

# 第27回 日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 福井

## 目次

大会長挨拶(医療法人社団オレンジ 理事長 紅谷浩之)	2
開催概要	3
プログラム	4
シンポジウム1	
Happy!を考える	7
コラボセッション ACPを地域で扱う	
生活の場での人生会議	11
地域を巻き込む ACP 教育	12
特別講演	
オランダにおける人生会議、安楽死の今	13
シンポジウム2	
退院支援から入院回避へ	14
一般演題	17

## 大会長挨拶

日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 福井  
大会長 紅谷浩之



大会メインテーマは「Be Happy! あなたらしさ×わたらしさ」です。昨年話題となった「人生会議」の企画を通して、みなさまとともにこれからの医療の在り方を考えます。あなたらしさって何ですか？わたらしさってどんなものですか？多様な価値観が集まるごちゃ混ぜの空間を一緒に楽しみましょう。

本大会では、従来のような医療に関する最新の知見や技術を学べるシンポジウムや発表などに加えて、まちづくりや国際社会、さらにはアートや芸術というような、異業種・異分野でご活躍の方々を演者にお招きする予定です。これにより一人ひとりの「らしさ」の違いを超えたコラボレーションが生まれ、全く新しい発想の創出を目指します。また、大会参加者のみならず、一般市民の方々も気軽に参加いただけるような企画も準備を進めてまいります。関心のある人もない人も企画を通じて触れ合い、互いに感じ学び合う機会としたいと思います。

在宅医療の現場で日々向き合う「その人らしさ」は実に多様であり、常に変化を続けています。地域における医療のあり方はどうでしょうか。人生100年時代を迎え、治す医療から癒し支える医療への転換が図られる中、私たち医療者自身の考え方はどう変わったのでしょうか。在宅医療の現場で日々、治すことのできない病や老いと向き合いながら、前向きに生きがいを持って生きる人たちと出会ってきました。「Be Happy!」。幸福度日本一の福井で、幸せであるということの本当の意味を改めて考えてみたいと思います。

## 開催概要

- | 名称: 第27回 日本ホスピス・在宅ケア研究会 全国大会 in 福井
- | 大会テーマ: BE Happy! あなたらしさ × わたしらしさ
- | 主催: 特定非営利活動法人 日本ホスピス在宅ケア研究会
- | 大会長: 紅谷浩之 医療法人社団オレンジ 理事長
- | 会期: 2020年9月20日(日)～21日(祝)
- | 会場: 新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、全日程オンライン(ZOOM)開催
- | 後援一覧(五十音順):
  - 一般社団法人福井県医師会
  - 一般社団法人福井県介護福祉士会
  - 一般社団法人福井県薬剤師会
  - 一般社団法人福井市医師会
  - 公益社団法人福井県栄養士会
  - 公益財団法人福井県看護協会
  - 社会福祉法人福井県社会福祉協議会
  - 日本在宅ケアアライアンス
  - 福井県
  - 福井県医療ソーシャルワーカー協会
  - 福井県訪問看護ステーション連絡協議会
  - 福井市
  
  - 福井新聞社
  - NHK 福井放送局
  - FBC
  - 福井テレビ
  - FM 福井

## プログラム

### ■ | メインシンポジウム

#### シンポジウム1 「Happy! を考える」 9月20日(日)9:30~12:00

コーディネート: 高野翔(JICA-国際協力機構)  
矢田明子(Community Nurse Company 代表取締役)  
川田尚吾(オレンジホームケアクリニック/筑波大学)  
細川善弘(福井新聞社)

#### コラボセッション 「ACPを地域で扱う」 9月20日(日)12:15~15:15

企画進行: 宇都宮宏子(在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表)  
: 紅谷浩之(医療法人社団オレンジ 理事長)

#### スペシャルトーク 「生活の場での人生会議」

下河原忠道(株式会社シルバーウッド 代表取締役)

#### セッション1 「勝手に人生会議ポスター、作成者の想い」

大河内章三(株式会社キープオン支援センターミナミ 主任介護支援専門員)  
久田邦博(しあわせです感謝グループ代表/薬剤師)  
田中恵一(作業療法士/認知症カフェモデレーター)

#### セッション2 「地域を巻き込む ACP 教育」

大城京子(居宅介護支援事業所 快護相談所和び咲び 副所長/介護支援専門員)

#### 特別講演 「オランダにおける人生会議、安楽死の今」 9月20日(日)15:30~17:00

シャボットあかね

#### シンポジウム2 「退院支援から入院回避へ」 9月21日(祝)9:00~11:30

コーディネート: 宇都宮宏子(在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス代表)  
更級さおり(佐久総合病院 地域ケア科)  
山西伴幸(オレンジホームケアクリニック)  
市橋亮一(医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック)

#### 緊急対談 「医療は人の苦痛を取り除くためにどこまで関わるものなのか」

9月21日(祝)11:45~12:45

蘆野吉和(日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長)  
金子稚子(終活ジャーナリスト)

**スペシャル対談 「人を幸せにすること」** 9月21日(祝)13:00～14:30

小山薫堂(放送作家/脚本家)  
紅谷浩之(医療法人社団オレンジ 理事長)

■ | 新企画「未来のタネ～異分野の取り組みを知ろう～」

**× インド** 9月20日(日)10:45～12:00

鴛渕貴子(NAVIS India 社長)

**× 動物園** 9月20日(日)12:30～13:45

本田直也(札幌市円山動物園 動物専門員)

**× ブロックチェーン** 9月20日(日)14:15～15:30

福田崇之(金沢工業大学 産学連携局 次長)

**× サッカー** 9月21日(祝)9:30～10:45

服部淳一(福井ユナイテッド FC GM)

■ | 本部企画

**1. 認知症ケア部会「もの忘れ。それは本当に認知症？」** 9月20日(日)9:30～11:00

河野和彦

**2. スピリチュアルケア部会「こんな時だから！ 自由な懇親会」** 9月20日(日)11:30～13:00

梅津礼司

**3. ホスピスボランティア部会「ボランティア集まれ」** 9月20日(日)13:30～15:00

二ノ坂保喜

**4. 被災者支援事業企画** 9月20日(日)15:30～17:00

「With コロナ時代の複合災害における支援のあり方を考える～豪雨災害の現場から被害の状況と支援の在り方の変遷について」

**5. コミュニティケア部会** 9月21日(祝)9:30～11:00

「おまかせうんちッチの地域包括的排便ケアシステムのイノベーション 便育×健康づくり×コミュニティケア」

榊原千秋

**6. 市民部会「私のための ACP～語り合う人生会議」** 9月21日(祝)11:30～13:00

梅津礼司

■ | とことん話そう！ コミュニティカフェ

**9月20日(日)**

[9:00～10:00] コミュニティナースがカフェやってみた ホスト:富居ゆかり/加藤瑞穂

[9:30～10:30] 医療的ケア児に関わる保育士の活動！ ホスト:吉田花蓮

[10:00～11:00] 在宅医療プロデューサーが乳がんになって ホスト:平田節子

- [10:30～11:30] ごちやまぜ～コロナと向き合う共生社会～ ホスト:雄谷良成
- [11:00～12:00] 学生インターンシップと共創する医療のカタチ ホスト:藤本一希
- [11:30～12:30] 医療保健福祉分野の領域横断的な連携と  
他分野(観光・林業など)との融合 ホスト:山端聡
- [12:00～13:00] ぐるんとびーの取り組み、Twitter 炎上についても ホスト:菅原健介
- [12:30～13:30] 明るく楽しい老いを準備する ホスト:西上ありさ
- [13:00～14:00] 会話で世の中を豊かにする～御用聞き挑戦～ ホスト:古市盛久
- [13:30～14:30] 地域包括ケアと災害 ホスト:古屋聡
- [14:00～15:00] オランダ留学を通して感じるオランダ文化の特色と  
医療(安楽死やポジティブヘルス)との関係について ホスト:山田拓
- [14:30～15:30] 建築環境を整えると家族は Happy になる!? ホスト:斉藤雅也

### 9月21日(祝)

- [9:00～10:00] 小児訪問看護のハッピーチャレンジ! ホスト:松丸実奈
- [9:30～10:30] 社会的処方 ホスト:西智弘
- [10:00～11:00] 制度を超えて地域共生型社会を見てみたい ホスト:田中志子
- [10:30～11:30] 人の巻き込み方～KAIGO LEADERS の取り組みから～ ホスト:秋本可愛
- [11:00～12:00] 医療福祉とアートが会う場所でできること ホスト:唐川恵美子(エミリー)
- [11:30～12:30] ポジティブヘルスを日本で展開する  
POSITIVE NIPPON Project ホスト:川田尚吾

