

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>

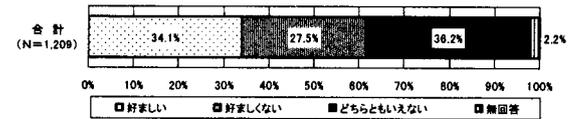
	件数	割合
病状や今後のことを知るのがこわいから	20	39.2%
家族に心配をかけるから	20	39.2%
話し合う必要性を感じないから	15	29.4%
意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから	14	27.5%
話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから	12	23.5%
自分の意見がうまく伝えられないと思うから	9	17.6%
医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから	6	11.8%
治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいないから	4	7.8%
その他	10	19.6%
総数	51	39.2%

<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

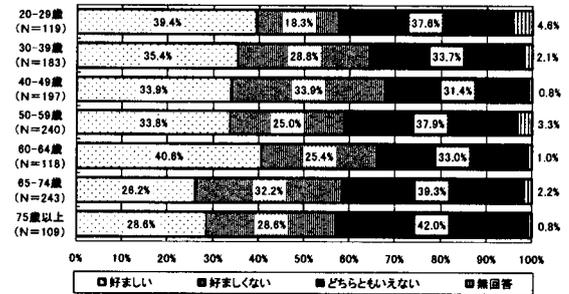
(4) 終末期の治療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識

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 年齢層別にみ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)
  - ・お金のある人となり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	介護者の理解が浅く、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う。
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、両者の意見を含むのが困難である。
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)内で意見がくく違ふ事があり、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多く、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れる。 ・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	普段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、どこで病院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 I. 医療者側を法的に守る確かな物がない。

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場合が多いが、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、人工呼吸器装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	一般的状況説明の中で、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は非常に多いが現実ですが、算定又は、24hr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1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いけない）。
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悪化しても看取りを決めていても、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患者は本宅は在宅で思っている、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	人さまたま、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、書面では本人に伝えられ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、内容の全てを記載し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、患者の意志の強さが不可能な状況で、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、当たり前のように話ができるように、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思われます。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に、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思いますし、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、時間も必要でし、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思ひます。 ・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い。
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点は低すぎると思ひます。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足りない。
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。
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。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	算定しようとは思ひない。
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ふ活動が必要（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年ほどかけて考え直すべき。
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っ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うべきだと思います。
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、死亡時というの納得ができません。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重視し理解が得られない場合、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、手をかけて行っていますから・・・。
39	文書の交付が必要であれば、規格外紙があると良い。
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	この点数はいらない。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受けない(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。しない方がよい。
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、何れ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いますが、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	後期高齢者のみ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、必ず話し合い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。診療報酬に含む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が、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かと。
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が該当する訳で、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)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	労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	それなりの時間と労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、医者に遺慮しないですむ。
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ろそかになってしまいうる。
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。
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したが、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。診察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遺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。思うから。
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から。
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。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	時間をききすることなく、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困るから面倒見てもうかもしれないかと考えています。
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が真剣に向かい合っていたらいいことを強く希望します。そのために医療機関がこの話し合いに割かれる時間、エネルギーに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。