

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査
後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査2
－ 後期高齢者終末期相談支援料に係る調査 －
報 告 書

I 調査の概要	1
1. 調査目的	1
2. 調査対象	1
3. 調査方法	1
(1) 施設調査	1
(2) 事例調査	1
(3) 意識調査	1
4. 調査項目	2
(1) 施設調査	2
(2) 事例調査	2
(3) 意識調査	3
II 調査結果の概要	4
1. 施設調査	4
(1) 回収の状況	4
(2) 回答施設の属性	4
(3) 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況	6
(4) 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況	8
(5) 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況	10
(6) 後期高齢者終末期相談支援料について	12
2. 事例調査	15
(1) 回収の状況	15
(2) 回答事例の属性	15
(3) 話し合いの状況	17
(4) 話し合い後の患者・家族の状況	20
3. 意識調査	21
(1) 回収の状況	21
(2) 回答者の属性	21
(3) 終末期の診療方針等についての話し合いに関する意識	24
(4) 終末期の診療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識	28
4. まとめ	31

資料1 施設調査における自由回答意見	33
資料2 意識調査における自由回答意見	50
調査票	129

I 調査の概要

1. 調査目的

本調査は、医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況や話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況、後期高齢者終末期相談支援料の算定状況を把握するとともに、終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する一般国民の意識の調査を行うことを目的とした。

2. 調査対象

本調査は、全国の保険医療機関を対象とした「施設調査」及び「事例調査」と、一般国民を対象とした「意識調査」から構成される。

施設調査及び事例調査は、全国の病院から無作為に抽出した1,700施設と、全国の在宅療養支援診療所から無作為に抽出した850施設、その他に内科系の診療科目（内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・気管食道科）を標榜する一般診療所850施設の計3,400施設を対象とした。

意識調査は、民間調査会社に登録するパネル2,000名（年齢による層化無作為抽出）を対象とした。

3. 調査方法

(1) 施設調査

- ・自記式調査票の郵送発送、郵送回収
- ・調査実施時期は11月

(2) 事例調査

- ・施設調査の対象施設に対して、平成20年4月1日から9月30日に終末期の診療方針等の話し合いを実施した事例それぞれについて、担当職種に回答を求めた。
- ・調査実施時期は11月（施設調査と同時）

(3) 意識調査

- ・自記式調査票の郵送発送、郵送回収
- ・調査実施時期は11月

4. 調査項目

本調査では、施設調査で医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況や、その話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況、後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に関連する項目を、事例調査で医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの具体的な実施状況に関連する項目を、意識調査において終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する意識に関連する項目を調査した。

詳細は以下の通りである。

(1) 施設調査

区分	内容
施設属性項目	<ul style="list-style-type: none"> ・施設種別、病床数、開設者、診療科目 ・在宅療養支援診療所（病院）の届出状況 ・終末期医療の職員研修の実施状況
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況 ・話し合いを実施していない理由 ・話し合いを実施した患者数（75歳以上・75歳未満） ・話し合いを実施するうえでの困難 ・話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況 ・文書を提供していない理由 ・文書を提供するうえでの困難 ・後期高齢者終末期相談支援料の算定状況 ・後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数 ・話し合いの結果、診療方針等が「不明」「未定」であった患者数 ・退院時に算定した患者の退院先 ・初回の話し合い時から死亡時まで期間 ・文書の変更回数 ・後期高齢者終末期相談支援料に関する考え方 ・「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知状況 ・後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件の改善すべき点

(2) 事例調査

区分	内容
事例属性項目	<ul style="list-style-type: none"> ・記入者の職種 ・患者の年齢、性別、主病病 ・話し合い時の療養状況 ・後期高齢者終末期相談支援料の算定状況
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> ・話し合いを実施した日付 ・話し合いに参加した職種等 ・話し合いの内容 ・話し合い後の患者、家族の様子 ・話し合いが患者、家族にもたらした影響

(3) 意識調査

区分	内容
属性項目	<ul style="list-style-type: none"> 年齢、性別 医療、介護関係の仕事への就業経験の有無 病気やけがによる入院経験の有無 大切な人を亡くした経験の有無 終末期の話し合いへの参加経験の有無
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者と終末期の診療方針等に関する話し合いを実施意向 話し合いを行いたい内容 話し合いの結果をとりまとめた文書の提供希望 話し合いを行いたくない理由 文書の提供を希望する理由 文書の提供を希望しない理由 話し合いの実施、文書の提供等に対して、公的医療保険から報酬が支払われることへの考え 報酬が支払われることが好ましいと考える理由 報酬が支払われることが好まないと考えない理由 後期高齢者終末期相談支援料における75歳以上という年齢区分に対する考え 後期高齢者終末期相談支援料に対する考え

II 調査結果の概要

1. 施設調査

(1) 回収状況

図表 1-1 回収状況

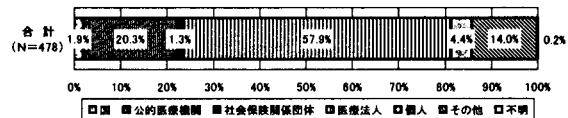
施設種類	調査施設	有効回収数	回収率
病院	病院	478件	28.1%
	一般診療所	471件	27.7%

(2) 回答施設の属性

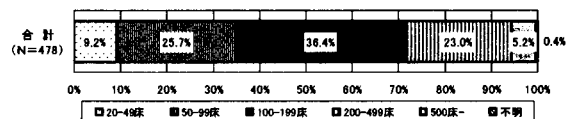
① 病院

病院の開設者は「医療法人」57.9%が最も多く、次いで「公的医療機関」20.3%となっていた。病床数は1施設当たり平均181.7床であった。病床規模の構成をみると「100～199床」36.4%が最も多く、次いで「50～99床」25.7%であった。終末期に関する研修の実施状況を見ると、「実施していない」90.0%であった。なお、在宅療養支援病院は7施設（病院の1.5%）であった。

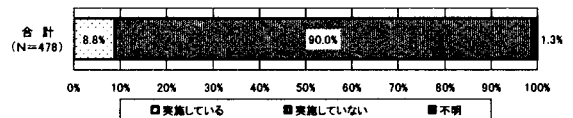
図表 1-2 開設者



図表 1-3 病床規模



図表 1-4 終末期に関する研修の実施状況



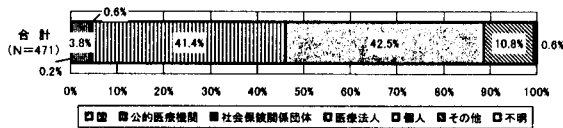
② 一般診療所

一般診療所の開設者は「個人」42.5%が最も多く、次いで「医療法人」41.4%となっていた。施設種別をみると、「無床診療所」86.0%、「有床診療所」13.4%であった。有床診療所の病床数は1施設当たり平均13.3床であった。

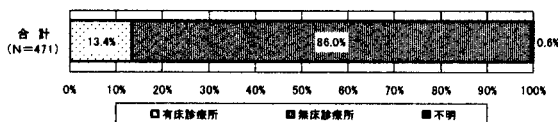
主たる診療科目は「内科」57.7%が最も多く、次いで「消化器科」3.0%、「外科」整形外科」2.3%であった。

また、在宅療養支援病院は214施設（一般診療所の45.4%）であった。終末期に関する研修の実施状況を見ると、在宅療養支援診療所、その他の診療所で「実施していない」がそれぞれ88.3%、95.7%であった。

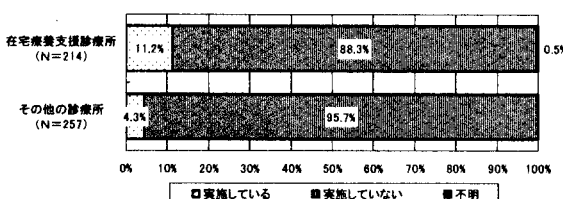
図表 1-5 開設者



図表 1-6 施設種別



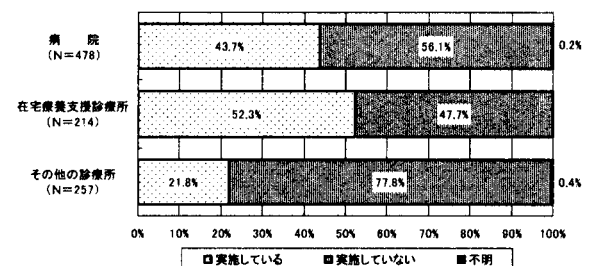
図表 1-7 終末期に関する研修の実施状況



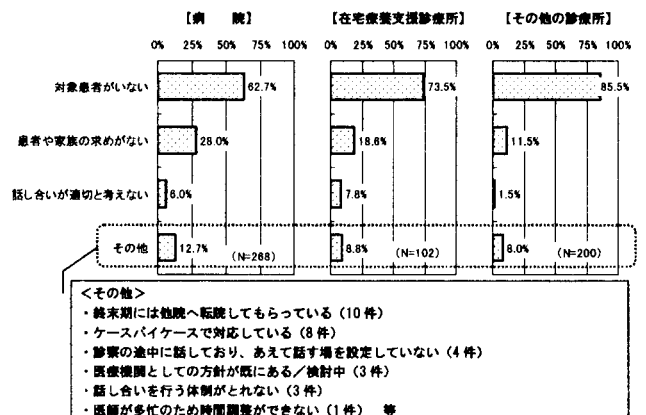
(3) 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況

終末期の診療方針等の話し合いの実施状況を見ると、「実施している」が病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ43.7%、52.3%、21.8%であった。なお、「実施していない」施設の実施していない理由についてみると、「対象患者がいない」との回答が病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ62.7%、73.5%、85.5%であった。

図表 1-8 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況



図表 1-9 終末期の診療方針等の話し合いを実施しない理由<複数回答>



終末期の診療方針等の話し合いを「実施している」施設が平成20年4月～9月までの6カ月間に話し合いを実施した1施設当たり平均患者数（75歳未満・75歳以上）をみると、病院（8.1人・15.2人）、在宅療養支援診療所（1.2人・4.0人）、その他の診療所（0.2人・1.9人）であった。

図表 1-10 平成20年4月～9月までに話し合いを実施した患者数

【75歳未満】					
施設種類	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	170件	8.1人	180人	0人	21.8
在宅療養支援診療所	109件	1.2人	54人	0人	5.3
その他の診療所	52件	0.2人	1人	0人	0.4

【75歳以上】					
施設種類	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	170件	15.2人	164人	0人	20.5
在宅療養支援診療所	109件	4.0人	52人	0人	7.5
その他の診療所	52件	1.9人	12人	0人	2.5

なお、話し合いをするうえで困難に感じていることとしては「家族の意見にばらつきがある」「本人の意思確認ができないケースが多い」「本人や家族に医療側の意見が理解されているか不明な場合がある」などであった。

- ・家族の意見にばらつきがある（46件）
- ・本人の意思確認ができないケースが多い（25件）
- ・本人や家族に医療側の意見が理解されているか不明な場合がある（24件）
- ・家族の希望と本人の状態像にギャップがある場合の対応（10件）
- ・医療側と患者の家族との間が離遠な場合の対応（6件）
- ・回復の見込みがないことを納得してもらうこと（6件）
- ・家族が告知を拒否する場合の対応（4件）
- ・どの時期を終末期とするかは医師によって異なること（4件）
- ・患者によっては精神的なダメージが大きいこと（3件） 等

終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書を「提供している」施設が平成20年4月～9月までの6カ月間に文書を提供した1施設当たり平均患者数（75歳未満・75歳以上）をみると、病院（6.1人・11.8人）、在宅療養支援診療所（0.8人・4.8人）、その他の診療所（0.2人・3.4人）であった。

図表 1-13 平成20年4月～9月までに文書を提供した患者数

【75歳未満】					
施設種類	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	53件	6.1人	50人	0人	10.8
在宅療養支援診療所	21件	0.8人	9人	0人	2.0
その他の診療所	9件	0.2人	2人	0人	0.7

【75歳以上】					
施設種類	施設数	平均値	最大値	最小値	標準偏差
病院	53件	11.8人	87人	0人	16.8
在宅療養支援診療所	21件	4.8人	52人	0人	12.0
その他の診療所	9件	3.4人	12人	0人	4.1

また、文書を提供するうえで困難に感じていることとしては「患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない」「家族の意見に不一致がある場合の対応」などであった。

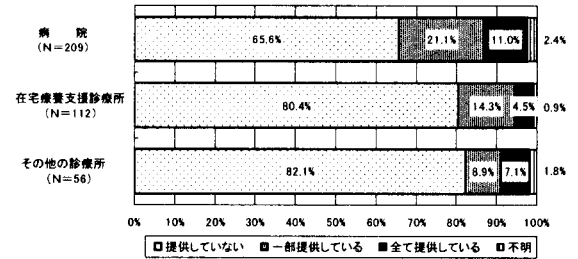
- ・患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない（10件）
- ・家族の意見に不一致がある場合の対応（6件）
- ・全て患者に伝えるべきか迷う（5件）
- ・文書を作成する時間的余裕がない（4件）
- ・話し合いの際に同意した内容と、文章提供時の希望が異なる場合があり、頻回の変更が必要になること（3件）
- ・全ての内容を文書化するのには難しい／どこまで詳細に記述するべきか迷う（3件） 等

(4) 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況

終末期の診療方針等の話し合いを「実施している」施設による話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況を見ると、「提供していない」との回答が病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ65.6%、80.4%、82.1%であった。

また、提供していない理由としては、「これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから」が最も多く、病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ60.6%、61.1%、50.0%であった。

図表 1-11 話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況



図表 1-12 話し合い結果をとりまとめた文書を提供しない理由<複数回答>

	病院 (N=137)	在宅療養支援診療所 (N=90)	その他の診療所 (N=46)
これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから	60.6%	61.1%	50.0%
話し合いの際の言葉のニュアンスを文書で伝えることは難しいから	43.1%	47.8%	43.5%
文書化を重視することで効果的な話し合いができなくなるから	7.3%	21.1%	8.7%
その他	16.8%	16.7%	30.4%

(5) 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況

平成20年4月～9月までの6カ月間に75歳以上の患者1名以上に文書を提供した施設は、病院44施設（病院の9.2%）、在宅療養支援診療所10施設（在宅療養支援診療所の4.7%）、その他の診療所7施設（その他の診療所の2.7%）であった。

これらの施設のうち、平成20年4月～9月までに後期高齢者終末期相談支援料を算定した施設は病院9施設、在宅療養支援診療所1施設、その他の診療所0施設であった。

図表 1-14 平成20年4月～9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等

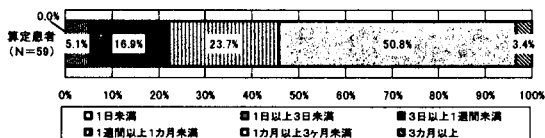
	病院 (N=44)	在宅療養支援診療所 (N=10)	その他の診療所 (N=7)
9月までも算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない	31件 (70.5%)	8件 (80.0%)	6件 (85.7%)
9月までは算定していないが、10月以降に算定する可能性がある	2件 (4.5%)	1件 (10.0%)	0件 (0.0%)
算定した	9件 (20.5%)	1件 (10.0%)	0件 (0.0%)
無回答	2件 (4.5%)	0件 (0.0%)	1件 (14.3%)

			【病院】	
			4～6月	7～9月
入院中の患者	退院時	合計値	6人	0人
		平均値	0.67人	0.00人
		最大値	2人	0人
	死亡時	合計値	49人	4人
		平均値	5.44人	0.44人
		最大値	21人	2人
入院中以外の患者（死亡時）	合計値	3人	0人	
	平均値	0.33人	0.00人	
	最大値	2人	0人	
	最小値	0人	0人	

			【在宅療養支援診療所】	
			4～6月	7～9月
入院中の患者	退院時		0人	0人
	死亡時		0人	0人
入院中以外の患者（死亡時）			2人	1人

なお、死亡時に算定した患者について初回話し合いから死亡までの期間をみると「1カ月以上3カ月未満」50.8%が最も多く、次いで「1週間以上1カ月未満」23.7%であった。

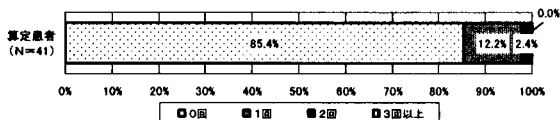
図表 1-15 死亡時に算定した患者の初回話し合いから死亡までの期間



※回答のあった算定患者 59 人（病院・一般診療所 8 施設）についての集計

また、算定した患者に提供した文書等の変更回数を見ると「0回」85.4%が最も多くなっていた。

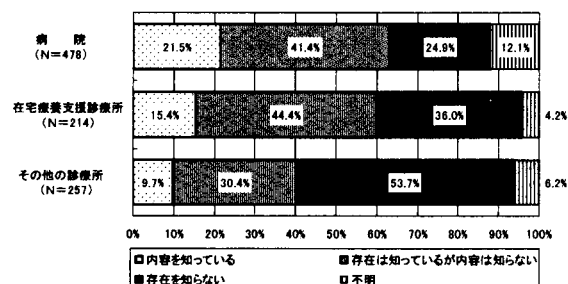
図表 1-16 算定患者の文書等の変更回数



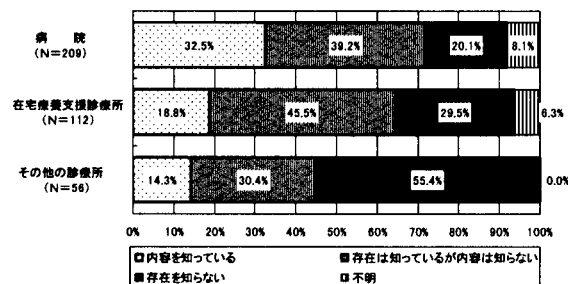
※回答のあった算定患者 41 人（病院・一般診療所 8 施設）についての集計

さらに、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成 19 年 5 月 21 日医政局発第 0521011 号）の認知度についてみると、「内容を知っている」との回答は、病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ 21.5%、15.4%、9.7%であった。また、話し合いを実施している施設のみでみると、「内容を知っている」との回答は、それぞれ 32.5%、18.8%、14.3%であった。

図表 1-18 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知度



図表 1-19 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の認知度：話し合いを実施している施設のみ



(6) 後期高齢者終末期相談支援料について

後期高齢者終末期相談支援料についての意見としては、話し合いを実施している病院では「75歳以上に限定せず実施すべきである」55.5%が最も多く、次いで「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」49.3%であった。また、話し合いを実施している在宅療養支援診療所では「75歳以上に限定せず実施すべきである」40.2%が最も多く、次いで「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」38.4%であった。話し合いを実施しているその他の診療所では「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」39.3%が最も多く、次いで「75歳以上に限定せず実施すべきである」28.6%であった。

図表 1-17 後期高齢者終末期相談支援料に関する考え<複数回答>：話し合いの実施の有無別

	病院		在宅療養支援診療所		その他の診療所	
	実施 N=209	非実施 N=288	実施 N=112	非実施 N=102	実施 N=56	非実施 N=102
診療報酬で評価することは妥当である	40.2%	25.7%	23.2%	27.5%	21.4%	31.5%
終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない	29.7%	17.5%	33.0%	25.5%	14.3%	16.5%
75歳以上に限定せず実施すべきである	55.5%	37.3%	40.2%	36.3%	28.6%	35.5%
終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき	49.3%	26.1%	31.3%	25.5%	17.9%	22.0%
後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が高すぎる	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.5%
後期高齢者終末期相談支援料の点数（200点）が低すぎる	23.4%	16.4%	15.2%	26.5%	7.1%	14.0%
診療報酬で評価するのは時期尚早である	5.3%	7.1%	6.3%	8.8%	10.7%	8.0%
もともと診療報酬によって評価する性質のものではない	22.0%	21.6%	38.4%	33.3%	39.3%	21.5%
後期高齢者終末期相談支援料を知らない	1.9%	10.8%	8.0%	14.7%	25.0%	21.5%
その他	11.0%	5.2%	8.0%	3.9%	12.5%	5.0%

後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件に関して改善すべきところとしては、「あえて報酬化する必要はないのではないか」「国民のコンセンサスを十分得る必要がある」「話し合いは何回も行うのに、1回のみの点数算定しかできないのはおかしい」「退院時、死亡時の算定ではなく、話し合いを実施した時に算定すべき」「点数設定が低すぎる」などであった。

- ・あえて報酬化する必要はないのではないか（24件）
- ・国民のコンセンサスを十分得る必要がある（12件）
- ・話し合いは何回も行うのに、1回のみの点数算定しかできないのはおかしい（10件）
- ・退院時、死亡時の算定ではなく、話し合いを実施した時に算定すべき（10件）
- ・点数設定が低すぎる（8件）
- ・文書化することで契約のようになってしまう（6件）
- ・変更が多いため、一律に文書化する必要はないのではないか（6件）
- ・後期高齢者に限定する必要はない（5件）
- ・患者の認知度の程度によっては、同意を得ることが困難である（5件）
- ・通常の診療の際に話し合いを行っており、「連続1時間以上」の要件は不要ではないか（3件）
- ・終末期の定義自体が不十分である（2件）
- ・家族の範囲を明確にすべき（1件）等

2. 事例調査

(1) 回収の状況

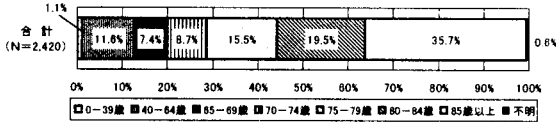
図表 2-1 回収の状況

施設種類	事例数
病院	2,213件 (136施設分)
一般診療所	207件 (70施設分)
合計	2,420件 (206施設分)

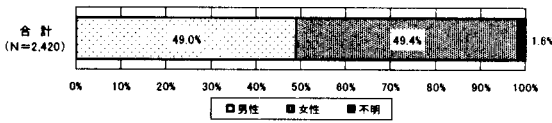
(2) 回答事例の属性

事例調査の回答者は、看護師 64.8%、医師 9.3%、その他 25.5%であった。話し合いを行った患者の平均年齢は 78.9 歳であり、「85 歳以上」が 35.7%と最も多くなっていた。また、75 歳以上は 70.7%であった。また、性別については「男性」49.0%、「女性」49.4%であった。

図表 2-2 年齢



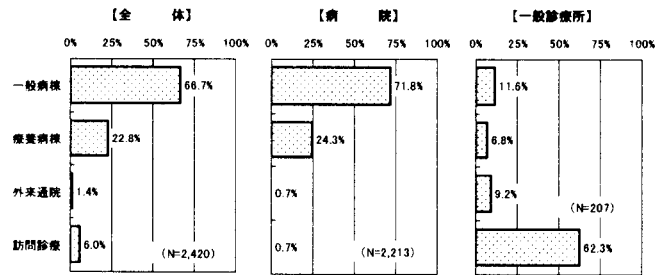
図表 2-3 性別



話し合い時の療養状況についてみると、病院では「一般病棟」71.8%が最も多く、次いで「療養病棟」24.3%であった。一般診療所では「訪問診療」62.3%が最も多く、「一般病棟」11.6%であった。

なお、後期高齢者終末期相談支援料の算定患者 57 人は 75 歳以上の患者全体の 3.3%であった。

図表 2-4 話し合い時の療養状況<複数回答>



患者の主傷病をみると、「その他の悪性新生物」11.2%が最も多く、次いで「肺炎」9.5%、「気管、気管支及び肺の悪性新生物」7.9%であった。

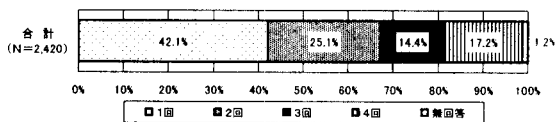
図表 2-5 主傷病

疾病名	事例数	割合	累積割合
その他の悪性新生物	272件	11.2%	11.2%
肺炎	230件	9.5%	20.7%
気管、気管支及び肺の悪性新生物	190件	7.9%	28.6%
脳梗塞	168件	6.9%	35.5%
胃の悪性新生物	155件	6.4%	41.9%
肝及び肝内胆管の悪性新生物	131件	5.4%	47.4%
その他の心疾患	104件	4.3%	51.7%
腎不全	72件	3.0%	54.6%
脳内出血	65件	2.7%	57.3%
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	63件	2.6%	59.9%
その他	797件	32.9%	92.9%
無回答	173件	7.1%	100.0%
合計	2,420件	100.0%	

(3) 話し合いの状況

平成 20 年 4 月から 9 月までの 6 カ月間の話し合いの回数を見ると、「1 回」42.1%が最も多く、次いで「2 回」25.1%であった。

図表 2-6 平成 20 年 4 月～9 月の話し合いの回数



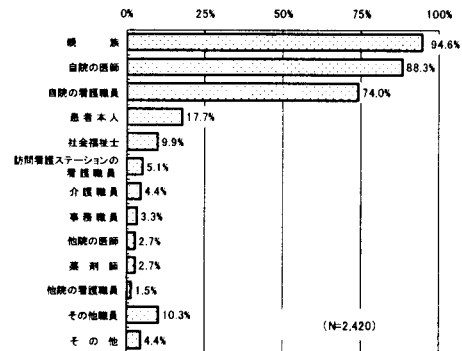
話し合い 1 回当たりの平均時間をみると、1 回目 28.6 分、2 回目 22.7 分、3 回目 21.1 分、4 回目 21.8 分であった。また、後期高齢者終末期相談支援料の算定患者のみでみると、1 回目 53.6 分、2 回目 31.5 分、3 回目 30.8 分、4 回目 18.3 分であった。

図表 2-7 1 回当たりの話し合いの時間

全体	回数	事例数	平均値
	1 回目	2,052 件	28.6 分
2 回目	1,164 件	22.7 分	
3 回目	643 件	21.1 分	
4 回目	347 件	21.8 分	
算定患者のみ	1 回目	57 件	53.6 分
	2 回目	10 件	31.5 分
	3 回目	6 件	30.8 分
	4 回目	3 件	18.3 分

話し合いに参加した職種をみると、「親族」94.6%が最も多く、次いで「自院の医師」88.3%、「自院の看護職員」74.0%、「患者本人」17.7%であった。

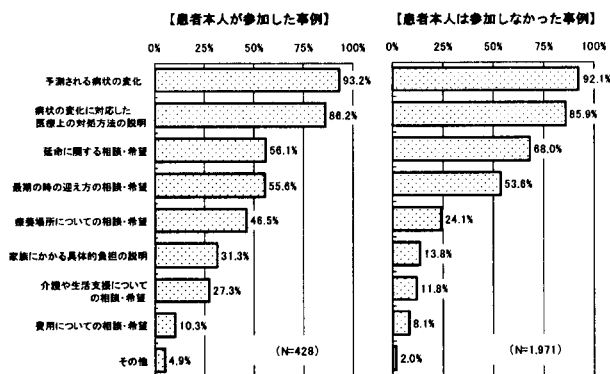
図表 2-8 話し合いに参加した職種<複数回答>



話し合いの内容についてみると、患者本人が参加した事例では「予測される病状の変化」93.2%が最も多く、次いで「病状変化に対応した医療上の対処方法の説明」86.2%、「延命に関する相談・希望」56.1%であった。

患者本人が参加しなかった事例でも同様の傾向にあり、「予測される病状の変化」92.1%が最も多く、次いで「病状変化に対応した医療上の対処方法の説明」85.9%、「延命に関する相談・希望」68.0%であった。

図表 2-9 話し合いの内容＜複数回答＞：患者本人の参加の有無別

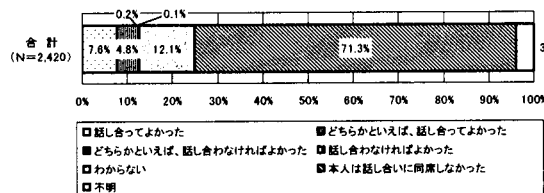


(4) 話し合い後の患者・家族の状況

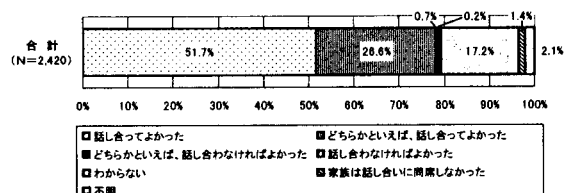
話し合い後の患者・家族の状況を見ると、患者本人は「本人は話し合いに同席しなかった」71.3%と最も多かった。また、家族は「話し合ってよかった」51.7%が最も多く、次いで「どちらかといえば、話し合ってよかった」26.6%であった。

また、話し合いが患者・家族に与えた影響は、「不安が軽減されたようだった」46.3%が最も多く、次いで「患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった」30.9%、「医療提供者への信頼が深まったようだった」24.5%であった。

図表 2-10 話し合い後の患者本人の様子



図表 2-11 話し合い後の家族の様子



図表 2-12 話し合いが患者・家族へもたらした影響＜複数回答＞

影響	事例数	割合
不安が軽減されたようだった	1,121 件	46.3%
患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった	748 件	30.9%
医療提供者への信頼が深まったようだった	594 件	24.5%
患者と家族の間で思いが共有されたようだった	366 件	15.1%
家族の悲しみが深まったようだった	169 件	7.0%
迷いや混乱が生じたようだった	116 件	4.8%
医療提供者への不信感をもったようだった	26 件	1.1%
患者の元気がなくなったようだった	18 件	0.7%
その他	132 件	5.5%
特になし	473 件	19.5%
総数	2,420 件	100.0%

3. 意識調査

(1) 回収の状況

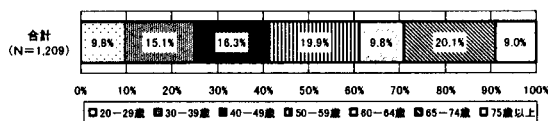
図表 3-1 回収の状況

発送数	有効回収数	回収率
2,000 件	1,209 件	60.5%

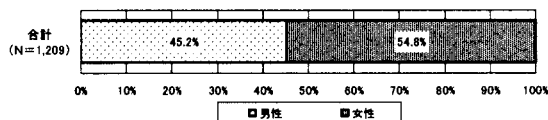
(2) 回答者の属性

回答者の平均年齢は52.9歳であり、「65歳以上」が29.1%であった。また、性別については「男性」45.2%、「女性」54.8%であった。

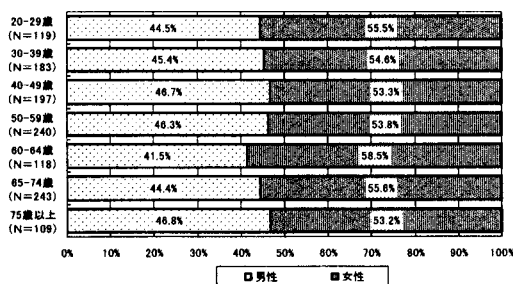
図表 3-2 年齢



図表 3-3 性別

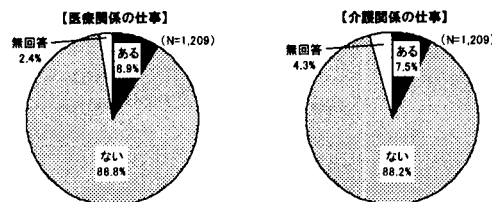


図表 3-4 年齢階層別にみた性別の状況



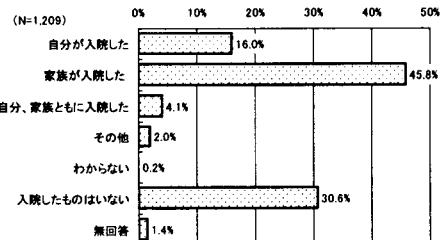
医療関係の仕事の就業経験については「ある」8.9%、介護関係の仕事の就業経験については「ある」7.5%であった。

図表 3-5 医療及び介護関係の仕事の就業経験



過去5年間の本人又は家族の入院経験については、「家族が入院した」45.8%が最も多く、次いで「入院したものはいいない」30.6%であった。

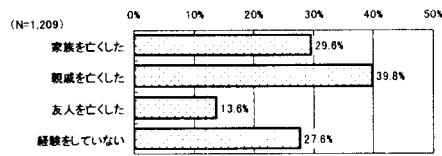
図表 3-6 過去5年間の本人又は家族の入院経験



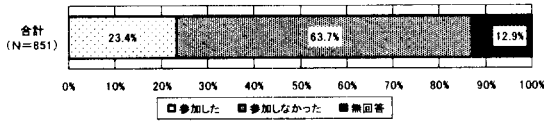
過去5年間で身近な大切な人を亡くした経験については、「親戚を亡くした」39.8%が最も多く、次いで「家族を亡くした」29.6%であった。

さらに、「家族を亡くした」「親戚を亡くした」「友人を亡くした」のいずれかにも回答した者に終末期の話し合いの参加状況を尋ねたところ、「参加しなかった」63.7%、「参加した」23.4%であった。

図表 3-7 過去5年間で身近な大切な人を亡くした経験



図表 3-8 終末期の話し合いの参加状況

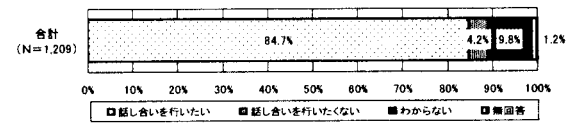


(3) 終末期の治療方針等についての話し合いに関する意識

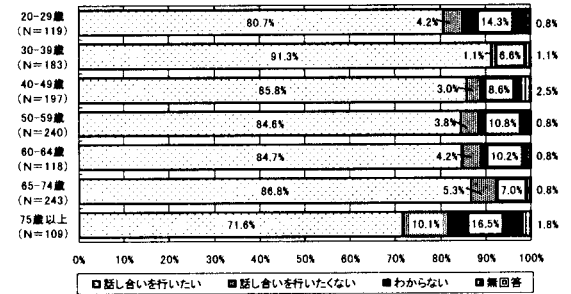
終末期の治療方針等についての話し合いの実施意向については、「話し合いを行いたい」84.7%となっていた。

年齢階層別に実施意向をみると、「話し合いを行いたい」との回答が、20～29歳80.7%、30～39歳91.3%、40～49歳85.8%、50～59歳84.6%、60～64歳84.7%、65～74歳86.8%、75歳以上71.6%であった。

図表 3-9 終末期の治療方針等の話し合いの実施意向

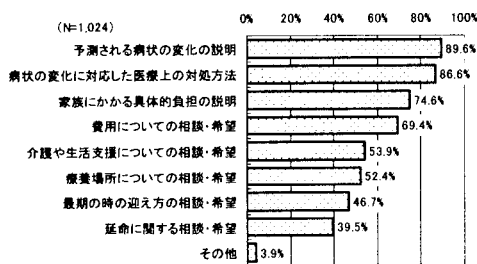


図表 3-10 年齢階層別にみた終末期の治療方針等の話し合いの実施意向



さらに、話し合いの内容をみると、「予測される病状の変化の説明」89.6%が最も多く、次いで「病状の変化に対応した医療上の対処方法」86.6%、「家族にかかる具体的な負担の説明」74.6%であった。年齢階層別にみると、「予測される病状の変化の説明」との回答が65歳未満では89.7%～95.8%であるのに対して、65～74歳82.9%、75歳以上78.2%となっていた。

図表 3-11 話し合いの内容＜複数回答＞



図表 3-12 年齢階層別にみた話し合いの内容＜複数回答＞

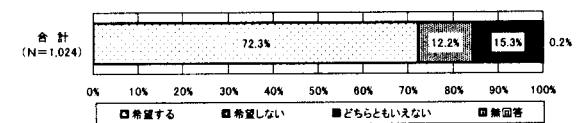
話し合いの内容	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-74歳	75歳
	(N=96)	(N=167)	(N=169)	(N=203)	(N=100)	(N=211)	(N=78)
予測される病状の変化の説明	95.8%	95.8%	92.9%	89.7%	90.0%	82.9%	78.2%
病状の変化に対応した医療上の対処方法	86.5%	87.4%	87.6%	89.7%	88.0%	83.4%	82.1%
家族にかかる具体的な負担の説明	77.1%	79.6%	79.3%	75.9%	68.0%	72.0%	62.8%
費用についての相談・希望	79.2%	77.8%	75.7%	71.4%	68.0%	58.8%	51.3%
介護や生活支援についての相談・希望	45.8%	49.7%	50.3%	55.7%	63.0%	56.9%	56.4%
療養場所についての相談・希望	44.8%	49.7%	52.1%	51.7%	56.0%	51.2%	69.2%
最期の時の迎え方の相談・希望	55.2%	49.7%	51.5%	49.8%	46.0%	35.5%	42.3%
延命に関する相談・希望	52.1%	44.3%	45.6%	42.9%	36.0%	25.1%	34.6%
その他	3.1%	3.6%	3.0%	4.4%	1.0%	6.6%	2.6%

終末期の治療方針等について「話し合いを行いたい」と回答した者に、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供の希望を尋ねたところ、「希望する」72.3%、「希望しない」12.2%であった。

希望する理由については、「説明を受けたことについて、後で確認したいから」68.9%が最も多く、次いで「参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから」66.2%であった。

また、希望しない理由については、「文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから」36.0%が最も多く、次いで「文書等に残すと、気持ちや状況がかわった場合に、変更できないような気がするから」「文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから」28.8%であった。

図表 3-13 話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供の希望



図表 3-14 文書等の提供を希望する理由＜複数回答＞

理由	件数	割合
説明を受けたことについて、後で確認したいから	510	68.9%
参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから	490	66.2%
話し合った方針を、後で確認したいから	415	56.1%
医療側にも、合意した内容を共有してほしいから	382	51.6%
その他	28	3.8%
総数	740	100.0%

図表 3-15 文書等の提供を希望しない理由＜複数回答＞

理由	件数	割合
文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行われなくなる恐れがあるから	45	36.0%
文書等に残すと、気持ちや状況がかわった場合に、変更できないような気がするから	36	28.8%
文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから	36	28.8%
文書等に残すと、病状や今後のことなどが不安になりそうだから	34	27.2%
医師、看護師、その他の医療従事者との関係がギクシャクするかもしれないから	18	14.4%
文書等の作成は、延命措置の中止などの意思決定を迫られるような気がするから	8	6.4%
その他	29	23.2%
総数	125	100.0%

<その他>
- 医師を信頼したいから (3件) / 話し合いだけで十分だから (3件) 等

また、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたくない」と回答した者に、その理由を尋ねたところ、「病状や今後のことを知るのがこわいから」「家族に心配をかけるから」39.2%が最も多く、次いで「話し合う必要性を感じないから」29.4%であった。

図表 3-16 話し合いを希望しない理由<複数回答>

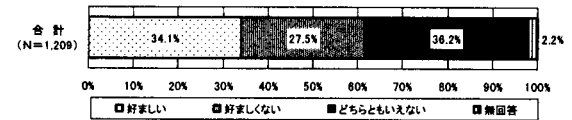
	件数	割合
病状や今後のことを知るのがこわいから	20	39.2%
家族に心配をかけるから	20	39.2%
話し合う必要性を感じないから	15	29.4%
意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから	14	27.5%
話し合いの結果、自分が望まない方針になってしまうかもしれないから	12	23.5%
自分の意見がうまく伝えられないと思うから	9	17.6%
医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから	6	11.8%
治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいないから	4	7.8%
その他	10	19.6%
総数	51	39.2%

<その他>
 ・自然に任せたいから (2件)
 ・自分のことは自分で決めたいから (2件) 等

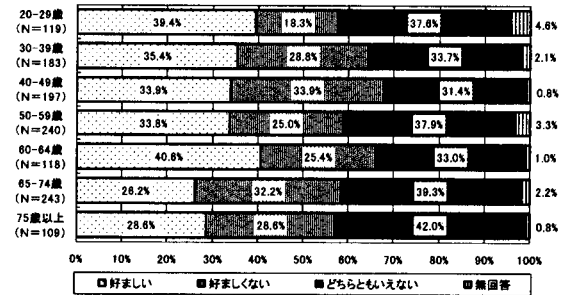
(4) 終末期の治療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識

終末期の治療方針等についての話し合い等に対する公的医療保険から医療機関への費用の支払いについての意識をみると、「どちらともいえない」36.2%、「好ましい」34.1%、「好ましくない」27.5%であった。

図表 3-17 公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



図表 3-18 年齢層別に見た公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



「好ましい」と回答した者について、後期高齢者終末期相談支援料の年齢区分についての意識を尋ねたところ、「年齢区分は必要ない」69.2%が最も多く、次いで「75歳以上という年齢区分が妥当」17.2%であった。

図表 3-19 後期高齢者終末期相談支援料における年齢区分に関する意識

	全体							
	(N=412)	20-29歳 (N=34)	30-39歳 (N=48)	40-49歳 (N=80)	50-59歳 (N=81)	60-64歳 (N=40)	65-74歳 (N=86)	75歳以上 (N=43)
年齢区分は必要ない	69.2%	76.5%	79.2%	65.0%	71.6%	70.0%	72.1%	48.8%
5歳以上という年齢区分が妥当	17.2%	2.9%	12.5%	21.3%	13.6%	15.0%	18.6%	32.6%
年齢区分を設けるべき	3.9%	8.8%	4.2%	6.3%	2.5%	5.0%	1.2%	2.3%
からない	5.1%	8.8%	2.1%	2.5%	7.4%	7.5%	3.5%	7.0%

「好ましい」と考える理由については、「医療行為（医師の仕事）であり当然のことだと思うから」、「医療機関に時間や労力の負担がかかるため、報酬がなければ成り立たないから」、「医療機関が責任をもって仕事をしてくれると思うから」などが挙げられた。

- ・医療行為（医師の仕事）であり当然のことだと思うから (165件)
- ・医療機関に時間や労力の負担がかかるため、報酬がなければ成り立たないから (75件)
- ・医療機関が責任をもって仕事をしてくれると思うから (70件)
- ・患者側が遠慮せずに十分な質問や話し合いができと思うから (16件) 等

一方で「好ましくない」と考える理由については、「相談は診療に含まれていると思うから」、「高齢者の経済的負担を軽くしたい」、「相談で費用が発生することが納得できない」などが挙げられた。

- ・相談は診療に含まれていると思うから (129件)
- ・高齢者の経済的負担を軽くしたい (50件)
- ・相談で費用が発生することが納得できない (21件)
- ・相談は医療行為ではないと思うから (21件) 等

また、後期高齢者終末期相談支援料に関する考えとしては、肯定的意見として「終末期の相談支援料は良い制度だから、普及させていくべきだ」、「納得できる結果が出るなら良い制度である」、「十分な相談ができる体制を整えてほしい（医療従事者の育成など）」などが挙げられた。また、否定的な意見としては「終末期の相談支援料は不要な制度だ」、「相談は通常の診療に含まれているはずだ」、「今以上に医療費の支出を増やしたくない」などが挙げられた。

- <肯定的意見>
- ・終末期の相談支援料は良い制度だから、普及させていくべきだ (153件)
 - ・納得できる結果が出るなら良い制度である (37件)
 - ・十分な相談ができる体制を整えてほしい（医療従事者の育成など） (17件)
 - ・医療機関や医師で差がないようにしてほしい (17件)
 - ・患者側が安心感を持って過ごすために必要である (8件) 等
- <否定的意見>
- ・終末期の相談支援料は不要な制度だ (83件)
 - ・相談は通常の診療に含まれているはずだ (83件)
 - ・今以上に医療費の支出を増やしたくない (45件)
 - ・医療機関の営利目的に悪用される (16件)
 - ・医療機関への優遇措置としか思えない (5件) 等
- <その他意見>
- ・年齢区分は不要である (259件)
 - ・費用の額によって賛否が分かれる (52件)
 - ・医師不足や医療従事者の忙しさのため十分な相談ができるのか疑問だ (22件)
 - ・親身に相談に乗ってもらえるのか不安がある (22件)
 - ・形式的な相談に終わらないか心配 (22件)
 - ・お金のある人となしの人との間に差が生まれそうだ (14件)
 - ・「後期高齢者」という名称に不満だ (7件)
 - ・国民への説明が不十分である (5件) 等

4. まとめ

本調査では、施設調査及び事例調査において、医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況や話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況、後期高齢者終末期相談支援料の算定状況を把握した。また、意識調査において、終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する一般国民の意識を調査した。

病院の43.7%、在宅療養支援診療所の52.3%、その他の診療所の21.8%が終末期の診療方針等に関する患者/家族との話し合いを行っていた(図表1-8)。話し合いを実施するうえで困難なこととしては、「家族の意見にばらつきがある」「本人の意思確認ができないケースが多い」などが挙げられた。話し合いには、家族94.6%、自院の医師88.3%、自院の看護職員74.0%などが参加していたが、本人の参加は17.7%であった(図表2-8)。

話し合いの内容は、「予測される病状の変化」「病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明」「延命に関する希望」などが多かった。話し合い後の患者・家族の様子については、患者本人は話し合いに参加していない場合が多いものの、家族は「話し合っただけでよかった」との回答が51.7%であった(図表2-10、2-11)。話し合いが患者・家族へもたらした影響についても「不安が軽減されたようだった」「患者にとってよりよい(自分らしい)決定に生かされたようだった」「医療提供者への信頼が深まったようだった」といった肯定的な内容が多くみられた。