## シンポジウム1 「Happy！を考える」

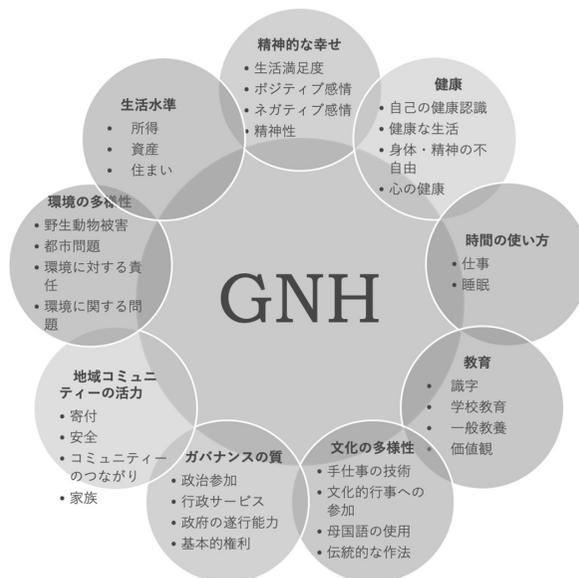
高野翔(JICA-国際協力機構)

### GNH(Gross National Happiness)について

ブータンという国は幸せの概念をどうやって社会実装しているか。社会インフラの難しさはまだまだある国。でも寛容や優しさに溢れる国。地域コミュニティのつながりが強い。GNH(Gross National Happiness:国民総幸福量)とは、金銭的・物質的豊かさだけを偏重して追求するのではなく、伝統的な社会や文化、環境などにも配慮し、国民一人ひとりの精神的な豊かさを重視するというコンセプトである。また、コンセプトのみならず憲法にもうたわれ、人の幸せを中心に置きながら、PDCA サイクルを回す仕組みを備えている。9つの領域に分けて計33個の指標がある。

ブータンの行政で特徴的なのは幸せを司る省庁があることである。全ての担当分野を超えて存在する。GNHの9つの領域を守っているかを審査する仕組みがある。GNHの調査で感じた日本との違いは何か。日本の幸福度ランキングでは幸せを問われない。測っているものが違う。例えば、文化については日本では娯楽消費額を測っている。ブータンでは地域の文化行事にどれだけ参加しているかを測っている。

国は成熟すればするほど1つの指標に収斂して物事をはかることは難しくなる。GNHとは、地域社会のためのカルテではないか。これによって健全な政策につなげることができると考えている。調査員が行う国民との対話はまさにコミュニティナースのような活動であると言える。



ふくい×AI 未来の幸せアクションリサーチについて

読者参加型の探求プロジェクトとして福井新聞社と日立京大ラボが共同実施。福井は幸福度ランキング日本一。でも幸せを実感することってあまりない。測っているのは持家比率や待機児童比率など社会的な指標。2050年に福井で幸せを実感できる社会づくり。何が幸せで、そのためにどんな行動をとればその未来に向かっていけるのか。「幸せに感じる時、もの、こと、ひと」を尋ねた結果、もっとも多かったのは「家族・友人」であった。互いの指標の関係を考慮し、AIでシナリオシミュレーションを実施。最終的に「小さな幸せアクション」として30項目に分類して読者に提示した。

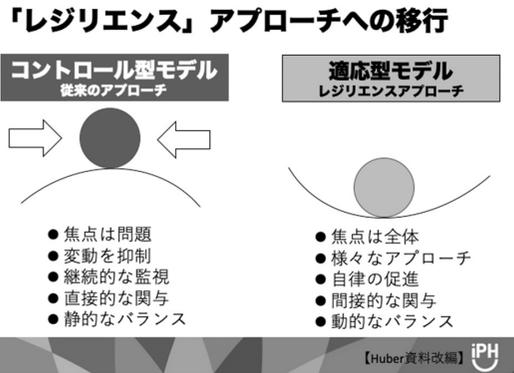
- 「小さな幸せアクション」30項目
- 家系図を書いてみよう
  - 似顔絵を描いて交換しよう
  - 家族でハグしよう
  - 肩たたき券を作ってプレゼントしよう
  - 家族旅行の予定を立てよう
  - だれかに食べ物のお裾分けをしてみよう
  - おにぎりを作って出掛けよう
  - 地元の農作物だけを使った料理をしてみよう
  - 近所の株選に出掛けよう
  - 助けてほしいなと思うことを話してみよう
  - 友だちと夜の散歩に出かけよう
  - SNSを一日オフにしてみよう
  - 帰宅前に寄り道してみよう
  - 寝る前の5分でさよならの幸せを振り返ろう
  - 同僚にありがとうを伝えよう
  - 「何か手伝うことない?」と周りの人に聞いてみよう
  - 理想の自分の姿を考えて人に伝えてみよう
  - 星に名前を付け合おう
  - 家族と一緒にひなたぼっこをしよう
  - 地面に寝転んでみよう
  - 踏地裏を歩いて遠くを歩こう
  - しばらく会っていない友人に連絡してみよう
  - 自分に「まちの心」風止とニックネームを付けてみよう
  - 道ばたですれ違った人にあいさつをしよう
  - 地域の祭りの日を手帳に書き込もう
  - 気になる講演会や映画に行ってみよう
  - 読んだことのない分野の本を一冊読んでみよう
  - 福井自慢を誰かにしてみよう
  - 出身校の校歌を口ずさめるか試してみよう
  - あいさつの代わりにハイタッチをしてみよう

反対に不幸せの調査から幸せを考えるアプローチも実施。一般的な家庭像の裏でそこからはみ出すことへの生きづらさを抱えた社会であることが明らかになった。多様な生き方に不寛容な社会と言える。多様な生き方を許容できる社会こそ幸せを感じられるためには必要ではないか。

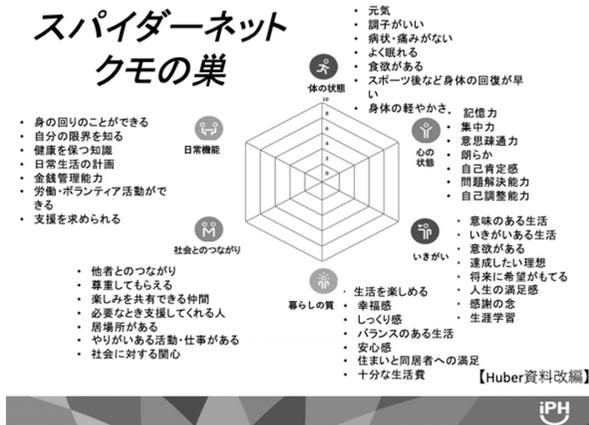


ポジティブヘルスについて

健康とは何か。WHO(世界保健機構)は1948年に「単に疾患がないとか虚弱ではない状態ではなく、身体的・精神的・社会的に完全に良い状態である」と定義している。現代では批判も多い。完全なる健康を求めた場合、大多数が多くの時を不健康でいることになり、高齢化や疾患構造が変化する中では「社会の医療化」を助長する結果を生む可能性もある。ここでオランダ発の健康の新しい概念ポジティブヘルスが登場する。ヒューバー博士は「社会的・身体的・感情的問題に直面したときに適応し、みずから管理する能力としての健康」を提唱し、従来の「コントロール型」モデルを離れて、レジリエンスアプローチとしての「適応型モデル」を重要視した。健康と疾病は別のものではなく、互いに重なり合う中でどう振る舞うかといった動的なコンセプトである。



