

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1  
— 後期高齢者診療料の算定状況に係る調査 —  
報 告 書 (案)

目 次

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) 患者調査 ..... 1

4. 調査項目 ..... 2

1) 施設調査 ..... 2

2) 患者調査 ..... 2

5. 調査結果 ..... 3

5.1 施設調査 ..... 3

1) 回収の状況 ..... 3

2) 回答施設の属性 ..... 3

3) 後期高齢者診療料の算定状況 ..... 8

4) 後期高齢者診療料計画書の作成状況 ..... 17

5) 後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度 ..... 20

6) 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由 ..... 22

5.2 患者調査 ..... 23

1) 回収の状況 ..... 23

2) 患者の属性 ..... 23

3) 患者の受診状況 ..... 26

6. まとめ ..... 38

資料1 施設調査における自由回答意見 ..... 40

調査票 ..... 60

1. 調査目的

本調査は、新設された後期高齢者診療料による、治療の内容や患者の受診行動の変化を把握するために、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関、および当該医療機関において後期高齢者診療料の算定を受けた患者に対して調査し、その状況について検証を行うことを目的とした。

2. 調査対象

本調査は、全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関を対象とした「施設調査」と後期高齢者診療料の算定を受けている患者を対象とした「患者調査」から構成される。

施設調査は、全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関から無作為に抽出した3,500施設を対象とした。

患者調査は、施設調査対象医療機関にて後期高齢者診療料の算定を受けている患者で、施設調査の開始日より遡って、直近(1ヶ月以内)に来院された患者を対象とした。

3. 調査方法

本調査は、平成20年11月に実施した。

1) 施設調査

施設調査は、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関 3,500 施設を対象に自記式調査票を郵送発送・郵送回収とした。

2) 患者調査

患者調査票は、施設調査の調査対象施設に5部ずつ同封し、調査開始日より遡って、直近(1ヶ月以内)に来院された後期高齢者診療料の算定を受けている患者に医療機関から手渡しで配布し、患者または家族が自記した調査票を、返信用封筒で郵送する方式で回収をした。

4. 調査項目

施設調査及び患者調査における調査項目の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"> <li>施設種別、病床数、開設者、診療科目</li> <li>在宅療養支援診療所(病院)の届出状況</li> <li>後期高齢者診療料の算定状況</li> </ul>
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来患者総数及び75歳以上外来患者数(H19.10&amp;H20.10)</li> <li>主病別の後期高齢者診療料算定患者数(H20.10)</li> <li>通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の回数変化とその理由</li> <li>後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向</li> <li>後期高齢者診療料の算定に係る効果について</li> <li>後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由について</li> <li>後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由について</li> <li>後期高齢者診療料の主病別算定患者数(H20.8~H20.10)</li> <li>後期高齢者診療料計画書の主病別交付総回数(H20.8~H20.10)</li> <li>後期高齢者診療料計画書の作成に要する平均時間</li> <li>後期高齢者診療料計画書の記載に要する患者への平均説明時間</li> <li>後期高齢者診療料計画書の記載されている緊急時入院先病院数</li> <li>後期高齢者診療料計画書及び本日の診療内容の要点对する意見</li> <li>後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について</li> <li>75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度</li> <li>後期高齢者診療料に係る外来患者からの問合せ内容</li> <li>後期高齢者診療料を1人も算定していない場合の理由</li> </ul>

2) 患者調査

区 分	内 容
属性項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>年齢、性別</li> <li>通院期間、1ヶ月当り通院回数</li> <li>後期高齢者診療料計画書に記載の病名数及び主病名</li> <li>調査票の記入者</li> </ul>
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>後期高齢者診療料計画書をもった月について</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の通院回数の変化</li> <li>通院している医療機関数</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の通院施設数の変化</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の検査回数・処方薬数・診療時間の変化</li> <li>他医療機関からの対応状況</li> <li>後期高齢者診療料の算定後のよかった点</li> <li>後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点</li> <li>後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化</li> </ul>

5. 調査結果

5.1 施設調査

1) 回収の状況

全国の後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関から無作為に抽出した3,500施設を調査対象とし、有効回収数は1,112件であり、回収率は31.8%であった。

図表 1-1 回収の状況

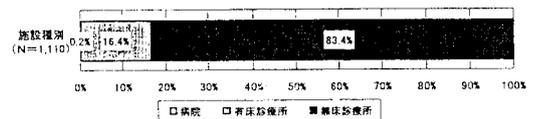
施設種別	発 送 数	有効回収数	回 収 率
後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関	3,500 件	1,112 件	31.8%

2) 回答施設の属性

(1) 施設種別

施設種別についてみると、回答施設では「無床診療所」(83.4%)が最も多く、次いで「有床診療所」(16.4%)である。診療所が99.8%を占めている。

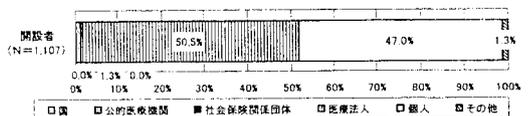
図表 1-2 施設種別



(2) 開設者

回答施設を診療所に限定して、開設者についてみると、「医療法人」(50.5%)が最も多く、次いで「個人」(47.0%)である。

図表 1-3 開設者



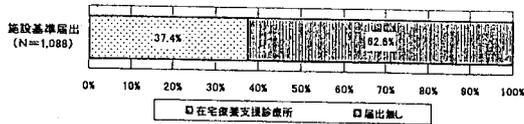
なお、主たる診療科目の状況を見ると、最も多いのは「内科」(68.4%)であり、次いで「消化器科」(6.2%)、「外科」(6.1%)である。

- ・主たる診療科目 … 第1位 内科 559施設 (68.4%)
- 第2位 消化器科 51施設 (6.2%)
- 第3位 外科 50施設 (6.1%)
- 第4位 整形外科 49施設 (6.0%)

(3) 在宅療養支援診療所の届出状況

回答施設の診療所のうち、在宅療養支援診療所の届出状況を見ると、「届出無し」(62.6%)が多く、「在宅療養支援診療所」は37.4%である。

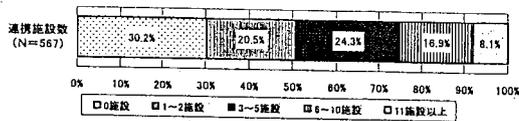
図表 1-4 在宅療養支援診療所の届出状況



(4) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数

回答施設の診療所が連携している保健・医療・福祉サービス関連施設の状況を見ると、施設数は「0施設」(30.2%)が最も多く、次いで「3~5施設」(24.3%)、「1~2施設」(20.5%)である。

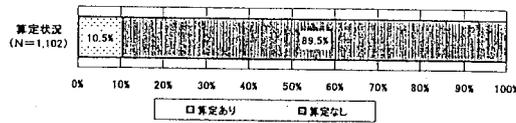
図表 1-5 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数



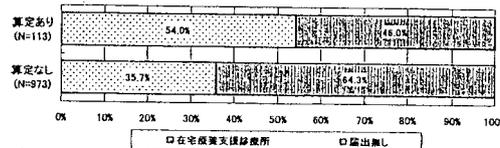
(5) 後期高齢者診療料の算定状況

後期高齢者診療料の算定状況は、「算定あり」と回答している施設は10.5%である。後期高齢者診療料の算定の有無により、在宅療養支援診療所の届出状況を見ると、算定している施設の54.0%が在宅療養支援診療所であり、算定していない施設の35.7%に比べると大きい。また、開設者については、算定している施設の医療法人割合は55.2%であり、算定していない施設の50.0%に比べて大きい。連携施設数(図表1-9)については、算定している施設では「3~5施設」(34.2%)が多く、算定していない施設では「0施設」(32.4%)が多い。地域別の算定状況(図表1-10)を見ると、最も多いのは「千葉県」(35.7%)、次いで「岩手県」(27.8%)、「新潟県」(24.0%)である。

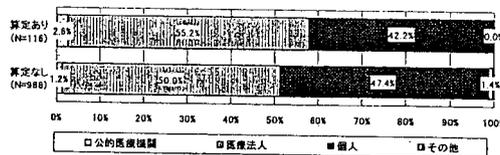
図表 1-6 後期高齢者診療料の算定状況



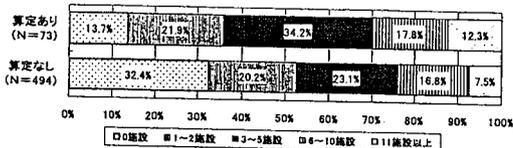
図表 1-7 算定有無別 在宅療養支援診療所の届出状況



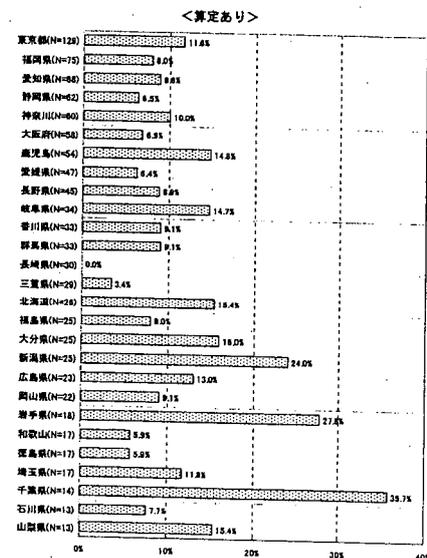
図表 1-8 算定有無別 開設者



図表 1-9 算定有無別 連携施設数



図表 1-10 算定有無別 地域別状況



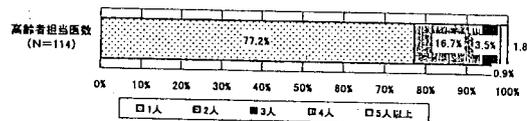
注) n数10以下は表記していない。

(6) 高齢者担当医の状況

後期高齢者診療料を算定している施設の高齢者担当医の医師数は、平均が1.39人である。また、高齢者担当医医師数が「1人」の施設は77.2%、「2人」の施設は16.7%である。

・高齢者担当医 医師数…平均 1.39人

図表 1-11 高齢者担当医 医師数



3) 後期高齢者診療料の算定状況

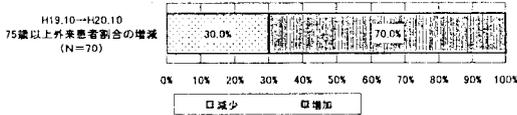
以下は、後期高齢者診療料を算定している施設の様態である。

(1) 外来患者総数に占める75歳以上患者の割合

後期高齢者診療料を算定している施設では、外来患者総数に占める75歳以上患者割合の平均が、平成19年10月時点では34.7%、平成20年10月時点では34.1%である。また、施設別に同割合の変化状況を見ると、「増加」している施設が70.0%と多い。

- ・外来患者総数に占める75歳以上外来患者比率
  - H19年10月 : 34.7%
  - H20年10月 : 34.5%

図表 1-12 外来患者総数に占める75歳以上患者割合の変化

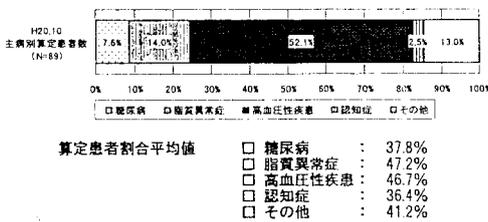


(2) 主病別の算定患者数の状況

平成20年10月時点の後期高齢者診療料算定患者について、主病別にその構成比をみると、「高血圧性疾患」(52.1%)が最も多く、次いで「脂質異常症」(14.9%)である。

また、主病別に75歳以上外来患者に占める算定患者割合の平均をみると、「脂質異常症」(47.2%)が最も高く、次いで「高血圧性疾患」(46.7%)である。

図表 1-13 主病別算定患者数の状況 (H20.10)



(3) 主病別の患者1人当たり1ヶ月平均来院回数

平成20年10月時点における主病別の75歳以上外来患者及び後期高齢者診療料算定患者の1人当たり1ヶ月平均来院回数をみると、「糖尿病」は75歳以上外来患者が0.73回、後期高齢者診療料算定患者が0.64回であり、「脂質異常症」は75歳以上外来患者が0.54回、後期高齢者診療料算定患者が0.45回、「高血圧性疾患」は75歳以上外来患者が0.64回、後期高齢者診療料算定患者が0.52回である。

図表 1-14 主病別 患者1人当たり1ヶ月平均来院回数 (H20.10)

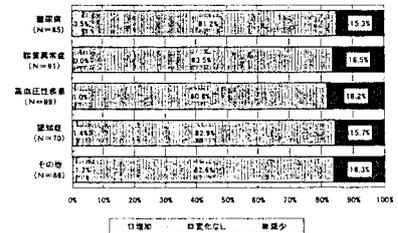
主病別	75歳以上外来患者	診療料算定患者
糖尿病	0.73回	0.64回
脂質異常症	0.54回	0.45回
高血圧性疾患	0.64回	0.52回
認知症	0.64回	0.61回
その他	0.63回	0.60回

(4) 算定患者の通院回数や検査頻度など主病別の回数変化

平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成19年8月から10月においても診療にあっていた患者について、通院回数や検査頻度などの回数の変化をみると、いずれの主病においても「変化なし」が75%前後から85%前後を占める。なお、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が12%から19%程度であり、他の検査頻度に比べるとやや大きい。

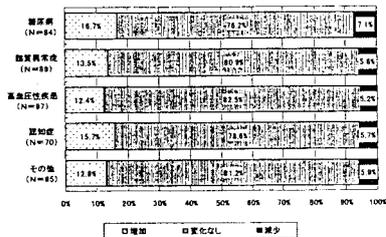
図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の変化

<3ヶ月間の総通院回数>

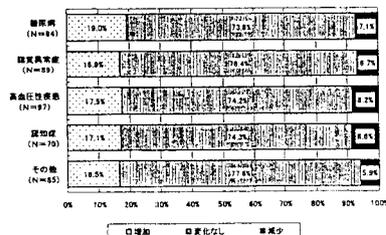


図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の変化 (つづき)

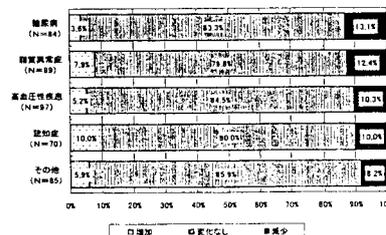
<生活機能の検査頻度>



<身体計測の頻度>

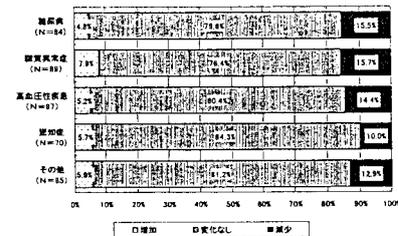


<検尿の頻度>

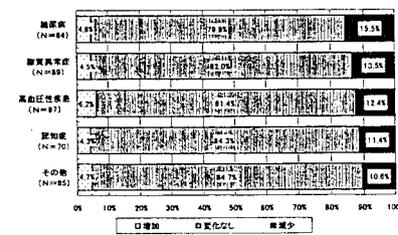


図表 1-15 通院回数や検査頻度など主病別の前年・今年の変化 (つづき)

<血液検査の頻度>



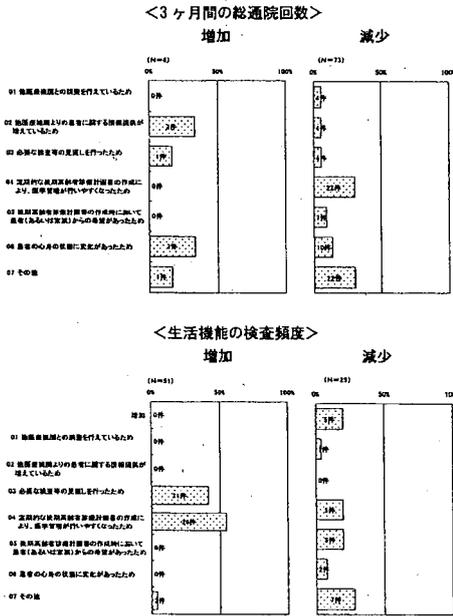
<心電図検査の頻度>



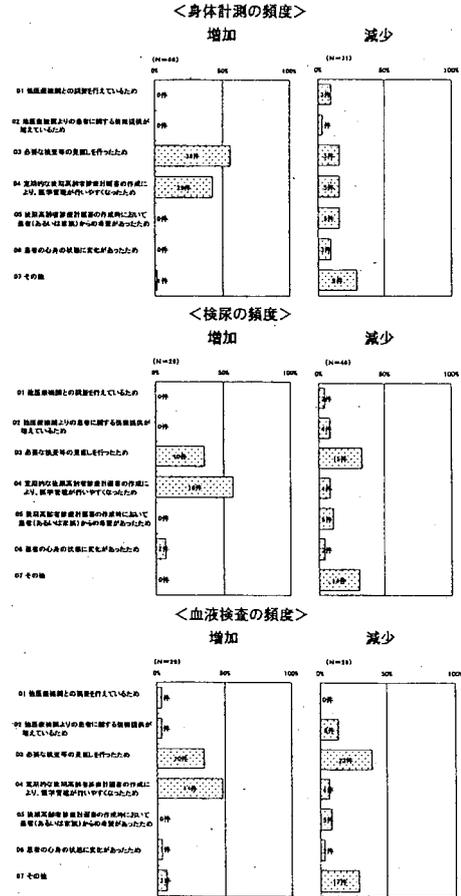
(5) 算定患者の通院回数や検査頻度などの変化とその理由

算定患者の通院回数や検査頻度など前年・今年の数値変化の理由をみると、「生活機能の検査頻度」や「身体計測の頻度」「検尿の頻度」など検査頻度は、その増加の理由として「必要な検査等の見直しを行ったため」あるいは「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」が多い。また、「検尿の頻度」「血液検査の頻度」「心電図検査の頻度」については、当該回数の減少理由としても「必要な検査等の見直しを行ったため」が多い。

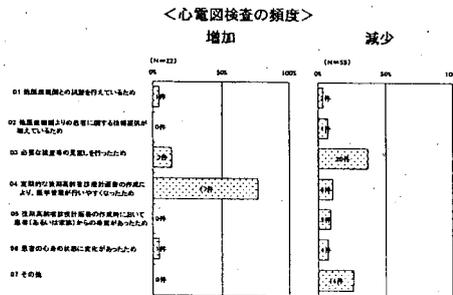
図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の数値変化とその理由



図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の数値変化とその理由 (つづき)



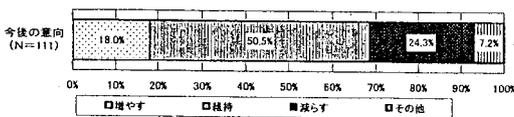
図表 1-16 通院回数や検査頻度などの前年・今年の数値変化とその理由 (つづき)



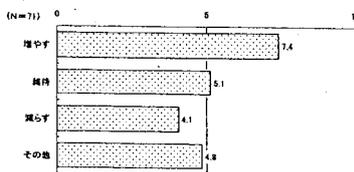
(6) 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向

後期高齢者診療料の算定についての意向は、「維持」(50.5%)が最も多く、次いで「減らす」(24.3%)である。また、算定に係る今後の意向別に連携施設数の平均をみると、増やす意向のある施設は平均連携施設数が7.4、維持の意向のある施設は5.1、減らす意向のある施設は4.1である。

図表 1-17 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向



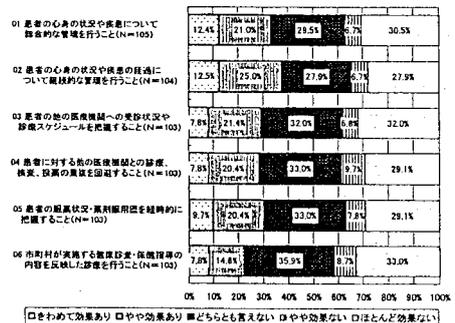
図表 1-18 後期高齢者診療料の算定に係る今後の意向別 平均連携施設数



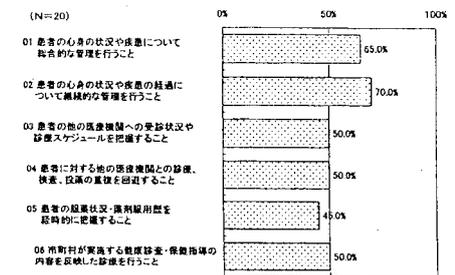
(7) 後期高齢者診療料の算定に係る効果

後期高齢者診療料の算定をはじめからこれまでに感じた効果については、「ほとんど効果はない」と回答した施設が3割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については効果がある(「きわめて効果がある」+「やや効果がある」)とした施設がそれぞれ33.4%、37.5%あった。この2つの項目については、算定患者を今後増やす予定の施設においても効果があるとしている割合が大きい。

図表 1-19 後期高齢者診療料の算定に係る効果



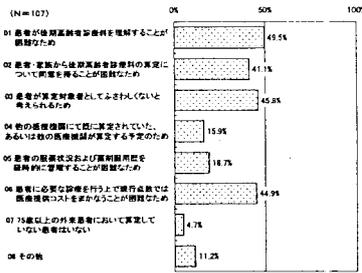
図表 1-20 算定患者を今後増やす予定の施設における項目別効果割合



(8) 後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由

75歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない場合の理由についてみると、「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」(49.5%)が最も多く、次いで「患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため」(45.8%)、「患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため」(44.9%)である。

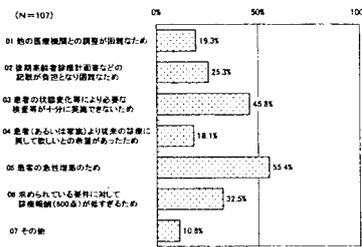
図表 1-21 後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合の理由



(9) 後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由

後期高齢者診療料の算定を途中で止めた患者がいる場合の理由をみると、「患者の急性増悪のため」(55.4%)が最も多く、次いで「患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため」(45.8%)である。

図表 1-22 後期高齢者診療料の算定を途中で止めた場合の理由

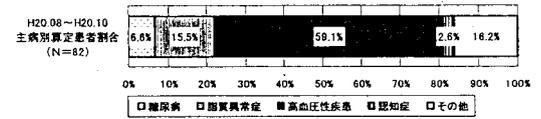


4) 後期高齢者診療計画書の作成状況

(1) 後期高齢者診療料の算定患者数

平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者数を主病別にみると、「高血圧性疾患」が59.1%、「脂質異常症」が15.5%、「糖尿病」が6.6%を占めている。

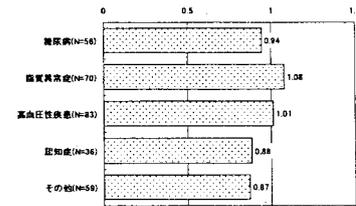
図表 1-23 主病別 後期高齢者診療料の算定患者数割合 (H20.8~H20.10)



(2) 後期高齢者診療計画書の平均交付回数

平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者数と計画書の交付総回数をもとに、主病別の平均交付回数をみると、「脂質異常症」は1.08回と最も多く、次いで「高血圧性疾患」の1.01回、「糖尿病」は0.94回である。

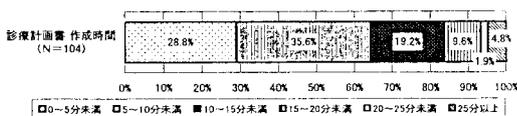
図表 1-24 主病別 後期高齢者診療計画書の平均交付回数 (H20.8~H20.10)



(3) 後期高齢者診療計画書の作成に要する時間

後期高齢者診療計画書の作成に要する時間は、「5~10分未満」(35.6%)が最も多く、次いで「0~5分未満」(28.8%)である。また、作成に要する平均時間は11.79分である。

図表 1-25 後期高齢者診療計画書の作成に要する時間

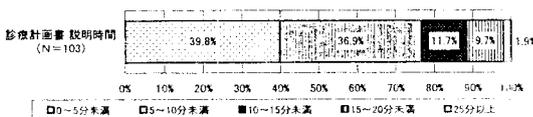


・後期高齢者診療計画書の作成に要する平均時間...平均 11.79分

(4) 後期高齢者診療計画書の記載に要する説明時間

後期高齢者診療計画書を記載する際に要する患者への説明時間は、「0~5分未満」(39.8%)が最も多く、次いで「5~10分未満」(36.9%)である。また、記載に要する平均説明時間は9.49分である。

図表 1-26 後期高齢者診療計画書の記載に要する説明時間



・後期高齢者診療計画書の記載に要する平均説明時間...平均 9.49分

(5) 後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数

後期高齢者診療計画書を記載されている緊急時の入院先病院については、平均で2.13施設である。

・後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数...平均 2.13施設

(6) 後期高齢者診療計画書及び本日の診療内容の要点に対する意見

- 後期高齢者診療計画書について (総件数: 32)
- ・項目が多すぎる(75歳以上の高齢者には理解しづらいのもっと簡単に)(7件)
  - ・計画書作成は医療行為ではないのではないか(6件)
  - ・途中で計画変更した場合の訂正が容易にできたり、イラスト等が活用できると良い(2件)
  - ・要介護度の情報の活用方法が不明(1件)
  - ・連携医療機関の記入が必須であると患者に誤解されている(1件)
  - ・血液検査、心電図などは必ずとるべきなのか(1件)
  - ・スケジュールのチェックは手間がかかる(1件)
- 本日の診療内容の要点について (総件数: 26)
- ・診療の度に書類発行するのは煩雑である(二度手間であり事務処理のみ増える)(4件)
  - ・話して説明の方が理解をされるし、発行したとしても読んでもらえていない(2件)
  - ・項目が多すぎる(75歳以上の高齢者には理解しづらいのもっと簡単に)(2件)
  - ・カルテ記載で足りるはず(2件)
  - ・体温、投薬内容は不要ではないか(2件)
  - ・「毎日の生活での留意事項」欄が小さい(1件)
  - ・薬剤に関しては変更点・注意点を書くようにした方が有意義ではないか(1件)
  - ・慢性疾患の場合は指導内容が固定化されるので口頭での説明のみで十分であり、持ち帰らない患者も多い(1件)
  - ・次受診日時を事前に決めるのは難しい(1件)