話し合いを行っている施設のうち、全ての話し合いについてその結果をとりまとめた文書等を提供している施設は、病院11.0%、在宅療養支援診療所4.5%、その他の診療所7.1%にすぎなかった(図表1-11)。文書等を提供しない理由としては、「これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから」「話し合いの際の言葉のニュアンスを文書で伝えることは難しいから」というものが多く挙げられた(図表1-12)。また、文書等を提供するうえで困難なこととしては、「患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない」「家族の意見に不一致がある場合の対応」「全て患者に伝えるべきか迷う」などが挙げられた。

なお、後期高齢者終末期相談支援料を算定していた施設は、病院9施設、在宅療養支援診療所1施設のみであった。また、後期高齢者終末期相談支援料については、「75歳以上に限定せず実施すべきである」「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」などの回答が多かった(図表1-17)。また、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年5月21日医政局発第0521011号)の認知度は低く、話し合いを実施している施設で「内容を知っている」との回答は、病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ32.5%、18.8%、14.3%であった(図表1-19)。

一般国民の意識では、終末期の診療方針等の話し合いの実施希望は高く(図表3-9)、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供希望も高かった(図表3-13)。話し合いの内容としては、「予測される病状の変化の説明」「病状の変化に対応した医療上の対処

方法」「家族にかかる具体的な負担の説明」などが多かった(図表3-11)。また、文書等の提供を希望する理由としては、「説明を受けたことについて、後で確認したいから」「参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから」などが多くみられた(図表3-14)。

終末期の診療方針等の話し合いに対する公的医療保険から医療機関への費用の支払いについての意識としては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」との回答がそれぞれ34.1%、27.5%、36.2%と拮抗していた(図表3-17)。なお、「好ましい」と回答した者の69.2%は後期高齢者終末期相談支援料の年齢区分について「必要ない」との意向を示していた(図表3-19)。

資料1 施設調査における主な自由回答意見

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
1	患者や家族の個々の希望に合わせて、丁寧に話し合いを進めていくことが大切だが難しい、また時間もかかる。
2	本人の意思確認ができないケースがほとんどである限り、推測するしかないこと、家族がいろいろ選択肢があるかわからず、説明するのが大変であること。
3	24時間体制で対応などができない。
4	患者の思い、家族の考えなどの調整。
5	家族の意見がバラバラ。
6	・在宅での看取りが、家庭の都合で困難。 ・理解が全体に伝わらない。
7	急変時の対策が困難。
8	理解力の不足。
9	・家族間での統一見解が得られない場合。 ・病状の変化や経済的に家族の対応が変化する。 ・医療側の説明が十分に理解されているか不明であることが多い。
10	高齢者の場合、臨死状態と言いがたい時(ゆっくり終末期をむかえる)時に必要ない、又、(急変もありうる)で認知症もあることも多い、理解力も低い。
11	家族が告知を強く拒否する場合、本人が不信任を持ち、関わりが困難になるケース
12	介護者の理解が難しく、くり返し説明が必要(主な介護者以外の)家族全員の治療方針が統一しておらず、状態悪化する度に家族会議がひらかれるなど、治療が中断してしまふ。
13	回復の見込みがないことを納得していただくこと。
14	家人(患者の)の考えが、一致しない時。
15	1.具体的な日付までは不明な為、経過をみているうちに変更になることがあること。2.身近な親族と話し合いができて、遠い親族がきて、話し合いの内容が変更となることがある
16	本人(患者)の理解を得ることが難しい、認知症、難聴などの合併を有する人が多く、又が本人末期の場合、本人に告知することもありません。
17	当院は、重症心身障害児施設であり、患者自身に対する話し合いは困難である(言語の理解が困難)。話し合いは専ら保護者・家族に対するものとなる。保護者等は一般的に話し合いに理解を示している(数は全く少ないが)
18	家族の理解力が乏しい場合(今回2人は問題なし)。
19	本人が認知症のため、意思確認が困難
20	疾患や状態に対する理解が家族、本人では困難な事が多い。何時間、何回説明しても困難な方も非常に多い
21	本人の意思の確認はほとんどの例で不可能であり、家族も、同居している人と、遠方に住み、終末期のみ帰ってくる人では意見が異なる事が多い。話し合いを誰と行い、誰の意向を尊重すべきか。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
22	しいてあげれば時間の調整。
23	家族の来院が困難の場合、延命の有無等の確認が難しい。
24	・家族の中で意見が違ふ場合(ベインコントロールや、最後の看取り方など)。 ・定期的にメンバーがまとまって時間をとるのが難しい(特に医師)。
25	精神的に弱い患者さんに説明すると体調が悪くなることが多いので、患者さんによってある程度わけて行っている。
26	終末期の方向性は本人の意向より家族の事情に左右されることが多く、両者の意見を合わせるのが困難である。
27	当院は本人の意思確認が困難なものが大半。基準では家族の意思での代用は不可と解釈される・・・
28	家族全員の意見の統一。
29	もし急変した場合に、どのような処置をどこまで行うのかということが患者さんの家族全員に伝えるのが難しい(家族によって意見が違ふ場合があるため)。
30	患者の責任者(家族、親族)内で意見がくい違ふ事があり、対応が困難な場合がある→延命措置を希望しないといったり、転院を希望したりで、意見が統一されていない事がある。
31	患者本人の意見をしっかりと把握する事。
32	終末期であることを本人に話すのは、本人の精神的ダメージが大きいので主として家族とのみ話し合いをしている。
33	医師・看護士間の感覚のギャップを充足しながら連携につなげるのに労力を費やすことがある。
34	・病状に対する理解が難しい場合において今後の生活の場所を検討していくにあたって、繰り返しの説明が必要である点。 ・本人の意向は自宅退院であるが、看護・介護の問題で病院で最後を迎えられることとなる状況。
35	当院では終末期に限らず入院時に、当院で対応できない場合の緊急搬送先の希望の有無や、急変時の対応の確認、終末期になった場合、当院でどの程度まで対応できるかの話を全ての入院患者に対して実施していますが、たいていの場合、終末期の治療法等の話をすると、怒り出すことがほとんどです。我々、医療従事者が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断したとしても、患者様や家族等が、そのことに対して、心の準備という現実を受け止められないケースがほとんどです。終末期の診療方針の話し合いを実施するうえで、終末期という現実を受け入れる心の準備が、本人や家族にできていない場合が非常に困難であり、話し合いにならないケースが多いこと。また、キーパーソンになる家族と話し合う機会が多いのですが、日ごろ病院に訪れない、身内・親族が多く、死期が切迫している状態になって、初めて病院を訪れ、これまでの話し合いの経過を無視し、合意内容を一から構築し直すことが多く、そういった切迫した状況では、時間が足りないのが現実で、困難を極めています。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
36	入院のとき、当院の医療の程度（治療可能な範囲）を説明しているが、家族の理解要求の変化や、家族間での対応などにより、転院となる時、困難な事がある。
37	家族の希望する治療と患者の状態との落差。
38	家族の統一した意見が得られない。
39	終末期の定義が不明確。特に癌再発患者に関しては常時終末期も想定して診療を行っている。
40	本人、配偶者、家族との終末期に対する考えが異なることが多い。訪問看護士と医師との死生観の相違も、多々存在することもあり、方針決定が定まらないことがある。
41	本人の死後の事（遺言、財産分与）まで持ち込まれた場合、話し合いがスムーズに行かず進行に困った。
42	・患者に告知を希望しない家族が多いため、対応に苦慮する。 ・終末期を在宅で迎えることが、まだ少ないために、患者本人との思いのくい違いが見られることがある（外泊の場合も同じような状況がある）。
43	・家族の間で意見がわかる。 ・家族、医療者間で日時の設定。 ・理解力が不十分な場合のフォロー。 ・希望にあった治療が、自病院でできないとき。
44	10月以降現在まで患者様本人の同意は2例あったが、なかなか同意が難しい。
45	・入院時に終末期を迎えることになった場合を想定し、お話をしているが、突然なことでご家族様はキョトンとされ、考えが伴わないことがある。 ・度々の話し合いで家族間で考えがくい違う場合があります。
46	・化学療法の効果も期待できない場合、治療中止等、家族の納得が得られない。
47	・患者の意志が十分わからない場合（せん妄等）に本当は何を望んでいるのかわからない。 ・患者本人と家族の意向がくい違っている。 ・患者・家族・医療スタッフとも死生観をきちんと持っていない。 ・医療スタッフと患者・家族との状態把握について認識に差がある。 ・本人や家族がまだ決意できない時は何度も話し合いを行わなければならない。動揺も大きく不安を助長させてしまう可能性も大きいことから早い時期からの説明が必要。
48	当院は高齢者の認知症専門病院であり、入院時に家族と終末期の対応や診療について説明し、一応方針を話し合っている。この時はまだ終末期ではないので具体的な方針は決めかねないという期間がある。もちろん、終末期になった場合には改めて話し合い方針を決定している。
49	・経口摂取ができなくなり、栄養補給の方法として、胃瘻増設をした場合の療養の場が制限され、選択肢が限定される（家庭でも特養でも受け入れなくなる傾向）。 ・核家族・家長制の崩壊で、在宅で療養できない。
50	重度の意識障害等の症状により、患者本人が終末期の話し合いに参加が困難な場合がほとんどであり、家族の意向を反映せざるをえない状況である。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
51	ターミナル期として他院より紹介入院の場合に病状理解の相違があり、紹介状との違い、患者様・御家族それぞれに精神的面を考慮しつつ受け止め方を知る時。
52	患者本人に延命等に関する意志がある場合には、家族、本人との話し合いは容易に行うことができるが、本人に意志がない場合には（不明、またはまだ考えていない場合）、本人を外して家族だけの話し合いになること。
53	管床から患者と家族の関係が疎遠の場合、全く身寄りがない患者の場合に話し合いの場を設けることすら困難を感じることもある。
54	最後の時、どこで病棟又は自宅を迎えるのか、親族も大変迷う場合がある。状態急変時も、自宅で処置を行うと決定していても、いざその場合、病院へ搬送を希望する。
55	延命処置を施行するかどうか等。家人（本人）に、どこまでの医療を希望されるかどうかなどです。
56	時間が足りない。
57	家族間の意見の統一がむずかしい。
58	ろくにつきあいのない遠い親戚が、病状や治療経過もしらなくせに口をはさむこと。
59	その保険点数まで言い出しにくい。今までどおり、ふつうに「こうしましょうか」と提案しているだけ。了承は得ながら、カルテには記入する。
60	家族との話し合いができていないのにたまに来る遠方の親戚が騒ぎ出すこと（この様な状況で何故病院に入院させないのか？）。
61	安楽死、尊厳死、自然死の区別がつかない家族に対し説明が必要な時。
62	家人、親類で各々意見が異なる。
63	文章に表現することは難しい面がある。
64	老々介護や家族の介護が乏しい場合では終末期を在宅では困難なことが多い。
65	本人と家族の意見、思い、考え方が違う時。
66	患者は在宅を希望するが、家族の受け入れが困難。 ・老々介護 ・医療的処置がある（気管内吸引・IVHポート管理等） ・夜間の負担増
67	急変時に家族が動揺されるのは当然である。診療（往診）毎に治療方針を説明し、信頼感を築くことが大事。
68	家族全員の意見が、同一ではない。
69	患者の家族間の意見の相違や、終末期医療に対する認識のズレなど調整や説明の困難な場合。
70	在宅で行うか、病院に入院するかについて、家族の介護力のある高齢者では在宅を望めるが、老々介護の場合など在宅で終末期医療を行うことが難しい。
71	1. 終末期とする判断基準が明確でない事 2. 医療者側を法的に守る確かな物が無い。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
72	入院時、家族は最後の迎え方を養の上で希望する 경우가多いが、入院が長くなるにつれ、自宅での最後が不安になって、帰ることを思いとどまってしまう（自宅でのサービス等の説明をしても）。
73	家族が死に対して慣れていないので、最後の終末時にパニックになることがあり、そのあたりを前もって話し合っても理解することが困難に思えます。
74	往診にての終末期医療（いわゆる看取り）は、本人にも家族にも主治医にも、又、私の診療所に通院されている他の患者様にも大きく影響し、負担が大き過ぎるように思います（家族や我が体がこわしたり、他の患者様をお待たせしたり）。
75	家族の理解が得られない場合がある。特に家族内で意見の一致が無い時は難しい。
76	家族の思いが十分引き出せない様な医師のインフォームドコンセントのしかた（患者や家族が選択出来る選択時間が少なすぎる。結局、先生にお任せします、の言葉になってしまう）。
77	抽象的な表現で希望を伝えてこられるケースが多い。①先生に判断をお任せする。②何もしないで苦しめないようにして欲しい。
78	家族に偏った考えの人が居ると説明に困難を感じる事がある（医療者、宗教など）。
79	家族間の意見の一致をみない時、理解を得られない時。
80	本人へ告知されていない。身寄りが無い。家族が非協力的である。独居である等。
81	家族に連絡すると仕事や多忙であり、連絡がとりにくい事が多い。親族が連絡であったりして、決定権が乏しく、最終的には色々な思いがある様子でした（キーパーソンが決定していない場合）。
82	ご家族が認知症で、ご理解が難しい場合。家族が多く、家族間で意見の相違がある場合など。
83	身体的状況から、余命を日単位と判断するケースにおいて、ご家族が気管挿管、人工呼吸器着を希望された場合に、医学的視点・QOL・倫理的に困難と感じる。
84	①家族によって考え方が異なるため、それをまとめていく事が難しい場合がある。②急激な病変の悪化の場合、意見の統一が難しい。
85	入所施設により、終末期に対する対応が異なり、家族の希望通りにいかない場合がある。
86	家族にいろいろと今後の治療方針を相談しても、どうしてほしいとも意見も無く、感心がない場合。
87	家庭内で意見がまとまらないこと。患者家族の医療行政や環境、病室に対する無知。
88	診療時間内に実施困難。施設基準施設でない場合、保険点数算定できない。
89	医療を提供する側と患者家族の間で終末期医療に対する考え方にギャップを感じる。そして、理解してもらうことが困難な場合が多い。在宅へと促しても、患者家族の状況、例えば、年齢・仕事等が障害となり、スムーズにいかない場合が多い。
90	直接一緒に住んで生活している身内の方と遠方の親戚の方で考えが異なり、診療方針がまとまらないことがある。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
91	終末期ケアに対して十分な対応が出来ていない。Dr、Nsのみの対応で病院として組織的に出来ているとはいえない。そんな中で、このような話し合いをするのは気がひける、申し訳ないと思っているので、積極的に話をもっていけない。まずは、終末期ケアが十分出来る体制を作らなければならない（対応出来る職員の確保システム化等）。
92	人が死ぬということのイメージをご家族と共有できないことが時々あること。
93	本人同意を得ることとなっているが、病状や認知症などの理由で困難となる事例が多い。
94	1) 家族の介護力が乏しい。 2) 作環境不良
95	一般的な病状説明の中で、終末期の説明を同時に行っている。
96	高齢者で自分の終末期を冷静に見つめ、方針をあらかじめ定められる人は少ない。当院では、独自にアドバンス・ディレクティブを作成し、適当な患者さんに勧めてみるが、実際にそれを作成する人は殆どいない。
97	個別にそれぞれ方針が異なるので、事前の話し合いはその都度必要。
98	当院は医師の一人のみで経営している僻地診療所である。看護師e t cはいません。この地区で看取るP tは非常に多いのが現実ですが、算定又は、24h r体制にも関わらず、国の定めた人数とも足りないため、請求できていない。
99	入院先の問題、医療崩壊、D P Cのため病院への入院は困難。介護力不足の家族（核家族化、仕事の問題など）と話し合いをしても困りはてることも多い。
100	治療が奏功しない旨を伝えることが、治療放棄ととられる可能性があり、話し合いに非常に気をつかいます。
101	話を出来る方がいない場合がある（身内がいない、老々介護時）。
102	患者・家族への告知が行われていなく、更に生活の妨げとなる症状が既に出現している場合。 患者・家族が症状・病状に対する認識が甘い場合。家族が患者の望まない延命を希望する場合。家族が患者の介護を放棄している場合。
103	家族間での意見の相違がある。家族のキーパーソンの方が高齢のため、理解しにくい。家族がいないため、後見人の場合困難。現在元気な方に話し合いをする事に難しさを感じた。
104	地方には低所得者が多く、払えない人も多い。
105	自己決定不能例の家族間意志統一、代表医師表示者選定に関しては、死後相続など民事上の問題もあり、気を使う。
106	現在は、ご家族・主治医・看護師で話し合う事が多いです。今後は多職種にて話し合う方向に、ルーチン化を推進していきたいと思っています。多職種間の時間調整が難しいと感じています。
107	相手に話しても、寝たきりに近い状況の場合、（見た目）重症でないややはり「全て（気管挿管、人工呼吸、心臓マッサージ）してください」「病院に運んでください」と言われる。その後で胃ろう、気切、人工呼吸器（意識が戻らない時）にうへんということになってしまう→後方病院（老人病院）に3ヶ月以内に転院。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
108	後期高齢者の家族においては、積極的治療を望む人は少なく、自然のままが良いといわれ、一度に、時間に渡る話し合いを続けることは非常に困難と感じた。また、本人を交えての話し合いは、高齢者の場合は難しい。
109	患者の同意を得ることが難しい。患者及び家族・看護師が終末期における診療方針を十分に話し合うことが難しい。連続して1時間以上は、話し合いを行うことは難しい。
110	当院に入院してくる時には、患者本人の意思の確認がとれないものが殆どである。また、意志表示ができていても、終末期医療の内容を理解できないと思われるものばかりであり、終末期医療（看取り）で殆どの場合、ご家族と話すものが殆どである。また、家族間での看取りの方法にかなりの差があり、後日問題となることも多い。
111	家族の介護に対する協力の有無。
112	病院での看取りを希望される患者の場合、転送（入院）の見極めが困難（早めのタイミングでないとけない）。
113	医療に対する知識が少ないため、理解できていないか迷うことがある（本人、家族を含め）。末期状態の時（痛者により、治療の変更を求められ、家族間のコミュニケーションがとりにくくなる）方針のぶれ。
114	同居している親族との話し合いで在宅でこのまま消化しても看取りと決めていても、いざ状態が悪くなり、いつか分からなくなってから、他に住んでいる親族から入院させてはどのクレームがつき、同居の親族に迷いが生じる場合が多々ある。
115	家族との話し合いがスムーズ（理解）にできない場合が多い。
116	ご家族間の意志の統一がはかられていないので、こちらの考えが押し付けにとられる事もある。
117	患者さん本人、家族が高齢でなかなか理解を得にくいケースがある。
118	24時間（休日・夜間・深夜・日常診療中）対応が困難。
119	遠くに住む親族を呼ぶ人が、後から現れ、話がひっくり返る事がある。
120	突然に見舞いに来るお客の親と話し合いの意見が違ってしまう、家族が困ってしまう場合もある。
121	高齢者であり、ご家族は出来るだけ苦しまないで最後を迎えてほしいとの思いの方が多く、特に困難を感じるケースはあります。ご家族もおまかせします、という方が多いです。もっと早い時期に本人の意思確認が必要と思います。
122	終末期においては、患者の意思というよりは家族の介護に対する取組み方とその姿勢及びその協力体制を構築することができるかという点に困難さを感じている
123	治療方針に対する患者及び家族間の相違。
124	患者本人と家族での希望の相違。また、家族間でも希望がまとまらない。頭での理解に精神面がついていかない内に、病態が進行するというケースあり。
125	医師会病院等と連携で実施しております。
126	時間の都合がつきにくい。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
127	家族の方に患者が終末期にある事を理解してもらったのが、困難である。いつまでも元気だと思っている。治療をすれば必ず助かる、と死を受け入れられない家族がいらっしゃる。
128	話し合いの時点と実際の終末期時点で意見（家族の）が変わる時。
129	本人への告知について、老人ホームにある為、認知症の方へどう伝えるかが思慮深く、検討しなくてはならないと思います。認知症における治療の拒否もあるので、ご家族への同意・承諾は絶対的な効力があるものとして対応しても、本人の意志（認知症患者の尊厳）はどうしたらいいのでしょうか。
130	意志疎通のできる患者が少ないため、本人からの意志を聴取することがほとんど不可である。
131	本人には話し合いが出来ない（認知症を作ったため）し、理解してもらえない。
132	患者・家族、又、患者家族共に認知症である場合、また、年齢による認知力の低下がある場合。
133	告知に関して本人と家族間で意見が違えば対応に困ることがある。
134	①患者は本宅に在宅で思っている、介護が家族に負担がかかるのでと本音を言わない。②患者・家族の思いに「ずれ」がある時。③二人暮らしである時、家族も無関心な時があり、話し合いが実施が困難。
135	医師・看護師の話し合いにおけるコミュニケーション能力により、患者・家族の説明内容の理解、受け入れなどに違いがあること。また、在宅もしくはホスピス、その他施設に転院する時期を考え、適切なタイミングで話し合いを実施することが難しいこと。
136	医師の説明を患者と家族が良く理解できない場合が多い。
137	家族間で意見が合わない。
138	24時間の医療行為を希望された時には、管理が出来ないため、困難と思う。
139	患者自身に正直にどこまで話をするか、医療サイドと家族サイドでの隔りがある。
140	時間的な余裕がない。家族の返答がなかなか得られない（方針が決定できない）。
141	①家族内での診療方針に対する意見の相違があり、個々に話し合いを要求されること。②終末期にあることを理解できず、治療継続を希望するとき、時間を要する。
142	人さまで、考え方は時により変化する。経済的問題が関連してくるなど。
143	医療者に対する家族のストレスや不満（説明が不十分だったり、対応への不満）、誤解（治療に対する理解不足）等、適切に対応しなければならない点。

問12 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で困難と感じていること	
1	「何もしないうちの中味にズレが生じる場合があり、ニュアンスを話し合いの場に参加していない人に伝えるのは難しい。文章にしても、受け取り方の差が生じることもある。
2	患者さんと話し合いが冷たい人間関係になるから。
3	内容の説明に充分時間をかけているが、理解が不十分と思われる場合がある。
4	全てを完全に記す時間的余裕がない。
5	文書まで提供しても、理解していない家族がほとんどであり、説明は本当に困難。
6	話し合いの時間を作るのが、やっとなで文書を渡した時には家族等が内容を把握していないケースもある。
7	患者本人に病気のことが言えない場合がある。
8	医療についての情報の共有化。
9	文書提供はDr.により違いがある。倫理委員会等での規定にそって今後実施する必要がある。
10	こちらが伝えようとする内容を基礎知識のない方々に文書化して伝えるのは困難。長い話し合いの中で信頼関係を構築することの方が在宅看取りには有効で、交付する文書は認認メモ程度としている。そろそろ文書に点数を与えるような手法から脱却してほしい。
11	家族間の意思統一が崩れたりした場合
12	本人への精神的負担を考慮し、なるべく話の中で伝えていく。文章では伝わりにくい部分があり、かえって見放していると捉えられかねない。
13	患者の急変時や医師が忙しい場合は、書面で渡す余裕がなく口頭だけになることがある。それを後から記入することは困難である。
14	結果について、訂正も求められる事。
15	患者に死期をあえて意識させる必要が、医療者の側にありうるのか疑問。
16	具体的内容を全て記載することが難しい。要点のみになる傾向。医療用語の理解ができず、共有できないと感じる。
17	話し合いのときには、家族も納得され、同意をいただいているが、方針を決定していく時期・タイミングが困難なこともある。又、その後同意された内容と異なった希望があり、撤回に方針を変更したり、病状説明をしたりしている。
18	度説明が済んだ内容について、御家族様が十分理解できないとき、又、書面では本人にいない部分は書けない。
19	本人、家人を含め、コンセンサスが与えられなかったり、家人の中での意見がまとまらないとか、その時での考え方、意見が変わることです。
20	余りこまごま書くことで混乱する。どこまで書いたらいいのか迷う。
21	時間の制約。
22	「お金をいただきますよ」という意思表示になるのが、入院院では納得してもらえないだろうが、田舎の個人診療所では、金もうけているように誤解されるのが嫌です。
23	症状の急激な変化があった時、その家族や周囲の意見の不一致がある
24	全てについて御本人に伝えるのが良いかが判断が難しい。
25	終末期の医療ニーズが話し合いの結論と文書提供時の説明に対する反応が異なる場合がある。

問12 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で困難と感じていること	
26	本人へ告知されていない場合、身寄りがいない、家族が非協力的である等。
27	話し合いに参加していない家族が文書を見て、その内容を話し合いに参加した方と同じように理解するは困難と思う（全ての内容を文書化するのは難しい）。
28	告知等で、患者本人とご家族の間で意見の相違がある場合。
29	話し合いの内容を記載してお渡ししているが、内容の全てを記載できているわけではない為、詳細が伝わっているかが心配である。
30	プライバシー
31	時間的に説明ある上で、診療時間内は無理。時間をとって説明するも、家族の都合もあり、極めて収入もなく、振り回されることある（家族が忙しいので、日曜日にしてくれと要求すること）。
32	患者様家族に理解して頂ける言葉使い、説明の詳細を理解頂いているか。
33	変化ある病状に家族が理解できない場合。
34	本人の意志と家族の意志の兼ね合いが難しい。
35	患者・家族、又、患者家族共に認知症である場合、また、年齢による認知力の低下がある場合。
36	病状についての説明が違う場合、一家族が病状を「本人に言わないで下さい」と言われる時、家族に再度説明されることがある。
37	全ての話し合いについての記入は困難。 主要な方針のみ記入。

問22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点	
1	必要に応じて対応したこと全てに対してそれ相応の対価があつてしかるべきと考える（それは家族に対しても同様と考える）。
2	特に後期高齢者に限って算定する必要はないと思う。
3	診療報酬算定の凍結は無くすべき。
4	広く国民の理解を得る事が大切であると考える。
5	終末期相談は臨床医にとって当然の業務行為であり、手法は医師患者関係それぞれにおいて様々であるので、これを文書化することで報酬を与えるという発想自体がイヤしいと思う。5分ルールといひ、ゲーム感覚のルールはもうやめましょう。なんだか悲しいです。当院は文書交付なくても在宅死100%です。
6	誰であろうと終末期にあたり今後をどう考えるか家族と医療スタッフが真剣に話し合いをする事は当然で、それに点数を付ける事も問題ないでしょう。但し、75歳以上に限定する事は国民に誤解を招くことになっていますので、改善が必要であり、国としてももっと丁寧な説明が求められます。

問22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点	
7	<p>当院は精神科で、施設では対応できなかった重度の認知症患者の入院が多いのですが、患者の意志の疎話が不可能な状況で、意志表示も無く、患者の意志が推定出来ないケースがほとんどです。そこで、家族等の判断が必要となりますが、核家族化し、親子・兄弟でも、日頃の付き合いが薄くなりながら社会では、家族間で「患者様の意志」についての判断がバラバラであり、調整の作業が困難を極めます。また、「終末期医療に関するガイドライン」によると、「家族等」とは、法的な意味での親族ではなく、患者様が信頼を寄せている人も含まれていますが、単身高齢で認知機能が低下した方に、そういう存在の方を確保する方法が問題となっています。仮に自己申告してきた方が本当に本人にとって、そういう存在だったのかを確認する方法がないのが実際のところ。日頃より、親族・身内で、話し合っておいて頂ければ、と思いますが、現実には「死」についての話は、「縁起でも無い・まだ元気なのに不謹慎」等、タブー視される傾向が強いのが実情で、苦慮するところです。社会全体で終末期について、当たり前のよう話し合えるように、啓発を行っていく必要を感じます。</p> <p>また、「終末期」と言う言葉のとらえ方が、患者様や家族等にバツキがあるのも問題です。ガイドラインによる「広義の終末期」と病院側が判断し話を始めると、ほとんどの家族が「狭義の終末期」と受け取り、問題が発生してしまいます。高齢化が急速に進んでいるわが国において、終末期医療に関する問題は、回避することの出来ない重要な問題であり、我々、医療従事者が、学生時代から考察を深めることも大事ですが、国民全体が、誰にでも我が身に降りかかる事実として、日常的に話し合えるようになるべきだと思います。</p> <p>今回の「後期高齢者終末期相談支援料」では75歳以上の患者様が対象ですが、確かに高齢者は「終末期」と呼ばれる状態になる確率が高く、その事実を現実のものとして受け入れ、準備しておくべきなのですが、年齢で区分するには個人差がありすぎると感じます。年齢に関係なく、否応なしに、その時は、誰にでも平等に訪れることですから、繰り引きせずに、国民全員が、どのような疾患であれ、安心した療養生活を送ることができるよう、医師・医療関係職種から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて話し合いを行い、十分に理解するための相談・支援を評価する方が、よりよいものになると思われま</p> <p>我々医療従事者が、回復の見込みがなく、死期が迫って「延命治療が目立つ・そのような過剰な医療は無意味・患者のQOLをより重視し、延命治療の差し控えや中止を考慮すべき」と感じたとしても、人の価値観は千差万別・十人十色であり、患者様や家族等がそう感じるとは限りません。たしかに、それらの治療の中止は患者様の死につながるものであるだけに、当然、慎重に対応するべきですが、その前に患者様や家族等が「死期が迫っている・回復の見込みが無い」と言う事実を受け入れるための心のケアも重要視してほしいところです。準備のできていない状態で、終末期の治療の話など、できないのではないかと感じますし、いくら話し合っても合意事項も見えてこないと思われま</p> <p>そういつた事実を受け入れるには、時間も必要で、サポートが必要で、終末期にさしかかり、「死」が身近になってくると、本人もそうですが、家族も不安や焦燥感といった精神的に不安定な状態となり、「心のケア」が必要となってきます。そうした精神科領域で日常的に行われている取り組みも含めた総合的な評価にしていきたいと思ひます。</p>

問22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点	
8	家族とのカンファレンスや、ケアマネとの調整会議等、エネルギーを使う事になるので、点数での評価は必要。
9	国民的・臨床的合意が十分に形成されているとはいひ、難い現状での実施はすべきでない。
10	定型的な文面を強制すべきでない。
11	後期高齢者というよりは、遺の末期の方々について、どこで、どのように最後をむかえるかということには、なじむ方法だと思いますが、後期高齢者をひとくくりにしてしまうと、それぞれによって死生観が違いますし、世代によつても、その人の生まれ育った環境によつても死生観が多様多様であるので、難しいのではないかと思います。
12	日本においては、診療報酬の算定に不適と考へます。
13	点数化されることにより更なる体制の充実が必要となつたり、「医師が看護師と共同して連続1時間以上の話し合いをする」という算定の原則を考えると、200点という診療報酬は低すぎます。せめて1000点の点数設定をしていただきたいところ。また、算定日についても、話し合いをもつた病院以外で死亡するケースも考へられる為、実施日の算定が望ましいと考へます。
14	・終末期を含めメンテラにて緊急時の対応を話し合う為、1人に1回と成ることは出来ないと考へます。 ・連続して1時間以上話し合うより、必要に応じて日々時間を取り内容や受入れなど家族への理解と同意をしていただくことが大切と考へます。
15	評価があるなしにかかわらず、常に家族との話し合いが行われてコミュニケーションがとれていることが大切だと思うので点数化には反対です。むしろ包括病棟での看取り加算のようなものは考へられないでしょうか。
16	医師の裁量内の事であるので、点数化するのはおかし。
17	重度の意識障害等の病状により、患者本人が話し合いに参加できない場合もある。その場合においても、本人の病前の意志を十分に尊重できる親族との話し合いでも算定を可能にしてはどうか。
18	病状説明については見舞いに来たついでのように話を聞きたいとナース室に申し出る家族、それぞれ個別に別の方が来る、又は2~3日して様子はどうかと頻りに対応を申し出る等あり、看護師の方である程度調整しないと、医師は病状説明、同じ内容を何度も話すことになってしまふ。患者、家族の権利が大きくなりすぎる傾向がみられる。又、病気を知らない人に理解するまで説明することは、とても大変。いろいろな労力を考慮し、入院中、何回かの算定はみとめて頂きたいと考へる。
19	より議論を深めて、世間から受け入れられることが重要である。
20	末期ではどのような形でも、家族との話し合いは必ず存在する。あたりまえのことでもっと全体の点数で評価すべきこと。
21	特に連続して、1時間以上に渡り、話し合いを行ったうえで患者の十分な理解を得て文書提供した場合、患者1人につき1回算定となっていますが、日常の診療において話し合いを行って終末期医療及びケアの方針決定がなされ、文書の発行を行った場合も相談支援料を算定可とすべきである。

問22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点	
22	200点は低すぎると考へます。その行為にはDr.、Ns.、SW等、相当な時間と労力を使うことから、その点を考慮して頂きたい（連続して1時間以上は無理）。ただでさえ医師は不足している時間がとれない。
23	もともと診療報酬によるものでもなく、支援料として算定するのであれば、点数は低すぎると考へます。
24	算定等に当たり、一定の共通書式等を配布してほしいです。
25	余りに現場を知らない人の教えることに思われる。
26	身寄りがなく、特養に入所中の方、特に、認知症が進んでいて自分で意思表示ができない方への対応が難しい。
27	本質的に後期高齢者という呼称に疑問を感じています。後期とは何ぞや。
28	医師を中心とした複数の専門職種から構成され医療ケアチームによって行うこととしては、あまりにも点数が低すぎると考へます。又同じ時間を要して対応しているのに年齢（75歳）で制限するのはおかしい。
29	算定しようとは思わない。
30	1.終末期相談について正しく伝へ社会的に理解してもらつた活動が必要（医療費削減と誤解されたままである）。
31	後期の制度自体無理があります。とりあえず以前の保険に戻して再度10年ほどかけて考へ直すべき。
32	支援料の点数算定などは必要なし。相談支援は医師として当然の事だと思う。
33	高齢化社会における医療費の増大を避けるためにも、後期高齢者終末期の不必要な延命治療行為は避けるべきであると思ひます。このことにおいて事前の家族との話し合いは不可欠であり、支援料として評価されることは納得できるが、話し合いの事実がなかったり、家族が満足する内容ではないのに全て支援料として請求されることがあつてはいけないと思ひます。よつて必ず話し合い結果の文書提出は今後も算定要件として扱つべきだと思います。
34	現状では算定しないので、特になし。
35	医療をサービス業とするのなら、その評価の判断の元になる点数がその内容からみて低すぎる（全ての医療行為において）。医療スタッフの善意に頼りすぎている。
36	算定が退院時、死亡時というのには納得できない。相談支援相談を行う度に算定できるべきである。患者の自発的な意思の尊重を押し付けられない場合、意思が確認できない場合は、算定対象とならないとあるが、その判断は非常に困難である。
37	カルテへの記入方法、書類等の書き方（どこまで書けば良いのか）等をもつと具体的にしたい。
38	後期高齢者に限定する理由が分かりません。終末期相談は、若い人ほど回数を重ね、医師も看護師も時間をかけ、手をかけて行つていふから・・・。
39	文書の交付が必要であれば、規格用紙があると良い。
40	終末期の診療方針についての話し合い（ご本人、ご家族・医療者）は、当然なされるべきだが、それ自身が点数化される事にはなじまないと思ひます。
41	この点数はいらぬ。その分、初診料、再診料にまわすべきだ。

問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点	
42	文書提供をしない(算定要件としない)。話し合いの時間制限を設けない(1時間)
43	終末期の定義自体が不十分であり、それを評価することは不適切。しかも病状は変化するのであり、1度だけの相談というのは実際問題としてあり得ない。患者の意思と家族の希望は一致しないことが多いため、文書化自体無意味のような気がする。
44	元来行われていた事を規制(届出等を要す)すべきではない。また、カルテ記載されているものはコピーでもよく、文書化すべき必要はない。
45	国民のコンセンサスを十分得る必要があります。
46	このような話し合いは、病状の悪化に応じて何度も繰り返すものです。度の点数評価で「とりました」という●●●●の文書をつくることは、感情の面で納得できません。診療報酬の細かくした項目ではなく、全体の値上げで評価すべきです。
47	Dr サイドが、診療報酬を得るための行為にならないように、患者にとって無駄な延命治療が行われないことが、救いとなるようにお願いします。
48	今まで普通に医師と患者との信頼関係がこの算定で崩壊される気がする。今後も算定しない。
49	早急に廃止すべし！！
50	地方の開業医も疲弊している。こんな点数なら、終末期医療に関わりたくない。
51	終末期支援に関する議論が不十分と感じます。
52	相談支援料、廃止すべし。
53	何を根拠に点数を決めたかを明示すべき。内容が、時間が、思いつきのみで決めたとしか思えない。どれだけ時間がかかるのか、全く理解されていないのでは。
54	やめるべきである。
55	当方は、介護老人ホーム内に設置している医務室であるが、後期高齢者医療制度に係る説明会が実施されておらず、詳細が不明である。
56	患者の人間性を否定している。しない方が良い。
57	終末期に限らず、医師又は、スタッフと患者・家族との面談については、正当に評価すべきである。休日や時間外も含めて、入れ替わり立ち替わり家族が病状説明を求めてきて、何度も同じことの時間をとられることも稀ではない。
58	特になし。よく、考えられた制度とは思うが、実情にそぐわない点が多々ある。
59	話し合いという時間や手間を考えると診療報酬で評価するのは当然と思えるが、その分を患者にも請求することを考えると、他の診療行為とは違違和感を覚える。
60	まずは廃止すべき。ドクターフィーも含めて、医師に対しての報酬を増やすべき。時間要件などの現場の状況を分らずに決定することや、診療報酬に誘導して、はしごをはずす。これまでのやり方がいい加減にしてほしい。アンケートにかかる時間もきちんと評価してほしい。普通は謝礼ぐらいあるべきと考える。
61	看護師主体で、看護記録に添付する等、一般診療所では無いと考える。

問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点	
62	この点数は、後期高齢者の方のみに必要なものではなく、むしろ一般の方に對してもあるべき点数です。また、退院時・死亡時の算定ではなく、相談・支援をした時に算定すべきであるし、また、何回も支援する必要があるにも関わらず、1回のみの200点はとても低すぎる点数だと思います。
63	単なる文書化より、患者および家族とのコミュニケーションをとる方が、治療上有益で医事紛争なども避けられると思います。・・・
64	結構手間がかかるうえに点数が低く(この支援料に限らず全般的に)、意思に余計な負担がかかるだけでメリットは少ない。
65	終末期における話し合いは、後期高齢者に限らず、全ての患者(特に入院患者)を対象に行うべきだと思う。そして終末期に限らず、どの様な治療、どの様な医療を受けたいかを考え、話し合う一連の流れの中に終末期を取り入れるべきだと思う。また、算定する時期も、死亡時、退院時一回のみでなく、数回に分けて話し合いをした時点で、それぞれ算定できるようにして欲しい。その為、一回の算定点数を低くしても良いと思う。私達の病院では、終末期相談支援料について真剣に取り組み話し合い、考え、意見をぶつけあつて一つのマニュアルを作り上げました。夜間の緊急時や家族がすぐに駆けつけられない時等に、家族が終末をどのように受け止めているかが、よく分かり、迷うことなく対処が出来るようになったと好評で算定出来なくなった今でも、続けて活きております。
66	①管理職者・認知病等の患者が多いと思われるので、ご家族の方針、了解でも良いかと思えます。②1時間以上の設定は、内容や疾病の有無によるものと思います。又は、理解力。
67	本人の確認をとれない場合にどうするか。家族の範囲をどこまでとするか(キーパーソンや息子さんに話してもその要求、内容が他の家族によって変更されることも多い)。終末期医療についての相談は、家族の着取りの気持ちの変化により、要求も変わってくるので、一律文書にして確認することに無理はないか。
68	現在の混乱、問題は上記の問題ではなく、制度の決定過程の不始末、社会的・国民的な議論の不足、何よりも丁寧な広報活動の不足にあると思います。
69	全般的にですが、医療裁断では、「説明不足」の罪となります。報酬においても理解がえられない説明であれば「説明不足」であり、そういう意味では、後期高齢者医療制度全体を説明すべき立場の人は「有罪」と思います。したがって、支援料も算定困難です。
70	医療は患者・家族との信頼のもとに行われるべきであり、点数で算定すべきでないと考えています。まして200点は低すぎであり、無い方が治療している側からすれば、満足感が得られます。
71	死亡時以外でも算定すべき。
72	後期高齢者の方に条件設定する事なく、小児または一般にも算定要件を拡大すべきであり、また、1時間以上の話し合の条件は、チーム医療の中で各職スタッフの人員費を考慮すると、点数として評価が低すぎる。
73	当該支援料を知らないの、よくわかりません。

問 22 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点	
74	終末期では、必ず話し合が持たれるべきであり、それに関して診療報酬が発生するのはおかしい。
75	終末期において、患者及び家族に対し、その方針を話さない医師はまず存在しないと思われます。文書として提供すると契約のようになり、人としての関わりが薄くなる感じます。自分の死に方を文書にして提供され、納得できる患者は少ないと思います。
76	"相談支援料"なるものは、算定要件が困難であり、もともと管理料に含まれていて当然のものではないでしょうか。
77	実際に点数の算定は難しい。
78	相談支援料として特別に設ける必要があるのでしょうか。診療報酬に含まれるものではないでしょうか(治療を行う上で、説明するのは当然のことと思いますが)。看・介護のケアの評価を取り入れてほしいと思います。
79	算定要件が患者の同意及び看護師同意である点。
80	終末期についての話し合いは必要であるが、国民の理解が低い。今回の点数化は、医療費削減と悪く取られた。
81	廃止でもいいのではないかと(これによって、病院側には"都合の良い患者追い出し"として患者家族に思われかねないから)。
82	患者が認知症や脳血管障害の場合、同意を得られているのか理解の程度を確認しづらい為、算定がしにくいのではないかと。
83	算定要件について時間の決まりについて、様々なケースがありうるため、もう少し自由度が高くてよいのではないのでしょうか。
84	文書は直接面談している場合、不要である。こんなことは点数があってもなくても当然している。馬鹿にされているような気がする。
85	・相談時間や参加人数、又年齢にしばられるのではなく、医師と家族の二者であつても内容記載があればその都度評価してほしい。 ・状態によっては何回も話し合いをしているので、1回に限らず、算定できるように ・話し合いの場を設定する努力も大きいので、そう考えると、算定点数は低すぎる。たとえば3000点なら〜
86	後期高齢者に限定しない。
87	当院から退院される方の1/4は死亡退院です。医師をはじめ医療従事者と患者・家族の間保は大概良好とみております。終末期に限らず、病状説明の時は殆ど文書で確認し、常態化しております。相談支援料は不要ですので、入院料を上げて下さい。
88	終末期相談支援は毎日毎日該当する訳で、特定の時に限って設定するのでは、一回り治療費が高額となる訳で請求しがたい。