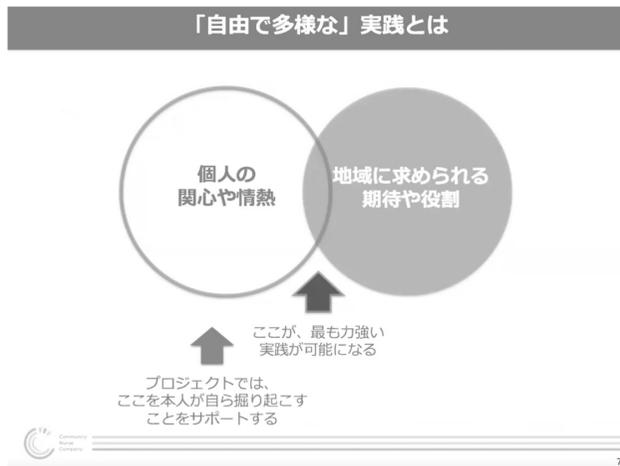
ポジティブヘルスでは指標を6つの次元に分けている。スパイダーネットと呼ばれるチャートは評価ツールではなく対話ツールとして使用される。患者自身の価値観に基づいて患者自身が点数化していく。本人主導が肝になる。オランダでは教育現場やまちづくりなど医療の枠組みを超えて、暮らしの中でも活用されている。



矢田明子 (Community Nurse Company 代表取締役)

コミュニティナースについて

活動のビジョンにあるのは「まちの中や日常の暮らしのなかで誰もが誰かの心と身体の健康を応援できる社会」をつくっていくこと。健康を扱う人がなぜ病院の中などにこもっているのか。もっとまちの中に出ていけばいい。コミュニティナースとは職業や資格ではなく実践のあり方。つつい対話をしたくなる楽しい、うれしい存在にどうやってなれるか。まちの人たちと一緒に体現していく。やるべきとの姿勢ではなく、個人の関心や情熱と地域に求められる期待や役割の間にある実践を続ける。



まちの人の「強み」や「得意」を活かし合い、できることを相談・考案する場所として「地域おせっかい会議」もスタートさせた。投げっぱなしにしていることへの後ろめたさを社会の役に立つという形で実行に移せるよう応援していく。そうするとサービスの受け手側だった人たちがいつか担い手にならっていく。



## コラボセッション「ACPを地域で扱う」

下河原忠道(株式会社シルバーウッド 代表取締役)

### 生活の場での人生会議

環境さえ良ければ認知症はそれほど問題にならない。生活の場に戻ると人はやらねばと思う。生きる力を取り戻していく。介護と看護はかなり近いところにある。ケアのものさしとして「生命力の消耗を最小にする援助」を心掛けている。高齢者向け住宅は死を待つだけの場所ではない。建物には駄菓子屋を併設させることで子どもたちをたくさん迎え入れている。店番という仕事や役割があることが笑顔を生む。一緒にいるだけ心が動けば人生は動く。就労は大きなポイント。仕事付きサービス付き高齢者向け住宅を始めた。

入居者の「死にたい」は「生きたくない」のではない。「生きていることに意義を見出して生きたい」のである。生きたいから死にたいのである。いい日常生活の延長にこそ、いい看取りがある。看取りは瞬間ではなく、流れであって、生活の中で一緒に参加するものではないか。高齢者住まいでの看取りは今後、もっとあたりまえになっていくべき。社会的な構造としても必要な役割になる。全国の施設を回って研修会を開催している。看取りを経験したことがない介護職の敵は「得体の知れない不安感・恐怖感」である。よって獲得すべきは「死に向き合う覚悟」と「看取りを経験すること」に尽きるだろう。

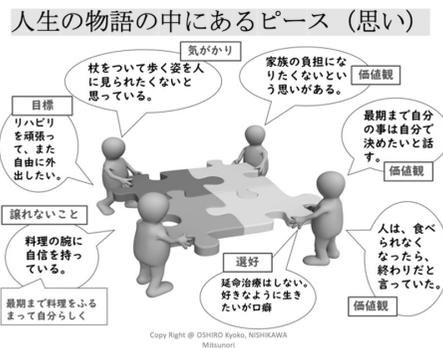
高齢者住まいにおける看取りを阻む要因は明確になっている。本人の希望を聞くための ACP を行っていく。介護だけでは難しいため医療や看護との連携も欠かせない。結果的に看取りに積極的な施設ほど看取り率が高くなる。VRを使った研修で高齢者の終末期や救急医療の現場イメージを掴んでもらう努力も続けている。大事なものは立場や役割の違いを認識する対話である。分かり合えないことや意見が一致しないことがあるのは当然。それを覚悟の上で対話を重ね、着地点を探るしかない。終末期は選択の連続である。選択した後にその選択でよかったと思えるようにフォローしていくことが極めて重要ではないか。



**地域を巻き込む ACP 教育**

ACP は延命治療をする・しないと、最期の場所をどうするかなど選好だけではない。その人の人生の物語があってこそ選択につながる。いつ話し合うかに決まったものはない。一方で、判断が差し迫っていないとか手術や入院など大きな疾患の変化を乗り越えた時が話しやすいと言われている。

支援者の姿勢は大事になる。話し合いをするかどうかは本人の心の準備や段階に寄り添い、「積極的待機」をすること。前のめりで決定を迫ったり、話し合う場をわざと作ったりしてはいけない。結果的に文章にまとめることで支援者側の安心を目的にしているか。生活の中にちりばめられた思いを大切に、その思いをつなげることこそ ACP である。どうやって思いをキャッチするか。アンテナを磨く必要がある。非言語コミュニケーションも大切にすること。また、ひとりではなく、いろんな人が感じる本人の思いを集めて物語を作っていく。



ACP は医療現場のみで行うことの難しさがある。もっと誰でも参加できる分かりやすい研修会 (ACPiece) をスタートさせた。コミュニケーションの基本から学ぶとともに、ロールプレイを豊富に取り入れている。専門職であっても、地域のひとり。時には自分が当事者になることや、その家族となることもある。日頃の生活の中から大切な人たちへ自分の思いを伝えていってもらいたい。

## 特別講演

シャボットあかね

### オランダにおける人生会議、安楽死の今

オランダの定義における安楽死とは、熟慮された本人の要請に応じて、生命の終結を目的に、合法的に医師が行う医療行為である。延命治療の中止や緩和鎮静、または本人の願望という推定の元に医師が患者の生命を終結することなどは安楽死ではない。オランダでは死について話し合うことが緩和ケアになるとの考え方が重視されている。痛みを取り除くのは技術的な問題ではない。最後は本人が主役であることを皆が受け入れる。安楽死と聞けば家族らは最初こそ驚くが、対話を続けていく中で本人にとって最善の選択なのだとなんて納得していく。これは死後のグリーフケアにも影響する。オランダの安楽死関連法には、注意深さの要件が定められている。そこに「死期が迫っていること」は記載されていない。大切なのは本人の絶望的かつ耐え難い苦しみの存在である。一方で医師には拒否権が認められているため、決して安易に安楽死を遂げられる訳ではない。

#### 注意深さの要件

1. 医師は、患者による任意かつ熟慮された要請が存在したという 確信を有していること。
2. 医師は、患者の絶望的かつ耐え難い苦しみの存在について確信を有していること。
3. 医師は、患者に対して、その現状、および、その予後について十分な情報を提供したものであること。
4. 医師は、他の合理的な解決策がないことについて、患者とともに確信を有していること。
5. 医師は、少なくとも、他の1人の独立した医師と相談すること。後者は、患者に面会して、上記1から4に挙げた注意深さの要件について自己の判断を下したものであること。
6. 医師は、生命終結行為を医療的に注意深く実施したものであること。

#### 急がばまわれ

日本でも安楽死の是非をめぐる議論を深めるべきか？

1. 生命を短縮・終結する異なる医療処遇の正しい認識。
2. それぞれの適切な表現を決める。
3. 患者の権利の第一歩：医療処遇を拒否する権利
4. それから「ポジティブリスト」～安楽死の是非