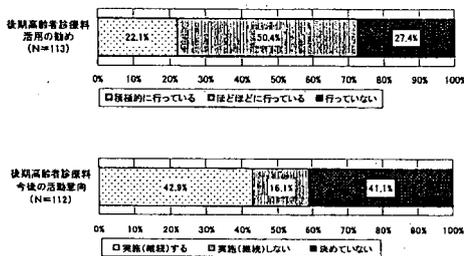
5) 後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度

(1) 後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について

後期高齢者診療料(料)の活用を75歳以上外来患者に対して積極的に勧めていると回答した施設は22.1%、ほどほどに勧めている施設は50.4%、勧めていない施設は27.4%である。

また、患者に対する後期高齢者診療料(料)の活用の勧めを今後も実施(継続)すると回答した施設は42.9%、実施(継続)しない施設は16.1%、決めていないと回答した施設は41.1%である。

図表 1-27 後期高齢者診療料の活用に向けた姿勢について



(2) 後期高齢者診療料への理解度や希望の状況

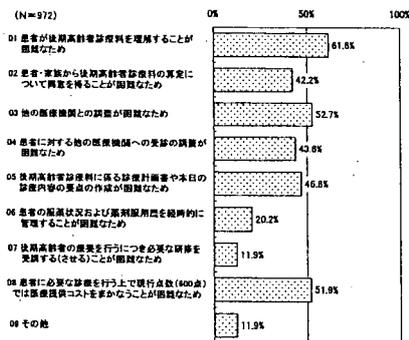
75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況については、「説明していない」を除けば、後期高齢者診療料について「全て理解でき、希望(同意)している」患者の割合(28.8%)が最も多く、次いで「患者の理解度や希望の状況は不明」(20.6%)である。

- 後期高齢者診療料を理解でき、希望(同意)している... 平均 28.8%
- 後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望(同意)している... 平均 15.9%
- 後期高齢者診療料を理解でき、希望(同意)していない... 平均 5.3%
- 後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望(同意)していない... 平均 7.1%
- 患者の理解度や希望の状況は不明... 平均 20.6%
- 後期高齢者診療料に係る説明はしていない... 平均 35.9%

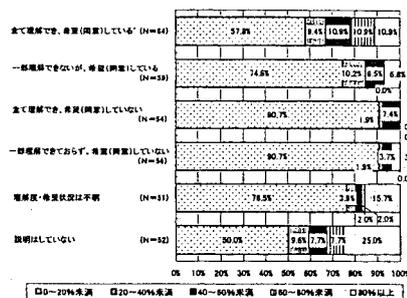
6) 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由

後期高齢者診療料の算定をしていない施設が、算定を行っていない理由としては「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」(61.6%)が最も多く、次いで「他の医療機関との調整が困難なため」(52.7%)、「患者に必要な診療を行う上で現行点数(600点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため」(51.9%)である。

図表 1-30 後期高齢者診療料を1人も算定していない理由



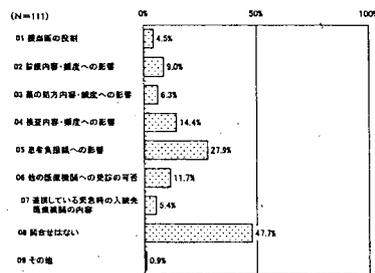
図表 1-28 後期高齢者診療料への理解度別 75歳以上外来患者割合分布



(3) 後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせ内容

後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせについては、「問合せはない」(47.7%)が最も多いが、問い合わせがあった場合の内容では「患者負担額への影響」(27.9%)が多く、次いで「検査内容・頻度への影響」(14.4%)、「他の医療機関への受診の可否」(11.7%)が多い。

図表 1-29 後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせ内容



5.2 患者調査

1) 回収の状況

患者調査票は、施設調査の調査対象施設に5部ずつ同封し、調査開始日より遡って、直近(1ヶ月以内)に来院された後期高齢者診療料の算定を受けている患者に医療機関から手渡しで配布している。患者調査票は有効回収数が206件であった。

図表 2-1 回収の状況

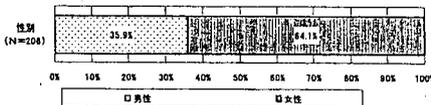
項目	有効回収数
患者調査票	206件

2) 患者の属性

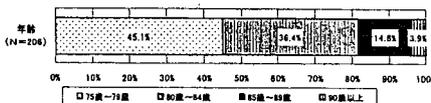
(1) 性別・年齢

回収された患者調査票における患者の性別をみると、男性は35.9%、女性は64.1%である。また、年齢は「75歳~79歳」(45.1%)が最も多く、次いで「80歳~84歳」(36.4%)である。

図表 2-2 性別



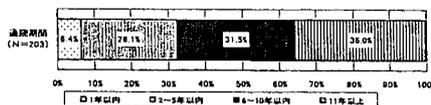
図表 2-3 年齢構成



(2) 調査票を受け取った医療機関への通院期間

患者が患者調査票を受け取った病院・診療所に通院している期間は、「11年以上」(36.0%)が最も多く、次いで「6~10年以内」(31.5%)である。

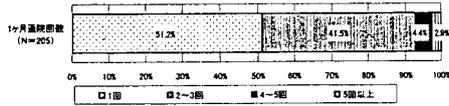
図表 2-4 調査票を受け取った医療機関への通院期間



(3) 調査票を受け取った医療機関への1ヶ月当り通院回数

患者が患者調査票を受け取った病院・診療所に通院する回数は、1ヶ月当りで「1回」(51.2%)が最も多く、次いで「2~3回」(41.5%)である。

図表 2-5 調査票を受け取った医療機関への1ヶ月当り通院回数

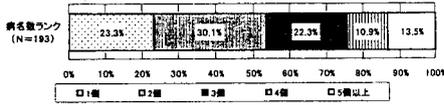


(4) 後期高齢者診療計画書に書かれている病名数

後期高齢者診療計画書に書かれている病名数は、平均で2.75個である。また、「2個」書かれている場合が30.1%と多く、次いで「1個」(23.3%)、「3個」(22.3%)である。

・後期高齢者診療計画書に記載の病名数(図表2-6)・・・平均 2.75個

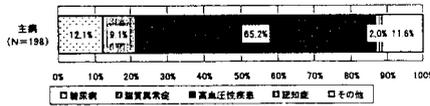
図表 2-6 後期高齢者診療計画書に書かれている病名数



(5) 後期高齢者診療計画書に書かれている主病

後期高齢者診療計画書に書かれている主病は、「高血圧性疾患」(65.2%)が最も多く、次いで「糖尿病」(12.1%)である。

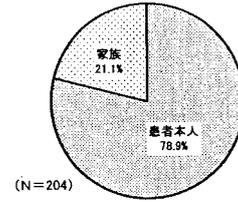
図表 2-7 後期高齢者診療計画書に書かれている主病数



(6) 患者調査票の記入者

患者調査票の記入者は、「患者本人」が78.9%を占め、「家族」は21.1%である。

図表 2-8 患者調査票の記入者

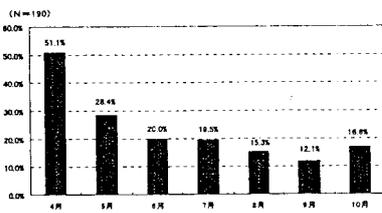


3) 患者の受診状況

(1) 後期高齢者診療計画書を渡された月

医師から後期高齢者診療計画書を渡された時期は、平成20年「4月」が51.1%と最も多く、次いで「5月」(28.4%)である。また、後期高齢者診療計画書を渡された月が「4月」のみである割合は34.7%と最も大きく、次いで「5月」のみ(19.5%)、「6月」のみ(10.5%)となっているが、「4月~10月まで毎月」の割合も6.8%ある。

図表 2-9 後期高齢者診療計画書を渡された月



図表 2-10 後期高齢者診療計画書を渡された月のパターン

パターン	割合
1 4月	34.7%
2 5月	19.5%
3 6月	10.5%
4 4月・5月・6月・7月・8月・9月・10月	6.8%
5 7月	5.8%
6 4月・7月・10月	4.2%
7 8月	3.7%
8 9月	2.6%
9 10月	1.6%
10 4月・7月	1.6%

(2) 後期高齢者診療料の算定前後の変化

後期高齢者診療料の算定前後で、計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化をみると、「変わらない」(85.9%)が最も多く、次いで「回数は減った」(7.3%)である。また、通院回数が変わった理由については、増えた理由として「疾病が増えたため」等があり、減った理由としては「待ち時間が長くなるから」等がある。

図表 2-11 後期高齢者診療料の算定前後の通院回数の変化

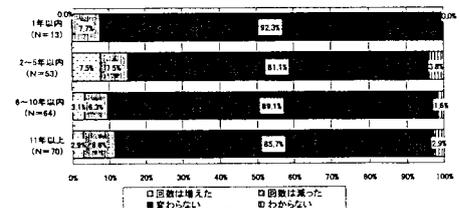


通院回数が変わった理由 (総件数: 17)

- 増えた理由: 疾病が増えたため(2件) / 診療を受けず処方せんのみを受け取っていたから(1件)
- 減った理由: 待ち時間が長くなるから(3件) / 料金が高くなったから(2件) / 長期間の処方せんを出してくれたから(2件) / 症状が安定したから(2件)

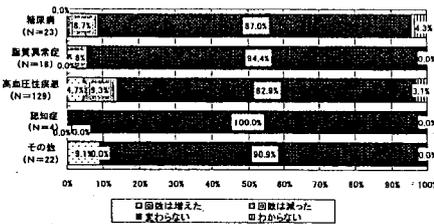
計画書を渡される病院・診療所への通院回数の変化を通院期間別にみると、他の期間と比較して「2~5年以内」は「回数は増えた」が7.5%と大きい。

図表 2-12 通院期間別 算定前後の通院回数の変化



計画書が渡される病院・診療所への通院回数の変化を患者の主病別にみると、「糖尿病」及び「高血圧性疾患」は「回数は減った」が9%程あり、他の主病に比べると大きい。

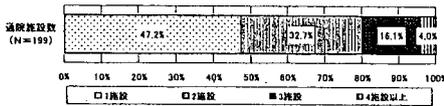
図表 2-13 主病別 算定前後の通院回数の変化



(3) 通院施設数

現在、通院している病院・診療所の施設は、「1施設」(47.2%)が最も多く、次いで「2施設」(32.7%)である。また、通院施設数の平均は1.78施設である。

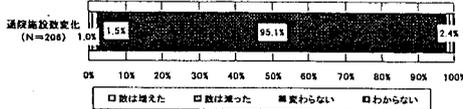
図表 2-14 通院施設数



・通院施設数 ... 平均 1.78施設

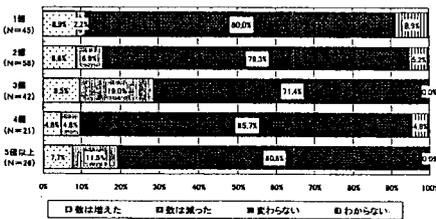
後期高齢者診療計画書が渡されるようになった前と後で、通院している病院・診療所の数の変化をみると、「変わらない」が95.1%である。

図表 2-15 後期高齢者診療料の算定前後の通院施設数の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に検査回数の変化をみると、「数は減った」が病名数「3個」の患者は19.0%、「5個以上」の患者は11.5%と他に比べて大きい。

図表 2-19 記載病名数ランク別 算定前後の検査回数の変化



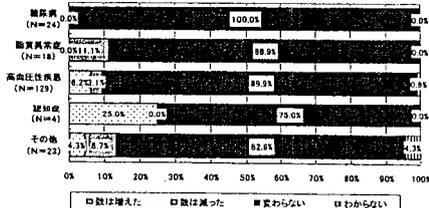
(5) 後期高齢者診療料の算定前後の処方薬数の変化

後期高齢者診療計画書が渡されるようになった前と後で、処方される薬の数の変化をみると、「変わらない」(89.9%)が最も多く、次いで「数は増えた」(4.8%)である。

図表 2-20 後期高齢者診療料の算定前後の処方薬数の変化

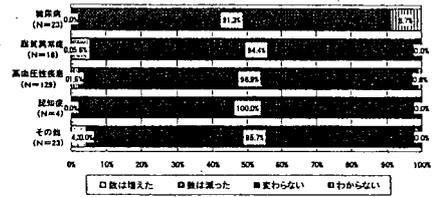


図表 2-21 主病別 算定前後の処方薬数の変化



通院している病院・診療所の数の変化を患者の主病別にみても、「変わらない」が9割を超えている。

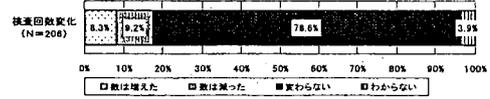
図表 2-16 主病別 通院施設数の変化



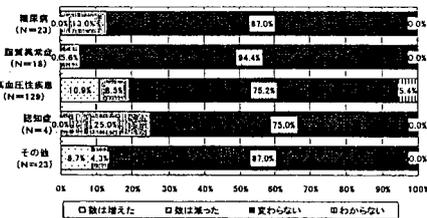
(4) 後期高齢者診療料の算定前後の検査回数の変化

後期高齢者診療計画書が渡されるようになった前と後で、検査回数の変化をみると、「変わらない」(78.6%)が最も多く、次いで「数は減った」(9.2%)である。主病別では「高血圧性疾患」患者の10.9%が「数は増えた」としている。

図表 2-17 後期高齢者診療料の算定前後の検査回数の変化

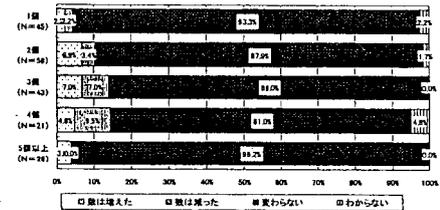


図表 2-18 主病別 算定前後の検査回数の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に処方される薬の数の変化をみると、いずれも8割以上が「変わらない」であるが、「数は減った」は病名数「4個」の患者では9.5%、「3個」の患者では7.0%。また、「数は増えた」は病名数「3個」及び「2個」の患者では7%程あり、他に比べるとやや大きい。

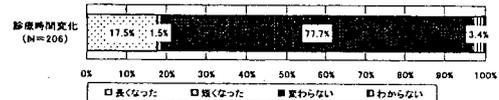
図表 2-22 記載病名数ランク別 算定前後の処方薬数の変化



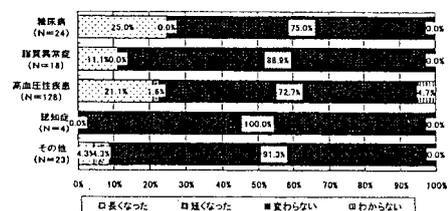
(6) 後期高齢者診療料の算定前後の診療時間の変化

後期高齢者診療計画書が渡されるようになった前と後で、診療にかかる時間の変化をみると、「変わらない」(77.7%)が最も多く、次いで「長くなった」(17.5%)である。主病別では「高血圧性疾患」患者の21.1%が「長くなった」としている。

図表 2-23 後期高齢者診療料の算定前後の診療時間の変化

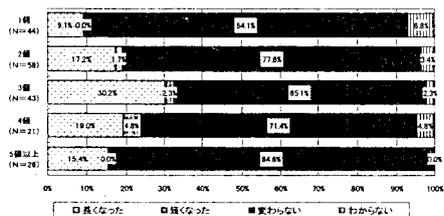


図表 2-24 主病別 算定前後の診療時間の変化



後期高齢者診療計画書に書かれている病名数ランク別に診療時間の変化をみると、いずれも6割から8割が「変わらない」であるが、「長くなった」は病名数「3個」の患者では30.2%を占めている。

図表 2-25 記載病名数ランク別 算定前後の診療時間の変化



(7) 他医療機関の対応状況

後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、計画書を渡されている所他に通院している他の病院・診療所で、「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」の内容について「きかれていない」患者が65.6%を占める。「きかれた」患者は14.6%である。

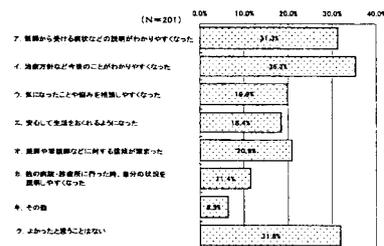
図表 2-26 他医療機関からの対応状況



(8) 後期高齢者診療料の算定後のよかった点

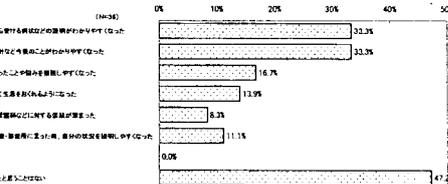
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、よかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(35.3%)が最も多く、次いで「よかったと思うことはない」(31.8%)である。

図表 2-27 後期高齢者診療料の算定後のよかった点



後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる算定後のよかった点は、「よかったと思うことはない」(47.2%)が最も多く、次いで「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(33.3%)、「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(33.3%)である。

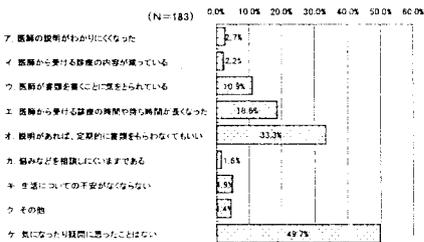
図表 2-28 診療時間が「長くなった」患者の算定後よかった点



(9) 後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点

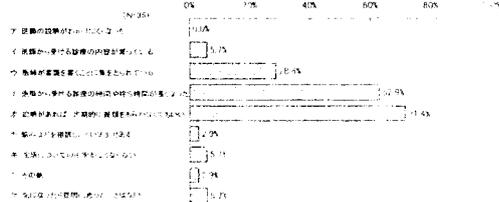
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、気になったり疑問に思ったことは、「気になったり疑問に思ったことはない」(49.7%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(33.3%)である。

図表 2-29 後期高齢者診療料の算定後の気になった点・疑問点



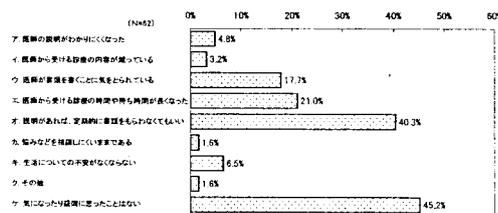
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(71.4%)が最も多く、次いで「医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった」(62.9%)である。

図表 2-30 診療時間が「長くなった」患者の算定後気になった点・疑問点



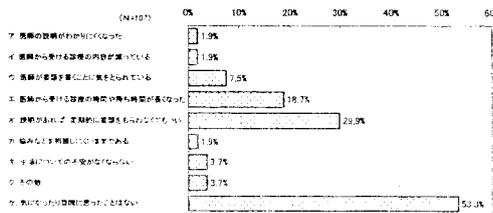
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、「よかったと思うことはない」と答えた患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」(45.2%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(40.3%)である。

図表 2-31 「よかったと思うことはない」患者の算定後気になった点・疑問点



後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、「よかったと思うことはない」と答えた患者以外の患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」(53.3%)が最も多く、次いで「説明があれば、定期的に書類をもらわなくてもいい」(29.9%)である。

図表 2-32 「よかったと思うことはない」患者以外の算定後気になった点・疑問点



(10) 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される医師から受けた診療などについて満足度の変化をみると、「変わらない」(71.4%)が最も多く、次いで「満足に思うようになった」(20.7%)である。

図表 2-33 後期高齢者診療料の算定前後の診療等に対する満足度の変化



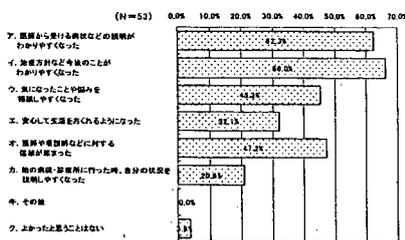
後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、診療時間が「長くなった」と答えた患者が感じる満足度の変化は、「変わらない」(61.1%)が最も多く、次いで「満足に思うようになった」(25.0%)である。

図表 2-34 診療時間が「長くなった」患者の満足度の変化



医師の診療などに満足している患者が感じるよかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」(66.0%)が最も多く、次いで「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」(62.3%)である。

図表 2-35 満足している患者の感じるよかったと思うこと



(11) 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」についての希望や意見

- 後期高齢者診療計画書について (総件数: 34)
  - ・毎月は不要 (9件)
  - ・今後のスケジュールが分かって良い (1件)
  - ・治療方針や履歴がわかってよい (1件)
  - ・口頭で説明があれば良い (1件)
  - ・内容が具体的にない (1件)
- 本日の診療内容の要点について (総件数: 34)
  - ・毎月は不要 (6件)
  - ・本人が検査結果を覚えていないので都合が良い (2件)
  - ・いつも同じことしか書いてない (2件)

6. まとめ

本調査では、新設された後期高齢者診療料による、治療の内容や患者の受診行動の変化を把握するために、後期高齢者診療料の届出を行っている医療機関、および当該医療機関において後期高齢者診療料の算定を受けた患者に対して調査し、その状況を把握した。

施設調査では、回答施設の 10.5%が後期高齢者診療料を算定しており、そのうちの 54.0%が在宅療養支援診療所であった (図表 1-6、1-7)。

後期高齢者診療料を算定している施設は、連携している関連施設が 3~5 施設であるところが多く、また、高齢者担当医の医師数は平均が 1.39 人であった (図表 1-9、1-11)。

後期高齢者診療料を算定している施設では、外来患者総数に占める 75 歳以上患者割合が前年度に比較して増加しているところが多い (図表 1-12)。

後期高齢者診療料を算定している患者数を主病別にみると、「高血圧性疾患」が 59.1%、「脂質異常症」が 15.5%、「糖尿病」が 6.6%を占めている (図表 1-23)。

算定患者の通院回数や検査頻度などの回数変化をみると、いずれの主治において「変化なし」が 75%前後から 85%前後を占めるが、「生活機能の検査頻度」及び「身体計測の頻度」は「増加」が 12%から 19%程度あり、他の検査頻度に比べるとやや大きい (図表 1-15)。その変化の理由は、「必要な検査等の見直しを行ったため」あるいは「定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため」があげられるが、いくつかの検査では回数の減少理由としても「必要な検査等の見直しを行ったため」があげられていた (図表 1-16)。

後期高齢者診療料の算定による効果については、「ほとんど効果はない」と回答した施設が 3 割前後あるが、「患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと」や「患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと」については効果があるとした施設がそれぞれ 3 割を超えている (図表 1-19)。

後期高齢者診療料の算定を行っていない施設は、その理由として「患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため」が最も多く、次いで「他の医療機関との調整が困難なため」、「患者に必要な診療を行う上で現行点数 (600 点) では医療提供コストをまかなうことが困難なため」などであった (図表 1-30)。

患者調査では、後期高齢者診療料の算定患者の約 8 割が 75 歳~84 歳であり、通院している期間は 6 年以上が多かった (図表 2-3、2-4)。また、後期高齢者診療計画書に書かれている病名数は平均で 2.76 個であり、主病は「高血圧性疾患」が最も多く、次いで「糖尿病」が多かった (図表 2-6、2-7)。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、通院回数や検査回数、処方される薬の数、診療にかかる時間を比較すると、多くの患者は変わっていないと回答しているが、診療にかかる時間は長くなったと回答した患者が 17%程いた (図表 2-11~2-25)。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから、よかったと思うことは「治療方

針など今後のことがわかりやすくなった」「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」であった (図表 2-27)。また、後期高齢者診療計画書を渡されるようになってから「よかったと思うことはない」と答えた患者が感じる算定後の気になった点・疑問点は、「気になったり疑問に思ったことはない」「説明があれば定期的に書類をもらわなくてもよい」等である (図表 2-31)。

後期高齢者診療計画書を渡されるようになった前と後で、計画書を渡される医師から受けた診療などについて満足度の変化をみると、「変わらない」が最も多く、次いで「満足に思うようになった」であった (図表 2-33)。満足している患者が感じるよかったと思うことは「治療方針など今後のことがわかりやすくなった」「医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった」である (図表 2-35)。

