

問1 2040年頃にあなたやあなたの家族が在宅医療や介護サービスを利用することになったら、どのようなことが心配や不安になりそうですか？

入退院支援
必要な時に入院できるのか？入院した時に自分の望む治療やケアが受けられるのか。自分の希望を病院のスタッフや、退院後は在宅のスタッフが理解し、支援してくれるか？まずは希望を聞いてくれて、それを共有する体制があるのか？
必要な病床数が確保されているのか不安になる
急な退院時にすぐに介護体制が整うか
利用者が多くなることから、自身や家族が適切なサービスを適切なタイミングで受けることができるかという心配がある。
両親と離れて暮らしていた場合、細かな入退院の手続きをどこまで話し合えるか心配。同居していた場合でも、そもそも人口推計から考えると対策がなければ担い手は少なくなっていると考えられる。その時に、選べるだけの選択肢があるのか心配です。
自宅での生活が不安な場合に退院後の行先について相談に乗ってもらえるか？最近様々なものの値上げがすごい中で施設などに入居できるような貯蓄ができるか？
急性期でも、なかなか入院できないし、慢性期でも、難しいと思われる入院である上に、病院と在宅の連携が取れているか否かにより、安心して過ごせるかどうかの決め手になっていると思われる。
どこに訪問診療をお願いすればよいか。病院から紹介してもらえると安心。
病院から在宅へ切れ目なく移行することができるか。
対象者が増えることが確定されている中、療養病床は確保されますか？
入院時は、治療が必要となるとありますが、その後の在宅生活を考えたうえで支援をしてくださるか不安です。現状においてこれまでの生活を聞くことがあっても今後の在宅生活への不安や生活を創造したうえで治療してほしいと考える為。退院時については、在宅生活をするうえで介護する家族の意向を聞くことが多くあり、在宅での受け入れ態勢などを聞く以外に本人の意向を聞いて欲しいと思います。
住宅という観点から、入退院は治療が終わったら、住宅に戻りたいと考えているが、受け入れる施設として、医療面・リハビリ・ケア面での対応が可能かが不安。
全ての項目に該当する事項として、サービスの供給量が需要を下回り、自身や家族が医療介護難民化する懸念が最も不安な点と言えます。
入退院の時期は、直接関係者・本人・家族と十分協議し、三者が負担にならない範囲で決定した方が良いと思います。
17年後、自分自身および兄弟もかなりの年齢になっているが、退院後の在宅生活を安心して継続できるイメージをもっと持ちたい。特に兄弟が住んでいる地域で、どこまで病院側と在宅支援側との円滑な連携ができていくのか、その手応えをどう感じることができるのか。そのイメージを持つことが難しい。また、資料に示されているように、85歳以上が倍増していく中での病院医療と地域での在宅サポートシステムの両者のバランスや円滑な
病床が不足するので弱って病院に入院できても、すぐ退院せざるを得なくなるのではないかと。そして、入れる施設（特養、有料老人ホーム等）も限られるのではないかと。そうなると極力在宅で頑張らざるを得なくなる。その場合、どのような支援があるのかということを考えざるを得なくなる。そうなると家族も関わりながら小規模多機能のような行ったり帰ったりするような包括的なサービスがあったらよいのではないかと。
退院後の施設の選定
早期診断であったり、リスク管理が進んでいて、事前の検討により計画的な支援が行われると期待している。事前の検討ができないような救急の事態で、慌てることありそうだが、その確率は減っていると思う。
自宅での生活上の注意点や対応策について寄り添って説明を受けられるか。また、自身や家族がそのことを正確に理解できるか。
自分である場合、入退院の手続きが自身で完結できるか。家族の協力が気になるのか。
介護需要が高まり介護を行う人材不足が不安です。