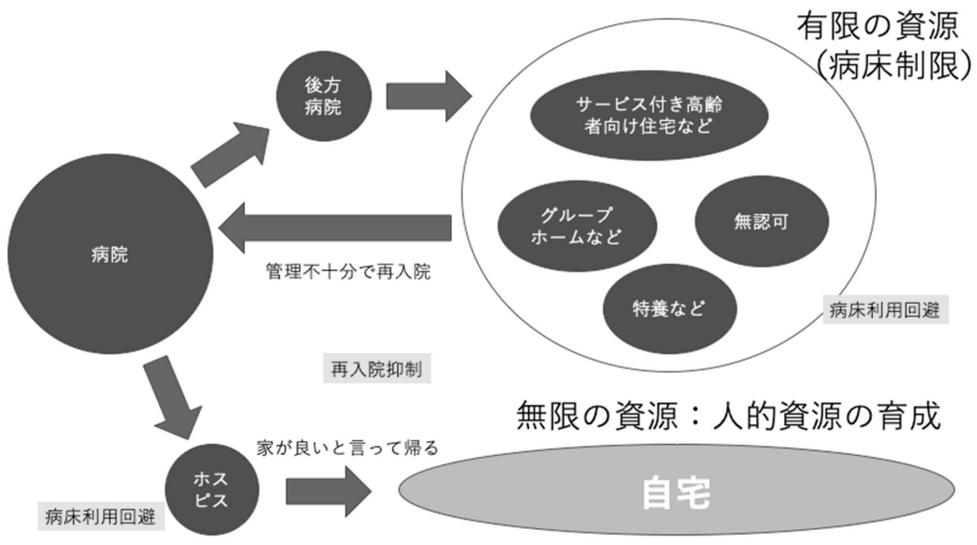


## シンポジウム2「退院支援から入院回避へ」

市橋亮一(医療法人かがやき 総合在宅医療クリニック)

### 退院調整から再入院予防プログラムへの移行の実際と未来～在宅医療の役割～

亡くなる4週間前からのQOL値を調査した結果、一貫して在宅群の方が病院群に比べて高い値を示した。同時にコストも在宅群が最も安かった。再入院は誰もが避けたい事態である。患者・家族は苦しく、コストがかかり、救急外来も疲弊する。退院調整時点でその後の生活を想像できていないことも再入院へのリスクとなる。救急搬送に至る以前からの病院と在宅の情報共有または並診ができるとうい。



病名によって平均在宅期間が異なる。有限な資源をどのように適切に配置するか。病院主治医が在宅へネガティブなイメージを抱いてしまうと困難が伴う。退院カンファレンスは医師への教育のチャンスと捉えたい。研修医や看護師の研修を受け入れることで、実際の現場を見てもらい理解促進につなげられると良い。また、退院した患者の在宅での元気な様子などを写真や動画で病院へフィードバックするのも効果的である。

退院調整という言葉が、退院を調整すれば良いという文化を作っているのではないかと。本当に必要なことは再入院予防プログラムの確立である。そのためにも在宅医療は良い受け皿となれるよう普及推進に努めたい。

山西伴幸(オレンジホームケアクリニック)

## 退院支援から入院回避へ

「つながる」ことをコンセプトとして大切にしている。医療的な健康だけでなく社会的な健康度に注目し、医療に管理される存在から地域に必要とされる存在でありたい。外来での定期通院時は現在の症状に留まらず、家族のことや本人の自慢話、また人生観や死生観にまで話題を広げて、多職種でのコミュニケーションを心掛けている。また、退院早期在宅集中ケアチームを立ちあげ、大きな手術の後など生活空間での体力アップや栄養アドバイスを行っている。

在宅多職種チームの役割は、外来通院時などに共有してきたそれまでの人生会議を、入院時に病院側へ伝えることが挙げられる。また、病院からの早期退院時には、入院を機に変化した新しいその人らしさをともに探し、以降の生活を安心して暮らせるように整えていくことである。

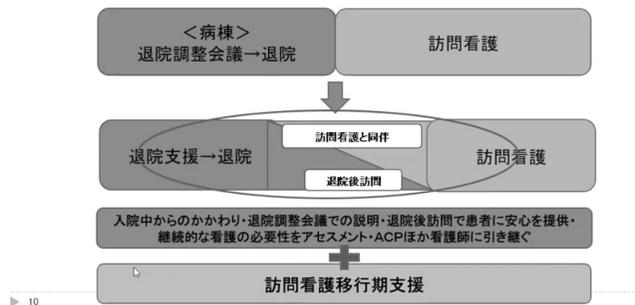
人には強みがあり、それによってエンパワメントされていく。医療者のみならず、友人らを含め様々な役割の人と連携することで、その強みを生かすことができるはずである。

更級さおり(佐久総合病院 地域ケア科)

## 高度急性期病院での在宅移行期支援

訪問看護師が移行期支援に関わるメリットは、患者の生活や地域の実情を知ることからくる生活のイメージができること、また在宅医療の知識があることで調整がタイムリーに行えることが挙げられる。また、患者・家族の情報提供においても、ACPの引き継ぎという点でメリットがある。

### 急性期病院からの訪問看護のつなぎ方



一方で、移行期支援にかかる壁が存在する。1 つは連携に関わる壁である。互いの業務内容を理解しながら誰がどこまでやるかを共有していくことが欠かせない。また何より患者の思いを関係者が共有・統一して支援していくことが大切である。2 つ目は患者・家族との壁である。主治医が変わることへの抵抗感を示す患者もおり、信頼関係を早い段階で構築しておきたい。適切な病状説明と予後告知による疾患の奇跡をイメージできることも大事になる。3 つ目は医療者との壁である。移行期支援の役割を理解していないスタッフも少なくない。専門職任せにしない教育が必要になる。

今後は外来患者への早期介入や外来スタッフとの協働をさらに進めていく。並診体制や訪問看護の早期介入の有効性について院内での理解促進に努めるとともに、病棟スタッフによる退院後の訪問を充実させることは先にあげたような壁を取り払う上で有効な手段となりうる。

基幹病院と訪問看護の持つそれぞれの「調整機能」と「訪問機能」の組み合わせによって、人生の移行期支援を、患者・家族の満足度を高めながら進めていきたい。

## ■ | 一般演題

### 【カテゴリー】看取り

#### 【演題名】

訪問看護師における終末期ケアの経験とやりがい

#### 【演者名】

花里 陽子(はなざと ようこ)

(獨協医科大学看護学部)

#### 【共同研究者名】

芦谷知子(とちぎ訪問看護ステーションあしかが)

【目的】本研究は、肯定的側面としてやりがいに着目し、訪問看護師が看取りの経験により感じているやりがいとその特徴を検討した。

【方法】対象者は、A 県B地区の訪問看護ステーション 9 か所に勤務する訪問看護師 78 名とし、調査期間は、2015 年 7 月～8 月であった。無記名自記式質問紙調査による自由記述で、終末期ケアに関わるやりがいの有無を確認し、その内容を尋ねた。質的記述的方法により、やりがいに関わる記述内容を意味のまとまりでコード化し、サブカテゴリーからカテゴリーを生成した。倫理的配慮として、対象者には文書で、調査目的、方法、個人情報保護、結果の公表、調査への同意について説明した。なお、本調査は、神奈川工科大学倫理審査(2015-007 号)の承認を得て実施した。

【結果と考察】訪問看護師が終末期ケアの経験により感じているやりがいについて、55 名から自由記述による回答が得られた。分析の結果、やりがいに関わる 91 のコードから、18 のサブカテゴリーを抽出し、6 カテゴリーに分類した。訪問看護師は、終末期ケアの経験から、《最期に関わる意義》を見出し、《家族からの感謝や評価》から《看取りに関わる充実感》を感じていた。また《家族が満足できる看取り》の実現により、《成長の実感》や《死生観の涵養》といった肯定的感情を得ており、訪問看護師が終末期ケアの経験により感じているやりがいの特徴と考えられる。訪問看護師の終末期ケアの経験は、療養者や家族の様々な喪失や看取りを支援する困難だけでなく、達成感や自己の成長を感じることができる経験でもあり、肯定的側面に着目することは、職務継続や職務満足観点からも重要であると考えられる。

【結論】訪問看護師にとって、終末期ケア経験の蓄積は、死生観の涵養と成長の実感を得る機会となり、仕事に対する意欲や満足感につながることを確認した。

## ■ | 一般演題

### 【カテゴリー】看取り

#### 【演題名】

認知症高齢者グループホームで生活している高齢者と家族が考えているよい看取り

#### 【演者名】

木村典子

(愛知学泉短期大学)

#### 【共同研究者名】

なし

【目的】 グループホームで生活している高齢者と家族に、望む人生の最期について考えていることを明らかにすることで、グループホームでよい看取りを迎えるための基礎資料とする。

【方法】 調査対象者はグループホームで生活する軽度認知症高齢者 10 名と家族 9 名。半構成的面接によるインタビュー調査。分析方法は面接調査で得られた逐語録を繰り返し読み、意味のとれる最小単位の文節を抽出し、文脈を損なわないようにコード化し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