資料1 施設調査票における自由記回答意見

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
1	・書類を作成する事により患者さんの診療料が高くなることに対し、患者・家族が理解しにくいと思います。・当院は予約診療ではなく検査の計画書が書きにくい。・後期高齢者診療料はかかりつけ医の認知症指導を評価した点では、今後も継続していただきたいと思っています。
2	後期高齢者の場合は、問題点が非常に多岐にわたるため、簡単に1枚の書面で表し、家族に渡せない。薬剤の量的問題もあり、少量ずつに多岐にわたる事あり。又、多科にわたる疾患の合併症が多いため、統括する診療科が（例えば内科など）必要であるが、他科の詳細な治療内容が不明なため、自分の所の方針は簡単に決められない。又、書類が今後とも何種類にもわたる可能性があり、この様な方針には、賛成出来ない。カルテ記載だけでも大変な状態なのに、机上だけで考える方針には反対です。より親身な診療には時間が絶対に必要である。
3	これがあろうとなかろうと、しっかり診療していれば患者さんにとって良い医療は提供できるので、くだらない指導管理料はやめた方がよい。慢性疾患でも風邪でも同じように診療の手間はかかるのであり、診療料を主体にして全般的に管理料は減らすべきであろう。
4	診療料の規則が難しい。
5	・医師の医療へのモチベーションが下がる。・何も無い程、利益が出るような仕組みは、医師の心を荒廃させる。・高齢者の受ける医療レベルは確実に低下し、不幸である。
6	年齢で区切る後期高齢者保険は制度上おかしい。
7	複数の診療所に通院している高齢者が多く、「先に取った者勝ち」の現行制度には違和感が大きい。また、周辺の医療機関でも殆どとっておらず、他院との調整が困難と思われる。
8	医師に対して、いろいろな書類を作らせるシステムができることは不満がある。勤務医も開業医も、医業半分、事務仕事半分に近づきつつあり、それが、患者との時間が作れない原因となっている。書類を減らして、患者にかかる時間が作れるようにしてほしい。
9	現時点での点数はそこそこにあると思いますが、それに関する書類を作成、継続するための手間が多く面倒である。点数に関しても「いざれ梯子をはずされそう」という不快感がある。
10	後期高齢者医療制度の内容がよくわからない。整形外科診療と後期高齢者診療とが関係ない。
11	後期高齢者診療料のような制度は廃止してほしい。
12	全く必要のない制度と考えます。かかりつけ医が何人いても、みんな、同じ様に患者に接するので、全員同じ点数が得られなければ、不公平が生じます。指導料だけで充分。他院との関係も、運営も悪くなってしまいます。
13	かかりつけ医とは云え、一人一人の患者さんのすべてをみることは困難です。まして24時間ずっと責任をもって診ていくことなど又現実とはとてもできません。患者さんは、病院で診療をうけることができれば一番幸せです。在宅療養より入院加療が出来る態勢を作るべきです。
14	十分な検査等行えないと考える。詳細に診療条件等が明らかでなく、査定が多くなるときの。月によって、選択していいとのことだったが、詳細がわからない。
15	患者にも医師にもメリットを感じません。
16	・年齢だけで区別する制度そのものが、説得力に欠ける。・廃止が望ましい。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
17	個人の無床診療所では後期高齢者だけ別枠で診療することは困難である。
18	この制度は利用することが困難である。
19	届出はしているが、算定したことなし。
20	届出のみで全く算定していない。
21	当方としては、1人のPtを2人以上の専門医で診ていることが多く、1人が後期高齢者の算定をする他ができなくなり、不都合。全体で算定しないこととした。当方9Fのビルで36名が開業しており、内、内科が16名重なり合っており、診ている。
22	前期・後期等高齢者を分類することに反対します。
23	・高齢者も、疾患の少ない方とたくさん合併症のある方と様々です。そのため診療料自体も、大きく異なります。また、患者様方御本人も、それぞれの疾患を専門医にしっかりと診てもらいたいとやはり複数の医療機関を受診されますので、どこの施設が主治医になるか調整は困難です。・診療の内容も、計画書を渡すだけで、本来安く済む医療費が逆に高くなってしまいうこともあり、無駄が多いと思います。当院では、年金生活の患者様になるべく負担が少なくなるように、診療費は低く抑える努力をしており、後期高齢者診療料は算定しておりません。・後期高齢者診療料に限らず、外来管理加算などははじめ様々な管理料・加算のすべてで書えることで、診療報酬算定要件に書類記載の義務などを加えると結局は、十分な診療（説明や医療安全に使う時間）が妨げられ、この利益を被るのは患者様です。書類記載などの無駄な時間は、待ち時間の増加、医療の非効率となり、一医療機関での診療可能な患者数の減少、医師・スタッフの不足に直結します。患者様と直接接する十分な時間が取れ、日本の安心できる医療を確立するためには、ソフト面の診療料の引き上げと、法外な薬価、材料費（医療機器、特に外資系企業）の厳格な引き下げが必要であると考えます。
24	病状の特に安定している人を選んで、算定しています。この制度ができたので算定してみただけで診療面において何ら変化ありません。今後算定する人数をふやす予定はありません。
25	すぐに「やめるべき」と考えます。
26	労働して益（お金の面でもなく、診療における患者、医療機関にとっての医療上の実利）少し。
27	患者さんの負担も大きく、自由な受診を妨げ、制度自体問題ありと考えます。今後も算定しません（届出をしていますが・・・）。
28	即廃止を望む。
29	この様な制度が出来たのか理解できません。現状、外来業務がこれ以上複雑になるとも対応できません。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
30	内容がわかればわかるほど、いつでも算定医療機関品を取り下げる準備はある。何しろ突然ノ切ありで申請許可内容があまりにも雑で、試みに医師会で介護保険主治医意見書の書き方講習会を行ったが、それを書いて出したら許可された。いずれはみんな死んでいく。死に方を選べなくてもいいのでは？と思う。私自身延命は出来ないし、臓器移植に関しては死亡した時点で使えるものは使ってもらっていいと子供に伝えている。カードは書いてない。但し自分は他人のものをもらってまで行き続ける気持ちは全くない。もし病院に入っても死亡3日前（この判断が困難？）には家に連れ帰り、ベッドでなくタタミの上で臨終を迎えさせるように子供（医師）に伝えている（最後の医療費がバカにならないように）。
31	事前の説明不十分（制度の具体像、点数など具体的に明示すべきである）。国民の求めるような医療サービスとはかけはなれていると思う。
32	・患者が高齢であるため、多くの疾病を有し、病態の把握が検査所見を参考にしないと難しい。・定期的な診療計画を立て、医学管理することが難しい。
33	後期高齢者は一般に一人の患者さんが多数の病気をもっているため、診療項目が多岐に渡り、コストがかさみます。どうしてもやるのなら、せめて1000点以上の点数に引き上げて欲しいと思います。
34	・我が国の保険制度に、年齢による差別を取り入れる事には反対します。・主病疾患を中心に、医師を選定する事には、臨床医学上非常に問題が多い。他医療機関との関係を良好に保つ事が、現制度上では困難になる。
35	早く廃止して欲しい。以前の制度に戻して欲しい。
36	整形外科ではなじまないと思います。
37	高齢者は全般に耳が遠く（難聴）、説明をしても若い人の2~3倍のエネルギーが必要です。これだけでも疲れますので、後期高齢者診療料に係る説明にエネルギーを費やすと他の患者さんへの診療に支障をきたします。外来管理加算等も同様で、「机上の空論」です。
38	医療の現状（現場）を熟知してほしい。
39	同診療料を廃止してほしい。
40	患者負担額が安価になれば、可能と考えます（3割、2割→1割、負担なし、などに）。負担額増える時に説明しづらい。
41	特に他の医療機関との調整が困難な為、当院では施設申請はしていますが、算定は行っていません。
42	県医師会、市医師会共に今回の後期高齢者診療料の実施については全面的に反対の意向であり、その要点は上記の様なものと思われ、我々もこれに同意同調した。後期高齢者診療と前期高齢者診療とわけても、やっていること自体が同じである以上、保険上の区別はあっても75歳で突然身体が変化するわけでもなく、各人の健康状態によって診療内容も違うので、一律にするわけにはいかないと思われる。特に論理的に定める診療になるのは反対である。
43	自分が75歳を超えている患者の立場にたった場合、同診療料のメリットを理解しがたい。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
44	・高齢者は精神身体能力の個人差が非常に大きく75歳で線を引くエビデンスは乏しいと思われる。・今回の方法では患者個々の社会的背景など日常の診療時に付添している所謂「匙加減」が加味できず、町医者としては面白くないのでこれが一般化するなら医者をやめようと思う。
45	保険診療を円滑に行う為、この様なシステムは廃止してシンプル体系にすべきと思う。
46	忙しい外来診療において、煩雑な手続きが多く、困難です。他の患者様の待ち時間が増え、日常診療に悪影響が出ます。個人の診療所としては十分に対応できず、実施は難しいです。
47	・患者様への理解を浸透させる事が困難である事を痛感する次第です。・もう少し、わかりやすい算定のやり方を再考する必要があると考えます。
48	嘗て老人の医療費負担はだった。医療費がふえるからと介護保険ができ、国民保険と別に新しく介護保険料が徴収され、今回また、後期高齢者診療料が徴収されるようになった。後期高齢者診療料は明らかに受診抑制のためのものです。
49	老人は複数の疾患を有しており、一人の医師での管理は不可能である。後期高齢者診療料は廃止すべきものと考えます。
50	後期高齢者診療料をはじめ特定検診の煩雑さなど年々医療を施すに際する手間が複雑になっています。もっと医療現場を十分理解した方による政策を心からお願ひしたく存じます。
51	一つの診療所がメインで診ていくことが困難である。
52	診療に時間がかかる人や、検査（範囲内）をした人も、症状や病気が安定して単純な人とコストに差がないのは説得力がなく、お金を（一部負担金）いただくのは、如何なものかと思ひます。当院の場合、現行点数だと患者負担が増加します。ただ今の中で、「本日の診療内容の要点」は患者にとってメリットがあり、当院では、慢性疾患に関して手渡しています。家へ帰って次の診療の間に読まれているようで、症状の改善に効果が出てきています。ある程度診療内容、時間に見合う点数が合理的かと思ひますが、難しい問題です。現在は検査をしないと点数が増加しないため、必要でない血液検査を3ヶ月に1回している医療機関が多いと患者さんが言われています。反感ですが、検査が必要時しれないと点数は低く、収入は少なくて悩んでいるこの頃です。
53	・現在の後期高齢者の診療料については、一度患者さんに説明してみましたが、なかなか理解が得られず、逆に現在の医療の後期高齢者の診療及び検診システムについてかなりの不満を言われていた。・患者さんからは、この制度の目的は診療抑制ではないかととらえられている方もおられた。
54	特定疾患療養管理料などと、重複することが多い。又、75歳以上の人の大多数が、理解できるであろうか。高齢者の医療費を下げる為の、見せかけの診療点数としかと思えない。
55	医療機関へのフリーアクセスを妨げるものであり、問題がある。
56	実効性のない小手先の制度ばかり作らないでほしい。
57	算定する際に、点数の割にのぞごく大変な作業を要するものであり、普及はしない制度なのではないでしょうか。
58	・後期高齢者健診に対して反対（今まで通りで良い）。・何も分ける必要はない。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
59	後期高齢者に対し診療料を説明し、計画書を作成し「本日の診療内容の要点」など文書で説明して理解していただくことは、時間や労作の上からも日常診療の中で行うことは実際にはかなり困難と感じる。
60	全く無意味だと思います。早く廃止すべきだと思います。
61	仕事をしない程に利益になる制度では話にならない。診療制限を受ける様では、医療制度上、問題がある。介護点数と医療の点数の合計での制限は受け入れられる。介護医療合計点数制度(元気で家事しなら、払戻あり)ならやれる。これはすばらしい意見です。
62	基本的な理念としては理解できる内容ですが、実際問題として、これだけの制約と手間をかけての診療報酬に見合うものとは思えません。一個人としては普段の診療上、常に気を配っている中で、このような程度の指導はしているつもりです。我々は公的な部分にかかわる仕事もしていますが、公務員でもなければ国の機関でもありません。個人企業です。収益はある程度は考慮する必要があります。過剰な利益を得ようとは思っていませんが、現場の理解を得られないような規制、やり方を決めても無駄金を使うだけではないでしょうか。実際に医療を行う現場の意見をもっと吸い上げて下さい。又、実際に診療(医療)をうける人々の気持ちもわかるようにして欲しいと思います。
63	患者は薬剤投与を長期間希望する(再診節約のため)等、医療費の軽減希望が強い為、算定しにくい。
64	ほとんど意味のないものである。直ちに廃止すべきと考えます。
65	説明に時間をかけたが、スタッフより理解されたかされないかわからないので、どうすれば良いかと上申されることが増加した。主介護者に説明しても十分理解できず、自己負担金が減るものとの思い込んでいる方がいらした。
66	病名の絞込み(原則一病名)は高齢者では無理。有事の連携規則などが厳しい。診療計画書の義務化が煩わしい。点数(600点)が低い。
67	後期高齢者診療料は差別医療となり、高齢者医療の質の低下をきたす可能性が大であり反対である。
68	いつも来られている患者さんに紙一枚渡して、「はい、600円頂きます。」とは言えない。
69	・高齢者の方は、特に刻々と病態が変わります。型にはめて治療するよりは、オーダーメイド治療を考え、すぐに対処するべきでは、と考えます。・又、上げない医療費が逆にでてしまう。
70	医療を画一的に評価することは反対である。
71	書類の作成や定期的な交付等、意味が無く手間がかかるだけのものではないか。薬剤料等が、診療料を上回る場合は、勿論算定しない。又、診療料が上回る場合は患者さんにとって負担増となるので、算定しない。いづれにしても算定しない事になる。また、複数の医療機関を受診されている方もあり、実質的に管理できるかを把握するのは難しい。
72	医療に派手予算を組んでほしい。きめ細やかな治療ができない。急変時の対応ができない。求められている要件に対して、診療料報酬が低すぎる。誰も理解されていない為、廃止してほしい。
73	廃止すべきである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
74	同制度は日本人を年齢によって差別するものであり、絶対に廃止すべきである。
75	準備不足の一言だと思います。もう少しよく協議して、地方の関係各公的機関の意思統一(基本方針の周知徹底)を図り、マスコミを通じて広く国民の理解を求める努力をすべきだと思います。一応算定の届出だけはしましたが、現状ではとても算定できる状況ではないと思います。今後も算定するつもりはありません。患者さんの様子を見ていると、とにかく「後期高齢者」という言葉だけで皆さんとても御立腹の御様子です。感情的になってしまいとても制度の内容まで御理解頂くのは困難かと思えます。
76	廃止が良いと考える。
77	・特定疾患療養管理料に対応する方が簡便である。・フリーアクセスの状況であり、医療機関への受診調整が困難な時もある。・現行点数は低く感じる。
78	早期の廃止を望みます。意味がありません。
79	後期高齢者は、他科受診が多く、どの科が主体となるか判断が難しい。
80	メディアにて(テレビなど)話題にされており、患者様お一人一人がよく理解しているようです。
81	後期高齢者診療料では、説明と計画書通りに診療出来たかで時に問題が生ずる可能性がある。
82	中止を希望。
83	使った時間や人件費、その間に他の患者に充てられる診療時間等々を考慮すると対費用効果が悪いと考えられるため算定は難しいと理解している現状です。
84	算定をする前に約1-2週ほど試用しました。病状安定している方には計画書や診療内容の要点を毎回記入する必要を感じません。変化のある人には、とても有価です。お話をもちいて聴いて診療をし、文書に書いて説明することは、とてもよいことですが、時間がかりすぎで家です。全員にはできませんので、算定を改めました。他の医療機関との診療上のトラブルの可能性もあり、算定しませんでした。
85	直ちに廃止すべき。
86	不必要な制度だと思う。
87	高齢者の慢性疾患に関し、マルメの保険点数を使用できることに期待感を持っておりました。何しろ私達に診療以外で求められることが余りに多く、せめて保険点数の包括化でも思っておりました。しかし、後期高齢者診療料計画書の提出を求められ、時間的に対応できず止めることになりました。私自身皮膚の慢性疾患の対象患者さんには自分なりのシートを作成しております。高齢社会がどんなものか、全く理解していない人々が、保険や介護、病院にこれこれと注文をだしてくることに怒りさえ感じます。
88	後期高齢者ほど医療ニーズが高く、少なくとも現行の2倍の点数が必要である。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
89	高齢者に対する医療供給体制として、「主治医制」や「包括医療制度」は賛成です。現状では高齢者医療にはかなりの無駄や過剰診療があるとします。医療資源を合理的に配分する観点からも、「主治医」「包括」は基本的に望ましい制度だと思います。但し、その財源を保険費として後期高齢者を独立させたことに対しては、保険制度の主旨からして受け入れ難いと考えます。又、開業医には高齢者診療での急変時に応需(特に入院の場合)してくれる病院がないことも問題です。
90	当院では、まだ電子化されていませんので、後期高齢者診療料は算定ありで提出はしておりますが、今現在では一度も算定はいたしていません。今後、診療計画書を作成し、算定出来る状況にもっていくつもりです。
91	廃止すべきものと考えます。
92	600点は低すぎます。書類も大変です。
93	後期高齢者医療制度について廃止を前提に検討された。
94	胃潰瘍と高血圧で別々のクリニックで診てもらっていた場合、どちらかがとるべきか、はっきりしない。
95	後期高齢者診療計画書などの記載に手間がかかり、診療の妨げになる。
96	受診のフリーアクセスの確保と診療費に関しては、必要なものは認める方向が望ましい。
97	新しい制度の導入時は、国としてあらかじめしっかりとした説明が必要であるのではないかと。今回は説明不足であり、届出をした後に医師会の反対もあり、大変とどまった。外来管理の5分制度も無意味であり、繁雑な業務ばかり増加している。点数は下がり、医療機関は疲弊の一途を辿る。このような調査は制度導入前にも行うべきであったと考える。今年で当院は後期高齢者診療料を廃止する予定である。
98	廃止すべきである。
99	後期高齢者診療料の考え方については非常によい考えだと思います。後期高齢者医療制度自体が改善されれば、当院で算定したいと思えます。
100	机上論ではなく、現場の状況に見合った制度の導入を期待します。当クリニックに通院される75才以上の方(比較的元気な方が多い。もちろん、DH、HT等あり)で、この制度に賛同される方はいません。自分で判断し、それぞれの専門医を受診しています。75才以上の方にメリットがあり、ローコスト)賛同されるような(ネーミングも含め)制度への変更をお願いします。
101	地方と首都圏では医療が違いうのに、同一の制度は困難であります。高齢者は日々困惑しています。
102	後期高齢者保健制度自体の問題が指摘されており、この先制度が継続されるのか、後期高齢者診療料の扱いがどうなるのか、このまま続けられるか不安である。保険点数が限定改定される中、やむなく後期高齢者診療料を算定しているのが現状である。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
103	当院は内科・外科・小児科・小児外科を標榜しております。いわゆる「家庭医」を目指して地域医療を行っています。他診療所、および病院との連携が不可欠であり、後期高齢者診療料施設指定はいただきましたが、実際算定はしていません。在宅療養支援診療所の設定の認定もお願いしており、実質24時間対応ではありますが、患者さんの経済状況を考えて算定できません。田舎の特に農家の状況、高齢者世帯の経済、介護の状況を実際に現場でお手伝いしている、とても在宅療養支援診療所の基準で算定は困難です。在宅医療で、中には「来月年金が入ってから医療費を払わせていただきたい」というような方も多いため、いわゆる「あかひげ先生」のようなことは今の医療状況ではなかなか困難です。せいぜい、初診を再診にすることぐらいです(違法ではないと考えるので)。今後、医師もスタッフももう少し余裕のある仕事ができないと、「良い医療」はますます難しくなります。今後の医療、介護を良くするため、よろしくご検討ください。
104	保険医療制度の堅持のために、高齢者医療費の伸びをある程度抑制する必要があることは理解できる。そのために後期高齢者診療料の導入を行い、疾病の軽重にかかわらず高齢者一人当たりの医療費をほぼ一定とすることで、医療費の推移の予測を容易とするのが本制度の根幹と思われる。後期高齢者診療料の算定は、現行点数では高血圧や高脂血症のみといった比較的軽い疾病しか持たない患者には負担の増えをお願ひすることになる。逆に心疾患や糖尿病など複数の疾患を持ち、一定レベルの診療を行うのに検査が不可欠な場合には、現行点数では医療提供コストをまかなえない。高齢者は殆どの方が種々の持病をもっており、これを「高齢者担当医」として一人の医師が全て管理することは事実上不可能である。また、後期高齢者診療料の算定を行っている人が他の医療施設を受診する際、後期高齢者診療料の算定を受けているかどうかの確認は全て現場の医療機関で行う必要がある。本人が申告しないあるいはよく理解できていない場合でも全てを医療機関に帰することとなり、その場合のコストは全て個々の医療機関が負うこととなる。医療機関間での調整が困難であり、患者の医療機関受診の自由も制限されると考えられる。
105	当施設では、後期高齢者診療料の届出は行っていますが、現在の所これを利用して患者さんはありません。これからもこの制度を使う意志もありません。
106	不要と思われず。
107	現場を知らない人が、机上で財政の事のみ考えて、いろんな論議をしていては、日本の医療はダメになる一方と思われる。
108	人により後期高齢者診療の方がコスト高くなることもあり、なかなか御理解いただけません。
109	趣旨は理解できるが、現実的に制度としては全く無用なものである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
110	他医療機関での診療内容については、変化がある程度に報告してもらったり、患者さんの理解がある場合には、もともとやっております。しかし、独居老人の方や認知症の方は、きちんと把握しているつもりでも情報が得られなかったりします。病状も変化しやすいため高齢な患者さんに、把握をしたり計画をたてるには限界があると思いますし、薬剤情報1つとってもそういう状態なので、指導料や後期高齢者診療料についての算定情報や管理についても、現実問題無理に思います。 フリーアクセスの問題ももちろんあると思います。
111	現在の当院での診療内容であれば、出来高払いの方が説明しやすく、負担も軽くなる（医療費が少なくなる）。約2年前より長期処方をしていくが、殆ど対象疾患で1ヶ月に1回の受診では管理料225→後期高齢者治療600、収入も大台減りました！！出来れば管理料を1ヶ月に1回にして、もう少し増やして頂きたい。
112	患者数が多く、時間がかなり前倒しのと、2本立てにすることはよくないと思います。
113	・従来の診療体系では減収するので、後期高齢者医療を患者さんに勧めて採用したが、検査頻度は全く同じにしている。患者さんからのクレームは全くないが、自己負担は増してきて、たぶん不満があると思う。 ・診療中の書類書きは大変である。（あらためて計画書を説明する意味は大いにある）年に1回以上の計画書の発行は患者さんもうんざりする気がしている。日ごとの診療での会話と説明の方が大切であろう。 ・「患者サイン」は字がふるふる、手や目が不自由な方にとっては大きなプレッシャーになっていることは忘れてほしい。認知症の方にサインをもらうことはできない。「認知症」という病名を示すこともできない。
114	後期高齢者診療料の患者様の必要な診療を実施するのに600点の点数は低すぎると考える。
115	医療側からも、患者側からもなかなか受け入れ難い制度と思われる。
116	初診や必要条件が多すぎる。医療の現場からかけはなれている、他の医療機関とのトラブルの元。理解し難い。
117	後期高齢者診療料をひとくりにした世の中の流れに対する世間の批判も個人診療所程度の規模では怖い。
118	後期高齢者診療料の考え方には非常によい考えだと思います。後期高齢者医療制度自体が改善されれば、当院で算定したいと思います。承認を得ましたが、事務量が複雑です。多忙な外来診療の中では当院実施不可能です。
119	後期高齢者診療料制度は、現在の内科診療の上に屋上屋を架けるようなもの、煩雑な書類、手続きなど本当の患者の健康管理というより、わざと複雑にして医療費を抑制しようとする強硬からのものではないか、基本的には廃止すべきものと思う。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
129	年齢の特性からも医療費負担が多くなる年代でもあり、その年代を切り離して保険が成り立つかどうか疑問である。社会保障制度の中の、年代にかかわらず相互の扶助の制度である医療保険という観点からも差別的である。年代別の受益者負担の考え方が濃厚に伺える。社会保障の中の医療保険を考案している立場から肯定し難い。社会保障の原資を、福祉税、消費税に求めるべきと考える。
130	医療給付をおさえるつもりならば自己負担の増加、特に終末期等の治療を自由診療とすべきでしょう。社会的入院を切り捨て、病院を高度機能のみに再編するつもりが本当にあるならば、入院での特に高齢者の看取りを完全自由診療化、在宅での看取りを公費負担にでもすれば良いのでは。
131	ゲートキーパーの必要性を認められない。ドクターショッピングがどれくらいあるのか？ 必要検査・処方などがどれくらいあるのか？ 書類とらざるを得ない人もいます。医療秘書をとりにおいて、1日20人診れば生計のなりたて効果とは根本的に異なります。いきなり、ゴールとんでいってしまっています。
132	現行点数に画像診断も含めるのはよくない。又、600点では全体的に不足している。
133	・主病は1つだけではない。「かかりつけ医」は一人ではない。疾患により「かかりつけ医」は変わる。フリーアクセスが制限される。・包括化により、患者が望む医療が提供出来なくなる。
134	カルテ記載以外の書類記入は中止すべき。行う場合は後期高齢者診療料についての説明及び同意書を作成し署名をもらった者を対象にするならまだましである。医師にも患者にも判りにくい年齢の業には老人医療として定年後の年齢65歳からとすべきではないだろうか。
135	後期高齢者になれば必要検査がふえてまいります。特に当院では、糖尿病を主として診療を行っており、毎月の血糖検査は必須です。その説明・今後の指針について説明を行っておりますので、現行のままでは、検査（必要な）もしてはならないということになります。上記理由で算定していません。
136	・患者の求めるものは多様であり、各人の病状、病態に応じて従来の医療を行いたい。・以前の在院診が有罪無罪のうちに消滅しており、その総括も成されずに、同様の仕組みを複数だけ下げているみで、安易に受け入れ難い。・形式的な書類作成ばかりが求められて、診療の質が問われる数でなく、目的も実効性も不明。
137	高血圧症や糖尿病であれば、特定指導の225点×2ポイント（薬）350円→570円、320円→480円）であつたり赤字になってしまう。そうなるなら「処方箋」も減らさないで、薬のみにする。」というような安価なオプションにしてほしい。良い治療、はほとんどないが、なってしまう。立派な先生でも、ある程度の資格はするだろう。600点を付ければ医療への急務するは当然の道である。よって登録したものは、算定は拒否しています。（算定しませんが、3月当初に支払い基金から登録するよう強く勧められたので、県（市）で登録したものは多いはずですが・・・）。
138	2ヵ月毎の診療、3ヵ月毎の診療にも対応できるものとしてはほしい（1ヵ月で600円で現実的でない）。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
