

会 議 概 要 書

会議名：平成 28 年度 第 1 回 佐世保市在宅医療連携協議会	
日 時：平成 28 年 6 月 6 日（月） 19：00～20：30	
場 所：佐世保市役所 5 階 庁議室	
出席者：別紙出席者名簿のとおり	
資料等：別紙当日配布	
会議概要（当日のやりとり） ※カッコ書き標記は、委員名（敬称略）	備考
■会長・副会長選出 協議会 長：佐世保市医師会 会長 久保次郎 委員 副会長：佐世保市歯科医師会副会長 外尾剛彦 委員 ■議題 平成 28 年度佐世保市在宅医療・介護連携事業について ●今までの取り組みについて【事務局（医政）説明】 平成 24 年度 佐世保市医師会が厚生労働省のモデル事業として実施した在宅医療連携拠点事業。協議会の設置、モデル事業の実施を通じ、地域課題の抽出等が行われた。 平成 25・26 年度 佐世保市がこれまでの事業を引き継ぐ形で、医師会へ事業を一部委託し、長崎県在宅医療連携拠点事業として取り組んだ。 平成 27 年度より 在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険法のなかの地域支援事業として位置づけられた。 平成 24 年度に抽出された地域課題について、専門部会等を立ち上げ、各団体の皆様と検討を行い、解決するための取り組みを行ってきた。専門部会は次の 2 つ。 （１）在宅療養患者急変時依頼・受入検討専門部会 在宅で訪問診療等、医学的管理がなされている方が急変時・容体が悪くなされた時に、速やかに対応できるよう、事前に二次病院等と患者情報を共有しておくような仕組みについて検討。 ⇒在宅療養患者急変時受入に関する事前情報提供書（別紙①桃色） また、かかりつけ医がいない、または連携が取りにくい介護関連施設等からの救急搬送時に、あらかじめ利用者に了承をいただいた基本的な情報と救急搬送依頼時の状況を、救急隊を通じて医療機関へ情報提供する仕組みについても検討。 ⇒搬送時の情報提供書（別紙②黄緑色） これら 2 つは、主に在宅や施設から救急病院へ搬送受入の依頼をする際のツールとして検討した。 （２）退院連携検討専門部会 病院から退院される際に患者さんや利用者さんの情報を事前に多職種で共	資料 1 P2～4 P5～ P6～

有できるものはないか検討。 ⇒<u>退院連携事前情報提供書</u>（別紙③黄色） 別紙①～③を2つの専門部会で検討し作成した。P7は、これらのツールがどのような時に利用するか、全体の中に落とし込んだイメージ。昨年度から試行運用を開始している。 また、本日の資料の他にもHPの開設や研修会、講演会等にも取り組んできた。3/28に開催した協議会の資料も参考資料として配布している。 これまでの取り組みを踏まえ、在宅医療・介護連携事業に関する今年度の取組についてご検討をお願いしたい。 まず、再確認として、本事業の最重要課題は、“住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる体制の確立”が掲げられている。今年度の取り組みは、その最重要課題を構成する主だった3つの課題を解決するための目的・狙いを定め取り組んでいきたい。 課題の1つ目は、在宅医不足。それを少しでも解消するための目的・狙いとして在宅医の負担軽減を図りたい。対象は、在宅医療を実施している医師や在宅医療に興味がある医師。在宅医療を担う医師が疲弊しているという意見を伺っており、専門部会で現在の業務で何が負担なのかを分析し、負担軽減を図るための方策を導き出したい。それにより、在宅医療を担う医師の負担軽減を図り在宅医療に興味がある医師が在宅医療を始めるきっかけとしたい。 2つ目は、多職種連携の促進。それを進めるため、実際の現場において連携促進を図るための方策を探りたい。対象は、医療・介護連携に携わる現場のキーマンとし、通常業務で困っている事がないかを専門部会で分析し、医療・介護双方の負担軽減に繋げるきっかけとしたい。また、多職種関係者を対象とした研修会や勉強会を行い、各々の役割・各職種に求められていることなどを確認し、医療と介護の連携に繋げるきっかけとしたい。 3つ目は、市民の認知不足。それを少しでも解決するため、市民への普及啓発を行いたい。本年度は11月に市老人クラブ連合会主催の「平成28年度福祉大会」が開催される予定であり、そこで基調講演をさせていただく予定としている。啓発したほうが良いと思われる内容についてご意見をいただきたい。 専門部会・研修会、それぞれのテーマについて事前にアンケートを行い、ご意見を頂いたものをP15～16に記載している。これらも踏まえ、専門部会、多職種連携研修会、市民啓発のテーマについてご審議いただきたい。 【質問・意見】 ①在宅医の負担軽減 ・大村市医師会の資料について、説明をお願いしたい。（土井） 24時間、誰かいるのか。（久保） ⇒今年5月に大村市医師会が設置したという情報を得て、医師会を通じて大村市医師会よりチラシをいただいた。長崎医療センターも巻き込んで、訪問診療をされている医師の負担軽減をしているという話もあった。こういったことも参考にできないかと思い、配布した。コールセンターは24時間となっているが、常駐しているかまでは把握できていない。今後、視察の候補としても検討中。（医政）	P7 P9 P10 P11 P12 P13 P15～16
---	---