【結果】 高齢者が望む人生最期の生活は<今までの生活の継続><思い入れのある場での最期><最期の拠り所><生への執着><適切なケアを受ける>の 5 カテゴリーとなった。家族が望む人生最期の生活は<安寧な最期><家族の役割遂行><安寧な最期><尊重された最期><慣れ親しんだ存在に囲まれた最期>の 4 カテゴリーとなった。

【考察】 高齢者は<生への執着>があり『長生きできるよう治療をしてほしい』とあるが、一方、最期を迎えるときは『楽な状態でいたい』とあって、『延命治療は望まない』で『自然の成り行きに任せる』ことを望んでいた。<最期の拠り所>は『家族が頼りである』『信仰に頼る』となっていた。高齢者は最後、家族が最期はなんとかしてくれると考えているようで、家族は重要なキーパーソンであった。家族は長年の生活や認知症の進行をみるなか、最期は『心穏やかに暮らし』や『安楽な暮らし』である<安寧な最期>を望んでいた。そのために治療として、人工呼吸器や胃ろうなどの『無意味な治療はしない』が『痛みを取り除く治療』はしたいと考えていた。一方、長生きできるように『できる限りの治療をうけるようにする』や『家族が信頼できる施設で暮らす』ことを望んでいた。最期は『家族として最期を見守る』ことを<家族の役割遂行>としていた。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】デスエデュケーション

### 【演題名】

デスエデュケーション×医療事務の訪問同行

### 【演者名】

山岡智美

(ささえるクリニックきたひろ)

### 【共同研究者名】

なし

ささえるクリニックでは訪問診療に医療事務が同行し、カルテの入力など診療アシスタント業務を行なっています。医療事務の同行により、医師と患者がゆっくりと向き合い診療することができています。私は医療とは無縁の世界で生きていましたが、1年前に医療事務という仕事に初めて出会い、入職しすぐの時から訪問診療に同行しています。訪問診療の現場において、特に強く心を動かされる時があります。そう、お看取りです。

私は医療事務になってから「死」というものを今まで避けてきた事に気づきました。漠然と「死ぬって怖くて嫌なこと。」としか思っておらず、死とは何か深く考えた事もなければ、考えようともしていませんでした。訪問診療を通して病気や老いを目の当たりにし、自分の死生観がはっきりしてきました。避けられない死とは一体何なのか考えるようになり、その死が普遍的で避けて通れないものだとしたら、「今の自分の生き方はこのままでいいのだろうか。」と考えるようになりました。息子達にも、自分にも誇れる自分自身でいたいと強く願うようになり、その思いを抱き続けています。

入職し、病院嫌いの私の祖父を訪問診療で最期の時まで家で看取ることができました。「勉強をちゃんとしろ」と口を酸っぱくして言っていた祖父でしたが、私が訪問に同行して仕事をするのを見て、いつも嬉しそうでした。祖父の死により、自身の体験からも死について話せるようになった事は祖父からの贈り物となりました。良いお看取りをさせてもらった一患者家族として、同様に地域での看取りという選択肢を皆が持てるようになれば嬉しいです。医療事務としてお看取りの場面に立ち会うことは、生死について自分自身が深く考えるきっかけとなっており、そこで感じた事を患者にお話することで、生死を「共に」学んでいくことができると感じました。患者から学ばせてもらったことを、また患者へ伝えていく。それができれば、死の準備教育を【Co-education】として医療専門職とは違う目線で、患者と共に歩み成長していくことができると感じています。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】地域ケア(在宅医療・訪問看護)

### 【演題名】

本人固有の価値観(本人らしさ)を認める寛容な地域ケア～複合的な課題を抱える糖尿病患者の外来在宅療養支援から考える～

### 【演者名】

山澤 明子(やまさわ あきこ)

(医療法人社団 東山会 調布東山病院)

### 【共同研究者名】

金子 イト子、中村 ゆかり (医療法人社団 東山会 調布東山病院)

【目的】複合的な課題を抱える糖尿病患者に対して、行政・介護・医療の支援者で本人らしさを認める寛容さをもてた理由を外来看護事例から考察する。

事例紹介:A氏 60代男性、妻と2人暮らし。多発合併症を有する2型糖尿病患者。受診が途絶え血糖コントロールは不良。家は物があふれ、廊下で寝ており褥瘡もできているが、A氏も妻も外部からの介入を拒否していた。

【経過と実践】A氏は受診も入院のタイミングも自分で決めたい、片付けられない環境は自分の好きにできるので誰にも介入されたくないという考えを持っていたが、A氏の意向を尊重して受診もしない、誰も訪問しないことは、敗血症など生命を脅かすリスクが高いと考えられた。我々は、支援の在り方についての話し合いを行い、看護師が対話を通してA氏と妻をエンパワーするとともに、当直医師らと情報を共有し、急変など最悪の事態に備える体制をとった。さらにA氏を地域の生活者として捉え、行政を含む介護・医療職に当院外来での支援の状況を伝え、相談した。行政側からは、安全性を優先し警察介入する提案もされたが、その行為は地域や医療に対する不信感を生み、今後もA氏が病と共に地域で生活し続けることを考えると避けるべきと考えられた。地域での話し合いと対話を通して、A氏の生活史を我々支援者自身が認めて、忍耐強く待ち続けて支援した結果、A氏は自ら救急要請し、入院となった。現在は退院し、地域の支援を受けてA氏らしい生活を継続、受診も続いている。

【考察】今回、行政・介護・医療の支援者で本人らしさを認める寛容さを持てた理由は、①患者と家族をエンパワーするとともに、リスク(最悪の事態)を覚悟して備えられたこと②患者を地域の生活者として捉え、地域で話し合っていたこと③その場しのぎでなく、患者のこれからの生活(未来)を視野に入れて、支援者との信頼関係の構築を重視できたこと、であったと考える。

## ■ | 一般演題

### 【カテゴリー】教育一般

#### 【演題名】

まるごとケアの家における「寺子屋」の取り組み ～地域の人たちとスタッフ、その家族も「まるごと」学ぶ教育の場～

#### 【演者名】

村上 浩明 (むらかみ ひろあき)

(NPO 法人 とものむら)

#### 【共同研究者名】

なし

制度も、制度外のことも組み合わせて地域をささえる「まるごとケアの家」という取り組みがある。地域によって様々な形があるが、私たちの場合は訪問診療のクリニック、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所があり、その「余白」を用いてまるごとケアの家の活動を行ってきた。気軽に相談できる場所、地域交流の場所、包括的な連携の場所、啓蒙や教育の場所、といった役割を担ってきたが、今回は教育の場としての取り組みである「寺子屋」をご紹介したい。

寺子屋とは、まるごとケアの家の活用形態の一つであり、持ち込み型の学習の場である。スタッフやその家族、地域の人を問わず「学びたいこと、あるいは学んでもらいたいこと」を持ち込んで、皆で学習する。業務の時間内であったり、時間外であったりする。看護師が、看護学生に手技や看護の心得を教える。看護学生が、医療事務に今自分が学んできていることを教える。スタッフの子供が夏休みの課題をしたり、テスト勉強をしたり、互いに教え合う。歯科医師が、スタッフや地域住民に歯や口腔ケアの重要性を教える。スキルアップのため、スタッフ同士で資格試験の勉強をする、といったことが行われる場である。

地域交流の手段として、医療機関が啓蒙活動を行うことがある。夏場の熱中症対策や、緊急時の対応方法について発表する取り組みだ。寺子屋の中でも、そうした啓蒙活動は行われてきた。しかし、寺子屋はそうした外向きの教育だけでなく、スタッフのスキルアップといった内向きの教育も兼ねている。地域交流の場であると同時に、スタッフ教育の場でもあるのが寺子屋の特徴である。

また、持ち込み型であると前述したように、スタッフや地域住民の自主性に任せた活動である。そのため、寺子屋の運営主体はクリニックやステーションが属する医療法人ではなく、NPO 法人となっている。

## ■ | 一般演題

### 【カテゴリー】看取り

#### 【演題名】

地域を巻き混んだ看取り

#### 【演者名】

岡田 梨佐

(つばめ訪問看護リハビリステーション)

#### 【共同研究者名】

高松 珠生

【目的】今回、看取りから葬儀までに関わることができた。振り返ると、現在の状態や人となりを知らない入居者や地域の住民が、いつの間にか加わり行っていた。そのため、この経過を家族、地域住民、スタッフで振り返り、今後の私たちの取り組みが見出せたのでここに報告致します。