120	・療養計画書の期限に関して、「病状が安定している場合は最長で1年分の計画書でよい」を継続していただきたい。診療報酬に関して、現状では出来高に算定した場合とほぼ同じ保健点数になると考える。必要要件及びその間に必要な時間と考えると、現行点数では本制度が普及拡大するとは考えにくい。・将来像に関して、患者さんにとっては経済的負担が増える事も無く、「かかりつけ医」と意識できる良い制度と考える。しかし、「人頭払い導入」、「フリーアクセスの阻害」へ展開していく事が無い様にしていきたい。
121	経済的なことのみ理由で（医療費を下げるためだけの理由で）国民の医療制度を変更すると患者と医療者が疲弊してしまいますので止めて下さい。
122	・他の医療機関で算定しているか否かを確認する方法がありません。（以前は老人保険証に記入する欄があり、そこに色々な管理料名を記載することで確認できた。）・出来高の方が医療機関としては収入が高い場合が多い。診療のために文書を発行する手間も相当なもの。たくさん書類を渡される患者様が、ご自分の健康管理のために記録を活用されるのはむしろいいのではないのでしょうか（そもそも対象者が後期高齢者の方でなければ）。
123	今回、後期高齢者健診も設定されたが、患者の病態が様々であるため、後期高齢者診療料で一律に管理するのはコスト的にも医療的にも不合理性が強いと考えられる。また、逆に診療連携面でも複数の医療機関での診療が難しくなり、患者のアクセスを阻害すると考えられる。患者サイド、医療サイド両方から見て特にメリットはない。また後期高齢者の名称のイメージが悪くなったため、説明が困難になってしまった。わかり易い診療制度（年齢制限のない）でないと医療サイド、患者サイドの双方共指示は得られないであろう。
124	統括主治医をひとりの患者に対して決める事と医療費を削ることをうまく組み合わせようという意図が強く感じられます。現場を見ている非現実的システムと、後になって気付きました。
125	良い制度だと思いますが、もうすこし点数が高くないと継続するのは難しいと思います。
126	対象疾患数が少ない。
127	とても良い制度だと思います（医師にも、患者にも）。元々内科の慢性疾患の患者は月1回来院、必要検査のみしか実施してなかったのですが、後期高齢者診療料を算定しても診療内容は変化していません。今後もこの制限は残して欲しいと思います。
128	・診療計画書の作成に時間が掛かり、負担が大きい。・計画書あるいは診療の要点などの説明に時間が掛かり、診療が大幅におくれ、待たされた患者からの苦情が絶えない。・間10の04、05の項目について、やや有効とされているのであって、「まるめ」は断固拒否すべきです。一部は拒否的になることがある。同意するが署名はしたくないという者もある。更に一部の患者は、循環器、胃腸科、神経科と専門の診療所に通院する者があり、同意することでそれらへの通院が制限されることをそれ拒否する場合もある。・現在は後期高齢者診療料算定の条件を満たさない診療所が大部分なので診療所間の調整は問題ないが、該当する診療所があると重複の問題が増加すると思われる。・この制度は実収入においても、計画書作成、説明に要する手間と時間においても、患者の診療内容の向上においてもメリットは殆どない。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
139	・制度が患者・家族に理解できるように、簡単にしてほしい。・認知症、軽度の認知症がある人に対して、説明・同意をとることは困難である。
140	この点数は混乱をまねく、実施に困難性が高い、などにより廃止すべきである。
141	後期高齢者診療料として包括してしまうと患者さん個人に合った検査や治療がしにくくなると思える。医療はあくまで個人を対象にしているのだから、これは後期高齢者診療料算定の効果というよりも、お薬手帳記載による効果である。・計画書に同意の署名を求めると、多くの患者に緊張感が走り、一部は拒否的になることがある。同意するが署名はしたくないという者もある。更に一部の患者は、循環器、胃腸科、神経科と専門の診療所に通院する者があり、同意することでそれらへの通院が制限されることをそれ拒否する場合もある。・現在は後期高齢者診療料算定の条件を満たさない診療所が大部分なので診療所間の調整は問題ないが、該当する診療所があると重複の問題が増加すると思われる。・この制度は実収入においても、計画書作成、説明に要する手間と時間においても、患者の診療内容の向上においてもメリットは殆どない。
142	・特定疾患指導との違いを理解させるのが難しい。後期高齢者診療料では検査が増えると考えられる人がいる。・書類作成に同意及び署名等は賛同が得にくい。・何処の医療機関でこの診療料を算定しているのか判断がつかない。外院診の時と同じ。
143	・患者・診療者の経済的負担のバランスがとれているのか検証して欲しい。・月の途中で骨折等の突発的疾患や障害を負った時、本制度を適用している場合診療所の相当の負担になることが考えられるが、どのように考えられているのか。・新たな制度の全てが、如何に国の負担を減らし、個人や診療所に負担させようかという視点からのみ制度設計がなされている。弱者に対してこそ競争原理のない、国民を守るという根本に立ち戻る理念が必要ではないか。
144	院内処方の場合、薬剤数が7種類以上となると×0.9となり、後期高齢者医療制度で600点をとると、医療提供コストをまかなうことが全く困難となります（現場では高齢者は1つの診療所で全てをすませようとする傾向があります）。高齢者の薬剤数による原産制度はすぐにも廃止すべきと考えます。また、連携病院はあっても、入院等に制限（ベッド数）があり、現場では非常に困っております。予算的に、もっと余裕をもたせていただきたいと考えます（現場に、もっと、裁量権を与えていただきたいと思えます。一人の老人を診察する場合、一般の人の2〜3倍、時間が掛かります）。
145	この制度に従うつもりはない。来られた患者さまを診療させていただき、それに合った診療をさせていただくのみ。
146	市中の診療所では多科の専門医を受診されている患者も多く、算定は困難である。
147	・高齢者は複数の医療機関に通院している方が多いので、自分が主治医と主張するのはむしろいい面がある。・高齢者に検査もしないのに毎月従来より多い自己負担を理解してもらおうのが困難である。・いざいざにしても、長期処方を希望する方が多くなり、収入が激減し、医院の維持に不安をもっている。
148	高齢者大多数が老々又は独居であり、家人が居ないため書類の記入などは無理であり、近所の人に助けってもらうこともできない。・ヘルパーは、大多数は家事ヘルパーであって、定められた介護しにくい（規則上できない）。後期高齢者医療制度は人民の実情がわかっていない。国は、人民＝東京都民だと思っているが、東京都民と地方住民とは違う。
149	診療報酬のあまりの低さのため、実施する気になれない。
150	後期高齢者だから、月に2〜3回の診療ではらうとする医療の合理化プランは、実地診療にそぐわないので、改善すべきである。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
151	当院では患者さんとの対話も充分に行い、個々の患者さんに当院オリジナルの診療手帳（通院手帳）をお渡しし、来院ごとの記録を記入し、第二のカルテとして患者さんに携帯してもらっています。他医療機関受診時にはその手帳も持参するよう指導し、重複した検査、投薬などが無いようになっています。状態が安定している患者さんは基本的に月1回の来院として、処方薬物の副作用も考慮し、必要最小限の検査を年2回行うようにしています。特に高齢にて高齢者を分離する必要もなく、従来の方法で問題はなく、医療費の増大にもつながらないものと考えています。
152	今のままでは算定するつもりになれない。
153	後期高齢者診療料を取ると、他の検査などの算定が出来なくなるから、取っていない。75才で高血圧のみの方が発熱、苦しいから何が原因ですか、診て下さい！！と行って来てもタダで検査は出来ません。老人は早く死ねというのか？いずれなくなる制度でしょう。
154	75才以上の人は一般的には仕事はしていないので収入はないはず。年金が預金をおろして生活しているのだから、後期高齢者診療料は廃止すべきだし、医療費も無料化にして欲しい。
155	とにかく他院に迷惑がかかる。調整が困難。以前の高齢者まるめの際も他院へ電話する時、又かかってきた時、非常に気持ち悪い事になった。こんなことに時間と頭を使わせないでほしい。患者の取り合いになった時に問題なため算定資格だけはとっておいたが、算定する事はあまりない。
156	実証されていない新しいシステムについて、行政側の考え方のみで実施が進められていますが、あまりに実地に則しておらず、少なくともパイロットスタディ的な実施例を重ねて、コストパフォーマンス的な面も十分考慮しながら、10年単位の改革をすすめていくべきだったと考えます。早晚廃止され、再び、再検討がなされると思わざるを得ず、貴重な予算、労働が無駄にされたと思います。
157	内科だけで、眼科・耳鼻科・泌尿器科・整形外科等の疾患を適切に管理する事は不可能と思われず。
158	整形外科としては、非常に不利な制度である（算定できないケースが多いため）。
159	長い間働き、それなりに財産を作り老後を豊かに過ごした人から、30%を取るはおかしい（それまでに十分とは言えないが、税金を払い、現在も払っているはずだから）。70~74才まで1割の患者はなぜ1割になるのか、これもおかしいのではないかと、その他、生活保護、子供には医療はかからないと思っている。きちんとした教育をするべきである。受診時にお金を払い、後で返金するようなシステムを作れば、余裕のある人は取りに来ず、多少でも保険の出費が少なくなるのでは。
160	もともと後期高齢者医療制度は、高齢者医療の削減を目的に創設されたものであり、入院においては後期高齢者入院基本料であり、外来においては後期高齢者診療料であり、それぞれ入院の抑制と外来受診の抑制を目的としている。後期高齢者診療料を算定することは、出来高を否定し、患者のフリーアクセスを阻害し、人頭割などの管理医療につながる可能性が高く、皆保険制度の崩壊につながる。又、主病は1つの考え方も無理がある。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
161	・公的な服薬状況記録ノートが無い状態でこの診療料を算定するのは困難。いたずらに地域医療に混乱を招くだけと思われる。
162	特定健診で75才以上の場合は、内科疾患で通院中だと受けられず、制度からするとかかりつけ医になって年1~2回採血をすることで、代用するようだと理解しています。すべての75才以上の人にコストが取れるようにして欲しい。こちらでは毎日採血のある人には、説明をしません。一人暮らしで来院を楽しみにしている方や、計画に理解のある方を選んでいきます。休診日もあり、休日診てもらえる所にかかることもあります。かかりつけ医を1ヶ所とするよりは、優先順位を決める位が良いのではないかと。また、書類業務が増えないようにして欲しいとも考えます。最後に、わかりやすい説明をメディアを通して定期的に開講するなど、国から国民への説明を十分にしてください。
163	患者さんが求めているものとはかばはなれていると思います。後期高齢者であっても、各々専門医に診てもらいたいと思っています。
164	75才以上と74才までの人で年齢は区分できるのが、疾病診断、治療で区別つけるべきものでないです。この制度の意味の理解に苦しむ。差別につながる！早く見直しすべし！
165	高齢者はいつ急変するかわかりません。現行のシステムでは一旦後期高齢者診療料を算定したら、その同じ月には通常の保険診療はかかり高額でないと算定できません。算定を取り消すことも可能でしょうが、そうしたら、本人への返金等もややこしくなってしまいます。現行のシステムでは、非常に不便で使いにくい制度だと思います。急な場合、胃腸炎等の疾患に対しては通常通りの請求ができれば、もう少し使いやすくなると思います。
166	・医療を経済の面だけで見ることに違和感があります。例えば、救急医療に関しては、押す人、下顎を支える人、心臓マッサージをする人、血管確保をする人、得られた検体を検査する人、レントゲン技師、看護婦など、人権費を考えただけでもスムーズには出来ません。特に後期高齢者はこの可能性が高く、現在行われている医療スタッフの献身だけではとても無理です。 ・最近の日本人は以前の日本人と変わり、水魚に厳しく自分にやさしくなりました。謙虚でなくなり、対応が難しくなりました。
167	高齢者の方は、外来受診の日数が多いし、5分診療という風にも5分間で終わらない。又、高齢者の為理解するのに時間等がかかり、1人に対し人員をとられてしまうので、600点では良い診療が出来ないのが現実の為、届出は出しているが算定していないのが現状です。
168	後期高齢者診療料を算定しなくても、高齢者の全てを考慮して診療していることに変わりはありません（昔からもこれからも）。年に関係はなく、病態によって大変時間と手間、その他が必要な患者さんと、簡単にすませても大丈夫な時とあります。病態に合わせた的確な診療を日本全国の医療者はやっています（やってくれたいと頼まなくても、その医療に対して十分な適切な費用が払われることを希望します。）
169	現実的に診療料を患者が理解しておらず、理解を得ることは困難である。また、患者が診療を受ける料金が高くなり、恐らく処方箋だけをもらおうとする行為が目立つ。
170	一番の問題は他院との算定の整合性がないことと考えられます。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
171	定期的な受診されず、ご自身で服薬調整を行っている方が多いので、説明しても診療計画書は不要といわれることが殆どです。
172	廃止すべきと考えます。
173	介護意見書やカルテの記載などのほかに計画書を記載するのは、日常診療の中でも最も負担になります。
174	・診療所等に泊る合意の役割、予防医学をさせたいならば年度内で期間を決めて、特定健診と同様の検査を同じ自己負担でさせれば良い。75歳以上→高齢者は安心・年度初めに被保険者に一枚送付（健診チケット）⇒重複できない・5月~8月等3ヶ月の間に一回だけ施行可⇒この期間のみ審査を重点的にできる。加えて、各被保険者により異なる検査内容を統一してください！
175	後期高齢者医療制度そのものをやめた方がいい。
176	早く廃止して下さい。
177	・制度が算定したの開始した。一番悪い勝負が悪いのは月の途中で変化等があった検査を行う事である。・従来の特定疾患指導管理料での対応でよいような印象を持っている。
178	現行の制度でよい。後期高齢者診療料では、適切な医療、必要な検査・治療が行いにくい。
179	手帳、書類作成が多すぎる！！現在の医療費抑制の中で事務職員を雇えない！！
180	この診療料を締結するつもりは今のところありませんが、私自身が後期高齢者で、昨年末体調を崩してモチベーションが低下しています。今後、適当な事例があれば挑戦したいと思っています。それにしても、現行の点数（600点）は低いと思います。
181	こんなにめんどうなものとは当初分からなかった。
182	財源確保のために、より豊かで安心して暮らせる老後を願い、後期高齢者保険制度は始まりましたが、実際の現場では医療サービスのレベルは財源不足からのコスト削減（診療報酬1）もあり、良くて横ばい、ほとんど低下（悪化）している様に感じます。今後、猛スピードで高齢者は増加します。後期・前期などの区別を、さらに不均衡が予測され、大きな弊害は必発と考えます。
183	後期高齢者診療料は届出したが、全くメリットがないので1件も行ってない。
184	高齢者一人一人ニーズが異なり、計画書を読んでも理解していなかったりそのまごみ箱にすてられていたりする。独自の資料もつけているが、600点とらなら225×2その他の点数をとった方が患者さんにとってきこまかい医療ができる。手間減かけて600点なんか少ない点をとる意味があるのか。
185	年齢で枠組み作りをする事は現場では困難と考えます。必要な方に必要な医療を十分に提供することが大切です。
186	算定は今後も困難です。
187	当院は後期高齢者診療料の届出を行いました。実際にこれと適用して算定した患者は1人もいません。
188	廃止せよ。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
189	高齢化の進む中、後期高齢者診療料は望ましい点数であると考え、4月1日に届出をした。しかし、事前の周知不足、マスキによる先導などから「後期高齢者医療制度」バッシングともいえる状況となったため、当クリニックでは後期高齢者診療料を今年度は算定していない。今後、後期高齢者診療料についての理解が深まっていれば、医療費削減にもつながるので、算定したいと考えている。
190	年齢で差別するのはよくない。
191	高齢者は体調不良時に頻回の診察や検査が必要になることが多く、包括した医療点数ではコストをまかなえないと考えます。
192	当院ではかかりつけ医として患者さんを診させていたのですが、多岐にわたる科を診療しており、検査もそれなりに多く、現行ではコストに追いつきません。
193	後期高齢者医療制度には賛成です。一人の老人を全人的に診た医療並びにケアをする事の主旨にも賛同し、そうあるべきと思います。しかし、その為に文書を依頼して、それを患者さんに渡す等の細やかな制度が現場の医師との違和感を作っています。患者さんに主旨を説明し、実施していくためには、もっと現場の医療に合致した方法を取り入れていただきたい。それには、現場の変更を十分に取り入れた案に改善していただきたいと思っています。
194	届出を行い、4~5月該当者に施行しましたが、当方も患者さんともこの制度を理解出来ず、継続実施出来ずおります。現在算定しておりません。
195	・後期高齢者診療料は、患者個人の慢性的な疾病を総合的にみるためのものと考えます。自分は耳鼻咽喉科が専門で、後期高齢者診療料を算定する立場としては不適切と考えます。・現在、高齢者の疾病は多岐にわたる。又、医師自身もそれに合わせるように多数の専門分野に分かれています。医師たちの連携がなければ、十分な医療は困難かもしれません。・かかりつけの「担当医」という立場の教育もいまま、一人の医師を「担当医」と決めても、高齢者患者への責任は果たせるのでしょうか。
196	・後期高齢者に限り1主病、1主治医という制度の徹底を！なかなか主治医同士でも難しいし、患者さんも理解できず、面倒くさくて来院しなかったが、診療料を算定しなかったら以前と変わらないのを知りホッとして、来院を再開した患者が何人か来る（来院しなかった間に症状が悪化していた！）受診控えてこうして重症になり、医療費がかかってしまうことがある。十分に治療すると600点では足りない。
197	現在の高齢者医療には不要な制度です。早期廃止を切望します。
198	・計画書を苦勞して作成し、それを本人に渡すが本人は何のことも理解できない。計画書にもつき検査しても、なんとも考えていない人が多い。医療制はかなりのエネルギーを使っている。・糖採血などは毎月血液検査が必要ながいる。又、血糖値をみるだけでなく、脳血管や眼圧検査等も必要である。600点と決められると積極的に管理する気持がうすれていく。・市一般健診（75歳以下はメタボ健診）で対象外と検査してもらえない人は、どんな形でどこで健診するのかわかりにくい。市も国から貰われたおりにしているだけという。困っているのは75歳以上の人である。病名をつけて検査してやると、レポート病名はいけないと査定される。どうすればよいかの回答がほしい。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
199	止めた方がよい。
200	保険はなるべく単純にしたいです。
201	手間がかかりすぎで算定できない。もっと簡略にして算定しやすくしてほしい。高齢者に数ヶ月先までの検査の予定など、文章に意味はないのではないかと。後期高齢者といっても種々な、認知症の進んだ人から、元気に暮らしている人まで様々なので、一律な形はとりにくいのではないかと。
202	後期高齢者診療料等で地域医療が保てる医療・介護保険制度の見直しを求め、後期高齢者診療料の急な廃止はやめてほしい。
203	この制度は、無理があると思います。一度白紙に戻し、再度考える必要があると思います。
204	机上のプラン、絵に書いたモチである。
205	後期高齢者診療料の算定を始めて特に診療内容が変わることはありません。ただ全患者数の増加に加え、患者の一回に支払う自己負担額が検査時以外には増額になったので、処方数を増やして年間の受診数を少し減らしています(安定した患者に限り)。それで理解していただいている部分があると思います。連携医療機関数等が少ないので、把握がとりやすい面は、後期高齢者診療料を算定しやすい診療所かと思えます。
206	全く不合理な制度だと思います。
207	必要なし。
208	-今後とも、「後期高齢者診療料」は廃してもらいたい。-適応患者を増やして欲しい(骨粗鬆症など)。
209	時間がかり過ぎの為(書類作成等)必要な診療が確になる傾向がある。今度は取らない予定である。
210	計画書通りの診療が出来る患者は殆どなく、書類作成複雑なため、今年限りで届出取り下げの予定である。
211	事務的な仕事が増え、必要な検査はできず、不満の多い制度。
212	廃止してはどうですか。
213	後期高齢者診療料の内容を十分理解せず、とりえず届け出をしましたが、私も患者さんも今まで通りの方法で不満はみられません。医師の意見としては600点が必要な診療を行うことは、診療する立場および診療される方からみて両者ともに不幸になるものと考えられます。(医療は医師1人で行う事はできません。多くのメディカルの協力を必要とするものです)。
214	「計画書の作成」は、計画的な検査が続き回数は少なく、年2~3回は全て症例で行っている。「本日の診療内容」は、本人に役に立つ事は少ないと思われる。読み直している人は少ない。「家族の連絡用」としては、役にたつと思われない。「まるめ」の診療料としては、加算 診療計画(加算) 点数として、計画的な診療を促すには役立つと思われ。
215	20年前より患者に対して、治療計画をつくりそれぞれに検査Dataをもたせ、説明しているの、いまさらと考えている。但し、600点は安すぎ、倍にしてもよいと思う。その仕事は十分にしていると思う。これはよい制度です。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
216	本日の診療内容の要点は再考の必要があるようです。来院時毎回出しても同じ内容になることあり、患者さんも最近検査(定期)時のものはよく注意待ち帰りますので、定期検査等に発行し、それ以外の場合は十分時間をかけて口頭での説明でよいのではないのでしょうか。
217	元々、頻繁に検査を行う。正直に適切な開腹で検査、治療をしてきたので、この制度はともよいです。僻地であるため、月に1回の受診の方が殆どの上、他の医療機関とかがっている人が少ないので、導入には殆ど問題なかったです。患者さんも計画書をもらって喜んでます。介護の面で状況も計画書に記載し、コピーをカルテに保存しているの、診療をする上でも患者さんの状況を把握しやすくなりました。
218	当初は、原則的に後期高齢者診療料を取らないといけなかったのではないかと考えていたので、H20.4.1から多くの患者さんに説明して4月は30人程度の後期高齢者診療料をとったと思います。しかし、内科にかかっている後期高齢者は、多数の病気を抱えている方が多数おられ、1ヶ月600点では十分な検査・治療ができません。例えば、糖尿病の方は月に1回血糖とHbA1cを測定したら他の事は殆どできない状況でした。また主治医以外(その患者さんに対して後期高齢者診療料を算定していない医療機関)では検査等が今まで通りでできるのに、主治医では検査が十分にできないという矛盾が生じます。これではやはり主治医とは言えないと思います。検査をせずに問診や理学的所見のみで投薬もある程度はできるかも知れませんが、それは数十年前の医療レベルの話であって、各種検査等による、診断・治療方針に対する裏付けが無いと、高齢者といえども納得されません。以上のことより、後期高齢者診療料を勧めなくなり、患者さんからの問い合わせも全くありませんでした。また、算定していた人も今までの通りに戻してほしいとの希望が多く、結局現在は1人も算定していません。他の医療機関・施設との調整や、介護サービスの相談・検査等の大きな計画は今までも行っており(文書にして本人に渡していませんでしたが)、後期高齢者診療料の算定をしなくても、今までの治療の仕方十分主治医としての働きをしてきました。後期高齢者診療料は患者さんにとっても全くメリットは無いものと思われ。この制度は、やめた方がよいと思います。
219	現行の後期高齢者診療料の廃止を希望します。
220	後期高齢者の医療を抑制することは大切ですし、急を要する問題です。しかし、制度と一般市民の病気にに対する取り組みに大きな開きがあります。まず市民教育、市民の理解を得るような努力が必要です。超高齢者に対する過剰とも思える医療が横行していますが、これも市民教育がとても大切です。私たちの周囲でも超高齢者が救急車を利用して病院へ無理や入院させたりもあろうとします。何が何でも命を救うということよりも、寿命を延ばす。そこそこまではあきらめてもらって、限られた資源を子孫に残すという考え方を広めるべきだと思います。日本の将来を考えれば、老人負担3割、妊婦検診の全てを無料化することが望ましい。
221	採血をしない時は600点以下(診察1日)で診せていただいているので、患者様によっては負担が増す人もいます。採血をしたときに金額が増す方が患者様もお金を払いやすいと思われ(明細が良くわかる)。また、後期高齢者診療料を算定するには、スタッフを増員しないといけないと思われ。その分のお金の余裕がありません。
222	この制度は患者無視の制度と考える。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
223	後期高齢者として分けて診療することに反対。患者にこのシステムを理解してもらうことが不可能。書類作成の手間が大変。
224	制限ある診療は困難。
225	整形外科は、高齢者の患者が多く、老人世帯や独居老人の方が増えており、認知症を合併している方がかなりいる。変形関節症や変形性膝関節症、骨粗鬆症が含まれていないため、算定できません。例えば、主病が変形性膝関節症、合併症が骨粗鬆症という場合は、高齢者の慢性病であるにもかかわらず、後期高齢者診療が算定できないわけです。なぜ、慢性病の有病者が多くいるのに、含めていただけないのでしょうか。
226	後期高齢者診療料についてはっきりと理解していない
227	後期高齢者診療料は現場に即した制度とは言えず、又、地域性等の配慮にも欠ける制度と考える。
228	システムだけを見ると良さそうに見えるが、実際的には機能させるのは困難。机上の空論。現場をもっと知るべき。
229	この制度自体への反発が非常に強いです(p e r s i d e)。届出はしましたが、算定なしです。
230	忙しい時には診療計画書の作成は大変です。又、落ち着いている患者さんには、検査は年3回くらいなので、コスト面ではむしろ収入は上がると思います。しかし、もし私が患者だったら、検査をした時には余計にお金を払うのは当然だと思いますが、検査をしていない時にも同料金金を、それも以前より多く払うのは納得がいかないと思います。3割負担の人は、特に負担がかなり多くなります。それを考えると、算定する気持ちになれません。算定しなくても、文書にしなくても、言葉で説明し、コミュニケーションはとれると思います。
231	高齢者診療料を算定して経緯をみたが、主治医にとっても患者にとってもあまりメリットが無いように思う。
232	全年齢層に良い所を簡略化して行うのなら賛成であるが、高齢者に手間をかけても理解できない、信用できない。
233	600点では、やはり安いという感じです。LARO、XPまで含んでいるので、せめて、1000点は、頂きたいと思えます。
234	重度障害者(65才以上で後期高齢者該当)に対し、自立支援法より1割負担となった精神障害者に対し、600点でも負担はかけにくい。又、高齢者の収入も極度に悪化しており、一般的に日常生活で困難なため、これ以上の負担は難しい。もう限界である。いざれ困るのは国民です。全ての老人に後期高齢者診療料の算定をしたいです。しかし、目の前の困る住民をみると算定できません。
235	国はこれを導入すると医療費が200~300億減るといっている。減収になるのにペーパーばかり増えて協力する医師が増えるとは考えにくい。今開業医で問題なのは簡単な検査を頻回にくり返して、また月に必ず2回以上来院するように2週間投薬をして制度上合法的に、最大限収入があるようにしている医師が多数いることである。定期医療、月一回診療料をしっかりと支払うという考え方は合理的で良い方法だと思うが、ペーパーワークでこれ以上雑用を増やさないでほしい。医師は医療をしたいので紙に文字を書くことは増やしたくないです。

