い

この調査は、在宅医療の適応となる高齢者等が望む**生き方に沿った説明と医療・介護の提供**が、生活者やその人を支える各医療・介護職種間において**共通の言語と認識**の下に行われているか否かを検証するために行われるものです。

そこで、図表を見ながら皆様に内容をご理解頂き、以下の順序にしたがって各設問にお答え頂きたくお願い申し上げます。

本調査の流れ

【現状把握】: 医療や介護を取り巻く情勢について

↓

【問 題 点】: 現状に即した説明や医療・介護の提供に関する問題点

↓

【 対 策 】: 十分な説明や医療・介護提供が可能となるための、
職種間の共通言語と認識について

《注》在宅医療の適応者は「疾病・傷病による通院困難者」であり、外来通院可能な人は含まれません。ただし、末期がん・高度認知症は歩行可能でも在宅医療の適応です。

《注》*設問中の“主治医”については、ご自身の所属している病院の医師についてお答え下さい。*

《注》*訪問看護ステーションの方は、最も密に連携をとっている**診療所**の医師についてお答え下さい。*

なお、その診療所の種別についてお答え下さい（必須）

在宅療養支援診療所である	**在宅療養支援診療所ではない**

【調査票配布対象先】

全国の　①在宅療養支援診療所　［平成 20 年 12 月現在、届出受理医療機関名簿より］
②訪問看護ステーション　［独立行政法人医療福祉機構 WAMNET 掲載分より］
③緩和ケア病棟のある病院　［日本ホスピス緩和ケア協会会員名簿より］
④がんセンター　［全がん協　全国がん（成人病）センター一要覧より］

【調査同意の可否】

この調査への協力を拒否されたり、同意を取り消されても今後貴施設に何らかの不利益が生じることは全くございません。

◇以上この調査の趣旨をご理解頂けましたら、以下をお読み頂き、ご回答賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

調査の趣旨を理解いたしました。

1. はい	2. いいえ

調査に協力することに同意します。

1. はい	2. いいえ

【回答にあたってのお願い】

1. 設問をお読みいただき、あてはまる番号に○をつけるか、ご記入ください。設問によって、「１つ」「あてはまる番号をいくつでも」など、○をつける数が異なりますので、ご注意ください。「その他」等のところは具体的にご記入ください。
2. ご回答頂きましたアンケートは、同封の返信封筒に入れて、
３月１９日(木)までにポストに投函してください（郵送料はかかりません）。
3. この調査に関するご質問やお問い合わせ等は、下記までお願い致します。
問い合わせ先

高齢者の「生き方」を共通言語とした 24 時間支援行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業　事務局
（仙台往診クリニック内）　担当：千葉・伊藤
TEL ： 022-212-8501(平日 13～17 時)　FAX ： 022-212-8533(24 時間)
e-mail ： doctork@oushin-sendai.jp
仙台往診クリニックホームページ ： http://www.oushin-sendai.jp/

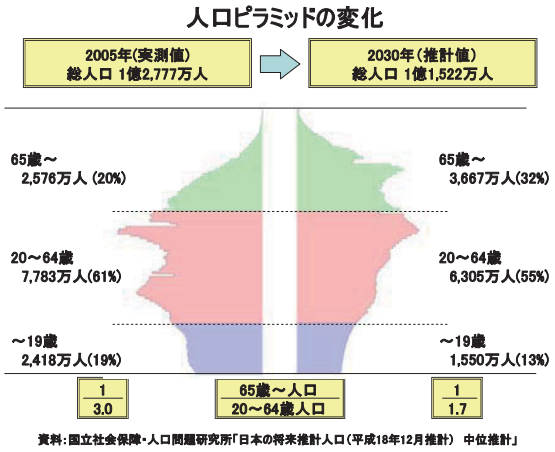
【アンケートご記入にあたってのお願い】

自由記載の欄は、なるべく詳細にご記入願います。

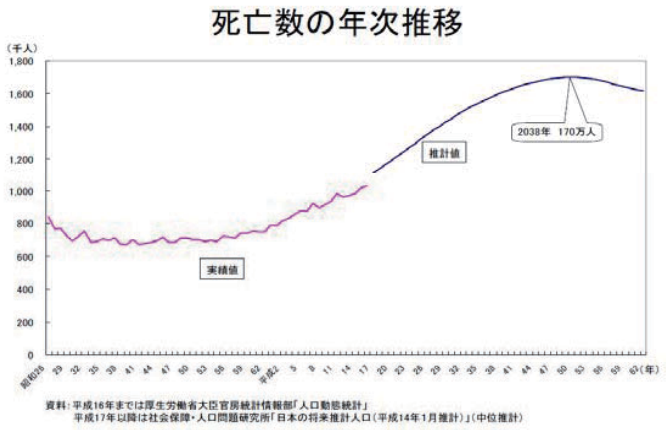
【現状把握】

図Ａ：わが国の人口ピラミッドです。現在、65 才以上の人口と、20 才から 64 才までの人口の比率は 1：3.0 です。高齢者 1 人を、3 人（例：配偶者・家族・医療職・介護職など）で支えることができます。しかし 2030 年には 1：1.7 にまで縮小します。高齢者を支える側が圧倒的に少なくなり、介護力の低下が心配されます。

図Ｂ：総死亡者数は年々増加し、高齢者が占める割合も増加します。2008 年は 114 万人が亡くなりました。2038 年には現在の約 1.5 倍、170 万人が死亡する時代が訪れます。



図Ａ



図Ｂ

問１-a：人口の減少・高齢者の増加・治らない人の増加・介護力の低下が同時に進行していることについて、この現状と未来についてご存知ですか。

１．よく知っている	２．おおよそ知っている	３．知らない

問１-b：このことについて、どのようにお考えですか。

図Ｃ：いずれは誰しもが最期を迎える時期が来ます。最期を迎える場所として、在宅酸素の患者の 65.4%が居宅を希望しています。また、在宅胃瘻経管栄養：79.5%、在宅人工呼吸器：73.3%、在宅中心静脈栄養：68.4%となっています。

在宅医療を行っている主治医のうち、77.6%が「この人たちが最期を迎えるのは居宅が良い」と考えています（厚生労働省：在宅療法の普及及び技術評価に係る調査委員会報告書）。

対象となった主治医・療養者は、ともにかつては病院医・入院患者であり、今は在宅医・在宅療養者となった人たちです。すなわち、**下記は病院と在宅双方のメリットとデメリットを知っている人たちの選択結果である**ということです。

生の終わりを迎える理想の場所

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
在宅胃瘻経管栄養	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5%	8.5
在宅人工呼吸器	45	7	－	33	5
	100	15.6	－	73.3%	11.1
在宅中心静脈栄養	38	6	－	26	7
	100	15.8	－	68.4%	18.4
主治医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

図Ｃ

問２-a：*主治医は*在宅医療について

１．よく知っている	２．おおよそ知っている	３．知らない

問２-b：在宅医療の説明ができないと、患者にどのような影響が及ぶでしょうか。

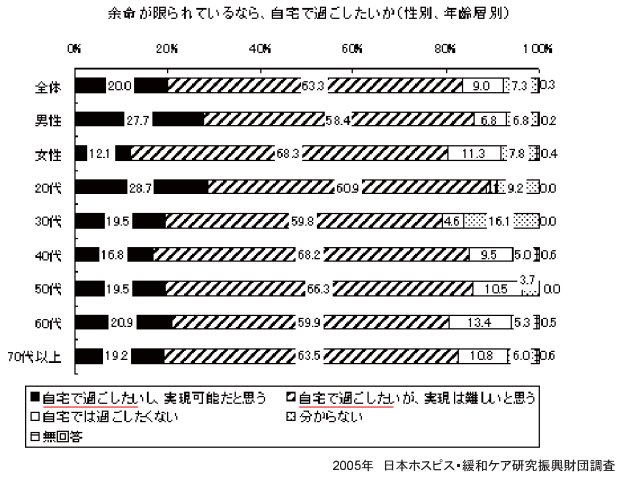
問３-a：*主治医は*入院のメリット・デメリット、在宅のメリット・デメリットをバランスよく患者に説明していますか。

１．している	２．場合による	３．あまりしていない

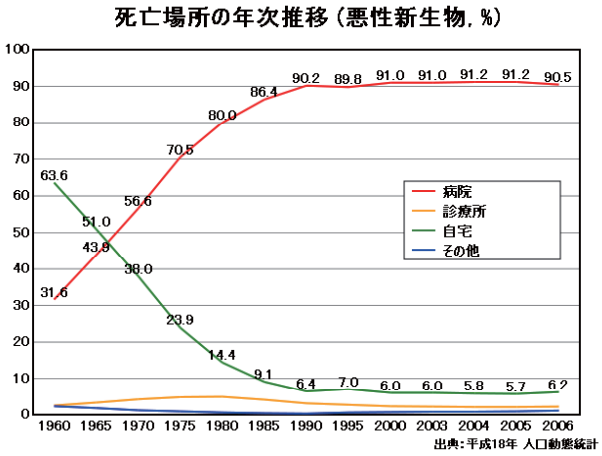
問３-b：［２・３とお答えの方］理由をご記入ください。

図Ｄ：がん療養者の 80%以上が「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と思っています。しかし 60%は希望が叶わないだろうと思っています。

図Ｅ：がん死の 90%以上は病院死です（全ての死因全体では病院死は約 80%です）。



図Ｄ



図Ｅ

問４-a：死亡の場所について患者の願いがほとんどかなえられていないことを

１．知っている	２．一部知っている	３．知らない

問４-b：この現状についてどうお考えですか。

問４-c：主治医は死亡の場所について患者の希望を

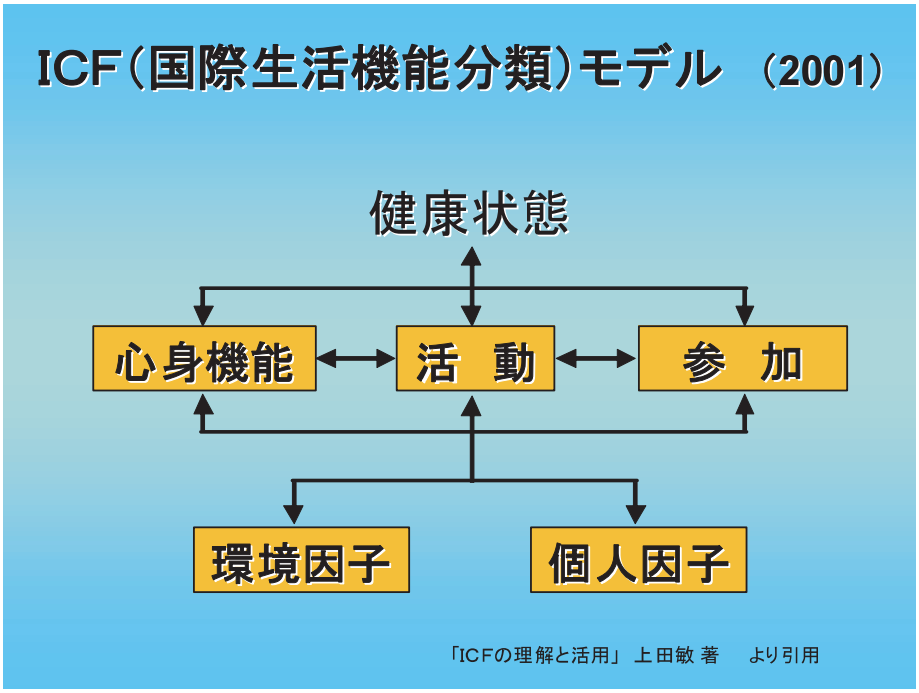
１．本人に必ず確認している
２．本人または家族に確認している
３．確認していない

【問 題 点】

図Ｆ：ICF(国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health)は、人間の生活機能と障害の分類法として、WHOが2001年に提唱した新しい概念です。

これまでのWHO国際疾病分類（ICD）やWHO国際障害分類（ICIDH）が、疾病・障害といったマイナス面を分類するという考え方が中心であったのに対し、ICFは、生活機能（人が「生きること」そのもの）というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことが特徴となっています。

ICD・ICIDHによって心身機能を分析し改善を図るのみならず、ICFの考え方に基づき本人の生き方と環境を把握し、生活すべてを支えることが、今後の医療に求められています。



図Ｆ

問５：ＩＣＦを

１．知っている	２．聞いたことはある	３．知らない

図Ｇ・Ｈ：WHO による健康達成度の総合評価は日本が世界一位です。しかし、老化・末期がん・難病などによる重度障害者等のような、身体的に"健康な状態"に達することのできない「治す医療の限界」にある人には、「治すための支援」だけではなく ICF を踏まえた「生き方の支援」が必要です。

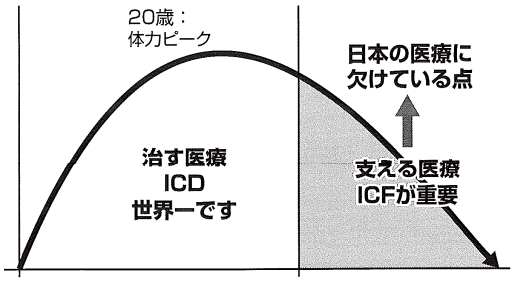
日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価は第１位・医療費は１８位

	世界保健機構（WHO）		経済協力開発機構（OECD）
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 1998年
日　本	１位	３位	１８位
ドイツ	１４位	２０位	３位
アメリカ	１５位	３２位	１位

（出所）WHO「World Heath Report 2000」
OECD「Health Data 2000」を基とする

図Ｇ



『「家での看取り」を支えるための医療者の心構えとシステム』
地域連携 network 2009.1

図Ｈ

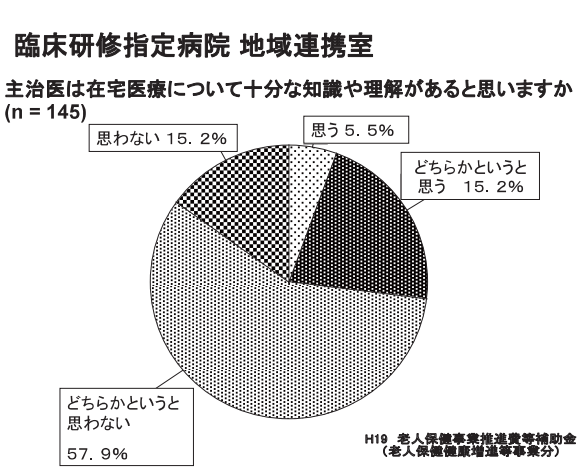
問６：ICF を踏まえた「生き方の支援」は、現在整備されていると思いますか。

１．整備されている	２．あまり十分ではない	３．まったく不十分である

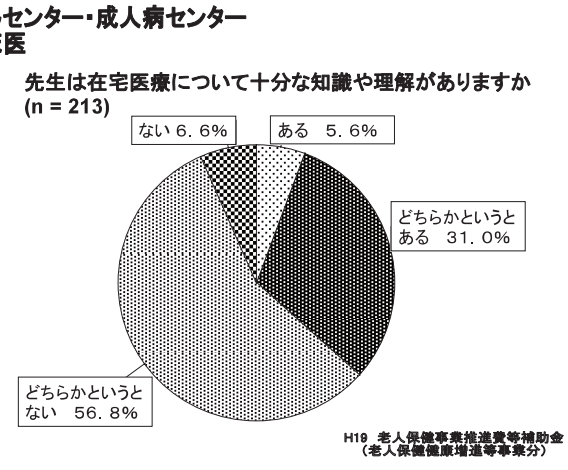
問７：主治医は患者が安心して生活できる ICF のような「生き方の支援」に関する説明を

１．している	２．どちらかというとしている	３．どちらかというとしていない

図Ｉ・Ｊ：「主治医は在宅医療について知識や理解があると思いますか」という質問に対して、臨床研修指定病院の連携室による評価では 75%、がんセンターの医師による自己評価では 70%が、「あまり知らない」という結果でした。



図Ｉ



図Ｊ

問８：ICF のように「患者が安心して生活できる」説明をするときに、在宅医療に関する説明は

１．必要である	２．場合による	３．必要ない

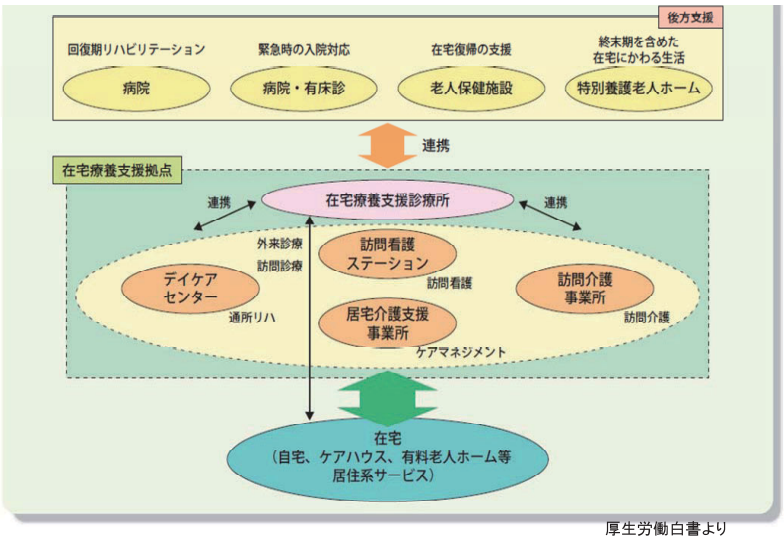
問９：在宅医療についての情報源として、もっともよくあてはまるものは何ですか。

１．社会保険事務所や行政からの、広報資料などによる紹介
２．障害者団体など、当事者団体からの情報提供
３．その他の各種媒体（雑誌、新聞、インターネットなど）から
４．診療・サービス提供を行なった患者・家族から
５．各種介護保険事業所からの情報提供
６．在宅療養支援診療所からの情報提供
７．その他（　　）

在宅療養支援診療所の方　→　図Ｌの説明にお進み下さい。
それ以外の方　　→　図Ｋの説明にお進み下さい。

図Ｋ：在宅医療を担う『在宅療養支援診療所』という制度があります。
現在全国に約 12,000 ヶ所あります。

在宅療養支援拠点イメージ



厚生労働白書より

図Ｋ

問１０：主治医は在宅療養支援診療所について

１．よく知っている	２．名称だけは知っている	３．知らない

図Ｌ：個々の在宅療養支援診療所の質や規模によって違いますが、在宅では以下の医療が可能です。

【在宅医療ができること】 **検査：採血・検尿・血液ガス・超音波検査・気管支鏡・内視鏡・Ｘ線撮影・呼吸機能測定** **処置：在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入・胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴**
【在宅医療でできないこと】 **全身麻酔を伴う手術・CT/MRI 検査・放射線治療等** **（これらを除けばほとんどのことができると考えてよい）**

図Ｌ

問１１：主治医はこれらの内容を

１．よく知っている	２．一部しか知らない	３．知らない

図Ｍ：心身障害者手帳が交付されると、対象者には以下のような日常生活用具が給付されます。収入によっては、**心身障害者医療費助成で医療費の減免措置（医療費が全額戻る場合）**があります。

S 市における給付用具の例

日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー，盲人用時計（触読式・音声式），盲人用タイムスイッチ，点字タイプライター，盲人用電卓，電磁調理器，盲人用体温計（音声式），盲人用体重計，視覚障害者用拡大読書器，点字ディスプレイ，視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内信号装置（サウンドマスター，聴覚障害者用目覚時計，聴覚障害者用屋内信号灯を含む.），聴覚障害者用通信装置，聴覚障害者用情報受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽（湯沸し器を含む），便器，特殊マット，エアーパッド，特殊寝台，特殊尿器，入浴担架，体位変換器，入浴補助用具，移動用リフト，歩行支援用具，居宅生活動作補助用具（住宅改修費） ※18歳未満のみ　訓練いす，訓練ベッド
上肢機能障害（一部言語機能障害を含む）	特殊便器，パーソナルコンピュータ
両上下肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置，携帯用会話補助装置
腎臓機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車，ネブライザー，電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器，自動消化器
呼吸器機能障害3級以上，若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって，医療保険における在宅酸素療法を行う者，または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター） ※平成15年度より給付開始
知的障害　重度～最重度	特殊マット，特殊便器，頭部保護帽，電磁調理器，火災警報機，自動消化器

※注：色字は18歳以上が対象

図Ｍ

問１２：*主治医は*日常生活用具の給付について

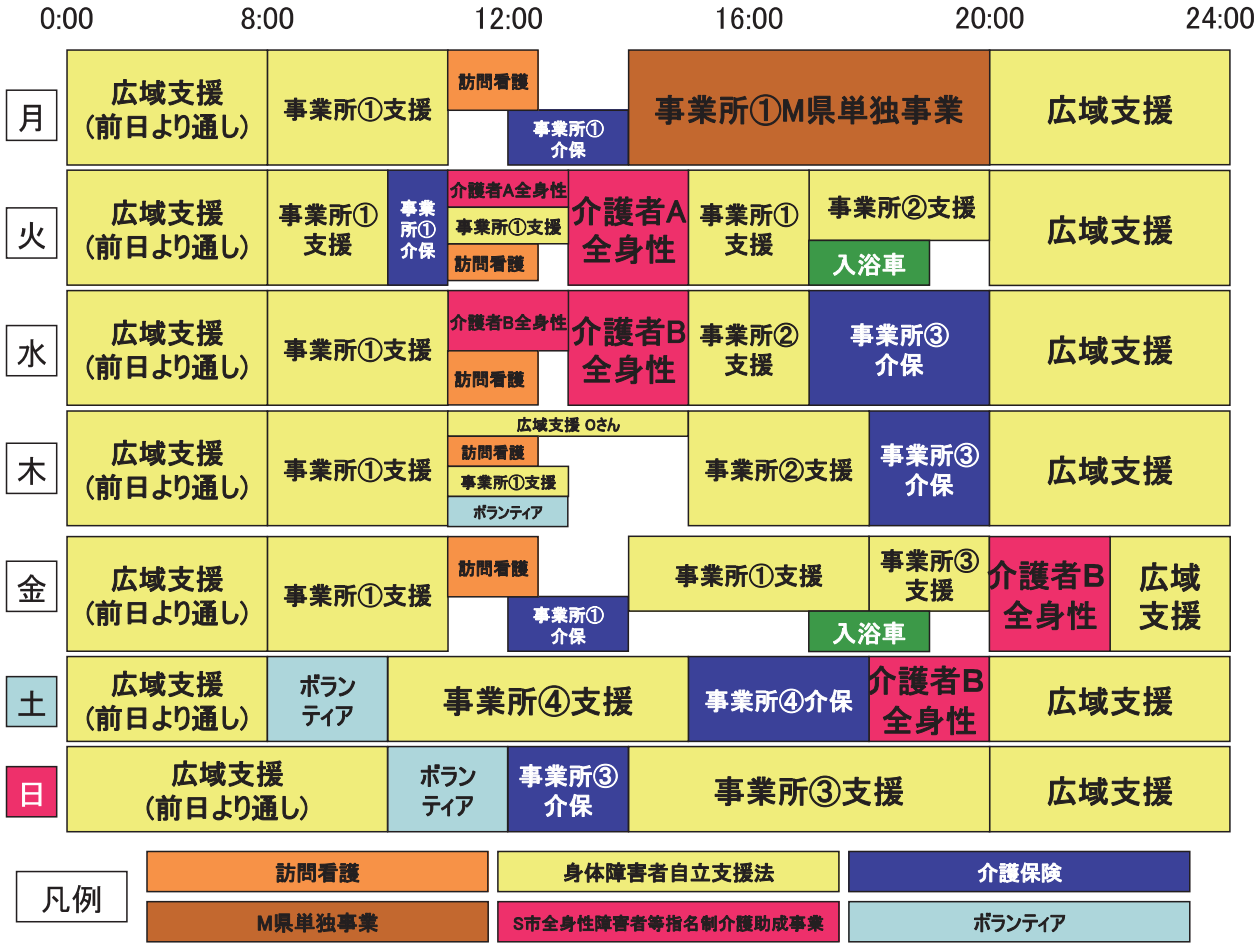
１．よく知っている	２．一部だけ知っている	３．知らない

問１３：*主治医は*心身障害者医療費助成制度を

１．よく知っている	２．名称だけは知っている	３．知らない

図Ｎ：身体障害者自立支援法で最大 24 時間 365 日の介護提供を受けることができます。全国で 20 数名の、**独居＋全身麻痺＋人工呼吸器装着＋胃瘻栄養の療養者**が 24 時間 365 日の他人介護を受けています。もちろんそれ以外の多数の心身障害者も下記のようなサービスを幅広く受けています。

S 市で 24 時間 365 日のサービスを利用されている独居の事例

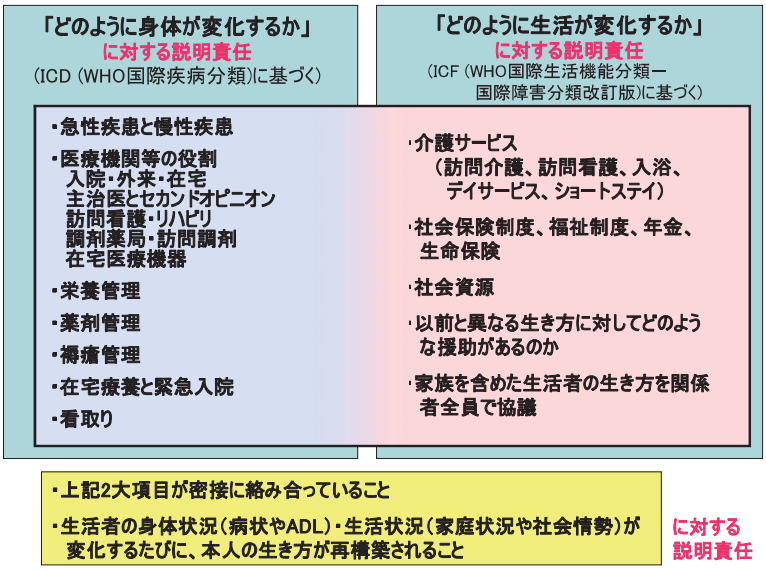


図Ｎ

問１４：主治医は24 時間 365 日の介護提供について

１．個々の制度・事業名を具体的に知っている
２．提供可能なことは知っている
３．知らない

図Ｏ：退院する患者が生活するためには、退院後の在宅での医療システム・介護システム・社会資源・医療と介護の知識技術教育が欠かせません。



図Ｏ

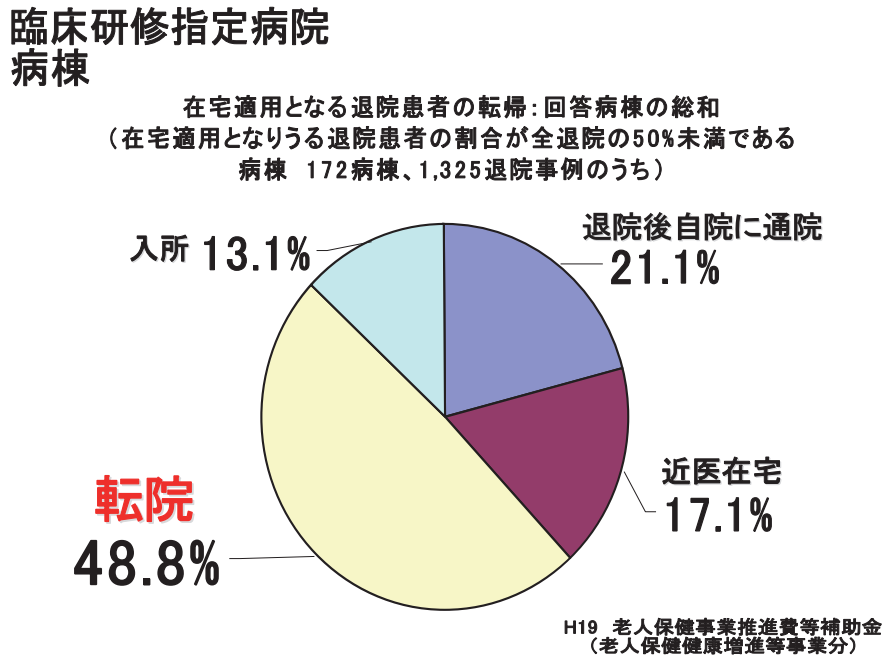
問１５：退院に向けての説明や協議を行なう上で、現在課題となっているものはどれでしょう。あてはまるものすべてに○をつけて下さい。

１．ICD に基づく、疾病・傷病に関する身体情報
２．ICF に基づく、家族状況・経済状態・社会情勢等に照らし合わせた介護保険・身体障害者自立支援法・福祉制度・生活保護・給付制度・生命保険等の活用に関する生活情報
３．患者・家族との話し合いによる合意
４．病院スタッフ（複数の医師・複数の看護師・連携室職員・MSW）との話し合いによる入院中の役割分担と合意
５．在宅スタッフ（在宅医・訪問看護師・ケアマネージャー・ホームヘルパー・入浴サービス・行政職員・居宅系グループホーム職員・小規模多機能施設職員・特別養護老人ホーム職員等）との話し合いによる退院後の在宅療養の役割分担と合意
６．上記３・４・５を組み合わせた、退院のための全体会議（ケアカンファレンス）に参加し、生活への配慮を話し合う

問１６：*主治医は*Ａ．在宅緩和ケアと、Ｂ．緩和ケア病棟、ふたつの選択肢について、どのように説明していますか。以下のうち、もっともあてはまることが多いものひとつに○をつけてください。

１．Ａを第一選択、Ｂを第二選択として説明している
２．ＡとＢを同等に説明している
３．Ｂを第一選択、Ａを第二選択として説明している

図Ｐ：在宅医療の適応となる「疾病・傷病による通院困難者」が、病院から退院するときに転帰はどのようになるかを示しています。48.8%は家に帰らず転院しています。



図Ｐ

問１７-a：問１５に示した説明と協議を十分に行なうことで、在宅復帰を推進することができると思いますか。

１．思う	２．ある程度可能である	３．まったく思わない

問１７-b：[３を選択の場合]その理由は何ですか。

問１８：生き方の支援に関する十分な説明がなされていない場合に、『不十分な説明に基づく意思決定』になってしまう危険性があると思いますか。

１．思う	２．そうは思わない	３．どちらともいえない

問１９-a：老化・疾病・事故等により身体は変化します。変化した身体をありのままに認めながら生きてゆける支援をおこなうことが必要となります。60%～80%の国民が『最期まで居宅生活して終焉』を希望しているにもかかわらず、医療者のサプライは病院死が約 80%で、ニーズとサプライのミスマッチが歴然としてあります。この原因はどこにあるのでしょう。

１．医療を受ける側で、その後の生き方に関しての対策や知識に乏しいアマチュアの「患者・家族」に主として問題がある
２．医療を提供する側で、その後の生き方を変更させることになるプロの「医療者」に主として問題がある
３．１、２以外にもっと大きな問題がある

問１９-b：[２を選択の場合]プロの医療者がなすべきこととは何でしょうか。

問１９-c：[３を選択の場合]それは何ですか

【 対 策 】

問２０：医療・介護の各職種間において**「療養者の生き方」**を中心とした機能展開や連携の推進を図るにあたって、重要と考える語句・文脈・意味・思考過程等を、「あなたの考え」や「本アンケートの内容」を引用して自由にご記入ください。

問２１：回答者ご自身について、以下の項目にお答えください。**なお、所在地（都道府県と市区町村名）、施設種別、所属、役職は、必ずお書きください。**

施設名			
所在地	〒　　－	**都道府県市区町村名（必須）**	都道府県　市区町村
電話番号			

施設種別（必須）	在宅療養支援診療所	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ	緩和ケア病棟のある一般病院
	都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院	がんセンター
所属（必須）			
職種（必須）	医師　看護師　ＭＳＷ　その他（　　）		
役職（必須）			

問２２：ご自身の**生の終わりを迎える理想の場所**として、どこを希望されますか。

１．居宅	２．病院	３．介護療養施設等

問２３：本調査の集計・分析の結果をご覧になりたいですか。

１．はい	２．いいえ

～以上でアンケートは終わりです。ご協力誠にありがとうございました。～

問１－ｂ　このこと（人口の減少・高齢者の増加・治らない人の増加・介護力の低下が同時に進行していること）について、どのようにお考えですか。

ID	記載内容（原文のまま）
1	現状がこのようになってきており人類のコントロール不良かと思われる。地球規模でみると良いか悪いかは判断が難かしい。（人類のエゴも入っている）
2	高令者にもっと負担をしてもらわないと国がもたない。
3	介護、福祉に対する資金の確保（国の財政の変更）
4	家庭の努力も必要
6	国も日医も対応が遅れている（認識不足？）
8	病院での対応が少なくなっている
10	自然現象であり仕方ないと思っている。
12	・医療介護に対する財政支出を見合ったように増やすべき ・在宅療養型のケアが出来るように医師以外の訪看、リハ、ヘルパー、薬剤師等のパラトラスカルを「本気で」増やすこと。
13	経済格差の是正と、少子化対策を国が行なわないといけない。
14	事実として受けとめる以外にない
16	人口減少、高令者増加は、変えられない事実であり、介護力等の改善が、施行可能な対応を国として整える必要がある
17	来たるべき未来。
18	安心して子供を生み、育てる環境をつくることが必要である（政治の問題）
20	医療、介護保険だけで対応するには無理があるが、在宅ケアスタッフ、施設サービスを充足させることや地域力の育成が望まれる。
21	在宅介護の充実が早急に必要である
23	在宅で療養を受けるため、介護休暇がスムーズにとれる社会になるべきと考える。また介護休暇者に対して無給にならず、生活も成り立つ方向になるよう早急に対応すべきである。
24	危機的であると思います。 日常的にこのような場面に出合う、医療者は危機感をもっていますが、たとえ医療関係者であってもこのような場面に接する事の少ない方々はまだ認識不足とおもいます。もっと啓蒙が必要です。
26	地域での介護を主体とする。家族での介護ではマンパワー不足である。
28	在宅ケアの充実
29	心配している。早急に対策が望まれる
30	元気でなくなったら、長生きしないようなことを考えることも必要かもしれない。
31	子を産み育てる環境が整っていないと思います。 女性の社会復帰の困難がこの様な事態を招いていると思います。行政関係の方は育休などとりつつ復帰も容易でしょうが民間はつらいです。法が変わっても男性社会である以上世の中は変わらないと思います。
32	①少子化対策を行うべき 安心して出産育児が出来る環境整備が大切。 ②高令対策 福祉の為に使うのであれば消費税アップもやむおえない。 ③介護力低下 高令になっても介護を必要としないよう予防、医学や介護予防事業を徹底する。
33	現在の「介護保険」の考え方が「医療費削減」にねらいを定めたものである限り、介護現場はより悲惨なものとなっていくと思われる。 在宅医療の現場からみると「入所」者の利用開始が「患者さんとの別れ」となっている現実が悲しい。（最期をみとれないので）
34	消費税の増額、増額分の大部分を福祉にまわす。（社会現象でしょうがない）
36	従来までの「長寿」“長く生きること＝良い、望むべき目標という考えから「いかに人生を全うするのか」、≒いかに死んでいくか　という考えにシフトし、何でも医療に頼ることから脱却する必要がある
38	ヒト不足、ヒト働労力不足 介護を必要とするヒトの増加 介護をするヒトの不足
40	都会の地域といわゆる田舎地域の格差は拡大するであろう
41	自分が 70 才になるころには一体どうなっているのだろうとぼく然とした不安を感じる
45	在宅ケアの必要性が多くなると予測しています。
46	介護力、介護財源の確得の対策が必要であること。 医療技術は発展しても、治ゆに至らない疾患があること、いずれ死を迎える宿命であることをふまえた、生命観、倫理観についての教育啓蒙も必要と考えます
47	看護介護の現状のままの機能では支えきれない
48	人口の推移は仕方ないと思うが、高令者、要介護者等については国が責任をもって対応すべきだ。
50	国力の低下を子供の住み易い環境を作ることで食い止めたい。
51	大変なこととは思うが、今一つ実感が伴なわない。経済などの要因も関係するので（一昨年なら今ようには考えられないでしょう－不況）、長期計画はムリではないかと思うが…
52	介護（在宅、施設）を内需拡大目的とした公共事業と位置付けその教育方法を早急に確立すべき。 家族内介護にも公的な給料支給を（オランダ方式） 自民党は官僚政治の早期終結を（とりあえず民主党）
53	小児科医、産科医不足だけが社会的な問題になっているが、がん患者数が増加するのに緩和ケア医が少ないという問題の方が大きな問題だ。
54	大きな問題
55	介護体制を維持できなくなる危険性が高く、社会全体で計画的に対応してゆく必要があると考えます
56	行政の抜本的改革が必要。 そのためにはまず現状調査を。 分析には実地医療に携わる人を多数かかわらせることが必要。
57	時代の流れ
58	医療費の充実が必要
59	今その対象になっている方々だけでなく、一般の方々に感心を持っていただき、マンパワーの構築が必要とされると思う。
61	１人１人が健康増進のために、体力づくりや、疾病の予防に努力する必要がある。 介護力の低下に対して、海外からのマンパワーを用いる。 家族の絆が弱いこともあるので、家族単位の介護を推進していく。 介護施設を適切に用いて（難しいが）増設したりして、若者と高齢者がふれあえる時をつくっていく。（学生の時代に。） 人口の減少については、妊婦や出産の助成をして、子育てをしやすい国づくりが必要である。
62	老々介護や単身老人の割合が増え、現在でも、ホスピス入院相当となるまでの間、居場所がなく困っている方々が多い。社会的資源が減り、介護力も減る中で今後について不安をもつ。
63	高齢者同志での助け合いやサービスが必要
65	大変だと思う
66	無駄な延命はしないように心がけています
67	在宅医療のスタートは単に高令者の入院費を減らすのが目的で自宅で家族のだれかが介護する事へのコスト生産性の低下は考えていなかったと思われる。手のかかる人ほど、集めて専門スタッフが介護した方が若い人の生産性は上がる。入院以外の方法で入所されるべき。
68	不安である
70	国の政策が悪いと思われる。 政治家になる資格試験を作り不適当な人間は排除すべき。選ばれた人間もポイント制にして、ポイントがなくなった場合、ただちに辞職させる。わいろ等をもらったものは、２度と政治家になれない、第３者機関として監視する機関を作り check すべきである
71	スローな社会の到来は、現在の様な歯止めの効かない効率第一主義の社会を転換させる為に、プラスに働くと考えている。
72	介護力の低下は、人口減少と比例するものであると考えており、ある程度やむを得ないと思われます。 人員の確保及び、少ない人員であっても質の高い介護力をいかに提供できるかが課題であると思われます。
74	やがてバランスのとれる所で落ちつく。
75	在宅での家族介護力の低下は明らかで、施設を充実して効率よい介護環境を整えるべきである。現在、老々介護、認々介護が社会問題化し富裕層は充分な介護をうけ貧困層は孤独死を強られる。これで在宅医療を推進しようとすることは、政府の財政策に加担し高令者を姥捨山化することになる。安心して生きられる老後は自助努力なのか。 平安な老後を保障できるのは国であり、安心安全な日本を構築されることを望む
76	平均寿命の↑として喜ばしい反面、若年人口の↓という好ましくない面もある。 事実であるので、対策は必要。希望的観測で事実認識を曲げてはならない。
77	当然の経過である。
78	日本の人口分布については、現在も少子化が進んでいることを考えると、今後も厳くなる一方。医療が進む中、高令化率はどんどん進んでいきます。今後は日本人だけの介護力では高令者を支えることは不可能でしょう。今も、外国からの力を輸入していくしかないでしょう。又、予防医療に力を入れ、いかに長く、できる限り自立して生活が送れるか、が一つの焦点になるのでしょうか。 又、死亡に関しても、現在は、自分の死に際について、本人の意思が反映されることはあまりなく、最後は、家族が一秒でも長く生きられるようにと、医療をつぎ込んでいる状況がまだまだ多く見られます。医療従事者は最期に多くの処置を望まない人が多くいる様に思えますが、一般的にはそうではない様です。一般にも、最後まで処置をすることがどういうことになるのか、啓発していく必要もあるのではないでしょうか。
80	日本の国が衰退していくと思う
81	・国家の経済的基盤の不安 ・マンパワー不足による介護力不足 ・家族介護の困難 ・高令世帯・独居世帯の増加
82	経済的余裕のないことが第一で老々介護治らない病気の介護もすべて金のかゝることで自分の生活もありこの現状は悪くなる一方。
83	ケセラセラ
85	高齢者の増加に対し、若い世代が減少し不安を感じる
88	何とかお役に立ちたい、あとは選挙で！
89	若者１人が数人の高令者の介護をすることになる病院も外来及び入院患者のほとんどが介護、看護を要する。
90	・政治家はくだらない事でさわいでいたり、ムダなお金を使っていて日本はやばいと思う ・治らない人、介護力の低下から中間施設が必要 ・未来は暗い ・そんな中でも自分は何が出来るのか？常に考えている。
91	若い人の負担が確実にあること、また若い人の未来は暗いこととして認識しています。日本人の最期のすごし方について、良い道しるべが必要と考えますが、現在の終末期医療も見直しが必要と考えます。家族員１人が、終末期になると、それをサポートする機能が十分ではないし、社会に情報提供されていないし、ということで緩和ケアで働いていて、大変苦労しております。
92	近年マスコミでも報道されているため比較的知られていることとは思うが、現実としての実感はうすい。ただ自分自身が高齢となった時のことを考えると誰の介護を受けられるのかなどの不安はある。
94	看介護、医療のサービスの確保が必要だが限界があり、サービスの効率化も必要と思われる。在宅という選択が増えてくるのではないかと思われる。
96	医療、介護を担う Man power が現状でも不足気味、今后ますます増加する患者、在宅者を現状と同じように扱うことはできないと思います。 今后このことに対応して行くためには一家に一人ずつＮｓを養成して行くくらいの覚悟が必要でしょう。
98	２次大戦後のベビーブームその子らの成長と共に国力が増大してゆく、そしてその世代の高令化と共に高令者社会がやってくるのは当然のこと又高文明化社会での少子化も当然おこるべきこと歴史の必然といえるのではないか

	国家的政策で分娩の増加、新生児の処遇を考える。 分娩は援助ができる。育児、教育に国家的援助を必要とする。 政治的英断を実行すべし。
144	介護サービスの充実と在宅医療の発展さらには医療費を増やす政策が必要と思います。
147	若い人が安心して子供を生み、育てる環境がととのっていないのでしかたがない。子育を支援するような社会制度を早急にととのえる必要がある。 高令者の増加は人工ピラミッドから当然の結果である。加令とそれに悪くなってくる病気や悪性腫瘍が大部分を占めるため働けない人が増加しているのもやむをえない。 若人が少くなっているため介護力が低下しているのはやむをえない。制度的に介護する人を支援しなければならない。具体的には介護する人に対する給与アップなど。
148	各人の自覚と対応等を 40 才過ぎたら考えるべきである
149	医療費が大変
150	子供を養育するのにお金がかかる為、又、女性の仕事を持つ比率の増加により、子供を育てていく環境にないと思います。 国策として子供を増やし、かつ十分に教育していける環境をつくらない限り、この状況から脱却できないと思います。 目先の事でなく、長期展望を持った、政治家が出る事を望むしかないでしょう
151	予想できていることなので、対策をしておくべき。
152	実際、ターミナルの段階では、医療よりも介護中心になる事がほとんどであり、その現実を考えれば、訪問看護、介護の充実、充足が必要ではないでしょうか。
154	現状では個人の“力”では如何ともし難い
155	若い人が安心して子供を生めるような就労と生活支援が政治にないと上記は改善しない。 ①仕事がないもしくは給料が安い ②したがって結婚ができない ③①に関連して税収が少ない ④介護力はない、基盤となる社会保障もない
156	仕方ない。あわてることはない。
157	介護難民がますます多くなり、高齢者や病気をかかえて生活する事が社会の中でむずかしくなる。
159	・少子化対策 ・専門病院←→地域、病院←→老健施設の連携システムの強化 退院可能だが在宅できない方の受け入れ施設 ・病院の確保・外国人労働者、失業者の雇用
160	大変憂慮している。 行政当局でも充分な資料があり問題視していると思うが「政治家」が目先の事しか見ていないから、ないがしろにされている。早期に対応を検討、国民に示して、政府としてどの辺迄支援出来るかを知らせる事が重要。国民が動揺したり、失望したりしないような方策を示さなければならない。 足りない分を自助努力、地域の助け合い等で補う事が考えられる。
161	医療技術の向上により、高令化となっているのはうなずける。
162	高令者はこのままふえつづける訳ではない。団塊の世代が死亡すれば人口もへり、介ゴ者との数がある程度緩和されるという意見もある
163	大変問題である。
164	医療、介護の両方にもっと予算をつけていかないと大変なことになる。
165	政策的なものはあまり期待しない方が良いと思う。 介護を受けれる人と受けられない人の格差が広がると思う。
166	介護を家族に任ねることは、もはや限界である。 ①社会で支える公的システムの確立が急務 ②少子化対策に本気で取り組まないと手遅れになる
168	世相の変化や生活環境の変化を考えると仕方のない事だと思うが、介護力の低下に対しては寂しく思う事が度々である。 何かが希薄になってきている世の中なのでしょう。 税金の増加についても今の若者に身替りが期待出来ない為「何故」「何故」と同調出来ない言葉や言動が出てくるのではないでしょう
169	人類全体の問題、国別の問題、地域別の問題、更に小さい地域内の問題として、考慮する必要がある。 基本は安定した恒常的発展の可能性をさぐることである。
170	自分の老後が 30 年後なので、とても恐ろしいです。 老老介護、 予防医療に今から力を入れる必要があると思います。
171	我々が解決できる課題ではないと考えます。国策のミスですから、甘んじて現状を受け入れるしかないと考えます。 そもそも寿命が世界一などといって健康寿命のことをないがしろにしてきた結果ですのですので致し方ありません。 当方は微力ながら、動脈硬化予防を推進するため生活習慣病の厳格なコントロールを旨として日常診療にあたっております
172	若年層のマンパワー不足が医療・介護ともに支障をきたすことになる。
174	20 年後には大変な事態になってしまうと危惧している。
175	皆で、つつましやかに生活して、大くを期待せずに、死にゆくことが大切なことと思います。
176	少子高令化は、さけて通れない。 疾病特にがん、認知症の増加はさけられない。 誰れが介護するか？（介護保険の充実（サポート））どこで加療するか？（施設、病院、自宅？） 将来的には、生活習慣病の予防、認知症（がん）の早期発見が課題となる。
177	今後、老老介護が増え、医療・介護の費用負担が若い世代に大きな足かせとなると思う。
178	国が高齢者対策、介護保険の見直し、介護職への支給率アップを検討すべき
179	既に始められているが、外国人を介護職、看護職として採用、働いてもらうことが一つの方法になるのではと思います。 しかしながら、勿論、外国の人の手を借りてということには抵抗があり、やはり日本内で働く人を見つけていく

99	国民の満足ゆく、終末期医療を提供できる政策を望みます
100	これ程までとは、という印象を持ちました。
104	出産しやすい、医療の充実、安全な社会にしてほしい。 高齢者を、子供のころから自然に手をさしのべていく姿勢を築いてほしい。 全ての年齢の方々が、自然にまじわえる場が必要であると思う。
106	産業構造の転換が必要。 また高令化率は上昇しても高令者人口の増加は高令化率のようには上昇しない。 このため特養などハコモノを増しすぎないことが大切である
107	大変だと思う
108	現在でも核家族化などにより介ゴに困っている人達はたくさんいます。深刻な状況と感じるケースはめずらしくありません。今後それがもっと悪化するとしたら…。介ゴ職は待遇が悪く、敬遠されがちである現在、経済的に厳しい人達の介ゴは一体だれが行うのか、どのようにしていくのかまったくわかりません。特に単身世帯の高令者がここ数年でかなり増えたような気がしています
110	年令によって被介護者、介護者と機械的に分けるのもどうかと思う長生きするということは生活力、活動力もあるからで 65 才を過ぎても自由に動き活動している人も多い現に私は 83 才だが毎日通勤して診療を行っている。体力があるから長生きしていると思う。
111	少子化対策をしっかりしていくべき
112	行政などで長期的対策を考え始めるべきである。（財源も含め）
113	政治が悪い！
114	65 才以上を高齢者と考えずに 70 才以上或いは 75 才以上と考えるべき。昔の 65 才は今の 75 才位ではないか、介護には現役を引退した世代の人を一部入れ活用する。
117	早急な対応策が必要と考えます。将来が不安です。
118	高齢化は世界の国々で進行しているが、日本で一番問題なのは少子化である。少子化による労働力不足、税収入不足が全てに影響していると考えられる。国策が悪い。
119	社会状勢や環境問題など、グローバルな観点で改善をしなければ根本的な問題解決は困難と思われる。また、短期間で対応できるものでもない為長期的に計画を立て少しずつアプローチすることが大切と感じる
122	尊厳死について考える必要あり 核家族化している世中で在宅ケアは適さない。介護力が低下するのはあたり前である。 病人を治すより予防、健康の増進が必要。 そしてやはり小子化が問題。安心して子育てのできる世の中をつくる必要がある
123	大変なことだと思います。老々介護、病弱で高齢者の一人暮しも多くみられますが自宅での生活を希望している方が多いです。しかし、生活を支えていただくのにはヘルパーさんの支援がかかせません。介護保険の限度額でまにあわない方も多く大変です。寝たきりにならないように 60 才代の年齢より、介護予防支援に力を入れていただきたいです。ボランティアなど多くの方々に地域ぐるみで支援していただきたい。
124	政治が貧困で如何ともし難い
125	高齢者個人がどう生きるか 自分の生き方の中でどう生き終るか アンケート記入している私は後期高齢者、現役やっているからこよみ年齢はあてにならないと開業医に言われ後に続く若者への見本を示しています。 個人個人の市民の意識を現場から考える必要を感じています。 上手に死ぬために自然に生き抜いています。見本になりたいと思って！！
126	医療介ゴの必要量の増加、ニーズに合わせた対応 また経済的に余裕のある高令者からどのように徴収するかと考えていかないといけない
127	治らない人の増加はいいかえれば医療の発達と人間の生に対する欲求が合致したためだと思います。 人が生命（寿命）をコントロールできる局面に入ったことは人にとって幸か不幸か評価や見解がわかれるところです そのための介護力は低下というよりも、そういうニーズにおいつかないといったところでしょうか
128	高齢者、介助を要する人を支える人の負担がますます大きくなる。核家族や一人ぐらしの高齢者も多いため、サポート体勢を早く整えていかなければならない。
129	きびしい現実が目の前に迫ってきている。輸入介護力の確立も策となされている中どうあったら解消策となるのか見当もつきません。国民 1 人 1 人の感心、参加が必須とされます。
130	政府の無策の結果によるもの。 特に高齢者収容施設での医療行為の制限は人道的視点から言語道断の現状である。
131	仕方ない。
132	在宅死が、増えていくと思う。病院だけでは、無理と思われるため、また、介護力低下のため、ヘルパーボランティアなどの力が、必要となると思う
133	現実的な問題としてとらえ、医療、介護に対する国の医療政策が問われている。
134	20 年後、自分も 75 才になり、それなりに生きていると思うが、息子も 40 才になり親を支えるようになるかと思うと何となく不安。あまり考えたくない話です。現在自分の母親 86 才、独居であり在宅老人をふやすしかない。自立できない老人は社会ですくう■■。
135	自分自身の老後も含めて不安である
136	とう仕様も無いが、至急医療制度を改める必要が有ると考える。
137	・国民全体の協力が必要と思われる。働ける高齢者は、働くという姿勢も大切と思う。
139	在宅医療、の重要性は増と思われる。
140	現状では根本的な対策がなされていない。全国民でこの未来について考えていく必要がある。
141	在宅ケアサービスの充実を図るには限度があります。 ①地域ぐるみで、健康な人が健康でない人を支えていくという考えを住民が持てるように教育していく。（年令に関係なく、巾広く） ②少子化に対しては、中学生から高校、福祉の看ゴ学生等にボランティアとして地域、及び高令者の病人にかかわることを義務化することが教育的にも大切である。 ③自分の住んでいる町は、自分達で工夫して雇用とサービスを一体化させて活気ある町にしていくことが大切。住民がそれに気付くこと大切。誰か（主・行政職員）が立ち上がること。
143	新生児の先生を多くする。

	べきでしょう。そのためには、介護職員増加をはかる、給料の増額、といったことも必要になると思います。 　また、そばによりそう程度で生活できる高齢者を増やしていくことも絶対必要と考えます。
181	老人を支える為に 2030 年では 1：1.7 になるとは知らなかった。現在でも年金を切りくずしているのにこれからの高令者医療、生活全てにおいて厳しくなると思う。
184	危機感を感じている。
185	保険制度の改訂は必須だと考えています。 少子高齢化は現状のままだと加速すると考えます。特に働く女性へ手厚い対応を必要だと考えます。安心して子育てができる体制づくりです。
186	恐ろしい事です。
187	高令者のＱＯＬの向上、自立への支援体制を推進しなければならない
189	危機感をもっている人がまだまだ少ないと思う。 ニュースなどで積極的に取り上げていかないと若い人たちはあまりに現状を知らなすぎると思う。 医療職の数をどんどん増やしていく努力をしていくべきだ。医師不足ももちろんのこと、ナースや介護職がかなり不足している。
190	健康増進についての考え方をさらに普及する必要があると思います。また在宅療養をささえていくために介護する側の考え方や準備が必要であると考えます。
191	現在は経済状態が悪るいことと、医療制度の改革スピードが早やすぎるため（政治あるいは政府がやりやすい所から成果をだそうとしたためサイレント高齢者をいいことにやりすぎていると思う）医療制度がわかりにくい。介護力の低下は経済状態の低下と同じであると思う。
194	適応していくより他に道はない
196	少子高令化でも特に少子化が問題若い人たちの精神年令が成長せず大人の年令になっても精神的に子供のため結婚して子をつくろうとはしなくなっていることが重要
197	老老介護一人暮らし老人等在宅医療は徐々に困難となっている
198	今から、対策を立てておかないと後であわてても策を実行する事はできない
199	国民全体の議論、コンセンサスが必要
201	医療職についていてもマンパワーの減少そして外国からの介護職の参入など将来日本人が日本人を支えることができなくなる現状も近いと感じます。医療や介護職が安心して働ける環境や支援するシステムができればと思います。
203	少子化対策を国が率先して考えるべきだと思う
204	今のところ、この現状に対する効果的な対策がなされていないと思われる。
206	根本的には少子化対策に最も力を入れて子供が育ちやすい状況を作ることが一番大切である。
207	社会現象である限り、それに対応できる社会制度地域支援を確立する必要があると思う。
208	高令者をとりまく環境はとてもきびしいと思います。 現状として在宅で高令者を（要介護状態となった）みることは介護力不足あるいは経済的な問題もあり昼間は誰もいない独居の状態であるなど…。 又、施設への入所も待機の状態が長い上に人気の特養老人ホームは待ちが長い状態。現状でもこのような状況で将来的にはどうなるのか不安が募ると同時に誰からも看取られることなく亡くなられていく…という方が増加するのではと考える。
209	具体的に述べられないが他力本願を望む社会に動き過ぎ、己の手を汚すまいとする意向が色々必要な人への介護力をそいでいる
210	同居者、介護者がなく独居老人が増加する事が目前にせまっています。病院施設には入所できない為在宅での療養がよぎなくされる為在宅医療者コメディカルスタッフの増員、連携が更に必要になります。地域で互いに支え合わなければ生活していかれない時代になると思われます。
212	介護、医療を中心とした福祉の量、質とも低下することが予想される。高齢者を若者で支えるという構造の変化が生じると思われる
214	最近大学病院退院予定者、通院者の中で末期癌と言われホスピスをすすめられるケースが増えています。ただ本人、家族は入院の継続による治療が在宅で末期でありながら歩け、食べられる方は「何故ホスピスか治す手段があるだろう」と訴えます。病院での治療終了の中でのさまよう人は増加しています。病気の理解は医療の看護の役割として今後も責任を持ち介護に関しては学校教育の中で手をさしのべることや寝ている方を起こす方法を教えて行くこともあって良いのではと思います。
215	子供を増やす対策
216	・元気な老人が介護をしても良いと思うが…。 ・テレビに入っていたが外国人の介護者でも良いと思う
217	憂慮している
220	単純に永生きする事を目指すのではなく人間らしく最後を迎えるその迎え方を選んだり実行できるように努力したい
221	少子化の問題は重要だがこのような現状に対して行政が十分の援助のもとに医療、福祉を構築していく必要があると思う。
222	高齢者が増えていくことばかり問題視してますが、本来の少子化対策を十分に行ってないからこのような結果があると思ってます。子供が増えるように国が十分に予算を組んで次世代の人を増やすことが根本的な解決と思うが…治らない人の増加については、不必要な医療（治療）の見直しも必要と思います。もちろん導徳的、倫理的に 80 才以上は PEG もポートもやらないって決めるわけにはいきませんが…。でも将来そのような議論が必要になるのかもしれません。人は食べられなくなったら末期なのかもしれません… 介護力低下については、外国人労働者って安易な意見もありますが、不法滞在や賃金の問題、差別等いろいろ問題は出てくると思います。私が高齢者になったら介護ロボットが発展、普及していることを願います。
223	小泉純一郎が厚生大臣の時から、この様な現実は生じるのは簡単に見通せた訳であり、現在の厚労省にも問題はあるが、小泉純一郎の作策と考えられる。 現在、介護福祉士が必要であり他国から数千人が来ているが、根本が全くダメ！
226	家族内での介護力がある程度確保されないと在宅での療養は安定しない。そのため、在宅サービスの質・量への対応が必要と思う
227	社会の成熟度、経済力、マンパワーにより基準となる医療形態や介護形態が異なることは当然のことである。現時点で最良の方向を目差す必要は当然あるが社会全体としての互助意識の啓蒙や私たち一人ひとりの人生観、死生観を考える機会を増やす努力も必要である。
230	流れのまま flatter about
231	フランスの様な人口対策が必要と思われる
232	行政の対応が不十分
233	労働力・者としての介護従事者をどう地域で確保するのか？ 現状の介護保険制度の転換が必要と思う
235	高令化がすすんでいるが、社会情勢など様々な要因があるため仕方がない
236	医療保険、介護保険制度もこのまま維持できると思わない。働く世代の人達の負担がますます大きくなる不安があります。
237	大変なことだと思う。
238	今後も健康な高齢者を増加させる働きかけが大切。そして、それらを目先す高齢者を増やす。 　病院のあり方の検討が必要ではないか…。お金のある人からは医療費を請求し、そういった病院に移動してもらうとかもう少しアメリカ的なことを日本にも導入してもいいのでは…。 　日本人口に対してあまりにも個人病院が多いのではないか。本当に必要な拠点病院に医療人を集合し、広い地域の患者を受け入れられる体制が必要と考える
239	介護力の低下が進行しているのではない 対象者の増えるのに伴い、介護力も up するかどうかだと思う。支える人が少なくなっているのは現実である。 その時点での社会資源で何が出来るかで理想の姿を追っても仕方がない 高令になっても仕事ができる社会をつくることである現在は健康老人が沢山いる。只遊んでいる人が多く、困っている老人を若い人達が支えている。若い人達の職場がもっと社人の発展につながるあるいは一次産業をもりたてる仕事につかせる世の中となることが大切
240	介護に対する行政の役割が重要となって来ます　特に予算
242	政府の少子化対策に期待することが唯一の頼みの綱という感があります。 産科医の減少に対しても対策が必要と考えます。
243	現在の医療でもすでに、無理だと思います。少しずつでも変化していることは分かりますが、もっとスピードを上げて現在の医療内容の見習しや医療を提供后の受け入れ、在宅の推進をしていくべきです
244	少子高齢化で高齢者のしめる割合が多くなっている。高齢者を介護する人も高齢者、認知症を介護する人も高齢化しており負担が大きくなっている。
245	高齢者が増加の一途をたどっているのに人口の減少があるという事は、今後介護が必要な人が増加してもその人達を介護してくれる人がいなく入院もできない。在宅でも看取りをできないという事につながり、老人を抱えて困る人が増える。又医療を支える財源も低下すると思う。〈各個人の負担も増える〉
247	このような将来について予測できているのであれば、政治家が医療や介護の充実や少子化問題に取り組むべきだと思う。何もかわらない現状…お金の問題…将来を生きる私たちの子供がかわいそう。
248	漠然とした恐怖と不安はあるが現在の生活の中での実感はわかず日々過ぎているという感じです
249	在宅介護サービス施設サービス共に必要性が増す一方で、人材の確保がより困難となる。
250	予測と異なった動きが出てこればいいなと思っています
251	少子高齢化は益々進行しそれと同時に高齢者は多くの疾病を有し行動力も低下し介護を必要とする状況になるのはさけられない。又若年者は高齢者に比し遂次減少し介護力は低下するのは目に見えている。生産活動に従事する青壮年も少くなり尚青壮年が老年層の介護をしなくてはならないので社会の活性化が衰退するのはやむを得ない。非常に憂慮すべき事である。この様なマイナス面をなるべく予防する為には老人自体が健康に留意し生産活動に従事出来る様に努力すべきであろう。若い層は将来明るい社会を実現する為に少しも２人の子供を生み育てる必要がある要するに老者すべてが意識改革をし夢ある未来運設に向けて頑張らねばならないと思う
253	・生れてそして死ぬことは自然なことです。（年をとって） ・死亡する人が沢山で病院で最期を過すことは困難になるといわれています。
254	集約化が必要
256	人為的に予想に変化を与えることは不可能であり、自然のままにまかせることでよしとしなくては…？
258	収入が少く子育てまで手が廻らない。 親を見届けると云う風習はうすれてきた。 ＩＣＦの考え方が足りない。入院させないと“ケチ”と取られ肩身が狭い。
259	小子社会の解決を政治力でもっと強力にすべきと考えます。
261	現在の小子化対策を、更に充実させたい。 壮年が、健康に対して、自己管理を徹底する。 高令者の医療も、いたずらな延命は、できるだけ避ける。 最期は自宅を希望する方が多いが、介護をする人材が不足している。低価格で入れる施設や、サービスも充実させたい。多少税金が上っても、北欧の様に、福祉を充実させたい。税金を有意義に使う事を、政府に切望する。
262	高令化社会は避けられないので、各自の健康管理が重要だと思う
263	支える側を増やすことは大切であるが、支えられる側の必要度（年数、病気の程度）を減らせれば相対的に改善する可能性はあると思う。
264	日本全体が、少しずつ豊かさを手離して、生活レベルを下げていくことになるだろう。生産性が低下し、被扶養者が増加するのだから当然である。少なくとも右肩上りの経済成長を前提にした、ビジョンは成立し得ない
265	・現行の医療、介護保険で持ちこたえられるか？ ・介護現場でのマンパワーがついて来られるか？
266	小子化対策を政治指導での解決が必要である。介護師を養成する
268	終のすみかとなる場所の確保、在宅となるための受け皿作りを長期展望に立って考えるべきと思います（早急に）
269	自分が高令者になった時、介護者がいるのか心配です。どう対処したらいいのかわかりませんが
270	就労者の地域分散化（事業所、会社の地域分散）し、過疎化迎制介護者との同居又は近隣場所での就労が望まれる
271	今後の介護保険の費用や負担が全ての生活負担となって生命や延命の危具を感じます。生活優先で高齢者はお荷物にもっとなる。
272	特にない
273	社会全体で支えるしくみが必要となると考えます。医療制度や年金の問題、少子化の問題等についても現在も色々な所で話し合いがなされていますが、在宅の現状としては、マンパワーの不足、介護力の不足等を改善していくことが重要と考えます。同時に質の良い介護、看護、医療を提供していくことも必要と思います。具体的には看護、介護の人材育生や、在宅での言語やケアーの統一化等がなされていくことが求められてるのではないでしょうか
274	介護難民の増加が容易に予想される

275	少子高令化社会、各家族化、認知症患者の増加。
276	ご自宅で１人１人の個別性に沿って介護していくには人材も介護力も不足してしまうので、病院や施設のように集団にして効率良く介護していく状況が多くなる。個別性の高い在宅介護は料金が高くなる。集団の中でもその人の“らしさ”や“望む生き方”を追求するためには介護にたずさわる専門職の知識、技術がさらに高く求められる。 医療、看護が必要な状況で介護の必要性の高い難病や末期癌、重度の認知症の方々も自宅ですごす必要が出てくる→福祉機器や通信設備、介護用具のハイテク化軽量化がはかられなければ人材不足のなか介護難民が出てしまう。又は医療機器ももっと簡易に安全にならないと居宅でのトラブルに対応できず医療事故多発がおきる
277	病院等の施設入院、入所は困難。老々介護の増加。在宅に介護を受ける人が増加する。
278	少子化対策をまず先行させる
280	１、保険制度の破綻がおこる ２、地域社会による対応しか方法はない。
281	医療、介護、福祉のマンパワーの充実が先づ第一であり、質・量の充実を図ることが政策の最重要事項と考へる
282	超高齢化社会から多死社会へと移行していっているのは、マスコミ等でも話題になりかなり周知されていると思います。高齢者と介護者のアンバランスは、私自身が高齢者の枠に入る頃に至るので危惧しております。しかし、戦前戦中生まれの人は長生きしていますが戦後生まれの人が現状の状態で長寿をする馬力があるかどうかも不明かと思います。又単純に人数のみでなくニートやフリーター等の労働力・資金力につながらない人達の増加も考えられるので実際の介護力の維持はもっと困難なのかとも考えられます。又在宅介護における老老介護の問題や入院したくてもできない難民達の発生も不安に思います。
283	肉親がいない高齢者が増加するために現在以上に介護の面でトラブルが多くなると思われる
284	少子化対策を早急に行う必要があると考えます
286	子供を育てる環境が必要。 長い目で投資をしてほしい
287	ひどい時代になると思っています。 介護なんて問題にもならない時代になるのかもしれないとも思っています
288	社会保障費で十分に対処すべきである。道路より必要と思われる
289	定年の延長 ie70year■■まで 負担制度の■■ 税金の無駄使いをやめて介護に税金を投入
290	人口の減少は女性の社会進出、生活設計ができない社会状況が出生率を抑制しているなど多数の要因が関与していると考える。高令者の増加はこれ自体は喜ばしいことで日本の医療が優秀である証拠であり、日本の社会が裕福であることを反映していると考えます。治らない人の増加というのは良く理解できませんが、寝たきりが多い、リハビリがうまくいっていないために脳硬塞後に廃用症候群になる人が多いという意味では、日本の介護が未熟ということにつきます。介護保険の導入、在宅医療に医療関係者以外の資本導入を行ない、政府の支出を減らし、民間の資金に頼ろうとする政策の誤りがこの国の介護を誤った方向に向けている。
291	不安である。医療者としては、健康に関し、多くの人々に予防医療（健診など）をすすめることや、現状を知ってもらうよう働きかける必要があるが、メディアでもっととりあげ国の問題として今から対策をとってほしい。
292	仕方の無い事である。
293	64才までの方の健康の重要性、少子化の歯止め、高令者の（生産者人口）労働力の見直しが必要と考える。
294	今後、在宅での看取りを増やすと言われているが、H19年より訪問看護ＳＴも減少に転じており在宅支援診療所も増えず、どちらも今後疲弊していくのが目に見えている。18才人口減少で新たに医師、Ｎｓになるものも減少する。この先どうなっていくのか心配である。日本語は習得の困難な言語であり特に在宅の場では外国人Ｎｓやヘルパーの導入もむずかしいと考える。
295	〈ピラミッド型の人口構成〉 少子高令化は日本がかかえる大きな問題である。これが解決するには50年、100年の計をひかなければならない。それには識者による計画的な指針、施策方針の充分な検討が必要である。私は家族、家庭が何んといっても社会、その国の繁栄の原点、根幹だと思います。医療を通じてかつてより核家族化が如何に人間のエゴの典型であるか如何に福祉、社会保障の面で、協力、結束のない（出来ない）脆弱なものにしているか嘆かわしく思っています。医療にも介護にもマンパワーが必要です。不足を東南アジアに求めることもとり敢え止むを得ない処置かも知れません。しかし彼女たちはあくまで出稼ぎ労働者なのです。患者や高令者が真に求めているものは肉親の温いぬくもりのある支えなのです。湯浅誠氏が言うすべり台社会は日本の高令化、核家族化社会にもあてはまるような気がいたします
296	外国人労働者の活用も一考と思います
297	「支えられる人」＝「retired」の割合は、日本の社会全体でみて、増加させると、結局「支える人」の負担増になってしまいます。その為には、「働ける人」は可能的に高齢になるまで働き、「働けなくなる」ことを防止する。という２つの目標を同時にクリアしなければなりません。まずは「働ける人」の定年を大幅に延長すべきと考えます。（例：60～65才→70～75才）
299	介護費用の増加に対していかに対応するか考えなくてはならない。
300	日本の経済が最も発展、右肩上がりであった高度成長期を経て、日本社会の医療、厚生関係は、大きくその根幹から変えなければならなくなっている。高令者の増加、治らない人の増加は、若い世代人の大きな重荷となりつつあり、縦の継承が途切れてしまいかけているわが国では、早晩、現在の病院中心の在り方、又、受け手の側の患者となる国民の意識を改めていかねばならないと、強く思っている。
301	正直なところは、 今から、何かをしてどうなると思えず、手遅れ的な考えしかない。 現状、当方のような個人のステーションへのニーズが、急激に増えてきている状況の中で、マンパワーの不足の深刻さに現在でも、直面している中介護する方への十分な報酬、やりがいこそが、今後じゃなく、今、現在必要だと思います。
302	少子への対策（出産、育児しやすい社会、等）も大事だが、それに加えて、終末時の生き方について考える必要もあると思う。医療の高度化が進む現代、本人の望まない治療等が、本人の意思に関係なく行なわれている所があると思う。それにより、本人の苦痛（身体的のみならず精神的にも）が大きくなったり、家族の負担（身体的、精神的、特に経済的）も大きくなり、人間関係がくずれる場面もあります。その人らしさ、その人の望む終末期を、その人に関わる人々が相談しあいながら、望まない延命治療は必要ないと思う。
304	先進国は当然のなりゆきと考えられます。
305	高齢者にはこれまで以上に自助努力を要請せざるを得ない状況になると思われます。また、入院加療を行うレベルを上げていかざるをえないが、それを実現するには病院以外のケアハウスなどの療養施設を増やしつつ、地域医療を充実させていく必要があると考えています
307	少子高齢化は、早急に改善しなければならないと常々思っております。国をあげて解決しなければならないと思います。
308	現在でも、介護力の低下、老々介護などがとりあげられていますが、今后どうなっていくのか不安。
310	国民全体が無駄な医療を中止し、できるだけ在宅で療養できるように準備をする必要があると思う。 医療者も在宅医療に熱心な人材を育てていかないといけない。
312	医療・介護・福祉に対して膨大なお金と人が必要となる。
313	高福祉高負担か、低福祉低負担か選択がせまられる。福祉に見合った負担が容認されるかどうか。 国際的には介護、福祉の担い手を、どこまで海外にたよることができるか。
314	小子化対策が不充分、対策を充分にたててフランスの様に出産数を上げることが重要。
316	前もっての対策が必要
317	介護施設の必要性、充実在宅介護、在宅診療の必要性、充実を強く感じる
318	高齢者の増加は不安に思う。
321	経済面今後の社会情況から子供を産む若い世代が出産をひかえている様に思われる
322	現在の法律のままではうまくいかないと思います どのように法律を改正するとよいのか具体的にはわかりません
323	介護力の低下に伴い介護職の増加が必要と思いますが、介護職、医療職の給料減など、決して支える体制にむいているとは思えません。ただ、2040年以降人口減に伴い、介護職、施設の過剰も心配されます。
326	何とかしなければならないと思う。
329	独居老人の在宅の手当を充くする。例えば誰でもいいから注意出来る体制をつくる。我々がその中心になってもよい。
330	今からでもおそくない。対策が必要である
331	資金、マンパワーとも絶対的に不足するので医療サービスの形態を余程劇的に変えない限りは改善しない。しかしこのような変化を期待することはできない。よって「頼りは家族だけ」という図式になっていくと思われる。 それならばその家族を１つの単位として周囲が支えていくシステムを構築して行く方向を模索すべきと考えます。
334	医学の進歩もあると思うが、（長寿の要因の一つとして）ＰＥＧなどの乱用にもあると考える。今後は適応について考えてほしい。 介護力の upにつながる方針が必要。保険点数の見直しや周辺病院の協力の推進など
336	国をあげて医療福祉につかうお金をみなおしていくことが必要
337	国の子育て支援政策の失敗が原因である。改善する為には出生率の低下、離婚率の大幅な上昇、不妊夫婦の数（二率）の上昇、の原因を正確に分析・把握し、ピントをあわせた施策を早急に実行する必要がある。
338	介護を家族に一方的におしつけてきた国と社会の現況はどうにもならない。介護をになう家族の間でも世代でも差が大きい
339	不安を感じるが、現状を見極めていくしか方法が見出せない。
343	在宅と病院・医院の連携と、地域の協力が必要。
345	・少なくとも低所得者対応の老健施設の倍増が必要 ・在宅でのターミナルケアーの機構の充実が必要
346	介護する人が今后少なくなるので、社会的問題である
347	少子高令化社会に対して政策が余りにも乏しい
348	・出生率の上昇がない限り切り抜けられない状態になると思われる。 ・高令者の中にも頭と足腰が弱らぬ生活をしている人とそうでない人がいると思える。また足腰が弱って（痛くて）整形外科などに受診しても役に立たない治療のみで実効のあるケアを受けている人は少ない。整形外科医が高令者を単に保険点数を運んでくる存在としてでなく自分の親に実効のあることをするという気持で治療や転倒予防などの行動をすべきだ。内科の方面では慢性腎臓病（ＣＫＤ）の考え方など将来困らぬように手を打とうとする考えが我々一般の開業医にまで浸透しつつある。
350	介護力低下、年金問題など、高齢化社会が不安
351	対策が遅れている。 日本は急激に超高齢化し、少子化しているが、第２次臨調の頃から言われていたことであり認識はしていた。 介護保険制度、障害者給付、後期高齢者制度などの整備は試行錯誤ではあるが施行されている。 これまで先延ばしにしていたものが、許されない状況となり、政局、景気の先行き不安で医療費抑制策を取らざるを得ないせっぱ詰まった状態であることをやっと国民の問題として議論できるようになった。 団塊の世代の高齢化により、かつての学校整備と同様に一気に悲惨な状態になりながらも進むのであろう。 介護ビジネス、技術革新も進むと期待している。
352	早急に抜本的な対策が必要
353	①大変だなあとしか思えない
355	①“多死”の時代をむかえる →従来からの（日本特有といえる程多い） 病院での死というものも施設内での死もあふれてしまう状況も考えられる→※ ②ケアワーキングのマンパワー不足→※ ※尊厳ある死（とそれに近くなった時間のすごし方）や関連するケアについて“考え方”“価値感”“イメージ”をチェンジする必要あり。本当に死にゆく（生命に限りがあるのはあたり前）当事者本人がのぞむ体制を整えるべき。おそらく在宅かそれに近い形での（ガンのみでない）緩和ケアを望むと思われるしそれを叶えることがむしろ効率的でもある
356	在宅介護はこれから難かしくなり施設介護が重要になる
357	上の状況からどのような問題が起こるかを国民に広く知らせないとどんなに対応策を練っても同意を得られないと思われます。
359	出生率の低下に関しては国の政策が必要ではないか。介護力の低下で長生きすることが良くないことのような考えが広まっていくのは危険。いずれも国のしっかりとした政策を期待する。
360	少子化となっており、仕方ない部分もあると思う。みんなで支えていくしかない。
361	心配
362	高齢者の自覚及び高齢者への啓蒙が必要である。
363	政府がこのことを国民にアピールして卒先して対策をとらないといけない

	充分な社会保障の基、医療介護の充実が望ましいと思う
403	現時点でも、医療現場で働いていて介護者不足、それによる介護者の疲労の大きさを目にしており、今後、更に厳しい現状が迫ってきていることを考えると、不安です。患者様にとって、介護者の存在は大きいので介護者の負担が少なくなればよいのですが…。
404	少子化医療が高度になったための高令化それに伴う介護力の低下。 団魂の世代が 80 代～90 代となることによる死亡者数の増化。 自然の流れのようにも思われます。
405	医者なんかやめて納棺師か葬儀屋に転職しよう！
407	医療費の破綻は避けられる（このままの制度だと）
408	政治力の問題と思う
410	今後どうなるか心配ですね！
411	あと 10 年以内に病院医療は破綻するでしょう。
412	小子化、団塊の世代の高令化によるものと思われる。
413	若い人が早いうちに子供を生んで若い層をふやさないと解決しない。
414	大きな問題である。
415	少子高齢化で結婚する方も少なく子供さんを産でも仕事がなくなる方が多く、今の現状では、子育てをしながら仕事は出来ない状況です。
416	若い世代の人は今後の介護、高令者のことを意識していない人がいます。意識づけの場づくりが必要と思います。
417	なるようにしかならない
420	現在、在宅で訪問看護を行っているが、家族の介護力があれば、在宅で最後をむかえられるが、独占者老人介護などでは現在のシステムでは最後は病院や施設に頼らざるえない。しかし、まだ病院施設での看取りは可能であるが、将来はどうなるのだろうか…？と不安である。利用者のほとんどが家で最後を迎えたいと思っている。それをどの様なシステムになっていくのか…若い人達の力にも限界があると思う。在宅医療のシステム化を図ってほしい。
421	介護する人がいなくなると大変
423	老々介護の状態となり、介護力の低下は当然と思われ、フィリッピン、インドネシアの若い介護士、看護士の手助けを受け入れて介護力の充実をはかるべきではないか
424	物質的欲望を追求する社会から内的満足への支援が唯一の解決策であろう。
425	80 才以上まで健康状態を保つ努力をするよう啓蒙し、それが各自の臨終の苦しみを認識すること、介護側の労苦の少くなることを認識して貰う努力を医療側は■■行うべきである。 老老介護の末、片方が逝き、残された老人が独居できなくなれば老健施設へとなる。
429	介護老人福祉施設を中心に増した方が良い
430	20 才～64 才までの人々は子育て高令者への介護と現在以上に負担は大きく我国の活力が期待出来ない。
431	まず何より重要な事は少子化対策だと思います。（国家的規模の施策として）現在命ある人達が年をとる事は防げませんが、新らたな生命の誕生を増やす事は、政府の施策として充分可能なはずです。フランスの様な積極的な財政出動を伴う少子化対策を望みます。 その上で、より積極的な高齢化対策が必要でしよう。景気対策としても有効な方法があるはずです。1 人 2 万円をバラまくよりも、医療介護福祉に重点的に投資して、それらの仕事で人々はくらせる様になれば、企業も（介護保険が開始された時の様にあるいはそれ以上に）参入する事になるでしょう。
432	貧しくならない限り出生数は増加しないので仕方ない。
433	高令者の急な増加には前以ってわかって居った事でありもっと早く手を打つべきであったのでしょうがすでに時遅しの感が深いですと云って放置は出来ず治りにくいと云いますが老人が直ぐにかかる気管支炎→肺炎、嘔吐下痢症には常に注意を拝うべきでしょう。認知症も 85 才以上では多少の差はあれ殆んどの人に認められますし、国の責任でもっと広い大きいゆっくりした温い目で見た老人医療老人介護行い■の見直しを必要と考えます。経済的理由による負担増、人員の切りすては断じて許せません。
434	現実（ないし将来必発）のこと故、そのまま受け入れるしかない－随時対応して行かざるを得ない。
435	少子化対策としてさまざまな育児支援制度も整備されている状況にはあるが、現状では人口減少を防ぐことは出来ないと思われる。 病院受診者は高齢患者が増加しており、高齢者にも根治率の高い治療が実施され医療費全体としての圧迫は日々の業務の中からも感じられている。 病院に入院する患者様が病気以外の加齢に伴う転倒等介護の質も変わって治療看護以外の療養上の世話の介入度も増大している現状にあり、現状の配置人数の看護力だけでは充分手が行きとどかない面を感じている。
436	政府による、福祉政策の充実そして制度の抜本改革が望まれます。
437	憂うべき状況だと思っています。財源も確保されていないし、政治も「脳死」状態で状況はますます悲惨なものになることでしょう。
439	早期退院により自宅での生活が不十分なまま家に戻される方が多いと感じています。サポートの必要な方は多いのですが経済的に厳しい方は援助することが難しい状態です。在宅サポートの人員不足も痛感しています。
440	家庭を在り方を考える時がくると思います
441	将来に不安を感じる
443	大問題だと思います。
444	介護力低下に伴い地域としての役割が大切になってくると考える
446	・高令化になり、今後の生活や若い人達への負担が大きくなるのではないでしょうか？ ・心配事が大きく予測されているにもかかわらず、世の中の制度がおいついていないと思います。
447	日本の資本主義社会の中で営利を求める会社、核家族化、（世代間の生活の質、価値感の違いによる同居困難な状況等）女性の社会進出等により子育てが核家族では困難な状況（子供の急病時の対応や、複数以上の子育てが大変でお金がかかり、母親にかわる育児者不在状況等）施設の箱物はできても、募集しても職員確保困難による、施設の質確保も困難となってきつつある。“自分で自分の健康を守る”という目標に向って介護予防教室等あるが、田舎では、一軒一軒が離れており、足腰が弱れば外出がままならない孤独死の増加、病んでも病院にかかることすら困難になってくるし、病院のベット、施設のベットが空くことは少ないであろう。経済的なものもあり多くのサービスは利用できない…。現在の日雇い労働者が街にあふれているがその状況は、2030 年には、高齢者の状況かもしれない…と思う今日である。自分の身も…布団の中でじっとしていて、誰か助けを求めても求められない現実がくるのでは…と思っている
448	社会保障体制がすでに崩れている。今後ともに崩れていくでしょう
450	「生産人口の減少によりＧＮＰ減少し社会的に弱い立場の要介護の人への支援がさらに低下すること」が最も不安

364	国の少子化対策が功をなしていない。 治らない病気の受け入れと病気と伴に生きる前向きな姿勢を社会的に啓蒙する必要性。 予防を強化し、元気で長生きできることが重要。予防介ごの必要性
366	現在よりもさらに介護力が不足することとなり、療養が困難となることは確実である。 少子化に歯止めがかかれば少しは状況が変わるかもしれないが、諸外国のような子育て支援策を無能な現在の政府や厚労省が実施できるとはとても思えない。
367	若い世代が減っているのに危惧している。保険を支える世代が減るのも、国民皆保険に危機感を感じる
368	自分たちの仕事が社会的使命が大きいと思っている。 と同時に、一般の方にも、しっかりこの現状を理解してもらう必要があると思っている
369	大変な時代であると考えます
370	・個人それぞれの第１次予防が大切。 ・介護力を国レベルでアップしていかないと支えきれないと思います。
374	小子化の中、しょうがない。不妊治療費、養育費の検討老人用施設の充実。
375	国が公的資金を導入して、きちんとした対策を早急にたてないと、未来はないと思われる。
376	自分が高齢者になった時が心配。
378	介護者の負担が大きく不安 自分自身の問題でもあるため何らかの対策が必要
379	医療の進歩とともに延命につながり、高齢者の割合も高くなってきている小子化であるため子供の数も少なくなり、介護力の低下は深刻な問題としてとらえている、在宅へ移行するにも在宅への支援の限界があり社会福祉制度をどのように有効に活用し運営していかなければならないか今後の課題でもあると思っている
380	出産を奨励する
381	介護力の低下で孤独死も増えるのではと心配です。 介護職の賃金を保障して地域によってサービスの差が生じることがなく自分らしい生き方ができるように国が支援して頂きたい。 使いたい時に使えるサービスがないのも問題だと思います。
382	行政の力が必要
383	現実、家族構成上も少子化状況であり、今后、どのようにシステム的にフォローするかが必要
385	大変なことだと思う。 （若い人の負担→全体的に年金、介ゴ保険料の増額など 同居している人の負担。 サポートする人の減少
386	特になし
387	現状は存じておりますが、未来についてはまったく知りません。 死亡する直前まで元気な高齢者がふえるよう、喫煙者をへらすこと、有酸素運動の推進、過食の防止にとり組むべきと思います。 介護力維持のためには、外国人の積極的なうけ入れが必要と思います。
388	以前から言われていたことが、現実となってきている。 高令者だからと老後ぼんやりと過ごせる訳ではない。 これからは本当に介護職も 65～80 台の老々介護の時代がやってくる。このシルバー世代を負担少なく、どのように活用していくかが、今後の日本の存続を決めると言っても過言ではない。 戦争体験を通して長生きされ、生でその当時のことをきちんと語ってくれる人もいる。今のうちに芸術、伝統を途切れさせることなく受け継ぐ準備、行動も大切と思う。 若い人は人口増加のために子供でも頑張らなければならない。お互いにその部分をどう荷担っていけるか。都会でも田舎の近所付き合いが、大切な時代が来ているのだと思う。
389	・少子化対策がしっかりなされていないと考えます。又、無責任な親が多くなってきているのも事実です。 ・女性の社会進出がかなり進んできた為、晩婚化がすすんでいる為。 ・現在の経済状況では子供を育てていくのにお金がかかりすぎ、沢山産めない状況がある。 ・医学の進歩とともに寿命が長くなっている事実がある。 ・日本の保険制度が良好な為と考えます。
390	移民を増やす。人口の減少については女性の育児を支援する
392	現在、43 才ですので自分の将来が不安です。 今、訪問看護というサービスを提供していますが 20～30 年后自分自身がサービスを受ける側になった時によいサービスを選択できるのでしょうか…？
393	2030 年、自分自身も 70 才になる。上記の内容は、ひとごとではない状況である。自立して生活できるよう、人に頼らず、健康に生きていたいものです。しかし、病気にもなるかも知れない、老化により、変化もおこり得る将来の事を考えると暗く不安を感ずる。 セルフバイセルフの精神と、ご近所同志のつながりの強化が必要になってくるのではないかと考える
395	子を産み、育てやすい環境作りが急務。
396	第一次ベビーブーム世代の高令化が大きな問題になる。少子化対策が必要。
397	超高齢者が増加し、その介護をする人材がいないことはたいへん困ったことだと思っています。
398	自分達の力ではどうにもならないものを感じています。女性が働くには負担がかかり、教育より経済を選択した結果価値観がお金に変わり子供の食事を作るよりパートへという風潮が見られます。高齢者が多くの割合を占めても介護を希望する子供達が育っていない現状があり、介護スタッフや看護師にお金で交渉するという実態がでてきています。紹介派遣業者はインターネットのみで巨額の利益を得ています。今の状況において自分達の出きることをしっかりやっていくという方針方向のみです。
399	質問は、ばく然としていて回答困難です。 ①１部の機能欠損を補えば、社会復帰出来るもの若年障害者や、経管栄養、透析などの支援 ②がん末期など致命的に重篤疾患の在宅での看取り ③天寿を全うする高令者の総合的なサポートとその仕上げとしての看取り。 ①②③は分けて考えないと・過剰なサービスと・マンパワー不足）のアンバランスが…なおりません
401	・少子化対策の政策が必要 ・高齢者含め福祉に対する長期的展望にたった政策必要。 上記に関して早急に医師会だけでなく国民も含め国に訴えていく事が必要
402	現代の日本社会では、この様な人口構成も仕方なく、女性の社会での貢献→少子化が基盤にあると考える。それ由、

	である。
451	介護の現場で働く人の数は、現在でも不足している。今から増やしていかなければ、将来への対応はできない。現状を考えると介護職の給与もふくめ待遇の改善が急務
453	今後さらに在宅医療の必要性が増加してくるそのために在宅医療に対する理解と人材の育成が必要であると考える
455	高齢者を支える側の人口を増やすことが大事。晩婚化対策と子育て支援と優遇が重要。 子供を産み育てる必要が無いとか、その方が幸せと考えている人がいることが、何かのまちがい。 支える側の人口を増やすことができなければ､70 歳ぐらいまで､現役で働き高齢者を支える側に回る必要がある。
456	少子化対策
457	老保特養での医療費がかかる為に必要な薬剤の cut にて、今后もっと死亡者がふえると思います。 これはどこの施設でもしているようです。
459	医療介護の問題だけでなく社会経済的な問題を含めて早急な対応が必要と考える
460	今后、老人施設に関する事業が増える中、本当に老人の安心した生活が送れる様、もうけ主義ではなく値に関し検討し年金より施設に導入される様にし、個人の負担を減らして欲しい。安易に同様な施設が増え、また人手不足、内容の素悪な中、安心できない。国が力をそそぐ様にするべきと思う
461	深刻な問題だと思う。 高齢者・介護の問題だけではなく少子化問題も含み女性の働く環境や経済の問題など社会すべての人が自分のこととして考えていく必要があると思う。
462	介護福祉士や訪問看護師など介護に携わる職種への報酬をもっと上げてくれなければ、担い手がどんどん減る一方である
463	政治家が賢くない役人が賢くないそういう政治家を選んだ人民がよくない 日本国を守るブレーンが居ない（日本だけではない賢い人は金正日だけ） 最も賢くないのが厚生省厚生省のキャリアは上役職減給のピリの人ばかり、元来入りたくて厚生省に入っているのではない財務・外務省などに行きたくて行けなかった人が入っているコンプレックスのかたまり
464	小子高齢化が主因。 「この国で子供をそだてたい」と思う様な施策が全くなく国を“経営”する政府の能力のなさがうかがえる
466	以前より問題視されてきた事であるが国家レベルで対応しない限り問題解決には繋らないと考えます。
468	子供が増えないかぎりしかたない
470	「高令者 1 人を 3 人で支える」と述べてますが、65 才以上を一律、支えられる人と考えるのはまちがえです
471	非常にきびしい状況だと思います
472	在宅難民といわれる患者さんが出現し、在宅の受け皿はすぐに一杯になると思う財政政策の一貫として福祉サービスの拡充と在宅医療のスタッフの増員が必要と考える、それができなければ療養型の再開など方針転換が必要でしょう。
473	長期の医療、介護を今こそ考えるべき
474	当然である
476	地域で支えるシステムを充実して行く必要を感じますが現状は非常に困難です。人材の面や環境面、行政との連携等が問題が■
477	在宅医療をすすめられており､病院からは早期に退院させられる現状ですが､在宅で介護する人が不足しており､サービスを受けるにも事業所が不足しておりつかえなかったり、経済的負担も大きく、いわゆる介護難民が増加していくと思います。 在宅医療をすすめるのであれば環境を整え、サポート体制を整えてからしないと、今すでに困っている人もいます。時々介護疲れで殺したり、自殺したりというニュースもきます。 慢性的な介護者不足の解消にもっと国が力を入れる必要があると思います。
478	・現状での医療保険・介護保険の破綻 ・医療が満足に受けられない時代→昔へもどる（在宅で看取る）
479	医療介護の連携が必要と考えるが人的金銭的制限が多すぎる
480	政府が予算を増やす以外にない
481	大変難しい問題で答え難し。
484	介護職員の減少が考えられ、老老介護が増加する。
485	人口の減少、高齢者の増加、治らない人の増加はとめる事が出来ないので、介護力の低下をどうにか出来ない物かと思います。東南アジアの方を受け入れ様とかされてありますが、介護には無理ではないかと思います。何もしていない若者はたくさんいると思いますが…。
486	現在でも老老介護などの問題がありますが、将来高齢者の急性期病床入院制限、保険除外など（極端ではありますけれども）が予想されます。今の医療費抑制のままでは金持ち以外満足な医療は提供できないのでは。
487	行政による対策が必要。
491	50 年経過すれば全てが減少しつり合いがとれる。しかし国力は弱小化、オンラインやロボット使用し介護力を補う
495	今後の社会問題の重大な点と認識している
496	単純な年令構成では、判断できない。 特に 70 才前後は個人差が大きい。
498	避けて通れない事実
499	将来に大変な事になる！ ・少子化対策をもっと国は責極的にすすめるべき ・国のサーフティネットで高令者、老・老、認・認介護の実態に取り組むべき
500	文明が成熟し、絶頂期をすぎ、廃退して行く時、どこの国も同じ問題を抱える。遊び半分で暮せるようになり、ハングリー精神をもって必死で働くことがなくって、日本の文化、精神が大崩壊を来たしている。個人々々が、自分の殻にとじこもり、家族という単位にすら意義を見出さない世代には、子供を生み育てることが不可能になっている。 寿命が長くなり、高令人口が増え、従って死亡に到達する人口が今後増えるのは、自然な流れと考える。
501	現在の行政のありかたでは医療崩壊は必ず起こる。
502	・対策はいくらでもあるが、現在の官僚主導政治体制下では出来ない。 ・統計上の対策ばかりで極めて表面的な理解しかない。社会現象の底にある現実の意味は全く理解されていない。 介護する人される人の人数を計算しているだけでは無理。家族に限って云えば老人を介護しようとする人はどんどん減少しているし、老人側からはその家族に対する抗議面当ての意味を含んだ自殺が増えて来ている一方に

	失業者は増えても介護の職に就こうと云う人は非常に少い 夫婦共に働きに出ている家庭では育児さえままならぬのに老人の世話など出来る筈がない
503	☆高齢者の介護福祉で、内需を高める国策をすすめてほしい。 ☆ターミナル　ケアを中心に社会を再生させることが大切と考えている
504	1）このことは、もっともっと以前からわかっていたことだから、もと以前から準備すべきだった。 2）ささえきれないから報酬を減ずるというのでは、制度を維持できない 3）福祉を大切にするかどうか税金の使い方の問題となる
506	介護力の低下がとても心配です。 老齢者ができるだけ元気で生きれるような医療・介護体制・制度づくりが必要と考えます。
508	女性の妊娠・出産しやすい環境が整っていない（仕事、地域など）
510	現在の高令化は 1 に食物が豊富になった事。2 に戦争がない事が大きな原因と考えています。 社会の状勢が変り昭和初期に時代に戻れば寿命も短縮すると思います。 現在、出生者より死亡者が多い状態に入って来ましたがある程度の人口減少の後に必ず人口増加の時代が来ると信じています。
511	病院以外での死亡場所の人、もの、方法の充実化
513	基本的には個人の問題であり、個人がそれらに対する準備を考えるべき。 しかし、それができない人の為の支援という意味では社会問題といえなくもない程度
514	高齢者が増加しているが、介護する世代の人は減っており、なおかつ、入所できる老人ホームなどは少なく高齢者の行き場がなくなってきていると思う
515	医療という場での知識や技術、人材確保を促進させる。また、少子化に対して、政府が力を注ぐべきである。あと、自分自身の余生、生き方について、どうしたいか、どうなりたいのか考えておかなければいけない。また在宅医療においてもっと充実させていくべきである。
516	制度改革が必要と思います。 政治の力で何とかしないといかんでしょう
518	ポスト団塊世代すなわち私の世代までピークがくるのでやむをえない。 よってできるだけがんばって自立するように努力しかない。
523	今後高令化進み死亡数がふえることにより在宅医療の必要性が増すと考えている。
524	人口の減少は長期的社会問題であり、政治・経済・文化を含めて考えなくてはならない事だが、現在の日本の状態で人口増加は難しいと思う。子供が生きてゆく＝人間が生きてゆくには明るい安心できる社会、未来がみえないと、結婚、出産、子育てとできないのでは。 こんなに政治・経済が不安定だと希望が少ないと思われる。高齢者増加もいまさら言っても、もう以前からの問題でしかたないと思う。もっと数十年前からよく考えておくべき事だったと思う。高齢になり、体も弱り、治らない人になるのも生きてゆく上であたりまえだと思う。病気があってもなくても、その人なりに生きることが大切。そのために介護力が必要だと思うが、私たちの選んだ政治家はどう思っているのか解らない。私 1 人でどうこうできる問題でもないが、私も年を重ねてゆく「人間」なので不安は大きい。できれば少しでも何か解決できることはないか考えてゆくべきなのかもしれない。
525	今後の医療、介護、保険行政により、日本の未来が安心した老後を送れるかどうかの岐路に立っています。 経済対策とともに医療行政もしっかりとれる政策を望みます。
526	介護力の不足、資金の面もたいへん不安だ。
528	どのような理由があろうとも介護力が低下してはならないと考えます。人間がそこなわれます。
529	団塊の世代がなくなればふつうのピラミッドにもどるのでは（例えば 50 年～40 年後）
530	現状については、老一老介護等介護負担が大きい。福祉が十分でないという問題よりは他人にみせたくない等の意識の問題が一番で、他はあまり問題とならずむしろコミュニティー間の関係の希薄化によりクローズアップされているのではないかと考えます。
531	・要介護者の住いの集中化（北欧の様子） ・介護ロボットの導入
532	政策
534	介護力の低下に対して介護職員を在宅でも施設でも利用していかなければならない。施設の数と質、ホームヘルパーの数と質が共に問題である。 悪質な施設の話を特に最近よく聞きます。実際には利用者の部屋に訪問していないのに、訪問したように日誌に書く。利用者さんのナースコールに対しても認知症でいつもよくナースコールを鳴らすので無視をする。たまに訪問すると利用者さんがベットから転倒している。オムツも定期的にしか交換せず尿でパジャマがべとべとになっていても時間がこなければ着がえもしない。
535	当然予測されることである。 高齢者が元気で労働を続けられることが望ましい。 政府もこれを支援すべきである。
536	大変な事と考える。より効率の良い医療介護制度が必要。外国の方も受け入れていかなければならなくなるものと考えています。急性期病院のレベルで将来心配な医療・介護見据える視点が必要。現在は治療を一通りして次に送れば良いとしか考えてないように思える。
537	子育て支援（国、自治体、社会による）の増強が必要 低所得者の子が低所得者になる。政治家の子が政治家になる。■■■■国家では駄目だ
539	政府が中心になって医療と介護の将来の見返りをマスコミを通じて国民全体にまず周知徹底していただきたい。 次に、国民の心配をへらすような対策をうつべきである。
542	高齢者の医療費をアップしないと、若い人の負担が多いばかり。人口の減少、介護力の低下は、現状を変えない限り、当然の事。
543	対策を考えていかないと高齢者が安心してくらせず困ると思う。
544	1．地道に少子化対策を行なってほしい。少子化対策に対する予算をもっと増やし、小さな会社でも、男性でも育児休暇をとりやすくする法律を整備してほしい。保育園に対する補助もしてほしい。2 人目以上の出産に対する援助や、教育費、子供の医療費の補助もさらに行なってほしい 2．介護を職業とする人の賃金をもっとふやすべきだ。このままでは国内で介護の人材を確保するのはムリだろう。外国人の介護人材をうけいれるにしても一定の賃金レベルを維持するべきだ。
545	政府全体のシステムが変わらなければ、介ゴ、看ゴ共に大変な時代が来ると思う。
546	世界一の長寿国になり核家族も進み高令者が高令者を介護しなければならない時代が来ていることは誰もがわかっているはず。それに対して政府又は医療従事者にだけ問題提起をするのではなく国民各々が考えなければならな

	い事だと思う。人間、誰しも年を重ねていくのは自然の摂理だと思うのでいかに上手に年をとっていくかを考え自然にこの世と別れられるようしたいと思う。あまり人の手を借りずに！！
547	①具体的には、よくする方法は不明ですが、高負担中介護となり、在宅介護もむずかしくなって行くのではないでしょうか。施設も増加させなくてはと思われます。 ②診療所の療療型介護病床も残すべきと考えます。
548	社会的に大きな問題であり、国をあげて早急に根本的な対策が必要と思います。
552	高齢者が社会参加できるようなシステム作りが必要子供を安心して生める、育てられる社会に。
554	このままの状況が変わらないなら、国外からの人的補充をせざるを得ない。
555	対応がおそすぎます。おそまつすぎます。
556	①相対的医師看護師介護師不足がおきる ②医療費（社会保障費が高騰する ③安楽死の問題が表面化する ④医療のムダが問題になる ⑤患者に対する医療のサービス低下（わがままが言えなくなる）有料なら可
557	公的な支援が今後ますます必要になって来る。国策としてどうしていくのか、政府はvisionを示すべきだと思う
558	報道されている通り、介護を職と施設、在宅チームの不足は明らかで大問題！！
561	高齢者の数が増える為１年間で死亡する人口の増加は仕方がないと思われるが、その死を支える人口が減少してしまう為、医療機関（在宅療養支援機関）でもマンパワー不足が心配される。
562	①質のよい介護労働力を海外よりもらう（移民） ②少子化対策
564	今后ベビーブーマ達が亡くなる頃は死亡率も上昇し、現在の病床数ではまかないきれなくなります。高齢者人口の増加、死亡場所をどこにするか、介護力の低下など課題が多く、早急に対応することが必要であると考えます。
566	一番連携を取っている医師の場合でアンケート全体を答えたが当ステーションの場合 40～50ヶ所の病院診療所と連携しており、その多くの医師は知らないにあてはまる
567	現在のような在宅医療のあり方では継続困難。独居老人、老ー老介護の増加が心配である。
568	少子高令化の現状から、老々介護の増加となっていることより罹患率がますます高くなると思われる。
569	そういった現状を家族だけでは支えきれない時や場合がくることを考え、国や地域全体で支えていくシステム作りが必要となってくるのではないかと考える。
570	・ソーシャルサポートシステムの再構築（介護はプロへ、家族は愛情）が必要。 ・介護保険を終末期の人でも使いやすいように、認定調査などのスピード化が必要。 ・経済的支援と国民意識の高まりも必要。
571	・医療の発達にて平均寿命が延びました、しかし、介護する側の年齢も老年期です。体力的・精神的にも困難となります。これを支えてあげなければならない若い人達はだいたいが仕事を持っています。生活のためです。仕事をしながら介護、子育てをしていくには簡単な事ではありません。子供にもお金がかかります。核家族という環境も好ましくありません。 ・子供を産んでも時間、お金に余裕のある世の中でなければ、この問題は解決しないと思います。育児休暇、介護休暇の制度はあっても企業によってバラつきがあります。収入が減ります。お金を選ぶか時間をとるかどっちかの世の中です。お金も時間もとれるようにならないと、悪循環を繰り返すだけです。
573	真面目に受けとめるだけです。
574	このままでは続けていくのが困難コストもマンパワーも
575	高令化は今後どんどん加速していくのみ、 それについてBack upする手だけとしての医師看護士介護士の数が足りず又、核家族化している事も要因と思われますが日中ねたきり老人１人放置されそこへ往診又は訪問看護に行ってだれもいない家とかがあり行政にたのんでもなかなか改善しないCaseもあり在宅医療の限界を感じています
576	先日、全介助の親を持つ娘さんが「正直疲れました。医学の進歩は素晴らしいけど考えものですね」と仰っていました。本人が意思表示できない中で“生かす”ことだけが良いとは思えません。単に介護をどうするかだけでなく、若い時・元気な時から生き方、死に方を考える土壌を根付かせるべきだと思います。
577	この事は以前から解っていた事です。政治、官僚の怠慢と考えます。
578	すべての国民が危機感を持たなくては、誰かが解決してくれることではない。特に政治家に危機感がなさすぎる。目先の政策など何の役にもたたない。
579	結婚しない男女が増加している共かせぎが増え子供を作らない夫婦が増加している。未来に希望がなく、現在をエンジョイして未来の設計を持てない風潮がある出産に費用がかかりすぎる。教育の貧困、政治の貧困・親子関係、社会のキズナのなさ、がいつのまにか拡がってしまった。
581	少子化なのでどうしようもない
582	介護不足を補うための介護保険の活用だが現実は人材不足です
583	政府の対応策が遅れている。財源の事だけを考え、全くの無策としか言いようがない。国民に対して、ゴールドプランと述べていた介護保険も、このままでは崩壊するでしょう。
584	介護力の低下を患うる
585	高齢者を介護する施設又は、在宅療養のシステムを更に強固にしていく必要がある
587	高齢者（要介護者）や難病の方に対しなるべく早期に利用できるサービスを知らせる事が重要と考える。
588	医療・介護分野のサービス事業、福祉、医療費の公的負担が大きくなるのは仕方ない。
589	対策が必要
591	2030年代は戦後世代が高令者となる時代です戦後世代は個人主義と自己責任が要求される生き方で育った世代です。ならば、あくまで、最後まで、自己責任により自己管理をし、人生を全うすべきだと思います。働けるまで働き、若者にたよらない生き方の追及をする責任があります。（現在の老人は戦前戦中の国家のために苦労された世代でありその方たちのために■この年金を使うことにわだかまりはありません）
592	①誰が見てもすぐ近い将来、医療や介護の増力が必要な事は判るはずなのに、対応、特に政策的な準備が進んでいない事に強い不満を感じます。 ②約25年先の推計値ですがその時、65才以上に含まれる人が、現在の40才、50才台の人達（我々）であるという認識が全体的に希薄であり、その事がいつも心配です。
593	如何ともすべからず
594	如何ともに難しい
596	深刻な問題と思っている

597	・不安を感じています。我々が高齢者になった時（昭和のベビーブーム）我々の子供達の世代の人口や構成がどうなっているんだろうという漠然とした不安は常にあります。現在でさえお金のない高齢者は満足に介護を受けられていません。医療難民、介護難民は必ず増えます。今のうちにムダな病院のBedは減らして医療費を節約し、在宅で介護をすることの動機づけを少しずつでもすすめていかないと、受け皿探しばかりが先行し、根元的な解決にはつながらないと思います。 今こそ在宅医療、看護、介護に力を入れる時だと考えます。
598	自宅（在宅）介護をすすめることが大切。
599	出生率の低下（少子化）が続く為、将来共に続くと思う。政府は国地方の借金が1500兆円になるのに50年先には借金を返せる等、子孫につけを廻す政策を止めるべきだ。今から生れる子供は600万円の借金を背負って生れるわけで少子化の一因になっていると思う
600	在宅を希望しても少子高令化では難しい面が出てくるのではないかと考えます。
601	将来が不安。高齢者が安心して過ごせる社会になるよう願います。
602	私自身いつの間にか、高期高令者となるので毎日充実した日々を送ろうと願っている。従って先ず自分の日常生活を考え、出来るだけ規則正しい生活と、常にチャレンジ精神を培っている積りです。又人の苦しみを理解し、どうしたら邪魔にならないケアーが出来るかを考えながら仕事を続けている。相手を如何に生きる力が出るのかも考えて行動している
605	近い将来に訪れる状況について、医療関連の人も関連していない人もみんなに周知し、ひとりひとりが自分のこととして考え合う必要があるのではないでしょうか。
606	ピラミットを見ても分るように現在高齢者が高齢者を介護する方が多くなっており介護負担が大きい為施設にあずけようとしても2～3年待ちの状況でなかなか入所できず等々将来に不安をいだいている人も少なくないと思います。だからこそ今后自宅での生活を支える訪問看護、介護、往診）の役割が大切になってくると考えます。 今后地域ケアの拡充が必要だと思います
609	少子高令化→多子高令化へシフトするには女性の労働環境、生活環境（子育て中）を、いかに女性の方向へ向いた改善をしてゆく事ではないでしょうか。
610	とにかく、少子化対策をいそいでやること
611	時代の流れでいたしかたない
612	一層の社会保障の充実が必要
613	1：1.7となると統計的に言われても介護をするのは主に女です。妻や嫁がいれば負担は女性にきます。働いていてもそうです。不景気の今でも夫が失業してもアルバイトと介護と家事をやりこなしています。高齢者を支えるのは沢山の人が手を取り合い共に考える必要がある
615	医療や介護を確保するのに自主的な努力と他者からの協力、どちらも大切だと思う（前者には家族が後者には制度を含めて考える）。また、医療技術や制度に対しては、期待と締念のバランスが必要だと思う例えば、死を遠ざけようとするあまり医療に過度の期待をするのは望ましくない。病や老いや死を自然にうけいれられるよう、少しずつ準備していくのがよい…実際にそれを実行するのは難しいことだとは思うが。
616	①日本国に働いて税金を納める人口がへってくる→国力の減少 ②介護力を海外に求めることになる ③葬儀の変化今のハデな大きな告別式→小さく家族葬・密葬
617	要介護状況になっても在宅で安心して生活できるスタイルが困難になってくるのではと思います。また若い世代への負担増で、日本人全体がくるしい生活になりそうです。
618	社会的には由々しきことです。人生の先輩のケアに必要な上、生産者世代は労働生産や子育ても必要となってきます。 子つくり子育ての大切さも明らかです。 一方2060年をすぎると人口ピラミッドもかわってくるでしょう。その間、人間の生物学的、医学的、看護学的、福祉学的にデータを高積し、未来の人たちへ優れた知見を伝えるチャンスかもしれません。人間、日本人をみつめる重要な50年となると思います。
619	少子化がすすみ老人が多くなり、介護力も低下していく。できるだけ介護の手をかりないで生きられるよう、合併症がおきないよう、治療していかなくてはならないと考えている
620	国の総力をかけこの対策を考じることが望まれます。 利用者、受給者の負担増は、むしろ医療保険・介護保険の崩壊を招くばかりであり、国の予算の配分をこの部分に大幅に補填する必要があると考えます。
621	加令に伴なうＡＤＬ低下、廃用予防を先取りして、リハ医療を提供している。リハ専門職種（ＰＴ、ＯＴＳＴ）を現在11人（4月から14人の予定）要し、訪問リハ、通所リハ、を展開しているが、このようなスタイルの診療所は当県内には当院しかない。 癌の終末期の患者さんにも、フィットネスを指導している。治すことも大切だが、生活の質を高めることがもっと重要
622	人口ピラミット構造及び介護力の低下及び介護に必要な費用については理解している。 但し、昭和中期、核家族化・計画を、推進した国の責任についての追求の仕方については、まだ不十分と考えている。
623	国による病床減らしが進められているが、現実には、在宅で看ていけず施設志向に戻ると思う。又、不況の中、働らく環境も整わない若い世代の中には在宅で看ていく余力のある者は少数となり、本人の意向に添ったものは実現できなくなっていくと考えられる。
624	経済構造を公共事業型から医療介護型へchangeしなければならないのに政治がそういうビジョンを示していない。自民党ではダメである。オバマの言う如く大胆なchangeが必要
626	国の少子化対策等の推進に期待せざるを得ない
627	介ゴ支援、福祉についてもっと積極的な支援が必要
629	日本の医療制度に矛盾が多い。 日本人の国民性にも問題がある。保険制度なので限界が必ずあり、税金等、国民負担が他国比非常に低いにもかかわらず。要求度が非常に高すぎると思う。またそれを報道が正しく情報伝達しない事により悪影響をおよぼしている
630	・都市部にマンパワーが集中する可能性 ・介護、医療職従事者の減少 などによる人手不足が進行する一方で、在宅療養を希望する人々また入院日数の減少にてある程度の治療が終了した時点で退院となり、在宅へ戻らざるを得ない状況となることも考えられる。今現在でも介護難民という表現で十分に援助を受けることができない人がいる状況が今後重大になってくるのではないかと考える。

634	介護の専門職を育てる。医療費の助成や在宅支援などもっと国や自治体の積極的な関わりが必要。安心して老後を迎える事ができる年金の対策も必要
635	自分自身も親の介護を将来（近い将来）に控え、漠然とした不安を抱えているのが現状。実際にどのように対応するのかまでの考えには、至っていない。 ただ、昔に比べて行政サービス他、他のサポートを受けようと思うと、ほとんどにお金がかかり、収入などによる格差が生じることに、疑問を感じる。
637	介護力増強の為、介護現場を魅力あるものに変えて行く事が必要である。
638	現状を、認める以外なし。グリーンディールでなく、メディカルケアディールを。
639	介護力を増加（国によって）
640	出生率の増加を図ったり、労働人口の確保を図ったりする為には社会基盤の再整備が必要であり、政治の占める役割が大きい今の政治状況では、将来を展望できる事のできる人材も見当たらず非常に不安が大きい
641	医療や介ゴに対する人材や予算不足が一番の原因ですか？政府の方針や考えていることがよくわからないのでもっと現状を把握してもらい改善していかないと、我々がいくら末端で右往左往しても現状はのりこえたとしても将来的見とおしがないのでは
642	高齢化社会、はさけられない問題と思われます。今時点で早急な予算と対応が必要と思います。我々の出来ることは、まず、地域の高齢化した事を考え努力すべきと思います。
643	国はもう少し真険に少子化対策に取り組んで欲しい。
644	高齢者の増加の現状から医療・介護職の高齢化も進んでいくと思います。また、事業所や病院の受け皿が減少し「医療・介護難民」が増える。
645	仕方のない事とわりきっています
647	・経済最優先の世情≒政策を社会保障重視への緩徐な変換 ・長寿が最終目標の医療・介護福祉の現情の発想転換。 ・「安寧な死期」：自分のふとんの中で家族だけに見守られながら何の器具も体につけないで迎える死はいけないか
649	大変なことだとは思うが、かんたんに解決できることではないと思う
650	望ましいことではない。
651	基本的には、人口割合の不均衡があり、社会そのものが、子育てに感心を示さない体質に（企業）ある。少なくとも、企業同しで、0才時からを受け入れる施設を作り、行政からの支援がだされなければ、不均衡なピラミッドは解消されないのではないか。年金不安や、保険料未払い、もっと言えば職そのものが、人間としての最低限の暮しすら支えられない状況である。増えるばかりの高令者や不足する介護力は、これから自分達の至達する未来への暗雲しか見えない。そんな状況で若い世代に全てを押し付けても誰一人賛同はしないであろう。衣、食、住（仕事を含む）が全て満足出来て、余裕が持てなければ、他人を思いやる事は難しい。根深い問題と思う。
653	高令者でも介護できる能力のある方を活用する。
654	このまま進むと日本は寝たきりや要介護の老人が増え、それを支える若者の負担が増し、大変な事になります。もっと国が不必要で無駄な予算を削って福祉や医療に費やす様にしないといけない。医療崩壊どころか日本崩壊になってしまう。
655	社会的入院が増えるのではないかと思っている
658	家族というくくりでケアをするのでなく、地域コミュニティーを通し、社会で支え合えるようなシステム作りが必須。
659	少子化は改善されていかない予測のまま進むと思う
660	政府の対策不足。 ・子育てしにくい社会など
661	介護するマンパワーをどのように維持していくべきか。 ケアの質を保てるのか、ということだけでなく、経済的にも医療・介護費の増加と個人負担についてなどたくさんの問題があると思います。
665	元気な高齢者を増す。すなわち、自立又は軽い支援で生活できる人をふやす予防に努める事が大切だと思う。 又退院時に医療処置を極力少なくし、家族だけでも安心して退院できる様な支援が必要。 病床数は消滅の一方でありこれからは疾病を持ちながら自宅で生活をしなければならなくなる
666	介護力の低下は効率を高めて対処できる （例）地域の統合にて廃校となる小学、中学校、高等学校に地域の被介護者を集め、そこで介護およびデーサビス、ショートステイ、Long ステイ（死亡迄）の介護を行う。 介護する者も効率よく仕事が（可）給食、排便、排尿処置、散髪等生活のすべてが可能となる ※学校は地域の最も便利な所にあり、ボランティア希望者も時間があればすぐ参加可能である。
669	現状としては、仕方のないことではありますが、各家庭事情で今現在でも介護力が不足していたり、経済事情で介護状況も大きな違いがあります。 この先、介護の必要な人口増加と介護力の低下にともない、医療、介護職現場の連携や協力が今以上に必要になってくるのではないでしょうか。 介護職の充実の必要性はありますが、難しい状況でもあると思います。
670	特に問題ない。 現在すでに 60 代、70 代の方が 90 才～100 才の方の介護をしている。 50 代～70 代の方で希望する方々を介護ヘルパーとしての所得を考えるべきときである。
671	高齢者を支える若い人が圧倒的に少なくなることはわかっているので高齢者自身が介護を必要としない生活を送れるような生き方をしていく必要があると思います。 そのためには予防医療、自立の精神が必要だと考えます。歳をとったら若い人にお世話になるという思いではなく、自分で出来ることは頑張って、できないことは助けてもらうという考え方が大切だと思います。自分自身もそういう生き方をしていきたいと思っています。
672	人口ピラミッドで示されたうようなことは、なんとなく頭の中にあるが、具体的な数値と、今なすべきこと、あるいはなされていることについて、正直しりません。 現在の日々の仕事をこなすのに精一杯で、上記のような現状に考えを向けて、打開策を生みだすことは、難しいと思ってます。
673	それも良し
674	元気な（自立した）高齢者のための施策介護予防のための運動。（国民も国も）少子化対策。（経済的基盤から）
675	この現象になることは、20 年以上前からわかっていたことで、対策の遅れがすべてを悪化させている
676	介護力の低下が特に心配である。
677	国民も政府もこのことをよく認識して、介護士等になる人も増えなくてはいけないし、そこへ手当をたくさんださなければいけない
678	在宅で 1 人の方を介護するには 3 人は必要だが、現在でもさらに今後はもっと介護力が低下する。訪問看護師やヘルパーDr 等全体的な数が不足している医療ケア提供するスタッフの増員と共に質の向上が急務だと考える。又、一部の人に負担が大きくならない様連携が大切である
679	年金等を含む福祉面を充実してほしい。 在宅介護への支援、又独居の場合でもフォローできるような支援の充実
680	介護が受けられない。介護に従事する人は、外国人が多くなるのではないか。
681	今後、介護力の低下について何らかの対策を考えていく必要がある
682	自宅でも介護しきれず、施設でも介護者が不足し、介護の質はかなり低下するにとどまらず孤独死もふえると予測されます。労働力も低下するだろうし子育てどころではなく少子化にますます拍車をかけることとなるだろうと推測します。危機的な状況です。
683	高令者が増加することでますます、介護力が低下する。介護をする家族も高令で在宅での介護が困難になる。
684	高齢者が増加し、それを支える人口が少なくなることで家族内の負担（介ゴ、金銭面など）や独居世帯の高齢者に対する支援が困難となることから現在のような、保けん制度では補えない場合が多くなると思う。全てを制度に頼るのではなく、若い段階から個人が困らないように考えて行動していくしかないと思う。
685	今の 60 代の方々は元気があり、社会生活において、60 才で定年であっても再雇用し社会を支えていく力があると思う。 今の若い世代は介護などのしんどい仕事には興味がなく職に就いても安い賃金で重労働であるため離職する人が多いと聞く。 魅力ある仕事にするためにも国の施策として介護、医療にお金をかけていくことが必要だと思います
686	人口の減少は子供にお金がかかる、社会情勢が厳しいため経済的にも余裕がない状態、自分で精一杯であるため親の介護まで手が回らない。医療が進歩し、経済力のある人は長生きできるが貧困ぎりぎりの人は病院にもかかれない格差が広がっている。
687	制度が遅れている
688	・老老介護になる ・介護力の低下
689	・医療機関、施設機能がパンクが考えられる。 ・有料ホームの増加 ・サービス質のバラつき ・純粋な医療入院が見えにくくなる
690	65 才以上でも現役並みに働いている人は沢山います。 年令、体力に合った仕事はできます。全員が支えられている訳ではありません。
691	現在、未来においてとても大きな不安を感じます
692	核家族化、老ー老介護、独居高令者の増加等もあり、従来の日本の家族が介護するという形のみでは限界があると考える。しかし公的介護機関、資金等まだ不十分な部分が多く、介護問題は今后さらに深刻となっていくと思われる。
694	・このままの国の方針では、介護難民増加を危惧する。 ・現スタッフ数では、在宅生活を支援するに物理的に限界がくるだろうと考えている。
695	自分達が高齢者になった時代を考えると不安になる。
696	ある意味、仕方のないこと。行政の施策の遅れ、経済状況など要因は多数かと思われる。しかし、個人として何ができるかと言えば、自分自身も介護生活が間近に迫っている現状で、それに備えることくらいしかない。治らない人の増加については、医療、科学の進歩と、寿命及び生活の質とは必らずしも比例するものではなく、人は死すべき時に望むべき形で逝くべきかと思う。
699	介護力の低下により介護難民と言われる人々が増加します。 結局、金銭面に余裕のある人が優先される事になる現実に矛盾を感じます。また老老介護により悲惨な結果をまねく事になると行政が対策を行わなければならないと考えます。
700	・若者、高齢者共に大変な時代になってくる
702	特になし
703	いわゆる団かいの世代が死を迎える頃が死亡者数のピークであり、そこを乗切るまでの対策が重要であると思います。
704	積極的な対応が望まれるところです。
705	困った事。
707	国は、介護施設は増やしたとしても、病床削減し、行き場がなくなった人は、地域医療の充実により、支えることができると考えているが、そうはいかないことを実感している。核家族化がすすみ、家での介護には限界がある。チューブやカテーテルなどを留置している人は、介護施設も利用は難しい。在宅系サービスががんばってもそこにも限界があるので施設系（医療依存度の高い人も利用できる）をもっと増やして欲しい。
708	在宅や介ゴ老検施設でマンパワー不足や低賃金なども問題になっているとメディアでとり上げられているのに政治改正がすすんでいないことがおかしいと常々思っている。
709	老老介ゴの問題や、年金の問題など、自分の子供たちに負担がかかってしまわないか心配になる。
710	若い人がいなくなると自分たちが年をとったときにこまりそうで不安
713	高令者の増加に伴い、介護力の低下・不足が今後増々重要な問題になって来ると思います。 今の自分が、その時期には、介護される側となり、介護力の不足が不安です。
714	やむを得ないことです。重要な事は対策です。
715	治らない人に無理に医療をすることは、コストのムダと思われる。 後期高令者の新規透析導入や、非根治的癌手術は止めて、ターミナルケア中心とすべきと思う。
716	今后の医療のニーズは高まるものと考えています。ある種、楽観的かとは思いますが、現状医療職の中に身を置いている自分としては、『食いっぱぐれる』事はないと考えています。…“だからどうしたらいいのか”等については考えはありません。場合によっては介ゴシステムそのものは、崩壊してしまうとは思います。
717	その状況で各々が鋭意努力。
718	高令者が自立して生活できる空間を今から考える必要がある
719	医療、介護サービスの更なる充実をはかるとともに、既存の施設に収容できる人数にも限界はあるため、在宅医療の推進が現在以上に必要になってくると思われる。

720	・介護力の不足に対しては今後どのようになっていくのか不安 ・施設の数なども不足しているため在宅介護が増えていくと考えられる。しかし、そこをカバーする力も不足しているため、高齢者が今以上に弱い立場になっていくと思われる。
721	私自身が高齢になった時、どの様に生活していけるのかがとても心配。国外の力をかりても何とかしなければならないと感じます。
722	・小さい介護力で支えるシステム作りが必要。 ・施設だけ、家族だけで介護を行っていくには無理がある。地域全体で考えていく必要がある。
723	事実を把え対応を考えなければならないが、こうなってこうなる原因は、諸々の要因の複合によるものであり、そう単純ではない。つまり、ある意味予測不能であった。
724	介護の充実が必要になる。
725	近い将来老後を迎える身であり、とても不安に思う。迅速かつ適切な行政の対応が必要であり安心して老後が迎えられる社会環境を作りあげていく努力を、個人個人がしていくべきだと思う。
726	大変な事態であり現行の保険やサービス事業等では対応できるのか不安はあります。 しかしどうなるのかわかりません。
727	これから多死時代を迎える。
728	介ゴの問題も大切ですが、人口分布も考えて、子供をふやさないと！
729	前もって今から十分な対策を考えておく必要がある
731	65才以上の高令者は必ずしも、若者に支えられる立場に陥いる訳ではないと思います。支える人、支えられる人を年令で区分して単純化することは状況判断を誤まることになりませんか。社会が成熟すれば、健康で自律的活動が出来る高令者が増えるのは成り行きというものではないでしょうか。私の周囲でも、70 台～80 台の高令者が生き生きと社会的活動をしている方々がいっぱいおられます。 2030 年に若者 1.7 人で高令者 1 人を支えるというのは現実的な数字ではないと思われます。実態をもう少し、正確に把握した方が良いのではないでしょうか。
732	介護力に必要なマンパワーの補足ですが少子化が進んでいる現状もあり、その対策を国をあげて行う必要があると考えます。 （中学生高校生までの教育費、給食費、医療費全て無料　等
734	今後、高齢社会に移行するため、老老介護を行なっていくための行政の対策が必要と思われる。当ホスピスでも家族のレスパイト目的で入院される方が増加している。 在宅での介護が十分に行なえるよう対応されていれば、本当に必要な方が必要な医療を受けられるのではないかと思う。 人口ピラミッドの変化については、仕方のないことであると考える。 景気悪化、不況などにより、将来への明るい希望を見出せない若者が多く、少子化にも反映している。介護力の低下は懸念されるが、無駄なことに税金を使うのはやめて、福祉対策を今から行なえば、余裕ができるのではないか。
735	毎日心配している 現在、充分認識させられている
736	少子化にブレーキがかけられるように、若い人達が仕事を持ちながらも安心して子供がたくさん産める環境や制度を整えていく必要があると思います。
738	必要な看護、介護を必要な人に提供できるようにすることが大切。よって機械化できることや、簡素化できることは、していくこと。看護師や医師でなくてもいいことは、無資格の人などを使っていくことが大切。皆が将来のことを見据えて、今行動に移していくことが大切。
739	・健康の維持増進につとめる ・社会資源の利用
740	少子化の現在、ある程度仕方がない事ではないか。 少子化に歯止めをかける施策や研究を進め医学の発展につながる予算の確保、そして介護などの人材養成等を計画的に行っていく必要があると考える
741	・少子化対策、子育て支援をもっと強化するべきだと思う。若い世代が安心して働らけて、家庭をもてるよう支援しないと人口は増加しないと思います。
742	今後の政府としての対策を長期的に考えていく必要あり
743	・現在の常識のままでは、社会が成り立たないと思う。
744	・高令化の増加、介護力の低下が進む速度に在宅医療、医療機関の考え方が、おいついていない。 ・現在の制度の中では、限界を感じる。
745	政府の無策扱いの結果であり、先進国の宿命と思う。
746	今后「福祉立国」として、介護職を増やす。しかも、その仕事にふさわしい給与を払える体制をつくる
747	こまったことだ。
748	個人の努力ではどうしようもない所がある。 国の政策として、医療福祉介護などに予算を多く配分していく必要があると思う
750	国の問題として政策を考えてほしい不安。
751	“治らない人”と判断された人への対応を考える。
752	少子化に対する政策、高齢者の施設、介護職の増員の為の対応高齢者を支える方法を早急に考える必要がある。具体的には、考えていない。
753	先のことは予測不能
754	①人口構成上のみから言えば出生率向上に務めるしかない。 ②高令者（要介護）をケアする無駄な経費のかからないシステム（現行の介護保険をもっと改善する）認定システムのコスト的な無駄をはぶくなど…
756	自分も介護する立場になった時どれくらいまわりからの援助があるのか不安。
757	老々介護になっている家族が多く地域の中でも子供は県外や、街中に出て家を建て夫婦 2 人暮らしで過ごされている家に訪問させていただくことが多いのが現実です。その中でも、訪問看護、他サービス提供させていただくことは重要な働きをするのではないでしょうか。色々な地域医療チームが連携し、チームで取り組んでいくことが大切だと思います。
759	とても、危機感をもっており、心配である。日本の医療はこのままだと崩壊するのではないのだろうか？
760	・大きな推計の変化は考えられないので、これに見合った対策を考えていく。 ・離島では、この場合が、前倒しになっていると思うので、対応は急がれる
762	将来が不安病気にかかり自分で何も出来なくなった時どうなるのか？介護してくれる人がいないのでは？
763	あまりにも問題が多すぎてとても書ききれません。 ・人口の増加と言っても妙案はないでしょう ・高令者の増加と言っても減少させる訳にもいかないでしょう医療の高度化のへい害！？ ・介ゴカの低下だけはもっと国の助成が必要でしょう
766	少子、高齢化がさらに進むことで、医療介護費の増大。 老老介護の現状、在宅医療を進めるにあたり、介護者の負担の増大など、考えられる。
767	今までの保健医療制度では対応できなくなると思います。しかし、絶対的に介護のマンパワーが不足するのでそれをどうおぎなえばいいかの具体策は思いつきません。 この人口ピラミッドは、本当にこわいくらいの形です。これに家族形態の変化が余計悪影響を与えているのではないでしょうか。老人のみの世帯など核家族化が進みすぎていることも介護力の低下の一因と考えます。施設にたよるのではなく基本は家族でまず介護できるように介護休暇などの充実を図ることなどで少し follow できるでしょうか？
770	高令化による脳卒中や認知症患者の増加から介護を必要とする人の増加に対して、国の医療費抑制策による、療養するための受け皿となる病床の不足、また介護を必要とする人の増加に見合う介護に携わるマンパワーの不足、核家族化による介護に関わる家族の老令化などさまざまな問題があります。
771	今以上に、施設入所の待期者が増加し、医療機関への入院患者の増加によりベッド数の不足がより目立ってくるのではないかと考えます。
772	働く場所が都会に集中していること。賃金面においても地域格差があるため働く人が都会志向となっている。 高齢者は住みなれた地域での生活を希望するため核家族化がすすみ介護力低下をまねいている。介護力（直接的な）が不足しているのだから、お金の援助をするべきだが親であっても協力してお金を出すということが少ないように思う。自分達さえよければ、今がよければという風潮になっていると感じる。子供をもつ人が働きやすい社会にならなければ、この現状をかえることは難しいと思う。
773	多くが自宅での死亡の場所を希望するにしても、誰が看護、介護に当たるのかが解決していない。また、場合によっては医療施設を選択した方が良い場合もある。特に老老介護の場合はそう感じることが多い。折衷葉を取って時々帰宅しながらホスピスのような施設にも場所を確保するのが現実的ではないだろうか。
774	①今から、高令になった人は大変だと思われます。 ②寝たっきりになる疾患を予防することが大切です。 ③少し乱暴な言い方ですが「この世での命を最高のものこの世の命が終ったら全て終りである」という考え方を改める必要があると思われます。この世の命は仮の住まいでなくなった後に本当の命があると考えたらいいと思います。世間の人はあまりにも地球生命系に執着しすぎる所があると思われます。
775	・介護医療にたずさわる人が少なくなるのも問題だ。 ・少子化の現代、自分達が高齢になると、看てもらう人が果たしているのだろうか、今後の未来が不安である。
776	１．子供を育てやすい環境を早急に整える必要がある ２．子供を４人以上産み育てた女性に年金の支給するなど人口増につながる施策をお願いしたい ３．今のままなら、フィリピン等東南アジアの人たちの介ゴカに頼らざるを得ない
778	高令者が増加し、介護する若年者が減少するため、効率的に介護および医療を提供する仕組みを考りょする必要がある
779	困ります。若い人が増加することをねがいます。
780	核家族化の最大の原因である。高令者と伴に生活さえした事のない人達が介護できるか問題である。 成人病予防をしても人は老化し発病していくもの今の子供達への高令者のふれあいや学校教育の場で高令者、障害者への援助について啓蒙してはどうか。サービス事業者側、医療者も介助ではなく支援をめざすべき行政しっかりして下さい…が一言
781	介護難民がますます大きな問題となることでしょう。もっと医療福祉を充実した物にしないと、生きる事が困難になるのではと思います。
782	介護関係の職員の給料をあげ、雇用をふやす。それに伴う介護報酬のひきあげが必要である。 老・老介護など労動力を創出できるシステムを作る。シルバー人材の活用。
783	団魂世代の高齢化に伴う現象なのでやむを得ない。
784	健康の予防に各自気をつけ社会生活のできないねた切り老人にならないようもっと留意すべき
785	入院日数の縮少により在宅にもどるしかない現実がどんどんふえ、介護力の低下や、経済力不足により、在宅での介護ができなくて困る人がどんどん増える（今現在も大勢いる）又施設入所を希望しても看護レベルの不足により、うけ入れてもらえる施設が少なく行き場所のない人がさらに増加する（ＰＥＧやＩＶＨがあるだけで施設がうけ入れてもらえない所が多い）
786	小子化対策がなされていないことが原因
787	現在でも介護者の負担が増し、生活を脅かす状況にある方もいます。今の現場をこなすだけで、将来に向けて真剣に考えたことはありませんが、ただ、2030 年頃には、現在のような超高齢社会にはなっていないと思います。 食生活や、生活環境の違いが大きく影響していると思うからです。そう考えると、介ゴ者の減少も、そう大きく影響しないのではないかと楽観的です。
788	高令者の増加と介護力の低下から“病める人の難民”が急増していくと考えられる。 できる限り連携と役割分担をして難民の受け皿の体制作りをしていくことが急務と考える。
789	老人が老人をささえる時代が少しづつ進んでいる現在ではある。子供がいても仕事、色々家庭の事、家庭状況により必ずしも子供が面どうみる時代ではなってきている。公的なその人の住んでいる地域での相合支援ができる社会的な支援がないとできなくなってきていると考える。老人でも健康で仕事ができる方々へも何らかの形として支援の参加を行うことのできる様な形を作っていってはどうかと考える。
790	少子化対策が必要。 高令者といっても一率ではない。働ける人には働いてもらいながら、高令になっても住み暮らし続けられる社会に変換することが大切。 そのための社会資本の整備が必要（高令者施設。高令者住宅など） いずれにしても医療や福祉に国の税金を投入することが最も求められることです
791	高齢者を支える、家族の負担増。 介護者、施設の不足
793	夜警国家であり且つ福祉大国へ政治を変えてゆくべき。
794	出産数の増加。 延命治療の停止。 在宅でのみとり。

797	病院将来計画で話しあっている
800	介護難民がでるのではないか？　医療費・介護保険料が高騰し、悪循環
802	過疎地で存宅看護をしていますが、今でさえステーションの人員不足、施設不足、在宅医療に関心のある開業医の不足があり、在宅看護の難しさを感じています。経済的にも貧しい人々が多く、介護費用を抑え生活しようとする為、家族に介護負担がかかり、共倒れしてしまうケースもみられます。 低収入、老々介護、子供に負担をかける事に対する遠慮など現実に多く。田舎で土地、持家があるばかりに生活保護も受けられず困窮されている現状は、福祉の充実とは、ほど遠いと感じ、福祉の量的、質的増加に対する政策を希望せずにはおられません。
803	国はどんどん在宅を進め（勧め）ている様ですが、やっぱりある程度は施設に頼らざるを得ないと思う。
804	国の１つの流れであり、いづれ人口が半分近くになり適正人口にまで復活するのではないかと思います。その時代の実力相応の国力であれば良い。日本の良き伝統と風土を保つ、その上で特色ある生き方をしたい。ただし教育と伝統（歴史、文化）の継続は最低限度必要、必須項目です
805	現在の制度のままでは破綻は必至である。
806	小子高令化の流れは世界的傾向です
807	出生率が低下し、除々に若年者が少なくなり、日本の国がどうなってしまうかなと恐ろしく思えます。高齢者が増加、介護力低下は、若年者が少なくなると、必然的に起こってくることです。高齢となっても介護が必要としない自立した生活が続けられるよう個人が自覚を持って、取りくんでいくことが大事と思います。
808	若年者数が少ないので高齢者の医療（終末期を含め）介護を効率化する必要があることと、施設ではなく、高齢者の住居など社会全体で構造を変える必要があると考える。
809	政府が速やかに対応すべきであるが、遅れている。
810	若い世代の人材育成、介護の現場の魅力を伝えたい。
812	社会福祉の整備が必要「高齢者が安心して暮らしてゆける社会作り」勤労可能な高齢者の把握、労働環境の整備。介護報酬アップして魅力ある職業とすることなど
813	図Ａで、高齢者を支えることと、要介護高齢者を介護することが一緒くたになっていますが、高齢者人口中要介護者はそう多くありません。若年者 1.7 人で高齢者１人を介護するわけではないと思います。その上で確かに介護力が低下するとは思いますが、図１のピラミッドをダイレクトに結びつけるのは不適当に感じます。（厚労省や官僚が一定の結論に国民を導くためによく使うレトリックです。感心しません）
814	人口に関して 　労働力不足、高齢化率の問題より、介護力の低下の対応としてよりいっそう外国人労働者、介護、医療者の受け入れを行う必要がある。 経済（国力）に関して 税収の低下から医療費の増加に大きく国の対策転換が急務中福祉中負担にするのかがまだ見えないので自己努力も含め国民の意識改革が必要
815	いずれ、日本社会が破綻する時がくると思います。もしくは外国からの介護力の輸入でもう少し先になるか…。胃ろうの管理や、高令者への様々な治療の適応が拡大し、介護が必要な人はもっと増えると思います。 　個人的には、加齢で徐々に全身状態が低下し、食べられなくなったような方は、昔のように「老衰」として家で看取ことも悪くないのではないかと思います。が、医者のごう慢と取られかねないので、家族や本人とよくよく話し合います。誘導尋問にならないように説明、相談を心がけますが。 　もっと現状を全ての人に積極的に発信すべきです。一般の人々は恐らく、破たんしてしまってから気づくと思います。
817	毎日の仕事の中でとても身近な問題です。 自分が高齢者になり、介護を本当にしてくれるのかが不安です。介護、福祉サービスの充実にしていかないといけないと思います。
818	・介護保険のスタートから、現在までの状況からみると利用者や介護者の意識が変化してきている。各自が自分の老後について考えることで健康な生活を一日でも長く続けられる様にとの思いはあると思う。しかし、老化と共に病はさけられないので、社会保障に対する安心をえられる様な、国の対策に期待する。
819	・医療費の負担が増加しており、病院等に行くことが困難になっている。誰もが平等に安心して医療を受けられる体制が必要である。
820	現在の医療は不必要な治療が多すぎる
821	人口ピラミッドからも十分予想されることで、国民のひとりひとりがよく認識してもらい、経済的にも介護的にも智恵を出していくしかない。
823	医学、医療の進歩、発展が平均寿命を延ばし、高令者の増加に寄与してまたが、老化という面から見ると医療のみでは何故ともしがたい点がある。自立困難な高令者の介護は各家庭のみでは到底不可能となってくる。（介護者自体の高令化や減少による）今後は施設や地域のコミュニティで支える仕組が早急に必要となる
825	現状に拍車がかかる未来→ゆりかごから墓場まで自然な経過をたどっていたひと昔前の時代のライフスタイルへ、再び変望していくかもしれない…。格差社会で富裕層しか充分な治療は受けられなくなるかも…。従事者の人数と身分を補償し、ネットワーク化をすすめていく必要があると思います。
826	現状を正しく把握し、国民それぞれが、意識して、現状にあわせて変化していかなければならない。
827	早急な対応が得られる一方で、住民の意識改革を進める必要があります。「どう生きたい」のかの自己主張がなければ、下されるサービスを甘受するだけで改革が遅れさざるを得ません。
828	高齢化が進む一方少子化でもあり介護する家族も少なくなっている経済的な問題もあり家族も介護に専念して行くのがむずかしくなっているのと核家族化のため年老いた親を介護するという認識も薄いと思われる 医療介護職にあっては職務内容のきつさに比べ賃金が比例しないため職場離れが目立ちプロフェッショナル育成が困難になってきているので、将来介護は受けられなくなる可能性が強く不安である。
829	認知症、脳血管障害等で寝たきりの人が多くなってきている。自分で食べようとしない人に無理に口に入れて食べさせたり経管栄養や胃瘻をしない方がよいのでは
830	将来に問題や不安があることは事実です。現在 58 才の私としては現状の中でやれることをやるということしかできません。死を間近にむかえようとしている多くの人を効率よく対応していきたいと努めています。
831	今後の高齢化と現在問題となっている少子化は以前より社会問題としてとりあげられていますが、いまだ改善策は明確になっていないのが現状だと思います。自分達が高齢になって、病を患った際に、この現状の意味を改めて実感するのではないかと思い、医療者としての促えだけではなく個人としての不安があります。この背景には晩婚化や女性の社会進出とその保障の不足、核家族化など多くの問題があると感じています。
832	子育ての難かしい社会になりました。地域での子育て（プライバシー、プライバシーと呼ばずに）が出来ると人口ピラミッドも変化し地域での高令者介護も可能となるでしょう
833	原因は １．生活スタイルの変化（晩婚化） 　男：コンビニ、コインランドリーなど利用すれば結婚しなくても不自由は少い。 　女：生活力（経済力の上昇）結婚しなくても生活できる。 　家名を残すなどとの考えがなくなりつつある。 ２．政治の貧困により、子供を育てる環境にない
835	少子高齢化については大変、深刻な問題として認識しております。なんらかの政府の政策を望んでおります。
837	国の思いきった少子化対策が必要である。少子化が進めば、外国人の移民に頼るしかなくなってくる。
840	若い人の人口を増やす必要
841	介護のシステム作り、医療制度についても現実的な対策が急務であると考える
842	現在の状況でも２人の親を同時に見なければならない家族が増えており、老・老介護以上に過酷な物を感じている。国の制策も現状に追いつかない事が多く、現実を知らなさ過ぎると思う。
843	現在 46 才になる私ですが、小中学校の頃より、人口ピラミッドの変動の道は学んできました。この 30 年間の人口予想に対しての対応策がなされていない結果が現在だと思います。社会生活のなかで、身をもって感じている所です。
844	少子化により自分たちが高齢者になった時の子供たちへの負担が心配。できるだけ負担をかけないようにしたい。
845	政府の対応が後手にまわっている。 介護部門、医療部門でのマンパワー不足は深刻
846	病院のベット数不足 終末期専門の施設が作られるか現在、高齢者施設かそれを収容するか 在宅では”みとり”は不可能でしょう
847	少子高齢化がすすみ、年金制度も機能せず、不安だけが大きい。
848	高齢者と同居経験のある若者層も大幅に減少しており、高齢者から生活の知恵など恩恵を受ける体験に乏しい為、高齢者に対する尊敬の念が薄れてきていると思う。 思いやりや熱意をもった意識の高い介護者の育成が困難になっていくと考えられ、質の低い介護を長年受ける事になるのではないかとけねんされる。
850	特に何も思わない。
852	看護師として勤めながら、様々な患者に接する中で、高齢者の増加、独居の増加、家族介護力の縮小を感じます。私はホスピス併設の病院で訪問看護師をしていますが、がんの高齢者（80 才以上）が増えている事を痛感しています。ホスピスを望む方も増え、ほぼ満床の状況の中、入院できない方は、一般病院に流れていき、望むような最期が迎えられているのか疑問を感じます。
853	社会的な資源としていかに高齢者の能力を活用するか充分に検討する必要がある
855	現在の介護保険制度では、質の高い介護サービスを維持していくのが不可能になる。保険料の見直し等が必要になるが単純に保険料を引き上げると高齢者の負担がより大きくなり介護保険制度の仕組みが破壊する恐れがあり、介護保険の枠に囚われない、多角的且つ包括的な社会制度の整備と見直しが必要になる。又、2030 年には 20～64 才 1.7 人で高齢者１人を支える計算となる事より、若年層の介護および介護保険制度等に対する知識・技術をある程度身に付けておき、厳しい現状を把握しながらも高齢者を支えていこうという心構えも大切になってくる。全国的に中学や高校の授業の一環として介護について学ぶ時間を少し作っても良いのではないかと思う。
856	国の施策の問題と思う
857	介護スタッフの報酬をあげる。又は、海外からの介護スタッフを補充する高令者の介護予防を推進する。
858	私は現在 61 才で、特養 60 人、グループホーム 45 人、在宅 40 人の高齢者の診療をほとんどひとりでやっています。あと 10 年くらいはやれると思うが、若い人で在宅医療に関心をもつ人を増やす必要がある。医師ばかりでなく、看護、介護なども人を育生していく必要がある。
859	医療崩壊・介護崩壊と言われて久しいが抜本的解決のためには社会保障をどうやって維持していくか考える事が必要。 特に核家族化、個人社会化が進み、地域社会の互助機能が失われていく中で社会（国）がどう支えるのか財源も含めて考える事が重要と思われる。
860	困った問題である。
862	基本的には育児を困難にしてしまった政策のあやまり。（現状での回後にきわめて困難）また社会的入院と線して、受け皿をつくらずに（不作為の犯罪に等しい）、■■病院を潰してきた厚労省の責任は重いがはっきり言って国民の大多数が“バカ”と言われてもしょうがない民度である。 　現在の日本の人口は、はっきりいって多すぎるのであって、これは適正な人口への過渡期とも言える。ただし、この間は移民を応用してでものりこえないと物理的にムリ。
863	高齢者の問題を考えるといって高齢者にばかり目をやっては何の問題解決にならないと思う。 もっと支える人を増やすことを考えないといけない。それには、出生率をあげること、もっと子供を育てるのに優遇することが高齢者の解決になる。あまり、老人を差別し、手厚い援助のしすぎだと思います。病院代も皆、おなじ３割、子供は無料にしないと必要以上のクスリ、治療を行い、かえって苦しめることになっていることが多い。ある程度自然の治癒力が必要ではと思います。
866	多くの方々が不安をもちながら生活しており介護保けん・年金・医療保険などなど行政的な対応が重要となっていると思います。
867	問題ではあるが、ピンチをチャンスに変える発想があればのりきれる。
870	対策を立てていかないと、将来的には、高令者を介護することが困難になる時代が来ると思われるので、早めに手をうつべき
875	在宅のみで老人の医療を支えることは困難です。訪問系と在宅系をミックスしたような、形態が必要と考えます。小規模多機能型もその１つと考えます。訪問看護、デイサービス、訪問介護、ケアマネと在宅医療をミックスしたものです。ショートステイも出来るようなものがベストです。ターミナル、ホスピスにも対応可能かもしれません。
876	団塊世代が高齢者になる今後、在宅・病院や施設などいづれもそれを支えるサポート、システムの整備がとても重要だと思う。人が人を支える基本的考えが見直す必要がある。
877	少子化への対策が必要であるが、海外からの人員派遣に力入れる必要ある
879	入居施設が必要
880	人口減少　　18才までは全額学費補助とか、子供の数に応じて年令が上がるにつれ食費の補助をするとかとにかく、いかなる収入の家庭でも子供が生れれば、国の力で育てる法律があっていいと思う。 高齢者の増加　　これは仕方ない（その年代に一度に生れているのだから） 治らない人の増加　治療に上限を決め、薬とか検査、機器にて無理をせず、あきらめも必要。

	介護力の低下　若い介護人がいちばんきついきたない。介護を生活のためにしている現状であり、もっと家族介護に対し理解と補助金を出して、できれば家族介護が、昔のようにできればいいと思う。40～50年前は、生活は苦しく不便でも、老人も一緒の家庭があり、皆で助け合い支えあっていた。
882	当然何らかの対策が必要。特に政治的な対応
884	個々人のセルフケア能力を最大限に活かし、寝たきりの高齢者を最小限にできるように支援していくことが必要。又、在宅でも充分に疾病を持ちながら療養できるような環境調整が必須であると考える。
885	現在でも老老介護、一人暮らしの方が多く、住み慣れた自宅で暮らしたいと思っても入所しなければならない。又、入所したくても施設が常に2～3年待ちの状態で一人一人がその人らしい生活を送ることが難しいのに20年後はどのようにどのような場所で生活できるのか不安が大きい
886	2015以后、今以上に深刻な状況が到来する事が予測され医療や介護及び生活等に関するあらゆる体制の見直しと強化を早期に実行すべきと考え、それぞれの事業所単位、職能団体、行政そしてそれぞれが1つになって対策を練る必要があると考えます
887	ますます在宅医療の役割が重要となっていくと思われます。
888	短期的な解決策はない。姑息的な方法では改善しない。
889	人口の減少、高齢化の増加、介護力の低下により、今後ますます家族や医療、介護職者への負担が増大してくると思われます。医療、介護職者及び医療、福祉施設、在宅等の環境の充足ができたらと思います。
890	今後、65歳以上の方の在宅支援と同時に子供を産み育てやすい社会環境、子育て支援が必要と思われる。又、子供の人数（出生率）をあげないと、問題は深刻化するばかりで改善は見込めないと思う。
891	今後益々介護の需要が高まるだろう。我々の住宅過疎地では今からピークに近いといわれるが、施設介護の設備が不十分な都会でおこれば、どうなるのだろう
892	高令者に対する高度医療の適応がどこまで許されるか。経済・論理両面からの問題が課されている
893	医療介護に必要な費用はより増えてくる。国民が幸せな死を迎えたいのなら公的資金をより多く必要とすることは自明の理である。(個人的には無駄な特定の人間を利するだけの公共事業をやめれば充分まかなえると考えている。) 在宅医療の推進は良いが、入院費用をへらし病院をへらすロ実のためのものであれば国民の不幸にしかならない。在宅医療の整備とともに、それ以上に入院、入所設備、人員の整備が必要である現在でも不充分であるのにそれをへらすのではなく増やすべきである
895	政府の低医療・福祉政策の抜本的見直しが必要である
896	最大の問題点は昔の大家族制→核家族化しており独居あるいは高令世帯が増加していることにあると思います
898	少子化を改善するためには安心して子供を生み育てる事ができる環境や、仕事をしながら子育てのできる環境、整備が必要であると思う。そうでなければ高令者は増加するが介護力の低下は解消されないと思う
899	不況のため就職できないと世間ではいっているが介護面での人材不足は明らかである。将来をみこした政策が不可欠であると考える介護職の待遇の改善、質の向上のための研修等急務だと思う
900	生活環境の変化により高齢者の活動性も上がっている。人口構成の変化もあり65才以上を高齢者と区切るのはいかがなものかという気持ちがする。活動性の高い65～70才の方々には支える側へ加わっていただく必要がある
901	思いやり恥の欠如欠陥人間が行政を担当する、指導看護の教育的欠陥の結果である。
902	高齢者の増加は逆らえないことで仕方ない。人口の減少は、出生率が2.0強を維持できていれば問題ないが、現在の1.3程度は非常に問題。治らない人の増加・介護力の低下も仕方のないことであるが社会全体の仕組みを経済成長型から維持型に変換する必要がある。
903	当然予測されたことで、国が介護対策をしつかり行う必要がある。 現実に老々介護の状況を診ているが（老）である介護者が元気なうちはよいが、本来介護が必要な（老）が介護の中心にならざるをえない現状は見ていてつらいものがある
906	あまり長生きをするものではない。寿命というのも考え、必要以上に胃ろう等を作るべきではないかもしれない。
907	人口動態なので受け入れるべきと思う
908	マクロな意味での人口の増減は行政的な現象であり、それを地域社会でどう受けとめるかは、パーソナルな心の問題も含めて、皆で考えるべき事だと思います。 虚無的な考え方よりも、それぞれが前向きにとらえていくべきだと思っています。
909	現状以上に未来は相当厳しいと考えられる。高齢者の増加や人口減少はとまらないが、その中での介ゴカの上等、増加を検討すべき。但し、その方法はわからない。
910	日本は、長い間“家”制度のもとで長子が老親を介護するという形態が根づいていたが近代日本では急激な少子高令化が進み、高令者の介護を外部機関である保健・福祉サービスに依存していかなければならなくなった。しかし、それも不可能な時代がくるのではないかと考える。
911	日本の医療や年金、更には国力に至るまで大きな問題をつくるだろう
913	この先、高令者が高令者の介護を行うしかない状態になり労働年令の人々にかかる負担も増え社会保障がどうなっていくのか心配です。
914	すでに知られている事なので、特別の感想はないが、これの対策については、画一的なもので、地方と都市の差（地域差）などが十分考慮されていないのが問題点と感じている。
915	大きな問題であり、国として対処してもらうしかない。
917	運命である
919	少子高齢問題は深刻である。
920	高齢者が昔に比べて長生きしていることはいいことと思いますが核家族の世の中のため1人ぐらしの人や老人ホームに入っている方が多く手がいる方が多くなっているように思う。その反面世話を行う側が国からの支援（お金も含め）が少ないためなりたがる人も少なく、またなっても過重労働のため長続きしないという現状があると思います。
923	介護力低下を補う社会資源（ヘルパー、通所事業所）の多様化が進むのは良いが質の低下も問題である。 訪看も高度な技術を持つものと、持たないもので二極化が進んでいるため淘汰され資源の枯渇につながるおそれがあると考えられる。 介護力、技術力を高めるための研修等の充実が望まれる。
924	現状のマンパワー及び施設数、高令者住宅数では将来の高令者を介護看護する事は不可能であると思っています。
925	少子高令化と云われ20年位たっているが国の無策が一番腹が立つ
926	高令者どおしで、支えあって生活していくことを考えていく必要があると思っている。若い人は、自分達のことで精一杯である。ケアホームや、グループホームの様な所がたくさん必要
928	将来が不安である
930	このままでは今後20～30年の間は医師にとっても患者及び患者家族にとっても不幸な時代が続く
931	少子高齢化の進展により、医療の介護の必要な高齢者は今後間違いなく増加するし、それを支える若年世代は減少する。社会保障とは、国民が安心して暮せる社会づくりがその目的であり、国策としてより一層の充実を図ることが責務である。まず必要な財源の確保により、そこに従事する人材の確保であろう。
933	高令者が増えることももちろんですが若人が少ないということは2030年に日本がどうなっているのか予想できない生活をはじめ社会不安がある。 （出生率を上げていくしかない。 保育所がないから働けないナースは多い。 道路や箱ものを作っている場合ではない。 食べるものがあるのか2030年に安全な食料がどこから輸入できるのか）
935	人口が減少し高齢者が増えれば、同時に元気な高齢者も増える。介護力の低下をおぎなうには、元気な高齢者を活用するしかないだろう。 定年者の介護教室などを義務化する必要がある。介護ヘルパーを増やして、元気な高齢ヘルパーが定年後の就職に困らない様になれば、高齢社会を支えられると考えます。
936	30年後くらいから、高令者が占める割合は減少していくが、これから約30年間の少子超高令社会の高令者を国全体でどのように支えていくのか。大きな課題である。介護力の低下を補うために外国人労働者の受け入れが増加した場合のデメリットを充分検討してほしい。
941	大変な時代になりそうだ！
943	当方過疎地のため充分実感しています。
945	子供を作れる年令の方が出産育児を希望しない為 その原因としては、①子供を産み育てる経済力がない。②経済力があってもその負担よりは個人又は夫婦の仕合わせを優先する為③生めよふえよ、地に満ちよと聖書は教えてゐるが、之に従わない場合人類は亡びると思う。④従って生む希望を人は持つように創造主から求められてゐる。それに従うことは困難も伴うが人間の支合わせが結局は補償されると思ってゐます。だから個人も国家も生む為の努力をしなければならないと思います。国はその為の環境を整えることが一番大切だと思います。
946	先が不安になるので何とかしなければと思う
947	今でさえ、病院で高齢の患者が多く、その人達に満足のいく、医療が提供できていないように思います。それが今以上に悪い状況になっていくという事を思うと、病院としてその時に機能しているのかどうか心配です。
948	65才で区分することはない。現在70才でも元気になって来てるので70才又は72才で区分する様社会の概念をかえていったらどうか
949	核家族化により、在宅では老々介護されている方が多い。その為、自宅での生活を続ける為に、訪問介護など居宅サービスを利用し続けようとするが、現在の介護保険にも、様々な矛盾もあり、全ての方が使える訳ではない年金金額の減額など。
951	今のままの方法では、国家がつぶれる。
954	ここ2、3年で独居療養の患者さん（生保含め）が増加しており家族がいてもキーパーソンになれない。医療・介ご者泣かせのケースで頭を悩ませている→これからこの日本はどうなるのか！！恐ろしい時代がやってくると震えます。 ・人材確保のための給料、待遇改善のためには、税金投入で底上げをしなければ成り立たなくなると感じています。 離職率は高すぎます。 ・家族、地域コミュニティーの再構築が必要（一人ではお墓に入れない）お互い様、お陰様と精神的にもゆとりが必要と感じます。
955	男女平均寿命がこのまま延び続けるとは思えない。老化の全てを疾患としてとらえ過ぎてはいないか？維持・管理が必要な疾患は、治らないとするのか？老衰という自然死があってもいいのではないか？年令によっては医療的対処法を変えなければならないのではないか？（例：透析導入） 以上の問題点をどう方向付けるかによって、シュミレーションも変化する可能性もある。
956	家族による介護の限界より地域での介護が必要
957	今後を考えると深刻なのはわかっているが一人の力ではどうにもならずやはり、団体的な力が必要であると思う。各自治体や国レベルでもっと真剣に考えるべき。
958	小子化対策や介護保険の改善は政治的に介入すべき内容が多いと思われるが、現状は遅々として進まない状況であると思う。この政策に対し一医療者が行えることは少ないと思う。
959	元気な高令者の割合を増やす必要がある。
961	先の不安は大きいです。人口増加がなければなかなか解決は難かしいと思われます。
962	早急な対策が必要と考える。
963	病院に入院する高齢者が増えるが、退院となった時自宅へもどれない人が増える。 療養型病床が減少する政策と上記の状況により介護難民が、増えると思われる。 ・ケアハウス ・グループホーム ・老人ホーム…状況に応じての社会資源の活用が必要となる
964	少子高齢化の現状はこれからどんどん加速してゆくと思われます。夫婦出生力の低下、死亡率の低下、平均余命の伸長、核家族化で子育て機能や介護機能が低下 今後それらの政策が急ムになってくるでしょう、 子育て家庭や、一人暮らし高齢者への支援、地域社会のあり方現状を見すえ、未来につなげるよう社会全体の問題として考えてゆかなければならないでしょう
965	少子化対策も他の政策と同じく、場あたり的で、補助金を出したら子供が増える時代ではない 死亡はしかたがない
966	これらの現状は最近判明したことではなく、少子高齢化は以前から予測されていたことである。対応が追いつかない程のスピードで事態は悪化していると考えられる。家族の形態の変化や経済状況などあともどりできない現象や教育など効果が出るまで時間のかかるものには解決の糸口を見い出すことはできない。
967	1）元気な老人が元気でない老人を支える仕組みが必要 2）その為に老人が助けるシステムの構築も必要 3）そろそろ合法的な労働力の輸入を認める体制を始める必要もある。
968	家族介護から公的介護保険制度が発足し、社会的介護へと移行しつつあるがまったく不十分である。国、厚労省が社会的政策として打ち出さないと医療や介護の崩壊は訪れ、在宅死するのみの難民が増加するものと思われる。
969	医学の進歩、世の中の進歩による現象であり喜ばしいこと、としなければならない。

	政治の問題である。
970	戦后、平和が続いた結果。北欧の事情が参考になる。
971	①1990 年代から、現状把握をしていながら全ての面で対策を怠った厚労省、政治家、内閣の責任は重い。 ②財政ありきの社会保障対応の遅々たる状況に憤りを覚える。 ③「グチ」バカリを言っても仕方がない。前向きに考えるには、社会保障費の財政確保かまず第一の課題である。 　財務省の予算の振り分けに対する、厚労省の働きがけが上記の改善点の根本となる！！ ④極端な言い方で申し訳けないが、お金があれば全て、解決する！！
972	これまでのように手厚く高齢者を支えることはもはや不可能である。生産年齢の者のうち働いているものをふやし、公共投資をへらして社会福祉支払いをふやすことも必要である。
973	在宅でのうけ皿不足は必至でしょう
975	・高れいになっていく者としては不安になっていると思う。 ・今のうちに少子化の体制に力を入れ助成して行く方法を国に働きかけた方がよいと思う
976	小学校の頃から言われているが…自分のことは自分で守らなければならない？
978	在宅をすすめる以外に、手はないさらに医療費をふやすべき外国人でも、医療職を受け入れるべき、小子化を防ぐよう、手当てを孝ずるべき
979	先が不安
980	現状ですら介護力、マンパワー不足を感じており、30 年後は想像も出来ません。
981	政策の転換が必要
982	いかに努力しようとも介護力の低下は避けられない。在宅で介護する力はなく、在宅介護はあきらめる方向で準備するべきである。即ち施設介護に向うべきである。しかし施設介護に十分な介護を要求すべきではない。施設にランク付けし、A、B、C、D、ランクの低い施設に入る人は収容所に等しくともしかたない。上位ランクの施設は自らの資力をすべて自らの介護にふり向け子孫に遺産は残さない。 残酷な考えだがこれ以外方向はないだろう。映画アマデイスの最終場面を御覧下さい。あの廊下にいる人たちの姿、あれが最下ランクの収容所の姿になるでしょう。
983	人口の減少に伴いながらも中高年が老人をささえていけるのか不安である。
985	社会、仕事、家庭とに頑張ってきた高令者～老後、障害を得てしまった後の人生を支える政策、文化、地域の力量について、日本はいずれも乏しい、貧しい国だと思えます。自らがそうした世代であり、そうした日本において老いていくことに強い不安を感じます。
986	この現状の社会のままでは社会保障は破綻すると思います。予防に力を入れ、元気な高齢者を増やし、生産年令を高齢者にまで幅を広げることが必要である。
988	現状（医療、介護）ではちまたで言われている高令者の独死、介護難民医療難民が増えていくのではないでしょうか？
989	今は 70 才前半までは高令者とはいえなくなってきているのではないか。
990	より介ゴ力の低下が顕著になり在宅医療が困難になるが医療施設で、在宅不可能な方を受け入れることができるのか疑問。又どういう形をとるのがいいのかもよく分りません。老々介ゴは大変です。
991	将来の危機的状況を現状から対策が必要である
992	高令者の増加、医療の進歩により治らなくても生命の維持ができる。しかし、病院や施設に入る事は難しい、自宅での介護も人がいない。外国からの介護の手を借りる事も仕方ないのかもしれませんが、できれば自分たちの事は自分たちで何とかしたいと思います。介護状態にならない様にする事がやはり重要だと考えます。
993	少子化対策の強化、難民の積極的受け入れ等云われていることをする必要がある。
995	介護を社会的にささえないと家族では無理日中、元気で働いていないヒマな人はいません
997	現在は年金制度も一応充実しており高齢者も経済的に自立し、介護サービス等も利用出来ているが今後高齢者の増加とともに年金制度の崩壊の恐れもあり経済的に苦しくなり、十分な介護サービスが受けられなくなる懸念がある。つまり一部の経済的ゆとりがある人しか質の高い在宅生活は出来なくなると思われる。また現在は家族が在宅生活を支えている面もあるが、配偶者の高齢化、核家族化、独居世帯の増加が進行し、家族力というものが難しくなっていくと思われる。 以上の事から今後増々在宅介護というものが難しくなっていくと思われる。現在の在宅生活を支えていく為には介護サービスの充実はもちろんの事今後増加していく思われる高齢者の経済的自立も維持していかなければならないと思う
998	介護医療の経済基盤が低い（弱い）
999	医療、福祉、介護部門を産業構造の１部門として発展させる ・人的増加による内需拡大 ・機械工学の発展→輸出　ロボット、ベットetc の介護用品 ・薬剤の先行投資　アルツハイマー、パーキンソン etc ・介護のモデルケースの供有化と世界のモデルとなる方法の考案
1001	高令者の増加、家族構成の変化（核家族）のため老老介護が多介護力の低下が問題。居宅より施設介護が効果的と思われる。
1002	事実としてうけとめ対策をとる以外にない
1003	生きる場所、死ぬ場所の確保が難しい（手助けが必要になったときにどうしたらいいのか不安である）
1005	介護力の低下が問題だと思う。（介護職の）介護者に負担がかかってしまい、離職する率も増えるのではないかと思う。少子化対策をし、介護者の確保をしていくことが必要である。
1006	高令化、介護力の低下で明るい未来がみえない現状、支えるべき人口の増加のための対策も必要。看護、介護力不足に対する抜本的対策をしていかなければどうなるのか…
1007	国がどのような対策を考えているのかを早く知りたいです。又、自分達ではどうしようもないことなのかと考えています。
1008	病院や特養等で死を迎えるには病床数が絶対不足です。自宅で死を迎えたい人達が増えてきております。在宅療養を支援する診療所の役目が今後増加するものと思う。
1010	介護を、国民全体でもっと考え（例えば義務教育に介護技術や概論を教えていく等）任っていかなければと思います。
1011	医療と介護保険だけでは今後高齢者を支えきれないのは明らかであり、国の施策だけでなく地域の住民と行政が一体となり真険に取り組んでいく必要がある。
1012	在宅療養する中では家族以外のサービスを充足して本人が人間らしく最期まで過せる様サポート体制の強化が必要になってくると思われる。現実問題サービス利用にあたり金銭がかかる事は必須にてそこの問題を解決しなければ、トラブル（介護疲れにて殺人におちいる）を招いてしまう事も少なくないと思われる。 　外国の様に税金を増して安心して福祉、医療をどんな人々も受けられる様にする事が大切ではないかと思います。
1014	この頃の医療、介護だけではなく、生活の質についてもとても不安である。どの様に終末をむかえるかは、どの様に生きて行くのかであると思うので現状とは考えられない様な変化がない以上介護保険どころではないと思います。
1015	由々しき問題である。北欧をモデルとした福祉政策をとらないと大変なことになる。在宅で介護するにも介護人がいなくなる。
1017	医療難民という言葉を良く耳にするがそういう時代は遠くない。医療を受けれない、介護者がいないという状況で途方に暮れる人々が確実に増加する。介護保険制度で訪問看護訪問介護利用する人々は増えているがまだまだ十分な利用も対応も出来ていない。
1018	核家族化が進み、老々介護だけでは限界がある。社会・地域でこれからの介護を支える仕組みが必要です。
1019	・今現在の高齢者は、粗食の時代に耐えておられ、体が丈夫であり、長生きである。それに対し、飽食の時代の人は、生活習慣病やストレスに弱く、病気傾向である。 ・出産したくても、出産後に預けられる所が少ない事が安心して出産できる場の減少に伴い、出産が減少している。
1021	対策が必要と考える
1023	大変になるなと感じる
1024	社会全体として今までの人間のおろかさのつけがめぐってきただけと思ってます。
1028	自分自身高齢者と同居しておりまた同胞もない為将来に対し漠然とした不安を抱いています
1029	今後の人口の変化を考えると将来が心配されます（国家的な対策が必要です。
1030	社会全体で支えていくシステムづくりが必要と思われます
1034	福祉、年金制度の崩壊は目に見えている
1035	北欧等の高齢化社会がすすみ福祉体制が充実している国をモデルにし、日本も国をあげて早めに体制を整える必要がある。
1036	介護力の増加 即ち介護者をふやす。 在宅医療の徹底 即ち在宅医療の人数、治療費の増加にもっと力を入れて貰いたい。
1039	介護保険などの財源も不安になってくると思う
1040	就職難民が数多くみられるこのごろで大変不安です。高齢者を支えるというより、支える側の私達が倒れるか国の支援が必要な状態だと考えます。子育て支援、教育費や保育の問題を解決しなければ出生率は up しないし、消費税を上げてでも（国がそれだけ保証してくれるなら）対策に取り組んでほしいです
1041	介護保険の財政危機、介護保険のマンパワー不足により介護保険事業の破綻を来たすと思う
1043	高齢者数を変える事はできないが、介護必要者数を変える事は今后の努力で変えられる。
1044	在宅で病人の介護をするのは難しくなると思う。
1046	外国からの介護協力を得るのではなく潜在看護師の開拓や介護職員の給料ＵＰなど真剣にとり組むべき時にも関わらず対応が遅い。年金の問題も含め日本の将来はまっ暗である。
1047	人口の減少→高令者を支える人口の増加…少子化対策 働く女性への支援　｝国の政策。 高令者の増加　医学の発達、研究 治らない人の増加　→社会保障の充実　｝国の政策。 介ゴ力の低下　（→お金の確保どうするか） 国の政策、国の責任も当然あるが、個人個人が幼少時より将来を見据え、よく死ぬこと＝よく生きることを考えられる、訓練、教育が家庭内でも必要。必ずやってくる死について、人事ではなく自分の問題として考えられる社会づくりが必要。
1048	どう展開していくのか、どうしたらよいのかよくわからない。今の経状況では、今日、明日の生活、生きる事が大変なのに大変な時代がやって来ると言っても、知っていても今の事で精いっぱいなので、ゆっくりこれからどうあるべきか考えたいと思います
1049	医療、介護には経費がかかることを国民に認識してもらい、総医療費、介護費用の枠を大きくする必要があると思う。又、その為の老後設計を考えなおし経費がまかなえるよう配分出来るようにしておく。若い人の負担が軽減出来るよう老人も応分の負担をすること（費用）若い人の負担軽減の為働ける老人が要介護者を面倒みていくシステム作りをする
1050	出生率がのびなやんでいるためしかたがない
1051	老・老介護といわれるように老年者が老年者を介護する割合が増えてくると予測される。若年者が生涯のうちで介護に占める時間が増えてくる。介護する側、される側双方に負担が大きいと思われる。
1052	今後、世の中はどうなってしまうんだろう、と不安に思う
1055	対策がおくれている。医師の養成、施設の整備（特養 etc）のおくれが典型である。政治の責任。
1056	核家族化が進み、子供の数が減り、全体として介護力の低下がおこることはどうすればよいのでしょうか…社会全体の変化が必要なのでしょうがよくわかりません
1057	日本国の体制による結果だと考える。国の政治家の方々が自分達の事だけ考えているためどうにもできない現状となっているのではないでしょうか。自分たちがまいた種であり、しょうがないと思います。
1060	現在の医療制度も変革を繰り返していますが、やはり、関係者の意見や患者様、御家族の声（アンケートでもＯＫ）をしっかり聞き受けとめてもらって、常に変革が必要と思います。特に介護保険の行く末にはとても危具していますが、家族のあり方など問題がありすぎて、小さい頃からの教育を何か、考え直してゆく事も必要なのではないかと思ったりします。（社会的問題を考えないとこの現状は改善できにくい）
1061	日本は亡びるのではないかと不安
1062	今後高齢者比率が増々増加して行く事が、熊本県からも発表されており、医療、介護ともベット数ならびに介護者も不足する事が出てくるものと考えています。しかし、国の施策等にはなかなかこれといった決手となるものがでてきません。地域の医療、介護を考えるなかで、現在、あまり良い改善はみあたりません。
1063	看取りに関して文化としての再興が求められている。世代間の共有（子や孫へ）も重要であるが、血縁ではなく（地域で看取る）ことも重要であろう。（外国人のＮｓが介護士も必要で「文化の交流」としてとらえるべきである
1064	予防医学、健康維持、生活習慣病予防、健康増進活動の推進の必要性生涯通しての生きがい作りが大切と痛覚いた

	します。また文明生活に頼りすぎず、自然に即し、自然とともに共存することも大切と存じます。
1066	地域保健、医療、福祉計画が生活圏域に密着した具体的なものになる必要がある。 各居住区域に保健の拠点医療の拠点福祉の拠点がありコア組織が個々別の事例をもとに知恵をしぼる事。そこに組織運営の経費を予算化する事等が確立される必要あり行政計画と地域の活動計画が確実に連働する為の取り組みを進める必要が急務だと考えます
1067	高令化に伴うさまざまな課題に施策が追いつかない状態です。 介護、支援する側のマンパワー不足が、これからますます増長されるのではないか。
1068	高齢者が増え、それを支える若い人の負担増え、年金がもらえないのではと不安です。 もちろん介護する人はおじいちゃんにはおばあちゃんと若い人の協力を得るのが困難となり、ますます住みにくい世中になると思います。 在宅で看取る事を望んでいてもますます出来なくなると思います。
1069	厚労省の予測より実際の方が早く進んでいる印象があるし、地方ではさらにその進行は早くむしろ'30頃のモデルのような気がしている。
1070	国の政策として、小子高齢化対策と高齢者の医療、介護対策をしっかりと打ち出し、国民がよい方向にいけるよう配慮してほしい。特に小子化に対しては、手当てを増したり、いろいろ対策はあると思う。 また、死の迎え方も高度医療をどこまで望むのか、ある程度のラインを引く必要があると思います
1071	とても危惧しています。なにか対策を考えていかねばならないと思います。
1073	ステーションの利用者は、Ｆａが介護されているが、共に高齢になって行く為この先、病院、施設利用が十分考えられると思います。食生活、運動、など成人病予防、など、病気をつくらない努力が必要と思います。
1074	現在でも在宅生活を維持しにくい理由に、介護不在がある。今后増加。入所施設が不足。高令者はどうすれば良いか、要介護者を抱える人の生活の保証は？自己責任では対処しきれない。
1075	社会的な支援態勢の強化の必要性。 国の問題としてもっと重視して考慮頂き、法律として保護されるものを認めて欲しい。
1076	私は独身です。未来についての希望はありません。３年前に癌になり現在も内服薬（抗がん剤）を服用しながら働いている。なるべく人にめいわくかけることなく亡くなることを祈りながら生きている。
1078	高齢化社会が深刻に進んでおり、介護される人が介護する人を上まわり、現状のような介護体制では超老老・認認介護が今后あたりまえになると考えらかなり先行き不安を感じる
1079	出生率（数）の低下 その原因として　女性の社会進出 勤労女性の子育て問題 医術は進んだが　肉体的半健康 精神的老化　　の状態で生き永らえているのかもしれません
1080	この現状に対応できる国を作るべきで、介護と医療に国費を投入するのがあたりまえ。 国民ははらった税金にみあう医療しかうけられません。 役所を含め、シンプルで低コストのシステムを作るべきです。
1081	少子高令化のため、介護を必要とする高齢者の増加と介護を担当する人員の不足は避けられない。また、生産人口の減少のため医療にかけられる費用も減少し、高度医療の恩恵にあずかれる患者数も減少していくであろう 老老介護の増加、介護療養施設の減少も近い将来問題が更に大きくなるだろう 我々のできることは予防医学で生活習慣病の発症・進展の予防と家庭医として介護が必要となった患者となるべく在宅で診て、入院が必要な状況にならないよう悪性疾患・感染症等の早期発見・早期治療に努めること位であろう。 海外からの介護従事者の増加は財政的問題や移民・犯罪等の問題の危惧が解決されないと安易に賛成できない。(むしろ国内派遣労働者と介護職に活用できればよいように思う)
1082	介護の手は必要となるため、外国人の手もかりてゆくことになると思う。
1083	老老介護になってきており、在宅では困難、病院、施設も順番がこない等、厳しい状況になっている。在宅で往診をしてくれるＤｒが増え、訪問看護を利用できる様になればいい。訪問看護を知らないＤｒ・病院ナースが多い様に思われる。
1084	医療・介護・福祉の充実が必要。保険料等を検討しなければいけない。
1085	少子高齢下対策はもちろん、在宅医療も必要だが、まず、介護施設で少人数で介護していけるしくみを開発すべきでしょう。 今のままでは、老老介護や介護者への負担、施設従業員への負担は増える一方です。
1087	将来、高齢者が多くなり、介護者が減っていくため、介護者ともに、供倒れになってしまうと思う。(高齢者が高齢者を介護する将来になると思う)
1089	医療が進歩しているが仕方ない事だと思う
1090	不安に感じている。
1092	サービスを充実し、高齢者の生活を支えるシステムの強化が大切である。
1095	今から 30 年後我々は 80 代。現在の取り組みが盤石なものになっていればよいのですが…現在の医療従事者は、今の高令者・末期癌患者の事で手いっぱいです。我々の世代、またその先の世代が「生き方の支援」を受けられるよう後進の指導・教育を、どのように確立していくかが今後の大きな課題の１つだと感じます。
1098	高齢者の増加、少子化によってバランスがくずれてしまい、介護力の低下は今の現状からしてすでに始まっていると思われます。これからさらにすすむとなると、大変むずかしくなってしまうため、政治の面でも支援をすすめてもらいたいと思います。
1099	介護力の低下には、少子化や核家族化が大きく影響を及ぼしていると思うがそれに加え若年の病気も増えている為、“親の面倒を子供が看る”という時代ではなくなっている。だからといって介護という問題をサービス事業者に全て任せてしまうのは疑問である。家族が介護を放棄しなくて済むよう、受け皿が充実していれば良いが金銭面の問題も関わってくるのでなかなか難かしい。
1100	社会情勢から女性が働くようになりその中で出産・子育がむずかしい環境で少子化になり、医療の向上で高令まで元気でいれるようになりました。でも、元気に長生きでない方もただ延命にするための処置を続ける事は生命をどう考えるかによるのかなと感じています。
1101	外国からの介護者の導入も仕方ないのかと思うが、モラル、宗教、環境などハードルが高いと思う
1102	問題である
1103	少子高齢化社会の解消においては、子育て支援の施策をもっと積極的に行うべきである。また医療の進歩により、以前は亡くなっていたケースも重度の要介護者として生活するケースが多くなってきた。若い世代は就労があり、日々の介護まで手が回らないのが現状である。介護保険だけではなく、障害者の在宅サービスの充実と施設の増加が期待される。しかし、今後人口の減少により施設が余ることも予想され、その利用方法の検討も同時に必要と思われる。
1104	・高齢者の定義を 65→70 才に引き上げて、統計処理をした方が良い（平均寿命の延長） ・介護の社会化を国全体でもっと推進するべき。 介護保険制度導入時は、理念の一般普及が多かったが、現行では規制が厳しく、高齢者が生活していくには困難である。 ・介護職の生活保障と資格整備が必要
1105	老々介護・認々介護の増加が心配
1106	出生率の低下等に伴い仕方ない面もある。今後病院の入院在院日数も減らされ各家族では自宅療養するのも介護者が不在という所も増えていくと思われる。 制度に頼るにしても介護保険では限度額以内という壁もある。 結婚しても子供のいない夫婦や、また未婚の人が増えればさらに高齢者の比率が高まる。夫婦２人の場合、必ずどちらかが後に残る（平均寿命でいえば女性の確立が高い）為、残った者は介護者がいない状態で全ての介護を他人のサービスを利用しながら生活していかなければならない。
1107	現在職を離れている有資格者が、パートでも働きやすい場や、各病院・施設でも研修を行等工夫する。在宅の方でも介護ケアの技術を負担なく身につけられるように指導する。 子どもの医療費や育児費用の国の負担。
1108	認めたくない現実です。少子化対策、医療職・介護職の待遇改善等地域での取り組みが重要。又、国、県、市町村の制度改革等利用者負担に関する事も重要かと思います。 個人的には現段階から死、死んだ後まで自分でプランを立て、まわりの人に示していく。そんな風に考えています。
1109	・結婚について真剣に考える時代に対策がなされなかった。 ・子供を安心して生み育てられる環境を整えると共に適齢期の女性に妊娠できる時期や高令出産のリスクを学習させるべきだと考える。芸能人が 40 台で出産をすると、いつまでも子供を生めると感違いをしている人が多い。 若い人々に期待する。
1110	医療の高度化で「治らないが生存している人口」が増えて、核家族や少子化が増えて高齢者だけの家族が多くなっている現状、老老介護も多い。 納得のできる最期を迎えられる方が多くはないと思う。
1111	早急に社会で支援していく方法も、より具体的にしていかないといけないと思われる。 現状でも在宅での支援にも限界がでているように思う。又、格差は明らかなものと思う。
1112	医学と保健衛生等の進歩・充足に伴い平均寿命が延長し、晩婚化リンクス思考、経済発展に伴う女性の社会進出、核家族化等に伴い子供を持つ事を第一義としなくなった事で少子化が進んだと考えられる。子育て一つにとっても、コミュニティの親密な時代（戦後～昭和 40 年代位）では、近所の人達に助けてもらえたり、大家族の中で育つという事もできたが、今は、コミュニティが稀薄となっており、家族関係さえ変化してきている。子育て支援等かなり頑張っておられるが、経済の動きを見ても、ゆっくり子育てするという状況はなかなかできにくいと考える。今の高令者は若い頃、ぜいたくをされておらず、基ソ体力が今の世代と違う為、長生きできているが、今の中年以下の人間は食生活や環境汚染からも今の高令者ほど長生きはできない。いずれは死亡率の方がもっと高くなり平均寿命は下っていくかもしれないと思う。
1113	自宅での介ゴは困難になると思うが、施設での看取りがふえると思う。今後は施設で集団で介ゴする方向にむかうと思われる
1114	国が将来を予測し対応する姿勢を示しているとは思えず、今後は介護、医療ともに共倒れしてしまいかねない。同時に、医療や介護への不信不満が大きな波となって押しよせてくることは目前にせまっていると思われる。 財源を確保し速急に対策をとっていかなければならないが現場を知らない役人や政治家が多くおそらく後手に回ることは明らかと思っている。
1115	小子化対策が急務と思われます。
1117	退職者や元気な高齢者の活用、雇用対策など政府がしっかり対応すれば可能であろうか。 今の対応からすると何の対策も出来ずに介護崩壊へと進むのでは
1118	◎少子化対策が全く無策。
1119	・元気な高齢者が社会参加して介護する側にまわるなどの工夫が必要と考えます。 ・少子高齢化というバランスの悪さが解決されれば人口が少なくなることは（例えば現在の半分位に）構わないのではないかと思います。
1120	高齢者の介護施設をもっと充実させる必要がある
1122	高令化に伴い、日本の未来が不安。
1123	少子化対策を早く決める事
1124	介護の崩壊を招きかねない状況と考える。
1125	１．高齢者の医療と介護にもっと国の予算（税収）を投入すべき。そのために消費税ｕｐもやむなし。 ２．在宅介護に対しもっと手厚いサービスができるよう予算をつけて欲しい。
1126	誰もがいくつになっても医療や介護を安心して受けられるしくみが確立されていないと、これから色々な問題が生じてくると思います。高齢者が増え続け、それを支える世代が減少していく中、高齢者、支える世代、両方が経済的にも精神的にも少しゆとりのある安心した生活がおくれることを望みます。昨今、独居の方が増えてきていますが、独居の方でも、その人が最期まで地域の中で見守られながらその人生を終えられるようなネットワーク作りが、どこにいてもできるようになるべきです。
1128	・若い世代が暮し安い、子供を育て安い環境を整えていくべきである ・シングルマザーでも生み安い、育て安い環境を整備する。
1129	・ますます、医療、介護の人手施設等の不足が深刻化すると思われる。早い対策が必要だが不安です。
1131	□移民による労働力の増加をどうするか？国民への問題提供がなさすぎます □介護士の地位と収入向上についてさらなる検討が必要 □失業者の不足事業へのあっせんなどが不足しているのでは？ □国家財政状況天下りなどの無駄なお金の倹約と増税は同時に
1132	憂うべきことで教育、医療、介護をはじめ社会的保障にかかわる公共施策の大変換が求められる。 「高令者の生き方」にとどまらず全国民の生き方につながる高次な変革の視点が必要。
1133	ＧＤＰと平均寿命も相関しているので、少子化対策で若い世代をふやし国力をふやすことが必要です
1134	国の福祉政策の先見のなさのツケを国民が負う結果となっている。
1136	地域医療の体制が弱いと思います。 私の所は小人数の利用者のため終末期患者は亡くなられると利用者減となり医療機関へ働きかけるのですがなかなか紹介されず事業運営上困っています。

	病院で勤務している医師、ナースの理解がないことと、在宅へ帰る患者へステーションの紹介もしてもらえない。患者が回って来ないためステーションでは困っているのが現状です。 又費用が高いと云う誤解も一般的にあり普及しないので悩んでおります。もっと制度を活用できるようお願いしたいと思っています。
1137	大変なことだと思うがどうしたらよいか分からない
1138	個人、個人で支えあうことには限界があると思う。 （家族間） 公的な支援がどこまで、どのように広がっていくのか不安をかんじています。
1139	人間が病気やケガ、老いていく事は止められない事である。医療技術の発達により今まで治らなかった患者が命をとりとめる事が増えてきている。しかし同時に障害を抱えてしまう事も少なくない。さけられない事だとしても、私たち１人１人が健康に気をつけ予防していく事は大切であると考える。 現在、病院や施設から在宅への移行がすすめられているが、現状としては在宅サービスは整っていない状況である。専門職が患者、利用者を支えていく事もいずれ限界がおとずれる可能性がある。それまでに在宅サービスの充実、また専門職の専門技術を共有したり（介護士が胃ろうつないでも良い、等）、幅広く支援を行えるようにしなければならないと思う。
1140	高令者の依存度を低くすることが必要です。 自立心を強く持ち、死ぬ前３日寝て■■■■■■される程度の覚悟が必要です。
1141	・少子化対策が必要がもっと必要だと思う ・在宅ケアを支えるシステム（ボランティアも含めて）の充実を早急にすべき
1142	孤独死が増加するようになると思う。 介護福祉施設や医療・介ゴ者の待隅アップをおこない増設・増員が必要。
1143	出生率の増加がなければ高令者を支える事は難かしい。
1144	・一般的な認識が低い ・対策のために後期高齢者医療制度が開始したのだと思うが、説明不足や認識不足、あるいは行政の対応の悪さなどにより、国民からは否定的な制度となった。 適切な情報提供と、適格な対応が求められるが、政治も現場も現状への対応に精一杯なのではないか？
1147	１）保険の在り方は、このままではダメで改正していくことが必要。 ２）在宅でみる家族の年令が若いと困難（仕事等で）
1148	世の中の流れであり仕方ない事。国がもっと高令者を大切にするべきであり、国をささえて来た原動力の人々でありますよ！！ 戦后の Baby ブームが長生きをして生き抜いてきたのであり、当然の事。相定内のはずである。
1149	人口の減少には若者が努力し意識することで少しずつ改善できるのではないか！ 現在の医療現場が充実しているため高齢者の増加に伴っているが、それを助ける若者が少ないために介護力の低下があるのではないか！ 治らない人の増加とは、よくわかりません。
1150	介護の担い手が減少するばかりで、在宅を支える為の家族の力も充分ではない現状です。もっと学童期から福祉について学べる様な仕組も必要ではないでしょうか。
1151	どれだけ、元気な高齢者が社会的貢献を継続できるが最も重要と考えます
1154	在宅医療がさらに必要となってくると思う。
1155	改善するような方法を国策として打ち出すことが必要。
1157	国主導で高令者向けの集合住宅（介護）を増やすべきである。そのためにも消費税を 5%→10%へ up しその 5%up 分を医療や社会保障に限定して使うべきである。（ゼネコンとかの道路、建築はいらない）
1158	在宅介護による介護者の負担が大きすぎる。 在宅は一見理想的ではあるが、在宅のように非介護者が快適に過ごせる様国、地方からの対策が必要
1161	高齢者を支えることができなくなる。社会保障制度がなりたたなくなる。（年金、医療、介護 etc）
1162	自然の現象であり、仕方がないとは思うが、政府が少々指導してもとか、政策にかかげても良かったのではないか！（人口的に指導する）
1163	現状においては、介護保険を利用し、ある程度高令者は介護を受けることが出来ていると思うが未来については保証できない。介護を受けたいならば自己にて負担分が多くなることは考えられる。
1165	政府の医療福祉政策を、充実させるべきと思う
1167	現在の制度下では、医療や介護を必要とする人の増加に対応することはむずかしい状況が目前であるようにみえる。 国民全体の問題として、あるいは地域の問題として現状把握と将来対策の作成をオープンにディスカッションする場をもち、財政上の問題も専門家がもっとわかりやすい形で国民、市民に情報を提供してほしい。 また、個別に異なる問題をかかえ、多様なニーズが発生するため、問題解決に向けて地域のネットワーク作りを真剣に考えるべきであろう。
1168	現在の医療、介護体制では、将来のニーズに対応できないのは明らか。 財源の問題も大きく影響してくる。 （高福祉、高負担・高医療、高負担）→（中福祉、中負担・中医療、中負担） という転換をせざるを得なくなると思う。国民のコンセンサスが必要だが。
1170	成熟社会の到来。 社会を構成する１人１人が、その認識を持つべき。 必然的に社会保障費は増大する、国民は応分の負担を負うべき
1171	・今後、死亡の際にかかる医療費をかなりの金額節約しないとコスト的にまかなっていけない。 ・お金のない人は医療が受けられない世の中になるか、全体的に終末高度医療をすべて止めにするか、どちらかになりそう。
1172	在宅医療は末期的状態に進行中であり、前線での医療従事者の負担でなりたっていると思います。 救急医療の崩壊と同期する様に感じています。外国人労働者の流入は解決にはなりません。
1173	確かに医療、介護を享受する機会も増え、医療の進歩で長寿にはなったが、それで本人、家族、社会が幸わせになったかどうかは、別問題かな？ 病院や施設で、受働的に命を永らえているだけでは、「生きている」という実感が湧くだろうかと思う。「生きている」だけで周囲の者の心の支えになっていることはあるだろうが…。若い人が結婚しない、子供を生まないのには何か大きな社会的原因があると思えてならない
1174	医療・福祉等への財政の十分なバックアップを！
1176	結婚をしない若人、又結婚しても子供を産まない人の増加。子供にお金がかかり産み、育てていくのに困難や、不安が多く、核家族のため、援助が求められない…などあたりまえのことがあたりまえに出来ない状態がある。 このような中では人口の減少や、高齢者の増加もしかたないのでは…
1177	介護者が少なくなる人口比率は変えることができないため、介護できる施設や制度が必要と思います。 そのためにはお金をどのように使うかまた集めるか早急に検討する必要があります。
1178	仕方がない。
1180	介ごの供給体制について不足しているが将来不安だ
1182	人口の減少としては、時代背景もあり、しょうがない所があると感じてしまう。 介護力の低下も併用するがＴＶなどの情報では若い人たちの介護離れがあり労働条件や対ぐうの悪さが影響していると思う。
1183	少子化対策、介護の問題など、政治的に対応が必要だと思う。
1184	・要介護者や高齢者の方々を支える為の支援が追いついていない。国の施策として進めていかなければいけない課題だと思う。
1185	介護体制の充実を計らねばならないと思う。
1188	老人病院の増加
1190	介護や看護力の低下により、医療費負担の増大。病院パンク状態
1191	高齢者は、人生の先輩として尊敬され尊重される存在でなければならないと思う。しかし、人口の減少や介護力の低下などにより高齢者や介護する家族にさまざまな負担やストレスがかかっているのが現状だと思う。
1192	子供にお金がかかるため少子化になってしまう現実と、親が老いても（どの様なハンディキャップを負っても）最後まで面倒をみるという儒教の教えが陳腐化されている事があげられると思います。
1193	国は療養病床を削減するなどの施策により、行き場を失った人達が増加している傾向に現在もあるが、ますます増加していくのではないかと思われる。 国としての取り組みをしていくことは必須であるが、各個人も考えていかなければならないと思う。
1194	数ある財源をいかに公平、平等にわけて提供するか、後から困る人を助けられないという事のない様に常に考えている。サービス量の増加を国もしっかり考えておく必要あり。
1195	政策としての対応が必要である。
1197	少子化対策が遅れている。 核家族化が進んでいる為介護力の低下は仕方がない。在宅サービスや施設の充実を図るしかないと思う。
1198	現在の社会情勢では子ども産み育てることが難しいと思います。 また女性の社会進出により結婚、出産年令の高令化が著しいと思います。 男女平等と騒わがれ女性と男性が対等に仕事を任される様になった分、出産率、出生率の増加は望めないと思います。もう少し出産、子育てがしやすい社会介護のしやすい社会にと国家レベルで考えてもらいたいと思います。
1199	自身の現在の年令から、2030 年には高齢者域に達します。 人事とは思えない情況で、しょう来に不安を抱きます
1200	高知県では行政と協力して医療福祉が連携して看取りを行うネットワーク作りをしてます。福祉施設での看取りが今後増加していくと考えます。特にグループホームなどの意識が高いようです。しかしながら、マンパワー不足はどうにもならず海外からの人材確保を増加するしかないと考えます。
1202	介護力の低下、虐待など家族間のトラブル地域差がおこってくると考えます
1204	今後の医療、介護のすすめ方を現在のままではなく将来を見通してやっていかないといけない。 医療費、保険にかかる費用、医療の内容（延命治療、医者の為の治療、ムダな薬）
1205	老人世帯増加、独居の増加、親を介護しない子供たちなど在宅の必要性は十分に理解できるが実際には施設などの充実も必要と思われるそのための税対策ノ加■■■が必要
1206	社会の変化にあわせた医療介護の体制を早急に整えるべきと思います
1207	今後、高齢者を現状（今までの方法）で支えるには個人の負担がはかりしれない。 補うための増税にも、今の世の中の経済状況ではどうにもたちうちできないと思う。 この際、高齢者にも自覚をしてもらう、負担をしてもらうなど策は必要だろう
1208	若い人達に負担がかかる医療費が上がり税金が増えることになる。 介護力が低下し老人の一人暮しが増え孤独死などをまねくこともある。
1210	今でも老老介ゴ、認認介ゴ等いわれ地域の中でも目が離せない方が多くみられます。 今後、どのようになるのか考えるだけでもこわくなります
1211	医療保険制度で良い医療が受けられる様になり、長生き出きる様になり高令者が増加している。伴面核家族制度となり子供を生んでも育てられない。生活にゆとりがない。子供が授かっても育児放棄や虐待で犠牲になってしまう子供が多い。結婚しても子供を生まない１人～２人と少ないため減少している。経済面でも子供が多いと大変な日本である。 高令者をささえて行く為にもこれからの子供が必要なのに、子供に苦労させたくないと言う親の気持もわかる。政治家やお金持は私達労働者の生活がわからないのではと思う事がある。
1212	人口の減少については、国も少子化対策を取ってきている。ただ人口が減少することで、年金や各保険料の負担増加等高齢者に直接影響を与える。経済的なことは大きな問題と思う。特に各家族が進んでいたりパラサイト状態で介護力とならない同居家族が住んでいたりと、介護力が減少する中で介護が必要となればビジネスとして購入しなければならなくなっている。経済的な面から考え介護保険の負担（自己負担）に関してもそこら辺が反影され所得に応じた負担も検討されても良いのではないかと思う
1213	介護力の低下等に対してはインフラ整備をともなったＩＴ化で１対１対応から１対複数にすればよいと思います。
1214	現状から想像しても具体的にどのような問題となり自分達及び周囲にふりかかってくるのか、全く不明。 どうとらえてよいのか解らない。 自宅で過ごす方が、コストがまかなえるなら、団地等も老人が住み易く改造するなどもっと積極的に国が介入し、国民の意識をきちんと変えてゆくべきと思う。
1215	当院も当分野に参入する
1216	高齢者を支える世代が少ないので、体力のある元気な高齢も介護に参加してもらわないと乗り切れないと考える。
1218	老々介護や独居で生活する割合が増えている実感。自分達が老後を迎えた時には誰が介護をしてくれるのか？その時に国が老後を支えるだけのお金があるのか不安。認知症も増えるがそれを受け入れる場所が少なくあってもお金が必要。お金が無いとみじめな老後を送らなければならない気がする。
1219	フォーマルなケアだけに頼れない現実があり地域力をアップさせる必要があると思う。
1220	現代社会は子供をそだてるに難しい環境になっています。この環境を変えなくては問題は解決しません。若い世代

	の増加を計らなければなりません。されば介護職も増加するようになる
1222	訪問看護をしていて、老々介護、認々介護、独居の高齢者が多くを占める様になってきているのは痛感しています。近隣との付き合いもなく孤独も感じます。介護サービス側の介入も金銭的に難しい場合も多くボランティアの部分の仕事も、ついついやってしまいがちです。精神的にも依存されることも多く、介護関係者は仕事の時間以外にも考えたり悩んだりすることが多くなっていると思います。
1223	・高齢者も高齢者を支える側も、自分達だけでは限度があるのは明白。地域・福祉サービス等利用することが、普通に行える社会になって行ければ良いと思う。
1224	厳しい現実だと思う。家族の受け入れ、介護力の向上が必要と考える。
1225	増加する高齢者を支える介護者の割合が少なくなることに不安を感じます。すべての人がなんらかの支援を行う活動をしないと高齢者を支えられないでしょう。
1226	負担をおってでも、福祉の充実を図り、子供を作り育て易い社会にする事が必要である。 介ゴを必要とする高齢者の中には、スパゲティ症候群の様な寝たきりの人と、認知症に分けられるが、尊げん死か、安楽死に関してもっと法的な整備を行って、無駄な延命を無くす様にする。
1227	介護予防にもっと積極的に取り組む必要がある。 国の介ゴ関連の予算の増加が必要。 介ゴ保険の改善が必要。介ゴに携る人の労働や知識、技術に対する社会的評価を高める事が重要。 小子化対策の強化が必要
1228	少子高令社会において高令者が高令者を介護する「老老介護」にとどまらず、認知症の配偶者を認知症の人が介護する「認認介護」が現実味を帯びてきている。介護保険の改定では在宅介護重視の方向に進んでいるが、この厳しい状況では在宅介護は近く行き詰まることが予想される。施設ベッド数の確保が今後の課題となろう。 団塊の世代が後期高令者となる 2025 年以降は治らない病気の代表である「がん」による死亡者が激増することが予想される。緩和ケア病棟の増床の他に在宅ターミナルケアの拡充、充実が焦眉の急となろう。
1229	施設対応の充実が望ましい。 都市型、地方型、過疎地型などのモデルを考えて現実的な対応が必要である。
1230	国民全体の意識改革が重要だと思う。 小さい事でも病院にかかれば何とかなると言う意識が介護力の低下を引き起こす原因とも思われる。 又、「大規模病院の医師の言う事は絶対」という意識のある人は在宅療養していても在宅医・看護師の指導が入らず本当に困っている。
1231	現在の医療・介護の政策が続けば、在院回数の短縮の為→在宅患者の増加と重症化は当然の事だと思います。 又、介護職の給与の低さなど、労働力は？の質と量の慢性的な欠乏はあたりまえでしょうか？
1233	法律で何年間はボランティアで介護の仕事につかなければいけないようにする。
1234	在宅医療の施策が大事かと
1235	不安を感じる 若い方、65 才以下の方が可愛想に思う
1236	①高齢者に入る方が、介護を受けない様に社会啓発が必要 ②現高齢者も今後高齢者になる方も、自立生活が出来る様にする ③現在介護を受ける方々の集団及び今後介護受ける集団を増大させない様にする。 ④年次死亡者数増大は仕方がないが、死に直面する場面が頻雑になる事が予想され、「人の死」を軽ずる事がない様に配慮する必要がある。 ⑤人手不足は比率から容易に想像出来、介護の質が低下しない様な効率化が計れる様にする必要があるが困難と思われる。現在、元気な高齢者でも、介護の手として、カウント出来る様にするのも一案と考える。ボランティアをつのる。
1237	現在からの対応策を整える。
1238	人口減少→このままでいいのでは？ 介ご力の低下→予算を福祉にもっと振り分ければある程度解決するでしょう。
1239	仕事をしながら、高齢者や介護をする事はとても負担に思います。 仕事中でも、自宅に残してきた病人や高齢の親の事が気になります。 子供が少ない現在、何人もの老人・親を、少ない人数で介護する事にもなります。 介護に当たって、相談（ケア・マネージャー）する時間もない事や通常では、平日勤務である、ケアマネ、ヘルパーさんと中々会うことも、相談する事もむずかしい現状です。 老人や病人は、夜間、休日に大変な事が多いので家族は、とても大きな負担になろうかと思います。
1240	何も考えていなかった。
1241	国が福祉政策を強力にすすめてほしい。 税金を上げてもするべきだと思っている
1242	人口の減少にともない、高齢者や治らない人の増加、介護力の低下は大変問題である。 介護福祉の面で国がもっと力を入れ取り組む課題である。若い人が介護と福祉に目を向け、また、働ける場所働きやすい場を作り上げていく必要がある。重要な分野であるのに、介護福祉に対する国や国民の意識が低くすぎる。自分の身に明日にでもおこりうる病気と老化は、その身になり困ってからでないと真剣に考えないのが現状である。介護職の未来を支えていただきたい。
1243	少子化対策が必要である。 「子供は国の宝」教育等全て親の負担になっているので子供を産みたくても産めない現実もあると思う。 必要な介護を受けることが出来る社会になってほしいと思う。
1244	介護力が低下しているため当母体である老健にも待機者がたくさんいる。 訪問看護に入りたくても、利用料払えないや家に他人を入れたくない等で拒否される。グループホームや老健でも食べれなくなり衰弱してくると病院へ送っている。これをどうにかしないと職員が死期の近づいた人をかかえ、救急車を呼ぶ事が多い。そうしないと病院でも入院させてくれない。ターミナルケアを訪看でしたくても夜や休日に往診してくれるＤｒがいない困りものです。
1245	介護する側も高齢者となり、今以上に介護する側にとっても、される側にとっても負担に感じることが多くなるのではないかと考えます。
1246	高齢者数の増加、少子化などと、病床の減少により療養の場が家（地域）へと変わっていくことは当然のことになるのではないか。お金のある人は、有料老人ホームや 24 時間誰か管理者が常駐したりするシニアマンションに住んで安心した生活を送ることができるのだろうが、子供の居ない人、独身者はどうなるか。孤立した生活を送らざるを得なかったり孤独死も起こりうるのではないか。老若問わず、地域や地区単位でお互いを支え合う気持ちを持って一緒に暮らしていかなければならなくなるのではないでしょうか。難しい問題です。
1248	老々介護が増える 認知症の高令者が増える
1249	介護をする側のサポートを強化して、誰もが関係していることだと周知してもらった方がよいと思う。 傾向は把握できてるのであれば、予防策をとるべきです。
1250	核家族化が良いとされ、高い教育が求められた結果、個性の充実と言いつつ、弾劾する事を拒んで来たから、心の豊かにする事が何か、人として何が大切か隣人に対する愛情の欠如、弱い方々への手がさし伸べられないで来た事、他方面における様々な点が考えられるが、人への思いやりがされない事が基本と思われる。我がままを言っても通る。我慢をして来ない、いろいろな方と接する事を避けて来た事、もっとゆっくりすなおに話せたら、一日一日が楽しくなるでしょう。悪い事を悪い事と言えない今がいけない。数値ばかり追わず今できる事、自分ができる事、最期をどう迎えるか、心構えする事でおのずとそれぞれの形が見えるでしょう。不安をあおるより、明るい光を投げた方が先へ進むでしょう。
1251	介護は日本人ではもう賄い切れず、外国人による、介護が必要となっている現状。
1252	将来に大きな不安があり、対策が必要であると思います。
1254	わが国の人口ピラミッドの状況は近未来の医療年金、社会保障の暗い状態を暗示しています。 高齢者医療、福祉の水準は現状維持を最大の目標にしなければならないと思います。
1256	今のままでよいのか時々不安に思う事があります。 介護していく方のマンパワーが少なすぎると思う。
1258	考えても仕方ないので今日を精一杯生きている
1259	対応する必要がある
1260	対策（高齢者もそれなりに社会に貢献できる組織作り少子化対策をすすめる
1262	不安を強く感じる。需要と供給が全くあわず、必要は医療や介護が受けられる人が限られてくるのではないかと思っている。
1263	老老介護、病病介護が増え、介護サービス（特に在宅介護サービス）全般のニーズが極めて高くなる。それに対する対策を早急に具体化する必要がある。
1266	若い世代の負担を減らさなければいけないと思います。
1268	1.）自然の流れ由、どうすることもできない 2.）解決方法の１つとして外国よりの輸入、現在の難しいしばりでなく、もう少し多くの人々を移住してもらう。
1269	介護力の低下は低く押えすぎた報酬が大きな原因と考える。医療、看護でも度重なる引き下げにより、増員はもちろん質の向上も大変難しく、現場は大変深刻。 人口の減少については、妊婦健診や出産費用（一部でも）を保険適応にして、母体と児の安心、安全につなげると少しでも出産率が向上するかも。
1270	教育・福祉・医療の国の対策が貧弱で子育ても介護も個人の負担が大きく、今後人口減少は続くと考えられる。 介護力の低下は外国人の雇用では、まったく改善されない。 但し、利用者も、なんでもかんでも、延命、高額な治療やサービスを 24 時間利用することで国民の財産を使っていることをもっと考え、どのようなケースにはどれだけのサービスを利用するのか国民的議論の中で標準化する必要がある
1271	高齢者増に併って年間の死亡数が増すのは当然と思います。
1272	医療や介護システムの崩壊につながりかねないと考えます。
1273	日本で生活する全ての人が、理解し、一人一人が自覚することが大切だと思う。 そして、自分の老後や将来について、準備をするべきだと思う。（人、資金、などの確保やそなえ） 誰か（国や自分ではない誰か）がどうにかしてくれるとあまえきっていると、とても全ての高齢者を支えきれない。
1275	人口ピラミッドの形の変化は、ずっと以前よりはじまっており、将来的に、この問題が出てくることは安易に予想できたことと思います。女性の社会進出に伴った、支援システムの遅れ等により、結婚年令が遅くなり、又、結婚出産後も働き続けられる様な社会状況にはすすんでいません。男性の育児休暇も取得できるシステムにはなっているものの、社会通念上取ることもまれと思います。結婚しない人も増加し、出産が減り、老々介護といわれる時代となっており、自分の子供がいても、その子供に老後をみてもらえる状況にはないと思います。また、現在の年金問題や健康保険システム等も、今後破綻するのではないかと考えると将来的に暗くなります。
1277	これについての予測は、十分判っているはず その場しのぎの対策をとっていた政策にも問題があるが現在のみは国民１人１人が眼を向けず、未来のみすえた対策についても興味をもち意見を持ち行かすべき
1279	高齢者を受け入れる場として在宅ケアの必要性は高くなっていきますが、介護力の問題で普及は難しいという問題が続きます。介護できる家族、介護スタッフともに不足していくと思います。 施設の増加は望めそうにありません。
1280	仕方がない事だが、外国人労働者を入れるしかない様に思います
1283	人口構成について少子化、高齢者の増加は、先進国共通の問題であるが、今後の社会保障を維持していく上で財源をどうするかについて国民のコンセンサスが課題である。又死亡数の増加については病院死から在宅死への移行を推進するよう在宅医療、介護のインフラ整備が必要である
1284	①老化していく事についての意識改革が必要元気で長生き ②高令者予備軍の就労年令のフリー化 ③治らない人については生きる事について治療方法（Peg、IVH 等）をしっかりイメージさせて延命が本当によいか考えてみてもらう
1285	国の対応は遅れていると思う。
1286	国民すべてがしっかりと認識しておくべきことである。
1287	核家族化がすすみ、病院内の家族のあり方、関わり方も変化しています。10 数年前までは、治療ができないなら、自宅で生活できるよう家族又は周りのサポートがありましたが、現在は、患者が望んでも、家族のサポートが非協力でもあり、家族の方から病院で看取って下さい。家ではみることができない。という例が多くなっています。治療せず、過ごす患者が多くなっており、本来治療が必要な方が入院できない又は看ゴ、介護の方に手がかかってしまい、他の Pt に手がまわらないのが現状です。病院の機能も果たせなくなっており、今後それは大きな問題にもなると考えている。
1288	いろいろ問題があると思う。
1289	社会保障費の増加。海外からの移民受け入れ等。
1290	少子化を是正する。抜本的な取り組み。一生みやすく、育てやすい制度を確立。
1291	いき当りばったりの行政ではもはや限界であろう。思いきって北欧並みの増税により社会福祉の充実をはかるしか道はなさそうである

1292	真剣にとりくんでいかないと危機的状況への打開策が全く見えず、不安がふくらむばかりです
1293	１．元気な高齢者の活用 ２．移民の受入 対策としてこの２点を計画的に行う
1294	大変困ったことであり、この様な人口分布は健全な姿ではないと思う。 若年世代が子供を待ちやすい様子、社会的な仕組みをつくっていかないと、介護、医療のみならず、産業全体にも、悪影響をおよぼすことが懸念される。 同時に、高齢者であっても、健康な人は、働ける環境づくりも重要である。 上記設問の「治らない人の増加」は、どういう解釈なのか、よく理解できない。
1295	老人の介護には限界を設定すべきです。 １）平均年令までの人は充分介護をする。 ２）平均年令を越えた人は家でブラブラで結構です。 医師リハビリ、デイサービスは無用です。自宅で穏やかな老後を送るべきです。ものすごく高価な医療費（通所リハビリ、週２回計10万円デイサービス■■■）３万6000人を越える若い人の自■対策に使うべきです。 ３）私も75才を越えました。私が意識を失った時は、直ちに自宅に連れ帰り、ただ寝かせて放っておいて■■。 下の処理だけして呉れ、１～３週で気持良く旅立ちたい。無駄な延命処置は一切無用。 懐しまれつつ世を去りたいのだ！！と遺書を書いて毎年の誕生日に家族に説明してます。
1296	在宅医療介ゴの充実と同時に入院医療、施設ケアの充実が急務 であるにもかかわらず医療、介護ホケン収入が少ない中でマンパワーも不足し現場の疲へいが見られる。 医療、介護職間での連携、助け合い、支え合いと同時に社会全体で支えていかないと難しい。社会全体で支えても、うまくいかないかもしれない？
1297	高令者が増える事、病院での在院日数が短かくなり、在宅に戻らざるを得ない状況で看る人達も少なくなってきている現状は今后さらに増して来ると思われます。 私達看護のマンパワも増やしていかなければ、在宅でみていく事は深こく化してきている現状です。 今后マンパワーを上げるためには、子供の頃からのしつけ、および、学校教育も必要ではないかと思います。
1298	自分も２児の母だから思うが、やはり少子対策をもっとしっかりやった方がいいと思う。子供がたくさんいた方が得だと思わせるくらいの対策でないと子供は増えないのではないか、育児に時間とお金をとられると考える人も多いのでは。 私は、子供が大好きだが、３人目となるとやはり経済面から考えてしまう。
1299	高齢者に対し（ＩＶＨ、胃ろう、バルン、気切、レスピetc　医療処置を行なう際に、家庭環境、家族背景を考慮し、処置を行なうべき在宅で介護可能か施設へお任せする金銭的余裕がなあるのか、高齢者延命のため、家族が破綻してはいたたまれない。全ての処置を行う前にその後の家族負担をあわせて説明し同意を得たうえで処置をするべきと考える
1302	介護保険が開始になり今後、必要になった時は安心と思っていたが、介護者も高令化し、職業として取りくもうとしている人も減少していることはとても残念です。
1303	日本が崩壊してしまう。と危機をかんじる
1305	介護従事者の増員（教育・育成）
1306	少子化対策の遅れ、高令者増加にもかかわらず、医療・介護対応の不備など、問題は山積み。労働者達の負担は増す一方、正直先ゆき不安だらけです。
1307	自らが高齢になった時、これ以上進んでいるであろう状況に恐怖を感じる。
1308	高齢者の増加介護力の低下は危機的な状況である。将来的な状況を見据えた行政としての早急な対応策が必要
1310	社会福祉への予算を増やす必要がある。
1311	看護師や介護士も少ないですし、国全体が滅んでしまうのではないかと思う程です。人口の減少、高齢者の増加、治らない人の増加は急速に進んでいますので、今すぐに改善できるものでもありませんし、抜本的な国の対策が必要なのではないでしょうか。
1312	・人口の減少をくい止めることはできないので、高令者の増加に対する医療もしくは介護を今よりきちんとした形にする必要がある。例えば、介護師等を希望している若者が働き、生計をたてられるような賃金形態を確立する。（若者の男性が寿退社で、介護師を辞めなければならない等の問題） ・父親の「育児休か」も増えているが、子どもを育てやすい環境を整えていく（福祉とか）ことで、人口の減少は改善されるのか？とも思う ・税金に対する正しい医療への使い方
1314	どこまでを寿命と考えるかが、各人によってことなり、どこまでが必要な治療なのか、死を受け入れるタイミングなのかを決めにくい。インフォームドコンセントも家人の思いを尊重しすぎると、過剰な医療になる。どんな風に生きていくのがベストなのか、家人が受け入れられるような流れをつくる、医師力が必要。 在宅に戻るのは、本人にとっても良いことであるが、介ゴ力の低下は年々感じるところがある。Dr、Ns、ヘルパーつきの住居型の（ワンルーム）マンション等で何十人～単位で生活出来るスペースなど最近出来ているが、今后そういった生活型式がふえてくれば、少人数で沢山の方を介ゴ出来るのではないかと考える。問題（難点）は、金額が問題になるのではないかということ。国や自治体の体制もかわらないと、むずかしい。 前記のマンション型式でなく自宅に戻るためには在宅医、訪問看護ステーションの充実を切に望む。在宅看取りの意志のある家族は、家で看取れたことを本当に喜こばれている。病院では、退院が決まった方をサポートする人間が必要であり、その方らしくより良く生きるための、在宅医療チームの充実が必要。
1317	介護力の低下は避けられない現状がすでにある中で、それをどう補っていくかが課題となる。先日も海外からの介護・看護師のうけ入れが話題となっていたが、労働環境の改善がなければ、日本人であろうと外国の人であろうと職場に定着せず医療職、介護職のレベルや数などが充実しないのは明らかだと感じる。また、それを埋め合わせる形で、家族のマンパワーを頼りすぎてしまうと介護疲れの問題や、新たな健康障害をひき起こす原因となる。少子化の対策も現在では充分とは言えず、今後、さらに少子高齢化が確実であれば、健康年齢の引き上げや要介護状態をなるべく予防していく、ための「予防活動」が重要と考える。大量定年退職者が出てる中で各分野のベテランが減り、技術力低下が問題となっていることもあり、また、“働きたい”と思う高齢者や、居場所が欲しい、誰かの役に立っている感覚が欲しいという高齢者も数多くおり、ワーキングシェアや地域で活躍できる場を増やしていく対策も必要。メタボ健診など”予防”が重く受け取められるようになってきたが、まだまだ改善の余地はある。また、福祉の充実のために、消費税ひきあげなども必要と感じる。人口減少に関しては、世界レベルでみると、人口の増加が食糧問題etcにもつながっているため、長い目で見て人口の減少は悪いことではないと思っている。
1318	老老介護、孤独死が増加すること。認知症の方が認知症の方を介護せざるを得ないような状態となります。
1321	高齢者を支援する専門職の育成と継続的な顧用確保が可能なシステム作りが急務であると思います。

	また、地域に住んでいる方々のマンパワーの発掘ができるような、地域ごとのシステム作りへの取り組みが同時に必要であると思います。
1323	医療職、介護職の金せん面も配置人数も含めた待ぐう改善をしなければならない。 弱者にしわよせが来ているこの社会を改善しなければならない
1325	自分が高齢になるのが心配です
1326	介護力不足は実感としてもあり、今後のことは心配です。
1327	少子化が原因であると考える。
1328	時代の流れなので仕方がない。
1329	介護及び医療体制の変革が必要なのでしょうが仲々困難介護報酬が低すぎて現場では若い人の定着率が著しく悪い様ですので卒先してこの分野での改善が必要と思いますがリーマンショック以来景気も悪く…。
1330	一般に65才以上でも元気な老人（自立老人）が多い。 老衰傾向は男（70才）or（75才）、女（75才）or（80才）から多くなるようです。健康老人（自立老人）が要介護老人を支えれば若年者が減っても余り心配していない。
1332	増えすぎたものは淘汰されるもので人間だけが不自由なく増殖することを許される訳ではない。介護不十分で死ぬのもあたりまえと思う。
1333	介護、医療の十分に受けられない人が増えるであろう。
1334	現在の7:1の緩和ケアＮｓの人数では、ケアの質が低下すると考える。
1337	日本の小子化対策がなっていない。道、ダム、港を作るのでなく、人を作らなくしてはどうする！18才までの医療、学費の無料化。
1338	止むを得ない
1340	医療の体制を変えていくことが急務
1341	・出産して子育てがしやすい環境整備して極端な人口状態の変化を防ぐ
1343	①小子化対策、小児医療の充実、働く女性への援助、子育て支援を行う何をどうすればよいか具体的な案はもっていない。 ②人口減は介護、看護を担当する人もまた減少する。看護学校の定員われがつづいている。学校経営も大変である。
1350	１）介ゴ福祉士の待遇が余りにも悪過ぎる（低賃金、過重労働に加え、精神的なケアも無い） ２）介ゴ事業を営利目的としている事業所が多過ぎるのではないでしょうか。 最低賃金とか、必要人員の確保当、厳しく、制限すべきでしょう。
1351	家族だけで支えることは、ほぼ不可能であると考えます。医療職や介護職も不足しているので、いずれは、ケアハウス、グループホームなどの施設が増えるのではないでしょうか？
1352	やがて自分が在宅療養の対象となった場合を考えると非常に不安である
1354	・高令者が自宅ですごすことができるのか不安になる。在宅で生活する人が減ると、私たちの仕事はどうなるのかと心配になります。 ・今のように介護者のいる、在宅利用者ではなく独居の方がふえると思う。
1355	高令化社会を支える経済的基盤に不安を抱いている。高令化社会で増加する看取りに対して従来の病院死という選択肢は縮小化される。それに代わり施設や在宅が受け皿としてますます重要となる。 しかし核家族化少子化により在宅での看取りのための介護力は低下している。これを補う支援体制を充実させなければ、医療、介護難民を増えることに危惧を抱く。
1356	現在のＰＣＵ数、介ゴ保険制度、医療制度etcの整備が早々に必要と思う。老人の生きる社会制度が必要。医療の現状を認知、理解できる教育も必要
1357	医療者教育 ・緩和ケア教育の重要性、全ての医師への緩和ケア知識とスキルの取得。 ・看護も同様に、訪問ステーションＮｓ緩和ケアスキルの取得。 在宅医療者の増加 現システムでは、（多くの都道府県下）在宅医に休日もなくバーンアウト寸前である。国の施策として、診療報酬をひきあげたとしても、在宅医療を行うものは増えてなく、勤務医を数年経たものは何年間か在宅医を行うとして制度化する等が必要ではないか。
1358	由々しきことと思う
1359	必ずしもこの傾向が続くとは考えていない。 各年代の健康度の違いもあり、治療法の進歩もあり、自然に改善する、あるいは国の施策により改善する可能性がある。
1360	医療の現場においてもナースに負担がかかっています。家族の形態も変わり、本来なら家族の役目が医療者にゆだねられます。
1361	大変な事である。と考えています。人口を増加させるためには、子育ての支援が重要と考えます。
1362	小子化対策が緊急の課題。妊娠、出産、育児、教育、病気などに対する総合的な施策が必要（ただし、自己負担なしの）
1363	社会経済力の低下も加え、高齢者、介護が必要な状態の人を支える力が脆弱となっている。 医療費の負担ができない、在宅の介護力もない、行き場のない人たちが増えることが予測できる。 病院や地域の支援センターのみでは支援しきれないだろう。福祉も限界が来る。 在宅療養を支えるために、生産人口が離職せざるを得ない現場もある。
1364	現時点でも介護力の不足の状況なのにこの先の状況をどう捉え、対応していけば良いのか不安である。
1365	少子化で、今後ますます人口が減少していくなか、高齢者は増え続けていく一方であり、介護力不足が著しくなるのは目に見えている。国は、在宅医療、在宅医療と言うが在宅で介護、看取りができるのか。もちろん在宅での生活を希望される方は、それでよいのだが、選択の幅を広げて欲しいと思う。在宅でも病院でも施設でも自分のすごした場所で余生をすごせるよう環境整備が必要だと思う。
1367	老々介護といわれるように老人がもっと年上の老人の介護をしなくてはならなくなり、介護の負担がかなり大きくなってくる。小子化も問題で、もっと子供を産みやすい、育てやすい環境を作らないとどんどん人工は減ってくると思う。
1370	「少子化」が最大の要因。政府はもっとこの問題に真剣に取り組むべき
1371	地域社会の団結力の向上→市、町、村単位での細分化した団結力の向上
1372	現在の社会では結婚、出産をする女性の数も少なく又、出産をのぞんでも、以後の生活スタイルの変化を考え、出産する子供の数が少なくなる状態がある。 その為少ない人数で現在の高齢者をささえる事はむずかしい。

	現在看護師を海外から来てもらい医療を行うようにとりくんでいるがまず人員不足をおぎなうために、今後も必要になると思われる。
1373	これから先の医療・看護・介護においてのさらなる人材不足が明らか。 今の医療制度のままでは、助かる命も救うことができなくなると思う。
1375	人口ピラミッド変化で少子化になっているため、今后、仕方がないのでは！？
1377	深刻な問題だと思う
1378	大きな不安を感じる 具体的にどうしたらよいかはわからない
1379	これからますます要介護者が増加し、介護者が少なく利用したくてもできない状況がおこる可能性があるのではないかと思います。
1381	未来の介護力不足が在宅療養をむずかしくしていきそうに思える
1382	人口動態と医療の進歩に伴いおこっている現状でありどうしようもない。 社会で介護を支えようとした結果自分の家族を介護サービスに任せすぎ又任せっきりの現状がある。医療、治療の選択もしないまま「お任せ医療」がまだまだ多いのが実情である。 自分のことに責任がもてなくなる前にきちんと意志表示しておく習慣があれば無駄な延命はされないですむ
1383	①医療の進展により更に長寿化がすすむ ②現在の出産状況は余程の政策的援助がなければ容易に改善される事はない （出産、育児等を全て無料化するなどの抜本的改革が必要）
1386	国民にこれらの情報を正確に提供する必要がある
1387	20年後には3人に1人が65才と予測されています。 自分自身が丁度高令者になり、今後、さらに介護マンパワー不足、年令財減不足などの社会保障に対する不安などが、一杯あります
1388	少子化対策が有効に行なわれていない。むしろ逆行することばかり行われている。小児科、産科は赤字でよいというシステムにする方がよい。
1389	介護をする者として受け入れ体勢が整わないままに介護を必要とする方が増えていくことに危機感がある。 介護される立場になると支援する方達の力量の低下が生じるのではないかという不安がある。
1390	2030年は先のことと思いながら、そのような将来に不安を感じている。 国全体で考えるべきことだと思う。
1391	将来的に危機感を感じる。（社会的に）
1392	普通のことが普通でなくなってきている。皆が楽な方へと向いている。結婚して苦労をしたくない女性も多く、離婚者も多い。我慢ができない、利己主義の大人が増えて来ている。これは教育に問題があると考えています。“叱らず、ほめて育てよ”と育てられた世代が今大人になり、苦しいことに背を向け楽な方を向いていますが、自分達の老後は大変な事になることを知り目を向けることができるような政策を考えてほしい。
1393	高齢者の独居世帯、高齢者のみの世帯は今現在でも多くみられます。老々介護世帯も多いです。 人口の減少については、すぐには、どうすることもできませんが、安心して在宅で過ごせるためのサービスが受けられることが大切だと考えます。地域・医療・福祉でチームを組んでの対応が必要ですが、やはり、コスト面での問題が発生し、サービスを受けることにも差が出てきます。高齢人口分の自己負担金を少なくしようとすれば生産人口分が増加するであろうと思われ、どうすればうまくいくのか、考えても考えても難しいです。
1394	景気がよくならなければますます少子化が進んでいくことになると思います。
1395	病状の変化への対応、介護力、金銭面とたくさんの問題が山積みである。 ・病状の悪化、変動に対応 ・介ゴカ、老々介護、少子化等 ・保険面、国、地方等の財政面等問題が大きい
1397	当県は高齢化率が高く、あるいみですでに先を表す状況がおこっている。 国は在宅ケアを推進しようとしているが、介護力低下の中では限界があり、現実的ではない。 在宅ケアをすすめるには、もっと根本的なケア体制の変革が必要
1398	医療も介護も、受けられない人が増加してくると思う。今からではおそすぎるかもしれないが、国がしっかりとした政策を進めてほしい。
1399	自分達そして子供達の老いる頃の医療、介ゴについて今后どうなるのか、非常に不安に感じています
1400	仕方ないと思います。
1401	・予想できていたこと ・現在でも介護力は低下している
1402	訪問看護を始めてから、高令者が安心して生活（療養）できない現状を日々感じています。2030年でなく今、現時点で老々介護、認（知）認（知）介護の実状です。 幸せに老後を送ることができない不安を若い世代も実感しています。
1403	高令者を支えるあるいは支えられる比率を単に人口数だけで議論するのは誤まりであると思います。労働生産が以前に比して飛躍的に上昇しておりまた労働可能な年令も可成り変化していると思います。 人口減少をすぐに治らない人の増加あるいは介護力の低下の同時進行とはむすびつかないのでは…。
1404	政治レベルでの解決が必要。
1405	なんとかしなければいけないと思っている。
1406	他人事でなく自分が直面する出来事として考えている。 元気で身の回りの事は自分で出来る高令者になれる努力を今からしていかなくてはならないと思うし、年金や子供もあてにできず、ある程度の経済的余裕がなければ在宅介護、施設も難しいと思う。 長生きも大変な時代となるだろう。
1409	日本の国力を維持するには、新生児を増大（出産を多くする）ことが重要
1410	少子高齢化に関して、子供の数が急激に増えることはまず考えられないので、高齢者の介護にかかわる職種に対する待遇を手厚くし（介護保険料引き上げなど）マンパワー確保を最優先にしてほしい
1411	現状はほとんどが病院死、ベッド数は増やさないだろうし、将来増える60万人の死者はどこで死ぬのだろう。 在宅死に関わる医療者が増えるにしても相当な負担になる。
1414	国土の荒廃の速度と少子高齢化速度が比例し、進行している様に思われる都市部へ人が流れ人の住み易い土地は荒れ、住みにくさの増す都市部に人が集中する事から日常の生活費の高騰を招き、教育環境も悪化の一途をたどる中で少子化は必然的に進行する負のスパイラルを断ち切る政治的施策が急がれる様に思う。少子化大臣などバカゲタ発想である。
1415	・団塊世代の人達が高齢者を向えるにあたり健康意識を持つこと、病気にならないような生活の工夫が必要である（スポーツや農作業など生きがいを見つけること） ・高齢者が増加し、介護力が今以上に必要になれば施設も必須でしょうが…日頃より在宅に関わっていると、核家族を減らして大家族の中で介護や看取りが出来ることが大切だと思います。若くても老いても家が一番良い（居ごこち）所だと思います
1417	「高齢社会」という状態は、医療現場でも実感している今后この状況がさらに悪化することでは危機的と感じている
1419	現状を少しでもかえるには、教育や医療・介護分野の予算を大きくかえて個人の負担を減らす方向しかないと思う。 社会的に必要な分野に対して「安心」を与えられる経済的なものがなければ子供は増えない。介護力の低下は、社会全体特に国の施策で個人の負担を減らすしかないと思う。 65才以上でも介護を必要としない方々も沢山いらっしゃるので、高令でも元気な方々を増やす健康づくり、介護予防等も大切だと考える。
1421	少子化、老後の保障についての無策により引きおこされたもの。 すぐに改善は望めない。
1425	終末期医療のあり方について、必要な医療処置の検討が必要である。
1426	高齢者が高齢者をささえなくてはならなくなるが、介護施設も限界があり、共倒れを危惧します。
1427	高齢者が高齢者を看る時代→介護力の低下となり、収容施設不足、職員不足で行き場を失い、孤独死が増える。さらに人口減少に拍車がかかる。
1428	介護の方法についての変更が必要になってくると思う
1429	看護師という職に就きながらですが、「病気はすべて治さなくてはいけないのか…」と思います。どんどん医学は進歩し病気を早期発見・治療が出来るようになり人が死ななくなりました。しかし、死んでいないだけで1人で生きていける状態にあるということとは別問題です。誰かの手を貸り生きていく。そういう人は増えているのに核家族化や結婚する人の減少で、サポート出来る身近な人がいない。 どこを修正するとこの負のスパイラルを止めることが出来るのか…わかりません。でも、多くの人が病気から救いたいと進歩する医学が必ずしも人々を幸せにしていないなと感じます。
1430	高齢者をみていく介護職・医療職の負担がますます多くなる
1431	悲観している。スウェーデンなど高齢化社会をむかえている国々の介護、福祉のあり方を学び検討しつつ、少子化社会の対策を急ぎ行うべき。
1432	介護力の低下は認めます。 最近あまりにも若い人達が介護の分野に出ていかれます。この事は日常診療の場でよく判ります。 介護につく人達の年令的な制限なりシステムを変えないと介護そのものがもたなくなり逆に崩かいする様に思え心配です。
1433	今后、介護が必要な方が増え、病院への入院期間短縮とともに、在宅医療への需要も増大すると考えますが、それに足る、供給バランスが、保持できていないのが、現実ではないでしょうか。サービス提供者の確保、サービス利用者、家族の多様化するニーズへの対応力等、支援体制の強化を図る必要性があると、考えます。
1434	若い人達が安心して結婚、出産、育児が出来る世の中をつくる 政治の流れが、医療、福祉、教育をしっかり支えてくれること。 弱者の方々が救われる世の中を作ること。 今の政治では、それはとても望めないと思う。 一人一人が、この国の将来をどうするのか？しっかり考えたりすることも大切です。 一人の命の大切さが今の時代は軽んじられている様に思います。 現場でも痛切に感じます。
1435	・核家族化が問題。 ・大家族による助け合い社会にもどる。
1436	高齢化社会が進む中、老人が老人の世話をしなくてはならず、介護者も体力の低下や様々な事情をかかえている為、介護力の低下、病気の早期発見、転倒事故等の安全性が確保出来にくくなっている。その中で、総死亡者は年々増加し、高齢者が占める割合が増加して行けば、だれが高齢者を支え支援して行くのだろう。現在でも、十分な介護、医療がなされていると言えない中とても心配である。
1438	健康寿命の延伸に努力し、支えなければいけない高齢者を減らすことが重要。 高齢者の定義が65才以上ではなく、70才、75才と延びるように努めるべきである。
1439	高令化→しかし昔に比べて元気な高令者も増えている。 元気な高令者を沢山作り出し、社会参加を求める方策が考えられいか？
1441	今後さらに在宅療養が必要となると思われる
1442	働く女性が増え、核家族化が進み出産率が減少。育児に対して国のサポート体制が不十分で、育児の為に女性が働けない＝子供を産まないという現状だと思う。また育児・介護休暇なども企業への負担が大きく、中小企業では解雇へとつながるケースも多い。2030年代には支える人が激減する事は目に見えてわかっている事なのに政府がその問題に対して早急な対応をしていないのは評価できない。 また、医療の進歩で高齢化が進み、医療費や保険の圧迫が考えられる。これ以上の保険料の上のせになると払えない人も出てくるのである程度での尊厳死を認めていくべきだと思う。
1444	人口1万3,000人弱の小さな町ですでに高齢化がすすみ現在28%です。 独居の方、高齢者2人暮らし日中仕事をしている子との二人暮らしの方達も増えてすでに介護力は不足している状況です。介護保険での介護サービスも不足しています。この不況の中経済的にも心配です。
1447	人口の動向については、医療等の問題でない部分が大きいと思われます。改善していける所は改善していってほしいと思いますが…。 私共現場にいる者は「ではどう対応すれば良いのか？」という部分での具体的な対策について知りたいと思っています。 国としての大きな所からの発信がなければ小さな現場では対応できないと思います。
1448	ある程度身のまわりの事が出来る時は介護職、医療職で支援していけるが独居の方でＡＤＬ、認知が進行した方は施設入所せざるを得ない状況の方が多くなってくると思われる。（安全を考えると24時間身守りしてくれる所での生活の場が必要）
1449	・現状でいくと介護力低下や経済的問題により、適切、必要なサービス利用ができず、尊厳が保たれない生活となるのではないか ・介護力低下の問題よりぎゃく待事例が増えるのではないか ・命の格差が今以上に広がる等の懸念がある

1451	長生きする人が増加し、生まれて来る子供の数が減少すれば当然のことである。少子化に対する対策を考える必要がある。日本の将来を考えてバランス良く子孫を増やして行くことを考える。かつての「産めよ殖やせよ作戦」のことを考えればどうにでもなるように思われる。
1454	高齢者が増加し、介護力が低下すると介護の力を機械や他の国のマンパワーに頼らざるを得なくなります。 介護力を最小限にする為の個々の介護予防や疾病予防の働きかけがもっと必要になってきます
1455	昭和 29 年保健婦業務に従事して以来半世紀、この間の人口動態、疾病の構造の変化は人間生活の中で、多岐にわたり影響を及ぼしていることは周知のとおりです。 平成 4 年県第 1 号として訪問看護ステーションを設立して以来今日まで 4ヵ所設立しましたがこの間の社会構造の変化、医療制度改革、家族の介護意識、介護力の低下は今後の在宅医療に及ぼす影響は更に大きくなると思います。当ステーションはプライマリーを基本理念として、福祉事業所と合併して過不足の無いサービスを提供する方針です。
1457	家族の力のみに頼れるものではなく、効率的な介護体制をハード、ソフト面で検討していく必要がある。
1458	少子化問題もさる事ながら、労働力となる若者の職業選択の中に、介護職はほとんどないと思われる。 就職しても、収入面や体力面で長く続かず、高齢者を介護するスタッフすら確保出来ない状況が予測される。 居宅においても、介護者自身の高齢化は現状以上のものとなり一家庭内で 2 人 3 人の要介護者を抱えるという状況が予測される。
1460	上記の現象は個々に解決出来ないもので、国の将来について真剣に考えなくてはならない。国がこの方面に充分な予算確保しなければ重大事件になると思う。ＧＤＴをのばすためにもこの方面（内需）が大切であると思う。国の施策の貧困さ（国の負債を減らすために）が最大のガンであると思う
1461	・消費税だけでなく、色々な税金についての見直しと何にどれだけ国のお金をつかっていくかを考えていかなければいけない。 ・子供の減少で若者（国を支えていく）（税金を払っていく人）が減っているので少子ではいけない。子供を産んだ時のメリットを一時的にでも作るべき。 子供が産まれない現状を把握し、対処していかなければいけない。
1462	人口 1 人についての要介護者の人数も増えていってしまうのでますます､ケアスタッフの需要は必要だと思います。それには、介護報酬アップしスタッフの質の向上も図るべきだと考えます。
1463	仕方がない。今更“産めよ増やせよ”の時代でもあるまい。 事実は事実としてうけとめ少ない人口で効率よく生きていく術を見つけていかねばならないということでしょう。
1464	医療が進歩し平均寿命は伸びている。 医療技術が進歩するのは喜ばしいことだが、管理能力の低下した高齢者や独居の高齢者にとってはどうなのかと思うことがある。 チューブの挿入、点滴、副作用の強い内服など、それらの使用によってライフスタイルが大きく変化し家に閉じこもってしまう。ＱＯＬが大きく低下した生活で介ゴも要するようになる。 出生率の低下、少子化などとても悪循環で将来への不安は大きい
1465	今までのように家族に頼る介護では行きづまってしまうと思われる。社会で支える為のシステム…介護保険等も次第に個人負担が増加し将来に不安を感じている
1466	少子化をくいとめるための、女性が出産、育児、仕事が継続できるシステムを早急に作る必要があると思います。
1467	県北地方とし更に高令者も多く地域差もあります。 介護力低下は妻不足もあり介護者にも介護が必要な状況と深刻に難しい状況と痛切に感じられる。 今后も大きな課題であると考えています
1469	施設や病院に入ることのできない人が増加し、在宅へ移行していくこと。 在宅でのマンパワーを確保することが課題である
1470	少子高齢化社会が進んでいる以上、老々介ゴは避けられないことである。 そのため、医療費がかさみ、国民皆保険制度は崩壊するのではないかと危ぐしている。
1471	高令者増加、介護人員減少に対して、日本の近未来に対しての不安がある。
1472	現在は、病院での入院日数を減らし、在宅ですごすように国はシフトさせているが、今でも就労などにより介護力不足（核家族化）となっている。国民の現状としては、国の方針とマッチしていないと思う。今でも介護力不足がある中、将来的に人口の比率が変わっていくのは大変な問題でと思う。今のままでは、すぐにでも制度は破綻してしまうと思う。 また、医療者の確保も困難になっており、ますます問題だと思う。今、全て医療者におまかせの家族が増えており、医療者をとりまく環境も悪くなっている。そこから改善していき、在宅を考えるべきだと思う。
1473	介護力の低下は非常に難かしい問題と考えます。
1474	本当に危機的状態だと思っています。 高齢者が増える中で介護者が離職し、事業所が経営困難に陥り、閉鎖に追いこまれていってる状態は、緊急に政治の介入が必要と考えています。 事業所がとにかく存続できるような補助と政度の見直し（例えば訪問看護ステーションの定員を減らすこと）など緊急に取り組んでほしいです
1475	自分は十分な治療や介護受けられるのだろうかと思う。 地域連携が必要だと思う。 日本にはボランティアが少ないと思う。
1476	困ったことだが、深く考えたことはない
1477	核家族化がすすみ、自治会や町内会等のコミュニティも減少してきている。今後、独身の人も多くなり、少子化も関係し、将来は独居老人がますます増加すると考える。又医学の進歩により治療が進み、なかなか死ぬことも困難になっていくと思われる。個人を結び新たなコミュニティをつくる必要があるのではと考える。
1478	この推計の通り状況が進行した場合、医療介護ともに今のシステムでは支えることができない。 まずマンパワーが圧倒的に足りないこれは全産業的に言えることでもある。 他国からの人材の受け入れ、移民の問題を考え検討する必要があると思う。 それが少子化が進んでいる中で根本的に解決できる重要な方策である。 ただ日本の民族・文化的な背景がこの事実を受け入れられるかは難しい問題。 対応が遅れれば状況がひどくなるだろう
1479	国全体として介護に力を入れていく必要がある。 誰もが安心して介護を受けられる政策を立てていく。 国民がそのことを自覚する。
1480	日本人が選んだ道であるので、日本全体で考えること。
	自然現象ではないと思います。
1481	今后の医療、介護は更に大変でしょう
1482	実際に病院でも、ご高齢でも積極的な治療を受ける方も多く、またその方を自宅で介護していくご家族もご高齢であるというケースが多くみられると思う。
1483	高齢者の増加が進み、介護者の減少が、目に見え、質の良い看護を提供していきたい中、人手が足りないという現状、未来に不安を感じます。
1484	国が今まで医療費をしっかり管理せず、使いすぎて来て今になって切りつめ様としている、そのシワが在宅に来ている。又、その在宅に国は、ボランティアか？と思われる所がある。いつまで国は人の善意に甘え様としているのか？しっかりと立て直さないと医療を受けられない人が出て来る。
1485	人口の減少、特に生産人口の減少にともない、社会福祉保障への影響が考えられる。それに加えて、高齢者の増加、治らない人の増加にともない、ますます介護を必要とする人口が増える一方、生産人口の減少、介護力の低下が同時に進行している。このことから、介護を必要としている人達が十分な介護を受けられない、老老介護、独居老人が増える－という悪循環となっていくと考えられる。
1486	①命を無視した算術的には、どこまで治療含めた介護をするのか？ ②上記前是に「命とは」「人生とは」という根本的命題を国民自体が考える必要が緊急にある様に思う。現代版の介護放棄がいたる所にみられる日本の現状をもっともっと国民が考える必要があると思います。全く「愛」のない日本人の考え方が、まちがっていると思います。
1487	１、国の政策として抜本的対策を検討する ２、教育を通して子供の時からの家族、社会に対する考え方を育成する ３、介護者に対する報酬等身分、地位の向上 ４、地域、社会等のサポート体制を築く ５、医療環境の整備等が必要である （・日本人は自立心（セルフケア）に対する考え方があまい。 ・独居者も増加し、ケアに従事したいと考える人は減少している ・貧富の差も出ており、日本の経済等も影響し増々複雑化している ・個々の医療に対するニーズは増加し、患者の権利が先行し医療者自身が自分たちを守る対策が必要になり、医療者も患者を選択する時代が到来するかもしれない
1488	今から直ぐに医療保健、介護保健などの将来への対応、整備が必要である
1489	すぐに少子高令化から以前のように好転するとは考えづらく、腰をすえて福祉国家を目指すしかないのでは。
1492	在宅での療養者の介護は、家族で行なうものではなくなるのではないか。つまり介護サービスの積極的な利用が行なわれていくのではないか
1493	人口構成上、致し方なしでしょう。
1494	現役世代の負担増や医療費の増大など避けることが難しい状況になってくることが予想される。国の制度をもう一度見直し対策を練る必要があると思う。
1495	今後の不安が大きい
1496	少子化に対する政策が論じられないと解決しない問題なのではないかと思う
1497	なるようにしかならないのだと思う。 制度は刻々と変わり、その時々に応じて、最適と思われる環境を作りだすしかないので。
1499	あと 15 年後は高齢者人口も減少傾向にある。 全人口が減少するのですべてが大変になると思われる。 施設整備に力を入れるより在宅で看れる環境をつくっていくことが必要である
1500	現状で介護主体となる介護者の多くが、自分の役割として、大変な、介護を行い、看取った場合は自分の役割を果せたと安堵する状況をよく見るが、これは世代がさせていると思われる。今後若年層が労力果しない介護が可能とは思えない。 又、独居者等の在宅への介護サービスが、充分に行き届くとも思われない。 私の現在、周囲では在宅介護サービス者は、熱意を持って、サービスに取り組んでいる者を良く見るが（私もその一人）先行、不安は大きい。それは対象者が、未曾有に膨らむ予感からで、それに対応できる体制維持は、労力的に大変だからである。
1503	個人主義の現実のなれの果てだと考えている。
1507	政策の中で対応を立ててゆく必要がある
1509	在宅療養の場では（きれい事を抜きにして）家族の介護力の充実が必要と考えます。しかし現実はそうはいきません。 近隣の大学病院は在院日数を 12～16 日と短縮し医療の高い方が次々と在宅に戻されています。高齢者や治癒の見込みの少ない方々が弱者となり悲惨な状況で在宅療養する姿は現在すでに起こりつつあります。実感しています。 ご本人や家族が希望されたとき 質の良いケアのできるヘルパーや看護師が必要なだけ関わることができれば安心です。もしその方が入院したときも在宅で関わっているヘルパーやＮＳ．が関わりを続けることができればより安心かとも思われます。
1510	現代の問題になっている医師不足、母性保護、教育などあらゆる分野について国の政策がもっとしっかりしないといけないと思います。特に若い人が生きる事、仕事など意欲を持って生活でき、次世代をになう人々が夢と希望をもってゆける環境を作るべきと考えます。
1511	10 年以上前から予想されていたことです。介護力の低下には憂慮します。
1513	医療費の増加が予想され、病院、施設でもスタッフ数の減少をまねく（人口の割合より）高齢者では、寿命が延長されていることについて疾患も様々にふえ、また癌や認知症といった介護が必要な状況の方が増える。現在でも病院や施設から在宅へ移項される傾向にあるが、家族では核家族化が主流となっている現在の状況では家族介護力も望めない。また就職活動をされている方でも福祉、医療系の増員は、少ない様子。在宅医療を維持するためにも、在宅医療にたずさわるサービス費を検討していく必要があると思います。
1514	現在の介護保険制度が将来的に継続されているのか、個人的に高齢者になったときに年金等の保障の不安もあります。 と同時に一医療者として今後の動向には常に関心をもつようにしています
1515	非介護者の増加は、団塊世代の高齢化によるものである。同世代でも介護を必要としない人々を介護に参加するシステムを作成する必要がある。 介護を担当する人々の待遇改善なくしては体制の充実は望めない。介護体制を十分にするということは、公的体制を含めた充実とならざるを得ない。現在の小さな政府、民営化路線では対応しきれる筈もない。

	介護には甚大な費用を必要とする旨社会に理解させようとしていない今の政策では全く不可能である。
1516	少子化となっており、医療の進歩により寿命も延びている為今後の介護の現場は様々な問題が生じてくると予測される。介護の為に、離職しなければならなくなったり、介護にたずさわる人も減少する事で、家族の負担が増大し、共倒れの可能性もある。誰もが遭遇する介護について、負担を少しでも軽減できるように早急に取り組んでいく必要がある
1517	・少子化対策 ・介護の充実化
1518	不安です。 若いうちから自分の事は自分でできる様、また病気になっても延命処置はしてもらいたくない等の意志表示が必要と思います。 経済的な問題も必らず生じてくる為、高齢者になっても自分の役割りを有効に利用できる様な仕事場も必要と思います。 高齢者どうしが支え合う時代が来るのですが、その時、若者の価値感がどの様になっているのか…恐ろしいです
1520	老々介護の状況や、高令者・病人を家族の中で介護できない状況がますます増えてくると思います。 医療に携わっている自分自身でさえ、介護が必要となった家族を看ることができるのかという不安があります。(経済的なこと、介護力の面から)
1521	やむを得ない。
1522	介護はどうなっていくのか海外からの援助を求めざるを得ないのか不安。
1523	税負担が上がってもやむを得ないので、社会保障を充実させることが今後避けられないと考えます。
1524	介護力の低下により更に老々介護が予想される。又、癌Ｐｔを介護する人も又癌Ｐｔという事がめずらしくなくなり、医療者は家族もどういう状況なのか更に把握する事が必要となる可能性が高い。 又生まれてくる者よりも死亡する者が増加する事で増々病院の評価はいかに死亡する者に対し満足なケアをできたかになると予想される。
1525	治す医療から生活を支える医療へ変化しなければならない。特に大学（医学部）の意識改革が必要。
1528	１人暮らしのお年寄りが増え、核家族化が進んでいる事も、ご高齢の方にとっては淋しい思いや不安が増してしまい、孤独を感じると思います。お年寄りが淋しいとか、不安だなどと思わないで、笑顔で過せる環境が作れたらいいと思いますが…。
1529	海外から広く人々を迎える（難民も含めて）
1530	在宅療養におけるコメディカルの重要さ、連携を充実していくべきだと思う
1532	現行の介護制度や政府の対策では介護を支える土台が成り立たないのは明確だと思う。現場と国などの予測や考えの違いが大きい。また、医療の現場でもスタッフの不足や経営の面でも続けることが困難
1533	高令者夫婦や独居者の増加→在宅ケアの困難→社会的入院の増大
1534	・政府の医療に対する対策（出産・介護・地域医療等を全てを含めて）、世間一般の疾病、それに対する看護、介護のあり方について根本的に不足する部分が多い。 ・誰もが医療費に対しては関心があるが、自身の事と真剣にうけとめず、自分は看護、介護とも無縁と思っているフシがある。
1535	現在実際に介護者も高齢者が多い事は十分感じている。 上記のデータを見て現在よりも更に高齢化がすすむと思うと不安が増す。
1537	少子化、核家族がすすんでいる。 高令者世帯が増えている。
1538	現状を国民によく知らせる努力が不足している。 社会の構造を、20 年先の人口にあう様に整えて行く。その間については多少の不便等はあきらめる。
1540	在宅医療の供給数が絶対的に不足してしまう現状に危機感を覚えます。
1541	高令者を支える側が圧倒的に少なくなる事については家族単位では今の社会状況からはむずかしいと考えます。 地域全体で支えていく方法が必要と思います。 このピラミットを見て…今の 50～40 代が今の 80・90 代と同様な経過をたどるかには少し疑問があります。 平均寿命も変化するのはいなかという思いがあります。
1542	・介護力の低下というよりも介護力の不足が一番と思われる ・自宅療養、介護の為に仕事をやめなければいけない現実もある ・高令者の自然体の部分にも目を向け、臨終の場を共通意識・認識しないといけないと思う。
1543	2030 には、自分が介護する立場（親など）となっている頃、ささえていけるのか自分の生活を行いながら不安はある
1544	未来の介ゴに不安を感じる。在宅への移行を国はおしているが 1:1.7 ではまずムリだろう。社会支援の更なる充実が必すうだ。
1545	社会福祉のさらなる充実しかない。 医療費は当然１、これはしかたない。
1546	高齢者をささえるシステムが必要と考える（できるだけ早く）
1547	介護力の低下については少子化もあり、難しい問題であると思う。
1548	疾的予防などの取り組みが進められていることや、介護力、看護力を維持するために、外国人労働者の雇用など始められている。 今後、どのようにして現状と向き合っていくかは、予防の部分を重視するとともに、地域力も上げていく必要性もあると思う。
1550	自分の子供にどのくらいのふたんがかかるか不安になる。
1551	しかたない事であるが心配である
1554	現時点で実感として答えられません。正直「なんとかなる」と思える
1555	病院も、在院日数で入院期間も決められ、介ゴ施設も高いお金を出さないと入所できず、また入所待ちといった状況で、在宅としても、介ゴ者が高令となっているので大変な状況だと思う。
1556	少子化対策が必要
1557	私は介護専門学校の学園長も兼務しており 5 年前と比べ介護を目指す人の意識の違いが大きくなった。就職しても離職する人が多くなった。日本人だけで介護ができるのか疑問。
1558	１．老・老介護　２．寝たきり防止の患者教育　３．外国人老人介護者導入
1561	小子化が進んでいるのは子供を出産しても安心して育ててことが出来ない。
1562	人口の減少については、やむおえない事と考えます。いつまでも増加しつつあるわけにはいかないと思います。

	死に対して決して悪い事だけではなく、死ぬ事により人は生きれると思います。終戦後から今の日本をつくりあげてくださった方達を大切にするのは当然、大切な事であり義務であると思います。しかしそちらばかりに気をとられずこれから日本を支えていく人達の為にも小子化対策は必要であると考えます。
1563	現状の日本では、子供を産んで育てていくのにお金がかかり過ぎてしまって働く場合、2 人～3 人がやっとという状況である。私達の子供の頃は家でおじいちゃんおばあちゃんを最后まで面倒を見ていましたが外に出て働かないと生きていけないので施設に入ってもらうケースがほとんどです。家で介護できるようであれば理想ですが…
1565	大変な世の中になっていくので早期対応が必要だと思います
1566	現在でも問題になっている独居・老々世帯が増加することが考えられ、介護・福祉の充実が必要
1567	行政での支援策がもっと密なる物で対象者の個別性も重視した法的なサポート、又関わる事業への経済的（収入）支援体制の整備が必要と思います
1568	平均寿命が伸び、出生率が低下している日本では当然の成り行きだと思う。 今後介護や福祉分野の就業人口が増えるよう国の政策をとるべきと考えます。 不必要な公共工事に税金を使わずに北欧のように高福祉国家へ向けて、転換するのがよいと考えられます。
1569	①国の政策に大きく関わっている。現代は年寄りに手厚く若者に厳しい時代である。大学を卒業しても就職できず、安定した顧用の保障がない。子供を産んでも安心に育てることができない。（保育所、企業の方針等） 一方で高令者は寿命が伸び、定年退職後も元気でいるのでもっと働けると言い現に賃金を安くされてもいつまでも働いている。それが若者の就労の場を失わせている一因でもある。 余暇利用の下手な日本人は働いてお金を稼ぐ事が、自分の存在を認める唯一手段である。 高令者の域に入った国会議員が近々自分の身に及ぶ高令者保護よりも若者重視にシフトする政策をたてるとも思えず…しかし、本気で若者や子育てをしている人々にもっと手厚くしなければ、この傾向は絶対止まらない。 自分も近々その域に達するが、皆が早い時期から自分がどう生きどう死ぬのか考え、計画する必要があると思う。 又介護の手薄いところは、少い人数で多勢をみられるコミュニティー施設（←どんなものが良いかはっきり分らない）（国営）で集中してみていくのも一手と思う。
1570	いずれ私達の時代には、フィリピンや、インドネシア等の介護士看護師の人々も在宅へ進出し、文化の違い等のジレンマが大きな課題になるのではないかと考えます。 又、自ステーションでも昨年 83 人（内在宅看取り 44 人）の方々がお亡くなりになりました。高令者はもちろん、若年の方も多く、医療費の負担も大きなっています。若年の癌ターミナルの医療費負担の軽減及び介護負担の軽減は大きな課題考えます。
1571	老々介護、認知症等高令者を支える介護の現場が、そこで働く人々にとって希望のある職場となる必要がある。
1573	小子高令化対策についてもっと国民的議論が必要。 今のままでいくと、出産年令人口の減少と国をささえる世代の減少につれ、医療、介ゴも崩壊していく。
1574	人口の減少、高令者の増加などの現状があるにもかかわらず、医療機関では、平均在院日数をみじかくし、病床数をへらす方向にあります。病院で亡くなることは少なくなると思われます。 高令者が占める割合が増加するなか介護する家族は減少し、老老介護が今より増えてくるでしょう。又、一人暮らしの高令者も多くなります。介護が必要となった時どこでどのように安らかに過ごすことができるか、早急に考えていく事が必要。訪問看護は、そのなかでも重要な役割をになっていくと思われる
1575	私達の子供の時代にはたいへんなことになっているのだと新ためて感じました。 家族だけにまかせることは困難であり協力体制が必要なのだと思います
1577	個人、家族による介護に任せられない。 社会的支援が必要
1579	問 1-あ質問内容について、高令者との同居が減少している為、接し方からわからないと思います（コミュニケーション低下）学校教育で取れ入れることが必要となってくると思います
1580	たいへんだと思う。医師看護師が不足している。同時に働くだけの賃金や 介護職の賃金が低い。これも　労働条件が悪い。 同じ。 それと、 介護学というものが確立していない。 国はもっと援助をすべきです。
1583	・自分達や、自分の子供達の将来が心配。
1584	医療費の抑制を解除 介護されるべき人が介護を行っている現実があり国の機関による介護が必要です。
1586	長寿国になってしまったのだからしかたがないこと。 子育て支援がなければ、この傾向はかわらない
1587	10 年 20 年前から予測された大変動に、なぜ社会全体として対応策が具体化されなかったのだろうかと思う。 また、今後の変化に対応できないまでも見構えることは在宅医療の分野でも大変重要なことになる。
1590	人口構成が高令者にシフトしている状況の中で、安心感をもって生活ができるためには、医療を含めた社会保障を充実するよりない。 制度とともに財源は優先的に確保するべきである
1591	20 年後の自分自身はどうなのかを考えておかないと大変なことになりそうだ。 ・貯蓄 ・健康面 ・人間関係（家族、友人、地域など） 最低限上記について今から気をつけて生活していこうと考えています。
1592	福祉内容の見直しと充実に対する取り組みが重要 在宅医療が安全、安心してできる環境が乏しいと感じる。 対応できる事業所もまだまだ少なく、経済的支援も不十分である。 現在病院勤務だが、独居生活者も増加傾向にあり、退院後の家族の支援にも不安が残るケースが多い。 家族や地域との関係が希薄である。セルフケア能力向上に対しても不十分。 自分もいずれは高齢者となるが、未来に対する不安が大きい。
1593	さらに高齢化率が高まり、日本の福祉、医療、保健は現状を維持することが、困難となり、平等に生活していくことが困難になると思います。
1594	危惧するべき問題である。
1596	介護力の低下が進む中、自分が病気になった時、家族が病気になった時の事を考えると不安でなりません。
1598	介護保険制度ができ在宅医療へと施策等、促されてきましたが H12 年以前から訪問看護に携わってきて年を経る毎

	に在宅で介護することが、困難になってきていると感じています。 老々介護独居、あるいは介護を担う人間が１人しかいない等政治や公機関が介入できないことが増加していると思います。 介護できない人や介護したくない人に強制はできないし、結局は、在宅から施設へと移行せざるを得ないのではないかと考えています。
1599	日本人の生活が混乱する （日本在住者） 不安な経済面がより顕著になる。 介護力が低下し在宅療養は困難になる。 施設に入れたくても費料がはらえない。 施設に入れる為には働かなくてはならないが自分の生活もある。高齢者を介護する為に、仕事につけない 高齢者の年金で在宅療養を支援（仕事をもたないで）していた介護者が高齢者を看取った後の生活の保障がとざされる（働ける年令がすぎてしまっている）
1600	出生率の低下については、すぐにでも政治的介入が必要である。安心して出産できる社会、出産して子育てがしやすい環境を整えることが必要であると考える。１人の子供を育てていくことが、どれ程大変であるか、昔とは比較にならない。 　高齢者についても、同様に昔とは比較にならない。今の高令者は元気であり、60 才定年では、持て余してしまう。年金が出るまでにも時間が空くし勿体ない。高令者も戦力となって働けるようなシステム作りが必要だと思う。老老介護が増え、悲惨な現状がある。老人だけの世帯が増え、子供が居ても同居しておらず、病気の妻（夫）が病気の夫（妻）を介護している現状は日々目の当たりにしている。
1601	今後介護サービスは夜間対応型の必要が大となってくると思う。 家族がいても住み慣れた家での一人暮らしを希望する方が多い。 日中はなんとかサービスを入れて見守ることができるが夜間は地域的にも行なっている事業所が少ない。家族の協力も得れない場合が多い。
1602	人口構成が人間が生存してゆくには不適当な状態になっていることは確かです。かつては富国強兵で多産を奨励された時期もあり、感染症や低栄養などで、乳幼児死亡率が高かった時代もあります。現在は何が原因でこのような人口構成になったのかを考えてみる必要があるのでしょう。日本では価値観の変化でしょうか。 　昔は今若しくとも子供が大きくなるまでは、自分が年老いたときには一応は安定に生活を送りたいとの思いが強い人が多かったように思います。現在は小供も大人も今がよければ、楽しければとの思いの人達が増てきているように思います。その上昔に比べ、子供を育てるには難かしさ（金銭的も含め）が増してきています。特には女性は働くことの意義を自覚してきているので、いずれにせよ世の中の全て（政治・教育・報導、娯楽、企業理念…）に関して、国民の多くが問い直してみる世の中が来ないうちは、新たな方向が生れるのは難しいと考えてます。
1604	医療の限界（対象全てを保護できない） 核家族化、社会的背景に伴う介護力の低下の進行 孤独死、医療難民の増加
1605	医療、福祉が誰が担っていくのか心配です。海外からの人的支援が必要となるのではないでしょうか。
1606	・現在の医療システムでは尊厳ある最期のケアを提供するには限りがある。 ・自分のこととして想像すると長生きしても辛いことが多いと思われる。
1607	医療の進歩や少子化問題や社会における女性の役割変化家族のあり方等全てがかかわってのことだと思います。 何をどのように答えてよいのか質問が大きすぎるため回答不可。
1609	現行政策の中では年金を含め、経済的サポートと破綻マンパワーもなく老々介護生活苦による自殺等 国民の生活の質の低下又は危機的状況現在癌難民といわれているが、 癌に限らず今后急性期病院編少減少をみこんでいる政府の国策に準ずるなら 医療機関の危機的状況も必須
1610	・現実なので仕方ない、ただ政府の方がどのくらい理解されているのか。
1611	我が国の子育て支援の不足と、子育てしたいと思える様な環境にないことが問題と考える。その上、これだと高齢者が増加しているのに、中負担、中サービスなどと中途半端な政策しかとれない現状が、介ゴサービスへの投資にむすびつかないと考える。未来を国民１人１人が考え、今高負担でも、未来に介ゴされるという思いと保障を国民が、実感できることが必要。そして、子供が未来に必要なものであり、国民が子供を生み育てることが、必要なことで認識できる教育が必要と考える。
1612	避けられない現実だと思う。
1614	国の危機管理不足。想像力の低下。
1615	①何故“65”なのか？→70、75 に引き上げれば、以卒は変わる。 　単純には難しいが、人の老化の速度は様々なので資源と有効にするために分類方法を見直してはどうか？ ②核家族以前の家族介護を推進すること。 ③医療費の削減のためには、義務教育に医学をとり入れて、公衆衛生のボトムアップをする。 　不適応な救急要請もなくなるし、ひいては国民全部が医師となれば在宅医も不要となる。
1616	今から過去の事を言ってもしょうがないが戦後の社会状況（医療、食生活、教育その他）の急変による諸々の結果であり、徐々に対応せざるを得ない。 　国がいろんな施策を考えていると思われるので現場としては対処したい。介護施設の利用のあり方（時期により２階へのハシゴはずし等）は大変問題で大きな箱をつくった借金が返せないうちに次の借金をせねばならぬような状態にあるような介護の場が多くなって来ているようで大変、心配になっている。 　場所の確保（余裕ある）と継続できる支援があれば在宅支援診療所も安心して住宅診療が出来る。
1617	高令者でも就労している人も多いし、若年者でも支えられなければ生活出来ない人もいます。年令で「高令者は支えられる人」「若年者は支える人」という分け方はあやまりです。 高令者でも働く意欲も能力もある人は働けるような社会環境作りをすべきです。 年令的に世代間を分断するのではなく高令者と若年者がうまく助け合えるような社会作りも必要でしょう いづれにしろ、個人個人がバラバラの方が有利な社会ではなく家族を単位として高令者がいる方が有利な制度作りが必要です。
1620	世界で最初に日本国が直面している怖い現実です。2030 年には自身も 76 才となり、介護を受けていると思われる身ですが現在とは状況が全く異なり、とても公共機関には頼れないと思います。
1621	心配
1623	人口の減少と同時に支える若者も（出生率）も減少しているとの事。 どう変化していくのか不安です。
1624	悪い面ばかりに目をやるのではなく、良い面もみていく。
1625	早急な国をあげての対策が必要と考えます。 職場の環境もさることながら、子育てしながら働きにくい環境にあります。 保育施設の充実。18 才までの医療費免除、育児休暇の拡大、他、子供を生んで育てるための安心して働ける対策をたてて下さい。
1626	認識が足りなかったと感じた。
1627	とても大変だ。 医療費がますます増大する
1629	元気で長生きだと一番いいのですが、医学も進歩しており、延命治療でこれから病気で長生きをされる方が増えてくると思います。 現在老老介護で疲れておれらる方が沢山おられますが今後本当に深刻なことになりそうです。 経済力がないと、入所施設にも入れないし、かと言って介護力がないと在宅にも居られない状態だと、どうしたらいいのでしょうか？
1630	介護力の低下が進行すると介護を提供する方もされる方の負担も大きくなり、高齢者の自殺者も増えてしまうのではないか不安になる 介護者の負担が大きくなるとさらに離職者も増えてしまいますます介護者数が減少し厳しい状態になる離職者をくい止める対策が必要
1631	社会の変化、価値感の変化により、結婚して、子供をもうけるのがあたりまえという者がすたれてしまった。もちろん、子供の生めない方は別として、自由主義の行きすぎた結果とも言える。なぜ、小子化になってしまったのか… 社会的に子供を持つ意味が薄れ、家族主義より個人主義への変化がもたらした結果であると言えるその結果が、子供をもたず、家庭を弱くしてしまったのではないだろうか。家庭の力の低下＝回復力、介護力の低下である。 回復力は、社会生活の中で生じるストレスのいやしの場としての回復力であり、回復させる力といった方がよいのかもしれない。このまま社会がすすめば…未来は、どうなるのか予測もできない。 社会で介護医療を…というのも、結果■■になれば、ほとんど社会主義でありこの様な結果の原因ではないかと思っている。
1632	人口の高齢に伴い老人人口の増加を招き介護、医療保険ともにパンク寸前、老後の不安増強している
1633	介護力が総合的に低下しているので社会全体で支え合うシステムを強化する必要あり
1634	高令者をささえてるシステム、介護力の補強はピークをむかえる為に社会として対応しなければならない。
1635	当地域では、高齢者のみの世帯、高齢者独居の世帯が多く、介護力は低い状況ななっている。今後も介護力のない世帯が増加していくと思われる。
1636	国民１人１人が、自分達のことだけではなく国全体のことを考えていく必要がある。しかし子育てにかかる費用は大きくなってきている。 子育ては国のため又自分たちのためといった意識で全体でしていく国にならないと難しい。
1637	絶対的に労働力の少ないのがどんどん明らかになりかなりひどい情況になると思います。
1638	要介護状態にならないように自己の健康管理を行うことが特に重要と思う これからますます 20 才～64 才までに負担が大きくなり行政もささえきれないのでは
1639	国による少子化対策の不備
1640	超高齢化社会を迎え大変な時代になりますね。 老人が目立つ社会で子どもの声や姿がない（少ない）社会になるのでしょうね。 国や社会での取り組みはもちろんですが、一個人、家庭として何ができるのか、うれうだけでなく考えて置くことが必要ですね。
1641	高齢者は「自立」を第一に人生設計を考えて生活をしなければならない。 健康のセーフティーネットは社会福祉（公共）が責任を持つものである。過去のように家人のみに負担をかける時代ではない。もちろん、高齢者も負担を割かち合う時代である
1642	我々全国民の責任であると考えます。今後対応策は必要でしょうが、国の対策のみならず個人がしっかり考える必要があります。
1643	もしこの増加すると死亡者数を病院で看取るとなると今よりも医療崩壊は進むと考えます
1644	今后の社会保障利度のあり方を問われる。 低負担前福祉の原則か理想たが幻想になる
1647	1:3.0→1:1.7 という数字を初めて目にしてショックを受けた。 このような具体的なデータがメディアを通じて伝わってこないのは何故だろうか？ 社会保障に関する広報戦略を見直す必要があるのではないか。 個人的にも自分が 80 才を迎える頃の事であり、人ごとでは済まされない。
1648	高齢化についてはピアサポート的に高齢者同志が支えあっていけるような体制を行政はやっていく必要がある。
1649	高齢者の増加をとめることはできない。 だが、人口の減少に歯止めをかけることは、国の政策としては可能な部分があるのではないか。 もっと、国策について、今後を見通す政策を展開すべきではないか。（少子化のストップ等）
1650	少子化が深刻な問題であり、子育て支援が重要な課題であると考えます。
1651	医療体制が整っていること、介護力不足や核家族化が進行しているため自宅で介護する方が減っており、病院に入院された方が安心と思っている家族が多い。
1652	わかっていることなのに対策がなされていない
1654	自分は現在 62 才。長生きしてはいけないと考えている。
1655	社会保障の充実しかない
1657	在宅医療を行なうあるいは在宅生活とは？を理解できる医師を育成してほしいと思います。医療の必要度をどこにおくか？必要以上の医療の見きわめができる医師、またはガイドラインが必要ではないか？ 自分の人生の終末をどう選択するか？誰に支えてほしいのか今の私達が今から考えておかなければならない。人まかせでは何も変わらない
1659	女性の晩婚化や子供を生まない女性の増加。 産みやすく育てやすい環境を整えたりする施策がとられてはいるが現状は改善されないと思う
1660	国策として社会保障費を大巾に up すべき
1661	自宅で最後を迎えたいと思っても介護する人がなくなるので難しくなるように思われる。若い人を増やすためには子育てがしやすい環境にすることが大切である

1662	各々の症例の病状を「治らない」と判定するのは、いかにしてだれによって行われるのか？各在宅医の臨床能力に大きく左右されるのではないか。そこが、不安である。在宅医療の「密室性」を打破し、高齢者の増加＝治らない人の増加とならない努力を在宅をあつかう、医師、看護師、介護士等すべての職種は、おこたってはいけないと思う。
1663	とても不安に感じている。 今の段階から対策を国が中心となってとらなければならないと思うが、どうにも腰が重いように感じる。 ようやく医師不足に対して少しは動いているが…
1664	女性も働くようになり、子育てと仕事の両立がむずかしいと子供を産むことにもちゅうちょしてしまう。社会全体で、子育て支援が必要だと思う。
1665	高令者が安心して暮らせる体制が必要。
1666	海外から介護の支援に勉強に来ていますが、問題はこれから出てくると思います。 治らない人の増加については知りませんでしたが、悪循環が生まれる気がします
1667	昔と比べて、人情味もうすれ、隣人との付き合いもうすくなっている昨今、近所の方にちょっと買物を…ゴミ出しをしてくれる…というのがなくなり全てお金を出してたのまなければならない社会になっている。高齢者の介護を行うことは、晩婚や未婚が増え身内でさえ困難になってくる。 医療職、介護職の支援を充実させていくべきで、人員の確保を優先し専門的に、スキルアップをはかっていくべきでしょうか…
1668	元気な高齢者も、何らかの形で、介護などに参加できるしくみを作ることが、大切だと思う。
1669	国際的に広かれた国家をつくらなければ解決は無理だと思う。 日本がジャパンと改名して、新しい国家に対するビジョンを 100 年の計で考えるべきだと思う。その為にはプロジェクトチームをつくり十分な研究が必要であろう。
1670	介護力は低下している中、どこで、死亡者となる高令者を看取るのかという問題が生じていると思う。
1671	医療の進歩と共に介護保険導入により高齢者は増加して長寿時代となった反面、それを介護して来た家族や介護者も高齢化している。 人口の減少は、少子化の時代、又女性の自立化の問題と大きな社会問題でもあります。 介護力低下を他国の介護者に頼らざるを得なくなっています 今後医師についても減少するのではと思う。医師の優遇化も又少子化対策の核心ではないでしょうか。
1672	働き手である若者が減少し生産活動の低下につながる。家庭の中のゆとりが減る。医療技術の進歩により生命は助かっても病気は治るものばかりではなく障害を持ちながらの生活には費用もかかる。医療や介護は人の手によるものが大きく担い手となる人が減るという現実に誰にたよればいいのか…など暗いイメージばかりを想像してしまいます。 今、この時にこそ、人と人がつながるような形を作っていかなければならないのではと思っています。
1673	高齢者が高齢者の介ゴに携わる事となり安全・安楽性に欠け供倒れとなる可能性が高く、介ゴ者の不安や疲労度が高くなる。 市や国の制度で安心できる様な制度を作ってもらいたい
1674	高齢者対策に注目しているが、もっと根本的に子育て支援安心して産める環境を整えることも大切ではないでしょうか？ 介護力の低下に対し外国人の介護者をとり入れているが何故、日本の職のない方々が介護の道へすすんでくれないのか疑問に思うところである。その支援に力をそそぐべきではないでしょうか。
1675	自分の老後が心配
1679	色々マスコミ等などで、言われており、将来的には、大変な時代がやってくることはわかっているつもりである。しかしその問題をどうすればいいのか等は、むつかしくてわからない。
1681	抜本的な施策を講じないと大変。
1682	・少子高齢化で仕方がない。 ・最終的に他人に介ゴしてもらわないといけない。そのためのお金のたくわえが必須。自分の面倒はお金を払ってでも自分でみなくてはいけない。
1686	約 20 年前から一部学者により逆ピラミッド現象について種々提唱されて居りますがその対策について何も具体策は見えてこない。
1687	現在でも老々介護があたりまえのようになってきている。特に地方では高齢化率は著しく、共働き世帯が多く、日中独居、老々介護、認々介護はめずらしくない。高齢者を介護するということは、経済的、精神的、体力的に介護者へ負担がかかる。核家族化もすすみ、介護しきれず、施設、入院を選択するケースがとても多い。 　少子化体策から全体的に考えていかなければならないことであり、深刻な状況だと考えます。 　予防介護で介護負担を少なくする、地域全体で見守るネットワークをつくるなど医療者だけでなく、個々の自覚も必要だと思います。
1688	1．2038 年に必ずやって来る、少子高令化社会の認識を国民すべての者が持つ事 1．国と国民が一体になって、30 年后の対策を考え作り出す。
1691	今後高齢者増加に共ない老老介護の現状が多くなると思われる。 施設などを増やし入所が（現在順番待ちなどで在宅と病院を行ききしている高齢者）容易にできるようになれば…と思う
1692	①医療介護のより一層の充実が急務である ②外国人介護者、看護師を導入している場合ではなく日本人の若い人が喜んで働ける環境つくりが大事である。 ③我々の老後がとても心配である
1694	介護力の低下、高齢化が進んでおり、在宅推進もなかなか困難な場も多い
1695	小子化についてとりくむ必要がある。 子供は国の宝とみなして成人するまで教育、医療とかは無料にすれば良いと思う
1696	若いうちから家族内で将来のこりについて話し合うこと。 国としての明確な方針をうちだしてもらいたいということ。
1697	地域では、実数以上に老ー老介護が多いように思う。 在宅をすすめるにも家族力が弱く、国のいうとうりにはいかないと痛感している
1698	かなりきびしい現状であると考えます。 訪問看護を行っていても独居者のターミナル難病等増加しているように感じる。 介護する人の不足、経済的な困難、制度の不足を感じます。在宅でも以前のように介護者がいるという前程に立った制度では成り立たないように思います。 そして今後福祉医療にはそうとうにお金がかかる（個人、国とも）ように思います。
1699	マンパワー不足の問題等、生活を考えた上ではどうしても介護力低下につながってしまう。となるとＨＰや施設にたよらざるを得なくなる。入所が入院環境を充実させなければならないと思う
1700	高令者が病人、障害者等を支える人が少なくなり弱者同士で共に支え合う暮しをするのかと不安に思う。 その時国の制度や政策はカバーする方法を考えているのか？
1702	若い人が結婚しない人が多いのがとても気になります。 結婚しないと子供も増えないし正常な社会人とは思われない。子供の数を増やすことが大切と思います。 一生に一度は結婚し家庭を持ち子供を育て、社会に立派な人材を送り出すのが人生だと私は思います。
1703	時代の流れなので仕方ないが、為政者、国民の双方に危機感が無い
1706	加齢による日常生活のレベル低下は、すべての人が経験するもので、それに加え、疾病がさらにＱＯＬ低下も加速させていくのは確かな事と思う。 そんな高令者増加の中でこれをささえていかなければいけない若者の減少で在宅での介護の不足が考えられる。 そうであれば国としての在宅での福祉、医療の支援強化をしていく必要があると思われる。
1707	・国家レベルで人口動態の把握はできていたと思われるが、それに対する社会保障制度の取り組みが遅れている。 ・女性の社会進出に伴い結婚率、出生率の低下を引き起こす原因として働きながら育児ができる、教育費負担の軽減など総合的に支援するシステムがなければならない。 ・社会全体で支えていくことを理念としてできた介護保険制度ではあるがこれも中途半端で利用者負担が増すのみで十分機能していない。
1709	小子化が進んでいくと、もっと大変になり、家庭で介護する事がむずかしくなる。施設や病院へ入院したり入所する人が多くなると思う。 国の考えと、現実にギャップがあるため、高齢者の方が、もっとつらい思いをすると思う。
1710	高齢者が介護（高齢者が高齢者をみる）する現状…出来ない現状とも考えられる。
1711	不安に思っている。 （高齢者を支えきれない時代が来ると思われるため）
1713	自分が高齢になった時のことを考えるととても心配。
1714	老・老介護にてかなりの負担が各家族関ってきている。家庭崩壊にも繋がってきている状態。もっと介護に対する支援を考慮し暮らしやすい生活の保障が必要と考える
1715	行政の対応が必要。
1716	現代においても“老々介護”といわれる世帯が増えつつあり、更に“孤独死”する高令者も増す中、高令者を支える者がいない社会は、住みにくくなると思う。また、行政により、保障が満足に得られていない事もあり、在宅支援を受けられる老人は更に減り、“孤独死”などを助長していくように思う。
1717	少子化から考えていかないと、どうしようもない。現在の若い人達が安心して子供を産んで育てられる環境でないと解決はしない。
1718	家族形態の崩壊によって独居あるいは老夫婦のみの暮し、近親者が遠方に在住している現在、老々介護は大きな社会問題である。 また市町村の形態もマンションや、新耕住宅地は同世代の人が多く地域全体が同一に老化していく傾向にあると思います。 時代の流れが早過ぎて世代格差が広がる一方です。子孫を大切する家族ともう一度考える時期にきている。 病院での介護や看取りはとかくお任せになり介護や看取りを自分達の手でする工夫も努力もしない、できない世代をどんどん作り出してしまうと考える。
1719	治らない人も治療しないとなると病院をでなければならない現状が多く、ホスピスの少なさ、療養病棟の不足を感じる。
1721	・医療の発達により、寿命の延長→医療費、介護費の増加問題 ・核家族の増加により、高令者と若者の接点の減少 ・女性の社会進出による晩婚化、第１子出産時の母親の高令化 ・少子化による後継者不足（医療職、介護職） ・老老介護問題 ・入院の短縮化→家族（配偶者）負担増加介護する人の仕事の問題（退職がやむおえない状態→経済的問題） これらについて、問題意識が低い人が若者を中心に多い。
1722	対策・対応が現実についていけていないと思う。現状把握よりもさらに加速してすすむと考えられると同時に、おいついていかないもどかしさを感じる。
1724	在宅療養、訪問看護の地域的、地区的体制の強化協力が必要
1725	核家族が多いため、家族での介ゴ力の低下、老々介ゴは大きな問題。 孤独死など防ぐために地域のみんなで支えあう必要があることを国民全員がもっと知るべき。
1726	今のシステムでは介護医療ともマンパワーが不足する。 　60 才～70 才の方のボランティアをしていただき、ボランティアの時間をポイントとして介護が必要となったとき自己負担金の一部としてポイントが利用できるようなしくみが必要
1727	①医療費増加による財源の危機感 ②自分の身を守る為の構築が必要。 　予防重視としたメディカル生活の質の面での国をあげての対策 ③介護力の低下は防げない。 　国民全体で助け合える（保険システムの強化 生活空間整備の強化 ④未来ある次世代の為の政策は必須
1728	看取りのシステムを作ることが大事看取りの文化を作ることが大事
1729	高福祉、高負担を覚悟せねばならない。
1730	・国や地方全体で支え合う制度、経済援助をする必要がある。 ・基本的に家族で支え合う心を養う、教育やしつけを行いそれから地域で関わり合う必要あり ・健診や予防への徹底、教育活動の充実が必要だと思う。
1732	将来的には外国人による介ゴ・ケアーに頼らざるを得ないのかと心配している。 医療・介ゴに対する国の認識の低下が気になる。
1733	昔は（S30 年代頃）同居家族が殆どで、家族で介護するのが当り前の時代だったと思います。現代では、病院に入院して、病院で亡くなっていくのが当然の流れになってしまっていると思います。高度成長と共に女性の社会進出が大きな影響となっていると思われます。生活が豊かになり、親も子供もそれぞれが干渉されない生活を選択し、同時に関係も希薄になってきてます。 この隙間うめるべく方策を講じなければいけないと考えます。子供の教育も早いうちから、介護の事わが国の高齢

	化社会の現状を、カリキュラムに組むべきと思います。
1734	介護の柱となるべき成年層は男女を問わず仕事にでており、仕事に支障を来たさない範囲でしか介護をしようと思っているのが現状です。 したがって、老々介護が現実であり、この傾向はさらに進行するでしょう
1735	数の問題はどうしようもないので少数精鋭の方針を広報などで周知させ負担、努力、忍耐の協力をお願いする
1736	厳しい時代がやってくると思いますが具体的には思いつきません。（すみません）
1737	・医療の発展のため不必要な加療をしているため
1738	生産人口の減少を来たしていること。
1739	①高令者が増えて働きざかり又、今から働いてくれる人が少なくなっている ②医療が発達して寿命が延びている ③国の政策が医療福祉にお金を出さない ④国民もなんでも無料で又、少額で自分の健康を守るということになれてしまっている
1740	現国民の考え方からすれば仕方がないと思います。
1741	福祉税を導入し誰でも安心した介護が受けられる財源確保が必要である。 労働者の数が少ないわけではなく、工場など製造業に偏在しているので、介護者の給与を上げたり、介護を必要とする家族に人的サポートを補助することが必要である。 長期的には子供を増やし、女性が働けるよう、ベビーシッター保育園の整備が必要である。 子供と老人に手厚い補助をすればよい。答は簡単である！
1743	医療の内容や介護能力などについて見直し、対策をたてて行く必要がある。 現在の医療をすべての高齢者に行おうとすれば医療費は高騰し現在の医療経済は破綻するだろうし、介護難民が多数出てくると思われる
1747	介護力の低下を実際問題として感じており（今の体制下で）このままでは破綻すると痛感している
1749	在宅医療と介護施設を充実させる。
1751	家族・親族での介護は望まれない 高齢者や障害をもった介護を必要をする方の介護はどうなるのか、不安
1752	未来を考えるととても不安であり、医療者側としても働いていくことに心配がある。
1753	・在宅療養を支える介護力の減少、低下、又医療依存度も高くなり、在院日数の短縮、在宅での受け入れ施設の不足により、現状の在宅支援、24 時間対応には問題、課題が多いと思われる。どのサービスにおいても人数不足により、必要な訪問サービスができない。又費用の問題もあり、利用者の負担増加により、サービス提供できない、希望しない現実がある。 ・病院の診療報酬も包括になると、十分な退院支援もできないままの退院、ひいては安易に施設入所等となっている。急性期を前面に出す病院が増えており、後方支援困難。ターミナル期の在宅療養も増加にて、何床かでもホスピスケアができる病床確保が必須。これに対する診療報酬対応もしないと在宅医の協力も得られにくいと考えます。 ・若年からの健康教育、生老病死に関する教育、介護方法、サービスの情報提供を行政側がもっと広く知らせないと在宅生活は困難！！
1754	予防医療や、できるだけ在宅で、といわれているが、現実にはそうかんたんではない。やはり入院施設や療養型施設へお世話になる必要性が考えられるので、そういう施設を今后増やしていく必要がある。
1755	居住福祉の充実が必要と思います。
1756	政治的な問題です。 高負担、高福祉か低負担、低福祉かです
1757	人口が減ることは、子孫が増えないことには改善しないですが、少しでも、子供の数を増やすような対策が必要だろう。 私は、3 人の子育てをしながら仕事もしており、上の子よりは、下の子の方が、子育て支援はありますが、もっともっとすべきだろう。 また、高令社会になっても、高令者が優遇されるサービスなどの充実と、高令者のある程度の自己負担は仕方がないと思います。
1758	自分自身がどこでどのようにすごそうか、と考えてしまう
1759	老人が老人の介護をしていかなくてはならない時代がきており、今後高齢者をどう支えていくかが大きな問題だと思う。 医療は進歩し続けているため、今後もますます高齢者が増加する一方で、人口は減少するので、若い世代の負担は大きくなると思う。
1760	若年層の負担が大きくなることが大変であり、年金制度のしわよせになっている
1761	これからの高齢者（自分も含む）にとって、とても厳しい時代となる。 老人が老人を介護しなくてはいけない状況になってくると思う、しかし、日本の経済も厳しいため、未来の予想はできない。
1764	・まずは誰もが疾病の予防に努めること
1765	予防医学的観点からの対処が重要。 その意味で治療だけでなく 3 次予防も行なう在宅医療は大切。
1766	これから先、高齢者を支える立場となり介護や、経済面での負担が大きくなる事に対し不安を感じる。又、更に何十年か経つと自分が高齢者の立場になるので、何をどこまで備えたらいいのか心配になる
1767	今后の医療費負担等について不安。
1770	高齢者の増加→どうすることもできない。 人口の減少→出生率↓の状況はどうすることもできない。 みんな子どもを生まないといけないと思ってはいるものの、生活のこと、金銭的なこと、いろいろ考えると安心して生めない。
1772	無理な延命を止め、人の死を自然のものとしてとらえる、昔の考え方に直すべき。 自分の老後は自分で守るため保険制度ももっと改定する必要がある。
1774	日本に未来はない。老人が老人を介護し、介護疲れで不幸な人が増える 介護者不足でインドネシア人などの労働力を輸入している日本。 介護を、製造業の外国人労働者と同等に考えられているのか、国自体が介護をなめている。
1776	予見できなかった国の方針が悪い
1777	自分の子供達にも今後負担がかかってくるのかと思うとかわいそう。
1778	小子高齢化時代において死亡者数が年々増加するのは当たり前。 核家族が主の現時代、１人住まいの高齢者も多い。介護する子ども達も、親を自分の手で介護したくても、狭い家の中で１つの部屋を確保するのも難しく、経済的にもきびしい現代、共稼ぎも多く、ゆっくり親を介護出来ない状況にある。そして、自分自身もなんらかの病気をもちながら、高令者が高令者を介護しなければならない老々看護。そう遠くはない、自分の事を考えるとやはりゾッとする。
1779	現状）人口の減少については、核家族の増加に伴ない高学歴指向が急速につよくなり１人の子供に対し十分な学習環境を与え、その親自身も余裕のある生活を希望を優先し、子育てへの関心が低下したことが原因、又高齢者増加については医療費の窓口負担あるものの積極的に受診する傾向の結果ではないか。介護保険のサービスが充実（一部に人に対しては）していること。かかりつけ医、大病院等との連携不足により、早急に専門医へ紹介する双方で検討する様な開かれた医療が十分でない現状がある。医師の資質、専門医を患者に広報する必要がある。 介ゴは他者にしてもらうものと、他者に頼らないという人の考えがあり、介ゴ保険の一つの問題として自律支援を認識した利用者（高令者）が少なく、又主に担当するケアマネージャーの力量により介ゴ力を低下させ、安易に施設に結びつけつけている。本人、家族、関係者の自立についての考えをチームとして考える必要がある。 未来）介ゴ保険は存続したとしても、保険者の負担軽減する為に利用者を中心に保険料アップに伴ない、利用率が低下し孤独死が増える可能性がある。正し、地域包括支援センターが十分に機能されれば良いが、地域との連携は未来への期待はできないと考える。
1780	高齢者の増加と共に介護スタッフの増員の必要性があると考えます。 又、新しい施設の増床も必要ではないかと考えます。 家族の方々の手助けも励けして行く事があればと思います。
1781	人口はどんどん少なっているのはなぜか？ 子供は、日本の人間の宝です。 うみやすい、育てやすい環境をもっと考えていかないと、この問題は、解決しないと思います。
1782	危機的な状況である
1783	受け入れ可能な病院がへってきている為、病院（長期療養）とか施設の設定が必要だと思う
1784	・看護職、介護職者ともに離職者が多い ・家族構成の変化や女性の社会進出、地域社会での人間関係の希薄等、家庭や地域での介護力の低下が著しい ・必要とされている割には、給与が低い等、社会のニーズに見合った待遇が得られていない等、職業として自立できていないことが一番の問題だと思う。生活のＱＯＬを高めていく時に単に家族の力だけでなく専門的知識と技術を必要とされる社会を、政治の力で整えていかなければ現状は悪化していくのではないかと考える ・高齢社会と共に、死因の上位を占める悪性新生物や認知症患者は増加の一途をたどることは予測される。社会のシステムを考える必要あり
1785	大きな問題であると認識している。現在の介護力ではとても今後の高齢者医療は支えられないと思う。
1786	１．海外より労働力を補う ２．国内より、土建業→介護へ就業のシフトを行う。
1787	・在宅介護するにしても家族の負担は大きくなり、医療者に介護や看護してもらいたいと思う割合が高くなってくると思う（経済的負担、精神的負担など） ・フィリピン人の看護師を受入れるなど今後も、さらに必要になってくるだろうし、高令者や家族も外国人の医療スタッフからのケアを心よく受入れる必要があると思う。
1788	介護の担い手が少ないので施設でも在宅でも負担がどれ位になるのか不安。 医療、介護が受けられるのか、サービスの質が低いのでは。 医療費がまかなえるのか。 外国人労働者とどのように共存していったらいいのか。
1789	少子化なので心配。
1790	自分の将来について不安
1791	今以上の介護力低下にそなえた対策を早急に整えてほしい
1793	ビジョンのある政策がなく、草の根の運動がかろうじて方法を模索している。しかし新しいアイデアは地方官僚にあえなく潰されることが多い。
1794	・介護、医療、福祉などの予算を大きくしてゆく必要あり ・マンパワー獲得のための、政策をもう一度考えなおすべきです。 介護など養成機関の補助、その事業者に対する給与の手厚い保証など。 ・町、（市、）を高令者や老人に生活がしやすいように整備する。 ・介護ロボット、介護犬、介護猿などの開発に力を入れる。
1796	問１－ａの質問が、訪れると高齢者の死亡治らない人の死亡も増加すると考えられるので介護力の低下は、進行しないとも考えられる。
1797	現在、在宅医療にかかわっておりますが、老々介護、独居老人が多いこと認知症の方も増加しており、家族の介護力に限界を強く感じております。 今後、ますます介護力の低下は考えられることであり、早急に地域ぐるみでの対策が必要であると思われます。
1798	もっと国民全体が、我が国の危機的問題として、捕えていく必要があると思う
1802	将来の問題として、介護労働者の人員不足があり、その不足を補うために東南アジアとか、外国より、介護人を集める必要が出てくると考えます。もっと積極的に取りくみ若い労働力を、集めねばならないだろう。
1803	65 才以上でも働ける環境が必要。
1804	20 才以下の人口が少ないのは、移民を受け入れる以外に改善方法が、ないのでしかたない。
1805	医療サービスや介護サービスの供給制限が生じるであろう。 療養の場、高令者の生活の場が、少くなり、老々介護や、独居で、苦労する高令者が否応なく増加する、さらに孤独死も増加するであろう。 具体的な対策は、かなり困難な状態である。（ないといっても過言でない） 国民の覚悟が必要、セルフケアへの指導が大切。
1806	老々介護の現状。 医療費問題。 未来が不安です。
1809	高令者医療に対しての限界を国民に理解させる（人手、原資共不足すること）
1811	若い人の人口増加が急務と考える
1813	＃１高令者も増加していますが、元気な高令者も増加しています。20 才－40 才の世代にのみ介護を求めるのみでなく、60 才位までの元気な高令者のエネルギーを活用する必要があると思います。それなりのコストを行政に