**問1 2040年頃にあなたやあなたの家族が在宅医療や介護サービスを利用することになったら、
どのようなことが心配や不安になりそうですか？**

問1 日常の療養支援
病気があっても、話できて自分の今後を考えなければいけない時、それを共に考えてくれる配偶者、家族、友人、医療者、ケアスタッフが、周りにいるのかどうか？あるいは、それらの人が自分の気持ちを聞いてくれるのか？
人手不足 高齢化が進み支援する側の人手不足が起こるのでは。
適切な療養支援をしてもらえる医療資源がしっかり整っているのか心配
必要なケアへの素早い対応
金銭的な問題
日常に欠かせない在宅ヘルパーさんが今でも不足しているのに、2040年頃を想像するとサービスが受けられず今までの生活の変更を余儀なくされると思われ不安。
自宅で生活していくには、一定程度家族の参加も必要だと思うが負担はかけたくない思いがある。しかし、在宅療養を支えてくれるヘルパーや看護師など、なり手が減少していく予測がある中で、どんなサービスが受けられるのか心配になる。
信頼できる主治医や介護サービス事業者がいるかどうか
今後、2040年に向けて、日本の人口減少、少子高齢化の加速、介護の分野においては、とりわけ、労働力不足の面からも介護人材の不足が生じ、2040年には、現在の様に必要な支援を希望しても、希望通りの支援が受けられない可能性が出てきます。 入院支援においては、医師、看護師等の労働力不足と比較し、高齢者の人口はピークとなり、十分な医療、介護、退院指導等を受けられない可能性もあります。加えて、日常の療養支援においても、必要な公助を受けられず、不安を抱えながら、介護をする等も想定しておかなければなりません。 今後、地域共生社会の実現に向けて、基盤を固めていく事が急務となりますが、コロナ禍の渦中、益々、かつての地域の相互扶助、家族同士の助け合い等の支えあいの基盤が弱まっている印象を受けます。その影響もあってか、現状は自助、互助などの代替手段を優先するには不安が重なり、公助に頼る傾向にあります。 しかしながら、未来の社会保障費の持続可能性を考慮すると、選択の余地もないまま、自助、互助等に頼らざるを得ない未来がある事も想定しておかなければならず、その為には、今のうちから、平時の備えとして、地域共生社会を意識した取り組みが必要と感じます。健康寿命を延伸する為には、なるべく健康なうちから、介護予防、社会参加等をしていく事が大切です。 柏市においては、『すべての高齢者がその人らしく住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまち 柏』の基本理念を、受動的にではなく、主体的に『いきいき』と一人一人が行動していく必要性を感じます。
対象者数に対して社会保障の公費が追いつかず、負担割合の増加は避けられないと考えられること。
両親と離れて暮らしていた場合、療養支援の手続きをどこまで話し合えるか心配。同居していた場合でも、そもそも人口推計から考えると対策がなければ負担は少なくなっていると考えられる。その時に、避けるだけの選択肢があるのか心配です。
子供が自立して家を出たら一人暮らしなので、それなりに身の回りのことを一人で出来るような状態で生活できているか。
一人ですべての介護を受け持つのは無理だが、一緒にやってくれる家族は見込めない。サービスを利用した時、この曜日やこの時間に手伝ってほしいと思っても、利用者が疲り、なかなか人が見つけれないと思う。介護保険で賄えないところは自費になると経済的に大変である。介護は自分で行うことが多くなった時の道しるべがない。不安を相談する方法や窓口がわからない。我慢することやあきらめることが多くなると思う。
老老介護になることが心配。
薬やリハビリなどの支援
対象者が増えることが確定されされている中、負担割合が増えているのではないかと
在宅医療と介護サービスの窓口が本人の意向を共有していないと不安になるので、共有してほしいと思います。
医療面・リハビリ面・ケア面において対応が可能かということが不安。可能であった場合の費用面が高額になるのではないかと不安もある。
本人自身ができる事はやっていただき、家族や医療関係者がサポートする方が長続きする体制が継続できると思います。
現時点で、88歳の母親が一人暮らしをしており、どうにか自立出来てはいるが、困り事もどんどん増えてきている。地域での在宅生活支援体制の状況を十分に理解できていない。昔から我々のシステム構築の過程の中で、長年にわたり課題となっている点として、「多職種連携体制を作っている側はよく理解しているが、幅広い住民への啓発、特に具体的なイメージを持ちながら現状の体制をどう理解できるのか」という部分の広報啓発、およびその戦略的な工夫。
施設には入れたとして、病床に限界があり病院の対応力が落ちている場合を想定すると、在宅医療や訪問看護との連携体制のしっかりした施設に入りたい。
就労や社会参加について、どのようになっているかわからないが、単にケアを受けるのではなく、社会への貢献ができるようになってほしいと考える。
ケアマネを含めたサービス事業者の選定
技術の進歩でカバーできる点もあるが、支援者のマンパワーの不足が心配
自分が必要と考える療養支援を受けているか。できることは自立できるように自分で行いたい。家族も同じ。
介護需要が高まり介護を行う人材不足が不安です。