■ 後期高齢者診療料に関してご意見がございましたら自由にお書き下さい。	
236	年々医師の増加(40年前、30年前、10年前の医師数の統計をみればかなりのスピードで医師数は増加)、それに伴って高度の医療、高価な医薬品を含む医用材料・高度の検査、今後まだまだ医療費・医療に要する費用はウナギのぼりが増大すると思います。後期高齢者診療料、要は70才、80才それ以上の老人にまで負担を求める制度だけは許さないと長年思っていたが(医療制度がバグする寸前であるからの理由で)、保険制度は単純化、1本に絞って支費の増大をどう対処していくかなど、全国的な形で国民意識を高めて、抜本的な形で解決しなければならぬ時期にきていると私は考えます。
237	他医療機関への受診の調整が困難な為、原則として後期高齢者診療料を算定していない。何があってもまず当院への受診や連絡が優先されることが確実な患者さんへのみ説明し、納得された場合に算定することにしてはいる。計画書の作成・交付にかかる手間ヒマは大したものではないと思っているが、症状の安定している慢性疾患の患者さんの病像を分析して診療計画を立てるといふ作業にどれだけの臨床的意義があるのか疑問。単に点数計算上得損かの観点からとえようのない指導管理料を設置する側も、みんな反対しようとする側も、臨床の現場とか医師患者関係とかの実態をわかっていないのではないかと。こんな小細工で不要な検査を減らしたり、ドクターショッピングを抑制したり、患者の受診動向を統制できる(医療費削減に少しでも寄与できる)などと考えるなら、そういう人達とともに議論する気になれない。人頭割を本気で考えるなら、それを骨子とする政策を明確にしないと、議論は空回りするだけである。
238	かかりつけ医に拘束されたくないと思う患者は1~2割います。しかし医師と信頼関係を得るためには行った方がいい。24時間対応してもらえと勘違いしている患者が多いので少し困っている。検査スケジュールに納得しない患者もいます。
239	料金がやや安すぎる。
240	書類負担が増え、見合う加点が無い。患者指導内容が同じなのに、待たせる時間の増加した。他の医療機関との「取り合い」が生じ、むしろ病院、診療連携に支障をきたす。なぜ、月1回の診療算定の日の負担が増えるのか理解できた患者は皆無。急変時、どう算定するか迷い、健康被害が発生する危険があると感じる。意味のない、むしろ有害な制度と思うので、廃止希望。
241	後期高齢者診療料を算定している患者としていない患者に対して診療上何ら差異はないのに点数及び自己負担額に差があることに何となく心苦しい思いをしている。申請した事に対し幾分後悔している所があります。
242	お薬手帳を持っていただくことは必須と考えます。又、お薬手帳を持って来なかった方については、この診療料の5割増しが請求できるようにしていただけたらと考えます(制度上の患者側への配慮がないと、ご本人・ご家族の協力が得られません)。制度そのものは良いと考えたものの、患者様が主体的に参加できるような制度廃止の配慮が必要と考えます。75才以上の方については、特にこのような事が行われるべきと考えます。

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）  
後期高齢者診療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下さい。
- 数値を記入する設問で、該当する者・施設等が無い場合は、「01(ゼロ)」をご記入下さい。

■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	

■貴院の概要についてお伺いします。

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。(〇は1つ)  
なお、「01 病院」又は「02 有床診療所」の場合は、許可病床数もご記入ください。  
また、貴院の連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数をご記入下さい。

(1) 施設種別	01 病院	02 有床診療所	03 無床診療所
(2) 許可病床数	( ) 床 <うち一般病床( ) 床>		
(3) 連携している保健・医療・福祉サービス関連施設数			施設
(4) [再掲] 病院			施設
(5) [再掲] 診療所			施設
(6) [再掲] 介護関連施設			施設
(7) [再掲] その他			施設

問2 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。(〇は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3 貴院の開設者として該当する選択肢番号に〇をお付け下さい。(〇は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、日本赤十字会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会）
03 社会保険関係団体（全国社会保険協会連合会、厚生年金事業協同団、健康保険組合、共済組合、国民健康保険組合等）
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、医療生協、会社、その他の法人）

上記 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に〇をされた方は、8頁の問21にお進み下さい。

「01 算定あり」に〇をされた方は、以下の問7から問20の設問にお答えください。

■後期高齢者診療料の算定状況についてお伺いします。

問7 平成20年10月における75歳以上外来患者数及び後期高齢者診療料の算定患者数についてご記入ください。なお、内訳としてそれぞれ主病（重複疾患の場合、最も主な病名）別患者数・来院回数総数についてもご記入ください。

また、昨年の平成19年10月時点における75歳以上外来患者についても同様に記入ください。  
※1 「その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患」には、結核、甲狀腺腫瘍、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎を主病とする患者が該当します。

(1) 75歳以上外来患者数（平成20年10月）		人
[再掲] 主病別患者について（平成20年10月）	患者数	来院回数総数
(2) [再掲] 糖尿病	人	回
(3) [再掲] 脂質異常症	人	回
(4) [再掲] 高血圧性疾患	人	回
(5) [再掲] 認知症	人	回
(6) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1	人	回

(7) 後期高齢者診療料 算定患者数（平成20年10月）		人
[再掲] 主病別患者について（平成20年10月）	患者数	来院回数総数
(8) [再掲] 糖尿病	人	回
(9) [再掲] 脂質異常症	人	回
(10) [再掲] 高血圧性疾患	人	回
(11) [再掲] 認知症	人	回
(12) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1	人	回

(13) 75歳以上外来患者数（平成19年10月）		人
[再掲] 主病別患者について（平成19年10月）	患者数	来院回数総数
(14) [再掲] 糖尿病	人	回
(15) [再掲] 脂質異常症	人	回
(16) [再掲] 高血圧性疾患	人	回
(17) [再掲] 認知症	人	回
(18) [再掲] その他の後期高齢者診療料に規定されている慢性疾患※1	人	回

問4 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(〇はいくつでも)

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 こう門科
03 消化器科（胃腸科）	12 外科	21 産科	30 リハビリテーション科
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。→

問5 貴院の外来患者数について、平成19年10月1ヶ月、平成20年10月1ヶ月における実人数をご記入下さい。

	平成19年10月1ヶ月	平成20年10月1ヶ月
(1) 外来患者数	人	人

問6 貴院は後期高齢者診療料の算定をされていますか。該当する選択肢番号に〇をお付け下さい。算定をされている場合は、算定は開始された時期もご記入下さい。また、届出の際に記載された医師数（高齢者担当医）についてもご記入ください。

(1) 後期高齢者診療料	01 算定あり	02 算定なし
	時期：平成( )年( )月	
(2) 高齢者担当医 医師数	人	

問8 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定しており、かつ前年の平成19年8月から10月の期間においても診療にあっていた患者について、直近で診られた患者（ただし、急性病変発症の患者を除きます）を主病別に5名特定いただき、「前年と今年の回数の変化」欄に各項目の回数（頻度）の変動状況として該当する選択肢番号1つに〇をお付けください。(〇は1つ)

併せて、回数（頻度）に変動がある項目については、その理由に該当する選択肢を下記「■変化の理由」欄より選び、「回数に変化がある場合の理由」欄における当該番号に〇をお付け下さい。該当する選択肢がない場合は、「07 その他」のカッコ内に自由にご記入の上、当該番号に〇をお付け下さい。(〇はいくつでも)

■変化の理由
01 他医療機関との調整を行っているため
02 他医療機関よりの患者に関する情報提供が増えているため
03 必要な検査等の見直しを行ったため
04 定期的な後期高齢者診療計画書の作成により、医学管理が行いやすくなったため
05 後期高齢者診療計画書の作成時において患者（あるいは家族）からの希望があったため
06 患者の心身の状態に変化があったため
07 その他( )

8-1 主病 糖尿病の患者について

	前年と今年の回数の変化	回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07

8-2 主病 脂質異常症の患者について

	前年と今年の回数の変化	回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07

8-3 主病 高血圧性疾患の患者について

	前年と今年の回数の変化	回数に変化がある場合の理由
(1) 3ヶ月間の総来院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少 ⇒	01・02・03・04・05・06・07

8-4 主病 認知症の患者について		前年と今年の回数の変化		回数に変化がある場合の理由	
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		

8-5 主病 その他（結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、ぜんそく、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性肝炎）の患者について		前年と今年の回数の変化		回数に変化がある場合の理由	
(1) 3ヶ月間の総通院回数	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(2) 生活機能の検査頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(3) 身体計測の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(4) 検尿の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(5) 血液検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		
(6) 心電図検査の頻度	01 増加 02 変化なし 03 減少	⇒	01・02・03・04・05・06・07		

問9 貴院では、今後、後期高齢者診療料の算定についてどのような意向をお持ちですか。今後の意向として該当する選択肢の番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○は1つ)

01 算定患者を増やしていく 02 算定患者はこれまでどおりを維持する 03 算定患者を減らしていく  
04 その他 ( )

問10 貴院にて後期高齢者診療料の算定をはじめられてからこれまでに、下記項目のそれぞれについての効果はどの程度ありますか。効果の程度に該当する選択肢を下記「■効果について」□内より選び、「効果の程度」欄における当該番号に○を1つお付け下さい。(○は1つ)

■効果について		効果の程度	
01 きわめて効果がある	02 やや効果がある	03 どちらとも言えない	04 やや効果はない
05 ほとんど効果はない			

01 患者の心身の状況や疾患について総合的な管理を行うこと	01・02・03 04・05
02 患者の心身の状況や疾患の経過について継続的な管理を行うこと	01・02・03 04・05
03 患者の他の医療機関への受診状況や診療スケジュールを把握すること	01・02・03 04・05
04 患者に対する他の医療機関との診療、検査、投薬の重複を回避すること	01・02・03 04・05
05 患者の服薬状況・薬剤服用歴を随時的に把握すること	01・02・03 04・05
06 市町村が実施する健康診査・保健指導の内容を反映した診療を行うこと	01・02・03 04・05

問16 後期高齢者診療計画書に記載されている緊急時の入院先病院について、その平均施設数をご記入下さい。

後期高齢者診療計画書に記載の緊急時入院先病院数 (平均施設数)	施設
---------------------------------	----

問17 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について、項目の過不足や追加すべき項目など、記載に関するご意見等がございましたら具体的に記入ください。

後期高齢者診療計画書について

本日の診療内容の要点について

■後期高齢者診療料に係る患者の理解度・満足度などについてお伺いします。

問18 貴院では、後期高齢者診療(料)の活用を75歳以上外来患者に対して積極的に勧めておられますか。その活動の状況と今後の意向について該当する選択肢の番号に○を1つお付け下さい。(○は1つ)

(1) 活用の勧め	01 積極的にやっている 02 ほどほどにやっている 03 行っていない
(2) 今後の活動の意向	01 実施(継続)する 02 実施(継続)しない 03 決めていない

問19 平成20年10月における貴院の75歳以上外来患者にみる後期高齢者診療料への理解度や希望の状況について、以下の項目別に該当する患者数をご記入下さい。

	平成20年10月
(1) 75歳以上の外来患者の実人数	人
(2) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望(同意)している	人
(3) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できていないが、希望(同意)している	人
(4) [再掲] 後期高齢者診療料を理解でき、希望(同意)していない	人
(5) [再掲] 後期高齢者診療料を一部理解できておらず、希望(同意)していない	人
(6) [再掲] 患者の理解度や希望の状況は不明	人
(7) [再掲] 後期高齢者診療料に係る説明はしていない	人

問20 貴院において後期高齢者診療料に係る外来患者からの問い合わせの内容として、該当する選択肢の中から多いもの2つに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○は2つまで)

01 担当医の役割	02 診療内容・頻度への影響	03 薬の処方内容・頻度への影響
04 検査内容・頻度への影響	05 患者負担額への影響	06 他の医療機関への受診の可否
07 連携している緊急時の入院先医療機関の内容	08 問合せはない	
09 その他 ( )		

問11 貴院の75歳以上の外来患者に対して、後期高齢者診療料を算定できない患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため  
02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため  
03 患者が算定対象者としてふさわしくないと考えられるため  
04 他の医療機関にて既に算定されていた、あるいは他の医療機関が算定する予定のため  
05 患者の服薬状況および薬剤服用歴を随時的に管理することが困難なため  
06 患者に必要な診療を行う上で現行点数では医療提供コストをまかなうことが困難なため  
07 75歳以上の外来患者において算定していない患者はいない  
08 その他 ( )

問12 貴院にて後期高齢者診療料の算定を途中で止められた患者がいる場合、その理由に該当する選択肢の番号すべてに○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 他の医療機関との調整が困難なため  
02 後期高齢者診療料計画書などの記載が負担となり困難なため  
03 患者の状態変化等により必要な検査等が十分に実施できないため  
04 患者(あるいは家族)より従来の診療に戻して欲しいとの希望があったため  
05 患者の急性増悪のため  
06 求められている要件に対して診療報酬(600点)が低すぎるため  
07 その他 ( )

■後期高齢者診療料計画書の作成状況についてお伺いします。

問13 平成20年8月から10月の期間において後期高齢者診療料を算定している患者の主病別患者数(実人数)と、同期間における後期高齢者診療料計画書の交付総回数(3ヶ月間の交付回数の合計)についてご記入ください。

後期高齢者診療料計画書の作成について	患者数	交付総回数
(1) [再掲] 糖尿病	人	回
(2) [再掲] 脂質異常症	人	回
(3) [再掲] 高血圧性疾患	人	回
(4) [再掲] 認知症	人	回
(5) [再掲] その他の後期高齢者診療料の対象疾患	人	回

問14 後期高齢者診療料計画書の作成にかかる時間はどのくらいですか。平均的な(作成1回当りの)所要時間(分)をご記入下さい。

後期高齢者診療料計画書の作成に係る平均的な(作成1回当り)所要時間	約	分
-----------------------------------	---	---

問15 後期高齢者診療料計画書を記載する際に要する患者への説明(医師に限らず看護師等も含む)時間は、どのくらいですか。平均的な(患者1人当りの)説明時間(分)をご記入下さい。

後期高齢者診療料計画書の記載に関連する患者への平均説明時間	約	分
-------------------------------	---	---

問21 問6で後期高齢者診療料について「02 算定なし」に○をされた方にお伺いします。貴院が後期高齢者診療料を1人も算定されていない理由として該当する選択肢のすべての番号に○をお付け下さい。該当する選択肢がない場合はその他のカッコ内に自由にご記入ください。(○はいくつでも)

01 患者が後期高齢者診療料を理解することが困難なため  
02 患者・家族から後期高齢者診療料の算定について同意を得ることが困難なため  
03 他の医療機関との調整が困難なため  
04 患者に対する他の医療機関への受診の調整が困難なため  
05 後期高齢者診療料に係る診療計画書や本日の診療内容の要点の作成が困難なため  
06 患者の服薬状況および薬剤服用歴を随時的に管理することが困難なため  
07 後期高齢者の療養を行うにつき必要な研修を受講する(させる)ことが困難なため  
08 患者に必要な診療を行う上で現行点数(600点)では医療提供コストをまかなうことが困難なため  
09 その他 ( )

■最後に、後期高齢者診療料に関してご意見等がございましたら、下欄に自由にお書き下さい。

設問は以上です。ご協力まことに有り難うございました。  
記入漏れがないかを確認の上、12月19日(金)までに、同封の返信用封筒に入れてご投函下さい。

後期高齢者にふさわしい医療の実施状況調査1  
後期高齢者診療料に係る調査 患者調査票

【ご記入に際してのお願い】

- 1) 各設問の回答方法をご確認の上、ご本人またはご家族がご回答ください。
- 2) 分からないもの、回答できないものについては、空欄のままでも結構です。可能な範囲でご協力ください。
- 3) 選択肢の間については、あてはまる回答の番号を○で囲んでご回答ください。「その他」を選んだ場合は、( ) に具体的な内容を記述してください。
- 4) 回答が終わりましたら、調査票を指定の封筒に入れ、封をしてからそのままポストに投函ください。
- 5) 調査に関してご不明な点がある場合は、下記の「コールセンター」までお問い合わせください。

《コールセンター》

TEL: 0120-556-919 (月~金 9:30~17:00)

- 68 -

《「後期高齢者診療料」とは》

- 「後期高齢者診療料」は、75歳以上の方に対して、心と身体の状態に詳しいかかりつけの「担当医」（医師）が患者様の慢性的な病気を総合的、継続的にみるための制度で平成20年4月から導入されました。
- 「担当医」は、「後期高齢者診療料」の対象となった方に対して、「後期高齢者診療計画書」をわたり、病状や検査のスケジュールなどについて説明することになっています。
- また、診療を行った日には、その日の検査や次回の予定などが書かれた「本日の診療内容の要点」をおわたしすることになっています。

問1. 医師から「後期高齢者診療計画書」をもらったのはどの月でしたか。(○はいくつでも)

ア. 4月	イ. 5月	ウ. 6月	エ. 7月	オ. 8月	カ. 9月	キ. 10月
-------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

問2. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる病院・診療所への通院の回数は変わりましたか(○は1つ)。変わっている場合は、その理由もお答えください。

ア. 回数は増えた	} → 変わった理由)
イ. 回数は減った	
ウ. 変わらない	
エ. わからない	

問3. あなたが今、通院されている病院・診療所は全部でおよそいくつ(何施設)ありますか。

通院されている病院・診療所の全数	: 約	施設
------------------	-----	----

問4. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、通院されている病院・診療所の数は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 数は増えた	イ. 数は減った	ウ. 変わらない	エ. わからない
----------	----------	----------	----------

- 69 -

問5. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、検査の回数は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 数は増えた	イ. 数は減った	ウ. 変わらない	エ. わからない
----------	----------	----------	----------

問6. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、処方される薬の数は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 数は増えた	イ. 数は減った	ウ. 変わらない	エ. わからない
----------	----------	----------	----------

問7. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになった前と後で、診療にかかる時間は変わりましたか(○は1つ)。

ア. 長くなった	イ. 短くなった	ウ. 変わらない	エ. わからない
----------	----------	----------	----------

問8. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、計画書をもらっている所他に通院されている他の病院・診療所で、「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」の内容について きかれたことがありますか(○は1つ)。

ア. きかれた	イ. きかれていない	ウ. 覚えていない
---------	------------	-----------

問9. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、よかったと思うことはありますか。あてはまるものすべてに○を付けてください(○はいくつでも)。

ア. 医師から受ける病状などの説明がわかりやすくなった	)
イ. 治療方針など今後のことがわかりやすくなった	
ウ. 気になったことや悩みを相談しやすくなった	
エ. 安心して生活をおくれるようになった	
オ. 医師や看護師などに対する信頼が深まった	
カ. 他の病院・診療所に行った時、自分の状況を説明しやすくなった	
キ. その他(具体的に	
ク. よかったと思うことはない	

- 70 -

問10. 「後期高齢者診療計画書」をもらうようになってから、気になったり疑問に思ったことはありましたか。あてはまるものすべてに○を付けてください(○はいくつでも)。

ア. 医師の説明がわかりにくくなった	)
イ. 医師から受ける診療の内容が減っている	
ウ. 医師が書類*を書くことに気をとられている	
エ. 医師から受ける診療の時間や待ち時間が長くなった	
オ. 説明があれば、定期的に書類*をもらわなくてもいい	
カ. 悩みなどを相談しにくいままでである	
キ. 生活についての不安がなくならない	
ク. その他(具体的に	
ケ. 気になったり疑問に思ったことはない	

\*書類とは・・・医師からわたされる「後期高齢者診療計画書」や「本日の診療内容の要点」のことです。

問11. 後期高齢者診療計画書をもらうようになった前と後で、計画書をわたされる医師から受けた診療などについて満足度が変わりましたか(○は1つ)。

ア. とても満足に思うようになった	)
イ. 満足に思うようになった	
ウ. 変わらない	
エ. 不満に思うようになった	
オ. とても不満に思うようになった	

問12. 「後期高齢者診療計画書」及び「本日の診療内容の要点」について希望やご意見がありましたら、下欄に自由にお書き下さい。

□後期高齢者診療計画書について
□本日の診療内容の要点について

- 71 -

問13. あなた（患者様）自身のことについて、お伺いします。

(1) 性別 (○は1つ)

ア. 男性	イ. 女性
-------	-------

(2) 年齢 (○は1つ)

ア. 75歳～79歳	イ. 80歳～84歳
ウ. 85歳～89歳	エ. 90歳以上

(3) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院するようになってどのくらいですか (○は1つ)。

ア. 1年以内	イ. 2～5年
ウ. 6～10年	エ. 11年以上

(4) この調査票を受け取られた病院・診療所に通院する回数は1ヶ月にどのくらいですか (○は1つ)。

ア. 1回	イ. 2～3回
ウ. 4～5回	エ. 5回以上

(5) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている病名はいくつありますか。

病名の数	( ) 個
------	-------

(6) あなた（患者様）の後期高齢者診療計画書に書かれている主病はなんですか (○は1つ)。

ア. 糖尿病	イ. 脂質異常症
ウ. 高血圧性疾患	エ. 認知症
オ. その他	

(7) 本アンケートの記入者 (○は1つ)

ア. 患者様ご本人	イ. ご家族
-----------	--------

設問は以上です。ご協力まことに有難うございました。  
記入漏れがないかをご確認の上、12月19日（金）までに  
指定の封筒に入れご返送ください。

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 (案)

目 次

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

(2) 事例調査

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

(3) 意識調査

区分	内容
属性項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>年齢、性別</li> <li>医療、介護関係の仕事への就業経験の有無</li> <li>病気やけがによる入院経験の有無</li> <li>大切な人を亡くした経験の有無</li> <li>終末期の話し合いへの参加経験の有無</li> </ul>
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>話し合いを行いたい内容</li> <li>話し合いの結果をとりまとめた文書の提供希望</li> <li>話し合いを行いたくない理由</li> <li>文書の提供を希望する理由</li> <li>文書の提供を希望しない理由</li> <li>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</li> <li>報酬が支払われることが好ましいと考える理由</li> <li>報酬が支払われることが好まないと考えない理由</li> <li>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</li> <li>後期高齢者終末期相談支援料に対する考え</li> </ul>

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

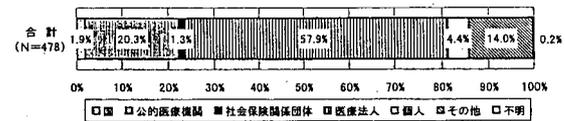
施設種類	発送数	有効回収数	回収率
病院	1,700件	478件	28.1%
一般診療所	1,700件	471件	27.7%