【方法】四十九日後の法要後に時間を設けて①振り返って感じていること②前後で感じる違い③イメージ④自分の立ち位置はどうだったか⑤今後、自身が行えることを自由回答として、家族、地域住民、スタッフの一人一人に今回の経過を語ってもらう。

【結果】21名中、家族5名、地域住民5名、スタッフ11名から聴取。①死は怖いものではなかった。本人の事を知らなくても、ただそばに人が居てくれるだけで心丈夫だった②葬式とは厳かに悲しむと思っていたけど、笑ったり、今までの生活をしながらも送れるのだと気づいた。今まで、常識だと思っていたことが覆された。自分の葬儀は、こんな風に関わりのある人から、自分の事を知らない人まで集まり葬儀だったの？と欲しかった。泣いてばかりでなく昔の話をしながらも笑えるのはいい③白いベッドの上にいるような温かい感じ、虹を渡るような楽しい感じだった④遠くから見ているような、良く分からない。一緒に楽しませてもらったような⑤こんな葬儀もできるよって話してあげたい、看取る際にそっとそばに居てあげたい。日頃から、大切にしていること、したい事に対して関わっていききたい。

【考察】異空間に感じる葬儀場ではなく、今までの生活の場で行ったこと、日常からの関係性や、その期間を共に過ごしたことによっての相互の存在共有や、個々に生死について考える機会となった。いつか訪れる死について、もっと詳しく知りたい希望も多く、家族からの話、医師や僧侶の視点からの話を通して今後は更に深めていき、最期まで生ききることを地域で支えていける体制を構築していきたい。

## ■ | 一般演題

### 【カテゴリー】その他

#### 【演題名】

バングラ「看護学校建設プロジェクト」完了報告 この10年を振り返り、さらなる発展と深化をめざして

#### 【演者名】

二ノ坂 保喜(にのさか やすよし)

(バングラデシュと手をつなぐ会)

#### 【共同研究者名】

河村 富美子

全国の皆さん、バングラデシュと手をつなぐ会の「看護学校建設プロジェクト」へのご支援ありがとうございました。おかげさまで2017年にバングラ厚生省の認可を受け、看護学校開校しました。19年3月には5階建ての看護学校の建物が完成、3学年が揃い、今年3月には第1回生が卒業しました。手をつなぐ会の活動30年の中でも最も大きなプロジェクトであった看護学校建設について振り返り、今後の展望を皆さんと共に考えたいと思います。

まず、バングラデシュの医療、看護をめぐる状況を振り返ってみます。バングラデシュは、南アジアにある国で、1947年イギリスから独立して東・西パキスタンとなり、その後1971年には西パキスタンからバングラデシュとして独立しました。人口は現在1億6千万人。会の発足時は1億1千万人でしたが、現在は日本をはるかに超えています。国の貧しさのしわ寄せは、教育や医療にあらわれます。バングラの留学生と日本の女性牧師の出会いで始まった「バデシュと手をつなぐ会」は1989年から、小学校建設、奨学金支援などの<教育>支援、ショングニ病院建設、サテライトクリニック活動などの<保健医療>支援を柱に、バングラデシュのへき地の村への協力活動を続けてきました。

日本から毎年現地訪問を行い、村人たちと直接にふれあい、お互いの交流を深めてきました。毎年の現地訪問で、現地の人々の真の希望は何かを探り、保健医療の柱である、母子保健、安全な出産、乳幼児の健全な成長が、地域の発展のために必須であると考え、「看護学校建設」を目標に掲げました。この長期間、多額のプロジェクトの実行は困難を極めました。現地のインフレなどで当初予算が膨らみ、1億円をこえました。福岡の小さなNGOには大変な仕事でした。予定を大幅に超え、8年間、1億円の期間と金額が必要でした。全国の仲間呼びかけ、時に借金をして何とか建物完成にこぎつけました。昨(2019)年3月現地訪問したとき、5階建ての美しい看護学校、そして生き生きと学ぶ看護学生たちと出会いました。バングラデシュのコミュニティを軸とした地域ケア、緩和ケアにも触れることができました。

これから看護学校はどのように歩いていくべきなのでしょう。今年の全国大会は、ウェブ開催となり、直接に顔を合わせてお礼を述べることはできませんが、画面を通して精いっぱいのお礼を述べ、今後の活動に、ともに歩みを進めていきたいと願っています。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】患者会

### 【演題名】

キャンパス型緩和ケアサロンへの参加が家族にもたらす効果

### 【演者名】

星野純子(ほしのじゅんこ)

(埼玉県立大学)

### 【共同研究者名】

黒田真由美、宮部明美、大場良子、渋谷えり子、常盤文枝、鈴木玲子(埼玉県立大学)

【目的】 2011年より開始したがん体験者を対象としたキャンパス型緩和ケアサロン(以後、サロンとする)には家族も参加している。このサロンは年6回開催され、1回90分、冒頭に看護教員等、専門職からのミニレクチャーがあり、その後は参加者同士の自由な語りいで構成されている。今回、サロンに参加することで家族にどのような効果をもたらされたのかを検討する。

【方法】 サロンに継続参加し、かつ研究参加の同意が得られた家族1名に半構成的面接を行い、サロン参加の効果について質的帰納的に分析した。調査は2019年12月に実施した。なお、本研究は埼玉県立大学研究倫理委員会の承認(No.19072)を得ている。

【結果】 A氏 70代女性、夫が肺がん・膀胱がんで療養中、サロンには約3年前より参加、病院の患者会にも参加している。サロンに参加することでA氏にもたらされた効果として、4つの表題が得られた。〈病院では得られない情報が得られる〉〈がん体験者からの情報は納得できる〉〈専門職から学びを得られる〉といった[新たな知見が得られる効果]、〈緩和ケアを知ることによって夫を支えられる〉〈友人のためになる〉といった[役立つ自分を実感できる効果]、〈自分の今後を考える機会になる〉〈自分たちの人生を考える重要性がわかった〉といった[今後の生き方を変えるきっかけとなる効果]、〈夫と話し合う機会が増えた〉〈夫の意思を尊重できるようになった〉といった[夫との関係性への波及効果]を実感していた。

【考察】 A氏はミニレクチャーやがん体験者と語らう中で、新たな知見を得ていた。新しい情報の取得や専門職から学ぶ機会の提供は家族にとってサロン参加への重要な意味を持つことが示唆された。また、A氏は自分たちの人生を考えたり、夫との関係性の変化を実感していた。本サロンへの参加により、家族が今後の生き方やがん体験者との関係性を見つめなおす機会になることが示唆された。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】患者会

### 【演題名】

がんサバイバーを対象としたキャンパス型緩和ケアサロン継続参加の意味と運営の課題

### 【演者名】

黒田真由美(くろだまゆみ)

(埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科)

### 【共同研究者名】

星野純子、宮部明美、大場良子、渋谷えり子、常盤文枝、鈴木玲子

【目的】 2011年より開始したがんサバイバーを対象としたキャンパス型緩和ケアサロン(以後、サロンとする)に継続参加する意味を明らかにし、さらなる継続運営に向けた課題を検討する。

【方法】 同意の得られたサロンに参加するがんサバイバー5名の協力を得て、半構成的面接を行い、サロンの継続参加の意味と継続運営への課題について、質的帰納的に分析した。調査は、埼玉県立大学研究倫理委員会の承認(No.19072)を得て、2019年12月に実施した。

【結果】 がんサバイバーが継続参加する意味は、〈話ができる〉〈話を聴いてもらえる〉〈他者の体験した情報を共有できる〉〈仲間と出会える〉〈専門職から学びを得られる〉〈新しい情報が得られる〉〈大学で開催することへの信頼〉と、「学生に来てもらうと、こっちも一生懸命に話して嬉しい」といった〈学生と交流ができる〉の8つが挙げられた。継続運営への課題として、〈安心できる場の提供〉〈自由な交流〉〈新規メンバーの増加〉〈対象別のサロン開催への期待〉〈専門職との交流〉〈新しい知見〉〈多様なプログラムへの期待〉〈デリバリーへの期待〉と、「学生に患者の生の声を聞いてもらうことで何かの役に立つのでないか」といった〈学生との交流〉の9つに分類された。