**問 1 2040年頃にあなたやあなたの家族が在宅医療や介護サービスを利用することになったら、
どのようなことが心配や不安になりそうですか？**

問 1 急変時の対応
入院する場合は、まずは入院できるのか？ベッドの数の問題で。在宅から必要な情報が直ぐに提供されるか？必要以上の検査をうけなくてすむか？自分の望みとは違う医療を押し付けられることにならないか？
急変時に素早く対応が出来るか不安です。
年々緊急搬送、救急車の出動件数が増加しています。搬送対応が遅れたり、医師の対応も間に合わないのではないだろうか。
上記と同様に急変時の医療支援、また搬送先の病院の確保が出来ているか心配
素早さ
在宅医療にしていたら心配していない
必要な時に必要な医療が受けられるのか。必要かそうでないかをどう線引きしていくことになるのか。
対象者が多いため、対応要請が重なり迅速な対応が期待できないのではないかと不安はある。
異常時の発見や連絡体制が明確になっていないと不安になる。事前に話し合いを重ねる必要性を感じると同時に、それをどこに伝え、どう実行できるかを知りたいと思う。
一人暮らしになっていたら、対応出来ないかもしれない。
医療関係者の不足により、家族の役割が大きくなる。その家族がいない時、一人でいる方の対応を各職種が認識、知識を持ち、その時の対応を練習できていて、誰に聞いても同じ対応出来るのが不安。自分では家族の死やましてや自分の死の経験は少ないが皆無なので、対応が出来ないと思うし、何が正解なのかわからないと思う。
核家族化が進み、独居や高齢世帯となっていることが予想されるので急変時や急変に至るまでの体調変化の発見が遅くなることへの不安。
対象者が増えることが確定されされている中、救急車で受け入れてもらえるか？
急変の場合の心構えなどを知りたいので、事前にこのような状況があるなど説明をしていただき、家族に本人の意向を伝えて置き、その内容に沿った対応をお願いしたいと思います。
医療面において、訪問看護と訪問診療がつながっている場合は、そちらで対応いただくとしても、そのサービスを選択していない場合においては家族の対応が必須となり、家族の負担という面において不安。施設によっては、救急車に同情しない形もある中で夜間連絡があっても動けない場合において家族負担が多い。
携帯か別途手段で連絡すると医療受付センターが自動受信し、振り分けを行い、医療機関が対応するシステムが必要であると思います。
現時点で、88歳の母親が一人暮らしをしており、地域での在宅生活支援の状態を十分に伝えることができていない。
病床に限界があり、救急病院が受けられないときに相談相手になってくれるのは地域の診療所しかないが、相談に乗ってくれるのだろうか？医師の指示の下で、訪問看護が診療所と連携して急変時の対応はできないのだろうか？
急変の定義が明確になっていて、大抵の状況はリスク管理されていると思う。
搬送先 どこに行くべきか、連れていかれるのか
急変時にパニックになり、医師や看護師に来ていただくまでの間に対応しなくてはならないことを適切にできるのが心配です。
自宅に一人でいる場合、急変を伝えたり気付いてもらえるかが不安
状態の変化に動揺することが予想されるため、備えられることを学んでおきたい時期がくると感じています。
自然に死を迎えたい。痛い処置は家族も自身も望まない。