資料2 意識調査における主な自由回答意見

問 8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
1	相談・文書作成は十分であり、また、これまであまり行われていないこと、普及のためには必要では。
2	本人が費用がかからないから。
3	医療介護等について、高度な知識、医療行為等について報酬を支払う事は必然の事と思うから(但し、あまり高額な範囲でないように)。
4	医療に(心的医療)に対して費用が発生するのは当然と思えます。また、費用の発生により、患者の強い要望をかなえることができると思います。ボランティアの仕事ではないので、正当と考えます。
5	保険料を支払っているから。
6	医療の1つとして、全ての人(患者)に行うべきだから。また、その行為に対しては、診療費が支払われるべきだから。
7	相談に費やした時間に対して当然です。
8	当然の報酬と思われ、また金銭を得ている以上責任を持って仕事をしてくれると信ずるからです。逆に何も無いのに費用が発生したとする医療機関がないことを祈ります。
9	個人的に治療方針を受けるのだから、当然だと思う。
10	骨髄、内科などで医師にかかって薬がない時でも、料金が発生するので同じ考え方と思う。
11	患者側から遠慮なく十分な質問、話し合いができると思うから。
12	話し合いに応じてくれたから。
13	医療機関側は、その患者に対して費やした時間、労働力、提供した医学的見解などに対して、診療報酬とみなして受け取る権利があると思うため。また、そうしたシステムにすることによって、医療機関側のモチベーションも変わると思うため。
14	今の病院の経営状況は悪化の一途をたどっているため。医療はボランティアではないし、診療費が支払われた方が医療従事者側も責任を持って取り組むと思う。
15	医師によって聘用されるかもしれない点については不安ですが、今まで頑張ってきた方々に充分な最後を迎えてもらうは、今までお世話になってきた私たちにあってあたり前だと思います。私たち自身、養育の最後を知らされず、もつと色々したかった心残りがあり、もつと前に経過説明されていれば良かったと思うから。
16	努力に対する対価は当然。
17	診療費が支払われない場合、時間的な負担もあり、病院の経営は大丈夫?と思ってしまう。
18	相談の内容、親身になってくれるか、事務的すぎないかにもよるが、責任が明確になるのでは。
19	患者のメンタルケアを行っていると思われるし、それに対する費用が支払われることは当然だと思われるから。
20	それなりの時間と努力が発生すると思うので、相談料の支払いがないと手を抜かれそうだから。真剣に取組んでいただきたいです。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
21	医師や看護師は専門職であり、患者が相談する時は相手プロであるという認識のもとに行っている。それに対して報酬があるのは当然だと考えます。
22	医療+ボランティア的に行うことも否定はしないが、診療の一部としてきちんと話し合いが合った方が良く、遺慮がなく明確にした方が後々後悔がないと思うから。
23	きちんと相談に応じていただければ、支払われるのは当然だと思います。
24	医療機関でもそれだけ時間がかかっているから、やむを得ない。
25	医療機関にも経費がかかること、相談には患者の立場に立って考えて、共に良き人生を過ごすための費用(相談料)です。
26	全責任を持って最後まで見届けてもらいたいから。
27	医師、看護師等、大人数の医療従事者の意見を知りたい。
28	専門の知識や多くの患者と接した貴重な体験にもとづいての治療方針ですので、当然診療費は支払うべきだと思いますし、患者としても信頼し、心当たりや過去の感謝の気持ちも含め、支払いは当然だと思います。
29	終末期の医療行為として、国に援助があってもいいと思うから。
30	診療費の金額にもよるが、その時点での責任がお互い明確になるから。
31	相談することが義務になるので、医師に遠慮しないですむ。
32	患者にとってそれが有意義なものなら、診療費を払わない理由はないと思う。
33	療養型病床削減、理由に収入減あります。現状として行き場のない末期癌患者・家族は大きな心労を余儀なくされています。最後まで本人、家族が「生命の自立」するには、医療者側へ相応の報酬がなければ、安心、安全のセレモニーは当然だと思います。
34	重要なことを相談するのに対価が支払われるのは当然。
35	治る見込みがない状況になった患者自身も、その家族もパニックに陥り、その後の対応など全てにおいてどうして良いかわからないと思います。その相談に応じてくださる医師や看護師の方が忙しいなか、話を聞いてくださりアドバイスを下さるのはありがたいことだと思うからです。
36	相談も診療の一環だと思うから。
37	貴重な時間を使って話し合いをするのですから、時給のつもりで支払うべきだと思う。
38	医療行為上当然の情報開示であり、顧客である患者とのサービスの提供、ニーズのヒアリングは医療行為のうちに含まれるべき。
39	医師も仕事だからしょうがないと思います。
40	相談料が支払われることによって、納得いく話し合いがしやすくなると思うから。
41	治療方針等、文書で提供することは治療の一環だと思うので、診療費を支払うことは当然ではないかと思う。
42	患者の今後について説明することや、治療方針について話し合うことも、治療を行う医師に必要だと思うし、それも仕事の一部だと思う。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
43	今の世の中、無料ですることはありません。そうすると他に負担がかかりますから、有料化することは仕方ありません。
44	健康管理の(本人)アドバイス料として。
45	外(その他)の医療機関に紹介状を書いてもらっても有料の時代です。患者のために時間を割き、相談したり、色々な方法を考えたり大変だと思います。報酬があった方がお互いいいと思います。サービスでやってしまうとおそろくなってしまいそうです。
46	診療費が支払われていると、相談するのもしやすいと思うし、支払いがなければ相談しようと思っても、わざわざ時間を作ってもらいにいくから。
47	診療費が支払われれば、それなりに良い相談が受けられると思うから。十分な話し合いと文書等の提供を受けたいため。
48	自分の病状を性格に説明を受けることにより、自分で納得し判断できれば、それは診療の一環と考えてよいのではないかと思う。
49	自分のためにどうしたら一番いいのか、と話し合ってくださることはありがたいです。時間もかかることです。支払われてありがたいと思います。
50	話し合いをすることによって、医師や看護師、その他の医療従事者のそれに関わる時間や文書作成等の費用が大きいと思うので。
51	報酬として。
52	診療費が支払われないよりは、診療費が支払われた方がいいと思います。このアンケートで知りませんが、少しでも救われた感があると思うので…。
53	医療活動の一部と思う。対価は必要。
54	相談をしたのですから、その分の診療費は払うべき仕事としてきちんとやって欲しい。
55	終末期の治療方針を決めた以上、診療費を支払うことは当然である。
56	終末期の認定看護師や医師と十分に話し合い、文書作成があれば相談料が支払われてもおかしくないとします。診療してお金を支払うのと同じだと思います。
57	話をして診療時間を使っていないので、あたり前だと思う。
58	治療の一環で診療費を支払うのは当然と思う。
59	診療と、費やされる時間の当然の報酬と思うから。
60	治す治療と同じレベルと考えているから。
61	その方が責任を持って親身でしっかり相談と心得ることができるから。
62	一部負担金がどの程度になるかにもよるが、「十分な話し合い」と「信頼できる文書の作成」を行った医療機関がそれに対する報酬を受け取ることは当然だと思うので。
63	話し合いの時の時間、及び知識、助言に対する対価として診療費が払われている方が遠慮せず患者が色々な不安や相談ができると思うからと、医師、看護師の方達もこの話し合いはボランティアではなく、きちんと診療費を頂いている仕事なのだと思われたい方が責任が生まれて、より仕事がしやすいからです。
64	少しでも金銭面が楽になるのがいいと思う。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
65	1人でも多くの人が医療に関心を持つようになるから…。
66	こちらが負担しないですむから。
67	無料でと言うわけにはいかないから。
68	ないがしろにされないと考えるから。
69	働いたことの、働いていただいた結果のものだと思います。
70	時間をかけて親身に説明、話し合い等してもらったことに対する診療費は当然と思われ。
71	文書を作成する費用。医師等に文書内容に記された制限を課すから。
72	あまりにも高額は困るが、ある程度真剣な取り組みを期待するので。
73	終末期という重たいときを冷静に考えるには相当エネルギーを使わなければならないから、その謝礼。
74	それが職務の一部であれば、当然のことと思います。
75	支払われれば、医療者も責任を持つてくれるから。
76	無料での相談は時間をかけての話し合いをもちにくいのは、また、医師や看護師の精神的等の負担は多大なものだと思うので、そのことに対する相談料が発生するのは当然だと考える。
77	時間をきにすることなく、十分な相談が気兼ねなくできる。
78	相談料がいくらかかるのかわからないので何ともいえないが、医療機関にとって「利益にならない」相談より、実際に料金が支払われた方が相談に対する受け入れ体制がしっかりと思うから。
79	患者自身のための話し合いなので、受ける者負担でやるのが妥当だと思います。
80	当人が特別なことをしてもらったわけだから。
81	相談する時間をひとりじめするのだから、他の患者さんを持たせることになり、この時間は診断と同じだと思う。
82	患者、並びにその家族と話し合い合意を得るということは、医療従事者にとって大変精神的負担が大きいと思う。その苦勞に報いるのは当然と思っています。
83	相談したのだから支払は当然だと思う…が所得の低い人には大変かもしれない。
84	私の両親を二人入院させた時にいろいろと相談したので、それなりの料金は支払いたいと思ったからです。
85	医療機関に対して時間と努力をかけるため。
86	医療従事者が貴重な時間を費やす場合は、金銭的な報酬を支払うのは当然のことと思う。そして受け取る側はそれに対応した十分な時間(患者や家族が望む話し合い)を持つべきだと思う。
87	必要である。
88	話し合いも相談料も本人にとっては治療と同一と考えられる。
89	社会人として当たり前だと思うから。相談料が無料になるのはうれしいが、支払える間はできるだけのことほしたいです。
90	相談も医療の内に含まれると考えるから。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
91	診断書でもお金がかかるし、医師も仕事の一つとして費用がかかるのは致し方ないかと思えます。
92	なんとなく
93	介護保険は生きているみんなが必要なのであったほうが良いと思う。私は自分の体に気をつけていますが、今のところ人の迷惑をかけていません。診療費は支払われて当然。でもあまり高かったら因から面倒見てもらわなければならないと考えています。
94	費用=責任と思うから。
95	人様に迷惑をかけたらお金を払うのは当然。
96	余命(病態生理学的限界)を自覚したいから。
97	相談に要する時間に対して、それなりの報酬が支払われるのが当然であると思う。
98	家族の負担を少しでも減らせるのなら、診療費を少しでも支払ってもらえるのは好ましいです。
99	大事な医療行為だから。
100	話し合いも文書提供も診療の一環と考えるから。
101	個々に異なった病状に熱心に対応してくださることに対して、相応の診療費を支払うのは当然と考えます。
102	文書作成、相談等に費やす時間も当然労働時間にあたると思うし、報酬がなければ内容も親身になった答えが出てこないのではないのでしょうか。
103	十分に時をかけて病人のためにしっかり何度も説明相談していただくのだから、支払するのは当たり前。
104	この話し合いに医療機関の方々も真剣に向かい合っていたらいいことを強く希望します。そのためにも医療機関がこの話し合いに割かれる時間、エネルギーに対し相当の相談料を支払われることは当然のことと思う。
105	診断書の一部と考えられるので、診療費として支払うのは当然。
106	診療の一部と考えられるから。
107	治療費用の一部として。
108	話し合いも大事な診療だと思います。大切な時間を使ってきちんと話しをするために費用はかかると思う。患者も自分の意志を言うことができる。ただし年取の少ない人は？
109	家族の負担を減らしたいので、ぜひ公的医療保険より支払うようにしていただきたい。年齢を限定しないで欲しい。
110	文書という書類を必要とするから。
111	相談料を支払うのは仕方ないと思う。治療費の一部と思う。
112	医療行為の一環として当然。
113	診療費(相談料)がどれだけの金額になるかわからないが、公的医療保険での補助があれば個人負担が軽減されるため。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
114	終末期患者と医療側との間で十分な話し合いをするのは当たり前であり、本来は費用がかかることに反対であるが、その方が双方にとってより詳しい十分な話し合いを持てるのであれば賛成である。
115	その話し合い、文書作成には準備・時間がかかる重要な仕事であり、その料金は当然発生するものだから。
116	相談料をもらうことからブツとしての自覚が必要と考える。
117	意志や看護師等にとっては仕事の 一環なので。
118	十分な話し合い等して納得できたなら、していただいたことに対して相談料を支払うことになるのは当然だと思う。
119	家族にかかる経済的負担を軽減。
120	加算が取れない業務に関してしっかりとってもらえるとは思えないので、費用がつかう方がよいと思います。
121	10年前に夫をガンで亡くした時に受けた説明は通り 一遍でした。十分な話し合いが持てることは本人にしても家族にしてもとても大切なことです。診療費が支払われることにより十分に納得のできる話し合いができるのなら、是非そうしたいと思います。
122	医療の一環なのだから公的医療保険から支払われるのは当然である。
123	親身の相談を期待するから。
124	医療機関が真摯に取り組むと思うから。
125	報酬が発生するのであれば医療行為と同様に保険が適用されるべきだと思うから。
126	正当な医療行為の一つだと思うから。
127	医師や看護師の労力に対して支払われるのは当然だと思う。患者も文書等の提供を求めるから一部負担はやむを得ないことだと思う。
128	業務の一つとして意識してもらう方がよい。
129	何でもお金がいるから。
130	診療と同じように時間も必要です。
131	診療費は当然かかるのですから支払うのは当然です。
132	今現在そのような制度になっているなら受け入れるということと「自分が」と考えた場合、診療費を支払うことでより積極的に医師・看護師に質問できる、文書の提供を求めることができるかもしれないと考えます。
133	相談をするということは、医療機関にとってエネルギーを要することであるので、本来なら当事者が負担すべき性格である相談料を、公の機関が支払ってくれるというのはいらないと思う。
134	話し合い、文書提供に報酬が支払われるべきである。
135	必要な行為に必要な費用が支払われるから。
136	保険が効くのかかわない。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
137	直接的医療行為でなくても医療関係者の時間を拘束することや、将来の方針決定の一貫と考えれば費用の支払いは合理的。ただし、だからと毎日に行うなら支払は好ましくない。
138	医療行為の一環であるから。でもそんなに多くの金を払うほどではないと思う。
139	患者の病状の説明、医療上の対処方法について話し合ったり、その結果をまとめて患者および家族に提供することは診療の 一部として考えられるから。
140	なぜ支払が発生されるのか理由がわからない。あくまでも選択肢の一つであるのにそれがなぜ有料となるのか？
141	治療方針に関わる話し合いであれ、金額は別としても治療費を支払うことは当然だと思います。
142	無料というのが患者にとって一番いいと思うが、具体的な説明や文書にすることは時間もかかると思いますので、支払われて当然だと思います。金額は多額だと困りますが。
143	医療機関も仕事としての義務感を持った方が、責任もはっきりすると思われるから。
144	説明にかける時間・人員を病院側かきと確保するようになると思うから。混む病院では診療さき5分程度で終わってしまうことが多いのに、無報酬となればきちんとした説明を受けられるかどうかかわからない。ただし一般にあまり周知されていないので患者の当然の権利であることをきちんと知らしめて欲しい。
145	医療の信頼を取り戻すためにも、正しい文書を残すことは将来の医療の進歩に大きく貢献する。文書の作成には労力と日数が必要であり相談料は必須。
146	話し合いの時間・労力など使用させてもらっているから。
147	終末期の話し合いも治療の一貫であると思うから。
148	相談（話し合い）にかかる時間に対する報酬は当然のこと。治療と同じ扱いでよい。相談料なしにするとも真摯に話し合いに臨んでもらえない気がするし、医師・看護師にも専門知識を教えてもらうためには、ただ働きではいけないと思う。
149	医療行為の一部である。
150	重大な内容を相手に伝える場合、責任を持って方向性、具体性をしっかり伝えるための準備を要するから。
151	現在も電話にて病院などに相談すると保険点数として加算されているので、同じく加算しても良いのではないのでしょうか（同じことだと思っていました）。
152	自分の負担が軽減されるので。
153	いろいろ相談にのってもらえると思うから。
154	医療従事者の貴重な時間を費やすのだから当然支払うべきと思う。
155	話し合いにはそれ相当のスキルを持った人が、それ相当の時間を使うのだから費用が発生するのは当然で、それに対する支払も当然行われるべき。
156	相談料という形で報酬があった方が、医療機関側も手が抜けないという意識が働くと思うから。病気を知らされた人の立場になり、その人のためにどうしてあげるのが満足できるのか、一緒に考えるということは想像以上に大変だと思うから。
157	客観的な見地から、医療従事者にとって正当な医療にあたる報酬であるから。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
158	支払いがある以上責任を感じられる。
159	相談料、文書代は当然診療費の一部と支払うべきと考えます。医療機関も相互の時間と費用がかかっているから。
160	終末期の治療は当然医療行為と考えられるので報酬が支払われるのは自然だと思う。
161	医療行為の一環であると思う。
162	相談料が払えない人もいると思う。またいくら治らないからといってもその後の話し合いにより家族を含め本人の気持ちが変わると思う。また支払われないことで医療格差が起こると思う。そもそも支払われないのだったら最初から導入すべきでない。
163	診療として医療従事者が受け止めて欲しいから。
164	自分にとって大切なテーマを責任ある医療者に（中立立場の方）自分の思い（希望）を相談できたいです。お願ひするのですから当然のことと思っています（1回限りの制限は少ない、1回補償2000円は安くても申し訳ない）。
165	医師、看護師は患者のために時間を使っているから。
166	時間報酬は当たり前です。
167	終末期、死を目の前にしてお金のことを考えたくない。医療に格差を付けて欲しくない。
168	相談に時間などもかかるため。文書作成も大変だと思う。
169	保険から支払われるとなればお互いにゆっくり話し合えるから。
170	医療行為の一部と考えるから。
171	金銭を支払うことによりよりきちんとした対応をしてもらいたいから。
172	多数の人に手数をかけているからお支払いするのが当然です。
173	治療の一環だから支払うのは当たり前。
174	相互援助（助け合い）
175	金額にもよりますが自分が納得できる説明には時間が必要かと思ひます。そのためには無料はいけません。
176	当然経費を払うべき。
177	少しでも診療費の負担を家族に負わたくないため。
178	それ相応の相談と文書の提供があれば支払われても構わないと思ひます。仕事ですから。
179	費用が発生するのは当然だ。
180	当然のこと理由など必要ないと思ひます。
181	仕事には当然報酬があるものです。ましてこのような重い意味のあることが無料ですらあるとは思ひません。
182	相談した場合の報酬として当然だと思う。
183	今現在介護保険料などの税金を支払っているから。
184	診療費の負担ができないでも話し合いができるようにしてあげたいから。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
185	医師や看護師も決められた範囲で行動しています。患者との会話も相手が納得するように話をすればそれなりの時間を費やします。また会話も医療行為の一環と考えていますのでそれに対する支払も当然だと思います。
186	医療機関への一つの報酬と思うから。ただし文書などの質と報酬のレベルは考慮要。
187	専門的な相談だから。
188	家族などに金の負担が少なくなるから。
189	医療の一部と考えている。
190	終末期の治療方針についての文書などは医師や看護師さんとの連絡で続くのですから書類だと思ひます。相談料は当然だと思います。
191	時間をかけて責任を持って話し合いに参加して欲しいと思ひます。そのためには相談料が支払われるのではないかと思ひます。
192	診断書などと同様の書類だと思うから。相談や書類作成の時間給として必要だと思うから。
193	業務と責任と考えるとこの方法しかないかと思ひます。
194	医師、看護師の多忙の中に設ける相談であるが故に患者あるいは家族との話し合いには相当な時間が必要と思ひます。
195	医療者側にも時間的な負担をかけるのですから相応する診療費が支払われるのは当然だと思う。
196	プロとしての相談なので報酬は当然あるべき。
197	相談を文書に残すことはとても良いことだと思ひます。
198	医師の仕事は大変だからそれぐらいあっても良いと思ひます。そんな問題より政治家の無駄遣いを何とかするべきだと思ひます。
199	相談には時間がかかります。また文書作成にも人件費がかかりますから。
200	説明、話し合い共に時間を要する。これも治療の一部であると思ひます。これを自費でするとなると相談できない方が増すのではないかと。そのようなことになってはいけないので公的保険で支払うべき。
201	本心ですべてがお金という事態になるよう好ましくはないですが、医師がそのことで時間を取る診療費なしでは親身になって相談に乗らないのでは一つの懸念があるため。
202	医師や看護師さんが相談料を支払うことによって良いアドバイスがもらえる。支払わないと流作業的に終わってしまうのではないかなと思ひます。
203	手間がかかるから。
204	お礼として。
205	時間を費やしているので支払われるべきであると思ひます（忙しいのに時間を費やしてくれているから）。
206	そうした話し合い、文書の作成は時間もかかるし負担もかかる。診療費が支払われるのは当然と思ひます。そのことでこうした対応は十分に慎重に患者に理解できる仕方で行って欲しい。カウンセリング同様技術を磨いて欲しい

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
207	何回も繰り返し相談した結果の文章、意志が変化した時などの取りやめなど時間をかけた相談ならそれだけの報酬は支払うべきだと思う。
208	相談に応じることや臨終に関することは医師の本分に当たると思う。当然支払われるべき。
209	健康診断などをした場合の診断書の代金と同じなのではないかと考えるので。
210	医療行為の範囲内と考える。
211	内容がその支払いに対価価値があればいいと思う。バラツキはダメ!
212	よりよい治療方針を相談するのが好ましいと思います。時間がかかるとしますので支払いが当然です。
213	自分の考え方や治療方針の方法、尊厳死などについて話し合いができるのであれば、診療費が支払われることと患者も一部負担も妥当と思うが相談料があまり高い設定にしないで欲しい。
214	適切な診断とし患者、医師双方の了知した内容があることを期待する。
215	患者の経済的負担が少しでも軽くなればと思うから…。
216	作成するために費用がかかるから。
217	診療費の支払いが助かります。
218	そのような行為は当然だと思っていたから。
219	責任とプライドを持って接して頂きたいからです。また患者として当然のマナーだと考えます。
220	病院の経営資金不足と言われている中、親身になって治療方法などの話し合いが行われることは病院側の時間と手数がかなり負担になると思われる。よって患者の負担も当然と思われる。
221	診療としての話し合いは大切であると思うので、それに対応した相談料としての支出は当然だと考える。
222	医療側に相当の対価を支払うことは妥当と考える。
223	そのために教育を受けてきた専門家であり一番いい道を作ってくれると思うので。
224	生きている間は患者であるから相談すれば一部負担金を支払うのは当然だと思う。
225	時間をかけて話を聞けるのだから。
226	医療者のボランティアの精神に任せて医療機関によって差があってはいけないからきちんと仕事の一環として定め、十分な時間を費やして欲しい。
227	今後医療機関の発展のため協力します。
228	相談も医療行為の1つだと思うから。特に終末期の場合は十分な時間をかけてじっくり話し合いたいと思うので。
229	意思の専門的な説明、解明などに経費として支払われることは当然と考える。
230	医療機関が話し合い、文書などの提供を行うことに対価が発生することは通常の考えだと思えます。その時患者が支払うことは可能だとも思いますが、公的医療から支払うことの方がお好ましいと考えます。
231	医師側も診療費をもらった方が真剣に取り組める。
232	話し合う時間は仕事上とはいえどもその時間を作るために他の仕事を調整して(残業したりして)いると思われるから。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
233	現在は高齢者時代と言われ医療充実のために医療スタッフ確保のために支払われることはやむを得ないと思います。
234	プロからの適切なアドバイスに対してそれに見合った報酬は支払われるべきだと思います。弁護士も相談料をもらい受けるのと同じかと思えます。
235	医療行為の範囲内で両方に責任感を持たせるため。
236	そこまでが治療だと思うので相談料を払うのは妥当である。高額なら支払うのはどうかと思うが…。
237	支払われることによって医師側は丁寧な対応をしてくれそうだから。
238	治る希望のある患者よりも気遣いや精神的負担がありそうなので。
239	医療の一環とみて相談料は支払われるのが妥当と思う。
240	診療費を支払ったことのお互いの責任を果たすため。
241	総合治療の一環であると考えられる。
242	終末期医療に貢献すると思えます。
243	タダ(無料)というわけにはいかないだろう。仕事なのだから仕方がない。金額が問題。安いにこしたことはないが。
244	軽い病気ならともかく、重病の場合は、患者自身の負担も相当な額が必要と予想されるので、相談料がいくら支払われることは好ましいことである。
245	医療を受ける患者やその家族にとって心理的、社会的支援を診療費の中でみることが本来の医療にもともと含まれているものと考えられるから。生物学的、医学的な診断・治療だけでは、治る見込みのない患者、終末期を迎える患者とその家族については何の助けにもならないから。
246	きちんと報酬が支払われることで、いくら治らなくても自分の最期に責任を持って対処してもらえるから。十分な話し合い等には医師にとっても仕事として時間を多く費やすからそれに見合った報酬はもらえないといかない。
247	自分ではどうしようもないので、相談が必要と思えます。家族の為にも…。
248	診療相談も医療費の一部である。医師・看護師にも真剣に考えてもらいたいから。
249	責任を持って話し合い、治療を受けられる為には、相談料を支払うべきであると思えます。十分納得のいく話し合いであれば当然支払っていかねばならないと思えます。
250	時間をかけて話し合いをし、文書等を作成して頂くのに、時間と労力が必要です。それに対する診療費は支払いたい。
251	治療の一部と考えています。
252	医療側の仕事だから、説明に時間がかかるし、仕事に対する(報酬?)請求は当然だと思う。
253	カウンセリングであり、仕事の一環である以上報酬は支払われるべき。報酬がないと、相談をする医師の方がぞんざいになる可能性もあるから。無料で行うのは多忙な医師の更なる負担になってしまう。
254	病気によっては費用がかかると思いますが、必要だと思います。
255	ボランティアではできないことではないと思えます。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
256	重い病気には皆めったにからないと思うが、かかる可能性は誰にでもあるので、支払われる金はもらい、安心したい(重い病気は費用が高いので、出費が多くなるので)。誰でも重い病気になりたくてなるのではないから。
257	医療関係者の職務であり、充実した保障された内容を受ける為にも当然です。
258	患者が診断書を求める時、経費を負担する。患者が病状の変化等を医師等と話し合い、その後その内容等を取りまとめ、文書等の提供を受ける場合は、経費を負担するのはやむを得ないと思う。但し、文書等の提供を受けない話し合いの場合は、経費の負担を求めべきではない。
259	請求される金額を払えるか不安。また、家族の負担を考えるとお願いしたい。
260	受け取ることによって責任を任せられる。
261	仕事としてキチンとした対応なり、システムを作って欲しいから。
262	文書に残すことは時間と労力を要するから対価を得るのは当然だと思う。
263	医療行為の一貫として当然医療費は発生すると考える。
264	その時間を診療に当てられるので、経費とみなしても良いのでは?
265	それも医療従事者の仕事の一つであり、それに対する報酬は当然であるべき。
266	医療に携わる方々に受ける側が亦ひげ先的なことばかりを望むのは良くないと思えます。衣料は高度な専門職です。死を安らかに迎えさせる為の相談に対しては支払われるのが好ましいと思えます。
267	診療の一部であると考えられる。
268	治療方針について話し合い、更に文書等の提供を希望するということは、診療内容というか、意志や看護師側の内容に入るから、治療費の一部に入るように思えます。
269	有料の方がより責任感のある具体的な相談ができると思われるから。
270	相談に対して、時間を取られる。相談料を支払うことによってきちんと医療者側にも統一した責任、義務、配慮を望むから。
271	相談も治療の一つだから当然だと思う。
272	現在の医療機関は、人手不足等で、無償で話し合いや相談をするのは困難と思われる。また、医療関係者により、内容にも大きな違いがありそうなので、医療機関側に報酬があることにより患者自身が納得できる話し合い等ができるのであれば相談料が発生しても仕方ないと思う。
273	医師や看護師等に責任を感じてないから。
274	自己負担の金額を抑えられる。
275	・先生から記載していただくから。 ・真剣に病気に取組んでいただけることと信じられるから。
276	治療方針の相談も治療の一環と考えられるから。
277	支払われないとちゃんと話し合いをしていくからと思う。
278	相談も診療の一部として考えられるので。
279	診療費は医師に対する正当な報酬だと考えます。
280	生活が苦しい。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
281	専門家(医師・看護師)より責任を持った納得いく回答を受けることに対して、当然それなりの診療費の支払いは好ましいと思う。
282	話し合い、文書等の提供で仕事金を支払うのは当然です。
283	今はよくわかりませんが、何となく必要と感じる。
284	治療方針を検討し、患者に示すことも医師の業務の一つではないかと思われる。
285	自分のことで一生懸命にして頂いた方には、その費用は支払うべきです。きっと死を前にして医師は最善を尽くすと思われるので(と信じて)。
286	終末期はその人の最期の生きざまでも、もっとも大切な時であり、それを処方される医療関係も真剣なものなので、相談料の支払いは当然と思えます。
287	労力が発生しているので、当然と思えます。
288	診療費を支払った方が医師も時間を取りやすく親身になって話を聞いてくれようだから。
289	医療側も患者も話し合いを行うこととして実施されるようになる。
290	終わりが見えてるとはいえ、命に関わってくることなので、仕方ないと思えます。
291	医師と看護師、医療従事者が、患者との間で、十分な話し合いと文書等の提供を行った為、次官と労力、病院内の業務効率上、負担になっている為、診療費の(採算上)支払いは必要だろうと思えます。
292	医療機関と患者双方にそれぞれ責任を感じることができる。
293	見込みがないからと見捨てていいとは思えないから。
294	自身の為の支援であり、一部負担は当然と考える(現行保険制度の一部負担と同じ…と考えている)。
295	支払うのは当然だと思う。文書等の提供をお願いしたのだから、相談料として一部支払うのは当然だと思う。
296	話し合いをすることも大切な診療だから。
297	時間と労力がかかると思われるので。
298	費用を気にせず十分な相談を受けることができると知っていると、少しでも安心して、気持ちの負担も少なくなる。何度でも納得のいくまで利用することができる。
299	親身になって考えて頂き、より良い方法が発見できることはありがたいことで、それに対する診療費は当然だと思えます。
300	最近核家族が進み、夫婦二人の生活が増えている。頼れるのは治療してくれる医師や看護師だけとなると、その方達との“絆”を信頼関係をベストのものにしていきたいと思う。その為に、潤滑油としての診療費は必要だと思う。子供がいても、迷惑をかけず一生をまっとうしたいと考えるのは親の切ない願望だと思う。
301	医師や看護師、医療従事者も相談を受ければそれなりに時間を費やして資料を探したりするでしょうから、それなりの相談料は支払うべきだと思います。
302	自分は低年金なので家族に負担をかけたくない。
303	労働時間内の報酬と思うから。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
304	本人の希望通りの意志を認めてもらった感謝の印としていいと思う。
305	今後のこのようなことを国全体として進めていく為に、このような行為を医療機関の好意に頼るのではなく業務の一部とする為、仕事に対して報酬が支払われるのは当然だから。
306	相談も診療の一部と考えられるから。
307	患者と医者、当然だと思う。
308	最良の方法での治療を選択できる為には、診療費は当然だと思います。
309	精神的にも金銭的にも大変な時だと思うので、負担してくれたら、助かると思う。
310	もし、公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われないなら、医療機関は金銭面から考えて、重大な決定を正しくやれない場合もあるのでは、と、心配する。
311	医療従事者に対する当然の報酬だと思うから。
312	患者も一部負担するのも当然だと思うから。
313	保険から出るのであれば、そんなに高くはないだろうし、何よりも相談がしやすいのではないだろうか。
314	費用なしで相談が行われることは考えられない。
315	のちに残る家族に少しでも負担を軽くしたい。
316	専門家のお話は医療と同じと考えるから。
317	診療報酬、仕事として当然のことと思う。
318	手をわすらわせるので、当然と思う。
319	治療方針について十分な話し合いが必要だと思うから。
320	相手に気兼ねなく話ができる。例えば時間を気にせず等。
321	病状の変化に伴う医療上の処置法の確立と責任をとってもらう為、治療の 礎とする。
322	年金生活者にとって大変ありがたい。
323	問2で答えた事項を心おきなく詳細に話し合いたいので、相談料を負担しても良い。
324	少しは自分で払ってもいいと思う(61才)。
325	適切な相談に対し、報酬はあるべき。
326	診療の一つと考える。
327	プロとしての意識を持って欲しい。
328	対等でありたい。
329	医療のサービスが十分に行うことができると思う。親身になった返答が返ってくる。
330	医療行為の一つであると思うから。
331	医師の職務に対する正当な支払いは必要だと思うので。
332	医者には家族同様に最後まで見て欲しいから。
333	一部負担を支払うことによって安心して相談できる。
334	通常、文書等の提供は診療対象者のものであり、したがって相談料として事前に取り決める必要がある。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
335	患者本人も大変だけど、医療従事者も働いてもらわないといけないのだから支払いは当然だと思います。
336	自分もいつ重い病になるかわからない為、家族に負担をかけたくない。
337	自分が納得できる説明を受けられるのであれば、支払いに値すると思う。
338	一割負担くらいならそんなに金額も高くないと思うし、十分な相談・話し合いができればいいと思う。
339	相談自体が医療自体と考える為、診療費は支払われるのが当然。
340	患者に対しての医療の一部だと思うので、診療費が支払われるのは当たり前のことである。
341	診療費を支払うのは義務だと思うから。
342	診療報酬の担当者に多忙の中、時間を割いて専門的知識から患者の立場にたって相談してもらったことに対して、当然ではないかと思えます。
343	専門的立場からの話であり、それは当然費用がかかるから。
344	高い保険料を支払っているのだから、当たり前のことだと思う。
345	診断の場合は、問診と同じだと思います。患者が納得いく話を聞ければ、医師を信頼して病状に対しての不安感が薄れるように思えます。
346	医師と大事な話、納得できるまで説明していただくのに時間を作ってもらうので、診療費を支払うのは当たり前だと思います。
347	医療機関にも負担をかける。支払われた方がより相談にのってもらえそう。
348	一般の診療に比べ、文書の回答の方が、医師に負担がかかると思いますが、患者も文書の内容を大切に考えられると思います。
349	医師・看護師の方々も時間を作り、仕事で話し合っていることだから。
350	診療費が支払われることは、終末期医療にかかわる医療従事者の責任ある仕事として当然であると思えます。
351	治る見込みがないに家族に負担をかける。その上また費用がかかるのは辛いです。
352	「無料サービス」ではなく、費用負担は必要でも納得できる話し合いをしたいから。
353	仕事の対価として当然だから。
354	医療機関にとってもメリットとなり、十分なケアを受けられることになるから。
355	診療費が支払われることによって、信用できると思うから。
356	診療の一部として十分な話し合いと文書等の提供を受けたいから。
357	診療費により、より内容を充実したものにできる為。
358	相談料を支払うことで、より良い医療行為が受けやすくなるので、高齢化が進む日本では公的な支援が行われることが望ましい。
359	文書にするならば、医師や看護師の仕事がとて増える(負担)ので、当然の支払いと思う。
360	患者が真に必要な情報を的確かつ文章にすることは、医療従事者の責任であり義務と思う。医療従事者は患者に満足する説明ができたならばそれは正当な価値が払われるべきだと思う。
361	診療費を払うことにより十分な話し合いができるのなら、その方がいいと思うから。

問8 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましいと考える理由	
362	色々な専門家の方々の意見等を聞く為には、診療費が支払われるのがいいと思う。
363	納得した説明をしてもらえばいいと思う。
364	何事についても時間対費用というものがあると思う。タダで話し合いが行われるようなことがあれば、どこかにそのしわ寄せが行くと思う。
365	時間を割く以上、費用が発生するのは当然だと思う。
366	手間もヒマもかかることに対して支払いが発生するのは当然であると考えます。
367	治療・診療と同様だと思うので。
368	治る見込みがないとしても終末期をどのように過ごすかの指針になると思うから。
369	医師の仕事であるから。
370	何事においても無料ということは、責任が薄れると思う。
371	当然のことだと思うから。
372	良くも悪くも「必要なことだから」ではないかと思う。
373	相当な時間を要するから。
374	支払われることは、当たり前です。
375	明確に治療方針等納得するまで聞くのも医療の中の診療になると思う。
376	診療してもらったら払うのが当然だと思います。
377	医療機関によって相談や文書作成に時間を費やす=他の患者の診療ができないということになるので、相談料をもらえないと時間をかけてもらえなくなるかもしれません。病院もオンラインケアではなく、経費していかねばいけません。過大な料金を取られるのは困りますが、それなりの金額でしたら、妥当なものだと思います。
378	現在の医療はフィーがないと個別のサービスとなり差が拡大する。医療はサービスであるが、業務として規定して最低補償を必要と考えるから。
379	相談にかかる時間を拘束するのだから支払うのは当然です。
380	相談料はただのサービスではない。
381	診療の一部だと考えられる為、当然の医療行為と思う。
382	相談料が支払われることで安心して話し合いに望めるから。

問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して、診療費が支払われることが好ましくないとする理由	
1	保険料に含まれているのではないかな。
2	あらゆる診療費が高すぎる。
3	相談はお金の支払いの有無で行われるものではないと思うので、相互の心と心の通い合いがあつて行われるものと希望したいから。
4	相談料まで支払うことはないと思うからです。
5	医療従事者が相談を受け、患者や家族に安心を与えるのは当然と考える。医療費の上昇に繋がると相談料は認めたくない。
6	高い治療費も払うのに相談料も払うなんて、2重取りのような気がする。
7	治療の 礎と考える。
8	病状や性で入院した際に、説明を受けるのは当然だと思う。いくら後期高齢者終末期相談だとしても同じだと思う。何でも診療費がかかるのはおかしいと思う。
9	説明を受けたり、話し合うことは当たり前のことであるし、それと文書に現したことについて支度料が支払われるということは、どのように表現してよいかかわからないが、感覚的に不可思議と思えない。
10	支払い能力がない。
11	あくまでも相談であつて、診療ではないし、自分の身体が話し合いの通りに変化するとは限らないから。
12	医師が患者に病状等を伝えるのは当然のことと義務であり、特別なことではない。それに対する支払いは不当である。
13	患者と医療従事者が色々話し合うのは当然のことだからです。
14	文書の提供を受け、相談料として負担金とられるのは少しおかしな気がします。相談のみは無料が良いと思う。文書の提供は今でも有料なので仕方ないが、もう少し安くても良いのでは？
15	全ての治療において、患者が希望しない治療はするべきではない。医師は方針を患者とするのは当たり前。終末期の相談だけ相談料が支払われるのはおかしい。日本の医師は患者の希望を聞かす。
16	医療機関が患者の相談に応じ、話し合うのは当然だと思う。
17	医師と患者の間の相談や話し合いに対してお金が支払われることは、お互いの信頼関係の上不要と思われる。かつ必要以上の医療保険金の支出が必要となり、医療全般に影響を与えると思われる。
18	診療行為の一部だと思うから。
19	治療の一部として、相談料を改めて支払いたくない。
20	患者の負担が多くなると、医者としては相談されて当たり前だと思う。
21	病気で入院して退院する時、治療費の明細書を見たとき、これは何にかかった費用?と思われるお金がついている。これ以上負担できない。
22	治療＝相談だと思う(相談なしでは治療もできないと思う)。

問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
23	医師と患者本人が話し合いを持つことは大変重要であると思います。しかしながら、その行為に対し、診療費を支払えと言うことについては疑問を感じます。人間の生死の最後まで金で済ませるといふことに対し、私は納得できません。
24	医は仁術、人助けの分野だから、俗物にならないで欲しい。
25	医師によっては必要以上にその処置をすることで、費用請求しきれないのではないかと不安である。
26	相談であり、診療ではないから。
27	治る見込みのないことでの話し合いで、診療費が発生することが納得いかない。
28	医療費、入院に伴う家族的負担は大きい。医療従事者が患者、家族から相談を受け、解決していくことは「医療の本質」でもあるから、一部負担をすることは好ましくないと。
29	治療だけでも家計に大きな負担を与えるのに加え、この不景気の時期にはなおさらのことである。治る見込みのない病気がれば、尚一層治療費がかさむのだから、少しでも負担を軽減したいと思うのは当然である。
30	相談と言うか、治療を行う上でのステップなので、治療ではないという考えで診療費は発生しない。
31	お金が全て終わるの、好ましくない(それまでに治療費をとっているから)。
32	患者のためにはならない医療関係者の金儲けだけ。全て現在は病院など金儲け主義ばかりだと思います。
33	相談ぐらいで診療費を支払うのは好ましくないと。診療しながらの相談なら別だが、
34	診療の一環なので、無料(サービス)とすべき。元々が高額なお金を払っているから。
35	通院に交通費等が必要な為、タクシー。
36	生きる見込みのないのに、必要はない。
37	払いたくない。
38	人の病気を発見し、それに伴った判断をし治療するのが医師の務めであり、診療費が払われるのはおかしいと思う。また、支払いするとすれば、患者の負担も多少なりとも変わってくると思う。
39	医療機関は当然のこととして文書を提出していると思うので、相談料の負担とか支払いたくない。
40	治療方針について話し合ったり、家族と話し合う為に文書の提供をお願いして、どうして診療費が必要か、その制度は廃止して欲しい。
41	相談に費用が発生するのに理解できない。
42	相談料とは医療費とは違う項目だと思うから。「診断書」などと同じ扱いになると思う。
43	相談料は診療費には含まれないと思うから。
44	仕事だから。

問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
45	本人の終末期を決めるのは本人であると思う。そのために必要な医療的な情報等提供すべきことは当然のことだと思うので、そのために診療費を支払うのはおかしいと思う。また、情報を提示しなかった場合に支払われないのもおかしいと思う。
46	実態治療をしない者が、書類を書き添えていただくだけで料金を取られるのはおかしいから。
47	なんで相談で金を支払わなきゃいけないのかわかりません。
48	医師が説明や相談をすることは当然なことだと思います。
49	支払われることを事前に知らせてから進んで欲しい。
50	患者として知る権利があると思うと共に、基本業務として説明があるべきと思う。
51	相談料として特別に支払われることは好ましくないと。こういったこと全て含めて終末期医療とすべきだと思う。
52	患者が医師に相談するのは当然。
53	医療機関として当たり前だから(相談)が。
54	経済的負担が増すのは好ましくないと。
55	入院中のことなので診療の一部だと思うので。
56	これまで支払われた診療費の総まとめの段階にきていることであり、家族にもボチボチ負担をかけたくない時期だから。
57	お年寄りが多くなるのだから診療費が増え、行き詰ると思う。病院や医師がもうけすぎではないかと思う。
58	話し合いなどはどのような場合でもきっちりすべきことなので、病気の度合いに限らず無償ですべき。
59	相談内容を書面にしただけで、診療費がかかる根拠がまったくわからない。
60	治療方針等についての話し合いは、診療・治療の一環であって別途支払われるべきものではないと思う。
61	人生最後の過ごし方を決定するのにお金がいるのは嫌な気がするから。
62	病気に対しての「医療費」の中に今回の診療費は含めるべき。
63	医療機関としては医療内容等記録として文書化することが当然であり、医療の一部である。したがって相談料が加算されることが納得できない。
64	説明することに診療費が別に発生するのでは相談することもままならない。医師との信頼も揺らぐと思う。
65	普通のことに報酬が生まれるのは不思議。
66	診療費の負担を軽くしたいので。
67	治療そのものとは関係ないと思うから。
68	相談は医療行為でないため。
69	支払う保険料が上がりそう(現役世代の負担が増えそう)。
70	仕事のひとつとしてとらえたいから。
71	現在診療費が三割負担で、病院に行くのも1ヶ月3万位かかる。

問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
72	後期高齢者保険、介護保険料、月2回の通院費用、薬代等で高額になる。
73	医療行為とは考えられないから。
74	私は高校教師、後に大学教員であったが、教員は問題ある生徒やその保護者といくら時間外に相談、面談しても何も支払われない。そのくらいのサービスは給料のうちである。医療関係だって同じことではないか。
75	医療に関しての相談や話し合いのだから診療後の相談であるがゆえに、診療の時の支払で十分だと思われるから。
76	重い病気の時は治療費がかかるのに、その上にまた負担が大変だと思う。
77	話し合い後に文書等の提供を受けることは医療行為の一つなので、別に相談料として診療費と支払う必要はない。
78	相談料として別に診療費が発生するものか疑問です。今までは含まれていなかったか? 治療費とは別と考えられるのですか?
79	終末期の病状の人に対して負担を課するのはどうかと…。
80	医療相談も医療行為と同じであると考えられるので、特別に費用が発生するのはおかしいように思います(医療行為に伴うもので、何かの診療項目に含まれるもの)。
81	診療費を支払うことで、医療機関及び関係者に正常な医療行為が失われるような気がします。
82	医療費の支出で大変なのに、教えていただくくらい国が支払って下さってもいいのではないかと、親切という気持はないのでしょうか。何でも金で支払えというのでしょうか。国はもっと真剣に底辺まで考えるべきだ。
83	相談料はいい。治療方針や今後の生活の話し合いで料金を請求するのはおかしくはないだろうか。
84	自分の終末期の医療方針について話し合いし、文書に提供を行うことは当然のことと考え、その分として診療費が支払われるのはおかしい。
85	診療の一部で区別する必要はないと思います。
86	治療費と相談料は別もの!! 医師の義務(相談)そこに診療費がかかるのは営利目的の他ならない。
87	医師はきちんと説明する義務があると思う。
88	診療費がかかるのでは、やめようかと思ったりするかもしれない。死と直面しなければならぬのに、相談するためにお金がかかるのかと思うと悲しい。
89	自分のことは最後まで自分で決めたい。家族に負担をかけたくない。
90	医師の義務として、診療費の払えない方でも相談にのることが望ましいと考える。医療保険は相談以外の治療に使って欲しい。
91	病気で一番大変な時に相談するだけで診療費なんて。そうでなくてもいろいろと費用が大変なので無料にすべきだと思います。
92	治る見込みがないのだから国が負担すべき。
93	経済的負担が大きい。

問10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
94	相談料がかかってしまったら、相談しようという気持ちが薄れそうなので。
95	今の時代、生活が苦しい老人がたくさんいる中で、相談するのにお金がかかると、したくてもできない人も出てくる気がします。
96	ただでさえ点滴・注射・おむつ・検査・差額ベッド・回診等に経費がかかるのにならわんです。
97	負担を少しでも少なくしたいから。
98	家族に負担をかけたくないから。
99	治療の経過やその後の話し合いは医療の一部であるが、そのことと書面にしたらとしても相談支援料を支払うのはいいから。
100	診療費も高くその他の費用もかかる中、それ以上の出費はしたくない。一般診療費の中で補われるべきと考えます。一番つらい時期にお金のかかることに反対です。もっと安心できる医療になって欲しいと常に思っています。
101	医療側の当然の義務であり、患者側の当然の権利と考えます。
102	相談料だけ取られるのはちょっとおかしいかなと思う。
103	ケース by ケースと考えますが…治る見込みがないとなると…。
104	収入の少ない高齢者がこのようなことに診療費を支払うのは無理。
105	相談に料金が発生するのがわからない。
106	患者の負担が増え、保険料の値上げになると思う。
107	公費が使えるのでしたらサービスしたらいいんじゃないかと思えます。
108	通常の医療・業務の一端として施されるべきことだから。
109	今までの利用の続きであって、改めて後期高齢者終末期相談支援料を科すのはおかしいと考える。
110	話し合い、文書提供で相談料を取られることも知らなかった。
111	今年の4月に母が亡くなりましたが、2年に渡っての入院でたまたま自営業の母だったので金銭的なものには苦勞しませんが、自分で置き換えた時、医療費・生活費・その他に…などと考えると相談したくても我慢するようなことになるだろうと思います。
112	何でも金次第。相談するのでも金で解決。金がすべての世の中。
113	医療機関に支払われることは好ましくないと。高い医療費を支払った上にまた支払う。経済的に楽な人ばかりではないと思う。若い時一生懸命働いてきて年を取ってからは国ももう少し考えて欲しい。高齢者のために。
114	毎回の治療代や診療代はもちろん仕方ないと思うし本来は文書の提供代なども仕方ないのかもしれないが、気持的にはあまりいい気持はしません。
115	病気になった時にそのような相談は医療機関の義務である。
116	治療の見通しや死ぬ場所の選択についての相談は医師の当然の仕事であり、診療報酬がなくともなされることだと考えるから。
117	そこまで通常の医師として(医療行為)説明なので。
118	医療費がまたかかるから。