⇒大村は、国立大村病院があり入院もほとんどそこに入る。詳細は把握していないが、レジデントも潤沢にいますので東京出張等があっても緊急時は登録している医師が対応し、看取りもしてもらえ、報酬も支払われるという制度があると伺った。佐世保にそれを導入できるかは分からないが、緊急時にどうしても困る場合は助かる。これについてよく調べて、この会議で報告していただきたい。（土井）

⇒国立大村は、ほとんど受けてくれるのか。（久保）

⇒外に出すということは、ほとんどないと聞いている。（土井）

・先週、ある学会で船橋市の取り組みを聞いてきた。町によっては、在宅を診てくれる医療機関が沢山あったり、ほとんどなかったり、地域の特性が随分ある。しかし、この資料では、本市のトータルのことしか分からない。個人情報問題はありますが、レセプトデータで船橋市は出していた。具体的には、在支診の医師、在支診でなくても訪問診療や在宅をされている医師が、実際、何名の患者さんを診ているのか具体的に知りたい。当院がある南部の方は、在宅をしてくださっている医師が潤沢にいて、北部の方は少ないと聞いている。そういった地域の特性がこの資料からでは全く分からない。南部は中央病院、北部は労災病院というように地域をサポートする病院や医師が、どのようなことを具体的に考えていかなければならないのか、その地域の在支診の医師がどのようなことをしないといけいいのか明確にすべき。具体的には、ある在支診の医師は、大和町に住んでいる50人の方を自宅で診ているとか、大和町にある施設の入所者を何人診ているとか。それくらいの情報は、個人情報を伏せた状態でも出せるはず。是非そういった情報をこの会議で資料として出していただきたい。それを知ることで見えてくることもある。この資料では一般的過ぎて対処のしようがない。（平尾）

⇒レセプト抽出は以前も試みたが、なかなか難しかった。厚労省が実施している2年に1度の医療施設静態調査では、診療所医師が受け持つ患者数が拾えるので、そこから抽出可能。だが、その患者さんが自宅なのか施設なのかは項目がないので、細かい部分はお尋ねさせていただくことになるかもしれない。（医政）

⇒今回の診療報酬改定で、1人、2～9人、それ以上と分かれたので概ね、自宅なのか施設なのかは想像できる。今回の改定に伴い、新たな分野や地域性も出るので分析はしやすい。レセから拾えなければ細かな地域性までは難しいかと思うが、検討をお願いしたい。社会保険事務所は相手にしてくれない？（土井）

⇒社保ではなく、国保の関係課に以前お尋ねした。船橋市がこういったデータを出していたのか参考に見せていただきたい。（医政）

⇒船橋市も国保の後期高齢者データだけ。それだけでもだいぶ違う。（平尾）

・在宅をされていて、負担軽減をしてほしいという意識はあまりない。在宅で重症の患者さんが1名いるが、どうしてもこの日だけは市外に出なければならない時がある。知り合いの医師に一声かけて出かけるが、その患者さんは軽い知的障害があり、知らない人を受け入れない。診察自体は難しくないが、知らない人が行くと興奮する。自分でしかできないことを手放さないといけない時に自分には負担になる。在宅の患者さんが夜中に具合が悪くなって往診に行くこと自体は、ただ眠いだけで自分自身には負担にはなっていない。（大坪）

⇒確かに、学会や単位取得のためにどうしても往診できないときがある。これまでも自分が出来る範囲で看取りや検視をやってきた。困っているか困っていないかも、各個人が考える部分で困っているのか、困っていないのかが変わる。今回か