(2) 回答施設の属性

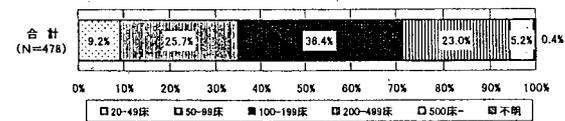
① 病院

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みると、「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。

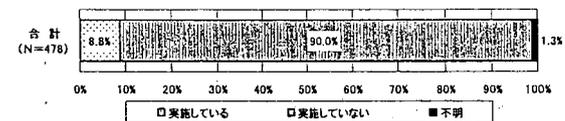
図表 1-2 開設者



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

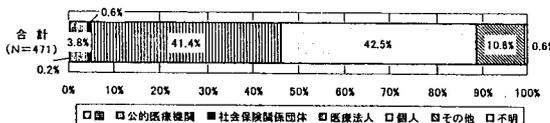


② 一般診療所

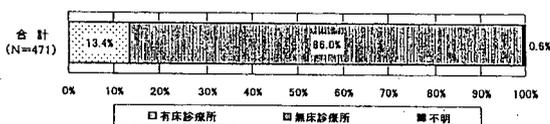
一般診療所の開設者は「個人」42.5%が最も多く、次いで「医療法人」41.4%となっていた。施設種別をみると、「無床診療所」86.0%、「有床診療所」13.4%であった。有床診療所の病床数は1施設当たり平均13.3床であった。主たる診療科目は「内科」57.7%が最も多く、次いで「消化器科」3.0%、「外科」「整形外科」2.3%であった。

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みると、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。

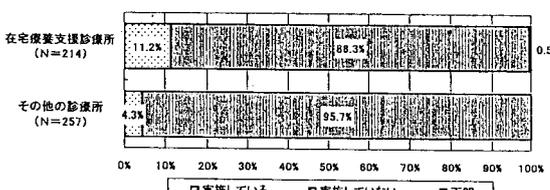
図表 1-5 開設者



図表 1-6 施設種別



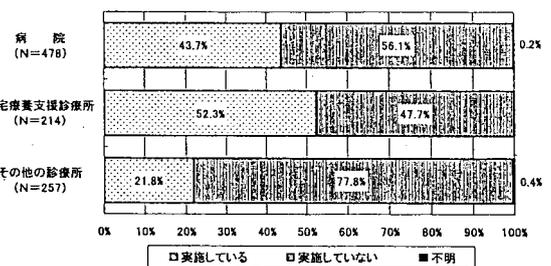
図表 1-7 終末期に関する研修の実施状況



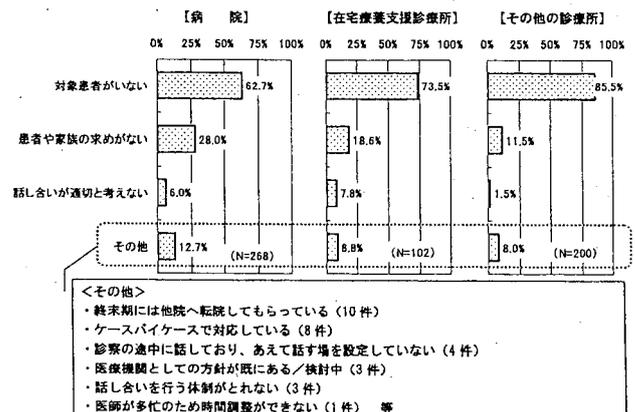
(3) 終末期の診療方針等の話し合いの実施状況

終末期の診療方針等の話し合いの実施状況をみると、「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

【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

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疎遠な場合の対応（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

【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	10.9
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

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。

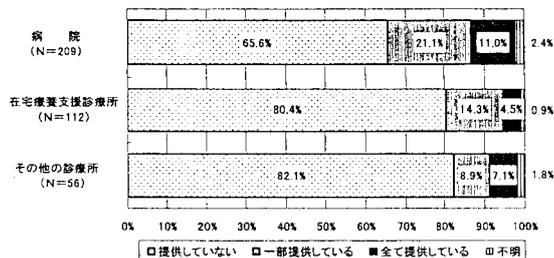
- ・患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない（10件）
- ・家族の意見に不一致がある場合の対応（6件）
- ・全て患者に伝えるべきか迷う（5件）
- ・文書を作成する時間的余裕がない（4件）
- ・話し合いの際に同意した内容と、文章提供時の希望が異なる場合があり、頻回の変更が必要になること（3件）
- ・全ての内容を文章化するのには難しい／どこまで詳細に記述するべきか迷う（3件）等

(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%
文書化を意図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月以降に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%)

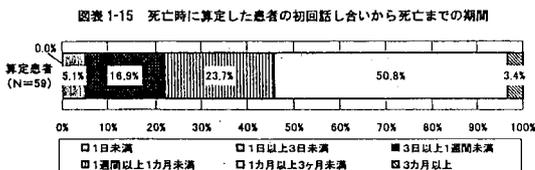
【病院】

施設種類	退院時	4～6月		7～9月	
		合計値	平均値	合計値	平均値
入院中の患者	死亡時	6人	0.67人	0人	0.00人
		2人	0人	0人	0人
		0人	0人	0人	0人
		49人	5.44人	4人	0.44人
入院中以外の患者（死亡時）	死亡時	21人	2人	2人	2人
		0人	0人	0人	0人
		0人	0人	0人	0人
		3人	0.33人	0人	0.00人

【在宅療養支援診療所】

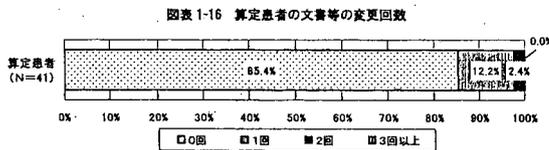
施設種類	退院時	4～6月		7～9月	
		合計値	平均値	合計値	平均値
入院中の患者	0人	0人	0人	0人	
	死亡時	0人	0人	0人	
入院中以外の患者（死亡時）	死亡時	2人	1人	1人	

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か月以上3か月未満」50.8%が最も多く、次いで「1週間以上1か月未満」23.7%であった。



※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。



※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

(6) 後期高齢者終末期相談支援料について

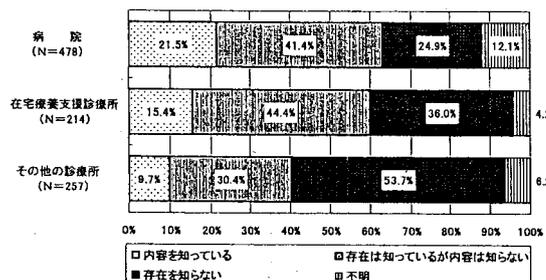
後期高齢者終末期相談支援料についての意見としては、話し合いを実施している病院では「75歳以上に限定せず実施すべきである」55.5%が最も多く、次いで「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」49.3%であった。また、話し合いを実施している在宅療養支援診療所では「75歳以上に限定せず実施すべきである」40.2%が最も多く、次いで「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」38.4%であった。話し合いを実施しているその他の診療所では「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」39.3%が最も多く、次いで「75歳以上に限定せず実施すべきである」28.6%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

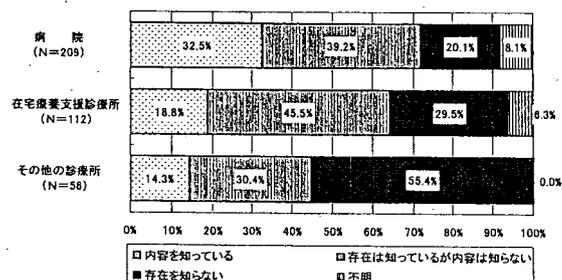
	病院		在宅療養支援診療所		その他の診療所	
	実施 N=209	非実施 N=268	実施 N=112	非実施 N=102	実施 N=56	非実施 N=102
診療報酬で評価することは妥当である	40.2%	25.7%	23.2%	27.5%	21.4%	31.5%
終末期の話し合いを診療報酬で評価することは妥当だが、話し合いの結果の文書提供を算定要件とすべきでない	29.7%	17.5%	33.0%	25.5%	14.3%	16.5%
75歳以上に限定せず実施すべきである	55.5%	37.3%	40.2%	36.3%	28.6%	35.5%
終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話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%

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



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)
- ・患者の認知症の程度によっては、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

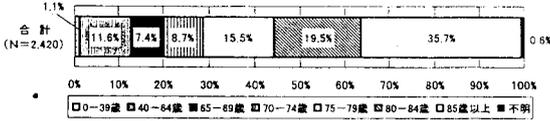
図表 2-1 回収の状況

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)

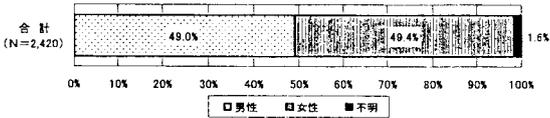
(2) 回答事例の属性

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



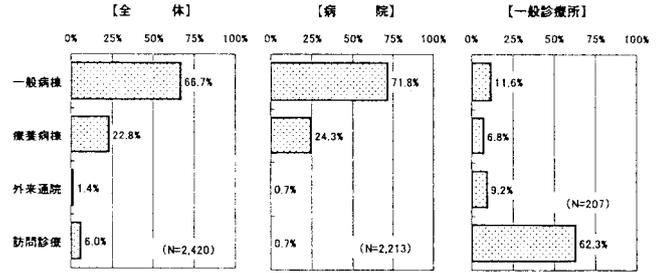
図表 2-3 性別



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。

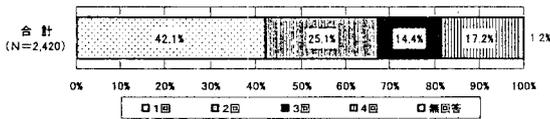
図表 2-5 主傷病

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みると、「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



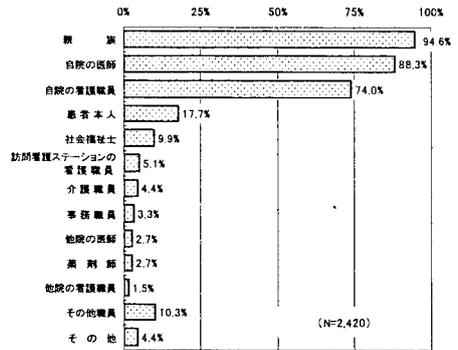
話し合い 1 回当たりの平均時間をみると、1 回目 28.6 分、2 回目 22.7 分、3 回目 21.1 分、4 回目 21.8 分であった。また、後期高齢者終末期相談診療科の算定患者のみでみると、1 回目 53.6 分、2 回目 31.5 分、3 回目 30.8 分、4 回目 18.3 分であった。

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
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。

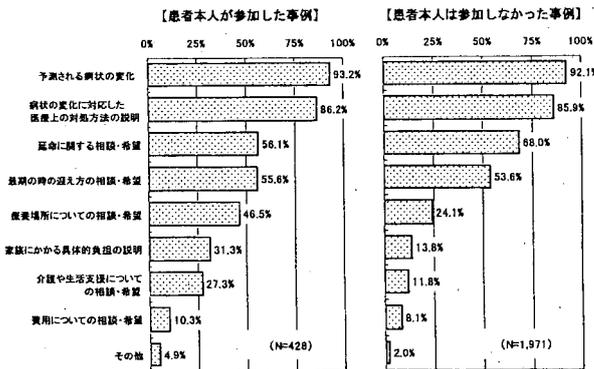
図表 2-8 話し合いに参加した職種<複数回答>



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

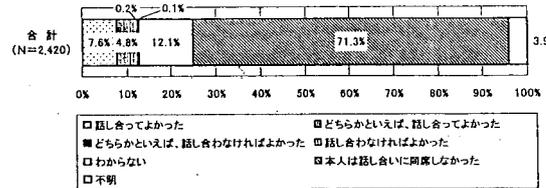


(4) 話し合い後の患者・家族の状況

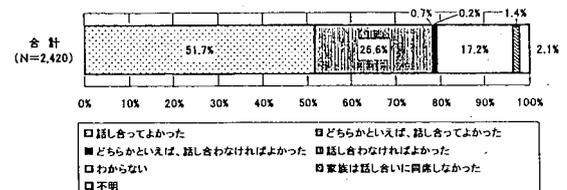
話し合い後の患者・家族の状況を見ると、患者本人は「本人は話し合いに同席しなかった」71.3%と最も多かった。また、家族は「話し合ってよかった」51.7%が最も多く、次いで「どちらかといえば、話し合ってよかった」26.6%であった。

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

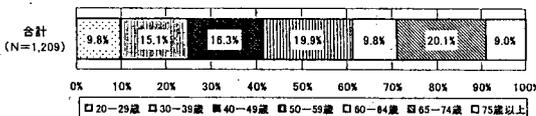
図表 3-1 回収の状況

発送数	有効回収数	回収率
2,000 件	1,209 件	60.5%

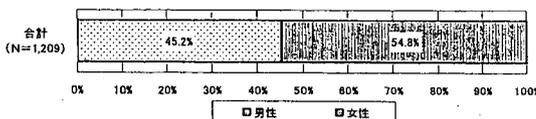
(2) 回答者の属性

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。

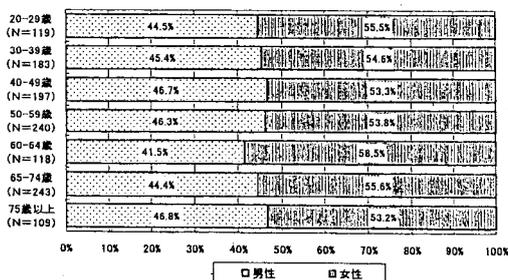
図表 3-2 年齢



図表 3-3 性別

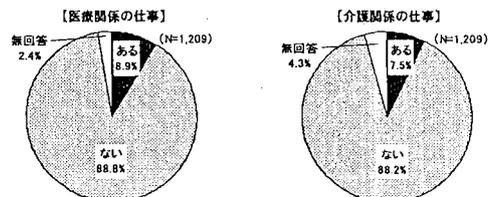


図表 3-4 年齢階層別にみた性別の状況



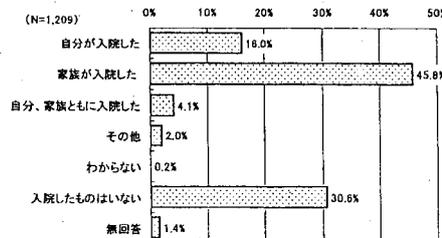
医療関係の仕事の就業経験については「ある」8.9%、介護関係の仕事の就業経験については「ある」7.5%であった。

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「入院したものはいない」30.6%であった。

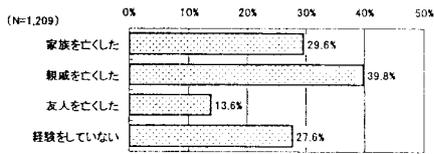
図表 3-6 過去 5 年間で本人又は家族の入院経験



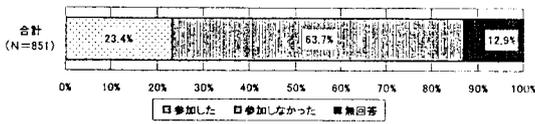
過去5年間で身近な大切な人を亡くした経験については、「親戚を亡くした」39.8%が最も多く、次いで「家族を亡くした」29.6%であった。

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緯



図表 3-8 終末期の話し合いの参加状況

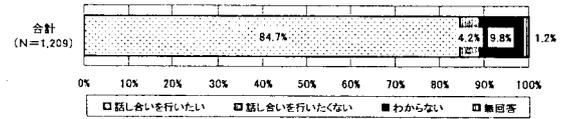


(3) 終末期の治療方針等についての話し合いに関する意識

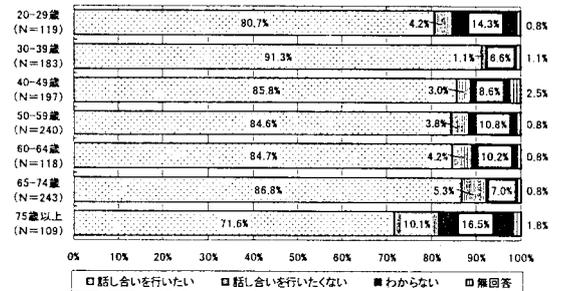
終末期の治療方針等についての話し合いの実施意向については、「話し合いを行いたい」84.7%となっていた。

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

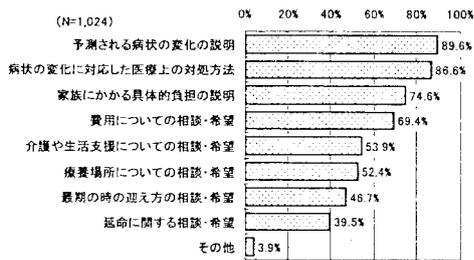


図表 3-10 年齢階層別にみた終末期の治療方針等の話し合いの実施意向



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>

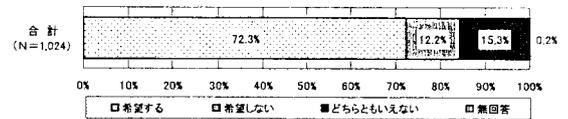
	20-29歳 (N=96)	30-39歳 (N=167)	40-49歳 (N=169)	50-59歳 (N=203)	60-64歳 (N=100)	65-74歳 (N=211)	75歳 (N=78)
予測される病状の変化の説明	95.8%	95.8%	92.9%	89.7%	90.0%	82.9%	78.2%
病状の変化に対応した医療上の対処方法	86.5%	87.4%	87.6%	89.7%	88.0%	83.4%	82.1%
家族にかかる具体的な負担の説明	77.1%	79.6%	79.3%	75.9%	68.0%	72.0%	62.8%
費用についての相談・希望	79.2%	77.8%	75.7%	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%	56.3%	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%	35.3%	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%	6.3%	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

「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。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。

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	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-64歳	65-74歳	75歳-
	(N=412)	(N=34)	(N=48)	(N=80)	(N=81)	(N=40)	(N=86)	(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%
75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%
別の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%
わからない	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ると思うから (16件) 等

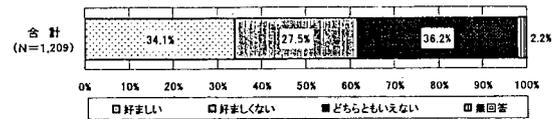
一方で「好ましくない」と考える理由については、「相談は診療に含まれていると思うから」、「高齢者の経済的負担を軽くしたい」、「相談で費用が発生することが納得できない」などが挙げられた。

・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

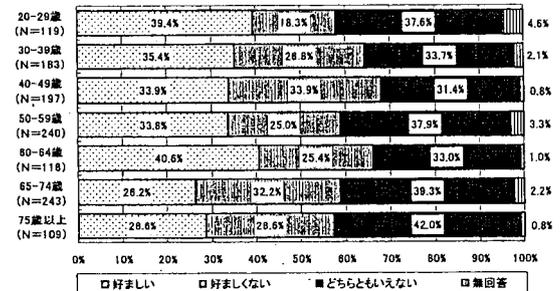
(4) 終末期の治療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識

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 年齢階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



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み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)  
 ・お金のいる人とない人の間に差が生まれそう (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は大切だが難しい。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。家族がどういう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、臨死状態とは思いがたい時(ゆっくり終末期をむかえる)時に必要ない。又、(急変もありうるので)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、本人が不信感を持ち、問わりが困難になるケース。
12	介護者の理解職が狭く、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)の理解を得られることが難しい。認知症、聴覚などの合併を有する人が多く、又がん末期の場合、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う場合(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う場合があるため)。
30	患者の責任者(家族、親族)内で意見がくい違う事があり、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すとして家族とのみ話し合いをしている。
33	医師・看護師間で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入院患者に対して実施していますが、たいいていの場合、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める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一番困難であり、話し合いにならないケースが多いことです。また、キーパーソンになる家族と話し合う機会は多いのですが、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、自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、家族間での対立などにより、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を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ートンとされ、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は困ります。
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。 ・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。
47	・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、一方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問題がある。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、胃瘻造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転入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）、本人を外して家族とだけの話し合いになること。
53	昔ながら患者と家族の関係が確立の場合、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で迎えるのか、親族も大喧嘩する場面がある。状態急変時、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	ろくにつきあひのない遠い親戚が、病状や治療経過もしらなくせに口をききむこと。
59	その保険点数まで言い出しにくい。今までどおり、あつうに「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	文書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自宅で迎えることが多い。
65	本人と家族の意見、思い、考え方が違う時。 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 ・医的処置がある（気管内吸引・IVHポート管理等） ・夜間の負担増
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まれるが、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 1. 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望む場合が多いが、入院が長くなるにつれ、自宅で最後の後が不安になって、帰ることを思いとどまってしまう（自宅でサービスの説明をしてもらう）。
73	家族が死に対して慣れていないので、最後の終末期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っています（家族や我々が体をこわしたり、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。特に家族間で意見の一致が無い時は難しい。
76	家族の思いが十分に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。身寄りがない。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。親族が遠縁であったりして、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、理解してもらお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、申し送らないと思っているので、積極的な話を聞いてほしい。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) 住環境不良
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 etc はいません。この地区で着取るPitは非常に多いが現実です。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、DPC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がつかない。
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い、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、気を配る。
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、ルール化を推進していきたいと思っています。多職種間の調整が難しいと感じています。
107	相手に話しても、覆たきりに近い状況の場合、（見たい）重症でないや「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）にうー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ると、一度に一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は難しい。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時間以上に渡り、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、意志表示ができるとしても、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	医師に対する知識が少ないため、理解できているか迷うことがある（本人、家族を含め）。末期状態の時（挿管者により、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）方針のずれ。
114	同居している親族との話し合いで在宅でそのまま悪化しても看取ると決めていても、いざ状態が悪くなり、いつか分からなくなつてから、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	遠くに住む縁者を称する人だが、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つてしまい、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、特に困難と感じるケースはありません。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並びに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	時間の都合がつかない。

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	
127	家族の方に患者が終末期にある事を理解してもらおうのが、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つしやること。
128	話し合い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	意思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（認知症を伴うため）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つた場合に対応に困ることがある。
134	①患者は本当は在宅でと思つても、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、その他施設に転送する時期を考え、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	人さまざま。考え方は時により変化すること。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」場合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	患者さんとの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、やっついで文書を読んだ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。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、交付する文書は確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時
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、方針を決定して早期・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、転回に方針を変更したり、病状説明をしたりしている。
18	一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	余りこまごま書くくと混乱する。どこまで書いたらいいのかわかる。
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、大病院では納得してもらえらるだろうが、田舎の個人診療所では、金もうけし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、その家族や周辺で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のが判断が難しい。
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ないわけではなく、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、極めて取入もなく、振り回されることがある（家族が忙しいので、日曜日にくれと要求することもある）。
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尊重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つた場合、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ます。
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身元という発想自体がいやしいと思う。5分ルールといい、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	
	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、患者の意志の確認が不可能な状態で、意思表示も無く、患者様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ってきますが、家族化し、親子・兄弟でも、日頃の付き合いが薄くなりがちな社会では、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、放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おりますが、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つて、そういう存在だったのかを確認する方法がないのが実情のところ。日頃より、親族・身内、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、「最期でも無い・まだ元気のうちに不謹慎」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。社会全体で終末期について、当たり前のようになり話ができるように、啓発を行っていく必要を感じます。
	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ラ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。
7	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しょうが、年齢で区分するには個人差がありすぎると考えられます。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、繰り上げせず、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・医療関係者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
	す。
	我々医療従事者が、回復の見込みがなく、死期が迫っており「延命治療が自立つ・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。しかし、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、終末期の治療法の話など、できないのではないかと考えられます。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。そういった事実を受け入れるには、時間も必要ですし、サポートが必要。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て頂きたいと思ひます。

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	
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えな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、低の末期の方々に、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りにしてしまうと、それぞれ人によって死生観が違いますし、世代によっても、その人の生まれ育った環境によっ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。
	点数化されることにより更なる体制の充実が必要となったり、「医師が看護士と共同して連続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です。また、算定日についても、話し合いをもった病院以外で死亡するケースも考えられる為、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にて緊急時の対応を話し合う為、1人に1回となんて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。むしろ包括診療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、看護士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。いろいろな努力を考慮し、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、文書の提出を行った場合も相談支援料を算定できるとすべきである。

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点は低すぎると思います。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。
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る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。
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え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)。 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。
31	2.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ふ。
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。よっ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)等をもっと具体的にしたい。
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、若いほど回数を重ね、医師も看護士も時間をかけ、手をかけて行っていますから・・・
39	文書で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	元來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、文書化する必要はない。
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。一度の点数評価で「とりまいた」という●●●的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	D: サイドが、診療報酬を得るためだけの行いにならないように、患者にとって無駄な延命治療が行われないことが、数回となるようにお願いします。
48	今まで普通に医者や患者との信頼関係がこの算定にて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、時間か、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、養老老人ホーム内に設置している医療室であるが、後期高齢者医療制度に係わ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、正當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、何回も同じことのために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、実際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う違和感を覚える。
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、これまでの方がやりやす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。普通は謝礼く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、一般診療的では無いと考える。