問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
119	命の相談が料金によって行われることに抵抗がある。料金の支払いができない人はどうしたら良いのでしょうか。医者的人性はどうなるのでしょうか。
120	診療内でのことなので別料金を支払うのはおかしいと思う。すべて当たり前のこととして行われて欲しいから。
121	なぜ今になって診療費として支払わなければならないのか納得がいらない。医師、看護師の方々は患者の病状に対する説明、治療などの説明は当たり前のことであると思う。それとも診療費を支払うことで今以上に良い態勢をしてくれるのか？気持ち良く対応してくれるのか？
122	十分な理解をえるために必要な話し合いが費用別になると支払いのことを考えて話し合いを持ってないケースも出てくるのでは？
123	勤務中の仕事だと思います。大事な相談のため個人的問題と思いますが、心配することもありえるので、重の支払いのような気持ちになると思います。この件は公にはできませんが、
124	治療の一つではないかと思うから。
125	医療機関として文書作成及び相談は当然のことだと思うので。
126	そんなことで支払われるのはおかしい。医療機関として当然と思うので。
127	入院時には毎日一度は主治医と話してます（私の経験から）。それで良いのではないかと。
128	高齢者からの医療費の負担は切ないです。
129	その後のことについて話し合うことは大事だと思うし、支払料が支払われればきちんとその時間が作られると思うのですが、今現在医者が診療の最後にどうでもいいことを言ったり指導料を取っていることを考えると（もちろんそうでない方もいるんですが）形式だけになりそうだから。
130	最後の時を迎えるまで病院へ通院するとなると医療費なども多額に支払うことになる。その医療費で十分だただでさえ高い医療費だと思っているから。
131	あくまで相談であり治療ではないから。
132	病状の報告だから別に支払われる必要などない。
133	相談も治療の一つだと思うから。
134	相談に乗るのも医療のうちだから。
135	診療費は払っているのにまた別に相談費として払う必要はないと思う。
136	診療の一つと考え特に診療費が別に支払う必要はないと思う。
137	診療費には当たらないと思うため。
138	治療の一部として考えているから。
139	相談することに費用がかかること、書面に残すことによりヨサかかるとは人と人の信頼が薄れてしまうし、すべてにお金が絡むことは終末期を迎えた人間の尊厳を失う。
140	相談料として支払われることには違和感がある。本来医療行為そのものに話し合いも含まれるものと思う。
141	保険料を払っているから支払う必要なし

問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
142	自分の病状について医師などと相談またそれを形に残すことは患者として当然の権利だと思うのでそこに相談料が発生することは好ましくないとと思う。
143	病人が自分の状況を詳しく知りたいのは当然のことです。担当医が病人に詳しく説明をしたからといって別途料金を取ることはもってのほかである。終末期の病人からそうまでして金を取るようなことを考えているのか。
144	費用などが重なるため。
145	相談料としての診療費は必要がない。医療機関の説明、相談は義務と思う。
146	別に支払いでなし治療費に入れると良い。
147	診療し先が見えるようになってきたら今後のことを家族に説明するのは当たり前でお金を取るのはおかしいと思います。
148	生活費などがいるのであっていけないです。
149	診療での相談と思うので特別に名目を作って出す必要はないと思う。
150	自身のことでも後々確認したいことなど出て来ると大半の人間は同じだと思うので、それについて相談料を取るとするのは良心ではないと思うから。
151	診療報酬に含まれていると思う。余分な支払いになる。
152	医療従事者に相談し文書を提供してもらうことは患者に対する義務であると思う。当たり前なことなので診療費を支払うということでは好ましくないとと思う！
153	別枠でいくらか支払われるのかわかりませんが、それも治療費の内だと思うのですが。
154	商品を買ったり何かのサービスを受ける時説明を聞くのは当然のことです。医療に関してのみ話し合いが相談料としてお金に結び付くのは好ましくないとと思うから。
155	単純に支払いたくない。お金がない。
156	相談をしたことが文書になって相談料を取るのは案外。サービスで良いのではないかと。
157	患者が一部を負担するのがおかしい。医療費だけでもお金がかかるのに、そこにまた上乗せするのが嫌ですね。患者に負担がなければ診療費が支払われることは好ましい。
158	医師、看護師は患者の相談を聞くことは当然である。
159	なぜ説明をしただけでお金がかかるのか意味がわからない。医師には説明義務があると思うから義務を果たさずにお金を払うのはおかしいのでは？
160	全額公的医療保険が出るというのは公的費用を使いすぎるのではないかと思われます。
161	病状に関する相談は診療という中の流れの一部であると考えられるので、相談料としての診療費が支払われるのはどうかと思う。
162	治療費、その他の費を考えますと最後までお金というのは心がむなしくなります。先生方のお時間をすべてにお金を出さないで温かい最後を迎えられない時代はあまりにも切ないです。心温かい方達という思いの中に反対にお金のない人はどうなのかという感情もまた確に思えます。
163	ただでさえ負担になる医療費に加えてさらに重い負担になると思うから。
164	公的という税金というイメージがある。税金なら他に必要なことで使用して欲しい。

問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
165	「相談料」と別に取るのではなく、その時の診療費として、治療とまとめて欲しい。「相談料」をとられるなら相談しない人もいるのでは？
166	相談をしたことでどうして診療費を払わないといけないのか、相談をしただけで払わないといけないのですか。相談するだけなのに医者は患者のことを考えてくれるなら払う必要はないでしょう。
167	1. 終末指導相談を求めるとかどうか当人の意思次第、2. 年齢差別は妥当ではない。
168	直感で思った。
169	医者の仕事に含まれると思うから。
170	「話し合い」だけで何も治療を受けたいわけではない。医師らの「時間」を拘束したというのでは、全くの時間給で、医師の感傷がないように感じる。「先生様」だから、信頼し、相談するんじゃないですか！それにお金をとられたら、何だかありがたみが減り、相談の内容についても利己的に進めたいんじゃないかと疑ってしまう。
171	親身になって患者のことを考えるのではなく、ただ、金儲けのために行うような気がする。
172	不適切な処理が多く行われそうだから。架空の書類が多く作成される。
173	医療費に含まれるべきである。
174	重い病状にかかっている、それだけで心の重荷であるのに、そこにプラス診療費とは、更に心の重荷になる。もつと思いやりといたわりを。
175	全て保険料の範囲以内での支払いにして欲しい。高齢者がお金の心配をしなくてもいい制度であって欲しい。
176	診療の範囲だと思う。
177	これ以上出費は出たくない。
178	当然の義務だと思うから。支払がないから、そのような内容について話せないというのは変！
179	終末期であっても常に医師と相談しながら治療をしていくべきで、文書にまとめたとしても、相談料を支払う必要はないと思います。
180	私は文書は必要としないので、料金を払うことは嫌ですね。文書が必要であるならば、手間がかかるわけですから文書費は当たり前ですね。
181	診療費を支払うということは年金生活者にとってとても負担だと思います。
182	相談は一般的な治療の内のはず。特別に枠を設けるのはおかしい。
183	医療診療の一貫だと思うから。
184	医療費を支払っているのだから、それとは別に請求されるのはとても事務的で変です。患者の気持ちを考えていない。何で見込みがないにお金を払うのか？
185	患者との話し合いというのは、診療費が支払われるから行うものではなく、行われるのが当たり前のことだと思うからです。
186	資金の2重取りになる。
187	治療費やその他のいふと費用がかかるのに、これ以上の負担は好ましくないと思えます。
188	

問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
189	診察の結果、詳しく説明をして下さい。それに対して料金を払わなければならないのではどうかと思います。
190	診療もしていないのに説明を聞いた後にお金を払うのはおかしい。
191	出費があるから。
192	幾ら支払うかわからないけれど、病気の延長だと思います。その都度支払が大変です。年金生活者には…
193	何故医療費が医者に支払われるのか？医師としての仕事だと思いますので、支払いは好ましくないと。
194	相談、話し合い、が難くなる。
195	入院その他でお金がかかるのに相談しただけでまたお金が必要なのは困ります。
196	治る見込みがないのに相談料を取るのはおかしい。
197	そのようなことは当然なことであり、「診療費が支払われる」のは必要だと思えます。
198	相談料をとるとは、医師としておかしい。
199	診療費は、治療全てについて支払われるべきである。※どちらとも言えない。
200	重い病状になりしかも治る見込みがないとなると本人はとても不安になります。色々相談してアドバイスを受けたいと思うのはみんな同じだと思います。医療従事者はそこまでも仕事かと思えます。診療費が支払われるのはいいかなのでしょうか。
201	治療方針の話し合いは通常の診療の中でおこなわれることであって、別に相談料を支払う必要はない。
202	相談は医療行為の一部であり、医療保険に含まれている。
203	業務の一環であり、相談料が特別に払われるのはおかしい。
204	とにかく、診療費を取ることばかり考えています。私達後期高齢者は子供の扶養者であるにもかかわらず、医療保険を支払うようになりました。このような診療費を取ることばかり考えていることに腹が立ちます。
205	相談料として診療費の一部負担はいい。
206	医療機関（医師、医療従事者）は、患者の終末治療について本人および家族等と相談することは義務だと思います。そのことについて、医療費が払われることは言語道断だと思う。
207	費用が払えない（高額の場合）場合があると困るから。
208	本当は十分に話し合いをしたいと思ってもこの先のことを考えると、やめておこうと思う人も居ると思う。みんな平等に最期の過ごし方を考えることができればいいと思う。
209	相談だけでは支払いたくないと思う。
210	相談の内容や、結果により、診療費に差が出るかもしれない。
211	終末期に於いて何故話し合い、文書作成に金額が必要かわからない。終末期に於いて、話し合いするのは普通では！医療費は別の部分に使用した方がよい。
212	何故お金があるのですか？相談が診療費必要？
213	病状になれば治療方法やその後のことは医師の当り前の行為であると思うし、文書の提供を受けた時、何故診療費がいるのかわからない。

問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
214	それも含め、治療（医療）だと思っから。
215	診療を受けた以上は説明と文書は付き物ですから。
216	必要ない人（患者）も思っのに、医者は才真似になると思っでどうでも良いことを文書にする。全く税金のムダ。
217	診療治療の範囲と考えます。
218	確かに話し合いにも時間が必要ですが、これも治療の一環であってそもそも話し合わなければ治療の方針も立てられないし、方法も選択できないはず。相談だけに項目を立てるのは理解できない。
219	負担が多くなるのは不安。
220	そこまでするのが医師や看護師の役割と考えるから。
221	話し合いや文書等の提供等は、治療、医療の一環だと考えます。
222	年金暮らしでいて、少しでもお金の負担は大変だから。
223	こういう相談は無料で、ボランティア精神で行うべきだと思います。
224	アドバイスは診療の範囲ではないと考えられる。
225	病院等の治療費に含まれているのではないかと考へる。
226	相談も患者にとっては自分の病状を把握するのにとても重要。診療の一部ともかんがえているから、診療代と別に徴収するのは好ましくない。医師もその義務があると思う（相談内容によるが…）。
227	病気の治療の上での相談とか話し合いだと思うので、診療費として支払うのはどうかと思ひます。
228	お金がないから。
229	十分な説明や理解を得ることは重要で、その為には文書にすることもわかりやすく良いことと考へます。
230	このようなことは無料で処理されるべき。
231	金額はどのくらいかかるのかわかりませんが、皆平等に誰でも相談した方が良いと思ひます。それには支払われることは好ましくない。
232	相談も含め、診療費に含めて良いと思ひるので、わざわざ相談料は取る必要はない。
233	それも仕事の一つなのに、別途相談料が取られるのはおかしい。
234	内容やボリュームなどがわからないと判断できない。ただし医療機関の“なすべき責任”と考へたい。
235	それも治療の一環と考へます。あえて費用がかかるのはおかしいのでは。
236	診療費等の報酬がなくとも、医師や看護師側は患者の為に親身に相談をし、結果文章が必要なら作成してくれても良いことだと思う。医師や医療機関の当然あるべき姿だと思う。
237	結局死んでしまうのに、お金を払う意味がわからない。治療でお金を払うのはわかるが、相談でお金を払う必要があるのか。
238	今後の治療方針など話し合うことは当たり前なこと、それも含めて診療費を支払っていると思っているから。

問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
239	書面にするだけで診療費を払う必要はないと思っ。病氣治療でないから。
240	そこまでが治療の一環だと言へるから。
241	相談なんだからお金は取らないで欲しい。
242	相談料としてとらなくても良いと思っ。
243	診療費が支払われると、人員等の増し方が多くなると思われるから。
244	国民年金しかなく、ほとんど収入ない家庭で見込みもない者にとって、治療費が支払えない、そして相談もしたくないです。
245	病状説明や治療方針は話し合っで当然のこと。文書作成などの必要経費は仕方がないが、相談料を別にとられるのは疑問です。
246	相談で診療費がとられるのはおかしいのでは。
247	医師の説明の格差がある為。
248	従事者の負担が多く、相談で金額を取られるのは少し愛。思いやりの医療を。
249	ムンテラも一種じゃないんですか？いまいちお金をとられていたら、おちおち相談にもいけなくなりそうです。
250	家族と話し合っだけで十分だと考へています。
251	説明・話し合いは医師と患者が人として向き合っ、その記録が渡される。これを診療費とするのは、医師は患者を病氣をかかへる物体とみているかのように思われる。
252	末期の患者に何から何まで金次第との思いを持たれるから。
253	すでに高額な診療費を使っているので、相談料がどれくらい値段によるがあまり高いのはどうかと思っ。
254	人生の終わりに相談料まで支払うことはない。
255	医療保険は患者に使用されるべき。
256	なるべく負担のかららない制度にされなかつ、住みやすい社会に。
257	相談料を支払う事柄への具体的な理由がわからないから。
258	利用しない人もいるので使ったい人が負担するべき。
259	医師・看護師として相談にのることは当たり前と思っ。お金がかかるから相談にのるといっのは人間としてどうかと思っ。
260	相談して文書にしてもらっということが余計なことのように感じてしまっ。治療費や医療費を払っているので、話し合いにお金を払うとなると医療機関の冷たさを感じ、悲しくなっしまっ。
261	診療費請求に重心がかかりそう。
262	①話し合っ自体が医療行為ではないのか特に終末として区別する理由がわからない。
263	②文書料は納付できる。
264	重い病氣で診療費を払っているので一貫して扱っべきだと思ひます。
265	末期の患者さんへの負担がこれ以上重くなるのは好ましくないと思っ。高齢者に自分を置き換へると悲しいです。

問 10 医師等との終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供に対して診療費が支払われることが好ましくないと考える理由	
266	診療費が発生することで相談を必要と思っない人まで終末期へ向けての話し合いを行う医療機関も出てくるのではないかと考へられる。
267	患者の相談にのるのは医師の義務だから。それに対する報酬を支払うのはおかしい。
268	診療料の中に含まれていると思っから。
269	高齢者のため。
270	医師として話を説明するのは当然のことだと思ひます。
271	サービスとしてやっで欲しいから。
272	患者の負担が大きくなるから。
273	相談で金銭が発生することに納得がいかない。
274	相談料は医療機関の診療費に含和しているのではないですか…。税金の無駄使いだと思ひます。
275	少ない国民年金の中で医療費や相談料を支払うことに？
276	医療行為のみに支払うべき。
277	医療従事者がそっいった相談にのることは立場として当然だと思っし、どこまでが診療費を支払うべきなのか、という範囲が決めにくい。個人レベルで異なるように思っ。たいした相談にのっていない人が支払いを受けるケースが多そう。
278	医師等の時間を割いてもらうことに対しては、ありがたっと思っが、命の問題等に関して、説明でお金絡むことはやや不謹慎のように感じるから。
279	話し合いをするのに、お金を取られるのはおかしいと思っから。
280	税金の負担が増える。
281	相談料は患者の負担が大きっと思っから。
282	終末期治療の話し合いは当たり前なことだと思っしていたので、それに対して相談料が医療機関に支払われるというのは、違っような気がしまっ。
283	別で相談料がかかるより、治療費の中に含む方がいっと思ひます。
284	治る人にもっと負担してあげたい。治らない人には「心の安らぎと痛みの和らぐ治療を」—そっいう施設を作るのにお金を使っで欲しい。
285	意志や看護師が患者と話し合っことは当たり前で、それに対して診療費を支払う必要はないと思ひます。
286	終末期を安心して迎へる為には年齢は関係なく無料で相談できることは当然だと思ひます。誰でも体験することです。優しさが必要だと思ひます。
287	医師は大変な仕事ですが、診療費をもらっすぎている感じがしまっ。話し合いは0円、文章の作成には支払っでも良いと思ひます。
288	説明（口頭）内容を文書にするのも、仕事の一部であり、別途診療費がかかるのは納得がいかない。文書が手間ならば文書でなくテープなど工夫する方もある。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
1	賛成です。末期の相談をしっかりと普及させいくために、支援料は必要と思ひます。
2	賛成しまっ。
3	医療介護等について、高度な知識、医療行為等について報酬を支払う事は必然の事と思っから（但し、あまり高額な範囲でないように）。
4	高齢者相談は、安心という意味から必要あると思ひます。
5	・全ての人への（年齢区分なく）相談費用をもらっべきだと思ひます。・相談が幸せに時をすごすため、最も重要な医療だと思へるからです。
6	たしかに存続意義はある。
7	後期高齢者保険を75才以上に限定すること自体に反対。
8	75才以上の区分は不必要。すべての重病、治る見込みのない患者に適応すべき。
9	医師や看護師、医療従事者、患者、患者家族に話し合っだけの時間があるとは思へない。
10	相談支援料は支払うべきです。
11	必要経費と思ひます。
12	その時の状況にならなければなんとも言へないが、少ない金額なら仕方ないと思っ（1万円以内）。但しできることなら、それぞれの状況に応じて支援料を支払うのも方法かも？
13	健康保険、医療費の負担は年金生活者にとっては大変なものだと思っるので、75才以上の方の重荷にならなければと願う。
14	75才以上でも不幸にも重い病氣や治る見込みがない状況におちいる場合があるので、あえて75才以上と年齢制限をつける意味がわからない。
15	相談支援料（200点）は妥当な額であると思っ。
16	相談はお金の支払いの有無で行われるものではないと思っので、相互の心と心の通い合っが行われるものと希望したいから…。心の通いあった診療は、おで行われるものではないと思っ。
17	高齢者末期相談支援料について読ませいただいたのですが、多額の医療費がかかった場合、相談料まで支払うことができるでしょうか。
18	末期となった患者本人が、その後の治療や通っごし方について自分の意思で選択すべきであるが、それについて相談料は必要でないと思っ。医療従事者が相談を受け、患者や家族に安心を与えるのは当然と考へる。医療費の上昇に繋がる相談料は認めたくない。
19	75歳以上を限定しているのは良くないと思っ。やるなら全員を対象とすべきだと思っ。
20	考へたことがないから、本当のところよくわからない。難し。
21	後期高齢者終末期相談支援料、この相談支援料については知らなかった。この紙面を知っで良かったと思ひます。終末期医療であれば、年齢区分をする必要はないと思っし、200点の報酬も妥当と思っ。ただ、高齢者が多くなる現況に保険制度の運営が成り立つのかとも思ひます。
22	医療従事者が患者や家族に対し、話し合いを行い治療していくことは当然の仕事だと思ひます。その内容を文書等に記録していくことも当然であると思ひます。従っ、相談料を徴収するのは疑問が残ります。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
23	200点がどの程度の金額になるのかわかりませんが、高齢者の方にとってわずかの金額であっても大変と思う人もいるだろう。金のある人となない人での差が生じるのは、考慮する必要がある。
24	算定されるべきだと思う。患者も医療機関側も文書にすることによって、調整を後々生じさせることも最少にできるし、算定することによってより正当な話し合い、文書作成を行うという意識を高めることに繋がると思う。
25	自分や家族が終末期と診断されたなら、残された時間を有意義に使うために利用してみたいと思う。しかし、75歳以上と限定するのはどうかと思う。同じ終末期の75歳と74歳で受ける対応が違ふのは遺憾である。もっと柔軟性が欲しい。
26	医者によって差用されるかもしれない点については不安ですが、今まで頑張ってきた方々に充分な最後を迎えてもらうのは、今までお世話になってきた私たちにとってあたり前だと思います。私たち自身、義母の最後を知らされず、もって色々したかった心残りがあり、もって前に経過説明されていれば良かったと思うから。
27	どのように生活、すごすかを理解することにより、家族も本人も安心するところがあるので、有料でもみんなにとって必要かとも思います。医師、看護師の方もやりやすくなると思うし、
28	重い病等で終末をむかえることにあるのは高齢は多いと思うが、若い人にもあると思うので、特に年齢で決めるべきではないと思う。相談にはそれなりの時間費がかかるだろうと思うので、支援料を導入するのはやぶさかではないが、200点は多すぎると考える。
29	・真面目な話し合い（主旨通りの）に別途必要。ただし、200点とはいくら（¥）、75才以下でも必要ではないか。
30	診療報酬の点数200点はいくらになるかわかりませんが、病人に負担になりすぎないように、また、医療機関の経営が苦しくならないようお願いします。また、年齢は75才以上でなく、若くとも必要だと思います。
31	何らかの区別は必要、国民への説明に気をつけるべきでした。
32	何も後期高齢者に限定することはないと思う。また、いまだに「後期～」という名称を用いるのも疑問に思う。
33	病気の内容等は専門知識が必要ですが、一般的に私たちは解りません。知る権利があると思います。そのことに支援料が支払われるのは納得いかない!!高い保険料等を支払っているにもかかわらず、更に請求されるのはやはり納得いかない!!
34	75歳以上の理由が知りたい。終末期について、相談できるのはよい制度だと思う。
35	医療費の負担があるため、無料（個人負担）でやるべきです。高齢者は年金以外の収入はほとんどない。
36	年令で終末期を決めるのはおかしいと思う。90歳でも元気な人はいるし、50歳で亡くなる人もいます。差別ではないだろうか。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
37	人間は年をとっていてもなくても、必ず死に直面する時がきます。それが突然の場合は、本人も周囲も冷静になることが難しくどうしたいのか、どうすれば一番本人の生き方に沿ったやり方なのか決定するのが難しいと思います。終末期を迎える前に話し合いを充分に行い、それに対して正しい評価がされることを望みます。
38	医師が判断した場合、医師や看護師、その他の医療従事者が共同し、患者とその家族と共に診療内容を含む終末期における療養について、十分な理解を得る為十分に話し合いたい。
39	終末期に75歳以上という年齢が切られていることに疑問を感じます。若くてもきちんと相談できるのであれば、支援料が発生しても良いと思うし、またそうあるべきなのではないでしょうか？
40	支援料の金額や、相談内容等、当事者となつてみないとわからないことが多すぎて、アンケートに答えようがない。
41	相談支援料が一回限りで200点と言うことは、どのくらいの金額かもわからないし、治る見込みのない患者は見放されている感じもします。
42	すべての年令において、終末期相談ということが診療、治療の一部分という位置づけになって（当然となること）、特別に相談料を支払わなくても良い形になればいいと思います。
43	全く意味のないものである。
44	私は3年前に母を87才で、そして今年2月に父を92才で亡くしました。2人共延命治療をしませんでした。弟と相談してそう決めたのですが、あれで良かったのだろうか長い間悩ましました。私自身は自分の延命治療を望みませんが、75才以上の人の延命治療を国が望んでいないように受け取れるので心が寒くなりました。高齢者の数が多くなったとはいえ、今さら何で…という感じです。
45	200点がいくらになるかわからないけれど、相談したい人がいれば、ある程度お金は払うのも仕方がないと思う。
46	ある程度の支援料を支払ってでも、専門の医療従事者と十分に話し合いを行いたいと思う。
47	病気がついてやはり医師や看護師に相談するからには、医療費の一部と考えて支払われなければ医者なんかやっつけられないことに繋がりがかねないと思います。
48	75歳以上とした理由がわからない。また結局医師に決定を迫られるのではないか。
49	この8月に母が末期ガンで亡くなりました。自宅で最後を迎え、静かに息を引き取りました。最後まで本人は通と知らせず逝きました。本人を交えてというのは、その人その人によると思います。難しいことはわかりませんが、お金をもらうというの何かがよくわからないですが、治療によっては高額なお金がかかるので、ケース by ケースだと思います。
50	年齢区分は必要ないと思います。
51	若い人でも終末をむかえるひと、治らぬ病気の人もたくさんいる人が終末をむかえます。日本中全ての人に向けた制度ではないからやめたほうがいい。説明不足です。
52	その時と場合によって違ふかもしれないので確実なこととは言えませんが、その本人であった場合、嫌たくないこともあると思います。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
53	1つの医療機関だけではなく、セカンドオピニオンの様に別の医療機関も支援料の算定を可にして欲しい。
54	終末期ではないが、重い病気の人にも適用されたら良いと思う。75歳以上に限らず、終末期の病気の人にも適用される制度も必要だと思う。
55	終末期相談に關しての主旨については全面的に賛成である。話し合いを持つこと、自分の病状や治療法を理解すること、家族もそれを知ること。それを文書にまとめることも必要なことだと思うし、しっかり自分の行く末を見つめることができる大切なことだと思いが、それになぜ公的支援料が払われるかわからない。とてもあたり前なことなので、支援料は不要だと思われる。
56	全く不要な制度だと思う。そこまで含めての医療だと思う。
57	自分がそういう状況になったら、やはり全てのことを知りたいと思います。なので、支援料は必要なのかもしれない。
58	年齢は75才以上と限らなくても良いと思う。
59	治る見込みがなくなった時は家で静かにすごしたい。全て本当のことを言ってもらいたい。少しでも子供達に負担をかけたくないので、相談料とか取らないで欲しいと思います。
60	わかりません。
61	末期患者と医師や看護師との縁は最後まで切れるものでないと思いますので、文書等の提供がある、ないにかかわらず、支援料は支払われるべきだと思います。
62	このような支援があることを知らなかったの、高齢者がいる家庭としては参考させてもらいたいと思う。
63	収入は年金だけで、年令を重ねていくほど生活にかかる費用は増えてきます。年金が1割れば支援料もお支払いできるのではないのでしょうか。
64	相談そのものは、医療行為の1つだから料金がかかるのは当然だと思う。しかし、平均寿命アップのため(?)と思われても仕方がない今の延命措置はかえって問題だと思う。本人の意識がなくなった状態の時にどうするかを前もって決めておくことが大事ではないか。このアンケート調査をしてはどうか。
65	支援料は一回のみと書いてあるが、転院した場合どうなのか。
66	どうして対象者を決めてするのでしょうか。あまりにも寂しすぎます。年令関係なく、精一杯の治療を願います。
67	説明文を読み理解できましたが、何故凍結されたのでしょうか、お互いに負担はあって、それは仕方がないことだと思うし、それによって救われる人も多くなると思うのですが。
68	医師と患者本人が話し合いを持つことは大変重要であると思えます。しかしながら、その行為に対し、診療費を支払えと言うことについては疑問を感じます。人間の生死の最後まで金で済ませるということに対し、私は納得できません。一回限りとはいえ、設定については反対します。
69	どのくらいの金額が掛かるのかわからないのですが、高額な相談料になるようなら、支援料がありがたいと思う。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
70	相談支援を家族・スタッフと共にを行ったから「次へ進んでください」という公的証明書のような内容だと思います。「次」が整備されていないのに、報酬、支払いをあらわにするのはおかしいと思います。
71	高齢者でない者の場合は相談できないのか…。相談料としてお金の問題が生じるのはどうなのか…。事務的な話し合いで、気持ちが悪くないような気がするのではないか…と不満や不安を感じる気がする。
72	75才以上という年齢に限定することはおかしいと思う。高齢者でも元気な方もいれば、若年の方でも病弱な方もいますので、後期高齢者だけが全て終末期をむかえるとも思えません。ケースバイケースで患者が希望した場合には、医師や看護師は親身に相談のつてくれるのが本當の医療ではないのでしょうか。
73	この程度の金額ならどちらでも。
74	問10で理想を書いたが（医は仁術、人助けの分野だから、俗物にならないで欲しい）、相談支援料はやむを得ないでしょう。
75	相談、話し合いは、あくまでも治療の延長上にあるべきものだと思うので、改めてそのための費用が生じるのは納得できない。
76	どうして高齢者だけなのか？終末期の患者にとっては必要なことだと思う。200点=2000円？安すぎでは？
77	相談支援料の支払いはやむを得ないと思うが、なぜ75才以上を対象とするのか不明。
78	末期を迎えるにあたり、医療関係者と相談をし、苦痛を軽減し、自己を受け入れられる覚悟をできるのはとても良いことだと思う。
79	まだ実際のところ難しく、そうすぐ結論が出る問題ではない気がいたします。本人が少しでもためになる様なことであればいいと思います。
80	よくわかりません。
81	医師として相談されたことに対しては、答えるのは当然だと思う。何でも料金を払わなければならない社会に不満を感じます。
82	お年寄りからお金取りすぎでは。
83	年節的にも要当だし、診療をうける際も先生等に病状を説明するのも、言葉をかえして話すのも初診料として支払っている状態なので、問題も意義もありません。
84	高齢者の金銭負担を増やすべきではないと思う。
85	金額が負担にならないようなので仕方ないのでは…。ただ、他の医療費もかかった上なので、なるべく少額!
86	治る見込みのない状況は、今まで医師から家族または本人に伝えていたように思います。それでいいと思います。75才以上の方から何故料金などとするのでしょうか…?
87	地方自治体が支払うぶんには特に問題ないが、個人の負担は好ましくない。
88	病状の変化、過ごし方等についての話し合いは、重要なことだと思う（生きている限り）。相談支援料も必要なのであれば仕方ないと思う。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
89	医師が患者に対し、治療方針を説明するのはあたり前のことなのだから、わざわざ「後期高齢者終末期相談支援料」を設ける必要がないと思う。そんなことを設けなくても治療方針や見込まれる変化、過ごし方等の相談には病院が対応すべき。年齢を決めるべきではないと思う。支援料を負担しなければならないとするならば、公的保険の適用をさせるべきで、患者負担額はできるだけ安くすべき。「そんなに高い負担額なら、文書は結構です」と患者がいうことのないような負担額にしてください。
90	後期高齢者だけを対象にするのは、おかしいと思う。文書にしてあげれば話し合いに参加できなかった家族も理解できていいと思う。
91	私は年齢はあまり関係ないと思う。健康管理をよく考えて実行している高齢者は元気だから。
92	家族との打合せであって、患者との希望になれば支払いは必要はないと思います。医師の強い希望が患者を支援してくれれば良いと思う。
93	支援料について、支払うことについて反対です。
94	医療行為上当然の情報開示であり、顧客である患者とのサービスの提供、ニーズのヒアリングは医療行為のうちに含まれるべき。
95	たとえ重い病気、治る見込みがないとしても、死に至るまでの間どのように過ごし、少しでも長い時間家族と共にいたいと思うは自然です。私も病気の経験者ですので、文書にしておかないと本人も体調がよくないので忘れり、記憶違いが生じてくることを知っています。なるべく痛みを少ない治療法など、手をつくしてあげたいと思います。
96	より良い治療を…とも思ったけど、上記と同じ理由で制度自体いらなくと思う。料金が発生すると、そこからまた差別とか出てくると思うし、また新しい問題が出てくると思うから。
97	支援料が一回限りであれば、話し合いは何度行っても良いとのことなので、よろしいのではないのでしょうか。
98	2年前に父を亡くし、先生に詳しい説明を受けて死に対する覚悟ができました。目前にそのような話があるということは良いことだと思います。相談支援料を払っても良いと思うし、払わなくても良いと思うともあり、ハッキリしてわかりません。
99	年寄りを抱えていたから、目に見えないお金が出ました(中元、歳暮、看護婦への差し入れなど)。大半の人がそだと思えます。もういい加減にしてくれという気がする。
100	後期高齢者医療保険料を日々支払っているのだから、できればそこから患者側から支払う診療料をまかなってほしいです、といいながらも病院で診療や治療を受けた場合、すべて請求されるままだに全額払ってきているので、そういう取り決めになれば払わざるを得ない。
101	患者と家族が医師のアドバイスを聞き、納得のいく治療を受けやすくなると思う。医師に遠慮なく言いたいこと、聞きたいことが話し合えると思う。
102	大変良いことと思う。
103	患者に対して、医師は数多く忙しい為、話し合うのは大変だと思う。なので、基本はアンケートや文通のような物でやり取りした方がいいと思う。もし話し合いの必要がある患者があれば、行こうといった形がいいと思う。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
104	後期高齢者になって死を持っている人には必要がない上に、同じく関係者の金儲けのみだと思います。無駄。
105	相談支援料が必要なのは仕方ないと思います。もっと元気な診療に掛からなくてもいい老人を…。
106	健康管理するのに良いと思う。
107	子供と後期高齢者にはどんな時でも医療費負担はない方向で対策してほしいので、望ましくありません。
108	よくわかりません(充分に理解できません)。
109	支援するのはいいと思うが、年齢を75歳以上と決めず、定年をむかえこれから仕事がない方もいつ病気になるかわからないので、末期の方で家族も収入がない方には支援するべきだと思う。
110	終末期相談とは、後期高齢者だけのことでないと思います。年齢が若くても病によっては当然終末期をむかえることだってありえる訳ですから、年齢にこだわらなかつた方が良かったように思います。
111	高齢者の負担になるのはどうかと思う。
112	後期高齢者終末期という呼び方に納得がいけない。相談支援料を支払うのはいいが、75才になっていなくても終末期の人はいくら多いはずで、年齢を決め付けるのはいかがかと思う。
113	こういう制度が新設されたことを知りませんでした。でも治療の希望などを話し合いで決定して文書にしたら、支援料が発生するというのはいかがかと思う。あと、とるにしても点数200点の設定は高いような気がします。
114	“後期高齢者”と言う名称は賛成しかねるが、病気になり医療を受ける場合は国民すべて平等でいいと思う。老人になったからといって、医療費を下げる必要はないと思う。相談を受けた場合、その間は治療時間と同じだから支払われてもいいのではないだろうか。
115	自分のことで、この先のことをなかなか考えられません。医師や看護師、その他の医療従事者の方が自分の意志や家族と共に話し合いがなされ、急変した場合の希望等、大切なことだと思います。私は75歳は妥当だと思っています。
116	患者にとっても家族にとっても、これからの対処方を知っておくべきだと思う。
117	病院存続のためには相談料を支払うのも仕方ないと思う反面、末期の患者に十分な理解を得られるのかという疑問も残り、ケースバイケースだと思う。
118	75才以上が対象となるが、年齢区分は不要で、75歳以下にもこの制度はあるのか不明。全年齢に終末期がある。
119	患者が病気で死亡するのは、これまでもあったことで、そのことについては医師から説明があった。何も文書にして残す必要があるのかは疑問だ。難しいことを書かれても、言われても、素人(患者と家族)には理解できないだろう。患者は医師に全てを委ねているべきで、委ねられない信じられる医師を調べたい。結果に対して苦情を持ち出すのは無責任すぎる。
120	75才というピンときませんが、おばあちゃんや、おじいちゃんのことを考えてみたら、この年くらいなので相談できることはとてもいいと思っています。とても不安が多くなると思うので、相談ができるという、1つの言葉でもあると思うと思います。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
121	しっかりした制度をつくり、確実に実行された方が周囲、本人にとってもよいと思う。
122	後期高齢者(75才以上)に限定するべきではないと思います。年齢に関係なく、いつそのような状況になるかわからないので…。そのような状況になった場合、みんなが制度を利用できると良いと思います。
123	相談は何度でもしたいが、支援料が必要である理由が納得できない。
124	75才以上という年齢に限定されることに違和感を持った。年齢区分にこだわることなく、末期患者のケアを十分行って欲しい。その結果の支援料は良いと思う。
125	後期高齢者に限る必要はないと思います。なぜ後期高齢者だけなのか疑問です。
126	何のためかわからない。
127	後期高齢者75才以上の方を区分するのはおかしいと思う。年齢に関係ないと思う。
128	悪用されることはないが、経済的に苦しい人に影響が出ないか少し心配です。費用は必要だと思いますが…。
129	相談支援料が支払われなければならないこと自体がわからない。
130	相談料は医療費の一部だと思います。特別に支払うのはどうか?75才以上という区切りも必要ないと思います。
131	収入があまりない方には支援してあげた方がいいと思います。
132	いらなくと思う。
133	このような制度を初めて知りました。文書等に記録してもらうことは良いことだと思う。200点くらいでしたら良いと思います。
134	とても良い制度だと思います。話し合うことにより理解もできるし、それを文書に残しておくことは重要で、保障してくれるのは望ましいからです。
135	人の病気を発見し、それに伴った判断を治療するのが医師の務めであり、診療費が払われるのはおかしいと思う。また、支払いするとなれば、患者の負担も多少なりとも変わってくると思う。そんな支払いがなければ、医師は適切な指導ができないのかと逆に何のために支払われているのか疑問です。
136	厚生省の説明が不十分、国民に不安を与えることは避けたい。
137	後期高齢者だけに、なぜこの様な制度ができたのか私には理解できません。75才以上、以下と区分すること自体おかしいのではないのでしょうか。
138	支援料の200点がいくらの料金になるのかわからない?年齢区分は必要ないと思う。
139	実際に相談したことがなく、その時にならないとわからないのですが、高齢になった親の介護のことを考えると話し合うのはいいことだと思います。どれだけ金額がかかるかわからないのは不安ですが、無理な延命はさせたいと思うので。
140	支援料の支払い無効とくよりも、本人に対して正しい相談をきちんと受けることができるようにして欲しい。75歳以上とか後期高齢者とか区分はしない方がいいと思う。
141	医師の患者や家族に対する態度や対応によって違ってくると思う。説明を聞いて腹が立ったり悔しい思いをしたことが多かった。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
142	医療機関が提供したことにに対する報酬を受け取れることも、後期高齢者が過度な金銭的負担を負わないようにすることも大事だと思うので、双方が満たされる支援料が支払われるべきである。
143	後期高齢者の部分にのみ反対です。後期でなくても、前期でも良いと思います。さらに年齢による区分は必要ないと思います。病に対する専門家の医師や看護師から情報が欲しいと思う。今私は88歳で、夫や子供達のことを考えると、この制度はあっても良いと思います。
144	若い世代にも重病な人はいるのに、年齢制限をかけてしまうのはいかがか?と思います。
145	75才以上に区切るのは好ましくない(なぜ75才以上を後期高齢者としたのか、理解できない。高齢者といっても個人差がおおきい)。医師不足の現状では、無理。何度でも内容を変更したりすることは無理。
146	高齢になると体の痛むところが増えて、幾人もの医者にがかかります。医療費が払っていきなからず。
147	よくわかりませんが、支援するだけでなぜお金が発生するの…。助かる見込みがないのに、お金を支払うなんて馬鹿馬鹿しい。
148	凍結措置のままで良いと思います。
149	75才以上になった高齢者が、自分で判断できる状態だといいますが、認知症等の疾患のある方だと自分の判断しにくい状態の方は家族や親族がするのでしょうか?相談支援料の負担がどのくらいなのか、年金生活者にとっては負担が大きいのは厳しいと思われます。
150	老人の行き場がない状態。入院しても状態が良い方向になっていなくて、入院期間が長くなれば退院しなくてはならない。国の方針。家で介護無理な場合多く、話し合ってもなかなか難しい。これからの高齢社会が続くと思うので心配です。
151	十分な話し合いを行い、それを文書で提供することで、より日常の生活を少しでも過ごしやすくできることがあると思うので、良いと思います。ただ、支援料が発生することで、患者の負担が増えるので、全て良いとは言えないと思います。
152	相談料を払った後の相談を親身になってくれるか心配。回数を重ねる度に嫌がられたり、面倒くさいと対応されるかなと思う。
153	不勉強にて、しらなかつた。
154	終末期であっても診療内容を家族、及び介護者がよく理解し、少しでも安らかに過ごすことができるためにも必要なこと、医師看護師とのコミュニケーションが大切だと思う。
155	今まで特に考えたことがなかったし、内容もよく知らなかった。参考の部分を読んだだけですが、あってもいいと思います。
156	私の時代にもこの制度があるとしたら、話し合いや文書にして欲しい気持ちはあるものの、相談料の負担が大きいと考えるかもしれません。
157	文章は美しく感じられますが、その中にあるもの、奥深いものが感じられます。生を受けて生きてきた方々は皆美しく、楽しく生きぬき、旅立ちたいと思います。この制度はなにか不安を感じます。
158	年齢区分は必要ないと思うし、低所得の方を優先する形が好ましい。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
159	若年で治る見込みのない病を患い、かつ延命するくらいしか医療方法がない者は相談できないのか、患者に身寄りがなく、事前に弁護士等を通じて自らの終末に関する文書を用意していた場合、患者の意思はないとして、この話し合いなし文書は効果あるか?
160	全ての者に無料が望ましいと思う。
161	高齢者＝親ということは、その家族は同居、別居、いろいろな形の家族があるが、どのあたりまでを家族というのか。それによって相続、財産などの問題も発生しかねない。また、だれの意思をもって「患者・家族」の「くくり」をするのか、結構プライベートな問題を公的医療を使うのは無理があると思う。
162	前向きで良いと思います。
163	相談料は診療費には含まれないと思うから。
164	医師や看護師が十分な治療してくれたことに対するものだから、支払うのは当然だと思う。
165	病人の気持ちと医師などが十分話し合えば支援料を払っても良いと思います。
166	医師と患者との信頼関係が、「金」の関係になるような気がします。終末期は「運命」と割り切って全て医師への信頼にゆだねて終わりたい。相談もお金でなく、信頼によりなされるものであって欲しい。
167	人生長年生きていれば、どのようになって行くのか先生及び患者及び家族もわかっていることだし、誠意をもってお互いが話し合いをし文書等にまとめて提供することは、希望者に限り提出して頂いて、支援料の件も、患者やその家族にいう必要はあると思います。文書頂かなくても請求される可能性あり。
168	重い病気など、治る見込みがない状況となった患者とか、年齢に差別つけることなく、医師が患者の相談にのることは、それが仕事であってあたり前のことだと思います。
169	年齢で区別するのはおかしいと思う。71歳以下の方も、ターミナルの方もいる。74歳11ヶ月だった場合、生年月日で区別するのはおかしいと思う。年齢で区別するのではなく、あくまでも自分の意思であると思う。自分の最期は自分で決めたいと思う(認知症でない場合は、認知症の場合は仕方ない)。
170	治る見込みのない病気になるまで、ただでさえお金がかかるのに、なんでまた相談や文書で金を取るのか分からない。
171	医師や看護師が説明や相談をすることは当然なことだし、治療費や検査費など支払うのだから、支援料を支払うことはおかしいと思います。いろいろな面で高齢者の方々の負担が多く、何のために政治家がいるのでしょうか。先のことを考えると寒気があります。
172	後期高齢者の方だけでなく、終末期相談支援料を必要とする方は人勢いると思うので、限定するのはおかしいのでは。
173	治る見込みのない病気が高齢者だけでは決して限らないので、年齢制限をする時点でおかしいと思います。しかも患者が亡くなるまでに莫大なお金を必要とするのは看過するほうなのに、相談料と称して医療機関にお金が支払われるのはどう考えてもおかしいです。
174	後期高齢者終末期相談支援料の導入は良いことだと思うが、年齢区分は必要ないと思います。
175	年齢は関係ない方が良く思う。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
176	病気の治療と同じと考えたよりのではないでしょうか?
177	後期高齢者の場合は、支援料はとる必要はないと思います。無料が良いです。
178	医師等の医療従事者が、終末期診療方針等について患者本人や家族等に説明し、とりまとめの文書を残すのはあたり前のこと。診療報酬は不必要と思う。
179	ややこしくしてさっぱりわからない。
180	老後に関しては、様々な不安がつかまともであり、実のある相談が必要である。それに対して医療機関が充分に対応できるようにするためには、必要な制度だと思う。ただ料金を具体的に示せると良い。
181	わからない。
182	医学的根拠に基づいているから、1回でも充分だと思う。常々家族と話し合っていれば患者さんも納得の上だと思う。延命治療のみの方りは良くないと思う。人間である以上、植物人間にはなりたくないと思います。
183	相談料として特別に支払われることは好ましくない。こういったこと全て含めて終末期医療とすべきだと思う。相談支援はすべきだが、それに料金がかかってくるのは反対。なぜ特別にこういう項目を設けるのかわからない。
184	75才以上でなくても良いと思う。
185	当然支払われるべき。
186	後期高齢者終末期相談が実施されること自体は良いこととおもいますが、現在でも高齢者医療の負担は大きくなるばかりです。ここで新たに支援料という名目で医療費が使われることには反対です。従来の医療行為の一環として相談は実施されるべきだと思います。
187	逆に支援料を決定することによって高齢者の生活を圧迫することにならないか心配です。何とか70歳以上からお金を取っていくこととしていくように思えてならないのですが…
188	相談し、文書化されて書類として提供をうければ、料金が発生するのは理解できないことはないが、料金が発生することによって相談したくてもできなくなる人が出てくるのでは?そういう人たちが、相談が必要な人たちだと思います。
189	終末期の治療方法、延命についての意思を患者の意識があるうちに確認しておくことは大切です。一方、後日「言った?言わなかった?」ということで裁判になる事例もあるでしょう。その点からみると、医師側にも文書化しておく必要性があるのではないかとします。このことを考えると(文書化)相談支援料として、患者側(保険)に一方向的負担となくして若干の疑問があります。
190	対高齢者に「後期」などと区別することが気に食わない。人間の終末は年齢に関係なくやってくる。その時の終末期ケアがきちんとできる医療従事者の育成と、体制準備をして欲しい。また、それに対する対価は当然あって良いと思う。
191	少ない年金生活者だから。
192	話し合った内容など確認しながら日常生活への支援など考えるので、文書などは希望します。診療報酬改定とか言われても保険料を支払っているのだから、たとえ一部負担でも払いたくないです。医療機関になぜ相談料を支払わせるのか。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
193	業務的に適当に行われては困るが、回数を制限し一通りの文書を作成することは医療の一環として行うべきだ。ただいろいろな人間がいるので「何度行っても良い」とすると支援料が出て患者によっては担当する医師が参ってしまうケースもあるかと思う。
194	まだまだ身近に感じられない。
195	・重い病気、治る見込みがない状況となった場合、年令で線引きするのはなぜなのか理解できない。命の重さは若年でも高齢でも変わりはない。年令で線引きすることにより「切捨て」の感が否めない。・0~74歳までの診療では治療方針の説明・相談を行ってからも相談料は請求していないのに、後期高齢者保険になるとコスト請求するのは納得いかない。「老人いじめ」ではないか。ほとんどの老人は年金生活であると思うので経済負担は大きくすべきではない。
196	支援料の額が問題なのだと思う。
197	仕方ないと思う。財源を考えると何でも無料というわけにはいかないから。
198	家族の病状によって医師や看護師に世話になりたいので、相談料など支払っても良いと思う。父87才、母67才で亡くしているのいろいろ説明を聞いた方が自分が安心できるような気がする。
199	難しい質問です。その時になってみないと具体的な気持ちはわかりかねると思います。
200	75歳以上という年齢区分ではなく、年齢制限は(例えば60歳以上とか)決めた方がいいかな?
201	良い制度だと思う。年齢制限をしなくても良いと思う。
202	病院に入院していればそれだけでいいと思います。
203	終末期は医療機関はともかく、本人と家族には神聖な時期と思われる。支援料は本人のこれまでの介護保険料、本人負担の総決算と考えるべき。主旨は結構だ。
204	これからはますます高齢者が多くなり、若い人の保険料負担が大きくなり大変になると思う。このような相談は必要なんだけど、それがお金が払われないとできないとは思っています。
205	金額にもよると思うのですが、あまりにも高額な場合はどうかと思う。
206	相談内容を書面にただで、診療費がかかる機嫌が悪くならない。
207	よくわかりません。
208	患者の十分な理解がなくても相談料を支払うのはおかしいと思う。
209	定年(60歳)まで引き下げた方がいいと思う。
210	7月1日より凍結となっていますが凍結とすべきです。
211	医師や看護師の義務として教えたり相談にのるのあたり前と思う。金を取るのとはおかしい。文書や相談をして相手患者や家族は納得しなかったら…、医師によってレバレッジ知識も違ってくるので金を取るのとはへん、おかしい、嫌だ、当然。
212	患者側は上げない出費は避けたいと思うが、医療の場では相談料を受け取ることで患者や家族に時間を設けることができると思う。
213	末期を向かえている人達を相談料が支払われることで、特別な対応による診療となれば家族も納得して支援できるが、医療はお医者さんに頼るしかないもので、生活の格差で対応が変わることになるような気がします。
214	後々残る遺族も納得できるものと思う。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
215	現在重視されている問診等も医療行為の一部であると思うとともに、医療相談にあたると思うので相談料として別当算定するのは納得できない。
216	よくわからない。
217	医師等の負担を考慮すれば、ある程度の費用を負担するのはやむを得ないと思うが、料金の妥当性(高すぎる)が問題と思う。
218	終末期の対応としては考えなくてはならないことだが、本人に医師が確認できない場合、結局周りの人の意見でその人の死に方が決まってしまうと思う。特に文書にまでしてしまうと、ただ、医療ミスなどで裁判にされるリスクも多い医療関係者を守る意味でも必要かと思う。ただ年齢や年齢など見直す点も多いと思う。
219	75歳と限定することに疑問があるが、すべてに適用するかとしても難しい問題である。
220	良いことだと思う。
221	終末期相談支援料の案はいいことだと思いますが、年令で終末と考えるのは好ましくないと思います。人間である以上終末はあるので、その時々で良いと思う。
222	75歳以上という年齢制限の意味がわからない。個人によって状況は実に様々であると思う。
223	十分な説明・相談は本来医師のやるべき仕事の範囲だと思います。文書にする必要はないと考えます。予算を使えるのであれば医師や医療従事者に必要な「教育」を行って、どこ病院にかかっても一定の説明相談が行える体制作りをしていただきたい。様々な治療法の院がもっと連携して患者にあたることも必要だと思います。
224	医療保険からは相談料など払わずに、もっと医療費を安くした方がいいと思う。
225	医師と患者と家族が終末期について話し合い、それを文書にすることはとてもいいことだと思います。ただそれは後期高齢者だけではなく若年者にも当てはまる人いると思います。本人が希望する治療(痛みの緩和など)を希望する病院で診てもらえるといいと思います。
226	終末期相談支援料がなぜ後期高齢者の方にのみ設けられたのか納得いかない。
227	別にいいと思う。
228	私の父親は75歳以上です。医療相談料はいらないと思います。紙一枚でもお金がかかります。家族みんな泣いています。私はまだ5年あります。その後75才になります。相談料はなくてもいいです。
229	高齢者だけでなく、すべての終末期の患者さんに適用すべきではないでしょうか。
230	重い病気で治る見込みがない、すべての人間に対して平等に接して欲しい。
231	200点がどのくらいの金額になるかわかりませんが、できるだけ負担を軽くしていただきたいです。
232	その時に一部負担ができるかどうか不安です。医師や看護師、その他の医療従事者に対して公的医療保険から支払われることに関しては、当たり前のことだと思います。
233	年令に関係なく人として尊厳を守って欲しい。何でも枠組みを作ることに納得できない(支援料も)。
234	治療にあたっては当然の事情であると思う。
235	応は評価できる制度だと思う。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
236	無料で良いと思います。
237	話し合いを文書に残すことはとても良いことだと思う。その場合、後期高齢者終末期相談支援料も良いが、自己負担（患者負担）も増やすべきだと思う。
238	年齢でくくるのは良くないと思う（例えば74才ですと上記対象にはならないということ）。重い病気、抱える見込みのない状況は0才でも起こることだと思いますし、今も0才の子がそういう重い病気で苦しんでいる親もいると思うので、年齢でくくらず0才対象にしたほうが良いと思います。
239	終末期相談は大変重要な医療行為であるために、年齢を問わずに丁寧に行なって欲しい。相談料の支払いが必要だと思う。
240	やはり年齢区分は必要ないと思う。
241	抱える見込みがない患者さんの不安は年齢には関係ないと思いますが、すべての患者というのは不可能なものです。高齢者といわれる65歳位の人からすればある程度納得もいくかと思われま。思った時は本当に人様のアドバイス、いたわりが最も薬ともなり感謝の気持ちと気力が湧いてくるものだと思います。それは病を経験した人にしかわからないことでもあるので難しい問題だと思います。相談料を支払うことにより、より良い充実したものにして欲しいと思います。
242	本人及び家族が賛成される場合、支援の必要ありと思います。
243	おかしいと思う。特に75才以上の高齢者から。なぜという思いしかない。医者はどこまでも名目をつけてお金をむしり取りたいのかと思う。残される家族からも取るべきでない。仕事の一環として相談料なんて取るべきではないと思う。ひどすぎる。
244	いろいろな人の死に出会ってきましたが、このような制度ができたことを初めて知りました。今まではすべて口頭だったように思いますが、お医者様に負担をかける以上費用はかかっても仕方ないと思います。ただその説明があまりに理解できにくい専門的なことであればやっかいで面倒なことだなあと思いました。
245	若く働ける時代に中小企業だったため給料が少なく、それにより苦労を重ね、少しの不働産収入により診療費が三割になり、後期高齢者医療費も高く大変困っております。
246	4月に夫を亡くしたとして、私自身、終末期はこうして欲しいという希望は元気に身内の者に伝えておいて、いざその時には知らない方がせせなではないか？と思えるようになりました。ですから文書等にすることは必要はないかと思えます。
247	支援料支払はすべきだと思う。患者のことを一番知っていらっしゃる医師、看護師にきちんと相談させていただき、自分の考え（願）も話して納得して終わりたいため。
248	本アンケートでこの制度があることを初めて知りました。まさに面期的なすばらしい制度であると思う。それが現在凍結措置が講じられている由、なぜですか。ぜひ実現を強く望みます。
249	診断書としての内容のものであるから、料金の支払はすべきと考えます。
250	本人または家族が相談を求めるとであれば、相談料を支払うことに問題ないと思う。ただし金額はできるだけ安い方がいい。
251	終末期の相談は当然のことであり相談料は納得いかない。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
252	患者と医師が相談し合うことは大切なので支援料は必要である。しかも何回も話し合えることが良い。
253	相談を十分にしたいので支援料を支払っても良いと思う。
254	医師に相談すると、すべてが費用として支払わなければならないような状態になりつつあると思う。
255	話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供することを診療報酬として別に扱うのはおかしい。
256	75才以上とは…どうなのでしょう。年齢で区切るのは？病気になるまで…年取の少ない人とかのことも考えていただきたい。
257	あまり良い制度とは思わない。
258	75才になれば自分で判断がつかなくなるし、見てくれる子どもに負担がかかるなら話し合いなんていらぬと思います。
259	相談支援料の内容についてはよくわかりませんが、現在凍結されているとのことですが解除された方が良いのではないのでしょうか。なぜ凍結されているのですか？
260	支援料は無料とすべきだと思います。高齢者にとって暖かい心遣いだと思います。
261	75才以上（終末期）のお年寄りに対してでも、延命等の説明するのは医師としても義務だと思いますがどうでしょうか？
262	むずかしいですね。
263	文面での解釈ならばいいと思うが、支援料だけを見ると側面的な、すべての病院が同じレベルでやるかは不明瞭な感じがする。お金が絡むと良くない気がする。
264	年齢区分は必要ないと思う。相談をする人の年齢は75才以上とは限らない。
265	料金がかかることに驚きましたが、どのくらいの料金を負担することになるのか具体的な金額がわからないので何とも…。高額でなければいいかと希望します。
266	同制度について知識がなかったため、現段階でははっきりとは答えにくいのですが、廃止できるのが望ましいと思います。
267	終末期相談支援は医療行為の中に含まれるもので、相談のみで支援料を支払うのはどうかと思います。
268	後期高齢者の終末期の話し合いはとても必要なことだと思います。本人の意思を尊重することがとても大切だと思います。そこに料金を請求するのは問題があると思います。
269	病状の変化や過ごし方にまで相談料を払うというのは納得いかない。治療費の一環としてとらえて欲しい。
270	患者一人につき一回限りであれば良いと思うが、75才以上を対象にするということについては疑問が残るが…。
271	話し合いが1回1時間程度で終了するものか？複数回日を覚えて数時間かけて作成されることもあると思う。ケースにより違うと思うので適正な料金はどのように算出されるのかわからない。すでに広報されているのですが、私事と実感がなかったので覚えていません。デリケートな事柄にかかる料金なので丁寧な対応・説明を行って欲しいものです。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
272	本人の意思が反映された医療を望みます。夫の時はすべてが妻である私が決めることになり家族とも話し合いましたが、本人に聞くことはできませんでした。
273	問題点があるかもしれないけど、最後は専門の方にいろいろ教えていただきたいので、お互いに良い気持ちで迎えられるのであれば料金が発生するのやむを得ないと思う。
274	十分な相談につけてくれるか不安です。200点は高齢者には思いませんが、
275	この支援料が新設されたこと自体を知りませんでした。我々の世代が年金受給される頃、さらにこの支援料の対象となる頃、年金での生活では不安を感じているので少しでも支援料が出ることに期待します。
276	相談料はムダ。何でもお金にするな。
277	おかしい…。なんで75歳なのか。終末期患者やその家族は何歳であってもたくさんの悩みを抱えているのだから75歳の線引きは大反対。全終末期患者を対象とするならば良い。
278	私の不働産で今まで知りませんでした。が、相談支援料は1回のみ支払い、その後の話し合いは何度でも行えるというのなら、より一層妥当な案ではないでしょうか。
279	相談支援料が発生することに対して疑問。
280	よく理解できません
281	年齢制限の必要はない。成人していれば自分の意志と責任を持って終末期のあり方を病院に伝えて相談していい。
282	全面的に賛成です。
283	75才以上でなくても死期はやってくるので、年齢で区別するのは好ましくない。
284	十分な話し合い等して納得できたなら、していただいたことに対して相談料を支払うことになるのは当然だと思う。ただし十分な話し合いが行われ納得できたならということが最低条件。
285	本人・家族・医師等の間で病状の変化、過ごし方をお互いに納得できるようなのであれば相談支援料に支払は納得できる。
286	過度的にはこれでも仕方ないが、将来的には年齢区分をなくして欲しい。
287	人生の終末期に医師と病状とか生活支援の話し合いが十分にできるのなら、支援料を払っても良いと思う。
288	相談支援料がどのくらいの費用になるのかわかりませんが、その料金にもよります。
289	支払は適切と思う。
290	収入も限られた高齢者の多い中で、終末期を知らされた患者にもっとやさしい国であって欲しい。無料にすべきだと思います。
291	本当は支援料はなしの方がいいと思うが、なんでも金があるの仕方ないがお金で書かせるのはいかか？国が支払うべきです。
292	75才以上ではなく、定年を迎えた60才以上の方がいい。
293	「抱える見込みがない」と悲観的になっている時に、相談できるのは少しでも心の救いになるので良いことだと思います。凍結せず進んでいくべきでは？医師不足といわれる中で、親身に相談のってもらえるかは疑問です。専門のカウンセラーのような人がいればいいのでは？そういう人の養成支援料も必要だと思います。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
294	健康な方は結構だが、病気になる方をおおのぞきで。早く良くなられて人生と楽しんでいただきたいと祈るばかりです。
295	年齢区分75才以上が対象としか限定されない方が75歳以下はどうなるのか？詳しくわからない。
296	自己負担額がどの程度のものになるのか等、気になることもありますが、終末期相談は必要なものと考えています。支援料が支払われることにより、適正な終末期相談を受けることができるのであれば必要なものかとも思いますが、ただ高額な負担は避けたいです。
297	年齢を限定するのは好ましくない。1人1回というのも手抜きを誘うことになる。主旨そのものは良い。
298	現在75歳未満の人が同じケースの場合は、料金など支払うことがあるのかということ、200点の報酬が具体的にいくらなのかかわからないので判断に困る。ただ後期高齢者医療保険の導入で「生活費がまた減って困った」と言う人が多いのにまた高齢者の負担が増すのはいかがかと思う。
299	年を取ってからのほうが何かと医療費もかかるが、75才以上で区切ってしまうのはいかかなものかと思えます。日本を支えてきて下さった方々が多いと思いますので、何かと余計な費用を払わせないように国で何とかして欲しいと思います。
300	抱える見込みのない状況というのは年齢に関係なく、誰にでも起こりうることだと思うので年齢設定をもうけるのはおかしいと思う。また診療報酬だけを考え医師が内容重視ではなく、形式的に（形だけの）話し合いを行う可能性も否定できなくもないので、まず患者とその家族の希望を重視して実施すべきであると思う。
301	労働の対価、文書に対する責任を明確にするために支払うべきである。
302	年齢区分は必要ないと思う。
303	医師が病状に關し、相談や説明をするということは当たり前のことで、患者に対し信頼を持たせることも仕事だと思う。まして75才以上となれば取組にも少ないうちも少なからず、そういう方々からの支援料負担は福祉的な意味で反して思う。
304	患者の家族及び本人に対して適切な相談をするのは当たり前のことであり、それ以上に経済的負担を本人と家族に強いるのは好ましくない。
305	75才以上を対象とするのはどうでしょう。
306	重い病気で抱えないなら、自分の意志を書面に提供されるための支援ならいいと思います。延命の意志もはっきり記入したいです。
307	ちょっとわかりづらいと思う。
308	この書類を見て初めてこのような制度があったことを知りました。高齢者に限らず自分が重い病気にかかった時には、医師や医療従事者にたくさんの相談をしたい、受けてもらいたいということは当然のことだと思いますし、そこに費用がかかってしまうということに疑問を感じます。
309	合理的である。ただし「200点」の重み（妥当性）については不明。政治課題ではなく官僚による合理的な制度づくり（運用）を希望する。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
310	相談等は医者として当然のことなので、高額な支援料でなければいいと思います。
311	良い制度であるが、そんなに高く設定する必要はない。
312	相談料の支払は良いと思うが、後期高齢者のみが対象というのはおかしい。年齢制限はなくすべきで誰にも払わない方が良い。
313	あまり死に際にはバタバタしたくないのでたぶん相談しない。
314	導入されることにより格差が生まれぬよう、注意していかねばならないと思います。
315	自分自身がその立場になった場合、医療機関は相談料収入をビジネスと考えて、患者の意志とは別の方向に動かされることもあるかもしれない。
316	治る見込みのない病気が患者の意志を奪ってしまうもの(例えば痴呆症)の場合に、ほんとに患者と医療従事者が話し合いを行ったかどうかを区別することが難しいと思うが、相談支援料を支払うのは基本的には賛成。
317	ケースによって違うと思うので、すべてにどうなのかと思います。
318	医師・病院がお金欲しから料金を取る。医療費が増えて国民保険料も上がり、国民は困る。
319	まだよくわからないので今は何も言えません。
320	いまは後期高齢者終末期相談支援料の意味がわからない。年寄りだけがこの制度を使うのはおかしいあ〜と思う。
321	内容がまだ理解できていないので、何を言っても良いのか迷っています。
322	高齢者の終末期を利用した、医師・医療機関への優遇処置としか思えません。連絡措置が課せられて当然です。一般的なサラリーマンの退職後の生活と医療関係者の生活を見ればいかに医療関係者の所得が高額かわかります…なのにまだ…。医師を志した人が人を助けることは当たり前前のことです。
323	治療の経過やその後のことの話し合いは医療の一部であるが、そのことと書面にしたらとしても相談支援料を支払うのはいかなるものか。
324	診療の一部で特に相談料として新設される意味が理解できない。
325	双方が今後の方針について話し合いを持つという基本は良いと思うが、反面支援料目的で画一的に行うようにならないか心配な面を感じる。
326	現在では技術という考えは通用しなくなり、後期高齢者も増えて対応しにくくなると思うし、患者側の権利意識も高まってきていると思うので、専門の医療従事者を必要とするのではないかとと思われるから。
327	治る見込みのない病気になるのは高齢者に限ったことではないのに、年齢(制度)で区切るのはおかしい。終末期医療はまだそれほど設備も整っていないのに病院をたらい回しにされたり、家族が重い負担を負わなければならない現状を変えずに、高齢の方に医療を遠慮させるような風潮を作ってしまう厚労省のあり方には疑問を感じます。
328	病院は儲かることには積極的になるものです。今の厳しい状況で高齢者に支払ったりできないので、いざ自分たちの番が来ます。必要なものは気持良く払うつもりですが、お金持ちばかりではない今の世の中の現状を考えて欲しいと思います。
329	患者中心の医療と、患者さんからの意見を十分に把握して実施することが望ましい。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
330	それだけの時間を使っていたら、支援料が導入されてもいいと思います(患者のために十分話し合うことができるようにして欲しい)。
331	最後まで納得のいく治療を受けることができるので、高齢者にとってもその家族にとっても良い制度であると思う。
332	年を決めるなら、治る見込みがないと決め付けるのは家族側としてはどうかと思う。
333	医師が認めるなら75歳以下であっても相談が必要な時は支援料を出して、患者・家族が納得できるようにしたらい。
334	年齢区分なく相談支援料は支払われるべきです。
335	後期高齢者の場合、認知症などの他の疾患の罹患も考えられ、他に関与する医療の増入も考えられるため、終末期と限定しづらいと考えられるから。
336	何でもお金を取ればいいという問題じゃないと思う。
337	後期高齢者保険料制度そのものが理解できません。個人の年金からとはまったくおかしなことだと思う。
338	まだ先の話なのでわからない。
339	高齢者の終末期相談には当然支援すべきである。
340	人間の尊厳に関わる問題を制度化することの難しさがわかっていない。反対である。
341	重い病気の患者の今後の治療方針等を、関係者で話し合うことは重要なことと思う。これに適切な額の相談料を支払うことは当たり前前のことと思う。この相談料支援に年齢制限を設けない方が良く考える。
342	良い制度だと思う。
343	75才以上、終末期の人間から金を取る。金のない人は相談すらできないのか。仮に金を払えば医師は親身になってくれるのか?私にはそうは思わない。中には事務的に終わらせようとする医師も出てくるはず。そんな時に金を払うのは納得いかない。
344	患者の負担が増え、保険料の値上げになると思う。
345	病気が長くなった場合はお世話になり、迷惑もかける支援料はお礼の代わりにもと思います。
346	初めて聞いたことなのでよくわかりません。
347	特別な項目を設けるような事柄ではないと考えるから。そのような状況に対して「説明する」「説明を受ける」というのは当然の医療行為である。
348	何で?と聞かせるか(治る見込みがない)どうかは判断することができず、年齢による対象内・対象外が合理的であるかどうか疑問が残るところです。しかし制度上の先発的な法律として理解しています。今後に期待します。
349	改めて年齢区分をいらないし、今までの治療の流れで対応できないのか。
350	今までは十分な話し合いができていなかったために、できたものなのか?患者や家族と、もめなくて病院を助けるためのものなのか?よくわからないが必要なものに思える。
351	よくわからない。今まで考えたこともなかった。
352	なぜ75才なのでしょう?若くて逆にも逆にも小さく、生活費も大変…という人はいっぱいいると思いますか…?