	負担してもらいます。 ＃２不景気、派遣切り、フリーターで職を求めている若者も多数いるはずです。外国労働者ばかり求めるのでなく本当に日本の若者に介護教育を指導し力になってもらうよう努力すべきです。道路ばかり造らず役人の天くだり先の法人ばかり造らず、医療、介護福祉行政に力を入れるべきです。
1814	労働人口の減少により大変な時代になると思います
1815	予測されていることに対して（介護環境、介護力の低下）国が制度の見直しをすべき
1816	20～64歳の人口の減少が問題と思われますが、若い世代が高齢者をささえるシステム事態の限界を感じます。20～64歳で貯わえた年金が老後にまちがいなく使用できるシステムへの変換が必要ではないかと思います。 あるいは北欧型社会への大変換が必要かと思います。政事の無策も原因と考えます。 今すぐに手をうたないと日本の未来はないと考えます。
1817	延命治療が発達しているので長生き出来る人が増えるが老人孤独死、貧しい老人、孤独な老人もいっぱいふえる。 吸引や胃ろう注入もヘルパーが行なわないと仕方なくなるなど法も変えざるをえなくなる。 介護職をふやして老人を守らなければならない時代になる。
1818	現在の状況から、未来については社会情況も変化していくものと考えられるし、ありのままを受け入れるしかないと考えています。
1820	介護報酬の改善人材の確保が必須。
1822	人口減少時代に即した体制作りが必要。 ただし、死亡者数のピークをすぎると、縮少しなければならないことを念頭に置いておく必要がある。 在宅での療養をおくるためには無理があり、施設での療養も、積極的に整備する必要がある。 医療費用、介護費を増額し、人員確保につとめる必要がある。
1823	この事はすでに10数年前より、予測されていたもので、対策の後れは、いなめません。 後手をふんだとはいえ、これから十分な対策が是非必要です。
1824	1：3の現状でも介護力不足について問題視されているのに、20年後1：1.7の頃にはどうなっていくのか不安。 病院に勤務し、がん治療をされる患者から「お金がかかりすぎる。」とよく言われる。夫婦共働きをしていても子供の入院（短期でも）での出費（入院費だけでなく母親がつきそう間の食費等…想像以上にかかる）もたいへんだと感じる。お金がかかるからという理由で受診をせず治癒する疾患も治らず余計に介護力が必要となるのでは。 又、世界的不況で生活保護者が増加している現状。上記のピラミッドの変化で20～64才を介護力としてみているとするならなおさら不安
1826	人工減少高令者の増加はさけられない 政府がどうとりくむかによる 医療の荒廃はすすむやろうと思われる
1828	死亡者が急増する中で、死を迎える場所や介護の問題を切実に感じる。 働いている家族が自宅に介護を必要とする家族をもつことは、大変な労力が必要。介護保険制度は、あくまでも家族介護をあてにしている制度で、今の在宅療養・在宅医療は、家族の介護力がなかったり、家族が疲れきってしまえば継続出来ない。 しかし、病院は医療の場であり、望む生き方、死に方の選択をサポートする場でもない。
1829	政治・政策でカバーするしかないと考えます。 税金の投入場所を変えるしかありません。 人の流れはお金の流れで変わると考えます。 人の流れができて、人の意識も変わってくると考えます。 意識から変えて、人の流れが変わることは困難であり、又流れの方向も予期せぬ方向となり得ます。 つまり、子供の医療・教育費に十分税金を使うことです。又土建業に進む若者が介護業に進めるよう税金の使い方を変えるしかありません。
1830	国の対策と、税金の使い方を考えるべきだと思う
1831	政治の責任で解決すべき、政治家は、自分達の月給は下げないで、社会保障費ばかり抑制している。 行きづまります。議員の数、月給を見直すべき。
1833	普通の国では皆この形になって行く アメリカのみ例外で之は移民を入れるためである アメリカの形に他国の参考にはするな！！
1834	在宅での看取りをスムーズに行えるようなシステム作りが必要
1835	すぐに解決出来ないが、厳しい現状である。すべての事につながる問題
1836	出来るだけ自立した生活が出来るように自分自身が心がけて生活することが大切
1837	延命処置をして長生きさせるのでなく、健康で長生きし、働ける間は高齢者でも働けるという世の中にしてほしい。
1838	様々な療養の場を作っていくこと。 市民の意識改革（どう生きるか、全ての人に生老病死はある、自律など）が必要と感じます
1839	極めて憂慮すべきことと思っております。日本での社会問題の一番は少子高令化だと認識しています。政府はもっと国民にアピールすべきであると思いますし、有効な手だてを講じるべきです（いろいろと施策はあると思いますが、なにも国民には伝わってきていません） 私個人の意見としては、少子化対策が第一義的であり、もっと政治主導で、大々的にやるべきです。安心して子供を産める社会を構築すべきです
1841	老人社会を支える未来に不安がある。 出生率低く現若者の定職率が低くどうやって年金で支えていくか。
1842	急性期の治療終了ということでＡＤＬが低下していても医療的なケアが必要でも介護力がなくても在宅に戻らざるを得ない利用者が増加している。ターミナル期の方も増えている。 今後ますますこのような状況は進んでいくと思う。 最底限このような方が在宅に戻られる時は在宅でのサービス調整をしてから退院して欲しい
1843	人口ピラミッドが三角形では、ビヤ樽に変化又は逆三角形になりつつある。少子化、若年層の減少によるもの。通常の社会構成ではない。 高令者の増加は当然としてもそれをささえる若年層が減少しては日本の社会の危機だと考える。
1844	自分自身、健康に気を付け、維持して行かなければならない
1845	少子化対策が必要とのことだが、量だけでなく、質も大切と思う。 （キチンと税金を払える人を増やすことが必要） いくら若年層が増えても、税金を払えない人が増えてもダメ
1846	将来の日本の介護が危ぶまれる
1847	・人口の変化でやむをえないことである。自然なことであるので行政的に安心して生活できる体制をつくる必要がある ◎医療、介護、福祉が十分機能できるように予算を十分につけること（財投入）例えば無料化！など
1848	出生率の低下があるから、いずれこのようになるのが分っていたハズである
1849	将来的に介護力が低下して望ましい介護がうけれない人がふえてくると同時に現役世代への負担もふえる 個々人ができるだけ最後まで自立して生きていけるように予防に努めることがとても大切 介護力の補助のため、外国人の一部受け入れも必要かもしれない
1851	介護保険と医療保険の有り方がもう少し歩み寄れる事を期待します。 国の保障が全ての支えになる事だと確信します。
1852	早急に対策が必要。であるが、どこから手をつけ問題に向かっていくか問題がありすぎ（財源、健康意識の改革、医療費など） 図Ａ．Ｂについて国の健康施策はすすめられているが、元気な高令者を目差すには壮年はもちろん青年、学童、乳幼児より健康への対策が必要。 現病、現症、症状のない方に予防的なかかわりは難しいがそれは（行動変様）必要であると感じている
1853	総人口の高齢者を占める割合が増加している事により老・老介護となる。介護する人がいないため共倒れの可能性が高いと考える。
1854	しばらくはこの状態が続き、治らない人に対しての医療行為、介護行為の打ち切りにつながらなければいいがと危惧していますが、これを打開するための手段となると特に良いアイディアは打ち合せていません。
1855	介ゴ力の低下はわかりきっていることなので介ゴの力を必要としない様に、病気になる前の予防の段階から十分な関わりをしなければならないのではないか
1856	少子化が進み、高齢化社会が問題となっている。 疾患の早期発見や介護力（施設などの充実）の増加などが必要だと感じている。
1857	社会全体が、どこに発展の力点を置くかという認識を変える必要があり、経済発展、利益追求ばかりでなく、人間と生活を真に豊かにする方向に動いていくべきだと思う。スローな社会（？）
1858	・老老介護が進む ・介護職員の継続性が乏しく介護力低下
1859	当事業所は過疎地域になっています。人口が年々減っている今介護の必要な人は、みんな「施設で最期を迎える」という状態になるのだろうと思っています。 また、それぞれの事業所の機能低下も時間の問題としてやってくるのだろうと思っています。
1860	医療職としてできるはんいのことをしてゆくしかないが…すでに個人、family、地域コミュニティのレベルではどうしようもない（改善しようもない）状況で、動かしがたい未来だとは思う
1862	病院がすべての死を看とることは物理的に不可能である
1866	大変問題なことであり、対策を講じなければいけない
1867	自分の老後について危機感を持つ。在宅でのマンパワー不足、サービス不足が心配になる。
1868	人口推移とともに、大きな問題だと思います。 早期の対策が必要であり、今の取り組みでは将来十分な対策ができていないと考えます
1870	子供が育つ環境が今ひとつ整っていない。（保育所不足）若い人のライフスタイルが変化している。介護のにない手がない等の悪循環。
1871	未来が不安である
1872	１）高齢者＝支えられる人、若年者（非高齢者）＝ひたすら支える人という図式は単純だと思う。 高齢者でも生産に従事している人、又は仕事をしている人はいる。又、子供～学生は非生産者である。又、失業など非高齢者でも生産に従事していない人がいる。 非生産者人口を生産者人口が支えるのである。 ２）高齢者でも体力と能力、意志に応じて仕事ができるようにすること。失業者を出さず何らかの仕事につけるようにすることが大切と思う。
1873	小子化、自殺、幼児を含めた子供の死（殺人も含めて）等々、人口の減少原因への対策。 家族関係の希薄等、社会の小単位である家族の状況をよくしていく。 道徳も含めた諸々の対策が急務と考えます。 国政がしっかりしてほしい。ゆっくりしすぎています。頼りにできないことはがゆい。
1875	・福祉サービスの早急な充実、人材育成が必要 ・今こういう状態であるということを公的にもっと知らせるべき
1877	各家庭において、ある程度は介護の知識を持ち、各家庭で介護できるシステム作りが必要だと思う。
1881	核家族から大家族への回帰が望ましい。
1882	老人人口が高まる中逆ピラミッドを作ってしまうことは色々な弊害が出てくると思う
1883	高令者の介護が社会的に行なわれるよう、介護体制が整備されていくべきだと思う。 しかし、介護を受ける側にとっては、利用料等の負担が重く、国の制度の改善が求められる。 また、働く人々の賃金が保障されるよう見直してほしい
1884	ふだんは、ほとんどあまりこのことについて考えを馳せることはありません。 従って、これといって「考え」と言えるものは、ありません。 ただ、漠然とした、自分らが介護することの不安、されることの不安は常に感じております。 また、国政がこうした不安や問題点を現場の目線で考え、政策を施す可能性は低いのだろうと思えます。よって、上記の問題に対しとりあえず経済的に選択肢が多くなるよう貯蓄するのが関の山で日本全体としてどのようにしたらよいかは全くよい考えが浮かびません
1886	国が対策を立てる、子供が生れて育てるのに必要な費用及び環境作りをする
1887	もう後戻りはできない。この特異な人口形態を意識して早急な医療福祉体制（予算も含めて）をつくらないとまずい！！
1888	がんと動脈硬化の予防医学のケイモウ（populationアプローチ）が最も大切。又、治療、介護の効率性、ネットワーク地域で介護が大切、全国民的課題であり社会福祉コストはせんきょの論点（マニュフェスト）として最も感心をもつべき
1889	医療、介護界だけでなく社会全体として取りくむべき問題です。
1891	実際に、介護を職業としている人数の変化を示した統計が必要。若い世代が職を失う時代であり、その人たちを介護職へ移動させていくべき。 →在宅で介ゴする家族をヘルプするシステム作りが必要

1892	家庭、介護をふきゅうしていくことが大切。ネットワークを作る。
1893	長期入院ができなくなってきており、在宅で生活する高令者がますます増えていくだろうが、介護者も不足しており、介護難民が増えていくことになるだろう。 所得のない人は、路頭に迷うことになるかもしれない。国そして個人での対応が必要になる。
1894	介護力の不足が問題になると考えるが、できるだけ老後を健康で穏やかにむかえる為に中年以降国をあげて、その為に何をすべきかを考えてとりくむ必要あり
1895	基本的に介護人の減少及び、介護力の低下が、明白である。 現在フイリッピン・ベトナムよりの、ＮＳ、ヘルパー、介護福祉士の、条件づき導入を行っているが、この制度は必らずしも良いものとは、思わわない！！ 従って、この国策制度の変欠を強く望んでいる。
1896	すでに高令化社会突入され独居老人、認認介護、癌癌介護となっている現状を、機能不全家族が増加している社会の中で、いかに医療、福祉、介護の連携の重要性を痛感せざるを得ません。少子高令化の中で地域づくりから検討し、我々各々が人事として考えるのではなく、我事のように今後の事を考えなくてはならない■になってきていると思われます
1897	病院として長期に療養出来なくなっていて、長期療養所へ丸投げされている。 残念ながらこれら長期療養所の対応は低レベルな所が多く、仕方なく受け入れられる所に入っているしかない。介護力低下も問題だが、現職で働く人間の意識、知識を高める必要があり、自分はお世話してもらおうとは思わない。在宅で過す事も大切であるが、核家族、介護負担を考えると在宅こそがすばらしい最後とも思えない。適材適所で過す事が重要
1899	質問の意味不明　現実を直視する他はない
1900	社会の構造が急速に変化しているため、どこか１ヶ所を見直せばよいという状況ではないので簡単ではないと思っている。 個人レベルではなく、世界的に考え、日本という国をどうしたいのかを政府が決めなくては次に進めないと思われますが…
1901	高齢者の増加、介護力の低下等が進むことは止められないので、病院や施設・在宅での看護・介護や地域のボランティアなどで、まかなっていかなければ、ならないと思います。国や地方が、福祉に力を入れ、予算を組んでくれなければ、ならないと考えます。自分も含め、将来は、暗いと思っています。
1903	今後未来にむけて超高齢化社会となることはきいていますが漠然とした不安（自分自身や家族のことなども考えると）はあります。 しかし現時点で仕事を離れた場面ではまだ介護の問題に直面しておらず緊迫感にまで至っていないというのが事実かもしれません。 しかし上記のように統計や具体的数値をみせられるとこれは本当に大変な問題であり今から大幅に何か対策をしていかなければならないと感じます。小子高齢化であり看護する側の絶対的不足数を考えると高齢者がなるべく（今後そうなっていく私達含め）健康ですごしていくことや在宅でみていくこと、又、医療者他ネットワークをつくり地域社会全体で協力していくことが大切だと思います。
1905	介護・医療が必要な人があふれる。行き場がない＝在宅のニーズが増す。
1906	人口の減少、高令化により介護力の低下、ＧＤＰの低下等、未来に明るさをみつけられない。
1907	現実問題はどうしようもないと思われます。 社会がなんとかしようと介ゴホケン制度が始まったがこれも多大な問題があると思う
1908	現状でも高齢者を支える人が減少しています。数字の上では、1 人を 3 人が支えることが可能かも知れませんが家族がいても協力が得られないのが現実です。今のままでは、20、30 年どころか、数年後には、もっと最悪な状態になりかねません。 長生きだけが問題ではありませんがもっと一人一人が自分の死と向き合うべきだと思います。
1912	①特に人工Ｒ器などをつけると海外では尊げん死などみとめられて数年で死に至るが、日本はみとめられていないので数十年生きている。その間家族の介護もひとしれずたいへんでありそれにかかわる医療スタッフの人数も多い ②Ｐｔ自身がほんとに自分の意見、意識がないのにＰＥｇを入れて経管栄養をやったりして生かせている。 ③Ｐｔ本人のちりょうに対しての意見と家族の意見がちがい、えんめい処置が多い
1913	時代の流れ波がある中で更に医療が進んでおりなるべくしてなっているのか…と。 高令になって多少の疾病はいたしかたないとしても生きがいがあっての長寿であれば…と考えます。（生めよ増やせよの時代と生活、世間の状態が変わって来ている事からして、うれいていてもしょうがない）
1914	以前より提唱されていたにもかかわらず ①国家としての対応策のなさ ②多くの弱者にとってさらに暗黒の時代がくるのは避けられない。 個人としては ①受容 ②その時できる最善のことをするしかない（総合的に考え統括できる能力がないため一医師として行動するのみ）
1915	介護側・支援側の体制の充実を国レベルで（現実的に）考えていく必要がある。
1916	ニュースで派遣切りがさわがれているけど、その人たちを介護者にならないかな、と思う。
1917	国単位で対策が必要（減らせる予算を医療福祉へ回す）
1919	在宅での介護介入は困難となっていくのではないか 介護力低下によって　高令者施設の利用の増加など考えられるが 貧富の差により介護内容も差が生じてくる可能性あり
1922	教育や子育て支援が必要
1923	私達が高令者にあてはまるようになる頃には、入院する場所がないかもしれない。また在宅で介護を受けようにも、家族も、在宅医療を提供する施設も、人員も不足しており、介護を受けられないかもしれない。自分達で生きていくしかない。
1924	・子育て支援体制の確立。 ・児、妊産婦の医療費を０に ・社会保障制度を強化する（もっと国税を導入！！） 若い世代を助け希望を持たせること。
1926	このまま対策を立てずにいけば介護崩壊すると思う。 高齢者のこの状態は、ＴＶでもネットでもさわがれているが、マンパワーの不足とともにこれを悪用する人も増えて高齢者に対するさぎも増えてくるように思う。
1927	将来を担う若者が減少していることで、医療従事者も減少する。（病院がつぶれる可能性がある）看護師、医師、介護士不足が考えられる。
1928	現在でも介護が出来ないという理由で入院している方もいるため更にそのような人が増え病院など受け入れ場所がなくなってくる。
1929	・自宅での介護は困難の方が多くなる為、ホスピスやケアハウスが必要な時が来る。又、日中高齢者の方の働ける場所を作ってほしい
1930	女性が働く事によって出産、人口が減少し、ひいては介護力低下につながっていると思いますが、今の社会では、働かざるおえないので、今後の人工増加を望むことは、むずかしいのではないかと思います。又、働いている女性のサポート体制も不足していると思います。
1931	社会家族形態が変化しているので仕方のない現状
1932	介護者を優遇し、人数を増やすこと在宅支援必要かと思います
1933	これが現実であり、避けられない事である もっと、病院の入院を広げるべきである
1935	現、段階から医療、介護職の人員増加、高齢者の受け入れ施設や在宅ケアへのフォローの方法など、将来に見据えて国が自ら対応していく必要があると考えます。 早急な対応を切に願います。
1936	・社会全体の効率化 ・介護のキカイ化（ロボット開発） ・見守り介護のキカイ化 ・元気な健康な高令者が増加していることから高齢の定義の見直し、現行 65 才以上を 70 才以上に改行する
1937	“延命治療”についての討論が必要と思われる。 国の予算を、大幅に増してもらい、介護サービスの充実をはかることが必要。
1938	よりよい生活を求めて夫婦共稼ぎになったこと及び核家族化で多くの子供を作り、かつ育てる環境がないこと。 家族又は地域が高令者から小児まで包含できる構造を構築する。
1939	現状は知っているがどのような対応が良いのか今の所わかりません。 行政の福祉に対する予算の検討は必須だろうと思います。 死にゆくことに対する個々人の方向性の考えもしっかりと考えられるような働きかけも必要と考えます。
1940	少子化がすすみ今後は高令者が多くなる。今の団塊の世代が高令化すれば介護の財政も医療も更に厳しくなる。 将来をみすえて少子化対策をきちんとすべきである
1942	小子化と言われ、子供を産む女性、結婚しない女性が増えている現状は、以前変わらず、高齢の人が増え医療も進歩していることから、自分の人生を考えると恐くなる。私自身、子供を 3 人育てているが、自分の子供たちの将来が希望がもてるのだろうかと思ってしまう。
1943	在宅療養を支援するシステムの構築。
1944	日本の将来はどうなるのか、と悩みます。 又自分の老後の心配もあります。
1945	私たちの地域においても、老々介護、認認老々介護などふえています。在宅で支える為には、24h 体制の医療、訪問看護はもちろん、夜間もヘルパー対応し生活を支えることが、大切かと思います。 現実的には、介護力が低下する中「その人らしくとは…」を考えつつ、自然の力や地域の力に頼りつつ…。私達も「やれる範囲の事をやる！！」しかないのかと思います。 死生観や看護観を考えさせられる日々です。 そんな中施設入所に頼らざるを得ないことが現実にあります。
1946	長期的・短期的視点に立った対策を立てて、同時にすすめていく必要はあるが、多分、今の日本の政府では無理でしょうから、どこか、弱いところにしわよせがくると考えています
1949	介護力に関する公共的資金の投与を拡大する必要がある。
1950	2030 年には自分自身が高令者に含まれる年令に達していることもあり、無関心ではいられない。 現在ですら医療や介護が充分受けられない状況にあるのだから、悲観的にならざるを得ない。 予算も含めた抜本的な対策を今のうちから構じないと大変なことになると危惧する。 具体的なプランはないが、医療職や介護職を大幅に増やす必要はあると考える。
1951	老老介護や一人暮しの場合は介助力は少なく施設（病院、ホスピス、訪問看ゴ、老人ホーム etc）の介護にたよっている状況になると考えます。
1953	統計学的に言えば、子供を産みやすいまたは育てやすい環境をつくり「支える人」を増やしていくしかないが、今の経済状況や企業の体質が変わらない限り産まない選択や結婚しない選択をしていく人は増えると思う。私自身も出産や子育てをしていく自信がなく、どうしても子供が欲しいと思えない。 高齢者や治らない人の増加についても医療が病とたたかうのではなく、がんなどの慢性疾患に対しては、病とともに生活していく、生きていくという考え方にシフトしない限り、治ゆを目的にしている患者は増えつづけ、辛い患者も増えつづけると思う。介ゴ力の低下は、完全看ゴをうたいながら家族の介ゴに依存している病院も多く、また介ゴされる側も「子供にだけは迷惑をかけたくない」という意識が年々増えていると感じる
1954	政治、行政の面から、早急に対応していくべき社会問題と考える。
1955	高齢者が高齢者の介護をしている状況で、介護者が病気になっても、だれも知らず、という現状がある中ますます介護力の低下はおき不安です。
1956	危機感は感じている。だが、周囲、社会状況、福祉の状況を考えると現状改善は難しいと考えています
1957	自由な生き方を主張する人が増えているのでしかたないとは思いますが…小児からの教育が必要。 自由や平等の意味をはきちがえている人が多いように思います。
1959	要介ゴ者を社会全体で看ていくシステムが必要（もっと安い費用で）
1960	高齢者の介護は配偶者、家族に依存度が高いのは今もあまり変りがないように思われる。 サービスを提供する側も困まった高齢者には、押しつけあいになってしまう。もっと教育が必要。
1961	出生率を高めるしかない。
1962	介護力を増やす対策を早急にしなければならないと思う。
1963	老老介護となってきている実感があります。 医療費の問題で在院日数の短縮をめざしていますが、実際にすすめる立場ではその在宅支援の体制が不十分であり、ギャップをかんじてます。 結局、そのサポートは、近距離、遠距離とわず、別居している家族が担い、その肉体的、精神的負担をしいています。時々、そのような立場の家族より「期限があればがんばれる。でも介ごしている上で寿命なのでその期限がなく、いつまでつづくか不安である。つらい」という相談をうけても、具体的な提案ができずにいる。

	政府に考えてもらいたいが、不景気また総理が短期で変わる現状では期待できないのが現実でいましばらく堪えるしかない
1996	「老々世帯の増加」と介護力不足が今後、大きな課題であると思う。 介護力の低下、不足については介護職をボランティアに頼る、他国の受け入れが必要になってくると思う。介護力が低下する事で本人の希望する生活、療養に添えなくなってくると思う。
1998	政府や役人が本気になってリーダーシップを持って今から対処すれば何とかなるだろうと思う。が現状では無理そうで、スラム化する地域が出来るのではないかと思う。
1999	介護力の低下がさらに進み、患者、高令者はどこでどう終末を迎えるか自分自身も深く考えなければならない時がきていると考える。それと同時に、本人の意志を支える制度の充実もさらに必要である。
2002	高齢でも働いていける環境、地域での支える力（地域力）が必要。
2003	・社会全体で、高令者や治らない人を看ていく必要あり。 ・医療・介護の予算は削られる方向だが産業として、雇用確保の意味で特に介護分野に経営として成り立つよう、報酬を改めるべきと考える。医療・介護の基盤を整えること、安心して暮らせない、働けない、年をとれない。
2004	仕方がない
2005	①介護保険に基づく在宅支援が今現在の半分に縮少される可能性がある（高齢者、障害者等対象者の増加に介護力が促りない）昨年から導入されている他国からの看護、介護者をさらに増加させても促りない状況となる又この事が日本の歴史、文化の異変を生じさせる可能性もあると考える。 ②保険制度で利用できない分、お金を持っている人達が自費で介護をやとい貧富の差が介護サービスの大きな差を生む可能性もあると考える。 ③在宅でサービスを受けられない人達、又は家族の苦痛から自殺者の増加にもなりうるとも考えられる。
2008	少子高齢化対策の遅れ、若い人が子供を産んでも安心して育てられる環境になっていない。 一個人の問題としてではなく国を挙げて対策を講ずる必要があると思います。 ＥＸ：働く女性の育児のしづらさ…孤独感が強い、 学童保育など9°～17°の対応、料金も高い土、日、は休みで当然とか。 介護職の地位と賃金の低さがあまりにもひどい、若い介護師の離職バーンアウト対策が必要
2009	以前からわかっている事に対し、国が対応して来なかった結果であり、この予想はもっときびしいものになると思われる。
2010	・早期の対策、諸施策が必要。
2012	高齢者の増加により、介護力の低下、介護人の不足に対して不安を感じます。 仕事をしながらの介護にも、限界があると思うので、ちゃんとした政策などを望みます。
2013	医療や介護の職員の基準がきびしすぎる地方は看護師特に正看がいない 介護士のできることに（医療行為）に制限が大きい、これらを緩和する必要がある
2014	今後の日本の重要な課題だと思う。
2015	今後の日本の重要な課題だと思う。
2016	今後の日本の重要な課題だと思う。
2017	今後の日本の重要な課題だと思う。
2019	高齢者社会を支える社会的資源の整備が急がれる。 社会保障制度や介護福祉分野の人材育成など課題が多いと考える。
2020	しかたない
2021	外国人労働者の活用、移民の受入れを検討すべき
2022	少子高令化が進み老・老介護が日常的な時代となり当然高令者がやがては死を向えるということになりますので上記の状態はこれからはますます加速されると考えます。
2023	この現状を社会問題として受け止め早期に予測した対応が必要とされている。 しかし現状の問題に直面し慌てて対応を考えるという政策であった為に様々な社会現象や問題が生じ対応不可能のケースが生じ大きな社会問題に発展している。 生命を守ることは本来人間社会の基本であるが高齢者が遠慮して生きていたり病気になった事や介護が要する事に批判的な目を向けられていると感じざるを得ない。全て一連の問題であり最後まで人間らしく誇りを持って堂々と生きていけるような社会が望ましい。 在宅看護にかかわる者として現場の声で少しでも改善出来るようにしなければと感じている
2024	・強力な少子化予防の対策が不要。子供を産みやすい、育てやすいの環境 ・各人が、自分の健康保持に対し、関心を持つ。又行政による健診、体力増進等への援助が必要 ・介護報酬の適正な運用。又、在宅における療養者の介護者に対しての理解と支援
2025	このままでは、介護保険は破綻すると考えます
2027	充分な介護ができなくなる可能性がある
2029	医療、福祉従事者が少ないと感じる
2030	介護力の不足により背おっている各個人の負担が大きくなり、自分の今後、子供たちの将来が重荷になりそうで心配。 制定的な援助がないと、家庭の継続もできないようになる。 働く世代としては、とりやすい介護休暇の取得環境働いている時間のバックアップ援助（介護体制）が欲しい。
2031	仕方がないが行政が手を打てる事も多くあると思う
2032	今后家族のいない独居の高齢者や家族がいても核家族化のため自分達の生活で経済的ゆとりもなく介護できないという状況が増えてくると考えられる。社会全体でどのように取りくんでいくのか支えていくのかが課題と考える。
2033	出生率を上げるそのためには女性が働きやすい環境を整える。男性の育児・介護も受け入れられるよう男性の意識改善が必要
2034	将来が不安
2036	介護力の低下を何らかのかたちでカバーする必要があり、また、死亡についても高令者の死亡がふえることに対しての対応が必要であると思う。
2038	確かにこれだけの高齢化は、今まで日本にはないと思われるが、だからといって過去数回は経験している。その都度のりきっており、あるし心配していない。
2039	少子化に伴い、高齢者の割合も多くなり、介護力低下が懸念される中、介護力、看護力を外国（主に東南アジア）に依存？しなければならない現状に、食物、原油など全ての面においても、他国頼りで良いのか？又、情けなさも感じる。介護・看護職に就く人が多くなるよう、又、現に働いている我々に対しても、永く働けるように賃金の格

1964	これからも私達の様な職種の充実が必要。その為にはその重要性を国も理解し対応していって欲しい
1965	私は医療相談室におり、介護保険、在宅医療、患者さんの療養先の検討など、様々な相談を受けている。現時点でも、介護力がなかったり、経済的な問題など、様々な要因から、患者さんが望むかたちで医療や介護の環境を整えることが難しい環境にある。 また地域の在宅医療を支えるスタッフもマンパワーが不足しており、ギリギリの状態で走りまわっている印象をうける。けれども、介護や医療の問題は、自分達に振りかかった時はじめて「困った…」と思うような状況で、社会的関心はまだまだ低い。これから 20 年後の自分達を国民が予測できていない
1966	目の前の診療に追われ、考えたことがなかった。
1967	今現在まだいいのかなあと思いますが、将来を担う人達が大変だと思います。
1968	国全体が安心して子育て出来るシステム作りを考えるべきだと思います。 母子家庭にしろそうでないにしろ仕事をしながら子育ては大変です。子供が病気になっても仕事を休むことが出来なかったり、年次休かがあってももらえなかったりするのが現状です。こんなふうだと、1～2 人位の子育てで精一杯で中には子供を生む人もいないとなれば、人口の減少になり、高齢者の増加にもつながるでしょう。 介護力が低下すればさらなる“事故”にもつながると思います。介護するものも疲労し、介護される者も精神的にも身体的にもダメージを受けさらに人口減少につながると考えられます。現場では割にあわない給料で働かされているため介護職が離職するという事態が増えています。看護職、介護職のそういったものも考えていただきたい、そうならない限り未来に不安ばかりがつのります。
1969	自分はもちろん、子供や孫の世代の生活が、どのようになっているのか不安である。 介護力の低下は、早急に、対策を進めないと、とりかえしのつかないことになるのではないか。
1970	公的な施設がサービスをもっと充実させなくてはいけない。
1971	高齢者は年々増えていることはしかたがない現状がある。しかし、今から高齢者になる人々の寝たきり予防や病気にならないように予防することはできると思う。 予防を確実に行えば、介護や、医療が必要とする高齢者は減ると思う。
1972	親を子供がみたいが働かなくてはいけないとなると在宅又は施設で医療なり介護する人が必要となってくるが今の現状では数が追いつかず負担がかかり辞めてしまう介護者が後をたたないわけである。 地域の方で傾聴ボランティアなどしてくれる方や民生委員の方などと連携し皆で協力して高齢者を支えていけたないいなと思う。
1973	今のうちに制度を充実させないととんでもないことになる。 もっと国は社会福祉にお金を投入すべきである。
1974	病院医療だけでは、対応できない。 在宅医療、介護がますます必要とされる。 一般の人々には在宅療養についての情報が知られていないと思われる。もっと情報提供すべき。
1975	介護力不足の深刻化と、経済力不足。
1976	病院や介護施設の需要が増える一方だと思う。だが政府は今にも増して傷病者、高齢者を在宅で支援していくという方向へカを入れると思う。 結果として老々介護の増加、介護疲れから心中や殺人などはさらに増えていくのではないか。また、これからを支援する援助金も減り、現状はさらに厳しくなっていくと思われる。
1978	高令者を支える医療力、介護力は 20～30 年後には限界を超えてパンクする。殊に看取り対応の capacity は追いつかなくなり、警察による検視対応が急増することが予想される。今でも検視に占める病死の割合が急増しつつあり、警察でも大きな問題となってきている（小生は警察医兼務しています）
1979	ひねくれているようですが、2030 頃には高齢者の定義がかわっているかもしれない。 しかし、大体には現状と未来の予測は正しいと思います。
1980	対策 広報、周知が必要
1981	知識を得ました。
1982	高令者、死亡者の人数が増加するが、家庭や社会の複雑化し、施設希望者が増えると思う。
1983	早急対処が必要
1984	介護力の低下はさけられないと思う。他の職域とちがって機械化、効率化には限界があり、やはり人対人の関わりの中でこそ成り立つ世界と思われる。 今よりも質の高いケアを提供する為には介護を担う人間の質の向上と社会的な後援（ボランティアの活用）が必須と思う。 今から国をあげて対策を立てていかないと我々が 70～80 才になる頃はさみしいことになると思う。
1985	高齢者、介護者を支える社会資源やシステムをより強化していく必要がある。
1986	介護の崩壊を来すと思う。 現時点からの準備や、制度の見直しが必要なのに、誰も動こうとしていない。
1987	国が社会保障制度をもっと充実させて、高齢者や利用者に負担がかからないようにすべき。在宅サービスも利用時に負担がかかれば、これから先入院できなくなっても自宅で療養するのにも経済的負担がかかるなら退院したくないという人が多くなる。 また子供を安心して何人も育てられるように経済的負担の軽減をはかり小子化体策に力をそそいでほしい。介護力が低下して悪循環。
1990	御指摘のある点については危惧しております。 当市でも、平成 15 年以降、後期高齢者の数が前期高齢者数を上回りその割合は増加しています。これにともない独居高齢者及び高齢者のみの世帯も増加しています。家族介護力の低下も懸念されます。
1991	・自分たちの介護力が減ることで、負担が増すので不安がある。 ・自分たちが介護される年れいになったら十分な介護がうけられるのだろうか。
1992	働く職場もなくなれば働く人口も減少していけば、夢も希望もない世の中になっていき人の心もすさんでくるけいこうになると考えます。 人口増加するようにとりくみが必要 人手がなければ十分に介ゴできなくなる、安心した老ゴすごせなくなり社会ホウカイにつながる
1993	介護力低下をサポートするシステムを計画的、政策的に構築してほしいものである。
1994	現実を受け入れ、今のうちから対策を行って行く
1995	核家族化が進んでおり、家族が介護することが少なくなり、介護施設に入ることが多くなり、費用をだれが負担するかが問題になると思うが、今のところ国がすぐに金を出すこともできず、個人が負担することになるであろう。 今はまだ老人の子供がいるのでなんとかしているが今後子供のいない世帯などふえてくるが貯蓄を使うしかない。

	差をなくするう又、環境整備に対する法改正などに期待する。
2040	医療の進歩、女性の社会進出と晩婚、少子化など 誰が悪いから起きたということでなく事実であり避けられない現状 高齢者の医療に関しては治らない中でどうやって生活をより良くしていくかが課題
2044	・地域での看取りの体制が不十分。 （法的な問題も含めて、検死等あいまいな基準が多く、看取りたくても看取れない） →地域での看取る体制、法の整備 ・高令者の急変→一段救急外来のパンク 特に特養の急変が一般救急を悩ませている。 →特養でもある程度、医療ができる（特養にもメリットがなければ特養の方はやらない）体制を
2045	高齢者を支える側が少なくなり、高齢者の増加、介護力の低下が進んでいることに対し、それらをフォローしていく施設、マンパワーが今后いっそう重要になってくると思う
2046	少子高齢化の時代と言われ、かなりの歳月が経っています。その間種々の取り組みもあったかと思われますが現状は打開されていません。 今後早急に少子化対策をより具体的にすすめなければと考えます。
2047	川島先生の講演を聞くまではここまで介護力が低下するとは思ってもいませんでした。 今后介護の現場や高令者がどうなってゆくのかものすごく不安です。
2048	病院も在院日数の短縮化がすすめられており、ますます病院で最期をむかえることが難しくなってくる。 ましてや上記のようにお亡くなりになる方が増えていく中で死に場所がなくなる現状となる。 そこで、在宅での看取りがすすめられているが、往診医の不足や訪問看護ステーションの減少化も問題である
2049	大いに参考にはなるがどう対応するかが問題である。 お役所的発想ではうまく対応出来ない。（規制が多過ぎるのである。自分達が医療、介護を control するという考えは捨て去り病院、有床診、老健、特養どこでもよい何んとか死ねる場所を探すことが一番大事と思う）
2051	仕方がない。子育ての支援をすべき
2053	どうしようもないことである。
2054	外国人労働者を積極的に入国させていく
2055	介護職の給料等について見直しが必要。 施設の充実をはかるようにする
2056	国全体で福祉制度を見直す必要性があると思います
2057	現在の日本では介護職になり手がない状態である。 アジアの国々からヘルパーを受け入れることは、自然の成り行きかも知れない。
2059	自分もこれから高齢社会に生きる一人の人間となるため人ごとではないと思う。 高齢になっても生きやすい環境がどんどん整備されればよいと思う
2060	日本の将来は暗い。 だから国民は何かしら不安を抱いています。 だから医療者が何かができるというものではないと思いますが…。 国の偉い方が考えられると思いますが？ （質問の主旨が分かりません）
2061	現在でも、長期入院となる可能性のある患者においては、入院受け入れ可能な病院が減っている。在宅では、家族の負担が大きくて難しいと言われる患者が増加している現状をみるとこの先かなり医療状勢は変化していくと考えられる
2062	・介護力の低下により、家族の負担が大きくなり、それぞれの生活を守りながら、生きていくことがむずかしくなる。 自分の両親をみるときに介ゴしていく上での経済的な心配や身体的な負担にたえていけるかどうか心配している。 ・介ゴによる犠牲感をもたずにすごせるかどうか ・病院死が固定している中で在宅死はイメージしにくい
2063	老老介護、認知症患者数の増大など今後さらに厳しい状況が予想され、在宅療養支援が重要になってくると思われる。
2064	由々しき問題であり、総合的な対策を講じる必要がある。
2066	未来が心配である
2067	これまでの様に毎年医療費を 2200 憶円ずつ削減するなどもっての他です。しかも世界的な大不況の為希望されていても在宅医療を受けるだけの金銭的余裕がないとか又、家族の介護力の低下の為在宅医療が受けたくても受けられない人が、どんどん増えています。これは私どものような１診療所がどんなに頑張ってみても、どうにもなりません。経済財政諮問会議のやっていることは国をこわしています！！
2068	仕方がない
2069	介護力低下についての受け皿的施設が増える事が良いのでは…介護者に介護が必要となっていると思います。
2071	高齢者の増加に伴い、家族構成にも大きな変化がおとずれていると考えます。つまり一人暮らし高齢者の増加、夫婦世帯の増加が上げられます。 こうした介護力の低下は、今後さらに大きな問題として考え、国全体として考えていく事が必要になると考えます。
2072	１．少子化対策として、子育てを社会全体で応援するしくみを作り、合計特殊出生率をあげる必要がある。 ２．高令者の増加はやむをえないが定年だから、後期高令者だからとひとくくりにせず元気な方にはシルバー人材として、ボランティアとして社会で活躍してもらうことが健康レベルを保つことにつながるのではないか。 ３．高度経済成長→核家族化→高令独居→介護力↓ 介護保険は社会全体で介護が必要になった人々を支えるものだが、まだまだうまく機能できていないし、一般の方はもちろん、医療職でも無知な人が多い。国民全体が理解できるような広報も必要である。
2074	特になし
2075	出産、育児のしやすい社会環境をととのえることが大切 子供の数をとにかく増やすことが大事
2076	特になし
2077	戦後急激に人口増加、その後の出産の減少を考えれば当然です。しかし、国会、企業は人口の減少が国力を落すと心配している様ですが、狭い国土の日本においては自然を破戒せずに自然浄化においても、共存する為には、人口が減らなければ日本自体が廃墟になってしまいます。

	外国に物を売ってもうける時代は終って、医療介ゴに目を向けるべきです。
2078	介護の効率をあげないといけないと考えるが、実質的にはむずかしそうである。
2079	在宅における医療、介護サービスが、より必要になってくると思います。 また、在宅にての見とり等在宅における死亡をサポートする力が必要になると思います。
2081	「予防」に力を入れできる限り自立を目指していく。（一人一人が）元気で長生きのお年寄りが増えていくような社会作りが必要
2083	在宅医療の推進は介護人の減少で崩壊し、老健施設などで最後を迎えざるを得なくなりそうです。
2085	人口減少に伴なう介護力の低下も心配している中に 2038 年の多死時代の訪れは、本当に在宅医療を真剣にうけとめていかないと、今後この高齢化増の中では又く対応困難が予測される。 介護力をサポートできるよう何らかの国策を強力に早急にシステム化しないと現場での高齢者対応は不安だらけである。
2086	老々介護の割合が現在よりも大きくなり、■■問題化する 日本人は死ぬまで健やかに生きて介護の世話にならないよう、例えばメタボ対策とかせねばならない
2087	高齢者が高齢者を介護するという時代が来る事は予測されていたにもかかわらず国の対応がほとんどされていないのに少しいらだちを感じます。 あと何十年后には逆ピラミッド型の様な人口変化になって行く為、介ゴ者の充実を計り、病院や施設の対応を考えなければならないと思います
2089	医療、介護とも何らかの大幅な改革をしなければ破綻する。 労働力低下に対応するには高給与で対応する必要があり医療介護経済（圏）、大きな産業として研究し、成長させることが不可決である。と考える
2090	核家族化が進み支えあって生活するという習慣がなくなってきているためではないでしょうか
2093	人口比の構成に関しては、今さら現状を変える事は不可能。 介護の問題であれば介護援助者を増やす（職業も含め）か、又は自立できる高齢者を増やす事が必要。問題は経済負担をどうするかである。これに関しては高齢者の貯蓄率の高さを考えると負担割合を考えるしかないのでは。又、コミュニティーとして高齢者を援助する事も考える方がよいのではないか。
2095	高齢者の増加に伴い医療費増大の為診療報酬の改訂等にて、各病院の在院日数の縮小化。により、又療養型病床の削減により長期療養施設への流れこみが又短期療養施設への圧迫。老々介護認々介護による又独居老人や一人介護による介護力の低下。又介護サービス要員の不足、利用者の飽和状態がおこり在宅療養難民が増えてきている現状です。病院は診療報酬の改訂に伴いＤＰＣ等導入し、何とか報酬の確保への生き延びを図る為、結局医療費の削減にならないと思う。いずれにしても在宅療養に対する国の施策が早期必要と考える
2096	安心に出産・子育てのできる社会を 出産を経験しない女性は、乳ガン・子宮ガンのリスクが高まることの啓もう 40XX 年には日本の人口はゼロになります
2097	予測される通りだと考えます
2099	自己負荷の増額 受けるサービスの制限が必要となる
2100	国が何とかしなければならない
2101	少子化がもたらす影響、国がもっとこの状況を把握しなければならないと思う
2102	若い層に負担が多くなるので大変だ
2105	少子高齢社会、平均寿命の延び及び核家族等の社会的な変ように伴って起る様々な社会問題に対応するべく医療、福祉、保健が対策を考えていくことが必要。 また、それだけにとどまらず（それだけでは解決できないので）若者への支援や支えとなる地域社会を育てていくことも同時に必要だと考えます
2106	現状で経過するかは疑問もある。 また、自分が高齢者となり介護を必要と感じても現在の様に、受けることはできないと感じている。 改めて、医療制度や人間のあり方について考えるべきと思う。
2108	現状の国の政策の結果といえる。 もっとしっかりとした少子化対策などが必要である。
2110	介護力が低下していく事で今後増々在宅での生活が困難になっていく自分自身できるだけ健康でいられる様、疾病予防、健康増進を行っていく必要がある。いづれは社会全体で支えていく様にしていかないといけないと思う
2111	時代の流れだと思います。
2113	自分の死の場所を常々希望を周囲につたえる（不可能としても）
2115	自治体だけでは負担できないところに来ている。 制度を利用すると共に、国民一人一人の義務づけ体制も
2117	施行者はもっと智恵を出すべきだ。
2118	出産数をふやす。
2119	①介護する人の人数を増やしてほしい ②人数を増やすには給料を上げて確保すべきです。
2120	○高令者自身が自分の健康管理に注意し、ねたきりにならないような努力をすべきである。それを充分ささえる支援は必ず必要である。 ○中年者は、健康な時から日常生活の見直しをし、健康な高令者になれるよう努力すべきである。又、高令者への支援の中心となる必要がある。 ○若者は、いずれは、高令者になることを意識し、老人を大切に扱うべきであり、自分自身も、健康な生活を心がける介護についての教育も、若い人にも教えていく。
2121	高令者の健康寿命の増進と福祉予算の増額 介護するものを増やす、海外よりの移民も含めて考える必要あり
2122	65 才以上でも、健康な高令者であれば、介護、医療の分野で働いてもらえる環境が必要。 その為には、成人病の予防が必要だと思う
2123	女性の自立、社会進出の増加、貧困な政策のもと起こるべくして起っている現象。 高齢者の介護にもっと政策的な後押しが必要。
2125	身内に介護する人がいなくなり、老人ホームなど施設入所する老人が増える。介護職員もそれ程増えない為、外国人の介護職員を増やさざるを得ない状態になってくると思う。
2126	核家族化が進み、高令者が高令者を介護する老老介護が増加しており、又、認知症の介護を認知症（軽度）の方

	が行っているケースも散見します。国として介護不足を改善する施策が必要と考えます。
2127	国は土建行政を中心とする方向から医療、介護を中心とする方向へ転換しなければならない
2128	その時代になればうまく対処していると思う
2129	＃１．若い世代への負担（経済的）精神的影響についてとても心配しています。今の福祉も税金負担の少ない日本から ＃２．中高福祉とともに、中高負担で、みんなで、経済豊かさ一辺倒のから、共にシェアーし合う国になっていく必要を感じています。 ＃３．医療への過大な期待（人は死なないかのような）から解放されて、可能な限り、人間的（関係のぬくもりの中）な環境で、病人としてこの世を去るのでなく、人としてこの世の人生を終えるような、教育ももっと力を入れてほしい（行政に教育に望む）
2130	看護、介護職の力が必要となってくる
2131	①介護職の人材の確保 ②介護、看護、医療等を補助するロボットの開発（福祉用具、医療機器、介ゴロボット、監（感）知システムなど多様） ③健康増進施策 ④死生観人生観及び福祉観などの教育など
2132	マンパワーを充実させること、重要
2134	高齢者はますますふえるだろうし、介護する人の負担がふえ大変だと思う
2135	少子高令化は、加速しています。 互いを支え合うバランスがくずれ支える側の負担が増加する一方。 高令者は支える側の負担を軽くするためにもより健康維持に留意し、活動的な生活を保持しなくてはならない。 子供は、生きる環境を整備保障して子供が生める社会の構築がとわれます。 増税があるとしても補障が確保されれば、納得がゆくと思います。デンマークのように65%の税でも入院など医療費や学費が保障されれば質素な生活でも納得がゆくのではありませんか。
2136	将来今の子供達が、自分達の生活の質を保ちながら、高令者の生活を支えるシステム作りが必要と思う。 人がその人らしく最期を迎えられる様なシステム作りが大切
2138	高令化問題は以前から問題となっていることであり、私も含め、不安に思っている国民は多いだろう。国の政策にも大きな責任もあるが各個人がそのことをふまえ考えたりしておくべきだと思う。
2139	・小子化対策が必要 ・高齢化にともない老老介護が増えている。子供が親の介護をするという昔の常識はなくなりつつあり、子供でも親の介護が期待できなくなってきている
2140	ムダな延命治療を中止すべき
2141	人口動態の統計は以前より授業でも習っていたしこうなる事は早くからわかり得る事。 今更…という感じである。 社会保障制度とか、もっと将来をみすえ取り組んで欲しい事である。 今が何とかなれば…的な政策で今がある。先の事なんか誰も考えていないのであろう
2142	医療施設、医療マンパワー、医療費の不足に直結する
2143	福祉施設及び在宅支援事業所の充足、国の費用援助及び高齢者の負担額の削減（ただし収入に応じて）
2145	介護の質的、量的 up が必要
2146	国がしっかりとして政策を打ち出して現状を少しでもよくするようにしてもらいたい このままでいけば高齢者の介護が個人ではモチロンであるが地域単位でも難かしくなってくると思われる
2147	病院で行えることの限界と、はっきりと示していくべき 在宅へシフトできるための、支援サービスをもっと整備すること
2148	在宅療養支援診療所の数だけの整備でなく、機能できる診療所の確保が必要
2150	高令者の増加が予想以上のスピードであるのは、国の対策が後手になっているためと思われる。現時点での最大効果の得られる国策の導入が必要と考える。
2151	ますます在宅サービスの充実が望まれる。在宅だけでなく福祉施設の増加も必要と考えます。終の住いを選択できるよう、今から対策をどんどんすすめていくべき。在宅看取りも増えると思われるので、訪看ＳＴの増加が望まれる。人の育成が重要となってくる。看護師教育の中でも、もっと在宅看護論を増やし、訪問Ｎｓの増加は急務と思う。
2152	今後制度等、変えていかなければ福祉進まない
2153	これは医療、介護だけの問題ではなく、日本の経済状態など様々な問題が複雑に関与している為、統計上はこのような状況であるという把握のみです
2157	不安
2158	生きとし生きる我々（ハンディキャップの人も）はいつかは死を迎える。統計学的、科学的思考に医療介護はなじまない。 今現在私のかかわる患者さんに（少数である）私のもてる医療技術及「生きる力」を伝えらればと在宅支援診療所に参加しています。
2159	何らかの対策が必要でしょう
2160	あまりに在宅にこだわるとかえって多くのマンパワーを要します。 重度、高度の医療、介護を要する方は施設の大部屋でまとまっていた方がマンパワーが少なくてすむと思います。
2161	しょうがないです。 どうしようもない現実でしょう。
2163	今后老年社会を支えていく人々が少なく、１人１人の負担が増えるのが心配。 介護力の低下から平均寿命も低下してくると思う
2164	高令化に伴う、医療費の負担の増大について、不安が大きい
2165	早いうちに人口減少をくいとめないと、いまの制度が破たんしてしまう
2166	誰もが迎える高齢期を人ごとではなくどう生きていくかを若いうちから考えておく必要がある。 経済的な余裕も必要だが、「生きがい」を持っていきいきと暮らせることを考えて、自分も地域も取り組まなければならないと思う。
2167	先のことが予測できているなら、今后の対策を立てていくべきと思う。
2168	予想、予測出来ることと思われるがその対策を怠ったことが問題であると思う
2170	・高令者は自立を考え、病気の予防（検診に行く）を一番に考え、若い人に頼らない

	・Ｄｒ、専門職、テレビ、本を良くみて人の意見をきく。 例腹八分目、早寝早起き
2171	国家的問題です
2172	介護力の低下が進行し、在宅介護が困難になって行くことが予想されます。 本人の住み慣れた地域で生活しつづけられるよう小規模多機能施設の充実が必要
2173	今後も少子高齢化が進み、独居や老々介護が増えているのでこれからは地域の力をもっと活用して、ボランティア力と、介護サービスをからめていかないと在宅生活は維持できないと思います。 家族にたよるのではなく、多くの中の１つのマンパワーとして活用して、負担の分散をしていかないといけないと考えます。
2175	社会全体が生き方を変えていく必要がある
2176	深刻な問題であると思っています
2177	家族のみの介護には限界があり、サービス利用をする必要であるが、そのサービス内容が充実していないような感もある
2179	高令者を支えるシステムを作ることが必要
2180	公的サポート制度を確立する必要あり
2181	１－ａに関して、老々介護が多くなり、在宅での介護が出来なくなる。 また、施設、病院で働く人の数も減りきちんとした看護、介護が提供出来ない
2182	小子高齢化とがん年令の高齢化。 病気と共に長期間療養する高齢者の増加は今後の介護力マンパワー不足に耐えていけるか心配
2183	今後、現役世代への負担が著しく大きくなることが必要である。 高齢者の世代が現実に「老老介護」で身体的、精神的に大きい負担を強いられているのは事実であるが、これら両方の負担を軽減するための対策が必要と考える。 時に前者は議論が後回しになる傾向があり、介護とは直接は関係ないが後期高齢者医療など高齢者に過分の負担が必要であることについて枝葉の議論や感情的な議論により、どんどん先送りされ骨抜きになっていることについて非常に憂慮すべきと考える。
2184	出生率低下、高齢化社会のため
2185	社会的に大変な事だと思っています
2186	核家族化と少子化によって介護力低下があるのは仕方がない。しかも主介護者は老・老の配偶者か長男の嫁である。介護負担の集中した主介護者の疲労を甘くみている。当院はグループホーム紹介や診断書（入所用）の迅速な発行など介護者支援も仕事の１つととらえ実行している。
2187	国による介護支援を期待しています
2188	年令的に自身の問題として心配しています。 医療、介護の充実が更に必要と思います。
2189	去けては通れない道であり、介護学はいずれ生を論じる学問ではなく死を論じる学問になると思う。
2190	・高齢者の増加は、どうする事も出来ない事実のため、とにかく元気で自立した人がふえるよう、介ゴ予防に力を入れる。 ・限られた介護力を生かすため、必要な人に必要なサービスという観点で介ゴ保険の見直しを行なう ・若年層の介護力を強化し、専門性を増しプロ意識を徹底させる ・二世代住居を促進し、同居により少子化を防ぎ、また家庭内での介ゴ力も期待する
2191	大変な事だと思います。 現に自宅の周囲は65才以上の方が多いということです。 老々介護をしている方もみられます。
2192	強い危機感を覚えます。少子高齢化に対する国の取組み、国民の覚悟が不十分ではないかと感じます。
2194	高令者の定義を変更すべき（70才以上とする）
2195	社会保障制度が機能しなくなることを危惧している。 福祉国家とはいかないまでも、相当大きな制度改革が必要
2198	在宅サービスを充実させること、治らない人でも受けられる施設病院を増やすことサービスについて周知させることが必要
2200	このような時代が訪れるのは避けることができないと思います。 それで、私が今の職として貢献し未来のために制度の改善と強化に取り組み、介護を受ける側となったらそれなりの制度を利用して生活したい。
2201	高齢者を支える側が少なくなるため、高齢者の死亡数が増加すると思われる。その后高齢者は少なくなるので、人口ピラミッドが変化すると思われる。
2202	出生率の低下はもちろんですが、結婚しない人が増えて、しても子供を生まない人が回りにも沢山います。 社会のしくみ、教育、人が人をいつくしみ育てるという根本的な思想改革が必要
2203	介護力の低下は深刻になることは充分理解している。介護者の高令化又サービス依存型の介護者の増加 それに伴い経済的な問題も大きくなるであろう 施設の受け入れ状況も悪化、在宅での生活者の増加。在宅系サービスの質の向上は必須となることが予想できる
2206	国民も医療、介護療養者の意識変革が必要。
2207	医療・介護だけではなく、社会全体として大きな問題・課題となるだろう 外国人の受入れも考えなければならなくなる
2208	我々国民が自分の死に場所について、もっと真剣に考える必要がある。その上で時代とともに国民のニーズは変化すると思われるが、医療、介護の現場でどう対応できるか？社会は何ができるのか？考える必要がある
2209	日本全体の問題であり、早急に検討すべき ・高齢者が在宅ですごすためのシステム ・介護力の問題について　　などなど
2210	今後の動向として死亡者数、治らない人の増加という現状についての認識はもっていなかった。 現時点においても、独占、高令世帯などで医療依存度や介護度の高い人は、なかなか自宅へ帰れない現状。又、帰ることを希望しない現状がある。 今後、このような状況がさらに進むことで、医療費削減→在宅へ的な方策だけでは、とても対応できないと強く感じている
2211	・65才までは労働人口と考える。 それ以上も元気老人は社会の支え手としてボランティアを含めてその人なりの社会参加を担当して頂くことが

	必要。 ・老老介護になる傾向は必ずも悪くなく、その他の人の支援を含めた形で行われることによりより恵まれたものとなる。 ・産業生産性の維持、向上を保持していくことも必須。
2212	おおよそ知っていると同じように、漠然と家族もその本人も不安が増すこととなると思っています。 その為に少しでもその不安が緩和できる様医療者として、関われたらと考えています。 他国の様に外国人スタッフが一緒に働くことができたら、それも良いと考えております。
2213	在宅介ゴ在宅医療体制を充実させて行かないと、自分たちの老後が心配である
2214	死亡までの過程をどのように、家族も納得しながら考え方を変化していくかが問題。
2215	医療費の抑制策を改め、医療の充実、福祉の充実が望まれる。
2216	介護の職や医療職の労働じょうけんをよくする。
2218	人口の減少については、出産、育児に対する社会的支援が不足しているためと考えます。 不景気に伴って、女性が働かざるを得ない現状と、保育所等の不足から少子化の傾向にあるのではないでしょうか。 少子化が進むということは、高齢者を支える人口も減少することになります。さらに、現在の就職難により、介護職へ就く人も減っているのではないでしょうか。介護職は労働が厳しく賃金が安いため、離職率も多いと思います。 介護職員の待遇を改善すべきなのではないでしょうか。
2220	高知県は特に高齢者が多く、又共働き、核家族も多く、高齢者の独居、二人暮しも多い。在宅支援施設が少なく家族も在宅での介護に対しては意識が低いと思われる。 現状の医療制度では介護難の高齢者が長期入院することができず、又、在宅ケアを希望しても介護者がいない現状です。 多くの家族や独居老人から入院させたい、したいのに入院できないと困っているという声を聞きます。実際、在宅支援を受けていても看取りになるとあわてて入院というケースが多くあります。 在宅での介護は家族の大きな負担にもなりますが、それだけの覚悟もいりますが、精神的な支援も必要だと思います。
2221	介護の恩恵にあずからない人が増えるでしょう
2224	医療介護（特に在宅）の役割が大きくなる。 在宅介護にむけ医療のバックアップ体制が更に必要になる
2225	結婚年齢の上昇、小子化が進むなかで女性がどういうふうに自分の人生を考えるかは簡単に結論は出ないと思います。
2226	病院での介護を求められると思いますが、今の医療費抑制及び入院日数抑制の流れの中で対応できない患者さんのあふれる状況が起こると思います
2228	医療者として、在宅療養支援が必要となっている。
2229	身近な人は身近な人をみる。 医療・介護福祉を中途半破なビジネスにしない。 教育内容熟成させつつ地域ネットの充実が必要
2231	この現状については、とても残念に思い、自分が高齢者になった時にはどうなっているのか非常に未来が心配です。
2232	高齢化社会において、介護、看護する力が家族単位では無理が生じてくる。 老老介ゴ、又は一人で両親を介ゴ看ゴすることの負担を軽減するため、介ゴ者のサポーターあるいは代って介ゴをする人材、施設の準備が必要
2235	・自分自身の老後の事を考えるととても不安に思っている。
2238	完全に社会が支えられるシステムを作るべき家族介護などもっての他
2240	不安であり、問題である。
2243	介ゴが必要になった時、最後を迎える時、介ゴ力不足でぎゃくたい死亡発見という事態が増えそう。
2244	終末期をどこで向かえるのか誰が看とるのか。 医療費の増加による医療制度改革が後期高齢者の生活に影響してる社会保障制度が整備されていない現況において在院日数短縮のための退院（追い出し）が急性期が療養病院に迄にも影響を及ぼしている 介護保険制度が開始されて 10 年以上経過しているが介護職離れ施設数不足等、地域連携パスの動き、国の政策が地域の現況とかみあわない状況にあると思う。
2245	医療の進歩に伴い、過度の治療延命がなされてきた結果にすぎないと思います。国民一人一人生についてきちんと向き合わない事には、改善の道へは進めないと思います。 又、新生児の出生率を上げない限り、ピラミット型に戻ることはないと思います。 出生率に関しては、女性が仕事のために生まないとか、作らないとか言われていますが、子供が欲しくても授からないという事も、きちんと目をむけなければ改善策にならないと思います。
2246	国の制度に頼るだけではなく、自分自身がどのように死を迎えるか、高齢者自身も考えなければいけない時代だと思います。また、死についての教育が必要。自分の死・身近な人の死について考えてほしい。他人事、悲しい事、考えたくない事 etc マイナスイメージしかない人が多い。
2249	今後は介護職の増員、養成に力を入れるべきである
2252	子育て支援の不足と職業環境の不整備で出産の↓ 検サ医療の高度化による死亡率の低下による人口の変化あり。今后かかりつけ医（往診医）訪問看護の重要性があると思う 今后在宅医療の往診 Dr、訪問 Ns のアピールが必要
2254	出生率の低化、高令化社会（治らない人の増加）による介護力の低下は、将来の医療への不安につながる。自身が 2038 年、60 才代となっており、医療を任う人、人材の確保はどうか。又、看護のレベルはどうなのか。不安なものである。 医療、介護職の充実（教育、待遇）や、保健制度について、対応が急がれる
2256	国の医療にかかる費用の見直しが必要である。
2258	産業革命以下、都市化などから自然な経過である。 北欧のような家族政策を実施しないと増々進む
2259	少子化による介護力不足、各家族化などによる、高令者世帯の増加など、どんどん介護力不足が進んでいる 本人が在宅を希望されてもなかなかかなわない状況なのでやはり、施設 or 病院でのみとりがますます増加することと思う。
2260	介護の担い手をつくるための速やかな手だてが必要である。
2261	国策として根本的な対応を検討し、実施していかなければ、日本の将来はたいへん悲しいものとなることが予想される。

	構造改革の名のもとに社会保障費抑制政等をとっている現行の政府にはあきれるばかりである。
2263	自分が高齢者になった時、誰れに介護してもらえるのか不安
2264	国家政策的レベルで考えなければならないことであると考えている
2265	・少子化対策の充実をもっと責極的に行い。支えとなる人を増やすべき。 ・介護にたずさわる人も減少していることから処遇改善に結びつく政策をもっと国は行うべき。 ↑社会保障をもっと増やす（税金が増えるのも仕方ない）
2266	人口ピラミッドの図は各種の研修で使われ、紹介されています。超高齢化と少子化の社会は仕方のない形なのかなと思います。治らない人の増加については、医療技術の進歩し、治療に力が入りすぎ死への考え方が変わった為と飽食時代のつけ…と感じる。日本の生活が昔のように戻れば…と思うが無理と思われる。介護力の低下は核家族が招いた結果とも思える。 未来について考えれば、今の現代の人々が将来自分が老いた時のことを考えることは少ないと思う。危機感の少ない日本人、どうにかしてくれるであろうと考える人が多い日本人。未来を考えると暗い感じである。
2267	毎日の中でヒシヒシと感じています。既に全ての現象がはじまっていることはわかっているはずなのに、何ひとつ根本的な対策がすすんでいないように思います。周囲でも離職される方が多くなっています。光の見えない世界に入りこんだようだと皆言っています。
2268	少子化問題、核家族化、と、在宅での療養、看取りも、してあげたくても、できない状況となってきている。 医療も高度化している。 介護力低下については、賃金の値上げ、業務の見直しなど人員の確保が絶対に必要。
2270	医療機関や施設など受け入れは今後どうなるだろうか。 女性が社会に出ているので在宅で死をむかえる方はいるのだろうか？施設など不足するのであれば在宅死もやむおえないのだろう… 独居の場合などは孤独死も多くなるのではないか？
2271	・長期療養病棟の廃止が言われているが、現在、そこにいる人たちの行き場はなく、介護する人も足りない。それなのに国は先の事を考えずに廃止を決め、困っているのは患者家族だと思う。 ・治らない人の増加については、日本の医師が、じょうずに治療のギアチェンジが出来ていないことにも原因があるのではないか。
2273	施設での看取りが可能になる様整備する必要あり。
2274	死ぬ場所のない方が増えていくと思いますので、自分自身のことも含めて、考えていかないとと思っています。 ステーションとして、力をつけ、地域を育て地域で看取る力をつけていけないかと思っています。
2276	1．社会資源（病院、施設等）の絶対数が不足し、（地域によるが）それらを支える働き手の数も不足するため、できるだけ働く意欲、体力のある方は、65 才をすぎても、現場で週 2～3 日でも良いから、働く場（環境）を与えることが必要ではないか。 2．日本における高齢者ま看取る場所が病院が一番多いとのこと。（諸外国と比較しても）よって病院以外でも最後は施設や、地域社会でも看取れることが可能な仕組みづくりが必要ではいか。
2277	介護難民がさらに増加してくる事が考えられる。 介護保険制度がいつまで続くのかわからない→不安
2278	2006 年に日本の人口はピークを迎え、今后は人口は減少するでしょう。とくに生産労働者人口は少子化のために減少しますので、少子化を止めるべく多くの政策が必要であるのに政策は有効に手を打っていません。 高令者の増加は、国民にとっては喜ばしい反面、医療・介護費は増高するのは当然です。医療介護費が増加するのは国民にとっては幸福であり、文化的生活の基本と考えてよいと考えますが、早急に少子化対策その他を推進すべきと考えます。予算はこの方面に増加すべきであり、これによって雇用対策は進められると思い国内に向って税金を各々使うべきであり、そのことは、日本国民の生き甲斐であり最高の喜びであります。
2280	失業者は、介護にまわるしかない。
2282	長生きできることは喜ぶべきことと考えています。 人口の減少は、結婚し子供を産み育てる環境が日本は劣悪だからと思います。世界では、子育て、育児支援体制を整え、人口が増加している例は多くあります。個人の責任にしておりません。経済状況、女性が働きつづける保育所、産休明けからみてくれる場所、学童保育など人口が増えるための財源の伴う政策が必要です。 介護力の低下も同様です。地域で働けず、介護したくても親や子供（子供も介護を要する場合あり）の介護ができない日本です。 長生きして“良かった”と思える日本が未来をつくる前提です。
2283	すべては日本の福祉政策の貧困さからくるものである。 規制緩和を財界の思い通りにやってきたために、今、あらゆる職種で後継者問題がある。それなのに正職員の顧用はなく、ワーキングプアや生活困難者が増大している。安定した生活がなければ結婚もできない。生まれる子供は富裕層ばかりではなく、高校すら行けない学費がない場合も少なくない。正職員でも労働時間短縮はほど遠く残業が多い。 病院はじめ保育園から小中学校まで民営化が当然のような世の中では我々の税金は何に化けているのかと言いたい。保育支援、義務教育の支援学童保育、育児短縮時間制度、介護保険の本当の改善、高齢者の介護施設など、福祉と教育に税金を使っていないから、このような国が滅びるようなことになるのです。
2284	高齢者の増加に対する医療費増加を認めない事が問題
2285	介護を含め福祉の役割が今後増大する。
2286	高令者がふえる人は仕方がないが、介護力の低下はマンパワーの問題なのでどうにかできるのではないかと思う。
2287	その人らしい死に方をえらべるために、訪看をもっと利用拡大し、在宅医とともに充実させるべき 在宅でも安心して死ねる街作りが求められている
2288	・少子化の影響が高令社会を加速させている。 ・将来的には外国からの移民の受入れも必要となるのでは。
2290	少子化対策が一番の課題と思います。
2293	現地点から、対応策の検討が必要。
2294	非常に不自然な人口分布である。 基本的には高齢者対策より、労働人口増加対策（子供を生み育てやすい社会体制の構築）の方が大切である。 20－64 才人口を増加させるてっとりばやい方法は移民受け入れであり、日本人が国際的な視野を持てるかにかかっている。
2296	・家族による介護は限界があり第三者の介護がより必要となる効率のよい介護が必要
2301	危機的な状況だと思います。 独居死や介護難民が増加するでしょう

	又、介護者の負担が増強することで、虐待、自殺等も増加するでしょう。国や、地域で支援していくシステム作りなどが必要だと思います。
2302	大変なことだとは思っているが、どうしたらよいかまでの対策をもっているものではない 国策としてもっと考えてほしいとも思うが、今の政治では無理だとも思う。 日本人としての家族観モラルも変化しており医療介護の人材も不足している…
2303	急速に増加する高齢者を支えるために今後どのような支援、医療が必要か真剣に考えていかねばならない。
2304	介護力の充実化。 在宅で生活できるよう、家族・地域・医療・介護の連携と、助けあい。
2305	増々介護者が減り、密なケアが受けられなくなると、思います。
2306	これからの日本には重大な問題であると考える
2308	若年人口が低下し、高齢者が増加する今後の20～30年間は、治る見込みはないが経管・ＩＶＨ・人口呼吸栄養・ＨＯＴなどで延命が可能な高齢者に対して、十分な財政的・人的資源が不足することから、現在よりはるかに劣悪な状況になると考えます。 さらに現況の不況が続けば、勤労者世代は自分とその家族の生活に手いっぱいで、生産性のなくなった高齢者の介護には手を回すことができなくなります。 寝たきり・準寝たきりの高齢者の生活は、現在よりはるかに悲惨なものとなると思われます。
2309	介護療養病床も廃止となり、増々高齢者を支える受け皿が減っていく一方、高齢者数は増加していく状況を考えると我々医療機関で出来る限りの協力をし、高齢者を支えていくことと、国も受け皿について再度考え直し安心な老後が迎えられる様考えて欲しいです。
2311	私の回りでも介護力がないというか低いのに在宅生活をしていかなければならない利用者が増えています お金がなければサービスをふやすこともできない状況では、本当に好きな自分の家で最后をむかえられない利用者も出て来ます。 介護保険をみなおしても結局利用者に負担のいく事が多くなんの改定なのか！？と思います。人口減少、高令者の増加。介護力低下年々ふえてます。現場をよく知ってよくみて現状も分析し未来へつなげたい。
2312	大変なことで今後の日本は皆保険のままが継続できるのか心配である
2313	※介護力の低下は、既、対策をねらねばならない。社会資源としての介護力をつけねばならない。（ヘルパーの■養成、外国人わくのup etc）准看護師を増やす■
2315	在宅医療へ推進が望まれる
2316	介護力の低下は深刻な問題だと思う 老人介護施設を増やしたり老々介護ではなく国全体での対策が必要だと思う
2317	自分のすんでいる近くに緩和ケアを専門にする小さな病院があればいいのでは。 小さくてアットホームな家のような病院
2318	地域で支える事も大事だが、根本的にもっと大きな規模で対策に乗り出すべきだ。
2319	死亡するまでの介護・看護力が不足する可能性がある。
2322	マンパワーの低下により、介護、看護の質の低下がおきなければよいと思います。 自分自身家族に２名の高齢者と同居しており、支えられるか心配になることもあります。
2323	時代の流れだと思います。 負担は、大きくなり、いつかはじけると思います。そこまで、いかなければ現状は変わることはできない。
2326	核家族化、老老介護という言葉がよくきかれる時代で、深刻な問題と考えている。
2327	核家族化、高令化により、家族のマンパワーはますます不足していくものと思われる。家族に頼らない介護力の確保、システム、の体制の確保が必要だと思われる。
2328	国の方針と、利益の必要な民間医療機関との方針との相違があるため、当然の現状、未来と思う。 家族介護力が明らかな低下であり、介護保険制度の見直をして欲しい。 本人の状況と家族介護力を合わせての支援態勢が必要。 将来が不安。早めにこの世を去った方が、いいと思ってしまう。
2329	少子化が進んでいる中で、高齢者を支える人材、つまり家族の介護力を確保するのは到底無理な話である。 国が中心となって高齢者を支える体制作り、介護保険制度の充実や、マンパワーの確保など、公的制度を手厚くすべきと思う。
2330	現時点においても、独居老人や老々介護の世帯がとても多いように感じられる。 本人が自宅で過ごしたい希望を持ち、病状が安定しているにも関わらず、介護負担から家族が敬遠したりすることが多く、在宅療養ができないまま病院で亡くなっていく人が多い。 また、「末期がん」というだけで苦痛の症状がないにも関らず施設へ入所ができなくなって病院に入院する人も数多い。 費用の面から頻回にヘルパーや訪問Nsを利用できなかったり、大好きだった施設を追われるように入院生活を余儀なくされる方が希望通り過ごせるよう施設や人員の拡充、制度の見直しによる金銭的な負担の軽減など早期に行われる必要があると思います。
2331	環境問題、経済・年金問題など様々な問題がでてくる。 老人保健施設（老人ホームなども）がたりない。
2332	少ない介護力や金銭で、どうしたら現在程度の援助を維持できるのか…難しい問題だと思います。
2333	医療者を含め国民皆がきちんと理解し、今後の対策を皆、自分のこととして捉え、行動する必要がある
2336	在宅医療を進めるべき。
2337	社会情勢上、仕方がない。 医療費は増大していく。 医療者が少なく、十分な医療を受けることができない。
2338	福祉を充実させる。 介ゴ者（職）の給与を上げる。 小学校～大学までの子供のいる家庭に手当をふやす。
2342	今から計画的な改革が必要と思います。 病院のあり方、医院のあり方、訪問看護・ヘルパーのあり方など考え方を変えて行く必要があると思います。
2343	地域におけるサービスの充実が必要。 そのためには国レベルでサービスを行なう者に対する報酬を上げ労働者を増やす。自然と増えていくような努力をするべき。しかし、高齢者に対しての負担の増加はサービス利用を下げてしまう事も考えられるので、国の予算配分として、サービスを行なう側への対価を形成してほしい。
2344	将来が不安、生きること自体が苦痛になってしまう人間がどんどん増えていってしまうのではないかと思うとこわい。
2346	今后仕事面でも厳しい現状になる為、看護の質をおとさぬ様、スタッフの補充を病院側でもしていかなければならない
2348	介護される人を少くする様な努力が必要
2350	働ける人口の減少により経済力も低下。人々のくらしを圧迫していくのだろうと思います。 また、高齢者にとっても、自分らしい生活を送ることが、難しい。QOLの低下。現状でも老々介護、虐待、殺人の多発している世の中、人々の心の混乱をまねき、皆が幸せに暮らせるだろうか。と思います。
2352	わが国の国民が加令に供い、病気と仲良く暮らす現状を理解して欲しい。 病気を必ず病院で治そうとするのではなく、病気でも在宅ですごせるようにする。
2353	社会福祉制度の整備。 介護保険制度から、福祉自体が崩壊している。 老後の安心を、制度が整備する事で、保障して欲しい。
2354	人間という動物の自然経過。
2355	出生率を高める政策が必要
2356	現場に入りますと問１－ａの現象は目の当りにしております わが県での山あいでは人口の減少高令者の増加、癌の末期、核家族化に併う介護力の低下を感じずにはいられません。 末端でのサービスの充実が大切になってきます。
2357	・日頃から生命、死について考える機会、家族で話しあう機会をもち、元気な時から、最期をどの様迎えたいか等の本人の希望を家族で共有できる様にすることにより、いわゆる延命処置的な医療を行なわないという選択が一般市民でもできる様に啓蒙する必要がある。 年令相応の自然な流れとしての死を迎えることにより介護される側の人口の減少が期待できる可能性がある。 ・また一般市民が身内の死を受け入れられる。死にゆく医療を受けいれられる様になれば在宅での看とりや同居して若い世代が高令者を介護する家庭も増すかもしれず、現在の介護が必要な高令者の受け皿不足の改善につながるかもしれない
2358	不必要な医療がおこなわれすぎている。 意志表示ができず、経口摂取ができない人に延命すべきでない
2359	深く考えた事はない。
2360	・社会的支援・経済的なことも含え、まだまだ女性が子育てをしながら社会にでて正規職員として働くことが難しい状況にある。 その為出生率ののび悩みが続くことが予測される。 ・又労働環境も厳しい一面が看及・介護にはあり改善する余地があり、そのことが離職率の低下や仕事を希望する者の増加につながるのではないか。 ・今後更に高齢化が進み社会的支援の充足や経済的での問題にも取り悩む必要がある ・若い時から生活習慣に気を使い、自覚と責任を個々が持つ必要がある。 なかには、病院の規則や治療を守れず、主張するばかりの人もおり、その人達にも不信はあるだろうが大人であり自覚・責任ある行動を求めてもよいのではないか。
2361	現実は、現実として受けとめなければならないが、国が考えてられる様な方法では、癌難民と同様に、老人難民が出来あがり、アメリカの様にお金がなければ充分なケアが受けられずに亡くなる状況になるのではないかと懸念しているし、我々も同じ境遇になるかもしれないと考える。 特に今年度の団塊の世代の方々が老人医療をうける側には、空きベットがなくなり入れない人々は、どこでやすらかな死をむかえる事ができるのか…予測はついても何が我々にできることなのか悩む。
2362	近い未来問題となることはわかっているがその対策がわからない
2363	高令者の割合が高くなっており、病院だけでなく施設や在宅など高令者が今まで過ごしてきた環境に近い場所で療養することができるとよい。 そのために、家族の協力や社会福祉制度、金銭面の補助など検討課題は多いと考える。
2365	仕方ないと思う
2368	人口の減少はやむを得ない。団塊の世代が異常であり若年者が少ないことは問題であるが適正化されると思う 暦年令の高令者は増加しているが実年令はそれ程ではない。必要なら定年を延長し、生産者人口をふやせば良い 治らなくてもQOLに支障がなければ良いと思う。 介護力の低下は介護者を被介護者の理解により大分緩和されると思う。
2369	看護力、介護力の不足がますます問題です 予防、健康について自己管理できるように、そして元気な老人が増えるように教育に力を入れる必要がある。
2370	この研究のように未来を予測しそなえることは大切だと思います
2371	厳しい未来を予測しています。医療難民、介護難民、年金原資の減少、国家財政の悪化、貿易赤字化、貯蓄率低下などなど、さまざまな悪影響が予測されます。単的に言えば、世界の中での日本の国力が低下してゆくということです。 不可避のこの現実を、不可避のものとして受容するところから議論を進める必要があります。
2372	現在は地方が問題になっているが団塊世代が定年後は大都会のドーナツ状の住宅地域が高齢化社会の時代を今から迎えるので、問題になると思う。 特に男性は地域とのコミュニケーションが形成されてないのが気がかりである。
2373	これから先の老後が心配 少子高齢化で若い世代が高齢者を支えきれない現状が近い将来やってくると思うと不安。社会福祉も追いつかず成り立たなくなるのでは。 疾病の予防やADL自立及び高令者同志でも助け合って生活できるような社会をもっとつくり上げていかないといけないと思う（在宅で独居でも元気で過ごせるような世の中をつくる努力が家族・友人・地域で必要）
2374	近い将来、これらの方々を受け入れる、病院・施設が深刻に不足する事。 超高齢化の加速と現状が追いつかなくなってゆくであろう危機感がある。 在宅医の慢性的不足や対策はどの様に改善されてゆくのか不安である
2376	※地域でみていく力が検討されるべきである ※介護力の(家族)限界にどうサービスが生かされていくべきか、提供できるだろうか。
2378	これからは、少子高令化が進み、年々高齢者数は増加の傾向にあり高齢者世帯や独居が多くなる。病院、施設等は、満床となり、渋々、在宅を余儀なくされる状況であるが、在宅でも老々介護でゆったりとは出来ず、社会資源も乏しく、ほったらかしのケースも多いと思われる。

2379	国をあげて早急の対策が必要と考える。
2380	家族単位から国までの協力態勢を本気で考え直さなければならないと思う。
2382	・少子化対策を徹底するとともに、ハードよりも人材、システムなどの整備にお金をかけるべき。 ・消費税も増税する ・いのちの教育を行い、死の準備教育を行う
2384	20年后には改善されると思われるのでこの先20年くらい全力を挙げて資金、資材、人材を投入すべきであると考える。
2385	医療介護、福祉の分野の見直し、充実をはからなくてはならない
2386	早急の対応が必要
2387	自分の将来が不安。
2389	元気な高齢者が介護の分野で働けるような体制が必要。
2391	日本の現状は厳しいものであるが、自然淘汰されていくのも仕方のないところもあるとは思う。ただ、介護力の低下については、社会保証を国で真剣に取り組んでいかなければならないと思う
2393	不自然な状態と思います。少子化で年よりが増え人口が減少していく事は考えられなかったことだと思ってます。
2396	日本の医療・介護問題で最優先すべき問題だと思う。
2397	介護される側が増えると同時に、少子化により介護の職につく人が減少すること。看護師の減少に不安をもっています。 私達の課題は、看護が生涯の仕事であることのために働きかけていかなければと考えています。
2398	現代社会において、高齢化はしたかのないことだと思います。在宅で介護ができないので、社会的な入院の多さ。老化に病名をつけての治療。子育ての難しい社会。 昔の日本の姿に戻ればいいのにと思います。 江戸時代のように、自然にまかせた生活、自然にまかせた命となれば良いのにと思います。
2399	自分が65才以上になった時、現在のような介護が受けられるのか、また、そういう施設がなく、在宅での生活ができるのか不安である。 また、自分の子どもたちやその孫への負たんが大きくなったりするのではないと思うと子どもたちの将来が心配になる。
2401	現在も大変であるが今後さらに大変になってくる。家族だけで（家族の力をあてにした）介護は難しいと思う
2403	出産率の低下や共働きのため病気をしても介護する者がいないなどの原因を変えていく保証が大切
2404	在宅看護、療養、介護に対する環境の不整備（経済的なことを含めて）
2405	家族だけで介護をするには限界があり、医療機関や介護関連事業などでささえていく必要があります。
2407	要介護者の増加と在宅介護力の低下が同時進行してきている。 在宅医療の崩壊の可能性ある。
2408	医療、介護の支援体制、地域を取り込んだ、システム作りが必要になると思う。
2410	2030年のデータをみて、老老介護の率が今よりも上昇してしまう事実や、若年人口の低下による医療・介護保険せい度の破たんについて、とても危機感をもっている。
2411	介護への労働力の強化と国が介護にもっとお金をかけるように現在の方向を転換しないとならないと考えます。
2412	医療費抑制の中でどこで死ぬのかが問題となってくる
2413	個人（家族）の努力ではできない。 公的なもの（入院ベット、施設）が必要
2416	国の方針で在宅療養への移行が進められていますが在宅での体制が十分でないまま進んでいますのでもっと往診医や在宅ケアの部分に手厚く対応してほしいと思います。
2417	自分達を支えてもらう時には、介護する人は減少、当然今のような状況は望めず、どうなっていくのか不安ではある
2419	政治が福祉をよく知らない。 予算配分が福祉にまわらない。
2420	子供を産み育てるという自然の事を教育の中で扱われていないのではないかと思っています。小子化対策の遅れと高令者への手厚い医療により無駄な長生きの増加も要因の一つではないか。 元気な高齢者の増加は望ましいと考えますか？高齢者はいつも要医療のリスクを抱えていると思います。今何らかの予防的働きかけをしておく必要があるように思います
2422	老老介護だとかの言葉は、ずい分と前から耳にしている。 その状況は、一層強くなっていくのは確実であり、在宅介護そのものが困難になっていくと考えられる。 経済的な面からも、援助なしでは、在宅は不可能となってしまう可能性。 支援する側の人員もどこまで確保できるか。 在宅で“老老”か、支援者も“老”になるか。
2423	今后在宅にてどこまで看て行けるか不安に思っている。 原因　1．自己負担多い 2．介護力の低下
2424	家族の形態も変わり、1人暮しや、高齢の夫婦のみの家庭が増えてきています。地域のコミュニティも変化し、孤立した老人が増えていくのではないかと思います。医療、介護サービスも、お金のある無しで、利用出来ない方が増えていくように感じています。 公的な制度についても、医療、福祉分野で若者が夢を持って、働ける位の待遇改善が必要です。国の政策としてどうあるべきか、きちんとした議論を提起していく必要があります。
2425	益々、かかりつけ医の在宅医療への積極的な取り組みが重要になると思います。
2426	あまり考えていない
2427	・将来不安であり、在宅療養は介護力の低下により無理である。 ・在宅が困難になるので中間施設を増やした方がよいのではないか。
2428	老々介護になっていく。自分の未来に不安があり。
2429	未来については大問題ですね。 どういう対策があるのか、今急には考えつきません
2430	少子高令化社会による国力の低下は許容せざるを得ないが、やはり少子化を防ぐ努力をすべきである。妊娠や出産にかかわる費用の無料化（むしろ一時金の手当て）、育児や教育さらには小児医療への公的支援を大幅に（老人医療をへらしてでも）増やすこと、外国人移住や日本国籍取得の緩和など若年人口を増やすこと、などによりピラミッドの形を改善する必要がある。介護の現場への外国人の参加はまさに当を得た政策である。大事に行って、うまく軌道に乗せてほしい。
2431	国の施策の大きな問違いと、不況の間のベビーブーマー達の就職難から結婚が遅れ、子供を作る、家庭を作ることへの不安の増大からこのような状態に陥っている。 元々、20年前から分かっていたことで、力を入れるところが問題であった。
2432	長寿が続くなら、2030年には、どうして高令者の介護や医療を継続できるのか不安である。緩和治療や訪問看護・介ゴと連けいして、生活をサポートしていく。薬物治療は、第二としなければならないとおもわれる。国の縦割り行政でなく、庁省のワクをはずしお金のつかい方に優先順位をつけていかねばと、おもう。
2433	日本人の人生感、死生感について、今一度国民全体の問題として考えねばならない時がきた。「希望を持って生き、そろそろ自分もおさらばした方がよいのではないか」と満足感、納得が得られた人には、いたずらに延命治療をするべきでないだろう。介護力の不足した時、不足した中で、人間の苦痛が生じないような補助的な医療も必要になってくるかもしれない。たとえば、夜間強力なセデーションとか…。
2434	老老介ゴ、マンパワー不足で介ゴや医療が破たんしないか不安。 保険未納者も多く、財政がどこまでになってくれるかも不安
2438	高令者の療養の場がどこになるか、自宅の場であればサポート出来る体制(24h)をくまなく配置出来る様にする。 老々介護が多くなっている現状をよく知って欲しい！
2440	無理な延命治療をしない。
2441	小子化と言われながら、対策がとられていないような気がする。 人口を支えるために小子化にとりくむ必要がある。
2442	とても大変だが、仕方がない
2443	そうなったら、そうなった時考えます。 とりあえず自分の老後の心配はしていますが、実現的ではないです。
2445	医療、介護共に力をつけないといけない
2448	介護スタッフの増員が必要。現在職を求めている人を教育する必要あり
2450	死亡数の増加はほとんど理解できていなかった。それだけフォローが必要となっていくと思われる。
2451	若年層が少なくなることは、社会を支えていく人間が少なくなることにつながります。若年層ひとりあたりの支える力が飛躍的に伸びることは、考えられないため一人あたりの負担が大きくなると考えられます。生産性も低下するため物質面での不足も考えられます。動ける人が、動けない人を助ける型が理想的ですが、そのようにすすむとは考えにくいものがあります。お金のない人、力のない人（社会的地位ｏｒ健康面で）は見捨てられる社会になる可能性が高くなってくると思います。
2452	たいへんと思う。 今のうちに金ためておきます。 子供にやさしくしときます
2455	時代の流れ
2456	基本的には少子化と急速な高令化の問題であるが社会福祉の財源となる未来の大人が減ずることに対して効果的な策があるのかは疑問である。 （少子化は、少子化に至る、社会全体の問題、ジェンダーに対する問題も含めて、極めてデリケートな個人的な考えに関する複雑な問題なので）
2457	新しい社会、家族のわく組みの構築をしないとこの事態には対応できない
2459	国が何らかの支援策を考えなくてはならない
2461	どうにか人口の減少をくい止めるべき対策を真剣に考えるべきだと思う。 高齢者の増加に対して福祉については考えられているが少子化対策など人口増加を目的とするような政策は少なすぎる気がします。
2462	①出生率を上げることは困難であるから、計画的に海外から若い世代（定住するかつ技能に秀いでた）を移民として受け入れるべきである。 単に介護、看護スタッフを海外から受け入れるなどの小手先の対応ではいけない。 ②社会保険制度を、維持する為には財源の確保が急務。消費税を15%にして、医療、福祉年金財源とすべき。（既に国民年金は破綻している）。徴収の費用もコストカットできるし、国民も納得できる。
2463	・早急に老人医療介護に対する、インフラの整備、自己負担の軽減、関係労働者の待遇改改に向けて、公費の投入増大を行う。土木関係労働者を医療介護に誘導する（約300万人）いわゆる医療のゼネコン化を行うこと。（公共事業と医療費のＧＤＰ比を逆転させる。医療、介護の対ＧＤＰ比を15%とする）。医療、介護の公費を増大させ、関係労働人口を増やせば国内消費も増加する→内需拡大になる。医療介護の町づくり ・議員、官僚、役人（中央・地方とも）の無ダを早急になくして後、北欧式の社会か、小さな政府（ＵＳＡ方式）をとるかを国民に選択させる。
2464	・社会福祉政策を重要課題とした政策。 ・国、県etcからの周知。 ・国民自体の理解、行動 団塊世代80−90才となる（20−30年後）の前后の生活形態の変化を、世界的地球問題と共に考える
2466	出生率をあげなければならない。
2470	非常に憂慮する状況であるが、これを乗り越えるとまた新しい未来がやってくる。 過渡期なのである程度仕方ない。
2471	今後、訪看の需要が増える中、訪看の数が不足している。また多様化され、医療行為が多くなっている事や訪問リハビリが不足している為、訪看がその役割を担ってきている。 高齢者が在宅で安心して暮せるよう、現場の声をもっと聞き、何が必要かを検討してほしい。
2472	将来的に考えると不安が大きい。 又、だからといって、マンパワーの補充があるわけでもなく、国としての対策も必要と思います。
2473	現状をうけとめ、今から出来ることを対策としておこなっていく必要がある
2476	海外からの労働力の輸入はさけられないか
2477	受け皿の強化が必要だと考えます。（施設数、介護職員、在宅を支援する体制強化、質の向上）
2478	医療者や介護職員の犠牲的努力に頼らないきちんとした制度を国に作ってほしい
2479	医療、福祉の分野だけでは対応しきれない大きな課題と考えております。 人や物の継続的な確保、そしてそれを支える財源の確保が必要な反面、その確保が困難な国家の財政状況があると思います。 国が何をやらなければならないか、市民にどのような協力を求めていかなければならないかを周知し、具体的政策を行う必要があると考えます。

2480	高齢者の増加により、医療及び介護を必要とする人が増えるがそれを支える人口が少ない。このことは費用面、マンパワー等の不足による問題が生じてくる。 現在でも在宅への移行が進められているが、その受け皿となるものが少なく、行き場のない人が増加してきている。 今後も、この傾向は増加していくと考えられる
2481	介護力の減少の中で今まで以上の在宅指向は困難。 居住系施設の充実とリーズナブルに利用できる料金設定。 きちんと（明確に）居住系施設と在宅と位置づけするべき
2482	・将来葬儀屋がはんじょうするでしょう。 ・欧美型の良い老後のシステムを目標にして、老人には生活の良い環境、無料の医療及び親子の関係の是正によって可能な政策をとる。 ・現在の政党なら私慾でだめでしょう。国民の年金を大切に税金ををそのために努める、政党政策が大切です
2484	限られた資源を地球上に生息する全ての生命体によって分けあう。 これまでの食べ過ぎやり過ぎの不自然な型が本来の型になりつつあると感じる
2485	介護が必要な方がいても、介護力不足の為に起こる問題等
2487	子供を産む、育てる環境を整える必要もあると思うし、家族のあり方も（核家族が主となっている）見直すべきである。 病気の人がいれば、その家庭は介護が中心とならざるおえないため、介護を支える支援もしっかりしていかなければならないと思う
2491	外国から介護要員が増えるのかと思います。 しかし 20～30 年後日本の経済力が今の水準を維持できるのかわからないので、1 人 1 人が介護者となることが必要になると思います。 医療制度の見直しがくり返されていく気がします。
2492	在宅に移行したくても介護力が充分ではないため長期療療型の病院を増加させてほしい。 癌の人の在宅も医師が不足している
2493	・医療費で国がつぶれそう ・介護者がいない社会になる ・介護されないですむように自分の健康を保つ必要がある
2494	若さを至上価値とする「アンチエンジング」や長寿が単に「めでないこと」を考え直すべき。 フォローエイジングして善く生きることがどういうことかを考えることが肝要。
2495	緩和ケア病棟で働いています。在宅療養に移行させることを目的にされているが老々介護も含めて在宅移行がむずかしい。療養の場は自宅という考えについて希望し、協力的であれば私達もいろいろな手段を検討するが希望されない方への移行はむずかしい。課題はかせられるが実際はむずかしい。病棟と自宅の間の何か施設が必要と思う。
2497	・医療を受ける側と提供する側の均一がとれていないように感じる ・核家族も増えており、社会的入院となるケースが増えている
2499	在宅療養の支援をもっと強化していく必要があると思います。
2500	病気になったら、病院へいけば、最後まで病院が面倒をみてくれると信んじられいた時代があったが、病院がすべての病人の死に場所ではないことを、知るべきである。地域で住みなれた家で、人間らしい環境で最後をむかえたいと、誰でも自然に思えるような制度、コミュニティーが必要である。現在では、在宅を選んでも不安が多く力（マンパワー）不足があり住み慣れた家で死ぬことには、いくつもハードルがある。 家族は中心とならなくてはならないが、家族の力だけに頼らず医療介護のマンパワーが必要不可決である。
2501	個人だけでなく、社会、国などの協力しての対策が必要ではないでしょうか。
2502	人口の減少・高齢者の増加は、日本の国自体が維持困難な状況になると思う。（国自体が、限介集落と同じになるのでは） 移民問題の検討が必要と思う。
2503	介護保険の中で、考える事は困難。 元気な高齢者も、ボランティア等を通して関わってもらえる様なしくみが欲しい。 医療も進歩していく中で、いろんな選択肢があって、受け止める側は、それに追いていっていない感じがする。 老いを考える中で、終末の話し合いができる様な環境づくりが必要である。
2506	少子化対策をきちん整備していくことが必要。 がん以外の病気あるいは老衰で亡くなる方々に対してもターミナルケアが等しく提供できる制度作りも必要。
2507	・高令者が、高令者を介護する方法を考えることが大事 ・高令者も、働ける環境をつくること
2508	労働人口の外国からの受け入れや、育児出産を助長し、人口維持に努める必要があると思います。
2510	致し方ない
2511	・介ゴ負担の増加（一人に対する） ・一人暮らしの人が増えることでのサポートのなさ。 ・病気とともに生きる人への支援がさらに必要。 ・医療費増。 など、これまで以上に問題が、大きくなり対策が必要だと考える
2513	予測できている将来に対し、国の対応は遅くれているし、不安である。
2514	現在の我国の医療・福祉制度では支えきれないと危惧する
2517	人口ピラミッドの変化に応じた、医療介護の体制が急務。 病診連携、診診連携、介護との連携など、様々な業種でのネットワークが必要（重要）と考えます
2518	老人がどんどん増えるがそれに対応出来る介護スタッフは絶対的に少ない。 政府がいろいろ政策をとっても若い人は介護をしたがらない
2520	介護、医療の連ケイシステムや在宅療養に関わる職種の専門性の特化の整備が必要。 現在のヘルパー、訪問看護師の給料の見直し。 地域全体で在宅療養を支えていく仕組みが必要で社会資源等だけではなく、行政や国からの資金援助が不可欠である
2521	介護力の低下により行き場のない老人が増える
2523	核家族化の↑若年者の経済力↓予防医療の↑等で高令者が介護を必要とする状況で増加しているそのことにより在宅で一人淋しく死をむかえたり、家族にじゃまにされ生活される高令者の↑で自分自身の将来も不安になってくる。自分の老後は自分で選択出来る能力は備えておこうと強く思う。同時に家族への指導を出来るだけ行なっておこうと思う（自分はどの様に老いて行きたいか等）
2525	メディアではよくこの問題が取り上げられていて、政府も対策を立てなければならないと言っているが、実際現場では今現在の看護・介護人員が不足していて、早急に対処してほしいと思う。医療現場のスタッフ 1 人 1 人のストレス度も高く、離職率も高いように感じる。働きやすい職場環境を整えることも大切だと思う。 　子供を多く産むようにと女性は言われるが、女性の働く環境が整っていないと子育てもゆっくりできないので、少子化は止まらないと思う。
2526	①“支える”“支えられる”の正確な分析が必要と思う。 ②経済面身体面精神面などに分けて現在各年令相で“支える人”“支えられる人”の割り合を知ること。 ③②の経済面については定年制の延長あるいは撤廃税制面の優遇措置（所得税、相続税など）の対策はどうか ④②の身体面精神面については介護フイ（社会介護家族介護）の値上げ国民皆介護保険料の新設（国庫援助割り合の増額） ⑤人口の適正な減少はむしろ良いと考える、その過渡期をいかにするかの議論と考える
2527	高齢者を支える割合が減少するので、将来に不安を感じます。
2528	・在宅での介護が難しい場合どこへ行けばいいのか？施設入所も限りがある。 もっと在宅サービスを充実していかないとまだまだ在宅では家族の負担が多いので 24 時間在宅で支えられるような体制が必要だと考える ・医療については必要な方が、十分な治療を行えるような体制が必要と考える
2531	少子、高令化という世の中の状況からは仕方ないと思いますが、今後介護サービスなどの充実、在宅や施設の利用方法などもっと自分自身の問題として国民がとらえ早急にととのえていく必ようがあるとおもいます
2532	若い年令層が少ないため、老々介ごの現状となると思われる。 在宅で、みる人が少ないため、病院にＰｔがあふれる。
2533	将来的に介護力の不足、及び療養場所がないという事がひきおこされる可能性がある。 在宅で過ごすのが難しい、かといって入院や施設に空きはないという現状が起こる。
2534	自分の将来への不安あり
2535	現状でも介護負担は家でも施設でもあり介護負担による自殺他殺もある中で、今後よくなることがあるのだろうかと不安に思う。 海外からの人材確保も日本ではどの程度進むのだろうかとも思いどういう対策がよいのか正直わからない。
2536	老老介護、また核家族化により介護力の低下により、今後社会的入院、入所の増加がある。社会的支援が重要になってくると考えます。
2537	国の政策として対策があるのか、ないのかもはっきりわからない。どうなっていくのか不安に思うばかりです。
2538	これからは多死時代に向っていると言われています。 介護力がないのに、在宅、へと政策ですが、少し無理なことも多くなってくると思います。福祉施設が多くなっても夜は、介護力が必要です。 老老介護も増加するでしょう。そのため犯罪が多くなったりしないか不安です。
2539	少子化をくい止めない限り、この問題は解決しない。
2541	高令者同志が支えあうシステムが必要。 医療費減少のため、自治体等が高令者の筋トレ、リハビリなどに取りくむべき。
2542	小子化すすむなか、介護職者の離職も増加しているように思います。もう少し年金の使い方、税金の使い方を政府は見直て欲しいと思います。
2543	今后の医療体勢や介ゴについて国がきちんと検討するべきだと思う
2544	疾病を早期発見・早期治療して健康な高齢者を増やす必要があると思うので、今後ますます保健医療福祉の役割が増える。 また、支える側の若者の心身の健全な育成が必要である。 若い人には、介護を敬遠せず、身近なものに感じてもらう必要がある。 その為には、高齢者の尊厳を教育する、働く女性が増えている中（介護者の多くが女性であるため）、介護を負担に感じる人に対しての情報提供等が必要ではないか。
2545	介護にたずさわる職員の数を早急にふやす必要がある。 もっと給与などの待遇を向上させるなどで。
2546	不安。悲観的状況。
2547	10 年後の状況は研修の中でもよく言われていることですが、同居家族が高齢であり子供達も高齢化し又別居しているケースがとても多くなっている。 入院の必要性が特になければ在宅生活を送って頂きたい。 介護職も研修内容資格までの内容をもう少し充実したものにしてほしい。 時には訪問看護の中での指導等が多いと感じています。
2548	地域の医療整備と病院の機能分化が必要
2549	子育て支援、健康増進、マンパワーの養成など課題は多い
2550	介護、福祉政策について長期的視野に立った政策が必要である。
2551	老人の死に方（場所、ケア、介護）について検討、準備しておく必要がある。
2552	・介護予備群の高令者を、予防群にしていき、自立を高めることが必要。 ・社会サポートの充実が必要
2554	国家としての早めの対策が必要である
2555	どんどん高齢化が進み、高齢者が増えると思います。 しかし無駄な延命をしなくなる傾向になるとは思いますが、介護をする人も高齢者となるため在宅死がむずかしくなるのではないか、とも思われます。 病院のベットがなかなかあかず入院したくてもできない状況で孤独死なども増えてしまうのではないかとも思います。
2556	国による介護援助の必要性を感じます。
2557	人口が減少、高齢化にともない、介護力の低下、老人が老人の介護をする世の中になっている。現在でも、介護の人材不足など問題になっている上、今の状況が進むと、これから先が思いやられる
2559	しかたのない事だと思う。
2563	今までの医療、介護と違った考え方が必要になる 具体的にはいえないが
2564	小子化対策をもっと積極的に行わなければならない。 医療、介護にもっと税金を使うべき

	医療福祉などへの予算をもう少し増やし、又安心して子供を産み育てれる環境整備（経済的なものも含めて）が急務と考える
2613	高齢者を支える側に今後なるため不安はある。年金などももらえる金額も少なくなるであろうし、生活がなりたたない人が増えそうで心配。
2615	「介護の主体者は誰であるべきか？」の問題に対し広く、納得の出来る解答が必要。
2616	対策を早急にたてる必要がある
2617	大変憂慮すべきことと思います。
2618	①国力の低下 ②経済力の低下 ③ひいては、医療を支える経済力、国家財政、人的資源の不足、欠如につながるため、老齢化による亡国に連がると考えられる。
2619	超高齢社会として、人を支えるには限界が来ると思います。 医療者側は支える医療ではなく選択できる医療を住民、患者側は自分がどう生きていきたいか、を常に提示できる社会になるといいと思う。
2620	社会の流れなので、どうしようもない部分があると思います。 介護力の低下と言うよりも、マンパワーの格差、各家庭での差が大きいように感じます。
2621	高令者は増えているがその中間層が亡くなったり、病気になったりしている。また高令者世帯も増えていて、子供にも介護している余裕もない。１人１人の格差が広がっていて、充分な治療もうけられない。また過乗な治療や安楽死が出来ない状況である。それぞれの人が在宅での死を望んでいる方が多いので、在宅療養に大きな公的資金をつぎ込んで、健康管理をすすめていってはと思います。
2622	高齢者が多く若者が少ない為若者への負担増大が今后起こると思われる。 若者の介護力の低下で病院、施設が満員状態となっている患者様が望まれる在宅最期が実現できていない状態である。 サービス導入で在宅死できる環境を整えていく必要がある
2625	在宅のサービスをより充実させていかなければ、介護の継続は困難であると考えます。
2626	将来的な展望を持たず、その場しのぎの行政のあり方に疑問を持っている
2627	高齢者の増加－健康に関する知識が増えてきた 予防介護の普及 医学の進歩 介護カ↓－老々介護が多い 収入が少い（年金生活者が多い） 老後の保障がされてない（国の政策）
2628	予想されてた事であり、長い間少子化対策等を積極的に行ってこなかった結果と思います。
2629	在宅医療については、今の国の政策と開業医の現状とのミスマッチには危機感を感じています。療養型老健の役割が不明確ということと、在宅での受け皿（家族や往診を受ける医師の担い手）、が乏しいので大きな混乱をまねくと思っています。
2630	①消費税をやめる～低所得者の税負担を減らす、その分政党助成金をやめる。課税を平等にする。 ②中絶を基本的に禁止し育てられない赤ちゃんは国が育てるか、里子制度を充実させる。不妊治療をもっと安く行なえるように整備する～生みやすい環境を
2631	在宅での地域ケアの充実が必要
2632	大きな不安を感じます
2634	国策なので仕方がない
2635	若い人が安心して子供を産める環境、そして子を育てることの出来る経済力など、国全体が考えていかねばならないこと。 全て個人にたよっている状況です。国民ひとりひとりが負担と責任を認識し国・行政が国民を守っていかなければ国は滅びるでしょう
2636	・子育て支援の強化 安心して出産・育児ができる環境を整える ・メタボ健診の推進により、生活習慣病の予防・自己管理の大切さを意識付け、慢性疾患の予防を図る
2637	高齢化に向け、今後マンパワー（介護力）、財政（お金）が問題。 早く、手をうたないと時間はないと思われる。
2638	民法上扶養の義務の件をもつと家庭の問題として国レベルで見直すことが必要で相続の権利との兼ね合いで考える時代に来ているのではないか。 扶養の義務を放棄したものは、家財産（土地）一切を国家に供議するとかすべきではないか。
2641	在宅で、亡くなる方が増加していくような、方針で、テレビで最近とりあげられる傾向が増えています。 しかしながら、病院に行けば何とかなるというような考えの方々が、まだまだ多く、高度医療を実施した後、疲れ果てて、在宅へ移行する人がまだまだ、私の周囲にはあります。 医療は“神”のように思っている人に、限界があること、自分自身の生き方を考えるような、医療のアプローチに日々頑張っています。“死”というものを、縁起の悪いというタブーではなく、日頃から語り“生”を大切にしていかないといけないと考え、日々実施していってます。
2642	超高令化社会となり老老介護となる可能性がある
2643	家族の介護力は低下してくると思う。 結果として、独居での末期が想定される。 独居でも在宅で最期をすごせるような、医療、介護情勢になる事を望んでいます。
2644	少子高令化がすすみ、人口の減少が、はじまっており、予測されていたことが現実となっているんだと思います。 年令３区分別人口の構成割合が変化しています。
2646	宿命的なものであると考える
2648	国は在宅へと介護保険の導入を試みたと思われるが、今、ＳＴを管理していて、在宅志向にはいっこうにむかわない？様に思われる。又保険者つまりは市町村のちがいによりだいぶひらきがあると思う。 地域でささえる基準も、市町村によっては、補助金があるからなどの理由で行っている介護予防事業が多いのでは？ないか。 実際、今の高齢者をささえる要介護状況にならないように又はなった人を含めてみんなで考えていかなければいけない。 行政のたてわりの見方が、もっと、現状や未来をわるくしていくと思われる。

2565	不安である。 対策があるのなら、協力したい。
2568	将来的に医療、介ゴの崩壊につながると思われる。
2569	近い将来、高齢者を支えていくためには、更なる医療、介護の充実とお金が必要になる。
2570	・若年層から生活習慣病について学び生活について指導を実践が必要。 ・介護保険にだけ頼ると破綻してしまう。
2571	①この状態に相応して医療体制を作ることと考えます。 ②しかしながら、居宅が可能な方はそう数的には多くないのではないかと考えます。
2573	看護が必要な人を明確にして必要な人に必要なだけかかわっていくことが大切
2574	人口の減少、高齢者の増加、治らない人の増加、介護力の低下が進行していることに加えて、核家族化に供なう高齢者の独居世帯の増加が見込まれることを考えると、ますます住みにくい社会、生活困難者の多い社会が予測され、現在の保険制度では、対応が難しいのではないかと考えている。
2575	新しい社会保障制度の確立と、国民の死生観の変革
2576	少子化による年金など介護福祉に関わる財政力の低下が心配です
2577	老人が老人を介護する。又孤独死など増えてくると思う。本当に介護を必要としている人も介護を受ける事ができなかったり、適切なケアを受け入れらず、病院搬送されても受け入れられなかったりと問題が増えてくると思う。
2578	医療の高度化、専門化もあり医療関係者の増加医療者の増加は必然であるが厚労省に対策があるようにみえない。社会全体のコンセンサスとしてどのような医療・介護をどのくらい負担するのかという意識が必要である
2580	・老々介護となる限界や、１人ぐらしの高齢者が過ごす場所にも心配がある ・子育てをしながら、親の介護もしないといけない、仕事とのバランスをどう調整するのかも不安に思う
2581	フランスでは出生人口が増加している由、見習うべし。
2584	戦争によって日本はいろいろな負のものをかかえてしまったのでこのことはしかたない。 又歴史的にみても核家族によって人々の生活スタイルが変化してしまって、経済優先の日本になったので物の考え方も戦前とは違う。 今までのことをくやんでも改善しない。これから今の老人壮年期の人が自分達の生き方を子どもあるいは地域社会に見本を示せばよい。若者、子どもには、しっかりした考えの人はいる。もてる者はもたざる者に少し分けることはあたり前。（人物、金時間、情報）知恵など。
2587	高齢者を支援することは大変なことです。医療者のみならず国の協力がもっと必要です。地域マンパワーの利用・活用を考えてはどうでしょうか
2588	介護力の減少と、機械的な介護になっていかないか少し心配
2589	困ったことだと考えています。（短期的には） しかし、50 年も経てば人口ピラミッドの逆転現象は解決されてくるのではと思っていますので、それほど悲感してはいません。
2590	不安である。介ゴ看ゴするマンパワーの不足が心配
2591	出生率を上げる為の国の施策にフランス並の制度を導入して欲しい。子供を生んで育てることが国の義務として行って欲しい 介護力の低下については国ばかりの問題ではなく子供が親を見ることの必要性、重要性を子供の時から教育していく必要があるのではないか. 第一次産業が伸びて行かなければ第三次産業ばかりが、成長してもお金が回らなくなると思う。
2592	皆長生きするようになったのだから仕方がないというか当り前のことだ。
2593	少子化は深こくな問題。
2595	介ゴ力不足は年令比率に、さらに介ゴビジネスが成り立たない現状もある。医療福祉への投資が（国策として）ビジネスになる事が必要。 高令者になる前より自分はどのように死にたいか、生きたいかある程度は決定しておく必要がある。又、そのためにどうしたらよいのか知っておかねばならない。
2598	全ての人に（子供を含めた）「病気予防」「自身の体は自身で責任を持って健康にしていく」という教育をしていく事が、唯一効果的で実践可能な対応だと考えています。
2599	財源、人的支援全てにおいて破綻する危機感をもっている。
2600	少子高齢化については、もっと政府（日本）に検討して頂き、老後を不安なく生活できるようにしてもらいたい。
2602	介護力もさることながら、介護難民が増加するのでは？！という不安があります。 また医療費などについて、とても不安になります。
2603	日本は他国に比して高齢化が著明であり今後益々要介護者がふえそれを支える方がへってくると思われる。何々たいへんな時代になってくると思われる
2604	・人口減は先進国において当然の流れと考えられます ・高齢者の医療費の低減、ＱＯＬの向上 ・子供を産める環境の向上が必要
2605	少子高齢化により、働く人口が減り税制上も負担増。しかし、税を納める人も少なくなる。従って、高齢者への医療・介護に使用する税は少なく、病院での医療は緊急の方が主となり、慢性疾患は在宅への移行が急速に行われる。現在、退職を迎えた方が 10～20 年後、特に高齢者が増加すると思われる。 在宅でも安心して看取る事の出来る医療・介護を早急に実行出来る様な取り組みが行なわれているが、認識は低く、在宅～病院へ行ったり来たりの慢性疾患の方が多くあり、医師・家族間のコミュニケーション不足、認識不足があると思います。
2606	日本の将来が不安である
2607	高令者自身が自分の終末のあり方、治療の受け方について、しっかり意志を持つこと、持つように働きかけることが大切だと思っています。発熱や頭痛等の症状を、ある程度観察し対症療法を基本としていく。緊急の治療を要する時虫垂炎、外傷により失血、などは早急に治療が必要とは思いますが－。 又、私たち在宅支援をする者は、終末を在宅ですごせるということをはっきり伝えてあげることです。最期を家族で看取る時の不安を、一緒にすごしたり、そばで見守ったり、いつでも行ける体勢を作っていたり…でしっかりフォローできるようにしておくこと。 家族の介護力低下は、介護保険のサービス利用をして精神的な支えとして家族が存在していてくれるのがいいと思います
2609	対策が必要である
2610	政策が後手後手にまわっているため常に問題が解決しない。

2649	今後医療費増大も考えると、本人の意志を考慮した上で（住みなれた）在宅での看取りは重要なことと考えます。その為にも、訪問看護、在宅医療、在宅サービスの充実を望みます
2650	老・老介護で共倒れの御夫婦を何例も知っております。
2651	今後の日本の将来について憂い、何とかして、子孫に負担を軽減させるような創意工夫をしようと考えている。
2652	日本の将来をたいへん危惧しています。高齢者や、要介護の方達を支える人口、経済力はどうなるのでしょうか。国民１人１人が真剣に考えないと成り立たないだろう。 若い方は、将来の自分のこと等考えてないことが多いのでは？国がしっかり政策をたて、国民が同じところに向かい協力しないと、ダメなのではないでしょうか。在宅看護は、家族の協力も必要、第３者の協力がないと無理と思います
2655	この現状を支える介ゴ力をもっとつけた方が良いと思う
2656	倫理問題になりますが尊厳死を認める法改正を望みます。 自分は管につながれ意識もないままに生きていくのは、辛いと考えるからです。
2657	医療的ケアの必要な方も在宅へと帰されてきますが、介護力、経済力がないと大変な事が多いと感じています。 医療福祉が、今でもカットされてきているので、これ以上進むと在宅で生きていけるのか心配しています。 やはり、低料金で利用できる、施設、病院は必要だと思います
2658	深刻な問題であるが、高齢社会の到来により避けられない課題であり、一方で時代の移りかわりによりアナログからデジタル世代が多くなった若者世代にとってより深刻さを増している問題である
2660	若年者の負担が年々増加している一方、高齢者の要求も際限なく拡大している。これはある意味で致し方ないが、将来的に心配される人口減少社会、介護力の低下そして国力の低下に対してはあらゆる資源の有効利用、効率化が必要である。そのために総ての部門での情報公開を徹底し、働きに応じた所得が得られる社会にすると共に、社会保障の考え方の整理が必要である。年令、介護は一応のレベルまでを保障するものとして一応の上限を設定する。それ以上は自らのコスト負担で賄うこととして必要な介護コストは自らが貯金などで人生設計を行うべきである。また不労所得を通じた格差社会の拡大は制度の改変により格差拡大に一定の歯どめが必要。いわゆる後期高令者には医療と同程的に介護が必要であり、加齢性変化にまで医療を行う必要があるのか疑問である。むしろ生質のＱＯＬを高める観点での医療・介護としたい。「少欲知足」の社会、連帯感ある社会をめざしたい。
2661	大変な時代だと思う だからこそ、国や自治体が行政の立場から支える方策を検討すべきだと思う。 小手先の事でなく、社会を支えてきた高令者を、又障害者を大きな受け皿で今度は支えていく事がとても大切であり必要な事だと思う。 具体的かつ実行性があり、支える側にも負担の少ない論議を深めていただきたい。
2662	人口比の変化に沿った新しい社会保障制度の枠組が必要である
2663	介護の医療を増やす事で対処すべきと思います。
2664	介護力の低下は、深刻な問題あり、対策についても、考えさせらるものだと受け止めている。海外からの介護スタッフについて、ニュース等でとりあげられているがまだ、答えが出るものではないと感じている。現実的でないと思う。ロボットによる介護の時代がやって来るのではないかと、心の中で思うことがある。 技術の進歩は確実なものであるからー。
2667	医療崩壊、介護事業崩壊、社会保障制度崩壊
2668	認知症高齢者の増加、高齢者の独居、老・老所帯の増加も加わり、増々慣れ親しんだ地域での生活が困難になる。施設入所も限界もあり、慣れ親んだ地域で安心して暮せる為には、増々在宅医療が重要となる。
2669	高齢者や治らない人等が地域で生きがいを持って生活して行けるように行政医療、福祉が連携して支援して行く必要がある。
2670	増える高齢者への対応のため予防措置（健康に対する）はどんどん進めていきつつ、どこで生活することが一番大切であり重要かを考える。 一方減り続ける少子化対策をしっかりさせていかなくてはならない。
2671	超高齢者社会になり、高齢者が高齢者を介護しているケースが多くみられているのが現状です。これからの未来はどうなっていくのか心配です。
2673	社会福祉の制度やサービスがサービスを利用する対象者（利用者・患者）だけでなくそれらの対象者を支える家族を援助するものであってほしいと思います。
2674	①在宅医療を充実させる　②病院、長期療養型の病院、①、②を２極化し、また連携を計る。
2675	利用者及び、介護者にとって利用しやすい公的サービスが今以上に増加しないと難しいと思う。 もちろん料金は無料で。
2676	高令者↑若年者↓なので仕方ない
2677	介護力だけでなく、経済的な事も考えていく必要がある。
2680	医療職、介護職のスタッフの増員が必要である
2682	生産人口の増加が見込めない中での人口構造の変化と思います。 厚生省予想よりずっと少ない出生率となっている。2030 年は大幅な変更となると思う。 死亡数に関しては、大きな変化はないと思いますが、介護力は大きくする、変化は生じると考えます。
2683	今后の体制について仕事としても１人の生活者としても不安に思っている 高令者－65 才以上－の人の知識や知恵、力を生かすような社会が必要と考えている
2684	この事を根本的に解決するためには、子供の数を増す（生まれる人数）以外にはないのではないでしょうか。出生率を上げるためにやるべき事は山のようにあると思うし、お金も今の 50 倍くらい使ってほしい。医療の面でいうなら、産科の小児科の Dr へは診療報酬が 3 倍とか、子供の医療費は無料出産費用ももちろん無料とか（いろいろな例外なく！）
2685	介護の手が不足となる。
2686	介護力の低下と若者の負担が大きくなる
2687	かなり自分にとっても不安な老後となると思う。個人一人一人の健康への感心が強いと思われるが、国民として予防医学の知識がまだ充分ではない。いつみても、こういうアンケートをとっても、どうにかなるものなのかという思いがある。 末端でいくら話していても、誰も意見がでない事がある。今、問題をかかえ在宅で生活されている方を支えていく
2689	私も含めて、医療者としての自覚の欠乏、絶対的なマンパワーの不足
2690	今後、訪問看護ステーションのかかわり方やケアの内容は変更が必要となってくるのか、どこまで手を出していいのか不安がある。 介護力の低下（不足）は現在でもあり、一番身近な人が介護スタッフになっている方も多いため、介護スタッフを増やしていかないといけないと考えます
2691	女性の晩婚化、少子化問題など制度改革だけでは解決できない個人の問題もあり介護者不足は永遠の課題でしょう。 現在の制度であれば…一定の収入を確保することを考えれば介護保険制度だけに頼らず介護できる場所、人を確保する事は可能であると思っています。
2692	個人的には、自分たちが介護を受ける近い将来に於いては、高齢者介護の為に国家的人的資源が介護に専従し、為に、日本国の衰亡に繋がるのでは、と、『姥捨て山』的思考に陥る毎日です。 又、極端な例として、私の介護の為に子供が社会的生産活動より離れ自宅に籠もるならば、出藍の誉れを道徳として今日に至った世代としては耐え難い事です。 社会的繁栄の中で充分な介護が達成される事を願っております。
2693	・在宅でのサービスを整えないといけないと思う。 ・個人、地域での自助、共助をしていかなければならないと思う。将来の不安を感じます。
2695	小子化や高令者や要介護者の増加、に伴い介護力の低下 社会的に大きな課題であり国全体で取り組んでいかなければならないと考えています。
2697	高齢者が安心して過ごせる看護、介護施設が現在では不足している。自宅に介護者が居ない実状もあり施設や訪問介護などの社会的資源が今後さらに充足していく必要があると思う。 介護労働者の給料が安い等の問題もあり早急にも介護保険、介護報収の見直しを行うべきだと思う。
2698	少子化が問題と考えますが、景気がわるく、給料が安い 子どもが欲しい人もお金がかかるので、少子化になり、老人が増え、介ゴする人が少なくなっていると思う。
2699	核家族の現状、経済的な面等を考慮すると、自分の生活が重視となり、親の面倒までは見れないのが本音ではないでしょうか？ 子供を育てることもちゅうちょしてしまわなければならない国の体勢を改善しなければ、良くはならないと考えます。
2701	大変危機的な状況だと感じており恐怖に思います。制度の見直しを医療や福祉だけではなく、人口増加に焦点を当てなくてはならないと思います。
2702	団塊世代が高令となりつつあり、癌患者も増加が予想されている入院期間は短かくなる一方で、外来癌化学療法も実施されている中、当院ではすでに以前は入院下で癌化学療法を受けている様な、重症の進行癌患者も在宅管理下での外来癌治療を行っている方が増えてきていることを実感している。訪問医の力量も問われているが訪問看護、ケアマネージャー、ヘルパーなどのレベルアップが必須で、又これら職種間の信頼のきづなの形成が不可欠であると痛感している。所沢では３年前から所沢在宅医療懇話会を結成して、地域の連携を深める努力を継続している。少しづつ成果が出始めていると感じている
2704	出生率が低下し、人口の減少を余義なくされている。医学の進歩等で高齢化社会となっているが、団塊の世代が今後高齢者となると生産者人口の割合が縮少し、介護力の低下も当然の結果となる。非常に深刻で心配であるが、現在の政策で好転するのかどうかも疑わしい。 治らない人の増加という点では、がん対策基本法が施行されているが、がんと共に生きる人、高齢でも治癒が見込める場合は手術するなど、死ぬまでがんとつきあっている。老衰で死ぬことが少なくなっているのは医学が進歩した代償ではないか。
2707	あまり深く考えた事は正直ない。良い傾向でない事はもちろん分かるが自分個人で考えた所で何かが大きく変わる事もないから。 現状は変えられない。未来は少しでも良い傾向に…とは思っている。
2708	2030 年に向けて、高齢者が人間らしく生きていけるように、政策を考えてゆかねばならない。
2709	魚津市では、高齢化率が 26%以上、地域によっては、37%を占め老人病院・老健、特養が満床であり在宅の必要が大。
2710	有病者、要介護者の増加と、在宅看取りの必要性
2711	長期的には少子化対策を進めるべき 短期的には元気な高齢者が要介護の高令者の生活支援に参加するしくみを作る必要がある。
2712	雇用状況にもよると思いますが、定年退職を 70 才まで若しくは、さらに年齢を上げる等で生産人口を増やす努力が必要だと考えます、特定健診等で、健康に対する一般の方の意識を高めていけば可能だと思います。 アメリカ等のように外国人労働者を雇用する方向性は、島国である日本では理屈抜きにして、受け入れられないと考えています。 最初に戻りますが、失業率が増えているのに労働者を海外からいれても根本的に行き詰まるのでは…
2713	高齢者の増加、独居老人の増加、療養型病棟の廃止などにより、充分な介護を受けられずに死亡されている人が増えています。 また、病院に比べ介護施設の人件費はかなり低くなっているため長く勤務する人が少ないのも現状です。当ステーションでも、仕事内容が重く、賃金が安いと、不平が出る事もあります。もっと介護の現状を知り安心して働ける、環境を作ってほしいと思います。 介護現場に対する国のしめつけが強すぎると思います。一部の不正をする人のために、周りをまき込まないでほしい。
2715	仕方のない現実と思います。
2716	若人が結婚して子供を生み育てる社会の仕組みをよく考える（政治的にも）
2717	不安である。 行政の対応を十分に行ってもらいたい。
2718	仕方がないことだと思う
2719	少子化対策が困難で、人口が減少してしまうのだろう。 子を持つ（持とうとする）親としての意識が希薄？だからか　そのような親を育ててしまったその親の問題か？ 社会が原因とは言いきれないと思う。 高令者の増加は医療の進歩と考えるが、まだ治せない。長らえる医療にしかできてないのかもしれない。 介護する意識が欠乏しているため低下していると思う。 「職がない」とか「どんな職でも良いから働きたい」と言う人はいるが結局仕事を選んでいる！『きつい』『汚ない』等は言えるかもしれないが給料面で国がもっと真険にとりくんでもらえればもう少し何とかなるのでは！？
2721	現場では、きっちりと認識し、又、努力している。 ただ、行政が全く認識が無く、スピード感もない。 現場がどう努力しても対応が追いつかない
2722	医療、福祉が整っていない現状に不安を感じる。
2723	高齢者の終焉はどこで向えることができるのか？ 介護力がなければ施設か。病気を有していれば在宅？

	在宅の医師は少ないし病床は少ないのでどこにでも行けない。本人の希望はまったくない。 今後政府の方向ではどうにもならない。
2724	将来予算的な問題に加えマンパワー不足も心配されます。 在宅医療が一部の限られた人にしかできなくなるのではないかと心配しています
2726	少子高令化の影響は深刻化していく事に不安を感じています。医療の進歩と供に、平均寿命を伸ばしている原因必要以上の治療、尊厳死の問題等、生前から確認とっていく事、リビングウィル 又、社会保障制度の問題、年間 2200 億円の社会保障費の削減、老後の不安に対してもっと考えてもらいたいです。
2727	やもうえない。 将来を考えれば人口減少の方がよい。 （過去の日本は人口加剰で苦しみ満州へ行ったりした、人口は少ない方がよい） →中国の少子化政策でわかる　毛沢東の指示はまちがっていた
2728	多死時代に突入している現在、医療・介護情報も変化しつつある中、若年高齢にかかわらず、癌末期や難病の患者様も増加している。しかし、生活の基本的な場所は、どのような疾患であっても、在宅（住み慣れた家）と考えます。よって、24 時間体制で医療・介護体制があることは必須。
2729	１．地域医療制度の崩壊、救急医療の崩壊により社会的弱者である高令者の人口は予想よりは減る。 ２．社会の構造／晩婚、共働き、核家族化、高令出産／に変化がない限り社会を支える人口減少に歯止めはかからず介護力は低下する。 ３．地域医療崩壊の原因である新研修医制度の即時廃止、胃瘻・ＩＶＨの適応確立、治らない人の積極的治療の見治しが必要。
2731	現代は結婚・子育ての難しい時代だと思います。もっと結婚しやすい風潮、子育てしやすい環境を作らなければ小子化はとまりません。 又、介護予防といいますが、何をしているのでしょうか？ただ、要介護１の利用者さんを要支援２というランクに下げて介護費の節約をしているだけじゃあないですか。 それから、介護という仕事を、もっと広くアピールして、汚いイメージを払拭し、定職のない人に介護に目を向けて欲しいと考えます。まず芽から育てなければ、定着しません。
2735	今後、高齢者が主介護者となることが多くなってきて、主介護者が病気、入院となると介護される人の入る所（レスパイト）先等をうけてくれる病院が少ないのが不安である。
2736	医療、介護に関する費用の増大
2737	生産人口の増加を他国に求める手段も考慮する
2738	高令者自身が身体的、精神的にしっかり自立し、“自分の人生だ”“自分の身の始末の仕方はこうする”という意志をもって、日々闘う覚悟を持たなければ若者達は支え切れなくなると思う。また高令者の自殺、心中も増えると思われる。
2741	基本的には必然的なものと考えるが、政策的に少しでも緩和する方向で考えるよう努力すべきである。
2742	世の中を根本的に変える必要あり（国が衰退する）
2744	自分の将来が不安
2745	◎政策として手をうたなければいけない重要な問題であると思う
2746	少子化の問題が深刻で、もっと色々な対策が必要だと思います。 今後介護する人がまわりにいなくなると、今よりもっと老老介護が増えるので、環境の調整・対策が必要 とても危機感を感じる。
2747	将来について不安がある。
2748	今の 40～50 代の人達が、30 年後、どうなるだろうと思うと不安です。 行政が、どの程度、整備されるか、期待するしかありません。
2749	認知症がふえてきており、特に介護の難しさ、介護力の低下が考えられる
2750	・不安で一杯です。
2751	国民一人一人が現状を理解し、今後の対策を考えていく必要がある。 そのためには、くり返し、上記のような現状と未来について説明していく必要がある。
2753	経済的に家族負担が大きくかといって在宅で全部引きうけるのは、又精神的、身体的にも負担になると思います。 先のみえる介護は、なんとか頑張れますが先のみえない介護は在宅で全部はみるのは大変です。ますます家族負担が、多くなっていく可能性があると思います。 人口もますます減っていき、老人は、生きていくのがきびしい、世の中になっていくのではないでしょうか。
2754	医療、介護だけの問題ではない、社会全体の問題として何度も何度も討議されるべき。 マスコミの視点はずれており、新しいメディア下での討議が必要と思っています
2755	この現状は以前から指摘されていたことではあるが、医療、介護、福祉の整備が想像していたより追いついておらず、危機感を感じる。
2756	老々介護、介護難民、独居老人が増え孤独死も増加する 又、主義主張も強くなり、個別性を重視する事対応する事が必要とされる
2759	可及的早期の整備の必要性あり
2761	元気の良い高齢者の介ご力を活用する
2762	2038 年の死亡数ピークをすぎたあとはどうなるのか知りたい。
2763	１）小子化対策 ２）外国人による介護要員の確保
2765	働く高令者が増加するように 税収増、消費税を含め 外国人労働者→若年層増
2766	このままでは、日本国の経済は成りたたない。外国人を入れるか安心して、子供が生める国にするのか、国の方針をはっきりしてほしい。 医療に関しては、医療費、介護費、年金を含めて、最低のレベルの生活基準を示してほしい。その上で費用をどうするか。 税のみではできないなら、ボランティアをどう使用すれば自分にも還元できるかわかるようなシステム作りが必要
2767	福祉の拡充のため、増税され社会全体で高齢者への支援、療養生活の援助をしていくことが大切になってくると考えております。高齢者の不安や苦痛、家族の負担を軽減し、医療職、介護職が適切に対応していく環境を整える必要があると思います。
2768	不可避の人口問題と連同しているが、対応には行政的な財政支援＋ヒューマンサービスにかかわる啓発活動の相乗

	が不可決
2770	家族の介護力に頼らなくてもある程度支えられるような公的な社会のシステムが新たに必要
2771	介ゴ力がいらないよう予防的なかかわりをしていくことと少子化への対応が必要だと思う
2773	人口ピラミッドをみてもわかるように今後 25～30 年間は高令者が増加の一途をたどることは明白です。この増加する高令者の医療、介護の費用はできる限り、社会が面倒をみるべきであり、国民から増税をしてでも社会福祉医療、介護の予算を計上すべきと考える。
2774	・介護施設を増設することが必要 ・施設で働く人の労働条件をもっと改善する必要がある。
2775	介護力の低下については早急に国の対策が必要である。 人口の減少も子育て支援をしていかないと歯止めがかからない。教育費の軽減や補助がないと、人口増にはならない
2776	介護力の低下、高齢者が増加する事によって、在宅サービスの需要は増えると思われるが、医療費、介護保険料を支える若い世代の人口数が減少しているため、需要と供給のバランスが崩れてくると思います。
2777	地域産業の振興を願います。中・若年層が地域に定住し、出生数が増加していくことを願うのみです。 又、中年層の予防医療の充実がさしせまっていると考えます。
2778	在宅医療を充実させる必要がある。 介護職の増員、待遇改善
2779	社会福祉の充実と過度の医療をしないようにしないとお互いの首をしめていくようになると思う。
2780	危機的状況
2782	現在、当地区では既に老老介護の状況になっており仕方ない事だと思っています。 元気な高齢者は介護する能力があり、それほど心配はないと思われる。
2784	一般論として、このままでは介護現場は破綻する。 しかし、当方では具体案は提示できない。
2785	医療の進歩により高齢者増加は避けられず。少子加をくい止めることが必要。 元気な高齢者が増えれば、高齢者にも支える側になれる人にはなってもらうことも必要。 国の政策として税収入から、医療、介護、福祉への出支の増大が必要となってくるのも当然。
2786	今後も続くであろうこのような状況は大変憂える。 もっと社会的支援を希望する。
2787	支える人口が減少する事に不安を感じています。 支える側の子供の事等を考えるとそこが育つフォローも要なのでしょう。
2791	今現在は自身健康であり、普通に生活できているが今後、年を重ね病気になったり身の回りのことができなくなった時のことを考えると、看てもらえる人がいなくなるのではないかと不安に思う。
2792	医療に限らず、人口減少社会に突入している現在、経済成長至上主義ではすべてが破たんします。国のあり方、個人では幸せのありかたも変わってくると考えます。 介護付の有料老人ホームのみが建設ラッシュで地方では県庁所在地にますます人口が集中しそうです。
2793	若年人口の増加、国全体の若がえりを考え世紀をかけたとり組みが必要。 政治家の頭能や保身に余念のない官僚にまかせられない。
2794	１）治療学の進歩 ２）核家族化（個人主義化）の進行 ３）無策（政治家、役人） ４）国民の問題意識の低さ
2795	高齢者の支援のみ考えるのではなく、少子化対策をもっと考える必要がある。
2798	特定高令者への対応、介護予防の委員もさせて貰っていますが、我々の医療圏、[redacted]県[redacted]郡では人口密度が 23.9 人平方キロ毎と極少の地域なので高齢者の増加、介護力の低下はてきめんです。訪問診察、一部在宅支援、訪問看護・介護、居宅支援も行っていますが、在宅の推進を推奨する施策は遠いところの言葉に聞こえます。表現は良くないですが、病院、家庭、今や施設からも行き場の無くなった方を中心に療養病床も少しだけやってます。住民の方々が寝たきりにならない元気な高齢者となって頂けるよう、切に望んでいる次第です。 雇用促進し苦悩している若者が働ける産業があれば良いのですがそれも望めず、結局は高齢者が我が身を守って助け合い、末期は施設介護が現実ではないのでしょうか。ネガティブにならざるを得ない地域と思っています。
2799	安心して年をとれる社会作りが急務であると考える
2800	当然の成りゆきとおもいます。 人口の減少は、働きたくとも保育園にはなかなか入れず保育園料も非常に高額です。子を育てられないかんきょうを国の政策の誤りで作ってしまったと考えます。介護力の低下は核家族化した結果であり子も親の介護の為に仕事を放棄する訳にはいきません。高令者の増加も生まれてくる人口が減っているので相対的なものです。 未来については国が責任を持って守るべきとおもいます。 治らない人の増加については意味がわかりません。
2801	情報を広め、国の立場で、介護力の強化をすすめると良い健康管理、出生率の期待等 具体策はわからない
2803	出生者数の増加政策を希望します。
2804	医療や介護を担う人材を増やすべきである。 要介護者を減らすために、もっと予防に力を入れるべきである。 高血圧は脳卒中の最大のリスクファクターである。しかし高血圧患者の半数は医療機関を受診しない。高血圧受診率を上げる努力がなされるべきである。 高血圧治療は、寝たきり予防、認知症予防、介護予防という認識を、多くの国民にもってもらいたい。喫煙についても、高血圧と同様のことがいえる。 小学校の校医をしているが、外国籍の子どもが多い。少子高齢化人口減少はいわれているが、将来多民族国家になるのではないかと思われる。日本は単一民族ではなくなると思う。外国籍の人が受診する際の問題が今後増えてくると思う。 一般の人の医療に対する治療は、誤まっていたり、偏よっている。基本的な病気のことは義務教育で教えるべきである。
2805	危機的な状況であると考えられます。早期に、理想的なものでなく、現状に応じることができる検討が必要。
2806	自分達が高齢になった時の現状を考えると不安である
2807	1 人 1 人が自分がどのように人生を送りたいか、最後をむかえたいかを真剣に考えその意志を伝えておく必要がある。介護が必要であるが介護力の低下により施設等に入所したいがその施設も不足してくるであろうと思う。

	高齢になっても生きがいを持つことが大切であり、持てるような世の中にしていく必要があると思います。
2808	成熟した社会の構造と理解している
2809	介護力の低下に家族形態の変化が大きく影響していることを、日々の実践の中で強く感じる。 また、対象者の望む生活というものを深く検討せずに、すぐに胃ろうや管類につながれている高齢者が増えており、生きているというより生かされている人が多いのではということにも疑問を感じ、医療の提供のあり方にも検討の余知がある。
2810	今後はより一層の介護サービスの供給が必要となる。
2811	介護者を急に増やすことができない。 医療費・介護保険が財政難で年々切り詰められている。 このような状況下で人間らしい看取りをするためには、どこまで医療行為をするのか、お金がないなりの生き方、死に方を皆で本気で考えて行かないと悲惨なことになると思う。
2815	個々の力では限度があるため、行政を主に常に多くのサービスの中から自分に合ったサービスを利用できるよう、体制を整えてほしい
2816	在宅でも、老々介ゴの家庭が増えています。どちらかが、病気になったり持病が悪化すると家での生活が困難になる方が多い様です。病院には長く入院できないためすぐに退院ということになりますが、結局は施セツに。という感じです。 施設も全ての方が入れる訳ではありません。そのための受け皿的な施設やインフォーマルな援助がかなり不足していると思います。今后は介ゴ保険もそうですが、そういうものの充実も図っていかなければならないと思います
2819	少し前まで人生 50 年。この 30 年間の間に生き方が変ったのだということを前向きに議論することが必要だと思います
2824	非常に重大な問題　政治的にどうするか しっかり検討し対策をたててもらいたい　又医療側としてもどう対応できるかを真剣に考えなければならないと思う 又、外国人の介護者看護士の導入も積極的にすべきかどうかも
2826	介護する人が若く、される人が老人と決めつけないで老老介護を考えるべき時期かも知れません。 介護界へもっと元気な老人を引き入れることを考えましょう。
2827	これがこの国の現状なのでしかたがないと思ます。 この現状に対策をたてることです。
2828	在宅医療の必要性が増大するであろう
2830	若い方にもこの現状を理解してもらう機会を作る必要があると思います。ボランティアの参加等を推進するべきだと考えます。 国や地方自治体は、子供の教育・医療の助成、高齢者の介護、医療を見直す制度が必要だと思います。
2831	早い段階での高令者や障害者（要介護）を支援するしくみ（施設・人員）を再度作り直すことが必要です。 若い世代が経済的なシワ寄せをこれ以上受けないように、国として考えていただきたい。
2832	あまり変らない 本人の望む場所で最後をむかえられる人は少なく格差も大きく、行き場のない人もふえて来る
2833	現状の日本を鑑みこれらの事実が改善するとは考え難い。 現在の団塊以下の日本人の未熟さがこの現実を作ってしまったものと思う。
2836	現状よりもさらに介護力が低下すると現実問題として居宅介護も難しい。
2837	介護保険行政に頼れる部分は限られて来る。 予防であったり地域でのネットワークを強める必要がある。 個々の生き方を考える必要がある。
2838	現在親を介護している人達に独身や子供のいない人が多い。 自分達が介護される立場になった時社会でみてもらえないと思うが自分達がどうして行かなければいけないのかお金を持っている人だけが安心な社会でないように考えて、今を生きていかなければと思う
2839	早期に退院する患者や、介護力がないために在宅へ帰れない患者が増えていて、早急に在宅生活を支えるためのより強力なシステムの構築が望まれる。
2840	社会全体で、生、老、病、死について考える必要がある。老、病、死を認めない以上、全く身動きもままならず全介助を必要とする人が増えていく。 病いに対処し、改善するのが、医療者として当然の義務ではあるが、限界点があることを、誰でも判っている。1分でも長く生きたい、生きさせたいという建て前を、議論しなおす時機ではないか。
2841	国策として、取り組んでいく必要がある。 一在宅療養支援診療所、一施設毎の対応では当底、対処できない問題であると思われます。
2842	若い人が高令者を見る必要が増加しつつあり、国の方針が若い人の負担を現ずる方針に向う必要があります。肉親の負担によるのでなく国が対策を考えるべきです。 若い人に比べて老は生活の智恵を多く持っています。それを引出して活用するので老人の生きがいが生まれます。
2844	支える側が減少傾向にあるため、支えられる側の年齢層がいかに元気に生活できるのかを考えていく必要があると思います。 予防医学・看護がもとめられていると思います。
2846	病院に入院して治療なり何かして亡くなるということが普通になっていたものの入院出来ない状況となるでしょう　しかし在宅の現場では老老介護、認認介護、独居などで一人での生活維持が出来なくなったり、家族の居でも日中独居や介護力不足のために家に居られない人達が出るでしょう 介護施設を増やし、医療との連携の中で在宅生活出来る環境を早く作っていく必要があると思います　在宅医も増やさないと…
2847	医療費負担増、それによる国家財政圧迫、医療崩壊をきたしうる状態である。 病院から自宅、地域へ患者の流出が起こらざるを得ない近未来の状況であり、また医療・看護・福祉のサービス、ケアネットに関われない患者・家族の増加、孤独死、検死率の増加をもきたしうる近未来の状況である。 早急かつ円滑な、質の高い死までを看取る継続性のある在宅医療サービスの構築が必要である。
2848	とくに考えはない
2851	若いうちから「生きる」について、各個人で考えていく教育が必要と考える 核家族化の影響は大きく、自宅での高齢者との接点というものがない事で「老いていく」という事を普通にとらえられなくなってしまうと思う 自分自身病院で働いていなければ、身近に感じることはなかったであろうと思う
2852	予防：生涯　誰のお世話にもならないように日頃からの生活習慣を正しくするような、積極的な施策を要す。
2853	政治のリーダシップが欠けているため　上記のバランスがとれなくなっている
2854	介護力の低下により在宅療養を希望しても入院になってしまうケースが多くなる心配があります
2856	この 20 年を、どう乗りきるかがポイントである
2857	現在の高齢者は、食生活が良く（野菜が多い）農業など体をきたえているため長生きしているが、今の若者は軟弱になっているため、早死もしくは寝たきりが多くなると思う 又、介護力の低下は、指導者の質の悪さだと思います　そして介護人の手当ては少ないので働く人が少ない　日本人の介護人の待遇をよくしてほしい
2858	在宅ですごせる制度、介護保険の見直しが必要 医療・介護に携わる人の教育・配置人数の増加が必要
2859	どうしようもない現実である
2860	現状から将来のネガティブな事だけを考えても意味はないと思います。 私も在宅をやっていますが、急性期医療、介護、在宅という単純なシナリオでは生きる意味を見い出せないのではないでしょうか。 私は従来型の医療とともに、生活機能を構築する医療が必要と考えています。単純に回復期リハビリというのではなく生活機能と生活することを主眼においた医療（介護も含めて）のあり方が問われているのではないでしょうか。
2861	サービスとして厳しい状況を迎えると考えています 考え方が違い、今までのように「お家で暮らしたい…」とばかりは言っていられないと思う。
2862	高齢者、治らない人を現在の様に全て医療で解決するのは、今後の高齢化社会においては不可能であり、まちがっている。
2863	高齢者一人を 1.7 人で支えることは無理であり若年層の減少にて今後の福祉・医療に対し、早急に対策をとっていかなければ危険な状態に陥ると考えられる 保障の部分でも難しいと思われる 介護力の不足が懸念される
2864	難しい問題です 良いアイデアが無いのが現状でしょう
2865	死なない、死ねない文化は不幸だと思います 国の幸せにとってキュア医療が果す意味を考え直させねばなりません
2866	仕方ない もっと医療費を増やすべき
2867	今後の医療のあり方に課題を感じて居ります 療養病床の問題、末期医療の在り方に対しては様々検討が必要な時代ではと感じています。
2870	・自分の老後ふくめ非常に心配。 ・国の高齢者福祉の施策について、抜本的見直し方向転換が必要。
2871	なりゆきだと思います
2872	事実であり変更しようもないと考えられる 対応をおこたらない政治の問題だ

問２－ｂ　在宅医療の説明ができないと、患者にどのような影響が及ぶでしょうか。

ID	記載内容（原文のまま）
1	選択枝が減る
3	病院にいることしか選択できなくなる
4	意味がよく判らない
6	患者・家族ともに終末期に不安になる。
8	コストがかかる医療になる
10	患者の意に反した療養を受けることになる
12	病院での最期
13	利用者及び家族のＱＯＬが低下し満足度が低下する。
16	人の生の集束する時と場所に制限が出来、生の最后を不安を持ってむかえることとなってしまう
17	患者の納得がえられない。
20	選択肢のないままに病院、施設にて家族との生活からは切り離される。
21	入院を希望するようになる
23	入院退院のくり返しをすることで過すようになるので本人も家族も負担になると思われる。時間的（生活）に無駄に過すことになると思う。ゆっくり在宅医療が受けられるシステム作りが必要
24	わかりません
26	不本意ながら病院死を選ばざるを得なくなる。
28	終末期のケアが制限される。
29	病院入院が増加し、入院したくてもできない状況になる
30	不必要な費用がかかってしまう。
31	在宅での療養や看取りができなくなります。
32	病院中心の考えになってしまう
33	？
34	患者の不安が増加し不幸になる。年金生活者か高令で多く経済的な面、家族の愛を感じず、更なる不安うつが強くなる。
35	病院から退院して在宅で介護することに抵抗を感じる。
36	不安で家に帰れない、またその考えすら思いつかない。
40	患者の自立決定がなされず、又、患者も医者まかせの医療となる
41	片寄った説明しか与えられず、希望する最期の場所の選択肢をせばめてしまう可能性が大きいと思う。
45	選択肢が一つへる
46	病院医療と同等レベルの医療が在宅でも再現可能と誤解されることもある。
47	在宅での選択肢が狭まいなかで行なわれる
48	患者の医師に対する信頼が薄れると思う
49	説明ができなくても、在宅医療をあきらめることはないと思うが、説明できない医師に対しては不信感をもち、他の医師をかかりつけ医とするため、捜すことになり、手数をかけることになると思う。
50	不安が増幅する
51	入院に（施設も含む）傾く
52	病院で死ぬのもしかたないとあきらめる
53	重症だと家に帰ることができないと思ってしまうそれは患者だけでなく病院の医療者も同じ
54	不安
55	入院の必要のない患者も入院させてしまう事が考えられる。
56	在宅では終末期を迎えられないと思ってしまう
58	自己の決定権が使えない
59	不安と苦痛
61	患者の希望の選択肢が減る。
62	在宅医療のメリットについてＰＴに十分設明できず、不安を与えることが考えられる。
63	正しい選択が出来ない
66	「延命」されてしまう。
67	不安　過剰なきたい。
68	在宅療養に不安をもち、継続できない
70	患者の理解ができない。患者が主治医からはなれていく。
71	本人の望まない状況を招く可能性が大
72	在宅医療のメリットとデメリットも理解されない状況になり、本来希望していた在宅医療のイメージと現実にギャップが生じ、精神的に不安定な状態になると思われます。
74	経済的負担が大きくなる。（入院） 通常の入院では、ケアができない（不十分）ため、患者の精神的負担も大きい。
75	患者本人の選択が限定される。
76	患者本人にとっては満足度の低いターミナルとなりがち。患者家族としてはあまりピンと来ない。
77	時に不本意な最期を迎えることになる。
78	当ステーションは病院併設ですが、病院医の多くが、まだ自宅で何もしない（最後まで救命活動をしない）ことが本当にいいことなのかと、疑問を持っています。その為、「何かあれば病院に来なさい」「最後は病院に」「この状態では帰れません」と、説明をしている状況です。
80	知らない
81	・大したことでない場合でも入院をすすめる入院によるへい害をこうむる ・ご本人、ご家族の真のニーズが把握できない ・ご本人、ご家族が選択をできない
82	経済的問題家庭（居宅）の問題と患者の希望の三者点からメリットのある部分を強調できるので親切だ
83	わかりかねます
85	混乱してしまったり納得した最期が送れない
86	厚労省をはじめ、在宅死を推進するべく入院ベッド削減をはかっているが、在宅医療を担うスタッフが不足している。困るのは患者および家族だと思う。
88	誤まった選択。
90	・無駄に病院にいる事になる ・病院のコスト的にも低下、患者も経済的不担 ・大切な時間を失ってしまう
91	説明ができないのに在宅をすすめられた場合　病院から追い出された感覚を覚えるかもしれません。質問することも、選択することもできなくなると予想します。 →Ｎｓのフォローがかなりの割合を占め、在宅を可能にしているのが現状です。
92	症状や病状の悪化がすすむ。患者は不安となり病院へ戻って来ざるを得ない。
94	在宅死を希望される患者が安心して在宅医療を受けられず病院で死を迎える方が増える
96	在宅での良さ　在宅でできること）が分からず、選択肢として存在しないことが多いのでしょう。
98	寂しい死亡をする人がふえる
99	選択肢が少い 不利益がおよぶ
100	患者の希望通りの医療を受けさせることができなくなってしまう。
102	患者さんの選択肢が減る。これは患者さんにとって不利益になると考えます
103	病院死が増える
104	在宅を選択することができない
106	無駄無理な医療行為が提供されつづけ尊厳のある生き方をそ外する
108	不安になり在宅生活の継続はむずかしい
110	入院希望者が増える
111	居宅での死亡を望んでいる人が希望通りの死を迎えられない
112	長所だけでなく短所を知らないと「こんなはずではなかった」と不満や不安をもたれてしまう。
114	ＭＳＷに説明を任せる事になる。
115	今後の生活が具体的にわからず不安
117	ご家族が在宅医療の情報が不足していることで、患者が自宅での療養を望んでいても、在宅コーディネーターにつながっていかない現状がある。
118	「自宅で死ぬと警察呼ばなければいけない」「病院でなければ死ねない」と思っている方が多い。
119	在宅で過ごされる本人、家族の不安が多きく、在宅医療希望する方が少なくなると思う。 また安心感がないまま在宅医療を受けることとなり人間関係の不和や在宅医療の継続困難につながると思われる
122	選択枝が減りがまんすることも出てくる
123	病状急変時の対応に対する不安が大変大きく自宅で生活していても本人、家族が落着かなくなると思います。
124	在宅でのみとりが可能な方たちまでが病院での死を余儀なくされる
125	１．不安な生活を続ける ２．医療不振になる
126	入院死または、医療なしの在宅死の選択のみとなる
127	質問の意味がわかりません何についての説明ですか？
128	在宅で生活できる人が病院にいたままになったり、在宅での生活に大きな不安を抱えてしまう。
129	家族本人の不安な思いをしっかり受けとめてもらえず、又家につれて帰りたいという具体的な思いが受け止められず在宅医療の決心が困難となる。
130	患者に不安を与え、治療の選択肢を少くする
131	病院がいっぱいになる。
132	在宅は家族などの支援が必須となるため、誰かが来てくれるなど、他力本願になりやすいと思う。「全て専門家におねがいしたい」という家族も多いため
133	患者、家族が希望するか、又、それが可能な環境があるかがまず問題
134	自宅で亡くなることができないような印象をあたえる
135	通院の負担となる。
136	不要な医療費、精神的苦痛を強いる結果と成ると考える。
137	患者の療養場所の選択に制限を生じてしまう
139	病院死
140	質問の意図がよくわからないので回答できません
141	知っていても、患者のために親身になる医師が少なくなってきている（サラリーマン化）
142	必要以上に病院に入院している人が増えてしまうと思います
143	①希望消失する。
144	死ぬということに対する不安を与える。
146	ガマンする状況が改善されないであろう
147	病気をしたり弱ったりしたら病院に入らなければならないと考える。
148	わかりません
149	病院のみで死を迎える
150	知った様な説明をするのも問題であると考えますが。
151	選択肢が減る
152	人間らしく生き、最期を迎えるという、あたり前の事が選べなくなる可能性が高くなる
154	説明側の vias で異なってくる。
155	病院を出されたという意識があり、幸せな最期とは言えない。ただ最期が予想できない部分もあり看ていれなくなった時は病院という選択肢もある
156	しつのすばらしい選択肢を選べないことになる。
157	本人の希望する場所で希望する生活が送れずストレスとなると思われる
158	きちんとした医療がうけられないのではないかという不安
159	・良くなるまでずっとここに居いたと希望し治療を受ける待機患者がふえる
160	１）少し工合悪いとすぐ救急車を呼ぶ

	2）少し工合悪いと入院を求める。 結局無駄な労力、心配、経費をかけ、場合によっては命を縮める。
162	選沢肢が少くなる。在宅に過度の期待が出る。
163	在宅を希望しながらもそれを選択しない
164	選択肢がせばまる。
165	在宅で死を迎える選択がしにくくなる。
166	患者が望まない終末期をむかえることになる
167	患者が選択ができない
168	患者およびその家族が在宅医療のイメージが出来ず、不安ばかりが増してくる
169	生活の質を犠牲にした生き方を強要することになる。
170	患者は病院の主治医が変わってしまうことに対する不安や、家族に対する遠りょなどにより在宅医療へふみ切れなくなると思います。
171	現状では病院での療養にうめがたいデメリットがあるとは考えていない。在宅医療が形ばかりのもので必ずしもメリットとは思わない。
172	精神的満足度（Ｑ．Ｏ．Ｌ）が低下し、希望のない予后となる。
174	適切なサービスを受けられないなど
175	無駄な治療
176	患者が安心した療養生活をのぞまなくなり or おくることの不安が増加し、在宅医療の選択肢がなくなり、病院志向となる。
177	患者家族が施設にたよりきりになり介護・医療への関心が無くなる
178	充実したＱＯＬがもてない。
179	最初から在宅での死亡を含めた在宅医療選択の機会が失われてしまうと思います。
180	在宅医療が治療の選択肢からはずれる
181	家に帰りたくても、帰れないと思い込み早期に在宅にむけての取りくめない。
183	認知症の状況がひどくなる
184	訪問看護が受けられず、不利益をこうむる。
185	どう死んでいくかという選択があっても良いのではないかと思っているので、その通りにいかなければ子や孫の代への死のイメージが変化していく　悪い方に！！
186	不安
187	在宅では医療を受ける可能性がないと思い、入院したくない場合自分の病状を隠す
189	在宅で療養することに患者さんが不安を感じてしまい、その方向性を選択肢から外してしまうと思う。
190	在宅でよりよい生活ができず、すぐ体調を崩して再入院となってしまうと思います。
191	設問の意味がわからない
194	看護、介護者の負担がわからない
196	患者にガマンさせることになる
198	調子がいい時には問題ないと思いますが、具合が悪くなると家人・患者さんが不安になり、さらに心労と肉体的な限界がおこる
199	在宅医療は進まない
201	人生の最期の場についても選択肢がなくなり病院で看取りを迎える型となる。
203	在宅を進めることができない
204	タイミング良く在宅への移行ができない。
206	患者のＱＯＬが低下するし、精神的に落ち込むと思われる。
207	在宅で安心して療養ができないため病院施設に依存してしまう。患者のＱＯＬが低下する。
208	本来の尊厳死の選択肢が縮少される
210	退院を拒否し不安をかかえる事となり家族もパニックになり、家族の引き受けが悪くなり行き場がなくなってしまう。
212	病院に集中し、キャパシティを越える。在宅のメリット・限界を理解できず不満が増大し貧富の差がでる。
214	不安、不信
216	快適な在宅生活ができなくなる。ちょっとした事で笑ったり感動できるように社会資源、医療ができないといけない
217	医療、療養施設依存、及びかなわぬ場合へのおそれ、不安あせり
220	質問の意図が不明
222	不必要な医療を提供する（末期Ｃａなのに入院して輸血をするとか…）病院と在宅でのメリット、デメリットを知ることができないし、選択する機会も与えられない
223	患者家族の理解度よりも、いざ急変し生死をさまよう状況を受け入れられるか（在宅）が問題。
224	選択肢が狭くなる。
226	不安が大きく、在宅を継続できない。
227	病院入院が不可となった場合の絶亡感（治療への意欲の減退）
229	ターミナル最後の場面で家族の精神的負担、対応の不安が強くなる。
231	施設入所が多くなり、経済的負担が高くなる。
232	治療の選択肢がへってしまう
233	家に帰った時の問題点がきちんと把握できず、なんとかなると思ってしまう 24 時間 365 日体制は、本当は日本にはまだまだ定着していない事を説としてもらう事が大事
235	選択肢が少なくなる
236	患者も家族も医療機関に戻るでしょう
237	選択できない。
238	長期の不必要な医療や医療費の請求。
239	不安を与える
240	不安
241	いいことも悪いことも含めて考えられない
243	患者さんが正しい判断が出来ない。必要な準備が不足することや不都合が出ることが考えられる。
244	在宅医療を選択することが出来ない
245	状態の悪化が見られるとすぐに入院を希望する家族が増える
247	思うような医療を受けることができない。
248	患者が現実問題として在宅で自分がどのようになるかをイメージできず退院してしまう
249	不必要な混乱と誤解を生じる。
251	患者の心境・要望に対して納得する説明が出来ないので患者に安心感を与える事が出来ないと思う
253	安心して在宅で過すことができない
254	不利益納得いかない結果につながり易い
256	患者家族があとで不満を云うでしょう。何よりの家族意向を大切にすべしと考える。
258	入院か施設かで迷ってしまう。
259	不安になる。
261	個人のかけがえのない人生を終えるにあたり、より良いサービスの情報を提供できない。 患者さんに対して、失礼である。
262	患者さんの経済的負担が増えると思う。
263	在宅は個人の人生の一部であり、満足な人生を送る可能性を担ってしまうと思う。
264	・在宅医療という選択肢を与えられない。 ・家庭状況によっては無理な在宅療養を強いることもあり得る
265	病院死
266	患者、家族の最後の医療に対する不安、医師に対する信頼がなくなる
267	選択肢がない
268	逆に、入院中の患者さんへ在宅をすすめるともう見離されたと感じることもあるようです。病院医が、在宅医療についてもっとよく知ることが第一で、その最期の場を適切に説明することが安心を与えることになります。
269	在宅医療がすすまない。患者さんが不幸である。
270	病院→施設→病院のたらい廻し
271	在宅長期生活困難となりやすい。すぐささいなことで入院選択をされることがある
272	ショック
273	病状の変化時、不安の増強時等に病院（救急）へ連絡し救急対応や延命処置、過度の治療等により、最期の準備もできないまま「大変だった思い」が残り亡くなる事もあり、もう在宅では看られない等の負のイメージを抱く
274	どこで終末期を迎えるかの選択肢が減る
275	患者の急変に対する対応がうまくいかない。
276	不安、人生（余生）への絶望感。できることもやらずにネタキリですごす時間と介護、看ゴ、医療のムダ使い
278	問題ない
279	不必要な入院の増加医療費の増大
280	患者の選択肢がへる。
281	患者のより良い医療の選択肢がせばめられる。
282	退院するにあたって不安が大きく「退院させられた」という思いが強くなり、すぐに入院してくる可能性がある
283	病院で終末をむかえる人が多くなる
284	長期入院患者が増加し、入院が必要な方が入院できなくなる
285	患者の希望を無視することになる。
286	ずっと入院していることになる
287	自宅で生活するチャンスが失われる
288	入院希望者がふえ、医療の必要な人が受診できなくなる
290	質問の意味がよくわかりません。説明がないと当然患者は不安になるし、選択肢もなくなるので、患者家族にいろいろ不都合なことがおこると思います。
291	最期を迎える場所、のこり少ない時間の過ごし方が選択できない。病院でないと無理と思っている患者がまだまだいる。在宅では無理という思いあると思う。
292	無駄な死に方、無残な死に方が増加する
293	施設、病院でないと最期が迎えることができないと思う 又、在宅医療への不安がつのる。
294	現実を認識できない為、安易に在宅を選択したり、反対にかたくなに在宅を拒否することも生じ得る。
296	安易に入院中心静脈や胃ろうなどの処置をされてしまう可能性がある
297	医療者に対して、患者が本音を語らなくなってしまうことが多くなると考える。
298	不十分な理解のまま選択せざるを得なくなってしまう。また、不安をかかえたまま在宅療養を開始することにもなる。
299	ＱＯＬの低下を来たす
300	選択肢がせばめられる。又、“お任せ”で“病院にいる”という安心感のみで自己選択権の放棄にもつながると思う。
301	多くが希望している在宅生活へ移行できない。 もしくは、理解しないまま移行して結果、十分な在宅医療が受けられない。
302	病院生活のストレス、生への意欲低下。
304	不安
305	本人や家族が希望していても入院加療、終末を迎える可能性は高いと思います。しかし、在宅で死を迎えるのであれば、その過程について十分な説明と理解がないと、本人や家人の不安は支えきれないとも思います
307	患者のＱＯＬは下がると思います。
308	患者が最後を迎えたい場所の選択ができない。家族にも不安が強くあると思う。 在宅へ戻った時も、受けられるはずのサービスを受けられない事もある。
310	病院をたらい回しになる
314	不安な気持ちにさせる。
316	在宅医療を選ぶ患者が減少する
317	介護難民が増える
318	在宅を希望していても、かなわない。
321	入院在宅の利点、欠点がわからない
322	患者は入院を希望する様になると思います

323	病院と同じ、医療体制を望まれ理解力不足、不信がでてくると思われます。
326	不安が増強する。
329	患者の放置につながる、家族にも説明 何もしない家族程様々な方向での口をつっこんでくる。
330	患者は不安を持つようだ
331	「自分たち家族では介護なんてとてもムリ！」と初めからあきらめてしまい、道が閉ざされるでしょう。
334	不安感
336	不安を覚え自分がみすてられた気になる
337	どのような説明を行うのか、質問の意味が不明
338	入院を継続しようとして入院難民化する
339	家族の協力が得られない結果となり、在宅医療が成立しない。
341	生の終わりを迎える場所について、自分で選択できない
343	正確が情報が伝わらないと不安が強い
345	療養上の不安、特に病態の急変時、終末期の不安。
346	在宅医療はメリットだけではないので、よく説明する必要がある
348	説明ができないということ自体信じ難いがもしそうであれば患者の選択の範囲が著しく制限されることになる。
351	延命処置は望まないと本人がいつも言っていても、いざその時期になると患者も家族も気持ちがゆれる。タイムリーに助言を得られないと、不安にかられ、落ち着いて考えられないため後悔する選択をしてしまう。不可逆性の選択は遺族の心の傷となる。
352	終末期に対する不安が募る
355	いたずらに不安になったり、病院医療と同等の同質のものを（本来すべてに無駄なことが多いと思う。あるいは正しい説明ができない）求めて不満になるし、それは不幸なことだと思う。
356	患者に終末期の選択肢を提示できない
357	選択肢が減る。
358	最期を迎える場所の選択が出きない
359	入院でしか医療行為ができないとの思いを変えることができない。病院ですべてもみなくてはならなくなる。
360	患者が在宅を望んでいても「どうしたらできるのか」「何が必要なのか」がわからず、必要な情報提供ができないため、患者が在宅にふみ切ることができない。あきらめてしまうことも。
361	皆病院を選ぶことになる
362	できないということは理解できないと考えるのでしょうか。 理解できない事に対しては、不満、クレームが起きるでしょう
363	選択のはばはせまくなり、不利益となる
364	入院させてしまう過剰な医療で延命してもその人らしさはない
366	在宅医療という選択肢を示すことができなくなり、当然の事ながら患者が選択する事も少なくなる。
367	在宅での希望する人へ満足した最后を迎えるのに障害が出てくる
368	本人・家族が病状、予後が受容できない 死間際にあわてることが多くなる
369	患者が来ない
370	その人らしい最期を迎えられない、選択すらできない
375	受けられるサービスや、医療がわからないまま、長期の入院を余儀なくされる。
376	不安が生じ病院に入院していた方が安心という意識が多くなる
378	納得した死が迎えられず、本人・家族の心残りがあると思う
379	在宅に帰ろうとしない、病院にいることが安心となってしまい、病院入院日数がのび医療費がかさむ、生活の質が低下し、ＡＤＬの問題や、ＱＯＬの低下をまねく。
380	患者の希望に対応できない
381	在宅は無理と施設や長期入院の老人病院への転院を勧められている。医師から勧められたらそれが一番だと在宅療養を飽きらめています。
382	介護が十分行われなくなる
383	十分に、正確な情報を伝えられないため、ゆがんだ情報伝達となり患者、家族の療養場所選択の幅がせばめられてしまう
385	介ゴする人に大きな負担　社会資源の活用方法が分からない。
386	患者の選択肢が、少なくなる
388	何でも入院している時と同じレベルの医療ケアは求められても困る。介護者がある程度行うこと、点のサービスでしか介入できないことの理解がないと共倒れに陥る危険性になる。
389	居宅での生活を希望する方々の、今後の生活が変化する。
390	不安に患者が感じる。
391	患者の不安感が増す。
392	むだな入院期間の延長
393	病院に長く入院するようになる。患者に不安が残ったまま退院する事になる 地域で、チームで取り組む事ができない。
395	無駄な入院が増える
396	在宅医療は生活の質や生きがいを重視した責極的な治療であるが、説明が不充分であると消極的な選択をおしつけられるように感じる可能性が高い
398	当方 60 年間在宅医療を行ってきました。最期を迎えるのは居宅がよいに決まっているが、現状を見ていると家でひどいあつかいを受けている場合も多々みられます。必ずしも家がよいとは思いません
400	在宅に帰りたいが知らないことで、病院の在院日数の長期化につながる。 また、最期まで病院ですごすことは、ＱＯＬから考えても患者さんにとって良い状態とは言えない。
401	一番理想の生活の場での治療という選択権をなくしてしまう
402	“在宅看取り”の選択肢がなくなり、入院等を考慮する事になると思う
404	患者が、本当の希望を言えず病院での最期を向かえることになりかねない。
406	不安の拡大、コミュニケーション不足により信頼関係が崩れる。協力が得られず治療が円滑かつ効果的に行われない。
407	病院で死亡し、希望通りの死が迎えられる
408	独居者に対しては在宅は問題多い
409	不安の増強
410	不安感をいだかす様になります。
411	質問の意図がよく分からないが… 在宅医療の利点・不利点を説明せずに在宅へ移行してしまうと、家族も疲労がたまるでしょうね。
412	不安とあせり
413	選択技がへる
414	家族は入院を希望されることが多い。
415	何かあった時の不安が一番多い。
416	在宅医療を知ってもらわないと緊急時の対応、状態を報告しても直ぐに対応の難しい時がある
418	在宅で最期を迎えるための情報不足となる。結果、在宅医療を受ける事が困難となってしまう。
420	患者、家族の不安によって在宅での療養生活はできないため、患者は入院、入所を希望する。
422	在宅医療の選択ができない。
423	在宅医療の良さがわからないで病院施設への入院入所が増加して経費も増加し負担も大変だと思う。
424	わからない
429	残り少ない時間にやっておきたい事をやれずに死んでいってしまう
430	在宅医療の具体的イメージを患者自身がつかめずその為に不安が大きくなり在宅での最期を希望しているにも意志決定にふみきれない。
432	殆んどの人が入院死を迎える
433	いたずらに不安を与える
434	入院し続けるしかない、と考える。
435	・限られた入院ベットの中で、本当に現在治療が必要な患者への治療が遅れることになる ・予後短い患者にとっても、自宅で過ごせる時間を有効に活用出来ない ・社会福祉制度の活用がされない。
436	質問が漠然としてますので答えがすぐに出ません。
437	選択権をうばうことになる
439	在宅生活の不安
441	医療難民の増加
443	選択支が狭まる。
444	行き場を失う 選択肢が減る
446	・家族の介護への不安が大きくなると思います。何もしらずに介護していく状況があり、介護者も疲れ、たおれてしまうことが起っています。
447	在宅の限界が理解できず多くの医療技術提供を望んだり、自分の置かれた立場、状況が納得できず、精神的な安心感が持てないのではないかと思う。
448	療養型入所施設が足りていないので宅宅医療そのものについては問題ないが本来療養型に入所すべき方々については不利になる
450	最期を迎えるのは「病院」を選択することになろう
451	よくわからない
453	必要な医療サービスが受けられない
455	在院日数を減らしたり、療養病棟を減らしたりする政策が破綻し、充分な医療を受けることができなくなる。
456	希望する場所で死ねない
457	医療費がかかることを話すと、すぐに訪問の回数の減少又は中止と言われることが多い。
459	施設、特に病院で末期を迎える人数が多くなり急性期医療に影響あり
460	病院に頼るだけで、自立できない、病院まち、たらい回しなど受け身の形となる。本当に入院が必要な緊急を要する人が入院できない
461	在宅での生活がイメージできず、不安が強くなり病院・施設を希望する方が多くなるのではないかと思う。
462	入院の手段しかないと思いこむ
463	患者に説明できる程立脈な在宅医療が存在しない
464	過剰医療と延命に終始することになる
466	在宅医療の説明も必要だが胃瘻造設等についても必要なものなのか家族、本人が希望する姿なのかを十分説明、実際に映像で見てもらう必要があると考えます。全ての人に必要とは思えません。
468	居宅の良さが伝わらない
470	病院内での死亡がふえる。末期の患者が病院口にあふれる
472	在宅のチャンスがなくなる
474	不幸
476	状況の変化を受け入れられなくて不安が強くなり結局最后は病院となってしまう
477	少し状態が悪化したら不安になる救急車で病院へ搬送し、望んでいた在宅死を迎えることはできなくなる
478	・本人の希望である在宅で「死ぬ」ということができなくなる。
479	病院死の増加 ペインコントロール不足
480	入院が長くなり、選定療養となれば病院を追い出され、以後のケアが全く受けられないなど深刻な問題がおこる。
481	患者にとって不本意な療養を強いる事にもなる恐れあり。
484	有床病院のベットが満床となり、勤務医の負担が増える。
486	在宅を希望されても家族および入院施設関係者の無理解により円滑な在宅移行が妨げられます。
487	患者に不利益となる
488	不安の増加、家族の介ゴ負担の増加、通院に伴う負担の増加、セルフコントロール不足
490	在宅医療に対する不安が大きいため、選択しない可能性が高くなる。
491	在宅では不安の為施設を希望する
495	精神的不安の増大
497	具体的な状況把握、説明、選択ができない

498	選択の自由がなし
499	問の意味がよく理解できない
500	患者が得られるメリットの可能性を、うばってしまう。
501	不安が生じる
502	在宅療養のための必要条件が整っていないのにかかわらず単に希望があると云うだけで在宅を続け悲惨なことになる場合があるしかしこれも自然の成り行きかもしれない
503	患者の選択肢が少なくなる
506	在宅医療そのものの選択肢がないことになりすべて入院医療（施設医療）となる。
507	選択肢が病院のみになる
508	そのひとらしさが尊重されない ＱＯＬの低下 満足度の低下
510	在宅医療はチーム医療である事をよく説明する。患者・医師だけでなく、介護家族・看護師・ケアマネ・ヘルパー・薬剤師・又は歯科医師そして施設の方々等多く人のコミュニケーションを説明します。
511	不安を覚える
512	患者自身の生き方の選択ができなくなる。 又、説明が不十分であると、患者のニーズに応じた在宅医療が受けられない。
514	在宅を希望されている方にとっては、入院生活を余儀なくされることで、ＱＯＬが低下するのではないかと思う
515	最期を迎える場所として、居宅という選択ができない。
516	このままの状況では医療難民がふえるでしょう
518	患者の不利益になる。
523	最期を自ら選択できないことになる。
524	双方の利点と欠点、難点を知ることができず、患者や家族が自分に合った生き方、死に方ができないこともある。選択という幅のない医療・介ゴとなってしまう恐れがある。
525	終末期は病院に入院していないと不安になるでしょう。
528	患者がどこで療養するかを決定する自由あるいは権利があり、その決定は尊重されるべきです。その選択肢を提示できないことになります。
529	特になし
530	患者自体には、選択肢が狭くなるのみ、介護者、家族は無用の恐れとなり障害となる
531	不安感が強くなり、不信感も増強する
532	不安
533	患者も現在の状況をよく知っており、家族に迷惑をかけると思い、自宅で終末を迎えることを言えない。病院で最后を迎えることになりあきらめている
534	在宅医療の長所、短所を最初に患者及び家族に納得がいくまで充分説明する。在宅医療の限界を理解してもらわないと、後に不満の原因になる
535	不安感を与えることになる
536	多くの方の願いがかなえられないという事になるのでしょう。ちょっと質問の意味がわかりません。
537	入院入所になりやすいでしょう
539	患者さんの希望通りにいかないという現状に悲観されるでしょう
542	患者の気持ちはあまり重要視されていない。家族の希望は、入院。
543	病院に入ることしか道がないと思ってしまう
544	入院患者の増加、次々と入院共の病院を探していかなければならない
545	患者が在宅での療養を望んだ時、すぐ解答できず、退院の日程がのびたり、実現しなかったりする
547	説明をしても最初 Pt の体調の良い時には苦情は出ないですが、苦しむと迷われるのと家族の体調に変化が出ることで図Ｃと少し違いがあると思われます。
548	選択の範囲が減る。
552	医療の選択枝が狭くなる
553	希望する最期をむかえることができない
554	最期までの QOL が損なわれる。
555	ケースバイケースであるものの、しっかりしたバックアップなしに在宅を選び家族が苦しむケースもあれば、長々と入院→施設生活をくりかえし帰れない人も出てくる
556	・不安 ・混迷
557	本人が希望しない過剰な医療を受けざるを得ない状況が生じる
558	在宅を選ぶ方が減り病院がパンク。患者はどこにもみてもらえない
559	居宅での生活が可能な人も入所が必要となる。しかし、入所は医療依存が高いと入所出来るところが限られてしまう。
561	医療依存度の高い患者家族は、不安に思い、入院を選んでしまう可能性が高くなる。
563	見離なされたと感じ、安心して在宅生活が送れないなどの不利益がでてくる。
564	まず在宅での生活はすすめないと思います。
567	自宅で残りの人生をすごせたはずの方が退院できなくなる。ＱＯＬ↓、財的損失。
568	精神的ダメージに伴い疾病罹患率増加への影響があると思われる。
569	これからおこってくる自分の身体的変化やその他の問題について不安が大きく生ずる。
570	・病人＝入院と在宅医療の選択支すら与えられない ・地域の訪問看護ステーションが成長しない。
571	患者・家族の選択肢の範囲が狭まってくる。ＱＯＬの充実がはかれない。
572	病院死が増加
573	とまどうし、在宅医療は不可能と思われます
574	急変時にＱＱ車コールされたりする
575	医学的に入院が必要な患者なのに病床がなく帰される case 等患者にとっても医師にとっても不利益になる
576	緊急時にどうして良いか分からなくなる。
577	？
578	無駄な医療、無意味な延命医療がくり返され患者本人は安らかな最期は迎えられない。
579	患者に絶望感が生ずる
580	往診、在宅との区別に対して説明、不充分であると必要な時の診療が出来なく、又病状の変化を正確に認識できなく、充分な、対応が出来なくなる
581	患者及び家族が適切な判断ができない
582	選択肢が減り満足度も低下する
583	自己選択権が不十分となる。
584	病院死が多くなる
585	在宅の希望があっても、病院などの施設に入ったままになるケース
587	結果的には自宅での最期は難しいと思われる。
588	居宅療養の選択が少なくなる
589	より本人の希望に沿う最期が迎えられない
591	わからない
592	自宅で療養するという選択枝もあったのか？と後悔する場合がある。
594	親せきが困る
596	必要なサービスが充分受けられない
597	安心出来ません。安心出来れば在宅は可能です。不安は本人はもちろん家族や本人の症状にさえ影響します。しっかり話せる医者は必須です。
598	居宅に帰ってもみる人がいない人が増加する。＝独居。
599	質問の意味が分らない
600	緊急時の対応に混乱が生じる。又、一度在宅で最期迎えると口にしたら、大変な状況になったり、どんなに疲れても入院はできないと考えてしまうことがある。
601	在宅で安心した療養生活が送られず適切な治療が受けられなくなる
602	不安感、信頼感が無くなるでせう
603	不安感↑
606	自分の願っている望む生活で終末期を迎えることができない その人らしい人生の最后を送ることができなくなってしまう
608	不安感
609	不安感を助長する
611	病院から出られなくなる
612	希望通りの最期の時間を過ごせない患者が増加する
613	在宅の生活を支える資源が使えない 家人に指導できず不安にさせてしまう
615	最近の例では、在宅医療に「病院と同じレベルの診断精度や治療効果を期待」したり、「薬や物の出前感覚で要求」してくる人がいた。在宅医療もコンビニ化している印象が少しずつ見うけられる。
616	在宅にかえることに不安をもつ。（在宅でのイメージをえがけない） →社会的入院・施設へ →Pt の在宅で死にたいという希望がかなえられない
617	病状の変化時等、あわてて、Hp 病院へ連絡してしまう。
618	利用者さんたちの自由と尊厳が守られない可能性があります。ですが、どんな社会にも束縛条件はつきものです。地域によっては在宅医療が進んでいないところもあり、一概に説明者側を責められません。
622	在宅医療→何ができるか、何ができないかを、患者及び家族が理解すること。理解させることにより次のステップへ進める。できなければ不信感だけが残る
623	医療依存度の高い方は、不安が強くなり、在宅への希望は少数派になる。
624	病院、施設での最后をすごしたくなる人の数が多くなる
626	精神的な安定が得られない 適切なサービスが提供されない
627	特になし
629	積極的な治療を望まない方が自宅に帰り、ターミナル期をすごせない。
630	本人の意思を尊重した医療の提供がされない。例えば急変時に救急搬送されてしまうといったことは、今まで多くのケース存在している。
633	家族力だけでは重症化に対応できず、入院希望となる ＝本人・家族の希望（在宅死）はかなわず
634	患者に不安感が残り安心して在宅に望めない。 安心で快適に過ごして頂く為にはきちんとした説明と支援をしていくサービス関係者との連携を強める事が必要
635	在宅での不安が漠然としたもの、また強くなり、入院を選択せざるをえなかったり、安心した療養生活が送れない。
637	不安をもち、入院が増える
638	希望通りにはならないという現実
639	自分の思いえがいた最期がむかえられない
640	ストレスを我慢したまま最期を迎える事となり、本人、家族にとっても、不幸となると思われる。
641	最期を迎えるにあたって、その場所、方法などの選択肢がなく、病院からの転院をくりかえしたり、在宅で苦しみながら、亡くなっていくようなことが増える。
642	最期に後悔するのは患者さん自身となると思います。やはり、的確な説明が必要と思います
643	苦痛を強いた状態で療養することになる。
644	病院・施設の希望が増加し、特に病院の依存度が高くなる。
647	医療福祉から見捨てられたという意識をもたれかねない。
649	在宅を望んでも十分な知識がないままだと在宅にうつせないことがある
650	患者本人の意志を尊重した療養が実現できない。
651	安心して生活できる環境（日常生活～医療～最期まで）が整っていないと、生きる事そのものが苦痛になる。最期の時までの複数の選択肢（病院、在宅）が説明出来ない事は自由を奪う事にならないか。
652	安心して在宅で過ごすことができない。自分が生きる場が選択できない。
653	在宅医療に踏み出そうという割合がへる

654	選択枝が狭くなり、病院側のドクターに言われるままになる可能性が高い
655	選択の巾がせまくなる。
657	転院する患者が増えたり、急性期病院は在院日数が延長する。
658	最期を家で迎えるという望みを絶つ。
660	在宅をあきらめてしまい、病院という選択しかないようになってしまう。
661	患者のイメージと在宅生活がくい違って家族・本人の負担が増したり、入院・在宅どちらを選択するかも十分にできない　希望したくらしができない。
662	治療方針、経済的な面、介護や療養を支援するも情報を一体的にＤｒが説明できないと、患者は不安のまま信頼できる者がなく、入退院をくり返したり、開業医をあちこちとかわることになり療養自体ができなくなる
664	・不安の増大 ・あきらめ
665	自宅という選択肢がなくなる。自宅を選ばない
666	治療方針、急変時の対処法、死亡時等の対応がわからないと（家人も含む）不安が常時あり医療する側とされる側との信頼が成立しない。
669	在宅療養の選択肢がなくなり、希望に沿った療養生活を送ることが出来なくなる。治療の選択肢がせばまる。
672	家で死ぬことのチャンスをうばってしまうかもしれない。
673	選択枝が減る。
674	信頼関係成立しない。病院からおい出されたと思われる。
675	選択肢が少なくなり、デメリットを生じる。
676	在宅療養を希望しなくなり、入院の延長、施設入門を希望する家族の不安が増す。
677	入院を希望する人が増える。
678	患者が利用できる在宅医療サービスが有効利用できない為患者家族があたりまえに受けられる権利をうばいかねない
679	家族が不安で在宅の決心ができない場合がある。 患者自身にもよりよいケアを提供できない場合がある
680	患者及び家族の漠然とした不安が大きくなる。 いつ入院させようか（入院させたくてたまらない）入院したら一生そこで、という考えが多いように思う。
681	在宅へ移行の際にさまざまな問題が生じ、患者の不安が増強する
685	退院後の選択肢が転院しかないと思いこむ
686	選択肢が病院のみとなる
687	入院が減らない
688	在宅での生活（看取り）の後押しができない
689	・病院から退院したがらない
690	入院医療を選択すると思います。
691	病院を退院し在宅で具合が悪くなった時に自分はどうなるだろう、家族はどのような対応をすればよいのだろうと精神的不安を感じ、身体の異常にもつながってくる場合があると思います。
692	何らかの医療行為を必要としてる場合、療養者、家族が不安を抱えている場合が多い。そのため在宅医療の説明が不十分だと、在宅を望んでいたとしても“不安だから”病院に入院する事を選択すると思われる。
694	在宅で過ごしたいとの思いがあっても、知識不足等により、在宅が選択の中にあがってこない。
696	患者や家族の望む療養生活ができない、と書きたいところだが、理想的には在宅での療養を望んだとしても、実際には、在宅で全てを満たすことはできず、施設の方が安心ということが多い。説明ができたとしても、あまり変らないのでは？
697	医療不信
699	自宅に帰る時期をのがし、最期まで入院して過ごす事となる また自宅に帰った時充分に資源が活用出来ず再入院する事となる
700	長期入院
702	質問の内容がわかりません
703	在宅医療を安易にできると考えたり逆にこわがったりして、正しい評価認識ができなくなる。
704	ケアの場における選択肢がへる
705	みな病院に入院
707	・コンプライアンスが下がる ・入院したがる。（家では不安で病院に行くと安心する）
708	在宅医療に必要な処チや物品、病状などについて説明しているが、退院后の調整はプライマリーナースが細く説明し、イメージできるようにしている。
710	不利益
713	在宅を望んでも帰ることができない 在宅で療養する選択肢がない
715	人生の最後をどう迎えるか、選択できなくなる。
716	病院・施設で最期を迎える事になると思います。
717	大変
718	患者が不安になり周囲がふりまわされる。
719	在院日数の延長「どこで」「どのように」過ごすか、患者の希望を優先させることができなくなる。
720	図Ｃのように在宅で最期をむかえたいと考えている患者に対して説明できないと、そのことについても患者が意志表明していいのかわからずだまったままでいてしまう。
721	患者の選択肢がへる。またはいざ在宅でと決まっても問題が多く出てくると思う
722	何かあったとき、特に苦痛が伴うことや、医療が必要なときに対処してもらえないなら入院したい。家族だけで介護しなければならないのは不安、自宅で亡なったときはどうしたらいいのかなど思うと、家に帰れない。
723	在宅で平穏な療養生活が送れない。 入院依存、偏重が、起きる。
724	患者の希望しない終末期をむかえることになる
725	在宅での療養生活が不安で困難な事であると思いこみあきらめざるを得ない状況になってしまうと思う。
726	不安が強くなる。特に家族ができないと入院を望みます。
727	イメージももてないので在宅医療が不可能になる
728	住みなれた自宅にいたいという希望に沿えない
729	・無理をして入院できる病院を見付ける。 ・救急車で運ばれるまで自宅で苦しい療養をつづける
731	精神的苦痛と経済的負担を強いることになるでしょう。
732	死に場所がわからず家族にも負担となる
733	患者の選択肢の減少。
734	その人らしい生き方、その人らしい死に方ができない。 患者のＱＯＬの維持・向上がはかれない。
735	希望と現実のギャップを思い知らされる
736	病院などに入院してＡＤＬが低下したり状態が不安定になると主治医から在宅は無理だと思うとはっきり告げられてしまうことが多い。家族はそのままうのみにして結局は転院になってしまう
738	患者が在宅の希望をもっていても、在宅の選択ができるとも思えない。
739	在宅療養生活に不安を抱く。 自宅退院では無理と思い転院を希望する人もいるのでは。 ＱＯＬ↓
740	在宅でどのように患者を見ていけばよいかわからないので患者、家族の不安につながる
741	入院や施設入所を希望する
742	不安いつまでも大病院から切りはなせない
743	・不安をまねき、病状も不安定になると思う
744	・在宅でやっていけるかの不安 ・病院に見すてられたとの思い
745	在宅なら、元気な時と同じ事ができるが、在宅医療の説明ができないと、思い残すことの配慮もなくなり、生きる希望もなくなり、ひいては免疫力の低下をきたす。
746	難民となり行き場を失う
747	誤解や不満がでる
748	在宅でできる医療のレベルを知らないままに家では過ごせないと思い込んでいる患者・家族がまだまだ多い
749	在宅療養に対する困難感が増すと思う。
750	心身の苦痛が増強する
751	在宅以外の場所を希望します。
752	病院での社会的入院、たらい回しなどあり、医療保険、介護保険など経費が増加する
753	とくに影響ない
754	患者よりむしろ家族（主にケアをする）の不安をいたずらにあおってしまう。
756	家で過ごしたいと思う患者も適切な情報が得られず、在宅で過ごせなくなる。
757	在宅で看ることの不安が強く、医療から見放された感じになり、信頼関係がなかなか構築できないと思います。
758	患者の不安
759	入院退院とスムーズに行かない。（連携なのさまざま）
762	安心した生活が営まれない
765	居宅するという選択がなくなる。
766	在宅での看取りについて家族の協力が得られないと、本人が希望しても、在宅医療の実現は難しい
767	選択肢の幅がなく、Ｐｔさん達は選ぶに選べないし、自分達で（家族を含めて）自分達の最期を描くことができずにこんなはずじゃなかった！といった後かいが大きくなるのではないでしょうか。
771	患者さんの選択肢が狭まり、生の終わりを自己決定できなくなる
772	在宅を希望している利用者（患者）は家に帰れなくなり規則の中での生活を強要されることになる
774	最後の望み（家で最期を迎えたいという）がなくなります。
775	サービスや説明ができなければ、不安を与えてしまう。 あやまったサービスを与えてしまう可能性がある。
776	病院や施設にしばられる
778	認知症が強い患者は無理だが、理解力があり家族のバックアップがある場合は説明しないと患者および家族の不利益になる終末は理想的にすべきと思う。説明責任があると思われる
779	入院生活をつづけるのみ。
780	最后の看取り場の選択ができず（医師が死に場はどこなのか、本人家族に説明できない）理想と現実で悩んでいる。結局は入院でずるずる寝かされている。
781	病院に入院したくても、ベッドがない現状。在宅で介護してもらう事しかない。
782	ターミナル時の選択枝が制限される。
783	在宅での死を迎えることに不安を感じ、自宅で療養することを躊躇される。
785	ほんとうに希望していることとできることの温度差により適切な選択、判断ができない
786	不安感が強くなり、在宅を継続出来ない
787	在宅医療を知ると知らないとでは、看取りの状況が大きく違うと思う。自ら選択するにしても、情報提供はしたい
788	患者・家族への説明が充分でないと不安が増し、在宅移行への気持ちがなくなってしまい、在宅移行できる患者でも移行しなくなったり、すぐ病院に戻ったりして、繁雑化する
789	各科Ｄｒの考え方もあり、在宅医療についてきちんと説明されないと誤解をまねきやすく、本人、家族にとってはおい出された、いらないものあつかいにされたと言う思いが強くなり良い関係ができなくなることがある。
793	往々にして遠慮がちになり、医療機関に対しどこまでしてもらっていいのか、分からず手遅れになることがある。逆にできない部分への要求もあり、適切な対処に遅れが出ることがある
794	選択肢を奪うことになる
796	入院を続けざるを得なくなる
798	より良い死が実現できない。
800	不安や恐怖が増悪する。
802	・在宅療養中のトラブルの対応方法、不安に対する相談機関、介護負担が重くならない様な各サービス利用の方法等を知らない事により早期の再入院、介護放棄、状態の悪化が懸念される。
804	患者の在宅の選択肢がなくなる可能性もある（在宅をあきらめる）医療機関への不信感生じる。

805	知らないままに病院での医療を続けることになる。
806	延命医療のため病床が占拠されて有効なる医療をうけることが出来ない日本國になっていく。
807	しっかりした医療が受けられるのか、自分が今後どのようになるのか不安になる
808	在宅での終末期を向えることができない。病院を退院できない。
809	患者にとって望ましい選択が出来ない
810	長期入院に伴う大きなストレス
813	選択枝が少なくなり、最善の選択をする機会が減る。
814	生きることの意味や尊厳といったものの大切さに影響があるのではないか、また、患者様の希望に適切に答られなく一方的な医療を提供してしまう
815	医学的処置は病院でしかできないと思い込んでいると、在宅で過ごしたいという希望も言い出せないのでは？
817	・在宅医療への不安が取れず、家族にも悪影響だと思います
818	病院での長期入院となり、ＡＤＬが低下したままの生活をしいられる。
819	・不安が強くなり、最期や理想の場所である居宅で迎えることが困難になる
821	①不安②恐怖③厭世観を持つようになる。
823	住み慣れた家や地域で最期を迎えたいとする患者の権利が　おろそかになり、希望を奪うことにつながる。
825	病院以外の選択肢がなくなる！
826	患者と家族が在宅療養に対して必要以上に大変とうけ止めたり、逆に軽くうけとめたりする。いざ、在宅療養が始まると、こんなはずではなかったと訴えられたりしている
827	患者の人格を無視した医療を強要しかねない。
828	医療管理を受けなければならない患者は在宅生活ができなくまた、本人の意向や尊厳を無視した生活を送らせることになる
830	在宅医療を選択肢と考えることができなくなります。
831	活用できる社会資源の情報提供が不足し、残存機能やその時の患者のＡＤＬを著しく低下させることによってＱＯＬが低下し患者の望む（又は理想に近い）生活からは程遠い在宅での生活になると思います。（すぐに病院に戻ってくる、家族の介護疲れ、負担の増強、患者自身の負担の増強）など。
832	在宅ねたきりが↑
833	病院・施設での死
835	患者さん、または家族の方が判断できなくなり、選択が困難になると思われます。
837	特にない。
841	方針が出しにくい 患者が安心できない
842	最終的に不安になり入院を希望する事になる。
843	救急搬送で緊急対応しなければならないと想われる。 いざとなったら診てもらえない覚悟をされる。など はじめから居宅医療の道がなかったら、“家での生活”を第一に考えることが出来ないでいます。
844	在宅医療を熱心に考えられているDrはきちんと説明でき患者さんはよいと思いますが、知らないDrの方が多いと思います。そのようなDrしか知らない人は在宅は無理だと思います。
845	設問の意図する所がよく判らない
846	核家族で共稼ぎでは不可能かも知れません
848	・居宅での生活をあきらめる ・不意の事態にパニックをおこす
849	入院日数の延長、QOLの低下、無駄な医療
850	実際に自宅へ戻った時のギャップが大きく、介護力に影響がでる。
851	病状悪化の時や、他との連携など不安がでる。 在宅での医療処置ケアーの導入がしづらくなる
852	患者の選択肢が減る。在宅を望んでいても、主治医の手前言えない事が多い。 病院には患者があふれ、満足のいくケアの提供は困難となる（受けられない）
853	一定の（一貫）方針をめざした治療が出来なくなり患者さん医療関係者にとって好ましいことではない
854	できると思っていない。不安が強くなる
855	私は訪問看護ステーションで働いていますが、訪問介護は知名度が高いのに、訪問看護はそれに比べて知名度が低く、中には訪問看護の存在すら知らない人も居ます。在宅でも看護援助が受けられる事を知らないと、臨床から在宅へスムーズに移行出来ない可能性があります。
856	入院時のインフォームドコンセントで充分なゴール予測をしていない在宅医療をどうするか？他に決定し難いと思う。
857	治療の選択肢が少なくなる
859	選択肢が狭められる。
862	自己決定のチャンスをのがす
863	在宅には帰れないと、思いこんでおり、病院、施設を、高いお金で入ることを考えるしかない
866	本人が在宅医療をうけ入れられないと、周囲の方の介護も困難となるため、互いにストレスとなったり、在宅医療の継続はむずかしくなる。
867	患者が自分の治療の場を選べない。 （メリット・デメリットなど情報をきちんと把握した上での選択ができない。）
869	在宅で受けられる医療について理解できなければ、病院での療養を選択せざるをえなくなってしまうのではないでしょうか
870	不安が強く、在宅に結びつけられない
874	選択できず言いなり。
875	いたずらに病院でないと最後まで見てくれないという不安にかられる。
876	施設や病院にも居られず行き場を探す不安に苛まれ生活を送ることになる。家族も同様。
877	在宅への不安高まる。
878	医療への不信感のみが増大する。患者さんの被害者意識のみがマスコミ等で報道され、医療がますますやりにくくなる
879	居宅ですごしたいという方に対するデメリット

880	先々の不安を、他の施設に問い合わせたりする
882	よくわからない
884	最期の時期を限られた選択肢のなかで選択せざるを得ず在宅へ帰りたくても口にも出せないようになってしまっているのではなかろうか。
886	・適切な医療を受ける事が出来ない ・生活上、不安で安心した生活を送る事が出来ない
887	生き方の選択枝が奪われる可能性もある。
888	希望を叶えてあげられない。
889	在宅医療のメリットをしらないまま、病院や施設で満足されないまま生の終りを迎えるかもしれない
890	１番大切な最期を迎える時期の迎え方の方法の選択肢の幅が狭くなりその人らしさが失われる可能性がある。
891	入院しか選択枝がなくなる。
892	選択肢を最初から限ってしまう。
896	人生の最期を最も本人に適した環境で過ごして頂く選択枝が狭小化します。
897	終末期に対する不安のみが大きくのしかかり、結果的に居宅での死を迎えることに対して不安になる
898	患者の最期を迎える場所の選択肢が限られてします。
899	最期をむかえる場所の希望の選択肢が少なくなり、患者のＱＯＬの低下をもたらす
900	納得できる選択枝が充分提供できない
902	在宅医療のデメリットを知らず入院の延長と考えてしまい、過度に医療を求めてしまう。
903	病院での最期を迎えられ、抑制され鎮静剤を使われる現状がまだある。在宅でどこまでできるかを一般の方はよく知らないので、どうしても病院に頼ってしまう
904	過度の期待を持って、在宅医療の負担が増える。
906	わからない。
907	入院患者の増加をまねくことになると思う
908	ほとんどの患者は自分の人生について明確な指針を受診時に持っていないのですから、末期の診断を受けたときに、きちんとした判断が不可能です。医療者にはそれを指示、示唆する義務があります。
909	病院を離れる不安が増大する
910	不安。
911	在宅療養という選択枝を失う可能性がある
912	在宅死への不安が大きくなる
913	どうしても入院を強制してしまう事になりそうで、本人の意志や希望が無視されてしまいそうです。
915	選択ができない。
919	不安、不信を招く。
920	家に帰りたいという気持ちを押させこんでしまったり、状態が悪くなったりするおそれ。 死んだ時にしか家に帰れないのかという気持ちになってしまう。
923	本当に居たい場所を選択することができず、精神的重圧がかかることが危惧されます
924	患者及び家族の最終選択時における情報不足が考えられると思います。
926	療養の場の選択肢が少なくなる。
927	最期を迎える場所が、在宅という可能性、選択肢ができず不本意な最期となってしまうことがある。
928	病気になると入院することが当り前
929	家族及び本人が選択できない
930	選択肢を理解しないまま、最期を迎えることとなる
933	在宅で医療を継続できることを知らない。家には帰れない社会的入院や施設依存によりその人らしさや生活者としての視点・意識自立がそこなわれる 医療費がかかる
935	在宅療養が不可能と考える患者が多くなり、結果的に病院や施設にたよった状況になる。
936	患者自身が療養場所を決定するための選択肢が少なくなる 入院期間の延長
941	よくわからない
944	不要な不安
945	病院での終末医療或は介護施設での終末医療は止むを得ないと思うようになると思います。 図Ｃが事実とするなら在宅医療の充実に向かって国は最優先すべきです。
946	危険な影響が及ぶ
947	患者の選択枝が少なくなる。患者が無だな時間を病院で過ごしてしまう可能性がある。
948	問の意味わからない
949	病院でしか、療養を出来ないと思いがちだが、訪問看護などを利用し、又往診などを上手く使っていければ、在宅療養は可能である。結局、帰りたくても帰れず、入院期間の延長、老人ホームなどの施設入所を考えざる得ない。
951	治療法の選択ができない
952	わからない
954	在宅での医療とのつながりがない！？病院に見放された、と患者・家族共不安がつのると思う。それによって症状（不定愁訴）悪化も考えられる
955	患者は安心を得られず、終わりを迎える時は救急車を呼んで病院へ行く
957	金銭的な負担、介護者たちの身心的負担が大きくなると思う
958	上記の報告書をみると患者は、在宅医療という重要な選択肢の一つがへってしまうということになり不利益が及ぶ
959	在宅医療を選択できなくなる
961	いざという時、力になれず、患者は見放された気持ちになる
962	患者および家族の不安が増し、病院・施設への入所入院を望むようになる。
963	自宅へ帰る時期をのがし、入院したままでＱＯＬ低下意欲の低下をまねく
964	いつまでも病院、外療養施設にとどまる患者が多くなり現在もそうであるが入院治療、等必要とする患者が利用できなくなる状態が続く
965	患者さんの選択の巾がせばまり不幸になる
966	やむを得ずの入院加療希望が増加する。
967	人生の選択肢が狭まる

968	患者がいくら在宅を望んでいても、医療従事者側で在宅へ結びつくことが出来ずに退院ができない状況が生まれる
969	共働きの家庭も多く、本人は若い者の世話になりたくないないし迷惑をかけたくないと、訴えること多く施設入所が多い。
970	判断のための情報の不足
971	看取りの選択が出来ない。入院した場所でしか自分の余生は過ごせないとあきらめてしまう
972	在宅医療を潜在的にのぞんでいても、在宅医療を択ぶことができない。
973	突然の病状悪化で入院し、家族の介護力不足とで不本意な転■がふえるでしょう
975	・不安が大きい。 　パニックにおちいる。 ・介護者の負担が大きい
976	病院に病人があふれる
977	終末期に安全な在宅医療を安心して受けられないことがあり得る
978	不安が広がり、在宅の選択肢がせばまる
979	在宅へもどれないや、いつでも病院と同じ様な医療がうけられると、など 病人のままで、人間らしい生活で送れない
980	患者本人だけではなく、支える家族にも思ってもいなかったトラブルや不安が大きくかかるのでは。
981	終末期の療養としての選択が狭まる
982	家族ははじめて実情を知って驚きふためく。
983	在宅療養を長期終末まで保持することに不安があり、最終的な看取りは病院、又は、施設での対応を希望と思われる。
985	療養場所の選択が、病院の都合主導で進んでしまう。 在宅へ帰る時期を失う。
986	行き場所がなくなり困惑する。 病院で亡くなるのが当然と思っているが受け入れてもらえないということになる。
987	病院施設への入院が増える
988	在宅ではとても看ることはできないが病院をおい出されてしまった。これからどうすれば良いのかわからないと不安が広がり病院不信・医療不信をもたらし家族崩壊にも続ながるのでは。
989	選択肢が減る
990	患者及び家族によけいな不安を与える。そして在宅医療へつながっていけない、と思います。
991	自己決定権を失い、望む暮らしを送ることができない
992	患者様の生きていく選択肢が少なくなりＱＯＬの低下をまねく。
993	病院や他施設でしか老衰以外は看取ってもらえないと思うかも知れない。
994	医療器具を使用しているだけで、在宅へ帰れないと思っているＰｔが多い。わずかでも帰れる見込みのあるＰｔでも説明がなされていない事で、その貴重な時間が得られないまま亡なられてしまう可能性がある。
995	病院死がおこる
997	・充分な在宅医療が受けれない ・患者自身は在宅を望んでも医療施設を選択するしかなくなる ・不安を抱えたままでの在宅生活を送る事となる。
999	不安感
1001	？
1003	不本意な治療、人生を送ることになる
1005	具体的な準備（生活していくための）ができず不安が増強する。
1006	安心して療養生活を送られない、患者家族の不安が大きい。
1007	医療のことはほとんどの人が医師を頼っているので不安になる。又、在宅でどこまでの医療サービスの提供が出来るのかがわからない
1008	在宅で実施している在宅酸素、経管栄養等が病院で実施されるよりも多くなっている。これらの療養は在宅支援診療所の医師は病院の医師と同じ様に処置ができますと説明する
1010	不安の増大
1011	在宅生活に不安を持ちいつまでも医療での入院などに頼ってしまう。
1012	患者の希望する在宅生活ができない（周囲の人々の理解不足、不安増大にて）患者が病状を理解し受容し、安心して生活する上で説明が重要である
1014	不安、心配ばかりが増して入院するというのが現状です。
1015	入院施設に頼り居場所がなくなる。病院さがしで走り回ることになる。
1017	入院施設の用に、治療が出来るのかなど不安になる。
1019	・ご自身で最期の場所を選らぶ事ができない。
1021	患者が本人にとって最善の医療をえらべない
1023	患者の希望がなかなか、かなえられない
1028	在宅療養が可能な方が、在宅療養ができない
1030	患者さんあるいは家族が不安になると思います
1032	死亡するまで病院でみてもらいたいと家族・本人が思う。
1036	在宅医療の現状をよく理解して貰う
1039	介護拒否など、いろいろ問題が出てくる。
1040	今後起こりうることが予測できず、自分らしい生活が営めないと考えます。
1041	在宅死を選択できない
1043	患者と家族に、在宅医療に対する希望が持たす事ができない事で選択肢が病院のみとなってしまう。
1044	患者および家族の不安に答えることができないと、退院することは難しくなり、病院で最期を迎えることになる。（患者の思いをかなえられなくなる）
1046	不安で在宅生活は送れない。病院へ早く戻ろうと思う
1047	在宅医療と病院の違いについて理解していないと、状態変化や治療方針決定時にＤｒ－Ｐｔ間の思いにくい違いがでます。在宅でできる事できない事を明確にしておくことが大切。
1048	不安になる（家で一人でいた場合）費用の件も家族の協力もすごく必要になります。
1049	不安が増し、その事が病状に悪い影響を与える。本人のみならず家族も不安になり介護に集中出来ない
1050	患者の選択肢が減る
1051	自宅ですごしたいという患者の希望を支えられない。
1054	在宅療養の選択肢が得られず入院生活を余儀なくされる。
1055	選択枝がせばまる
1056	最期を自宅で…と思う患者さんの希望をかなえてあげることができない 御家族に後悔の思いを残すことになり得る
1057	患者様の希望する場所での療養生活が送れない
1060	患者、家族が内心希望していても出来ないと始めから、あきらめてしまう
1061	自分がその様な状態に置かれたくない。（本来可能である事ができない）
1062	患者にとっての在宅医療のあり方と云うものがなかなか理解をされない面が多くあります。 又、在宅医制度も、複数の医師がいる施設では可能と考えますが診療所で１人の医師の場合は難かしい面があるものと考えます。
1063	難民となる
1064	不安の増大、不穏 症状不安定、悪化、頻回の訴え
1066	不安が増し安定した身心の状態が保ちにくい状況となる可能性がある 緊急時の相談ができず対応に問題が生じやすい
1067	在宅療法について情報が得られないことで選択肢の１つとしての幅がせまくなる
1068	最後は自宅でと思っていても、結局はさまざまな症状がでて家族は不安になり病院に行くのではと考えます
1069	不明
1070	病院の方が安心なので退院しないと思います
1072	自宅に帰ることができないと、決めこんでしまう。
1073	心■、パニック、病状の悪化
1074	医療依存度の高い方ほど自宅には戻れない。家族の方は、無理と考え、希望さえ持たない。
1075	残された生きる期間を、インフォームドチョイスできない。
1076	病院でいることがあたりまえになり病気を直し帰ろうとする意欲が低下する。
1078	不安感だけが強くのこり、メンタル面での悪影響がおよぶまた、説明がないと病院施設へといく傾向がつよく、金銭的に問題が生じる
1079	１）在宅患者に事故が起った場合（末期でなくて）の入院適応 ２）ターミナルステージでの病院と在宅の違いについて認識してもらう 主なる介護者よりも遠縁の人達の理解を目標にすることも大切。
1080	デメリットははかりしれないと思います
1081	上記例の如く、インフォームド・コンセント、リビングウィルをとるよう、十分な説明ができないと、患者の入院期間は長期化し、不治の病の患者の自宅での療養の機会は大変少なくなる。また入院での医療と在宅医療との差があることが理解してもらえないと在宅医療への患者及び家族の過大な期待、誤解を招く、更には訴訟問題への発展もありうる。
1083	不安、見捨てられた等、うつ状態となってしまう。
1084	患者が不安になり在宅生活が継続できないことが増える。
1085	何と答えてよいかわからない。（この質問に）
1087	ほんとは、在宅に帰りたいが、家族、患者はいろんな不安をかかえているため、たよりにしてきている、家族は、説明がきちんとできない医療者の言葉で、わからないまま病院で最期を迎えるようになると思われる。
1089	不安になる…終末までここですごさないといけないのか？家には帰れないのか？
1090	家族、患者が困る
1092	不安が増大し、そのために在宅介護が困難となる
1093	自宅に帰りたいという希望がかなわない ムダな医療をうけることになる わからないまま在宅となると、サービス等不充分となり病状悪化の恐れ
1095	患者の希望に反する医療に向かわせてしまう恐れがある
1096	不安感を与える。
1098	在宅へかえった時にいつでも見てくれる場所がないと、いざ病状が悪くなった時に対応がおくれてしまう。その不安も患者はあると思う。
1099	病気に対する不安が本人のみでなく家族にもどうしてあげたら良いのか等不安を招く為家に帰れた喜びが薄れると思われる。
1100	選択の範囲が狭くなる。医療ヒが高くなる。在宅での居場所がなくなる。
1101	自分の意思を正しくすいこうできない。選択できない。
1102	選択枝が少なくなる
1103	患者が在宅で生活することに不安が大きく、家族としても緊急時の対応などどこに相談すれば良いか分からない状況になると思われる。
1104	勤務医が多い為、患者の不安に対し、適切に助言できず、大病院志向か止まらない 急性期医療が終った状態で退院し、十分フォローアップされていない為、再入院が多い
1105	施設への入所が増えて施設がパンクする
1106	どこまでの医療が自宅でもできるのかと、本人・家族が不安に思い、自宅でも十分最期を看とれる方でも躊躇してしまう。
1107	在宅に戻れるであろう病状の時期に、戻るタイミングを逃がしてしまったり、患者や家族に不安ばかりを与えてしまう可能性がある。
1108	・エラー発生時、緊急を要さないのに救急車を呼び病院受診する ・自己判断で機器を扱う ・不安（利用者・家族）による在宅療養の限界が早い時期にくる。
1109	家族と患者がそえんになってしまう。 社会性がなくなる。 医療に対して希望が低くくなる。
1110	情報量の少なさで納得できるＱＯＬを選択することができない
1111	不安。どこで最後までみてもらえるのか？！　今の現状で退院をすすめられるのであれば医療難民状態になるので

	はないか。
1112	不安の方が強くなり在宅を維持することが難しい。
1114	患者は医療だけでなく、家族と共に暮らしており家族が大きな鍵を握っている。 つまり、もう少し人々に在宅医療が伝わらない限り最後は病院へと流れてしまっている。
1115	患者の納得、満足した治療をすることが困難。
1117	特にない。病院中心となっているのは主に介護の問題や「みえ」の部分が多きく、病院で死ぬ事を何とも思わなくなっている
1118	在宅希望が減少する。←☆設問の意味がない。
1119	患者さんが適正な判断をくだせない
1120	不安が増強する
1122	選択の中に在宅が選べなくなる
1123	不安になる。
1124	在宅医療を選択しない。在宅医療における十分なサービスを利用することができない。
1125	病院で死ぬのは仕方がないことだと考え、在宅の選択肢を考慮する以前のところでとまってしまうでしょう
1126	充分な説明をうけられないまま在宅医療に移行しても、家族の不安が大きく結局最期の看取りを病院等に頼ってしまうことになるのでは？初めから「家ではムリ」と決めつけてしまうかもしれない
1128	説明ができないと患者及び家族が確かな情報のもとで判断できない。後悔する事になるのではないかと思う
1129	不安で、入院してすべてまかせたいと考える人が多くなる。
1131	家庭で介護することは良いことであるが単に医療費削減となり、家族構成などのデメリットなど検討は？？ 【どのような影響】→しっかり個々が考えるべきこと
1132	質問の意味がわかりづらい
1133	入院を選択せざるをえなくなる
1134	在宅療養が仮に可能であった場合、そして本人が希望している場合その実現が不可能となる。
1136	医師は退院時十分説明していない。病状に何かあれば病院へ来なさいと云っている。
1137	患者の選択肢が減る。
1138	不用な不安をもち、在宅へ移行することができず転院となってしまう。
1139	選択肢がせばまる。本当は在宅療養の希望があってもＤｒから説明がないと無理だと思ってしまう可能性があり、希望も伝える事ができなくなってしまう。
1140	病院指向
1141	選択が出来ない
1142	在宅医療という選択肢を患者に与えられない。
1143	不安が強くなり、在宅医療の選択ができない。
1144	家に帰りたくても、“自宅での生活は大変”ととらえられたり、逆に困難が多くあっても“容易に出来る”と考えるなど、適切な選択ができない
1146	治療にしても療養の場所にしても、最後を迎える場所や療養の方法にしても、本人が望むことが正しく選択できない。不本意な、生活となってしまう。
1147	在宅を知らない方が大多数の■　説明が必要
1148	？
1149	患者がこれからどう治療や穏やかな生活を送って良いかわからなくなりさまようのでは…。
1150	居宅での生活が望んでいても出来ない！と考えてしまわれます。
1151	在宅生活を継続することが不安になり、病院や施設に移りたくなる方が増える
1153	不利益？
1154	不安がつのる。
1155	わからない
1156	何も変化ない
1157	死に場所を選択できない。
1158	不安である。
1161	選択枝が減る
1162	数人の方が家で見とってほしいといわれていたが認知症が表われて、出来なかった人もあり、高令のため可能であった人もある。介護と治療で数人が出入りして金額は高くなった様だ
1163	患者と家族に大きな負担がのしかかってしまう（金額面、訪問時間等）
1165	本人、家族の認識や同意がなければ、とくに家族が病院に患者をおしつたまゝになる可能性が高い。
1167	自分の死に場所を自宅でと希望した場合、起こりうる種々の状況を家族にはっきりと説明、理解してもらえないため、医師、患者、家族の信頼関係を構築できない
1170	患者の希望がどうであろうと、在宅医療には限界がありうることを患者に説明すべき
1171	患者様、ご家族様の今後の生活の選択の幅が狭くなります。 それにより、望んでいない最期の状態で人生の終末を迎える事となりとても悲惨と思います。
1172	選択肢を明示できないので、医療行為が困難となる。
1173	安易に入院、介ゴ施設に入ってしまう
1174	不必要な長期入院をせざるを得ないと
1176	不安で、退院したがらない。
1177	在宅で過したい人が入院になったり、施設になったり症状緩和もできず、介護者の疲労や負担ばかり増大する。
1178	家に帰れるのに、帰れない人が出てくる（条件は揃っているのに）
1180	安心、安全な在宅生活が送りにくい
1182	選択肢が１つ減ると思う。
1183	在宅で最期を過ごしたいと思っている患者さんの選択肢をうばう結果になると思うし患者本人の希望を知っている家族なら、希望に沿えなかった事を後悔するのではないかと思う。
1184	患者自身が、在宅でどのような治療を行いながら、生活するのかという選択ができない
1185	介護法の選択の巾がせばまる。
1187	開業医が高令化して医療・治療についていけない
1188	デメリットの増加
1190	在宅医療を選択できない

1191	病院と在宅のどちらを選択するか、それを考える機会を持つ事ができない。 選択できないという事は、納得した最后を迎える事ができない可能性もある。
1192	本来なら家での療養生活を苦痛なく過ごせる症例が病院の療養病棟に入れられてしまい本人の満足も得られず、医療費も適正に使われているとは言い難いと思われる。
1193	在宅という選択肢を考えられない
1194	利用者、介護者の不安につながる。
1195	入院、入所のままとなる
1196	療養の場の選択ができない。 自立支援の機会を失する。
1197	不安なまま在宅生活を送るのは大変です。 又、フォローする在宅スタッフも大変です
1198	充分な説明がなされていなければ医療器具を使用しているため在宅を断念しなければいけないという思いが強まり在宅を希望していても断念してしまい自分らしい生活を送ることができず精神的スピリチュアル的な苦痛が生じる
1200	不安がつのり在宅療養の継続が困難 無理矢理の在宅療養になってしまうこともある。
1202	退院后の療養生活に対して重荷や不安が大きくなる
1204	在宅で療養していく不安（どうなったら誰がどのようにしてくれるのか etc）が消えないと在宅ですごすとは考えられない
1205	在宅での不安感が大きくなり、家族を含め対応に困ることが多くなる気がする
1206	選択肢を初めから提示できていない状態だと患者家族にとってとても不利益だと考えます
1207	選択肢をせばめる、個人を尊重できない。
1208	生活の質の低下精神面の低下などまねくおそれがある
1209	利用できるサービスなどの需要がへる 家族への負担が増加する
1210	療養の場が病院以外にもあるという事が家族、患者に説明できない。イコールＱＯＬを低下させるのではないかと考える
1211	不安になりすぐに通院や往診を希望する事になる。
1212	ただ退院だけをせまられたと感じる。
1213	医療の選択ができず、患者・医療者ともに負担がふえる。
1214	患者の選択肢の巾が少くなり、希望がかなえられない。
1218	自宅で療養出来る可能性が低くなる
1219	選択肢が「病院」「施設」という片寄った考えの中でしか選択できない。また、安易に病人→病院を選択せざるをえないとだ協で選択することもあると思う。
1222	不必要な入院・入所、精神面でも負の影響あり。人生の最期を希望に添って迎えられず生きる上でのＱＯＬの低下を招く。
1224	在宅医療の選択肢が減る。
1225	選択の幅がせまくなります。
1226	？
1227	在宅での療養に対して、不安があり、入院の療養を選択する。
1228	患者は介護者の負担を慮って安心して療養できない。
1229	家族ともども不利益を被ることになるが、専門的な説明は一般診療所医師には困難でしょう。むしろ説明と実施（在宅医療の）又は紹介をしてもらえれば助かるというところでしょう。
1230	患者も理解出来ずに「何かあったら病院に行けばいい」という意識（介護に参加する意欲なし）
1231	医師（医療者）のなかでも、往診と訪問診療の違いのわからない人がいます。患者さんには難しいのでは？
1232	退院後在宅 or 無理なら施設へということになる。
1233	はっきりいって患者さんは情報不足である。その情報をいかに簡単に説明するかが重要である。
1234	自宅での最期が困難となる
1235	病院と、在宅の違いが、悪い方にしか考えられず、不安を抱えての在宅療養になってしまったり、あきらめての入院生活になってしまう。
1236	在宅療養を継続していく自信がなくなり、不安になる。 その結果、病院入院を希望することになる。
1237	日常生活意欲低下する。
1238	在宅死、家族と共に家ですごす行為がなくなる？
1239	病気が悪化した時の対応と病院、受診受け入れがスムーズにいかない
1241	患者のＱＯＬの低下につながる
1242	病状の悪化、ＱＯＬの低下につながり安心して安楽に生きることができなくなる。
1243	自宅に帰ってからの対応の仕方がわからなかったり（シュミレーション不足）トラブルが発生すると、自宅で最後をむかえたいのに再入院になる
1244	患者は病院にいなければならないと思っている。 家族は病院側から施設をさがせと言われる。
1245	適切な治療方針が定まらず患者様や御家族の方に不安を感じさせることとなると思います。
1246	在宅でも入院中と同等の医療処置ができるようになってきたが、それを知らない医師や患者は在宅で療養したいという選択肢を失ってしまう。
1248	ＱＯＬの低下につながり、よりよい生き方が出来ない
1249	入院中の患者へ提供できる選択肢が少ない。
1250	説明の前に、現状、現場経験がなければ、無知の無です。患者様に、希望だけ与えて地獄へ突き落とす事になる。申し訳なく思う。
1251	不必要な医療費（家族負担）が発生し、財政（経済）的に困窮する。
1252	不利益となります
1253	在宅医療を選択することができることさえ理解できないまま、入院の経続や施設への入所を余儀なくされる。
1254	在宅医療の割合が減小していく。

1255	過小評価 過大評価（過大な期待と失望）
1257	生き方の情報が減る
1258	在宅の良さが伝えられないが大変さも伝えられない
1259	安心して在宅におれない
1260	不安感を患者に当える 在宅の意味が不明となり、家族らも準備が十分にできない
1262	症状の変化などに対して不安感↑など
1263	患者が在宅医療を選ぶことができないということになる。
1264	自分の望む死を迎える事ができないし、自分の死や療養生活を想像できない
1265	家で住みたいと思っていても、どれだけのことができるのか、どう支えてもらえるのかが、わからないと不安となり在宅で看とることへの足どめとなる。
1266	不必要な入院、無理な在宅療養が増えると思います。
1267	病院へ行かざるをえないようになる
1268	医師への不信感、経済的負担。
1269	入院費用など金銭的負担の面だけでなく、最期だからこそ帰りたいとの願いをあきらめさせてしまう事になる。
1271	恐らく最後まで病院に通い続けるのだと思います。時々よくこんな状態でも病院の指示が効いているという患者を見ます。
1272	医療難民となりかねない
1273	患者様が不自由な生活を強いられたり、家族も疲れきってしまい、必要な医療が受けれず、状態が悪化してしまうこともありえる。
1275	その患者に必要な医療を十分受けることができない可能性があると思います。（医療というよりむしろ援助といった方がだ当かもしれません）
1277	選択肢を提示できない
1279	患者家族が在宅ケアをイメージできないので、不安多く在宅ケアへ踏み切れないと思います
1280	結果的に入院する事が多くなる。
1283	病院に終末期の患者があふれ、勤務医の負担が増え救急患者への対応ができなくなる。
1284	◎在宅継続ができない方向へいく
1285	適切な選択の機会を奪うことになる。
1286	在宅にて最期を迎えるという選択枝（希望）がえられなくなる。
1288	選択しが減る。
1289	行き先に対して不安感
1290	行き場所がなくなる
1291	わからない
1292	患者の選択肢が狭くなる
1294	患者の選択肢がせばまる。
1295	私は全例在宅医療をしてます。
1296	本来在宅ですごせる状態の方が自宅へ帰ることをあきらめてしまう。自宅へ帰ることの不安が増大する
1298	苦痛があるときに医師が対応できることを患者に知らせることが大切。 患者が不安になってしまい病院での最期となってしまう。
1302	選択枝が少なく、不安があり、在宅したくてもできない場合がある
1305	在宅での生活が不便、困難になる。
1307	不安を与える
1308	具体的・精神的に適切な時期に在宅へ移行できない。タイミングをのがす
1310	無理な通院を強いることになる。
1311	選択がまず出来ないと思います。選択肢が与えられない為、Dr の一方的な考えに従うことしか出来なくなるのではないでしょうか。
1312	患者が在宅へ戻りたいのに戻れない場合が出てくる。場合によってはせん妄など、精神面にも影響がある。 その人らしい生き方の妨げになる。 （主治医は詳しくなくても、看護師や、ケースワーカーが入るので、必要な在宅医療の説明は行われてはいる）
1313	医療選択の制限
1314	不安が先立ち、退院への意欲がわかない。
1317	患者が在宅で得られるメリット（家族との時間や安心感など）が減る。 トラブル時の対応への不安などで、かえってデメリットが多くなってしまう。
1318	うまく説明し、充分に理解していないと、患者を不安におとしいれることとなる。
1320	患者が在宅医療について理解できず、退院について説明しても退院できない。退院しても在宅療養について不安を感じ医師への不信感をいだくことになると思う
1321	その方のその人らしい生き方を支援する上で病院のペースになっていた日課を在宅用にアレンジしていただく必要が必ず生じるが、そのままの状況で帰られると、その方が過ごしずらい状態になってしまうことが多い（心身ともに）
1323	利便性がわからず、病院入院の方が増加するのではないか。
1325	最期を居宅で迎えたくても不安だけを与えることになる
1326	選択肢の提示が不十分になる。
1327	在宅希望の患者がいても、十分に支援が受けられないまま在宅ですごす事になる。または、在宅ですごす事が出来ない。
1329	ＤＣ后の治療に不安をもったまま帰宅させられる case が多くなる
1330	在宅医療が推進されない
1332	そもそも、在宅医療など不必要。Dr の「もうけ」にしてはいけない。往診のみで可。点滴などもしないよう説明して、受け入れてもらっている。
1333	在宅へ帰れるという選択肢があることがわからない
1334	療養環境の選択肢が少なくなってしまう。
1337	すべてが最期を病院で！（質問者は答がわかっているのでしょう）
1338	病院のベットで亡くなるしかない。選択の予知が無い。
1339	選択権がない
1341	最後の過し方の選択枝がなくなる
1342	退院しない。
1343	在宅医療がオールマイティでない事も、患者に説明すべきである。
1346	医療者と患者の相互理解が進まないとどちらかに不信、不安がつのり患者側には特につらい現状が待ちうける。
1350	患者の精神的ストレスは増加し、病状も悪化する（逆に在宅では介ゴ者のストレスが大きくなり、経済的・精神的なフォロー・ケアが必要なことも多い）
1351	家族ともども不安を増すので、悪影響を及ぼす。 病院でしか過ごせないと思いこむことで、選択することはできないのだと思う。
1352	本人の意志に反して終末期や病状悪化時には病院へ入院する事をすすめる。
1353	その人らしく望む療養生活ができにくくなる。
1354	・入院をする人がふえる、又在宅で生活していても心よく生活できない。
1355	在宅という選択肢はないか、わかっても不安の大きい選択肢を選ぶことは少ないと考えられる
1356	生活の質の低下。
1357	・費用や利用できる福祉サービス面での不利益 ・自宅ですごす時間（日常の空間）の喪失 ・家族や身近な人達が介護する経験をうばってしまう
1358	患者さんの選択肢を狭める結果になりうる
1359	自分や家族にとっての重要な選択肢の一つが欠けてしまう
1360	療養できる場所の選択ができずに、その人らしい人生が送れません。
1362	在宅療養が選択できない、又は不安がつよく施設を希望する者、家族が増える。
1363	・患者さんの選択肢がない。希望を実現できない
1364	生活の場の選択肢の幅が幅まる
1365	正しい（希望の）選択ができない。
1367	在宅と病院で最期を迎えるのが選べない
1370	「最期まで入院はやむをえない」とあきらめの気持ちをもたせてしまう
1371	患者が在宅を希望したくても切り出せない。できると知った時は、十分な時間がなくなっている
1372	病院に対する不満等が出現し、医療不振にもつながる
1373	緊急時（急変時）の対応が遅れる
1379	安定した状態だからといっても家族にとっても本人にとっても不安は大きいので、きちっとした説明ができないと、在宅にかかわるスタッフへの不満や不信感が強くなり、援助がむづかしくなる
1381	医療器機の使用方法等のトラブルが起きて、生命危険が考えられる
1382	安心して在宅療養ができない　又覚悟もできない
1383	在宅医療を説明しても日本の現在の社会構造から患者の意志がとげられない事が多い（核家族化など
1386	在宅における看取りの存在さえも知らない状況が生じる
1388	在宅医療を選択しない
1389	自分で考える選択枝が限られるため、不安の少ない方を選ぶ傾向となり、ほとんどの方が入院又は入所を希望せざるを得ないのではないかと考える
1390	生の終わりを迎える場所の選択肢が少なくなる。
1392	当ステーションは病院併設のため、主治医は「悪くなったらいつでも来てください」と説明しているので、患者は安心しています。
1393	急変時に救急搬送され、延命処置（希望していないのにかかわらず）を受ける等
1395	不安惑■。病状、予後、患者の希望、家族の思い
1396	在宅医療で療養できる患者でも、その説明がない事により自分の選択枝が減ってしまう。
1397	選択肢が狭くなる
1398	大病院指向、と在宅での不安感の増強が考えられる。
1400	【在宅医療の説明】→どういう説明かがわかりかねます。
1401	・在宅療養という選択枝がなくなる ・医療的処置が必要なら、すぐに入院という形になる
1402	納得のいく説明と理解が得られないと在宅療養が困難になっていきます。
1403	在宅医療の説明は大へん重要ですが、患者のおかれている状況（例えばキーパーソン不在 or 老ー老介護等）を加味しながらのある程度の誘導も必要と考えます。
1405	まちがった認識を与えてしまう。
1406	在宅でみてもらえないとなれば病院への入院が多くなり希望しない医療的処置や検査治療の苦痛が伴うだろう。 的確な在宅医療の説明はとても大事と思われる。
1407	病院のパンク
1409	患者および家族は病院での入院医療しか選択肢がなくなる
1411	静かな死を受容できないし、救急車を呼ぶ繰返しになろう。
1414	高令者の一層の無気力化が進む 最期を迎える場所をどうしたら良いかと考えるが、在宅医療がしっかりしていなければ病院や施設を最期の場所と考えると思う。
1415	患者は病院への入院や施設入所を考え自分が（患者が）臨む場所では生活出来ないことになります
1416	家族と住み慣れた自宅での生活ができることを知らないと精神的不安が幾分かいしょうされると思う
1417	選択肢が減ってしまう。ただし入院医療もそうだが、在宅の医療内容は施設によって大きく違う。その調整を行うことが重要と思う。
1418	患者が自分の価値や生活の事情に合わせた治療方法や療養の場の選択ができなくなる
1419	終末期を迎える選択肢から「居宅」が減る　又は、はじめから考える余地がなくなる。
1420	安易に退院させる事ばかり考えて、在宅生活のイメージができないまま退院してしまうと結局在宅生活がつづかない
1421	すべての死亡を病院でという本人の尊厳を無視した最後。
1426	在宅医療のメリットを説明できないのですすめない。

1427	在宅生活の継続が困難。自分の望む最期を迎えられない可能性がある。
1428	不十分な情報量で在宅に移行すると、病状変化しても在宅で可能なことが、入院という選択肢を選ばざるを得なくなる
1429	患者の選択肢の幅が小さくなります。
1430	病院とは違うので、本人・家族が理解できていないと不安になる
1431	在宅医療のイメージができず、不安に感じ、なかなか居宅でという希望があっても医療者に伝えられないのではないかと思う。
1432	在宅医療の出来る範囲と家人・患者の期待とが全くちがう場合があり不信をまねく
1433	在宅で医療を受ける事と、病院の違いを知る必要がある。 その上で、本人・家族のニードの確認や、不安に対しての対応を考える事が大切ではないか。
1434	不信感をいだいてしまい、継続困難となる （本人・家族）
1435	家人の努力が必要。
1436	在宅での最期を希望している方にとって良い治療法が出来ない 酸素治療や胃瘻経管栄養などは自宅で十分出来る事で患者の家族や患者自身に十分に伝える事で、患者が選ぶ医療が出来る患者自身が知らないと十分な事が出来ない。
1438	患者が在宅療養を選択する機会が減少する。
1439	急変、即、入院へと走ることになる様です
1441	病院で最期を迎える割合が増えてくる
1442	在宅での看取りを希望されている方でも急変時の対応の説明が不十分だと、救急搬送の依頼をされ結局病院で最後をむかえる事になってしまう。
1444	病院での在院日数が短くなり、退院した患者は追い出されたという意識が強く、在宅での生活に不安がある。在宅医療の説明がなければ不安は解消できない。
1447	本人の選択ができないと思います。 人それぞれなので在宅が良いと思う人もいれば病院の方が良いと思う人もいます。 どこで、どのようにということを本人が選択できる様にしないといけないと思います。
1448	本人、家族が不安になり何かあった時は病院へ行く
1449	希望する最期を迎える場所の確認からはじまりその実現ができない状況
1451	患者の希望に沿った在宅医療ができない場合が生じることがある。
1452	終末期における各種苦痛等未経験なものに対する対応の不安
1453	患者が最期を家で迎えたいと希望しても在宅医療が幣害となって家へ帰る事をあきらめてしまうのではないかと考える。
1454	入院できる病院や専門病院等の機関と関わりが切れてしまうと思われたり 24 時間対応出来ることを知らなかったりで必要なサービスが受けられないことがある
1455	利用者、家族の不安が増し効果的に在宅医療を継続することが困難となります。
1456	在宅医療が理想だが現実には家族が拒否するケースが多いので説明しても効果がない
1457	病院で最期を迎えることになると思います
1458	在宅医療を望んでいる患者さんや御家族の方に医療費の負担もさる事ながら、最期を迎える場所の選択が病院や施設に限られてくる。
1459	選択しが少くなる
1460	在宅医療が最適とは考えるが現在の家族構成、環境では一概にそうとも云えないなやみがある
1461	・最后は病院ですごすしかないと思いこんでしまう。 選択の幅が狭くなる。
1462	家族間のコミュニケーションも図れず、から回りのケアとなってしまう。 本当に必要な医療が提供できない。
1464	医療が必要となった時点で在宅は無理と考えている患者が多い。 最期を在宅と望んでいても適した説明がないと本人や家族の中から在宅の選択肢が消えてしまう。
1465	適切なサービスの利用につなげられず、在宅への不安が募りそのまま退院しても良い経過をたどることは困難。
1466	選択肢が大巾に減ってしまいます。
1467	・在宅療養の方向性、緊急時対応が説明できず、方針がないことへの混乱、医療処置への理解、利用者からの意見へ選択に迷いがでている。
1468	在宅医療が可能であるという選択肢がなく、患者が望む場所での最期を迎えることができない可能性がある
1469	患者の尊厳を重視した患者自身が行う選択の幅が狭まる
1470	在宅での安心感が得られず、不安にさせる
1471	入院、入所への不安。金銭面での増大
1472	在宅医療に移行できる疾患が限られており、説明できない現状があるが、きちんと説明されることで、患者にも選択肢があるというのは、よいと思う。ただし、患者、家族が緩和の時期であることを納得できているかで、説明は悪影響になることもある。
1473	胃ろう、人工呼吸器等の注意すべき点がわからないままに危険な状態に陥る可能性
1475	在宅での状況がイメージできず、不安に思う。 在宅での状況がイメージできず、今後の生活設計を考えられない
1476	患者の選択肢がせばまる。
1477	社会的入院が増えるし、たらいまわしとなる。
1478	人生の豊かな選択をする機会を失うことになるでしょう
1479	不安が大きくなる。病院に入院したいと思う。
1480	患者の不利益となる。
1481	末期の在宅医療や介護は絶対無理と決めつけてる方が多い
1482	患者が自宅へ帰っても、“こんなはずではなかった”と望んでいた生活ができず、本人も家族も満足できないことがあると思う。
1483	安心して、在宅にて過ごし、生活できない 患者さんはもちろん、家族も同様
1484	病院と同じ医療が受けられると思ったり、医療者まかせになる。
1485	患者が在宅でも療養できることに対する情報の不足から、自分の今後の生活をどうするか、最期を迎える場所は
	家が良いという希望とそれにはどうすればいいかーなど十分に考えることができなくなる。希望があるにもかかわらず、あきらめて入院生活をしている。
1486	その前に本当に在宅医療が今のままでうけいれられるのか？ 医者の疲弊に伴う、自殺と死亡が出現しこれは、患者の demelit や不信につながるでしょう。
1487	当院は急性期病院のためリハビリ等のケアが遅れる
1488	病院から在宅への移行時に患者に正確な情報を与えられないと結果として在宅への移行に対して患者、家族に不安を与え、その結果患者本人が希望していた在宅への移行が出来なくなる事がある
1489	生き方の選択肢を狭めることになる。
1492	在宅看取りを含めた療養は不可能になる。
1493	選択肢の問題となる
1494	社会資源の活用次第で自宅に最後を迎えることができるが、説明ができないとその人の生に対する選択しを狭める可能性がある
1496	正しい選択はしづらいと思う
1497	医療的なケアが必要なケースでは、患者、家族共に不安を抱えている。どういったことが在宅で可能なのかを適切に説明しなければ、不安を解消することができず、家族が在宅でケアをするという選択をすることができず、療養型の病院や施設を生活の場とすることになってしまう。
1498	ＱＯＬの低下
1499	自宅でもできる医療があることが理解できないと、不安にさせてしまい入院だけがすべてだと思われる。
1500	在宅療養が不安であるために、入院と転院を余儀無しとされ、自宅に帰りたい思いで、生きることとなる。 又、在宅医療が充分に機能していないと不安な在宅生活となる。
1503	退院させられた、出された、見捨てられた等というマイナスイメージが強くなる
1504	病院施設で亡くなるケースが多くなる
1505	患者さんは不安、本当に選択したいことを選択できない
1507	選択の機会を減らす
1509	不安・恐怖が先に立ちこんなことなら病院の方が良かったと患者も家族も後悔する。
1510	自分の療養生活のイメージがつかず、不安感がつのると思います。
1511	療養の選択肢が狭まる。
1513	患者は安心して在宅生活を営むことが出来ず、すぐに病院へ行ってしまう。不安感がつのり在宅に放り出されたという思いが強くなってしまうのでは…。
1514	在宅であっても医師、訪問看護、福祉サービスの連携が図れば療養が可能であることを理解することができないまま、在宅で過したいという希望がかなわない患者が多くなるのではないでしょうか。
1515	在宅死を望んでいる人達の理由が不明。（１）経済的理由（２）今の医療システムでは入院継続が困難（３）介護施設での受け入れは困難（１）（２）（３）が影響していると思われる。在宅医療万能のような設問には答えられない
1517	・患者の選択肢が少なくなる ・患者の意欲の低下
1518	精神的不安とストレスによる病状悪化。
1520	社会資源を利用して、在宅療養が可能な状況であっても、患者の不安を払拭できず、在宅療養を一つの選択肢としてすすめることができないと思う。
1521	選択肢が少なくなり心豊かに最期を迎えられない。
1523	・受けることのできるケアやサービスについての格差が生じる ・選択肢が少なくなる
1524	本来は自宅で最期を迎えたいと考えているのに希望が叶わず病院で最期を迎える事になってしまう。
1525	説明しても理解できない一般国民が多くいます。我々在宅医が説明するだけでなく、社会運動として、政府、大学、マスコミが今後の日本（少子高齢社会）について説明しなければならない。
1526	選択しが減る
1528	自宅に帰りたいと思っている患者が、それをあきらめてしまったり、自宅で過す事を不安に思う人がそれを解決できないままになったりしてしまうと思います。
1529	患者により違うので影響は説明できない。
1530	不安が増強するばかりで、「やっぱり病院か…」と思うでしょう。でも病院は『退院』の一点ばりです。
1532	選択肢として在宅での生活がイメージできない
1533	在宅にむけての準備からつまづいてしまう→タイミングが悪くきりかえられないことも多くなる
1534	・医療者に対する不安、不信が生ずる→治療、看護者への疑念・不満 →充分な治療、ケアが行えない→家族・患者・医療者の身体的・精神的負担の増大
1535	家人、本人が希望した時にお互いに困る。
1537	在宅での不安と病院と同じような医療が受けられないなど知識不足による不安
1538	それ程在宅医療にこだわっていない。どこで死ぬからその時々によって変化するものだと思っている。
1539	家庭内で急変した時「何をしてくれるのか」と不安が第一にくる
1540	医学的知識があまりない患者様にとって不安の大きいものだと思います。 医療依存度の高い方ならなおさらで、ご家族の負担もあると思います。
1541	在宅でのメリット、デメリットを説明出来ない
1542	・不安が大きく、退院を拒むケースが多くなる ・不安が大きくなり闘病意欲が失われる
1543	不安がある
1544	結局すぐにＨＰへ戻ってくるだろう
1545	ＱＯＬに制限が生じる。 自由に生きれない。自分の人生を歩めない。
1546	家に帰ることが可能な患者さんも、家に帰ることが不安で入院を希望することになるかもしれない。
1547	在宅医療という選択肢を選べない。あきらめてしまう。
1548	自宅で療養したいと思っていても知識がないと帰えると在宅とは選択肢の中に入らないから
1551	よりよい最期が迎えられない
1554	その人らしく生きるための道筋という点で、選択肢の一つがなくなる

1555	家族にもよるが最期を自宅で送りたいと思っている家族には最後の希望でもあり、少しでもそのＰｔらしい過ごし方ができるように家族にとっても、励みになると思う。
1556	？
1557	患者自身の選択ができない
1558	患者、家族の精神的、肉体的、経済的負担、疲労
1560	在宅という選択肢そのものが考えられないと思います。
1562	知識がない者からすると（患者家族）事ある事に病院への救急搬送となり、患者・家族・病院スタッフの体力減少につながる。
1565	入院しておくしかない。たたみの上で過ごしたいという希望がかなえられない
1566	在宅での看取りまでに本人・家族の不安が大きくなる
1567	過少過多の医療的処ちに対する不満不信不安等
1568	ベストの選択ができにくいと考えます。
1569	自分の最期をどこでどう迎えるか考えることができない。又、在宅を希望にも方法が分からないので不安が強く、結果として病院・施設など助けてくれそうな所を選択する。
1570	不安が大きく、病院からは追い出され、放ったらかされている感じを受けてい人たちは多い。医療不信につながっている様に感じる
1573	急変時の対応について十分説明が必要。そうしないと在宅医療維続できない。緊急往診、後方支援病院（入院）等
1574	在宅での療養することに対し不安をかかえることになる
1575	患者が望む最期をむかえることがてきない。(患者が選択できなくなってしまう)
1579	初から在宅医療をあきらめてしまう
1582	患者さんや家族が在宅を希望する場合不安になると思う。
1583	選択の幅が減る。
1584	本来入院の必要な患者が入院できなくなる
1585	在宅を選ぶにしても社公資源に対することに情報不足
1587	不利な選択しか選べず、それを知った後の後悔も大きい
1588	積極的な医療を家族が望む為、患者の意志が尊重されない。
1591	必要以上に入院が多くなる
1592	安心して在宅医療を選択できない 活用できる社会資源についての情報が得られない
1593	質の高い生活が送られない。福祉サービスやコスト面について患者様の負担が軽減されない恐れがある
1594	自分の望む医療を受ける権利が侵されるかもしれない。
1596	医療難民（治療を十分受ける事ができない患者が増える）
1598	選択枝を与えられないままで、治療方針や自らの死の場所が決められてしまうのではないか又、家族にも後悔が残ってしまうのではないでしょうか
1599	不安をかかえての在宅療養になる。緊急時や急変時の対応在宅療養費（経済的問題）
1600	自宅で過したいと考えても、制約がある為、あきらめるしかない。
1601	不安が増大し、病状の悪化につながる。 在宅でいれる方も病院への入院を希望することが生じる。
1602	選択の判断ができない。入院で終末の療養を送ることしか考えが及ばない。当り前のことですが。
1604	療養施設など（病院…）への搬入困難・緊急時の混乱
1605	安心して療養できない。急病や状態の変化で在宅で対応できなくなったとき、受け入れ先が（病院など）どうなるかなど難民になってしまうと考えます。
1606	生きがいを見い出しにくくなる。
1607	家族介護者のみの介護となり、正しい情報を得る機会も減りよりよい療養生活ができない。
1608	在宅を希望しても具体的な手段がわからないので、患者様は望む結果を得られないままで経過する
1609	・選択肢の狭小化（権利も含む） ・社会資源利用の付加価値など（介護保険など含む）提供できるケア、サポートシステムの不使用
1610	・在宅に帰りたいと言っても、情報がなければ、情報を提供できない。
1612	自分の最期を迎える場所を選ぶことができない。 選択肢が与えられれば、在宅で生を終えることができるかも知れない。
1615	在宅希望であっても、不安があるため、在宅療養を選択できない。
1616	不安な心理状態になるので後方支援病院との連絡を密にしていることを重々説明し納得してもらっている。
1617	在宅死をあきらめるでしょう そして、病院や施設での死となると延命処置の中止の可否が大きな社会問題となると思います。
1618	在宅療養に対して不安感を与え、移行が難かしくなる 本人の望んでいる生活を選択出来なくなる
1620	施設死は一向に減少しない。
1621	希望にそえないと思う
1624	在宅を希望されている方の希望に沿えない。
1626	・選択の自由が制限される ・中核病院の機能が低下する
1627	生活の場が限定される。
1629	患者、家族が安心して在宅に居られない
1630	情報提供が少ないと本当に患者が望む生活はできない
1631	患者が自分の最期を迎える場所を正しく選べない。
1632	在宅療養への不安
1633	治療や介護に対して総合的にアドバイスができ、在宅での治療や看護が受けられないと生命がきけんである
1634	在宅の不安が徐々に大きくなり結局入院となってしまう。
1635	在宅療養が不安となり、入院の継続あるいは施設入所を希望するようになるのではないか
1636	正しい選択ができない
1638	症状の悪化時不安感が大きくなり入院をえらぶ
1639	選択の自由が奪われる。
1640	・安心して在宅療養できない　少しの説明不足から　患者は ・自己判断しタイムリーにサポートできなくなる
1641	医療を受ける選択枝がせばまる
1642	患者さんにとっての選択枝が制限されることになります
1643	病院しか選択枝がないと誤解される
1644	・病院の事情により転院のくり返しの中で気待ちの萎え、生への意欲の喪失感を感じるケース ・生きるためには甘受し転々とするケースに別れていくでしょう
1645	退院をすすめられない、と同時に退院后のサービス提出を話すことで安心して在宅生活を送ってもらうことができる
1646	不安で帰ろうとは思わない。 まず器機をつけた状態で帰れるとは思っていない。
1647	「なぜ在宅総管に（1 割負担でも）月 4000 円以上かかるか」御理解頂けない場合、24 時間連携の訪看ステーションを利用できず、Dr が直接、在宅の「救急車を必要としない」急変（多くは患者、家族の不安解消で十分対応できている）への対応が事実上不可能になる。
1648	影響について説明する Dr にのみ責任があると考えるのは患者およびその家族を弱い立場である（選択する能力を持たない）とするものだと思うので、説明できるにこしたことはないが、できなくても患者自ら調べる姿勢をもとうとしないことの方が問題である。
1649	患者の治療について、患者自身の選択肢を少なくする結果となる。
1650	患者は、(特に高齢の患は）常に不安をかかえており、在宅で安心して病気をもちながら生活できるか安心することができなくなる。
1651	ちょっとした、身体の変化でも不安に思い医療機関に走ってしまい、入院となってしまう。自分の望み通りにはならず自宅で最期を迎える事は出来ない。
1652	本来受けられるヒトが受けられない
1655	死に場所を求めて右往左往する
1656	適切な判断が下せない。少ない選択肢の中で選ぶ事しかできなくなる。
1657	在宅は無理と思ってしまう。非常に大変なことだと思う。 自分は行き場がないと非感的になる。
1658	選択することができず希望とは違う選択でがまんしながら限られた生命を過ごすことになる。
1659	在宅での生活が無理ではないかという不安から病院から病院あるいは施設入所等の方向性になってしまう
1661	介護する家族への説明ができていないと、症状・病状の悪化、進行を来たし施設入所等が必要となる。
1662	在宅での療養をうけるという選択枝をうばわれる。
1663	患者自身の選択肢がなくなってしまう。 自分の人生の最期の場所について考えることができない。
1664	自宅で最期を迎えることができるという選択肢があることも知らない人が出てきてしまう。
1665	患者は不安になり在宅に戻ることは不可能となる
1667	特に医療機器を使用していると家には帰れないと思っている方も多く、その時点で退院したいという思いをくみとれない。また在宅での医療機器の扱い方に不安が多く心身ともに疲労が増大する
1668	将来の見通しがたたず、不安感が大きくなる。
1669	生活と生命の質の保障が出来ない。
1670	意向に添った、選択すら、情報すら、得られない。
1671	在宅医療を説明し理解出来ても、患者は在宅医療を継続していけるのだろうか？と不安が強いと考える。何故なら一人暮し、或いは家族が在宅での療養を望まない時代となった今、患者は病院或いはその他の施設を頼りにしている。在宅医療の現状はむずかしい。
1672	自分にとって最良の方法を選択できない。納得が得られないまま療養することになる
1673	不安がつのり受けられる支援が受けれない
1674	通院困難な方などはどのようにして受診すれば良いか困惑し、無理して受診させることにより病状の悪化につながると思われる。
1675	在宅にふみきれない
1679	自宅ですごしたいという気持ちの尊重
1680	本来の患者の権利を行使できない
1681	「良くない」タイプの後悔がのこる。
1682	在宅への不安、見捨てられたと感じる
1684	治療を受けることが目標となってしまう。“死は敗北”と考える外科医は、患者の手を離すことができず、在宅医療に向かうタイミングを逃してしまう
1686	不安感
1691	家族に負担がかかる為（在宅で見るとなると仕事をやめなければならないなど）患者は病院を転々としたり、又自宅へ帰っても地域のサービス（訪看、デイ、ショート）など活用せず在宅にて苦労するのではないかと思う
1692	・患者さんの選択肢がせばまる。 ・病院医療しか知らなくて患者、家族が損をすることもある
1693	在宅医療への不安が大きく移行できない場合が多い
1694	社会的資源、サービスを活用することが困難となり在宅療養に踏みきれなくなる。
1696	不安感を与える
1697	患者、家族の選択に影響を与ぼす
1698	最期を病院で迎えるというのがあたり前のようになっている。選択肢の１つとして程示できないと施設希望病院死がよぎなくされる。しかし現状ではむずかしい状態。
1699	最期をよりよく過ごせない
1700	在宅でのメリットばかりでなくデメリットもきちんと伝えて選択してもらわないとトラブルになるし不安が生じる
1702	家に帰りたいと思いながら施設での療養生活を送られている人がほとんどです。 在宅でも生活しながら出来る範囲を説明し自由に過される事を充分説明して希望を叶えられる事が必要だと思います　協力者もいります
1703	そもそも選択肢に上（挙）がらない
1706	緊急時の家族の不安を与え最終的に病院等に入院せざるをえなくなる

1707	在宅で利用できるサービスの種類など選択肢がわからない。そのために安心して入院から在宅療養に移行できない。不安があると転院を選んでしまう。
1709	在宅でのデメリット、メリットが家族へ伝える事ができず、こんなはずではという思いを患者、家族が思ってしまうことになる可能性がある。
1710	在院日数が増えるばかりで、適切な時期に治療をうけなければならない方がうけれない
1711	在宅ですごすデメリットだけでなくメリットも伝わらない 患者の選択の幅を減らしてしまう。
1712	病院から、退院を勧められ自宅で認々介護や認々介護で医療のことは知識なく、孤独死などが今迄以上に増加する
1713	入院できないでいる方、又は在宅での療養を希望している方の不安が改善しない。
1714	必要な医療も受けられず、苦痛に耐えている状況が増えていっている。 また、不安を抱えながら、生活をしている。家族ともに共倒れ状況となっている。
1715	本当に“自宅で死にたい”と望んでも選択肢のなかに入れられない。
1716	満足な最期が迎えられない（選択肢を提供することができない）
1717	在宅で最后をむかえる手段を知らなければサービスも提供できない 国をあげてもっと知らせる手段を考えるべきです
1718	病院でみてもらうしかないと考える
1719	最期の場所を誰しもが病院、ホスピスを希望しているわけではなく、選択肢を奪ってしまうことになる
1721	自宅で状態変化があった時の対応が遅れ、重傷化する可能性がある
1722	病院からおいだされたと思い、今後の治療に影響がでる。
1724	孤独死の増加
1725	入退院をくりかえしたり、社会資源を利用できないために在宅でどんどん悪化したままになっていく。
1726	在宅での医療と病院での医療と質的な違いがないことを一般の人に理解が十分得られていない
1727	自己決定ができない
1728	在宅を選択できない
1729	大病院集中で病院本来の機能が低下する。
1732	患者の思いに反した人生の終末を強いる事になる。
1733	本人の意思が尊重されないまま、病院での意味のない治療（処置）を受け、無念のまま亡くなっていくと思われます
1734	私の地域では 24 時間いつもカバー出来る訪問診療は出来ていません。医療機関の 24 時間連携が出来ていませんので在宅医療の限度をはなしていますが患者さん及び家族が在宅死をえらぶ判断の材料を出すことが出来ません
1735	不安が増すし、自信がなくなる。自宅でも充分対処出来ると説明する
1736	在宅医療を施行してでも家に帰りたいＰｔが帰えないことがある《が、Ｄｒがいくら説明をきちんとしたとしても家族が（もしくは本人）施行できるスパンがないと受けられない。Ｄｒも科によって得意・不得意があると思うが地域連携医でカバーできると思う。》
1737	不安が多い
1738	及ばない
1739	選択肢が狭くなりＱＯＬが保てない様となる
1740	満足する生活ができない。
1741	設問の意味がわかりません。説明ができない状況とは何？ １）医師に在宅医療の知識・経験がない？　２）医師、コメディカルがロペタ？ ３）医療者に言語障害がある？　４）患者・家族が聞く耳を持たない？ ５）患者・家族が認知症、人格障害がある？　設問は具体的にお願いします
1743	患者の療養に支障をきたす
1745	在宅を希望する際スムーズに移行できない。受けられるケアがわからず不安。気持ちがおちこむ。
1747	知らないまま、入院生活が続くのみ
1748	患者が知らないまま、サービスが受けられない。
1749	生の終りを患者自身が選択できない。
1751	在宅療養か施設療養か、正しく（本人、家族の希望の受け入れ）選択できない
1752	患者が望む死（最期）を迎えられない、かなえられない結果となってしまう。
1753	本人の人生設計ができず、病気の不安や家族への遠慮等から入退院を繰り返したり、施設入所となってしまう。家族も方法がわからず不安の為抵抗が強く、受け入れに時間がかかったり拒否という形をとってしまう。
1755	「悪くなったら入院」と思いこんでいるのでおちついて在宅療養ができない
1756	良くもなく悪くもなく
1757	在宅に移行する自信がなく、希望がかなえられない
1758	在宅へ帰ることができず、皆施設や病院をすすめられてしまう。
1759	居宅の希望があっても諦めざるを得なかったり、理想ばかりでは実際居宅へなった際に現実とのギャップで結局居宅が不可になることがあると考える。
1760	経済的支援、社会的資源が活用されない
1764	在宅での生活に対し不安がでてくる。
1765	不公平な医療を受けることにもなりうる
1766	患者が居宅を望んでも退院できず病院での死亡が多くなる
1767	最期を在宅ですごすことが不可能と思うのでは？
1769	安全安楽に過ごせない、不安な思いで生活しなければならない
1770	患者の選択肢が限られる。 最期を居宅で迎えることはできないと考える
1772	病院を点々と移動しないとならなくなる
1773	情報が分からず選択肢の幅が狭い
1777	最期をどこで過ごすかの選択岐が少なくなると思う
1778	不安が強く、病院でみてもらおうと思ってしまう。
1780	本人にとって自宅が治療の場所である事は安心感、精神的安定が図れると思います
1781	とにかく情報が少ない　自分は病院だけで在宅のことは知らないといってしまえば、患者は、選択指がわからずじまい。

1783	在宅医療への不安だけが増え、病院依存型になる
1784	ほとんどの人が、在宅で最后を迎えたいと考えている時、彼らはそのメリット、デメリットを知る必要がある。取り巻く環境を充分に知らないままではその人の生活のＱＯＬは高められない。
1786	入院の長期化
1788	家ですごすことができる権利をうしなうおそれ
1789	入院費の心配。しかし、在宅で支える家族の負担もある。
1791	居宅で過ごす希望があり、それが可能な方であっても移行できない。よって医療費もかさむ。
1792	不要な不安を与えることになる 選択肢の幅が狭くなる
1794	入院が当然最良と考えられる。
1795	在宅療養の支援体制がない状況だと介護に限界があったり病状悪化しやすくすぐ再入院になります
1796	外来、入院の頻度が高くなる。患者負担が大きくなる 患者が自宅で最期を迎える希望がなくなり、満足の行く治療 or ケアができない
1797	在宅死を選択することが出来ないと思います。
1802	療養がすべて病院となってしまい、医療費の高点数化となってしまう。
1803	重症化した時に入院できない。
1804	影響なし、知らなければ、それが当然と考えるでしょう。
1805	結局、在宅での療養という選択枝をえらびがたくなってくる。
1806	離島の為、説明できたとしても、居宅での最期はＤＮＡＲでない限り無理です。島では。
1811	不安をあおる
1812	理想と現実のギャップに苦しむと思う。患者自身はもちろん家人と同居の場合、家人にかなりの心身共に負担が大きいことを充分に説明しておかないと、急変時パニックになり救急搬送を依頼し望んでいない最期を迎えてしまう可能性が大きい。
1813	現在は病院の方でも説明があり患者家族の方が知っていることが多いです。
1814	在宅で症状の変化に対応できない不安があると思う。又、介護力がない。
1815	患者様の精神的、肉体的な自立がはかれず生活の質をおとしてしまう
1816	患者様の生きる気力が低下する
1818	終末期に対しての本人・家族の意志があいまいなままになる
1820	在宅での急変→救急依頼の増加
1822	この質問は、在宅医療が「良い」ことを前提とした質問でしょうか。 「患者が在宅を希望している」←これは、患者が在宅医療を理解していなければ、意味がないデータと思います。
1823	判らない。
1824	社会的入院が増える→家族間の関係がき薄になる。 説明不足で在宅医療へと移ると、こんなはずでは？！と患者、家族の身心面の負担となる。
1826	入院入所しかないと思う
1827	入院患者の増加→病院の満床→勤務医疲弊・入院待時間の延長及び受診不能状態→総医療費の増加→保険診療の崩解→皆保険の崩解→大多数の国民がまともな医療を受けられない時代の突入（現在なりつつありますが）
1828	最後を迎える場所として、自宅が選択出来なくなる。選択肢が病院だけに限られてしまい、その人らしく生きる為の選択が出来ず思い通りにならない。生き方を（望まない方法や場所）自身の意思通りにならない。
1829	選択の機会が少なくなります。入院も長期になります。病院でしか医療提供してもらえないと思うでしょう。
1830	不安で生活が出来なくなる
1831	患者自身が方針を決められない。在宅医療は、本人が望む所だが、家族は核家族化していて受け入れ不可能な家族が多い。都会では。
1833	よく分らない
1834	選択肢が示せず、本人らしい最后を考えられない。
1836	不安を与える
1837	在宅療養に踏み切れず病院にとどまる
1838	患者の生を完全には支えられない（いびつな療養を強いてしまう） 様々な場の提示を行ない生を全うして頂くことが必要と思います
1839	質問の主旨がよくわかりません
1841	不安になる。
1842	在宅医療でできること、できないことの説明をきっちりしないと患者さんの不安がつのったり過度の期待をしたり在宅療養の選択ができなかったりする
1843	治療の選択肢がなくなる。その人の人生の最後の局面を、決めてしまうので医師としては資格が問われる
1844	病気になったら病院へ行く。入院すると安易に考えてしまう
1845	最善の選択肢ができない
1846	病院がパンクしてしまう
1847	退院することに不安を覚えるため在宅がすすまない
1848	入院および施設加療が継続される
1849	在宅に帰りたくても、結局病院や施設にいることになる
1851	病院での主治医、看護での対応と在宅でのケアとの違いを勘ちがいしてメリット、デメリットによる問題（看取り）の際は特に…が起こる
1853	病院へ依存したり、不安をかかえたままの在宅生活となる
1854	病院や施設に患者がずっと居る事になり病院、施設はパンクすると思われます。
1855	在宅のメリットが理解してもらえない
1856	必要なサポートがうけられることを知らず、最初からムリだとあきらめてしまう。
1857	不本意な病院死を選ばざるを得ない患者がふえる。 廃用性に生命を縮める患者がふえる。
1858	長期入院が増える
1859	最期はかならず病院へ入院しなければいけないと思っている。
1860	もちろん選択肢がなくなる（２者択一ができない）
1861	自宅ではなく施設に入り、悪くなるとまた病院にもどる

1862	選択肢が提示されないことになる
1866	在宅療養ができるのに、移行できない
1867	・継続した医療管理ができない ・医療依存の高い人は入院でしか生活できなくなる ・入院Bed不足
1870	選択肢が減り、本当に望む通りにいかない場合がおきる。
1873	生きる上でまず最初の条件「どこで」が選択できない
1875	不安、費用の増加
1876	患者が「生の終わりを迎える理想の場所」の選択を決定出来ない
1877	入院せざるを得ないとか、家庭で介護することに不安が生じる。
1881	居宅療養に不安を感ずる
1882	患者にとって選択できない
1883	このような状態では、在宅生活することは無理と病院での生活を希望することとなってしまう。
1884	本来与えられた患者さんや、その御家族やお世話をなさる方の広い選択肢の権利が損なわれる可能性があるでしょう。
1886	家族の努力があるか、ないかと思う
1887	おそらく在宅医療を受けることをあきらめるか、最初から考えない。
1888	希望に沿った、最後の迎え方ができない。医療費が高くつく
1889	良きオプションのしつが提案されず、在宅移行可能な患者が家に帰れなくなる
1891	病院から抜け出せない患者が増える
1892	本人、家族が不安、在宅医療を受けることになる
1893	何の知識もないままであると、入退院をくり返したり、病状が悪化したりする。
1894	最期を在宅でむかえたいというニーズに充分対応できない
1895	在宅医療は患者側の選択肢の一つであるが、それがベストで、かつ全てではない！！
1896	自分らしい生を全うできない。選択肢がなく、自己決定がなされない。医師によっては、在宅診療を理解されてない医師との差が大きいと思います。
1897	病院まかせの生活となる
1899	【できない】→ことはない
1900	不安しか残らないため家に帰りたいが帰れない…となってしまう。又、家族も同様になります。
1901	いつまでも、病院にいるしかない。自分の世界に戻れないという精神的負担。家族には、経済的負担がある。
1903	自分で思うような居場所がつくれない。最期の場を迎える場が選択できない。
1905	在宅療養するのが不安になる。
1906	合併症の早期発見、治療が遅れてしまう
1907	在宅での生活に大きな不安を抱く
1908	在宅でどこまで出来るか、在宅医療の不安、必要性がわからない前に、在宅医療をもっと簡単に受け入れられるような器づくりが必要である。
1910	選択の幅が狭まる
1912	・入院治療がふえ、病院を転々とし、結局病院によって生かされる
1913	不安があり、何か少しでのトラブルがあった場合はすぐ病院となり家族が安心して在宅では過ごせない！に繋がってしまう。
1914	不安感
1915	在宅療養をマネジメントできないまま退院となると、療養の質が保てず、再入院につながりやすい
1916	病院さがしに追われ、患者に目を向けなくなってしまう
1917	在宅への移行ができない－自宅へ帰りたい思いが尊重できない
1921	社会資源の利用が出来ない。在宅への移行がしにくい
1923	在宅で受けられる医療を理解できず、在宅を断念するしかない。
1924	理想と現実のギャップに当惑する（特に在宅医療の限界（検査、処チなど）を導入時に知らせておくことは重要。
1926	十分な情報が伝わらず適切な選択が難かしい。
1927	最期を迎えるにあたって、選択肢が与えられないことで後悔が残る。（家族にも）
1928	希望する場所で最期が迎えられない。 充分な医療が受けられない
1929	在宅の説明が出きても、地域の医師に協力が得られないＤｒが多い為、在宅を選べない事が多い
1930	たとえ在宅を患者、家族が望んでいても実行できない可能性があると思う。
1931	患者のＱＯＬが阻害される、選択、意思決定ができない。
1933	望む場所で生活できない
1935	在宅医療についての具体的な想像がつかず、 在宅への流れがスムーズに運ばない。
1936	在宅医療の説明は当り前のことなので設問のことは考えたことがない
1937	不安を与え「在宅」での介護が減少してしまう
1938	在宅への不安
1939	在宅で迎えたい終焉を本人の意志を無視してなされる
1940	安心して在宅での生活ができない
1942	退院しなくなる人がふえる
1943	不安で在宅療養が続けられない。入院を希望する。
1945	病気の事・生活の事すべてに不安となり、穏やかな暮しが出来なくなると思われます。 在宅で出来ること、出来ない事をしっかりお話しし、理解の上で暮すことが必要です。
1946	選択の幅がせばまる
1948	本来、在宅医療を受けられる人でも病院や施設に入ってしまう。
1949	医療側と患者側の理解ギャップが拡がる
1950	本来、患者が望む療養場所が提供できないということでＱＯＬを低下させる。
1951	患者が自分らしくどのように病気と共に生きていくか そして自分らしくどのように最期を迎えるかができないと思う
1953	在宅医療イコール病院から見離されたと考える患者が増える。その結果、在宅医療に対する誤解が患者とその家族に残る。また、介ゴの問題から、家族が入院を強く望むケースも増え、患者、家族間のミゾができる。
1954	大きな不満を生じる可能性がある。
1955	病院での治療を見離されたとの思いが残り、家に帰りたくない患者が増加すると思います
1956	Ｐｔから見れば病院より“追い出された”感が強く、不信を招く
1957	在宅医療が可能な人で在宅希望の人が在宅できない
1958	医療サイドの説明にも問題はあるが、在宅は患者と医療福祉だけでなく家族が連携のチームに理解し参加してくれる体制が必要
1960	主治医により在宅医療に関心がある・ないの差があり適切なサービスが受けられない。
1961	病院で死を迎える事となる。
1962	不安が生じ在宅医療を選択しなくなると思う
1963	本人、家族が、望んでも、結局、病院での生活を余ぎなくされている。
1964	患者が生きる場所を自分の判断で選ぶ事ができない。
1965	療養環境の選択のはばがせばまる。不安もつのる。
1967	社会資源を活用できず、患者様、御家族様の負担が多く在宅医療が困難になる可能性がある
1968	病院での生活が強いられる。家族とのコミニュケーションがとれない又はとる時間が少なくなる。入院費等の心配が多くなる。
1969	緊急時に救急車を呼び、救急処置が施されたり、最期を自宅で迎えたいと思っていても、入院してしまったりする可能性がある。
1970	スムースな在宅への移行が出来にくくなる。
1971	生きる能力のさまたげになる。
1972	自分は最期まで本当に家でみてもらえるのだろうかと不安になるのではないかと思う。
1973	在宅医療を支えるには、様々な資源が必要であるが、説明ができないと混乱する。
1974	本人の希望する医療が受けられない。
1975	家族患者の最期の場を自宅という選択がしにくくなる
1976	最期を向かえるための時間を有意義に過ごせないまま亡なってしまうかもしれない。
1977	不安と迷いを与え結局病院死を選択せざるえなくなる。
1979	生き方の説明が不充分となる
1980	在宅にもどれる人が入院したままとなる
1982	納得した療養生活ができない。介護者、家族が後悔を残す
1983	医療・介護難民が増加する
1984	・自分の望む医療を選択する知識が不足し我慢した、不安定な状態になると思う。
1985	患者とその家族が思い描く“在宅医療”と実際の在宅医療が異なる場合があります。事前にきちんと説明しておかないと思わぬ展開になることがあります。
1986	在宅医療に切り替える決心が付きにくく、タイミングを逃してしまう。 ＭＳＷに相談する際にも、申し送りや、必要なケアの伝達など無く、丸なげ状態。
1987	不安になり、やはり入院を希望し、望まない治療や最期をむかえるケースもありうる。
1988	患者様のＱＯＬの低下。本人が望んでいる生の終わりを迎える場所が在宅であった場合、その望みをかなえてあげられるのに情報不足の為にできないといったことになってしまう。
1991	家に帰るためには、治療は中断しなければならないとあきらめてしまう。 又は、治療を続けるためには入院していなければならないなど制限が生じる。
1992	不安を与えてしまう。 何事も主治医まかせ医療側まかせになってしまうので患者さんへの在宅医療のメリットがでにくい
1993	患者自身の死生観に基づいた終末期の選択ができなくなる
1994	安心して自宅で最後をむかえられない
1995	今のところ問題になっていない
1996	本人や家族の意思に沿れない治療が行われるのではないか。
1998	病院でしっかり説明を受けていないと、在宅で一から説明しなくてはならない。治療、療養ケアの進行が滞る。
1999	在宅医療に不安を持つ
2001	在宅への受け入れ困難や不安
2002	本人らしさがなくなる。
2003	在宅という選択肢が軽視され、医療側から提示されないこともありうる。
2004	選択肢が狭くなり、個々の患者にとって提供できなくなる医療が生じる
2005	病院ＰＴが増え、医療費の圧迫がさらに生じる。
2007	選択肢がなくなる。
2008	在宅でも充分療養できるのに、施設、病院の無知の為入院等にしばりつけてしまう
2009	最善の選択が出来ない。
2010	在宅医療を支える主治医が万能と考える傾向を感じる。 主治医はできることと、できないことを十分に説明する必要がある。 在宅医療を選択するのは患者と家族。それを支えるのが主治医だが。
2012	一生病院や施設で過ごすことになり、在宅を望む患者がさみしい思いをすると思います。
2013	異常な病院増加や思考、なんでもかんでも病院
2014	患者様に治すという思いがあれば入院をして治すという方法も有なので、その点で理解してもらわないとなかなか在宅医療では難しいこともあるので。
2015	患者様に治すという思いがあれば入院をして治すという方法もあるのでその点で理解してもらわないとなかなか在宅医療では難しいこともあるので。
2016	患者様に治すという思いがあれば入院をして治すという方法もあるのでその点で理解してもらわないとなかなか在宅医療では難しいこともあるので。
2017	患者様に治すという思いが有れば入院をして治すという方法もあるのでその点で理解してもらわないとなかなか在宅医療では難しいこともあるので。
2018	その人らしく最期を迎えることに恐怖心が先行してしまうことが考えられる。
2019	どこでどう過ごすのか選択肢が限られる、入院中から退院に向けての環境整備が必要であるが、整備が十分でない

	と在宅療養したくてもできないことも生じる可能性がある。
2020	必要のない入院
2021	介護をすることの困難さばかり強調され、安易な病院、施設指向が強まると考えられる。患者の意志は無視され押し込め型の療養が横行すると思われる。
2022	病院で最後を向えることは、現在のところ多いですが、これからは居宅にシフトすると考えます。そうすれば、最終的には死に直面して家庭、家族内での対応のし方をある程度常識化することを、色々な機会を利用して伝授するべきと存じます。
2024	患者及び家人の不安（見捨てられたのではないか、もうだめなのか、悪くなったらどうすればよい等）
2025	患者さんには、不利益
2027	充分な選択肢がえられない
2028	・患者の望むことが制限されてしまう ・最期を迎える場所としての選択が次の（転院）病院ということにもなり、入院生活が長くなる。
2029	在宅での生活を希望している患者、家族が不安に感じる
2030	メリット・デメリットがわからないまま、病院で最期を迎えることになる。
2031	イメージが先行して施設と同等のサービスがうけられると思う人が多い
2032	退院后の在宅生活について大きな不安を与える
2033	マンパワーがなく在宅介護できない状況でも退院させられたり、家族のストレスが増大する
2034	在宅ナンミン
2036	どこで患者が死んでいいかわからないことがおきてくる
2038	最後の場所（在宅が…）の選択がかなりなくなる。
2039	安心できず、在宅療養の継続が困難となる
2040	選択の余地がない 自分の療養する場所を選べない 医師の言うままとなる
2045	望む場所で一生を終える人が少なくなると思う
2046	入院したくても入院できない患者が増える。 有効な病床利用ができない
2047	在宅での療養や在宅死の選択ができず、我慢や苦痛に耐えながらの生活を余儀なくされると思う。
2048	病院で死ぬということがいつまでも当然と思われたり、たとえ在宅死を希望していても主治医が理解できなければ広めることはむずかしいでしょう
2049	患者は在宅医療のメリットを 医師、介護関係者は仕事がなくなる。
2050	知識として在宅医療がわかっておられるようですが、実際には説明できておらず選択肢の中にないから患者も家に帰ることをあきらめている
2053	？
2054	入院患者で病院機能がマヒしてしまう
2055	患者自身による死の向かえかたの選択ができなくなる
2056	イメージできず、不安が大きく、在宅療養の選択が低くなると思います。
2057	患者から在宅という選択肢を選ぶ権利を損なうことになる。
2058	本人は自宅での最期を望まれていても、はじめから無理だと思いこみ、あきらめて、本意でない病院や施設での最期を迎えることとなると思います。
2059	患者や緩和ケアとしての機能が充実していないがんセンターなどの病院で十分なケアを受けることなく人生を終える場所にしてしまい、患者の本意が反映されない現状で家族の絆を強める場をなくしてしまう
2060	患者にとってベストの選択ができないことになります。
2061	不安が増大するだけで、在宅はムリとはじめから家族の受け入れが困難な状況になる。
2062	正しい選択はできない。むだに入院施設のある病院に転院していくようになるため、自分らしさにかける生活を強られる
2063	在宅では不安が大きくなるため入院したがるようになる
2064	病院での死が増加する
2067	仕方なく入院するか、又は自宅で放置されたまま孤独死となるでしょう
2068	ケースバイケースと考える
2069	急変時に不安が起こる
2071	望まない生活をしいられる事もおきると思います。
2072	不安、孤立、自殺
2074	設問の意味が不明。
2075	最期の迎えるにあたっての満足度に差がでる
2076	不安
2077	患者及び家族の末期での選択肢がなくなる。
2078	負担額の上昇と精神的ストレス
2079	患者が最期を迎える場所を選択することが出来ない （家でという選択ができない。）
2081	在宅医療のことがよくわからないため入院を選んでしまう。
2082	影響はないと思う
2085	延々と病院診療が継続され必要な方達への急性期医療にも影響を及ぼしてくる
2086	患者は不安になる。特に入院のみをすすめると経済的にも問題になる
2087	家族に負担、不安を生じさせ、患者の意志とは違った形で最後を迎えることになる
2089	・経済的負担の増加 ・（人）生への諦め、絶望、気力低下などの精神的苦痛
2090	患者の受け入れ先が容易に見つからず在宅を選択するしかないという場合が多いので説明が出来ないというより在宅をどう納得してもらうかの方が多い様に思います
2093	選択肢が減る
2095	病院や施設療養への変更希望。又、あきらめた在宅療養となる
2096	入院を余儀なくされる
2097	かかりつけが必要であり、困惑すること必死
2099	選択の自由が障害される
2100	？
2101	不安の緩和が難しい。患者にとって希望としている在宅療養が難しくなってくる
2103	病院生活、そして病院を再三変えなければいけない
2104	不安と医療設備の不充分さ 家族への負担を重く考えてしまう。
2105	精神面や生活、療養においての不安が大きくなる。在宅療養の継続が困難となる
2106	在宅で最期を迎えることができないと思う方が多い
2108	在宅となっても、介護がむつかしく、再入院を希望されたり、介護されずに放置状態となることもある
2110	在宅医療をあきらめる
2111	ご家族と残された時間を過ごせなくなり、今まで過ごした場所での最後を迎えられないのは残念です。
2113	選択する枝とならない。
2115	病院のたらい回し。
2116	選択枝が減る
2117	患者の家庭の事情も知るべきだ
2118	患者以外の周囲の人の手が必要と成る。
2119	分らない。
2120	患者自身とその家族に大きな不安を与える。
2121	過度の不安を患者に与える
2122	在宅で支えるスタッフの意見に耳をかたむけず、異常の早期発見が遅くれたり入院を繰り返す事がある
2123	入院の継続が必要で患者の希望が叶えられない。
2125	介護サービスを満足に利用できず、家族の介護負担が限界に達し再入院となりえる。
2126	病院が在院日数の短縮を進める中で医療難民、介護難民が増加する
2128	利用できるサービスが限られてくる
2129	結局、すべて病院に依存することになる。
2130	メリット、デメリットが具体的に分からないままになってしまう。
2131	症状悪化や急変時（ケースバイケース）救急搬送を要請することになるので、在宅での生活があやうくなる。
2132	患者の希望が反映されない。
2133	患者さんの不安、ストレスが増大し疾患にも悪影響を及ぼす。
2134	選択しづらくなる
2135	社会資源の活用を含めて環境を整えなければ充分な療養が不可能となり、患者の身心の苦痛増強につながるため病院にＵターンすることになる
2136	在宅での生活が安心しておくれず、自分らしい生き方や選択、苦痛の緩和等が出来ない
2138	個人の生活の質が低下する。
2139	選択肢が少なくなる（療養の場の）家ですごしたくてもできない。 はじめから家ですごすことをあきらめてしまう。
2140	希望とは違った最期を迎える
2141	いつまでたっても病気をすれば病院で…という形がぬけきらず
2142	在宅を選ぶＰｔが少なくなる
2143	状態が悪化すれば、再度、入院しないといけないのかという不安がある
2146	患者さんの希望が優先されない恐れがある
2147	Ｐｔの選択肢が、制限される→在宅をとりたくて、体制の組み方しだいで可能なケースでも、在宅が実現できない。
2148	療養の選択肢が一つ無くなる
2150	在宅医療が必らずしも best の選択でない事を充分に知っていなければ在宅医療の説明はできないと思う。患に対する影響はないと思う。患者は個人的に好む選択をすれば良いのであるから
2151	住み慣れた家で過ごす事ができなくなると思われます。患者の選択肢が減る
2152	自分の生活を選択することがむずかしい。 医療者の意のままに流されてしまう可能性が大きい
2153	充分な対応をして下さる施設があれば、入院でも良いと思われます。実際在宅で充分な医療提供ができていない診療施設もあり、充分な対応をどちらの選択肢でもできなければ患者さんにとっては悪影響しかありません。
2154	ＱＯＬの低下
2155	不安ばかりが増し、病院へもどりたいという気持ちがつのるのではないでしょうか
2156	個人のＱＯＬの低下につながる
2157	緊急時どうしたらよいのかわからなく困る
2158	患者（国民）は在宅医療は高負担というイメージがある（とりまく介護関係者も一私は余り協力関係を樹立していないと思う）が入院して始めて（経済的困難を）知り（病院の方針か）退院の機会がなくなる。
2159	箱物で終末期の現状の継続
2160	最後には入院を望む事となる
2163	在宅でのサポートがととのっていないと、病院にいる時のように過ごせず、すぐに再入院となってしまう。
2164	選択肢がへる。ＱＯＬの向上の可能性に制限が生じる
2165	最期を医療機関でむかえることになる
2166	患者様や家族が今後どうすれば良いか不安になり入院をしなければならないと考えるだろう
2167	患者が在宅医療を選択することができなくなる
2168	患者の選択の自由がなくなる
2170	安心して在宅療養生活が出来ない
2172	患者は自宅に帰りたいという希望があっても自宅でのサービスが困難と認識すればその希望は潜在化してしまう
2173	家族の希望と違い、負担がどんどん増えて、患者が在宅を維持できない結果になる。
2175	質問の意味がよくわからない
2177	在宅での療養生活が不安が増強する為、在宅ですごせなくなってしまうことや医療も充分に受けることができない
2179	病院で死ぬことがあたりまえで在宅という選択肢を知らないままに過ごす

2181	最期を自分らしく迎えることが出来ない。 在宅での思い出が作れない
2182	在宅での介護サポート社会資源を知らないままになる
2183	療養の場所等についての選択肢の幅が狭まり、不利益をおよぼす恐れがある
2184	患者さんが不安に思う 信頼関係が崩れてしまう
2185	施設入所が増えていくが入る所がなく、在宅で知らないうちに重症化していく、明るく楽しい老後がすごせない
2186	１.「家に帰りたい」強い希望を持つ患者への不利益 ２．在宅誘導型の病院医師説明による不充分な準備のままの在宅療養のスタート。共倒れの危険、在宅療養への不安の増大
2188	満足な治療とならないかもしれない
2189	在宅の選択はなくなる。
2190	選択の幅をせまくする その人らしい生活、最期が迎えられない
2191	ＱＯＬの低下
2192	最期を全て病院ということになれば、患者にとって望まない延命治療が施こされる機会が増すことになる。
2194	選択の制限
2195	患者の選択肢が減る。何が自分にとってベストなのかを決められない。
2197	最期を居宅で迎えたいとの希望がかなわず、病院で迎えることになる
2198	在宅でも安心して生活できるということが理解できなかったりどの時期に在宅に帰るかということが分からない
2201	在宅での医療に対しての不安、不信が大きくなる。病院での医療をうけたいと思う。
2202	積極的な治療がされないまま、経過し転院の方向。
2203	在宅でのターミナルケアは困難
2206	適切な選択ができない状態を作ってしまう。結果、最良の療養場所を選べない。
2207	精神面での負担が大きくなると思われる
2208	病院死又は施設死しかなくなる
2209	入院の長期化→身体キノウの低下　など。 医療費がかさむ
2210	正しい状況（理解、の上）での意志決定ができない
2211	医療機関での無味乾燥とした生活になると思われる
2212	患者の選択の自由がせばまると思う。
2213	不安感を増幅する
2215	患者が望む医療の選択肢が限定される。
2216	患者はサービスがうまく受けれず在宅はムリになる
2218	余後の過ごし方について、選択肢が減る。情報がなければ選ぶことも希望を訴えることもできない。
2219	家で最後を迎えたいと思っていても施設に入れられる。 説明しても家族に意欲、手間がないと施設思考になる。
2220	選択しても実際どうしたらよいかわからないことがあり支援の部分と家族でしなければならない基準が理解できないのではないでしょうか。
2221	十分な介護が受けられない。
2222	主人公が本人でなく、ＨＰ主導になってしまう
2224	在宅を希望しても、「最期は病院に行くことになる」と本人の不安が大きくなる。家族も本人の意志希望に沿えないという後悔の念など、精神的負担が更に強くなる
2225	無用な不安を抱いたり過度に期待したり精神的に安定しない。
2226	入院が長期化すると思います
2228	患者、家族の意志を尊重したターミナルケアが行われない。
2229	被害感多くて病院を出される気持ちがつのる
2231	入院期間が３ヶ月以上になった場合、しかも転院場所がなければ、安心して退院できず、説明がなければ色々使えるサービス等の相談もできない。患者側にしてみると“追い出された”と思われるのでは…？
2232	在宅への希望はあっても不安だらけで良いタイミングで希望する場所で生活できない
2235	介護する側本人がとまどうと思う
2236	自宅に帰りたくても帰ることができない。
2240	在宅への移向は無理。本人の望む方向へはいかず、受け入れも困難となる。
2242	在宅での異常時の対応、伝えておかないと不安が生じる。 最期、誰に看ってもらうのか、医師の確認はどうすればいいのか等不安生じずると思われる。
2243	退院させたくても、出来ない。介ゴのし方や扱い方がわからない等で病院、施設への依存度が高くなりすぎる
2244	ＱＯＬの低下
2245	十分な説明がされなければ、病気や介護面での不安が強くなります。
2246	選択肢が減る。 ＱＯＬ低下になりかねない。
2248	在宅で最后をむかえたい人に対してうまく事が運ばない
2249	本人の希望が、かなえられず満足な終末期を迎えることができない
2250	・在宅で最期を迎えようと希望しても、患者・家族の希望がかなわない ・ＱＯＬの低下
2251	選択肢がせばまる。
2252	病状の不安と要介護状態の悪化が予想出来る
2253	在宅で療養を望んでおられれ、在宅療養が十分可能にもかかわらず、病院での療養を余儀なくされる。
2254	患者の望む生活の場で過ごすことができない 患者、家族の望むサポートができない 医療費の問題。
2255	できるなら自宅で最後を迎えたいと思っていても、あきらめて病院施設で最後を迎えるしかないと思ってしまう。家族（介護者）の不安が大きい。

2256	在宅を希望している患者が最後の時期を迎えるにあたり選択する権利を失ってしまうのではないか。
2257	患者、家族が生活する場所を考える際、正確な判断、選択ができない可能性がでてくる。
2258	・説明はできている
2259	在宅に必要な手順は看護師、MSW などでコーディネートすればあまり大きな影響はないように思われる。－往診依頼、訪問看護依頼など必要な書類などを書いてもらう。
2260	不安と不満から受け入れを希望しない。(拒否)
2261	患者さんの選択肢が限局される。
2263	何かあった時家族がまよってしまう
2264	終末期を在宅で迎える機会が選択肢とならない
2265	最期の場所として在宅が考えられず選択することができない。
2266	治療が必要でない人達の長期入院→入院していると ADL 低下→疾病併発し治療が必要となる状態の繰り返し
2267	不安な日々は当然で家族が更に体調をくずしてしまうことが多いように思います。 頻回に病院にいくことも多くなり、(移動だけでも大変なことなのに…) 本人の状態も悪化します。
2268	十分な説明がなされないと、最期を迎える場所が決められない。家族も不安。
2270	クレームとしてあがる。不満足な結果再入院となる。
2271	残こりの人生のＱＯＬが保たれない。
2272	精神的な落込みが生じる。 一方家族の負担が増える。
2273	在宅で療養することに対する不安が大きくなり、病院から離れられなくなる
2274	不安が解決されず、入院や施設を選ぶと思います。
2277	不安→家にいられなくなるのか…自分の死に場所をえらべる事が出来なくなる。
2278	現在のシステムを患者にパンフレットを配布してよく説明すべきである
2279	症状の悪化やコントロールが出来ない時に患者がパニックや不安が大きくなる
2280	不利益。
2282	死に至る場合もあります。家族背景、経済力、介護力そのた介護プランや必要なサービスをその人にあわせて退院前から調整しないと悲惨な結果となります。
2283	生きていてはいけないかと思ってしまうのではないでしょうか。 とにかく、不安だと思います。
2284	最期を迎える場所の選択支が減る
2285	生活（あるいは）人生における選択肢の減少。
2286	病院がパンクする為、患者サービスに支障を来たす
2287	本当の意味での自律的な選択ができない。
2288	不安であり、在宅をなかなか選ぶことができない。
2291	選択肢を与えられない
2292	医療不振が起こる
2293	患者の望む療養ができない。患者家族の不安が増大し、入院希望が増加する。
2294	患者さんは在宅での医療的援助の希薄さを嫌い入院希望が増加する
2295	病院への入院待ちになり急性期にすぐに入院できないなど
2301	安心して在宅生活が送れない。不安の増強など混乱をまねく。
2302	不安が増すだけ
2303	患者の希望がかなえられない。
2304	人生の時間を、自ら望む状況で、充実した時間を選択できなくなる。
2305	検査や、不必要な治療がされると思います。
2307	患者は在宅を望んでいるが　家族は必ずしも望んでない　〕→患者に意に反して入院させられる。
2309	本来の患者の望む治療が出来なくなる
2311	・安心して在宅療養ができない。 ・緊急時などの対応がスムーズにいかない。
2312	在宅死はできない。
2313	自信をもって、わかりやすく説明できない。
2316	病院で死をむかえざるおえない
2318	患者の QOL をそこねる。 患者の選択肢が減る
2319	自分で亡くなる場所を選択できない。(選択支がない)
2322	ずっと病院にいなければならないという固定観念がある。
2323	不利益が生まれる。
2325	自宅での生活を希望する患者さんが家で過ごすことができない。
2326	限られた生活が本人が望んでいないものになってしまう。
2327	医療者が限界を決めてしまうと患者が望む医療を受けられない
2328	不安。生活が巻き込まれ、本人、周囲の家族は疲れきってしまう。
2329	本当にその人が望んでいる生活ができなくなり、最良の人生が送れなくなってしまうと思う。
2330	自宅で過ごせることを知らないまま、利用できるサービスがあることもわからず病院で最期を迎えることになる。 選択の幅が狭くなる。
2331	選択肢を提供できない。QOL が低下する要因
2332	選択肢がなくなるため、病院で亡くなるしかない。
2333	患者の選択肢の幅が狭まり、希望しない最期を迎える可能性が生じる。
2336	不利益になる。
2337	在宅医療ができる状態の患者でも、ずっと病院に依存してしまう。
2338	病院で最期を迎える人がほとんどとなる。 在宅希望してもターミナルケアをしてくれる医療施設が少なすぎる。
2342	どの程度 Dr にたよっていいのか、患者家族はどうすれば良いのか決定する事がむずかしくなると思います。Dr を指揮者であると感ちがいをされている方も多く思います。(Dr によっては) 在宅の中心は本人家族なのだという事を十分理解していただきたいと思っています。