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、むしろ一般の方に対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200点はとても低すぎる点数だと思えます。
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が・・・
64	結構手間がかかるうえ点数が低く(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・意見をぶつけあっている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、続けて活しております。
66	①意識障害・認知症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えます。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、家族の取捨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、問題点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えます。
69	全般的にですが、医療裁判では、「説明不足」の罪となります。報酬においても理解が得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」だと思います。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時間以上の話し合いの条件は、チーム医療の中で各種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では、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。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と思えます。自分の死の方を文書にして提供され、納得できる患者は少ないと思えます。
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えますが)。看・介護のケアの評価を取り入れてほしいと思えます。
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が確認しづらいから、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ものではなく、医師と家族の2者であっ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労力も大きいので、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・家族の関係は、大抵良好とみております。終末期に限らず、病状説明の際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、特定の日に限って設定するのでは、一回より治療費が高額となる請求しがたい。

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、これまでであ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えます。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。定に何もしない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	曾段、内科などで医者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だと思う。
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から。
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、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	医者によって悪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達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、もった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。患者のメンタルケアを行っていると思われ、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。
19	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。
20	

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が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、遠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	医療機関で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、共に良い人生を過ごすためへの費用(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、心おだやかに過ごせた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。
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・家族は大変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ないと思います。
34	重要なことを相談するに価値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れるの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、無料ってことはありません。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削ぎ、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。サービスでやってみようとおそろそかに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くいから。
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いとす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のと思うので。
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いと思います。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した相談とか得ることができるから。
62	一部負担金な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えば責任が生まれて、より仕事がしやすいからです。
64	少しでも金額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	無料だと責むわけにはいかないから。
68	ないがしろにされないといいから。
69	働いたことの、働いていただいた結果のものと思います。
70	時間を取って親身に説明、話し合い等をしてもらったことに対しての診療費は当然と思われる。
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応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、医療者も責任を持ってくれるから。
76	無料での相談は時間を掛けた話し合いをもちにくいので、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かりすると思うから。
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、他の患者さんを待たせることになり、この時間は中断と同じだと思う。
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。その苦労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っ…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労力をかけるため。
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じと考えられる。
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ことはしたいです。
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も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国から面倒見てもらってもいいかなと考えています。
94	費用一貫性と思うから。
95	人様に迷惑をかけたらお金を払うのは当然。
96	余命(病態生理学的に限界)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	個々に真つた病状に熱心に対応して下さることに対して、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だろうか。
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だけのこと強く希望します。そのためにも医療機関がこの話し合いに割られる時間、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がかかると思う。患者も自分の意志を言うことができる。ただし年収の少ない人は?
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ことは当たり前のことであり、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プロ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やってもらえるとは思えないので、費用がついた方が良いと思います。
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	医療機関が真剣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ところ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」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、本来なら当業者が負担すべき任務がある相談料を、公の機関が支払ってくれるというのはありがたいと思う。
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	医療が効くのでかまわない。

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	直接的医療行為だけでなく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、ただだと毎日に行うなら支払いは好ましくない。
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（医療）の一部として考えられるから。
140	なぜ支払が発生するのか理由がわからない。あくまでも選択肢の1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、責任ははっきりすると思われるから。
144	説明にかかる時間・人員を病院側がきちんと確保するようになると思うから。混む病院では診療さえ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。治療と同じ扱いが良い。相談料なしにすると真剣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から。
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、医療機関も手が抜けにくいという意識が働くと思うから。
157	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。
158	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して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ます。またいくら拾う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重なると思う。また支払われないことで医療格差が起ると思う。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）を相談できありがたいです。お願いするのですから当然のことと思っています（1回限りの相談は少ない。1回僅か2000円は安くても申し願ない）。
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えます。そのためには無料はいいません。
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せたくないため。
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います。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えます。
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もらえるとは思えません。
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のだから。
184	診療費の負担ができない人でも話し合いができるようにしておきたいから。

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も納得するように話をすればそれなり時間を費やします。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い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います。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う。そのためには相談料が支払われてもいいのではないかと。
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なあと思うので。
194	医師、看護師の多忙の中にお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う。
195	医療者側に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うから。
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う。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う。
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います。これを自費でするとす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柄になるようで好ましくはないのですが、医師がそのことで時間を取らずに診療費なしでは親身になって相談に乗らないのでは…との懸念があるため。
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。支払われないと流石作業的に終わってしまうのではないかと。
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から支払われるべきであると思う（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う。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	何回も繰り返して相談した結果の文章、意志が変化し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最終に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価値があると思える。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。時間がかかると思いますが支払いは当然です。
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、医師双方の了解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	病院の経費資金不足と書かれている中、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歩いい道を作ってくれと思うので。
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	時間を使って話をするのだから。
226	医療者のボランティア的精神に任せて医療機関によって差があっても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	相談も医療行為の一つだと思うから。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、説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います。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な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とはいえ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ようだから。
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額が必要と予想されるので、相談料がいくらか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は本来の医療にもともと含まれているものと考えられる。生物学的、医学的診断・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らるから。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けない。
247	自分ではどうしようもないので、相談が必要だと思います。家族の為に。
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ふ。
254	病状によっては費用がかかるかと思えますので、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、支払われる金ももらい、安心したい(重い病気は費用が高いため、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に話し合い、その後に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、経費の負担を求めるべきではない。
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	仕事としてきちんとした対応なり、システムを作っておきたいから。
262	文章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	医療行為の一環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赤い先生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	診療の一環であると考える。
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事は、診療内容というか、意志や看護師達の内容に入るから。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。 ・真剣に病気に取り組んでいただけると信じられるから。
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くれないと思う。
278	相談も診療の一環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	生活が辛い。

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頂いた方には、その費用は支払うべきです。きつ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そのものですので、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から、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	医療側も患者側も話し合いを行うことが当たり前の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、次々と努力、病院内の業務効率上、負担になっている為、診療費の(採算上は)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、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、より良い方法が見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	最近家族化が進み、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。その為には、潤滑曲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採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	自分は低い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ために、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。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	手をわずらわせるので、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え、治療の一環とする。
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(81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いく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	医師の役割に対する正当な支払いは必要だと思うので。
332	医者には家族同様最後まで見ていて欲しいから。
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外のものであり、したがって相談料として事前に取り決めておく必要がある。

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れど、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。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良いと思う。
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	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う。
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ば、医師を信頼して病気に對しての不安感が薄れるように思います。
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し、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います。
351	治る見込みがないのに家族に負担をかける。その上にもた費用がかかるのは辛い。
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する。
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、当然の支払だと思う。
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のならそれは正当な代金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、その方が良いと思うから。

問9 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	
362	色々な専門家の方々の意見を聞く為には、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ろうと思う。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られる。
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	医療機関にと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。病院もボランティアではなく、経営していかなければいけません。過大な料金を取られるのは困りますが、それだけの金額でしたら、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して必要を考えると。
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。
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	治療の一環と考える。
8	病気で重症で入院した際に、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付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しか思えない。
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をとられるのは少しおかしな気がします。相談のみは無料で良いと思う。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あたり前。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ぬ。
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あたり前だと思う。
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する理由	
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で済ませるということに対し、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、費用請求し兼ね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。
29	治療費だけでなく家計に大きな負担を与えるに加え、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になるならば、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	お金が全て絡むのは、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思う。診療しながらの相談なら別だが、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。
34	通院に交通費等が必要な為、タクシー。
35	生きる見込みのないのに、必要はない。
36	払いたくない。
37	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。
38	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、相談料の負担と支払いたくない。
39	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。
40	相談に費用が発生するのに理解できない。
41	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。
42	相談料は診療費には含まれないと思うから。
43	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する理由	
44	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もおかしいと思う。
45	実際治療をしない者が、書類を書いていただくだけで料金を取られるのはおかしいから。
46	なんで相談で金を支払わなきゃいけないのかわからない。
47	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。
48	支払われることを事前に知らせてから進んで欲しい。
49	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。
50	相談料として特別に支払われることは好ましくない。こういったことを全て含めて終末期医療とすべきだと思う。
51	患者が医師に相談するのは当然。
52	医療機関として当たり前だと思うから（相談が）。
53	経済的負担が増すのは好ましくないと思う。
54	入院中のことなので診療の一部だと思うので。
55	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う時期だから。
56	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。
57	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、病気の復合いに限らず無償ですべき。
58	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。
59	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ないと思う。
60	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。
61	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。
62	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。
63	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。
64	普通のことには報酬が生まれるのは不思議。
65	診療費の負担を軽くしたいので。
66	治療そのものは関係ないと思うから。
67	相談は医療行為でないため。
68	支払う保険料が上がりそう（現役世代の負担が増えそう）。
69	仕事の一つとしてとらえたいから。
70	現在診療費が三割負担で、病院に行くのも1ヶ月3万円かかる。

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する理由	
71	後期高齢者保険、介護保険料、月2回の通院費用、兼代等で高額になる。
72	医療行為とは考えられないから。
73	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。
74	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。
75	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。
76	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。
77	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ませんでしたか？治療費とは別と考えられるのですか？
78	終末期の病状の人に対して負担を課するのはどうかと…。
79	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）。
80	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。医療費の支出で大変なのに、教えていただくこと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。
81	相談料はおかしい。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。
82	自分の終末期の医療方針について話し合い、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。
83	診療の一部で区別する必要はないと思います。
84	治療費と相談料は別もの！！医師の職務（相談）そこに診療費がかかるのは営利目的の他ならない。
85	医師はきちんと説明する義務があると思う。
86	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。
87	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。
88	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。
89	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。
90	治る見込みがないのだから国が負担すべき。
91	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する理由	
92	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。
93	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、したくてもできない人も出てくる気がします。
94	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ぬです。
95	負担を少しでも少なくしたいから。
96	家族に負担をかけたくないから。
97	治療の経過やその後のことで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だけとしても相談支援料を支払うのはいかがなものか。
98	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がかかることに反対です。もっと安心して医療にできることを望んでいます。
99	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。
100	相談料だけ取られるのはちょっとおかしいかなと思う。
101	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…。
102	収入の少ない年齢層がこのようなことには診療費を支払うのは無理。
103	相談に料金を発生するのがわからない。
104	患者の負担が増え、保険料の値上げになると思う。
105	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。
106	通常の医療・業務の一端として施されるべきことだから。
107	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。
108	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。
109	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まだまだ自営業の母だったので金銭的なものには苦労していましたが、自分に置き換えた時、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。
110	何でも金だし。相談するのでも金で解決。金がすべての世の中。
111	医療機関に支払われることは好ましくない。高い医療費を支払った上にもたまたま支払う。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。
112	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章の提供代なども仕方ないのかもしれないが、気持ち的にはあまりいい気はしないです。
113	病気になる時にそのような相談は医療機関の義務である。
114	治療の見直しや死の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。
115	そこまで通常の医師として（医療行為）説明なので。
116	医療費がまたかかるから。
117	
118	

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。医師の人間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っていて欲しいから。
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かない。医師、看護士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。それらと診療費を支払うことで今以上に良い提案をしてくれるのか？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途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	勤務中の仕事と思います。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ります。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ます（私の経験から）。それで良いのではないかと、高齢者からの医療費の負担は切実です。
128	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した時間が作られると思うのですが、今現在医師が診療の最後にどうでも良いことを書いて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ですから。
129	最後の時を迎えるまで病院へ通院するとす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。
130	あくまで相談であり治療ではないから。
131	病状の報告だから別に支払われる必要などないから。
132	相談も治療の一つだと思うから。
133	相談に乗るのも医療のうちだから。
134	診療費は払っているのだから別に相談費として払う必要はないと思う
135	診療の一つに考え特に診療費が別に払う必要はないと思う。
136	診療費には当たらないと思うから。
137	治療の一部として考えているから。
138	相談することに費用がかかること、書面に残すことにはまだまぎれることは入るの原則が薄れてしまっし、すべてにお金がかかることは終末期を迎えた人間の尊厳を失う。
139	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がもたれるものと思う。
140	保険料を払っているので支払う必要ない。

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	
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考える。
143	病状が自分の状況を詳しく知りたいのは当然のこと、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もあっての他である。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	別に支払ってない治療費に入ると良い。
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とはおかしいと思います。
148	生活費などがあるのであればいいです。
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	自身のことで後々確認したいことなど出て来るので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的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。当たり前のことなので診療費を支払うということは好ましくないと！
153	別枠でいくら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、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考えるから。
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には差。サービスで良いのではないかと。
157	患者の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	なぜ説明をただでお金払われ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した上で支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考えます。
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、その他の費を考えると最後でお金というのは心がわなくなります。先生が十分な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がない人はどうなのかという感情もまた嫌に思えます。
163	ただでさえ負担になる医療費にさらに重なる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い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」と別にとるのではなく、その時の診療費として、治療とまとめて欲しい。「相談料」とと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。相談するだけの医師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	医師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だけではない。医師らの「時間」を拘束したということでは、全くの時間給で、医師の感謝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んですか！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、金儲けの為にしようとする気がするから。
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そう。
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。もっと思いやりをいただきたい。
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よい程度であって欲しい。
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聞かないというのは可哀しい。
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、文書はまとめたとしても、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、時間がかかるわけですから文書費は当然ですね。
181	診療費を支払うということは年金生活者にとっても負担だと思います。
182	相談は一般的治療の内はず。特別に料金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、それは別に請求されるのはとても事務的で嫌です。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	医療関係に診療費を支払うのはいいが、患者の一部負担はやめて欲しい。
186	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。
187	賃金の2重取りになる。
188	治療費やその他いろいろと費用がかかるのに、これ以上の負担は好ましくないと考えます。

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	
189	診療の結果、詳しく説明して下さい。それに対して料金を払わなければならないのかどうかと思います。
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、病気の延長だと思えます。その都度支払が大変です。年金生活者には一。
193	何故医療費が医師に支払われるのか？医師としての仕事としますので、支払いは好ましくない。
194	相談、話し合い、が難しくなる。
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の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とはおかしい。
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」のは必要だと思います。
198	相談料をとることは、医師としておかしい。
199	診療費は、治療費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仕事かと思えます。診療費が支払われるのはいかかたなものでしょう。
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おかしい。
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、文書作成で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	何故お金がいるのですか？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）だと思ふから。
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）も居るのに、医者は才真似になるとして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ません。
219	負担が多くなるのは不安。
220	そこまでののが医師や看護師の役割と考えます。
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	病院等の診療費に含まれているのではないかと。
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。診察の一部ともかんがえているから、診察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ふので、診療費として支払うのはどうかと思ふます。
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、そのためには文書にすることもわかりやすく良いことと考えます。
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います。それに支払われることは好ましくないと。
232	相談も含め、診療費に含めて良いと思ふので、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”と考えたい。
235	それも治療の一環と考えます。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ために親身に相談をし、結果文章が必要なら作成してくれても良いことだと思ふ。医師や医療機関の当然あるべき姿だと思ふ。
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で、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	書面にすることで診療費を払う必要はないと思ふ。病気の治療でないから。
240	そこまでが治療の一環だと言えらるから。
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ふ。
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暮らす見込みもない者にとって、診療費が支払えない、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ただけで当然のこと。文書作成などの必要経費は仕方ないが、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寂。思いやりの医療を。
249	ムンテラの一種じゃないんですか？いち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	家族と話し合うだけで十分だと考えます。
251	説明・話し合いは医師と患者が人として向き合い、その記録が渡される。これを診療費とするのは、医師は患者を病気をかかえる物体とみているの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に、相談料がどれくらいかという点によるあまり高いのはどうかと思ふ。
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	なるべく負担の少ない制度にされたい、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い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だと思ふ。お金がかかるから相談にのるのは人間としてどうかと思ふ。
260	相談して文書にしろというところが余計なことのように感じしてしまう。治療費や医療費を払っているのに、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、悲しくなってしまう。
261	診療費請求に重心がかりそう。
262	①話し合い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文書料は納得できる。
264	重い病気で診療費を払っているのでも一貫して扱うべきだと思います。
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。高齢者に自分を置き換えると悲しいです。

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し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。思われる。
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ふから。
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ふます。
271	サービスとしてやって欲しいから。
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んでいるのではないですか…。税金の無駄使いだと思ふます。
275	少ない国民年金の中で医療費や相談料を支払うこと？
276	医療行為のみに支払うべき。
277	医療従事者がそういった相談にのることは立場として当然だと思ふし、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ふ。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	医師等の時間を削ってもらうことに対しては、ありがたいと思ふが、命の問題等に関して、説明でお金が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たから。
280	税金の負担が増える。
281	相談料は患者の負担が大きいのと思ふから。
282	終末期治療の話し合いは当然のことだと思ふたので、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、違うような気がしました。
283	別で相談料がかかるより、診療費の中に含む方がよいと思ふます。
284	治る人にもっと負担してあげたい。治らない人には「心の安らぎと痛みを和らぐ治療を」—そういう施設を作るのにお金を使って欲しい。
285	意志や看護師が患者と話し合うことは当たり前で、それに対して診療費を支払う必要はないと思ふます。
286	終末期を安心して迎える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ふます。誰でも体験することです。償いが必要だと思ふます。
287	医師は大変な仕事ですが、診療費をもらいすぎている感じがします。話し合いは0円、文章の作成には支払っても良いと思ふます。
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法もある。

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ていくために、支援料は必要と思ふます。
2	賛成します。
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当然の事と思ふから（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と思ふます。
5	全ての人への（年齢区分なく）相談費用をもらうべきだと思ふます。・相談が幸せに時をすごすため、最も重要な医療だと思ふからです。
6	たしかに存続意義はある。
7	後期高齢者保険を75歳以上に限定すること自体に反対。
8	75歳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用すべき。
9	医師や看護師、医療従事者、患者、患者家族に話し合うだけの時間があると思ふない。
10	相談支援料は支払うべきです。
11	必要経費と思ふます。
12	その時の状況にならなければなんとも思ふないが、少ない金額なら仕方ないと思ふ（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ふので、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気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ふ。
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ふので、相互の心と心の通い合いがあって行われるものと希望したいから…。心の通いあった診療は、お金で行われるものではないと思ふ。
17	高齢者末期相談支援料について話させて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、その後の治療や過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ふ。医療従事者が相談を受け、患者や家族に安心を支えるのは当然と考える。医療費の上昇に際する相談料は認めたくない。
19	75歳以上に限定しているのは良くないと思ふ。やるなら全員を対象とすべきだと思ふ。
20	考えたことがないから、本当のところよくわからない。難しい。
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。この紙面でも知って良かったと思ふます。終末期医療であれば、年齢区分をする必要はないと思ふし、200点の報酬も妥当と思ふ。ただ、高齢者が多くなる未来に保険制度の運営が成り立つのかもと思ふます。
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ふます。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ふます。従って、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点ほ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。金のある人となかろう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、医療を後々生か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は思っている。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うのは遺憾である。もっと柔軟性が欲しい。
26	医者によって悪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十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えます。私たち自身、義母の最後を知られず、もっと色々したかった心残りがあり、もっと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、重い病等で終末をわかえることにあるのは高齢者は多いとは思いますが、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手間暇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)に評価必要。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にお願いします。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	何らかの区別が必要。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、一般的に私には解りません。知る権利があると思えます。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いなくても、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、当事者となってみた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	すべての年齢において、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(当然なことで)、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みました。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	病気に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らなれないと思います。
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のか。
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。最後まで本人は驚かず逝きました。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。難しいこととはわかりませんが、お金をもらうというの何か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	年齢区分は必要だと思います。
51	若い人でも終末をわかえるひと、治らぬ病気の人多くたさんの人が終末をわかえます。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ってもいいので確なことは言えませんが、その本人であった場合、聞き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たい。
54	終末期ではないが、重い病気の人も適用されたら良いと思う。75歳以上に限らず、終末期の病気の人も適用される制度も必要だと思う。
55	終末期相談に関する主旨については全体的に賛成である。話し合いを持つこと、自分の病気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過ごしたい。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いただきたいと思う。
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。年金が上が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。このことのアングレ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、転院した場合はどうなのか。
66	どうして対象者を決めるのでしょうか。あまりにも寂しすぎます。年令関係なく、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。お互いに負担はあつて、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いと思えるのですが。
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は思いますが、しかしながら、その行為に対し、診療費を支払えと言ふ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、設定については対峙します。
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、支払はありがたいと思う。

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・スタッフと共に進めたから「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、気持ちがかもっていないような気がするのではないかと…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わ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にのっ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と思う。
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	医者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	年齢的にも妥当だし、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	金額が負担にならぬ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弊に問題ないが、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」を設ける必要はないと思う。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	家族との行合せてあって、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なくてはならないと思う。
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	たとえ重い病状、治る見込みがないとしても、死に至るまでの間のようにすごし、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てたり、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、手をつくしてあげてほしいと思います。
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も、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、また新しい問題がでてくると思うから。
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)。大半の人がそうだと思います。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受け、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と思う。
102	大変良いことと思う。
103	患者に対して、医師は数も少なく忙しい為、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よいと思う。もし話し合いの必要がある患者があれば、行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待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、望ましくないです。
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は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。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つ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と思います。
110	高齢者の負担になるのどうかと思う。
111	後期高齢者終末期という呼び方に納得がいけない。相談支援料支払いをするのはいいが、75才になっていなくても終末期の人はいくらいるはずで、年齢を決め付けるのはどうかと思う。
112	こういう制度が新設されたことをしりませんでした。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どうかと思う。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。
113	“後期高齢者”と言う名称は賛成しかねるが、病状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。
114	自分のことで、この先のことをなかなか考えられませんか。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。
115	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。
116	病院存続の為に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。
117	75才以上が対象とあるが、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。
118	患者が病状で死亡するのは、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、委ねられないなら信じられる医師を選べばいい。結果に対して苦情を持ち出すのは無責任すぎる。
119	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。
120	

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、いつのような状況になるかわからないのに…。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か。経済的に苦しい人に影響が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	いらなくともいいと思う。
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	人の病状を発見し、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の何のために支払われているのか疑問です。
136	厚生省の説明が不充分、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点がいづ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、その時にならなくとも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。とん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	支援料の支払い有無とかよりも、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ほしい。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々あったので。

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對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必要だと思う。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どうなのか?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。医療費が払っていけないからです。
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か…。動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、家では介護無難な場合多く、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、それを文章で提供することで、より日常生活を少しでも過ごしやすいことができると思うので、良いと思います。ただ、支援料が発生することで、患者の負担も増えるので、全て良いとは言い切れません。
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つた。参考の部分を読んだだけです。あつ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	老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、患者の尊厳はないとして、この話し合いなし文書は効果あるか？
160	全ての人に無料が望ましいと思う。
161	高齢者＝親ということ、その家族は同居、別居、いろいろな家族があるが、どの方よ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に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を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だし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が。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	人生長年生きていけば、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のことだし、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、支援料の件も一言患者やその家族にいう必要はあると思います。文書が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、医者が患者の相談にのことは、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。74歳以下の方でも、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が…）。
170	治る見込みがない病気になっていて、ただでさえ金がかかるのに、なんでまた相談や診察で金を取るのかわからない。
171	医師や看護師が説明や相談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い。例のために政治家がいるのでしょうか。先のことと考えると賛成がします。
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多いと思うので、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と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莫大なお金を必要とするのは看護士ほうならば、相談料と併せて医療機関にお金が支払われるのはどう考えればおかしいです。
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	
176	病気の治療と同じと考えてよろしいのではないのでしょうか？
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	ややくちくさってさっぱりわからない。
180	老後に関しては、様々な不安が付きまとうものであり、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。延命治療のみのやり方は良くないと思う。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。こういったことを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こうとしているように思えてならないのですが…
188	相談し、文章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できなくなる人が出てくるのでは？そういう人たちほど、相談が必要の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が、一方、後日「言ったり言わなかった？」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、医師側にも文章化しておく必要があるのではないかと感じます。このことを考えると「文章化」相談支援料として、患者側（保険）に一方的な負担となくして若干の疑問があります。
190	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	話し合った内容が確認しながら日常生活への支障など考えるので、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、たまたま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	寛格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少なくなってしまふ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。70-74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者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は医師や看護師に先話になりたいので、相談料など支払っても良いと思う。父77才、母67才で亡くしているのでもいろいろ説明を聞いた方が自分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)決まらない方が良いかな？
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、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べき。主旨は結構だ。
204	これからますます高齢者が増え、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くていいとは思えないです。
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けで、診療費がかかる根拠がまったくない。
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(65歳)まで引き下げるべきだと思う。
210	7月1日より凍結となっていますが際察とすべし。
211	医師や看護師の義務として当たり相談にのるのあたり前と思う。金を取るのはおかしい。文書や相談をして相手患者や家族は納得しなかったら…。医者によってレベルや知識の違いで思うので金を取るのはへん、おかしい。嫌だ、当然。
212	患者側はよけいな出費は避けたいと思うが、医療の立場では相談料を差控え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、特別に対応する診療となれば家族も納得して支援できるが、医療はお患者さんに頼るしかないので、生体の改善と対応がか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、医療ミスとか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。ただ点数や年齢など見直す点も思う。
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、その時々の良いと思う。
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えます。文書にする必要はないと考えます。予算を減らすのであれば医師や医療従事者に必要な「教育」を行って、どこかの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よいと思う。
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なく若年者にも当てはまる人があると思います。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	私の兄弟は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。
229	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。相談料はなししてください。
230	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。
231	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欲しい。
232	200点がどのくらいの金額になるのかわかりませんが、できるだけ負担を軽くしていただきたいです。
233	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。
234	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は納得できない(支援料も)。
235	治療にあたっては当然の事柄であると思う。一定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	無料が良いと思います。
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	年齢でくるとは良くないと思う(例えば74才ですら上記対象にはならないということですし)。重い病気、治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って欲しい。相談料の支払いは必要だと思う。
240	やはり年齢区分は必要だと思う。
241	治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だと思いますので、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そうです。思った時は本当に人様のアドバイス、いたわりが養良の業ともなり感謝の気持ちと気が湧いてくるものと思います。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たいと思えます。
242	本人及び家族が賛成される場合、支援の必要ありと思えます。
243	おかしいと思う。特に75才以上の高齢の人から。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えます。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な面があるかなーと思いました。
245	若く勤ける時代に中小企業だったため給料が少なく、それにより苦勞を重ね、少しの不動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月に夫を亡くした者として、私自身、終末期はこうして欲しいという希望は元気な時に身内の者に伝えておいて、いざその時は知らない方が奪せなのではないか?と思えるようになります。ですから文書等にする必要はないのではないかと思います。
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る医師、看護士にきちんと相談させていただき、自分の考え(願)も話し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。まさに画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すれば、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づくと感じる。
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。年齢で区切るのとは？病気になって…年取の少ない人かと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をしないと思います。
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ことですが解除された方がよ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才以上と限らない。
265	料金が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…。高額でなければいいなと希望します。
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とが大切だと思います。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?複数回を変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、私事と実感はなかったためで覚えています。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ていませんでした。
273	問題点があるかもしれないけど、最後は専門の方で進めたいので、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	十分な相談のつてくれるか不安です。200点は高額とは思いますが、
275	この支援料が新設されたこと自体を知らませんでした。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つてもたくさんのお金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	私の不勉強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というところが最低条件。
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も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つとやさしい国であつて欲しい。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で仕方ないがお金で書かせるのはいいのかな?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	「治る見込みがない」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。凍結せず進めていくべきでは?医師不足といわれる中で、親身に相談のつ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、病気になる方と思えば本当にお気の毒です。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かなとも思っています。ただ高額な負担は避けて欲しいです。
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、料金など支払うことがあるのかということ、200点の報酬料が具体的にいくらかの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」と言う人が多いためまた高齢者の負担が増すのほどかと思う。
299	年を取ってからの方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いかなものかと思えます。日本を支えて下さった方々が多いと思しますので、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	治る見込みのない状況というのは年齢に関係なく、誰に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なこと、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才以上となれば収入的にも少ない方も少なからず、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なことであり、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ほどでしょうか?
306	重い病気で治らないなら、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。延命の意志は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つ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メナラにも払わない方がよい。
313	あまり死に際にならば支払い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、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賛成。
317	ケースによって違うと思うので、すべてにというのはいかがだと思います。
318	医師・病院がお金が必要だから料金を取る。医療費が増え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。年青りだけがこの制度を使うのはおかしいなあと思う。
321	内容がまだ理解できていないので、何を置いて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。凍結措置が講じられて当然です。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…なのになら…。医師を志した人が人を助けることは当たり前のことです。
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	現在では医師は仁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）で区別するのはおかしい。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状況で、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積極的になるもので、今の厳しい状況で高齢者に支払うつもりもありません。下で、いざ自分たちの番が来ます。必要なものに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なら、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	年を次めたり、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良い。
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大も考えられるため、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	人間の尊厳に関す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、関係者が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情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	何才で亡くなるか（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	改めて年齢区分はいらないし、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、もめたいために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いものに思える。
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？若くして逆に子どもが小さく、生活費も大変…という人はいっぱいいると思いますが…？