配布資料「**参考**
在宅医療・介護
に関する指標」

らの参加なので、他の自治体がどこまで対応されているのかを自分に置き換えて考えないと、どのように言えばいいかはっきりしない。今までやることはやってきて困っていただいたが、それなりにやってきた。これから知識を増やして意見があれば出していきたい。(牟田)

- ・訪問看護ステーションに聞いたら、在宅をされている医師に集中し、その医師が負担になるという意見が多かった。また、かかりつけ医の中には、訪問看護指示書を書かない医師がいる。訪問看護を利用することでスタッフが24時間対応するので緊急となった場合、その医師は対応が出来ないので訪問看護指示書は書かない、在宅医療はしないという。在宅で訪問看護を利用したい方も、なかなか利用できない。一生懸命されている医師にどうしても集中してしまう。快く受けていただいているが、大変な状況になっている。(越智)
- ・非常勤医師が当直の日以外は、診るようにしている。急変時は往診せず、受診するように言っている。往診しても在宅ではどうしようもないことが多い。我慢できるなら朝、受診するように言っている。(久保)
- ・越智委員の意見は、専門部会や協議会で何度も聞いている。皆さんもよく理解していると思うが、具体的な数字がどうなのかは分からない。そういう意味でも先程調べていただくようお願いした。レセプトデータでどうしても出せない場合は、最後の手段として医師会の先生方にアンケート等をしてもらうか。具体的に見ないと動きも取れない。(平尾)

⇒どれくらい必要としている人がいて、どれくらいできる人がいるのかという需要と供給のバランスを把握すること。(久保)

- ・在宅医の負担軽減と裾野を広げるという目的もあり、どのようにしたら急変時を受けていただけるのか、昨年検討した。後方支援病院が新たに追加されたことも成果の一つ。在宅をしている先生方は、各自方針があるので足並みを揃えることも結論を出すことも難しいが、今回出た意見も課題として専門部会で検討していきたい。(迎)
- ・医師数を増やさないとどうしようもない。在宅医のみならず、救急医も増やさないといけないという課題も絡んでくる。全国のMC会議等では、都会は救急医が集中しているが、救急に疲弊して在宅を診る医師が結構いるという実例を挙げて報告されていた。佐世保は救急医でさえ足りないが、在宅を担う医師を増やすということを考えつつ、医師以外でもできることはないか等の支援策も考えないといけない。(清水)
- ・夜中に往診に行く時は、座薬1つ出すにしても知り合いの薬局に連絡して、夜中に起こされて辛いのは充分承知しているが、薬を届けてくれるようお願いしている。薬剤師の協力は、これからもっともっと必要になってくる。薬剤管理にしても、往診に行くと沢山ため込んでいる方が多い。カレンダーみたいに貼ったりもしているが、細やかな服薬指導や在宅にもう一足踏み込んだ薬剤管理もお願いしたい。(土井添)

⇒薬剤師も24時間対応できるよう徐々に体制をとりつつある。かかりつけ薬局やかかりつけ薬剤師等、在宅に関わる薬剤師も在宅医と一緒に動くことが基本。病院等はコメディカルを含むチームがあるが、在宅医は各々で動くので遠慮されているところもあるかもしれない。一声かけていただければ動く体制は取っており、在宅医の負担軽減のためにも協力していきたい。(徳永)

【①まとめ】

専門部会の立ち上げと、これまで数字で現状を把握するということは今までなかったことなので、是非、事務局には数字を出していただきたい。（久保）

いただいた意見、大村市の情報把握、船橋市を参考にしたレセプトデータの集約等を検討したい。専門部会へ提案しながら、検討をお願いしていく。（医政）

②実際の現場での連携促進のための方策を探る

③医療・介護連携をテーマにした研修会の実施

- ・介護保険と医療保険の両方から訪問看護に入る。介護保険は、ケアマネがプランを立てて、必ずケア会議が行われるのでどのようなサービスや事業所が入っているのかよく分かる。しかし、医療保険の難病やガン末期の方などは、ケアマネが付いてはいるが、ケア会議に呼ばれないことが多くある。どのようなサービスがついているのか、いつデイサービスに行っているのかなど、他の事業所となかなか連携が取りにくい。ノートを利用したりしてケアマネに尋ねるが、どこのケアマネが入っているのかも分からないケースがある。医療の居宅サービス計画の中には、訪問看護や薬剤師の方の居宅管理療養費等はサービスとして上がってこない。欄外に手書きして出したりしているが、連携が出来ていない部分が未だにある。そこをどのように連携していくか意見があった。医療のことを理解して上手くプランを立ててくれるケアマネと、医療のことについては苦手意識を持っているケアマネがいる。その資質アップやレベルアップが連携しやすくなる対策になるのではないか。（越智）