2343	やはり、病院の方が施設の方が安心と考え、在宅には帰れない。病院 Ns もどの程度なら可能と言う事を知らず、在宅ではなく、転院をすすめ、帰りたいが帰れない状況を作り出している。
2344	自分の最期の選択肢を知らないまま生きることになる。
2346	在宅でのサポート面（訪問看護等社会資源の活用方法） fa の負担も含め在宅でやれる在宅にいれるのに入院しなければならなくなる
2347	在宅医療を希望している Pt は希望通りの医療が受けられていない状況となる。
2349	最期を迎える場所として病院を選び入院する患者が増加する。
2350	患者指導、家族指導等多岐に渡ると思いますが、病状の安定や緊急時の対応など、不安を解消し、患者本人の意向にそえないものになると思います。
2351	不安、病院をえらぶ。
2352	自宅でも病院と同レベルの治療を続ける為、負担、精神面で「やはり家では無理だ…」と思ってしまう
2353	選択肢が病院、施設の二択になる可能性が大である。
2354	必要以上の不安が生じ解決できるはずの理由で病院に戻ることが大部分である
2355	在宅医療を希望していても、患者さんが在宅医療を選択する機会を失する。
2356	自分自身の生き方逝き方（最期を迎える）場所の選択肢が少なくなります
2357	自分が最期を迎えるまで過ごす場所の選択肢がなくなる
2358	病院を選ぶしかないと思うでしょう
2359	サービスを受けられない。在宅への移行に時間がかかるし、又不安の出現が考えられる
2360	・選択肢の幅が制限される。その為真の意味での自己決定となりえない結果のもと病院などにいる人達がでてくる
2361	緊急時の対応家族の負担大となり在宅が続けられなくなる
2363	在宅医療について患者が誤解をしたり、自宅に帰ることのチャンスを逃がしてしまう
2364	帰れる人も帰れない
2366	在宅への移行タイミングが遅く、退院できない
2368	入院、入所を希望する
2370	家に帰れる人が帰れない
2371	大きな影響あり。実施困難になると思われます。説明をできなければ、何も始まりません。
2373	患者家族に在宅療養が安心してできず不安感を与える(何かあった時の保証や信頼感がないとなかなか退院にふみきれない）本当は在宅可能であっても入院を選んだりして、在宅療養できない可能性がある。
2374	最期の場、治療を選択できないジレンマがある
2376	家で生活したい。色々なサービスが提供できることを知らないで入院不自由な在宅生活に終わってしまう
2377	自分らしき人生を終えない
2378	安心して治療が受けられない。
2380	満足のいく、医療が受けられず、悔いが残る事がある。
2382	在宅療養について具体的にイメージすることが出来ず不安になることが考えられる
2384	患者の人生、医療への満足感が低下する。
2385	選択肢が少なく病院で最后ということになりやすい。
2386	質問の意図(意味)不詳。
2387	・実は在宅が可能あるいは希望があったが、知識・情報が得られず損をさせる。 ・実際に在宅に移ってみたら苦痛が多く（メンタル・症状などいろいろなケースで）喪失感を感じてしまう。
2389	在宅を初めからあきらめてしまう
2391	人生最期の場所を患者が選ぶ際、正しい情報を提供できないことで本来在宅希望であるのに諦めざるを得ないケースも出てくる
2393	選たくする方法が少くなり病院の受け皿がパンクすると思う
2395	経済的な負担が第一。
2396	残された余命の QOL を左右する療養の場の選択ができない
2397	疾患、生活、人生、全てにおいての不安を与えます
2398	最期の時に、混乱し、やっぱり入院させたいとかこれ以上見てられないといった心配状況になるためかなりの覚悟が必要と説明しないと方針がかわってくる。
2399	在宅での生活が可能であるにもかかわらず、入院生活が長びき、入院期間が長くなったり、在宅に向けての準備が遅れて、結局、在宅へつなげれない状況になってしまうおそれがある。
2404	看取りの場所の選択ができない。
2405	どのようなサービスが受けられるのかわからずたえず不安な状態となる
2407	選択権利の浸透
2408	在宅という選択肢がなくなる。
2410	患者が望む療養場所の選択が狭くなる。
2411	病院志向が進んで医療現場が混乱し医療側、患者側いずれにも不利益、不具合が生じる
2412	選択肢がせばまる
2413	？
2416	在宅での看護や医療を知らないと患者は自宅にもどれないと思ってしまったり、在宅へ移行した後も不安をかかえると思います。
2420	いつまでも病院に入院し続ける事になり、希望をかなえる事なく病院で死を迎えることとなる
2422	在宅への移行がスムーズにいかない。 在宅で活用できる社会資源等を上手く使えず、共倒れになりかねない
2424	治療が継続できないと思い、見放された気分で、病院の退院が迫られる。
2425	緊急時にどうしたら良いのかとの不安を与えます。 時間外の対応を後方受け入れ病院、ケアマネージャーと一緒に明確にしておく必要があります。
2426	上記理想の場所を患者らが選択する情報を提供できない。
2427	・精神的不安 ・急変時の対応
2428	在宅を希望しても説明が不充分であれば不安が残り在宅へ向けていけない。 受ける介護サービスがわからないと、患者、家族への負担が増えくる。
2429	在宅医療を、最後を迎える場所として、選択させるような、はっきりした説明はしていません。しかしそれを明確にするべきなのかと考えています。患者への影響は、今よく分りません。
2430	無為に病院や施設内で孤独な終末期を送ることになる。
2431	望む最期が迎えられない。
2432	入院日数が長期間となり、急性患者が、治療できにくくなる。
2433	患者にとって、選択可能な人間の権利を奪う訳であり、結果として、不幸な人生を歩まなくてはならない事態をまねくこともある。
2434	受けれるべき、サービスが受けれない、家族や患者の負担が増える 不安が強く在宅に戻れない
2439	家＝何もできないと考える。
2441	不安を与える。
2442	不安を与える。 家で最期を迎えたいと思っていても、説明してもらえてなかったら、病院で迎えないといけないと思う
2443	在宅で、死ぬ選択がなくなり、病院で死ぬ患者が多くなる。
2444	自分らしく生きぬくことが妨げられる
2445	在宅医療、介護においての不安が強くなる。 在宅医療に前向きになれない
2446	不安になる。在宅での療養を望まない人が増加する。在宅療養を望む方の継続が難しくなる。
2448	在宅医療のメリット・デメリットがわからない
2450	患者さま、ごかぞくの人生に大きなくるいが生じる
2451	慣れ親しんだ生活の中で生きて死くなっていくことができない。 周囲から切り離された中で生きていく可能性が高い。
2452	選択肢が少なくなる
2454	不安、帰れない
2456	過剰な期待か失望が生まれるため。
2457	生き方死に方の選択の機会が一つ奪われる
2459	生の終わりを迎える場所は必然的に医療機関になってしまう。
2461	最期を迎える場所は病院しかないと思い、在宅で最期を迎えるという選択肢はなくなってしまう。
2462	Option としての在宅医療は必須、説明出来ないとは（としたら）酷過ぎる…
2463	説明義務違反。
2464	・病院指向が残る （別件）場所の問題より、誰れに居て欲しいか？の Question が大事。
2465	安心感が持てず精神的負担（心配、不安）から病状に影響を及ぼす。病状の急変精神力の低下。
2466	選択の余地がない。
2470	選択肢の幅がせまくなる
2471	良い医療、看護、介護が受けられない
2472	どうしたら良いか？不安の増強など
2473	選択肢が少なくなる 患者の意思が尊重されない
2474	不安 自身の望む療養生活とかけはなれた生活をしなければならない場合が出てくる。(実際は可能であるとしても)
2475	在宅に帰る機会を失なう
2476	ずっと入院を希望される
2477	選択することができないと思います。
2478	患者や家族が不安な状態となり在宅を望んでいるのにしかたなく病院での死を選んでしまう
2479	医師主導による療養先の決定となり、患者・家族が本当に望む方針を選択することができなくなる。
2481	自身の望む最期をむかえる事が制限される。
2482	患者の不安と精神、肉体的弱さで、家族が安心に介護できないことが多くなるでしょう。
2483	緊急性が少ないのに救急車の出動が多くなる 在宅でできる医療であっても利用者の不安により入院する
2484	本来必要とされている人のための入院内容スペースが確保できず必要な人に必要な時に提供できない
2486	選択肢がなくなる
2487	入院期間も長くなるし、実際に退院し、在宅で過ごすにあたって必要な資源の活用もできなくなる。家族の不安も強いため退院できなくなってしまう
2491	在宅移行がスムーズにできない。 在宅へ移行したとしてもメリットデメリットについての不安、不満が残ると思う。
2492	在宅には、移行できない不安が大きい
2493	・在宅医療が受けれない
2494	自宅で看取りができない。
2495	私達が本根を理解していないのかもしれませんが、在宅に移行することにより家人に迷惑をかけるという思いが多いです。ですので、説明をされなければ安心して入院されていると思います。また、仕事をしている家族にも在宅はむずかしいです。
2496	メリット、デメリットを理解できないままに判断をせまられ「こんなはずでは」ということになりうる。
2497	生へのまた、死への選択の幅が狭くなる。希望が低下、生への意欲の減退
2498	Ｄｒによってもかたよりはあると思う。在宅へ移行するタイミングを逃がしてしまう。
2499	在宅への移行のタイミングをのがし、患者・家族に不安が残る。
2500	安心して、家で療養できない。他の病院、施設をさがしてすがりついてしまう。
2503	不安があり、受け入れにくくなる
2504	急性期医療から軽快後の転帰はほとんどの方が転院しか頭になく家族も、初めから自分達では、できるはずがない、という考え方で終ってしまう。
2506	患者の選択肢がせばまりＱＯＬが低下する。
2507	病院へ入院する例が増える
2508	せっかくの医療システムを使いこなせれていない。又、患者本人の意志が尊重してあげられない

2511	最期をどのような場で向かえたいかという患者の希望が、通らない。 最期でなくても、どのような場でどのように過ごすかという意思決定ができない
2512	在宅医療を決定する時に、不利になって、在宅医療を希望していてもなかなか在宅に戻れない
2513	苦痛・不安を与える。
2514	選択肢が限られてきて、在宅より、施設をすすめることを安全とするようになる。
2517	本来在宅診療が可能な症状であっても、病院、施設での生活が必要となってくることがある
2518	在宅で十分暮らせるかどうか不安になる
2520	患者にとって有益な情報が提供されず、本人にとって正しい選択が困難となる
2521	家にもどれない
2522	家族が治療や処置が十分でないという不安を持つ 急変急逝時の対応がスムーズにいかない
2523	・安心して在宅に戻れない ・又いかなることも在宅で可能と思い不可能な状況が生じた時にトラブルが生じるし患者の状態が悪化する。
2524	在宅で過ごせるのに、知らないがために在宅医療を選択できず入院のままで過ごし在宅に移行できない
2525	在宅でのメリットとデメリットがわからず、在宅で亡くなるか病院で亡くなるか選択することができない。
2526	殆んどの患者は在宅での医療をのぞんでいるので説明の要はない。入院しないと不安を感ずる患者の場合はむしろ入院させた方がよい。
2527	本来在宅を希望されている患者さんの意向に答えることができずトラブルを生じやすい。
2531	在宅へのスムーズな移行につながらない。
2532	自由な選択ができない
2533	療養場所の選択が出来ない。
2534	在宅の選択肢がなくなる
2535	在宅での生活や最後の看取りは無理であると認識し、選択の余地がなくなる
2536	社会資源の有効な活用ができない。 本人、家族の不安が大きくなる。
2537	患者の選択肢がない。
2538	患者が不安になる
2539	選択肢を提供することができない、大多数は病院というひとつの場所しか選べない（それしか選択肢がないと思っている）
2541	在宅医療を選択できなくなる
2542	在宅に帰りたいが帰れなくなる。為帰れるタイミングをのがしてしまう。
2543	実際に退院した時にこんなはずではなかったという思いや、在宅で見ることが困ナンな状況になる場合もある
2544	本来受けられる在宅医療についての十分な情報が得られないことでの不十分な自己決定・ＱＯＬの低下が生じると思われる。
2545	在宅ですごすことができるはずの人までが実現でしていない（あきらめている）こととなってしまう。
2546	在宅を望み、在宅で過ごせる患者が帰れない
2547	不安が大きい又、連携がとりにくい
2548	病院からの退院后の生活が不安定
2549	具体的なイメージがつきにくく、在宅生活の不安を大きくしたり困ることが多い。
2550	誤った選択をする可能性あり
2551	患者の選択の巾をせばめることになる
2552	在宅の選択を提示しないことがあり、選択肢をあたえられない。
2554	最後を迎える場所が患者自身が決定できなくなる。
2555	在宅死をしたくてもできないまま病院で死ぬことが多くなり後悔が残る。
2559	不安。
2563	病院が唯一の療養場所と思ってしまう
2565	療養の場を選択できない。
2566	希望に合った場所で、すごすこと、最期を迎えることができなくなり、介護者は、満足のいく最期とならないこともある。
2569	医療形態への不安から、入院患者が増加する。
2570	不安が病状変化を発生させ、再入院が増える。安定した在宅生活が送れない
2573	在宅医療のチャンスをのがしてしまう
2574	・在宅療養に対しての不安が大きくなる。 ・病院から見はなされたという印象をあたえる。
2576	在宅を希望されていてもいざとなる（急変など）と救急車を呼ぶことが多いようです
2578	患者の選択肢が減る
2580	利用できるケアを受けれない
2581	最後をむかえる為の正しい自己判断が出来ない。
2583	在宅療養への不安が増大し入院希望者が増える
2584	入院が長期化する。主治医の収入も少なくなる。本来医師の仕事役割が、できず医師は働く意欲がなくなる
2587	本人ののぞむ医療を受けれなくなると思います。
2588	病院と同じ事が自宅でも可能だと思う
2589	病院にしがみつく
2590	本当は自宅での最期を迎えたい思いがあってもどのようにしたらよいかわからず結局できずじまいにおわる
2591	状態が悪くなったら、医療処置をしなければならないならと、自動的に入院が必要と感じるし、在宅での生活をあきらめてしまう可能性が高い
2592	在宅医療は不可能と患者、家族が考えるようになる。
2593	医療費がふえる
2595	希望する場で死ぬチャンスが奪われる事になる。 家族の愛、家族とはを再発見できる。しかし、限界と、責任についても発生することを説明しないと逆効果。
2597	病院で最期を迎えることになる
2598	在宅医療が可能である事を知らないまま、病院に入院されている方が多くいると思う。
2599	不安や不満が募る。 在宅医療の継続、維持困難
2600	病気の悪化（自己管理が出来ない状況におちいる）
2601	緊急時の対応などが不十分になり不安が出現し、あわてる。
2602	よりよい人生の終えんをセッティングしてあげられないと思います。 （人権を尊重できないこと）
2603	在宅医療を知らない医療者は責任をもってすすめられないので患者の選択枝が狭くなり、だらだらと入院生活を続けてしまう可能性が高い
2605	少しの病変でも、すぐ救急車を呼び、病院へ行く。 継続した在宅療養が出来ず不安や筋力低下により、寝たきり状態が多くなる
2607	不安が大きい
2610	人生の終りを自分らしく迎えさせてあげることが出来ない
2611	安心感がない
2612	在宅での生活に不安が生じる。精神的な不安は病状の悪化につながる。
2613	在宅で過ごすことが可能であるにも関わらず不自由な入院生活を送ることになる。
2615	不幸
2616	選択肢がへると考える。
2617	在宅医療とＨＰのメリット、デメリットを十分説明できないと“在宅はすばらしい”かのようなステレオ型の声ばかりを本当だと思われてしまう。
2619	病院神話があり、病院にいれば治る、死なないという大げさだが実際に考えている人がいる。
2620	各病棟でもターミナルケアに対し、一生懸命取り組まれていると思いますが、患者本意でないのは、残念なことで不幸な事だと思います。
2621	精神的不安が大きいと思います。
2622	患者様と御家族が在宅で医療を受けることに大きな不安を抱いている為主治医の説明で、最期を在宅で迎える方が増加すると思われる
2623	患者の撰択権が侵害される。
2624	不安ばかりが大きくなり、結局在宅での最期をあきらめてしまう。
2625	より良い在宅介護に困難がしょうじ、看取りの充実にも良い影響を与えないでしょう
2626	入院のみが医療であるとの認識が強くなり在宅死を選ぶ事が困難となる
2628	急性期病院で充分な介護が受けられずに死亡する。
2629	患者にとってインフォームドチョイスができないと、終末期のＱＯＬに大きく影響する。
2631	在宅で最後を迎えたいと思っていても、できない。
2632	患者、家族の多くは在宅では、胃瘻、人工呼吸器、ＩＶＨ等を使用すると、過ごせないと思っている。適切なアドバイスを与えられなければ、選択肢がせばめられてしまうと考えます。
2634	理想の死に場所を選択することができない
2635	希望をかなえることが出来ない、選ぶ権利は患者さんにある
2636	患者のその人らしい生き方の選択肢が狭められてしまう。
2637	選択（理想の場所）ができなくなる。
2638	在宅医療の可能性の見極めがかかりつけ医の大きな役目可能性の全くないケースは別問題、在宅導入についての家族全体の問題意識の昇揚が不可欠であると思う
2639	選択の幅が狭くなってしまう。希望をかなえることができなくなる。
2641	選択肢が少なくなる
2642	患者の希望する療養の場がもてない、選択できない、考えを持てない
2643	急変時の不安のため、病院への入院（療養型を含めた）を希望すると思われる。しかし、受入れ病院がなく、社会不安が起ると思われます。
2644	居宅では生活（療養）できないと思わせてしまいます。
2646	在宅医療を受ける機会の低下
2648	在宅で療法できると知らない人が増えると、最期を迎える場所が病院が増えていく
2649	本人の意志に反し、病院で亡くなる 長期入院が課せられる
2650	在宅死の選択ができなくなる
2651	施設や病院又は老人ホームを頼るしかないと考え、他力（国）本願の考えが根深く残る。
2653	正しい選択ができない。
2654	自律が■れます
2655	体に負担のかかる受診をしなくてはならない事も多くなる
2656	社会生活が限られる。
2657	退院するにあたって在宅での生活のイメージができず、本人、介護者も不安である。 退院後も不安は続く。
2660	在宅医療の限界も知らないとなり、過大な期待を在宅医療にもち、結局はかゝりつけ医他在宅医療スタッフとのあつれきを生じかねない。患者の本音、そしてその要望を上手にうけとめて在宅医療が可能か否かが説明できないと、在宅医療の継続は不可能である。
2661	充分な、医療が受けられない
2663	患者希望の在宅での最期を迎える事ができない
2664	患者に不安を与える。居宅で最期を迎えることを希望しても、在宅医療を支える側が、理解できていなければ、不安をもたせるだけであると思う。
2665	選択基準が明確にならず、自分の意志を表出しにくい。
2666	不安が増強し、病院に入院している方が安心だと言われる
2667	長期療養型の施設を探す負担が増す
2668	在宅療養を希望してもやむなく病院や施設に入所せざるをえない。 又、在宅を希望しても、家族等に迷惑を掛けたくない為に、入所を希望する人も多くいる
2669	不安を持たせ患者・家族が安心して地域で生活できなくなったり、病状悪化の原因にもなる
2670	入院ｐｔで病院があふれる。

2671	患者家族は不安をかかえたまま在宅に帰ることとなる
2673	患者が望む最期のあり方の選択肢がせまくなり、〈良い死に方〉が出来なくなる。
2674	老後の最期や、癌のターミナルを不安がる。
2675	今後選択支の幅がかなり減る
2676	入院期間の増加
2677	家ですごしたいと考えていても、すごすチャンスをのがしてしまう。又、すごせずにおわってしまう
2679	入院死が増加
2680	適切な治療と介護の提供ができなくなる
2682	安心して療養出来ないと思います。
2683	患者さんの選択肢がせばまることが考えられるが現在、介ゴ保険etc患者さん側にも情報が豊富になっているし他の職種が充分カバーできることだと思う
2684	在宅療養のイメージが持てず、不安が強くなる
2685	ＱＯＬ低下
2686	患者さんのＱＯＬが低下する。
2687	患者様の意志を確認できないまま、療養生活を送る事になる。
2688	在宅での生活をおくる中で不安が増下。継続もあやぶまれる
2689	在宅でも死を迎えられることがわからない
2690	選択肢が少なくなり、よりよい在宅生活を送ることができなかったりしてしまう
2691	メリット、デメリットを説明した上で選択すること
2692	在宅医療が選択されず、入院指向が増加
2693	在宅療養ができない 入院を強いられる
2694	不安感
2696	患者、家族が選択する（できる）方向性で、ひとつもれ抜けになる。
2697	自分が最後に過ごしたい場所で死を迎える事ができない 患者自身が自宅療養する事は無理だと思いあきらめている現状もある。 家族と離れ孤独感を味わっている。
2698	・病院でできる医療が在宅ではできないので、何でも出来ると ・かんちがいしがち 何か（命の危機）あった時、あわててしまう、とりみだしてしまう。
2699	本人の意思が通らないことは、悲しいことです。家族としても不安を抱えて病人を診ることは困難だと思いますし、病院への入院を頼らずにはいられないでしょう。
2701	患者に必要な介護や医療を説明できない事になるので、患者が快適に在宅療養できない、家族の負担が大きくなる等の問題が起こる。または在宅で過ごす事が不可能となる。
2702	患者の療養選択の幅が狭くなり、憲法で保障するところの最低限の福利を受けることが出来なくなると考えている。
2704	患者が最期をどこでどのように迎えたいのかを選ぶ権利があるので、その権利を行使できないおそれがある
2706	病院に入院していたいと思う人の増加
2707	最期を迎える場所を選択できない事になる。患者の思い、願いを無視する事にもなる。
2708	在宅への選択肢が、閉ざされる
2710	病院死の増加で終末期医療を要する人々が救急医療を占めてしまう。
2711	選択肢がなくなる
2712	介護者の入院等により、１人での生活が出来ず、入院、施設入所、急な環境の変化により、認知症の発現 根本的に患者様のＱＯＬが低下してしまう。
2713	受けられるべき充分な医療が受けられず不安になる
2714	在宅療養という選択肢をもてないことになる。
2715	スムーズな在宅での介護がうけられない
2717	安心して在宅医療にふみ切ることができない。
2718	どのような状況にあれ、通院となると介ゴ者の負担が大きく、通院できないと、介ゴ者は施設入所を考えてしまう。そうすると患者はすてられたと考え、うつ傾向が強く、治ゆ力に欠けてくる
2719	（質問の意味が良くわからない）在宅でどこまでできるのか家族にどこまでやってもらえるのかやってもらうのか、その説明とあまり、医療を望ないとすれば、どのような経過をたどるかと十分説明すべき。
2721	終末期の患者の選択枝が減る
2722	どこまでのケアが在宅で可能か、出来る事、出来ない事の説明がなされないと、安心して家での生活を送ろうと考える事が出来ない。
2723	本人の希望する状況に選択が影響する
2724	自分の在宅する場所での生活ができなくなり入院や施設入所となると思います
2725	介護、長期療養、難民の増
2726	住み慣れた場所でその人らしく最期を迎える事が誰もが望んでいます。でも在宅医療に対する説明がしっかりされないと不安もあり、なかなか家族にお願いする事もできず、あきらめてしまう事も多いと思います。
2728	最期を迎える場所と、余後のＱＯＬ家族にとってもに影響あり
2729	・その後の選択枝が制限される。
2731	何回も、ちょっとした事でも、すぐ不安になり「度々、申し訳ないけれど」と電話をかけてくるようになります。当然ですよね？患者さんやご家族はどうしたらよいのか分からないんですから。
2734	居宅を最後を迎える理想の場所として考える事が出来ない為悲観的になる。
2736	望まない看護・介護をうける
2738	患者さん自身は在宅医療は家族に迷惑をかけると思っている人が多い。のであきらめた気持で、施設で生活していこうと思っている。“老いてはなりゆきまかせ”の人生とあきらめていると思う。
2739	混乱する。
2741	現在の状態では在宅医療なしではバランスのとれた医療は不可能と考える
2742	不幸になる
2743	本人の希望と全く違う最期を迎える。家で死ぬことが考えられない病院しか選択できない。

2744	本人の望む生活ができない 選択の幅が狭くなる
2745	在宅で最期を迎えることに対して恐怖感を感じる イメージができず、無理だと考えてしまう。
2746	病院で過ごされている患者さんも“最期は自宅で”と思っていても、何も情報がなければ不安だけが残り、思いをかなえることができない。
2747	在宅という選択が出来ない
2748	利用方法が全く分らない。
2749	家にいたい 家に帰れない人たちがふえる
2750	・いきとどいたサービスが提供できない。
2751	病院死が当り前となっている現状では、病院での看取りがさらに増えてくる。
2753	不安感をかかえたまま在宅ですごすことになるのでは、思います。
2754	不安感を常にもっているので、その解消が重要になります。 それは患者だけでなく患者家族も同様です。 金銭的不安をかかえている方も少なくありません。
2755	理解したうえでの選択ができない。
2756	すぐ施設、転院等へ向けがちになっている
2757	自分の最後の生き方に対する心のこりや不満を生じる。
2759	のぞまない終末期医療
2761	入院を前題に考えるようになる。
2764	選択肢が少なくなってしまう。
2767	選択肢がなければ、希望に沿った在宅生活を送ることが出きず、主治医主体になってしまう。
2768	死に関する尊厳、意思反映の機会を奪う。
2769	在宅がはじまってから混乱がおこる
2770	不安感がつのり安心して在宅療養ができない。
2771	在宅への選択肢がなくなる
2773	在宅医療の可能性は大きいが、それを支える医師、訪問看護、介護者の対応が充分でなければ出来ない。よって一人一人の場合について現実的な選択の範囲内で説明しないと誤解を与えてしまう。
2775	在宅での療養生活の受け入れがまずできない
2776	退院調整、在宅への移行がスムーズに行えない。 使えるサービス、費用についての説明も無いと、金銭面でのトラブルも発生してしまいます。
2777	患者さんの人生観、死生観に考える材料（ヒント）を提供できないと思います。
2778	在宅医療への不安から希望しない病院での終末期を迎えることになる。また病院側として入院が必要な患者を受け入れられない。
2779	在宅医療に対する不安のため医療施設、福祉施設にたよらざるを得ないようになる。
2780	在宅医療を受けるチャンスをのがす
2782	患者自ら在宅を希望されれば、選択は可能と思います。影響はあまりないでしょう。
2785	病気の重篤化に対応が、入院しかなくなる。
2786	高額な医療費支払いに苦しむのでは。
2787	自宅で暮し治療が可能なのか不安になり病状や生活が安定しない
2788	不安を与え又、適切なアドバイスできず、在宅医療の良い点など充分に活用できない。
2791	家に帰りたくても帰れない。 家に帰ることになっても不安が増すばかりである。安心して自宅ですごせない。
2792	不安が強くなり、病院、施設への入所を希望される。
2793	不利益をこうむる。メリトデメリトを熟知し公正な説明が必要
2794	説明が出来ない＝選択枝の１つを呈示できない ※影響が出ることはない、患者さんに選ぶ手段を与えないのだから…
2797	不安なため、入院を希望してしまうことが多い。
2798	末期を語るのであればご本人の意思の尊重は然るべき、医療関係者以上の看取りをされるご家族の熱意と決意が必要です。それを促します。
2799	制度に対する過度の期待やあきらめにより無用のストレスを感じさせてしまう。
2800	患者家族ともにおろおろし、心配し双方ともがダウンしてしまいます。結果入院となります
2801	・治療に対しての不安の出現。患者様の選択枝が狭くなる ・サービスの情報が不足となる経済面での影響もある
2804	患者の希望する医療を受けるチャンスを失ってしまう。
2805	家に帰りたい思いができず、病院で最期を迎える
2806	在宅療養に移行し医療依存度が高いと介護者の不安も大きく、問題が生じた時に対処できず、すぐ入院を選択してしまう。
2807	自分がどのような最期をむかえたいか考える時の選択肢として幅広く考えることができない
2809	患者の選択肢を少なくし、生活の質を低める原因にもなる
2810	患者のみならず家族が不安となる
2811	急に病院から退院と言われた時に困乱が起きる。病状によっては、準備が間に合わない。本人・家族が不安と絶望に陥る。
2813	精神的不安定
2814	患者の選択肢が減る
2815	身体的、経済的にも自分の納得のいく療養生活が送ることが出来ない。
2816	病院とちがい大がかりな治療や検査が出来ないこと、予後について説明していない場合、それらが出来ないことについて不満や不安を訴えることが多い様に思います。
2817	本意でない入院加療を強いることになる
2818	在宅生活を送りたくとも転院施設等の選択。選択肢がなくなってしまう。
2820	在宅での療養のよさが味わえない

2821	最期を迎える場所の選択を、患者・家族が適切な時期（病状を勘案して）で選択していくことが困難になると思われる。
2822	不安で精神的に落ち着かない。
2824	在宅は理想だが１人ぐらしの老人が増加してきている現在在宅での看取りが困難なことがあり、理想と現実がちがうことあり
2826	解らないです。
2827	患者と家族の life style の選択肢がせまくなる
2828	医療費が高くなる場合がある（■■■■等） 患者のＱＯＬの低下
2830	住み慣れた家で自分らしく生きる選択がなくなる 社会資源を利用する事ができない
2831	（在宅での生活や医療管理に対して）むやみに不安を与えたり、在宅でのケアはできないものと思うようなＩＣに誘導された形で在宅をあきらめたり、自信を失うことになります。
2832	不安がある バックベッドを自分でかかえ込む
2835	医師が在宅医療に対する知識がないと患者が在宅に帰る事が不安となり、入院しか考えられず、在宅療養はできなくなる。
2837	緊急時の対応に大きな不安を持つ。 経済的な不安を持つ
2838	不安感の増退院することが困難
2839	在宅での生活という選択肢をあたえないということになり入院が長くなったり施設の受け入れを待つようになったりする
2840	最近家族の介護、看護の意欲が目立って低下している。患者本人も欲求しない形となっている。病院←→在宅の二者択一では済なない
2841	在宅での不安の先行と入院・入所機関の飽和状態と共に行き場がなくなると思われます。
2842	十分な治療を受けられないのではないかと心配する
2844	住み慣れた家に帰ることなく、転院または施設入所になっていると思います。
2845	医療に対する不安感と早期診断と治療に対する遅延に悪影響を及ぼす
2846	在宅医療を受けられる人が受けられない状況となり何となく入院してそのうち亡くなるということになるのでしょうネ
2847	在宅医療の選択肢がない中の不十分な医療場所の選択となり、結果的に適切な医療開始の遅れ、救急外来を通じての不適切な緊急入院の増加、若しくは医療・看護・福祉の関与しない死亡患者の増加となりうる。
2848	意志に反した場所で最後を迎える事になる
2849	在宅療養の選択を充分吟味考慮出来ない。
2851	イメージがつかず、不安ばかりがつのり消極的になってしまう
2852	ＱＯＬの低下
2853	選択肢が少なくなる
2854	在宅医療を望む患者さんが入院を余儀なくされる時後悔することになるのでは？
2856	患者の望む場所で最期を迎えられない
2857	家で死にたくても死ねない
2858	家で生活できることを患者も家族もイメージできず、在宅での生活を選択肢に考えられない。
2859	安心して在宅医療が受けられない
2860	在宅になりません
2861	病院への依存、在宅への不安、病気に対する悲感が生まれる
2862	ＱＯＬ低下を招く。在宅ですごすことの不安を強く持つために、本来は在宅ですごしたいのに、長期入院で一生をすごしてしまう。
2863	入院日数だけが延びまた現状で退院を迫られても行き先の follow、支援ができないとどうにもならず病院難民、施設難民の状態になる
2864	選択肢の提供が出来ない
2865	患者を不必要に病院に縛りつける
2868	自然死は在宅で看取ることができるが、疾患によっては入院治療で、すべての患者が在宅医療の対象とはならない。
2870	在宅に帰れる患者が帰れず、病院に居続けなければならない。
2872	撰択の巾がせまくなる
2873	在宅生活への移行が出来ず入院・施設へ又は在宅での医療がうけられず、埋もれてしまう

問３－ｂ　問３－ａ（入院のメリット・デメリット、在宅のメリット・デメリットをバランスよく患者に説明していますか）に対する「２．場合による」「３．あまりしていない」という回答の理由

ID	記載内容（原文のまま）
3	必ずしも在宅が良いともいえない
10	主治医が手に負えない。 患者と家族のどちらに重きをおくかにもよる
12	在宅での介護力がない（期待できない）場合は施設とならざるをえない
16	本人だけでなく周囲の支える力もあり在宅を第１選択としてもそれを話すことで家族の心理的不安が増すような状況もあり得るため、場合により説明を加える必要があるのでは
17	本人の考え方によるので
23	具体的な家族背景や地域の医療（在宅医）がどのようになっているか、十分理解されていないので患者に対して説明が出来ないと思う
24	かならずしも在宅が良いとは言えないケースもありますので…
30	family の体制が不充分、あるいは在宅を希望しないこともある。
31	肝心な事は時を選ばなければならないからではないでしょうか。
34	入院の点滴づけ、検査づけ■室での生活の変化が全くない。臥位しかなく、筋力低下の極端の低下更に歩行困難と■■更に拘縮に■■
46	上記2-b 同様、医療場面とその役割の違い、在宅医療の限界についての説明が必要と考える。
47	説明は在宅導入時にしているが、ご理解頂けない場合もあり機会に応じ再々説明している
49	年金をあてにしている家人がおり、経済的な問題を言われると、在宅のメリット・デメリットだけをつたえることはむずかしい。一般論としてこれらのことを伝えることは理想的だが、ケースバイケース、オーダーメイド的な伝え方が必要だろう。
50	構成家族により、介助者不在の場合は入院を選択する
51	病状として、在宅が無理な場合、在宅死を望まない場合は強いて説明しない
55	家庭環境や介護者の状況により一般論では決められないケースが多いため。
56	本人の望む終末期を過ごしてほしい
57	多くの家族が入院希望 家での看ゴであると仕事が出きず生活が成り立たない。と言う。
58	死生観による
59	主治医と患者間での話し合いの時間を十分に取れないままに在宅に移行するケースがある。 患者側がより多くの説明を求めた時とそうでない時で認識に差があるように思う
61	本人（家族）の希望があったときに、話すことが多く、皆に話してないから。
62	単身生活者、老人のみの世帯等、家庭の事情で在宅が困難な事例が多い
66	在宅：マンパワーがないとできない 病　：延命が必須
67	患者の病状、家族、お金などのバックグラウンドのちがいから。
75	現在は経済的負担が重く、選択肢はここで決まる。 後は家族介護力の問題。
76	患者家族がそれなりに理解しようとする姿勢がある場合に説明する。
78	在宅に理解のある医師は説明もしてくれますが、在宅を知らない医師は、寝たきりになった時点で、施設に行くことを説明することが多い様です。
85	主治医によっては適切な説明をしてくれる場合もあるが、患者や家族がきちんと理解しているのか疑問に思うこともある。もっと時間をかけゆっくり納得できる説明をして欲しい
90	・理解されて説明している人と、わかっていない人とまちまち ・患者の状態によっても異なる。
91	病院勤務医は、在宅の実情についてほとんど知らないのではないか。
99	患者の理解度による
103	介護者の受け入れによる
104	入院してくれると、主治医が把握しやすいので、外来受診や入院となることがある。
108	重症でも、準備のないま退院してきて、十分な情報のないますぐにサービス開始となることがたびたびある。 在宅を選ぶまえに説明するべきと思う。
110	場所がら対象となる年令層が少く、不明
111	各家庭の事情をみながらの判断。
114	在宅医療についての知識不足
117	ご家族が希望される事を第１としている考えがあるようにおもう。
118	始めから在宅医療を行う環境にないと判断する場合は説明しない
119	必要なことは説明しており、裏を返せば説明していることとなるが患者さんとしてはそこまで考えられる人は少なくどれほど理解しているかは疑問となる
120	自分の説明がバランスがいいかと問われると自信がないため
122	忙しいから 十分知識がないから
125	１．主治医は在宅の経験差あり、年齢差あり、個性もあって統一はきびしい現状です ２．病院はなおのこと横の連携なく退院時又は受診時の関係にずれもある様です
127	人によってメリットとデメリットをはかるものさしがちがう
133	介護人の人数が又、仕事等で可能かが問題
135	患者・家族に説明されていると思うが全て受入れられてはいない
137	在宅療養の希望があれば、説明している
141	医師の姿勢の問題。
143	在宅は医療経済にとってよい方向でない
148	患者の家族構成が多種で一概に言えない
149	うまくできない
150	１人住いの人他、家族関係まで理解していないとムリである。
151	入院の必要のない患者にはしない
154	対象患者がいない。
158	当院の患者は病院に入院している安心、の方がはるかに多いためだと思います。
159	みてくれる家族の負担が大きく同意を得られないことが多い
160	患者・家族は入院すれば万全の治療が出来延命出来ると信じている。 老化、末期ガン等は治療して良くならない。残る人生を病院のベッドで過すか自宅で家族と共に生活するかの選択。
161	在宅の方が良いと思われるＰｔにはよく説明する
163	本人の経済力、理解力、家族の介護力などが関与するため
164	独居老人や老老介護が多く、在宅のメリットが説明しにくい。
171	問２－ｂのごとく必ずしも、在宅医療にメリットを感じていない（施設患者の在宅支援診療所入院時に抑制されていた事例が最近あったが、家族は不満もいえず、未だにそちらの診療所を利用している。入院の可能性を考えたら防げたかもしれないと考えている。
172	本人の意思が充分に確認できないケースは家族の意向をくむことになる。
174	時間がないので
175	理解できるかどうかで決める
178	忙しいから？
179	通常は入院・在宅の利害得失を話しているが、寝たきり高齢者、認知症患者には、患者家族を対象に説明しています。
181	在宅にするか転院（入院）にするかはＰｔやｆａにまかせている事が多い。
183	自分の居住環境に居れれる事は安心感があるが介護者にとっては大変 場合には一人常に付添っていなければならないのでこれから少人数家庭となるので患者自身が居づらくなる
184	医療費の削減という国の政策に反する。
185	家族や本人、病状など複雑に影響あり
190	主治医と患者、家族間の信頼関係が十分でないと具体的な説明が主治医はできず家族も耳を傾けないことがあります。
198	患者さんを紹介いただいて、訪問が始まる際に初回からメリット、デメリットの話しをする事もできず、以降、今さらな感じとなり、そのまま説明せずに訪問が続いてるケースが多いと思います
201	本人や家族が希望しない限り積極的には行っていない。
203	個人のそれぞれの理由による
204	他業務に手をとられてそこまで手がまわらないように見受ける。
207	疾患については対応できてもＰｔの生活背景や全体像をふまえたトータル的な医療が行なわれていない。
208	訪問診療をされている医師は在宅医療について詳しいが、他の医師は施設での説明が中心となっている。
210	主治医が在宅でのメリットや社会資源を理解されていない事から積極的な関わりがしたがらない
212	血液疾患の場合在宅は困難。（意識レベル、活動性が末期でもあまり低下しない。具合が悪くなると自宅では困難）
214	絶対在宅との考えが強い先生の場合、本人・家族の意向が先生に素直に言えない。
216	なるべくその人がわかるように時間をかけてＤｒは話しているがｐｔや家族が理解できているか不安がある
220	高令（超）者の場合、本人の意志は最優先ではない事が多い
222	言葉が不足 医者としての“生命の維持”が主となってしまう
224	理解していただけない場合もある。
226	説明責任と利用者の選択する機会を提供しているのではないか
227	在宅患者の状態による（とくに認知症関連）
229	・患者本人、家族の理解力 ・主治医の業務量と時間的余裕
231	在宅のメリットを説明しても、家庭の事情がある
233	すべての対象の患者・家族に全て同じ対応はできないと思う 経済力や介護力でバランスを考える。説明しない方が良いケースもある。
235	実践をあまり理解していない。
240	家族が在宅医療に不安を持っている
241	本人、家族のズレや認識度により変化している
242	①入院のメリットをお話しするとＰｔとfamily の間の意見の違いを助長してしまうから。 ②限りある bed を埋めてしまうことをさけるため。
243	患者背景がちがうことや、病状の変化などにより、常にバランス良くといかない時もある
246	エビデンス不明
247	家族・患者側の立場に立ってきくと、デメリットの説明の方がバランス的に多いと思う。
250	入院を望んでいる患者あるいは家族に、在宅のメリット、入院のデメリットを説明しても、当方の利害誘導と思われるだろうから。
251	ケースバイケースで当人の置かれている状況により異なるので。
253	家族の希望に沿うこともある
254	急性増悪時は病院を治療の場とした方が良い
256	患者家族の意向を確認してからでないと一方的に説明しても受け入れてもらえない。
259	受け入れる側が拒否する事がある。ベットがない理由が多い
267	在宅での生活が想像つかないので説明できていない
271	一方的なリスクから入院をすすめることが多い。在宅意向を軽視することが多い
272	特別のことできないから
274	患者や介護する家族の希望を聞く場面や時間が少ないから
275	病院で説明することが多い。病診連携カンファレンスが時々ある。 （病院スタッフと患者家族、居宅主治医、ケアマネ、利用する施設のスタッフ）

276	主治医自身が自分が今行っている医療のあり方は話しができるし説明できるが終末期に対する思いや支援できること対応すべきこと求められていることなど考えをもっていない もっているとしても表現しない。
278	患者への説明より家族への説明が大事
280	経済的、人的、よゆうがあるとは限らない 説明により家族内の関係が悪化することもある。良いことばかりではない。
282	在宅に向けての話をする機会があまりない。予後１ヶ月程度のＰｔさんで既に他施設からその旨を説明された上で、当病院を選択して来られているから。
284	時間がないから
285	家族や介護人の有無による
286	家族の協力がないと難しい
287	医療側の目的と患者さんの希望、介助者の希望が一致するとは限らない
291	患者が選択した時は詳しく話そうとしているのかもしれないが医師は在宅については興味がまだうすいと思う。
294	法人内のＤｒは何人もおりＤｒによって在宅療養への認識が異っている。
298	在宅療養を行なっていく中で、その都度必要に応じて説明していく場合もある。
301	病院の運営状況に合わせ、早く退院させる為に十分な環境を整えず退院の方向へすすめたり、入院の必要のない方は、期限まで引っ張っているように思える。
302	主治医にもより、時間の限られたなかできちんと説明している時もあれば、患者の性格等からなるべく必要以上に接触しようとしない主治医もいる。結局、看護師が説明する事もある。
304	サポート体制があるなしにかかわる。
307	当院では、在宅の支援（ハード面も含めて）が確立していないから。
308	当院では、基本的に、患者本人の希望、同意があって入院してもらっているため 転院してくる方、在宅の方も同様
320	必要による場合
323	在宅のメリットを説明する前に、強制退院されてくる。
326	説明不足の所もあると思います。
329	とにかく、何もしない家族に在宅ＯＫをとっておくこと、システムを説明しておくこと
334	悪性疾患（末期）は在宅のメリットを説明しやすい。家人のうけ入れもよい。
338	介護者がいない場合、本人が入院をあくまで希望する場合困難である
340	個人差が大きい（価値感、在宅をしてくれる医師についての情報）
343	多くの医者が、一番在宅医療に無関心である。
345	在宅での介護力不足などもある
348	入院しか選択の余地のない方も少なくない。（身寄のない方など）
350	患者（家族が）が入院をのぞんでいることが多い
351	主治医に遠慮して希望を全く口にせず、方針決定後に「本当は…」と言いだし、振りまわされることがある。個々の病院・在宅医療スタッフによる差と認識している患者、家族もおり、その思い込みにより適切な選択ができないこともある。 主治医との信頼関係が構築できているか否かによる。
352	ほとんどの場合、選択の余地がない人を診ているから。
355	時間の不足からおしつけやすい 自分１人で説明を完結せず訪問看護ステーション等とチームで説明を補うとよいと思う。
362	患者本人が決定権がある場合と、家族が決定権をもつ場合で異なるし、別の意見であり、バランスよくとは患者の望んでいる方向に、又は家族の望んでいる方向に指導する、誘導することでしょうか。できていません。
363	できるだけしているつもりだが、病状によって説明を変えている
364	未だ未だ本人重視でなく家族の意見にしたがってしまう現状
369	家庭的状況により、入院も必要と考える事もある。
370	メリット、デメリットを知る必要がない場合もあるから。希望通りにいかないことや、現状無理だったりする。家族の誰かが犠牲になる場合もある。
372	小児科のため
374	介ゴする者の負担を伝えていない
375	日々の仕事に追われていて余裕がない。
376	在宅医療の対象となる人が少ないため説明に不慣れ。
378	主治医は説明したつもりだが、受け手は十分理解していない
379	メリットを多く話すことが多いように思う、デメリットをたくさん言うと、不安が強くなり、在宅へという気持ちに移行しないことが多い
381	在宅のメリットデメリットをよく理解できていない
383	例えば残された時間が限られた人の場合、触れずに在宅へ移こうすることができないケースもあるから
385	あまり在宅へいくケースがない。
386	①患家で、家族の負担が過剰になる可能性がある場合。 ②入院による医療に過剰の期待をしそうな場合。
387	対象の患者がほとんどいないため。
389	入院の必要性がある場合には、必ずしも居宅がいいとはいえない時には積極的にすすめる場合がある。（あきらめるのが早い場合等）
393	在宅についてあまり理解していない医師ですと充分に在宅療養できる説明ができずにいるのかと思われる。 よって、施設へ移行する人が多いと思われる。
397	在宅で家族が世話をしている場合、すでに決定していて、私は、訪問診療を依頼されるのみの場合が多い。
400	病院の主治医は在宅のことがよくわからないので説明できない。 病院の主治医は疾患の治療に重点をおいている。
402	家族の希望をふまえて説明しているため
403	分からない。
404	患者本人の希望があっても家族が強く病院や施設を希望し、在宅での受入れを拒否した場合
405	まず患者と家族の希望をきいてから説明の重点を考える
406	癌などの場合（ターミナル）告知されるケースが少ない。
408	入院者に対する説明する機会が少い
410	理解していると思いますが再度再々度と説明が必要な事があります
411	患者・家族の理解力による。
412	お金の絡む話のため
413	話をしているつもりではあるが充分かどうか自信はない。
425	１．に家族構成 ２．熱心なケアマネージャに接するチャンスのあるなしで決まって行く
430	家族の意志が大きく占める時もある。
435	現在は病棟勤■でない為、現状に違いがあるかもしれないが、メリットを多く話している気がする。
441	その場にならないと理解しがたい 現実問題となった時説明する
446	何もしないＤｒが多いと思います。
448	機会そのものがありません。 すでに在宅医療を選択せざるを得ない方々に対応でメリットデメリットがあっても
450	①小生自身が在宅のメリットを十分理解していない ②安全・安心を与える在宅医療を提供しているまでに至っていない
451	介護施設の認知症患者中心の診療なので説明する機会そのものが少い
452	その様な患者さんが今の所ないのでわかりません
455	宗教・人生観あるいは、介護力、あるいは財政事情、政策的問題など多く絡むので、医療現場以外でも幅広い議論が必要であり、私からは充分な説明ができない。
457	入院は最期と話すも、familyは介護力、訪問看護をいやがり入院のまま他の施設にケアマネ又はＭＳＷが誘導することが多い。
460	患者さんの環境背景を考慮している。 又、ｐｃｕ（現在勤務）において転入前の段階でのレクチャーがよく成されていず在宅まで行けない事が多い
462	Ｄｒによってきちんと理解している者とそうでない場合があるから
463	そもそも在宅とは何だ 在宅は本来宅診といって医師が自宅で診療するつまり往診に対応する言葉です 厚生省の人に言わせると在宅というのは入院に対する反対■老健・ホーム・刑務所・などすべて在宅だそうです
466	その場面に出会っていない
468	限られた時間でバランスよく話しをすることは困難
476	介護力の問題と考えてケースバイケースです。
478	インフォームドコンセントを行わないことが多い。
481	患者家族の環境による。
490	在宅医療に対して、十分な支援制度や連携できる施設を把握していないため。
493	在宅の患者様によって事情違う
496	患者さんの希望通りとなるとは限らない。入院先の受入れ状況、各種費用、同居親族など介護者の状況等による。
497	在宅（上記のような）がいない
502	在宅療養のための基盤のない例がかなり存在する 在宅の出来る人は恵まれた少数である
507	患者の考えと在宅診療所の分布に差がある
510	在宅医療は上記の各人が情報交換を密にし、患者側と医療側又介護側が信頼し合い、住み慣れた自宅で自由に誰に束縛されることなく生の終りを迎える理想の所
511	病院でないといけない場合その疾患に依る、或は病状に依る
514	病状にもよるが患者・家族との考えかたにズレがある時
515	1度入院すると、家族の安心感が強く、患者本人の意向というのは薄らいでくる。
523	今までの治療の流れに沿って説明しているので最初から一つ一つは説明していない
526	理解力のない人には説明しないことも。
528	入院治療は犠牲をはらってよくなることを期待してうける、その後にはかならず生活の質を向上させることができると信んじて入院する。在宅は現状で最も生活の質が向上するように医療的サポートをする
530	社会環境・家族背景等も加味します
531	・入院、在宅の正確な患者の理解ができていない（長期間の時は特に） ・政府の考えと離れている
536	こちらから在宅医療を積極的に勧める立場にない。 家族や病院から「在宅をお願いします。」との事で来るので、当院の能力を含めて具体的にどうやった方が良いだろうかという話し合いはします。
537	もともと家族に在宅医療を受け入れがたい情況がある
542	家族の希望が強く在宅拒否が多い。
543	Dr にきかないと理由はわからない。しかし、Pt や家人の要求を重視し、希望があれば支援している
544	在宅医療についてよく知らないのだろう。勉強するヒマがないのだろう。説明するヒマもないのだろう
545	特にきいたことはないが、患者からの要望がないと、説明していないと思う。
548	マンパワーの不足。程々の状況がある。
552	一般論ではなく、個々の症例でどうするのが望ましいか想定した上で説明していることが多いと思う。
555	認知の方には説明困難
558	そんなていねいな説明してくれる Dr は少ない。 SW が行ったり在宅では訪問 Ns・ケアマネが行っている。
564	入院のメリット、デメリットの説明はするが、在宅の場合についてはあまり説明をしていないようです。
567	こちらからのおしつけにならないよう注意している。また、家族の希望と本人の希望が異なる場合もある。
569	患者や患者の家族が、病状の変化をうけ入れきれないで不安になるケースが多く、入院施設にもどりたいと思ってしまうところ。
571	家族の介護力のみきわめが出来ておらず、一方的な医師の意見で終ってしまう場合もある
573	理解出来ない人にはあまり説明できない キーパーソンがいれば必ず説明する
575	バランス良くは説明できない場合がある
577	“バランス良く”の意味が不明

	例：ガンの末期、良く説明したつもりだが、家族が病院への入院を希望（在宅での最後を希望していたが）。
582	家族背景が分からなかったり病院によっては入院を優先されるところがあります
585	患者本人より家族が説明の主となる事がほとんど
587	本人のみでなく、周囲の介護者の状況等にもよるためと考える。
589	＊個々のケースで、疾患、本人の考え、性格、家族のサポート考えなど包括的に判断するのが難かしく、十分に対応する時間が乏しい
591	患者又は患家の希望が第一だが、説明をした上で選択をまかせている
597	在宅をすすめたいからだと思います。「家に帰りたい」「家にいたい」という方にあまり在宅のデメリットは話していないように見えます。逆に入院のデメリットもあまり話していないように見えます。両者のメリットを伝えることでデメリットを遠回しに伝えているのかもしれません。
599	急性期で毎日注射等の処置を必要とする場合入院治療とし、慢性期で毎日の処置を必要としない（或いは御家族で処置が出来る場合）在宅治療を行っています。
600	在宅でのメリットデメリットを説明する前に無理ですよと説明しているケースが多いです。在宅でのすごし方を知らなすぎて説明ができていないのではと考えたり、在宅に戻ると自分達がやっかいな状況を作ってしまうとの考えもあるのではとも思えます。
601	本人、及び家族の理解力も考えて説明する必要があると思う
603	ケースによる
608	家族の状況による
609	急性期の治ゆ可能な病気と慢性期の治ゆ困難な病気について充分な説明が必要です。
611	在宅後まで確認が出来ない為[私が往診しないので）
613	深く考えていない。説明が足らない。
616	①かかりつけ医の都合で説明をする （本人・家族のことをDrが好きか嫌いか、休みは遊びにいきたい。夜はよばないでほしいとか…） ②かかりつけ医が他の訪看とか他のDrと連携をもちたがらないで、偏見で説明する　①に同じかも！
617	説明すべきですが、時間が充分とれず、充分な説明に■■ない場合もある。
620	入院、在宅を患者が自ら選択する以前の問題の退院をせまられるケースの方が多い
622	24時間支援といってもタイムラグがあるし、■■的には間に合わないことがある。それを、理解してもらうこと
623	在宅療養の現実を把握できない医師が多いため、説明も不充分となっている。又、病院医と同じように、診療所の医師も多忙で患者と接する時間は少なく、生活背景を知らないで診ている方が多いように思う。
626	主治医は、入院の必要性は、説明していると思うが、その他は、対象者によると思う。
627	社会的事情による。
629	バランスよく説明しない開業医の先生が多い 開業医の先生は、制限もあり仕方ないと思う。
630	本人の意思を尊重するという言葉の意味をはき違えて十分な説明を行わず、選択肢も不十分なこともある。
635	「入院」「退院」と病院経営を主に説明していることがほとんど。メリットとデメリットをどこまで考えて対応しているかは…？
638	独居生活、核家族の問題が、場合により生じる。
643	①患者側、家族側に病院志向がある場合もあるから。 ②癌の場合告知のないまま在宅患者として紹介される場合もあるから
649	いろんな家族、患者がいるのですべて同じことを伝えても受け入れ方が異なるので相手に応じて説明している
651	金銭的な問題、家庭環境の問題から、当人に全てを伝える事は難しいケースが多い。 自分の望まない環境に居るケースも多く、認知症や、家族の希望もある。又、居宅、施設の側にも万全とは言えない、問題がある。
652	主治医が在宅でどのように過ごしているか、どのような支援が必要なのか等をわかっていないことが多く、その中でご本人がどのように生きていきたいと思っているかまでを十分とらえていないような気がします。
654	その人のおかれている状況や立場によってどちらがよいか異なるので
655	在宅で見ていただける診療所がほとんどない。
657	新人の研修医など在宅医療に関心がなかったり、知識不足であると十分説明できないと思われる
658	十分な説明がなされないまま在宅移行し、十分な社会資源の活用ができない場合がある為。
662	Drの知識の幅がいろいろで、訪問看護師と協動して、何とか説明をしているという現状です。 特に緩和・看取りの場合、Drの力量不足ははっきりしています。 “あそこの先生にかかると家で死ぬ”という世間の評価もありますネ。
664	・医療者本意の考え方の場合がある
665	急性期例えば高熱が続いた場合、1週間抗生剤を使用しても下降せず入院し治療した方が良いと思ったが入院させなかった
672	現状として、家で看取ることもすすめているが、実際最後まで診てくれる開業Drは非常に少ないし具合が悪くなると家族が心配してつれてきてしまうことが多い。 この2年間で、家族も在宅を希望し、（もちろん本人も）近医が最後まで看取ってくれたケースは1件だけだった。
675	それぞれに事情が異なるので、場合により説明の仕方を変えている。
677	家族が在宅に消極的である。
680	家族が入院希望すれば、何を説明してもムダと考えている。
686	患者又は家族の希望が第1であるため
688	主治医が訪問看護も行っている
693	家族構成とか智的レベルとか、死生観とかを考慮して。
694	・患者、家族からの聞きとり ・介護力獲得されていないまま自宅にかえされているケースあり
697	緩和ケア病棟であり必要性がない人の方が多い
699	医師に充分な知識がなく（在宅に関する）入院のメリットのみの説明となっている
700	受け入れ（在宅を）てくれそうな家族には話している
704	病状および受入側（家族）に問題があることが少なくないため
705	いそがしい。
707	主治医として説明する前にどうしたいのか患者側に決めてもらおうとする主治医が多い。（選択肢を与えず、決めさせる）
708	余命や、Familyの考え方もあるので…
709	ICUのため
710	必要とする病棟ではない
713	介護力、病状によって、対応が異なる。
714	患者の理解度、知性にもよる。
715	患者の家族の介護のてまを考えて、入院させてほしいと言ってくることが多いので。
716	患者様・家族様の理解力、介ゴカを判断する事も多いと思われます。
717	Pt.とfamilyの理解力による
718	家族が人の死を受けとめることができなく慌てるので説明はときに不十分であると思う
720	在宅医療についてあまり知らないから。
721	私は現在ホスピス病棟で勤務していますが、医師がホスピスの考えをあまり受け入れていない状態でありまた病床数を上げる事に重きを感じている状態なので正しく患者に説明していないと感じます
722	時間が十分でいない。質問されない。転院や施設等の入所などは話すが在宅についてはあまり積極的に話していない。よく理解していないようだ。
723	こちらからの説明を待たずして理解している患者もいる故。
724	在宅の患者を診る機会が少ない。
726	在宅で誰か介護や看護できる支えてくれる人がいないと独居ではかなり困難であるため
728	現在は診療所なのですぐに選択された方が来られる。
732	地域連携の確立が不充分の様に思います
734	その人の状況による。その人の背景による
736	在宅医療やサービスについての知識がない。 在宅医へ引きつごうとする努力もしていない。
738	患者も在宅の希望をできると思っていないし、主治も患者が在宅ですごせるとも思っていないから
739	忙がしいことを理由にしているＤｒが多い。（急性期病院）
740	説明する医師がメリット、デメリットを知らないのではないかと思う
742	充分な高度医療を受けられないなどサポートしてくれる医療機関のレベルのちがい
743	・在宅患者に対しての関心がうすい
744	・在宅医の対応範囲への理解不足、連携不足 ・サービスへの理解不足
745	病気の種類と、病気の軽・重によるし、在宅が可能な病気とそうでないことにもよる。
746	患者さんの理解力、経済力、介護力（家族の）すべてを勘案した上で
749	在宅医療については、あまりしらないから
751	入院は看取りの場所として適当でない。
753	患者さんがいない
756	メリットはよく話されるが、デメリットは、はなしにくい部分もあり言われないことが多い。
757	主治医よりＭＳＷの方が連携され、訪問看護導入時より関わってくださることが多い為、中心で動いていただいている感じがある為。
758	家庭内の事情にうとい。
759	在宅担当の医師はよく知っているが
760	経済力、介護不足力が前提となっている
762	詳しくない為大体の事しか説明できていない
765	医療者の目線から比重がかわることがある
767	しっかり説明しているＤｒもいるが、ただただ帰したいがために説明などしていないＤｒもいる。さらにいつまでも手離せず（治療にしがみついている感じでギアチェンジできない）在宅の時期をのがしてしまうＤｒもいます。
768	介護する側の事情もあるため。
772	介護力がある人で家族も協力的だとわかれば説明されることもある。 しかし、医療的な見方が強く、無理だと決めて説明されることが多い。
774	①患者だけでは決められない ②介護する人の気持が大切だから
775	まだまだ悪くなる前に治療したほうがいいでしょう程度の説明しかおこなわれてないほうが多いと思う。
778	患者が理解できない場合は無理である
780	一度在宅して再入院すると、在宅は無理と判断しているか、とにかく退院（自宅）として、生活家族環境は知っていない。在宅支援体制について無知
785	患者の本心をわかって又はわかるまで細かくていねいに説明する状況というのは現実にはむずかしいと思う
788	患者の状況や希望によって話せる人と話せない人がいるが、メリット・デメリットを充分に話せる主治医も少ないと思われる
789	患者、家族の関係のあり方により説明をされていることが多い。本人の強い意志がある場合には本人、家族へ説明されていることが多い。
793	高齢者が多く（独居）全てを説明し切れない。
794	人による
802	主治医は主に病院のＤｒであり、訪問診療はされていない為、在宅生活が実際には理解できていない。
813	本人が入院、在宅を自由に選択できる環境であれば説明したいが、いずれかの選択が困難な条件では、とてもメリットを説明できない。
817	・病院勤務がかなり大変で、在宅までしっかり診てくれていない事が多い
821	患者に直接説明できない例が多い。（認知症・社会的鈍感）
822	入院、在宅のメリット・デメリットはその人の価値観によると思います。
824	ケースによる。
825	病院は”治療する所”という認識しかない！
826	病院では“3ヶ月しかいられない”ことを一番大きな理由として説明されている場合が多く、病院にいても何もすることがないから家へ帰ったらといわれたなど、よくききます
827	聞く耳を持っている方は積極的に行っている。
834	退院にむけての説明でかかりつけ医への紹介をしてもらえない家族等申し出があれば始めて対応する。

836	在宅での対応できない場合（問題点の処理ができない）
837	実際にやってみてデメリットが出れば変更すればよい
841	患者の状況・環境また、入院先よりいろいろなケースが考えられ説明が難しい。患者の理解力にもよる
842	すべての人に話されているとは思えない
844	在宅医療を熱心にされてるDrはきちんと説明できていると思います。
845	家庭環境、地域の状況など均一的には難しい。
846	経済的に負担が個人宅では大きい
851	利用者御本人や家族から聞かれた時に返答している
854	在宅療養についてよく知らないから
855	訪問看護で出来る範囲のケアを主治医が知らないばかりに、私達から見て、必要と思われる薬等の指示が無い時、何度も利用者に自宅と病院を往復してもらう事があったりする為。（原則的に、殆どの薬は診察してもらわないと処方が受けられない）
856	患者の状態でゴール設定時に必要なら説明する。
857	入院、在宅ともその必要があっても本人、家族の事情でできないことあり
861	医療依存度が高かったり頻回な（１／２週以上）診察が必要になるとすぐ入院をすすめる
862	その患者さんをとりまく環境が異なる 在宅が本人にとって常に幸福であるとは限らない
863	家族が在宅を希望しなかったり、無理と決めつけている
867	帰宅できる（在宅に移行できる）方が、状況から考えてあまりいない。在宅が可能な場合はそのことも含めた話しをしている。
868	御利用者様が入院か在宅か悩んでいる時は訪看から話すことが多い。 それでも解決できない時往診医の先生にお願いしてます もちろん入院決定をするのは主治医です。
870	こちらの都合もあり、それにより在宅を促したり、入院を促したりしているため
873	説明している場面は見ていないが家族や本人が納得しているとは思えない
878	患者さんとその家族の希望をよくきいて説明する
879	家族の理解力介護力による。
882	認知症等理解されない場合もある
884	持続静注を予儀なくされている患者様にとっての在宅療養は苦痛が大きいと考えているのではないか。
887	在宅のデメリットの説明に偏る傾向あり
888	自分に詳細な説明をする知識がない。
890	メリット・デメリットの説明はするように心がけているが、在宅のメリット・デメリット説明時、24時間365日の介護提供、訪問介護、高度在宅医療（例えば、IVH、輸血、内視鏡など）の支援が十分に行える施設の情報提供が十分に行えないときがある。
894	知ってるＤｒは知ってるが、大きい病院のＤｒは知らないことが多い。 在宅医でも、そのＤｒそのＤｒで差が大きい。
897	病院の勤務医の多くは、死を病院で迎えるものと考えているケースが多く在宅の往診医は、見とりに対して在宅を考える人が多い。双方での連携やコミュニケーション・情報等はまだまだできていないと思う
898	入院して来た患者の状態にもよるため必らずしも全患者に説明しているわけではない。
900	家人の都合もある
903	十分に説明する時間がとれない場合がある
904	病院の経営を優先しているように思われる。
909	・患者の理解力による ・在宅を強く希望する人もいる為
914	在宅医療に対する”思い”が、患者、その家族、主治医にかなりの温度差があると感じている。特に家族はむしろネガティブな考えの者が多いので、メリットを強く説明しすぎると後でトラブルの原因となる。
917	ケースバイケース
925	90才をこえる患者を在宅でみていても悪化すると家族がすぐに入院させろと言われる事が多い説明してもわかってもらえない場合がある
926	急性期病院であるため、在宅の前に一旦、転院となるため、その先の話しはすることがない。
927	主治医自身が、在宅医療で何ができるか説明できない。 在宅では困難だと考えているケースは、説明すらしない、できない。
929	病院の居宅については本人、家族の希望で尊重している また在宅不能の（介護のない人）も多い
930	説明しているつもりだが、バランス良くできているかは不明
936	その地域における在宅（介護関係施設も含む）医療に関する知識が不足しているため、充分な説明ができない。
941	時間がかかるから
942	主治医（在宅
944	入院は介護者の生活が病院と自宅の２重になる 在宅は家庭の生活そのものが経続出来る
945	説明する時間が無い。というよりも説明すること医療費介護費が支払われないから、説明する時間を匆体ないと思う。
947	その患者に今必要な治療（たとえば手術、あるいは抗がん剤等いくつかの方法について）を説明しているが、それがバランスが良いとも悪いとも判断しにくい。
949	介護保険制定や、居宅サービス事業などについて認知度が低い
952	理解する力がちがうので
958	実際在宅の医療についてよく知らないので
959	ひとり暮し、訪問診療が不可能な地域など予め在宅が困難であることが判明している場合ははじめから在宅の説明は行なわない。
960	客観的に話す材料　ツールがない
961	地域の医師は在宅でのみとりをしようとしていない、少しの異変ですぐ入院させようとする。そうしむける主治医（当院医師）は往診に出ません

963	患者様にとって、何が良いか、考えていない。
964	患者、家族にインフォームドコンセントがうまく行かないケースも多く、このため、訪問看護師の助言が必要となる場面も多い
965	今の医療で何ができるかの説明がなかなか難しい。
966	全体像が頭の中で整理されていない。
967	患者さんがよく知っている場合や望まない場合がある
969	上記
970	入院にも、イロイロある。
975	主治医は病院内で行なわれている、医療・看護・介助が在宅でも同じようにできると思っている事が多い。 在宅療養の実際をあまり知らないで説明されている。
976	知ってる方にはあるいは最初から在宅希望の人に説明する必要がないときは説明しない
978	時間がない場合はできないこともある
979	対応（夜間、緊急など）、看取りなどの説明あやふや
980	在宅でも治療は続けられる、医療がうけられる…という点が大きく、その上で生活をするという視点がうすいと感じることも…。
981	患者の理解力、家庭環境で説明が異なる
984	当病院は在宅の体勢を持っていない為入院治療が基本となり患者様も外来受診時にそれを希望されてくる為。
985	治療のとりあえずの終了后は、再び生活が始まる。その際、どこで生活（＝療養）するかは最も重要な選択であり、本人、家族への影響が大きいため、現実的な選択肢とその説明は不可欠である。
986	在宅療養について積極的ではない。（主治医が…）
988	入院と在宅をバランスよく説明と言われても患者宅の近くに期待できる施設がなかったり、金額的なことを言われたりすると、バランスよく説明できなくなる場合があります。
991	大規模な病院なためＤｒが多数、平均的にという意味 1 or 3の方様々
992	ご家族の介護の状況により在宅を説明できないケースもある。時をずらして在宅の説明をする様にする場合もある。
993	相談されればよく説明するから病院を希望される家族も少なくない。
994	Ｄｒの「無理じゃないか」という思いから、在宅へ持っていく方向ではない説明をしている事をよく見る。（デメリットを強く強張するなど）
995	在宅は無理なケースもある
997	・患者や家族が高齢だったり理解力低下があったりした場合、充分理解するまで説明されたとは言いがたい
998	患者本人及び家族（特に本人）の理解力
999	本人の願いを最優先している。
1001	患者というより家族に対する説明が多い
1003	環境や疾病の種類による環境とは家族や在宅サービスの利用がどの程度できるのかなど
1006	主治医の説明が、利用者の状況を十分理解されたうえでのお話でないことが多い。説明不足
1007	当施設で医療サービスの提供に限度がある為、又、在宅についても同様。
1008	近くの病院との連携をとっておりますので支援診療所では処理できない場合、病院に入院治療を御願いすることになっている。
1010	本人未告知の場合、言いづらいのではないかと思います。
1011	患者に家族がいなかったり本人も理解が難しい状況が多くさらに十分な時間的余裕もない
1014	主治医自身が在宅で最後までと考えることが少ない。あれもできないこれもできないとできない事を話している、在宅に対する意欲や考え方協力体制の問題だと思う
1017	・患者の理解度による。
1021	現場（臨床）での現状
1023	あまり詳しく、説明の場面をきいたことがない
1030	患者さんに意識障害や認知症がある場合は家族に説明します
1040	入院のメリット、在宅のデメリットは、良く話されます。
1046	医師の都合で入院させている場合もある。 本当の意味で“患者の立場”にたった説明と思えない
1047	外来の合間の往診患者約50名、じっくり話せる時間がもてない事があり、家族介ゴ者の思いを充分くみ取れないこともある
1048	家でみなに見守りながら最期をむかえられたらメリットがある
1050	在宅か緩和ケア病棟か転院かについての説明は行うがメリットデメリットまで詳しく説明している医師は一部であるから
1054	在宅医療に関して関心のある医師は理解もあり、患者さんへも説明が十分にされているが、関心のない医師が多く説明が十分に行なわれていないし、入院を勧める傾向にある。
1055	家族背景、本人の希望によるので。
1056	わかりません
1057	在宅医は、その方によって往診でも1～2分位のものでゆっくり説明できる内容ではないと考えているため。
1060	主治医が在宅医療支援体制を含め十分理解していない事を多忙を極めている事もあると思う。
1061	説明しも理解が得られないケースが多い
1064	患者さんの心身の状態、家族、介護者の状況に応じて臨機応変に説明（基本は相手の立場に立って）
1066	充分な状況説明はＰｔの理解力やご家族の思いの確認が困難な事例もあり適確性にかける場合がある
1067	在宅医療についてまだ積極的な姿勢や体制がとられていないため、情報としては不十分で、患者説明においても、十分な説明になっていない気がします。
1073	ステーション利用者の場合利用者が理解しようとしていない様に思われる
1075	在宅については、殆んどを在宅支援される医師に依頼する為。
1078	入院中のようにいつも誰かが対応してくれると思っている利用者が多く在宅ならではの役割と理解できていない
1081	患者及び家族を含む患者の介護者の理解度、経済力、悪性疾患の有無及び、在宅医療を担当する医師のスキルにより、在宅医療の説明が不十分な場合はありうる
1082	理解不能な人もあるため。

1084	患者様の状態によると思う
1089	先生も考えるところ（入院が良いか、在宅がよいか）なのだと思う！！
1090	家族が入院を希望していれば、メリットを伝えることが多い
1095	バランス良く説明するよう心がけているつもりだが、独居・夫婦二人暮らしで両方に重い障害がある場合、無理に在宅に誘導する話はしない。 在宅医療システムに地域差があり、我々の地域ではサポート体制が充分でない、ので在宅医療に向かわせる（在宅医療が望むべき、よいものですよと）説明に温度差が出てしまうと思います
1096	理解が可能かどうかによる
1100	生活より治療効果を優先する時もあるだろうし、いそがしくて説明する時間がない
1101	ＩＣに充分な時間とれていない現状がある。
1104	在宅療養についての知識をもっている医師は適切に説明できているが、理解が不十分な場合に、施設を紹介する医師が多い
1107	もともと在宅で、家族の疲労が大きい場合。病状の進行が早く患者の苦痛が大きい場合。
1108	・主治医により異なる。きちんと説明する主治医は２割
1111	在宅の介護は無理ではないかと評価された方には、詳しく説明されている。明らかに無理とした人には初めから在宅の説明はしない。
1112	主治医は在宅に戻すとあとはケアマネや訪看によく相談してという形でしか話しをされていない事が多い。
1117	もう病院で方針が決まってから来る人ばかりなので、新しく在宅か入院かと説明しなければならない人は今までいない
1120	在宅のメリット、デメリットがよくわかっていない
1122	大学病院などで、Ｆａ本人が希望して在宅へ戻る際「こんな状態で帰るのは信じられない、ふつうは入院」などと言われるが実際、在宅へ戻ると元気になるケースがある。
1123	家族環境等がちがうため。
1124	在宅でのメリットが患者だけでなく家族にも十分つたわらないと本人が在宅を希んでも家族は入院を希望することがある。
1128	説明する機会があまりない
1129	在宅で 24h 支援する事は、Ｄｒとしても負担が大きく、現状ではまだ十分な体制がとれているとは、思えないため、在宅療養をすすめきれない
1136	医師は患者をかかえ込んでいる。患者は在宅死を望んでいても出来ない。
1137	説明の場にあまり居合わせたことがないのでよく分かりません。
1138	・知識不足 ・Ｐｔとゆっくりと関わることができない。
1139	在宅療養が困難と考える場合（家族の介護力や在宅サービス資源の足りなさ等）在宅のメリットはあまり伝えない。又は本人、家族が在宅を望んでいない場合。
1140	最近の患者は認知傾向強く依存心が大きく家族関係もよくない
1144	できている者とできない者がいる。 在宅の現実を相定できていないように思う
1148	case by case。患者や家庭の情況によりますね
1150	在宅生活を支える家族の立場に立っての説明ができていない。〈イメージができていない〉
1152	在宅出来ない家族もある
1153	case by case ですから
1155	あまり聞かれない
1158	患者の社会的環境による
1159	個々のケースをよく勘案した上で、説明している。 最初から在宅への誘導は行ってはいない。
1161	医師は在宅を知らない人が多い。そのため、メリット、デメリットはわかっていない。
1162	その患者さんと家族の方が、良く理解し協力していかねばなりたたない。
1167	日常の診療の中で、家族の意向を聞きながら、その考えを尊重する形ですすめているが、まず家族から、入院を希望するケースが非常に多い。
1173	利用者の家族の事情が最優先となり、家族の犠牲なしには、在宅療養ができない面が多々ある。
1176	主治医が在宅サービスそのものの理解がうすい方が多い。 理解のある先生と、そうでない先生の差が大きい。
1177	理解できている主治医はしているが、介護者、家族が聞かない限り医師から説明する場合は少ない。
1180	患者と信頼関係を構築する時間もなく再入院されてしまう
1182	緩和ケア病棟なので当院は在宅を希望されない方をある程度前ていとして入院しているのであまりそのような機会がない
1183	デメリットを多く説明しているように思える。
1185	当院には在宅医療の希望者がいない。
1187	自分の業いが大変で患者をみれなくなると入院をすすめる。患者の状態のみで判断できないでいる
1188	病院、施設の自己負担増加
1190	在宅の知識不足 選択枝すらもたない
1192	早期に入院するとまた家に戻る健康状態になると説明するケースもある。
1193	多忙な診療業務の中で、そこまで説明できないでいると思われる
1194	在宅は無理と考えるＤｒが多い。
1195	患者、家族の意識に配慮する必要がある場合があるから
1203	当方としてはしているつもりでも、相手がどう思っているかわからない
1204	患者に説明する機会が少い
1207	在宅を望むケースに対しては説明をするが、Ｄｒ主導で在宅を積極的にすすめることはあまりみられない
1208	具体的に書面での提示はない
1209	充分な理解が得られていないため
1211	説明していますが家族、本人の理解力が乏しいために、充分な説明が出来ていない。
1212	制度の内容が分らず説明している
1214	在宅看護を導入してから、どちらが良いのかと相談を受ける事が多い。医師の説明に対し悩んでいると思われる。
1215	聞かれたら答える
1218	Ｄｒの個人的な考え方も優先して説明されている場合もありバランスよくとは必ずしもいえない
1219	全員のＤｒがしていない。やはり、在宅医療の説明ができないＤｒはこの説明もうまく本人や家族が理解できる言葉でできていないと思う
1220	説明している時間がない家族は入院している方が安心感がある
1222	在宅を勧める余裕が主治医側にない 往診医の確保さえ厳しい現状がある
1224	在宅について説明しているか定かでない。
1226	理解してもらうのが難しい時もある。
1230	家人・介護者が納得・理解していなければ、説明しても不信感につながる。あえて説明しなくても、会話の中で察したり情報収集し、適切な方法をとる
1231	選択肢のない患者さんもいます。
1232	在宅が無理なら施設へとの流れになってしまっている。
1233	説明は、はっきりいってむずかしい。患者がわかっていても家族がわからない場合もあるし、その逆もある。何が正しいかは結局家族になってしまうことが多いが
1238	介護者がいない、経済的、家族が面倒で引きとらない等
1239	診療時間外の対応をどうすれば良いのか、患者がすべて理解していると思えない。
1244	患者の身になって考えていない。
1249	当院が在宅への移行をはじめたところであり、体制が整っていないから。
1250	主治医のメリット、デメリットしか頭の中にないと思われる。主体が患者様に向いていない。
1251	家族（本人）の固定概念を見極めてから。
1254	開業医としての自分の力量では在宅のメリットは患者に提供できない。
1257	求めに応じて
1260	本人より家族の意見が優先されることが多い（本人はさからえない）
1262	一方的に話をすることが多い （患者さんや家族に対し）オレにまかせろタイプで説明してしまう。
1265	主治医の主観や経験によるものが大きく影響していると考えられる
1268	患者個別の対応のため（うそも方弁）
1271	最終的な選択は患者側にあると思っています。 その上で大きな問題は診療所側の対応の限界を示すことであると思っています。
1272	社会的、家族の経済的背景によりけりだから
1273	知識不足
1275	家族をふくめ、在宅医の確保などの問題がクリアできなければ困難なことも多いから…
1277	患者の病状が加味される
1284	◎往診時や訪看報告表を十分把握できていない状況でなおかつ生活主体の治療ができていない
1288	時間がない。
1289	本人や家人等が入院を強く希望されている時等
1291	各家庭の事情による
1293	在宅療法が絶対的にできない家庭がある。
1294	在宅にもっていこうとしたときに①家庭の状況②適切な在宅医、訪問ステーション等の問題が生じることが多く、容易ではない。特に地方の病院では、ネットワーク形成ができていないし、ＭＳＷの数も少い。
1295	病院より在宅の方がどれ程良いか、説明するまでもないでしょう。愚問です
1298	デメリットに関しては、患者の方が知っている。すぐに医療にかかれないなど
1302	緩和ケア病棟で予後 1～3ヶ月の Pt 多く、在宅へ移行できる方は少ない
1307	・あまり在宅をすすめない（Pt、fa へ） ・在宅医と連携を取っている様子がない。
1311	Dr の中には在宅医療をあまり知らない Dr もいるので、説明出来ていないと思います。
1317	Dr は、緩和ケアの施設がある病院や、自宅近くの病院を探す方向の話が多い。 在宅の話や、細い説明は、医療連携室の SW さんなどが対応してくれている。
1318	在宅といってから、診る機会が多く、説明の機会がなかったりする。（一方的に在宅の依頼が来ることが多い）
1320	主治医の中には、在宅をよく知らない医師が多いと思う
1321	在宅の場合は、他事業所との連携なくしては、成立しない医療があるが、その上でのメリット、デメリットを説明した上で、ご本人の意欲を引き出す事をせず、一方的なケースが多い。
1323	患者さんの病状により家族などに説明している
1325	よく分らない
1329	外来のみの診療所だから
1330	当方に相談されない
1332	メリットあり。「胃瘻、O2、IVH などはしない方がよい」と説得している。
1334	緩和ケア病棟で最期を迎えたい希望をもっている患者、家族の場合が多く、一度入院すると、それから在宅に帰られる場合、マンパワー不足が生じやすいため。
1335	主治医によって認識のちがいがある。終末期についての知識もまちまちであるため
1341	在宅医療な困難な家庭環境もある
1342	家族が入院を希望している
1346	患者側の理解度（力）による
1350	患者の希望と家族の希望は必ずしも一致しない。初めは一致しているようでも、両者間にずれが生ずることもあるので…
1352	在宅介護の負担を軽減出来る方法を知らないのではないか
1353	だれかが背中を押してくれる時期は大切と考えるが、だれもが在宅での死を完全に望んでいるとは思えない事もある
1354	・自分たち医療従事者の都合が先にあり、利用者の意向はあまり聞いていないと思われる。

	選択になっていることもある。（入院をまずすすめている）
1358	在宅で管理が難しそうな場合があるため
1360	どのように考えても、入院ではないとできない医療や、家族の受け入れができない場合（人員的、経済的、能力的など）は、在宅の説明はしない方がよいと考え、されません。
1365	家族背景など考慮しながら。
1367	説明する時間がない。患者の家族とのコミュニケーションがとれていない。
1370	現状では在宅を希望する家族がかなり少ない。また、サポートする態勢が保障される場合があまりない
1371	介護力不足や入院していた方が都合がいいと思っている感がある
1372	居宅への移行を本人、家族が望まない。本人が望んでもデメリットを聞く事で家族が受け入れられない様子。
1373	患者の理解度が低い場合などは、家族の希望が優先されることがある
1382	その人にとってはとても良いことでも家族にとって必ずしも良いことだと言い切れないことがある
1385	説明することが当事者にメリットがあるかどうかによる。
1387	医師の多忙な中での在宅診療に限界があり、説明にも多分に影響する
1392	病院勤務の医師は在宅医療について知らない医師が多い。病気がよくなったから退院、入院していても同じ状態だから退院、などで、在宅生活の方は考えていない
1399	開業Ｄｒでありたのむ時は在宅を前程としてたのんでいるので。 しかし病状的に入院が必要な時は入院をすすめています
1400	メリット、デメリットで括れるような事柄とは考えません。
1402	経営者でもあるため、時に利潤追求のための在宅をする時があります。例えば介護者の負担を考えず、ＰＥＧ造設することもあります。
1404	それぞれの家庭環境により、ことなる。
1414	在宅での治療で充分であっても今の医療（病院医師）不足から医師側の効率を考慮しなければならない時もある。
1415	在宅での対応の全てに関して、主治医が可能な時と不可能な時（事）があるからです…特に夜間対応が難しい
1416	デメリットを話すことによって（患者本人）在宅へ帰るタイミングをのがすことがある。
1418	医療者側の都合－効率性が先行していると思われることがある
1420	問 2-a だから
1423	患者の精神的安定
1428	バランスよく説明できるほどには在宅の知識がない
1429	・主治医自身の知識不足。 ・在宅でのサポート体制が整わない。（がん患者をサポートしてくれる個人医が少ない）
1431	在宅退院の方が少ない上、主治医の認識が薄い。ソーシャルワーカーにまかせるところが多い。
1434	在宅での医療行為には限度があり、患者の医療要求が強くなった場合は入院の方向へとなるケースもあります
1435	患者さんにより、在宅往診（個人の都合）で希望されない方がおられる。
1441	基礎疾患により、在宅がいいかどうか考えている。また、急変する場合もある場合も考える
1447	家庭の事情等、患者さんとその家族の事を十分に理解していなければその方々にあった話が出きない。伝わらない事も多くあります。
1448	主治医の考えにより、在宅で看取りをしないのであれば往診しないという医師もいる。
1449	自分ができる事できない事の説明に終始する傾向にあり、何が実現できるかというメリット部分の説明は少ない気がする
1454	退院はいづれせざるを得ないので入院のメリットは話していない でも再入院はいつでも出来ることは伝えている
1455	利用者、家族状況（経済、精神家族関係）を考慮して説明されています。
1459	在宅は家人の負担が大きいので家人による為
1460	2-b による
1461	どこまで、どのように保険が使えたり、介護や訪問看ゴがうけれるのかを把握できていないときもあるので
1462	患者１人１人の全体像が把握できていないため、タイミング良く説明できないと思われる。
1464	訪看にまかせがち。訪看からお願いすれば説明してくれるケースもある。 “最期は在宅”といった主治医自身の価値感が先行しているように思う。
1465	在宅医療に対する理解が乏しい為
1467	訪問診療は行えるも、その場で充分な説明は行えていない。 入院中から病院と在宅双方の充分に説明する必要があると考える
1469	現状として在宅のメリット、デメリットを説明することは少ない
1472	上記に記載した通り
1474	その場面に立ち合うことがあまりないので、関係性の中でご本人や、ご家族からのお話からの推測です。
1476	患者自身だけでなく、家族の受け入れなどもあり、決定はむずかしい
1477	利用者からそういった話をきいたことがない
1484	何かあると、すぐ病院へと言っている。取りあえず在宅に居る間だけみているという感じ。
1486	在宅には多々の面で制限あり。
1492	十分な説明ができない。
1493	入院先から在宅に移る case が多いのですでに知らされている。
1494	主治医の考え方によって説明したりしなかったりしているため
1496	状況により提供できるサービスに限界があるため
1497	患者の状態や社会資源の利用状況（身障の等級や要介護度により、助成制度のことなど利用できるサービスが違うこと）などをふまえると、個々によって条件が異なることを考慮して話をする必要があるが、異なること自体を知らない or 理解していない医師が多い。余計な混乱をまねくことがある。
1499	認知機能の低下があったり、ご家族も高齢だと、うまく説明ができない時がある。
1500	主治医が多忙のため、患者が納得できるまで説明しきれていない。 （主治医としてはメリット、デメリットは充分了解できているが、それを説明しようとすると患者又はその家族の理解を得るために時間を要する）
1503	①主治医自身が病院か在宅かどちらかの経験が不足している。又は、主治医自身がメリットデメリットを明確に言葉としてもっていない。 ②入院している又はする病院に差が大きい。
1509	主治医によっては入院・在宅の決定を医師が行っています。 対象が高齢者だったり認知がある方の場合です。
1512	患者の経済力や家族背景による。
1513	訪問看護やその他サービスについて理解できていないため説明が不十分であると考えられる。
1514	Ｄｒの体制と・技術上の問題で在宅の支援が困難と思われる場合は入院のメリットを重点おいて説明されているケースもある
1518	在宅のメリットを知らない為説明できない ↑興味がないのでは…
1519	まだ患者がいない。
1520	患者からの質問がなければ説明していないように思う。説明に十分な時間の余裕がない。面倒である。必要性を感じていないと思っているのではないかと思う。
1522	主治医による
1524	患者自身が知りたくない時、説明していないそうです。
1530	在宅のことを知らない、または知ろうとしないＤｒが多い。
1532	ご家族などのヒューマンパワーの不足や地域との連携体制にもよるため
1534	・家族によっては在宅を希望されない方もいる為
1538	ケースバイケースがあるから。
1541	外科系の病棟でありどうしたら治療出来るかを考えている医師（50～60才）がほとんどである
1542	退院の話が出ると、病人も、御家族も積極的ではない、ことから
1543	当科では退院される（自宅）方が少ない為
1545	【入院医療・在宅医療の重なる図を記入し、重なる部分】←有床診のもち場 在宅を主にしているが、家庭の事情並びに病状を考へる。しかし在宅可能なものは文句なく患者さんの意志尊重。
1546	（病状が悪いため）在宅が困難な患者さんが多いため。
1551	説明する機かいが少ない
1554	経営といった視点で見てるためかと思う
1556	在宅医療が当院では困難
1557	自宅でどうしても困難なケース、患者自身に不利益な場合
1558	在宅での介護力不足を考える対象へは、療養型病床への転院をすすめる
1562	当科は精神がメインなので、あまり事例がありません。
1565	協力する家族がいない方には話せない。みんなが協力的ではない
1570	主治医の考え方が中心とされるため、何が何でも在宅と考え、患者や家族の思いを無視する様な言動の主治医も中にはいるのが現状です　すべての方ではないのですが…
1571	独居、家族が希望しない（拒否）
1572	医師が在宅医療の説明をすると、即座に拒否するケース等は積極的にそれ以上の説明は行わない
1575	家族の希望など周囲の状況 本人の理解度
1576	患者を取り巻く環境が大きい。家族の協力など。
1579	家族の受け入れ、本人の受け入れが困難な時
1583	患者からの要望があまりきかれてないから。
1584	入院施設をもっていない
1586	そういう場面がない。私の外来、病棟には入院希望者しかこない。
1594	時間が足りない。
1596	患者、家族の受け入れが不十分な時はあまり積極的でない
1600	患者の方から聞かれることがあまりない。又、病院の性質上治療の為の入院のみを受け入れているため。
1601	家族が入院を希望しても在宅で看るのがよいと説明することもある。 末期状態の場合、特に癌の末期は在宅でみる方向で説明することが多い。
1604	状況や疾病の進行を考慮すると予想と現実のあいまいな判断は出来ないのでその対象者を考え説明していかないといけない。
1607	病棟の特殊性からいって残された時間をいかによりよく生きるかを考える上で重要だから。
1608	そういったケースが少ないので
1612	患者さまは、ホスピスを選んできていることが多いため。 ホスピス入院患者は入院前にホスピスで最期を迎えたい希望の人であるから。在宅を希望すれば情報は提供している。
1615	背景の問題もあり一律には説明できない。 環境が困難なけースもあるし（介ゴ者がいない等）、家族が望んでいないこともある。
1624	在宅を勧めないと思う。
1631	説明しているのを見た（聞いた）ことがない
1632	年をとっているので仕方がないという考え方が強く熱心さがない
1638	患者の家族等の介護力、経済的理由 又、Ｄｒ自身の対応力により説明している
1639	ご家族や家庭環境など受け入れ側の事も考えている。
1640	介護量や病状不安定の状況により主治医は入院を勧めたりしています
1645	デメリットについての説明は不十分
1646	体力的に往診はできないので退院させていない
1650	特に、高齢の患者によっては、病名を告知できない方もある。血圧が少し高いだけでも症状が悪化する場合があり、心のケアは重要な問題であるので、家族と慎重に話し合っている。
1651	介護力の問題があることと、最期を迎える家族が最後まで自宅で看る事ができるか
1652	理解が必要だろう
1654	在宅療養が無理と考えられる場合がある
1655	説明しきれない
1656	主治医というのが多数いるので、説明している医師もいるし、できていない医師もいると思うため。
1657	メリットをほんとうに理解していない。自分の体験が必要と思う

1661	在宅でのメリットとしては家族が自宅での仕事をしながら看病できるメリットと患者さんの安心感が得られると説明
1663	している医師もいるが、最期までホスピス等への転院すら調整せず、ＤＮＲもとらずそ生をする医師もいる。また、患者の最期の場としてのというより病院の特性上、退院してほしいと話す医師もいる。
1666	主治医がたくさんいますし、家族や患者さん本人の理解力も違うので２、にしました
1673	介ゴ保険についてあまり知らない
1674	在宅医療はどのようなものかよく知らない為、上手く説明できないと思われる。
1679	バランスよくしているかどうかは不明。
1680	患者の病状、家族、患者の希望等を考えて
1681	説明能力が低いか、説明の必要性に関する認識が低い
1682	患者の病状進行が早く、在宅移行へのタイミングが間に合わない。
1684	がん専門病院であり“治療を受けて治ること”を希望している患者が多い。 当院での治療対象外であることを説明しても、患者・家族の納得を得られない場合がある。
1686	患者側の受け取り方に差が有り過ぎる
1688	説明しても患者を人としてあつかって居ないし物としか考えて居ないため説明が困難である。
1693	両方を患者・家族が納得できる形で説明できているとは思えない
1696	家々の事情が異なる。
1697	精神科単科であるため、病状による自己判断力の低下した患者様に入院をすすめる時に、入院のメリットを大きくいうことがある
1698	患者としっかりとむき合い患者が何を望んでいるかがわからない場合があると思う。患者とむき合う事がにがてと思えることがある。
1705	対象者の希望をふまえて臨機応変にされている
1706	医療１を増やさないように、必要でない医療行為を行い長期に療養をさせる。
1712	病院の中に在宅部門があるので、主治医が実際に携わっているので説明している
1717	Ｄｒ自身がとりくんでいるＤｒと興味のないＤｒでしくみさえ、しろうとしないＤｒもまだまだ多い
1718	主治医は入院中でも、外来でも在宅で過ごす可能性があれば、在宅をすすめてその支援の為には地域連携室とよく連絡を取り必要な紹介は適宜行っている
1721	家庭の介護力、協力性に応じて説明すべきと考えているが、入院する際、介護疲れがすでにある人（家族）が多く、積極的にはしていない。ただし本人が自宅を望めば話をするように努めている
1722	主治医自身がデメリットをしらないから
1724	安心感（在宅）、タイムラインがない（入院）
1729	死生観をそなえているかどうか。
1730	・基本的には説明されている。又、患者様自体が自宅にかえりたい事も十分に理解されているが介護力や経済面等の問題で説明がかたよる事もある。
1734	介護する意志に乏しい家族に在宅療養の話■してもはじまらないし、入院費用に困っている人に入院の話をしてもはじまりません
1735	チャンスがとりにくい 理解してくれそうもない人が多い（老人性痴呆）
1738	24 時間の即時体勢だから
1739	医療看ご介護の質などについて 又、夜間対応などについて
1740	もともと在宅を希望されて、依頼されるため。
1741	デメリット～１般論的な知識で述べられることや、地域の連携病院の質にもよる地域特殊性があるので、デメリットの説明は難しい。もちろん、当院の医療スタッフのスキル、患者の有する疾患の特殊性もあるでしょう
1746	在宅医療に関わっていない為
1747	在宅での介護力という問題で結局入院を希望される事が圧倒的に多い（希望と現実は異なる）
1752	患者だけでなく支える家族のことも考えると、負担は大きく、協力も得られないことがある
1753	本人や家族の生活に視点はなく、治療に関する説明が多いと思われる。又本人や家族が今後どうしたいか、終末をどこでむかえたいか等については、積極的な説明ができておらず精神的ケアや人生に対する話をさけているようである。（自分自身が対応できず困るのではないか？）医師の教育必要（特に勤務医！！）在宅に関する事は知ろうとする人が少ないと思われる。
1757	患者の意志確認（帰りたくない人が多い）と、状態が悪く（肺炎など）在宅へ帰りたくても帰れない人もいる
1758	在宅のメリットをあまり知らないから説明できない。
1766	在宅へ切顔える際の手続きが面倒である。また、手続きに時間がかかる
1770	患者の状態や、家族の受け入れ状況による
1772	家族が希望する方のみ行っていると思う。 在宅でターミナル期をみてくれる所が少ないから。
1773	病状や家族の事情等で不可能と判断してしまっていると思う
1780	問３ａにかかわっていないのでわかりません
1781	とにかく病院に入院しているＰｔのみをみることが精いっぱいだから
1782	ケースによって差がある
1783	よく理解していないから
1784	緩和ケア病棟への異動、２週間なのでわからない
1785	本人の希望に添う場合が多い
1788	在宅医や、ネットワークができていないため、情報提供できない、不安（デメリット面）が印象強く説明されることがある。
1789	必要ないことが多い。
1792	病院側の状況に合わせて説明している部分もある
1794	不安を与えることになる。
1802	家族が頭っから在宅療養を拒否するケースが増えて困っている。
1803	在宅での医療提供能力と介護力の不足があるため積極的に在宅をすすめられない。
1804	しているつもりだが、誘導になっている、かもしれないし、それが正しいかどうかわからない。
1805	在宅での介護力などを、推測してしまい、また、家族の介護力を軽視している向きがある。 家族が、「逃げ」の態度を示すと、強くは、いえない。
1809	時間があまりにも少ない（医師が全て説明できない）
1810	説明できる知識、経験なし。
1811	situation により説明の内容が変更し、容易に理解して頂くのは困難と考える
1812	主治医はメインは病院内での仕事で、在宅への緊急な訪問ができないため、入院をすすめていることが多いから。 入院のメリットを最大に説明している場合が多い
1813	バランスよく説明するの意味がわからない。メリット、デメリットを客観的に説明するようにしている。本人、家族の希望が最優先である。
1814	老人世帯や障害者世帯など
1815	介護者の身体、精神状態を考慮すべき
1816	していても理解と現実の差に悩まれることが多いです
1823	一人暮しの方の場合は、在宅での最期は、無理だと思います。
1824	Ｄｒの価値感が大きく左右すると思う。医療者から患者、家族に異なる意見をしてしまうと不安が増すため、現状をＤｒに伝え全てのメリット・デメリットをふまえた上で在宅や入院の選択をお願いしても、聞く耳をもたないＤｒがいるのも現実。ＮｓよりもＰｔの意見を早めに集収し、対応してくれるＤｒもいるのに…
1828	在宅医により、自身のフォロー体制を念頭に説明している場合も多■（日・祝は連絡がとれない、夜間の対応は無理）在宅医により、対応の幅、関わりのスタンスに差が大きい。
1829	入院のメリットは入院できる可能性のある人には話しをしますが私のケースでは少ないです（退院となってから、私の診療所に来られるケースがほとんどです。）
1833	現在適応する患者がいない
1834	救急ＨＰのため今あることへのとりくみばかりで両方の説明をしているＤｒはわずかのみ
1835	全体的に説明不足である。 在宅＝見捨てられるというＰｔも多い。
1836	在宅では家族と安らかに穏やかにすごすことが出来る。 病院は何があってもすぐ看護師が対応医師に連絡してもらえ処置がしてもらえる夜間訪問している開業医は少ない。
1839	患者やその家族の境遇、年令、在宅でいこうとする気持ちの強さなど、様々であり、状況次第で、説明するかしないかを行っている
1841	在宅医療に積極的にとりくんでいる。
1842	複数の医師が往診しているので主Ｄｒによりメリット、デメリットを理解している度合が違う
1845	あまり相談がないから
1846	介護力があるところとないところで説明が異なってくる
1853	ほとんどが精神科患者だから
1855	在宅についての理解が不十分だから
1858	説明をする機会が少ない
1859	地域的なことも関係しているのだと思いますが、悪くなれば入院ということが定着しており、介護者や家族が入院することを希望するため
1860	「バランスよく」というとらえ方にはひとそれぞれだがとてもそうは思えない →たとえば禁煙する気がない人のような「無関心期」もしくは「何かあったら病院へ！！」という意識が強い人には「そんなにがんばらなくても在宅という選択はあります。困ったときにはいつでも相談にのります」というひとことしかかけられないのでは？→これをふくめてバランスよくという質問なのならｙｅｓ
1861	勤務医は在宅療養について理解していないため。
1867	・何かあれば入院と説明されるＤｒがおり在宅でのメリットを十分話されていない時がある
1870	カンワケアに入りたいといってきている人たちに対してなので。
1872	在宅を選択する場合でも単に病状だけではない。家族介護力がなくても入れる施設・病院がない。経済的に入院や施設入所ができないなどの社会的要因がある選択の幅は狭いのが現状である
1874	家族の受け入れの状態、患者さん本人の希望はあっても高令介助者一名のみの自宅では医療者の介入があってもむずかしい場合があり、本人を含めた家族での話し合いの上、方針を決めている。
1875	現状をよく知らない（現場を知らない）面倒なことはしたくない ↑（お金にならないこと） （時間と手間かかること）
1877	患者自身に説明する機会が少ないように思われるので。
1882	患者様が聞いてこない限り聞いても理解されないのでは
1884	バランスが善いか否かは、自分では判断しかねますがよく説明しているつもり（心がけ）です。したがって、１の「している」には○はつけられませんでした。（客観的に判断しかねる設問と思われます）
1885	・在宅のメリットを理解していない ・在宅にもっていくまでを知らない
1887	必ずしもメリットばかりではない。現状はデメリットを最初にちらつかせてしまうと話に乗らない方が多い
1888	開業医なので、入院→在宅の説明は、病院にまかしている
1892	在宅医療について十分な説明が不足。
1893	経済的・社会背景の問題もある。
1896	在宅を理解できてない医師が選択ができる事さえも、本人や家族へ情報提供されてない事がほとんどだと思われます。
1897	特に対象者の設問がない
1899	家族の対応による
1900	医師は毎日の業務をこなすだけで精一杯であり、くわしく説明するほど在宅療養のノウハウを知りません
1901	主治医の考えなので良くわかりません。
1905	・キーマンがつかめていない時がある。 ・説明后の理解レベルを確認していない。
1907	在宅医の対応によっては在宅生活がさらに不安になることも多い。開業医がみな在宅医療を考えているわけではない
1908	在宅希望があれば説明を行なっているが、きちんとした在宅が設立されていないのが現状。

1910	在宅医療が明らかに不可能な条件の時は選択肢とならないので。
1912	・在宅のメリットをあまり説明していない感じがする。今の現状Ｐｔ、家族が病院に入院するお金がない為在宅にいかれるＰＴが多くふえた
1913	主治医そのものが無理との方向に向かうケースが多いように感ずる。 （主治医よ、勉強して下さい！病院Ｎｓよ勉強して下さいと言いたい場面があります）
1914	正確な情報とはまず何かが問題。一般論・画一的説明が必ずしも患者・家族の求めているものではないこともある。各々の抱える疾患・問題点・環境など様々であり、説明に無意識にバイアスがかかっている場合もあるかもしれない
1915	治療の役割以外に介入しようとする意識がうすい
1917	入院させたい入院したいという思いで入ってくるのでしていないと思う。説明するなら早い段階で行っているべきだが、当院ではしていないように思う。3ヶ月過ぎたら一般病棟を出したいという思いもあるだろう。
1923	地域の施設との顔のつながりもできてなく、どのような介入をしてくれるのかわからない。また、地域医療を行なっているＤｒの知識も不足していると思っているのではないか（実際はわからない）
1926	在宅を選ぶ場合も少なく、選んでも大変なことが予想されるため。
1927	在宅へという考えの医師がまだ少ない。（ブッシュが甘い）
1929	なかなか、メリットデメリットは、希望が合った場合のみ。
1930	主治医が説明していても、実施地域のサポートが不足している場合もある為、患者の住む地域にもよる。
1931	家族が入院を強く希望する
1933	Ｐｔ、ｆａが希望していないのに、在宅へもっていくケースが少なくない
1937	具合が悪くなると入院を促してしまうことが多い
1950	緩和ケア病棟に入院中、あるいは入院を希望しているケースに、在宅を勧める、詳しく説明することはなかなか難しい場合がある。
1951	家族の介助力、患者の神経的、身体的状況をあまりとらえずに説明していない時がある
1953	患者や家族が病院に入院することを強く望む場合が多い。この時はすでに帰したい医師と残したい家族または患者という構図ができ上がっており、患者、家族に在宅医療の偏見がある。その場合、話し合いは平行線となってしまうから。
1954	患者の希望と家族の希望が異なる場合があるから。
1955	抗がん剤など、エンドレスで治療しているケースが多く、副作用（下痢）などが落ちつくと、次の治療で、体力が消耗をくり返し、在宅へのタイミングがむづかしくあまり説明していない
1957	私自身も説明できないことあると思います。私も無知です。ですから２にしました。
1958	上記の様に家族の協力なしには成立たない
1960	知識が十分でないため
1963	在宅医療について知らなすぎる。又、そのような手続きや連携方法を理解しようとせずにいる。
1965	主治医は、在宅医療の中身を十分に知らない。
1966	説明する以前に、すでに決めておられる場合がほとんどである。（在宅でがんばるか入院させていたいか）
1967	最期を当院でむかえるため入院してくる方がほとんど
1968	入院患者様以外施設など他の施設もまわっているため多忙なため？
1971	ＭＳＷに頼っている。
1973	現状では、在宅医療の体制が整っていないので、話をするとかえって混乱することが多い。患者・家族の希望がある場合は十分に説明している。
1974	家庭の事情で在宅が無理な場合や、認知症の患者さんの場合もあり。
1976	主治医の主観や看護師の主観が先行することがあるため、メリット、デメリットの説明が不十分のまま在宅、病院療養の選択がされることがある。
1981	ＩＣＵ勤務している為
1984	・説明をしている場面に立ち合う事が少ない
1986	在宅のメリットとして、患者が本当に在宅を望んでいるのか、確認していない。
1991	退院をすすめたい時などは在宅のメリットを多くはなす、など片よりがあると思う。
1993	固定観念を持つ患者 認知症等にて判断、理解が困難な患者　　）などいろいろなケースがある 家族の意向に従わざるを得ない患者
1994	本人、家族の希望にそって安心できるよう説明している
1995	患者の重症度、家族が介護のせわができるかどうかなどにより異なる
2001	ケースワーカーなどが説明している事も多い。
2003	・説明しても内容を理解できない、患者さんもいる。 「患者家族に説明していますか」という設問なら１。
2005	認知症の方や家族のいない方が多い。
2008	最善の方法を患者ともさくするのではない場合が多く。
2009	介護が入る事によって事情が混乱してしまうことが多く、ケアマネが関係して来る場合は在宅は基本的にはタッチしない。
2018	医師だけの問題でなく、介護力により左右される
2019	病院医は在宅医の現状や在宅できることなど十分認識していないと思われるので、他職種（Ｎｓ、ＳＷ）にまかせるケースが多いと思う。
2020	一坦よくなる場合は入院をすすめる
2022	入院か在宅かを決めるのは最終的には患者、家族であるから“バランスよく説明”するということが難しい問題の場合もあります。（家族の実情を十分理解するということが難しいから）
2024	主治医より在宅療養いつから、どのようには話されるが、メリット、デメリットについては、ほとんど話さない（と思います。ＩＣの場にいないので分りません）
2025	時間がない。余裕がない。
2028	・在宅医療の知識がない ・在宅で過す患者の表情の違いなど実感したことがない。
2029	患者のために、どちらかをすすめている時があるため。
2030	在宅医療にあたってはクリアすべき問題が多く問題解決がスムーズにはかどらない。 （バックアップ体制が整うまでに時間がかかり、また別の問題が生じてくる）
2031	在宅の医療側の整備がすすんでいない
2034	家族の希望
2036	在宅では必ず家族とともに生活をしており、家族にも納得していただかないとと思うから。そのメリット、デメリットを
2039	ご本人（患者）の意向と、家族の意向にズレが生じた際説明を行っている。
2040	主治医に在宅医療をすすめる意志がないから
2044	理解できない方にはしていない→家族にしている
2046	在宅をすすめる場合がかなり少なく、すすめたとしても急変の可能性があるということを伝えたりしている
2048	あくまでも患者側に決定権はある
2049	沢山あって書けない
2050	在宅医療についてよく知られていない 病院主体であって“生活の基盤は在宅である”という基本を忘れている医者が多い
2053	ガン末期等意見の逆転がよくおこる
2055	在宅での生の終わりについて対応してないため
2057	医療者から見て明らかに在宅、あるいは入院が望ましい場合は、積極的に誘導する。
2058	本人やご家族から聞かれた時には、説明しているがすべての人にこちらから説明はしていないのが現状です。
2059	ターミナル期にある患者や家族への選択肢についての説明が不十分である。ふつうに在宅療養ができることを知らないので、省いて、転院（ホスピス病院など）をすすめてしまっている。 在宅へ移行する場合も調整までの介入が不十分である。
2060	療養者やその家族が細かい点まで尋ねてこられた場合、分からないこと、知らないことも多々ありますので決してバランスよく説明できません。
2061	家族の受け入れ困難と言われた場合あまり在宅をすすめすぎると“おいだされた”“みすてられた”と思わせてしまうのでは…と思い、転院に切りかえることがある。
2062	あまりに情報を知らない
2073	死亡時間を気にしている。
2074	ほとんどの方が入院を経て、在宅に移ってくるので当初はわざわざ説明はしない。ターミナルになれば、再検討（入院するかどうか）してもらえるようにしている。
2076	明確に説明できているかは不明
2078	１．理解できない人がいる ２．ガン末期で本人が病名を知らない人がいる。
2081	主治医とのコミュニケーションがあまりとれてないので方針がわからない
2082	聞かれないので
2083	在宅でのケアが物理的に理想どおり（身内などで）に行える人は少ないのでは。
2085	説明があまりにも少なすぎる。
2095	主治医による。 介護者の理解度が受けとめられる容量にもよる。
2100	これまでその必要を感じていなかったため
2101	患者が在宅を望んでいても、介護者が疲れてしまったり、病状によって入院した方がよいが患者が応じない場合
2102	子供の職業経済力による
2104	患者さんの病状病気治療法によりさまざま
2106	主治医の考え方、価値感の違い
2110	病状や独居による
2115	在宅の治療の具体的な方法を知らない
2116	患者の経済状況によるから
2117	患者の事情にもよる。
2118	患者以外の家族等の負担がふえる。
2119	在宅出来る人にも限度がある。
2121	家族構成の問題があり、触れてはいけない部分も存在することを念頭に置き説明するから
2122	主治医によって、きちんと説明してもらえる場合としてもらえない場合の差が大きく説明不足の場合は希望だけ聞く場合が多い
2125	主治医は介護サービスや在宅での自己負担金のことまで考慮していないから。
2128	面倒だからだと思う
2129	家族のマンパワー、居住環境、本人の状況などを念頭におくと、常にバランスよく説明することは困難です。
2130	時により、メリット、デメリットがよく分からず、不安を抱えたまま在宅へ移こうする事がある。
2131	ケースによっては、クライエント・家族共に考えが揺れている場合、充分時間をかけて選択してもらうため。
2134	家族の希望とあうか悩むため
2135	在宅への受け入れ体制が整わない家庭環境（人的物的）の場合、説明がかえってプレッシャーになる場合がある。 望んでいない場合も説明しない。
2140	時間がない 患者側の無知の為説明に時間がかかりすぎる
2141	家族から要望あれば、又、こちらが打診すればやっと説明するというケースが多い かわりに説明する事も多々ある
2143	①呼吸困難に陥った場合、あるいは、疼痛コントロール等が、在宅医療で困難な場合。 ②２４ｈ対応ができない（診療時間内や…休日等）
2146	家族状況や本人の考え方により異なる
2147	主治医の知識量による
2149	時間がない
2151	経済的な問題や、介護的な問題がある場合は、どちらかに寄った説明をする場合もある
2154	家族環境を考えながら説明している
2157	例がまだないため
2158	それは医師としての業務じゃないと思います。パラメディカル、行政の仕事です。 つまり（「ケア、マネー」「ソーシャルワーカー」）の資質及独立性の問題と思います

2159	本人、家族が判断にまよっていた時に行う
2164	患者の思いを把握することに十分時間をさけない状況と、Ｄｒの在宅への理解が十分でない
2165	本人と家族の意向による
2168	よく理解していないから
2170	病院と主治医の連携がうまく行っている。 ＰｔのＥＮＴ時の拡大カンファレンスも充分に行って主治医との連携が出来ている
2172	疾病の説明が主となりＱＯＬ的な説明がされていない 現在の医師教育が疾病治療に偏重しているためではないか
2173	全て周囲が手伝ってくれると簡単に考え、状態の変化についていけなくて、本人、家族もサービス事業所も困る事があります。
2175	本人にとってのバランスがとれていないことはある
2177	今ひとつ不十分に思われる。 入院、在宅いずれも説明不足である
2182	在宅か入院か？訪問看護と応診があるという程度しかしていない 実際にＤｒは知識が乏しい
2184	患者さんがムンテラを希望したらしている
2194	必要の場合に行う
2198	入院による治療が優先となっており、又、在宅医療を支医師が少ない　又ネットワークがないため
2200	在宅のことばかり話され、病院のことは言わない。
2201	患者は主治医の意見に大きく左右されやすい。 主治医がある程度の方向性を誘導してあげないと患者側だけでは決められないことが多いので
2202	家族の方から申し出たら、在宅についてＳＭＷが説明
2203	医師の力量、体制上の問題もあり入院が多い
2204	デメリット：重病になると、医師だけでは対応できない メリット：本人の在宅希望がかなえられる
2208	在宅医療のシステムが当地区では不十分と考えられるから。
2210	深く理解している状況でないので、十分な説明ができない
2211	私自身は障害患者の在宅医療を担当しています
2214	家族が望む方にしている
2215	始めから入院と決めつけている患者、家族が居て、説明に耳を貸さない場合もあるので。
2221	本人又は家族の方が熱心であれば、詳しい説明が出来る。
2222	本人の理解力と周囲（家族）の考え方に温度差がある
2231	くわしい事に関してはソーシャルワーカーにまかせている。
2237	在宅での様子はわかりません。
2242	患者本人ではなく、家族に説明すること多い、不満有り
2245	患者様や、ご家族の中には、病院にまかせきりにしておいた方が自分達が楽だからと考えている方もいらっしゃいます。
2246	主治医の見解がＩＣには入る。 主治医の意見に任せるというＰｔが多い。
2247	多くの情報で混乱する患者もいる
2248	主治医が在宅医療にかかわっていない為。
2252	本人の思いに添って状況等説明している
2254	きちんと説明できる主治医とそうでない主治医がいる。先の見通しや、デメリットに対するサポート不足がある
2257	主治医が直接話をすることもあるが、状況により、看護部やSWへ依頼し、役割分担をすることもある。
2260	日頃の患者との十分な信頼関係があるから。
2261	在宅療養をおこなう最低条件が整っていない場合には積極的に在宅メリット、入院のデメリットを説明しない場合がある。
2263	その時の患者様の状況による
2266	すべての主治医ではないが、連携をよくとっている主治医は治療が不要になったらメリットデメリットを説明しているが、在宅ケアには力が入ってない為、何もしないターミナルの方には説明に偏りがあるように感じる
2267	病院のDrやNsは在宅看での内容をしらない方がまだ多いです。 担当の相だん室の方でも中にはわかっていない方たくさんいるようです。
2268	サポートする、家族、親せき、が、在宅でケアできないと判断した時は、入院のメリットを、しっかり話されています。
2270	家庭環境や家族の状況をみながら説明している。
2275	概当患者にまだあたっていない。
2277	本人や家人の理解度がどれ程あるのかによって変わる。
2279	入院している方が症状を管理できると考え在宅に対して心良く思っていない。
2283	患者ひとりひとりの背景がある　それには介護力も大きな問題であるのでその人にあわせて考えている。
2284	患者の状態による
2287	HP　Drは在宅を知らない。在宅Drは人により、在宅でがんばれない。
2291	よく知らないから
2295	在宅の必要性が高いため在宅の良さを理解してもらうため
2300	経済的な理由が、大きいので出来る限りその点も含めて説明している
2301	主治医より、在宅医療についてよく理解されていない医師があるため、十分な説明や指導ができないケースがある
2302	Ｐｔの状態、家族関係、ＤｒとＰｔの関係？にもよるように思う。
2304	家族のうけ入れ状況や、患者の不安など
2305	在宅での看とりをご存知ではない先生も多いと思います。
2307	忙しい
2308	当院は有床診療所ですので、近隣の住民で介護力に乏しい老々介護の家庭に関しては、自宅に近くて介護施設より安価で最期を迎えることができるというオプションも説明しています。実際1年間に亡くなる方が30人前後あり、そのうち4分の3は在宅ではなく院内で亡くなられています。

2311	本人・利用者の気持ちをよく聴いて意志の統一ができないまま入院にしてしまうケースもある。
2318	患者1人の問題でなく家族が関わる問題であるから、在宅を望んでも、それができない事情がある場合もあるから
2330	本人、家族ともに在宅を希望している場合には必ず説明するが家族にその意志が全くないような場合には、本人に期待させるだけになってしまったりすることもあるので説明しない場合もある。
2331	説明をうけることで不安をあおることにもなる。
2332	医師ではなく看護師が説明する場合もある。
2336	外来治療から在宅診療にすると高くなる。
2342	それぞれのDrによりお考えがちがいます。
2343	ステーションとの関係性にもよる。お互いを信頼し役割分担が出来ていればデメリットはほとんどない。が、片手間的な往診医では、説明すら出来ず。また家族のキャラにも大きく影響されてしまう
2344	わからない
2346	まず、ptが在宅にいたいか、入院している方が安心という人もいる 又、faのサポートがあるかどうか。
2347	実際にきいたことがないからわからないが、入院中も積極的に退院・外泊をすすめる方ではないので、充分ではないと思うんです。
2348	自分自身も理解していない。
2352	在宅医につなげる時は、在宅医にまかせる医師もいる。
2356	老々介護であったり介護力（核家族等）であったり家族状況を診て説明をしています。
2359	在宅へ移行する人が少ないのでよく分からない
2361	患者さん及び家族の性格にもよる。 医療者の知識不足etc
2363	話はしているがバランスがよいとは言えない。 末期患者に対しては話すタイミングも遅いと思う。
2366	緩和ホスピスに入院しているPtは、最期は病院でと思っている方が多かったから
2368	患者さんの理解度による
2369	当院はホスピス病院の為、入院後、患者の症状が軽快し在宅が可能と考えられ患者・家族が希望した時に説明する事例としては少ない。
2371	説明した上で判断を迫る手法は、実はフェアでありません。知識量が圧倒的に違うためです。希望は聞くものの、ある程度は医師から“お勧め”を示すべきだと考えます。
2373	患者の意向と家族の希望が合わない時等ケースによる
2374	在宅ケアに、適合される方たちばかりではない。 患者サイド、家族サイド
2378	医療の現場や病院については、知っていても在宅サービスや社会資源についての理解が乏しい。医療相談室のMSWが対応しているケースが多い
2383	在宅との連携が密にとれていない。在宅（在宅ホスピスなど）でのサポート体勢がまだまだ確立していない。
2384	自院で可能な医療行為が限られている。
2386	在宅についての知識に乏しいため十分な説明をする自信がない。
2387	多忙で医師がそこに時間をかけられない事もあると思う。そのためMSWに全面依頼。医師自身がそれほど在宅が良いと感じてはいない面もあるように思う。患者から在宅希望があればMSWのケースが多い。
2389	在宅医療に積極的な開業医が少なく患者に提示しにくい
2393	理想と現実のギャップがある為だと思われる
2395	在宅への移行は考えてないから。
2396	主治医の知識や考え方による。
2397	理解力の良い主治医、責任感のあるDrはきちんと説明していますがDr自身、私生活まで医療にかかわりたくないと思っている方は、「病院にいさせてもらいや。」と患者や家族に話されるのをよく見ました。
2398	家族の方でも、一転二転される場合が多く、よく話合いをしてもらわないと家庭崩壊となる。 又、選択は、本人、家人と思われるから
2400	家族などの思いがある為
2403	家族が最初から病院や施設を希望するため、在宅医療についての説明はあまりみられない。
2405	説明した方が良い時期がきたらするようにしています。
2407	当院は有床の在宅支診
2411	説明以前に入院となって在宅へ移行するのが困難な状況にありそれから先が進められない。また家族の介護力が乏しい状況をみて話しをすすめられないことがある。
2413	本人、家族の要望に応じて説明している
2416	自宅での介護力などを考えて在宅での対応を伝えていると思います。
2420	訪問診療、往診にしても絶対にすぐ応じるという体制はほとんど無理に近く、急変時に対応できるといいながら対応できず救急搬送となるケースが多く余裕のない時には受ける事ができない。
2423	家族の意向に側って説明している。
2424	同じ病院内でも、専門科別で、対応が違う。又、在宅管理となる方の大多数は、慢性疾患の方、脳卒中後遺症の方がほとんどで、施設入所もままならず、止むなく在宅へ移行する状況です。
2426	知識不足
2429	現在、在宅医療を希望しているので、それに応じているが、急性増悪があったりすると、入院医療に変更しなければならないことが多い。
2432	在宅にて訪問していても、最期となると、24H診療はされず、救急車要請で再入院させ、病院で終末となっている。ターミナルケアーをして、自宅での、臨終をすすめていない。
2441	急変の可能性があっても、そこまで深くは伝えない。
2443	Ｄｒの病状説明を聞いている限り、在宅の方向性は伝えていないため。
2445	本人、家族が希望をしてもなかなかかなえられない。 日単位の場合、在宅のＤｒがＯＫをしないときがある。
2451	患者の生活についての理解が不足している場合、適切な説明ができない。
2456	受け手の状態（家族や本人）がさまざまなため、対象に合わせるのが困難ではあると思う。バランスよくの判断がむずかしい

2461	充分とは言えない。介護、福祉についての知識が不十分なため。
2462	命の選択は、特に高齢者か terminal care では絶対に必要。
2466	大体のＰｔが在宅が困難なため入院してこられるので。
2471	患者家族の状態、状況を考慮していると思われる
2472	医師によるように感じています。
2473	施設の特徴として、適応者が少ない
2477	入院のメリット、デメリットについては説明している場面はあまり記憶していません。 在宅の説明はデメリットが多くなってしまうように感じます。
2481	主治医が在宅医療に対して充分しらない。
2483	介護状況の把握が不十分、本当の気もちを聞き出せていない
2486	患者や家族に希望がない
2490	在宅への本人の不安や、介護力の問題から、在宅を希望してみえない患者さんも多いため。
2491	在宅医療の理解がないから。 ただ行政の考えのもとすすめていると感じる。
2493	在宅で最期を迎える大変さがわかるためあまり在宅を強くすすめていない。 緩和ケア病棟があるためそこが最期の場所と考えている主治医が多い
2495	症状が安定しておれば在宅は考えられるがそうでない場合もある。しかし、どのような状況であろうと在宅を希望され、家族も了解している場合もある。
2497	入院時には、行われるが、積極的までとはいえない。
2500	家族の状況と、患者の病状をみて在宅が可能と思われる場合と、本人もしくわ家族が、在宅を強くのぞむ場には積極的にかかわっている。
2501	大部分の患者さんが認知症であり、自宅での生活が困難であったため。
2506	患者の生活を理解できている場合には、説明できているが情報が不足している時はうまく伝えられていない。
2507	・説明しても理解不能の方が多い。 ・マスコミがもっと報道すべきである
2513	在宅・支援・地域・行政等の連携などの知識不足。
2517	本人だけではなく、家庭環境なども考慮すべき。
2518	その患者の状況により説明している
2522	入院中もほとんど病状や予後について、触れず在宅に帰ってきて、在宅医も、最期をどう迎えるか、今後考えられる病状の変化について、すぐには、話しにくいようで、状況みてからになる事が多い
2523	病院に入院していて退院をしいられた場合やむなく在宅を選択した例はほとんど在宅のメリットデメリットを理解されていない 在宅で可能不可能の評価もされていないことがある
2524	在宅での具体的な動き知らないので説明できないのではないでしょうか。
2528	・利用者が聞かないと十分な、メリット・デメリットについての説明はないと思われる。
2532	医者によるため
2533	在宅療養が明かに困難な場合は説明されていない。 入院時には在宅で今まで頑張ってきたのでこのまま最后は病院で迎えたいと言う人もいるため。
2535	在宅希望の方には説明されるがそうでなければあまり在宅の話はしていないことが多いと思う。
2537	病状や家族の状況から、在宅が不可能な場合もあり、その場合はあえて在宅の話はしていない。
2540	Ｐｔの年齢、病状、理解度、生活状況などにより、状況判断しているから。 介護側のＦａの受け入れ状況などもみつつ、入院と在宅についてそれぞれメリット、デメリット説明。
2541	十分説明できる時間がない
2544	そのような患者様がいない。 慢性疾患の患者様が多く症状の増悪等、当所で対応しきれない場合は近隣の病院に紹介している。 入院か在宅かの話はそちらでされているもよう。
2546	ＰＣＵのため、症状コントロールが十分に行える在宅医訪問看護ステーションがいないと考えているため、在宅では困難と思っているから。また、家族の負担が大きいと考えているから。
2550	患者及びその家族に説明する必要あり
2552	在宅への経験が少ないためと思います
2555	患者・家族共に在宅を希望している場合は説明する。 （緩和ケア病棟であり、患者の状態にもよる）
2568	Ｄｒが説明不足の場合は訪看サイドからかみくだいて説明することも多々ある。
2569	急性期治療のための入院と、生活の質を保ちながらの在宅医療。
2570	主治医の思惑で説明されている事もある
2574	「病院より家はいいですよね…」と、簡単に言ってしまう。
2575	新規患者さんは全て病院からの紹介である
2584	説明するにも在宅サービスをどのようにうけれるのか説明できないので説得力ある又受ける側がやってみようと思えるような説明ができない
2587	介護者への支援も考えていることも有り。
2589	岡山地域は入院病床が２割近くオーバーしており、現状で（在宅医療サービスがさびしい）は、ありのままの説明が出来かねています。
2591	主治医のレベルの違い
2593	在宅でも加療は可能である為
2598	理解力に欠ける本人、家族には、くり返しの説明が必要となるが、そこまで時間をかけてもらえない事も多く、訪問看護が説明の大部分を担う。
2599	主治医の考え方でかなり説明に差がある。
2600	現在のところ、在宅へもどられる症例に、あまりかかわったことがない為。
2601	介護者の負担が多くなり大変だろうとは話すが具体的な内容がうすい場合がある。
2602	一方的に在宅にしている、と誤解されそうなふしもあります ex：病床のコントロールのため考えて頂く余裕もなく…など
2607	主治医としての関係ができて、日の浅い人とはどっぷり向き合えないような感じで入院治療をすすめる傾向があります。
2609	在宅医療は介ゴや医療者の負担が大きくなり施行が難しい場合も多い。期待させるだけの話はやめた方がよい
2611	強い在宅でみとりを希望がある場合、 迷ってある場合は説明する。
2615	理解出来る冷静な心理状態でない介護者の場合は色々と…。
2616	相手の必要性の度合による。
2617	家族に十分な説明なく入院させてしまい、家族が非常に不満をもった事例がかつてあった。 家族が在宅で、と望んでいてもＤｒが自分の risk を優先して（いるかのような）説明で、家族の腰が一気にひけてしまうこともある。
2619	在宅がわからないＤｒも非常に多い。 病院のＤｒが在宅Ｄｒのことを理解できず在宅Ｄｒへの移行がスムーズにできないことがある。
2624	在宅におけるサービスを理解していない
2625	御利用者、御家族の在宅、入院の希望をふまえて説明
2626	患者家族は必然により在宅になっている場合が多い 又、患者自身は高齢であり理解が出来ない（認知症あり）
2628	まだ依頼がない
2629	4 つの診療所を展開しているが、各医師によって在宅医療への気持ちに温度差があるため。
2630	「バランスよく」ではなく私の考えで入院か在宅か患者に適した方を説明しています。
2632	ターミナルの患者さんと接する機会が少ない。
2634	家族の受け入れ、理解力等を考えて
2639	病院に長くいれないため、どうしてもメリットが優先され説明される。
2641	主治医のバランスは、自分の専門であるかそうでないかと思います。そのそばにいる看護師がいかに、利用者・家族の言葉、希望を聴き、意思決定に関われるかが大切です。訪問看護師がデメリットメリットを説明しています。
2642	病院にキンムする主治医は在宅のことを十分知らないこともあり、十分に説明できない
2644	終末期における在宅生活のたいへんさを心配し、入院継続をすすめることが多いように思います。
2646	紹介医との間で既に説明がなされ、結論が出ている場合が良きにつけ悪しきにつけある
2648	24h 対応をされていない主治医の場合、状況悪化時の対応がうまく連携できず理解されておらず説明も困難。
2649	主治医自体があまりくわしくなく説明できない 忙くて、患者に十分に説明できないでいる
2652	在宅医療にあまりかかわってないため
2655	ベッドの空の状態等
2656	その患者の在宅へ戻った時のメリットをみいだせないでいる。
2657	熱心な家族やケアマネジャーにはしていると思うが、あまり不安を訴えない人には、気くばりはしていない。
2658	社会的背景が異なる場合がある
2666	患者のコンプライアンスによって一度に説明しても理解できないことが多い 場面場面でじょじょに説明していく必要もあり、また毎回看護師は同行できないので話を聞けない
2667	時間がない
2670	病院では専門化しているため主治医だけでは不可能なことがある
2672	日頃の往診でその家庭の介護力、生活状況又本人、家族の意志を尊重し、説明も片方にかたよっていることがある
2675	あまり在宅での生活をイメージ出来てない場合も多い（応診の人は別として）
2683	主治医が説明すれば良いとは思っていない チームでかかれれば良いと思うから。
2684	往診医は退院前に、入院中の患者さんを訪問する事は希 病院のＤｒは在宅についての知識が不足している。
2685	知っているＤｒは説明しているが、在宅に関してはケースワーカーに依頼している
2686	知識のあるＤｒはきちんと説明できるが、そうではない場合もある。
2687	・病院では何かあったら必ず受診をしてという説明が多く、ＮＳが調整し往診医を依頼し説明している。
2688	全てされているかは分かりません
2690	在宅のことを知らないため
2691	入院患者が一時退院が可能ではない方が多く、在宅の選択が大変難しい方がほとんどであるため 総合病院で終末を迎える高齢者が転院先として選択されている
2692	予後に明確な差が有り、明らかな優劣が予測される時は、積極的に結論を誘導。
2696	高令の家族や、理解の乏しい家族に対しては、患者本人だけの希望では難しいところがある
2697	患者さんの病状や家族背景から判断して可能と思われた方にだけ説明している。また、在宅医療について在宅医（看とりのできる医師、癌患者の麻薬管理のできる医師）が少ない現状もあり勧められないという問題もある。
2699	家族背景が大きくしめていると考えられます。
2701	多忙で在宅についての説明をしている時間がない 在宅医療について興味が乏しい。
2703	科によって異なる。外科はおおよそ説明できていると思うが、内科はそうではないと感じる。
2707	主治医により様々。在宅医療にあまりくわしくない、興味？のない医師も中にはいるので
2711	すでに在宅を選んだ人と関わっているから説明の必要性を感じない
2713	主治医が在宅医療をあまり知らないから
2714	在宅医療を選ぶのは患者本人や家族からの申し出による場合が多くそのような知識のある人たちに限られている。
2716	高度の技術が不安
2717	・急性期病院のため、ほとんどが転院となるため。 ・在宅医療でどこ迄、どのように行えるのか、支えられるのか、十分理解していないため。
2719	（この説明が絶対に必要なので、本人、家族へ理解してもらうために十分説明すべきでしょう。）
2721	患者の現状、考え方によるから。但し判断は難かしい。
2729	個々の患者、疾患により説明は異なる。在宅に関しては介護力の有無によっても説明は異なる。
2731	高齢者だと「もうなにもしなくてよかろう」もしくは「家族が大変だから、入院しなさいよ」家族が強く看取りを希望すれば別ですが。
2736	説明しているつもりだが、私が判断する事ではない

2738	問２－ｂの解答と同じ性質の問題で、介護負担を軽減する制度がゆきわたっていないということ。在宅と入院は同じようにサービス提供者が全ててしてくれると思っている人が多いので。
2739	メリットの説明の方が多い気がする。
2744	入院は医療側が必要と判断した結果であるため
2745	情報を希望されたり、不安をもっておられる方には両方の可能性について説明する、機会、タイミングがなく話ができていない場合もある。
2746	まだ自分自身のタイミングの見極めがむずかしく、できていないように思うから。
2754	本人、家族の意志が最も優先されますので、ケースバイケースで対応します。又、現状入院先が患者の希望に沿えない場合があります。在宅医が入院まで担当すれば問題ないのでしょうが、負担が重すぎます。
2755	介護者の状況に大きく左右されると思う。
2756	主治医の考えと患者さんの希望考え方にくい違いが生ずる事がある
2757	患者が理解不能の場合（認知、疼痛がひどいためなど）
2761	本人の理解力、家族の介ご力を考りょする
2762	現在入院も在宅も同等の条件で選ぶことができない。地域によって受けられるサービスが違う。単なるメリット、デメリットの問題で希望を聞くことができない状況である。
2763	本人、家族だれもが、入院、在宅の違いを理解できるわけではない。
2764	殆んどの場合家族本人が話合って決めて来院するから
2766	24時間病院なみの介護ができるわけではない。介護は家族が主でするもので我々はそのお助けをする。
2767	主治医によるところが大きいですが、在宅看取りを希望されていてもＱＱ搬送されてしまったり「こんなはずではなかった」という在宅生活を送られているかたもいらっしゃるように思います。
2770	患者が認痴症があったり、意識がほとんど無い方もあり家族に説明します（家族には必ず）
2771	あまり患者にとってどれがよいかという気持ちが伝わってこない。事務的に説明しているように思う。
2776	病院での医師は、在宅についてよく知らない先生もいるため、十分な説明が無い場合もある
2778	■■県の在宅医療に関するシステムができていないため
2779	客観的に理解していても、性別、年令、患者をとりまく環境、（ex.経済面、介護する人など）など条件が整わない事がある。
2780	具体的に、どの施設（在宅医療チーム）でどのような事ができるのかまで詳細は知らない。
2784	入院の必要性が生じた時点で患者さんがどのようなお考えなのか、十分話し合っていない場合、バランスよく説明せず入院を勧めています。
2786	患者によっては、すでに答えを持っている場合があるので。
2787	当ＳＴに係わる医師は沢山おられますがＤｒにもよります。
2788	ＰＣＵでの考え方などの説明にとどまる。又、自宅でと同じようにすごしてもらいたい考えも含んでいるため まず、ＰＣＵとはどのように患者家族が考えているかが重要。 入院でのメリットデメリットは説明していない。
2791	地域社会のサポートシステムやリソースなど理解しておらず情報提供できていない。在宅についての理解が様々。在宅についての知識が不十分。
2793	患家の背景が様々なので、一方を強くすすめることもある。
2794	家族構成精神状態など患者のバックグラウンドを考えたうえで説明する
2798	一元的には語れない。病態と家庭環境、家族背景、経済状況、物理的な交通手段など奥は深い。
2800	そもそも死ぬ場所を居宅と説明する事に無理があるのではないでしょうか 死ぬまでどう生きていくか、そこはどこがふさわしいかと考え方も少し修整出来ればと常々おもいます
2805	在宅は、無理であると、思いこんでいるため、ほとんど説明されない。
2807	患者の理解度どの程度の希望か（例えば強く入院を希望している） 家族の意見により変わってくることがある
2809	主治医の考え方にかなり影響される
2810	詳しい説明をしていも不安をより一層かき立ててしまうことがある。
2815	本人に説明をしても、理解が不十分（高令者が多い） 家人は、診察に同席することが少なく、改めて医師の説明を受けに行くこととなる
2818	病状の進行にともない、本人・家族が最初に決めていた方向性と考えが変わる事もある
2821	病状や家族の介護力（環境上の理由）により、時に応じて「入院」にかたよった説明になることもやむをえない場面があるから。
2822	在宅医療を把握していない為、本人、家族への説明が不足する事による不安が大きい。
2826	在宅のメリットを患者さんが如何に知っているかが一番の問題のようでこちらから誘導しないようにしています。
2831	やはり、患者・Ｆａが主体的に考えられるような客観的情報でなく自分が“どう思うか？”という意志が前面に出ることが多く、「バランスよく」とはいいがたいことが多いです。
2832	在宅のメリットを伝えるのが弱い（特に最後の時）
2835	主治医が在宅医療を知らないため 在宅では無理と考える医師がまだ多いため
2838	痛みの緩和・最新の在宅医療等不得手な部分の説明対応が不充分だとフォローしてくれる医師が必要 医師同士をつなぐパイプ役が必要になってくる
2839	在宅のデメリットを強調しすぎると、いくら在宅の希望があっても、入院を選ばざるを得ないため、在宅のメリットをどちらかというと前面に出すようにしている。
2841	時間の不足と理解できない症例も多いため
2846	全ての人が在宅の適応とは考えません　在宅がよくないとか在宅では本人も周囲の人も不幸になることがあるなら止めた方が良いと思います
2849	介護する側に条件（制約）がある場合に強いて説明出来ない。
2857	介護者のことを考えているので
2858	時間不足、在宅への移行に関する知識不足
2861	じゅうぶんとは言えないことがある　あとで相談にのったり、Ｄｒに再確認に行ったりすることがある
2863	在宅でのサービス福祉についてよく理解されておらず また家族に対しての働きかけ在宅ネットワークの情報交換も不充分と思われます
2866	患者の家庭環境による
2867	本来は在宅看取りが望ましいと御本人も感じて居られ常に話してはいるつもりですが、段々と末期になると家族の動揺もあり結果的に連携病院にお願いすることもしばしばあります。
2873	介護力や経済的な事が要因

問４－ｂ　この（死亡の場所について患者の願いがほとんどかなえられていない）という現状についてどうお考えですか。

ID	記載内容（原文のまま）
1	自分の判断の問題もあるが家族のこと、費用のことなどまわりを包む状況にもよる
2	今の医療制度では変えようがない
3	・病院側の医師と患者の問題が大きい ・本当に“死の直前”になって在宅に返されても人間関係が作れないし、介護保険の利用も十分にできなくて家族の負担が大きくなってしまう。 病状は変化しそれによって患者もその家族も考えが変わることは良くあること。“いつでも病院に帰れる”という安心感が必要。
4	社会生活のできない人の寿命を伸ばすことが必ずしも良いとは云えない
6	開業がもっと積極的にかかわっていかなければいけない。（緩和ケアの勉強など）
8	自宅との希望でも家族が判断している
10	家族の協力がなければ出来ない
12	政府の無策
13	・最期のシチュエーションの希望を聞けていないのではないか ・在宅希望の場合 ・チーム力をどうつけていくか ・全国的な医師数、診療報酬上の改善をはかっていくことが大切
16	本人の希望に沿える家庭の環響の整備がなされないと現状を変えるのは難しい。家族も希望しても残り少ない時間で環響、家庭での体制を整備するための時間や手続きがかかりすぎる。早急な対応可能な事業の構築が必要ではないか。
17	希望だけのはなし。 現実の状況は、周知されているのか？
18	介護を担当する家族にも仕事があり、他の家族への負担も大きいため、現状では患者の希望通りにならないことが多いと思います
20	①在宅医が“できることとできないこと”を病院医に伝える。 ②在宅医の地域機能リスト作成 ③入院中より併診（病院医と在宅医）を施行し本人、家族との信頼関係を構築 上記などによって顔のみえる連携が必要です。
21	在宅ケア体制が不十分 家族の介護力不足
23	家族の状況（生活を守る）から仕事勤めを誘先するからだと思う。社会的にもまだ介護休暇が十分とれていると言えない。 患者自身もそのような家庭のこと考えると自分が自宅死を希望してもはっきり口に出せないでいると思う。
24	本人および家族（実際の介ゴ者）が在宅を希望し、実際に可能な状態であっても、日本的な村社会では、それがゆるされないようなケースに遭遇する事があります。妨害者は肉親だけとは限りません。患者が村の中心的存在で、逆に介ゴ者の立場が村の中ではあまり強くないケースにみられます。 「あそこの嫁は…病院にもつれていかない」という、村の空気が在宅を殺しています。
26	①在宅療養を担当する医師の不足 ②麻薬の使い方（知識不足）を知らないことにより、ガン死の看取りができない医師が多いことで患者の願いがかなえられていないと思う。
28	環境が整備されていない
29	急変時に家族が入院を希望する
30	family の体制が不充分で、最后の時が近づいた癌患者の介護に無理を生じてしまうので family がお手あげで入院して sterben する case も多い。
31	その時々で患者や家族の気持ちがゆれているからではありませんか。チーム全体の強い気持ちがなければできませんので。 その中には患者、家族ももちろん含まれます。
32	終末医療（緩和医療）にたずさわる医療従事者の教育を図る。
33	「がん」の治療に全力を尽す（わずかな可能性でもあれば実行する）という医療側の決意の結果であれば 100%の病院死でもやむを得ないといえるのかもしれないが…。 末期の看取の準備不足（体制不備）の結果であれば在宅側としては反省すべき数字と考える
34	末期ガンの患者は、家庭のあたたかい味、毎日家族の全部の■■みられ、その介護と心ある言葉でありがたく、安心が生じ死を忘れると思う。死亡末期迄開業医は日中夜をとわず往診し、その苦■をやわらげ、点滴■■する事が急務と考える。 本人並びに家族が死に場所について沈黙の場合は家庭で、家族が看病に疲れて、その■■場合を問うて見、その意見に従う
35	介護が本人の希望優先ではなく、家族優先にすすめられている現状があるからだと考えます。
36	・残念なこと ・医療者側の意識改革が必要 ・「こんな状態では在宅は無理」という固定観念を変える
37	・介護者がいない ・がん療養者でなく介護者が最后には病院を選ぶ場合が多い
38	独居、老々夫婦の現況の反影
40	往診する医者が少なすぎる。 又、病院の医者も「何かあれば病院へ」の一言ですませている
41	患者本人が希望しても、家族の同意がえられないことが多いのではないか。又、患者としては“もう、十分迷惑をかけている”という思いが強く本音を言い出せないこともあろうかと思う。
45	在宅ホスピスケアの整備を急がなければと考えています
46	患者本人の希望に対して家族は看とり体制への不安躊躇を示すことが多い状況がある。 又、主介護者が患者意向に沿って在宅死を選択しても、死の間際になって他の親族からの意見で急に入院を希望する場合もある。 死という物に対しての忌避概念もあるのかもしれません
47	在宅を支えるには、看護師、介護士、家族 etc サポートが不足。
48	在宅であっても、患者の要求は「入院と同様にして貰える」と思っている人、或いは希望している人が殆んどだ。 入院と同様に看護することは不可能と思う
49	①退院時にすでに寝たきりになっている②90 歳以上と高令である、この 2 つの条件の場合、家人は、自宅でのみとりを希望するが、年令が若く、急変（心肺停止、癌性疼痛増悪など）すると、本人は在宅で生きたいと希望しても、家人の方が、病院への入院を希望する場合が少なくなく、このような場合の決定権は本人ではなく、家人になってしまうことが多い。そのため、やむを得ず病院へ転院となることが多い。このようなことも、在院死亡率の増加につながるのではないか。
50	よくない。
51	患者の希望といっても元気なときの希望であって、現実的でない場合も多いと思う。
52	医師不足を理由に、厚労省でさえし方ないと考えている。 ＭＳＷ、訪看、ケアマネの報酬を厚くすることにより、そのマンパワーの増大が実現できれば、開業医との連携で逆転可能。 診療所の点数だけの現在のシステムでは拡がらない。
53	・症状緩和の経験、知識、実力を持った緩和ケア医を増やすことが一番の問題 ・中心となる医師が、看護、福祉のスタッフに進行療の病態について一人一人の患者さんを看取りまで支えながらチームワークを作っていくことが大切
54	説明不足
55	がんの緩和ケアを全ての勤務医及び在宅医療従事者が熟知する必要がある。 病診連携を密にし、退院のタイミングを上手に決定し、必要な際はスムーズに再入院できる後方支援も必要です。
56	１、医療側の説明不足、あるいは知識不足によるところが大きいと思う。 ２、学生・医師に対する教育、マスメディアを通じた国民への教育、宣伝で変えていくことはできるだろう。
57	家族が病院を希望す（ほとんど） 家では心配でみられない
58	本人、家族の問題
59	医療機関側での受け入れ態勢、在宅での受け入れ態勢が充実された環境が必要だと思う。
61	そう思いながらも、患者は、家族と共に死を受け入れるためにはどうしたら良いか、理解し実践できるスキルがない。と感じている。 そのような教育というか、何かあれば病院に…という考えは、ナカナカ死を受け入れてはいても、病院に来るのが現状である。 対応に困ったとき、どうすれば良いか、を具体的に説明し、家族が行動できることが大切なので、看護師自身も、家族患者へ教育できることが大切。しかし現状は患者、家族、看護師とも、時間も限られており、十分な教育を受けるには、難しい。
62	介護力が不足しており「家族に迷惑をかけたくない」と言うことを、上記の希望と同時に思っている人が多い。
63	本人の希望が強ければ、どの様にも出来ると思う（在宅可）
64	介護当事者（家族）の希望が優先している。 本人もよりよい治療を望む事が多い。 末期の自覚がない　又知らせる事はむずかしい。 受入れ病院の３ヶ月たらい回しはよく■■をしているが人生をあきらめない患者が多い
65	終末期の介護は大変です。 現在は、子供の数も少なくなっており、また核家族化共働き家庭も多く、介護者がいません。
66	在宅にはマンパワー！ 家族の「手」が必要
67	末期癌患者の気持ちは日々ゆれるもの。その時の気分で、変るであろうし家族もゆれる　よってすべてスタンバイしていても、数日で入院にもどるケースも多い。
68	現状の医療制度、介護制度では無理だと思う
70	家族の都合、本人と家族の要求が異なる事が原因と思われる
71	やむおえない。
72	自宅で過ごしたいという希望にできる限り叶えたいが、家族の介護力不足、家族が在宅医療を希望していない等があり困難な場合がある。 介護力不足に関しては、在宅支援診療所、訪問看護ステーションが連携し、補える体制をとるべきと思います。
74	家族が看取りまで希望していない場合は患者の希望に沿えない。特に容態が急変した時は、自宅では対処できず、自宅で亡くなると不信感が生ずる。
75	在宅での介護力に負う所が多く、本人が望んでも家族の受け入れが得がたく、家族主動になりがちな現状。
76	決して好ましいことではない。ガンの場合はまだ若いこともあったりして、家族の側にオビエ、恐怖感が強いので病院死となることが多いが、本人は不本意なことが多いのであまり好ましいとは言えない。
77	国の経済が良くならないと全ての医療は改善しない。 在宅医療も手厚くはならないし、人材も来ない。
78	癌治療、緩和治療について、コントロールできる医師がまだまだ少ないのではないでしょうか。その為、癌は痛みが強く、最後は苦しむものと思っている人があまりにも多いです。在宅でも、「死」というものを目の前で見ていられず、最後の最後に入院を希望される家族が多く、本人の意思だけでは決められないことを実感しています。 癌の痛みはある程度コントロールできるもの、死は誰にでもおとずれる怖しいものではないことを周知していく必要があるのでしょう。
80	止むを得ない
81	・病院・ホームドクター・訪問看護ステーションの連けいがあれば最期迄自宅で暮らすことができると思う ・Dr、Ns がきちんと説明し選択できるようにすべき 多くは、r、Ns 側の都合で入院をすすめている
82	患者自身が自宅を望んでも、中心静脈栄養、人工呼吸器在宅酸素、留置カテーテルとなる為本人も家族も入院して

	処置を希望しそのまま死を迎える。 がん死でなくとも脳梗塞、半身麻痺を発症していて、認知症合併していれば家族は施設利用を望み、受け入れる家族の知識、環境が適していないので国の方針の改革が必要
85	介護力の問題が大きいと思う。家族が仕事を持っていたり核家族化した現代では自宅で死ぬことはむずかしい
88	残念ですが、受け皿たるに小生独りではどうしようもありません。
90	・人の考え、思いは、さまざまに変化する、ある程度元気な時は家での死を望む人が多いが、現実まじかになると「気持ち」は変化し病院でと望む人が多いため、変化に対しても対応出来る事が大切なのではないかと思う。
91	機械や薬が在宅医療でスムーズに準備され、施行してもらえるのか不安という思いを抱えているからか。 がん治療中は、あらゆる最新の医療を受け、それに慣れてしまっているため病院が安心という思い。 例えば知り合いや近所が在宅医療を受けて良かったという体験やお話を聞いたりし、在宅が身近なものとなればまた違ってくるかも知れないが、訪看ステーションや訪問医のマンパワーは絶対的に不足していると思う。
92	在宅での希望が多いのはわかるが、現状の在宅介護や在宅医療では満足に受けることができないため、本人、家族ともに不安があり在宅で過ごすことができない。 在宅医療の整備、在宅医療についての意識の問題を解決しないとまずは始まらないと思う。
94	在宅医療のマンパワーの確保と一般の方への啓蒙が必要と思います。
96	希望に沿うための一番の条件は家族がいて協力的であることだと思いますが 一人暮らしや高齢者世帯もしくは高専貸等に住んでいる人たちで、この場合家族サポートが無いのでどうにも最後まで看てあげたくてもできないということが出てきています。 また医師側が 24h 拘束されることを嫌がり、サポートしたくないということも出てきています。 連ケイ体制を個人まかせにせず、行政もバックアップする体制づくりが必要でしょう。
98	癌末期患者がそのまま自宅で死んでゆくことに周囲が抵抗感を持っているためにおこっていることだと考える 癌末期の患者の死亡を抵抗なく受け入れ苦痛をとり除くだけで自然の経過に任せることが何も悪いことではないということが充分受け入れられれば pat の願いももっと叶うのではないか
99	個人個人の希望もあるが、家族の負荷が大きくなかなか実現しない
100	家族のことを考えて入院の方を本人が希望したりするケースもある。 病人を支える家族が少ない、いないという状況以外にも実際自宅で最期を迎えられる人は少ないのでしょう。
102	独居又は身寄りのない方は自ずと選択肢が限られて御自分の願いが現実とかけはなれ願いが叶えられていないのでは
103	日本の歴史に関係している可能性特に親類などに“どうして病院にしなかったの？”という人がいるため
104	往診や訪問看護を充実していけるとよい。 利用者さんがその時その時で気持ちが変化するので「やはり病院へ」と家族が言うと本人の希望通りにはいかない
106	医師をはじめとする医療スタッフが在宅医療に対して無知であるがゆえに患者の希望をかなえることができない。 医療モデルに加え生活■モデルを医療スタッフが十分理解する必要がある
108	現状では受け入れられる業者や地域が限られているので、むずかしい。 在宅支援診療所として活動されている院所があると心強いが、昼間だけの対応しかできないところばかりだと仕方ないかと…。
110	核家族化で介護する人手が無いので介護する公共の組織を作らない限り止むを得ない
111	在宅医療という概念で広く認知されるようにしていく施策が必要
114	家族が病院に誘導してくると考える。
116	・在宅にもどりたくても体制が整っていない為しかたない
117	医療中心とした考え方がつづいて来たため、なかなか医療者の認識が変われないことと、社会そのものが医療に依存していることが問題ではないかと考えています。
118	（本人）は自宅で死にたい、もしくは自宅で死にたいが不安があると思っている。 （家族）はできるなら自宅以外の場所で死亡してもらいたいと思っていることが多い。 自宅は、単なる「生活の場」になっている。療養、最期を看取る場ではなくなっている。これはライフスタイルの変化から生じるもので今後も更にこの傾向は進行すると思う。
119	がんの治療が始った時点から緩和医療へ至るスタートを一緒にしていないことが患者、家族への意識や今後の見通しを示さないで眼先の状況だけにとらわれてしまう現状を作っている場合が多く、ターミナルになってきた時に初めて、今後のことを考えだすケースが多い為、対応が後手になっているように感じられる。 また、緩和医療の認知度が低く、緩和病棟へ入院したらもう帰れないもう終わりだという患者さんも多く、疼痛コントロールがつけば在宅で過ごせる場合が増えるケースもあると思われる。 また、在宅で死を迎える為のフォローアップが不足していることや家族の不安が自宅での最後を迎えられない原因の一つと考える。また独居の方も多くなり困難になっていると思う。
122	死に行く者の権利と、生きるものの権利どう帳尻を合わせるか？が問題。 マンパワー、環境などを考慮し、その中で考えると限界もあると思います。 自宅で死を向えることがあたり前の時代になれること。看取る家族が職を失なわず安心して看取ってあげられるための環境整備も必要なのではないでしょうか？
123	悲しいことです。 もっと関係者（病院、診療所のスタッフ（医師、看護師、ケースワーカー等））が在宅のことも知って欲しいです。出来ることなら最後は在宅で最後を迎えさせてあげたい。
124	嘆かわしい限りである
125	１．痛みのコントロールが思うようにできない ２．頭がしっかりしている ３．経済的に生計と相談 ４．療養中きいた言葉で「病気になったがこんなに苦しくても簡単に死ぬことができない人間ってつらいなあ」「家に帰りたいでも家族のことを思うとこのまんまで死を待っているよ」 ５．金が拂えない個室に３ヶ月入った家族は生きて行けない予金も全くなくなった家につれて帰るしかない在宅で看とりができてよかった 上記現場で知ることばかり希望通りは「生き死ぬ」ことについてゆらぎが多くあります。
126	本院では在宅死を積極支えんしているので（去年 20 人看取り）もっと、これをふやしていきたいと思っている
127	希望がかなわない理由は ①在宅のインフラ（医療やケア）が設定できない ②家族がうけいれられない からだと思います
128	自宅で過ごしたいという願いを叶えるために、疼痛コントロールを行なって、自宅で過ごすために具体的に環境をととのえたり、ご家族や患者様の気持ちも確かめながらすすめていくことが必要だと思う。
129	本人・家族ともに在宅での経過に大きな不安を抱えている。 どこで最期を迎えたいと考えているのか、家族はどうしたいと思っているのか折に触れ確認する事ができ、又死が近づいてくると容態が変化し家族の不安が増す中、支援体制が整っている事が理解できれば在宅移行の決心ができ在宅看りの数字も変化するのではないかと思う。
130	・在宅医療に関して家族の理解、協力が得られない。 ・患者、家族とも、在宅医療の内容を充分理解しておらず不安を持っている。
131	願いと現実は、異なること。 本人が願っていても、家族は、別の意見があることもある。
132	核家族化が進み、同居できない状況や、金銭的な面で、働かざるを得ない人がいるため、やもう得ない状況もあると思う。また、近所づきあいなど、人とのつながりが、うすいため 無料で、介護をしてくれる人たちも少なくなっていることもあり家族だけでのりこえていくにはむつかしいでしょう。兄弟も少なく、頼る人もいないそういう人が増えていると感じます。 また、介護に関わるスタッフも、地域のためにと働いている傾向が、うすく、他人ごとに思っている感じもします。 残念です
133	人の死についての認識がうすくなっている むしろ、家族がおどおどしてしまい対応しきれない事が多く入院を選んでいるようだ。
134	本人の支え、看取るべき家族の状況による本人の在宅死の意向をくみとって看取れる家族夫人がいる場合は幸福に在宅死可能 しかし多くはこれは家族の中で１人（主人）だけであり、老夫人、子供に関しては施設、病院になるであろう。
135	在宅での看取りの体制が整っていないと思う。 独居の場合は、介護施設で看取りをできる体制も必要。
136	現状で出来る限り在宅ターミナルケアーを実施している。
137	在宅療養の条件が整わないために、実際に在宅での療養が困難である。
139	周知が必要である。
140	在宅死の希望をかなえることは患者のスピリチュアリティを支えることにつながる。 たとえ独居であり介護の手がない場合でも、本人が希望すれば在宅でも最期をむかえることができるシステムを考えるべきである
141	・私達訪問看護ステーションでは、ペインコントロールや患者の希望を叶えようとする医師といっしょに仕事をしたいと考えていますが、なかなかおりません。 ・一方、家族教育も大切です。住民教育というか、医師に自分達の考えをはっきり云える人が少ないからです。自分の人生は自分で決めるという人が少ない、今の高令者は義理人情を考えてしまうようです。年代間の問題もある。
142	精神的な安定、疼痛のコントロールなどができていれば在宅での管理、在宅での看とりは可能だと思います。しかし、いざとなると家族が不安パニックになり病院へ連らくしてしまいます。 いろいろな可能性をきちんと伝え、対処、相談窓口をもうける必要があると思われます。
143	国家的援助が第一番と思う。
144	介護、看護、在宅医療などの充実が必要と思います。
145	患者自身も疼痛、恐怖感と戦っておりご自分の希望通りにはゆかない由、第三者が見ても明白である。
146	在宅医療でどこまで出来るのか（してもらえるか）はっきり理解されていない 患者さん及び家族が多いのが現状。どこまで実現可能か理解（＜不可能な＞大きな希望もあるので）してもらい、希望が叶う様に考えている
147	元気なうちに、本人にどこで死にたいかを確認しておく必要がある。病気が悪化してからでは本人の意思表示ができない事が多い。又なおらない病気なら無理して病院に入院している必要はないと説明してなるべく在宅医療へと導くように社会的コンセンサスが必要である。特に老人への最後にレスピレーター点滴、酸素といわゆるスパゲッティ症候群にして医療費をかせぐ悪徳病院が日本には多いように思われる。
148	家族の都合で決められて居り患者の希望が遂げられるとは限らない患者の実力にも関係する
149	仕方ない→入院の方が安全（裁判においても）
150	家族の願いで病院となっている事も理解した方が良いでしょう。 本人が認知症の時は？
151	家族の都合もある
152	実際は、自宅だと、家族に迷惑をかけるから申し訳ないと考えて、施設を選ぶ患者さんが多いと思います。 最大の目標は、居宅サービスが充実し、家族の負担が少なくなれば、在宅死を選ぶ患者さんも増えるのではないでしょうか？
153	ひどすぎる
154	自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思う→これがすべてだと考えます
155	２のｂに書いたように最期の状況は予想できないこともあり、自宅でと思っていても病院に入院するケースはある。 質問自体が誘導しているように思う。
156	仕方ない。 私共は年間 200 名看取りをしています。 うち 2 割は在宅で看取っています。 精一杯のことをやっているつもりです。
158	もっと在宅医療、が広まり、願いをかなえられるようになれば良いと思う。 又、当病棟ではターミナルと治療患者が混在しているため（本来は治療の場）ターミナルで在宅、を希望される方がもっとスムーズに自宅へ帰ることができたらお互いにメリットが大きいと考えます。
159	患者より、みてくれる家族の都合が優先される。
160	１）病状により退院出来ない場合がある。 ２）在宅可能と判断し退院となった場合 ａ．「具合悪くなったら何時でも入院出来ます」と云う。 患者を安心させる意味もあるが、末期を入院で看取る事の病院側の経済的理由もあるのではないかと思っている。 ｂ．在宅で介護に当る家人が精神的、肉体的に疲労して入院を求める。

	ｃ．家人は熱心に介護して安定していても、身内の者が入院を奨める ｄ．家人が、患者が次第に衰え死に至る過程を四六時中、生活を共にして看る事にたえられない者が多い。 「看病」特に親・兄弟・子供等近い病人に対しては辛い思いが強く、大きな精神的負担となり「患者のため」という言い訳が立つことから、重症になってから入院を言い出す者がある。
161	本人が在宅死を選んでも、家族が望まない事が多い。
162	患者側にも死亡までのプロセスを良く知って決めてもらいたい。 医師への負担が大きいため必ずしも希望はかなえられない 周囲への配慮で入院を選ぶ人は多い
163	やむを得ない部分もあると考えている
164	がんは病院でなければならないと思っている患者さん、家族が多い。
165	在宅で診てくれる医師は大分増えたと思うが。
166	治療の主治医が病院であり、在宅では緩和ケアのみが行われている現状があるから。 日本では治療を最期まであきらめない傾向が強いから
167	患者を見守る家族、又本人も最後に、これ以上苦しめたくない苦しいのを見ていられないという結果病院死に至っていると考える。 最後までは予期できなかったのではないか
168	患者は家族に迷惑をかけると申し訳ないとまず思う。 その為患者自身が在宅療養を希望していても、それを支える家族に不安に思う気持や恐い気持、面倒に思う気持があると察した時は、自分の思いをつら抜き通す方は少ないと思う。そこで在宅療養を支える医療関係者や、ＣＭ達がいかにサポートするかで大きく分かれると思われる
169	これまでの医療政策がまちがった方向になっている。健康保険財政の逼迫していることもあり、大巾にかじとりを変える必要がある。
170	病状や家族の協力などによって変わることがありますが、医師の説明の仕方で大きく左右されると思います。
171	国策による病床数減、ホスピス等の整備の遅れ等、我々の力の及ばない所で出来上がった現状なので仕方がない 自分が癌になっても病院死を受容するつもりであるし、他国と比べれば皆保険がある分、ましだと思っている。 また昨今の医療は px に示すように機械装着者を在宅に戻すことが前提としてとらえられているが、そもそもそのこと自体が患者の希望であるかの議論が行われておらず、疑問を覚える。 私は循環器が専門で麻薬の使用方法もよくしらないのでこれまで関わっていないが、在宅死を受け入れるのは我々の精神的疲労も大きく、お互いにつらいことも多いのではないかと考えている。
172	介護にあたる家族の不安が大きいのが現状だと思う。 主治医、ケースワーカー等が充分な説明、介入をする必要があると思う。
173	病院は治るところと患者さんたちは思っている しかし病院で亡くなっている人が多い
174	もっと意志を尊重してもらいたい。
175	①患者が本気でそう望んでいるとは、とても思えない。 不安がって、入院を希望する人の多いこと。 ②家人の介護パワーについての問題も多い ③人が死ぬことをなんか容認しない風土がある。
176	①患者自身が、家族への負担を考えると、在宅を望めなくなる。 ②在宅での療養「緩和ケア」等を安心して送ることができるような、医療の質の向上と確保が不充分である現状がある。（在宅医の質の向上） ③患者が「ほんとうに安心して苦痛なく最期を迎えられる在宅医療を受けることができるか？」疑問をもっている。
177	１．疼痛管理の問題 ２．急変時の対応（在宅死の法的問題等） 上記の問題が解決のきっかけだと思います。
178	まだ、日本では在宅死が普及されておらず地域・在宅医療が拡がってきていても、痛みや、苦しい時はどうなるのかという不安、在宅で死をむかえる事の家族の不安等大きいと思う。
179	癌末期の方を在宅で診ているが、既に在宅医療を開始している状態であり、逆に在宅か病院かの選択をする場面での関与が少ないので、患者の希望が殆どかなえられていないとは思っていませんでした。 患者の願いを妨げるものとして、家族の意向、病院スタッフの無理解、ケアマネージャーの無理解、等の実例は経験しています。
180	積極的に患者の意志の確認と告知も必要では
181	がんの場合症状コントロールができれば在宅での死も可能と思う。症状コントロールできず苦しむのであれば入院は仕方ないと考えられているＰｔやｆａが多いと思う。 在宅で死を迎える場合、ｆａに不安が強いと思う。介護は特定の人の負担になってしまいやすいため在宅で死を希望するなら介護する側にもかなりの覚悟がいると思う。現段階では、そこまで受けいれられないｆａが多い。
183	疼痛緩和ケアが発展して多くの人に理解出来る事を希む
184	医療費の増大、勤務医不足、医療の崩壊につながりかねない。
185	病院（がん拠点病院）で勤務していますが、家族や本人があまりに自分の死際を考えていないことにこれで良いのカナと実感しています。 病院に入ればそれで良いという考え方を根本から考えなおす必要があるのではないでしょうか？それはやはり教育が必要だと思っています。
186	私はがん患者の場合は自宅であろうがなかろうが痛みからの解放が得られるなら最終的にどこでも良いのだろうと思っている。
187	在宅ホスピス 在宅介護 訪問看護　　｝これらすべての推進 緊急入院システム 地域医療の連携
189	介護する人がそれだけの覚悟をもっていないと厳しいし、もし仕事などしていたら、患者さんの希望を叶えたくても難しい。 私は色んな家族を見ていますが、上記が１番のネックと思う。患者さん本人の希望を家族が叶えたくても、仕事や介護力不足が大きな要因となっていると感じる。
190	生前に死について語ることがタブーである日本の文化に関係していると思います。またガンについても治らないので対症療法になると病院から見放されたと思いがちでいつまでも治療（根治）にこだわり、よりよい周末期を向かえられない場合や告知が正しく理解されていない（まだ元気だから末期癌ではないなど）場合が見うけられます。 死についてのイメージを暗い悲しいなど、マイナス面だけではなく人生の集大成、などのプラス面も考えられたら予後についても自分自身がどうしたい、どうするべきかを考えていけるのではないかと思います
191	日本人の性格による所が大きいと思う。本人の意志を尊重することが少くない。（家族が多ければ多いほど） それと自宅で“死なせた”と言う意識が隣近所の理解を得ることがむずかしい。（うしろめたさがあると思う。年令が若い程そうではないかと思う）
193	在宅医療を充実すべき
194	訴訟リスクがクリアーできない （在宅で十分みてもらえなかった人の不満がでるおそれがある）
195	在宅医療（サポートを含む）をもっと充実する必要がある
196	病院で末期をみるとなるとＤｒ、ナースの人数が必要となる（医療費もふえる） しかし最近は開業医がふえつつあるので在宅死もふえると思う
197	患者の希望とそれを支える家族の希望は異なる。 24 時間常時支援することはできないので介助者に負担が及ぶことは明白であり、患者の希望が家族に負担を強いることもあり、その点納得できる家族のみ在宅医療行っている。
198	主治医並看護サイドが在宅でのターミナルを目指しても 24 時間体制とは名目ばかりで実際に介護して苦痛と応対するのは家族です。 美しい話しやストーリー通りには行きません。 ほとんどの場合、肉親の苦しい姿や■■応対する力は医療側が予想する以上にないと思います。予想以上につらいと思います。 家人より入院でお願いしたいと申し出がある事ほとんどです。 急変したり、意識が遠のけば別ですが、家人からの入院の希望と説得してまで在宅での看取りを目指す意味は全くありません。
199	患者の願いというよりも、患者が在宅ホスピスを理解し受入れができないため
201	自宅で過ごしたい場合については本人と家族間の関わりが大切なポイントと思う。 関係性が良好でないと在宅への方向には進んでいかないしアプローチしてもうまくいかないことが多い。患者の希望は大切と思われるが支援する家族の方向性についても同じ方向であるのかを見極め適切に援助していくことが必要である。しかし関係性がそれ程良好とは言えない場合でもアプローチにより在宅へ向かえられた場合短期間であれ満足感は家族内でも向上する場合もある。 支える側としては常に状況をみながら継続的に対応することが大切と思う。
202	体制がおいつかない コストに関する意識が低い
203	現在の体勢では、どうしようもないと思う。
204	在宅へ移行するまでの負担が大きい（家族の負担）
205	適当な介護者が居ないことが第一です
206	在宅死は、家族の経済的、時間的余裕がないと不可能のことが多い。 しかし、なるべく自宅ですごす時間を長くして、最期の大変な時期のみ入院させるという方法が一番現実的であろうと思われる。
207	一番は家族の覚悟がむずかしいことだと思う。 家族を支援する体制も不十分であると思うが、現代は家族そのもののつながりがうすい傾向があり、Ｐｔを家族が支えるという状況そのものがむずかしくなっている。
208	・家族に迷惑をかけたくない。病状が悪化していくと家族がみれない 現実に死にゆく人を看取るのは大変なことである。
210	在宅療養支援診療所の数が少なくＤｒの負担が重い現状を緩和し、退院調整をスムーズに行ない、退院しても状態に応じては後方支援病院とも連携が取れている事をインフォームドコンセントの回数を重ねて安心して在宅療養ができるという事をよく理解させる必要があると思います。
212	在宅を希望しても家族として見てられない、何かしてあげたいというようなこともあり、家族の理解と援助が必須である。家族も日中も含めずっと居ることもできない状況も少なくなくやむを得ない場合が多い。
213	１つだけの原因とは思いませんが、人材不足（サービス提供側）と本人、家族の不安、適切な症状緩和（特に予測指示の不足）などが原因と感じています。
214	往診医の不足と往診はしてもテナント医であると夜間休日の対応ができず依頼しにくい。総合病院と開業医との連携をはかる手段を医師会はとるべきだが困難であろう。 訪問看護で言うと人員不足はどうにもならず現状は問題はないが全員が家となると困難。私の個人的なことになりますが祖父は家で亡くなりました。それは家で死ぐのがあたり前だったからで往診もあたりまえでした。 現実はその時代と違い医療だけでは解決しないことが多くあると思います。
215	自宅へ返す。漢方薬使用す
216	日頃から患者さんにどうしたのか「自己決定」できると言う事を話しておく。 その為には他の人の関わりを調整する
217	患者、家族、医療者間の話し合い不足を埋める、家族の負担を少なくする、流れが必要。 上記をすすめないと家族は理解していても納得まではすすまず最後には病院を選択する。
220	死期が近付くと患者本人も家族も恐くなって、支えられなくなる事が多い。 在宅診療医一人ではそのケアが充分には出来ない場合が多い
221	最後を自宅で過ごすためには不安をあたえることなく患者家族を中心に各種サービス（医療、看護、介護、その他）の安定した供給をあたえられることが必要と思われる
222	国は在宅、在宅って考えているようですが本当に支える側が不十分な体制。スウェーデンみたいに病院から Nurse を追いだして強制的に地域で働かせるようにしないかぎり無理！ ターミナル期の患者を家の人が支えるのもとても負担があり 365 日、24h 病院のように巡回してくれる Ns がいれば可能かもしれないが　実際、どのＳＴもそのようなことをする人員も不足。 体力的にもぎりぎり。夜中に呼びだされて寝不足のまま次の日も訪問をこなしている。 またＤｒも、夜中でも家族の不安に答えたり、往診してくれるようでなければ、家族の不安は消えず、介護で疲労困憊になってしまう
223	「自宅で過ごしたい」、家族も「自宅で最後まで看取る」という意志は尊重しますが、現在までに在宅で拝見した患者の半数以上は最後の最後になって「こんな苦しい看取りは出来ない。病院にお願いできませんか？」という

	事が多い。 ご家族のキャラクターもありますが、病院側の説明不足、患者様ご家族の理解力不足（経験した事がないため）が多いと考えます。
224	情報不足につきる。
225	介護力の問題限界があるからなんともいえない。経済的理由で“在宅”となることだけはなんとかしたいと思います。疼痛コントロール等もありみじかな援助者の存在がいるかどうか…。訪看ｓｔの24h対応も看護師不足、経営の問題等から積極的にはなりきれない。よばれればすぐいける物理的条件と主治医等の連携、患者の病気への理解が影響してくると思う。
226	看取りの場として在宅が少ないのには、在宅サービスの不足やそのようなものがあるという情報を本人、Ｆａが知らない。 また在宅死を勧めてくれる？先生や医療関係者が少ない
227	現時点では家族単位により Better と思われる方向で入院治療等の選択を行なっている状況である。 患者本人の意向が強く反映されることを望むが、どちらかというと他のご家族の要望で対処しているのが現状である。
230	・言動と行動のちがいが多い ・全てが勝手な方向へ…Competitive advantage（サムエルソンの■■時経済学）の云うとうりかと
231	昨年も少数の患者の自宅での死亡に立会ったが家庭環境がよほど良くないと、出来ない事だと思った。
232	在宅でのうけ入れ体制が不十分な場合もあり そのような場合の対応が課題と考えている。
233	希望する死に場所を確保したい、国の政策としてきちんと立案すべき尊厳死を含めて、国民全体の議論が必要 ホスピスも絶対数が不足している。
235	①十分なサービスがない為在宅医療では不安と思う人が多い、のではないか ②日本人の死生観から“死”というものを排除する方向があり、死を身近に感じないようにしているためではないか
236	患者を中心に、主治医、看護師、ヘルパー薬剤師その他パラメディカルの人達の連携をケアマネがうまく調整し、家族も協力できればきっと叶えられると思います。 独居のがん末期患者でも方法によっては可能と思っている。
237	よくない。
238	がん患者は病状の急な変化に伴い、在宅に帰るタイミングを失いやすい。介護保険なども、その変化についていっていない。 又、地域での受け入れる所が逃げごしでいる所が多く、なかなか帰れないまま、病院で死を向えている。そして介護力不足も目立つ
239	理想（希望）と自分の身のまわりをみた時の現実にギャップがありすぎる。 ドクターに「最期どうする？」とたずねると「若い人達に迷惑かけれないから施設入所だろうな」と多くの人が答える。三世代同居が少ない現在、どんなに在宅介護サービスが発達しても、在宅死がかなえられるのは限界があると考える。
240	在宅医療について 毎日外来をこなしている開業医が在宅医療をやることについて困難あり　時間体力
241	本人の思い、家族の思いだけではできない部分がある 地域・国での補助など、考えていかなくては 社会面、経済面でも問題がある
242	在宅支援診療所のハードルが高いため、在宅医療をはじめる診療所が増えないのだと思います。 ハードルを下げる必要はないと思いますが医師会等が中心になって開業医同士の連携を図り負担を減らすことが必要かと考えています。 それにより在宅で死を迎えることのできるＰｔが増えてくれば良いかと思います。
243	全てのことが漠然としていて、本当に必要な情報が不足しているために、在宅への推進が遅れていることがたくさんあると思う。 もっと世の中全体としての情報の提供が必要だと思う
244	つらいことである。 在宅ですごしたいという希望がかなえられる体制作りが必要である
245	①まず本人が家族に迷惑をかける、かけてしまうという思い。家族は看取りをする事に対し（家で）、不安と起こるであろう“悪い状況”に大きな恐れを抱いている。それ故入院を希望している現状があると思います。 ②療養者の家族が親戚から「こんな状態で入院もさせないのか」と話されたりして精神面でも負担を感じている
247	１番は患者の家族の協力が得られない、家族の不安が大きいなど、患者家族側の理由で在宅への移行が難しいのではないかと感じています。居宅で死を迎えたいという患者の願いを叶える為には地域のサポートが不可欠だと思いますが、訪看ステーションの数が少ないなど、政治の力でしか何ともならないことが多いと思います。 今以上に家族をサポートするシステムを整えて、家族の職場の状況（介護休暇についてなど）や訪看、ヘルパー、施設が充実すれば、可能だと考えます。
248	本人がいくら希望しても、その人を取り巻く環境である家族や地域コミュニティーの状況（病院や介護サービス状況）の全てがうまくそろわないと、本当に患者の希望にそぐう事はできない状況にあると思います。 （本人が思っていても周りに気遣ってしまう状況もあるし）
249	末期のガン患者を在宅で看る程、ご家族の心構えや知識は確立されていないと思う。 頭では分かっていても現実として困難。 自宅で過ごすのであれば、それなりの支援も必要。
251	患者の家庭状況や現時点における最も可能性の高い方法を取る以外にないと思う　本人の意志、欲望のかなえられる環境にあれば幸せであるが仲々そういう理想的な姿は実現困難であろうと思われる。 経済的に又家族の介護力に十分の余裕があれば申し分ないが今の社会ではそういう恵まれた人は少ないのではなかろうか。ただでさえ現在は核家族化し老人ばかりでなく若い人でも１人ぐらしが多く、誰しも理想的な最後を迎える事は困難である。時代は逆行するかもしれないが昔の様に大家族化し又近隣の方々が協力し合う社会を実現すると理想に近い最後を迎える事が出来るかもしれない。夢の様だが
253	「家族」が機能していない 「現在の自分を育ててくれた親」という考えが希薄になってしまった家族の中の弱い者を家族の中から排除する傾向が強くなっている。楽しい時、幸せな時、生産性がある時のみ家族で悲しい時、苦しい時に、互いに助け合うということにならないようになってしまった。

	そのため家族は看れないと病院死を望んでいる人が多い
254	医療供給体制　skill　研修の場 ネットワーク構築必要
256	とくに考えることなし。
258	最后は家族の言う通りになってしまう。
259	低医療費が総てであると思う
261	患者さんへの医療的フォローが、ご本人の満足いくような状況ではない。痛みに対する不安などに対応できず、家族も本人以上に不安がある為、自宅へは戻れないのでは…と考える。 もっと医療（訪問診療等）の在宅フォローが不安の緩和につながるように充実していれば、良いのではないかと考える。
262	患者の願いと家族の願いの相違があるため在宅での死亡が出来ない事もあり、意志を伝えられる年令のうちに家族との話し合いが必要と思う。
263	在宅医療を行って初めて、その意味・大切さを感じた。 病院医でいるときは、気づくことができないものであり、双方の意志疎通が必要と考える。
264	がん終末期の在宅療養は、家族の協力が必須である。 家族が、それを受けいれられない。もしくは、本人が家族に負担をかけることを望んでいないということであろう
265	問1-b と同じ
266	今の医療体制では、家族及び医師の負担が大きすぎるのでなかなか家で最後を見るのはむつかしい。 開業医が 24 時間つねに在宅では見られないため、連携病院の当直医が、急変時対応してくれたり、往診してもらえることができればよいのではないか。つまり医師の数も増加してもらわないとだめであるが
267	可能な状況をチームで考えてつくることができない医療スタッフが多い。 連携することができれば患者の願いをかなえることができると思う。
268	受け皿となる在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅支援事業所、ヘルパーステーションの整備、薬剤材料センターの確立を緊急に整備しなければ、在宅へ戻ることができない。
269	在宅医療ではすぐに行けない場合がある。 介護者がいない人が多い。老々介護である。 現実には無理である。
270	受け皿がない又は在宅では急変した時不安　病院の方が何かと安心という家族が増えている為
271	医師や病院等医療側の体制に応じての対応範囲に相違を生じる。“できないことは無理”と一方的になりやすい 個々患者本意は第２になっています。
272	やむをえない
273	在宅で亡くなりたい、看取りたい療養者を少しでも増やしていく為には、病院で働く医師、看護師が在宅の事（療養環境やＤｒ　Ｎｓ）をもっと知るべきだと思います。そして早期の段階から地域へ療養者を依頼する勇気を持つことが第一かと思います。 在宅では、看取れる医師、看護師の育成がまだまだ十分ではないので受けられる数も限られているのが現状です。 訪問看護ステーションは、小規模の事業者が多く、在宅支援診療所も１人～3人位の小規模の単位です。多くの人を支えていく為には、中規模～大規模のＳＴ．診療所も必要なのかもしれません。
274	勤務医の頃は可能な限り患者の希望に合わせて在宅で看取るべきだと思っていた。 しかし開業して実際に在宅療養支援診療所として訪問診療をやっていくとなかなか対応できない状況を感じている。それは特殊な薬剤や、医療物品を個人の診療所で準備するのは不良在庫を抱えてしまうリスクが高く避けたい、という点である。 医療薬品や物品を単品でも発送できる制度を整えないと、マンパワーに不足する個人診療所では医療必要度の高い患者に対応できないと思う。
275	緩和ケアについて居宅では不可能である。疼痛に対しては、薬物的に対処出来ても、心のケアや家族への説明が充分に出きない。
276	疼痛コントロール、補液などの栄養管理、看護的ケアなど 24 時間体制で行うシステムがない。 入院であっても病棟）自宅であってもルーチンでなされるべきケアのテクニック、クリニカルパス的なケアの流れなど持っている在宅の訪看、医師が不足。 自宅に介護する力がない　夫が癌でも妻は働きに行かなくては生活できない。自宅にもどって日中独居でポツンと１人ですごすことになる。ガン末期でも１週間でケアは終らない。１ヶ月、2ヶ月となったとき自宅で支える家族がフリーでいてくれる人は良いが家族構成上むずかしいこと多い。
278	家族の負担を考えると当然
279	少子高齢化により家庭での介護力が低下しており、仕方のない部分もあるが介護サービスを組合せて出来る限り要望に応える努力は続けたい
280	経済的、人的に対応できる家庭はすくない。公的、地域的とりくみの中で可能となる症例をひろいあげていくつもり
281	①本人家族の在宅死について不安（サポート）が強い ②又老々介護、認認介護、独居家族などが年々増えている。 ③在宅死ができる安心した社会的サポートが不充分である ④社会保障の充実、医療介の従事者の質・量の増加策が必要
282	どの患者さんも在宅で死にたいとは考えられていると思いますが、余命わずかな患者を診る地域のＤｒやフォローする介護者の器の問題、又核家族化し介護力の乏しい状態では在宅へはまだまだ難しい問題があると思います。 日本人の考え方の根本も問題かと思います
283	自分の事が自分でできなくなった時点で主導権は介護者に移行するため、自宅で死去するのは難しいかもしれない。
284	疼痛、呼吸困難などの対処は在宅では不可能なので入院するしかない
285	家庭の事情、独居など、患者側の要因で、在宅不能の場合も多く、仕方ないと思う。
286	家族及び本人がもしもの時心配という話をよくきく（入院しているとなにかあった時すぐに対応してくれると） 身近な人が医療関係者なら対応はしやすいと思う
287	自宅での死亡を家族の人は本当は望んでいない。 患者さん自身も苦しくなると入院を希望するようになる
288	しかたがない。 在宅医療は必要、しかし、患者周囲や、自宅環境は限界がある。在宅介護を利用したくても、現在の状態では自費が高くやはり利用できないのが現実である

	在宅死はみとどけるだけで良い。
316	やむを得ない面が多い 在宅では 24 時間切れ目のない医療者の対応は不可能である
317	ターミナルケアの知識を持った在宅医の養成が急務
318	自宅で過ごしたいが、家族にめいわくをかけたくないと思っている患者さんが多く、最後は緩和病棟で…と思っている人も多い。
321	①患者の苦痛に対応する事が難かしい点 ②夜間に対応する点　等々
322	がん末期の患者を在宅でみとれる体制作りが必要だと思います。
323	病診連携がうまくいってないと思っています。 病院の緩和ケアチームは自分たちで全てを解決しようとしているように思います。 　しかし、在宅では今迄かかっていた医師がいます。その医師の方が信頼関係が大きいはずです。 　連携しあい、がんに関しては緩和ケアチーム、風邪、胃部症状など日常の病状は、家庭医で在宅を支える体制が必要と思っています。
325	看取りをする家族の不安を補うだけの在宅医療体制が整っていない。
326	在宅でみとることは大変なので、今の医療の現状では仕方がないと思う。
329	痛みが出た時我々も 4～6 時中の対応に困ることがない。
330	がん患者の末期は大多数が激しい苦痛を併うことが多く、その対処が在宅では十分対応出来ないことが多いためである。
331	病院死が多い理由にもいろいろあると思います。 本人家族とも「在宅で最期を」と決め、治療を開始しても、病状が進行するにつれ、考えがかわることもあります ①家人が疲弊する場合 ②本人が希望していても、家人が「やはりムリ、こわい」と拒否してしまう場合 ③家人が努力しているのに、本人が「やはり家族がかわいそう」と自ら入院する場合 …など。 医師、ナースが緩和医療に努めても結局最期の 2 日間は入院して病院で亡くなった。というケースを数件体験しました。
333	ほんとうの患者の願いが在宅にあるのか病院にあるのか、周囲の人がその人の考えで処理しており眞に患者さんの願いであるとは思えない。
334	病院と在宅医の連携 up を。 マスコミを利用して、国民の理解力の up に努める。
336	終末期医療で本当に大切なことが何であるのか 再度考えを広めてほしい
337	終末期医療において不必要な処置、治療について、医療側がもっと正確に理解すべきである。その認識にもとづいて家族等を理解させ、選択をしてもらう事でしょう。
338	本人が在宅死を希望しても、介護側の体制が十分とはいえず本人はしても死のイメージが、十分理解できない。本人が在宅死を希んでも、家族への気がねあり入院入所を選択する場合がほとんどである。
339	医療が中心となり、仕方ない面も多くあると思う。 end ステージでは、出来れば自宅で送らせてやりたいと思うが色々な家族背景や、バックグランド等、状況把あくが必新であり、強要は出来ないと思う。
340	在宅をしてくれる医師が少ない。 家族の介護も重要だが、不可能なことが多い （だれが家族の中で、面倒をみてくれるかということ）
341	痛みのコントロールや、在宅での医療行為について、すべてをまかなえるだけのサポート体制がないため、不安が大きく、在宅を選択できないでいるように思う。
343	・在宅死を看取る医者が少なすぎる ・体調安定→在宅・病状変化→入院の連携が重要。
344	在宅での死をみとるシステムが普及していない。
345	本人（患者）へのガン告知が病院から一定期間で退院を強制する手段となっている傾向がある。「病院でできる治療はすべて尽くしただから出ていけ」この言葉を聞かされて、患者は絶望して帰宅する。在宅でターミナルを向える患者にもっと希望をもてる退院の仕方を考えて欲しい
346	本人は在宅を希望しても、介護力のない現状では、家族の意向も大切である
347	当地でも在宅医療を行なう機関が余りにも少ない。 又、当院でも外来診療＋夜間往診などあり体力的に続かないあと数年か…
350	介護力の問題が多い
351	疼痛コントロール、嘔気、倦怠感、浮腫等の症状にタイムリーに対応していくためには熟練した医療スタッフが 24h 在宅医療に従事する必要があるが、整備されていない。 　数的に少ない上に、各在宅支援診療所や訪問看護ステーションは少規模で交代要員が確保できずに 24h サービスを個人の犠牲的精神で成り立っているとてもあやうい状態で受け入れ体制が不安定である。 病院で施されたカテーテル類の管理面での不安もあり、退院に踏み切れない、状態が安定せず退院のタイミングと在宅受け入れの空き状況が合わないなど、解決しないと安心して在宅に移行できない問題が山積みである。
352	患者や家族がもっと自宅で最期を迎えるための理解と覚悟が必要。 在宅医の体制も、十分整える必要がある。
353	各患者の要求に答えてあげたい
355	①悔やしい　本人はもっとそう思っている ②今の制度では無理からぬことも多い ③国は本気で“在宅へのシフト”を望んでいるのか？ギモンに思う ④国民への“生”と“死”への考え関心から逃げない、むきあう啓もうが基本的に必要 （医療者はそのための支援助言者にすぎない。中心ではない）
356	条件を満たすのであれば在宅で終末を迎えられるという知識を拡めていきたい
357	一番の理由は本人が「家族に迷惑をかけたくない」だったと思いますが、これをクリアするための家族、医療、介護体制を普及させ、国が全体として在宅死を「あたりまえの事」という方向に持っていかなければならないと考えます。

289	在宅介護に金がかかりすぎる。 家族の負担が時間的、金銭的に重すぎる。 国も世間も家族がめんどうをみるべきだと思っている、考えているとしか思えない政策制度だと思う。 現状では、自分の時間、金銭を返りみずにみてくれる人がいて、ベッド etc をおける space のある、限られた人でしか在宅で看取る事はできない
291	病院で死を迎えるという考えは古い。患者の人生を考えると、それがいい考え方と思う。しかし、核家族や独居人が増えているのも事実でかなわないと思う。フォローしてくれる家族がいない
292	病院側が看者の送り先を、紹介元としている事が問題であり 24 時間看ゴ師配置の診療所を対象とするべきである。
293	個々の立場、設備の問題、親戚家族との立場、世間体すべてのことから難しい問題である。 バランス良く、家族にめぐまれ経済的にも豊かでこそ、自宅での最期がかなう。 又、家人が不安がり心配になるとそれもかなわず最末期にかけこみ入院となる。
294	独居で在宅死を選択される方もいらっしゃった 特にターミナルでは本人Ｆａが積極的に在宅医を希望しない限りむずかしいものがある。又、親類や嫁に行った娘などが反対する場合も多い。国民全体に死というものへの教育が必要とも考える。
296	本人は自宅で最期をむかえたいとの希望はあるが家人に負担をかけたくないためやむを得ず入院するというケースが多い。
297	患者周囲の患者家族が在宅でかかきれなくなり、病院の当該患者をつっ込んでしまう為がいちばん多いと思う。
298	１つは、在宅医療を提供する医療機関が十分ではないことが考えられる。この原因もおそらくいくつかの要因がありそう。 　もう１つは、療養者及びご家族の考え方にも原因がある。在宅療養をはじめても、かなりの数のご家族が、ほとんど死の直前になって入院を希望する現実がある。
299	末期癌患者への対応（酸素、疼痛、出血など）が家庭では家族に負担が大きくかかる場合が多い。
300	①昨年在宅緩和ケアを行っていた高令女性は、自宅にいたいと主治医である私に伝えていた。症状コントロールもうまくいっていたが、腹膜炎によるイレウスで症状悪化しかけた時に、かねてよりうまく（親娘）はいっていなかった娘が病院入院を主張し、娘の意をくみ、Ｐｔは救急車で入院となり５日目に死去した。入院後は口を開かず、一切無言で旅立たれた。無念です。 20 余年、往診を行ってきているが、最大のネックは介護力の低下である。患者をとりまく（マスコミも含め）環境も“病院なら安心、何かをしてくれる”という病院信迎がぬぐい去れない。そのような family を幾多もみてきた。 ②在宅ではない臓器専問医等の無理解もある。
301	患者さん自身が、在宅で死亡できるという認識がない（説明もしない） 当ステーションでいつも検討している事ですが、御家族やまわりの協力があって、いざ、いいタイミングで退院という状況になっても、若い方なら、介護保険の申請に約１ヶ月かかったりすると、自宅へ帰りたくても介護者が高令だとか、独居の方の場合は特に、待っている間に、死亡される事が多い。 拠点病院との連携がなかなか、とりにくく、本人へどこまで説明されているのか等、ちょっとしたくい違いがよく出てくる。
302	自宅での治療ができないと思っているのもあるが、患者様が家族に対しての負担の事も考えているのではないかと思う。現に患者様から聞く事が多い。又家族も、家での介護に対する不安が大きく、どうしても在宅介護に対しては、踏み込んでいけないのだと思う。 その時に、主治医や訪問看護ステーションでの連ケイによるサポートが可能である事が、上手く説明でき、本人や家族が安心できると思えたならば、在宅死も少しは、可能になるのではないか。
304	何かあってもすぐ対応が困難であるため、そのことを患者や周囲のサポート体制が、整えられていない場合が多いためだと思われます。
305	死に至る過程に生じることに関して、患者本人、家人が理解され納得されていないと、在宅死は困難だろうと思います。本人が諦めている場合でも家人が積極的な治療、看護を希望されれば、入院にならざるを得ないでしょう。 　病院に勤務している Dr. や Nrs. も、在宅死に関する知識が乏しく、漠然と「病院にいてもらった方が安心。トラブルが少なそう」と考えている可能性は高く、そうであれば在宅死を患者さんにすすめたりはしないでしょう。 　結局は患者さんや家人とどれほどコミュニケーションがとれていて、現状の説明がなされていて病状の理解がなされているかだと思います。 　末だに病名告知も 100%ではなく、その状況では死に場所の選択という話は出るべくもないでしょう。
307	在宅すべてにおける支援が不備であるためだと思います。 多くは、マンパワー不足は大きいと思います。やはり、最終的には、『人』であると思います。
308	患者の希望をかなえてあげたい気持ちは、家族にも、医療者にもあると思う。 ただ実際には、介護力がなかったり、働き手の問題、費用の問題、家族の健康状態などがあり、上記の問題がクリアできているかもしれないところでも、家族の不安や患者の遠慮があり、在宅に向けて前に進めないのではないか。 医療者側としては、在宅医療について、アピールが不足しているのではないか。 一般の人も、いざという時にしか考えていないと思うが、平時でも在宅について知識を少しでも持っていればもう少しスムーズになるのではないか
310	積極的な治療と緩和治療の見極めが医療者と患者、家族の間にギャップがある
312	家族介護者の問題、住宅事情などあって無理であろうと思います。
313	癌療養者の希望を出来るだけかなえてあげることは、大事なことで、それを支援するのは当然と思います。しかし、その望みが現状では叶えられないことも充分理解できます。癌療養者はそれぞれ皆さん異なる事情を抱えておられます。独居の人（当院のように高齢化の極めて激しい市街地域には大変多いのです）の場合は、それだけで在宅の療養困難になります。それはつまりご家族がおられる家庭では、その分ご家族の負担が大きいともいえます。ご家族も介護の必要なご老人であったり、そうでなくても介護に協力が余り出来ないことが多々あります。24 時間 365 日の介護サービスは選択肢の一つではありますが、必要な全ての人に提供できるわけでありませんし、例え可能であってもそれをご本人やご家族が選ばれるかどうかはわかりません。在宅を選ぶか、入所を選ぶか、それはご本人の希望はもちろんのこと、ご家族の意向、社会的な問題、生活上の問題、医療や介護の問題などを総合してご本人やご家族に話し合って決めていただくよりしかたがないのではないでしょうか。私たちは、その道のプロとして意見や助言をし、在宅を選ばれた時には出来る限りの援助をするお約束をすることは当然ですが、最後はご本人とご家族が決められたことに従うよりしょうがないと思います。もちろん、はじめから在宅でなく入所での療養を希望しておられる人も結構おられますので、その場合はそのご希望に沿うよう努力することも当然と思います。 　今後、私たちが出来ることは、24 時間 365 日の介護サービスの充実など少しでも体制を整備し、在宅を希望された場合その希望通りの在宅での療養を安心して選んでいただける様にすることではないかと思います。
314	がんの方が治療を望まず、栄養補給などーさいせず、自然死を望むのならば、在宅が良い。

359	「死」に対する教育の欠如と、本人の希望と家族の思いの違い。在宅医療のおくれの問題が大きい。 国も在宅へと患者を導くのであれば制度をととのえると同時に施設を増やし、教育を行っていく必要がある。声かけだけで何も行われていないように見える。 また、自分がどのように死にたいか、親をどのように死なせたいか元気なうちから考える必要がある。死について語るのがタブーという風潮が良くない。
360	医療サイドが環境をととのえようとしても、家族がふみ切れない場合も多い。 サービスなどを入れても、結局は家族のマンパワー不足が大きな要因となっていると思う。
362	・患者の願いが誤っている、病院がいやだ、病院での扱いに不満がある場合病院では不安がある。
363	何故自宅で過したい希望がかなえられないのか家族や現況の問題が大きいと思う。
364	家族の介ご力が低下していたり、精神的に看取ることができないでいる。介ご保ケンは利用の限界がある
366	現実には在宅療養ができず、病院で多数の患者が死んでいるのが実情である。 その大きな理由は介護者（家族）に負担がかかることを気にしている点と、病状が急変した際の対応に不安があるという事が大きい。 　少なくともがん療養者については療養期間はそう長くはない事が多いと思われるようで、介護休暇を認める事を企業に義務づけ、その間の金銭的補償は国がしっかりと企業に対して行なうべきである。そうしないと在宅療養は進まない。 　病状急変時の対処については、在宅医と病院が密に連携して診療にあたる事をもっと積極的にアピールしていく必要がある。
367	最后はＰｔ、およびその家族に決めてもらいたい。 関係者はそれに向けて最善を尽くして行きたい
368	本人の思いはよくわかるが、 実際問題は家族の介護力と、在宅医の力量で患者自身の願いが叶えられるか変わってくると思っている
369	医療費の負担、家族への負担が大きいと考える
370	在宅のようなホスピスが少なすぎる。あっても有料で高すぎたり。 選択肢がないんだと思います。特に地方は。
371	当病の現状では、病院が患者をかかえすぎているように思えます。医療収入の問題もあり理解できないことはないのですが医師不足にもかかわらず在宅■■■■■■訪問看ご、で診ており、医師が頻繁にでかけるということがないのが現状です。
374	本人が自宅を希望しても、サポートする、家人の負担を考えると、病院死が多くなるのもわかる。
375	今の医療制度では仕方がない。
376	仕方がない。
378	死に行く人は親族や周囲の人の負担を考えてしまう本根が、言えない風習？言ってはいけない習慣？がそうさせているのと思う
379	病院死の方が家族にもめいわくがかからないと思っているのではないかと思う自宅での死を望んでいても、現状を考えると困難と感じてしまうのではないか 24h 体制の在宅医療を支える体制作りが必要であると感じる
380	在宅死のためのケアをする家族がいない
381	人生の最期の希望が叶わないで病院で過度な医療処置を受けて管につながれて息を引きとる方をたくさん看護してきて現在訪問看護に携わり１人でも多くの方々に在宅で過ごしたいという希望を叶えてあげたいと日々関わっています。しかしながら 24h 対応して下さる医師が少ない、急変時の受け入れが困難、介護者がいない費用の問題等で叶わない方々がいます。 がん対策基本法ができましたががんセンターや大学病院、総合病院の医師や看護師の在宅医療への理解をして頂かない限り困難だと思います。
382	末期癌を扱う病院の理解が得られない
383	療養環境が十分にととのえられないこと、本人や家族の負担と思いが合致しないことで生じていることが多いのではないかと思う
385	なかなか自宅で亡くなる希望があっても現実には難しいと思う。 ある程度しかたない。
386	・家族の人数が少なく、介護可能な人数が少ない反面、在宅を支える社会的な仕組みがない以上、やむを得ない。
387	希望を叶えるべきです。（私は病院のホスピス病棟で死にたいですが…。）
388	できれば可能にしてあげたいが、現在私が働いているステーションは診療所と特別の関係で働いているため、同日に医療保険２つは使えない関係なので、ターミナルステージの方は他のステーションと診療所と連携しているためなかなか介入できないケースがあり、ターミナルの方のケアはほとんどできていない。この部分の改正をしてもらえればもっと積極的に介入は可能と思っている。（同日に医療もナーシングも必要だから）特別な関係にないステーションはこれが可能なので、利用者さんのために他のステーションにお願いしている。本当は一番連携がとりやすいが、できないもどかしさがある。でも一人暮しのターミナル（癌）の方は介護は難しいと思われるケースもあり、すべての人が在宅という考えはあてはまらない。 病院のＤｒにお願いしたいのは、その人が退院後どのような生活をしたいのかよく希望を聞いて、その生活が可能なレベルで治療計画を立ててほしい。
389	抗癌剤の投与を行っている最中の死亡もあり、上記のグラフがすべて末期患者だけとはいえない。又、場合により居宅で生活ができない場合もあり、（点滴の介助が十分に行えない経腸栄養の管理が十分に行えない等）現在の状況ではある程度しょうがない。 医学会全体でなく政府の考え方として行うべき事ができていない為いくら医学会で主張しても変化しない為か。
390	化学・放射線療法や緊急時の対応、及び家族の介護力を考えれば仕方が無い。
391	患者の願いがかなえられるようにすること。
392	死に場所に関してはむずかしいことだと思っています。 在宅死を希望している方がいても、最終段階で嘔血、下血、強い呼吸困難感その他苦痛症状が出現してしまうと在宅では看護、介護が行えなくなることが多いです
393	癌末期には多くの場合痛み苦痛がつきまとうと思われる 治療中であれば帰宅することはなかなか考えられない 一般的に癌は恐ろしいもの。病院にまかせていれば苦しさや恐ろしさを回避できると思ってしまう 本人の気持ち…家族に負担になる、病気のつらさ不安、帰宅願望もあるが… 家族の気持ち…在宅療養するとなると援助する事に不安、どうすれば良いのか分らず不安 　　管等が入っていると余計に、そう思ってしまう
	激しくつらい症状が現れると自宅でみていられないと考え 医師や病院側から言われないと病院を頼ってしまう。又本人、家族の強い在宅の希望がないと病院で過ごすようになる。
395	病院の癌治療医が、しっかり説明していない。
396	老々介護、家族関係、住環境や、経済的な問題が大きい。
397	呼吸困難や強い痛みのある場合、自宅ではコントロールが難かしいのではないか
398	家族が昔のようではない。一緒に住んでいない、住んでいてもみる余裕がない看たくない等、家族の絆も強くない。 がんでの病院死は本当にＱＬＯが問われます 国のレベルが低いということ、他の国へ研修に行くとよくわかります。アメリカ、イギリスアイルランドフィンランド、スウェーデン、デンマーク、ドイツ、カナダオーストリア等。
400	誰しも自宅で最期をむかえたいと思うが、ご家族に負担をかけたくないとも考えているのではないか。自宅で最期をむかえるにはご家族できちんと話しあい等行い、納得したうえでないとご家族・本人とも良い療養生活にはならないと思う。また病院で亡くなるとかはその本人の考えなので、一概に在宅がよいとは勧められない。
401	・在宅死、病院死の現状を知る機会が少ないということ。 ・図Ｅの様に日本人の意識が病院死が普通という感覚になっていること ・欧米なみの在宅死の比率を上げるにはやはり在宅療養における体制の確立必要。
402	一つは、在宅看取りに対応できる医師（在宅医）の不足があると考える。 一方で、本人と家族は最後の時期が近づくと在宅死に不安が出る人もいるので、医師の充分な説明と往診が重要と思う
403	最期を自宅で迎えたいと希望があっても、苦痛が生じた時の不安（病院ではすぐに対応してもらえる）や状態が悪くなってきた時の家族の不安が生じ、病院への入院を希望する方もいると思う。在宅で安心して最期を迎えられる体制を患者様、ご家族が十分理解されるような対応ができれば、と思う。 介護者が仕事をもっても在宅で介護できる社会資源が充実すればよいと思う。
404	癌告知にも関係すると思います。 本人が余命を知ることができれば、在宅を強く希望することができるのではないか…と 又、疼痛管理など在宅医療ができることを説明しておくことも大切だと考えます。
406	主治医と本人および家族が納得できるまで疾患についての説明を受けていないケースや認知症などで理解できない場合が多い。 　死亡の場合は本人の希望より介護者である家族の意向が重要視される場合がほとんどである。 　インフォームドコンセントがしっかりしており、本人の強い希望を表現できる環境が整えば在宅で終末を迎える事が特別な事でなくなるのでは？
407	・家族が最後が近くなると不安、心配になり入院してしまう ・充分な在宅医療のサポート体制が知らされていない ・急変時連絡しても Dr Nurse が到着するのに時間がかかるので不安だ etc →患者、家族がよくわかっているのが原因
410	時によって希望通りになっていない人もあります
411	方法うんぬんでなく日本人の死生観がかわらなければ解決しない ・何もしない方がよい（楽に死ねる）こともある ・治療は必ずしも楽にならない（抗ガン剤・ゆ液・ope など）
412	家庭における疼痛緩和のむずかしさ、主治医不在時の不安、死亡時の不安が入院となっている
413	家人の協力が得られるかどうかが問題（コーディネータがいるかどうか）
414	介護者の負担、不安が問題
415	家族の方の介護力だと思います。家族の方が最後を自宅でと思っておられる方は最後まで自宅ですが少しでも不安が有る方は病院へ行っておられます。
416	患者、家族の希望がかなえられる様に相談を受けたり、医師と連携していく
418	どこで最期を迎えたいか、可能な限り問診するようにしている。 関係が築けていないままに、問診を行うと、患者、家族の判断で「在宅は無理」と思ってしまう事も多く、希望をかなえる事ができない。 なぜ「無理」なのか、それを解決する方法が様々にある事など情報提供していくことが重要となる。
420	とっても残念だと思う。
422	やむなし。 ①在宅医療を行なう医師の絶対数が不足 ②在宅医療を行なっているが、病院のレベルと同じレベルの事または知識や能力が病院のレベルに対しうわまわっていたとしても、あまりにも制限が多く、ごく普通の医療ができない。 　一般の疾患がこのようであるため、今後も医療経済が改善すると考え難く、このままで推移すると考えられるのでこの%はあがりようがない。 ③ただがん患者だけをみるのであれば死にゆく医療であり、医師がほんの少しぎせいを払えば簡単に在宅死はふやせる。しかし医師のぎせい的な精神が突然ふえていくとは思えない。
423	在宅での緩和療法が出来れば在宅での見取りが増加すると思われます。
424	答えは社会で考える事で医療者の考えは述べるべきではないと考える
425	核家族と少子化、それに集合住宅居住者が 1／6（位？）を占める現在なので慫容と癌死をとげられる居住条件を充たせる家庭は多くないからである。患者の願いが強くともそれを叶えさせてやれる社会条件の欠如が原因の主たるもの、次いで 24 時間施設にあづけることができれば家族は安心して夫々の生活を営めるいわば個人主義のせいで現状が成った。
429	どうしようもない
430	がん療養者の場合治療終了しホスピス緩和ケアがスムーズに継続出来れば本人は不安は少なく在宅希望が叶うのではないか？ ホスピス緩和ケアについて本人は元より家族にも十分理解してもらいこれからの終末までの期間をどの様に過したいか本人自身の意志決定ができるまでに至れば家族も受け入れ協力できる体制がとれると思われる。医療従事者もしっかり本人の心情を受け取められる準備教育も重要だろう カウンセラー精神的援助がしっかり充実してくれば本人も具体的イメージが出来限られた期間ではあるが生活設計ができるのではないだろうか
431	つい 2 日前にもこの数年当院から訪問診療を行なっていた 99 才の女性が病院で亡くなりました。先週末に自宅で転倒→寝たきり→食欲低下→衰弱というコースで、入院期間は 1 週間にも満たないものでした。

	御本人は認知症が重かったので、終末期の希望を聞けていなかったのですが、息子さんは在宅での看取りを希望されていました。娘さん（遠方から通う）は自信がないとの事で、入院して頂く事になったものです。 家族の介護力、その他色々な問題がからみますが、在宅看取りは難しいものがあります。
432	現在の在宅介護力、と家人の求める病院並みの対応からすると（数分以内に対応しないと納得しない人が多い）在宅死は増えるはずがない 又、病院Ｄｒからして病院死以外の選択枝のあることを殆んど知らない
433	いよいよ先が短いとなった時に当地では入院もささずに死んだと云われる事がままあり（淡路島）何に分せまい島であり、入院と云うことになって終います。仲々在宅で死期を迎えるのは難かしく、特くに K■■では疼痛コントロールのこともあり、受け入れてくれる病院があればつい送至することなって終います。
434	病院主治医の説明努力が必要。
435	・患者のＱＯＬを高めると考えていても、在宅死を支える家族の理解を得て、それを支援する体制が充分整えられていない現状がある ・又患者様も家族に迷惑かけたくないという思いが強い人が多い側面もある。介護力が不足している。
436	在宅にて最後を迎えるのが良いと私も考えてます。それには見守るべき家族の存在もあってこそと思います。 核家族化の問題もあり、なかなかそういかないのが現実ではないでしょうか。 現実に孤独死も年々増加しております。 政府も福祉をもっと考えるべきです。私達ももっと税金を払う覚悟も必要です。
437	（患者サイド、勤務医サイド）でも「在宅」＝（「医療の敗戦処理」「見捨てられる」） 的な意味ありでとらえ敬遠する風潮もあります。（高度医療崇拝志向）
439	病院での説明やサポートが不十分の為患者さんがよい選択ができないのではないかと思います。 在宅支援診療所の数も少ないと思います。
440	なかなか自宅ではみきれないということでしょう
441	本人と、介護する家族の考え又医療従事者の考えが違う
443	自分のできることをやっていく。
444	在宅でどこまで可能か患者にきっちり説明する義務があると考える。 しかし全てが在宅とは思えない。
446	・在宅死について、現状を病院の医師は、知ろうと思っていない→説明ができない。
447	・本人が在宅を強く希望していても、家族に不安感が強かったり、介護力をプロに任せず、家族が背負って介護をしていたり、また介護者が高齢者であったり、在宅で看てくれる人が存在しなかったりする。経済的にも若年者や75才未満の方は3割負担の医療費が家計を圧迫し、十分な医療や在宅サービスの利用を、ことわるケースも多い。家族は生活のために働かないと生活困難であり、本人が希望して「自宅へ帰る」と思っていても、そのうつわは在宅には存在しないことも多い。田舎では、ボランティアの方も少なく、また、麻薬の使用による pain コントロールの可能な在宅医が少ない状況あり。 ・ターミナル期に体力的にも精神的にも疲労してくる家族は、入院を希望されるケースも少なくない。 ・やはり在宅での看取りが可能とするには、プロの往診医、訪問看護、訪問介護、そして何より本人の強い希望と（本人の死への決心）家族の看取りへの強い気持ちがなければ困難と思う。
450	・臨終の場所が自宅であろうと病院であろうと、余命の限られた方の自宅で過ごしたいという願望をたとえ短期間であろうと叶えてあげるのが私共の使命と考えます。
451	自宅で、末期癌患者が、死をむかえるためには、本人のみならず家族もふくめた「在宅死」が普通のことであるという認識が広まる必要がある。
452	ガンの患者さんありません
453	在宅により終末医療を積極的に行う必要がある
455	末期癌の在宅での介護は家族が絶えられないことも多い。末期癌患者が順当に大往生をするのであれば問題は無いが、素人との家族としては、予期しないことが起こり、最後に大慌てをして、入院させてしまうことも多い。安定した末期癌患者が家庭や、一般社会で過ごすことは奨励すべきだが、必ずしも在宅で看取ることが幸せとはかぎらないと考えています。
456	いたし方ない。がんに対し医療が必要なことが多く入院は避けられない
457	家族の最期までを看取る能力がない。 退院前にＤｒからの話しで恐れることが多いことではない
459	がんターミナルの問題は本人の意志にもよるが病態や家族の介護力を含む多くの問題があり全て希望通りとはいかないと考える
460	在宅医療についての一般の人の教育が成されていない 社会資源についての教育もなく、末期になって、■■■■その状況である時では手おくれ 国での自覚がないため病気イコール病院というシステムを変えるまでゆかない。 医師、看ゴ師においても在宅医療にむけての体制がおくれている。 現在、医師は医療の進歩には意欲的であるが死に対するうけとめ方、人間的な死などもっと勉強していく必要があると思う。
461	正しい告知を受け、自分の治療や療養について主治医と相談できることが一番重要だと考える。 在宅療養を支える在宅主治医と病院主治医との連携や看護師の連携、ケアマネジャーや居宅サービス業者の連携も重要。 在宅療養での経済的負担の明確化や負担軽減のための制度など相談できるところも必要と考える。 がん治療の地域格差の是正も必要。
462	家人もできれば家でみとりたいと思っていても、マンパワー不足や、苦痛に耐える姿をみていられない場合もある。 又開業医でもそれだけのサポートができない場合、やもえなくＨｐへ搬送するケースもある。 もっと在宅を支える土台が充実すれば…と思う。（Ｄｒ不足、Ｎｓ不足）
463	入院費が安すぎる 入院して死にたいとはぜイタクだ いまの日本人民は医療費が実際の 30%～10%～0%の払いで済んでいることがわかっていない 「金持だけがいいことしている」というアタリマエでありうらやましかったら自分も金をかせげ いまの日本は■■主義■■ではないそれを選んだのはいまの老人達ではない
464	本人の希望は“在宅死”であるが、周囲の家族が死というものになれていないため在宅死を拒否する。 以前は在宅死がかなりあったと思うが、家族の責任放棄ともいえるかもしれないし、家族の知識不足をおぎなうことをして来なかったのも一つかもしれない
466	勤務医ばかりの過労・労働条件の劣悪が問題視されているが開業医も同じで、各科（診療科）の問題が軽視されている。 皮膚科、眼科 etc は勤・開業医とも在宅、特に最期をみとる事はほぼない訳で この問題解決しない限り対応は困難と考える。
468	在宅専門の人が足りない
470	末期の人々は急変時の対応を考え、充分な対応のある病院を早く確実に手にしたいと考えています 在宅になっても「いつでも入院できる」という保障があれば在宅はふえると考えます
472	患者さんの希望が叶えられる政策が必要。
473	政府の動きが不充分
474	患者をサポートする姿勢が無いから情ない 特に家族はおかしくなったら患者の立場を考えずどこかへ入院させよという事例が多い 家族の考えが一番わるい
475	本人が希望しても 老々看護で１人ではめんどうがみきれない事がある。 又病院へ入院させると個室料金の問題がある 個々のケースそれぞれ条件が異なり簡単にはいきません
476	病院は在宅を焦っていることもあり介護者や本人の意向を無視したりすることもあり一時帰宅后再入院・介護者は不安と心労だけで自信をなくす等の事例もあり 在宅へ移行する時は早くから連携を取り、準備して行う事が大切です。
477	患者自身が在宅で死をむかえたいと望んでいても、介護者に負担をかけたくないという思いも強いため、迷惑をかけるくらいなら病院へ…と思ってしまう、迷惑・負担と思わずに在宅療養ができる環境（サービスの充実等）があれば、もう少し在宅死も増えると思います また、状態が悪化していくことへの不安“病院で死ぬことは普通のこと”という考え方があると思います
478	・在宅での医療連携がうまくいっていない ・家族に対しての説明が不十分であり、不安があり在宅では看取れないと思う ・本人の希望をいえない状況である
479	制度の改善が必要
480	家族の意向（むしろ、同居していない家族が在宅に否定的なことが多い）例えば、病院の方が何かあったとき安心などの理由で結局病院で亡くなるというケースが多いと思う。 医療者側も「手をつくしていない」といわれるのがイヤで在宅を勧めることがためらわれることがあると思う。
484	在宅支援環境を充実させることが重要。 在宅療養支援診療所が拡大、相互連携、病診連携が特に必要である。
486	少なくともご家族の①入院病床と同じ療養環を保ちたい②急変時の対応への不安③正確な死亡時刻の把握（冷めたくなって発■する事への恐れ）など在宅に関してのワリキリや在宅医療への無理解をなくす必要があります。
487	現状では在宅で必ずしも十分な医療を提供できないため。
488	訪問看ゴＳＴですが、ここ５年ほど癌患者初め、在宅での最後を希望されている利用者 30 名弱、ほぼ 100%のみとりをしています。 初めは、みとりを望んでいなくても医師やステーション他、コメディカルの人達の協力でだんだん在宅のよさをわかってもらい、みとりができてきます。 ただし、在宅療養での受け皿がしっかりできていないと難しいケースもあると思います。 又、若い癌のｐｔなどは、いつでも入院できるように、バックアップ病院の確保が必要です。高令者は「年だから」とあきらめることができますが…
490	在宅で行える医療に対する情報や知識が低いため、取り組もうとする家族が少ない。
493	今の医療制度では 現状認めていくしかしょうがない
495	ご本人は、在宅を望んでいても、介護する側に問題点が多い場合があり、困難となるケースが見受けられる。
496	がん患者では、急死でなく、死亡まで時間がかかることが多い このため、介護者のみで、自宅で見とるのは難しい。
497	希望に沿える医療が提供できない
498	１．医師会の広報不足 みとりを行なっている医療機関と一般の人、病院勤務医師が知りようがない。 ２．家族の教育不足 病院にいれば安心だ。自宅では耐応できない 看護・介護に自信がないという認識不足あるいはまちがいに対しての教育が不足している ３．診療所への Back up 不足 積極的にグループを作ってひとりの医師の支援をする体制が全くつくられていない。
499	現実的には在宅医療施設医療ケア施設 etc の連携でなるべく患者の希望に沿うよう努力しています
500	家人の理解、協力が先づ大切であるが、それを支える医師・看護師・ヘルパー・ＣＷ・ＳＷなどの支援と経済的な裏付けが必要である。 最も大切なのは、在宅へのスタート台に当る入院中の病院で、主治医がどのような方向づけをするかである。退院後の症状悪化に対して、「病院も一緒にサポートしますよ」と云われた患者は、安心て在宅に入る。しかし、「悪くなればホスピスへ行って下さい。紹介します。」と云われると、患者も家族も不安が大きくなり、在宅よりも先づホスピスへとなるケースが圧倒的に多い。 勿論、在宅には経済的、人的…の問題が大きいが、スタート台へどちらへ向けて押し出すかが、それにも増して大きな力をもっている。
501	現在の行政ではあらゆる面で自宅での療養は困難であると思う サポート態勢、人手不足、地域格差どれをとっても問題が多すぎる。
502	最初は自宅でと云うことなのであるが、たとえ在宅可能な条件がある程備っていても（家族の介護力、経済面、住宅事状等）最終的には苦痛が激しくなったり家族が疲れたり倒れたりして在宅が続けられなくなることも多い（この場合訪問看護と云っても１日 24 時間の中の短時間　24 時間は無理） 例えば尊厳死についてもそれは健康な内の立て前上のこといざその時になればちょっと待ってくれと云うことになる。時には助けられる場合でも見殺しになる例もある。 三十数年の開業の間にもう人生何も思い残すことはない満足して死んで行けるから何もしてくれなくてもよいとニコニコしていた人は僅か２名だけだった。死に場所についても尊厳死にしても単なる立て前なのか政策的な押しつけなのかすっきりしない。

503	労働力と介護力が重なっているので、現実は家庭で家族が看ていくことは厳しいと思われる。 終末期や要介護期などは質の高いグループホームや介護施設が療養する方が Better と考える。 血縁の家族以上の人間関係を日本社会が創造していく必要がある。
504	在宅では、入院の場合程きめ細かい Care ができないことを患者家族がどこまで理解できるか
506	何か問題（そうできないのか）について詳しい分析が必要。 在宅医療はとても手がかかるため協力するスタッフの養成とその人たちに対してのメリット（報酬など）が必要と考える。
507	在宅治療のマンパワー（予算）の不足
508	治療期の中でのあきらめ 在宅支援の不足（地域によるかも） 方針・目標を適確にもたず、入院生活を送っているかもしれません
510	先ず緩和ケアをどう行って行くか？一番問題が大きいです 当院でもターミナルケアをと頼まれても最期に病院に帰る患者も 30～40%あります。緩和ケアがうまく行かなかった例に多いようです。 次に介護家族が少い事です。家族が介護に“燃え尽き症候”になってしまって病院にて死を迎える事もあります。 やはり介護家族の人数の問題も大きいと思います。
511	病院以外の施設でのメディカルスタッフの不足、或は特に医師の支えの不充分さ、そこに患者の不安がある
512	病院と、地域医療の連携が上手くできていない部分がある。 又、患者が在宅療養をするにあたり、家族の協力が得られない場合や、家族への負担が大きいことがある。
513	予後告知（以前は病名告知が、予後告知と同じ意味であった）のタイミングが医療者側にとっても、確実に言えない時期と、本当にターミナルとなった時期では、この「願い」そのものの%は多分かなり異なると思われる 即ち、医療者も、積極的治療に意義をみいだしている段階においては「死に場所」としての入院を選択する人は少ないだろう⇔（在宅死希望）が、治療行為中に自宅に帰る時期を逸してしまった状況の方にとっては「そんな事は言ってられない」という状況になるのではないだろうか。 結論的には予後告知を行なった（行なえた）段階での希望を基にした意志を最大限尊重するという考え方しかないだろうと思う。
514	患者本人が自宅で過ごし、そこで最後をむかえたいと思っても、患者は、家族に負担をかけてしまうと思っているし、家族は希望をかなえてあげたいが、介護負担や病状がすすむにつれて死に対する不安も増し病院へ…というパターンが多いと思う。 理想と現実の間に大きな溝があると思う
515	本人の意向、それを支える家族の意向というのをはじめからしっかり確認し、足なみをそろえておかなければ、在宅での希望というのは難しいと考える。おだやかな死もあれば急変ということも十分にあり、家族の不安という所を緩和していかなければいけないと感じる。
516	核家族化した日本の社会ではある程度しかたないでしょう。 介護のできる人（家族）がいないのですから。
518	①往診医不足→　往診医も地域によっては中年へ高令化しているので対応が難しいのか？よって 24 時間対応診療所に集中する傾向あり ②介護力の低下　老々、認々介護になっていることも多い。 ③介護系でのみとりの増加が計られているがやはり悪化すると病院に移送されてくることが多い。 　現在自分の親はいつまでも生きると思っている方もある。 ④終末期治療の合意が問題
523	本人のおかれている状況や家族の苦労もあり 臨機応変であるべきと思っている。
524	できる限り本人、家族の希望にそえることがのぞましいが、実際の事となると、難かしい事もある。 本人が自宅に居たくとも、独居で誰にも身内がいなかったり、親族がいても、介ゴできる状況でないこともある。 また、本人は自宅で過ごしたい、死にたいと自宅ですごしていても、急変すると、やはり病院に入りたくなったり、家族が病院に救急でつれて行かれたりすることもある。 体調が良いとき、病状がおちついていれば自由に家にいたいが、具合が悪いと、本人、家族共に病院にいたほうが安心と思っている患者も多いと思う。その逆に最期は病院と言っていた方が自宅で家族にみとられてという事もある。リビングウィルは大変難しいし、気持ちは常に変わるのだと思う。
525	平成の時代になってから特に、病院で亡くなられる患者様が増えているように思われます。少子化のためか、家で介護される方が減ってきている事実と、昔の家長性というか家族の中に老人が含まれなくなってきている風土、いわゆる核家族化が経済成長の中で進んできた点と、さらに言えば権利を主張し、義務を果さない人が非常にふえてきて、医療、介護をしていてもモンスターペアレントが学校の世界だけでなくその業界にもみられてきていると思います。現在というより、昭和時代の教育が失敗だったのかと頭を痛めております。
526	医療、介護サイドの問題もあるが、患者、およびその家族の理解不足が最大の問題点では
528	在宅死を本人が希望しても在宅療養が困難な事例があります。 　その原因は自宅の環境がわるい、自宅での介護者が少ない。自宅で療養する経済的負担に耐えられない患者の症状をみていられない、などがありました。 　患者自身がこのような事情を知っており、希望はしていても困難であるので表向き希望しない患者もいます。 　日本人全員がやさしくならないと達成できないかもしれません。日本人みんながやさしくなってしまうと日本という国はおちぶれてしまうかもしれません。
529	状態不安定な時に、患者、家族がバタバタして、入院を希望することが多い。
530	ターミナルの在宅に対して往診等の体勢をととのえるのに必要なマンパワーが不足ぎみ、必要なマンパワーを整えたが、病院で急変となり不用となる。これの場合のコストは医療施設負担とコストパフォーマンスが悪すぎるため、現状では困難
531	・患者が在宅にての最后を望んでいるが、肺癌等呼吸苦強くなると救急車で病院に自ら入院することが多い。 ・介護人の理解不足からか？面倒を見たがらない。 ・孤独（独居）老人が多い。
532	不備
533	家族が在宅で死を迎えることを、歓迎しない。在宅患者がいると常に心配があり、いろんなことを家族が決定しなくてはならない。そんなややこしいことは病院にまかせておけばよい。という考えがみなぎっている 家族が、患者本人の「家で死にたい」という希望を受けいれる経済的、時間的、金銭的な余裕がない。患者の希望を聞いてあげようとする家族の思いやりもない。

534	在宅医療特にターミナルを行っている医療機関を病院の先生方に周知してもらう。時々病院の地域医療連携室の職員の方（おそらくナースかソーシャルワーカーと思われますが）から患者紹介の問い合せがあります。ターミナルの患者さんで在宅を希望されていられるが、在宅医療特に看取りまで出来ますか？との話が非常に多いのです。一応出来ますと答えておりますが、今さらそんな事をわざわざ聞くなと心中に思っています。[redacted]医院の存在があまり病院関係者には知られていない現実を認識してガッカリしております。
535	在宅で末期を介護することは大へんな負担がかゝる。 医療、介護面での十分なサポートが出来る場合に限られる
536	①病院のケースワーカーの話では最近在宅医療の希望者が減っているとの話。介護力不足が原因と考えられている。 ②患者・家族が何が何でも在宅と固く考えている。調子の良い時だけ、家にいて悪くなれば病院に入れば良いと話すと受け入れる人もいる。 ③医者側の要因として、具合悪くなった時の引き受ける病院が無いというのが大きいが、最近は中核病院も、がんセンターも特に問題ない当地区では以前がんセンターの受け入れが悪く、そのトラウマが残っているように思える。 ④医者側の要因として、[redacted]に居がある医者が多い ⑤医者も患者・家族ももっと肩の力を抜いて、気楽にやれる時期もあるのでその辺からお互い慣れて行くと大部分の高齢者の癌患者には充分対応できると思う。
537	家族が在宅療養を考えようとしない場合は止むをえない。療養者もそうゆう理解であることがある
539	現状を受け入れるしかないのでは？ 希望が叶われるようにするにはドラマチックな改革医療関係者のみでなく国民全体の意識でみ革新も必要です。 政府持厚労省が音頭をとれるかは大いに疑問が残ります。
542	在宅では、看護も介護も出来ない人（する気がない）が多い。 実際、生活がかかっている為、家に病人がいるのは不可能に近い状態だと思う。 病院や施設に入っていれば、安心して働ける。
543	死に対しては、元気な時に考えている考えと、死にぎわになった時の考えに差はないのか疑問である。 比較的、元気な時は自宅での死を希望していても多くが近づいたり 1 度、入院してしまうと Hp からでようとしない Pt も多く、疑問に思うことがある。
544	在宅医療を行うには、高齢者以外は、介護保険も使えず、自己負担も重く、家族の介護マンパワーも不足しがちなのでは。 　高齢者であっても、介護力が求められ、訪問 Ns を使ってもお金がかかってむずかしいのでは。
545	当緩和ケアでは家族、本人が望むなら在宅での死を迎えられる様環境を整えたりするが、家族が 24 時間在宅で介ゴすることへの不安。痛みや嘔気などの症状が出てきた時に自分らでは対処が遅く、本人への苦痛の時間を長びかせてしまうのではないかという不安などを抱き、断念することも多い。 24 時間看ゴ師のいる方が安全、安心だと思っている方が多いと感じる。
546	各々の家族の考え方経済的理由、生き方の問題もありとても難しい問題であるとは承知している 患者自身も素直に自分の気持ちを出せない事も理由の 1 つだと思う。
547	がん患者が苦しみに耐えれる時、家族の体力、生活力に余裕があるといいのですが？限界を超えるとやっぱり病院に入りたがるようです。 「みとり」をする覚悟がゆらぐのでしょうか？
548	家庭の受け入れ体制の問題も大きいと思います。
552	希望が叶うべく医療側も患者側も家族側も少しずつでも努力を積み重ねるしかないと思います。
553	制度とマンパワーの問題
554	常に急変する場合がある患者なので、在宅医療もチームで行なうのが良い。かかりつけ医が診察中なら、訪問看護師へ指示し、診療のサポートをしてもらう。バイタルが悪くなれば、医者もパートナーと交互に往診するようにする。そうしないと、末期癌の往診は、長続きしない。
555	本人の望みと家族の希望が一致するとはかぎらず苦労します。 自宅死には介護・訪問ケア等多くのサポートを必要とするわりにはマンパワー不足し切っている状態は恒に続いています
556	1．今の日本の医療関係者の数の不足では当然 2．当然具体的な医療、介護サービスを行うためには患者を一カ所に集める他の方法はない。
557	癌末期の患者様が自宅で最後をむかえるには、家族の精神的な負担がかなり大きく、本人というよりむしろ家族の希望で、病院で見看ることが多い。
558	悲しすぎる。 国の対策を。 在宅医・Ns の充実教育。
559	在宅での可能性を知らない医師、ケアマネが多すぎる
560	家族の介護力が低下しており、本人が望んでも、家族が支えきれなくて、入院となる場合が多い。がんの場合は、痛み・吐・下血、呼吸困難などの強い症状が出た場合に、家族が耐えられなくなって、入院を希望すること多い。 　高令者の場合は、本人にも家族にも死の覚悟はできていることが多いが、若い人の場合は、もっと治療ができるのではないかという期待もあって、入院を望まれる。
561	在宅療養できる受け入れ体制があることを患者、患者家族に認知して頂く必要があると思われる。
562	病院（高度機能病院）のクリティカルパスに第１選択で在宅医療が入っていない →（同じことですが）病院勤務医の在宅医療に対する認識が低い
563	がんの場合、疼痛など、症状が悪化した時のコントロールを在宅で行うことが難しいこともあり、病院などで最後をむかえる方が多くなると考えている。 本人の意向にそって、最後をむかえるためには、在宅医や看護、介護、経済的なことがととのわないと叶うことが難しい。
564	マンパワーの不足やそれに伴って家族への遠慮もあり、本人が希望していても言葉にして表出できず、がまんしていることも多く見うけられます。 又、医療者側が在宅をすすめても積極的な治療を本人又は家族が望んでいる場合は、最后を家でと思っていてもその時期をのがしてしまうことも多く、病院で最后まで過ごす方も多く感じます。 （外来でのケアの実施などがもっと普及するとよいと思います）
566	死亡の場所の希望については高齢者の場合自分で意志表示されないことが多く本当はどうなのかがわかりづらい。 家族の介護力や能力によっては必ずしも在宅がベストではない場合も多い。

	このようなことがくり返されているのかナ？と思います。…もしも…①の時点で本人の気持ちを尊重する時期が今しかない事をしっかり伝え②ですぐに仕事を辞める必要はないし、在宅サービスには○○も△△も××もある。入院しているよりはコストもかからない。本人の望む生活を送らせることが出来る事も含めて、しっかり伝えられる。医療従事者が病院にいれば…この数に変化は出てくると考えます。 また、“在宅ありきの考え方は良くない”という言葉もよく耳にします。在宅に携わっていない方にこのような考え方のかたが多いようにも感じます。スミマセン何のウラづけもありません。
598	本人は、自宅で思っているが家族は、病院でと思っている。
599	患者さんの希望に沿う様在宅での治療を行っていますがそれには御家族の理解が一番重要ではないかと思っています。
600	・高令の介護者、しかも単独で他の家族が協力できない状況では困難と思います。 ・介護に関わる者（ケアマネ、ヘルパーなど）の知識不足 ・ケアマネ自体が在宅死が困難と考えることもあり、連けいがとれず訪問看護への負担が大きい ・在宅死を考える医療機関が、私達の地域には少なすぎる。
601	核家族化や高齢者夫婦、独居等の生活形態の変化等考えられる 地域のつながりが必要となってくると思われる
602	生前より本人及び患者の家族との交流に努めることが第一と考えます。又、緩和ケアセンターの充実が望ましく思っています。
603	社会資源不足・知識不足 対応可能な医師不足　　）→家族、本人の不安↑↑　∴病院を希望するしか無い 上記を早急に解決すべき
604	病院への啓蒙が大切
605	在宅ターミナルの体制が全く不充分だと感じます。 患者様もご家族も安心して在宅療養ができる環境作りが必要だと思います。
606	健康な時に自分はこういう死を迎えたいという意志を家族にしっかり伝えておいたとしても家族は不安でどうすることもできず病院という方向を選んでしまうのか？事前に自然な経過を見守り症状を緩和していくことについて医師からしっかりと説明を受けていればそういう形にならないのでしょうか？ 末期ガンのｐｔが家族と共に安心して過ごせるように取り組んでいく必要があると思います。
608	極力患者の希望に沿う様に取り計らう様にしたいと思っています。
609	患者の願いと、患者を取り巻く人々の考え方の相異と思われます。 生産人口の生き方は重要ですが（哲学的な）、非生産人口になってからの楽しく生き、死ぬ（宗教学的な）事も今後重要になってくると思われます。
611	家族の介護の負荷がへらせるともう少し帰れるのでは？
612	在宅で患者を受け入れる家族の負担軽減と家族へのけいもうも必要と思います。
613	苦痛の除去や介護方法社会資源等の利用方法がわからない。 急変時の家人の不安。
615	死は必ずしも安らかでない…これは在宅でも病院でも同じはずなのに、「在宅では安らかな死」「病院では点滴や管につながれた死」と安易に分別してしまう風潮がある。 自宅で最期を迎えるとは、死に向かう過程の苦痛や悲哀も、家族といっしょいる安らぎとともに受け入れることなのだから、さまざまな場面に耐える覚悟をしないといけない。 在宅死×病院死の対比の前に、疾病観や死生観が各人の中で掘り下げられていないと、現状はなかなか変わらないだろう。
616	私も自在で死にたいと思っているが、実さいは無理だろうと思っている。（子供に負担がかかるから） 緩和ケアー病棟にでもいこうと思っている。 でも、望んでくれれば、主治医・訪看・介ご保険のサービスでなんとかなると思っている。 一番認識がないのは、Dr！！　特に病院の Dr、次に開業医、 この方々のがんこな頭をやわらかくすることが必須と思う
617	充分なインフオームドコンセントなく在宅へ戻られ、また予後についても Famだけが知っているケースがほとんどのため今出来る事への意欲が減っていると思われます。
618	御本人の希望を最優先に考えるべきでしょうが、受け入れる側の問題もあります。 同居の家族が対応できない場合もあります。又、先の高齢化の進行の中で、核家族化の進行とともに若い世代の減少が明らかで御本人も帰りたい家族も受け入れたいと思いながらも経済的、時間的、社会的制度の問題（若い世代は働かなければならない。サービスを受け入れられるだけの福祉資源がない。介ゴ度や障害の度合いに応じてのみしかサービスを受け入れられない。など）御本人の身体的制約の問題もあります。又、在宅医療の提供側の絶対的の少なさや利益追求型とならざるを得ない医療提供側の問題もあります。 大切なことは、様々な選択肢を提供し、利用者たちが自由に選べ、提供側が対応できる状況づくりだと考えます。 どんな人、地域、環境にも■■条件がつきもので選ばざるを得ない場合もあるでしょう。
620	在宅で施される医療について、先生方が知らない事が多く、在宅で可能な治療・療養の継続を主治医が説明できないからと思います
621	ケースバイケース。在宅療養支援診療所（実質的に）が機能していない、現実によると推測している。
622	どういう形で死を向かえるのか、家族と十分に話し合っていることが一番大切であると考える。 家族及び一部の人間がインターネット等でこうやっているのでこのようにできないか、ここはこうしているのでそうしてもらいたい⇔お互いにできる範囲・許容範囲を理解することからはじまるのでそれを逸脱したら、そこで… 在宅医療は終りになるということを理解して欲しいし、理解すべき。
624	家ですごせたくても老々介護となり、現実的に家でみとれない。 そういう現状がよくわかっていないと思う。
626	核家族化が増え、同居し、介護できる家族がいない。 家族に迷惑をかけたくないという考え方が多いと思う。
627	本人が自宅での死亡を希望していても家族が病院での死亡を希望する場合が多いのでは。 他の親族とのかね合い、周囲の人々の視線を気にして病院へ入院させる傾向が多いように思える。
629	最后まで積極的治療を本人や家族が望む傾向は昔から変化ないと思う。 実際に納得し（←今后治療はない）在宅生活を送っていても治療を切望する本人家族の希望は最期まであり続ける。 がん性疼痛コントロールが出来る在宅医は、ほとんど居ない、又、提案しても自信がないからと結局疼痛コントロール入院になってしまう。
630	がん患者が在宅で十分なペインコントロールを受けられることを知らなかったり、コントロールをできる医師が不

567	「自宅ですごしたい」と「自宅で見看りたい」は少しニュアンスが異なる。 在宅にせよ、病院にせよ、一番はどこで死ぬかではなく苦痛なくすごしたいのが本根。 「自宅で」と思っていても疼痛（イレウス併発）、呼吸苦吐下血などで在宅で見看りきれない場合も多い。
568	医療的、福祉的より総合的な面から支える事が必要である。 私たちは、患者の意思を尊重して可能な限りは在宅療養をすすめていきたいと考えている。
569	・医師のムンチラが不十分で病状の変化を患者や患者の家族がうけ入れられていない。 ・おこりうる症状への対処が後手になりうまくコントロールできず、患者が苦しい思いをする。 ・医師とそれをとりまく関係者のコミュニケーション不足からのお互いの情報不足。
570	・患者は家族に迷惑を掛けたくないと思い、家族は入院している方が安心と考えている。 ・在宅においても病院と同じことができるし、在宅ならではの医療、看護があることを知って欲しいし、知らせる義務がある。 ・家族にとって時間的、経済的、精神的負担となることも、在宅においてはあることもある。 ・ケアマネージャーなど体調不良、即入院となる流れを断ち切る必要がある。
571	家族側は「苦しがっている本人を見たくない」「病院に行くと楽になる」「死んでいく過程でも病院だと何かの対処をしてくれる」「安心である」という所に行きつくようです。ペインコントロールが上手に出来ているときりぎりまで在宅ですごせているような気がします。また、介護する側の気持ちにも大きく左右されます。本人はもちろんですが、介護する方の思いがしっかりしていないと在宅でみとるという事は難しいです。 また地域差もあります。「病院が遠い」「夜間Ｄｒが対応してくれない」「訪問看護ステーションが近くにない」等サポートしてくれる環境の所でないと在宅でみとるという考えにいきつかないのではと思います
572	家族及び親族の理解が不十分 また家族の協力が不十分である
573	仕方ない 現状では在宅の体制（体勢）が十分でない。
574	家族にみ守もられていきたいということ
575	癌末期の医療について医師側にも患者と患者家族にもその末期である時なにをすべきかを判断できない場合が多いのでしょう。
576	日本人の特性もあると思います。“家族に迷惑をかけられない”との思いは大きいのではないでしょうか。 他は社会的入院を是とした施策、医療・福祉職の在宅ケアへのスキル不足も原因と思います。
577	充分説明しても結極、入院を希望する家族もいらっしゃる。 特に短期の病院からの紹介による在宅の場合にある事がある。 逆に入院の適応があり勧めても長い診察（外来）、在宅の方は家で亡くなられる方が多い。 問題は家族 ◎“良くここまで放置していたな”と思われる症例もあります。死期が近づいて初めて在医の依頼を受けることがある。
578	国民の現状認識が不充分である。 国民とは我々も含めた医療職や為政者も入る。 国民全体の意識改革、医療職、為政者の意識改革がなされなければ変わらないと思っています。
579	生活の貧しさ、少子化による核家族により自宅での面倒がみられないことによると思われる
580	在宅を希望されても、介護者に対しての思いやりが見られたり独居の方の責任問題が起こります １人１人の生き方を尊重出来るといいのですが。
581	現状の医療体制ではやむをえない
582	願いがかなわない理由は 病院側 往診医（在宅医）側 家族側 本人側 があると考えますが
583	在宅で最后を看るということは、医療・介護が充実していても、患者宅においてはまだまだ不十分である。 なぜなら、患者本人だけではなく、家族やその他のサポートシステムが十分ではないからである。本人・家族には、肉体的・精神的・そして経済的負担がとても重くのしかかっているのが現実である。 これらを改善すべく、国が費用・人員をもっと増やさなければ、自宅での最后は札上の空論といわざるおえない。
585	日本人の告知に対する考え方も関わってくると思う。 告知が増えてくれば、もう少し在宅医、看取りが増えるのでは。
587	本人に告げられていない状況もあると思われるが、告知されている場合でも受け入れきれていない本心の部分、現状の説明の不十分さなども考えられる。介護する側（家族等）の理解も必要となるが、受診した時のみのムンチラでは医学用語も多く、理解しづらい現状があるのでは…
588	居宅で死にたいという当然の望みを叶えられるよう医療機関側の要件を満たすと共に国民側にも必要な事は何かということを知らせていく必要がある。
589	・本人の希望にできるだけ沿えるような体制づくりが必要。 ・外科的処置など、訪問看護往診医師 etc の対応が満足できるレベルにあるか判断する手段がない。家族の対応 etc 考慮すると…病院死を迎える流れとなる場合が多い。
592	①希望するがん療養者に自宅で過せる様な支援体制を早急に考えないといけないのは当然ですがそのためには医療関係者などの一部の行動では無理があります。一番大切な事はこういった事実を国民全体に知ってもらう事。 ②その一方で、何が何でも最後まで在宅で、と決めつけられるのにも抵抗があります。自宅と医療施設を状態に応じて行き来できる環境を作るべきと考えます。最期を自宅で迎える事よりも、どれだけ長く自宅で過せたかを重視すべきと思います。
593	諸般の事情があるので止むを得ない
594	希望をみたすべき
596	受け入れる家族の認識の問題があるし、現実問題として昼間家族は仕事で出払ってしまうためだれも介護する人がいない。
597	死亡の場所が選択出来ることは知っていても、選択した事をサポートする体制が乏しいのだと考えます。例えば…入院中の患者が帰りたいと云う→①家族も本人が望むならと考える→②だけど共稼ぎだし仕事をすぐに辞めなければならなくなるかも。そうなると収入の問題も出てくる。嫁との折り合いも悪いし…と介護する側に見れない理由を考える→患者はそのような家族の気持ちをくんで“迷惑をかけたくない”と思ってあきらめる。

	足していることが現状である。病院で地域のクリニック（ペインクリニック）と連携をとったり、入院中に患者へ十分な指導を行っていく必要があると思う
631	在宅死の割合が増加すべきと考える。 在宅での療養を可能にするシステムづくりと、費用負担の方法が検討されるべきである。
633	在宅でどこまでの苦痛を緩げるケアを受けることができるかを知らない患者や家族がほとんど（在宅医療についての知識が正しく知られていない）である
634	家族の介護不安が大きく影響していると思います。 医療だけでなく生活全般をみていく認識が必要で緊急時の対応や、症状説明がきちんとなされていれば不安は少し軽減されると思うのですが
635	病院（医療スタッフ）だけの問題でなく、患者・家族、またそれらをとり巻く環境に、問題があると考える。 「がん」という病気に対する考え方、家族や生活様式の多様化、がん終末期の医療の不十分さなど、現状に対して、不十分であることが原因と考える。
637	在宅療養の受け容れ態勢をさらに充実させるべき。
638	終の住居を、変更なく出来る、日本の環境が失なわれている。
639	在宅医療に国が力を入れるべき。
640	家族が、自宅で看る為の環境が整っていない。 それは、家族の気持ちの問題もあるし、又、サポートカの不足で実際に犠牲となる要素も多いので、看てあげたいと家族が思ったとしても、自信がなく、病院にまかせてしまうと思われる。
641	日本では先進医療がすすみ病院死が当然の流れのようになっており、また家族側も核家族化がすすみ在宅をすすめていくための介ゴカが不足しているため、医療と介ゴの両面から啓蒙し死のスムーズな流れをつくっていくことが必要だと考えます。
642	患者さん本人は、自宅で過したいというのはあたりまえの希望だと思います。 しかし、その背景には家族があり、自宅で実際にめんどうを見るというのはなかなか難かしいと思われます
643	国はこの現状を国民に訴えて、国民に対して啓もうすべきだ。
644	現実問題として家族で看る事は困難だろうと思います。 現状の社会情勢から企業で介護休暇を、取れる所はないに等しい。
647	在宅介護を担う世代の人が多分都市に多いと思うが、自宅で親の最期を看取るなんてありえない。本人の意識が無くなったら、救急車で病院に連れて行きたい。 死期に医者も看護婦もその場に居ないなんて、耐えられない。つい最近の 60 才夫婦が重い心臓疾患ある 88 才の母の在宅介護についての説明時の返答である。居宅の自然死は望ましい最期である
649	現状として核家族化している現在、在宅にしても看ていける人がいるかというのが大きな問題だと思う。望んでいてもできない状況というのを国にもっと把握してほしい。
650	主たる介護者となる家族の理解、協力が得られにくいであろうとの印象あり。
651	ターミナルケア（痛みのコントロール含む）についての専門的知識で、技術を持つスタッフ、医師、コメディカルの不足と負担が大きくなる。(24h 常にバックアップするには、病診連携は基より、家族の理解や、行政のバックアップも重要である) 穏やかに日常を過ごし、かつ自分の望む環境で生活する事は、現状の医療や介護を含めた環境下では、非常に心もとない。居宅での介護は家族を心身共に疲れ果てさせてしまう。又、支援する側の体制が十分ではない。 個人の希望に沿った形での居宅～ターミナルまでの支援体制を誰にでも理解し易い形で、提供出来ないものか？果して個人の負担に見合った医療を提供出来ているのか、メンタルな面も含めて、通常の自由な人間と同じ生活を送るための医療を提供し、医療に縛られた、現状の不安定な弱者の環境を見直す時期ではないだろうか。
652	最近在宅でターミナル期を過ごせることについて、少しずつ情報は広がってきています。しかしご本人や家族だけで過ごすことは大変困難なことであり、不安も多きいです。 医療機関や主治医に柔軟に対応してもらえて、家族と共にすごすことができ、見守られながら亡くなっていくことができればと考えます。
653	望ましいことではない。但し原因は単なる在宅療養を支える資源不足のみではないため、解決は困難と考えます
654	癌の末期になると肉体的にも精神的にもかなり難しい状況になるので本人の希望や理想は自宅死でも現実問題として介護する家族の管理が無理で病院死が多くなると思われる
655	「癌による痛みのある患者の 83%が病院での死を望んでいる」 （厚労省：終末期医療に関する調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について－2004） ので、10%の患者がかなえられていないだけではないでしょうか。
657	核家族など社会形態の変化により自宅での死が少なくなったことにあると思う。自宅死や介護などがつらいもの、大変なものと思われてしまっているため、在宅をしっている者が院内におり、説明できるとよいと思う。 がんに対する痛み、苦しみに対応できるのは病院だけと思っている傾向が強く、入院することで安心してしまう。本来は痛みなど、十分コントロールすれば在宅医療は長く可能であると考えます。又、地域の医療サービス（訪問看護）などが少ないのも原因で報酬を見なおし、潜在している看護師をも広くひろめていく必要があると思う。
658	個人のアンケートでは、在宅で過ごし家で死にたいと答えるが、家族のことを考えると、病院でと答える人もいると思う。 本来個人の尊厳を考えると、その人の望む場所での最期が best と考えるが、地域、社会のシステム作りが不十分と考える。
659	病気経過のイメージが先行してしんどい、辛いとなっている 社会的支援本人意志の尊重が検討されるべき
660	・核家族となっている事が大きな原因とも考える。 ・また、家族も、在宅では“不安”という思いが大きいのではないか
661	患者が一人暮らしであったり、核家族であると在宅で（みる）くらすことが現実ムズカシイ、昔と違い大家族が近所づきあいもなくなったり少ない。また、今までの家から病院で亡くなるようにするきりかえをしてから、更に体制をととのえることや周囲（親族など）の理解が得られないということもあると思う。 ギリギリまで在宅で頑張っていても具合がわるく最後の最期は病院へ来て亡くなることもある。それは家族、本人の希望であり安心（→※）して亡くなられることも、不安に思って亡くなるよりホスピスで亡くなることも一つの選択肢と思います。 ※ある程度、元気な時は在宅（自宅）と思っていても希望は体の具合からかわることもある、理想を求めるのも必要だけれど、現状、現実でできる限りの選択ができそれをサポートしていくことも大切なことだと思っています。
662	病名、予后の告知すらされていないＰｔも多い現状では、死む場所が選べる方はごく少ない。 今だに病院から見捨てられたんだとなげきながら在宅療養を開始するＰｔも多く在宅療養を開始してから、残された時間は見えない自分の病気、予後にとまどい、不安をかかえながら亡くなられることも多く、そんなＰｔにかかわる私としてもどうかかわっていったらよいかとまどい十分なサービスの提供ができにくいし、コミュニケーションさえ満足にとれないため信頼関係どころか受け入れてもらえることさえ困難です。
664	・医療者側からの説明不足 ・家族の援助不足 ・迷惑をかけまいと思う患者の気持ち ・チームでかかわれていない現状
665	自分が希望する場所で生をまっとうする事は権利だと思う。 しかし、介護負担や経済的状況、家屋の状況等考えると自宅で最期をむかえたいと云い出せない人が多いのではないか 又、その場を支える人（Ｄｒ、Ｎｓ等）が少ない事も考えられる。
666	介護する家人の負担が現状では余りに多く、経済的、人的に豊かな家でないと困難である 現在、在宅治療をするより、介護保険を使用してのデーケア、ショートステイを利用する人が殆んどである（家人の決定権が強い、殆んど家人の都合が主となっている） 在宅治療を行う医療側にもそれ相当の対価を与え、患者側の負担を軽くする方法が必要！！
669	病院での説明不足もあり、患者や家族の不安もあり又、在宅医の協力の問題もあり、なかなか希望の最期を迎えることができていません。 各部門で協力しながら、安心して在宅生活を送れる手助けが出来たら良いのでは…と思います。 がん末期の苦痛を家族がどこまで見守れるかも大きな問題になっています。
670	現状は在宅の方が、家族への負担と経済的負担が多いため自宅ですごすことができない。 患者、家族負担をすくなくすれば在宅で過ごすことができる。
671	住み慣れた自宅で死を迎えられることが一番だと思いますが家にいる為にはその人を支える環境が必要です 家族がみられない、家族に迷惑をかけたくないという思いの中で入院を選ぶ方も多いと思います 最低限の治療を受けながら自宅で安心して最後を送れるようなシステムができるといいと思います
672	あくまでも印象ですが、家で看取りたいと思う家族のほうが少ないのではないでしょうか。 もちろん病院にいけば安心ということと、また、サポート体制が充分でないというのはあると思います。 ぎりぎりまではがんばるけど、最後の最後は病院にお願いしたいと思っている家族が多いのでは…。医者の思い込みかもしれませんが…。 がん患者の家族が最後はどうしたいと思っているかも、知りたいです。
673	それを■んでいるのは誰？
674	①在宅医療をささえる環境（人的・物的・心理的）が整っていないことが多い。患者家族側も、医療従事者側も、在宅死を認めあっていてももちこたえられない。 ②最期のむかえ方について種々の考えがあり病院でできる限りのことを行うのがベストという考えが多いように思います。
675	在宅で死ぬためには、本人、家族に対して周囲のサポートが必要である。核家族が多くなった現代では、病人をみる人にも大きな負担となり、介護者も病気になってしまうこともある。
676	在宅療養についての環境が整っていない。
677	在宅緩和ケアが十分でないため
678	在宅死を患者が希望しても家族は働かねばならず家で看たいが看られない状況にあるし、経済的も在宅で多種職のケアを利用すると（時間にもよるが）高い様に思う 家族の負担が大きくなる為どうせ死ぬなら少しでも家族の為にお金を残したいと考える患者も多いので、低費用で在宅療養が受けられる様になればと思う
679	在宅で介護する家族への負担が大きく在宅への移行が難しいケースが多い 医療介護が入れるよう金銭的なフォローが必要。 患者サイド、施設サイドにも）
680	家族が死に対して恐怖に似た感情を持っている。また在宅医も夜間・休日のことを考え入院を勧める。麻薬の申請をしていない在宅医も多い。 主治医がしっかりと説明すれば家族・患者ともに安心し在宅での“死”をむかえることができる。
681	自宅でのマンパワー不足から仕方がない面はあるが
682	在宅を望んでも老々介護ではマンパワーがないのでどうしようもないと思います。
684	患者の願い＝在宅を支えるものの願いとは限らず、難しいと思う。在宅を望むうえで疾患への不安、周囲の支援、在宅医や訪看との人間関係など解決しなければならない問題が多いため、一部しか実現できないというのは必然といえる。 長期間の在宅は難しくとも短期間であればどの患者でも可能であるとは思う。
685	病院で治療を終え、自分で身のまわりのことができる人であれば問題はないが終末期でＡＤＬが低下し、他人の手を借りなくては生活ができない人、医療機器がないと生命が維持できない人、身よりがなく１人ぐらしの人などは家族の負担が大きく急変時の対応に不安が募り、患者も安心して自宅で療養できないと思う。 在宅で療養するには「人、モノ、金」が必要であるが、全てが揃っている人は少ない。1 つでも欠ければその他の比重が高くなりバランスがとれなくなってしまう
686	私の個人的意見では在宅死を望む。一般的には病院死しかありえないという考えを持った人が多い。それは不安から身内が死んでいく場面を見る事への恐怖であったり何もできない無力さであったり、病院であれば医療従事者が何かしてくれるという期待、それは無知と考えたくない考えるのは先延ばしにしておきたいという安易さもある。自分だったら家で死にたいが、子供や家族に迷惑をかけるからということもあるが迷惑というのは最終的には精神的不安であるように思う。経済的には家の方が安価である事は知られていない…。まだまだ在宅死も可能であることが周知されていないと思う。
688	・オピオイドに対応できる在宅医療が整備されていない（Ｄｒ、Ｎｓ、調剤薬局） ・24h 対応できる訪問看護ステーションが少ない
689	・患者が治療を最期まで望む ・急性期病院も緩和ケアへのタイミングを失う ・治療優先で死亡場所の希望を聞きづらい又は家族も言いにくい
690	在宅でも条件が整えば可能であることを知らせるべきです。
691	患者の願いがほとんどかなえられていない事は十分知っていますが、がん末期の方の在宅療養をささえるには、周囲のサービスの充実ができていないとできない事が現状です。そして、今現在そのサービスが全国的に充実しているとは言いれないと思います

	る。 そのために、どうしたらいいのか専門職として考えていかなければいけない。
723	現在の体制下での事実（現実）である。
724	家族の協力が得られないときが多い。 充分な医療をすることが、本人の望みではないことも多く、点滴などでかえって気道分泌が多くなり苦しめることもなかなか理解してもらえない。 一部の医師も同様な誤り（と言えるかどうか）をおかしている。 家族は、自分達でケアする余力をもっていないことも多い。 在宅ケアが納得できるほど充実しないと、同意が得にくい。
725	在宅療養生活が安心して実現出来る様、本人、家族を支える医療・福祉・ボランティアの存在が最も重要となりました、これらをまとめるコーディネーターを確立していくことが必要であると思う。
726	本人の望みだけでは難しい 介護する人がいるか？強い症状がでているか？往診等すぐ対応してくれる医師がうけてくれるか？ 環境経済面 etc あるので人によってである
727	患者の願いと 家族の願いと　その思いを一緒に考えていけるスタッフがいなければ希望が叶わないと思う
728	在宅療養支援診療所として 10 人／年位の在宅看取りをしていますが、１人の医者では数をふやすのはなかなか…。診療所間の連携などで、もっと上手い方法を作りたいです。
729	・がん療養者の 80%は病院死を望んでいるという調査結果を御存知でしょうか。上の情報とは異なる。 ・がん患者は自宅死を望む人は少ないと緩和ケア病棟医長に聞いた ・私個人の感想では自宅死を望む人が多いと思う
731	①. 余命は限られているといっても、「もう少し、何とかなるのではないか」という患者の思いが残っていると思われる。 ②. 在宅に帰りたいが、周囲（家族）に迷わくがかかるという思いがあって、遠慮しているという日本人的思いやりがある。 ③. 施設に預けた方が楽であるという家族側の希望の方が強く働いていると思われる。 ④. 日本の住宅事情や家族の介ゴ力の低下が反映されていると思われる。
732	環境については家族の介護力や患者自身の不安もある事、又、在宅でのがんｐｔの充分な症状コントロールが出来ない現状もある
733	家族の意見が強い。
734	先述したが、家族の受け皿が重要であると思う。 住みなれた、生きなれた場所で死にたいと思う気持ちは理解できるし、自分の家族も自分の希望する場所で死んでほしいと思う。しかし、介護する側も働かなければ生きていけない。今の核家族中心の日本では、在宅介護にふみ切るのは相当勇気がいる。 又、介護される方も、迷惑をかけて申し訳ないという思いや、負担がかかるから病院の方が良いと考える人が多いと思う。 家で死ぬことがあたり前であった日本と、今の日本では状況が違う。 相互がストレスなく、妥協案を考えるなら、病院死も仕方がないと思う。 以上の現状を検討すると、自宅ですごしたいが実現は難しいと思う、と考える人が約６割存在することは、現実的な考えであろう。
735	これが現状の最大の問題である 医療者、家族、患者それぞれの思いと問題がぶつかり合っている なかなか皆が納得できる方法が見い出せない
736	この辺はまだ田舎なので、家で看取るということを自然に受けとめている方はまだ多い方と思いますが、やはり若い世代になると「こんな状態で家におくなんて」と近所や親せきの人に責められるなどの状況もあります。 しかし、家で看取れた方たちのほとんどは「本当によかった」と、喜んで下さる方が多いので、私もできるだけ家で最期を迎えられるように援助していきたいと思っています。 24h 体制のＤｒがほんとうに少ないので、それが一番の問題と思います
738	アンケートでは在宅死が多いようであるが、現実は、入院を希望する。 いざとなった時に希望する場所と、事前に、アンケートで答える場所とちがうのではないか。
739	急性期病院→回復期病院へ転院する患者が多い
740	実際、自宅で過したいと思っていても、いざその時になると、食べれない状況がつづいていたり、痛みが強かったらセルフケア介入が必要だったりと在宅では限界を感じたりする場合、どうしても入院、入所などになってしまうのではないかと考えます。
741	在宅ターミナルは、家族、本人の意思はもちろん、経済力、主治医の協力など条件が整わないと難しいのでは。地方では、開業医の協力が得られず、なかなか難しいです。
743	・在宅で最後をむかえるだけのマンパワーが備わる家庭が少ない
744	・地域により差があると思う ・退院時の説明も左右する ・介護力の影響も強い
745	告知のいかんに依るし、在宅可能かどうかにもよる
746	・患者自身、親等を在宅で看取った経験がない ・経験のないことは不安でできない
748	患者の願いがなるべくかなえられるようにつとめたいと考えている 家族の介護力や環境などにより、かならずしも患者の思い通りにならない場合もあり、やむなく病院死をむかえる方もある。 最終的には家族の力が重要となると考えています
749	患者の希望もさることながら、それを支える家族のサポートが得られるかどうかが大きな問題だと考える。 どれだけの在宅医療があっても、家族か、それに準ずる存在がない限り、患者の希望どうりの死亡場所は、かなわないと思う。
750	終末期医療を理解した在宅医が不足しているのでしかたない←これが最大の問題。 家族だけの問題ではない
751	１．癌は悪液質に対して在宅では不可能 ２．自宅で介護者の対応が出来ていない

692	・在宅での介護力不足 ・現在の訪問看護、介護体制では不十分 ・住環境の問題 ・費用の問題 ・在宅で医療行為を行う事の不安、急変、トラブル時の不安 ・家族の負担 等、様々な問題から在宅医療への躊躇の気持ちが大きいのではないかと思う。
693	地域差が大きいと思う。 都市では住宅関係、核家族の問題 家族の高令化もある
694	在宅を希望し退院してきても、家ですごす中で本人、家族の気持ちがゆらいで、病院にて看取ることを希望したというケースもありました。在宅ですごす場合、どのようなサポートがあるのか、今後どのような経過をたどっていくことが予測されるのか（看取り近くの経過も含めて）それに対する対処方法等、本人、家族の知識不足やイメージができていない場合や症状コントロールがついていない等で在宅を断念するケースがあるように感じます。関わる医療職もそうならないような対応、説明、知識不足もあるのではないか。病院と在宅機関の連携がまだまだ不足している（少しずつ変わってきていると思いますが）という現状がある様に感じます。
696	なぜ、在宅死ができないか、図Ｅのような図はなんの説明にもなっていない 単に年代別比較にしかならない。何故、このような形になったのか背景がないまま、ただ病院での死が多いと結論していることに対し、考えなどない
697	疼痛コントロールせん妄など病院でもコントロールが難しくその都度変えていかなければならないことも多く起こる可能性があり自宅では不可能と思う。
699	治療をメインとする病院の医師に「患者の願い」という考え方が希薄となっている。 また、ホスピスの考えや知識が不足しているため、上記の結果になっていると考えます。 また医療者のみならず、家族も知識不足からくる不安が大きく受け入れ態勢が悪いためだと思います。 しかし、今後ホスピスの精神が普及しても、介護力の低下により病院死の数は同様に経過すると思います
700	・家族へ知識を与える、家族に理解してもらわないと難かしい ・外泊でさえ、家で痛がったら心配とつれていかない
701	介護者が大変だと思うので在宅での死は増えていかないのでは？ 支える私たちもナースも疲れている
703	在宅死が可能となるシステム・制度の整備が必要である ex. １．在宅療養支援診療所医師を増やす政策 （登録していても 24 時間対応していない石が対応できるように、個人の負担が少なくてすむような助け合い） ２．訪看ステーションを増やす政策 （低収入、人手不足では長続きしない） ３．居宅介護施設でも看取りができる政策 ☆医療費抑制政策の変更⇒医療、介護へ金と人を
704	病状による 家族の受入が在宅には必要 がんを取扱う在宅医が十分な数ではないよう
705	困る。
707	介護力に限界がある時は仕方ないと思うが患者、家族が家で最後まで過ごす覚悟ができるまでしっかり説明したり話しをしていくれる先生も少ない
708	病状や、本人、Family の認識や決意もあり、又、その日の症状や病状コントロールの状況も関連していてむずかしい。
709	望む最期をむかえさせてあげられないというもどかしさがあり、Fa の立場から考えると、家族で最期をむかえるという負担もあり、難しい。
710	患者の意見を聞いているか知らない。
711	死亡の場所が自宅にならない理由として家族が病院を希望する場合も多く、問題は医療サイドだけではなく、色々あると思う。
713	ある程度、疼痛のコントロールができ、在宅で訪問診療をしてもらいながら在宅で生活できる様な、体制、サービスの連携に取り組む必要があると思います。 死と向きあうことは本人にとっても関わる医療者にとってもできればさけて通りたい問題ですが、きちんと向きあい、患者さんの意志を確認し支援して行く必要があると思います。
714	介護者の意識の問題である。
715	病院叶いがほとんど機能していない。 病院より紹介があれば、在宅での看取りをもっとやりたいと思っています。
716	申し訳ありませんが、だからと言って“自分はこう考える”というものは持ちあわせておりません。 現状を受け入れ、今出来る事をしているのみです。現場というのはそういうものなのではないでしょうか。 希望を叶えるために、多大な費用がかかるのであれば、今は死ぬ場所にお金をかけるのではなく、生きるために費用を使った方がいいのでは？と思います。 （医療費について→今后は更に大きな費用がかかるのは目に見えているため）
717	鋭意、努力。
719	・医療者の無理解（在宅でどこまでできるか）、緩和医療に対する知識不足 ・患者、家族の無理解（これでは家では過ごせない） この２点が在宅緩和医療の妨げになっている。医療者・患者双方の理解を高めることが必要。
720	今まで自分の意志で行動していたのに、最期の希望がかなえられないのは悲しいこと。 在宅医療の体制が整っていないことや、病院Ｄｒの在宅への感心のうすさなど問題が色々あると思う。
721	在宅医療を望んでも、協力サポートできる家族がいなかったりと難しいケースも多いと思うが、なるべく本人の希望が通るように国全体でサポートできる様になったら良いと思う
722	当地域では、死亡の場所を希望する人が少く、希望するということ患者自身も知らない、話さないような気がする。家族も本人も体調が悪くなるとすぐ入院を希望する場面が多い。自宅で死をむかえることが可能か？どのくらいから準備を始めるのか、自分や家族はどうしたいのかなど死をむかえる場所や、むかえ方など死に対して、目をそむけている人が多い気がする。最后まで治療がしたいと望む人もいる。 しかし、正しい情報や、希望を口にし行動にできることを、説明し与えることで自分の死を自分で選ぶことができ

	３．緩和療■などが在宅では不充分。
752	在宅療養の現状を知っている人が少ない事とその支援内容も知らない家族の力を発揮させるだけの力が不足している（医療者側） 在宅では無理だという思いの人が多い
753	自宅で過ごしたい人には、自宅ですごさせたらよいと思うが、法律があるためにそうならない（司法・行政の責任）
754	本人は自宅で亡くなりたい。しかし家族は当初同意しても衰弱や症状の悪化をみておれなくなったり、負担が大きくなったり、不安感が増強して結局は入院させて欲しいと言い出すケースが多い。
756	思いを叶えてあげたいとは思うが、介護力が不足してきている今では仕方ないところもあると思う。
757	ターミナルは、もちろん医療チームも重要になってきますが、家族が在宅で看る覚悟、イメージしていくことや、周りのサポート力（家族も含め、医療側も）と力を合わせ、支えていくことで一丸となることが出来るかが重要であると考える。
758	家族別々と暮しが大部分となったため。
759	在宅と施設との連携が悪い
760	・現状では当然と考える
762	自宅にて介護する人がいない 生活があり働かなければならない（家族）
763	医者と患者あるいは家族と自前に十分話し合っていても、いざその時を迎えると、親せきや他人が来て、どうしてこういう状態を放っておくのか、どうして病院に入れないのかと、家族をせめる事が多く結果的に家族も入院させざるを得なくなるケースが多い。 もっと以前に患者本人の意志を明確に示しておくべき。（例）尊厳死の宣言書等を作製しておく
765	一番は介護力の不足が大きいと思われる。
766	訪問診療を行ってくれる施設がかぎられており、帰れる状況であっても、帰れない方が多い。 地域差もあるので、どの方でも在宅での死を希望されるのであれば、実現させてあげたい。 その為にも、訪問診療の充実を希望する。
767	自宅には帰りたいけど家族に迷惑がかかってしまうと遠慮しているＰｔさんがほとんどではないでしょうか？ 死ぬ時に余計な面倒をかけたくないと思っている様です。 この認識を変えるためには、死はもっともっと身近にあるものだという意識を子供の頃から持つことが必要で死はタブーではないという教育が必要です。
769	日本では、死というものをまだまだ受け入れられないでいる。 日常、家族の中でも死についてタブー視され、話し合う事が少ない。
771	終末期医療を在宅で行なえない患者さんは、病状や、自宅の環境、家族の状況などにより、病院を最後の場所として選ぶ方（緩和ケア病棟など）が多いと思うので、緩和ケアでのケアにおいて、本人や家族のニーズをひきだしできるだけ、在宅に近い、本人の望む様な最後を迎えれる支援をすべきだと思います。
772	どうしたら患者の願いがかなえられるのか、話し合いの機会をもつようにしているが、患者・家族も死に至るまでの過程が理解できずに不安が強い。 在宅医師が、いろいろな場面で患者・家族教育（アドバイスくらい）できるならもう少し在宅に帰れるのではないだろうか？
774	大変なげかわしい事と思われます。
775	「自宅で看たい」という意見はよく聞かれるものの、やはり急変したら不安という家族の気持ちも良く分かる。 訪問している以上、家族や本人の意思は尊重してあげたい、といつも思います。でも、最後の最後のみ気やすめでもいいから病院で！と本気でのぞまれるのであれば、その気持ちも理解してあげたい
776	在宅でのシステムが整備されていないことが問題 医師のマインド転換、Nsの訪看能力の増強がまず必要である。
778	在宅医療を希望し家族の協力が得られれば在宅医療をすすめている
779	がんの症状による。入院がよいと希望する人もいます。
780	残念です 在宅への送り側、受け手側の意識のズレ
781	自宅での最後を望まれても、実際の所、困難がある 介護力不足、介護者がいない、在宅に居たくてもいられない現状があります。（介護者への負担があまりに大きいのが実状） ターミナルケアーとなると大変難しく、在宅管理出来る医療者も限られていると思います。
782	当院では在宅死の援助をしている。年間約30人の在宅死を行なっている。 家族がパニック状態となり、重症化した際救急車で病院に行くことが多い。 在宅療養支援診療所がまだ少ない。空白の地域もあり。
783	在宅で死を迎えられるような医療、介護サービスやシステム等が不充分なため、上記のような結果にあると考える。 又、介護や世話をする家族のいない独居療養者の場合では必ずしも自宅がよいとはいえないと考える。
784	各自の努力が必要
785	介護力や知識の不足によりむりな状況が多いというのは現実であると思う（経済力も含め）
786	本人の希望というよりは介護者が不在、介護力の低下が原因。介護保険というより国の福祉対策が北欧型にならないと無理
787	在宅でがんの看取りをすることは理想です。しかし、同時に覚悟も必要です。家族本人ともに安心して家で最期をむかえたいと思っていますが、一番心配なことは「痛み、苦しみ」この状況に対応できる在宅医療（在宅緩和）が可能ならと思われるので、十分に説明していただきたい。→入院している時に。 入院中にそれだけのことを説明する（できる）医師等がいるか？ 急性期の病院にその内容を求めることは無理ではないか？ 地域や、メディアを使って意識を高めていくとか、ドラマ化して、社会問題化するとか…テレビの影響は大ですから。
788	・病院で死をむかえることがあたり前になっており、家族も環境も患者が在宅ですごせる体制が整っていない。 医療の現場で働く人たちもまだまだ同じような意識があり、今后は社会全体での死生観に対しての教育が必要となってくる
789	本人が自宅で家族と一緒に過したい気持ちがあっても、若い方は働かなければならず、老人二人暮しが多いことから、老人が老人を介護といった現状から、病院死を選ばざるを得ない状態でもある。地域での在宅看護・訪問看ゴも大きく変って、色々な面でサポートされるようになってきたが、受ける側になってみればまだまだの面が多く、お金がかかる等の理由もあり、希望され、介護が充分に受けられる方々は、まだまだの様に思われる。
790	緩和医療についての理解が、医療者側にも医療を受ける側にも充分理解されていない。
793	医療機関と患者の考え方の相違からくる問題であり、患者の希望を叶えるには、人的財源、金銭的財源も含め、相等な困難があると考えられる。民間支援＝患者負担。公的支援＝赤字財政の且なる圧迫
794	残念　多くの医者が逃げているのでは？
797	家族が望んでいることも考えている。家族は、どこに患者がいれば安心するのか。
798	最期まで患者・家族も迷いながらの臨終と思いますので、いつ何時でも flexible に最期の場所を選択、実現できる事ができれば良いなと思います。
800	入院している先のＤｒ・Ｎｓ・ＭＳＷがその人らしい最後を考えていくなかで、「在宅」を選ぶ理由について話しあい、もっと在宅医療の学びを深めてほしい。 病院が在宅医療の説明をしっかりできなければ、患者もイメージ化できないし、スムーズな在宅への移行は困難と思う。
802	訪問診療に関心、熱意のある医師がいなければ在宅での死亡はかなり難しい。 又、かかわるスタッフの質の向上も重要である。
803	単に「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と思っているがん療養者は 80%以上かもしれませんが、周囲の事や環境を考えると最終的には入院を希望される方が多いのも現状だと思います。
804	医療者家族への理解や情報が伝わっていない出来ないと思ってあきらめている。 今までの家族関係で家族の協力が得られない。 在宅を Back up する地元の医療機関を、急性期病院が把握していないので（家族も）紹介先がないとあきらめている→病診連携の不十分と開業医の在宅支援しようとする医師側の絶対数が少ない。
805	本人の希望があっても家族等介護者がそれを支えられないであろうことを本人が知っている場合が多い。
806	①認知症など自己判断が出来ない場合 家庭の事情（経済的、倫理的、宗教的）により選択する ②理解（本人など家族）が得られれば在宅（自宅、老人ホーム etc）で看取りの診療がよい
807	患者さんが、在宅を希望されても、介護力がなければ、在宅で過ごしたいと思っても叶わない。 本人も、家族も、最後まで在宅で、と思っていても、状態が悪化してくると、家族の手におえない状況となることもあり、そうなると、とても家庭では無理となってくることもあります。 状況、家族体制で、なかなか、思いに添えないことも、多いです。
808	残念に思いますが、24 時間対応が困難な医療機関（診療所）が多い為とも思います。
809	在宅医療に対応出来る医療機関の不足と介護力低下（不足）が主因であり、これらに対する対策が必要である。
810	介護受け入れ側でも介護士・看護師までの人不足がある。
812	患者本人だけの問題ではなく、患者周囲の人々の問題が大きいと思われる。 それと、日本人独特の事なかれ主義、他人まかせの性格も問題。 宗教感も問題。
813	図Ｄは「自宅で過したい」を表しており「自宅で死にたい」を表しているわけではないので、この誘導はおかしいと思います。 急性期病院では患者が入院を希望しても、いよいよの時ではないと入院できず患者の希望が叶わないケースもあります。 入院日数の記録により自宅で過ごすに人は若干増加しつつあります。 やはり「自宅で過ごす」と「自宅で死ぬ」を一緒くたにして誘導しない方が良いと思います。
814	自宅で余命を過ごす希望があればそれに沿う方向にもっては行きたいが、自宅で提供できるサービス環境が本当に満足できるものなのかという事もある。 毎日医師やＮｓ、ヘルパーなど 2 時間 3 時間ということはできないし、家族に肉体的、経済的な負担もある。 やはり、本人のみの希望というよりか家族も同じ希望がありそれが亡くなるまでずっと続いていく（どんなに大変でも）と納得されない限り難しいかもしれません。
815	がんの高度治療をおこなっているのは大病院だが、大病院に在宅療養、訪問診察まで手がまわっていない。 患者も「自宅で過ごしたい」と思いながらも、何か体の不調を感じた時に、Ｎｓコールのようにすぐに医療者が来ないことが不安であったりする。また、ずっと診察、治療を受けていた医師を変わるもの不安がある。 まずは、在宅療養とサポートできる医療機関が増えること、大病院と連携がとれることについて改善していく必要がある。 患者さんに対しては、実際の在宅療養の様子が分るような発信をすることと、メリット・デメリットを知らせる必要がある。メリット・デメリットを考えた上で、希望が病院死に変わる可能性もあるとは思う。上記のアンケートは、漠然とした希望だと思う。
817	在宅医の考え方が左右すると思います しっかり在宅で看取れるようなしっかりした主治医が欲しい。
818	がん医療について、わが国の対策がまだ従来のままで主治医によって治療方針も違い、技術的な違いがある。同じに緩和ケアについても同じである。 外科的な治療が終われば、内科での follow となって主治医が交代してみたり、その都度患者は、しんどい思いをしている。 治療から最後まで看てもらえるケースはまれでその場だけの対応になってしまっていると思う。 終末においても、患者は不安なので病院を選択していると考えている。
819	・医療処置が多い為、介ゴ者の負担が大きい ・主治医かかりつけ医の連携が不十分である。 ・核家族化がすすんでおり、介ゴカの低下がある。 ・訪問看ｺﾞステーションのマンパワー不足 ・地域差
820	告知の有無や介ゴ力に問題がある。
821	本院ホスピスでも 80%の方が自宅で死を迎えたいと思っています。 がんの種類によっては、自宅は殆んど介護ケアができないものもありますが、家族の事情、家族の介護認識がない（老々介護、認々介護など）。 俗にいう核家族の構造が自宅での終末医療を困難にしている。 ホスピス医としても、かならずしも自宅が終末期環境に適しているとは思わない。（かゝりつけ医、訪問看護師のレベルが問題）
822	希望と現実のズレがまだあると思います。
823	在宅医療体制の整備不足、患者家族の生活も担保されたものでなければ在宅で介護できない。開業医の意欲等まだ

	まだクリアする問題が多い。
825	（・在宅ホスピスの考え方が浸透していない。 ・そのためのマンパワーが不足（サポート体制が弱い！） ・核家族化で家での看取り経験がないため、変化に不安を持つ。 （在宅で過ごしたくても、症状の変化（精神も伴う）が激しく、対応が困難）） 以上の現状から 専門化のサポートを受けながら個々の希望がかなえられる体制づくりが必要
826	受け入れ側が、患者や家族の不安を支えられるほど充実されていないその上、本人と家族も、あまり在宅ターミナルをイメージできておらず、病院での生活や医療などがそのまま家へ移ったとイメージされている場合が多い。何かあるとやっぱり病院の方が安心と思い、いったん自宅にもどってもまたもどってしまう。家族の方が、心の準備ができていない場合(本人や病院側にいわれて仕方なくということが多い）はほとんどである。 家族として本人と他の家族との思いにちがいがありすぎると思います。 （家族が自宅でみとってあげたいと思っているかを調査すると低いのではないでしょうか）
827	ずい分と改善されて来た印象ですが、勤務医師の意向に左右されてることが多くもつ印象が強い。
828	在宅での看取りについて家族の理解が必要 支援体制を充実させ本人家族の負担を軽くして行く必要がある また、小さい頃から死への教育もし本人が死に場所を選べそれを受け入れられるような教育も必要かと思う
829	家族が全然介助しなくてよい介護又は医療状態が出来なければ病院死を減らせない。但し cost は入院より多くなると思われる。 又家族及び本人が急変して死にいたってもよい事が確認で出来なければ出来ない
830	在宅死を受容できる環境整備が必要ですが… 病院側 在宅医療を受け入れる医師側 患者側 それぞれ希望があり、限界があると思います。 case も画一的なものではありませんし… 今の情況を広く理解してもらい、徐々に死亡場所を在宅に移行していくしかないのではないでしょうか？ その間色々な問題点、不平不満は出てくるでしょうが、今すぐすべてを解決することは難しいと思います。
831	ご本人が強く在宅を希望する場合、患者をとり囲む家族の協力体制、患者の家族背景が重要になって来ます。また独居の場合はご本人の意志をなるべく尊重すべきではありますが全てにおいて願いを叶えるのは難しいケースもあると思います。 しかし、患者本人が強く望む場合、できるだけその願いに添えるように家族や患者をとり囲む人達にアプローチしていくことは私達の大きな役割ではないかと考えています。
832	現状ではやむを得ないでしょう。 自分の患者さんが希望されれば案に沿うようにしてます。
833	在宅にあっても、家族は最低でもＯ２吸入点滴などは当然のことと思っている。しかしそれを充分納得させる診療体制が整っていない
835	社会環境の整備が十分に整えられていないのが要因でないかと思われます。 可能な症例についてはできるかぎり、患者さん家族の方の希望をかなえていきたいと思います。
836	家族の状況から考えて半数以上は無理
837	在宅で診ていても、最後の最後になって入院してはこともある。 家族の都合もあり、患者の願いだけでは困難なこともある。
839	最後まで自宅で過したいという人は多いが、在宅死と思っている人は、当病院の患者さんは少ない。病状が悪くなれば、再入院して、病院で亡くなる人が多い。
841	患者の願いとそれをとり巻く環境が一致していない。 本人・家族・関係者が納得・安心できる環境にはまだ地域がなり得えいないのではないか。
842	在宅では主治医が一人で対応する為、お休みや夜間の対応が不十分になりやすいのでその頃に危篤になりそうと思われると入院を勧めてしまいやすい。又最後まで自宅とはっきりしている時は対応し易いが家族が不安になり最後まで見切れないことが多い。
843	死生感をもいちど家族で話し合ってみるべきです。どんな生活が自分達にとって生活しやすいものかを話し合ってもらいたいです。 次に、希望は叶えられる体制になっている事、情報を提供する人達の存在をご利用していただきたい。相談窓口がどこであるかを誰かが提示すべきです。
844	それぞれ個々の考え方はちがうと思うけど、在宅でと思っていても叶わない身実がわかっていて願い事態を病院や施設でと考えている人も多いのではないでしょうか。
845	現状は止むをえない面もある
846	問１－ｂに書いた通りです
848	初めに診断を受けた医療機関や手術を受けた後に外来フォローをする医療機関で、在宅でも苦痛の緩和を図る手段がある事をしっかり伝えられてないように思う。 在宅での最期という選択肢に対する情報が少ない
849	・法律にしばられていることが、患者の希望がかなえられない原因にもなっているのではないか？
850	特に何も思わない
851	淋しい事である。 自分の家族がそう願った時は､その願いをかなえてあげたいと思うが現実的に 24h サポートしていただける Dr､Ns､最終的には経済的な問題、自分の仕事と介護との問題等色々なものがクリアーできない事には難しいと思います。
852	在宅ホスピスを経験した中で、在宅死の認知度が低い事があげられます。当法人では、ホスピス対象者には、初期の段階から、在宅という選択肢を提示し、話し合います。 在宅開始にあたっては、ほとんどの方が不安を抱いている中､「帰りたい」という希望に寄り添って、覚悟して始まります。言いかえれば、このあらゆる種類の不安に、医療者がどれだけ調整できるかで、在宅を選ぶ方が増えると考えます。 不安の中には、身体症状、急変の可能性、介護力の確保など多肢にわたりますので、適切な社会資源の提供、また、在宅を望む患者の気持ちを引き出す医療者のコミュニケーションスキルも必要だと考えます。
853	患者の意志が充分みたされず周囲の人の意向により決められることが多くみられる
854	今の在宅サポート体制では難しいと思う（経済面でも）
855	この数字を改善する事は非常に難しいと思う。しかし昔から日本人は自分の最期について考える事を忌避する傾向があり、出来るなら自宅で過したいがその願いはまず叶わないだろうと思いながらも、いざその状況に自分が置かれると、心の準備が全く出来ていない。というケースが多いように思われます。最終的には病院で最期を迎えるとしても、一時的に在宅へ戻る事が出来るなら、そこで介護サービススタッフが介入する事により、皆で一緒に今後の問題やその対応について考える時間が設けられるような介護サービスが求められていると思う。
856	１）国の施策が一番重要と思う ２）核家族化していて、在宅で介護や死をみとるものが居ない ３）患者自身が病状から、程度を知らない場合がある
857	自宅では介護力が不足している
858	病院の医師が在宅での医療について知らない。 在宅でどこまでやれるかを、認知してもらいたい。
859	在宅で最後を送りたいと考えても社会的基盤が充実していない事も原因の一つと考えられる。
860	在宅死の希望はあくまで「願望」と思う。具体的に活してゆくと、かなりの方が入院を希望される
861	患者への啓蒙不足と対応できる医師不足
862	物理的にやむをえない
863	苦痛のコントロールをし、在宅でも生活できることを、啓蒙すべき
864	現状ではやむをえず介護力の問題が主
866	末期での在宅生活は 24 時間、365 日の対応も必要となり、まだまだ、対応できる主治医や訪問看護等も足りず、又、一人暮らしの方も多いのですがご家族の協力も必要だと思います。
867	悲しいことだと思う。 病気になってから”死”について考えるのではなく、生活する中で自然と老いや死を考える機会がもっと増えるとよいのだと思う。 皆が考えるようになればおのずと“願いをかなえる”方法＝対策についても世の中で議論されるようになるのではないか。
868	利用者様本人が在宅死を御希望でも、家族の介護体制がとれないことが多く、仕方ないと思えます。
869	本人の思いと家族の思いに大きなギャップがある。 本人の思いに家族が寄り添えるようなサポートが医療者にも政策にも必要ではないでしょうか。
870	このアンケートをとった段階では、まだ、死が直前にせまっておらず、多少の精神的余裕もあるときであり、死ぬ直前になってくると、やはり苦痛や不安から病院へ入院することを希望する人も半数くらいはいるため、このデータそのものに対しては、やや疑いをもっています
873	・受け入れる介護者の負担が大きいこと ・訪問してくれる主治医がいない（みつからない） ・充分な医療サービスが受けられない ・介護、医療保険でザービスを受けられることを知らない（ケアマネ、家族） ・訪問診療看護不足している
874	現実的在宅のうけざらが足りない。 また、生命保険は入院中保証があるが在宅保障ないものが多く、金銭的な理由もあげられる。
875	①死に対する理解も必要だと思います。 ②延命治療も含めた、終末期医療についてもっとよく考える時期であると思います。 ③在宅死という選択枝があることを、国民にしらせる活動が必要です。 ④また、病院の医師と診療所の医師の連携も大切で相互理解が出来るようになればもっと在宅死は増えると思います。 ⑤訪問看護ステーションも大切で、在宅と病院の真の橋渡しと考えられます。24 時間対応してくれる訪問看護ステーションでないと在宅ターミナルは無理だと思います。
876	本人だけの考えでは希望すれば自宅で最期を迎える援助をしたいと考えるが実際は介護する家族の同意と協力が重要になるので支えるためのサポートシステムや理解が大切だと思う。家族の価値観の変化もあり現実は難しい。
878	患者さんの願いがあっても家族の状況都合により、変わってくるので、本人の希望をかなえるためには、家族の犠牲的献身がないと無理であろう
879	在宅で最後をむかえるためには家族の協力が必要。又、医師Ｎｓのかかわりが大きいのですべての状況がととのうケースは少ない
880	そうなれば仕方ないと考えている家族の今までのあり方でちがってくる。 家族の状況、アパートか持ち家か、仕事を休んでも一家の生活に支障がないかとか、末期になって往診してくれる医者がいるかとか。
882	疼痛対策、急変時特に夜間休日の医療看護、介護体制が不十分
884	患者様が望んでいるだけでは在宅療養が困難になる程に環境が整っておらず家族の負担が大きくなる現状にあるため希望に沿えない事実があると考える
885	自宅で過ごすには同居家族又は療養生活を支援してくれる人が必ず必要。環境が整わないと自宅での生活は難しい。
886	今一度、在宅での「死」について関係各位が充分に認識し国民の希望をかなえられる様な基盤を整備するとともに、専門職種の知識や技術を向上させる事が重要であると考えます。
887	叶わないだろうと療養者があきらめざるを得ない状況がとくに地方ではあると感じます。ハード面の不足が大きいのでは。
888	患者の希望することが常に最善だとは思わないが、より良いと考えられることを実現できる環境を整備するべき。
889	主治医により考え方に違いがあったり、本人への説明が不十分で、本人の希望がきけてなかったりするのでしょうか。又、在宅では家族の負担も大きくなる為、患者本人が遠慮する事もあると思われます。 十分な説明をし患者の意志確認をとり、在宅で迎えるなら、患者、家族が安心していられる様周囲のサポート態勢を整える事が大切だと思います。
890	医療提供側の問題や社会環境、又がん療養者本人の生活環境など（独居状態や金銭問題など）いろいろな問題点、課題があると思われる。
891	他院に入院中の癌患者で当院から 10 分ほどの所に自宅がある人が在宅死を希望されたが 1 日数回点滴をしたり替えたり抜いたりに行かねばならないといわれた。休日などとても対応できない。診療報酬も含め対応しきれてない。
892	半数程度の在宅でも可能と考える。 家族が入院を希望することも多く、その面の対応も必要。

893	自分のへやで病院なみの医療をうけられるのなら一番良いが、病院の医療を病室でうけることと、在宅医療でできる範囲の医療と看護を自室でうけることの比較であれば病院の方が良いと考えるひとが多いということだと思うので、願いがかなえられないのではなく、やはり病院をえらぶ人が多いということだと思う。
895	在宅死を阻む理由は核家族化、あるいは老々介護という日本の家庭の現状にある。 がん末期の場合いかに社会的、あるいは公的資源をつぎこんでも、24 時間の症状ケアは困難であり、一定の割合で病院でのケア、病院死を必要とする患者が存在する。その為に必要な入院施設は大病院、緩和ケア病棟ではなく有床診療所が適しており、その為に有床診の診療報酬見直しが求められる
896	在宅には多大なる介護負担（家族の）が必要であり、それが十分満たされている状況ではないと思われます
897	在宅を支えるシステムの中にも力量不足が現実にある。 在宅死を充分に支える人材と力量が在宅を支えている現場の我々にあるかと問われると、支えたい気持ちはあってもステーションの負担は多くなる。家族や当事者の気持ちが確立していて、充分なコミュニケーションの中でなら無理をしてでも支えるとは思うが、すべての在宅支援の人たちが当然のように在宅で死を迎え、それをＳＴや在宅の社会システムや資源の中でまかなえるとは思えていないと思う。またこの中心的リーダーになる往診医も非常に少ないと思える。中核市や我が市で在宅死を真剣に連携できると思えるＤｒはまだ１人のみしか出会えていませんので…
898	死亡の場所を家ですごしたいと考えている方は多いが、家族の受けいれやＰｔ、家族のサポートができる体制がきちんと整っていなければなかなか難しいと思う
899	ターミナルの患者を受け入れる家族や地域ケアシステムの整備がまだまだ不十分であり、患者の最後の願いもかなえられないのが現状である　がん対策基本法が施行されてもその恩恵はまだまだ浸透していない。患者やその家族が安心して最後を在宅でむかえられるような環境作りが必要だと思う
900	本人の希望医療提供側の都合よりももっと大きな要因として家庭の環境（家の構造や家族環境）があると感じる。核家族、老老介護が進む中での改善は困難。
901	医療に国家予算を一層投下すべき。 死ぬ時は金の心配、人（介護）の心配なく死ねるようにすべき。 医療教育に国はもっと金を出すべき
902	介護力の低下、経済優先主義、家屋構造の不備のため、家族が、患者に寄り添うことができないため、このような結果になっている
903	家庭の事情、介護への不安、支援が十分にできていない。 モルヒネが在宅で使えるということも知らない人が多い。 終末期の患者さんが救急外来へ入院しても救急ベッド（■■様）、一般病棟（大部屋、処置室など）へ入院し、最期を迎えられることはあるが、見ていてつらい気がする。
904	・看取ってくれる家族がいない。受け入れ体制が整っていない。 ・病院と違い、少ない家族人員で 24h、見守ることは難しい。
906	・病院側がもう少し在宅へむけた話し合いをしてほしい。 ・ある程度まで在宅でがんばっても、同居していない子供（特に娘）が、突然出てきて、すべてをひっくり返していく場合が多い。
907	国民に対する啓蒙がもっと必要と思う
908	患者の疾病と戦う意志、医療者の信念、家族の無知ゆえの迷走などが複雑にからまり、現状は地方都市では統計とはすこし異なるように思います。 地域の実状に則した統計も必要かもしれません
909	しょうがないと思う 家族が 24 時間付ききりとなる事は非常に難しい 医療処置が必要になるケースも多い 皆が皆安らかに死ねる訳ではない 家族の理解、協力が得られにくい事も多い 但し、在宅で看取れるケースもあるのでその場合は本人・家族・医師、訪問看ゴ師をまじえて話し合いを充分にする必要がある。
910	・自宅で最后を…という考えをできるだけお手伝いをしようとするように努力をしていますが、末期の１ヶ月（予命）くらいになると看護する側が大変でどうしても最后の看取りの部分は病院になってしまう現状があります。無理に自宅で最后を…と考えるより可能な限り自宅ですごすというスタイルの方がベストであると考える。
911	患者の願いがかなえられないことが多いことは、悲しい現実である。 しかし、願いをかなえるためには、かなえるための国民全体や国家としての努力が必要である。民主主義の世の中では、願いをかなえるためには、選挙等による政治的な変化が必要である。
912	残念。 本人、家族、主治医が真剣に議論する場が必要。 現状では本人に完全に事実を話せてないのでは？
913	希望通りの終りを向えさせてあげたいが、患者自身が、高令の妻（夫）に気をつかい、子供達にも気をつかい、入院を本人の意志という形で行っているが相談を聞くと、最後は自宅で向えたいという人が多いような気がします。
914	患者の思いを重視することに異論はないが、最期まで介護するのはその家族である。 末期患者の家族の苦しみを考えると、本人の希望だけで死亡の場所を決めるのは問題ではないかとも思う。
915	患者の希望通りにできたらよい。
917	家族のことを考へるとしかたがない
919	はじめは自宅を希望していても、病状が悪化すると本人・家族ともに不安が強くなり、入院を希望するケースも多い。
920	ガンという病気だからこそ、残された時間をどのようにすごしていきたいかきくべきだと思う。 今の医療は治療することだけに目がいってしまってて、その人と病気という目ではないと思う。 余命が限られた時こそ本人とじっくり話をし患者の願いは何なのかききだしそれが家ならその望みがかなうよう努力してあげることが大切だと思う。
923	在宅ですごす事も選択肢の一つとしてある事を、退院する病院のソーシャルワーカーや、地域連携室が理解できていないこともある。 我々在宅医の地域への啓蒙活動の不足も考えられる。 介護を主で行うことになる家族への Support も不充分で、不安感を払拭できない状態であるため家に帰ることに躊躇する理由となっている。
924	在宅医師数不足と認知不足（患者と病院相方の）があると思います
925	癌末期を在宅でみるとなると、酸素ボンベ呼吸器等用意が必要となって来るし、70 才近くなりいつ呼び出されるか、体力的にはきつい。 患者は、在宅を希望しても家族が入院を希望する場合が多いように思う
926	・苦痛症状が軽減されれば可能と思う ・家族との関係も重要（医療者と家族） ・死について、患者と家族が話せないとむずかしいのではないか
929	今までの政府の考え方（指導方）が悪い
930	私は現在 10 名超の在宅患者を診ていますが、一般外来の間の昼休み、場合によっては夜間に往診に行かざるを得ない状況です。（昼ごはんを、車中で食べることが多いです）（または食べるひまさえない） 残念ながら、私のクリニックに通院していた患者の希望をかなえるのに手いっぱいで、新規の在宅患者まで手が回りません。現状、患者さんにも受け入れてもらわないといけない範囲があると考えています。
931	40－50 年前に在宅死が 90%であった、この間、当然のように病院死や施設が看取りの場所になった理由は何だろうか？ 医療提供者側の、家族にその根拠をみいだすことが出来るのではないか。 患者は望んでいるのに実現できないことに悲しんでいるのではないだろうか。
933	身体的苦痛が“強ければ”家でみていられない状態ではむずかしい まずは緩和ケアが十分であることが大切 家に帰りたいと言える人が少なく、家族に迷惑をかけたくないと思っている。病院がつぶれる世の中で必要な人でも入院できない時代が逆行している 生と死を全て病院にむかわせた医療制度が問題だ 何でも見切り発車になっている
935	がん療養者の場合、入院中に在宅医療の説明がほとんどされていない事が問題である。説明できる勤務医、看護師が非常に少ない現実がある。 この問題を解決するには、在宅に詳しい人材を育てる必要がある。具体的には、卒前教育で在宅医療を必修化すること。看護師長などの管理職につくには、ケアマネジャーや訪問看護の１年以上の実績が必須にすればよい。 病院から地域のステーションに出向するシステムをつくれば、可能だろう。
936	“自宅で過ごしたい”という希望はあるが、“家族の負担にはなりたくない”という気持ちも強いため、このような現状となっている。 （家族が拒否する場合もある）（独居者が増加していることもある） このため、家族以外で在宅療養を支える体制が必要である。
937	患者の希望を早い段階で聞きとり、在宅を希望されるなら家族の体勢をととのえてもらう。まずは「ムリ！」と考えず一旦在宅へ帰ってみるべきだと思う。一度在宅に帰られると再入院される患者様は１割程だという話を、緩和ケアの研修会で聞いたことがあるので…。
941	今后は考えて、伝えていかなければならないと考えています。
943	ほぼ希望の通りにしている。
944	介護者、家族の動揺、複数の人の思いが、重複して混乱する。 本人は自分だけの判断で自己決定が出来る。
945	図Ｃ、図Ｄ、図Ｅを医師はしっかりと把握しそれを病人に説明してあげられる、医療について国は投資をして欲しい。
946	叶わない夢を叶えなければならないと思う。
947	自宅で過ごしたいと思うが、家で誰が世話をしてくれるのか、世話をしてくれる人が居るのかという現実を考えると、やはり、病院で最後をむかえる事になってしまうのだろうと思います。 訪問看護ステーションの数が少ないのかもしれないし、認知度も低いのかもしれません。
948	①「余命が限られているならば」が問題である。患者はいつまでたってもそういいながら生きる希望を失なっていない。 ②病院の医師の問題、地域と医療をしていると病院医師は開業医には癌の末期治療は出来ないと思っている。開業医もたいへんと思いこんでいる。 ③家族も自宅での療養は大変と思っている。
949	ターミナルケアについての認識不足が原因。医療従事者がもっと、学習すべきである。 緩和ケア導入に於いて、まだまだ当地では導入が遅れている。 医師会を通じて、医師の緩和ケア、ターミナルケアについての認知度を高めてほしい。
951	患者は、家族に負担をかけたくないという気持ちがつよいことが原因であると考えられる。
952	仕方がない。人間はそれ程強いものではない。
954	・安心して自宅ですごせるか不安 →医療が整っているか、痛みのコントロール、すぐにＤｒＮｓと連絡がとれるのか etc ・自分が家に居ることで家族に負担になるのではないかと不安 →生活をみだしたくない、子供が小さい、受験 etc、老・老介ご 情報不足ということもあるかもしれないが、本人の意志も日頃から家族を含めコミュニケーションが必要と考える
955	医療者側が説明責任を果していない。 患者・家族が現状・先行きについて納得していない。 患者が選択肢の中から選択した療養生活を送っていない。 以上が適格になされていないとＤ・Ｅのような結果となる。
956	家族により在宅、病院、施設での看取りに希望が異なり、必ずしも自宅での希望が多いとは思いません。
957	・患者を支えている家族にも、在宅というものをもっと知ってもらえたらと思う。そのためにはその家族を支える周りのサポートも重要である。
958	実際に在宅医療を行ってくれる施設がかなり少なく、医療者、患者が希望しても実際には難しい場合が多い。 在宅を主とするホスピスや緩和ケアを行える医師が少なく、癌の鎮痛等をお願いすることができないという現状である。
959	在宅での介護力、訪問診療対応可能な医師の不足があり現状では止むをえない。
961	地域の開業医（往診医）に麻薬を処方する医師がいません せめて緩和ケア疼痛コントロールができる医師がいたらもう少し利用者のニーズにそった看ゴ医療ができるのにと思います
962	少なくとも 20%は在宅で死を看る体制は必要。現状はあまりに少なすぎる。
963	受け入れる家族の不安もある。