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応じないのか。
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才で区別するの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たいですし、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く判断しかねます。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て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、自分の病気や最後についてきちんと説明してもらおうとはとても大事なことだと思います。
358	終末期の相談については、病状に対する極めて高い見解と人生観を要求される仕事だと思う。見合った報酬を与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。いったい何時からこ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。安心して生活を送れるよう行政の方にお願います。
365	医師や看護師が相談を受ける時間を作って話し合うのだ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療をたえ！分けたとしても医療保険より多額のお金がかかっている。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。従って支払うべきでない。
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。死を直視した人によれば、いかに残酷なことか…。
369	後期高齢者になって後は余分な診療などせず、できるだけやすらかにしていいたいと家族とも話している。
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はあると思う。例えば病状が悪化し、意識障害がなくなった場合はその後養生しない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がどのくらいな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達一人一人が真摯に取り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と困る。
375	不正請求の可能性を含んでいるように感じる（たつた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。説明を読み、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たいと文書に落書きさ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仕方はないと思います。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	我々年青りにはお医者様！と言えど何回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一度も思ったことがないので診療証明とか、他医療所への紹介状などは有料と思いますが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には？
378	相談支援料の詳しい説明を読んでも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した。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況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。個人差の病気の年齢に関係なく支援料を使う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？病気が年齢に関係ないもので、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くしてそのような可能性は多い。高齢者だけに限らず全員を対象にして欲しい。医療機関に一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、質の向上に金は使われて欲しい。まず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	
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は支援料もありかな?と考えます。
387	後期高齢者に限ること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欲しいと思います。
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は必要がないと思う。
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わかりませんが(様々な思い入れがあって)遺族の迷いを取り除くために必要と思っています。意見など違いはあるでしょうが親族間とのトラブルをなくすためにも(気まずさ)。
394	今のところ何もわからないです。支援料が必要とも思いますし、また勤務中の仕事と見ます。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のと、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。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か。自然に終末を静かに送ればよいのではないのでしょうか。
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」と思えますし、逆に医療を行う側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(実際どれくらいの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	社会保障削減の折、病院で最後を迎えづらくなっていると感じています。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)にもという若い方からこそこ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	説明を参考にしながら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、相談をして頂ければ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	相談料などはない。
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	本人の望む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歳前後にな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い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った。
415	200点と書かれても実際払う金額がどれくらいかわからない。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かさんの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削っている医師などが相談料がないのも、どちらも考えづらい問題だと思う。
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はどうかと思えます。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も受け入れ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ものか?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づけることでないように思われますが、一つの目標でもあるような気もします。心の支えとも思われますが。
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えます。
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し、家族に説明しやすいはずで。
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…何でもお金がかかる現在どちらも言えない。
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変え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ぶさかでないが、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ふべきでそれにお金がかかるのかどうかと思う。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る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います。
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)があるべきだと思う。
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と思います。高齢者だけではなくと思います。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	年齢区分がおかしい。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けるのか、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。参考資料はこれでもいいと思います。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点がいかなのか?
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●●●に通院していました時説明は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だったので、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立っていないように思われます。終末期相談費支援料こ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思ひは見守りだけだと思いますので特別に設ける制度とも思いませんし。
462	自分の希望を家族にもわかってもらうためにも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種類を請求する場合も料金を取られているのですから相談支援料についても仕方ないと思います。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おかしい。
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た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)しっかり話し合っしてしっかり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心情的にむなしい。理想と現実とは違うということか。
470	率直に言ってもわかりません。
471	自分の病気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か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歳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も違うと思う。自分自身も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こなせてあげておきたいと思うが、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応力や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。人の顔が皆異なるように各人の終末も異なると思うが、それぞれに对应できるとは思わない。
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。無料ややるなら内容の不十分さや医師達の負担にもなる。やっぱり仕方ないことかと思う。
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正当な理由がわからない。すべての人に見ら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	重病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らした場合、本人の意思では生きていとは思えないので殺人になることがないような延命装置を外すことができるようお願いしたい。
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歳以上とかなければ良い。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いです。
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、生活的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そのままを選びます。
489	病気で死亡される方は年齢に関係ないと思われま。よって重い病気で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気の人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して相談料はいらなと思います。
491	年齢は必要ではなく若い人でも終末期を相談してもらうことが大事であり、特にまだ十分働ける世代であれば残る家族の生活もありどう対応していくかを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。患者の考えを優先しようとするを明文化する。
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りません。
495	年齢に関係なく必要な人はすべきだと思う。
496	自分の寿命は80才くらいだと思おうで望む人は支援料を払い、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を選ぶようにすればいいと思う。治る見込みがないし、若い時みにたいに治らないので無駄な治療はや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)でしようが、もしそのため保険料の支払いが多くなるのも困るのですが「後期高齢者支援料」が75歳以上の方の全体でどれだけ利用されているのかその点も気になります。
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ころはず。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できない。
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	介護などの必要を家族全員(親族)で理解できる。
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気にどんどんお金を使うのは自分としてはちよよ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。現実にあたる医師など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の大勢の方に迷惑をかけます。
507	型にはめて機械的に進めたいかのような気がする。相談するにしても信頼できる医師や看護師でないと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成す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、理に200点とするのも多少納得できずと思う。
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えます。
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活発です。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わかりたい。もし高齢ならおかし。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	話し合っして文書にするというのは医師などの仕事のひとつではないかなあと思う。75歳以上の人はお金が少ないと世間では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。
513	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で変わることも多いと思うし、「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欲しいと思う。
516	現在の医療、介護現場はとも忙しい人手不足だと聞いております。その割りに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る方が安心です。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、不要な話し合いの上…良い制度だと思います。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代の人に必要なのではないでしょうか。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で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	後期高齢者は最後の生活支援、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	高齢になつて、頼る身内がないのはおかしな事だと思われ、様々な支援を受けにくくなるだろうと思うと、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ありかと思えます。
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。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えるだろうし、医師への不感傷がより高まるきっかけになりかねない。
529	強制ではないことと一回のみの算定ということ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賛成と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」が必要のように思えます。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な事だと思われ、重い病状、治る見込みがない病気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策として無料にしてもいいのでは?
535	家族や親類の相談に乗ってくれそう。

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	後期高齢者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歳でもまだ若い人も多い時代に線引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、文書の取りまとめに料金がかかっていることがあまり理解できません。
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いかと思う。
542	本当に患者の家族のためになる制度なのか…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もなってしまうようにすべき。
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なので、「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かどうかと思う。
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ないのかわからない。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（リスクが高いい）かとは思いますが。ただ、話し合いや文章等事務的に受け入れられるのかは不明。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です。
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。知らない人が、多いと思います。何で75歳以上の人限定なのか、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、しっかりと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	必要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歳以上で線引きすることは難しく、意味をあまり持たないように思います。60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、アドバイスを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、毎月ごとにどの程度の支援料、経費が使われたか、明確にし、対象者以外にも全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現れます。
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、国が為に頑張った人達のことを役人の考えで行うべきではないと考える。
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書かれる人限定なのか、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して、病状の変化も説明も必要ない（75歳に近い年齢に近い為）。
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、文書等にまとめるのには医師も時間を割かないといけなくて、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とか家族とか人それぞれなどで年は関係ないと思う。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歳以上で線引く理由がよくわからない。相談支援自体は必要かと思う。
565	相談のついでにできる医師や看護師の方の時間を頂くことにして医師不足が言われる中、相談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、責任感の醸成になると思う。
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、有料に理解できるようにするといいたいと思います。
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あるであろう。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を初めて知りましたので、よくわかりません。
571	丁寧に真剣に取組んでくれるのなら支援料も仕方がないかと思う。
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持てたらい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	後期高齢者のみを対象と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～初期の方々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てもいいのではないかとしますが、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子供は1~3人である。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か。自分自身も少しでも病状がわかると思いますので「貴方はもう生きる望みがない」と決定されたら、病氣と「たたかう」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、耐えられるか心配です。
583	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、相談料があ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あるのかわからない。
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、相談料があ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あるのかわからない。
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	受け取ることによって責任が重くなり、偽装を言った場合詐欺になる。
589	文書で書けてもらえるのは良いことだと思うが、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	後期高齢者医療費も収入が少ない者にとっ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ってもう少し安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	必ず早期は来ることで、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。文書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なとも思います。
595	200点が強いかもわからず、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、深めていけばと感じました。
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。特別に待たせるのはおかしい。
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ので、医師や看護師の親切な対応、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くように要望します。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かな？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、記録に申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.文書化すると相談支援料があるのは取捨選択しにくいと思う。
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だったわけではないので、家族も共に相談することも治療等十分な理解が得られるかもしれないし、年齢の初限は別としてあった方がよいように思います。

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ならない、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。勝手に死ぬのを待てということ？
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、相談料には払われるべきで、200点は高くない？
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えます。
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。若い人は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当り前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態の話し合いは対象とするなら、尊厳死も認められた上での後期高齢者終末期相談支援料なら納得できます。
615	最近は一人居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ら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の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行いそうな気がする。
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、先生とそのようなことはよく話し合うのは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聞い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えます。この制度がただの制度で終わって欲しくないです(文章に残すだけには意味がないので)。
621	75歳以上に限り、自己負担がないということなのではないでしょうか？だとしたら、対象者の数が年齢的に見て、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なくして欲しいです。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、入所できる場所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ないのでわからない。
624	悪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も思います。よて、75才以上の枠がない方が良いと思います。
625	支援料はとても良いのですが、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ならぬと助けるので、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わないが、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とは思わない。それなら何歳が妥当なのかと問われたところで、妥当な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の相談支援料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してか。
636	75才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、点数等を医療従事者に割りもたらさず、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ことはどうかと思います。まして、患者さんが一部負担等もつての他です。医療ミス等が起こる時代、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くなるのではないかと思います。
645	金額によりませんが、多少なら支援料を支払ってもいいかも？
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。
649	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、当り前と思う。
650	75歳で区切ることがおかしい。相談支援料そのものも上記の通り(業務の一環)おかしい。
651	認識がなかったため改めて勉強をしてみたいです。
652	重い病気で治る見込みがない状況になった時、充分に家族、医者や看護師が一生懸命話し合いされ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。
653	上にも書きましたように、何故この期になってお金を取るのかばかり考えるのですか。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。
654	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」は取られたくない。
655	相談料を払うのは何だか経済的に負担が重たが(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。
656	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歩け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。
657	相談料はあってもいいと思うが、金額にもよる。
658	終末期はその人の最期の生きまで、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剣そのものですので、相談料の支払いは当然だと思います。
659	重い病気で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、子孫的なこととも思うので、難しいことだと思うが…。
660	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。
661	仕方がないですね、残念だけど。
662	支援するのはいいけど、保険料が上がるのではないかと心配です。
663	カウンセラーの類と同じようなものだと思うが、薬や検査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！)。
664	どの年代でも起こりうることだと思うので、年齢を区切らなくてもいいのでは、と思います。
665	終末期を迎えるのに相談は必要だけれど、相談料を取るのはいやいやかと思えます。
666	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と、料金設定して行く方向で進めたいは良いのでは？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、家族の気持ちも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	今まで一生懸命の勤めしてきた人にとっては、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なく、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、今一ピンときません。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、気持ちが教えられる部分が大きいと思います。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、死を選べという方向へ考えを家族や患者本人に傾けたいのは良くない。
681	退職をした後の生活が一変した後、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、話し合いは何度でも必要可能ということだし、急変の対応にも応じてくれるということなので、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、どうかとも思うが、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。むしろ若い人達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います。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います。
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だと思います。その為の料金を支払うのは妥当ではないと思います。
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づらいいはないと思う。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のになんでお金が絡むのか？その相談を受けるのも形にするのも医者の義務。何でもお金とくっつけるから不平等が増える。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なのでしょうか。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、必要なのかな？

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、この画期的な考えに賛意を感じます。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かと。支払うなら一律に何でも。
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、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のではないかと考えるので、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	診療費用一部負担一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、他人を思いやれる心、様々なものを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、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はずし、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心だと思います。
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、重い病気や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じゃない。
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いても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んですね。
718	後期高齢者と限定しない方がいいと思います。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
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	当然のことだと思います。
727	・後期高齢者と隣ってありますが、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	金額にしていくらぐらいなんでしょうか？
730	後期高齢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得ない。
732	特に後期高齢者に限定するのではなく、痛で終末期を迎えた人に必要であるとする。
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で人間的な差があるので、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。この言葉が特異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じて、冷たい気がしてあまり賛成できない。
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なくなるのか？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	終末期といつて75歳以上の年齢区分するのではなく、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）などと判断するのも難しいのでは。
751	このようなことは無料で処理されるべき。
752	金額はどのくらいかかるかわかりませんが、皆平等に誰でも相談した方が良く思います。それに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。そんな中時間を作っていただけるのか不安です。
754	なぜ75歳なのかわからない。
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	それを等分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得ないと思う。
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つけるのは酷である。
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段治療を受けていると、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が必要だと思う。
762	病弱で妻子がなく、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明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は納得できません。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、自分が病気で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、社会に貢献してこれた高齢者に対しては、手厚い支援。当然料金は無料が良いと思います。
768	老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て淋しさを感じます。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」として自分で初めて行われる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師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えることがあると思う。この2つを解決できるか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なんでも、あまりいいようなことではないかと思いました。
777	終末期というのは若い方でもあることなので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に…かえって相談することをためらってしまいうです。
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書けないが、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なおかしいと思う。公的といくもめぐって負担しなければならなくなるはず。
780	医師の仕事に対する報酬などで支払われるべきだと思いますが、それに対する個人の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	
782	金額によります。200点は金額にしていくらですか?
783	後期高齢者という名前には付けたい方が多い。
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悪化に加え、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年も先だし、自分の場合はもっと先の話ですので、その頃にはこの制度も変わってると思うのでは何とも書けません。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。重い病気、病気の度合いに年齢は関係ないのではないかと思う。またその心配度、悲しみの度、不安など心は年齢ではないと思う。まず年齢について支援料は…病気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気の場合には「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て欲しい」とか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次々かきで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	大変良いことだと思います。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手間(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と。
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、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気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	年齢で区別するのは問題。
808	重い病気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えていただければ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減らえ、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、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は文書の提供をすめられるのではないかと不安である。
816	人間関係は、いろいろの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、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、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だろうか!
818	料金をとるとい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、その説明ができない。
819	医療保険全体を見直す時期だと思ふ。医師不足・患者のタイム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せず国が負担すべき。

問11 後期高齢者終末期相談支援料についての意見	
821	病気の治療とアフター(相談)を別のものと考えられることは是か否か。考えは様々だと思います。病気になる時は保険会社が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はないでしょうか。
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自体、おかしと思う。
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。年齢で病気になるわけではありませんから。
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、生きるため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気に、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気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場面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思いますが、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気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ははまる疑問なので、賛成とも反対とも書えません。
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・低いの関係はどうか?
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、希望するしないにかかわらず診療費に含んだらいいかと思う。
841	必要な制度であり、一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ようなので、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	文書に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	その時に必要な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よいと思います。
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増え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ないか、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	よく理解できないので具体的なことはわかりませんが、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。個人が負担するのであれば、
860	高齢者への負担はできるものならば、ない方がよいという考えです。健康面・経済面で不安な高齢者には負担がない方がよいです。
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。60~60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、相談のこともらって専門家の意見を聞きたい。
866	色々考えたがわからない。
867	75歳以下に終末期の人もいる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、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幸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。誰とど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、相談をしてもらっ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もいるのと思うので、なんとも複雑な気持ちです。
885	できれば65才以上(重い病気の人に限り特例があればよいかと思いますが)。

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書かれると、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理やか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	自分が病気になった場合、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ないかもしれませんが、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のでしょうか。
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才にならず若くても必要となることのあるのではないかと。そのようなことと75才の後期高齢者終末期相談支援料と決めてしまうのは私として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するとするなにかも思います。
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1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。必要な場合は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ないが、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、仕方のないことかと思う。
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なと思います。
904	良いと思う。
905	後期高齢者の年齢(75才)に線を引き、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をできるので、悪くはないと思いますが、中には、本当は延命治療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うんです。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」ともっと気を楽にして相談に望めるのではないかと。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が不安。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だ。
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歳からでもいいぐらいだと思う。
916	支援料については、終末期治療の話し合いは当り前のことだと考えていたので、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りませんでした)。
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 実際のどのくらいの費用がかかるかわかりませんが、それが払えないが為に本人の希望が通らなかつたり思うような生活が送れなかつたりするのでしたら、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、意見が書けません。

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う。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、これからの人達の方に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章の提供を行ってなかったのか？と疑問を抱いた。支援料がなくとも、医療機関側は当然成すべきことだと思う。

926 終末期相談支援料は初めて目にする事です。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、理解が苦しみます。

928 義父と実母を連れて亡くしているのと同じと考えることが多くありました。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つたと思つた辛い日々。今回のアンケートに冷静に判断し答えられない私の私を情けなく申し訳なく思つております。死の旅に出る患者、送る家族、現実にぶち当たつた時、理屈ではない何かがあり、送る方、介護する方の私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 自分は今健康なので、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歳というラインは引かず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 相談支援料が必要だと思います。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国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)を使ひすぎていると思います。・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う。

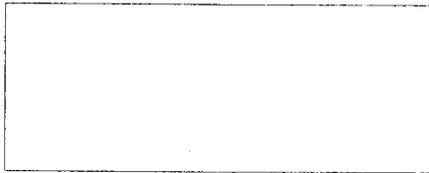
936 年齢区分は関係なく、死を迎える前までの話し合いは専門的知識を交えて必要と思う。

937 75歳の基準について、例えば病状によって75歳以下でも文書で取りまとめの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歳以下に支援料がかかるのかどうか、知りたい。もしもかからないならば、75歳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伺いします。

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類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
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、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
03 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業協会の連合会、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、医療系協会、その他の法人)

問3. 貴院の診療科目について該当するものを全てお選びください。(○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 こう門科
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。→

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か。(○は1つ)  
なお、「01 実施している」の場合は、研修の具体的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伺いします。

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にお答えください)

【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 一下欄に具体的に記入してください
【04 その他】の具体的内容	

⇒問20(最終頁)へお読みください

【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)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、困難と感じていることがありましたら具体的に記入ください。

--

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の結果をとりまとめた文書の提供状況についてお伺いします。  
【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1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、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 文書化を意味することで、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、困難と感じていることがありましたら、具体的に記入ください。

--

■ 後期高齢者終末期相談支援料の算定状況等についてお伺いします。

【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をご回答ください)

\* 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) 療養病棟【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)②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変更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変更した回数	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伺いします。  
【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考えで、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「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)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返函ください。

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 ※施設別の票紙のコードを転記してください。	
(2) 本票の記入者	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 療養病棟 03 外来通院 04 訪問診療
(3) 主傷病(番号) ※別面の疾患コード表を参照してください。	
(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 (すべての日付)	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 (すべてに○)	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 訪問看護ステーションの看護職員 08 薬剤師 09 社会福祉士 10 介護職員の事務職員 11 事務職員	12 その他職員 13 その他	
(3) 話し合いの内容 ※(○はいくつでも)	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様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。及ば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

- 136 -

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）  
終末期の診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と思いますか。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。

- 137 -

問4 【問3で「01 文書等の提供を希望する」と回答された方にかかいます】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」と回答された方にかかいます】。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れなくなる恐れがあるから
02 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
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 文書等に残すと、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。

- 138 -

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 意思や希望が聞かれても、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、重い病状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になります。(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。

問9 平成20年4月に、後期高齢者終末期相談支援料<sup>※</sup>が導入されました。これは、重い病状で、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<sup>※</sup>が導入されました。これは、重い病状などで、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)

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、過去を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、病状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評価が新設されました。
- 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治療等の希望、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。

平成20年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査  
(平成21年度調査)の実施について(変更案)

(別紙6)

後発医薬品の使用状況調査(案)

1 目的

平成20年5月21日に中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会(以下「検証部会」という。)において策定された「平成20年度診療報酬改定結果検証特別調査項目について」に基づき、特別調査(平成21年度調査)を実施し、検証部会における平成20年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

2 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、調査機関、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」により、具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を行う。

3 調査項目

以下に掲げる6項目の調査について、平成21年度当初より着手することとする。

- ・ 明細書発行の一部義務化の実施状況調査(別紙1)
- ・ 医療機関における医療機能の分化・連携に与えた影響調査(別紙2)
- ・ 回復期リハビリテーション病棟入院料において導入された「質の評価」の効果の実態調査(別紙3)
- ・ 歯科外来診療環境体制加算の実施状況調査(別紙4)
- ・ ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査(別紙5)
- ・ 後発医薬品の使用状況調査(別紙6)

<調査概要>

保険医療機関に対し、「後発医薬品への変更不可」と処方せんに記す状況や入院患者に対する後発医薬品の使用状況等を調査するとともに、保険薬局に対し、「後発医薬品への変更不可」とされた処方せんの受付状況、実際に先発医薬品を後発医薬品に変更して調剤した処方せんの割合及び薬剤料等の状況の調査等を行う。

<主な調査項目>

- ・ 処方せんに「変更不可」と記す件数とその理由
- ・ 処方せん受付枚数、処方せんに「変更不可」と記された割合及び後発医薬品への変更枚数
- ・ 後発医薬品に変更することによる薬剤料の変化
- ・ 後発医薬品の使用に係る患者の意思表示の状況(「ジェネリック医薬品希望カード」の提示など)と医療機関・薬局の対応
- ・ 入院患者に対する後発医薬品の使用状況と使用促進のための課題等

<調査客体>

保険薬局・保険医療機関の中から抽出した薬局、保険医療機関及び患者(抽出方法及び客体数は調査検討委員会で決定)

<調査スケジュール>

平成21年	5月	調査機関の選定
	6月	「調査検討委員会」における調査設計、調査票等の検討 調査客体の選定
	7~8月	調査実施
	9月	調査票回収、集計
	10~11月	調査結果報告