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
353	医師は金をもらわないと相談に思えないのか。
354	終末期医療については、75才以前から考えることも必要になってくると思います。75才で区切るのとはどうかと思います。また支援料も重複して取ったりすることのないようにしていただきたいし、内容もあまり深くなくても取る場合もあるし、基準ははっきりしません。医療費は患者ではわからない相談料・指導料などいろいろかかる時もあります。はっきりしない支援料を取った方が良いか判断し兼ねます。もう少し点数が低くても良いかと思っています。
355	自分の最後は話し合っただけで納得したいと思うので良いと思う。
356	なぜ対象が75才以上に限られているのかわかりません。
357	どれくらいのお金を負担しなければいけないのか、わからないので何とも言えないですが、自分の病状や最後についてきちんと説明してもらいたいのも大事なことです。
358	終末期の相談については、病状に対する極めて高い見識と人生観を要求される仕事だと思う。見合った報酬を支払えるのは当然であり、そのような医療従事者のレベルを高めることが、高齢化の進む我が国の互助ネットワークを深化させる一つの手段だと思う。
359	初めて知りました。200点というのがいくらなのかは知りませんが、何でもお金に換算するのがイヤです。話し合いはごく普通のことですから。
360	相談することに対しての料金がかかるということに対しては、お医者様にしてもそのための時間を割いて話し合いをされるのだから納得のいくのですが、後期高齢者だけに限るということに賛成できません。いったい何時からの国は老人を差別するようになってしまったのでしょうか?誰でも年を取ります。これではお金のない老人はやすらかに死ぬこともできないのですか。
361	必要な仕事については対価が支払われるべきである。
362	75歳の十分な生活力のある方はいいですが、生活が苦しい方などは大変だと思う。
363	現在のところはあまり考えていません。
364	後期高齢者をあまりいじめないで欲しい。安心した生活を送れるよう行政の方をお願いします。
365	医師や看護師が相談を受ける時間を作ったから支援料が支払われるのはいいと思う。
366	医療機関では医師の診察をたどる1分受けたとしても健康保険より多額のお金が支払われている。これはおかしいことである。今回の質問も同様な考えから支援料を払おうとしている。後で支払うべきでない。
367	文書などにまとめる必要性を感じません。
368	最後だからこそ医師の意見を聞きたい。それなのに支援料としてお金を負担する。死を直した人にやっぱり金次第なのか…。
369	後期高齢者になって後は余分な診療などせず、できるだけすらかにしていって家族も話し合っている。
370	患者の意志やその家族の考えや意志によっていろいろな考えがあると思う。例えば病気が悪化し、意識疎鈍がなくなった場合はその後楽な状態で楽に死を迎えたいと思う患者の考えを尊重することもあると思う。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
371	患者及び家族は終末期のことは不安であり心配です。医療機関より説明を受け、文書を受ければ本人、家族とも安心です。終末期相談支援料金ののくらないのかわからないので不安です。
372	支援料の発生によって医師一人一人が負担に取組んでくれると良いです。
373	自分のことを納得いくまで話し合え、説明を受けられるのはとても良いことだと思いますが、文書にするのに自己負担があるとお金が絡んでくるのはちょっとおかしな感じがします。
374	文書でもらえるのは良いと思うが、相談支援料があまり高いようだ困る。
375	不平等の可能性を含んでいるように感じる(ただ一度でも複数の相談も同じならば)。医療関係者と患者だけでなく第三者的なチェック機関があってもいいのではないかと。(支援料を支払うならば)。例えば弁護士や司法書士など。
376	このアンケートをするまで支援料のことは知りませんでした。説明を飲み、病気になる本人は不安、聞き間違いなどが起こるため文書にしておくと落ち着かせて読むことができると思いました。文書にするためには料金が発生するのは仕方がないと思います。ただ遠慮することなく医療従事者に何でも相談できる体制を整えて下さい。
377	我々年寄りにはお医者様!と言えども何でも相談できて自分のことを教えてもらうのに治療以外はお金につながるように一度も思ったことがないで診療証明とか、他医療所への紹介状などは有料と思ってしまう元々見て頂いているお医者さんに相談料などの支払いをするのは?
378	相談支援料の詳しい説明を読んで支払うことにより親身に相談して頂けるのであれば仕方ないのかなと思います。しかし支払いができない人のために何か良いプランができることを望む。
379	自分も治る見込みがない状態になったら話し合いを行いたいと思うから。家族に余計な負担はかけたくはないし、無駄な延命治療は望まない。
380	必要なものだと思うが対象が75歳以上でなくてももっと幅広くしてもらえるといい。
381	年齢を限定することはおかしい。個人差の病気なので年齢に関係なく支援料を使えるようにした方がよい。
382	医師、看護師側にも精神的にも時間的にも負担があるので報酬は必要だと思う。
383	なぜ75歳以上なのでしょう?病状は年齢に関係ないものでも、公的医療保険はすべての年齢に対応していると思います。
384	回答になっていないかも知れませんが私の考えを申し上げます。1、支援料についてはよくわかりません。2、75歳以上とした年齢設定そのものが不明確です。終末期医療については尊厳死を希望していますが、具体的に注射、点滴などの使用も文書にして欲しいと思っています。
385	治る見込みがないと言えど若い人でもそうなる可能性は多い。高齢者のみに限らず全員を対象にして欲しい。医療機関に1回だけ支払われるとその後再度と持ちかけても医療機関によって「一度話し合ったから!」と応じない所が出てくるのではないかと医療従事者の増員、質の向上に税金が使われて欲しい。また安心して相談できる所、誰でも平等に算定してくれる所に任せられる所を作りたい。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
386	医師と患者という関係ならいろいろ相談に乗るのも当たり前でも、今お医者様も忙しいので手を煩わすということで支援料もありかな?と考えます。
387	後期高齢者に限らずなく終末期相談支援料についてはあってしかるべき内容だと思います。介護保険が導入されてから医療がすすんでいっているように思えてなりません。人生の最後は医療機関に関わるのもっと充実した医療を実施してほしいと思います。
388	後期高齢者終末期相談支援料を支払い行うことをします。
389	後期高齢者の名称は外した方がよい。
390	後期高齢者終末期相談支援料が必要がないと思う。
391	後期高齢者終末期相談支援料には賛成。但し年齢制限はしない方がいい。若い人だって重い病気にはかかる人だっている。
392	終末期は年齢に関係なく訪れるものであり、年齢で区別されるのはおかしいと思う。
393	自分がどう死を迎えたいのか。周りの人(家族)に気兼ねすることなく自分の思いを示す絶好のチャンスだと考えています。人生最後の自己主張です。死後その思い(願い)を遺族がどう理解して実行してくれるかはわかりませんが(様々な思い入れがあつて)遺族の迷いを取り除くためにも必要と思っています。意見など違いはあるでしょうが親戚間とのトラブルをなくすために(気まずさ)。
394	今のところ何ともわからないです。支援料が必要とも思いますし、また勤務中の仕事とします。大事な相談のため個人の問題と思いますが、心配することもありえるので二重の支払いのような気持ちになると、勤務中の仕事の範囲内なら必要なし。
395	後期高齢者終末期相談支援料があるから医療従事者は相談に取り組めるのではと思うし、患者や家族にとっても有意義なものであると思う。
396	反対です。75歳という基準もわからないです。
397	後期高齢者そのものが反対ですし、その終末期の相談に文書を書いたところでどうなるでしょう。自然に終末を静かに送ればいいんじゃないでしょうか。
398	私が重い病気で治る見込みもないなら親しい人、友人、家族に囲まれて最後を送りたいと考えています。相談支援料はどちらでもいいと思います。
399	患者としてならばお医者様と十分な話し合いをすることは「当然そうあるべきこと」だと思いますし、逆にもし医療を行う側だとしたら時間的負担などを考えると料金が発生するものでなければ業務として成立しないと思うことも致し方ないと思います。ただ「診療費を支払う」のであればその話し合い、提供される文書は料金に見合う(実際どれくらい金額なのかはわかりませんが…)クオリティのものであって欲しいと考えます。
400	内容によりますが納得です。
401	社会保険削減の折、病院で最後を迎えづらくなっていると聞いております。このような相談支援は必要だと思います。またある程度死を納得できる後期高齢者より若い方(20~60代)にもというより若いからこそういった支援が必要だと思います。
402	何度も話し合いや文書の変更ができるのはいいと思う。
403	相談してもらうのは有料でいくらかかるかを明確に患者へ伝えてから相談にのれば良い。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
404	説明を参考にしたがあまりよく理解できない。自分がその立場になってみなければ。
405	十分な話し合いや説明、相談をして頂けるなら支払ってもいいと思う。
406	医療機関として文書作成及び相談は当然のことだと思うので。
407	相談料などない。
408	治る見込みがない状況となった患者のことに医師とゆっくり話し合えることは心強いですが、75歳以上とか年齢を決めるべきでないと思います。
409	話し合えば文書は不要。転院の場合は先生が説明を添えて下さいました。申し送りなどもありました。
410	すべての終末期の方を対象にすべき。
411	本人の望み形で最後を迎えさせてあげたいと家族なら誰でも思うこと。ただこの件に関しては今まで知りませんでした。
412	よくわからない。
413	後期高齢者支援料またその年齢になっていないのであまり考えたこともないし、75歳前後にありましたら深く考えようと思います。
414	高齢者になりお金がある人はいいがない人は益々生活が苦しくなり生きていくのが大変だと思う。
415	200点と言われても実際払う金額がどれくらいなのかわからない。本人の負担がない方がいい。
416	75歳以上の全員が金に困っているとは思いません。負担のできる方は払う、できない方は無料だと思います。
417	治る見込みがない状況において、年齢で区別するのはおかしいと思う。75歳という区別を設けず再度検討が必要ではないか?
418	終末期を迎えることが明らかな状態でその後のことについて相互に納得できればいいと思う。ただ形式的だけの可能性とか年齢的に制限ということが今いち中途半端な制度だと思う。
419	治る見込みがない状況になっている時点でたくさん負担がかかっているのに少しでも金額を抑えたい。しかし相談などで時間を割いている医師などが相談料がないのも変。どちらとも言えず難しい問題だと思う。
420	重い病気になってしまう年齢は75歳以上とは限らないので高齢者が対象というのどうかだと思います。相談料をもらう以上医療従事者は責任を持って対応して頂きたいです。人生最後まで全うするという意味で相談などができる手段があるのは悪いことではないと思います。
421	自分の終末をどうするか方針や希望を聞くのは良いと思いますが、相談料が絡んでくると強制でもなくすることは難しいのではないのでしょうか。私自身ははっきりさせたいとは思いつつ、それを受け入れられるのはまだ難しいと思います。
422	医師を守るためのものなのか疑問に思う。残された家族の心の負担を減らすのか?必要だろうと思うが終末期を迎えた患者に冷静にできるだろうか。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
423	確定率100%の来るべき自体に突入している私どもではありますが、料金については考え方が多種あるものと思決定つけないことではないように思われますが、一つの目標でもあるような気がします。心の支えとも思われます。
424	現在53歳のため特に考えたことはありません。今後ネットなどでもっと調べて見解を自分なりに出したいと思います。
425	医師からの説明を受ける時素人には理解できない言葉が多く、その場だけでは説明されたことがよく理解できません。文書としてあれば後でいろいろ調べられることもできると、家族に説明しやすくなります。
426	自分自身まだ30代なのでピンとこない自分が75歳になった時の経済状態にもよる。相談支援料…何でお金がかかる現在どちらとも言えない。
427	料金を支払うことには少し抵抗感があります。保険料も支払っているのだから無料にするのが良いのでは?保険料を払わないのであれば実費でも仕方ないとも思います。死に対する不安は誰にもあります。
428	75歳以上の方のみ限定するのではなく、終末期相談をした方すべてを対象にしても良いと思う。
429	妥当だと思います。
430	医療行為の範囲と考えます。
431	75歳未満は所得に応じて負担額を減らした方がよいと思います。
432	支援料そのものに賛成です。ただし年齢制限とか後期などの名称には大反対。
433	算定して文書などにまとめる意義がよくわからない。
434	一番は患者がどうして終末期を過ごすかであって医師や看護師が決めることではない。
435	決まったことなので支払うことはやがてかかってくるが、終末期相談支援料としてはあまりにも名が悪い。何か別の名にするか(話しあい手数料とか)。
436	後期高齢者こそ話が大事で家族など医療従事者と密に話し合うべきでそれにお金がかかるのはどうかと思う。それが保険からだとしても!
437	それよりも前に高齢者の医療費の負担を少なくするとかに公的なお金を使って欲しい。
438	今まで長い期間保険料を支払って来ましたが、現在の緊迫した状況を考えてとやむを得ないと思う。
439	75歳以上と区切らないで全年齢を対象にした方がよい。終末期の治療を望んでいるものは全年齢にしていると思う。
440	制限そのものがよくわからないので何とも言えない。
441	年齢区分は必要ないと思う。メディアでこのことを取り上げてみては。
442	このような支援料という支払い方ではなく、もっと医療機関に援助(国から)があるべきだと思います。
443	若くしてガン、不治の病気など30代、40代でも終末期を余儀なくされる人はこれから多くなることだと思います。高齢者だけではないと思います。1人ぼっちでも家族がいても病気によって終末期が来るのです。もっと広く考えた方がよいと思います。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
444	医師は支援料を受け取るべきではない。看護師、その他は業務の域を超えているため受け取っても良い。
445	支援料が導入されるということ、されていたという事実も知らなかった。なぜ年齢区分をするのか?年齢区分は必要ないと思う。
446	話し合い、文書作成を行うたびに相談料を支払って良いと思う。何度行っても200点では医師らの時間と業務の負担が多すぎて割りに合わないのでは。医療機関側は元を取れないような診療は行いたくないので結局この制度は使用されなくなりそう。
447	何かにつけてこれからはこういう制度はやむを得ないと思う。まして命に関わることであれば変えられないので当然かなとも思います。初めて耳にしたのでよくわかりませんが。
448	自分の病状を詳しく知っておきたいと思うので、何度も話し合いができるのは良いと思います。
449	家族と医師との相談は必要であり本人と家族と医師の話し合いも治療の一つと思う。
450	妥当だと思います。
451	特別に75歳以上ということで取り上げて言うのは差別のような気がします。
452	年齢区分が細かい。全ての国民に対して差別していると思う。
453	終末期の医療は年齢に関係なく必要。ただ相談支援としてわけると、今現在の医療報酬の中でやるべきかわかりません。治る見込みがない状況となった時に相談できる場所があるというのは心強いと思います。
454	75歳以上とせずすべての人に実施して欲しいです。参考資料はこれでいいと思います。支援料が200点は高いのか安いのかあまり病院を利用していないのでわかりません。1点がいけるのか?。
455	患者は終末期を迎えると精神的に不安定になるので、終末期の相談はとても良いことだと思います。
456	支払う必要はないと思う。
457	相談料が支払われることでお金目当てで相談を受ける印象が少しあるが、それでもきっかけとなり親身に相談を受ける人が増えるなら良いと思う。ただ重い病気の人は75歳より若い人もいるのでその人達の立場がどうなるのか不安(若いという理由で相談が適当になるなど…)。
458	これは後期高齢者だけに支援される制度のように感じられます。こんな制度が決まったなんてことは周知されていません。いつ決まったのですか?死ぬ人は75歳以上であると思っているのでしょうか?終末期は病気の人は誰でも迎える可能性があります。病院にすら告知説明書がない制度は絶対に反対です。
459	良いと思う。決して無駄なお金ではないと思うから。
460	主人が●●●●に通院してました時説明は30分以上かかり予約時間は1時間以上遅れるのは当たり前でしたので、後の方が気にならなかなか質問はできませんでした。主人は●●●●の緩和ケアの先生が自宅に来て下さり、こちらの方が気が楽になりました。相談支援料があればこちらの方が気が楽です。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
461	ニュースなどを見ていると介護保険が本当に困っている人々にはあまり役に立っていないように思われます。終末期相談支援料の相談も余裕のある人は療養の内容もいろいろ選択できるが余裕のない人々はない。ただ本人の意思と家族の温かい見守りだけだと思いますので特別に設ける制度とも思えません。
462	自分の希望を家族にもわかってもらうために終末期について話し合い、医師にも伝えることは良いことだと思う。料金を支払うことも仕方ないかと思う。
463	病院で診断書などの書類を請求する場合も料金を取られているので相談支援料についてお任せがないと思います。算定が1回のみで話し合いは何度でも行えるという点は良いと思います。
464	すごい良いことだと思います。
465	年齢区分を設けること自体がわかりやすい。
466	患者の家族の相談が時間と金額などで差が出てしまう。後期高齢者の患者が自発的な意見を述べる状況はまれなことで、医師や看護師に温かく見守ってもらい判断にお任せした方が家族にとって悔いが残らないと思う。
467	後期高齢者から相談料を取るのはかわいそう！家族が支払いのできる人は良いと思うが、一人暮らしの人などは生活がきついなと思う。
468	1回に限り200点なら文書として残すことは確実にされるなら(その後は取られないことも必ず)しっかり話し合ってから道を選ぶことのできる機会が与えられるのが希望です。
469	このような話し合い、文書作成に相談料という名目で支払わなければならないのは情情的にむなし。理想と現実が違うということか…。
470	率直に言ってよくわかりません。
471	自分の病状について医師などと相談またはそれを形に残すことは患者として当然の権利だと思うのでそこに相談料が発生することは好ましくないと思う。75歳以上という年齢で繰引きをする意味はないと思う。
472	細かい点はよくわからないが大筋で賛成できる。形式的にならず人間全体を見る医療であって欲しい。
473	本人と家族の気持ちは違うと思う。自分自身は覚悟を決めて身の回りの整理をしたい。家族は患者に関わる経費や最後の希望をできるだけかたくなで取捨選択しておきたいと思うだろう。
474	近頃では医師不足で問題の多い時代に本アンケートのように書面で各人に適した対処方法を書く医療機関があるとは思えない。病名でありきたりの印刷物を配るのが関の山であると思う。その程度で治療費以外に料金を取るな。人の顔が皆異なるように各人の終末も異なると思うが、それぞれに対処できると思わない。
475	お金を支払わなくては十分な相談や治療を受けられないからやはり家族としてはやむを得ない。無料や低額な内容の不十分さや医師の負担にもなる。やっぱり仕方ないことだと思う。
476	費用などが重なるため。
477	75歳以上の区分が限定されていることのが正当な理由がわからない。すべての人に支払われるものなので平等かつ公平な法であって欲しい。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
478	制度として妥当なものと思われる。
479	後期高齢者の方は収入の面でも厳しいと思います。少しでも安く治療相談が受けられるのが好ましいと思います。
480	病状で治る見込みのない状況となった場合、年齢に関係なく欲しい。例えば植物人間になってしまったりした場合、本人の意思では生きていけると思えないので殺人罪になることがないよう延命装置を外すことができるよう願いたい。
481	男女一律の年齢区分である点を考慮すると適当な時期での(相談料の)決め方と思う。
482	相談支援料を医療保険から支払われるのは75歳以上でなく、80才以上とかにすれば良い。但し現在保険料から支払うのは反対だ。
483	それで良いと思う。
484	年齢に関係なく相談に乗るべきだと思う。
485	終末を迎えた患者、世話をした家族に苦痛の感謝をして頂くという事です。
486	診療料と同じように料金が発生するのは特に問題はないと思うが、それが高齢者のみという理由がよくわからない。
487	告知は必要ですが負担にならないような金額であれば支払いが可能だとは思いますが。高すぎたり経済的、生活上に困難な場合もあるので必ず支払いができるかは難しいと思う。
488	ケースバイケースでもっとしなやかであって欲しいです。自然の流れでありたい！自分の力で食事が取れなかったりしたら私は私のままを選びます。
489	病気で死亡される方は年齢に関係ないと思う。よって重い病状と認められた患者さんにも全員相談料を取って治療方法などを決めた方が良いと思われる。
490	75歳前であっても治る見込みのない病状の人でも大勢おられますし、病人に関係ある人達が十分に話し合うことが大切であり文書に書いても人それぞれで病状がどう変わるかわかりませんのにその都度話し合っ相談料はいいと思いません。
491	年齢が必要ではなく若い人でも終末期を相談してもらいたいことが大事であり、特にまだ十分働ける世代であれば残る家族の生活も大切にいか相談する上で支援料を支給して十分な話し合いへの補助として欲しい。だから年齢が75歳以上に対してはおかしい。
492	年齢で区切らず必要とする患者をすべて対象とする。文書化することによって人生の区切りがはっきりする。患者の考えを優先することを明文化する。
493	相談は患者本人だけでなく医療関係者のためにも必要なことだと思います。なのでそこで相談料というものを取るのは違うんじゃないかなと思います。
494	考えはいろいろありますが、すでに決まっていることなので何を言っても変わらず。
495	年齢に関係なく必要人にはすべきだと思う。
496	自分の寿命は80才くらいだと思うので望み人は支援料を払い、望まない人は払う必要がないと思うので自分の意思でどちらか選ぶようにすればいいと思う。治る見込みがない、若い時みたいに治らないので無駄な治療はやめるべきだと思っている。10年もしたら高齢者が増えるので年齢区分は必要だと思う。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
497	話し合いが行われその内容を文書にしてくれるのはいいと思うが、相談料が発生するのは少し納得できない部分もある。
498	あまりいいとは思わない。
499	終末期の患者の家族にとっては助かる(治療費)でしょうが、もしそのため保険料の支払いが多くなっても困るのですが「後期高齢者支援料」が75歳以上の方の全体でだけ利用されているのかその点も気になる。
500	患者と医療関係者が良い方向に向かって話し合うにあたって金額が発生するのが何とも不思議な気がします。本当に親身になって考えて下さる方もあれば、報酬のための病院も起るはず。患者のためのミーティングに時間をかけている所には当然必要だと思うし、何で？という病院に支援料が払われるのは我慢ができません。
501	私が患者だとしたら相談に乗って欲しいと思うから。
502	介護などの必要性を家族全員(親族)が理解できる。
503	弱者に対してまたお年寄り、年金生活のやりくりの中のお金を請求することは好ましくないと思うので年齢制限は良くない！
504	治る見込みのない病状にどんどんお金を使うのは自分としてはちょっと考えてしまいます。それによってお金が足りないというのであれば、自分としては延命は望みませんが、それを確認すると医師にお金が支払われるというのはちょっと違和感があります。
505	終末期を迎える際に医師と十分な話し合いの場を持ち、文書として互いの確認を取れることは好ましいと思う。現場にあたる医師などには当然ながら文書作成の事務的作業に専念してしまわないように気を付けてもらいたい。
506	大変良いと思います。高齢者が病気になる大勢の方に迷惑をかけます。
507	型にはめて機械的に進めていかれそうなのが不安。相談するにしても依頼できる医師や看護師でない自分の意思を伝えることは難しいと思う(確認のために文書を作ることはいいと思うが)。形だけの料金表として文書を作り、支援料を払うのは患者にとって好ましくないと思う。相談の内容は1つだけではないと思うので一律に200点とするのも大層すぎると思う。
508	支援料の制度は当然と思われるが文書などで提供した場合のみ支払われ、文書の提供がない場合は支払われないのが不可解。75歳未満でもこの制度は必要かと思います。
509	妥当な考え方だと思います。
510	今の75歳というのは昔と違いとても苦しいです。80才以上で良いのでは、相談支援料というものがいくらなのか知りたい。もし高額ならおかし。金額が不透明。これからの日本は高齢者の国になっていく。支援料なるものどこから持って来るのか。
511	話し合っ文書にするというのは医師などの仕事の1つではないかなと思う。75歳以上の方はお金が少ないと世間で言われているのにこれ以上取るのか…と残念に思う。
512	高齢者の場合家族を支えて再度話し合いとなった時、相談支援料がある程度かかるのは仕方ないと思う。でも基本的には治療上においての説明、話し合いにお金がかかるのは好ましくない。相談はある程度必要だとは思いますがその時の病状や気持ちの持ち方によって変わることもあると思うし、「文書提供を行った場合」と限るのは何となくスッキリしないものを感じる。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
514	必要ない。
515	家族も本人も安心して相談できるようになると思う。料金が払われているなら詳しく相談できる。医師も力を入れて取り組むようになっていくと思う。
516	現在の医療、介護現場はとても忙しくて人手不足だと聞いております。その割には報酬が少ないので辞めていく人も多くも聞いております。安心、安定した老後過ごすためには多くのスタッフがいて安心です。報酬が増えればスタッフも辞めていかないと思うからです。
517	意識のあるうちに延命治療の要、不要など話し合いのしるし制度だと思えます。それに伴う費用を支援するのは当然良いことだと思います。
518	後期高齢者より50代60代の方に必要はないでしょうか。75歳以上の方の症状進行は遅いでしょうし。
519	お年寄りからお金を取るのは良くない。
520	相談支援料はサービスにすべき。
521	終末期延命治療を必要としないのははっきりと責任を持つため。
522	話し合いは良いと思いますが、算定も1回のみでなくもう少し回数を増やしてもいいのではと思います。
523	後期高齢者は最後まで生活支援、病状など納得のいく話し合いをして欲しい。
524	治る見込みのない人達については無料でも良いのでは？
525	病院で終末期を迎えることより自分の好きな所で自由に最後を迎えたい人が多いのでいいと思います。そのために必要な知識も家族の心得もできるし。支援料があればいいと思います。
526	高齢になるにつれて、頼る身内がないなどの問題や金銭的な問題が多くなるのはわかるけど、若い世代がこれから高齢になった時には賛成とは言えない部分が出てくる(公的医療保険料)。下の世代も支援してあげるようにして欲しい。
527	金を取ることでちゃんと話してくれるならそれもアリかと思えます。
528	医師の説明に対してお金が出るというのがまずおかしい。この制度はない方がよい。制度が始まったら不正受け取りとかが増加するだろうし、医師への不信感がより高まるきっかけになりかねない。
529	強制ではないこと一回のみの算定という事で患者の負担は大きくないと思う。病院を移った場合の内容の変更は容易なことを確保して欲しい。75歳以上のみというのはなぜ？
530	賛成します。しかし費用については言えない部分が出てくる(公的医療保険料)。
531	厳密な統計はよく知りませんが友人、知人が平均的にこの年齢(75歳)に「相談支援料」が必要のように思っています。人生のラストコースにこれらに支援料が出されてしかるべきだと思います。それがための保険料だと思います。家族にとってもいいことでしょう。
532	75歳以上の人が対象になるのはおかしいと思う。重い病状、治る見込みがない病状になる人は子供でも若い人でもたくさんいると思うので、皆同じにすることが当たり前だと思う。
533	支援料の支払いで最後まで命の尊厳を守りたい。
534	逆に75歳以上については優遇として無料にしてほしいのでは？
535	家族や親類の相談に乗ってほしい。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
536	考慮するも難しく、死ぬのも大変だと感じた。
537	治る見込みがない状況となった患者さんに対し終末期の相談を行うことはとても大切なことだと思います。患者さんや家族にとって支援料が支払われるのは必要なことだと思いますが、病院からの不正請求などには十分気を付けて欲しいと思います。
538	後期高齢にこだわらず終末期の相談支援が公的に行われたらいいと思う。
539	75歳でもまだまだ若い人も多い時代に編みきをするのは自分がその年になった時に生きる意欲をなくしてしまいうやめて頂きたいです。取るのであれば全員から取って頂きたいです。
540	話し合い、文章の取りまとめに料金がかかってくるのがいまいち理解できません。
541	年金も不安定なこれからの時代に収入もなく75歳という高齢で終末期を財政状況で左右されてしまうのはいかと思う。
542	本当に患者の家族のために制度なのか理解しにくいところがある。ただ医療従事者への支援だけになってしまわないようにすべき。
543	年齢限定、以外、参考説明の内容を支持する。終末期は年齢に関係なく訪れる。支援料の「200点」は高いのか、安いのか、その根拠は？判断不能。凍結措置の理由は？不明。
544	支援料導入により、保険料が高くなったり、75才以下の人達に負担がかかれば不満である。
545	できれば家族だけで話し合いたいので、「支援料」は元々必要ないと思う。
546	対象年齢からして、本人に判断できないケースもありえる。延命としての治療にかかるものはどうかと思う。
547	お金をとるのであれば患者、家族が納得するまで十分に話し合えるようにして欲しい。
548	後期と分ける理由は？他の年齢ではそういったものがあるのかのかわからない。もしあれば、「後期…」と区別して他の年齢のそういったものに比べ、安いのなら（リスクが高いのか）かとは思いますが、話し合いや文章等事務的に受け入れられるのかわかりません。心の準備だけで一杯では…。
549	凍結措置はともいいたくない。
550	年齢差別は好ましくない。
551	あることさえ知らなかった。
552	このアンケートで初めて知りました。知らない人の方が、多いと思います。何で75歳以上の年齢限定なのか、わかりません。若くても終末期を迎える人はいるのに。
553	どのような内容かわからないけど、しっかりした書類ならばそれなりの料金を払う必要があるかもしれないが、治療費の一部として含まれても良いと思う。
554	必要ないと思う。
555	年齢区分を設定することに問題があると思う。特に高齢者は個人の生活や仕事、家族関係などで同じ年齢であっても虚弱であったり10年以上若いような生活、身体、精神を維持できたりする人がいて、個人差が若年層より広がるように思えます。よって、一律に75歳以上で編みきすることは難しく、意味をあまり持たないように思えます。50代からも将来に不安を持つ弱い者が助けを求めるケースもあると思います。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
556	相談を治療として考えることはおかしいとは思いますが、それに対する支援料の発生は納得いくものではないように思います。
557	国が全額支払うべきだ。
558	患者に対して話し合いを行い、アドバイスすることは賛成です。問題は支援料の内容だと考えます。国民に対して細かな支援料内容を発表し、毎月ごとにどれだけの支援料、経費が使われたか、明確にし、対象者以外にも国民に発表する必要があるかと思っています。医師不足の現状は、自分でも深刻だと思いますが、不正に悪用されないよう管理体制を徹底して欲しいと考えます。
559	本来あるべき医師の仕事が失われ、患者へのいたわりや人格の尊厳がなくなってしまうように思われる。最後の時を迎えるに当たり、国の為に頑張った人達のことを後人の考えで行うべきではないと考えます。
560	終末期相談支援料については全く知りませんでした。必要だと思うが、それが何故後期高齢者と言われる年齢なのか、理解できません。また、報酬は払うべきと思うが、高額であってはならないと思います。
561	良いと思います（相談の仕方がちょっとわかりづらいです）。
562	主人も私も自然体を望んでいますので、病状の変化も説明も必要ない（75歳に近い年齢に近い）。
563	相談や話し合いだけでなくその場で終わるので、支払うことはないと思うが、文章等にまとめるのは医師も時間を割かないといけないので、支払った方がいいと思います。年齢により、対象者を決めるのではなく、支払い能力があるなしとか家族とか人それぞれなどで年関係ないと思う。また、医療費はもう少し安くして。初診料が高い。医師のレベルによって医療費も変えるべきだと思う。
564	75歳以上で編みき理由がよくわからない。相談支援自体は必要かと思う。
565	相談によって下される医師や看護師の方の時間を頂くことに対して医師不足が言われる中、相応の料金を払うことによって医師不足が解消されるのなら、素晴らしいことですが、基準の甘さから、不正処理が横行する気がしてなりません。
566	医療介護関係者としての意識、責任感の育成になると思う。
567	年齢制限ではなく、所得に応じて相談料を決めるべきだと思う。但し、無料ではなく、有料で互いに理解できるようになるといいと思います。
568	何故75歳という年齢制限ができたのか疑問である。人によっては75歳に達してなくても希望する人もいられるであろう。私はまだその対象年齢に達していないが、もし治る見込みがない病気になるれば、相談したいと思うし、このアンケートを記入して初めてこのようなものがあることを知った。もっと広く情報開示して欲しい。
569	治療を受ける患者は平等であって、年齢によって区別するべきではないと考えます。
570	後期終末期相談支援料という言葉は初めて知りましたので、よくわかりません。
571	丁寧に真剣に取り組んでくれるのなら支援料も仕方ないかと思う。
572	75才と年齢を区切ってしまうのは、おかしいと思う。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
573	実際の医療の現場ではこのような話し合いは行われていないのでしょうか？このような支援料がなければ話し合いの場を待ってもらえない現状であるとしたら悲しいですね！このような支援料があるなしに関わらずそのような話し合いは必要ではないでしょうか。
574	どうして相談支援料を75才以上にしぼるのか理解できない。全ての患者に適用すべき。医療者は忙しい中説明に時間をかける訳で、仕事の一部だから。
575	後期高齢者とのみと対照するのはどうかと思う。終末期は年齢に関係なくあるもので、むしろ若年者や壮年～初老期の方々の方がインフォームドコンセント等の話し合いは必要であると思う。相談支援料を導入するのなら、対象者は全ての人にするべきだと思う。治療方針や、病状説明は必ず行うものである為、わざわざ点数を付けなくてもいいのではないかと、医師不足、赤字経営で病院存続が難しくなる後には必要とされるかもしれないが、導入するならば全ての人が対象の方がいいと思う。
576	年齢ではなく、全ての末期患者にあるべきだと思う。
577	家族の為に良いと思う。
578	遺族年金生活者ですので、必要だと思います。
579	「後期…」のことを聞くのは初めてであったということが、まず反省です。新聞を読んだりしなければいけないなと思いました。何故75才以上なのか、疑問です。さっぱりわからない。年齢は関係ないのではないかとこの制度がないと、終末期の相談をしてもらえないのか。そこも疑問。
580	終末期相談支援料があるということをご調査表を読み、初めて知りました。相談料として支払うのは当然だと思います。高齢者とは限らず。
581	年が経つにつれて高齢者の数が増えていくと思う。75才にもなると、年金暮らしで経済的にも肉体的にも精神的にも苦しくなっていくだろう。昔ほど子供の数も多くなってきたら1～3人であろう。あてになるのは年をとったらお金になると思う。75才にもなると、アルバイトもない。
582	支援料についてそれに見合った話し合いが十分に行われることを望みます。今後、こういった制度を悪用したり、不正に利用したりすることがあった場合、対応策は十分なのでしょう。
583	自分自身も少しも病状がわかるといいますので「貴方はもう生きる望みがない」と決定されたら、病状と「たまたま」ことができない気がします。料金を支払うと強制的に期限を決められ、決定しなければならず、耐えられる心配です。
584	何のために支払うのかわからない。何故年齢制限を設けてまでお金を取る必要があるのか。当然の医療行為ではないのか？尋ねたい事はたくさんあるが、相談料がいるのならやめておこうということになるのか。文書料（現診書等も含め）にしても何故お金がかかるのかわからない。
585	治る見込みがない患者と医師との終末期医療についての話し合いは十分な話し合いは必要だと思いますが、相談料は要らないと思います。
586	残された家族に負担にならないように希望する。
587	相談料として支払わなければ医師や看護師は動かないのか、と思う。患者という時点で、話し合いや入院中のケアをするのは当たり前のことではないのかと思う。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
588	受け取ることで責任が重くなり、偽装を言った場合許容になる。
589	文章で表してもらえないのは良いことだと思いますが、金額によると思う。
590	具体的な内容はよく知りませんが、医師・看護師、その他の医療従事者と誰と話し合っても、どんな形でも、同じ報酬がもらえるとしたら、手抜きみたいなことが起きないか少し心配です。
591	後期高齢者医療も収入が少ない者にとつてひどいと思います。ので、終末期相談料についても同じく反対です。収入の少ない者にとつてもう少し温かい医療であって欲しいと思います。
592	医師と患者が話し合いをして、その後の療養について患者の理解を得る為に是非行ってもらいたい支援料だと思う。患者も家族も今後の病状の変化に対処するよりどころになり、安心できると思うので、支援料は支払われるべきである。
593	当然だと思う。
594	必ず最期は来ることで、その時の相談話し合いに対して別料金がかかるということは反対です。おかしいと思います。文章にまとめて医療訴訟の対策の為に残す為ではと考えられるので問題をなくす意味では必要かとも思います。
595	200点が幾らかわからず、上手に回答できず申し訳ありません。今回初めてこのような中身を知りました。行政に頼らず、自分自身でも多くのことを理解して、深めていかねばと感じました。
596	ケースバイケースで必ずしも最善の結果が得られるか疑問が残るが、気持ちの面で多少でも楽になればと思う。
597	相談は一般的治療の内のはず。特別に枠を設けるのはおかしい。
598	先にも書いたが、仕事として当然の報酬である。
599	終末期相談支援料は妥当ですが、後期高齢者という年齢区分には反対です。
600	治る見込みがない状況の時、本人はもちろん、家族も不安を抱えると思います。医師や看護師の適切な対応、説明はとても必要なことだと思います。末期のガン患者を受け入れるホスピスを増やして頂けるように要望します。支援料はできるだけ安価に抑えて頂けるといいと思います。
601	病気に年齢は関係ないと思う。
602	75才になって頭脳明晰ならばそれも必要な？医師が忙しすぎて患者とゆっくり話す時間がないので、相談支援料なるもので患者との接点が多くなって良いかな？
603	治る見込みがないのであれば、病院ではなく田舎の自宅で療養したい等の意見（希望）もあると考えます。患者の意志を尊重することは良いことだと思います。但し、文章に残す記録に伸すことは必要なのか疑問です。医師の信頼関係の中で話し合いの範囲が良いのでは？また、年齢の設定は75歳は高すぎだとも考えます。70歳とか、65歳以上でよいのでは？
604	1.話し合いの内容を取りまとめ文書化する必要があるのか、お互いの信頼関係の問題なのか。2.文章化すると相談支援料はかかるのかは後方から聞いています。
605	私自身がその立場になってみないとわかりませんが、誰もなりたくてそうならたわけではないので、家族も共に相談することも治療も十分な理解が得られるかもしれないし、年齢の制限は別としてあった方がいいように思います。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
606	国民年金等での支払が可能な範囲なら良いと思う。
607	4月～支援料が導入されたことは知りませんでした。治療を受けているのに支援料を支払わなければ、何も教えられないということですか？相談しないと治療もおろそかにされそう。勝手に死ぬのを待つということ？
608	相談のために医師や看護師に時間を空けて頂くのですから、相談料は支払われるべきで、200点は安いかな？
609	医師と患者の間に十分な信頼としっかりした親密な関係があれば大変良いと思いますが、事務的だったらどんなものかと思います。
610	年齢を75才以上と区分することは変な気がします。
611	75歳以上ではなく、全ての人を対象にした方が良いと思う。若い人ほど家庭のことや金銭面等今後のことで不安が多いと思う。
612	むやみに延命するよりは良いと思う。
613	75歳以下でも思い病気の人はいるので、75歳以上に限定するのはちょっとおかしいと思います。患者の病状についての話し合いは医師がする前日の仕事だと思うので、改めて支援料を支払う必要はないと思います。
614	何故75歳以上対象なのか分からない。重い病気、治る見込みがない状況の話し合いを対象とするなら、尊厳死も認めた上で後期高齢者終末期相談支援料なら納得できます。
615	最近は一暮らしの老人が増加し、子供も近くに住んでいないケースが多く、末期の患者にとっては心のケアを含めて、相談支援は不可欠であると思う。
616	終末期支援は年齢に関わらず、同じだと思う。年齢によって支援料の差が生じるのは納得できない。
617	終末期にその後の方針等を、本人、家族、医療関係者等が話し合うことを希望する人がいたり、話し合えばいいのではないのでしょうか。ただ、話し合いの場がもたれることで、自分が終末期だと知ってしまうのは怖いような。でも、知りたいような気がする。本当に大事なことを丁寧に話し合ったのなら相談料が発生するのは仕方ないことかもしれない。ただ、医療機関は終末期の人全てに機械的にいいような気がする。
618	専門的な情報を有料で提供することはまだ日本文化には馴染まないかもしれないが、時間と労力がかかることなので、仕方がない。
619	あることは知らなかったです。まだその年(年齢)になっていないので、深く考えたことがなく、先とそのようなことはよく話し合っているお互いの為にも良いことだと思います。
620	医学が全くわからない私達にとって後期高齢者終末期相談と言っても患者も家族も医師、医療従事者に従うしかないと思うし、本当にその家族と患者の気持ちになってできるかと思いますがこの制度がただの制度で終わって欲しくありません(文書に残すだけではない意味では……)
621	75歳以上に限り、自己負担がないということなのでしょか？だとしたら、対象者の数が年齢的にして、かなり少ないと思われるので年齢に関係なく自己負担をかくして欲しいです。75歳以上に限定する意味がわかりません。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
622	これから、ますます老人社会となり、入院、入所できるところが少なく自分たちだけでは(家族)決められない。専門の人に相談できるとすごく良い。
623	その時になってみないと今の時点では自分になっていないのでわからない。
624	厭くないものと考えます。70才、65才の時にこの制度を利用できないので、不平等が生まれてくると思います。よて、75才以上の枠がない方が良いと思います。
625	支援料はとも良いことですが、75歳以上に限定してしまうのは良くない。生活が苦しいのはみんな一緒です。
626	病状を家族が理解することにより、対策を考えやすい。
627	治る見込みのない重い病状は生まれて死ぬまで若くして訪れるので、このことに関しては後期高齢者に限ってとするのはおかしいと考えます。
628	終末期相談となるともう先もないのだから相談支援料を払う必要はないように思う。
629	話し合いを持つことは良いと思う。それに対して相談料が診療費の一部として支払うことが悪いとは思いますが、その支払いの年齢を75歳以上と年齢区分を決めるのは妥当だとは思わない。それなら何歳が妥当なのか問われたところで、妥当の年齢がすぐには思い浮かびませんが。
630	入院その他でお金がかかるのに相談しただけでまたお金が必要なのは困ります。
631	本来であるならば治る見込みがなくてもその後の病状や変化等は知る権利があり、当然のことと思いますが、その内容を文書にまとめた場合、料金が発生しても致し方ないことなのかなと思います。
632	病状説明や支援は治療の一環と考える。
633	終末期相談は誰にでも起こることなので、後期高齢者を区別するのはおかしい。
634	若くして末期を迎える方のケアも考えるべき。
635	年齢を区切った上で年齢区分がどうして設定されるのか、わからない。後期高齢者といわれる人のみというのはどうですか。
636	75歳以上に限定すべきではないと思います。とは言うものの、年齢区分を設けないといけないと思います。私としては60才以上であれば終末期を迎えている患者を対象としても良いのではと考えます。
637	75歳以上なら尚更本人と家族、介護者にそれらを行うことは当たり前と考えます。そこに支援料と名の付いた料金が発生するのは、とても不思議なことと考えます。
638	医師と患者が話し合いを行うことは、当たり前のこと。相談料が支払われるのは、おかしい。
639	その時点にならないとわからない。
640	後期高齢者終末期相談支援料について知らなかった。
641	一定の時間、点検等を医療従事者に割ってもらう為、その費用を払うのは問題ないと思う。但し、年齢に関わらず、終末期となる患者はいる訳で、そのような人の立場に立つと同様の支援を望むだろうと思う。
642	医療保険から支払われるという事はどうかと思ひます。まして、患者さんが一部負担等もつての他です。医療ミス等が起る時代、色々相談して文書にしておくことは良いことだと思うが、それに対する料金は別に支払わなくて良いのではないですか。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
643	年齢なことについては再考を思いますが、支援料は当然だと思っています。
644	支援料を支払うことで患者が相談しやすいかなと思います。
645	金額によりますが、多少なら支援料を支払ってもいいかな？
646	話し合いはカルテに基づいて意志と患者の話し合いであるから、医療行為の一部である。従って診療報酬に含めるべき。
647	支援料という表現は好ましくない。「後期高齢者終末期医療相談料」では！
648	自分が高齢者になったときの医療費が今よりもあがるんじゃないかと不安になる。相談に対する知識の提供力、時間を割いているので、そこに費用が発生するのは仕方ないと思う。必要がない人は相談しないと思うので、必要と思う人がお金を払ってでも文書を残したい等希望すると思うので、当たり前と思う。
649	75歳で区別することがおかしい。相談支援料そのものも上記の通り(業務の環)おかしい。
650	認識がなかった為改めて勉強をしてみたいです。
651	重い病気などで治る見込みがない状況となった時、十分に家族、医師や看護師が、生命維持を命じた人にはやはり時間を割いて相談された方々なので、支援料は支払って欲しい。
652	私にも書きましたように、何故この際になってお金を取るのかばかり考えるのですが、私はこんな制度にガッカリです。医療保険からやめさせてもらいたいです。
653	もうすぐ(あと2年)75才になります。後期高齢者終末期相談支援料は取られくない。
654	相談料を払うのは何だか経済的に負担が重たがる(治療費にお金がかかる為)、1回限りで何度も相談できるのなら良いのではとも思う。しかし、負担金額による。
655	後期高齢者医療制度そのものに反対である。何故75歳以上とするのか？制度そのものを見直していただき安心して人生の花道を飾れるようにして欲しい。死んでいく人間に対して、終末期相談支援料を取るなんてことはもってのほかだと思う。
656	相談料はあっていいと思うが、金額にもよる。
657	終末期はその人の最期の生きざままで、もっとも大切な時であり、それを処方される医療関係も真実そのものなので、相談料の支払いは当然だと思います。
658	重い病気や治る見込みがない状況になって、その後の過ごし方を心配するのは高齢者よりも若年者の方だと思うので、年齢区分は必要ないと思います。しかし、全ての相談者対象でも、予算的なこともあると思うので、難しいことだと思うが……
659	今後更に高齢化が進む中、医療機関との相談は必須であり、こうした制度は必要と思う。
660	仕方がないですね、残念だけど
661	支援するのはいが、保険料が上がるのではないかと心配です
662	カウンセラーの類と同じようなものだと思うが、薬や施術ではないことへの報酬は必要だと考える(特に回復の見込みがない場合はこちらの方がより大事?)。
663	どの年代でも起こりうることだと思うので、年齢を区別するのはいいのではないかと思います。
664	終末期を迎えるのに相談は必要だけれど、相談料を取るのには気が引かれます。
665	年齢区分が問題ではないか。後期高齢者を75歳と決めるのが良くないのでは