	在宅緩和ケア、ができる医師、Ns、医院があり、病院とのネットワークが十分であれば可能と考える。
964	今後ますます増加するであろう在宅でのガン療養者の看取りとサポートできる地域医療の受け皿を早急に作っていかなければならないと思うがいかんせん人材も資源も不足しているのが現状である
965	患者、家族も我々以上に知らない人が多い。
966	家族の受け入れがまず出来ないことがバリアだと考える。家族関係の崩壊が基本問題と考える。
967	日本社会の貧しさだと思う 経済哲学教育、インフラ整備、政治、■■システム、すべてが新しい理念の元に再構築されない限りむずかしい。 小手先の政策変化では無意味
968	一言で医療の貧困化が進んでいる。ただ医療従事者（往診、訪看等）ががんばったとしても限界があり、地域における介護の温度差によって在宅で生活出来るか出来ないかがキーとなる。
969	癌ではキセキもありうるし、終末期医療は難かしい。若い患者では、うつ病を併発することもあり、一るの望みをもって入院加療受けることが多いのでないか。家族もそれを望むこと多い。
970	・患者の意思表事が、弱いか、あいまい。 ・日本人は文化的に自分の意いを、はっきり表明しない。 ・病状は、日々変化する。
971	根深いデーターです。 昭和 30 年代に病気→入院→病院死の構図を厚生省が提案、同時期の国民年金利度、国民皆保険制度の普及のもくろみもあり、推進された経緯があります。 医者、看護師 etc 医療関係者の意識も、重病→検査→入院→治療→退院の図式を金科玉条に指導され、患者にもうえつけてきました。その結果が現状の在宅死の選択の出来ない医療になったと解釈出来ます。 勤務医は終末期は自宅で迎えさせてあげようという意識に乏しく「面倒な事が起こらない様に」の発想が退院させられない現状です 以上、医療人の意識改革が必要であろう。■
972	たとえ「自宅で過ごしたい」と考えているがん療養者であっても「いよいよの」とき「最後の」ときは病院がよいと考える人が多いようだ。 「最後の」ときも自宅がよいと考える人はホスピスと自宅療養を両方経験した（もしくはよく知っている）患者様でないとむしろ少ない印象である。 突然「自宅で死ぬのがよいですよ」といわれても、たいていの本人／家族は「それはコマルぜひとも入院させてくれ」と言うことが多いようです。
973	なるべく在宅生活を長くする為の choice を説明している 本人の意志と家族介ゴカの少なさが問題あり 訪診訪看、ヘルパー訪リハでも 24h はまかなえないことへの家族の理解をもとめている
975	残念ながら患者も家族も最期の大変さに不安が多く、医療面や看護面でそこまでのサポートが受けられないと思う。
976	「願わくば花の下にて我死なん」 西行は願いどおりに桜の下で死んだ様ですが、いつ死ぬかわからないから、むづかしいでしょう。
977	病院側：在宅医療の現場がわかりにくい、その為退院時充分な説明がされていない 在宅側：各診療所訪問看護ステーションの力量に差異が大きい 上記が問題と思われます
978	周囲の家族の認識を変える必要がある
979	本人の意志と family の意志のちがいもあるのでは…
980	居住環境、金銭、介護するマンパワー、家族の気もち…など地域の特性もかなえられない要因の１つとなっていると思います。
981	介護力に限界があるので仕方がない
982	やむをえない
983	療養者、本人は自宅を希望するが介護している家族のマンパワー不足や、病状の変化に対応できずに自宅から病院へ移行すると思われる。 自宅で療養する者、家族を支える対応策を充実させることで、安心して過ごせると思う。
984	当病院も含め体勢が出きていない為患者の思いに沿えずジレンマです
985	死亡診断書に記載された死亡の場所のみが重要ではない。 余命が限られた状態となってから永眠されるまで、その何割を自宅で過ごす事が出来たか、その質はどうであったか、病院でのそれはどうであったかが問われるべきと思います。 在宅での臨終のみでその「死」を評価する発想自体、やや乏しいと感じる。帰りたくなく退院や転院を余儀なくされる現状も同等に評価のベースにのせるべき。
986	在宅での療養をつづけるための周囲のサポート体制が整っていないから。 「いつでも往診してくれる」という医師がいない！ がん治療疼痛コントロールに開業医の知識が乏しい。 そのため不安で帰れない
987	メリット、デメリットを説明し患者の希望に合う方法を探すべきである。
988	在宅死での往診、訪問看護等経験していますが、本人の希望通りになれることは、かぎられた人の様に思います。 老衰の様な自然死とは異なった経過をたどるわけで、それらのこと全て受けとめられる囲りのサポートがないとなかなか難しい様に思います。 その反面、在宅で最后まで見とられた方に伺うと大変な時もあったが、結果は良かったと言われる方がほとんどでした。 サポートチームが多くできる様に願います。
989	核家族化の進んでいる（マンション主体の都市部の）現状では、在宅死はかなり恵まれた状況下でないと難しい。 医療者のみのとりくみでは、あまり%は減らせないのではないか
990	最ゴの場所を本人自身が決め、実現できればすばらしいことだと思います。 ただその意向を医療者、家族が理解しなければ実現は不可能だと思います。 そして在宅医療のより充実と、在宅医療の可能性をより多くの方に知ってもらい在宅でも、大丈夫だと思えることも大切だと思います。
991	知ってほしいと思っています。 自宅で過ごしたいと思っている方々の願いを叶えたいです。
992	少しずつ、生と死について普通に話せる様になりつつある日本の現状を写している様に思います。生きている元気

	な時からいつか来る自分の死について周囲の人ともっと話すべきだと考えます。 そして、自分が自分としてどう死ぬのかを個々が考えればもう少し患者様の願いもかなえられるのではないでしょうか。 又、願いをかなえるためにメンタルケアの充実も重要だと思います。
993	選択肢はあるべきです。
994	Ｐｔが希望していても、痛み（に伴う麻薬の調節）、脳メタ、せきずいメタによるＡＤＬの低下、嘔気、食欲低下などの症状対策など、家族が受け入れを拒否しているケースも少なくない。介ゴ保険の充実などの社会資源が活用できなければ難しいと思う。又、共働きなどで介護者が在宅にいない事もあり、本人もあきらめている場合も多いと思う。
995	末期状態、日中独居状態となり結局入院するしかない
997	理想として患者本人が望む場所で終末期を過せるのがいいのは分かっているおり、多くの人が自宅で最後を迎えたいと思っている。しかし現実問題として自宅で療養していくには在宅生活を支える人が必要で、多くの人の場合家族の協力が絶対必要となってくる。 多くの家族も心情的には理解しているものの、実際に直面すると種々の問題から最後まで支える事が難しいようである。 在宅療養を支える為には、在宅医療推進は図り、在宅医療を向上させ家族がゆとりをもって看護、介護できるよう経済的支援等も必要と思われる
998	在宅医療看護、介護が十分に出来る環境が必要だが近代の家族構成 etc から難しい
999	看取りの場所があればどこでもよいと思う。本人の希望が優先
1000	症状コントロールがうまくできていない場合は在宅療養、在宅での看取りは困難な事が多い。 家族に対しても今後起こりうる事の説明やその際どういう事をしたらいいか等前もって話をしておくことも重要。 実際の現場では、本人がある程度ＡＤＬも自立している場合は、自宅での看取りまで希望されていても、症状が出たり、パニックになり救急車要請や病院へ、という事も少なくないのではないかと思います。 希望をかなえるためには、症状コントロールは必須と思っています
1001	介護者の問題（世話ができない） 居宅の問題（部屋がない） 独居の方も多い。 居宅が望まれても施設入所しかない（入所できれば幸い）
1002	かなえられない原因を調べてかなえられるようにしてゆくのが原則的に必要。
1003	・苦痛を併うことは避けたい（痛みがこわい） ・家族に迷惑をかけたくない ・何かあったとき（いつでも）対応してくれる医師がいるのか などの理由で家にいたいけれど病院でという方々が多いと思われます。 在宅では安心を確保しなければならないと思う
1005	願いは自宅で死にたいと思っても、「家族にめいわくがかかる」などの理由で病院をえらぶこともあると思う。
1006	本人の望む場所で望むかたちで最後をむかえられるのが理想であるが環境が十分整っていないこと、それを支える病院＋医院の連携、ＳＴの整備も十分でないためむずかしい問題です。
1007	願いはあると思うが、医師は医師の考え、本人は本人の考えがあると思います。 それをいかにバランス良くするのかが医師と本人又は家族の話し合い次第だと思います。
1008	①がんの告知をうけていない患者さんが十分在宅療養が出来ていない case を時々経験する。告知をうけ在宅療養、緩和療法を受けている場合には説明もしやすいし、説明を十分聞いていただいている。
1010	在宅で看取るためには、家族のサポート力も大きいと考えます。 家族が、気持ちをしっかりと持ち、精神的に強い姿勢でないと看取れないと思います。
1011	・すぐに往診できない状況だったり、家族が患者の急変時の対応にかなり不安を持っている ・介護力の乏しい患者が多い
1012	・今現在昔の様にホームドクターと患者の関係は薄い様に感じます。ホームドクターとして在宅で最期を迎えたいと希望する状況の中、日々仕事以上の業務が増える事にもなるので大変になってくると病院への意向も感じます ・本人、家族が在宅で最期を願うのならば精神的サポート体制の充実が必要であり、がん患者にとっては痛みの緩和が必須である。患者の話を十分に聞きどう何をサポートする事ができるかがＤｒ、サービスの力量である。
1014	悲しい、淋しい、矛盾している
1015	疼痛管理ができなければ入院も仕方がない。又、イレウスや吐下血など治療が必要になれば入院→死亡もありうる。
1017	終末期の看護は訪問でも数は増えつつあるが患者本人の意志だけでなく、その方に関わる（キーパーソン）家族の方々の考えが第１条件であるように受けとめているように考えられる。 ただ近年居宅で最后を迎えることに対し、家族だけでなく医師側の考えも変わりつつあると思う。
1018	本人の思いと介護されている家族の思いが一致できれば願いがかなうと思われるし、主治医が最期まで自宅で看りができる体制が必要です。往診医が郡部まで来てもらえない地域がある。
1019	患者自身が、ご自分の今後について予想がつかない場合を考え、家族の負担にならないよう病院を希望される方もいます。・お仕事をかかえているご家族すべてが介護休暇を確実にとれるわけでもなく、経済的に厳しい方は、誰かがはたらかなくてはならない。 その為に、入院せざるを得ない状況にある人が居るのも、しょうがないと思う。
1021	対策が必要と考える
1023	理想と現実…難しい
1024	このことも社会の流れとして自然であると思う。 ただ自分の身内は在宅死が多いので病院で死ぬことを当然とは思っていない。 在宅での看取りについて社会全体の認識があまりにもうすいと思う。
1027	核家族になっているため、在宅での看取りは難しいと思う。
1028	患者、家族に情報がない知る機会がない 在宅医療のシステムも充分ではない。終末期を看取れる在宅医、Ｎｓが不足している
1030	・患者さんだけの問題ではなく、家族あるいは周囲の方々との問題があると思います。 ・痛みのコントロールが不良の場合は在宅は困難と思います。 ・また、経管栄養や人工呼吸器などの医療行為のレベルも問題でしょう。
1034	１．在宅医療にせよ、死亡場所についても家族の意向しだいである ２．このことは介護保険制度が充実しても家族の介護離職なしには介護は成り立たない現実がある
1035	外国のように在宅ホスピスが主流となっていれば在宅死も充分可能と考える。

	その為に大病院と開業医との連携をもっと図る必要がある
1036	余命が限られているなら自宅で出来る限り過したいという患者の気持を叶えさして上げるよう努力すべきである。
1039	子供の場合は、在宅はもっと多いと思います。
1040	家族のことを考えればこそと考えます。 また、その時々の急変では、それを最后と考えるＰｔは少ないし訪問Ｎｓもそこは救えることを前提に考える為、Ｆａと相談すると、取りあえず入院となることが多い現状です。
1041	末期癌については、疼痛緩和療法のみならず、合併症の管理も必要となることが多くホスピスケアが最適かと思う。
1043	在宅での緩和ケアの体制づくりが充分ではない。 （診療所、ステーションの数等…） 又、病院内での地域医療の活用に対して、充分な認識をもってもらう為にも、病診連携、継続看護ができるような体制づくりを今以上にすすめていきたい。
1044	ぎりぎりまで在宅にいられても、症状がひどくなってしまうと入院となるのはしかたないのではないか
1046	在宅死を望んでも 24 時間支える在宅医がいない。訪問看護ステーションの数も人員も不足している。 病院から出す事ばかり考えて地域でのサービス整備が全く整っていない。 訪問看ゴステーションとして望まれれば対応したいと思っている。しかし家族の抵抗もあり本人の希望が叶えられない場面も多々ある。 在宅で最期を迎えるにはそれを受けとめる医師の存在が必須。でもあまりにも少ない。
1047	「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」この思いは、実際のターミナルの方の意見でしょうか？健常者がもしそうなったらどうかという質問でしょうか。 確かに家に帰りたいが家族に負担をかけたくない等の理由で病院死を選択される方も多いと思います。 患者の思いが「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」まで倒達しない間に実際に事が運んでしまいます。 「見離された」という思いで退院してくる方も多いです。生きることにまだまだ執着して生きたい人も実際多いことを感じます。そんな時入院を拒否されるケースが多いです。在宅←→入院をスムーズに入ったり来たりできるシステム化が進むと、最終的に在宅死は増えていくのではないかと考えます。 もちろん在在 side のアピールも必要です
1049	病院では早めに本人や家族と相談し在宅医・訪問看護ＳＴと連携し最後の迎え方を話し合ってほしい 紹介後数時間～数日の方が多く、大変あわただしく準備出来ないまま死亡される例がとても多く困っています。
1051	自宅ですごしたいという希望を叶えられるだけの在宅医療や訪問看護などの受け皿が少ない。 近隣で連携をとりバックアップしていけるよう整えていく必要があると思う。
1052	患者の考えも大切だが、実際問題介ゴカ不足が大きい。
1053	いたしかたないと考えているがもっと行政側からの対応が必要と考えられる。
1054	がん療養者の希望（在宅で過ごしたいという）を、叶えられる条件として、症状のコントロールが良好に保たれる。家族の理解と、介護力、がある。サポートをする医師や看護師他コメディカルの存在、があげられると思う。 訪問診療をされる医師は少しづつ増えてきてはいるが、癌の末期の方をきちんと、診ていける医師はまだまだ不足している。症状のコントロールがうまくいかないケースもみうけられる。
1055	在宅 or ホスピスという選択枝（がんの場）があり在宅を医療者が考えてもホスピスがあればそれの方がよいという case が生まれている（望ましいこと）
1056	最期を自宅でと望まれる患者さんは多くいらっしゃいますが、家族の介護力が伴わず、かなえられないことは多いです。 一方で、ＡＤＬに介助を要する状態となった時、家人に迷惑をかけたくないとの思いで病院に居ることを望まれる患者さんが多いこともまた現実です
1057	ご本人様が家で過ごして死を迎えたいと考えている中、家族は１分でも長く生きてほしいと強く思われ病院へ救急搬送されるケースも多くみてきました。 そのような状態では病院も治療を行わなければならないのも現状だと思います。 本当に本人様が望まれている生活を送るには、家族の受容も必要だと思います。
1060	きちんと説明（把握含め）出来ていない医療者サイドの問題もありますが家族サイドの問題も大きいと思う。 患者自身家族に迷惑をかけられないと思っているし家族も簡単に家で看れないと切られている現状があります。 実際に患者、家族共に強く在宅を望めば実現は可能だし支援も出来ます。しかしそのアンバランスにより現実での実現は難しくなります。 現代の家族のあり方の社会的問題が大きく関与していると思う。
1061	子供の頃から死に直面させる教育が必要
1062	非常に難かしい問題と考えています。現在、医療と介護（療養型医療施設）を運営していますが、患者自身の希望と家族の希望の両方の意見を聞き、最終の判断をする様にしています。 しかし、大半の家族は在宅に戻す事は出来ないとの返事が多く、患者さんは在宅でと希望をされる方が大半おられます。 当施設は整形外科の専門診療所であり、終末期医療についての判断が難かしいのが現状であります。 家族が望まれれば終末期最後までの看取りを実施する事が多くなってきています。
1063	国の施策としての方向性が間違っている。 在宅死が目的ではなく、多様な選択肢の一つとして用意すべきである。 在宅看取り率や在宅看取り数をアウトカムとすべきでない。 訪問看護や訪問リハビリ等を支援するに当たり、チーム医療（主治医中心ではなく患者中心の）への評価をいかに行うか医師以外の職種の意見を公平に採用すべきである。 特にＭＳＷ、地位向上が急務であろう
1064	いたしかたない現状であるかもしれない。 ご本人の状態、家族、親族の受け入れ状況、サポート力、症状・状態コントロール（サービス担当者側の力量含め）患者さんご自身の病態受け入れ、認識等いろいろの条件が調整できおりあって初めて安心して在宅での終末を迎えられるのかなと思います。 医療体制、バックベッドの安心感
1065	家で診てくれる人がいない現状があるので仕方ない。
1066	ご依頼の事例に関して本人の希望と介護者の希望（介護力含む）が一致する場合は希望どおりの死亡の場所に看取りができる。 訪問時に相方の意志の確認がかかわるスタッフ間で共有できる事と医師、看護師が身体状況の確認のもと余後の伝達を的確に行なっていく必要がある。 ご家族、本人のそれぞれの思いがタイムリーに行なえるスキルが必要であり、
	近隣の介護者支援が受けられる事も重要な要素となる
1067	大変、残念なことであると思います。 ご本人の希望を叶えてあげられないことは、人生の最期の時期を不本意な形で終ってしまうのではないか。 希望があれば自宅ですごせるような体制をいかに整備できるかが課題になると思います
1068	介護者がいない。これがすべてかと思われます
1069	現在の医療の情況ならびに疾病に対する患者（およびその周囲の人々）の意識は急激に変えられない。
1070	介護をする人への負担感、急変した時の不安等マイナス要因が大きい人は、在宅死は難しい。 それでも覚悟を決めると、できるかぎりのサービスを利用し家で看取りができる
1071	①自宅で終末期を迎えられれば良いのですが、マンパワーの不足や、経済的理由から見れない状況が考えられます。 ②ご本人や家族への充分な説明と理解してもらう事への努力が出来ていない。 ③在宅診療や訪問看護の存在も知られていない
1072	病院を中心とした国の政策の結果である。
1073	在宅療養支援病院、緩和ケア一病院などが少なく、自宅での療養は無理。 又、病院があったとしても、Ｆａの都合にて出来ない場合が多いと思います。 （Ｆａが、何かあったらと不安があり）
1074	若い世代程その様に考えていると思う（わがままが言えない現実が大きくある） ・症状コントロールが可能で静かに生活が出来ること ・家族の誰れかが常に一緒に居ること ・経済的な心配がない事等で御本人は思いを表出しやすいが何にか不安要素があるとすれば望めない（医療職である自分もそう思う） サービスの問題（特に医療系不足）介護者の問題（就労、健康） お金 何にかに支援が（直接的な）あれば良い。
1075	場所の問題だけではなく、家族に看取られるのなら病院でも納得して過ごされるのかもしれません。
1076	家族が昔しのように多くなく核家族でありサポートするマンパワーがない。又患者の気持はわかるがそれを支える支援がない。
1077	日本は、ターミナル期における在宅サービスが遅れていると感じる。 サービスやサポート体制の確立が将来的に必ず必要と考える。 患者さんに、もっと選択できる生き方の場があって欲しい。
1078	在宅死を希望していても疼痛が強くなり、病院へ行きたくなる場合、家族がみていられない場合、家族に迷惑をかけたくないなどいろいろなことで結局病院で亡くなるケースが多くみうけられる しかし本人が一番何を望んでいるのか家族がどこまで看取ることができるのか終末期のイメージをどれだけもっていただくかによって、在宅死をかなえられるケースは多くなります 最後の看取りの場所をもっと入院中からいろいろ説明していくことが大切と思える
1079	昔なら天命。極楽浄土からのお迎えで納得してもらっていました 宇宙船の時代とはいえ一心拍一呼吸をのばすのに用いられる薬剤や器材の対費用効果の面からも苦痛をのばすだけの回復の可能性が全くない状態での無益な植物的生命のコントロールを生命倫理に見なおし尊厳にして且つ安楽な往生のイメージアップをはかりたいものです。
1080	病態により病院でないとお世話できないＰａｔ．も多数ですが、できる限り在宅でみとってさしあげたい。 ターミナルケアに費す人力、薬、医療技術（過剰であると思います）への考え方を、医療者も患者（国民）も考えないと成立しません。
1081	患者の病状によると思われる、入院治療と在宅治療に大きな差があること、介護者の負担を考えると入院治療のウエイトがどうしても大きくなってしまうのではないか。
1082	本人より家族の意向がかなり優先される。
1083	本人は自宅でと願っているが、家族や身内は、終末に近ずくにつれ、見守れなくなって、救急車で病院等に行く。
1084	自宅では緊急時の対応への不安、介護・看護する家族がいない、できない等の理由がある。
1085	患者本位で考えれば在宅でしょうが、不況の中、働く人を少しでも確保し、収入維持のためには、家族の負担も考えるべきだ。
1087	痛みのコントロールができないため、病院に来るしかないという現状と思う。 また、家族の在宅での介護ができなくなるため、自宅療養がむずかしくなると思う
1088	在宅で過ごせるよう地域での活動が必要となってくると思います
1089	できるだけ本人の意志を尊重できたら良いと思うがやっぱりFamily の考え、現状（病状悪化 etc）によっては仕方ないことだと思う
1090	本人の希望のみでなく、家族も含めて判断するため仕方ない
1092	在宅療養を支える介護者の不安の軽減や介護指導が重要である。 本人が、いくら在宅を望んでも介護者が在宅介護に消極的であれば在宅療養は困難である。
1093	受け入れ医の問題は聞いています。 ひとりでは対応しきれない 開業医間での連携がされていない 麻薬のとり扱いがむずかしい 医院と住まいが別で（しかもかなり遠い）対応しきれない　などにより、 在宅がかなわなくなる人も多いと思います
1095	最後まで自宅で過ごせる事、症状を抑え、患者さんに苦痛のないよう支援できる、というしっかりした説明を医師がしていない。できない医師が多い。医師は病気についての症候論だけでなく、人として病気といかに共生するか、医療がそれをどうサポートできるかを説明しなければならないと思う。そういう医師が増えない限り上記の数値は改善しないと思う。
1096	・家族が仕事を持っている為看護が出来ない。 ・病状の変化に対する看護の不安（自宅の場合）
1098	１番は患者の希望がかなえられることが１番いいことだと思いますが、家族内のことや、病状によってはむずかしいこともあると思います。 病院内であっても、本人と家族がおだやかにすごすことができ、その人らしくいられることができるように援助していくことが大切だと思います。
1099	本人や家族の気持ちが揺れ動いており、最終的には辛い状態を見ていられなくなったり、本人が家族の事を思ってまた入院になってしまうのかな、と感じる。

	③真に死の受容ができておらず、「病院なら何とかなるかも」と期待している。
1126	在宅医療に関しての情報の提供がまず出来ていないのではないでしょうか？ また主治医の在宅医療に関しての認識の程度により違ってくると思われます 現在、程んどの病院には医療連携室があり在宅療養に対しての理解が出来ていれば終末期を病院ではなく在宅にて迎える事は全く可能ではないでしょうか？ただ十分な本人もしくは家族への説明など何度もくり返し行い少しでも在宅で過ごす事への不安の除去が出来る事在宅医療連携を図る事などが必要だと思います。最期を自宅にて看取る事はとても精神的にも大変です。
1128	現実、介護力がなければ、自宅で過すのには無理があると考える。 自宅で過すには、過すなりの支援が必要だと思う。 何回も役所に行って書類を提出したりするのも大変であるし、全体をみて専門的にマネージメントしてくれるような職（人）があればまた、変わるのではないかと思う
1129	在宅死までを支えていくためには、支えるスタッフが必要ですが、その体制整備がまだまだ不十分である点が多きいと考えます
1131	データをお出し下さるのはありがたいが、誘導された結果であるとも思っています。 介護の大変さを考えれば総合的には居宅がホントにいいのか？
1132	①患者は自分の介護について家族に遠慮している部分が大きすぎる。 ②安心して在宅療養を託せる受皿がととのっていない。 ・患者に常に寄添える主介護者が確保出来ない家庭が殆んどである。 ・家族の知識不足 ・緩和治療、ガン疼痛治療がまだ広く普及していない。
1134	介護力不足や地域連携の不十分さもあるが、患者の病院依存も大きな要因である。
1136	医師が末期癌について十分説明していない 病院へ来るよう云っている。在宅で出来ることが十分理解していないと思われる。 もう助かる見込みのない患者を入院させたがる傾向が強い 本人は家にいたい我が家が一番やと云っているのに耳をかそうとしない。支援体制についても考えない
1137	がん療養者を在宅で看るには家族の協力が必要であるが、現代ではその部分が難しくなっている。
1138	治療（積極的）から緩和にギアチェンジをおこなうタイミングが難しくなっている。ギリギリまで治療をおこない、もう無理というときにはボロボロになっており、Ｆａのかなりのエネルギーがないと在宅への移行はむずかしい。 在宅で抗Ｋ剤治療をおこなうことも増えてきているのは知っていますが現状では当病棟では症例はほとんどありません。
1139	癌患者が在宅で療養するにあたり不安に思う点として、医療面での不安、介護のマンパワーの不安、緊急時の対応に対する不安等があげられる。これらを解決する為に、末期の癌患者が介護保険を申請する事が可能になったり、在宅療養支援診療所が立ち上げられたりしているが、在宅サービスが充実しているのは一部地域であり、都会ではなく田舎の地域になると利用できるサービスは限られてくるのが現状である。 フォーマルなマンパワーを期待できない場合、インフォーマルなマンパワーを考えるが、家族関係が希薄であったり身よりがない患者も増えてきているため、大きく期待する事は困難であると考えている。 しかし、患者や家族の強い希望があった場合、これを断わる事はできない。日頃より近隣医療機関と連携をはかり、いざという時は協力しあい、在宅での療養を支えていくことが求められると考えている。
1140	私のところでは認知症に題して、がん患者は自宅で見取られる方が多い
1141	・核家族化になり、介ゴ力の低下と人数が減っている 家族だけに介ゴを頼ったり依存するのは限界がある ・患者個人については、何かあったら入院、何かあれば病院へという考えがあり、出来るかぎり自立するという考えが低いのでは？と思う時がある
1142	在宅医療について、あるいは在宅ホスピスについての説明を患者が受ける機会が少ない。そのため、患者の希望を確認することもなく、患者自身からの在宅医療に対する希望の表出も少ない。 在宅ホスピスではとくに家族のマンパワー＝介ゴ者のマンパワーが重要となるが、各家庭の都合等により得られずらい。
1143	家族の受け入れ、環境が整わなければ難しい。
1144	本人・家族にも不安は大きく、又負担も大きくなる場合がある。核家族が多い中で、ヘルパー・訪看のみでの対応では不十分な場合がある（例えば介護者が高齢であったり、介護の必要な者が複数居たり）それらを、総合して考えた結果、家族・本人が病院を希望する場合もある。 十分なサポート体制が整えられたり、今後起こりうることを理解したうえで本当に自分が希望する場所を決定できる環境を提供したい（家よりもＨｐの方が安心だから、仕方なくＨｐを希望するとかではなく）
1146	死亡の場所を本人が望むところで迎えられないのを多くの医療職は、家族の介護力や家族のやる気のなさのせいにする。が本当は終末期をどうするのかの相談をする、医療職自身が本人や家族の不安を解決できる方法があるのかどうかや、死亡の場所を選択するにたる、充分な情報をほとんどの場合提供できていないことによるのだと思う。きちんとした情報を得られない多くの人は、限られた情報の中で、在宅死をあきらめる方向へ、選択させられている。
1147	（１）在宅末期の患者さんも 本人は在宅で最后を希望していても急変すると御家族は入院を希望されます （＊在宅始める時は、家族も希望していても）
1148	これまで全部在宅で診れと言われても■■提携etc ガッチリスクラムを組んで行なうしか、自分の命を縮めるものだ。 24 時間 365 日■■■まず待期せよと言うことでしょうか。 又痛みのコントロール etc くすりの投与が難しいし、在庫の問題もあると思う
1149	当院では、患者の希望を一番とし在宅で出来るかぎりのフォローを行っていると思う。
1150	がん療養者の方は、衰弱や痛みなどの苦痛を伴う場合の対応が上手くいかないと家族も耐えられず、本人様も家族に迷惑かけられないとの想いが強くなり急変したり、状態悪化すれば病院へ搬送される事が多い。又独居の方の場合も、介ゴサービスや他職種行政が関わっても最終的に病院へ搬送されてしまう。 これが現状です。
1151	在宅ケアに積極的な医療関係者は、当然、在宅ターミナルケアを勧めていますが、病院の方が良いと考える多くの病院の勤務医や医療関係者の意向に従って多くの患者、家族が方針を決定していることと、多くの国民が、在宅ターミナルケアが可能だと思っておらず、マスコミ etc を含めた啓もう活動も不足している。
1153	コミニュケーションの問題と考えます。

1100	本人に告知するしないで状況が変ると思いますし、家族が在宅での介護うけいれをするかでもちがうと思います。 地方の病院は数が少なく、医師数も少ないため、無理するとどこかでトラブルがおこる事も考えられます。 在宅では痛み等のコントロールも必須です。できない医師もいます。
1101	本人の思いと家族の思いがちがうことも多いと思う。 在宅死での準備をすすめていても、家族が最終的に救急車でつれてきていることも多い。
1102	自宅で過ごしたいという希望が、どういう状態ですごしたいのか、自宅で死にたいということなのか、わからないがその時になって考えが変わることもあると思う。
1103	がん末期になると、多くの患者は介護が必要となる。家族が就労などによって介護できない場合や在宅サービスが充実していない地域があることなどから在宅死ということが難しい現状にあると思われる。在宅療養支援診療所や 24 時間対応の訪問看護など、地域で在宅緩和ケアができるような体制づくりが必要である。
1104	・高齢者以外、末期以外の人が利用できるサービスが少ない ・核家族化が進行しているので、子供達が介護困難、昼間のみ、夜間のみ、平日のみ患者をみる施設を作る等ニーズに対応した基盤整備が必要
1105	核家族化が解消されねば無理と思う。
1106	本人が希望していても実際には家族も望んでいないと難しい面がある。 老老介護であれば体変するのも困難でありサービス利用となるが訪問看護、往診での医療費に加え限度額いっぱいの介護費で経済面でも苦しくなる家庭も多い。がん性の痛みをコントロールする場合でもデュロテップ等簡単だと思うが家族での貼り忘れや除々に効果が薄れコントロールも上手くいかなくなる事もある。訪看での貼付も行っているが 3 日おきごとの貼付で日曜、祝日での営業日以外に重なったりすれば、手当て支給での出勤ともなる。また本人、家族の希望訪問日時に全て応じる事も難しい。 また、一人暮らしの方も多く上手く 24 時間サービスを組み入れるのも難しいと思われる。在宅サービス就業者の増員も必要。介護休暇の制度も当然のものとしてその間の経済保障も必要かと思う。
1107	病名の告知をしていなかったり、前医からのすすめでという理由でホスピスに来られる方も多く、在宅という選択肢が初めから与えられていなかったり、治ると思っている患者も現実に少なくない。医療を必要として、家族の付添も十分であれば満足のゆくケースもあるが、自宅以外の場所で、家族の面会も十分でなければ、その事自体が患者の雲的苦悩を増強させてしまう。心の寂しさは医療者には埋められないため、共に辛くなってしまう場合も多い。
1108	〈本人に関すること〉 ・在宅死を希望していても、退院後痛みや不安（特に夜間）が強く入院を希望。 ・家族が徐々に介護が増大して限界を訴える ・主治医が疼痛コントロールを熟知していなくて、利用者が再入院を選択。 〈家族〉 ・介護者が一人の場合、在宅死を嫌がる ・家族がもめる（誰が看るか決らない） 〈医師〉 ・在宅死まで診る医師が近くにいない ・麻薬、ＩＶＨ等診れない。
1109	患者自身も家に帰りたいが家族に迷惑がかかると思っていて外泊もしたがらない。 依存心が強くなり自分自身（患者）で治療方針の決定ができない。 ・病院にいた方が疼痛がある患者にとっては安心できる。
1110	介護ができる家族や在宅診療医、訪門ステーションの連携が十分にとることができれば、在宅で最期を迎えることが可能である。そのためには経済的にも負担が大きい。本人も家族に負担をかけたくないから病院で最期を迎えることが気が楽だと感じていると思う。 在宅で看とることがあたりまえの世論になれば本人も在宅を選ぶと思う 在宅療養を推進できる法律改定ができれば在宅最期があたりまえの世状になるはず
1111	訪問看ゴ師の立場から 在宅でという思いであっても、主治医の判断（急な呼びだしに対応できない。細やかなケアができない等の理由）により入院になってしまう。 又、当ステーションは、病院との併設との理由もあり、病院経営上の理由でも入院が決定されることもあり。 本人、Ｎｓの意見は聞き入れてくれない現状あり。 コスト優先もあり、ステーションスタッフも足りなくて入院経緯もたどることもあり。 やるせなく矛盾を感じ納得できずにいる。
1112	癌にも色々あって、末期に在宅で看れる（耐えられる？）レベルのものとそうでないものとがあると思う。
1113	「余命が限られているなら自宅で過したいか」は、自宅での死亡とは別のことと思います。図のＥが並列されているのはおかしい。 図Ｄは「自宅で死にたいか」という問であるべきです。 死の直前まで自宅に居たいというケースもありますから。
1114	問 2-b と同じ。
1115	出来るだけ患者の願いをかなえてあげる対策・治療が必要と思われる。
1117	在宅で看護できる人がいないので、これをどうカバーするかは社会全体の問題 （在宅は本人の希望ばかりでは普及されない）
1118	◎少子化、核家族化による在宅介護力の減少 ・死を病院に追いやり、非日常的な事にしまった事で、死生観が欠除。 ・現在の医療介護体制では困難な事例がある。低医療費政策の元では人は増えない。
1119	患者さんの状態が悪くなってくると家族が不安になり入院を希望されることがままあります。 私への信頼感が不足しているのだなあと反省しています。
1120	在宅での看病には限界があり、しかたがないと思う面もある
1122	在宅で亡くなる場合、Ｆａの介護力、サポートが必須である。そのような事ができる家庭が今は少ない。
1123	日本人の風習と思われる。
1124	結局、本人の意志より家族の意志が尊重されてしまっている現状がある。家族が在宅療養についての知識について乏しいこともある。末期状態にある患者は状況にもよるが、点滴その他のチューブ類の管理が必要なこともあり、ある意味家族が自宅へ帰ることに不安を持っている。
1125	①患者とその家族が、在宅でも入院と同様のサービスを求めている現状があるのではないか。それが不可なら病院をという選択になることもありそう ②家族のサポートが追いつかない。仕事を休んだり、やめたりして介護できる case は少ない。

1154	患者、家族の希望される在宅での看取りをできるように、援助していきたい。
1155	在宅にて診察できる環境が不十分ではないかと思う
1156	余り過上に「在宅での死亡を望む」ことの報導は中止すること
1157	独居の場合は在宅死については限界がある。 やはり国主導で終末期の集合住宅を増やすべきである。
1158	前述のごとく、在宅のように入院でも終末をむかえる様に。
1159	理想では在宅を希望はしていても、現実は、そんなには容易には進まないと考えます。 様々なケースにはいろいろな選択枝があっていいと思います。 皆様、実情を反映して、選択をされている様です。 在宅が唯一絶対正しい選択とは思えません。現実のケースを多くみて感じています。
1160	がん患者に限らず、死亡される患者さんが在宅での最期を希望していてもなかなか願いがかなえられない、現状がある。
1161	在宅療養を行うには、家族等の協力が不可決。 本人が希望しても、実現にいたらないことが多い。 病院側に在宅医療を説明し、コーディネイトできる人材が少なすぎる。ＭＳＷと看護師の知識が必要であり、そのような教育をうけた人が少なすぎる。
1162	もう少し在宅医療の方があても良いと思う
1163	家族の受け入れが十分でないことが大きな原因ではないかと考える。 例えば医師、看護師、ヘルパーが十分な体制で訪問するが、不安は大きい様である。
1165	がん（癌）患者の余命をすごす上で、患者のやりたいことを奪うことになる。 やりたいこと（しのこしたこと）で生きることへの生命力も違ってくることもありうる。その可能性を奪うことにもなることがありえる。
1167	患者本人の希望と、家族の介護力、財政的な問題が複雑にからみあうため、最後まで自宅で…という希望がかなうケースは、非常に少ないように感じている。
1168	実質的な在宅医の数の不足と、病院医師や一般住民の在宅医療の認識不足が現状での問題と思われる。
1169	自宅の家族状態によります。又、家族の受入状態でも異なります。
1170	患者の願いは、もっとかなえられるよう基盤整備されるべき。
1171	現在ホスピスで行われている様なきちんとして疼痛管理のできる医師が少ない事が原因と思います。 又、がん末期はたくさんの症状が出現し、本人のみならず家族も（もちろんはじめての経験で）とても不安になるのですが、それに対し、在宅できめ細かく対応できる在宅システム（医療システム）が整っていない事が原因の１つと思います。 医師の教育、そして在宅で 24hr 対応できるナース（訪問）の確保、ボランティアや癌患者専用のデイケアなどで家族の精神的、肉体的サポートが必要と思います。
1172	在宅は 24 時間、365 日の仕事であり、9 時～5 時では成立しません。医療がカバーできない部分が多い現状での在宅の勧めは、患者・家族への押しつけの部分が多く、そのため願いがかなわないのだと思います。
1173	ガンの末期療養については、よくわからないが、まずは家族に入院していれば出来る事全てが、在宅でも全く同じ様に出来るとは限らない事を理解して貰わないと、負担が大きすぎるのではないだろうか？
1174	在宅での家人以外の介護のバックアップ（例えば訪問看護、ヘルプサービス等）が十分には足りていない
1175	現在の家族構成では仕方ない場合も多い
1176	死亡する時期や、関する事も聞いてあげている（話をする）主治医が少ないので、最期の場所のことなど考えていない主治医が多いのではないか？
1177	現状として麻薬の管理や、医療器材の調達についてが繁雑であるため、医師が苦慮している。 またかかりつけ医一人では、緊急時、日・祝日の対応が困難で責任を持ちかねる医師がいる。医師同志の連携も必要だし、訪問看護ステーションを上手に利用して欲しい。
1178	家族に面倒をかけるから…と在宅をあきらめている人もいます。
1180	核家族化がすすみ自宅で介護にあたる人がいない人が増えていると思う。 在宅死は医療人や、ヘルパーなどのみでは不可能である。キーは、家族の思いだから…
1181	在宅で療養する場合の支援体制をもっとアピールしていく事が大切。 家族の不安も大きいし、家ですごしたいが家族へ迷惑をかけてしまうという遠慮もあると思う。 話し合い（患者、家族）が十分に必要と思う。
1182	希望するも難しいと思う理由が何かを知る必要もあると思う。
1183	自宅での最期をむかえさせたいが、家族にかかる負担は大きいと思う。 在宅では、痛みに対してやせん妄時などの対応は難しい面も多いのではないか。 症状のコントロールをつけて在宅へ移行しても、症状が激しいと、家族が介護するのは困難な面が多いと思う。 在宅で緩和医療提供している医療機関が少なすぎるので、現状では、難しいと思う。
1184	在宅死を選択できない現状がある。看取りを行うマンパワーに欠けている。 例えば、24 時間、365 日診療可能な医師不足、訪問看護提供事業所不足など。 たとえ、可能としても、保険上請求できず、ボランティアサービスをせざるを得ない為、赤字経営となり、事業が存続できない。
1185	患者の希望が、家族の希望と一致しない場合も多い
1187	在宅ターミナルを支える医師がいない 麻薬が処方できない開業医が多く pain コントロールができない。
1190	もっと在宅看護訪問看護を活用すべき。 社会的な保障も必要
1191	在宅で最后を迎えるという事は、24 時間体制で介護者がそばにいて、御本人を支える必要がある。また、御本人や介護者を支える医師や看護師も 24 時間体制でいなければならない。その体制の中で一つでも欠けることがあれば、在宅で最后を迎えることは厳しい状態となると思う。
1192	本人は心では家で看取って欲しいと思っているが、家族に気がねしたり、あるいは病院でないとできない緩和ケアがあると思って在宅死を希望しない場合もあるので一概に論じられない。
1193	患者が望んでいても、家族の問題があり、例えば単身である、経済的な基盤を担っている、高齢であり健康上の問題がある等で患者の希望を叶えないでいる
1194	いつでも病院も選択出来る事があると、患者様は、家族様は安心して在宅に居られて、長くなっていくこと、又、在宅で高度医療を受けたいと思っていないことを、Ｄｒは知るべし。
	出来るだけ、自然にと考えていることを知るべき。
1195	日本の医療制度（保険医療も含めて）が長年にわたり「真の改革」を怠ってきた結果である。 医師、国会議員、厚労省、それぞれに責任がある。
1196	医療者側に自身の気持ちを伝えられない患者・家族とその声をきちんと聞きとれない医療者の問題がずっと平行線。 コミュニケーションが「にがて」ということが問題
1197	自宅での介護力がない現状では仕方がない。
1198	在宅を希望されている患者さんは多いです。しかし核家族、共働きなどで介護者が不足しています。 また[redacted]県は高令者が多く老老介護、老病・老病介護というのが現実だと思います。 患者さんの「家で死にたい」「家で最期まで暮したい」という希望を叶えたいと訪問看護、訪問介護に依頼していますが、訪問看護、介ゴ者も不足しているのが現状であり、ご家族もこの不況のなか休暇を取ることが制限されていたり、なかなか休むことができず、患者さんの希望を叶えてあげられない苦痛を味わっているのではないかと思います。
1199	現在の地域での訪問看護の実情を専門に携わる人は把握し←（しっかり把握できないと説明できない）患者に推進するべきと考える
1200	療養場所として望まれていることは理解しているしそう努力しているが最後まで在宅で過ごすことまでは 10$程度の方の望みであって家族の負担などを考えて最後は病院という方も多いです。 当院では昨年一年間で病棟で 139 名在宅で 41 名が死亡しました。22.7%が在宅で亡くなってます。全てが癌患者です。 全疾患で考えた場合現状でも 40%程度くらいまでいけると思います。患者、家族の入院治療の期待が大きすぎるのではないでしょうか。
1202	ターミナルを支えていける地域の医師が少ない 医療の進歩により痛みの緩和が在宅で可能になったが主治医により対応がまちまちであり結局コントロールが難しく入院することも多い まだまだ地域医療と大病院との連ケイがとれていない
1204	在宅を支えるのはやはり家族です。ただその家族は療養者をみるだけではすまず自分自身の生活も支えていかなくてはいけない現実であり、自分達の生活も不安定なのに在宅療養する（親）（子）を支えていくのは非常に重くその重さ（→人的・金銭的、環境的・）を周囲が支えるシステム、社会資源が少い。
1205	在宅での受け皿が不十分な現状では仕方ないが受け皿が増えてくれば少しは改善されると思う
1206	在宅医療を行う診療所が少ない。その理由として手間がかかるわりに収入に結びつかない。病院の follow が少なくストレスに感じることなどがあげられる行政を含めた支援体制が必要
1207	在宅医療がオールマイティで整備されていない 在宅となっても、家族支援が必至のため、家族の協力、理解が得られない限り実現は困難。 家族に迷惑をかけたくないという心理もある。 家族の経済状態を考えるとやはり経済を支える方が大事。
1208	家族の思いもあり在宅での看取りは難しいケースもある。 世間体や介護の不安などもありためらいもある。 しかし在宅を希望され、在宅医療で最期を迎える方も増えていると思う。積極的に取り組む方向である。
1209	在宅へ移行するにも家族のうけとめ方が不十分であったり、環境が整わないなど患者本人の意志が伝わらない場合が多い
1210	ほとんどの高令者は在宅で最期を迎えたいと思っているようです。 ただ、受け入れる家族の状況や、病状（苦痛が強いなど家族が見るに耐えないような症状がある）でによっては家庭ではむずかしかったり、それと、それを支える医療の整備がまだまだおいつかない所もあります。 （医師が１人体制なので）
1211	本人が在宅でと希望しても、痛みが出たり、死に対しての不安が大きい時家族がささえきれずに、病院へと移行してしまう実例が多い様です。 家族の看取りが充分に対応出来れば良いのですが。
1212	介護力、経済力と共に情報不足の為の不安感のみが増強されてしまっていると思う。又、地域でターミナル期の患者を満足させられる医師の不足があると思う。一人の医師だけでは対応不足だし、応援対制として、も限界を感じることがある。
1213	現在の緩和ケアの実態を考えると仕方ない。
1215	終末医療は家族全員参加でないと在宅は困難
1218	本人は希望していても実際に介護る方が高齢だったり誰もいない独居の方又は日中独居の方などで介護力が弱くて叶えられない事も大いにある。pain コントロールが不十分だと自宅で介護している方も不安になり入院を希望する事もあり症状コントロールをしっかり出来るＤｒも必要
1219	・在宅医が症状コントロール（痛みだけでなく、呼吸苦や嘔気…倦怠感 etc）ができない、やろうとせずあきらめてすぐ病院に頼るところがある。 緩和ケアについてモチベーションが低い！！ 自分自身も看護師として勉強不足なところがある。 ・病状説明をし症状コントロールについて本人や家族に保証できていない ・緩和ケアに長けたＤｒと連携をはかるなど連携がうまくできていない ・ヘルパーや看護師の支援不足もある。例）夜間 etc の支え ・Ｄｒの 24h 対応不足
1220	本人は自宅で最后を迎えたいと希望しているが、周りの家族の方が最終の状態になるとみていられなくて入院を切望する
1222	希望はあっても介護力がない 介護者の負担は増大し、状態悪化に伴い、家族関係の悪さまで招いてしまう現状が少なくない サービス側は時間が限られており、緊急体制にも人員が不足していたりと対応が出来ない よって安心して在宅を勧められない
1223	・病院側スタッフが在宅医療についてよく知らない ・患者、家族ともに今後について医療者と話合える場、機会が不足している ・患者も家族に遠慮し、本心を言えない ・家族も在宅で看ていくことに不安がある。（介護力がない、経済的に無理等）などが考えられると思いますが、入院中に退院後のことについて相談できるようケアマネジャー、訪問看護師、リハビリスタッフが、気軽に病院へ

	出入りできるようになれば良いと思う。在宅医療・訪問看護ケアマネジャーの役割等、病院スタッフへのＰＲが不足している。そのことが患者・家族の選択肢を狭めていると思います。
1224	在宅で過ごすためのバックアップが充実できていない。本人、家族が安心できるような援助が必要。
1225	本人の意志を尊重したいが介護者や支えん者の協力が必要であり、すべての人が希望をかなえられる状況にない。 最後を思いどおりにできないことは悲しいことだと思います。 しかし、できることなら本人の意志を一番にかなえてあげたいです。
1226	自宅で最後をむかえるにあたっての Back up が不十分である。
1227	緩和医療が在宅でも可能な事が知られていない。 介ゴ保険のサービスをもっと充実させる必要がある。 ホスピスのベッド増も必要
1228	戦後日本の社会変化、とりわけ家族主義の退潮による核家族化が背景になっていると考えます。 現在の日本の世帯の第 1 位は 2 人世帯が 27%でもっとも多く、次いで 1 人世帯の 23%、3 人世帯の 20%で、6 人以上世帯は最下位の 4%に過ぎません。 このような状況では在宅死亡の激減は当然と考えます。同時に家庭内での死の実地教育の機会が失われていることも今後の検討課題です。
1229	居宅で亡くなりたいと全ての人が思っているわけではないので、最後まで居宅で過ごせる人はなるべくそうしてあげられるように、また最後が病院であっても温か味のあるみとりであれば（ホスピスに限らず）満足ゆくものと思います。 私どもの地域では協力病院があるおかげで在宅みとりも入院死もかなり満足ゆく形で対応されていると思います
1230	医療機器等、医療依存度が高いと不安が強く、家ですごせるかどうか、と考えるとやはり病院に居た方が安心と思うのではないか。 又、病院入院中の在宅医療の説明が全くなされていない印象。（していたとしても殆ど理解しておらず） 介護や家族指導という面では実践できるものは 20%程度しか会得していないと思われ、いざ帰宅・ＥＮＴして、０からのスタートという患者が多いのが現実。 今後は訪看Ｎｓが病院に出向き、病棟Ｎｓ始め家族・患者への指導も出来る様なシステム（点数含め）を構築して頂きたい。
1231	私は 6 年間、数例ですが、看取りをしています。 本来ならば、その 10 倍は在宅での看取りになるはずですが。 ・患者の希望と家族の希望が違うこと。 ・死んでいく人の意志は余り、尊重されない事 ・在宅ホスピスとしてのスキルが、医師によりレベルが違う ・訪問看護師の質、量がたりない。 etc
1232	在宅に帰れない状況であると考えられる （サービス、器材の不足、マンパワーetc）
1233	現在の医療体制では困難である。 一人では無理なのでグループで診なければ肉体的にも精神的にもむづかしい。
1234	在宅医療、在宅でのターミナルについて、家族・行政も熟知していないと思われる。 医師の認識不足、使命も。
1235	ほとんど叶えられない現状とは、思っていなかった。 昔と違い、自宅や、病院、施設等療養の場所が多少なりとも選択できるという事も、メリットでありデメリットであるとも考えられる。 願いと、思い、の違いもあると思う。
1236	がん治療が、最期まで病院で行われているため、病院死が多いと思われる。積極的治療：化学療法（放射線治療・外科治療）は病院となる事が多い。同時に最期まで、治療を受け癌と戦い続ける体制を病院でしかとれないと思っている人が多い。医療側（病院側）も治療の節目を考慮し、在宅での療養、治療についてタイミングよく連携をとる手段が整備されていない感がある。 今後は現状から考えると病院入院は満床にて、不可能になり、在宅療養を行わなければならなくなることは明らかである。 この現実に即し、在宅療養の整備が必要と考える。
1237	少しでも可能な方向へもってゆく事が必要。
1238	在宅医療の充実、在宅医師の増員等金・人・モノをつぎこむしかないのでは？ 又核家族がすすんでいるので、自宅に帰りたくてもみてくれる人がいない…という case が多いと思うので、そのサポート体制の充実でしょうか？
1239	余命を自宅で過ごさせてあげたいが、自宅では限られた医療しか受けられない。 ましてや、現状では、往診などは、ほぼ不可能で家族も患者の看護、介護できない。 そのために、最後は病院に来ざるを得ないと考える。
1241	在宅介ご支援できる施設とそのシステムを国が支援しない限りできないと思う。
1242	患者自身の生き方について、人として患者に問いただしていないと思う。 病気だけを見て〇〇さんという一人の人として見ていたら、どのように生き、どのように死を向かえたいかを確認し合える医者と患者関係であるべきである。 残念ながら緩和ケアの本当の意見を全ての医療者が知っていないのが現状であると思う。 病気で死を向かえなければいけない時こそ、個人の意志を尊重し願いをかなえて最後は、笑ってやすらかに最後を向かえられるようになりたいと思う。 それには、余命に対する生き方の確認を患者、医療者間でしていけるようにする必要がある。
1243	告知している方には、最後の場所を聞きやすいと思うが告知していない方は、病院死になる割合が高いう思う。 また、治療中（抗癌剤治療等）に状態悪化し、そのまま病院死になることも多いのではないか。 患者自身は家族に負担をかけたくないから病院でと思っている方がいる。 本人・家族を支える職種の人が必要である （生活を支える・身体を支える・環境を支える・生き方を支える）
1244	今の在宅医療では、不安であずけられない。 私達はやる気があるのに、協力する医師がほとんどいない。
1245	患者様の願いや希望を叶えて差し上げたいとは思いますが、適切な治療対応をするためには、常に医師のいる環境や設備の整った環境で、少しでも長く生きていられるように対処して差し上げたいと考えます。 在宅では、24 時間常に連携を取ることは実際には困難であるため、現状のままで仕方ないと思います。
1246	患者本人の希望が殆んどかなうことがない現状。家族が居る場合は、怖い、不安、仕事があるなど様々な理由があると考えられ、独居の場合ははじめから無理とあきらめていることも経験した。もう少し私達事業所を頼って、活用してもらえれば何とかなるのではないでしょうか。病院で勤務している人の多くは「家では無理」と決めつけてしまい、それを本人や家族に話してしまうので、病院の人に言われるんだから無理なんだ、とあきらめてしまったり、病院側でショートステイを長期利用することを教えたりして家族（介護者）を楽な方に誘導するようなことが多々あり患者がおきざりにされてしまってもいる。最近終わりよければすべてよし、という映画をみた。観客は一般の方もかなりいた。もっと業界外の人に“できる”ことをアピールして現状を知ってもらわないと、在宅死は増えないのではないかと思います。
1248	在宅の看取りの条件が整わない限りむづかしいのは当然
1249	在宅でのマンパワー不足 急変時の対応など、患者が不安で、口に出して言えない現状があると思う。
1250	病気の時だけでなく日頃の社会の関係も充実しなければならないし地域の特性、古い格式の中では、なかなか実現は無理か。 自らの家族だけはと思うが、その時の環境が問題となる。 家族間の関係の充実も大切。
1251	がんの化学療法、疼痛緩和療法を、大学病院勤務中に避け、修得していない医師が多く、また、介護者自身も、抵抗を感じている
1252	患者の願いはそうであっても、ターミナルの場を受け持つ家族、医療者にかかる肉体的、精神的ストレスの大きさを考えると体調いかんによってはその覚悟が十分出来ない場合があると思います。
1253	自宅で最期まで過せることを知らない、あるいは知らされていない患者が多くおり、もっと在宅での看取りが可能なことを知ってもらう必要がある。
1254	たたみの上で死ぬのはがん療養者の理想と思う。このことを実現させるためには家族の強い協力を必要とする。大半の家族は主治医の考え方と異なった考えをもっていると感じています。
1256	もう少し家族の現状に合わせたせんたく肢があってもいいと思います。
1257	個々のケースがあり、一概には言えないが本人の願いをはっきりと主張できない状態になってしまえば、仕方のないこともあるので事前の取り決めが必要であると思う
1258	現状のシステム（訪問看護も人手不足で 24 時間対応できない。市の財政事情で訪問看護ステーションを運営できなくなりつつある。）では、医師にばかり負担がかかります。 また十分な在宅ケアもできないので逃げ腰にならざるを得ないのが現状です。またマスメディでは専門、高度医療の話しばかりで在宅死に対する関心も高まりません。医学教育もそうです。少し位の保険点数の up や制度改正で解決できることはありません
1259	死亡場所は個々のケースにより異なる。ケース毎に最良の選択をすべきである
1260	ホスピスがもっと増え、本人もそこに満足が得られればよい。又は認知症対応の施設。 現実、在宅でと言っても家族の負担が大きすぎる 「在宅で」という本人の希望をかなえる為には、終末期における教育を十分社会で一般的に行い、気軽に話し合いや相談ができるようにしなければ不可能。
1262	家族力がないので、なかなか難しいと思う。
1263	急変時の不安、がん（＝苦しむ病気）への対応の困難感が家族にあり、また患者本人には、そういう気持ちで介護をする家族に申し訳ないと思う気持ちが強い。そこで、病院勤務の医師に在宅医療の知識を持たない医師が多いため、その医師から在宅医療という選択肢を示してもらえず、結局、入院して任せればいい（安心）ということになっている。病院勤務医に在宅医療についての教育をすることが必要。
1264	本人の想いを関わるすべての人が理解し、協力して支え合っていかなければならない
1265	何故、人生の最後をむかえようとしている人達が、自分で場所を選べないのか非常に残念に思います。 きちんと死をうけとめ、少しでも、望む生活ができるのであれば応援したい。 自宅ですごしたいと思っていても、すごしてみて、やはり病院や施設でと考えが変わってもよいのに、選択したら変えれないと思いこんでいる人もたいさんいます。 充分相談して、考えていけるアドバイスができる専門職が必要だと感じてます。
1266	在宅医療の提供体制を充分に整えるべきと思います。
1267	家族の負担を考えるとどうしてもそうならざるをえない
1268	在宅を行なう上で医師、看護師をほんの一部の手伝い、主となる人が不在のケースがほとんどのため（もしくは主となる人が理解できない、しない、苦労しないため）在宅死は机上の空論
1269	在宅で終末期を診る医療側の負担の現状を国が理解していない。（診療報酬がみあっていない。）その為、取り組もうとする施設、医師が大きく不足している。 当院においても、同一の患者様宅への訪問が、深夜、早朝を含み複数回になる事もあり、日中であれば外来患者様に待って頂く説明をし、御理解を頂きながら、外来中断して緊急訪問となることがある。 「いつ自分もそういう状態になるかも分らないから」と患者様の御理解は得られても、報酬とては全くみあってないと感じる。 医療に臨む者として、精神は“医は仁術”であっても、職員を守る経営者としては、ボランティアでは健全な経済活動とはいえず、苦労している
1270	「死にかた」を議論することが、タブーになっていると思われる。 国民全体で死ぬ時の希望をもっと話し合う必要あり。 自分が死ぬ時「延命せず、苦しまず楽に死を家でむかえたい」と話す人が、家族が死ぬ時、「少しでも延命し病院で最高のスタッフの治療を受けたい」と矛盾した希望となっているこのことがおかしいとだれも思っていないことがおかしいです。
1271	在宅の限界がある以上病院との連携が必要と思う。現状は病院からの情報が患者を通してからでないと入らない。 病診連携の事務担当が出来ても入院や検査の予約のみであり退院時情報などは請求しないと送られて来ない。
1272	改善したい
1273	質問ですが、余命が限られているなら自宅ですごしたいとは、自宅で病院と同じような治療、療養サービス（食事・入浴…すべて）を受けながら、最後を迎えたいのにできないから入院等が不満なのか、治療なく最後を迎えたいのに、強制で自宅外へ連れていかれるのが不満なのですか？ 治療を望むのに自宅で全て行いたいのなら、それは難しい希望だと思います。
1275	ターミナル期を看る、在宅医が少ない現状では、むつかしいかもしれない。訪問看護にしても、診療点数から言え

	ば、少なく、時間を選ばず病状は進行してケアも必要となってくる為、なかなかむつかしいと思える。
1277	１．在宅では、十分な介護が出来るマンパワーが不足　核家族化 ２．マンパワー不足を補う介護を伝頼できるだけの資金不足 ３．情報不足
1279	患者・家族の要望に応じて、在宅ケアを希望される場合にはそれをサポートするような環境作りは必要であり当院でもできるだけ在宅ケアに応じるようにしています。 当院には在宅医療ケアがありますので、緩和ケア病棟への入院待ちの期間に在宅ケアを行ったり入院している患者さんが病状が緩和して自宅で過したいと希望されればそれに応じて在宅ケアへ移行するように努めています。
1280	患者が在宅を望んでも家族の負担になるので家族が希望しない
1281	患者さんの希望にそいたい
1283	がん末期患者、あるいは、難病、認知症患者の在宅での医療・介護についてはいかに家族の協力が必要かと、覚悟（苦しみ死に対する）することに理解していないケースが多い。又病院から在宅への移行が遅くなればなるほど、患者の重症度も増し、その分家族並びに医療・介護スタッフの負担が大きく、対応が難しくなる。 従って、入院中の早い時期に患者、家族の希望を確認し、在宅での対処を十分理解してもらって QOL の良い状態で在宅に移行させるのが良いと思う。
1284	◎居宅サービスが 24h 体制といえどもスポットで入るのでサービス量の不足と家族介護力上きびしい
1285	適切な選択ができるような環境設備が必要
1286	患者本人がそう思っていても、家族がそうしてあげたいと思うまでに至っていないのだろう（情報不足、不安などから）。
1287	核家族・老々介護が多く、又周りのサポートがない為、自宅での生活が困難になっている。又、医療が発達し処置も自宅でできるようになりましたが、その処置を覚えるのも困難です。 又、今でも本人には言わないでほしいと告知を拒否している家族がいる現状であり、又、家ではみることができないというのも多い。 私達は、今が自宅に帰るいい時期と思っていてもそれをののがしてしまっている。私達自身、とてもむなしさを感じる がんセンターの体制もよくないと思うし、在宅できる、病院も少ないと感じる。この状況はしばらくつづくと思う
1288	家族にめいわくが、かかるという事で病院を選ぶ、ケースもある。
1289	在宅希望なら本人家人の相当の覚悟、医師に対しての協力的な態度も必要。以前家人の協力が得られなかった事があった。
1290	在宅見守りを可能することのネットワークづくりを進める
1291	止むなし
1292	患者さん及び家族自身、心のどこかに在宅で死をむかえることへの不安があるのでしょう
1293	・願いは必ずしもかなえられるものではない。 ・家族は必ずしも患者さんの自宅での死亡を望んでいない。
1294	上記３－ｂで指摘したとおりで、家庭、在宅医、訪問ステーションの体勢が整わないと困難である。 さらに在宅での最期を増やすためには、以下の様なことが障害とみている。 ①緩和医療が地域医師に充分に教育されていない。 ②ＭＳＷの数が少く、患者の在宅にもっていく様な業務にあまり時間を割けない。 ③患者および家族に「death education」がされているので特に家族の不安がつよい。 　死が家庭とはなれた身近で古いものになって久しいので、子供の頃から、何らかの death education を行い、死は人間の自然な営みの一つであることを、一般が理解する必要がある。
1295	在宅で医療してても、最後の状態となると家族が入院を希望するのです。 これが一番の問題です
1296	①在宅医療の充実が必要 　在宅医をふやす訪問看護をふやす　等 ②病院医、看護スタッフが在宅医療を知って在宅にかえせるようにすることが必要。 　そのためにはお互いのコミュニケーションが必要。 ③①②の上で一般の方々に「在宅ですごせるよ」ということをアピールする
1297	すべてが在宅の看取りではなく、在宅で看取りが出来ることをサービス事業所から発信していく働きかけ方がまだまだ不充分ではないでしょうか
1298	患者が帰りたいと思っても介護力がなければムリ また若い患者の場合、訪問看ゴを利用したくても介ゴ保険が利用できず経済的負担が大きくなってしまう。
1299	死に至る経過を理解していない。不安の除去に努めるべき
1302	患者事体が願っても、家族は不安が多く、在宅での看とりはできないことが多い
1303	在宅で最期まですごせるようなサービスが必要。
1305	在宅療養が難しい。看護、介護する人がいない。
1307	訪問看ゴにも緩和ケア病棟にも関わったことがある。 自分は在宅での臨終がいいと思っている。 それが叶わないことがとても悔しい。 今年ケアマネ資格を取り、看ゴ師、ケアマネとして在宅医療に携っていきたいと強く思っている。
1308	核家族が増え、介護者が減り、介護者への精神的、身体的、金銭的な負担が大きく在宅での療養は難しいため仕方ないと思う。 また自分ががんで終末期になったら家族には迷惑をかけたくないという思いがあるし、専門的なケアを受けたいとも思うため病院を選択するであろう。
1310	病態の急変を入院して改善できるか、そのまま入院中に増悪して退院できなくなるかは判断が困難。前もって増悪しても在宅でと決めていても、家族の動揺があると入院になってしまい、難しい。
1311	患者さん自身は在宅でと思っていらっしゃっても、その方を支える家族が在宅では無理と思われれば、難しいと思います。 　しかし、私達のような訪問看護師が支えられることを説明し納得頂き主治医と共に同じ方向性で行くことを確認出来たのなら、可能であると思います。
1312	緩和ケア病棟のため患者が希望すればいつでも退院可だが（患者・家族と面談のうえ）介護するマンパワー（在宅での家族）不足が大きい。たいていの人が家で看れる家族がいない。 患者は「できれば家で」とは言うものの、不安があり、病院の方が安心するという方もいる。（特に高令者の場合）
1313	介護環境の整備が必要
1314	〈家人の介護力の問題〉 老々介護のパターンが非常に多い。食事のとれない方で点滴の必要性のある方、ペインコントロールが必要で、痛みに対してうろたえてしまう家族という現実から、頑張って在宅でみていたとしても最後はまた、病院に戻らざるをえない方も沢山あり。家族にとって予測をこえた病状があるために全員が頑張れるわけではない。 〈在宅医療チームの受け皿〉 病院からのターミナル退院の依頼が非常に多い中、当地域のステーションはどこもいっぱいで、各ステーションや H・P の KW が受け入れ先を探すのが難しくなっている。 又、在宅支援診療所もターミナルをかかえるのに限度があり、どちらが欠けても在宅医療は（特にターミナルの方）困難が考えられる。本当は皆、受け入れたいというジレンマがある。在宅のボリュームアップが必要。
1317	自宅で人の死を迎えることが少くなっている中で、最期の時を悔いなく看取れる家族は少ないと思う。 始めは自宅で看取りたいと思っていても、患者の状態が悪くなるにつれ、不安になり病院へ来るケースもある。 ある程度 ADL が保てていたり、意識レベルが保てている状態であれば、自宅で過せるよう最大限のサポートをしていけると思うが、最期の時にサポートが充分に行き届いている地域はまだまだ少ないと感じるため、ぎりぎりまで自宅で過ごして、最後は病院で死を迎える、という方法も、一概には悪いとは思わない。 家族や患者は、病状が変化する中で常に不安を抱えているので、１日、１日で考え方が変化してもおかしくはなく、医療者がそれに対応していけるだけのサポート体制をもっていることが必要（なかなか難しいですが…） 治療スケジュールなどからも、外来通院が難しく、入院で時間をもてましている患者が見受けられるので、そういった時間を本人の希望になるべくそう形で自由に過してもらえればと思う。
1318	最後まで、専門的な治療が続くと考え、（治療してる間は、希望をもつこともあるいは■■また、よくなる可能性■■■を考える）どうしても病院がたよりだろうと考えます。 自宅で最後をむかえたいと考えるなら、支援努力はするつもりではおります。
1320	医師は在宅医療を行う医師との連携がとれていないのではないかと思う。また、患者や家族が希望しても自分が支援できないため退院をすすめない場合もあるように思う。 主治医は、在宅医療について理解していただい、家族の不安のないように説明や指導を行ない、病院全体で、また、在宅医との連携でサポートする必要があるのではないでしょうか？
1321	以前、私がホスピスに勤務していた時に、ホスピスという整った環境の中でも、在宅へ戻りたいという方々がたくさんいらっしゃった。しかし、なぜ帰らないのか？は帰れないという理由があった。 ①家族に迷惑をかけたくない ②病状の悪化時にすぐに対処できない ③戻ったとしても、自分をケアする人がいない ①～③については、どうにかして解決したいという信念を持ち在宅で取り組んできた。しかし、患者本人、ご家族そしてＨｐの医療従事者も、「この状態では無理」とまず、決めつけたり、あきらめたりする傾向があるのも在宅へつながらない大きな要因と考えます。
1323	・在宅で看取とるためのシステムが、地方では一般化されていない。 ・老々介護の現状がこのような実態となっている。 ・共働きの現状も、みのがせない ・家人に迷わくをかけたくないという気持もあると思う
1324	患者が望んでいても、自宅に戻れる家庭環境でない事が多いと思う。 家族が働いていて、自宅で患者を看る人がいない。バリアフリー等の設備面が備っていない等、受け入れ可能な状態の方が少ないと思う。
1325	在宅医療についてあまり深く知られていないのではないか
1326	“いのちには限りがある”という認識が現代人にはなくなってきている。医療処置を優先することう考えがある限り、病院死は減らない。医療体制の変化だけでは到底変わるものではない。
1327	ぎりぎりまで在宅ですごす事を希望されていても、いざその時がやってくると患者、家族が自宅ですごす事に不安を抱えて入院となる。 老・老介護が多く、身の周りの世話をする事が困難のため仕方無いと思う。
1329	家族及び医療サイドの心がまえも必要 在宅死を望まれていても死直前に入院させてほしいと家族より申し入れがある場合も多い様です 医療サイドとしては 24hr の対応が困難（1 人医師の場合）や在宅で入院と同じく臨終の時を迎えていただけるのかとの不安等あります。特に無床診の場合時間外Ｎｓもいなくて仲々困難です
1330	患者の希望通りにいかない。 家族の要望の要素が多いためと思われる。
1332	メディアも使用し、「Ｃａ」の告知が普及して如く癌死と交通事故などの死との違いを理解させ、末期には「諦める」ことを人々に周知させるべきと思う。 終末医療費の無駄使いがいかに大きいかどうして保険医療費の浪費の甚大さを国民に説明しないのか。
1333	家族が少ない人が多いのでやむをえない。
1334	マンパワー不足により、希望通りの過ごし方が出来ない事もある。 金銭的に不自由のない患者は、様々なサービスを利用できるため、療養環境やサポートを充実させ、自宅ですごせると考える。 医療者のサポート不足だけでなく、現在の決められたケア時間だけでは、フォローしきれない事が多いと思う
1337	患者の希望をかなえる努力が必要です。
1338	・在宅医療の認知が病院のドクター及び患者・家族に正しくなされておらず、進んで行かない。
1339	矛盾を感じるところであるが、在宅診療をうけていただける医療機関が限られていたり、介護者の負担が大きいことを考えると、このような結果になると思う。
1340	希望があっても介ゴ力のない家族も多いのが現状
1341	本人の希望と家族の考え方が一致しないケース 家族が在宅医療に不安と負担を感じるケース などがある
1342	在宅死を増やしたい。
1343	本人の希望と家族の希望が一致して在宅での死を望むならば主治医は何とか希望に添うように努力する。主治医も覚悟をきめる。 この本人と家族の意見の不一致が問題。
1346	在宅死を叶えるためには相互理解と医療者側の態勢整備が必要不可欠であるが、むしろ医療者側に整備されているものが少ないのでは？

1348	患者がそれを言えない状況（介護問題、経済的負担など）
1350	１）例えば１ヶ月以内にまちがいなく死亡するというようなケースでは、在宅になっても家族が疲弊することは少ないが、イレウス、出血、呼吸困難等々の状態変化に伴って再入院となるケースも多い（再入院でそのまま死亡することも多い） ２）介ゴのマンパワーが少ない場合が一番困る。訪問看ゴ、介ゴ福祉、往診等のサービス（フォロー）で、十分に見とれる場合は良いが、介ゴ者自身が高令であったり（老・老介ゴ）病気を持っていたりする例もあるのでなかなか在宅が絶対良いとは言えない。 ３）要は、その人の日頃からの生きる態度、宗教観、死生観、生きがい等が一番大事なのではないでしょうか。 （この苦しみを意味あるものにするためにはどうすればいいのか。応答のし方を問うことが大切なのでは？）
1351	家族の負担が多いと思ってしまっている。誰かが、ずっと傍につききりでないといけないと思っているのでは？ 在宅は日常生活の中で介護をすればよいことを知らせる必要があると思う。 独居の場合でも、体制を整えれば、自宅で最期まで過ごせることも可能である。
1352	３－ｂの理由と同じ
1353	主治医の説明により介護者の納得等は得られている。 介護力の問題が大きいと思われる。 独居でもサービス、ボランティアの協力そして主治医の協力体制のもと在宅での見とりは可能になると思われる。
1354	・本人の希望、意向だけでは、かなえられないことも多いと感じているのでやもうえないと思うこともある。 ・色々なサービスを利用していただけると、例えば在宅ですごすことも可能でも情報不足によりできていないこともある。
1355	＃在宅という選択肢があることを知らされていない場合 ＃自分は望んでも家族への気遣いから在宅をあえてえらばない場合 ＃病院医療者が在宅医療について知識をもちあわせていない ＃在宅での受入れ体制が不十分である
1356	介ゴ者、力の不足が大きな要因だと思う。
1357	・生老病死を、日常（自宅や地域の人と共に在る状態）から非日常（施設、病院）の状態に変化してしまったことから、亡くなること、看取ることは多くの人にとって初めて体験するできごとになっている。 老、病、死を自然の経過として日常のできごととして、本人、家族にかえすために医療、介護が連携してサポートをする必要がある。 家族には看取る力がある。家族の力は大きくなることを実際に現場で感じる。また独居の方でも本人の強い意思と在宅体制（施設、在宅医、訪問看護ステーション、介護ヘルパー）が整えば自宅で死を迎えることは可能である。
1358	・現状は病院死の方が安心という風潮もある（特に日本）ので、いずれは、自宅死も増えるかもしれないが、現状では、特に御家族の方が病院死を希望する方が多いように思える。 ・在宅死を増やすのであれば、もっと在宅医療の整備が必要であろう。
1359	核家族化、老老介護、医療支援の不足、日本人の死に対する考え方などが問題となり、必ずしも希望通りの選択ができていない。
1360	現状の日本では当然ではないかと思います。 公的には、在宅支援が多くの人に受けられるようになり、また、家族や地域の支援態勢もより協力的になり、家族や生命についての教育も必要だと考えます。 さらに、在宅支援をする医師が増え、その医師がペインコントロールをはじめ、苦痛のコントロールができるようになることが条件です。 その上、その医師を支援、バックアップする機関（ハード面、ソフト面で）も必要です。 国の財政も、医療、福祉にもっと多くを使うべきです。
1361	看取りの体制が病院でとられていない。 医療的な処置苦痛への対処が在宅で行われていない。
1362	患者の願いと家族の思いの相違、又は介護者がいない等も影響していると思う。
1363	問１－ｂと同じ考えがあてはまる。 介護力、経済力がなく、希望する場所での療養がかなわないケースも多い。 当院は、地方の病院であるので希望にできるだけ添えるよう支援している
1364	十分考え、検討する、時間、情報が不足している
1365	なぜかなえられていないのか…患者さんに適した環境整備がなされていないからじゃないでしょうか。
1367	患者が家で死にたいと思っても家族の受け入れがむずかしかったり状況が許さないことが多々ある。 実際核家族が増え１人暮らしの老人も多い（というかほとんどが夫婦２人や１人暮らし） よっぽど家族の協力がないと家で死にたいと思っても無理だと思う。昔に比べ子供の数も減っているので、介護の負担が大きすぎる。
1370	自宅で過ごすには「核家族化」が最大の支障となっているため在宅に近く、かつ十分なケアが保障される「コミュニティケア」の発達が必要ではないか
1371	社会的認識が死亡の場所＝病院となっている。 医療・福祉職者は在宅での死亡の場所と選ぶ事も可能な事は知っているが社会的認識が強いためもっと情報提供が必要。
1372	・病院に勤務する医療者側が在宅医療について十分把握していない為、本人、家族へ十分に説明できない。 ・家族の負担がかかる事に対して患者本人があきらめてしまっている。
1373	核家族化、１人暮らしの老人が多い現状では、自宅での看取りはほぼ不可能。患者が在宅での最期を望んでも、帰れるうちに退院をと医療者が望んでも、家族の協力なしにはできない。 実際入院し、１回でも家に…と言っていても連れて帰れずそのまま多くの方が亡くなっていった。
1374	死にたい希望が自宅であってもなかなか希望にそわないことがある
1375	在宅医療、往診たいせいの充実化を更にはかるといいと思います。 受け入れたいせいがまだまだ不備であると思う
1377	本人が希望しても家族が受け入れないなど様々な問題があるため、今後も、難しい問題と思う
1379	家族の気持と本人の気持ちと同じではなく難しい問題だと思います。最後は自宅でと思っていても、家族がみていられないとなった場合は、病院で亡くなることも多いと思います。 しかし、最近は、最後に少しでも自宅へと退院される方も多く訪問看護を利用されます。
1382	３－ｂと同様本人は望んでも介護力や支える医療者が整っていないと無理な現状もある 苦しさ（息苦しさ、痛み）の増強に在宅医がきちんと向き合えるかどうか 在宅ナースが夜間とおし24h体制で相談、訪問できるか
1383	①在宅緩和ケアの内疼痛緩和ケアがまだ患者に浸透していない ②患者及びその家族が充分な社会的援助についての知識がない ③ターミナルケアについて医療構造が充分に対応出来ていない ④急状期病院の医師、その他のスタッフの在宅ターミナルケアについての知識が充分浸透していない
1386	現状を皆さんに知らせることの重要性を感じています。
1387	人の死がもっと自然に受け容れられるように、していく必要があります。 最後の最後まで医療が最も優先とされる時代があって、現在もやはり、根強い考えなのだと思います
1388	核家族が進み、老々介護があたり前、若い人がいても仕事の帰りも遅く家族で介護することはほとんど不可能と思う。
1389	家族を支援する医療スタッフや地域のサポート力が不足していると思う仕事をしながら病人を看ることはかなりの負担だと考えられ、「余命」もあいまいなため期間の限定も難しく、生活を守るために入院や入所を希望せざるを得ないのではないかと考える。 「関かりつけの医師」というものがまだまだ定着していないので死亡した後の手続き等がややこしいという印象がある。
1390	体制がととのっていないなら、仕方がないけど、生の終わりの大切な希望がきけないのは悲しいと思う。
1391	患者の周囲の人達の意見が主体として考えられ決定されており、患者の意志を尊重していないケースが多い。 又、病院のＤｒにおいても在宅では“ムリ！”と伝えるＤｒも少なくない。患者の気持ちになって欲しい。
1392	本人は自宅に帰えりたい、自宅で過ごしたい気持はあるが、家族に迷惑をかける、と遠慮している。また家族の不安が大きいため退院を拒否することも多い。 核家族になり、老々介護が増えたり、１人暮しの患者も多いが、終末期になると介護力が必要となる。今の現状では、介護保険、医療保険の両方を使っても、このような利用者は、介護力が制度的にも少ないため自宅療養が困難です。 介護保険でターミナルを考慮した制度、限度額にしてほしい。 自宅で最期を迎えられる利用者は、安らかな最期の方が多いので希望がかなうようになればと思う。 医師が 24 時間対応に引き気味（診療所では１人の医師しかいないため）
1393	自宅で過ごしたいと希望はあっても、家族の受け入れがないとかえって、しんどい目をします。 本人の意志、家族の意志が一致して初めて可能になります。 また、その場合でも、家族だけであると、疲労（精神的身体的）もあるので外部サービスも適度に利用する方が良いです。 どちらか一方のみの考えでは進めません。
1395	患者が在宅を希望するが、主治医の覚悟があさく救急入院したケースもある。 家族も病状変化、介ゴ力の低下で在宅希を続けることが困難なケースもある。
1397	◎現在ＰＣＵに入院される方は、身体症状がかなりきつい方が多く、（全身メタ・特に下半身メタによる半身麻痺や脳メタの方が…）、ケア必要度が高い。又、pain control も神経因性疼痛など、合併し、細やかな対応が必要な方が多く、24h 対応でかつ、症状ある時にすぐに何らかの処置を必要とする場合が多い。 （抗癌治療がすすんだことの結果とも考えられる）。 症状の強さだけでなく、地方都市では、共働きでようやく生計を立てている家庭が多く、家中に介ゴを任う者がいない。この状況を考えての結果と考えられる
1398	患者さんの苦痛や急変時の対応の不安。 介護者の 24 時間の介護疲れ等かなり問題がある
1399	末期の在宅療養は希望しても条件が揃わないとむつかしい。 １番は介ゴ力 ・老々介ゴでは共倒れになる。ある程度の医療処置は家族にたのまなくてはならない。それが可能か？ ・訪問診療、訪問看ゴ等でのサポートには限度がある。いつでもすぐにかけつける事は不可能
1400	仕方のないことだと思っています。
1401	・在宅療養の環境が整れないため ・家族の介護力の問題 ・ペインコントロールの難しさ
1402	私たちのステーションでは、末期がん患者を何人も在宅で看取っています。病院でなく住み慣れた在宅での終末期を過ごすことにより、本人も家族も、死を受入れることができたケースが多いです。 グリーフケアもなかなかできませんが、充分の看取りをしてあげれたという声も聞いています。 現状よりも在宅医療をしてくれる医師と、訪問看護ステーション、薬剤師の充実が可能であるなら、自宅でがんの終末期を送ることが可能です。
1403	大へん残念な事と思います。在宅での疼痛管理、持続点滴ＩＶＨ等可能な状況である事の説明を行なう事が必要と思います。
1405	在宅医療をもっと充実させるべき。
1406	核家族化がすすみ人の死老いというものに接する機会が少なくなっている。 そのため人の死というものが、だれにでもおとずれる自然のこととととらえられず、不安や恐怖心が先に立ち本人の意志にそわず家族（看取り手）の意向で入院となるケースが多い現状がある。 在宅サービスを担うものとして、本人が家で最期をと願うならその意向を尊重するためにも、家族を 24 時間サポートできる体制作りがもっと必要である。
1409	患者の希望および、家族の協力があれば、在宅死を叶えています。
1410	在宅死を支えるには訪問看護の場合 24 時間対応できる体制を整えることが必要だが実際数ある訪問ＳＴでこの対応ができるところは極めて少なく、病院、診療所以上に訪問にかかわる看護師の獲保は難しい。
1411	在宅医療の実績が、まだまだ少なく、本人や家族の選択肢の中で後順位、病院側の医療者ですら認知度に偏りがある。 疼痛をコントロールできるようになれば、在宅へと考えている間に死又は死の直前を迎えているケースも少なくない。
1412	今の介護体制ではほとんで無理
1413	・在宅での看取り医がいない ・介護力不足
1414	在宅医療や、都市の大病院（専問病院）と地元の病院との連携ができていない事が多い。在宅で最期を迎えさせたいのなら、在宅医療や訪問看護を充実（整備）させることが必要と思う。「道は廊下」だと思う。
1415	当ステーションにおいても、年間を通して数名の方の在宅死を行っております。ご本人が在宅を希望されていて

	現代の家庭で病人や介護を必要な人を看るという事が特別な事となっている事が問題と思えます。
1448	家族が在宅でも安心して療養できるという事を家族に説明してくれていない。 家族の気持ちは聴くが本人がどうしたいのかまでは聴いてあげていない。
1449	問 3-b にも答えた事と、地域のネットワーク、資源の知識不足 社会的認知の低さ、十分なインフォームドコンセントが得られていない事が少からず影響していると思う
1451	患者の願いに答えられるよう改革していかねばならないと思われる。
1452	・終末期医療、看護、介ゴ etc の態勢がない ・本人とともに介ゴする家族の不安が大きい
1454	余命数ヶ月なら良くなる可能性もあるので治療したいという気持ちと在宅では家族の負担が大きいので遠慮してしまう気持ちが交差し、在宅での負担やリスクがどれくらいのものであるのか、それを回避する為にどのような方法があるのかが具体的にわからないことが多いと思う。 実際、在宅の方が経済面でも精神面でも負担が少ないことがわかれば主治医との相談でその時期を決められるのではないか
1455	・家族の介護意識のアップ、主治医の在宅医療への理解が必要と思われます。 当市では平成の始め医師会主導により市立病院の病診連携室とオープン床を設置し終末（在宅ギリギリまで診た後）オープン床へ入院させる方法をとっております。当市では更に医師会と（■■■会）を訪問看護ＳＴと連携し在宅医療を担当されています。
1456	自宅での死を希望していてもいざとなると家族が嫌がり病院へ入院させるケースが大部分であると思う。 自宅では自分の家族の死を見たくないという人が多い
1457	病院のＤｒが、在宅医療について実際のところどこまでできるかまだまだ理解が不足しており、啓蒙していく必要があると思います
1458	患者本人は自宅での最期を望んでいるが、介護者である家族の意向が大きく左右すると思う。 高齢である介護者は、状態の変化にどうしていいか分らず、自宅では無理と考え、入院を希望される場合が多く、家族の理解を得ることが難しい現状である。
1459	病院と同じ内様でケアができないのが１番の問題。 家人の負担が大きすぎる
1460	一般の病気とやや異る疼痛の緩和などにつき治療、看護出来ない面があるが出来れば患者の希望をかなえてあげたい。
1461	Ｐｔ・Ｆａなどが、どうすごしたいのかを聞き、何が不安で自宅ですごせないのかを把握し援助していくべき。であるが、実際は生活を支えなければいけないため、介ゴ、看ゴを周りの人たちが同時にしていくことは難しいこともある。 お金のことについてもう少し援助、看ゴ援助ができないものなのか
1462	心安らかな場所、暮らし慣れた場所で静かにと思うのは皆同じかと思われますが、自宅では医療ケアに対して全て可能というわけには行かず、もっと訪問看護や、訪問介護の受け入れ易い自宅療養の場となれば病院死は減って行くのではないでしょうか。 専門のスタッフが家庭に入ることで介護者も療養者も落ちついた日々が送れるのではないでしょうか。
1463	自宅で過ごしていくためには他力本願ではだめ！ 生きていくことに貪欲であると同じ位、自宅で過ごすことに執着をもっていかなければ家で死ぬことはできません。 弱い人は駄目です。最近は弱い人が多いですね
1464	在宅に携わっている看護師としては、とても淋しい結果。 そこには在宅医療や訪問看護の存在が患者や家族だけでなく病院医師やスタッフにもまだまだ浸透していない現実があると感じる。 患者、家族が望むなら在宅でも大丈夫であることをどんどん情報発信していく必要がある。 入院中の患者の退院もタイミングが難しい。 早い段階で時期を見図らい良いタイミングで帰してあげてもらいたい。
1465	病院医、在宅医、訪問看護等がうまく連携できれば患者さんの願いを叶えることは可能となるはず
1466	病院の先生方が在宅のことをあまりに御存知ないのでできるだけ在宅療養のことをひろめていきたい。できればかかりつけの意見書程度はしっかりと書いていただきたい
1467	自宅での終末期を向かえるまでの過程と援助する側の力不足などにより患者が選択する権利は必要であるも限度があるとも思う。 最終的に病院死を選択しているケースは多い。
1468	身体症状が辛くなってくると、病院の方が安心と考える患者がいる。 本当は自宅での最期をと希望しても現状として家族の介護力不足やマンパワー不足、家族に迷惑をかけたくないという思いから、希望は叶わないと考えていると思う。
1469	「自宅で過ごす」ということについては叶っていないかもしれないが、患者は複雑な思いを持っています。 例えば、周りに迷惑をかけたくないなど。 そのため、全ての思いを理解した上で、患者、家族とよく話し合うことが重要だと思います。
1470	核家族化がすすんでいる現代では、マンパワー不足で在宅での看取りは大変。患者も、在宅死を希望していても“家族に迷惑がかかるから”と病院を選択せざるを得ないことは理解している。
1471	本人、家族の末期医療に対する認識不足のため安易に在宅を考えている
1472	在宅医療に受け入れてもらえる or 緩和ケアに受け入れてもらえる疾患が限られている。それらの受け入れのわく組が狭いと思う。 苦痛、症状緩和のために、抗ｃａ剤治療や輸血が必要であってもそれらは受け入れてもらえないし、専門的すぎると在宅側が扱えないということが多い。輸血や症状緩和の抗 ca 剤治療は
1473	急性の場合、たとえ在宅で最期を迎えたいとしても、現実には病院で最後を迎える場合がある等、理想と現実は異なる場合が出てきても致し方ない。
1474	自分の人生の最期をどこでむかえたいか、本当はきいてあげて選択できるように状況を整えられる社会にしたいと思います。 そうすれば、本音で「自宅で過ごしたい！」と言う方がかなり増えるのではないでしょうか。
1475	・介護者の負担を考えると、やむを得ないと思う。 ・周囲の人々（兄弟・親類など）の理解がなかなか得られず、もっとできる事があるのに生きる事をあきらめて家に戻ったのかと責められる事もあり、患者と家族の希望があっても、残された人が責められないように病院で過ごす事は仕方ないと思う。

	も苦痛な症状が出てくると介護者は、介護が重荷になったり（負担が大きい）、近親者の苦痛な状態を直視出来ず病院への搬送という結果になってしまいます。 主治医の協力体制も大きな原因となり家族が医療者側の条件を加味されて在宅死が可能となることもあります。 訪問看護としては、出来るだけ、ご本人の希望に添える様に家族への指導を行いますが家族に最後まで看取る勇気や覚悟がないと無理があり、医療者側は、その思いに出来るだけ柔軟に対応して、バックベッドの確保や頻回の訪問看護や診療が必要となってきます。 常日頃状態が悪くなる前からご家族で最後をどうするのか話し合いが必要である事をお話ししています。
1416	介護する者をフォローする体制がうまくいく場合とそうでない場合があるので仕方ないと思う。 介護者が誰なのか高令者による老々介護となる場合が多く見られるので難しいのでは…。
1417	「在宅死」が少い理由は、決して医療者、社会的要因だけではない（それの比重が高いのは間違いないが）。死亡直前に希望を消える本人、家族存在も大きいし、それに対しての受け皿としての存在である病院もある。 私は選択肢を増やす意味で在宅死が広がることを切と願うが、現在の体系も「悪い」「旧い」ことではないので並存することを願う
1420	在宅生活をするということは、ご本人様だけの願いではかなわない。 家族や周囲の人達がまず、在宅生活をすることがどういうことなのか知らない限り家でのターミナルケアはできない
1421	在宅看取りに対する主治医の患者、家族、地域のコンセンサスが不充分。
1422	本人が在宅を希望されても、家族、周りの環境で介護が難しいと在宅医療は困難だと思う。 できるだけ、患者の希望を叶えていきたいので、病院、在宅医などの他部門がもっと密に話し合い、支援していけたらいいと思う。
1423	困難を伴う
1424	自分の出来る範囲で叶えるようにしている。
1425	がん患者に限らず、自宅で一生を全うするのは困難な時代になってきている。特に、介護力の不足、家庭での看取りに対する、福祉支援の不足が原因であると思われる。
1426	在宅療養は家族の負担が大きいので家族は病院を希望されることが多い。できる限り外出外泊をサポートしている。
1427	最近、病名告知がされるようになり、患者自身が自分の人生を選択することが増えてきていると感じるが、一般病棟では家族の意見が先行されやすく、本人の意見は遠ざけられている現状もある。 また、家族の介護力の問題、在宅医などの社会資源に関する情報不足も在宅医療に患者・家族が踏み込めない現状があるのではないかと思う。
1428	患者の願いがかなえられない理由として、医療者の態度が大きな影響がある。24 時間いつでも対応できる体制があれば、患者も家族も安心できるが、それを保障する医療者の数が少なすぎる
1429	「死を迎える場所をどこにするか？」 この問いを患者にぶつけるにはとても勇気がいります。 信頼関係を築き治療や病気に対する思いは聞けるのですが…。
1430	自宅で過ごしたいと思う気持ちがあっても、家族が家で看ることの不安が多いと思います。患者さんや家族を支える医療者が増えていくことが望ましいと思います
1431	社会支援、家族の関係、介護力も関わってくると思うので、悲しいことだが、今は仕方ないと思う。
1432	出来得る限り可能なことは凡てやりたいのが私の今迄のやり方ですので、出来ないことがある時はやはり病院と考えざるを得ない。
1433	在宅医療に対しての充実より、病院の方が安心と考える事。 日頃の死生観について、考える習慣が少ない事。 家族自身の不安、介護への負担感がある事。 家族に迷惑をかけたくないという本人の思い 24h 支援体制の不足。
1434	今は、家族介護の条件がうすくなっている事、働動をせざるを得ない世の中になっている。 医療費も高くなり、決して、安心して、ターミナルを迎える条件は満たされてない様に思う。
1435	個々の患者さんの希望と家人の希望にくいちがいが多い。
1436	本来私は癌の治療に対しては病院（ホスピタルケア専門）での治療が１番だと考えています。まず、家族が痛みと戦っている姿をみていられるであろうか？変化して行く体調、(髪がぬけ、体がやせる）みていられるであろうか？考える事は色々とある。しかし、患者が自宅で余命を過ごしたいと思っているのであれば、患者の家族にしっかりと死の教育を行い、通院ホスピタルケアを行い最期を過ごして頂きたいと思う。その為にもまず家人と十分に話し合い、ケアを行って行く必要がある。自宅をメインで生花してもらうとなると家人にも十分に病気や対応を知ってもらう必要がある。又、国、社会の支援ももっと十分になされるべきだと思う。 （金額的、介護的な支援はもっとも大切だと思う）
1438	最期まで在宅で療養されることを希望されていても、家族の介護負担が増え、迷惑がかかるのではと気づかっている方が多い。 あまりまわりに対して気がねしなくてよいようなシステムができればと思う。
1439	在宅医からのメッセージが充分伝えきれてないと思っている
1440	自宅での介護力などまわりの体制が整っていないためではないかと考えます。
1441	本人よりも家族が病院へ行くのを希望する場合が多い。
1442	家族は患者の最後の時が近づくにつれ不安が増している。 医療者の頻回の訪問や処置をする事でその時は安心される。 しかし連携や説明がうまくできていないと家族はその状況に耐えられなくなり入院を選んでしまう。 又、核家族化がすすみ、共働きの家族が多いので在宅での介護が若夫婦の協力が得られにくくなっている。
1444	本人、家族の希望で可能な限り在宅で過ごせるよう訪問診療、訪問看護と連携し援助している。 状態により最期まで在宅で過ごすこともできる。 他町村に比較すると当町では本人家族の希望を受け入れられていると思う。
1447	社会的に病院での死があたりまえになってきてしまっているため、病院や介護施設で死をむかえる人がほとんどです。 病気になった方は家で…とのぞまれる人が多いのですが、介護する家族は病院で…と考える人が多いと思います。 それは、医療や介護のシステムの問題が大きくあると思います。 お金や、介護する時間の問題が一番です。 しかし、それ以外に思うのは、介護というものそのものに対して嫌悪が大きいという事です。

	・周囲に迷惑をかけたくないからという理由で病院を選択する場合がある
1476	環境、体制が整えばかなえてあげたいと思うが、現状ではむずかしいと思う。
1477	・介護力や家族に迷惑をかけたくないという思いがご本人を悩ませていると思う。家族だけでない介護者をもっと増やしたいし、抵抗なく他人の介護をうけ入れられる（病院のように）雰囲気づくりが大切ではないかと考える。 ・自宅に安心帰ることができるよう病院側と在宅チームとがもっと連携や協動することが大切だと考える。
1478	願いと現実は異なります。願いが願いでしかないのはそれを現実のものに変えるシステム資源があまりにも希薄だからだと思います。 また、家族の負担を考えると病院での死の選択は願いではなく本人の意志選択、自己表現の１つ（家族に対する）の側面もあるのではないでしょうか。
1479	自宅で過ごしたいと思っていても、疼痛が辛かったり、症状コントロールが難しい時は、患者は病院にいた方が安心と思っている人も多い様に思う。 コントロールができ、自宅でも可能と判断される時は、在宅をすすめている。 しかし中には、家族の介護力不足で難しいケースも多いと思う。
1480	今までは現状で仕方がないと多くの医療者、患者が思っていたので不思議ではない。 今後は皆が望む方向で受入場所を用意しなければならない。
1481	患者さんや御家族はもちろん、病院の先生方も“在宅は難しい”と考えている。 病院の先生方が在宅医を信頼してないことや最期まで“病院へ来なさい”“いつでもみてあげます”など患者さん離れが悪いことが多い（信頼関係が強い） 病院と在宅医、パラメディカルなどのつながりが悪い
1482	患者本人の病状や医療への依存度の高さにもよるだろうが、それを受け入れて介護しなければならない家族の介護力にもよると思う。また、一人暮らしの方も多く、自宅で一人になってしまう場合もあり、現実的に難しいのだと思う。
1483	希望にそわないのが現状である事を実感しました。 もし自分だったら、と思うと、家族と本人の強い意志を主治医に伝えていく必要性、主治医周囲のケアサポートの協力により実現できればと改めて感じました。
1484	病院がどこの段階で在宅にするのか、何がそろえば在宅が可能なのかを知らなすぎる。 又患者や家族としっかり向き合って話しをしていないし、本心を聞き出そうとしていない。
1485	がん療養者に対しては、治療とともに、いかにその方のＱＯＬを高めるかが、療養して上で重要な点であると考える。にもかかわらず、その方が最期の時期をどこでどのように過ごすか、願いや希望があってもかなえられず、また、自宅で過ごしたいが実現は難しいーとあきらめの気持ちを抱かせてしまっていることに対し、医療者として、ジレンマを感じる。 患者の願いや希望がかなえられること、特に在宅での生活を希望される場合、その体制を整える必要があり、それには課題も多いと考える。しかし、その人らしい生き方、生活を重要とするなら、患者の希望や願いがかなえられ、安心して、しかもその方らしく生活、療養ができる体制や環境を整えることが必要と考える。
1486	死に対する考えが全く違う。 医者の「おごり」である。
1487	家族の介護を受けられない場合しかたがないと思っている。 しかし、一方では最後を病院で送りたいと考えている患者も多い。 死になれているスタッフがいる事で家族が安心だろうと考えている
1488	患者、家族が在宅死を望んでいても、実際にはコスト面、家族の介護負担などの面で、在宅の方がコスト、負担も大きいのが現実である。国が本気で在宅死を増やしたいのであれば、患者本人、家族にかかる、コスト負担を現状とは正反対の「居宅」《「施設」《「病院」という傾斜にすべきである。 現状では、せっかく患者家族が患者を家で看取りたいと思っても（実際には、核家族化などの影響で、そう思う家族自体も少ないが）、実際に居宅で看取るための金銭的な負担や介護負担を現実的に考慮すると、結果として多くの家族が居宅での看取りを断念してしまう。 また患者自身も、家族に迷惑をかけてはいけない、との思いから、本当は居宅で亡くなりたいのに、病院や、施設での死を選択している現実もある。
1489	・本人が希望しても環境（医療および介護などの受け入れ態勢）が整わなければ実現困難であり、現在は理想論のみが先行している感がある。 ・家族関係が希薄になり、腹をくくって最後まで見届けるという覚悟ができていないことがある。（自分で介護して不安や後悔を残すよりも、他人に任せた方が安心だし責任がなくて楽という風潮もある気がする。） ・がんの場合は老衰などに比べるとより経験や知識を要するため、医療者側としても環境の整っている病院から出したくないのが正直なところでは。
1492	在宅での緩和ケアが積極的に為されていないから （モルヒネ使用料が絶対的に少ない）
1493	患者の希望と治療とは必ずしも一致しないでしょう。 在宅がBestだとは考えていない。
1494	ご本人は自宅を希望されていても、うけ入れる家族の方が精神的、物理的に無理を感じることが多いように思う。理想は自宅と思っていても安心面を考えると病院になっていると思う
1495	患者（本人）が望んでも、周りをサポートするＦａや医療がついていけてない。 周りをかえなければ、この先も変化はないと思う。
1496	患者の希望がかなう事が一番望ましいと思うが、その時の病状、症状の出現状況、家族の理解力、介護力、医療者のマンパワー、訪問看護ステーションの力量等、実現させるためにはいろいろな問題があると思う
1497	昔は、選択肢が限られていたので、あたりまえのように自宅で看とることができたのだろう。 現在は選択肢が増えた（自宅、病院（急性期・療養・緩和etc）、施設）ことにより、自宅でなくともケアを受けることができ、看とることができる状況となっている。 医療者側も、選択肢があるからこそ、「自宅へ」と無理に勧める必要もなく、家族も、どうにしかしてでも連れて帰る必要がない。 病状説明も本人よりも家族に先に行なわれている現状であれば、仕方のないことなのだと思う。
1499	痛みが耐えられるうちは、「在宅で」と望む方も、痛みのコントロールが（又は思った以上に苦しく感じると）、「病院がいい」と方針が最後に変更になる方もある。 その状況にあった対応で良いと考える。
1500	在宅医療、介護の不安から、病院での、看取が多い。 現在、がんセンター緩和ケア科での疼痛コントロール等は良好ですが、そこに、受診している患者は全体のごく少

	数。一般医師は疼痛コントロールについて、一部医師を除きまだ責極的ではないため、苦痛をコントロールできない状態。 又、それが一般的になったとしても在宅医は、終末期患者を看取るための覚悟と手法ができていない。（一部医師を除き） 覚悟とは、昼夜問わずの看取り、 手法とは、看取りまでの、本人や家族への、心への配慮や状態や不安への説明の不則。 しかし、在宅医は一般診療もあり、又、諸々多忙であり、それらを充分に果せというのも気のどく。
1503	在宅で看取るという事のイメージがつかない為質問の仕方によってはもっと結果が変わってくると思う。 又、介護してくれる人がいるか否か等家庭環境によっても結果は変化すると思う。 つまりは、個人の環境や情報によって考えは変化すると思う。
1504	自宅で過ごしたいと考える患者様と御家族を支援する、体制がたりないと思います。
1505	・社会問題だと思う。 ・きちんとしたコミュニケーションがなされていない
1507	介護力が低下しており、やもをえない面もある。 入院をしたいと思っても、入院できない方もいる。
1509	当訪問看護ステーションでは１人暮らしの方の在宅看取りはここ数年０です。 少しづつ体調が悪くなると日中夜間を問わず緊急の電話が鳴ります。 ペインコントロールやメンタルケアが必要な時期には介護できる人が 24 時間そばに居なければ大変なのだということを痛感します 私はホスピスに 5 年勤務していましたが、家族に勝る力を看護師は持つことはできないと思いました。
1510	ガン患者の場が痛みが出たらどうしよう。 具合が悪くても、一度退院すると入院させてもらえないのでは…など。 利用者は、家族の負担が多いと思う。家族をきずかう面があります。また、家族は、ガンに対し恐怖心が強くとても家ではみれない、という思いが強くあります。 病院の医師と、在宅医（ホームドクター）訪問看護が、より密せつに連携をとる。ことが、カギと思います。
1511	家族の介護、介護保険サービス受給に限界あり。医療、介護福祉の総合的な対策が必要であることは言を待たない。
1512	在宅医療の不足により、一開業医の負担が多い。外来診療のみで疲れているように感じられる。 この事が、今後の在宅医不足につながっている＝自宅で最期を過ごすことが困難になっている。
1513	現在では、在宅医療について主治医も知らないように、在宅については、高齢者で病院に入院させてもらえない人が家にいる…というような認識の方も多いようです。 これは、初回の訪問看護面接の時に感じていることです。よく説明すると、「家がいいもの」というような気持ちの変化もみられます。しかし現状、訪問看護ステーションでは、閉鎖までに至らないが人員減少という状況のステーションが多くあると思います。 しかし、退院者や医療を必要とされる方は増加する一方であり、十分なケアが出来ない受け入れもあるように思います。何とかあいているわくに患者さんを入れ、ケアにあたるという状況では、患者さんも不安が残り、病院を最後には希望されてしまうということになるのではないでしょうか。病院の 7:1 看護の前に在宅の医療を整える必要があると強く思います。
1514	・入院している病院のソーシャルワーカー、連携室スタッフ等または、看護師など携わる人たちが、在宅も、サポートされるんだと知識をもっているかの問題。 ・癌患者本人が在宅に帰りたいと願っても家族が延命を望めば、又は告知を拒否されればかなわないという問題 ・受け入れる側として、実際に 24 時間体制で（在宅療養支援診療所など）サポートできる医師が少ないという問題 これらが考えられると思いました。
1515	（１）問２－ｂでも書いた。 （１）経済的理由（２）施設での医療行為の限界（３）入院継続の困難性（例えば中心静脈栄養は逓減性により長期入院拒否、療養型マルメによる受け入れ拒否、施設受け入れ不可）につき在宅しか選べないのが現実。患者はそれを受け入れるしかないような状態に追い込まれている。 死亡の場所を在宅へ誘導し、選択肢を狭ばめていて患者の希望という設問の仕方は納得できない。 決定権は本人にあるとはいえ、どこでも自分に選べる状態に現状はない。
1516	患者本人が在宅での療養を希望されたとしても、その思いを支える家族の状況や思いから、受け入れが難しい事が多い 医療者側の体制も地域や病院により違いがある
1517	・在宅支援の充実化
1518	“患者の願い”だけでは、在宅での死亡は難しいと思います。 患者をとりまく人々が、患者の願いをかなえる為に同じ方向を向かないと、死亡の願いをかなえるのは困難である。 また、患者自身も元気な時から自分自身の死に場所を考えていく必要があるのではないかと思います。将来的な介護力低下が予測される中自分自身の死もどういう死を迎えたいのか…死に場所を考えていける様な“患者教育”（←患者になる前かな？）も重要では
1520	・自宅で最期を過ごすことの不安（患者・家族それぞれにとって） ・介護力不足（家族に迷惑をかけられない） の問題があって、希望は自宅だが、仕方なく病院を選択していると思う。
1521	サポートの充実で改善されるべきだ。
1522	国は理想をかかげすぎている。 現状は、居宅での課題が大きすぎる
1523	・介護力の問題も大きいと思います。 本人が家で死にたいと思っても、それを支える家族の協力がないと難しいと思います。 ・病院サイドが「在宅はムリ」と判断して、在宅に移行できないケースもあります。
1524	がん対策基本法の第二章第 16 条において国は居宅においてがん患者に対しがん医療を提供する為の連携協力体制を確保すること療養生活の質の維持向上の為に必要な施策を講ずるものとうたっており、在宅緩和医療を推奨している。 自宅ですごしたいと考えている方々の希望が叶えられるよう、私達医療者は努力が必要と考える。 又今後がん患者が増加する事も予測されるが、病院に入院したくてもできないがん難民も増加が懸念されると考える。仕方なく居宅ですごす人も増加するのではないかと考えられ、在宅医療ができる医師の数ももっと必要になるのだろうと予測される。

1525	①患者、家族の大病院指向を治すこと。 ②大病院の経営改善（急性期病院として成り立つ 外来の改善　3～6ヵ月処方禁止 末期患者の希望に即した医療 ③開業医（特に死に関係した科、内科、外科 et）の 24 時間対応。
1526	死亡の場所を自宅と希望しているのか 「自宅で過ごしたい」と「死亡の場所が自宅」は一致していない。 説明がよくわからない。
1528	できるだけ、患者の希望に添えるようにしてあげられたらいい…とは思いますが、それを支える家族やまわりの環境が患者の希望に添えなければ、とてもむずかしいと思います。患者の思いに添うのも大切だが、それを支える家族がどう患者をみとるか…それを一生背負って生きて行く事を考えると、家族も患者も納得できる結果を…と考えます。 両者が思うようにしてあげられたら…と思いますが、とてもむずかしい事だと思います。
1529	政府の政策のミス
1530	悲しい。 十分な情報を得られていない。得る機会が少ないのだと思います。
1532	自宅で過ごしたい願いを叶えてほしいと思うが、現状では不可能なことが多い。
1533	患者の思いと家族の思いが必らずしも一致しない →お互い気をつかって言えないこともある。不安が強い 患者を含め、自宅での死という状況がめずらしいと思っている人が多いと思う。 もしもの時どうしたらよいのか…。お互いに不安なのだと思う。 チューブやキカイがある時は不安は増強する 理想と現実のちがい
1534	・患者サイドの立場にたてば要望を叶えたいと医療者としては思う。担しその場合主介護者となる家族の負担が大きい。 ・中には、ケアをする事に対して疲労を訴え、嫌がる家族もいるが、 ・介護者自身が高齢で、自分も医療を必要としている ・大事な家族が目に見えてやせ衰えていく事がつらい。（その事でうつになる家族もいる） 上記のような場合は、入院し、家族が側にいる方がおちつくと（両者とも）思われる ※患者によっては「家」に帰りたいのではなく、「家族」・「家庭」に帰りたいのだと思う。
1535	患者の願いが叶えられるようになることは理想。 叶えられる体制をととのえていければいいと思う。
1537	介護力の不足 終末期の不安 医療の連携不足、知識不足
1538	10%自分の要求が叶えばよの中はよいのでは あまりに癌々と云いすぎているようだ。 医療者介ゴ者の自己満足ではないかと思える所も多ある。人間の生き方はそんなに単純ではない。
1539	医療と家族との連携が大事にて家族の精神的なストレス身体的な疲労など負担にならないようまず看護師が家族に協力的でなければ本人（患者）の立場在宅での安楽な生活につながらないと思います
1540	患者様ご家族共に、病気をかかえたままでの在宅生活をイメージできていないのではないでしょうか？物理的経済的にも在宅での生活が困難な方もいらっしゃると思いますが、地域支援や様々なサービスの利用、不安・疑問をなげかける窓口等がはっきりしていたら、実現可能と考える方が増えると思います。
1541	勤務病院では治療を目的に来る患者であるので治る事への望みが高い。 治療が出来ないことを（余命）を告げることがうまく出来ない 自宅や近くの病院という事を伝えると 「お い出すんですか」と「みすてられる」という思いが強いようです。 元気に自分の事は出来る時は、自宅を望む事もありますが多くの患者は病院にいる事を希望しているように思います。 図Dの結果は患者の希望であるが苦痛（症状）がある時は、現状では自宅では無理があると思います。
1542	・自宅における医療体制（訪問看護、往診）が不充分なこと ・介護される側と、介護する側の気持にずれが生じるため ・精神面におけるケアの質が低いため
1543	住みなれた家ですごしたいと思っている人は多いが周りでサポートする家族への負担が大きくなったり症状コントロールが十分に行えなくなって病院に来られる人が多い 上記を十分サポートするには、地域の体制もまだ弱いと思う。 90%は病院死だが癌難民の方も多い
1544	家族の不安が強いのが大きな問題である。社会資源の活用、在宅訪問医など情報を多くあたえることが大切だろう。 また、在宅医の pain コントロールへの知識不足も問題
1545	１人の医者のかかわれる範囲（人物、時、場所）はかぎられている。自分のかかわった患者には私の Best をつくしているつもりだが…。 しかし年令と共に行動ハンイは狭まる。
1546	家人の負担（身体的・精神的）を考えるとやむをえないとも思われる
1547	患者様の願いがあっても、サポート不足、家庭の事情などで自宅で過ごすことは、たしかに難しいのではないかと思う。 患者様を支えることは、介護力も必要であるし、精神的な負担も大きくなる。希望が叶えられる方は図のとおりほんの一部であり、叶えられた方は幸せだなぁと思います。
1548	患者は家族に迷惑をかけるからとかなり気をつかっている現状。 また、独身の高令（50～60 代）の子供が１人で抱え込むには自宅という選択肢はないのが現状です。 在宅でのサポート体制がきちんと整えてあることが、一般市民が理解していかなければ、普及していかないと考える。 また、在宅死に家族が抵抗がある様子がうかがえる。
1550	患者の気持ちも理解したいが、現状の介護体態では不可能と思う。
1551	残念である
1552	在宅でのケアが充実していれば可能ではないでしょうか
1554	“これが現実だ”と思う。 所栓キレイ事のように思える。 自宅で家族と共に最期を迎えることはあたり前の事なのにパワーの問題、メンタル面、経済的なこと、死后の社会的な処理（例えば死亡確認とか？）などを考慮するとどうしても当人も周囲の人々も互いを気使い、歩みよるとなれば結果的にＨＰに頼ることになるのだと思う。
1555	本当なら、住み慣れた場所、家族と共に最期をむかえたいと思うが、仕事していたり、介ゴ者が高令だったりと在宅では困難な場合が多いと思う。
1556	本当に自宅で死亡したいと思っているかどうか！
1557	「治療を行う病院」と地域かかりつけもしくは在宅医との連携不足。 介護を利用するとして“ケアマネ”の知識の差が多きい
1558	実際の患者、家族の思いは、全く家で死亡をと考えている場合と、苦しくなったら病院へ行って処置してほしいという思いの場合がある。 訪問ステーションとのカンファレンス時に確めても、色々なとらえ方がある。「やすらかに死亡を」と考える方はとても多い。苦しくなった時に、自宅で見ることは困難と考える人が多い
1559	本人がそう思っていても在宅療養の環境が整わないと、不安の方が強い場合いが多いと思います。 又、本人をとりまく家族の負担感や不安の軽減についてもサポート体制が充分とは言えないため、在宅での最期を叶えられる方が少ないと思います。
1560	現在の社会状況をみると、患者、家族をとりまく状況が厳しいため、在宅での終末と看取りというのは、むずかしいと思います。地域医療と看護、介護の力を借り、物理的条件のある方でないと、なかなかむずかしいというのが現状ですが、私たち訪問看護師は在宅医と連携し支えていくお手伝いをしたいと思います。
1562	患者自身も自分の死地について考えていない人が多いのではと考えます。ましてや家族の立場としても苦しんでいる身内をそのまま家でみるのは困難であり、たえられないと思います。加えて今の日本の現状、仕事を休んでまで介護できる人は少なく、家庭にそれだけの財力もないのではと考えます。司法の立場からも、何かあれば警察の介入等、一般の人からすると、身内を自宅で看取るのは大事な事であると考える。
1563	ご本人が自宅で死にたいと願っても家族の都合、死亡確認の問題など まだまだいっぱい問題があるように感じます。
1565	在宅となると家族への負担や、色々なことを考えてしまうことと在宅診療が普及していないことに原因がある 在宅の方が金銭的な負担が少ないし、国としての政策としても在宅を推進する必要があると考える
1566	できる限り在宅療養ができたら良いと考えるが家族の負担、本人の不安軽減、をはかれるだけのサービスが不足しているように感じる 往診医の少なさも問題ある。
1567	訪問看護の中では、家族の見取りの体制が整えられ本人の希望が有れば叶えられています。もちろん主治医の対応が十分である事は必須ですが又各職種の連携の取れたサポート体制も必須です。
1568	医療従事者の緩和ケア技術の向上が計られ入院が必要なときいつでも入れてもらえる連携病院があれば在宅死の率が上がると思われます。 またいつでもコンサルトできる緩和ケア専門医が身近におられればベストかと思います。
1569	病院ー診療所の更なる連携の必要性―地域の開業医さんは、特に疼痛ケアに対して関れない。現実として目の前に在宅死を望む疼痛のあるがん患者さんが居ると、「教えてくれる人が居たら自分でもこの人を看取ってやりたい。」という開業医さんは多い。しかし、この地域の中核の急性期病院は、地域がん診療拠点病院に認定されたばかりで、ひき受けはするが、在宅に戻す又は在宅主治医との連携まで整備されていない。連携パスが定着し、疼痛コントロールができた患者さんを、地域の開業医さんに渡し、病院の医師が開業医さんの相談役となって指導ができれば理想的である。在宅療養を介護する御家族（もちろん本人も含みます）は、私達訪問看護や介護保険事業者が支えますので、頭の中で考えると、そんなに難しいことではない様に思うのですが。
1570	本人、家族はもちろんの事、地域の住民（特に隣人）に『死』に対する教育が必要と考える。人の死が恐いもの、気持ちの悪いものという考えは根深く特に独居高令者のターミナルは隣の人が自分達の知らない間に家で死なれたら困るというケースはある。又、訪問しているヘルパーがしんどそうだからと救急車を呼んでしまう事もあるため、事業者に対しても教育の必要性は感じる。 患者がどこにいたいか。誰かの目や考え方を気にせず選択出来るようなコミニュテイの構築の必要性を思う。
1571	核家族化の結果
1572	患者の願いよりも家族の生活が優先 患者と家族の関係が上手くいっていない 病院にいてもらう方が家族としては安心 進行していく病状への不安 介護力がない 他者が自宅へ入ることをきらう（家をみられたくない等） こうしたさまざまな要因があり患者の願いだけを押しつけることが出来ない。周辺要因が改善されない限り、患者の願いは実現が難しい。 しかし、在宅の良さについては、今後も発信し続けたいと考えている
1573	在宅ターミナルケアにおいて問題は、在宅介ゴ力だと思います。 結局、在宅で介ゴする人がいない。介ゴする人の負担が大きく現段階では施設での“みとり”が多い。全国的にも在宅死は 12～13%と思います。
1574	癌の痛みからの軽減、麻薬の投与、また、急に痛くなったり、苦しくなった時の対応は病院でなければできないと思っている人が多い 又、自宅に帰ると、家族に負担がかかりすぎて迷惑をかけるという思いが強いためと考えられます。 　在宅支援診療所、訪問看護の 24 時間対応など説明していく事が必要である。又、在宅支援診療所と病院が連携している現状を病院のケースワーカー、ケアマネ等が入院初期なり説明し早くから在宅医療、介護事業所が情報を共有し、連携していける安心感をつたえる必要がある。
1575	信頼関係がある、自分と必要としてくれるなど 自己の存在価値が維持できる自宅ですごすことは皆の願いだと思う。 しかし、安心してすごせる（患者も家族も）状況であるのかを考えると、現実的に今は無理なのだと思う。 家族ひとりひとりも仕事をもっていたり自分の生活をもっていたりと様々な状況があるので
1576	社会資源の活用と家族の協力があればクリアしていける問題であると思う。 現に私の祖母は、かつてより希望していた在宅で看取りました。

	本々、脳内出血をおこし言語障害、マヒ。リハビリをしながら病院で療養していたが年齢的な事もあり回復せず症状（廃用性症候群）進行し、全身拘縮、嚥下困難、胃癌（ＯＰ適応なし）あり全介助胃ろう造設。点滴。 回復が望めない中、私の父が祖母の希望を叶えてあげたいと、退職を機に在宅療養の準備を行いました。ケアについても父が病院に通い指導を受けケアマネと相談しながらすすめていきました。訪問看護、デイサービス、往診家族の力で、在宅で看取ることができました。社会資源のありがたさ、在宅医療をする上での支援を受けれた事をうれしいと思う。
1577	希望と現状は難しい
1579	当科の場合症状に対する不安があり安心感から病院を希望されているので… 在宅希望に至らない原因（個々の）を明確にし在宅サービス etc 活用の説明してはどうでしょう
1580	家族のサポート体制もさながら地域の医療施設がどこまで出来るかです。 医師も看護師も不足しています。
1582	現実の情勢と国の対策とがミスマッチの状況だと思います。 現状がおくれている状況だと思います。
1583	介護力、環境的にむずかしいのかと思う。 又、逆に自分が患者の立場だとしたら、家族にかける負担や迷惑を考え、言い出せないのかもしれない。とも思う。
1584	case by case で一律には答えられない
1585	本人は家族の負担を考えて、在宅希望を言い出せない場合がある。 また、家族は、情報が得られず、在宅でみることの、不安が先に立ち、言い出せないのが現実かもしれません。
1586	在宅については、家族や在宅緩和ケア医の都合が優先する。 家族が家で看るのは無理という人が圧倒的に多い。
1587	病院へ入院させることが、「責任ある」対処の仕方だという思い込みが社会全体に強いことも問題か。 健康を保つのは自己責任だという思考もおかしい。 病いを得ることが個人の責任を越える部分があることを巧妙におおいかくしている。
1588	患者や家族が望む場合でも、地域によって、24 時間の体制をとっている診療所が近くにない場合については、希望がかなえられない状況がある。
1590	入院・在宅を問わず選択できる幅をもつべき。現状は在宅だけでも問題のあるケースも存在する
1591	・家族が在宅死について受け入れられない現状がある ・在宅診療、訪問看護、訪問診療などよく理解されていない ・病院の中で担当部所が明確になっていない。在宅診療をすすめるうえでスムーズにいかない一番の問題点だと感じる
1592	患者は家族といっしょに過ごしたいと思っている。 一方で、迷惑をかけたくないとも思っている。 患者は入院していることで心身ともに安心できるとも思っている。 ・疼痛や呼吸困難への対応など 在宅で最期を看取ることが少なく、家族もどうしてよいのか不安に思っている 地域連携、ホームドクターの関わり、終末期ケア、緩和ケア等が充実しない限り、同様の現象は続くのではないでしょうか。 自分も自宅で過ごしたいと思っているが、施設に入ることになるだろと思っている。
1593	本人の意向が一番と思うが、その周りにいる家族の協力や限られた資源、福祉サービス等の不足等で希望がかなわないこともある。 在宅療養していても疼痛コントロールが上手くいかず、入院せざるおえないことが多い。
1594	重大な問題である
1595	訪問診療、看護、訪問サービスの充実を図る必要がある。 ペインコントロールできる体制づくりが必要である
1596	社会・家庭の事情がある。患者の思いが通らないケースも多い
1598	死ぬ時は病院へと考えている人が多い。癌の末期は痛みが強く家ではみれないという認識か根強い。上麻酔等、鎮痛剤は恐いとの認識が払拭できていない。 在宅緩和ケアの知識と説明能力が不足しているのではないかと考えています。
1599	病状のコントロールができて、 Pt や Fa が十分な説明を主治医からうけて予後を納得して在宅支援診療所や、訪問看護介護、福祉との連携がとれて 帰る家と、ある程度の経済力があればもう少し希望がかなえられるのではないかと思うのだが… 在宅看取りの情報や、ケースをオープンにして一般に知ってもらう努力を国、県や市町村でしていく。教育の充実をはかることも必要。 帰れないケース（介護力 etc）が増え、H・P でも治療が終了し退院せざるをえない状況の中で、「看取りの家」が在宅支援診療所や他■が連携してかかわれるあればいいと思う。
1600	病院やその他施設は限られている為、これ以上は増やそうにも増えないとは思う。又、「自宅で過ごしたい」と思う人についても「絶対に自宅で」とまでは思っていないとも言える。 「家族に迷惑をかけるのは嫌だ」と答える患者も少なからず居る。
1601	がん告知について本人には手術の前には「…がん」という病名を告知する場合がほとんどである。しかし転移があり、余命が限られてきた場合、家族の希望もあり本人には余命については告げられず、転移の部位や、転移ということも伝えられない場合がほとんどである。しかし、疼痛コントロールがすすみ痛みが「0」の状態で在宅での療養生活となる。在宅で過したいと退院され、長い経過を経て在宅での看取りをする（できる）家族が増えている。長期的に及ぶと本人を支える介護力が重要となってくる。
1602	在宅で療養するには、その家の介護力、患者と家族の人間関係、経済力、家屋の構造、地域の医療介護事業所の状況、■よりもその地域社会が安定しているか否かが影響します。 一方先人の努力で在宅医療はかなり質量共に充実してきておりますが全体からみればまだまだ力量としては小さいです。 さらに、医療者（特に医師）の中では在宅医療の実際を知らない人々多いと受けとめています。同じことは患者側にも云えます。 これまでのように実践な交流し、医療従事者の中に広める努力と特にマスコミを通して、国民に広く報導されてゆくことが今とりうる手段でしょうか
1604	在宅医療の強化、地域の施設協力強化が必要
1605	在宅支援できる医師が乏しい。
1606	自分らしい過ごし方ができにくく人としての尊厳が守られない。
1607	訪問診療や訪問看護の充実が急務。 しかし、上記のことのみでは、核家族化している現状では介護者への負担（心身）が大きすぎる。
1609	統計上「がん療養者の～」とあり、又がん死の 90%以上は病院死とあるがこの統計が同じ条件下で比較（→もともとの入院対象Ｐｔを含んでいるのではないか）された数字かどうかがわからず返答できませんでした
1610	・自宅に帰るには、人の手がとても必要。 ・患者のねがいをかなえるには、病気になる前の関係もかかわってくると思う。 少しでも一緒にいてケアをしたいと思うことがあったら、在宅でくらすようにするのではないかと感じることがある。
1612	住みなれている家で最期を迎えることは理想である。 しかし、在宅看護を行なうためには家族の支援や協力も必要となる。核家族化している現在の日本では、不充分であることが、問題と思われる。医療者側だけの力だけでは叶えることが難しいが、今後未来に向けて在宅での看取りが叶えられることを切に願う。
1614	在宅で看ていくには、家族の協力、看取ってくれる責任ある医師たちが地域にいるかいないかが大きい。
1615	１）家族に手間をかけさせたくないと考えている患者が多い。 在宅療養環境の整備がもっととととのえば、理解は得られると考えられるが、 問題点 （・在宅支援診療所の数の不足 ・休日・祭日休業の看護ステーションの多さ ２）最後まで同じ１人の先生に診てもらいたいという日本人気質
1617	やもえない。 家族がバラバラになっていてお互いに助け合う社会システムではないから、ここから改善しなければ在宅死はむずかしいのでは
1618	在宅療養を維続するには介護力が必要であるが 老々介護・援助者がいない（核家族）なによりそれを支える、看護職（訪問看護師）のマンパワー不足があると思う。 在宅医は増えてきても、24h・365 日看るのは介護者、看護職等だと思う。介護力がなく病院へいかれる人は多い。 報酬改正で加算訪問が評価されてもそれは利用者さんへの自己負担へとつながっていく。(経済面でも) 介護力・マンパワー不足・経済的な事情　在宅療養をご希望通りにすすめるには問題が多すぎる。 ただここ数年で癌末期の方の病状コントロール、疼痛コントロール等は以前よりスムーズに出来るようになっているので…。
1620	在宅緩和ケアがまだまだ非力、しかし我々のような個人開業医の連携のみでは到底無理で、在宅医療専門機関（仙台往診クリニック）を各地に作るしかないと思う。
1621	在宅診療・ホスピスの対応できるようになると、希望にそえるようになる。 Dr、Ns の人数の問題など大きいと思う
1622	家族系体が変っている（核家族）病院側も強く本人の希望をかなえてない
1623	安心して居宅で最期を迎えられる体制が必要と思われる
1624	在宅のサービスが以前よりは整ってきたがまだまだ介ゴ者の負担が大きいのもみてきたので仕方がないのかなとも思う。
1625	家族も核家族化し、近くにいない。又、夫婦で高齢であるなど在宅での看取りはとても難しい現状である。 緩和ケアやホスピスなどの施設を増やすべきです。 在宅・医療は今の制度では、職員の数も足りずに、成りたちません。
1626	患者の希望を「家族に」強く訴えることが必要と考える 家族の希望で最後を病院でむかえる事が多いと思う。
1627	自宅での最後をみとりたいと思っていても、現実的にはどうしていいのかわからず、病院を選択する場合が多いと考えられる。 自宅での最後をみとるために、対応の仕方を伝えていくのも必要なのではないかと考える。
1629	患者さんは在宅を希望されていても、実際、介護をするのは家族であり介護負担もありますし（患者）本人様の病状に不安もあると思います。 家で苦しんでいるよりは、病院で楽に過させてあげたいと思われると思います。 本人様と家族の思いが違っている所はずい分あると思います
1630	各家族、高齢者世帯、独居者が増加している状態なので周囲のサポート体制が整っていないと最期迄在宅で生活するのは大変だと思う どの場所にいても充分な医療、介護を受けられるような体制の整備と公的サービスだけでは支えきれないソフト面の協力を在宅ボランティア活動として充実できればよいのでは。
1631	この日本において悲しい■であると思う。それも、ほとんどが、死に対する医療者や周囲の人の無知によるものであるから、よけいにやり切れない。
1632	今迄生きてきた背景、人間関係、介護力、主治医の考え方により左右される
1633	たとえ本人が、在宅での死を希望されたとしても家庭の介護力に異いかあり 主治医がしんみになり相談にのったり往診があったりするなどの状況でないと、なかなか困難だと思います。
1634	以前は自宅でみとるのがあたりまえであったかもしれないが、この数 10 年は病院で死ぬことがほとんどで自宅でみとることに家族がなれていない。 自宅で死ぬことには本人及び家族の十分な理解が必要である。又そのことについての社会も理解しないといけない
1635	家族の介護力のないことを療養者自身が一番知っておられ「帰りたいけど帰れない」と思われている。家族にかかるサービスが十分に整えば自宅療養も可能だが現状では家族にかなりの介護負担が生じてくる。高齢者世帯では在宅療養の実現は一段と難しいと考える
1636	世論として自宅で生■ことを■していない。 関っている人々が本人とよく話をし選んだ事項について周囲の関係のない人が一般■で話をしてしまう。 このことが本人、周囲の家族の事故決定をにぶらせている 特に高齢者は自分らしくいきることに周囲の理解が必要です やはり、日本自体は本音とたてまえで語っている
1637	在宅で見て、看取るのがいいと思いますが、死の直前になって家族、その関係者が、急に救急車を呼んだり、とても不安な状況です。 法の整備ができていないため、最後になって医療の責任にされて訴えられかねない。そこがネックで病院で亡くな

	ってもらっている現状です。
1638	患者家族の意見の不一致又地域サービスの理解不足 また在宅死に対する偏見の修正を行わないと在宅死はすすまないと思う。
1639	ご本人の希望に添ってあげたいが、環境の整備が出来てない場合が多い。
1640	・本人の意志が家族の介護負担状況により揺らいだりペインコントロールがうまく行かず、そのまゝ病院死につながることがあります。 ・本人希望があれば家族をサポートしながら実現できるよう応援していきたいものです ・最終的には本人自身の気持ち意向（志）だろうと思います
1641	本人の意志より家人の介護力の問題と在宅医療への家人の意識の問題が大きい がんの病態を充分に説明できるだけの医療情報をしっかり提供した上で、本人、家人の理解が必要である 在宅医療を決定するためには充分な入院医療の説明経験も必要である
1642	現在の社会において在宅で家族に看取られて人生を終わることは、本人の希望ではあっても、家族への負担、不安に対するサポートの乏しさを考えると難しい問題だと考える。 必ずしも国の政策の問題だけでなく、家族に対する考え方、思いが以前とは異なること また厚生労働省－政府の考え方もこれらの結果と考える
1643	本人が家ですごしたいと考えていても、家族に迷惑をかけるのがいやだから病院に行くとおっしゃる方もおられます。もっと様々なサービスをうけることにより在宅でも可能だということを理解してもらう必要があると思います。
1644	死の場所は「病院等」以外の選択肢を提供していなかった結果であり、看とりの文化を失った社会の結果といえます 治せない病気、治らない病気があることを「知る」ことが必要でしょう
1645	自宅ですごす為には、回りの人の協力が必要である。 その協力を得る為にとくに家族には負担をかけられないと思っている。 又家族以外の協力者の存在をよくわかっていない。
1646	医師の説明不足、家族への説明がきちんとできていればそれなりのサービスは入れられるのにまずその作業をめんどくさがる 患者さんは帰れるとは思っていない。
1647	在宅療養、ことに無床診療所が行う場合に、それまでのかかりつけ医でなければ、患者・家族側の信頼を得ることはまだまだ容易ではない様に思われる。 在宅ターミナルケアの体制作りの実績を理解して頂く努力が足りないということであろう。 在宅での看取りをした御遺族に体験談を語って頂くなど情報発信の機会を作ってもらえないだろうか？
1648	昔は食事がとれなくなっても、今のように点滴で栄養補給を続けていくこともなかったと思うし、胃ろうを作ってということもなかったからいたみのコントロールさえうまくいけば、排泄の介護という問題をのぞけば（それも点滴によって、ねたきりでオムツ内失禁でということになりやすくなっていると思う）、自宅で過ごしていけると思う。 点滴がどうしても一時的に必要なことはあるかもしれないが、それを止める時期の判断が家族にも医師にもできなければ病院ですごすという選択しかなくなってしまう ただ訪問看護ステーションで点滴を家族にも指導をしてくれると家族も安心して家で過ごさせることができる。
1649	家族等の介護的負担や、在宅治療に関する経済的負担が多大な影響があると思う。在 宅医療を推進していくにあたっては、本人・家族の心理的・肉体的・経済的な負担を考えていく必要があると思う。
1650	受け入れ体制の問題が大きいと思います。家族が積極的でない場合が多く、家族の支援なくして、在宅医療は不可能であると考えます。
1651	本人の希望を叶う為に家族の協力が重要である 本人の精神的心理や家族の心理等病状の変化にともない不安定となってくる。家族が最後まで身守る事が出来るか。 医療スタッフのサポート体制が十分に整っていないと中々難かしいと思う。
1652	在宅の POWER 受け入れとＰｔの希望とのギャップ
1654	居宅で最期を迎えるためには、家族の負担が大です。 患者の気持だけを大切にすればよいというものではない。 皆が少しずつ譲ることが大切。
1655	患者が願う場所で死ぬには、そこに居る人に負担がかかる。この負担殆んど全てを個人負担にしようとする政策、方向が、願う場所で死ねないのだと思う
1656	介護者がきちんといないと在宅での看取りはできません。 地域によって世帯のあり方にも差があると思います。 一世帯の人数が少ないこの地区では本人がいくら望んでも無理な場面が多々あります。
1657	・病院から逃げるように家に帰る人もいる。 ・退院時期の見極めができず時期をのがしてしまうケースも多い ・家でどこまで看護や治療ができるか知らない。 ・ほんとうの気持ちが言えない。
1659	十分な話し合いをしていても病状の悪化に併う家族の不安や疲労世間てい等が影響していると思う 医療従事者として常に患者が家族に寄り添い適切な知識状況説明などしていく必要がある。
1660	終末医療（介護）の在宅関与は家族等に高度の負担を強いるので結局は病院等に入院させ、死を迎えることになる。当然の帰結である
1661	がん患者さんの末期状態の医療をいかにするべきか？食事摂取ができないので中心栄養を行うのか酸素呼吸、喀痰吸入、経量栄養、鎮痛症■等々治療の方法により在宅医療が可能かどうかが決まる。 医療関係者、患者さん、家族とが最後の迎え方に対するとらえ方により変ってくると思う。 できる限り何もしないで自然にという言い方法は在宅でも可能であろう。 社会の考え方による変化すると思う。
1662	・国は、男女の社会共同参画、（夫婦とも働き世帯の増加）、休日の連休化（国内、海外旅行、等の促進）等の社会的風潮を促しておりその一方で、高令者、がん患者の在宅療養を進めており、自宅でのターミナル患者の療養を困難としているもの（＝希望が叶えられない原因）は、医療、介護の要因単独ではなく、大きな社会システム（若い世代の労働環境、日本の住宅事情、地域コミュニティなど）の問題であると思う。
1663	悲しい現状である。

	ただし、在宅で最期をむかえることにはサポート不足もあり困難があることも今の現状である。
1664	家族の負担が大きい。 医療者のフォローが行きとどいてないような気がする
1665	在宅医療医不足、マンパワー不足が根本にある 家族の負担が大きい サポート体制がないまま在宅をすすめる政府があることに原因がある
1666	気の毒だと思いますが、療養を支えてくれる協力者の存在がかかせないので仕方がない部分も多大にあると考えます
1667	家族の受けとめ方にもより、最後の状況が穏やかであれば自宅で看取ることができるが、苦しんでいる姿は見れないし介護者にも疲労が出てくるので、病院でお願いしますという例も多い。 患者の希望を叶えてあげるためには予測できる身体的症状を説明していきながら、また、活用できる社会資源
1668	死期がせまってくると、患者、家族とも、不安感が大きくなるからと思われる。 主治医、訪問看護などの連携がより重要になってくる。
1669	家庭の構造、家族の介護力、社会的なコンセンサスなど多くの理由があると考えます。 また医療提供者側にも十分なシステムが地域になければ在宅での看取りをすることがむつかしいと思います。 全体的には死に対する経験や知識、受けとめ方が昔とちがって来ている事や、医療の進歩によりかなり医療的な関係が長くつづけられるようになっており一部の選択された方のみしか在宅で最後を迎える事が出来ないのが現状だと思います
1670	60%の方の希望が叶わないだろう、その理由から、その対応をしなければならない。 多くは、①急変への対応の不安と、②家族へ迷惑がかかるという理由に対する、対応の説明が必要。 在宅医療と、介護保険などの利用が充分になされる事は必至である。
1671	自宅で療養している方でも、終末期になると疼痛緩和の問題や、栄養面で食べられず衰弱して行くにつれ本人も家族も不安になり、家族にも介護疲れが出てしまう。 従って在宅医療を行っていてもターミナル期になると入院を望む様になる。
1672	癌は恐い病気、治らない病気で治療に苦しみを伴うというイメージがあり病院の方がいざという時安心だという考えがあるのではないでしょうか 痛みでひどく苦しむのではないか。そんな時どのように対応してくれるのか。家族に負担をかけたくないなどのさまざまな思いが交錯していると思います。このような不安を解消できるような在宅医療が社会的にも整備されていくと、数字は変わっていくと思います
1673	家族の不安が一番強い為、死と直面し恐怖に感じているのではないか 自宅でも看取りが出来る準備は出来ている（医師や訪看が連携をとり、家族や御本人様の意向をくみとり）事をよく話し合い理解を得られれば御本人の願いがかなうのではないかと思いますが御本人様も家族への遠慮や迷惑をかけたらいけない等の思い等が交互にあるのではないだろうか。真の願いをききとり家族の理解を得たら、その后の段どりを一緒に考えてゆくその方にとって一番良い送り方が出来れば一番良いと思います
1674	・在宅医療がどこまでできるのかを知らない。急変すると家族が不安になる等のことからそのようになっていると考えます ・主治医含め、何度もお話し、今后の経過など知らせておくことが有効だと思われる（在宅での看取り）
1675	社会資源の活用法をもっと世間にしんとうさせる必要がある
1677	◎介護力の問題 ・経済状況 ・支えるＮＳステーション ・在宅医　すべてがそろわないとなかなか難しい。
1679	自宅では介護力が不足している場合がある。 いくら本人が願っても、その家族にも仕事があり、むつかしいこともある。 現実はきびしいと思う
1680	なんとかしてあげたいと思います。 社会問題として考えるべき。
1681	患者教育も（←医療の受け手、消費者としてのあり方）生涯教育として必要
1682	・在宅医が少ないため患者も在宅に不安がある。Ｄｒも在宅をすすめにくい。 ・家族の負担がある。
1684	・患者をとり巻く人々（家族など）が、“死”という現実を受け止められずにいる。日本人の死に対する概念、教育にも問題があると思う。また、家族に迷惑をかけてしまうという思いも強い。 サポート対制があることを説明しても、患者がしりごみする場合又は家族がしりごみする場合が多い（両方の思いが一致することが少ない） 人はいつか死ぬ存在であり、死を考えることは、生き方を考えることにもつながるため、どのように生きたいか、どのように死を向えたいか、もっとオープンに家族の間での会話をもつことが必要だと思う。
1686	画一的ではないが、経特的な変化について対話が必要
1687	病院死になる場合、容態悪化で自宅に帰れなかった場合と、最後まで治療を受けさせたいという場合と、家族が看取る覚悟が出来ない場合があると思います。 病院に入院しているという安心感と、治療をあきらめさせていないという体制も関係しているように思います。 終末期を自宅で過ごすためには、24 時間対応してくれる在宅療養支援診療所と訪問看護、訪問介護、そして何より家族の覚悟が必要だと考えます。 30 年程前より病院で死ぬのがあたり前のようになってしまい、自宅での看取りを経験していない世代が介護する立場になってきています。患者さん自身が自宅で過ごしたくても、周囲の理解（家族、親せき等）が得られない現状もあります。
1688	患者は人間である事の認識以外なし、居宅で看取る事等考えて居ない。 あいている施設、安い施設、金の出す人には反対しないの現実が大多数です。
1689	・居宅での最期を迎えるには、家人の覚悟、周囲のスタッフの協力が大切
1690	患者様やご家族が退院後、在宅医療の知識が少なくイメージできないため、在宅希望する気持ちがあっても不安が強く病院へ戻られるケースが多いのだと思われます。
1691	患者は、在宅で過ごしたいと思っていても、家族が自宅では、自分たちが何もできなくなるから…看護、介護はできないのでは…と不安に思っているのではないか？ Ｄｒを混じえ、医療機関、在宅ケアマネ、訪問看護、訪問介護のシステムをわかりやすく説明しもっと活用できれば…と思います。

	経済的な面、精神的な面が負担にならないようフォローしていくことが大切だと思います
1692	①病院中心医療がまだ続いていると思われる ②勤務医が在宅医療を知らなすぎる ③勤務医が「不十分な医療でも在宅の方が良いと思っている患者もいる」ことを知らなすぎる。 ④在宅マンパワーの不足は確かにあり全てが在宅でもめんどう見切れない。
1693	在宅医療を推進しているが、そのうけ皿が万全に整えられている状況ではない。
1694	残念であり、まだまだ死についての話し合いが充分にされていない
1696	現状ではやむをえないケースも多いと思われる。 高度な在宅医療はむずかしい。介護する家族が少ない現実がある。核家族化の併害ともいえる。 先づともかく家族単位で早い時期からよく話し合うことが最も大切だ。
1697	①介護力の問題がある ②家族の「出来るだけのことをしてあげたい」という希望もあると思う
1698	患者が感じている事は家族の介護に負担をかけるという気使いが大きいと思う。しかし本心は自宅を希望する人が多い。介護をサポートするシステムや独居でも自宅で最後を迎えられる制度上の問題についての検討が必要だと思う
1699	誰もが最期は自宅で過ごしたいと思っていると思う。 しかし大半が無理だと思っていることが現状。 自宅で亡くなるということが当然の社会になることが私の理想。 政府、社会を巻き込んで、マンパワー不足のかいしょうや、長期休暇、経済面 etc 様々な問題がパスできるよう考えてもらいたい。
1700	日本の在宅においては家族にかかる負担が大きい 精神的な面ではなく身体面、経済面において患者が家族に申し訳ないと思うところが大きい
1702	・ターミナルケアの段階で入院生活を送られている人がほとんどであることが分ります。 ・治療が終ったら自宅で自由に家族と過される方がもっと増えることを願ってます。
1703	在宅を支える医療機関の数、熱意の不足、病院勤務医の知識不足、国民、（患者、家人）の知識・情報不足が根底にある。
1706	24 時間対応体制の在宅療養支援の医師不足や訪問看護ヘルパー等といった、ネットワーク作りが早急に必要と考える。
1707	まず在宅へ移行するタイミングが十分図れていないと感じることがある。 これは病院スタッフに在宅の現状を理解してもらうことで連携をとりながら、在宅へ早期に移行していただく。その在宅療養中に家族や介護者にしっかり向き合ってもらう時間を作ったり安心していただけるようサポートしていくことで死を受け入れてもらうよう働きかけることもできる。 これは当ステーションでの経験です。 しかし、家族介護力不足や本人の性格や病気に対する受け止め方もまちまちであるため一概には言えないところがある。また、不安材料として「痛みが出たら」「いつどうなるかわからない」「これからどうなっていくのか…」などきちんと説明し、理解してもらい一緒に傍に寄り添うことができれば最期まで在宅で過ごせる方はもっと増えると思う。
1708	・在宅医療を支える診療所、訪問看護等の機関が少ない現状がある。
1709	なるべく患者の希望にそえたいと思っているが、病状や、家族の受け入れやタイミングなどによって、そえる事ができない事がある。 同じ病院でも一般病棟と緩和病棟の差は大きいと思う。
1710	最期をどのようにすごし、向かえたいか、早期に確認を要し、自宅でという思いの方には、徐々に進行する、身体変化を予測し不安なくすごせるように、方法（在宅サービス、看護等）提供が必要と考えられる
1711	病棟、病院と訪問看護や居宅支援チームとの情報交換や共有の場が不足しているように感じる 最期の時をすごす場所がどこであれ、その患者さんの思うままその人らしさを皆だれでもが選択できることが理想だがその為に施設・病院と訪問看ゴや居宅支援が密に連けいをとらなければ実際実現困難ではあると思う
1712	一般病棟にいた時は、そういう自宅での死まで提供する余裕がなかったので、同じ癌の患者さんでも自宅で亡くなる配慮は出来なかった。 しかし、今は緩和病棟で患者さん優先なので、出来ている
1713	可能であれば 100%かなえることができればと願いたいが、家族・介護する方の理解、または、支援する機関をもっと充実させなければならないと思う。 人生の最期、しめくくりとしてその人の思いにそえていない現状が悲しく残念だ。
1714	できる限り、希望に答えるよう努めているがなかなか現状では、家族の受け入れの不安だとかどのように対応していいか不安など、家族がそばにいてあげられない状況で 1 人でいる時間が増えるため不安とか介護力がない、そこまでお世話する人がいないなど数々の不安理由にて、在宅死が叶えられない状況がある。 また、介護支援の限界もあり、望む対応が受けられず病院へ仕方なく入院となっている。また、出現する様々な症状に本人が不安を募らせ、やっぱり病院へ移行となっている。もっと安心して在宅で過ごせる環境へと支援できていければもっと増えてくると思う。（在宅死）
1715	コーディネイトする側の医療者の知識不足ネットワーク不足もあるのではないか
1716	本人の思いだけでは、叶えることが難しく、受け入れるご家族、社会的支援など総合的に考えると、病院で余命をすごすことも少なくないように思う。 症状コントロールがつけば、残りの時間のすごし方について叶えたい思いは皆にあるがご家族の生活を守る気持ちもあったりと複雑化しているようにも見受けられる。
1717	知識がない事が原因だと思います Ｄｒにももっと勉強して、又、開業医のＤｒにも 24h 動く事を知ってほしい。 実現してほしい。
1718	在宅で過ごすことが可能であり、それをすすめても家族や親族から受け入れてもらえず仕方なく最期を病院で迎える方が多い
1719	在宅ホスピスがまだまだ不足の状態。 家で看取るにはＦａの協力が必要となるが、独居の方が居るのと、Ｆａが居ても介護疲れや看取ることの不安が大きく、フォローが不足している。
1721	家族の協力性、家族関係、認知障害、処置が必要などにより、やむをえないことがある。
1722	緩和ケア導入のおくれ、せつび不足、終末期医療の医師の認識不足があると思う。
1723	在宅での環境（Ｆａの知識、医療スタッフの介入 etc）が整うことで増加していくのではないか。
1724	在宅での希望が多い
1725	在宅でとなると家族、病院、在宅医療チームとの密な連携が必要となってくる。 家族に介ゴカが不足していたり、チームの充分な理解がなければ成立しないため、患者さまの願いがかなえられないのではないか。
1726	20 年前は、癌の末期の患者さんは数ヶ月くらい長期入院されるのが普通でした。在宅での終末期医療は麻薬の治療、ＴＰＮの管■、ＰＥＧの管理、入浴（ハーバードタンクも含む）訪問看護、膀胱バルーン、在宅酸素療法など、ほぼ必要なことが可能となっています。しかし病院の医師、開業医でも、在宅での医療レベルの進歩を理解されておらず、在宅での終末期医療に積極的に参加されない先生が多数いらっしゃいます。まず、医療関係者、医師、パラメディカルへの講演会への参加、それから一般の市民への在宅医療の説明が必要です。 在宅で加療中に遠くへ嫁になった長女などが帰って病院へ入院させるように言い出すケースがよくあります。
1727	①マンパワー不足 ②療養者に対するインフォームドコンセント不足 ③独居の療養者に対する体制基盤不足
1728	ミスマッチを是正したい
1729	末期の苦痛度が昇じた際には家族では対応出来なくなるであろう。
1730	・患者自身のこれまでの生き方、考え方、ご家族との接し方により、在宅で介護を受け入れられない家族がおられる。 「心」の問題あり。患者自身の問題がある。 ・患者様に関わる医療スタッフの意識不足や思いの違いで十分に患者様やご家族にアプローチができていない ・患者様が在宅へ帰る場合の受けいれができていない地域がある
1732	結局は家族の介ゴの負担が大きく、また患者の状態を把あく出来ない家族の心配も大きく、結局病院もしくは診療所へ入院して終末を迎えている。
1733	医師が在宅で看取ための必要な社会資源の活用方法を知らない事が多いと思います。 それと、真剣に患者と向き合って話していない。本人の意思を無視して、家族に家では無理と頭から思っている医師が多い。
1734	癌は私の専門分野とちがいますので推測ですが癌の告知は進んでいると思われますが本人への余命いくばくとないとの告知はあまりされていないのではないでしょうか。 又在宅胃瘻経管栄養、在宅中心静脈栄養かぎられた、病院の在宅医療でしか行えないと思われますのでこの傾向はつづくと思います
1735	①昔の自宅と現在の自宅は形態もよく便利な設計環境になっている。訪問診療も可能となっている。あまり病院が本人の意志を無視して強引である ②病院の赤字が最近は多い。病院はここしか病態が分らないしその対処が出来ぬと思っている ③自宅では多々の検査は出来ぬが患者が自分だけは検査も充分にと思っている ④患者・患者家族も悪い。世間程もあるだろうが病院集中。 ⑤よって自宅か自宅に近くに有床診が望ましい
1736	少しずつ在宅死を望む方は増えてきている（病院死が当然の時代から、現在はどちらをえらびますかの時代になったのではないかと思う） 又、ぎりぎりまで在宅で過ごし、いよいよもって意識が↓となりＦａ疲労が 1 の時病院を選択するケースもあり、急には無理だが長い年月の中で少しずつ在宅死が増えるのではないかと考える。
1737	家族の受け入れができていない！！
1738	すべてのガン末期患者については無理と思われる。 （設備品が不十分なため）
1739	在宅医療や有床診療所に対する知識及び報酬を考える。 特に在宅医療、有床診療所の入院費を高くしないとダメ
1740	在宅ですごすことは、末期癌患者さんにとって、治療を放棄することになると本人も、家族も考えているためもあるでしょう。 倫理感の問題もあります。 準備はしているのですが…。
1741	私が最期を迎える場所 （意識のある時～自宅療養 意識がない（あるいは苦痛が大きい場合は意識レベルを下げた場合）～病院、自宅どちらでもよい。 自宅にいても、家族が居なければ、人のいる病院が良い。 最期を迎える場所は、看取る家族が居るかどうかが重要です。
1743	在宅診療を充実していく必要があると考える
1746	やむえないと思う
1747	・介護力がなく現実的には無理な方が圧倒的に多い ・「何かあったら！」という想像がどうしても在宅に踏み切れない
1748	特にお年寄りは在宅死を希望していると思われます。
1749	在宅医療を 24 時型にして患者、家族の支援が充実していれば良いと思う。
1750	自宅で過ごしたいが、実現は難しいと思っている人が多く、在宅での医療を知らない方が多いためと考える。退院に向けて、在宅でどのようなサービスを受けられるのか、情報提供し安心して退院できるよう調整が必要。
1751	介護力の有無 家族（介護者）の介護に対する思いにより自宅で過ごしたいと思っている希望が左右されると思われる。 また、在宅療養をサポートする体制があるかないか（かかりつけ医、訪問看護他、介護サービス）も大きく影響される
1752	すごく悲しいことに感じる。 しかし、自宅ですごすことにも周りに全く医療者がいないことは患者、家族にとっても不安は強いと思うため、どの時期を自宅ですごすか入院した方がいいのかも場合によって考える必要がある。
1753	・医療者側（医師、看護師）が本人、家族の能力を信じず、在宅療養は無理と判断し、転院や施設入所等をすすめる。 ・勤務医は特に、在宅での患者や家族の過ごし方を細かく情報収集せず終末期をどのように迎えているかを知らない為、自宅で看取る事は非常に大変な事であると認識（確かに病院では大変）し、それを本人、家人に伝えるため、自信をなくし、入院での永眠となっている。医療者の終末期、本人家族の生き方に対する配慮や対応のレベルが低い！！（サービス提供側としては非常に人の命を軽んじていると思っている）

	・病院勤務者があまりにも在宅支援に関する知識が低い為、情報提供ができず一部の専門部署に負担がかかっている。 ・もっと患者家族とコミュニケーションをとり、本音をきく必要がある。
1754	昔は家で亡くなる人も多く、死について現在より身近かであったが、現在は核家族がふえ、在宅死という考え方が遠のいている。 実際仕事をしているため看れないし、病人をみることに不安を感じる、と考える。
1755	在宅を開始して１週間ほどで在宅での看取りの可能性について本人､家族が積極的に考えるようになってくるので、そこを支持すれば、現実にもできるようになる。 長期化する場合（骨転移、脳転移でＡＤＬが低下しても生命予後が比較的長い）は介ご力不足が問題になってくる
1756	家族の崩カイ 死んでゆく人は、生活に追われている人には邪魔者になります。
1757	患者は、在宅ですごしたい希望があっても、家族の協力や支援がない、又は自信がなく在宅で最期を迎えられない事が多い。 社会的サポートの情報提供しても、家族は最期の時を苦しませるのではないかと自宅ですごすのを恐がってしまう現状。もっともっと自宅ですごせる保障をしてあげられる体制を作るべきである。支える医療体制の拡大を目指す。
1758	介護力不足や家族も介護についてよくわからず不安のみが先立っている。 家族が家で何かあったら救急車で助けてもらおうと思っているのか、なかなか死を覚悟できないのか、と思ってしまう 元気な時から「死」について、夫婦、家族で話しておくことが大切だと思う。
1759	最期どうなっていくのか、突然のことが起きたらどうしたらいいのか、等不安は多い。 また、家族も介護が難しくなれば病院へ入院させることが多い。 家族に看取りや最期まで看るという強い意志がなければ現実的には難しいように思う。 また、在宅へ移行したあとの地域の在宅医や訪問看護が在宅死についての設備や環境を整えられなければ難しい。
1760	自分のことより家族のことを考え、気をつかい、自分はどうしたいのか、意志を伝えきれていない。サポート体制が不充分である。
1761	本人が在宅を希望しても、それを支援してくれる人がいれば、かなえられるが、すべての人がそうでない。 サポートできるシステムがあれば良いが、難しいことだと思う。 自分が同じ立場だとしても、あきらめざるおえない。
1764	・患者だけの想い願いだけでは、在宅死を支えることができない
1765	特に病院主治医などの医療関係者に状況を伝え、認識を深めてもらうことが大切
1766	患者が在宅での看取りを望んでも家族の事情が様々で、協力体制が整っていないと自宅での看取りは難しいと思う。 介護する人の体力、経済力、精神的な負担が大きくなかなか理想どおりにいかない事が多い
1767	現状として核家族化を含め、サポート態勢等が整ってないのではないかと考える。
1769	・患者自信の気持ちは一番大切だがその患者を支える家族の負担も十分に考えると自宅で最期をすごすことが出来ないパターンが多い。 ・患者の思いはきちんと伝えるが家族へ無理強い出来ない。
1770	誰でも自宅がよいと考えるし思っている 在宅療養に対する不安が強くほとんどの方があきらめている状況である。 まだまだ、在宅におけるケアが不足 家族は覚ごしていると言いながら状態が変わった時にどうしようと不安がある。 具体的な対応方法をきちんと説明しなければ不安は消えない。
1772	在宅医がもっと増えれば可能になるかも？ しかし、核家族化している現代、家で病人の世話をするには相当の覚悟が必要であるので、現状無理な事と思う。
1774	在宅での家族の協力体制が必要。本人が在宅を望んでも家族の問題がある
1777	がん末期の患者様の中には脳メタの影響もあると思いますが、せん妄を伴う方もいらっしゃいます。患者様自身の願いとは裏腹に人格までの変わってしまう家族を見るのはとてもつらいことと思います。24 時間体制で臨むのはむずかしいと思います。
1778	核家族となり、身近に家の中で亡くなっていく近親者をみたことがない人が圧とう的に多い時代、よほどでない限り、家の中でみていく不安の方が大きいのが家族だと思う。 しかし、患者は自分のエンドステージは住み慣れた我が家でと思い、帰りたがるが、家の人が拒否されるのが殆んど。
1779	がん患者となった場合に今後どうするかと考えるのではなく、その人自身の生活歴も含めて、日頃から死生観について本人、家族と普段の会話の中で話しておくことが必要ではないかと考える。 在宅での訪問看ゴを充実させる。緊急時対応の整備（医療、介ゴ報酬の加算等も含めて）正し、看ゴ師は女性が多い為緊急時対応をする訪問看ゴを裂ける可能性があり、人材不足となる結果が予測される。 患者を看る、家族が在宅介ゴできる様に指導支援の充実が必要。家族では精神的、肉体的医療に対する不安感があり「最後は Hp で」というパターンになっている。緩和、包括、訪問看ゴ、ＥＳＷ、Ｄｒが定期的にチームとして十分な連携をとりサポートする力をつけていくことが必要。
1780	患者の希望が叶えられない事は医療現場のスタッフの少さによる事だと思います。改善の必要性があると思います。
1781	在宅で介護し看とれたらその人も家族も幸せとは思います。でも実際に家庭でその人をみていくことは、環境的に経済的に大変なことですし、家族の不安も大きいです。訪看の方が、24 時間頑張っても数ない人数でされている現状では、どちらもつぶれます。
1782	病床の問題。 緩和ケアについての知識がない（知らない） 利用しにくいと思う人もいる？
1783	医師と家族のコミニュケーション不足。医師の在宅療養の知識不足
1784	・家族構成や社会構造の変化で家庭内介護力の低下が一番大きいと思う。 医学の進歩、情報社会の中で、又、保険制度確立の中で病気＝医療施設という図式化が国民の中に浸透している。 地域社会の中での人間関係、コミュニケーションの希薄さがあり、昔の日本の助け合い精神がなくなり身内の者だけで看取りをしていくことは困難である。 医学の進歩で延命が機械的に行われるのが一般的なので －自宅で死を！－がかなえられないのは当然の結果と言えると思う。
	唯､「死」について考えることも言われているので、在宅で死を迎えられるように少しずつ前進していければよいと思う。
1785	自宅で生活する為の介護力が不足していることが多い。 在宅サービスでは限界があり、タイムリーな介護が出来ない。 又、ガンの症状緩和への対応が十分に出来ないと患者が苦しんでしまう。
1786	不幸なこと。 経済大国日本なのに…笑っちゃう！
1788	希望をかなえられるよう変えていきたいが、仲間づくりが難しく、心が折れる。
1789	在宅で患者を支える家族の負担や不安も大きいと思う。
1790	医療者側の問題と思っている
1791	希望にそえることが一番だが、難しいと思われている方が多いのは悲しい。 難しいと思う理由にもよるが知識不足によるものや十分な緩和治療ができていないことによってそう思われているのであれば、医療者の問題でと思う。緩和ケアが行える診療所は少なく一般の外来でも行えるようになるとよいと感じる。
1792	正確な情報が、伝わっていないと思う。 医療者も業務が年々、多忙になり、患者さんたちに寄り添える時間が、けずられている気がする。 もっと患者さんの立場に立った細やかなサービスが提供できるようになると良いと思う。
1794	在宅医療を支える特に末期を支える整備がおくれている。 ネットワークの構築がなかなか進まない。 医療費、介護費などの抑制政策が足をひっぱっている。 国が本気で支えてくれる金が必要。
1795	核家族や支援体制が整えにくい状況では、介護力が確保しにくい状況が現実のようです
1796	患者の気持にそって自宅での最期を迎えられるのが１番良いが、家族にも負担が掛り精神的にもつらくなる為、病院へ入院し最期を迎えてしまうと思われる。在宅医療でも癌にともなう症状、（せん妄、不穏、不眠、うつ、ケイレン）などが出た場合、在宅では困難となり入院へ移行してしまうのは、やむえないと思います。 夜間や緊急時でもすぐに往診できる、システムができれば上記の症状の緩和もでき、在宅で過ごせることができるのではないかと思う
1797	在宅緩和ケアがまだまだ浸透していないためと思われます。 病院から引き受ける開業医の先生方もなかなか増えていない現状だと思う。
1801	主たる介護者も配偶者のみでマンパワー不足という現状は変っていない。
1802	在宅のケア、家族の理解がないと不可能（在宅療養） 最近の傾向として、老人が寝たきりになると老人ホーム、病院に入所、入院させて欲しいとよく言われます。 10 数年前は、年寄りは、家で寿命をまっとうしていたが、地方になればなるほど最近病院での死亡が多いと思う。
1803	総医療費の上昇の大きな原因。 医療資源のむだ使いとなっている。 抗癌剤は有効率が 70%以上ないと保険外にするべきかも。 在宅での緩和医療にかかる費用を無料にすれば誘導できる。
1804	家族が癌末期の人に家庭でどう向きあうかの慣れていないため また、共働き、夫婦が増えたため、家での看取りは、不可能な、家庭が多いのではないでしょうか、ある面しかたないのかもしれません。
1805	①患者は、家族への負担などを危惧しているのが、叶わないと思う第一の理由 ②死亡の場所そのものが病院でもよい。できる限り在宅ですごし、最期は病院でもよいというアンケート調査も少くない。 ③一方で、この期になってなぜ病院へ搬送するのかという医療者側の思いと、家族の、この状態では家では無理と考える思考過程には、ギャップがある。医療側から､「最期」の状況を（予測される）家族に十分伝えていないからと思う。そして、そのように見守ることが、最もよい看取りであるという安心感を与える必要があると思う。 ④「死の準備教育」を、もっともっとおしすすめる必要を感じる。
1806	在宅での生活を望まれていても疼痛緩和がコントロールされない場合はＰａ、の方がいたたまれなくなり病院への入院を希望される。
1809	介護者の負担軽減策がない限り、在宅での看取りは増えないであろう
1810	家族の意向、対応力によりやむおえない部分もある
1811	現在の在宅 system／日本人の死に方に対する考え方が現状を反映している
1812	現在の医療、介護のサービス内容では仕方がないと思います。 同居の家人がおり、介護へ使える時間、体力、精神力がある場合は、例外ですが独居や、介護力のない家では 24ｈ患者を見守ることはかなり困難です。在宅サービスでは訪問介護などは、点数が全く足りないと思います。 しかし基準を緩和しすぎると、制度を悪用し、介護を放棄する家人もでてくると思うので私個人はホスピス的な療養型病棟が増えればいいなと思っています
1813	＃１患者本人の希望と家族の希望がいつも同一とは限らないことをまず認識すべきである。医師がどうリードするかは、人間関係、家の環境、経済的問題等種々あり難しい。 ＃２余命どの段階で在宅療養に移るかは個々において複雑である増悪時、入院希望もあれば、家族の一部は入院不要という場合もある。最期に近づいた時だけ在宅自望の人もいれば、安定している時は在宅で過ごし終末は病院に入院したい人もいる。
1815	患者様の思いを１番に優先させるべきだが死を迎えるまで生活を共にする家族の受け入れ体制を考えた場合、しかたのないこともある。
1816	がん療養者の最後の生活の場を在宅でという希望は十分に理解できます。ただ圧倒的にマンパワー不足であり、御家族の負担が予想以上に大きく実現がきびしい状況が多いです。 すべての御家族ではないにせよ、自宅で病人を看ることや御家族がいっしょに生活することへのこだわりに欠けている方が多い感じです。皆様御自身の生活に一杯でそれ以上みられないというのが共通する悩みであるようです。 癌にかかわらず、親や親族の老後、看病をするという意識が非常に乏しくこれは子供時代からの環境、教育が一変しないと解決はむずかしいのではと思います。 今誕生した子供の教育から変えなければ、根本の解決にはならないと思います。
1817	患者の願いがかなえられない、と言うより、最期はＤｒやナース、設備の整った環境の中で迎えさせたいという心境でしょうか。 それだけの環境の中で死亡するなら仕方ない…又は自宅で看とれば、もっと何か延命出来たんではないだろうか、

	という悔いが残こらないか…とか。 在宅で死亡する前にＤｒが寄りそっていただけていたら在宅死亡もあまり悔いは残こらないでしょうけど、たいがいは慌ててかけつけたＤｒが少しの時間係って死亡診断に至るケースが多いように思います。
1818	病院死が多いことは、現在当事業所として末期の悪性腫瘍患者の訪問を行っていても「ギリギリまで自宅で」「最期は病院に行く」という意志表示の方が多いです。 余命に対しての本人の意志を病院医師が受けとめていない。 忙がしいことに逃げて時間をかけたインフォームドコンセントを行っていない。又は不足しているのではないかと思います。
1820	・在宅医療についてを、広く一般の人々に周知していくことが必要。 ・家族の方々の協力、理解が必要。
1823	ホスピスの増床が必要です。
1824	がんについて一般的にはよく知られるようにはなってきているとは思うのですが、治療についての知識が多く「治すこと」に重点をおいていて「治らない」ということは考えれてないのだと思う。ギアチェンジの時期の説明に関しても病気とわかった時にＤｒが説明すると「これから治療しようと前向きになっている時に、効かなかったらどう等考えたくもない事説明された。」とおこってしまうＰｔもまだ多い。いよいよという時に説明すると「気力を失くしてしまうから」等、家族の判断で説明を拒否されることもよくある。希望が叶い在宅死となっているＰｔのほとんどが、自分から「治らない時はどうするか」と早めに考えれていた人ではないでしょうか？その他として医療者や周囲の説明で在宅を希望しても介護力・金銭面・地域性もありスムーズに移行できない所もあると思う。日本人は「生活の質」に関して普段考えすぎない人種だと思う。もっと健康な時に「生活の質」を見つめる機会があればよいと思う。
1826	国が体制をとらない。 国が費用おしむあまりきちんとできる状態でない
1827	疼痛ケア及び、介護・看護に対するマンパワーの不足が原因と思います（誤りかもしれませんが…） 国の医療費抑制政策、及び今の介護保険の在り方を見ると仕方がないように思います。 例えば介護報酬を上げても、現場で働いて居られる人の所得にならず、その所属する団体の利益になり管理者が得をするだけであるように思います。 又、個人の負担金も多額になり、家族の肉体的精神的負担も至極増大すると判断します。 このアンケート事体むなしい質問に思えてならないです。
1828	病院の医療者が余りにも在宅医療や在宅の医療・看護・介護の中味を知らなさすぎる。視点が自分達の立つ、医療を主体とした治療優先の中でしか発想していない。あくまでも疾患に対してであり、“その人”としての視点の欠落を感じる。病院と同じ環境、同じことが出来なければ在宅は無理だと自分達の狭い無知識の中で患者、家族に在宅医療のマイナス面のみを伝えしまっている。 病院側の意識と知識の低さが問題。
1829	１）家族の問題と考えます。 家族は自宅より病院の方が安心です。（やれることはやるけど最後は病院でと。） ２）病院：大学病院は現在、半・強制的にでも退院させています。 一般病院は地域の評判も考える必要があり、家族が受け入れない場合、病院での加療が続いてゆくと考えます（転院しながら） ３）本人：患者本人は自宅で過ごしたいが、家族に迷惑をかけたくないと考えます。仕方ないとあきらめています。（特に癌の末期など。） 又迷惑をかけないことを美徳としたいと考えています。 ４）かかりつけ医（私）：本人の意志が尊重されればと思います。
1830	昔のように家で死ぬのが当り前だった時代と違い、悲しく感じるが、現実には、在宅死が無理と思っている方も多い。サポート体制が整わないと、どうすることも出来ないと思う
1831	癌患者は苦しみがあって老衰とは分けが違う。家では対応できない所があるから仕方ない。在宅医療の難しいところである。
1833	色々問題があり簡単でない
1834	余命が限られていれば介護のパワーも出しやすいので、本人や家族（本人の思いを代弁）の望む通りをしてもよいと思うが現場ではそうこうしている間に時間がすぎてしまう 死ぬために家に帰る人もいるが…。もう少し早く話ができるぐらいの状態で帰せてあげたら、家族の中で死をうけ入れられるのではないかと思うことがある
1835	Pt.に選択権がある事を、Pt、Familyも知らない。十分な説明がされていない。 医療処置が在宅で受けられる事と、もっと知らせて、最期の場所を選べる様になって欲しい。
1836	状態の変化時家族は心配のため安心しておれる場所として病院が良いと思っている。
1837	まず癌の病名告知はかなりなされるようになってきているが、余命の告知はなされていないことがほとんどである。余命を知らないから、“最期まで在宅で”という選択がされにくい 一応退院するが、何かあったら病院へという方が多い みとりに関して、積極的なＤｒが少ない。 また、日常的に在宅Ｄｒにかからず、病院依存の方も癌患者には多い。最期の在宅という段階でも在宅Ｄｒを持たないという選択をされる方も多い。 なので在宅死を希望しても、“信頼できるみとりのできる在宅Ｄｒ”にめぐりあえず病院へとなる
1838	在宅の受け入れ体制が不十分→質の向上を図る必要がある （数も必要だがそれだけでは意味がない） 病院の考え方も変革を求める必要がある （生命維持のみではないという視点）（患者に情報提供ができる体制） 市民（患者、家族）の自律、どう生きるかという事を）を日頃から考えていく必要 こで最期を迎えるか
1839	理想的には在宅で、一生を向かえたいということであろうが、現実には難しい。小生も、2名を最後、在宅で、死亡の宣告を行っている。今後は、患者や家族の希望にそえるよう、最後を在宅で、みてとることができるよう、頑張ろうと思っています。
1841	家族の不安が大きい。二人暮しならなおさら介護が負担が大きい為
1842	御本人が在宅を希望されていても介護力がない為に施設を選ばざるを得ないケースや、ターミナルを診てくれる医師が居なかったり、在宅サービスの不足で在宅死は困難というケースが多いように感じる
1843	診療報酬には、24時間対応、在宅支援診療所等整備されつつあるが、現場では、極めて限られた人数にしか対応できない。 後方病院が確保できない地域では、在宅は不可能ではないか？ ターミナルについても最後になると家族が不安、パニックになり入院となることが多い。 医療側、患者側ともに問題をかかえている
1845	terminal の care の問題があり仕方がないと言うより仕方ない
1846	ある程度しかたがないことである
1847	医療介護福祉の現場で働く者の「思い」はかなえてあげたいと思っている。 貧弱な、財政（予算）のためできないだけ。 したがって十分な行政支出が不可欠。
1848	家族も在宅で看取る気はないし、そのマンパワーもないからしかたがない また小生は終末期まで往診ないし訪問診療を行っているがこのようなことをする医者も少ないからしかたがない
1849	在宅死を望んでも介護力がないなどの理由であきらめなければならないことが多い。また医療制度もまだ十分、その期待にそえない現状がある
1851	全て医療での対応に がん療養者の余命が限られている方は自己負担無料にして 在宅での訪問看護、訪問診療を気兼なく出来る様にする事が先決 訪問看護併設の介護施設（→通所介護など）での空き情況で宿泊を制限せず利用する事で受け入れは増加する（ただし個室静養ベッドがデイサービス静養以外に確保できる事）
1852	病院にせよ、在宅にせよ１番は患者の思いであるが、在宅を選んだ場合、患者だけの思いでは過せない。介護できる療養環境でなければ在宅で過したいと思っても過せない。 介護できる地域のサポート（資源）力にも差があるようにも思います。
1853	治療が初まってすぐに、在宅で死にたいのか病院で死にたいのかの確認が話されていないため、ほとんどの人が時期をのがし、在宅で過ごすチャンスを失っている
1854	在宅での看取りを見据えた療養については、いわゆる家族力がもの云うと思っています。その上での社会的資源によるサポートが必要です。しかし最近は、家族力の低下が著しく残念ながら病院、施設での看取り、長期療養となっているようです。
1855	在宅で過ごしたいと思っていても、苦痛症状が出現してくると、難しくなってくる。 在宅でも症状緩和のできる医師の育成が必要ではないか
1856	家族の介護力や経済力が問題となってきている。
1857	まず、在宅死が可能であることを広く市民に知らせることが必要。次に地域の開業医にも、在宅医療にシフトできるように、連携システム作りなど必要。また、在宅医療、介護、看護分野へのマンパワーの確保をすること。 尊厳ある個人の死を本当の望みどおりに迎えられるように。
1858	在宅での看取りを希望していても介護力がないため実現しない事はさみしい
1859	当事業所の地域では、ケアマネジャーから「訪問看護が入ると長生きするのであまり入れたくない」という言葉が聞かれます。介護者の負担の軽減といったことが主におかれて考えられているようです。そんな中で患者の願いは「無理をいうわがまま」と捉えられているのでしょう。難しい問題だと思っています。
1860	現在までの医療者の行動、言動、本人の意識 family の意識コミュニティー全体としてのふんいき 県、地方、国（行政）のはたらきかけ など戦後の日本が進んできた流れの責任であろう
1861	入院や外来で症状のコントロールがつけば在宅療養はしやすくなる。 主治医が本人や家族ともっと話し合い、選択肢を広げてあげて欲しい。 しかし、在宅でターミナルを迎える場合、家族の協力も必要なので今の核家族や、仕事を休めない等難しい方も多いのが現状。
1862	家で何かあったらどうしようと不安に感じている →「何か」というのはつきつめれば呼吸停止、心停止それに至る過程である →「死への教育」が全くできていない だから不安なのである
1866	願いがかなわないことは悲しいことである。 現実としては介護力や、サポート体制など難しいことが多い。
1867	悲しい現実だと思います。昔は高齢者は在宅での死が主でした。自然な死というのが周囲に受け入れられてない現実があると思います
1868	生活スタイルの変化 マンパワーの不足 時代的背景もあり難しい問題だと思います
1870	カク家族化が進んでいて無理だと思う。
1871	緩和ケア病院が増加する事を希望する
1872	多くの要因があると思う。 １）在宅療養のサポート体制が不十分なこと。 ２）がんのターミナルケアについて在宅を支える医師、看ゴ師などの職種が習熟していないこと。在宅を支えるケースワーカー部を除いて臨床心理師などが圧倒的に少ないこと。 ３）２）を後方からバックアップする体制がないこと。 ４）３）と関連するが、緩和ケア病棟が圧倒的に少ないこと ５）在宅療養を支えるには日本の現状では支えられる家族がいることが条件になるが、そうできる家族も少ないこと。
1873	本人の遠慮、希望しても家族の拒否、介護力の無又は低さ。 核家族構成等々、昔の日本のように在宅死が叶い、又、ある意味当然のように思っていた社会でなくなった現状がある。
1874	前記と同様、家族の受け入れの気持ちによる。医療者のみでなく、家族の受容（→※）の気持ちが、■■きめてない場合は、お■■■■ →※今までも、入院■■自宅へ帰られても、家族の受容の体勢ができておらず、往診■■■■で対応しても、状態悪化時、連絡前に救急搬入されていたことが何度もあった。 死への受け入れの精神状態が大半の人にはできていないと思われる。医療従事者のみならず、宗教家等の介入も必要かなと最近は思います。
1875	介護力、経済力、病院の体制本人の強い意志（在宅がよいという）これらすべてがそろっていないとターミナルは

	困難。ゆえにどうしても死亡の場所は病院になってしまうのはある意味仕方がないと思う。
1876	１）昔からの日本の家族制度の崩壊が最も根本であると考える ２）家族（特に今は夫婦共働きが多い事も原因？か）が手がかかり自家で看取れない気持ちも多いと考える 即ち本人が希望しても看護する家族に拒否がある 或は患者本人が家族に迷惑をかけると云う思いがある。
1877	在宅療養を支える医療連携システムがまだ構築していないので、安心して在宅療養ができる状況が必要と思います。
1879	在宅終末期管理できる体制が整っていない 整っている場合でも承知がなされていない
1881	核家族から大家族への回帰が必要と考えます。また死について実感のない人々が多く、家族の死を直視せず逃避しようとする。自宅看取りを同意した家族も患者の発熱痛み、うめき声etcに耐えきれず入院希望を強く求めたり、救急車要請することが少くない。
1882	現代社会においてはいたしかたない
1883	患者、家族はまだまだ在宅ターミナルを迎えることについて受けいれられていない。 在宅で往診が受けられ、疼痛コントロールや在宅看護が受けられることを知っていない。
1884	余命が限られている患者さんの御家族への啓蒙（あるいは国民全員）医師や医療スタッフの教育が必要と思われます。
1886	患者は在宅が良いと思いますが、ほとんど家庭では世話を始は出来てもつかれが重さみ出来なくなると思う
1887	どうしてこうなってしまったのだろうか？原因は一つではないし、様々に求められるだろうが、地域コミュニティの崩壊はその原因の最も主な因子であろう。 また、システムの構築をしっかり行ってこなかったツケが回ってきている。
1888	がん末期あるいはそれ以前の治療をするべきか、or 受けるべきかは、無効な治療はやめて、かん和に徹するべきと考えるし、自分もそう受けたいと考えている。 在宅でのかん和医療のスキルup（Ｄｒ）があれば可能だが、まだその受け皿ができていない。訪問ナースのスキルupはすばらしいが人数が圧倒的に足りない。
1889	・診療所（在宅療養支援）の充実、周知 ・訪看ステーションの充実 ・病診連係を進める ・若い世代の医師に「在宅」という視点を持ってもらう
1891	家族の受け入れの問題もあり、一概には言えない
1892	・訪問看護ステーションに依頼ある方については、医療（診療所）医師との話し合い、ケアマネジャー、家族、本人との、十分な話し合いをすることが大切。 ・医師が本人、家族に対する説明不足。 ・ワンマンな医師が多い。 専門外と話すＤｒ．もあります。困ったもんです。
1893	24時間対応のＤｒ．が少ない。また、ステーションも受け入れるには負担が大きい。さらに家族の負担も大きくなる。
1894	癌の末期をケアできる在宅医療の体制が確立していない。
1895	①患者側の原因→家族、■者を含め、コンセンサスがとれていない。 ②医療側→１）ヒト、パワー不足 ２）時間当りの、コストパフォーマンス ３）医師の勤務時間・■■の対応能力 etcにより対応不能のケースあり
1897	在宅だけが全てではない。受け入れられる療養所で最も良いケアをしてくれる事が本来は、本人にも、家族にも望ましい。 病院は病院として、療養所、施設、訪問職それら全てが本来の機能を果たしていないがゆえ「在宅こそがすばらしい」と皆感違いしていると思うが…
1899	現実（家族の受入体制、周辺のサポート体制等々）と希望との間には大きなギャップがある
1900	核家族、皆保険、病院死を当り前としてきた日本人がそう簡単に受け入れる心と整備がありません。 核家族であるため介護力がなく（金銭面、介護知識を含め）サポートをしてくれる医師がおらず（往診可能なオールマイティＤｒはあまりいません）では在宅死数増加は難しいと思われます。
1901	かなえてあげたいと思います。 自分も家族のそばで自分の家で死にたいです。
1903	できれば患者の希望をかなえてあげたい。自宅で最期を迎えさせてあげたいと感じるが実際は在宅で看るためにはそれなりの環境づくりを整えねばならず、家族の協力、マンパワーの問題などが得られなければむずかしくなる。（家族の不安もある） 病院でも家族にできる範囲での協力を得たりしながらなるべく自宅に近い生活を整えてあげられるよう配慮していく必要がある。
1905	サポート体制を知らない。 または、サポート体制が確立されていないため説明できていない。
1906	核家族化により介護力の不足及び治療法の選択に患者、治療者側に迷いがみられる
1907	本来本人の願いのとおり居宅での見取りが一番だと思うが家族や社会又は福祉（介ゴ含め）が充分に対応できる状態ではない。
1908	患者を支える家族にも問題があると思われます。 ほとんどの家族は、手に応えなくなったら病院へという考えが多いのではないでしょうか。 又、支える家族がいてもそれを援助する支援側の数が不足している。 現実に在宅死を希望されていたにもかかわらず看取り状態で、点滴を何本も入れられ看取りだけで緩和病棟に入院された方もみえる。サポート側にも大いに問題がある。
1909	・経済的な事が問題になってくる。若い人は負担割合が３割の人が多い ・癌末期だと必然的に医療で入り負担割合が高い、高額療養費であとから戻るからと言っても… ・看てもらう人は、家族、夫、妻、娘、息子、やその嫁と、働き盛り、又、別居の事が多く頼みづらい事。 ・介護申請しても、軽くでてしまい、ベッドが貸りれない、サービスを十分使えない ・「24時間、最后まで看てくれる、ターミナルを支援する」在宅支援診療所が少い 訪問看護ステーションも少い
1910	現在では難しいと思っている。社会的に充分理解が得られていないこと、環境が整っていないこと。いざ、その時に直面すると本人・家族周囲の人まで病院行きを望むという現状。そのため、在宅と病院の中間的な立場のホスピスの充実が望ましいと思っている。
1912	・やはり家族とＰＴ自身の気持ちとのギャップがあると思うし、最期についての話し合いが行われていないと思う ・家族はやはり最愛の人だからこそ、少しでも生きききててほしいと思うので病院にやはり入院をさせると思う
1913	家族そのものが在宅での看とりについて不安がある場合が多い。 せっかく家で、家に帰りたい！と願っていてもゴールがいつ来るのか…その間の不安と、疲労で家族は自信をなくしていく場面が多く見られます。 ↓ 主治医もそうですが、関わらせて頂いている訪問看護の力が、在宅続行を左右する場面に繋がるのではと考えます。
1914	最も大きな要因としては受け皿、即ち24h在宅療養を支えられる医療体制をもった医療機関の不足が考えられる。 また受け皿があっても病院側の受け皿への認識不足、家族側の受け入れ困難な背景がある。 今後の課題としては ①24hサポートできる医療機関・看護及び介護体制の充実化 ②病院側への受け皿の啓蒙 ③患者・家族への受け皿の啓蒙
1915	介護力の問題や、サポートする側の体制も充分整っていない状況も多いから。又、患者・家族もイメージできないまま移行したり、決定したことの揺らぎがでやすいと、在宅療養が継続できないことも多い。入院中・外来通院中からのＩＣ関わりは大切な点となる。 その方の「生」に着目できず治療だけに焦点が行きやすい医療者にも問題がある
1916	自宅で死にたいという患者の気持ちも大事だが家族力が伴なっていないとむずかしい。その家族力は家族それぞれ事情があるので強制できない。
1917	家族が家では看られないと言っている以上、こちらからは言えない。
1921	家族の受け入れ不可が多い。
1922	核家族 介護者不足 訪問看護など在宅へのツールが不明 在宅医不足
1923	できることなら患者の望みをかなえてあげたい。しかし現実は核家族が増えており、家庭で介護する人がいなくて無理。24時間体制で往診してくれる施設があると安心して在宅に向けられるのではないか。
1924	本人の思いは一番大事だとは思うが病状と進み方によって、願いどおりにならない現実がある。 選択肢を呈示し、決断は、何度ひっくり返っても良いと思う。 最初から予定どおり事は進まないから。
1926	家でみとる人・体制設備・知識不足から支援体制ができていない 実際に希望してもどこに相談すればよいかわからず、相談した以上やらなければならなくなってしまう 病院医療者の知識不足から十分な情報が伝わらない
1927	緩和ケア病棟に勤めていて感じることは、家族の事情で在宅に帰れないという方が多い。
1928	訪問医の不足、介護者の不足など人の不足が多く考えられるのではないかと思う。
1929	自分では死に場所はさがせない。家族の思いもあるので
1930	患者自身が望んでいても、介護をになう家族のサポートが十分に行なわれなければ実現はできないと思う。 地域によってサポート力にばらつきがある現状であり、難しくなっている。
1931	本人と家族に思いの違いがある。 地域での訪問医療の体制が十分でない。 在宅医の不足。
1932	在宅医療の支援対策必要
1933	地域の支える姿勢がない事から生じていると考える 個人Ｈ．Ｐの協力体勢を整えて欲しい
1935	病院の状況、家庭環境etcさまざま個々に問題があるのが現実です。 希望通りに自宅で看取れる方は極少人数です。 根本的な問題を解決しない限りこの状況は続くと思われます。
1936	・悲しいことです ・多くの場合、家族は自分自身の場合は自宅で亡くなりたいと言うが、親の場合は病院で看取りたいと言う人も多い（死そのものにきょうふを感じているからではないか？）
1937	介護力が低下しており、在宅で看取りをするのには、相当の介護負担がかかる。 ただ、在宅を希望した場合、主治医の意向により、在宅を選択することも可能である現状もある。 実際に、主治医の往診と、訪看の訪問により １月２名、２月２名、３月２名の方が、在宅で看取りをされている。（今年は多かったのですが） 1番は、家族の気持ち次第ということでしょうか。家族の気持ちがきまればサービスは動き出すことが出来ます。
1938	在宅への期待が大きい場合が多い。 又、病院での対応への不満もある。 病院、在宅に不関、死を迎えることに対するマネッジメントをすることが出来る人の養成が必要。宗教観も含め、又、個々が普段から生死について考える訓練をしていないと受容が難しい。いずれにしても
1939	病気＝病院と考えている医療側、患者・家族が多く「在宅医療のあること」「どのようにして利用するのか」を知らないでいる事が多々あると考えます。 死を迎える時、自分の住みなれた場所、家族、友人等と制約のない場所で、迎えられるような説明、情報が少ないためと考えています。
1940	本人・家族が在宅での死を希望していてもそれがかなえられる状況は少ない。家族の介護体制、経済面も大きい。何より「病院の方が医療者がそばにいるため安心」という思いがある。在宅でも安心できることがわかる必要がある
1942	患者が希望しても、家族がみれないという家庭がふえている。介護者の高齢化が進み、体調を崩してしまったり、核家族のため、日中誰もいない家庭も多い。訪問看護や介護保険を使っていくことを伝えてもうまく話しが進まないので、結局は家に帰れない患者がふえている。
1943	痛みに対して不安がある 家人に迷惑をかける（介護負担）

	何でも相談にのってくれる様なＤｒであってほしいと思います。
1971	独居の方もいる。 家族の協力をえられない人もいる。 病状悪化で自宅にいられない人もいる。 患者の希望だけでは、どうしようもないことがあるため、病院にいながらも自宅のようにリラックスできる環境にしていく必要がある。
1972	患者が自宅で過ごしたいと思っても家族がみてくれるといってくれなければ気がねして施設や病院などで過ごして最後を終えても仕方がないとあきらめてしまう事も多いと思う。 最初は家の方が介護すると考えていてもいざやってみると腰痛がひどくなったり夜もよく眠れなかったりと心身共に疲れてしまう事も考えられると思う。
1973	今まで、努力をして来なかったつけが来ている。一方で、核家族化も病院死が増えた原因の一つである。 少しでも、患者・家族の希望がかなえられるように体制を整備してゆく必要がある。
1974	自分もがん終末期であれば自宅で過したいと希望する。 そのためには、病院医、在宅医、家族、訪問看護等の意識改革が必要であり、実際に対応するための体制整備が必要。
1975	介護力不足、介護する方が労働に従事していることが多く、現実的に困難なことも多い。介護する側の経済状況の救済にも目を向けていく必要がある
1976	疾患がわかった時点で患者の最期を考えるべきだし、患者にも自分の死生観を考えていてほしい。 主治医、看護師、患者、家族で早いうちに話せる機会があればその時がきた時に動きやすいと思う。
1977	高齢者の増加、治らない人が増えている中、それを支える若手の人達の生活、職場での環境などいろいろ問題が出てくると思います。 病者が平等に受けられるサービス（安心して老いていけるサービス）があり支える家族（若者）も介護のため職を失うような事がなくなる様な、国全体の制度を改めて行かないとむづかしいと思う。
1978	昔、私の子供だった頃の開業医は、ことさら「在宅医療」などと云わずとも、昼夜を問わぬ往診をし、患者を自宅で看取ることも、ごく普通の営みだった。 要は開業医（いわゆる町医者）が、もっと外へ出てーと昔の前の医師達のように積極的に動けばある程度は解決する問題と思います。
1979	まず、現在の社会通念が病院死となってしまっていること。 実際に在宅で死を迎えることの不安 介護してくれる人への負担、介護してくれる人がいないなど、在宅生活での不安があげられる。 また、最後本当に在宅でよいのか、苦しくなったら充分在宅で楽に治療できるのかなど充分なサービスへの不安もある。 つまり私自身は在宅でも病院でもどちらでも選べる選択枝が常にある安心感が大切だと思っています
1980	本人・家族が在宅に対する不安がある
1981	各家族になっている 介護者がいない
1982	家族関係、介護力により、仕方がない現状がある。 また療養者の状態にもよるが、世間体を気にする風習がまだ残っている。 独居で家で最期をむかえることができない場合などは、福祉サポート等が充実すれば良いと思う。
1983	患者、家族が希望する場所で余命をすごせるよう我々が努力すべきだ
1984	本人の思いをかなえる為には様々な条件がそろわないと必ずしも良い結果にならなかったりします。 これらの条件をととのえる為のキーマンが存在することが大切と思います。本人の思いを尊重したいという強い意志を周囲の人達が持ちつづけること、問題が生じることを予測して対策を打てる人が必要と思う。
1985	環境整備と価値観の共有が必要だと思います。（自宅で安心して最期まで過ごせる） 環境整備 ・介護保険の充実ーより迅速に柔軟に対応 ・後方病院のバックアップ体制の強化 ・24 時間体制の在宅医、訪問看護師をサポートするシステム ・介護者への支援サービス強化 ・独居者の看取りシステムの構築 etc.
1986	国が負担する医療費が今後増えるー方。 死亡の場所としての病院が求められる時代になってしまう。 「みとり」の機能だけの病院が必要になる。 死亡の場所を患者と家族が自由に選択できるようになってほしい。 それには、在宅を恐れない情報提供と、制度を整える必要がある。
1987	患者の意志の尊重がまだまだされにくい。 家族の思いが優先されたり、時にはまわりの目を気にして病院での死を選ぶ人もいる。 また、家ですごしたいと思っても介護力がなかったり、家屋の問題があったり経済的負担でかなわないことも多い。 負担のないサービスの充実が必要。 意志の尊重と周囲の理解が必要。 精神的サポートなどの受け皿。
1988	とても残念ですが、一部しかたがないのかなぁとも思います。 本人の希望をかなえ、自宅で過ごさせてあげたいと思う家族の方もたくさんおられると思います。しかし、介ゴ者達の生活もあり、身内の中に看ゴ、介ゴの経験者がいないと看ていくことの不安や本人が苦しんだ時どうしたらよいかわからない、つらい姿を見たくないなどあり、自宅で病気の人を見るには、相当の覚悟がないと難しいものだと思います。そういった事を考えるとこのような結果になるのはしかたがないのかと思います。その不安を軽減させ自宅でより安定した状態、苦しみを少なく日ごろの生活を過ごしていけるよう手助けするのが在宅医療、介ゴの役割になってきます。100%の不安軽減、問題の解決は難しいですが、少しでも多くの人が“これなら自宅で過ごせるかも…”と思ってもらえるようになったらと思います。
1989	当診療所では充分に話をしている 又、病院死を減らそうというのは厚労省の思わくにすぎない
1990	・看取りまで（24 時間）きちんと対応してくれる医師が少ない に開業医は疼痛や呼吸苦の訴えがあると、入院をすすめる事が多い

	などから本人に選択肢はないと思っている。
1944	在宅での医療では、お金がかかる。訪問診療を頻回に受けると多額な金額が必要になる。又家族の介護負担が大きいと思います。 訪問看護の体制的問題も関係する
1945	在宅で往診医が少ない事、安心して家で療養できないことが、第一の原因だと思います まだまだ、在宅医や訪問看護のこと、緩和ケア、疼痛コントロールができることを知らない方が多いと思います。 また、病院でかかえ込むケースも多いと思います。 患者さんが、在宅死を希望されているなら…そう言える環境を整えることも大切かと思います。 （Ｄｒに言えない方も多いか？） また、家族の理解と協力も必要なので、家族に対する遠慮も大きいのかも？
1946	在宅で癌患者が亡くられるには状況により多数のＭＥ、Ｄｒ、Ｎｓの頻回な診察・看護が必要となる場合もあり、非常に困難な場合も多く、また家族のサポート、覚悟が必要な事も在宅死が希望通りには叶わない現状につながっているのではないかと考えます。
1948	核家族化による家族での介護力不足と日本人に特徴的な「迷惑にならない」という望ましい最後観がある為に自宅で死ぬことができないと考えられます。
1949	正しいと思われるが、今後の好ましい体制について協力することが必要。 医療、患者、家族、行政。
1950	家族、家庭の形態が大きく変わり、本人が希望しても在宅死が以前のように増えるかというとそれは難しいと思う。 それが可能となるには何が必要かを、しっかりと分析し対策をとらなければならない。 加えて、国民１人１人が、自分のこととして健康なうちからどうしたいかを考え、備えておくことも必要だと思う。
1951	できる限り患者の希望にそった環境を整えていきたいと考えていますが、専門病院の場合治療が先行するためぎりぎりまで行ない、最期は病院で迎える患者が多い　この状況のため患者、家族は最期を迎えるための環境の調整を自主的に行なうことは少ない
1953	化学療法に効果があるかないかを医師がはっきりと言えない場合、化学療法による全身状態の悪化が急激すぎて、在宅まで持っていかれないケースが多々ある。 患者の多くは「いずれは家で…」と思っていても、そのいずれがゆっくりと来るケースは稀である。化学療法外来があることで、患者の状態の変化がとても見極めにくい状況となっていることは確かである。ある程度、在宅で穏やかな最期を迎えられないと患者、家族に後悔を残してしまう。患者が在宅医療は家族に迷惑をかけるという認識を変えない限り、患者の希望がかなえられることは少ないし、今まで生きてきた家族の歴史にも大きくかかわる。 ナースがどこまで踏み込めるかは難しい問題だと思う
1954	現在の社会システムでは、仕方ない面もあると思う。
1955	がん療養においては、痛みの緩和コントロールはもちろんですが、腹満や倦怠感、浮腫など、さまざまな症状のコントロールも必要になってきます。入院中の患者さんは、自宅で過ごすには、子供に迷惑がかかるなど話される方が多いです。いろいろなサポートがどの程度、使われるか疑問です。
1956	福祉、周囲の状況、家庭環境、協力性などが大きく関与しているのが、本人の望む事とは異なるのではないかと考える
1957	環境が整わないと願いはかなえられません。医療という専門的な人が必要で自宅に他人が入ってくるのも抵抗があります。 自宅に療養の環境をつくるまでの手続きもたいへんです。もっと楽して手続き等できればまたわかりやすければいい。私が無知なだけかもしれませんが。
1958	希望がかなえられないポイントに 死の現場に立ちあった経験のない人達が中心でこの世代に在宅死を浸透させるには時間がかかりそう。
1959	家人が面倒を見ることが出来ないと先ず訴える。
1960	自宅で安心して過せるようなサービスがあることを利用者・家族が知らない。医師の説明も不十分で在宅をすすめている為、安心できない。説明ができないのであればワーカーや相談員など紹介すべき。
1961	患者と家族の希望にずれがある。 家族の強力なサポートがないと、在宅死は困難。
1963	主治医と本人、家族の治療の限界点に差がある。
1964	在宅医療の現状が患者や家族に理解されていない 介護力の無い家庭では実際に困難な事もありますがサポート対制の充実で在宅で最後まで過ごせる事をもっと多くの方に知ってもらう必要があります。 サポート側は、さらに質の向上をはからなければなりません。 そのためには報収を上げられるような国をあげての対策がなければ従事者の負担が増大するばかりです。
1965	患者の願いは様々である。一言で、在宅で、あるいは病院で、死にたいと言っても、その言葉の裏には様々な想いがあり、選択の理由もいろいろだと思う。 患者や家族とよく話し合い、本当はどうしたいのか、最後にこれで良ったと思えるような看取りを、共に考える事ができればと思う。
1966	そんなもんです
1967	家族の方の希望もあり仕方ないのかなと思います。 本来は患者様の希望をとり入れてあげるのが理想ですが、24h 医療スタッフがいるといないでは家族の不安も大きく看てあげたくても看てあげられないのが現状ではないでしょうか？
1968	昔は家族の誰かが病気になったら仕事をしながらも交代で看病し、医師に往診してもらい経過をみていたと思います。 今は、子供も少なく、核家族で共働きで普段の生活ですら、家族の会話も少ない中で家族が病気になり看病しながら仕事をするのはかなりの負担になると思います。家で過ごしたいと誰れもが願うでしょう。 何年もの間、福祉？子育ての手助け？そういうことに政治は目をむけていたでしょうか？元気な人達はそこまで考えていないのではないでしょうか？誰もが年をとる事、病気になる事なんです。 政治家はもっともっと世間の目を広くみることだと思います。
1969	病院の医師をはじめとする、スタッフ全体が、在宅療養を勧めていかないと、患者は、どうしたらよいのか、わかっていないと思われる。 また、病院と地域が、密接に、連携を図り、安心して、退院できる状況をつくらないと、自宅で過ごすことは、実現が難しいと思う。
1970	・在宅での医療が安心していつでもうけられる様に整備されないと患者は自宅に帰れない ・Ｄｒはきめ細やかな心使いが必要だと思います。

	・症状のコントロールがむずかしい、又、本人家族の望むコントロールができないため、介護者がつらくなってしまうために入院を選択する ・在宅医療について十分に理解されていない方もいる。 （こちらのＰＲ不足もあると思う、入院病院のかかわり方にもよるかもしれません。）
1991	死亡の場所について、患者の願いをかなえられるようにするべきである
1992	本人の意見がいかされないのは残念 しかし援助者（医療サイド、family）の負担や思いもあり仕方ない一面もあるかもしれない。 核家族化がすすんでおり大家族でないまた若い人もほとんど仕事にいっているところがおおいので、在宅で安心して介ゴできるかんきょうがないこととまた（人手のない家庭では）家族にえんりょして在宅でみてほしいということができない側面もあるのだろうと考えます。
1993	基幹病院の医師その他看護師等の認識不足が大きいと思う。 病院自体も終末期患者であっても入院させて収益を得たいケースもあるだろう
1994	本人よりも、家族が精神的に強くないと主治医も本人の希望をかなえられないことが多い
1995	病気の状態などもあり主治医の判断によると思う
1996	本人が「在宅での最期を」と希望していても家族の状況（介護力知識技術）によって、「無理」「困難」と思われ、病院を選択されてしまう例もある。逆に「在宅で本人の最期を希望通りに迎えてあげたい」と家族が思っても、急変すると慌ててしまい、救急車で搬送されてしまう例もあった。
1998	自分の地域の場合は、まだ家で死ぬのが怖い。看取るのが怖い。という考えの方が多い。また、看切れない（老々介護や一人暮らしなど）という状況も多いので仕方ない面も多いと思っている。在宅は強制すべきものではないと思うから。
1999	自宅で過ごせる期間は自宅で過ごし、最后は病院でと考えておられるがん患者が多いと経験しています。自分が苦しくなった時、家族が困ると考えておられるのです。又、家族も病気を受け入れられない。今後の病状の変化をきちんと理解できないことも希望が叶わない理由ではないかと考えます。
2001	家族の受け入れ準備が不足していたり、不安が大きいと思います。 しっかりとした説明やサポート体制など必要だと思います。
2002	願いがかなうように法人として取り組みを続けて、いきたいと考えている。
2003	・介護力の問題－家族が家で看取ることを考えている場合もある。 ・緩和ケア病棟という選択肢もあるが、面談（入院手続き）までに、2～3ヶ月以上も待機させられる場合が多く、その間に症状が重篤化し、地域の病院に緊急入院することが多い。 図Ｄの解釈について、「自宅で過ごしたい」ということと、死に場所として「家で最期を迎えたい」ということは同義ではないと思う。 ・いわゆるがんの診断・治療を行う、基幹病院は、患者さんの最期をみなくなっている印象あり（特に内科系）
2004	患者個人の希望、家族の希望、医療の供給体制のアンバランス
2005	在宅では、側に 24h、ＤｒやＮｓがいないので、不安が強く、死の恐怖も増し、自ら病院を選ぶ事や家族の精神的負担から入院させる事が多い。
2007	在宅支援に問題点が多い。
2008	マンパワーと経済的うらづけの不足。 在宅でがんのＰｔを看取る場合３割負担の方が働きざかりの方もおられ、介護者が就労していたり、在宅での看取りをしてくれる主治医がみつからなかったり。 Ｐｔにも大学ＨＰや総合ＨＰに固執していることがあり退院時アセスメントやコーディネートしてくれる職種が不足している。ＭＳＷの力量にもよると思います。
2009	ケアマネやヘルパーが医療に介入しすぎ、患者家族を困惑させている場合が多く、末期になると介護者が見放し、最後は入院するしか方法がなくなる。
2010	患者の希望をすべて叶えるためには、家族に大きな負担がかかっているのが現実と思える。 患者が希望が叶わないだろうと思っているのは、上記のことを推測しているから、それはしかたのないことと考えているため。 患者の希望をすべて叶えようとする考えに無理がある。
2012	患者の願いが、本当はどうなのか全てを把握していないように思いますが、患者の希望と家族の希望の違いがある時もあると思います。 また家に帰りたい気持ちがあっても、不安が強く病院で亡くなることが、あると思います。 そのような不安をなくして自宅で最後を迎えられるようになるのがベストだとは思います。
2013	生命保険が入院日数で１日あたりいくらとなっている入院しないとお金がもらえない 在宅でももらえるようにしてほしいのではないか
2014	居宅での最後を希望していても現実的にはなかなか難しいと感じます。やはり居宅では家族の方の協力も必要になってくるので１人で住んでいる人などはどうしても希望通りにはいかないのが現状だと感じます。
2015	居宅での最後を希望していても現実的にはなかなか難しいと感じます。やはり居宅では家族の方の協力も必要になってくるので１人で住んでいる人などはどうしても希望通りにはいかないのが現状だと感じます。
2016	居宅での最後を希望していても現実的にはなかなか難しいと感じます。やはり居宅では家族の方の協力も必要になってくるので１人で住んでいる人などはどうしても希望通りにはいかないのが現状だと感じます。
2017	居宅での最後を希望していても現実的にはなかなか難しいと感じます。やはり居宅では家族の方の協力も必要になってくるので１人で住んでいる人などはどうしても希望通りにはいかないのが現状だと感じます。
2018	病院で勤務している医師、看護師が治療、処置を優先する考えが強く、点滴をしてるから無理、食事を食べられないからムリと言った医療としか考えない人が多い現状から生まれていると思う。 在宅で出来ないことはないという考えを説明するＤｒ、Ｎｓが増えると在宅での看取りはふえると思う。
2019	・在宅ケア医が限られており、在宅死を望んでも対応してくれる医療機関に出会わないとむつかしい ・また、老々介護や一人暮らしなど患者をとりまく状況もきびしい、在宅で過ごせる支援が十分得られるかどうかもネックとなる ・また家族が大病院希望で自宅で最後まで看取る覚悟があるかというと少ない場合むつかしい
2020	手がける医師が少ない
2021	治療を行う医師や看護師等は終末医療における病院での高濃度の医療は不要だと既に考えているにもかかわらず、今だに、患者及び患者家族は最後まで癌と戦わなければ敗北というような強迫感念に取らわれている。この両者のギャップが病院指向を強固にしている。 患者及び家族に対する意識改革を行うためのわかり易い教育が必要と考える。学会でそのため資料作成などの企画があれば賛同したい。

2022	近い将来の予測はかえってつきにくいものです。それをこれが良いとその場面でおしつけるのではなく、環境的にそんなものだと自然に納得していく状況であって欲しい。
2023	１番は介護者の問題と思われる。 介護体制が整っていれば自宅での療養は可能になる。 但しどんな場合でも入院しての治療や介護者支援が必要となった場合には受け入れてくれる病院の存在があれば必要な期間入院し再び在宅療養へとつなげていけれると思われる。
2024	・家人の受入れがないと無理 ・本人の“在宅で”の強い気持ちが必要 ・患者を取り巻く環境（人、物）の調整が必要 ・在宅医の存在
2025	核家族になってしまい、やむえない。 dementz の patient も、家で見とる様説得してもすぐに、老人ホームに入れられてしまう。 説明する時間もない。 開業医、勤務医とも、疲れはてている。
2027	当然改善しなければならない
2028	在宅で患者、家族が安心して過すことができるような、社会資源が十分ととのっていない。 （在宅ホスピス医、がんの終末期の看護ができる看護ステーション、何かあった時に受け入れる病院などとの連携）
2029	在宅での看取りについて、施設職員、家族の意思を把握できていないように思う。 お互いがしっかりと話し合って、どう看取るかを医療機関も含めて話し合うべきだと思う。
2030	体制、制度的な支援がないと、今の現状では無理。制度があったとしても活用の方法が（どこに行って誰に相談すればよいか、また仕事をもっていれば当然平日は無理な状況）知れわたっていない。知らない。
2031	現状では仕方がない
2032	独居の場合は本人の意志確認と疼痛緩和・精神的フォローなど在宅にかかわる全ての人の連携が重要。 家族と生活している場合は本人の意志も重要だが、苦しんでいる療養者をみていられないという現状が多い。 家族をふくめたターミナルケアが必要。
2033	病院医師が在宅に移行させたがらない。 “開業医なんか信頼してない”という病院Drも多い。 在宅医でもモルヒネやＩＶＨその他医療依存度の高い患者をみているということを知らない。 一部開業医のレベルの低さも問題。
2034	残念である
2036	自分の希望と家族の希望はちがうので、そこが一番の問題であると思います。
2039	・病院勤務医が在宅の現状を知らない。 ex往診医の存在、訪問看護の利用 麻薬に関すること→経口困難時はデュロテップしか使用できないと思っている 上記をふまえ、患者家族に充分な説明ができず、そのまま病院死を迎えているのだと考えられる。
2040	社会全体が死ぬ場所は病院という風潮がある。 家で死にたいと思っていても１人でかなえられないこと。介護してくれる家族の負担は大きいと思うと強く望めない人も多い 身近じゃない親戚などの意見で入院となってしまうケースも多い 在宅のサービスのバックアップももちろん大切だが、自宅に帰ってその後やはり不安になり病院に戻りたいという人も多いのでその時速やかに入院させてくれる保障があると、逆に安心して家に帰れたりするということもあるのではないかと思う。
2044	現状の体制ではしかたがない
2045	その様な状況になった時、本当は患者は何を望んでいるのかをまず医療者側も把握しようとする気持ちが大切だと思う。 希望しているのに叶わないと思っている人が多く、その思いを叶えられる様な対策、支援が大切であると思う。
2046	がん患者の場合でも症状がなければ自宅ですごすことも可能だと思うが、症状がある場合、本人のみならず多大な負担が家族にかかる。また患者自身自宅を希望しても、家族に遠慮し、迷惑をかけたくないとの思いから自分の気持ちを家族に伝えていないのではないかと思われる。不安なく在宅ですごせるよう地域との連携を強化していかなければならないと思う
2047	在宅で看取ってくれるＤｒがいると在宅死の希望は叶えられると思います。 在宅療養を支えてくれるＤｒと在宅療養に移行できると知っているＤｒが増えるとよいと思います。
2048	確かに在宅死を経験する中でそのための御家族の介護力には、とても大変さを感じるところはある。それだけ決して軽い気持ちではできることではないと思う。御家族が死を受けとめ、見守る勇気を持てるよう働きかけるが、なかなかすべてを理解し、受け入れるまでに至らず断念する方も多い。
2049	医療事情ばかりでなく、社会現象になっているということを知っている必要がある。 いわゆる昔の言う「家」はないのである。もっと言えば誰れも見る人がいないのである。 家庭が裕富の人以外は家では死ねないのである。在宅をしていても（介護保険のもとでも）、死ぬる時は救急車で病院に行かなくてはならないのである。昔の言う「よき家」はもうないのです。皆んな「家」の人は仕事に行くか、学校に行っているのです。社会の事情が医療に入り込み過ぎているのである。我々医療、介護関係者が大会社や「家」にいる筈の人を支えているのである。
2050	がん患者が地域で安心して過ごせるようにするためには、まだまだ資源が足りなさすぎます。 願いがかなえられない理由は資源が少ないだけではなく在宅で介護する方の“介護力”が大きくかかわります。 まだまだ制度上の問題も山積ですから、今はこの現状でもしかたないと思っています。 少しずつ在宅死が増えることを願っています。
2051	自宅での最期を迎えさせる割合をふやすべき。 患者の希望をできるだけかなえるべき
2053	家族の腰がすわっていないからである。
2054	在宅死を希望していても、最後は家族、特に親者が入院を希望するケースが多い。 主治医が患者本人に余命の話を積極的にしていくことが大変、重要なことと思われます。
2055	それぞれの関連機関（医師、Ｎｓ、ヘルパーなど）の受け入れ体制がとれてないと在宅死は難しい
2056	がんターミナルを支える主治医が少なく、チーム医療といっても在宅の限界を考えてしまうケースが多い。
2057	7～80 年前は在宅死が一般的であったが、皆保険制度で医療機関の量と質がアップしてくるに従い病院死が増えてきた。しかし、周死亡期医療のコスト上昇と病院死の味けなさから、在宅死回帰が始まっている。病院のベット数

	削減や最今の医療崩壊からこの傾向は増る。拍車がかかるものと思われる。
2058	本人は自宅で死にたいと思っていても、その心の奥には、少しでも家族に迷惑をかけたくないという意識や遠慮もあり、100%希望を口に出せる人は少ないと思います。 又家族も、本人の願いは、うすうすわかってはいても、自分たち家族に、どこまでできるのかいざとなると、不安や恐れが生まれできるだけプロにお願いしてのがれたいと思うのではないでしょうか。 これら悪循環を断つためにも医療者側が本人や家族とゆっくり話しをして、本人の遠慮や家族の不安をとりのぞくことが重要となりますが、大きな病院でスタッフも充実（たとえば在宅支援のチームが組まれているなど）している所ならともかく、小さな診療所（医師１名で外来、入院（19 床）の患者さんを診ながら、昼休みに外来のたったひとりのナースを伴って在宅支援の為の往診をしているうちのような所）では時間的にも体力的にも、そこまでがなかなかできなく残念に思います。
2059	患者さんやご家族を尊重した看取りができていない。 在宅死を調整するシステムの不備（ネットワークなど） 患者、家族、医療者のあきらめ感、患者本人の意志がないがしろである。
2060	目前で御家族がお亡くなりになることを受け入れられなくて当たり前で、常時医療者が居る病院が安心ということでしょう。
2061	本人は家で…と思っている事が多いが、家族の負担を考え「病院で…」と意思表示する場合が多いと感じます。
2062	・悲しいと思うが、本人や医療者の想いがあっても家族が拒否や理解がえられない場合も多く、“しかたない”と思う。
2063	自宅で過ごしたいとは思うが、家族に迷惑、不安、負担をかけるかもしれないなどで入院するケースが多いと思われる。 在宅療養支援の整備で安心して自宅で過ごせるようにすべき。 死について家族もしっかりと受け入れられるような情報や教育も必要と思われる。
2064	家族が臨終場面を経験したことがない為に、最終的には病院での死を選択してしまう。 医療側の説明不足、力不足という面もあるだろう。
2065	・仕方のないこと ・家族が支えられないものを在宅医療で支えることは無理。
2067	①もっと在宅療養で色々な処置が出来ること②本人の医療費負担は多くの場合 12000 円が上限であること ③24 時間医師が対応する体制があること、などの広報が全く足りない。
2068	仕方がないと思う
2069	介護者の不安と主治医の在宅へ出迎く時間を作ってくれない事
2071	今の高齢小子化の動向を非常にはんえいしていると思います。 国の施策が全ての人々に平等に活用されているとも思えません。
2072	在宅や入院、治療に関する説明は、本人と家族に対し行うものであるが、余命が限られている場合は、本人に未告知な場合が多い。本人に未告知でも本人の強い希望と家族のサポートがあるよい事例の場合においては、かなえられている。 高令者が多いため、認知力が問われると説明と同意に関しては、家族中心になってしまっている 告知については国民性や文化慣習もあり一番大事なことであるにもかかわらず避けてしまっている現状がある。
2073	痛みのコントロールが難かしい
2074	社会の複雑化、社会の介護力の低下を考えれば、患者、家族及び医師が最終的に病院死を選択することはいたし方ない。
2075	自宅で最後まで過ごせる環境づくりがとても大変である。
2076	・むずかしい問題 ・個々の症例で異なるため一般論は無理。
2077	患者本人、家族のニーズの違いが問題となっています。 なるべく患者のニーズを大事にしております。
2078	希望にそいたいが、医師や介護関係者が手におえなくなってくる場合があるので仕方ないかも知れない
2079	当院ではがん患者が望めば家で過ごし、最期を看取ることにしています。 ただ、本人が望んでも、病院へ入らなければならない場合、それは、やはり家族が「とても見られない。」という理由です。 仕事があって看病できない、つらそうな様子をとてもみていられない等理由も様々ですが、家で看取るには家族の覚悟、サポートが不可決です。 もちろん、当院でもＤｒの頻回訪問診療等行いますが、24 時間ついてはあげられませんので。家族をサポートするシステム、スタッフ等が揃えばもっと言えば、家族がいなくても家で最期を迎えることが出来るように介護、医療のシステムが揃えばよいですが。 現状は、人数もお金も必要になりますので、むずかしいと思っています
2081	在宅で急変した場合や家族の負担等も考えると難しい問題である。 かかわる専門職が自信をもって接することができれば本人・家族も安心を得られるかもしれない。
2082	自然だと思う
2083	老々介護の時代にあって、自宅で満足にケアを受けられて、最後を迎えられるのは困難である。 在宅で療養している方も、最後に近くなれば、施設へ頼らざるを得ないと思はれるし、将来も、もっときびしくなると思はれる。
2085	家族の不安が表に出すぎて充分なＩＣがなされない中で在宅医療にきりかわってこない。 もっと、充分な全身コントロール等ができれば在宅死への対応ができていくと思われる。 自分達も受け身にならず、逆に提言やチーム連携力の中で充分討議をくりかえしながら主治医やチーム力に働らきかけが必要と思う。
2086	在宅療養専門医あるいは在宅療法グループ医をふやしていくべきである。 病院入院でなくても終末緩和ケアが出来るようにすべきである
2087	病院側の方が最初から在宅での治療はムリだとか告知の際に最後はどこで過ごしたいかを本人や家族に説明や意志確認をおこたっていると思う
2089	日本人の生死観、宗教、現在の生活スタイル等を考えると現時点では致し方ないと思う。
2090	本人の不安も当然ですが家族の不安（痛みや夜間の急変）がとても大きく又医師の負担も大と考えます
2093	在宅医療をすすめている者ですら、在宅死など在宅医療をすすめるにはやはり家族（ささえる者）が複数必要な場合が多いと思います すべての人に希望通り在宅をおこなえるものではないと思います。
2095	言葉や学会など学問的には尊厳のある死とか、言われているが現実に支えようとする医師や病院スタッフは数限りありわずかである。現場で働いている者達だけに理想をおしつけず国家レベルあるいは受ける側である国民全体の問題と感じ、現場をサポートしてくれなければ現場で働く人間も、もえつきるだけである
2096	家庭の介ご力、介ご意欲の低下が主因
2097	私達の田舎でも、在宅を希望しながらいざとなると入院を希望となる家族の構成に大きな問題があると思う。
2099	バクゼンとした不安、家族への遠慮。 日本人の死への希望の変化
2100	自宅でみる（みとる）人がいない（核家族） 老々介護、老人一人暮らしが多い
2101	在宅療養を継続できるかどうかは、主治医や訪問看護のサポートが必要であるが夜間の頻回な呼び出しや、往診希望は、対応が難しい場合がある。 身体的におこる症状とともに、メンタル面でも苦痛緩和できると、在宅死も増えてくるが、体制がとれない場合も多い
2102	末期の症状にもなく、家族のつきそいに負担がかかるので病院もやむおえない
2103	在宅での医療、療養が十分といえない 家族の受け入れが十分でない 家族がいやがる（死を受け入れる教育受けていない）
2105	余儀なく入院を選択している場合と、心理的な側面（自宅で過ごしたいけど不安、家族の状況からも病院の方が安心）と入院を選択されている方もいるので、何とも言えない。在宅をすすめても、入院される方もいるので… それ以外の条件（医療、介護の不足）によって、入院を仕方なく選択されるとしたらサポートする側の体制の整備が必要。
2106	とても悲しいこと。 病院で働いている医療者の側の知識に問題がある。 特に主治医が在宅療養について、積極的な考えを持っていたり、在宅連携のためのスタッフがそろっているなどあればいいが。 もっと全国民に広めて欲しい
2108	この日本社会の問題がある。 病院へ入院させないことが世間的によくないと考える点、介護力がない点（マンパワーなどが核家族化してない）経済力の問題などがある。また、家族、本人の不安もある
2110	在宅での医師（麻薬使用できる医師）が少ない 核家族で家族の受け入れができない
2112	在宅でできることが限られているので今のままでは難しい。
2113	核家族化進行や、１家の長たる存在が 1970 年ごろをさかいにうすくなってきている。
2116	患者の希望より家族の意見が強い為、希望が叶わない。
2117	かなえられている場合も少くない。
2118	末期では人の手がかかるため家族が大変だから病院入院と成る。
2119	当然と思う
2120	在宅医療がとても大へんであることは、医療者である私自身は充分理解している。しかし、患者、家族は、その大へんさを理解せずただ希望だけで入ってしまうと、途中でお手上げ状態になり結局は、病院へ逆もどりとなる。 患者、家族がその大へんさを知り、サポートできることなどを充分説明し、その限度も知らせて、はじめて、在宅が実現することを理解してもらう。
2121	徐々に改善していくしかない。 在宅専門グループに移管するなど在宅チームの構築が必要
2122	・在宅医で症状緩和を適切に行えてもらえない場合がある、そうなると、入院せざるおえない ・老々介護独居昼間独居の老人が多く、その場合、末期で余命が短くなると、入院せざるおえない。 子供が介護する場合、仕事をやめざるおえない場合があり親は、それを望まない。
2123	緩和医療が十分普及していない。家族が看取りを恐れ入院を希望する。家庭環境の不備、介護者が多忙で家で看取れない。
2125	在宅を受け入れる側の思いと、本人の思いが一致してないと在宅生活を無理
2126	在宅での最後を迎えたい患者の気持をかなえるためには、家族の介護力がどれぐらいあるかにかかっています。介護サービスを充分に利用できても、やはり家族が最後までみるという強い気持がないと困難だと考えます。
2128	周囲の人達の意向が加味されるからしかたがない
2129	＃問１－ｂの＃３に記述したが、死亡の場所として我国で欧米に比して非常に少ない施設での死がもう少し広がっても良いと考えます。
2130	在宅看ゴが介入してもｆａの協力が得られなければ最期を自宅でむかえたいという思いは叶わないと思う。
2131	医療と介護の連携がまだ不十分。 介護保険制度の限界、サービスの不足。
2132	複数医での診々連携による医療と訪問看ゴの量の充実とスキルアップが必要
2133	限られた余命の期間にもよると思われます。 本当に終末期になると本人の気持ちの変化また家族の在宅医療のコンセンサスが崩れこのような現状になると思われる。 緩和ケアも含め、他種の支援機関の応援・理解のもとチームワークで在宅緩和ケアを推進し患者さん並びに、家族に十分なコンセンサスを得ることが最重要と思われる。
2134	介護が大変なので仕方ないと思う
2135	前項と同じく、環境は、社会資源だけではなく家族の状況にもよるから。 核家族で支援体制が整わない場合が多くみられる。
2136	かなしい現実です。どうにかならないかと思う。 在宅で「最期を迎える」とはどんな事か広くつたえて行きたい。
2138	どこで最期をむかえたいかということは希望であり、医療者はあくまでもその願いをかなえるためのお手伝いはするが、やはりマンパワー不足など問題が多い。自宅が無理でも入院生活で少しでもその人らしく最期をすごすという選択肢もあると思う。 ただ一般に「がんｐｔは入院でしか…」という情報であるがそうではないという、情報提供はもっと積極的に行っていくべきだと思う。

2139	できるだけ家ですごしたいと思っているＰｔ、Ｆａには、可能な限り意向にそえるようにしてあげたい。 しかし、マンパワー不足、社会資源不足、訪問看護介護、往診医が少ないなど条件的にむずかしいことがある。 看とりまでは、できなくともギリギリまで家ですごすことが可能なケースは多いと思うが、病院ですごしているケースがほとんど。 [在宅]ということから、Ｐｔ、Ｆａが具体的な生活や必要な介助についてイメージしにくいことが原因のひとつ。
2140	よく説明していても最後には病院に入院となるケースが多い 家族の覚悟ができていない
2141	仕方ない。 まだまだ在宅医が緩和ケア等に対して積極的でなくどうしても医療依存度の高い人はなかなか受けいれられない。 主治医に出来るＤｒ不足
2142	がん末期の苦痛対応が在宅ではまだ不十分であり、側でみている家族がいたたまれない気分をもちやすい また、患者の不安に対応しきれていない
2143	先進的な医療が在宅でできない（在宅主治医が対応できない）
2145	在宅でも安心して末期をすごせる医療etcサポート必要
2146	患者さん、家族の希望が基本ではあるが状況や病状等によりそれがなかなか実現される事は難かしい。ご本人が延命を希望されずに治療拒否される場合にも遭遇しましたが疑問がありました。 その人にとって何がベストかは未だによく判りません。
2147	在宅緩和ケアのシステムが、まだまだ不十分であるためし方ない
2148	原因は多岐に渡るが １、行政の問題 ２、医療者の責任 ３、市民への周知、啓蒙の不良 など
2150	患者個人の考えかたと周囲の人達の考え方のギャップがある事が、在宅死をむかえられない最大の原因と思う
2151	病院の主治医がもっと在宅医療について理解していない現状がある事が大きいと思います。がんの治療を始める時から最後をみすえた、インフォームドコンセントが重要と思う。
2152	もっと在宅医療がどこまでできるのか、わかってもらう必要がある。 在宅でも緩和ケアを行なえること、入院と同じように医療が望めることをわかってもらう必要あり
2153	まず患者さんが自宅での死を希望されていても、家族側が不安になり、ギリギリで病院に連れて来られる場合もあります。本人の意志、希望が最優先な事とは思いますが、御家族も医療においては素人です。これら全ての状況を医師が考えこの患者さんにとってはどちらが幸せかを考えることをしないといけないと思います。 亡くなってしまった以上、自分の死に満足したかの確認は不可能ですから、医師は患者さんの社会的な背景も全て含めて方針を考え提示すべきと思いますし、私はそうしております。 このdataのみでは何とも言えません。
2154	家族が支えきれなければむずかしい。また、経済的にもきびしい人も多い。 緩和ケア病棟のように入院しながら、普だんの生活を送れるような環境がもっと必要。
2155	在宅医療について、あまりにも理解できていない病院関係者が多く、在宅にもどれることや、システムについても説明できない方が多いようです。また家族や当人もなりゆきを説明されないために、不安ばかりが先にたち言いだせない状況があるということも聞いています。 現実に家で最期を迎えられた方々の話などを聞く機会があれば、もっと自由に意見を言える状況になるのではないかと考えます。また一般的にも、知られていないので、身近な家族は本人の意志を尊重したと納得していても、後に「何で病院へつれていかなかったのか…」などと責められたということも聞きます。広く、在宅での看取りを知ってもらう必要もあると考えます。
2158	「ガン」に対する医療技術（私は漢方治療を用いますが）が在宅医療として患者、家族に満足（治療効果）がえられればと願います。 「ガンによる死」を少くできればと思います。
2159	体制の（在宅死）構築、人の意識の変革が必要
2160	在宅医療 入院と同様の高度医療）この２つを共に求められる方が多いためと思います。 我々日本人に共通しているとは思いますが「年をとる事」「末期での死」への覚悟が本人、家人も不足しているように思えてなりません。
2161	急性期医療を行っている多くのＤｒ、Ｎｓは長期的に患者を診る事ができなくなりつつある。そのため、患者、家族と十分な相互理解をする機会がなくなっている。 そのため、おたがいを十分に知る事もなくなり、いたずらに訴訟などをおそれ、法的に問題が発生するかもしれない。病院外での治療、死亡確認をおそれているのではないかと感じている。
2163	在宅医療が整っていないためだと考えられる。 自宅でも負担、苦痛なく過ごせることができるようなサポートが整っていれば在宅で最后を迎えられる人が増えると思う。 自宅で最后を迎えることを希望される人は多いので。
2164	患者、家族共に自宅で最期を迎えたいという希望があっても十分なサポートが得られずに断念することが多い現状である。 看取りについての十分な余裕をもったサポートを行えるためにはまだまだ、準備が必要。 看取りについて知識などを得た、ボランティアなどを今後とり入れてはどうかと思う。（導入している地域もある）
2165	自分（患者本人）が最期をどうむかえたいか、日頃から家族によく伝えておくことが最善と思う
2166	人、物、金、心の条件が整えば誰でも最期まで自宅で過ごすことができると思う。昭和時代の前半までは、家での看取りがあたり前だったが、誰も看てくれる人がいない場合は困難であろう。死亡する前に自分の意志を充分に表出でき、それを受け入れる体制があれば可能とも思える
2167	患者は在宅での最期を望んでいても、家族の介護力や負担によってなかなか難しいのだろうと思う。
2168	医療サイクルの不備と思われる。在宅ですごすためのシステム作りが不足しているためこの現状になってしまうとだと思う
2170	現在末期ガンの患者２人を在宅でケアしていますが２人とも告知されて家で最期を迎えたい希望です。 ２人共桜時分と言われながらも日々平穏な生活を送り家族も満足した日々を送っている
2171	・Ｄｒ側と厚労省側の両者に問題あり
2172	社会的な雰囲気が医療施設で死を迎えるようになっている。家族も病気だから病院へ入院させるという意識が植
	えつけられている。 社会全体の雰囲気を変える必要があるし、ＴＶドラマ等で死ぬシーンは自宅であるようになれば意識も変るのでは
2173	ターミナル期を在宅で過ごす方は多いですが、いざ死が近づいてくると家族が見ていられずに本人を説得して入院する事が多いです。 疼痛コントロールができていれば比較的在宅で看取りができますが、まだまだ疼痛コントロールをしてくれる往診医が少ない事も事実です。 24 時間対応してくれる往診医が増えて、24 時間動ける看護ステーションとヘルパーが増えていかないと、在宅死を支えるのは困難です。 家族の気持ちをサポートする人がいれば自宅にいる事は可能と思います。
2175	“希望”は現況に左右されている。 在宅を希望する病院像、希望するものの叶わない在宅の現実がこういう結果を生んでいるにすぎないと思います。
2176	本人と家族の意見の相違：在宅医療の医師不足により自宅で過ごし、死をむかえることが困難ではあるが、可能な限り、本人の希望に添えるように力になりたいと思っています。
2177	・現状では、在宅医も訪看等も24ｈ体制での対応も十分ではないと思われる為、家族での介護力にも限界あり、現状ではなかなか難しい（→希望が叶わないということ）と思うのも理解します。 ・癌のターミナル期の研修で、病院での亡くなった方と在宅で亡くなった方の家族の満足度は、どちらもある程度満足感を感じていたということも聞いたこともあり、実際、ターミナル期に入ると本人も家族もかなり不安も強くなる為現実としては、ケースバイケースかなと思います
2179	自宅で過したいと思っている患者が自宅で過ごせないのは家に帰ることによって家族に大きな負担をかけたくないという気持ちもあるからだと思います。私ならそう思います。 充分な介護力（家族以外の）が確保されてこそ自由な選択ができるのではないでしょうか。
2181	私の働く病棟は、緩和ケア内科病棟なので、患者様、ご家族の方が望まれて入院してきます。仕方なく入院となっている患者様もおられるかもしれませんが、最期を病棟で過ごすことに安心されている方もおられます。 在宅で最期を迎えたいという方はそのように援助してあげたいと思いますが、現実は難しいのかなと思います
2182	患者は自宅で死を迎えたいと言っても家族のマンパワーがないために実現していない。訪看は看取りを行ってくれるステーションが増えている
2183	在宅療養について、家族が抱く不安について、十分に解消させてあげられないことについては自分自身、力量不足であると感じている。 また、安心して任せられる開業の診療所があまりない（あるいは知らない）ため、二の足をふんでしまっているところもある。
2184	患者を支えている家族が病院ですごしたほうが安心している 何かあったときにすぐに対応できる
2185	かなしいことだと思う。本人の希望がかなえられるよう私達は努力したいと思っています
2186	①在宅療養、在宅看取りを強く希望されるケース ②家族に 24 時間可能な介護力が備わっているケース ①、②でないと、在宅看取りはあらゆる介護、訪問医療系サービスを入れても不可能で、そういう事を知らないで在宅推進するのはおかしい。 ①②については積極的な在宅支援を行うべきで、当院は①②を確認した上で訪問している
2188	現状では、家族の支えが在宅、末期治療の重要な部分と思います。 これが、社会資源で支えれるようになればと思います。
2189	安楽死を認める方向で医学が進歩しないと患者の願いはかなえられない。
2190	患者さん自体が希望しても、家族が自宅を希望されないことが多い。もっと在宅医療の浸透が必要である。 医療関係者も含めて、まだまだ認識されていない
2191	自宅で過ごしたいと思っても、夫又は妻が働いている。 又、息子、嫁、子供達も働いており、自宅で介護が出来ないという現状がある。
2192	海外の著名人の訃報記事を見ると、がん患者はほとんど自宅で死亡されている。 それに比べ、日本ではほとんどが病院死である。がんの終末期における環境が在宅死をするには日本ではまだ不十分であるということなのであろう。
2194	言語の定義の問題が大きい
2195	在宅で看取る場には、いくつかの条件が必要である。 １．介護力（家族） ２．家族が患者を思う気持ち（やる気） ３．家族関係 ４．経済的、身体的、精神的負担など… ５．在宅療養を支える社会資源（訪問医、訪問看護、ヘルパー、近所など々） これらの条件が大きく欠けたりすると、在宅での看取りは難しいものになる。 核家族で育ち現在は夫婦のみ世帯（例えば老々介護）や独居の場合は非常に難しい。 在宅生活を支えるのは、法制度や社会資源を整備するだけでは困難。
2197	家族の受け入れが可能であればできるだけ希望をかなえてあげたい。しかし現実では“こんな状態では病院に行かないと、どうしょうもない”と往診医に断わられたケースもあり、もっと地域の医療が積極的に協力をして頂きたい。
2200	本人も家族もできるのなら在宅で最後をと考えている方がいたとしても、介護する事で生活困難（本人だけでなく介護者）になってしまい、できないのが現状の介護、医療、福祉制度だからでしょう。現場をしらなすぎです
2201	最後は病院でみるという考えが現代の日本の一般の常識になっていると思われる。 在宅でも医療ができる、という認識を広く普及させる必要があると思われる。
2202	・自宅に戻っても介護をして下さる方がいない。 支援システムは支出がかかりすぎ実際にそう使えない ・病院の方が安心という考えが一般的
2203	・疼痛緩和が不充分 ・患者本人の願いをあまり聞いていない ・介護力の不足
2204	むつかしい問題だと思います。その家族の気持ちだけでは希望を叶えられないので、病院になると思います。 経済的な問題が 1 番だと思いますが、自身の例からいいますとディサービス代 30 万（週 3 回デイ、朝、夕ま

	もり)、ホームの居住代 6 万、計月に 36 万～40 万いりました。今は特養があいてない為、老健に（左マヒになってより）入所月 17 万です。24 時間みまもってもらい休日とかデイにたのむこともなく、家族にとっては楽です。 　在宅の費用をもっともっと少なくし、家族を支援する体制をつくらなければと思います。
2206	居住系施設がますます重要になると思われる。
2207	現在の医療体制では仕方ないと思われる
2208	自宅で死にたくても、家族の問題も大きいため、今の社会的なシステム（特に当地区では）では、まだまだ困難と考える
2209	自宅ですごしたいと思っていても、介護力がなければ入院か、施設への入所を選択せざるを得ない。 （しかし、Bed 数が限られていることや、スタッフ数の不足の問題もある）
2210	病院での在宅への理解が不十分というよりは、本人、家族の不安や介護力の問題（高令世帯、子供がいても日中独居、息子さんのみ etc）が大きい。 また、患者本人の家族に迷惑をかけたくないという思い。 コスト的な問題 地域連携が十分に行われていない ・地域で受け入れてくれるＤｒ、訪問ステーションが増えてはきているが、調整をとっていると、知識、技術や訪問の頻度など、コスト面などで希望に添えない状況がある（受け入れ側の都合で） そのような状況が整ってゆけば、主治医にも積極的に申し入れてすすめてゆけると考えている
2211	家族の支援（介護力）の限界があり、低下しつづけている。 最後の最後は病院に担ぎ込まれる。どこまでが在宅死とされるのか定義を知らない
2212	介護力や家族の不安があると思う。 ご近所付き合いもないなど、色々あると思います。 また、地域によって在宅療養の環境が整ってないこともありました。
2213	介護力がないことが１番の原因と思われますが、在宅医療による支援も不十分だと思います。
2214	最近は、ＤＰＣもあり、末期の癌患者は病院でみない方向にある。 その結果、家族でみないとどうしようもなくなっている
2215	看取りの環境（介護力）が整備されていない。家族に負担がのしかかることへの遠慮などがある。
2216	介護者や家族にふたんがかかる。 お金もかかる。 核家族なので１人の人に負担がかかりすぎる。
2218	訪問看護や介護、在宅医と病院の連携ができていない地域が多いのではないでしょうか。人口の多い都会では、特に深刻になっていると思います。患者が在宅を希望された時、すぐに情報を提示し、残された限りある時間で素早く体勢を整える必要があります。そのためには、多職種が集まりミーティングできる状況が必要となります。また、それぞれに知識をもたなければならないと思います。
2219	在宅医療に取りくんでいるが、家族、あるいは病院の先生が、十分認識していない。社会的資源の活用法を知らない。
2220	１．家族への負担を考えている。 ２．在宅では症状コントロールが図れない。 ３．日常生活の援助が十分してもらえない。 ４．日中一人でいることの不安がある。 ５．在宅では高度な医療が受けられない。 （６．看取りに対して不安が強い、家族）
2221	以下の理由により難しい。 ①困っている時に、すぐ駆けつけてくれる医師や看護師が少ない ②長時間助けてくれるヘルパーさんの派遣費用が、介護保険からはあまり出ない。 ③家族の負担が大変大きく、これを助けてくれるシステムが未熟。
2222	死亡の場所を口にすることは、タブーという風調が根づよくある。そのために、自己決定も選択についても話し合うことができない。
2223	在宅で過ごせる時期では、“自宅で過ごしたい”と希望される患者の希望は叶えられていると思う。しかし、亡くなっていく方は、「最後は自宅では不安、心配だ。病院の方が何かあったらすぐに対応してくれる。安心だ。」など話し、最終的には、病院を選択していることだって多いと思う。それは決して希望が叶わなかったわけではないと思うので、図Ｄ、図Ｅを見ても、患者の願いがほとんど叶えられていないとは思わない。 在宅希望していても、子供がいなくて夫婦二人で生活し、夫がまだ不規則な仕事をしていて家でみるのが難しく帰れないケースも実際にはあったが、夫が家にいる時に外泊したりなどで対応できていたので、希望が叶わなかったとは思わない。
2224	在宅で自宅でと希望されても、家族のことを考え病院を選択している人が多い。在宅ネットワークなどの強化が必要
2225	本人の希望が優先すると思うが、家族が精神的肉体的に疲れる事が多い。支える側の人数が必要。ヘルパーや看護師は長時間滞在するわけではないから、家族の人数も必要と思います。ヘルパーや看護師が来るから、という安易な考えでは最期まで自宅では無理な事が多い。8 時間交替でみれる少くとも 3 人の家族の交替メンバーが必要と思います。誰もが 365 日 24 時間の介護提供を受けられるわけではないと思います。まずは家族の介護力を充分検討した上でのサービス提供をしていかないと、点数以上のサービスは受けられません。
2226	患者さんは、現実的に状況をとらえていると思います。特に終末期には在宅療養を希望しない人がほとんどであり、多くの患者さんは緩和病棟（一般病棟）での入院治療を希望されます。
2228	より充実した在宅支援が必要。 独居の場合や、家族の協力を得るのが難しく、在宅に移向できないケースもある。 その様なケースで、どの様な支援があれば必要かどうか考えていく必要がある。
2229	死を語る教育はない。 死を語る医療がすくない。 生前中に「生く」「活く」「逝く」を家族、社会で検討する必要あり。
2231	患者の願い、希望をかなえたいと思っていても、周りの家族と思いとは違っている場合がある。家族にしてみると医療従事者が 24 時間患者の側にいると安心感が得られる。何か心配事があってもすぐに対処できるのが病院なのではないでしょうか。
2232	自宅で過したいという希望を叶えようとしても、ヘルパー等整っても、患者の不安、淋しさは必ず家族がそばに居ることを望む。

	家族が経済的、社会的環境の中で介ゴ休かをとるのは困難。 在宅の準備として介ゴ休かを充実させないといけない
2235	・現場では家族の受け入れも悪く、思い通りにはなっていない
2238	当初在宅希望されても患者本人も変わることがある。 希望はどこまでも希望、意思を持っているかどうかは本人しだい。
2240	とても残念な事であるが、どうしても周囲の協力が得られないのが現状。 独居者が多い事や、介護者が仕事を持ち日中一人の場合の対応、等の問題もある。
2242	病状説明していても、分かりにくに、オブラートつつんだような説明であり、患者様自身がしっかり自分の状況を把握できていないのではと思います。
2243	家族が在宅療養について不安に思っている事が多すぎて、退院までに至らず亡くなるケースが多すぎる。 家族の不安に思っている事をすべて解決する前に急変して亡くなってしまう。
2244	希望がかなえられるように行政の対策が必要 地域支援及び、保健医療福祉の連携が必要。 患者家族が安心して自宅で過せるようなサービスの構築・整備が必要
2245	だれもが在宅で死を迎えたいと思っています。しかし、周りの環境がそうさせてくれないのです。 老老介護や共稼ぎのため、在宅での介護が困難であることが一番の原因であると思います。 家族や親類の協力なしには、在宅での死というのは難しいのではないでしょうか？
2246	残念です。 在宅医療の充実が必須です。
2247	在宅みとりには、医師の協力の他、家族の介護力等も考えなければならない 家族の事を考えると最終、病院をえらぶ人もいる。 もっと病院関係者にも訪看はアピールし、家族の考え方も、変えていかなければならない
2248	がん患者などが安心して在宅できるには在宅医療が整備されていないと本人も家族も安心して在宅できないと思う。 介護する家族も今は働いている人が多いので在宅するにしても人手及び金銭面でもどうなのかと思います。
2249	本人より家族の希望が優先されていると思う 家族を支援するシステムを造ってあげれば、もっと在宅が可能となるだろう
2250	患者としても、自宅で死を迎えたいと思っていても、在宅医療が、しっかりした体制をとっていなければ、家族が不安に思い、それで自宅で最期を迎えたいと思っている患者の思いが、かなわないのでは…。
2251	多くが死亡場所である病院の関係者（医師が最も重要）が本人ないし家族に十分に問いかけをしていない （在宅でも可能である可能性について）
2252	在宅での希望人も最は病院に行きたいという例も多くありました。 出来るだけ自宅でとの思いにケアスタッフ共に支援していましたが最期の場面で心が動く方も多くいらっしゃいました。
2254	核家族化、老老介護で、介護する人のサポートが不充分 在宅で患者を支える、介護する人の介護する上での不安、身体的負担患者の症状コントロール、患者側の不安がある。 医師、看護職の患者、家族へのアプローチ、社会資源の活用にも問題がある。
2255	できるなら自宅でと考えていても出血、呼吸苦などがある場合本人、家族共不安が強い（急変時どうしたらよいかということに対して）ため、病院の方が安心と最後を迎える場所を病院、緩和ケア病棟を希望されてこられる人が多い。 急変時にすぐに対応できるシステムが確立していればもっと自宅で看取りできるようになるのではないかと思います。
2256	現在の在宅医療、終末期（癌患者）の認識が低いと思う。 しかし、病院で死ぬということは必ずしも悪いことではないと思う。死を迎える時期に家族の迷惑になりたくないと思い人は、多いと思うし、ととのった病院（緩和ケア病棟）で最後をやすらかに迎えることは、幸せな事ではないか
2257	希望に沿った最期を過せない人が多くいることを残念に思う。 しかし、現在の在宅サービスが不充分な地域や、家族の介護力が不充分だったりすることがあり社会資源の開拓や整備が必要と考えている。 又、身近での死が少なくなり、家族の死への受け入れが難しく、最期を家で過すことに不安や抵抗を感じている家族が多くいるように思う。 日頃より、死生観について関心を向けていく働きかけを行い、精神的な不安を解消する必要があると思う。
2258	社会資源の不足、個人負担できないほどの年金収入 富の分配（垂直、水平）ができれば願いはかなえられよう。
2260	余命が限られているなら自宅で家族と共に過ごしたいと思う気持ちと看護又は介護する受け入れ体制とが噛み合えば、大いに賛成であるがなかなか現状はきびしいと思う。
2261	在宅療養を可能にするためにはもっと強いネットワークづくりが必要である。 個人の力でできることはかぎられているし、消耗してしまい継続的に在宅医療に取り組もうとする気持ちを維持すること苦労する
2264	患者の気持ちがゆらぐことは当然ありうる。 医師も終末期を在宅ですごすという承諾書をとったとしても、医療訴訟にならないまでも、家族から不満の声が出る可能性がありそのような心配は常である。
2265	・在宅医療の認知度が、まだ低いことから在宅で過せる可能性が、理解されていない ・病院の医師が在宅医療を知らず、患者、患者家族の説明できていない。
2266	患者だけの願いのみでは「死亡の場所」は決まらない。介護者の負担や精神面のサポートなどで決まる。言えない弱い立場の患者がいる。 在宅を支える診療所の先生や在宅サービスがもっと立場を強くし、積極的に進めていくべきと思う。
2267	介ゴ従事者、医療従事者、ケアマネや院内外の Dr 等が自分の仕事はここまでと区切って業ムにあたっていることが多く、全体の意しきが変わるよう努めなければこの数字は改善されないと思います。
2268	御本人が強く、在宅を望まれていても、その周りの御家族が、無理、と判断されていることがある。 又、御本人は、めいわくをかけるのがいやなので、病院に入院している場合もある。
2270	どういう状態で最後をむかえるかあとは家族の受け入れ次第である。
2271	日本は“死”を病院でむかえるものという考えがほぼ定着しており、“死”を身近なものとして考えることから逃

	げている所があると思う。 家で何かあったら不安ー病院にいたら安心という所があって、死につながるプロセスについて教育されていないため、もし、患者が在宅での死を考えても、希望がかなわずおわってしまうのではないか。
2272	病状の変化（悪化）や患者の訴えが、家族や介護者では対応が困難。 医療優先のため病院対応が必要。
2273	介護力不足が大きい為、介護保険による、在宅看取り前10日～14日24hr介護者を考える。又ボランティア導入も必要。
2274	家族の思いや、介ゴ上の条件が影響しているのでしょうか。 日本人らいとも思います。が、今后は、はっきり主張する療養者が増えるようにも思います。
2276	我が国では、1965年を境にして、病院と自宅で死亡する割合が逆転してしまい、極端に病院で死亡することが現在ではあたり前になってしまっている。ガン患者等で、死期がせまってくる方に対してモルヒネ等の麻薬で痛みを和らげながら終末をむかえなければいけないケースは、病院死もやむを得ないと思いますが、高齢からくる老衰（ロウスイ）の場合は、病院以外での終末が、もっと増えても良いのではないかと考えます。
2277	もっと在宅でのサポート体制について周知させるべき。 今までの看取りの中で、こんな事頼めるんだ…とか、家で過ごせれる事を知らない人が多い。
2278	できるだけ患者の願いにかなえられるように、平素から話しておくべきであり、このばあい、周りの付添い者達を含めて今后についてＥＢＭにそって、説得しておく。
2279	がんの患者を自宅で看る事は環境マンパワー、時間、知識が必要となりサポート体勢が整わないと現実無理である。24時間体勢の往診できる医師がいない事もあります。
2280	健康な時は在宅を願っても、いざ末期になっていくと、それどころでなく病院ですごしたくなる場合もけっこうある。
2282	往診医のいること。緊急体制・相談にのれること。介護力のあること。などそろわないと、たとえ本人が生前より在宅死を望んでいてもかなわぬことが多いです。 がんは特に疼痛かんりはあたり前です。食欲低下や不眠など、バラエティーにとんだ症状にこたえていただける各サービスの手配が必要です。 又、ゆれ動く家族は、ターミナル期にみていられなくなることも多く、支えになったり、ぐちを聞いてあげる、うけとめてもらえるサポートも必要です。そのへんの診療報酬、介護報酬の位置ずけも必要かと思っています。
2283	本年「おくりびと」をきっかけに、家族の死について考えた方々も多いと思う。機会があるごとに自分はどうして欲しいか。どうしたいのか。家族と話をしておくべきであるという人々が増えればグラフは変わってくると思う。 まだまだ日本は家族同志のコミュニケーションにおいて話さなくてもわかってくれているだろうとか、悪いようにはしないだろうという考えがあるためであると考える。
2284	現状の介護力では難しい
2285	病状によっては病院死を望まなくとも止むを得ないことはありうる。
2286	病院での治療に限度がある為、在宅とのすみわけが必要と思う 病診連携が今■より必要になる。
2287	壁は厚い
2288	・がん患者の場合一方で病院との関係を継続したいという思いもある。 ・病診連携による二人主持医の様な考え方をもっと広く知っていただく必要があると思う。 ・病院のDrがもっとかかえこまない様にすることも必要だと思う
2290	がん療養者が自宅で過ごしたい事は理想だが、ケアをする家族の負担がかなり多くなるため、たとえ24時間介護看護がついたとしても家族が精神的に休まらない事も事実と思う その事が病院死が増える原因と思う。
2291	希望と現実の違い。家族への負担増大に対する遠慮
2293	病院在宅医の問題（医療） 患者家族の問題　　）どちらもあり。ハード面のみでなく、死生観の変化などにもよると思う。
2294	この「自宅で過ごしたい」は「自宅で最期を迎えたい」とは違う。 「なるべくぎりぎりまでできれば自宅で過ごしたい」である。それかもしかして最期の時まで延びることもあると考えた方がよい。 在宅療養と入院療養との肉体的、経済的負担の差を是正すること。 いつでも入院を受け入れる保証をすることが在宅療養増加カギとなると思う。
2295	在宅の終末期 ・家族の不安が強くなる ・夜間などの救急がおくれる などから病院を希望する人が多い 現在の体制では難しい。
2296	・家族に迷惑をかけないように本人ががまんしている ・家族のむすびつきが都市部ではゆるやかになっており、夫婦単位の家庭になっている。 自宅で死ぬことが一番よいとは思いません。 どこでなくなってもよいと思います。 家族の負担が少なく、本人の不安がやわらぐ場所ならどこでもよいと思います。 「何がなんでも自宅でみとる」ということ自体むりがあります（現状では） 病院で死ぬことがそんなにわるいことだと思いません。 むりせず状態に応じてつかいわけたらよいと思います。
2298	通院の患者が、通院困難になったら、自然にこちらから家の方に出向いて診療するようになるはずです。どうして在宅診療をやらないですませるのか不思議です。 当院の場合歩行困難になると看ゴ師が目ざとく見つけて訪問に結びつくように話をしています。
2300	患者さんのとりまく生活、限度にも大きな影響がある 特に、家族背景に左右されていると思います。 何■、家族さんの理解がなければむずかしいと思います
2301	介護力不足を在宅医療と支えるドクターが少ないことが考えられます。また、入院から在宅へ帰る時など十分な説明サポートコーディネートができておらず、入院してから混乱するケースもある
2302	思ってはいても実際になると在宅療養の現状がわからず不安があったり家族の負担を考え、言い出せないことが多いと感じている もっと早期からＰｔ、Ｆａに情報を与え選択できるような教育が必要であると思っている

2303	現状ではすべてのがん患者の願いがかなえられることはむつかしいが、今後願いが少しでもかなえられるためにはどうすればよいか考えていく必要がある。
2304	本人の在宅生活への不安や、家族に迷惑をかける等の心理状況があると思う。 また、家族も、この状況で家で世話をすることへの不安・状態急変時の対応への不安等、在宅生活に導くまで、大きな山がたくさんあるんだろうと思う。 そこへ、在宅診療のＤｒ、訪問看護etcアドバイス助言などで、手助けになればと考える。
2305	独居の方は、なかなか無理だと思います。 誰か介護者がいて、経済的にゆとりがある方でないと、なかなか困難だと思います。
2306	費用や住環境、もちろん家族の看護力にもかかわることであるのでむずかしい。
2307	家族の負担を考えると、やむおえないところもある。
2308	自宅で最期を迎えたい末期患者が在宅療養に踏み切ることをためらう理由は、さまざまなものがあります。介護の人手や医療の供給状況だけでなく、費用や在宅医療の質にも強い不安を抱えています。 以前に肝臓の末期の方で亡くなる数日前に突然発作性心房細動になり、1日5回の往診が必要になったことがありました。偶々、休日だったので往診できましたが、診療日にあたっていたらとても対応できなかったと思われます。 その方の息子の嫁が看護師だったので在宅での看取りが可能でした。 在宅末期の診療料はかなり高額なものが設定されていていますので、在宅末期総合診療料よりも有床診療所の入院費の方が月額10万円ほど低額です。在宅の場合にはさらに訪問看護や介護費用が上乗せされることを考えますと、かなりの矛盾を感じます。 在宅死するためにはマンパワーと資金が必要になります。
2309	ターミナルケアを行える環境が出来ていない事（人手不足や協力出来る身内がいないなど）が一番の問題だと思われます。自宅や施設での看取りも可能である事をよく説明するべきです
2311	在宅死を本当は希望していても、介護状況、在宅医の理解など支える体制がとれない人々が多くいます。 お金がないとサービスは希望どうり使えない家庭が多い現状があります。 結局“家で死にたい”という気持ちを押えている人が多いと思います。
2312	患者の願いだけでは在宅死は不可能で家人の思いも大切である
2313	※抗加剤等の普及が、開業医Careでまだ不十分と思われる。
2315	ホスピス緩和ケア、病院の特徴を説明し、患者に選択肢を与える。インフォームドコンセントが大事。 また家族の受け入れが必要
2316	在宅との連けいがとれていないためと考える。
2317	主治医もいっしょにみれる緩和ケア一病棟のみの小さな病院があればよいのです
2318	事前に在宅で看取ることを本人・家族と話し合って決めていても実際に状態が悪くなった時に入院させたがる家族が出てくることもある。 家に帰りたくても介護者がなく帰れない場合が多いと思う。
2319	辛い症状も在宅でコントロールされなければ自宅ですごすことは不可能である。訪問診療、看護の充実と利用しやすさがなければいけないと思う。
2320	もっとPtの最期をPt本人が選べるように施設など充実すべき。
2322	死に場所を選択できないということは、生き方も選択できないんだと思う。 自宅がいいと思っても、家族のことを考えたり、まわりの家族も、病院におまかせしていれば安心、という気持ちもあるのかもしれない。 ホスピスで働いてるが、最近は少しずつ、緩和ケアを考えつつ看護する人もいることがわかったが、医師は、やはり、緩和は、終末期であると思っている人も多い。 ある程度、医療の限界がきたら、死に場所の選択を家族、患者に提示してもいいと思う。
2323	仕方がない。個人レベルでどうこうできない。 国の政策によって決まると思います。
2325	患者さんや家族は最期は病院でむかえるのが、当然と思っている方も多いと思う。 しかし、患者さんや家族の決断があれば在宅で最後をむかえることもできるので、そのことを医療者が正しく情報提供することで、患者さん、その人の人生につながると思われる。 医療者の情報提供や、サポート体制の確立がとても重要になってくると思う。 一部では患者さんに確認しないDrもいるが、そのようなことも必ず確認するべきと感じる。
2326	最期の場所が希望した場所であるような取りくみがなされていない。 そのために病院、地域の連けい、困ったときのれんらく体制などを具体的にして、Pt、家族が迷うことのないような準備が必要。
2327	介護の不足が何らかの方法で補われないと医療ニーズの高い患者が在宅死するのは難しいのではないかと思われる。
2328	在宅でがん末期の疼痛コントロール管理や、人として向き合えるDrが少なすぎる。 治療から緩和ケアへの流れを説明できる人がいない。
2329	支える家族の介護力がなければ実現できないのが現状である。 欧米のナーシングホームのように、自宅と同じ環境でありながら、病院のような医療的対応をしてもらえる場所を作る必要もあるのではないか。 設立にあたり、国や都道府県から助成金を出すなどの対応も必要かと思う。 場所があっても、金銭的に入所が難しい人のために、料金の助成をするような対応も求められるのでは。
2330	紹介され入院する患者のほとんどが、利用できるサービスを知らずにいる。 本人は自宅で過ごしたいと思っていても、家族が受け入れないケースが多い。 急性期の病院にもいられず、緩和ケアにいいイメージを持っていなくとも行き場がないまま、仕方なく入院している方がたくさんいる。 医療者のおしつけではなく、自ら自分の希望する最期をたくさんの選択肢から選択できるような環境になってほしいし、していくべきだと思う。
2331	一般病棟・ホスピス・在宅医療との問題がうすい場合、個々の医療のみが先行し1人のPtの死を考えることができていない。 在宅ホスピスを、一般病棟でもとり入れPtの死を1つの医療行為として考えるべき。 それには、地域全体でのとりくみ、（在宅に戻ったとき、どこのDrが主治医となれば一番いいのかなど）連携が必要
2332	在宅医療についてもっと知らせる必要があると思う。
2333	医療者を含め国民皆が、自分の生き方、死生観をしっかり持つべき。そして、示すべき。

	病院というところは、がん患者が最期を迎える場所として、適しているとは思えない。 医療者は患者の QOL や苦痛などの症状にしっかり目をむけているとは思えない。 患者や家族も全て病院に“おまかせ”している傾向がある。
2336	在宅医療制度がととのっていないため
2337	もっと在宅に向けて国全体で考えていく必要があると思います。 在宅医療が安心して受けられるようにしていくべきだと思います。 ただ、今日本の医療・看護では現実的に難しい問題だと思います。老老介護や核家族化といた現状況では、到底できないと思います。また、日本人は、点滴・薬剤等治療を受けることを重視するような昔の傾向があります。 海外のように食事で栄養面を補うようなことは、あまりしないと思います。
2338	・ターミナルケアをする施設が少なすぎる ・家族の人の協力・覚悟が必要。複数の人の協力がいる。 ・一人暮しの人は、むずかしい。
2342	本人家族の気持ちは十分わかります。しかし、介護・看護の量が少ないのが現状です。 又、家族の役割がうまく動いていない事も問題であると思う時もあります。 まず病院から Pt を出そうとするよりも在宅ケアのあり方を見直してほしいのが本心です。 仕事のわりには報酬が少ない。しかし家族とすると Ns は高いと思われています。 それが残念でしかたありません。
2343	在宅へ帰す病院側（特に Ns）が在宅での看取りを支える力が往診医や訪問 Ns には備わっている事を知らない。 在宅を担う医療職は実に多くの事を学びすぐれた知識と技術、スピリチュアルケア能力、調整能力があるのか、知ってもらう必要を感じる。 看護教育で在宅を学ぶ事はまだ 10 年と短かく、中けん以上の Ns が在宅を知らないのが現状。 当ステーションでは、病院 Ns の在宅研修を受け入れ在宅の力を知ってもらう努力をしている。 在宅で死ねる事は、実はそう難しくない。家族も肩の力を抜いても可能である事をまず理解してもらう事が大切。
2344	自宅で最期を迎えるということは現代の私達にとって理想なのかもしれないが、介護力・経済力、そして看とる側の覚悟が足りない結果だと思う。
2346	まず Ca だからといって HP に入院しなければならないことはないと思う Ca 専門の症状コントロールをきちんとしてくれる訪問看護もあるので在宅にいたいようであればそのような手段もあるということ。 又、早目に外来フォローをしていき、ギリギリまで在宅でいることも可能だと思う。それまでどうすごしていくか、本人、fa 含め十分に検討するべきことだと思うが、実際、急変の可能性が大きい為緊急入院できる入院先も考えなければ fa としては不安で仕方ないと思う
2347	がん療養者の希望が叶うよう対策を立てるべきだが、何をしたらよいかがわからない。
2348	・在宅医療があまり浸透していない ・システムがうまく機能していない
2349	がん患者を診療する頻度は少くないが、医療担当側が在宅で最期を迎えるように努していても、介護を担当する家族が肉体的・精神的負担に耐えられなくなり病院その他の施設へ移すことになる場合が多い。24 時間何時でも支援できる仕組みの構築、普及が望まれる。
2350	病状につきやむをえない場合もあるかと思います。 患者にとって最期とは、いつだろうか… 死期がせまってきてから、体が動けなくなってしまってから、食事ができなくなってしまってから。 その人その人にとってできる限り希望にそえる生活を支援していき、自分の人生の中で納得したり、喜びが持てる方が大切だと思います。
2351	在宅はできても 20～25% ナーシングホームがいる。
2352	療養者は自宅を望んでいても、家族状況によっては本当に無理な状況もある マンパワー
2353	在宅末期に関しては、在宅療養を 本人が希望する。家族が希望する。看取る家族がいる事が、絶対条件になる。また準絶対条件として、看取る家族が複数いる事があげられる。 現在、独居家族や、高齢者単独世帯の増加等で、この条件を満たす家族が減少している。 また、患者本人自身が、 急変時の対応について不安がある とか、 介護者に迷惑をかける等を理由に、在宅療養を希望しないケースが増加している 社会資源を整備する事で、これらの改善が図られれば良いと考える。
2354	①患者の願いと介護者の負担は別であり、介護者の負担が大きいからこそ、死亡の場所が、自宅であり得なくなる。 ②本人の死に対する、周囲の家族、親族の思いのもち様が多様であるために自宅での死を全うできない
2355	核家族化、地域連携の崩壊がすすんだ結果と思われる。
2356	・私のいる現場では、95%以上が希望通り在宅での最期を迎えられております。 ・社会現象として問４－ａは知っておりますが、マンパワーの問題、経済的問題が大きいのではないかと考えます。 経済的問題としては入院なら生命保険が出るが在宅では生命保険が出ない等又若い方では 3 割負担は大きいですね。 ・実際入院でしか出ない生命保険を在宅療養の方に支払っていただける様にした経験もあります
2357	・患者自身が遠慮して希望を述べない場合もある（家族に迷惑がかかるなど） ・在宅を希望しても同居家族、介護者が在宅で看とることに不安を感じ「死」を受けいれる準備ができていない、受けいれられない、衰えていく姿を見守れない。何らかの医療（終末期の輸液など）を求めてしまう…等のため在宅に引きとれない ・核家族が多く、かつ、老・老介護が多いため在宅に帰ろうとしても介護者がいない
2358	家族が大変だから、病院でがまんするべきだ
2359	さみしい
2360	・最期まで人は個々のあり方で生を全うする。しかし、その生を全うするには他者との関わり、サポートが必要不可決である。核家族化も進み、老老介護をしている状況、遠く離れてすみサポートをする人がいない状況も数多く存在する中が、在宅で最期を迎えることは困難である。 そのことを患者自身が自覚している結果が上記のデータとなっているのではないか ・又いくら身内とはいえ遠慮もあり、他者の■■を考慮するとなかなか自宅で最期を過ごしたいと言いにくい面も

	あると推測される ・社会的支援を行っていくと共にＰｔ及び家族自らが人生をいかに生きるか考え主体性を発揮することも在宅支援への足がかりになると考える。
2361	患者さんの思う通りの日常生活が叶えられたら、一番良いのでしょうが、患者さんの今までの生きて来られた中での家族との関係や社会環境の変化に施設上の問題などケースバイケースで、それに病状の進行も大きく関与していると考えます。 自分ならと考えたとき病院より自宅がと思いますが、介護者の覚悟、自分の中での覚悟が、きちんとできるか？　実際にならないとわからないのが現状です。
2362	サポート体制が困難で現状では希望通りにするのは困難
2366	在宅でのサポート力（介護、看取りの対応ができる Dr、Ns）が弱いので結果的に病院で最期を迎えることを選択せざる得ない状況にある
2367	世の中死ぬ場所を選べるとうれしいですよね。 しかし、病院でなくなる方も多いですよね。
2368	家族の理解と努力が足りない
2369	希望をかなえる為にはかなり支援が必要であるが支援できるチームがほとんど無いに等しい現実である。 （当院に入院される患者の多くは当院での死を覚悟されている）
2370	このあたりの大病院は自宅に帰す視点がない。 ①帰すと空床ができてしまう ②帰せると思ってない「帰す」気がない。 家族 ①家で「みる」気がそもそもない（ある人もいる）
2371	癌の患者の在宅療養は、ハードルが高いです。ずっと元気でいたものが、症状の変化が速く、疼痛も激しかったりするためです。対応できる在宅医療機関も限られます。 現状では止むを得ないと思います。 往診する Dr よりも、在宅ケア専門のナースを多数育成した方が、解決に近づくかもしれません。
2372	患者は在宅を希望しているが本心と思うが介護する家族、地域のコミュニケーション連携が弱いので在宅は家族の負担が多すぎる。 病院に入院させてると家族は負担が少くなるので患者も、これを希望することが多い。
2374	「癌」という発病と共に、多くの理不尽な思いを数えきれない経験をしてきた患者様、御家族様に対して、せめて最期は尊厳のある終わり方をしていただきたいと考える。
2376	１人でも多くの患者様が在宅で死にたいと言われ、また知れば在宅スタッフ、地域の方、主治医・関係者との連絡を密にし実行して行きたい。
2377	本人は家族にめいわくがかかる 自分さえがまんすれば、家族にめいわくがかからないので、死に場所をはっきり言えない。
2378	中山間地域でのネットワークが難しく、少子高齢化で介護する人にも問題あり。 又、核家族で若い人がいない為、病院、施設を余儀なくされる傾向にあり
2380	家の状況（核家族化）による。家で介護する人を十分に確保できない事が一番の原因だと思う。 いくらヘルパーや訪問看護を充実させても限度がある。
2382	患者本人が自らの悪い知らせをうけとる際に医療者の対応が遅れたり家族が反対したり、本人を支える体制が不備であるなどさまざまな壁がある。 本人が家へ帰りたいと願っても家族がそれを承認しないと在宅療養は難しい 本人と家族と支える、在宅医と 24hr 体制の訪問看護がもっと増えてほしい。 ひとりぐらしや介護者へ恵まれない人で在宅に近い所での死を望む人の■■■場所と体制が必要。お金のない人も選択できるように！
2384	現在のような一人独立型の医療機関が多い中では充分な在宅医療は受けられないだろう。 中長期的な、少くとも猫の目のように変る施策ではなく、始めたら 20 年はやっていけるような在宅支援のあり方を策定すべきである
2385	様々な要因がからんでいるため在宅で看取りが出来にくい状況にあると思う。まず、患者家族の在宅で看とるということへの不安や、日中の看ゴカ(一人になってしまうなど）不足などがあると思う。 ホスピス床を増やす方針はないようなので訪問、在宅看ゴの充実を目指してゆかなければ難しいだろうと思う。
2386	がん患者さんの希望は比較的状態のよいときのもののような気がする。最期を迎えるときの希望と異っている可能性がある。 したがって「この現状」の正しい意味が分からないと質問に答えにくい。
2387	患者本人が願っても、１人でできることではなく、家族など周囲の大きな協力や理解が必要な点で簡単ではない。 やはり、在宅サービスを充実させる等しないと、現状では理想と現実にギャップがあると思っている。
2389	高度経済成長の結果として、家族の介護力の低下があり、現状で在宅をすすめようとしても無理である自宅のかわりに住める、施設の整備が必要である
2391	在宅医療を推進していても実際希望通りのものが受けられることは一部である。在宅に携わる施設の充実と共に人材育成にもっと力を入れる必要があると思う。
2393	マンパワー不足が原因であるし、又この世の中のバランスの悪さからだと思われる。現実を知らない政治家やトップがいるから変わらないと思う
2395	願いと現実化ができないのと。結局は、本人家族も病院が安心と考えていると思う。
2396	がんの医療連携においてとにかく受け皿の弱さが一番の問題である。在宅支援診療所の届け出をしていても十分な往診体制がない所もある。症状コントロール上麻薬処方は重要だが、麻薬が処方できない診療所も地域によってはある。麻薬のみ病院で処方となるとご本人や家族の負担が増える。 また在宅療養を安心して過せるためには緊急入院先の病院が必要だが不足している。 緩和ケア病棟・緩和ケア外来も不足
2397	新人の頃は、在宅で亡くなること、本人が希望することが叶うことが一番素晴しいと思っていました。看護師になって 18 年、自分も色々な人生を過ごし、それが、全てではないと思っています。 大切なのはどこで死を迎えるのではなく、誰とどんな最期を迎えるか…です。それは、家族ではなく、医療者、介護施設関係者であっても死を悲しむ思いがあれば良いのではないかと思っています。
2398	独居の方の看取りは、かなりむずかしいと思いますし、長い間の介護にも限界があります。 家で介護される家人にも生活があり、仕事があるわけですから。 ましてや夜間、痛い、つらいと訴えられて、夜間、寝る暇なく介護することが多いと両方で耐えられなくなりどこ

	でもよいから病院へとなってしまいます。 又、死に行く状況のことが介護者（家人）は、わかりませんから、（わからないことが多い）最期の最後は病院でとなってしまいます。
2399	昔ながらでの、在宅での自然の流れでの死の迎えを知らないので、家族にとって、患者さんが苦しんだ時などの対応に困り、在宅で看取ることへの不安が大きいのだと思う。 私自身、緩和ケア病棟で勤務しているが、患者本人が家で過ごしたいと、願っていても、結局、家族が在宅での看取りが不安で在宅療養できなかったりしている。また、患者本人が、家に帰ると家族に迷惑かけるし、何かあったとき、一人だと、不安で帰れないといったこともある。 それから、核家族化で、家で誰もいない（夫婦共稼ぎなど）場合がほとんどで、患者一人で過ごすことへの不安、心配もあるようです。
2401	自宅では色々な理由から難しいためだと思う 介護力の問題も多いと思う
2403	・ホスピスへ行きたいと希望しても数が少なく、待機しているうちに死亡してしまう。病院が少ない。 ・家族の受け入れが充分ではないうえに、介護する人がいない。 また自宅で過ごしても何かあった時の不安、負担が家族には多い。
2404	告知を含めて説明不足。患者さん家族が理解するまで説明していない。
2405	がんの末期は意識がなくなれば別ですが、かなりの苦痛を伴い本人がそれをがまんできずに入院を選択し、もう少し苦痛がとれてから退院をを思っているうちに亡くなってしまうケースが多いと思います。 病院死は本人の希望とはうらはらですが、仕方のないことも多いかと考えます。ただ、少しでも在宅で看取れる方を増やせたら良いと思います。
2407	当院では、在宅困難になった時点で当院（有床 17 床）に入院させている
2408	ある程度はしかたがないと思っている。
2410	在宅にもどりたいと思っていても、マンパワーの問題、看ゴ介入の度合の多きさなど多くの問題がある為、なかなかすすまない現状がある。 病棟・外来・在宅の連携を強め、患者の望む場での療養ができていければよいと思う。
2411	入院する以前に病気との関わり方と死の問題について学習する機会をつくることが重要と考えます
2412	家庭の介護力が下がってきており思いの在宅死は実際的に困難な場面も多い
2413	苦しさ、痛みがでてくると在宅では困難（家族が悩んでしまう）
2416	在宅での看取りの場合は医師の死亡診断書が大きく影響します。その体制が整っていないと自宅での看取りが上手くいきません。患者が希望しても死亡診断書が記入できない条件があると病院搬送になり自宅での希望の方も取り入れられない場合もあります。死亡診断書の条件を再検討する必要があると思っています
2417	自宅を選ぶことができても、介護者の負担、病状の変化などいくつもの要件が継続を難しくさせてしまう。 それに病院のＤｒ、Ｎｓ、ＭＳＷなどが在宅での看取りがどの位可能かを理解できていない場合が多いと思う
2419	政治が、福祉にあまりお金を使っていない。
2420	緩和ケアが不充分、という事に尽きる
2421	・本人、家族が在宅療養在宅死が可能であるということを知らない。
2422	可能であれば、願いを叶えてあげたいと思う。 その為には、Ｐｔはもちろん、家族が、これからのことを十分に理解できていること 対応の仕方を知っていること、フォロー体制が整えられていること 早期からＰｔの意志を確認する必要がある。 けれども、日本は、まだそういう点では、抵抗があるように思う。 おくれている
2423	本人の思いは、わかっているも在宅にて看て行く人が、いない現状がある。
2424	患者；家族への負担がかかることや、治療が続けられないのではないかという思いが強い。 医者；がんを告知するケースは増えてきているが、本人、家族をサポートしながら、いつでも対応出来る、医療側の体制に自信がない。 病院のシステムの中では、主治医であっても、往診に出かけたり、必要時ベットを用意する等々も、不可能な状況です。そのため、本人の願いをわかっていても、前向きに、在宅医療をすすめられないでいると思います。
2425	本人が自宅での最期を望まれていても、家族が“良い医療”？？を望まれて、中核病院への入院を希望される事があり、主治医としても否定する訳にも行かず難しいです。
2426	苦痛の緩和が在宅でできる体制作りが必要
2427	今の社会事情では仕方がないと思いますが、もっと地域や社会資源を利用してみんなでその人を介護（支える）するシステムにするとよいのではないか。
2428	在宅医療について知らないから（正しい知識）希望はあっても帰る事が出来ない。
2429	小生としては、患者が希望するなら、それをかなえてやりたいと思う。現在、がん患者を受け持っていない。
2430	まずは在宅医療に関する周知がなされていない。かなりの高学歴家庭でも、在宅医療への認識がないかもしくは誤解されている。次に在宅に関わる医療関係者が少ない。また、あっても 24 時間対応が遅れているために、いざと言う時に患者、家族のニーズに応えられない。また終末期の全人的ケアに対応できる人材の育成が不十分である。等の理由から、在宅での看取りをあきらめてしまう状態が続いている。
2431	報酬の低さにも難があるが、マンパワー不足と家族の協力のなさ、理解のなさと余裕がないことが大きな要因である。
2432	地域では、まだ、末期ガンの病床を持つ病院は少ない。 もっと、ホスピスや緩和病棟が増えることと、その病院から訪問（看ゴ）されるシステムが欲しい。 現、訪看ステーションとの連けいが、確立されていない。 ケアーマネは、今、要請され、病院が、研修会を持ってきた。(2008 年 10 月より)
2433	本当にお気の毒なことである。だから ①在宅緩和ケアのできる医師や訪問看護師等の人材教育 ②病院の医師に対して、病院で死ぬよりも在宅で死ぬ方がよほど患者にとって幸わせなことであると教育、理解する必要がある ③患者に対して、在宅緩和ケアの方がストレス空間の病院で死ぬよりもよいことを啓蒙する。 ④マスコミに対して、間違った放道をしないように事実を知ってもらうこと。（ここが難しい） ⑤市民に■■をひらく。
2434	在宅医療について正しく理解してない（医療者も含む）のがこの現状になっているのかな…と考えます。
2438	自宅を選びたいが言えない現状である事 在宅をサポート出来る様にお願いしたい！
2439	社会資源を知らない。 在宅緩和ケアができるＤｒが少ない
2440	・患者は帰りたいと希望しても、世話をするマンパワーの不足やがんという病気に対する不安が大きくて無理だと思ってしまっているのではないか。 ・在宅サービスを利用しやすいようにすることが必要。
2441	在宅療養を支えるところが少ないと感じる。 地域には 24h 対応の往診医・訪看が限られている。 ここを充実してくれれば病院側もスムーズに在宅へ送り出すことができると思う。 その連携を上手にするコーディネーターも必要。
2442	在宅希望があっても、家族も少数人で、介護が困難であったり、24h 対応してくれるところも少ない
2443	マンパワー不足、資源不足 厚労省の人々は、元気な人達ばかりなので、介ゴ保険の認定をきびしくしたため、在宅に帰れない人がいる事を知ってほしい。
2444	自分で死を迎えたいと思っていても、介護者の負担などを考え自分の思いを通せない事が多いという事だと思う。 双方の思いが叶うことは難しく、譲歩することが必要であり、仕方がないと思います。
2445	介ゴサービスをより充実にして家族・本人へ説明していく。 安心して、家で過ごせるようにしていく必要がある。
2446	患者の希望をできるだけ聞きたいが、在宅希望の場合家族、サービス、独居、家がないなど多くの問題があり、なかなか在宅へ移行できないこともあるため、安心して在宅へ移行できるよう、工夫・連けいしていく必要がある。
2448	内科医又は家庭医が少ない。少なくとも 24 時間対応の医療機関が少なすぎる
2449	独居老人の多さ、老々介護の多さ、つまり家庭内介護力の少なさを考えると、このような状態にあるのは致し方のないことと思います。
2450	現状で在宅ケアは、かぞくへの負担が大きすぎ、また、ケアの微細な点も、浸透が不十分であるため十分な苦痛や症状のコントロールができない。 現状の福祉、医療体制では不可能。
2451	在宅での生活全般のバックアップが不足しているため、病院ですごすしか選択肢がなくなっています。バックアップ体制を確立させるため研修も必要ですが、どこも人不足のためなかなか研修にも参加できない状態です。どうすれば…といつも思います。 本ステーションでは、その都度、手技やケアを病院へ出向き学んでいる状態です。
2452	在宅療養指援診療所の力量不足 又はＤｒ．不足、又は家族の介護量不足
2454	患者、家族の希望がかなわないのはかわいそうだと思う。 経済的にも入院してる方がお金かからない、という事も問題である。
2456	病院のベット、ホスピスの内容と空、在宅サービスの不足、ケアマネの力不足 社会制度全てが患者の願いをかなえる方向にはほど遠い現状である。 特にこれからの在宅サービスについては内容を充実させることも重要だが支える制度を検討が必要である。
2457	自宅で死ぬことについての社会的認知が十分でない
2459	家族が在宅での看取りを希望されないことが最大の理由かと思います。 当地域では在宅での看取りをする医師がほとんどいないこともあり、願いがかなえられていないようです。
2461	告知をした上で積極的な治療を行うようになってきているのだから、余命もある程度告知され、がん療養者は死亡の場所も選択できるようにすべきだと思う。
2462	医療の後進性を示している。
2463	在宅医療（緩和療法を含む）のインフラ、staff の圧倒的な不足。→国家事業として、取り組むべき。
2464	財政問題～経済発展と社会福祉政策のバランス、政策・医療者・国民の共通認識の不徹底
2466	実現するには、Family など周りのサポートは必須であり、それが困難な方々が多いのではないか。
2470	やはり何かあると自宅での加療は困難。 本人も家族も自宅で看とることに対しての覚悟がほとんどできていない。現実の厳しさをもっと理解すべきである。美しい幻想が一人歩きしている
2471	家族が在宅看取りをする予定でいても、本当に覚悟ができていないと直前に入院を希望され入院することがある（精神的、経済的、時間的）
2472	ある程度、在宅系のサービスが補充できたとしても、最期まで看取ってくれるＤｒが少ない。 在宅支援療養所となっているが機能が本当にあるのか？ 地域差が大きいのでは…？
2473	悲しいことである
2474	望みながらも自宅で最期を迎えられないという事の理由は多々あり複雑だと思う。 目の前の病める人に対して自分ができる事をひとつひとつ行っていくこと 周りに少しずつ理解してもらうこと、ただそれだけ
2475	在宅で生活するための物的な支援が不足している
2476	開業医の意識改革が必要と思う
2477	希望通りの場所で一人でも多くの人が最後をと考えます。介護力、体制のことなど変えていくことが今後にむけて必要です。
2478	病院で死ぬのがあたり前という考え方を認めてきた国や医療者の責任が大きい。特に他の選択肢を準備しなかった国の責任が重大。 今後時間をかけて国民に在宅死の教育行いサポートの制度を充実させる事が必要
2479	・できるだけ自宅で療養したいのはがん療養者に限ったことではないと思います。 病院死を選択せざるをおえない要因が何なのかを分析し、データ化ができれば今後、何をしていかなければならないかが見えてくるのではないでしょうか。 ・疼痛管理が在宅でも上手くいくように治療者側のスキルアップ、拠点病院のフォローアップ体制が不可欠だが、地方では開業医も少なく、高齢化していることがさまたげの一因である。
2480	・核家族や高齢者家族などの背景により、介護力不足があり在宅医療が困難である ・在宅医療をおこなう医師、看護師、ヘルパー等の人的パワー不足

	・在宅の問題（マンション等でバリアフリーになっていない等）
2481	医師、看護師が全く不足しており、在宅にもどっても不安を最少限にできるキャパがない。 （いつでも、すぐに対応できる訪問体制をつくれない）ため介ゴ者不在や介ゴ力の低いケースは在宅をすすめない。 すすめても最后の看取り段階は入院となってしまう。
2482	・家族が家庭医との心と心のかよった協力と信頼が必要と思います。 ・政府の手厚い、資金と報酬による、政策が必要です。 ・現在の自民党ならだめでしょう。
2484	最期の時間と空間をじっくり共有でき得る医療人が、物理的にも精神的にも用意されていない
2485	最期の場所は、患者様の願いの中で、最後の願いとも言えるので、叶えられるよう、現状を変えていきたいと思います。
2486	在宅をすすめたいが、家族に看取りの準備、覚悟が出来ないことも多い
2487	介護力の不足により家族の負担は大きくなり、患者自身も、家族に迷惑をかけてしまうのではないかと考えてしまう現状があると思う 訪問看護にも限界がある「もし何かあったら」と不安もあり在宅で過ごすことは一大決心のように思われる。 又、治療のためにもお金が必要であり仕事をしながらの介護は大変なことだと思う、その中でも、介護者が疲れた時や、つらい時に一時的だけでも、入院できたり、休む時間がもてるような、逃げ場があればと思う。
2488	実際には現状では難しいことと考えられる。 末期での意識レベル、家族の負担、本人の死への恐怖等々あまりに病院死となる要因が多すぎる。 また、末期は末期であっても、患者によるものが大きいと思う。 80%以上が在宅死を希望されているのは…。正確なのか疑問。
2491	マンパワー不足 病院から在宅への受け皿が（リソース）少ない。 Ｆａは死を目の前にしたらやはり病院へくると思う。 Ｐｔ、Ｆａ、医療者のコミュニケーションが不足（在宅医療に対しての） 病院側は退院についてすすめるとＰｔ、Ｆａは追い出される感を持つと思う。自分から退院したいという人は少ない気がします。
2492	介護力の低下と老老介護となっている 経済的負担が大きいので援助が必要である
2493	・自宅で過ごすことの大変さを知らないで「自宅で過ごしたい」と思っているため実際病状が進行した状態で現実にぶつかると無理であると考えてしまうと思う ・主治医が在宅はムリと家族や本人に説明することも病死が多い理由だと思う ・実際に介ゴをになうマンパワーが不足していると思う
2494	医療の発達が病院死を誘導した結果、病院死が国民に定着した。
2495	家族に迷惑をかけるという思いがある為、本根が把握できないことがあります。また、家族が仕事をしている場合が多く、在宅への移行がむずかしい場合が多いです。当病棟に入院中の患者は、どこまで本根で自宅ですごしたいと思っているかは、わかりませんが（把握できない部分があります）希望される方は極わずかのみです。しかし家族によって希望がかなえられない場合が多いです。家族しだいという思いが強いです。
2496	設備や環境だけの問題ではなく、患者や家族の不安などの「気持ち」の面も大きいと考えられる。
2497	資源が利用できることなどを知らないこともあるため、公共資源の利用や、在宅について、もっと地域で取り組むべき。 患者の在宅移こう時期が、今よりももう少し良くなってからと考えている人たちが多く、このことも、在宅移こうになかなか進まないことにつながっている。
2498	在宅医の数も少ない現状もあると思われる。そういった病院との連携などが充実しないと、在宅への移行も難しい現実があると思う。
2499	死亡の場所について患者や家族が考える機会がない 治療中は治療のことで必死で考える余裕もないと思います。 緩和ケア病棟での療養の選択をする際にも、在宅に帰れないなら緩和ケア病棟があるという認識の医師も多く、死亡の場所までを考えた関わりがなされていないように思う。
2500	現実に、在宅死を望んでいる人は、pcu 入院患者の中には今までいなかった。（年間 1～2 例は希望者いるが一）体の自由がうばわれていくことを知っていて、家族に負担をかけたくないという思いが強いため、ある時期まで、自宅ですごしても看取りは入院でという人々が多いのが現実です。人間の死を自然なものととらえて、自分の住み慣れた場所で最期がむかえられるのは理想ですが、現在の社会状況下では自宅での死は、不安が多すぎて、本人、家族が耐えられない。
2502	患者の願いをもっと聞き入れ、想談にのるべきであると思う
2503	痛みに関しては、精神的な事が左右されると思われるので主治医に対しての信頼がまず必要だと思います。 後は、家族が、受け止めれる力があるか無いかの事だと思います。 又サポートしてくれる関係者等が必須だと思います。
2504	本人は、自宅で過ごしたいと希望される方が、家族に迷惑がかかる、家族も自身がない、という事から病院を選択される、症例が数多くみられます。 家族（介護者）の教育、メンタルフォローを十分に行い、（我々がいつでも手助け出来る事をわかってもらい）自宅で死ぬ文化への支援を行っています。（ごく少数例ですが…）
2506	24 時間対応の往診医の不足 24 時間対応の訪問看護ステーションの不足 情報が必要な患者・家族に提供できていない ）ことを改善する必要あり。
2507	一般の人は、緩和ケアについて、殆んど知らない 緩和ケア病棟の認定について、ハードルが高すぎる。 最後を看取るのは家族なので家族の意見が、重要となる
2508	①患者家族の受入れが充分かどうか？ ②医療及び介護の受入れができているか？ など、医療サイドだけではなく、患者及び、患者家族も在宅死を受け入れれていないのも問題と考える。 特に死は病院でむかえるものというのが、常識となっているところがある。 親類や兄弟から「なぜ入院させない」と責められる場合もある。社会全体の意識改革が必要と思う
2509	がんに対する考え方からくるものでやむを得ない部分もある。 自宅で過ごせるようなシステム作りがなお一層必要である。
2511	・家族の負担や医療者側の要因など様々な問題があるからだと思います。 しかし、少しずつ、在宅死は増えていっていると思います
2512	本人が希望していても、介護力の問題あるいはがん性疼痛への恐怖が先立ち在宅で最期までときめられない。
2513	在宅で症状コントロールを上手にできるのは難かしくコントロールをする在宅医は少ない。 開業医が在宅をみているケースが多いが、最后迄責任を持って診療する意志がないのではないか。在宅で終末期（がん）を対応できる医師の不足。
2514	悲常にむずかしい。 一番は家族（介護者）の問題。 経済問題。 更に高令者の立場が弱い環境など。
2517	これまでの日本の医療システム「容易に入院加療できること」や「核家族化の進行」など社会情勢の結果このような状況になったのではないか？ 今后、社会での啓もう活動なども必要と思います。
2518	現状では在宅死といっても 24 時間主治医や看護師が側にいるわけではないので、残された患者、家族は死を迎える不安で大変な状況だと思う。 いくら、末期の状態の事を話しても疼痛コントロール、各種症状をコントロールするのは難しい 家族にかなりの負担がかかる 在宅死は老衰ならば受入れられるかも 癌の末期は本当に大変と思う。
2520	在宅療養にかかわるスタッフが整っているとしても、ある程度の介護力がないと、看とりまで自宅で暮らすことは困難。 今后 24h 体制の介護、医療が整備され、独居高令者世帯でも最后まで自宅で暮らすことができるようになるには、行政からの予算、支援が必要。 制度として、24h の体制が組まれたとしてもそれを行なう事業所がなければ現実的ではない。
2521	もっと在宅医療に力を入れて行く必要がある
2522	・病院側が、どの状態のどの段階で、在宅に帰すのがいいか、きちんと認識できず時期が遅れる。 ・訪問看護などのサービス導入についても病院側も担当ケアマネージャーもしっかり理解できていないので利用者や家族に必要性の説明が出来ない ・ターミナル期の急救や状態変化に介護保険の申請や認定が追いつかずサービス利用ができない （ターミナルで予後 3 ヶ月の診断がついたら 2 週間以内に、介護度 2 以上の認定がほしい）
2523	・痛みのコントロールが完全に出来ていないこと ・麻薬による意識や副作用について家族が充分理解されていない。 ・在宅の介護環境が不充分である 等によりほとんどが介護者の負担増により在宅死がはたせないと思う 在宅をホローする医療側は支援について充分説明し在宅のメリットを話し指導するが 24 時間在宅につきそうことは出来ません　訪問と訪問のその間をホローする介護者の問題も大きいと思う
2524	在宅死を選択する際の不安点を解消しそれを上手くＰＲすることが必要だと思います ・急変時の不安、対応はどこがしてくれるのか ・痛みなど上手くコントロールできるか ・家族が大変じゃないだろうか
2525	患者が在宅を希望しても、家族の受け入れ体制が整っていなかったり、近くに応診をしてくれる医師がいなかったり、訪問ＮＳステーションがなかったり、現状は厳しい。核家族化が進んでいることもあって、老夫婦だけで暮らしていたりすると、配偶者の介護負担は重くなってしまう。その子供たちも、自分の生活のために仕事を休むわけにはいかない。そうすると、在宅よりも施設で介護してもらうことが適当になる。 誰でも自分が生まれ育った家で亡くなりたいと思うと思う。今の日本でそれを実現しようとするならば、よほど整った在宅医療・介護制度を作らないと難しいと思う。
2526	①がん患者の在宅医療については病診連繋が大切に思います。 ②がん患者の在宅医療は家族の同意と覚悟を確認する必要があると思います。 ③在宅医のスキルをみがくことも大切。
2527	それぞれの家庭の事情等もあり、実際には希望どおりにいかないのは当然だと思ってしまう。 介護者の負担、少子化等いろんな問題等ふまえ難しい課題だと思います。
2528	自宅で過したいと希望しても、家族の受け入れ、医師（主治医）訪問看護等の在宅サービス等々を考えると難しいと思われる。
2532	Ｐｔとその家族が“家ではムリ”と思い込んでいる。 がんの末期というと、痛みや、呼吸困難感など、苦痛が伴い、家では、その症状コントロールが難しいのではないかという思いも、強いのではないか。 家でも十分な症状マネージメントができること、それができる医師やＮｓが在宅で増えること、病院Ｄｒ、との連携が大切と思います。
2533	患者の願いが強くても家族が受け入れ困難であったり、不安が強いという事もあると思われる。
2534	今の家族構成など社会情勢を考えると仕方ないと思う。
2535	情報の不足であると考える。また例え知っていてもその人のおかれている地域や環境でケアの差があることも考えられる。
2536	自宅で看取る体勢が十分に整っていない面があると思う。 家族の受け入れ状況や、協力体制に大きく関わっていると思う。
2537	１人で身の回りの事ができない状況であれば、必ず支援者が必要となる。 家族であったり、経済的な問題、かかりつけ医、訪問看護など周りの環境が整わなければ仕方がない。
2538	がん難民が増えてきているとＴＶでもよくテーマになっています。 治療ができないと、在宅へと帰らせれると思ってる患者にとってこれから出現する症状への不安が多くなってきます。 患者本人の意志が叶えられたら、それにこしたことはなく社会的な背景にもひずみがあることも患者自身がよく知っています。 患者も家族も叶える場所で、最后を向かえることが望みです。
2539	在宅死は実現可能ということが、あまりにも知られていない。 また、もっと可能にするための努力がまだまだ足りない。