問1 2040年頃にあなたやあなたの家族が在宅医療や介護サービスを利用することになったら、どのようなことが心配や不安になりそうですか？

問1 看取り
周りに大切な人、家族がいるかどうか？ひとりぼっちは寂しい。家族に必要な銀行口座や、パスワードをしっかりと伝えられたか。大切な人一人一人に言葉を残せたか？そんな時間があるかどうか。
介護も含め必要なサービスをシームレスに提供して頂けるか不安
家族がどのように接するのか。
訪問看護が入っていれば心配していない
大事なことだがなかなか詳細について話し合うのが難しい。自宅か病院のどちらで看取るか決めかねる。
技術革新がされても、看取りは、人にしかできないと思います。心配や不安は大なり小なりあると思いますが、事前に話し合いを重ねることが大切だと思います。
家で一人は寂しいかもしれないので施設などで居心地よく過ごせるか？入居できる貯蓄は出来ているのか？
自分のこれからを考えることが普通になり、その意思を全うできるように、関わる全ての方の連携が出来ているか？安心して安楽に息を引き取ることが出来るか？
高齢化率の増加により、医療・介護ニーズが高まる事で、介護が必要になった時に必要なサービスを利用できるか、自宅での看取りを希望した時に必要なサービスが利用できるか心配。
かかりつけ医が往診してくれますか？(在宅医は増えていますか)
本人が心地よいと思う環境下での支援をしていただけると良いと思います。
医療面において訪問看護と訪問診療を使用しつつ、ケア部分は介護が介入すると思うが、どこまでかかわっていただけるのかといったことが不透明になることがあり、不安が残る。
過度な負担が少ない子や孫たちにかかってしまうのではないか、彼らへのダブルケア、トリプルケアに対するフォローが充分にあるか、介護離職に対する保障はあるか等。
看取られる側の事情(家族同居かひとり暮らし等)により、支援体制をいくつか構築し、できる限り看取られる側に立った対応をして欲しいです。
病院の病床に限界があるのであれば、在宅で看取るしかないという気持ちにならざるを得ない。
看取りに対する姿勢や心構えは人それぞれで、混乱しそう。
本人が在宅を希望しても家人が望まないときどうするか
自分の住んでいるまちに、柏市のような体制がなく、自宅で最期を迎えられないかもしれない
看取る際に、旅立つ人がどのような状態になるパターンがあるか(苦しそうな場合があるのか、してあげられること・見守るだけが良いこと等)の知識がありません。
家族に看取られたいと思う。家族の看取りをしたい。

**問2 今後、より多くの在宅療養者に対するサービス提供が求められる中で
本人と家族の意向に沿った支援を行うために同職種間・多職種間の連携でできそうなことは何ですか？**

問2 入退院支援
退院時に必要な情報を積極的に十分に得ること。退院前カンファレンスを行うこと。病院と入院のタイミング、退院のタイミングについて、カンファレンスを定期的に行うこと。
退院時に共同指導を確実にいしスムーズな在宅導入をすべきであり、逆に病院への入院も在宅での情報を素早く伝え情報共有をすべきである。
退院時共同カンファへの歯科の積極的参加
外来から日常の健診をしているかかりつけ医の役割、情報提供の重要性がさらに増すとされます。
薬薬連携でスムーズな対応
入退院の窓口である退院支援ナースや相談員さんとの連携強化。生活に移行しやすいシンプルな医療処置や薬剤管理など。
入退院時の情報共有は、必要度にもよるがしっかり行いたい。在宅側で抱えている困難さが伝わりにくいのか、退院日が決まってもご連絡いただけないまま退院されることもあり、退院前に調整を依頼したいと考えていたことが伝えられないこともある。病院の忙しい業務の中にどう位置付けたいのだろうか。
入院当初よりMSWが担当し退院に向けてケアマネ等と連携をとる。現在は退院直前になって家族やケアマネのところに連絡が来て退院調整を迫られることが多い。また家族が申し出ない限りMSWの担当がないこともある。
今後も、利用者様を優先に考えて支援していく事は不変と思います。2040年、人員不足を嘆くのではなく、時代の変化に対応し、ICT、IoT等の活用、柔軟な働き方や雇用等も必要となります。今後も多職種が連携し、出来る限りサービスの量や質を落とす事無く、協働していく必要があると感じますし、事業所内においては、職員の離職防止、継続的なケアの質の向上を図ることで、切れ目のない支援を継続できるような取組み、改革が求められると思います。 しかしながら、事業所内のみでは限界もあります。より密に連携を取り、隙間を埋めるように今のうちから多職種間で連携をより深めていく必要があると思いますし、柏市であればそれが可能と思います。その為には、まだ課題の残る、同職種間、多職種間、在宅と病院の連携、行政機関との連携等を深めていかなければならないと思います。 単独のみで出来る事ではありませんが、柏市のすべての人が他人事ではなく、自分事として意識し、主体的に取り組み、行動変容し、例え障害があったとしても、当たり前のように社会に参加し、当たり前のように支え合える地域づくりを進める事が重要と思います。
コロナウイルス収束後も、オンラインツールを活用して関係者間の情報共有における時間や共有手数の効率化をはかる。
専門分化されることで高度な医療が受けられるようになった反面、互いの領域の線引きがはっきりとして、連携しにくくなっている側面があると思います。それぞれの専門性を保ちながらも、患者・利用者のニーズや目標を共通に持ち、関わる姿勢が大切だと思いますので、誰が何をやるか？の議論の前に、何のために行うのか？の議論を対等な立場で対話できるのが良い支援につながると思います。
入退院前後の情報共有を同職種で行い、退院後にも在宅生活に自然に交換していく事が出来るようにする。入院中のリハビリの進み具合と自宅の環境、必要な福祉用具、住環境整備をきちんと行う。
病院と在宅の連携が取れるように情報共有が出来ること。特に、食事の内容・形態、食欲、嚥下機能など注意すべき点などが書かれており、切れ目のない情報であること。
地域医療連携バスの充実
本人の在宅生活の意向などを連携できると思います。退院前に本人の意向を確認する場があるとより具体的な連携が可能。コロナ禍において会えないこともある為。
これも全ての項目に当てはまることになりませんが、症度や必要性の高い方に(事業所の枠を超えて)効率よく、集中的な支援ができる仕組みづくりや報酬体系の整備が必要ではないでしょうか。
オンライン機能・ICT機能をさらに強化した上での、病院機能側と地域での在宅サポート側の両者間の見える化と連携強化
病院の病床の対応力に限界があるときには、かかりつけ医しか頼りになる人はいないのではないのか？かかりつけの医師には、かかりつけの患者が退院をせざるを得ないときは退院後在宅医療を受け持してほしいが、それが難しい場合は、在宅医療を行える信頼できる医師をかかりつけ医が紹介し、引き続いて患者が安心できるようにするのがかかりつけ医の役割とすべきではないか。それを前提として病院と診療所が連携するべきではないか？
ベッドコントロールの地域化により、医療情報の共有が進んでいる。D to Dの遠隔連携が進んでいて、かかりつけ医が入院後の入退院支援もマネージしている。
ICF(国際生活機能分類) ACP(アドバンス・ケア・プランニング) AD(事前指示書)の施設間共有