⇒方法論としては、ケアマネの研修会を行うとか？（久保）

⇒実例を出しながら制度や訪問看護の上手な使い方を勉強していかないと変わっていく中で追いついていけない。ケアマネ 1 人が 35 人を担当して、毎日訪問してモニタリングしなければならないので業務量はかなり多い。普段の業務の中では難しいので、研修会や勉強会があればいい。ケアマネ協会でも行ってはいるが、深いところまでは出来ていないのではないか。（越智）

⇒法制的には、介護支援専門員が作成する計画書の中には医療保険のサービスを入れなければならない。或いは、インフォーマルなサービスを入れて、全て網羅したプランを作ることとなっている。しかし、まだその徹底がなされていない。27 年度の介護報酬改定でケアマネの養成カリキュラムが変更された。医療系カリキュラムの内容もかなり入ってきており、法的にも受けないといけない。国としても底上げを図りたい狙い。また、あまり知られていないが、ケアマネの事業所に特定事業所がある。市内には 30～40 あり、そこに地域を指導する主任ケアマネを配置する義務がある。その主任ケアマネが近隣のケアマネを指導できるような体制を今後作っていかうと協議会でも考えている。（薬王寺）

【②、③まとめ】

本日の意見とアンケートの意見を踏まえ、②は、実際の現場での連携促進のための方策を探る専門部会を立ち上げる。③は、各団体より委員をご推薦いただき、多職種研修会の内容を検討する企画班を立ち上げる。後日、事務局より依頼させていただく。

④市民への普及啓発

- ・在宅医療があるということを市民に普及啓発するということか。（久保）

⇒普及啓発のテーマが具体的に決まっていない。本日ご意見いただき具体的に検討していきたい。11月に市老人クラブ連合会主催の「平成28年度福祉大会」で1時間程度、講演する時間をいただくようにしている。(医政)

⇒訪問診療をするスタッフを増やさないと、啓発してどんどん希望されたらどうするのか。(久保)

- ・在宅医療の現場でも元気な方が来られている。平成30年に総合事業が始まるので、在宅での健康づくりや90歳以上で安らかに死を迎えることはどういうことか、ということテーマにするのも一つの方法。(土井)

- ・在宅の最後は看取りと考えていると思うが、在宅をしていない医師から在宅をしている医師へと主治医交代が起きる。この主治医交代は、患者さんにとってかなり精神的な負担となる。主治医が変わることが怖い、知らない人に診られることが怖い、今まで診てもらっていた先生に申し訳ないということがあって、患者さんは自ら主治医変更を言わないし、他の人が言っても受け入れないということが起きる。この主治医交代をいかに納得していただくかが、在宅を増やす第一のこと。ただ、プライバシーなことでもあり感情的な問題なので、かなりハードルが高い。高齢者にどのように説明していくかを考えないといけない。それを乗り越えた方が、初めて在宅医療へ足を踏み入れてくる。(大坪)

⇒大きな病院からの主治医交代とクリニックからの主治医交代では大きく違う。クリニックからの主治医交代は極めて難しく、できれば引き受けたくない。例えば、ある先生が10年診てきた患者さんを自分は往診も在宅もしていないので、私のところへ手紙がきたことがある。非常に困るし、申し訳ないがなるべく断っている。しっかり精神誠意の対応があれば考えるが、途中で投げ出すようなケースが多々見られ、失礼だと思う。大きな病院からのガン末期の方などは、ご家族を交えてしっかり話をし、納得していただいた上で受けるようにしている。主治医交代は確かに難しいが、患者さんのために誰かが受けないといけないのが現実。クリニックの医師が診れない分は引き受けているが、快いものではない。(田中博)