【考察】 がんサバイバーはサロンに対し、安心して仲間と話ができる環境の提供と、新しい情報の取得や専門職から学ぶ機会の提供へのニーズがあった。大学という組織への信頼が安心感に繋がり、研究機関でもある大学から最新の知見を提供するという本サロンの役割が示唆された。また、がんサバイバーが学生と交流を求める点は、キャンパス型の本サロンの特徴である。学生との交流を求める根底には、がんサバイバーとしての経験から後進育成のために役立ちたいという思いがあり、サロンでの学生との交流ががんサバイバーの役割拡大の一助になると考えられる。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】ACP(人生会議)

### 【演題名】

グループホームから自宅へ。ことば、きもちを引き出すタイミング

### 【演者名】

橋本みさ子(はしもとみさこ)

(安心できる地域ケアを考える会)

### 【共同研究者名】

1) 西村正二 2) 吉永初喜 2) 坂本明 2) 木谷万里 2) 長谷川佳生 2) 藤田友紀

1) 西村医院 2) 安心できる地域ケアを考える会

【目的】 前回、市民劇「輝いて生きる1」活動紹介をした。今回は「もしものための人生会議」というテーマで市民への啓発・啓蒙目的で市民劇を開催した。その経過と市民の声を報告する。

【取り組みの紹介】 兵庫県加古川市を中心に《最期まで自分らしく住み慣れた地域で暮らせる地域を叶えること》を目的に、情報交換、研修会、市民講座等を定期的に開催している。もっとわかりやすく一般市民に大切なメッセージを伝えたいと考え、福祉・医療関係者、行政、一般市民と計画し、毎年オリジナル脚本を書きおろし、劇に取り組んでいる。

【方法】 前作のアンケート結果にて“延命治療を望むか”は考え、話し合ったことがないが約70%回答があった。その結果から、4作目のテーマは「もしものための人生会議」とし、劇中には延命治療を希望するのか、自分が最期にどうありたいのかを考える「もしバナゲーム」カードゲームも市民に紹介した。

【結果】 加古川市行政と医師会の後援もあり550名参加があった。劇観覧者へアンケート直接配布、回収をもって同意とみなした。回答数243名(回答率44%)年齢は60歳代31%70歳代29%と6割を占めていた。“延命治療を望むか”に対しては延命したくない87%、“自宅で、緩和ケアを受けることは可能だと思うか”には50%可能と回答あり。自由記載では、人生会議の意味が理解できた、人生会議で将来を考えるきっかけになったという記載があった。考察)今回の市民劇では自分が最期にどうありたいのか意識し考えることを目的に、生活の延長の中、家族の身近な場面設定にした。そして、いきなり人生会議は難しいため、「もしバナゲーム」というツールを活用した。市民からは“延命治療を望むか”82%は延命治療をしたくないと回答し自らの問題として関心を持って考え、人生会議の大切さを認知する動機づけにもなったと考える。今後も市民の声を大切にこの活動を広げていきたい。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】その他

### 【演題名】

当院におけるオンライン活用状況 ～退院前カンファレンスのオンライン開催に関する実践報告～

### 【演者名】

松岡邦彦(まつおかくにひこ)

(茶屋町在宅診療所)

### 【共同研究者名】

亀山有香(茶屋町在宅診療所)

【目的】 昨今、感染予防対策の対策案として活用が注目されている「オンラインでの対応」について、従来では対面でなければ実施が難しとされてきた専門職協議である「退院前カンファレンス」のオンライン対応を実施することより、そのメリット、デメリットを考察、検証することを目的とする。

【方法】 当院の実践例を提示し、それらの実施経験を踏まえ、メリット、デメリットを提示のうえ、当該実施に関する考察を実施した。

【結果】 調査期間中に実施された退院前カンファレンス13件のうち8件が、オンライン開催で実施された。通信品質等には若干の改善が認められたものの、オンラインで実施した退院前カンファレンスは大きな支障なく実施は可能であった。

【考察】 対面・集合型の協議でなくとも「退院前カンファレンス」のオンライン化には大きな支障はないと考察される。昨今の地域医療の現状を鑑みるに限られた医療資源をいかに効率的かつ効果的に展開するかが今後の医療の発展に寄与するものと推測されることから ICT 技術やオンラインを活用した実践がますます重要なものとなると考える。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】在宅ホスピス・緩和ケア

### 【演題名】

急性期病院における在宅診療部の取組

### 【演者名】

大村 祐夕乃

(だいどうクリニック)

### 【共同研究者名】

なし

【目的】当法人は急性期治療を担う病院である一方地域包括ケアにも力を入れている。在宅診療部は在宅支援診療所(単独の機能強化型)として24時間対応している。対象はがん患者が多く、在宅サービスを受け、症状コントロールを図りながら自宅看取りを行っている。過去の活動実績を振り返り在宅診療の取組みについて報告する。

【方法】在宅診療で関わった患者のデータ収集し検討する。

【結果】訪問件数はひと月100件を超えることもあり、常勤医師4名非常勤医師2名小児科医8名が診療に出ており、看護師3名で診療に同行している。過去3年間でがん患者138名非がん患者64名小児29名に介入しており、2017年は54名の介入だったが、2019年は105名と介入件数が増えている。そのうち院内からの依頼は140件、院外からの依頼は88件であった。207名の患者に訪問看護が介入しているが、24名は介入がない。しかしその場合でも介護支援専門員などが介入しており、多職種との連携が図れた。在宅診療介入時、がん患者は130名の患者が病院での看取りを希望したが、実際は90名の患者を自宅で看取った。

【考察】在宅診療部は法人内外から依頼が増えており、患者の過ごす場所の選択肢が増えていると考える。在宅診療は通院が困難となってきた患者と家族へ介入するため、病気の進行に伴う様々な辛さを抱えることが多い。病態をアセスメントする医師と生活の視点をもつ訪問看護師などが連携することで、患者の状態に合わせた症状コントロールが可能となるため、今後も多職種で協働し患者・家族に寄り添った医療・ケアを継続していく必要がある。また、患者数に対しスタッフが少ないため、在宅診療に関わるスタッフの育成が課題となる。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】在宅ホスピス・緩和ケア

### 【演題名】

患者と家族の希望を支える地域連携の一考察 日常生活こそが患者の希望であったことに気づけなかったケースを振り返る

### 【演者名】

藤田 紫(ふじた ゆかり)

(かわベクリニック)

### 【共同研究者名】

扶蕪由紀(無所属)

山本美香 藤井佐規 山崎菜央 川邊正和 川邊綾香(かわベクリニック)

【目的】緩和ケアは、患者、家族の希望実現のために実施されるものである。今回、何気ない日常生活の継続が患者、家族の希望であったことに気づくのが遅かったケースを検討し、今後の示唆を得ることを目的とする。

【事例概要と結果】62歳男性。X年S状結腸癌と診断。多発肺転移あり、予後1年と告知を受ける。しかしその後の姑息的手術や化学療法の継続が可能となったことで、当初告知された予後よりもはるかに延命が可能となった。その期間を家族と良い思い出作りをするなどの行動が見られた。X年+5年PDとなり、予後半年の告知あり。中心静脈栄養管理の為、在宅医療を提供する当院の介入が開始となる。患者は在宅療養中ADLの低下はないものの、ベッド上でじっとしており、その状況に看護師は「何かしたいことはないのか？」と聞いた。妻からは「看護師さんは皆同じことを聞く。今までコンサートや旅行、散々してきたのに、これ以上何をすることがあるの？」と言った。X+6年、最後の在宅療養で、予定どおり再入院することを決めた後、初めて患者は「家は良かった。何よりこのベッドに寝られることが良かった」と語り「もう1度戻ってこよう」という希望が妻と共通の目標となった。しかし、再入院の12日後永眠する。

【考察】この事例では、予測よりも長い生存期間に疲弊した患者、家族像があった。医療者が患者、家族が望んだ「普通の毎日」焦点を当ててケアを行っていれば、在宅医療に対する満足度は高くなったと推測できる。しかし看護師がそれに気づいたのは最後の在宅療養であった。化学療法が発展を遂げたことで予後の延長が大いに期待できる結腸癌患者、家族に対し、予後告知を的確に行い、緩和ケアを提供することには困難さがある。長い経過において、治療病院、緩和ケア病棟、在宅ケアと療養場所の変遷もあるが、医療情報だけでなく、患者、家族の希望の実現に関しても、密に連携をとることが求められる。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】ACP(人生会議)