2584	元気な時からその家族で会話をしていない。 このテーマに関して又無知によって、さけようとする日本文化。 実際緩和ケア技術に関しての知識が不足。 又病院の方がよいお世話がうけられると一般の人は誤解している。 日本は医療費を使いすぎている。 自然にまかせる、寿命というものの受け入れができていない
2587	私達訪問看護は本人や家族の望む医療や看護を提供するため毎日看護しています。 在宅を不可能にしているのは介護者の問題かもしれません。 それと看護師側にも 24 時間いつでもどこにでもともいきません…
2588	今の現状では仕方がないと思う。 それに対する、人や物や金銭等あらゆる事柄が中途半端であるから実際どうなるかわからないと思う
2589	患者本人の願いをかなえるべく、お互いに努力しようとする姿勢が乏しい。「…できたら」「…してもらいたい」などなどの言葉ばかりが出てきて、自分のエネルギーを吸い取られるような気がしています。
2590	ｐｔ・ｆａの思い願いがかなえられず後悔として残ってしまう
2591	在宅療養を可能にする為には、介護者の理解が大きな鍵をにぎっています。いくらサポート体制を強化しても 24 時間サポートするのは困難です。
2592	在宅は家族と患者の話し合いで決めることが多く、家族の覚悟が必要となる。
2593	病院への入院は、本来必要ない事であるが、在宅を希望されても、その患者を見守る事が可能な家人が少ない事や、知識がない事も原因。
2595	日本人は家人にも負担をかけたくないという思いが強い。 遠慮せず、もっと自己主張し、家族間でのコミュニケーションをとる必要性も感じている。又、社会サービスについて在宅医療について知らされていないのではないか。
2597	終末期の在宅緩和ケアを行う地域体制の不備 ・病院、診療所、患者、家族、市民の理解不足 ・診療所かかりつけ医の能力不足→※ ・訪問看護の知識・経験不足　→※　※と、更に連携のまずさがある
2598	家族の多くは、在宅療養は望んでも在宅死までは望まず、それを在宅死が不安なく（少なく）なるには、在宅医療チームの関わり方によって左右される部分が大きい。 訪問看護師を担当制とし、じっくりと少数（1～2 人）のＮｓが関わる事で、在宅死が可能になる現状が多い。
2599	家で最期を迎えたい看取りたいと思ってもそうできない環境である。 特に夜間や休日の支援体制が整わない場合が多い。 老々介護、独居が多いことも要因であるが今後もこの傾向は強くなると思われる。
2600	ほんの一部の人たちにおいては、家族のサポートを受けながら、終末期（ターミナル）を在宅ですごしていると思うのですが、見取りは病院でという症例もありました、この方は終末ぎりぎりまで家で入浴をされていた方でした。キーパーソン、主となる介護者は奥様でした 家族の協力、社会資源等の環境を整えることが出来れば本人の願いもある程度の時期までは、かなえることが出来るのではないかと思います（しかし、本人をささえている家族のサポートも必要になってくると思います）
2601	・家族の介護力が乏しい ・介護のための在宅支援の不足 ・家族の意志決定の弱さ
2602	家族のサポート力や疲労度にもよって在宅か否かの患者本人の意思が通らないこともあるのではないかと思います。
2603	核家族が進み、若い世代の方も働きに出かけており、家でがん終末期の看病をしてくれる環境でなくなってきている。 医療側も最近少しづつ在宅での看取りをする所が多くなり家族の条件本人の意志が合えば在宅での看取ができるようになってきている
2605	在宅を支える医師が少ない。在宅を支える訪問看護師が少ない。又はそれすら知らない為家族は在宅で看取る事はとても困難で無理だと考えてしまい結果すぐ病院へとなる。 また、病院での退院前の説明もきちんと行なわれていず、いつでも具合悪い時は来て下さいなどと話している。 大抵の場合、点滴・検査は在宅で出来ることを説明してほしい
2606	理想と現実のギャップがありすぎる。 費用もかかりすぎるのでほとんどの人は無理では？
2607	叶えてあげたいと思います。 自分の一生の最終末です。終わりの時を安心して、安らかにと皆願っていると思います。そういう気持ちを支えていきたいです。山あり、谷ありの苦労をされてきたのです最期くらいはわがままを聞いてあげたいものです！
2609	自宅で過ごしたいと思ってもそれを支える周囲の協力が必要。 医療や介護の準備は整っても家族の協力や理解が必要。 それは、それまでのその人の生き方にも影響され、死にぎわに大変な介ゴをお願いされても受けない家族が大多数と思われる。
2610	不幸な現状と思われます。 しかし家族の人的経済的負担もかなり伴うためこのあたりの補助についての整備も同時にしていく必要がある（政策的に）
2611	なるべく希望どおりできる様最善をつくしている。 在宅で最期までみとりたいという家族の強い希望が必要。その為にはどういうデメリットがある事もよく理解してもらう事。 信頼関係！
2612	患者さんが在宅での死亡を希望していてもそれを支える、介護者がいるかどうか、又、いたとしても、苦痛のある患者さんを支えるのに病院の方が安心で、介護者も負担がないから…
2613	在宅で 24H みてくれる医師やＮｓが増えるといいと思う。今の現状だと不足しているため在宅Ｄｒ、やＮｓに負担が大きすぎると思う。自宅で安心して最期をすごせるような体勢があればもう少しいいと思う。 介護力が不足している現状もあり老々介ゴの状態では十分な介ゴをすることは今後もむずかしいとは思う。
2614	ターミナルケアを大事に考えたい
2615	現実的な結果と考えます。
2616	病状に応じた対応とならざるを得ない

2540	Ｐｔは自宅で、と希望はするが、その状況によってはＦａ側が強く拒否することもあり、一時退院はしても、介護の負担、大変さなどから再入院の依頼してくることもある。 状況がシビアになってくると、Ｆａの気持ちが変わってくることがある。 病院死となることが多いと思う。
2541	①介護者の問題（マンパワー不足） ②最近は末期になっても抗がん剤が継続投与され、ターミナルでも病院での治療が中心になりがち。 患者さんも、「少しでも望みがあれば」とそれを望んでいるのでは？
2542	核家族化によるマンパワー不足も大きい。 在宅に帰る時に逆に入院しているよりも費用がかかってしまう場合もある。
2543	理想と現実の違いを知らされた。 家で患者さんが過ごしたいと思ってもマンパワー不足があり困ナンな状況が多い。 世の中が不景気であるということも関係しており介ゴ休かなどがとれない現状がおかしいと思います。
2545	在宅で follow するための介護力の低下を改善しないかぎり改善はむずかしいと思う。
2546	統計で自宅で過ごすことを望んでいる患者が多いが、実際に当院に入院している患者は「家族に迷惑をかけたくない」とか「自宅で過ごすのは不安」という理由から死亡の場所は病院がいいと選択しているので、実際に出会う患者・家族の希望を確認していけばいいのだと考えている。
2547	症状によっては家族の不安が大きくなったりかわいそうと思わざるを得ない状況となる。 しかし入院した場合でも治療が行なわれなければ家族は在宅を受け入れる場合も多い。 この時関わる主治医や訪問看護の援助のあり方も関係していると思う。
2548	在宅医の問題だけでなく核家族化によるマンパワー不足など多方面の問題がある
2549	いざ末期になってからでなく本人と家族間で十分話し合いをされていることが望ましい。両者でズレがあると在宅移行は難しいと思う。
2550	患者の希望よりもその家族の希望が優先する場合は自宅での死亡の願いはかなえられない。 家族は手間がかかるため自宅での死亡を拒否する例が多い
2551	①在宅における介護力がまず問題である ②次に在宅医療を知らないＤｒ＆Ｎｓが問題と思われる
2552	欧米と違い、在宅でも、日本は「医療」「治療」を求める患者様が多く、又医療者も、それを求める傾向だと思う。そのため、在宅での医療度が高かまり、在宅での看取りが、訪看が、家人の負担増加につながるため、在宅死が難かしいと思う。
2554	本人の希望はそうであっても、核家族化、共働きなどで受け入られない家庭が多い。
2555	できれば患者の希望通り在宅がよいと思います。 しかし家族の状況や、制度の利用も充分ではないため、なかなかむずかしいと思います。 家族を支える仕組をもっときちんと行えば、もっと在宅死は増えるのではないかと思います。
2556	在宅医療の充実の必要性を感じます。
2559	①在宅で大丈夫ですよ、万全のフォローをしますと言ってくれるＤｒ、Ｎｓ、介護職が少ない ②疼痛、呼吸苦があった場合在宅ではなく病院に行った方がもっと楽になれるかもと患者自身が思う ③本人は希望していても家族が希望していない（介護力、愛情） ④親を看取る事に死に対しての恐怖があるのでは？
2563	少しずつ在宅医療が浸透しつつあるので今后変化していくと思っている。しかし自宅で看取りができる家庭環境というのは限られており、ある一定以上は増えないと思う
2564	医療、福祉への手当が十分でないので仕方ない
2565	医師は説明し、患者の希望を確認する必要がある。
2568	・Ｄｒの意欲が足りないことが多い（24h は診れないなど…） 又、何度もＴＥＬが入り仕事が回わらないことを懸念するＤｒも多い。 ・在宅を受けいれる訪問看ゴステーションも実質的には少ない。 （マンパワー不足や 24h の対応は難しい…など）
2569	在宅医療の充実とその啓蒙が必要であるが現状ではその両方とも不足している。
2570	がん末期の患者が在宅療養するには制度が整っていない 長期療養者や特定疾患などに対する助成があるが、末期の方は金銭的負担が大きく、在宅を選べない事がある訪看は時に退院前カンファにおいて、マネージメントもするが、なかなか、Ｄｒ側の考えと合わない事もある。 訪看は契約時金銭的負担を理由に拒否されるケースもある 訪看ＳＴも利用者の減少を感じている 訪看ＳＴの利用者 up、経営改善、スタッフの充実など課題はあるが利用しないと整備もうまくいかない。 絵に書いたモチに終わらせない為の対策が必要
2571	核家族化がすすみ、介護力の問題から、自宅で生活したくても、仲々出来ない現実があります。 在宅にて最后がむかえられるのはごく一部の人と考えています。
2573	状況としてサポート可能でも不安な気持ちへのサポートは困難であり支援は困難
2574	・地域の在宅医療体制の整備不充分 ・核家族化による家族、世帯の介護力の低さ
2575	受け皿が少ないので仕方ない。
2576	病診連携のみならず、訪問看護ステーションヘルパーなどコメディカルの参画が不可欠です
2577	自宅で最期を迎えられるのが一番よい方法で、患者様の多くが望まれている。しかし急変時の不安や介護負担などにより病院で亡くなられる方もいると思う。受けられるサービスの提供や技術の提供など行い、サポートしている周りの環境など整っていれば受け入れも可能でしょうが、核家族化もすすみサポートできる環境もないと思う。 がんの末期では痛みのコントロールや転移の部位によっては不隠などみられ、自宅での療養も難しくなるのではないかと思う。その様な時は一時退院や外泊など促すことで、本人の思いもくまれよいのではないかと思う。
2578	在宅医の体制（態勢）ができていないため 病院側で積極的に在宅医療を勧められない状況であろうと思われる
2580	在宅で過ごす者には、環境の調整など前準備も重要だが、一番はｆａのサポートなしでは叶えられない。また看取りを在宅ですることはかかりつけ医の協力、ｆａの理解や覚悟がないと困難に思う
2581	病態変化の見通しを家族と共に理解して判断する。
2583	・家族が看取りに対して認識不足 ・昔と違い在宅死が少ない現在、在宅死そのものが分からない

	曰く、家族に迷惑をかけれない。 曰く、急変したときの対応に困る。
2648	Ｈ・Ｐの医師、Ｎｓ、ＭＳＷの多くが、在宅に帰れる時期に帰していないのが現状である。安定した早い時期から在宅でのシステム作りをして、困ったときにすぐ対応できる体制があるという状況を確認させる必要があると思われる。実際、在宅に帰ってから数日でなくなるケースも少なくない。それでは逆に本人にも家人にも負担と不安が強くなる。 Ｈ・Ｐの医師、Ｎｓ、ＭＳＷはもっと在宅のことを理解し、まかせてほしいです。
2649	病院に携わっている医療関係者の意識だと思います。 本人、家族の思いを十分に聞いてあげる余裕がほしいです。 又自分達で知識を持ったためにもいろんな分野の人にもチームで関わってほしいと思います。
2650	うけいれる family の問題かとおもわれます
2651	在宅を病床と同様な環境にすべく、その流れを示す。（モデル事業を国民に示し、医療界の人々を教育していく） １．家庭医を医師全体の 30%程度に増やし、メリットを与える（診療報酬又は停年後の保証等）開業場所を造って安価で提供するなど
2652	患者が希望しても介護者がいないため、患者の家族に迷惑かけたくないとがまんしている。在宅療養支援はまだまだととのってないと思う
2653	各方面、各職種、各システムにバリアあり。
2654	①介護疲労 ②終末期の苦痛をとりきれる診療所が少い ③経済的問題
2655	医療側（病院）Ｄｒ．が在宅地域医療に対する認識不足があり、十分なインフォームドコンセントが行なわれていないと思われる
2656	どんなに“在宅で過ごしたい”と考えても、介護してくれる人がいなければ本人は不安であり、現社会においては、むずかしいと思います。 病人は不安であり、孤独であり、在宅で何時間もひとりだけで過ごすことは、むずかしいと思います。
2657	希望はかなえてあげたいと思うが、サービスの不足や個人の家族状況でかなえられない事も多々あると思う。 担当する相談員ケアマネジャーの資質が、可能かどうかを大きく左右することもあると思う。
2658	家族の介護力の有無にかかっている。
2660	私自身もがん療養者の在宅医療に関わっており、緩和医療も講習を受けて一応大体行えるが、がんで末期を迎える患者の精神的ケアも含めて個別に環境、条件を検討しないとうまくいかない。独居や老々介護の家庭では基本的に困難でありホスピスの病床拡大がのぞましい。うまく行ったケースではみな家族の献身的な協力が得られたところばかりであった。そういった条件を無視して在宅死を希望しても（気持は十分理解できるが）反って患者本人には辛い末期となろう。たゞ癌末期は病院で無用な検査と投薬が多過ぎる（レセプト審査でも推定できる）ので、ホスピスが最も良い環境であり、早急なホスピス病院の拡大をのぞみたい。
2661	在宅で死を迎える事は、とても理想的な事であり、できる限りの援助をしたいと思う。病院という限られた空間と環境でなく 　住み慣れた環境の中で最期を迎えたいと、誰もが考える事だと思うが、それを全うするには、本人、家族、友人も含めて「構え」が必要になる。 　又、痛みのコントロール、含め症状のコントロールができる事や変わっていく、Ｐｔを見ていく事の、Ｐｔ、家族、相方の、受け止め受け入れがどれだけできるのか。精神面での強さも必要。又、すぐ対応できる医療者サイドの体制の強化等々、様々な条件、環境の整備がないことがネックだと思う。
2662	介護力（家族の）不足や、応診、緊急時対応など地域格差、家庭格差が大きい。 独居老人も多く、その対応は難しいのが現状である。
2663	在宅でのがん療養をするのに、開業医、又家族も自信がもてないと思われ、病院との連携を密にする必要がある。
2664	がんについては、在宅で疼痛のコントロールが不可能であると考える医療、関係者が多い為、病院での最期が多くなっているのではないか。 実際に、在宅での疼痛コントロールを行っている医師がいて在宅での看取りを現実のものとしている医療チームがあります。 主治医の考え方と、家族や、本人の意志によるのではないかと考えています。
2665	病院医の在宅への不理解が一因であると考える。 本人よりも、医療者側の認識を変える必要がある。 病院スタッフによる、「家では無理でしょう」とのひと言が、本人以上に家族の無理解につながる。
2666	在宅医療ができるＤｒが少ない また訪問看護に従事するＮｒｓが足りない しかしーばんの問題は家族に看取る覚悟ができていない。 また在宅に戻るためには、病院サイドの退院指導と連携が必要である。
2667	希望を叶えられるようにしてあげたい
2668	在宅での緩和ケアが充分に施行出来る医療機関が少ない為に在宅療養が出来ない。 家族等が介護に疲れ、在宅での療養が不可能。 家族に迷惑を掛けたくない為、入所を希望する。
2669	在宅ケアを支える地域の資源を住民に知ってもらい自宅で過ごせる事をＰＲして行く必要がある。
2670	患者の願いだけではだめである 家族の協力が必要である 患者を中心として患者の願いをかなえるため家族と医療チームが協力していかなくてはならない。
2671	患者は、自宅で過ごし、死をむかえることを望んでいる人が多いと思うが、自宅で過ごすとなると家族への負担ははかりしれない。それと同時に、何かあった時病院のほうが、安心だという思いもあり、病院で死をむかえる患者が多いのが現状である。 患者の思いを尊重するには、自宅で過ごすことが良いかもしれないが、家族への負担への問題のほうが大きい。
2672	本人の意志が第１で私たちはできるかぎりその思いに沿って在宅死を支援しています。 患者の願いがほとんどかなえられていないというのは以外です。 患者が家族のことを思って入院する…と最後に決断するのも患者の家族に対する思いなので患者の願い…だと思います。
2673	残念ながら今の社会資源では患者の願いが叶えられないことが多いのが現実。 社会資源に地域格差があるのも問題。

2617	自分がＣａ、になった時には告知を望むが、自分のＦａ、がＣａ、になったら告知には「とまどう」「迷うと思う」と答える人が多いということから、理想と現実のちがい、実際その場になると「周りからとやかく云われると困る」「在宅では十分やったと思えないのではないか、周りからも思われないのではないか」と考えてしまいがちなのではないか。 在宅でみる、ということが「あきらめ」につながるかのように考えがちなことがあるように思います。在宅医療への移行が、本人・Ｆａの意向というより医療者の都合で行われることがまだまだ多数のせいもあるように思います。
2619	在宅ケアに携わり 20 年ですが「家で死ねるんですか？」と言ってくる人もいます。 死は病院でおこるもの…という認識が強く別世界と考えられているのでは？ これも病気になったら病院、病気が治るまで病院という意識から来るものかもしれません。
2620	居住場所により、在宅療養支援診療所、訪看などのシステムが不十分である場合、仕方がないと思います。 本人の願いだけでは、在宅管理が、難しいので、市や県、国の支援、サポートを要望します
2621	介護力の低下や、精神面での援助が足りないと思います。
2622	在宅での受けれるサービス情報不足などで家族が介護を重圧に感じてしまい、病院にお願いする患者様がいるのではと思われる。 主治医から在宅で看取ることの説明を十分に行っていただきケースワーカーやケアマネからの説明も加えまず本人、家族に理解してもらい選択することが必要である。
2623	介護の社会化が進んでいない。 ボランティアシステムが整備されていない
2624	在宅で最期を迎えるためには、様々な分野での、マンパワーが必要。医療系サービスのみならず家族を含めたインフォーマルサービスや介護保険法によるヘルパー支援などが重要。 ターミナルケアにおいての、サービス利用に関しての、介護保険法とは別の、法整備が必要である。 また、地域によっては在宅医療を、支える医師の不足が深刻である
2625	在宅での環境によって大きく違う為であると考えます。 より良いサービスがあったとしても独居で看取りは、困難な面が多いと思います。
2626	患者のみならず病院医師の認識もなく現状では困難である。
2627	本人が在宅死を望んでも介護する家族の不安が大きい 在宅ではお金がかかると思いこんでいる
2628	緩和医療（在宅も含めて）を推進する
2629	病気になる前から死生観に対する考え方の問題や啓発が不足している 治療に入る前に人間の死を前提に、本人の意思決定を確認（ていねいに）している取組みを業界全体でレベルアップする必要性を感じる。
2630	「家で死にたい」と患者さんは言うが、痛み、苦しみ、そしていよいよの時に呼吸が弱くなった時には家族が入院を希望されます。 とりあえず入院していただき、入院しながら家に帰りたいと患者さんが希望されたのかどうか疑問です。 今病院は長く入院させられない体制です。この体制で家に無理矢理帰されていないでしょうか？
2631	願いがかなえられるよう支えていきたい。
2632	病院の少ない地域では、ターミナルの往診をして下さる病院がほとんどなく、往診医がいない事で、自宅で最期をという願いがかなえられないケースが多い。もっと往診してくれる医師が増えて欲しい。
2634	半分は仕方がない 家族だけでの対応は非常に困難
2635	私自身は 10 年前から在宅ホスピスケアを提供しています 病院開業医でも連けいなどをはかり活動し、場を広げている所です 　一番の問題は病院勤務医の意識が在宅ということに向いていないということだと思います。開業医も出来ることは尻込みしないで参加すべきと思います
2636	・本人の病状がある程度（疼痛コントロールが良好である。嘔気・嘔吐などの消化器症状がないなど）安定していなければ家族の不安・負担が多きく在宅療養は困難となりやすい。 ・本人が自宅で過ごしたい希望があっても家族の協力体制や在宅療養を支える医師・訪問看護師の連携が確立されていなければならない。
2637	やはり１にマンパワー（家族のささえ etc）２にお金の問題もある。
2638	日本の家族制度の崩壊の結果ではないか。
2639	介護をするまわりの人たちの力不足が在宅で過ごすことのできない理由の１つと考えられる。そのため、介護をする家族などを支える医療が身近にあれば増加するだろうと思われる。
2641	現状においては、私の訪問看護ステーションにおいては、70%～80%在宅で最期を過ごされ、息をひきとられます。 　何かあればすぐ来てもらえるという安心できる環境を、家族・本人に説明し、コールがあれば訪問し、その都度説明をしていけば、コールも少なくなり、“息をひきとられてから呼んで下さっても結講ですよ。死亡診断書は、次の日に、医師に書いてもらいますからね”と言える、人間関係を作っておけば、あわてることもないと、経験から学びました。ある医師は、「僕は、死亡診断書は書くけど、呼吸止まったら○○病院にＱＱ搬送して下さい。連けいをとってますから…そこで僕は、死亡診断書を書きに行きます」という医師もいました。結果は、ＱＱ車呼ばず訪問看護師で確認をし、家族が、今さらＨＰに行ってなんてといってますので、在宅にしますね。と言いみとりました。この行為は、なかなか勇気がいることでした。しかし、家族が、「看護師さんがみとりをしてくれて、嬉しかった」と医師に言ったことで、その医師も何も言いませんでした。その後は、付きあいなくなってます。
2642	患者に余命について家族は知らせないでほしいと言われるケースはまだまだ多く私の職場では「治療ができないと」主治医から家族に伝えられても希望を持たせるために病院にこのままおいておいてほしいと言われ患者に真実を告げることができない。まだまだ家族主導で治療の場を決められているのも事実である。もし余命が限られた時におおするのか家族で話しあわれていないのでいざ余命が限られたと言われた時にどのように選択したらよいのかわからない
2643	在宅の場合や、介護老人施設での末期状態の場合、急変時の対応、態勢が十分とれていない場合が多い。 そのため、結局、患者の意思に反して、入院となってしまう事が多い。 　在宅医療を目ざす医師が、もっと多くなり、在宅死に対する、ネットワークが今以上によくなる事を願っています。
2644	医療者の問題だけでなく、介護者の問題が大きいと思います。 ・家で看取ることへのとまどい ・介ゴ力不足（一人暮し老人、老人世帯　が多いこと
2646	結局は患者側が最終的には病院死を望む。

2674	①在宅支援診療所を充実させる。 ②家族に、介護能力をつけさせる。
2675	出来る限り在宅でと思う。 しかし、人間の気持ちは日々変化するものであり又ターミナルが長びくと気持ちもゆれ動く。 その時どちらでも可能となればいいと思う。
2676	在宅で支援できる医師が少ない。 末期の状態をよく理解して在宅にしても、患者や家族の不安の方が強く結局は病院に逆戻りしてしまう。
2677	自分が勤務している病院では、どこですごしたいかについて、本人にきいており、状況がゆるす限り、御本人の希望にそえるようにしているため、他の病院も、ほぼ同じ様に対応していると思いました。
2680	病院でのがん治療担当医が適切な治療（代替医療を含めて）の説明を十分に行っていない。
2682	家族不安をコントロール出来ない。在宅の弱さもあるし、日本全体の病院依存者の医療があると思っています。 病院に行けば、何かしてくれるかもしれない思い、在宅では医療が不足していると思いをきちんと把握してそれらに対する説明か思います。 メリット、デメリットの説明と思います。
2683	・実際にはがん患者の在宅での病状コントロールは、一部の医療機関。 一部のＤｒに支えられているからだと思う。
2684	・介護力不足（独居、老々介護）をすべて、公的なもので補うのは、難しいのではないか…。でも、少しづつでも「希望が叶う」方向へ進んで欲しい。公的なサポートも人々の意識も。「自分が家へ帰ると家族に迷惑がかかる…。」と考えなくてもいいように。
2685	どのようにすると在宅で過ごす事が可能なのかをもっと多くの人に知ってもらえると良い。
2686	在宅に対する認知度が低い、病院側も知識が不足していると思う。
2687	家族の方の心理的な問題もある。在宅で一生けん命、看ていても、周囲の人からの「苦しんでいるのに病院にもからないで」、「お金がないと思われる」、「見殺しにしている」と思われたというご家族のお気持ちを聞いた事があり、ご家族とも悲しい思いをした事がある。家族を支えていく、体制と支援するもののカ。
2688	在宅で使える薬材、物品などの制限、金額、サポートするＦａの問題など、クリアできること、又は、クリアできなくても気力がなければ難しいところがあると思う。
2690	最期への希望をかなえるべき介護力の低下が問題であり、それを支える在宅医師、看護師が少ないのも問題
2691	自分の死に場所は自分で選択できる様にできる社会にしたいと考えています。 しかし、在宅死を望む時には時間が少なく制度などのバックアップ体制はもちろんのこと、時間をかけて（外出、外泊などの経験）体験していくことができていないのではないでしょうか？急いで在宅生活へ移行し、本人・家族とも疲れ果ててしまうことも多いですね。介護者はかなりのパワーが必要となります。がんと告知されてからの患者、家族への教育を勧めていかなければ在宅生活は成り立っていきません。 “がんと告知されたら緩和ケア”も大事ですが治療から最期まで自ら選択し考えていける教室などを開催し、デイケアの実施により患者同士、家族同士でも支えていけることも考えたいと思っています。
2692	患者の最期を迎える状況が家族に許容される姿であれば可及的に願いを叶える様、努力します。然し、癌患者の最期には、例えば＃頸部リンパ節転移で頸動脈破綻から大出血＃消化管通過障害より胆汁誤嚥等々と、所謂安楽的状態導入の為、医師の緊急対応必須な状況も種種経験致しました。為に、已む無く、患者の意思と異なる結論に至る例も有りました。
2693	本人が希望しても家族の不安があるので在宅での看とりができない。かかりつけ医も少ないと思う。
2694	本人、家族との話し合い。
2696	患者自身の願いを引き出していない。 それをかなえる為の援助が足りない。
2697	核家族化により自宅で過ごす為の家族の協力が得られない場合が多い。また病状の進行に伴い家族の負担も多くなり家族が介護疲れを訴える事もある。 また、本人が家族に遠慮して入院を希望する事も多いのだと思う。 在宅で死を迎える為の社会的資源、在宅医が不足している問題もありこの事から在宅で死を迎えるのが難しくなっているのだと考える。 今後高齢者も増え在宅で最期を迎えたい方は当然増えていくと思うので在宅医、社会的資源の見直しを早急に行うべきだと思う
2698	自宅で過ごしたいと思っているが、面倒をみる人がいない。 みんな仕事をしている、など病院に入院してる方が安心という家族が大半だと思います。 年々、高齢化が進み「老老介護」になっているのが現状で、望み通りに在宅で最後を迎える事ができない。
2699	自宅で最後をと思うのはほとんどの方がそうでしょう。 しかし、介護力がない事又、本人が家族へ負担をかけたくないという気持ちから病院でという形が多くなっているかと思います。
2701	できれば在宅で死をむかえられると良いと思います。しかし、現状では無理だと思います。患者を１日中みていられる家族が必要となりますが、家族も仕事を持っています。仕事をしていなくても、癌末期の患者を家族が支えていくには精神的にも身体的にも負担が大きすぎます。点滴管理や疼痛コントロールの為の麻薬製剤の取扱い等の問題もあります。訪問看護を利用しても不足が多く、実際に在宅ですごすのは難しいと思います。また、病院の医師も在宅への移行に積極的ではなく患者の希望が尊重されないこともあります。
2702	常識の範囲内であることを前提として、死に方、死に場所は個人及びその家族に委ねられるべきものと考えている。医療者としてどのような希望にも対応できる手段をもって臨むべきであると考えている。 現状は医療者の都合や思い込みが多くの事例で認められる。 これは医療者の認識不足であり怠慢であると思う。 一方で社会インフラが進んでいないこともあるので、教育も含めて 10 年計画くらい行うつもりで行政にも頑張ってもらいたい。
2703	患者本人が在宅死を望んでも、家族の介護力の低さや協力が得られずに入院を余儀なくされている事例が多々あると思う。在宅支援の充実を図ることで、患者の希望を叶えたいと思うが…。 家族の考え方を変えていくのはかなり難しいと感じる。
2704	介護力の問題は大きいと考える。一人暮らし、配偶者との老々介護、子供と同居していても仕事で一人になってしまう時間があるなど、がん末期の在宅療養は介護する家族の協力が必要。患者はそのために、家族に気がねしており、たとえ実子でも「迷惑をかけたくない」と思っている。それが、希望が叶わないだろうと思っていることになる。（トイレへ一人で行けないなら、病院に入院するーという思考） 家族の人数やしくみが大きく異なり、その関係性も変わってしまった。医療の発展・進歩が日本の文化にも影響し、
	病院で死ぬことが一般的となってしまった。 地域社会のしくみ・関係性においても激変しており、希薄である、都会の高齢者の孤独死も問題になっていることでも明白。
2707	当病棟では可能な限り在宅での看取りを行っている。その為年々在宅死の割合も増えてきている。 全国的にはまだまだ病院死が一番多いのが現状なので少しでも多くの患者の希望が叶うような世の中になれればいいな、と思う。 病院死がまだまだ当然のように考えている医療者も多いのも現状だと思う。私達医療者の考え方が変わらなければ患者の思い、願いも叶わないと思う。
2708	がん患者の在宅療養にて、介護者が 1.5～2 人必要でそれがネックになりやすい。 がん患者と家族をサポートする体制（医師、訪問看護師、ボランティアなど）が、必要である
2709	かかりつけ医との信頼関係と病院側の
2710	核家族化、独居、老々介護で在宅困難例増加
2711	図Ｄのアンケート結果は心情的にはよく理解できるが、現実には本人の症状と介護力によって療養場所が決まってくる。 症状の緩和が病院と同様にでき、かつ介護力があれば在宅は可能。
2712	確かに居宅において、最期を迎えたいという気持ちはあっても、実際、死の直前、苦しむ、患者様を見て、何とかして欲しい、せめて痛みだけでも取り除いて欲しいと思い連絡してくる方がほとんどで、最終的には、病院で亡くなる方が多いですが、死の直前まで居宅で生活できたという事に目を向ける方が、正しい分析だと思います（例えば、死の 2～3 日前まで等）最終的にどこで亡くなった等は、無意味な統計だと思います。
2713	病院でしか、安心して生活が送れない。苦しい時に、すぐに対応できるのは病院だけ、などにより、病院死が多くなっています。 在宅医療が、充実すれば、可能になると思います。
2714	もっと多くの方が自宅で亡くなることが可能なはず 医療者に、このような援助に対する認識と熱意が不足していると思う。
2715	在宅医との連絡がとれていないと自宅での終末期をむかえるのは困難である。
2716	家族には病院での手厚い医療を望む人もいる事実がある
2717	・ぜひＱＯＬを考え、希望を叶えてあげられる関わりをしたい。 ・自宅で過ごしたいと思う人、各々が願う場所の環境を考慮できるよう世論が高まることを望む。 そして、一人一人が自分の事として自覚し、発信すべきと思う。 このことにより、行政も具体的に活動してもらいたい。 例えば、在宅療養が叶うよう、急性期病院、回復期病院、維持期病院、介護施設、開業医、訪問看護ステーション、薬局、福祉関係者などで協力体制（システム）を整える。
2718	在宅ですごすということは家族にとって負担が大きい､それも 24h ともなると精神的な負担が大きく無理であろう、いくら環境を整えたとしても病人がいるというとは、負担がとにかく大きい。
2719	医療従事者（医師、訪問看護師）は、末期状況をわかっているから、その仕事に専念できる。 しかし、本人、家族にとっては、その末期状況がわかっていない本人も家族もそのときになると、不安が増大し、なにをして良いのかわからない。もしかしたら、入院すれば、少しでも楽になるのでないかとかを考えるため、また医療従事者が、家族のサポートをみていて、限界（いろいろな意味で）を感じたら、仕方ないので入院を勧める等あるだろう。 よって残念ながら、病院死になってしまうのでしょう。
2721	単的に言えば行政の怠慢です。 今の死亡時診断書の制度、検索の制度等考えると病院死以外での医療従業者の負担はとてつもなく大きいとしか、言い様がありません。
2722	現実的に、患者を支える家族は、仕事に就いている。 もしくは、老々介護状況。現実にケア度が高い状況となる患者に 24h のケアはかなりの負担と思われる。 身体症状がある程度コントロールされても、突然の症状出現に関しては、相当の follow up と家族のサポートがないと現実は難しい。
2723	介護力がなく本人も家族も在宅は無理とあきらめている。 本人の痛み、呼吸困難、不安が出現すると介護者がもう無理と思う現状があるので在宅医、看護師、ヘルパー等の連携が必要である。
2724	患者や家族への啓蒙不足、入院中、自宅で十分に生活できることの説明不足 医療者は、患者の治りたい積局的な治療を希望している場合は最大限希望にこたえようとしているが、最期の希望を叶えようということには、積局的ではないと思います 最期の希望をかなえるために全力をつくすようにしなければいけないと思います
2725	患者、本人、家族、そして医療者も知らないのが大いに問題だと思います。
2726	とても残念に思います。 本人が在宅を望んでいても介護能力条件が満たされないと難しいと思います。 私達が言える事は 24h いつでも相談、対応出来る事を伝えていく事です。
2727	現状の医療制度ではやむうえない
2728	・在宅を支える医師と看護師の人数不足 ・在宅を支える医師と看護師の体制不足 ・在宅を支える医師と看護師の知識不足
2729	１）本人の意識の問題、死の受容ができているかが１つのポイント ２）可能な限り在宅で過して最期は病院という選択枝が残っていればかなりの患者さんの希望をかなえれる。 ３）介護力や自宅での受け入れという因子もポイントである。 麻薬に精通した在宅医、経験豊富な訪問看護師、技術力のあるヘルパー等の因子も重要。 ４）そういう因子の乏しい地方では在宅での看取りが困難かといえばそうでもない。 ５）これは同じ次元で論ずるべきではないと考える。 ６）国民の教育、社会の成熟度も関与している。
2731	ある程度は仕方のない事と思っています。ターミナルの患者さん、まして、末期がんの終末期には、もの凄い苦痛を伴い、オピオイドレスキューどちらも無効にしてしまうこともあります。家族の苦しむ姿を見ながら、何もしてあげられない、辛いことです。 痛みが落ち着いていても、病人を帰宅させた。でもどうしていいか分からない場合もあります。 中高年以降、元気な時に、がんなどに対する知識を一般に広める方策はないものでしょうか？

2733	・患者、家族の不安が強い。 （病院の医療をそのまま在宅へもち帰ることを考えていると思われ、それが実現しない事への不安感。）
2734	子育てが終了し親から離れて単身となり自立した生活を送る様になり、又結婚し新しい家庭を持つという世の中。 子育てが終えた親は又初めの二人になって高齢となる。 自宅で過ごしたいという気持は本人が誰より一番深く思ったとしてもそこで問題が生じてくる。 高齢となった相手が自分を最後迄１人で看取れるか。 自分達の生活を歩き初めた子供が自分達の生活を変えてまで看取る事が出来るか。 自宅で過ごしたい気持ちは強くとも希望は叶わないだろうとあきらめてしまうのではないだろうかと思われます。 これは最後は我が身という事。これが今の会社ではないでしょうか。
2735	今後、患者達の入院先の病院と連携を図り、願いが叶うようにしていきたい。
2736	受け入れ可能ならば自宅での最後が望ましいが九州の田舎でも自宅で世話するための人が居ない。 最低合計３名は居ないと。自宅でみとることは困難。
2737	体制作りが必要
2738	病院自身にも自分の患者は最後まで自分でみたいという気持がある。 医師自身にも、難しい病気と一しょに闘ってきた患者への愛着があり、励ましの言葉として“あなたには私がついているから一しょに頑張ろう”と言ってくれる医師のほうが人気があり、他の医師へと言うと見放された冷たいと受けとめる患者は少くない。
2739	自宅での患者や家族のサポート体勢の不備
2740	在宅で療養できる環境が整備されていない地域格差がある
2741	患者さんの希望をかなえるためには①患者さん本人②家族③施設の要因で決まるため、それぞれが努力すべきである。
2742	・啓発がすべて ・映画を考えている
2744	患者の願いがかなえられているとあるがホスピスを希望していても入れないとよく聞くのでほとんどがかなえられていると思わなかった
2745	日本人全体の考え方が、“病院で死ぬもの”という風になってしまっている。 医療従事者でさえ、病院職員など、在宅で必要な医療がうけられるという知識を十分にもっていないのが現状だと思う。 この意識改革と、在宅医療の拡充がすすめば、人々が自分がどこで最期を迎えるかを選んで決められる時代になるのではないかと思う。
2746	希望が叶わない人の中には、独居や、助けてくれる人がまわりにいない等の問題もあるし、その他様々な在宅への壁があると感じていると思います。 そんな中でやはり入院療養中の間に病院のスタッフがもっと在宅への関心や知識をもって、できるだけ患者さんの思いに添えることができればいいと感じます。
2747	本人の希望に沿えないのはおかしいとは思うが個人の家族構成などさまざまな事情があり仕方ない部分もあるとは思う
2748	自宅で介護するには余りにも家族の負担が大きく、急変時などの対応に不安をかかえ、支援内容が充分充実していないと思います。
2749	・独居や高齢世帯がふえ、介護力がないこと ・不安を緩和できる体制をとっている訪看ステーションや地域の診療所が少ない
2750	・地域連携、受け皿、市民へ正しい知識が浸透していない事など課題がまだまだ多い為希望が叶っていない現状だと思う
2751	在宅医療を支える医療資源、社会資源がまだ乏しい。 それらの充実が望まれる。
2753	自宅でという希望をもっていてもいざとなると家族、本人の希望がことなってくることもある、不安もあるのでは。 もう少し在宅医療の活用によって自宅ですごすことができるのではないかと思います。
2754	主に家族、特に身近にいない家族の意向により、入院となるケースが多い。 例えば遠方に住んでいる息子や娘達です。 自分達が、もどってきて面倒をみるという考えが全くなく、病院におしつけておけば責任をはたしたような気持ちになるようです。
2755	癌の治療が進み、生存期間が延びた一方で、病院では退院させられ、在宅の受け入れ資源は整っていないのが現状です。 これが、改善されれば、よい方向に進むのでは？と考えます。
2756	・本人の病状 ・家族間での想いのちがい ・病状悪化に対する不安 ・介ゴ力不足
2757	できればかなえてあげたいが、自分１人では難しい。 ①患者の同居者の理解と協力 ②訪問看護ステーションの協力 ③訪問診療医がチームを組んで数人の患者を診る。 最低①②③の条件が必要と考えます。 特に①③ができていないので難しい。
2759	・自宅でのみとりには幾多の好条件が必要 ・なにもしないということの困難さ ・自宅で家族の手を中心に苦痛をのぞくことの困難さ ・女性の手が三人必要
2761	設問によって、答えは変わります。 自宅で過ごせるうちは自宅で過ごし、最ごは緩和ケアー病棟でという方が多いと思っています。
2762	「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と 80%が思っているという統計に疑問あり。最期まで安心して過ごせる施設が非常に少ないことが、むしろ問題と考えている。
2763	患者ないし家族がはっきりした意志をもってない人も多くいる。自分の「死に場所」をはっきり意志表示しない人も多い。又本人が「自宅で」と希望しても家族が受け入れないことも多い。 医療者だけの問題でないことも多い
2764	Ｐｔは自宅を希望しても家族が仕事で面倒見れないとか昼間独居が心配で在宅より入院希望が増えるようだ
2765	家族の介護力 在宅サービス不足
2766	介護できる家族がないと現時点では在宅医療が困難である。核家族化、老老介護などで、介護者の負担が大きい。その覚悟がないと在宅医療の継続は難しい。しかし、家族が納得すればできる範囲を在宅で行い、最後は病院という流れもある。固定した概念にとらわれる必要はないと考えます。そのためにも、医療と介護に境界があるのはおかしい。
2767	病院の医師、看護師が、在宅療養について、あまり知らなかったり、興味を持たれていない現状を感じます。 訪問看護を行なっているこちらから、連携、連絡を依頼しても、響かないことが多いのが残念です。
2768	日本人の歴史的死生観や国民性として理解される共通の通念による影響あり
2770	一人暮しが増えており、在宅末期は 24 時間のケアが必要だが、今まで家族介護をあてにした（特に夜間）制度では自己負担が多すぎて成立しない。 家族があっても、家族負担■為、本人が遠慮してためめない。一人ぐらしでも家族があっても家族負担が少なくて、末期がみれる制度が必要。
2771	患者の望むことをもっとクローズ up すべき。 そのためには患者に選択すべき情報を与える必要がある。
2773	希望と現実の違いを把握する必要がある。 希望がかなう為の条件を整理し、実現可能かどうかを検討すべきである。
2774	癌患者を最後まで看取るには、一診療所一人医師体制での在宅医療では困難なためやむを得ない。
2775	病状の変化について適確な処置や対応がついていかないと患者は在宅での看取りができなくなってしまう。 在宅緩和医療のできるＤｒが増えない限りこの状況は変わらない
2776	がん療養者が在宅で生活するには、在宅での往診医、訪問看護ステーションとの連携が必須であると思っています。 今後起こりうる症状を予測して、本人、または家族と家で看取るためのかかわりをしていく必要があります。 ペインコントロールがうまくできれば、在宅生活は、行えると思います。 病院医師は、在宅では無理であろうという考えでは無く、早い段階で、在宅に帰すアプローチを行い、入院した時点から在宅との連携を取って、自宅へ帰すという取り組みをして欲しいと思います。 そのためには、訪問看護ステーションは、積極的に病院へ足を運び、在宅移行のアプローチを行って行こうと思っています。
2777	在宅診療を支えるのは医療者であり、家族です。 家族の協力なしでは考えられません。 日本人の終末観、人生観、死生観についての考える時間が乏しすぎると思います。教育科目の一つにするべきと考えます。
2778	在宅医療を整備することが第一です。 医師が訪問看護師などスタッフを充実する必要がある。
2779	患者、患者家族が最後をどこでどのようにむかえたいかについて告知出来た場合には医療者とともに協力して願いがかなえられると思われるが、疼痛や呼吸難など自宅で死を迎える場合にも限界がある場合もあり。ケースバイケースと思われる。
2780	本人の希望と介護する家族の希望に差がある事が多いのが一因と思う
2782	介護者の精神的肉体的負担が大きい時には病院死も仕方ないと思います。 ギリギリまで自宅にて過ごし、いよいよ最期に入院をする選択肢もありますが…
2783	出来るのであれば、御本人の希望にそえるのが好ましいと思います。その為には在宅医療の充実が望まれるところですが、現実的にはなかなか難しい問題であります。
2784	化学療法、放射線療法に入る前に勤務医の余裕があれば、(他の職種でもＯＫだが)、在宅医療への移行ポイント（多くは治療無効と判断される時）を明確にしておくことが望ましい。 risk を伴う治療で病態悪化からずるずると病院死に至る状況も多いのでは？と推察します。 希望（患者さんの）をきちんとふまえてコンセンサスを作っておくことが重要と考えます。
2785	本人・家族が、自宅での死亡を受け入れるためには、最終的な重篤な状態での、介護面、身体面、精神面で非常な苦痛を強いられることが多い。在宅にあっては、１人の医師が、重病、末期患者に何時間も続けてそばについている由ではないので、最終医療の選択は、その時の患者本人、家族にもう一度問うようにしている。患者も家族も弱い立ち場で常に心が振れ動いているので、納得されるように、在宅でできる限りのことはするが、強制的にならないようにしている。自宅死を希望されていても蘇生の段階で救急搬送を希望される家族も多い。
2786	今の医療現場や介護力を考えるいた仕方ないのでは。
2787	当ＳＴは願いがかなわない？ 在宅死を希望し、かなう人も多いのですが
2788	やはり事実。患者は自宅と考えていても、家族は自宅で世話をするのには無理（家族の仕事、体調などもあり）ということがある。 やはり周りの協力体勢が整わなければムリ、ということが強い。 又在宅Ｄｒも充分に痛みなどのコントロール方法を熟知していなければむずかしい。
2791	病院側では、この状況で、家に帰るのはムリ、と気めつけてしまっている。 在宅の現状（自分達の地域ではどんなリソースがあり、サポートが得られるのか）がわからず、Ｄｒの希望があってもどうすすめていけばよいかわからない。 在宅側では、終末期がん患者をうけ入れる準備、体制が不十分。 終末期がん患者をみたことがない不安がある。 いずれにしても、互いの連携が不足している現状である。顔のみえる関係となっていない
2792	改善の余地がある。 ・介護者、家族の負担の大きい。 ・本人の介護者、家族への遠慮。 ・十分な疼痛コントロール等の医療レベルの問題点 上記３点が原因ではないか。 緩和ケア病棟、ホスピス病棟の整った環境（スタッフ、設備も含めて）経済的な問題がクリアされるなら選択の有力候補と考える。 本人、家族の自宅で過ごしたい気持ちの強さはアンケートでは反映しにくいと思う。
2793	自分の最後を過ごす場所が、選択できぬことは悲劇である。

	しかし、現実の環境は、最後を過ごす場所を選択できるとは限らない。 家族の介護力が皆無に近い場合、在宅死は可能か。家族以外の者がみとる為に在宅に戻すことは、本人にとってhappy か。ケース by ケースであろう。
2794	１）患者自身が最後になって、家族に迷惑をかけたくないなどの理由で病院に戻っている ２）家族が「死」を恐れて病院へ連れ戻す ３）サポート体制（整備）が不十分であるゆえよって１）、２）を示すように思う
2796	できる限り天寿をまっとうできる「ピンピンコロリ」を多くの方が目指す必要がある。 そのためには医師による予防的医療介入の視点が必要→さらにはこの指導において国は保険点数をつけるべき！ （薬や手技ばかりが重視されるから医療費↑になる！！）
2797	仕方がないのかなと思う面もあるし、何とか変える方法はないのかとも思うが、具体的にどうしていけばよいのかわからない。
2798	致死年齢が若年化すればする程在宅での看取りは困難と考えます。周知の通り周囲の人間（ご身内のみならず親族、ご近所などご本人が築いた社会）の臨死観が成熟していない為です。若年の方の看取りは当院の管理の未熟さもあってかあまり良い印象はございません。
2799	十分な情報があった上でのことなのか、疑問に思う。
2800	問題はかえるタイミングにもあるとおもいます。 緩和ケアが充分でなければ、ただ苦しいだけで家に死にに帰えるのは理に合っていません。 緩和ケアの向上と、充分なバックアップ体制がまだまだ不足しているのではないでしょうか
2804	最期の患者の希望は、最大限に尊重されるべきであり残念に思う
2805	がん患者は、自宅で過ごしたい気持ちが強いが、自宅で介護する家族が、自宅では無理・介護できないという現実がある。また、当県は、ほとんどがともかせぎであり自宅で過ごせるようにしてあげることの課題が多い（在宅医が少ない、訪問看護ＳＴが少ないなど）
2806	がん療養者が、在宅で生活するためには、それをサポートする介護者が在宅療養を継続していく上で、今后、起こりうる経過を充分理解し対処していけるかが重要で、マンパワーも充実していけないと継続していけないと思う
2807	自分が（患者が）希望していても家族の協力や介護力がないとかなわないことがあると思います。家族への指導や病院医やＮｓの在宅医療についての理解を深めていく必要があると思います。
2808	患者ならびに家族への教育不足。 又、マスコミをはじめとした報道が、病院＝助かると■えている
2809	家で亡くなりたいと思っても、支えてくれる家族への遠慮や実際に家族が病院でと希望されたりで本人の希望がかなえられないことも多い
2810	最初の段階では、家族も本人も頑張って在宅医療を受け入れる。しかし次第に弱ってくると、家族も本人も疲れてしまい最後は相方共に病院でのケアを望むことが多い。 　緩和ケアを上手に利用しつつやすらかなケアを行なうように心がけなければならない。在宅の看取りはドラマのようなものでは決してないことを銘じるべきである。
2811	１．在宅で看取りができることを、家族も病院も知らないことがある。このために患者の願いが叶わない場合。 ２．往診できる医療機関があっても病状の悪化によって在宅で対応できないことがある。 ３．医療機関、訪問Ｎｓヘルパー等、対応が充分できても、家族が対応できずに入院となることがある。 ４．医療機関、訪問Ｎｓ、ヘルパー、家族もＯＫだが、少ない財産があり、生保も受けられないため経済的理由で在宅療養が困難になる。この場合、本人・家族を切り離し、本人を生保扱いにするケース。 以上のような理由で、在宅死が困難なケースが多い。
2813	キーパーソンの生活環境などどうしてもかなえられない事もあるのでしかたない事である
2815	在宅でのサポート体制が整っていないと、不安ばかりで自宅に帰ることは困難となる。 家人、開業医、訪問看ゴ、入院設備のある病院 etc
2816	できれば協力し願いがかなうようにしたいです。 しかし家庭での介ゴ力がなければ最期は病院で…。 できるだけ在宅での生活が送れる様にはしていますが…。 ただ看ゴだけでは無理なので、在宅支援診療所をとり 24H の体制がとれる主治医がかかわるときが多いです。
2817	介護力の低下（家族の不安も含む）のため在宅ターミナルが導入出来ない
2819	しかし最近患者さん家族に■■■療養は自宅で死の近くは病院でホスピスという希望も聞かれます。自宅で最期までというのは本人の強い意志も必要だと思います。 考えが変われば病院施設でもよい最期を迎えられるのではないかとも思います。
2820	医療の近代化がもたらした現象であるから、画像診断を中心とした医療側の効率を追求した結果がこうなったとも言える。 有名な病院で亡くなることがそんなに大きな幸わせとなっただろうか。 自分の選ぶ人生、好ましいと思われる終末期について国民が中心となって考えるべきでしょう。
2821	がん療養者の最期を迎える場所を選択する場合「在宅」への願いが叶わない要因が家族負担への遠慮にあると思います。自らの病状進行や身体機能低下による負担を、在宅療養を支えていく医療者（医師・訪問看護）や家族マンパワー不足、それを補う社会保障制度の利用しずらさなど、浮きぼりになることも多々ありがん療養者が、「家族の迷惑になりたくない」遠慮し、又、症状緩和が患者自身（家族）の在宅療養に対する不安をかりたてるものだと思います。
2822	核家族が多くなっている為、在宅で支えるのが困難。 今の状況では核家族による介護力のなさが影響し老々介護になり大変な現状。 今の制度にも問題があるのでは… 　親は老いたら施設へ。 　　同居しない若夫婦。 　親・年老いた人・目上の人など尊敬する気持が少ない社会 小集団（家族）がうまくいき、職場がうまくいき、それで社会がなりたっていくのではないでしょうか。
2824	ある程度しかたがないと思う。 一人ぐらしの人が多いのと看護介護する家人も忙しくて病人をみられない　又医者側介護側も充分な対応ができない現状がある（医師不足や在宅往診にかかわる医者が少ないなど）
2826	介護する側の問題もあり家人がどの程度苦労に耐えてくれるかが問題です。
2827	在宅療養にどのようなことが出来るか、マスコミ等でもっと、患者さん家族にマスコミ等でＰＲする必要があると思います。
2828	＃患者の希望にできるだけ沿うようにしている

	＃癌性療養等に対して在宅での医療においては、病院のようにナースコールを押してすぐは対応できない ＃在宅を希望する患者家人でもいざ在宅になると不安を訴える人がいる
2830	家族が自宅で最期を看取るという認識がなく、当初は自宅で看取るつもりで退院しても徐々に状態が悪くなっていく様子を見ていて、気持ちが変化していく場合もあります。 また、介護者家族が仕事をしている場合は、在宅では難かしいです。（日中独居）
2831	このおもいをかなえるための支援が不足していると思います。 家族の不安を具体化して、専門職が支援できる方向性をうち出す必要があります。 この現状の中に、ケアマネジャーの知識不足や、医療職への相談の遅れ、関係の持ち方の苦手さが影響していると思います。 　↓ このことの改善には、私たち医療職が積極的に他職種へ声をかけたり、いろいろな場で支援のチームを作るきっかけづくりをすることも大切だと思います。
2832	残念としか思えない
2833	医療側患者側双方に問題があり現状では仕方がない。
2835	患者さんは自宅で過したいと考えているが、介護力の問題と在宅医の不足が考えられると思います。 往診医等も多くなり、安心できる在宅医療が提供できれば在宅での死も増えて来ると思われます。
2837	患者の希望に沿って治療を行いたいが、在宅療養を希望された場合受け入れる家族の体制に問題がある。在宅で介護力がなければ無理な場合が多い。
2838	大学病院や公立の病院ほど医師や看護師が在宅を知らない。患者の相談窓口がない。在宅から病院への窓口がわからない等わずかな症例の中からでも見えてくる。 患者や家族が相談できる窓口を持ってほしい。 食道癌・気切の患者（経済的弱者）に７万円の吸入器付吸引器を購入させ、在宅でのフォローなし遠路病院までの通院。障害者者手帳の申請をなぜ先に教えてくれる人がいなかったのか。家族が障害者手帳を申請しようとしても診断書を書こうとしない医師。 医師や看護師が「あの部署へ行ったら大丈夫」と安心してたよれる部署を大病院に設置してほしい。
2839	最初は家族も自宅で看とると意思表示していても、だんだん苦しくなっていく患者をみると、最後は入院を選んだり、家族以外の者（親せきや近所）の声が入るとやはり入院を選んだりすることがあり最後まで本人家族の希望がかなえられない現状はある程度しょうがないと思う。
2840	病院の全てのスタッフの意識の掘り下げが、まず大切と思っている。自分たちの医療への掘り下げは勿論、市民意識、行政、周囲の医療事情などへの理解、配慮が、全く不十分ではないか。 ただしそのためには、かかりつけ医（など）からの、積極的介入も、もっと必要と思われる。 名ばかりの病診連携を実のあるものにしていく努力が足りていない。
2841	患者さんの意志も重要ですが、家族の協力が得られないことが多く、死に対する思想の問題と思われます。
2842	家で死にたいと望んでいる人が多いが世話をする人がないのが現状である。高令者は何をするにも人手が必要である。それが解決されなければ自宅療養は望めない
2843	①看護する家族の問題（ストレス、看護疲れ） 　↓ ②一時的に入所させるショートステイの数が少ない 　↓ ③看護する家族への金銭的援助（社会保障費として） ④本気で活動する在宅療養支援診療所が少ない ⑤いづれにしても、消費税 up してその分を全て医療介護にあてる
2844	・介護力の低下とその状況を支えるサポート体制の不足（地域差など）、不安等 ・などから、■け切れない方が多いのではないでしょうか。 ・入院時、地域で支える体制づくりが早くにできれば、家族、ご本人の気持にも変化がでてくるように思います。
2845	家族と本人のコミュニケーションを充分とって患者本人と■■にそってあげるべきである
2846	本人と家族の希望する場所での看取りが出来る環境が一番と思いますが今どこでも同じ様に看取れる体制が出来ていないため結局病院で亡くなることになるのでしょう　一般開業医も「どうして私が大変な思いをその人のためにしなければならないのか？」と言う人は多いと思い、今ボランティア的に働く医師のところに患者さんが集まってきている状況だと思います
2847	患者・家族は路頭に迷い癌難民として彷徨うことになる。結果として救急外来を通じての不適切な緊急入院の増加、医師・看護士を中心としたスタッフの疲弊、ひいては救急医療の崩壊、日本全体に及ぶ医療崩壊へ向かっていくと思われる。
2848	難しい問題　希望通りにはなかなかいかない
2849	基本的に在宅医療をギリギリまで在宅で行い、死直前に入院するケースが多いがこの場合は在宅死とカウントしても良いと思うが
2851	「家族へ負担をかけたくない」という患者側の思い 「かなえてあげたいけど、自信がない」という家族の思い 他要因は様々あると思うが 大きな要因、原因となっているものは、上記の「思い」からくるものと考えている
2852	・ガン患者は、合併症を多数もっておりHospital⇔Home　頻回にくり返す場合が多い。 ・老後の介護事情（労力・疲労・不可能） ・頻回の医療対応が必要なため
2853	在宅での看取りに対応できる医院の数が少ないため仕方ない （当院は 24h 対応　看取りしていますが）
2854	本来は患者の意思を尊重した医療を提供すべきである もっと在宅看取りの可能な医療ネットワークづくり等が必要
2856	条件が揃えばがんの患者でも最期まで自宅ですごすことができる。在宅医療についての正しい知識の普及が必要である
2857	・介護がいない　いても他のサービスを利用できない（金銭的なこと） ・夜間のサービス業が少ない ・ターミナルケアをできるサービススタッフが少ない
2858	制度が整っておらず、訪問医療や看護を受けられず、在宅死の希望をかなえられない。 もっと、人的・設備的にも環境が整ってくれればと、思う。

2859	私が診ている患者さん達は願いは叶えられている
2860	死を見つめることと生活することをもう少し時間をかけてやる必要があると思います。自分が長い間生活を営んできた場所や家族がいない所に死ぬ場としての意味は見い出せないでしょう。
2861	訪問看護が頑張らなければならない 主治医は通院して来られる患者の診察があり、緊急を要する時になかなか来てもらえないことがある
2862	最後まで言いたいことを言えずにガマンして亡くなるＰＴさんが多いことは大変残念。 患者さん自身は家族にかかる介護負担を気がねしたり独居のため不可能だったりすることも多い。 又、最も大きな理由は「不安」である、と感じている。 当院では、本人・家族の望む限り、在宅死が可能になる様支援しているが、一旦ホスピスに入院すると、そのまま退院できないことも多い。
2863	ターミナルであっても安心して過ごせる医療のバックアップ福祉の体制が出来ておらず、また家族の方も自宅で介護できる経済状況かどうかも難しく困難な現状と思われる
2864	家族の意識にも問題あり
2865	ゆがんだキュア医療の結果で、非人間的な事です
2866	核家族化が進んでおり面倒をみれる人が減っている。 訪問看護等が充実しないと難しい
2867	まず御家族の同意が何々得られない事があります。 家族構成の問題もあると思います。
2868	すべての病態、患者が在宅で看取れるわけではない。 患者の希望は 70%であっても病態によって在宅環境によっては入院が必要な例はあり、実態は在宅でのみとりは10%程度と考えられる。
2870	・在宅を支えるものとしては 本人の希望があれば、できる限り在宅死が可能となるよう努力したい。 ・核家族化、離れた家族の病院志向など、本人の希望とは別の力が働くことによって入院せざるを得ないケースが多い。
2871	がんによる諸症状を自宅では処理出来ないからだと思います。
2872	・家族も含めて、在宅死がどういうものか認識してもらわないと、混乱がおきる ・開業医は、■■■、■■■■■■■■■■ ・死の問題■■■■国民的合意の形成も必要です。
2873	介護者への負担を考えたり、又、在宅での細やかな医療はうけられないと思う事で、選択肢がなくなっていく。 在宅での管理が出来るとなり、実際行うにあたって、地域に根ざした主治医や訪問看護ステーションがマンパワー不足により利用に制限があったりする可能性も大きい ケアマネージャーが福祉系の人が担当であったりするとなかなかサービスをつなげ広げていく事が難かしい部分も多いようです。 PR 効果が出るように周知していく努力も必要かと考える

問９　在宅医療についての情報源として、もっともよくあてはまるものは何ですかーその他

ID	記載内容（原文のまま）
3	医師会活動も必要
28	入院中の病院から
36	病院から
41	病院のＭＳＷ
51	かかりつけの医療機関（病院）から
52	入院中のＭＳＷから
63	入院中の病院
67	他より先んじてすべて高度に対応しているはずです
77	医師会
95	病院のＳＷ
104	病院のケースワーカー、訪問看護
109	自分が在宅医療の実施者です
113	医師（主治医）
124	病院の患者支援センター
144	病院
149	勉強会
164	ＭＳＷから
168	訪問看護を中心としたサービスからの情報提供
185	地域連携室
205	特になし
208	メディア
214	各市の医師会
247	病院で、ＭＳＷやＤｒからがいちばん多いのでは…？
276	医師会や、県（公）訪看境界などが主体となった研修で具体的地域のメンバーを集めた交流
287	保険診療とした在宅医療を選択することが最良との方向性を定める必要性が生まれないと日本ではムダと思います
344	院内の医療相談支援室
355	多方面から同時テロのように？
360	ＳＳＤ
386	ー長ー短で、“最もよくあてはまるもの”はない。
413	病院の地域連携室
431	勉強会、研修会
432	入院中の病院から
437	ほとんど皆無のため一般には知りえないのでは？
441	医者どうしの連携
463	何となく情報が入る
479	相互の連携
498	勤務医・病院からの紹介
506	書籍
510	病院
512	院内の保健師・相談員
526	すべての情報および経験
559	中格病院よりの情報
560	入院・受診中の病院の医師・医療ソーシャルワーカー
562	病院医師のクリティカルパスの第一選択に在宅医療の適応の有無を入れる
587	居宅のケアマネであったり、保健師であったり個々で異なると思われる
612	当センターではＭＳＷにお願いしています
621	口コミ。サービス提供地域内での口コミ。それ以上は対応困難
641	病院内の地域医療連携
655	病院の医療連携室
685	入院中の医療キカンから
692	院内の在宅療養者の支援センター
707	■■県在宅医懇話会からの情報。訪看連絡協議会
738	訪問看護ステーション
744	どんな形で情報提供しても理解しようと思わなければ、見ていただけないのでは…
827	医療関係者を中心に全ての関連団体を含めて
842	ステーション同志の連絡会。看護協力
846	いまはありません　どこも
851	看護協会新聞
883	保健所での在宅医療連携協議会に出ている
903	医療機関従事者への教育
912	関連病院の連携室からの情報
920	当院で紹介する　ＤｒやＮｓが紹介
923	病院の地域連携室
933	訪問看護ステーション
935	テレビ、ニュースなどで積極的に紹介する
936	地域医療連携室からの情報提供
980	入院先の病院
1016	ＭＳＷとの関わりから情報を得る
1057	在宅介護支援事業所からの情報提供
1070	病院から
1097	連携室からの情報提供
1100	在宅支援センター
1126	外来通院、もしくは入院している医療機関から
1131	外来、入院先から…
1167	訪問看護ステーションやケアマネジャーからの情報
1190	情報支援室　ＭＳＷから
1200	拠点病院や基幹病院
1210	入院、通院している医療機関
1229	地域での研修・勉強会
1232	病院スタッフ
1258	医学教育
1262	研修会
1263	在宅ケース検討会から
1268	どれも大事であり、どれも不必要と思う
1280	社会全体　それと病院の医師の説明
1288	病院からの情報提供
1313	入院施設、入所施設での情報提供
1314	病院のＳＫＷ、訪問看護ステーションが全体的に情報をもっていると思われる。
1315	医療機関から
1319	在宅系のＭＬ
1327	自分自身ＩＣＦについて勉強不足のため、どこから得て良いのかわからない
1332	医師の説明
1335	地域連携室からの情報提供
1353	病診連携・退院調整者・ケースワーカー
1385	わからない
1393	疾病により「もっとも」がかわる。
1418	その患者の通院又は入院している医療機関の相談室又は連携室
1435	長期間手術に（がん）follow upの方の在宅両方は可能（患者と医師の信頼関係が出来ている）
1444	ケママネージャー
1470	病院へＳＳＤ
1479	病院のＭＳＷ
1487	当院に訪門看護、ケアシステム■■ありケアマンションと提けい
1494	ＭＳＷからの情報
1503	テレビ番組でドキュメントやドラマ化された在宅医療
1507	医師会
1533	ＭＳＷにまかせっぱなし
1583	ＭＳＷ
1614	病院、地域医療連携室
1636	知人
1665	ＳＭＷ
1670	病院医師より
1679	１ヶ所のみならず行政、病院、介護保険事業所など様々なところからの情報源が必要と思う
1681	インパクトのあるドラマ化（ex.「チェンジ！」の様なもの
1682	ソーシャルワーカー、患者相談室よりの情報提供
1684	訪問看護を行っているＤｒ、Ｎｓから
1692	病院
1694	当院の地域医療センター
1707	教育内容、研修時のカンファレンス参加etc
1709	ソーシャルワーカー
1757	ＭＳＷ（メディカル・ソーシャルワーカー）からの情報提供
1758	訪問看護ステーションから
1793	退院元の病院
1809	不明（様々なため）
1824	入院患者が退院を言われた時にケースワーカーの人に相談することがほとんど。
1847	日々の活動の中で集まる。７．８．及び行政からの情報（ケアマネ・事業者の月１回の連絡会議）
1851	マスコミ　新聞
1853	包括支援センターなどの高齢者への訪問
1859	地域の自治団体
1866	院内の地域連携室
1876	医師会
1894	個々の医療機関
1899	病院のＭＳＷがすべきです。その専門職です
1909	病院の在宅をやっている。連携室
1928	病院
1945	入院中のＫｕについてはケースワーカーを含む病院での退院指導。 外来通院者は６（在宅療養支援診療所からの情報提供）
1946	ＭＳＷ

1963	在宅支援チーム（センター内に設置し、専任スタッフがいる）から情報アドバイス
1980	院内相談室
2008	特に訪問看護ＳＴ
2031	なんとなく
2061	院内の地域連携室
2095	国から
2126	[redacted]市の医師会では市民向けの医療マップに医師会員が可能な在宅医療情報を掲載し、公表しています。又、連携先の病院にも情報を渡して、在宅医療を希望する患者に提供しています。
2129	１～６のどれかに限定できなかった。
2133	研修会、勉強会、講演会
2153	主治医に対する医師会介護事業所の勉強会
2188	病院医師、連携室
2202	入院している施設（病院）が直接説明する
2210	実際に連携をとった症例を通して（一般的なことを知っていてもその場が実際にそのＰｔにとってどうかが判断できなければすすめられない）
2212	在宅看護センター（訪問看護ステーション）
2214	大きな病院
2223	医療連携室
2226	訪問看護ステーション
2228	院内の相談支援センター、ソーシャルワーカー
2232	地域連けいパスなどで病院、福祉、行政　間の窓口からの情報
2244	看護協会誌・看護協会新聞
2258	海外の友人から
2264	医学書
2273	在支診を中心とした勉強グループからの小冊誌
2283	まずケースワーカーやケアマネージャーの存在を家族や本人に伝え連携をとってもらうこと
2293	病院の保健師、ＭＳＷ、また共に勉強会をしている在宅医療スタッフから
2328	市民病院、地域の訪問看護ステーション、地域包括支援センター
2332	訪問Ｎｓから
2343	ＴＶ　百聞は一見にしかず！
2346	本
2356	現主治医又はかかっているＨＰの連携室　外科Ｎｓ等の現場から
2387	ＭＳＷなど専門職より　勉強会
2410	院内のＭＳＷ
2431	入院中の大きな病院での連携室の個別対応
2433	講演会
2456	相談室　ケースワーカー　地域連携室
2464	医療機関（病院）の広報担当（相談支援センター）
2469	ケースワーカー
2478	ケアーマネージャーからの情報
2479	医療機関からの情報提供
2481	入院先のＭＳＷ等
2486	ＭＳＷ
2522	研修時や同業の訪問看護ステーションからの情報と自分たちが出向いて在宅医に話してみて得る事が多い
2532	病院内の退院調整部門、ＭＳＷなど
2537	病院のケースワーカーや、退院調整ＮＳによる勉強会
2566	訪問して把握、他医療機関からの情報
2573	ＭＳＷ
2575	病院のＭＳＷ
2586	訪問看護ステーションからの情報提供
2587	市・県の広報資料
2589	ほんとうに実施している在宅療養支援診療所から。
2649	医療相談室、ソーシャルワーカー　退院指導Ｎｓ
2650	病院の主治医から
2683	病院の場合は看ご師　社会福祉士など
2694	市町村を巻き込んだ形の情報提供
2701	病院
2704	当院のＭＳＷ
2706	どこも十分とは思えない
2727	マスコミを通じてやる
2737	家人、友人、訪看ステーション、ケアマネージャー等での担当者会議
2770	居宅介護支援事業所
2788	在宅医療を必要とする方は高令でもある場合が多い。もっとも身近でわかりやすくシステム利用できる物
2800	介護支援専問員からの情報提供
2805	医師会
2814	私達は在宅ホスピスネットワークを形成し、保健所や市役所と連携して情報発信している。
2833	不明
2868	地区医師会

問１７－ｂ　問１７－ａ（問１５に示した説明と協議を十分に行なうことで、在宅復帰を推進することができると思いますか）に対する「まったく思わない」という回答の理由

ID	記載内容（原文のまま）
2	家族介護にお金を払わないと無理だと思う 仕事をやめると収入がなくなる
3	【問 17-a では２を選択】 ＜病院側の話しの持っていき様である。＞ 　在宅復帰を勧めそれに対する助言等をすれば家族もその気になるかもしれない。退院直前ではなく早期からの介入準備が必要。
13	制度上の問題が大きい
17	今までの政策は個人資産の増加を目指さず、まず十分な居住環境がない。また、「家庭」を破壊する形の社会変化が進んで、在宅復帰困難な理由があるから。
24	現在の救急病院にはそこまでの余裕はないし、家族や介ゴ者の在宅の準備ができるまで、救急病院で管理する必要はないと思う。 　救急病院から在宅へするとしてもワンクッション急性期病院への転院は、のぞましいと思う。
30	family の体制がどうしても整わない場合が多い。医療側が先に進んで患者も同意しているが、family（全国の一般人）にもっと教育しないと在宅復帰は難しい。family は転院しても病院で診てもらいたいのである。
33	〔「介護保険」「医療保険」〕の根本的見直しが必要！
34	【問 17-a では２を選択】 １．病院→介護施設→悪化を理由にし病院へ帰院　のタライ廻しの所が多い ２．特■老人ホームの入所が家庭愛の崩壊で子供が希望
37	【問 17-a では２を選択】 在宅は家族の介護が全てあって、家族のいない在宅はありえないことである。
46	家に帰ることができない理由は、必ずしも在宅医療体制が整備されることで解決できる問題ではないと思うので。（介ゴ者不在、介ゴ者自身の生き方、経済的な問題、緊急時の病院受け入れ体制（入院先の確保）の確約など多くの個人の生活に関する要因が潜在していると思うので…
49	現在の時代の流れ、医療システムを説明しても、長年に渡ってうえつけられた考え方は、おいたち、地域の考え方、個々人の健康に対する先入観などがはいっており、完全な考え方を是正することができない。在宅復帰については本人、家人に十分説明をしたからといって、100%推進することは不可能。医療者側のエゴで、考え方をおしつけるようなことにならないようにしなければならない。あくまで、主役は「本人と家人」であると思う。
53	在宅医療を行う診療所のレベルに大きな差があるから
63	【問 17-a では２を選択】 社会情勢
68	【問 17-a では２を選択】 実際に行うサービス業者が少ない、たりない現状である
71	効率第一主義、拝金主義の現在の社会構造のままでは絵に書いた餅になる
88	どう話し合ったところで、受け皿とかかわる全員の意志統一（覚悟）がなければ絵に書いたまま！
118	○家族の精神的、肉体的（介護力）意向をベースに在宅を希望しない人はいくら説明しても家には戻れないと思う。 ○家族のモチベーションをあげるインセンティブが必要。 　①在宅の際は自己負担ゼロにする 　②家族の介護力を評価し、介護報しゅうを家族に支う（月々１～２万） 　③家族の居宅の光熱費、消耗品もバカにならないので補助する。
137	在宅療養の条件が整っていないため
150	患者の幸せの為にその家族が不幸になっているような事もある。 　国としての体制づくりをしない限り、国が支出を減す為、医療費をへらす為の在宅医療になってしまうと考えている。
160	問１５の説明をする側が充分な知識がなく、更に現場を知らないから患者に充分に理解されない。 何もしないよりは良いが在宅推進にすぐつながるとは思わない。
171	①病院において在宅医療の説明が全く不十分のことが多く、多くの患者、家族は病院と同様の手厚い医療、看護がそのまま自宅にデリバリーされると思っているケースを多々見受ける。 ②急変時、病院へ転送しようとしても受け入れてもらえないことが大半で安心して在宅医療に取り組めない（癌治療を長年行ってきた病院から最期の時に「緩和ケア病棟がない」との理由で入院を拒否された事例を聞いている。
175	患者、患者家族の「死ぬということ」への理解不足
193	【問 17-a では２を選択、３に△】 核家族化と家人の同意が得られないこともある
194	在宅では無理な患者がある
196	【問 17-a では２を選択】 家族の介ゴ力も必要なので協議を十分にしても在宅が不可能のこともある
199	【問 17-a では２を選択】 １）日本人の性格・人生観によって、在宅復帰にブレーキがかかっている。 ２）緊急時の対応が制度的に不充分、一時的なＯ２使用も制限されている。それによる家族の不安のため
209	人一人つながり希薄し
212	・患者、家族の意識、考え方が十分でない（現状では、合意が得られるかどうか） ・合意ができるためには、実際に在宅スタッフが十分な役割を果たせなくてはならないが十分な人員、報酬役得等はない。 ・家族も核家族化しており、対応できないことが多い。すなわちそうしたくとも環境が整っていない
213	在宅医療が行なえるのは、医療を提供するＤｒ、Ｎｓだけの問題だけではないと考えています。病院内では保清、食事などの生活は全て病院スタッフがまかなっていますが、在宅では保清、食事を本人、家族が担当しなくてはいけません。もちろん介護保険制度を使ったヘルパー、ＣＭが中心に follow もあります。 　今まで他人に依存しないで生活がおくれていたときと比べ、できなくなる病状の中で在宅復帰を推進するためには、関わる全ての職種が「援助」とは何か、「何をしに関わるのか」という共通認識をもつ必要があると考えます。医療情報がどれ程詳しくても、援助方法をもたないヘルパーが生活面を関わることは困難になるでしょう。 この点については問２０で自分の考えをまとめます。私は援助＝説明責任とは思っていません
214	受け皿の問題 　①家族の介護力量の問題 　　老々が目立つ。また 40 才台の男性介護者が一人でみている中で生活問題。要介護者同士の生活等。 　②サービスを行なう側のスタッフ不足 　　Ｎｓ不足で疲れたとショートスティーを使うにも重症者受け入れ不可だったり、訪問看護師も不足でステーション閉鎖も多い程 社会的入院が難病のように認められると良い
222	【問 17-a では２を選択】 利用者への提供する情報不足。 ターミナルの利用者さんはたいてい“こんなに支えてくれるシステムがあったのですねー”と言ってくれます。 退院させる病院側ももっと在宅医療を理解して利用者へ説明すべきだ！
235	在宅サービスの不十分さ
240	誰が在宅医療をするのか不明
242	【問 17-a では２を選択】 （在宅の場合介護者の問題が大きいため）
252	家族の負担大きい
264	家庭環境や経済力の問題が大きいから
281	在宅の受皿特に家族構成上困難である 退院から在宅への流れについて常時医師、ケースワーカーともども困難を極めている。居宅に代る施設介護の必要性が大きい。
284	在宅診療所の管理やケアが充分とはいえないから。
287	自立できなければ「家」に帰ってきてほしくないと思っている家族が多いから
289	金銭的時間的に家族にとって転院の方がはるかに有利な制度に現状ではなっている。負担（特に時間的）を少なくしたいといくら説明、協議をしても解決しないと思う。
290	在宅復帰を、一つと要因で語ることには無理がある。帰宅してもみてもらえる家族がいない場合、在宅になる可能性はほとんどなく、介護つき住宅に住むには費用が高く、受け入れる施設がない人が多い。特養は満室で、何年も入れない。国が在宅復帰を推進しようと思えば、受け入れ施設を増やす、家族の負担にならない住宅を増やす政策をとらない限り、絶対に無理である。介護を 24 時間できる人員配置と経営を国が保障しない限り、民間で在宅患者（特に重症者、認知症）に十分な介護を期待するのは無理である。予算を削減することしか考えない現在の厚生官僚の考え方を改めるのが先決である。
329	家族第一主ギで今の大阪では無理
346	①在宅での介護力がない ②本人・家族が必ずしも希望しない ③介護保険の利用では限界がある
353	十分に整備されているとは思えず
355	在宅での現状を知らない人たちが単に“医療（それも病院という限られた場所）”しかイメージできずＳＷなども、“家ではやれないでしょうから”と決めつけて関わっている場合が、この結果だと思う。 退院支援部門に在宅支援の体験を有する看護職（訪問看護など）が地域在宅医師と協議をし可能性をさぐるべきだと感じる。 もちろん地域Ｄｒが受け入れられる枠や無理なケースもあるのでその部分も充分上記者は理解、活動展開できると思う。
362	患者家族の不安が現状では解消されない
376	家族介護に限界があると思う。
388	【問 17-a では２を選択】 本人が在宅で療養したい、介護者が在宅療養させたいという強い思いがあれば可能。
395	現実的に、体制が全く整備されていず、不可能である。
405	病院は早期退院させる事だけを考えていて、退院後の行き先はどうでもよいのでしょう
424	日本人の社会と個人との関係が未成熟で断片的なマスメディアの報道、役所の無責任な態度等が根底にある
432	昔とちがい今の 50～60 才の女性は仕事を持っていることが多く、病院で死ぬのがあたりまえと思っている。又、一旦、自宅に帰っても正月・夜間を問わず病院並みに数分以内に痛み・熱・しんどさ etc に対処しないと納得しない。（要求のレベルが高すぎる） 50 年前のように嫁は老人を家で看取るものという考えはなく、入院すれば全く世話せずにすみ、3～5 万の出費である。その分自分がアルバイトをすれば 10 万／月に入る。何でしんどい目をして、おどおどしながら（専門でないので、処置がこわい）（3K と呼ばれる）看護士のような仕事を経済的にも損なのにしないといけないのかと考えている
440	家庭の情況、住居の都合など
456	在宅で介護できる体制がない場合無理
463	まるで夢物語である いい加減にやるしか仕方がない こんな安い医療費で何ができますか 1 点単価 20 円にしてほしい
464	【問 17-a では２を選択】 実際問題として在宅で周囲にいらっしゃる家族の不安・恐怖がとりきれていないことと、医療機関への信頼があるだろう。
466	在宅での対応を引き受ける医療機関が少ないと考えるから 今の研修医制度含めた制度が続く以上今後の状況は好転する可能性はないと考えるため
502	当院では退院後自宅に戻れない例は 2 割程度である しかし在宅の条件が整っていない例では上記の結果は当然でいくら説明と協議をしたところでいずれ結果は同じことになる

	余りにも表面的なお役所仕事である（取り交わされる文書上ではちゃんと解決したことになっています）
504	【問 17-a では２を選択】 入院している時のように、すぐ医師看護婦がかけつけることは、不可能。
505	老老介護でできるわけがない
506	在宅復帰の受け皿（左記の在宅スタッフ）が全く足りないし報酬も低いためモチベーションが上がらない そのため在宅スタッフの増加は見込めない。
520	家族の肉体的、精神的、経済的負担が大き過ぎる。介護する家族にも自分の人生、生き方、がある事を忘れてはいけない。
523	【問 17-a では１を選択】 　近医と病棟主治医が顔を合わせて情報交換できれば役割が明確になる。そのためお互いの不安が軽減され推進される。
525	受け入れ体制が各個人でできていないような気がする。 本来は在宅復帰、終末期は、自分が生活した場所で家族みんなにかこまれて見とられて死んでいくのがいいだろうと思いますが、今の世の中で、できるとは思われない。
528	【問 17-a では１を選択】 　現在入院している患者の多くは、現在おこなわれている在宅医療の実態を殆んど知らない。 　入院中に在宅医療がどのようにおこなわれるのか、説明がなされると患者あるいは家族の一部は在宅療養を選択するのではないかと思います。 　現在の在宅療養を求めている患者はある意味“わがまま”である患者です。
533	「自分が罹患した病気」も日常であるいう考えが、本人にも家族にも社会にもマスコミにも欠けている。 「病気」といえば、すぐ「病院へ行け」「入院せよ」と会社も、家族もマスコミも言う。みんな私には関係ないという風潮である。 障害があってもそれが日常であるという考えがひろがらないと、家族は病院に入れておけと言う考えになり、自分達も面倒をみようという考えはおこらない。したがって社会には帰ってこれない。
539	在宅医療の体制は不充分。医師特に開業医への負担は大である（大となる）
544	【問 17-a では２を選択】 現在あまりにも問 15 の 2、3、4、5、6 が説明、協議されていないから。
547	老々介護、若い人との同居でも仕事のため手がまわらない。家族がかなり頑張って介護しないと長続きしないと思います。
555	病院からストレートに自宅に帰ったケースで調子よくいけるのは若年者や体力のある間だけです。足の力が入院中↓↓しているケースや認知がすすんで、在宅生活困難なケースはリハビリ転医や精神的治療のため転院が必要になることが多く、それをせずに帰宅した場合は早々と病院にもどりになることがしばしばです
557	【問 17-a では２を選択】 24 時間対応できる在宅医は少ない。金銭面、住宅事情で、まだまだ受けられるサービスに制限があり、十分なケアはできないのが現状だと思う。療養型病院へ転院する方々が多いのは納得できる。
562	病院医師の意識を変えるための具体的な行動 　１．クリティカルパスの改定（PhaseIII には在療医療の適応を入れる） 　２．在宅医療側のシステム不足（病院医師に不安をもたせる） 　３．御家族の介護力
575	病院からの退院に関して、在宅療養になるか転院するかの患者のメリット、デメリットの差があまりにも大きすぎる。
583	以前にも述べた様に本人よりも家族の負担が大きい。これを改善しなければ在宅復帰の推進は困難である。
591	【問 17-a では２を選択】 「社会の最少単位は個人ではなく、家族である」という認識を全国民が回復しないかぎり、在宅医療、介ゴは推進できないと考えます。物理的問題だけではなく、精神の問題でもあります。
599	最近の家族構成上、在宅医療に携わる家族が居ない。（働ける年令ではパート等に出掛けて留守をしている） 介護保険料より、家族にも或る程度の介護料を出す事で、在宅復帰の推進に役立つと思う。
606	老、老介護や介護をする娘、嫁が仕事をしている事や別居している方が多い等の要因で自宅での生活を望んでいても現状施設などを探さないといけないようになってしまっているからだと考えます
618	「在宅復帰」はこちらが「推進する」ものではなくて十分な話しあいの上で御本人と御家族等が選ぶものだと考えます。 説明・協議の内容についても年々社会制度によるサービスの減少がとりあげられており利用できないケースも多いと思われます その地域でどんなサービス（在宅医療を含めて）があるのかできるのかを中心的に情報提供し調整できる機会があればよいかもしれません。
622	殆んどの大学病院、基幹病院では退院時、…入院加算がとれる期間が終ったので－退院して下さい→病院で退院後の施設や、在宅に必要な主治医を紹介することなく一方的にそろそろ退院して下さい→－外来再診はいついつ（1ヶ月後・2ヶ月後です）との説明のみ…その間のフォローが全くできていない。 病院→診療所←→介護支援センターとの連携が不十分
624	在宅にしてもその後を follow up する態勢がない。 田舎では独居、老人夫婦しかいない 相手のめんどうをみてやりたくてもやれない現状で、子供は都会へ行き帰ってこない。
638	自宅と、病院との違い。だから自宅でなく、転院になる。 介護、看護が、核家族だけでは不可能。 また Comedical の関与が必要
642	話し合だけでは家族は受け入てくれません。
643	家族の介護力がない（マンパワー及び、理解力） 日本の介ゴ保険（←安くてまずい日本の介ゴ保険システム）では在宅での介ゴを支えきれないと思います（安かろう、悪かろうの世界です）
644	24 時間対応出来る在宅サービスが地域によって差があり、家族への負担が重くなることがある。
659	【問 17-a では１を選択】 家族支援できないことを病院が容認して回転率を上げる為の退院であるから
696	在宅が全てだとは思わないから
701	【問 17-a では２を選択】

	住んでいる地域によっては在宅でのサービスが■利用しにくいこともあるのでは？
703	・在宅を担う診療所医師・訪問看護が増えること。 ・介護の中心となる家族（介護力）が存在すること ・患者・家族が他人（ex ヘルパー）が居宅に入ることを受け入れることなど。ハードルはまだ多い ・独居者の場合　　｝ ・居宅施設での看取り　｝など問題は単純でない
715	【問 17-a では１を選択】 転院をへらし、在宅にもっと向けるべきである。
753	1 人ぐらしが困難な人を、1 人ぐらしをさせようと考えることがまちがい。
759	【問 17-a では２を選択】 老々介護が多い為又、隔地でサポート体制が充分でないと感じる。
760	・独居、老老家族がほとんどである（離島） ・十分な介護のサービスが整備できていない ・経済的に恵れていない
766	【問 17-a では２を選択】 家族の合意がなければ、在宅支援が難しい場合がある。 説明や協議を行っても、家族の協力なしには、在宅へ帰れない。 又、地域によって、在宅医療における社会資源の差がある。 どこでも同じ様な内容で在宅ケアが受けられることが必要となる。 ※寝たきりなどのケアは受けられても、がん末期の在宅ケアが受けられない地域がある。
780	【問 17-a では１を選択】 早く退院させる事と再入院をさせない事ばかりで、在宅で過す利点や、本人、家族の思いは無視されている。 又、連携パスの構築や連携会は盛いにあっても、各人と人とのつながりがあまりなく、病院のＭＳＷも制度や社会資源について無知な人が多い。在宅移行の場合全て介護する側の責任で決定しており、充分な情報提供がなく“とりあえず在宅”となり最終的には再入院、入所になっているのでは。 在宅側と病院側の温度差がかなりある。訪問看護師は病院での看護、生活を知っているが病院Ｎｓは在宅看護、療養を知らないそんな方に退院指導をする事が、ギモンに思う。
794	【問 17-a では２を選択】 病院自体に在宅に対する理解がないところが多い。
805	・在宅医療において介護する人の負担を考えねばならない。 　いくら訪問看護、訪問介護のサービスがあっても家人が中心になる。 　その家族がいない場合が圧倒的に多い。 　　独居でなくても老々介護・認々介護が多い。 　　二世帯・三世帯家族でも家人は働きに出ている場合が多い。 ・特養・グループホーム等で「みとり」をしている所はこの周辺ではほとんどない。 　癌患者を受け入れる施設はあまりなく、「みとり」に至ってはほとんど皆無に近い。「悪化すれば病院へ」という施設が圧倒的に多い。
820	受け入れる家族の問題。 核家族、老々介ゴ、医療費等の問題
825	【問 17-a では２を選択】 （利用できるサービスが不足 　経済的負担（介護にお金かけられない） 　マンパワー不足 　介護者の介護力の問題） 以上の理由で、ある程度可能とは思われるが在宅復帰を推進できないケースがある。
826	【問 17-a では２を選択】 　在宅看護をしていて、本人の意志も大事ですが、介護する家族の意思、意欲がものすごく左右することを学びました。家族が受け入れられてないと介護放きなどにつながりやすくまた、病院が帰れといったので私達はこんなに苦労していると責任をもたせかけられます。入院中から、家族が在宅での生活を受け入れられるような十分な説明をし、同意して頂くことが第一ではと思います。 （介護への意欲や介護力は個人差がありますが、それにどう対応していくかは、今でも在宅スタッフで、常に話し合っており、実現させています。）
828	【問 17-a では２を選択】 退院のための全体会議で退院後の生活について話し合うことで本人家族の不安も軽減され在宅生活への受け入れも可能となると思う 本人家族の意向を尊重したサービスをケアカンファレンスで検討することにより在宅生活がスムーズに再開できるのではないかと思われる
833	在宅支援診療所の多くは開業医。 在宅にて危険を承知で輸血（ショック）（アレルギー）抗生剤ショックアレルギー）内視鏡（穿孔）をやろうとする支援診療所あるは、それをやろうとした場合の人員確保、患者数、家族の理解など問題は多い
842	十分な説明がされていても自宅で見ようとしている人は既に取り入れており、それ以外の受け入れ出来ない人が病院に行っていると思われる。
846	親子の関係が希薄になっている　更に個人主義的になっている。又、親も子にそれほど期待していない。
861	【問 17-a では１を選択】 医療依存度がかなり高い利用者が医療機関を退院した後急性増悪以外でも定期的にメディカルチェックができるような入院が可能かどうか（利用者の家族サイドとしては社会的入院になってしまうが利用者の身体状況や医療機器のメンテナンスという予防医療）医療機関と患者・家族在宅スタッフの間で協議できるとよい。 それにより転院が確実に減少すると思う。
862	【問 17-a では２を選択】 マンパワーの絶対的不足
879	【問 17-a では２を選択】 病院のＤｒに在宅医療についての知識を深めてもらうことにより在宅復帰率は上がると思われる
893	無理な人は無理であることを認識すべきである （病状面、家庭の介護力両面において）

	今の若い人は親の面倒を見る気がない（口は出るが手を身体を使いたくない）人が増加しておりますます在宅医療で末期まで可能な例の割合は減少すると考える。
897	疾病傷病による通院困難者が退院するとして転院するということは、非常に高度な在宅医療を必要としているケースと読みとれます。ということは退院時にたいへんな覚悟をもって退院したと思われるのですが、その後やむなく別の病院へお世話にならなければならないとは、とても病気に対して絶望的な退院のイメージがつきまといます。どんな難病でも重度の医療依存度のケースであれ、安心で安全な在宅（もちろんリスクもあるが）サポート体制があればそう再入院となるケースはないと思う。しかし、病気であるが故に在宅で家族が疲れ切っていく様子や、仕事をやめて経済的不安がのしかかったりして病気以外の理由で転院のケースが実際には多いのではないかと思う
901	条件が整っていない現状では不可能（人、金、機材、住環境）
909	一概に、即退院→在宅とならないケースがある事は周知の事実。 ケースによって分ける必要がある。 一ヶ所の入院が３ヶ月（包括等）なら、次の病院へ転院し、そこでリハビリを行える様に２段階で考える事も必要。 ・「先ず、在宅ありき」ではない、事を念頭に置く必要がある
917	【問 17-a では２を選択】 家族とのコミュニケーション
921	【問 17-a では１を選択】 退院前関与を十分に行うことが大事
924	臨床研修指定病院病棟退院時までに在宅医療に対する理解が本人及び家族になされていない状態での転院と考えられ、転院先の病院でも再び同じ事の繰り返しとなる事が考えられます。よって在宅復帰を推進する事は不可能と思います。
941	【問 17-a では２を選択】 なんとなく。
955	【問 17-a では２を選択】 虚弱・寝たきり老人・障害者在宅ケアでは問１５の説明と協議を十分行なうことで、在宅復帰を推進することが出来る。それは多職種・多社会資源が参加しケアすることによって、在宅ケアの時間を延ばす事が出来るからである。がん末期ケアは、緩和ケアが必須であり、延ばす事が出来ない、短い時間が残っているだけである。個別性が明確であり、プライバシーを大切にしてＱＯＬを高める事を目指している。従って多くの人・物・のかかわりはむしろ邪魔になる。
972	「どうしても」入院を希望する人のうち、「どこでもいいから」転院できるところに転院する人は、在宅がなかなか困難な人が多いようです。 したがって説明と協議によってもあまり（統計上）在宅復帰を推進することにはならないでしょう。
975	【問 17-a では２を選択】 １訪問診療や往診又急変時の対応が明確にされる事を条件にインフォームドコントがしっかりできる ２訪問看護や在宅介護のサポートを受ける ３在宅療養支援診療所等との連携
985	【問 17-a では２を選択】 問１５の内容は、在宅復帰を推進するための対策そのものであり、現実に種々とり組まれているものである。 政策的には、病院に対しては、院内分業＝在宅退院支援室のようなものを作り担当者を置く＝で進め、在宅支援診療所等の基盤整備にもっと力を入れるべきと思われる。
1053	理論は、もっともらしく聞えるが患者や家族の状況は、それぞれ違うものがある。まず大人になる前からのある程度の啓蒙と行政の対応がもっと必要と考えられる。現状では、絵にかいたモチとしか思えないから
1063	国民レベルでの「民意の向上」が伴っていない。 残念ながら、まだ国民の大多数の問題意識となるまでには致っていないと思われる
1081	【問 17-a では２を選択】 ・在宅医療に対して十分理解してもらうことは患者の在宅復帰内推進には必須と思われるが、在宅医療担当医の人員の確保と、担当医の医学的、社会的なスキルを上げることの方がより重要と思われる。 ・また、病診連携を進めて在宅患者が症状の悪化した場合に救急入院等の対応をしていただける病院対応が確保されないと在宅医療の普及はむずかしい。
1113	家族や居宅系の職員の意識が最も問題である。
1114	【問 17-a では２を選択】 問２－ｂと同じ
1117	結局は介護力不足で在宅を避けているので、これを在宅に■■するには在宅での十分な資源、が必要だが、まったくない現状を変えなくては難しい
1131	急性期病院ではリハビリが不十分だと本人や家族が感じているから納得されないでしょう
1134	患者・家族の病院依存体質を改善しない限り、医療側がいくら働きかけて準備しても良好な結果は得られない
1136	【問 17-a では２を選択】 実際に行なわれているとは思えない。 我々の所へは殆んど流れて来ない。 退院される患者がいないかと病院の地域医療連携室を訪れると患者の殆んどが老人ホームへ入ると云われショックを受けている。本人は望んでいないのに。
1157	【問 17-a では２を選択】 １）患者自身のキャラクターにもよる。
1172	地方には充分な選択肢はないため。
1178	介護力（家族の）、往診医の有無により在宅が無理なケースが多いです。 公的なサービスも田舎では十分ありません。
1193	【問 17-a では２を選択】 患者、家族の合意が１番であると思うが、在宅スタッフ等との話し合いにより、患者、家族の気持ちに変化が見られるのではないかと思うから。
1207	在宅における環境が現状には十分にない。 患者自身への説明、理解認識も十分にない
1217	転院するＰｔの殆んどは一人住まいや、家族の協力が得られない人だと思うので、いくら周りの環境が整っても在宅復帰は無理と考えます。
1226	介ゴを行う施設、人の不足。 理解度の問題。
1244	ほとんどの家族が在宅で生活する事を、いやがっている。特に核家族化している所は年よりはじゃまに思われている。
1254	家族の協力を得るのがむつかしい。
1268	前問でも記入したが、マンパワーの不足、主介護者の不在、社会的資源の枯渇
1271	在宅の体制（受け皿）がない場合家族は全てを医療側に依存する。
1293	家族の多大なる協力が必要で、物理的に無理（老人２人のみ独居 etc）（若婦夫は共働き）の方が非常に多い。
1302	【問 17-a では２を選択】 家庭の事情により在宅不可能の場合が増えている
1306	説明と協議をしても、患者の世話をしてくれる人がいない、など難しい問題がたくさんある。
1307	【問 17-a では２を選択】 訪問看ゴ、訪問介ゴ、デイケア、デイサービス、ショートスティ etc いろいろな組み合わせで可能だと思う。
1312	退院させられても、在宅で看れる人がいないため、転院するケースがほとんどと思うから
1338	【問 17-a では１を選択】 ・患者さんは、「在宅で見るのは何となく不安」という漠然とした理由から、利用をためらう事が多いので、そこがきっちり話しが出来て、急変したら、病院に入院させてもらえるという事がわかれば、在宅医療も受け入れてくれると思う。
1352	在宅療養のサポート体制が整ったとしても、立地条件や地域性、その家庭の経済状態等々が相俟って、全くとは思わないが推進はむずかしいと思う
1376	結局は家族の受け入れが悪いから。
1414	【問 17-a では２を選択】 当ステーションは、山間村（へき地）に有り、都市の病院で治療を受け退院、通院治療受けるケースが多いですが、最終的には通院できず近医に主治医をお願いすることが現状です。そんな時思う事は、入院治療を担当した医師と近医（在宅医）が退院時から密に連携を取って頂けると、訪問看ゴの提供も安心してできると思っています。
1418	医療者側に在院日数短縮というプレッシャーがあり、医療者優位のもと、退院を効率よく促進しようとする意図が働けば無理だと思う。
1421	依然、大学人事による病院支配が続いており、市内でも系列の異なる大病院間の連携はなく、開業医への紹介率も2～3年で転勤する若い医師は悪く、紹介返事すら満足に書けない医師が、存在する。 よってパラメディカルや開業医の取り組みにくらべ卒後 3～5 年レベルの介入が全く無い為システムが動いていない。
1432	患者の意志、家人の思惑、病院の意途）三者の充分な話し合いは無理と思います
1435	【問 17-a では２を選択】 家族の負担が重い。 昔は大家族で在宅があたりまえ。 →病院、在宅死の一般の方々の考えが病院死の方向。将来、在宅死希望がふえる。（私自身も在宅死を希望）
1439	【問 17-a では２を選択】 （家族のケアがある場合は、その受入れの構え、負担感が、大きなネックになることあり）
1493	【問 17-a では２を選択】 ①家族に受け入れる準備が無い方もあるでしょう ②疾患により家庭では無理がある ③家庭がそのｐｔにとって Best とは言えない場合もある。
1503	①訪問診療、訪問看護、介護保険による福祉系サービスが絶対的に不足している ②特に福祉系サービスは重度になればなる程看れなくなる ③サービス事業所に質の違いがありすぎる
1511	医療制度、介護保険制度に限界あり。受け皿作りが進んでいない。行政の関与も不十分である。
1522	在宅復帰の場合それ以外に多くの課題がある 特に、家族側の介護力が身体状況に見合わない場合難しい。
1528	【問 17-a では１を選択】 在宅療養をするために、受けられる支援を少しでも多く知ったり、患者本人や家族が疲れた時は、またレスパイト入院のように休憩もできる事がわかれば、少しずつでも自宅で過せるようになると思います。
1529	在宅で介護する家族がいない。又は高令で無理である。家族が仕事がありできない。
1538	家族の家族意識をそ害している状況を、制度が作っている。
1542	・介護への先の見通しがつかない事への不安 ・経済的な不安 ・生活様式や生活リズムの変化に対する不安（現在の生活パターンが維持できなくなる事への不安）
1588	在宅での、受け皿がある程度確保されていないかぎり、推進は無理だと思います。
1606	在宅医療を支えるシステムが充分でない。（必要な医療に対応できていない。）
1607	・介護者の負担 ・必要なサービスが必要な時にすぐうけられない
1643	病院の医師の意識が「在宅なんて無理だ」という考えだと推進することはできないと思います。
1646	家族にいない人が多い 介ゴ力が足りない ベット確保のため退院させない 社会的入院が多すぎる
1652	【問 17-a では２を選択】 個々に問題が異る
1653	患者、家族が在宅を望まないケースが多いので
1657	【問 17-a では２を選択】 ・サービス
1680	【問 17-a では２を選択】 世話をする家族の経済状態（働かなければならない） 住宅の状態、環境（１つの部屋が占拠され他の目的で使えなくなる）
1682	急性期の病院なので病状が安定すればまず転院→在宅となっていることが多い。 在宅になることは時々。

1723	Fa の援助状況
1737	家族の受け入れがムリ or 対応がムリ しばらく帰っても、すぐ病院へ戻ってくるケースがほとんど！！
1745	認知症があったりすると自宅にひとり置いておけない、独居でムリだったりする、介護者不足、病状が不安定で受け入れられない家族が多い。
1747	在宅を説明し「本音は希望している」と返事をいただいても「常に誰かがいる体制がとれない」「何かあった時入院している方がよい」とのことから在宅に踏み切れないことが多く半数以上いると実感している
1753	【問 17-a では２を選択】 本人・家人には能力がある！ ・本人や家族に生活支援ができる方法について具体的な情報提供が行われると、殆んどは自宅で短期間でも生活したいという希望がある為実行できると思われる。退院時はサービスも集中して入り、支援することで、1 人ではないという安心感と、生活ペースに慣れ、徐々に本人達の生活リズムとなり、生活にあわせた処置の対応も可能となるからです。安心感、自信につながれば在宅療養の延長が可能となりサービス回数も適宜調整可能となります。 ・医療依存度の高い人の受け入れ施設が少ない事は、家族のレスパイトケアができない為、負担も増強しやすく、介護施設の 24 時間対応の強化（夜間看護師配置）は重要、又急性期病院においても短期の受け入れができる病床確保できれば、地域との連携、又本人・家人との信頼関係につながり、在宅支援が効果的にできるのではないかと思う！（現実、呼吸器、気管カニフーレ等装着者は老健でもショート不可の施設が多く困っている。）
1754	家族の協力が必要。
1756	長期に入院すると、その人のその家庭での存在場所が失われて帰る場所がないのです。
1758	介護力不足があり、訪問看護やヘルパーも限られている現状では、経済的な問題もあり、むずかしいと思う。 在宅医療はコストがかかる
1766	自宅での介護や看取り等初めて体験される御家族も多く、現在の生活（患者が入院されている）と、自宅療養になった時の生活負担を考えると、介護をする人が尻ごみをされる事が多い
1779	在宅サービス不足、核家族化、共働き世帯の増加 雇用不安定な社会情勢もあり各世帯での生活を成り立たせることが優先され家族介ゴ力や経済力の低下もあり、在宅復帰の受け皿が出来てない。厚労省が在宅の実態把握を十分に行なっていない。「机上の空論」が多い。
1795	【問 17-a では１を選択】 在宅療養がはじめから選択肢にない先生も多いと思います。又、不安の解消のため訪問診療や緊急時の体制が確保されると、最後までではなくても、自宅で安心して過ごすことにつながらないかと思います
1801	急性期病院のＤｒの在宅への理解、ネットワークへの理解が全国的に低すぎる 在宅医ばかりが在宅推進と云っているだけ。
1803	在宅医療の整備されていない（私の地域では） 緩和ケア病棟が非常に少ない（私の地域では）
1804	家族が望んでいないから
1806	家族の受け入れ困難。
1813	＃１　やはり 24 時間療養を要する点、家族にも相応の負担がかかることです。 ＃２　家族が、病院での治療を望む人が実際多い。 ＃３　在宅療養を行政がおしすすめている原点が、医療費削減から出発している。
1818	在宅に対しての医師の不理解が１番。 問１６についても病院の在院日数の調整のため在宅緩和ケアの説明を行っているＤｒも多い。 医師の充分な説明と同意がないままでは難しいと思う
1824	長期入院となると病院のコスト面で厳しくなり退院の話となるが現実は、介護力という面で上記のような結果になっていると思う。在宅復帰といっても、仕事をしながら患者のフォローはむずかしいのもよくわかる。障害者手帳等の範囲に入らない患者のフォローはまだまだ不充分なので上記の結果になっているのでは？！長期に渡って介護を必要とするのではなくある程度生活ができるようになるまで（中途半端なのでよけいに制度がないのだとは思うが…）の期間フォローしてもらえるシステムがあればよいと思う
1841	【問 17-a では２を選択】 医療と訪問看護、福祉の連携により可能。
1846	【問 17-a では２を選択】 介護を担う人が存在するかどうかによる
1860	説明と協議→患者への説明ととりましたがそれなら③ その時点での主治医である病院担当医にその意識がないひとが多いことを実感しているが 逆にもともとかかりつけであった患者さんが入院した場合にはこまめに本人、family をフォローしながらある程度こちらがイニシアティブをとるようにしている →在宅に帰れないと判断した場合でも、主治医は「転院先をさがすように」としか family にいわないのでその際も、私がコーディネータになっている。ときには、入院日に主治医が「2（3）ヶ月後にはおそくとも転院してもらいます」と family へ条件つけられることがあるので、そのような医師にはあらかじめ「すべて私の責任においてマネージするので Pt、family へはこのような言い方をしないでくれ」と申し入れる。
1871	核家族に■る患る人がいない
1908	高齢に伴う介護者がいない（一人暮しも多い）家族の協力が得られない。在宅適応でも受け入れられる場所介護する側も不足しており、緩和ケア病棟に入棟されている患者様でも家族がみえるにもかかわらず援助を得られない家族があまりにも多いのにおどろかされる状態が現実です。行き場のない患者があちこちの病院を右往左往しているだけです。
1912	・やはり、家族の身体的、精神面での follow up が最大の必要だと思う。 不けいきである為ＰＴの家族も働かざるえない場合も多く、介護＋仕事＋家庭と３つのふたんは多きいと思う（精神的に）
1917	家族の疲労・急変の不安が強い。 まかせていれば安心という気持ちが強い方が多い。
1931	家族の意識が変わらないから
1951	【問 17-a では２を選択】 患者をとりまく家族などが在宅に向けて環境を整えることで患者、家族が安心して在宅で過ごすことができると思われる
1959	ほとんどは家人に受け入れる意志がない。
1966	家で死にたい気持ちはあっても家族の覚悟、「家で死ぬ」風土が現在の日本にほとんどない。
1980	在宅が困難なことは変らない
2024	【問 17-a では２を選択】 ・家人の受入れ
2025	病院も診療所も忙しすぎる。 充分に説明する時間がない。 早くやめたい
2031	実際在宅で看れる家族体制がない
2053	状況が変わらないのに言葉だけ変えても無意味
2060	医療は崩壊しているのですよ！ 崩壊させたのは……分かりますよね。 まず医療の基本を是正しない限り無理です。 アンケート以前の問題と思いますがー
2074	本心は在宅を希望されていても、総合的に考えられて患者、家族の入院志向は今だに強いから。
2082	分りません。
2092	核家族化により、在宅カバーが充分に機能しない。
2095	【問 17-a では２を選択】 在宅スタッフや退院后の状況の変化でのＨＰの受け入れが確保できなければ、身体、心の変化にも応じる形でなければ利用者様家族の意志とは云えない
2099	経済状態や物理的に在宅が困難なヒトが多くいるため
2120	ターミナルとなり、治療の限界にきた時、他院（ターミナル病院）への転院では、安らかに死をむかえられるという感じにとらえている
2128	ー同に会して集まるというのは殆ど不可能に近いから
2158	介護保険制度におけるケアーマネージャーの独立性の欠除（施設の所属が多い） つまり在宅療養が施設療養（入所）が介護保険を利用すると入所（介護度による判断でなく）が個々の施設の会議により決められていて包括支援センター（行政ー税金徴収している）の決定権はないと思われる
2161	転院（他の病院へ入院）福祉施設へ入所をする人は、家族介護力のない方が大半であり、また自立支援法や介護保険のサービスも制限が大きすぎ、一部介護の人でないと十分に機能していない。 そのため、いくらカンファをひらこうと、在宅療養ができる人はできる、できない人はできないのが現状であろう
2170	【問 17-a では１を選択】 在宅に帰ったら家族の協力が大であるから、ＥＮＴ時にカンファレンスにも参加してもらう
2189	介護をする家族に時間的、精神的、金銭的余裕がない。 在宅スタッフの報酬が少なすぎる。
2211	【問 17-a では２を選択】 選択の余地が医療、福祉事業所にあるのか。 医療に受け入れる人間的、構造的に余地があるのか
2213	介ゴ保険下で認められている介ゴ量が、足りないと思う。
2222	【問 17-a では２を選択】 在宅の整備が不十分なため、結局は、家族のマンパワーが中心となってしまっている。 終りがなく、経済的にも苦しくなっていく。
2252	家では無理と思っているＤｒ　Ｎｓ多いＣＭも何かにつけ転院施設となる事が多い ＨＰのはしご受け入れ可能なＨＰがどこにあるか 連携して頼んで転院される人多い
2256	今後の日本の家族は核家族化がすすみ、在宅への意識はもっと低いものになっていくと考えるから
2276	現在の日本社会では、老老介護、核家族化等の問題も有り、自宅で覚悟、責任をもって、身内を世話する余裕がないように思われる。
2283	【問 17-a では２を選択】 介護力の問題が大きい。今のような生きることが難しい時代では、家族を介護するために仕事をやめることはできかねる。そうすると施設に依頼するしかない。 よほど預金があればヘルパーさんを介護保険で認められた点数以上に活用できるが、例のような 24h 体制となると各自治体によりサービスが異なったりするので実際に介護の費用はどうなるのか不安である。 とにかく、国民の在宅意識を増やすには、国が地方自治体毎にまかせるのではなく、責任を持って補助し、ヘルパーを利用することの経済的負担や手続きの負担を少なくすることがポイントだと思う
2294	患者さん・家族等市民の考え方はそれほど変わらない。 教育年令（小中学生）への教育に在宅療養に関する知識が得られる カリキュラムを組み込むべきである。
2296	ターミナルで生命予後が限られるという事を家族がうけ入れない場合が多い 小さな病院で予後不良と判断し伝えても結局大学病院への転院、2nd opinion を希望する。 本人の希望と家族の意向が一致しないことが多いように思われます。 高機能病院のハイテク機能と在宅状態の間に医療レベルギャップが大きすぎます。 →家族も Dr も不安→再入院になる
2306	在宅＝家族の協力と理解が不可欠、受け入れ側の決断が必要かと。
2343	【問 17-a では１を選択】 私達訪問看護師は、どのような身体状況であろうとたとえ独居でねたきり要介護５であろうと、在宅においてサービスを充実させれば、その人らしい生活を支える事が出来ると知っているから。 ダメも無理もない。支える力を持っているのでなんでも可能と出来る事を身を持って体験している。
2355	在宅の受け入れ体制がとれない Care をする人が居ない。
2358	・開業医の自由がなくなってしまうため、医師は在宅は望まない。 ・家族が納得しない。大変である
2372	・介護するマンパワーが配偶者以外にいない。 ・他人が自分の家に出入りするのを嫌う人が多い。 ・急変した場合の対応が救急車で病院へ輸送されてるのが現状。死亡診断書が 24 時間前に診療してなければ書けないのも問題である。

2395	システムがない
2399	なかなか医療機器を必要としたり、排泄に関したりすることを家族は、受けいれてくれないし、患者が急変した時の対応などの不安材料を取ることは、難しい。いざ、在宅が始まれば、何とかなるのかも知れないが、難しいと思う。
2407	１）在宅介護力 ２）経済的負担 　１）入院より在宅の方が金額的にかかる場合もある。 　２）生命保険の入院給付金は入院中でしかもらえない
2413	家族の介護力が問題だから、医療スタッフと話し合いをして「受けいれ」を表明しても解決にならず
2431	介護力もない、高齢で■■でＡＤＬ低下している、認知症がある、家族間のトラブルを抱えている、宗教に走っているなど、問題が多すぎて、在宅を望んでもそれをサポートする体制を整えることは無理と思われる。
2470	家族の受け入れ体制が非常に貧弱。ちょっと困ったことがあると入院させたがる（非常に不安感が強く、日常的になるとストレスも多い）サポート体制も不十分（マンパワーの不足）
2507	・在宅にするには、家族の理解が必要 ・昼のあいだ、家には誰もいないのが現実。その時に他人が入るわけにはいかない
2541	【問 17-a では１を選択】 病院スタッフが、在宅でどれだけの事ができるかの知識がない。
2546	現在の家族・家庭は核家族であり、成人の家族成員はほとんどが働らいているのが現状である。介護者が一人しかいない家族・家庭、患者の独居の場合も多く、病状によっては患者が在宅を希望しても困難なケースも多いと思うため。
2575	在宅医療を行う地域の体制ができていない。
2617	いったんは「止むを得ない」と在宅に戻るだろうが（あるいは最初から在宅ＥＮＴ、という選択肢はもたず転院してゆく Fa もあるだろうが）介護に疲れた時の受け入れ先や、在宅という選択肢も、施設入所という選択肢もあるという示し方ができなければ在宅ＥＮＴ＝Fa 負担、と考える Fa は多いだろう。 在宅ＥＮＴを選択する人ももちろんいても、推進、ということになると在宅ありき、という示し方ではなく同等の選択肢の中で在宅でも、施設（含ＨＰ）でも、という示し方をしなければ在宅療養も長くは続かず Fa 負担は増すばかりではないのか。ＥＮＴへ向けての働きかけと在宅療養を続けるための Fa への支援、それらを支えるスタッフ側への支援など同時平行にすすめなければFa や本人の「追いだされた」「治療はムダ、と云われた」等の受けとめはへらないのではないか。
2658	【問 17-a では２を選択】 社会構造や精神性の変化
2683	（設問の意味がわかりません） 図中の在宅適用となる退院患者、とはどの様な人、病状障害の程度　家族状況、介ゴ体制　家屋状況　経済状況がよくわからないので問１５をしたとしても推進することができるかどうかはわかりません
2688	【問 17-a では２を選択】 在宅■■の生活を、関る方がイメージできるため、対策が立てやすい。可能性が見い出せる部分があることに気づける。 病院、在宅、Fa、本人各々の評価ができるため
2703	【問 17-a では２を選択】 本人の意志はどうか、家族の考え方はどうか、家族を支える社会資源は充実しているか、病院スタッフはどう支えるかなど話し合いにより、在宅の希望がある場合は援助できるようになると思う。
2706	【問 17-a では２を選択】 病期や病態によると思う Fa 側（社会的）の理由もあると思う
2721	現状では患者の望み以外の点では、在宅は周辺負担が大きすぎ、もっと具体的な整備（人的、物質的）が出来なければ難かしい。
2727	患者の無理解 家族の無理解」がある。 国民皆保険制度による医療体制を理解している患者はいないと思う。 病気に自分がなればだれでも最高の治療をしてほしいと思う。在宅ではそれは無理と患者・家族は思っている
2756	・介ゴ状況が変わらない ・独居が増加
2787	【問 17-a では１を選択】 病院スタッフと在宅スタッフのカンファレンスは現在も数回に実施され有効です。
2822	病院から在宅というイメージを最初からもたないと、家族はとても無理だと思います。 今のＨｐでは入院すると同時に即退院時はどこの施設に行かれますか、決まっていますかと話されたと聞きびっくりしました。 年老いた家族は別ですが、若い方たちはそのような選択を当然の様に思っています。 なかなか在宅復帰は、現在の状勢ではむずかしいと思います。
2832	・介護保険サービスでヘルパー利用できる内容に規制が多すぎる（見守りが不可である） ・家族の受入れが悪い（独居である程度公的なサービスが利用できる人の方が可能性あり）
2839	転院の比率が大きすぎる

問１９－ｂ　プロの医療者がなすべきこと

ID	記載内容（原文のまま）
1	患者さん家族との充分な話し合い、合意。
6	在宅でも十分な医療が可能である説明が行なわれていない。
12	【問 19-a は１、２を選択】 国の施策として統一した在宅ケアの推進の一環としての医学者への教育、アプローチ「インセンティブ」、パラメディカルなどの医学者以外のサポート（物的・人的）
20	問題解決型の志向のみでなく目標設定型の志向を学び、その目標を達成するためのチームケアのありかたを考える。
21	在宅医と勤務医との意志疎通がないよう確認することが必要
23	患者、家族の状況を十分把握することが大切でありその中で十分な説明と考える時間を患者家族にあたえることが出来るかによると思う 医療者の質もある。…通り一辺の医療者が多いように思える
26	患者から信頼される在宅医療医師になることにつきる。
28	障害者（療養者）の適切な評価の基に個別のアプローチをする能力に欠けている。 生活者としての患者と家族の視点が欠けている。
34	【問 19-a は１を選択】 （２）は少々ある…病院（特に私立病院）の経営を考える事だ
36	治療、延命、従来の医療から、古い考えから脱却し、いかに苦痛なく、その人らしい生活を最終まで送ることができるのかに重点を置き、行動すべきである
37	【問 19-a は１、２を選択】 グループ診療
41	【問 19-a は１、２を選択】 自分が「この立場だったら」と常に考え、自分も在宅医療、介護について知識を得ておく必要がある。 医者が知らないものは患者に与えられない。
45	・在宅ケアと病院のケアとは違う！この違いをノウハウとして積み重ねることが必要だと思う。 　→持続皮下注が病棟では簡単にできても在宅ではさまざまなしばりがあるなど… ・在宅緩和ケアの知識の普及が急がれる
51	在宅医療は大変なのでしたくないという医師が多いように思う。 どこでも気軽に在宅医療が受けられる体制にならないと何事も進まないでしょう （特に[redacted]は、悪すぎるように思う） 私が 10 才（もう）若ければ先頭に立つが…
53	在宅医療を研修し、理解した上で、病院での生活、自宅での生活のメリット、デメリットをバイアスなく説明し、患者、家族が正しい選択ができるように情報提供する
55	「身体」および「生活」の情報をできる限り多く収集し、「患者・家族」に提供、その方に最も適したサービス・医療を選択し、実施する。
61	【問 19-a は１、２を選択】 本人（患者）と家族の病気に対する思いを聴取し、身体についての健康知識を提供し、実践できるようにすること。 生き方を共に共有し、さまざまな症状を受け入れられるよう支援していく。
66	状報の提供により患者さん＆家族に「受容」してもらう。（時間をかけて、繰り返し繰り返し説明する人は必ず亡くなるものという事が理解できるまで）
68	本人の気持ちになって考える。 本人の生活をみる。
72	患者・家族が対策や知識に乏しいのであれば、個々の患者・家族に対して、適格なアドバイスを与えることが重要である。また医療技術でのサポートも当然ながら行なわれるべきである。
77	大学での教育段階から改善する。
81	病気の説明、予後の説明、自宅と入院での生活が及ぼす療養のあり方など適切な説明は必要
86	現今の医療者では専問医指向のため在宅を診るべき総合医が足りない。総合医は結局のところ各自の経験の中で技量を磨いている、医療者全体として、このことをみつめなおす必要あり
90	・きちんとした情報提供（生き方を考えられるような） ・安心して在宅で過ごせるような準備
94	在宅医療を提供できる医療機関を増やしマンパワーを確保するとともに、様々なルートを通し在宅医療の情報提供を行っていく。
104	【問 19-a は無回答】 正しい情報提供 決定する為の援助
106	病院、在宅どちらにも傾らない中立な説明方法を身につけること インフォームドコンセントが説明と同意と約されているか 　説明による納得とそれによる同意であることをまず医療者が十分に理解し、患者、家族が正しく理解し医療チームと対等の関係で治療に参加できるようにすること。
108	現状を利用者の目線で十分に説明し、可能な限りの選択肢をたくさん提供できる。（それにともなうリスクも） そういったことに関する不安をとりのぞき方法が説明できて安心を与えることができて、初めて利用者は正しい（本心の）意志決定ができるのではないか
112	情報を正しく提供すること
116	利用者、家族が納得いく説明と体制づくり
117	【問 19-a は１、２を選択】 病院医療から在宅医療への考え方になるよう、医療者の教育が必要ではないかと考えています。
118	【問 19-a は１、２を選択】 「医者、ナース」は「看取り」や「あたたかい環境での死」に対する教育トレーニングを受けていない。 患者は「納得して死ぬ場所を求めている」のであって「生かしてくれとは思っていないはず」
	医療従事者には、看取をスムーズに行うスキル（テクニカルなことではない）が必要です。
123	在宅療養に対する情報を示すこと。在宅ケアチーム、ケアマネジャーとの連携やケア会議を開催すべきである。ケースワーカーの方の支援、病状悪化時の対応、受け入れ病院の確保、在宅医の紹介、在宅でのケアの訓練、医療機器の使用のしかたなど不安のないように相談、指導を行ってあげる。 在宅での支援者（民生委員、包括支援センター等）との連携のとり方など呈示してあげる。
124	【問 19-a は１、２を選択】 ・最初から無理とあきらめている病院サイドの医療者が多い ・在宅を受け入れたくない医療者が多い（受け入れ先がみつからない） ・医療者の意識改革が必要である
132	在宅生活でどこまで可能かを、知らせること。いろんなケースを教えること 家族の協力なしでは、実現できないことを説明する。
140	病院医に「生活を支える医療」を認識していただき、周知させること、 座学にては困難であるため、在宅医療の実習を受けること。
141	医師の哲学、意欲、人生感、そのものが変わらなければ、どうにもならない。 医学部の学生のうちに一人一人の患者の人生を真剣に考えられる医師の育成が必要 現在、自分はプロだといばっている医師が多いこと
142	どのような医療が提供できるか どのような spport ができるか　を 患者の立場にたって、それぞれの患者さん毎に家族構成、生活環境に沿い、説明し、不安な事をとことん話し合う事が必要と思われます。 看ご婦、ケアマネ、介護者、病院連けい室、病院のＤｒとも密な連絡をとり、協力して行く事ができれば患者、家族の不安もとり除けると思います。
144	具体的な点を説明することがたいせつと思います。在宅時におこってくる問題（デメリット）と在宅時の楽しいこと（お酒をのめたりすること）など。さらに介護サービスの十分な活用することなど。
146	在宅医療でどこまで可能か、十分に理解できる様な説明が不十分であるのが現状と思えるので患者家族と十分なコミュニケーションとることが必要。
147	病院でなく、生活の場である在宅で療養していく事が充分可能である事を患者さんに充分説明する。 又、在宅を実際おこなっている診療所、ナースセンターを紹介してどういうものかを説明してもらう必要がある。 具体的な人の顔が見えないと不安であるので実際かかわるスタッフと直接会って話してみる事をすすめる。
148	【問 19-a は１を選択】 患者能力にも差があり一概に言えない
149	知識 man power
152	現在は、訴えられない為に、医療を提供している、病院がほとんどである。 インフォームドコンセントも、メリットデメリットを十分に説明することではあるが、患者サイドに立たず一方的な説明と、丸なげのような状況ではないでしょうか。そのような状況では患者は在宅に戻る事に不安を感じ、何かあれば病院ということの繰り返しになるのでは 主治医が患者のニーズを最大限に考え、それにあわせた説明をするような習慣となれば、変化していくのかもしれません。
153	多くの医師に理解させる。
157	患者の気持の変化やゆれ動く心理状態をキャッチし、柔軟な対応ができるよう支援体制を医療者側が作っていく必要がある。
158	１つ１つについてこまかく説明し、その上で選択してもらうということがされていない →マンパワー不足、医療者側の知識、連けい不足、etc
159	患者・家族共入院すれば大丈夫、安心、任せておけば良いとの考え方が多い。そこに専門のコーディネーターから働きかけてもらう必要があると思う
167	患者・家族が知識がないのは当然。そのことを含め、希望にそえるように、最後までのプロセスを、描けるように支援していかなくてはならない。 具体的、個別的、に対応が必要と思われる
169	１．入院患者に対して、病状と治療の限界についての説明を明確に行うこと。 ２．告知後の患者・家族の支援について充分に説明すること ３．病院の主治医は、在宅での医療的支援について、内容を充分に理解した上で、患者・家族に説明すること ４．病院と在宅での療養について、わかりやすく、患者・家族に説明すること ５．定額制の療養型病床は必要かつ充分な医療提供が難かしい場合が多いので、厚労省の当初の方針どおり縮少の方向と確定すること ６．各種介護施設での看取りを可能にする方策を整備すること。この際、必要かつ充分な医療的処置を保障するものにすること。
172	まずは患者、家族に安心感を与えること。 そのうへで、充分な説明、理解があればその后の転帰については患者、家族ともに受け入れられるのではないかと思う。
176	①患者（家族）に安心感をもたせる事（医療の質の向上） ②医療以外の（サポート）も充実させる ③家族は「気持ち」で介護し医療者・サポート者が充分な質のあるサービスを提供する。
178	医療を受ける側のニーズをもっと知るべき。 安心して居宅生活できる様なサービスの提供を知らせていく。
189	在宅医療の知識が狭い（少ない）と患者・家族に在宅へ帰ることについて逆に不安を与えてしまう。 不安で帰りたくないという方は多いし、そういう声を日頃よくきいています。 分からない先生はＭＳＷへ話をふって来られることもあるので私たちも一緒に話をして、理解してもらっています。
190	在宅死、入院死のどちらも選択が可能であり、どちらを選択しても本人の望む医療がうけられることを十分説明する必要があります。医師の言葉は誰の言葉よりも重くうけとられ「先生が云ったからしんどくなったら入院します」と患者本人や家族が云われることが度々あります。医師は患者本人や家族にもっと選択をさせるように説明すべきであると思います。そして一度在宅死を希望したからといって、そうした気持ちは変化することがあることを、また変化してもよいことを話すべきです
201	居宅生活に伴う不安への解消が大切と思う。支える家族の身体面精神面へのアプローチできる対応についてケー

	スにおいて細分化されたケアの提供が行えるようなアプローチができれば良いと思う。それも入院した時点からのアプローチが行えるとさらに良いと思う。
204	・人員確保することがまず大事
205	研修終了后専問医療として綜合的な教育研修が必要である
208	【問19-aは１、２を選択】 医療者側の在宅医療に関する教育不足 やはり医療施設側と在宅サイドとでは看護一つをとっても大きな差異が生じている 訪問看護を経験した私にしてみれば病院での患者のとらえ方在宅でのとらえ方全く異なり「経験した者でないとわからない」と思う部分も多々あった。現在の看護教育の場では在宅に関する教育も行なわれているが従来の看護師達はそういった教育を受けていない。従って冒頭にも記述したように教育が重要と思われる。
210	１、２共に問題があると思われます ２に対してはもっと在宅療養支援診療所の先生が増える事や病院と連携を取る事が重要
211	【問19-aは無回答】 「患者、家族」に「生き方、死に方」の腹が据っていない。 「医療者」がそれを指導できていない。 従って両者。
213	人材不足、特に緩和ケアのプロが少ないと思います。 “病院と同じことが家でもできる”的な発想であったり、胃癌や褥瘡の話などが在宅の話題の中心であるときには、このミスマッチは続くと思います。 苦しみの原因である病気が残り続けながら、尚励ましではない方法で援助を行なうことができること、この対人援助を学ぶ援助者が増えない限り、終末期の苦しみと向きあえる人材は育たないと思います。
214	末期癌、難病＝死なのでしょうか 私達はもっと「生きる」ことを考え、思い人と接することが大切だと思います。 各々の方が各々の考えを持つ中一方的考えと閉塞した考え（私達が疲れているため？）をチェンジしなくてはならないと思います。
217	真に24時間対応できる状態の構築 それぞれが担当部分で一所懸命であってもはざま部分で生じる困難さに家族は対処できず、居宅よりも施設依存に傾いてしまい、医療者もそれを受容せざるをえなくなってしまう。 医療の区分けと多くして専門集団としては分かり易くなっても、はざまを作っているとの認識をいつも有するようにしていたい。
226	医療を提供する側だけの問題ではないとは思うが、何らかの体に対して変化があった場合に、だれもが不安である。その不安を取りのぞくまたは軽減させられることが大事である、それは適度な情報であったり環境づくりであったり様々である。個々の人によっても色々あるとは思うが、当人だけでなく主たる介護者へのフォローも必要不可欠であろう
229	患者、家族のありのままの姿と希望を受け入れ対応可能な状況をさぐりおたがいの合意のもと生き方を考えるべきと思う
236	高令化による身体的変化や疾病に目を向けるのみでなく一人一人の生き方に目を向けた対応が必要だと思う。
237	ニーズに答えるだけの情報が提供されていないのではないか。
239	現在勤ム医でも内科医でも、リハビリテーションについてよく知らなかったように、在宅介護支援のことを知らない 興味をもたない 多分、かかわると自分の時間がなくなる24時間制限されると考えている。 だから、下手に手を出したら自分の首をしめると思う若いＤｒが多いので在宅主治医となる人が少ない。 どんな問題でも、パラメディカル、薬剤師はとても理解あるし、実行可能状態にある。しかし医師がネックになりすすまない問題は医師対策である
241	生きるのは本人であり医療者ではないです “その人らしさ”や“生きる”は本人が本人の中でも考えていく必要があります。いろいろ差があると思いますが本人がどう生きたいかを支えるのがプロの医療者で本人の思い・考えをひき出していくことが必要と思う。
243	もっと医療者が知識と経験を学び、提供できねばならないと思います
244	患者の希望がかなえられるよう社会資源を利用した支援の情報提供をきちんと行う
245	医師のみでなく地域連携室や、病棟Ｎｓを含んで患者、家族にその後の生き方を具体的にお話し御理解を頂く時間を作っていく姿勢が必要と思います。
247	情報提供、また、その説明の仕方（話し方）に問題があると思う。
248	医療者全てが、今の日本の状況、可能なサービス提供内容を把握し、患者にとって何が一番良いかの悪い事も含めた情報提供ができること。
249	家族と本人の希望と治療との公平性について、訴訟問題等を意識し過ぎず、「何を一番求めているのか？」「どうしたら一番の納得が得られるのか？」考える必要がある。医療スタッフはあまりにも専門的になり過ぎる面があるように感じる。
250	【問19-aは１、２を選択】 退院後にどのようにサービスをうけて介護、看護を維持していけるか、その仕組みをよく知ること。 ただ、病院で治療にあたっていると介護までの関心がないと思う。その為、退院調整室のかかわりが重要と思う。
253	【問19-aは１、２を選択】 身体の治療のみが医療者のなすべきこととの認識なので老化・疾病・事故等により変化した生活の支援にプロ医療者の知識・技術が根底に必要であるとの認識が必要です
254	【問19-aは１、２を選択】 経験の積み重ね。研修、研究が必要
256	何が何でも延命をという考え方は改めるべきではないでしょうか？寿命ということ理解させて、最後を自然に看取る段取りも必要と考えます。
261	医療者側が患者さん個々の価値観に沿った説明ができるように、知識に幅を持つこと。 更にサポートに対する情報を充実させること。
262	患者との話し合いと説明を頻回にくり返す事、 信頼関係をきずいていく事が病状安定のために必須と思います。
263	在宅医療の可能性を示した上で患者、家族の希望を確かめる
268	病院は診断と治療を提供する場であることの認識が大切。

	療養は自宅か、居心地の良い場所であることを確認。 居心地の良い環境をつくるために、受け皿作りが急務。
270	誰もが最期を迎えるにあたり家人との同意又自身がそうなった場合自宅で家人の中でどう最期を迎えたいか等の説明
271	在宅で見取るという原点の理解をしてほしい。 どんな状況になることが死となるのか無駄な入院加療として病院で24hr、Ｄｒいるので確見に対応できる見取りが選択を強くしている。検視の可能性の説明や最大のチーム体制の在宅を随時連携をすることが大事ですよネ
272	【問19-aは１、２を選択】 何もしていない
273	ＩＣＦの考え方を知った上で、在宅生活のイメージを持つ 使えるサービスの内容が具体的にわかる… 最っとも大切と思う事は、治療が終了し医療も終了するが、療養者には、その后の生活が続いているという「あたり前の」を知っている事だと思います。
276	患者、家族が決定した居宅での終焉をプロとして支えていくための材料 ・長期的短期的な予測と相手（本人家族）の理解をえて進められる説明と同意のプロセスをおさえる力をつける ・技術　様々な身体的、精神的な安心安楽（痛みの緩和など）の技術力をつける ↑苦痛の改善
277	在宅支援の状況を病院職員が知らなすぎる。 又受ける在宅医師が不足しているし理解に乏しい。
284	在宅医療を志す医師に対する教育の場の充実が求められる。 教育により医師の技量の向上を図る必要がある
286	患者さんを人としてみること 最後は人間どうしのつながりと思えるので
291	【問19-aは１、２を選択】 情報を積極的に提供し、患者・家族に死ぬ場を選択してもらう必要あり
292	１．在宅支援診療所が、どれだけ24時間体制を取っているか。 ２．現状の訪問看でステーションは夜間・土・日が休みである ３．私共、24時間体制・24時間訪問看護体制を取っているが経費が出ないのでいつまで持つか、わからない。
297	在宅医療の詳細を、専門医（病院医師）・開業医（特に■者）が十分に知識・技術を修得することが、前提となり、積極的に患者の生活背景の情報を中心に「患者を知る」ことが必要である。
298	医師が積局的に在宅療養に参加できるよう、学ぶ機会が必要。
301	十分なネットワークと、知識と理解
302	治療だけにこだわらず、その患者の本来の望みに耳を傾け、大きな枠の中で、その人を取り巻く環境をもう一度見直し、今後の方向性を考えなおしてはどうか？ 医師にもよるが、病気＝治療ばかりを優先し、他の事が見えていない事も多いと思う。 又、自身のプライドの為に他の意見を聞きたがらない医師もいるようだ。と、同時に、そういう医師に意見を言えない看護師やスタッフにも問題がある。 完全な治癒が望めないなら、早い時期に、関わる人々が相談し、連ケイを保ちながら、次のステップに向けて進んで行く必要があると思う。
304	それぞれの患者の、周囲に関わっている、医療介護スタッフ、家族、周辺住民（民生委員など）、との関係強化、指導、しかないと思います。
305	地域医療の知識が乏しい病院勤務者は、自信をもって在宅医療をすすめることはできないと思います。その意味では医療者も「プロ」ではないと思います。 現在の地域医療の状態に対する理解を深める必要があるでしょう。
308	在宅医療に対するアピール
310	医療を提供する側が在宅の可能性を必ず説明してほしい
312	医療者側がもっと知識を持ち患者側に説明できるようにすべきだが、そのような訓練を受けたり、実行する時間や報酬がない。 医療や福祉、介ゴがどのように提供され、生き方を支えるのかを教えたり、支えることを助ける役割の人がもっともっといる。
313	説明不足、医療者側の情報不足、知識不足により、患者・家族側に充分な説明、助言、情報提供が出来ない。
314	【問19-aは１、２を選択】 経験と知識が不足 教育プログラムも必要
323	急性期病院、亜急性期、回復期、安定期と病院のシステムがはっきりせず、はっきりしていても、連携が乏しい。
327	病院の（若い）医師の無理解を教育する必要あり。
337	医療者自身が生と死の意義についてもっと深く考え、現実を見つめ、正しく理解する事です。あまりにも考えていない人や現実を知らない医療者が多すぎるのではないでしょうか。
339	・家族との話し合いを中心に今後の道しるべを ・指導できる様に　最終的には、本人・家族同意のもとに未来方向づけができる様になれば良いと思う。 ・決して個人（プロ）の意見だけでなく、まわりのスタッフとの話し合いやもちろん家族とのコミュニケーションがとれる様にするべきである。
343	家族や本人には、選ぶ権利があるが、その選択肢を示す必要がある。 医療者が広く知識を勉強し、提供しなければ、選択肢が狭くなる。
345	在宅での終焉を向かえる患者を医療専門職（家庭医、緩和ケア専門医、急変時対応病院、レスパイト時対応施設）のスタッフの不足、その技術、連携の未熟さが、原因と思われる
346	【問19-aは１、２を選択】 病院の医師は在宅の状況について理解していない
352	患者・家族に安心感を与えられるような看取りの体制の確立。
355	【問19-aは１、２を選択】 ①予後診断をかなり明確に行なえること Ｐｔは“なぜ病気になったか”を知りたいのではなく“これからどうなるのか、それによって自分の生活をどうしたらいいか？”と知りたいのだと思うから ・プロの医療者はむしろ“医療の限界”をも知っていて上手に伝える能力（それもネガティブにではなく限りある

	生命としてのあたりまえを）を持っているべき
357	在宅医療に携わる医療者が増える必要がある。 「最期まで責任をもって診る」姿勢を示す（患者を含め関係者の人達に安心してもらう）
359	【問19-aは１、２を選択】 死に対する教育を行う力量をつけること 在宅医療について学ぶこと スタッフとの連携 患者・家族との話し合い
360	情報提供とアセスメント
363	【問19-aは１、２を選択】 ・医療者としての使命感を育くむことと、その達成感をじゅうぶん味わえるようにすること。 ・そのための教育コースと環境を整備すること。
364	居宅での終焉について、具体的にHow toを説明したり患者さんの思いを重視することの大切さを説明すること
366	多くの医療者が在宅医療を正しく理解し、その選択肢をしっかりと自信を持って示すことができるようにする必要がある。その為には病院医師etcがもっと在宅の現場を知る必要があるし、在宅医ともっと密に理解し合う事も大切である。 一方、在宅に関わる医師は、自分たちのスキル・レベルアップにさらに尽力していく必要があるのは当然として、病院やケアマネetcにもっと在宅医療のアピールをしていく事も必要。 病院のカンファレンス等が在宅の経過を報告したりするのも有用と思う。
367	【問19-aは無回答】 確りと、在宅と、病院でのメリット、ディメリットを説明し、Ｐｔ、その家族は１回の説明で理解することはまず不可能に近いので、何度か同じ内容の説明して理解してもらう
368	・まずサービスが不足なくできるためのマンパワーが大切　在宅分野の医療職のなり手が少なく支えたくても十分支えられない。 医療職が モチベーション高く、働ければ、希望する終えんに向け支援できると思う 現状としては、疲へいしていて十分に支えられない
370	情報提供、必要な教育・指導を行ったうえで選択肢を提供するべき。
378	【問19-aは無回答】 １も原因と考えるが、プロの医療者として在宅医療について十分教育がなされていないのではないか 知識・情報を十分持った上で、関わらなければいけない
381	患者さんや家族の十分な理解が得られるような説明をきちんと行ない患者さんや家族がどう生きたいかを十分に聞きその意向に沿って支援していくべきだと思います
393	・医療者が在宅療養を広く深く理解すること ・在宅の必要を強く意識した働きかけをする事で患者や家族の意志決定を方向づけていく ・患者、家族に、地域で支える形を説明でき、他職種と連携を持つ事ができる
400	【問19-aは無回答】 生き方を決めるのは患者なので、説明して意志決定の手働けをしますが、生き方を変更させることが私達の仕事ではないと思いますが…。
401	基本的に患者・家族は終末期に対する情報をあまり知らないという立場で（良く知っていれば問題ないが）説明する事が必要 そのためにも終末期に対する情報を広く一般の方々にも伝えていく勉強会等が必要と考えます
402	在宅看取りのニーズに応じる事ができる地域医療の拡充が望まれ、 現状は在宅医療が発展途上と思われ、住宅医療に対する勉強が医療者に必要と思う
404	【問19-aは１、２を選択】 患者、家族に対策知識を提供するのが、医療者ではないかと考えます
406	【問19-aは１、２を選択】 生き方としての対策や知識に対して関係機関との連絡調整や情報提供をする。 医療を受ける側の意向を把握し、話や訴えを聞く環境作りをする。 連携する（様々な分野のスタッフ等と）事の重要性、必要性を知り、行動をおこす。
407	【問19-aは２を選択、問19-cにも記入】 ・治すことだけに、終始している今の医学教育を改め支える医療教育への転換 （患者、家族にもある程度知識を啓蒙する必要はあるが高度な医療設備のある病院の方が楽に死ねるという幻想） ・高度な医療設備を提供しているから最後もフォローしてくれると患者、家族は思っている。在宅では何もできないという誤った考えを改めるキャンペーンが必要
409	【問19-aは１、２を選択】 情報収集 ひきだしがないと説明理解させられない
422	①在宅医療を知ること ②己が在宅医療にたずさわったとして、その立場で在宅医を理解すること ③レベルの低い在宅医を教育すること ④豊かな教養と人間性をつむこと。そこではじめて関わった患者氏の行く末を考え選択肢を提供することができる ⑤④以前に患者の話を聞くこと、診察すること。こういった基本的な事をしない、できないＤｒが多く、このようなＤｒが患者氏の生き方の変更をうまくできるとは思わない。
429	病気だけをみるのではなく、患者さんの生活をみて欲しい。
430	老化、疾病、事故等による身体の変化又時間の経過と共に考えられる身体の変化はどの様になるのかプロの「医療者」に適時適切に説明を受け受け入れ理解する事により真実の自分自身を見つめる事ができる。その時点より今後の自分の場所を考え意志決定する事ができるのではないか。 自分で考え意志決定できるまでの材料と時間をプロの「医療者」は患者に提供しなければならない義務がある。 第一に「医療者」その周囲に生活支援に関わる人々の協力、心へのフォローして下さる方々の協力ではないかと思います
433	【問19-aは１を選択】 患者さん並びにその家族の方々と良く話し合うことが一番大切です。いよいよ終末近くなり意識がはっきりしている時は往診の回数が増え仲々対応が大変であり現実の問題としてそんなＫｒｋ．が二人居ればとても大変でこちらの身体が大変です。その点も考えぬといけないと思います
434	【問19-aは１、２を選択】 １、２両者と思います。 患者・家族にも「本音と立前」があり、苦痛が高ずれば入院を希望します。 医療費抑制の甚だしい■■、医療者はむしろ「追い出し」を行う傾向さえあります。 その一方、病院主治医は在宅では無理だろう－開業医には任せられない－とも考えるのではないでしょうか。 質問に対する解答は、もっともっと勉強すること。
435	・入院時より退院計画をきちんと立てること ・患者及び家族と充分な説明を行う時間を持つこと ・在宅療養支援に対する情報を持つこと
437	【問19-aは１、２を選択】 在宅医療の理解 患者、家族への十分な説明
438	インフォメーション
441	①は自己力を高める ②経験を積んでいくと問題点もわかってくる。 それを解決する方法は患者を第１に考えることと知識を得ることと思う。
444	正しい情報の提供と、情報の共有
447	・現在の置かれている病状説明と、今後予測される経過を本人、家族に説明をし、今後の治療方針、生活の場についてと医療もしくは介護等のサービスの情報提供や社会保障制度等の情報提供と申請場所、問合せ場所、申請代行等の説明をしっかり行いインフォームドコンセントが必要と思う。在宅生活を希望され、何の準備もなく、サポートもなく、いきなり在宅療養を強いられ、途方に暮れている利用者様に遭遇すると、「医療者」としてなさけない思いをすることが多くあります。 かと言って、サービス体制や手続きは、具体的には、本人、家族が申請されてからのこととなるため、書類の多さや申請のための市等への外出時間が作れず、そのままになっていることも多い。専門医の紹介や若年者で働けない方の場合の国民年金の減免制度等についても、具体的に説明し、書類を手渡し申請を促したことが最近あり、この何年間もの間、父親の年金のみで、家族３人が生活していた実態もあった…。
448	【問19-aは１、２を選択】 看護・介護側に“看取り”の教育がなされていない 家族側に未だ綺麗な大きな病院で看取ってもらってこそ最大の親孝行と思う傾向がある
450	【問19-aは１、２を選択】 在宅医療技術の修得（チーム医療・計画医療実施） 福祉知識の修得 ・連携の強化 ↓ 不安の解消 ・「高齢者の生き方」研究
453	すべての医療サービスの可能性について十分説明する事
456	【問19-aは１、２を選択】 専門職を養成する
460	スタッフが少なく、１人に関わる時間が少ない。 これは決めてやる事ではあるが、とても事務的であるとＰｔより指摘あり、中ばあきらめ半分である事が多い 又、Ｐｔ側も、依頼心が強くなる　教育が不足している
462	あらゆる社会資源の知識をもち、その人にあったものをチョイスし、選択させること 又その際にはかみくだいてわかりやすい言葉で説明できること。 整った環境の中で、ゆっくりその時間を提供しなければならない
464	「患者・家族」に問題があるのではなく在宅医療というものはどういったものかを啓率しなかった医療者に問題はある。
466	【問19-aは１、２を選択】 ？
470	１．入院元の病院と在宅往診医との連携 ２．介護支援（ケアーマネージメント）の充実 ３．緊急避難としての病院の機能強化
472	在宅に関する認識をもち、十分な説明をする必要がある。
473	患者に在宅でも殆んどの医療が可能なこと、又その技術を習得すること
476	【問19-aは１、２を選択】 今現在はほうり出し状態が多いのでもっとていねいに細い部分を手当する必要があり、在宅ベースに乗る為在宅関係者と連携を密に取ります。
484	【問19-aは１、２を選択】 在宅での治療、環境整備、訪問看護師その他ネットワークが充分できることを患者、本人のみならず家族に時間をかけて説明、納得させることが必要と思う。
490	医療提供者が、受ける側に対して、様々な選択肢があることを十分に説明すること。 又、十分な支援を得られるということを教えること。 情報が不足していると思います。
493	役に立つ生活情報等しっかり知らせることが出来るよう勉強が必要
498	【問19-aは１、２を選択】 １．在宅医の連携と後方支援（急性増悪時） ２．広報活動
500	生き方に関する情報の提供 スタート台に当る病院の医師とコメディカルの、在宅に対する正しい知識を知ってもらう。
514	・退院のタイミングを見のがさない
515	在宅を希望する患者、家族に対して、早い段階で患者をとりまく環境について情報を獲得し、サポート体制を構築していくことが大事だと思う。
523	もっと時間をさいて患者・家族に説明すること

524	医療者は謙虚になり、素直になりプロとして医療を提供するべきである。 アマチュアである患者・家族は時に無理難題をおしつけてくることもある。コミュニケーションで解決できる部分もあるが難しいこともある。 医療ミスをなくし、医療事故をふせぐことも大切である。 また、プロとして、アマチュアに接することのできる教育や育成も大事。上手にコミュニケーションをとりムンチラをし、しっかりした技術のもとでのインフォームドコンセントも大切である。 プロとしての多職種協働にも積極的にとりくむべきである。
531	医療者が、患者を観るのではなく単に病気のみをみている
559	病状の説明が不十分であり患者が余生の過しかたを決める為の情報が十分得られない事が多すぎる
562	①病院ケースワーカー在宅医療の見学とか体験これをシステム化する
564	在宅でも病院と同様に治療やケアが受けられることを説明し安心させてあげることが必要だと思います。 また、病院だけの知識では、在宅でのイメージがなかなか出来ないと思うので、ケアマネージャーや訪問看護、在宅療養支援診療所を活用したりカンファレンスを開催するなどで、お互いの専門性を理解し生かせるような配慮ができることが大切だと考えます。
569	・患者とその家族が、完全に納得するまで、病状の変化、生活の仕方の変化、またそれをサポートしていくシステム社会資源等をくり返し説明をする。 ・地域社会の協力を得やすいようなシステムも確立していく。
570	・先ず、患者、家族の希望はかなうということを保証してあげること。 ・その上で、不安や不都合を、その場で、その都度解決し、今後、起こり得ることを事前に説明し、対処法を指導しつつ、その場に医師や訪問看護師が寄り沿うこと。 ・不安になったり、動ようすることが当り前のこととして受け入れる医療者側の態度。
576	・在宅で過ごすことの良さを伝えていく。 ・医療職、福祉職がどのような関わりをもてるか伝える。 ・本人の意思が重要であることを共通認識としてもつ。 ・今の当人の状況でも在宅ですごせることを伝える（不安を除去していく）
578	在宅医療の理解を深めることが必要。 地元を知る努力、情報収集、その上での患者・家族への説明がなされているとは思えない。
579	患者のための医療を行うこと 今の開業医は通院患者のみを診て、収益をあげることにのみ熱心な医療者が余りにも多い。往診、訪問診療は行わず、痛みの説明すら行わない医療者が多い。 医療者の意識、モラルの欠除が目立つ
582	短期のコミュニケーション 全体像の把握不足　　）の改善
587	【問 19-a は１、２を選択】 具体的な病状の説明。 　終末期をむかえた時に起こりえる状況の説明、器具のかし出し、 　処方の薬、物品を考える（自宅での過ごし方を把握した上で）
594	くわしく説明
597	問 4-b でも記述した通り、病院に入院している患者さん１人１人に家族があり役割があり、“生活”があることを意識し、帰ってからの生活を入院して間もない時期から、考えの中にとりこめること。帰ってからの生活に合わせた入院生活のスケジュールを考えられること。実践すること。そして何より“伝えられる力をもつ事”（知識も技術もスピリチュアルにも）だと思います。
598	患者サイドに立った考え方をすること。
602	経験例（医師が癌を経験した者が一番良い）が一番多ければよろしいがやはり医師の人生感倫理感が最優先されると思うのですが？
603	説明→理解→共感→療養方法の選択 上記プロセスを確立させる
604	きちんとした説明
611	在宅までもっていく為には説明や受け入れ先の調整など時間がかかる。一部ソーシャルワーカーなど熱心な職種の人もいるが、担当医師への負荷もまだまだ多く、多忙な中で時間をとれない人も多いと思われます。
616	医療従事者自身が在宅で病気や障害をもちながら最期まで生活できるための社会資源を良く理解して、在宅療養生活のイメージが具体的に各症例ごとに描けるようにならないとだめ。 みな井戸の中の蛙ではだめ。
617	いかなる状況になろうとも自身を受け入れられるよう（気持）、支援していく必要があると思います
620	医療提供する側の疾病だけではないまるごと人間としての見方を育ててゆくと共に、サポートするそれぞれの役割について力を高めてゆきチームとして支える力をつけてゆく必要があると思います
623	①支えられる資源情報の把握、情報提供。 ②不足する社会資源の発堀、行政への進言
626	在宅死を、受け入れ、十分なサポートを行うこと。 チームとして、確立していくこと。
630	地域のサポート体制について十分な知識を得ること。 病院のように必要な物品・薬品類がすぐにそろう場でないが、苦痛の除去ができることを十分に説明する。また起こりうるであろう出来事の予測をたてて、事前に準備をするぎりょうがあること。
633	【問 19-a は１、２を選択】 ・あらゆる選択肢の情報提供 ・家族・本人の意志の確認 ・いっしょに今後の方向性を見いだす。何回も回を重ねる（状況に応じて） ・質の高いサービス（援助）の提供
637	充分な知識と説明
641	病院医師他スタッフが在宅のことをもっと理解し患者にその選択肢としての説明を十分に行う もしくは、それができない時は支援診療所に依頼し説明をしたり家族や本人を含めたカンファレンスなどにより可能かどうかを検討していく流れを作っていって欲しい。
653	【問 19-a は無回答】 在宅医療に対する具体的イメージをもつ
	在宅管理可能な治療方針の選択
657	それぞれ多職種の知識を集結し、話しあう機会を、もうけていくことが、大切である。 それにより、家族に対し知識もふえ在宅への関心も高まっていくと考える。 病院の中ではプロだが社会についての行政に対しての知識が少ない。 連携地域医療を支えていくことを考えて、病院と行政が手を結ばないといけないと思う。
662	【問 19-a は無回答】 ①、②どちらの場合もあります。 ①の場合は、家族がよく言われることですが、こんなに苦しんでる姿をとても家では見れない。不安が大きい。 ②在宅医療をすすめる上でしっかりとした納得のいく説明をする（不安を取り除く）
664	・適確な情報提供 ・多種多用な選択肢を提言すること
665	医療知識だけではなく生活を見すえた医療の継続 在宅医療の知識（制度 何を重んずるか 家族も含めた療養アドバイス 入院早期から退院后をイメージした支援 患者家族が選択できる選択肢の指示 他職種、他事業所との連携（自己　はできない）
669	不安ばかりをあおるのではなく、又、可能な限りの選択肢を提示する必要がある。その中で本人、家族が安心してすごせる希望に沿った対応を医療、介ゴの専門職で協力していく必要があるのではないか
672	在宅医療を支援するシステムの整備と、家族への啓発。
676	・在宅介護にむけての十分な説明し患者・家族の不安を除去なり、サポートできる体制を作る。 ・社会資源の利用をすすめる。 ・本人・家族との信頼関係をつくる。
678	患者家族の希望や質問に対して耳をかたむけその人にとってよりよい生活を考える姿勢と医療提供者の協力・連携をとる事
680	病院の役割は治療することであり治療が終われば退院ということを入院前又は入院直後に説明する。退院が近づいた場合（治療終了）本人・家族、在宅でのキーパーソン（ケアマネなど）・病棟での担当者で話し合いを持つ。 （本人家族の前で治療が終わり患者の状態とこれから病院とのかかわりはどうなるのか、在宅医とのかかわり方など）問１５
686	【問 19-a は無回答】 ・身体的支援　痛みのコントロール、リハビリの充実（生活リハビリ） 　　緊急時の対応、生命維持の処置 ・精神的支援　支えとなるコミュニケーション 　　本人、家族を含めた配慮 　　生活全般を総合的に一緒に考えていく 社会的支援の提供を促す
687	在宅医療に対する知識、経験をふやす
688	・正しい情報提供 ・患者、家族の意志決定を尊重する ・訪問看護ステーションとの連携
694	【問 19-a は無回答】 ・知識を得る→人間の尊厳についての知識は特に重要　　・説明ができる。 ・人生経験 ・想像と共感ができる人になる。
699	知識を身につけ、社会資源の活用を行い在宅で過ごす事が可能であると家族に提供する しかし第一には医療者の考え方だと思う。ホスピスの心を持つように学習を深め、意識していかなければ解決困難と考えます まずプロとしてホスピスの心を持つ事だと考えます
700	どの様な選択肢があるか提供しなければ患者、家族はわからない
701	往診医が不足 特にがん 麻薬を扱うことのできる先生少いので。
704	制度等をよく勉強する 地域を知る。ネットワークをつくる
707	精神支援
709	Fa が安心して Pt と帰ることができる環境をあらかじめしっかり入院中につくること
713	障害や病気に重点をおくのではなく、１人の人間（生活者）として、その人をとらえること。（状態が悪化している時には治療は必要ですが） 医療者も施設・病院の中だけで仕事をしていると、生活の場である在宅のことがまったく思い描くことができません。在宅の場へ出てみてはじめて理解できることがたくさんあります。しかし、全員それができるわけではありません。 その中で、その溝をうめるための連携が必要だと思います。
715	在宅での看取りに対応している診療所が少なくて、患者が不安となり結局病院からはなれられないようになっている。
719	「患者が何を望んでいるか」を適切に促えること。慢性疾患については「根治」が困難なことが多く、「延命」「症状緩和」のどこに目的を設定して治療を行なうのか、医療者自身が迷走しないようにすること。「在宅でここまで治療ができる」ということの理解を深めること。
720	説明を行い、希望があれば他職者と連携する。 ↑在宅でも看ていけるという自信なども説明できることが必要
721	医療者側がさまざまな知識、情報を持ち、本人とその家族の選択肢を広げる事
722	【問 19-a は無回答】 ・これからの患者の体、（心）の状態を予測し正しく理解してもらう ・今まで通りに近い生活は、どのような生活なのか把握する。

	・その生活を継続させるために障害となるもの必要なものを示す ・それを解決する方法を示す ・今後どのようにしたいか希望を聞く。 ・希望どおりになるためには、どうしたらいいのかを考える。 医療者、介護者、家族、本人が何をするのかできるのか ・希望どおりに生活するには、人の力、行政の力、費用の問題解決する力が必要。患者の本当の不安を明確にし、解決方法をさがす。
724	医師を含めた医療者側に患者の希望を実現させる努力が不足している。 人間の死に対する哲学が医療の内に組み込まれていない。 まずは、医学部での教育からなのだろうか。 現場の多忙さは、在宅との併用は困難であり、在宅医療専門医をつくるべき。
725	療養者の心情を真に受けとめ、生き方の支援がより適切に行えるよう在宅医療、福祉制度、社会資源の活用する為、知識や理解をさらに深めていくことがプロの医療者のなすべきことと思う。
728	【問 19-a は無回答】 １、２両方に問題があると考えます。
729	開業医に看取るまで面倒を見る医師が少ない。 ネットワークチームワークを作ればより多くの医師が在宅療養のニーズに対応できる。
732	・医療者の在宅支援についての知識不足 ・医療者の尊厳をもった行動 ・医療者のギアチェンジ
733	【問 19-a は無回答】 理想的には、医療分野でのバックアップが必要。安心して医療が出来るようにする事。
736	病院のスタッフが在宅医療について「家でいったい何が出来るの？」とあやしく思っているのが現状。 病院のＤｒやＮｓが在宅の研修を行ってもっと知るべき
738	すべての可能性をきちんと説明すべき 患者・家族の希望をきいて、専門職の意見とすり合わせ何回も面接を重ねることが大切。しかし、医師は忙しいと思うので ・社会福祉士をもっと多く雇い、入院・退院時に生活がどう変化するかをまず話し、社会資源の活用を手助けしていくべき。カナダや日本の一部の病院では社会福祉士をそのように活用している。
747	医療等の資源不足。
748	【問 19-a は無回答】 特に病院医師は、在宅療養の可能性と限界につき患者およびその家族に対して、早期より適切に説明することが必要と思われます。
750	・我が身に置きかえて考える姿勢を持つこと ・プロとしての使命感・情熱、共感を持つこと
752	医療者としての十分な説明が出来るだけの知識と資源を持つ必要がある
754	【問 19-a は無回答】 終末期の状況の説明が十分必要であるが家族等にはなかなか充分理解していただく事が難しい。 現状はケアが主に家族等に負担がかかっている事を打破すべき。
767	十分な知識を有し、Ｐｔ、Ｆａが持つ疑問や不安にていねいに答えていける医療観（？）が必要では？ Ｄｒの基礎教育の中で生き方支援に対する、教育をもっともっと充実させる必要がある。どこまでも治療したい様で治療できないとなると興味がなくなるようです。 医者として、より人間としてどうなのか？と思います。 そういう医者を育てないようにしてほしい。 ギアチェンジの時期をしっかり見極められることが必要
771	医療者が、在宅医療や緩和ケア病棟のあり方、役割等をしっかり考え、患者のニーズに合った医療を提供していくべきだと思います。 また、医療スタッフと患者や家族の信頼関係の構築するため充分に話すことだと思います
774	【問 19-a は無回答】 ①ムダな治療をやめる事 抗ガン剤は無意味（末期ガンに対して）死を早めるだけである ②正直に病状を患者に説明すること
780	どう生きたいか？ 又どう死にたいか？　具体的に確認すべき。 難病やターミナルの方の訪問時に私は必ずどこまでの治療を望み、最后を誰の手で看取り、今やりとげたい事を必ず確認し、書面に残します。(本人に記載してもらう事もある) それを各サービス、医療スタッフに周知し、共通理解しています。 「死んでいく権利」も在宅療養の場合必要です
781	【問 19-a は無回答】 医療側も、患者さんに十分な説明を入院中に行なう事が大切だと思います。 忙しい診療の中で不足しているのではないのでしょうか。
782	在宅医療に関し、研修プログラムを必修化する。 医療関係者すべてに在宅医療への啓蒙活動が必要 また在宅医療をひきうける医師の不足の解消も必要である。
787	問 4-b の中に書きました。
788	【問 19-a は無回答】 在宅医療にむかう人を支援する場合、医療者としてその患者個々にあった在宅支援がどこまで可能かを知り、充分な情報提供や話し合いのもとで在宅推進をしていく必要がある
794	医者としてではなく人間として自分をみがく努力が必要 思い上がりをなくさねば
800	【問 19-a は無回答】 患者・家族の視点に立って、話し合い、必要で十分な情報を与えることが重要。プロとしての情報提供。リスクも。それらを行ったうえで、決めるのは患者・家族だから。
803	【問 19-a は無回答】

	できる限りの選択肢を提示する。 ↑その為には説明する医療者は勉強が必要
804	【問 19-a は無回答】 ①介護者が協力してほしい事（逆に介護者が出来ること）を適確に聞く ②経済的コストはどこまで可能か、経済力 ③サポート内容（最大限のサービス可能な内容）の提示を ①～③によるプログラムサービス内容の組合せ、マッチング、医療者と介護者の役割分担するマネージャーが必要です。 しかし、最終的には援助あれば看取ってあげたいと思う今までの家族関係次第ですネ
806	“治療効果のある医療を提供出来る”自信があれば過剰の治療を永続しなくなる筈。 医師をふくめてパラメディカルの自覚が必要である。 家族が患者の選択を待つことが、現在の医療的知識の進行と平行して進化するとよい
815	医療を受ける側が、「入院の継続が当然」「施設が当然」「在宅なんてムリ」と思っていることも多い。しかし、あえて１．を選択せず２．とするのは、医療者側が、情報提供を行う必要があると思う。 「最後まで居宅生活して終焉」を希望している国民も、それは健康な状態のことを思い描いている可能性がある。 医療のプロが様々なところに働きかけて、メディアも利用して、「色んな状態でも在宅で過ごせるし、病状に変化がないなら退院して当然」とでもいう風潮がないと、なかなか難しいのでは？
817	・どうしても、さけては通れないことですが、全力で医療者が医療を提供すべきだと思います。
825	医療優先でとらえてしまうことに問題がある。生活を支える医療であるべきである。そのために医療者の意識改革と研究が必要だと思います。
828	医療提供者がニーズを理解し一緒に考えて行くこと また提供する側の情報不足があるためいろんな方向性で考えられるような知識を習得すること 医療福祉などの連携を十分図ること
833	医療側の供給、人員、技術が在宅希望家族又は患者のニーズにあっていない
834	病状と共に本人や家族の希望、思いを充分に把握し選択できる状況をつくる。 在宅と選択した場合必要なサービス提供が整理される様配慮する。 なるべく不安なく在宅へ移行できる基盤づくりが大切。
843	【問 19-a は無回答】 ①医療を提供している場（職場）だけで動くのでなく、地域や居宅の実践を経験していただきたい。そこで体験したことを医療の場で情報として、伝えていただきたいことと、他施設とのつながりももてますので、連携ができやすいと思います。 ②入院と同時進行で退院後の在宅受けいれの準備をしていってほしいです。直接、本人家族と関わるナース側の”在宅生活”という環境と、個人因子を区別して計画をとられないでいます。
848	・病院、在宅側のスタッフがチームで、患者、家族がどのような療養生活、最期を迎えたいと思っているかを把握する必要がある。全チーム員が同様に把握している事が重要だと思う ・医療者間の情報交換や研修の開催などで知識を身につけ、利用者に多岐に渡る情報を提供できるよう努力する。
852	同じ医療者でも在宅に関しての知識には、バラつきが大きいと感じています。 最近は、在宅について学ぶ場も増えたようですが、病院という特殊な環境で働いていると、目の前の人の背景にある生活が見えにくいのではないでしょうか。 一つは、在宅の知識を正しく持つことが必要だと思います。 もう一つは、現在在宅を行っている医療者が、積極的にアピールする必要があるように思います。 現実的には、在宅医の不足、在宅以外の施設の不足、在宅の認知度の低さにより、困難な状況ではあると思います。
858	【問 19-a は無回答】 １人１人の患者さんに会えたことに感謝し、選ばれた１人の医療者として終末期の医療をさせてもらうことのみ。
861	患者の立場に立ちインフォームドコンセントをしっかりと
870	【問 19-a は無回答】 最終的には病院に来てしまう患者や家族の理解の問題。それに対する対応が不十分であることの問題 在宅を支援する医療の数が少ないことも問題
874	主体が患者・家族なんだという認識をもつ
876	【問 19-a は無回答】 中立の立場での正しい情報提供。その後もサポートできるサービスを提示し「患者・家族」だけにしないようきちんとフォロー（継続的）する。
879	患者、家族教育
881	チームアプローチ共有した情報
884	元のように元気な身体でなければ家へは帰れないと思い込んでしまう患者様に対して、残っている機能を最大限に活かしセルフケア能力を高める支援をしていくことが必要だと考える。 セルフケア能力を高めることは意思決定能力を高めることとなり、療養場所の選択も療養の仕方も患者様中心に行えると考える。
885	病院側が積極的に退院調整を行い、自宅での受け皿を早目に準備できるようにする。地域のＤｒが在宅での療養について親身となり対応できるようにするＤｒ一人でなく地域のＤｒが連携をはかり、Ｄｒ不在時には他のＤｒで対応できる等のシステム作りが必要。
886	・疾病のみでなく、生活を基軸において医療提供についての理解を更に深める ・医療のみでなく、関連機関や諸制度についての役割、機能を認識し有機的に連携を図る
887	知識があってもそれを説明できる技術が不可欠 また患者と家族の立場に立って考える基本姿勢必須ではないでしょうか
889	患者に十分な説明を行い、患者の意志確認をしその意志に沿える様態勢を整えていかなければいけないと思います。
894	しっかり説明。 患者・家族の気持ちは変わったりするからりんき応変に。 その場その場で説明。
897	【問 19-a は無回答】 医療に依存しすぎる家族や、病者本人にも問題はあるが、生き方そのものに影響を与えるプロに「医療者」に考え方、価値観、死生観などは、大きく影響すると思う。
899	専門的な知識に乏しいことは医療従事者でなければ当然である。しかし自分の病気、予後等自己決定するのは患者

	本人およびその家族であるので、医療者は患者や家族が満足できる最後を自分たちで選択したと思えるような働きかけをする必要があると思う
903	【問19-aは無回答】 在宅医療についてよく認識する
908	従来の治療を目的とした医療とは異なり、現時点での医療技術や、社会通念などに左右される微妙な問題があり、何をもって、問題とするかは異論があると思います。 しかし、我々医療人は、自らの信念と、社会の求める人間像の中で、苦しみながらも、より良い形での人生観を支援してあげる最低限の義務があると思います。宗教者などが一部負担すべきかとは思いますが、誰も他に適任な方が考えられないからです。であるとすれば、プロとしての医療人のなすべきことは、規範無き時代に論理という古臭いが新しい問題に、今一度立ち返り、患者さんの生の声を忘れた現代医療に、新しい風を通していくことではないかと考えます。 そして新しい時代に沿った新しい生命観を、節度ある態度で、暫定的にでも構築していくことが必要だと思います。
917	ターミナルケアの教育不足
921	【問19-aは無回答】 本人の人生感、家人の介護に対する希望が大事になってきます
923	家族、患者に対し在宅で過ごすことが可能である社会資源、医療の継続、介護の導入等の充分な説明、理解を得る。 家ですごすことの不安感を払拭できる訪問体制の確保と説明。 行政による医療費負担の補助の働きかけ
924	①医療教育上の改革が必要と思います。 ②在宅医療に対する理解が必要と思います。
927	在宅医療の現状を、医療者自体が理解していない。 医療者が対応できる支援診療所がない。
935	医療だけでなく、介護、生活、社会へ目を向ける必要がある。その上で、知らない事を認めて積極的に学ばなければ決して意識は変わらないだろう。 現状の問題認識が乏しい医療者はただの専門バカでしかない。医療のカバーするフィールドはもっと広く、病院だけでなく、地域、日本、世界に出てくるべきだと思います。
948	【問19-aは無回答】 前にも述べたが全てに問題があり強要出来ない。 全てを判断し最善をつくすのみである。場合によれば患者の意志にそぐわない場合もあるが理解してもらう必要あり
949	【問19-aは無回答】 病院は、治療を優先している為、在宅を見通したケアが不足している。 又、病院（医師、看護師）の居宅サービス、介護保険への知識の充足が望まれる
955	【問19-aは無回答】 “死を医療の敗北”とする医療感のため敗北を先送りしようとする（無益な延命治療）姿勢と、 病院以外で看取ったことがない病院医療者は、患者の希望である在宅死を無理な事と決めつけ、説明にあたっても在宅死を選択肢として示さない。 以上が変わらなければ、80%は変わらない。
960	医療費をはじめとする制度に矛盾があり説明をすることに対する時間がないこと価値をみいだせないことがあります。 「生き方を変更させる」ことについて保険診療上の評価が必要です
962	外来、入院、入院中、退院前、退院後、それぞれで各種担当スタッフとの家族、可能であれば患者の参加のもとでの話し合いは不可欠。医療者側は最大限にそのための時間をつくるべきである。
971	【問19-aは無回答】 個々の患家の経済事情、心理状況、家族構成など複合的な面を考慮して、在宅医療介護が適応されるかを見抜くだけの時間、能力に欠如している。 興味の対象ではない面も多い。専門のコーディネーター、専任医師不在の為に、主治医が前記の能力を有している事はまずありえず医師自身にも、興味のない点であろう。この点を改善しないとうけ入れられないと思う。
973	入院中の主治医が退院後の在宅Ｄｒのできることできないこと選択可能な治療など理解が十分でなく、なんとなく入院→外来をこなしている。もっと理解と説明を
982	【問19-aは１を選択】 説明がむつかしい。
985	【問19-aは無回答】 “病院死”80%との数字のみでミスマッチと指摘することには疑問あり。 国民全体の問題＝社会問題であり、義務教育、市民教育として取り組む枠組みが不可欠。そこへ医療者が専門の力を投入するべき。急性期病院の医師の、在宅への知識、体験不足などを批判の的としてはならないと思う（自助努力は必要）
987	在宅医療に対する説明
988	医療者（勤務医）の多くは、疾病の治療を有選するが、その人の生き方や患者、家族を含めた囲りのことまで考えていない、考えられる余裕がないことが多い。医療チームとしての連携がなかったり近くに医療医療チームがあることを知らない医師も居るため在宅死が増えないと思われる
990	【問19-aは無回答】 患者、家族が何をのぞんでいるのか、しっかり把握
991	患者・家族のニーズの把握、それにいかに近づけるかがプロの医療者だと思います。
1000	症状コントロールと今後予測される事を時前に説明。本人、家族とのコミュニケーション。医療者の在宅での看取りに関する意識改善。 我々の近辺の在宅支援診療所のＤｒは、麻薬を使用できないと断わる診療所が多く手を上げてくれるのはありがたいが、実際には難しいケースがほとんど。 全国的にもそうだと思います。 社会全体の考え方も治療主体のドイツ医学から変えていく必要があると思います。
1005	本当に病院で最期をむかえたいのかきちんと確にんする。 「家に帰りたいわ」と訴えがきかれたら、それを確にんし、家族にも本人がそう思ってるということを伝えていく。家に帰るなんてとんでもないという家族でも情報不足により、そういった思いをもってるかもしれないので、サポートシステムをていねいに説明していく必要がある。
1007	説明して、納得するまで説明。
1014	看取りはたいへん、辛い、精神的にも肉体的にもたいへんで、何かあったらどうしようと思っている家族と「世話をかけたくない」と思っている本人の話しをよく聞いて、その思いにそえる様色々な選択肢の説明をする必要があると思う。 誰しも自宅で最後をと思うし、看取ってあげたいと思っているのであるがプロとしての不安を取り除いてやる術があまりにも少ないと思う。
1017	【問19-aは１を選択】 患者自身の生活の把握、居宅への興味または関心をもつべきである。
1021	患者や家族が在宅療養が可能になるような支援を行なう そのための医療者への教育が必要
1023	【問19-aは無回答】 在宅医療の充分な説明支援家族のフォロー
1024	医療者の多くが現状、問題に対して知識不足 ただ業務のはん雑さの中でどれだけの知識をえられるのかは個人の努力、能力にたよっているのが現状だと思う
1028	患者・家族のニーズを把握する情報提供
1030	居宅生活をしていく上でのメリット、デメリットについてよく説明し、同意を得ること
1039	在宅を、よく理解して、本人に合った方法を捜す。
1041	【問19-aは無回答】 特定機能病院、地域支援型病院のスタッフに対する在宅医療への理解
1043	・入院中から、本人と家族の生活に根ざした退院后の生活づくりで、チームで調整が全ての病院ともっと円滑に行なえると良いと思う。 ・今の介護者は、数十年前の在宅での看取り経験が少ない家族となっていて、看とりそのものが全く予測できていないケースが多いので、そんな方々に、もっともっと納得のいく看とりを行なえるように、隣でより添い、力になっていければと思います。
1044	症状コントロールを十分に行うこと
1046	病院勤務者は家で過ごす事はどういう事かをもっと学ぶべきである。 病院と違い在宅はケアマネ、医師、ナース、ＰＴなどいろいろな場所から集まり支援する。同じ箱の中の支援と違い多大な労力がかかる事、そして本人や介ゴ者の能力で生活すべてが左右される事などもっともっと“在宅”を知ってほしい！
1047	医療者（病院）が在宅医療の現場を知らない、又、認識が薄い。 病院ー在宅双方の、融合が大切と思います。 サプライ側のマンパワーの低下、教育の充実も欠かせません。 １もあると思う。
1049	・希望すれば在宅での療養生活が可能であることをしっかり具体例をもって説明する ・在宅でも病院との繋がりが切れるのではなく、連携出来ること、患者が都合の良い方を選択出来ることを知ってもらう ・在宅で対応出来ない時（痛みのコントロールの他医療処置が必要な時）は病院にもどれる事を理解してもらう
1054	【問19-aは無回答】 １、２の両方共に問題があると思う。 ２に関して言えば、医療者側が在宅医療や看護に関する知識も少ないし、この家族には在宅支援（介護）が無理だと、決めつけているところがある。 患者の思いに耳を傾け、それを叶えるためにはどうすればよいのか…という発想が欠けているように思う。
1056	【問19-aは無回答】 よくわかりません
1058	【問19-aは無回答】 対象に応じた適切な情報提供
1060	疾病に対する正確な現状の伝達（主に主治医）とそれに伴い在宅等を含めた医療展開の可能性の説明（主治医、ＮＳ、ＭＳＷなど）が十分出来るように地域の医療提供状況について学ぶ事が必要。又はそのような検討が出来るような組織づくりが重要と思う。 連携室的な組織を充実させて啓もうしてゆく事も重要。 そこから発信して院内外の多職種又は患者家族を混じえてカンファレンスの場をしっかりもてる体制づくりが不可欠と思う 【カンファレンスの場】→患者家族の意見もしっかり聞き医療関係者が真剣にそれを検討する場
1063	【問19-aは無回答】 「感性」の鈍い医療者が多くなっているのではないか。 （専門職として時間制約にとらわれずに自己判断すべき状況でも規則等にしばられてしまう医療者が多いようだ。 「合意形成」のためのコミュニケーション・スキルを鍛える必要があろう。
1070	【問19-aは無回答】 ・どのような生き方をしたいのか確認 ・利用者にとってＱＯＬ向上、確保はどういう状態なのかともに考える
1072	在宅で可能な生活方法を考えて、提案する。 医療（治療）は、生活のじゃまにならないように配慮する。 医療のための、自宅生活にならないように。
1074	早期からの退院調整をする事（情報を集め、取り組む、医療サイドのみで進めない） ・対象者がどの様な環境でどの様な生活を送っていた方なのかを知り、その状況に近づける方針で身体状況を整えていく。 （体調を崩しストレッチャーで入院すると離床ケアなく臥床続き、退院時寝たきり状態（軽い脳梗塞と診断受け摂食状態は変わらないが（１時間かけゆっくり摂食介助が常であった）食べれなくなった、危険だと胃ろう造設となった→家族の思い ・介護力を正しく把握する事（医療サイドの思い込みで転院をすすめた後家人の希望は在宅と知る。長年介護していた。 在宅に向け、容易な、簡便な方法の助言、指導（病院での医療処置と同じ内容の指導では混乱、出来ないか生じる） 訪問診療の必要性、介護度の高い方が各科それぞれの診察を受ける必要があるか利用者サイドで医療を考える。通院困難者→入院希望

	の在宅ターミナルケアに対する意識変革をめざす。
1153	家族の信頼を得られる様な説明ができていない？
1157	在宅医療についての知識をもっと増やす。 また在宅医の実力も増やす。
1160	ニーズをしっかりとアセスメントする能力
1162	しっかりとした家族構成ができていなければならないから、そのことを把握して説明する。
1163	【問 19-a は 1、２を選択】 提供できる事柄をすべてきちんと説明し、理解をもらうことが大事。 たとえば社会資源もそのひとつである。また主となって関わる医師や看護の役割どこまで支援できるのか、すべてをきちんと伝えることが重要
1167	【問 19-a は１、２を選択】 医療を受ける側にも提供する側にも問題は存在すると思う。 現状をよりよく変えるという強い意識を持ち、患者本人が希望する状況を作り出すための万策を医療者、家族、地域、ボランティアなど患者を取りまく人々すべてがネットワークを作り情報共有して、尊厳死に向けて力を尽くすことが大事である。
1168	病院医師やＳＷ、ＮＳ等の、在宅医療の知識不足、認識不足のために、患者説明において公平な立場での説明がなされないケースが多い。 先ずは、病院スタッフが在宅医療について、もっとよく知る努力をすべき。
1170	居宅にて在宅医療にたずさわることのできる医師とスタッフの絶対数が足りない。
1172	【問 19-a は無回答】 環境整備は現状では、医療者自身が行なうべき部分も大きいと思います。 萎縮医療と言う言葉自体が医療者の責任放棄に続がっていると思います。 つまり、環境整びについては、まづかいより始めよ。です。
1176	在宅、病院それぞれのメリットとデメリットがきちんとわかりやすく説明できて、患者、家族が遠慮なく選ぶことができれば。 そのためにも、病院側のスタッフが在宅の良さを体験したりして実感してもらうと、説明するにも具体的な表現になるのでは。 在宅側のスタッフは、元々病院のスタッフだった経験から、病院の状況はほとんどはっきり伝えることができる。 しかし病院の中だけしか知らないスタッフは、身内に療養者がいない限りわかりにくい状況だと思う。 現在の大学生や看護学生では実習で経験している地域看護だけど、現在働いている人にも数日でよいので体験をしたり、訪問看護師と在宅での様子を話し合う場があれば良いと思う。
1177	①本人・家族の意志決定に必要なＤｒのＩＣが必要 ②在宅医療と他の病院・緩和ケア病棟の情報と説明 ③病院スタッフと在宅スタッフの連携
1178	病気ではなく病人をみる…という意識をもつ 自分の死生感を明確にもつ
1180	在宅での医療のあり方への不安が強い患者さんが多く見られます。安心して在宅ですごすことが可能な要因等くわしく説明していく事が何より大切だと思います。
1183	患者、家族に対する説明、医療者が使用可能な社会資源を理解し、情報を提供する必要があると思う。
1187	何でも病院に行けば安心と考えることをまず変えなければならない 又在宅で死をむかえる事が言葉で言うほど簡単でないことの理解と支援 家族、患者を支える必要性
1190	在宅や、ＥＮＴ后の生活、生き方に目を向け、Ｐｔ、ｆａと話し合うこと。情報提供。 自己決定への援助
1191	病院と在宅のどちらで最后を迎えるか選択できるようにあらゆる知識や資料を御本人や介護者に提供し、説明していく必要がある。
1192	【問 19-a は１を選択】 「死」に対しての個々人の考え方や死生観をともに話し合うことが大切と思われるが、現在においても高齢者とともに真剣に「死」に対して語り合うことはタブー視される事が多い。 高齢者の今までの生きてきたプロセスを尊重し、自分のこの世での役割を果たせたと思える様、プロの医療者はノンバーバルにもバーバルにも意志疎通していかなければならないと思う。
1193	患者としてしか見ないのではなく、人として、治療が終了した後もどう生活していくのかを常に考えていくこと
1194	在宅の具体的なイメージ作りが弱い 具体的に説明していく、何度も
1199	問 4-b と同じ
1200	在宅医療についての説明を十分に行う。
1202	患者、家族へ選択できるケアについて具体的に情報提供していくことが大切であるが知識がなかったり、十分な時間（説明のための）をとれていないと思われる
1204	生き方を変える事になるかどうかはわかりませんが、自らが生きてきた生き方に添った死に方ができるのはどんな方法、場所なのかを自分で考え選択できるようにするのがその人を支えている人間のやっていくべき事ではないでしょうか。
1208	従来、長期に入院して医療を受けていた重症疾患患者でも高度医療機器を使用することにより自宅での療養が可能になったことを伝えることが必要。それに伴う在宅看護、在宅介護支援センターの情報提供が必要。 看る家族、患者が不安にならないように生活を保護できるようにしていくことが大切と思う。 24 時間サポートし医師、看護師介護福祉士が対応し社会福祉が支援していくことを説明することが大切
1218	病院勤務しか経験のない医療者は在宅での療養のイメージが出来ず在宅という選択肢を説明する事が出来ない。ＤｒもＮｓも学生時代から職についてからも在宅への研修などを取り入れて現状を知るといいのではないか
1219	在宅医療を知る必要がある。在宅医療を知ったうえで“在宅死”をこわがらない。経験をすることによって医療者側も患者や家族にも説明ができるだろう。 在宅死がイメージできるスタッフでなければ在宅死を選択できない
1222	在宅療養を継続させる体制づくり 医療者としてのアセスメントと解決能力、チームワーク
1223	【問 19-a は無回答】 ２を選択した場合

1075	【問 19-a は無回答】 情報提供と、選択させること、相談すること。
1076	本人の意志を尊重する。医療者は正しい情報（今現在の情報）を提供出来る様勉強する
1078	終焉をどこでむかえたいのかの意志確認と家族の協力体制がととのっているかをはあくした上で最終的にどうするかを判断していくことが大切 医療職の立場の判断だけではダメだと思う
1081	・病院勤務医としては病状の説明と共に在宅医療への移行の可能性・入院医療と在宅医療の違いの説明等患者及び家族へ十分に情報を与えた上で、入院又は在宅医療の選択を促すこと ・在宅医療担当医としては医学的・社会的スキルを上げること。
1084	在宅で医療ができることを広めていないので、もっと病院・患者様、一般の方にもっと広く知ってもらわなければいけない
1087	きちんと在宅に帰った時の利点と、欠点を説明し、一緒に家族と考える。
1092	【問 19-a は無回答】 原因を一つに限定することは困難であり、それぞれの事情があると思う。 医療を提供する側で、その後の生き方を変更させることになるプロの… →生き方を変更させることになるとは思っていない。 様々な事情を考慮し、その方の意志を尊重している。
1093	【問 19-a は無回答】 入院中から在宅へ目を向ける ＥＮＴ後も病院と同じ考えではいけない しかるべき開業医にまかせる等必要。
1095	図Ｏにある身体の変化・生活の変化についての説明責任を果たす事。 最後までどう“生”をまっとうするか本人・家族の希望に共感し、それに対してどう支援してあげられるかという説明をすべきである。急変時病院にもどるという事が即ち延命してもらう（本人が希望しない）という事ですよという説明をすべきである。
1099	色々な選択支があることを情報提供し、本人や家族が迷った時は気軽に相談にのってもらえるような雰囲気で対応していただきたいと思います。
1107	【問 19-a は無回答】 患者・家族の意思を確認・傾聴することを、意識し力をつける。
1109	どのように在宅医療ができるのか患者・家族に充分にもっと積極的に説明していくことが必要であると考える。
1111	医療者側が医療者だけで終わらないこと。 幅広く、社会的、倫理的にも知識や人間性を豊かにすること。→そうすると自然に対等に生き方の支援ができるのではないかと思う。 いつまでも、医療だけのプロであるからと思う。
1117	在宅サービスが行なえる体制をきちんと説明できる、現状資源の把握と説明 患者側の希望を具体化できる管理能力
1124	医療提供側に在宅支援の窓口をつくる。（在宅事業者との連携を行う）医療と在宅との窓口が同じであればもう少し在宅への理解もふかまり、スムーズに病院と在宅とをつなぐことができる。
1126	今後のその方の人生（疾病）の経過に対して中途半端もしくはその人が理解できない様な説明の仕方　また、きちんと理解出来ているかの確認などを怠っている可能性もあります。 また、人は必ずしも解かってはいても心の中には不安との葛藤があると思います。医療者側はこの様な事も踏まえながらフォローして行く必要があると思います。
1128	最期まで居宅生活をしたい意図がどこにあるのか知る事が大事だと思います
1130	【問 19-a は無回答】 死期が近いと考える際に、個人、家族に対してのどのように説明がいきとどいているのか、又、その説明をして、個人の希望がしっかりと周りのものが理解できているのということ 自宅療養する場合は、自宅で死を向える場合は早い態応が必要と思われます。
1133	在宅診療支援医師 24 時間 365 日対応ができる環境がありはじめて可能と思います。 （外来診療主体の診療所では十分に機能しきれない）
1136	医療者は医療機関内の医療にとどまらず本人の最も望む在宅で安心して療養出来るよう進めて行く必要があると痛感している
1138	各立場で自己の役割をおこない質の高いチーム医療をおこなう 看護婦としてはＰｔの一番近いところにいるので、Ｐｔの思いをキャッチし、それにそえるよう他部門と、調整をはかりたいと考えています。 そのためにも、どのようなことが必要かなど制度を含めて知識の向上をめざしたいと思います。
1142	患者が変化した身体を受容するような（＝受容できるような）働きかけが必要であるが、大変困難なものであると思う。 また、在宅医療への移行は、その患者のこれまでの生活や家庭を把握し療養支援を整えなければならず、広域作業となる場合も多い。 どちらもまだ不十分な働きかけであるが、この２点が重要になると思う。
1146	正しい選択ができるように充分な情報を提供すること。 その際病院（入院先）の医療職は、在宅で何かできるのか、どうできるのか等具体的なことを知らない。（知る必要はない。） 在宅の専門家である、訪問診療専門の医師（これは、可のう性としては低い）や、訪問看護師（これが中心となるべき）に説明を求めればよいのだ。ホスピスや、長期療養病床についての知識は充分あるのだから、そこは、病院の医療職が説明できる。しかし、病院の医療職が充分に持っていない在宅の情報は、その専門家が説明すべきだ。
1147	在宅医療を含め大病院の主治医はシステムを知らなすぎること
1149	在宅でもある程度の医療、処方を受けられる環境をつくるべき。
1150	【問 19-a は無回答】 訪問看護師としては、主治医がどこまで対応して下さるかで療養者様や家族への対応が異なります。 もっと希望に沿って主治医が治療方針など明確にして支援していかなければ在宅生活は成り立たないと考えます。
1151	在宅ケアを提供する医療者が地域住民に対し、在宅ターミナルケアの良さをしっかり情報提供し、啓もうの機会を増やす。 医学生、研修医教育の中で在宅ケア、在宅ターミナルケアの価値に関する内容を増やす。そして、勤務医、専門医

	・病院から在宅へつなげるという意識が、病院側に乏しく、また在宅で受け入れようとする医師も少ないのではないかと思う。 ・切れ目のない医療連携を…と話題になっていますが、病院側と診療所医師達との間にギャップがあるように思います。 ・開業医の中にも在宅療養支援診療所を届出ている医師は少ないです。
1239	患者、家族は、知識が乏しい事が多い。 医療関係者は、在宅をするための相談や、病状が悪化した時の対応など… どこに相談すれば良いかまで… 支援してくれる先などをアドバイス、指導する必要があると考える。 地えきへ連携システムetc教えてくれる、専門のスタッフが沢山いる事が望ましい
1241	情報の取得
1242	余命の説明をしっかりすること。それに対し患者の生き方を確認すること。意志を尊重し、患者個人の生き方に支援できるような姿勢をとることが必要。 最大の医療行為が全て最良の生き方につながるとは限らないため、それをみきわめる必要がある。
1243	変化した身体をありのまま認めることが出来ない患者、家族がいる訳で、出来るだけ、患者の意向にそうようにするには、家に帰った後の状況を説明し、不足する部分をプロが補う。困った時は、手助けするその都度相談する人は誰なのか決めておく。 退院前から、家での生活を想定し、困らない様に練習、指導する必要がある。
1246	個人の意見や一般的にどうなのかを伝えるのではなく、まず患者さんがどうしたいかをきちんと聞くこと、そして生活していくために助けとなる方法を（サービス）提供すること。 医療者側が方向性を決めてしまったり誘導したりしないこと。
1248	ねたきりＰｔであっても、尊厳をもった生活者であるとの認識を常にもち、Ｐｔの気持ちに寄添う医療者であることが大切。 医療者がＰｔの生をあきらめると、Ｆａもあきらめざるを得ない。Ｐｔ本人を支えきれなくなってしまう。
1253	【問19-aは無回答】 治癒をめざすだけが医療でなく、患者の生活や人生を中心に考えた医療があることを理解するべきでありそのような教育が必要であると思う
1262	患者さんや家族とのコミュニケーション技術。 （告知を含めての問題）
1263	生活支援に必要な知識を持ち、その本人及び家族にとって最善と思われる方法をいくつか提示して選択させること。選択肢の中に「在宅」を必ず含まなければならない。
1266	【問19-aは無回答】 ①②両方ではないですか？ 患者、家族にはもう少し情報が多く知らされるように提供者側も努力しなければいけないと思います
1267	知識の普及
1271	病状が安定すると退院させるが治療の限界などは充分に説明されていない。又、全国的な統一基準もない為Ａ病院でダメと言われてもＢ病院へ行ったら治ったあるいは治せると患者は常に考えている。 　これを説明するには、病院の Dr の考えが我々に直に伝わる必要があると考えます。そうしないと患者は納得しないし又予測等で話をすると場合によっては不適切の事もあり得ると思う。
1279	【問19-aは１、２を選択】 一般病棟に勤務する医師は在宅ケアの視点がありません。勤務医にも在宅ケアを体験してもらうことが必要です。そうすれば外来通院の患者さんや入院中の患者さんが自宅でどう過ごしているかとか自宅で過ごすために何が必要かということに目が行って在宅ケアへの移行が円滑に早期より行なわれると思います。
1281	今後予想される状況の細かな説明
1282	在宅で診ることが当たり前という通念
1283	疾病を発病し入院治療が必要となった患者、家族は疾病が完全に治療されることを望んでいるが、疾病そのものを完全に理解しているケースはまれである。不幸にも不治の病であった場合、主治医は告知も含めて今後の病状、経過、対処法について患者や家族に十分説明した上で居宅治療の意志を確認する必要がある。
1285	【問19-aは１、２を選択】 在宅療養への理解
1289	【問19-aは１、２を選択】 24時間365日対応できれば良いが医師１人では無理があり、医療費もそんなに多いものではない。
1290	利用できるツールの理解 入院をうけもつ側と受け入れ側の協力、 問題を解決点の双方の把握、 患者家族への説明と協議、了解を得ること。
1294	【問19-aは１、２を選択】 問4ｂで述べたとおりで、 　１）在宅ケアをすすめるための医療体勢の整備 　２）教育（一般人に対するdeath education、地域医師と対する緩和医療教育） 　３）充分な医療資材の確保 を行わないと、積極的に在宅にもっていくことは極めて困難である。
1296	医療者の「治療、延命至上主義」の価値観をまず転換させる必要がある。 病いの意味、老いの意味、哲学を持つ必要があるのではないか。 それを持って患者、家族と接し「治らない」ものを持って生きることを支援するということを考えなければならない。
1297	アマチュアの人にわかりやすく説明する。人材および報酬との合意性が必要ではないかと思います。
1302	【問19-aは１を選択】 受けられる支援の提供 今後の予測される病状変化　）等の説明を十分に行う　又、サービスを整える
1311	医療者が在宅医療のことについて、ほとんど知らないことが現状です。医療者であれば、在宅医療、在宅療養についての知識を持っておくことが必要ではないでしょうか。 その為、在宅という選択があるにも関わらず、病院や施設という選択になってしまうと思います。
1319	連携と、心意気
	政治に対して、訴えつづけること　カナ？
1321	自分が同じ立場になったときにどのような情報提供を希望するかまず考えることが一番大事だと感じます。 　その情報の中でその方のニーズと結びつく選択肢を一緒に探してゆく必要性があり、まず、その選択肢を少しか知らないことや、知っていても充分に思いをくみ取れず、情報提供できてないことが問題と感じます。 　また「中立な立場で」という視点も意外に欠けていることも多々あると思います。（医療者としての見解に偏りすぎたりご本人の思いよりも家族の意見を優先させたりなど）
1327	病棟勤務のため在宅の事は勉強不足だが。実際に在宅ですごす方の生活や社会的支援について勉強し、把握していく事が必要。しかし、現実は老・老介護のため社会支援の充実・マンパワー確保などが無いと医療者だけの力では難しいとも感じる。
1328	Ｐｔの意志を十分に把握した上での情報提供だと思います
1332	【問19-aは３を選択】 Ｄｒ．がｐｔを生かしてるのではないのでは。
1339	・患者・家族にわかりやすい多くの情報提供を行う。
1340	・十分な予後の説明や、療養方法・場所などについての選択肢が十分に説明されていない これらを十分に行なう
1341	・御本人と家族の考え方、生き方に深く関与することがなかなか難しいことと 　家族の中でも様々な考え方がある為 ・情報の提供が不充分である事と患者及びその家族の不安を取り除く努力が足りない事。
1343	外来と在宅医療を同時に行う事は困難である。外来＋往診のみ行うかあるいは在宅医療に特化してしまうか、どちらかにすべきと思います
1346	患者のほとんど全てを把握し、患者およびその家族にとって最良の選択ができるように努力する必要を感じている。点数制度にはインセンティブにどれほどの効果があるか疑問である。
1351	その人の人生観、希望を聞き出す力と、それを援助するための体制や知識を持つということ。押しつけでなく、一緒に考えるという過程が大切なのだと思う。
1353	御本人の意志を尊重し対応するよう家族等へのアプローチを行う　又、支援体制づくりのアプローチをすることが必須
1354	・患者、家族の話（気持ち、意向）をしっかり傾聴する ・色々な方法があることも提案しながら、医療者としての意見もきちんと説明する。 ・他スタッフとも一人の患者のことで話をする→多くの方との意見を交換して、方針を提案する。
1360	【問19-aは１、２を選択】 インターネットや他の方法により、医療に対する知識は増えたように思われますが、現実は、アマチュアとプロの、知識や病気や予後に対する理解や認識に大きなギャップがあるからです。 医療を受ける側が、そのことを十分認識、理解できるよう医療の提供を行う必要があります。
1361	・主治医からの十分な説明、在宅において訪診や往診が可能である体制が整っていること。 ・主治医－看護師－ＳＷ等が連携し、病状に対する不安介護力の問題などに十分な話し合いを持ち、対応していく旨を本人、家族に話す。
1366	【問19-aは無回答】 ・一部の人達の思いを中心に、かた寄った情報提供ではなく、多くの情報を持った上で選択肢を広げる形で情報提供を。 ・紙面の話ではなく、現状での話ができる様な患者を中心とした、家族を含めたチームでの取り組みが必要だと思う。どういう結果になっても１人の人や医療者側で「生き方を変更させた」ということにならに様にすることが大事だと思う。
1371	プロとしての知識を個々の患者に合わせたプランを用意し選択させる事。 また、日々変化する情報に気を配り、知識の向上をする。
1372	在宅医療を行っている医療者より十分な説明を聞く機会があれば、在宅医療が現在どのようになっているか学ぶ事ができるのではないかと思う。
1375	医療・介ゴについて、情報収集をすべき わかったうえでの患者様提供が要
1383	①在宅医療を含めて介護保険の利用など具体的に、又医療者の対応など充分な説明をする必要がある ②提案はリスクがあっても必ず複数の提案をしなければならない→ターミナルケアのあり方について数種類の提案をすべき ③本人の希望を第１選択順位とし、本人の意向が判断しにくいとき家族（Key Person）の選択を検討する ④リスクに対してはあらゆる社会的資源の利用を検討し対策を講ずる
1387	本人の意志決定に対する、医療者の全面的な後押しがなされず、家族の介護事状や考えに左右されてしまうことに対して深く検討がなされないまま流れている。 その人の生き方を重んじていない現状がある。
1389	活用できる資源に関する情報提供が不十分、又は知識に欠けている 患者、家族の望みに十分耳を傾けられていないことが多く、将来への導きが不十分と考える 「共に考える」という姿勢に欠けていると思う
1390	考え方をあらため生き方の支援に焦点をあてていく
1391	実際に自分自身の体験等が大切となり、その患者の気持ちが理解出来る医療者でないと“生き方を変更”させる事は出来ないと思います。（患者の心に耳を傾ける事が大切だと思います。）
1392	病院の医師をはじめスタッフが、この患者が在宅で生活するという在宅生活を理解できていないと説明も不十分になり家族から「こんな状態で家に追い返えされた」と苦情がでる 入院直後から、在宅療養を計画的に考える、地域連携課だけでなく、医師が積極的にかかわり、本人家族が納得した状態で退院できればと思う。
1393	医療側は、情報を持たなすぎると思う。 「こんな状態で在宅へ戻ってもきっと生活は無理」とやってみないで拒否傾向が強いように思われる。 医療者ももっと在宅へ移行する場合の情報を持つことが必要だと思う。 病院の中でも地域連携室など一部の人しか情報を持っていないと思う。
1395	最期まで責務を果たすという覚悟が必要
1399	【問19-aは１、２を選択】 入院先のＤｒがうまく在宅にむすびつけてくれない ope、治療し助けてもらったＤｒにみてほしいとムリして通院する－少し悪くなれば入院

	総合ＨＰ通院の場合（訪問診療・往診ない） 　何かあれば来て下さい、来れなければ家族が報告に来てもいいと言われる　診察してもらえない→これでいいのか… 在宅医と病院Ｄｒとの連携をとってほしい。考えてほしい
1406	在宅医療におけるメリットデメリット（出来ること、出来ないこと）を本人・家族に納得いくまで説明をするためにも、何度も話し合う場をもつ取り組みやフォローするサービスのチーム作りが必要 医療者ではあるが本人を取りかこむサービスの一員としての自覚や役割分担を考える
1410	定期的に各職種と本人や家人をまじえての話し合いの場をもうけ、本人、家人が選択できるようあらゆる手段・方法の説明を行うべき。
1414	医療者が、在宅死、在宅医療（治療）在宅看護をもっと深く勉強し、介護保険事業所と連携を取り在宅医療を充実させて欲しいと思います。
1415	・患者の思いを優先しかなえることが出来るような努力をすること （医療者の都合に患者を合わせるケースが多い） ・生き方死に方には多くの思いや関わり場面がありたくさんの条件も必要なため、それらはご本人や家族に分りやすく説明（ＩＣ）し自由に選択で出来るようにすることで人権の尊重につながると信じています。
1417	情報提供を確実に行う。それも実現可能な範囲で、終末期は、実現不能な高い理想をもつ患者、家族もいるが丁寧に、しかしきちんと正確な情報を伝え、さらに支援を約束する
1420	【問19-aは１、２を選択】 ・今の現状でどの程度在宅生活が可能であるか広めていく。 ・不可能な部分を改善する
1427	その患者、家族個々に合った生活レベルに合わせて、医療者が、的確な説明が行えること。
1428	医療者自身が、在宅についての知識をさらに深めることが必要 　研修医指導の立場から、当院でも疾病に対する知識の教育は行なわれているが、在宅など療養に対する知識の教育、さらにもっと根本的な、インフォームドコンセントの技術指導が不十分であることは否めない。 　従って、人を相手とする職業である医師という認識から教育が必要
1431	患者・家族にも問題があると思うが、医療者はなぜ患者・家族が居宅を選択できないのか理由を十分知り、必要な情報を提供し、サービスを紹介し、それで選択していただくように働きかける必要があると思う。 　また医療者の中には病院の方が十分なサービスを受けられると考えている方、思い込んでいる方が、経験豊富な人でもいる。医療者の意識を変えていく必要がある。
1433	【問19-aは１、２を選択】 医療従事者は、入院してきた時から、退院する事にポイントを置くのではなく、その本人・家族が、退院后もどのような生活をしていくのかを充分に確認し、決定したなら計画的に、在宅ケアチームと相談しながら、入院中にできる事を進めていく事が必要と考えるが、突然、退院許可と、準備不充分で、在宅に戻られる方があり、医療従者自身が、在宅療養について知識が乏しい場合に問題が生じる事が多い。
1436	【問19-aは１、２を選択】 医療、介護に対して、知識が乏しい患者に対し、医療を提供する側で、その生き方を変更させることは、プロの医療者がなすべき事ではなく、患者、その家族に十分な説明をし、ＩＣＦの生き方の支援をして行くべきであり、医療介護者は様々な方法をみいだして行くべきと考える。 十分な知識を患者、家族にあたえ、患者が安心して治療、介護を満足に受けられる様にする体制をつくって行く事が大切。
1439	①まず病院スタッフが在宅のできること、できないことをよく知り入院患者に提供できるようになること ②在宅スタッフが病院、患者（及び家族）にきちんと情報を渡せるようにすること。
1441	【問19-aは１、２を選択】 在宅スタッフや病院連携担当スタッフとの十分な話し合いにより 24hr 常に対応できる態勢をもって家族に説明すべきである。
1444	医療者の説明の仕方、例えば胃瘻を造設しなければ生きていけないと言われたら家族は死を選択できない。胃瘻造設のデメリットも説明してほしい。
1448	在宅でチームとしての役割が各部門でできるよう主治医が中心になって在宅療養を支援していけるとよい
1449	プロの医療者が生き方をプロとして考えること
1451	国民が希望する医療を提供できるよう、医療者が中心になって、構築して行く必要がある。勿論行政等社会全体の協力体制のもとに構築して行く。
1454	家族状況や社会情勢を踏まえたうえで、本人や家族と話し合いが出来ていない。入院中は本人の遠慮や、家族の知識のなさから充分に意見が述べられていないので繰り返しアプローチすることが大切なのではないか
1457	医療者が患者や患者の家族になったつもりで、どういった場所、環境が良いのかを真剣に考える姿勢が必要と思います
1460	疾病の進行、■緩に個々に異りがあり本人又は家族の希望に沿いきれない場合が多い。在院期間が長期化すると家族看護の気持が萎縮して来ることもありこのまま最后を迎えても仕方がないと思う様になる
1461	在宅支援について勉強し、どのような支援があるのかを知っておくべきである。ただ、ケースワーカなどもいるためまずは本人、Ｆａへ介ゴ、どのように、どこで生活していきたいのかを十分きめ、話し合う時間をもうけて相談していく
1464	・病院主治医が在宅医療にもっと関心をもち、早い段階から在宅での生活を患者や家族にイメージを持たせておく。 ・入院中に医療器や体調変化に応じた対拠法について指導を行い自信を持たせる。 ・早い時期に在宅スタッフとの打ち合せ
1465	在宅医療にもっと関心を持ち学習の場を作って欲しい。
1472	【問19-aは１、２を選択】 医師看ゴ師も在宅医療への連携について、知っておくことがまず必要だと思う。しかし日々かわりゆく医療（病院などの）の現場で、そのことに精通することは困難だと考える。 ＭＳＷなどの調整役の人がもっと医療側に入ってきてほしい。 あとから、制度が使えたのにと責められても、私たちは毎日の業務に必死になっており、そこまでの余裕がもてない現状がある。
1473	・その人らしい生き方、最期の迎え方を家族とより親密に向き合う必要性あり。
1477	身体の変化、それに伴う不便さや不自由さ、そしてそれを補うための方法を説明することが必要である。 その上で、患者さんがどのように生きていきたいかを考え、そのことに対して医師として何ができるか伝えることが必要ではないかと考える。

	医療者は、病気をみるだけでなく、その人の生活までみる必要があると考える
1481	【問19-aは無回答】 家族も医療者も 病状が悪化する以前からの準備（気持ち、利用できる支援などを知っておく）
1482	もっと在宅医療に対する支援などを学び、患者と家族に安心して自宅へ帰れると思ってもらえるようにならなくてはならないと思う。 病院では医師・看護師・ＭＳＷや、患者と家族を含めて話し合いを行っていき、納得して帰れるようにする必要がある。
1484	患者の本当の気持ちを聞いていない。又本当の不安も聞いていない。とにかく本当の気持ちが言える様に又聞ける様にならないと何も始まらない。
1485	患者が変化した身体をありのままに認めること、受容できるようサポートする。 受容した上で、どう生きていくか、生活していくか、患者が十分に考え、意思決定がなされるようサポートしていくこと。 そのための情報の提供や、患者、家族の思いを十分聴くこと、話し合う機会を持つことも必要であると考える。その方の生活を支える様々な職種、社会資源、家族、地域などとの調整と、連携の強化が必要である。
1486	【問19-aは１、２を選択】 ①困難ではあるが、たえずシームレスに話をする事しかない。 ②人間はいつかは老いて、又はキノウが悪化して不全となる事の理解をしていくしかない。
1492	その人のもっている疾患に目を向けるのではなく、その疾患がどのようにその人に影響しているかという風に獲え、環境を考慮した治療展開をしていかなければならない。
1494	詳細な情報（社会資源）を提供する
1495	もっとＰｔの希望に沿うような医療を見つけ（選び） 知識をＦａへも提供し、協力を得られればかわると思う
1497	患者、家族は容易に「できない」と考えてしまう傾向にある。 選択肢を渡すこと、今后おこりうることを説明すること、具体的に想像できるようにすることができれば、差はもっとうまるのではないか。 医療従事者のコミュニケーション能力の向上が必須。 相手の理解度の確認や、理解力に合わせた説明をしなければ、説明をおこなったとしても、「説明をしたつもり」になっているだけで、自己満足にすぎない。
1509	まず「家でも十分に最後を迎えることができるのだ」という自信を持つ。 そのためには緩和医療や死生学を含むホスピスケアを学ぶ必要がある。 学びたい人だけが学ぶのではなく、学ばなければならない環境を作ることが必要と考える。
1510	【問19-aは１、２を選択】 利用者、家族のお話しを、充分聞き、そのうえで適切な方法を、御家族と模索するべきと思います。
1513	正しく情報、状況を分析し必要がある処置ケアについて情報を適切に提供することが必要だと思います。患者、家族が理解出来ていない所は、十分に情報を提供し、不安に思うことを改善していける手だてを最後までかかわる必要があるのだと思う。プロとして起こりうる問題を予想し、適切な指導と、サポート体制を確立させ、信頼を得ることが必要だと思います。特別なことではなく、誰にでもおとずれる死を、患者家族が安心して乗りこえられるように支援することが必要なのではないでしょうか。
1516	・現状の説明を十分に行い、更に、今後予測されるリスク等について説明をする ・問題が生じた場合の対応方法や連絡方法についての説明 ・社会資源の種類や内容及び利用方法についての説明
1521	情報の提供や■■■の開拓　公的サポートの充実への働きかけ
1523	・在宅医療に関する選択肢を具体的に提示する ・在宅への移行を後押しできるよう、サービスや社会資源について把握する ・「その人らしさ」を尊重したアプローチ
1524	医療者が在宅ですごすＰｔにどのような不安があるのか　症状緩和についての知識、患者家族と密なコミニケーションをとり、どのタイミングでどのような場所でケアをうけたいか、今後予測される事、デスエデュケーションなどの事をなすべきことだと考える。
1528	医療者自身が在宅医療・療養に関しての知識を増やし、患者や家族に在宅で過せる事の安心感を与えられるようにしなければいけないと思います。
1529	【問19-aは無回答】 医療者側が忙しすぎて、疲労している事にあり、これらが解決できれば、ゆっくり患者に対して説明できる。
1530	医療者自身がもっと学習し、情報や知識を得るべきだと思います。 また、そういうことを学ぶ機会をもっともつべきだと思います。 それによって、本当にご本人様が選択する機会を得ることができるのではと思います
1533	【問19-aは１、２を選択】 ・在宅支援内容の把握→知識不足が大きい 　→Ｐｔや家族にどう説明したらよいのかわからない ・まだまだ医療者が強　患者家族が弱、いわれるまま、うけ入れている人も多いのでは？ 　→自分の家族の、という思い、意思をもっと強くもっていいと思う→そのためにも知識が必要かも。
1537	【問19-aは１、２を選択】 在宅でも医療やサービスが受けられることの説明不足 不安を解消できる受け皿が少ない
1540	様々な経験を重ね多くの事を学んでいく事で、患者様、ご家族に合った（希望される）医療、看護を提供できるのではないでしょうか。 「Ｄｒには言いづらい…」「ヘルパーさんと良く話をする」などといった事を耳にした事もあり、各サービス間での情報共有も重要になってくると思います。 看護技術の面だけとりあげると、在宅で行なう医療処置看護ケアは限られてくるので、研修等を重ねていく必要があると思います。
1542	医療行為を行う過程で患者家族への選択肢を与える。 充分な時間と説明をすること。
1543	２患者・家族には、知識、対策が乏しいのは当然でありその不安を解決していけるような医療者のかかわり方が必要。

1544	退院してもすぐに戻ってくるだろうからと退院させないＤｒも数多い。 Ｐｔや家族のニーズを第１として考え在宅移行へと考え方をかえるべき。 また情報も不足しているため家族の不安が大きい、他職種とのれんけいを充実すべき。
1545	【問 19-a は無回答】 病院へ行って思うこと：主治医が顔を出さないこと。在宅担当の医者が退院にさいし在宅での相談会に出向いても医者が顔を出さない現実。どういことか…。 病院の医者の間にまだ退院時カンファレンスの必要性を感んじていないことを実感する。
1550	Ｐｔだけでなく、家族からの話しも充分にきき、どちらの考えもきちんとはあくする。
1551	情報の提供
1554	・正しい説明と同意 忙しい日々の中であってもＰｔ家族の希望を少しでも叶えること、又は、近づけることが大切。 完璧でなくても満足のいく生き方に近づけてあげることをしてあげないといけない
1557	中途半端な在宅。休みの日はＱＱへなど
1560	病院の医師、看護など医療者は、往々にして在宅、人生の終焉の場などということに関して無関心です。このことが在宅での最期を阻んでいる一因ではあると思います。しかしそれだけが問題ではないと思います。今の社会情勢をみると、とても在宅で看取りがおこなえる様なゆとりがある生活（時間的、人的ゆとり）をどれほどの人ができているのか？今の時代子育ても介護もむずかしいと思います。
1566	在宅療養を行う際に提供できるサービスの説明を十分に行うことで患者家族の不安が軽減され居宅生活が送れると考える
1567	専問的知識がない事で患者さんは分からない事への不安が先に立ち引きこもってしまうのではないかと思います。自分自身を理解出来何が出来て何が出来ない事かが整理出来どこで、だれがどんな方法で支援があれば自身のニーズに応えられるかを、専門の者がサポートする事により緩和されニーズに合うようになるのではと考えます。
1568	【問 19-a は１、２を選択】 現代の医学教育は救命に重点がおかれ「死＝敗北」という図式が強い。 医学教育において死生学、緩和ケア、etc も必要と考えます。 それ以前に医療者となる者がひとりの人間として様々な体験をして家族や飼っている動物の死などに出会うことも大切と思います。
1572	【問 19-a は無回答】 病気の治療、緩和は行うが、その人の生き方に注目し、今後の人生をどの様に過していくのか、最後の生をどの様に輝かしていけるのか、医療者も共に歩むという視点を持ち、患者を中心として、関係者全体で支援をしていく様なあり方が求められない。
1574	患者、家族は、退院して自宅に帰りたくても、具体的な過し方や症状への対処の方法がわからず不安感から転院をよぎなくされている。 病院と在宅療養支援診療所との連携、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションとの連携、で、痛みや症状のコントロールが入院中と同じように自宅でコントロールできること療養の継続のための支援がたくさんある事を伝える。 医療機関内に地域移行や退院調整を専問的にすすめる体制が整っているべきである。
1576	共に考え、受け止め、一人ではなく共に頑張っていく姿勢。 医療者としての上記の様な姿勢を持ち、よりその人らしくその後もいきてゆけるよう、情報提供しながらサポート。 希望を支えることの大切さ。そのための知識は必要。在宅での支援について etc…
1585	患者が何を望んでいるのかを確認する 家族の受け入れは、可能であるのか 必要な社公資源はどんなことか サポートするチームが、とのコンタクト cf
1587	・「治らない」病気を何とかして「治す」という技術偏重を修正すること 〈医学教育－研究全体のシステム変革になるが〉 ・精神科やケアの部分と人的にも交流を増やすこと ・医療者自らの立場の異常さに気付くようなロールプレイはできないものであろうか。
1591	患者本人や家族の認識を高める必要は重要なことであり、主体的に考えていけるよう援助するとともに、医療提供者はプロの立場から「最後まで居宅生活して終えんを迎えられる」生き方の支援をすることが求められる。 そのためには、医療現場に出る前段階での教育が必要
1592	【問 19-a は１、２を選択】 ICD、ICF についての情報提供、説明責任を果たす。 また、自分自身も知識を深める。
1594	より患者さんがその人らしく、希望にそって療養できる様、説明すべきである
1595	医療者の患者・家族の生き方への取り組みが不十分である。
1596	・専門的な情報の提供 ・在宅支援システムの充実とアピール。
1598	医療者の死生観を育てる。「生きる」とはどの様なことなのかを問い直しをする。呼吸をして心臓が動いていれば良いのか。 医療技術が進歩して「死ぬ」ことさえ容易ではないような気がします。 最先端の技術を駆使してほしいとの希望を“ダメ”とは言えないが歯止めをかけ、「生きる」かつ「どう死ぬかのか」又は反対もあり得るが、その変換のために医療者が、医療知識技術だけでない倫理観人間観を育まなければいなないと考えています。
1601	利用者や家族が老化・疾病、事故などにより身体機能の変化をどう受けとめているか今後在宅でみていくのか介護力がないから施設を希望しているかプロセスがある。 関わりながらアセスメントをし医療者特に主治医との連携を図りながら疾病についてならここまではなるというような説明を行ったり老化の場合でも、家族の対応の仕方の指導が必要と考える。ただ指導をしても家族が自信をもって介護ができるためにはある程度の期間もあるので在宅であれば往診が随時可能な医師と連携し、慣れない医療処置を余儀なくされている家族を支援していく必要があると思う。
1602	【問 19-a は無回答】 確かに医療者は数多くの人達の死にかかわってきております。一方患者・家族は生涯の中で１人、２人の死に関わっているだけです。その意味では医療者は人が死に至る経緯について、特に医学的力量は高いでしょう。 しかし、人が生き抜くという人生の姿・姿勢においては患者・家族の方が優れており、学ばされることが多くあ

	ります。 従って医師はプロ、患者はアマチュアという区別は私には慣めません
1612	タイミングの問題もある。治療の成果が現医療での限界をむかえたとき、医師が残された時間をどうしていくか患者側にいくつかの選択肢を与えるべきだと思う。在宅を希望する人がいるなら、あらゆる支援をうけられるよう手配していき希望を叶えていけたらよいと思う。人生を決めるのは患者さまである。あらゆる情報を与え、選んでもらえたらよい。知らないことがないように。
1613	・在宅で提供出来る具体的な医療やその値段を把握する ・在宅ケアを安心して任せられる場が少ない
1618	利用者様と向き合う時間を充分にとる 諸制度をよく理解している スキルアップ（知識・技術・一般常識的なこと、心理面等）
1626	【問 19-a は１、２を選択】 １、２共に選択しました １～まだまだ医師まかせの家族が多いように思う （日本人は無宗教の方が多いということと関連しているのか？） ２～中核となる病院で現在どのような説明がなされているかわからないが、医師の多忙さを考えると十分に説明できる時間はとれないのではないかと推測する
1629	【問 19-a は１を選択】 最期は居宅でという希望に対し、医療者側は受けられるサービス、在宅医療に対する医師の支援を分かりやすく説明し、療養者の生き方の希望に出来るぎり近づける努力をするべきである
1632	障害を持ち年を取っていく中でも安心して診療（在宅）が可能であるという身体的精神的フォロー
1635	１．本人・家族が変化した身体を認められる、受容できるよう支援 ２．在宅むけての問題点の明確化 ３．問題を解決する手段等の情報提供
1638	【問 19-a は１を選択】 ただし、決定に際して医療者の役割を果たすことが大切である
1642	この設問は大きな問題に対する答えを要求しています。「死」に対するコンセンサスです。昨今患者・家族は病院へ行けば必ず治り、死ぬことは医療ミスと考える傾向にあり、医療側は医療ミスととらえられるといけないので、過剰な介入を行なっています。 国民一人一人が人間は死ぬ生き物であり医療がなにかでき、どこが限界かをもっと考え、理解する必要があります。 医療者は正しい情報の発信にもっと時間をかける必要があります。
1646	在宅生活に必要なサービスをおしえる 介ゴの仕方やレスパイトについても説明サポートする 本人の望むことを家族に伝える。
1649	患者へ、選択できる医療を提供すること。
1650	在宅で充分に生活することが可能であることを、医療関係者がよく知らないことも問題であり、行政等の支援も複雑であり、すべて申請制度である為、医療側が積極的でない。 可能性をさぐる事と、積極的に在宅支援に取り組む事。
1652	【問 19-a は３を選択】 わかりやすい説明 どっちへ転んでも受けいれること
1656	病院でのケア、在宅でのケア、その人に合ったその人が何を望んでいるか把握した上でのケアの提供ができなくてはならないと思う。
1657	患者の立場にたつ、患者を知ることだと思います。画一的な近代的な医療施設の中では、その患者の生活がなかなか見えてきません。 又ゆっくり話を聞く事ができず一方的な医療者の発言に終ってしまいます。 おしつけの医療も感じます。私達が相手の心にひびき相手の心をつかむのには一生懸命の態度、気持ちでしょうか？　自分の不安をひと言では解決できない事をもっと知らなければいけないと日々感じます。
1663	「生き方」を重視し、患者と関わり一番良い方法を考えること。（チームが協働し）
1667	入院してきた時点で、退院后の支援を考えていくべき。そうでないと患者、家族に不安がある 病棟では、退院支援の看護師が情報を収集し地域連携室へつなぎ、そこから各在宅支援の事業所へつないでおけば不安なく退院できる
1669	医療従事者自信が生と死、人生に対する深い理解をもつ事が基本。 患者や家族に人生の意味を理解してもらえるように説明することと、実際の状況の中で最大限の支援を出来るシステムを構築することが大事。 地域資源を十分に生かせるような自分の生き方、社会との関わり地域社会づくりに常に貢献する必要がある。
1670	主に２に起因している部分も大きいが、全てではない、と思う 人の最後が、「ピンピンコロリ」で終わればよいが、加歳による障害を、多くの人が、自分の事として、受け止めていく、事が大事。 元に戻らない身体の変化を、疾病になってからの受け止めでは遅い やがて迎える「老い」を、どう生きるかの個々への問いかけが必要。
1674	・その人らしい最后をどこで迎えたいのか、しっかり患者様と向きあうこと。 そのうえで必要な資源の準備が（人、物など）必要ではないでしょうか。
1675	患者の意志を重要視し、支援していこうとする姿が必要
1680	患者のおかれている現状に対してアイデアを出しあって情報を提供すること。 メリット、デメリットを説明出来る知識を持つ
1682	【問 19-a は１、２を選択】 病状にかかわらず本人・家族の同意があれば在宅へ早く帰してあげたい。
1692	①病院Ｄｒが在宅療養のメリットをよく知ること ②訪問看護や介護が十分な報酬になり経営できるよう医療が指導していくこと
1694	本人が、本当に居宅生活に終焉を希望しているのならば、本人の希望を家族に伝え、話し合い問題となること、不安要素解決法など速やかにアセスメントし必要な情報を提供する。また機能を活用できるよう連携をはかること。
1698	在宅の事を現状では知らなさすぎる。 ほとんどの場合在宅で可能でありそこの連携がうまくできる事で患者の望む生活を送ることができると認識する

	こと。 在宅へ興味を持つこと。そして選択肢に在宅を必ず加える事。
1699	ＰｔのニーズをＰ一に優先させできる限り叶えられるようチームで全力で取り組むべきだと思う
1700	医療者側の判断でできる、できない、上手、下手などと基準を作ってしまいきびしいラインを引いているように感じる 医療を受ける側であるＰｔの人々が不安に思わないような働きかけや説明が必要 シュミレーションや体験的な在宅生活を試みてみることも大事
1702	在宅療養者でも急変又は何か心配事が起きればすぐ入院となっている場合が多い。 在宅で出来る範囲は本人・家族の了解のもとで希望の在宅で出来るだけ、医療者も考えるようになってほしいと思います。
1703	疾患や病態、病状に興味、関心が向きがちだが、重要なのはその人の人生観を理解すること。それに気付かない医療者が多い。
1706	【問19-aは１、２を選択】 急性期の病院で、今後治癒の見込みがなく転院してくる患者や家族に対しての説明が不充分な事や薬だけで腹一杯になりそうな処方の出し方等々。 個々の患者に対しての、その後の方針が明確でない為に、ダラダラと長期療養が行なわれていると思う。
1707	医療従事者（医師に限らず）本人の意志・意識を確認しながら自分の生き方について考えていただく　そしてその後の生き方を自分の意志で変更できるよう働きかけることが必要だと考える。 何でも医療、治療、病院内でという概念が広く定着してしまっているように感じる。必要な治療は別として過剰な処置や治療が医学の進歩とともに当り前になっている。本当に幸せな最期とは、人間の自然な姿をもう一度考えてもらえるよう生き方を考えるシステムができると良いと思う。
1710	価値感をおしつけず、患者（家族）中心の看護
1711	【問19-aは１を選択】 十分な情報提供と支援チームの確立。
1717	方法論を知り、在宅を希望する本人・家族に説明できる様になる事、これは、在宅ケア室や医療連携室だけではなく、病院・病棟で働くＤｒ、Ｎｓ等が知識として「家に帰す方法」をもっと知ろうとしてほしい。
1722	どのように生活が変化するのか、具体的な説明不足を解消することが必要だと思う。 医療技術が発達、進ぼしていく中でＰｔの生活に応じた治療をめざすことが必要。 Ｐｔ中心ではなく医療者中心となっていることが多く、意識改革が必要
1725	【問19-aは１、２を選択】 患者さまの、入院前の生活をよく知り、真意を理解する。 周囲の環境を理解した上でその方に今後できそうな生活をみつけ出し、いっしょに考えていくこと。 又、たくさんの情報を持っていること。
1726	【問19-aは無回答】 在宅医療で行なわれていることの医師への啓蒙が必要 在宅を診察しない医師のモラルの問題
1730	【問19-aは１、２を選択】 ・医療を提供する側は、患者様やご家族とできるだけ接触する時間をもうけ、傾聴し、信頼関係を築く。その上でその後の生き方について十分考えて頂くように説明、援助を行う。 その上で、その患者様やご家族に関わるすべての医療スタッフはカンファレンスを行い、望む生き方へのアドバイス、助言、援助を行う必要あり。 医療を提供する側が在宅医療への意識や意欲を高目、すべてのスタッフが同じ気持ちを持ち、共明、共感しながら援助しなければならない 一人のスタッフの思いだけでは在宅医療は行えない。
1733	在宅で看取るという認識・知識不足と思います。 それと、在宅での看取りになると主治医が拘束される様な状態になるのをイヤがるケースが多い。 医師に対して、ＩＣＦを踏えた「生き方の支援」を徹底的に指導した方がよいと思う。
1737	十分に説明ができていない or 家族が理解が不十分 ↓ 話し合いを多くもつしかない！！
1738	【問19-aは１、２を選択】 退院のタイミングと、受け入れ側family（家族）の協力が必要。 介護ヘルパーに、まかせっきりなfamilyも見受けられる。 即ち、主治医ーヘルパーー家族との連携がなければ出来ないのが現状です。
1743	在宅医療について熟知し、患者、家族に充分な説明が出来るようになることが必要。
1750	いろんな選択肢を提案し本人に決めていただく
1753	・治療だけで本人・家族とかかわるのでなく、生活全体をみて、コミュニケーションをとり常に本人、家族意思や人生に対する目標を把握しておくことが重要 ・本人の欲求に対し、トラブル防止を優先させ「できない」というのではなく、十分な対策を粘り、本人、家族と話しあいながらチームで実施していく。その事により早期の回復、意欲の向上により自分で決定できるようになると思う。プロは常に前向きに考え、本人家人の能力を発揮させる事と思う。プロが「ダメ！」というと、何もできなくなる。常に自分の生死も考えながら、患者、家族にかかわる事を忘れてはいけないと思う。全人的ケア…期待したい。
1755	在宅医療を知ること
1759	十分な説明と、現実に沿った指導、一緒に真剣になって考えていく姿勢
1760	社会資源の有効活用
1761	【問19-aは無回答】 自分ひとりでも在宅を希望される時、家族が支援者とならなくてもよいシステムが利用できるような方法を知る必要がある。
1765	在宅医療、含め病院内医療以外の医療が介護の知識、情報をもっと知り、インフォームドコンセントを行うこと
1770	患者というよりは、家族の不安が大きいため、居宅生活の希望がなかなかかなえられない状況である。 細かく、こういう場合には、このように対応するといった、１つ１つ予測されることに対し、対処方法を説明し、

	家族の不安を取り除くことが必要である。 何度も話し合い、本当に納得した上で、居宅生活とし、しっかりとサポートすることが必要。
1779	例えば訪問看ゴでは、あくまでも本人及び家族を主体とし生活指導、介ゴ指導、アマチュアでもできる観察のポイントを分かりやすく時間をとり、次回の訪問看ゴ訪問時まで、家族の支援内容を評価し、指導し自信もたせることが重要。
1783	在宅医療の知識の充実
1788	【問19-aは１、２を選択】 十分な情報提供 医療者が地域と連けいすること、情報を得ること
1789	【問19-aは無回答】 本人（患者）家族の希望を尊重する
1793	生活全体に意識を持つことは当然 しかし、疾患ばかりをみている医療者がまだ多い。
1794	医療の技術だけでなく、医師自身が生と死を哲学的観点からわきまえ、患者・家族の心の支えになれる力を持たねばならない。
1795	入院加療中にかかわる医療職として、退院後の生活全体を考えた支援がうすいと思います。逆に転院の方が簡単に退院させやすい現状なのだと思います。在宅でのイメージを医療者の方がもっておらず介護力があっても転院、介護力がないのに在宅へ調整なしに退院させられている状況をまだ数多くみています。
1797	在宅医療についての知識、情報を十分に持つよう努力し、患者、家族に説明や、情報提供ができるようにすること。ケースに合わせた、取り組みができるようにすることだと思います。 病院と、診療所の連携を密にすることで、患者家族が安心して、在宅療養をすることが出来ると思う。
1805	【問19-aは１を選択】 ①にも②にも③にも〇をしたいのですが（どちらにも主としてとらえるものはありです）
1818	問17-bが１番です。 医療側スタッフの考え方が変わり又、充分な知識と理解のもとで行われていかなければならない。
1826	もっと患者とよく話して（家族含めて）現状の把握をしっかりそして出きるたけ居宅の出きることを考えてやる。しかし今は費用もでないし時間も人もさけない
1828	医療者がプロとして果たすべき役割への教育が必要
1830	わかりやすく説明する。納得されるまで説明する。信頼関係を築く。
1833	多忙にて時間がない等 外の雑務が多すぎる 厚生省の方針がよくない
1835	今の病状を把握し、予后を予想した上で、可能性のある事をしっかり、説明していく サービスで可能な所を勉強し、社会資源を上手く、活用していける様にする。 “不安”をかかえている、Pt、Familyに、いかに分かりやすく、問題を、解決し、ＥＮＴに結びつけていけるかのノウハウを、学ぶ必要がある。
1836	病院側より、いつでも入院出来ると退院時に説明している
1837	現代医学の限界を伝える。 しかし人間には“治る力”がある。 現代医学だけでなく数々の代替療法の知識も持ち、患者があらゆる治療法の中から自ら選択できるようにするべきである。 病気を根本から治癒させる治療について真剣に研究してほしい
1839	医療を提供する側で、まだまだ、在宅で、患者や家族に安心できるようなサポートができていません。（小生は、こぢんまりと、在宅訪問診療を行っています。）外来の午前診と午後診の間の 12:00～3:30 の時間帯で訪問診療を行っているのですから、時間的な制約があり、そうゆっくりと、コミュニケーションがはかれていないのも実情です。ただ、診療中であっても、どんな些細な心配事でも電話するように言ってすぐにでも対応できることは、すぐ解決する方向で、診療を行っています。しかし、一開業医としては限界があり、急変時は病院に頼ることが多いです。 病診連携は、割合い密に行ってい、それにこたえられる病院が近くにあるので、かなりその面で助かっています。
1841	【問19-aは１、２を選択】 本人、家族の意思を充分尊重し各機関との連携を十分図る。
1844	とにかく良く説明すること
1852	【問19-aは１、２を選択】 病院では医師をはじめＭＳＷ、その他の職種がしっかりと療養について説明する。（メリット、デメリットを含め）もちろん在宅でも、上記を適切な職種が説明する。 しっかりと説明を聞き患者が納得し、方向性を決定できるよう支援すべきだと思う。
1856	在宅医療に関する医療者の認識、理解が不足している
1859	病院側のスタッフが在宅医療ＩＣＦについて知らないのが現状であり、在宅に目を向けてもらい、考えてもらうこと、また知り得た情報を患者家族に提供してもらうことが必要かと思います。 また地域の開業医の先生の中には在宅医療といいながら 24 時間の往診などは行なわず「何かあれば救急車で病院へ行って下さい」すぐ「入院しましょう」と本人家族に説明されています。 在宅医療について地域でのあり方を話し合うことが必要かと思いますが現状として難しい問題だと思います。基本的な考え方から見直す必要があると思うから
1860	本人、familyと向きあうのではなく、「同じ方向」をむいてそれとなくほんわか支える姿勢、が必要か （兵庫のさくらいクリニック桜井隆Ｄｒのスタンスが私としては理想のひとつ）
1870	【問19-aは１、２を選択】 １、２共に問題がある。 ２、提供する側にたくさんの選択肢が用意されているとは思えない
1883	入院中の患者、家族に対して、在宅医療、介護の可能性の説明、支援が必要である。
1889	・病院の医師、看護師が「在宅」という選択肢について知らないことが多い。 ・なるべく早いタイミングで、在宅へコンサルトする ・在宅のメリット、デメリットについて平等に説明する
1892	・患者、家族は、世間の情報により知識として持っている方そうでない方があります。 ・本人、家族の意志が最期まで居宅生活して終焉を希望することの強い希望を医療サイドに伝えること。

	・医師、看護師等が、「終焉」としての対応をどう考えているか。 ・プロとしての医療者→スキルが不足、知識不足　医療者として哲学が不足。 （忙しいのはイヤだ、夜の仕事はイヤダ、めんどうだなど手抜きが多い）
1894	医療の使命が、いまだに一分一秒命をながえることであると認識している医療者が多い
1896	【問 19-a は１、２を選択】 医療者は人として診るはずの専門家ではなく、病気を診る医療者となっているのがほとんどだと思われる。 その人のこれまでの歴史があり、そこに関わってこられた様々な背景を誰もが持ち、その人の生き方を医療者が導く事は、決してあってはならない。 その人は、その人の、生を選択するものと考える
1900	病気の治療を行うだけの人ではないことを自覚する。 在宅生活を行うための外との連携を行える院内システムを作る。 そして協力する。 医師間の連携を行う 高度医療、管理された物品だけが全てではないことを知る。
1901	情報提供しながら、患者・家族と話し合い、さらに適した情報提供をしていくようにプロセスを踏むこと。
1910	十分説明をし、理解・納得させるよう努めるも、いざ現実となれば、それが Best とは思えないこともおこりえる。実際「在宅」は理想にすぎないこともあるので、私としては、必ずしも在宅をすすめることはないと思っているので説得力は乏しくなるかと思える。
1913	在宅で…望まれていてもこの家族はやっていけないだろう～病院にいれば十分な治療が提供出来るのに、家では無理だろう！と頭から決めつけてしまう事がある。病院は治療の場でもあるが病人を作る場である事を自覚しなければいけない。それほど自宅へ帰りたがっているならそれに対する支援として医師、Ｎｓとして何が出来るか、家で過ごせる為にはどうすれば可能かをまず考えて行動すべきである（私事ながら認知症の父の予後１ヵ月と言う言葉を聞いて、強引に家に連れて地域の医師と連携を取り家で看護した際病床では見られなかった事が沢山あった。まず目が生きいきして、食事も入り、会話も出来、更に声を出して笑った日々が死の前日まであった事…等からして在宅でのみとりは最高である。昔にかえるべきである。その家を築きあげて来た本人だから。
1917	【問 19-a は１、２を選択】 家族が安心できるチーム体制づくり（24 時間対応、医師が往診できるなど）
1923	顔の見える地域連携をし、お互いにしてほしいこと、できることを十分に話し合い、お互いについて、十分な情報をもつ。そしてその情報を患者・家族に提供する
1937	【問 19-a は１、２を選択】 まず、本人の意志の確認をする。ただ、ゆれ動く気持ちに対しては、じっくり意見を聞く態度を示し、誠実に対応してゆく。 【１，２】両方のバランスが大切と思うが。
1940	「健康」について個々の概念がありそれを修正する必要がある。
1942	医療者が、きちんと情報提供できる知識をもつ
1943	障害や疾病があっても在宅で自分らしく生きてゆける 自信がもてる、安心ができる、支援。
1948	在宅医療の受け皿（環境）整備。 ①在宅医のグループ化と技術等の研修 ②訪問看護ステーションの充実 ③緊急やレスパイト入院のベッド確保
1953	急性期の病院では「治療」を第一選択とする。これは役割上当然のことだが、「治療」をできなくなった場合も医療関係者には、その人らしさを認めたり、辛い時や、意思決定に迷う時のよりそう看ゴや医療が必要。ただし、よりそう看ゴや医療には全くコストや保険点数がつかない。つまりもうからない行為に対しては（いちばん時間をさいているにもかかわらず）後回しになったり、軽視されがちである。 私も大学院でがん看ゴの研究を行うまでは、よりそうことの意味づけができなかった。 看ゴの基礎教育では臨床で必要なケアを学ぶだけで精一杯であるため仕事に慣れるまでは仕方ないが、いずれはやはりよりそうことの意味を学ぶ場が卒後教育として必要ではないか？
1956	充分な説明、サポート体制 “３”にもかかるのかもしれないが国の体制
1957	患者、家族が希望する生きかたを確認し、実現可能な方法をさぐる必要がある
1960	患者、家族の生き方を尊重すべき、その為の説明や情報提供にできるかぎり時間をかける必要がある。現状では十分にできていない。医療者と患者の関係は主、従ではなくパートナーとならなければいけない。また、十分なコミュニケーション技術を身に付けなければならない。
1961	患者、家族に対し、在宅で可能な医療サポートを、充分に説明し、在宅での不安を解消する。
1962	居宅での出来る事出来ない事を明確にしていく。 その人がその人らしく終焉を迎える為の教育。
1964	病状についてご本人に理解していただく事、そしてその人が在宅療養が可能であれば自宅にて療養したいのかご本人の思いを知ろうとすること。 そして家族もどのような介護生活を望んでいるのかを確認し、できるだけそれぞれの思いや願っている状態で、場所を決め、生活をしてどんなサービスを受ければできるだけ安定した状態で毎日を送れるかという情報を伝え実際に利用できるように働くこと。
1969	治療が終わった時、その先の生活を考えられる医療者であるべきだと思う。医療面で、必要な知識、技術、サービス等を、紹介したり準備して、退院させることが、求められる。 病院の中だけの医療者ではなく、地域の医療者と、常に、連携をとり、在宅療養をすすめていく必要がある。 県の医師会などがもっと活発に、動くとよいと思う。（長崎県のように）。
1970	医療施設から退院しても安心して暮らす事の出来る保障がないと在宅にはなかなかもどれないと思います。 １．病状の変化や、相談事に 24h いつでも対応してもらえる、あるいは訪問してもらえる事の保障 ２．病状について説明がされ本人及びとりまく家族が納得出来ていること。 ３．介護して下さる家族が何人か居ること 家族一部に負担がかたよってしまったりしないで、本人がリラックスして世話になれる環境にあること。
1974	患者や家族の不安をとり除くよう充分な説明をして在宅においても病院と同じ医療を受けられることを理解してもらう。
1976	個別性を求められる医療である現在、対象者（患者・家族）それぞれのニーズに合わせた選択を支援できるように、

	最期の場所の決定ができると良い。そのためには適切な時期に適切な内容のインフォームド・コンセントがなされるべきである。
1977	病院勤務の医師・看護師・相談員の方達にもっと在宅療養の現実を知ってもらい、患者の意志・希望にそい、在宅での医療・療養の意義とどうすればできるか方法・手段等を患者含め家族への周知を促して欲しいと思う。
1979	医学、医療だけでなく広く一般生活を含めた生き方の提示が必要となる。 常に患者に寄り添い、生き方を模索する、医学教育が必要とされる。 医学教育の根低から改革が必要と思う。川島先生のような講義が医科大学で必要。
1986	在宅と、病院療養の選択するための情報提供を積極的に行い、医療者であるならば、ある程度深い知識を持ち、患者からの質問に対し、タイムリーに答えられるようにしておく。 在宅に移行していった人達の、その後の様子や、ぶち当たった問題点等を知る。そのためにアンテナを高くする。 問題の解決法も、知っておく。実際にどんなことを不安に感じているかを聞く機会を持つ。
1991	患者・家族が、その後の生き方をイメージして、どう生活するか自分たちでも決定できる程の知識を説明する。
1993	やはり医師、看護師も含めた病院スタッフが患者不足の医療になりがちである。いまだもって検査づけ、薬づけの医療がつづいている。それが病院自体の経営の問題から発生しているので尚更やっかいである。「問１９」中にあるミスマッチが生じた患者について十分に反省する機会を持つことが大事と思うが、なかなかそういう機会は作られないのが現実であろう
1996	医療側が十分に説明したつもりでも受ける側の認識や理解力の不足がある場合のフォローが十分でないと思われます。 今后、生活がどのように変化し、どのようなサービスが受けられるかを時間をかけて各サービス担当者や医療者が連携を図り、受ける側が自信を持つまで援助していく事が必要と思います。
2000	【問 19-a は１、２を選択】 ・多くの医療者が在宅医療に必要な技術や可能性を知る必要がある。 ・病院以外の場でも、24 時間サポートは常に必要とされることを知る必要がある。（開業が逃避であってはならない）
2001	【問 19-a は１、２を選択】 Ｐｔも家族に対してもありのままを受けとめてあげる。
2002	現在できることを明確に説明する。
2004	当クリニックでの外来患者が在宅となった場合可能な限り在宅で看取っていこうとしている。 その場合介護力の問題があり、本人と患者の希望のズレがおき、上手く、看取れない場合があった。
2007	【問 19-a は無回答】 １と２ともにあると思う。
2008	けっしておしつけにするのではなく、利用者自らの意志が表出できるよう援助することが必要と思います もし在宅の希望であればその地域のネットワークを最大限に生かしたケアがのぞまれます。→コーディネーターが必要と思います。１事業者に負担や労力が偏ったりしないように工夫すべきと思います。 １→として患者本人より家族の意向に傾くきらいもあり、配慮注意が必要。
2012	患者のニーズに答えるためには、まず患者が何を望まれているかを十分に知り、そのニーズに答えられるような態勢が必要だと思います。 態勢を整えるには、人数を始めいろいろな問題が生じると思うので、すぐに変えることは困難だとは思います。
2018	・医療的側面から人を見るのではなく、人としてかかわっていくこと。 ・在宅療養が急速に増えてきているにもかかわらず、この点に対しての知識が少ないので学習していく。
2021	医療的な側面を説明することは当然として介護力が乏しいから、お金がないからといった在宅療養の迷信的な阻害因子に対しても、日常生活用具の給付、心身障害者医療費助成制度等を利用して 24hr365 日介護提供が可能であることを説明する。
2022	家族、本人の真情理解が十分でない場合に、どこまで心の問題に接触してゆくべきかを一般的な指針があって欲しい。
2023	本人の思いを聞く姿勢 正しく理解して頂ける説明 信頼関係に基づいた相談・支援 連携（かかりつけ医その他関連機関）
2028	在宅の知識と患者、家族の思いを聞く時間、説明する時間の労をおしまない
2032	患者の身体的・精神的な状況や環境を見極めその人にあった最後をアドバイス支援すること
2033	本人や家族が自宅にいたいという希望があれば、Dr、Ns、ヘルパーその他さまざまな介護力を使えば、できると思う。それを指揮するのはDr の仕事であり、Dr が family や本人の思いを受け入れ、それをコメディカルに伝えること指導していくことをやらないといけないと思う。
2034	思いやりのある説明
2039	病院勤ム者は、在宅で行われていることを知らなすぎる又、知ろうとしないのではないかと思うことがある。 それにより、病院入院している中だけの患者しか見えずその皆後にある生活が見えていないのではないかと思う。 在院日数を減らしたいのならば、もっともっと在宅でのサービスの可能性を勉強していただきたいと考える
2040	患者、家族が「選択できる」情報を提供する 相談に乗る　話を聞くこと。
2047	在宅医療を知ること
2061	個々の患者ともう少しゆっくり向きあう時間も必要 治療、経営を優先の医療現場であり、難しい状況があるのも現状。 医師にまかせるのではなく、チームとしてそれらの役割を担う「医療者」が必要
2065	【問 19-a は１、２を選択】 グループ診療
2068	分からない
2069	在宅でどのように介護して行くべきか？を教え、共に考える方法として在宅での支援協力者をすすめる。
2077	【問 19-a は３を選択】 説明した上で患者家族のニーズにこたえること
2085	医療者がプロとして在宅医療の詳しい情報を説明の中でわかりやすく、具体的に教育していくことで、患者、家族が充分な協議を行い在宅を視点にした情況判断の中でのトータルな家庭介護力を充分なサポートシステムの中で協議できていくと思う。 住みなれた在宅を最期までの居宅生活の場としてすごせるようにプロの医療者が「生き方の支援」をいかに説明し

	て理解していただき在宅療養or 医療が充分展開できるよう、訪看ステーションの体制整備も急がされている。
2095	患者と家族の希望を察知し又、バラバラの場合でも共有していける道への指導力 物理的な問題もあらかじめ知りＰｔ家族の納得できるという思わせれる力
2104	患者さんを１人格としてその生命、死生感を重んじそのためのサービスシステムを詳しく説明し本人家族の意思を尊重する。
2111	ご家族・本人に提供していくべきだと考えます。
2115	正しい知識を与えるだけの勉強が乏しい
2116	十分な知識をつける事が重要。
2125	【問 19-a は１、２を選択】 各サービス関係者との連携
2130	【問 19-a は無回答】 患者を受け入れられない家族にも原因があると思うが家族を支援出来なかった医療者にも原因がある
2132	連携（病診■　診々　診療ー訪問看ゴ）して、患者さんの希望を１つ１つひろっていく。 　先ずは入院先の病院が地域でどのような在宅医療が提供可能を知り、地域では連携し、サービスの量を増やしていく。
2133	患者家族及び患者をとり巻く人々に誠意を持って時間をかけて、医療者及び医療チームのスタッフがていねいに、説明コンセンサスを得ること。またその説明についての知識を修得し研修、研さんすること。
2135	①プロがすすめるだけで成立するものではないが本人の意向をきちんとうけとめることが第一に大切 ②設問１５のように説明や協議をすることの重要性と患者家族にその選択肢を示すことがプロとしてなすべきことかと考える。
2141	入院中から在宅へむけての体制を早目から取り入れて欲しい 最初から家族では無理だから施設や転院先を探すのが今の医療現場である。 何も情報を知らない家族に対して医療側も在宅医療という手段を教えてあげなければならない。 医療側、Ｄｒ、Ｎｓ共もっと在宅医療に関心を持ち、勉強しなければ変わらないと思う
2143	在宅支援、医療者間との連携システムが確立していない。一ヶ所だけで往診しているので。24h 対応が困難となった場合病院へ入院させてしまう患者は在宅医師から診察、治療困難と宣告されれば入院せざるを得なくなる。
2148	１．在宅療養を選択肢として考える ２．在宅医との連携、地域完結というマインド
2151	病院側と在宅側がもっと連携し合えるようなシステムを作っていく必要がある。 医師、看護師になるまでの教育も充分でないので、そこも直していくべき事。 患者の人生を最後まで看ていくつもりで、医療者はいなくてはならない。
2152	医療者も在宅を理解していない
2163	在宅で過ごす場合、受けることのできる支援制度等充分な情報を本人や家族に説明していくことが必要。 いろいろな情報を提供した上で在宅か病院を選択してもらうことがよいかと思われる。
2164	・看取りの際のサポートが十分に行えない環境も原因の１つと考える 　限られたスタッフ（Ｎｓ、Ｄｒ）では限界もある。 ・安心してよりそいながら最期を迎えれることのできるケアの提供はやはり、“ＨＰで”と考えているＤｒもまだ多いのだと思う。
2166	設問の内容が難かしいので、うまく答えられませんが、 ①「変化した身体を②ありのままに認めながら③生きていける」為に①～③のラインの部分各々の知識や考え方が患者と医療者側にずれがあります。ひとつひとつ十分な説明と情報提供、自由な選択、合意が得られるように医療者側の努力が必要だと思います。
2172	潜在化している「居宅生活して終焉」の希望を引き出す努力が必要 　どうしたら出来るのかを家族をまじえて話しあい、在宅サービスの手続きまでしてあげればもっと希望がかなうと思う
2173	さまざまな支援がある事。選択肢を説明し、自分がどうありたいか選べる状態にすべきと思います。 そして、選んだ答え、思いに対して周囲の人々が支えていくことが大切だと思います。
2179	【問 19-a は無回答】 在宅か入院かの選択は患者自身の生き方の問題であり、より在宅に誘導する必要もないと思います。正確な情報を伝えればいいと思います
2181	情報の提供
2183	患者、家族側の問題も大きいとは思うが、医療者側が持っている情報が現実に提供可能な医療、介ゴサービスの現実と比べて著しく少なく、十分に患者、家族側に情報提供できていないということが考えられるので、 医療者側が十分な情報を持ち、十分に患者家族へ情報提供し、安心して在宅で療養できるようサポートすることが大切と考えます
2190	知識を深め、十分なアセスメントをとり、何が一番重要な事かを模索する態度
2191	・家族へのサポート ・地域社会への働きかけ
2198	サービスが十分でないこと、連携が不十分であることも問題と考えられるため、行政をまき込んで、地域、住みなれた家で最後をむかえることができるというモデルケースなどを紹介したり、どこがどのようなサービスを行っている、又今後提供できるというネットワークを作ることが大事だと思う。 もちろん、家で最期をむかえたいですかと選択肢を提示することも
2202	【問 19-a は１を選択】 　ベットサイドにいる私達が、患者、家族がどう考えているのかを共有し、それに近づくことが出来るよう、連携室と連絡を取り、情報を提供していく。
2204	・居宅看護の支援を応援する
2213	在宅医療にもっと多くの時間を、かけるべきだと思いますが、一般診療に時間をとられてしまう。
2218	患者や家族の立場に立ち、可能な限り希望を叶えるよう支援すべきだと思います。そのためには医療者が知識を持ち、社会資源を提示できる立場でいなければならないと考えます。
2219	病診連携がうたわれているが、我々開業医が頑張っても病院の医師にその観点が欠けていては始まらない。 病院は情報を求めるだけで返すことが少い。 病診連携は情報の共有と言われるが、一番重要なことは治療方針の共有と思われるが、これも十分できていない。 まだまだ動ける方でもそうなのにより重い方でできるわけがない。 開業医がどれだけのことが出来るのか出来ないのかの把握もできていない。
2220	24 時間体制での支援サービス提供ができる（確実に）ことや、介護だけでなく、末期癌の患者の状態が十分理解していないと十分なケアができないので緩和ケアに対する知識を習得すべきである。又、精神面での援助も患者、家族に対して重要であり、そのような教育も必要であると考えます。
2222	もっと医療者は生活の場にこそ、本人の本当の姿があるという事を認識すべきである。
2224	生き方の支援に関する知識不足の解詳
2229	死をその関係と語る事
2232	在宅での生活を支援するための社会資源、利用できるサービスについて理解し、その対策を患者、家族に医療を受けている間に説明、指導ができない。急性期病棟においては退院時計画を入院時から始めなければならないという状況で在院日数短縮と平行しているため説明、指導する専任がいなければできない
2240	専問職が加わりサービス、支援等の十分な説明とコミュニケーション
2243	在宅支援等についての知識が少ない。 在宅支援について現場に出ての研修も必要
2246	【問 19-a は１、２を選択】 情報提供と、患者・家族教育、今後の生き方について相談・提案・アドバイス
2248	医療者として在宅緩和ケア、緩和ケアについて専門的知識を身につける事が大切だと思う。と同時に病院自体もそういうシステムをきちんと構築している事が大切
2250	【問 19-a は無回答】 正しい情報を与え、選択肢を複数与える
2252	【問 19-a は１、２を選択】 在宅でも可能な状況である事を理解して欲しい　その方に頑張っているケア在宅がある事すらも知らない人が多過ぎる。 HPDr　HPNs　CM、家族「家では無理」のレッテルが多く聞かれる。
2264	【問 19-a は２を選択、問 19-c にも記入】 日進月歩の医療及び医療器材の取扱い方 例えば、レスピレーターの使い方とか IVH、ポートの管理、PEG の管理等について、医師会を中心にもっと研修会のようなものを開いて、在宅を行なう医師は研鑽すべきであると思うしそのような機会があれば、私は参加するつもりであります。
2265	・治療のみにフォーカスするのでなく全人的に患者をみることも必要。 ・療養の場を病院に限定するのではなく、患者が何を望んでいるかによって、病院外の選択肢も用意することが必要。
2267	・病気だけをみるのではなく、家族も含めまるごとみていろんな状況を推測し助言できること。 ・本人の意志が伝えやすい人となり、また状況もつくること ・本人の希望や家族の思いがつかめること。 ・在宅との連けいを深める努力 ・在宅がわかるよう体験すること。
2269	何のために医療行為をしているのか、目的、効果をしっかりと話し合うこと。 長生き、延命とは何なのか、生きるとは、死ぬとは何なのか。 生と死をいっしょに考える場を家族本人ともつ。
2271	病院に来たからといって、患者の人生をすべて病院ー人じめにしてしまうのではなく、在宅医療について常に考えながら、可能な時にすぐそちらへ切りかえ出きる知識と、連携先をもっている。
2273	福祉・介護の提供可能な内容に関して充分知識をもつ
2274	・ＨｐのＤｒの中でＩＣＥの考え方が根付いていない ・在宅サービスの力を理解していない ですから、病院と（特に、キーパーソンになる方）仲良くし、お互いのサービスを理解しあう ・上手くいったケースを、共有していく。
2277	医療を全面に出しすぎて、本人や家人の思いや希望を聞かずに押しつけてしまっている。
2278	【問 19-a は１、２を選択】 　疾病は予想通りに経過することもあるが、急変することも、思ったより長生きすることもある。予想通りに経過したばあい、患者は医師を名医と呼び、他の２者は名医でないと思うと断定する。 　この解決法は、日頃から患者家族と良好なコミュニケーションを会話話し合いを通じて充分に蓄えておきさえすれば、ミスマッチが生じようとしてもトラブルには発展しないと考えている。
2279	患者や家族の希望を充分にきけていない現状があり、症状の緩和だけに留まらず信頼関係を密にしていき精神面での援助が必要。トータルペインを医師が積極的にとりくむことが大切だと考えます。又、情報の提供を早期に行っていくことも必要だと考えます。
2280	【問 19-a は１、２を選択】 知識をあるだけ、提供する。
2282	患者・家族の生活、背景などを充分分かった上でアプローチしていただけているかは、むずかしいと思っています。この入院期間の短縮や、Ns の配置不足、なによりきちんと本人、家族にむきあって診療可能な状況ではないと思われます。 　その上で、ですが、自宅で、最期を迎えるにあたり、必要な往診医や、各サービスへつなげていただけることをのぞみます。
2284	教育と勉強
2285	在宅医療についての充分な情報提供
2286	【問 19-a は１、２を選択】 在宅医療の点に関しもっと勉強する必要がある。 Pt、Family との間 コミュニケーションをすることが必要である。
2287	正確でわかりやすい情報提供の上で選択できる環境作り。 どちらをどれをえらんでも応えられる体制とスキル。 社会への発信
2288	在宅医療の知識の習得、及び経験
2302	その人の生き方にもっと寄りそうための説明能力
2303	医療を受ける人が最期まで居宅生活を希望される場合はそれを支援する医療があるということを十分に説明すべきである。

2305	終末期は殆んど、病院や緩和ケア病棟で、最後を迎えるというのが今の医師の考えだと思います。中には、地域連携、在宅での看取りに熱心な先生もいらっしやって、感動する事もあります。 在宅で生活できる事のアピールをしていかなくてはいけないと思います。
2308	まず病院主治医が、患者の病気を治療することには熱心であっても、退院後の生活には興味を持たないこと。事実、末期患者で在宅療養に移行した患者の自宅を訪問する病院主治医は私の関与した患者さんに関してはほとんど皆無でした。病棟看護師も、業務多忙のためか、在宅で受けることのできるサービスなどについての理解に乏しく、実際の在宅での生活がイメージできていないようです。また、患者さんののを在宅への橋渡しとなる地域連携室のＭＳＷも、医療の知識が少ないので、十分なアドバイスができない場合がほとんどです。 その意味から、患者の退院をコーディネートできる、専任の看護師と、できれば専任の医師が必要かと思われます。
2309	在宅医療についてもっと勉強し、主観的な考えは捨て、居宅と病院につていの公平なメリットデメリットを説明すべきです。
2311	在宅は、病院ではないのです。 在宅でくらす事それをよく考えてほしいと思います。 その家の状況・地域の事・病状・介護の状況・サービスの状況支える体制がどういう状況かを適切に把握する事。これは退院が決定される時ではおそいのです。入院されてこの患者は今後どういう希望でいるのかを早い時期に知る事により治療方針を決定してほしい。 病院でしていた医療行為を家でするのだったら家は小さな病院になってしまい本当の”家でくらしたい”という事にならないと思う 簡単に胃瘻を造設してしまうような事も考えてほしい。
2312	患者・家族にどうしたいかきくことがない 在宅へのすすめが少なすぎる
2315	【問19-aは１、２を選択】 在宅医療でできる事の提示が少ない。 退院前の患者全員に提示していけばよい。
2316	在宅との連けい
2326	てきかくな情報提供と関わり、そのためにやるべきこと。
2328	【問19-aは１、２を選択】 相方が 選択できるという道をとらず、「生命」第一ととらえるDrの方針に従うべきものとしている。 治療や経過、予後についてわかりやすい説明をすることが必要。 説明したら、理解されていることを確認して、選択してもらうこと。 １人での対応でなく複数の医療者の意見が聞けるようにする。 医療者はあまりにも患者・家族をないがしろにしている。
2329	医療者の都合で、その人に生き方を押しつけるのではなく、患者・家族の意思を尊重した上で、あらゆる手を尽くすべきではないか。
2330	知識を提供できるよう情報を収集すること、他（多）職種、他の施設と連けいし、個々が持つ情報・知識や技術をそれぞれが提供すること在宅医療をかかげながら、病状によっては、断る施設があったり、一度退院させたら、見放したように入院させないような総合病院があったり… 収益ばかりで、人間対人間の職業であることを忘れてしまっているような人も多いのではないか、制度のせいもあるが…
2338	患者が在宅を望みかつ家族の協力。そしてプロの医療者のしっかりとした体制づくりができていることの３つが、無理なくできるかどうかをみきわめる。 それらができると判断した時は、積極的に在宅医療をすすめる。
2343	可、不可は決めてはいけない。（病院側が） まず希望はどこにあるのかを知り、そのためにはどうするか？→在宅とのれんけい 帰って来れば、在宅はそれぞれの方が生きれる環境を作り出せる。 医師・Ns他サービスがそれを可能に出来るので、とにかく、地域のNs（調整能力は往診医より高いです。ハイ。）と関われればと思う。 日々の努力と経験で在宅側も自信を持つ事！
2344	患者・家族の希望を、実現可能、不可能は別として、よくよく話を聞く。
2347	そのPt、Faに合った情報提供をすること。 関わりきる精いがかけていると思う。
2350	患者の意向にどれだけそえる事ができるか。 多方面からの情報が提供できるか。 病状についての説明や予後等、将来考えられる身体の変化について時期や状況をみながら説明していく事
2352	【問19-aは１、２を選択】 在宅療養方法についてもっと理解（学習）をして欲しい
2353	医療サイドがそのＰｔ状態によって、在宅生活が困難と判断してしまう場面がある また、自然な老化について、説明不十分のまま、経腸栄養が開始になる場合が多々ある。
2356	・患者・家族に提供する情報を医師スタッフが持ち合せていない事、又介護力（家族）サービスのバランスの問題を医療者が持ち合わせていない事。 ・治療から最期療養に変革させるタイミングの問題 ・治療第１になっている時にこそ患者、家族と医療側の生き方を選択出来るコミュニケーションが大切なのではないかと考えます。
2359	【問19-aは１を選択】 分からない
2360	【問19-aは１、２を選択】 患者の生き方を支えるのがプロの仕事である。その為まず患者が自己の生をみつめどのように生きるかと向き合う必要がある。ターミナルということもありそのことに対し不安やかっとうも生じ充足決定をする道のりは厳しく困難である。 その時に医療者は十分なカンファレンスを行い統一した支援や十分な情報提供。 他部所での連携を図り患者が様々な選択ができる可能な状況をつくることが求められているのではないか。 又家庭もケアの対象であり在宅となると家族の負担も考慮する必要がありそのことを含め「生き方」を支える検討を行っていくことが必要である。

2362	在宅医療で可能なことうけられるサービスの知識が必よう
2369	患者・家族とのコミュニケーション不足によりインフォームドコンセントが十分なされていない現状があると思う 一方的な説明でなく、納得、同意が得られ、前向きな気持ちになれるまでの支援が必要と思う →この結果（できていない）１．も問題となっている。
2370	【問19-aは１、２を選択】 大病院が在宅へ＝自病院の患者がへるととらえること。 どこも赤字なので 地域、又は診療所に帰したいと思わないこと　　）この考えをやめること どんどん治床した方が病院がもうかること。
2373	ケース by ケースだが、社会資源などその患者家族に対してメリットがある情報はデメリットと共にしっかり伝えられるような知識が必要 生き方を変更させるだけの力業や知識がない また、地域の性質なのか[redacted]市内は在宅に入りこみにくい土地柄もある為、そういった人に対して、家に他者が入ってきても良い人間関係を築いていくことも大切
2374	日本社会は、まさしく個人個性が増々重んじられています。 ライフワークも生活パターンも個人の特性が表出されています。 「人生の最期」も「自分はこうありたい…」と今後更に増えてゆきます その様な背景を私たち医療者はバランスよく調整し乍ら医療提供してゆく必要性があります 専門職間でよりコミュニケーションをとり連携できるネットワーク作りが急務と思われます
2377	【問19-aは無回答】 主治医が在宅医療に関する知識があるのかどうか
2396	知識の拡大 患者・家族指導　教育 チーム医療の推進
2403	介護サービスや、日常生活用具の給付。社会資源等の情報の提供
2407	在宅医療の整備と経済的サポート
2408	【問19-aは１、２を選択】 施設医療と在宅医療が、根本的に違うこと 施設医療が最良だと思わないこと 医療の限界を知ること 自分達も地域にいる一人（ひとつ）のリソースであると自覚すること。
2422	その人がどう生きたいかを確認すべき。その上で今その人の状況に必要なものは何かをプロの目で見ていくこと。 また、プロだからこそ、自分のわからない分野は、その分野のプロに依頼し、情報を得る勇気をもつこと。 支援者としての役割を意識すべき
2424	ターミナル医療の学習が不足している。 倫理観を深め、「死」に対するマイナスイメージから脱却し、人生の終焉を援助する仕事として感じられるように医療者が成長する
2425	大多数の医療者に時間を割くことができないという問題点があります。 更にパワー、モチベーションも必要です。 今后、更に対応する患者が増えれば、中途半端な説明しかできなくなる悪循環が生じるかと思います。
2428	【問19-aは無回答】 在宅で受けられる介護サービスについての知識を、患者、家族にしっかりと提供していく必要がある。 また、在宅でもオピオイドなどの利用で疼痛コントロールが出来る事を、知らせる。
2430	前質問への答えに述べた、制度上の問題に追加して、医療スタッフのキャリア形成の中に在宅医療の領域が全く入っていないことが挙げられる。在宅の中心を担う看護師は基幹病院で教育を受けるが、これらの病院は在宅医療を全く行っていない。現場を知らなければ、在宅医療は理解できないし、やりがいや達成感も経験できない。教育病院内に在宅医療チームを作り、若手の医療スタッフに訪問現場で教育すべきである。医師も看護師も、経験を積むことで、在宅医療に自信ややりがいを持ち、一部は専門家への道を歩みだす。
2432	【問19-aは１を選択】 患者との人生への哲学を教育する。 患者が、生徒時代からの学校教育で、学んでいない。
2433	まず、生老病死の中で、現在の状態を逃げずにきちんと真実を患者・家族に伝えることである。 しかし、病院の医師達が「生き方の支援に関する教育を受けてこなかった為、無知であるが故、不十分な説明しかできない」ことが原因で、患者・家族が間違った意思決定をしていることが多いと思う。 だから、事実認識をきちんとしてほしい。（勉強をしてほしい）←我々が教育をする義務もある。
2440	医療者の思いと本人の希望が違っていても、本人の希望に沿える支援は何かを第一に考えることが重要。
2445	正しい知識を提供すること
2448	十分な知識を有すること 宗教死生観等を考える場を有すること
2456	医療を提供する側として、プロからの視点、も必要であるが時として上からの目線となりやすい。 一人の人間として、生き方について、深く考え、理解し、共感しつつもプロとして行うこと 限界もあることも提示出来る様になることが必要だが、非常にレベルの高いことになるため、実現はむずかしいと思っている。
2459	患者、家族が希望する終焉を支援する医療を安定して供給すること 供給する医療スタッフを育成すること
2462	Patient と Family に選択肢を示し、その merit／demerit をきちんと説明すること。 病院Ｄｒが、在宅に対しあまりに無知過ぎると思う。
2464	・現況の理解（Ｐｔ、家族、医療者側、制度全搬にわたり） ・業務分担
2474	患者、家族の想いに添っていこうとする気持ちの不足 あきらめ マンパワーの不足 疲弊 →これらを解決する方法…想いを共有できる仲間を増やしていくこと

2475	在宅でのデメリットを強調しすぎてしまい、患者がどう生活していきたいかを無視してしまわないように留意すること。何が大切かを主たる目的におくこと
2476	開業医の受け入れ体制
2480	患者、家族は「よくなる」とはほぼ、元気な時の状態にもどるということをイメージしている。本当はもとにもどることはなく、身体の変化をうけ入れ、今ある機能を維持していくことも重要であるのだが、医療者側の説明は「悪いしらせ」をはっきりと伝えていないため、患者、家族には十分理解されていない。医療者のおこなっているインフォームドコンセントは、ただの説明だけであり、患者、家族の気持ちにはそっていないし、理解できていない。「悪いしらせ」を伝える技術も必要であるし、また一緒に考えていくという医療者の姿勢も変化しないといけないと思う
2482	【問19-aは１、２を選択】 良心かつ器量と責任の医師がいれば問題がないと思います。
2487	・情報提供（在宅療養に関する） ・家族が家で看取れないと言われると、理由を解決する方法を選択するよりは、看とることができないことに焦点を向けてしまっている 話し合う時間を充分にとる必要がある。
2488	在宅医療が一般的になるほどの十分な支援活動が必要である。 医療職者でないとできない医療行為が多いため検討すべき。
2491	正しい情報提供。 ３にも関係するが社会全体が在宅医療への興味・知識が低いと思います。 社会全体が在宅医療の知識を深めることが重要と考えます。
2495	【問19-aは１、２を選択】 在宅療養についての情報提供と、ほんとうに支えるのであれば 24 時間体制で支えていかなければいけないので、医療者側の体制作りが大切である。
2496	医療者自身がまず知識を得て、情報を提供できるようにする
2502	在宅医療が支援出来るチーム作りが必要。情報がチームで共有出来る書式やツールが必要その情報を基に受ける側の希望を聞き説明し、納得していただけるようにすればよい
2508	・患者、家族への充分な説明 ・病診の顔の見える連携
2512	十分な時間をかけて、また十分な知識を持って当事者に説明する必要がある。
2517	【問19-aは１を選択】 →専門病院（大きな病院）でないと、治療ができないと考えている患者、家族が多いと思います。 ２）も選択できるとすれば、医療者の考え方の違いによる（社会システム）もの。
2518	在宅でしっかりバックアップ出来る体制をとる 24 時間 365 日対応といっても急変時でさえなかなかすぐに行けない開業医や訪問看護ステーションの体制（少人数でぎりぎりでやっている）にも問題がある。 コスト面、末期の最後の 1～2 日は何回でも何時間でも訪問可能な体制を整えるべき。（1 日 3 回迄とか 1 回 1.5 時間以内等のしばりをなくすべき）
2522	【問19-aは１、２を選択】 病状についてある程度変化を予測してきちんと本人や家族に話しが出来る事 （そのための信頼関係、本人や家族の気持ちや立場の理解、社会的背景の理解を得る時間が作れていない事も多いので事前準備も必要。 病院でのケアのしかたと在宅でのサポートのしかたについてできる事、できない事、本人や家族がしてほしい事、したくない事の把握が出来ていない。
2523	私は主に在宅で訪問を管理していますが週１回だけ急性期医療で在宅への退院に向け支援するお手伝いをしていますが、 急性期においての医療のあり方を患者・家族が充分理解出来ていないそれは入院時から医療側が充分説明しないまゝ治療がすすんで行くからと思う。 又、おゝくの患者・家族側も経済的、介護力の問題で在宅へもかえることを拒否しています。 総合して考えると医療側（→病棟医療者）のスタッフ不足や理解（在宅の介護についての）不足、社会資源への理解不足で治療と平行しての退院指導の不充分と考える
2524	変化に応じたその方に合った自立状況の設定、それに伴い生じる問題を解決するための支援の方法の情報提供 本当にその人はどうしたいのかをききだすこと
2527	私たちプロの医療従事者一人一人の認識不足からも生じてくる問題だと思います。 一人一人がもっと理解を深め、患者・家族の訴えに傾聴していく事が重要ではないかと思います。
2539	１、２ともに大きな問題があると思うが、医療もひとつのサービス業として考えると、サービス提供側に、ＰＲ義務があると考える。 選択肢をいくつか提示し、どれを選ぶか強要することなく、どれを選んだとしても応援する姿勢こそが本当のサービスである。
2547	【問19-aは１、２を選択】 在宅へ帰るタイミングや在宅療養の理解がなされていないことが多い為、 他職種との連携や問題の検討を行なってほしい
2548	意志決定へのケアプロセスが軽視されている
2549	タイムリーな情報提供とＰｔ・家族の思いをひき出すこと。 ニーズを満たすためにはどのような支援ができるのか医療と在宅スタッフも交えて話しあっていくことが大切。 緩和ケア病棟に来るまでのところで“もっと早くこうしていたら家ですごせたのに”と思うことがよくある。 先をみすえながらＰｔ・家族のニーズをひき出すこと
2551	・医療資源に十分に知ること ・病院がbestと思う気持の変換
2552	ＩＣＤに基づく、身体情報の提供。特に、どのように身体が変化するのか在宅では何が問題点となるのか等の、今后おこる予測情報のしっかりした提供が、在宅での介護者の不安の緩和につながると思う 正しい情報提供と、サービスの提供があると、本人の決定がより重視され意向にそった支援ができると思う。
2556	・在宅医療に対する、情報をあたえる ・在宅医療できる可能性の説明を要する。
2562	プロの医療者自体が意識改革する必要あり
2563	在宅医療というものを患者家族だけではなく、病院医師にも説明し、現状を理解して頂く必要があると思います
2566	・患者、家族へ選択肢があることの説明を十分にする。 患者、家族の決定する力を信じる。
2569	医療の限界の明瞭な説明、在宅でのトータルケアについての啓蒙
2570	受傷直後から、医療者が関わるなかで、患者の障害受容などに目を向けた働きかけにより、その人の生きる力、を引き出す事、できる事をほめながら、リハビリをする事。
2573	意思決定の支援
2574	充分にインフォームドコンセントがなされるべき
2576	「その後の生き方」に関し、種々な撰択肢があることの説明と、見取りには相当の「覚悟」が必要であることの説明が必要です。
2580	患者・家族に選択肢となる情報を伝え、不安な思いを明確にし必要な調整をはかること
2581	医療者の問題対応能力の向上、対応策の周知。
2589	医療者が自身で自立して、自身の死生観を育み育てる必要がある。
2591	もっと死というものを、説明する時間をもっていったらと思う
2593	介護サービスを含め、全ての社会資源を有効に活用できる様な様々なサービスとの連けいが必要。
2595	【問19-aは１、２を選択】 医療者側からもっと予測を含んで患者の今後の状態について説明する義務があり、医療サービスについて説明できなければならない。又、社会サービスについて知識がないといけない。チームとして活動する必要がある。お仕着せでない患者の「自己実現」をサポートする意識が必要。 根本的に「提供する側」に自己における生死観や信念というものがしっかりしていないとＩＣはむつかしいのではないかと思います。
2597	・研修医制度で実際の在宅緩和ケアの現場を体験させることは、その後の研修医にとって貴重な体験になっているように思う。 ・それ以外の臨床医は、在宅ケアの現場で実際の体験をしていないので、患者・家族に充分な説明ができないでいる。 ・患者・家族、市民の願い、価値感についての理解、共感ができない臨床医が多い。
2598	「正常」である事に促われる余り、「身体をありのままに認めながら生きてゆける」という概念が欠けている。 検査データを正常化する事ではなく、安全安楽高次ＱＯＬという事に視点を置いた時、必要な医療の質と量が変わっていく事も多いと思う。
2599	プロとして多方面の情報収集し、正しい知識をもち１人１人に合った説明をする。 説明もタイミングを逃さずタイムリーに行うことが望ましい 安心して在宅療養できるような関わりをしていくことが大切。
2602	もっと時間をかけて、スタッフ間や患者・家族も含めて協議すべきと思う
2605	今後の病状の変化をきちんと家族に説明し、本人の意向も伝え、在宅での出来る事を伝えて本人・家族が選択出来る様提示する
2613	多くの選択枝を提示していく必要がある。
2618	【問19-aは１、２を選択】 癌に関して言えば、死に至るまでをどのように人間らしく、生きる目的をもって生活してもらうかを本人によく考えてもらうこと、本人の希望する生活を家族や医者側がサポートしていくことを常に話さなくてはいけない。「生活のための医療・治療」であり、「治療のための生活」ではないことを強調する。そして、「生活のために」どの場を選ぶか？病院、ホスピス、在宅、そして本人の望むことをおこなうためのサポート、家族の体制などを検討していく。 癌治療の初期から医療側、患者側、家族側に常々そのような会話がなされていれば病院死の%は減少する。 あとはサポートする地域の人的資源の有無や家族の体制の強弱で%は変化する。
2619	まず患者、家族の意向を聞く、その意志を第１に考えていくことができていないから。 患者が選択できない現状がある。
2620	理識を得る事 経験を重ねる事
2622	患者様のレベルに合わせた説明を十分に行うこと。その上で選択してもらう
2623	病院医療者教育、学生教育の徹底
2631	【問19-aは１、２を選択】 連携の不足の解消 在宅療養支援診療所の充実。
2632	在宅療養をおくるための情報を患者、家族へ充分に説明できるだけの知識を身につけておく事と、地域での連携がもっと円滑にできるよう話し合える場を持つべきである。
2635	医療者側、とくに医師で言えば勤務医が「在宅」というものを認めていない方や病院で死ぬのが当然と思っている方がおられます、また治療にこだわりすぎている方も多く存在しています。助かる見込みもないのに「患者さんに真実を言わず、化学療法を続けている。prolonged life を目指し、ＱＯＬも低下しないのなら意味があると思いますが、ただ余命が２－３か月延びＰＳも低下し Bed 上だけの病院生活しか見えていない勤務医が多いようです 主役は常に患者さんです。先ずは我々の側の意識を変えることが大切と思います
2636	本人・家族に対しわかりやすい言葉での説明と同意
2637	日本の医師教育から問題がある、高齢化に対する医師の立場、治療 etc が理解されていないと思われる。
2639	患者・家族が不可能と考えるかどうかを考える前に、必要なこと全てを情報として説明すること。 できるかぎりの情報を提示し、デミリット、リミットを説明する。
2641	残り少ない可能性にかけるようなインフォームドコンセントはやめて、ある程度のＡＤＬ保持が充分な時期にＱＯＬを見て行き、その病気だけ見ないことだろうと思う。 病気の○○さんという「胃癌の○○さん」ではなく、 40 年、花屋を営んで来て、朝から、花を手入れを熱心にされる○○さんが、病気になり胃癌ですというような考え方に、私自身Ｈ・Ｐのナース時代持ててなかったです。在宅に来てそう思うようになりました。
2643	医療者が在宅医療について、もっと知り、勉強して、患者、家族に充分説明できるようになることが必要である。但し医療者の中で、医師だけでは、時間的に、すべてはむつかしく、パラメデカル、行政なども、知識を増やして、患者、家族に説明できる態勢の整備が必要である。
2644	身体の変化を受け入れ、介護等を受けながらも自分らしく生きていけることを本人、家族に説明することからス

	タートすると思います。 「障害が残ったことで在宅では生活できない」と言ってしまう医療者がいることで、家族は在宅生活を選択枝からはずしてしまいます。
2645	退院後の医療介護、社会資源の教育
2648	個別性を理解した上で病気の治療だけでなく全人的にとらえチームでの医療が必要と思われる。例えば脳外で入院していても胃ろうや経口摂取などの時はあまり、脳外はかかわらず消化キ内科などにたよりがち。 Ｎｓも、褥瘡などや専門性を重んじて、認定Ｎｓにまかせたり 人を、１人の個としてとらえて、アドバイスをもらってみんなでとらえていくことができていないと思う。
2649	【問 19-a は１、２を選択】 患者、家族の中で最初からあきらめている（知識不足にて）
2651	まずは在宅支援診療に必要な教育を受け、家庭医としての実践を 3 年程積み上げるような体験ができる医療機関で 3 年程度のカリキュラムをこなしてから開業できるようにする。自由開業医制はそのまゝにして、その上に教育カリキュラムを修了することを要件に追加する。又 3～5 年に一度は 1 週間程度の研修（家庭医、総合診療カリキュラム）を受ける。
2652	【問 19-a は３を選択】 あらゆる情報の提供がなされてない、忙しすぎてそこまでかかわれない
2653	・病院医療関係者は、「生活」ということの意味がわかっていない人が大部分。これは教育してもなかなか変わらないことは、歴史が証明している→教育するなら、学生、研修医時に、もっと時間をさいて行うべきだろう。 ・「医療は病院でしかできないものである」「患者は 1 分 1 秒でも長く生きるためには、質をギセイにして良いと思っている」「質は考えなくて良い」「延命医療を行えば命は長くなり、緩和ケアを行うと命は短くなる」といったパターナリズムをすてること。
2657	患者、家族の思いをしっかりと聞き、その思いにこたえようとする姿勢をもつこと。 又、それを実行する上で必要な知識と、それを援助してくれる、社会資源を利用すること。
2661	充分な情報を提供できていない事 環境の整備の不充分さ。（問４－ｂの回答と同）
2663	やはり、開業医と病院医との連携が必要になる。 癌患者は、どうしても病院での終末が多くなる。
2664	不可能という考え方をなくす。在宅での生活を送る為に必要な援助は何かを考え、チームで支えていくことが必要。その地域でのサービスをうまく使う。その為には情報を得ることも必要。在宅での生活を支えるスタッフとの連携を第一に考える。
2666	【問 19-a は１、２を選択】 １、２、両方あると思われる。しかし、２側がきちんと体制を整え、説明ができ、情報を与え選択できることによって１側も考え直すことができると思う。 また費用的なものも考えてほしい。 例えば入院中は保険がおりるが、退院后はどうなのかとか、65 才～74 才まで医療保険の場合、（障）がなければ 3 割になってしまうとか、（障）も 64 才までにとらなければ医療補助は受けられないとか、いろいろ挙げられる。
2667	充分な説明とサービスの提供
2668	在宅医療を情熱を持って、行う、プロの医療者が少い。
2675	在宅をイメージしてほしい。
2676	①在宅に関する知識・理解を深める。 ②それをよく説明する（何度も） ③在宅スタッフでよく検討する、 お互いの連携を確認 ④24h、連絡とれる様にする など
2679	十分な説明 特に自分の守備範囲以外のことも幅広く説明すべきである。
2684	【問 19-a は無回答】 個別に本人や家族が在宅をイメージできるまで説明 その時、どのような事が不安なのかどんどん質問を受けながらくり返し説明。最初は何を聞けばいいのかも分らない。
2688	変更させるとは、思いませんが… 投げかけや周囲の理解で変わられることもあると思うので。
2691	【問 19-a は１、２を選択】 専門的な知識だけでなく、人をトータルとして見ていくこと、チームの一員であるという認識
2693	【問 19-a は１、２を選択】 患者をもっと人間として尊重すべきだと思う 医療中心となってしまう事がある
2698	【問 19-a は無回答】 老化、疾病、事故によりの身体の変化…こうなるなど医療者からの説明が必要だと思います。 アマチュアの「患者・家族」は医療者のように勉強をしているわけではないので、教えて行くことの重要性と思います。それがプロという事ではないでしょうか？ 「その人らしい生き方」はどういうものかを確認して行くべき。
2706	【問 19-a は３を選択】 社会全体の認識（死や看取りに関する）の変革 死はあたり前のものとして、考える→Ｆａへ伝えていく。 Ｄｒも在宅での看取りを考えていない人もいるためＤｒの意識も変えていった方がよい（面倒だと思っているＤｒも少なからずいるのでは？） Ｄｒに、必要な医療なのかどうかＱＯＬ＞ＳＯＬを考えたキュアをして欲しい。
2714	【問 19-a は１、２を選択】 患者さんを、病人としてではなく、生活者としてとらえ援助することが必要
2717	患者・家族のニーズを的確に把握し、現在ある資源によってどこ迄、そのニーズに添うことができるかをチームで検討し、患者、家族、医療者が同じ目標を持てる関係をつくりあげること。
2718	【問 19-a は無回答】
	病院サイドのかかえ込み、地域にその人をかえすにあたって、地域の診療所や訪看へ、とまだまだ移行されていない現実、医療費は高く診療報酬が安い為、と外来担当者の勉強がまだまだで理解していない。
2723	【問 19-a は３を選択】 変化している医療行為や考え方の知識が不足しており、知識を得る為のパンフレットが必要である。
2728	疾患は、患った方達の人生の一部、あるいは、患いながらもその人の人生です。よって、疾患ばかりにとらわれることなく、全人的に支援できる体制と知識を養う必要がある。
2737	【問 19-a は１、２を選択】 家人のサポートを含めて、事象毎に集い方針の確認・決定を行う。
2738	病院をそのまゝ在宅ベッドサイドに持っていけない時、“自分達は無力”と思われてしまうという気持が働きやすい。苦労は並たいていではないのに、報われない結果を得ると自信を失い、信用を失うことにもつながるので、恐れてしまうことがあるので。 病院医療の良さ、在宅医療の良さと双方のデメリットを社会的にもう少し認知させていくことが大切。そして、患者から選ばれなかったことを自分達への否定と受けとめず、患者を誘導して選択させることでなく、患者が十分な情報に基き選べるようにして、それに沿った支援という考えをもつことが大切。
2739	説明に同意
2741	【問 19-a は無回答】 １、２どちらとも言えるので、よくわかりません。
2742	病院医療者が最もアホである →在宅医が何度も病院へ出前講演をするべき
2743	その患者の生きてきた道を理解すること。
2745	【問 19-a は１、２を選択】 ◎医療者自身が、制度やサービスに関して十分な知識をもっていないため、十分な説明ができない。病院、在宅の各関係者が協力し合い、情報を共有し、互いに知識を深めていく必要があると思う。
2746	患者さんにもっといろんな選択肢を提供するべきである。 自宅に帰る方法（色んな社会資源の活用）を知り、自宅へ帰っても安心して生活、療養が行える環境の提供が必要。 在宅医療について知らない人がたくさんいると思う。
2755	【問 19-a は１、２を選択】 ・情報提供の不足 ・意思の疎通の不足
2767	患者、家族それぞれの思い、人生観へ医療者は真摯に耳を傾けることと、情報（病状や福祉など）をタイミングをみて理解しやすく伝えること、主体である患者、家族を尊重した治療もしくはケア、その両方を行なっていくことができればと思います。
2771	患者や家族への必要な情報提供を行うべきであると思う 在宅の場合はどうなのか、病院の場合はどうなのかというメリットデメリットを十分に説明すべきだと思う そのためには医師及び看護師その他とりまくスタッフの知識を得ていく必要がある
2775	患者のわかりやすい言葉で、具体例を出しながらの説明が必要。 受け皿や支援情報などの紹介
2776	・早い段階で在宅へ帰す。 ・訪問看護ステーション、往診医が退院時からかかわる。という意識を持つ。
2778	患者の意志を最優先する姿勢が最も重要と考えます。 周囲の環境を整えて、患者の話しをよく聞く姿勢が必要です。
2791	患者や家族が中心とはいえ、現実は患者家族は弱い立場にあり思っていても言えず、医療者に従わざるを得ない状況にある。 そのため、状況の変化にあわせて、その時々に、患者や家族の気もちをきき話をする必要があると思う。 日々のコミュニケーションを通して信頼関係をきづき医療者は在宅医療や制度など幅広い知識と理解をもち可能性を見つけながらその人にとってベストは何かを考えかかわる必要があると考える。 又、１人で行うのではなくチームでかかわる（様々な職種が連携する）ことが大切なのではないか
2798	問題があるとは思っていないのですが、実績のある医療者が、地域に即した、ご本人の意向を踏んだ、ご家族の不安を少しでも払拭できる終末期のあり方をよくカンファレンスし、実行に至ります。またその方向性も途中で転換することもあります。ご本人の意思表示が不可能となった時、看取る家族、親族の臨死観によって考え方が変わることがあります。
2801	患者側が生き方に関しての対策の知識が乏しい為医療者側があらゆる選択枝を提供すべきである。 また情報を広く、早い時期に多くの方法があることを伝えていないことが多いと考える。 正しい情報が伝わっていないのではないかと現状では考える
2804	患者・家族は、知識に乏しいことは当然であり、主な責任は情報提供を十分行っていない医療側にあると思います。しかし、医療側は、情報提供を行いたくても、多忙のためできない事情があります。 医療をサポートする人材が必要と思います。
2806	患者に対して変化した身体をありのままに認めながら生活していける手段を医療・福祉の側から充分なアドバイスをし、患者・家族が安心して過していけるよう、病院スタッフ、在宅スタッフが連携を取りあい患者・家族をサポートしていく事が大切だと考える
2807	病院で最期をむかえることが一般的になっている中もっと他にも選択肢があることを対象となる人、又その家族が納得できる説明をしていく必要があると思います 若い人達は共働きが多く介護力が低下している中現実的にどうすることが患者にとって、良いことかその人らしく生きることができるのかを具体的な方法を示していく必要があると思います。
2809	その人の望む生き方を理解し、可能な限りそれを実現させるために疾病のコントロール、社会資源の活用、他職種との連携を良くはかる等行っていく。
2814	希望する場所を選択できるような環境を準備し、それに関する情報を提供すること。
2816	医療は病院だけでなく在宅でも受けられること。また在宅でのサービスの受け方、内容についてもっと知るべき。 そのためには、知ることのできる研修などのプログラムが必要。 医療従事者の意識の変かくが必要。
2817	【問 19-a は１を選択】 １） １．２の複合的要因がある ２）家族も日常生活に手いっぱいで、介護に手が回らないことが多い。
2820	医療者は毎日このような患者、家族と接しているのだから、つねに答えを求めて、より良い解決の方へと考えをま