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
667	各病院の付加サービスとしてしっかり、料金設定して行う方向で進めていけば良いのでは？と思います。しっかりと知識、覚悟をお持ちの後期高齢者には、不要なものでないでしょうか？
668	75歳以上で末期だといわれた人に負担をしろというのは、どうなのでしょう。死を直前にして「お金」と言うのは、家族の気持ちを考えると心が痛むと思います。
669	労働に対して料金が発生するのは、仕方がないことだと思うが、相談料という別料金のような感じがして、医療の一環として含まれるものであって欲しい。
670	後期高齢者という言葉も問題だし、まして終末期という言葉もショックです。年齢に関係なく相談支援を行い支援料を支払えばいいと思います。
671	今まで「生命の助けてきた人」としては、支援料とかの料金まで考えさせられるのは酷だと思っています。
672	終末期の患者が診療に対して医師と話し合いを持ち、それを文書としてまとめていることにはおおむね同意できます。しかし、万人がその機会を得ているわけではない以上、公的機関よりの出費が妥当であるのかは、大きな疑問であると考えます。
673	高齢者に限るべきではないと思います。
674	200点とは、具体的に料金としての実感が無い。一部負担(対象者)はどのくらいになるのか、不明であり、アンケートに答えにくい面があると思います。
675	私自身がまだ30代なので、今一ピンと来ません。75才以上の方なら、尚更わかりづらいような気がします。また導入されることすら知らない方もいるのでは？
676	支払うのは当然だと思う。文書等の提供をお願いしたのだから、相談料として一部支払うのは当然だと思う。
677	治る見込みがない場合、心のケアが一番大切になってくると思います。医師や看護師との話し合いの中で、気持ちが救われる部分が多いと思います。それに対して、診療報酬が発生するのは、当然のことと思います。
678	納得のいく話し合いができるなら、払っても良いと思う。
679	情報に感謝します。認識不足故に差し当たり意見は思いつきません。しかし、いつか親族に起こり得ることだと思いますので、自分の考えを考慮したいと思います。
680	治療しても無意味だから、死を選ぶという方向へ考えを家族や患者本人に傾け付けるのは良くない。
681	退職した後の生活が、変化した後、少しでも負担を減らすことができ、安心して最後まで相談をすることができるのは望ましい。75才という点では、70才が望ましい。
682	算定は1回のみ、話し合いはいつでも変更可能ということだし、急変の対応にも応じてくれることなので、賛成です。
683	高齢者が増加している現在、後期高齢者終末期相談支援料は当然行われるべき1つだと思います。
684	支援料を支払わなくては相談できないのは、どうかと思うが、自分が利用するかはその時点にならないとわからない。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
685	現在、医師不足がテレビの画面をにぎわしている。嫌な言葉だが、患者のたらい回し等、平和に一生を終りたいと願っている者にとって次々と不安な情報が耳に飛び込み、精神的な圧力を感じている。生まれてくる新しい生命にとっても消えていく後期高齢者にとっても平等に不安のない社会になって欲しいと切に念じている。
686	病院側の一方的な押し付けでなく、患者、家族側としては相談、話し合いができることは良いことです。
687	終末期相談支援料というのが何故75才以上の後期高齢者のみに必要かわからない。
688	いらん!! おかしい
689	国に負担して頂きたいです。家族や子供に負担をかけたくないです。
690	どうして後期高齢者のみを対象とするのでしょうか? 治る見込みがないと宣告される人は後期の方ばかりではありません。むしろ若い人の方が深刻な悩みや不安を抱えているのではないのでしょうか。また、相談支援料の算定は必要なしと思えます。算定の項目を増やす必要があるのでしょうか。診療内に日々少しずつ説明指導を行うようにすればいいと思えます。
691	終末期に関する話し合いも医療であると考えられるのなら、支援料が支払われても良いと思う。
692	医師は患者の病状を見て家族に話しをするのは当たり前のことと思います。その為の料金を支払うのは妥当ではないと思えます。
693	相談(話し合い)は充分にしていると思うが、お金の負担はなくてもいいと思う。
694	生活や病状に応じて多少はやむを得ない。
695	高齢者より若いうちにガンなどで終末期を迎える人の方がもっと相談の必要があるような気がします。
696	お金がない人は、この後期高齢者終末期相談支援料が受けられないということになるが、その辺の差別が出ると思う。病院のベッド数や医師の人数や病院維持の問題があるが、もっと増やして欲しい。この先病人も家族も不安がある。
697	医師等も業として行うので、支援料が支払われるのは、当然と思う。患者等の立場とすれば無償の相談程しつらいものはないと思う。医師は報酬を受け取るのだから、気の済むまで相談ができるようになると思う。
698	治る見込みがない状況であっても本人が希望する限り命ある限り延命措置をした方がいいと思う。
699	話し合いは絶対に必要なことでお金が絡むのか? その相談を受けるのも形にするのも医師の義務。何でもお金とくっつけるから不正等が増える。病院に勤めていたから知っている。
700	終末期の迎え方を家族と本人、医療提供者が共有することは有意義で、ムダな延命治療が減ると思われる。しかし、年齢区分の必要はないと思う。
701	現代のニーズに合わせた考え方がいいと思う。自分の行動を他人のせいにする等、人間性が問われる近頃、必要なかな?

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
702	生物は必ず死を迎えますが、何故日本の後期高齢者の終末期にだけ相談支援料を支払うのか、この高期的な考えに変な意図を感じます。そもそも重い病気にかかった場合、治療について相談したり説明したりするのは患者の年齢によって区別すべきものではない等です。支払うなら一律に何年度でも。
703	患者、家族に良い結果になれば賛成。
704	今は充分とは言えない年金だけで、過ごしているので、そんなにお金も払えない。子供達も苦しい生活の中お金を出すのは大変だと思う。国が相談支援料を出してもらったらと思う。
705	治療行為は患者と医師等との共同作業であり、それについて話し合いを行うのは当然のことである。これは、本能的に病気の重さ及び患者の年齢に関わることでないと思うので、支援料は必要なものである。但し、その点数に換算の余地あり。
706	診療費用一部負担-負担率次第と考える。
707	一番問題なのは、医師、看護師、医療従事者がどれ程の人間であるのか、人生経験、他人を思いやる心、様々なものを十分理解できる人が理想であって、学歴、社会的立場が上の人間ということとは全く関係ないのであって、本当に患者の身になって相談できる人であることが望まれていると思います。医療従事者に関係なく選ばれた人との相談であるなら相談支援料を支払うことについては賛成します。ただし、患者本人が相談を希望すればですが、内容が求めている方向からずれてしまったかもしれません、すいません。
708	相談支援料は報酬としてはまず、200点は廃止すべき。
709	話し合いや文書等の提供等は、治療、医療の一環だと考えます。なので、相談料を支払うという考え方がわからない。
710	医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族と共に理解を得る為に話し合いを行うことは、文書等にまとめて提供するとしても何もかも金というのは淋しいんだと思います。
711	年齢区分しない末期相談支援料が良い。人は75才以上生きられるとは限らない。
712	実際にその時になってみないとよくわからないが、充分な相談をした上で、適切な答が出せるならば、もちろん費用を支払っても良いと思う。現実には難しいとは思いますが。
713	お金のある人はいいけれど、重い病気で治る見込みがない状況なら私なら後者終末期相談支援料なんてない。
714	初めて聞く言葉でした。年齢に関係なく重たい病気になる人達、子供等も居るので、限定しなくても良いのかと思います。
715	支援料が支払うことのできる後期高齢者はいいけれども、支払う能力のない高齢者と家族は希望してはどうなるのかと考えます。
716	かけがえのない一人一人を大切にという意味で、相談する方にも相談される方にも、後期終末期相談支援料は必要だと思う。そして、問9にあるように年齢により対象者を定めるべきでないと思う。
717	後期高齢者終末期相談支援料があるなんて初めて知りました。75歳以上になると、お金がないと生きていくのが難しくなるのですね。
718	後期高齢者と限定しない方がいいと思えます。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
719	内容としては良いことであると思うが、医療費の一部負担については低所得者への配慮が必要ではないかと思う。
720	失礼ではないだろうか。
721	年齢区分が設けられていることの意味が見出せない。なぜこのようになったのか経緯を知りたい。
722	終末期相談支援料としての考え方や内容については賛成できるが、凍結されている現在政治家レベルでの議論ではなく、国民レベルでの議論が必要だと思う(議論すべきである)。
723	実際に診療したのではなく相談というのはいまいであるが、医師によって質が変わってしまうと支援料の基準公平性がなくなると思われる。相談内容をきちんと国に報告するシステムを作るといいのでは。
724	医療関係者の方々の時間を割いていただくので、当たり前のことです。
725	75才の年にこだわらず自分の病気のことは知っておきたい。自分のことは自分の体の動けるうちに知ってほしい身近の整理もしたいしそれとなく皆にお別れもしたい。
726	当然のことと思います。
727	後期高齢者と願ってありますが、現在75才以下の方も治る見込みのない重い病気にかかっている方が多いのではないのでしょうか。
728	年齢制限があるのも今一つ考えもの。話し合いの度合いもあると思いますが、医師や看護師がそれだけ対応してくれるかも問題があるのでは…。
729	金額にしていくらからいなのでしょう?
730	後期高齢者終末期相談支援料は、希望者のみにして欲しい。
731	患者家族に負担がかかるのがやむをえない。
732	特に後期高齢者に限定するのではなく、癌で終末期を迎えた人に必要であると考え。
733	年齢を設定するのに異論を考える。
734	終末期は年齢を問わず、同じように安心して相談していただけるように希望します。
735	医師・看護師にも十分な勉強とその家族に対する親切・優しさの対応を求めます。
736	良いことだと思います。末期相談は遠慮がちな人と積極的な人と差があるので、皆に相談してくれるのは良いことだと思います。
737	後期高齢者の為になるのであれば、いいと思う。
738	前期・後期という区分こそが不信のもとである。この言葉が格差に結びつくように思う。年齢区分はする必要はないと思う。
739	75歳以上の方を対象とする根拠がわかりません。
740	患者や患者の家族の立場になったことを考えると文書で残してもらえることは良いことだと思うし、その際お金がかかったり動いたりすることは仕方ないことだと思う。
741	なんとも言えないが、支援料があるからやるみたいで感で、冷たい気がしてあまり賛成ができない。
742	年金のみや年金のない高齢者より、お金を払うことはかなりムリがあると思いますが、75歳という年齢にはかなり不満があります。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
743	後期高齢者終末期相談支援料が導入されたことは知りませんでした。導入される前でも話し合いとか相談とかはあったと思いますが、逆に支援料が導入されると今まで話し合いや相談がされたことでもお金を払わないということでは…と思います。
744	じっくり話し合い納得できれば相談料としていいのではないかと。
745	なぜ高齢者に限定なのか、全く理解できない。重い病気にかかった時に困るのはむしろ今現在子育て中の親世代。
746	終末期医療の問題は、75才以上という区切りではなく年齢に関係なく誰でも相談対応するものである。意識のしっかりした末期患者は希望すれば全員対象とすべきである。
747	無駄な治療は本人も苦しむだろうから、納得できる説明が良いと思う。
748	あまりよくわからない。
749	なぜ後期高齢者に限るのですか? 若くして終末期になられた方々にはどのような対応をするのか、そしてそれは相談支援料をとるようになっていくのですか? とるなら(医師の時間をとるのだから)料金を払っても良いと思うが、これは年齢には全く関係ないと思う。
750	終末期とって75歳以上の年齢区分をするのではなく、重い病気や治る見込みがない患者は年齢関係ない、終末期(余命6ヶ月)などと判断するの難しいのでは。
751	このようなことは無料で処理されるべき。
752	金額ほどのくらいかかるのかわかりませんが、皆平等に誰でも相談した方がいいと思います。それには支払われることは好ましくありません。
753	家族が十分と思える説明をしていただけるのか不安です。医師・看護師すべて医療に関わる方は忙しいです。そんな中時間を割っていただけるのか不安です。
754	なぜ75歳なのかかわからない。
755	相談料というのが不明。なぜ金がかかるのか、それも仕事の一つなのに。
756	その場にならないとわからない。
757	それを専門とする人が存在するのであれば、支援料についてはある程度はやむをえないと思う。
758	年齢区分が妥当かは疑問である。
759	医療に係わる人を増やす為には良いと思う。
760	この仕事をやれば、医療従事者には実際に負担が増えるのだから、その分の補償は必要である。医師の仕事の一環と決め付けるのは酷い。
761	名前しか聞いたことがなかった。初めて内容を知った。自分は終末期ではないが普般治療を受けている、今の状態、これからなる状況、治療法などが自分が理解して説明をしっかりと受けて、というのがあるがたいし必要だと思う。
762	病弱で妻がなくなり、一人暮らしをしている60代後半の弟がいる。終末期は私が健在であれば面倒をみるつもりだし、私が先に逝った時は子供たちに託すつもりでいる。「延命治療は望まない」ということ以外は聞いていない。他聞いておきたいことはあるが姉弟でも遠慮がある。第三者(医療関係者)を介して聞いてもらえれば理解が得られると思う。従って相談料は当然だと思う。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
763	話し合いは大事だと思いますが、そこに料金が発生することに納得できません。治療の一環であり、その人を知る(尊重)上で大切なことだと考えます。
764	相談支援料は必要ではないと思います。
765	なぜ75才以上を対象にするのか。
766	金額にもよりますが、自分が病氣や終末期をきちんと受け入れられ、その終末期の過ごし方を自分で決めたいと思った時に、利用できるなら良いと思います。
767	長年、社会に貢献してこられた高齢者に対しては、厚手の支援。当然料金は無料が良いと思います。
768	高齢になり十分な判断ができない終末期になり、生きる見込みのない人を色々な管をつないで生かされるのはいやです。見込みのない人は早く終末を迎えた方が皆(家族)の為にも良いと思う。話し合う必要はない。
769	相談支援料などの報酬制度がなければ、親身な終末期医療を受けられないのかと日本人の心に対し悲しさを感ずります。しかしそうせざるを得ないなら、とりあえずその制度の話し合いを進め、すみやかに実行して欲しいと思います。
770	医師の判断に任せる。
771	文章を読んでも内容がよくわからない。「今までは自費だったが、この制度で援助されるようになった」という意味なのか「こういう話し合い+文書にまとめる」ということが初めて行われるということなのか全然わからない。
772	患者本人に終末期についての十分な話し合いの機会が得られることとなり好ましい。
773	医療従事者が話し合いをした際に、相談料を払うことはいいと思うけれど、これを利用してお金を稼ごうとする医者がたくさん出てくるだろうから、チェックする機関が必要だと思う。同時に患者の家族などのクレームや要求が増すことがあると思う。この2つを解決できるなら支援料を払うことはいいと思う。
774	診療費の負担が増えるから(年金額は少なくよけいな出費は無理)。
775	相談した事例の文書を希望しても有料なら諦めざるを得ない人は多いはずだ。弱者切捨てのような制度には断固反対するものである。
776	初めて聞いたことであれませんが、あまりいいようなことではないかなと思います。
777	終末期というのは若い方でもあることなのにどうして後期高齢者と決めているのか、理解できない。その上、相談したらお金がかかるなんて信じられない。それでなくてもお金がかかるの…かえって相談することをためらってしまおうです。
778	実際にはピンとこない。
779	何を相談しても費用がかかる時代なので仕方ないとも言えないが、患者はそれまでに診療料等を支払っているのにそれ以上は医療機関に支払う必要はないと思う。ましてや高齢者からならおかしいと思う。公的といってもめぐって負担しななければならないはず。
780	医師の仕事に対する報酬なので支払われるべきだと思いますが、それに対する個人的負担はできるだけ安くして欲しいと思います。
781	後期高齢者にあまり負担をかけない方が良く思います。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
782	金額によります。200点は金額としていくらですか?
783	後期高齢者という名前には付けられない方が良い。
784	患者の十分な理解を得る為に話し合いを行い、医師や看護師に今後予想される病状の変化に加え、病状に基づいた介護を含めた生活支援して下さい。
785	後期高齢者終末期相談支援料、患者1人につき1回の算定だから良いと思うが、これが話し合いを行うたびに算定されるのではダメです。
786	病気になる人は関係ない。子供でも大人でも色々な病気になる。そんなこともわからんか!
787	支援料を支払うことによって、公平な立場で相談できるように思います。今までの考え方(私なり)ですと、お時間をとらせて申し訳ない気持ちでいっぱいになると思います。
788	「後期高齢者終末期相談支援料」(200点)〜はどれくらいの金額ですか?
789	診療費が支払われることは、好ましいことなのか好ましくないことなのか判断は難しいと思います。
790	不必要
791	終末期相談支援料の支払いは、後期高齢者のみに限定すべきではなく、全て高齢者を対象とし、年齢によって線引きすべきではない。
792	親も75才になるまではまだ15年先だし、自分の場合はもっと先の話です。その頃にはこの制度も変わって来るとは思いますが今は何も言えません。あまり興味がないといった方が近い感情かもしれません。
793	今はまだよくわかりません。
794	後期高齢者は終末期相談支援料は支払う必要はない。
795	75才以上と区分して支払う必要はない。
796	対象を「75歳以上」とする合理的理由が知りたい。75歳以上に制限する必要はないと思う。
797	なぜ75歳以上が対象なのかわからない。重い病氣、病氣の度合いに年齢は関係ないのではないかなと思う。またその心配度、悲しみ度、不安度などは年齢ではないと思う。まず年齢について支援料は…病氣度やもろもろによって差をつけるべき。
798	例えば、ガンなど治る見込みがない病氣の場合には「できるだけ長く生きていたい」とか「短くても充実した自分なりの時間を過ごしたい」など患者によって考え方はさまざまであり、またその本人の意思は尊重されなければならないはず。という意味で希望する人には終末期相談は欠かすことができない医療行為の一部と考えます。医師等医療従事者が行う医療行為であれば、そこに費用負担が発生するのは当然です。となればその費用負担について公的保険が適用されることは自然であり、また当然と考えます。
799	お世話されれば年金に関係なく、介護料とか手数料というものは当然だと私は思います。
800	大変良いことと思います。高齢になると働くこともできない、収入も少ない、体力がない。
801	医療機関が相談にとられる時間や準備(下調べや準備)を考えると、無料というのは医療機関だけに負担を強いるのでは。(適正な価格であれば)あっても良いのではないかな。
802	75歳以上でなく全ての重い患者に支払われるべき。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
803	現在、自分が仕事もほとんどなく国民保険料を支払うのも大変です。支援料に対する年齢も先のことです、今の考えは色々なことがあれば、また私達がお金が苦しくなるから支援料は必要ないと思います。
804	当然のことと思います。
805	75歳以下であっても重い病氣で亡くなる可能性は十分にあるので、年齢で区分するのはどうかと思う。
806	支援料を支払って十分な話し合い・相談ができれば良いと思う。
807	年齢で区分するのは問題。
808	重い病氣などで医師から過ごし方や病状の変化を伝えられるのは当たり前なかと思いましたが、実際は違うんですね。私自身その立場(患者)になっていないのでわかりませんが、後期高齢者終末期相談支援料はおかしいのかなと思います。
809	なくてもよい。
810	話し合いの内容が患者にとって、ある程度理解ができ、また患者本人の心の支えになるものであれば、かなり難しい要素があるようにも思うし、相談支援料についてはもう少しあらゆる角度から検討されるべきものではないかと考えている。
811	高齢での支払いは、経済的にもきついで支援していただけることはありがたいと思います。
812	余命が決められているなら、金とはならない方がよい。ただでさえ医療費など高額なのに、少し相談等の内容を変え、患者の負担金を少なくできるようにして欲しい。
813	家族に世話になっている高齢者がいたとして家族に負担をかけられないしとか、家族側がそんなことにお金を払うなんて…と思った結果、十分な相談ができなくて間違った方向にその後進んでいったら…と思うと、金額が発生するのはあまり好ましくないと思います。
814	相談するのは良いことだが、情報提供については医療者としての義務である為、そこで料金をとるのはおかしい。
815	文書にまとめたものを希望しないので、現時点では必要性を感じない。文書にまとめた支援料が支払われないのであれば文書を希望しない者に対しても文書の提供をすすめるのはないかと不安である。
816	人間最期は、いろいろな人にお世話になると思います。後期高齢者終末期相談支援料は必要だと思えます。
817	医療機関の担当者に多忙の中、時間を割いて専門的知識から患者の立場にたって相談してもらったことに対して、当然ではないかと思えます。文書化により内容が確認でき、医療機関とも合意の内容が共有できることは制度的にも大きな前進だと思います。従って相談支援料は当然の報酬と考えるべきではないでしょうか!
818	料金をとると言うことはそれなりに詳しい説明が受けられると思う。無料の場合、その期待がでない。
819	医療保険全体を見直す時期だと思えます。医師不足・患者のタイムリ回し等についても国の制度が不満である。
820	終末期相談支援料は年齢は区分けせず国が負担すればいい。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
821	病氣への治療とアフター(相談)を別ものと考えすることは是か否か。考えは様々だと思います。病氣になった時は保険会社へ提出する診断書は有料ですが、考え方はこれと同じなのでしょう。
822	本当に医師が親身になって相談ののってくれるならいいと思うが…。
823	後期高齢者終末期相談ということ自体、おかしいと思う。
824	心配や不安がたくさんある思いで、患者本人が納得できるまで相談して欲しいです。ただ75才前だったらどうなるのでしょうか。
825	患者と医師との信頼感がなくなるのではないかと義務で話しているように聞こえる。
826	75才以上という年齢を限定することは違うと思います。年齢で病氣なるわけはありませんから。
827	後期高齢者と限定するのではなく、すべての終末期患者に対して終末期医療が必要ではないかと思えます。
828	相談料が支払われることで相談しやすくなるように思います(特に家族は)。
829	終末期相談だけでなく、生きる為の相談にも支援料は支払われるべきだと思います。
830	今厳しい家計の中で医療費もかかるので、それ以上の負担は本人にとっても苦しいし、その為に保険料を支払っているのにおかしい。
831	治る見込みがない病氣について、家族と医師が治療や生活のことで話し合うことは、有料であっても必要なことだと思う。
832	75才以下でも治る見込みのない重い病氣の人もその対象に入れるべきだと思う。
833	相談支援料を支払われることは当然だと思います。色々関係者の方に親切に指導していただくことで自分も安心して医療に専念できると思うから。
834	終末期である医師が判断した場合、患者の十分な理解を得る為に話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供する際に相談料が発生するのは当たり前で、また病院にいくと何%かの負担で治療が受けられると同じで、末期相談支援料も必要と考えます。
835	話し合いをすることは重要だとは考えますが、患者本人に対してそれを行うことは疑問を感じます。患者全員が自分の病氣を受け入れられるとは考えられないことです。ですから、相談支援料にしては全ての患者に対してあてはまるか疑問なので、賛成とも反対とも言えません。
836	終末期相談支援料は、75才以上の年齢の線引きは?
837	終末期相談支援料は、所得の高い・低い関係はどうなのか?
838	一回は限り支払いならいいし、何回も話し合いを行っていただけるならいいと思います。
839	高額でなければ支払っても良いと思います。
840	わざわざ支援料として表明しなくても、希望しないにかかわらず診療費に含んだらいいかなと思う。
841	必要な制度であり、早く凍結解除されるべきだと考える。
842	最終ページの参照説明文を読んだ結果、相談支援料を払っても良いとの判断に達しました。
843	自分がその立場になってみないとわからない。
844	支援するとなると無駄に使う人がいるので、自己負担が好ましい。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
845	文書してくれるのはありがたい。無知識で医師の説明がおそらく理解できないので。
846	後期高齢者終末期相談支援料は導入すべきでない。
847	本来医師は患者の終末期まで患者や家族と話し合いをするのが当然であって、相談料を得ようとするのは間違っていると思う。
848	その時になれば支援料は仕方ないと思います。家族（息子）に教えておきます。
849	相談支援料があるのはおかしいと思います。医師がすべき仕事なのではないのでしょうか!!今までどおりお金がもらえない方が良くと思います。
850	自分の最期の過ごし方を相談できるのは医師や看護師だけで、でも相談することによってお金の支払いが免れるとは何とも冷たい感じを受けるものです。制度となった今は仕方がないと諦めるしかないと思いますが、終末ケアのできる施設等を増やして欲しいです。
851	医療機関がビジネスとして相談料稼ぎに走らないか、患者・家族と十分医師の確認ができるか、必ず法の抜け穴をつかれるかと思えます。しっかりとした法整備と公平な監視・監督機関を設けるべきだと思います。
852	私の家族で主人の兄が後期高齢者保険を払っていますし、兄自身は年金も少ないのに保険料が高くてかわいそうです。
853	今後終末医療の増加によって、医師等の負担が増えるというのであれば、医師の増加をはかるとか別の方法を考えるべきではないか。
854	終末を含めた話し合い、医療の根本ではないか。
855	75 才まで日本を支えてきた高齢者に負担をかけるのはどうかと思う。
856	なぜ後期高齢者のみそのような制度を作ったのか疑問である。特定の年齢層を対象にした制度は反対である。
857	支援料が支払われるから適当に説明するような制度になりそうで心配である。
858	診療方針の話し合いが患者が納得のいくまで話し合ってもらえるのなら一回限りの算定は良いと思います。これからは患者の気持ちを一番に尊重してもらえんことを願っています。
859	よく理解できていないので具体的なことはわかりません。年齢にかかわらず医師などには相談料を支払うことがあってもいいような気がします。
860	高齢者への負担はできるものならば、ない方が良くという考えです。健康面・経済面で不安な高齢者には負担がない方が良く。
861	患者の担当医になった時、その患者の肉体系・精神面を最期まで診察するのが、医師の仕事だと思います。それに対して相談料を支払うのはおかしいと思います。
862	良いことだと思います。自分の末期について本人で決めたい、また家族や他の人に負担をかけたくないこともある。
863	必要であると思うが、今の自分では何と表現していいのかわからない。50〜60 歳くらいになれば、今とは違う意見が思い浮かぶと思う。
864	何とも言えない。私の場合は必要ありません。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
865	知り合いにホスピスに行って患者さんと一緒に話をしたり相談を受けたりとボランティア活動をされている方の話を聞いているので、もし自分がその立場になったら、相談にのってもらって専門家の意見を聞きたい。
866	色々考えがわからない。
867	75 歳以下に終末期の人はいらぬのではないだろうか?その人達の相談支援料みたいなものは年齢制限はなくても良いのでは。
868	年老いた方に最期まで料金を払わせるのは良くない。
869	相談料がかかるのはやむをえないことだと思う。若くても重い病気にかかることもあります。年齢区分は必要ないと思います。
870	話し合いは必要だと思うし、時間を割いてもらう以上、費用がかかるのは当然だからあるべきだと思う。
871	高齢者のみがそうなる可能性があるわけではないのに、年齢制限があるのは間違っていると思う。
872	自分自身または家族が「その時」を迎えた時に、冷静でいられるはずがない。第三者である医療のプロを交えあらゆる角度から現実を踏まえ、ベストな方法をさぐりそれぞれが善せに生きる為の手段を整理する。生かされているのではなく、各々が生きる為にも必要な制度だと考えます。
873	後期高齢者に限定しなくても良いのでは?
874	何でもお金がかかるのはあまり納得いかないが、終末期の相談等、確実に話す時間・機会を与えてもらえるのは安心感がある。
875	医師としては当然のことのように思われますが、相談料として払うのは商品を買うに当たって、色々相談して購入するのですが、それにお金を別に取られるのと同じように思います。
876	難しくてよくわからない。何とも言えない。
877	必要性についてよくわからない。ないと思う困るのかがはっきりしていない気がする。
878	治る見込みがない状況になることは 75 歳以下でも同じ状況で、なぜ 75 歳以上に限定するのかよくわからない。75 歳以下でも同様な制度があるのですか?
879	医療従事者からアドバイスをもらった方がより専門的な意見を得られそうだし、相談をしてもつたら対価を払うものだと思います。
880	75 才以上を目安にしている理由はわかりません。
881	診療内の中で説明していただきたい。
882	賛成はできない。
883	金銭が発生することで相談をためらう人が出てくるかもしれないことを考えると、相談支援料という考え方がおかしいと思う。
884	75 才以上にかかわらず、60 代でも重い病気などで治る見込みのない状態の人いるのと思いますので、なんとも複雑な気持ちです。
885	できれば 65 才以上（思い病気のみに限り特例があればよいかと思えます）。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
886	あなたは終末期ですとと言われると、個々の考え方が違うと思います。私は家族と話し合い自然にまかせたいと思います。
887	患者本人が病状を十分理解し得る状態か?
888	まず「後期高齢者終末期相談支援料」という言葉を初めて知りました。内容についても今まで深く考えたこともありませんでした。ただ、高齢者に限らず終末期の治療等は国民が平等におこなわれなければならないと思います。
889	人間は誰でも重い病気の場合、終末期を迎えねばならないので、医療従事者によって患者が安心して穏やかに一日一日を終えることができるならば、相談支援料は必要だと思います。
890	自分が病気になる場合、病気の重い軽いにかかわらず、医師や看護師から詳しく内容について説明をお聞きしたいと考えております。ですから、相談料をとることや終末期と年齢 75 才以上と限定する理由がよくわかりません。医師や看護師との話し合いの時間に対する報酬ということなのでしょうか。人間が人間らしく最期を迎える為に、医療機関に支援料を支払うということに違和感を持ちます。
891	話し合いをした方としない方との差別など生ずることはないでしょうか。確かに病気の方全員に話し合いをすると医療機関の負担が大きくなることは理解できます。
892	治療の一環とすれば、お金を支払うのは仕方がないかもしれないが、75 歳以上という年齢が支払いの基準になっているのはおかしいと思う。
893	医師等は仕事の一部として働いている（話し合い）のだから仕方ない。
894	私の場合は、現在夫と共に健康に恵まれ、あまり終末期に対する不安も今は特にありません（明日はわからないことは考えることもありますが）。60 才〜65 才くらいの年利でもかなり病弱な人を見かけることもあり、相談・支援も必要性があるように受け取れる方もいるのではないですか。
895	その人ごとに体力気力などが異なり、75 才と区切って決められるものではないと思います。75 才にならず若くとも必要となることのあるのではないかと思います。そのようになると 75 才の後期高齢者終末期相談支援料と決めてしまえばはちょっと考えさせられます。
896	単純に患者への支援をもっと増やして欲しいと思う。
897	ただでさえ年金で苦しんでいる高齢者から…という気持ちもあるが、最期の時を色々話し合えることで精神的に落ち着くことが効果としてあるとするならいいかとも思います。
898	「後期高齢者終末期相談支援料」…聞いたことはありましたが知りませんでした。私自身も両親の年齢が共に 70 歳を超えているので、とても身近な問題になってきていると思います。相談支援料は一回限りの算定とのことですが、制度そのものは家族にとってはありがたいものだと思います。
899	医療者と患者家族の考えが必ず一致するとは限らないので、十分な話し合いとそれを文書化することは、後々の問題が起きた時、必要だと考えます。
900	利用する人はすれば良いと思う。必要なければ文書を受け取ることもないが、年齢制限（75 才以上）を守るべき。