**問2 今後、より多くの在宅療養者に対するサービス提供が求められる中で
本人と家族の意向に沿った支援を行うために同職種間・多職種間の連携できそうなことは何ですか？**

問2 日常の療養支援
外来受診がある場合は必ず紹介状を作成する。普段から病院医師や、看護師などと顔の見える関係を作っておく。時折レスパイト入院を行い、患者の状態を共有する。重症患者の場合はメールや、ICTを用いて情報共有しておく。時間のある在宅療養中に患者本人の希望を確認する。患者家族とACPを実施しておく。
外来来院時からの患者情報を在宅療養者にも共有
なるべく多くのかかりつけ歯科医が自院の患者への訪問診療の実施
日常生活の中での服用他の問題点の発見
多職種が悩んでいること・困っていることでの解決策を探る支援など(嚥下困難)
外来通院者場合はフォローされにくい感じがあるので、改善できるとありがたい。状況に応じて外来通院者も担当相談員が付くなど…。
カシワネットの活用。またはLINEなど手軽に操作できるものも活用できるとなおよい。
入院中の本人の意向について、早期の段階から介入ができるケースは早めに意向を確認する、あるいは退院後の療養について考えるきっかけを想起できるよう働きかける。
デイサービスやケアマネ、ヘルパーなど介入しているサービス担当者や情報共有をして困り事などスムーズに解決しながら在宅生活を継続出来るサポートをしていく。
専門分化されることで高度な医療が受けられるようになった反面、互いの領域の線引きがはっきりとして、連携しにくくなっている側面があると思います。それぞれの専門性を保ちながらも、患者・利用者のニーズや目標を共通に持ち、関わる姿勢が大切だと思いますので、誰が何をやるか？の議論の前に、何のためにやるのか？の議論を対等な立場で対話できるのが良い支援につながると思います。
自分が訪問していない時の多職種の状況がわかり、本人、家族の状況が分かるようにカナミックの広がりがあること
食事の支援（食形態や嗜好に合った食事の提案、疾患に合わせた食事の提案など）
看護小規模多機能の拡充、充実
情報共有について、カシワネットの活用がより進めばよいと思います。積極的に使用される医療関係者と使用しない医療関係者がある現状を感じております。
本人やご家族との日常からのコミュニケーション及び意識合わせを強化する。（特に、ACP部分も包含され、ICT機能も強化しながらの支援体制の底上げ）
平素から町会単位で急変時の対応や介護で困ったときの対応につき勉強会を行えるよう、医療や介護の専門職種がチームを組んで支援するべきではないか？
療養に関わる関係者の範囲が広くなり、情報共有は、療養している人によって様々になる。インフォーマルな関係も、重要な資源になり、本人や家族の意向を支えることができる。
ICF(国際生活機能分類) ACP(アドバンス・ケア・プランニング) AD(事前指示書)の施設間共有