	とめて意志表示すべきです。 具体的な場では選択肢がいくつあるのか、そのそれぞれの特徴を説明しましょう
2822	【問19-aは１、２を選択】 退院間近になると施設名を聞くＤｒが多い事にびっくりしています。 そこが第一の大きな問題ではないでしょうか。 在宅でも可能である事を充分説明する。 （不安をとり除く）（訪問診療　訪問看護etc知らせる。 医療者全体で在宅の支援をする必要があると思います。
2824	【問19-aは１、２を選択】 家人に対する説明 もし在宅で看る場合に家人にとってどんなメリットとデメリットがあるかどんな大変さがあるかをきっちり理解させた上で希望の家庭に在宅をすすめる。
2827	①十分な説明と②医療連ケイ。 ①十分な説明に対してのコストが設定されていない。手間に対しての金銭的評価が低い。又、病院勤ム医師が、在宅で何が出来て何が出来ないかを理解していず、在宅にＰｔをもっていけないのではないか ②在宅においても、一つの診療所で全て対応しようとして限界を感じていると思います。
2830	在宅に戻る前に各専門職が患者が在宅療養をするにあたって何が問題になるか、それぞれの専門職から情報を得て患者家族に指導する 在宅療養をする為の環境かどうか、そして必要な社会資源の利用について患者家族に指導する
2831	医療的な部分の説明を客観的にすることと、在宅を希望する人であれば、在宅でfollowすべき医療ケアを整理して伝えること。 この時、できる・できないは本人・Ｆａにゆだねること。 また、できるためのサポートをどこに相談するかを知っていること。
2835	医療者が社会資源、介護システム等の知識が少く、患者さんにえらぶ事を提供していないため、居宅生活で必要なのが何かを理解する事が必要です。
2840	自分達の死生観を持つこと、それに固執せず患者家族とじっくり話し合うこと。合意が得られるまで何度も、必要なだけのコミュニケーションを試みること。
2842	安らかに人生の終りを迎えることが出来るように心身共に協力する必要があると思います。ひたすらに人生を歩いてきた人々に尊敬の念をもって接する必要があり、やっかい物扱いをするのはもっての外と考えます。
2847	在宅医療のより良き理解をする為の実地教育研修。 介護保険を」はじめとして種々の社会資源の理解努力。 地域・生活に密着した在宅患者のより正確な病状・病態・余命推定の把握。 家族の介護力把握と環境（地域コミュニティー）の把握。 在宅での終末期医療の実際を体験する。
2848	全てを磨く
2852	【問19-aは１、２を選択】 患者の境遇に、理解・共感し情的な対応をまず心がけること。
2854	医師一人では限界があります（能力的にも体力的にも） 在宅医療をして下さるＤｒをもっと育てるべきでしょうし 私ももっと勉強したいので研修会などを通じて他のＤｒと交流を深めたり技術を向上させたいです
2856	十分な説明、選択肢を全て提示し患者と家族に選んでもらえるようにする。病院・在宅のどちらを選んだ場合でも医療者が全面的にサポートするという姿勢を提示する。
2861	個人をよく知ること（生活、性格、考え方…） 個人をとりまく資源を知り、連携を図ること
2862	患者・家族に老化→死は避けることができないことをきちんと説明すべき。 誤嚥性肺炎→胃ろうでは解決にならない
2863	【問19-aは１、２を選択】 在宅で終焉を希望する患者が多い現状を踏まえ在宅でのサービス医療面での連携、ネットワークの拡大など情報収集し収得し家族・本人が安心して退院し在宅にて余生をすごされることが可能な様に説明・指導していく必要性がある 在宅⇔病院という関係がズムーズになるべくお互いの部分で現状を把握していかなければならない
2865	・キュアの限界を適切に判断する ・過剰な治癒での期待を持たせない ・自分が全て背負わない ・在宅ケアの情報をきちんと知る ・多職種によるサポートを信頼する
2870	病院スタッフのＩＣＦに対しての理解 以前ホスピスが偏見の目で見られ、けぎらいされていたように、現在在宅医療はそのように見られ扱われているように感じます。単に追い出しとして帰すのではなく、在宅医療への配慮をもって帰してほしい。
2872	１）技術的向上■■■■ ２）診診連ケイで■■■■はともだおれにｎないようにすること■大■ ３）自己犠生的■■でできるものではない
2873	・介護力や、本人の力を引き出す努力をすべき ・介護の方法や地域の情報収集、保険の内容、助成の情報提供 ・在宅医療の現場、実例を、場合によっては見せたり声をきかせたりする。

問１９－ｃ　「患者・家族」側、「医療者」側以外にあるもっと大きな問題

ID	記載内容（原文のまま）
2	ベストなことを保険でやるのは無理
13	国の医療制度 医師 etc スタッフの数の問題 裏付ける診療報酬の問題
14	システムの不備
16	医療のみの提供ではないのでチームとしての提供を行うためには、事業主体がバラバラの現状で系統的に体制がとれず在宅に持っていっても不安や家族の生活が生じる状態となってしまう。在宅を支える国民の意思が十分確立する方向、広報とともに改善されることが望しい。
17	身体に障害を有することで社会的に廃用化・廃人化する自然科学的人間認識について大多数の施策者が欠けるところが多い。また、社会民主主義や社会主義の理念の■■に欠く。
18	時間的、金銭的に介護ができる家族がいることが必須であり、それも家族の負担を考えると複数の家族（主介護者以外にも）の存在が必要です。 　多くの人が介護に専念できるような社会制度が必要です。
19	家族構成、社会の支援体制など複雑な問題が関係しており誰に問題があると決めつけること自体が変です。
24	医療者、患者およびその介ゴ者が十分に理解していても、日本の村社会では、それを妨げる一部の無理解な民衆がいる。 もっと全国民レベルでの、理解が必要。
33	P.13に記した如し
40	患者・家族・医療者すべてを教育することが必要。 教育というよりはどう生きたいかをもっとざっくばらんに話すことが必要
45	在宅療養支援診療所を運営してみてわかったことはある程度のスケールがなければ運営が難しいということでした。(ex.医師複数体制、訪問看護ステーションの整備など）例えば医師複数体制を維持するためには、一定数の患者さんがおられなければ運営は難しくなります。 一般緩和ケアと専門緩和ケアとを分けて保険点数を設けるなど社会保険上の整備も必要だと思います。
47	①疾病の治療、又、生きることの選択は自分自身にあり（患者、家族）その為には、情報を収集する必要がある ②医療者は患者、家族に情報提供し選択肢を共に考えると宜しいのではないかと思います。
52	口先だけの国策誘導しか行っていない。在総診で動ける診療所の都合でシステムが決定されていて、一般開業医と訪看、居宅が協働できるシステムにない。
56	個々の医療者の問題もあるが、やはり制度として整えるのがまず早急に必要。
58	患者の死生観が重要
59	経済的問題、マンパワー不足
62	高齢化社会にて、「居宅での生活」を支える財源、医療や介護の担い手が不足しており、今後、相対的には益々不足すると思われるから。
67	人生の終末期において医療だけが、そのファクターではないでしょう
71	現在の資本主義社会の有り様そのもの
74	核家族で経済力がない人々は無理。 死を前程に生きることができてないと、死→医療者の責任追求となってしまう。
76	家屋の構造に在宅看取りが、困難となる原因があり、さらに病院死の方が、家族にとって楽である感じがする為に、マスマス、人の死が一般人の目から穏され、一般人である家族にはとても手が出せない、という間違った印象が行き渡ってしまっている。 　納官でさえその専門家に関する映画が話題を呼ぶほど、一般人には何も出来ない。納官もできない、という風な非日常の彼方へ追いやられている。出産とある意味同等な現象。
77	義務教育の段階から全ての国民に情報提供すべき。 核家族化や、住まいの狭さ等も現実問題。
79	１、２両者に問題があること。 行政としてのしくみが不十分なこと。
81	・訪問看護ステーションや訪問医療、在宅サービスなど、支援する側の体制の充実 ・死生観のけいもう
85	最期を居宅で迎えるためには家族の介護力の問題、身体変化にも動じない強さが必要であると思う。様々な患者家族を見てきて、この家族ならば最後の看取りを自宅でできると感じたり、不安が強く最後は入院となる事が予想ができた
88	低医療費政策に代表される誤ったコスト意識から出た行政策
90	・社会的環境 ・宗教 etc
91	【問 19-a は無回答】 あらゆる在宅ケアを受けてもやはり身内が 24 時間そばにいることを希望している。家族は仕事をやめるなりし自らの健康をもかえりみず、介護にあたらなければならないことを想像する。 →今の社会で仕事を失うということは生き残る人にとっては、大きな問題となるため。 また個々が健康に自信がないため。 家族としての機能が破たんしている現状。
92	【問 19-a は無回答】 １、２の原因もあるとは思うが社会的に１人１人（医療者も患者も家族も）の意識、知識の問題。社会問題になっている。お互いに在宅でも介護できるような制度づくりが必要。
96	病人は病院に行けば治る、寿命はすべての人が 100 才まであると信じられていること。 　がん死が全体の 1／3、平均寿命は 70～80 才だということをまず認識し、自分のことは自分で決めさせる決定権を医療者に与えないようにすることだと思います。 社会的な基盤も大きく変えて行かなくてはいけないでしょう。 →在宅医療もあるよと言いながら都市部しか充実した在宅医療の資源はありません。
109	１と２の両者
110	家族に経済的余ゆうがない、家族が居ない
111	【問 19-a は無回答】 在宅医療の現在の問題点として、在宅医を提供する医療者側、提供される患者側双方にとっての不安材料は、急変時になかなか受け入れていただける病院が見つからないことです。 退院元の病院なのに受け入れ拒否は当たり前です。 在宅医療へ移行した患者さんを急変時に確実に入院を依頼できる体制を確立することが重要と思います。
113	制度、整備、将来像がまったく整ってない！ 一貫性がない！ 政治が悪すぎる。
114	患者の生き方の問題より患者家族の負担が大きい為に家ではみれないという事になる事が多い。
115	国の政策
118	【問 19-a は１、２を選択】 ・日本人は「宗教」を持たないので、最期をむかえるにあたって「心のよりどころ」がなく「気持ちがぶれる」こと多い。我々は宗教家のかわりをしているのではないかと思うことがたまにある。 ・患者さんや家族は「自分の命が助からないこと」をうっすらわかっている。そのような環境の中で「自分の最期の場所」を求めている。「あたたかい環境の中、安らかに死ねる環境をととのえてあげる」のが在宅医療をやっているものの努めであると考える。
120	相方に問題がある
121	両者に問題あり
122	医療者は押しつけではなくその人がどうなりたいのかに目を向ける 患者、家族は自己実現を持ち限界はどこなのかも知った上で決定していくこと。 後、大切なのは熱意ですかね…
125	原因はわかりません　現実の中で医療者の説明理解と納得に個人差あり信頼関係が第一、やはり愛情をかける心をひらき向き合う必要を感じています。
126	在宅医療への取りくみ Dr、CoWorker の少なさ、誤かい（非常にきつい仕事である）（医療者側の問題） 在宅医療の低評価金額・尊敬の念（受ける側）
135	尊厳死の問題等　延命医療のあり方について
145	１、患者の人格、家族背景、経済状態、しかし最たるものは患者が、Concious の状態にあるものと仮定すると“患者の思想”に依存するであろう
150	患者、障害者の為に健常者が不自由な状況におかれるのを何回か見てきている。 生き方は他人が決める事ではなく、自分が決める事。認知症になっている人には分らないと思います。 それぞれの考えがあっていいと思っています。
154	①日本固有の“死生観”というものが不明確 ②状況によって患者、家族、医療側の考えが流動的である。
155	「最後まで居宅」には支援する医師、看護師等の医療スタッフ、介護スタッフ、介護者が必要です。これは 24 時間 365 日です。これをすすめるには整備が必要です。 どうして訪問看護ステーションが減っているのか看護協会の調査資料参照して下さい
156	先日、ＮＨＫのＴＶで米国の音楽療法にたずさわる日本人の番組をみた。米国のある郡では在宅ホスピス患者(1700 人！！）を 24 時間で支えるシステムができている。 スタッフがたくさんいて皆で（市、県、郡、レベルで）支え合う組織が必要である。1700 人の在宅ホスピス患者を支えることのできるシステムは日本にあるでしょうか。国レベルで構築してもらわないとムリである。
160	１）個人の死生観が確かでない。子が親を看病するモラルを失った。宗教、教育等がかかわる問題だが、日本の戦後教育や世情にも大きな問題がある。物質文明至上主義－拝金思想の流行。精神主義の凋落が背景にある。 ２）夫婦共働、核家族、親子、親族関係の稀薄化、祖先尊重の低下、等によって老親の介護を他人に任せて、給料生活者を続ける。老親は子供の負担になるのを恐れて施設や入院を選ぶ→現代版「うば捨山」物語りである。
162	制度の不備
164	医療・介護にもっと予算をつけてくれなければ実現不可能。
166	在宅で看とるための、マンパワー不足及び社会・行政制度の不整備
171	医療費削減を即刻やめるべき 国は病院から在宅に移行することにより費用が安くなるようなことを安易に述べるが、単に家族等に労働力としてお金が発生する部分を肩代わりさせているよにすぎない。介護者が疲労などのため入院となり以前より一層生活が厳しくなった家庭を数多くみており、現状の枠内で今までにかかれてきた在宅医療が達成できるとは到底思えない。 現状で行うことを強要するなら、受診を持つ研究者も参画させる位の強制力がなければ無理（また臨床経験の乏しい医療者にあたる可能性も事前に国民に受け入れてもらう必要もある）
174	医療の体制・保険の制度に問題がある。 緊急の時に家族が不安になり救急車を要請してしまう。
179	【問 19-a は無回答】 「患者・家族」にも、「医療者」にも共に問題があり、どちらが原因とは言えず。複合したものと思われます。 「患者・家族」の問題としては、疾病に関しては、すべて医療機関に任せてしまいたいという思いがなかなか拭いきれないようです。あるいは、方法論的に出来るからといって、意思疎通も全くないような認知症末期の方にでも、胃瘻造設を希望してしまうことも多々見受けられます。 「医療者」の問題として、それこそ戸板でないと動かせないような患者に対して、当然のごとく外来通院を指示して退院させたり、生活のことを考えずに介護認定申請の勧めもなしに退院させてしまうことがあります。
180	家族の介助が不足。介護者の病院へのいぞん体質があるため
184	国が在宅療養を促進するように政策を見直す必要があると考える。
185	どちらにも充分な知識がないからだと考えます。現状の医療ではそれが困難ではないでしょうか？ ただただ救命を優先する医療が優先されているように思います。
186	主たる介護者である家族側に受け入れる覚悟余裕がない。
188	日本人の死生観の問題
191	現在の経済状態、家庭環境（特に住宅問題）
194	本当に終末を在宅で希望しているか問題がある。 在宅でも容態急変あれば入院求める患者が殆んどである。

	基本的に問違ったdataにもとづくアンケートは無意味
197	私の患者では１軒のみ在宅医療の可能なようにバリアフリー、リフト等設備され、専業主婦の娘が介助している。ほとんどの家庭ではベッドのおける洋室はなく、畳の上にベッドを置いている。 また、実際に患者の家族で介助しているのはほとんどおばあちゃんで、子供夫婦等は仕事に行き介護にはほとんど参加していないのが現状である。 また、認知症の問題もかかわるためさらに問題が複雑となり、ケアマネージャーも、家族内の問題に入りづらくなっている。在宅医療できるのは非常に条件の整った、恵まれた人である。ほとんどの場合途中から、身体状況が悪くなることもあり、施設入所、入院となる。本人もそれを希望するようになる。
198	在宅医療は家人による協力の上にしか成り立っていない一時間訪問しても、その他 23 時間は家人が診ている。ヘルパーさん達も 30 分刻みの訪問程度で 1 日 4 回オムツ交換してもらったとしても、その他 22 時間は家人が診ている。 ニーズは在宅でのターミナルという希望だけであってサプライは全く一部でしか行なえていない。 専属で 1 日の大半を付き添えない状況で理想を話す事には初めから無理があると思います。
202	家族（国民）がわかっていない コスト、他の大きな問題 さらにいうと経済／福祉のどちらを優先するかなどイデオロギーに関わる選択である
204	・在宅医療へ移行するにあたっての法律が不充分
209	社会の流れ、人は生まれたとき死が約束されているにかかわらず、死に立った特に医療者にその責任があり、せめを覆う傾向にある
212	・患者、家族への説明をするにしても納得するまでには多大な時間と労力が必要。その分は診療報酬には反映されない（もともと評価は難しい）。 ・上記考え方（時間、労力がかかれば対価は必要。精神主義のみでは継続しないし質も上がらない）がまだ文化として成熟していない
213	居宅生活しての最期の援助を「医療を提供する側」という視点では、ミスマッチは続くでしょう。「生活を援助する側」という視点がほしいです。医療が関われるのは、せいぜい 24h のうち 1～2h ぐらいでしょう。 ほとんどはヘルパーさんを中心とした生活支援になるのですから…。 医療者が医療が行なえる限界を認めて、生活を援助しているＣＭ、ヘルパーさんに援助をゆだねる、手放す感覚が求められるでしょう
214	人と人との関係の薄さ
216	自宅で看取りを希望しても家族の負担が大きいのではないでしょうか？ 経済面・介護面・精神面など図りしれない問題が多いのでは？
220	①核家族化し、少人数での看取りになる事が多く、死期の受け入れ体制が不充分 ②医師が急変時に直ちにかけつける事が可能とは限らない ③家族が知らない間に死亡してしまう事がいけない事だと思われている。
221	①“患者家族”の病気についての理解と受け入れ ②医療者である病院医と在宅医との温度差を少なく、十分にコミュニケーションがとれ、協力しあえる体制 ③在宅システムをささえるその他の各種サービスの充実 ①～③がいっしょになって始めて在宅医療は成り立つと思う
224	社会資源
225	介護者の体制（老々介護、働いている子供らへの負担）や経済的負担
231	受け入れる家庭環境を良くする必要がある例えは育児休暇の様な、介護休暇（有給で）を設ける必要がある 又、有給にするには公的な補助が必要
233	社会全体の‘死に’対する考え方が成熟していない 宗教感心のよりどころ宗教キリスト教等強い信念（←信仰心）を持った宗教者（→自分が信じる心を持っている）が数少ないので自分で決定できない（例）直接介護しない親類が出て来てこの病院がいいからと入院させてしまう等。自分でも決められない。 又、それをすぐ入院させてしまう検査を何回もくり返す又は、放置する医療体制。 日本人の価値感がふらいでいる現状で… 在宅診療所は名前ばかり、訪問者看護師数の不足等さまざまな要因がからみ合っている。
253	【問 19-a は１、２を選択】 やっぱり「家族」です 家族の生み、育て、ケアするという機能を大事にすることではないでしょうか。家族がしっかりしていないとやがて国も機能しなくなるのでは
264	・在宅終末期医療を実施するには困難な家庭環境。 ・本気で終末期を診ようという在宅医の負担の大きさ、知識の少なさ。
266	医師数、介護スタッフが少ないし、在宅医療に対する家庭の経済的負担の問題もある
267	医療を受ける側が病院にあずけておけば安心と本人の意思ではなく家族の意思によることが多い。 医療を提供する側は、とにかく他機関との連携が乏しい。急性期はだすことだけにとらわれて在宅支援など時間のかかるものは全て転院へとなってしまう。
269	病院に行けば、必ず治ると信じている。いくつになっても、医師は家族に文句を言われたくないため 90 台になっても大病院を紹介する。人間は老化していくことを教育していない。いつまでも元気と思っている。入院すれば治って歩いて帰れると思っている。高令だからと言うとしかられる。もっと厚生省から教育してほしい。生理的に老いることを。
274	在宅で看取るという国民的合意が不充分 （いざとなったら病院搬送を希望する患者や家族は多い） 供給する医療者側の負担が大きい （個人診療所レベルでは特殊な薬品や物品をそろえるのは困難、24 時間 365 日体制へのストレス、在宅医療における保険診療点数制度を熟知していないと請求漏れが頻発してしまう、など）
280	①お金、家族の人数 ②子供夫婦が親の介護を放棄する場合 ③独居、認知症、主たる介護者はだれ
281	受皿となる社会資源があまりにも貧弱である。 居宅の代りになるような入所施設（低価格で年令の範囲ですみ、入居金（敷金権利金）の必要のない特養代替の）が数多く必要である。

	特老は市町村では、総量抑制で今后増設許可があまり見込めない。
289	制度の問題。 医療を提供する側の人数が全ての職種において絶対数が不足している。 ヘルパー、看護師、etc の人数を十分にしても成り立つ制度にしないと、生活の質にまで医療者は介入する時間、人数がない。プロ意識だけでprivateな時間を多くさいて貢献しろとは現状は言えない。
290	１、２共に問題はあるが、医療者側のコンセンサスも不十分で「患者・家族」も在宅での看護が重篤な人であれある程、ヘルパー、訪問看護、主治医の往診だけでは無理なことであることを理解できないと思います。 大きな問題は医療者側で在宅で終焉をむかえることが個々の例で異なり、どういった例が可能で全く在宅では困難な例はどういうものかという研究コンセンサスができていないのである。例えば、先日肝癌の末期の患者で娘さんが最後をみとりたいという希望があったが、肝性昏睡をくり返し、血小板が 2 万以下でＰＥＧを造設できないＰｔを点滴（末梢）をつけたまま帰させることができますか？家族はそれでも帰したいというが医療者として、そのような例は病院から帰せないと考えますが、そのような検討会を常々、医師・看護者・家族で行なう必要があるのです。それには今後の社会の常識・理解が充実するまで待つ時間が必要と考えます。
293	経済的問題 介護への考え方の差～そこまでするのかなど 家族の気持ち～いろいろの諸事を犠牲にしているという思い、わだかまり
294	病気や老い、死が現在の特に若い介護者（といっても 60 才以下位）にとっては遠い存在となっておりこれ等が自分達の家に入って来るということそのものを受容できていない気がする。 又、特に独身の子供、又は子供達とその両親がともに時を重ねた時、親が老い、死に向っているということを受け入れられない子供達（といっても 50～60 台）が増えている様に思う。時には結婚し家庭を持っていても両親の老いや死を受け入れられず、治療を希望される死主観そのものに問題があり医師は訴訟を避ける為にひたすら積極的な医療を行い 90 才を過ぎても老衰として死ぬことが許されず胃瘻、ポートなどで生をつないでいく現状がある。 この先を考えるとどうなるのか心配である。まず国民の教育が必要ではないかと思う。
299	厚労省の対応不足
300	二者択一の回答の要求になっていますが、在宅がすすまないのは、大きく二つの要因が、複雑にからみあう為と思います。 １．医療を受ける側→アンケート調査で患者予備群等が回答をしている場合は、アンケートの回収率にもよりますが、回答をすること自体で、すでに在宅のモチベーションの高い人をすくいあげているように思う。 現実に自分がこうだったらと（病になる）想像がし難い中での、集計になるのではないか。“理想は自分の家”と思っていても、かなわぬ現実になっている。国民は本当に居宅を理解して、希望しているのだろうか？ 日本国民そのものが病、老い、死というものをこの世に生まれ落ちた時から真剣に考えていける生き様の教育、啓蒙の可能な社会をめざさなくては、根本的な解決にはならないように思います。 しっかりと希望のとおり死ぬためには、“生きぬく”力が大切です。 ２．医療者側の問題 ・在宅を担う医師達とそうではない医師の埋められない 価値感の相違 在宅を担う医師達、有志の集まりは、同じモチベーションがあり会話が可能です。 温度差がありすぎます。 現在[redacted]市においても「在宅ケアを育む会」で、多職種との連携は、好ましい方向に進んでいます。 しかし、肝腎の医師の連携がうまくいかず人間関係などの個人的ネットワークで細々と行なわれているのが現状です。 過日、医師会の代議員会前の班会議で、意見を述べました 「癌患者緩和ケアのみならず、広い意味での在宅医療をすすめる為に、他科、多科のＤｒもまきこみ、有志にとどまらない市民にも理解可能なシステムを作ってほしい」 それに対する医師会側の回答 「在宅看とりが何人できたか」ということを問題にしている約 30 名に満たぬ（1／10）程度の医師達のために、医師会は動けない。後は省略…。 小さな街でも、このようなハードルの高さがあります。 私の考えは拙文を同封させて頂きました。もし、よろしければお読み下されば幸いです。
307	マンパワー不足が一番の問題であると思います。 ハード面が整備されても、人材がいなければ、すべての業種スタッフの負担が大きく、ひへいを生じると思います。
309	１と２を含む多くの問題
313	体制の整備不足
318	核家族が多く、最期まで居宅生活して終焉できればよいと思うが、現実的に、家での介護は無理だと思う。
321	経済面 哲学（本人の）
325	お互いに積極的に在宅死を受けとめていかなければ実現できない。 覚悟が必要だと思う。
326	しっかりとしたサポート体制を考える
329	家族第一主義。 いくら説明しても便利な方へ行く。
331	「家で最期を」と在宅死を希望する 80%の人々は、果たしてどれだけ積極的に在宅死を望んでいるのか疑問です。 今の病院死の冷たいイメージ（苦しい治療、医療不信など）を否定したいがために消極的な、言いかえれば消去法的に漠然と在宅死を望んでいるにすぎないような気がします。統計的の数値をそのまま信じることは危険かと存じます。 在宅でもたくさんの支援がうけられ、よい医療ができることをみんなに理解してもらうことも大切ですが、問題点も明らかにしたうえで、患者を家族に「病院か在宅か」を選択してもらうことが必要だと思います。
332	・医療費をけずられ、丁寧な医療を行い難しい情勢にある ・介護費もどんどんけずられ、職員たちの離職が増え志気の低下がおこっている。
337	国の保険・医療施策の失敗です。 医師の技術点数（特に初診料や手術料）をもっと上げ（約 10 倍にする必要有）。 薬剤料、検査料は事実上ゼロにすべきです。但し、薬剤料、検査料の原値は全て国が負担し、医療機関にシワ寄せがいかないようにしなければなりません。医師が患者数をこなす診療を行うのではなく、じっくりと腰をすえて落ち着いて診療にとり組める環境を整える必要があると言う事です。

	検査料→血液核査等医師以外が手技を行える簡単なもののみ。
341	全国民が、在宅死を希望しても、それを支える、医師を初め、在宅専門の看護師、etc、スタッフの数が全然足りない上に、そのスタッフに対する行政のサポートが確立されていないため、責極的に在宅死を選択させてあげられない地域がまだまだあるということ。 まずその確立がなされなければ、質のよいサービス提供の継続は不可能に近いと思う。
347	国の政策にある。メディアを介した広報などすべき。
351	１．患者・家族（医療の受け手）と医師・看護師（医療従事者）の情報の非対称性に原因がある。インフォームドコンセント、セカンドオピニオンという言葉は双方知ってはいるが、現実に充分行なわれているとは言えない。 ２．在宅支援の人的、制度的整備が不十分なため結局入院することになってしまう。 ３．入院させないことを家族が選択した場合、親せき、近所の目にそれを非難する意識がある。「病院にもちゃんと連れていかない。」等
352	上記に関する行政の取り組み
355	【問 19-a は１、２を選択】 ・フォーラムと現実の解離を正確につかんでいない （フォーラムは企画として人をたくさん集めて盛会に行なわれたが…人々の意識や行動は変容しなかった） ・マスコミのあり方 ・マスコミで報じられる“最期のあり方に賛同”しても実生活で隣人や身内のあり方とは別に考えている人々が多い
356	看病する家族の意見が抜けている
371	【問 19-a は無回答】 受け入れ体制が不充分な現状では医療を提供する側、受ける側ともに前にすすめない状況にあるのでは？
376	家族介護には限界があるため（時間、体力、お金など）
383	現状の対策が理想論をかかげただけのものであるから、ミスマッチと思う
385	患者・家族を支えるサポート体制のシステムが整備されていない。 訪問看ゴや往診が 24h 体制でないこと。 介ゴ保険適応の制限があること。　　）など
386	①マンパワー不足 ②支援不足 ③“死”経験の無さ ④在宅療養に関する不安
388	その人が、どのような死を望むのか。人生の幕引きがどうあれば、本人も、その後を生き続ける介護者も悔いを残さないのか。しっかり言葉に出して日頃から確認していくという部分が、今の日本には足りない。 そこが一本しっかりしていれば、その希望にどう添って支援できるのかが決まるのだと思う。 時間の余裕のないターミナルステージの方もたくさんいらっしゃるが具合が悪くなってから寄り添っていく医療・介護従事者は、話のしっかりできる人から指示を受けたり、その人のプライドを保つ支援につなげていく気持ちは常に高く持ち続けていく必要がある。
389	社会的な背景が重要、在宅を行うにも、寝かせているだけのスペースがなかったり、介護を行うにも、社会への進出が女性がすすんでいる為２人とも家にいない、状況があったりすると、かえって、老人は自分でやらなくてはいけない状況となってしまう。まして認痴がある場合は、火事その他人災がすべてを失う可能性もあり、現状では困難と考える。現状では、老夫婦がお互いにお互いをみているのが現実！これをなんとかしなければどうしようもないと思います
392	在宅死などはここ数年よく聞かれていますが これまでの日本の文化などを考えると、病院死が多いのはしかたないと思う 又、医師の中には時間外の死亡確認をイヤがる先生もいます。
395	在宅医療先進国を見習い、行政を中心とした体制作りをしないと、民間が勝手バラバラにやっても無意味。
396	終末期医療に対する国民の合意を形成する必要がある。 いろいろな選択が可能であり、いづれもが、広く受け入れられることが重要である。 高令者の多くは、死を恐れているのではなく、どのような最期を受かえられるかが不安。
398	医療を提供する側も、説明の仕方、もっていき方など勉強していないと思う。 当事者は家にいたくても家族がそれを許さない。 最悪の場合は孫まで嫌がる。 子供達に“死の教育”をしていないので命の尊さやお年寄に対する、尊敬もない。 いずれにしてもどうにもならない所まできています。
407	【問 19-a は２を選択】 ・がん保険入院保険は入院したら保障がついているので家族がすぐに入院させたがる。外資系保険を在宅医療にも保障をつけられるように行政が誘導すべき
410	社会の仕組が明治時代から今迄病院主導型になって来ているのでそれを変える事は非常に難しいと考えます。 地道な努力を重ねて少しづつ変えて行く事が必要で何十年も後に理想的な社会になればと思います
412	患者を自宅に置く事の不安と、病状の変化に対する無知、無理解が家族にはない。 又、医師も１人で 24h は不可能のため、強く在宅が良いとは言へないのではないか？ 私も不在時に他の先生にお願いする事がある。
413	在宅治療をする時の経済的、身体的問題がある。 国等の自治体の支援が不充分な状態で在宅医療をすすめようとしている。 安心して在宅治療をうけられる様な環境に充分なっていない。
424	全ての人間（医療者も患者もそれを取りまく人々も）が自己責任自覚し、日本を支配する法律家■それらを洗脳するマスメディアの無責任な姿勢を変えない限り解決しない
428	①居宅による終焉は家族に負担が大きすぎる ②居宅でみとるは理想だが現状では居宅のスペース。家族の生活、費用など医療とは別の問題が大きい
431	【問 19-a は１、２、３を選択】 まずは現在の社会・経済状況が一番大きいでしょう。 さらに厚労省の療養型病床の削減方針も逆の意味で問題です。
432	人生観・死生観の変遷
436	政治を行う人や官僚が高令化した人達ばかりである。
439	社会的サポートももっとも重要だと思う。（経済面でも安心できなければ難しいと思う）。
440	みんなが若いうちから ①食事にきをつける ②運動する ③タバコをやめる など基本的なことから注意すべき
441	③環境整備、介護力増加）国、地域が支援する
443	身近かな死を医療、病院で経験することが大前程となっている 死の文化？というかいのちのあり様への意識の変化 家での死を知らない（見ない）ということ 死に直接接しなくなったということ。
445	医療スタッフと患者・家族が十分に話し合えるような環境が乏しい
446	・医療側の説明不足（情報不足）と、在宅スタッフの不足の面があります。 ・両面の整備が必要であると思います。
447	ドイツの「ゆりかごから墓場まで」という社会保障が今後日本においても必要ではないだろうか。 乳がんのピンクリボン運動についても早期発見、早期治療といくら訴えても生活習慣として検診、健診をうけることがないため、何らかの症状があってからの受診や、生活費から医療費の工面が困難なため、そのままほっておく人も多い。治療費がかかるので治療を拒否する方もある。 社会的に、経済、生活、生活スタイル等により、今後、もっと大変な状況が想定される。病院の倒産、病院、医師不足…高齢者の増加、詳しい専門的知識を持った方の存在がなかなか充足されない。 老夫婦で老々介護の状況下、妻を支えている夫は、「私にもし何かあったら、妻は病気だし、妻と私はどうなるのでしょうか…」と最近の相談である…。
451	居宅で死ぬ場合も、お金がかかり、療養をサポートする家族の負担も考慮する必要がある。
461	「患者・家族」「医療者」それぞれに課題があると思う。 「医療者」は患者・家族の考えを理解したうえで説明していく必要があり「患者・家族」は自らの生活を大切にしながらも良く生きる意味（価値感）や死生観なども考えていくべきだと思う。
475	患者・家族又医療提供側、とよく話し合う時間が不足 小生も出来るかぎり時間をとって話し合い説明する様に心がけているが不充分。 自治体のケースワーカー保健師又民生委員等第三者が患者側、医療提供側の調整をしていただけるとよいと思う事があります
477	行政に問題があると思います。 ・在宅支援体制が十分に整っているとは思えません。 ・診療報酬、介護報酬も改定はされてきていますが、在宅療養を支援するにはまだ不十分だと思います ・（１）もどんな場面でもいえる事ですが、現場で働く者と行政とがうまく連動していず現場を十分知らないことも多いと感じます
479	医療保険と介護保険が別々に運用されておりスムーズな連携が取れない 厚労省の体制が居宅生活をしづらくしている。
486	核家族化や独居が増え、家庭内介護力が低下している社会で、在宅を受け入れる家族の負担があまりにも考慮されていない。仕事を辞めざるを得ない方への経済的支援や入院入所より在宅の経済的メリットがない点など。
487	【問 19-a は無回答】 老・老介護、認・認介護では、その他の家族特に嫁の負担が大きく、在宅医療も限界がある。
496	社会基盤の整備 在宅となった場合、単身、もしくは、老老介護の世帯が多く、これを支える社会基盤が無いに等しい。 本来、病院など一ヶ所に患者を集めれば、少ない費用で介護を行なえるが、自宅等に分散すれば、費用は多くかかるはずである。しかし、医療、介護費を減少させながら、在宅を行なうのは絶対無理と考える。
499	国の医療制度の継続性、相互協力体制（施設←→在宅）の政策不足　■ なにより低医療と政策の方針転換が必要
502	【問 19-a は１、３を選択】 介護制度が出来てから多くの国民の意識は介護は公共国がやるべきことで自分たちのするべきことではないと云う方向に変って来ている　それは社会的経済的理由からその様にせざるを得ない面もあるそれに対して介護制度が余りにも貧弱なのです） 在宅療養の現実は格差社会の現実であり（むしろ淘汰社会の現実である）介護にかかわる人々（被介護者介護者その他業者）それなりの状態でしかあり得ない。
503	①「医療は安くて完璧」という幻想が社会に流れている。 ②在宅療養の社会システムがまだ十分に育っていない
504	1 人の医師で 24 時間 Care することは不可能 といって、複数でチームを組む体制ができていない
506	１．→住民も自分たちで勉強し、努力する必要がある ２．→在宅医療が好きになる医学教育が必要。在宅医療は、専門性がなくてもできる医療ではなく、高度な知識と技術と能力と情熱がいることをわかり、普及していく必要がある。人と接することが好きでなければできないのでその教育も必要。
511	１）住宅不足　２）支える家族の不足 ３）医師不足 ４）独居者の問題
513	問４ｂにその要旨は記載した。角度を変えて述べると「がん」とひとくくりにされる疾病をこの様な統計を根拠に（多くの人が在宅死を望んでいる）結論を導びこうとする事自体に無理がある。いいかえれば個々の患者の病状、家庭環境、特に財産、さらには死生観によって、病期によって、どんどん変化していく可能性がある事を前提に私達は対処できる様にならなければならないだろう。（何がなんでも在宅ありきになってしまう事は逆に危険でもある。）
518	①介護力不足→これが最大の問題でしょう ②生活環境がプアー ③終末期に対する国民的討論のなさ ④年金、生命保険金の在り方
520	【問 19-a は無回答】 在宅生活を送る為の社会的基盤が未だできていない。

524	社会全体の問題、システム等にも問題がある。(行政等)
525	経済的な問題が大きいと思います。
534	退院后の在宅医療について、病院側の医師を含めて全職員の認識の低さにあると思われます。なぜそのようになったかと思いますと在宅医療を行なっている医療者が積極的に自己の在宅医療の内容を公表し、病院の先生方に理解を得る機会が全くと言っていいほどありません。かろうじて患者さんからの口こみで病院の職員方に我々の日常の医療が本当に理解される程度です。いくら医師会のホームページで医院を紹介してもあまり役には立たないと思います。
535	医療を受ける側、医療を提供する側両方に居宅で終焉を迎える条件が出来ていることが条件と思います。 それには可成りの人的、経済的支援が必要です
536	医療者の責任もあると思いますが（医療者側からのプロパガンダは必要)、日本人は何か具合悪ければ病院へというのがしみついている。実際に介護している家族はこのままみ取りたいと思っていても、見舞いにかけつけた親族が「何でこんなに具合悪いのに病院に入院させないんだ。」という事で、病院の医師に頼んで入院させてもらった事も、たびたびである。病院（特に急性期病院）で死ぬ事とはどういう事か。急性期病院とは常に治すという事を指向しているので、安らかな死にはむかないという事を社会が認識しなければならないだろう。医療者だけでなく文化人（？）マスコミなどの力も必要と考える。
537	家族に対応の意志があるか、元々無いか家族が対応可能な状況にあるかどうかがまず問題
539	政府が決める。医療、介護政策の不満
541	【問19-aは無回答】 1、2もあるが、まず、国民全体に“生きること”“死ぬこと”に対する理解がない。倫理観というか、死生観というか、国民に成熟度がない。
543	介護力がついていっていないため 働いている家人が多い。近頃は高令者も働きつづけている。
544	在宅医療の整備はととのっているとはいえない。 自宅での介護力のサポートがまだ不足している
545	大きな問題は対策や知識もあるとは思うが、家族不安や金銭問題が、まだまだ解消するにはまだシステムが乏しい印象がある。
548	家庭の問題（核家族化など） 経済、医療資源等の問題
553	制度の問題
554	在宅医療を推進することが、日本の将来の医療費の抑制になると広報し、不正に余剰金を利己的なことに使用する厚生労働省の偽善的対応
555	本人が在宅生活をのぞんでも家にそれをささえられる力（スペース、人材そして経済力）がない場合は家族はどうしても家に患者をつれて帰えれません 医療者の方も人手不足が大きく、一般的介ゴでさえマンパワー不足なのに終末期を24h対応でサポートするのはとても苦しいところです。 これを全部ひっくくって“ミスマッチ”と一方でかたづけるのはかなりムチャな話ですそんなに現場は単純に表現できるものではありません
556	①介護者、キーパーソンの不在
557	在宅で介護をしていくことが難しい家族が多い。これは、経済性、利便性に重きを置くようになった日本の社会性に多いに問題がある。
561	もちろん医療者が家族生活背景を理解した上での説明は欠けていると思えるが、介護負担や経済力、それまでの家族関係も大きく影響すると思われる
563	在宅で最後を送りたいと願う方は多いが、現実問題として、在宅ですごせない方もいる。 家族が働かなければ経済的な余欲がなくなってしまうため。 在宅支援サービスの情報が十分に理解されていない。
566	医療制度の変化により、治療が必要な人がどんどん病院から追い出され、病院で死ねる時代ではなくなってきている。
567	在宅で制度を活用する場合、非常にわかりにくく、融通がききにくい。医療機関でレセ請救するさいも矛盾多く合併症↑重症度↑程はんざつ。 ↑上記から考えても、患者家族はもっと制度理解が困難。 厚労省は患者のＱＯＬ↑のための在宅推進ではなく医療費減のためにやっているとしか思えない。 きれい事を言っても、現場の患者、介護、医療者が苦労している。
573	・在宅では無理な事が多い（介護在宅医療の問題　本人の痛みや苦しみなど） ・本人の家族には迷惑かけたくないなど
580	各個人の価値観生き方はさまざまです。 個別に対応が必要ですが、家族身内の中でも意見の統一が取れない為
581	在宅を行なう医師のman power不足が主たる原因と思われます
588	医療行政を行っている官僚の考え方
589	在宅医療を行うシステム（医療チーム、施設、サービス…）の質・量とも地域をカバーできる体制に程遠い。（官・民ともに）
591	戦後の国民意識の問題です。老人のめんどうは家族がみる義務があるという、伝統的日本人の考えと、社会福祉の充実一国が個人のめんどうをみるという、戦後日本人のギャップが著しくなっていることにあります。都会では特にそうで、モンスター化した権利意識と義務や責任を破棄した社会を形成しています。
592	①個々の症状により希望や対応策が異なるはずですが、それについて十分に相談が出来てないため、この「ニーズとサプライとミスマッチ」が生じていると思われます。十分にとは言えなくても、話し合いながら対応を進めて行くことでこのギャップはずいぶんと埋められると考えます。 ②ただし、その様なゆったりとした時間的な余裕が医療者側も受療者側にも少ないのが現実です。
596	社会全体のしくみの問題だと思う。
600	・マンパワーの不足 ・環境の違い地域格差。 ・協力体制不足（支援する側の） ・経済的な問題（医療を受ける側の）
601	病気を抱えた方や高齢者が安心して生活できるような現状のため。 社会や政治に問題があると思う。
605	現代の私達日本人の死生観が片寄ってしまっているように思います。 正しい形でのデスエデュケーションも重要ではないでしょうか。
610	役割分担が行ないにくい忙しさの中で１人で何役もこなさないといけないこと、受ける側に、日常的な心の準備（健康なときから）が不足していること、制度の問題など、色々な要素がからんでいる。
612	【問19-aは１、２を選択】 特に受け入れるfamilyの負担軽減と教育が必要と思われます。
613	それぞれに生活しているということです。 高齢者中心にだけの生活はできない居宅でと思う気持ちは大きいです。 でも物理的経済的に難しいことも多い まずサポートのサポートと、誰もが家で過せるシステムが欲しいです
618	「余命が限られているなら自宅で過したい」とのがん療養者の80%の■■があるとのことですががん療養者の多くは、がんを克服したいと願っているときいたことがあります。世代にもよるかもしれませんが、医療者や介護者側は緩和ケアにもっていきたいと考える一方、当の患者さんは治りたいという切なる願いがあるのではないでしょうか。 そもそも人間の生には限りがありますが、身近の死を経験していない人の方が多く生物学的な自己の人生についての考察が、一人一人に十分とは言えないと思います。 国民の哲学もありますが、在宅医療を知らない医療者や理想とも経営が成りたたなければやっていけない医療者の存在、在宅医療の発達していない地域、そもそも医療提供体制の全国的な貧弱化など、問題は広いように考えます。
622	・医療を受ける側でも、実際の現場で何ができるか、何かできないか理解すべき。 （インターネットでは、アメリカで…ＣＴ（バスに積まれた）ができる。 何故できないのか一日本では通常していないといっても、何故） で現場の状況を理解しない。 ・医療側でも、常にできる範囲、特に必要と思って、診療所の殆んどの力を上げてすることのできる範囲等を、最初に理解させておかないといいことだけをのべておくと…相互不信感が生じる。
624	体の不自由な老人介護に対するまず第一義的な家族が、介入困難である。 つまり、親のめんどうをみてやりたくても自己の生活に精一杯で経済的に余裕がないので、精神的余裕もでてこない。デイサービスできたら施設に入れたいという人がほとんどで、当地では施設の入所待ちが数年であり、順番がきた時、既にその人は数カ月前に死んでいるという現実があります。
627	患者本人は在宅を希望しても家族は多くはそれを望んでいない。 又在宅でフォローしても急変した場合、家族の多くは入院を希望する。 在宅でフォローしていてもそれをサポートするバックアップ体制がない。 費用の面でも負担が多すぎる。
628	経済的な問題。(医療者、患者双方に)
629	日本人の思想的なもの？
631	在宅療養を担う人手が不足していること。療養を行う患者、家族に対してきめ細やかな心配りと療養上の不安を解消するための説明をする時間的余裕がない。
634	１、２、もそうだと思うのですがそれ以外に安心して最后迄自宅で過ごすという事には心身共にしっかりと支援していく事が必要でその環境を整えていく事も必要です。かかる経費も少なくなくサービスも制限があります。個々として促えるのではなく生活全般支援として国が関与する部分見直さなくてはならない部分は大きいと思います。
635	どちらか、一方が原因ではなく、支援を行うという根本にも原因があると考える。 死生観を育てていくことも必要なのではないだろうか。
638	居宅と言いながら、家族構成の日本の変化に対応していない日本の、制度自身に問題。
643	かつて1965年以后、在宅死中心から病院での死が主流になったことは丁度と水洗トイレの普及と一致すると元東大教授の養老先生がいっていたように思う。その根底には医療の進歩により、病院に行けばより高度な治療が行ってもらえるという患者及び家族の希望もあるがもう一つ、自分自身のウンチと同様に「死」という見たくないものをなるべく自分から遠ざけようとする人間のワガママが有ったように思う。 国は年間2200億円を使ってでも、この問題を国民に投げかけて、「在宅死」をもう一度考えなおすべく国民的なコンセンサスを作ってゆくべきである。そうすれば年間2200億円以上の医療費の削減が出来ると思いますが、いかがでしょう。
644	家族の協力が全体的に少ないし理解力が乏しい事がある、在宅サービスが不十分です。
648	行政の対応
649	在宅を支援する　医療者の力不足、家族の介護力不足　それらをカバーする行政の力不足
651	現行の医療制度では、十分な貯蓄がなければ、満足できる生活には成り得ない。誰もが最後まで、安心して、居宅で生活するためには、根本的に医療制度を変えなければならないのではないか？複雑な医療体系や、制度を患者や、家族が理解出来るのか。知らなければ、利益を受けられない人もいるのではないか。収入に見合わない保険料や、足りない人員や、サービスの時間、質共に問題が山積している。 利用する側に立った視点での医療制度の構築が必要ではないのか？
653	【問19-aは無回答】 介護者の負担を最小限にする制度リソースの不足 病院で治療を受けて死ぬべきであるという、国民一般の意識
654	国民の大多数が自宅の畳の上で死にたいという希望が多いが、現実的には独居や介護する家族が精神的・肉体的な負担が大き過ぎて無理だったり在宅を受け入れる体制が整っておらず、難しい。
655	老々介護の世帯も多く、そういった人達への社会的なサービスが足りていないのではないか。
658	互いに歩みよりが大切。
659	老い、病気、死に対しての教育する場がない→核家族化 病院を第一の選択としていること
660	核家庭となり、知識の乏しさだけでなく、マンパワー不足等が問題ではないだろうか。
661	社会の変化 ２だけとか１だけともいいきれないと思います ２つともあり、病院死を体制をしていった所にも問題があるのでは。 現状の医療、在宅の体制ですべてのｐｔを在宅支援していくこともむずかしいと思う（一人暮らしetc）
666	患者を囲む環境特に経済的基盤がしっかりしていないと居宅生活しての終焉は望めない。 今の日本の状況では殆んどの家では困難 昔の大家族制であればどこの家でも可能！！

671	患者や家族自身が自分の考えや思いを表現し選択できるシステムがまだまだ整っていないため
673	どちらもでしょう。 設問にある「悪化した身体をありのままに認める」患者さんがどれだけいるでしょう。それが出来るだけでこの国の医療の受給者がどれだけ減るでしょうか。 医療者側の問題として、「では、何を提供すれば良いのか？」が明確になっていないところが多分。 国民的にて低医療費で高度の医療を提供していながら受給者の満足に結びついていないのは何故か？この答が欲しいですね。
674	１．介護力　　家族がいない。家族がいても介護に力をそそげない ２．在宅の環境　　室内スペース、適切な温度、採光等　入浴、保清困難 ３．医療スタッフ　人員不足 全て医療制度や生命の尊厳について国民の考え方を把握し合意することが必要であると思う。
675	介護者などの意識が、在宅で「何かあったら病院へ」というものなので、本人、家族が最後まで家で療養したいと思っていても、病院へ運ばれてしまうことがある。
685	訪問看護や往診医の存在が世間的に認知度が低いのではないか。
689	・地域医療連携の格差 ・核家族化・高齢者世帯、独居 ・在宅医療の認知度・情報
690	貧困化の中で一家総働きでないと、暮らせないために、家庭の看護力、介護力が低下していて、病人が希望したとしても、それを支える家族がいません。 そのような中でも、医療者が、入院していなくても社会的資源を活用し在宅でできることを理解し呈示することが必要と思います。
691	１、２どちらも問題であると思います。 医療を受ける側の人は、自分自身、家族の大切な１度だけの人生ですので知識を得ようとしらべる事が大切だと思いますし、医療者側はもっと情報を流すべきだと思う。 行政、国ももっとどのようなレベルの人に対しても理解できるように情報を発進するべきだと思う。 ※お役所の文章はとても理解しずらいものです
696	相互理解の場と時間、お金、人があまりにも少なすぎること
703	１．在宅療養支援診療所の医師教 ２．看護看護ステーションの看護師教、報酬 ３．ケアマネージャーの報酬 ４．薬局の協力（麻薬を置いている薬局もある。在庫麻薬の種類も少い） ５．在宅医療に必要な医療器材をどこかで一括管理（各診療所は在庫を多くは置けない） ６．地域の地区の人々の助け合い
711	患者の本当の望みは、苦のない事であると思います。苦のない医療であれば場所はあまり問題ではないのではないでしょうか。
716	マンパワー、支援体制等
730	国の政策：在宅を推しょうはしているが、実際の支援体制が追いついていない
734	医療者としても在宅医療へ移行したいという思いがあるが、自宅ですごすことが可能なだけの国の支援が不十分。
743	・独居で看取りを希望されても、在宅サービスだけでは、食事、排泄、保清すべてを見る事が出来ない。 ・介護の単位不足、経済的な問題があり、ご本人やご家族の犠牲が強られる場合もある
744	・医療機関の医師も、在宅医療にたずさわる機会をもうけ、もっと理解していただければ、説明も変わってくると思う。 ・本人が在宅を望んでも、家族・介護者の思いが一致しない事がある。 ・ケアマネの医療に対する理解も不十分
746	【問 19-a は無回答】 “最期は在宅で迎える”ためには ①本人、家族の意思、介護力、経済力、居室空間（総合力） ②医療者側の充分な供給体制（バックアップ体制）が必要と思われる。供給側には担当者の高令化（当才 67 才狭心症あり）もあり、特に深夜の対応が出来ない。 ①②のバランスがうまく取れれば「可」アンバランスならば「不可」と考えます
749	１．２の総合的問題ももちろんですし、それ以外として、まったく別の方向から、両者にはたらきかけられるような活動があったらと思います。
753	老人になって生き方をかえさせることはまず不可能。１人ぐらしさせるには、日常生活における支援が必要だが、それには多くの費用（人件費）を要する。国や地方の公務員はこれらの費用を自分たちのふところに入れることしか考えていないので、これらのことに費用はまわってこないから、居宅生活での終焉はむずかしいと思う。
754	【問 19-a は無回答】 ケア、介護のシステムに問題がある。 医療福祉費のマイナスシーリングは当然あるべきものではないし、今の無駄な医療、介護費の使い方にも問題がある。
756	医療者からの積極的な働きかけができていないことや地域で在宅介護への支援が充実していないことで、終末期に在宅で過ごせない要因があると思う。
760	（離島での） ①家族環境 ②介護サービスの整備不足 医療での人的不足 ③経済的方策
762	患者・家族・医療者も知識が乏しく、居宅で生活していても何かあった時すぐに見に来てくれる医療者がいない。そういう診療所が増えるといいと思う
763	単純に家族だけで介護するには限界があるでしょう。やはりその時々の状態に応じて、原則は家庭で介ゴし、急な場合は医療機関を利用する。その使い訳をするしかないでしょう。本来もっと介ゴに対する国や行政からの援助があれば家庭内だけの介ゴも可能になるのでしょうかー つまらない事かも知れませんが在宅訪問診療科など高すぎます！！
766	患者、家族、医療者、全ての国民に対し、現在の医療と医療をとりまく問題について、他人ごとではなく自分達のこととして知ること。
	自分の意志が通すことができる、医療者との関係が大切
768	介護する側の問題 肉体的、精神的に疲へイしてしまえばＰｔを支えるのは不可能です Ｐｔ自身が先が短いことを理由に、介護者に対し無理難題を押しつける場面が多々あります
775	在宅サービスを理解できていない人がまだまだ多い現状であると思います。 ケアマネ、その他市町村から、在宅へのアプローチをどんどんしていってほしい、と思う。
776	死生観が確立されていない いつまでも老いず死なないと思いたい人が多い 死を肯定できる死生観を持つことを啓発する必要がある
778	医療や介護を提供する人材が少いため、十分な在宅医療や在宅介護を供給できない
785	介護力や経済力 実際には老々介護であったり、独居であったり、子供が遠方であったり仕事をしていたり、社会資源だけではまかなえない問題が大きい
786	国としての財政的しくみの構築体制が出来ていないこと。
788	【問 19-a は無回答】 ・死生観の教育 ・死をあたり前のものとし、誰にでもおとずれるものという死をかくさない教育
789	社会的環境及び経済的な問題が出てくることが多い。
790	最後まで在宅で生活するには、その病状にあった支援が必要となるが、そのための体制づくりが充分でないため、結局家族の負担が大変で、在宅を継続することが不可能になる。 24 時間の支援体制の整備、及び金銭的負担の軽減がなければ、お題目だけの在宅重視となる。
793	【問 19-a は無回答】 どうしても帰りたいと言う人を無理に入院させておくというのを聞いたことがない。
796	引き受ける家族がいない。家族がいても引き受けられない。家族の協力が得られない
798	情報が必要なものがすぐに入取できる事、医療者も充分な知識を持ち合わせる事が望まれますが、それが可能になる為には、もっと大きな組織としての frame work がしっかりし、１人１人にとってＩＣＤが common sence にならなければいけないと思います。
800	【問 19-a は無回答】 経済的な面 介護者のマンパワー力 住環境　　等
802	在宅医療、訪問看護、訪問介護等福祉サービスの基盤があいまいなまま、スタートしてしまった事に問題があると感じる。 同じ介護保険料をはらっているのにサービス内容に地域差があり、サービスの選択さえ困難な地域もみられる。 地域差の無い医療と福祉の充実が在宅で安心して過ごす為の条件ではないだろうか
803	【問 19-a は無回答】 社会資源が不足している。
805	家庭の中での看護介護が（例えサービスを受けられても）困難な場合が多い。
810	本人の死世感と家族とは隔たりがあり、自宅では困難な場合がある。 又、麻薬などの施行（飲ませてあげる介助など）も看護師、医師に限定されており、施設などで（ケアハウス、特養も含めて）介護士のみしかいない場合は使用が困難となっている。 今後は国民全体での共通認識が必要と思われる
813	【問 19-a は無回答】 60～80%の国民が「最期まで居宅生活して終焉」をアンケートにおいて選んだとしても、おそらく長期に入院入所して生活して最期を迎えることと漠然と比較しただけだと思います。 実際は肺炎など良性疾患で一時的に入院して、元気になって居宅生活に戻り、また一時入院して戻るということを考えるべきで、「最期まで全く入院も入所もせずに居宅」ということはありえないのではないでしょうか。 ところが、治療によりまた居宅での豊かで実りある生活に戻れるより懸命の治療をして、不幸な転帰となることが多いのだと思います。悪性疾患良性疾患を一緒くたにした誘導はしない方が良いと思います。
814	リスクテイクの問題と家族の医療レベル（医業者ではないのでどこまで自室で医師がいない時に直に対応できるかが未知数
826	「医療者」も「患者・家族」も、知識や情報がなさすぎです。それに無関心（自分のことを人まかせにしすぎ）で、誰かが何とかしてくれると思ってます。 また、マスコミの報道におどらされて、その内容が自分の考えのようにさっかくしています。何という国民性でしょうか。そうなったのは誰の責任でしょうか？ 国全体でもっと根本的なところから取り組むべきだと思います。 （ある先生の講演をきき、自分の頭でしっかり考えたこと最近あるだろうかと反省させられました）
827	死生観について、日常、普段からの考療と教育、豊かな人■力は何ぞやと云った人間としての根本的な思考から出発することも忘れてはいけないでしょう。十分な説明も不十分な説明になってしまいます。
830	患者家族側にも医療側にも問題はあると思います。死というもの、死ぬ前の１ヶ月、死ぬ前の１週間、死ぬ前の１日がどのようになるのか、充分な理解が得られていないと思います。理解できないことによる漠然とした不安感が、在宅より、常時医療スタッフのいる病院での死を選ぶ場合もあると思います。最期まで在宅で看取ることができた方は、ある意味あきらめに近い開き直りがあり、これでいいんだこれで仕方ないんだと思えて、人が多いように思います。そう思えると逆に色んな医療を受け入れることができ充分な在宅医療ができてよい思います。難しいですが･･･
835	可能な症例について、できるかぎり患者さん、家族の方の希望をかなえてきていますが、現代社会の環境整備が不十分なため患者さん家族が希望していても現実としては困難なケースがあります。
841	受ける側、提供側にも問題はあるが、それ以前に「生き方支援」に必要なシステム・設備・情報がまだ不充分である。また、地域差もある
842	医療者側は家族の協力なくしては在宅は無理と思うが、利用者及び家族は医療者を含め在宅を支援している人が全て行ってくれると思われている。 又自宅に他人が入ることの警戒感がなかなか消えないので、ヘルパーさんは要らないとか、多くの人が入れ換わり入ることを嫌がることが多い。
843	【問 19-a は無回答】

	受け入れの医療機関の保険点数の問題で、短期入院が余儀なくなされ、転帰の本人・家族の思いは、二の次になっている現状。ＳＷの不足。（医療者） 転帰後の家族の介護力が低下（介護者） 在宅を支える支援事業所等の情報不足（介護者）情報発進がなされているか（市町村）
845	マンパワー不足と収入面
846	経済的な問題がすべてです
850	行政のサポート不足
851	１．在宅でみとる場合は、介護者の健康状態や家でみたいという強い意志それには、病状がどう経過し、どういう状況になっていくかの医師の十分な説明が必要であり、その経過の中で、介護者のサポートが何ができるのか金銭面の負担がどうなのか等、医療・介護両方を合わせた十分な説明と連携又急変時の受け皿、対応方法等がしっかり整っている事が大切なのではと思います。 しかし、24h の対応している訪問看護はあっても、田舎の方になると、24h の介護支援や、Dr が 24h いつでも往診できる医療機関がない地域の方が多いと思います。（医師不足） １，２に限らず複雑なのでは…
858	【問 19-a は無回答】 医療者も、医療を受ける人達も、戦後の在宅医療から、病院医療への、日本全体（政治、行政、業者、マスコミそして教育）の考え方の変化が一番大きいと考えます。 今は、逆の方向へ誘導しようとしているのだから、社会全体の考え方を変える、大きな流れが必要。
859	居宅での生活を支えると言う言葉は美しいが、それぞれのケースで介護力・経済力等の基盤が違うものを一括りに「60%～80%の国民が～」と言っても、現実離れしているのではないか。 皆がそれぞれの条件の中で生活しており、入院していなければ一食一食の食事の事から考えなければならない。そういった物をどう地域社会の中で支えていくのか具体的に考えなければ解決に結びつかないと思われる。
860	財源、人材、施設、全てが不足している。
866	医療者の知識や説明不足などにも原因はあると思いますが、在宅でみとる為の Dr やナースが足りないのではないかと思う。
867	病院で死ぬことがあたりまえになってしまった社会そのものの問題（入院させていた方が世間体がよいなど） 核家族の増加など帰ったとしても看とる人がいない、他人からのケアをうけるにしても時間数に制限があるとか（介護度によって、など） 又は本人が他人を家に入れたくないなど、日本の社会や国民性からの問題
868	【問 19-a は無回答】 医療面よりも介護面での課題が大きいように思える 老々介護の方、独居の方日中はサービスが入ってサポートできても夜間は細切れの時間でしかサービスが入らない 重傷者の場合介護体制不備で入院になるケースが多いように思えます
873	厚生労働省の政策に問題あり ・病院在院日数が少なく長期で入院ができなくなる。病院をたらい回しにされるが次の病院を探さないと移れない ・リハビリが充分できなくなりキノウ低下を起こすと入院させられる
875	医療提供側とそれを受ける側との話し合いによるお互いの理解をする機会がない。そういう努力を行政、医師会、医療機関、一般市民を混じえておこなわなければならないと思う。 マスコミを通じて、広く国民的話題、議論を起こさなければいけないと思う。 市民フォーラム等地域密着で努力していかねばならない。
878	社会のしくみや、教育、状況、国民の意識、マスコミの意見全ての総括として、こうなっているのであろう。 又、医療に国の予算が回らない現状では、中間層以下の国民はお金の問題で、自分の望む最期はむかえられにくい
880	第一は昔とちがい、現在は共働きで、居宅で終りをと思っていてもできない。現実はどうしようもない。やっと就労してるせっかくの仕事を休んで、介護をされる世の中ではない 仕事がなくなりローンも払へなくなる。生活できなくなる。仕事を定年して自由生活であれば別だが、又、都会から、戻って親の面倒を看る人は少なく介護保険、医療まかせのわがまま人も多くなった世の中ではある。子供が高学歴な家庭の親ほど金銭的には、裕福であっても、別所帯が多く、最期は、病院死が多い世の中である
882	在宅医療に必要な体制の不備
888	日本の社会システム（医療だけでなく）
890	療養者本人に対しての情報提供、社会的支援の改善と選択肢の幅を広げる事も必要だが、介護する側の心と体のバランスを保つ事も同じくらい大切と思う。 その為には、在宅ホスピスを専門とする在宅療養支援診療所や訪問看護、訪問介護ができる施設を増やす事が必要であると思う。 又、その為には医療者側のメンタル面の報酬もふくめての医療点数のアップが必要であると思う。（医療点数が病院と在宅で差がなければ、医療者側は、時間の制限がある為、在宅医療は提供範囲にかぎりがある為、今後今の状況で拡大していく事は難しいと思う。）
891	過疎地で図Ｎのような在宅生活は無理。 医療機関も足らないし、コーメディカル、介護者もいない。患者の家族が医療行為ができないと、とても対応できない
895	先にも書いた日本の家庭構成が主因と考える。 在宅死を支援する介護・福祉体制も不十分である。
896	いかに患者の病状に対する不安軽減、家族の介護負担に対する軽減を行うか、それをサポートする制度も必要であると思います（１、２はもちろん原因としてありますが）
898	最期を在宅でと考えていても実際には、自宅でみることができる環境がきちんとしていない事やその地域により在宅医療が十分でないところの方が多いため、在宅で最期をと考えていても難しいと思う。 もっと在宅医療が充実されるべきである。
900	問４に書いたように家および家族の状況が自宅での療養を困難にしており今後ますます悪化する
901	金銭的、人員不足にて、現状では実際にそぐわない 家族の意識のなさ（自宅介護の） 国は医療に現物負担をすべき 政治の貧困に帰する。
902	社会基盤ができていない。 在宅死を末とうするには、家族にあらゆる面での余裕がなければならないが現代社会において、そのような家庭は限られている。

	そもそも総理大臣や厚労大臣ですら考後要介護状態になったら施設に入りたいと考えている。（あるいは、役人に言わされている？）こと自体が問題である。 もっと自由に仕事を休める社会にしない限り、また在宅医療にかかる医療費（自己負担分）を軽減しない限り、在宅死は増えない。
907	政府からの国民への現状説明と今後の啓蒙が最も大切と思う
909	誰しもそうだが、その時になると意見は変わるものである 特に介護者は 本人だけの意見を尊重できない事も知っておくべきである
910	超高令化社会に突入した日本で小家族化進む中、高令者が高令者を介護する場合が多いため。
913	大分県のような所は、医師不足が進み、地方では、往診どころか、無医村地区なども多く、病医院に入院するしかないのが現実です。 理想的な終末期を向えるには、プロの医療者が必要ではありますが、在宅での往診などを充実していかないと希望はなかなかかなわないと思います。
920	たとえ医療者ががんばったとしても、それだけのサービスがそぐわなかったりシステム不備でかなわない事のほうが大きいと思う。 在宅医療を行っても医療点数が低ければサービスがうすくなり満足いくケアがうけられない。 国の在宅に対する医療に対する考えに問題があると思う。
925	【問 19-a は無回答】 両方に問題があると思う
926	医療を受ける側も、提供する側も、もっと自分の変化を自分のこととして考えていかなければならない。 「医療者まかせ」や「聞かれるまで」の時間を無駄にすごしている。 もっと、健康な時から、自分の生や死を考える機会が必要だと思う。 両者が、同等の立場で話せるようにならなければミスマッチは減らないと思う。
929	家族の介護力、認識 介護、医療に対する費用の問題
930	③というよりも、①、②ともに問題がある。 まだ不十分な説明というより“説明”する前に、患者自身が状況を把握し、判断、決断している場合も多く、一概に言えないのでは？
931	これまでの医療提供者には、経営上の理由から病院死が増加してきたという原因によると思う。病診の連携も不十分であり機能分担がしっかりできていな■■も、■者と■■■されてたのでないか。家族にも、それなりの■■があっても「利便」が優先されていたという側面も否定できないのではないか。50 年前は在宅死はあたり前であったのだから。 （死）（看取り）への教育も今後は必要であり、様々な媒体を利用して啓発に努める必要があろう。
933	普通に生活していると健康のありがたさ人生のあり方老後について考える機会がない まず自分がどのように生きてどう他者とのかかわり全て自己選択など自分に責任を持ち人を思いやる教育の不足 制度を整備してニーズに答えられる設備、人が整っていない
936	在宅療養を支える在宅療養支援診療所や訪問看護、薬剤提供などの医療体制や介護（24 時間）の体制が充分でないこと。
939	国の健康保険制度・介護保険制度のあり方
940	１、２ともに原因である。 又、知識に乏しいアマチュアの家族が不安なく、家庭で看取りをするのなら、病院も含む、地域医療側が「家でも看取りはできる」ための教育活動をしていく必要がある。 学校で子供たちにも、年令に見合った教育をしたり、父兄対象、又は介ゴする高令者対象に公民館などでべんきょう会をしたり…など。
943	家族等周囲のマンパワーが足りない。
944	最期まで居宅生活して終焉を希望は本人が自分の意志で表現しています。 医療者のサプライは病院死が 80%と云うことは、現場でいよいよ終焉となると本人の意志より介護者家族親族の判断で在宅生活に対する不安感が強くなるため
945	昔は経済的に貧しくとも心は豊かであった。 それは家族制度のもとで、家長による統率と従順、家族各員の協力と一致があったが、今はそれがない。個人主義になってしまったので、自分だけよければ人はどうなってもよいという、他者との無関心の社会になってしまった。 それが一番の原因だと思います。 職を失った人は別だが、低所得であっても、貧しさに耐える力を持ってゐた、今は貧しさの中では生きられない人間になってしまった。
947	医療者にも問題があると思うが、それだけでは解決できない。社会全体でサポートできる体制が必要であると思います。
948	【問 19-a は無回答】 患者は一人一人全てちがう。この様なマニュアルで考えるより一人一人の状態によってその人がどれが一番よいか、考える必要あり、患者の意志にそぐわない場合もあるし家族の考えとちがうこともあるし医師が最善と思っても出来ないこともある。 又、都会と農村といったちがいもある。要するに医師は患者の為を思い精一ぱい、知えと努力をするのみである。
951	①在宅介護が可能な住宅を整備してきていない ②在宅介護が円滑にいくような、家族構成にない（核家族化） ③介護者が食べていくのもやっとやっとで仕事を犠牲にして介護をしていたら全員が生活できなくなってしまう
954	病院死となるのは、在宅よりも（一最期まで治療して戦った。）家族が楽である、本人も家族も安心である。経済的にも支払い範囲内である。 相談できる（医療者と）孤独でない 死亡診断書を書いて看取ってくれる解剖でない その逆で社会全体で「自然死、終末」を寛容に認められるならば居宅での終えんが増えるのではないかと思う 「病院にも行かさなかった、治療させなかった」等周り（親戚）の声に怯える！？
958	在宅を支援する診療所の絶対数が足りないと思う。 （たいした処置がなくてもことわられるケースも多い（例えば尿道カテーテル交換など））
959	医師不足 介護力不足

	実際のターミナルの患者が必ずしも居宅生活を希望していない。
961	介ゴ者がいるかいないか 家族の収入 医師不足 病院と近隣の開業医とのコミュニケーション不足
964	１、２を問題と呈するのではなく、 まずその患者・家族のニーズを中心に考え、知識や、対策が乏しければその問題を解決に導き また２で、プロの医療者に問題があろうまであれば 始めに述べたようにあくまでもニーズを中心に考えてゆく事が大切ではと思います。
966	家庭での「死」を受け入れられなくなっている日本人の意識の変化が根底に存在すると考えている。遠因は教育にある可能性を疑っている。
970	病状が安定しているか、不安定か。
971	【問 19-a は無回答】 「主たる介護者が在宅で存在しない」 核家族、経済事情で、看取りも含めた在宅支援に協力しようにも出来ない事情がある！！
972	そもそも死ぬまで在宅し、家族が、もしくは患者がひとりで、あるいは社会的支援をうけて在宅のまま死んでゆくのはとても大変です。 ひとりで死んでゆくサビシさ（独居だとそうなる）看病する家族の疲れは社会的資源の豊富な支給があってもなかなか耐えきれないだろうと思われることが多いです。（資源の支給はけっこう少い） 在宅で安心して死んでゆける人が 60%～80%いるとは少々信じ難いです。
975	現在の核家族化にも問題があると思う。 ・独居で一人さみしく苦痛と不安の中で生活している。 ・高れい者二人で認知症があり理解できない二人が寄り添って生活しているケースも多々ある
976	一人暮らし（で身よりのない人は）の人は、なかなか家でというのはむづかしいのではないのでしょうか。 家族という「おくりびと」があってこそ、家で最后をむかえられるのではないでしょうか。
977	核家族化等の社会の構造変化 日本の風土 欧米のように個や自我より和を尊重する気質 →周囲に迷惑をかける 介護関係者の家への出入りのストレス等も小さな問題ではない
980	老々介護、独居者、不況…など。
981	医療介護政策
985	【問 19-a は無回答】 国策の不在。行政単位での取り組みが極めて不十分。 医師～患者関係の中だけで解決すると考えるのは無理がある。 治療→療養→死は医療ではなく、ライフサイクルの問題である事を強調すべき。
986	在宅を支える人材不足。24 時間体制の往診可能な開業医師の不足、訪看ＳＴの人材不足。 知識不足（治療安楽に対して） 24H の体制はＤｒだけでなくＮｓ、ヘルパーも同様に不足。 サポートがなければ在宅死は不可能であるし在宅での療養生活も不可能である。
989	前述の如く日本の社会的インフラに問題がある。 在宅診療の際も患者宅が一方通行の右側にあれば、駐車禁止の除外証をもっていても、違反にされる。 細かいことだが医療者以外のコンセンサスを得なければ広がらない要素が多いと感じている。
992	年をとること、老化を自然な事として受け止める日常の精神。 健康、若い＝正常、障害、老い＝異常となる様な教育の改め。 そうすれば、プロ、アマ問わず人としての生き方のカーテンコールも良い方向になるのではないか。
993	住宅が狭く、バリヤも多く快適な居宅生活が困難な場合も多い。 この件に関して社会的啓蒙活動が足りない。
999	介護、医療、福祉を含めた在宅療養のマンパワー、環境整備ができていない
1002	基本的には家族の犠牲的な介護がなければ在宅が困難という社会保障サービスの貧困がある「家族にはめいわくをかけられない」という思いがふっしょくできるほどの社会サービスの水準が前提として必要なのではないか。
1003	国全体のシステム、資源（例えば往診医の確保訪問看ゴ師、ヘルパー）などがうまく機能していかないと（壁をこえた流れ）安心して在宅での療養生活はできない
1006	病院→人員の不足、在宅に対す知識不足などによる問題が元々あり提供したくても現状ではむずかしいのでは。 在宅でも人手不足というサービス提供以前の問題もあるうえ利用者さんの経済的負担も実際の場面ではよくきく。 在宅を支える介護、看護の質の向上を図るための教育の大切さも感じている
1010	日本の尊厳死の定義があいまいなため「患者、家族」側も「医療者」側も選択時、これで良いのかと思い悩む。その時のまわりの事情等も加り、再に選択は複雑になる。「医療者」側は手元（病院）で診ておけば、刻々とした変化に対応しやすい合理性の部分も大きいと思う。「患者、家族」側も「医療者」側へ責任を押しつける事によって精神的重圧から回避できる楽さもあると思う。
1015	何でも病院入院という社会通念と大病院依存性。 在宅医療の質の高さの認知不足。 介護者不足。
1019	・在宅でのサポート力の不足。
1034	介護を■る側は居宅での終焉を希望するのは当然である。 家族の受け入れ対制の背景、独居老人、痴呆等々現在の介護体制のあり方では問題が多く、ミスマッチと云えるのだろうか。
1040	医療者側が予測して、この場合はこのようにと伝えても家族には初めての経験でショックが大きく判断ができにくい。 医療者側もキケン性を重視する傾向になる為と考えます。
1048	人間として大きく（生命、仕事とか）とらえてみようと言う日頃は他人ごとだったらはっきり前が見えるが、いざ家族、自分、身内となったら、先が見えず方向性を失ってしまう心理が働くのかと思います。 もし自分だったら落ちついて判断はできずどうしようどうしようと大さわぎをする事になるのだと思います。さわぎをしても方向性が誤ってしまったりいっしゅん、頭がパニックになって…そうなっている方を落ちつかせ導ける

	人はなかなか現在いません。
1051	国や地域での在宅医療に対する情報提供が少ない
1055	家族の支援体制、医療、介ゴ供給体制が不十分（ゆとり）抜本的な医療福祉の充実（金をかける）が重要。 患者、家族や医療者の気のもち方で解決出来るものではない！
1058	【問 19-a は無回答】 マンパワー 経済的余ゆう 資源
1059	介護する側の マンパワー、経済的なもの、が必要となる。 老・老介護では、いくら在宅を希望しても困難である。
1063	【問 19-a は無回答】 マスコミが正しく報道していない。（以前よりはよくなっているが…）
1064	介護者の存在又介護者がいても介護力が不十分な場合は限界がある。 経済力
1066	退院支援のアプローチは在宅の実態を知る医療者が過程、過程で支援を行なう事が有効と思われますがいかなる説明、アプローチを行なっても在宅で医療、介護、生活をサポートしていくシステム、マンパワー等が充分に検討される必要があり、現実の事例から充分な分析のもとに推進のヒントを見出す事が急務と考えます。
1067	１、２の設問の“主として問題がある。”かどうかわからないので３につけました。 在宅医療体制や医療関係者の意識の問題や国民の意識家族構成の変化などなどさまざまなことがからみあっているように思います
1068	ぽっくり死にたいと祖父母が申しておりました それが理想だと思います ただ、この小子化の時代、家に居たくても介護者がおりません 結局病院に世話になるしかないとほとんどの方が私も含め思っているのではと思っています
1075	【問 19-a は無回答】 社会的な情報のこ大報告
1077	在宅支援サービスの情報が社会全体に浸透していない。その為、不可能と思っていたり、望んでも医療従事者に伝えられないなどの理由があるのではと思う。
1080	【問 19-a は無回答】 双方に問題がある。 病院でなく、在宅でなく、例えば施設（グループホーム、老健）でスタッフにみとられて死ぬことも増える社会になるでしょう。（テレビドラマに出てくるような）家族（までも含めて）10 人と医師ナースにとりかこまれて終焉をむかえられるのはとてつもなくぜいたくなものとなる社会がやってきます。死に対する考え方をかえていかないと、ずっと達成できない目標をもちつづけることになる気がしています。
1082	①患者本人の意志より、家族及び家族の血族が、近所の聞こえがわるいから、病院へという意見が多い。 ②医療者が、自分のできる範囲と、自分のできない範囲で医療を提供せずにいるから。
1092	【問 19-a は無回答】 介護者が、介護に専念できる環境（経済状態、質の良いサービスの充実、心身ともに支えてくれる、介護支援者の存在、など）の整備。 介護保険制度、医療保険制度の充実。 ボランティアの育成などインフォーマルなサービスの充実
1097	国の政策 経済問題 死生観 家族関係 宗教
1100	医療側は、在宅での見とり等のイメージがみえないため 患者家族側は、周囲の理解（環境）で病院での最後がふつうになっているのにちがう事をすると何かいわれると考えたり、介ゴする体制に困難があるなどではないか感じています。
1103	家族が安心して介護できる社会づくり（介護休暇の取得なども含めて）と在宅サービスの充実が必要である。
1112	今の家族系態や家族関係・自宅状況において在宅で介護するという事すら困難になっている。 “生命”を感じる又、教えるという事が家においてできなくなっていると思う。 経済的にも難しいし、個人主義となった今、自分の時間を潰してまで介護するという人は少ないと思う。お金さえ出せれば他者に看てもらえるのだから入院、入所は何よりの負担解消になっているのでは？ 現に、有料老人ホームに入る人がかなり多いと感じている。
1116	家族のうけ入れ。
1118	国の高令者対策。低医療費政策
1119	家族には患者さんに手厚い医療で少しでも長生きして欲しいという思いがあり、患者さんも家族に迷惑かけたくないという思いがあって入院を選択されることがよくあります。 又看護、介護の支援体制が不十分で家族の負担が大きいですし、重病者を在宅医療するのはあきらめたとか見捨てたとか思ってしまう文化的背景もあるのではと思います。
1120	・経済・時間・体力など家族の負担の大きさ ・患者と介護者との心のかっとう
1122	看取るＦａの介護力と、医療者の知識、協力が必要。
1125	この設問には家庭、家屋など base になるものが受け入れ可能かどうかの判断が欠けているのではないか サポートしてくれる家族がおり、経済的にもそこそこ余裕がなければ、在宅でのターミナルケアは困難。 ニーズとサプライのミスマッチは意識や情報の提供の問題以前に患者の環境と生活の問題が大きいように思う。
1127	在宅医療をしたくても出来ない家屋の問題、看護（介護）する人の問題があり 病院、在宅後での入院医療を希望しても、身近な医療機関がない状況（以前は有床診・中小病院の存在が、その役目を果していたが、政府の医療政策のため、有床診、中小病院が経営できなくなってしまったから。
1129	最期まで居宅生活…の希望が、かなえられるようになるには、医療者の意識の改革と、体制整備が必要であると思います。 特に体制的には、小規模なステーションや診療所では 24h 体制を行なうための負担が大きすぎて、人員不足など

	の問題が生じ、先に進まない感じがします。
1131	□家族構成の変化による介ゴ力の低下。 □在宅における能率の悪さ、報酬の低さ □家族主に高令者において医療を理解し、行動することが大変であるから… □病院と居宅における圧倒的設備差と医療内容の格差
1132	医療介護は人が人にかかわることで成り立つ分野である。 介護をうける側と介護を施す側との間に共通認識・理解が必要。 そのための日常教育面での世代間ギャップの解消が大切。 在宅で死を迎えることの出来る居住環境と人的（介護者の常任）なゆとりを前提とした公共的サポート体制の確立。 医療、介護にたずさわる人々の意欲とエネルギー維持可能な社会保障体制強化 高次な政治的施策の問題
1139	問４－ｂでも述べたように、患者、家族が希望し、医療者もそれを支援したいと思っていても、社会資源が乏しくそれを実行に移す事が出来ないという事がある。 ない社会資源はつくっていかなければならない。マンパワーが足りず、困難であればすでにある社会資源を活かし、協力し合い、ネットワークを構築し、それを医療者や患者、家族に広めていく事がもとめられると思う。 患者、家族が自分自身の生き方について考え学ぶ事も大切だが医療者においても同様であり、学んでいかなければならないと思う。
1143	【問19-aは無回答】 自宅で最期を迎えることができるのは最高と思います。 しかし、現実には家で看取れない現状の方が強い。 本人が望んでも実際には不可能に近いのではないでしょうか。 情報の提供（生活・医療）、家族への支援の必要性
1144	“どちらかに”問題がかたよってる分ではないと思う。両者にそれぞれ問題があり、更に医療システム、人々の考え方（地域のサポートとか） 又共働きしないと生活が苦しくなる社会、“家族のサポートは自分でしなくても施設がよい”などと思考しやすい価値感など、様々な事にあると思う。
1154	ミスマッチはあると思います。 その方の思い家族の思い、など十分に聞き、ＨＰ側がどのように対応したか、できたかが大事なことでどちら側が一方的に問題だとは思いません。 できれば地域医療室が患者さんの思いなど十分にきき対応してくれるといいと思います。
1155	居宅での環境が不十分 死生観－家族間での意見統一、患者と医療者との間の意見統一不十分
1156	日本の医療に対する報酬の低さで病院経営が困難である。 在宅と同等の環境で病院におられる様に出来るのが望ましい。
1159	今、死を迎える方々（60才以上）は、その両親や祖父母を在宅で看取ってきた方も多い世代だと思います。 その上で、やはり病院死が現実という状況は在宅での看取りの善い面ばかりではない事の反映と考えます。 もっと在宅へ進める為の国策としては、国民への啓蒙（ＣＭなど）が必要と考えますが、国民は皆様そんなに簡単には流れないと思います。
1161	死に対する考え方、本人、家族、医療者、それぞれが違う。 60%～80%の最後は居宅生活を希望としている国民の本音なのか不明である。問われればできれば自宅でと答えると思う。 地域間の格差が大きい現状で今後、在宅医療がよくなるとは思えない。訪問看護ＳＴでは、人も確保できない状況、私達は安易に在宅療養にすすめることはできない。
1171	①財政的問題。②スタッフ不足 もちろん在宅でほとんどの医療がまかなえれば理想的ですが、それをするためには在宅で働くスタッフの数が大きく不足しています。 現在任っている一人一人の負担が大きく、すべてを受け入れられない現状があります。 又、在宅でするという事は、各地域にＰｔがちらばっているため、一人一人に対応する時間も大きくとられ、コスト的にもある程度割高となるようです。 結局、本当に在宅でやっていけるのか、今後若者1.7人で老人１人を支えていけるのか…不安です。
1172	【問19-aは無回答】 国策の変更を求める手段として医師会等は無力であり、教育等は、医療者、家族では困難
1174	患者家族をバックアップする介護・看護のための施設
1184	国の施策として、子育て支援や、高齢者介護、医療費等「ヒト」に対してもっと、助成制度や予算を増やしていくべきだと思う。 現場は、切実な思いである。
1186	医療者・患者・家族の知識・理解相方に問題はあり。 制度面での整備、社会全体としての認知にもまだ課題はある。
1195	国民の60－80%が希望している状態の実現に対して努力していないのは、立法、行政の怠慢である。
1197	金銭的に無理な事が多い。 介護者が仕事を休めない。 介護者も認知力の低下している人が多い。
1203	生活を支援する家族のいない人が多い
1206	病院スタッフ、在宅スタッフの両者がお互いを知っていない。知ろうとする努力は今まで少なかった そのため患者や家族に十分な情報が伝わっていない。
1210	人生の最后を家族と患者だけで迎えるのではなく、介ゴ、医療、その他様々なサービスと人の連携によって作りだされるものであること。 あと、死についての話をすることがタブー視されている事も一つの要因と思います
1212	問題は個別性があり一様にどちら側とは決められないと思う。 特に今は在宅での療養生活に向け情報や実体験が少くなく、複雑な、制度の理解や事務手続等も問題になっていると思う。 介護保険一つとってもいざ要介５程度で複数サービスを使おうとする時高齢者が何枚の紙に住所や名前等決ったことを書き入れなくてはならない。契約に対する事務時間はおそろしいと思うこともある。 制度もいざ使おうとすると行政の窓口に何度足を運べばいいのか？

	システムの内容を知らない為に指示されなければ動ごけないのである。 分りやすく手続が少くなくはなれないのだろうか？
1213	口コミなどによる間違った、または、ふさわしくない情報にまどわされてしまう。それに対して医療者側から積極的に介入することができない。
1217	人間個人としての生き方。
1221	家族の協力がないと本人と医師が希望してもできない。（経済的、時間的、肉体的精神的負担等）
1225	居宅生活する中で家族以外の介護をする、人手が足りないと思う。
1226	制度上の不備
1228	家族主義の退潮による核家族化という大きな問題を解決することが無ければ『最期まで居宅生活を続けて終焉』を迎えることは困難であると考えます。 居宅医療が必ずしも最善とは限らず、医療を受ける側の選択肢の一つと考えるべきであると思います。
1229	新しい医療を推進する母体がないこと。 在宅医療は地域性や個々の医療機関の事情によって大きく影響されるので一律な方向付けは難しいし、体系だった経験の整理もできていない。
1230	全ての人の意識改革が必要 家で看取る事への恐怖・不安 マンションが増え、近所の目がある　　） 「病人が家にいる」と思われたくない　　） 近所に噂が立つ事が困る　　） 核家族化　　）等の問題、時代の流れ
1231	・現在の医療・介護行政が、最も大きな問題でしょう ・在宅医療の位置づけ、プロパガンダ ・経済的な支援 その他、一杯ありますが…
1232	患者家族、医療者だけでは解決できないと思うから、利用できる支援があってこそ成り立つものだと思う。
1233	主はあくまでも患者であり、それを補助するのが医療従事者である。 ただ国が本当に患者を主に考えているのか最近の医療介護に対する保険点数のつけ方などを見ていると、国がどうしたいのか理解に苦しむ政策をとっている。
1235	（１、２も問題であるが）患者自身、家族が常々生き方に関して語り合っていたか、正直に、語り合えているか 又、医療者が、プロに本当になれているのか １、２が病気になって、考える事、病気の人に考える事ではなくもっと深いものなので、大きな問題と思う
1238	１と２も両方あてはまると思います。
1249	少子化、高齢社会における核家族のライフスタイルが多く死についての日頃からの考えがなく、目の前に差し迫った時には余裕がなく、助けを求める相手が分からなかったり、口に出して言えない流される気質が潜在しているのではないか。
1250	受ける側も提供側も生きるとは何かという信念を育ててないいつも向き合っていないので、突然の事に準備ができず終焉の場所を、求めた時すなおに協力してあげる事のできる人間形成がなされていない事。
1251	自立が十分できていない家族、患者の在宅ニーズと、医療スタッフに求められる、技術、精神サポートを十分分析できていない医療のミスマッチ
1252	在宅療養を支える家族に大きな負担があり、長期に渡ると難しくなって来る場合が多いと思います。 介護のキイパーソンがいても、患者の伴侶である事が多く、老々介護は大変辛い毎日となるのではないでしょうか？核家族化が進み昔の様にお年寄が皆に囲まれて惜しまれながら逝く光影は田舎でも少なくなっています。
1258	社会の変化で、高度医療ばかりを追及した結果であり、それは時代の流れとして必然的にできたものである。 小さな町医者は信用せず大病院の医者を信用する風潮を教育（医学）から変えていく（受ける側、与える側）ことが必要であると考える。
1260	行政が動く必要あり
1268	社会全体が効率化を目ざしているため、マンパワーの不足より集約化をしている 在宅も同様で独居老人を増えこの人々をささえることが不可能となっているため集約化され、老健、特養での看取りが浮上している。
1272	家族の意志がコロコロ変わったりする いざ、末期となると病院に送ってほしいと見ていられないと言い出したりする
1273	家族のつながりが希薄になりつつある中、最後まで居宅生活して終焉は多くの人の希望は叶うものなのでしょうか？ 逆にお金や家族（言葉は悪いですが、家族は直接的なお金や援助、労働力）がなくても、病院や施設で暮らせることは幸せなことではないですか？ 終焉について今一度、見直し、幸せな状況に感謝するべきだと思います。
1275	在宅での医療を望む際、自分を望む全てのことを受け様と考えた場合、今の医療制度では、自己負担が大きく、また、医療保険による介護や医療を最大限うけたとしても、まだ不足分は、家族への負担となる。現在、介護力を家族の中に求めようとしても、困難なことが多く、女性が多くの場合介護力として望まれるが、社会進出もしており、又、双方の親を各々が介護していかなくてはいけなくなった社会状況下、「病院」というところで終焉となってもしかたないという部分があるのではないかと思う。
1286	患者の多くは自宅で最期を迎えたいと思い、医療者もまた可能ならそうさせてあげたいと願っているはずである。 しかし、現実はそうできないのはなぜか？それには日本の医療体制がそうなっていないためではないだろうか
1288	世の中のあり方。核家族だったり、死生かんの教育だったり。etc
1293	その費用を誰が負担するのか？ 全てのサービスには費用がついてまわる。
1298	世間体を気にする家族が多い。 こんなに悪い状態なのに病院に連れて行かないなんて！と親せきや近所の人に言われることを恐れている。 在宅で最期を迎えることの方が、病院での最期より良いこと（本人がそれを望んでいる場合）だと言うことを地域みんながそうに思ってくれればいいのだが…。
1300	１と２の間の認識の差異 相互にコミュニケーションが足りないこと
1301	行政の支援（情報提供も含む）が貧弱すぎる
1305	在宅での医療が充実していない。不十分である為、（支援不足になりやすい）家族の介護負担、協力が得にくい。

1306	社会保障の充実ができていない。
1307	行政の整備→地方に行けば行くほど在宅医療の人材確保がムズカシく支援もない。 もっと予算をとって市町村レベルで対処すべき 普及活動　→もっとメディアetcで正しい知識を普及させるべき！！
1312	１．２、どちらとも思わない　医療スタッフが在宅についてどれだけ説明しても、看れる人がいなければ結局は病院でということになるが、患者・家族の理解が乏しいというわけではないと思う。 （家族は在宅希望しているが居住環境等の問題で、退院させられない場合も含め） 更に３を選んだ理由として、医療・福祉の問題があるのかと思ったので。
1313	患者家族、医療者ともに病院思考が強い。
1314	十分な医師の説明があったとしても、家人の受け入れ（知識だけはあっても）がない場合、それを受け入れ体制にもっていくには、盤石なサポート体制も必要。（説明だけでは…） 医療者側と家族側だけの問題ではい。新しい生き方、明るい希望は、提案できても、実降に基本的に365日みるのは御家族なので、「近医の在宅医は夜はいません。救急車をよんでも仲々病院が見つかりません」という現実の仲、特に医療処置を伴う患者様、御家族様はふみきるのは困難のケースが多い。 現場にいるスタッフだけが120%固々のパワーで頑張るのも大変で、在宅へ在宅へと国が云っているわりには、体制がととのわぬまま、走り出してしまった感がある。現在はそれぞれが頑張ってつないでいる感じがする。 国の政策にも期待する。
1315	介護保険制度自体の問題と 介護保険サービスの質的、量的問題 障害者自立支援法による支援サービスの不足 県・市の単独事業の財政難による圧縮
1316	【問19-aは３を選択、問19-bにも記入】 最期まで居宅の希望のある一方で、最期の瞬間を迎えるに際しての強い不安（本人・家族）と、居宅死を支えるサポート体制のばらつきが施設間にあることなど。
1317	１、２も問題としてあるが、情報提供を行ったり、患者・家族の希望や意見を聞いたり、理解を得られていても、患者宅の地域で在宅死をサポートできるだけのサービスが整っていないこともあり。地域福祉・医療の体制作りから改善の余地がある。
1318	以前のような大家族ではなく高令者の夫婦、供働きでなければなりたたない生活など、マンパワー不足が大きいものと思われる。 介護職の給与は低くおさえられており、もっと、医療・介護に予算を配分すべきであろう。
1323	・充分な家族の協力、支援があるか（マンパワー、金せん的問題、住居の問題） ・24時間体制が、医療、介護システムとも整備されていない現状 ・今の社会情勢では、共働きしないと生活できない現状がある。
1326	①国民ひとりひとりのいのちの認識（救命至上主義が支配している） ②介護力不足（経済効率優先の日本社会。介護にもっぱら従事できる家族の不在。就労している家族がとても多い）
1332	【問19-aは３を選択、問19-bにも記入】 いつかは死ぬのであって、きれいな死きたない死どちらも運命だと思う。
1333	【問19-aは１、２、３を選択】 家族が家にいない人が多いのでは。
1335	独居で、24時間のサービスを受けられるとしてもはたして一人で状態が悪化しても居宅ですごせるだろうか。老々介護の場合でも対応は難しいと考える。すべての人が居宅で最期をむかえることは困難と考える
1336	終末期の患者及その家族が居宅生活を希望しても、核家族化高齢化のため居宅生活そのものが不可能の状態になっており、止むを得ず施設入所を余儀なくされている実状で特に山形県においては、居宅介護をめぐる虐待や殺人事件迄で起る社会情勢であります。
1337	経済！
1338	・核家族化と、共働き世帯の増化 ・訪問看護に介護保険を優先して使う規制。ターミナルになるまで利用が制限されているため、普及していかない。 どうしても他の介護サービスを優先して利用されるケースが多い。
1342	在宅療養のイメージができず退院に不安を感じている。
1352	家で最期を看りたいと希望し乍ら生活の為に看れない家族、それを充分知っている患者様、このギャップを埋める手段はあまりにも個別性があり過ぎるし、又地域性も関わってくると考える。 これは、精神的な面ばかりではなく物理的な面でもより良いサポート策を考えて行く必要があると考える。
1355	延命至上主義が医療者にも、一般にも広く浸透している 「死」の受容がわが国ではまだ一部の人にしか知られていない。「死」を遠ざける意識が強い 病院機能や医療で治るという希望が強く、老衰を認めたがらない気運がつよい
1356	Ｐｔ、Ｆａ、医療者とも決められない。それまでの教育や家庭環境、社会背景、政治？とも密に関連していると思う。 死生観や老いを考えることの少ない日本人の特徴など。
1357	１、２両者に原因、ある。 患者　→大切な家族の負担になりたくない日本人特有の思い 家族　→核家族、女性の社会進出が進むなかでの介護者の不在の問題 医療者→医療者を疲へいさせないようなシステム。医療者どうしが連携しサポートしあうシステム、これを地域、自治体のみで進められるものか、疑問がある。 ３、在宅医療の未整備
1358	・在宅医療の整備が不十分と思われる
1362	介護力が乏しい患者、家族が多くなっているがそれをささえる社会システムが十分でない。サービスの不足、サービス利用料が払えず、サービスが使えないなど、さまざまな問題がある。 利用料の心配なく、うけられる十分なサービス提供がないかぎり在宅死の選択は増えないと思う
1363	患者、家族や医療者の思いが支援、調整により実現できるか。 全ての人に実現可能ではない。 個人の要素、社会制度上の要素、社会経済の要素等の要素がからみ合っている。特に景気変動により弱者へのしわ寄せがあり、単に患者、家族の知識の問題としては片付けられない。
1365	環境整備
1366	【問19-aは無回答】
	・今の保険制度の中での限界。個人負担が大きすぎる現状の中で個人の思いよりも、現実の中で判断しないといけない場合が多いのではないか。 ・医療者としては当然提供できる情報はより多く持った上で説明をし選択肢を広げる形で医療を受ける側に提供する必要があると思う
1367	今の家族のありかたでは在宅医療は難しい
1370	「核家族化」により、家族による介護が困難な場合が多い。
1373	医療供給が十分になされない社会制度の問題が大きい
1379	それぞれの主治医や医療機関によって対応がちがうため対応が難しく、しっかり家族や本人と、信頼関係ができ、十分に説明をうけ、納得されることによって、かなりちがいはあると思う 終末期にむけて、現在の制度でどこまで安心してむかえることができるのか経済的、又は、個人差もあると思うが？
1385	広義での制度
1386	在宅における環境問題 １、独居 ２、住宅環境 など
1388	介護を十分行えるように社会基盤の整備 貴院のようにプロの往診だけを行う施設の増加が必要
1394	社会制度に問題がある Ｐｔさんが在宅を希望されていても、十分な社会制度が整っていない場合があり、家族が在宅を受け入れにくい現状がある。
1397	医療をうける国民の意識そのものの課題が大きい 最後までＦａでみとるという、人間関係ができていない家族も多く、基本的に独居でも24h支援できるシステムと、国民への説明が重要。
1398	患者さんは在宅療養を希望していても、介護者が高齢だったり、介護者がいないケースが多い。 あまりにも介護者の負担が大きい。（身体的にも経済的にも）
1400	支援を行う側のプロの成り手が少ない。 これは医療者の問題ではなく、主に施策の問題と考えます。 つまるところ、医師以外の待遇をアップしなければ、量的にも質的にも集まらないと思っています。
1402	もちろん１と２も原因になっていますが、在宅生活を支える介護力の強化、とくにヘルパーの雇用対策が遅れています。 核家族化が進み、老老介護の現状で、生活を支えるのはプロのヘルパーです。（医者もナースも必要ですが）
1409	都会では、核家族化、単身者、独居老人が非常に多く、在宅での終末を希望しても行うことができないことが多い。従て必ずしも在宅でなくとも、緩和病棟や、末期病棟を増大し、保険点数を増大することも重要。しかし、それには福祉に大きな財源が必要です。ならば、消費税30%程度にする政策の問題となってくる。
1411	本人も家族に迷惑かけたくないと思う人は多いし、家族も心配を口実に在宅療養を避けている割合が高く、医療以前の課題に思う。介護付タイプの有老ホームが急増しているが、ある面合理的な居場所であり、適切な医療が、介護が供給されれば半歩脱病院かもしれない
1418	医療者が患者の生き方を変更させるというおこがましさを捨てる。患者さんから生き方や価値を教えていただくという姿勢
1421	行政によるサポートが実際に必要な部分に行き渡っていない。 在宅スタッフが、全く足りない。 コストがみあわない。
1422	介護者がいないことによる介護力の低下
1425	・福祉的な支援の不足 ・福祉に関する援助の知識不足 ・家族制度の変化による、介護力の不足 ・要介護者の増加に伴う、支援者、施設の不備
1426	居宅生活を援助してくれる施設やスタッフが十分ではないため居宅生活を希望する家族が少ない。
1429	情報収集はプロもアマチュアも可能な時代です。 しかし、その情報があまりには頼りなく不安に思うのだと思います。 在宅は国としてもっと環境を整えていくべきだと思います。
1432	家庭の問題 ・家（ハード面）（ソフト面） ・家人の事情 ・経済的な面 ・家族の間の意見 ・血縁の人達との連携 凡てが充分に医者が理解しているのか、本音の部分が判らないことが今迄余りにも多かった。
1434	社会全体で支える情勢でない 医療福祉がゆりかごから墓場までの安心して生きられる社会になっていない
1438	①多くの国民が最期まで居宅でという希望がある一方で、医療を提供する側、受ける側相方に、「医療の目標は救命、延命、完全治癒、社会復帰である」という考えを絶対視する見方が残っている。 ②居宅での介護力が不足している。
1442	介護保険を利用の場合 ケアマネの知識不足（医療面・福祉面）により、ケアプランに片寄りがあり医療ケアのニーズを見落としがちである。特に訪問看護は点数が高いという事があり、よっぽどの事がない限り、ヘルパーが主のケアプランになっている事が多い。ケアマネとヘルパーは同事業所である事がほとんどで利益追求のプランが多く、本当に必要なサービスが選ばれにくいし、社会資源の情報を活用できていないので急な体調変化はすぐ入院につながってしまう。
1447	【問19-aは無回答】 社会的な問題だと思います。 患者、家族も思いはあるが、家族が家で看るためには、お金、時間が必要。 そのお金、時間を作り出す事が出来ない場合はすべて、家族への肉体的、精神的な負担へとなっていく。 また、医療側としても、受け入れが十分でない家庭へ帰す事は本人、家族にとって良い事とは思えないと考えてしまう。

	家庭で看とる事が出来る（だれかが犠牲になる事がなく）システムが社会に定着する事が必要と思う
1455	多くの国民に終末を迎える準備が希薄になっている少子化や家督制度の崩壊など社会構造の変化（物、金、心）は人間のくらしに大きな影響を及ぼしている 以前存在していた近・隣との助け合い（連携）が砕れ「最期まで居宅生活して終焉」を希望される人々には心淋しいものがある 地域保健・地域看護を通して考えることは行政主導により次のようなことができればと思うことがしばしばあります １．昔の隣組のような組織があれば 個人情報云云はありますが現在私の郷里では隣組で助け合い組織を編成し１日何回でも必要であれば無事確認を行っている ２．ライフサポート積立 在宅で可能な限り療養が継続できるように提供した時間を点数で積立て自分が必要になった時使える制度 ３．ターミナルの生活の仕方 小規模なターミナル施設が沢山あればよい　そして最後の時間は家族が共に過す宿泊の完備した施設が欲しいものです。
1458	核家族化による老・老介護・看病や共働きの家庭が多い現在 24 時間（特に夜間）在宅療養を維持するのは、ほとんど不可能である。今以上の個人負担が不要の人的援助や夜間サービスを行なえる体制を厚生労働省が確立しないと、いつまでたっても改善されないと思います。
1462	医療を受ける側、提供する側どちらも心のゆとりが失くなってきている。 提供する側としては医療に集中するあまり、家庭に合わせたケアが出きない。精神的にもフォローできない。 医療を受ける側としては、金銭的な面で、ケアスタッフを受け入れられず、心身共に疲労していってしまう。
1463	国民の『最期まで～』は“ニーズ”なのでしょうか。 単なる“夢みる夢子”の希望にすぎない人が大勢を占めているように思えてなりません。 在宅医療をしていても隙あらば病院へあるいは施設へというケースが結構あります。
1475	家族の形態が変わってきており、配偶者や子供もいない独居患者も増えている。遠い親類や、今まで仲の良い関係でいれた友人などに迷惑をかけることで、自分の人生の最後が良い印象で終われなくなる事を避けたいという思いを持っている患者も多い。24h サービスを受ける事は、それだけ他人と関ることであり終末期のＰｔにそのエネルギーがどこまで残っているのだろうかと疑問もある
1478	過去に在宅死が自然な流れ、生活文化の一様式であったように、すでに病院死は現代社会の中では自然ななりゆきとなっている。すでに意識が変化してしまっていることがとても大きな問題。家で看とることができなくなったように病院資源が足りずに病院で看取ることが難しくなるなど大きな制約が生まれないかぎりこの流れは変わらない。 積極的な在宅ということは個人の選択の１つとして発展することはあると思うが、上記のような消極的な在宅の結果による流れの変化がおきないかぎり、表か図で示された現代社会のマスターナラティブは変わらないだろう。
1479	介護する立場の生活パターンをかえることが難しい。 仕事をしていたり、介護者の体力的な面でも在宅介護が難しいことが多いと思う。 仕事を休んだり、やめたりすることは経済的にも厳しいと思う。
1488	前にも触れた通り、現在の医療、介護体制、制度の下では、本来患者自身が希望している「居宅での最期」を迎える事は現実的に困難と思われる。理由としては、現行の制度下では、居宅での最期にかかる介護、医療費用（一部は在宅をささえる為の家族の介護負担、具体的には誰かが仕事をやめて一日中家にいる等の実際のマイナスコストも含めて）が最も高く、次いで、施設での看取り、病院での看取り、がコスト的にも、実際の家族介護負担的にも軽くなっているのが現実である。 せっかく家族が患者を居宅で看取りたいと考えても（現実的には核家族化などの影響もあり、そのように考えている家族自体も少ないが）コスト面や実際の介護負担などを考慮すると、施設や病院での看取りという選択をせざるを得ない。 また患者自身も、家族のコスト面、介護負担を考えて、家族に面倒をかけたくないとの思いから、最期は、病院、施設でという選択を強いられている面もあると思われる。 いずれにせよ、国が本気で「在宅での看取り」を増やして、本来あるべき姿にもどしたいのであれば、少くともコスト面で現在とは全く逆の傾斜を構築しなければいくら看取り加算をつけて医療者サイドを在宅看取りの方向に誘導しても、「居宅での最期」は増えていかない。
1489	１、２の両方と思う。理想論は「最期まで～」だが、いざ現実となると、まだ自分はその状態ではない（受容できない、客観視できない）と思い、医療者も治療の放棄や敗北を認めるようで、変更していく勇気が出ない、など社会全体として死生観が未熟で、いつまでも「生」のみを追いかける風潮が依然として残っていると思う。生の延長としての死、死を前提としての生であることをもっと教育（若いうちから）していく必要があると思う。 ただ「生きのびる」ではなく、人生を全うするとはどういう選択をすることなのか、ひとりひとりが考えるべきである。
1493	・在宅で死期を迎えられる疾患にも限りがありそう ・すべて患者の希望がBest だとは思えない。
1503	支援するサービスが不足している（数も質も）
1507	国民の意識レベルの問題
1511	現今の医療制度、診療報酬、介護保険制度、介護報酬の問題や根元的には日本の社会の在り方、居宅での生の終焉への考え方の変遷があると思われます。医療者だけの努力でミスマッチが解消できるとは到底思えません。
1515	（１）患者と患者家族の健康時での家族関係 （２）家族の経済的問題。家族に多大な負担がかかることは間違いない （３）在宅療養困難となった時に対応すべき受け皿が殆んどない。 （４）入院継続、施設利用が困難なため　又、入院している一般病院からの退院へのプレッシャーが大きいため最終選択の場としての在宅というのが現状である。 （１）（２）（３）（４）等から積極的に在宅へという方向へ推進しようとしていることの意図が不明。 患者の希望は建前でむしろ誘導していると思われる。
1521	社会基盤の充実
1522	国民性、支援をうけるという意識の低さ 日本の住宅事情・社会保険制度
1532	居宅生活を続けていくこと、それを支えていくための制度や体制が不十分。 サービス利用に関しても知識や情報が不足しておりそれがあるということも知らない人が多い。

	政治を動かす人達も現状を本当に理解しているか疑問。
1534	・患者を主体とした、今後のＩＣＦに対して家族側も明確なプラン、ビジョンをもたない。 ・ギリギリの状態になってから、あれがしたい、これがしたいとプランを出してくる時もあるが、全に体力がおいつかない場合がある。 ・マスメディアの医療に対する偏見的報道 ・家族、患者の要望を明確に引き出せない医療者サイドの未熟 →結果、患者の主体性をなくし、依存することとなる。 →主体性の喪失（上記に描いた事の堂々巡り）
1538	家族の中に出来るだけ家でめんどうをみて最後は、施設等での意識が歴然とある。
1541	１、２両方にあると思うからです。 受ける側も知識不足もあるし医師の教育の中でも問題があると思います。 特に 50 代以上の医師は、充分な教育がされず手さぐりで行なって来たように感じます。 中学生、社会の中でこの様な問題をデスカッションする時が不足しているのだと思います。 自分たち（子供が）が死とかかわる事がないと思います
1546	家族のマンパワー不足。 医療者（在宅医、訪問看護師、介護師など）の人員不足 →これをもっと国が（？）問題視しないと変わらないのでは？ しかし、１、２ももっともな考え方と思います。
1548	在宅で看取りを進めるべく、保険点数、患者、家族がメリットをうけられるような法律なり施策が必要。 メリットがなければ、負担ばかりがあり、どんどん病院なり施設へとなると思う。 もう１つは、国民全体の認識だと思う。
1556	在宅での家族のアシストの問題
1557	介護保険を無視できないのでケアマネの教育。 例は重度な病気で必要とするとき、看護的な知識もほしいです。
1558	施策としてのルールの不明確な状況 有効な資源の提示、使用のための手続、基準などの市町村の差などがありすぎる 特定の役場の個人のみが管理し、支給しているシステムは「変」公的資金の活用が不透明
1562	適切な情報提供と家族の意志 家族の意志とは、あくまでも患者の意志を第一としている事が大切。 患者の意志と家族の意志がまったく逆の事が多々ある。
1569	【問 19-a は無回答】 国民のニーズはニーズとしてニーズである。希望、理想はそうでも、現実として考えた時家族は皆働いていたり、（現金が収入としてないと生活しずらい世の中）夫や妻が高令だったりすると、自分が在宅療養することへの遠慮や罪悪感があって言えない。家族の中にも仕事は辞められない。仕事しながらや高令者ひとりでの介護は大変という思いもある。昔は長男の嫁がみるのが当り前、今は施設に入れても近所、親せきから色々言われない。介護が大変→施設入所の考えが介保スタート以来広まって来ており、ますます自宅での介護力は落ちて来ている。少し病状が重度であれば病院に居れば安心、病院で死ねばきちんと医療を受けさせてもダメだったという家族の罪悪感へのクッション（＝やるべきことはやったという満足感？）親せきへの言い訳…等申しひらきができる。 医師の中にもＩＶＨをつけていては在宅に戻れない。胃ろう・吸引があれば施設等まだまちがった意識もある ↑なんだかピントがずれました。
1571	国家行政が在宅の意識の普及と在宅支援システムを作るべきである。医療の現場に高令者（独居、老々介護）を放置した行政の不作意に問題がある。
1573	【問 19-a は１を選択】 医療者側家族共に問題なければ“在宅死”“みとり”は可能と思います。しかし実際は介ゴ保険ができる前に、在宅寝たきりの人をみていた方は、嫁が多かったと思います。それでまた在宅みとりとなると家族（嫁）への負担が大きく、結局施設（有料老人ホーム、宅老所、その他）・老健施設、特養を希望することになります。 もっと施設を増やして、在宅でみとれない方は入所させ公的保険制度でみていくことが合理的と思います。もちろん、基本は在宅をすすめますが。
1575	変化する身体の状況をありのまま受けとめていくということは、とてもたいへんなことだと思います。受けとめていけるために関わり続ける誰かが身近に必要だと思います。自分で納得して気もちを整理していくためには誰かに語ることが重要と思います。専門的な立場で患者に関わり続け患者が自分自身で自分をいやし、死を受けいれていくことができるようになること大切と思います。 そのための体制が居宅（自宅）においては、今の時点では不十分なのではと思います。
1577	家庭の介護力 社会的資源を利用することへの抵抗、知識のなさ、 家族の価置観、本人の価置観 世間体など
1578	24hr 体制で随時対応はむつかしい。
1582	【問 19-a は１、２を選択】 本人や家族が最期まで家での願っても、家族の介護負担が大きく協力者が少ないこと核家族化や働く人が多い状況。 また、開業医の体制でひとりの医師がかかえる仕事量の負担等で積極的に在宅での看取りを支えていく体制が難しい状況。 それらが複合的に働いて、自宅での看取りが困難になっていると思います
1583	社会全体の流れ
1584	・最終段階での家族、医師側の判断に問題がある。 ・国から施設を充分に整備できれば、自ずと方向性が出てくると思われます。
1590	質問そのものが、確実な国民の意志であるとは思えない。 つい 10 数年前までの長期入院が認められていた時代から国民全体が抜けでているとは思えない。
1600	自宅で介護する人が居ない。往診医が居ない。
1602	【問 19-a は無回答】 死生観、人生の幸・不幸に関する考えなど、終末期の医療を行うに当って、その多くが医師の判断にかぶせられていることに不満があります。それだけに医師個人の考えを下し易い面はありますか。 やはり、社会全体として、生命とは何か、生きるとは何か死ぬとは何かについて、しっかりした考え方をつくり

	あげてゆく（但し決して無理に１つの考えに定めるのではなく）ことが人間に与えられた課題と思っております。
1603	北欧の様に、行政と医療がまとまってシステム作りが必要。
1604	情報提供の不足 現状と病状進行のバランスが不安定
1605	家族も同意、納得して支援を受けられるサービスが地域の格差がありすぎると思います。
1607	問 17-b と同回答
1609	現在の日本の国民生活体制。家族関係国のサポート不足
1613	・日本人は家族に迷惑を掛けたくない方も多いと思います
1614	国の医療に対する考えが乏しすぎる。
1615	医療者の多くは意識が医学に傾きすぎていて個々の生活に関して意識が乏しい。生活環境を目にすることのない病院医にはまずイメージできないし無理はないと思う。 患者のニーズをよくきき理解に努めることが大事。その上で提案や説明をしなければならない。
1617	【問 19-a は２を選択】 社会制度上の問題 ・核家族化していて相互理解がない ・社会的弱者を受入れるには家庭に人的にも経済的にも余裕がなく、受け入れると家庭崩壊をひき起す
1621	医療をうける側と提供する側の認識の差、在宅緩和の行えるように整ってない。（勤務病院で）。 在宅支援をもっと行えるようにすることは、行政、病院の連けいが必要
1623	体制不足
1624	在宅でのサービスがまだ足りていない。
1625	核家族化している。 介護する者が老齢化している。 国の福祉制度そのものに問題がある 介護保険制度は利用者側に立ったものでないように感じるので、在宅での療養をすすめるべく出来た制度が有効に利用されていない。
1627	よくわからない
1630	・医療を受ける側で「家族に迷惑をかけたくない」との思いが根底にあるので自分の事ができなくなったら病院を選択するケースあり。 ・本人の希望より家族の都合で物事が進められる事が多い現状である ・在宅で最期を望まれている人が種々の医療・介護サービス、社会資源を活用しても病状進行に伴い、不安、寂しさ、恐怖感等精神的・霊的苦痛が増強してしまうのでその対象が不十分
1636	今までの生活の中で自己ではなく和であったり全体を大切にしなければいけないと育ってきた世代はなかなか自己決定ができない。 又老人にお金がかかる若い者の負担になると言った教■寺の高齢者よりの判けを歪めている 医療に提供する側だけではなく、人間として自分の生き方をどうするかの教育が必要である。宗教を信じている日本人に■■必要なことと思います。
1637	法律です。 家族の前で看取りたいのはやまやまですが、ちょっとまちがえると、刑事事件、訴えられたり、いろいろ問題がでてきます。もっと法の整備をしてもらいたい。医療の根幹にかかることです！
1641	「医療者の家人、患者への充分な情報提供がなされない」 「家人の理解不足、特に意思表示のできない本人の気持ちへの理解不足」 両者が一致するときに在宅医療への方向が決まる。
1642	上記もしましたが「死」そのものに対する教育、議論が不十分であり、医療提供者、患者、行政が全くばらばらであるところが一番の問題と考えます。 これまでの医療技術の進歩に人間の心が追いついていないのだと思います 行政はこれまで通り「事なかれ主義」のままで、何も本質的な事には手を出していません。 「尊厳死」「安楽死」「脳死」これら「死」という人間にとって唯一絶対の事象に対する逃げの姿勢が収まらないかぎり、この問題は解決がつかないと考えます。
1643	在宅医療のメリット、すばしさ、などの啓蒙活動が少なすぎる気がします。在宅医だけが、さわいでいる状況では規模が小さすぎるし、病院、自治体、国がもっと宣伝する必要があると思います。
1644	・生きざま、死にざまは個々の問題でもあるが成熟した社会であればその■度も変ってくるでしょう
1645	社会全体的に福祉や行政が充実しているとはいえないと思う。
1647	ゆっくりと、腰を据えて医療提供者と受給者が話し合うには、それなりの時間、則ち人件費が必要である。 現在の診療報酬体系は、そのようなプロフェッショニフィーを含んでいるとは思えない。「人・モノ・金」全てに乏しい現状のあり方では、質の高い利用者の満足度の高い在宅医療を量的にも十分、安定的に供給することはほぼ不可能に近いと思われる。 財源、人材育成（正直者が馬鹿を見ない）診療報酬体系（ピア・レビューや監査体制も含め）の全てが揃う必要がある。
1648	最期に医療処置を行なわないという選択をしている家族であってもいざ本当にその場合になれば治らないことはわかっていても医療的処置を受けずにはおられないというのが多いのではないかと思う。
1651	医療を受ける側、提供する側にも問題があると思う。 どちらも情報不足により意識決定が難かしい
1652	【問 19-a は３を選択、問 19-b にも記入】 両方に問題がある
1654	図Ｃの厚労省の報告書が嘘と聞いています。 （最期を迎えるのは居宅が 65%～80%というのは厚労省の恣意的な解釈によるもので皆病院がよいと思っているのです（家族が大変なことになるとわかっています） 病院死 80%は現在の医療の流れです
1655	住んでいる地域社会（市町村から国全体が）が終末をどうみとって行くかにもっと責任を持つべき。 あまりにも医療機関側のまかせきりだと思う。
1661	現在の保険制度に問題がある。（医療、介護、両方） 自宅での終焉を希望する人には自己負担をなくしたり、家族の負担は税制で確保するなどの担置が必要かと思われる。
1662	【問 19-a は無回答】
	１、２、そして社会全体、各々に問題があると思います。 大半のがんの治療を受けた患者さんは、最期まで自分の癌と診断し、治療、手術を行った医師にみてもらいたい、と望んでいる、という調査もありました。しかし現実は、不幸にして、がんが再発し、ターミナル状態になった時、手術してくれた医師にずっとかかりつづけ、さらに自宅での看取りまで、その医師（例えば、がんセンターのドクターや地域の中核病院の医師）に望むことは、現在の日本で可能でしょうか？ そこにある問題は、医療者、患者、家族個々の問題というより社会全体のグランドデザインにあると思うのですが。
1664	できるだけ自宅で最期を迎えさせてあげたいと思っても、老老介護になってしまったり、介護認定で認定してもらえなかったりすることもある。
1665	在宅医療についての十分な情報が乏しい 病気発症より今後のことを情報として伝えてない その場の医療ばかりしている現状がある 核家族が多く支援体制が整っていない（不況の影響もあり仕事の融通がきかない家族も多い）
1668	【問 19-a は無回答】 患者、家族の不安を解消し、親身になって相談にのれる存在・システムの構築
1672	１、２双方ともに問題は多少感じるのですがそれ以前に、社会で考える問題ではないかと思います。弱者を排除（乱暴な言い方ですが）するような風潮はまだあるような気がします。療養に専念したくても職場や家庭の環境が十分でなかったり、経済的な問題、人材の育成など色々考えなければならない問題があるように思います 十分な療養環境が整備されることによって１、２も改善されいくのではないかと思います とは言え現実は待ったなしが多い。身近に出来ることから始める自らが動くことが必要かもしれません。
1673	最期まで居宅生活して終焉を！ですが金銭的な問題人員的な問題 家族が見るとしても、その家族をとり囲む問題（仕事を休むか退職するか生活はどうしてゆくか母子家庭では父子家庭では。その身体の変化により介護する者の疲労度が変わってくる受けられる支援をうけても次から次へと問題が起きて来る。その都度家族の心労が思われます。安心して家で過ごせる介ゴ出来る社会作りが必要だと感じています 現在は男女供に働く家族がほとんどで家族の方の生活のありかたや何を主として生きてゆくか決断すべき事は何かとそれをどう支えてゆくのかどのような役割ができるか、今何が必要とされているのかと、社会の問題のひとつとして皆で一緒に考えてゆけたらいいなと思います。
1677	御本人の意志　御家族の意識の中でズレがあり最後まで自宅で過せる方は少数です 御家族にどのように支援し、不安感を取り除く為医師、ケアマネなどチームが必要と思います 末期癌の人が家に帰りたくても麻薬の処方のできる在宅医がいないとなかなか無理な時もあります この時代、家で亡くなれる事は大変幸せな方だと思います
1680	住、環境（狭い） 個々の家族、家庭の経済状態
1681	①患者が上手な医療の受け手として自ら学ぶ機会があること ②Ｄｒは標準的な説明について徹底的に、全員ができるようになること ③居宅生活に必要なシステムの再みなおしがなされ、わかり易い制度になること医療、介ゴ全て複雑になりすぎ。
1684	【問 19-a は１、２、３を選択】 教育、死生観、医療制度、介護制度 個人の意識（ー医療は万全ではないことを理解する）、家族とのコミュニケーション、社会資源の充実 医療者の意識
1686	【問 19-a は無回答】 ①と②との対話に要する、時間的問題。
1696	【問 19-a は無回答】 核家族化に代表される、日本人の家族に関する考え方の変化。家族を家族みんなで看とるという考え方の変化。社会構造が変化し、このような考え方が通用しなくなった現実こそが一番の問題
1702	病人は１人では生活できません 24 時間お世話をしてもらえる身内の方がないとむつかしいです。 介護者の支援がこれからは必要だと思います。
1705	どちら側の問題と決めつけることはできない。いろいろな事情があると思う。
1707	家族構成の変化、地域、社会全体の人間関係の稀薄
1708	病院、在宅スタッフ連携が必要 システム作り、皆で支える支援体制必要と思います。
1714	何かは個々によって違います。各家庭に様々な問題を抱えています。できるだけの援助を行っても限界はあり、やむをえずということも多々あります。原因というより解決できる問題かそうでないかの違いだと思います。
1719	在宅医療についてもっと公の場で情報提供できるよう働きかけが必要と思う。 在宅ですごすための家族の支援が難しい場合も多く、また、医療、介護の（訪問看護）普及がまだまだこれからと思う。
1727	“居宅生活”（→広い意味で）ということに関して、地域で支えることが可能な体制整備
1728	看取りを行うシステム全体に問題がある 看取りを行う文化が育っていない
1734	60%～80%の国民が『最期まで…終焉』を希望していると書かれましたが 60%～80%の国民が、老化疾病で変化した身体をありのままに認めるでしょうか。当院を訪れる老人患者の多くは死の影に脅え不安な毎日をすごしています。医療者が、患者さんとその家族をまきこんでその後の生き方を変更させることが出来ると考えるのは思いあがった考えではないでしょうか。現在の社会環境をみて謙虚に考えるべきです
1735	家族側の問題は大病院指向。（充分な医療が出来る。 医師が沢山いて協力をしてくれる。だが全くの最期は自宅で多くの家族と別れたい、病院で他人と一緒になりたくない心境。 病院は疾病について薬剤、対処方も医院では困難。 いよいよ末期での自宅退院は仕方ないがその頃には援助が困難だ。 設問４－ｂ参照
1736	医療の歴史に多く関与していると思う。 次から次と病院が建てられていて病院死が当然となっていた時代があり、医療費削減に伴い、在宅死が政府より推進されてきたが、核家族・共働き、老人世帯が多い現状でニーズとサプライのミスマッチは当然のことだと思う。
1740	在宅支援をする医療者がもっと増えないかぎり無理でしょう。しかし、開業医は、つらい勤務医時代から開放され、

	それなりに楽な生活を希望される方が大多数と思うので、増えないでしょう。
1741	宗教を信仰しているか 日本人は（少なくとも主介護者）死生観を持たなくなってきていることが問題である。 どう生きたいのか、どう死にたいのか、「教え」がないのである。医療の問題ではない。 Ｐ．Ｓ．親が死んだ後自宅に放置し、ミイラ化しても生き返ると信じていた家族が報道されていたがその様な人間に問１８にあるような説明が通じるのか？
1746	家族の協力
1747	制度が不十分 例）・独居、お金が乏しい、認知症で見守りが必要 ・老老介護 ・借金があり（二人暮らし）片方が働く必要あり、患者は身動きがとれず介助（要） いずれも制度上「生き方」を意識した生活は送れない。 介護として提供できる絶対数が少ないため踏み切れない
1753	・高齢者が増える事は行政側では早くからわかっている事。しかし政策になるとモデル事業として、事業にかかわる側はシュミレーションできるが、退院させる側の職員の教育不足、地域住民に対する教育、情報提供不足により、理解できてない者が多いのに事業が始まる。それに伴い診療報酬の改定がおこり、収益をあげる為の対応となり、結果的には在宅支援でサービスを提供するものにしわ寄せがきている。 ・行政側も業務が多く大変と思うが、新しい事がはじまる時は集中して関係機関に目的や意図を確実に伝える必要があると思う。介護保険についてもまだまだ認知されておらず、住民側の対応が重要と思う。
1756	いかに生きてゆくかは、その人のそれまでの経験から得られた哲学によるものです。 思考できない状態になればその周囲の人の考え方によります。
1757	【問19-aは１、３を選択】 在宅医療を可能にできる取り組みができる職種の充足と、医療者や患者、一般社会へＩＣＦのこと、在宅療養支援診療所のことなどがもっと情報提供や教育、連携不足
1758	制度や訪問看護ステーションの数、実際にがん終末期を診ることができる診療所の数など色々問題がある。 在宅支援診療所と名のっていても実際は疑問である。
1764	・アマチュアの「患者・家族」、プロの「医療者」だから問題という訳ではないと思います ・各々の事情が複雑に関連している為、在宅死を困難にしている ・ex）（ 経済的な問題　　要介護者の状態が悪くなる等 ） 介護者の健康状態　　状況が変化… 介護負担
1771	居宅生活をする様々な条件がそろっていない 金銭・人員・プロの支援者 社会支援など
1772	まずは在宅医・訪問看護の体制を整えることが第一。 その上で患者や今后医療を必要とする人々に情報提供し、選択肢の一つに入れてもらえるような、説明をする専門家（例えばＭＳＷなど）を増やしていく。
1777	家で最期まで看取ると精神的、肉体的に極限状態になることが予測される。24H 体制でケアを受けられることが可能だとしても、そこにはやはり経済的な部分が入ってくると思う。一番優しく大切に接することが大事な時間にケアする側が優しくなれなければとても残念と思う。
1782	１．２どちらもいえる 不安な社会状勢
1784	【問19-aは無回答】 ・医療者、医療受け側だけの問題ではなく 大きく、社会構造の問題がある ニーズを満たすには、個人レベルでは解決できない。社会問題として国が責任もって、リーダーシップとることが大事だと思う
1785	居宅生活での介護力不足、家族が同居していない高齢者が多く家ですごすことは孤独な生活を強いることにもなり、自殺に導くことにもなる。もっと大きな問題が山積している
1786	福祉政策の貧弱さ 狭い家、不十分な介護力、緊急時の対応が不十分
1791	核家族化が進み、老々介護も多い中、居宅生活には限界がある。 家族それぞれが職を持ち、十分な介護力が得られないため医療・介護サービスなどの社会資源だけでは希望通りには難しい。
1792	診療報酬や医療情勢の複雑化で、じっくり関れる時間もなくなってきている。 ニーズを引き出す為の余裕が医療者にないからではないか？
1793	退院後の生活の場として自宅があるケースは必然ではない。 安心して生活できるインフラの不足が今後顕在化すると思う。 ビジョンのない入院医療から在宅医療への転換、他の行政機関（国交省、消防庁 etc）との連携不足の矛盾が噴出すると思う。 成年後見制度も司法書士会等の主導ですすめられた結果、医療介護の質や内容を知らない後見人が事ム的に作業する為信頼関係が構築されず、制度の広まりのネックとなっている。（家庭裁判所も家族を気にしすぎる。）本人が貯めた財産が本人の為に使われない状況である。
1801	厚生労働省は在宅推進と云うだけで、患者負担額も現状では高く経済的な面からも困難なケースあり
1802	①昔とちがって家庭の中で寝たきりの家人を面倒診ない風潮にある。介護保険が充実して来た事で、若者の家族が年寄りを在宅で介護したくない、考が広まっています。 １例を挙げると、若ばあちゃんが「先生、今は大ばあちゃん元気やけど、寝たきりになったら、入院かどっかの施設に入れてよ、私はとてもじゃないけどお世話できん忙しいから…。」とはっきり言われます。本当に困った事です。 ②現在の日本は、核家族化して、又、若い夫婦とも、「共働き」で家人の世話ができにくい状況にある。 これを、改善せんことには、家人が、介護する事は不可能である。 ③10数年前から国は、少子、高齢化社会が来るとわかっているのに、その対策を、サボってきた。 その根本原因は、現在の日本の社会構造にあり、経済状況に左右されて来たことである。15年前のバブルが終って、日本人の生活ぶりの豊かさを維持するには、「お金」が必要であり、そこそこの豊かな暮しをするには、嫁さんもパートとかに行って金をかせがないかんようになったのである。そのしわよせが子供を作らなくなって、子育てに金がかかるの嫌だから、子供は１人でよい、又、子供は作らないとなってきた。 この経済状況が、今後も、尾を引いてると子供は作らなくなり、若いこれからの日本の労働力はなくなってしまうだろう。まあそうなれば年寄りは金がないのだから、入院できなくて（医療も受けずに）お家で「死」ぬことが増えるでしょう。
1803	個人の死生観にどこまで入りこむか問題。 医療者が正しいと思っていることが正しいのかそれはわからないと思う。 医療費などコスト意識はどうなっているのでしょうか？
1804	医療者、患者、患者家族（＝国民全員）に、死への教育をする必要がある。
1809	１）受け皿がない（サプライの不足） ２）家族としての希望は別として、在宅での介護の仕組があまりにも整備されていない（政策としての不備、厚労省等の丸投げの政策） ３）勤務医も含めた、病院側からの説明不足（ＭＳＷも含めた人員の不足） ４）ただし、家族、患者からの過剰な期待は問題。
1813	図Ｃの「最期を迎えるのは居宅が良い」は主治医の考えのようです。 患者本人、家族へのアンケートの結果はどうなのでしょうか。 入院させてもらえるならもう少し長期に入院させて欲しいという人は、いないのでしょうか。主治医のひとりよがりはないのでしょうか。 長期入院も許され時に在宅も許され、病院、自宅を自由に往来できれば、安心した終焉を迎えられるのではないでしょうか。 歯をくいしばった最期の居宅療養にならないことを望みます。
1815	在宅医療の提供体制の見直しを確立
1816	国の方針が必要と思います。 患者、家族、医療者にも問題はない訳ではありませんが、社会全体が変わらなければ、ただの理想と考えます。 そのためには、教育においても、社会に出てからの職業においてもそして街つくりにおいても変革が必要でありそのために国は国民に十分に説明し理解を得る必要があります。 そのために税などの負担が増加することもいたしかたないことと思います。
1820	地域性もあると思うが、独居老人、あるいは老老介護の症例が多い。また家族が同居の場合も在宅を嫌う家族がしばしばおられる。 （入院した方が安心。介護の手間がかからない等） 本人が在宅を希望されていても、周囲の環境が整わないと難しい場合がある。
1822	当院の診療域では、あまりミスマッチはないと考えている。 ただし、当院や、当院との連携がある医療機関を受診した患者に限られる。 医療、介護費の負担のために、在宅での療養が困難な患者が多い。 また、負担しても、現行制度では、介護側のサービスが受けられない現実がある。
1824	現在の医療とりまく制度にも問題あると思う。 前にも書いたように「在院日数の縮少」に重きをおきつつ、短期間入院の質を上げるというシステムもあり。色々な取り組みでかなりメリットもあるとは思うがデメリットが生じてきている。 日本人の性格もあり、いつでも受け身となっていて上記で生じているデメリットに対応できていない。 教育する義務教育の中で「生活の質」を考える機会をつくったり、メディアを通して考えることも大切。 健国記念日のような祝日を設けて国民が「生活の質」について考える日を作ってもいいかも…
1827	ある一定レベル以上の生活をされている 人達については希望通りに寿命を全うされるでしょう。しかし大多数の国民はそのレベルではなく逆に生活保護を受けておられる方よりも苦しい人達が多く存在しています。大多数の国民や企業及び国が市場原理主義や医療費亡国論で応分負担等わけの判らない主義主張をしている限り良くはならないと思います。
1831	支援する家族が、経済的に“ゆとり”がない。生活に追われている。 核家族で支援者がいない。 結果として、社会的入院が増える。
1842	介護力不足。在宅での介護サービス不足ターミナル期に対応してくれる往診医の不足　これらサービスを利用する時の経済的負担の大きさ
1843	現在の医療体制下（保険報酬や各種法律も含めて）では医療側にその余裕がないのが現状ではないでしょうか？ 通常のターミナルケアでさえ、在宅では大きな制約があります
1846	世の中の情勢、家族のうけとめ方（経済的な面 etc）による
1847	前項でも書いたようにあまりにもおそまつな医療、介護福祉への（予算）公的支出が根本。 老人、障害とわずありのままに生きてゆけるよう十分な財政必要
1851	患者、家族の背景や金銭面の状態など居宅生活を受け入れるには同居者の仕事が出来なくなる ＝金銭的負担など 以上等を把握出来ていない為表面上の対応では結局責任感・安心感につながらないので転院終焉になる。
1855	どちらかに問題があるというのではないと思う コロコロと方向転換する国の施策が一番の問題である！！ 弱者にばかり負担を強いているように思います。
1857	在宅に帰った場合の医療、看護、介護などのサービスが充分、整備されていない（量的・質的に）上に、現在受けられるものもかなり高額の利用料負担となり、それを避けようとすると、家族が仕事をやめるとか、生活の変化を強いられ、家族の生活が脅かされる。もっとサービスを気軽に使えるような負担軽減と量の確保が望ましい。
1861	家族の問題、家族の事情がある。 介護は大変。特に看取りには覚悟がいると思う。 入院中に主治医がそこまで考えて説明しているとは思えない。
1868	患者をとりまく周囲の人間関係、家族関係の変化。 経済面。 時代的背景から最期までその人らしく望んだ姿で過ごすことは大変難しい現状もあると思います
1872	在宅を支えるシステムが日本はあまりに貧弱であること。 政府は医療全般、介ゴ全般に税金を使おうとしない。デンマークやスウェーデンのようなモデルもあるのにもかかわらず、目をつむっている。 医療や福祉を非生産的なマイナスのものとみている。

1873	情報不足と説明不十分、相方に問題あり
1875	一概にこれだとは言えないが、当事者や家族、両方とも月日がたてば年をとる、年をとれば自分や周囲の状況も変化、金銭面でも変化する。 その時その時に応じた対応や考え方を指導、支援してくれる人や物、体制が殆ど整っていないと思う
1887	死生観の変化、地域コミュニティの崩壊、現場の疲弊、そしてやりがいの欠如など
1888	○本人が在宅を希望しても、家族の受け入れがなければかなわない。 ○一人暮らしの方がかえって可能である。 ○「在宅医療のＤｒ（開業医？在宅専門医？）＝私を含めて」のスキル up は努力で可能だが 24hour スタンバイは個人医一人での対応は無理。スキル up と在宅医間の連絡れんけいが不可決である ○家族の受け入れは昭和の大家族制度では可能であったが現在の日本の家族体系では無理ではないか。家族構成員の役割分担がなくなっている
1895	１）経済的な事→殊に北海道では ２）家庭環境 ３）民族性→無宗教の価値感 ４）
1897	家族の介護力経済力
1899	１の「対策や知識」に乏しいに問題がある場合とあるが、それよりも結局最後はどうするか最終の場における「覚悟」が多くの場合できていない。家族の誰れかが反対し病院に入れてしまう。私はこの覚悟を在宅医療の最初に確認するようにしている。
1900	行政として在宅支援の体制強化が必要と思われる。 介護者がいる、いないどちらでも在宅に戻れるようどの地域に住んでも可能であるよう整えてほしい。 ・在宅医の確保 ・家族以外のサポート
1903	（問１９－ａの１．２もあてはまると思う） 最期まで、居宅生活して終焉を、との思いは人間として自然の思いであることは理解できますが多くの患者は実際には家族に迷惑をかけたくない、という思いが強いと思います 又、在宅でみていく環境体整つくりは家族の協力、支援は必須であり家族自身も相当なエネルギーを必要とされると思う。又小子高齢化で今後は子供などをあてにせず、病院などの方が安心、という患者もいる。（→Ｆａの協力があって在宅となっても病状の変化などで病院へ戻ってくることも多い。） 又は、Ｐ１２の図Ｏ、ＩＣＤ、ＩＣＦのシステムを医療者がきちんと理解し提供できること（問１９－ａの２にもあてはまる）安心して老後を迎えらるような医療システム在宅システムなど国が考えていかなければならない面もあると思う （他者による 24 時間 365 日の介護支援がどこまで可能なのかといったシステムについて知識不足である）
1906	【問 19-a は無回答】 受け皿となる施設、及び自宅ならば介護者を含めて環境が不充分で病院になる
1907	【問 19-a は無回答】 居宅での終焉を向えるための在宅での体制が全く不充分である。 病院から退院させること（３か月程度の入院期間）はできても在宅での生活への連携は病院はできない。それなら在宅医との連携で在宅生活を継続できるようにすることが大切だし介ゴする家族や、介ゴサービスの充実が、特に重要だと思われる
1909	・最后まで在宅で終焉といっても、サービスは一時しかみれない。やはり１－２ヶ月は家族が仕事を休んだりして、交替で看なければならないが…核家族化や、家族関係や、介護休暇とか受け入れ制度に問題がある ・サービスの受皿が少い。家族の替わりに介護保険を使うなら、支給限度額が足りない ・現代人は、家族を家で看とった経験がないので、在宅で看る事が実際に看れる青写真の説明する人が少い。病院医、在宅医との連携が整っていない ・死に対する恐怖が誰にでもある。安らかな死を迎えれるように精神的支えになってくれる専門的な知識経験の人が少い
1914	「１、２以外にもっと大きな問題がある」というよりは １、２の問題があり、その上でそれらをサポートする体制がない又は不足している 例えばカウンセラー、ソーシャルワーカー
1924	経済力、介護力、社会資源（柔軟な） 個々（患者自身も含め）の心の豊かさ 環境（緑や日光の豊かさ） 自然界につながるもの全ての力。
1930	地域サポートが不十分なので、医療者としても自信をもってすすめることができない 例：在宅医がいないなど…
1931	社会保障の不十分さ
1935	家族の在宅医療に関しての知識を得る場所が乏しく実際に在宅へ戻れたとしても、現状、家族への精神的、肉体的負担は、避けられず、また、金銭的な問題も大きく影響する。
1938	健康時における自分の生と死の迎え方に関する思考機会の乏しさ。
1945	【問 19-a は無回答】 １、２、以外ではなく、１、２、ともに問題があると思います。
1946	不安
1949	国民のニーズを問う対象が正しくない 患者となった時あるいはそれを介護している家族に問うことでサプライの一致すると考える。国民全体でもっと居宅医療を理解するよう勧めるべきである。
1950	この国の社会福祉のあり方そのもの、国民の考え方（真の豊かさとかＱＯＬについての）、政治家や行政側のスタンス等が変わらない限り、根本的な解決はないと思う。
1951	患者、家族の意志を尊重していくために重要であると思われる
1954	社会システム上の問題と考えます。
1958	診療所のネットワーク化が必要 退院時ケア会議が理想ではあるが現状ではそれぞれのスタッフが一同に会する事は不可能。 次善の策として Tel、mail、FAX 等方法はあると思います。 病診、診診を含め連携のない所には何も生れない横のつながりをもっともっと！！
1965	私達一人一人の生き方、生きてきた過程の最期なので、例えば老化、疾病、事故等により身体が変化した時に、あわてても、軌道はそう簡単には変わらないと思う。 それに加えて、社会的状況、経済問題等がある。 がんの末期であれば、期間もある程度、限られるが、難病等は長期に及ぶ、病院に入院して療養するという選択肢がある以上マンパワーも費用の面でも、Fam の負担軽減につながるのが現状である…。ただし、自宅に帰りたいという強い希望がある患者様に対しては、できる限りのサポートをして帰れるようにしたいと考えている
1966	“ヒト”は死なない、病気になれば病院に行けば“よくなる”。 点滴すれば元気になる。 風邪に注射して欲しい… 変化した身体をありのままに認めたくない。患者本人とその家族が病棟、入院現場には多く感じられます。 “死ぬ”教育がなされていないせいでしょうか。
1972	核家族が多くなり高齢者、親を支える子供が１人か２人ではかなり負担になると思う。支える医療スタッフの数も足りていないため特に夜間などは提供できていない（緊急を除いて）傾向にあるため。
1973	核家族化した現状のなかで在宅（居宅）で医療を続けるには、サポートシステムが必要です。現実には、このシステムが十分であり、又、その担い手の中心である在宅支援診療所の機能、数が不十分であることが原因と考えます。これもすべて政府の医療政策が不十分であることが原因ではないでしょうか。
1975	・介護者の労働従事 ・十分な社会サービスが受けれない ・介護者の負担が大きい
1978	医療者は「１分１秒でも長く生きさせる」ことにのみ専念し、国民一般の人達は、マスコミや健康産業に煽られて健康志向のみ肥大化し、「人間の生命には限りがある」こと「人は死すべきもの」を忘れている。天寿型の死でさえも、病院へ入院すれば何んとかなると思っている人間の死生観を医療側も患者側も問い直すべきと考えます。
1981	入退院をくり返えしている患者には時間を持ってよく説明できるが救急等の場合は又違うと思う。 救急でＩＣＵ入室し、延命をのぞまない家族等もいる
1984	個々人によって病状、環境がことなり、その全てのケースに対応できるだけの社会資源がととのわない限り無理だと思う
1985	「生き方」は患者自身の価値観、健康観、人生観、宗教観などによって大きく変わってくると思います。 医療者や介護関係者がどの程度介入するかあるいは、してよいのか、という根本的な問題があるのではないでしょうか。
1987	じっくりと納得するまで説明し、相談できるゆとりやシステムがない。 病院でもインフォームドコンセントで説明しているだろうが、ほとんどの患者は、１回では、在宅制度サービスのことは理解できない。 多忙な医師には難しく、医師以外のＭＳＷなどいる病院は一部。 制度も少しずつ変わっていき、現場の人間も理解できていない。 ベッドをうめなければ経営もなりたたず、転院をすすめる例もある。制度の問題でもある。
1988	２もあると思いますが 在宅で最後をむかえる為の支援などが不足していることも原因だと思います。介ゴする家族がいた場合、その人の生活をこわしてでも自分は自宅でと望む人は少ないのではないかと思います。自分も家族も両方とものＱＯＬを保つことができるような支援、対策が必要になると思います。
1990	【問 19-a は１、２を選択】 ・相方に問題があるのではないでしょうか ・自身の生き方、○○したいという強い意志が日本人は弱いように思います。介護保険が開始され、主体的にサービスの利用が可能になっても、閉塞感は否めません（福祉の世話になるのは…介護は妻が嫁が…） ・医療者は患者、家族と同じ目線でいなければならないのにどこか優位に立ってしまっているように思います
1994	１、２両方共に不十分
1995	患者さんの状態が悪く、家庭に帰れないこともあるだろうし、統計じたいの背影を考えずにただ単に 60%～80%と出してきても問題がある。経済的な問題プライベートの問題などあり、ミスマッチと断定しているのはおかしい。
1999	人工ピラミッドに示されていたように介護力の低下の問題 社会的にはまだ介護福祉の地位、対遇は低く、職業として在宅医療介護への道を選ぶ若者も少くなっている現状では、在宅医療を支える制度の充実が図れないのではないだろうか。 自宅で終焉を希望してもそれを支えてもらえるかどうか不安があるため、病院死となるのではないかと考える。
2003	・患者の世話、介護をする家族がいない ・介護保険の限度額が小さい、自己負担が大きい ・「家で死ぬこと」を家族が、よしとしない、こわがる 一つの家族だけの問題というより、死の教育（death education）が必要ではないか。
2004	・病院からの紹介の場合、当クリニックとの信頼関係が築けず、看取りまでいかず、入院となった。 連携情報の前に、信頼関係構築がむずかしい。
2009	国の政策
2010	各個人が人生をどうすごし、終えるかを考える機会を持つことが重要。 そのために必要なことは、①教育、②宗教で医療者がタッチできるのは、その人（患者）の人生のごく一部。 医療者が、何んとかしよう、こうあるべきと発言することは少し疑問を感じる。
2014	居宅での最後を迎えるのはいろいろと大きな問題があると感じる為。
2015	居宅での最後を迎えるのはいろいろと大きな問題があると感じる為。
2016	居宅での最後を迎えるのはいろいろと大きな問題があると感じる為。
2017	居宅での最後を迎えるのはいろいろと大きな問題があると感じる為。
2019	・地域での在宅療養を可能にする 24H ネットワーク体制の医療、看護のサポート体制ができていない、地域格差がある（在宅ケア医が少ない！）
2024	大きく言うと社会情勢 患者を取り巻く医療、社会サービス、周囲の偏見等 直接的には 家人の受入　　家族間の人間関係（親戚も含め） 家庭環境 経済
2025	人間としていかに生き、いかに死ぬか理解できていない。

2029	死亡した場合の、責任問題や対処方法に問題はなかったのかといった、施設職員、家族、病院とのしっかりとした話し合いが必要。 また、マニュアルがない。
2030	社会的な体制、制度に無理がある。 今の現状において予想されるべき今后に対する国家の考え方がしっかり対策とられていないのが問題と思う。かかわりある一部の人だけが一生懸命で、他は適当にしている。 もちろん医療従事者も現状をアピールする姿勢が足りないことは問題であるが…。
2031	経済的に共働きしてるcaseが多く24hの介ゴ、医療サービスは実質ムリ 施設（Hpふくめ）だと■■のNsがいる end stege看取りについての家族の覚悟が日本ではまだ浅い
2034	社会制度、医療制度
2036	患者と家族の関係、患者と介護者との関係、家族と介護者との関係。 まだまだ日本ではうまくはたらいていないことが多いのでミスマッチがおきていると思います
2038	本人には、あまりにも死生観に欠けていることが多いので、そろそろ若いころから自分の意思を名かくに伝えることが必要。 医療者にし関しては、生き方まで要求するのは酷と思います。この領域は他の者が担当するのがよいと考えます。
2042	両方に原因があると思う
2045	自宅に帰るとなった時の在宅医療体制が不十分であること
2046	もちろん医療者、患者、家族にも問題はあるが、それ以上に日本の制度のしくみにも問題があるのではないかと思う
2048	「家で看取る」ということが自然なことであり、特別なことではないことをもっともっと世の中に浸透させるように様々な方法で広めてほしい。 まだまだ「恐怖感」や「無謀なことなのではないか」と思っている。
2049	①先程も書いたように「昔の家」を追求してはならないし出来ない社会になっている。在宅患者をみていた人は全て企業に吸収されている。そのツケが表に出ている丈である。在宅でも１人しかいない患者は半分はいる。誰れもみれないのである。 ②老令社会になると老々夫婦が沢山出来お互いに面倒見きれない事情もある。
2051	患者をとりまく医療スタッフ、介護スタッフ、家族などの連けい
2055	病院死があたりまえになり、また介護能力がないため在宅死に恐怖がある 死の選択について情報が入りにくい。
2057	国、地域自治体の医療制度が在宅医療の後押しする必要がある。在宅支援診療所の届け出などむしろ逆風である。
2059	日本国民全体に周知していないため、在宅死の整備への困難感がある。在宅死まで調整できることはまれなケースである。例えば家族に介護力がある、熱意がある地域との連携がスムーズであるなど。 もっとシステムを確実に整備しなければ、毎回、はじめての調整となって多大な時間と労力を費やすことになる。そのため患者、家族共々、医療者にも調整困難、現実には不可能な感覚がぬぐいきれないので、転院調整をする方向が多い。
2060	マンパワーが必要、患者、家族が安心できるような教育が必要。 もっと色々なことが必要と思いますが、道路を作る金があるのなら、この方面にど～んと予算を確保すれば必ず成功します。 お金の流れるところ必ず関心は向くものです。
2067	現実的な問題として、いつも障害となっているのが「家族の介護力の低下」です。それと行政による在宅医療の詳しい広報が殆どなされていないこと。
2071	①②がそれぞれ独立して問題な分ではなく混合していると思います。あくまでも選択するのは患者・家族の意志を尊重している分ですから、家族が十分に話し合って出した結論であれば、本人の希望と違っていても、本人が納得しているのであれば受け入れたいと思います。
2072	30年後に現在の1.5倍の170万人が死亡する時代が訪れる 病院では、平均在院日数を短縮し、療養病床も削減していく方向においては、現実的に病院での看取りは無理となる。 １．介護保険施設をつくる ２．訪問看護の拡充（サテライト事業所を行政が用意する） ３．地域での在宅支援
2073	【問19-aは無回答】 ・家族たちの死への対応（不安、恐怖etc） ・主治医の24時間体制（たとえば診療時間中とか、真夜中とか、学会出張中、家族との旅行中とか） →代診の体制も難かしい ・本人が家族に対して気をつかう。
2074	宗教を持たないから。 「生」と「死」にかいりがありすぎるため
2075	日本人の意識としてまだまだ、自宅介護で■りもって他人を家に迎え入れサポートしてもらうことに対して理解が浸透していないと思う。「自分のことは自分で」「自分の家のことは自分たちで」という考え方がまだまだ強いと思う。
2076	患者、主治医、介ゴスタッフ、家族、すべてが一致する事は無理で、個々の症例でうまくいく場合も、そうでない場合もでてくる。どこがわるいとかいう判断は各々ちがう。
2079	４－ｂでも書きましたが、現実として最期までとなると、家族の負担は相当なものです 当院がある地域はいわゆるへき地です 訪問看護ステーション、訪問介護ステーション等、24時間のサービスを受けることがなかなか出来ません。 医師不足、スタッフ不足が深刻です。いくら医療者に情熱があっても本人が望んでも、現状として、サポートするシステムが整っていませんのでムリと言わざるを得ないと思います
2081	「医療」だけでなく患者が自宅で生活するということは地域で生活していくということなので地域で支えていく。地域のかかわりが必要。医療のプロ、介護のプロ、福祉のプロ、ボランティア等療養しながらでも安心して暮らせる地域の整備がいる。
2089	１．人生観や宗教観（患者、家族とも） ２．患者側の体力の問題 （老夫婦２人世帯で夫が在宅 →妻に介護は体力的に無理 （介護（他人）に助けてもらえば良い、というのは安直） 息子達と同居 →息子は昼は居ない、息子の妻は介護したくない 同居の為、受けられるサービスに限界がある etc
2093	【問19-aは無回答】 相互の人生の価値観の再認識ができていない事 人それぞれに立場があり人は平等ではないとの認識不足
2095	物理的なもの
2096	家庭を含めた地域社会全体で受容する力、意欲に欠けている
2101	診療報酬や介護報酬が低いため、夜間に対応するナースは昼も仕事をしている。いつかかってくるか分からない不安と夜間対応しながら昼間も訪問もしないといけないという状況です。 24時間対応している医師やナースのボランティア精神で在宅医療は成り立っていると思う
2108	今の日本は核家族化している。それは介護をする上での家族のマンパワーの問題もある。転勤などの問題もあり経済的活動をして介護はむつかしい。現在の在宅への誘導は医療費削減のみで話をすりかえていると考えます。もっと在宅医療をするためには社会的な問題、医療者のボランティアのみにたよるようなやり方はやめていただきたい。
2112	在宅医療の限界 制度の不備
2113	・核家族化 ・１家の長たる者代表決定権者の不在社会
2122	様々な家庭環境でも、安心してサービスが受けられる為の社会制度が整っていない 介保は、点数で限られ、夜間きてくれるヘルパー、訪看は少ない。そのような制度ができなければ難しい
2126	【問19-aは無回答】 患者、家族に向けた在宅死に対する問題点や介護力についてもっと情報を提供する必要がある。 最後はどのようになって死を迎えるか不安になって、死亡する数日前に入院させたいと思う家族もいるのが実情
2127	在宅医療を本人が希望しても、死に近づいた時家族が不安となり病院への入院を求めることが多い。 家族に死をみとる覚悟ができない。
2129	問１－ｂの＃３として記入したことに準じます。 当然１、２も大きな原因です。
2131	国の制度改革が必要。 入院治療→在宅での治療の継続→病状、身体状況によって再入院、再転院（リハビリなど）など柔軟な対応が出来るシステム。（ベッド待ちがないように）又、地域診療所との連携役割分担などまだ不十分だと思われる。
2136	国の方針、高令者社会への対応不足 （在宅へのうけ皿の拡張等）
2146	【問19-aは２、３を選択】 高齢の方達の多くが自宅で最期迄おりたいと希望されますが家族状況（老人二人世帯等）がそれを許さずやむなく施設や病院での生活になっていく事が多いようです。各種サービスを可能な限り使っても費用の問題やその他の問題があり安易な方法の一ツとして入院、入所するケースが多い
2147	・在宅支援サービスが乏しく、家族介護が中心の日本においては、就労中の家族は長期の介護は困難である。 ・核家族化がすすみ、親、子の役割意識が希薄化している。
2153	最後まで居宅を希望と言いながら「調子が悪い、入院させてほしい」ということを申し出る方も多く、実際希望と現実に差があることも事実である。後に気が変わったという方も多く見かけます。 この意見だけでこの差を埋めていこうというのは難しいと思われます。 いつ急変するかわからない人と同居することで、御家族がストレスを受け精神科に通院されていることも多いです。ですので、この質問自体、私には理解が難しいです。
2154	１、２共になんともいえず、はっきりとは言えないが１、２以外の問題のほうが大きい気がする
2158	前に記しているが、 「入所」（つまり在宅ではない）は安易に決められケアーマネージャーの資質ならびに行政の体制不備と思われる 私の町はいまだ基幹支援センターと支援センターも存在（補助があるようです）
2159	国民の意識又在宅を行うに当っての体制の形成
2161	家族のあり方、地域社会の崩壊など。
2167	最期まで自宅で生活できるに、患者、家族への支援制度がもっと必要だと思う
2169	入院后の方針に対しての病院医の認識と在宅医の認識のズレが大きい また、患者、家族の認識もなかなか変化しなかったり核家族化による受け入れ体制（住宅の狭さ、介護者の不足）等も大きい。 マスコミ等にもはたらきかけて一般の方々の認識をかえていくようにすべきでは！！
2170	１に対しては、家族間の話し合いがしっかり出来ない ２に対しては、Ｄｒ側にゆとりの時間がない。 ゆっくりと説明する時間がない ①と②間にＮｓ、ケアマネが入って、双方の話しをきき橋わたしをする必要がある
2171	国のとりくみ方に問題あり
2173	経済的な問題が多きく、医療的に守られている疾患はまだまだ少なく、やはり人を動かす事にお金の問題は大きいと思います。
2175	希望は現実に制約されている面があり、条件がないのにプロも患者もかわりようがない
2177	・現状での終末期を在宅ですごす為の医療や介護等すべてのサービス内容が不充分である。 →24h体制ではない 土、日、休日対応がない 終末期を支えるだけのスキルがない　等
2180	死亡診断書を書く条件に24時間以内の診察が必要となっていますが、その為に在宅での死亡時に検死が必要となるケースがあります。そのような可能性があるだけで家族は家での「みとり」を拒否される場合もあります
2186	まず「最期まで居宅」を希望しているにもかかわらず「何かあったら、手に負えなくなったら病院へ」という患者や家族の姿勢は問題がある。 しかし、日本人の死生観があいまいで、多くの日本人は在宅で看取りをする覚悟がなく準備がない。

	当院に寄せられる難しいリクエストの中に「食欲がないみたいだから点滴してくれ、入院させてくれ」と家族、介護者から言われることがある。食欲がなく、自然衰弱していく姿は老衰で（オランダなどでは、看取りの始めとしてジタバタしないと聞いているが）日本人はそれを受け止められない。最大の難関は死生観であると思う。 もちろん、急性の脱水や不可逆ながんなどのときに点滴するのは構わないが、そうでない時に家族の気持ち、姿勢がブレてしまうと在宅療養は成りたたなくなってしまう。
2188	医療者側の問題、家族の意欲、経済的問題、社会資源による支援体制の貧弱　等
2189	生き方は自己責任で決定すべきもので、楽しいのかつらいのか、正しいのか間違っているかは本人の価値感である。我々のわずかな知識と片寄った価値感で人に生き方を勧めてはいけない。
2194	定義、判断力、理解力の問題
2195	【問 19-a は１を選択】 １、２それぞれにも問題はもちろんある。 しかし、それだけではなく、社会資源の整備、社会保障制度の問題も大きい。
2200	本人、介護者そして、医療者側、介護サービス提供者、みな熱心に在宅療養に支援していると思いますが、何かが原因で病院へ行くのでしょうね。理由はそれぞれでしょうね。一言では表わせないと思います。
2201	病院に入院するときは本人も家族も治る、治りたいという思いで入院して治療を行う。その結果として死が病院内で起こる。この過程は当然と思う。 治療法もなく、このまま入院していても改善しないと医師が判断した時点で自宅退院するか、病院で看取るかを家族、本人と相談して決めればよいのではないか ニーズとサプライのミスマッチ
2203	【問 19-a は２を選択】 医療を受ける側、提供する側にそれぞれに問題があると考えます 受ける側としては在宅での最期をどのように生活できるのか？ イメージ不足、家族の負担感があると思います 又提供側にも、特に医師の負担感もありじっくり関わる、丁寧に説明するなどの力量不足があるのではと考えます
2206	医師の意識変革と共に国民の意識変革が必要で、マスコミの理解も重要である
2208	在宅療養に対する社会的な整備の遅れ、地域格差。
2209	１、２の両方に問題がある
2210	家族機能の変化が大きいと考える
2211	１）、２）もあるが、Key となっているのは医療福祉の経済的支援の不充分さである。 人材、機器、機関数共に制約され摘切な配置がされている…
2214	病院では長期入院を認めず、自宅では老々介護、現実問題として、認知症もあるかもしれない配偶者だけで follow するのは無理がある。 結局、Nursing Home のようなものが必要と思います
2220	医療制度
2221	在宅療養者の生活をささえるのに、最低限必要な金や人材を与えるシステムが不備である。 社会保障に金を出したくない政府の政策が悪い。
2223	最期まで自宅でと思っていても、自分が病気になったことで考えがかわったり、体の状況で、“病院の方が安心”や“家族に心配かけたくない”などの気持ちに変わることがあるため。
2226	入院治療と在宅医療でコストの差（減税など）をつけないと促進されないのではないでしょうか。
2232	在宅死を希望する患者の意志を優先させても利用できるサービスも有料であるため、家族には経済的負担、時間拘束が出現する。 在宅で過し、最期をむかえさせたいと思い実行するには有料ではない家族のサポート、独り暮しであれば 24 時間、365 日のサポートを検討しなければならない
2244	社会保障制度が不十分 国民の自己決定・自己責任の考え方が十分とは言えない 保健医療福祉の連携システムの課題
2251	医療関係者が在宅でやっていけそうかどうかの判断がまだ甘い印象がある。
2256	「最後まで居宅生活して終焉」の最後は、個人により違うのではないか。また、実際にがんで終末期になった方はその考えが変わってくるのではないか
2257	「患者。家族」「医療者」双方に知識不足や、説明、話し合い不足である点もあると思うが、根底には、日本人の生活習慣、物事の価値感、何を重視して考えていくか、死生観等の問題があると思う。 又、社会資源の地域差や各人の経済力の問題なども考えうると思う。 「患者、家族」一方だけ、「医療者」一方だけとどちらか一方だけをは言いがたい。
2258	福祉・医療の質の保障が法的になされていない。
2260	居宅での終焉希望が 60%～80%であるなかで、病院死が 80%であるという現実をみると居宅での医療体制が整っていることを前提とすれば、家族での受け入れ等に対する積極的な理解・協力を得るために医療者の生き方支援に関する十分な説明、医療者と家族間の緊密な連携が必要である。
2261	日本の社会が自然な人の一生を受けいれない状態になっている。 ニーズとサプライのミスマッチという問題のとらえ方をすること自体が問題なのでは？
2264	【問 19-a は２を選択】 患者にしてみれば、在宅を行なっている医師がどれ位それに関する知識があり、どの程度まで在宅で出きるか全くといって良い程分からないのでそのための不安があります。 何らかの方法でそれを知らせる必要があると思う
2266	患者・家族ももっと勉強し、知識を持ち自ら選択すること。説明されても他人まかせではダメ。 医療者側は患者・家族のアセスメント不十分で、一回の説明だけでは、押し付けになりやすい。
2276	１、２にも問題の原因がいくつかはあるように思いますが、日本人一人一人が、死に対する考えを整理して、自分にとって死とは、どういうものなのか、考え直す必要があるのではないか。普段の家庭生活や、職場、学校、地域のサークルの中で普通の会話の中で、死に対する考え方や意見が、もっと活発になれば、良い方向にいくのではないか。
2278	【問 19-a は１、２を選択】 　マスコミ（テレビ・ラジオ・新聞雑誌など）さらに軽々しく発行された専門的と■する書籍などが、偏見を醸成する。 　故にこれらの発行は半減すべきである。まちがったり、それに類似した発行物に対しては反対意見をどんどん発表するか、関■学会より高度の情報を発行すべきであろう。

2283	１も２も同じように問題です 患者を含めた家族にゆっくり説明できるスタッフがいるのか、 きちんと説明されていないから不安がり、在宅へ向かない スタッフの増員が必要 そして、マスコミの問題がある。あまりにもおバカな番組ばかり流している。生き方を変えることに対するサポート体制の内容など、具体的に TV で放送するべき
2290	【問 19-a は１を選択】 家族側の受け入れの問題が一番の障害となると思う 確かに本人は自宅での終焉を希望しているが、家族の負担は想像以上の大きな物となるであろう。
2291	情報共有システムの不備。低医療費政策
2293	１．２の両方かもしれません。 「患者家族」最後（期）まで居宅と希望しつつも、変わりゆく病状に最後まである一定レベルの医療を受けるのが当然という考えの方が、多いのも事実です。 「医療者」　積極的な医療をどこまで、提供するのか。検査・治療も最後まで、変わらずに行なうというスタンスの医療者が多い。今までそうした教育しかされていなかった。
2294	経済的問題が大きい。 説明をいくらしても経済的に成り立たなければその方法は選ばれない
2299	１に関して、まだ何かあったら病院への不安と、その終末期の苦痛を見ているのがつらいと思っている。 ２に関しては在宅往診のスタッフが不足。24 時間対応がきびしい状況にある。 療養型病棟がなくなりますます不安がつのる
2301	①介護者の介護力や経済的にも問題はある又、医療者への問題もあるが…。 　患者が居宅で終末をすごしたいと思っても「介護者がいない。（同居するものはいても）迷わくをかける…と思うなどの言葉をよく聞く。 　もちろん、在宅へ訪問するＤｒも少なく、訪問看護の職員の不足もある。 ②経済的に不安定で、経済力がないとどうにもならない問題がある。 　在宅サービスを受けたいか、経済的に無理といわれるケースも多い。
2306	“生き方”を選ぶ主体＝本人に明確で強い自己主張というようなものが、日本人の場合に、特に高齢者には表現する力が弱いように感じるから
2307	家族の負担が多い。
2313	【問 19-a は１を選択】 ①制度の問題 ②体制の問題 ③家族の体せい・考え方。
2318	行政の問題
2322	家族側→おまかせ医療 　　もっといい（よい）医療をうけられるのではないか。 　　質のいい１日より、長くいきられるほうを選択してしまう。 患者側→おまかせ医療 　　家族に遠慮する。 　　家族のために何がなんでも生きるという死をみとめたくない現状。 在宅サービスをみんなどのようなものか、どうしたらうけられるのかがわからないから。
2324	国、厚生労働省
2331	・医療者の在宅医療に対する知識不足。 ・在宅の施設が不十分。 ・在宅でみれる Pt のきょうはんいがせまい。 ・在宅に戻っても主治医がいない。 ・地域の連携不足。 　地域個々でも、在宅医療に関する知しきがたりない。 　住民への情報提供の場が少ない。 ・大病院はもちろん、診療所・ケアセンター・福祉しせつの全ての機関とのれんけいをとる。
2336	在宅医療は国全体で考えるべき。 24 時間の医療はチーム医療、地域医療全体で支えないと実現不可能である。
2337	国からして問題があると思う。 例えば、軽度の方であればヘルパーだけでもよいが、1 日数時間がせいぜいで介護がいき届かない。ヘルパーの給料が安い。 家族関係が昔と変わって、家族の事情（仕事をしているからみられない。 家族関係の変化（１人世帯、家族の不仲など））も入ってきて、現実的に難しい所がある。 問１９－ａの「１」「２」が共に合ってはまることもある。
2340	・医療制度と社会保障制度 ・施設 ・マンパワー不足
2346	・在宅でみれる fa がいない他。家庭の事情もある。（核家族 etc）
2349	１．24 時間いつでも直ぐに対応する仕組み（システム）が医療・介護のいずれも不十分である。在宅でも、施設入所しても苦しむのは利用者本人とその家族などの周囲の人（達）である。 ２．医療・介護を担当する側も資金・人材の不足過重労働に苦しんでいる一方で、収入を確保するために無駄な医療（特に検査）が多々行われているのが現状と思う。 ３．利用者が幸せな気持ちで最期を迎えられるために、家族等介護者、医療・介護担当者全員が喜びを持って支援に当れる仕組みはどうすれば構築できるのだろうか。地方の行政にすべて委譲してきめ細かいサービスを行うようにすべきかと思う。
2351	・支援できる診療所訪問看護が少ない 　またそれらを支援する組織も少ない
2354	医療供給体制のミスマッチ、在宅医の後方病院の整備、診療報酬上の優置政策。
2355	１）わが国の家族制度の崩壊 ２）地域社会連携の欠如

	３）経済的理由 ４）国、自治体の政策が貧困 身寄りのない人、家族が世話しない老人及び病人で家等の資産のある方は、自治体が資産を担保に十分なお世話ができるような制度を全国的に展開する。
2356	・居宅での生活を選択する場合のサービス経済力から出来ない場合が大いにある ・申請（高額、貸し付け制度）等の知識や、情報提供等出来る様なシステムを私達自身も得る必要がある ・受け入れ側のＤｒ不足、居宅に出向くＤｒ不足
2358	国がやるべきことは何かわかっているのに何も変化することができない。
2369	居宅で看護、介護を継続するにはもっと社会資源及び、看護、介護の介入に必要と思われる 今の状態では患者・家族共に倒れることが目に見えている。
2371	寿命が延長し、今の日本では身近な人が死ななくなりました。亡くなるのは施設・病院での高齢者ばかりです。”死”から日常的に遠ざかってしまった一般日本人と、死と日常的に直面している医療者の間に大きな溝ができるのは自然な成り行きであり、誰のせいでもありません。 高齢、多死社会を迎えるにあたって、医療・介護難民が生まれるのは不可避です。その不可避な事態が日常的にあちこちで起こってきたときに、その現状を日本人がどのように受け入れてゆくのか、そこが解決への鍵だと考えています。
2372	介護力が少いので患者を集約して効力的に施行することがなされていない。
2378	24 時間、安心して療養生活が迎えられるようなネットワーク作り（支援体性）が必要と思われますが地域では病院も遠く、医療、介護の人材も不足し深刻な問題となっています。
2379	在宅医療に対する国のさらなる支援が必要と思われる。
2380	上記にも理由はあるが金銭的経済的に希望をかなえるには問題があると思う。
2383	在宅での介ゴカの低下 病院と在宅医療の連携の不足
2387	経済・政治や教育など、豊かな考えを持って生活を選択するためには医療のみでは難しい問題。
2389	「患者・家族」にも「医療者」にも問題がある 「患者・家族」は死生観が欠如しており、医療に完全を求める 「医療者」は専門分化しすぎで、患者を人間としてとらえていない。
2393	問題が大きすぎる今の現実　家　経済面　マンパワーでもどれかかけても在宅でみる事が困難な事が多い。
2395	何だかんだと言って、自宅より、病院を望んでるのが現実
2398	①と②両方に問題があると思う 患者、家族も、人まかせ、医師まかせという場合の多さと 医療者側の説明不足、相手の立場いになって説明していない場合が多い そのため、きいてないこんなはずじゃないと思ったというズレが生じる。ズレこそが問題。
2405	理想と現実は大きく違うことがあります。 ある程度しっかりしている時には家で死にたいと思っていても、いざという時には“こんなに苦しい状態ではだめだ入院したい”に変わり、家族も介護困難を訴えられます。 急性期は入院し、退院できれば良いですが“もう少しよくなってから”と思う気持が強く退院の期をのがしてしまいます。 個人的には“理想は在宅で”ではありますが、患者・家族の強い信念がないと困難と思います。
2410	法律（医療・介ゴ保険などの金銭や療養支援診療所・ステーション等の制限
2413	家族の理解力と介護力
2416	制度の中で行っていると時には制度にしばられて在宅ので終焉ができない時があります。 在宅での看取りを増やすには、在宅医が連携しチームで診療及び死亡診断書が書ける体制をつくる事 また、訪問看護師が在宅で看取りをする時に死亡時間を看護師が確認し医師がその死亡時間を記入する等国の法律を変えていかないと在宅での看取りは増えないと思います
2419	介護のプロを養成すること。
2423	家族も生活があり在宅で看る事が困難
2426	総合的にどちらをどのような比率で選ぶ方がその人らしい生が実現できるかをコーディネートできる職種が必要と思われる。
2429	【問 19-a は無回答】 老齢者が多くなり、独居や老夫婦だけの家庭が多くなっている。介護保険等の助けを借りても独居生活に戻すことができる場合は多くない。老々家庭に退院して来ても、老々介護ができない場合も多いと思う。二世代家庭であっても、子供達は働きに出ていることが多い。介護保険等を使って、サポートするにしても、充分サポートできるとは限らない。
2431	経済的な問題と人的問題。全く持って理想論のみの自己犠牲に基づいた高まんなお話では、受け入れられない。 又、興味をもつ新興の医師が利益に走っているため、連携はできない。
2443	家族が病院にいるという安心感が強く、家族が家庭を守れるから、自分が看とりたくない、という思いがあるのでは？ 核家族であるためマンパワー・資源不足
2450	日本の医療、福祉体制に最も原因があると考えます。１．２．ももちろんあるとは思いますがどちらが充足しても実現しないことであると考えます。
2451	地域的に（特に以前は医療のサービスがうけられない状態にあった場所）病院に入院すること、病院で死ぬまでですごすことがステーテスとなる場合や、一親等、二親等以外の親族（本家、分家といわれる方々）の意見で病院へ入院させ、そこですごさせる場合があります。地域性なのでしょうが、これらの方々を納得させることもとても大変です。
2452	うけいれる側の力量不足（医療者・家族）家で１人で死ぬというそれを支えるまわりの状況がととのっていない。 介ゴ保険にも上限がある。ボランティア（非コミュニティー）にたよるなんて今の日本では考えれない
2456	制度
2457	自分の死に場所についてその事態がさしせまっていない時の認識と、それが現実にさし迫った時の認識には大きな差がありその差をのりこえて実際に自宅を死に場所として用意していくことには本人、家族ともにたいへんなエネルギーがいる。 現在のところは本人か家族のだれか一人にこれに対する確信がなければ最後まで貫き通すのは困難な社会的背景がある様に思われます。
2460	１．独居老人（家族）の増加

	２．家族介護力の低下 ３．介護保険以後、重度の要医療兼要介護者を可能な限り在宅で生活できるように支援する意識が乏しくなり、初めから入所施設をさがす風調となった。 すなわち「大変世話が掛かる人」は施設にまかせるのが当り前と言う社会的なコンセンサスが出来あがってしまった。
2463	問１－ｂで述べたとうりです。 ・医療、介護に係る①公費②インフラ③労働人口④労働者待遇⑤啓もうの圧倒的不足による。 公共事業として、老年人口比の高い地域（特に地方）での廃屋となった小中学校を老人施設に再生させたり、バリアフリーの町づくり、地方の土木業者を介護士に転職誘導したり…（土木と介護、又は農業漁業など、２足３足のわらじをはいてもらう）さすれば村おこしになり、収入が上がれば子供も増えるし、内需拡大となる）
2464	社会福祉保障制度の整備。
2466	前の質問にも書きましたが、在宅で亡くなるということはFamily を始め、周りのサポートは必須です それが、できないケースが多いのでは？
2469	【問 19-a は１、３を選択】 在宅を支える、介護サービス業者、（医療）看護師不足で困っている。 募集にも、希望者はおりません。 経営も困難であったりと、受け皿が不足していると思います。 在宅へ国はすすめているが、オーバーワークになっているのが実状です。
2472	日本の場合、産業発展してきた中に“がんばれば”“努力”“弱根ははかない”などという概念ができ上がっています。 この思考パターンで障害を持ってもなかなかこのパターンより抜けれない。又、犯罪等にも目立っていますが、自己中心的思考が強くなっているように、介護等の現場でも同じような事が起こっているのでは…。 と、なると個人レベルの問題ではなく、国としての問題ではないでしょうか？
2477	医療を受ける側、提供する側両方の問題であると思いますし、サポートする体制の問題でもあると考えます。受け皿の問題も大きいです。
2478	国のビジョンのなさと国民教育を怠った事 安心した在宅を送れるための制度や設備などの準備を怠った事が一番の問題
2479	・我が国が、傷病者を収容して療養するシステムから在宅療養へのシフト化がまだ移行段階であるため、在宅療養へのシフト化が進めば、ミスマッチは少なくなると考えています。（国家としてのプロジェクトが必要と思いますが。） ・核家族化、少子化の影響により家族の介護力は低下しており、それを十分に補えるだけの居宅生活のサービス量が整備されていない。 更に在宅サービスを充実させるのであれば、福祉分野の労働に対するサービスの対価（賃金など）の対偶が良くならなければ、ミスマッチは埋まらないと考える。
2481	医療を受ける側も提供する側も生き方の中の医療という考えをもつ必要があるが、双方に生活と医療がバラバラに考えられている様な気がする。 ＩＣＦの概念がほとんど周知されていない事が最大の問題。
2484	「あるがままに生きる」を受けいれる考え方が本来あるはずなのだが、それに多くの人が気付いていない
2499	国民全体が（医療を受ける側も、提供する側も）核家族化が進み、成人するまでの間に、死というものを体験している人が少なく、知識があっても、体験がないので不安は残ると思います。 理想としては居宅で最後を迎えたいと思っていても実際に自分自身や、家族が日に日に弱っていけば誰もが心配になると思います。どれだけ信頼できる方が支援してくれるかにもよると思いますが、実際に自分自身や、家族の最後が今なのか、もう一度入院して治療したら在宅にもどれるのかは判断がつかないこともあるのではないかと思います。
2500	国の施策が全も大切。国民が公平に「生き方支援」がうけられるようにならなければ無理。
2503	医療に関っている人は、それ以外の人達よりも、生命という事に関して、援助をしなければいけないと言う、教育をされて行動している。自然の流れで、老いていく上で、何らかの疾病にかかるが治療という形で頭が動いている為、どうしても、柔軟な選択を導き出せない
2506	サービスを提供できる資源の不足
2511	・在宅死に関する国民全体の意識の変革 ・在宅療養に必要なシステムが整っていない。国策としての整備が必要
2513	・行政は、情報の提供という面では欠けている。患者・家族から問い合わせや申請を行わなければサービスや補助等利用できない ・在宅医療には、限界がある。 医療者側の問題→知識・技術・システム 患者・家族→介護力・経済力・知識不足。
2514	日本の家族制度が、今は核家族化となり、生命の生みの現実を目にすることなくきてしまっている。よって病気や障害をもったことにより、家族の形を変えることの困難さがある。 特に郡部においては、過疎が進み、高令者だけで暮す現実にある。情報や知識だけで生き方を選べることにはならないと考える。 もっと根底にある社会保障がしっかりしていれば安心して老後を生きることができるだろう。
2520	病院死が一般的であった以前と、居宅で最后まで過すという人生観の転換が、国の政策のおしきせの域をでていない。医療改正、介護保険改正をすすめるだけではなく、国民一人一人の生活、人生を大切に考える政治が必要。 根本からはき違えている政治が横行している。
2525	社会資源の利用範囲が限られている。市街地に近ければ利用できる社会資源も多く、利用しやすい。しかし、市街地から遠く離れた地域では、施設自体がないことも多い。 また、介護保険なども、家族が実際に困っているところはすくい上げられず、点数化されないなど、政策・制度と実際の現場とのギャップが大きいように感じている。 そして、一緒に生活する家族の負担が大きくなることは避けられず、みんなが今まで通りの生活を送るということは不可能で、そこを折り合える身体的・精神的余裕と金銭的余裕がないと、在宅で看取ることは難しいと思う。
2529	医療を受ける側、医療を提供する側の個々の努力では達成出来ない。 制度上の不備がある。
2535	患者、家族にも医療者にもそれぞれの責任があると思う。 また国として国民が安全で納得のゆく生活、医療を受けることができるという対策をきちんと前に出さずに、それ

	それの地域や気もちのある医療者などに任せているところがあると思う。 平等に情報がゆきわたるには国としてのちゃんとした態度が必要だと思う。
2537	・その人を支える家族のマンパワー ・介護保険などいろいろな制度があるが患者、家族がわかりにくかったり、うまく利用できているのか？わかりやすい情報公開又、どこに相談すれば良いのかなど
2541	在宅医療についての知識が乏しい 患者・家族には在宅医療について不安がある
2542	少子化、核家族化によるマンパワー不足。 介護休かなど福祉・制度、社会保険制度の遅れ 税金のムダ使い
2545	支える「制度」が全く不十分 医療側も患者側も希望していても、経済的負担や介護力を補う十分なしくみがないために、あきらめざるを得ないケースがとても多いと感じる。
2546	日本の医療体制の歴史（受け手を含め）、ＡＤＬが改善されるまで病院に入院して治療を受けるという形態
2550	Patient は自宅で死を迎えたいと思っていても、家族は経済上、その他の理由で自宅では充分サポートできないし、したくない（特に共働きの場合）という家族の希望があり、本人の希望通り行くのは 1／3 くらいである。 また実子（遠方にいる）から死亡のときどうして病院へ入れなかったのかという非難が厳しいこともある。 なかなか本人の希望だけではうまくいかない事が多い。
2565	患者、家族側も、知識を持ち、自分の意思を医療者側へ伝える必要がある。 受け身の医療ではいけないと思う。
2568	核家族化や少子化で日本全体が昔と違って何かあれば病院へ…という社会情勢が強い気がします。 もっと選択肢が広げられるよう医療サイドも情報を提供し、家族（患者）側も色々なネットワークを使って情報を得ていく必要があると思います。
2571	【問 19-a は１、３を選択】 在宅で切れ目のない医療介護を提供する体制は非常に不充分です。 家族の援助（多大の）がなくては（そのＰｔの重症度はＡＤＬ、ｉＡＤＬの程度にもよりますが）むづかしいように考えます。
2573	システム、往診医の連携
2575	医師、看護師不足
2578	医療側　病院医師　在宅医療に対しての理解緊急時のスムーズな受け入れ 在宅医師　在宅看取りまで可能な受け入れ体制作り 患者側　いたずらに不安に思うのでなく誰もが必ず最期を迎える時、どのような形がよいか覚悟を決める。
2584	在宅にたずさわる医療従事者が少ない 病院で働く医療従事者が在宅での過ごし方を知らなすぎる。知ろうとしていない。
2588	そんなものではないと思う。 その人のことをもっと知ることだと思う
2589	目先の利益の追求（己への利益誘導）に日々の力をあてるのではなく、本来的なことがらに注視した政策がつくられていくようなしくみづくりが大切。
2603	療養ベッドは減少の一途で在宅へ在宅への流れであるが、実際に家人がお世話をできる家庭がどれだけあるだろうか。条件の整った家庭は本人の意志を尊重して家庭でできるだけ過ごせばよいと思う。しかしそれ以外の家庭では病院、施設の受け皿が必要であろう。ケース・バイケースでこれが一律によい、これにそってというものはない。 老々介護家族の負担をへらす目的で介護保険が作られた。最近は家に帰れない者（家で療養できる環境にない者）が病院をおいだされる（病院、施設にはいれずに）ケースをよく見かける
2611	最期まで看とる家族の強い意志と、環境が整っていない事が多い （→病状が変化した時の対応の不安が家族に強い事が多い。それをサポートする医療者の体制） また医療者と患者、家族との信頼関係。
2615	医療サービスの質と量の現実的に可能な提供の範囲が互いの間で理解共有出来ない。
2616	まだまだ全体の体勢ができていない
2623	介護力不足、民間保険制度の整備
2624	国の制度を整備する必要性がある
2625	サービス提供の充実
2629	核家族化による、介護力の不足。 そうであったとしても、それを支える社会のシステムが不十分である。
2637	経済的な問題力 お金はかかる。
2649	【問 19-a は１、２を選択】 必要時に本人、家族への説明、紹介ができる（他の関係者でもよい） タイミングをつかむ技術が必要である
2652	【問 19-a は３を選択、問 19-b にも記入】 経済力、介護力がやはり不足していると思う。住居の問題もある。 家に帰れるだけの生活環境が整ってない。又はやりたくてもできない。
2653	バリアは各方面にたくさんある。例えば、介護系職者、その事業主、行政など。
2655	在宅に関っていると、医師との十分なコミュニケーション不足（→在宅に対する勉強不足 etc）や老令介護により理解度の低下、受け入れられない等が多く見られる。 本人は在宅死を望んでいても、病院死となるケースが多いから
2662	在宅ケアに対しての制度上の問題 医療費だけではなく 在宅における家庭の収入減など経済的な面が解決されていない。
2669	【問 19-a は無回答】 １、２共に問題がある。
2670	関わりが大切 医療者とＰｔ・Ｆａ側 色々な場合があると思うので個別的に対応していくべき どうあるべきかではなくこのＰｔはどうしたいのかが大切でありそのためのサポートをしていくというスタンス
	が必要だと思います
2672	家族介護に支えられているがその家族に支える力が小さくなっている 又、サービスもお金がかかり支えること利用することに限界があること。
2673	１にも２にも両方に問題がある。 また、１、２を支える仕組みがないのにも問題がある。
2677	現在の社会保障制度を利用するにしても、在宅でみることになると、経済的な負担はへることになるが、家族の負担がすごくふえる場合がある。 又、１、２についても、すべてに問題があり、関連していると考えます。
2680	☆医療・介護のスタッフが不足していること、それに対する政府、厚生労働省などの予算措置が不足していること、など、行政面、財政面での支援が少なすぎる。
2681	不十分な居宅生活に対するサポート（金、人、） すなわち厚労省の方針
2682	社会全体として生きる医療ばかりに目がいっており、患者・家族・医療者、それらを評価する、他者の眼を気にする日本人的分化が今はそうさせていると思う 病院に入れて対応する事が、最良の事であるとみている変化と思います。
2683	・核家族化・家族単位が小さい ・療養者の心配事は、家族他人にめいわくをかけたくないという思いがあげられる ・自分なりの身の処し方について希望と実現可能と考えていることは差がある ・希望とこうありたい希望（思いが）異なっていることもあると思う ・最期まで居宅生活をして、終焉の意味は、その様に体力・気力が維持できるようにという願望が強いと思う
2686	互いに知識をもつ事が必要。
2687	自然とどちらも選択できるような制度になっていないし、経済的な負担の比較を明示できていない。医療お金のかかり方が不明瞭 ・在宅医療にはまだ奉仕の精神が期待され、周囲の人間もそれに甘え「やりたい人がやればいい」という、身内からも思われていると思う。
2688	制度、家族、生活パターンなど
2689	１、医療を受ける側の問題は、我々医療者側が何とか努力して、援助すればいいことで、問題ない。２、医療を提供する側に、勉強不足、経験不足、やる気の不足、面倒だとか問題はかなりあるが、それ以上に何か問題があると思っているが（在宅医療をやればやるほど）はっきりしない。
2690	社会的に在宅で生活できるネットワークがないと無理
2696	地域性や立てまえ等の習慣からの場合
2699	病人をかかえた家族のみで頑張ってしまう傾向にあり、共倒れというおそれもある。 周囲、地域の力も必要だと思うし、訪問看護、介護もサービス内でないと、経済的に負担できない方々も不安の中で過ごさなければならないと思うとつらいでしょう。
2701	現在の日本の状況では、「生き方」についての対策や知識を得ても実践するのが困難だと思います。社会制度が支えるしくみをしっかりと作らなければ不可能だと思います。
2702	医療側や患者側にいくら教育し、情報提供を行っても、インフラが整備されていない現状では何も解決せず、ストレスがたまるのみである。いくら立派なホームページをつくって連携などうたっても実際には何もしていない機関が山ほどある現状にはウンザリである。地域での地道な努力の積み重ね以外に方法はないと心に決めて頑張っているが、役人主体の制度論には限界もあることをわきまえて、しっかりとしたインフラ整備にとりくむべきである。
2704	原因は、それぞれの対象によって異なる、と考える。医療を受ける側の思いは千差万別。「変化した身体をありのままに認めたくない」人はたくさんいる。うまくギアチェンジできる人もいるが、最期まであきらめない人もいる。「生き方を変更させる」のは医療者が行なうべきことかもしれないが、そうでない場合もあり、それがプロとして問題かどうかは一概に言えないのではないか。 問４－ｂに書いたように、日本人の遠慮、他者への気づかい、家族形成、文化的背景など多くがからまっているための結果ではないだろうか。
2712	統計のとり方。
2713	国の制度が病院主体になっています。 病気の治療は必要な事ですが、自分らしく生きるという事を、重要視していない結果と思う。
2721	行政が、医療を受ける例、ほどこす例に常識的な対応が出来ない限り何も進まない
2723	【問 19-a は３を選択、問 19-b にも記入】 医療者は知識を得るための地域の勉強会に参加することが必要。
2724	生活者も医療者も、病院で治療をするのは何が目的かももっと考える必要があり、つまり、両者に問題があると思います
2729	１）医療費の抑制 ２）各種サービスの整備の遅れ（地方では介護保険によるサービスは機能していない） ３）各種サービス／事業所の連携が問題 ４）優れたケアマネが事業として独立運営できない制度上の問題 ５）国としての明確な方針を示していないこと。
2731	国の国民に対する姿勢でしょうね。国家元首であれ、政治家であれ、人間であることに変わりはありません。やがては年老いて死ぬのです。 数学や英語などが出来るようになるのではなく、年老いたり障害者になったらどうするか、どう生き方を見つけるか、義務教育の中に入れてみたらどうでしょうね。
2733	・マスコミ等による報道に仕方に問題がある。 ・患者、家族よりも、その他の地域住民への教育が必要である。
2735	社会が最期は居宅生活ができるようなシステム作りはできているが、どのように活用していいのか患者・家族・医療者供にわかっていないところ。
2736	介護サービスの名のもとに地域老人コミニュティーを破壊したため 慣れ親しんだ地域での高令者の孤立化が進んだ各家族化と現金を求めて人は家屋を出て外へ。このことで家庭内のマンパワーの不足
2738	患者・家族には最期を本当に誰が支援してくれるのか、支援体制が“これなら”と感じるものになっていないこと。 また、現在介護サービスに関わる人達も大へんになると“空いた施設ベッド”情報を患者に知らせるなどもあり、“いざ”という時“ここがふんばり時”という意志をもつ人ばかりではないので“なあーんだ”と相手に思われてしまい、それはすぐ口コミとして伝わってしまう状況がある。老後の不安、動けなくなった時の不安は誰れの心の

	中にもくすぶっているので、こういうことはまたたく間に広がってしまう性質がある。完璧な支えでなくても、側に“私がいるから頑張ろう”“そうですね”のキャッチボールが芽ばえると人は癒しに向って動いていくように思えます。
2744	・情報量の少なさ ・経済的、環境的（介護力を含む）なもの
2750	１、２のどちらが主とも言えないと思う 医療を受ける側の、意識や知識不足の問題、提供する側の質や技術の問題、マンパワー不足をはじめとする受け皿の問題、地域連携の問題、在宅医療に関する情報提供不足の問題など、どれが主と言う訳でもなく様々な問題が複雑に絡み合った結果が現状だと思う
2751	・患者・家族をはじめとする市民の意識や、在宅での生活に対しての覚悟 ・医療者の在宅医療に対する理解不足
2753	経済的問題
2756	・介ゴ力の問題 ・施設不足の問題 ・経済的問題 ・本人の希望と施設の設ビ等のくいちがい。
2761	自宅での死を希望する人は私の周囲ではこれ程多くない。 自宅の広さの問題、家族の問題があり、可能な限り、在宅で過ごし、最後は緩和ケアーの方が多いと思っています。
2762	在宅でも病院でも施設でも「生活する人」を支える視点が制度の中に乏しいことが問題である。
2764	居宅終末希望者が当方ではせいぜい２名位迄しか実際には出来ない これが数名になってきたら、マンパワーの関係でとても出来そうにない このような環境整備が重要と思う
2766	地方においては、24 時間の介護ができる施設がなく、家族の介護が重要となる。そのため在宅を希望しても最後は病院となることが多い。その家族で納得すればこのような方法もよいと思われます。 患者さんにとっては、病院スタッフと在宅スタッフで医療・介護に差がないことが望ましいので、両者のカンファレンスが必要だが、同じ時間で相談することは現実的に困難です。インターネットを使いメールで相談でき、時々専門家のサポートも可能なホームページはできないでしょうか。
2768	国（行政）側の提示するコスト主導の医療制度改革の中に「医療の質」「死生観」「介護環境（在宅）」等に対するアプローチ姿勢が欠如しているため、現実的な問題→「死をみとる」ことに対する実際的意義が尊重されぬまま「死」が処置／解決されている
2770	患者と家族が、はっきりとした在宅ターミナル志向の意志が強い場合はサポートする信頼できる医師がいれば在宅ターミナルは可能だと思います。 患者の意志が強くてもサポートする家族が反対する場合困難となると思われます。 医師の側もターミナルの各種の問題（時に苦痛を和らげる策など）に連携できるＤｒのつながりが少ない面もある。１）、２）いずれにも問題点があるので３）とさせていただきました。
2773	希望と現実の違いがあり、具体的になると在宅で生活することが困難となる現実がわかり、入院や入所となる。 色々な条件を満たし在宅可能な人は、出来る限り在宅で生活すべきであるが、条件を満たさない人は、施設に行かざるを得ない。今の日本では制度的に、在宅支援のサービスが不足している。個人的負担も大き過ぎる。
2774	最期まで居宅で生活していくことをサポートできる在宅体制ができていない また連けい病院の協力が得られない case がある。
2779	この問題のとらえ方は答える側として問題であると思います。 相互的に関わると思われますので連携についての問いあわせを期待します。
2782	１）「最後まで居宅生活」を希望している回答者の「どう生きるか」が問われてくると思います。ただ生きているだけなのか、障害があっても誰かのために生きていくのか「幸福な生き方」を自身で考えてもらいたい。 ２）医療提供者は「今後の生き方」を考えられ状態に精神的肉体的社会的支援をしていく事が重要である。
2785	患者家族の側にしては問４のｂで説明した理由によります。 医療提供側にしては、在宅医療をされていない診療所はおそらく大半が在宅医療を（潜在的）希望されている者者がいても、病院に入院をすすめると思います。 近隣の在宅医療をされている診療所に紹介することはまずないでしょう。よくても、訪問看護センターに任せるだけで自分は往診しない医師もいます。ヘルパーやケアマネージャーからの問い合わせがあっても、患者・家族がかかりつけ医を替えるつもりがない限り在宅への転換は不可能になります。
2787	本人がその様（自宅）に希望しても現実はサービスがない ラスト、看とりＤｒがいないと亡くなっていて死体検案になったりするのではないでしょうか？
2790	患者家族は病院で死ぬ事を希望する事が多く、自宅で死をむかえる事は、現代の世の中で特殊な事だという認識が根強くあると思う。
2792	家族、患者がアマチュアで医療者がプロというのは医療に関することであって、言葉が浮いている感じです。 身体変化をありのまま受け入れることや、生き方のことはもっと■■的な概念だろうと思います。 （身体変化か老化、疾病、事故であるにしても） 物事を深く考えたり、主体性をもって議論することの少ない日本人の特性（今までの）が大きな問題だろうと思います
2793	（高令者の生き方）を共通項と 24 時間在宅支援のシステム、展開、構築…ということですが、全て、家族、医療者、介護者等、現場に責任が転稼され、文明国先進国としての国の（公の）責任問題が何ら議論されてない。 これでは弱肉強食（金を出せるものがいい目に合う）の結果に行きつく可能性はないか。 高まいな理想を底支えするものは何か。現場の努力だけか。
2794	・各個人の死生観のちがい ・「病院死」があたりまえとなった社会通念を再び「居宅死」という選択枝もあるということを広く伝える必要がある ・居宅死を十分にサポートする社会資源の整備がなされつつあることを広く知らしめる必要がある
2796	政府主導型の保険医療の方向性を決める役人や医療者が、医療の全体を知らないうちに「お偉いさん」になってしまっている事。 病院医療と在宅、地域医療（予防医学も含む）の両方を知る必要があるのに、病院医療のみが重視されてしまっている。 専門医制度のあり方（研修）を見直す必要がある。
2797	具体的にはわからないが、１、２の単体ではなく双方同じくらい原因があると思う。
2799	社会全体としてすべての人間が必ず経験する「死」をどうむかえるべきなのか、そのプロセスの中でとうぜん起こることを無理にさけようとしていないかなど考えていく必要がある。
2800	経済的な問題は大きいとおもう 又、看とりたいと考えてはいても現実的に仕事をしなければならないなど（例え介護保険を利用したとしても）経済的な困難はある。入院すればその費用、居宅では１人にする時間への不安など（又当人も不安がある場合が多い）大きい問題だとおもう。 社会全体が在宅での看とりに対し、理解と協力が当然となるまでは時間もかかるとおもう
2804	人的能力に限界がある。在宅医不足 １人ぐらしの増加、核家族化 遠方の家族 家族の介護力不足
2805	社会
2808	マスコミである。 病院＝助かるという短らく的な発想を配信しつづけている 病院に行けば、年令関係なしに必ず治癒するものだと考えられている。もっと命には寿命があるのだと認識させるべきである
2811	現実的に、家族のマンパワー不足によりやりたくてもできない現実がある。
2812	①終末期を自宅で見看る不安が家族側にある。（家族） ②在宅で終末期を安心して送る支援の確充の不足（医療者）
2813	その方一人一人の生活環境・家族環境
2818	ケアプランをたてる 医療者だけでなく、中心的役割となるケアマネの力量であったり、必要な時に必要なだけの医療や介護（ヘルパー支援）を含めて提供できるか否か それは、24 時間対応して、在宅生活を支える介護事業や専門職が少ないという現状もあります。
2819	生と死について国民一人一人がもう一度深く考える必要がある 哲学や宗教などに対する、個人の考えも必要かも
2826	家族制度が崩壊途上にあります。 何が何でも家族の老後は家族でみる 駄目なら家族も医療者もいっしょに対策を練るような関係の構築をもう一度考え直しましょう。
2833	一義的に何か問題とは言えないと思うが、つまるところ医療側、患者側共に身勝手な理屈をつけ自己の利益を追求している限り、このような協力をもとに成立する医療は普及しないと思う。
2836	在宅で生活して終焉を希望していても、病状が急変した時は、再度入院するケースも多く、そのまま亡くなるということも少なくない。
2837	〔１〕〔２〕が原因と思います。
2838	在宅死を迎へるには 介護力、経済力が必要 又近親者がいない場合、自分で（後見人を含む）サービスを選択する自己決定力が必要になってくる 高齢化、核家族が増える中、自分の死に場所を自分で決める力の残っている人はわずか
2846	本人・家族の問題としては　ここへ来れば何でもやってもらえるんでしょ！！という人が多く自分達でもここまではやって下さい！と話すと「どうしてやらなきゃいけないの！と返事する様な人もいます。在宅療養はどうすれば出来るのか？本人と家族が本当にやりたいと思っているのか良くわからないで来る人が多すぎます 医療者も他人まかせで自分でやろうとする医師たちの力がなすぎる　困ったケースがあれば依頼に来て断■ると入院させてしまう　同類の職業かと思うと腹が立つ！　少しずつでも仲間を増やして町で同じ状況で支援され安心して暮らせる町を作らないといけないのに！！
2848	相互信頼？
2849	在宅医療を前提として出来る限り継続するが極めて末期になれば病院で見取りになるのはある程度止むを得ないと考える
2851	生活形態の変遷に、地域・国の整備が追いついていない 地域格差もはげしいため、自治体主体で国支援体制を更にすすめでいくべきだと思う
2858	制度や設備などのハード面が不十分。
2860	介護サービス下ではよせ集めの多職種では本当のチームワークになれていない。 医者を含めてチームワークの教育がなっていない。
2871	生命も市場原理で割切ろうとするから

問２０　医療・介護の各職種間において「療養者の生き方」を中心とした機能展開や連携の推進を図るにあたって、重要と考える語句・文脈・意味・思考過程等を、「あなたの考え」や「本アンケートの内容」を引用して自由にご記入ください。

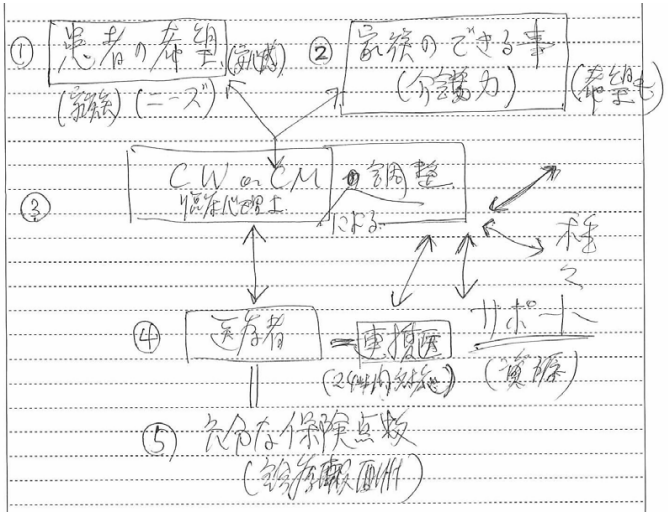
ID	記載内容（原文のまま）
3	病院は“病気をみるところ”“退院後の生活はわからない”というのが実情。ふだんから病院と診療所の２人主治医制の様なものを整え“かかりつけ医”が様々な助言ができる体制にするのが良いのではないか 病院の先生方に“療養者の生き方”まで押しつけるのには無理がある。外来患者の“介護保険主治医意見書”を書くことも実際は困難なのではないかと感じている。地元の“かかりつけ医”の役割りが大きな課題であると思う。
4	介護を受けないような予防生活習慣が大切で糖尿など喫煙者などの介護はどこまで公的支援をするかが問題である
6	病診連携。 行政と医師会（病院）とのよりよい連携（話し合い）
8	充分な行政の支援がないと機能しない
12	P.3 問 1b の回答の通り
16	介護、在宅を受ける提供される上でシステムや保険の簡素化とともにＩＣＤ、ＩＣＦの考え方が広く認識されて来る事と一人一人の負担が僧えない形でのチーム医療の確立生き方の支援が出来上がることと機能分担の橋渡しとなる第３者機関が必要ではないかと思う
17	身体変化→廃用化、廃人代には安心、安全の裏付けが必要。 医療キ関／住居で同様の安心、安全が前提。 しかし、その提供は国策として十分に実施されず産業育生と会社等への資産形成に傾いていた。 また、社会主義また社会民主主義に関する、理解は欧州諸国と比較することすらできない状態である。かかる状況で社会保障をことばの上で議論してもその■実は少いと見込まれ、現実的ではない。
18	介護者支援対策 啓豪活動　　）が必要と考えます 少子化対策
20	主役は患者と家族でありケアチームはサポーターです。 ＱＯＬをできるだけ維持するために、ＩＣＦの考え方を基盤に選択肢（病院、在宅、施設）をできるだけ制限しない情報が、患者と家族に入っていくようなシステムが必要です。 ①在宅医療で何ができるかを病院医に伝えること ②病院医の問題、発見、解決型志向と目標、設定、達成型志向のバランスに対する考慮 ③在宅医療資源の拡充 ④在宅ケア資源の拡充 ⑤地域力（social capital）の育成 がキーワードと考えます。
21	ある程度死を意識したときの療養者の生き方としては自分がどういう死を望むのかを意思表明しておく必要があると思う。医療の進歩により、胃ろうや中心静脈栄養も容易につくられてしまう傾向があるがその後の生き方をみていると必ずしも満足のいくものではないことを感じている。まして人工呼吸器をつけられてしまってはその後の対策は非常にむずかしくなってしまうであろう。
22	当院は在宅療養支援診療所になっておりますが末期癌患者の在宅医療等の経験がなくこのような調査票がきてもほとんどお答えできず役に立たないと思いますので当院を外して頂ければ幸いです。
23	１．本人がどう生きるか、生きたいのが、それが第一である。 ２．第二は社会背景十分な休暇がとれ家庭経済に影響がないようになること。 ３．家族や私達がどう家庭に接して行きたいかによる。
24	核家族化や、他人とのかかわりが減る事で、「人の生死」「年をかさねる事」に対する国民的な理解が低下しています。 もっと生きる事（死ぬ事）に対して、全国民が真険に自分のこととして、考える必要がある。 最後に、「在宅での看取り」が最善のように考えられているが、本当にそうでしょうか？本当の最後は、病院（の外来）でもよいように思います。
25	不特定多数に依頼するアンケート調査にしては調査項目が多すぎます。
26	地域で生まれ、生活し、その地で親族に囲まれた最期をむかえることは、あたりまえの権利として周知されるべきである。患者はかかりつけ医や主治医に、最期の看取りをあたりまえのように申し出ができるような状況になれば、医師もそれに応えようと頑張ることができると思う。
28	その人にとっての「幸福」を実現する為の医師の医学的、社会的能力を高めることが、「療養者の生き方」をサポートし、充実させることが出来る。
30	申し訳ありませんが、こんなにアンケートで時間は使えません。多忙です。他の人もおそらく皆そうだと思いますよ。疲れきっているのは病院勤務医だけではありません。
31	私どもは単独の民間の訪看ですので売上げを上げなければ成り立ちません。医師との報酬の差は歴然としています。その為訪看を職業とするスタッフは集まりませんし苦労の割に報われる事が少ないのが現状です。 それでもこの職業にやり甲斐をみつけて、頑張っている人が居る事に感謝し少しでも質の向上を目指し努力しています。 ご利用者の皆様へ在宅療療養が心地良く最期まで自宅に居ていただけるようにするには、人材の確保が先決ではないでしょうか。 豊富な人材あってこそ守れる在宅療養だと思います。 まずはその辺をご検討されてはいかがですか？ 生意気な事を申し上げ失礼とは思いますがスタッがすり切れていく事に不安を覚えます。
33	医療福祉への充分な投資 （医療介護従事者の人件費も含めた）が不可欠
34	無病息災なんて不気味よ。 ニツ三ツいたわり抱き、老いゆくぞよし（[redacted]の短歌）
36	・「長く生きる」から「より良く生きる」へ ・人間は 100%死ぬものいかに最終まで生き抜けるかが重要 ・医療はなくても死ぬことはできる ・医療に縛られて不自由に暮らすか、自由に生きるために医療を使うのか ・医療者も自分自身のことに置き換えて考えるべきである
37	９頁の在宅医療でできることは当院では全てやっているが、在宅の９割以上が家族の協力で決まる。 いくら説明しても、終末期の 1−2 ヶ月前になると「入院させて下さい」と頼まれることが多く、気落ちすることがしばしばである。
38	１）健康寿命 ２）その后の医療 ・在宅を中心に ・家族関係調整 ・小子化にて会ギもひらけない
41	現在、医療、介護に向きあっている人たちの意識を変える。（例えば家でなんかじいちゃんを看れない、仕事あるから…など）ことは容易ではない。 20 年先には高令者の生き方、死に方がどうなっているのか不確定な今、もっと若い世代の人たちに啓蒙していく必要を感じる（自分らしく最期を向かえるための精神教育）
45	今後 10 年間に、がんで最期を迎える方が、1.5 倍になるといわれています。がん患者さんの在宅ケアの整備が急がれます。ひとつの施設が受け入れることができる患者さんに限界があることを考えると、地域連携は、なくてはならないキーワードだと考えます。地域における望ましい在宅緩和ケアは、専門緩和ケアが担当できる施設があり、一般緩和ケアが担当できる施設が複数あることだといわれています。緩和ケア病棟を簡単に設立できない現状にあっては、専門緩和ケアを担当する在宅療養支援診療所と、一般緩和ケアを担当する在宅療養支援診療所が複数ある地域づくりが必要だと言い換えることができるでしょう。しかしながら、この両者とも、整備が不十分です。私どもの暮らす[redacted]市では、医師会の反対もあり、地域連携をどのように進めるか、課題は山積です。よい方法があったら、教えてください。
46	Keyword として…生き方支援、患者、家族教育、指導 介護財源確保　　）→安心感がもてること。 緊急時入院ベッドの確保 疾病や障害についての受けとめ方はきわめて個人的な事象としてとらえる的側面もあること。 医療従事者は、これをふまえた上で、個人の生き方を支援する立場であるべきと考えます。
49	「自分らしく生きる」←（末期の方） 「ありのままに生きる」←（高令の方） 「あたたかいみとり」←（介ゴする家人の方へ） →場所は関係ない。（本人、家族が納得する場所であればいい）
50	患者にとって最もよい生き方を、皆で考えてあげる。
51	・医師のやる気をだすような方策があれば良いが… 保険制度（診療報酬）では無理 ・医療を準公的にしていくしかないと思うが… （救急、お産、在宅などの重点部門に限り） 「療養者の生き方」を中心にすれば、良いというような、理念の問題では医者は出来ないと思います
52	診療所中心のケアではなく、 １）訪看、２）居宅中心の在宅ケア 患者・家族の自立を促す教育。 弱者のための民主主義。 東洋思想の復権（老荘と陽明学） 料金主義の排他 社会主義的民主主義（従来の日本型政治）の復活 善く生き、良く死ぬ。
53	ケアマネージャー、福祉用具レンタル業者、在宅酸素業者、介護保険認定調査の役所職員と、患者宅で患者本人と家族を混えて「患者本人のニーズ」と予測される病状経過について話し合っています。 年間 80 名を自宅で看取るとその一人一人に関わった全ての職種の人々が成長していきます。 少しづつ、でも確実に在宅医療は拡がってきています
55	「かかりつけ医」「家庭医」の視点から、その人に適切な医療、介護サービスを選択できる様にアドバイスし、他種の医療・介護事業所と密に連携し、切れ目の無いサービスを最後まで提供する。
56	・本人の意志を尊重する ・様々な選択肢があり、それをきちんと説明する（できる） ・ハードとソフトの充実（医療施設等）（法制の整備） ・家族のあり方 個人主義と大家族制にはそれぞれ良い点がありどちらかにすることは今の時点では無理。 しかし、家族のあり方が今後、高令者の生き方を決める重要な要素と思われるので、様々な研究、とり組みが必要と思う。
58	まだ、はっきり書けない
61	病気にかかった人は、強さも弱さもそなえており、それらの思いをうけとめていくには、人の支えが必要である。しかし、人の中には、だれもが、うけ入れて、生活できる人ばかりではないので、私達医療者がいてサポートをしている。 本来人間があるべき姿を発揮できるのはマズローのいうように、段階をへた欲求を満たすことが大切である。病をもった人が、その人らしく生きられるように、病をもった人自身も、さまざまな起こる事がら（症状）を受け入れる勇気が必要である。 病院に来れば何とかなるといった思いは、必要だが、あくまでも、おまかせではなく、自分自身がよりよく生きるためにといった思いが大切である。 強く生きるというか、甘えるところがありつつ、自分をしっかりともって、生きていきたい。 療養者は、甘えすぎてもいけないし自立しすぎもいけないと思う。
65	施設は「自宅」にみなされるべきで、今後は施設での看取りをも、推進すべきと思う。 「在宅」にこだわると、特に妻・嫁・娘の負担が大きくなります。これまでの日本の文化では、女が面倒を見るの

	は当然で、皆黙ってやってきましたが、現在は男女平等に生きてきており、「在宅」には限界があります。 60～80%の国民が最後まで居宅を希望していても、そのうちの大部分は、実際に家で死ぬのはムリだと考えています。その理由は、「家族に迷惑がかかる」からです。現代の家族構成にあった社会資源、文化が必要なのだと思います。
67	問 1～19 までを通して何が知りたいのかが不明です。 今后の医療介護在宅医療のどこに主眼をおいたのか？聞いた方が定まっていないと感じました。 私はこれからは在宅医療は縮少化せざるえないと思います。 入院（病院）以外の入所施設をふやし外国人労働の医療スタッフも含めたコスト削減化がすすむでしょう。 自宅で死にたくても死ねないのは人的金銭的問題の方が医療体制の問題より大きいはずではないでしょうか？ 50 才～60 才台の家族の方が勧めをやめて介護に専念したいかかえこんだり、日中は独居で放置されているのが現在の大きな問題点だと考えています。 入院してもらっては生活ができない家族、年金にたよっている家族、往診費用が負担と考える家族解決すべきは在宅医療ではありません国民生活のありかたの方針です 往診、在宅医療は効率性から考えると未来は暗いと考えています。病院、自宅以外の死に場所が出てくるのではないでしょうか？
70	政府が医療を手薄にしていった事が、寿命が伸びてきた医療の貢献度を理解する事なく、こわしはじめているのがすべてであり、政治家のすべての総替えをすべきである。 自民党も民主党もいらない、ましてや公明党、共産党、社民党等問題外である。 政治家こそ人気投票でなく資格試験を望む。そこから始めないと、日本はもっとダメになっていくだろう。 今の政治家で日本を救える者は一人もいないし、自分の事しか考えていない。それらをかえないと、医療介護の理想はことごとくくずされてしまうと思われる。
71	この様な展開を図る為には、それを可能とさせる社会的基盤が必要である
72	今後はいかに患者の希望に沿った医療を行なえるかが重要であると思います。 それには医療者側からのサポートも重要であるが患者・家族側にも理解力が求められる。
74	核家族化したことで育児方法が世代間で伝達されなくなったように、死とどのように接するのかもわからなくなった。 育児は、本と保健所で何とかなるが、「死ぬこと」は恐怖が伴うため家族が恐がる。また、兄弟姉妹間、親戚等のあつれき、認識違い、相続の問題などがからむと個々に対応しなければならず大変。 地域共同体が必要です。
75	療養者本人の意思が何かを常に念頭におき、それに対応できるように働きかければ大きな失敗はない。 療養者の真の意思確認がされる環境作りと、本人の意志にそえない社会的、経済的問題をどう支援していけるか。 各支援者の対応能力向上に期待したい。
76	マスコミなど影響力の強い媒体で、「人はいずれ必ず死ぬ」ということを前提としたギロンをして頂きたい。ロあたりの良い建前だけの論を無責任に反復してはならない。 　これと関連して、行政機関、立法機関のトップの方々も同じく無責任な態度に終始していてはならない。国よりも県、県よりも市区町村と統治単位が小さくなるに従って、現実的なギロンが出来る様になることを日常的に実感することから考えると、世界の現状から考えても、1 億人以上の人口を 1 中央集権国家が統治しているということ事態、他のどこの先進国にも例がなく、（後進国ではいくつかありますが）今後の日本のあり方を変えていく必要があると思います。
77	そもそも、 自分の死に方を選べる程豊かになった訳ではない。
78	退院後の在宅での生活を、療養者の生き方に重点をおいた視点で見られるような研修制度、及び、教育課程での教育制度から盛り込む必要がある。又、医療システム・介護システム、社会資源についての医療者側の知識も乏しく、医療システム・介護システムが、複雑で、かつ、変更の頻度が多いことも問題（わかりにくくしている要因）と考えます。 又、現在の家庭事情（核家族化が進んでいる為、相談し、協力しあえる、精神的に支えあえる家族がいない、高令化が進んでいるが、子供達の協力が得られない）から、今の日本の介護力では十分なサービスが提供しきれない。 一割の利用料金の負担でさえ難しい家庭も多く、サービスが使いきれていない。 「最後まで自宅で」という本人の意思さえ、家族の不安を感じとり、最終的に入院を決めてしまうケースもあり、もっと多くの医療者が、在宅を知り、理解しなければ、家族・患者への説明は難しいだろう。 学生の在宅研修はあるが、実際に在宅実習の時間は、4～5 日間程度、医師に至っては、ほとんどない状況。自分が働く様になり、仕事に責任をもつようになって、患者を責任をもって見るようになってから、長期間の研修制度をとり入れるシステムが欲しい。在宅は 1 ケ月・2 ケ月携さわっても理解できないところも多く、学生が数日来ただけでは理解できることはほとんどない。そのまま医療に携さわっている為、在宅への理解は得られていないと感じることが多い。 本人の意思を尊重する。生き方を考えるということは、病院で働く医療従事者は麻痺してしまう様だ。 更に 24 時間ケアを受けられるかというと、地域によって差が大きい。実際には、土日のケア対応でさえ、探すことが難しい状況がおきている。夜間になると、ほとんど、（全く）対応できない地域もあり、今後高令化率が進むに従って、療養者が自分の生き方を選べる選択肢はなくなってくると思う。 せめて、最期は自宅で自分らしく生き、自分らしく死ねる社会になることを祈ります。
80	療養者の希望にそったことができれば良いのではと思う。 療養者の個性を尊重すれば良いし療養者の希望や考えを左右するという考え方は不そんではないか。 医療者や介護者の考え方に療養者を導くのはいかがなものか。 療養者は、たとえこの面の知識が少なくとも人間として、個別の智恵を持っている場合が多いと思います。
81	・住みなれた場所でなじみの人達家族と暮らすことの意味 ・その人らしい生活 ・その人の思い希望 ・家族の思い ・障害や疾病があってもすみなれた自宅で暮らすことができる
88	主任研究者の川島先生は小生の同窓生です。 ご苦労様です。 先生はＡクラスでしたか、Ｂクラスでしたか？小生はＤクラスでした。 今だにＤクラスの町医者です。お恥かしいですが、小生なりに精一杯努力して居ります。 どうぞ、立派なお仕事を続けて下さい。

94	ＩＣＤに基づく身体状況 ＩＣＦに基づく家庭状況社会資源の活用 ↓ 患者家族 病院スタッフ　）情報共有と話し合い 在宅スタッフ ↓ より良い生き方
96	在宅療養の責任者の所在が今までは各施設の長ということで、対応に差がありまとまりがつきませんでした。 まとめるには責任者の所在をはっきりした方が良いと思います。 ↓ 一番良いと思われるのは今まで何もしなかった市町村長が良いと思います。 　彼らを責任者とすることで連ケイのあり方、在宅者の療養のあり方、ヘルパーの医療行為等が比較的に話が進むと思われます。 　そのかわり各市町村長さんは、信頼、信用できる施設や業者をきちんと選択して行かなければなりません。またバックアップ病院も各医院まかせにせず必ず市町村長の指示にて対応して行くと我々開業医も安心できます。休日夜間の対応についても市町村長の指示のもとローテーションすれば良いのでは無いかと思います。
98	自然死のあり方を療養者の終末状態の中にもっとより入れてゆくべきだと思う 死に臨んで不安になりいたずらにその時に更に医療を持ちこんでゆくようなことはやめるべきだと思う 特養などにおいてももっと特養施設の中での死をもっとつくってゆくべきだと思う。しかし、介ゴ者や看護者の側に抵抗があってそして家族の側にどの程度のそうしたことに対する理解、受容があるかわからないので、にげ腰になっていると思う。特養等の施設も含めて、日常の生活の場での死亡を老衰もふえているのであるからふやす方向の環境づくりが必要と考える
99	入院、治療が必要なくなった場合、不可能になった場合、看護、介護のサポート体制、サービスを患者家族に伝えるコーディネーター役の人を充実させた方がよいと思います
102	医療に携さわる人間もいつ自分が病気になり健康をくずすとも限らない。 つまり自分も療養者になるキャリアーである。 自分が今、目の前に接している方と同じ状況であれば、自分ならこの様にしたいと思うことをその方の生活背景で実現可能であれば誠意をもっておすすめする。 それでその方に最終的に判断していただく。 「自分がそういう状況になったなら」これが僕のキーワードです。
104	全国レベルでなく、地域に密着した、すぐに取り入れられる情報を知りたいときの手段 地域の包括支援センターに相談したところ「どうにもなりません。現状で良いと思う。」という結論を出され、問題の解決にならなかった。 窓口を何ヶ所かにもうけてほしい。 人間のやることであり、気が合わないこともある。
106	在宅ケア、医療＝往診、訪問看護介護、入浴ととらえられる傾向が多いと思う。 しかし老健などのデイケアでは看護入浴リハビリなどのサービス提供が可能である。 またやろうと思えばＤＩＶなどの医療行為も提供できる（多くは持ち出しになるためやろうとしないだけで、患者のことを考えれば医療提供すべきである。そうすればそのうち保険でカバーされるであろう） このようにデイケアで医療提供ができればＩＣＦの環境因子となり参加活動をすい進し心身機能の向上維持ができる。 また通院困難者に対する無駄な往診費用等のさく減も可能となる。 介護難民と云われる療養型病床入所者はベッドがあるかぎりまともな生活モデルによる生き方を選択できないと考える
108	ＩＣＦの考え方や基づく情報により、その人の望みを把握できる。 望みをできるだけ叶えるためにどのような方法があるのか。知識を十分にもち提供できる。 病院では在宅のイメージを必ずもってもらいつなげられるように。 在宅でもふだんから積極的に医療機関に出向き、情報交換する。 退院時調整会ギは必ず開催する。
109	在宅医療実施者です。10 年になります。クタクタです。 介護保険がはじまり 10 年がたちますが在宅重視を訴えてもサービス提供体制が十分ではありません。 ＮＨＫ教育テレビ（３／２？）ＥＴＶ５０でも在宅医療の困難さが浮きぼりにされていました。 方針の転換（在宅→施設）が必要となる時代が来るような気がしています。残念ですが…
114	よくわかりません。
117	訪問看護を実施している中で、一番ネックとなっているは、主治医の介護サービスに対する認識不足というか、医療が一番という考え方が根強く主治医と家族、患者との間で十分な話し合いがないまま、在宅サービスへ移行されてしまうため、連携による療養生活の支えとはなっていないように感じています。
118	死亡率 100%人間生きるも死ぬも 1 回限り→自分が死ぬことはわかっているにもかかわらず ↓　　納得せず感謝されないのは何故か→※ 患者さん家族の考え ↓ 人生最後の場所を探す手伝いをする←※ ↓ ためには我々はどうしたらよいか考える ↓ ①医療関係者は医療テクニックのみでなく「看取り」や「あたたかい環境」をかもしだす教育トレーニングが必要。 →患者さんとのコミュニケーションを断ちつきはなす（できるだけやっかいなことはひき受けない） （会話を無意識にしている） （外来、病棟での忙しさから効率をしらずしらず効率をもとめるようになってしまった） ②宗教を持たない日本人は医療関係者に「心のよりどころ」「精神的なささえ」「死ぬのにふさわしいあたたかい環境」を求めているのだと思う。 →「医療関係者」はその求めに対して医療技術テクニック（こまかい対応）で答えるからお互いにすれちがうと思う

	ミでも頻ぱんにとりあげてケイモウ活動をしてもらいたい。 　又、高度医療など病院でしかできない医療もあるのでそちらは病院にまかせるとしてその後の療養を在宅医療機関がになっていくというコンセンサスを医療者、患者、家族が持っていく必要がある。 　社会全体で生活の質までも含めて患者をささえていくという事を広めていかなければならない。 　地道な啓もう活動が必要でありマスコミ、行政等に期待しています。
148	80才で自分が発病3ヶ月のリハビリで退院診療に復帰したが本人の努力やる気が基本的に問題介護療養させるのだけでは不可 結局中年以降のその人の生きざまによって全く異って来ると考えている
150	このアンケートの様に一つの方向づけをした上でのアンケートは無理があると思っています。 患者さんを在宅でみたいと思っていても生活の為にできない人。 家族の手前、在宅で死期を迎えさせられない人。 人の心は一定でなく、その時、その時で変化します。 一定の基準にあてはめようとするのはムリがあると思います。 国が医療、福祉にもっともっと金（税金）を使わないと、国民は幸福になれないと考えています。
151	理想的な死に場所は自宅としても、周囲に迷惑をかけたくない等で病院を選ぶ場合がほとんどだと思います。
152	現在は、正直、在宅で看ていく環境がなかなか整っていません。 結局入院と入院のすき間の在宅医療が多いのも現実です。 介護する家族の苦労を考えると、環境が整っていなければ、無理に在宅を推めるのも難しい場合が多々あります。 やはり、充実、充足した介護看護があって、家族がたまには、息抜きできるくらいの制度や、システムなどがあれば、自信を持って推める事ができるのかなと考えています。 もちろん中には熱意のある御家族がいて、その場合は、私も頑張って支援する様にしています。
153	ほんの一部の開業医だけが、在宅医療を支えている。多くの医師はまったく理解していない。 　私自身もがんの終末医療を行うときは、かなりきついが、■■■（■■内科医院）先生に支えていただいて、なんとかのりきっている。 　一部の開業医におしつけるのではなく、多くの医師が、がんの終末医療にたづさわるべきだと思う。
155	問１９－Ｃに書きました。 この間私はトラブルの間に入って苦労を重ねてきました。 環境が整わないのに在宅医療をすすめるのは反対です。
156	本人の生き方、死に方を希望通りにかなえてあげたいが、 家族の負担が大きすぎる場合　　＞は困難である。 スタッフの負担が大きすぎる場合 負担を軽減するシステムの構築が望まれる
159	病気・入院 100%の回復希望。 病気との付き合い方、病院との付き合い方
161	患者の家族の理解が不十分の様な気がします。
162	医療機関の連ケイが不充分で一人の医師への負担が多い 規制緩和としながらも書類届出等の事務処理がふえているため時間がとられる 看ゴ者も患者側も要求が多い トラブルを常におこす患者もふえつつある 医師側の教育、行政の対応患者教育全てに不足 誰が行えばいいのか不明 まず医療崩壊を正すことが先
165	このアンケートは、私の興味や関心からはずれています。
166	在宅医療に精通した医師、看護師、ヘルパー等の絶対数が少ない。 早急な養成方法の確立が望まれる 医療費削減策としての在宅誘導では望ましい在宅終末医療は成し得ない。家族に負担を押しつけるやり方を止め、公的サービスとして在宅医療を推進すべき
167	共通言語を使い、共通理解していくため連携をうまくしていくことが大切。
168	在宅療養及び在宅介護の継続な為のご本人及び家族が不安に思う材料をきちんと整理しひとつひとつ解決していく力がケアマネージャーを中心とするサービスを提供者には必要と思う。 その為のネットワーク作りが不可決と思います
169	医学は日進日歩である。医学で治せない疾病がほとんどであることも事実である。積極的治療が可能であると思われる間は、急性期の病院で、短期間、濃厚治療を受け、それで治ればよし、治らなければ、在宅にもどり、生体のもつ、自分で自分を治す力をひき出すものに変えることを選ぶ必要がある。 自分で自分を治す力をひき出すには、ストレスのかからない環境で「がんばらない、しかし、あきらめない」つまり「いのちを育み、いのちをいつくしむ」医療を受けることである。緩和医療はそれをおおいにたすける。緩和医療は病院施設よりも在宅で行う方がずっとうまくいく。
170	生の終わりを自宅で迎えることは理想的ですが、独居の場合は、病院や施設の方が安心と考える人もいると思います。 人それぞれが選択できるように、説明が十分行われることが大切だと思います。
171	医療は「無料」ではないのでまずは充分な療養費用を国が負担する気があるかどうかが大前提でそれがなければ机上の空論にすぎないと思います。 次に在宅で呼吸器、ＩＶＨをつけてまで延命することは本当に「正義」なのでしょうか。昨今の点数改正でも医療機器使用の手間に対してお金は払いますが医療者の精神的なサポート等にお金を払う気はありませんというような意図がありありと伺えると思います。また、施設在宅の点数削減の意図は何か？（医療をお金儲けの一種とみなす輩を規制するのが狙いなのでしょうが、個人経営の診療所にとっては大きな痛手です） また一方で企業参入を容認するような動きがみられいちじるしくやる気をそがれてしまった（Ｓ社の医療法人から訪問診療を行うことになりＳ社系列の有料老人ホームからの訪問診療を断られました。そもそもＳ社側からの依頼で引き受けた仕事でありあいた口がふさがらない状況でした。その影響で年度末赤字となりなるべく在宅医療とは関わりをもたないようにしようと決意した次第です。 もし在宅医療を推し進めるのであれば国が医療者を保護する政策を打ち出す必要があると思います（企業中心の論理は医療、介護にはなじみません） 話は変わって連携のことになりますが、現状では医療者と介護職に医療、看護に関するギャップ、観点の違いなどが大きく、今以上の連携を求めるのであれば彼らの待遇改善と共に基礎知識のベースアップを図る必要があると思

123	①自分らしく自宅で穏やかに一生送れれば幸せである ①人々とまじわり助けたり、助けられたりして生活したいし、支援したい。 ①自分で出来ることは行い、出来ない所は支援していただければ幸せ。
124	・その人がその人らしく生き、その人らしく最期を迎えるための環境づくりが必要 ・医療は福祉であると考えますが、間違がった医療行政により医療は崩壊の道を進んでいます。 　医の原点に立ち戻り、経営優先ではなく、福祉に足場を置いた、抜本的な医療行政の改革が必要と考えます。
125	高齢者に限定せず「生き方」上手、下手があります。病気とたたかわないで上手につき合って下さいと向き合うことが多々あります。 何で私がこんな病気になってとくやむ前に病気になってわかること、ぜひ発信して教えて下さいと常に半面教師とむき合う自分がいて、若年で癌末期の家族からの言葉として母は他界しましたまだ生きたかったであろう年月を生きて下さいといわれ年令関係なく現場で実学を続けています。夢と希望目標で毎日の充実感をエネルギー源として現役している私をとおして高齢者を考えるとき「生きることは」「動くこと」ロボット以上のセンサーを備えている人間の五感と六感で次の世代への役割が現在の老人には果せられていると考えます。 気づいた人はボランティアでもやり汗かいています。 病に依存している老人は病院のショッピングしています。 このことからも気づいた人が幸せ（心の）を得るでしょう。 私ごとですが戦後をしっかり生き抜いて法律をしっかり全身でうけとめて、次の世代へひきつぐべく全力投球している高齢者もいます。 手をさしのべるそれを待っている人生はいやです。 「できることをできるときにできる人が行う」この精神で病気にならず元気で生きている私がいます。Ｄｒから、「50才までしか生きられないといわれた私が 75 すぎまで」生き続け今だ現役で現場をこなしています。「死の予測はできないと」実感しています。 この生きざまが次の世代に何か残せると信じています。 「よく食べよく学びよく働く常に笑顔で病気の入るすき間がないようです」 　高齢者だからといたれりつくせりはいりませんが動けなくなったときに手をかしてもらって死をむかえたいと考えています。 　独居老人の死をむかえる居場所は公的に考えてもらいたいものです。家族のいる人でも生計上できない人は公的に看とりをして上げてほしいものです。 　金持ちでも介護保険利用同じが何とも、措置時代のように収入ない人に手厚くも一考かと働ける間働いて動けなくなったら誰でも公的資金で死をむかえられると平等でよさそうですがどうでしょう？言葉と思いを並べて記入思考がこわれてきたのでしょうか？毎日困り人の相談をうけています。
126	地域で支えることが大切。クリニック・訪問ステーションヘルパーケアマネージャー各自の意志の疎通が少ない。もっと、経済的な余ゆうがもてれば（報酬が増えれば）時間の余ゆうも生まれる
129	終末期を迎える人達の状態はさまざまです。 最期は住みなれた自分の家で過ごしたい。 最期は家につれて帰りたい。 病院から家に帰りたいという人のために、－今できること。－ 人生の最期というかけがえのないステージに立つ患者さんや家族が少しでもやすらぎ、限られた時間を過ごしてもらえるよう、訪問看護師として何ができるのか、できる事は何か、何ができたのかいつも考えます。 困難な事が多く「今できる事」を大事にしていきたいと思ってます。 本人の思い・家族の思いを確かめる事の重要性を通感します。
132	かかりつけ医を持つことと同時に、かかりつけ訪問看護、ケアマネを持つことそうすれば、支援の糸口がつかめ、対応も速くなる。
133	本人が自分の死について充分理解しているか 生命の終りを理解し住みなれた所で一生を終えたいと思う■■が必要 →それにみあう資金、住宅、人員が充分にそろえられるか。 ※アパート住いの家族で一人が一室を占めれば他の家族はねる場所がない家庭が多い
135	老化・疾病・事故等で自己の身体の変化、死を迎えることを医療・介護職自身が、考え、どう生きていきたいかを自分の問題として把えることができていないのではないか。自分の問題として把える時に初めて療養者への対策が出てくるのでは…
136	必要な医療に限度を設けるべきでは無い。
137	国民全体に、死生観の形成される。条件を整える必要がある。しっかりした生き方をしないと、しっかりした療養もできず、死も迎えられない。 このためには、義務教育の段階から死について教育することも必要と思います。 後は、在宅療養ができる制度をきちんと整備する事も必要と思います。
139	悪性疾患で在宅診療開始する場合、70 才末満の方が多く 3 割負担となってしまう。 一家の大黒柱が多く 1 回目に退院・在宅となると 2 回上限額を払うこととなり、高額である。上限額を下げ月 1 回の合算を希望したい。 輸液、ポートに使う針等は在庫となってしまうことが多く返品。共有化できると効率的と思う。
141	・地域の関係者（下記の人達）が一同に集まって年何回か会議又は勉強会を実施する。それを継続することで、人の生き方を学ぶ。 （医師（かかりつけ医、病院、診療所） 　看ご師（在宅、施設≒病院） 　患者、高令者、身障者及びご家族 　行政、保健所 　一般住民
144	医療（医師、看護師、理学療法士）と介護（ケア・マネージャー、ヘルパー）などが十分に話し合いの場をもうけることが大切で、さらに病状悪化時の入院するべき病院なども確保されていることがだいじと思います。患者と家族のなるべく苦痛をのぞくべく、十分なサービス活用されなくてはならないと思います。 　上記のことを可能にするには、十分な医療費が必要になり、それはこの国が考えなくてはならないと思います。
147	現在は■■効外の■■市で在宅を行なっているが、以前は東京都内足立区で主に在宅医療を行う法人にいた。 　■■県は東京に比べると、在宅という概念が医療者、行政、住人ともにかなりおくれているという印象があります。だいたい住人が在宅という存在を知らない事が多いため、そちらのケイモウ活動よりはじめなければならない。又、市の医療機関、民間の医療機関、開業医への周知てっていも地道にやっていかなければならない。又、マスコ

	います（これも国策といえますね） 海外からの人材混入はむしろ積極的に行われるべきで現状の国の考え方に違和感を感じます（医師が足りないのであればサポートする職種へも保護政策が必要と考えます） 最後に上記全てが整ったと仮定して患者さん及び家族等の介護者に関してですが、いわゆる「クレーマー」と呼ばれる方の比率が年々上がっており、こちらに対して何らかの対策を示さなければやはり療養は成功しないと考えます。自宅に伺うことでとても自分自身もうれしく思える診療もあれば、仕事とわりきらなければとても困難な仕事もあります。多くの場合は介護者、家族の医療者への思いやりの気持ちがそれを決めていると思います。うまくは言えませんが、医療、介護を受ける側にも心構えのようなものを説いていく必要があると感じています。 （「昭和の時代は出来ていた」というのはナンセンスです。）
172	しっかりとした情報を伝え、どのような選択ができるのかということをなるべく中立の立場で考えられるようにしてあげる努力をすること。介護にあたる家族がすりへってしまうような状況をつくらないこと。 患者・家族と主治医が信頼関係をきずくこと。
175	60－80%の国民（病気になる前のではないですか？）病気になって障害がある状態（病初）での場合本当にこんなに高い値とは思いません
176	
178	高齢者社会はさけられない現実。 高齢者がサービスを受けやすいシステム作り、高齢者を支える、家族、医療者介護者への支援を国がもっと具体的に考えるべき。
179	在宅医療を行うに当り、患者家族へは、この方が、どうしているとかどうして行くのが最適かという判断基準で、ものを考えて下さいとは伝えています。患者本人へもそういう話はしますが、一部の高齢者、認知症患者には困難で出来ません。 ＩＣＦという概念は知りませんでしたが、図Ｏにあるようなことは、「どのように生活が変化するか」という項目も含めて、その都度説明をしてきているつもりであり、方向性は間違っていなかったようにも思えました。 これを機会に、ＩＣＦに関して、勉強してみたいと思います。 介護保険制度は、色々問題があるとしても、図Ｏのようなことは実施可能です。それに反して、身体障害者自立支援法のほうについては、制度と実施状況にはおおきな乖離があるという実感を持っています。例えば、ベッド等のレンタルの制度がなかったり、経済的な負担が大きかったり、当該市役所等の按分する範囲が大きすぎるようにも思います。図Ｎのようなことは、むしろ例外的な事例と考えてしまいます。
181	療養者がどうしたいかを具体的にすること ｆａ支援者がそれを受けいれサポートできること ｆａや支援者のその又支援施設や人員が充実している事支援内容などがわかりやすく活用やすくなければ在宅医療はのびると思います 現在はｆａであっても必ず支援してくれるとは限らないと思います。本人が強い意志を持ちどうしたいかを決めておくべきと思う。病気なってからではなくふだんからｆａ内で話しあうなどコミニュケーションが必要だと思います。
182	ＩＣＦはＷＨＯが2001年に提唱した生活機能、人が「生きること“生き涯い”」というプラス思向から本人の生き方と環境を把握し、生活から死に至までを医学的に支えて行こうという非常に良い方向に転換してきていると思います。しかも人の一生は千人、千様で一律ではありません。例えば癌で死を向かえる人でも、殆どの人は、酸素吸入だ、経管栄養だなどと騒がなくとも、又殆ど痛みなどを伴なわずに静かに自宅で永眠出来るものです。あまりに、24時間対応だ、酸素吸入、人工呼吸、静脈栄養処置だと無床診療所に要求すると、縁のある患者さんを静かに自宅で寿命を全うさせようとしている医者も、手をひくことになると思います。その様な処置が必要な患者と認める場合は、適当な時期に関連病院を紹介して入院させるようにすれば良いと思います。 家族や面倒を見る人が居る場合は原則として誰でも自宅で静かに天寿を全うしたいと思っているのではないですか。参考迄に私の医に対する考えを同封させていただきました。
184	地域医療ネットワークの充実をはかり、これからの高齢化社会に対応していかなければならない。

185	私は、看護にたずさわり 30 年を迎えています。職業がら、父の最後は居宅での考えていますが現実的に、家族をかかえており、仕事を継続しなければならない現状があります。実父は 80 才で一昨年透析に移行しました。週 3 回実施していますが、近くに施設がなく 1 時間近くをかけてかよっています。 そんな父を 75 才の母が介護しています。実際、家で看たいと近医に相談しましたが大きな病院を紹介され、今に致っています。今後、年をとり透析も必要な状態でなくなった時、居宅で地域の先生の協力を得ながら看取ることは無理ではないかと思っています。社会がどんどん大きくかわっていくことを期待しています。 フルタイムで働きながら子育てもしてきましたが病気になると実家の両親にたのみ仕事を休んだりと大変な思いで育ててきました。もっと、子育てや介護にやさしい社会になればと思っています。 説明が遅れましたが、実家が遠く、休みもとれずの介護は疲れるばかりでしたこうやって自分も病んでいくのではと恐くなりました。 乱文乱筆で申し分けありません
187	各自の生活を重視した医療、介護サービス
189	退院される方で、在宅の医療システムが分からない方には十分説明をして不安のないように、不安が残る人は少しでも支えとなれるように病院スタッフは努力すべきです。 病院から診療所へつなぐ際もスムーズな連携がとれるよう努力が必要と思います。
190	医療サービスは何かと高飛車になりがちで「みてやっている」「してやっている」といった姿勢、態度が多く見うけられます。それは患者（療養者）に対してだけではなく他の介護職に対しても同様で医療職がリーダーであるといった雰囲気がぬけません。各職種が連携をしていくにはお互いにお互いを尊重し皆がプロである必要があると思います。 医療職は医療のプロ、介護職は生活のプロでそれぞれが協同することがよりよく療養者の生き方、生活をささえていくことにつながると思います。
191	私の所の開業場所の環境は下町のため、どうしても経済状態優先となってしまいます。お金がないといわれればその先に話はもっていけない歯がゆさがあります。昔の医療費を知っている人が高令者となっています。すごく今の医療費を高くかんじています。自分は犠牲になっても、孫にその分まわしてくれという意識が強よいと思います。 ＩＣＦの認識は医者をはじめとしてヘルパーまでどのくらい知っているか関心があります（推定ですが 10%以下と思います。あたらなければよいが…） 介護と医療を分離したため介護に興味をもつ医療が少くないなっていると思います。やはり医療中心としたピラミッドで介護をささえていかなければなりません。コムスン問題で民間の介護の信用がかなり低下したと思います。 一般人はまだ介護は別と意識が少くない。医者が中心で介護をやっていると思ってる所に認識の違いがでてきて前にすすなくなっている。まだまだ医者への信用力はおちていないと思います。
194	高令化において必要な医療費の確保は当然のこと。永久に高令者が増えるわけではない。戦後インフラの不足した時は公共事業を行ったと同じく、高令者が増加するにはその対策を行うのが国というものではないか
196	（Ⅰ）患者の自宅とクリニックとのキョリ （Ⅱ）患者（家族）と医療者との心のつながり が重要
198	療養者がより良く生きるためには医療側からの十分な説明が必要である事が、アンケートを読みながらあらためて感じた。 調子がいい時、少し悪くなった時、寝たきりになった時、点滴が必要になった時、苦しくなった時、どうにもならない時等全ての状況での方針が医療側のサービスについて説明が必要と思う。 現況では家人の介護に頼る部分が多すぎて家人のみでは対応が困難でしょう。 main person が 2～3 人代行できる人が必要です。 Doctor Nurse では困難で専属の家人の代行ができるヘルパーさんが希望です。 もちろん 1 日単位のとまり込みです。 その間家人は別棟にいてもかまわないし、隣の部屋で休んでもらってもかまわないし旅行に行ってもかまわない。 家人にその時の対応をあらかじめ理解してもらっておけばいい。 つまり、本人に具合い悪い時に代行できるヘルパーさんに付いてもらって家人に休んでもらえる形で取ってもいいかどうかをあらかじめ話しておくといいのではないでしょうか？ モルヒネの使用についてもさらに積極的に消極的安楽死を導入して本人の意志もどの段階でどの位使かってほしいと確認しておけたらどれだけいいかわかりません。 アンケートでいろいろ勉強させていただきましたありがとうございました。
199	（在宅ケア充実のための、財政的援助が現状では不充分）
201	以前は医療機関が整備されていない頃は在宅で看取ることなど日常的であったしかし近年は医療の進歩により生存率の向上は図れているがＱＯＬについて考えても在宅へ移行については後手にまわっていると思われる。人生の最期の場としてあたり前であった在宅死についても社会的背景の変化もあるが家族と本人との関係性がやや希薄になったと感じてしまう事もある。何でも頼めば行えるサービスの向上や自分で行うことの大切さや生や死に対する意味についても考える場の減少もひとつであると思われる。医療者としても看取りの時期や最期の場をどこで迎えるかなど病状説明がある際や状況に応じたアプローチができるとよい。それには１人１人のケアについて問題点や今后問題点となりうるであろう項目についてもカンファレンスなどで日常的に考え方向性についても継続的に関われる体制づくりも必要と思われる。 医療者として本人や家族が希望していることに対し誠実に対応できることが大切でありコメディカルとの連携や地域医療への連携も行いながら進めていければと思う。
203	核家族が主になっている日本の現状では在宅療養は困難である。
206	①患者が人生の最期をどう生きたいか、どこで死にたいかを最も重要視すべきである。 ②上記の目標のために、家族や医療介護関係者はプランを作る必要がある。 ③家族の居場所（住所）、経済力、介護にかかわれる時間などを十分吟味して現実的なプランを作る必要がある。
207	１番大切なのは、医療を受ける側の患者、つまり療養者一人一人の生き方を本人自身がどう考え、周囲の家族がどう支援できるかという一人一人の生き方に終始すると思う。 医療者も一人の人間として、自分がどのような療養者の生き方をするのか考えておくべきであり、そのような基盤があってこそ支援体制が効果的に活かせるのだと思う。
208	全く私自身の考えですが 医療と介護を二分割された制度は看護師として納得できない 医療保健が逼迫の為の措置だったでしょうけれども別の方法はなかったのかと考える 介護保健が導入されケアマネージャーの資格も取得したが実際に居宅支援事業所でケアマネをすると看護師業務ではなくなり 2～3 年もすれば看護師として現場に復帰するのが困難となる。

	訪問看護も同様である。 しかし在宅で経験した地域連携や、看護（看取りを含む）体験は何事にも変えがたいものがある。 ではその経験を病院の方で生かす努力を…と思うが業務に追われることやスタッフが在宅や介護に興味をもっていないことなどを踏まえるとうまくいかない。 二分割のおかげで医療と介護は医療者側が優位に位置付けられていると思う。それは報酬面もそうであるしスタッフもそう捉えがちであり宜つ業務も判維で時間の余裕がないのも現実である。 在宅医療、看護を経験すれば真に患者の尊厳を捉えることができ自然に倫理的配慮を学ぶことができると確信する。
212	医師、看護師、介護士等は、患者さん、ご家族に十分納得できるような満足できるような生き方、死に方をさせることに寄与できたかどうかで満足できるもので同時に、そのような評価がされれば頑張れるものであり必ずしも報酬が問題とは思わないが、それなりの時間、報酬などもある程度必要である。 労働環境があまりに劣悪であるとモチベーションがいくら高くても続くものではない。
213	質の高い在宅緩和ケアが提供されるためには、なるべく専門的で難解な言語ではなく、他職種が共通理解できることばでケアが展開されることが求められると考えます。 [redacted]在宅クリニックでは、2006 年 10 月開業以来、在宅緩和ケアを積極的にとりくんできました。この 2 年 4 ヵ月で 275 名の在宅看取りを経験しました。クリニック内には訪問Ｎｓステーションをおかず、ほとんどを他事業所である地域の訪問Ｎｓステーションやケアマネ、訪問ヘルパーと連携してケアを行なっています。共通理解する Keyword として「支え」を挙げています。 つまり、個別性の高い終末期のケアにおいて、患者さんの支えとは何か、家族の支えとは何かを意識して関わっていくとき、何気ないケアの一つ一つが意味のある援助として活きていきます。これは医療職であるＤｒ、Ｎｓが行なうのではなくヘルパーを含めた全ての職種が関われることとして大切にしています。 例え病気がすすみ、お迎えが近くても、人は支えがあるとおだやかさを取り戻していきます。支えには将来の夢（時間存在）支えとなる関係（関係存在）自己決定できる自由（自律存在）があります。この理論をベースに患者さん、家族の支えを本人と言葉や態度からキャッチして、太くしていくことを通して質の高い援助の可能性が他職種で展開される可能性が拓けます。 クリニックでは月 2 回遺族を交じえたデスケースカンファレンスを関わった他事業所と一緒に行ない支えについての学びをしています。また月 1 回の会話記録の勉強会を通して、援助（スピリチュアルケア）について学ぶことを地域の他職種と行なっています。また、医学部の講義を担当（[redacted]、[redacted]、[redacted]）、さらにはホスピスから学ぶいのちの授業としてこの対人援助の原点を小中高校で展開し、300 校以上行なってきました。2000 年からやっていますがすでに 10 人以上が医学部へ入学したと報告がある何人かは緩和ケアを目指しています。また苦しみと向きあい支えを育くむことについて紹介した拙著「[redacted]」「[redacted]」は、この１－２年で中学・高校・大学入試問題として取りあげられたり、大手予備校（日能研、ＳＡＰＩＸなど）の模ぎ試験として採用され、支えを育む援助、苦しみと向きあうことが文化として認められ、若い人の中から真の援助者ていくことを楽しみにしています。 ＊説明ではなく、苦しみを聴く姿勢こそ、援助の原点であり“苦しんでいる人は自分の苦しみをわかってくれる人がいるとうれしい”という視点を今後の研究でも意識されることを希望します
214	がん難民 　もし自分が癌になった時仕事をすて主治医さがしをすることは困難。インターネットを開けても本当にこの先生で大丈夫か情報が欲しいと考えるが誰に聴けば良いのかとの不安はある。病院の質を仕事上知っているだけに。 　国立癌センター院長はテレビでその辺を解決できる方法をまとめると話しておられたがどうなったのでしょう。多くの人は国や医師に自分の身をまかせておけないと思っています。 今の私の仕事上で利用者の方に限定したことで言えば、療養者の方の気持ちは「死に対する」対応でなく明るく前向きな日常の生活を営なむ時間を大切にして行くことを希望しており、その時間に寄り添い死が来ることで本人・家族共に家で良かったと言えるのだと思います。 　多くの方に体調の良い時外出、外泊をすすめ楽しんでいます。病は心ではなく心を病にしないよう接することを望んでいると思います。
215	コタロー真武湯エキス細粒６ｇ　　－老衰延命自然死 コタロー三黄瀉心湯エキスカプセル３ｃ－脳卒中予防治療 心筋梗塞予防治療 心房細動予防治療
216	病気をしながらもその人らしく生きていけるが一番良いと思うが一人暮しだったり、帰える所がなかったり又、自分の居場所がなかったりと…。 誰でも良い、支えてくれる人がいれば少しはその人らしく生活できると思う。 「生きていて良かった」と思える社会造りが必要。 24 時間いつでも飛んできてくれる人がほしい
217	問 19-b への返答が主です。 家族にとってはあまり対応することが多くそれぞれの断裂をスムーズに埋められません。 断裂を大きな越えがたい障壁に感じてしまいます。 核になってくれる人がいるとの信頼感を持ってもらえるような医療でありたいものです。
219	都市部においては、在宅で、医療・介護を行なのに必要な住宅環境、家族人数がありません。 都営住宅は、２ＤＫ、が多い様に思います。 一部屋を医療、介護用に使うと、残る家族は一部屋しかなくなり、ストレスがたまってきて、事件すら起きる可能性が大きくなります。又、家人が少なく、24hr に近い介ゴを受けようと同居とされ、サービスが受けられません。 やはり、都市部では、町内１ヶ所、介ゴ付のアパートを公費で安く作り、普段はそこで面倒を見てもらい家人は、安心して働く方が相方にとって良いと思います。通勤、買物、通学の途中にしょっちゅう顔を出し、お正月とか誕生日に家に帰り、2-3 日一緒に過ごすのも良いでしょう。 在宅でうまくいったケースは、歯科医の奥様で大きな家であり家族もたくさんいて適応外のサービスは、自費で払っていました。最後は安らかに夫に見とられよかったです。この位、住環境がよく経済的に余裕がなければ良い在宅は無理でしょう。
220	当院独自の 3 代に亘る在宅診療の実積があり、公開すべき物でもなく、その予定もございません。
222	『療養者の生き方』を中心とした支援を医療者側がするべきこととしたら、やはり在宅医療の詳細な情報提供と考えます。医療者が普通知っていると思っている事柄でも、本人や家族は知らない・または理解できないものです。特に主治医からの意見や情報提供は重要と思います。さまざまな選択肢を提供することで、その人や家族に合った生き方を選択できることになるでしょう。情報を提供することで、改めて、医療者お任せであった、介護や老いていくこと、病気にかかることなどを本人、家族が理解し考えていくと思います。また連携推進の面では、介護職や

	ケアマネージャーも医療については、情報不足です。できるだけ、カンファレンスを開き、情報交換をしていくことで療法者により合った、沿ったケアが提供できるでしょう。
223	療養者はご本人もご家族もケアマネージャーや訪問看護ステーション、介護福祉士から状況に伴うサービスなどの情報を入手し、医者もその手助けが絶対必要と考えます。 一番の問題点は、まかせっきりのご家族、何でもすぐに医者に連絡をとれば良いと考えている訪問看護ステーション（24hr365 日なのに全く連絡がとれない事が多い）、休みや夜間に連絡をとれず、また連絡をとれたとしてもＱＱ車を呼んで下さいという医師。 上記の医療関係者は全員（在宅療養の家族も含めて）、在宅医療にかかわらない方が良いと思います。
225	・日常的にかかりつけ医に（家族のことも含め）今後のことを相談しておき、最後までかかわってもらうか、方向性をシサしてもらう関係をきづいておく。（信頼関係構築） ・医療機関の役割分担を明確に。人数を多くこなさなくてもやっていける、在宅医療をしている医者等への診療報酬の評価や労働環境の整備（過労死しないように）。ゆとりある診療、訪問診療を。高度医療、急救医療等だけの報酬評価のみなおし。 ・訪問看護ｓｔの立場からいえば大学病院は直接主治医とのやりとりは困難なので指示書は開業医等にする制度にしてほしい。大病院と診療所等の医師との日常的連携。（紹介時だけでなく）
226	中心にあるべき人は医療者、介護者ではなく、当人であることが大前提であろう。治療やその他様々な決定権は当人にあり医療者側は当人が決定できるように情報を与えつつできるだけ幅広い選択肢が当人の目の前に並べられるべきだと考える。
232	・療養者の希望にそった在宅療養が可能であることを療養者だけでなく、医療者にも知ってもらう必要がある。 ・在宅は大切な選択肢の一つである ・在宅をささえる連携はこれからより大事になる ・ショートステイなどの施設の利用についても扱は必要と思う。
233	生き方の支援には、いろいろ考えられるが、確実にできる医療処置を最初から放棄するのではなく、患者さんや、利用者、家族の今この時期にはこのようにしたいという意志をはっきりとさせ、各職種が連携する長期の目標設定と短期の希望を、忌憚なく話し会い調整する。又は調整できなくても達成できる環境を整備する（医療福祉全てが）「在宅療養支援診療所」を本来の目的の基本にもどる。 12000 カ所は少ないが本当に熱意を持った診療所だけにする。（体制ができている） １人医師の診療所は難かしい 訪問看護師は 24 時間体制なのに医師は死亡確認だけ行えば良いのか？→現状はこんなものです
235	“疾患を持って生きる”という事に対してほとんどの人が受けいれがたい思いを抱いているように思う。医療はいつも完璧さ完全さをもとめられているが実際は違う事を、今こそ、はっきり伝える必要がある。
237	安価で希望に答えられる在宅医療の巾が広がればよいと思います。 他職種の仕事内容を理解し、尊敬しなければ、うまくいかないと思います。 家族や本人のほんとうの希望を把握していく必要があると思います。
238	医療者自身の考え方を、高め学ぶ必要もあるが、 　療養者となった時、もう少し自分の体のことを自分で何とかしようとする考え、処置等も自ら進んで行う姿勢を高める必要があると思う。 　どうしても、日本人は病気になると“おまかせ”状態になってしまう所がある。 　療養者が中心となるような関わり方を医療者も学ぶことで生き方が今後かわってくると考える。
239	日本全国どこにいても同じようなサービスは受けられない。 平等に税金を払っていても医療でさえ地方によって差がある。 在宅介護はこの差が更に大きくなる。 従って大都市に住む往診クリニックのＤｒがあるべき姿はこうだと言っても、地方によっては全く無理なことが多いということも理解すべきである。 生き方の支援にも難しい面がある。 他人から色々いわれて仕方なく生かされるのも気の毒。 本人は生きる希望を失い、生きてることがあきたという人を心肺機能や四肢の運動が良好であるからといって色んな話を提供するのも問題がある。ましてやハンディのある人には更にである。 あまりがむしゃらにならず、自然かなと思うあたりにおさまるのがよいと思う
240	よく分らない
241	高令者療養者の生き方を支えるには核家族がふえ小子化がすすむなか、誰が責任をとるかも問題と思う ＩＣＦ、やＷＨＯが色々な策をうちだしていてもそれがその国や地域で実現可能な具体的なものならすでにすすんでいると思う。 貧困や富の差も問題もある。 その地域、国で地道に考えていく必要あり
245	①医療を受ける患者、家族に介護・医療に対しての知識がかなり乏しく受け取める容積が狭く次のステップを考えられない情況がある様に思います ②医療者側にも患者・家族に説明する時間が少なくうまく伝えられていない ③今だに地域的に差があり、家で療養を続ける事に異論を唱える人がいる ④往診医がいてもリアルタイムに家へ来てくれるのか？という不安が家族にある ⑤まだまだ介護保険等をどう使って良いかわからず最悪な状況になってからまわりに騒がれ諸サービスの利用を開始している。もっと相談の窓口（町の保健師 etc）を明確にしクッション役を担ってほしい ⑥各Ｄｒの連携が出来ておらず個人で動いている
247	その人がその人らしく生きる為には、問題が多すぎると思う。 政治→介護する家族の負担 ・少子化問題（女性が子供を産み、育てやすい社会を。休暇、保育、残業…） ・家族自体の問題（職場での休暇など） ・家族をサポートする施設の数が少ない。※ 病院や施設）→医療者からの説明（在宅をすすめることが難しい原因はこれ（→※）ではないかと思う。 　スタッフの数が少ない。 わかりにくくてすいません。以上です。
248	『１人１人が主役な生き方実現！』
249	医療の専門性を介護に伝える手段が必ずしも適当とは思わない。 　生き方を考えた時には急性期的な発想や医療従事者としての視点よりも、一個人としての接し方や連携が必要な

	はずである。 　我々はまず命を救う。その後、回復に向けた支援を行う。そして、生き方について携わる間は相手の立場に立つ必要性を感じる。 　時に、医療従事者も介護や福祉のあり方について、療養者や介護職員より学ぶべき時が来ると思う。 　医療が進歩した事への代償は、療養者の生き方を考える為にモラルを捨てた部分が多々あることである。
251	人間は必ず死ぬ。生き方は千姿万態である。 一律にすべてを同じ様に規制する事は不可能である。 この世に生を受けて自分の意志で生活して行く為には自分で健康に留意し、少しも自分の不節制・不注意により健康を害する様な事をしてはならない。然しいくら注意しても病気を防ぐことが出来ない事もあり得るもの時には医師に健康管理を任せ、自らも万全をつくし健康体を取り戻す様努力すべきは当然である。不幸にして障害を残し介護を受けねばならない状況におちいる事もあろう。然し生きて生活する限りは最大の努力をして自分で可能な限りの努力をし最少の介護で甘んずる覚悟でいなくてはならない。すべてを介護人任せでは情けない。 生きる為の最大の努力をつくす覚悟が必要である。そして自分の生命については意識のある間は自分で律し自らの意志を表明し最後を遂げる様に心がけたいものである。 せっかくこの世に生をうけた自分のいのち、あくまでも自分で責任をもつべきで最大のつとめであり納得して生を終えるのが理想であり最高の人生であると思う
253	・老化→死は自然の生理的なこと。 ・死が目の前にせまってこないうちに、どこで生きていくのかを療養者、家族、医療者が共有することです ・療養者本人の意志が尊重されるべきです。（家族ではなく）
256	特になし
258	患者が少くなってきたので、設備規模等縮少してます。ホーム等への入所が増えています。 ＣＤＦの考え方を推進した方が良い。 年とったら親でも老人ホームに入れると云う子供。自分もやがて老人ホームに入ると高然と云っています。
259	前にも述べた様に医療費が低い為に生じる問題が多いと思う介護難民（4 万人）医療難民（2 万人）になる時が近未来に必ず来ると考えられます。 政治的な対策を今から打っておくべきと考えます。
261	在宅療養と緊急入院
262	在宅での療養は家族のささえが大事ですが、それがかなわない場合が多い現状をいくつか経験しました。 色々なケースに対応できる制度もまだ確立されていないと思います。経済的な問題もとても大きいと思います。 当医院で出来る範囲での努力はしていますが限界も感じます。 健康な時にこそ、自分の末期を想定し生活してほしいと思います。
263	①医療者（ソーシャルワーカーや事務も含めて）と受療者は不治の病→入院→死という固定概念がまだ根強く残っている。 ②在宅医療になったときの患者・家族の喜びなどが在宅医療者を通して病院医療者に充分伝えていない。 ③家族が患者を在宅で支える場合の経済的支援があまりにも不充分である。 問題点は数多くあるが、在宅医療を行って年間 20 人程看取っているが、勤務医時代には感じられない家族の達成感、満足感を知りました。 病院医か在宅医かという二者択一又は、病院医から在宅医になるという一方通行の選択（？）では、意志の疎通はなかなか図れないと思われる。
264	在宅がん終末期を行う在宅医は、若いうちに病院にてがん治療の経験が無いと患者は不利益となる。 基幹病院のがん専門医は、地域の在宅医に自分のｐｔをまかせた場合、在宅がん治療のレベルの低さを痛感しているだろう。
265	地域での人と人とのネットワークが必要
266	脳卒中などでの機能回復のためのリハビリ施設が少ないことや、在宅でのリハビリ師の不足あるいは金額の問題がある。また終末医療でのホスピスの施設が少ないし、それにたずさわる医師看護師などの不足もあるし、開業医が 24 時間つねに待機できないためやはり連携病院の当直医の往診などもしてもらえたらと思うのでやはり医師不足は深刻な問題である
267	自己決定 支援する側の連携 チームづくり それぞれの機関・それぞれの職種の役割の理解 患者の立場にたった支援 ケアマネージャーの資質
268	居心地の良い場所、それは自宅もしくはそれに準じた場所であると、居心地の良い環境とは家族もしくは居心地の良い人達から囲まれることであると思われる。 現在の病院はその両方も満さず、緩和ケア病棟、ホスピスも不充分と思われる。 受け皿をきちんと構築し、住み慣れた環境でいつまでも過ごせるよう努力することが必要であると思われる。 それらをめざす医療機関をサポートするのは地元の医師会であり、また行政である。心ざしの高い医療機関が自爆しないようにすることであると思う。
269	老化をうけ入れて欲しい。調子が悪い原因は高令だからと言うとそれだけは言われたくないと言われる。障害者は比較的現実を受け入れてくれる。老化は漠然としており受け入れにくい。市民公開講座も病気のことばかり言わず老化のことを話してほしい。 在宅療養は一人暮らしの老人の増加、老人２人暮らしのため減っている。ケアハウスをふやす以外にないと思う。ケアハウスよりも病院の方がいつでも医療がうけられるから安心という人も多い。
270	病院→緩和ケア Hosp→在宅療養支援診療所→訪問看護ステーション→家人との連携 当地方では独居＋身体障害者 365 日サービスは不可能でもっぱら施設利用となっていますが一家族だけの経験ですが脳性小児麻痺 52 才で死亡するまでの間誤飲性肺炎、空気誤飲性イレウス？等で入院する以外は大変だけど顔を見て肌を触れていたい…との事でギリギリまで在宅で観ていたが最期は病院と云う経験をさせて頂きました。 家族の諸事情もあるので家人と在宅スタッフとの協力的なバランスの取り方、又、生き方の支援の手助けができればと思います。
272	本人、家族とよく話すこと
273	「療養者の生き方」を支える為のキーワードは、コミュニケーションの強化です。具体的には、病←→診、看←→看、看←→介などそれぞれの役割を担う人達がお互いの顔や考えを知る、どんな事ができるのか知る、どんな分野に強いのか知る等の目的を果たせるような、紙携の場を作ること。

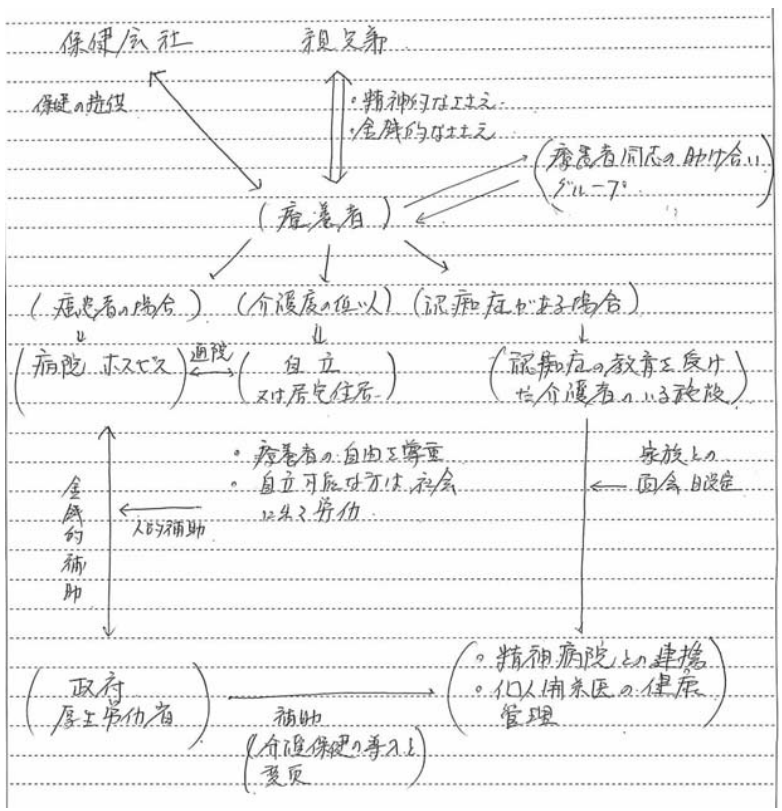
	病院では退院時カンファレス（時間がゆるせば入院時カンファレンス）在宅では、担当者会議等でそれが出来るのではないかと思います。 　しかし、在宅でも病院でも人材不足の為にその会議に参加することも困難な事が多いです。情報化が進んだ社会ですので、テレビ電話を使った参加の方法等もあれば良いとは思いますが、現在としては、非現実的です。（環境、金銭など…）それでも、会議へ参加しお互いの情報交換は、有意義だと思います。それらがスムースに行く事で早期から在宅での体制がとれ、最終的には、御本人、御家族の意する場で最期を向かえられるのではないかと思う。 　「療養者の生き方」を支える為に、療養者（家族も含め）自身も在宅生活や施設生活について知識を得ていることも必要。情報は、インターネット等実際の施設見学やＣＭもあるが、行政サイドからももっと多くの情報を発信しても良いのではないかと思う。自分の生き方（過ごし方）なのでやはり自分自身としても情報を知ることで、どんな病院にいくのか、在宅ではどんなサービスを使って過ごしたいのか、主治医はどんな先生だったらお願いしたいと思うのか等…知っている事によりスムースに在宅生活に入る事ができるようになると思う。
274	濃厚な医療を必要とする療養者とそうでない療養者に分けて考えていく必要があると思う。 前者に対応していくには病院からの訪問診療や在宅専門クリニックなどの訪問診療でないと困難だろう。 医療をほとんど必要とせず在宅で自然に看取るだけ、という療養者であれば個人クリニックでも対応できる可能性が高い。
275	患者さん自身「生き方」については、病期、老化と共に変化していくので対応が難しい。介護するキーパースンの性格、考え方にも患者さんの気持が変化するのでつかみにくい。症例毎に試行錯誤し、患者さんの生き方についてのマニュアル化は困難である。家族と共に看取りが出来た時が良かったのではないかと思います。
276	人（能力、数）物（医療機器など介ゴ用具など）金（安価なレンタルなど）法整備全て未整備。 地域格差（都会と農村田舎）
278	子供の在宅医療が認識されていない。 在宅医療は老人だけではないことを周知すべきである
279	患者の要求は非常に高度になっている。 老衰又末期状態になった場合、要求をある程度おさえ、感謝の内に最期をむかえるよう導く必要があると思います 医療者だけでは限界があります。
280	個別の症例で、その場つなぎの対応は限界 町内、村、近所といった地域として対応するしか在宅は無理。 介護したくても介護、在宅ができない家庭があまりに多い。
282	病ー診連携、パンフレット、医療者とケアマネと家族を含めた会議、広報 独居老人、地域での老人介護
283	患者さんとその主たる介護者を中心とした医療ならびに介護
284	各病院に在宅医療を担当する方を任命し患者や家族と病院と在宅支援診療所の仲介を押し勧めるべきであると考えます。
285	80%の国民が「最期まで居宅生活して終焉」を希望されているとのことだが、在宅ケアには、非常に多くの困難を伴なう。 介護する人的、経済的パワーも必要であるし、患者の努力も大切である。 一度、入院させてしまうと楽を覚えてしまう家族は少なくない。 医療知識レベルにより、過大な不安をもつ場合も多い。 病院にいれば「お互いが安心できる」というのが現状であろう。
286	地域病院との連携が大事 新しい知識を得れる勉強会などがあれば参加したいがなかなかない 家にいたいという人にはなるべくみてあげたいといつも思っている
287	「療養者の生き方」だけを中心に考えるとうまくいかないと思います 療養者の希望の一部をかなえるというスタンスで「保険」を使うという謙虚というか妥協ですすむしかないと思います
288	政府は「在宅」「在宅」というがそれに対して十分な支援をしているとは思えない。 家族にしてみれば医療と■を介護しなければならない所が多く、低所得者等あれば医療の支払限度があるが、介護はすべて 1 割となり、支出がふえる。したがって在宅での利用が低くなる。 しかし、医療での入院はできない。この様な状態では高齢者は十分に余生をおくれない。
289	金（税金 erc）、人を介護医療へシフトしないと現状は変わらない。 多くの人が（健康な人も含めて）負担したくないのなら現状に甘んじるしかないと思う。 当事者になれば（病気や■■）不十分だと言い、当事者でなければ（健康なら）負担が多いと言っている現状では何も変わらないし、医療者が現状でそこまで立ち入るのはある意味自滅行為だと思う。 疾病をみるだけで現状はせいいっぱい。 今まで社会に貢献してきた高令者を大切にしない社会は、いずれ駄目になると思う。 在宅は best だが現状では家人の負担が重すぎる。
290	質問の内容が抽象的でわかりません。 医療者と介護者は連携が必要であるのは論を待ちません。 現実は開業医、介護ステーション共に経営者で純粋に患者さんのために良いと思われることを十二分にできるわけではありません。本当に必要な介護を必要なだけ多くの介護職がその患者さんにかかわれるようにするには、相当の費用が必要です。国民のために政策を考える国家でなく、官僚の思うがままの政策しかできない日本では、デンマーク等の充実した介護社会はできません。 根本的に 20～30 年かけて現在の開業医制を変えて規制のある医療制度を作りあげなければこの質問にある機能展開、連携は困難です。 医師と、介護職の収入格差も今後問題となるでしょう。自由開業医制度化で開業医を主とした、在宅医療推進は不可能と考えます。
291	病院と在宅のコミュニケーション不足があり、本当に在宅をすすめて安心して在宅に至っているのか先が心配。ent 前合同がファレンスとか交流を深めてすき間をうめていく必要あり。 生き方、最期のむかえ方について、もっと身近なものとして全国民が考えるべき。メディアなどで広く、発信し、1 人 1 人がさいごの自分で場所を選べるよう。そのためにはどうすればいいかなどもっともっととり上げて欲しい。
292	①先ず、送り先の病院の公平・公正な診療所選び ②それでも限界のある事の説明 ③24 時間は、即往診、即訪問看護ではなくある程度 30 分位の時間のズレがある事の説明 ④突然死の場合の法的整備

	⑤24時間体制時の経費の補助 ⑥真実目な診療所と、不真実目な診療所の公正なる評価
293	経済が第１ 又介護時、介護者は家族の結婚進学他の家人の病気、本人の身体状況とそれぞれの問題をかかえている。 これは当然で、その順番が問題となろう 重病者であれば当然、最優先されるであろうがその年代においては子供の問題を最優先したくなるかもしれない。 経済的な負担も大きく、若年者では子供の結婚教育に、又、本人の人生における勝負の時かもしれない。 皆、できれば最高の医療介護を家族に提供したいのは当然であろう。 そのバランスを徐々に全体として考える時だと思う。 仕事もろくにせず、すべての保障を期待し、少しの手落ちがあれば訴えるといった不心得な人々がふえてこないとも限らない。 理想は理想として必要最小限定の人間としての倫理的な必要な部分を確実にすることが重要と思われる。 それ以上は個々、いろいろなケースがあるのは当然であろう。 このアンケートの趣旨もわかるが私としては個人負担５割となっても現行の保険を維持できて、最低限の医療（現在のレベル）を保険内でそれ以上を保険外で可能というシステムの導入も必要ではと思う。 すべて理想通りでは借金のみふえて後世への負担を増すばかりであろうと思うがいかがでしょうか？
294	・国民への教育 ・死とは何か？ ・老いとは？ ・自分の愛する家族の老いや死と向き合うことの大切さ ・リビングウィルを明確にする ・今後のサービスのあり方 ・若年人口の減少に併い在宅、施設ともサービスを支えることが困難になると考えられる。 →このこともふまえたサービスのあり方 ・障害を持つ人の増加 ｜・新生児医療や救急医療の発達 ｜・老齢人口増加 ↓・在宅人口呼吸器利用者の生存率の改善 支えが必要な人は多くなるが、支える人口は減っていく とても深刻な問題と考えています ハイテク介護ロボットの大量生産でもないと対応できないのでは…
295	１．総合病院　２．特殊機能病院　３．救命救急病院　４．開業医 一応４通に分けてそれぞれの分担、使命を考えてみたい。 １．総合病院：地域によってその必要に応じた規模のものでよい。高令者のように複数、多科に通る患者にはなくてはならない。これをケルンして周辺に各様の老人施設を置くのが望ましい。総合病院は外来も置くが、入院医療をメインとする。老人施設には必ずしも常勤でなくてもよいから開業医の中から嘱託医（内科）をおく、その他整形・眼科、歯科を顧問としておく。このような嘱託医は総合病院の職員にすれば、連携がとれて、施設の■等も安心ではないか。 ２．特殊機能病院：癌治療も含む高度先進医療を専門におこなう病院相当の予算がかかるので国営でなければ無理。道州制が敷かれるならそれぞれに１ヶ所くらい設けあとは搬送手段を充実する。外来は原則として置かない。 ３．救命救急病院：三次救急に専念する。一次二次は開業医か、総合病院。高令者の対象だから総合病院に療養型医療病棟を併設するのは如何がでしょうか。 ４．開業医：できれば地域のかかりつけ医、家庭医主侍医として何んでも相談にのってあげられるような医師が理想、最期まで在宅でと願っているお年寄は多いと聞いております。介護に疲れ切っている家族をいろいろな角度からサポートすることが大事で、現在の介護保険制度は極めて不充分。収入の少い高令者に、１割の費用負担は重もすぎる。 最近、高専賃のパンフレットを目にするが、賃貸料の割には居住性が良くないのではないか。最低限の空間、設備、環境を法で規制することも大事。
296	患者さんはできるだけ今まで通りの生き方をしながら最期をむかえたいとの希望があるのは十分承知しています。 自宅ではなかなか最期までは困なん。 そして施設としては介護保険業者が運営しており利益追求のしせいの閉口してしまうことがしばしばあります。 介護保険は国民の血税で運営されておりながら、あらゆる業者が税金の横取りする姿をみるにつけ医療保険と同様介護保険もしき居をもっと高くする施策が必要と思います。
297	「在宅療養」や「在宅医療」に拘泥して考えることは止め、患者も健康人とまではいかないまでも、重要な社会資源であるという視点で考えをすすめてはどうか。 患者は、病院まで入院し加療中・療養中であれば、生産性の観点からは「０」の存在である。患者の主たる生活拠点が自宅であれば、患者はできる範囲で、社会に貢献ができる。（家族の安心を得る役目であったり、留守の電話番をできたり…等々） しかして、今の医療者はこの観点がちゃんとあって、医療を行なっているであろうか。これは、労災医療の基本概念に近い考え方かもしれない。 以上の論点から、 病状によっては、（大半は）、終末期医療となるが、患者は在宅で一生を終えることにより、入院患者とは比較にならない程の社会貢献をなし得ると考えられる。 したがって、高齢化著して今の日本において、高齢者の「生き方」に直結する。医療の一つの方針としての「在宅療養」は、重要性を増す一方だと思う。
298	多くの人々が「在宅での死」を希望している現実があり、従ってこれに答えていくためにはどうしたらよいかという考えももちろん重要であるが、「在宅での死」はある意味でとてもぜいたくな事のようにも思える。刻々と変化していく療養者の様態ＡＤＬ等に応じて、最大限の快適さを提供するには在宅はあまりに人的、経済的資源が必要となってしまう。そうした意味では、高齢者の住まいに特化し、さまざまなサービスを効率よく提供できる施設を安価で利用できる社会体制ももっと充実することも必要かと考える。
299	現在の当院の対応が十分でないためよくわかりません。
301	当方は個人の訪問看護ステーションです。 前の方にも書かせていただきましたが、制度上、段取りが必要な事が、必要な事は、わかっていますが、ターミナルケアーを行ううえで、介護保険の調査への時間のかかりすぎ、ターミナルと、医師が診断すれば、要介護と認めていただくようなシステムがあれば、過去に、どれだけの方が在宅死を、迎えられたでしょう。
	あと、やはり、訪問看護はあくまでも、医療。（特に最近は、ＰＥＧ、ストマーポートという依頼が多い中）介護保険の限度額の中での占める割合が多く、調整の段階で、結局、無理と判断されてしまうケースが多く、以前のように医療保険にしていただければ、と切願しています。
302	問１、４、１９で書いたように、充分な説明や理解のないままで、現状のままという患者様が多い。結果、病院に入院したままであったり、在宅へ帰ったが、在宅での死はならず、再度病院となり、死を望まない場所でむかえてしまった患者様がいる。 国としても在宅へと考えているならば、現在医療介護に携わっている全ての人への意識改革をもっともっと進めて欲しい。 現状として、現在在宅に関わっているスタッフのみが、アタフタしており、病院スタッフにおいては、「別のもの」というとらえ方をしているのも多いようだ。
304	これだけ核家族化、“となりは何をする人ぞ”的、個人主義的時代になると、“在宅”などという言葉がむなしくさえ思われ、今後共、さらに困難の度合を増してゆくものと考えれます。それぞれが、その人らしさを保つためには、家庭、地域でのサポート体制は欠かせません。指導者も不在です。このような不安な時代を生きぬくためには、自から、医療や行政サービスや周辺住民との関係強化など、要介護者などになる前から構築してゆくしかないのかも知れません。
305	まずは、療養者本人の生き方に対する考えがある程度は定まる必要はあると思います。漠然と家で死にたい、と希望するだけでは、実現されにくいと思います。そうなる過程において、独居ならまだしも、家人と同居されている場合、家人の協力は不可欠だし、家人との意志統一は必要でしょう。世間の風潮も、まるで人間は（私は）死なない、死ぬのは誰か（病院・医者 etc）が悪いせいだ、という風になっているように感じます。 そうではなくて、やはり死に至る過程には不可抗力もあるということは理解する必要があると思います。 その一方で、初期医療・救急医療を司どる地域の急性期・中核の病院が、退院調整Ｎｒｓ．ＭＳＷなど、いわゆる「治療」后の生活を見据えた視点をもった人が、早期から療養者とコミュニケーションをとり、以后の生活に関する知識を深めていけるようにする必要はあるでしょう。そうでなければ、より良い在宅生活は望めないと思います。 ちなみに、ここ■■県■■市の中心部にある■■県立中央病院にはＭＳＷがいません。そのため、いまだに主治医が退院の指示を出してから家族が慌てる、ということになっています。 病院関係者はその必要性を理解しているようなのですが、人事権をもっている県側が人件費 etc の問題で新規雇用を十年来していないようです。 その意味では、プロとしての医療者だけではなく、行政側へ対応・知識もまだまだ不十分なのだと思います。 これらが整ったうえで、急性期病院と診療所・訪問看護ステーション、ケアマネージャー、デイケア・ヘルパーなどの施設が協力していく態勢が必要です。この連携をとる key person が誰になるかは私にもわかっていません。（Case by case なのかもしれませんが）この key person を中心とした連携構築が必要なのでしょう
306	誰かが大きな声で『この方向に行こう』という方向性を示さない。 医者は毎日の仕事で疲れて無力。 ケア・マネージャーはよく分からない。 看護婦も一生懸命やっていても、むくわれず気の毒。 行政関係が言わなければいけないのに、責任を取りたくないから言わない。 日本の医療のトップの誰か？ 誰が責任ある立場に居るのか？ この責任問題を先送りにした官僚の責任は大きいが、そのことをはっきりさせない日本国民は、破壊に向かっていてもしょうがないのではないのか。 無力感のみが支配しています。
307	・共通理解 ・お互いを認め合ったり、わかり合えること。 ・柔軟な思考。 ・先入観をなくす。
312	基本的人権を尊重することは憲法でも定めているが、これを各職種が守ろうとすることが大事だが、国の施策として、それを守ろうとする姿勢がみえない。国民を大事にしない国家であるのがすべての問題の根源ではないか。
313	最終的には、高福祉高負担か低福祉低負担か、誰がどれだけの負担を担えるか。たとえ国や企業に負担を負わせたところで、それは最終的には国民の負担ですから。ただ、借金をして後世の若者に負担をかけ、苦しめるのはいけないと思う。
314	・在宅医に過度な期待をもちたがる傾向あり ・死をむかえるのを見守るだけで良いのならば在宅医も、もう少し、楽になり在宅医を目ざす人も増えるだろう
316	・自然経過で死を迎えることが一番良い ・社会資源の活用には利用者に情報を過不足なく伝え、充分に検討する時間をかけてもらう。 ・地域の医療介護の各職種の人々が顔を合せて話し合う機会を定期的に持つことが大事
317	療養者に十分な情報提供を行い、療養者の意志を尊重しつつ、医療側と介護側がしっかりとした連携をとり、療養者の意志に沿う様にサポートをすることが大切
321	当方の田舎を含め農家ですし核家族化が進んでいるこの家々でかなり差が生じている 3 世代～4 世代同居もあれば、この代で農家をやめる家もある。 色んな面で患者本人の意思が通らない。
322	療養者の生き方（在宅で死にたい）をかなえるためには家族の強い意志と努力が必要です。 　本人、家族を支えるために介護保険事業所と在宅療養支援診療所が連係して個々のケースに必要なサービスを提供すれば療養者の希望にそった介護（療養）が実現できると考えています。 現実では家族が在宅で最後までみていられず病院への入院を希望し自宅ではない最後をむかえる人が多いと思います。
323	地域により考え方、生き方は違っています。 地域医療、介護、福祉など、現場の声でなく、地域の名士により成り立っています。 現場の方たちによる、行政と連携した情報発信が必要と考えます。
326	色々な情報を自分でも収集して、よりよい生き方ができるようにしていければいいと思います。
330	在宅医療の一番の問題は ・在宅療養する住居（部屋）のないこと ・介助する家族がいないこと これが最大の問題点であるように思う 往診医、支援 system と云っても、それは一応整備されても終日、見守る介助者の存在があってのこと、→この人

	がいないことがいつも大問題である。
331	対策をたてるには立りませんが、いくつか気づいた点を書きます ①アンケートに答えてよかったと思う点（反省点） 自分の知識不足に気づいたところ。心身障害者助成や自立支援法を十分理解していなかった。 →全ての制度をきちんと理解し、患者さんに提供せねばならない。 ②今、私がとっている方法 大きくシステムを変えることはムリ、と初めからあきらめて自分にできる範囲でのベストを尽くしています。在宅数を20名までとし、その20家族を集中的にみています。訪看ステーション、連携病院は今まで経験した結果、信頼できる、と判断した2−3施設に限定して、濃密な連携のもと在宅医療にとりくんでいます。 ③重要だと認識している点 （１）医師と看護ステーションの信頼関係 お互いに尊敬できるレベルまでいくと素晴しい医療ができる互いに「ここに頼んでよかった」と思えると、苦労やストレスは半減する。 激しく意見交換をすることもあるが、グチを言いあうこともできると気分は楽。 苦労を感じなくなってくる。逆に、熱心でないステーションにあたると当方だけ仕事が増え、苦しくなる一方でモチベーションが下がる。 （２）「介護ビジネス」には反対。 効率よく多人数で機械的にまわしているステーションには魅力を感じず、仕事のパートナーには向かないと思う。時にはヘルパーかナースかわからないレベルの人もいる。 （３）点数（報酬）をきちんととること べつにもうけたくてやっているのではないが、保険点数がわかりにくく、請求できるものをしていなかったのが多くある。 器具類の持ち出しが特に多い。恥ずかしながら、当初は尿道バルーンで管理料があることや、気管のボーカレードを請求できることを知らず、持ち出していた。（赤字） 在宅用にわかりやすい点数表示があれば、もっと在宅をする人がふえるのでは？ （「在宅医療の手引き」という本もありますがわかりにくい！）
332	・国民が今、医療崩壊福祉崩壊の痛みを体験している ・今回の不況を契機に産業構造の転換がおとる ・ねばり強く、地道な努力の継続が必要で忍耐あるのみ ・ただがむしゃらになるのではなく少し冷静になり頭を使ってみる ・いろんな人との人脈を生かして、希望をもってやってゆく
334	マスコミによる協力が必須でしょう。 ＴＶ、ラジオ、インターネットにより在宅というものの存在をもっと広くアピールする必要がある。 今でも在宅というものを御存じない方が一般の人には多い。これ→（認識）を広げないことにはどうにもならない。
336	当院は医療介護の連携あります終末期を在宅ですごせると考え各職職がつねに連携できる時間をもつようにしている
337	①人は各々考え方が異なる事を理解して療養者と対等の立場に立つ事が重要。 ②自らの考え方を相手に押しつけてもいけないが、相手の考え方に無理に同調する必要もない。 療養者と一体になるのではなく、一歩離れた立場で冷静に観る事が重要、但し、相手が意見救いを求めてきた場合には最大限協力する事も必要。 ③終末期を迎えるにあたっては療養者の「役割」を意識すべきである。人それぞれに役割があり、療養者の役割が何であったのか、療養者、医療者の双方が各々考えて、お互いの意見を求め合い、考えて次のステップに移る実行行為に移る事が大切でしょう！！
338	療養者の考えは①病勢により、②介護者特に家族の意志により変動する。本人の意志は①、②のバランンスで決定され、常に変動をくりかえす。 在宅療養を行■■ってもニーズは結局「何かあったら入院させてね」に決着することが多い、死のイメージが本人にも十分でない場合が多い、まして家族にはなおさらである。生き方は死に方である。この共有が困難である。
340	昔は往診の「先生」が看取りを行っていたが、その後往診を回避する医師が増加した。急変に対応できないと訴訟になりかねないことと、「自分の時間」を重視する医師も増えたからか。 家族も「自分たちで看取ろう」という気持がなければ責任の押し付けあいの犠牲になりたくないのは当然のことである。結局、病院に預けておくと楽なことが多いのでしょう。患者本人の希望（在宅死亡の可能性）と、それを受け入れることのできる家族、責任を持って患者を看れる家族が不可欠でしょう。これらが全て揃っていない家族に往診、在宅する医療者はいないのでは？
343	医療者側と療養者がよく話し合い、その場を数回重ねる必要がある（病状変化に応じて）
347	あくまで国の政策につきる。当地ではこのままでは全く進展しない。各診療所は経営上マイナスになる。
348	このようなアンケートがやって来るのもお金が問題なのでしょう。 経済がひっ迫していなかったころには在宅がどうだとかあまり言っていなかったように思います。逆に現在でも本人や家族の意思がしっかりしておれば大変でも在宅で最期を迎える人もおられます。 先のページの24時間365日の介護提供も全国で数えられる程度なのでできるのでは？毎月いくらかかるのかわかりませんが介護保険の枠を越えているのでは？ すでに高令者となった人に“確固たる信念を持った個人”を求めるのは困難です。当面は医療者ががんばってサービスを提供していくしかないが学校や地域での啓もうも大事と思います。
349	自宅で安心、安全な療養生活を送るためには、療養者の意思決定、家族を地域でどのように支えていくのかを、全体的に考えていく必要があると思います。もっと多職種で協働できればと考えます。
351	医療の質の保証を医療従事者自身の手で行うことで、自由アクセスができる我が国では、患者や家族が断片的な情報で主治医を求めて複数の病院を渡り歩く現状は、医療の享受に不平等が生じる。 専門医、認定医と所属する病院が信頼のできる保証をできるような医療を提供する側で管理するべきだと思う。 医療システムの見直し、あり方を検討し、医療機関が社会資本の最も重要なことであるという位置付け、社会保障制度とのかね合いが有効に働くようなシステムの構築が急務であり事情のわかっている人々の知恵を集結して実践していくべきである。 患者、家族と医療従事者間のみならず、政治、行政、財界の双互コミュニケーションが必要である。各々の利権を主張している場合ではなく、危機的状況であることを認識したうえで、再分配の議論をすべきで、財源についても具体的に案が出るなど必要なことには財源を確保しなければならないと世論が変わってきたことは希望がもてる。