問 11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
901	支援料が公的医療保険から全額支払われるのか、患者側にもある程度の負担がかかるのか、もう一つ内容がつかめませんが、もしかかるとしたら、経済的な配慮を考えて欲しい。
902	医療経験のない素人には、医療機関等へお願いするしかないのでは、仕方ないことかなと思う。
903	後期高齢者終末期相談支援料のことは、初めて聞く言葉で、あまりよくわかりません。話し合いをするのは本人、家族にとって良いことだと思いますが、そのことに料金がかかるのはどうかと思います。
904	良いと思う。
905	後期高齢者の年齢（75 才）に縛る引くこと事態がわからない。
906	料金が不明だが、あっても良いと思う。
907	まずは、この制度の周知を徹底し、利用するかどうかを含めた国民の理解を深める為の努力をもっとすべきだと思います。
908	相談料が必要となると、相談したくてもできない方も居られるのではないかと考えます。
909	主人の父（姑）が 91 才、実母が 84 才で私の家で最後をみとりました。患者本人は、75 才以上には十分な理解を得る話し合いは必要ないと思います。家族には文書等の提供して欲しいと思いますので、支援料は必要であると思います。
910	自分自身（75 才以上の患者）が自分の最期について意思決定できるので、悪くはないと思いますが、中には、本当は延命療養をしたいと思っても、この年齢の患者の場合、介護をする自分の子供やその配偶者に気を遣い（もしくは強要され）自分の意思を出せない場合があると思います。ですので、年齢区分を外し、皆一律の制度にすれば患者さんもその家族も「そういう制度だからしょうがない」ともつと気を楽にして相談に望めるのではないのか?と思います。
911	制度的にはいい制度とは思いますが、本当に必要とされる方が受けられるのか?医師によって基準が曖昧になっていないか不安もあります。
912	話し合い、文書にまとめて内容の提供を行うことは良いことだと思う。しかし、すべての医療機関で同じレベルの提供ができるのか不安。また、全ての後期高齢者を対象とするとなると、医療機関へ大きな負担がかかるのではないかと。年齢制限は設けず実費とすれば負担も減り支援料も不要になると思う。
913	事前に死を自覚したら気持ちの持ち方が重要だと思う。その時専門的な方との話し合いは大切なことです。
914	患者やその家族が納得した上で治療を行うことも医療の一つだと思う。支援料が何の目的でどのように使われるのかよくわからない。また、75 才以上と年齢制限は必要なのか。
915	75 歳以上ではなく、65 歳からでもいいくらいだと思う。
916	支援料については、終末期治療の話し合いは当然のことだと考えていたのですが、それに対して相談料が医療機関に支払われるというのは、違うような気がしました。また、人の終末期に年齢は関係ないと思います（勉強不足で導入されたこの制度そのものを知らなかった）。
917	診療費の金額がわからないが、その金額に担った内容なら、支払うことはできると思う。病院側の点数稼ぎの可能性も考えてしまう。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
918	実際どのくらいの費用がかかるのかわかりませんが、それが払えないが為本人の希望が通らなかつたと思うような生活が送れなかつたのであれば、支払い困難な人に限り支援料があれば良いと思います。
919	75歳以上の高齢者に限定しない方がいいと思います。
920	よく理解できていないので、意見が言えません。
921	終末期を迎えた方について、その病状や治療方法、過ごし方について十分話し合うことは良いことだと思います。しかし、その相談や文書の取りまとめが有料になると言うのはどうかと思う。文書にまとめないことにより問題が起こったり、それを有料にしないと医療機関に負担が生じたり、十分な相談が行えないということであれば仕方がないと思うが、それならば年齢は制限するべきではないと思う。
922	自分の考えや家族の考えを相談できることはいいことだと思います。みんながストレスをためない為にも医師や看護師さんとのつながりの為にもいいと思います。
923	現在の老人の方は今までたくさん保険などで国から補助がきていたので、これからの人達の為には負担してもらいたい。私達は(40代)守ってくれる子世代が少ないので、相当な負担になってくるから。今から国で考えていて欲しいです。
924	75歳以上と年齢を限定すること事態納得できません。何故75歳以上なのか?
925	このように制度化しなければ今まで医師達は十分な話し合いや文書の提供を行っていなかったのか...?と疑問を抱いた。支援料がなくても、医療機関側は当然成すべきことだと思います。
926	終末期相談支援料は初めて目にするものです。私は延命は希望していません。できれば家で終りを迎えたいと考えております。
927	このような取組を行うに当たり、拘束する時間と手間を考えると設定する金額が少なすぎると思うし、制限が多すぎて何の為に導入した制度なのか、理解に苦しみます。
928	義父と実母を養って居るという考えが多くありました。嫁と娘と二つの立場に立った時、話し合いの難しさ、自分の立場の難しさ、話し合いなど役に立たなかったと思った辛い日々。今回のアンケートに冷静に判断し答えられない今の私を情けなく申し訳なく思っております。死の族に出る患者、送る家族、現実にはプチャグチャの時、理由ではない何かがあり、送る方、介護する方が精神的に参り病院通いの日々でした。返信が遅れ申し訳ございませんでした。
929	自分は健康なので、現実味はないのですが、いつ病気になるかわからないので、75才というラインは引かずに何歳でも対応できるようにした方がいいと思います。
930	日本における老人の割合が増えたので、仕方がないと思う。
931	良いと思う。
932	相談支援料は必要だと思います。家族もなく一人暮らしの多い高齢者は多く、年金だけの生活は大変です。
933	先々を見ずして出たお金の行動は私は理解できますが、今の時期悪い。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
934	・高齢者に対してお金(税金)を使わずに済むと思います。・もっと今から生まれてくる赤ちゃんの為に、産婦人科の支援をして欲しいと思います。もし不運にも死産した場合に、医師が高額の賠償金支払うケースがあると思いますが、そこに税金を使って医師のリスクを減らせばもっと産婦人科の医師が増えると思います。
935	終末期をどう過ごすか、本人はもちろん家族もとても不安なので、相談でき、更に支援料が導入されるのはありがたいことだと思います。
936	年齢区分は関係なく、死を迎える前までの話し合いは専門的知識を交えて必要と思う。
937	75才の基準について、例えば病状によって75才以下でも文書で取りまとめが必要があるようであれば、実施するべきだと考える。また、75才以下に支援料がかかるのかどうか、知りたい。もしもわからないならば、75才以上に算定されるのはおかしいと思う。
938	75歳以上ではなく、身寄りのない方や相談料支払いの困難な方を対象にした方がいいと思う。

施設票

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査(厚生労働省委託事業)
後期高齢者終末期相談支援料の算定状況に係る調査
調査票

●特に指示がある場合を除いて、平成20年10月1日現在の状況についてお答えください。
●数値を記入する設問で、該当する方等が無い場合は「0」(ゼロ)をご記入ください。

■本調査票のご記入日・ご記入者について下表にご記入下さい。

調査票ご記入日	平成20年()月()日
ご記入担当者名	
連絡先電話番号	
連絡先FAX番号	

■貴院の概況についてお聞かせ下さい。

問1. 貴院の施設種別について該当するものをお選びください。(○は1つ) なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数を病床種別別にご記入ください。	
01 病院	一般病床 療養病床 精神病床 感染症病床 結核病床
02 有床診療所	床 床 床 床 床 床
03 無床診療所	

問2. 貴院の開設者について該当するものをお選びください。(○は1つ)

01 国(厚生労働省)独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他
02 公的医療機関(都道府県、市町村、日本赤十字社、北海道社会事業協会の厚生連、市民健康保険協会の会)
03 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生労働省事業医連合会、国民健康保険組合、国民健康保険連合会)
04 医療法人
05 個人
06 その他(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療法人、協会の法人)

問3. 貴院の診療科目について該当するものをお選びください。(○はいくつでも) なお、貴院が一般診療所で複数の科目を選ばれた場合、主たる診療科目の番号をご記入ください。			
01 内科	10 アレルギー科	19 小児外科	28 性病科
02 呼吸器科	11 リウマチ科	20 産婦人科	29 小児科
03 消化器科(胃腸科)	12 外科	21 産科	30 小児科
04 循環器科	13 整形外科	22 婦人科	31 放射線科
05 小児科	14 形成外科	23 眼科	32 麻酔科
06 精神科	15 美容外科	24 耳鼻いんこう科	33 歯科
07 神経科	16 脳神経外科	25 気管食道科	34 矯正歯科
08 神経内科	17 呼吸器外科	26 皮膚科	35 小児歯科
09 心療内科	18 心臓血管外科	27 泌尿器科	36 歯科口腔外科

(複数の診療科目を選ばれた一般診療所のみ) 主たる診療科目の番号をご記入ください。一

問4. 貴院において施設基準の届出をしているものとして該当するものをお選びください。(○は1つ)		
01 在宅療養支援診療所	02 在宅療養支援病院	03 01・02の届出無し

問5. 貴院では終末期医療に関する職員研修を実施していますが。(○は1つ) なお、「01 実施している」の場合は、研修の具体的な内容をご記入ください。	
01 実施している	02 実施していない
研修の具体的な内容	

■終末期の診療方針等の話し合いの実施状況についてお聞かせ下さい。

問6. 貴院では、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断した患者やその家族との間で、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していますか。(○は1つ)
01 実施していない (⇒ 問7 にご回答ください)
02 実施している (⇒ 問8 にご回答ください)

[問6で、話し合いを「01 実施していない」と回答された施設のみご記入ください。]

問7. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施していない理由をお選びください。(○はいくつでも)	
01 対象患者がいない	03 話し合いを行うことが適切とは考えていない
02 患者や家族の求めがない	04 その他 (⇒ 下欄に具体的に記入してください)
「04 その他」の具体的な内容	

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

[問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。]

問8. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者数(実人数)、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。			
① 75歳未満	人	② 75歳以上	人

問9. 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施するうえで、困難と感じることがありましたら具体的にご記入ください。

問13. 平成20年4月1日～9月30日までに、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施し、その結果をとりまとめた文書等を提供した患者数(実人数)を、患者の年齢区分(75歳未満、75歳以上)別にご記入ください。

① 75歳未満	人	② 75歳以上	人
---------	---	---------	---

問13②75歳以上で文書提供した患者が0人と回答された施設は 問20(最終頁)へお進みください。

■ 終末期の診療方針等の話し合い結果をとりまとめた文書の提供状況についてお問い合わせ。

【問6で、話し合いを「02 実施している」と回答された施設のみご記入ください。】

問10. 終末期の診療方針等の話し合いの結果を文書等にとりまとめ、患者や家族に提供していますか。(〇は一つ)

01 提供していない (⇒問11にご回答ください)
02 一部の話し合い結果について提供している (⇒問12へお進みください)
03 全ての話し合い結果について提供している (⇒問12へお進みください)

【問10で「01 提供していない」と回答された施設のみご記入ください。】

問11. 終末期の診療方針等に結果についての文書等の提供を行っていない理由として該当するものをお選びください。「04 その他」を選択した場合は、具体的な内容を記入してください。(〇はいくつでも)

01 これまで患者や家族から文書提供の要望が出されなかったから
02 文書化を意識することで、効果的な話し合いが行えなくなるから
03 話し合いでは、患者や家族の反応をみながら言葉を選び慎重に伝えるが、同じようなニュアンスを文書で伝えることは難しいから
04 その他(下欄に具体的に記入してください)

「04 その他」の具体的な内容

⇒ 問20(最終頁)へお進みください

【問10で、「02 一部の話し合い結果について提供している」または「03 全ての話し合い結果について提供している」と回答された施設のみご記入ください。】

問12. 終末期の診療方針等に関する話し合いに関する文書等提供を行う上で、困難と感じることがありましたら、具体的にご記入ください。

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお問い合わせ。

【問13②で、文書提供を行った75歳以上の患者の数が1人以上と回答された施設のみご記入ください。】

問14. 平成20年4月から9月までの間に、後期高齢者終末期相談支援料の算定を行いましたか。また、10月以降に算定の可能性はありますか。(〇は一つ)

01 9月までに算定しておらず、10月以降も算定の可能性はない (⇒問20へお進みください)
02 9月までに算定していないが、6月までに文書提供した患者について、10月以降算定する可能性がある。(⇒問20へお進みください)
03 算定した (⇒問15～19にご回答ください)

※ 後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結措置が講じられていますが、平成20年6月30日までに、後期高齢者終末期相談支援料に係る文書等の提供を行った場合については、当該文書等の提供を行った患者に限って、平成20年7月1日以降も、診療報酬を算定することができます。

【問14で、「03 算定した」と回答された施設のみご記入ください。】

問15. 平成20年4月から6月までおよび7月から9月までの後期高齢者終末期相談支援料の算定患者数を、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点での区別(入院中の患者・入院中以外の患者)、及び入院患者については算定時の区別(退院時・死亡時)ごとにご記入ください。

		4～6月	7～9月
(1) 入院中の患者	① 退院時	人	人
	② 死亡時	人	人
(2) 入院中以外の患者(死亡時)		人	人

問16. 平成20年9月までに後期高齢者終末期相談支援料を算定した患者のうち、終末期の診療方針等の話し合い時に、病状が急変した場合の治療方針や急変時の搬送の希望等が「不明」または「未定」であった者の人数をご記入ください。

人

問17. 後期高齢者終末期相談支援料を退院時に算定した患者(問15(1)①で記入した患者)の退院先について、区分別の実人数をご記入ください。

(1) 一般病床	人	(5) その他介護施設又はケア付住宅	人
(2) 療養病床(医療)介護	人	(6) 自宅	人
(3) 老人保健施設	人	(7) その他	人
(4) 特別養護老人ホーム	人		

問18. 後期高齢者終末期相談支援料を死亡時に算定した患者(問15(1)①又は②で記入した患者)について、終末期の診療方針等に関する話し合い(初回)を実施した時点から死亡した時点までの期間別の実人数をご記入ください。

終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した時点から死亡した時点までの期間	① 1日未満	人
	② 1日以上3日未満	人
	③ 3日以上1週間未満	人
	④ 1週間以上1カ月未満	人
	⑤ 1カ月以上3カ月未満	人
	⑥ 3カ月以上	人

問19. 後期高齢者終末期相談支援料の算定患者について、終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を重畳した回数別の実人数をご記入ください。

終末期の診療方針等に関する話し合いの結果をとりまとめた文書等を重畳した回数	① 0回	人
	② 1回	人
	③ 2回	人
	④ 3回以上	人

■ 後期高齢者終末期相談支援料についてお問い合わせ。

【すべての施設でご回答ください。】

問20. 後期高齢者終末期相談支援料に関するお尋ねで、該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)

01 診療報酬で評価することは妥当である
02 終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない
03 75歳以上に限定せず実施すべきである
04 終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき
05 後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が高すぎる
06 後期高齢者終末期相談支援料の点数(200点)が低すぎる
07 診療報酬で評価するのは時期尚早である
08 もともと診療報酬によって評価する性質のものではない
09 後期高齢者終末期相談支援料を知らない
10 その他

具体的に

問21. 後期高齢者終末期相談支援料の算定の際、参考にするとしている「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成19年3月21日医務省令第0521011号)について知っていますか。

01 内容を知っている
02 存在は知っているが、内容は知らない
03 存在を知らない

問22. 後期高齢者終末期相談支援料の点数・算定要件等について改善すべき点がありましたら、具体的に記入ください。

設問は以上です。ご協力まことにありがとうございました。記入漏れがないかをご確認の上、12月19日(金)までに同封の返信用封筒に入れてご投函ください。

終末期の診療方針等の話し合いに関する調査
事例調査票

■平成20年4月1日～9月30日までに、貴院において、終末期の診療方針等に関する話し合いを実施した患者様、1人につき1票ずつ、担当の看護師（担当看護師が話し合いに同席していない場合は医師）の方がご記入ください。

■患者様の年齢や、後期高齢者終末期相談支援料の算定の有無にかかわらず、調査対象期間に終末期の診療方針等に関する話し合いを行った患者様全てが対象となります。

■本票は、患者様やご家族には、決してお渡しにならないようお願いいたします。

(1) 貴院の施設コード <small>※施設別のコードを転記してください。</small>	
(2) 本案の記入者	01 看護師 02 医師 03 その他

問1 当該患者様の属性・状態等についてお伺いします。

(1) 患者様の年齢と性別	()歳 男・女
(2) 話し合い時の療養状況	01 一般病棟 02 療養病床 03 外来通院 04 訪問診療
(3) 主傷病（番号） <small>※別冊の疾患コード表を参照してください。</small>	
(4) 後期高齢者終末期相談支援料の算定	01 算定した 02 算定していない

問2 話し合いの状況についてお伺いします。診療記録等に基づいて記入してください。

(1) 話し合いの日付・時間 <small>（すべての日付）</small>	時間（約）分	時間（約）分	時間（約）分	時間（約）分
(2) 話し合いに参加したことがある職種 <small>（すべてに○）</small>	01 患者様本人 02 親族 03 自院の医師 04 他院の医師	05 自院の看護職員 06 他院の看護職員 07 訪問看護サービスの看護職員	08 薬剤師 09 社会福祉士 10 介護職員 11 事務職員	12 その他職員 13 その他
(3) 話し合いの内容 <small>※（○はいくつでも）</small>	01 予測される病状の変化 02 病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明 03 ご家族にかかる具体的な負担の説明 04 療養場所についての相談・希望 05 介護や生活支援についての相談・希望 06 延命に関する相談・希望 07 費用についての相談・希望 08 最期の時の迎え方の相談・希望 09 その他 具体的に：			

（裏面へ続きます）

問3 話し合いの後の患者やご家族の様子についてお伺いします。

(1) 話し合いについて、患者様およびご家族は、それぞれどのように受け止めていたようでしたか。話し合い直後のことを思い出して回答してください。話し合いを何度か行った場合には、最後の話し合い後の様子についてお答えください。話し合いを担当された方が院内にいないなどの理由で、話し合い直後の様子がわからない場合「わからない」を選んでください。（○は1つ）

①患者様本人の様子

01 話し合ってよかったと感じているようだった
02 どちらかといえば、話し合ってよかったと感じているようだった
03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
04 話し合わなければよかったと感じているようだった
05 わからない
06 本人は話し合いに同席しなかった

②ご家族の様子

01 話し合ってよかったと感じているようだった
02 どちらかといえば、話し合ってよかったと感じているようだった
03 どちらかといえば、話し合わなければよかったと感じているようだった
04 話し合わなければよかったと感じているようだった
05 わからない
06 家族は話し合いに同席しなかった

(2) 話し合いが、患者様・家族へもたらした影響について、当てはまるものを全てお選びください。及ぼした影響が思い出されない場合は、「10 特になし」を選択してください。

01 不安が軽減されたようだった
02 患者様にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった
03 患者様と家族の間で思いが共有されたようだった
04 医療提供者への信頼が深まったようだった
05 医療提供者への不信感をもったようだった
06 患者様の元気がなくなったようだった
07 家族の悲しみが深まったようだった
08 迷いや混乱が生じたようだった
09 その他 具体的に
10 特になし

平成20年度診療報酬改定結果検証に係る調査（厚生労働省委託事業）
終末期の治療方針等についての話し合いや
文書等の提供についての意識調査

問1 あなたは、ご自身が重い病気などで、治る見込みがない状況になったとき、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者と話し合いを行いたいですか。話し合い時点で、あなたの意識は、はっきりしていると想定してください。（○は1つ）

01 話し合いを行いたい	⇒問2へ進んでください。
02 話し合いを行いたくない	⇒問6へ進んでください。
03 わからない	⇒問7へ進んでください。

問2 【問1で「01 話し合いを行いたい」と回答された方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療従事者との話し合いの内容として、具体的にどのようなことを希望しますか。「09 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（○はいくつでも）

01 予測される病状の変化（病気の経過とともに起こりうる諸症状や身体機能の変化、日常生活への支障など）の説明
02 病状の変化に対応した医療上の対処方法（症状の緩和、苦痛の除去などの医療的処置）の説明
03 家族にかかる具体的な負担の説明
04 療養場所についての相談・希望
05 介護や生活支援についての相談・希望
06 延命に関する相談・希望
07 費用についての相談・希望
08 最期の時の迎え方の相談・希望
09 その他 具体的に

問3 あなたは、医師や看護師、その他の医療従事者と話し合いを行った場合、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供を希望しますか。（○は1つ）

01 文書等の提供を希望する	⇒問4へ進んでください。
02 文書等の提供を希望しない	⇒問5へ進んでください。
03 どちらともいえない	⇒問7へ進んでください。

問4 【問3で「01 文書等の提供を希望する」と回答された方にうかがいます】文書等の提供を希望する理由をお選びください。「05 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（○はいくつでも）

01 説明を受けたことについて、後で確認したいから
02 話し合った方針を、後で確認したいから
03 参加できない家族も含め、家族で全員で、話し合いの内容を共有したいから
04 医療側にも、合意した内容を共有してほしいから
05 その他 具体的に

⇒問7へお進みください。

問5 【問3で「02 文書等の提供を希望しない」と回答された方にうかがいます】文書等の提供を希望しない理由をお選びください。「07 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。（○はいくつでも）

01 文書等の作成を前提とすると、十分な話し合いが行わなくなる恐れがあるから
02 文書等に費すと、病状や今後のことなどが不安になりそうだから
03 文書等の作成は、延命措置の中止などの意思決定を迫られるような気がするから
04 文書等に費すと、気持ちや状況が変わった場合に、変更できないような気がするから
05 文書等には、通り一遍のことが書かれるばかりではないかと考えるから
06 医師、看護師、その他の医療従事者との関係がギクシャクするかもしれないから
07 その他 具体的に

⇒問7へお進みください。

問6 【問1で、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者と「02 話し合いを行いたくない」と回答された方にお伺いします】話し合いを行いたくない理由をお選びください。「09 その他」の場合には、具体的な理由についてご記入ください。(〇はいくつでも)

01 治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいないから
02 医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから
03 自分の意見がうまく伝えられないと思うから
04 意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから
05 話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから
06 話し合う必要性を感じないから
07 病状や今後のことを知るのがこわいから
08 家族に心配をかけるから
09 その他
{ 具体的に }

問7 【全ての方にお伺いします】医師や看護師、その他の医療従事者が、重い病気などで治る見込みのない患者との間で終末期の治療方針についての十分な話し合いと文書等の提供を行った場合に、**公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われること**を、あなたは、どのようにお考えですか。話し合い後に文書等の提供を受けた患者は、相談料として診療費の一部負担を支払うこととなります。(〇は1つ)

01 診療費が支払われることは好ましい	⇒問8へお進みください
02 診療費が支払われることは好ましくない	⇒問10へお進みください。
03 どちらともいえない	⇒問11へお進みください。

問8 【問7で「01 診療費が支払われることは好ましい」と回答された方にお伺いします】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

- 139 -

問14 あなたは、医療・介護関係で、患者さんやそのご家族と直接対応する仕事に就いたことがありますか。現在、過去含めてお答えください。

①医療関係の仕事 (〇は1つ)

01 ある	02 ない
-------	-------

②介護関係の仕事 (〇は1つ)

01 ある	02 ない
-------	-------

問15 あなたやご家族の方で、過去5年くらいの間に、病気やけがで入院したことがある方はいらっしゃいますか。(〇は1つ)

01 自分が入院した	04 その他 ()
02 家族が入院した	05 わからない
03 自分、家族ともに入院した	06 入院したものはいない

問16 あなたは、過去5年くらいの間に、身近で、大切な方を亡くした経験がありますか。(〇はいくつでも)

01 家族を亡くした	03 友人を亡くした
02 親戚を亡くした	04 経験をしていない

問17 問16で「01 家族を亡くした」～「03 友人を亡くした」と回答された方にお伺いします。そのとき、終末期の話し合いに参加されましたか

01 参加した	02 参加しなかった
---------	------------

「後期高齢者終末期相談支援料について」(参考)

- 平成20年4月の診療報酬改定により、「後期高齢者終末期相談支援料」(200点)として、患者本人と医師等の医療従事者が終末期の診療方針等について話し合いを行い文書等とりまとめた場合の料金が新設されました。
- これは、一般的に認められている医学的知見に基づいて終末期であると医師が判断した患者について、医師や看護師、その他の医療従事者が共同し、患者とその家族等とともに、診療内容を含む終末期における療養について、患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供した場合に患者1人につき1回に限り算定するものです。
- 算定するのは1回のみですが、話し合いは何度行ってもよく、話し合いの内容をとりまとめた文書等についても何度でも変更することができます。
- 話し合いの内容は、現在の病状、今後予想される病状の変化に加え、病状に基づく介護を含めた生活支援、病状が急変した場合の療養等の希望、そして急変時の搬送の希望などです。また、患者の自発的な意思を尊重し、終末期と判断した患者であっても、医師は患者に意思の決定を迫ってはならないとされています。
- なお、この後期高齢者終末期相談支援料は、平成20年7月1日より凍結措置が講じられています。

ご協力ありがとうございました。

問9 平成20年4月に、**後期高齢者終末期相談支援料**が導入されました。これは、重い病気で、治る見込みがない患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。相談料の設定を、**75歳以上という年齢に限定すること**について、あなたはどのようにお考えになりますか。(〇は1つ)

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

01 75歳以上という年齢区分が妥当だと思う
02 年齢区分は必要であるが、別の年齢区分を設けるべき ⇒具体的に ()
03 年齢区分は必要ないと思う (年齢により対象者を定めるべきでない)
04 わからない

⇒問11へお進みください。

問10 【問7で「02 診療費が支払われることは好ましくない」と回答された方にお伺いします】なぜそのようにお考えですか。理由をご記入ください。

問11 【すべての方にお伺いします。】平成20年4月に、**後期高齢者終末期相談支援料**が導入されました。これは、重い病気などで、治る見込みがない状況となった患者に対して、その後の病状の変化や過ごし方について、医師や看護師、その他の医療従事者が患者及びその家族とともに患者の十分な理解を得るために話し合いを行い、その内容を文書等にまとめて提供を行った場合に、公的医療保険から医療機関に支払われる相談料で、75歳以上の方を対象とするものです。あなたは**後期高齢者終末期相談支援料**について、どのようにお考えですか。ご意見を自由にお書きください。

※後期高齢者終末期相談支援料についての詳しい説明は、最終ページをご参照ください。

■あなたご自身のことについてお伺いします。

問12 あなたの性別はどちらですか。

01 男性	02 女性
-------	-------

問13 あなたの年齢をご記入ください。

満 歳 (平成20年10月1日現在)

- 140 -

後発医薬品の使用促進について

1 平成20年度診療報酬改定において、保険医療機関及び保険医療養担当規則、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等（以下「療養担当規則等」という。）により、

- ① 保険医については、投薬等を行うに当たって後発医薬品の使用を考慮する努力義務
- ② 保険薬剤師については、後発医薬品への変更可能な処方せんを持参した患者に対する後発医薬品に関する説明義務及び調剤の努力義務を規定したところである。

しかしながら、検証部会が平成20年度に実施した「後発医薬品の使用状況調査」によると、一部に、後発医薬品を使用しないとの強い意思表示をしている医療機関・保険医や後発医薬品に関する患者への説明及び調剤に積極的でない薬局が見受けられる。

2 ついては、平成21年度の後発医薬品の使用促進策の一環として、別紙の取組に加えて、各地方厚生局が行う医療機関及び薬局に対する調査（適時調査）・指導（集団指導、集団的個別指導等）の機会を捉えて、以下のとおり、療養担当規則等における後発医薬品の使用促進に係る規定（以下「後発医薬品使用促進規定」という。）の遵守状況の確認や必要な指導を行うこととした。

(1) 医科及び歯科

- ・ 調査・指導の際に、必ず外来患者及び入院患者に対する後発医薬品の使用状況（「後発医薬品への変更不可」欄に保険医の署名等がある処方せんの発行割合を含む。）を確認するとともに、後発医薬品使用促進規定の周知徹底と必要な指導を行うこと。

(2) 薬局

- ・ 調査・指導の際に、必ず薬剤師による患者への後発医薬品に関する説明状況及び後発医薬品の調剤の状況を具体的に確認するとともに、後発医薬品使用促進規定の周知徹底と必要な指導を行うこと。
- ・ 特に、後発医薬品に関する説明については、患者が後発医薬品を選択しやすくなるよう丁寧な説明を行うよう指導すること。

(別紙)

平成21年度に実施する後発医薬品の使用促進策について

後発医薬品の使用促進のため、これまで、以下の施策を行ってきたところ。

- ① 「後発医薬品安心使用促進アクションプログラム」(平成19年10月:別添)に基づく後発医薬品の安定供給、品質確保等、主に企業に向けた施策
- ② 平成20年度診療報酬改定による処方せん様式の見直し等、主に医療関係者に向けた施策

平成21年度においては、これまで実施してきた施策に加えて、以下の取組を行う。

(1) 保険者・患者（被保険者）に対する施策

- ① 保険者による被保険者（患者）に対する普及啓発等
 - ・ 「ジェネリック医薬品希望カード」を原則すべての被保険者に対して配布する等、保険者の取組が進むよう、各般の施策を実施。
 - ・ また、長期服用者に対する「後発医薬品に切り替えた場合の自己負担の差額のお知らせ」といった積極的な取組も促進。
- ② 後発医薬品の普及啓発のためリーフレットの作成・配布

(2) 医療関係者等に対する施策

- ① 地域で薬局の後発医薬品取扱リスト等を作成し、地域内の医療機関で共有化することを推進
- ② 学会発表、研究論文等により、後発医薬品の品質に関する懸念を示す情報が得られた場合等において、厚生労働省において試験検査を実施し、その結果を公表
- ③ 都道府県における後発医薬品使用促進協議会の拡充
- ④ パンフレット・ハンドブックの作成・配布及び品質等に関するシンポジウムの開催

後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム（概要）

『平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%（現状から倍増）以上』という政府の目標達成に向け、患者及び医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができるよう、①安定供給、②品質確保、③後発品メーカーによる情報提供、④使用促進に係る環境整備、⑤医療保険制度上の事項に関し、国及び関係者が行うべき取組を明らかにする。

①安定供給

医療現場の声 発注から納品までに時間がかかることがある 等	国 ○安定供給の指導の徹底 ・医療関係者からの苦情の受付、メーカーの指導・指導内容の公表 等
	後発品メーカー ●納品までの時間短縮 ・卸への翌日までの配送100%（19年度中） ・卸に在庫がない場合、卸への即日配送 75%（20年度中） ●在庫の確保 ・社内在庫・流通在庫1か月以上（19年度中） ・品切れ品目ゼロ（21年度中）

②品質確保

医療現場の声 一部の後発品では、溶出性・血中濃度が先発品と異なるのではないかと 等	国 ○後発品の品質に関する試験検査の実施・結果の公表 ・注射剤等を対象に、不純物に関する試験を実施 ・後発品の品質に関する研究論文等を収集整理し、また、「後発医薬品相談窓口」に寄せられた品質に関する意見等を検討の上、必要に応じ、試験検査を実施。
	国 ○一斉監視指導の拡充・結果の公表 ・都道府県及び国の立入検査によるGMPに基づく指導 ・検査指定品目の拡充
	後発品メーカー ●品質試験の実施・結果の公表 ・ロット毎に製品試験を実施（19年度中） ・長期保存試験など、承認要件でない試験についても、未着手のものは、年度内に着手（19年度中） ●関連文献の調査等 ・関連団体の医薬工業協会において、後発品の関連文献を調査・評価し、必要な対応を実施（19年度中）

③後発品メーカーによる情報提供

医療現場の声 ・MRの訪問がない ・「先発メーカーに関して欲しい」など情報が先発メーカー頼み 等	国 ○添付文書の充実を指導 ・添付文書には、添加物、生物学的同等性試験データ、安定性試験データ、文献請求先等を記載すること ・20年3月末までに改訂 → 後発品メーカーは、自主的に、19年12月までに前倒し対応
	国 ○後発品メーカーの情報提供体制の強化を指導 ・研究開発データ、収集した副作用情報、関係文献を整理・評価し、医療関係者へ情報する体制の強化
	後発品メーカー ●医療関係者への情報提供 ・試験データ、副作用データについて、ホームページへの掲載等、資料請求への迅速な対応（19年度中）

④使用促進に係る環境整備

国 ○都道府県レベルの協議会の設置 ・都道府県レベルにおける使用促進策の策定・普及啓発を図るため、医療関係者、都道府県担当者等から成る協議会を設置
国 ○ポスター・パンフレットによる普及啓発 ・医療関係者・国民向けポスター・パンフレットの作成・配布（19年度～）
後発品メーカー ●「ジェネリック医薬品Q&A」を医療機関へ配布・新聞広告

⑤医療保険制度上の事項

これまでの取組	○後発医薬品を含む処方方を診療報酬上評価（14年度～）
	○処方せん様式に「後発医薬品への変更可」のチェック欄を追加（18年度～）
	○後発品の品質に係る情報等に加え、先発品と後発品の薬剤料の差に係る情報を患者に文書により提供し、患者の同意を得て後発医薬品を調剤した場合に調剤報酬上評価（18年度～）
	○処方せん様式の変更の検討、薬局に対する在庫管理コストの評価の検討等、効果的な使用促進策を本年度中に中医協等で議論・決定。

(参考)

後発医薬品の使用促進に係る規定について

○ 保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）

第二十条（診療の具体的方針）及び第二十一条（歯科診療の具体的指針）において、以下のとおり規定

- ・ 投薬を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。
- ・ 注射を行うに当たっては、後発医薬品の使用を考慮するよう努めなければならない。

○ 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和32年厚生省令第16号）

第七条の二（後発医薬品の調剤）において、以下のとおり規定

- ・ 保険薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

第八条（調剤の一般的方針）において、以下のとおり規定

- ・ 保険薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が次条に規定する厚生労働大臣の定める医薬品（注）である場合であって、当該処方せんを発行した保険医等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、保険薬剤師は、後発医薬品を調剤するよう努めなければならない。

注）薬価基準収載医薬品を指す。

1. 医科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成21年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
21500BZ00101000	3D立体内視鏡装置	有限会社新興光器製作所	内視鏡
21500BZ00327000	多目的X線装置システムINNOVA	ジー・横河メディカルシステム株式会社	診断用X線装置
21500BZ00327000			デジタル映像化処理装置
219AGBZX00090000	コーワ WX-1	興和株式会社	眼底三次元画像解析装置
22000BZX01355000	JMS輸液ポンプ OT-888	株式会社ジェイ・エム・エス	注入ポンプ(Ⅲ)
22000BZX01356000	JMS輸液ポンプ OT-808	株式会社ジェイ・エム・エス	注入ポンプ(Ⅲ)
220AABZX00193000	電子内視鏡 EC-3000MP	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00196000	電子内視鏡 EG-3000WR	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00208000	電子内視鏡 EC-250MP5	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00209000	電子内視鏡 EC-250WM5	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00216000	電子内視鏡 EC-590WM	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00220000	電子内視鏡 ER-270FP	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00241000	電子内視鏡 EN-450P5/20	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00248000	電子内視鏡 EB-470S	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00255000	電子内視鏡 ED-450XT8/B	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00256000	電子内視鏡 ED-530XT8	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00257000	電子内視鏡 EG-530NH	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00259000	電子内視鏡 EL-450FP	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00264000	電子内視鏡 EG-450G	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00267000	電子内視鏡 EG-450WR5/H	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00270000	電子内視鏡 EG-590ZW	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00275000	電子内視鏡 EL2-R410	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00277000	電子内視鏡 EC-250LP5	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00279000	電子内視鏡 EC-450LP5	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00291000	電子内視鏡 EC-450RD5/M	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AABZX00296000	内視鏡 FR-120F	富士フイルム株式会社	内視鏡
220AFBZX00259000	広画角デジタル眼撮影装置 RetCam シュトル	株式会社日本ルミナス	眼底カメラ(Ⅰ)
220AFBZX00260000	広画角デジタル眼撮影装置 RetCam II	株式会社日本ルミナス	眼底カメラ(Ⅱ)
220AGBZX00306000	コーワ nonmyd α-DⅢ	興和株式会社	眼底カメラ(Ⅰ)
220AKBZX00063000	フジカ-テック・ハルスオキシーター MD300C1	泉工医科貿易株式会社	ハルスオキシーター
220ALBZX00064000	フジカ-テック・ハルスオキシーター MD300C2	泉工医科貿易株式会社	ハルスオキシーター
22100BZX00016000	Aura オフサハミカヤケーサ	株式会社日本ルミナス	眼科用レーザー手術装置
22100BZX00090000	X線骨密度測定装置 LEXXOS	セテック株式会社	X線骨密度測定装置(Ⅱ)
22100BZX00200000	ハートスタート MRx	株式会社フリップスエレクトロニクスジャパン	除細動器
22100BZX00200000			心電計(Ⅱ)
22100BZX00200000			モニタ
22100BZX00245000	総合呼吸抵抗測定装置 MostGraph-01	フェスト株式会社	呼吸抵抗計
22100BZX00262000	ハットサイト モニタ BSM-6301 ライフスコop TR	日本光電工業株式会社	モニタ
22100BZX00262000			体流量等測定装置(Ⅰ)
22100BZX00362000	自動体外式除細動器 AED-2100 カルジオライフ	日本光電工業株式会社	除細動器
221AABZX00029000	超音波診断装置 Viamo SSA-640A	ハナニョク四国エレクトロニクス株式会社	超音波検査装置(Ⅱ)
221AABZX00045000	ノンコンタクトトノメータ NT-4000	株式会社ニテック	眼圧計
221ABBZX00039000	上部消化管汎用ビデオスコープ OLYMPUS GIF TYPE Y0023	オリンパスメディカルシステム株式会社	内視鏡
221ABBZX00043000	EndoEYE 腹腔・胸腔ビデオスコープ OLYMPUS LTF TYPE VP-S	オリンパスメディカルシステム株式会社	内視鏡