その他

- ・前年度の会議で、高齢者施設から診療所や病院へ搬送する際の様式②救急搬送時の情報提供書の利用率を確認したら1割程度だった。なかなか浸透しない。高齢者施設には必ず主治医がいるので、入所時に主治医からスタッフへ必ず書くように指示があれば書と思う。そうしなければ、これを持たずに救急車に乗っても生年月日や氏名など色々聞かれる。事前に上半分だけでも書いておけば、下半分はチェック項目なので簡単にできる。医師会としても高齢者施設の主治医にお願いしていただければ消防も助かるのではないかと。(石橋)

⇒医師会の班長会等で出来るか。(久保)

⇒市から依頼を受けて班長会で説明するのもあり。このような様式を浸透させるのは非常に難しく、何度も何度も続けていかなければならない。併せて、中核市になったので、施設指導の時に必ずこれを確認してもらう。国の指導要綱以外で、これを書いているか各施設に確認すれば書くようになる。それが出来るかどうか分からないが、市にも検討していただき、医師会でも先生方に施設に指導していただくようお願いする。色々な手段で浸透させていく方がいい。それ以外でも、1枚書けば100円という経済的誘導もあるし、色々な手法で浸透を図ってはいか

がが。(土井)

⇒現場に到着したら救急隊は、氏名や生年月日等を確認しなければならないので、病院選定や搬送に時間がかかる。それが通常なのだが、様式②を準備していただければ医療機関への搬送がよりスムーズになることは間違いない。(消防)

・一人暮らしの方が冷蔵庫に入れておくものは？(久保)

⇒それは、救急医療情報キット。(消防)

・施設職員には資格を持たない人もいるが、下部分は非常に分かりやすい形式になっている。研修時にこの書き方も実践すれば、分からない人も急変した際の患者さんのみかたや考え方が分かってくると思う。(土井)

・施設だけで集まることはあるのか。誰に言えばいいのか。(久保)

⇒研修会等もあっているの、その時に対応していただければと思う。グループホームならグループホーム協議会へ、老健は老健である。特養の場合は社協がやっている。今は、社協の研修も市でやるのか分からないが、社協や各団体が行っている研修で一度取り上げてもらうことも一つの方法。(土井)

⇒市にお願いしてよいか。(久保)

⇒市と医師会で取り組む。(土井)

・様式は色が分かっているが、パソコンでも入力できるのか。(土井添)

⇒各様式はわかりやすいように色用紙で配付しているが、実際は白色。協議会ホームページの「かっちゃん」にエクセルとPDFデータを掲載しており、ダウンロードして使用可能。尚、現在、医師会事務局で様式の改良を行っている。事前に登録をしておく情報が反映されるようになり、様式の細かい部分が今より簡易に作成できるようになる。今はまだエクセルで入力する方法。(医政)

・急変時の受け入れについては当院もシステムを構築している。選定型でPC入力を希望される医師には、こちらで構築したソフトのCDをお渡ししている。3ヶ月に更新しなければならないので手書きだと大変。恐らく、どこの施設でも共通したものが使える。(吉田)

⇒当院でも、このような様式がないと非常に困るケースがある。90歳以上の方が、在宅や施設から心肺停止の状態でも搬送されることが多い。救命救急センターに搬送されれば所定の救命措置を行うが、施設等で心肺停止状態で発見されることも多々ある。死亡診断書が必要だと法的な問題もあると思うが、これからの多死の時代、このままでいいのか。今すぐどうこうできないこともあるが、地域医療、介護の中で、最後の迎え方についての文化作りや勉強会を継続的にやっていく必要がある。高齢者にとっても心肺停止状態で搬送され、最後に色んな処置をされることが、本人にとっても幸せなのか疑問になる。市民も含め、そのような勉強会を行ってはどうか。(澄川)

・昔、県の職員で上の役職まで就いた方がいて、その方は年金を多くもらっていたため、もう少し生かしてほしいとお願いされたことがある。(久保)

・自分が診ている患者さんは基本的には、心肺停止状態で大きな病院へ搬送することはまずない。何故かというと、それまでに説明をしているから。残念ながら、全ての在宅医が同様なこと、そうではない。特に、特養は主治医ではなく嘱託医なので、なかなかそこまで話ができません。各施設で異なると思うが、心肺停止になったら搬送するということが取決めになっているところがある。年間、30～40人くらいの死亡診断書を書いているが、急変で心肺停止になり、ご家族に

説明ができていない方もいる。その時もどうにか搬送せずに対応している。ただ、中にはご家族の理解度が低い方もいて、考え方の違いなのか、是非とも搬送してほしいと言われる。それを統一するのは難しいが、在宅医もご家族への説明を早い段階から行っていくことが一つの啓発になる。(田中博)