	人材を確保するためには10年単位のスパンで考えていかねばひずみが生じることは今回7:1看護体制、研修医制度変更で顕在化した。長期的視野で今、この段階から始めることが大切で、実践あっての医療であると思う。 今までのワクにとらわれず新しいシステムで効率化を検討することも積極的に行う事が必要で、私も自身の体験から、療養型に転院適応の患者だが行き先がみつからずに在宅に不安をかかえたまま移行しなければならない患者の受け入れ先として看護師が運営管理するナーシングホームという新システムを研究している。 在宅療養支援診療所の主治医による医学管理指示のもと、看護師が処置カテーテル類の管理、状態観察を行い、在宅へ移行するまでの本人、家族指導、外泊などをサポートして自信をつけてから安心して家に帰るナーシングホームを提案する。 急性期病院と訪問看護の中間で、ナーシングホームの果す役割は社会的ニーズが大と考える。 「療養者の生き方」は、選択肢があって成り立つものであるから消去法で選択せざるを得ない現状では現場で働く医療従事者として切ない思いである。
355	とても答えていてスッキリするアンケート。ありがとうございました。 対策としては、 現、訪問看護ステーションの仕事を黙々と続けること。 近隣では廃止になったりもえつきてやめていく看護師達がいる中、自分はやれるだけ続けていきたい。少なくとも灯を消したくない（365日、24h体制で） ■■県は持ち家率が高く 団塊の世代は決して老后、画一的な現在の体制（ディ、ショート、施設入所）には染んでいかないと思う。 つまり、もう10年後には変化を余儀なくされるだろう。 その時はもっと在宅療養も、私たちの仕事もかなり必要になっていくと思うのでそういった“志”を持った人々がくじけないでほしい またＩＴの活用などもあたり前の時代になっていくと思う
359	「死」についての教育→すべての人に 在宅医療の制度、利用できる施設、サービスなどを良く知ること→医療者、患者、家族 国の制度整備、予算、人材の確保は不可欠 （単にお金を削る目的の制度では良い医療は行えない。） 在宅医療を行う医療者の教育 病院との連携、学習 すべて個人まかせで遅れている
361	生の終りとして理想の場は、居宅ですが、生の終りとして現実に直面した家族は、ほとんど病院を望みます ①医療に対して過保護になった日本人に、自宅での自然死に対する受け入れは、実際には、難です。 一般人に対して、死の教育（→ＴＶなどで、放送してもらう！！）が、必要かと思います。 ②又、病院内のパワーにまけないような在宅のパワーを生み出す仕組、（チーム）などが必要かと思います。
363	・在宅医療を行っていると 在宅医療が、現代のうばすて山になっているような感じがある。 経済的困難、介護力不足と補うこともできず、在宅医療は困難をきわめている。 このような状況で、在宅医療をすすめることはできにくい。 ・患者のＱＯＬとは、いったい何を指しているのかは個別に異る。 その他様性をいかに実現していくかが、重要と思う。
364	病気は治るものであり、そのためには高度医療を受けることができる日本という漠然とした国民の考え方がベースにある限りとりわけ高令者にとっては、在宅死は望めない感じがする。子供の頃から死は身近かであるべきだし、自分はこんな風に生きていきたいということを認識して初めてどう死にたいということにつながるのではないかと思います。 又、脳卒中のように中途で機能障害になってもひきつづき、役割を持ち続けることをＩＣＦの考え方が未だ未だ医療の場でも少なく受傷直後からの精神面へのアプローチが足りないため、在宅に戻ってからも、リハビリで歩けるようになりたいという機能面の回複を願っている人が多い。 又、近頃では大病院の在宅医療部では何かあれば即入院させてしまうという本人の家で死ぬという思いがかなえられない状況もあります。 在宅診療所でも名ばかりというところが多い　又、訪問看護師も病院から入ってくるＮｓは少しのことでなんで「入院させないの」と考える現実がある　アンケートの中にあった在宅でできる医療処置も、主治医しだいということがあるので、やはりキーは主治医になっていると思う。これからの医学、看護護学の教育で家庭医、訪問看護師の育成を大いに望みたいと思う
366	病院と在宅医は相互理解　　興味を持つこと、十分な情報量、協同カンファレンス 病院のＤｒの意識変革　　主治医の業務をサポートするしっかりした体制　地域医療室etcの充実 早期からの患者、家族教育 入院時から退院のチャンスを探る 各種器具etcの操作を早期から練習し抵抗感を少なくする グループホームや小規模多機能施設etcでももっと看取りを積極的に行なうべき。 一定数の看取りを義務づけてはどうか 開業医の在宅に対する意識を上げさせる事 興味のない医師が多すぎる。 在宅療養支援診療所のしばりをもう少しゆるくして、 多くの診療所が取れるようにしてはどうか。 診療報酬上の優遇は当然として、訪問診療料はもっと高くしても良いと思う。830点は安い。 看取りの数に応じてさらに、点数を優遇しても良いと思う。
367	各Ｐｔの生き方、在宅での考え方、が異なるので、関係者は、Ｐｔが何を望み、何がしたくないのかを把握し、各々メリット、ディメリットを説明する Ｐｔの今後の生き方が決まれば、関係者は出来る範囲で最善をつくす。できない時は、何故できないのか、できてもどのくらいの範囲かを説明する。 途中で、方向性が変わっても、出来る限りその方向に対して、ディメリット、メリットを説明し、最善をつくす。
368	療養者の生き方を中心とした支援をするために本当にマンパワーが大切だと思う 支えたい気持ちは非常に大きいが、実際のところ疲へいしてしまいモチベーションが下がったり、忙しくて、十分に勉強できず、知識不足で不安になったり、労働条件もよくなかったりで離職してしまったりとなかなかうまくいかないのが本音です。 また、在宅医療をするために医師との連携が必要になってくるが、法人がちがうとなかなか協働していくことの難

	しさを感じています。 あとは、ご家族が受容できていないことが多く、療養者の生き方を支援するためには、一般の方（介ゴ職の方にもですが）死の教育、死生観の確立を促すことが必要に感じられます
369	東京においては、病院が中心となり在宅をすすめている様で我々のような一般開業医には手がおえない患者や包括支援センターにもお願いしていますが最近は紹介すらないありさまです。 在宅支援診療所としての意義も感じられなくなり出しています。 場合によっては、在宅支援診療所をやめようかとも思います。 もっと地域を含めた連携（介護、病院、包括センター、診療所）を進めて、整備していかないと絵に書いたもちの状態になりそうな予感がします。まだ 50 才前后の私ですが、今后の高令化に対して不安と絶望を感じる一医師です。
378	“日本”という国に生まれ、育った一人の人間として尊重されながら最後を迎えるべきである。 国際化社会となり情報も豊富で選択の幅も広くなって多種多様な生き方がある。 だからと言って欧米諸国の“生きること”が全ての日本人に通じるものとは思えない。 日本人は日本人の“生きること”があると思うまず自国の“生きること”について考えその上で他諸外国の“生きること”を参考にするべきではないか。 そうでないと今の介護保険制度のようなお粗末な政策となりかねない。
379	退院する患者が生活するために、在宅医療システム、介護システム、社会資源、医療と介護の知識技術教育が必要と考えます しかし現実問題体制をいくら整えても、そこに従事する職員がいなければ療養者を支えることが不可能です。 実際当院でも在宅整備をして、いざ在宅へとなっても、患者・家族が週 2～3 回の訪問看護を希望してもステーションとしては、マンパワーが不足しており、ニードに応じた対応ができず、離れた距離から依頼するという現実があります。 患者さんが在宅を望んでも、家族が受け入れない状況もあります。 1 人暮しが多くなった分、下肢麻痺の患者さんでも、なんとか 1 人で生活したいと自宅を希望する事も中にはいます。 現実的に可能なことばかりではないので、どこまで可能にするかは、在宅でのシステムとのすり合わせになってくるのではないかと感じています。 24h 間対応可能な、開業医や訪問診療医を増やし、連携をとってネットワーク作りが必要であると思います。 機関病院と在宅医とのネットワークが最もほしいと、日々感じています。
380	病院、支援診療所、福祉サービスがうまく連携し、患者および家族を支援する。
381	某研修で川島先生のお話を聞く機会があり感動したのを覚えています 当ＳＴは急性期病院の併設の訪問看護ステーションですが病棟の医師や看護師がこの人は在宅は無理と施設や転院先を紹介することが多いのです。施設と言われた方がお金がなく在宅療養となりうまくいったケースは多々あります。 医師はやはり平等にメリットデメリットをきちんと説明して患者さんやご家族に選択して頂くことがベストなのに説明する医師が在宅医療を理解していないので説明がきちんとできないのだと思います。 医学部の学生が訪問看護の実習にきて在宅医療を少し学んでいますが在宅支援診療所の実習や訪問看護ステーションの実習を 3～4 年生で行った方が効果的かと思います。1 年生の実習でしたので医療や患者さんというのもよくわからないまま実習なので理解度が少なかったように感じました。 私達も医療・介護についてのＰＲのために頑張らなければと訪問看護ステーションのスタッフと話し合っていますが医師に地域連携を働きかけるのが難しいです。在宅で一生懸命頑張っているのに何度か入院すると在宅無理なんじゃないと転院を勧める医師もいます。医師不足とリスクのあることはやりたくない医師が多く夜間緊急時に病状悪化で相談しても心良く受け入れて下さる医師は少ないです。在宅医療を支える訪問看護師は夜間の 24h 対制で医師とのコンタクトがストレスが大きいと言われています。1 人の医師で支えるのは厳しいので在宅支援診療所の医師同子が連携してチームで働けたらもっと患者さんが安心して在宅療養が継続できると思います。
388	・制度的には、訪看ステーションは数が、どんどん減っているため特別の関係のルールをはずして、同日に、どのステーションも在宅支援診療所と連携できるようにしてほしい。 そうすれば、最期の一日は家で死にたいという希望も、もっとかなえてあげられると思っている。 ・やはり今後一番問題なのはマンパワー不足である。 訪看の利用者も順番待ちになっていると聞いている。 必要な人に必要なサービスが、すぐに届くために、ベッドサイドでサービス、ケアを出している人に、もっと給料が高くいくようにしてほしい。
390	特に無い。
393	療養者の生き方を支える為には、周囲の人々の考え、関わりが重要。 本人の意志決定は一番優先であろう。 本人へ充分に病院、在宅のメリット、デメリットを話し、理解できるか否か病院が良いと思う人もいると思う。家が良いと思う人もいる。 在宅となると介護力、環境面の整備も必要になってくる 医療系サービス、介護サービス等、介護力に合わせていれる必要がある。 家族のみの考えでなく、病院にあってはＭＳＷや地域連携の方々そしてケアマネージャー、サービス事業者合同相談会が持てると、ベスト。 在宅移行にあたり、医師から地域往診医への連携の重要性・医師も共通認識し、チームで療養者を支える事を考えていく事を考えられる人が望ましい。 往診医は地域を知り、地域の事業者と連携できると良いと考える 在宅にあっては本人、家族、医師、看護師、ヘルパー、入浴サービス、ディ、ショート職員、ケアマネ、などで、何でも話しのできる関係づくりができている必要がある。 最期の時を在宅で過ごせる人は、少しずつ増えてきているかと思いたいがまだまだ病院の方が多い。在宅で癌末期の方など治療できず、あきらめられた人のように思われてしまう。 自分の生きたいように最期の時間、場所を決められたら、生命の質生活の質の面で充実した一生が送れたと感じられるのではないか。
395	現在の在宅医療は、自分の時間を犠牲にしたスーパードクター達の善意によって成り立っている。パラメディカルを含めて、軽い負担で在宅医療を行なえる体制を作らないと、「負担多くして益少なし」で、馬鹿らしくてやってられない。
398	今、どのようにしていくかも大切だが将来どのようになるかということの方が大事だと思う。 国もだめ厚労省もだめ、行政もだめとなると、どのようにしていくべきか本当にわからない時代にきている。

389	
401	・多職種協働・協調が在宅療養では基本 ・クリティカルパス等一部では病院からの連携にネットワークの一員として参加する開業医（診療所）もいるものの、本来の在宅療養に関して積極的に参加するのが少い ・地域的な隔りがある。
402	医療・介護の連携とい視点では、医師の立場から、患者様 1 人に 1 人のケアマネージャーがつき、事業所が多くあまりに多技にわたるため誰がどのケアマネージャーで、どんなケアマネージャーかを把握するのは困難で“連携”と言うには難しい社会（介護）事情となっていると思う。本質的な連携を目指すならお互いの顔が一致する程度の認識のもとに、患者様のサービスを考えていく必要があると思う
404	患者本人や家族が、社会資源の存在を知らず、在宅での療養は無理、と考えていることが少なからずあるのではないか。 そのために、在宅を希望しているにも関わらず病院、施設で最期を迎える方が多いのでは… 各職種が、患者、家族にどんなサービスが提供できるのか、心配・不安（在宅での）に対して、何ができるのか、知ってもらうことが大切で、患者が家族に遠慮して、在宅希望を強く言えないことが無いように退院までにカンファレンスの場が、多職種でできればと思います。
409	在宅を行うところで働いている以上それに関した働き方がいる ただやっているだけの人はダメ どの仕事でもそうだがプロ意識が必要
410	参考になる文■ありません。悪しからず。
412	在宅療養を実際に行なって見ると入院室のない医院は不■な事が多く、家族に対しても在宅療養を熱心には勧められない。又在宅支援診療所にしても、一人で行なうのでは不安を伴う。 理想的な形態は親子、医師 2 名又は血統の医師が近くにいないと患者・家族も不安を伴っている。 もし、急性時に来てくれないとか、死亡時に不在ならどのようにするのか、とか色々話をしないと安心しないようです。例：死亡時に救急車を呼ばないとか。もし医師が夜不在なら朝まで仏さんを置いておくなど、こまごました事を話してから在宅としなければいけないようです。
416	現状での問題をわかりやすく図により説明しているので解りやすく記入できました。 この様な現実は病院で勤務していると資料が少なく危機感がありませんでした。 在宅に関わる様になり高令者のこと、在宅医療、在宅療養支援診療所のことを実感として取り組んでいます。 立場が変われば真険になるのだと反省しています。

	自宅で終末を過ごしたい人はいますが介護、看護、を必要とする人は多くいます。高令者は多くなる。在宅生活はしたい人はいます。 しかし在宅医療を専門にしている医師はまだ少ないです。病院の担当医への連絡もスムーズにいかない時もあります。 訪問看護は要望に応じたいのですが、人員不足です。看護師確保しないと訪問できません。医療内容も多くなっています。 継続して訪問看護ができる様に人員、環境調整しているところです。
422	はじめに病気ありき、でそこに医師が関わる。すべてのスタートは医師しだいだと考えています。 医師がすべてのスタート（スターター）であると認識し（発信発進）させればおのずと道はひらかれる。
430	療養者がどの様な生き方を希望するか本人自身が十分考えられる材料の提供が第一と思われる 次に在宅でどの様な生活状況になるのか具体的イメージがある程度つかめるまでに情報提供が大切だと思う 自分の生き方の意志決定が出来たならそれを実現する為の在宅でのサービス提供者、家族等の協力支援と連けいできればいいかと考える
432	当地は農村で、私も農家である。80～100 才位の人はその親を自宅で看取り、できたら、自宅にて余生を過ごしたいと考える人が多い。又、70 才位以上の介護者は、見合結婚も多く、嫁に来た以上夫の親の面倒を見ないといけないと考える因習的な人も少なからずいる。その人たちの助けになれたらと思い在宅支援診療所として頑張っているつもりである。しかしながら、昔のように寝させて、食事介助と下の世話だけとちがい、最近では、喀痰吸入、バルーンの洗浄、点滴の抜去等、観血するような処置の要求も多い。これらが、高令介護者には大きな負担である。（機械の使い方が覚えられない。喉から少し出血した）一度でも不安になると、これ以上家で看れないという人が多い（入院へとなる）又、少しの熱、痛み、見た目のしんどい感じに対し、数分以内に専門家が来ないとすごく不安になる。（入院中ならすぐ対処してくれるのに）特に当地は田舎で 24 時間対応のＮｓステーションがなく、私が行かねばならないが、会議や出張（会議）でどうしても 1～2 時間かかることがある。この 2 時間が、不安で仕方ない（手遅れになったら自分のせいと他の親族に責められる）（この点、Ｎｓ経験者が妻や息子の嫁として看てくれた 6 人については、不要不急の応診依頼もなく、処置も適切で、すごく気持ちのよいものでした）のでやはり入院を希望されることが多い。 このように、一旦在宅で看取るつもりで退院しても途中で頓座する場合が多い　元々イヤイヤ退院させられた場合は何か理由をつけてすぐ病院へ戻ろうとする。 患者を教えられた今の高令者とちがい、「自由と権利」の教育を受けた人に親の世話（ましてや夫の親の世話）を自己を犠牲にしてまで、しろというのは不可能である。自分はぜい沢をして、子供は私学にやっても親の面倒は見れないと言って、親が生活保護を受けたり、養護老人ホームに入っても、恥ずかしいと思わない人が可成います（市の認定委員をしているので分かります）。親の面倒見ずとも遺産だけは等分してもらえるという法律が間違っています。孝行な子供には沢山渡さないといけないと思います。 在宅死を増やすためには、末期医療について保険から外す　そして欧米のナーシングケアハウスのような所に入る（この場合、貯金、家 etc の財産の子供へ行く分を差し押えて、実費を徴収足りなくなれば国の負担、余った分は国が没収）する。それがいやなら自宅で看取るといったドラスティックな方法を取らないと無理ではないでしょうか。 今の世の中では実現しそうにありませんが、何もしなければ医療保険が破綻するだけでしょう。
433	折角のアンケート参加させて頂きました　誠に大変な御仕事で御苦労さんでございます。私こと、昨年 6 月頃から体調を崩し本年 2 月下旬から患者さんに御迷惑をかけはと思い開業 54 年にして一時休診をせざるを得なくなりました。多勢の患者さんの殆んどは、30 年 40 年とみている方々で中には泣き出す方も居られ、俺の 50 年余は無駄ではなったなあとつくづく思っております。幸い皆さんを大々希望される医療機関え殆んど紹介し終えかかって居りますが私自身在宅で死に■いと思いいささか不自由ではありますが在宅の準備を整えました。けど死にきる■いとは全くしんどいものだと痛感しております。 此運動と申しますか在宅支援の活動がますます発展する事を祈っております。早々
434	急いては事を仕損ずる－医療崩壊が叫ばれる所以です。 「病気をしたら入院」との考えが国民の多くに染みついています。民間保険の隆盛がこれに拍車を掛けています。「せっかくかけたのだから、元を取らなくては」ともなります。 高血圧症、糖尿病、脂質異常症など、重病人の予備群が通院加療をする。脳卒中や冠疾患急性期に入院し、落ち着いたら通院療養に戻る。そして、リハ、介護の併用も。 病院は入院、精査加療に専念し、外来は紹介患者の専門的診察と精査に留める。 そうすることにより、退院できない（在宅看取りの困難な）末期がんや高令者の入院スペース（人的にも）を確保できるのではないでしょうか。 以上「療養者の生き方」、医療と介護の連携、からは的外れだったと思いますが、一内科医の考えです。 「支援診」とは言っても、外来中心の 1 人医師診療所には、自ずと限界があります。
440	みんなが、イライラして余裕がないかんじです。 いろんな職種の人が、にこやかに生き生きと働けるような体制をはやく作って下さい。
441	「畳の上で死にたい」「自宅で家族の見守る中で死にたい」これが満たされている患者は少ない。 今は医療難民（入院も出来ず、自宅に帰らざるを得ない人々）が在宅に無理やり方向転換されているという見方もある。 在宅で見看るということは、家族介護力や環境整備（ベットのレンタル・訪問リハビリ・訪問入浴・医師の訪問他）が整わなければ満足した死を迎えられない。 そのためには、個人の負担が多いと思う。 又、患者自身も突然目の前に死をつきつけられたら発狂する人もあることが事実としてある。 常に死を見つめることは無理だが、老いと共に自覚することも必要である。
443	まず、個人に思いやりが育ってほしい。 そのためには死について考える機会、学びである、看取りを経験することは重要であるとおもう。 この看取り体験が恐怖にならず、学びとして残るためには医療・介護者が死に対しての深い理解を持ち死に対し絶望として向き合わない姿勢が重要。 死もいのち、人生の一部であり、各々医療者もそうでない一般の人も向き合うことで、恐れ、否認、無感心といった感情が主ずとコントロールされやすくなり、心の余欲や心の健康につながると思う。 →思いやりを育てることにもなる。 思いやりの心がふえれば、そこにポジティブな人間関係が生まれ、制度も良い方向に見直す流れもうまれるだろうし、制度が追いつかないうちはボランティアによってそのすき間がうめられる。 →療養者の生き方が尊重される流れがうまれる →連携が主ずと強化される。

	キーワードは ・死への恐れの克服（メメント・モリ） ・心の健康の回復（日本全体に言える） ・face to face の連携（人間関係） ・希望を見る（絶望を見ない） 看護師として、一個人としての看取りの経験からそう思うようになりました。
447	療養者の目的、目標に向って、できることと、できないことに別け具体的に支援していくことが大切と思う。 ひとりの方をとりまく状況はひとり、ひとり異なるため、本人が希望することと、家族の希望することが応々にして、くい違うことも多い。しかし、あくまでも本人のための支援体制をとるのか、家族支援なしでは、生活できない現状のなかで、どちらとも、寄り添った状況で検討していくことが必要と思われる。 現実の中で、訪問看護を展開していくなかで、物品や、医療品、介護用品等、ご本人に直接必要なもので、お金を出して購入しないと改善しない場合やこの薬品が早く使用できると早期治癒へつながるとか、この時期にエアーマットを導入すると、褥瘡予防ができると判断しても、家族の了解が得られない現状のとき、非常に無念に思う。ネコが 10 匹ぐらいいるので、爪が立ったら、こわれてしまい弁償できないし…等々電気代がかかるし、音がするから…等々、色々なことでつまずく…
	連携といわれる中で、退院時調整がなかったり、処置材料なく退院していたり、認知症があるのですぐに退院を…とせまられたり、どこへ行くにも八方ふさがりの家族が「今後どうすれば、うちの母の行き先、生活の場はあるのでしょうか…」と途方に暮れる家族。在宅で認知症の妻を支えていた夫が、どんどん認知症が進み帰宅できなくなってしまったり…全国的に、課題は多い。 地域の中でコミュニティケアと言われるが、私達の住んでいる所では、一軒一軒が離れており徒歩でも時間がかかる。顔なじみの関係や「最近あの方みないね」などの情報が気軽に話せ、生活困難な方への支援が地域でフォローできるといいのだが…体制づくり、関係づくり、高齢化に伴う車の運転の危険な状況（車がボコボコになって物に当たるが交通手段が車しかない現実…） 対策方法が私には見えにくい…難病ではない、筋ジスの方が人工呼吸器をつけ在宅生活をしているが、母親が介護者であるが、母親の病気による入院が必要にせまられる状況もある。家では、ポータブルトイレ使用中だが入院すると本人のイヤがる紙オムツ…7 対 1 をとっても、ケアは変わらない現実がある… 難しすぎて、対策としての文面にはなっていませんが、1 つ 1 つの目の前のこと、利用者様、家族を一生懸命サポートしている状況である。 マンパワー不足が根底にある…。
451	本アンケートでは、在宅での死をむかえる要望を判断できない認知症の療養者のことがふくまれていない 実際、それに相当する方々の数もかなりにのぼると考えられる。そしてこれらの療養者の多くが、何らかの介護施設に入居しておられ、日々の生活をおくっておられる。 施設を「家」と考えるならば、そこでの最期をむかえるためには、介護職をふくめた人員の整備、待遇の改善が、急務であると思わざるを得ない
457	・今回のアンケートは非常に感銘しています。 どんなに在宅での死を受け入れる側する側での考えかたがことなり、いたちごっこと考えます。 多くの誘導はケアマネ、ＭＳＷにより施設であり、又、核家族の構造上しかたないと思れます。 いくつかの問題を解決しても family の介護力はＯにはならないと思われます。 現物支給での family での負担はあります 100 か 10 減ても次には 90 か又、100 になり０にはならないと考えます。
459	ターミナルであれ、神経難病 etc であれ、全て現在は高令者の問題であり、いかに医療介護の連携を推進するかが重要であると考える。 急性期病棟→療養型病棟←→在宅 この連携が大切である。特に在宅→療養病床間は、密接な連携をとることでそれなりの重症者も在宅で看ることは可能であると思う。 また、■■市ではケアマネと、医療者との連携強化に積極的に取り組んでおりそのツールとしての連携シートを作製し、病院、診療所と介護施設との連絡ツールとして用いている。各地域で小さなネットワークを作製し、チームとしていかに高令者医療に取り組んでいくかが重要と考える
460	人間は必ず死ぬという事を、小さい頃からの教育が必要 教育に関し学歴のレベルを上げる事は多いが「老後学」などという（もっとスマートな言葉でも）カリキュラムがあれば良いのではないかと思う。 実際自分も 50 代となり、ハッときずいた今では、とりかえしがつかないと反省する。 医師、看ゴ師に関しても、この専門分野をつくり今の医療のトップに力がけてはどうだろうか。 今のテレビなど、ドラマは「かっこいい医師」などよくでるが、人間的、人間らしさ、などをよく考える思慮深い医師がいたらすばらしいと思う。現在の病院でも、ＰＣＵは最後の場というイメージであるが、化学療法、手術など必要だがどこできりかえるか、きりかえた後の心のケア癌に苦しまない、受けいれられる自分など心の準備が必要だと思う。 必ず老后はくる、死はくる、そんなとき素直に受けいれられる自分でありたいと思うが、国での援助が少なすぎる中、不安、家で死をむかえられるシステムがもっと身近に簡単になれば良いと思う。
461	人口の減少や核家族化で家族形態も変化しており療養者の生き方を支えるためには、在宅でのサービスの整備とともに施設サービスの充実も重要と考えます。 在宅支援診療所の充実や主治医が積極的に、居宅サービスとの連携を図ることが療養者の生き方を支えることに効果的だと思います。 訪問看護の充実も必要で、看護師の人材確保や訪問看護サービスでどんなことができるのかを、主治医やケアマネジャー、療養者に理解してもらえるように伝えていくことも必要だと感じている。
462	設問の返答の中にかかせて頂きました
464	「在宅」にはお金がかかる。しかし在宅をのぞんでおり国も在宅への線路をひこうとしている。 であるならば在宅患者の負担割合をへらし公庫負担分を多くすべき。医院の経営を考えるならば、今の在宅医療の報酬点数は決して高いものではない。 なぜなら時間をかけて一人一人訪問する間に外来だと何人診察できるだろうか？ 在宅→ねたきりの図式にある面では公費負担医療に概当するとも言えなくはないだろうか？ 憲法に規定された国民の「健康に生きる権利」をまもろうというのであれば診療報酬体系をみなおすべきである。 医療機関に対するオンライン請求も患者に対する在宅誘導も二つとも医療費抑制につながっている。“国”の医療費抑制という都合でやるなら“国”が負担すべきである。
466	人生に対する考え方は一人一人異なり ・在宅で最期を迎えたくても家族に迷惑をかけるからと病院で最期を迎える事も１つ。

	・人は必ず死ぬものであるが死に直面することはほとんどない（医療関係者を除いて） その人達に最期をどう迎えたいかと聞く事自体がおかしな事だと考えます。 新型インフルエンザのパンデミックの話と同じでその時になってみないと状況は分からないと思います。 知識を持つ事は大事ですが万人が同じレベルになる事はないと思います。
470	いま必要なこと ①現在の分析 介護難民の実態把握 救急医療の問題 病院入院者、施設入所者の■■■の問題→はやく入院しないと「いざ」というときにこまる。との問題 今後の課題 病診連携の充実 ケアーマネージメントの充実 在宅療養への経済的な支援 大きな問題 ①人の死は悪であるの認識の変革が必要 極端に言えば 自分の意志が表現できなく、自力で食事もできないようないわいる植物人間的な御老人は餓死するしかないような気がします。 胃瘻やＩＶＨで栄養され一日中ぼ～としてされるままで言葉も発しない人を生在させて社会のためにならないし、本人もそれを望んでいない（正確には望んでいなかった）と思います。 ②老人や障害者の就労支援
472	理想的な在宅ケア（緩和ケアも含め）を提供される患者もいれば、財政、看介護力不足、病院からの説明不足、医院（医師）からの説明不足など諸事情により充分な在宅ケアが出来ないことがあり、不公平が生じていることに対して何んとも言えない精神的な重荷というか、ストレスを感じる。 例）ケアマネもつけないまま、病院を退院させられ在宅に移行した（脊椎転移で四肢マヒのある）末期癌患者など、家族はオムツの交換の方法すら知らず、途方にくれている。 一方で、あらゆる福祉サービスを縦横に利用し、経済的な補助も受容しているＡＬＳや頚損の患者さんがいる、同居する家族は自分達が介護者であることすら忘れる程、いたれりつくせりのサービスを受容されている。 →近隣の病院へは紹介の返事を書く時に、在宅ケアに移行するなら地域連携を通じる事、在宅へ移行する方針が決まれば早期に退院させ、いたずらに在宅で過ごせる時間を減らさない事など丁重にお願いし、少しずつ主治医の意識改革を行なっている。
473	今はまだ考えがまとまっていない
474	①厚労省の勉強不足、知識不足が第一に悪い ②厚労省にもっと優れた人材がほしい ③大臣たるものが失言をくり返し（以前の柳沢大臣）答弁に四苦八苦しているのをみて日本国民としてはずかしい、厚労省を含め、みんなカが足りないし（今の桝添も同じ）勉強しなさい 日本を危なくしているのは政治家の怠慢と勉強不足、と個人の金もうけ（小沢民主党主、[redacted]の県議員[redacted]は特に）ばかりしている国会でカネを使うのを、きれい事（療養者の生き方）の方に力を注げる人材を先ず作りなさい。 ④システム作りばかりえらそうな事をして、政治では選挙目当だけで、当選すれば、又その分野の仕事を終ったら、次の人への申し継ぎが出来てないし次の人間が勉強していこうとする姿勢が無い ⑤いつも私は厚労省のえらい顔した人間にこちらから質問してもまともに答えてくれた人は皆無である ⑥全体として麻生、小沢他野党覚えの姿をみなさい 情ない アンケート書かすだけで無く、問２０の「対策」へのしっかりした、勉強した人の返事を希望します（文面で）。
475	終末期医療をやって在宅で最後まで看取られるのは介ゴ看ゴ人が 2～3 人以上いる方で老々介ゴ看ゴで老令者１人の場合 手がかかる様になるといくら訪問看護やっていても限界があり どこの時点で入院に切りかえるか？ それも期間が長くなると、個室料金、負担となり年金生活者では無理になってます 頭のいたい事が多くあります
477	どれだけ医療的な処置が必要な状態であっても、治療が終われば、退院が可能です。 いかに介護する側の人（介護者、サービス提供者、在宅医療提供者）が、患者の状態を把握し、協議を重ね、患者が安心して在宅で生活していけるよう、介護者が安心して在宅介護が継続できるよう、サポート体制を整えることが重要だと思います。 そのためには、それぞれが研修等で知識・技術を向上させる努力をすること。 サービスが十分に受けられるように行政とも連携して療養環境を整えることが必要です。 十分なサービスを整えるには予算が必要です、現場で働く者がいくらがんばってもなかなか変わりません。国が動かないと何も変わっていかないので、国を動かすような働きがけが必要なのではないでしょうか。 難かしくてよくわからないまま記入してしまいました。 もう少し、じっくりと考える時間が必要だと思います。 各地域で、在宅療養についての取りくみがなされています 在宅療養を支援するものにとってより働きやすい環境・条件やりがいが見つかることを願っています。
478	・在宅で看取るということは、家族側の問題、医療側の問題をきちんと解決しなければなかなか難しいと思います。 ・緩和ケアの充実が今後なされていけば、よいと思います。
479	在宅医療を希望されても地方ではそれをかなえる人的物的資源が少なく希望をかなえられないことがままある 医療保険が高額になり苦労されていらっしゃる方が多い、一部負担金を割きざみではなく 3%きざみ程度にし低所得者でも充分な医療をうけられるようにして欲しい。
484	在宅療養支援診療所の拡充、相互連携が絶体に必要。 365 日、24 時間が一診療体制、診療所では不可能に近いと思う。そのためには行政と医師会が先頭となって引っぱってもらいたい。
486	療養者が最後まで入院と同等の療養環境を望む場合、在宅移行は困難ですがほとんどの方はそこまで望んでおられません。むしろ医療者側やご家族が入院環境を基本とした医療提供の呪縛から逃れられない点や、政府が経済的論理より在宅医療を進め、在宅医療を受け入れる家族の人的や経済的な負担を考慮せずにいる現状では療養者の希望を叶える環境は十分整わないでしょう。

	医療者側には在宅療養を経験された家族からの体験情報を入手し長所短所をもっと検討することや、入院直後より退院や在宅移行を意識した医療提供を行うことが求められます。在宅医療に関する情報も医療者の正確な在宅医療の理解に基づき提供された情報が一番円滑な在宅移行を進めることが出来、現在のように退院が決まった後、在宅医療のサービス提供者側のみ詳しい情報提供を任せっきりにしている環境ではなかなか在宅医療まで移行できるケースは増えないと思います。 ご家族側に関しても在宅を受け入れた場合の人的、経済的コストをほとんど無視した制度のままでは（受け入れのため仕事を辞めざるを得ないケースなど）、なかなか進まないと思います。また入院入所を続ける場合と在宅療養を選択した場合の経済的負担の差がほとんどないこと、在宅でサービスを受ければ受けるほど負担が増える現状を改善しないと同様です。 療養者にとってどのような高額な医療機器や医薬品より、慣れ親しんだ生活空間で家族と過ごす時間や環境が、大きな治療効果があるものか理解が必要です。このため当院では終末期目的で入院されてきても在宅を希望される方には必ず退院支援を進めています。
487	医療者に必ずしも十分な知識や技量がない場合もあるので、ケアマネージャーの能力アップ、権限の拡大によってリーダーシップを発揮してほしい。
488	病気になったら、病院で診てもらい、亡くなる時は病院という意識や考え方がほとんど。 往診をしてくださるＤｒが少ないところもあり、地域により隔差がみられる。 年をとれば病気になるのはあたり前で治療が済めば住みなれた地域や自宅へ戻るという、病院からのアプローチや、受け皿（在宅での）の整備が介ゴ面、経済面も必要と思います。
502	大体何んでも在宅で、病院死はけしからぬと云う意識が問題である。ケースバイケースで自然の成りゆきに委せるべきである。時には中世の庶民の死に方生き方もある。科学や社会制度の進歩した現代でありながら何事かと云われようと、一方ではスパゲッティ症候群の様な死に方も必要とされることもある（社会上の階級人間関係等により）本来は本人がどの様な意志思いで行きているか（例え認知症であろうと老いの一念は尊重されるべきである）が大切である　しかしながら現状では本人の意向（本心は掴めないこともよくある）より家族の意向が優先されることがしばしばである（在宅療養に関しても）実際本人の死後その方が丸く治まることもある（死人に口なし） 現在、優等生の模範答案の様な介護（文書のやりとりが先行しそれが出来てたら事なかれ）が横行し（行政もそれを推進している）空虚さを感じる　いずれ以前に文部省が教育を崩壊させたのと同じことになるであろう
503	（支える医療）　即ち、高齢者や進行癌患者の医療とケアの両方を同時に行なうことが大切と考える。 そして、「支える医療」を一つの基点（スタート点）として、日本社会の再生を展開していく。 ＜命を支える＞という運動を医療・介護・福祉から始めることで政治や経済、科学、教育、金融などを再生させていくことが望しいと考える。 日本→世界展開の新しいパラダイムになることを希望します。 その原動力に在宅医療（在宅療養）がなることを期待します。
506	誰しも最終的には療養者になるので療養者も一人間として人生を生きていくうえで社会のしくみをつくりなおしてゆく必要がある。 医療亡国論などとんでもないことと医療と福祉に十分なる税金を使用して老人・療養者が最期まで満足できるような社会システムこそ必要と考える。
507	一人では在宅は不可能であり患者医師ともにチームワーク、人と人との連携が必要 実際にいくつか在宅の現場を見て、いろいろなことが可能と知りました もっと在宅の現場へ急性期のスタッフを見学研修させるべきです
510	重要と考える事は１、に信頼されること。 やさしく受け答えすること。判り易い語句を用いる。 私は自分が 82 才の高令者ですのでどちらが長生きするのか競走しようと励ましの言葉をかけます。 生死は人間の力ではなく神の思召しである事を説きます。 末期がんの方で余命 3ヶ月と言われ当院に在宅医療となり年余に亘り外国旅行まで楽しまれた方や、又胃瘻が取れて経口栄養になりロータリークラブ活動に出席された症例など病院にてターミナルと言われても在宅にて復活される方を体験しております。以上２名の方はいずれも在宅にて最期を迎えられましたが患者・家族共に喜ばれました。 やはり在宅では精神的な支えが大切であり、その為には私はいつでも携帯には出る様に又、若い方の場合はメールのやり取りなどで可成り患者様には貢献出来た様に思います。
511	１）療養者の安心感を得るためのあらゆる方法、援助、支援 ２）痴呆者、認知症）の問題は特別に考える必要あり
513	個々の患者の意志を最大限尊重しながら共に歩むという姿勢は常に持っていなければならないという事を前提にした上で 前述の様に、最後まで積極的医療を望まれる方（場合によっては例えば疼痛緩和を行なう為にその目的で、抗癌剤治療を継続する必要がある場合等）に対して何が何でも在宅医療をおしつけるというのはやはりおかしいと考えざるを得ない。 同一の療養者にとっても病期、特に予後告知の時期とその時点でのＡＤＬ、ＱＯＬによっては、それまでの希望（願望）と異なる意見決定がなされる可能性は十分に考えておかなくてはならないしその事を無理に在宅に誘導する様な事があってはならないと思う。 それぞれの時点において「療養者の生き方」がその人において最も苦痛の少ないものとなる様（もちろん spiritual においても）支援がなされる様配慮が必要だろう。
515	最期は在宅でという思いが強いのは、病棟でも患者自身からよく耳にします。でも、在宅では難しい日常生活援助もあると思う。なので、病院、在宅がもっと密に連携を図り、症状緩和できれば、在宅へ帰るなどのシステムを確実なものにしていくことで在宅での最期というのも、もっと現実化してくるのではないかと思う。病院側の立場からは、入院と同時進行で退院の計画もすすめていけば、タイミングというところをのがすことなく、患者の意向というのをもっと現実化できると感じる。
516	医療、特に在宅を行う側の病院、医院でもマンパワーの面で全く不足だし、うける側の認識も不十分。
518	病院であるが、現在できる範囲で往診と在宅緩和をおこなっている。 ・医師１人だけでやろうとするのは無理。 ・医療よりも介護が主体となるのでグループで。 ・在宅でギブアップの場合の受け皿が必ず必要だが、その受け皿があまりにも少ない。 ・昨今の医療制度では急性期型→亜急性期型とまるでベルトコンベアーのようになっている。充分にたちあがれないまま在宅となっているケースも多い。 ・介護力→これをどうするか？だれもいない場合は？外国のようにナーシングホームでという考え方も広がってい

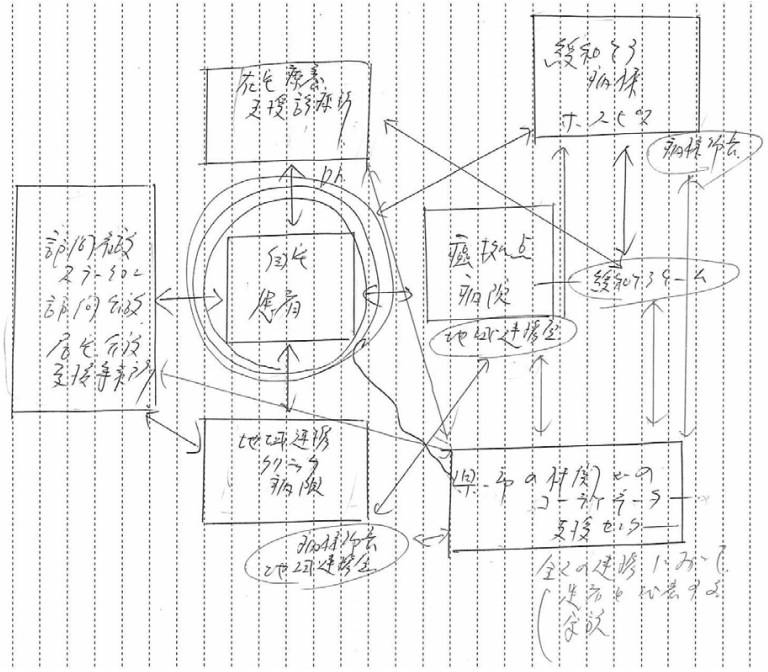
	くだろう。 ・患者（ではなく高令者と言いかえてよい）の意志がはっきりしないことも多い。
523	在宅患者を診るときに長い治療歴があり、さっと人、場所をかえて人間関係をつくることがむずかしいと感じることがあります。 また、何かあったらまた病院で診てもらいたいという要求が患者、在宅医からあってもなかなかベットコントロールがむずかしくその融通のきかなさが在宅患者が満足できない理由となっています。 病状が悪化したとき又は今までと異なる症状が出たときに検査や緊急入院できるようになったらよいと思います。
524	多職種協働、コミュニティーベイスドケア 多職種連携、 病診連携 高齢者増加、人口減少、すなわち少子超高齢社会の中で、高齢者の医療福祉、療養者の医療福祉は社会問題である。行政の問題も大きく、今後心配であるが、市民としても私たち自らが少しでも解決策を考え提示することも必要と思われる。
525	個別医療・個別介護を医療者・介護者の連携、病診連携家族の協力により進めていきたいのですが、はっきりいって、今の保険介護保険の点数では、営業できません。国も、もっと協力していただかないと、責任業務ができません。今回の介護保険改政では世間では介護報酬3%の引き上げといわれていますが、事業により減算となる事業もあり、やっていけません。
530	現状で、療養者が満足する生き方は困難である 「家族にかこまれて生きるために家族の生活をどのように保つのか」介護のための退職者もあり、又、介護休暇はあるが利用となるとどうであろうか はっきりしていることは、もうお金をかけるか、だれかが犠牲になるかしかないところまできている様に感じる。そうしなければ、療養者を満足させれない。しかし、できないため、行えていないということが本質ではないでしょうか。 「お金をかけますか」「だれかが犠牲になりますか」いつか我が身とはもうだれも思っていないと感じます。 互助ではなく自助しかもうのこされてはいない様に考えますがいかがでしょう。普通の幸せは普通だからできるのであって普通の状態でない時に普通の幸せを望むのは困難なことも理解してもらえばもう少し近づけるのではないでしょうか
532	難問課題
533	高令者が認知症になり、腰痛、膝関節痛等になるのは、外因が何かあるわけではない。 高令者にとってはこれが「日常」であり、あたりまえのことである。病気でもなんでもない。 この症状をもった高令者にとっては病人ではなく「日常人」なのである。だからこの方々を病院でお世話するのではなく、社会が面倒をみる必要がある。 人間の死亡率は 100%であるのだからだれもがこれらの道を歩むのである。若い人もやがて、この道を歩むことを、社会もマスコミ若い人に分かってもらうことに努力が必要である
534	まず病院から患者さんを紹介してもらう際に、なぜこの患者さんは退院されるのかを病院の職員からよく聞く、在宅の希望が何かを当方では十分に理解認識なければならない。次に家族時には患者さんに在宅の長所と欠点を説明する。病院の延長として出来る場合もあれば、病院と全く同じ様には出来ない事を十分に説明する。 退院時病院の職員の方からこのような事は十分に説明されていると思いますが、念のため当方からもう一度説明します。当院では 24 時間対応の訪問看護ステーションを併設しておりますが病院のようにすぐに患者宅に行けない事もある事を十分理解いただいております。又在宅の目的が当方からみて実現不可能の場合例えば癌の末期でホスピス的な生活を在宅で送りたい。しかしすでにモルヒネを利用し、高濃度のモルヒネを利用して疼みを緩和している場合、モルヒネによるせん蒙の出現を家族の方に理解してもらい、静かなターミルを過すことが困難な場合もある事を判ってもらいます。特に痛みに対しては、モルヒネを使わざる場所、効果と副作用を十分に理解してもらいます。実際はなかなか理解してもらえないのが実状です。 家族や患者さんの希望される事は原則として100%満足いただけるように、職員一同努力しますが、なかなか実現は無理であります。100%とはいかずとも、その努力はおしみません。あくまでもこれは初期のことであります。患者及び家族さんとの信頼関係が出来れば、このあたりから患者も家族も疲れ切ってくるころかと思われますが、当方も疲労しきってきます。このころから当方が主導権を握って治療にあたります。最初は当方の言う事に従順でなかった患者及び家族も従順になってきます。この信頼関係が出来るまでは大変な労力が必要で、患者からの往診依頼があれば、訪看も含めて必ず患家へ往診して行くようにしております。電話対応だけでは信頼関係は生じません。 休日夜間遅くても家族の許可があれば往診に出かけます。この考えは訪看にも伝えております。患者は自分の実の家族と思えと教えております。医療関係者が熱心にやれば、看護職のスタッフもついてくると思いますし、現実についてきます。
535	真の福祉国家を目指すならば、経済性を第一に考えるような政策では到底期待できそうでない。 この点を根本的に考え方をかえることが第一である。
536	私の現状は外来中心の医療で、以前から診ている 20 人程の安定した在宅の方と、病院から突然「今度こういう方が退院しますから宜しく。」や、家族が紹介状を持って「退院したので往診してほしい。」との方々の在宅医療です。やはり、退院前のケースカンファランスに出席したいと考えていますが、お互い（病院スタッフ etc）の時間が一致せず出たとこ勝負で診ているのが現状です。訪問看護師あたりまでは、コミュニケーションがとれますが、ヘルパーやケアマネなどはほとんどコミュニケーションがとれません。患者さんの生活に配慮するまで中々至らない状況です。 在宅での最後を希望している方が多い現状でなかなかそれが実現できないのでできるだけ実現できるようにする事は大事でしょうが、患者さんが希望するからといって無制限にやって良いものでしょうか。現在、入院医療は患者さんや家族が希望しても制限があります。国は元々、医療費の抑制という観点から在宅医療にインセンティブをつけているものと思います。あまり金の事は言いたくありませんが、限りある医療・介護費を効率良く使う治療があると思います。その辺をどこで折り合いをつけるかという視点も大事ではないでしょうか。・
537	高令者のほとんどが家で死にたいが子供にみて貰うわけにはいかんししょうがないと云われます。 子供もそれはしょうが無いと思ってます。 共通の言語とは何を意味あるいは意図しておれらるのか不明のまま
541	生き様の多様性をサポートするシステムの構築。 国民への教育。 介護に対する国よりの手厚い資金援助。
545	国がもっとサポート体制を充実して欲しい。 看ゴ師、介ゴ士の数も足りず、サービスを受けようと思っても思った時にすぐ受けられない時が多い。
	看ゴをする側、介ゴ士、また家族で介ゴをするために仕事を休む人などに優遇されるシステムがあっていいと思う。 海外ではいろいろなことが改善され、病院へ長く入院するのではなく、訪問への移行がスムーズに行なわれている。 日本がなぜ出来ないのか？政治家が医療従事者また、病気になっている人に対し、認識が乏しいと思う。
546	各自のに生き方について医療者がとやかく言うのは反対。 当事者の人生の脈絡において考えるべきことかと思う。 良い死に方、良い生き方など、どうして断言できようか。 理想的な死に方だった例とかがホスピス等でケース報告されるが、いつも疑問に思っている。各自の思い込みではないのか？と。 もし、思い込みなんかではないと断言できる医療者がいるとすれば、問いたい「あなたは何用で生れてきたのか」「あなたの父母未生以前、本来面目とはなにか」
548	経済の立て直しや少子化問題に対する根本的な対策など国家の問題が大きいと思います。 現在の社会的状況を考えると医療関係者や家族等は比較的に良くやっていると思います。
552	在宅医療に特化していないいわゆる一般のかかりつけ医が少しずつで良いから地域医療のために在宅医療の一担をになうだけで何とかなるような気がする。 診療報酬うんぬんだけで、在宅医療に目をむけさせるのはむずかしいのではないでしょうか。
554	療養者の全生活をコントロールするという態度こそ、間違った認識である。 たかだか、肉体的及び精神的疾患の 1 部を診療しているだけにすぎない。 「生き方」というものは、各個人の哲学・宗教観・倫理観・事象に対する価値観などの多数の因子になって決まるものであり、しかも、不安定である。 故に、医療人が患者 1 人 1 人の「生き方」をコントロールするのは、無理である。
557	死をいかに受け入れるかということ。特に介護する家族の認識によって、在宅療養の成否がかかわってくることが多いと思う。
558	全て自己の意志・希望が優先されるべき。 しかし、認知症などで意志の決定できない場合は元気な時に、カードなりで、確認を定期的にできると良い。 病院で死んでいく事にどんなメリットがあるのか…。 家族がいない場合、協力が得られない場合もあるが本来の日本で行なわれていた在宅死を見返して欲しい
562	①日本人の文化観（死生感がどこにあってどこに向うか） ②医療は安心感（生き方のうちの）ですが、 安全安心はシステムのうらずけがないかぎりはりボテです。 現場が動きやすく満足感の高いシステムが必要です（医療は限りある資源です） ③地域の方の医療参加（プライバシーを担保した上で）システムをつくる
564	医療、介護の連携は生活を支えるために重要であると考えます。 現在、カンファレンスなどを開催しても、なかなかお互いがお互いのことを何をする人なのだろうか、してくれるのだろうかと明確に出来ていないで進行しているため、終わった後にすっきりしない感じが残ってしまい、現状のケアを継続していることも多くあると感じます。各職種間において、まずその職種が何が出来るのか専門は何かを明確にアピールすることが必要であり、それを把握し受け入れることで、連携が図れるようになるのではないかと思います。 病院よりも多くの職種がチームとなり動いていくことが在宅では必要となります。療養者の希望に沿ったケア、生き方を支援していくためにも地域全体でのネットワークの構築を行っていくことが今の課題であると考えます。 また、ひたちなか市では 24 時間での体制をとっている訪問看護や介護事業所が少ないため、独居の方で在宅を希望されても難しいのが現状です。また、往診をしてくれる医師もほんのわずかであり、在宅医療、ケアがまだまだ十分とは言えないため、今后訪問看護ステーション同士が連携を図り、体制を整えるなどのシステムも必要ではないかと考えます。
567	今後、今まで以上に介護者が減っていき、また医療費↑のため在宅療養のおし売りがあるのではと心配である。 また、在宅医療、介護支援、医療費助成等の制限がうまく利用されていない場合もあり、療養者に関わる医療介護の提供者の知識や住んでいる地域により受けられるサービスも格差が出てくるのではないかと思う。 患者にとって快適な死にゆく場は、健康な状態でのアンケートでは在宅であろうと思われるが、在宅サービスは住んでいる場所や家族構成により格差大である。 アルツハイマー等になった場合は本人が居宅希望でも健康な家族が同居していない限り困難である。 医療者、介護者にとっても、山間へき地での在宅は十分な対応困難の場合が多い。 喀痰吸引や突然の状態変化に対する対応はやはり集約型の施設に勝るものなしである。 また、ターミナル（癌等の）の状態の場合、完全個室型のホスピスの方が、精神的なケアも含め快適と思うがどうだろうか？
568	患者の意思を尊重して精神面においても支援ができるように努めていきたい。 また障害は、その人の個性ととらえて残存機能が維持されＱＯＬ向上となるように支援していきたいと考える。
569	・まず最初の段階で医師による在宅医療や、そのサポートについての患者、その家族の理解を確実にさせるための、詳細な説明 ・医師とその他のサービススタッフ等の情報の共有化（病状や患者とその家族への説明した事の内容）
570	・生きることとは、死ぬまで生きることである。 ・終末期と言われるが、終生期であって、最期まで生きることを支えることだと考える。 ・安らかな死とは、安らかに生き抜くことである。 ・[redacted]市内においても、在宅医、医師会などが動き出しているが、遅い。今、苦しんでいる患者、家族を何とかしたい。
571	入院中に在宅へ向けて家族・本人の教育を強化してほしいと思います。
576	生活場所がどこであれ、その選択がやむなくされていることが多いように感じます。 （急性期だから・治療がないから退院して下さい→在宅 or ホスピス or 療養型） かつ、それぞれのメリット・デメリットの説明は不十分です。 又、諸施設の種類が多すぎ、患者側はその違いが分かりづらいです。 急性期を脱したら同じ所で同じスタッフに囲まれて生活できるように、大幅な見直しをするべき（患者本位の考え方）だと思います。
577	当地方にはいわゆる“ホスピス”がない。 在宅医療で様々の事ができるにしても費用がかかる。 在宅医療医師の高齢化 在宅療養支援診療所ではありますが現在まで在療支診所として医療費の請求をした事はありません

	…当地の農家や老老介護の経済状態では本当に請求できる状態ではありません！
578	「明日のことは誰にもわからない」「明日は我が身」 今のうちに対応出来るシステムを構築しておかないと自分の時に困ったことになるよ。 こんな調子でやれる人とやれる事からネットワークをつくる努力をしています。
579	当市において、以前グループ診療を推進、実行したことがある。各開業医が自分で抱えている寝たきり或いは末期の患者を数人の医師が、組になって、お互い助け合い主治医が学会、旅行等で不在の時はお互いにカバーし合って、診る、無医師的な状態をなくし、患者・家族に心配を与えないようにして、在宅医療を行っていこうとして、行政も協力し、10 年以上も推進して来たが、医療者の個々の意識、職責の欠除、希薄により、発展的解消？になってしまった。医療者の意識の改革がない限り、この問題はいつまでも解決しないのではないでしょうか。・
581	在宅医療を支えるのは主に開業医であるが、診療時間内の急変等には対処できない事もある。 在宅死を希望されても深夜帯に度々往診するのは容易ではなく翌日の診療にも差しつかえる事がある。 又死亡 24 時間以内に診療していなければ死亡時に立ち合えない時は死亡診断書ではなく死体検案書になってしまうのも現実的には困る事である。 （例えば、1 週間以内に往診に行った時は深夜の死亡に立ち合えなくても翌朝の死亡確認でも良い様な法整備をしてもらえれば助かります） 診療報酬のみによる在宅医療への誘導では限界があると思われます
583	最後を迎える場所を患者自身が考える時、確かに自宅が一番多いと思われる。が、その反面病院が最後の場所が多いのが現実である。 私自身、自分の最後は自分で決めたい。しかし、現実はどうであろうか？患者「全員」が 24 時間 365 日の介護を受けられるのであれば、当然自宅での最後が増えるであろう。 その為には、人員、設備、施設及び財源が十分でなければならない。 私の選択も、家族への負担を考えると、病院を選ぶに違いない。
584	私は古くから在宅死の必要性を訴えてきました [redacted]区医師会長在職中に[redacted]で始めて、医師会立の訪問看護ステーションを設立しました。 又、当時の厚生省の医療課長が来[redacted]の時、訪問看護婦の診療報酬の低さを訴え次回の改正で 2 倍に引上げて載いた記憶があります。 その後十数年予想した程在宅死の数は増えず残念に思っている。 高令のため閒もなく閉院しますが、先生のような方が全国各地で活躍されることを切に切に希望します。
585	本人の意志が大事。伝えられなくなってからでは遅いので、早めに若いうちから家族と方向性、意志につき、伝える事、相談する事が大切。文章として、残しておくのもよい。 それに順じて、いよいよ必要となった際に、本人が意志を伝えられるのであれば本人をまじえて、無理であれば、医療者側、家人でよく、相談する事が必要。
587	個々でのちがいも大きく、環境、経済面などの因子も関わってくるため医療サービスを提供する側としては「おしつけ」にならないのが大切。 本音の部分も話せる関係作りが重要。
589	現状のシステムの拡充・広報活動・病院医師、かかりつけ医一般の理解の向上、十分な国家予算の配分が必要。 義務教育の期間に、これらの問題を時間をかけて学習する機会を設けることが望まれる。患者になったとき、家族としての対応、医療者になったときの考え方を養う基盤になるはず。 Q. 比較的健康なときは殆んどの人が在宅死を迎えたいと答える。 病気の進行とともにその率は変化しますか？　同じですか？　増えますか？
591	先述しましたように、世代間の意識のギャップをうめる努力を社会全体がしていけばこの問題は解決します。 医療が資本主義体制の中にくみこまれ、介ゴでさえ、利益追求を目的としている時代です。医療介護は社会全体のセーフティーネットとして、管理されたものにする必要があります。
592	本アンケートの設問もそうですが、最期まで居宅で終焉を迎える事に少しこだわり過ぎている論調を多く見かけます。自宅での療養を希望する人が多いのは事実ですが、状態が悪化したら入院をと希望している患者、患者も多数います。 設問中の図しに書かれた内容は、すべての在宅療養支援診療所で可能な様に書かれていますが、現実とは異なります。 在宅支援の体制が現在不十分で、これから体制作りに向けた制度が必要なことは誰もが感じてる事ですが、「何が何でも在宅」といった発想には誘導しない様、気をつけるべきと思います。
594	政府、社会、県庁、医療関係者、親族らの協同会議の必要
596	・あまりにも複雑すぎて何から手をつけるべきかわかりません ・在宅療養の効率性の問題もありそうです。
597	（医療スタッフ） ・入院時から退院時計画を立案（現在あるペーパーのみではなくしっかり中身のあるもの） ・入院時に療養者に携わるすべてのスタッフが療養者の生活を考えられるようなシステムや教育 ・病院で看護をする or 医療に携わる人とＭＳＷ等橋渡し役との共通認識、話し合う（カンファレンス）等リアルに伝わる方法で。 ・ＭＳＷと地域、在宅サービスを担う人との共通認識 ・在宅サービスの知識のあるＮＳの育成や教育。 （家族）（療養者） ・療養者に携わる医療スタッフと家族のコミュニケーションを密に。 ・家族援助が出来るＮＳの育成　　）看護師の up ・精神的援助が出来るＮＳの育成 すみません思考過程ですが…書き直したいぐらいです。 “療養者の生き方”を中心とした考え方の出来る医療スタッフの育成にポイントですね。
600	現在訪問看護を行なっている立場から 療養者の生き方を考えている「施設側」がどのくらい居るか疑問です。その余裕もないと思える現状がこれまで、何回も経験しています。 困難なケースは施設へと考えられてもいます。これは、ケアマネにも多く知識が不足している事を実感します。 これは逆に在宅では困難（介護や知識、経済的にも）とも思えるケースが何の説明もなくただ帰ってきてしまうことあります。 在宅への移行がスムーズ、協力体制がとれる、医師が協力してくれるケースは、いまだにラッキーな事と考えております。
	各職種間施設間の連けい又、医療施設サイドからの情報提供、知識の習得や主まだまだ存在する医療者側が強い立場との認識の改善が必要です。 どうしたら患者さん医療を受ける側が、対等に自分生き方を医師等に説明し、理解してもらえるかと考えます。治療ではなく生き方を考えてくれる医療機関医師が増える事を希望します。医療機関では、治療する所その後はそちらで考えて下さいとの対応がほとんどというのが、身近な機関の対応です。 制度ではクリニック等のみならず病院での在宅患者への対応をもう少し評価し、病院が在宅を手掛けるきっかけがもう少しあれば良いと考えます。
601	変化した身体をありのままに認めながら生きてゆける支援が必要と思うが、希望通りにはなかなか行かない現状。 ＩＣＦや在宅医療を理解してもらえるよう情報提供することは必要と考えられ、今後の課題であると思う。
602	本人の“生きる力が一番大切と思われる。 療養者の家族関係についで周囲をとりまく環境、日常生活、習慣等全てがプラス思考に組み立てられれば最高です。転んでも起き上られ体力、精神力を如何に強化出来るかも課題の一つである。柳田邦男先生の著書の中に人間は生きる“長さ”ではなく充実した“質”が大切だと云われたことが印象に残っています。〈以上〉
603	可能な限り家ですごす最後まで家族に看取られながらの生活を続けられる…というのは理想かもしれません。 しかし今後、未婚者が増え独居老人が増加する事が予測出来る中、また違った形で、最期を迎える場を考えてゆかねばならないとも思っています。 必ずしも皆、家族がいて皆幸せな中ですごしている人ばかりではないのですから。 ＥＸ　生保で独居で、といった場合、必ず役所の方からしかるべき施設を探して来て本人の望む、望まざるに関わらず、移らざるを得なくなっています。 在宅志向が高まっている中、おきざりにされる人間の事も忘れない国策を望みます。
606	現在介護力の低下が心配されて折高齢者 1 人を 3 人（配偶者家族医療職介護職）等で支えている 皆自分の願った場所で人生の最後を迎えたいと思っているができずにいるのが現状らしい。 今后在宅での介護を支える上で医療システム介護システム社会資源医療と介護の知識技術教育が重要であり課題がある等々今回のアンケートで学ぶことができました。 ありがとうございます 今后もう少し勉強していきたいと思います。
609	社会が進展すると reality と virtual reality が混在し、これが生き方、死に方に連らなってくると思われます。 〈幼年期：reality に基づく生活。 壮年期：reality＋virtual reality に基づく。 老年期：reality にもどる。 事ではないでしょうか。
611	まず、在宅ありき。という感は否めない。今までやってきたやり方をそのまま続けている医療者も多く今までのやり方をすべて否定すべきではない。 数人の在宅医は熱心であっても多くの開業医は在宅での終末期医療や介護度の高い方への診療はむしろ希望していないと思われる。よほどの金銭的な補助をつけないと在宅医の希望者はふえず在宅医として現在頑張っている Dr と症例数がふえればふえるほど疲弊してしまうのではないか。 病院医＋開業医とが合同に運営出来る様な新しい在宅支援センターの開設などが出来れば理想的と思います。
613	地域、医療者、患者、家族、それぞれが人間らしくその人らしく暮らしていけるようそれぞれが負担をわけあって終焉できると本当にありがたいと考える
615	このような視点に立って何かを考えた事がないので、きちんとした文章に表現できません。長年在宅医療に携ってきて最近痛感するのは、「患者」や「療養者」や「利用者」が中心で、主役であるのなら、そういう人達がもっと自主的に努力して、自分の希望がかなえられるよう周囲に働きかけるべきではないかということです。他人まかせにして誰かに何かをおねだりするような患者や家族は、在宅医療でとても手がかかります。 主体的に動いている患者や家族は、現状でも、どんな制度下でも、不自由なからだで楽しく人生を送ったり望んだ形で最期を迎えられるのではないかという気がします。そういう方達も見てきましたし…お手伝いもしてきました… このアンケートの視点は、私の携っている在宅医療とかなりずれているのでは･･･という感想を最後に抱きました。
616	ねたきり独居の自宅での看とりできます キーパーソンは自分です サービス業者のキーパーソンは訪看ナースです 訪看ナースは 24hr365 日 あなたの味方です。 あなたにかかりつけ医がいるようにあなたには、かかりつけナースが必要です。 訪看ナースは、あなたの自宅での看とりを心から応援しています。
618	情報として 療養者のこと （・物理的、身体的な状況 ・社会的（家族、経済、住宅、友人）な状況 ・心理的、哲学的な状況（人生観)…ことばにできない 医療・介護環境について （・地域の医療資源、在宅療養が可能か。 ・主治医、ケアマネの選択の自由 ・Formel／informcl なサービスと■■可否 を把握したコーデイネータ（医師、看ゴ師、ケアマネ、保健師、MSW など誰か）が中心となった傾聴的な話し合いをして今後の療養者の生活の選択にむすびつけれれればよいと考えます。 又、当初の予定とは異なる状況になった場合、修正が可能となるように支援するべきと思います。主治医やケアマネの交代も受け入れやすい関係づくりができればよいでしょう。 「自宅ですごしたい」のは誰で、「すごさせたい」のは誰なのか、又、人生のどの段階で希望するかも、その人それぞれ変動があっていいと思います。 病状に応じて人の心は変化しますので、随時傾聴できれば療養者が心身ともに穏やかすごすことができるのではないでしょうか。 医療提供者として、療養者や御家族への選択肢の幅をうんとやわらかくし用意したいと日々考えております。
620	医療機関の多くの専門医の医師たちは、在宅医療についてまだまだ理解していないと思います。 少しずつ地域の拠点病院の先生方と在宅医療を推進している先生方の交流が行なわれるようになってきました。” こういう機会がないと院内に居る先生方は分からないんだ” というのが率直な感想です。

	又小さな診療所（一人医師）ではなかなか難しい問題がまだ整備されていないのが現状で在宅で点滴をする事すら難しいと思っている先生方もいらっしゃるのが現状と思います。 在宅療養支援診療所の制度などできても在宅で終焉という政策誘導は現実的ではないと思ってます。 ただし、在宅で終えたいと家族や本人が思ってそれを受け入れて来れる在宅医療をすすめている Dr に出会えた場合はとても幸せだと思います。現実に私達もその一員としてかかわれた事があり、支援しがいのあるいい看護ができたと思える事もあります。 患者、家族の負担は、身体、金銭的にも多くあるように思われます。 ある利用者から昔の人は“がん保険”など入っていない人も多く入院だったら戻ってくるのに･･･。と言う意見がありました。
621	ＩＣＦはリハ医療に、基軸を置く、医療者にとって最もbasicな概念であるが、リハ医療に基軸を置く、医療者で、終末期在宅療養をテリトリィーとしている者は少ない。 ふつうの内科系外科系診療所医師でＩＣＦに興味を持っている医師も皆無なのではないか？
623	①主治医にかかわらず、関係する医療・介護スタッフ・行政・地域住民におよぶ人々が、正しい知識や情報を得ていくことが第１の課題と考える。 ②誰でもが、在宅療養が最高であるとは限らない（支える側の家族の問題や地域性等の要因かも）。 さまざまな情報を本人・家族に提供し選択の余地を与えることが大事。
624	まずは、行政（市町村の保険部など）が、患者、家族、ケアマネージャーの間で、患者のニーズを把握して、それを実現するには、いかなる方法があるかを模索しあう。しかし、現実にはそこには、経費が伴い、何らかの少なくない自己負担を現在の制度では伴う構造になっている。数万円の年金暮らしでは、介護保険料、国民健康保険料だけでも負担できないくらいに多い。田舎などではm通行量の少ない道路拡張、舗装化が進められ過疎化の進行した田舎でが、舗装された立派な道路だけが直線上に伸びている。医療・介護は弱者にしわ寄せがくるので、選挙で票にならないので、常に見捨てられる。みのもんたが朝ズバでいつも大声で唱えるように自立支援などに関する削除反対を唱えていることに親近感を感じる。自民党の阿呆首相、それにこびる自民党政治家国民のことを考えようとしない官僚の天下りなどの経費を医療介護に回せば消費税など上げなくてもできるはずであるがそういう配慮をしようとする政治家など見あたらない。
627	患者本人の希望の療養と介護する家族の気持ち、生活環境に大きな解離がある。 現在のような経済状況では夫婦、子供（高校生以上）のアルバイトや仕事はあたり前となっており在宅でも患者１人が寝かされている場合もある。 場合によっては老夫婦が老ー老でみている場合も多い。 在宅で病気を療養して在宅で死亡するのは理想かもしれないが現実にはかなり困難では。
628	バランスのよい政治介入 （不公平のない）
634	在宅で過ごすという事は生活全般を看ていくという点で医療だけではどうにもならない事がしばしばあります。社会資源を活用しながら他のサービス担当者と連絡を密にとり合って連携する。会議をもって共通意識をもちながら課題を持つ。 患者さんをできるだけ良い環境の中で過ごさせてあげたらと思います。 しかしながら独居高齢者世帯在宅で過ごす為の環境は必ずしもいいとばかりは言えません。国の対策自治体の補助等必要です。 病気になって初めて、在院日数に限りがある事費用の多々、在宅におけるサービス制限を考えるのではなく、日頃こういう整備がほしいものです。
635	早い段階からの教育（福祉、死生観等） 行政、医療機関、療養者およびその家族、社会資源間の連携・協働 行政上のサポート 人財の育成
637	患者・家族・多職種による意見集約
643	日本の介護保険システムはｐｏｏｒである。 介護認定一つとっても認定審査会では、同居する家族の有無は認定の判断する材料に入れてはいけないことになっている。が、しかし主介護者が不在のためアンダーな介護サービスしか受けられない患者はたくさんいる。 経済的には、同居する家族の介護をあてにしておきながら、介護認定の時は考慮してはいけないなんて二枚舌もいいところです。 日本の安くてまずい介護保険システムのためネグレクトされている在宅患者をたくさんみるにつけ、日本の在宅医療は全然普及しないと考えます。
644	在宅診療医の連携が必要であり、療養者１に対して医師１は対応不足である。特に在宅での人口呼吸器などの専門知識が必要な場合は医師の連携を取る事が出来れば在宅医療への安心感も出てくるのではないかと思います。 在宅医療・介護を取り巻く環境はまだまだ不十分であり、病院・施設への依存は増える一方だと思います。 当社ではデイサービスの跡地を利用し在宅サービスに近い環境で終末期・神経難病などの療養者の受け入れを行っております。 近隣の病院からの要請も多く、病床のある病院の現状も理解しており連携しています。ボランティア的要素は、多いですが、このような所も今後必要になってくるかと思います。
647	「居宅の自然死」は望ましい最期。 一定の入院治療を受けて後、在宅療養に移行した療養者に対し、在宅療養支援者は療養者の苦痛の緩和と余病の予防に主眼を持ち、むやみに延命を求めて再入院、再検査、延命用医療器具の増設を患者家族に進言すべきではない。忘れてはならないのは、介護を担っている家族に対するねぎらいの態度と負担の強制をしないことである。
651	在宅を押し進めるのであれば基本は、個人の自由をいかに保証できるか？ではないだろうか。入居（入院）している施設サイドの条件により生活は著るしく制限されている。少なくとも医療に係る側面については何らかの規制や監視の目がある。しかし「生き方」について考えるのであれば、いかに医療や、複雑な制度の名目で制限されていることか。 「生きる」とはやはり、自由と言う事であり、それを支えるスタッフの心労は並々ならぬものがある。だが、サービスの時間が単位で制限されるものでもない。我々が自由に酒を飲み遊びに行く権利をどう支え、保証できるのか、その上で必要な医療を付帯していく事が可能なのか、大きな課題である。 生き残りをかける施設とそれを利用する療養者の利害が一致する事は現行では難しい。ゆったりとした時間と空間を提供し、満足の得られる環境と、サービスの提供できる施設に点数配分を手厚くする等が行われなければならないのではないか。決して決められた基準だけではない、満足度の問題である。 医療難民や、介護難民が増加すると思われ、「安心」出来る環境の提供が最大のテーマではないのか。もちろん、

	サービスを受ける側も提供する側もである。「安心」と「心からの笑顔」を目標としたい。
655	動けるうちは家にいて、動けなくなったら入院というのが、現実的ではないでしょうか。 抗癌剤の外来治療も急激に進化しており、大病院にかよう人が多いなか、最期の段階で病院に来なくて良いとはいえず、普段からの勤務医と開業医の医師との連けいが必要と思いますが、いそがしいこともあり、難しいと思います。 在宅でみとっていただける医師も少なく、紹介先もほとんどありません。
658	家で過ごせるような、地域、社会の基盤作りが必要。現状の核社会では介護する側もされる側も救われない。
659	自ら学ぼう我人生。 生きることは死と向きあうこと。
661	・在宅医療、ケアの整備、連携 ・人材確保 ・経済的な問題
662	最後の内容の「最後は家で死にたい」という本人の希望にただ単にそれでは家へ帰えりましょうと答えるのではなく、家に帰ってどんな風に生活したいかどんなことをやっていき、どういう風に死にたいかということを十分にＰｔさん、家族から聞いてそれを聞いた上で私たちは「それならばこういうことが出来ます」といろいろ提案してみて、Ｐｔ、家族に選んでもらう。 そんなやりとりが十分に出来ていれば、あわてなくても緩やかな最後を送ることが出来ます。 告知もされておらず、疼痛緩和だけ行っても「なんでこんなに薬ばかり飲ますんや、眠たくなるって…意識がなくなるようなことはいらん！」や家族に痛みをとってほしいと希望され薬を増量すると副作用も強く出てしまい「なんか悪くなってしんどそうじゃないか」など説明の不十分さが最後の最後まで悪循環として残り満足のいく医療が受けれなくなってしまったということもあります。
664	・病診連けい ・各職種におけるチームワーク ・療養者を中心にスクラムを組む
665	利用者、家族を中心に種々の職種が協動し安心して暮せる事を支援する 24 時間生活しているのは利用者であり家族である 利用者、家族自身の持つセルフケア能力を高める事が重要と考える 連携方向性の統一安心感の確保
666	核家族を主とする日本社会では 「居宅生活の終焉」は殆んどの人にとっては夢である！！！
670	在宅患者の家族への負担 経済的負担） 図Ｎの支援が在宅患者サービスとして問題なくできるのであれば在宅希望患者家族は受けいれ可能となる。 （例）介護ヘルパーは家族であっても可能とする。(50～70 才の家族への経済的負担の軽減及び所得の保証）
672	今後 20 年もすると、高齢者の増加とそれを支える側の人口の減少により、介護力が低下することが心配されている。 現在は病院で死を向える人が大多数をしめるが、人口割合の推移を考えれば、今のシステムでカバー出来なくなることは目に見えている。 今後は、在宅スタッフの充実やシステムの構築により、病院スタッフだけに頼らない、社会全体で患者を支えていくような展開が必要と考える。 この考え方を、医療を提供する側だけでなく医療を受ける患者、家族も共通認識としてもつことが不可欠である。
673	問１９－ｃの続きになりますが、必ず本当の Needs が明確でない。国民性は有るのでしょうが受ける側がまず何を要求しているのかを明確にして欲しい。 「できるだけ」とか「最善の」とかいった表現ではなく、「こう生きたい」「こう死にたい」とはっきり意見を表示して欲しい。それに対して出来る事、出来ない事は自ずからみえてくるし、在宅でうまくいく例では大多数が受給者側の意志が明確である場合だと思います。 「自己責任」という問題を行政か使うときは、うさん臭いのですが、最後の所ではそれしかないのも又事実で、環境を整える事にも、各自がはっきりと主張していくしかないと思います。
674	すべての国民の生活が安定していること。 将来の展望がもてることが基本。 まさに衣食足りてである。 健康つくりや、予防について動き出すには生活の安定とゆとりが前提条件と考える。 さらに高齢者や身障者と共に生きる社会を地域を合意のもとで語りあうことが必要と思います。
675	在宅療養に対して、もっときめ細かい、多大なるサポート体制が必要である。
676	ノーマライゼイションを基本とし利用者（療養者）が在宅で継続して生活できるように各医療機関、介護施設、ケアマネ、訪問看護部、MSW等と連携をとりサポートしていく体制が必要と思う
684	医療者側の支援や社会保険や制度などを使えば療養者の生き方を推進していくことは可能であると思うが患者本人や家族の協力、意志決定などを統一していかなければ進まない場合が多く、時間が経てばその分、身体状態が悪くなり、願いが叶えられなくなるパターンが多い。早期から医療者が介入してもこのようなパターンでは無理が生じるため『任せる』という言葉でいるのではなくしっかりとしたビジョンを持って病気と向き合って予后を生きてほしい。
685	当院の患者さんでも、治療を終えると自宅近くのバックアップ病院を決め、入院が必要な状態になるまで在宅ですごして状態が悪くなると入院し、終末期を迎えるというケースがほとんどである。 患者にはやはり最期は自宅で看取って欲しいという思いがあるが、現代の社会事情的に 24 時間 365 日家族だけで患者を支えていくのには難しい点が多々あると思う。たとえば患者が 40－50 代の男性であれば収入源を失うことで経済的な面で支障がでてきたり、家族としての機能破綻をきたすのではないかと思う。 患者の思いとは裏腹に受け入れ手の家族にしたら、もし、急変したらどうしよう、たとえば癌性疼痛で苦しんでいるのを目のあたりにして何もできないという葛藤が生まれる。患者をのこして、外にも出れないなど。 患者だけでなく家族にも大きな代償がついてまわる。
686	“ありのままを認める”ということは簡単なようで最も難しい。老化、病気は必ずやってくるものであるが認めたくない、認めたような言動はしても「でも…」という部分はある。自分以外に対しても身内の病気、老化も認めたくないという抵抗がある。それは、死への恐怖、体が機能しなくなることへの恐怖、病気に対する恐怖が大きいと思う。又一人前だった人が誰かの助けを借りないといけなくなることへの淋しさ。人は独りでは生きていけないため支え合っていける環境づくりができればベストである。

	昔は、年をとると隠居生活で余生を楽しむ、とあたりまえであったことが今は、年をとると邪魔者扱いをされる人もいる。順送りであたりまえであったことが違ってきた。育ててもらった親のめんどうをみて当り前ではなくなった。コミュニケーション不足も問題である。 まずは、自分らしくを認める勇気、そして人もありのままを認めていける精神力を持つことが必要である。できる人ができる事をし、支えあっていく環境作りが必要であると思う。それは個人単位でなく、地域、医療福祉で考え、誰もが“死を選ぶ権利”を主張できる社会であってほしい。訪問看護として在宅死でも可能であることを知ってほしい。 家族の死は家族ひとりひとりが生命に対する考えを持ついい機会であると思う。
688	・尊厳について常に考えていく。 ・本人の意志決定を支援していく。 ・地域での連携を強化し、シームレスケアにつなげる ・チームの連携 ・在宅で生活できる事を理解する
689	・一医療機関で全ての対応は不可能。 ・各機関が対応箇所を強化し、情報発信。 ・双方向で互いの情報を知っておけば、頼るべきときに頼れる（お願、依頼）出来る関係 ・判断が早い＝患者、家族心理は的確：スムーズな対応という印象 ※ズルズル治療に集中して効果ない→ＥＮＴして下さい、なら、 病院に見捨てられたという気持ち 転院した先でも、何も望まない目的がぼやける→行く所がなくて来た 悪循環の連鎖になりトラブル発生しやすい 地域の医療機関の得意分野をより知っておく必要が大事と思います
692	昔の日本のように、在宅で死を自然に受け止め看取っていた時代とは違い、病院で死を迎える事が現在は一般的になっている。 そのため死に慣れていない一般の人々が看取りをするというのは不安が大きいのだと思う。 また、医療が日進月歩の現在、在宅で療養者が生活するとなると、何らかの医療行為が必要となる場合が多く、それも問１９－ａにあるようなギャップを生む要因となっていると思う。 そのため 24 時間フォローできる体制（表向きはそうなっているが介護認定により希望通りのフォローを受けられない人も多いし、料金の問題で受けたくても受けられない人が多い）を作らなければ、ギャップはうまらず在宅医療も進まないと思う。
694	療養者がその生き方を再構築することが困難であることを日々感じる。“変化した心身をありのままに認めながら生きてゆける支援をおこなう”立場にある医療・介護の提供者側が果たして、“変化した心身をありのままに認められる”価値観を抱いているのでしょうか。と考えます。 在宅を推進しようとする行政、機能分化を推進している医療行政、それらの行政を動かして法律を作っている人達が、変化した心身をありのままに認められる、受け入れられる、差別しない価値感を抱いているかは疑問です。 今後医療を受ける側になっていく者としては、縦割の機能展開ではなく、横のつながりが図れるそれを希望するし、療養者の生き方を獲得する為にもそれ以前の生き方を構築する必要があると考えています。
696	相互理解
699	療養者が自分自身の希望通りの生き方をするためには、現在では自分で勉強し知識を身につけるしかないと思います。 すべての医療者にまかせるのは困難。 自分で医療者を選択し自分の希望を叶えてもらうしかないと思います
707	入院日数短縮化の為もあり、重症者や終末期の人の訪問看護が激増しています。そのほとんどの人が、在宅での生活イメージをもつことなく退院してきます。病院には在宅医療の理解ができる医師、看護師が少ない現状で退院前に家族への指導まで充分できていないことが多い。退院前のケアカンファレンスは重要だと思いますが、こちらからお願いしないと開催していただけないことが多いです。また、医療に詳しくないケアマネがとりまとめると退院してから依頼が来たりすることもあります。 準備が充分でないと身体的にも精神的にも落ちつかず、介護者も不安になったりします。生活が落ちつかなければ生き方を考えることもできません。 どのような生活を送るのかしっかりしたイメージがもてると、どのような生き方ができるかも考えられると思います。
713	・１人１人その人らしく生きるために、関わるスタッフが終末期を含めて意向を確認していく。 ・関わる様々な専門職は意向を確認しあい、本人、家族の意向に添う様な方法を考えていく。 ・主治医は本人が在宅療養を選んだ場合、最後まで支援する。 （１人の医師だけでなく、複数で関わるなどの体制の整備も必要） ・様々なサービス事業者が顔のみえる体制を作ること。
714	この設問の意味不明。
715	ＣＵＲＥよりもＣＡＲＥを中心とすべきと思う。 高令者といまの医学のミスマッチを痛感する。
717	療養者がどのサービスを受けるのが最適かを判断する keyman がいると良い。
718	現在 75 才以上の高令者の多くは、親の死が戦争に行ったことによっていたり、病院死だったため、生き方を考えた死に方を見ていないように思う。従って、おまかせの介護と医療の流れに乗るような人生の末となるでしょう。しかし、60 才これから退職する人たちは自分の生き方、死に方を考えて人生を今後歩んでいくため、おまかせに乗らない、自分らしい、終末を向えるのではないかと考えます。
720	現在高齢者は昔と違って位置的にも弱い部分におかれていると考えられる。そのため自分の意見が言えず、また、機能的にも考えるという能力が低下してしまうため、説明不足によってはとらえ方を間違ってしまうこともある。できれば医師のＭＴでは一番簡単な言葉で高齢者が理解しやすいよう説明を行ってもらい、その人の本当の願いを聞き出してもらいたい。 コミュニケーションスキルをＤｒたちにももっと勉強してもらいたい。
721	今后わが国は高齢者１人を 1.7 人で支えていく状態になる。しかし高齢者のほとんどが「余命が限られているなら自宅で過ごしたい」と思っている。しかしその半数以上が「希望は叶わないだろうと思っている。 これらの状況を改善するには国単位で対策を考えていかなければならない。その中で医療に携わっている、私達はさまざまな情報、知識を学び、患者とその家族の希望が通る様選択肢を広げていく必要がある。
722	・死生観を考える
	・疾病や加齢により「どのように身体が変化するのか」 疾病や加齢により「どのように生活が変化するのか」 を説明する。 ・「最后まで居宅生活して終焉」を向えるということはどうゆうことなのか　何が必要なのか。 ・各生活情報、患者家族との話し合いの合意。 病院スタッフ間の話し合い←→在宅スタッフ間の話し合 三者によるケアカンファレンスの充実 ・希望を実現するためのシステム→たて割のシステムでは、すき間に落ちてしまう人がいる。 ・国民個々の意識 ・血縁者の世話（家族の世話）になるのはいいが他人はいやだ。全て介助してほしいなどという意識。 ・死ぬまで治療を続けることと、自分らしい生活をできるだけ続けることとはちがう
723	※申し訳ありませんが、当方業務多忙で、上記問いに対して考えている余裕がありませんので割愛させていただきます。
724	24 時間支援体制が、充分に機能してくれば在宅で終末期医療もあたりまえのこととして受け入れられてくると思う。 まだ家族は人間の死を看とったことがない人達が最近は増えていて、自宅で死をむかえる親を看とる気持ちをもっている子供（といっても大人）は少ないように思う。 病院にいれば、充分な医療を親にしてあげたと思いちがいをしている人達も多い。 人間の死を身近なものとしては感じていないし受け入れられていない感がある。 これは社会全体の問題かもしれない。 本アンケートで在宅医療が充実してきていることを知ったが、その情報は、介護保険事業所のナースとの話し合いから知ることが多かった。 末期ガン患者在宅医療を行う心はあるが、大病院から当診療所へ紹介をうけることはまずないのが現状です。
725	今までの在宅医療の知識、理解を深め、さらにＩＣＦの考え方に基づき、生活すべてを支えることが医療者に求められている。 さらに、ステップアップして在宅医療を支援していきたい。
727	24 時間 365 日。 チーム医療
728	アンケートに答えながら、同時に学ばせていただきました。 実は本日はすでに 3／18 でじっくり考える時間がなく…。 しかしＩＣＦなど学んでいきたいことばかりのアンケートでした。 「人生」というものを、どの人もやさしく学んでいけるプロセスが「人生の最期」を決定すると思っています。 そのような学びの場となる診療所になりたいと努力していきたいです。 さしつかえなければこのアンケートにある図などをメールにていただければ私個人の学びにしたいのですが…。 メールアドレス■■■■■■■■
729	・当院、当地域ではかなり在宅療養在宅死が実現できている。それは良好なチームワークができているため。 ・療養者の生き方はその人の生きてきた過去が反映されており選択肢が揃っていることが大切。療養者が選べばよい。家族関係、経済状態、性格、疾病により療養者の生き方は異なり医療者は選択肢を提供できれば良い。 現状は選択肢が限られている地域が多いようだ。 ・往診している患者が年間 10 名前後亡くなる。 私が死亡診断書を書くのが 2／3、1／3 は最後は病院で迎えられる（家族の意向）。 ・患者が希望しても在宅療養を受け入れない家族も結構ある。 なぐり書きで申訳ありません
731	障害を有する人が在宅で療養するためのサービスメニューは、ほぼ出揃っていると思います。 問題は ①．利用する側が制度の内容や利用の仕方をよく知らない、知らされていないこと。 ②．仕組みが繁雑すぎること（図Ｎなど） ③．サービスを基本的には金で買う仕組みになっていること。 ④．経済的理由でサービスを利用できない人々が実際に多数いること。 だと思います。 〈対策〉 １．医療・介ゴ・福祉の壁をなくし、わかり易い単純な仕組みに組みかえること。 ２．所得の再分配をしっかり行い、経済的理由で利用できない人々が出ないようにすること。 ３．特に医師の教育・研修のあり方を再検討すること。リーダーとしての力を発揮出来るように。
735	今後、ますます進むであろう少子高令化、家族に負担を強いる現行の医療、介護保険制度、このような現状でどうして満足のできる在宅療養を押し進められるかはなはだ疑問である。 在宅療養は諸条件の整ったごく一部の人のみが享受できるのであってすべての人が平等に受けられるものではないし、これはより顕著になっていくと思う。 病院など施設の事情、患者の家族の事情で介護難民がちまたに溢れ、棄民を含め介護放棄が多数でてきそうである。 現状が改善されなければ日本の医療介護は近いうちに崩壊してしまうと思う。 医療介護には多くの金と人手がかかる事を国民すべてが理解しなければ、この現状を打破できない。 開業医の「赤ひげ化」政策では解決されないと思う。
736	訪問看護は主治医の指示がないと始められないのが現状。 患者さんの希望通りに「家」で看たいと思っても 24h 体制で支えてくれるＤｒがいないとやはり成り立たない。 「死」はいつか自分でもくるもの。 Ｄｒ一人一人、Ｎｓ一人一人、介ゴ者一人一人がもっと真剣に考え最后を苦しまないで幸せに過せるように考えていきたい
738	療養者にならなくても 人は、必ずかかりつけ医をもつこと。 ①大病院にはかかりつけ医の紹介状を持参すること、又は ②大病院にかかってもその治療をできる病院を紹介すること。 病気（がん）になった時
740	今後、自分が療養者になった場合は、自分の意志を十分に医療者に伝え、納得のいく治療、療養をしていきたいと思うので、まずは思いを伝えることが大事である。 又、信頼のおける医師、病院の選択を療養者が行い、納得できる治療ができるようにしたい

732	
743	＜療養者の生き方＞ ・自宅での看取りを希望されるにしても家族が居ない場合や病院での最後を希望しても、金銭的にむずかしい場合があり、本人らしく生きる事は、むずかしいと思います。 訪看という立場で、いろいろなケースに出逢い自宅での家族に囲まれた看取りについて何件か立合い、どのケースも「家で良かった」と話しているのを見ると、できるかぎり、ご本人やご家族の希望に添った看取りが出来るよう支援したいと思います
745	一般論として「療養者の生き方」は様々である。 環境因子、個人因子に左右される。換言すれば、金のある人ない人の場合、教養のある人ない人の場合、子供のいる人いない人の場合、面倒を見る人のいる人いない人の場合によって、夫々生き方は変ってくる。当然機能展開や他の連けいのはかり方にも違いがでてくる。 憲法の保障する生存権は、療養者の状態に左右されず皆平等に、生きる機会があることをうたっている。 しかし、平等である筈の生存権が環境因子、個人因子等によって、おびやかされているのが現実の姿である。 療養者の生き方で、その意思決定は誰がするのかも問題である。それによって生き方もかわる。ＩＣＦに基づく生活状況、ＩＣＤによる身体情報、病院スタッフによる分担・合意、在宅スタッフとの在宅療養の役割分担・合意、ケアカンファレンスへの積極的参加等により、得られる意見も生き方を変える大切な因子である。 療養者の生き方の理想は、自分で意思決定できる場合である。他の場合は、家族に関しては、面倒がって自己利益を測るケースもある。また、家族も療養者も知識のない時は、関係者が集って意思決定の合意をするケースもある。 結論として、「療養者の生き方」は、種々の要因等によって左右をされるが、結果として、療養者の満足のいく生き方であれば、何ら他人が口をはさむ余地はないのである。主観的にも客観的にも満足があればそれでよいのではないか。
746	・療養者の医療、介護等生活すべてに亘るサービスの提供 ・療養者と家族の経済力、介護力 ・医療者の思いと療養者の思いが一致しなければ不幸の結果に終る
748	何度読みなおしても本質問が何を問うているのか理解できませんが…
752	本人らしく療養生活ができる為には、主治医が必須で、それを支える在宅療養支援診療所の医師を中心として展開されるいまだと考える。 病院で入院中からその人の過ごす場所を早く決め、退院までの準備を行い、カンファレンスをする事でＧＯＡＬが決定できると考える。 社会資源、各種減急措置など熟知した上で、療養生活を支えていけるよう在宅でのサービス事業者間の連携を行っていく必要がある。 広報活動として行政や資料配布各種媒体を使っていく事が、必要である。
753	現在あるすべての法律や司法・行政・立法機関を廃止して、各人にまかせた生き方にすれば、現在の問題点の多くが解決できると思う。 必要とすれば日本国憲法のみ。

754	①基本的に 24 時間在宅患者をサポートできるシステムの構築が最重要。 ②患者等の家族への過大な理解や努力は期待しない方がいい。つまり見取る人達への負担はできるだけ軽減する。 心はゆとりを持って見取れる状況作りが必要。 ③①に関してはやはり予算の確保と無駄のない、不正のおこりにくいシステムの構築。 高福祉社会の構築（デンマークの様に）
757	“療養者の生き方”を知る為には、まず信頼関係が大切です。 “生き方”“死に方”を知ることは、これから関わるすべての療養者の方々に共通し最後をどのように医療者側がサポート出来るかにかかわってきます。 その為にも、一人々の“人としての質”を磨き、もちろん、医療・看護・介護・その他職種のスキル up や、技術を磨いていくこと、色々なチームとの連携や、勉強会、講演など向上しようとする力を一人々が持ち周りで高めていこうとするチームの一人でありたいと。 “経験”すること、出来ること、させていただけることを恐れず前向きに一生懸命医療者側も生きていく姿勢があれば、“療養者の生き方”の何らかのサポートが出来、支えられるのではないかと考えます。
758	病院から家庭又は施設の撰択が大部分で、直接相談をうける事は殆どありません。 ケースバイケースで、決定し、施行しむつかしければ、次善の策を決められたらよいと思います。
762	市や町単位で患者、家族、病院スタッフ在宅スタッフが集りお互いの意見交換やそういう組織の進んでいる所よりどのように連携しているかどんな問題があるかどのように対応しているか等ネットワーク作りから始めて意見を出しながら、その地域にあったものを構築出来たらいいなと思います。 又地域の力（ボランティア・その地区の政府の協力）も一方で養って行けないでしょうか？
763	本人の強い考え、意思を十分伝えておく事。 特に「尊厳死の宣言書」等を十分利用する事。 後はとにかく医者の側も本人の意向を十分理解して対応する事。それ以外にはないでしょう。 ・とにかく現状はむだな延命医療が多すぎる！！ ・家族内介ゴには限界がある。それをいかにカバーしてあげるか。 介ゴ施設もよいが、経済的な負担が多すぎる。 ・介ゴ職員の給与が安すぎる。 とにかくあまりにも問題が多すぎて、とても十分な説明も伝えたい事もできません。あしからず。
764	施設（周辺にある）（救急車にて 10 分位）[redacted]病院 （二次医療機関（[redacted]病院） 救急及び高度医療機関（[redacted]医療センター） （救急車にて 30 分位） 特養ホーム老健施設グループホーム有料老人ホーム） 在宅を支える （訪問看護 訪問介護 訪問リハビリ 地域包括支援センター 開院して 27 年間、年令まもなく 65 才になります。 開院当初と比較したら、在宅を支えるのが、この 7～8 年にてずいぶん充実してきました。在宅での介護看護医療もし易い環境になりつつあるように思います。 しかしどこの施設においても 24 時間の対応というのは自ずから限界があり、そこまではどこも自信がないのではないでしょうか。できる範囲内で何とか皆無理をしてやっているのではないでしょうか。 経済的な資源も期待できないしそれに伴って人的資源もまかなえきれないし、また人的資源も少なくなっていくし、希望どおりに夢のようには、現実には困難があるのではないでしょうか。
765	療養者が希望しても居宅での療養には環境整備が必要である。 ・老々介護が多いなか、ヘルパーなどの社会資源を利用したとしても 24 時間対応は難しく、また社会資源利用を厚くするには費用もかさむため現実的には難しいことが多い。 ・全身状態が悪化すれば入院加療という型をとることが多くなるが、家人での介護が難しくなり、施設入所も考慮される場合、全身状態がおちついていることが条件となることが多い。入院の適応ではないが、家でみる介護者不在の時に、施設入所も難しいことがあり、そういう場合の対応が特に大変である。 ・24 時間対応ということで「電話連絡は可能であるが状態が悪く、頻回に対応しなければならない場合 1 人ではなかなか大変であり、重症な療養者の人数はかぎられてくることが多い。 ・訪問看護ステーションにおいても 24 時間夜間対応の重症療養者の増加は、対応しきれないことが多くなってきている。在宅医療においては絶体的に介護者の人数確保が必要と思われる。 ・一人暮しの方も増加してきている中、何かあった時に、後のことをだれがやってくれるのか連絡先がはっきりしないことが多く、そのことも調整することが医療の他にかかわらなければいけないことがでてきていることも負担が大きい。 ・本人が自宅での療養を希望されても、介護者や調整、できる人が存在しなければ難しく、現状そのことがととのえないため自宅へ戻れないと思われる。
767	各職種間の連携をはかるための“場”の提供も必要だが、連携をとっていく“必要性の認識”がまず不足していると考えますので、療養者という考え方、患者（治療するべき人？）としてだけではなく“病気を持ちながら生活する人”という考え方が重要ではないかと思います。 病気は治ったけど本来の人間らしいその人らしい生活ができなくなりました。では意味がありませんので…。又、その生活は家族が守っていくもので病院に入院させれば安心。ではなく、医療をうける側の認識も変えていく必要がある。健康に対する考え方、人間はいつか死んで行く者であるという考え方、などの啓もうも重要。医療を提供する側、受ける側の生きることに対する基本的な考え方を共有してから、いろいろな連携の話し合いのテーブルにつければいいと思います
770	「最期まで在宅で過ごしたい」という療養者の希望を叶えてあげるためには、医療職介護職の担当者、家族の役割分担を明確にし、それぞれの機能を十分に展開し、お互い密に、連携しながら在宅医療介護をすすめて行くことにつきるわけですが、「在宅に取り組む場合に、「どうしても在宅でなければ」と固執することはないと思っております。 病態や患者の要求や気持ちの変化に応じて入院と在宅を使い分ける柔軟さが長期にわたり療養者を無理なく、ささえていくために大切と考えております。
772	療養者の生き方を考える場合、本人の意向を十分把握しておく必要がある。多くの療養者は、介護者の負担を考え、在宅での療養を口に出せない人も多い。

	医療者も生活者として患者を促えることが少なく、病院と同じ管理ができなければ在宅生活は困難だと考えている。 在宅をささえる開業医も面倒なことから逃避したいと考えられている医師が多いように思う。 また、病診連携ができていない。患者も病院志向で開業医にかかりつけ医をもとうとしない。 かかりつけ医としての機能を理解できるようにしていく必要がある。 主治医も治療だけでなく患者を一人の生活者としてトータル的に考えられる人であってほしいと思う。
773	概念として人生に終わりがあるのは分かっていても、肉親に対しては、より良い完全な医療を求める人も現実には多い。またマスコミの論調もその時々の人情論に流れる傾向がある。
775	病院から在宅療養へすすめたいという波は、近日感じるようになってきたように思う。 しかし、退院するにあたって、病院とステーションや家族との話を十分にもつ時間が少ないように思うし、サマリー等の文面提供もいまだに不十分であるように思う。まだまだ今の世代の方は、家で死ぬという意識や感覚も少ないように思う。 もっともっと市町村、都道府県、国も、在宅医療の利点をアピールしていってほしい。 私達も切実に感じていますし、自分のこれからの人生も終末期には、自宅で家族とすごせるようにしたいなと思う。
776	ピンピンコロリの生き方がよい。 それには自分の健康に責任を持つことが大切である。 小学、中学高校の間に、医療者が学校に出向き、自らの健康維持の方法について教育できないだろうか。 生活習慣病により病人が増え介ゴの必要な人が増えていると思う。これを減らさなければならない。 予防に力を入れた取り組みが必要である健康保険も今のままでは破たんするので、シンガポール方式に変更することが望ましい
778	在宅医やケアマネージャーがコーディネートして在宅療養者をサポートすべきと思う。悪化時の対応や入院必要時の対応も考えると、電子カルテまでは導入しなくても、サマリーや過去のデータを参照できるデータベースが必要と思う。 また生活環境を考えると病院よりも施設が優れるので今後の高令化社会を考えると居住施設と在宅医療の連係も必要になってくると思われる
779	家族の療養者、療養疾病についての理解、在宅療養の限界が理解されており、それでよろしいということがあれば在宅療養になんら問題はない。 あとは、介護費用について充分な手当があれば、協力できる。
780	ターミナルケアの本質がまだまだ、訪問看護師が理解できていない現状と思います。 緩和ケア、苦痛の軽減と語句が早走りしており、ケアする事、時にはターミナル期の医療のお手伝い看護師が増えています。 私が、日々考えているのは「生きる権利」「死んでいく権利」は誰が決めるのでなく本人である事。 生きつづける事も死んでいく事も本人家族が幸福感をもっていなければならない。 死ぬ事への不安は皆あるもの。その部分を少しでも幸せに死んでいける様に援助する事も必要と思います。 ターミナルケアの中にきちんと、死への段階の説明ができる看護師、又それをみとどけてもらえる医師　共感、共勤できるケアマネがいてこそ成り立つものだと思います。 （とてもきたない字ですみません。このアンケートを記載中も、ターミナルの方が「もう疲れたよ～」とＴＥＬが入りました。痛みがないから麻薬は導入しないＰｔといまから戦ってまいります）
782	在宅医療に関して、すべての医療従事者、介護系の職員に知識の啓蒙が必要と考える。 医療のシステムが充分でない。 行政の側よりも、広報活動が必要。 緊急時、受け入れ病院が少ないことも、在宅医療のさまたげになっている。 私は必ずしも在宅死が理想と思っていない。より長期間、在宅で過ごすことが重要と思っている。
784	予防医学の重点を望む
789	学校教育の中で社会の色々なあり方、医療関係の職種を教える場を作り、自分自身の生き方を考る教育が必要かと思われる。
790	在宅医療の重視を、医療者及び療養する本人及び家族に押しつけるだけで事態は解決しない。 今の医療費抑制政策のもとでは、どんなにいいことをいっても実現はしない。 医療と福祉に国が税金（消費税は論外）を使うことを基本にしない限り、進展はない。
793	民間ではニーズに対してサプライが増加していると思うが、公的な部分が足かせになっている。
800	アンケートの質問が非常にわかりずらく、あいまいであてはまらないことが多い。 訪問看護をしていると主持医は病院医だったり、在宅支援診療所のＤｒもいるので、この質問文では答えるのがむずかしかった。 在宅の知識のあるＤｒもいれば、よくわかっていないＤｒもいる。 そこに大きな問題がある。 病院勤務ＤｒやＮｓはもう少し在宅ケアについて知ってほしい。 自宅療養を望む人もいれば、病院、施設で最后をすごしたいと思う人もこの時代なので多いと思う。 そういった意味で、施設・病院・在宅がお互いに情報交換し、その人がその人らしくすごせるためには、最后を迎えるためにはという目標にむかってケアしていく必要があると思います。
804	（①療養者の意志がはっきりしていること ②介護者がそれを支えたいという気持ちがある事 ③経済的保健（行政からの措置も含め）がある程度はっきりしていること 以上がないと知恵はしぼれません。 ②がなければ訪問することすら拒否される可能性もあります。 当法人としては①～③あれば関連法人や関係者事業との連携は十分可能でサービス内容も備っていますから、知恵を絞って、プランニング（在宅支援）することは可能です。しかし②が拒否され③があれば施設入所が優先されることになります。 一番つらいのは経済的基盤が中途半端で介護拒否するケースです
805	在宅療養が可能となる条件は最低限次の３つあると思います。 １．本人の強い意志 時には家族の負担感も押し切る、無視することができる程の強い意志があること。 女性の場合「家人に迷惑が掛かるから」と強く希望できない場合が多い。 各種サービスを利用しても、長期にわたる場合、次第に家族が疲れてくる場合が多い。
	２．家族の態度・体制 本人を支えようという強い気持ちのある家族が、複数存在すること。 ３．往診する医師・訪問看護ステーション、介護制度を利用できること。 自宅での看護・介護ができない場合、各種施設利用となりますが、ほとんどの施設の姿勢は「悪くなったら病院へ搬送」というものです。 今後療養者の生き方を尊重する制度を構築するには １．ホスピスの整備（在宅患者の介護を一時的に軽減する役割も含む） ２．各種施設での「みとり」を推進することがどうしても必要になると思います。
806	殆どの療養者は安らかな死を望んでいる ↓ 緩和医療 ↓ 過度の延命治療を望まない←→限界はどこにあるのか？
807	療養者及び家族の思いを職種が変っても同じく把握し対応する。 療養者及び家族が自分達の思いを素直に出せる環境を関係者が一体となって作っていく。 あくまでも療養者、家族の思いが中心であって、医療の提供が押しつけになってはいけないし、病院の環境がそのまま在宅に移行しただけの状況でもない。 自然に安楽安心が図られるよう連携をはかっていく。
808	24時間365日の医療支援を行うシステム構築が困難で苦労しています。診療報酬ではなく、行政や、公的機関によるサポートが必要と考えます。
813	障害をもつ高齢者もそれ以外の高齢者も、終末のことよりそこに至る長い年月をいかに幸福に生きられるかが重要だと思っています。 実りある豊かな人生を送った人が、最後の数日を病院で過ごしてもそれは構わないと思ってます。 終わり良ければすべて良いというようには考えられません。 家で看取ると医療スタッフや家族に達成感があることは確かですがまだそういう最後を迎えられるのは恵まれた人だけでしょう。 戻りますが豊かで幸福な人生を送るのはアンケートの対象の高齢者だけでなく、ほかの人にとっても、私たちにとっても簡単ではありません。（日本人に限ってみたとしてもです。） 医療や福祉のできることはたかが知れています。
815	・療養者の生き方の実際を多くの国民や療養者に知ってもらうこと。 ・大病院の医師が、在宅療養医療を軽視しないこと。「二足のわらじ」は無理なので、在宅療養医になってもらう必要はないが、見学や実習で、実体を知って頂くこと。 ・入院医療⇔在宅医療の連携を密にすること。 ・入院・在宅連携のカンファレンス ・在宅医療療養チームのカンファレンス　）をひらき、意見交換をすること。 ・24時間365日介護は技術的一理論的には全く可能だが、地域差があると思う。十分な人手がないとできない。 あえてアンチテーゼを示すとしたら、その場合、入院や施設入所するよりも社会資源が必要になる。それをどう考えるか。極端なことをいうと、そういう療養者が多数になると、地域の介ゴ力は破たんすると思う。
817	・まずは医療者の生き方、治療方針、どこで過ごすかを第１に考えて、確認してサポートする。 在宅での療養をできるだけ支援できたらいいと思います。
818	・病気をなおすのは、病院ではなく療養者自身である。 ・よりよく生きることは、よい死につながることがある。 ・終わり良ければすべてよし。
821	１．例えば、“在宅療養支援診療所”、“身体障害者自立支援法”などについて医師も療養者も知識としてあまりにも少ない。 ２．社会、家庭での療養環境があまりにも整備が困難。構造的問題なので（金を出せば）で解決は難しい。 ３．何ごとも「責任追及～それに伴う法律的規制」があり、地域がもつ小廻りがきかない。 何をするにしても、認可、認可、で知識がなければ何にもできない。 認可、責任の所在を追及されると、どうしても面倒になり人まかせ、行政まかせになってしまう。 ４．療養者側の条件で組合せはいろいろあるので、きめこまかな配慮が必要。一般論、総論的方針を示されても、現場では実際に動きがとれないことが多い。 対策（私見） 村構造、町、住宅構造と違いはありますが、区画し、その区画内の住民全員で、区画内で発生した療養者を看ていく桟構を作りたい。３Ｓ(Souial Supported System)昔の「隣組制度」の現代版を考えてみたい。
823	在宅医療が積極的に推進されてきているが、まずはその患者の病態を本人、家族がよく理解するように説明した上で、在宅の道否を決めることが重要である。とても在宅療養は困難と思えるような患者でも無理やり退院させて、在宅医として困惑し、家族もこんなはずではなかった。と期待はずれになることが時にある。 医療・介護・福祉・保健・行政を含めたトータルな力で支えるような仕組みを確立しなければ在宅医療はすすまない。 現在、ごく限られた在宅療養支援診療所の医師達で頑張っているが、このままでは、勤務医の立ち去り型サボタージュのように在宅医が疲弊し、やめていく可能性もある。
825	高齢者介護増加、家族含む介護力の低下が進むであろう近い将来、療養者の生き方を尊重した在宅生活を支援するためには介護者の生活保証も必要。療養者をとりまくチームの一員として家族・介護者を取りこむことが必要ではないかと思う。 介護者の支える第２のサポート体制も必要であり、療養者の生き方を尊重すると同時に介護者の生活、生き方も保証できるネットワーク化が必要ではないかと思う。
826	“療養者の生き方”というより、“人間としての生き方”“社会のあり方”から日本人は学習しなければと思います。 一部の人達だけが情報を得られるのではなくご高齢の方も情報や知識を得られるような方法で、広く理解をしてもらう。そして自分や家族の”療養”を考え自己決定したら医療者にその内容を伝え、希望する生き方に近づけるのではないでしょうか
827	当アンケートが行こなわれる様な時代となって来たことに喜こんでいます。 サービス提供者の論況のみのサービス提供では共感は得られません。 関係職種の全てが協力し共感し、仕事に喜こびが見つけられる時代であってほしい。 介護保険の導入以来「収入」を保つことに目がいってしまい、医療に及ぼす悪影響は目をおおうばかりです。まさ

	に負のスパイラルです。 医療・介護の原点に立ち帰り「患者の生き方」を尊重し支援出来る体制の整備を祈っています。
828	高齢化が進み老々介護となっている現在、在宅生活の継続に対しては不安がある 誰しも可能であれば家で終末迄過したいと願っているが、経済面介護面等さまざまな問題が多く残されている。 核家族が増加しているためか昔のように親が年老いたら子が親をみるという当たり前のような考えも薄れ家族間のきずなもなくなってきているように思う。また経済面においても共働きをしている家庭が多く介護のため辞めることもできず、また介護サービスを受けようとすると経済的負担も大きくなり、本人のニーズだけをなかなか受け入れにくいのが現状である。 しかし、在宅医療や介護の充実を図ることで、病院と同じ位の医療または介護が受け入れられるという認識が深まれば本人家族も不安なく在宅生活に移行できるのではないかと思う。それには地域や医療介護の連携を十分とれる体制にしていかなければならないと思うまた、社会全体で支援して行く必要があると思う。
829	①脳血管障害や認知症等で寝たきりとなり意識障害も生じ自分で食べられなくなった人は死にいたってもよいという社会的合意が必要 ②在宅医療を多くする事は家族が全然手助けしなくても介護者、看護師、医師が 24 時間かかわれる状態を作る事が必要但し本人負担の金が 5 万以上になってはだめ ③現在は病院を出された①のような人が入所又は入院場所をさがして苦労しています ④私の有床診療所はこのような方を入院させ医療介護をやっています。 家族の満足度は高いです。 理由は安いからです。 （有床診療所は老健特養より安いのが現状） 有床診療所をもっと大事にしてくれれば医療も介護も少しは安くなるのでは
830	在宅で最期まで過す場合、高令でも癌でも、まず自分は近いうちに確ず死ぬのだという、あきらめに近い開き直りができればよいと思います。 また在宅で病院と同様に高度医療（技術的にも人的にも）を強く求められても道は閉ざされます。 あきらめに近い心境になって頂ければ、それなら在宅ではどのようなことができるのか、どのようなことができないのか、できなくても死に到るまでが極端に早くなることはない。死ぬ 1 ヶ月前、1 週間前、1 日前にはどのような状態になり、その時はこういうことができるなど患者側と腹を割って話すことができ、信頼を深めることによりよりよい在宅医療ができる様になると思います。 在宅医療について医療側、患者家族側が持つ不安な気持を共有できればいいと思います。 また在宅医の持っている技術にも個人差があるので専門的な医療を受けられないデメリットと在宅で死ぬというメリットをてんびんにかけることも必要だと思います。 また、在宅で痛みや不安は克服できても、イレウスや大量出血など目にみえる辛いことを静観できるかも難しいところと思います。 多くの人が関与することで色んなことができるようになりますが、逆に方針が一致しなくなったり、多くの人に家の中に入って欲しくないという人もおられます。 すべて case by case で考えていくというところに在宅の難しさがあるようにも思います。 逆にそこがやりがいのあるところでもあると思います。
832	「療養者」は必ずしも、本人の意志にそえないことが多いのが、日本の実情と思います。如何に医療者が心をつくそうとも、住宅、家族の実情に左右されるのが今日です。毎回、私自身も患者さんサイドにたって考えされ、苦しむ事が多いです。 現想通り全うされた方の場合も「これで良かったのか」と毎回思わせられる日々です。ちなみに胃潰瘍になりました？？
836	療養者の生き方として、何が希望か家族スタッフを混じえた、検討会が必要である。 その上で在宅システムへの移行。 可能な限りかかりつけ医、主体で導入すべきであると考えます。
837	最も重要なのは訪問看護者を使って、患者家族がどこまで患者を看れるかということである。 家族にとっては在宅で患者を看るという経験に乏しく、ほとんどの場合は未知の領域である。 亡くなるまで、看ていればよいといわれても最後の最後になって病院に搬送され 1、2 日で亡くなっていかれるという例もある。日頃からの啓蒙活動が必要であると思われる。
840	高度な医療を在宅で行なうのが流行しているようだが必ずしも賛成できない。図Ｎの様な医療は本当に必要なのか考えるべきです。費用対効果の考え方は重要です。 訪問看護ヘルパー事業所は、経営の面からかサービスを入れる事に主眼が置かれているように思います。 ＰＥＧを入れ必要以上に長生きさせたり、抗癌剤を使いながら麻薬を使ったり等、反省すべき治療が多いように思います。
841	１．医療と地域（在宅ケアを支えるシステム）に溝があり、それを埋め、両者が共有できる「療養の生き方」のイメージがまず必要と考える。 ２．その上で ICF モデル等に添った具体的な設備システム作りを行う。 ３．地域による違いはあると思われるので、療養する人が動ける範囲ごとに作っていく
842	この頃、退院時病院に出向き在宅を利用する人と病院側の連携を持ち十分とはいえないが顔見世をして問題を提議し在宅での不安が軽減した上で自宅に帰ると言うことが出来るようになってきた。この連携によりどんな人が病院で主治医であったか、担当ナースであったか、在宅ではどんなナースが自宅に訪れるのかがお互い分かり、よい方法ではあると思われる。在宅で長くなってきても問題が出た時、その時の主治医やナースに連携室を通して聞くこともでき安心して在宅を継続出来る事もある。 ただ、介護保険が始まってすでに 7、8 年経過したが介護保険が始まる前から在宅をしていると以前のように在宅の介護の支援が楽しいものでなく、書類におわれ国、県、市の目を気にしながらと言うことが多くなったことが残念である。 又、マスコミも良い施設と言うことは紹介され、グループホームなど施設に入ることがすごく良いことのように話され、在宅では介護の疲労で殺人が起きたニュースばかり流れると在宅で見ることイコール疲労、殺人と結びつくように思われる。 実際に在宅で見ることの喜びもあり在宅の方が長生きできるという統計もあるのだが（長生きが良いかどうかは別で）感染防止や老後の生き方など考えたときも少し在宅での支援が強化され、労働するほうも楽しく、経営者の儲かる支援でなく実際に在宅を支えているものが経済的にも成り立つことを考えて欲しい。 実際問題どんなに忙しくても基本にある給料で名ばかり管理職で残業しているのは能率の悪い仕事をしている為と思われていることに、ここ最近はやる気をなくしているのが現状です。
843	「療養者の生き方」

	本人や家族が望む療養生活を支援できる医療スタッフ、介護スタッフがいます。お住まいの役場の相談窓口へ尋ねていただいて、知ってください。又、入院中の医療スタッフから専門の相談者がいることを聞いていただくといいです。
845	在宅で 24 時間 365 日の医療・介護サポートによる安心、安全■療養生活
846	費用がかからない福祉国家が出来ないとだめ 消費税をうんとあげること 在宅の費用をほとんど公費で負担してあげること
847	緩和ケアの患者さんにおいては、（当院で）在宅で最期まで看取ることが出来る場は、家族の介護が十分に行える家族の場合はありえるが、そうでない場合は、難しいと思われます。 病院で亡くなる患者さん又、家族に対して、当院では、家庭的な雰囲気を大事にしています。
848	・意識の高い、向上心のあるスタッフを多く育成していく必要もあるが、人手の確保も急務だと思う ・業務の分担をして、1 人のスタッフにかかる負担を少なくしたり、スタッフのケアをする専門職を積極的に取り入れるなど現場の離職率が下がる努力が大切だと思う。 ・患者、家族のニーズや現状を共通して把握できるよう、ケアマネを中心とした担当者会議の機会が増やせれば良いと思う。難しいと思うが、心がけが大切だと思う ・スタッフ育成の為の学校（看護学校など）で、倫理的な事をよりしっかり指導してほしいと感じる。 ・時間や心の余ゆうがなく、“療養者の生き方”を中心とする展開や連携が難しくなっているように感じる。
850	特になし
852	在宅ホスピスという仕事を通して、様々な在宅死を見て来ました。緩和ケアという名のもとに、症状緩和がしっかりと行われ、穏やかに旅立つ方は、残された家族にとっても良いグリーフをたどることができます。逆に、積極的な緩和ケアが行われない、もしくは病状把握がきちんとできず、主治医との関係が希薄だと、残された家族は、病的な心理変化を来します。 本人の意志が一番大事なのは、よく理解していますが、在宅療養、あるいは、看取りまでを望まれる場合は、家族の存在なしには語れないと考えます。本人の意志・希望を支えていく家族を、医療者として、どこまで支える事ができるかにかかっているのではないでしょうか。 まずは、在宅療養、在宅での看取りの認知度（社会全体の）を上げ、可能である事を知ってもらうことだと思います。 次に、在宅を支える支援体制の充実を図る為に、各事業所の研修の開催、他職種間での情報共有は不可欠です。私の住んでいる地区の在宅療養支援診療所は、施設と契約（？）しているから、届出したようで、実際の自宅での看取りに、どれ程、貢献されているのか、疑問があります。国、県の実際の看取り数や、看取りの場所の把握を早急に実施してもらい、看取りまで行う往診医の確保が急がれます。 また、独居や老々介護などといった介護力の低下へのヘルパー導入にあたり、ヘルパーの看取り指導も必要だと思います。（看取り前の方の保清は恐い…と言っているのを聞いて） そして、何より緩和ケアのテクニックが必要だと思います。まだまだ特別な事のように捉えがちですが、このテクニックを使いこなすことで、在宅の質はアップすると実感しています。緩和ケアの研修にも積極的に参加すると良いのではないでしょうか。 全体的に見ると、システムの構築や、それぞれのマニュアル化などになるのでしょうか。今后の人口変化や、世代の変化を考えれば、病院・施設・在宅という選択になるのでしょう。 その中でも一番身近で、ほとんどの方が、望まれている場所が在宅ならば、一刻も早い整備が求められると思います。 貴重な研究に参加できて光栄に思います。
855	介護施設だけでなく、臨床で働いているスタッフも含めて、各職種間の連携に対する知識、および各職種間で連携しなければ、質の高い在宅ケアは提供出来ないという意識が、まだまだ足りないように思います。QOL を重視して援助していく事が良いという考えはありますが、それはステレオタイプになっており、実際に業務にあたっていても詳細は専門の研修へ行かなければなかなか知識を得られないのが現状で、忙しい業務の合間をぬって研修へ行くのは簡単な事ではありません。普段から各事業所・各職種間で緊密な連携が図れるように日頃の情報交換や交流を持ち、利用者に対してだけでなく、各スタッフ間でのコミュニケーションも必要になっているのだと感じています。
858	病院から在宅へ 施設から在宅へ）という大きな流れは、時間はないけどゆっくり変えていくしかない。
862	基本的に、日本人の死への考え方を考え直さないとダメ。またなんでも他人のせいによる日本人の民度の低さ、社会の風調が改善されなければならないと考える。 本来、在宅よりも病院の方がケアには向いた施設なのであって“在宅”という言葉を後生大事にする必要はなかったはずである。もっと医療に■■をして、在宅にかわれる様な病院■■を調べて上げれば、かえって安上りで、もろもろの整備ができたはずである。 現状としてすべて“在宅”をおしすすめるのは、家庭崩壊につながりやすく一概に賛成はしかねます。厚労省の腰かけの言葉表現の思いつきで事を決定されてはこまる。（これまでの施策でうまく行ったことがほとんどない） とりあえずは、外人のマンパワーの導入を■■■■■■なるだろうが、彼ら外人への敬意もまた忘れてはいけない。 ■■■働きではありません。
865	親の代からの地で開業している者として昔の患者は幸福に死を迎えられました。 子、孫、兄妹、いとこ、すべての人々に手を握られて足をさすられ死ぬことが出来た 昔はどんなによかったか——と思います。 今の病院の医療に「臨終」はない
866	入院中在宅医療で、“できる範囲”も充分に説明し、本人の意志を正確に把握し対応していくこと、又、退院準備には、カンファレンスで他職種間での情報共有をしていくこと、生活しやすいよう変化に応じて環境を整えていくことなどが大切かと思います。
867	（療養者の希望 家族の希望 今の医療システム 介護システム　）でできること、できないこと これら全てを考えた上で療養者の生き方を支える必要があると考える。 病ー診連携を今以上に図っていくために、お互いが顔をあわせる機会を増やす。 医療だけでなく介護・福祉分野の担当者との連携をもっとはかる必要もあると思う。 もっと広く考えるならば地域全体で療養者をサポートするような、ボランティア運動のようなものが充実することも必要。

876	がんサバイバーなど療養しながらも生きることを支えるためのシステム作りがとても重要だと思う。医療者は中立の立場でその人・家族が自分たちの生き方を選択し人生を楽しめる、過ごせるように援助する。緩和ケア病棟で働いていると治療が不適応になった患者がまだ諦めきれずに紹介されることがあるが治療効果がなくても本人が最期まで闘いたいと思ったらそれを支える選択肢があっても良いのではと考えることがある。 療養者が本当に自分の意思で治療選択や療養場所を決めていることが少ない現状は偏りが大きいと思う。
882	24 時間支援体制が不十分ならば最終的に入院等の施設を頼らざるを得なくなる。
884	私自身は人生の終焉において緩和ケア病棟で過したいと考えている。 しかし、それは私個人の思想であり、私自身の勤めている緩和ケア病棟におられる患者様の中で何人が本当に緩和ケア病棟での看取りを考えて入院されているのだろうかと考えさせられる。 患者様の疾患と症状に視点がいき、苦痛の緩和を最優先とさせてはいるが、患者様の生き方に焦点を当てていただろうか。 本当に患者様の意向を確認できているのだろうかと疑問に思う。 患者様の意思に沿っているつもりでいたが充分に話を聴いていなかったのではないかと考え患者様の話をしっかりと聴く必要があると改めて気付いた。 又、情報を多く入取し、患者様に情報提供をすることが必要であると考える。
885	国民の 60～80%は自宅で終焉を迎えたいと願っているが、現状では難しい。それがかなえられるためには、自宅で安心して暮らせる環境作りが必要。 都市、郊外どこで暮らしていても同じ様なサービスが受けられることも必要だと思うし、介護・医療にたずさわる人達のスキルアップも必要であると思う。
889	療養者が主体であり、主治医が十分な説明を行い、療養名の意志に沿える様対応する事が大切。 在宅療養であれば、在宅療養支援診療所等医療と介護職種間において情報を共有し、その人の希望に沿える様な支援が大切であると思う。
892	家族の問題、住居の問題が大きい。 病院に入院させておかないと近所、親類から何か言われるといった不安は強い。 住居の問題もある。十分なベットを使える個室をもった人は在宅死の率が高くなる
896	病的連携（終末期医療における）があまりとられていないように思います。これについてはそれにたずさわる医師同士がその意識をしっかり持ちながら医療サービスを提供することが必要でしょう。
897	病院のＮｓ、およびＤｒと在宅チームとの深い連携が必要カンファレンスは行われるが、病棟の生活を説明するＮｓは在宅を知らなすぎる現状があり、又、たまに訪問しても 24 時間家族が対応している苦労を実際には理解できていない。 又、長期療養から在宅に踏み切る家族も、これから起こりうる対応や、マニュアルに関しても危機感がなく、双方で安易な退院、在宅が実行されていると思う。 入院中と同じことを在宅でできることが退院や在宅ではなく医療面では多少不満があっても、生活面で豊かになるからこそ、リスクを背負っても在宅に踏み切る勇気を与えるよう在宅をすすめるべきかと思うが、現実には、長期入院の防止や社会的入院の減少のための在宅推進が感じられ、現状には不満です。 退院して家族での生活は不安はあっても充実している。 医療とは少し遠くなるが、緊急時には対応できるしシステムも充分である。 また、入院中のケアも在宅への充分移行できるし、体調悪化には、救急外来への対応もスムーズに行えるなどが、しっかり説明されて、納得されれば、病院よりも在宅がよいと思うし、家族も本人も望むと思います。 何よりも私自身は自宅での死を切望しています。
898	最期を自宅で迎えたいと、人間だれしもが思っている事だと思う。 しかし、核家族化や高令者世帯となりなかなか実現は困難であると思うが、もっと在宅医療が整備されることによって可能になるのではないかと思う。 地域により在宅医療の内容に差がありすぎるため、患者、家族がどででも同じ医療を受けられるようにする事が必要であると思う。
899	人間の尊厳を考える時、最後の時をどこでどのようにすごしたいかは重要なニーズである。本人や家族がのぞむ形で満足のできる最後がむかえられるよう援助したいと思っているが現在はまだまだ社会的な整備が不十分だと感じる。 今後は最後を看取った家族がもっともっとマスコミ等を通して体験を社会にアピールし、世論を動かすことも必要だと考える。 私たち医療従事者も病院から在宅への連携がスムーズに行えるよう退院時前からの調整に細かい目配りが大切だと痛感している
902	老化してから、あるいは病気になってから「生き方」を考えていても遅過ぎである。若い頃、元気な頃から「生き方」を考えられる世の中にしなければならない 仕事一辺倒を生み出す受験一辺倒の教育を変革する必要がある。 まず行うべきは大学改革 　入学は易く、卒業を難くしなければならない。 　中学程度の学力もない者が大学を卒業できるというバカげたことはやめにしなければならない。 したがって、センター試験も中止 　思考過程を無視した設問、重箱の隅をつつくような設問で人を評価してはいけない 　高校も入学は易く、卒業を難くしなければならない 　学習塾は撤廃、幼児・早期英語教育も廃止。 要するに金のある者が受験技術のみを身につけて、高学歴を得て、第一線で活躍するような世の中を否定することと、これにより子供らしい人間が、活躍でき、そのような大人が増えれば療養者の生き方も豊かになる。 医療のみのことを考えるのではなく、もっと広い視野で考えなければならない
903	医療者、患者家族とも、在宅医療についての理解ができていないと思われる。 　病院勤務の時期は在室この状況・サービスについて学ぶことがほとんどないことも問題があるし、患者家族も万一の不安が強く、受けられるサービスについての情報をもたないことが無いと思われる。
904	P.11～365 日-24h の他人介護を受けていても在宅療養と言えるのでしょうか？ それならば、入院生活を在宅に近づけられるような、工夫をした方が良いのではと、思う気持ちもあります。 ・高令者を支える側が圧倒的に少なくなり、介護力が低下している。 　老々介護と言う言葉が出てきて、どれくらい経つでしょうか。 　看てもらう意識から、自分でもやろう…。という意識に変えるにはどうすれば良いか、日々悩んでいます。
906	個人的には胃ろうを作成してまで生きる必要があるか疑問である。家庭も一時の感情で胃ろう作成を了承してお
	きながら、あとになってグズグズ言って来る。 　こんなことならはじめから胃ろう作成にもう少し制限をもうけるべきではと思う。
907	療養者をとりまく職種が皆連携して、チーム医療を推進することが重要と思います。 また、そのような環境を国家がつくり上げてゆく義務があるとも思います
908	連携の推進は非常に困難な問題を抱えています。 その原因は、それぞれの職種、個人間などで人生観、疾病に対する考えなどに、かなり幅があるからだと考えています。それでも連携が必要だとしたら、分かり合える最低限のベースは、とにかくある種の合意を得ないと困難だと思っています。合意自体も論理的とはいえないかもしれませんが、議論の開始すべき地点が見当たらなくなる可能性があるからです。 　そういう意味では理論体系は非常に重要で、ＩＣＦという考え方は、参考になりました。ただ、それをどう実際の診療に生かすかということは、私にもわかりません。 　実際の連携は、地域の特性という問題や、組織としての、たとえば地域包括支援センターなどが、実務的にきびしいということも含めて、組織力の脆弱性もあるでしょう。 まあ、そういっても、難しい理論ばかりでは、生きているのがつらくなりますので、みんなで楽しく生きるための努力をすべきだと思っています。歌をうたったり、絵画や彫刻、舞踊や楽器演奏、なんでもいいので、楽しい社会にすべきだと思います。死について考えることは、生を考えることだと誰かがいっていましたが、まことにそうだと思います。 　音楽療法士なども含めて、患者さんが楽しくなる、そのために連携する、そういう視点があってもいいのではないでしょうか？
909	療
911	多くの国民が、生老病死など、人間が生物である以上、さけられない変化と、もう少し熱心に考えるべきである。最近、これらのものは世間の目の屈きにくい場所へかくされてしまったようだ。 　理想的な療養は努力した者にのみ与えられるのが現実である。 　我々在宅医療者はあくまでそれを手助けするだけ。 　もう少し国民全体ががんばらないと我々の力もなかなか及ばない
913	療養者の生き方、終末期の向え方など療養者、家族が自由に選べるようなシステム、都会にはあるが、いなかには何もないではなく、どこの地区に生活していても生まれ育った場所で、本人が希望するままの最後を向えられる社会を希望します。
914	「療養者の生き方」を尊重し、本人が望むなら「最期まで居宅生活して終焉を迎えたい」という考えを尊重する事に何ら異論はないし、自分もその思いで在宅療養支援診療所の申請を行った。しかし、現実は在院日数を減らさねばならないという病院側の本音の部分が在宅に誘導する圧力になっているという印象が強い。したがって退院した患者やその家族は、自宅に戻っても在宅医に病院並みのクオリティを要求する思いが潜在していることがある。この基本的な両者の溝がどうしても完全に埋めることが出来ていない点が、先ず第一の問題点であろう。 　さらに、第二の問題点は、患者本人の思いと、家族の思いにも温度差が存在することだ。すべての家族が、強い絆で結ばれているとは限らず、患者に同調する思いとは別に、本音の部分が垣間見える家族に遭遇することがある。しかも、いよいよ最期を迎える状況になって、「善意の第三者」から発せられる、「病院に見せずに見殺しにするのか」といい趣旨の言葉は、患者本人の思いを理解し目的を遂げさせようとする家族の熱意を容易に打ち砕いてしまう。結果として、病院でナースコールを押すごとく、医師が頻繁に呼び出される事態や、患者の刻々と変化する病状に耐えきれず、救急車で病院へ搬送してしまう事態も出現する。 　これには地域差もあろうが、地方の住宅地や農村部で開業する医師たちは何度か経験しているだろ。このようなことで在宅医療を崩壊させたくないという思いはそれぞれの医師にはあると思うが、度重なることにより、しだいに在宅医療とは一定の距離を置きたいという思いが高まるのは当然であろう。 　これは、理論ではなくむしろ情念の問題なので、そう易々と変えることは出来ないだろうと私は思っている。多くの国民が普段思うと希望と、実際にその場に立たされた場合に思う希望とが乖離するのはやむを得ないことであり、その溝を埋めるには社会のコンセンサスが醸成されるまで待つしか方法はない。結果が出るには年月がかかるだろうが、いずれ変わっていくだろうと期待している。
919	・笑顔で優しさと愛情をもって接する。 ・患者様の立場に立ち、要望にできるだけ答えようとする。 ・時間の許す限り患者様に耳を傾ける。 ・家族の悲嘆について傾聴し、ケアをしていく。
920	ただ患者さんの希望どおり在宅にかえしたとしてもその後のご家族フォローだったり十分なサービスがないとちがうところでシワよせがでてくると思う。 療養者の生き方を満足させるためにはケアする医療のサービスや、ご家族のフォローができるサービスがとても重要に思う。 そのためには各病院、事業所ががんばるだけではおいつかないと思う。 国のバック up が充実してこそなりたつものではないのかなと思う。 国の１人１人が考えていくのは大変だが医療制度の見直しが行われ介ゴ者の給料などの見直しが行われることでより介ゴ者が減らずに頑張って働くことができより質のよいケアを療養者はうけられるのでないかと思う。
923	開業医同志の連携、一人の在支診が横のつながりを持つことによる、複数主治医となることで、疲幣を防ぐことができ、家族の不安感もやわらげることができる、と考えます。 療養者は在宅での不安を強く訴えるためまわりの医療者、介護者が「生きる場所」の選択肢を考えられる状況を積極的に構築する必要があると考えます
924	残念ながら現状では療養者だけでなく、介護に当たる家族の不安からもあり、施設入所を希望される方が多くなっているようです。 特に地域包括支援センターが出来てからは囲い込みもあり、せっかく意欲的に訪問看護を行いたいと思っている訪問看護ステーションへの依頼が減り、現場の志気が著しく低下しています。 「療養者の生き方」を優先させるためにまず大切な事は、国民に老後の安心感を与える事であると思います。これが無くしてこの話しは語れません。その次には各業務に携わる機関が安定して事業を行えるだけの保険収入を与えていく事であると思います。 つまり、税収の見直しを含めた国側の改革がまずありきと考えます。 それがあれば、すでに立ち上がって活動している各職種担当者は今迄以上に仕事を行い、機能展開、連携を行っていく事でしょう。 つまり現場で考える時代は終わり、あとは政策の問題（税収入と予算）であると思います。
926	・身体の変化（障害、加令に伴う）を考える重要性 ・高令者が高令者を支えて生きていく方向を検討する必要性

	在宅でのサポート体制（医療・介護）は地域での温度差があるのが実情である。例えば在宅療養支援診療所は医療報酬が厳しくなるにつれて、取得する診療所や病院は増加しているが、夜中の急変は往診しないで、連携病院へ救急車で行って欲しいという医療機関が現に存在している。 誰でも安心して 24 時間の介護・医療が受けられるにはどのようにしたら良いのか、現システムで大丈夫なのかと考えると、介護者が存在しないと自宅へ帰れないなどの制約も多く、社会福祉資源の充実が急がれる課題と言えよう。これは医療においてもしかりである。医療・介護の受け手においては上記の他にお金の心配なく需要できる安心があればこそ、選択の道が開かれるのではないか。（在宅が一番安上がりの医療とは言われているが、介護保険の上限を越えた他に家政婦をつけている利用者家族もいる）
969	ＩＣＦについて周知必要 　昔し（現在も？）「親孝行は最大の美徳」と教えられたが、核家族化と高度経済化により共働き家族が多く、少子高令化がさらに進むと思われ、親の世話を物理的に出来なくなって来ており、在宅医療にこだわるのは時代遅れかもしれない。 　因みに小生の母親（90 才）は近所の方や在宅支援センター等の世話になりながら一人暮しを何とか続けている。
970	生き方は、個人が決めるのであり、押しつけたり、誘導するのは「危い」と思う。 慎重さが、大切です。
971	介護保険の報酬に「家族の看護、介護」の項目を入れる。 　月額 15～20 万程度の報酬を「主たる介護家族」に、給与として与える事が、在宅推進のまず一歩！！ 　家族を自分で介護したいと思っても、働き手がいない。経済的に困難との理由で入院、施設を仕方なく選択している方々のいかに多い事か。 　無駄な公共事業、箱物の施設の助成をする前に家族の介護報酬を是正する事が、経済効果、家族間の絆を深める最大の政策と思われます。 私の考え方は、福祉、社会保障を含めて何でも「金」で解決するものではないと、批判される方もいらっしゃるかと思いますが、財源があるのにあてられない、配分されない現状には、強い怒りをおぼえます。 政治家、厚労省の官僚の方々が、庶民の立場になり純粋に政策を立てられれば、案外簡単に解決する部分が多いと思いますが。
972	多くの人は長生きを希望します。 　希望がかなえば老います。そして衰えや病によって終わりのときをむかえます 　ひとりで死んでゆく（みとられようが、孤独死だろうが）のはサビしいし、それまで人サマに看病してもらうのは、ワズラワしい。 　家族にみてもらうのがよいが、病院のスタッフがみるのがよいかは場合によってことなります。 　みんなにそういう家族が（者友だちが）いるといいのですが 60%－80%まではいないと感じております。 　希望する人が（順番まちをしながら入院することなく死ぬことなく）ホスピス入院できること、ホスピス入院より自宅療養を希望する人が安心して自宅療養できること、自宅で死にたい人が安心して自宅で死ぬことができることが望ましいです。 　したがってホスピスのベッドも在宅ホスピスのサービス供給も圧倒的に足りないです。（これは拡充するのはそんなにお金をかけずにできるはず） 　「療養者の生き方」や連携の推進ではとても追いつかない。だって、この人の望みをどうしたらかなえられるのか？とうていむりだ、という人が多いです。
975	・ターミナルを自宅でむかえたい。希望をかなえてあげたいという気持ちは、少なからずとも医療職者は理解できる。 　介護保険制度がはじまり 10 年経過しそこそこ制度も進みターミナルを自宅でむかえられる人は増えてきているが実際には今の医療制度では一部の人にしかかなわないのが現状です。 ・不安と負担を考える家族にとってはやはり今の医療制度からは、アンケートの中でもある 8 ページの結果からまだまだ医療の面からは在宅死は困難だと思います。 実際に 　訪問看護ステーションで勤務していても 　　２４時間体制について 　　夜間の活活（勤務）ができないという看護師が多い事は事実です 　子供と家庭の事情が殆んどだと思いますが 　医療面だけでなく 　　24 時間 365 日、安心して働ける環境作りも大変だなと実感しています。
976	当院の近くの通りでも「後家通り」と呼ばれているところがあります。核家族化、一人暮らしはやはり最後を迎えようとで重要な問題です。 民生委員さんなども、いろいろ努力、尽力されていますが、やはりその人の「人となり」とか、年金のかけ具合とかもある様です。 これから、「ハケン切り」にあっている人たちが老人になったときもっと大へんではないかと思います。 「アリとキリギリス」ではないが若いときからやはり、コツコツためてきた人は、よい老後が送れると私は思います。 と言いながら、うちの息子なんか今から「仕事がなかったら、パパと一緒にくらす」などと言っております。私なんかはそんな発想はなかったもんな～おそろしい 社会のシステム構築も大事ですが、個人の自助努力が一番大事と思う私は、このアンケートの主旨からはずれていますがすみません。
978	少ない医療費の中で、在宅を広めていかなければ財政的に困難な状況になることや、治療しても治らない状況は、入院するより在宅の方が、費用も安く、本人も納得いく生活ができることを家族がもっと理解すべき。 さらに在宅といっても、いたせりつくせりではなく、夜間に医者がすぐ来れないことや、死亡診断が翌朝になることも納得するよう家族の認識を変える必要が大である。
981	財源とゆとり
983	国民の 60～80%が療養者となった場合、自宅を希望している。 がん療養者の 80%以上も思っているが実際 90%以上の方々が病院となっているのが現状である。自宅での医療管理の対応が知識不足だったり、主介護者を支える、援助する力の不足などにより、理想とはなれていくと思います。 在宅療養者となった時、どの様な援助があるか、利用出来るのか、提供する側が知識を得て、療養者に伝達する必要があると思います。療養者の在宅生活をコーディネィトする側が専門的知識でたずさわる必要があると思います。 社会資源の供給、制限、資格など条件を療養者と共に退院時に家族、病院、在宅スタッフと、ケアカンファレンスを行い、在宅療養を終焉の場として目標をあげてすすめていくのが望ましいと思いました。

928	命と家族 環境や考え方が違う各家庭について在宅医療を理解してもらうことは難しいが一つの選択肢として考えてもらえるような設備、知識の浸透が必要だと思われる。
930	意識のある、ケアマネ等の介ゴサービス側と意識のある医師と少し我まんのできる患者との組み合わせとなった場合には、上手く、在宅死も機能するようです。 ただし、評判の良い医師、ケアマネ、訪問看ゴステーションは雪ダルマ式に忙しく負担が増えて行きます。 “医師の質を均一化させろ”と言いますが、大学病院内でも臨床力に優劣がつきます。 つまり“無理”。 在宅死のシステムは医療者の献身と患者の我慢、及び“24h 以内の診察がなければ不審死として一応警察に届け出る”等のバカげた法律の改正が必要です。 （以前に往診が 2 日空いた間に患者がお亡くなりとなりわざわざ警察に御足労願い、私もかえって忙しくなりました） etc
935	療養者の退院後の生活がどうなるのか考えるチャンスがないのが問題。 入院したら、医師と看護師が、退院後をイメージして計画書を作成するようなしくみが必要。 それを患者・家族が読んで問題点があれば再度作成させる。納得するまでくり返し作成させる。 これにより、数多くある問題点が明らかになり、「療養者の生き方」を中心とした展開が可能になる。
941	基本的に自分が勉強不足なので、もう少し情報を得ていかないといけないと思います。
945	図ＡＢＣＤの資料提供と国際生活機能分類の紹介は大変有り難うございました。 医師にこういう知識をもつともたせて下さる必要があると感じましたが、それは国のどの機関が手を出して下さいますか。 是非そういう機関を作るよう、公労省と今先生が関わってゐる人達に働きかけて下さい。 自民党の経済優先の政府ではよい医療はできないし、しようとも考えてゐないと思います。 私の考えは悲観的です。 然しこういうことを思いつき、研究されようとする先生に心からの敬意を表します。
947	自分の家で死にたいと思うが、現実では不可能に近い。患者家族、医療スタッフ、社会制度全てを整えて行かなければならないと思う。
949	療養者の方々の思いを尊重していってほしい。 お一人お一人在宅生活への思い、生活背景が異なる。 在宅療養をする上で、医療関係者及び地域の方々にも在宅居宅サービスについての理解を深めて欲しい。 さらに、何より医師の在宅への関心を持って頂ける様になってほしい。治療だけでなく生活を重視したケアへ。
951	日本人ひとりひとりが、療養者になったときに同時に「死に方」について、しっかりした考え方をもつことが重要です。 　個々の日本人が頑固とした「死生観」をもたないと、在宅医療も病院医療もよいものは推進できません。
954	日頃より、老いをみつめたり、どういう最期を向えたいのか本人、家族で話をする機会を多くもって欲しいと思います。 「健康寿命」といいますが健康でなくなった時病院にみすてられた、とか、治療してもらえないという疎外感を持たず在宅療養にひきつがれて、見守られていると感じながら過ごすことが出来ればよいと思います。 「自然死」も受け入れやすくなると感じます。
955	在宅ケアは医療のみで行うものではなくボーダーラインのない融合した関係にある。さらに障害福祉も今後は在宅ケアの中に入ってくる。 在宅は療養者の生活の場であり、病室ではない。 従って医療だけを生活の場である在宅に持ち込んでも在宅ケアは成り立たない。 あくまでも療養者が主役であり、医療者・介護職は脇役でなければならないと思う。
957	患者をサポートするということはとりまく周囲の環境はとても重要だと思う。そのためには支える立場としてももっと勉強することが必要だと思った。
961	国は医療費をさげるため在宅医療をすすめているが、その割に、在宅療養者は増加していないと思う　訪問看護ステーションも件数の伸び悩みをかかえている所が多く実際に閉鎖となっているところも少なくない。 高令者は自宅ですごしたいと思っているが果たして介ゴ者となる 30～50 代の人々は看病のため自分の仕事をやめたり等の犠牲をはらわなければならないのでは？　共働きの時代、自分らは中流意識をもって生活したいという夫婦が多いなか仕事をやめる＝収入減の道を選択するだろうか？ しかも不景気で転職再就職の先も見つからない時代に退職はできないだろう 介ゴ保険による利点は大きいが　それでもだれかが家でみる人（やはり主に女性）が必要だ 実際に 50～60 代女性へのアンケートでは病院で死にたいという結果が出たというのをみたことがある 医療の地域格差も大きい。 アンケートに書いたとおり病院医は往診せず、開業医は麻薬を扱かわずなのでせっかく数日自宅でよい時間をすごせ看取りも自宅で…と考え始めた家族に急変して家で死んでしまうと検死となるなどと説明し入院をすすめなければならない せっかく東京などで訪問看ゴの研修や在宅看取りの研修を受けても私にとっては無意味となってしまう
962	療養者側（患者および家族）のニーズと、医療者側のニーズは、どうしても解離してしまう。 医療者側が独善に陥入らずに、どれだけ療養者側にそって在宅又は施設、入院を進めていくかが、ポイント。 選択肢は在宅のみでないことも痛感する。
964	まず対象者は誰なのか再認識し、そのニーズに対し同じ目的を持ち共同しながら活動し、よりよいその人らしい生き方をさぐる。 また事例を積み上げそこから見えてくるものを応用展開してゆく そして、各職種が専門性を生かし、対象と人間的な関係の中での成長を促すと共に、対象に対し責任を持ちケアにあたる事。 日々学びと研鑽を重ねる事が大切であろう、と考えます。
966	療養者でない健常者でも生きにくくなっている現状で、療養者の生活機能を尊重した視点から生き方を考えていこうというのは楽観的すぎる。
968	今後の在宅療養生活を望んだ療養者の生き方を決定的に位置づけるのは、医療従事者と合わせて介護保険を司るケアマネジャーの役割が決定的に発揮される必要がある。例えば癌末期の患者が単身であった場合、「在宅へ帰りたい」と望むも、「帰れない」と突っぱねる職員と「帰そう」と連携をはかる職員の違いで、患者の死に場所は違っているのが現状である。（双方の意思一致が不可欠であるが）

	支援診療所が増え各々の診療所の負担が減るとよいが、往診そのものをしてくれるＤｒが少ないのが問題です。 在宅医療をすすめる様医師会でもはたらきかけるのだが、なかなか増えてこない、何か妙案はないだろうか。 特養をうまく利用していくのも必要だが配置医のなり手もみつけにくいのが現状です。
1003	入院をしているとさまざまなメリットがある。 食費の限度額（負担）など在宅療養ではない経済的メリット。 なによりも何かあったときの対応をすぐしてくれることと思う。 在宅療養はだれか付き添う人が必ず必要。（重篤になればなるほど） 一人では対応が難しい。 食事の確保にしてもだれかの支援がいる。 何かあったとき、苦しいとき、痛いときすぐに対応してくれるだろうか、と不安がある。 この不安がなくならない限り、在宅療養を選ぶ人々は増えていかないと思います。 そのために、安心する、いつでも、どこでもというシステムづくりが必要と思います
1005	今後更に問題になってくると思う
1006	医療介護の連携が出来てこそ病気を持っていても“生活者として“人間として”地域の中で療養しながら家庭の中で役割をもって生きていけると思う。 各関連サービス間が連携し情報交換しながら共有し支えていけるような環境づくりができれば在宅で安心して療養できるようになるのではないかと思う
1008	ＩＣＦ、ＩＣＤのことについて今まで充分勉強していませんでした。 今後ＷＨＯのＩＣＤ、ＩＣＦをもっと勉強した上で在宅医療在宅支援診療所の機能充実に努力していきたいと考えます。
1012	「療養者の生き方」を支える為には、Ｐ９図Ｋの様に整う事が大切ではないかと思う。現実問題在宅療養支援診療所の制度に加入し、実践している診療所はほとんどない状況である。 その状況の中では患者、家族が望んでも最期まで人間らしい生き方はできず悔いが残る時間を作る事になる。 どの地域においても図Ｋの様に整備され、又、その中の個々が質の高いケア、診療がなされれば安心して在宅療養を受け「生かされた」ではなく「生きた」人生を送る事ができると思います。
1014	明るく、楽しく、元気よく！生きることを支えます！！をモットーに訪問看護をしています。 3 月 15 日には貴重なお話をありがとうございました。 [redacted]はまだまだ古い体質の医療だと思っています。 医師が何でも決めようとする様な面が多くあり、「生きること」を一緒になって考えてくれる先生は少ないように思います。ー私の周囲では！ 退院時カンファにも出席していない事がほとんどで指示書だけ出せばよいと思われてもしかたがない現状です。 「自分だったらどうしたい！どうしてほしい！」という思いで生きる事を考えて、話し合う事が大切だと思います。
1015	在宅医療には充分なマンパワーとマネーパワーが必要です。 ボランティアだけに頼っていてもだめ。介護者や医療福祉に携わる人達の報酬を充分に与えて勤労意欲を高めることが必要。 又在宅医療は備品、消耗品などお金がかかります。国の補助、自己負担の軽減あるいは一部無料化などの施策が必要です。 在宅支援診療所や訪問看護ステーション同志の連携をすすめていく必要もあります。
1018	過疎地区での療養者支援 都市部での孤独死 低所得者への支援 訪問看護はこれから重要な支援となるが、看護師が少なく経営も厳しい状態にある。働いている看護師自身も疲れても休めない現状である 地域での診療所の医師も１人の事が多く、負担も大きいためかなかなかターミナルケアができない現状である 抱括的な支援が必要
1019	・選択をするのは、本人であり、ご本人が自由に意志決定できる事が望ぞましい。 しかし、家族の関係性などから、ご本人の意志が通らない事などもあり、そこをおしてまで、ご本人の希望を通す事が周囲への負担となる事もある。
1021	在宅療養を充実させる医療制度の改正も必要だが、療養者個人個人が自分の予後のすごし方に明確な考えをもつことが重要と考える。それは死生観であり家族関係が及ぼす影響や個人の経済状態を含み、皆が同じ医療制度を受けられるようにするのは不可能であり不公平であるとも思う。医療費の額によって受けられる医療に差が生じてもそれは医療をサービスとして考えれば当然のことだと思う。
1024	現状の療養生活の場の選択において医療者のみならず一般の方々の知識不足が多きい。 地域で理解し、一般人が医療者へ働きかけできるようまずは身の辺りの人々にそのことについてなるべく話したり、相談をうけています。 それが今の自分でできる最大限のことと考えています。
1029	医療を受ける側の人間性を配慮して毎日の業務を行う必要がある。私自身脳梗塞後遺症で現在リハビリ中です 以前と比較し、社会全体が患者を受け入れる状況になってきたことは明らかですが、まだまだ多くの問題が残っています
1030	各職種間のネットワークづくりが重要でしょう。
1032	老後を迎えるにあたり、介護者が少なくなっていくので家族に負担をかけるのは迷惑に思う。
1034	舛添さんの‘介護はプロに、家族は愛情’をキャチフレーズに介護サービスを充実するよう良いアイデアを提供してほしい。
1036	患者、医療者、介護者３者間の密接な連携が必要であり、それを国、地方の行政が強力にバックアップすることである。
1039	私のステーションは小児専門ですので、問いに合わない答えがあったかも知れません。 子供も在宅になかなか帰れない理由がいくつかありますが、小児を受けていないステーションがまだ多いことも理由の１つです。
1040	病院の在院日数を短縮しようと、在宅での対策が不充分で退院に追い込む病院が多すぎる現状です。 そして、そのしわよせは、Ｆａ、本人はもちろん、ケアマネジャー、訪問看ゴ師に頼りすぎています。訪問看ゴは、24h 緊急に加入していれば、どんな時でも対応しなければなりませんが、Ｄｒ側は、在宅支援診療所といっても、不在が多く、出勤もできず、Ｎｓにまず連絡しなさい、になっている現状です。 訪問看ゴステーションは人数もギリギリ、当直体制はとれていません。夜間出動したら、翌日も約束の訪問があり業ムは大変です。

985	例えば、希望ではなく、病院からの圧力によって自宅へ帰された患者・家族と向き合った時、病院へ戻りましょうと逆紹介することはまずない。 療養の場の選択の自由度の低さを、医療のみでなく、住居、家族、経済、文化等の面から分析し、行政の責任で改善を進めるべき。 最期の死に場所にこだわるのみでは、この自由度はさほど広がらない危険がある。 一方、在宅に関わるスタッフは、互いによく連携し、そのケアの質を高めていく必要がある。しかし、病院や施設と異なり、複数の独立した事業所の入れ換わりもあるスタッフで構成されるケアチームであるが故に、質の維持、向上、コミュニケーションの向上などには常に困難が伴う。これらを改善する為には一定地域単位での大規模な集合体（必ずしも経営は一体でなくても）を形成する、あるいは教育、研修などを行政等で一本化して人事交流を深めるなどの工夫、努力が必要であり、それらを実現可能とする報酬制度等の手当も必要と思われる。
986	すべてお金が伴うことなのでしょう。 介護保険の枠内では充分なサービスは受けられない。 すなわち予防もできない。予防には利用できないシステム。 しかし悪くなったらそれはそれでサービス体制の不足から在宅での療養は困難である。 24H の往診のＤｒが少ないのは大変だからなのでしょうね…。 訪看の 24H 体制は人材が不足していることでできないのが現実です。 サポート体制ができていれば連携はすぐできてくるものだと思いますが。 受け皿の確保をしないとできないでしょう…。
988	根本的には、医療制度、介護制度の見直し、各地域の行政の政策によることが大きいと考えています。 『療養者の生き方』を中心に進めていくには、本人、家族を含めそこに関る人・物が添っていなければ成り立たないでしょう （人）：介護者（家族、ヘルパーetc） 医療関係者（主治医・訪問看護師）ケアーマネージャー・薬剤師・栄養師 緊急時入院できる施設の医師・看護師・ＭＳＷ 地域の人：近隣・社協 etc （物）：お金 家 介護用具 福祉制度 上記のメンバーたちが１人の人を見ていく同じ目的を持って行動しなければチーム医療は成立できないと考えます。 現時点でうまくできている地域では、誰がどの様にどんな方法で行っていったかを伝え、できない地域では何故できないのか、どこに問題があるのかを考える必要があると思います。 これから、やろうと思っている地域では、誰が主になりまとめていくかにより確立できるか、どうか変ってくるのだと思います。 そして、我々が死を向えようとする時に“良かった”と感じられる制度になっていることを希望します。
990	患者、家族の意思を確認しながら、その人らしく生きられる手段の提示がしっかりできる知識と意識が必要だと思います。
991	プロの医療者として、患者・家族へ十分な説明を行い意思決定権を守ることが、療養者の生き方を守ることにつながると思います。 又、在院日数の短縮化に対し、十分な時間をかける余裕が無いのも現実だと思うので、何とかならないでしょうか？
992	在宅療養に訪問看護師として 10 年、後半はケアマネとしても関わり、現在は小さな医院の外来と病棟で 3 年目を迎ている 20 年目のナースの私です。我が家の夕食の時間には、時々「ママが死ぬ時、具合いが悪くなった時」をテーマに会話がすすみます。中 2、小 6 の娘 2 人ですがまだポカンとして聞いています。それでも私は自分ができる限りナースとして働いていたいこと、延命処置はしない事、死んだら白衣を着せてほしいことなど希望を話します。そして死ぬ時その時に可能なら 2 人がそばにいてほしい事を伝えます。（子供の成長のしかたでそばにいてくれなくてもよいと思いが変わるかもしれませんが…。） 自分が生まれて今までどんなに笑ってどんなに泣いて助けられ生きてきただろうを考える時をもてる自分の家ですごせる事これは重要な事と思います。最期つらくて見守れないご家族のお話も何度もききました。又、見守りきれず、夜中に call をいただく事も何度もあり必要な時は最期まで数時間ご家族とその方を見守らせていただく事もありました。 生きる事死にゆく事の精神を日常でとらえ日々生きてゆく為の力ともし、周囲の人に支えられ支え生きる。それが人生だと思います。
993	私個人としてはこのアンケートを通して自分の知識の乏しさに気づきました。 もっと勉強しなくてはならないと思いました（社会に貢献するには）
994	医療者として、在宅でも療養できるという知識、技術をＰｔ、家族に付ける事、そしてその調節をする事はなにより大切な事であると思う。 しかし、入院してくるＰｔを見ていると、「歩けなくなったので入院しました」「一人くらしなので心配なので入院していた方がよいと思った」などの家族の意見で入院している場合が少なくない。どうにか自宅で看る方法はないかという発言はほとんどきかれない。 核家族化で介護者のマンパワーが不足しているとは思うが、家族への働きかけがなにより大切ではないかと思う。 医療者側から在宅をきり出すと「追い出された」感を強くもたれる。在宅療養支援所の存在を知らなかったが、病院や、公共施設などにポスター、パンフレットをおくなどして、もっと認知度を高め、家族が興味を持つようにしていくのが良いと思う。
995	死を迎える方にとって医療者は最後の友人
999	①多職種（研究、臨床等）の総合的統一的見解を示す。継続的に行う ②上記を様々なグループに共有させる特に地域連携を行っているグループ大きなグループだと衆知できない
1001	①癌末期 ②肺炎等急性疾患（大腿頚部骨折も） ③脳梗塞（出血）による後遺症で寝たきり。 ④アルツハイマー型認知症　②③に伴う認知症 それぞれ対応が異なり、 在宅では④が増加傾向にあり、いかに進行を抑えるかが問題。 終点が見えない分、家族の負荷が大きく、虐待も時にみられる ①の方が家族の集中的なケアや協力が得やすい。

	Ｎｓ不足は、一番の課題となります。 Ｄｒも１人で診療を行っているのは分かりますが、夜間の対応を約束したなら、医療に結びつかなくてもそれなりの反応をして欲しいものです。 療養者は殆どが家がいいとおっしゃいます。その中の 一部はマンパワーの不足で、病院に入りたいといい 一部は意志表示が難しく、Ｆａまかせ 一部はＦａも精神を病んで共倒れ 何がいい生き方なのかはっきりいって自分やＦａの満足度でどこでもかまわないと私は思うのです。 実際お年寄を背負って働きづくめのＦａはたくさんいます。 税金を上げてでも、その方達の面倒をみてくれる環境が整えられるなら、在宅も施設もＨｏｓも、質を高められるよう、国の支援が欲しいです。 先生のお話しを、もう 12 年位前にお聴きした事を思い出し乱筆ですが〆切ま近なのでこれでお許し下さい。
1044	患者の気持ちを第一に考える。在宅にもっていくのであれば家族や周囲の人々の協力を得る。また、利用できる制度、用具など調べ、安心して患者・家族が在宅へ移行できるよう準備していく。病院で最期を迎る場合も、在宅と同じよう家族の来棟、面会など話しかけていく。
1046	がん患者さん、ターミナル期の患者さんは最期は家で迎えたいと思っている。ひと昔前までは日本でも一般的にみられた家庭での死が今は経験していない人が多すぎて、もしかしたら看とりの方法がわからないため、病院死にせざるを得ないのかもしれない。 　そうであるのであればやはり「在宅療養支援診療所」の医師が本当の意味でもっともっと頑張らないといけない。最期を看とる（死亡状況）は医師である。医師と訪問看ゴ師が主となり、他職種との協働で“療養者のその人らしい生き方”は支援できる。 それには、今の日本の社会の意識から変えないといけない。 病棟医の「治療がないから退院してほしい」「治療がない患者は入院させておけない」といった説明をするから「病院から追い出された」「やっかいばらい」といったように患者が生きる意欲をなくしてしまう。 在宅への移行の時は、病院医、ナース、ＳＷ、などと在宅医、訪問ナース、ヘルパーなどすべてが集まり「患者さんの生き方を最後までみんなで支えます」といったアピールをもっともっとする必要がある。 そのためには患者さんの生き方を尊重し、思いを叶えさせたい、と思う各職種のあつい思いがないといけない。人員不足、カンファレンスの時間さえもてないようであれば今後の日本は全く良くならない。小さなステーションにできる事は少ないけれど、でも私は「患者の生き方」を支えるために今後も頑張っていきます。
1047	理想はおそらく、在宅で病院と同様の治療がうけられることだと思う ope、特殊な検査は無理としても、在宅での医療（医学）の充実が必要。 利用者の「何かあったらどうしよう」という漠然とした不安を、払拭するために 　・在宅医療　） 　・在宅看護　）の教育の重要化 　・マンパワーの確保 現場の訪看は日々の業務に汗かき走っていますが輝いています。 私は管理者として、そんな訪看の姿を何とか広めていけるよう努めているつもりです。特に病院との連携にはかなり認識の格差があります… 病院は在宅を、在宅は病院をよく知りあうことが大切と思います そして療養者、ご家族と共に悩んだり泣いたり、笑ったり人間らしい生活をし、生きている事を精一杯尽くすことを支援できたらいいと考えています
1051	療養者がいろいろな療養環境を選択できるように、まず国や地域で患者、家族に情報提供や施設の整備を行っていく。 医師や医療関係者も情報・知識を得ておくことが必要だと思われる。(在宅医療) 病院や施設間での連携をとり、療養者が行き来できるように周囲の環境を整えていくことも必要。 国民の大半が希望している「居宅生活して終焉」をほとんどの国民がむかえられない悲しい現状がある。
1053	正直行って漠然としすぎていてよく答えられない。ただいえるのは、現状としては、患者としての人は、在宅死を望むにもかかわらず介護者としての負担は、いやがるという悪く言えば虫のいい考えが主にあると思える。まずそれからの意識の脱却を早いうちからはかりその上でそうしむけられるように行政側からもその方面への予算をもっと考えるなどすることは、山ほどあると思う。 　正直、現状の厚労省では、夢も希望も持てない。
1055	医療、福祉を重視した福祉国家の実現なくして目指す医療は出ないと思う。それでもそうなるまでは 24h、365 日がんばります。しかしこのスタイルをついでくれる後継者は難しいです。 今 150 件を 1.1 人でみていますが仲々大変です。楽しいけれど。 新しい医師が育ちあがる 10 年後まではがんばらなくてはと思っています。58 才医師、男。
1057	ＩＣＦ：生活機能（人が「生きること」そのもの）というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えたことが特徴となっている ＩＣＦの考え方に基づき本人の生き方と環境を把握し、生活すべてを支えることが、今後の医療に求められている。患者様が望まれている生活をおくることができるように各職種の方が連携を十分に行えるよう情報交換を密にし、本人、家族の方も協力して在宅での療養生活を行う。 在宅医も、もっとゆっくり家族の方も本人も納得できるよう説明（これから在宅で生活するために必要な医療のことなど）を行う必要が考えられる。
1060	緩和ケア病棟（ＰＣＵ病棟）を持つ当院の連携室には問い合せと共に沢山の患者様や家族が来られます。御家族が圧倒的に多いですが当院もしくは他院より治療が限界でＰＣＵを紹介されたと来られる方が殆んどです。皆様は最後の場と思って来られます。いつも私達はＰＣＵは最後のすごし方の一手段にすぎない事を説明に在宅支援を説明します。 本書アンケートでも在宅に帰りたいと思う人が 80%で居宅での終えんを希望される人がやはり 60～80%おられるとあります。しかし現実には 20%弱しかその希望がかなえられていないという現実があります。 当院はもう少し少いかもしれません。 　これらの現状から思うのは「生きることそのもの」として生活様態をとらえ、プラス面での視点でみてゆくＩＣＦという分類の概念に病院は組織がらみで取り組んでゆく事の必要性をとても強く感じています。 　例えばがん患者様にすると治療を始める又はしている段階で最後の時のすごし方の投げかけが必要です。しかし治療を行っている現場の医師に全てを求める事には限界があります。告知あるいは治療の段階でメンタル面に寄り添いいつも耳を傾け、助言できる専門家が必要なのではないかとも思います。 　神療内科医、あるいは心理療法士、あるいはチャプレンなどが組織的にフォロー体制として支援に入る事が必要

	でしょう。当院では緩和ケアチームがありますが、まだそこまで機能していないように思います。 　もうひとつ、そういう専門職でなく、患者様に関れるプロの医療者全てが「生きることそのもの」という視点を持ってかかわるためには、自分自身が生きること死ぬことを自分自身に問いかけ医療者自身がそのような問いに真しに向きあう姿勢が何より必要ではないかと常日頃から感じています。私はいつも関わる患者様や御家族に生きることの概念を教えてもらっているように思います。
1063	・その人らしさという意味でリハビリテーションの果たす役割はますます大きくなるであろう（終末期リハ） ・又介護の重要性は超高齢社会にて、もっと評価されるべきで、医師、看護師は謙虚になる必要がある。 ・コンテクスト（文脈情報）の理解が必要 ・コミュニケーションがすべてを解決するわけではないのでその辺りの実情も重要。 ・いづれにしても国民、市民、住民の民意向上がベースに求められている。
1064	療養者の思いを尊重しながら、介護者の思いも傾聴。又サービス担当者は家族には成り得ない。それぞれの人権を尊重しながら医療、介護サポートの連携に努める必要があると思います。 又、社会制度の活用、公的機関、所轄の保健センターとの連携支援がまだまだ不十分な点もあると思います。 加えて、ボランティア育成、活用の地域差も大きいものがあるとも思います。 他者に依存しすぎることなく、各自が自己自律に励みながら一部への負担となりすぎることをできるだけ緩和しながら在宅療養、本来人として自然に生きることのできる環境の中で自然体で生きてゆくことができればそれが一番と考えます。そこには疾病によっては、均衡のとれた症状コントロールもカギになると思います。
1066	身体の状態が安定する為の日常生活上の留意点ポイントを個別性に着眼してアドバイスを行なう事が重要。 摂食、水分の摂取、排泄の状況（排便、排尿のコントロール状況）日常の活動性の維持の状況の確認、レベル低下（変化）の原因の解明等、日々の身体状況、活動状況、判断、決断、実行等の自立活動、睡眠の状況等の変化に対する早期の対応がきめ細かくできる事の予防的な効果を重要視する事。 治療のレベルより開始される医療の視点を、予防医学、介護予防の具体的成功例より明文化する動きが学問として確立される必要があると思います。 環境の変化のレベルを数段階に分け、そのレベルに応じて、予測されるリスクを明確にし、サポートプランを組む事が有効であるとも考えます。 ※キーワードは個別性の重視と信頼関係にもとずくマネージメント。
1067	・テーマが大きすぎて考えがまとまりせんが…。 医療体制や制度のこともあると思いますが、今現場では時間に流され、業務をこなすことで精いっぱいです。 件数を上げないと収入が入ってこないので利用者の確保や訪問件数の増加に関心がいってしまいます。 利用者（家族）の方の話（希望）をじっくり聴いて取り組みたいと思っているのですが、できているとはいいかねます。 利用者、家族の関わりの中や各関係関との連携でも相手の思いや希望、意思決定の尊重などをくみとるコミュニケーション力が必要だと感じます。
1068	誰でも本当は家ですごしたいと思っていると思います それが難かしいのも承知しているのだと思います。 周囲に迷惑をかけずに最後を向かえたいと思っているのも皆同じだと思います。 年をとっても若くても生きたいという想いは同じだと思います だから辛い治療もがんばろう、がんばっているのです あきらめきれず、でもがんばれずに病棟に入院してきます でも 24 時間の支援体制が整っていれば在宅ですごすことも可能になるのでしょうか？ 病院と訪問看護の連携がとれるように、人員を増やし労働環境を整えてほしいと思います
1069	居宅で最期を迎えることを希望する方が多いということは、一方で“病院に療養機能が欠けてきた”ことを意味している。 かねて問題となった“社会的入院”も含めて、病院という存在が変化せざろう得ない社会情況を反影したものと思う。 今回のアンケート調査、あるいはこのような研究もそのような変化をふまえて行なわれているものと考えています。
1070	ＩＣＦ 説明・納得・合意 ＱＯＬ ケアカンファレンス 退院調整会議 連携、指導 日常生活用具給付 自立支援 24 時間 365 日
1074	・病院は在院日数短縮を目標として退院、在宅での介護サービスをすすめるが新規サービス利用者を受け入れ困難な状況介護サービスの不足。早急な依頼に応じられない。タイミングの良し悪し。 ・転院先を家族が探す（主治医が手助けしてくれない） ・主治医と家族本人ケアマネジャーが、一体となり「療養者の生き方」を考える事。 　病院から在宅への丸投げ状態は、良ろしくない。 ・まだ病気、症状のみ診る医師が多くいる。意識改革を ・在宅での医療システム、介護システム社会資源等の学び ・総合診の出来る医師を増す見て、聴いて、触れる、話す医師を。
1075	生き方を選択できることが基本だと思いますが、現状では選択肢が限られているため、選ぶことなく経過していくだけなイメージがある。 　また、療養者を支える介護者への保障も何か定められたものが必要だと思う。 　現場にいて、色々と考えるが、実際にどう動いて働きかけていけばいいのか分からない。
1076	高齢化社会、１人１人が自分の生き方をもっと、真剣に考え、社会制度について知りおかしい所は直して行くことが必要だと思います。
1077	選択　希望　終　生きる
1078	・在宅での決定権は、ＰＴと家族にある為、終焉の場所が変わっても希望にそっていく ・Ｄｒも入院中に在宅のイメージをＰｔに伝える。 　☆在宅で受けれるサービスなどしっかり伝えると、安心して在宅に戻れる
1079	在宅ーは

	独居はもとより家族が居る場合でも周囲にとって大きな負担となります。 家族としては施設に入居してもらいたいというのが本音でないでしょうか しかし施設の実体を点検すると療養者にふさわしい「生き方」が提供されていないことは明らかです 家族介護はタダという考えを捨て実際の働き手となる家族に手当なしに介護料を支給すべきと思っております そもそも在宅療養を強調する行政の魂胆が入院医療費の節減にあるのですから、介護（保険）の充実が今後の課題です。
1081	地区医師会に在宅医療のコーディネーターを置き、療養者の状況に応じて適切な、在宅医療担当医訪問看護士、ケアマネージャー、福祉サービスを提供できるようにすることが必要と思う。
1084	最期は在宅で過ごしたいという 患者様の希望をかなえるために、入院中の病院の主治医・看護師・地域連携担当者と在宅で患者様に関わるすべての職種が互いに情報交換し、患者様・家族をみんなで支えることが大切だと思います。 病院側は「いつでも入院できますよ」と受入れ体制を整えること 在宅側は心配なことがあればいつでも連絡がつくこと。訪問できることを説明すること 2 つのことで、患者様・家族の不安も軽減することができる。
1092	人は一人では生きていけません。ましてや年齢を重ね、自分一人では生活できなくなった時は、他者の手助けが必要不可欠です。 御本人の生き方をできるだけ尊重したいと思うのは誰でも同じと思いますが、経済的な事情や、介護する配偶者や他の御家族にも、それぞれの事情があり、「家庭で最期まで」という思いに添えないこともあると思います。 要は、御本人の意志の強さと、御家族の協力、そして生き方を尊重し、支えていくプロの集団がうまく 1 つのチームになることが重要だと思います。
1095	〔将来の医療に思う〕 30 年後の将来図Ａ・Ｂから高令者を支える配偶者、家族・医療介護関係者の負担は、2 倍弱になるという事です（1:3→1:1.7） 更に公的助成がどれくらい増えるか不透明な現在、将来において家族の経済的負担が増加する事は必至と思われますし、そうなれば親の面倒をみる子供は働いて介護費を捻出せざるをえず、日中、あるいは昼夜の仕事に就かざるをえない。その間の介護支援は医療・介護職が担う事になり、上での高令者を支える負担はより医療・介護職にシフトすると予想され、結果的に 2 倍以上になる可能性もあると考えられる。 我々医療関係者も国民も将来の医療＝高令者層に対する医療が「今すぐそこにある危機」であるとの認識が足りないと思う。 小泉改革以来地方の救急医療・周産期・母子医療が壊滅的となっている現在、国民の目はそちらに向けられており、マスコミは医療バッシングに明け暮れている。 自分が高令になった時の人的・経済的・医療的支援が手薄になる事、自分の息子・娘が高令者になった時、生きる事をサポートしてくれるシステムが我国にはない事を誰も真剣に考えていないのではないでしょうか。どうすればよいのでしょう？マスコミはもう少し賢くなって欲しい。 〔在宅支援の担い手について〕 在宅での生き方の支援をしていくに当たり若い医師に託する事の難しさを痛感します。なぜなら、我々も含め若い医師は病気を治す、診断する教育を受けてきている為、命を救う事こそ使命であると考えています。それを人の命の灯びをどのように見守り消えゆく瞬間まで見届けてあげるかというのは、全く医療とは逆のベクトルを向いているわけです。若手医師には体験的にも技術的にもむつかしいと思います。即ち後進の教育のむつかしさを感じます。どのように療養者が最後まで生きるかという事について説明責任を果たすのは医師はもちろんですが、医師でなくても牧師であったり、身内だったりでもいいように思います。
1099	病気をかかえながら、住み慣れた家で生活できる、という事は、支える家族などの環境が整う条件が必要なこと（環境因子）、本人が病気と前向きに向き合っていく意欲（個人因子）が必要なことがとても重要と考えています。 ＩＣＦの考え方に基づき“本人の生き方と環境を把握すること、生活全てを支えること”が今後の医療に求められている、とあるのはまさに医療と介護・福祉のバリアフリーを目指すものである。その方の専門的な立場からの一面だけをとらえるのではなく、その方をあらゆる面から全体がとらえられるような努力をしていきたいと思います。
1100	現在訪問看護ＳＴに席を置き数年退院調整の研修をうけてきました。今後の高令者をささえていくためには住む地域との連けいが必要と思います。「元気な人も療養者の人も今できる事をする」簡単なようで大変な事だと感じています。 できるようにするためには、選択できる機会を多くする事、たとえ「少しの期間でも、家に帰ってする事がある」と本人が希望するのであればできるように関係機関と連けいする。小さくてもいいので調整するシステム作りが必要だと思います。 できるなら、病院関係者が退院をゴールにするのではなく、在宅ですごせるように必要な事はと、イメージできるようになればいいなと思っています。
1103	医療依存度の高い在宅医療適応者で実際に在宅で生活されている方もおられる。しかしそれを実現するには、本人、家族の思い、介護者の介護できる状況（環境）在宅サービスの充足性、緊急時の対応など様々な問題がある。これらの問題を全てクリアして、在宅生活を継続していくことは難しい現状がある。しかし、在宅緩和ケアの推進や在宅療養支援診療所の普及、介護支援専門員の質の向上など、本人・家族をフォローできる体制づくりはできつつある。この体制が日本全国どこでも受けることができるように、私たち医療従事者側も調えていかなければならないと思う。
1104	個人個人で自分の生き方を考える日本人全体の思考の変更。 自分の思いを他者に伝える姿勢（若年者は、主張が多すぎるが高齢者は黙している事が多い
1105	老化・末期がん・難病などによる重度障害者等には治すための支援だけでなくＩＣＦを踏まえた「生き方の支援」が必要で政府はＧＤＰに占める医療費の割合を世界 18 位から 5 位以内に入るよう考えを改めるべきである。
1107	患者・家族の意思確認を行い、与いの気持ちの安定と負担の軽減のバランスとるための話し合いを十分に行う。又情報を共有できる様に医療者も同席し必要なサービスの把握を行う。 在宅へ戻った後も連携室を通して、情報を常に入れておく。
1109	予防に力を入れて、病気にならないように、自己管理の能力が問われる時代になっている。 子供を作らなかったのであれば死期まで自分自身の責任をもつべきである。でなければすべて自己負担のかくごをする。 きびしい時代になったと感じる。福祉や医療にお金をかけられない世の中になってきた。
1110	「病院での療養よりも在宅にもどることで利用者や家族の経済的負担が軽くなる」 この条件があれば在宅で生活する方は増える。在宅でなければ療養者が自分らしい生き方をしていくことは不可能

	と思う。 病院を退院した後の在宅での医療システム介護システム社会資源、医療と介護の知識教育が日本のどの地域でも受けることができる必要がある。 サービスを提供する側は民間が大部分のため収入アップするためには利用者負担を多くせざるを得ず。悪循環におちいる現状がある。これを改善するためには在宅療養を支援する業種には収入に変わる経済的援助が必要でその部分をカバーできれば利用者にも安い負担でサービスを提供できるようになるのではないか。 国からの支援があれば民間でもサービス提供できる会社が増え、利用する側も経済的に負担が軽くなり精神的にも「在宅で」という希望を通しやすくなる。 サービス業者が増え知識教育が普及し各業種が連携体制が整っていれば療養者も不安なく在宅での生活を選択することができる。結果「療養者らしい生き方」をしていくことができるのではないか。
1113	この項で書くことではないかもしれませんが訪問診療をする医療機関が少い。私住んでいる町は住民約 2 万人で医療機関は診療所 5 病院 1 ですが、訪問診療をしているのは 2 機関です。 現在の訪問件数は月約 85 件で、外来診療との併用がだんだんと厳しい状況になっている。なかなか断われなくて、今後とも件数が増加してゆきそうな状況です
1114	患者本位であることは当然であるが、それをとり囲む家族は患者につきっきりになってしまう場合が多い。収入を得る為に働きに出たとしても会社では介護休暇という言葉は全く浸透していないのが現実で、仕事をやめて、親や家族の面倒をみるのかと聞かれると、ほとんどすべての人がお金を使っても安心して仕事ができるように施設や病院に入れて下さいと言う。 社会的な保障がないのに生きていけないというのが皆さんの認識であり、国の方針とは大きくずれているのは仕方ないことだと思う。
1116	各方面の努力により少しづつ状況はよくなっている。医療者（在宅での）も医療費削減の時代に。 （あまり）過度に（必要以上に）がんばる必要はない。
1117	自由に記入するほどの構想はないですね
1118	・低医療費政策を転換し、高福祉国家になり問 15 の①～⑥全ての事が実現すれば在宅での満足しうる療養が可能でしょう。 ・しかしながら、現在の日本の政治経済界、更にマスコミや国民のレベルを考えると、とうてい無理だと思います。 医療崩壊が現実になるまで、医療のプロの意見は無視されました。 ・このアンケートも厚労省のヒモ付きアンケートの臭いがします。(3／16 に届いて、3／19 までに投函して下さい？） 設問も、在宅死を促進したい思惑が目立ちます。 ・介護保険と同じように（保険あっても介護なし）「在宅希望あっても、在宅パワーなし」の状態になると思います。医療保険の削減が本当の狙いでしょう。 ◎図Ｎの 24 時間 365 日介護を提供する費用の記載がありません。 要介護 4、5 の人の費用が年間 400～500 万かかります。年収 200 万以下のワーキングプアが沢山存在する中で国民の理解（費用負担の）が得られるのでしょうか。はなはだ疑問です。 ☆高福祉国家にするのか「うば捨山」にするのか、究極の選択をする時期が来ています。
1120	「最期まで居宅生活して終焉」を希望することはよくわかるが、在宅療養をするためには、社会資源の介護などを利用しなければ、家族だけでは無理である。 社会資源の介護を利用するためには、お金が必要であり、家族は働かなければならない。 経済的なことが一番の問題だと思う。 介護者の自由がなくなり、経済的負担がかかると心がゆがんでくる。 介護者の心の豊さが保障されなければ、在宅療養者の真の幸せは感じられないと思う。
1122	療養者だけでは、在宅に帰れない現状がある。 医療、福祉、介護、家族全てがそろわなければ在宅療養はむずかしい。
1123	１）病気と病人とを的確に診断する事。 ２）ＩＣＦの概念の「生き方の支援」が必要と思われます。
1124	医療と在宅との窓口を同じにすることは病院に来院した患者さん及びその家族にスムーズに在宅へ移行しやすいのではないかと考える。市町村などの広報では在宅に関することが多く見られるがこれから先若い人たちにも理解してもらうためには、広報誌、インターネットだけでは不十分に思われる。 今までが在宅療養という概念にとどまらず介護保険がはじまり、在宅という言葉が広く聞かれるようになったが主流はまだ入院といえる。病院は以外に大人から小児までたいていー度はかかることがあるだろうと考えると、病院の窓口というのは在宅の広報にもうってつけではないかと考える。
1125	患者本人の希望からスタートするのが大事。 それが生命予後や生活の質の維持から negative な方向であっても、本人の人生は自分で決めてもらわなければならない。 そのためには十分な情報提供が必要で、医療者側としては、これらを推しょうするといった強いコメントも必要。 その上で本人が選択したら、それを尊重したい。 ただし、結果が病態の増悪→死となっても医療者側の責任はとわれない。 患者側は選択の責任と覚悟をもつべきである。
1128	一人一人がどういう最期を迎えたいのか考えられる様な機会を持つ事が大事ではないか。 その思いを持って療養者の生き方が出てくるのではないかと思います。 連携では、お互いによく話し合う事、お互いの意見を聞く事が大事だと思っています
1131	現場からの改革がないですねー
1132	ＩＣＦに沿った評価のうえで、療養者の本音で家族（主介護者）の願いにどれだけ近づけるのかをさぐり出し可能な限りのサービス提供機関との連携をはかって「療養者の生き方」に添えるように諸制度上の点検、整備がさらに必要。 例えば「療養者の生き方」の選択肢についても地域包括支援センターがさらにかかわりを深めてもいいのでないかと思う
1133	在宅医療専門の医療機関の Volume が増えれば良いと思います。
1134	変えることのできること、変えることのできないことの両者を医療側、患者側（家族や介護者も含む）が十分に理解し、変えることのできないことを変えようとするのではなく、変えることができることをよりよく変えていくことに気付くことがまず第一歩であると考える。大病院依存や医療・医学全能思考をまず変えていくことが先決と思う。
1136	医師会の医師。 病院の医師ナースへ働きかけを強化してほしい

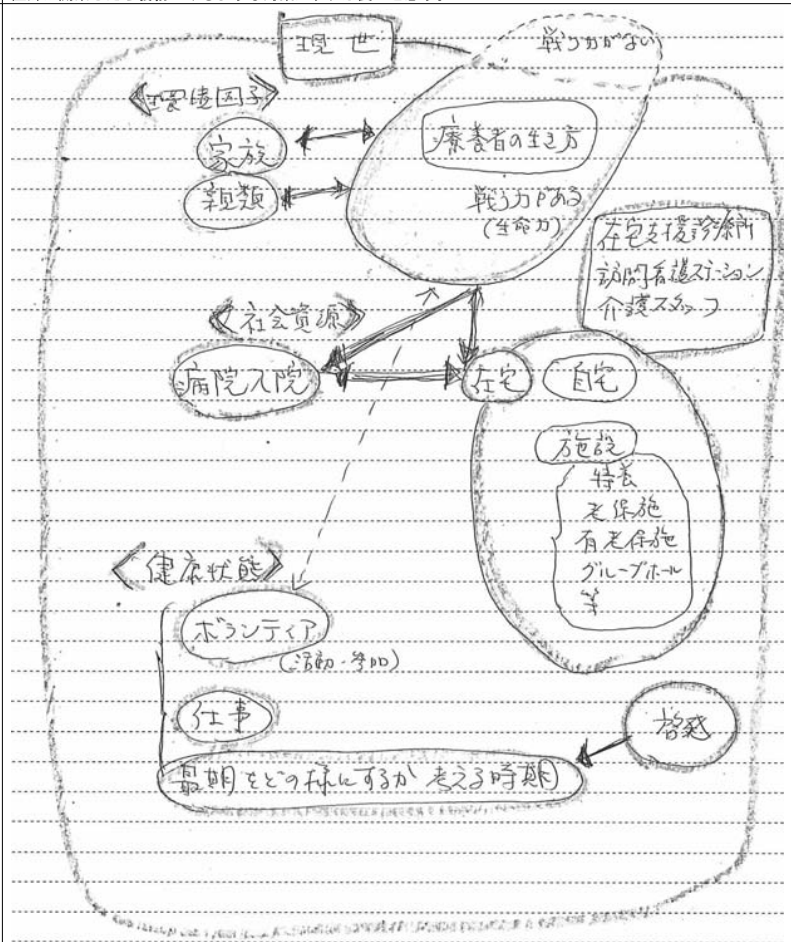
	現状では、在宅療養が「安心か」と問われれば、安心ではないと言わざるえない。 国は、何か思い違いをしていると私は思う。在宅療養をすすめることで、お金がかからないと考えている。 お金がかからないような在宅医療は、ほったらかし医療だ。 病院を作ってそこでみたほうが金はかからない。 在宅医療を整備するには、相当のお金がかかると思う。 現場の人間の情熱だけでは無理である。 療養者の生き方もあるが、在宅医療従事者の生き方もある。 ガンや難病患者を担当すると精神的な負担は、相当なものである。 一人で同じ時期に何人も担当することは、できない。 私は管理者としてスタッフに無理はさせたくはない。 無理をせず、地道に一人一人の患者に向きあうことが重要ではないでしょうか。 連携に関しても、一つ一つのケースで、一つ一つ結びつき、信頼関係をつくっていくしかない。特に終末期医療に関しては、Ｄｒ、Ｎｓの対面しての意見交換は、重要だと思います。
1162	生病老死とは云えど、間もなく死に致るとは思っていない人が多い。大河の一滴もあまりここからとは認識していないと思う
1168	①一度でも、在宅での看取りに関わったことがあれば、如何にその意味が大きいかが実感できるはず。 今後の医学教育に、在宅の実習なども取り入れるのが良いと思う。 病院勤務の医療者（Ｄｒ、Ｎｓ、ＳＷなど）も、できるだけ、そのような機会を求めるべき。 実体験が無理なら、在宅に関わる医療者、介護関係者、家族などからの情報を得ることでも、ある程度は理解できるかもしれない。 ②名前だけの在宅支援診療所登録が多く、実質的に活動する在宅医は、その后もあまり増えていない。「24 時間対応」という部分に恐れをなして、活動をひかえている医師が多いと思われる。今後の在宅医療を推進するにあたり、大きなネックになる部分と思う。制度上の緩和措置はできないか。単独のＤｒのみで運営している診療所のＤｒが、あまり負担なく参加できる環境が整わない限り、将来の在宅医療が大きく発展することは困難だろう。
1170	生命の尊厳については、世間で共通の認識ができていると思うが、「生き方の尊厳」については、未だ、よく考えられていない様に思う。
1171	「老化、疾病、事故等により、身体は変化します。 変化した身体とありのままに認めながら生きていける支援を行っていく事が必要」 「尊厳を保ち、自分で選択し、決定した人生を歩み最期を迎える」 ↓ 上記を満たすためには、以下の事が必要 ①自分自身の事を理解するための情報提供 疾病から社会資源まで、利用できるものすべてを理解し、その中で適切に選ぶためのサポートが必要。 ②自立（精神的にも）するための介護、介助…family に対しても ③病状を安定し、生活させるための医療…在宅医療も含め ④死生観の確立 （生きていく、そして死んでいくにあたり、何が自分にとって一番大切かを考えてもらう） ↓ 上記②③に関しては以下の事で制限がかかってくる （Ａ）財源 （Ｂ）マンパワー（専門知識を持つ医師、看護師も含め） ↓ 従って、自分の死生観や最も大切にしている事を明らかにし今後受けられる介護、医療の中で「何を捨て」「何を選びとるか」が大切。 ※在宅での死のみが、一番良いわけではない。それぞれにメリット、デメリットあり病院や介護療養施設であっても、きちんと患者（療養者）によりそう施設であれば、それは一つの選択と思っています。 しかし、今は在宅での療養を望む人に対して十分ではないので、それに対しては微力ながら当院も在宅支援診療所として一助になりたいと努力しています。 医師としては、Ｎｓや介護士からすぐ相談してもらいたくさんの情報が仕入れられるよう気をつけています。
1172	基本的に、自律、自己決定、自立等が必要であり、連携を推進するためにも、自分自身が、何ができるかが最も大事な事だと思います。 政策、アンケート等も必要な事ですが、最も大事な事は今、目の前にいる人をどのように手助けするか、自分のできる事、できない事を見極める事が重要と思います。 ◎医療をサービス業に分類するなら、自己増殖する様に発展しなければならないのではないでしょうか。自由主義的な部分と社会主義的な部分のバランスがくずれている事が問題で、この２つを明確に分離する事は不可能でしょうか。
1173	まずは、在宅を支える社会資源、特に在宅サービスの提供できるものを充分に活用するには、各地域でどんなものがあるのかを、医療、介ゴ側も本人家族も周知する事が大事だと思う。（図Ｎ、の様なことが可能とは、全く知らない） 又、こんな図の様な多様複雑なサービスを、どこで誰がプランニングするのか、大変だと思う。これが出来る職種はどこなのだろう。 それでも、家族の協力ないし、関与なしに遂行できるのだろうか？社会の整備基盤はこれでいいのかも知れないが、めま苦しく変化するサービスの形態や提供者を一方的にとりまとめて、コーディネイト可能なのかなと思う。もう少し、シンプルな提供体勢じゃないと一般の者では、うんざりする（全てに契約が必要だろうから） 又、完璧すぎると家族の担うべき部分がなくて、全て他人任せ又、社会、地域任せで、いいのだろうかと制度そのものの進展が不安になる。勿論、介ゴ疲れで、家族の自殺などがあっても困るが…。
1174	介護保険が始まり、在宅での介護を家人が望まなくなり、当然１割負担での施設介護を希望され、在宅で看る事が少なくなった。 これと同じように在宅での看護・介護を患者自身が希望しても、施設等へ預け１割負担でみてもらうのが当然との考えが増し、ここらへんのシステムを改善すべきと思われる。
1176	療養者の生き方を、自分の言葉で言える人、又、言えなくても代弁してもらえる環境の人はまだまだ少ないけれど、少なくとも訪問看護を利用し在宅生活、療養をしている人、過去療養した人たちは、「家にいたい」「家で死にたい」と表現され在宅で最期を迎えられました。 どうしたいか？どうありたいか？を聞きだしてあげる人がその人のそばにいるかいないかで「生き方」が決まると思います。

1138	どうしても病院の中にいると“治すための支援”に目がいき、それをすすめることの方が簡単であることからも“生き方の支援”への関与はあまりしていなかったように思います。 しかし、最近はＰｔの中でも明確に自分の考えを伝えて下さったり訪問を含めた支援体制の充実から、たずさわることが増えてきています。 今までなら確実に転院だった人が自宅にもどれ“よかった”との声がきかれることがあり私たちももっとがんばらないととかんじています。 当ＨＰでも地域連けい室があり、制度や地域とのはしわたしになって下さっています。
1139	問１－ｂ、問４－ｂ、問１９－ｃで述べた事と同じです。
1140	24 時間支援行動は理想としてあまりに非現実的です
1141	・本当に苦しい生活をされている療養者、や家族の実状（現場）を知ってますか？ 又は、見ていますか？ ・私は今、緩和ケア病棟で働いているので出来る限り、患者さんの意思を尊重し、ケアしていますが一般病院ではなかなか難しいと思う。在宅で過ごしたいという方に在宅で最后を迎えてもらいたくても、不安が強かったり家族がいなかったりして、難しい場合も多い。疼痛コントロールや症状コントロールがうまく出来ていない事も、多数みられる。
1142	ＩＣＦというものを初めて知った。もう少し理解を深めていきたい。 独居で 24 時間サービス利用可能であるがあくまで身体障害者のみでは。 対象者は限られるように思う。
1144	多様でよいと思います。 “家”がよいとか“施設がよい”とかも様々な価値感があって当然の事。 大切なのは、現実を理解したうえで、自分にとって本当は何が大切なのかだと思うので、“情報提供”と“自己決定”を支援する事が大切ではないかと思う。 又療養者のＱＯＬや生き方だけでなくそれを支える人々・家族にとっても満足やＱＯＬの確保ができるだけの十分なサポート体制があればよい。
1148	在宅支援医療を行なう各種協力機関との連携が最も大切であり、それに対す国の生活保障等、多くの人々、施設が協力機関として充分に行っていける国の Back up が最も大切である。 日本の医療はあくまでも医療側のサービス、■■■が大■を示しており、最っと最っと国が安心して医療を、余裕ある医療を行なう事が出来るようにしないとダメ。 金もうけ■■の機関 etc もっての他です！！ 我々医療機関も１人の人間として生きて行かねばならない　何で我々に“ギセイ”を求めてまでおし進めようとしているのですか！！
1150	“療養者の生き方”を支える為に必要な対策を医療・介護・福祉の立場で提案し現実化できれば理想だと思います。 現状は、医療・介ゴの役割分担の内容があいまいで医者も独居の方の在宅死は敬遠してるし、本人の希望通りに支援できない事の方が多くみられます。又、きめ細かく利用する為には金銭的・経済的負担もあり生活困窮者も多くみられます。 国の制作で理想論ばかり並んでいますが現場では療養者も家族も医師も他職種全ての人達が“現実の壁”に苦しんでいます。 もっとモデルケースを公表して現実化できる様な仕組みができたらいいのでないでしょうか？
1151	国民の多くが在宅死及び在宅ターミナルケアを求めながら、現実にはほとんどの人たちが、その希望をかなえられないことは、現在の日本医療にとって大きな問題である。大学教育、医師会、マスコミを含め、様々関係者が、いかに在宅ケア、在宅死が満足度が高く、本来あるべきものであるかを言及し、普及させることに努めていくことが必要と考えます。
1152	本人の意思決定について自分の一生について若いときから考えておく必要があると思う 医師にアドバイスを受けることのみにするのはどうかと思う。
1154	これからは、在宅医療が重要になってくると思います。 在宅支援診療所とのＤｒとの連携も大切ですがＤｒの負担となり、積極的には、在宅での看取りを、できないことも予想されると思います。 私たちの訪問看護ステーションでも、24 時間での緊急対応等考えると小さいステーションでは、負担が大きくなると思います。 患者様利用者様の希望を十分にきき、ＩＣＦを踏まえた「生き方の支援」を出来るよう、入院時には、必ず地域医療室をまきこんだカンファレンスなど開催し、必要な情報提供を行った上でどのようにしていきたいか決定してもらったらよいと思います。 ますます、増えていく在宅医療。 私たち訪問看護も看護の質をあげその利用者様がその人らしく生活できるように援助していきたいと思います。
1157	少子高令社会の中でこれからは老人を国民全体でささえ、見守らなくてはならない。独居は色々な面で効率が悪いため、公共の集合住宅を増やし、お互い助け合って生活すべきである。 また 75 才医師定年制を導入し、75 才以上の医師は自分より年上の人のみを診療する様にすれば若い医師への負担が減るのではないか。どんどん高令医師にも訪問診療をさせる方向が必要である。
1159	療養者の生き方は各々違うものであり、多様であるので、死に場所の選択枝が在宅、病院、施設の３つしかない事に疑問を感じます。(特に居宅へと誘導している事についても）もっと多様性を反映できていないかと考えます。 なかでも最近在宅至上主義の様な風潮となり、『在宅こそが善』という流れには危機感さえ感じます。 在宅での生活を支えるには、御家族のレスパイトケアへの配慮（受け入れる施設、病院）も必要ですし、相互の相■■役割が在宅生活を支えていると思っています。 最期はどこで亡くなるかわからない世の中です。 在宅を願ってはいても、現実はどうなるかわかりません。 いろんな場所を考えてみるのも逆説的かと思います。意図的に、在宅へと誘導するのは、おかしいと思います。 又療養者の生き方を支えるのは在宅医療のみではありません。 地域で生まれた時から、死までを支える医療者として出来る事は（＝乳幼児検診、国医、支援医、市の嘱託医、産業医、警察協力医、等）に多くの安息があります。これらも地域を支える役割です。在宅医療以外にも、もっと広い視野を持つべきと考えます。
1160	医療、介護の現場にあたっては、まだ現実的な基盤整備が必要だと思われる。
1161	療養者の生き方→多様化→対応するのが難しくなる。権利の主張が強い 死生観の違い　本人、家族、医療従事者 地域格差　　社会資源の差　　人、物、金の差

	「最期の時」をイメージしてもらうタイミングも重要だと思います。 「延命」ではないけれど「何もしない」というのはイヤ。療養者、家族の気持ちは、その時で変化します。一度「こうでありたい…」と言っても土壇場になって「色々と…」の事は多くあり、決めつけることなく、希望が現実になるよう援助していきたいと思います。
1183	現在の家庭、家族環境では、家での看取りは家族の負担が大きいだろうと思う。 がん患者に関して言えば、在宅で、緩和医療を行えるＤｒも少ないと思う。 医療者側の状況がかわらないと、患者、家族へもすすめていけないと思う。
1191	病院での医療が中心となっており、在宅医療は、まだあまり知られていない状態がある。今后は、もっと在宅医療が必要とされてくると思うので、もっともっと在宅医療を広く知ってもらう必要がある。 医療関係者の連携を深めていくことで、よりよい在宅医療につなげていけたら良いと思う。 最期を迎える場所を病院にするか、在宅にするか選択できるように支援していくことがより重要だと思う。
1192	介護保険サービスとしてのホームヘルプサービスや通所介護、ショートスティを上手に利用しながら、必要に応じて医療サービスを受けるための外来受診だけでなく在宅医療サービスをうまく利用しながらなるべく在宅での看取りができる様にシステム作りができれば理想的だが…。
1193	人口の減少・高齢者の増加・介護力の低下等の社会情勢の中、個人個人が他を頼るのではなく、自分達の持っている力を信じて生活していくことが必要なのではないかと思う。 それには入院時から退院して後、どうやって生活していくのかを一緒に考えていくことが医療者として必要であると思う。また、退院後の患者を支えていくためには、地域との連携は必須であるが、それらの社会資源の活用を知らない者も少なくはない。病院という施設の中だけに限らず、広い視野を持ちながら患者さんと関っていけたらまた相談室の看護師という立場にあるので、院内の連携はもちろんのこと介護や訪問看護ステーション、保健所等との連携の窓口となっていけるよう努力していきたいと思う。
1194	疾病、障害を持っても自宅のどこをどう整理し誰がどう治療、患護、介護を行っていくのか具体的に説明すると、本人、家族は在宅を望んできます。 その為にも誰を連携しておくかの普段の関りをいつも大切に思っています。 いざとなったら、手をとり合って、患者や、家族を助けていけると思っています。
1195	■■市■区において、平成９年から「■区在宅ケア連絡会」という活動が行われております。 別便にてその「活動報告書（I）（II）（III）（IV）」をお送り致します。 そこで幹事として努めております。 小生なりの考えが表現されております。 全国、在宅療養支援診療所連絡協議会の活動に期待を寄せております。 今后共、よろしくお願い申し上げます。
1197	ご本人、ご家族も在宅で最後をむかえたいと考えていてもそれを支える事業所は、人員に余裕がありません。 夜間呼ばれても、次の日に振り替えで休む事もできません。それが 24 時間 365 日をうたう介護保険の現状です。
1199	当院には在宅ホスピスがあり、在宅で亡くなられる方も多いですが、高齢者家庭等で最期、在宅困難の方が入院されたりなさいます。 家庭での介護は介護者に思った以上の肉体的、精神的負担が大きく緩和ケア病棟の必要性も重要であると考えます。 入院された患者様は“仕方ない”思いが強く（そればかりではなく安心もあると思いますが…）“家に帰りたい”と云い乍ら、亡くなられる方も多くおいでます。又、在宅の地域に施設（訪看）がない方等も入院して来られ患者様のニーズを充足するには、まだまだ体制が不充分であると思います。 自らも亡くなる時は家でと思います。これから在宅ケアが発展する事を望んでいます。
1200	患者、家族のどこでどのように過ごしたいのかを十分に把握して、そのためにはどのような体制を整えれば希望を支えられるのかが検討課題である。 ■■県では在宅緩和医療連絡協議会を行っており、様々な職種が参加し連携を深めるための機能展開中です。 全県下の医療機関（歯科を含む）にアンケートを行ない在宅ネットワークを構築薬剤師会での訪問薬剤指導可能薬局　訪問看護協会の 24 時間体制の把握　老健や福祉機関での看取り体制が可能かなどを調査してます。 拠点病院にもその結果を返して今後在宅での看取りをスムーズに切り目なく行うために在宅緩和支援センターを県の事業として行なっていただく予定です。 緩和の患者のみの地域連携ですが、最終的には全ての患者の在宅支援センターとしていきたいです
1205	在宅で生活していきたいのは全員の希望かもわかりません。しかし現実問題として本人はそうであってもケアする家族にそれだけの時間やゆとりや覚悟がないと十分な在宅ケアをできないケースが多くみられます 昨今の子供の虐待や親の殺人など人として大切な心の欠如した人が多くなってきており、十分に理解してもらって在宅へという方とハード面で施設を増やし介護での人材を増やすことによる就職など在宅の促進以外にも必要な面があると思います。必要な部分は税金を投入して拡充していくこと（目的税でいいと思います）が大切だと思います
1206	医療介護が本当の意味で連携ができていない、医療の中でも病院スタッフ、在宅スタッフ相互理解ができていない「療養者の生き方」をきちんととらえるシステムそして生き方を実現できるシステム作りを行うべきである。医療介護スタッフも自分が将来療養者になった時にどうするかという意見を持つべきであると考えます。 ご苦労さまです
1207	療養となる人は、医療者におまかせするばかりでなく自分の生き方としてどのような医療を受けたいのかをしっかりもち、医療を受けることが必要。 そのためには、情報が得られるシステムの構築の設備も必要であり、また医療者も生き方を支援するという意識がもてるよう教育～継続した教育支援も必要となるだろう。
1208	労働人口の減少、医療保険や年金財源の不足、高令者介護の問題など問題が山積みである。 安心して年がとれ、不安なく老後になるように社会全体でとりくむ必要があると思う。 高令社会対策基本法で社会的に活動に参加できる、社会の一員として尊重され健やかで充実した生活が営めるとあるこの対策を専門的にどんどん行っていくことが大切と思う。 療養者が安心して医療介護が受けられるサポート作りがもっと必要と思う
1211	退院後、患者様は、自宅で生活したいと思っても、核家族になってしまい家庭で介護する人がいない、いても老々介護で共に疲れ対応出来ないのが現状である。 病院の方も、特別養護老人ホームや老人保健施設を進めている事が多い施設を点々と渡り、最期は病院へ送り、1 人で死んで行く。 介護にたずさわる人の知識不足もあり、人員不足、又気持のこもった、心からの介護も出来ていないので（教育もされていない）患者様は不安な生活を送っていると思う。言葉が言えない、訴える事が出来ない患者様は、介護

	側の方を中心とした介護が行われている事もたたあるのも現状です。 私は自宅では安全、安心から見て不安なので最期は病院へ行きたいと思う。 介護制度が出来、安易に利用する人が多い。出来る事でも介護制度を利用するのだと聞く。心が痛まないのだろうか。現場で働いていると、いろいろな考えの方々いる。はたして、この介護制度を作ったのが良かったのかなーと思う事もある。 高令社会の到来や疾病構造の変化から終末期を自宅で迎え自分らしい生活を送りたいと思う気持はあっても、自分らしい生き方を手助けする方々がいるだろうか？療養者の感情をそのまま受け入れ療養者を尊重し、良好な人間関係を築き介護出来るヘルパーが介護福祉士が、ケアマネジャーが看護師がいるのだろうか。 まだまだ介護にたずさわる人の人間性が問題だと思う。「だれでも出来るんだ介護は」ではなく「この人に介護をしてほしい」と言われる様な人になりたいと思い、毎日訪問看護の仕事をさせていただいております。
1212	医療・介護の中で本人らしく生きると言うことは本当に考えられているか疑問である。 又、その本人が自分がどのように生きどのように死を迎えるのかすら決められずいるケースも多い。どの段階でどのようなメンタル的なケアを必要とするのか。 だれがそれを責任としてやりとげるかなど決らないことが多すぎると思う。 自分もそうだが、居宅で仕事をし、まずは家族の生活が尊重されることに驚く。医療機関で行なわれる、胃ろう、ポート埋込み等その場はしのぐことができるが、これをしてこの先在宅でどのような対応が始まるのか。何か必要か説明されずに進んでしまっている気がする。そして、いざ自宅へ帰る時になると、長期化する介護や医療的な技術にとまどい在宅では看れないということになってしまっている。 問１５の設問にもあるが全体のカンファレンスが早期から開催し、その人の生き方に沿った情報提供ができれば生き方を決める、助けになるのではないかと思う。これらは手間かかるが診療報酬へも反影されていないし、係りは期待できないと思う。 また行なわれる際も説明をうけたり話し合いをした後、本人や家族に内容が理解できたか補足や確認ができる役割が必要だと考える。
1213	地道に在宅医療を行なっていくしかないと思います。そして受療者に理解してもらうしかないです。 在宅療養は経済的負担も大きくなりがちですので、「金もうけ」と思われがちです。大病院の勤務医と開業医では経済的負担がどの程度なのか全くもって理解の度合いが違うと思います。 職種が違えばその差はさらに大きくなるので、機能展開はほぼ不可能です。 良心を最大限に発揮して医療を行なうしかありません。
1214	家族の役割、あり方が、患者の生き方を左右していくと思う。 家族と患者の納得を与えていける医療システムがあれば、もう少し在宅療養者も安心して生活ができるのではないか。 開業の先生もがんばって往診して下さっているけど、評判の良い先生ほど忙しく…それ以上の往診はお願いできない。 病院で、時間がありそうな医師が開業の先生のフォローができないのか？ 病診連携が難しい。
1223	入院 ・病気についてきちんと説明していただき必要な検査、治療を受ける ・がんであれ何であれ、本人と家族同席のもとで説明を受ける ・本人、家族が話しあい今後について決めていく この際、図Ｏの「どのように身体が変化するか」「どのように生活が変化するか」の説明を必ず受ける。 退院に向けて ・転院、在宅等選択肢を紹介してほしい。 ・在宅の場合、ケアマネジャーの紹介、介護サービス、社会資源等について説明してほしい。 在宅を選択した場合 ・入院中に関連職種と主治医、本人、家族との話し合いの場を設定してほしい。 ・在宅療養支援診療所の医師を紹介してほしい。
1224	本人の希望が在宅であれば早急に手配できるようなネットワークが必要。経済支援（保険制度）の充実、などスムーズにすすめられる必要がある。在宅支援のマンパワーも必要。家族、本人がどれだけ安心して本人たちで生活できるか。独居を可能にするための援助など、考え実践していけることが重要だと考える。
1225	療養者にさまざまな選択肢が提供できるように情報を整理する必要があると思います。 医療者の知識が足りないために情報提供できないこともあります。又、ご本人に選んでもらいたいことが家族の都合により、本人の希望がにの次になってしまうことも多々あり、本当に本人の希望をとおすことは、むずかしいと感じます。 人材の育成、物の充足、お金のかからないしくみ、わかりやすい制度、社会全体が自然に支援する意識や参加手段が整っていればいいと思います。
1227	通院困難な方で療養を必要としている方は、癌のターミナルを含めて多くの方は在宅での療養を希望されています。 在宅医療の技術の進歩は病棟医療に近いサービスの提供が可能になっています。 在宅医療の推進のネックになっているのは介ゴの問題と思われます。 現在の介ゴ保険は家族介ゴを前提に成立しています。 1 人ぐらしの重介ゴの方を、介ゴ保険のサービスだけで在宅でケアする事は不可能です。 介ゴ保険のサービスを充実させ、独居障害者が安心して在宅でケアが受けれるよう制度の改善が必要です。 又、ホスピス、ケアハウス、老健、特養の質と量が国民のニーズとのギャップが大きいと思います。 医療、介ゴに国の予算を大巾に増やすべきです。
1228	在宅療養支援診療所に勤務する医師の立場から問題点を述べる。 日常診療を行いながら重症の在宅患者を数多く単独で診ることは心身共に大きな負担である。在宅医療を日常診療の一部として無理なく行うためには、診療所の医師が大きな負担を感じることなく、訪問診療を実施可能にするシステム作りが必要である。 在宅医療に熱心な医師が集まり、診診連携、病診連携を通してグループ診療を行うことにより医師の負担の軽減を図ることによって、患者側にとって安心して訪問診療を依頼できるようになると思う。 このために、在宅医師ネットワークを組織することになるが、訪問診療に主として対応する主治医と、主治医と連携、補佐して往診を行う副主治医を決定する。この他に専門性を持ち必要に応じて往診を行う協力医師（皮膚科・眼科・精神科など）が欠かせない。 在宅医療に関わるケアマネージャー、訪問看護師、介護士などとの密接な情報交換も必要である。 緊急時に円滑に患者を受け入れる連携病院の確保も重要である。

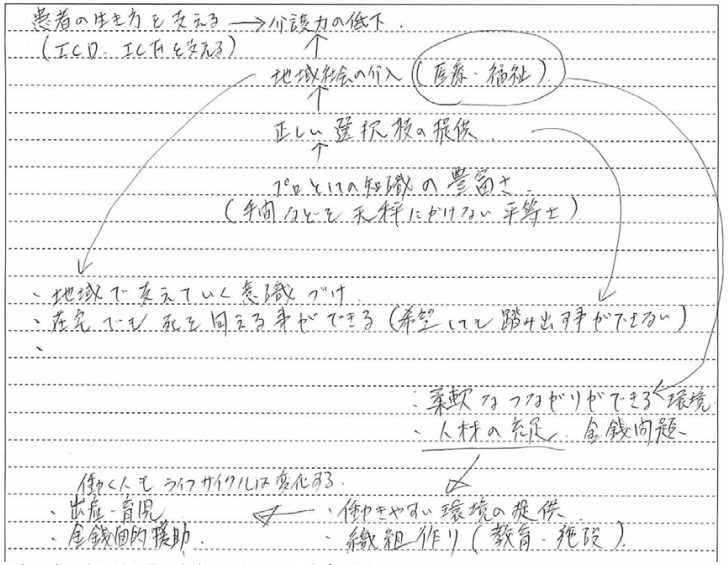
1229	療養を要するに到る方々は次々に自らの大切なものを失なう過程にあります。老い、機能低下、疾病、家族、明友を失なうことなど… そうした中で支援の「味方を多く」して心強い環境を提供することが大切です。 それに関わる我々も、良い味方を作ることがより自らの機能も高め、達成感のある仕事につながります。 良い味方を得ようとするなら自らも他の良い味方になることが求められます。これが連携の思想です。 その際に大切な要素を知っておかないと最も大切な味方が得られなくなります。その大切な味方とは我々の社会です。 医師だけの一人よがりでは社会があと押ししてくれません。 また、医療人同士が楽しく参加できる movement でなければ最初から続きません。私が 20 年来、地域医療連携のキーワードとして心に保ち続けているのは次の５つです。 １）genernalizable 広く受け容れられる ２）durable 長続きする ３）linkage to future 将来につながる ４）immediate interest すぐの効用がある ５）save medico－social resource 資源を節約できる。 全ての医療、介護、福祉的な試みにはこうした視点が大切だと考え、実践しています。
1230	誰に問題があるとか、ここを改善したらとか、一言で改善出来る事なら簡単で、書ききれない程問題はあると思われる。 最後をどこで迎えるか、患者・家族が話し合っていても、結局患者が意識がなくなったり朦朧としていたら「もう看られません。入院させてください」などと、患者本人の意思決定はまったく無視されてしまうのである。 それに加え、家で看取る看護師のストレス、人生の最期に同席する事への評価が低い。実際、医師は最期の最期に呼ぶ事が多く、家族が死を受け入れるまで～受け入れて看取るまで、は看護師の腕にかかっている。だが、実際現場ではボランティアであったり、医師には看取り手当てが出るが看護師には出ない（実際には終末期加算がつくが、医師のそれに比べたらごくわずかである）といった、物理的な要因もひとつ。根本的なところは看護師不足があるが、そういった評価がなされない事で在宅医療に限界を感じ現場を離れる看護師も少なくない。病棟勤務は、家族と付きっきりになる事はなく、いざとなれば自分が部屋を出たり、家族を部屋の外に出したり、が出来るが、在宅ではそういう訳にはいかない。長い時間その雰囲気の中で拘束される事は、いくら看護師でも容易ではないと思っている。その上、100%家族が在宅療養がどういうものかという事を理解している事は少なく、ちょっとした事で不信感を募らせてしまったり、家族の問題、子供の問題、時にはお金の問題や相続の問題、そんな事まで付き合わされる現実もある。更に病院では、患者・家族共に「入院させてもらっている」という意識があり、言えない事や我慢している事もあると思われる。帰宅すると開放されたかの様に横柄になる事例も少なくない。それでも我々は家に足を運び、看護師１：家族、として対応しなければならず。そしてケアマネやヘルパーの問題もある。レベルが低い、勝手に色々やる割には肝心な事が抜ける、強勉不足、余命等のキーワードを簡単に発する、など、社会資源を使うなかでも安心できない部分がある。そして終末期の患者も家族の介護疲労対策として、短期入所等を利用できるように基盤を整える事も必要。介護疲労での入院は病院側の受け入れが皆無に等しく、家族が安心して在宅療養が出来る環境を作る事が最重要ではないかと考える。そうでなければ、私自身も家で最期を迎える事を考えられない。 最後に、日々業務に追われる中で、本当に改善してもらえればと願い記入させて頂きました。 この研究が、是非今后の 24h 支援に対し反映される事を祈っております。
1231	在宅医療はあくまで、個の医療で行政主導はありえないのですが、最低限の支援、少なくとも、さまたげるような事はしないでもらいたい。 在宅ホスピスへのとりくみも、重要です。 スキル、連絡網の整備の必要ですが－ 診ー診はいいのですが、病院はクローズな傾向があります。
1233	医療と介護は両輪になって療養者の生き方を助けなければならない。ただ口ではわかっていても実際に接点は多くはない。おたがいに話し合う機会が少ないといえばそれまでだが実際はおたがいに干渉はしたくないというのが事実であろう。 私は整形外科を開業していて２年前にケアマネの資格もとったがほとんどケアマネで勉強した事は開業して役立ってはいない。何故なら無床診療所なので介護が必要になるとあまりかかわらなくなってしまうからである。往診を頼まれると診療しますが介護保険からデイケアやショートステイなどが組まれていて本当に患者にとって必要なのかどうかわからないままにサービスを使っていて私には何の情報もくれないことがほとんどです。ケアマネは独立性がないと患者の為にもならないし、無駄なお金が使われます。 ケアマネと医師が対等になって始めて医療と介護の連携ができると考えます。 ケアマネの地位および収入をあげないといつまでたっても同じことのくり返しでしょう。
1238	質問の主旨が全くわかりません。 スローガンでも書けばいいのでしょうか？ 有名な俳優や脚本家さんに頼んでこれらのテーマにそったＴＶドラマでもつくってもらうとかは…？
1241	１　国 自治体の方針、体制作り、支援が必要 （コーディネーターの育成、ネットワーク作り 情報の共存）
1243	どのように生きることが、療養者にとって幸せなのか、療養者の意向に添うように援助していきたい。 現在、自宅で療養するとなると、家族の負担が、かなりの割合を示めると思う。（仕事をやめて、介護にあたっている人もいる）介護される人に人生があるように、介護する人にも人生がある。どちらか一方が無理をするようであれば継続は困難である。 今後、家族の負担にならない他人だけの介護（本人が望む、社会的な認可があれば）の選択肢がもっと増えることが望ましい。 生き方には、正解も不正解もない。 在宅であれ、病院であれ、医療・介護の各職種間において、本人、家族をまじえ話し合いをすることで一つの方向性が見えてくる。 それに向かって（療養者の幸せ）努力することが重要だと感じる。
1244	昔ながらの在宅で死をむかえたいと希望しているし自分もそうです。しかし、在宅ケアをしてくれるチーム医療が確立されていず、医師も時間外に往診を依頼すると拒否され、病人をつれてくれば診ると言う答えがかえってくる。それでも、電話に出てくれれば良い方で、電話が休みや夜になると通じない事が多い。 結局、救急当番の病院へ連れて行く事になる。国そのものが対策をする必要があると思う。

	医師が開業したら義務づけるような対策にすれば良いと思う。
1236	
1246	10 年近く訪問看護に携わり、5 年近くケアマネージャーをし、療養型医療施設を母体とする病院の入退院のながれをみてきて思うのは、患者中心である、というケースが少ないということです。 病気になって残された時間が限られている方や、介護などが必要になった方が、家に居たいと思っても、自立していない何らかの支援が必要なために遠慮や追いめから我慢してしまうという場面を何度もみてきました。 また、在宅療養をしていて入院が必要になった場合、当法人では療養病床入院待機者より優先して入院させてもらえますが、医師個々の考え方の違い（法人での方向性の統一がされていないことも要因かもしれません）からか症状が改善されたらまた再び在宅へつなげる、という例があまりないのは悲しい現状です。療養型病床は最後まで過ごす場所という職員の認識やこれまでの歴史が変わるようにしていかなければならないと思います。急性期病院並みに入数に応じた入院日を設定する必要もあるかもしれません。 在宅療養、在宅死を身近なものにすることで経験をとおして私達事業者だけでなく患者さん、家族、地域の人々、国民が出来ることを実感できれば件数もあがっていき、療養者の望む生活を送れるようになっていくと思います。 在宅事業者以外の医療・福祉・介護職（ただしケアマネは在宅事業者であっても含めたい）への在宅医療の教育と一般の人への啓もうが必要だと思います。
1249	主役は、療養を必要とする患者自身であること。 誰もが逃れることのできない死をタブー視することなく“病気になったら”や“死を迎えるときどうしたい”といったことを家族間で話す場をもつ。 自分だけではないのだから、自分らしく存在できるよう医療者は、支えさせていただいてる、他者の人生に参加する機会を与えていただいているつもりで、患者の思いをきくことから始まると思う。
1250	遠慮なく物言い合える人間関係の構築 愛を提供できる人となりの形成を常に行っている事。

1251	各専門科病院診療所が隣接する我が国において、患者、家族の病院への医療の依存度は高く、これまで病院入院期間も長期が当たりまえとなってきた。 突然欧米型の自立した、在宅診療、介護を、目標としても時間がかかると思われます。
1255	本人の真の希望（および家族の真の希望）を把握すること。 そのためにはその地域の実情をふまえた正確な情報提供が必要。 そのようなことができるハイレベルなコーディネータ（個別医療機関や行政から自由、病院医療からも在宅医療からも自由）が必要。 ＮＰＯ法人「療養者の生き方相談室」など。 当面のキーパーソンは病院に所属するＭＳＷでしょうか。
1258	大病院でとことんやってダメだから家で看取ってもらいなさいという在宅では敗戦処理というイメージが強く、受ける側も提供する側もやりがいがない。やりがい、受けがいのある在宅システム ーそれは、介護する家族の安心 地域在宅支援センターの設置〔看護、介助を担当する〕 地域在宅医療センターの構築〔医療を担当する〕 提供する医師の負担軽減 ・在宅支援センターが 24 時間対応し、主治医以外のサポート対制を ・在宅困難な時、いつでも入院できる病棟の確保。 が必要であると考える。つまり、それは「ＡＬＳの在宅を全ての疾患に」である。何故ＡＬＳだけが手厚くサポートされるのか？いつも思う疑問である。生命予後の時間の差以外療末期と同じでないか。ＡＬＳの在宅患者もここ 10 数年で数倍に増えている。これを手本にやっていけば、もっと在宅もできやすくなると思われる。 ー在宅と病院の医療は根本的に違うという教育。 病院は“病い”を見つけ治す所 在宅は“幸せ”を見つけ感じる所 在宅で点滴や人工呼吸をするのは本来の姿ではない。積極的な緩和医療で短命であっても幸せは家族の中で感じることができよう。
1259	話し合いの機会をもつことによって、情報と心の共有をすることが重要である。
1260	まず入院中、病院スタッフより広報パンフレットなどの資料を患者に渡し、家族にも読んでもらい考えて頂く。 本人の希望が「在宅」であることが確認できたら退院後の方針を病院以外の関係者も混じえて話合う。 ふだんから社会全体でＩＣＦのことをマスコミなどを利用し皆が早くから知っている必要がある
1263	患者、家族への不安は対する対応、予後予測とその対応の具体的な説明、実際に変化があった時の迅速な対応（その変化はささいなものと思われるものであったとしても）、24 時間連絡が取れることを示すことが在宅を続けるための必須条件と考える。これを進めるには、生活支援を主とする介護と身体的苦痛への支援を主とする医療が連携し、チームとして支援をして行くこと、それによって、生活上の不安、身体的不安そしてがんや難病にあっては死への不安へ対応していくことで在宅生活を支援することができる。
1264	☆療養者が残りの人生をその人らしく生活していける様に援助していく事 ☆その人が何を一番望んでいるのかを感じ、どうすれば良いかを一緒に考えていく事
1268	療養者が在宅死を希む場合には病状説明や医療・介護保険の利用、福祉の利用を考える前に、24 時間主となって看てくれる人物を設定すべきであり、福祉・介護・医療サービスはこの人物の休養と考えるべきである。 そのことが不可能なら在宅はムリである。また老健、特養、ケアハウス、高専賃等も、在宅と考えれば 60～80%の在宅死となると思うが、これも 24 時間見守る人がいるからできることであって病院死が別の場所での死となり、この人々を在宅でもなく、病医院死でもないと分類しアンケートをとると別の結果になる様に思います。 連携はお互い無理のない様できれば最高と思います。 乱筆乱文で失礼します。
1269	～終末期の患者様へ～ 精いっぱい生きたあなたを応援します 想う処で最期の時間を おまけ 厚労省 報酬減らして無理を言い　人も増やして賃金上げろ？
1270	日本では、死ぬ権利が本人から奪われています。 病気や障害と共存し死を迎えようとした時少しでも生きている時間を延ばし最高の医療・福祉をどこでも、24 時間受けようとすることは、本当のサービスでしょうか。本人から死ぬ権利を奪わないようにしてほしいと考えます。高福祉低負担はありません。医療・福祉・教育は国民全ての社会資源です。資源には限りがあります。 自分だけ特別、癌末期は特別と考えず又、ヘルパー、看護師の訪問や入院、入所等物質的サービス以上に心のサービスが受けられるよう、老化する前から、議論が大切です。 限られた社会資源をどう使うのか議論しないまま、“24 時間のサービスが必要”と決めつけるから、医師・看護師・介護スタッフの疲弊から、サービスの崩壊が続いています。 今の資源（スタッフ）で出来るサービスを計画し国民に提示することが大切です。 例：医師不足では今の医師で出来る救急医療や在宅 etc のサービスの量を提示すべきで医師が犠牲にならないで仕事が続けられる必要があります。 そこから適正な医師数や配置とその費用を国会で議論してほしいと考えます。 日本にはブラックジャクやドクターコトーは１人もいません。もっと現場を見て考えてほしいと思う。 医師に変な人が多いのではなく医療や福祉に対し、変な幻相をもった日本人が多いということをわかるべきです。
1271	グループホームの経営者の研修会に出て、講習を受けた。長野県の上田市のやじろべえという NPO の方が講師となり、今後は、病診連携に加え施設側との連携も取れる様体制作りがなされると聞いた。 その意見では、Dr 間あるいはケアマネやケースワーカー間の交流を密にして相互に相談し合う必要がある。ただ我々は日常診療もあるので、ケアー専門の方とは時間的に合同の会議などのに出席は無理。むしろメール等を活用に情報の交換をすべきと思う。 また、病院の緩和（ホスピス）の考え方は疼痛除去に限定されていて、延命はむしろ苦痛を増すものと考えている様であり、最後の最後まで入院をこばむ傾向がある。 全人的医療あるいは 24 時間対応という意味では病院も診療所も大差ない。 大きな違いは看護婦や専門的技術の違いである。従って、相互にその持っている力を発揮すればよい形のものが作られると思う。 同様にグループホーム etc の施設は、自給自足は困難であり、1 ヶ月近くも室が埋まらないというのは困る。また■に施設と同じように待期者が多勢いても、その役割を充分はたしているとは思えない。
	予備軍的なショートやデイと■りがない限り発展ないと思っている。 しかし、同時に行うには同程度の人員をかかえる事になり現状では不可能。従って附設サービスなどの拡大をお願いしたい。 そうすれば、小規模でも余って人員を有効利用できると考えます。
1273	話はそれてしまいすみません。 今回のアンケートを読ませていただき、自分の知識のなさを恥ずかしく思いました。 参加できる在宅のセミナーには行ったりしていますが、社会全体をみるセミナーや勉強会は、クリニックレベルではないことが現状です。 広い視野でみる在宅について、セミナーとかあれば教えていただきたいです。 当クリニックにおいては、ご家族が親身になられて、在宅ですごし、幸せに暮らす方が多くみられます。 独居の方については、地域が介入し、みなさん安定した生活をしてみえると思います。 実際在宅で行える医療には天井があるように思えます。 皆様が満足して生活できるためには、医療、介護スタッフ全ての人の知識、認識を向上させ、家族、地域の人と人とのつながりを大切にしてくことだと思います。
1275	患者の身体情報と、その患者の家族状況、社会的状況、介護保険、自立支援法、福祉制度、給付制度など社会保障をふくめた生活情報とかつ、患者・家族をふくめた、病院スタッフや在宅スタッフとの合同会議によって話し合われ、退院後の生活、療養についての話し合いをもつことが大切だと考える。
1280	患者の意志の尊重。在宅に対する十分な説明。 家族の協力、理解。在宅担当医の熟意。 在宅に対する社会全体の関心、情報の一般化。
1283	現在、私の診療所は在宅療養支援診療所を届け出ていて、数は少ないものの在宅診療を行っている。我地区の医師会では在宅医療・介護についての紹介又は連携システムは構築されておらず、個々の医療機関と病院での病診連携にたよっているのが現状である。従って、末期癌患者の在宅医療では介護スタッフ、看護スタッフを自ら依頼して、数週間の間日、祝日も訪問診療しなければならず大変負担が大きい。特に出張中の患者の急変時には受け皿となる医療機関も確保しなければならない。 こうした現状の中、医師会有志で在宅医療・介護に関して、地域医師会で病診連携してシステム作りを開始したばかりである。病院その他事業所から在宅希望患者に主治医を紹介するシステム、関連する医療、介護サービス、パラメディカル等との連携システム等を構築して積極的に在宅での看取りを推進していきたいと考えている。
1284	①療養者のどう生きたいかの自主性も重要 ②家族の介護力は大きい。 ③療養生活可能な治療方向への転換にあわせたサービス（居宅）量の補充 ④24h サポート、明確な役割分担 ⑤医療者の自律性（Ns の権言拡大） ⑥医療者の自律性する為の研修制度の充実、資格と責任と報酬制度の作成 ⑦医療者の配置人数の制度化。介護施設の Ns の適切な人数をしっかりと決めて増やす。
1287	以前、東北大学の濃沼先生の講習をうけたことがあります。 Ｓ．４８年の改正で、老人の医療費がただになり、何でも受診の回数がふえました。その影響で 1 人当たり 1 年間平均受診回数が他国は 10 回未満なのに対し、日本は 13.8 回です。 病院の方針としても外来での治療が多くなり、今后外来 Pt はふえていきます。 まず、医療制度の整備、マンパワー、充実が大切であると考えるベット数だけが多く、病院が倒産に追いこまれている現状である 外来を強化し、各々専門的領域を充実させることが重要であると考える 例えば、がん Pt は専門病院で治療をうけ、骨髄抑制期又は外来経過は近医で診ていく。ケアが必要であれば、在宅支援をスムーズにうけられて、fa、pt も病気以前に生活に 10 に満たなくとも、それなりに生活できるよう支援される。 老々介護であっても、介護する側にも負担かからないようなデイサービス、ショートスティがもっと充実することも大切と思う。 知りあった福祉の方で働いている人がいるが、福祉の状況も職場の入れかわりが激しく質の低下を感じたことがある。 利益優先で、建物だけどんどん立って内容が■していないとも感じたことがある。 アンケートの答えになっておらずすみません。
1288	「療養者の生き方」と提示すると、選択肢が多々あるように見えるが、さて？　ただし、選択には責任がともなう。その責任も連携、協力ができれば、昔からの医師様々、先生のおっしゃるとおりというあり方が変っていくのでは、と思うが。
1290	共通認識の必要性を痛感します。 現在利用できる医療保健介護制度の理解と患者、家族の問題点をうきぼりにしてその解決に向けて、だ協が必要。
1292	お示しいただいたデータによると 60～80%が在宅死を希望しているとの事ですが現場で患者さんや家族と接してみますと、実際には、病院死になってしまっている現状です。 医療者（説明する側）の知識不足もさることながら、受療者の知識の充実、そして、精神的、経済的安心が在宅死選択の第一歩によるものと考えています。
1293	在宅の方が医療費の減になるとお考えの方が多いと思われますが、家族の負担分も考えたら、そのようなことはないと思われます。 経済力の低下（本部の）は、望む医療や介護が受けられなくなること、皆自覚すべきです。 自宅での医療（在宅医療）を受けられる方は、極めて恵まれた（家庭内に自由な時間のある方が複数居る。経済力がある等）患者さんのみと思います。 支える医療、ＩＣＦが重要とのことですが、日本の経済力で、全てを望むのは無理かと思いますが、いかがでしょうか？
1295	現在の老人介護保険の実情の一部に就て述べます。 １）通所リハビリというのがあります。通常は週 2 回です。 1 回 12,500 円月に約 10 万です。朝 8 時頃からワンボックスカーで患者を迎えに行き、昼食後、所によっては、入浴サービスをして 3 時半～4 時頃に再び車で自宅に送ります。老人を集めてリハビリをしてると言いますが、正直に言うと大したリハビリはしてません。大勢集めて遊んでもらっているという状態です。 老化現象は生理的なものです。病気ではありません。 ２）ディサービスというのがあります。1 日不明円です。これも前記と大差なく、殆んどが入浴サービスをしてます。これも前者と略同じです。

	家族の負担が軽減するプラス面があります。然し、1老人に月10万もかける程、日本の財政は余裕を持ってません。 早く死んだ人には全くの無策で、長生きした人が更に人生を楽しむ様な形では、若い人は納得して呉れないと思います。 提案をします。 老人を看てる家族に或る金額を5万円位を渡して、介護料とするのです。老人は元々加令と共に自宅に居て隠居になるのが日本の活き方です。何も何処かに集めて時間を過す必要は無いと思います。通所リハやディサービスに行っている間家族は受け取った金額で持ち回りで面倒を見たり、ヘルパーさんに依頼すれば良いと思います。 浮いた金を患者さんが強制的に退院させられている医療の現場に廻すべきだと思います。現在、入院後2～3ヶ月で強制的に退院させられて、療養型の病院に廻されてます。此の型の病院では充分なリハビリも一次病院の如き医療も受けられません。 健康な老人に金を使い、若い病人に金が廻らない今のシステムは間違ってます。これも介護保険が金を遣い過ぎるからです。 更に、特別養護老人ホームにも運営に問題があります。 一度入所すると死ぬまで居られるのです。 原則として6～10ヶ月で、次の人と替えるべきです。多くの老人が平等に利用出来るべきです。 今では完全に特権階級に占められた観のある特別養護老人ホームの運営を大改善して下さい。 介護認定にも問題があります。多くの人が負担料が零になる介護4度に認定して呉れる様に希望するのです。又、要支援2の人は全員要介護にして欲しい希望します。認定業務が大変になってます。認定を再検討する必要があります。 未婚の人、子供の無い夫婦も、子供を育てた人も皆同じ扱いの現行制度に不備があります。子供を育てるのは大変なのです。子供達は先ず親の面倒を見て、余裕があれば他人の老人の世話をしたいと考えるのが人間として当り前の考え方です。未婚の人、子供の無い夫婦は老後に備えてキチント準備しておくべきです。現行制度では平等、平等と言って非常な不平等を産んでます。 最近は高価な電動四輪車（車椅子）を希望する老人が増えてます。部屋の中では歩いているのに、外出は転倒が怖いと言って要求するのです。これではリハビリをして体を鍛えても何もならないのです。 老人は自宅を中心に隠居スタイルで余生を過すのが、経済的です。今の介護システムは日本の体力を越えた巨大システムと化してます。これでは、日本の活力を失います。 介護システムで働く人が不足するとフィリピン等からの人が移入して来ます。日本が日本合衆国となります。 最終的に、日本は9000万人から更に6000万人位の人口で国を運営する様に、産業、社会を変えていかなくてはなりません。 世界中の人口が減らないと地球が支えきれない時代がやがて来る事でしょう。飢餓と戦争の時代が来るのです。 世界の人口制限に向うべきです。
1296	在宅、介ゴ保険国連職種の中では、「療養者の生き方」という考え方は皆普通に持っているのではないだろうか。 最も欠落しているのは病院の中でだけ働いている医師、看護師たちだと思う。若くて人生経験も浅ければなおのこと療養者、介護者の視点というのは持ちづらく、そのため患者側がつらい思いをしてしまうこともあるだろう。 医学・生物学的モデルのみに基づいた医学教育、治療、延命至上主義の大病院の国土の中で生きていれば当然そうなってしまって仕方ないと思う。 重要なのは教育ではないだろうか
1297	専門職としてのスキルアップおよび事業所の安定した収入が得られる事により、やりがい感にもつながりになるのではないだろうか。 在宅では生活をみていくという視点から医療、介護間の問題点を解決できるよう、連携が必要であり、行政の力も必要になってくるため、医療、介護、行政の連携が取れるようなシステムが出来たらいいと思って日々、努力もしています
1298	在宅で最後を迎えたいと本人は思っていても、介護する家族の負担はとてつもなくおおきいため家族がムリと思ってしまい、在宅にもどれない人が多いと思う。 訪問看護をやっていく上も最も大切なこと、それは家族を支えることにつきると思う。在宅にもどらせることを迷っている家族には何が不安なんだか、何をやってあげれば帰ろうと思ってくれるのか家族を説得することが、最初にすることだと思う。 在宅にもどってからは、患者３：家族７の割合で支えている。 不安になるのは本人より家族だからだ。そしてゆれるのも家族。 本人はもちろん家族と信頼関係が生づけれぱよい。
1299	療養者が選択できる思考が残されていればよいが、高次能機能障害が脳血管障害等で自己管理できなくなった場合どうするのか　本人、家族のみでは、経済的負担が大きい。社会保障の充実を図る又福祉系大学の学生にボランティアで関わりを持ちいざ卒業して現場に出たとたんやめてしまわぬよう、学生時代から問題意識を持って、関わってほしい
1300	家族のあり方が変わてきて死を迎える以前に生きている間も、家族の関係が希薄になっているところもあると思います。 「家で死を迎える」のを望んでいるのか 「家族とともに死を迎える」のを望んでいるのかによってもちがうと思います。
1302	チームナーシング
1307	昨年夏に仙台で開催されたホスピス・緩和ケア研究会の総会に参加させていただいた。 各都道府県の地域連携、行政の事業etcを聞き何て[redacted]は遅れているのだろうと思った。 しかし、私だけが思っても何も変えられないので、もっともっと色々な人に緩和ケアのことや在宅死について伝えていき大きな輪を作りたい。
1308	・高齢者介護施設の増設、介護者（介護士）の増員→労働に見合った賃金が必要 ・MSWの確保 ・本人の意志を尊重した医療の選択
1310	自身の生の終わりについて考える機会がほとんどないのが問題。家族の中に在宅死の人が居ると考えるようになる。日常の介護の大変さが理解できる。夜中に起こされることが続くと、入院してもらう事を考えるようになる。 家族の介護と、自分の生活維持のどちらを取るかが問題になってくる。 24時間365日の介護提供については、知りませんでした。 これを社会一般に広報していくことが大事だと思う。
1311	「生き方の支援」として、在宅で患者（利用者）を支える看護師としては、私達にとって一番大切な大きなテーマだと思います。
	患者さん自身も在宅医療などご存知でない方もまだまだ多いと実感しています。しかしそれは医療者側にも大きな問題点があり、医療者自身が在宅を知らないことが原因ではないでしょうか？ 私達がもっと病院側へのアピールが出来るように頑張っていかなければならないと思います。
1312	できるだけ、患者さんらしく生きられるようにという事を中心にかかわっているので、一般病棟よりも希望に添える職場ではあると思う。しかし、在宅で介護できる家族の不足や、在宅での医療について、患者さんの住む地区の整備が不充分であったりすると、帰らせることが難しくなってしまう。更に、家族のいる高令者は、周囲に気をつかい、家へ帰りたくても帰らなくて良いと言うこともあると思い、スピリチュアルケアも必要となると感じた。 在宅医療や介護分野が、働きやすい状況になれば、家へ帰りたいという希望も、スムーズにかなえられると思う。
1314	行政にもうすこし深くかかわって頂き、様々なサービスの「ネットワーク化」を地域全体で取りくんでいくのが良いと思う。情報の共有化が望ましい。(個人情報のこともあるが…) 1つの診療所とステーションでみるというよりもスキルを同じくして、他のマンパワーも利用していけると御家族、医療者のそれぞれの負担も軽減するかもしれない。 そして家人に負担をかけるのが心配で家以外を選択されている方々も、自分らしい生き方をするために、自宅に戻れるようになるとうれしい。 病院のDrやNsが在宅に対する知識に乏しい傾向があるため退院前からのカンファレンス（在宅医を決めていない場合も多いので、必要であれば在宅医を決めて参加して頂く）を持ち、しっかりサポートできる体制を伝えていく。 又、退院が決まっておらず、悩んでいる家族（本人）にも在宅では、どうサポートして、どう生活していくかという情報提供の場を作り、退院へのアプローチを、全体ですすめていく（たとえ自宅退院の結果にならなくても、選択肢が増えるので）。 病床数を減らして退院に持っていくのではなく、国がきちんと提案をして、納得して安心して退院していけるような、取り組をしないと退院しても不安だらけの生活になり、そういう方が増えてしまう。 期待したい。 ・アンケートのいずれの答文もまとまりがなくすみません。又論点がずれておりましたらすみません。 在宅のパワーというものは素晴らしいものがあります。 長く生きることも大切かもしれませんがその人らしく生きることが出来るよう援助していきたいと思います。
1315	・療養者御本人がいかに安全で安心な生き方ができるか
1317	療養者のより良い生き方を目指していく上で、取りくむべき課題は複数あり、医療・介護の職種からの改善だけでは足りないと思う。（インフラ整備や地域経済、病院や療養施設の経済問題、マンパワー不足など） それらの複数の要因を様々な方向からアプローチしていかないと、大きな改善はないと考える。 色々な場所で、改善の動きがあるので、それをサポートしていく国の協力も必要。 今、がんセンターで働いているが、在宅や緩和ケア施設を選択する人達に私自身が詳しい情報を提供できないレベルである。SWさん等が主となって地域サービスを探したり、情報を提供しているが、医師や看護師も、もっと地域について知っておかなければいけないと感じている。しかし、自分で地域のことを知りたいと思ってもなかなか知識を得られる場所がなく、本や雑誌、ネット等で調べるだけになっている。SWさんも患者への対応で追われてしまい、職員への啓蒙活動などもとてもできる状況にない。 しかもSWさんに紹介がいくのは、退院の検討がされる段階が多く、もっと早い時期（緩和ケアなどはまだまだ必要ない時期）から患者や家族に情報を発信できれば患者さん自身の生き方をゆっくり考える時間をもてるのだと思う。現在は、患者の自主性になってしまっており、よりサポートが必要な人ほどおいていかれてしまっているように感じる。 多施設、多種職が連携していくにあたって、話し合いの場が必要であるが、それもない状況であり、まずは、窓口を開くこと、話し合いの場を作ること、お互いの情報交換をして、複数の施設がお互い利用しあえるようにすること、それを行えるだけの時間と人の確保が必要と思う。 日本人の特性か、本音をあまり出さないという傾向があるが、患者や家族がどう生きていきたいかをしっかり表出できる雰囲気作りも必要。そのための、医療者全体の知識を底上げしていかないといけないと感じる。 問題ばかりあげて、対策が具体的に書けずすみません…。
1318	患者・家族を中心とした、医療・介護の連携。私が主にやっているのは、認知症を有する、高令者の在宅支援なので、患者家族の介護負担（精神的なものが大きい）が重く疲れてしまうケースが多い。最終的には、老人ホーム等の施設へ入所を家族の希望される場合が多い。本人は既に、判断力を失っているので、家族の介護力に左右され、なかなか在宅で死を向えるというよりは、最終的には、病院に搬送されて死を向えるケースが多い。 癌患者が■く、在宅での死を向える意向であるなら、支援していくつもりではあるが、なかなか魂の部分までささえていくことがむずかしい（疼痛緩和は比較的楽かもしれないが、スピリチュアルなケアの支援はむずかしいと思っています。）
1321	「療養者の生き方」というと、その時点で私はへだたりを感じます。 在宅は１人１人の生活の場、私たち自身の生き方をどうしてゆきたいか？とまず考えるべきではないでしょうか。 自分自身、また家族もいつ「療養者」の立場になるかはかわりません。たまたま、生活の場で病気や障害もしくはＡＤＬの低下を余儀なくされてしまう状況が生じてしまうだけで、１人の存在（役割を持った）だと思います。本来なら、どのような状況で過ごしているはずが、療養をする状況になったわけで、その方の困っている部分を誰かが、お手伝いすることによって、その方の望む生き方が実現するもしくは近づけることが可能だと思っています。 プロだからこそ、普通の私たちの日常生活のことを振りかえり、人として、その方の想いに少しでも近づく努力をすることが一番大切なことだと考えます。そして、その視点から様々な資源の情報収集をし、あきらめずにその方の方法で活用できるまで支援してゆくことが、医療・介護の各職種間において必要な意識だと思います。 無理、ダメと感じた時点で前には進めず解決しませんが、あきらめないで目的に向って進んでいると、当初の目標とは別の解決策が現れることもあったり進む段階で目的や意欲にもよい変化がみられることがあります。これは、全く経験上の話で、裏づけには欠けますが、とても自信があります。 私自身も、あきらめず、柔軟な対応を今後もしてゆきたいと考えています。
1323	①病、診連携を深める必要がある ②安心できる24時体制の切り目の無い医療と介護を誰でも、どこでも受けられること ③ボランティアの充実 ＩＣＦの考え方に基づき本人の生き方を尊重し、生活すべてを物資、医療の面から支援されることを望みます。
1326	国の在宅医療推進の流れのなかで、住宅医療を提供する医療機関は増えています。また、在院日数の制限などの影響で、病院から在宅へ以降するための「連携室機能」も年々強化されているような印象です。つまり、病院の退院設定、在宅受入れ施設（在宅医療支援診療所）の体制作りはある程度進んでいると感じています。 このような体制作りを継続してすすめていけば、「在宅で過したい、過させたい」と考えている患者様、介護者様にとっては、情報提供もさらに進んでいくことになると感じています。現に「こうやって在宅で過せるとは思っていませんでした」という感想を持ち在宅療養を前向きにとらえておられる御家族も少なくありません。

	しかし、在宅死という観点で考えると、やはり日本人（あるいは現代人）の死生観ということを抜きには考えられないと思います。在宅医療がいかに進歩しても、医療水準が病院医療に追いつくことが絶対に不可能であり、むしろそのように在宅医療の医療水準を病院医療の水準に近づける取り組は多くの苦労を伴うだけで、国民の生活を改善するものにはならないのではないでしょうか。 在宅医療ではかならず介護者による介護が必要になります。ある程度は制度でおぎなうことはできると思いますが、やはり血縁があるかどうかは別としても「共同生活者」の援助なしには不可能だと考えます。その「共同生活者」の援助、つまりは介護力が不足しているケースが極めて多い現実を日々の診療に際して目の当りにしています。 この理由としては、介護に専従できる家族（共同生活者）の不在が大きな理由に感じています。全ての家族が就労しなければならない、という現代日本の経済状況あるいは現代人の価値観がその根底にあるため、介護力不足はなかなか解決することはないように感じています。無論、高齢化社会に伴う介護力不足という点も大きな問題ですが、かならずしも人口の問題だけではなく、経済優先社会（生活優先社会）という価値観に我々現代人がとらわれている限りは、介護に時間を割く人々は増えないでしょう。まさに「豊かに」なるために「貧困に」向ってすすんでいる現代社会の姿を感じるのです。 与えられたいのちをなにに使っていくべきなのか、今私たちに問われています。
1329	内容が高度でこのアンケートが本当に現場の医療に役立つのでしょうか？ 現在在宅支援診等かかえる問題等が置いてきぼりをくっている様な気がします 厚労省の貴重な税金が投入されているのですから余りにも形而上学的すぎる内容はいかがかと思います 設問の内容の５割位しか理解できませんでした。 一応小さな診療所ですが第一戦で仕事をしております。 それと当方の事前の了解もなく郵便物を一方的に送付されるのはおやめ下さい。 先生は御高名でよく存じ上げておりますが当方とは一面識もないと思います。 （失礼な文面で申し訳ありません）
1332	在宅Ｏ２は許せますが イロー、ＩＶＨは、やらない生き方を選びたいです。 イローは、なんでやるのだ！！ 絶対、やめろ！！
1335	どこで生活をしたいのか、病院と居宅の二択ではなく、その時々の状況で選択ができる状況が理想である 病院、居宅、施設、グループホーム等の連携がとられ、行き来ができれば良いと思うのだが。
1337	・人間の生き方、に対する、金銭的援助が必要である。 ・国家予算の半分は医療、や教育、福祉に使用すべき。
1339	まだ介護保険事体を理解されようとしない医師も、おられます。 病院内のみ連携でおわらせることなく在宅での生活を希望されるのであれば早期より在宅チームとの連携を持ち関係を深めていく必要があると思います。 不安や負担になることもたくさんあると思いますが私たちが団結し、支えていきたいと思います。 実際、在宅での看取りも経験しましたが、苦労は多いですが最期はおだやかでした。
1341	療養者の生き方に関する関わりが難しい部分に対する医療者の取り組み不足 選択枝を大く与えるための情報提供が不足している事。 療養者の生き方と家族の考え方に gap が存在する事、などを乗り越える必要があると思います。
1343	在宅末期医療では療養者（患者）の生き方、死に方の考えを知る必要がある。本来自分が治療を担当していた患者さんの場合はその診断から病状の経過で患者自身の考えや生き方もわかっている。また家族構成やその家族の考え方も十分わかっており、患者や家族の意向に沿った治療がしやすい。 しかし在宅ネットで関連病院から紹介される末期患者さんはたとえ退院前カンファレンスを行ったとしても、そこから患者、家族と主治医の関係を構築していかなくてはならない。そんな暇もなく亡くなる例もある。ただの死亡仲介人である。それでも、たぶん御本人、家族にとっては自分の家で亡くなったとの事に満足されるのであろう。最近このような例（特に本人が在宅を本当に望んでいるか不明、かつ事が在宅での看護内に覚悟をきめておらず、訪問１日目で死亡した例）で、患者御家族とぎくしゃくした関係に初めてなりました。今後医療説明が放置されると異常死ということで訴えられる可能性も出てきています。 本日[redacted]市の市民ホスピス運動のとりくみを拝聴いたしました。少し後向きになっていた在宅への思いが少しまた燃えてきました。 無床の診療所に在宅末期ともっていると、優秀な訪問看護ステーションスタッフが必要です。当院では介護サービスを実施していませんので、他の施設のスタッフだのみです。 自分ですべきか（訪問看護ステーションだより） [redacted]市在宅ケアサークル出身の医師会役員のため他院の現場のスタッフはよく知っておりこの点が何とか当院で在宅末期をみとれる理由です。
1346	制度として必要なことです。当然であるが現実は経済的側面や地域（地理）的側面などの要素など絡みあって全体（患者を中心に）としての方向性を示すのに不十分なことが多い。
1349	・介護力のない家庭に次々と介護度の高い老人が退院してくる。 訪問看護支援設の力だけではどうしようもないことがある。 ・ガン末期患者に対しては、引導を渡す（最後の宣告をする）ことも必要なのではないか。 …最後の最後まで治療の淡い希望を持たせて抗ガン剤治療をすることが見受けられる。 …自分の残された時間を認識してもらい、支える。
1350	１．日本人の死生観と現実（平均寿命の延長＝高令化）にかなりギャップがあるようにも思えます。私達の子供の頃は（祖父母は）体調をくずして、３～４日で亡くなりました。今日、体調を崩しても、薬剤投与、経口、経管栄養、さらには胃瘻腸瘻から経口摂取できなくなっても、カロリー補給をするため寿命は確実に延長している（ＱＯＬは改善しているかどうか分りませんが）と言えるのに、心では自分達の先祖のようにすっと亡くなると思っている人が多いのではないでしょうか。 寝たきりとなり、自分が誰れかも分らない患者に、経管栄養を行い、10 年も 20 年も生かすことが本当に医療の使命でしょうか？疑問に感じます。 ２．在宅で老ー老介ゴの場合、各種サービスを受けていても、介ゴ者は本当に疲れ切っています。どう見ても限界だと思われるケースが多々有り、仮に自分の夫であっても、亡くなった時妻は異口同音に“本当に楽になりました”と話してくれますし、表情も生き生きとして来ます。在宅という美名のもとに、介ゴを家族に無理強いすることが本当にヒューマニズムあるやり方でしょうか？ ３．家族を病院や施設に預けている場合は逆です。家族は楽ですから“できる限りのことをしてやって下さい”と言う。これも又釈然としないものを感じる。 ４．自分の死期くらい自分で決めたいものである。

1351	今までの人生観や、生き方を尊重できるように、きちんとケアマネジメントをする必要がある。 多職種をまとめるキーパーソンは、ＴＨＰトータルヘルスプランナーと考える。 介護保険の中でも外でも、ＴＨＰを中心に体制作りができれば、独居であっても、家族が、問題がある場合でも、在宅で希望通りの最期を迎えられると思う。
1353	自分らしく生きる為にあなたを支えるネットワークがありますのアピール活動が重要
1354	・在宅での生活でも入院での生活でも患者、家族が満足いく方針が出させるように支援したいと思います。 ・方針を決めるタイミングも大切ですのでその時期をのがさず、スピーディーに、話をする、ことが求められると思っています。
1355	・多職種間の連携促進 ・multi disciprinary ではなく inter disciprinary であるべき。 ・医療－介護－福祉の連携、促進地域ケアマネ、ＭＳＷのつなぎの役目が大切。 ・患者、家族の生活支援はチームケアで ↓ チームを育てるのは「ケースカンファレンス」 ケアの目標を共有する、必要な情報の支援 ・医療者主導が必らずしもいいチームをつくるとはいえない。 ・支援診の活用（病－診連携、診－診連携） 地域での医－介福連携 （支援診）→在宅緩和ケア支援センターとなる　ここに地域緩和ケアチームをおく
1358	特になし？
1360	国政を預かる人が、もっと医療や介護の現場をきちんと把握して、医療や福祉に対する財源を確保すべきです。 その上で、必要な人員や財政的な支援を具体的に打ち出して下さい。 市民の、医療現場の現実を知らなすぎます。
1363	どのように生きたいのか、生の延長線上で死を迎える事を、どのように望むかはその人の考え。希望に沿えるよう支援して行くのが相談支援センター医療者の役割であるが、実際には、家族の問題、経済の問題、社会資源の問題で叶わない事も多い。 在宅での療養、死を望む時、家族の受け皿は必要不可決であるが、思いが必ず実現可能とはならない。特に、最近の社会経済事情の中で、家族の介護のために、長期休暇をとったり離職することは難しい場合が多い。 やむなく、療養病床や介護施設への入所を希望されるが、ここも満床であることが多く、行き場のない方が増えている。 その人の望む理想的な療養環境を整えることは、大変難しいと感じている
1364	方法論等、療養者自身、自ら考え選択するという段階に移行していかなければいけない状況であるが現状としては末だおまかせ的に要因は否めない。個人として自分で選択して決定していくのだという認識をもっていかないと、情報を知り得ることは不可能であると考える。ベースとして個人の意識の向上を図り施策の周知につながればと思います。
1370	患者さんが「最期まで住みなれた自宅で生活したい」という気持ちは理解できるが、家族の介護力の低下がそれを妨げている。 よって①在宅に近く②介護が十分に受けられ③医療的サポートも十分保障されている「コミュニティケア」が現実的。 （例）東京八平市の「ケアタウン小平」 東京山谷の「きぼうのいえ」
1371	 理想は常、大切だと思います。いかにして近づけるか…

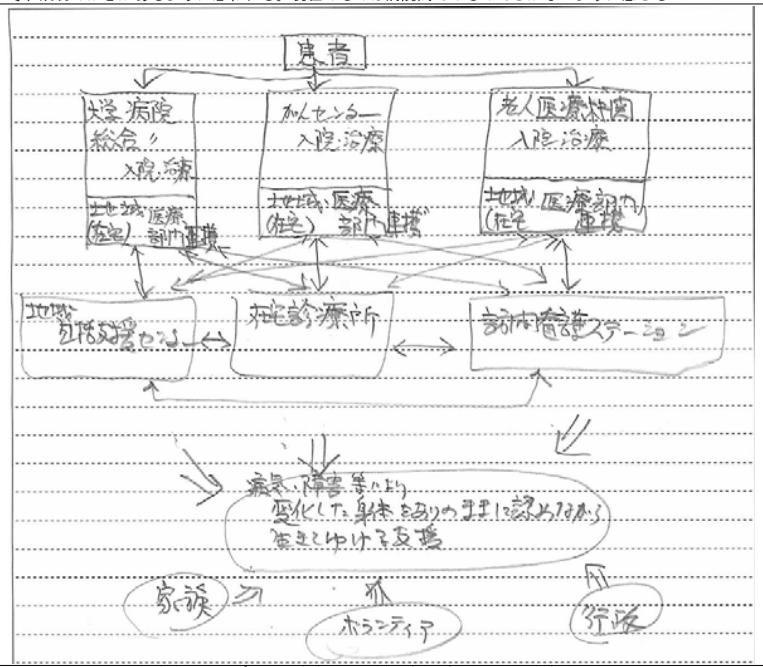
	人は弱いものです。支える事が大切なのでは。 中には強い人もいますが（強がっている人もいるかな） 日々「これでいいのか？」と考えながら働いています。 研究だけに終わらずに、何かしら結果を出して下さい。
1372	本人、家族の側に立った医療ができるようになれば、在宅への移行もすすむのではないでしょうか。 まず、その為には人員確保、医療体制の充実が必要だと思います。
1381	「生き方の支援」には、 医療（Ｄｒ、Ｎｓ、Ｐｔ、Ｏｔ他） 介護（ＣＭ、ＨＨ、他） ボランティア が連携を取り支援の切れ目をなくすことが、独居、身体障害者の自立援助が可能となると考えられる。
1386	人間らしく、自分らしく人生の終末を過しましょう。
1388	実際に在宅療養を進めるためには、仙台往診クリニックのような在宅専門で病院なみの技術をもつ（ＰＳの気管支鏡、内視鏡なども行える）施設も必要でしょうし、現実には診療のあいまや夜間に訪問診療を行う多くの在宅支援診療所が必要と考えます。 徐々には病診連携も進むと考えます。
1389	誰もが人らしく生きたいという思いをもっていることを忘れず、目の前の人がどう生きたいと思っているのか、何を望んでいるのかということに耳を傾けることが重要である。 「生きる」ために社会がどう応えてくれるのか知るすべなくさまよっている人が多いと思う。もっと広告や、政治や世見から注目を集められるメディアを利用して個人が情報を得られるようになる必要があると考える
1390	緩和ケア病棟でまだまだ知らないことも多いが、今回のアンケートで、患者さんの生き方を支援するという考え方が身にしみた。
1393	医療側の柔軟な考え 本人、家族の本音、希望 在宅療養サービスの充実 福祉の充実
1395	医師、家族、看護師それぞれに、覚悟が必要 最期まで患者の意志をつらぬき通したいという覚悟をもつこと そしてその患者につかずはなれずそっとよりそえることが希望です。
1398	まとまりません
1399	訪問看ゴステーションは小人数の職場です 24h、365 日対応はしますが限度があります 在宅Ｄｒも外来診療しながら１人でみていくわけで生活もあり限度があります 在宅療養を考える場合初回に話をする者 入院先のＤｒ・Ｎｓ・ＭＳＷなどがまずきちんと説明してほしい。そして在宅へつなげてほしい。 何でもかんでも在宅はムリです しかし在宅の現実を知らないＤｒ・Ｎｓ・ＭＳＷが殆んどなのでもっと知ってほしい！！
1402	在宅支援体制（ネットワーク）の確立 在宅の患者を中心に、在宅医、後方支援病院、訪問看護ステーション（24H）、 ヘルパーステーション（24H）、ショートステイ、デイサービス、保健センター、居宅、地域の協力者 以上の様々なサービスのチーム医療が必須です。
1403	高令者が望む生き方に沿った説明と医療介護の提供は大へん大切なテーマではありますが、医療をうける側の意識改変も重要と思います。医療～終末期は病院で…とのここ数十年すりこまれた意識をかえる事は短期間にはむづかしいものがあります。 在宅医療、在宅介護にも限界はありますが、地道にゆっくりとかつ誠実に実際在宅でも最期をむかえる事が可能であるという事実をみせていかなければならないと思います。 医療をうける側への説明と医療介護提供は、意識改革の手段ではありますが、やはり在宅のケアとキュアがより身近かに顔のみえる関係で協力しつつ、その限界を打破し、成果を上げ、療養者に感謝される事が大切と考えます。
1405	医療・介護者との充分な話し合いと療養者との話し合い。充分な国の補助。
1406	介護保険がはじまり、本人の意志決定が強調されていますが、現状においては十分ではないと思われます。 意志決定イコール療養者の生き方にも通ずると思われますが、本人は考えがあっても、家族や経済的なこと、支援していくサービス事業者の状況など、色々なことが関係してきて意に添わない決定をしている人が多いと思います。 これからの高令化社会にむけて、自己にて生き方を決定するためにも、行政や地域、医療、福祉が密に連携し家族、個人が支えるのでなく、もっと大きな枠組みでしっかり対応していかなければ、在宅で安心して療養し最期は住みなれた家で家族に看取られてという社会は遠い所にあると思います。 本人、家族が不安なく安心して生活していけるバックグランドを整備しなければ、療養者が考える生き方は反映されません。訪問看護を提供し、療養者を支える立場ではありますが、本人の気持ちだけでなく家族の状況も考慮しつつ在宅療養をフォローしていますが、何かの際受け入れてくれる病院も少なく介護疲れを癒すためのショートスティのベッドも取りにくく、サービスを増やせば経済的負担もついてくる現状は、生き方を考える上で大きな壁となっているように思います。 サービスを提供する者は療養者の 24 時間のほんの一部しか関わっておらず、本人、家族を含めた 24 時間を考えなければと思います。
1414	病院から在宅（治療から療養）に移行する場合には、それらの間の連携が必要になると思われます。主治医に、在宅医療の（訪問診療・訪問看護）必要性を査定（検討）して頂きたいと思います。例えば、急性期入院から３ヶ月）を病院で治療しその間に介護保健施設への入所か、在宅生活に戻ることができるかを査定し、退院時にはより良いサービスが提供できていることが大切だと思います。在宅死を望む場合も、医師の在宅療養の考え方で決まることが大きいように思います。 介護保険制度のなかで、訪問看護の利用は大変難しく訪問看護の周知不足もあってか利用頻度から言えば、訪問看護・訪問入浴・訪問リハ・訪問看護といった具合です。利用終了はこの逆です。また、ヘルパーさんの医療行為の範囲が拡大した分、訪問看護利用も減ったように思います。都市では訪問看護を必要とする医療行為もたくさんあって、訪問が回しきれないことも有るようですが、私が営業している北設楽郡は高齢世帯が多く介護力（体力と生計）が乏しく在宅復帰は難しくそれに伴い利用が上がらないのが実情です。急性期を病院で治療し、早期退院後在宅療養（在宅治療）を充実させる為には、医師が在宅医療を知るべきだと思います。そして、その活動をしている施設などに、医療保険や介護保険が手厚く協力していくべきだと考えます。
1415	当ステーションでは年間 10 名くらい在宅死があり、近年若干減少傾向にあります。やはり、主治医の対応体制の問題や介護力、介護協力者の問題が浮きぼりになっています。施設が増えれば増える程、子供達は親を施設へ入れて、お金で介護を買ってしまいます。中にはどんなことがあっても家族で介護し看取る症例もありますが数少ないです。 高齢者の中には老齢年金が低く生活も不十分であり、介護サービスをまともに受けられない様な人もいます。何とか平均したサービスがどの高齢者にも受けられる手段がないものかと考えています。税金を引き上げるなど老人医療対策が今後も検討されていくことと思います。自分の立場で考えてみると住み慣れた地域で顔なじみの人達と出会いながら家で療養し、最後を向えたいと思いますがその傍ら自分の夫や子供達への負担は軽くしたいと考えています。 当ステーションが位置する[redacted]県東部の中山間地ではまだまだ介護サービス事業者が少なくサービスは十分に利用出来ておりません。古い風習も残っており、嫁や妻が介護をしいられ、老々介護や独居が多く残っています今後は併設している
1417	情報の共有が重要、広い範囲できちんと情報を共有する
1419	ご本人の意思決定を尊重するためには、医療・介護が具体的にどこで、何ができるかを十分説明することからスタートすると考えている。 一番身近で介護、看病するご家族の状況によっては、在宅で可能（在宅での看取り）と医療者側が考えていても最期に近くなるにつれ、ご家族の疲労など様々な問題が出て来て亡くなる数日前に入院されるケースもある。現実に多くこういうケースもあるし、ご本人もご家族もこの選択で満足されることが意外に多い。 身体的な変化や精神的苦痛も含めて、相談者が必要。在宅医療・介護サービス社会資源ボランティア等々を含めた支援を活用すれば、その人、ご家族の望む在宅での生活が可能であることを、多くの人に知ってもらいたいと考える。 現実問題としては、ケースバイケースになってしまうが、ご本人とご家族に寄りそって支援する考えの医師と診療所が不足していること（訪問看護も含めて）は否めない。又、介護力と経済的にある程度ゆとりがないとむずかしい。 医療、介護の経済的保障が小さいと感じている。 説明責任を行うには相当の時間が必要。 医師にはこの責任への保障として、弁護士さん以上の経済的保障が必要と考えている。 乱文乱筆で失礼しますとにかく朝～夜遅くまで仕事に追われています
1421	・一人一人の生き方→本人らしい尊厳ある死をむかえるまでのプロセスが現在個々のとらえ方によって共通化されていないところが不充分。 ・老衰でも癌でも満足したサポートが知識とスキルある人には行き渡り、不得手な人には全く知らされる事もなく終末を迎える。 ・医療行政のエゴでなく、ニーズに見合ったサポートに・コスト（人的、資源的）をさいていく事が必要で、まず若い医者の再教育と在宅ホームドクター制度の充実（コストも）。 ・テレビ、インターネット他媒体を問わない、社会への周知が必要。
1427	療養者には、それぞれ生きてきた歴史がある。その人が、自分の人生をいかに自分らしく生きていくかを選択するのは本人。 それを支える家族も含めて、医療者が彼らの生活をどうサポートできるかを考えることが大切だと思う。そのためには、患者、家族のもつ力を見極め、必要な情報を伝えていくことが必要だと思う。
1430	患者さんや家族の状況をよくわかっている医療者や MSW・ケアマネがどのような援助がいいのかよく協議していく。かかわっていく人々が、意見を出し合ってネットワークを作りあげておく。
1431	「本人の自由意思を尊重」と言っても療養者は家族に負担をかけるのではないかという配慮、家族は病院・施設の方が安心という考えが根強く、本当の自由な選択ができていないことがまだ多いと考える。 行政や在宅療養支援診療所はできるサービスをもっとアピールし、病院・施設も学んでいく必要があるのではないかと思う。そして、療養者や家族がなかなか在宅に踏み込めない理由を十分把握し、解決策を提示しなければ、生活の場を療養者・家族は選択できないと思う。 また、病院と在宅療養支援診療所との連携も重要だと思う。Ｄｒ同士のつながり、Ｎｓのつながり、そうした人脈的な連携も必要だろう。先生同士が知らなかったり、先生の間で「忙しいだろうから」などと変な配慮をしてコミュニケーションが図れず、連携がとりずらいこともあるように思う。 当院で在宅退院は少ないですが、昨年一例ありましたが、在宅で訪問看護を依頼したところ、吸引はできないということで家族に手技を覚えてもらい、無事退院された方がいました。退院指導の際、どれくらいのことを家族に指導したら良いか悩み、また家族も自分達で全て介護、看護しなければならないと思い込み、苦しんだことを覚えています。当院のソーシャルワーカー、介護支援員の介入により、それらは何とかなり、退院へとなりました。事業所によりサービスの度合は違うのは当然だと思いますが、もっと情報提供をしてほしいと思いました。
1432	家族 家族の理解 医者に対する期待の限界
1433	・本人、家族のニードを、充分に確認しておく必要がある。 ・実際に家に帰っても、具体的なイメージや、選択した事に対し、プラス面だけを望み、マイナス面も受容する覚悟が不十分な場合、結果が伴わない時、トラブルや、こんなつもりじゃなかったと不本意な結果になりやすい。 ・在宅へ移行する前に、本人、家族が、どのように説明され、理解しているか確かめる事。 ・在宅ケアチーム、医療連携、役割分担をしておくこと。 ・主治医と取り決めておくこと。 ・家族と合意しておくこと。 ・スタッフがケアに専念できるように、人、もの、時間など条件を整える。
1434	主治医の治療方針がしっかりしていること。 医療は外来、訪看ＳＴ介護はディサービス、ディケア、ヘルパーＳＴとの連携が大切。申し送り、報告、連絡、相談が何よりも大切。 在宅での療養が困難な事例として、認知症の重度な方で暴力行為、言葉の暴力のはげしくなった時、疾患の増悪でも認知症強い時では、一般病院に入院ができず遠い山間部にある精神科病院に頼らざるをえない状況が地域でおこっているのが現状です。 独居老人の方が多いこの地域では、ヘルパーさんがかなり必要だがヘルパー不足にて十分な介護が提供できない状況である。
1435	・一人一人の終末はおだやかに、身内のみの療養で十分に満足しておえたい！。

1436	まだ社会自体が介護体制がしっかりしていないと思います。１人介護するのにどれだけ大変で、どれだけのお金がかかるか考えられない位です。 認知症で言えば、介護度で介護者の対応が変わって来たり、療養者の生き方なんて考えてもらえる世の中ではありません。 ＩＣＦも今はすべて型だけのものになっている様に思います。 療養者の生き方を中心とするのであれば、まず、療養者１人１人個々の気持ちを知る事が大切だと感じます。だから介護にたずさわる者は、あらゆる事業所との連携が必要だと思います。その人にかかわるすべての事業所や、医療、家族は、サタンをもっとひらくべきだと思います。 サービス担当者会議の中で、ふだん介護をしている人が見たままの事実について話し合い１つづつ解決して行く事が１歩づつ進む１つだと私は考えます。 ある程度の事は今も行われていますが、現実はあいまいに終らせている事が多くそれって家族や療養者のためになっているのかなぁ。と思わせられる事がたくさんあり、今自分自身においても何をしていったら良いかとまどい考えながら１つづつ出来る事を医療を通して行っていっているつもりです。 もっと社会全体でチームを作り、あらゆる事に参加出来たら変化が出てくるのではないかと考えます。
1438	連携の推進には、多忙であっても「Face to face」で、討論し、語り合う場が必要である。
1441	当院では在宅療養支援診療所で届けていますが、今まで２名の医師でクリニックをしていたところ、去年から１名となり、在宅診療がどうしても 24 時間対応出きなくなり夜間など急変時にはどうしても病院へ依頼してしまいます。そのため今は一時在宅を休止している状態です。 　また、癌療養者の末期においても、疼痛が麻薬鎮痛剤などでもコントロール出来なくなった時や、興奮状態の時に家族が介護しきれなくなり不安となり入院という場合もあります。 　ケースバイケースですが在宅チームとして医師看護士ヘルパー病院がまとまって介護していく必要があると思います。
1444	当町は病院（152 床医師看護師不足のため 120 床位）と医院が３ヶ所あります。病院は昭和 58 年から訪問診療をしています。その時から週一回病院、社協を混じえカンファレンスを行っています。 病院は元々行政組合立、現在は町立。訪問看護ステーションも町立で併設されています。 在宅で過ごされている方全員に関わっていることはないのですが、カンファレンスで医療が必要となった人の紹介があったりします。退院時状態が変り訪問看護が必要であれば医師から指示があったりもします。 小さな町で連携がとりやすく療養者でも生活しやすいと思います。 在宅で最期まで居たいと思っていても状況によっては入院を希望されることもあります。病院からの訪問診療なのでその場合はすぐに受け入れてもらえます。その点でも安心して在宅に居られると思います。 [redacted]町 ・[redacted]病院（療養型病床あり） ・個人医院　３ヶ所 ・[redacted]町訪問看護ステーション ・[redacted]町社会福祉協議会 ・[redacted]町社協ディサービス２ヶ所 ・[redacted]町社協宅老所　　３ヶ所 ・ＮＰＯ法人宅老所　　１ヶ所 ・個人グループホーム　　１ヶ所 ・広域法人特養　　１ヶ所 医療、介護これだけの施設で他施設の事もよくわかっているし、連絡もとりやすく連携もよい。
1447	療養者の生き方として問題となってしまう事がそもそも問題なのだと思われます。 病院や介護施設等療養者が生活する場を特別なもの通常とは違う場所として切りはなして考えている社会そのものが問題だと思います。 療、介護が生活そのものなのですから、社会生活の中であたりまえに行える、受ける事ができる様になるべきと思います。
1448	訪問看護師の役割を十分理解してくれ、もっと利用してほしいです。 身体的、精神的支援が療養者を心身ともに元気にしていけると思います。
1451	「共に自分の人生を全うしよう。」 　医療・介護の各職種間で協力し支え合って共に自分の人生、生き方が全うできるように（患者も自分も含めて）して行くのが理想的か？
1452	①医療を提供する側の知識や理解を深める ②医療をうける側の教育、積極的意欲的な生活感を持つこと ③ケースカンファレンスに対する各職種への報酬 まず療養者自身が、又はまわりの家族の考えを反影して積極的な生き方になす意欲を持ち、提供者側にはたらきかけることが一番よい道すじかと思います。 医療者側としては、意欲の無い療養者に働きかけて積極的な生活を出来る支援態勢を構築する為の呼びかけが必要であるが、正当の報酬のうらづけが無いと各職種への呼びかけがしにくい。
1454	療養者は延命の治療は希望していなくても、医療と何かしらの係りを持っていないと社会から見放されたという気持ちを持ってしまいがちです。又、在宅医療についての知識がある医師や相談員ケアマネージャーから情報を得ることが難かしく、必要なサービスが受けられていないケースも多いと感じます。療養者が入院中にこれらの情報を得ることが出来て在宅へ移行するまでに充分な知識と安心感を持って、相談窓口をどのような状況においても引き続き利用することができる体制が必要と考えます
1456	在宅医療は療養者の生き方ではなく家族の介護の状況をみてから判断するのがいいと思う。 ほとんどの人が在宅医療に負担を感じているのではないか。
1457	何と言っても、生きるものには必ず最後に死があることの大前提を再認識して急性期医療、維持医療、看取り医療を夫々適正に併せ行うことが必要。
1458	・高齢患者の場合、入院中にＡＤＬが低下してしまい治療が済んでも、自宅に戻る事が出来ないケースが少なくない。 ・入院時から「治療」と「生活の場に帰る支援」を並行して行なうシステムが必要である。 ・入院当初より、独居及び認知症の有無など本人と家族の面談を通して退院にむけての問題点を確認する事が大切である。 ・在宅か施設か調整しながら退院にむけて支援してゆく事が今後増々難しくなってゆく中、他職種との連携が重要である。

1461	社会資源について、学んでいくべき。 それは、医療を提供する側だけでなく、医療を受ける側もである。 結してＰｔ・Ｆａにも責任があるということだけを言いたいのではなく私もいつ、医療をうける側になるか分からない。 そうなった時、私らしく生きていきたいためである
1462	・現在の世の中に合わせて見れば、一番は金銭面の問題があると思います。 　いくら、システム良くしたとしてもお金がかかるシステムでは「生きる」にも、お金で差がついてしまう、という事が起こってきます。 　お金がある人は良質な医療もケアも受けられるが貧乏な人は、汚ない環境の中で、細々と苦しみ、家族も疲れ果てて共倒れして行くしかない。 　もうこういう状況が始まってしまっているという事は、本当に恐しい世の中です。 　医療を提供する側としてみれば、スタッフの人数も、経営する費用も十分たりていれば、もっと積極的に訪問できて、質の良い看護を提供できると思います。
1463	Do it yourself が「療用者の生き方」の基本 連携の推進→最低限必要な連携を最大限に強くすること。 医療、介護を行う者はプロとして時間を売ることです。
1466	ＩＣＦの考えで「生活のすべてを支えること」とありますが、一医療チームで「生活のすべて」をみる力はありませんし、すべてというのは医療の傲慢と考えます。 　医療以外の生活の場があり、宗教、思想がちがい「これ以上ふみこんでほしくない」ことも多くあるように思います。 　年に 10～20 名在宅死を看取っていて思うのは本人、家族に望まれるときだけ寄り添ってあげることで、けっして出しゃばってはいけないということです。 　「生活のすべて」という言い方にひっかかるものがあり、書かせていただきました。 　本アンケートたいへん勉強になりました。ありがとうございました。
1469	日本の患者の特性として、自分の思いとは別に、家族への負担を重要視し、本来望む形がとれないことが多くあります。 患者が本当に望むことを選択するためには、家族に負担をかけずにすむ支援が必要だと思います。 そして、家族には「生き方の支援」を担ってもらえたらよいのではないでしょうか。 そのためには、介ゴ職の人口の増加をねらうべく地位や賃金の底上げが必要だと思います。
1472	医療や介護のプロである私たちが、現在の療養に関する知識をもつことが大切であると感じた。日々変化する医療及び、様々な制度の変更についていくのが困難でもある。医療の現場は今とても深刻な人員不足とそれに反比例して、求められるものが高く多くなっている。 やはり、各専門分野の者が連携していくことが一番重要ではないかと思う。私の勤務する病院はＭＳＷは一人であるが、国が在宅に向けてシフトしている、国民が在宅を望んでいるという現状を考えると、その連携を図っていく推進役として動いてもらえるといいと思う。各部署に一人とはいわないが、そのくらいの人数がいてもよいと思う。また、患者、家族は実際に疾患にかかると「在宅」という考えが全く変わってしまう場合もとても多い。そのあたりの現状も、もっと明らかになり、在宅一方向でなく、病院等の療養も充実されるとよい。
1473	医療機関を中心として、訪問看護、訪問介護などの介護保険サービスとの連携が大切であり、退院後も安心して暮らせる施設の充実、家族との連携が非常に大切と考える。
1475	居宅でのさいご 　自分らしい終末期を迎えることの大切さ ・病院で安心を保証される 　自分達の終末期に他人が関ることを嫌がる人もいる。入院中なら仕方ないという思いもある。 　自分なら 24h サービスを受ける事がわずらわしい。入院していれるのであれば医療者の安心したケアを受けたい。 　家に帰って迷惑をかける気にならない。 　住めば都。
1480	死生観を考える場所話し合う場の提供
1481	“在宅にて迎える死”は御本人はもちろん、御家族にとっても、有意義でその后の人生においても悔いなく前向きな人生を送ってゆける大事な要素と思えます。病院では“ケア”しかできませんが在宅では医療者の援助で“医療”を担うことができ、患者さんが家族に対する信頼（感謝）も高まります。 御家族にとっても満足度が高く我々医療者にとっても、お手伝いできることはとても嬉しいことです。
1482	患者の状態と家族の介護力から判断すると、在宅医療へ移行するのは難しいケースは多々あると思う。実際に患者本人が自宅へ帰りたいと望んでいても、家族が受け入れられないこともある。訪問看護を導入して帰ることは多いが、在宅療養支援診療所の支援を受けて帰るというのはまだまだ少ない。実際に自分も含めて、医療者の知識不足のために在宅へ移行できないケースもあると思う。これからはもっと患者と家族の生きるための支援をするために、生き方や考え方について深く話を聞いて彼らが望む最期をむかえられるように援助できたらよいと思った。
1484	今までになかった取り組み（医師に向けた）だと思います。 それも外から医師を見ている事がすばらしい。 どうか医師が自分達がどれだけ病気ばかり見て人を見ていないのか気づいてくれたらもっともっと良くなります。
1485	ＷＨＯは 2001 年にＩＣＦを提唱し、疾病や障害といったマイナス面を分類するという考えから、生活機能（人が「生きること」そのもの）というプラス面からみるように視点を転換し、さらに環境因子等の観点を加えた。日本は、健康達成度の総合評価として世界一位というトップクラスとなっている。しかし、老化、末期がん、難病などによる重度障害者等のような身体的に“健康な状態”に達することのできない「治す医療の限界」にある人には「治すための支援」だけではなくＩＣＦを踏まえた「生き方支援」が必要である。 　しかし、現状としては、高齢者の増加、治らない人の増加にともない、介護を必要とする人口が増えている。さらに在宅医療を受けている人やがん療養者の多くは最期を迎える場所として在宅を希望されているが、かなえられていないのが現状である。 　人口の減少、これは生産人口の減少も意味しており、そのため社会福祉保障への影響介護力の低下が起こり、介護を必要としているのに受けられない、在宅療養を希望しているのにかなえられないーという悪循環となってしまう。 　患者が安心して、その人らしく生き、生活するための「生き方の支援」をしていくためにはその悪循環を立ち切ることが求められる。 　さらには、その方が自分がどう生きて、どのように生活し、どのように最期をむかえるか、意思決定ができ、その意思を尊重、実現できるための支援体制を整備、強化していくことが必要であると考える。

1486	①Spiritul Careや、Environmetal Care、さらにPhysical Care、宗教的Care等Total Careが必要（Careはここでは医学的及び人的介護含めての話です）ではないかと思うが、そのためには国民の道徳教育が必要と思う。 （乱筆失礼します）
1487	患者、家族、医療者等の個人の生き方人生観等を考える事、人生の終末を考えて生きる事を考える事で医療者だけの問題ではない。 政策や教育といった抜本的問題であり医療、介護だけを取り上げても解決できないかもしれない。 このアンケートは、解答が困難であった。
1488	・国の施策としての患者、家族へのコスト負担の傾斜を現状とは逆の「居宅＜施設＜病院」とはっきりとすべきである。 ・また医療者に「看取り加算」などのアメをなげて、名ばかりの在宅療養支援診療所の数を増やすだけでなく、実質的な居宅での緩和ケアについての医療者への教育を学会等の協力を得てもっとしっかり、やるべきである。むしろ教育を先行させ、その後に、「在宅療養支援診療所」として認可すべきである。 ・私自身、神経内科医として病院勤務の後、神経難病の終末期の患者には病院よりも介護保険施設の方がリハビリや日常生活でのアプローチがより有効と考え、老健施設の施設長としての勤務を経験し、さらに欧米では神経難病の終末期はホスピスでもになっている事を知り、現在は、聖路加国際病院で緩和ケアの研修を行っているところです。 その中で、訪問診療の経験がなく（病院からの不定期な往診の経験程度しかなく）在宅医療の本当の現場を体験していない者の物の見え方、意見でしかないので、ずいぶんかたよった意見になっているかも知れません。 個人的には、今後、在宅医療にも実際に関っていってシームレスな緩和医療の実現を目指したいと思っています。 ・以前から、国、厚労省の施策の根底に「医療費削減第一」がチラつきどうも納得できません。 ・真の先進国になるためにも、患者が本当に望む、場所での療養、生活を支える、システムを構築すべきと考えます。
1489	（前項参照） その人の人生観、生き方、死に方を健康なうちに確認する。 どういう理念で生きてきたか→死に方に、反映できるのが理想。 自分の考えが定まらない、とか何事にも前向きにとか、太く短く、とか…ひとは生きてきたようにしか死ねないと思う。 とにかくコミュニケーションをよくとることでしょうか。（家族、職種、いずれも） 社会全体の偏った「医療への過度の期待」などの幻想を改めない限り、風潮は変わらないと思う。 時間なくてまとまりません。
1492	「命の長さ」が重要ではなく「限りある命をどう生かすか」ということを考えて、私たち医療者はサポートしていかなければならない。 私たちがもっている知識や技術は、医療を必要とするすべての人に、個別のものとして提供されるべきものである。個のものとして提供するには、その人をとりまく環境をしっかりと把握（できるだけ多くの情報をもって）して行なわなければならない。 そして、医療を提供する時は、患者側の考え（思い）を尊重したものではなくてはならないと思う。
1494	療養者の今の状態や今後予想される状態を説明し、本人に意志決定してもらえるだけの十分の情報を知らせること
1496	在宅療養を進めるにはもちろん、医療側のサポート体制を充実させていく事も必要であるが、患者、家族にも理解が必要と思われる。 特に在宅で看取りを行う場合、だんだん変化していく患者の体の状態をご家族も理解され受け入れていく事が非常に重要だと思う。 そのための啓蒙活動も必要でないかと思う
1503	・どんな人が何を話し、何をしてくれるかによって、以後の全てが決まってしまうと考えている ・病院関係者は、本人の希望よりも、又は本人が希望していても先に“この人はもうダメだ”“この人は家では無理だ”と決めた見方やかかわり方をしていないか ・どんなに上手に支援体制を説明しても実際に顔が見えないと不安は解消できない。関わる職種間の顔の見える場が不足している。療養者に対してのみならず支援者同志でも不足している ・たとえば“ターミナルケア”とか“その人らしく”等という言葉はとても耳ざわりが良いが、その事は具体的にどんな話をしてどのような援助をする事なのか言葉で表現できるだろうか。私は看護師として個人に各々、このように支援して差し上げたいという具体的な言葉かけや行為を考えるようにしている ・病院か在宅かという選択は初めに決めたら必ずそうではなくてはならないというものではない。 現実の中で考えは変わって良いと思うし、その為にいつもたくさんの（色々な？）選択肢を私達自身が持ち、納得がゆくまで選んで決められる“手”を常に心がけて考えていなくてはならないと思っている。 その為に自分自身が各々の関連者と顔の見えるパイプを多く持っていたいと思う。
1504	少子化や女性の社会進出などで家族での介護力が著しく低下している為、在宅医療が充実してもサービスを利用する患者様ご家族の精神的負担は大きいと考えます。
1505	利用者の意志の尊重 よりよいコミュニケーションをはかる。
1509	在宅での死を特別な事ととらえないことが必要かと思います。 食べられなければ死ぬから入院・加療する、胃ろうを作るといった考えが安らかな死にブレーキをかけていると考えます。 本人・家族がまず何を希望するかを知る。そして病状説明のとき自然に暮らし自然に弱っていくという選択肢を提供できる医療従事者の力が大切と思います。 ケアマネージャーやヘルパーが家族に「こんなに弱っているんだから病院に行かなければダメ！！」などと言うのはもってのほかです。 このようなアンケートが様々な職種の方に考える機会を作ってくれるのだと思います。 乱筆乱文失礼いたしました。
1510	家族についての考え方の変化により、在宅での介護、療養をより困難にしていると思われます。お金を出して施設に入れる、という考え方があります。 御本人の希望より、介護力、家族の力の低さを感じます。 日本人の死についての考え方はどうなのでしょうか？ 自分がどう生き、どう死ぬかを自己決定せず、医者にまかせてしまっていないでしょうか？ 医療機関と、在宅（主治医）、それをとりまく在宅療養支援者が連携し一人でも多く、利用者の望む、尊厳ある在宅療養ができるよう努めたいと考えております。
1511	現今の医療保険制度、診療報酬、介護保険制度、介護報酬を考えると各職種間の機能展開や連携推進はかなり問題と思われる。 日本の政治、社会の在り方と深く関わるものであり、各職種の努力で「療養者の生き方」を誘導することは困難です。
1512	療養者及び家族は常に情報不足であり、様々な不安を抱えている。 医療と介護の連携は重要であるが、事前に十分な意思の確認をしていなければ、不安を増長することになってしまい、在宅療養の継続が難かしくなると考える。 医療は介護の事を知り、介護は医療の事を知らなければ療養者に情報を提供することが出来ない。 療養者は十分な情報提供を受けた上で、選択出来るようであることが望ましいと考える。
1513	現在、訪問看護師として利用者や家族と向き合うなかで感じていることを述べさせていただきます。医療改革がすすむなか、病院での早期退院に向けた動きが多いなか、在宅の医療やサービスについてはまだまだ不十分であると感じます。第１には、病院や開業医のＤｒが在宅サービスについてよく理解していないこと、また、退院された利用者では、在宅主治医が異なる場合、Ｄｒ同志の連携がされていないことが在宅療養の「やりにくさ」「生活しにくさ」を生じさせていると感じます。また、医療に携る人員が少ないために、利用者（患者）にかかわる時間も少なくなり十分なコミュニケーションがはかれず、利用者（患者）の思いを病院入院中にどこまでコミュニケーションから把握することが出来ているのであろうかと、感じることも多いです。「療養者の生き方」を考えるなら現状のサービスや制度がどのようなものがあり、どのように調整が出来るのか各職種においても、それぞれのサービスについてよく理解をしておく必要があると思います。そのうえで「療養者の生き方」についてチームとして考えていくことが出来れば、よい話し合いも出来るのではないかと思います。また、療養者（利用者、家族）も生き方についてよく考え、情報を集められるようになっていけばいいと思います。在宅についての意識も弱く自分のこと、自分の家族のことについて、考えていけば良いと思います。情報を与えられるだけでなく「～して生きていたい」と思えるようなかかわりが医療者と見つけていけるようになればいいと思います。そのためには、その思いを受け止められる体制や調整を柔軟にしなくては、いけないと思います。主治医の考え方も、ヘルパーやサービス側の意見交換により柔軟に考えなおしていけるような、関係を築いていかなければならないと思います。誰もが体験していくこととして、若い頃から想像して自分達の将来を考えていかなければならないと思います。現在の介護保険のサービス訪問看護では、在宅は家をさしていることがほとんどであり生き方を考えるなら家ではなく地域という視野で広げていかなければならないと感じます。 散歩はだめ…（外出は自費）屋外のリハビリはだめ、ヘルパーは２時間あけないと入れない…。 これでは、生き方を考えられるのでしょうか… （多忙にて乱筆ですみません）
1518	ＩＣＤ、ＩＣＦに基づく考えが、一般的に定着できれば病気や障害を持った時の生き方を自分なりに考えられるのではないかと思います。 延命医療が進んでしまった事から、様々な弊害を生んでいるのでは…と感じる事もあり、故来からの自宅で死ぬのが当然な世の中であれば「生き方」を考える事もなかったのではないかと感じますが、医療従事者がこんな事を考えてはいけないのでしょうか。
1521	最期を、最期迄心豊かに迎えられる社会であってほしい。
1523	・自分がどう生きたいか、どのように死にたいか健康な時から考えておくことが、自分らしい最期をむかえるうえで必要と思います。 ・どのようにすごしたいか、そのためにはどのようなサポートが必要かを知ることで、一歩前進できると考えます ・ご本人の「こうしたい」という気持ちが必ずしも家族の考えと合致しないことがあります。何を大事にしたいか、どのように折り合いをつけるか、家族間でのコミュニケーションは重要です。 また、家族の成員間での意見の違いはのちに大きな溝に発展することがあるので、家族間での方向性や意見が一致もしくは同じ方向をむいていることが必要と思います。
1524	今後人口動態から考えても一番人口の多い団塊の世代が高齢化となる。人口比率から考えても今後Ｃａ羅患者数は増加すると予測される。 それと反対には病院の平均在院日数は減らされ、又病院自体の数の減少も予測される。 又Ｃａ患者同志で介護する事もめずらしくなくなるのではと考える。 最期も自宅ですごしたいと考えているのに希望を叶える事のできない患者も今後増加するのではと考える。 在宅医療をうける為には連携が必要であり、スムーズな地域連携が必要と考える。 又、国民全てがどの場所にいようとも医療の質の差がない均一なキュアがうける体制作りも必要ではないかと考える。
1525	①本アンケートがかなり自分達の方向へもって行こうとしている。基本的方向性は正しいが、強引に思う。 ②多業種協同連携とは言うが、我々医師は、どれだけ彼ら彼女らを理解しているのか？また理解しようとしているのか？訪問看護師の考えすら、解らない場合もある。 ③社会保障費抑制の時代に、十分注意しないと、利用されるだけの運動になってしまうのではないか？
1528	今までのアンケートの自由記載の所に書いた事で全てです。
1530	地域柄、在宅医が少ないことが非常に問題になっています。 訪問看護ステーションがあっても、その指示を出す在宅医がいません。 総合病院等、規模の大きい病院の先生からご指示を頂くことは多いのですが、実際に密で速やかな連携を整えていくにはやはり在宅で診て下さる先生が大きな力となります。（ターミナルの方も多いので） 病院の先生も在宅医や訪問看護を知っている方があまり多い地域ではありません。「訪問看護って何してるの？」と聞かれることは日常茶飯事です。 こういった状況を何とか変えていけないかと思います。 「訪問看護」は○○の様な仕事をしていますと説明させて頂くこともありますが実際に耳を傾けて下さる先生は数えるほどなのです。 医療・介護・ボランティア・地域薬局等、様々なコメディカルが連携してご本人がその人らしい人生、選択した生き方、あり方をありのままに過ごせるような日が来る日を望みます。
1537	近くの病院でも、連携がうまくいっているところと、そうでないところがあります。 訪問診療できるＤｒが少ないこともあり訪問看護ステーションとしてはやりにくいところもあります。 現在の社会情勢で核家族であったり、高令者世帯であったり不安となることは沢山あると思います。 その中で、自分はどうしていきたいか、どう終末期を向えるかは、日々、家族で話し合っておく必要はあると思います。 また入院中でも、病状の経過や今後の展開についてよく、Ｄｒ、Ｎｓ、患者、関係各所が話し合いを、密をしていれば、患者、家族側は不安を解消でき、対処できると思います。 日々業務をこなしていく中で、やはり人員がしっかり確保できているところは円滑にすすんでいるように思いま