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成21年5月1日

薬事法承認番号	販売名	保険適用希望者	特定診療報酬算定医療機器の区分
221ABBZX00062000	日立MRイメージング装置 AIRIS Vento	株式会社日立メディコ	MRI装置
221ABBZX00063000	日立MRイメージング装置 OASIS	株式会社日立メディコ	MRI装置
221ABBZX00065000	デジタル式乳房X線撮影装置 Selenia	株式会社日立メディコ	診断用X線装置
221ABBZX00068000	エアウエイクシットモハイルスコープ OLYMPUS MAF TYPE GM	オリンパスメディカルシステム株式会社	内視鏡
221ABBZX00069000	エアウエイクシットモハイルスコープ OLYMPUS MAF TYPE TM	オリンパスメディカルシステム株式会社	内視鏡
221ABBZX00072000	日立MRイメージング装置 AIRIS Elite I-OP	株式会社日立メディコ	MRI装置
221ACBZX00012000	スキャンテック	朝日レントゲン工業株式会社	歯科X線線撮影デジタル映像化処理装置
221ACBZX00014000	超音波画像診断装置 HD15	株式会社フリップスエレクトロニクスジャパン	超音波検査装置(Ⅱ)
221ACBZX00018000	OEC 9900シリーズ	ジー・横河メディカルシステム株式会社	診断用X線装置
221ACBZX00018000			デジタル映像化処理装置
221ACBZX00025000	据置型デジタル式汎用X線診断装置 Definition 6000	ジー・横河メディカルシステム株式会社	診断用X線装置
221ACBZX00025000			デジタル映像化処理装置
221ACBZX00025A01	据置型デジタル式汎用X線診断装置 Definition 6000	ジー・横河メディカルシステム株式会社	診断用X線装置
221ACBZX00025A01			デジタル映像化処理装置
221ACBZX00029000	X線CT組合せ型PET/CT装置 Discovery PET/CT 600	ジー・横河メディカルシステム株式会社	PET/CT装置
221ACBZX00029000			CT撮影装置
221ACBZX00033000	超音波画像診断装置 CXシリーズ	株式会社フリップスエレクトロニクスジャパン	超音波検査装置(Ⅱ)
221ACBZX00034000	フリップス CT装置 MXシリーズ	株式会社フリップスエレクトロニクスジャパン	CT撮影装置
221ADBZX00028000	AEPモニタ	フクダ電子株式会社	誘発反応測定装置
221ADBZX00030000	マルチカスモジュール PoetIQ	フクダ電子株式会社	モニタ
221ADBZX00034000	カーディライト ESP-300DX	フクダ電子株式会社	心電計(Ⅱ)
221AGBZX00064000	スーパライザー PX	東京医研株式会社	光線治療器(Ⅰ)
221AGBZX00064000			光線治療器(Ⅱ)
221AHBZX00001000	エキシライトマイクロ	株式会社ウイズ・アス	光線治療器(Ⅱ)
221AIBZX00022000	レンズスター LS900	ジャパンフォーカス株式会社	角屈曲率半徑計測装置
221AIBZX00022000			電子瞳孔計
221AKBZX00043000	デルマレイ-400	東芝医療用品株式会社	光線治療器(Ⅱ)
221AKBZX00060000	サーフィン PO	株式会社小池メディカル	ハルスオキシーター
221ABBZX00048000	大腸ビデオスコープ OLYMPUS PCF TYPE Y0013	オリンパスメディカルシステム株式会社	内視鏡

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成21年5月1日

薬事承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
21400BZY00498000	スクリューシステム	ナカシマテック株式会社	060 固定用内副子(スクリュー) (1)一般スクリュー(生体用合金 I)	¥7,280
21600BZY00181000	LIV APDキップ	ハクスター株式会社	001 腹膜透析液交換セット(1)交換キット	¥577
21600BZY00687000	エースクラップ®Sハイレバシステム	ヒーブテック株式会社	064 脊椎固定用材料(4)椎体フック	¥78,600
21700BZY00596000	MEDACTA フェモラルヘッド CoCr	タカシマテック株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ③ 大腿骨ステムヘッド	¥122,000
21700BZY00630000	MEDACTA フェモラルヘッド SS	タカシマテック株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ③ 大腿骨ステムヘッド	¥122,000
21800BZY10034000	タカシマテック カップ	タカシマテック株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ④ 人工骨頭用イバイローカップ	¥150,000
21800BZY10060000	コンチネンツ フラットカップ	日本ストライク株式会社	057 人工股関節用材料(1)骨盤側材料 ③ ライナー	¥67,400
21800BZY10045000	骨髄移植材料オスクリオン60	オクリオン株式会社	078 人工骨(1)汎用型 ② 吸収型 I 多孔体	1mL当たり ¥16,400
21800BZY10087000	人工膝関節(PSM)	ナカシマテック株式会社	058 人工膝関節用材料(1)大腿骨側材料 ② 全置換用材料(II)	¥334,000
21800BZY10087000			058 人工膝関節用材料(2)脛骨側材料 ② 全置換用材料(II)	¥199,000
21800BZY10087000			058 人工膝関節用材料(3)膝蓋骨材料 ② 膝蓋骨置換用材料(II)	¥48,600
21800BZY10087000			058 人工膝関節用材料(4)インサート	¥73,300
21900BZG00010000	ラクトソープ	株式会社メディカルユアード	080 合成吸収性骨片接合材料(10)シート・メッシュ型(I)	¥76,160
21900BZG00010000			080 合成吸収性骨片接合材料(11)シート・メッシュ型(II)	¥118,650
219ABZXX00085000	VHK 静脈ハードシリンダー	マツクシヤン株式会社	127 人工心臓回路(6)個別機能品 ③ ハードシリンダー	¥41,300
22000BZX01131000	セルフレキシング人工指関節(Co-Cr-Mo合金製)	ナカシマテック株式会社	068 人工指関節用材料(1)人工指関節用材料 ② その他の人工指関節用材料 ア 近位側材料	¥122,000
22000BZX01131000			068 人工指関節用材料(1)人工指関節用材料 ② その他の人工指関節用材料 イ 遠位側材料	¥100,000
220AABZX00342000	胃腸カテーテル	クワイエティック株式会社	037 交換用胃腸カテーテル(1)胃留置型 ② バルーン型	¥8,740
220ABBZX00335000	セオンENカテーテル	セオン株式会社	026 栄養カテーテル(1)経鼻用 ① 一般用	¥204
220ABBZX00335000			005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル(1)経鼻用 ① 一般用	¥204
220ABBZX00335000			026 栄養カテーテル(1)経鼻用 ③ 経腸栄養用	¥1,670
220ABBZX00335000			005 在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル(1)経鼻用 ③ 経腸栄養用	¥1,670
220ADBZX00113000	ペンローストレーションAR	富士システム株式会社	029 吸引留置カテーテル(2)受動吸引型 ① フィルム・チューブドレーン イ チューブ型	¥976
220AIBZX00057000	ユージンリコーンフォーリアルンカテーテル	株式会社ユージンメディカル	039 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル(6)圧迫止血	¥4,530
220AIBZX00057000			018 膀胱留置用ディスポーザブルカテーテル(6)圧迫止血	¥4,530
220AIBZX00073000	心内血腫治療 HC	マツクシヤン株式会社	127 人工心臓回路(6)個別機能品 ④ カードイオトミリーザー	¥37,100
22100BZJ00040000	エクスモブ ロックシステム	株式会社佐多商会	065 人工肩関節用材料(2)上腕骨側材料	¥624,000
22100BZX00095000	JMS BIOPEPシリーズ Neo	株式会社ジェイ・エム・エス	006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)。(1)ダイアライザー ⑤ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(V)	¥1,890
22100BZX00095000			006 在宅血液透析用特定保険医療材料(回路を含む)。(1)ダイアライザー ⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(V)	¥2,020
22100BZX00095000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む)。(1)ダイアライザー ⑤ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡未満)(V)	¥1,890
22100BZX00095000			040 人工腎臓用特定保険医療材料(回路を含む)。(1)ダイアライザー ⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積1.5㎡以上)(V)	¥2,020
22100BZX00190000	ALN 下大静脈フィルター回収器具キット	リウクン株式会社	133 血管内手術用カテーテル(8)血管内異物除去用カテーテル ② 大血管用	¥50,700
22100BZX00235000	ハードスタート MRx	株式会社フリップスエレクトロニクスジャパン	115 体表面ベセンク用電極	¥4,450
22100BZX00207000	大転子クリップ	ナカシマテック株式会社	075 固定用金属線(2)大転子専用締結器	¥141,000
22100BZX00214000	ET PTCA ハールンカテーテル	有限会社エトテック	130 心臓手術用カテーテル(1)経皮的冠動脈形成術用カテーテル ① 一般型	¥127,000
22100BZX00233000	セファールSR	セント・ジュード・メディカル株式会社	112 ベースメーカ(2)シングルチャンバ(II型)	¥1,030,000
22100BZX00234000	セファールDR	セント・ジュード・メディカル株式会社	112 ベースメーカ(6)デュアルチャンバ(IV型)	¥1,330,000

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成21年5月1日

薬事承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
22100BZX00235000	AO TeleFix システム(滅菌)	シメス株式会社	064 脊椎固定用材料(3)脊椎プレート(L)	¥165,000
22100BZX00235000			064 脊椎固定用材料(5)脊椎スクリュー(固定型)	¥87,000
22100BZX00236000	AO Pangea Cannulated Screw システム(滅菌)	シメス株式会社	064 脊椎固定用材料(1)脊椎ロッド	¥52,800
22100BZX00236000	AO Pangea Cannulated Screw システム(滅菌)		064 脊椎固定用材料(6)脊椎スクリュー(可動型)	¥114,000
22100BZX00237000	ザミットネロトセメントシステム	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	057 人工股関節用材料(2)大腿骨側材料 ① 大腿骨ステム(I)	¥576,000
22100BZX00238000	デハネーサール超滑潤滑システム E640000	オクリオン株式会社	034 胆道ステントセット(1)一般型 ② 一時留置型 ア ステン	¥5,840
22100BZX00246000	ネオホーンX	株式会社エム・エム・ティー	078 人工骨(1)汎用型 ① 非吸収型 I 多孔体	1mL当たり ¥16,900
22100BZX00246000			078 人工骨(2)専用型 ④ 椎弓・棘間用	¥44,800
22100BZX00246000			078 人工骨(2)専用型 ⑤ 椎体固定用 A 1 椎体用	¥207,000
22100BZX00246000			078 人工骨(2)専用型 ⑦ 肋骨・胸骨・四肢骨用	¥32,300
22100BZX00247000	エンペハーコナリステントシステム	日本トロンク株式会社	130 心臓手術用カテーテル(3)冠動脈用ステントセット ③ 再狭窄抑制型	¥378,000
22100BZX00249000	AO Synapse システム(滅菌)	シメス株式会社	064 脊椎固定用材料(4)椎体フック	¥78,600
22100BZX00249000			064 脊椎固定用材料(6)脊椎スクリュー(可動型)	¥114,000
22100BZX00249000			064 脊椎固定用材料(7)脊椎コネクタ	¥49,000
22100BZX00249000			064 脊椎固定用材料(8)トランスバース固定器	¥75,500
22100BZX00249000			064 脊椎固定用材料(1)脊椎ロッド	¥52,800
22100BZX00250000	エンプライズ DR+	タカ電子株式会社	112 ベースメーカ(6)デュアルチャンバ(IV型)	¥1,330,000
22100BZX00251000	エンプライズ SR+	タカ電子株式会社	112 ベースメーカ(2)シングルチャンバ(II型)	¥1,030,000
22100BZX00253000	AO Pangea Mono Axial Screw システム(滅菌)	シメス株式会社	064 脊椎固定用材料(5)脊椎スクリュー(固定型)	¥87,000
22100BZX00253000	AO Pangea Mono Axial Screw システム(滅菌)		064 脊椎固定用材料(4)椎体フック	¥78,600
22100BZX00253000			064 脊椎固定用材料(1)脊椎ロッド	¥52,800
22100BZX00253000			064 脊椎固定用材料(7)脊椎コネクタ	¥49,000
22100BZX00253000			064 脊椎固定用材料(8)トランスバース固定器の一部(※)	¥75,500 ※
22100BZX00254000	マルチホールネイルシステム(γ線滅菌)	ナカシマテック株式会社	073 髄内釘(1)髄内釘 ② 横止め型	¥197,000
22100BZX00254000			073 髄内釘(2)横止めスクリュー ① 標準型	¥26,900
22100BZX00254000			073 髄内釘(3)ワッシャーナット	¥24,400
22100BZX00255000	AO USS II Dual-Opening Screw システム(滅菌)	シメス株式会社	064 脊椎固定用材料(5)脊椎スクリュー(固定型)	¥87,000
22100BZX00255000			064 脊椎固定用材料(4)椎体フック	¥78,600
22100BZX00255000			064 脊椎固定用材料(8)トランスバース固定器の一部(※)	¥75,500 ※
22100BZX00255000			064 脊椎固定用材料(9)椎体ステープル	¥47,700
22100BZX00255000			064 脊椎固定用材料(7)脊椎コネクタ	¥49,000
22100BZX00255000			064 脊椎固定用材料(10)椎体ワッシャー	¥14,600
22100BZX00259000	プロテック II	セント・ジュード・メディカル株式会社	112 ベースメーカ(7)トリプルチャンバ	¥1,540,000
22100BZX00263000	プロテック CRT-P	タカ電子株式会社	112 ベースメーカ(7)トリプルチャンバ	¥1,540,000
22100BZX00264000	MANITIS スパインシステム	日本ストライク株式会社	064 脊椎固定用材料(6)脊椎スクリュー(可動型)	¥114,000
22100BZX00264000			064 脊椎固定用材料(1)脊椎ロッド	¥52,800
22100BZX00265000	メイト機構遠位端アブレーションシステム(滅菌)	メイト株式会社	060 固定用内副子(スクリュー) (1)一般スクリュー(生体用合金 I)	¥7,280
22100BZX00265000			061 固定用内副子(プレート) (7)骨髄用プレート(生体用合金 I)	¥96,100
22100BZX00355000	TALENT 胸部ステントグラフトシステム	日本トロンク株式会社	146 大動脈用ステントグラフト(1)胸部大動脈用ステントグラフト	¥1,620,000
22100BZX00363000	キープカプセル内視鏡	キープ・イメージング株式会社	148 カプセル型内視鏡	¥77,200
22100BZY00002000	コロレックス	ヒーブテック株式会社	130 心臓手術用カテーテル(3)冠動脈用ステントセット ① 一般型	¥258,000
221ABZXX00088000	ドレナージュ PBD-Y0002	オクリオン株式会社	033 経皮的又は経内視鏡的胆管等レナージュ用カテーテルセット(4)経鼻法セット	¥26,300
221ABZXX00089000	3ル・メタルン B-Y0004	オクリオン株式会社	136 胆道結石除去用カテーテルセット(2)経内視鏡的バルーンカテーテル ② トリプルルーメン	¥48,500
221ADBZX00023000	PV707気管内チューブ	富士システム株式会社	027 気管内チューブ(1)カフあり ② カフ上部吸引機能なし	¥1,090
221ADBZX00023000			027 気管内チューブ(2)カフなし	¥717

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成21年5月1日

薬事承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
221AIBZX0001000	ユーン膀胱尿道セット	株式会社ユーンメディカル	031 腎臓又は膀胱瘻用カテーテル及びカテーテルセット(3) 造設用セット	¥19,700
221AIBZX00019000	ホーテックス・気管チューブ	スミスリカルツェン株式会社	027 気管内チューブ(1) カフあり(1) カフ上部吸引機能あり	¥2,760

※当該製品は、決定機能区分を満たす医療材料の一部であるため当該製品単体では算定できないが、保険記載されている他の製品と組合せたものが、当該決定機能区分に該当する場合において、当該償還価格を算定できるものである。

2. 歯科

新たな保険適用 区分A2(特定包括)(特定の診療報酬項目において包括的に評価されている区分) 保険適用開始年月日:平成21年5月1日

薬事承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分
22113BZX00012000	スキャンテュオ	朝日レントゲン工業株式会社	歯科エックス線撮影デジタル映像処理装置

新たな保険適用 区分B(個別評価)(材料価格として個別に評価されている部分) 保険適用開始年月日:平成21年5月1日

薬事承認番号	販売名	保険適用希望者	決定機能区分	償還価格(円)
21400BZY00170000	タイタニール	山八歯材工業株式会社	019 矯正用線(特殊角型)	1本 ¥432
21400BZY00170000			018 矯正用線(特殊丸型)	1本 ¥370
21400BZY00171000	コルネロイール	山八歯材工業株式会社	017 矯正用線(角型)	1本 ¥261
21400BZY00171000			016 矯正用線(丸型)	1本 ¥393
220AGBZX00357000	リゾソール	Ivoclar Vivadent株式会社	049 歯科充填用材料 I	1g ¥704
221AABZX00034000	シーラー M17IL	株式会社シーシーケルプロダクト	049 歯科充填用材料 I	1g ¥704
221AFBZX00021000	ヘイス HI	山八歯材工業株式会社	041 義歯床用アクリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
221AFBZX00021000			042 義歯床用アクリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
221AFBZX00028000	イルジン II	株式会社ガイスト	042 義歯床用アクリック樹脂(液 JIS適合品)	1mL ¥4
221AFBZX00028000			041 義歯床用アクリック樹脂(粉末 JIS適合品)	1g ¥5
221AKBZX00068000	日本セブソルバー	堤田貴金属工業株式会社	012 歯科矯正用合金 第2種(銀60%以上インジウム5%以上JIS適合品)	1g ¥106
221AKBZX00067000	シーシー G-ルーティング	株式会社シーシー	046 歯科用合着・接着材料 I(粉末・液)	1g ¥441

臨床検査の保険適用について

区分E2 (新方法) (測定方法が新しい項目)

測定項目	測定方法	主な測定目的	点数
シアル化糖鎖抗原KL-6	ラテックス凝集比濁法	血清中のシアル化糖鎖抗原KL-6の測定	120点

- 保険適用希望業者 積水メディカル株式会社
- 参考点数 D007 血液化学検査 22 シアル化糖鎖抗原KL-6 120点
- 判断料 D026 3 生化学的検査 (I) 判断料 144点 (月1回に限る)

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

○ シアル化糖鎖抗原KL-6

区分：E2 (新方法) (測定方法が新しい項目)

測定内容：血清中のシアル化糖鎖抗原KL-6の測定

主な対象：間質性肺炎が疑われる患者及び治療中の患者

有用性：

シアル化糖鎖抗原KL-6の測定は、EIA (Enzyme immuno assay) 法又はECLIA (Electrochemiluminescence immuno assay) 法によるものが保険適用になっている。今回はそれに加え、ラテックス凝集比濁法において薬事法上の承認がされたところである。ラテックス凝集比濁法によるKL-6の測定は、従来の二法と高い相関を示す一方、既知濃度の測定するときは既知濃度の85%~115%と高い正確性を示し (従来法80%~120%)、検体前処理が不要で、測定時間が10分と大幅に短縮され (従来法は2時間半以上)、院内検査等により結果が即日診療に反映可能となるなど、臨床上のメリットがある。

参考：

KL-6は1985年に河野らが発見したシアロ糖蛋白抗原であり、II型肺胞上皮細胞等に発現する分子量100万以上の巨大分子で、クラスター9に分類されているMUC-1に属するムチンである。間質性肺炎で血清中のKL-6値は、健康者及び他の呼吸器疾患に比較して有意に高く、感度及び特異度の分析において、血清中のKL-6値は診断的有用性の高い指標であることが確認されている。さらに、血清中のKL-6値は間質性肺炎の活動性症例では非活動性症例に比較して有意に高いことから疾患活動性の把握に利用されている。

臨床検査の保険適用について

区分E3（新項目）（測定項目が新しい項目）

測定項目	測定方法	主な測定目的	点数
尿中サイトケラチン8・ サイトケラチン18総量	EIA法	尿中のサイトケラチン8・サイトケラチン18総量の測定	160点

- 保険適用希望業者
- 参考点数
- 判断料

- ヤマサ醤油株式会社
- D009 腫瘍マーカー 7 尿中NMP22精密測定 160点
- D026 4 生化学的検査(Ⅱ)判断料 144点(月1回に限る)

保険適用希望のあった新規の検査項目の概要

- 尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18総量
区分：E3（新項目）（測定項目が新しい項目）

測定内容：尿中のサイトケラチン8・サイトケラチン18総量の測定

主な対象：移行上皮膀胱癌患者

有用性：

尿中サイトケラチン8・サイトケラチン18は、新たな尿路上皮膀胱癌のマーカーとして既存マーカー(尿中BTAやNMP22)にない高い感度と特異度を有し、初期診断マーカーとして優れている。

参考：

膀胱癌の診断において膀胱鏡検査は最も確実な診断法であるが、検査費用が高くかつ侵襲的検査であることから、他の確実性の高い検査により不必要な膀胱鏡検査を除外することが望まれている。尿細胞診は膀胱癌に対する感受性が低いため、膀胱鏡検査を十分補う検査とはなっていない。

現在薬事法上の承認を受けている腫瘍マーカーとしては尿中BTAとNMP22がある。尿中BTA検査は膀胱癌により破断された基底膜の尿中断片複合体を検出する検査である。また、NMP22(Nuclear Matrix Protein 22)とは細胞死に伴い可溶化型となり尿中へ移行する細胞核内蛋白で、尿中NMP22検査は同蛋白を検出する。今回のサイトケラチン8・サイトケラチン18は細胞骨格を形成するフィラメントの構成蛋白の一つで、上皮性組織に由来する癌細胞内に高濃度で検出される蛋白である。

DPCにおける高額な新規の医薬品等への対応について

- 1 新規に薬価収載された医薬品等については、DPCにおける診療報酬点数表に反映されないことから、以下の基準に該当する医薬品等を使用した患者については、包括評価の対象外とし、出来高算定することとしている。

前年度に使用実績のない医薬品等については、当該医薬品等の標準的な使用における薬剤費（併用する医薬品も含む）の見込み額が、使用していない症例の薬剤費の平均+1SDを超えること。

- 2 効能追加の薬事承認がされた医薬品のうち、アリムタ注射用500mg(ペメレキセドナトリウム水和物)及びネクサバル錠200mg(ソラフェニブトシル酸塩)については、新規に追加された効能に対して使用した場合は、この基準に該当するため、当該効能に対して本剤を使用した患者については、出来高算定することとする。

<参考>

(1)アリムタ注射用500mg(ペメレキセドナトリウム水和物)

- ・追加となった効能・効果：
切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
- ・用法・用量：
1日1回500 mg/m² (体表面積) を10分間かけて点滴静注し、少なくとも20日間休薬する。これを1コースとして投与を繰り返す。
- ・薬価：
500mg 1瓶 240,300円
- ・標準的な費用：
 $500 \text{ mg/m}^2 \times 1.5 \text{ m}^2 = 750 \text{ mg} \rightarrow 2\text{バイアル}$
 $240,300\text{円}/1\text{バイアル} \times 2\text{バイアル} = \underline{\text{約48万円}}$
※ 成人の標準的体表面積を1.5m²として算出
- ・当該医薬品を使用するDPCでの診断群分類：
MDC04 呼吸器系疾患
(040040xx9904xx, 040040xx9914xx, 040040xx97x4xx)
- ・当該医薬品を使用していない症例の薬剤費（平均+1SD）：
46.067点

(2)ネクサバル錠200mg(ソラフェニブトシル酸塩)

- ・追加となった効能・効果：
切除不能な肝細胞癌
- ・用法・用量：
1回400mgを1日2回経口投与する。
- ・薬価：
200mg 1錠 5,426.20円
- ・標準的な費用：
 $5,426.20\text{円}/200\text{mg錠} \times 4/\text{日} \times 14.2\text{日} = \underline{\text{約30.8万円}}$
※ 該当診断群分類の平均在院日数は、14.2日
- ・当該医薬品を使用するDPCでの診断群分類：
MDC06 消化器系疾患, 肝臓・胆道・膵臓疾患
(060050xx99x30x, 060050xx99x31x, 060050xx9703xx, 060050xx9713xx,)
- ・当該医薬品を使用していない症例の薬剤費（平均+1SD）：
22.669点

調査客体抽出の流れ

(1) 調査客体抽出依頼 (参考資料1)

大臣官房統計情報部企画課審査解析室(以下、統計情報部)へ調査客体の抽出依頼

(2) 調査客体抽出プログラム作成

統計情報部にて抽出依頼に基づき調査客体抽出プログラムを作成

〇属化無作為抽出のイメージ(病院の場合)

DPC 対象である	介護サービス 行っている	病床数	以下、条件毎に細かく 枝分かれしていく		
		200床以上	...	...	1/5
	200床未満	...	...	1/5	
	行っていない	200床以上	...	...	1/5
200床未満		...	...	1/5	
対象でない	行っている	200床以上	...	...	1/5
		200床未満	...	...	1/5
	行っていない	200床以上	...	...	1/5
		200床未満	...	...	1/5

※抽出に使用するデータには、財政状況のデータは含まれていない。

(3) 調査客体抽出

統計情報部にて抽出作業を実施

〇調査実施小委員長立ち会い

(4) 調査客体抽出終了 (参考資料2)

統計情報部より調査客体抽出終了の連絡

調査客体抽出後の名簿データのイメージ(病院)

施設番号	病院種別	地域	級地	開設者	施設名	郵便番号	所在地	電話番号	備考
(施設番号)	一般	北海道	6級	その他の法人	(施設名)〇〇病院	(郵便番号)〒XXX-XXXX	(所在地)札幌市〇〇区×××1-2-3	(電話番号)XXX-XXX-XXXX	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	精神	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	公的	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	精神	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	精神	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	北海道	6級	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	

施設番号に情報(施設名等)を追加

(施設番号)	一般	九州	なし	公立	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	精神	九州	なし	その他の法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	個人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)△△病院	(郵便番号)〒XXX-XXXX	(所在地)那覇市△△△4-5-6	(電話番号)XXXX-XX-XXXX	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	個人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	その他の法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	公立	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	精神	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	その他の法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	精神	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	個人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	公立	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	
(施設番号)	一般	九州	なし	医療法人	(施設名)	(郵便番号)	(所在地)	(電話番号)	

大臣官房統計情報部企画課審査解析室長 殿

保険局医療課保険医療企画調査室長

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)に係る調査客体の抽出について

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)を別添調査要綱(病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局分)により実施する予定であるので、調査客体の抽出についてご協力方宜しくお願いいたします。

なお、病院、一般診療所、歯科診療所については、医療施設調査の医療機関情報に基づき調査対象施設の名簿の作成を依頼する(指定統計調査等調査票使用申請書の提出については、別途行うこととする。)

また、保険薬局については、「医療機関医療費の最近の動向(医療機関メディアス)」の基本データに基づき調査対象施設の名簿の作成を依頼する(届出統計調査等調査票使用申請書の提出については、別途行うこととする。)

1. 調査の目的

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局における医療経営等の実態を明らかにし、社会保険診療報酬に関する基礎資料を整備することを目的とする。

2. 調査の内容

病院、一般診療所及び歯科診療所並びに保険薬局について、施設の概要、損益の状況、従事者の人員及び給与の状況等の調査を行う。

3. 調査の対象

社会保険による診療・調剤を行っている全国の病院、一般診療所、歯科診療所及び1か月間の調剤報酬明細書の取扱件数が300件以上の保険薬局を対象とする。

ただし、開設者が医育機関(特定機能病院及び歯科大学病院は除く)であるもの、特定人のために開設されている閉鎖的なもの、感染症病床のみを有する病院、結核療養所、原爆病院、自衛隊病院等の特殊な病院並びに刑務所、船内等に設置される一般診療所及び歯科診療所は除外する。

また、歯科併設の一般診療所、臨床検査センター、夜間診療所、巡回診療所及び1か月間の診療時間が100時間未満であると推定された医療機関は調査対象から除外する。

4. 調査の客体及び抽出方法

調査対象となる医療機関等から、それぞれ次の方法によって抽出した施設を調査客体とする。

(1) 病院

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第1の層化は、DPC対象病院の指定を受けている病院と指定を受けていない病院に分類し、この区分によって行う。

ウ 第2の層化は、介護療養施設サービス事業を行っている病院と行っていない病院に分類し、この区分によって行う。

エ 第3の層化は、病床数が200床以上、200床未満に分類し、この区分によって行う。

オ 第4の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

カ 第5の層化は、全国の都道府県を次の9の地域に分類し、この区分によって行う。

地域	都 道 府 県
北海道	北海道
東北	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
関東	茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川、新潟、山梨、長野
東海	岐阜、静岡、愛知、三重
北陸	富山、石川、福井
近畿	滋賀、京都、奈良、大阪、兵庫、和歌山
中国	鳥取、島根、岡山、広島、山口
四国	徳島、香川、愛媛、高知
九州	福岡、佐賀、長崎、大分、熊本、宮崎、鹿児島、沖縄

キ 第6の層化は、全国を国家公務員の地域手当における級地区分の6区分とその他の地域に分類し、この区分によって行う。(級地区分については別紙参照)

ク 第7の層化は、一般病院(特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院を除く)、精神科病院(許可病床のすべてが精神科であるもの)別に開設者(国立、公立、公的、医療法人、社会保険関係法人、その他法人、個人)ごとに分類し、この区分によって行う。

ケ 抽出率は、特定機能病院、歯科大学病院及び子ども病院については1/1、その他については1/5とする。

(2) 一般診療所

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第1の層化は、入院患者の有無別に分類し、この区分によって行う。

ウ 第2の層化は、主たる診療科別に分類し、この区分によって行う。

エ 第3の層化は、介護療養施設サービス事業を行っている一般診療所と行っていない一般診療所に分類し、この区分によって行う。

オ 第4の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

カ 第5、第6の層化は、病院と同じ地域分類(第5、第6層化)によって行う。

キ 抽出率は1/2.5とする。

(3) 歯科診療所

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第1の層化は、院外処方の有無別に分類し、この区分によって行う。

ウ 第2、第3の層化は、病院と同じ地域分類(第5、第6層化)によって行う。

エ 第4の層化は、常勤の歯科医師数を、1人、2人以上の区分に分類し、この区分によって行う。

オ 抽出率は1/5.0とする。

(4) 保険薬局

ア 層化無作為抽出法による。

イ 第1、第2の層化は、病院と同じ地域分類(第5、第6層化)によって行う。

ウ 第3の層化は、開設者(個人、法人)の別に分類し、この区分によって行う。

エ 抽出率は1/2.5とする。

5. 調査主体

中央社会保険医療協議会

6. 調査の時期

平成21年6月の1月間と平成21年3月末までに終了する直近の事業年(度)の1年間について実施する。

7. 調査の事項

調査票に掲げる事項とする。

8. 調査の方法

(1) 調査は、郵送方式及びホームページを利用した電子調査方式により行う。

(2) 調査票の記入は、医療機関等管理者の自計申告の方法による。

9. 結果の公表

調査の結果については、中央社会保険医療協議会の議を経て、速やかに公表する。

調査客体の抽出条件について

1 調査対象

社会保険の診療を行っている医療機関及び保険薬局
医療施設調査(静態・動態:病院・一般診療所・歯科診療所)のデータにおいて「社会保険診療等の状況」欄の「1 保険医療機関」に○が付されている施設を抽出。
医療機関医療費の最近の動向(医療機関メディアス)の基本データにおいて1ヶ月の調剤報酬明細書の取扱件数(支払基金分+国保中央会分)が300件以上の保険薬局を抽出。

2 除外される施設

- (1) 開設者が医育機関
医療施設調査(静態・動態:病院)のデータにおいて、「開設者」が「医育機関」に該当している病院
(2) 特定人のために開設されている閉鎖的な医療機関
① 医療施設調査(静態・動態:一般診療所)のデータにおいて、「開設者」が「会社」に該当している一般診療所
② 老人ホーム内にある診療所
※ 名称に「老人ホーム」がつく一般診療所を除外
③ 障害者施設等内にある一般診療所
※ 名称に「障害者」「障害児」がつく一般診療所を除外
④ その他特定人のために開設されている閉鎖的な医療機関
※ 名称に「・・・医務室」がつく一般診療所を除外
(3) 感染症病床のみを有する病院
医療施設調査(静態・動態:病院)のデータにおいて許可病床数のうち全てが感染症病床である病院
(4) 結核療養所
医療施設調査(静態・動態:病院)のデータにおいて許可病床数のうち全てが結核病床である病院
(5) 原爆病院、診療所
※ 名称に「原爆」がつく病院、一般診療所
(6) 自衛隊病院、診療所

※ 名称に「自衛隊」がつく病院、一般診療所

(7) その他特殊な病院等

- ① ハンセン病療養所
※ 名称に「国立療養所」がつく病院
② 療養園
※ 名称に「療養園」がつく病院
③ 重症心身障害児施設
※ 名称に「重症心身障害児施設」がつく病院
(8) 刑務所に設置されている一般診療所、歯科診療所
※ 名称に「刑務所」がつく一般診療所、歯科診療所
(9) 船内に設置されている一般診療所、歯科診療所
医療課で除外
(10) 歯科併設の一般診療所
医療施設調査(静態・動態:一般診療所)のデータにおいて診療科目のうち「歯科」「矯正歯科」「小児歯科」「歯科口腔外科」に該当している施設
(11) 臨床検査センター
医療施設調査(静態:一般診療所)のデータにおいて診療所の種類が「検査業務を主とする診療所」に該当している施設
(12) 夜間診療所
医療施設調査(静態:一般診療所、歯科診療所)において「表示診療時間の状況」が18時以降のみに該当している施設
(13) 巡回診療所
医療施設調査(静態:一般診療所)において「診療所の種類」が「巡回診療を専らとする診療所」に該当している施設
(14) 1月の診療時間が100時間未満
医療施設調査(静態:一般診療所、歯科診療所)において「表示時間の状況」の「表示診療時間の状況」において1月の診療時間が100時間未満と推定される施設(別紙1)
(15) 特定の期間(季節)にのみ診療を行う一般診療所
医療施設調査(静態・動態:一般診療所)のデータにおいて「特定の期間(季節)にのみ診療を行う診療所」に該当している施設

3 層化

(1) 共通

主たる診療科目の区分については、医療施設調査(静態・動態:一般診療所)の診療科目の情報から区分

- ① 全国の都道府県を9地区に区分
・ 病院・一般診療所・歯科診療所については医療施設調査(静態・動態)における都道府県番号で層化
・ 保険薬局については医療機関医療費の最近の動向(医療機関メディアス)の基本データにおける都道府県番号で層化
② 全国を国家公務員の地域手当の級地区分とその他の地域に分類
・ 病院・一般診療所・歯科診療所については医療施設調査(静態・動態)における市町村番号で層化(別紙2)
・ 保険薬局については医療機関医療費の最近の動向(医療機関メディアス)の基本データにおける住所内容で層化
(2) 病院
① 特定機能病院、歯科大学病院、子ども病院、DPC対象病院の抽出
医療課においてリストを作成
② 介護療養施設サービス事業を行っている病院、行っていない病院の区分
介護サービス施設・事業所調査の介護療養型医療施設情報より区分
③ 病床数が200床以上、200床未満の区分
医療施設調査(静態・動態:病院)のデータにおいて許可病床数情報より区分
④ 院外処方の有無別の区分
医療施設調査(静態:病院)のデータにおいて院外処方せんの発行状況より区分
⑤ 一般病院と精神科病院の区分
医療施設調査(静態・動態:病院)のデータにおいて許可病床数のうち全てが精神病床である病院は精神科病院、それ以外は一般病院
⑥ 開設者の分類(別紙3)
医療施設調査(静態・動態:病院)の開設者情報から分類
(3) 一般診療所
① 入院患者の有無別の区分
入院患者の有無の区分については、医療施設調査(静態:一般診療所)の診療状況(9月30日の在院患者数・9月中に新たに入院した患者数・9月中の退院患者数)から、いずれか1つの項目において1人以上入院患者があれば、入院患者が有、3つの項目全てにおいて入院患者がいない場合は入院患者が無に区分
② 主たる診療科の区分(別紙4)

③ 介護療養施設サービス事業を行っている一般診療所、行っていない一般診療所の区分
介護サービス施設・事業所より介護療養型医療施設情報より区分

④ 院外処方の有無別の区分
医療施設調査(静態:一般診療所)のデータにおいて院外処方せんの発行状況より区分
(4) 歯科診療所
① 院外処方の有無別の区分
医療施設調査(静態:歯科診療所)のデータにおいて院外処方せんの発行状況より区分
② 歯科医師1人、2人以上の区分
医療施設調査(静態・動態:歯科診療所)の従事者数から区分

(5) 保険薬局

① 開設者の分類
医療機関医療費の最近の動向(医療機関メディアス)の基本データより、開設者(個人、法人)の別に分類

診療時間100時間未満の考え方について

表示診療時間の状況

Table showing the status of displayed medical hours by day of the week (月, 火, 水, 木, 金, 土, 日, 休日) and time of day (午前, 午後, 18時以降).

平成17年医療施設調査(静態)の「表示診療時間の状況」午前・午後(月～日)で○をした数が6個以下のものが100時間未満のものと判断し、7以上のものを抽出することとする。

(考え方)

○ 通常考えられる診療時間を基準に考える。

- 1日8時間診療とし、土曜日は半日(4時間)、日曜は休診と考えると、「1週間の診療時間=8時間×5日+8時間×1/2=44時間」となります。
44時間分の○の数(施設調査の(15)表示診療時間の状況の○)は11個であるので、○1個分の時間は4時間となります。
1月当たり100時間未満となる○の数は、「100時間/4時間=25(1月当たりの○の数)」
1週間当たりの○数は、「25×7/30=5.83≒6(1週間当たりの○の数)」

○の数が1週間6個までは1月100時間未満と判断し、○が7個以上のものを抽出する。

開設者区分について

Table mapping medical facility types (e.g., 厚生労働省, 独立行政法人) to their respective establishment categories (e.g., 国立, 公立, 公的, 社会保険関係法人).

国家公務員の地域手当に係る級地区分

Large table detailing regional allowances for national public employees, categorized by region (e.g., 1級地, 2級地) and listing specific municipalities and prefectures.

一般診療所に係る主たる診療科別の区分

Table mapping medical specialties (e.g., 内科, 呼吸器内科) to their classification under general medical clinics (e.g., 内科, 小児科, 外科).

※ 医療施設が掲げている診療科名のうち主たる診療科名によって区分を行う。

抽出率表(第17回医療経済実態調査(医療機関等調査))

病院	特定機能病院・歯科大学病院・こども病院	1/1
	上記以外	1/5
一般診療所		1/25
歯科診療所		1/50
保険薬局		1/25

保険局医療課保険医療企画調査室長 殿

大臣官房統計情報部企画課審査解析室長

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)に係る調査客体の抽出について(回答)

平成21年3月27日付け事務連絡「第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)に係る調査客体の抽出について」により依頼のあった標記について、別紙のとおり抽出したので送付します。

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)
病院の属性別内訳

	母数	標本数
合計	8,244	1,648
DPC対象病院の指定の有無		
1 有	904	181
2 無	7,340	1,467
介護療養施設サービス事業の有無		
1 有	1,775	355
2 無	6,469	1,293
病床数		
1 200床以上	2,485	496
2 200床未満	5,759	1,152
院外処方の有無		
1 有	5,628	1,124
2 無	2,616	524
都道府県の地域分類		
1 北海道	575	114
2 東北	609	121
3 関東	2,218	443
4 東海	685	137
5 北陸	281	54
6 近畿	1,183	238
7 中国	648	129
8 四国	480	100
9 九州	1,565	312
国家公務員の地域手当における級地区分		
1 1級地	367	72
2 2級地	297	62
3 3級地	553	109
4 4級地	829	170
5 5級地	527	99
6 6級地	1,226	248
7 その他	4,445	888
精神病院か否か		
1 精神病院でない	7,190	1,439
2 精神病院である	1,054	209
開設者区分		
1 国立	185	34
2 公立	958	193
3 公的	275	60
4 医療法人	5,494	1,095
5 社会保険関係法人	121	22
6 その他の法人	737	143
7 個人	474	101

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)
一般診療所の属性別内訳

	母数	標本数
合計	60,610	2,424
入院患者の有無		
1 有	6,965	279
2 無	53,645	2,145
主たる診療科		
1 内科	29,551	1,182
2 小児科	4,208	168
3 精神科	1,379	55
4 外科	3,752	150
5 整形外科	5,319	213
6 産婦人科	3,048	122
7 眼科	4,797	192
8 耳鼻咽喉科	3,855	154
9 皮膚科	3,046	122
10 その他	1,655	66
介護療養施設サービス事業の有無		
1 有	709	29
2 無	59,901	2,395
院外処方の有無		
1 有	38,936	1,560
2 無	21,674	864
都道府県の地域分類		
1 北海道	2,145	88
2 東北	4,493	178
3 関東	21,248	853
4 東海	6,371	254
5 北陸	1,487	57
6 近畿	9,203	367
7 中国	4,654	189
8 四国	2,364	97
9 九州	8,645	341
国家公務員の地域手当における級地区分		
1 1級地	5,307	214
2 2級地	2,653	107
3 3級地	5,747	233
4 4級地	7,356	298
5 5級地	4,117	161
6 6級地	9,324	388
7 その他	26,106	1,023

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)
歯科診療所の属性別内訳

	母数	標本数
合計	55,760	1,115
院外処方の有無		
1 有	14,273	285
2 無	41,487	830
都道府県の地域分類		
1 北海道	2,642	52
2 東北	3,541	71
3 関東	22,024	441
4 東海	6,095	122
5 北陸	1,065	21
6 近畿	8,885	178
7 中国	3,294	66
8 四国	1,751	35
9 九州	6,463	129
国家公務員の地域手当における級地区分		
1 1級地	6,132	123
2 2級地	2,771	56
3 3級地	5,775	115
4 4級地	6,826	137
5 5級地	4,119	82
6 6級地	8,120	160
7 その他	22,017	442
常勤の歯科医師数		
1 1人	44,001	872
2 2人以上	11,759	243

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)
保険薬局の属性別内訳

	母数	標本数
合計	38,667	1,546
国家公務員の地域手当における級地区分		
1 1級地	3,315	133
2 2級地	1,607	64
3 3級地	3,789	151
4 4級地	4,554	183
5 5級地	2,782	111
6 6級地	5,391	214
7 その他	17,229	690
経営主体		
1 個人	3,160	124
2 法人	35,507	1,422
都道府県の地域分類		
1 北海道	1,748	70
2 東北	3,290	131
3 関東	13,983	559
4 東海	4,031	161
5 北陸	634	26
6 近畿	5,511	220
7 中国	2,713	109
8 四国	1,177	47
9 九州	5,580	223

第17回医療経済実態調査(医療機関等調査)
病院の属性別内訳 一全数調査対象一
(特定機能病院、こども病院、歯科大学病院)

	施設数
合計	128
DPC対象病院の指定の有無	
1 有	92
2 無	36
介護療養施設サービス事業の有無	
1 有	1
2 無	127
病床数	
1 200床以上	103
2 200床未満	25
院外処方の有無 (6施設は静態に情報なし)	
1 有	117
2 無	5
都道府県の地域分類	
1 北海道	5
2 東北	8
3 関東	48
4 東海	14
5 北陸	4
6 近畿	20
7 中国	8
8 四国	5
9 九州	16
国家公務員の地域手当における級地区分	
1 1級地	18
2 2級地	5
3 3級地	16
4 4級地	21
5 5級地	10
6 6級地	18
7 その他	40
精神病院が否か	
1 精神病院でない	128
2 精神病院である	0
開設者区分	
1 国立	51
2 公立	30
3 公的	1
4 医療法人	1
5 社会保険関係法人	0
6 その他の法人	45
7 個人	0