- ・①事前情報提供書の下部にDNRの有無について記載する箇所がある。当院でもそんなに多くはないが、用紙をいただくことがある。しかし、その記載をしている場合としていない場合があるので、できる限り主治医の方からご家族に説明をしていただき、どの程度まで希望するのか記載をお願いしたい。把握している限り、挿管や人工呼吸器の希望はなかったのに、搬送されて処置したが家族とうまくいかなかったという話も聞いている。空欄で搬送されてもその場で決められないこともある。出来る限り、どこまでの治療を希望されるのか書いていただき受付をする。空欄のときには一旦、戻して書いていただくようにしたい。(吉田)
- ・①はあくまで、後方支援病院に提出する様式であり、これが総合医療センターに行くことはまずない。後方支援病院である中央病院、労災病院、千住病院に、事前に登録している患者さんの分は提供される。②の救急搬送時の情報提供書は、主治医の有無に関わらず施設にいる方が必要な様式であり、これを記載するのは必ずしも主治医でなく施設の職員でよい。自分の患者さんは、ほとんど①の対象の方ばかりなので、②を使用することはほとんどない。混合されている方もいらっしゃるようなので確認。(田中博)
- ・死生観がそれぞれある。当院も間に合わなかった方から訴えられたことがある。永遠の課題。(久保)

⇒国でも最後のときの基準を示そうとされたが、うまくいかなかった。私の特老と老健に入所される方には全員に、搬送するかしないか等を入所時に確認し、印をもらう。夜中に亡くなりそうな方は、搬送しても恐らく助からないだろうが、それでも搬送するか確認する。それでも搬送するという人は、久保会長が言われたように年金の方くらい。全体の約2%。それはしょうがない。このようにやっているというような事例集を作って、強制ではないが、専門部会等で統一するなど、やってやれないことはない。(土井)

⇒統一は難しいと思うが、悩みながら医者はやっていかなければならない。(久保)

- ・後方支援病院をしており、現在、登録者は400名を超えている。事前に情報提供書をいただいて、登録した方はなるべく全て受け入れるようにしている。夜中に搬送されて翌朝亡くなる高齢者も多い。家族と話して決めるが、90歳以上の方に挿管や人工呼吸器をつけることは原則ない。(田中光)

⇒どこもそうだと思う。家族が希望されても私は説得している。高齢だと骨も折れてしまうし。(久保)

【事務局より】

- ・「メールアドレス確認表」を資料と共に配布している。開催案内、議事録等をメールでお送りさせていただきたいので、ご提出をお願いしたい。本日、または後日FAXでも可。

■議事確認

(1) 平成28年度佐世保市在宅医療・介護連携事業について

①在宅医の負担軽減

本日の意見、大村市の情報把握、船橋市を参考にしたレセプトデータの集約等を試み、専門部会を立ち上げて負担軽減について研究・検討していく。

②実際の現場での連携促進のための方策を探る

多職種連携の専門部会を立ち上げ、勉強会等を検討していく。

③医療介護連携の研修会

研修会のテーマは、各団体より委員をご推薦いただき、研修会の内容を検討する企画班を立ち上げる。後日、事務局より依頼させていただく。

④市民への普及啓発

高齢者に在宅医療への理解を深めていただくため、どのように説明していくかなど検討していく。

■会議での意見

(1) 大村のことについて調べて報告をしていただきたい。

(2) レセプトデータ等から、各地域で在支診や往診を行っている医師がどのくらいの患者さんを診ているのか知りたい。

(3) 制度や訪問看護の上手な使い方の実例を出しながら勉強会を開催してはどうか。

各団体が行っている研修会も利用して様式の書き方等の研修を取り上げてもらってはどうか。

(4) 施設指導時に様式を記入しているか確認してもらってはどうか。

(5) 事前情報提供書のDNRは、空欄の場合は一旦戻すなどして、できる限り記載していただきたい。

(6) 高齢者の最後の迎え方について、文化作りや勉強会を継続的に行っていく必要がある。

(7) 主治医交代をいかに納得していただくかが、在宅を増やす第一になる。高齢者にどのように説明していくかを考えないといけない。

(8) 在宅医が、早い段階で家族に心肺停止後の説明を行っておくことが啓発にもなる。