**問2 今後、より多くの在宅療養者に対するサービス提供が求められる中で
本人と家族の意向に沿った支援を行うために同職種間・多職種間の連携でできそうなことは何ですか？**

問2 急変時の対応
できるだけ急変対応がないように、普段の診療から急変時の症状変化について家族と話し合っておく。直接電話で担当医と話し、状況を共有する。
外来来院時からの患者情報を在宅療養者にも共有
在宅サポートをしている職種間で些細な事でも密な情報のやり取りの実施
素早い対応・状況把握
緊急訪問
本人の意向が共有されている状況をどう作っておくかが大切だと思う。
家族によって急変の度合いの判断が難しいので、主治医や訪問看護の方が中心となり容態ごとの対応策を決めておく。それを家族・ケアマネ・ヘルパー・デイ・訪問入浴などの多職種に周知する。
医療専門職だけでなく、介護系職種も経験を重ねながら情報発信や共有などチームの一員として取り組める人が増えてくると良いと思います。そのためにかシワニネットなども有効ですが、サービス管理責任者しかアクセスしていないケースもあるようで、対策ができたと思います。
訪問看護ステーションに勤務しているので変化がある時には速やかに看護師に連絡を取る。写真や動画をやり取りする等も普段から行っている。
何が急変か、その時にはどうしたらいいか？誰に連絡をしたらいいか？を多職種で決めておく、練習しておく。
定期巡回訪問介護看護の充実
電話での緊急対応ができれば連携は可能と思います。
とにかく本人や家族の意向に沿わない方向にならないよう、平時からの意識合わせ（意向の確認）の強化、および連携チーム内の情報共有の底上げ
病院の病床に限界があるのであれば、医師の指示の下での訪問看護師と介護職の対応力が必要になるのではないかと
職種ごとの役割が重要であるが、勤務のシフトや当番などで、急変に立ち会おうのが誰になるのかはわからないが、急変について遡ってプロセスを評価できて、妥当性の評価による監査や、データとして将来に役立つ情報を提供できる。
最近までの最新のサマリーの電子化と情報共有

**問2 今後、より多くの在宅療養者に対するサービス提供が求められる中で
本人と家族の意向に沿った支援を行うために同職種間・多職種間の連携でできそうなことは何ですか？**

問2 看取り
最後を過ごす場所について自宅で得た情報を病院にも情報提供する。看取り近くは医師や看護師しか訪問しなくなることがあるため、最後の本人の様子と家族の受け取り方などについて他の職種と情報共有しておく。
最後まで安らかな呼吸を維持して頂くためのケアの実施、最後の一口の飲食物のご提案
日々の様子の共有がチームの連携として必要と思います。忙しい中だと思いますが、カシワニネットが随時更新されていると安心して連携できると思います。
ご本人、ご家族が望む最期の場所などの選択やそれを叶えるため、カシワニネットなどで様々な職種で情報意見交換していく。
本人の望む最後を迎える時の気持ちや言動、家族の思いの情報共有をすることにより、多職種でどのように支えていけるかを話し合える場があるといい。
家族のグリーフケアの充実
電話での緊急対応ができれば連携は可能と思います。
とにかく本人や家族の意向に沿わない方向にならないよう、平時からの意識合わせ（意向の確認）の強化、および連携チーム内の情報共有の底上げ
病院の病床に限界があるのであれば、医師の指示の下で、訪問看護師と介護職が看取りを支援する体制強化が必要になるのではないかと
医療者や介護者の役割が限定的となり、宗教者や葬祭業者がプロフェッショナルとしての役割を果たす。
病院における在宅看取りについての説明
その方の希望通りになるようにしたいのですが、今現在救急搬送等のルールが決定されていない。ACPIに関してももっとも国がアピールするべきである。