	す。 死をどこで迎えるかというよりも、自分が満足した生活を送れて終末を迎えられるかということが大事なように思います。
1538	療養者の現在迄の生き方考え方周囲との関係によって今後は大きく左右される。 この中で本人の希望をどれだけ聞きだせるか（出したつもりでも10%も行かないと思う） 家族との兼合いで決めざるを得ない。 年金の少ない額では自立は困難でこの少い年金をあてにする家族も居る現実である。 特養もＱＯＬの問題からユニット個室が理想ではあるが負担に耐えられない人が多い。本来差別はあってはならないが低コストの所も必要。施設従業者の賃金も問題、医療保険と同様にして、介ゴ１・２等による支給限度は廃死すべきである。 在宅ばかりがよいとは思えない。 なりゆきが一番よいのではないか
1539	訪問看護にあたりターミナルが多く最後に（人生の）家族に見守られ旅立たれる患者様に幸せという言葉がそこにうかんできます。 月日が短いとしても家族との生活の中での病気との戦いをガンバレルと思えます。 家族との愛情と医療の手助けにてそれがベストの時患者様がおだやかに希望を最後まで失わず生きていけることを感じ又思っています。
1540	「人を知る」という事が大切だと思います。知ろうとしている人に会って。顔が見れないとなかなかイメージがつきません。 実際に会ってみて、それだけで得られるものは多いと思います。しかしわからない事もたくさんあるので、経験、知識を活用していく必要があると思います。 また、自分の感性をみがき、アンテナをはることで、相手の思い、気持ちを少しでも、理解していく事も大切な事だと思います。 良い信頼関係をきずけるのではないでしょうか。 日々の業務の中で、私たち医療スタッフの生命力も down 傾向ですが…もっと強くたくましくなっていこうと思います。
1541	医療者は患者となったその時に「療養者の生き方」を考える１つの道を説明していないと思います。 治療を始めるまえに、効果ない時はという事を説明することになれてないと思います。 また、療養者も（がんにおいてだけかもしれないですが）治る事が１番の望です。 それにむかって生きていると思います 治療が出来ない時になって始めて療養者の生き方を決めなくてはならない現状だと思います。 社会も健康な時にそんな事を考える機会てあるのでしょうか。 不足していると思います。 障害や病状がある人が生活をするには、あまりにゴチゴチしているように感じます。そのかけわたしをしてくれるケアマネさんも医療にいると遠い存在です
1542	役割分担 共通意識 連携 尊重 会話 実行
1543	国民が自宅で最後をすごしたいというニーズをみたすには、それをサポートする力が重要となるが、それを支援できる人も少なくなってくる現状の中、国が十分な支援の提供を行い周りもサポートしやすい体制をととのえてほしい 介護うける方もする方にも負担が少なくならないとむずかしい
1545	（このアンケートは、全体にむづかしい。抽象的すぎる。何を云わせたいのか…？） 私の答えは、質問者の意に反したトンチンカンなものでしょうね。 “患者さんの生き方”一番大切な中心課題でしょうが、現在の社会環境は全くそれを自由選択させない要素で満ちています。 医療関係者はチームを組んで少しでもそれを改善する方向に努力しなくてはならない。 まだまだ道は遠い。
1548	「高令者が望む生活」「生き方」というテーマで、このようなアンケートに参加することができて、たいへんうれしく思っています。 私は、介護実技講習会の指導者をして、「ＩＣＦ」「共通言語、知識」ということ知りました。それまで、全くはずかしながら知りませんでした。 けど、今現在、医療者はあまりにも福祉分野に対しての偏見や思い込みが強いように思います。現在、ホスピスで働いていますが、介護職との連携など、どうも医療者の柔軟な対応が出来ず、困まっています。 私達は、患者、利用者を中心にして、その人らしく人生を送ってもらうためには、協力し合ってサポートしていかなければいけないのにどうも、自分、自分と自分の仕事のプライド？守ろうとしてしまう傾向が強いように思います。 特に、ナースには問題点ばかり目を向け、今、できることは何かという、良い視点に向けることが苦手の人が多いように思います。今後これから、もうすこし、「ＩＣＦ」の普及をしていく必要があると思います。 協力できることが、あればぜひとも参加したいと思います。 よろしくお願いします。
1551	医療システム、介護システム、社会資源、医療と介護の知識技術教育が少ない 患者、家族への情報の提供が乏しい。
1554	緩和ケア病棟勤務１年です。それまではＱＱ病院でのＯＰ室や外科系病棟で勤務してました。 緩和ケアとは一体なんなのでしょう。まさに“キレイ事”な表面的なものにしか見えない。 Ｐｔさまは有り難いと言われる方も沢山いらっしゃいますが、私にはあそこが一体どう特別なのかわからない。 今の私には（緩和＝キレイ事）のように思えます。 患者には家族が必要だし、私達は結局第３者でしかない。意味がないとは言わないが、１年経った今でも意味がまだ分からない結局、家族（血縁者）以上の安らぎは得られません。 ズレた回答ですみません。
1557	・すべての医療、看護、介護をつかさどる者は、連携をし、患者（利用者）に寄り添うようにケアする。 ・また、人の健康を守り、維持する場に携わる人は、知識をもつ必要がある。
1560	・「療養者の生き方」を尊重し最期の看取りをお手伝いするということに対しては、本当に献身的にサポートしていく在宅支援診療所と訪問看護ステーションが必要不可欠と思います。 これがしっかりサポートすることができるかどうかがまず第一条件と思います。 訪問看護ステーションは連携コーディネイト、患者、家族の身心のサポートなどトータルに行なえる職種であると自負しておりそのように実践したいと努力しています。
1562	天寿を全うするという言葉の意味。
1563	このアンケートは今の私にはかなり難しくなかなか書けずにいました。 訪問看護に移動してやっと１年が過ぎ、あまりにも経験がないのです！ それにターミナルの利用者さんの訪問は、タイミングがずれ契約して訪問しようという段階で、入院となり亡くなってしまうとパターンでした。在宅酸素の利用者さんも最近です。 離島なので主治医も交代等がありこのアンケートを書く上においても悩みました。色々な面において私の知識、経験が浅く、申し訳ありません。 今后、このアンケートの内容を勉強し訪問看護に生かせていけたらと考えています。
1565	在宅診療がどういうものであるのかが、広く世の中に認識される必要性を痛感しています。又、家での看取りと言いながらも結局、救急搬送されて病院での死を迎える方も少なくないのが現状だと思います。国民の希望に沿う形で医療も変わっていることをアピールする必要があるのではないでしょうか ただ老々介護やサポート力のない患者につていの問題もありますがＳ市の例のように在宅でも可能であることをもっともっとオープンにすることで転院ではなく希望する在宅支援を受けて頂けるよう働きかけることが可能になるのではないかと考えます
1566	できる限り自宅で過ごしたいと希望する療養者は多いことと考えられるが様々な疾病をかかえながら自宅で過ごすことに対して不安は大きい。 在宅療養をサポートする体制作りが不可決であり、その体制をしっかり説明し、利用できるよう援助していくことが必要。 そのためにはＭＳＷのはたらきもさることながら、医師の存在が一番重要になると思う。 療養者・家族の考えをしっかり受けとめ、活用できる社会資源を説明した上で選択肢を与え、生き方の方向性を導き出してあげることのできる医師がいるとありがたいと思う。 在宅療養を選択した場合、病院と在宅間で医療・介護両面を考えたケア・カンファレンスが十分行われる必要があると考える。それぞれの関係職種の連携を密にし、療養者ができるだけ最良の状態で満足できる療養生活を送ることができることを望む。
1567	個々の生き方に合わせ、専門分野の支援者が細分化され、個別性に対応出来るよう各種のサービスのプロが本人を中心に一人々が考えて行く事により整って行くのではないかと考えます。 すべての人々、本人、家族、各関係者が無理なく社会的経済的にも安定される事が大事ではないか？ 今の現状は、問題点や必要とされている事が理解されていても行なって行く為保障が整備されていないので展開されて行きずらくなっているのではないかと思います。
1568	当地では、村の保険師さんは住民のことを隅々までご存知で、熱心ですばらしいですし、ケアマネージャーさん達もレベルが高く、人柄が良いですし、地域医療に理解のある病院が近くにありますし、老健や特養も良い施設があり、理想的に近いと考えています。 （東京などで勤める友人（医師）の話を聞くと、大変そうです） 当地（[redacted]村）は人口数千人という規模が丁度良いとも思われます。お互いに顔が見える関係です。 市町村を合併したり介護事業を広域化するのが良いとは思えません。 何でもそうでしょうが福祉や介護分野にも適した行政単位があると思います。
1569	介護力がなくても本人が家に居てくれれば療養、看取りはできる。 独居、がん末期その他の方々を現に看取っている。 それには、本人の意志が第１優先。それを家族、ケアマネ、主治医など先ず近くに居る人に伝えること。 医療・介護の各職種は折にふれて、独居でも家族がいて、介護に没頭しなくても（仕事を辞めるなどと言わなくても）充分に在宅療養ができることを伝えていくこと。 療養者の居室を病室として、大きな地域が病院。必要な時に主治医が回診ですよーと病室である居室を訪れ、訪問看護師も定期的にやって来て体調を整えていく。ヘルパーさんや入浴サービスも来て、オムツ交換やお風呂に入れてくれる。病室で受けているサービスと変らない。介護者は在宅中（介護者が家にいる間）の様子をみてくれて、異常があったらナースコール（訪問看護・緊急コール）で呼んでくれれば良い。介護者にだけ負担があまりにかかる様では今後の在宅療養も伸びない。 皆が少しずつがまんし、協力し合うこと。私はこの方法で仕事をしながら義母を看取りました。 ↓ 療養者本人にも理解できるできないに関らずがまんしてもらうところも出てくる。それはある程度仕方ない。在宅療養を続けていく上では…。 地域の開業医さんが、本気で在宅療養～看取りを考えて実践してくれれば訪問看護、ヘルパー他事業者と協力して「最期まで在宅」はかなり可能。 当ＳＴ（ステーション）の在宅死亡率は 45%（入院して 24h 以内に死亡の要件以外、純粋な在宅死亡）である。これは在宅療養を支えてくれる。開業医さんの協力のたまものと思っている。
1572	統計でも出ている様に患者は最後を迎える場所として在宅を希望しているにもかかわらず実際には、まだまだ病院で最後を迎えるケースが多いのが現状である。 其の原因としては、医療者側の情報不足、努力不足、患者家族の知識不足、さらには前途（４－ｂ）の様な要因が挙げられるかと考えている。 又、自らの生き方の問題として、人生をどの様に生きどの様な死を迎えたいのか、病気になって初めて考えるのではなく、日頃の生活の中でよりよく生きる為の準備として、死を普通に考えていける様になると、病院以外の最後の場所の選択が可能になるのではないかと思っている。 こうした考え方は少しづつ広がって来ている様に感じている…。
1575	申しわけありません。対策として思いうかびません。 緩和ケアにかかわるようになりまだ日が浅く、勉強不足です。
1582	在宅での看取りだけが最良とは思わず、本人や家族の希望や願いが叶う様な支援を行なうことが大切だと思います。 療養者や介護者が介護のプロセスでその日を満足した生活が送れる様支援していくことを目指しています。 在宅だけでなく施設での看取りがのびていくかと思います。
1584	まだ整理できません 予算、人員の関係で在宅療養支援は行えていません。

	現在行うには予算人員の関係で不安があります。
1586	本人の QOL がどこにあるのかを探り、それに家族がこたえられないのであれば、こちら側が診るしかない。 私のところへくる Pt（がん末期）は家族へ迷惑をかけたくないという人がほとんど。24h で瞬時の対応ができないので、家は不安という意見もほとんどの患者が言います。対応のしかたを家人に教育しようとしても拒否されます。
1587	ただの意見ですが、 現在の「ワーキングプア」若者の貧困をもたらし、労働の価値を崩して来たこの日本社会の動きが患者もとりまき、医療者もとりまいていると思う。 「自己責任論」が当然のように受けとらされている現状が、その根にあると思えてならない。 これが「壁」なのかなと思う。 在宅をしていて無理解の壁に当たりその継続が困難になる時、家族、本人、スタッフに「お前がその責任をとれるのか！」という社会的叱責がとんでくるように思える。 技術的な対策より、このシステムへの正論が欲しい。 「ちゃんと生きさせろ！」ということか。 書きなぐりました。失礼しました。
1588	療養者自身が自分の生き方を問う。または、死に方を問う機会が必要。 在宅での療養を推進する為には、その受皿の確保が必要であると感じている。
1590	社会保障費に重点を置くことは必須である。その上で現在の問題として考えていることは、地域における総合医の育成を嘱っておきながら、同時に在支診を行なわせることにはかなり困難なことだと感じている。なぜならば、充来型の病院中心医療からの離脱のため、短期間で在宅にもどるケースは、試案以上に急増するのではないかと考えている。この場合、在支診など、在宅を積極的に支援していこうと考えている方々の数には限度がり、介護と組み合わせても圧倒的に不充分なものと考える。この場合の解決策としては、充来の考え方である在宅も行うが、地域の守り神として小児～老人までも診療し、その延長で在宅を考えている多くの医師たちにも仲間に加わっていただかないと解決できると考えている。このような大多数の方々に、午後だけ在宅にとさせることには限界があるように思う。午前中、慢性期老人の指導にあたり、午後から学校帰りに、発熱しあわてて飛びこんでくる子供とその親たちを見はなすわけにはいかないのである。特にインフルの時期などはその極みである。土、日、昼休みの在宅では、充分な対応ができないことは知っているが、それが現実である。診療連携の重要性はあるが一部在宅だけをてがけ、巨大化したところだけに集中させるような在宅システムになっても、長期にわたって地域の同胞たちを納得させることはできるのであろうか？そうした中で、小規模ながら、外来にも在宅にも心を注いでいる者同志を、優遇することは必要ではないだろうか？一方で在支診を充実させることは必要であるが、（くりかえすが）それだけでは、いずれ在宅を支えきれなくなるのではないだろうか？地域医療を正面で行っている総合医同志の「小規模な診療連携の推進」が最も大切と考える在宅連携パスについての問題は、結果として在宅に力点が置かれていないように感じる。在宅にかかわる多くの業務が同時に簡単にみられる在宅パスの作成と病院へのフィードバックにこそ、成功のかぎがあるように思われる。現在のものは病院間でのものでしかないように感じる
1591	
1592	ICD、ICF について知識を深め、プロの医療者として説明責任が果たせるよう努力したい。 医療を受ける側についても、生き方について関心をもってほしいが、まだまだ受け身であり、「おまかせします」の考えが強い。

	意識を変えるにはどうしたらよいのかー 「ICF が重要だが、日本の医療に欠けている」に痛感する。 ハード、ソフト面の整備がまだまだ不十分である。経済的支援も少ない。 個々人が日頃よりセルフケア能力向上への取り組み（健康な時から）ができるような仕組みや援助（サービス）があるとよい。 アンケート内容のデータはとても参考となるものでした。
1596	病気になったら自然な形で過ごしたい。 在宅で最期を迎えるのは理想適度な治療と適度な生活があればそれだけで良い。 過重な治療や、ぜいたくな生活は望まない。 あくまで自然な形で死んでいけたらと考えている。
1598	・患者・家族は「療養」という言葉が内包するもが理解できていないと感じています。病院から在宅へと言われた時、家で家族は何をするのか。何が必要なのかというイメージをほとんど持っていないのです。 病院の医師も看護師にも同様のことが言えると思います。 淡いイメージでも良いのですが退院を勧める病院の職員は在宅のことを知ってほしい。 ・人間一人一人が「どの状態になった時」「どんな場所で」「誰れに看取られたいか」を自ら決定でき、その希望通りにできたら良いと考えます。 そのために十分な説明ができるように病院・在宅に拘らず知識を持ちたいし、他の介護・福祉関係業種間の意見交換連携を深めていく必要があると感じる。
1601	・療養者が在宅で生きていきたいという意思があっても支える家族の介護力に左右される。 ・癌の末期の場合、介護力だけでは支えきれない事がある。往診可能な主治医との連携が重要となってくる。 ・利用者本人が意志を表わせない場合、家族がどう考えているのかを主治医、ケアマネージャー等からも情報を得ておくことが大事である ・医療処置を行なう家族に対しては、主治医からの説明が重要である。さらに在宅でみていくという意志決定をするきっかけとなる。退院させられた。入院前は歩けていたのに現在は寝たきりである。医療処置がある（吸引、胃瘻の管理など）主治医は往診に来てくれるので助かる退院後 1 週間は一睡もできず、1 ヵ月には主治医からこの状態では入院は受けてもらえない。老化のためなので家でみていきましょうと説明され、サービスを利用し、在宅で過しいてる利用者がいる。家族の意志決定には主治医からの説明があったことと随時往診可能ということがあったと思われる ・医療を提供する側で退院に向けての説明が重要である。老化・疾病・事故等での身体の変化について、目標は（ゴール）はここまでという具体的な説明を本人と家族にし、在宅でのＡＤＬを踏まえて、家族の介護のし方等を指導する必要がある。1 回話したから理解できるとは考えず、ＭＳＷにつないで退院後の生活が継続できる様な連携が必要である。
1606	・人間の尊厳をみつめる ・患者中心のシステム ・医療費を見直し ・生きがいを支える
1607	難しくて、何がききたいのか理解できませんでした
1616	あまりにも問が難しくてもチンプンカンプンな答えになるかも知れませんが、 連絡を密に介護を受ける人を中心に考えて行動すれば良いし、今の現状で精一杯のことをやれば納得されるだろうし、後悔の気持ちが起きないという信念でやれば大丈夫。 今の介護は医療の崩壊を防ぐために（経済的に）作られた急場しのぎのものと考えられ、少しずつ変化し、本来の家族の介護の負担を社会全体でとの最初の趣旨に戻ることを期待しています。 現場から介護する人（身内か嫁さんか）によって入ってゆく我々にとってやり勝手が違う。頼みにくい、行きにくい、社会的に関与していると感じる点はデイサービスへの参加、ショートステイの利用などの時間が介護者の余裕（ゆとり）が出来ることかなと思う位。もっと軽い介護度の低い人の対策を、支援センターだけでなく地区公民館などの利用をもう少し広げてほしい。地区で支えるのが大事。 介護保険料徴収が目的であってはいけません。
1617	人の一生を考えるとまず社会的弱者として生まれ、扶養を受けて育ちある程度の年齢に達すると社会的強者として弱者を助け扶養して社会をリードしますが、また次第に弱くなり扶養してもらいながら死を迎えます。この流れはどの人も変わらず、今どんな社会的強者であろうともこの中の一時期をすごしているのであってやがて弱者になるはずです。 社会を年齢的に分断するということは社会的強者がこの流れを忘れ、その弱者を助け扶養するという責務を放棄して、弱者を邪魔者扱いの社会にしているということです。その結果が一方では少子社会を生み出し、他方高齢者は将来にわたって社会的に役に立たない絶対的な厄介者として切り捨てられ、行き場を失っているのです。 社会のあり方を考えその方向性を決める社会的強者が、自分の過去を見直し未来を見据えて人間性を取り戻して弱者を思いやり社会的家庭的に弱者を助け扶養すればその人にとって有利な社会を作り上げなければ解決しない問題です。たとえばその一つとして扶養控除を見直し、社会的弱者を扶養すればするほどさまざまな面でその人にとって有利になるような施策は社会的を好ましい方向に向けるきっかけになるでしょう。 主題から離れ勝手思を書いてしまいましたが、お許しください。
1620	①主に内科系（もしくは専門は外来系だが“内科”として）開業医師が在宅もしくは介護に関わる雑用（本来の開業以外）、例えば主治医意見書や介護認定審査などに取り組まなければならない現状が困難。皮フ科、眼科、耳鼻科、泌尿器科などの医師が連携の輪に入って頂かないと、機能展開は難しい ②別々に開業している「一国一城」の主がうまく連携をとるのは難しいと思うので今後は、「グループ診療」のできる医療モールや、患者を最後まで看取る覚悟を持った医師達のグループ開業（貴クリニックのような）が望ましく思まれます。
1624	訪問看護を 10 年やって今緩和ケア病棟にいるがＤｒが特に在宅のことを知ろうとしないし知識がなさすぎる。 家に帰れるチャンスをのがしている。 後は在宅での支援サービスや介ゴ保険が一般市民に浸透していないと思う。
1627	その人らしい生活
1629	1　高齢化、小子化により介護力が低下し、家族は病人、障害者を支えきれない状況となる ↓ 2　将来に備え医療・介護を受ける側も、提供する側もどのような医療制度、介護制度、社会資源があるのか把握する必要あり。 情報源（・社会保険事務所や行政からの広報誌 ・新聞、雑誌、インターネットからの情報

	・病院、診療所、各種介護保険事務所や障害者団体 ・在宅療養支援診療所　訪問看護ステーション ↓ 3　退院後患者はどこに帰るのか早期に把握し、在宅療養を希望の場合は、在宅支援センターと連携を図る （医療・相談窓口を明示する） （在宅療養支援診療所、居宅介護支援事務所、訪問介護事務所、訪問介護ステーション、デイケアセンター） ↓ 4　退院後障害となるのは何かチェックし、整備する ハード面：療養環境の整備（バリアフリー、風呂、トイレの改造） 日常生活用具（ベッド、車イス、ポータブルトイレ他） ソフト面：医療処置、栄養指導、介護等のケア指導 ↓ 5　サポート体制を確認しておく（後方支援施設） （緊急時の入院受け入れ先、ショートステイ 家族、友人、隣人協力はどの程度得られるか ヘルパー、ボランティアの介入）
1631	死生観…どの様に生きてきたか、どの様に生きたいのか。 ↓ 病気や死に対する受容 ↓ 精神的な安定 ↓ 治癒力 しかし、死は必ず訪れるものであることは知らねばならない。 老人であれ、子供であれその時が来る時は来る。 死への援助（死も受け入れ、安らかに息をひきとれる援助） ‖ 本人や家族への援助 生き方への援助 死や治ゆの困難な病を告げられた人々へ、それをのりこえ、受容するための援助 しかし、援助者も又、きちんとした死生感をもっていないとできない。自らも又死をむかえる存在である事を自覚しないで、どうして援助できるだろう。 「療養者」の意志をどれだけ、クリアな気持ちで受けとめ、支えていけるか…種々な機関の存在や機能の知識が必要だ タブーにない。冒険ｏｋ。■■でいる事 苦痛は除去、ペインコントロール
1632	年令と共に身心も衰えて自分ではどうすることも出来なくなった時病院への通院は可能でなくなるであろう。又最後は自宅でと思うのは当然だと思うがなかなか望みが叶えられないのが現実であると思う。 通院が出来なくなる迄はサービスを利用しながら少しでも楽しく生かいがある日々を送れ歩けなくなると往診、訪問サービスを受ける事が出来ればありがたいと思う自宅で受けれれば最高だと思う。 在宅療養支援診療所のついて詳しく知りたい
1634	療養者のよりよい生き方をサポートする様々なシステムがある中、それを有機的にむすびつけていけるコーディネーターがいないため、すべてを医師に求めてくる。特にがんセンターの医師などにたよられても対応はむずかしい。又、患者及び家族も医療の限界を知り、自分の生き方を持って、それを自己決定し、自分からそれを求めていなければならない。他者より与えられるという考え方は問題と思われる。サポートのシステム、人員、予算を増加し、それを各々の療養者にうまく適応させていくコーディネーターをおいて治療から療養への移行を、病院から自宅への移行をスムーズにすることが必要である
1635	医療に関しても、介護に関しても地域格差がある。当地域では訪問介護は 24 時間対応してくれる事業所がない。療養者が自分らしい生き方を選択する事は困難な状況にある。図Ｎに示されているような他人介護は不可能。先ず、何処でも同じような支援を受けられる体制作りが必要と考える。 図Ｋに示されている「在宅療養支援拠点」の中での連携は取れていると思うが、「後方支援」との連携は十分とは思えない。病院は入院期間の短縮の為か、在宅療養について療養者・家族が十分に理解・納得できていない状況でも退院を勧めているように思える。実際「病院を追い出された」と私たちに訴える家族もおらける。又、老人保健施設・特別養護老人ホームは緊急時に受けてもらえない状況である。介護している家族に介護できない状況が生じた時どうするのか。ショートステイも計画的に、毎月利用している人が優先され緊急の場合は受け入れ施設を探すのに困難を極めている。自宅より遠方の施設に入所あるいはショートステイという事態が発生している。 「最期まで居宅生活をして終焉」と願っても、現状では家族にかなりの介護力がなければ叶わないと思う。 在宅医療の適応となる高齢者等が望む生き方に沿った説明と医療・介護の提供が、生活者やその人を支える各医療・介護職種間において共通の言語と認識の下に行えているかと問われても介護の提供が出来ない状況があるかぎり、行う事は出来ないと考える。
1638	本人は在宅死を望んでいても経済的理由、家族の意見不一致、不安感にて最期は病院でという事例が多い 医療者からは不安感に対しては各サービスによりある程度解消されると思うが、本人家族の意志が不充分であると実現不可となる 私自身としてはケアマネージャーとして訪問ＮＳとして「家に帰りたい」という本人・家族の望みを叶えられるよう全力を注いでいる。 「あくまで療養者の生き方」は本人なり家族が決定するものなので、健康時より、それなりの準備は（経済的な面は重要）必要と思われる。 ただ医療者として責積的にサポート介入しなければならない場面では役割を果たす必要がある。
1639	療養者の生き方はやはり行政が中心となりその方とその家族の希望になるだけ添うべく事を進めていくのがベストと考える。 （診療者側の都合や、損得に左右される事のない様な中立性をもって者が行うべき事と思う。）
1640	・療養者自身の生き方、死に方、死生観を尊重しサポートし続けることが最も大切なことと思っています。 ・しかしそのようなしっかりとした考え意志を持って生きていらっしゃる方は、ごくわずかです。 ・多くの方は自立されていません。家族次第、家族に任せたい頼らざるを得ない状況です 6~8 割の人々が最後まで居宅生活して終焉を望んでいる　この事実は日本人として当然のことだろうと考えますが依然として病院死が 8 割と矛盾が続いています。

	医療者側の力量不足と感じたケースもありますが 日本人の風土に根ざしたもので受け入れないケースもあります。 ・追 “主治医”への設問について、当の本人ではないのでより分りません 検証するためのアンケートだから仕方がないのでしょうか。ごめんなさい
1641	我国には介護施設を「終りの住家」とする考えが、介護人側、当人側ともに乏しい 急性病態から■■になり慢性期に移行した場合での今後の生き方の支援を話し合うことが重要である。その場合、在宅以外に介護施設での対処情報も考えるべきである 今後は介護施設の役割が更に重要になる 介護施設での医療行為の評価を再考する必要がある。
1642	1）死生観は医療者、療養者を問わず、人間にとってそれぞれ異なるが、大変に重要である 2）療養者が人生の終焉を向かえるにあたり、各人の死生観に合到した最後の生き方を実践できることが重要である。 3）上記 1）2）の実践のためには「尊厳死」等を含めた議論と本人の死生観を尊重できるような法制備が必要である 4）在宅における終末期医療は医療サイド、介護サイド件に行政のサポートが乏しすぎる。医療においては保険制度による縛りが強く真面目に療養者にとって最善と尽くそうとすると経営は成り立たない。（→適当に手を抜けば経営は楽になる）介護はヘルパー、ケアマネージャーの離脱が多い。給与面の乏しさはモチベーションだけでは解決できない。 5）都会では交通規制が多く駐車禁止除外規制があってもほとんど路上駐車はできない 緊急往診中の医師が減免処置を受けられず問題にもなっているが、このような省庁間にまたがる内容に関しても十分なサポートがないと、在宅医療を行なう医療機関は減少する一方である。 6）上記の 4）、5）に関しては厚生労働省を中心にサポート体制の確立が必要と考える。 7）他地域は不明であるが、当院近辺では介護と医療で情報の共有があまりなされていない。 これは療養者側からはわかりにくく決して良いとは言えない。
1643	・病院主治医と在宅医の信頼関係 ・退院前の MSW の早期の関与 ・経済的なサポート ・家族の理解、教育 ・行政の啓蒙活動
1644	1．「治せない病気」があることを知る。 ・治療を求めて転々とする姿に立会った時に治らない病気だが生活は出来ることを指摘できる社会 ー情報の正確性の必要性が求められる。 2．死に際の教育が必要となる ・生の尊厳と死にゆく尊厳を知るそしてそれと指摘できることが求められる。 3．現行の介護保険制度の問題点を論浅する中で連携の見直しが求められる ・契約とはいえ療養者が「様」ー「お客様」との関係になってしまった状況の■■の必要 「あなた」と「私」でありたい 4．今回の設問に今一度見直しと取り組みの視点のヒントを得たおもいです
1647	介護保険が医療保険から分離される事により、介護事業者ならびにスタッフの自律性、独立性が担保された点は大きな進歩であった。しかし、残念ながら「コムスン事件」の例に見られるようなモラル・ハザードはその後も残されており、少くとも私は、（個人的な印象で申し訳ないが）介護事業者を信頼することが困難なケースに再三出くわしている。 例えば、在宅（自宅）→肺炎→入院を経て住宅型老人ホームに入房した誤嚥性肺炎患者に訪問看護を行うことを提案したところ、ケアマネージャーから「デイサービスで介護保険の点数を使い切ってしまっている」ことを理由に拒絶されたことがある。採算のために併設のデイサービスを重視した老人ホーム側の意を受けてケアマネージャーがそのような態度に出た訳であるが、自宅での生活が不可能になり、ようやく安■の地を見つけた患者さんを「人質」に取られた状況では家族の意向もありそれ以上医療側の正論を主張することで治療関係の維持が不可能になると考え、当方が折れることになった。 「貧すれば貪す」経営的に苦しいことは解っているが介護「業者」への不信は募るばかりである。 そのような中で「療養者の生き方」を第一に考えるなどということは夢のまた夢ではないか、と悲観的になってしまう。 「貧せず、また貪しない」介護経営（医療経営もそうであるが）の基盤をきちんと確保し、「悪貨が良貨を駆逐しない」コンプライアンス向上を目指すルール作りが必須であろう。 その上であるいはそのためにも、医療、介護の共通したルール作り、規範作りの一助となるような価値観として「療養者の生き方」を中心とした連携推進が役立つのではないか。
1649	・自己決定 ・チーム医療 医療は医療側の治療方針を患者側に押しつけがちな面があるのではないかと思う。 そして、そこには、患者自身の「自己決定」の部分が少なからず省かれがちでないか。 また療養者の生き方を尊重していくためには、各医療機関に対する療養者の生き方を尊重できる診療報酬のあり方を検討し、国の主導によって、医療体制が提供しやすいようにしてもらいたいと思う。
1650	介護支援から入り、看護（訪問）の事業所を立ちあげ、ターミナルの方頚髄損傷の方々の在宅生活を支援する為、さまざまな、行政の支援をさがしました。 行政の支援は市町村によって異なり、申請書を受け取ってくれない市町村もありました。 在宅生活を支援するには、営利をぬきにした、支援所が必要であると思います。私は、総合せき損センターの OT の先生に、手が動かせない方が、口で、緊急時、連絡を取れる機器のことで何度も相談に行ったことがあります。 国立であった頃は、時間をかけて、相談して頂く事も可能でしたが、私立となると、なかなかむずかしい面もあります。先生の人間性によっても変わってきます。 私も、明日、交通事故で、下半身麻痺、四肢麻痺になるかも知れません。 そうなった時に安心して在宅で生活する基礎を社会全体で考え作っておくことが大切だと思います。 社会は自分の事として考えていないのが現状であり、申請等もややこしく大変である。 医療や、在宅支援の関係者にゆとりがなく、なかなか基礎作りができないのが現状です。 四肢麻痺、情報交換誌である「ハガキ通信」のイベントに毎年、障害者の方と参加しています。 在宅生活をされている方のほとんどが家族と一緒です。まだまだ在宅生活を希望されている方は多くあります。

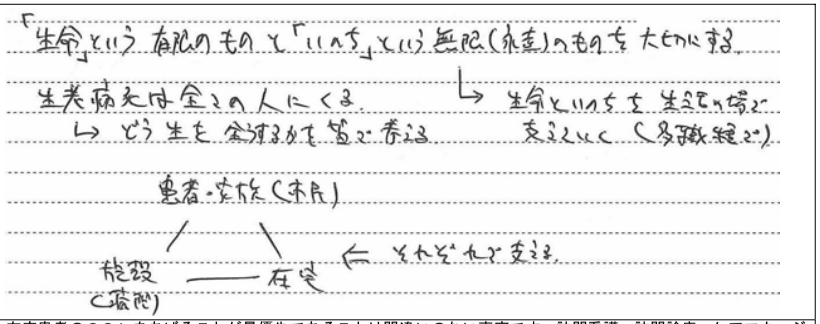
	行政に訴えていくことが重要であると考えます。
1651	人間が人間として生きたあかしを残すため、また、残された家族への思いや家族として看取ったあかしとして医療や在宅介護支援体制が整っており本人の意志決定により、活用される事が望ましいと思う。
1653	健康な時は在宅死を望んでも、いざ、死に直面すると不安で病院指向となる、やむを得ないこと
1657	アンケート内です。
1661	介護、医療とも 保険収入を得て黒子化するのが限界で各職種間で相法、連携するための人的資源の確保ができていない。 そのために患者さんに生き方の周知ができていない。 もっと医療、介護にお金を入れるべきだと思います。 在宅療養で保険を浮かそうとする考え方が悪い。
1662	・周産期医療の現場では、集約的に質の高い医療サービスを行うためには、中小の産婦人科医院ではなく、周産期医療センターを設け、(「センター化」) そこにハード、ソフトを集めた方が、良いとしている。 それでは高令者やがん末期等の疾患も同様ではないのか？ 一方で、「医療は症例を１か所に集めて行った方が、効率が良い」といいまた一方で「できるだけ、在宅で個別で、医療を行った方が、よい」というのはダブルスタンダードではないのか？ ・在宅療養、在宅医療と一口に言うが、「がん末期の在宅緩和医療」と「その他（認知症、脳梗塞後遺症など）の在宅養療」は、はっきり区別されるべき、と思う。 ・グループホーム等、介護事業所は、入居者、利用者の、かかえこみ、地域からの孤立化を防ぐため、地域住民への開放、第３者機関からの評価が義務化されているが、在宅医療の内容は、閉鎖性が強く、医療の内容、質を担保するシステムはない。極端な表現をすれば「治る人」「通院療養可能」な症例を、「治らない人」「通院治療の適応でない」症例である、と、在宅主治医が、判定している可能性があり、在宅医療は、一医療機関単独で、地域と隔離した状態では行われてはいけない、と思う。 内科医が、大腿骨骨折の正確な診断、治療が、できるのか？ 逆に整形外科医が、脳梗塞の診断、治療が、適確に行えるのか？ 「がんの末期、緩和医療」の現場以外の、在宅療養では、様々な診療科の横のつながりなくして、全人的医療は困難と思う。そう考えると、在宅医こそ、地域の医師会、中核病院、他科の開業医との近密なコミュニケーションが必要である。医師として「命を救う」という思いに立って在宅医養にのぞむべきと思います。 独善的な「ドクターキリコ」ばかりが、在宅医療の現場で増えないことを希望します。
1665	療養者は自分がどうしたいか、家族に伝え、情報をとっておくことが重要。
1669	療養者自身がしっかりとした死生観をもつ事。日頃から家族や地域との人間関係を良好な状態に保持しておく事が大切。 また地域社会にあっては、療養者が思い通りに生きられるように行政、住民、医療関係者等が一体となり、常に理想的社会づくりに関心をもち、活動することが大切と考える。 これらのコンセンサスのある地域社会の中で、医療関係者は、生命の質に関してよく理解し、生命にたずさわるものは、経済理念を超越した考えと天職の為に奉仕するという考え方をもたなければならないと思う。 企業家の利潤追求型の生き方は、これらの社会を維持するベクトルに反対方向のエネルギーであると思う。現在の資本主義社会を根本から見直す必要もあるかも知れない。
1670	本人の意志決定に基づく、療養のあり方（生き方）を支援する、多くの人が、在宅での最後を迎えられるために、その対応を十分に図る事が必要。 不安に思う事への具体的な、十分な説明。 今、病院との連携においては、病院医師の意識が大きく違う。 積極的に在宅での最期の時間をすごせるよう在宅医療を推進する医師もいれば、真逆の言葉「今どき、家で死ぬ人はいません」と、国の政策を知らないのか！！という40代の医師もいる。 通院できなくなるその前から、在宅医療についての説明は外来担当医である医師の最低の責任と考える。 通院できなくなって、不安でどれだけの家族からＳＯＳの電話を受けたことでしょう。 病院の意識が思った以上に変化していかない。 連携室のスタッフもかなり困惑している現状を、早急に、対応する秘策は？！ 訪問看護ステーションとしては、紹介された利用者様の在宅での現状を、タイムリーに情報提供し（逆提供)、「その療養者の生き方」を実際を知っていただく事に努めている。 できるところから、少しずつでも距離を縮めたい。
1671	今後高齢者の人口比率が増加する一方であるが、この高齢者を支える人口は減少してくる。このままでは介護力の低下が心配される。又高齢療養者は、自分の最後は居宅を希望しており、主治医の方も居宅での最後が望ましいと思っています。 しかしながら実際には病院で亡くなる方が多く、療養者も自宅で過したいと思いながら実現は難しいと思っている方が多数おられます。病院から退院する時に転帰先として在宅ではなくて転院となってしまうケースが多い。ＩＣＦの考え方からその療養者の出来る事をして在宅へ帰れる様にすべきと思います。 今迄療養者の医療に力を入れてきたが、これからはその後の生き方支援も大切になってくると思います。その為には療養者や家族をとりまく医療システム（急性期の対応、訪問看護、栄養管理、薬剤管理、褥瘡管理等）介護システム（訪問看護、デイサービス、ショートステイ、福祉制度、用具給付等）を療養者や家族の意向に沿った形で利用できる様に在宅スタッフ（在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー、行政職員等）が連携を取りあって進めて行くべきだと思います
1672	本アンケートで改めて現実を示され、考えさせられました。まさに、その現場のまただ中にいる我々が何をしなければならないのかを示唆されたような気がします。 住み慣れた場所で自由に生きたいというのはごく普通のこと、また、住み慣れた場所で最期をむかえたいという思いもごく普通のことで、これが難しいという現実が迫っていることに焦りを覚えました。 在宅医療について、図Ｉ、Ｊに示すとおり現場の医療従事者の中の考えが立ち遅れているという現実は、身近でも感じています。病院施設の従業者に対して積極的な意味で在宅医療を必修の研修として位置付けるなどの取り組みはできないものかと思います。 在宅医療を支えるシステムとして訪問看護は重要な位置を占めると思っていますが、病院職員に認知度がまだ低いという現状があり、ＰＲ不足も実感しています。病院の地域連携室や退院時カンファレンスを通して、もっと顔の見える関係づくりに努力する必要があると思っています。またカンファレンスにおいては、ＩＣＦを踏まえた「生き方の支援」を基本として、係わるスタッフが統一した理念のもとに行われるものであるべきと改めて振り返ることができました。 在宅でかなりのケアが行えることも改めて実感できたし、図Ｎのように切れ目のないケアも可能（地域による差はあるあも知れないが）であることがわかった。現場でかかわっている医師をはじめコメディカルスタッフや体験された在宅療養者の声をしっかり届けることが大事だし、現場ではチームでさらに実績を積んでまいりたいと思います。 （感想文になってしまいすみません）
1675	死に場所を自由にせんたくできる権利がみんなあるので周りの人はそれを支援していく努力が必要と思われる。
1679	何よりも療養者の意思を尊重することが大切ではあるが、それをとりまく家族は色々な事をかかえながらの介護になる。 両者のおりあったところで、病院なり自宅なりですごすことしかないと思う。 もし、自宅でがんばって介護したいという気持ちが家族にあるなら、それをサポートできる社会の体制は必要と考える。 今までの人生を否定されることのないよう療養者がおだやかな生活をすごせること。 それが１番大切と思う
1680	・医療の貧困 ・社会の未熟さゆえに自分のことしか考えない ・他人をあわれむ気持ちがない ・学校教育の水準の低さ 利益ばかりを追求するのでなく、心の豊かさを取りもどせないか？ ↓ 老後に不安があれば無理
1682	「緩和ケア、ホスピス」患者にとったらもう死ぬしかないといったマイナスイメージしか与えていないよう。
1684	・がんで死亡する人が３人に１人である現状を知らない人が多い。 ・どのように生きたいのか、最後の場をどこにしたいのかを話し合えない日本人→死の準備教育を幼ない時から行うことが必要だと考えます。
1687	療養者の生き方として、最近特に感じたことを書かせていただきます。 ・急性期病院から在宅へ帰る場合。病院主治医は主となる傷病しかみていないことが多く、ＩＣＦを踏まえた「生き方の支援」には関心もないような印象を受けます。日中独居となる高齢者が排泄すら介助されなければならない状態で退院を宣告されたとき、介護者となる家族の負担はとても大きなものです。病院の機能上、仕方のないことだと思いますが、退院直後がいちばん不安定な時期なのです。 せめて退院前にはＩＣＦに基づいたリハビリも計画していただけたらと思います。 また、車や電車を乗りついで１時間かかる病院に、「何かあったら受診して下さい。」と言われても簡単には受診できません。退院後に起こりうる発熱、痛み程度の対処法や頓服薬の処方をしていただくか、往診医への紹介を積極的に行って欲しいと思います。 ・がん患者、他の疾病でも家族が看取る場合、痛みによる苦痛をみるのが耐えがたいことだと考えます。緩和ケアはまだまだ周知されておらず誤解も多く、活用されていません。在宅での看取りには安らかな状態で過ごしていただけるのが一番だと思います。緩和ケア、ペインコントロールについて医療者（在宅に関わる者も、在宅へ送る側も）もっと勉強いなければいけないと感じます。
1688	・医療・介護の各職種間において「療養者の生き方」を中心とした機能展開や連携の推進を図るための話す機会や場所がない。 ・在宅医療に対する適応（通院困難者）についても話す場がない。経済的理由（個人負担金の問題か） ・介護制度に関する、勉強が医師はじめ、各職種、事務担当者の勉強がたりない ・戦后の教育の欠損（道徳、倫理、宗教、■■等々）
1692	「生命の風船は病院では膨まない。 住み慣れた環境なじみの家族に囲まれて生きる時、生命の風船は縮まないですむ」 「医療は哲学である」 「医療は看護と支え看護は介護を支える」
1694	自らががん療養者となった場合、家族に迷惑をかけたくないなどの理由から、在宅での最後を望めないと考えています。 在宅緩和医療推進は行いたいと考えているものの、複雑な諸事情から（主に家族）同様の考えの方を前にすると、それ以上話を進められないこともあります。 “それを選ぶのもその人の生き方”という語句もありますが、生き方を変更させることは難しく本当に良いことだったかという責任も重いと感じています。
1696	前述した通り。
1697	※当院は全国でもめずらしい、精神科単科のクリニックで、在宅も精神疾患の方ばかりです。 アンケートの趣旨とは少し対象がちがうかと思いましたが回答させていただきました。
1698	その人らしさを医療者側も理解する。 その人と向き合う。 誠意を忘れない。 受け入れる。 などの語句が思い浮かんだが現実はきびしい
1699	Ｐｔの希望、Ｆａの要望 Ｐｔらしい生の全うの仕方 生きる、死ぬことの意味 心身の穏やかさ 心和らぐ環境 何らかの変化があった時の対応に不安がないかどうか 何があっても安心して構えられるかどうか
1700	左記の内容と同じ
1702	家族の絆が大切です 一生を終える時、少しでも長い時間を、家族と供に過されるように支援して行きたいと思っています。
1703	患者を病気を持ったヒトととらえるのみではなく、地域における生活者として認識、理解することの大切さ、それを医療者ができていない。 在宅療養（死に至る段階でも）では医療者≒医師はサポーターにすぎない。 それを知らない割に偉そうな態度で「家での療養はムリでしょう」と言ってしまう医療者の姿勢が問題である。 絶対的に知識、情報が不足している患者、家人に責を負わせるのは酷である。
1718	高度医療に対する過剰な期待、また医療者も治療困難と判断して在宅支援を説明する時期をなくしているギアチェ

	ンジができない医師が多い。 緩和ケアにおいても、在宅をすすめても核家族や独居であるという不安から病院死を希望される方が多い。 在宅支援について地域広報活動が必要であり 自分ならどこでどのように死を迎えられたら幸せかをみんなで考える時代だと思う 死をタブーとしてとらえるのではなく現実として考え、障害をもっても自宅でその地域で支えあって生きていける教育活動が必要である
1722	介護制度が変化が速く、内容理解までできない。また、なかなか理解してもらえない。 ＩＣＦなど一般の人は、あまりきかないと思う。また国民性に合ってないと思う。日本独自の考え方がまだ根強くあると感じる。在宅という言葉も一般の人達が認識しだしたのもつい最近だと思う。Ｈｐで亡る方が多いが、家族背景などから、今後も増えると思う。 家で最後を迎えたいと思っていても、家ではムリだと思っている人も多いと思う時がある。死について考える人や、Ｆａの死にふれる機会がないため病院が安全、病院がなんとかしてくれると思っている人が多いと感じる。
1724	療養支援、在宅医療、病院連携の確立。
1725	各職種がＴｅｌや文章のみでなく、実際に顔を合わせ、カンファレンスを持つことが大切。 その人のために何かいちばん良いか（医療者側にとってはすすめたくないことでも）、いくつものあたまがあればたくさん出てくる。 その人を、よく知り、考えていく過程が大切。
1726	・在宅医療での診察報酬の見直しが必要 　ＰＥＧの在宅での支援は画像診断を併用しないと 200 点算定できないのはおかしい ・患者教育　　）在宅医療について ・一般市民への説明会　）
1727	どのような死に方を選択するかということは、生き方を選択することが前提にあることが言える。 病気をしたり、老化に伴う身体機能の低下が発症したら、身体の部分を診る医療ではなく個々の全てをトータルして支えていく必要がある。（連携推進） 不足した介護力をどのように補いバランスをとって生き抜いていけるかと考えると地域社会の医療、介護の未整備に不安を感じてしまいます。
1730	・在宅での生活は、その人がその人らしく生きる場である事は患者様の表情や言動で十分理解できる。 　“生きる力”“病気を治す力”になっている。 ・介護保険は、制度を守る事ばかり考えてあり利用者様やご家族にとっては利用しやすい制度とは全く言えない。 ・地域によって在宅医療を行う主治医が不在であり在宅医療へもっていけないケースがある事を理解してほしい。
1732	１．「死」と「人生」に対する考え方を日頃の生活の中で把握しておく ２．「尊厳死」を尊重する ３．身・心の苦痛を和らげることに最大の努力をはらう ４．人生の最后を「在宅」で迎えたいとの意志がはっきりしていたら、緩和療法を中心に、医療・介ゴ・福祉との連けいをはかるべく、チームをたちあげる ５．日本の現状は、「在宅」のチーム・サポートを確立するためには余りにも、経済的なサポートが貧弱である。
1733	在宅へ帰す為の退院時、退院前、退院後の在宅での医療システム介護システム、社会資源、医療と介護の知識、技術教育が絶対必須と思います。
1734	疾病末期で経口摂食の出来なくなった患者さんに中心静脈栄養や胃瘻経管栄養は必ず行うべき処置でしょうか。介護保険の主治医意見書をみると処置するのがあたりまえのように中心静脈栄養や経管栄養の文字がならんでいます。 これでは、チューブなしで臨終をむかえることは、難しいということになり、チューブなしで臨終をむかえさせると医者が医療放棄したととらえられかねません。 在宅で死をむかえさせることに私（医療者）の心に大きな負担をあたえています。 私の住む地域で在宅医療は家族の協力なしでは不可能です。訪問看護にしても、一日のほんの数時間しかカバー出来ず医師の対応も 24 時間いつでもというわけにはいけません。 高令者の施設への通所介護の希望は年々増えていますしグループホームが増設されてもすぐ満床で空きをまっている人が沢山います。 比較的若い人の癌死には家族の協力が得られるかもしれませんが高令者の在宅死は今後ますます少くなっていくと思われます。家族の協力なく、全面的に訪問看ゴ訪問介ゴというのも異様なことです。更に私の経験ですが通院困難な患者さんでも、訪問診療をことわられることがあります。癌療養者の 60%が自宅死はかなわないだろうと思われていることはあきらめかもしれないでしょうが正常な判断だと思います。 私も終焉の場所は自宅が理想と書きましたが無理だと思っています
1738	どんなにアンケートや、スタッフを万全に備えても患者の協力は必要。それが無い家庭、できない家庭（共働きで昼間は患者のみ）は、この問題（今回のアンケート）以前の事です。
1740	医療や介護関係者は、一部を除き大多数は真摯に対応しているが、それに伴う保障を現状より大幅に増加させないと、皆様が疲れてしまい、長続きしないでしょう。 崇高な理論は、よいのですが、理論だけでは療養者の生き方の改善を企ることは困難でしょう。 もっと在宅支援診療所が実動してくれることを祈ります。
1741	忙しいので、このような設問はストレスです！！ もう少し簡単に終るアンケートをお願いします 介護を受ける方々に宗教が必要です アメリカ式、ヨーロッパ式の介護システム導入を行なうのは良いことです。ただし、他国の人々は宗教があります。神を信じています。 我々日本人はどうですか？何を信じて生きているの？ 宗教的なアプローチはあるのでしょうか？ 仏教の関係者とミーティングしたらどうでしょう？ お願い 　最後のページを見てわかったのですがそもそもこのアンケートの対象が医師だけでなくコメディカルも含まれていますね。 　アンケートの初めに設問対象者について明確に説明をして下さい。 　医師だけに聞いているにしては変な設問であると思いながらこのページまできましたので。
1743	医療に携わる者と介護に携わる者が密に連携をとり、患者、家族の希望に沿うような在宅医療システムを構築し、実践していくことが必要と考える。

1747	・情報の共有：どこでも情報（大病院のデータも含め）が手に入る ・併診制：大病院の主治医と往診医の二人による併診制の導入 ・看護師の増員
1749	24 時間 365 日の介護の提供
1752	がんセンターに勤務してから多くの患者が病院で最期を迎える姿をみてきた。患者が家ですごしたいという願いがあることを知っていながらも介ゴ力の不足などで実現できずその度に後悔することも多い。 私達自身も在宅医療の知識を身につけていくことが大切であり、地域との連携がスムーズに図れるようになれれば在宅で最期を迎えるという願いがかなえられることも少なくないと思う。 自宅で最期を迎えられないだろうと考えている患者がこれほど多いことにもショックを受けたため、今后そのような考えが変わっていける医療となることを願いたい。 そのためにも医療者自身もそのことを十分理解し、医療にあたること、私達も患者、家族に説明できるくらいの知識も身につける必要があることも改めて考えさせられた。
1753	・全人的ケア　療養者の生き方は自分の生き方と常に意識する ・在宅療養は今後生きていくうえで基本的な生活形態である。 ・本人・家族の能力を信じる ・プロは常に在宅療養に視点をあてた治療生活指導を行う。 ・早い時期から人生感が得られる教育をする。 ・生涯教育として医師の研修会が実施されているが、開業医の参加は多いが、勤務医は少ないように思う。 　・どの地域においても、医師や看護師等、人生を左右することに関る人達が必ずうけなくてはならないという研修会を計画し、病院機能評価にもとり入れる必要があると思う。（医師は自分に関係のある専門学会等には必ず参加している） ・高齢者、疾病をもった人との共存。 ・地域住民におけるチームケア（退職後の人たちと連携） ・生き方の支援。（自分が病気、死別等の体験がないとなかなか難かしいと思うが近づくことはできるだろう）
1755	生老病死についての自己決定を重視することが重要と考える
1756	病院で死ぬということがどんなことかをよく知らなければなりません。 入院させるということが、親孝行のように思われています。 忙しい日本は高令者にはよくない社会です。存在場所がないのです。 処理場のような病院、施設しか行く所がありません。 本人が居宅での死を望んでも経済的理由、居住空間の存在場所、それらがなければ、居宅では死ねません。 病院も施設も国からの支援がなければそうした死んでゆく人は高収入につながります。 病院、施設へ捨てるのは続いてゆきます。
1757	療養者の生き方は、その方が選ぶものであり、在宅医療だけがベストではないし、家族の負担になりたくないという方も多く転院を希望され、療養型の病院で最期を迎えられる現状をどう変えられるかその方にとって苦しまない最期を迎えられることが私は、医療者として最も優先すべき事であると考えている。 それを叶えられるのであれば、在宅、病院など療養の場は、どこでもよいのではないだろうか。 ただ、高令化社会となり、病院にばかり療養できない現状がきていることも理解している。 だからこそ、がん対策基本法など法律で決められたことを実践しながら、療養者やその家族、そして医療者の考えや認識を変えていく取り組みから在宅医療の拡大に（24 時間の支援体制の充実も）つなげていってほしいと願っています。
1759	密着した医療（連携）と十分話をすることが大切。
1761	すべての人々が自分が希望した通りの終焉を迎えられることが大切だと思う。その為には、情報や制度の提供ができ選択できれば良いと思うが現実には無理で、がん難民などの言葉ができているのも現状だろう。
1765	正しい情報提供…そのためには幅広い知識勉強が必要 自己選択権 家族への配慮
1766	人は生まれ育った環境の中で最期を迎える事ができる。それが理想だと思うが、現在の核家族、家庭環境の複雑化している中で、よほどの覚悟と愛情がなければ、病気を抱えた人を支えていく事は難しいと思う。 いったん病人がでると、経済的な負担や、介護に時間をさかれ生活状況が一変すると思います。 病院に入院させる事で、経済的には負担がかかるが、自宅療養に比べると、介護する時間や心理的な負担は軽くなると考えるからです。 もし、自分の父か母が病に倒れてしまうとなると、病院に入院してもらい自分の事ができる様になるまでは退院させる覚悟はできないと思う。 まず、私が働かないと収入がなくなるので生活ができなくなる。24 時間介護する体力や自宅での急変を考えると心配である。又、病人を置いて外出する事への心配などデメリットの方が大きいと思うからです。 もっと社会全体で支援して頂けるのであれば自宅で共に生活をし最期 を看取りたいと思いますが現状ではなかなか難しいと思います。 たとえ、私が病人で介護される立場であっても家族の負担を考えると私は病院での最期を希望します。 それは私が看護職でありいかに最期までの介護が負担になるのか経験しているからだと思います。
1769	最期は自宅で家族にかこまれてという思いがあるが、家族の方へ迷惑をかけたくないと言う言葉も患者自信からよく聞く。 家族、患者の思いがよい具合で叶えられるように出来ることが一番理想だと思えるのでそこをよく考えたうえで一番いい答えを出して行けるようにしたい。
1772	・在宅医不足 ・介護力不足 ・在宅医－病院の連携 ・上記の間に入るＭＳＷの育成と確保
1777	がん末期医療においてほとんどの場合、家族に延命治療の有無を確認している。家族は自分なら望まないのに、自分の肉親にはどうすべきか迷っているのが現実。厚生省でのマニュアル化は無理としてもふだんから家族でそういう時はどうしたいかの話し合いをする機会をもつよう推進できればいいと思う。
1779	医療、介ゴ含めてチームケアとなり、ＩＣＦの視点で定期的な会議を行なうことが必要。 「療養者」は決して弱者ではないことの視点は重要。
1780	特にありません。
1781	「療養者の生き方」とありますが、病気になってあれこれ情報をかきあつめ悩むよりも、もともと人としてどう考

	え生きていくのがいいのかを子供の時からうえつけ（？）ていくことが大切かと思う。 そのためには、どうしたらいいのか話し合っていかないと、ただ癌になった、どこで療養し、どこで誰のそばで死にたいかを言ってもはじまらないと思う。 それから病院に私は勤めていますが、Ｎｓ間でもＤｒとＮｓの間でも在宅医療に関しての話をあまりしたこともないし、情報も少ないと思います。もっともっと情報がほしいです。
1784	地域で生活している一人ひとりが、自分らしく、その生涯を送ることが何より大事だと考える。 加齢と共に変化していく身体や気持ちそして社会的地位。それらを受容しながら人生のまとめをしていくことができたら幸せだと思う。病 気になり治療の為に医療施設・生活は地域の中でその関係がスムーズに保たれる様なシステムが必要である
1785	家族、生きがい、地域の支援、ボランティア 若いころからの意しきづけ、介護に魅力を感じる政策
1789	私には、難しすぎてわかりません
1793	機動的かつビジョンのある医療（だけでない）政策 このアンケートに関していえば、 ・高齢者の問題は「癌」、「障害者」の問題ともっと明確に分けるべきでは？ ・住居の問題、家族の介護力の問題は深刻だと思います。
1794	医療、介護をになう人のみにあらずであるが提供する側に、愛、慈愛の意味を理解する必要がある。即ち、宗教心である。
1797	身体的に“健康な状態”に達することのできない「治す医療の限界」にある人には「治すための支援」だけではなくＩＣＦを踏まえた「生き方の支援」が必要である事を、まだまだ現場の医療者に気付いていない人も多いと思う。 視点の転換の必要性を、もっとアピールしていくことが大切だと思う。 又、実際に行動を起し、それに生じる問題点を解決していくことで機能の展開や連携の推進を図ることができると思う。
1803	医療、介護、資源が絶対的に不足している。 現在の医療制度、保険制度では、医療キカン介護サービス事業者が立ちゆかない。システムを依持する費用がない。 システム－人間－道具が完備しないで人間の努力を期待しても失敗すると思う。
1804	１９－Ｃで書いたように家族が、死への過程を知らなければ、自宅へ受け入れることは、こわくてできないと思います。 在宅で気管支鏡や、内視鏡ができるということですが、都会でなければ、コストに合う需要がないため、全国一律に同じサービスを求めることができないことなども理解してもらう必要がある。
1805	高令者が自ら望む生き方を、はっきり意志表示されることが基本と思います。 （地方では、その表示をされない、家族に配慮する、判断を家族にゆだねる高令者が多いとの印象をもちます。 意志表示をされた場合で、「在宅療養」を強く希望される場合、ＩＣＦにもとずき、それに適した情報の提供や、情報提供体制の構築がもっとも重要となると思います。 （地方には、連ケイして、この希望を叶える、医療資源は、次第に減少しつつあります。 正直、どうすればよいかという「対策」に関しては、悲観的ならざるを得ません）
1806	療養者が希望した生き方を支援しようとしてもそれを取り巻く環境の整備がなされず、療養者の意志は尊重されにくい。 特に離島であるこの診療所でのアンケート協力は難かしく感じた。
1809	１）入院死の是非を問う前に、なぜ入院死が増えたか（核家族化など）を考えねば、解決されない。 ２）また、本人の自由な老後を支えるには、莫大な費用を必要とすることを理解していただき、税金を社会福祉などへ投入が必要であり、現在のままでは、本人からの負担が増加するとの認識を持っていただく ３）宗教のない人間の最後は、「死」の意味を受け入れる事が難しく、周囲の人間の影響を受ける （自分で死に際を決定できる人は少ない） ↓ 医療側から積極的に説明しても答えがでない人が多い（先生の良い方法でお願いします…等） この意識の改革は大変難しい！ 現在の日本では「死に方」を自分で決定したい方と自分では決められない方の両極端に分かれていると考えられる。 ４）漠然とした「居宅生活で終焉」ではなく、以上の様な説明がなされて初めて、居宅生活で終焉を納得していただくこと、及び、入院ではなく居宅にてcare（cure）を受けられることを説明する義務が、国、医療従事者、マスコミなどに必要と思われる。
1815	在宅医療の知識、技術がまだ確立しているとは言い難いと考えるので適切な在宅医療を学ぶ場がほしい
1817	寝がえりも出来ない人が在宅一人暮らしをしている。ヘルパーや訪問看ゴが入るが、いったい、この人にはいくら費用がかかってるのかと試算すると、生活保護で家賃もいるし、胃ろうのため一日数回の訪看もいるし…約80～90万要る。 さみしさもあり、孤独だと思う。 そんな在宅よりももっと共同で暮せる宅老所のようなシステムがあれば安くつく。 老健や特養は愛情がゆき渡らないし… 民間のヘルパー、看護師等で家族的な宅老所が出来れば孤独な老人は少しは幸せな終りを迎えれるかな、と思います。 在宅療養支援診療所の先生は訪問看ゴとの連携をしようとせず、独自の診療所行動をしている。 一般のクリニックからの訪問看護オーダーは皆無に等しい。Ｄｒが訪問看護との連携を知らなすぎる。 病院の地域連携室は状況をよくわかっていて、在宅の中心的指導的立場のように思う。 今后も活躍を期待する。
1818	「療養者の生き方」を決定するのは療養者本人であり、在宅支援者である私たちはそのことを尊重したいと考えていますが、病院、施設側は経営や、多忙な業務に忙殺され、協力する姿勢、又、Ｄｒや病棟Ｎｓなどは全体的に不理解な方が多い。 病院にて地域連携室等のスタッフが在宅支援者との連携を図り調整しても、応々にしてＤｒは出てこない。 こちらのアンケート内容は充分に理解できますが、まず医師の理解→在宅支援医ではない病院の医師です。がなければ、この問題は解決しないと思います
1820	医療・介護に対する財源の確保。
1822	このアンケート自体が、「在宅で死ぬ」＝「良いこと」の前提に立っている印象がある。 「在宅で死ぬ」ことは、本当に良いことなのか、検証されているのでしょうか？

	我々の目指すところは、「在宅で生きること」をサポートすることであり、その結果「在宅で亡くなる」ことも選択枝の一つと考えています。 また、現在の社会保障費では、希望する人全員を「在宅で看とる」ことには無理があると考えます。
1823	ＩＣＦの普及！！ 図Ｋの普及！！
1824	問１９でも書いてるように「療養者」の生き方のみに着目するのではなく「生活の質・生き方」を健康な時から考える必要があると思う。核家族となっている現在祖父母と語らうこともなく共働きで不在がちな両親。家族間のコミュニケーション不足も大きく、20 年後 1:1.7 の介護力となった時に 1.7 の人達に従来のような介護力を求めることすらむずかしいと思う。 病気になってからではなく健康な時に考えることができるということが大事。 ＷＨＯのＩＣＤ・ＩＣＩＤＨ→ＩＣＦと新しい概念が提唱されていることを私自身ケアマネの更新研修で学んで知っているけれど知らない医療者も多くいると思う。色々とシステムが変更となっても必須となる部署だけが知っているという事はよくあり知らなくてもＰｔ家族がしっていれば説明不足等も解消できると思う
1826	いろいろアイデアがあるが人や費用時間がかかりやってゆけないのが現状である。 国がもっと官僚にまかせず現場の人間の意見をきいて行っていかないとまず無理である。
1829	問１９－ａで①としました。本当は③にしたかったのですが、設備や制度、社会や教育などに原因を求めても仕方ありません。患者・家族側と医療側に分けても同じ事で、最終的には医療を受ける側、広い意味で国民全員に主として問題があると考えました。 本人の意志は、家族関係や御近所の目（うわさ）、医療関係者、行政（厚生労働省）の都合（医療費削減）にふり回されています。私は診療所のかかりつけ医ですが、良かれと思ってした行為が、本人には不満であることも後でわかったりします。私には万能なマニュアルはありません。「療養者の生き方」を推進させるなら、国民の税金を終末期に投入、そして大々的に広報することだと思います。我々、１人１人は家族や他人に迷惑をかけたくないと思う国民性であります。病院で死ぬことは本人の本意でなくとも本人の美徳かもしれません。アンケートの数値とは100%関係ない所で、人間の心は存在し、それが行動となります。日本の医療は良しも悪しも長年積み上げた心の動きの上にシステム化されていると考えます。個別の悪いケース、アンケート、理想論、経済的理由からシステムを変えても混乱するだけです。研修医の制度改革はよい例でしょう。前述したように良しも悪しもあります。ただ、患者側・国民側からの意識変革をせずに動いても結果はでないということだと思います。では病院で不本意だが、迷惑をかけたくないからと考えている人に、家に帰って家族や、介護者にお世話になっても（迷惑じゃなくて当然のことだと）いいのだと意識改革できるでしょうか、それができないといつまでも日本では「療養者の生き方」を犠牲にする方は減らないと考えます。 結論は、居宅での死、病院での死を区別することなく、終末期ととらえ国民に広く問いかけ、親を看取る美徳、迷惑をかけたくない美徳、いずれも尊重する生き方であってほしいと思います。国民が支払った税金が国民の終末期にしっかり使ってもらえること、又それが広く当り前となることが、病院を選択する人を減らす方法であると考えます。 医療・介護の各職種間においてできることは少なく、人の流れを変えるところまでは困難と考えます。毎日、個々のケースに追われています。個々のケースを積み上げて展開・推進をはかるしかありません。その中に見る人が見れば良しも悪しもが共存しています。お互いの連携を深め、共通の意識をもつには話し合うことが全てです。しかし時間がなく、又場所もないのが現実であり、現在クリティカル・パスの用紙によって共通意識をという動きがありますが、医師側からは理想は分かっていても実際に書く手間が大変とすぐ活用できる状態ではありません。現状の人材では限界があり、新しいとり組みには新しい人材が必要であり、そこに給与が発生します。流れを作るなら、介護する人々の生き方も考えなければなりません。医療・介護者の生活、働く意欲を無くして、高令者の生き方も何もありません。国民１人１人が高令者の生き方そして自分の生き方を考えられること。親を看取り、自分も介護の職につき、一家を支えて子供も何人も作れる社会を望みます。 本論からはずれました、又乱筆乱文申し訳けありません。
1830	在宅医療を知らないＤｒが多すぎる。 連携が取りにくく一人の患者にそれぞれ違った考え方で接すると、患者や家族が不安になってしまう。 在宅を続けることも大切だが、在宅の限界を見極めることも大切だと思う。
1831	“経済的”ゆとりと、昔の様な、家族構成がないと、療養者を支えられない。家族構成員が生活に追われていたら、“してあげたい”気持があっても実際には、気持だけである。できないのが現実。 在宅医療を学問として転回するのはよいが、実際、足を地に着けた学問が欲しい。
1834	療養者の生き方 自分自身の最后を考える時、私には十分な情報があるが、この話を 2 つ上の姉にしてみた。姉は全く情報をもっていない　姉家族は自分の家族と両親との同居である。70 才代後半の両親と生活しているが、その両親は、娘がみてくれて当然と考えているという。私の方からも親に時々は情報を入れているが、さしせまった問題とは、とらえていない。片や、主人の母親は、80 才をこえ、１人暮しをしている。グループホームのことケアハウスのこと、特養のことをよく知っている。どうやら老人会でおそわっているらしい。その村は介護予防も積極的にしている。両方の親をみて感じるのは、情報がどこまで届いているか…ということが生き方の選択が広がるとかんがえる。 今の 40 代、50 代、60 代にもっともっとそんな情報が入ることが自分の最后をどうしたいかということを考えることになると思う。おひとり様の老后があんなに人気が出たのは、やはり皆知りたい情報なのだと感じる。 当方も看取りをしているが、1 件看取りをすると、その近所の方からも声がかかる…そんなことが続く。 救急ＨＰには、若いスタッフが多い、ＨＰにくるからには救命するそのあとから…どうしたいのかということになる現場ではいたしかたないと感じるが、看取れる地域性をもっとつよくするために、在宅支援診療所、訪看ＳＴが、発信しつづけないと希望通りの場所で死ぬことができなくなってしまう。
1835	日々、社会が変化していく中で、在宅看ゴの、私も、分からない事が多い。 “その方の生き方”は、その人その人で異なる為、まず、何を重きを置いているか、見さだめ、サービス、サポートにつなげていける様にしないといけないと思う。 今度、色々なデータを拝見し、現状の厳しさ、しかし、改善の余地はあり、そこにどう私達が変っていかなければならないか、考える所である。 又、今情報社会でもあり、もっとネットワークを上手く使い、この様なサービスがある事を情報で流し、一般の方々も気軽に使える様になれればよいと思った。 乱筆で大変失礼しました。大変勉強になりました。

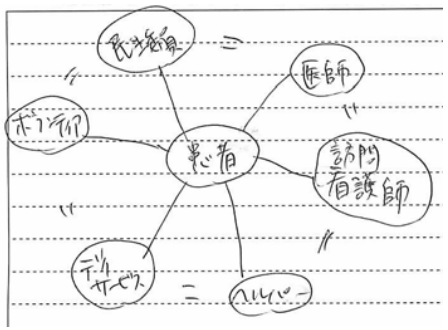
1838	
1839	在宅患者のＱＯＬをあげることが最優先であることは間違いのない事実です。訪問看護、訪問診療、ケアマネージャー、ホームヘルパー、などのそれぞれの部門で濃密なネットワーク、コミュニケーションが必要ですし、後方の病院の受け入れ体勢も大事です。 患者が、在宅においてどうして欲しい、家族がどうしたらいいかなど、具体的にその生の声をきき、真摯に受けとめどうしてあげればいいか、常にそのことを意識し、事にあたるべきです。 各々が事務的な対応ではなく、生ま身の人間として、謙虚に訴えや症状を、よく吟味し、少しでも解決できるように、対処すべきです。認知症の方でも、決して粗末に扱ってはいけないと思います。よく観察を続けてみると、こうすれば快適になるなということがわかる時があります。熟意をもって事にあたれば、熱意で答えてくれます。 何はともあれ、どういう状況下でも、決して悲観せず現状を受け入れ、前向きに明るく在宅生活を送れるよう、支援するべきだと思います。
1842	・退院調整機能の強化 ・退院に到るまでの過程で在宅サービスの内容を正しく伝え調整する役割の強化
1843	現在５人の在宅患者を診ています。現場で困るのは、急変時の入院先の確保です。もとの入院病院が近くあれば良いのですがＰＴによっては、不可能という状況では困ってしまいます。 またＡＬＳの在宅も一時診ていましたが、個人で診るのには限界を感じました。訪問看護がはいっていても最終的には医師にすべてやって来ます。療養者の生き方を考える上で医療間のネットワークの構築があまりにも不十分です。医療と介護となるとほとんど鎖国状態ではないでしょうか？ 診療所の複数のＤｒが主治医となるグループが最も良いと考えますが実際には、グループを作るのは、困難を伴い継続できないのではないでしょうか？開業医はどうしても、お山の大将になってしまいます。 医師の意識をかえないと療養所の生き方を考える余裕が生まれません。 身体障害者の指定医ですが、診断書を求めてくるＰＴは、いずれも生活に困窮しており（ほとんどが、車イスで介助ですが）現状はまだまだ暗黒大陸状態だと考えます。
1847	変化した身体（精神）をありのままに認め（受け入れ）ながら生きて（生活して）ゆけるよう支援ができること。 それが医療、介護、福祉又、地域社会にもとめられている。 しかし、各専門職者たちの熱意やボランタリティだけではどうしようもないことも目にみえている。 国家としての社会保障への十分な支出が不可欠。 すべて無料及びフリーアクセスが望ましい。
1848	昔（介護保険ができる前）田舎では長男の嫁が犠牲になり在宅で親の面倒をみていたが、介護保険制度が制定されてから訪問ヘルパーを利用しデイサービス、デイケア等を利用しショートステイを利用し、その後は施設入所を利用出来ることが分り、一気に在宅療養患者が減りました。 これを長男の嫁からみれば当然のことと思われる 在宅で親の面倒をみているより、パートに行った方が何かと楽しく金銭面でも良いから。 また少子化により親の面倒をみる子供自体が少なくなっているから在宅医療もなかなか出来なくなったと思われる また子供は助け合って親の面倒をみるべきだという儒教的精心が急速に薄れてしまったのが原因とも思われる その他諸々の条件が重なり国は在宅医療の推進というが今後益々在宅医療は進まず施設での療養が中心となると思われる。
1849	療養者のＱＯＬを高めるためには、医療、介護の各職種間がよくコミュニケーションをとりながら、患者、家族にとってベストの療養環境を提供していくことが大切。もちろんそれをバックアップし推進していく社会的、行政的体制を整えていくことも同時にすすめていくことが必要。 一方、患者、家族サイドからは将来的に少子高令化がすすみ、介護力が低下することが予想される現状をよく把握して、寝た切りにならないようまた経済的にも自立できるように国民一人一人が予防、自助努力することが基本的に最も大切なこととおもわれます
1852	療養者が「〇〇の様にしていきたい」など具体的に希望を話されてもそのシステムが整ってなければ意向に沿えない。元気な時にはなかなかと考えられないものであるが、元気な時より「病気になった時には」、「老令になった時には」とどんな生活をしたいのか、考えておくように予備力を持っておくとよい。 病気になる、ならないは不明であるが、皆必らず“老い”“死”はまぬがれない為何かのおり（たん生日など）には配偶者に話している。 療養者もすべて与えられるのではなく、自分自身のこととして、知識を持っておく、知る必要もあると思う。でも私自身もそうであるが今現在必要がないもの、情報であれば積極的には勉強しないと思う。
1853	当ステーションの母体は精神科単科の病院のため医療依存の高い患者はすぐ転院となる。 今回のアンケートの内容で高齢者が在宅生活しやすいようになるためにはどうしたら良いのか考えさせられた。 もっと高齢者とのコミュニケーションを図りどう生きたいのかを家族をまきこんで考えていかなければならない。 医療関係者の認識や地域連携室との連携など重要になってくると思われる。 患者または家族は医者に対して遠慮して色んな事が聞けないため、もっと医師からの説明や入院前の計画外来での説明を充実させていかなければならないと思う。
1854	医療介護の各職種間での情報の共有、連ケイも重要であるが、療養者及びその家族への情報開示も重要である。
	又、教育も必要かつ財政的援助（公的）などの整備も必要と思います。 政府は、医療費の削減ばかりを考えず療養者家族の生き方支援についても考える必要があると思います。
1855	がん診療連携拠点病院が急性期の医療を担うが、それだけでは患者、家族が“その人らしく”すごすことは難しい。 開業医と連携をはかり、患者、家族が望む場所ですごせるようにサポートすることが大切である。 そのための教育も欠かせないのではないだろうか
1856	療養者が適切な治療が十分受けられるように地域医療サービスがもっと普及していく必要がある。 そのため、病院と行政機関などが連携し、情報支援を行い、スムーズに在宅医療が行われる手続きができるようシステムを作っていく必要がある。またそれを知らせるために広告やメデイアへの通告も必要である。
1857	前項にも書きましたが、「生き方」として、人生の終盤における人の望みがかなえられるようにするには、それを引きだす私達の力、可能にする私達の力、家族、患者を含めた総合力が必要ですが、現状においては量自体が少ないのと利用料負担が高額であるため、充分なことができずにいます。行政も在宅へシフトをかけるなら、もっと利用しやすい制度にすべきです。今、在宅で療養すると一般的に言った場合には、家族の大きな犠牲がつきものです。 それを公的な援助に切りかえ、患者も家族もくたびれはてないようなサービスを整えてほしいと思います。 障害者支援の制度も、利用料負担が必要です。24h のサービスといっても、ごく限られた人が用いることができるもので、いわゆる中途半端な人とか、身障のとれないような高齢者の方とか、ターミナルの方とかは、まず、そういったサービス利用は、現状ではお金持ちでないとできません。全く不平等な世の中です。
1858	終末期を迎えた時本人の希望する在宅での看取りについて家族へ介護負担の遠慮が大きく現実とは大きくかけ離れた状態で終末期を過ず方、生きる意欲が燃えつきた状態で亡くなっていく方が多い。 途中医療への考え方のくい違いもあり再入院して病院で亡くなったり本来の思いは実現されにくい現状を見受けます。
1859	現状では難しく八方塞がり状態です。
1860	あり方、生き方は十人十色 これが正解というのはないと思います ただ、問１９－ｂに答えた内容は大事にしたいと思います。 各職種間であまりにも紙などの形式的な連携が多すぎやしないか？と思います。 医療、介ゴ保険制度の中でもちろん必須ではありますがあくまでも手段であって、目的にすりかわってはいけないと思います。今でこそ、滅ましたが昔「急きょケアプランを変えたい」と思いtel したら「文書で出してくれ」といわれたことがあり「キレ」ました。 極論すればある患者さんにかかわるすべての医療者から携帯電話などでいつでも連絡しあえる（もちろん行政も含めてですけど）ネットワークがあればお互いの間を行き来する指示者、依頼者のような紙は不要です。 結局は医療者の「プロとしての姿勢」「noblesse oblige」が必要ということでないか（という私もえらそうなことは言えませんけど）
1862	国民の科学リテラシー（医学も含む）は低い ＴＶの番組ひとつでココアだのバナナだのが品切れになってしまう国である １．国民の科学リテラシーを向上する地道な努力が必要 ２．「神の手」「奇跡の医師」のような報道はやめさせるべき ３．ＴＶ番組にて在宅医療でここまでできるという選択肢とその現状についてとり上げてもらうのが現状では一番即効性がある ４．あなたはどういう死をむかえたいかを常に考えさせる必要がある ５．死ぬとはどういうことかという死の教育をおこなう必要がある ６．医師等が公民館、老人会等でちゃんと「住民教育」やっていない。(私はやっているが…)
1867	療養者の生き方と言っても個々様々の問題や、状況がある。日本の場合地域を含めたシステム機能にも問題があると思う。又、死生観にも問題があると思う。「死」は生活の一部であり特別な事でありだから在宅での看取りが大切であると考えられない状況がある。 看取りの場所は大半が「病院」と考える人が多い
1870	在宅療養支援診療所 根本的に“在宅”できる様な家庭の状態にない（核家族化、共働きしないと生活できない） 経済面でも厳しいのではないかと思う。
1872	１）療養者と言ってもいろいろで、一般に思い浮べる在宅療養者モデル像は「意志もはっきりしていて、支える家族がいて」という感じと思われる。しかし私共がサポートしている在宅療養者は意識レベルが低下していたり、認知機能が低下していて自らの生き方を表明したり、決定したりできない方が大多数です。結局、家族が患者の意志をせんたくしたり、家族の思いで方針（生き方）を決定せざるを得ない状況です。 ２）したがって、こういう場合も事前指示があるべき、事前指示が元気なときから準備されているべきと思われます。 ３）ＩＣＦのような考え方が実現するには、医療福祉関係者の認識の向上、実現可能な国、自治体の施策（十分な予算とマンパワーの投入）しゅうとうな政策決定が一番の課題と思われます。
1873	生の終わり 最期まで居宅生活して終焉 在宅医療 療養者のニーズ
1875	・各々スタッフ間での情報交換や話し合いの場を多くもつようにすることが大切。それがあってこそ役割分担が明確になり、よりよいサポートができる ・本人、家族への説明をもっと多職種で行う。Ｄｒのみの説明でもなく、Ｎｓのみでもなくいろいろな人が説明することで各々が知識増える ・各個人が生きる意味や生活そのものをより深くとらえるため、多方面の研修会や家族会の開催や参加が望まれる
1877	「どのように身体が変化するか」に対する説明責任を関係事業所等がこころがける。 又、「どのように生活が変化するか」に対する説明責任も、関係サービス事業所等で、又、家族間で話し合う。又、本人も自分の生き方を考えることも重要だと思う。
1878	・患者さんが在宅を希望していても家族の介護力が低下している ・公的な介護もうけることはできるが、24 時間対応が実現できている地域は少ないし、自己負担金額があるため必要なケアを受けれない場合も多い。 医療費削減のために在宅医療が利用されると病院医療以上に不幸な最期となる人が増える可能性がある
1883	高令となった時、

	安心して在宅で生活していけるために、在宅医療、介護の情報がいたる所で得ることができるようにならなくてはいけない。 そして在宅医療、介護の体制が充足されると、また利用者負担（料金）が軽減されること などにより、安心して在宅療養ができ在宅ターミナルが迎えられると思う。
1884	おそらく、現在露見できる問題点について改善策を提示することは、このアンケートを作制した方でしたら可能だと思います。 私は、その問題点する充分に把握しておりませんが、在宅療養支援診療所イコールいつでも在宅患者さんのために行動できるわけではありません。24時間のうち、ごく一部の空いた時間もしくは無理やり空けた時間（他の外来患者さんや医師の家族などをある程度犠牲にして作った時間）で、支援していくしかありません。 それをふまえて療養者の生き方にたずさわり支援していく改善策でなければ充分な改善は見込めません。 これらのこと、改善するには「在宅療養支援診療所」だけでも他にあまり外来患者さんや手術、検査などを行なわずとも、医師がある程度満足の得られる収入が必要であろうと思います。 診療所の中でも、医師が１人で行っている所はその医師の健康障害が出て労働に支障きたすようになると、致命的で医師の家族が不幸になります。 早朝から夜間まで働き、さらに在宅患者さんを支援することにこれ以上負担を受けては診療所がriskyとなります。 やはり、在宅療養を支援する診療所を専門とする医師や施設が今の数倍以上に増えないと、なかなか、在宅で看取ってもらう患者さんは増えていかないような気がします。
1888	＜在宅医療、介護に必要な事＞ ○在宅医（医師）を中心としたネットワークが大切であるが、実際現場では訪問ナースの役割が一番と尊敬している。医師ナース介護者は同じ目標、互いの意見を率直に出しあい互いに尊敬しあい共通の言語でチームワークをとっていく事が大切。 ○訪問ナースの人数が圧倒的に必要と考えるが現在不足である→それ以上に在宅医が不足している地域もある ↓ 個人の希望は在宅末期家族にみ守られて、だと思うが ↓ 一人の訪問ナース、一人の在宅医の看れる人数は限られている。医療資源の効率的適応、医療経済の側面からは逆行している気がしてならない。（低コストの訪問ナースがたくさんいれば可能だが？） ○在宅医療を考える上で 日本人が家族の役割をもっとみつめなおす国家的教育が必要と考える。 ○認知症のグループホーム制度はすばらしい！ （プロの介護者が複数、交替で介護している）→これは在宅の考え方でなくかん和病棟の考え方へ通じる
1891	顔の見える関係を作る事が第一。 当院の近くの地域では、開業ドクターがケアマネ、ヘルパー事業所などを集めて定期的な勉強会を開いている。
1895	①韓国の様に“先人をうやまう”“年長者に対する配慮などの欠如に起因、教育問題が根底 ↓ これが医療、介護、福祉の世界とも■害を及ぼしている！！ ②医療や介護の些細なミスにも過大なクレームをつけるクレーマーの存在 ③やはりコストパフォーマンスを充実、充足出来る点数上の配慮。 この①②③を踏まえた上での職種間連携を行なわないと、全くのボランティアとなってしまう。
1896	医療の現場には、診てもらう人、診てやる人の人の上下関係が、すでに出来上がっているように思われます。 自分の人生の最後は、医師にまかせますという言葉を耳にする事があったが、これまでの思い込んでいた関係性が、全てではない事。 自分の事は自分が決定していかなくてはならない事。 自分は、そのままの自分で良い事を、皆が考え知らせ自分自身で感じられるようになるといいのに…といつも感じながら訪問させて頂いてます。 人生の総決算の大切な時間を自分らしく、生きてきて良かったと思えるような終末をむかえてほしいといつも願っている毎日です。 最期は家でと思っている人が多いのに、その状況、環境を整えられなく病院で最期であった、その人の医療従事者は、プロとして、その人が希望した終末を看取ったのか、今一度、振り返りをしてみてほしいと考えてます。 病診連携も、もっとしっかりしたシステムを現場医師に教育する事が一番だと思います。
1899	私のキーワードは「自然死」「尊厳死」です。 できるだけ「自然」に、です。 そう家族には説明しています。 必要最低限の医療で！
1900	療養者さんの希望にできるだけ答えてあげるための体制を整えるには医療側も介護側も“常識”や“プライド”ばかり誇示せず協力しあえたら…と思います。 高度な治療、完璧な介護ばかり望まず、又療養者さんやご家族もどんどん自分の気持ちを発していってほしいです。
1903	まず医療者としてＩＣＤ、ＩＣＦについての知識が不足していると感じた。緩和ケア病棟で働いているが在宅となるケースもありそのような場合は医療者側が連携をとり合い（主に訪問Ｎｓ、Ｄｒ、Ｎｓ、ＭＳＷなど）Ｆａと調整していく形が多い。在宅については現在家族や本人から希望があればすすめていく、という方が多いかもしれません。 今のところは緩和ケアを望んで病院に来られる患者家族も多くその中でいかに自宅に近い状態で最期を迎えられるようケアできるかということを中心に考えることが多いです。 自宅で最期を迎えたいと考える患者は病棟でみていると実際には治療段階にある方が多く、治療の見込みのない緩和ケアという場所にあっては、症状コントロールが難しく家に帰るという望みさえ「このような状態では帰れない」というあきらめの気持ちに変わってしまったりエネルギーをうばわれてしまうほど衰弱していたりということが多い。（ベッド上でレベルも低下している方も多い）ように感じています。 最期を迎えるにあたっては自宅でおだやかな死、ということは誰もが願うことかもしれませんが症状コントロールが難しく見ている家族が不安になったり自宅での対応が困難となり戻られてくるケースもあります。又家族が不安になったらいつでも連絡がとれること、や往診Ｄｒなど体制をしっかり整え、最期まで自宅で看取ったケースもありました。今後高齢化社会にむけて「在宅での最期」ということもすすめていかなくてはならないことかもしれません。医療者にも知識や情報など得ることが大切と思いますが今後は医療者だけではなく、患者・家族・今病気ではない人も含め１人１人が情報や知識を知らなくてはいけないと思います。療養者・高齢者の生き方を支援するということですが 24 時間支援可能ということの具体的などあらゆる人に知ってもらえるような場が必要ではないか
	と思います。
1908	高齢者にかかわらず若い頃から「生き方」また、自分の死という物をみつめられるよう、支援が必要と思われる。 誰もが必らず迎える死について、もっと真剣に向かうべきでは（子供の頃から）ないでしょうか。 学校でも自然に死とはというものを（取り入れている所もあるが）どんな物か？ みつめられるようにしていくのがまずは大切だと私は思います。 それから次の段階だと思います。
1910	死に対する考え方、み方が現代の日本人には乏しいと思われる。 愛する人の生きてきたこと、そしていつか死という終末を、自分を含めだれもが必ず迎えるということを最も愛する人、大切な人で初めて体験するため物心共に準備がしきれないことになる。もちろん、経験したから次は…というわけではないが。 いろいろな生き方があるように、死に方もいろいろあって然るべきと思うが、誰れもが、死を迎える直前まで元気でいて、畳の上で苦しむことなく眠るが如く…と願い、できれば、それに近い形をとりたいと。それには、社会がそれに向けて成熟し、少しでも願いどうりになるような施設の充実を計るべきである。精神面は時間がかかるであろうが子供の頃からの教育で身につけれるよう、工夫していただくが施設（建物、従事者）はもっと早くできると思われるので、まづこの面からでもとりくめる社会となってもらいたい。
1913	問１９－ｂに書かせて頂いたが… もし自分が療養者となった場合どうして欲しいのだろうかを考えた。 個々によって考えが違う。自分も医療従事者であるが医療従事者の方々も全く考えが違う。一方的に押しつけ、決めつけてしまう場合が多々見られる。 療養者や、家族は、先生が言うのだからそれに従うのがベストと思うざるを得ない場合が多い。たまたま自分は医療的技術があるから父を連れて帰ります、私がみますと言いつつ親と共に過ごした１ヵ月半は父から沢山のものを頂いた。 老いるとはどういう事か、認知症とはどういう事か…死に望むとはどういう事か…看とるとはどういう事か…どうすればいいか…それによって家族として父が亡き後の心理状態はどうなるのかetcと限りなく深いものがある。 そしてそれからそれらを仕事に私は反映させて頂いてる。以前より人間として医療従事者として身内のターミナルに関わった事で大きく成長したように自覚している。相手の家族の心情も深く受け止められるようになった気がする。 単なる浮辺だけでなく共感出来るようになった。 よって在宅を望む方がもっともっと多くなり、在宅療養しやすくなり、気持よく人生を全うして頂きたいと考えます。そうすると皆やさしい思いやりのある気持になれると思います。 何でも無理です、不可能ですという医療従事者にあたった療養者は不幸です。 「大丈夫だよ、心配しないで皆で何とか考えようね」と言ってくれる先生にあたった療養者は、たとえ残り少い生命でも最高の幸せをその先生から頂いています。 とりとめもなく何を言いたいのかもわけわからなくなりました。 乱筆乱文にて申しわけございません。 思うがままにペンを走らせた事お許し下さい。
1915	地域医療連携や退院調整ＮＳという立場の者が活動する場面は増えており、そのニーズも明らかになってきて、医療の質はあがってきていると思う。しかし、医療に関わる人すべてがそこの認識がないと「療養者の生き方を支える」というところにはふみこめていけないと思う。（専門の者の調整だけでは追いつかない） 又、病院同士の連携も充分図れていない現状がある。 医療者だけでなく、患者・家族の側も医療の受け方の考え方を変えていく必要はある。
1917	医療福祉の充実（十分な人員と制度で 24 時間診療できる） 早期から在宅への説明、終わりをどこで迎えたいかの確認 多職種連携
1921	患者さんは在宅を希望していてもこの小子化問題、家族のうけ入れ問題等ただ医療者が在宅をすすめても無理だと思う 経済的事状なども含め十分検討が必要だろう。あまりことを速急にすすめることは危険と思われます
1927	・在宅療養のメリット・デメリットを医師・看護師は、患者・家族にしっかり伝えていかないと、病院はパンクする日がくるだろう。 だいたいの家族は、在宅療養に不安があり、入院になるケースが多い。 医療者の説明不足もあると大いに思う。
1930	今后、高令者が増加しているのにそれを支える人口が少なくなっていることは、理解している。又、病院、施設が少なく、入院できる患者もかぎられてくるため、在宅が必要になってくることもわかります。 患者、家族が希望していても、介護する家族のサポートが不十分だった場合は、共だおれになる危険性があると思います。 医師や病院の不足もあり、在宅医を確保できない現状もあります。 必要性はわかりますが、それ以上に大きな問題があるのではないかと、思います。
1933	むずかしい事を並べてみても、何も変わらないと思います。 法律を決定する力のある方々が「本当に自分だったら…。」を考えて決まりを作って頂けたらよい療養生活が出来るようになるかと思います。 家ですごしたくても、地域医療がきちんとしていなければ家に帰れないし、地域の先生方、医療従事者の位置をもっと高くして頂ければ、望む生き方に近づけるのではないでしょうか。
1935	在宅へ戻りたいが、戻れないのも現実ですが、この先、受け入れ施設の縮少などから、在宅へ戻らざるを得ないケースも増えてくると考えます。 そのようなケースでも、在宅医療についての十分な説明を行い同意を得て、在宅で看取ることができるようにしていきたいと考えています。 それと同時に、高期高齢者の保険制度や、介護保険制度のあまりの内容の悪さに憤りを感じています。 本当に、人間が“死”を迎える時に、満足する環境で迎えるなら法律ごと丸ごと変えていかなければ、夢物語になると思います。 自分事ではありますが、自事業所は職員が４人しかおりません。 365 日 24 時間の対応をしていますが、精神的負担が大きく、職員も定着していないのが現実です。 周囲も、誰かがやってくれると思うのではなく、自分もやらなくてはと思わないと、この先うちのような小さなステーションは潰れていくと思います。 このような現状も同時に調査していただけますと、もっと現実的な答えになるかと思います。
1937	【療養者の生き方】→これを支えるのは、介護者である家族である。

	良好な家族関係が築けていなければ、在宅生活は不可能。 いくら医療者側にその気があっても、24h で介護にあたるのは家族であるので。 ただ、家族に介護の意志があるならば、主治医と連携をはかりながら、訪看で、24h の対応で、看取りまでの援助をしています。
1938	死を現実のものとしてみる機会がないことから真剣ととりくむことが小学校からの教育のどの段階でも乏しいことがいざその時になった場合死と向きあうことが出来ないことにつながると思います。更に、心の豊かさを育くむことにより、最新の治療をうけられなくても、良好な生活環境で生活し死を迎えることが出来るのだということを教育していかなくてはならぬと思います。最新の医療機器にへだてられて声も出せず死んでいく人よりたとえ 1 年命が短かくなったとしても親しい人に囲まれて亡くなっていく人の方がずっと幸わせだと思います。かつて大家族の中で自然にやられていたことを地域単位ですゝめることが大切だと思います。
1940	療養者がまずどのような生き方をされてきたのかが理解した上で援助すべきである。
1945	・本人　…意志を出せるか？家族への遠慮や、お金がかかることへの配慮など。 　　環境がととのっているかなど、意志決定できない人が多い。現実には、年金額が少なかったり、同居の家族がいない等。 ・医療者…24h 体制ではいますが、我々にも生活があり、労働条件や夜間の拘束料など、考え働きやすい職場でないと、地域は守れないと思う。
1948	現在、厚労省が考えているような在宅誘導は実際には無理です。 しかし、医療側として在宅へ出されてくる患者さんを放ってはおけないので在宅医の研修とグループ化の促進、介護者が疲れた際はレスパイト入院や入所できるところの確保を医師会が行政とともにやっていく必要があると考えます。 　最終的には患者さん側が在宅か病院か施設かを自由に選択できる状況になれば良いと思われます。
1950	医療者、介護担当者が、療養者にとってのＱＯＬを重視した対応が充分できるようになるためには、様々な問題が山積していると感ずる。 ・貧しい医療・介護行政。 ・療養者となりうる 1 人 1 人の意識の低さ。 ・厚労省がこのようなアンケートを行うのであれば、それが充分反映されるような厚生行政を行ってもらわなければ意味がありません。
1951	患者・家族は共にゆれ動く気持ちの中で治療を受けている。その気持ちをとらえ、その時の状況に合わせて支援していくことが大切。 　早い時期から治療過程の中で最期の迎え方を話していくことが必要で、患者本人だけでなく家族はどう思っているのか、考えているのかを確認し、治療と同時に環境を整えていくことが理想だと思っている
1953	慢性疾患を抱える患者は疾患を得た後の自己の再構築を行うことが、手術や化療、放治などの積極的治療を行うこととともに必要である。このことは自らの生き方を振りかえり、家族や友人などの重要他者との関係をみつめなおすなど、時には辛い過程である。そのことを医療、介ゴにたずさわる者として認識しておく必要があると考える。知識や情報はある程度得られ、連携に関しても専門家の活用やマニュアルの整備がされておりスムーズに動けることが多いと感じるが、その間に立つものとして、患者や家族の苦痛や不安または喜びなどに共に感じ合える心を養っていくことが、患者や家族の尊厳を守るという医療者の倫理感を育てると思う。
1955	家族関係が稀薄になっていると思います。家族を含めた生活者の生き方を関係者全員で協議、看取りも含め、病気になる以前にもっと家族間で話し合いをもつべきだと思います。
1957	患者、家族の立場に立つこと。 医療、介護、患者、家族間に上下関係はない。コミュニケーション、チームワークが大切。各々が各々の立場に対する思いやりが必要。
1958	現在の人口動態から急激な変化は望めそうもなく 大多数の患者さん、医療者、福祉関係者それぞれが在宅看取りを勧め、それぞれが取り組むことに異論はないと考えます。 これからやっていくべき事として考えられるものは １）医療（介護、福祉も含め）関係者の連携 　ａ、在宅支援診療所間でのネットワーク化 　ｂ、縦の枠組みで組織化された病院と個人集団の診療所との連携 　ｃ）訪問看護の 24 時間取り組みが必須 ２）患者家族の問題 　どれだけ患者自身が在宅を望もうとも家族の協力無しには進みません。 　なかなか家族の同意が得られないことが少なからずあり、振り返ってみると患者、家族間での人間関係のプロセスに問題あり。 　一人の看取りをしようとすると家族にもそれなりの心構えが必要になってきます。従ってどれだけ周りがサポートしようとも家族の協力が不可欠です。 　夫婦関係にしろ親子関係にしろ急には成り立ちません。 　とすると日本の世帯構成から考え直さないと…。 とりとめのない文章になって申し訳ありません。
1960	医療と介護（福祉）お互いに連携の必要性は十分に理解している。実際には十分に連携をとれているとは思えないことが多い。（ケースによる） それは共通した基準がなく、また自分達の思いを伝えるコミュニケーション技術を持っていないためと考える。
1963	療養者の生き方を現実と理想とのギャップをうめるべくお互いの努力が不十分。 　又、在宅療養をしていく上でサポートとしての制度が未完成。 在宅での療養可能かどうかみきわめが必要な場合 　ｆａ、本人はすぐに在宅をのぞんでも、一旦緩和センターへ。 　そして全面的にまかせている。 　又は、今が在宅へのチェンジの時期と医療者が思っても、真意が伝わらず、「本人、ｆａはまだ先の話。その時は在宅を」とタイミングにずれが生じる。それをきちんと説明、納得させるだけのテクニックが、医療者にない。 そして、それを説明する（話しあう）だけの十分な時間が主治医、看ご師にもてない。
1964	在宅で療養生活を送るためにはそのケースにより条件が異なり、生活をコーディネートするケアマネージャーを中心に、各分野の職種が関わり、整えなければならない、と思います。 その為には、会議をしたりして一貫性を持った治療や介護を受けられることが大事であり、家族の一員として、どう生きるかを選ぶことも必要だと思います。
	独居でも自宅で最後まで生きていることを望む方独りで誰にも看取られず亡くなることもあると入院をすすめてしまうこともありましたが、ご本人や家族の意志を確認し、周囲の者たちもその人らしく生きることへの関わりを確認し合いサポートする形をつくりあげていかなければならないと思います。 実際、ターミナルのケースを持っていると緊急訪問が多くなり、訪問の調整も苦労することがあります。 夜間訪問するとスタッフはつかれ、家族も疲れてしまう－そういった時の対策をたてることも私たちの仕事と思います。 全ての人が満足して療養生活を送るという最も大切で難しい事ですができるだけそのお手伝いができるよう私たちも知識や質を高め、日々努力していきたいと思っています。
1965	私は病院側におりますので、どちらかというと送り出す側ですが、大切なのは安心感だと考えている。病気になり、自宅へ退院する際患者さん及び家族は、沢山の不安を抱えている。 情報を提供すること社会資源を活用する事、在宅のスタッフと連携する事で、少しでも不安が軽くなれば…と思う。 急性期医療の中で多くの患者さんは見離され感を抱くというが、病院での体制、地域連携、今現在使えるツールがある事を患者家族にきちんと伝え、病院サイドのコーディネーターとして機能していくことが、自分の役割であると考える。 病院から見離されたのではなく、在宅において、もう一人の主治医を持ち、ともに、暮しを支えていくという事を、患者さんに実感してもらいたい。 医療、介護を取りまく現状を、もう少しアピールして、たとえば、小、中高校生の頃から、問題に目をむけるような教育をするなど、社会全体が変わっていけばと考える。 乱筆、乱文ですみません。
1966	訪問診療、往診をしていないので在宅の現場がわからない状況です。 入院でがん終末期の患者様が中心の診療していると 疼痛の不安などあり、なかなか退院できず、家に帰れず、永眠される方が多いのが現状です。 告知は十分理解されていても、 「もう少しよくなってから帰る」と言って良い時期を失ってしまう患者がたくさん居ます。 人生の終末期、家での看とりは大変「覚悟」のいることなのでしょう かつてスパゲッティ状態にして死なせなかった医療教育～ブロへもアマチュア向けにでも～が今の家で死ねない状況をつくったのだと思います
1967	病状をきちんと理解できて、残された時間を前向きに大切に過ごしてほしい。
1969	・認知症の人が、最期まで、自宅で過ごすには、介護者の介護力に合わせて、デイサービスや、ショートステイを利用すればよいと考える。療養者の考えが不明なことも多いので、その場合は、介護者の思いや要望を基にして、サービスの調整をしていくとよいと思う。 ・利用中のショートステイ先で、看取りが可能になるよう、早い段階から、話し合いをして、医療（主治医、訪問看護）と介護で、共通理解が得られるとよいと思う。（老衰の場合など） ・老人保健施設の看護師の対応によって、受け入れられない利用者が出たり、個別性を重視していない場合があるので、利用者（療養者）を中心に考えられるような連携を望んでいる。 　※例えば、胃ろう栄養を半固型化栄養で実施している人が、老健施設の業務上の理由で、液体栄養（滴下）に変更される場合があった。 　逆流による誤嚥性肺炎（と思われる）が原因で、亡くなった。 　自宅では、半固型化栄養注入の手技も、きちんとできており、介護者の介護負担軽減のための“施設利用”が、うまく連携できず、大変残念だった。
1970	まず第一に本人を何とか地域で支えてゆこうとする意識があることが前提だと思います。 その上で各職種で何が出来るか考える支援の意識の啓蒙活動は大切だと思います。 昔ながらのお互い様の意識だったり御近所などのコミュニティーが必要。
1971	患者さんの思いを知る 家族の思いを知る 病気の理解度を知る 治療内容の選択肢を明確し、患者・家族が意思決定できるようにする。
1972	高齢者 1 人を 3 人でみていた現時点でも大変なのに 20 年後には 1.7 人で 1 人を支えなくてはならない予想のグラフをみて果たして私は親を家で看取る事ができるだろうかと考えてみました。 仕事をしながらではヘルパー、訪看の方の回数を増やさなければならず親も本当は最後まで家にいたいと思っても経済面、介護負担を考えると施設の方がいいといいかねません。 介護する方が 1 人にならずいろいろな方、職種の方と支えあって療養者の本当の気もちにそってケアしていけたらいいなと思う。
1973	安心して在宅医療をすすめるためには、個人にたよっていてはどうにもなりません。まず、システムを作ることです。それとあわせて人材を育成する。有能な人材が辞めてゆかないよう十分な医療費の補助を行ってゆく必要があります。
1979	・生きるとは何か、生命とは何かを常に考えて ・生き方の提示を医療・生活全般にわたって情報提供し ・共に歩み模索する姿勢（寄り添う）気持ちが大切 　↓ 全ては心の交流と思います 　↓ このために必要な医師としての哲学、倫理感、医療知識、周囲の皆様との社会性協調性を駆使して最終的には情熱とバランスで療養者とともに歩む気持ちでともに向き合うことが最も大切と思います。 あまり難かしくなるとよく答えられませんが私の言葉で言うと“気品と感謝の気持ちでおてんとう様に正直に生きること”でしょうか
1983	1 つの選択肢に固執することなく、また、それぞれの施設が情報をよく交換しながら、フレクシブルに対応していく必要があると思う。 それぞれの状況に応じて、最適な選択肢を選ぶのがベターと思われる。 　また、在宅を行える診療所は、もっと情報を公開して患者／介護者／療養者のニーズに答えるよう努力すべきと考える。
1985	臨床の現場には様々な物語（Narrative）が混在し、重層的に展開していくと思っています。 患者の物語を中心に、家族の物語、在宅医の物語、病院スタッフの物語、訪問看護師の物語、ケアマネの物語、ヘルパーの物語…などが寄り沿うことが大事だと思います。

1987	行政は、制度はつくるが、制度を利用する人に対して、積極的に利用方法について広報したりしないので、療養者は、なかなか最善の方法が分からず、自分で選べないことが多い。 ＩＣＦの概念を広げていき、自分の生き方には、いろいろな選択支がありどれも尊重されるべきと教育していく必要ある。
1991	患者・家族・医療スタッフ・在宅スタッフがカンファレンスするしくみや場ができることが早急に必要。 そして療養者が生き方を自分で決定できるようにしていくことが大切。
1992	だれもが本当は「家で」と思っている方は多いでしょうが でも自分のおかれた条件で変わってしまうことが多くなってしまう。 また介ゴはなかなか十分な介ゴはプロでもむずかしい！！
1993	・前項でも回答したが「療養者の生き方」と病院を中心とした「医療者の都合」のミスマッチ症例をあつめた反省の機会をつくることが大事と思う。折角我々「在支診」の医師が在宅終末期のために環境整備をしても一部の病院の「もうけ主義」であっさり崩されてしまう。高度な医療設備や機械を持つ病院が良いのではなく「療養者の生き方」をサポートする病院が良いことを周知させる必要がある。 ・またマスコミも報道姿勢や内容についても「害」が多すぎる印象である。在宅医療の推進を医療費抑制だけに結びつけて報道する姿勢も多くの誤解のもとになっていると思う。「不安をあおるだけの報道」「パラエティ的な茶化し」「キャスターの無責任発言」が多すぎる。 ・いろいろ地域差はあると思うが当地においては、基幹病院の理解不足、認識不足が連携の障害になっていると思います。
1998	政府、地域、予算増、奉仕、思いやり 個人、自由、尊厳 すみません質問の意味がよくわかりませんでした。
1999	・変化した身体をありのままに認めながら生きてゆける支援をする ・患者、家族がどう生きるか、どういう終焉を迎えたいかを意思決定するために医療提供する側（及びケアマネやケースワーカーを含め）が、在宅での医療、介護システムについての十分な説明をする必要があると思います。
2000	著書〔[redacted]〕 小学館〔[redacted]〕ブイツーソリューション に書かせていただきました。
2003	・家で行う、医療、看護、介護を、「療養者の生き方」を真に支えるものとするためには、産業として、経営的に（働くものが生活できるくらいの（家族を養うことができるということ））成り立つよう報酬を改めるべきと考える。 給料が確保されるべく、介護・医療報酬が増やさなければ、これらのサービスに従事しようという人たち（特に若い人）が、増えてゆかず「療養者」を支えられない。 ・かつては、医療・介護が国を亡ぼすという論があったが、むしろ、医療介護を産業として成り立たせることで、雇用も創出できるとの考えもありうる。 ・物を造って、外国へ売ることにあまりにも重心が置かれ、アメリカ、頼りなっていたことが、昨今の、景気の落ち込みを見れば、はっきりしていると思う。 ・もっと、人の生活にかかわるサービス産業にも、目を向けるべきだ。 ・弱い立場にある「療養者」を支えられる社会になりたいものである。
2005	イン、フォームドコンセントが必須となったこの医療、介護の中において今後の在宅生活を支援する上で必要な事、選べる事も含め段階（例①入院時→②op 後→③退院前→④退院直前→⑤在宅で初回、その後数ヶ月に１回）と情報集収、提供、可能性を含め話合える場を確保していく必要があると思う。 今現在、訪問看護ステーションを運営している中において時間の確保はむづかしいが一連の流れ実施が点数として評価され報酬となれば良いと考える。
2008	利用者本位“どうしたいか、どうありたいか”をとことん表出できるよう支援し、必要な社会資源の紹介を図る 又社会資源側のネットワークや研修が質の高い地域ケアの構築につながり、病院や施設も利用者の意見、要望が育てていくものと確信しています。
2009	療養者のニーズを考え、不安のない日々を送れる様なサービスが必要であるが実際は理想通りに行かない。特に介護が入る様になって医療と介護のレベル差のため療養者に不安を与えている事は事実である。介護のレベルを上げる事と介護が医療に指示しない事が今後必要になると考える。
2012	まずは患者がどのようにしたいのかが、一番だと思います。在宅で過ごしたいと考えられた時、家族をはじめいろんな不安な生じてくると思いますが、それに対して我々医療者が 100%答えることができるかが、問題だと思います。病院だけで対応することはむずかしいと思いますが、それをうまく他職種の方と連携していけたらと思います。 患者や家族が不安もなく家で過ごすためには、どのようにしていくのが、ベストなのかよく話し合う必要があると思います。
2013	在宅医療は医師をしばりつけることになり医師の責任が重くなりすぎる。 患者の家族が充分理解することが必要である「在宅看取り」をすると近所から「嫁が老人を家で殺した」と言われる現実がある。
2014	今後居宅で最後を迎える人は増加してくると思いますが多くの人の協力が必要になってくるのでその辺の家族などの考え方などが左右していくと思います。 自分の最後は自分の思うように迎える時がくればと思います。
2015	今後居宅で最後を迎える人は増加してくると思いますが多くの人の協力が必要になってくるのでその辺の家族などの考え方などが左右していくと思います。 自分の最後は自分の思うように迎える時がくればと思います。
2016	今後居宅で最後を迎える人は増加してくると思いますが多くの人の協力が必要になってくるのでその辺の家族などの考え方などが左右していくと思います。 自分の最後は自分の思うように迎える時がくればと思います。
2017	今後居宅で最後を迎える人は増加してくると思いますが多くの人の協力が必要になってくるのでその辺の家族などの考え方などが左右していくと思います。 自分の最後は自分の思うように迎える時がくればと思います。
2019	・十分な説明に基づく生き方の支援 ・24H の支援のための在宅での医療システム、介護システムの構築 ・社会資源の整備
2021	療　養者は自分の生活感を確立し、それをもっと大事にする、こだわるべきであると思う。日頃の診療を通して、生活感を確立する過程や確立した生活感を守る手助けするのがプロの「医療者」たる由縁と考える。

	まだまだ未熟である自分が恥しく、そのための知識やスキルの獲得のため、医学的な内容を越えて、勉強しなければならないと考えている。
2022	「療養者の生き方」は人の生き方の一部である以上、その本人の病情、性情、性格、環境であらゆる可能性が考えられます。そういった中でどうした生き方が本人の望むところであるかとの試行錯誤の中で納得のいく道を選ばれるように助言、援助させていただければよいと考えます。それが在宅療養支援診療所の本来の役割と考えます。
2023	生の終りを迎える理想の場所として居宅があげられているが実際は病院で 80%の人が死を迎えている現状がある。 治す医療に限界がある場合には、ＩＣＦを踏まえた「生き方の支援」が必要とされている。 しかし現実はＩＣＦモデルについての知識や具体的に現場でどのように展開し支えていくのかなどが私を含め不十分であると思われる。 心身障害者の支援体制に関しても知識が不十分であり今后、生き方支援の課題を持ち対応したいと思う。 退院前に入院施設に於いてどのように身体が変化するのか生活が変化するのかを患者および介護者に十分な説明がなされ退院後の生活に生き方支援としてのケアがすぐに開始出来ていけるようにしていく事が必要と思っている。現在当ステーションと関連のある病院に於いては医療看護相談室が主体の退院前調整会議と退院前にはケアマネ主体のサービス担当者会議を開催しステーションも参加し連携をとっている。 又、病院側開催の退院支援委員会にステーションもメンバーとして参加し退院支援がよりスムーズな連携が出来るようにしている。 当ステーションは高齢化の進んだ地域であり、居宅支援診療所がなく在宅療養の体制としてはとても厳しい環境にある。当ステーションは昨年 7 月に開設した（それ以前は病院の訪問看護室として活動していた。開設とともに市の所属となった）が公立のステーションである事から周辺地域全体を視野に入れ在宅療養環境が改善する為に地域の先生方の協力と信頼を得ながら出来る事から実践したいと考えている。 追記 今回の主治医についての設問に対して話しを聞く機会がなかった為無解答にさせて頂きました。 申し訳ありませんでした。
2025	もっと自然な死があっても良いかと思う。 家族はすぐに病院につれていく ↓ 病院では退院させる為、すぐにＰＥＧをつくる。 老人の希望は無視されている。
2030	高令者を支える側が少なくなる。 最期を迎える場所を自宅が希望→その 60%は叶わず生き方と生活すべてを支えることが現在の医療に欠けている。 在宅は家族に負担が大きい。家族は受け入れがたい。医療者側も現状知らなさすぎる。 個人で頑張るには限界がある。 国レベルでの対応必要。しっかりした見すえがわからない。 先行き不安である。
2032	在宅療養・在宅死についての情報の普及 病院主治医担当 Ns、セラピストなどの在宅を視野にいれた対応 地域の診療所や関連事業所との連携・支援体制
2036	在宅療養支援診療所の医師です。在宅患者をかかえ、みとりなども積極的にうけ入れ、病院よりの在宅往診には必ず回答をし、うけ入れをしています。 ICD との ICF との項目がうまくかみあえば在宅はすすむとは思ますが、宗教感については日本はまだまだとぼしく、アンケートで、在宅死の多いとのことですが自分がではそうなったときに本当にどうするかといって考えが、オープンに■■されている所がないように思います。したがって、いてそうなったときミスマッチがおきると思います。自分が死んだときいったいどうなるのかといったことをもう少し若いいころより考えることが必要ではないかと思い■ そんな中で“おくりびと”（映画）はインパクトがあったと思います。 しかし、私が、つい最近在宅医療で経験したことを記入します 患者は 70 才台の男性で、肺癌の末期です。診断がつき治療をし、なんとか自分で、在宅死の考えがあるため、病院より退院しました。麻薬のコントロールや、レスキュー、日常生活の不安は訪問看護や、往診にて解決します。しかし、家族関係は悪く、同居する家族はいっさい世話しません 2F にすんでいても、往診をして自宅に顔を出しても、病気が進行しても最後まで、主治医と顔をあわせませんでした。本人がすべて、院外処方のくすりをもらい■■もつくり、何でもやっていました。しかし、家族が在宅死を望みません。 このケースはコントロールが麻薬で出来なくなった所で、病院に再入院し、除痛をするためねむるような形で死をむかえました。在宅でのケースはさまざまなことがおこり■■ますし、また、難しいことも発見されます。人生の最後が出発点になることもときどきおきます。患者や医療、家族人■■していてもどちらかが DROP OUT して再入院になることもあります。 はじめに記入しましたが在宅医も必要でしょう、もう少し■■■社会が在宅のうけ入れをする“ギロン”が必要と思います。 もう１つ書きます この長ったらしい研究事業の題目は日本の国にはなじみません。 よくわからない文章ですがよく考えさせて、いただいたことは確実です。
2038	在宅では家族介護が中心で又、あたりまえとなっている。しかし、これだけ核家族がすすみ又、大家族といえども仕事などで面倒がみれなくなっており、以前のような介ゴに対して家ぞくがしないことへの非難もない。 やはり、何らか、地域でささえることが重要でそのシステムづくりが重要。その際本人の希望を早いうちからしっかり確立し家族の決定以上にその地域でささえる決定を重要としていかなければいけない。（家族の意向は大事だが、地域の意向もより重要） その際現在の一部といった個人負担は、やめ　せめて 65 才以上は、本人の財産を全額つかうつもりで足りないところは全額公費とするくらいにし、家族が出さないようにする必要がある。
2040	訪問看護ステーションで働く前は、大学病院の急性期の病棟で働いていました。 大学病院急性期病棟では 60 代の患者にも 90 代の患者にも同じような医療を行ない、生命は助けたいけどその后の生活は「転院なり好きにすればよい」と言った対応になることが恥ずかしい話非常に多かった。 在宅医療に関われば、「療養者の生活」を中心とした看護ができるのではないかと思い訪問看護の仕事についた。 1 人 1 人に向き合うことは確かにできるが在宅でも在宅のジレンマ（十分在宅でみて行けると思うが介護者の気持ち１つで施設入所となったり、使えるサービスが金銭的に限度があったり）もある。

	在宅医療が素晴らしく施設に入院、入所が悪いというような白か黒かではなく「自分が選ぶことのできる自由」があればよいなと思うようになった。 やはりそのために療養場所としてどこを選んでも対応してくれるサービスの充実、選ぶだけの情報が全ての人に与えられればよいと思う。
2044	（地域ぐるみで、 病診、診ー診、連携 病院勤務Ｄｒは介護施設などについての知識がない（経験がないので当然） 勤務医と開業医とのそこがかなり■■■と感じている。
2047	在宅療養を支えるには医療だけでも介護だけでも成り立ちません。 しかし医者の敷居が高くケアマネや福祉サービス事業所は連携がとりにくいようです。また相談しても親身になってくれない等、医療と福祉の連携がとれていないのが現状です。 訪問看護ステーションが橋渡しになれるよう努力していますがＤｒに限らず病院Ｎｓも在宅医療の知識や支える医療の必要性を感じてほしいと思います。 病院から在宅に移行する時まる投げしないでほしい
2048	在宅での看とり＝■■■■■■■ 我が訪問看護ステーションも在宅死に関わってきた。 主治医によりその治療方針も様々。 大体の利用者が最期が近付くと経口摂取が不可となり、水分さえも摂ることができなくなる。そこで、点滴の指示が出る。しかし、この点滴のおかげで、病床にふせる時間は長くなる。 ある研修で在宅での看とりを推奨している医師が「私は一切点滴はしない」と言われていた。その時私はまるで植物が枯れてしまうのをそのまま見ているようでちょっと残酷だなと思ってしまったことがある。 しかし、ターミナル期に毎日 500ml の点滴を入れ続け、おかげで命は延びたが、ねたきりによる褥瘡が次々とでき、そこから水分があふれ出し、さらに全身の浮腫は広がり、さらに傷ができ、見るも無惨な姿でようやく息をひきとられた例がある。幸い、痛みこそ訴えられなかったが、毎日背部の広範囲にわたる褥処置をうけるのは、本人にとっても苦痛であったろう。この時私は「点滴はしない」と言われた医師の思いが何となく分かった気がした。 現に今関わっているターミナルの在宅療養者も家族の強い希望にて点滴が毎日行われているが、血管も皮フももろくなっており、すぐに静脈炎をおこし、トラブルが多い。体に傷ができていく原因にもなっている。果たして、この点滴は利用者にとってメリットがあるのだろうか。家族は１日でも長く生きてほしいという思いであるので、とても喜ばれているだろうが実際闘病している本人にとって闘病期間をいたずらに延ばされているだけではないだろうか。いや、家族と一緒にすごしているという意識があるうちはやはり利用者にとっても幸せなことなのだろうか。この利用者の片足はＡＳＤの為足首から下は壊死している。 私は看護師でありながら命について様々な例に少し戸惑っている。ただただ看とられたあとに御家族から感謝されることですべてよしと思っている自分にもまだまだ疑問を感じている。医師の方針と家族と共に最も利用者にとって Best な人生の最期をむかえるためにこれからも学習していきたい。
2049	１９－Ｃ①②のことなどにより要するに在宅を充実させるには限度がある。全部ではなく１つの選択肢として考えるべきである。 本来「家」でみる人が会社に吸収される現状である。私は在宅丈での解決は限界があると思う。 受け皿を言い過ぎかもしれないが企業から得た税金でもって、どんどん有床診療所を「特化」と見■しややこしい制限を加えず活用出来るようにすべきであると思う。 何故なら有床診がなくなれば殆んど在宅療養支援診療所は殆んどなくなり意味をなさない。何故なら「死亡」する場所がなくなるから。 老健・特養も特化的扱いをしどんどん増やし老令社会に対応すべきである。
2052	①在宅ケアの中心となるべき在宅療養支援診療所の中で 24hr365 日体制とはとても思えない所が数多くみられる。その事が病院や家族への情報提供の障害となっていて、在宅療養支援診療所なら ok という事になっていない。 ②在宅ケアをささえる施設ケアが重要でディ、ショート等での医療依存度の高い患者の受け入れが必要となる。
2054	在宅患者で意識の無い人に胃瘻を作る病院が多いのが、患者本人の意志に反していると思っています。 意識のない患者に対して、胃瘻、人工呼吸はやめていくべきと思います
2057	高令化社会を迎え、女性が男性より大概長命なのは、女性には定年がない為が考えられる。仕事まで生きがいのライフパターンが多い。男性にとって定年後の生活はストレスフルなものに違いない。 趣味の世界に没頭する者もあろうが、仕事と趣味のバランスが健全なライフパターンにとって重要と考える。定年のない職業、例えば我々開業医は往々にして長命である。最近、運転免許の自己返還制度を取り込む自治体が増えている。 民間企業は早期退職ではなく段階的リタイアの方法をもっと考えてみてはどうだろうか？
2059	速やかな地域連携システムの構築。 在宅死が可能である、望めると思える社会状況（国民が周知している）
2060	ＰＳ 私は在宅医療のプロではありません。医師は、在宅医療のプロでなくてもそれに係るべきものと考えています。 外来診療を行い、その合い間に産業医の巡視と往診、訪問を行い、介護認定審査会に出務して、医師会活動に参加して、当地の急病センターに夜に出務してー。 このような状況で在宅医療のプロになれと言われても自信はありません。 ・強いて挙げるのなら「患者が安心して生活できる」という語句です。 ・「生き方」という極めてあいまいな語句を一般の人が本当に理解できるか疑問です。 ・せっかくのアンケートですが、在宅医療を受けている方や実際に死に直面している方でなければ、語句の重さは理解できないと思います。極めて教科書的なきれいなアンケートですから、重要と思えるものはありませんでした。 ・「おくり人」に感銘するような国民性では、「療養者の生き方」を実践することはむずかしいと思います。 お願いですから、美辞麗句ではなく、予算をとってからアンケートをして下さい。そうすれば、在宅医療関係者は必ず動きます。
2065	在宅での診療は「家族の支え」が１番！ その支えなくして、患者の希望をかなえることは不可能に近い。 家族が出来ない点を医療で支えることはできるが、家族は、がいして医療介護にたよる傾向にある
2067	「在宅医療と在宅介護で入院療養と同等又はそれ以上の安心できる療養生活の実現を！！」 私ども在宅療養支援診療所はそれを実現できる力を備えています。 きょう、今もそれに備えてスタンバイしています。
2068	全体のことはあまり考えずに、目の前の患者に対して対応してきた。 今后もそうしたい
2069	どんな人にも最期は家に帰りたいと思う。 その帰りたいを少の間でも協力してあげられるように努力…協力させて頂けるなら、その帰りたいを「家に返してあげたい」と思う。支援協力者達と連携して本人と、家族と共に頑張り在宅での生活させてあげたいと思う一人です。
2072	高齢者人口が急増する中で、在院日数の縮少や療養病床の削減が問題視されている。在宅療養を支える調整者としての訪問看護師は２万７千人で全国の 1/2 の市町村にはいまだ訪看の事業所がない現状もある。 30 年後には 170 万人が“看取りの場所”を求めてさまよう時代がくる。訪問看護をもっと拡充していき、介護保険施設も必要となってくると思われる。 訪問看護においては①病院の退院調整時より関わり ②訪看周辺業務（レセプトは事務職に、物品調達をスムーズに初回導入説明員）など提供体制を整えていくこと。 ③訪看のサテライト事業所を増やすよう行政へ要望する必要がある ④看護職員による居宅療養管理指導が H21.４月～新設されるが、介護保険での訪看は医師の指示書が不要でできるようになればよい。 国は、医療職や介護職が増員できる教育や施設をつくる。 住みなれた地域や家で最期まで過ごせるよう行政が早急に制度、しくみを整えていくこと。 「療養者の生き方」 高令になる前に、病気になる前に、認知症になる前に、“リビングウィル”について家族と日常の会話で話しあっておく、または書面に残しておく。
2075	緩和ケア
2076	できれば、考え方がほぼ一致した、Ｄｒ、ナース、etc によるチーム作りができれば、患者の在宅での生活が良くなると考えられる。 なかなかスタッフの一致はできない。ここが問題です。
2081	 患者を中心して各職種が１つのチームとなりそれぞれの役割を担う。 その時にチームをまとめるリーダー的存在は要るが基本的にはそれぞれがチームメイトであってパートナーである。 医師は特別な存在になりやすいのであくまでも対等であることを意識し、一緒に考えていってほしい。
2083	在宅医療を継続することが最も望ましいことであるが、現状は実際に在宅訪問診療をしていると、在宅での介護者に恵まれた人しか（肉親など）満足できていない現状がある。 問１５の⑤のように医療提供側と受ける側③との話し合いによる合意に基ずくものが望まれるのでは。
2085	高齢者の方が本人の意志の中で自由に生活や医療を選択できるように、日頃より、教育啓もうができることで死生感が生まれていくと思う。 今後、高齢化比率がますます高くなり少子化対策が急がれる中で、病院医療のあり方を、生活モデルに入院時よりきりかえて早期の退院準備をすすめていくことが早急の対策であると思う。 現在まだまだ、胃ろうやポート術などが医療者本位で決定されることが多く、結果的に患者の在宅管理に於いて問題を多くかかえることにより、施設や病院を余議なくされている現状がまだまだあると思う。 自然な老いの流れの中で医療を必要とする情況時に、本人家族ニーズを充分とり入れながらの医療の実施が必要と思われる。又、同時にＩＣＦ等の学習会等を通して在宅療療支援診療所等が随所にオープンされ、切れ目のない連携体制が構築できるように願ってやまない。 事業所としても、日頃よりの思いを傾聴して、文章化して希望される在宅療養を維持できるように支援していきたい。
2086	医療・介護 etc の職種の連携は勿論の事であるが療養者あるいはその家族との信頼関係をつくり出す事が一番重要で、信頼関係が成立すれば生き方についても本人は意見を述べるし、治療介護の目標にもなる。本人の生き方については本人が考える事であり、医療人が考えを押しつける事は出来ない。 信頼関係が成立すると治療介護にも積極的協力的になり、在宅介護を本人も家族も喜んで受け入れる。
2089	（患者、家族 病院、診療所 介護施設　及び　その従業員 行政 など、多くの人々が関わる事項であるので“患者のみ”を強調して理想論を説いても現実的には非常に厳しい状況となっている ↓ まずは経済、経営が成り立つ方法、しくみを充分に考えてから“生き方”のあるべき姿を追求していく姿勢が大切と思う。でなければ苦労ばかり多く人は集まらず、継続は困難となる。
2093	在宅療養がすべてではないし、又、すべての人が平等に在宅医療を受けられる事はないと思う。在宅療養へのとりくみ及び環境整備は今後も続けていく必要があると考えるが、在宅療養を続けて行きどこかの時点で give up する事もありこのうけ皿としての環境整備も必要。 又、在宅の場合患者の援助者がいるのか否かは非常に重要。これだけはいくら周辺環境が整備されても

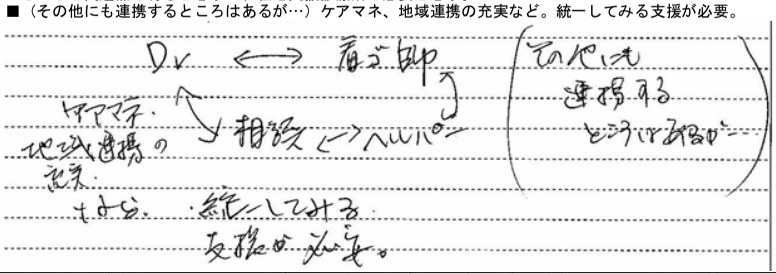
	敬意を表します。ただこれを見たのは、たまたま３月17日だったので（もう少し前に来ていた） 急いで記入してお送り致します。 （ＰＳ）記入したあとで、このアンケートの図表に関心があったので、提出前に自分用にコピーしました。
2130	病気によって自分の意志ではなく、ｆａの意志で生き方を決められている様な人が多い環境で仕事をしていると、患者自身は実際現状をどう感じているのか、この先自分はどうなっていきたいのかという思いを感じとれていないと思う。 意識レベルが低下し患者本人が望んでなくても延命治療がされベッド上で生き続ける。 これが正しい行き方なのかは分からない。 けど、生きてほしいと願う人がいても家で療養出来るとは限らない。 在宅でのいろんなサポート体制がもっと確実なものになればｆａの負担も軽減し、もっと気軽に在宅療養を受け入れられると思う。
2131	①若年者に対する、医療・介護・保健、生老病死観の教育・実修などを出来るだけ学生のうちに行うべきである。 （小・中・高・大学それぞれの段階で計画的に）。 ②実際、疾病や事故による障害を負った時に、カウンセリングを行い、自らの意思で選択できるシステムが必要である。 ③在宅へ受け入れる家族の合意を得る為のソーシャルワークが必要である。 ④身体的苦痛から起こる恐怖を軽減する為の手段（緩和ケア）と同時に、心のケアを行うプロ（ボランティアに頼るのではなく制度として必要）の派遣が必要である。
2132	患者さんの価値観により、医療、介護を選択してもらう。 ◎十分の情報提供 ◎診療所もサービスの量質を高める工夫をする しかし現在医師、ナースともマンパワーの不足←孤軍奮闘ではどうしようない。
2133	思いやりの心、親せつな心、誠意 病院スタッフ、在宅スタッフの連携 研修会、構演会などの推進 患者、家族、患者をとり巻く人々への説明と了解と理解、コンセンサスを得る。
2135	生の終りを迎える理想の場所は、療養者の置かれた状況や病状の推移によって変化していく可能性がある。 がん終末期ならば苦痛緩和の保障、生活環境の整備など、条件が整うことによって遠慮していた療養者の心情も在宅願望へと傾くと思われる。 地域の医療機関や、在宅支援、訪問看ゴ、介護支援システムがスムーズに運ぶ連携によって療養者の安心安全が保障出来る。 療養者が自己決定に至るプロセスの充実が何よりも大切と思う。 当院においては、数例しか事例はないが、ご希望を優先して実施して来ている。在宅を推進するまでには至っていない。 訪問看ゴはしていないので地域連携の中で実施している。
2136	自分の生き方、死に方は自分で決めるものであると思う。 高令になる事で、自分では、出来ない、また、それをとりまく家族も“自分達では看られない”という思いから解放される様、もっと医療、介護各専門性を持ったプロが、発信して行ける様なシステム作りが大切。 また、国でも本腰を入れて、この絶対さけては通れない問題を全国民と共に解決していく道をさがすべきだと思う。 （問われている内容と大幅にずれている様でしたらすみません） 障がいを持った方々も同様、自分で選択できる人間らしい権利が保たれる様、地域、行政が一丸となって考えて行く必要がある
2138	がんサバイバーはがんと診断されてから闘病が始まり、色々な問題を抱える。 精神的、身体的、社会的、スピリティアルな問題がある。 ステージングにもよるがある程度将来の予測がたつ以上は、早期からの緩和医療、地域連けいが行われることが望ましいと考える。それもｐｔ本人だけでなく家族や友人等をまきこんでおくことが大切だと考える。 今は「おまかせの医療」ではなく、ＰＴ、Ｆａともに自分たちも積極的に医療に参加し、自己選択していくべきだろう。 それには十分なＩＣも必要だろうし、医療者との良好な関係も重要である。 ｐｔ、Ｆａ教育も必要であると同時に医療者も、めまぐるしく変化する医療情政についていけるよう努力をつみかさねる必要があり、チーム医療をすすめていくことが大切と考える
2139	・「がんセンター」のためがん患者様のターミナル期在宅移行メインで関わっている。 治療効果が得られず、ギアチェンジのＩＣ時に在宅移行、ホスピスなど、今后どうすごしていくかの話がされることが多い。 自覚症状が少なくｐｓが良好なＰｔでは、ギアチェンジＩＣ后の在宅移行でも時間的に余裕があるが、進行症例やＰＳ低いＰｔでは在宅移行をすすめる時間が少ない。ギアチェンジ后にすすめるのでなく、見通しをたてて早い段階よりの介入が必要。そのためには医師からの説明を早い段階で行う必要がある。 状態が悪くなってからではなく、ＰｔやＦａが前もって「悪くなったときにどう過ごしたいかどこで過ごしたいか、在宅が可能かなど」考える期間が必要。 Ｐｔ、Ｆａ間でもなかなか個々の思いを共有できず、話し合いがすすまないケースもある。Ｐｔ、Ｆａ間での意志決定のサポートが重要である。 Ｈｐでは「どのように身体が変化するか」をメインに話がすすむことが多いが、「どのように生活が変化していくか」ということも重点的に説明をするべきである。 ・在宅という一言でなくそれは生活全般やどのような介護が必要となりＦａがどこまで介護する力をもっているかなど具体的にイメージできるような説明が必要。 ・「在宅ですごすために」「在宅で看とるために」などＰｔ、Ｆａがイメージしやすいような共通のパンフレットや説明時のツールとなるものが必要。
2141	各病院に地域連携室が出来、医療ネットワークが出来、理想的な形は出来てきつつあるが、開業医があまり熱心ではないとか、やる気はあるが専門でないためみきれない…というのが現状。 又、在宅では治療もさながら生活していかなければならずどうしても生活面の方の介護部分がメインとなり枠もあれば、なおさら訪問看護等はカットされてしまう。 本人の気持ち考えがまだまだ尊重されず介護者優先になっているのも事実である。 しかし、医療側がもっと、在宅医療に目をむけ、地域医療と連携し在宅医療を推進していけば、少しは変化していくと思う。 また一般の人も自分の未来を、もう少し真剣に考え、どういうサービスがあるか等知識を得る事も必要であろう

2095	療養者の意見は迷いがあり、変化していく物である。 医療側の都合の価値感をもって在宅復期への意図をもつ事自体陥りである。 自然を受容した中で上で展開していかなければ、ひとりよがりにほかならないと思う。
2096	家庭を含めた地域社会全体で受け容れる力。 社会資源の充実。 コミューニティの人間関係の再構築 地方自治の充実 家庭の介ご力、意欲の向上
2097	私は今迄にも在宅医療、支援をほゞ完全に24時間体制で行って来ている（田舎であるため） 寒い冬雪のふる中でも行って来ましたが、最近は家族の我がまま気ままが余りに多すぎ対応出来ないことが多いのです。 成り行きにまかせます。
2099	患者の意志、家族の意志、現在の状態、今后の変化、どうなっていくのか、今できること、又どんなサービスがあるのか。 やってみてダメなら別の方法もある。 できることとできないこと。
2100	諸外国の「徴兵制度」のように、若者を例外なく1～2年間の一定期間徴用し、「自衛隊」または「介護」のどちらかを選択していただく制度を提案したい。 介護を経験した者が増加することで高齢者に対する考え方をかえることができ、在宅医療も進展する可能性が出てくると思います。
2102	個々によって異なるのでむずかしい。 例へば患者のこれまでの職業地位特に高学歴のため頑固な人や家族のあり方によって退院后に看護してもらえる人が居るかどうかでも異なる。 又経済的に余裕がある人ない人で対応が異なるので一概には決められない
2103	患者、家族の考え決定に問題があると思うが説明する側の医師にも問題はあると思う。 家族は患者の死と向き合う準びが不足している。 これは教育に問題があったと思う。医療、化学の発達に重きをおいて、尊ぶ、死と向き合う昔しからの文化、教育がおろそかにされている。 親をうやまう考えが体にしみついていない現在の教育だと思う。
2105	一人一人の人生観、死生観、生活観、老いや病気に対しての考え方を市民レベルで高めていくことも大切
2106	最后まで自分らしく生きる、自己選択が適切にできること。 療養者という線引きはある意味間違っていると思います。 ある程度、在宅での最期について情報は発進されていると思いますが、まだ全体的には病院で亡くなるのが当たり前となっていると思います。 医療を受ける、受けない、ＰＥＧなども本当に必要か？ 昔の生活を振り返ってみて欲しい。 家族で生死を共有した時代が1番人間としてはよりよい時代と思います。だから今の子供たちの心の感受性の鈍さ、優しさのはきちがいなど、死ということをきちんと受け止めず大人になってしまう。 そんな子供たちが介護をきちんと考えることはできないでしょう…と思ってしまいます。
2108	療養者の考え方、家族の考え方はまず重要だが、もっと考える点も多い。又、最近の日本人は死生観をきちんと考えることが少ない。 ただ単にアンケートで家で死ぬのか、病院で死ぬのがよいかときけば当然居宅でという人が多くて、あたりまえでこれだけで在宅だと考えるのは、きわめて短絡思考としかいえない！！ もっと介護、在宅の現場の問題点をきいたりして理解すべきである。 一番よいのは在宅、入院ともに患者及び家族が納得して最期をむかえることであり、はじめから結論ありきで在宅では介護心中などを増加させるのみである。いずれにせよ介護する側、医療側もマンパワーが必要でありどちらも選べれるようにする必要がある
2110	疾病をもっていても1人の人間として生活し、自分らしく生きていけたらよいと考えます。 そして、病院内で死を迎える患者様においてもきちんと話ができるうちにお別れができる様配慮が必要。 患者様本人の納得のいく医療生き方が大切であると考えます。
2119	療養者の立場に立って考え、展開して行くことが重要療養者の認知力が問題。
2120	病気になることは、いつでもだれにでもおとずれることです。 それをどう受けとめ、どう対応していくかは、自己責任であると考えます。病とどうたたかっていくかも自己責任であると考えます。ただその時に、家族、医療者のアドバイスを参考にすることは重要です。 人間一人では生きていけないのです。 看護師として患者や家族と接する時、私の知りえる知識を情報を患者や家族に伝えています。 それを、しっかり聞いてくれる人、聞き流す人いろいろありますが、療養者が生きていく上で少しでも参考になればと思っています。
2121	「もし自分がそうだったら」を基本に常に考える。
2123	在宅医療は、訪問看護ステーション、包括支援センター等行政との連携によって患者本人、家族の希望が殆どは可能である。 現実は、家庭環境（住居、介護者）、経済的要因等に加え日本人の‘死生観’が強く影響した在宅医療が中断される。即ち、‘人は必ず死ぬものである’という生涯で一番確実に起こることを認識しない様な言動をとり、強く入院を希望し入院すれば死なないと思う様な言動をする。 また、公言はできないが、‘療養者’が生存する限り、多額の（そうでない場合もあるが）年金が受給できる場合、すぐに入院治療（施設入所）を強く、訴える患者、家族もある。
2125	退院するまでにできれば試験外泊の機会を持ち、今后は試験外泊中でも介護保険サービスが使えるように法律を変えてほしい。
2126	「療養者の生き方」「家族の介護のしかた」の医療側、介護事業者側の情報がもっと必要
2128	職種間の連携については難しいと感じることが多々ある。 例えばＤｒとの連携は殆ど取れないのが現状である。 又医療の方向づけを専門家で行い提示した場合善の押しつけにならないか心配である
2129	質問に対する内容と違うことですみません。記入に際して、 このようなていねいな、勉強になるようなアンケートはめったに出会いません。

2142	「死への準備教育」を小学生レベルから少しずつ入れ一般市民に浸透させる
2148	当地にもシームレスケア研究会なる会があり、急性期～回復期～慢性期の医療が途切れる事のない様な対策、方法を取り組んでいるが、現実として、まだまだ十分とは言い難い。 １、在宅医不足 ２、病診連携不足 ３、病院の地域連携室の機能不足 などが、現在の当地の問題と考えます
2150	【療養者の生き方】←この言葉の意図する所がわからないので返答できません。
2152	在宅でも今は入院と同じ又それ以上のケアができることをすべての人にわかってもらい、生活全搬を考えた上で選択してもらうことが重要であり、本人と家族の意思決定が必要となります。 本人の家族の在宅への意志さえあれば在宅療養はどんな場合も可能となると考えます
2153	今現在、訪問診療の点数が高いということで、経験のない医師が訪問に走り、充分な医療提供ができていないということにも問題があります。その為に充分な知識や経験の無い医師に自分の患者さんを任せたくないという理由で在宅に移行していないケースもあります。 また大病院の医師の診療においても、近年ガイドラインやＥＢＭなどの病気中心の診療となる為、患者さんの背景など全てを考えた患者さんを診るのではなく、病気しか診ない、診療にも問題があると思われます。その為にも若い医師の志の教育も必要です。若い医師が形成外科、眼科、皮フ科に集まることも問題です。 患者さん side の話となると御家族の中には自分の親は死なないという位人間の老い、死というものに理解がない人も多くこのような方々には時間を掛けて説明をする必要があります。また近年の介護の見直しにより要介護２だった方が要支援となってしまったり、それによるサービスの低下、自己負担の増加などの問題もあり、これらは行政側に充分配慮して頂かなければいけません。 患者さんにとってどうしてあげるのが一番良いことか考えず、いかに少しでも多くお金を取るかと考える医師もおります。これは本当に悲しい現実です。考え方によっては社会保障費の削減により医療機関が生き残る為のものかもしれません。 様々な要素が複雑に絡み合っているので簡単に片付く話しではないと思います。 また在宅療養支援診療所というものは bed を持たない施設があることも変な話で、bed を持たない、入院施設のない医療機関は訪問診療のみで良いはずです。 そして bed のある施設が苦しんでいる今の制度自体にも問題があると思います。 すなわち、制度、患者や家族の理解度、医師の志もう全てが問題だらけなので本当に患者さんのことを考える医師は苦しむだけでしょう。
2158	入院にかわる（施設）入所がたりないという考えがあるが、昔は在宅死が８割。 現在　入院、入所死が８割（をこすか）と思われます。 パラメディカル行政の理解がないと思われます。 患者、医療（医師）はその「人」に応じた、対応をできると思っています。
2161	ほんとうの家での在宅療養は家族がしっかりしている、もしくは地方自治体が自立支援、介護に十分に理解があり、国の基準をはるかに超える予算をつけている所でしかできないでしょう。 ほとんどの地域では、現実的にはなんらかの施設による処偶が実際的と思います。 たとえば、特定施設での療養はあるていどまで可能です。 一方、同じような施設であるはずの特別養護老人ホームでは、診療報酬上の制限があまりにもきつく、病院への入院を促しがちです。 診療報酬のルール、介護保険のルールをより在宅、施設へ誘導する（強制ではなく）ようにすべきと思います
2166	「高齢者の寿命は延びており、死亡するまでの間について医療費や介護給付費の適正化は活発に議論がされているが、高齢者の「生きがい」や「住」「所得・年金」の保障が進んでいない。ここがしっかりすると高齢者は自宅で生活をしやすくなる」と産医大の松田普哉教授は話されていた。どのような健康状態でも自宅で最期まで過ごすためには、自分のこととしてもっと自分が考えることができるような情報提供が必要だと思う。また、閉じ込もりにならず安全に自分の意志で外に出られるような環境、整備、企画、人間としての尊厳が必要と思う。重要と考える語句は「役割り」や「生きがい」だと思います。
2170	個々の家庭環境を考えながら本人の望む日常生活が送れる様私の看護観の１つである「やさしい言葉かけと笑顔で対応」を心がけ病気の終末でなく人生の最后をどう送って上げたら良いか日々考えております。
2173	在宅が全て良いとは思わないですが、やはり何かあった時に受け皿となる病院や、在宅主治医がいてこそ、在宅が維持できると思います。 現状はレスパイト入院も困難で家族が休む時間がないことが多くあります。 外出したいと希望があっても、時々周囲のボランティアの力がないと実現できない事も事実です。 もう少し療養者がこうしたいと言える環境をつくり、それを手伝える地域があればもっと素直に家に帰りたいと言えるのではないでしょうか。
2177	あくまでも本人とその家族が、その人らしく終末までを過ごすことができたらと思います。 その人と家族を支える為にチームでの対応が必要だと思いますし、そのチーム内では統一した倫理感や人生観、死生観等も統一していたら同じような対応で支えることができるかなとも思います。 各地域毎に終末期を支える手厚いスタッフが育つことを祈ります
2179	人の生き様、死に様はさまざまではじめに在宅ありきではない。もともと正解もないので医療に携わる者も個々に対応すればいいのではないでしょうか
2180	在宅療養がベストとは思いません。 むしろホスピス等の増設や最後まで世話を 受けられる老人ホーム）の増設）の方が必要と思います。 療養型病床等　　）　　） 死、老化をもっと自然に受け入れるように、本人家族を含めて教育が必要と思います。 現在の日本人の多数が（特に若い世代が）死を受け入れないようになっています。 末期になってからも延命治療を受けさせる事が当然のように主張する多数の家族に対応していると疲労します
2182	療養の場の選択は「自宅」が良いに決っている人が多い。しかし、家族へ負担をかけることは本人にとってつらいことであり入院を希望する方もある。 医療のみならず家族地域で生き方の支援を行なっていかなければ推進できないと思います
2184	最後は家ですごしたいと思う人が多いが、それに対する周りのサポート不足があると思うから病院で最後をすごすことが多いと思う どのような制度があり、どのようなサポートを受けれるのかを医師から十分に説明する必要があり

	患者さんが納得する生活を送る必要がある
2186	当院は在宅療養支援診療所で、都市型の在宅療養支援を行ないながら、その在り方を模索している。 幸なことに当院の考え方を理解して頂けた病院、ケアマネ事業所、訪看ＳＴが増え、常時 150 人程度の在宅患者を支援できるようになった。 ほとんどのがん患者、非がん難病患者、認知症患者とそれを支える家族介護者の方々は「在宅療養の良し悪し」を理解し生活しているが、中には易転倒があっても日中独居せざるを得なかったり、「在宅推進」の名の元に充分な介ゴカがないのに帰宅、退院させられる患者も多い。 さらに入院患者を在宅療養に誘導しておきながら、バックベッドを拒否する病院や主病だけ見て合併症や他科疾患をみない大学病院には怒りを感じている。 療養者の生き方は療養生活において優先されるべきものであるが、それは１つのリクエストであって現実化にむけてアドバイスを受け必要なら修正もされるべきものである。 延命処置、尊厳死これらは介護者にも同じ覚悟、それをしない時にみとどける覚悟、さいごまでつき合う覚悟が必要である。そのために我々はカンファレンスを行ない、アドバイスできる様準備をしておくべきである。これは行政も同じである。
2190	私は医師の立場から書きます。 外来をやりながら、往診をしています。特に在宅緩和ケアには関心を持っていて、現在[redacted]市で行なわれている事業に参画し、各種研修や研究会を通して関わっています。 いろんな方と話をしますが、基本的にはコミュニケーションが大切です。本人の思い、家族の思いを受け取め、サービス提供者側からいろいろな選択肢をしめすことが重要です。今はいろんなサポート体制がとられていますが、医療者側も十分理解してないことも多く、慢然と入院しているケースも、よくあります。最近では入院日数の短縮により、追い出されるケースも少なくありませんが、少なくとも退院前にケア会議を開き十分な体制がとれた上での退院に持っていきたいものです。 自宅で過ごす、自宅で最期を看取る事を恐れずに、自宅のメリットを生かし前向きに生きる気持ち、ハリを大切にしたいと思います。ケアマネさんの動きでかなりこの部分は変わってきます。これからのケアマネの役割は大きいと思います。 医師の指示が必要な事も多々ありますが私としては最大限の協力を惜しみません。また同じ思いの医師がもっと増えてくれればと祈ります。
2193	最期を迎える場所として居宅を希望する方が多くても実際自宅で看護、介護をしよう、するという家族は本当に少いのが現状です。 人間は食べられなくなった時が最期と私個人は考えます。 在宅中心静脈栄養、胃瘻をしてまで延命するのが本当に幸せなのでしょうか？日本はこれまで老人医療に力を入れてきました。介護される人が自分の最期を選択できれば良いのですが……。 今後は、十分生きただろう老人のＩＶＨ、Ｐｅｇ等にお金をかけるより、小児、産婦人科等にこれからの命を救うために医療費を使ってほしいと思います。 これは全く私の個人的な意見です。 ＰＳ「24 時間 365 日介護可能、何かあれば連絡して下さい」とお話ししても、過剰な医療、介護は希望されないご家族が多いです
2195	生き方を選択するには、可能な限りの正しい情報提供（収集）と自由に選択できる環境が重要である。 １．身体、精神状況の変化、治療方法、予後予測 ２．治療、療養、生活する上での具体的方法 ３．それらに伴う社会資源、制度などについての情報 これらを平行して、タイムリーに説明し、相互理解を深めることが大切。 施設内（職種間）、施設間、施設と在宅、在宅間の連携、ネットワークの構築とその適切な運用が重要。
2198	・行政をまき込んで在宅医療の推進をはかる。 ・連携を行いできること、今後可能になることどんなサービスが必要かを考えること（ネットワークをくむこと）
2200	笑顔で在宅療養を！
2201	在宅での医療を受ける場合、療養者の生き方としては２通りの考えがあると思う。１つは普段の療養は在宅で、具合いが悪くなったら病院で、という考え。もう１つは最後まで自宅、または死期を迎えるころに自宅に病院からもどり、看取るかたち。この２通りの考えで在宅するにあたり確認しておくことが大切である。 また、在宅で療養するということは本人だけの希望ではうまくいかず、家族の協力も重要である。 確かに自宅で療養というのは本人にとっては快適かもしれないが、家族の負担がそれだけかかることなので、十分療養者周囲の環境にも留意することが重要だと思う。 本人がいくら在宅を希望していても周囲の環境調整がつかず結局病院にというケースが少なくない。 現代は高齢者独居の方や、夫婦、の方が多いために、在宅で療養するならばそれだけの環境の配備（お年寄り１人でも自宅で療養できる、又は老夫婦でも療養できる）を国レベルで整備できればよいと思われる。 いくら在宅療養を推進しても、ソフト面（人的、介護する側の人）を充実しなければ無理と思う。
2202	・自宅に戻っても、サポートしてくれるスタッフが必要。 ・地元の支援して下さる所に情報の提供をきちんと行うことが安心して地元に戻れる ・自宅に戻り、介護を提供してもらうには〇〇〇とすべてお金がかかるので使いたくても使えないという事が一番多い。
2204	・予防医療をもっと充実させる。無料にするとよいと思う。 元気に長生きして、社会とかかわっていく療養者になることを願っています。
2210	地域差や疾患の特殊性もあると思うが、療養者の生き方を尊重するために障害となっていることは、家族機能や家族関係の変化であると考えている。 病院の医療者の対応、知識、認識も不十分であると思うが、社会の流れ（経済的）として在宅へという思い（意向）は意志（本人の）に関係なく強い状況にある。 それを支えることができない家族が多いため、拒否されることの方が多い。 又、福祉サービスにも限界があり、又、機制も多いと考えている。 実際に、本人、Ｆａの意志もあり体制を整えて在宅へつなげてもサービスを減らされてしまったり、できると受けて頂たいた医療処置も実際には行われず、本人、Ｆａは「何もしてもらえなかった」と感じていることを何度も体験している。医療福祉制度にも問題があると思う（このときは週何日までだと利益がいくらという割合の問題があるのだろうという情報もあった） 私は、連携が悪いというより、システムの問題だと感じている 365 日、24h のサービスの例も上げられているが、特別な状況と思っている 多くの人にそれが可能であれば、在宅ですごしたいと考える人は多くいるはずです。

	ただ、経済的状況も含めて難かしい状況だろうと思う（本人も自治体も）緩和領域の調査でも「最後まで自宅で」という希望は多いが、現実に可能と思う人はとても少ないという調整があります。それだけ負担が大きいからだと考えます。 私も在宅ホスピスがもっと推進できれば、と思っている、切望している一人であり、当センターＤｒも在宅への移行を拒む人はいないと思います。 ただ、受け入れる地域が育ってこなければという状況もまだありそれに対し、がん拠点病院としての当センターの役割は大きいと考えているが、県や、組織レベルでのその認識はとてもうすいことは大きな問題であると感じている。 色々な問題があるが、本人、Ｆａの希望すれば、多くの場合は在宅へ移行できる状況にはなっていると思う。
2212	最期を居宅でと考える療養者の希望と家族の希望が一致すること、最期をどのように過ごしたいのかを選択することを支えることが大切だと考えてます。 本人やその家族が最期まで、幸せだったと思える様な生き方となるよう支援して行きたいです。
2213	生活機能を評価する客観的な分類があることを知りました。 24 時間にわたって、在宅医療を支えることが大事だと思いますが、1 つの診療所だけではなかなか無理があります。他診療所との連携が大時と思いますが、同じ地域の中に、同様の考え方をもっている人がなく、連携がむずかしい。 病院として在宅医療を支えるところがもっとあってもよいと思います。
2214	問 19-c 参照
2215	自分の価値観を他人に押しつけない。 与えられた環境や条件を受け入れ、世界で唯一人である自分を大切にする。 表面からしか案することのできない他人をうらやましく考えない
2218	各職種が向上心を持ち、知識を得ることが必要。さらに、多職種が協力し合い、患者をサポートしていかなければならない。それは、病院や在宅など場所に関係なく、患者、家族からの要望があれば、そこに成り立たないといけないと考える。
2219	病診連携特に治療方針の共有更に進めてＭＳＷ、ケアマネジャー等との地域連携が最も重要と思われる。 ＮＰＯ法人[redacted]在宅支援ネットワークに参加しているが、このような活動をする法人、施設なりがどんどん増えてほしい。
2220	自分自身、一人々が安心した在宅での療養ができ自宅でやすらかな死を迎えることができることができる為に、ＩＣＦが充実し医療の質が高くなることを望みます。
2221	在宅療養の患者さんに対して医療だけでなく生活全体を支える事が必要ですが、 　そのためにヘルパーさんの機能を充実させて頂きたいと思います。 　現在の介護保険下ではヘルパーの業務内容と時間が限定されており、限界があります。 高齢の病人に対してあまり金をかけずに冷たい扱いをする最近のやり方は人々の将来を不安にさせるので、住みにくい国となり全ての国民にとって不幸な事です。 一人の患者さんにかかわる多数の在宅スタッフが話し合って連携して行く事は必要ですが公のシステムが出来たり、熱心な世話人がいたりしなければ、実現しにくいです。
2222	Ｄｒ、Ｎｓ、その他介ゴの各専門職が各々のエリアを囲いすぎて、相互関係を築きあげる事への労力が少ない。 本来ならば療養者のために多くの協力があるべきなのに 1 つの専門職だけでがんばっているように感じる。 又、何よりも在宅、病院（施設）と区別なく、1 つの流れシステムができないものだろうか。 Staff のお給料も大切なことなのでいろいろと考えることがあります。
2224	ＩＣＦ がん療養者の希望（在宅）と現実
2225	在宅での生活を希望する人に対して、独居、老々介護が増加している状況を考えるに、すべての希望者に十分な医療介護をほどこすためには、莫大な金と老力がいるので、不可能である。 　在宅で過ごすことを希望される者に対しては、入院と同程度にはならないことをしっかりと説明し理解していただく必要がある。それを十分に理解しておられるなら、こちらも医療が提供しやすいと考えられる。もちろん 24 時間連携下で医療を行なうときもそうである。病院のようにはいかないことをきちんと説明しておくべきである。
2229	老いても「生き」「活き」して「逝き」ましょう。 地域ネットワークの充実 遠隔医療情報ネットワークの充実 役人の本気が必要と考えます。
2232	療養者を支える家族が少子高齢化で老・老介ゴとなっている。 日本全体を考えると、療養者と家族を一単位で支援しなければならない状態。 一家族、単位からそれが集まり地域が 1 つのユニットとなる。 地域ごとに在宅支援の病院（診療所）、サービスセンターの窓口が必要ではないか。
2248	医療者として「療養者の生き方」を 1 人 1 人真剣に考えなければいけないと感じた。 在宅緩和ケアや、緩和ケアに対してほとんど知識不足でＤｒや医療連けい室におまかせの所が多い 今後自分もそういう立場になる可能性は十分あるので色々な知識を深めたいと思います。
2249	理想的な体制を整えるためには財源が必要と思われる 増税等で充分な財源が確保できなければ理想のままで実現できない
2250	「治すためだけの支援」だけではなく「生き方の支援」が今後はさらに重要になってくると思う。
2251	病院で退院に向けたカンファレンスが十分にやってあるのか疑問に思うケースが多い。又、カンファレンスがあってもカンファレンスへの参加連絡もない。ただ連絡があっても疑問は制限で参加は困難と思われる。この点をどうするか。 当地区は人口 6 万程度の地域であるが、誰かが中心となってなって入院→在宅への各職種が真の連ケイがとれるシステムを構築する事が必要と思われる。
2252	訪問看護在診されるＤｒが努力している事をもっと知って欲しい。
2254	病院と、在宅療養のメリット、デメリットについて説明を受けた後の療養者側の段階的な気持ちの変化、不安や、在宅に向けてネックと感じていたことは何か　それらを、どのように解決し、在宅へ向かうことができたのか、療養者を、支える周囲の人々、医療スタッフは知る必要があるし、健康なうちから、自身が療養者となったら、どのようにありたいか、在宅で受けられるサービスなど情報をもっておく必要がある。 又、療養者が在宅を望み、医療者が支援しようと、介入していくが、療養者を支える家族が、自身の健康上の問題で負担に感じ、在宅がかなわない現状もある。
2258	・土建国家から福祉国家になること ・国民がもう少しかしこくなること
	・自分勝手社会→連帯社会へ。人間の脳が変わっていくこと。
2260	医療や介護を取り巻く環境は日々変化している中で高齢者が望む生き方とはと考えた時にやはり家族のもとで看護、介護を受けられることが最大の喜こびである。同時に本人の生き方と環境を把握し生活すべてを支えることが医療に求められる課題でもあると思う。 　老化が進み、治すための支援だけでなく生き方の支援が重要であると考える。
2261	人が尊厳をもって自分の生き方を語り、思うような人生をおくることができるような社会体制（社会保障、経済状況など含む）を構築しなおして、自分以外の人に対しても思いやり、感謝の気持ちを持ちいきいきとした人生をおくれることが、根本的に大切。一応療養者でない人ですら多くの問題をかかえて生きていかざるをえないこの社会で、療養者が自分ののぞむような生き方を送れるはずがない。
2264	介護施設のケアマネージャーがケアプランをたてる現在の制度は、どこの施設でもそうですが、自身の所属する介護施設の利益のみを優先し、患者のことをあまり考えていないということをいつも感じ疑問をもっております。 ケアマネージャーは公的人間がうけおい患者のことを第 1 とするケアプランをたてる これは当然のことでありますが、この当然のことが行なわれていないと思います。
2266	在宅療養を送ること送れることは本人・家族だけでなく その想いを理解した、在宅を支えるサービス提供者があって、成り立つと思う。
2267	・その人らしくとか ・ストレスのない環境にいられるのが幸せ
2268	在宅療養、在宅での看取りにおいても、医師の説明が十分家族に伝わらない。又、家族の意向が医師に伝わらない場合がありその上、ケアマネージャーが知識不足でうまくいかなかったケースもあった。 退院時に病院スタッフと在宅スタッフが連携しケアカンファレンスし在宅では社会資源を利用し、家族を含めスタッフが患者さんの生き方を尊重するケアを行っていきたい。
2270	核家族が多い世の中で家族の力が弱まっている中在宅療養がどこまでできるのか… まずは家族の力を回復させるべきではないか？ 今の高齢者は家長制度の中で生きてこられ、在宅での看とりも幼い頃から見たり経験されてきたと思う。 しかし今 40～50 代の人達にはその経験がない。それより若い人たちには家族だんらんすらない中で言ってきているのかも知れない。 今でも時折経験するがキーパーソンの不在、たとえ子供が 5 人いたとしてもだれにも決定権がありまた誰にも決定権がないというような状況である。 そのような人達が「療養者の生き方」などわかるであろうか？
2271	何か、重い病にかかった時、その後の人生の選択肢が、患者本人に説明されることが、まだ十分でないと思う。告知についての問題とも重なってくるが、本人をのぞき、周りの人だけて決めてしまいがちではないか。入院した時点で、今後どの様にして療養したいか、どこで死にたいかを本人・家族にむきあって話し合いをすべきである。 また、家族、本人も、もっと知識を深め、かしこい患者、かしこい家族にならなければならない。そのために生涯教育として“死”について学ぶことを必要に思う。
2273	介護（公的、私的） 福祉サービス 医療者の知識 社会資源
2274	人生の最期の大切な時が、できれば本人の思いで、決定できればと思います。 　病院施設と共に、在宅もその選択枝の 1 つとなれるように日々の訪問を大切にしていきたいと思います。 一番大切なことは、過度の医療への期待を、持たせないこと。自分で決めるという強い意志、地域で死ぬのもいいことだと思える風潮に、していきたいです。
2282	療養者が地域、在宅で生きれる、生き方を支える 経済性、介護力、緊急時の対応などが整えられること。 生きたくても、生きれない今の日本の現状。 保険証のない方、保険料を払えない方 介護認定がうけられない方、サービスを利用したくてもサービスのない地域。介護力のない方など 推進するためには個人の努力のみに頼らない 日本の GNP などに（もともともっと低い GNP でも医療、福祉、教育、文化面に予算を配分している国はある）比較してあまりに低い国家予算の組み替えが必要です。
2283	何と言っても現場のスタッフの増員がなければいくら連携とか推進とか言ってもできません。 サポート体制が貧しいのに「あなたの好きに選んで」とは言えない。 生活保護で独居という人口が今后も増大していくことは間違いない。 厚労省の方々がこのような研究をすることの意味がわかりません。 多くの老人を介護にかかわっている家族やスタッフの意見を聞くべきでは、いろいろ陳上書が行ってるはず こんなに生きにくい世の中なのだから医療・介護報酬を 5 倍くらいに上げて、みりょくある仕事だと今の小学生が思えるようにしていくべき。
2286	療養者の人数が最も重要な課題。 そのまわりをコーメディカルと Family と Dr でうめるしかない。 その距離が最も重要である。 今後は政府も含めて医療と介護を包括した total なマンパワーを充実させるべきである。 お金、財源に関しては NPO などの団体を使って、ボランティアも集めていくべきと考える。 現在地方自治体はお金がないことを前面に言ってくるので役には立ちにくいと思われる。
2287	Pt、Dr、Ns、Fa、CM、etc etc がお互いの役割や専門性を尊重しあうパートナーシップが根底にあること。 自分自身の死生観を持って、療養者から学べる姿勢がその人のその人らしい生き方をささえる土壌になると思います。
2288	①病院医師と在宅療養支援診療所の医師の間での療養者に対する考え方、スタンスで違いがあり、これらが在宅医療の普及の遅らせている原因と思う 　病院での臨床研習において 1 ヶ月と短い期間であれ、地域医療実習として在宅の場をもつことは非常に重要である。保健所の実習などより訪問診療をもっと前面に出すべきである。 ②身体障害者自立支援法の活用は私自身もあまりわかっていない面もあり、うまく利用できていない様にも思われる。介護保険におけるケアマネージャーにあたる職種が自立支援法ではないため、利用者さんもうまく使えていない様である。公的機関にお願いしても（保健所など）、つれない返事しかいただけなかったこともある。自立支援法でも、ケアマネージャーに相当する職を作るべきであると考える

2290	療養者の生き方 　60%～80%の国民が最後まで居宅生活して終焉をむかえる事を希望しているが、事実だろうか。確かに病院と同じような設備スタッフで自宅で死をむかえる事が可能ならばそうであろう。しかし、現実は医師を呼んでもすぐに訪問出来ないし、何かあってもすぐには対応出来ない。我々が献身的に、ケアをしても最後の段階では救急車で病院へという事をよく経験する。終末期であってもおそらく家族は、一縄の望みを託しているのだろ。私自身も身内を昨年亡くしました。在宅で看取る事を推進していながら、自分の身内に対してはあきらめきれず最終的には病院を希望しました。 　終末期で予後がわっていながら、病院を選択するのは本人及び家族のあきらめきれない気持ちの現れと思います。 　また、病院が在宅を推めているが、家族、本人共、病院に見捨てられたという気持ちが強く、病院の都合は在宅になってしまった人が多いという印象を受けます。
2292	勉強不足の為にアンケート内容が理解出来ない所がありました。
2293	老化・疾病等々で変化する身体状況の中で「どのように療養していくのか。医療でできることとできないこと、自然のまま受け入れる過程なのかどうか…等々」を、医療・介護スタッフのみでなく、患者・家族とともに考えていく必要があると思う。 　医療・介護は相互の役割を知るべき努力も必要か。共に学ぶ機会、現実の症例を通してのカンファレンスを大切にしていきたい。
2294	老後に経済的に不安のない社会を作ることが大切。 中等層以上社会に貢献した市民が「老後もしかしたらのたれ死ぬかもしれない」という気持を少しでも持つような社会ではどんな甘言を弄しても全て経済面へ問題は集中します。 「ある程度の社会貢献をした自分は老後一文なしでもそこそこの暮らしをできるだろう」と思える社会を作ることが重要。 そうなれば日本人も貯蓄をそれほどしないで今の生活にお金をかけることが出来る様になり経済がもっと伸びるでしょう。 医療、介護も含めて成長する経済があって始めて様々な良案が意味を持つものです。 現代人の生活は「全てゼニから成り立っている」ことを謙虚に自覚すべきです。
2295	コミュニケーションのしやすさをいかに作るか
2296	警察医として急死人の検官を行っております 高令者が、在宅死の場合 　かかりつけがあっても１１９番→しらない救急病院にはこばれ全くしらない Dr、Ns に蘇生術をうけ、その後検死となります。 　訪問診療をうけている人 　デイサービス、ホームヘルプをうけている人 　癌末の治療を訪問診療でうけてる人 　急変時にどうするかの相談がされてないと救急医もこまりますし、警察も大変です。 　死ぬときにどうするかの相談が必要です ・家族が希望したら延命治療を無限にしなければならないのか疑問があります ・在宅へ移行させるために、胃ろう造設がされる事も多いように思います。 　おそらく本人は延命治療・胃ろう造設は希望しないでしょう 　（癌末の延命治療も本人は多くが希望しません） ・リビングウィル：書面で明記することで無用の延命治療をふせぐことができるでしょうか… 　自分も長く病院勤務をして、ターミナルを多くみて来ました。 　今開業してますが、在宅ではなかなかむずかしいことが多いです 　病院で死ぬことが悪ではないと思います 　いろいろなことをがまんして家で亡くなるのもどうかと思います。その場その場で選択できるように今はムンテラするようにしています。在宅でもいつでも入院出来るのが安心です。うまく最後まで家におれればよし、最後苦しくなって入院するもよし、…。
2298	（医師 1、看ゴ師 5　AM8:00～PM6:30 まで診療 　開業 19 年在宅看取り月 3 例ほど（20 年 3 月～21.2 までの年間看取り 48）（在宅と特養の患者で） 　在宅患者 50～70（うち介護保険利用 50 ほど） 　自然の成り行きでこうなっています。24 時間対応でくたびれてますこれ以上考えるのはいやです）
2299	終末期をむかえるにあたって経済力が問題点にあげられる。 　自宅で見とりたいとは思うが老老介護、単身者、認認介護が多く、在宅でのメリットは、わかるが、それだけの在宅へのスタッフ支援や本人の経済力不足での孤独死も多くありえるように思う。
2301	いろいろと問題点はあると思うが、在宅支援診療所は必要と思う。 ■（その他にも連携するところはあるが…）ケアマネ、地域連携の充実など。統一してみる支援が必要。 
2302	医療、介護の連携を図るためには、まずお互いが、それぞれの仕事の役割、使命、いろいろな制約があることなどを知ることが必要と考える その上でやはり医療の中で核となる主治医が早期にＰｔ、Ｆａへ必要な情報をわかりやすく説明することが重要と考える。

	（具体的な説明ができない場合は説明できる職種にたくすことも必要） ただ問題は現在の日本の気質、家族関係の希薄さに起因することも多いと考える。がこれに対し有効な案は考えられない 人としての教育から大切だと思うが…
2303	療養者が自分の希望する場所、特に自宅で安心して生活できるよう十分な説明と医療介護の提供に向けて各医療、介護職種間の密なる協力が必要と考える。
2304	自分の人生において、最後のステージになる終末期。 自らの人生を自分らしく、精神面でも身体面でも、社会的役割をもちながら、生きることのできるステージにできるように、医療、介護のよき手助けの中、その人らしく生きる支援を行うことができるような世の中になれたらと思う。
2305	やはり、主治医の考え方だと思います。 私達は、指示で看護を行なっています。しかし、私達も逆に在宅では、私達やみんなでサポートしているという思いを伝えて安心して、生活していけるという安心を利用者様に理解されるように、努力していかなければなりません。 利用者様や、ご家族をまん中にして、みんなで協力していく体制は必要です
2306	自分自身の生き方、またその方向性に沿って、環境が協力体制を築くことは大切であると考える。 しかし、最良の選択となるかどうかということは、本人の意志が、本当はどこにあるのかを気長くさぐり、折り合いをつけることも大切であると考える。
2308	今後 10～20 年間の年間死亡者の急速な増加について、どのように対応するか大きな問題ですが、在宅で看取ることができる数には限界があると思います。希望される方全員が在宅で最期を迎えることができるのが理想ですが、現実に、在宅療養支援診療所の制度ができてからも、飛躍的には在宅死が増加していないのが現状ですので、おそらく在宅死の比率は 30%前後が限界ではないかと思います。その分病院での死亡者数がふえることになり、本来入院治療が必要な人たちへの医療の危機が深刻化することになりますので、在宅・病院以外の看取りの場を増やしていく必要性があると考えます。 病院以外に、介護施設（特養・老健・有料老人ホームなど）と有床診療所にも、その機能がありますので、在宅死がかなえられない患者さんについては、なるべく自宅の近くで最期を迎えることができるよう、今後の社会資源として活用していく方が良いと考えます。 本アンケートについての感想です。 アンケートの趣旨は十分に理解できますが、かなり誘導尋問的な設問が多く、始めから結論が見えているような気がします。 図Ｎの事例など、ここまで可能であるというプロパガンダの趣が強く、はっきり言ってアンケートには必要ないものではないでしょうか？ 確かに訪問診療を専門とする在宅医療支援診療所が、より多く必要であることは論を持ちませんが、現実に日本の在宅医療を担っているのは、外来診療を行いながら、少しでもあいた時間に往診をしている普通の開業医なので、そのような人たちの指針となる方向をもっと検討していただきたいと存じます。
2311	入院された患者・家族と生き方についての思いを医療併事スタッフが全員で共有する事が一番先にしなければならない事と思う。これをしても家族はいろいろある事に気持ちがゆれ動くのでその都度その変化を話せる人を必ずつくってほしい忙がしい医療現場である事は充分にわかっていますが、入院后を引き受ける私たちにとって上記の事がその後の在宅支援に重要な影響が与えられるのです。 在宅で支えるという現場をもっと皆が知ってほしい。 在宅生活ができない現状…なぜできないのかを皆でよく把握していかないと在宅生活を希望する方の希望がかなえられないと思います。 「療養者の生き方」こういうふうに生きたいという希望をどれだけ医療にたずさわる人が理解しているでしょう。 私もその一人かもしれません！！ 退院時カンファレンスの充実は常に必要性を感じています
2312	家族・本人が在宅死をむかえることができることをしらないことが多いです。病院→往診医の連携訪問 Ns に連げていくことで希望がかなうことが多いです。 とにかく家族、本人の意向をきいてあげてほしいです。
2313	療養者の生き方、そして、死に方の問題だと思います。最後は家でゆっくり生きたい・死にたいという希望はこれから、かなり広がっていくと思います。 QOL の問題。さらには医療費の自己負担の問題（私的負担ゼロにすべきだと思っています）医療、福祉連けいの問題、これらをうけとして 21 世紀型、社会、医療、福祉できあがっていくと思います。
2315	・医療・介護・福祉の連けい ・家族親せき同志のサポート ・がん末期の患者をかかえる会による定例会 ・在宅医療をすすんで行う施設が少なく、診療所単位では全てをカバーできない。 　主治医、副主治医の導入が必要
2322	「生き方」は自分で決められると思っていたが実際には、他人が決めていることも多い。 療養者の生き方を自由に反映することができる自由な発想をもった医師や看護師が支えてくれたらいいと思うが、実際に支えるとなると難しい。 在宅を望んでも在宅ホスピスを支援してくれる訪問センターも実際には少ないだろうし、24 時間を支えるとなると、地域（近所の人々も）みんなで、在宅を支えるという考えでいなければ在宅死もできない現状がある。
2329	いろいろな意味での知識不足があると思う。患者に対する知識、患者を支えるための社会資源の知識など。各職種間でさまざまな知識が不足しているように思える。 　関心がないと言われてしまえばそれまでかもしれないが、患者がよりよい人生を送れるためにどうすればよいか、もっと真剣に考えるべきである。 　特に医師については、病気を治すだけではなく、患者をトータルで診ることにより、その人を助けることができるのではないか。病気しか診てくれないのであれば、この先ますます医療不信が増大するように思える。
2330	治す医療の限界にある人々は、急性期の病院に入院していることはできなくなり、在宅や転院の話を持ちかけられる。 　家に帰りたいと願っていても、独居であったり、老々介護であったり不安の方が大きく在宅を断念する人が多い。 　転院の場合、受け入れ可能な病院を具体的に提示されるが、退院の場合、利用できる施設やサービスについて具体的に説明されることは少ないのではないか、特に選択する前に説明されることはまず少なく、わからないまま大変だから転院することを選んでいる人が多い。

	病院の職者が知識を得て説明できるようになることも重要だし、在宅サービスの提供者が宣伝アピールをもっと積極的に行っていくことも重要。 困った時には互いに助け合うことを明確にとりきめることで安心して退院させることができ、受け入れることもできる。 在宅希望者が病院で亡くなることも問題だが、在宅に不安を抱える人や病院がかわることを望まない人が、在院日数を理由に退院させられる現状も問題だと思う。
2336	全体の医療を国・地域で考える事。 病院・診療所、間での連ケイが必要。 24 時間体制は一人のドクターでは無理。 各医療機かんで全体構想を作るべき。
2337	これからの医療は在宅に向かうと思います。 在宅での最期のみならず、様々な医療が在宅で出来るようにこれからなっていくと思います。 ただ、医療者の不足や、家族の思いと患者の思いの違いは、（最期をみるのは怖いと思う家族の気持ちや、介護の重み、があり患者が在宅を希望しても結果難しい）問題としてあると思います。 ひかく的、当院では、医師らが医療スタッフが一同で頑張っていると思います。
2338	介護する人の重労働、低賃金、マンパワー不足。 介護報酬が低すぎる。 独居老人のターミナルケア。 医師不足、偏在化。 地域医療の崩壊。
2352	現在、病院に出向き、家でどのような事ができるか積極的にかかわるようにしている。 しかしながら、時間が足りない。 報酬についても？？
2353	在宅療養にかかわっているスタッフは、居宅で過ごす為に、何が必要か、何をすべきかと考える事ができるが、在宅療養に直接たずさわった事のないＤｒ、Ｎｓ、その他コメディカルスタッフは家族構成、病状が重度である。等の理由から在宅をその療養場所として選択しない場合が多々ある。 また本人の意向、希望よりも家族の意向を尊重する場合もよくみうけられる まずは、本人の意向にそった療養の場で、生活をする場合の疎害図るを明確にし、改善にむけてのとりくみを行なう。 その場合、家族が変化する環境が変化する その他に医療関係者が柔軟な考え方ができるも改善のひとつになるものと考える。
2354	療養者の生き方を中心として展開することが不満であることはわかるが療養者をとりまく周囲の介護者をはじめ家族、親族の意見、社会的資源等と考えると必ずしも療養者の希望がイコールとはならないのが現実、在宅で死を迎える事の大変さを皆経験しているのか疑問、大部分は死を目前にして病院へ運んでいる現実がある。 「本気」で診る気があるのかという事。
2356	・私達は現場でＤｒとの連携にて、本人、家族に事ある毎に選択していただいています。介護者が疲れた時にはレスパイトしていただく事も含め、本人も自我だけでは居宅に希望通り居られない事も良く話します。 介護者はフォーマルもインフォーマルも多い方が疲れが貯らない。 苦痛をとり除き笑顔の多い最終の居宅生活を支援するために残される家族が「本人も頑張ったけど私達も頑張ったね後悔ないね」という様なサポートを心がけています。 意味不明ですみません
2358	北欧の制度などをそのまま受け入れるほどの抜本的改革をしないとこの国のこて先のやり方でできるはずがない。 医療者としては、これ以上日本の国をたよるのはばかばかしい。すでに医療も政治も崩壊している。
2360	・日本には格差が存在するが国民介保険など様々な問題はありながらも恵まれた状況にある。 ・患者又、将来患者となるおそれのある私達はその恩恵をあづかり、格理意識も以前より高くなってきたように感じる。 しかし、健康増進や疾病予防の為の十分な取り組み、病院で果たすべき義務やルールを守るなどという意識については依然として低いままである。 ・そのことが少なからずも医療現場の崩壊に関与していることも否定できない。 ・日本は世界一の長寿国だが健康に感する責任ということに関する自覚がとても低いと考える。 それは日本の保険制度の恩恵又、それがなせるわざではないか。 各個人が自己の命、一生について責任と自覚をもつことが重要である。 又、年齢を重ね疾病をもつことがさけれない場合も数多くある。 その内に病気と共に生きることが可能であり、それを支える支援は継続していく必要がある。 ・医療者だけが現状・抱えている問題に取り組むだけでは不十分である。 疾病の有無にかかわらず生きる為の人間が社会の中の一員として健康や生きることに真剣にとりくむことが望ましい
2362	互いに話しあえる場が必要。
2368	療養者は個々のケースにより、十人十色、千差万別ケースバイケースで一般論では対応できないことが多い。 ①療養者ならびに家族は病態を正しく理解し、QOL を維持、高めるために努力しなければならない ②医療者、介護者は病態を正しく伝え、できる範囲を明示する。 ③療養者には友人との交流、趣味の追求清潔な環境などを提供し、生きている喜びを味わってもらいたいそのために、疼痛緩和、体力維持、環境整備が必要となる ④結果は静かに過したい。無駄な延命処置をしない。 原則としてレスピレーターをつけたり IVH をいれたりしないことを療養者､家族とコンセンサスを得ておきたい。
2370	うちは、訪問看護ステーションですが、診療所と併設です。 診療所は在療診はとってません が夜中の TEL をとりますし 限りなく在療診に近い診療をしています（もちろん在宅に力を入れています） なぜ在療診をとらないかというと 1 人診療所（田舎の）なので、必ずしも 365 日 24h みれるかというとそうではない場合があるので（買い物、旅行にもいくので…）とらないのです。 在療診の中では自宅が 1h ぐらい診療所とはなれた所にある Dr もいて、 実際どのくらい本当に在療診なのか、ふしぎな所もありますよ。

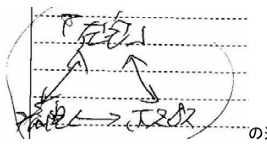
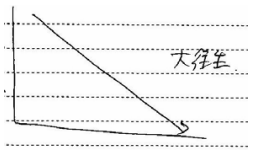
	在療診じゃなくてもがんばっている診療所もあるのデスヨ
2372	患者だけでなくて家族の QOL にもう少し比重をおいて考えるべきである。
2375	在宅に関する知識が少なく（病棟の特殊性として在宅に移行するケースが稀である）アンケートに対してきちんと答えられず申し訳なく思います。 現代の社会背景として核家族が増え人とのつながりが薄れゆく今、在宅での介護は困難を要することが多いと考えます。保険制度の問題やマンパワー不足様々な要因はありますが、できないと嘆いてばかりいても何も始まらないので、できることからコツコツと積み重ねていくことが必要なのでしょう。 まずは自分の職場で各コメディカルスタッフが同じ知識を共有し（勉強会等を開催する）同じ土壌でディスカッションを実施するなどして、縦のつながりから横のつながりをも強化していくことが大切と考えます。 医師ともじっくりと在宅について話をする機会が殆んどなかったといった具合なので医師が在宅のことをどこまで知っているか、正直わかりまん。これを機に自己学習し医師とも積極的にディスカッションしていきたいと思います。
2382	①聴く 本人・家族の話を充分に聴く ②つなぐ 必要な所や人へつなぐ（責任をもって） ③覚悟する 本人にかかわるすべての人がその人らしい生き方を選択されていることを尊重し覚悟する 病院では緩和ケアチームはさっと集まることができよう。しかし、在宅では患者ひとりについて固有のケアスタッフがそれぞれの事務所から集ってケアチームをつくるそのためチームづくりには時間と労力が必要である。ここは病院側に案外理解されていない。 なお自宅へ帰る際には、医療依存度をできる限り下げ在宅で可能な処置ややり方などへアレンジする必要がある 独居、介護者がいない人でお金がない人のためのお看取りハウスなるものも必要ではないか、と思います。
2384	生き方とか生きる意味など普遍的なものはない以上あまりつきつめて考えても仕方がない 療養者が今どういうことを望んでいるか、そしてそれが可能かあるいは何か手伝うことが出来るかどうかという視点で各職種間で Case by Case で話し合っていくしか解決方法はないのではないか。 私個人について云えば苦痛をなるべくとってもらい音楽を聞いて本でも読んで死んでいければそれでよいと思うが、果して可能かはその場にならなければ判らない。
2387	「療養者の生き方」を中心にというサービス提供を行う前に、各職種のゆとりを作ることが、今日のサービス向上につながると思う。（趣首がズレているようで申し訳ありません…）
2389	療養者自身がどう生きたいのか、どう死を迎えたいのかを、若い時から考えておくことが必要。療養される身になって始めて、考えても良い選択ができるはずもなく医療者から教えるにも限界がある。 医療者からの情報提供に関しては、医師だけに提供を求めるのではなく、ナビゲーター役のできる職種を育ててほしい。MSW が適任だとは思うが、現状では医療面の知識に乏しく、退院調整に追われており余裕がない。 療養場所に関しては、自宅が最適とは言えないのが現状であり、医療機関の近くに住む場所があれば入院しておく必要はない患者も多くいる。以前は社会的入院などで、医療が福祉をかたがわりしていたが今度は、福祉及び福祉施設が医療をかたがわりしても良いのではないか。
2397	地域性や家族関係にもよりますが、在宅で療養すること、死を迎えることが全てだと思えません。家族の価値感や生き方で、元気な頃のご本人の希望を前面に出して、ベットやエアマットを入れず介護もヘルパーにまかせきり、食事はおきっぱなし、はって食事を食べゴキブリがはい、役所が介入しても「問題ない」という家族はいます。 理想より現実をみて下さい もちろん、在宅で死を看取り清々しい家族の表情に何度もやりがいを感じています。そんな家族、そして御本人の思いにそえたらと思っています。
2398	大切な家族とのわかれ（死）は、特別なセレモニーと思います。 残される家人にとっては、忘れることのできない場合です。 その場合において決して後悔のないよう望んでほしいと思います。 家で最后をむかえるにはそこに昨日まで大切な人がいたと生活を続けながら何度も悲しみがおとずれます。 在宅でなくなることばかりが良いとは思いません。 必ず選択をしっかりと、してほしいと思います。 そのためには何度となく説明しその度その度の心のゆれを把握しサポートしなければなりません。 サポートする側もかなり心がつかれますので事業所内でのフォローアップが大事です。
2399	患者本人も、患者家族も、在宅医療サービスや介護サービスのことを知らないと思う。 いざ自分が病気になってから知るもので、その知識は、病気を発症しないと知らないものである。 また、在宅でのサービスに関しても、コスト（本人負担）をかければかけるほど、24 時間対応可能であるが、すべての人に当てはまるものではないと思う。 療養者の生き方すべてを受け入れたいのはやまやまであるが、療養者だけでなく、家族までをも、巻き込んだ人生に入り込むことは、難しいと思う。 また、医療従事者兼ケアマネージャーのケアプランは、うまくできていると感じるがケアマネージャー（医療・介護経験のない）によると、紙面上だけのケアプランとなったり、在宅カンファでも、医療者からの問題を把握してもらえず困る。
2408	残念ながら多くの人を動かすのは、哲学や情熱ではないようです 「お金をつける」「制度で抑制する」「ペナルティーをつける」など、何かの利益・不利益があると動かざるをえません。 ネガティブな意見で申し訳けなく思っています。
2410	私はホスピス病棟で勤務していますが、在宅を望んでも家族の不安が強く在宅に退院ができないとい事例を多く経験しています。不安で多いのは「家に帰ってもしもの時」「1 度退院したらホスピスへの再入院に時がかかる」「うけられるサービスはわかっても、できるか不安」等です。患者が、その人らしく生きる場所を選択していける為に、もっと病棟・外来・在宅の連携強化をすすめていきたいと思っています。
2411	「その人らしく生きること」を基本に患者、家族が前向きに（困難ばかりに目が行って顕み出してしれない現状あり）、医療側は安心を基本にこれから先の（在宅）での生き方の支援、道すじについて説明していくこと。 （在宅医療が医療費抑制に使われることなく、本来の人の生き方（死に方）の基本と考えてもらうこと。実践すること こちらの考えが垣間見えるために時に危惧を感じます →充分なお金と時間を使ってが基本であり精神主義そもそも論だけで進めていくのでなく、裏付けされた保障がな

	いと進まないと考えます
2412	・共感 ・在宅と施設がバランスよい利用も大事であると思う
2416	在宅医療を充実させるには、まず、医師の教育が必要に思います。積極的に取り組んでいる医師と、今迄の様なやり方で通す医師がいます。 積極的に取り組んでいる医師の批判をしたり、患者を受け入れるにあたり医師同士間での理解が乏しい様に思われる場面があります。 医師の在宅医療への関心と理解がもっと必要に思います。 また、在宅医療には、訪問看護も欠かせません。 主治医と看護師との連携も重要になって来ます。 医師は訪問看護の情報を得て医師の役割と訪問看護の役割を十分に理解し、訪問看護師との連携を取ってほしいと思います。
2420	現在在宅で死を看取るという事は、訪問看護ステーションの負担が大きく相当な覚悟であたらなければならない。本人の意思が確認できる場合には、どんな都合も除いて一緒に在宅死でも何でも共に戦う事ができる。しかし、主治医のかかわり具合による事も大きく、診療報酬の関係も充分ではないと思う。 今後、国民のすべてが自分の生き方や死に場所死に方について自分なりの意思表示をしておく事が必要になると思う。福祉の先進国では、自然死も多いという印象があります。自分の事を考えた場合例えば脳死、助からないと診断された癌、認知症の高度な状態になった場合延命治療などは一切受けたくありません。胃ろうもしてほしくないと考えています。主旨がずれているかも知れませんが今それらをしている方々や家族、医療者を批判しているわけではありません。その状況はそのまま受け入れて対応しておりますし否定するような言葉を発する事もしていません。難しい問題を与えていただいて考える機会ができました事で、今後皆と話すきっかけにしていただきたいと思います。
2425	“医療者の熱意”この一言。 在宅医療では欠かせない事です。 互いの信頼関係の構築が絶対に必要です。 “かかりつけ医”でなければ不可能です。
2426	自宅で最期を迎えたいという希望がある人が多いが、「病苦がとり除けないこと」「家人だけではケアできないこと」「家人にケアさせることへの気がね」などからそれが実現できないでいると思われる。「家人」もこれから減っていくのでケアカも期待できない。これらの打解のために、在宅医療と介護病院の連携が必須である。又、国民１人１人が在宅の看取りを若いうちから経験し、家で最期を迎えることが選択肢としてあることを知らなければならない。
2429	アンケートの中にあったことでは、退院に際し、他の在宅スタッフと話し合いを持つことが重要と思われるが実際に全くできていないし、そのために時間をどう割いたらよいか、非常に困難でないかと考えられる。
2430	医師１人、看護師１人の小さな町医者として、地域医療の一端を担ってきたが、「うちの患者だけにはいい死に方をさせたい」との一点で在宅看取りを行って来た。他医院の支援は全くないので当然他人の患者を看取る余裕はない。ただ末期癌患者は他に任せると悲惨なことになりかねないので、あえて新患でも引き受けることにしている。還暦を過ぎた身にはきつい事もあるが、運よく某訪問看護ステーションの献身的なサポートを得ることが出来、思いを何とか継続できている。また遺族から看護スタッフへの偽りのない感謝の言葉をもらうと、そのような場を彼女達に提供する義務を負ったような感じで、在宅医療を止めるわけにはいかなくなる。求めに応じて深夜でも訪問し、常に処置をほどこし、話し相手になる、どんな時でも後ろからしっかり支えていますよといった安心感を与える看護スタッフの存在は、患者や家族に安心と勇気を与え、もう少し家での生活を送ってみようという気を起こさせる。在宅医療の最も重要な点はこれに尽きると考えるが、残念なのは、このような人材がまだ十分に育っていないことである。開業医に認識を変えさせることも重要だが、同じ努力をするなら、看護スタッフの育成に労力を向けた方が、効率的である。
2431	自分自身入院していたし、祖母の看取りにも又、多くの在宅医療に携わりましたが、まず相手の理解とケアスタッフとの意思疎通がとれない場合、拒否します。 負担は大きく、人の不幸でごはんを食べる哀しい職業ですが、働けば働くほどトラブルや要求が大きくなり、又、経営も辛く、尽くせば尽くすほど赤字です。スウェーデンは破たんしましたが、日本は中福祉中負担を目指すと言いながら、現場のことは全く理解できない施策が続き、患者も私達も弄ろうされ続けています。 在宅医療を拡大することはいいですが、在宅を手厚く診れるような環境がないと、隙間産業でしかないと思います。 もうかろうとは思いません。しかし、仕事量に見合った十分な報酬、十分な仕事、十分な休養がないと、周りの医師がもう何人もうつ病で前線から退いています。 お金にまみれた医師に未来はありません。今国が作ろうとしている医師はお金しか診れません。少なくとも、丁稚奉公をした自分達の時代の方が、苦労して人間味のある医師が多かったように思います。 中堅層を中心として一連の在宅の流れと連携室の機能を拡大することが、大きく医療を変えることになるでしょう。
2432	①患者へ、生きてきた年月日を回想させる。 どんなことを、おこなったか。やって良かった！嬉しいこと！他者に喜こばれたことなど。 ②自己の過程に、自信を持ってもらう。 ③残こされた、時間は貴重である 目標を一つ、上げる ④余命を、どのようにつかうか、計画する。 ⑤支援することを、家族と話す。 ⑥各職種一同理解、連けい支援する ◎良い人生だったと、充実した人生だったと納得できること。
2433	人間が病気を患ったり、老化している事で医療・介護を受けながら、人生を生き抜くことを多職種で支えるにあたり、最も大切なことは、その人の意志を尊重した人間らしい人生を生き抜いてもらうことである。 「その人の意志」を決定してもらう為には、現在の医療水準に照らし、又、在宅ではどこまで支えることができるのかを、きちんと情報公開して始めてMaking Decisionをしてもらうことが可能である。中途半端な情報によりもたらされたMaking Decisionでは、その人の意志を尊重したことにはならないことを医療者を含め、その人に関わる人全てが認識すべきである。 生老病死の世の中、その人なりの人生感により満足した生活を送ってもらいたいものである。 その為にも、ケアカンファランスを含めたケアマネジメントが大切であり、ケアに関わるものは、たとえ保健・医療・看護・介護・福祉のどの職種であってもトータルヘルスプランナー（ＴＨＰ）の視点で物言を考える必要があると思っている。
2450	十分に療養者自身が、かぞくが、自由に選択できるフォローの内容が、しっかりと充足しないことには、「療養者の生き方」という考え方はありえないと考えます。 まずは、十分なサービス、金銭的なものなどしっかりと療養者をうけとめられる体制を日本政府が作るべきであると考えます。
2451	健康な時からの意志表示←（相互理解）→家族・その他の理解 金銭的な援助、ケア・サービスについての知識 ↓ ・メディカルソーシャルワーカーや地域の担当者の活用 ・広報などを理用した知識の公開
2452	国がもっと診療ほうしゅうをあげる。 になう人を育てる。
2456	他者理解－個別性、思考、生活レベル、多面性 自己理解－自分が見たものは、常に正しいのかかたよった考えと見方があるか制度を知る サービスの確認 連携のあり方、誰が、どのように、いつ。
2457	（設問の意味がよくわかりません） 人がどの様に生き、どの様に死ぬかはその時の社会的コンセンサスの影響が一番大きい様に思います。かつて「人は自宅で死ぬもの」であったのは、死に場所をひきうける病院がそれほど普及していなかったからではないでしょうか。 国民皆保険が成立し、「食事も寝具も何でもめんどうみてくれる病院」が普及し、病院に入れた方がお金もかからない、となって病院で死ぬ方が安心、病院で死ぬのが当然と流れて来たのが現在の日本の状況だと思います。そのような形で病院がもうかる様に制度を用意して来た国の政策もあるでしょう。 人口ピラミッドの変化によって今までの様な国民皆保険の維持が困難になっているなら、この情況にみあった新たな社会を構成していく必要がある、ということでしょう
2461	療養者の生き方として病院ですごし、最期も病院で迎えるのが当たり前のように思っている人がほとんどのように思う。療養者が在宅ですごしたいと思っても利用できる社会的支援について知らなかったり、家族のサポートを得られにくい状況だったりすると在宅で療養したいと希望しても希望はかなわない。 医療者として療養者の希望を聞き、利用できる社会的支援の種類や内容の情報提供を家族や療養者にしていくことが必要だと思う。 また、高齢化が進んでいき、今後有病者、療養者が増加することは必然的だと思われることから自らの生き方について考え、対応できるようにそなえていくことが必要だと考える。 また人口の減少をくい止めるべき対策少子化対策、若年者の雇用対策、など社会的対策が必要だしそれが高齢者に対しての福祉にもつながると思う。
2463	「医療、介護のゼネコン化」 「医療、介護で村おこし」 「高福祉政府か小さな政府かの選択」 「老人が安心して、生活でき、貧しい子供たちでも東大に行ける社会」 （医療介護の充実と教育の平等化（特に経済的に）） という社会を目指して下さい。
2464	☆療養者となる前、家族との話し合いをしておくことをまず行なう。 自分の意思がない状況では家族を任かせる。 最期を迎える時、妻が生存の場合、側に居て欲しい一人である。 一人で最期を迎えるのは淋しい。私の場合はこれが基本。 子供達だけの場合任かせる。 ☆“在宅”の医療機関etcはそれ程重要なこととは考えていない。 ☆“在宅”を希望する場合 社会保障制度の重要化が政策としてなされるか。→P.３に同じ。
2470	在宅で看とるということは医療者、看護、介護者以上に本人家族の覚悟が重要である。 しかしここに大きな問題がある 患者や家族（とくに介護の中心となる家族その親せき）には、説明しても理解できない医療の限界、不確実性がある。 これはやはりどうしてもうめられないＧＡＰと思う。 インテリジェンスの高い方ばかりではありません。 やはり「療養者の生き方」を十分に理解できる知識、覚悟、インテリジェンスのある患者さんのみが受け入れられる状況と思います。
2472	自分らしく、心身の変化をありのままに認めあう（家族、介護者、提供者等）関係作りが必要で、又、それらを支える人々も必要と思われます。
2478	国民に自分の死に方を考える機会を与える。 在宅死を支えるインフラや制度の充実 一人の医師が年中無休24時間対応は困難。 病診、診診連携の推進、ボランティアなどの活用「育児休暇」の様な「看取り休暇」など社会制度の確立
2479	・設問１－ｂ、４－ｂ、１９－ｃの回答のとおり。 ・地方においては、医師不足の問題をまず解決すべきである。 いざという時に地域において病院の受け入れ体制が整っていれば、地域でのフォローはしやすくなるのではないか。また療養者自身に与える安心感も大きくなるのではないか。 ・市民に向けた教育、いつか迎える最期のために、在宅医療でできること、できないことを学ぶ。また、自分はどのような最期を迎えたいのかを健康な時から考えるよう、死をテーマとして扱うことをタブー視しない文化づくりも必要ではないか。
2481	・義務教育から、最終教育までの中で生き方についての学習が必要。 ・様々な職種の教育の中心にＩＣＦの概念を入れるべき（医療福祉分野） ・医療介ゴ保険共にＩＣＦに基づいた計画策定をしていくべき。 （現在の政策からはみえてこない気がする）
2482	患者

	本人の意思尊重 →家族の意思決定 ↓ 主治医の最大限の努力と病院との連携 ↓ 病いの■病度によって、家族の意思決定。 在宅の選択なら →安心に十分でない医療体態でも自宅で最終を迎える ↓ 病院との十分連携、家族との話し合い ↓ →安心にやむえず病院で最終を迎える。
2484	自分の中にある本質的な「生命力」 それを感じとる感受性 それを周囲、他者に分かち合う、オープンな概念・姿勢 そして、その結果、確実なる自己の上に合った本当の意味の「連携」が確立される。
2487	在宅へという思いがあるのならその思いを受けとめ在宅療養へ行けるよう体制を整えていく必要があると思う、終末期になると時期をのがしてしまい、在宅へすすめられないことが多々ある。 早目に話をすすめる必要があると思うし、入院時に本人、家族の思いを知り関わることが大切だと思う。 在宅で過ごし、症状コントロールが不充分になってしまったり、家族の介護疲れが強い時には受け入れられる受け皿も必要となってくる。 又、訪問看護の充実や、訪問してくれる医師の確保は必須であると思う
2491	在宅移行への各職種間の連携は低いです。それぞれの役割の明確化がのぞまれると思います。 家に帰りたくても資源マンパワーが今は十分といえません。その中で安心して在宅へはなかなかできないのではないでしょうか。 受け皿がしっかりしていない（地域格差もあると思います。）医療者、社会全体を含め知識を深めていくことが、重要ではないでしょうか。 在宅をすすめていくことに対してそれぞれがどうしていくのかを考えていくことが大切だと思います。 死を自然な流れの一つとしてとらえる教育や在宅死についての教育も不足していると思います。 価値観は多様です。その多様な価値観の中でも在宅をのぞむ人、自分とＦａとは考えが別の人 etc に対して医療者がどう働きかければよいのかと考えていかなければならないと思います。 退院をすすめるにしても、保障することで安心して在宅医療移行をすることができると思います。
2493	「療養者の生き方」を中心とした機能展開・連携の推進を図ることは療養者やその家族にとってよい医療を受けることができるとともに医療者・介護者も療養者の生き方を支えるために何をするべきかが見えてくると思う。 医療者・介護者は療養者に情報を提供するとともに共に考えていく姿勢を示すことで互いのコミュニケーションが図れ療養者の人き方を尊重することにつながっていくと思う。 医療を受ける側も自分がどんな生き方をしたいのか常に考えて人生を送る必要があると思う。 病気になった時点で自分の生き方を見つめなおすことは、精神的な余裕がないため本当の自分の生き方を考えることが困難になってくると思う。 自分の親が寝たきり状態になった場合現実を考えると在宅では厳しいと考えてしまうがそれは経済面においての不安が１番大きいと今は考えているが療養が長くなれば精神面でも辛くなるはずです。 医療者・介ゴ者は人間が死んでゆく姿の実際を見ており経過も経験しているが現在の社会において人間が死んでいく姿を経験していない未知の世界であるため在宅療養への壁が高くなっていると思う。
2495	生き方であるが、健康な今と、病気になって死を考えなくてはいけなくなってきた状況とはでは考えが変わらないのでしょうか。 当病棟に入院している患者をみても、自分からすすんで、在宅への希望されることは少ない。 癌の患者の場合、ある程度の治療が終了すると、在宅への移行が主治医より出される。在宅への不安がある人については当病棟に紹介される。しかし、当病棟も在宅への移行が課題となっている。麻薬がつかえ、在宅と、病院の間の施設の充実を希望したい。また、24 時間体制で、支えてくれる開業医もいない。開業医も大変になると入院をすすめる。在宅へ移行をうながすと、もっとみてもらっていないさいと指導する開業医もいた。 どう生きれば良いのでしょうか。
2503	大きな意味で、人間の誕生から臨終までをひっくるめて終末の事に対する話し合いを、密にとり、本人の意志に沿った形をとれる様に、各職種が働きかける必要があると思う。 特に、在宅では医師が、1 対 1 でなく、カンファレンス等に、積極的に参加するか、方針が明らかにわかるかどうかにより、左右される場合も多いと思う。
2504	家族教育が一番大切と思っておりますが、それを教える私にも沢山の知らない事（図Ｎの様なサービスも可能である事など）があるのには、反省させられます。 医学的な側面の勉強も必要ですが、社会福祉を勉強する機会をもっと多くもちたいと思います。
2506	現在がん患者に対しての対策は整備されつつあると思います。 ホスピスも地域による差はあるものもふえてきている。選択肢も広がってきているのではと思う。その一方でがん以外の疾患の方に対しては、介護保険をうけている方は、その範囲の中でのサービスしか受けられない現状がある。そのサービスも不足しており特に夜間に対するサービスは受けられないと考えた方が良いくらい少ない。独居であるということは自分の家では死ねないと私達サービス提供者でも思う。そして、お金がないとまた自分の生き方も選べない現実、時間外サービスはあるが、利用料金はとても高い。 ずっと家にいたいがお金がつきるか命がつきるか…と。 制度を整えることができなければ自分の生き方、死に方をだれもが選べる時代はこないと思います。
2512	1．在宅死をのぞむ人が多いが、結果として病院死が多い事について以下の事が考えられる ①介護者が大変であろうと、本人が考えたりまた、介護者からそれとなく話されている事がある。 ②身内あるいは他人からでも癌性疼痛のひどさをきいており、在宅では疼痛コントロールが無理と考える事 ③在宅でのみとりについて、在宅医がどこに居て対応してくれるかの情報が足りない。 対応として、病院主治医と在宅主治医をセットで決めておいて在宅みとりを在宅医が行う事を基本としても、在宅医が万が一に対応できない状況の時病院主治医が引きうけられるという連携ができている事が必要。 また病院主治医も病院内での夜間の連携について他科の当直医との連絡もきちんとしておいてもらわないと安心して在宅医を引きうけられない場合もあり、そういった事も在宅みとりがふえない理由となる。 全体的に病院医師の在宅療養についての必要は、制度的な事を理解しようとしていない姿勢にも問題があるし、一
	方在宅医も増えない理由も考える必要あり。在宅をしなくても十分に開業医として満足できる経済状況が今の所あるからか。 大学の時から地域医療の中での在宅医療について学生に十分な教育と夢を持たせる事も必要か？
2513	生きている限り、だれしもに老いがある。なのに国の対応は、高齢者に厳しくなっている。（また障害者へも同じ。） 国の財政が厳しいことはわかるが、優先順位を考えてほしい。 多くの現場に出向き、直接の声や現状をみて下さい。 アンケートだけでなく、多くの声を聞いた調査もして下さい。
2517	医療者（在宅）：患者の意見に耳を傾け、信頼関係を築き、さらには、家族とも充分なコミュニケーションが必要。 また、近隣の中核病院（救急搬送ができる）との病診連携が必要と考えます。（家族、本人の理解のため） 緩和ケアの実践の習得が必要。
2518	末期の人を在宅でみとるのは難しい。 ・症状コントロール ・介護力不足 ・対応出来る開業医、訪問看護ステーションの対制が不十分 ・住み慣れた家でも最期はほとんど安らかには死ねない。 本当に最期は自宅と考えているのか疑問。 高令者や、中年の若い時期からでも、その人がどのように最期を迎えたいのかはっきりわかると良い。 挿管はするか 胃瘻造設するか 点滴は血管がボロボロになってもうたいか　等。 日本人の教育の中に最期の過ごし方を一度家族と話し合う時間を持ち、上記について高令の人達が残された家族に自分の死にざまをたくす事が出来る時間があれば良いと思う。 最期の最期に入院して「家に帰りたい」と思っても対制が整っていないと無理。 どうしても帰りたかったら帰れるうちに早目に外泊や退院をさせて下さい。
2522	アンケートの内容が難しく、正しい答えが出来たかわかりませんが ・病院は安心して、退院させられる時期に退院となり、本人が、退院したい時ではありません ・病院は、病状や状態が変化する事についての説明はあいまいな場合が多く、自宅に戻ったら急に悪くなったと、本人は不安になり、家族は自責の念にかられ、在宅が継続できなくなる事が多いです もう少し、本人や家族に合わせて、信頼関係をつくり上手く、説明しサポートできないと在宅～看取りまでがんばれません。 ・在宅医と訪問看護の負担大きく、在宅医が対応できない時に希望通り在宅看取りや急変の対応できず在宅が続けられない事も多いので担当の在宅医が一人でかかえなければならない対応についても、検討が必要と思います。 ・痛み、苦痛に対する緩和について、なかなか十分に対応できない在宅医が多く、一度病院に戻らなければコントロール難しい事も多いので、緩和ケアチームも持つ病院のサポートがあると良いと思います。 ・障害者についても、ちょうど中途半端な年令でサービスの使えないケースも多く、そのため施設等の手伝いを得る事しか方法がなかったり家族やボランティアにたよらざるを得ない事も多いので、そういう公の整備も必要と思います。
2525	人とのつながり。 困ったときにすぐにそばに来てくれる人が必要。 税金の利用方法の検討。 国レベルで税金の利用方法を考えるべき。 ヨーロッパのように社会資源を充実させるのであれば、消費税が上がっても賛成されると思う。
2528	・医療・介護の現場で、利用者本人の療養者の生き方を尊重した支援は十分では無いと思う。その理由として、例えば、食欲低下や食べられない人に対しての胃ろう造設（等）十分な説明や本人、家族の意志決定権は、どうなのか？と疑問に思う事がある。 患者や家族は医師や医療スタッフから、すすめられるとなかなか断れない現状。 ・医療・介護側は療養者の生き方を尊重する事が重要であり又利用者側も自分の生き方を元気な時から考えておく必要があると思う。
2532	療養者自身が、自分の病気や、障害を十分に理解し、どこで療養するのがよいかを、選択できる、（相談できる）ようになればよいと思う。 医療者や家族に、一任するのではなく、自分自身で情報を得て、考えるべきだと思う。 “家族に迷惑をかけたくない”という、思いは、いつでもあると思われるが、案外、他人の中で生きる方が、生きやすい世の中になるのかもしれません。 地域社会の中で、他人と供に生きるという選択肢も、ありだと考えます。
2539	今の時代、いろいろな面に選択の自由がある。 人生において一番大切な、健康、そして終焉の迎え方は、これまで医療者の一方的なサービスのおしつけ、及び優位に立った状態であった。 しかし、これからは医療も競争となり、生き残りをかけて、より、消費者の側に立ったサービスが必要となる。
2541	今の在医療の保険点数は、在宅支援診療所など一部の専門施設だけを対象とし、多くの診療所にとっては敷居が高い。 きびしく「24 時間」にとらわれず、開業医が自分の守備範囲で往診できる体制を支えていく必要があるのではないか。
2542	療養者の生き方について在宅を希望されれば支援したいが、実際には本当に様々な問題がありむずかしいと思います。 その問題は医療者ではどうする事もできない事も多々あると思います。
2547	いろいろな方法での連携をもつことにより情報の共有を行なうーことの意義。 ケアマネの医療、疾病の理解を高め医師看護師とのカンファレンスにもしっかり参加する。 そして介護職や家族等を支援していく。
2549	医療施設・在宅サービスなど全てが別々に切り離せるものではなく患者様の生活として促え、どう生きていくのを支えるか考えていく必要がある。 “治療ができないから緩和ケア病棟”というのでもなく、患者様がどう生活したいか、場所ではなくてどうしたらニーズを支えれるのか考えていく。
2551	癌患者を対象としていますので、老人医療や神経難病疾患の方には当てはまらないことがあると思います。全疾患

	に共通する課題は、介護力と思われます。将来的なことを考えて24h体制がないと老々介護や独居老人、患者への対応は出きないと思われます。 そして居宅型の療養施設が現実的かもしれないと思っています。 ＩＣＦについては知りませんでしたが、“その人らしい生活をサポートする”ことが肝腎と思われます。 また、これは国民の意識の問題です。 死生感、つまり人間は必ず死ぬのであるから死ぬまでどう生きるかを考える機会が増えることが必要と思われます
2552	私は以前、緩和ケア病棟に勤務していました。 症状コントロール入院後、外来フォローとしていた患者さん達が、最後は、在宅での看取りへの不安を訴え、再入院を希望されることが多かったです。 本人よりも、家人の不安や、本人の家人への介護負担のおい目が原因としてあげられました。 在宅緩和ケアが主流のオーストラリアと比べ、日本は、死の直前まで、医療が介入することが多く、患者さん達からも望まれます。 本人が、「自然に」と願っても、点滴もしてくれない。ＴＶのようにモニターはつけなくて良いのか等質問や要望が出され、その都度病状の変化や本人の意見・家人の思いの確認をしてきました。 最近では、看取りの経験をしたことのある人が減り（核家族化が原因か？）１つづつの変化に敏感になり不安をあおります。 そのため、医療者がプロとして、「どのように身体が変化するのか」「どのように生活が変化するのか」に対し、説明責任をもち、本人の生き方が再構築できるようサポートが必要と考えます。 提出がおくれてすいませんでした。
2554	今後老人のみの世帯が急速に増大すると思われるが、病気でない人達に対する生活支援も手薄なのに、療養者に対する対応が今のシステムの延長で可能かは疑問である。 在宅で治療継続可能な少数の家庭以外は、病院との中間的な施設を作り、人を集約した方が現実的であると思われる。
2563	＃病院主治医への啓発 ＃多職種間の連携 ＃患者及び患者家族の安心をいかにして得るか ＃患者及び患者家族の声を聴くことが出来る、医療、介護職の人的、心的余裕。
2565	・患者への充分な情報提供をＴＶや、メディアで伝えていく必要がある。 ・患者自身に選択権があることを知ってもらう必要がある。 ・医療者ばかりでなく、国として、取り組み、患者側への情報提供に努めていく。 ・在宅での患者が、不安なく生活できる環境を、早急に作る必要がある。 ・在宅支援診療所の確保を行う。 ・在宅支援診療所の有り方についても、検討していく。
2569	施設、病院から在宅を考えた場合、医療とそれを支える介護の充実が必要となる。 医療は、今までの臓器専門的な臨床医学よりも、全人的に診れる実践的かつ総合的な医療が必要となると同時に、高齢者のクオリティーに合致した医療者の考え方が要求される。その前提にある考え方は、患者さんの命の患者さんのものであり、最終的な決定は患者さんか、その人と最も密に生活をともにしてきた人であるべきだということにある。 介護は医療とのより密な協同作業が必要となるし、形式的、紙面上での報告書だけの連携ということに対しては、あまり意味をもたない。つまり、ある程度医療者と同じ視点で患者さんに対応するためには、顔が見える距離で常に話し合いをしていく必要がある。 その患者さんに、提供されている介護がどのようなものなのかを医療側が密に把握することは、在宅医療を施行していく上で非常に役に立つ、ヒントをもらうことになることも多い。（介護者にしかわからないことも多い） 医師、看護師、ヘルパー、栄養士、薬剤師とケアマネージャーは、週に１度は集って、ある一定時間、難しい患者さんについては、議論をすすめていく必要を痛感している。
2570	療養者の生き方というより生きる為に必要な制度、助成を訴えて欲しい。 生きたい、最期の時を誰もが迎えるその生き方＝死に方を選べるようにして欲しい
2571	うまく思いつきません。 「療養者中心の生き方」は大変素晴しいと思いますが、これに至るには沢山のハードルがあり、これを乗りこえるのは、非常に大変だろうなと、圧迫感が強くなってしまう毎日です。
2574	患者の知る権利、撰択する権利、と医療者側の説明責任、意志確認のそれぞれが尊重され、はたされることで在宅医療の推進が図れるのではないか、と考える。
2577	病院に来院されてから一貫したケアや情報の提供が大切である。 患者の意志の確認をし、在宅ケアを望まれるのであれば、その周囲の家族など含めて早期より情報やケアの提供をできるためにもＭＳＷやケアマネージャー等地域を含めた環境でのアプローチが必要。在宅宅ケアに関してよりケアを受けやすく家族へのサポートもうけ入れる様国の福祉への対策も重要。医療従事者に対しても在宅ケアに関しての勉強会を提供していくなど知識の向上に努める必要があると思う。 日本人は死に対してや生きる事に関しての考える機会も少なく、イメージできないところもあると思う。又ボランティアなど他国に比べ責極性がないので、考える場をもてるところを提供してもよいのではないか。
2581	〈患者の立場にたって考える〉
2587	・30才台～から死に対する教育や考え方又国民性にも関係すると思います。 ・その人らしい最期自分らしい最期を若いうちから考えることはむずかしいですね。 ・最期を考える前にどう生ていくかを考えなければなりません。 ・人はその齢その齢によって考え方も50才には50才の40才には40才のと…。 ・価値観も人生観もそれぞれちがう様に人の最期、生き方それぞれ有りますので決めてしまうことは出来ない。一連これだと言うことが出来ないことからそれぞれの生き方を、その人らしい生活出来る望む生き方支援する。 乱文ですみません
2588	その人を好きになり共に考えていくことだと思います。 理屈ではなく人生観やその人となりを理解してから次のステップにはなるような気がするので皆が共通にその人のことを全て受けとめてあげてほしい。 そしてその人らしい死に方ができるよう援助したい
2589	国民への教育が大切。 そして、医療者自身の死生観を育み育てて、自立する必要がある。 その為にも、教育が大切と考えます。

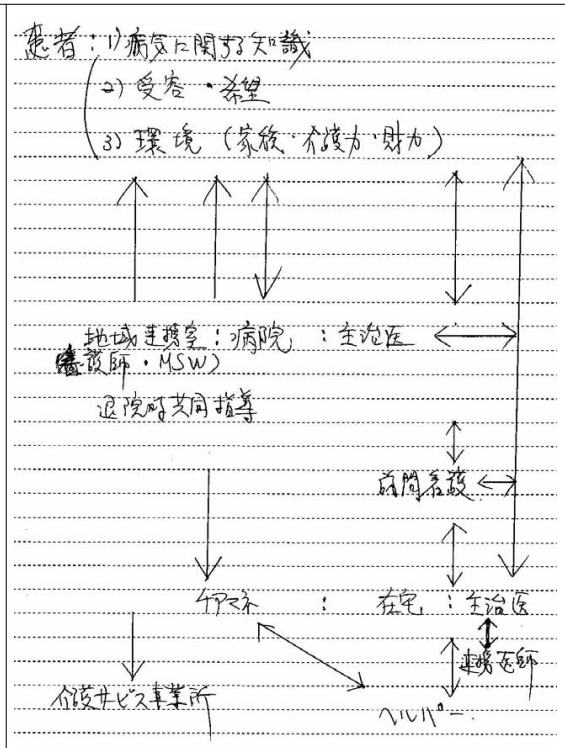
	自分が大切に思っていること、大切にしていることを、自分達の子供達に伝えることが重要です。 他人がしてくれない、とか、するべきだと言ってばかりでは何も変わらないと思います。小さな一歩かもしれませんが、まず、他人の力をかりなくても、誰でもができること、「自分が大切にしていること」を子供達に伝える、ことをし始めることだと考えます。
2591	病院スタッフが地域の介護福祉等と近づいて、内容を理解していく必要がある。社会福祉士の役目がこのようなことですが問題として、上げないと、社会福祉士のところまで、来ない。 スタッフ教育を、色々な介護や退院での会議を通して、深めていけるような院内教育が必要。
2593	医療、介護の連携が必要。故に介護支援専門員の役割が重要と思われる。
2595	◎国民は家族制度（介ゴ保険以前の）をすてて、核家族社会を選択しました（特に都市部において） しかし、在宅医療は介ゴする人間がある程度必要です。 となると、自宅でない在宅も整理していかなければなりませんし、自己責任についてもっと深く堀りさげなければ、考えなければいけないと思います。 ◎自己決定できないケースについて、医療行為についての決定権の所在がもっと明確にされなければならない。 ◎我々は“どうありたい”“どうあってほしい”という療養者とその家族の決定を支えるチームとしての意志決定をするのであるが、メンバーの役割りとその働きかけの方法とタイミング、経過での情報交換、修正、ふりかえり等、その手法についての学習の必要性がある。まずは意識改革と思われます。
2597	①退院後の在宅ケアのＱＯＬを高めるために、入院中に疾患だけでなく生活するうえでの評価を充分行なえる仕組みが必要。 ②その評価に従って退院前のカンファレンスを多職種で行う。 ③カンファレンス得られた結果に基づき、在宅ケアを実現できる充分な社会基盤の整備が必要。 ①と③を実現することが大変困難な状況なので、これらを推進するための社会活動が必要、今回のようなアンケート結果をマスコミ、行政、を通じて、広く市民に伝えて、社会の変革と云えるほどの改革を進める必要がある。
2598	在宅医療の現場においても、医療従事者はとかく、「医療ニーズ」にばかり目が行きがちである。 特に、大規模ステーションになると、この傾向が強くなると感じますが、それは、「異常」である事の発見が遅れるとその訪問看ゴ師の責任であるとなるため、少さな症状の変化も看護チームに報告する事になりますが、これは当然で必要な事だと思いますが、在宅チーム（ケアマネージャーヘルパーディの担当者）に報告・相談していけば、ちがった方向になる事も経験しています。 ステーション内＋Ｄｒの報告連携は完ぺきなのに、他の在宅チームには、方針決定後の事後報告となるケースが多く、そうなると、在宅チームの中で、ＮｓとＤｒは他に指示をするという役割になり、意志決定に、チーム皆の意見が生かされない事が多いです。 Ｄｒ、Ｎｓは当然医療ニーズを一番にとらえアセスメントしていくので、その指示を受けて医療中心の在宅療養となります。 訪問看護師が促えた情報をいつも、チーム全体と共有して、皆の意見をまとめていく様になれば、医療ばかりに促われず、でも安心感のある在宅療養に近づくと思います。
2600	各職種間での情報の共有化交換を積極的に行なっていく。
2601	・家で最後を迎えるためには、支援の充実が必要 ・家族の意志の決定のタイミング ・医療者側の新しい情報の患者への提供 ・本人の意志の確認（早めの）
2602	すみません、思いつきませんでした。
2605	在宅での療養が、どの程度可能か大抵の医師は知らない事が多いので今後教育指導が必要。 在宅での研修多くする事が大切で、医師の主導で説明がなされ選択された後は共有のシステムでケアがなされる様にする。 入院した時点で心障の手続きなど必要な手続きを行ない、経済的な面でも支援受けられる所は受けられる様にして導入しやすくする。 退院時には家族・本人とも在宅生活が充分理解されていれば、スムーズに話し合いがなされ、ケアが在宅へ移行出来る。
2607	訪問看護を担う者として、サービス提供が介護保険、医療保険の両方がありレセプト請求も困難にし、利用者本人も十分理解できず、ややこしいことだらけになっています。 在宅療養者を支えていくため訪問看護は、医療保険１本でのサービスとして提供できれば良いと思います。 生き方を支えるために、介護のサービス提供者と共に生活の質、生き方の質を本人・家族と話し合いながら考えていければいいと思います。 旅行や会合への参加、親族宅への訪問など、を支援していきたいです。 自治会員さん、御近所の方、近くのスーパーの店員さん、有料のヘルパーさん、お寺の住職さん…多勢の方の協力があれば尚うれしいですね。 生前からのそういう関係作りができている人には自然にそういう環境ができていますけれどー。
2609	病院←→診療所間の連携 診療所←→診療所間の連携 に関し診療報酬の整備が必要。 多少なりとも優遇される事により在宅医療システムは活性化され医療側の自信や前向きに取り組む姿勢が、介護や家族に伝わると安心感も生まれ発展していくと思います。 現状では、積極的な医師とそうでない医師との格差が広がりつつありまた積極的な医師が減少しつつある事を感じています。
2610	患者及びその家族は我々専門職の知識レベルから考えるとはるかに医療や介護に対する知識が低いため、それをいかに同じ目線でしっかり伝えていくか、その上での判断を参考に各職種のスタッフと意見交換しながら方針を決めていく必要があると思います。
2614	当院では在宅医療に力を入れています。 解答が遅くなりすみませんでした。
2616	療養者、家族が、現状をキチンと把握して、よく考えて結論をだす必要があり、必要な情報がキチンと得られることも大切である。
2617	変化した身体をありのままに認めながら生きてゆける支援、ありのままに認める、ことへの支援－Ｆａ、に、本人に、「これは人間の、ありのままの変化」＝自然なこと、と伝えるための専門家のスキルアップや、啓蒙（一般人への）が必要。 本人の意向、を探るための歩み寄りを入院中からどれだけ出来るかとにかく在宅、在院日数の縛りがあるというこ

	 の連けいが必須と思います。 他人への思いやり 少しの頑張りサービス・奉仕が明日の我が身、住みやすい日本を作っていくのではないでしょうか。
2636	療養者のその人らしい生き方ができるように病院スタッフ在宅スタッフなど関係職種との話し合いを持ち、在宅療養の役割分担を明確にする。 そして、身体状況（病状やＡＤＬ）・生活状況（家庭状況や社会情勢）が変化するたびに、本人の生き方が再構築されるように各職種間と連携を図りながらその人らしい生き方を支えていくことが大切であると考える。
2637	医師、コメディカル、政治、経済、etcの総合的な対策をしないと、理想の介護は難しいと思う。
2638	問２－ｂに述べたように、家族愛、先祖を尊ぶ思いを再構築することが大切です 高令少子化で次の世代に国の施策としてどのように軌道修正していけるのか 朝日新聞にコラムに出ていた記事で高校生 1000 人にアンケート(親が病いで倒れたとき)(米国中国日本)20 年前？ [米国は 28%は自分で親を世話したい 中国は 78%は自分で親を世話したい 日本は 18%は自分で親を世話したい（数字は正確には忘れている） との内容でした。 中国も 20 年も経て一人子政策になりその後数字は変っているかも？ 日本の高校生でも 18%は自分が親を看ると言っています。これを更に減らすのか､国をあげて数字を高めるのか？
2641	 川島先生の講演の中でのスライドは、本当に刺激をうけました。 いつも、市民に講座を依頼された時に、先生のお名前を出して、私も、印象に残り考え方が変化したことを話しします。 いつも熱心な、お話しをきき、尊敬しています。 川島先生のような医師が多くなれば、本当の医療（患者・家族の意思決定）ができるでしょうね。 そして、看護師も、イニシアティブをとって、利用者・家族に話しができるように、日々勉強していくべきです。 川島先生のファンの１人です。 今後とも、宜しくお願い致します。
2642	生き方支援 生き方支援に対する十分な説明
2643	時間がないので省略させていただきます。
2644	自分らしい生き方を続けたいという意志 生活の場所も含めての自己決定 在宅生活においては、かかりつけ医…看取りをしてくれる サービス事業所のネットワーク シームレスなケア（訪問・短期入所・通所サービス） 24h、365 日のサービスが受けられる 医療者：交流会・研修会・勉強会
2648	今の世の中、まじめにやっている人がバカをみる？のではないかと思っています…（泣） 利用者の思うようにと支援を行っているのであればこの仕事は、利益が上がっていくことばかりでない（現実、利益が上がらず困っています） 自分の事業所の利益のために…の事業所が残っていくのであれば…今后、コムスンだけのことではすまされないのではないか？ 今、当事業所も存続の可否で検討中である。 今后、利用者主体になっていける様な展開、連携になればと思ってやみません。
2649	本人家族）意志を尊重し、不安なく苦しみなく住みなれた在宅で過せることが可能である。 システムネットワークづくりが大切である。 又、それを医療関係者等も意識してとり組むことが重要である。 そのことにより在宅での看取りも安心して快適な生活を望むことができると思われる
2650	本人は在宅死を希望するのにもかかわらず、医療の素人である家族が死に際して何をして良いのか理解できず、動転して「家に置いておいても、こっちが疲れるだけ…」とは口に出さないものの顔には明らか…。 無理もないか？
2651	１．終いの住み家は共同住宅 ２．自宅の病床化は介護力の整った家族が必要条件 ３．ピンピンピカピカであの世へ行く（逝く） ４．生活の質を保ちつつ、息をひきとる（大往生） ５．家族に看とられつつ ６．小規模で暖かい家族のような人々とのふれ合い ７．癒やし、くつろぎ、平安の心で“さよなら”する ８．看護師、医師、介護師のチームワークが不可欠 ９．ナーシングホームに医師が往診する体制（システム）

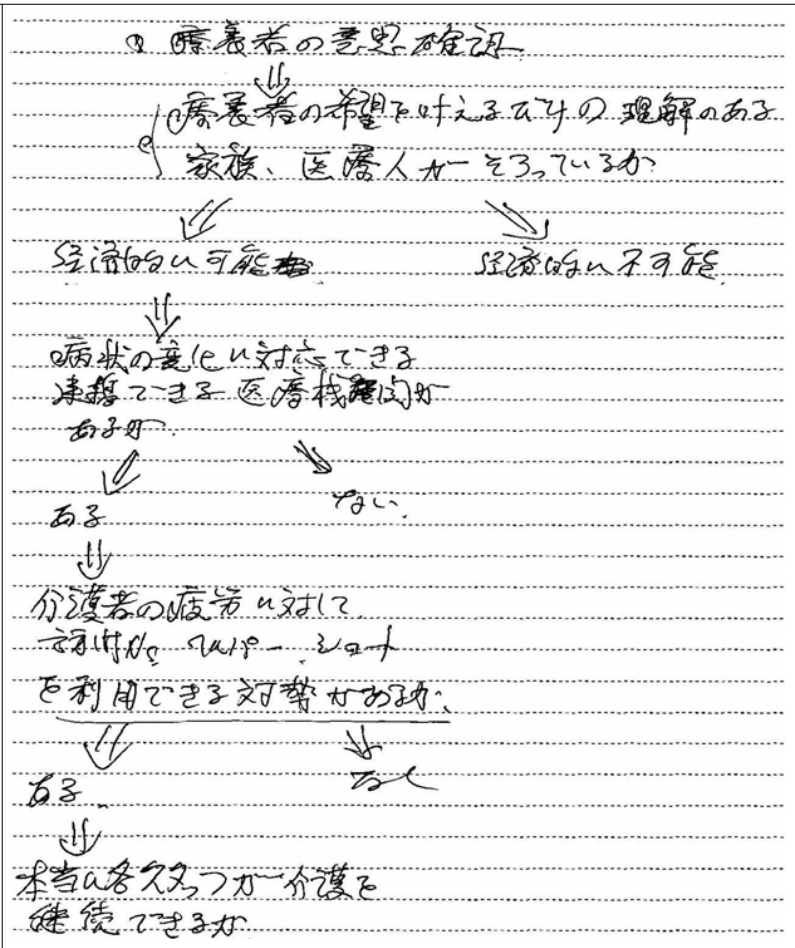
	とが入院機関にＥＮＴ、を急がせ、本人、Ｆａ、の納得のないままの在宅移行、となっていないか。 在宅療養の推進、維持にはＦａ、や本人の意志や思いは欠かせない。それらを尊重した上で尚かつ、ここからは「療養者の生き方」を（治療第一ではなく）優先させて行きましょう、とギアチェンジさせることはなかなか難しいことだと思う。 Ｄｒ、からのムンテラは、Ｆａ、や本人がそういった決断をする上で最も大切なものだと思う。コメディカルはその内容とＤｒ、Ｆａ、本人の思いを知った上でサポートするものなのだから、Ｄｒ、のコミュニケーション技術は非常に重要
2619	最近は緩和ケアの考え方も少しずつ浸透し、ターミナルだけではなく治療と平行しておこなわれるべきものとして意識されるようになりました。 この考え方は非常にＤｒ達の心にもひびくようです。 在宅を知らない医療者も多々、あり、「今なら家に帰れる、悪くなったらまたおいで（病院）」と言うＮＳもいます。本当の患者の気もちはどこか…病院がいっぱいだから３か月たったから。…という理由もありますが…。 ターミナルで「今なら帰れる」という人でさえ「何もやることがないから一度、家に帰ったらどうか」と言われ泣く泣く家に帰ったと聞き、「もう病院に帰りたくないから何とかしてくれ」とＳＯＳをかけてきた人もいます。 そんな人達のためにも在宅ケアをサポートできる、システム、人材がふえることを願い毎日こつこつ仕事をしています。 バックにある病院に対しての在宅支援アプローチ、退院調整へのかかわりや、介護保険サービス事業者間との、連携を、ひとりひとりの利用者さんを通して考えています。
2620	返送が遅くなり大変申しわけありません。 まだまだ、勉強不足であり、通常の業務で一杯なのが現状です。 往診業務も担当しておりますが、仕事の内容や、各事業所との連携など、まだまだ課題も多く、今回のアンケートはとても、参考になりました。 乱筆乱文申しわけありません
2621	在宅死を希望される方はこれから多くなってくると思われますが、地域での在宅医が少なく、負担が大きい、もっと、個々の在宅医のネットワーク作りや病院との連携が必要で、また医療関係の職種や福祉関係の職種の方々をもっとうまく利用出来るように組織作りをしていかなければ、いまの現状は続くか、もっと困難になると思います。
2622	在宅での最期を希望されている患者様に在宅での生活を快適に過していただきたい。 サービスの提供で本人と御家族の援助を行い長期で在宅生活を送っていただきたいと思う。 医療面と介護面での観察したことなどを情報交換しあう必要があり、最后まで安心して在宅での最期を迎えることが望ましい。
2625	御本人がどの様に生きたいか、という事を重視し、それにあわせた今できるサービスを提供していく事が重要であると思います。
2627	訪問看護者の立場から 人間はだれしも住み慣れた環境や家族に看とられて終りたいと思っているが在宅にもどれば、その家族に介護の負担や経済的に何らかの援助を要する。それ故に、自分の意志又は家族が看てやりたくても看てあげられないのが現状である。その原因の１つに経済力、介護力の弱さがある。 日本本来の家庭看護の良さがいつのまにか変ってきてしまっている「病院で死亡するのがあたりまえ」みたいな感じになってきて、在宅で死亡させるのが罪悪感に陥る。この考えを変えてゆくには、病院の医師が医療、福祉、保健の連携及び活用方法を熟知し、本人、家族に選択させることが大切であると思う。病院の医師は病気をみるのではなく病気を持った人を看るという考えを持って欲しいと思う。 総合病院の医師は往診できないから、往診できる医師を家族にさがしてもらうというが多々ある 病診連携はどうなっているのか？　疑問である このような現状であるから、施設入居者が多くなる。
2628	患者、家族、医療者間のコミュニケーション
2629	各職種間あるいは医師の中でも病院勤務医、在宅医の間で役割は異なるが、その役割を果たすためにともすれば、自分の枠内に留まった関わりに終わってしまい、サービス全体として一体化しない危険性をはらんでいる。少なくとも「療養者の生き方」に対してはすべてのスタッフが共通に認識していなければならない。 その上で、本人を中心として介護者と各職種が、意志疎通をはかり、介護者と各職種が療養者を支え、そして、各職種は介護者を支えるようなサービスの展開を図る必要があると考える。
2631	疾病を通じて私たち医療従事者、介護、福祉スタッフとの新たな人間関係が生まれるとともに、家族との関係も変化していく、その中で生きがいを持って生き続けるために、本人、家族、専門職、地域住民が連携をとりながら支えあうことが必要であるキーパーソンは在宅療養支援診療所、ケアマネ、病院ＭＳＷなどが想定される。
2632	療養者の生き方をささえるためには、医療スタッフ全員が共通認識を持ち、また地域毎に、法人のカキネをこえて、連携をとっていけるようになる事が必要である。皆、そう考えても、自分が中心になって何かを立ち上げるだけのエネルギーが持てないのが現状ではないかと思う。なかなかむずかしい問題である。
2634	・当院は施設入所者→特定施設等を中心に訪問診療を行っているのでそのことを前提にして １．訪問看護は点数が取れないので、できない輸液等も不可となる。その場限りの治療のみで、継続的な医療行為は行えない。 ２．施設内の看護師は、ほとんどの施設では医療行為を行わない契約で雇用されているので頼むのはほとんど無理。 ３．後方病院もそういった知識がないので上手な連携が取りづらい　特に現場Ｄｒとの ４．医療保険と介護保険の往み分けがうまくできていないため、対応が難しいケースが多く、結局は後方病院のお世話になってしまう。
2635	先ずは主役は患者であることの認識が重要と思います。 「がん」の告知治療などを説明し、患者さんには十分理解出来ない５生率やChemoT■の有効率など提示し■■■していただくだけでは納得のいく合意ではありません。選ぶのは患者さんです。治療を受けないというのも選択肢のひとつとなるでしょう。 我々医師は先ず terminal 治療でも帰宅・在宅に移行できる技術と方法論を身に付けることでしょう。患者の要望に答えるにはどうしたらよいのかを、帰るためには、ＭＳＷを中心となり、ＮＳ、薬剤師などで緩和ケアチーム作る、種々の立場から在宅に向けて援助を！　チームリーダーは病診連けいを組み開業医と病状など綿密な連けいを家族の援助と暮しやすい環境作りにはケアマネージャーや訪問ＳＴと連けいを取り、社会的に利用可能なものは大いに利用する。 ヘルパーやボランティアにも参加していただく いずれは我が身我が家族にもやって来るものと思います。 自らが希望する場での療養を可能にするには機能的な 24h 体制の

	１０．送りびと（映画観賞）（ターミナルケアの作法）をナースのお仕事に付加する。 ※日本人（地方によって形態は異なるが）らしい終末期の過ごし方
2652	自分の生き方をしっかり持っておくこと 介護が必要になった時、意志表示ができること、それを支えてくれる方がいること、その人なりの生き方にあった支援ができること。 在宅養療支援する側の姿勢が大事。ほんとの心ある医療の提供。 明らかに人材不足。 情報提供がまだまだ不十分。行き届いてない
2653	生きること、生活をすることの支援の仕組み作りのために地域で様々なことを行ってきた。 今後もいろいろなとり組みが必要と思っているが、一番肝心なことは、「質の良い在宅ケア」を自分自身が提供し、１人１人の利用者、及び、その家族が、「やっぱり家で良かった」と実感する人を１人ずつ増やしていくことであろうと思っている。
2655	正しい名称の理解と連携が重要
2656	ＩＣＦという新しい概念が一般的に共通認識され、生活すべてを支えることが、皆が望んでいる在宅での療養者の生き方にあかりをともしてくれることと思います。
2657	「療養者の生き方」を考えた場合、主役は療養者である。 各関係機関が、連絡を密にし、適時、療養者、介護者をまじえた会議（話し合い）をもつことき大切である。 会議は特殊な指導力をもったものが、優位に立ってすすめるべきものではなく、すべての関係機関が公平な立場ですすめるべきである。 普段から顔のみえる連携を心がけお互いがコミュニケーションを計ることをしていれば簡単だと思う。 療養者が、素直に本心を話せる関係づくりが大切。
2660	いたずらな延命のための医療技術は不要である。「死」を迎えることは避けられず自然なこと（異常でなく生きてきた以上必然であることの認識）との考え方が患者に必要ではないか。死と生を二分するのでない、生の延長上に死がある、死は別世界への入り口であること、とした従来日本人が持ってきた仏教を背景とした死生観こそが特に高齢者の末期に必要に思える。長生き（ＱＯＬを無視した）させることのため、病院など医療側の都合で治療が行なわれている場合も少くないし、介護施設も「胃ろう」を入院条件にするなど患者のＱＯＬよりも能率ばかりを求めている。しかしこれらは結局病院や介護施設の経営上やむを得ない側面がある。やはり末期医療は緩和ケアを中心に限定する位でよいのではないか。 高齢者もコスト意識が低く 90 歳を超えていても（平均寿命を超えた高齢者）、ありとあらゆる検査、治療を強く要求する者が多く、命への執着にウンザリさせられることがある（これは言ってはいけないことでしょうが）。「生命は地球より重い」という馬鹿げた観念で医療費は高齢者のために拡大しつづけ若年者の負担は限りなく増える。社会保障はすべての要求をみたす必要のものではなく、最低限の生活水準を満たす以上の必要はない。 ＱＯＬの最重視した医療に限定すれば末期の寿命は短かくなり、その分手厚い末期生活を送ってもらえる。ＱＯＬ重視の医療以外は本人負担でよい。その分介護、精神はケアを充実させてあげたい。 欧米と比して日本はボランティア、宗教者の活動が余り期待できないのでそれをすべて国の社会保障制度の中で受け止めざるを得ない。日本人は死生観を自らしっかり持っている人が少く、非日常的なことでパニック化し易い。戦前、戦後で人種が変わったのかと思えるほど精神性において未熟な人々が多くなった。人生そのものを他者依存的な傾向が強く自己責任で生きる姿勢が弱い。何かあればまづ他に責任を転嫁する生き方が日本の社会保障制度の根本精神である「社会連帯の中での社会保障－他の人の援助も頂いている、大切に使わせてもらう」の気持が薄れてとれるものは最大限自分ばかりにとろうすることから社会保障がひづんでしまう。
2661	このアンケートにより、今后の推移がよくわかった 療養者の生き方…むずかしい設問ですね。 昔の日本が、そうだったように、住み慣れた環境の中で暮らし、最期を迎える。それが可能な体制をつくることが求められているように感じます。 地域の関係も家族の関係も希薄になっておりさみしい気がします。 古き良き時代の日本に戻ることが良いこととは思いませんが、良い所を取り入れ、高令者のみならず誰もが安心して暮らせるための福祉や医療の充実を祈念します
2662	地方においては開業医も勤務医同様に疲弊している。勤務医の医師不足だけではなく開業医不足もあり新たな在宅の担い手として既在の開業医が担い手は無理である。
2663	その地域での開業医と病院との連携が必要である。 そして徐々に行なわれていると思われる。 今後は、医師でない公的な部署（市、介ゴセンター等）に統括できる専門な人がおれば良いと思います。
2664	今後の医療、介護の現場において、患者自身の選択により、生活の場、最期の迎える場を家族、医療従事者が整備し、患者自身の生活を支えていくものと考える。 これまでは、医療を受ける、介護を受けるという受け身でしかなかった患者側が、これから積極的に、医療や、介護に参加する時代となって来ていると考える。 病気になったら病院で死を迎える。介護が必要なのだから病院や施設で生活をする。こうするしかないとされて来た時代が変わるのだと感じている。すべての人々に良い結果をもたらすとは言いがたいが、本来の人間の生き方を望めば「患者の選択による」は、大切であると、重要視されるべきであると考える。そして、私たち、医療に携わる職員は、患者の生活を第一に考える。その人らしく生きることを考える。 又、その人らしく最期を迎える。これらを目標にチーム医療を提供すべきであろうと考え、私もそうありたいと思う
2671	「療養者の生き方」を考えるためには、まず療養者が残りの人生をどのように生きどのような死をむかえたいのかを理解することが大切だと思います。 そして患者の思い、家族の負担などすべて考慮し、どうしていくのが、この患者・家族にとって一番良いのか、ケースケースで検討していくことが必要だと思います。
2673	・ＩＣＦの認知度が医療者・一般の人共に低い、ＩＣＦのような考え方を皆に持ってほしい。 ・家族同志、療養者や各職種の従事者の話し合い、疎通の取り易さが大切と思います。
2674	【広報誌　本人執筆原稿コピー貼付】
2676	社会全体でこの問題を考えないといけない、 ただ本人家族は言葉では理解していても実際最期に近づくと不安が先に来てしまい、死の恐怖から、結局病院に駆け込んでしまう。 この葛藤は「死」を迎えるまで続き、解決しない。（初めての場合） 一度経験すると 2 回目は順調にすすむこともある。
	又、スタッフが全体的に少なすぎる。 仕事内容に見合った報酬が必要である。 →今の点数では到底ムリ、 →空床よりはマシとして、入院ギリギリ（3 ヶ月）まで確保している病院もある。→（その後入退院を繰り返す） 診療報酬全体を見直さなければならない （急性期病棟はそれだけで充分なくらいに、慢性期や在宅、長期療養はそれで充分なくらいに） 家族によると、末期前に一度入院してしまうと、2 回目以降も病院に頼ってしまいがちであるという。（馴れ） →最終的に病院で最後を迎えてしまう。（最初は在宅と思っても）
2682	・在宅希望 80%の意味。たたみの上で死にたい日本人は、本当にそうなのかな？と思っています。 死を理解している方と漠然と考えられている人がいるのかな 高令の方なら在宅死を体験させていますが私達の地域ではかなり前より病院死となっています。 そのため在宅死を私も可能ならかなえてあげたいと対応していますが何かあれば、病院で助けてもらえるのではーという思いがあり、家族ががんばれていないと思います。サポートも十分設定出来ていません。 ・まず、自分達の地区のチームを作る事であると思うのと個人経営の診療所ではサポート出来ないので、各診療所の連系を行える。 ・介護サポートが十分に行える、社会体制を作りたいです。 24 時間 365 日の体制つくりが必須と思います。 ・医療とは別にＭＳＷ的に 1 人の人の組み立てを責任を持って行える人が在宅に必要と思います。 それがケアマネージャーなのかどうかは不明ですが、専門的な人が必要と思います。 介護保険のみの組み立てでは補でないものを感じていますので、精神科支援の様に、ＡＬＳ等の難病の方の支援を十分に考えられる方が必要と思います。 介護＋自立支援＋ボランティアの活用が設定出来る人が必要と思います。 ・私個人としては、自然な流れでの生活をうけ入れる人生でありたいと思っています。 戦うも人生、受けとめるも人生と思っています。
2683	療養者の生き方はその人～によって異なるし その事が明らかになるように周囲の者 （・本人 ・御家族 ・医師 ・コ・メディカル　）必要な情報を提供していく 生き方の中では、種々の問題に折り合い【→＊】をつけること ＊その為にも・情報や、自分自身の価ち感を自覚していくプロセスが必要と思う ※今回アンケートにて「主治医」は１ページに書いあるにもかかわらずいろいろな病院診療所の主治医について回答したように思います。
2684	このアンケートは、答えが用意されていて意図的にその答えまで導いているのですか。アンケートを通して、啓蒙しようとしているのですか。趣旨は理解したつもりでしたが…少し不快なものを感じてしまいました。私がヘソまがりなのかもしれませんが…よって、このページは記入しません。
2685	・どのような生活を望むか、最期を迎えたいか、を重視し、そのためには利用可能なサービスとして、どのような手段があるのかを提供できるようにしていく。
2686	◎知識を患者、家族、医療者側がもっと持つ必要がある。 ◎生き方、在宅にあたって、関わりをもつ職種が必要
2687	在宅では、それぞれの家庭状況があり、決して在宅で亡なる事が、その方にとって良い結果になる事もない。いかにその方が安心して、安楽に生きていけるかという事が大事だと思う。
2688	病院死が 80%→病院でなくなることがあたりまえの感覚。 ↓ 病気をもって在宅で生活する又は亡くなることなどイメージできない。本人、Ｆａ 又は、思いもよらない。 ↓ 意向を問われても情報としてないのでない方もいる。 ※←↓ 往診医、訪問サービスが入っている方は、選択ができることを自然な形で知ることができる。 →※病院の方、医療者も在宅のイメージがない 医療者が、在宅、在宅死の知識がないので情報を提供できない→選択の幅がない ・在宅移行がスムーズになる体制 ・在宅でできる治療の制限を緩和（症状コントロール） ・サポート体制 ・国の制度、金銭面のこと ・在宅医療のアピール、情報を伝えること ・往診医、地域医療を担う方が少ない！
2689	当院は基本的なスタンスとして、0 才～100 才までできる限り、24 時間、対応を約 28 年間しています。 現在通常 4 人でやっています。 というわけで、在宅中心ではないので、とても忙がしく、いつもあまり考えずその時の状況で、必要に応じて連携をとったり、とてもいいかげんにして来た経緯がありますやはり、その時に、その人（患者さん）に合ったやり方を、医療者側が一生けん命やれば道が開かれるのではと思います。
2691	当院に勤務し 1 年、それまでは行政におり訪問看護ステーションも経験しました。 終末期看でも長年やりたいと思い転職しましたが、独立型緩和専門病院であることから“死に行く所”と考えられてしまっている様で仕方がありません。 総合Ｈ．Ｐも診療報酬の問題もあり早期退院と患者、家族に迫っている状態で、高齢者の行き場所がなく、病院から言われて…と転院される方も多いです。 医療者の緩和ケアと対する知識や情報不足も原因ですし、「療養者、家族の生き方」すら考えられていないのが現状です。中には自らが選択し当院に来られる方もありますが、少数です。 前頁でも書きましたが、がんの告知、診断～治療～最期、トータルな相談だけでなく患者会、家族会、デイケアを実施し、全てのことについて自らが考え、選択できる様なシステムがほしいです。やっていきたいと思っています。

2693	癌末期の方の在宅療養が増えており、主治医と連携しながら在宅の看とりをしています。 家族が自宅で介護できた満足をグリーフケアーで話をきく事ができスタッフが頑張っています。 住み慣れた家へ最後は帰りたいと希望があります。何とかかなえてさしあげれるように在宅医療がまだまだ日本はおくれています。 4年前にデンマーク、フランス、ドイツを視察した時に感じました。
2697	高齢者を多く抱える日本の医療にとってまさしくＩＣＦの踏まえた「生き方の支援」が大切だと思います。 現に社会的資源の不足はあると思うのですが在宅で最期を迎えたい方への支援が十分ではありません。 今後在宅医療に向けての医療サービスとの連携や患者さん自身への説明及び自宅での生活の変化を踏まえた教育が欠かせないのはいうまでもないと思います。 私も今回のアンケート調査で在宅医療のあり方を再度みなおしたいと思いました。 自宅で看取りを希望する方も今後増えていくと思いますが本人自身があきらめてしまっている部分も多いと思います。 在宅で過ごす、生きる為の支援も考えていきたいと思いました。
2701	多くの人が最期を迎える場所として自宅を希望している事を踏まえ、ＩＣＦの考え方に基づいた生き方の支援を整備する必要があると思います。医療従事者が、１人１人の患者の希望と家族の希望、身体状態を把握し、必要な制度に関する知識を提供できること、もしくは、在宅療養支援診療所等を活用することで患者に必要な制度や設備を容易に受けることができる事等の情報を提供できる必要があると思います。私達が在宅医療についての知識と理解を深めることが大切だと思います。 また、患者や家族自身も患者の身体変化を理解すること、必要な医療システム介護システム、社会資源、医療と介護の知識、技術を認知、取得する必要があります。 これらを踏まえ、病院や施設から在宅へ移行する際には、ＳＭＷや在宅療養支援診療所等の連携が重要になってくると思います。
2702	１）「生き方」「死に方」は個人に属すべき事項で、他者がとやかく言ふべきことではないと心得ている。生き方の延長に死の問題が個人的に待ちかまえているので、生き方は社会情勢、教育など様々な問題の中での事項なので一医療者が患者の生き方、死に方にまで口をはさむべきではないと思っている。一方、医療者（医療行為）は、患者の生き方、死に方に大きな影響を与えているのも事実である。 私どもは人の生き方、死に方に大きな影響を与えているという自覚を強くもって、個人個人の「生き方」「死に方」を尊重しその各々にどのようにでも対処していくという強い心構えと、スキルを併せもつ必要がある。 そのようなスキルやマインドを形成していくための教育システムも重要であると考えている。
2704	人生 80 年。超高齢化社会へと突入していく転換期を迎える今。何かをしなければならない。でも自分にできることは、ほんの小さなこと。 療養者の生き方については、緩和ケア病棟にいると常に考えてきたつもり。 今日元気でも明日はわからないーという不安定な病状を抱えた患者のニーズは何かを本人の話し、家族との話などからとらえて調整をしていくことは時間、労力がいること。たとえ、それがかなわなかったとしても、自分が関わったあの時ああして話してくれた、というエピソードが心の中に残る。 介護保険の申請、訪問看護の依頼（ステーションへ）時には、在宅での看取りを医師とともに訪問させてもらったこともあり、看護師はコーディネート力が必要なのだと改めて感じている。 どこで死ぬか、はどのように死ぬかに含まれ、在宅でも病院でもその人のニーズに合わせてケアできればよい。どのように死ぬかはそれまでどのように生きるか、ということで、そこを大切にすればよいと思う。 医療費が増大し、在宅療養への移行を推進しているわけだが、現実はなかなかうまくいかないことが多いのではないか。
2708	・地域における医療、介護、ボランティアのネットワークづくりが大切である ・ＩＣＦをふまえた生き方の支援が大切である
2709	在宅支援診療所を主体とし、訪問看ゴ、訪問介ゴ、在宅支援事務所、訪問リハビリ、ディケアステーションを持ち、総合病院、療養、老健 etc と連携を保ち、一日でも在宅療養をと努力していますが、患者さんの家族が若い世代の介ゴ人であった場合、末期には入院、入所を希望され、説明し理解を求めますが、説明不足の為か、仲々難。 開業医の連携プレーを持ち、がんばっていますが、行政がもっと、在宅支援診療所というものを、ＰＲして欲しい。
2710	看取り方、終末期の栄養法等について、家族全体の意志統一を基にケアプランを作成し、看取りを行う。
2711	まず、一人一人が人生の最終期をどう生きていきたいのか。を考えていかねばなりません。 その時期に医療とかかわる際に、医療がどこまでできて、どこまでできないのかという情報を医療側が十分に提供しなければならない。 医学的に正しい選択と、その人の人生にとって最良の選択とはギャップを生じる事が高令者の療養者にとっては少なからずある。 高令者の、慢性疾患の療養にたずさわる医療者は、時々、最期の迎え方のイメージトレーニングを家族とともにしておく必要がある。
2712	在宅生活の限界は、一人の寝たきり老人、であると定義付けると、24 時間介護が必要であるが介護保険でのサービス利用に上限がある金銭的に無理である、等の利用で入院又は、施設に入所してしまう。 現在の 3 大死因である、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患及び、高齢者の転倒による骨折から、廃用症候群（生活不活発病）となる人口を考えると、最終的には、在宅生活は、不可能になってくると考えられる。 1 人でも生活できるように、高齢者の賃貸マンション、グループホーム介護付有料老人ホーム等の施設は、充足されてきているが、そもそも、長年住んでいた家、環境でない場所に住む事で果して、高齢者のＱＯＬが保たれるのかと疑問に思う。 結局医療費、介護費の抑制目的の為、高齢者の方たちが、死ぬまで、家にいたいという、望みすら、まともにかなえられない現状を情けなく思うだけ。 道路は無くても人は死にません、予算を考えたら誰でも思うでしょって思います。
2713	現状として、病院を退院した後は家族・介護施設へ丸投げ状態となっています。 病院と生活の場の中間に連携機関を作るか、在宅医を充実させるかが必要。 また、介護の現場で働く、看護師の充実が必要。
2714	ＩＣＦの考え方 「治す医療」より「支える医療」「生き方の支援」といった医療のとらえ方に心から賛同します。 在宅医療を支える資源の乏しい北海道の地域にあって患者と病院診療所の橋渡しの役割を担い日々苦労しています。 自宅で最期をすごす人々にとっての生き方の支援は、私にとっては患者を中心とした家族や援助チームと共に、その人の人生に参加し、その人生の物語りを共につむぐ者であると思っています。
	この働きを成しとげた者たち、特に家族は、その経験を周囲に語り、また新たな援助者となって行かれます。そして、そのことが病院や医療者を動かすことにつながって行きます。 支える医療が広く実践されることを願います。
2715	本人・医療・介護関係・家族の思いが一つにならないと、満足した生活・生き方ができないと思う。
2716	居宅療養はよいが家族の負担が増大する各職種が入れ変り、立ち変り、業務し、家族は全く休む“ひま”がないことを考えているのか不安に思う。
2717	各関係者が、療養者の生き方を支援するためには、本人の意向を十分に確認すること、次に環境を把握すること。 アセスメントすること、そして、医療、介護、福祉に対する知識をもち、対応できることが重要と考える。 各機関、各職種、立場の役割をある程度明確にすること 又、教育活動として、講習会などの参加を必須とするなど、知識、技術の均てん化も重要と考える。 そして、療養者の生き方を支援するシステム作りを行政が中心となり考える必要がある。
2718	生き方の支援にあたり、その方をとりまく家族の支援がなければ、在宅生活は成り立たない、その為には、医療従事者関特に、大きな病院の役割は大きく、かかえこみではなく、その方が生活している地域にかえすという心がまえ、すなわち連携をいかにシステムづくり、（わくを越えた）ものにしなければいけないと思う。主治医を変更することのむずかしさもある長くその医師にみてもらっているとなかなか医師を変更するということがむずかしく変更するにあたってもその医師との知り合いとなってしまう。地域よりずれることが多い。また、いざという時、入院システムがしっかりしていないと、まわされてしまうことも多く、そのあたりでは、生き方を支援するというより入院先をさがすことの方が先のことがある。
2719	居宅で最後を迎えたいと考える気持ちはわかる。 しかし、現代社会において、家族構成や家族の負担を考えると困難な問題が山積している。 在宅を選択する療養者にとって在宅と入院中との歴然としている問題を十分理解しなければいけない。 また、それを遂行するためには、家族の協力なくしてはできない。全て支援サービスを利用する際は、自身の意志・気持ちをしっかり持っているべきである 医療従事者は療養者の希望をかなえるべく、働くが、療養者の気持ちを理解していなければ、これもうまくいかないと思う。 即ち、双方の十分な理解と双方に対する気持ちの共有が大事であると思う。
2721	個別な問題はある。 現場は間違いなくできる努力をしているが限界はある。 経済的表面だけでも何とかしないと、終末期医療は崩壊する。
2723	在宅医は本人、家族を支える在在スタッフとの連携が必須であり、医師はコンダクターでなければならないと考える。真に治療が必要なら短期入院しまた軽快したら早目に在宅に戻る。 訪問看護師は今まで医師不在の中でケアしてきていたが、在宅医が多くなってくれば現在の治療やケアについて連携して同じ方針で支援しないとズレが出来て双方が家族より不信感を持たれる結果となる。
2724	問１９－Ｃ、と同じような内容ですが 病気を治療するのは何が目的かを考え直さなければいけないと思います。 もちろん病気を治すことは病院へ行く目的の１つですが病気を治すことの先には、安心して日常の生活を送ることがあるはずです。 安心した生活が目的だということを考えて、我々が医療をすれば又、国民が、病気を治すための意味を、家での生活を安心して送ることと思えるようになれば最期を居宅で生活するという目標が達成できるのではないかと思います。病院での病気を治す医療から病気があっても、あるいは老いても安心して生活できるための在宅医療が今までより強く結びついてくると思います。
2727	資本主義社会に生きている我々が社会主義体制の国民皆保険・介護制度を理解させるには国民の教育がもっとも重要である。 マスコミがその役割をすべきであるがマスコミはスーパードクターなどとりあげればどんな人も最高の医療を受けたいと思い在宅医療を最高の水準医療と考える人はまず無い。 マスコミはもっと国民皆保険のメリットを伝えるべきであり、どうして 3 時間待ちの 3 分治療になるか、国民皆保険が元凶であると国民に教えるべきです。 在宅医療にスーパードクターは居ないと国民に教えるべきです。
2728	医療従事者である我々は、医療・看護の専門知識はもちろんのこと、その人及びその人をとりまく人達を支え抜き、「生き抜くこと」「生き抜いて頂くこと」を支援する必要ある。
2731	設問の意味がよく分かりませんので、私なり…ですが。 絶望的な状況→ここがどん底 上り道を探そう 障害者になってしまった→生活の仕方と日常の常識が変わるだけ。 高齢者だけの世帯は、どんな時もまずあきらめる。 聞いてみたら？話してみたら？と勧めますが「もういい」という場合が多い。 高齢者は定期的に市町村長あてに手紙を出さなきゃいけないーなんて事が実現すれば、あきらめていた言葉を聞けるのじゃないでしょうかね。もちろん送料はなしです。
2736	規制緩和の名のもとに進めていた施策は国のシステム破壊だった。 コストカット、当益者負担で進められた改革は已に破綻している。 基本方針の変更がない限り更り崩壊は進行する在宅で、家庭での医療介護に対する十分な pay がない限りやっていけない。
2737	先では体制作りに関して 医療を介護の連携を図るべく（情報の共有、共通のものさし） 「医療を考える会」を不安期ではあるが行政を混えて間にいれる。

2729	
2738	“自分の人生”についてどういう生き方をし、どういう終り方をし、どういうことを大切に思うということが整理がついていないと、人の一生の瀬戸際に付き合うことが“通りーぺん”“今はこうだから”“今はこうだから”“など一般論で、その人個人の一番大事なことを考えてしまいやすいのではないかと思う。 私は武士道という考えが身近かにある環境に育ったので“武士道とは死ぬことを見つけたり”ということは今の高令社会の実情を乗にこえるための真を表わす言葉のように思えます。 しかし、大衆娯楽に十分浸った現代人には厳しく聞こえてしまうと思う。また維新前から流れている庶民感覚からは支配者側の考え方ととらえられてしまうと思う。宗 教的面から見ると禅的に全ては“無”より考えて暮すことより、苦しい時は他力本願、即身成仏のほうが身近かで、受け入れられる庶民の人生観として、日本の中には脈々と流れている考え方と思っている。 日常の生活が厳しい人ほど“これ以上何を頑張れと言いうの、冷たい”と受け止められると思う。ちょっと優しくしてくれる、いい人”と思っているとサギまがいの手口であったりする現状ではとても“自立して頑張る”という気持には素直になれない。これが本音ではないかと思えます。 ほとんど１人で１人を支える社会になった時は人に迷惑をかけず野たれ死のうと覚悟を決めたいと思ってます。その時の願いはせめて野たれ死ぬなら“私の選択を邪魔しないで”と弱った中で絶叫したいあるはそれをする自分がいると思ます。動ける今のうちに、一人でも終えられる自分が選んだやり方を見つけたいと考えることはよくあります。しかしそれは誰れでもかううとは限らないと思います。“だまされること”“ごまかされること”邪魔物扱い”されることは弱った身には一番悲しいことです。
2741	まず先ほど述べたように患者さん本人、家族、病院、介護施設それぞれのバランスが必要で、少しずつ社会全体の流れを形成する必要があると考える
2745	◎現在は、病院であったり、在宅の関係者、各職種が、それぞれ独立して、機能していることが多いのではないかと思う。 しかし、一人の患者さんを、病気としてではなく、その人の生き方を考えようと思えば、やはり、もっと長く継続してみていく必要があり、そのためには、各職種が、もっと、自由に情報を交換し、協力し合うシステムが大切になると思う。 ◎医療者だけでなく、国民一人一人も、他人事ではなく自分達が直面することとして、どのような選択肢があるのかを情報収集しなければいけないと思う。 新聞などでも最近は少しずつ取りあげられることがふえているが、もっと、広く取りあげ、国の問題として考えていく必要があると思う。
2748	将来に於いて、個々の意識の向上も欠せない問題だと思いますが、まず、新聞や雑誌やマスコミ等々で市民の目に耳に届く様な工夫を行ない、どんなサービスが受けられるのか？どんな事ができるのか？知る事が必要だと思います。 ＩＣＦモデルにある様に環境因子や個人因子となるものを整備し取り除く事によって、心身の機能がアップし、活
	動範囲も拡大しいろいろな活動への参加もできる様になり、健康状態で日常が過ごせると思います。 ☆将来どう生きたいか、時には考えて置く必要があるだろうと考えます。
2750	・「死を見つめる」事…今まで“いかに健康に生きるか”と言う点にウェイトが置かれていた様に思う。しかし、これからは、“いかに自分らしく生きるか”に変わっていく様に思う。その為にも、まず「死を見つめる」事が足がかりになると思う。「死」を回避しようとしていた時代から見つめる時代、それが療養者にとって、その人らしく生きる事につながると思う
2751	医療過疎の北海道では在宅医療を担うＤｒが圧倒的に不足している。 在宅での看取り（死亡診断書の作成）を実行できるＤｒがいないとその他の体制を整備しても「最期まで在宅で」という患者、家族の希望を叶えることは極めて困難である。 医療過疎地での在宅医療を進めていくには都会とは違った仕組みが必要なのではないかと考えている。
2754	行政、医療、福祉）が協調して垣根のないクライアント中心の支援が行なえるようにと思っています。 現状は行政のやる気のなさ 医療、福祉の経営者側の利害意識 地域の医師の理解の低さで 四苦八苦しています。
2755	人の生き方は、最期まで自分らしく生きたことで全うされ尊厳が守られるべきものであると思う。 病院での療養、在宅療養ともに、その必要性と（ともに）「その人が、その人らしくあるように」という視点から選択されたなら、医療と介護の連携や、本人、家族を中心としたディスカッションをもつこと等を推進していく必要があると思う （介護保険でケアマネージャーが中心となって行う担当者会議のイメージ） ↑ 担当者といっても、事業者のみでなく必ず、本人を中心として、会議をもつようになっている。 医療の中にも、このしくみを取り入れてみてはどうであろうか？
2759	主として造血器悪性腫瘍の診療を行なっている。 この領域では医療行為そのものが除痛と生存期間の延長をもたらすことが多いため、在宅で終末期を迎えることは少ない。 当施設では、通院可能な期間は最大限通院診療を支援するが、死亡するまさにその数日間は入院という形をとっているのが現状だ。 感染症、出血、苦痛などの問題を家庭内で Management するのはかなり困難なようだ。 しかし、可能なかぎり在宅養療期間を長くすることに対して努力してもいるよい解決方法があったらぜひとも教えてほしい。
2761	アンケートについては、もっと細くしないと、誤った結果になります。
2762	制度の中に「生き方」を支援する視点がないと前ページに書きましたが、「人の生き方」は制度の枠にはまるものではないことも確かです。 制度に人を合わせるのでなく、人の生き方を支えるために制度を利用し、柔軟に対心することの大事さを医療職、介護職で共有したいと思います。
2767	大規模病院では、生命を維持するための治療が優先され、そのことが大変重要で必要なことであるのは周知の事実でありますが、患者に（その家族などにも）速やかに、多くの選択肢を分かりやすく情報提供し、患者が主体の医療が受けられるように、医療従事者が、考え方、対応の仕方を学んでいかなければいけないと思います。 まだまだ、医師主導であったり、看護師や多数の医療職も病院が医療の場として生活と切り離して考えている部分が大きいように感じます。 大変多くの人が、療養生活を送られています。 また、その人々を多くの介護者が支え、多くの医療職、福祉職が協力仕合おうとしています。 それぞれの立場のライフワークバランスがとても大切だと思います。 どこかへ、負担をかけるのではなく人材、経済ともに潤うように体制を整えていただきたい。
2768	１．宗教とは異なる「一般市民／医療者／共通の死生に関する理念」の創造が必要ではないか？ ２．絶対的な優先をもって個人の意志を尊重できる特別な保険制度を公的なもの以外に付加する方法はどうか？ 生前より（あるいは精神健常の時から）終末期のあり方、療養場所の選択をしておき、それが独居 24 時間の充分な緩和ケアの提供を受けられる高額（限度なし）の医療／介護保険サービスであっても給付可能である保険特約を設ける。 （当然保険料うわのせになるが、資力あるものにとっては、老後への備えとして利用出来るはず） 又、その資力ない場合には、社会貢献度や勤続年数等を考慮して企業体からの支給枠を設けたり、あるいは政府のみとり■■予算で、医療費の特別支給を可能にする様な方法も必要になる。 ３．民間活動でみとりに関する互助会的な相互ボランティア参加による高令者による高令者のインフォーマルサポート体制をつくれないか？
2770	癌のターミナルを施設（ホスピス）でみていたＤｒが緩和ケアなど安定した患者さんに今後どのようにしたいか希望をたずねたら「家にかえりたい」といわれたとの事で、在宅が苦痛も少なくサポートがある程度充分で帰れるものなら基本的に「すみなれた家、環境」に帰りたい居たいと思われる方が多いのではないかと思われる。 ①「苦痛がなく」②「サポート体制（＝医療、介護）が充分であれば」がキーワードだと思う それらが保証されれば、慣れ親しんだ人達と自由に会えるし、使いなれた、又、みなれた風景の中で家族とも日常生活の中で最後まですごす事ができる。 私がターミナルを在宅で看取った方は③「入院は絶対したくない」という意志がおありの方でした。それに沿ってサポートさせていただきました。 簡単ですが以上。 お返事遅くなりすみません。乱筆でお許し下さい。
2771	「療養者の生き方」を推進するにあたっては、これらに関わるスタッフの知識不足があげられる。 「療養者の生き方」を決めるのは医療・介ゴの各種職員ではなく、その中心にいる本人やその本人をとりまく家族であるが、こちらの情報提供が十分できないために、在宅へ移行せず、転院と決まってしまっている。 もっと、医師や看護師及びこれらに関連する人たちの知識を向上させるために研修など企画してはどうかと思う。
2775	看取り 在宅医療 複雑な制度の簡素化 介護難民 がん難民

	低所得者対策 など将来に対する不安要素の改消
2777	人生観、死生観を各々が確立していく必要があります。 又、家族のあり方、地域社会の充実をもっとみつめ直していかなければなりません。 医療者の意識を向上させることは必要条件ですが、日本人一人一人の問題だと思います。（死生観）
2778	在宅ケアに取り組み医師や看護師の数は限られている。医師や医療スタッフは生者に対する熱い思いがあるにもかかわらず、在宅医療に向ける時間が十分なかったり他職種との連携ができていないのが現状である。 したがって本アンケートにあるＩＣＦを踏まえた生き方の支援についてこれから啓蒙が図られるべきと思う
2779	私は医療者であるとともに高齢者を家族にもつ１人の人間としてその人の人生観、又は死に対する考えが各個人により異なり、そして実際にどのような形で死をむかえるかによりケースバイケースだと思われます。 ターミナルを迎えるにあたり医療者として本人には直接的におききする事が出来ない事が多く、家族の方又は訪問看護師などを通じておききする事があります。家族の方でも自宅で看取りたい希望でも急変した場合、自宅で苦しそうにしている患者を見ている自信がない事もありです。唯医療者が近くにいて支えてもらっているという安心感、それは大きな力だと思います。医療、介護において連携をもち共通の認識の下に１人患者、家族を支える事が出来れば高齢者の望む生き方、死に方も可能になるのではないかと。 環境、知識など条件は様々ですが、医療、介護の場面において患者をとりまく環境が信頼関係で結ばれているという事が第１ではないかと思われます。
2780	介護にあたる家族の負担がそれほどひどくないという事を説明できれば在宅医療がもっと広まると思う。
2782	・医療、介護の提供者による「生き方」の押しつけはしてはならないが、ある程度の主治医の指向性は仕方ない事で療養者との十分な意志疎通のもとで歩んでいく事が重要と思われる。 ・療養者にとって最も幸福と思える生き方を色んな分野の知恵を絞って考えていく事も必要である。
2784	療養される主役の方がどう生きたいか、どう最期を迎えたいか、出来れば身体的に余裕がある内にきちんと決めて頂く。メディアでの啓蒙も行う。 関わっていく医療介護職はそれを全力でサポートする。 決めかねる方も多いだろうから拠点病院内や地域（必要人口対比で算出）毎に特化した「療養者の生き方アドバイザー」を配置する。 連携の統括もその者が担う。（２０１５年目標）それまでは現状維持。
2785	やはり、一番には国家が予算を出して、医療、介護、福祉に最っもよい方針を作っていくべきであるでしょう。 今回のアンケートは、いろいろ勉強になりました。 回答期限を過ぎていますが一応郵送します。よろしくお願いします。
2786	１．充分な説明と職種間の連携。 １．生きること、死ぬこと、病むこと、老いることへの共通認識 １．広域支援
2791	問１９－ｂにかいてあることに加えて、自分たちがこれがベストと型にあてはめるのではなく、患者や家族の視点にたって考えることが必要なのではないか。 病院地域がお互いに顔が見える関係を作ったり症例検討などをつみ重ねながらつながりをつくっていく必要があると思う。
2792	療養者の生き方を考えるときは人それぞれの生き方につながります。一般論でどこで死にたいかと聞かれたら自宅で答える人が多いのはそのとおりだと思います。 深く考えない人が多いと思います。 実際にいろんなことが起こって、死が近づくことを実感したときに考える人もいると思うし、またその時にでも考えない方もいると思います。 個人個人がどこまで人生、死について考えているかが重要な点と思います。
2794	私の周りで医療・介護の各職種間のコミュニケーション不足から療養者の在宅生活に多大な影響を与えることが時々みられた。なぜこのことがおきるのか思い起こしてみるが、そこには本来であれば主役であるはずの療養者の意向が不在であるように思える。 在宅療養生活とは原則として療養者そして介護する家族などの関係者の希望を中心に据えて検討すべきことなのに、必要書類のやり取りだけで事を進めていたことが多かったように思える。 その例として病院退院時カンファランスがあげられる。病院退院時カンファランスも地域によっては100%達成していると聞いているが、実際私のいる町ではカンファをやろうという声が出てこない。このカンファの意味は療養者をふくめこれまでかかわった人、これからかかわる人の顔をみて、療養者とその家族のこれからの生活を支える方法を検討する重要な会議にも関わらずにだ。 私個人の考えは、療養者の満足いく療養生活を支えるにあたって、その初めに医療者・介護者、そして療養者本人もしくは家族が一堂に会して話し合うこのカンファランスこそ今以上に推進したほうがよいと考えている。現在でも保険点数がつくにも関わらずカンファがあまり開かれていないのは各職種間の時間の調整が難しい点にあると思う。昼の休み時間を削りカンファランスを行うこともできなくもないが、時間が限られ十分な話し合いは難しいであろう。移動時間もばかにできない。全員がそろうことなどかなり難しいと思う。対策案としてネット会議も一考に値するであろう。もちろん保険点数の上乗せも推進力になるために必要であろう。 これら会議を経て得た療養者本人の希望が第一であり、それにできるだけ添えるよう周囲の家族のみならず直接顔をあわせて話し合った医療者、介護者がチームとなり療養者を支えていく意志を会議の席で療養者とその家族に示すことで、療養者の生き方をより充実と満足を与えることができると考えている。
2798	僕は平成３年より亡き父の家業を継承している 47 歳の開業医です。先代からの患者さんで３世代、４世代診させて貰っている方もおられます。従って僕の関わった方の終末期に臨み難しい理論は持ち得ません。看取りを行ったご家族に見守れながら、癌死であろうと自然死であろうと厳かに逝かれたと思っています。 見方を変えればこのアンケートの望まんとするところの在宅推進は幅広く、退院後当院初診の方なども看板を掲げて看てあげましょうと言うことなのでしょうか。退院後、終末期で当院は全く初診の方…。構えますね。臨死観も判らない、家族構成、家族関係も判らない。僕の場合は原則他の医療機関をご紹介致します。それでも医療機関が無かった場合、行政の関与、行政からの依頼、ご家族からの依頼が重なり、情報も成熟し当法人での在宅支援が適応と判断すれば実行となるかも知れません。医療行為のみならず、当院の医師、看護師、介護士などの人間性に対するクレームもリスクマネージメントとしなければならない為です。 「患者様は神様です」ではなく「患者さんにどう手を差し伸べることが出来るか」です。 偉そうに聞こえたらご免なさい。日々多種の規定の書類、規程の作成、マニュアル作成を御上から助言され、コンピューターの前から離れられない日常をこなし、嫌気を感じつつも昔から変わらない患者・医師関係（ラポルトの確立）を実感することが出来るのが看取りの瞬間と感じて止みません。どんな政治であろうと、医療制度であろうと患者さんがいる限り、患者さんが手を差し伸べて望まれるならオーソドックスな診療を続けます。 新しい医学はあっても、新しい地域医療は無いよう思います。
2800	主旨にそえるかどうか自信ありませんが考えている事を記入させていただきます。 療養者がどこでどの様に死を向かえる時までどの様に生きるかはとにかく大きな問題です。 ですが私が１つだけこれさえあれば何とかなる、その人の尊厳を守り、死の瞬間の苦痛をのぞけば安楽に生きて死んでいけると考える事があります。 それは医療、介護が充分に受けられる環境にあるという事です。 金の有る無しに関係なく医療介護が不足なく受けられるという事です。 個人の努力だけでは何ともなりません。 お金の有る人は何とかなるでしょう。 ほとんどの人は充分に医療介護をうける経済的よゆうはありません。 又、医療も介護も充分な体制にはありません。 ここの解決が絶対必要です。 充分ある中からどう選択するかしないかは療養者の生き方です。 とても内容が深く考えさせていただいたアンケートです。 答えられない所もありました。
2801	治す医療の限界にある方は「治すための支援」だけでなくＩＣＦをふまえた「生き方の支援」が必要。 生活すべてを支える環境が作れれば良いなと考えます。
2804	糖尿病で、食事療法が必要な方で、ヘルパーが食事を作っている場合総カロリーなど、食事内容を考慮してくれないために食事療法が行えず、血糖コントロール不良で困っております。 要介護者は、作られたものを食べるだけですので、食事を作り提供する側に問題があると思います。 「おいしいものをたくさん食べる」という考えから「食事も治療の一部」という考えに改めていただきたいのですがうまくいきません。 １日の総カロリーを示しても「栄養士ではないので作れない」と初めから協力的でありません。 薬を増やすことは、副作用のリスクが高くなるので避けたいと思っております。 介護職の方は与薬もするので薬に関する知識も必要に思います。 ＩＣＦについてはこれを学ぶ場がありませんでいた。
2805	私の祖母は、約 15 年前に在宅で最期を迎えました。母やおばが介護をしており、往診医がいたのですが、母の負担がかなり大きいものでした。 現在、高令者が高令者を介護していることや、核家族化や小子化も加わり、緩和ケア病棟で勤務をしていますが、多くの療養者は、家族がいても短時間の面会のみで、殆んど最期を迎える直前まで一人で過ごしている。在宅が可能なケースも、家族の受け入れが難しいこと、一人で生活をしており、何かがあったら不安で病院にいる保障ですごされていること、で、在宅に戻れない。病院では、清拭、オムツ交換は看護師がしており、家族の介護する機会はなく、自宅で、介護をすることも考えられない、現実がある。 療養者の生き方は大切にしたいが、その人を支える社会が不十分と思います。 最期は、自分の家で迎えさせてあげたいと考えています。現実に実現できた例もいくつか知っていますが、病院での現実を見ていると困難なことが多い。データや理想論は必要であるが、現場での問題点を見てほしい。
2807	近年高齢化や少子化・核家族化している中、療養を必要とする人がどのような生活を送っていくのかいろいろと問題になってきていますが　まず療養者自身がどう生きていきたいか、どのような人生を送りたいかを明確にし元気なうちに考えしめしていく事が大切だと思います。又、そのことに関して家族間でも話せる機会があればいいと思いますし介護が必要となった時どんな社会資源があるのか病院で死を迎える以外にどんな道があるのか、在宅でどこまで療養できるかなどの知識を持てるシステムが必要だと思います。 その為には病院と地域のかかりつけ医、保健・福祉関係各事業所や施設が連ケイし、在宅でも療養者がその人らしく療養できる環境を作っていくことが大切だと思います。 昔のように家で死を迎えることが当たり前だった頃に戻れとは言わないですが、最期は居宅でむかえたいという希望が多いことをふまえ、在宅でも出来るんだということを理解してもらえるよう又出来るシステム作りが必要だと思います。
2809	病院の医師・看護師をはじめとした職員に、疾病だけではなくその人の生活が今後どのようになっていくかという視点を持っていけるようにしていきたい。 そのためにもっと在宅の現場を見てもらえる機会をもっと増やせたらと考えている。
2810	患者、家族に対して、サービスの質量種類コスト、また希望などに対して、専門の職種（例えばケースワーカーなど）を作り説明と同意を受諾してもらえるようにするのが良い。 ケアマネージャーが現在、このような職務と考えるが多くが施設や事業所に所属しており中立な立場での助言、説明は難かしいのではないか。 また、一方で施設事業所での業務の経験がないとケアマネージャーとしての業務ができないこともある。 ならば資格だけの、ケアマネージャーなどの人達にこのようなサポートをお願いするのも良い。 医師では時間の手間から考えて無理がある。 一般医療現場でも多くの時間を説明と同意の受諾に費やしている。
2816	“病院で死ぬ”“治療”を受けることが当前だったひと昔前に比べ、今までは“在宅で治療を受ける”“たたみの上で死ぬ”ことが出来る様になりました。前者は知識がなくても病院に行けば、まあ誰でも受けられることができるでしょう。 でも後者は患者や医者だけでは受けることが出来ません。ケアマネ、ヘルパー福祉用具の業者や訪看、様々な業職が協力し関わらなくては実現できません。誰が、病院か在宅という選択肢をいつ、彼らに与えられるかが重要だと思います。 最近在宅死をのぞみ看取る利用者さんの数が増えてきました。 しかしまだ少数です。希望はあっても実現できない人が沢山いると思います。特に病院に連けいのアプローチをしています こちらの業務が、どんなものか病院スタッフに理解してもらうことが大切だと思います。
2818	在宅療養生活、それは自分が生まれ育った家で家族のぬくもりがあり我ままが少し言え甘えられ、自分が自分らしくいられる場。 そこで必要な医療介護を必要な時に必要なだけ提供でき自分らしく人生を送れる事が最も素晴しいと考えます。

2811	
2819	緩和ケアの４つの苦痛 （１身体的苦痛 ２精神的苦痛 ３会社的苦痛 ４スピリテュアルケア　は何も“がん”ばかりではないことと強調したい。 ＡＬＳや認知症、脊髄損傷、ＣＯＰＤ全てにおいて必要である。 またスピリテュアルケアという概念は生と死について深く考える要■だと思うし必ずしも医療専門化でなくてもいい場合がある。 難しい理論より実践でどうするかと考える■■。 私は最近めぐみ在宅クリニックの小澤竹俊先生の 人と支援するために３つの柱 （１．時間の柱）将来の夢 （２．関係の柱）大切な人との関係 （３．自律の柱）自分の自由（自立ではなく自律という） の考え方と現場でしっかりと見極めて在宅のケアに活かしたいと思っています。
2827	在宅療養を行うにあたり、当院の[redacted]では、比較的連携が保たれていると思います。 病院sideの在宅療養への理解はもっとすすめるべきと考えてます。 又、療養者に対して、又、面倒をみている家族に対して、在宅で看取りをした場合、保険者から報奨金など金銭的な、補助をしてもよいのではないでしょうか。 それ以外でも、もち出しが多いのですから。
2830	臨床の場にあっては患者が何を望んでいるのか殆ど理解できている、医療従事者は少ないと思います。
	患者がその人らしく在宅療養を送る為には、患者に関わる専門職が真剣に、医療と在宅の連携を考える必要があります。 治る病気以外の患者については、患者が住み慣れた我が家で「その人らしく」生活する為の「生き方の支援」についてこれからもっと病院を上げて話し合いを持ち、体制作りをする必要があります。
2831	病院における医師・Ｎｓの在宅療養に対する知識不足や、「生活者は家で生活したい」と思っていることをまだまだ理解できていません。 病院の治療日数は短縮化することを期待されており、医療側としては退院に関わる時間は与えられません。 病院で、十分な在宅への準備をする時間はないということです。 そこで、在宅のわかる院外の医師、訪看ナース、包括やケアマネを療養者の利益のためにうまく活用し、連携をとる、“モチはモチ屋”の発想が医療機関には必要です。 入院して治療方針が決定した時点から在宅ケアを見すえた関わりを始めること。 そのために、外部の機関の者をより良く取り込んでいく柔軟性が医療機関には必要です。
2835	療養者の生き方として、居宅で終末期を向えるために医療、介護等の社会資源、又は家族の介護力も必要でそれが充分に可能ならば居宅での終末期も可能となるでしょう。 末期の状態でも居宅に少しの間でも帰れるような環境ができれば、よいのではないかと思います。
2837	最後まで住み慣れた地域や自宅で安心して生活し、療養する事が理想です。 そのためには個々で早い時期から「私はどう生きるか」を決めておかなければ、介護が必要となってからでは遅すぎます。介護保険、行政に頼りますが、あくまでも自分の老後健康は自分で守ることです。 不幸にも介護、療養生活が必要となった場合でも、家族にも負担をかけない生活も考えて行かなければならないと思います。医療、福祉の有効な利用が必要です。 当訪問看護ステーションは H21 年 3 月 31 日で休止となりました。安心して自宅で療養生活が送れるように支援し、看護を展開して来ました。残念な事に訪問看護の依頼が伸びず、経営的には事業の継続ができなくなりました。 バックに病院はありますが、居宅支援事業所がないこと、地域包括支援センターからの依頼も少ない状況です。 やはり、同法人内であったり、地域での事業所の依頼に片よりがあるように思います。存続できなくなった事を残念に思います。
2839	各職種間でミーティングや勉強会をする等して、サービス内容の周知や、主治医の在宅医療へのスタンスがどうなっているのか等知ってもらうことが必要。かかわる各職種がある程度、在宅医療への思いが統一されていることが必要。
2840	一般的にいう「ニーズ」は、漠然と何となくという程度のことが多い。ニーズが明確であれば「サプライ」は状況に応じて充分に可能と考えられる。従って、最初の面談、その後の反復する話し合いで常にニーズをできるだけ確かめる作業が必要と思われる。 過程の状況、病状、経済的事情、漠然ながらできることできないことについて患者、家族は■えていると考えている。医療側もそれとのすり合わせで選択枝を探していくことになる。 その上で、在宅かどうか施設なのか、病院（これは止むを得ない場合）選択を合意していく。 常に状況の変化に柔軟に対応していかねばならない。
2841	在宅医療が患者さんにとり希望があれば最良のことは明らかです しかし、現在の社会通念は医療資源に照らし合わせると困難なことが多いと思われます。 在宅で、気切、胃瘻他寝たきりの 30 代♂を治療していますが、生活費のみで月 50~70 万円の助成がなされています。税金でまかなわれていると考えると費用対効果も重要で、この様な症例を在宅で継続することの必要性も時々考えてしまいます。 いづれにせよ難問です。
2842	医療を提供する者
2846	町として在宅療養したいと思っている本人家族を支えてあげられる体制をつくることが必要でしょう　町がチームとして動き多職種間で特に顔の見える連携をとりつつ支えあうことで安心して暮らせる町になるでしょう 在宅をやりたくない人やれない人については施設を上手に利用することも大事で全ての人が全て在宅で生活させることには賛成できません　その人のために負担が大きくなるとただ単にこの人を看ているという自己満足だけになってしまうのでは？安定して安心して暮らすには施設の方が皆の負担もなく生活できるならそのことを説明できる様でないといけないと思います 在宅で出来ること在宅の方が良いことを中心に考えることが必要だと思います
2847	住み慣れた場所で、住み慣れた人々と、心通う人々に囲まれて療養できる医療連携が望まれる。専門医院での治療が終了し、目途が立てば速やかに地域の外来を中心としたクリニック、最終的には終末期の在宅医療を提供しうるクリニックへのよどみない移行が望まれる。地域住民の目線に立つ（コミュニティーに根差した）地域連携、癌末期患者に特化した在宅療養支援診療所、神経難病をはじめとした癌以外の各種一般の末期状態の患者に特化した在宅療養支援診療所、小児在宅医療に特化した在宅療養支援診療所の速やかな設立が望ましい。
2848	現状　理想 ■■■■　納得出来る生き方を考えていく 開封遅れ　時間がなく十分書けません。
2849	第一に介護力の問題（家族・身内）がある。 価値観もあり老老介護も含め介護者に過重な負担を強いるケースも多く、むしろそこがネックになっている
2851	医療者、そうではない医療うける側　老若男女かかわらず自分の事として「もし自分が…」という観点で考え「知ろう」という意識をもつ事から始まると思う 自分自身の反省点としても含めて、与えられるまでまつのではなく自ら行動し「できない」ではなく「できるためには」の問題点抽出、解決策検討していく方向で考えていく必要がある 決して人事ではないと皆が思っていくべきもの
2852	我々医療・介護をする側は、患者に接する時に、我々自身の生き方・哲学が正しいものであるかが常に問われている。 自己を知る、自己を変革してゆくという生活態度が問われている。 その上で患者さんと共に歩むという素直な態度が求められている。その様な中で、意識や方法は駆使されるべきものであると考える。
2856	「療養者の生き方」ということを考えて、わが国の現状を見た時　家族の力　家族の介護なしでは「家で過ごしたい」あるいは「家で死にたい」という療養者の願いは実現しない。「療養者の生き方」を中心とした技能展開を図るためには療養者が本当に望めばフォーマルなサービスだけで自宅で過ごし自宅で死ぬことができる環境をどう作っていくのかということが大きな課題になると思われる。
2857	やはり、看護は医師の指示のもとでケアをするわけで、ヘルパーとは違うので、介護保険ではなく医療保険で訪問

	看護をするべきだと考えます、 ケアマネの質が悪い低いため看護は看護で計画を立てたい。 勿論他サービスとの連携はとるが。 ケアマネに説明する時間がない
2858	継続して療養者の生活を支えるため、ケアカンファレンスや、在宅へ移行前の調整が必要。療養者の希望や必要な支援が共通認識できるよう、連携が必要。ハード面として、設備の拡充・人的確保ができなければ、在宅療養を支えることはできないと思う。
2860	生活機能を構築し、安心して生活し、死を向えていくには、ＩＣＦという分類だけをつくっても現状の医療体制では現場は何も変わらず、それにふさわしい医療のあり方が必要と考えます。
2861	個人を知る、性格、考え方、生活環境 周囲のサポート、資源を知る 周囲との関係を知る サポートしてくれる人、サービスをどのような視点で見ているか知る →上手く思いうかびません。
2862	現在、当ホスピス病棟入院ＰＴに関しては、 ①主病名・現在症状の責任病名の評価とプランを明確にする ②ＰＴの生活区・死生観を本人・Ｆａより聞きとり ↓ ③今後どこで療養希望するか本人・Ｆａに聞きとり ↓ ④在宅希望であれば、在宅調整会議（主治医・病棟Ｎｓ・訪看・ＭＳＷ・ケースワーカー・医療レンタル会社・本人・主たる介護者） 必要に応じてストマ作成、ＩＶＨポート作成、腎ろうなどを行っている 人は必ず老いて亡くなること 癌終末期の症状は在宅でも充分に対応でき、とれること 残された時間をあなたらしく全うして良いこと そのために我々は全力で支援すること をお伝えし、今後おこりうることを少しずつ病状変化に合わせてお話ししている
2867	必ず人間は死を向えるということを原点に老いて行く言う現実を日々時々をかけて御自身、御家族、医療従事者共に話し、少しずつでも■解ができる様な関係を構築していければと日々の療養又ターミナルに対して思い感じて居ります。
2868	昨年末から大不況の影響で高齢者の末期治療に対して、少しでも高齢者の金・財産を家族が得られるのを待つようになり、 〝早く殺してくれ〟 〝医療費は10円でもはらいたくないので直ちに中止してくれ〟 〝もっと心のこもった医療と介護をしてほしい。しかし金銭がかかるのはこまる〟 などの例が激増している。 これは世界中で、人間の人生観、歴史観、世界観がバラバラで基本軸がまったくブレが生じている国は日本以外にない。 戦後の教育で、2009年現在で、どのような行政政策をとっても、個人レベルでの政策理解に終り、このようなアンケートをみても、現実、実体をとらえることができないのが日本の介護、医療状況と思われる。
2870	療養者本人の意思をいかに尊重してそのとおりに実現できるか、ということにつきる。 離れた家族の考え、入院していれば病院スタッフの考え、在宅にいれば在宅スタッフの考え、が全てを決めてしまっていることが多く、療養者の生き方に大きな影響を持ってしまっている。 病院志向に偏った考え方を変えていけるのか。 病院に勤務しているスタッフは明らかに病院志向が強く、在宅医療の現場をみるなり、十分な教育が必要だと感じる。
2871	市場原理だけで医療を見ると、成り立たないのだと思います
2872	■■■■の在宅死の前に、患者や家族に、■■■■■■■■■■おちいり、パニックになることがある。 ■■に、日本人■■■■■■死を現代人は受容することが出きない。このことは■■により■■できるものではない。 在宅で死■■とのこと一方、一日でも長く生きていたいという希望もある この両者を共に■■させることは可能なのだろうか？ 又　このことを本人にといつめることは出来るのだろうか 本人も決められるのだろうか？（■■■■基盤ななくして）
2873	理想と現実という事なのかもしれません。 本当は自宅ですごしていきたいと思っていますが、介護者に対する負担を考えると、そうもいかないような気がします。 又介護者がいない事もあるかもしれません。 しかし、自由は得られ精神的な部分はとてもおだやかにすごせると思います。我が家だから、別にどうなってもいいや～と思ったりするのかもしれません。 周囲の方々には迷惑な話ですが。 実際にこういう業務についていて思う事は確かに在宅への意識が薄いという事です。田舎だからかもしれませんが、“こんななのに家にいていいのか？家でみていけるのか？ 家の者が見殺しにしているような言い方をされる事もあり、なかなか難かしい部分も多いかもしれません。 主治医がしっかり本人家人に説明義務をはたして下さればそれをサポートはしていきたいと考えますが… 事業所の動きについても土日祝祭日夜間に関する体制がマンパワー等の問題もあり考慮していかなくてはいかないと考える

高齢者の「生き方」を共通言語とした24時間視線行動を可能にする医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業
事業実績報告書

平成21年3月

平成20年度老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

老第1209001号

主任研究者　川島　孝一郎

仙台往診クリニック
東北大学大学院医療管理学分野

〒980-0013
宮城県仙台市青葉区花京院二丁目1番7号
TEL:022-212-8501
FAX:022-212-8533