### 【演題名】

長期療養 ALS 患者の家族も含めたチームでの関わり ～最期まで患者の“生きる”という意思を支えた1事例～

### 【演者名】

畑 梨花(はた りか)

(独立行政法人国立病院機構医王病院北陸脳神経筋疾患センター)

### 【共同研究者名】

川村 陽子、舟田 貴美子、大木 敬親、東川 彩花(独立行政法人国立病院機構医王病院北陸脳神経筋疾患センター)

【目的】 ALS 患者は疾患の進行とともに、自分の意思を他者に伝えることが難しくなり、最期は患者の意思が分からず、関わりに難しさを感じることもある。今回の事例では娘の成長を見るために生きることを選択した A 氏の意思を尊重するために、家族と医療者が同じ目標を持って関わる事ができた。A 氏や家族との関わりを振り返り、今後の実践に活かせるよう検討する。

【方法】 電子カルテから、病状の経過、医療者の関わり、家族の言動などを情報収集し分析を行う。対象患者:A 氏 70 歳代 男性 病名:ALS 妻:40 歳代 娘:高校生 A 氏の経過:X 年に他院で ALS と確定診断を受けた。X+4 年に TPPV となった。X+9 年 12 月急性腎不全を発症。透析治療を行ったが、その後徐々に悪化し X+10 年 6 月に永眠された。

### 【結果】

<当院入院後から X+9 年 12 月の急性腎不全発症まで>

娘の運動会や墓参りなどに外出し、A 氏や妻が安心して外出できるように、外出支援を行った。 < X+9 年 12 月の急性腎不全発症後 >

娘が高校受験の直前に急性腎不全を発症した。全身浮腫が著明となり、苦痛が強い状態となった。妻は「娘の高校の制服姿を見せてやりたい。」と話しており、看護師は妻の思いを傾聴し、娘のイベントに合わせて、医療者と A 氏、家族で共有できるよう目標設定した。A 氏は瞬きや表情で YES/NO のコミュニケーションを取れる状況であり、医師から苦痛緩和のために輸液量を減量することを提案され、A 氏は長く生きることを希望し、「がんばる」の間に瞬きで合図された。最期は娘の夏服姿を見ることができた。

【考察】 妻の思いを尊重し目標を共有したことで、医療者と家族の間で方向性を統一することができ、終末期に向けて一体感が生まれたと考えられる。A 氏の言葉で思いを聞くことはできなかったが、その時の最善の方法で A 氏の意味確認を行うことができ、A 氏の “生きる” という意思を尊重することにつながったと考えられる。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】ACP(人生会議)

### 【演題名】

食事に関する意向調査からみえた ACP 導入時期の検討

### 【演者名】

小笠原剛(おがさわらたけし)

(社会医療法人系和会西岡病院リハビリテーション科)

### 【共同研究者名】

社会医療法人系和会西岡病院 1)リハビリテーション科 2)医療福祉課 3)看護部 4)医局

1)谷菜波 1)大西冴月 1)遠藤渉 2)岡村紀宏 3)西川奈美 3)増田順子 4)澤田格 4)五十嵐知文

【目的】 当院は一般病床 48 床、医療療養病床 50 床の内科病院である。高齢患者が多く、誤嚥性肺炎で入院となるケースが多くを占めている。多くは認知機能が低下し、意向を聴取することが困難であり、本人の意向がわからぬまま栄養摂取手段を選択しなければならない事例が多く、ACP 導入時期を再考する必要がある、今回の研究目的とした。

【方法】 令和元年 11 月 1 日から令和 2 年 1 月 31 日まで言語聴覚士(ST)の介入指示があった 48 名に対して、食事に関する意向を聴取し、聴取可能な群と困難であった群のデータ比較を行った。意向を聴取する時期についても検討した。データは性別、年齢、認知機能、ST 介入時と終了時の摂食状況レベルを用いた。摂食状況レベルは Food Intake LEVEL Scale (FILS)を、認知機能は N 式老年者用精神状態尺度 (NM スケール)を用いた。群間比較として Mann-Whitney U test を用い、有意水準を 1%とした。

【結果】 性別、年齢、介入時 FILS、終了時では有意差は得られなかったが、NM スケールで聴取可能な群の得点が有意に高かった。NM スケールの重症度別比較では、意向聴取が可能であった割合は、重度認知機能低下群 25%、中等度認知機能低下群 75%、軽度認知機能低下群と認知機能正常群で 100%であった。

【考察】 本人の意思決定能力が低下した場合には、患者の推定意思を伝える事のできる代弁者を交えて検討を行うこととなる。しかし、ACP は将来の医療・ケアについて、本人自ら意思決定を実現することを支援するプロセスと定義されており、ACP は本人の意思表出から開始されるべきである。今回の結果より、食事に関する意思確認は、軽度認知機能低下の時点までに確認しておく必要性が示唆された。高齢者が多い現場においては、このような評価指標を用いて ACP 導入時期の見通しを立てることが有用と考える。今回の研究を活用し、ST の介入早期段階で ACP 相談をする働きかけが必要である。

## ■ | 一般演題

### 【カテゴリー】家族ケア

#### 【演題名】

グループホームから自宅へ。ことば、きもち を引き出すタイミング

#### 【演者名】

大塚裕輔

(グループホームさわやかテラス二日市)

#### 【共同研究者名】

なし

【目的】 グループホームさわやかテラスは開設 20 年目。これまで、グループホームでのみとりは約 40 名。地域からも最期まで暮らせる場所だとの認識もある。その中で、家族の気持ちに寄りそいどう向き合うのか、Iさん家族を通して、グループホームから自宅に戻り支援した経緯をお伝えする。

【方法】 年 1 回の家族会、年 1 回の家族面談に加え、体調に変化があった場合に都度、本人・家族の意向を聞く場面を通して、家族の抱える葛藤と本音を引き出す場を作っていく。

【結果】 I さんはてんかんを繰り返し、口からの食事が難しくなってきたときに、かかりつけ医との話し合いをし、主介護者の奥様と一緒に、これからどのような姿になっていくのか、医療的なケアはどうなるのか、延命治療は望まない。という話になった。何度も話を繰り返すうちに、「例えば、主人を連れて帰ったらどうなりますか。施設に預けてる引け目があるし、最期くらいは自宅でみてあげたい。そんなこと、できますかね。」と本音を話された。その一言で家族も団結し、グループホームから自宅に戻り、1 週間であったが家族と過ごされ、穏やかに旅立たれた。

【考察】 グループホームから自宅に帰り、顔なじみのスタッフが一日 4 回訪問した。かかりつけ医も往診に訪れ、1 週間だったが、本人の傍に奥様・子ども・孫・猫と一緒に寝て過ごした時間は貴重であった。本音があり実現することが今後もグループホームの使命だと感じている。後日、行政に報告する。みとり加算は帰った日からとれません。そのように介護保険上でなっているからと回答された。また人員配置基準の事や在宅に戻れば退居してもらい、在宅のサービスに切り替えるべきだった。との話しもあった。これまで築いた家族との絆や関係性や本人が安心して身体を任せるケアスタッフとの顔なじみの関係がある限り、本人の意思と家族の意思と覚悟に寄りそい今後も継続性のあるケアに取り組んでいきたい。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】その他

### 【演題名】

胃瘻からミキサー食を始めた重症心身障がい児～姉弟の関わりの変化について

### 【演者名】

小淵 智子(こぶち ともこ)

(医療法人 にのさかクリニック)

### 【共同研究者名】

なし

【はじめに】当クリニックでは、在宅診療している療養者の15%(約30名)が重症心身障がい児者である。また当クリニックは、重症心身障がい児者の医療型短期入所施設(日中一時預かり所)「小さなたね」を併設し、そこではカフェも運営している。このカフェでは、「障がいのある人の食を豊かにする」「胃瘻の人もみんなと同じ食事をする」を目標にスープランチを提供している。管理栄養士は「小さなたね」で預かる子ども達の栄養管理、クリニックで在宅診療している子ども達の訪問栄養食事指導を業務としている。訪問栄養食事指導の効果は子ども達の体調の安定に繋がり、介護負担軽減や食の喜びにも繋がることを日々実感している。今回は、ミキサー食を胃瘻から注入している2名の患者をとりあげ、家庭内での「食のよろこび」の共有、特に姉弟の関わりの変化について報告する。

### 【事例紹介】

①重度低酸素脳症の8歳の女の子。家族構成は両親と弟2名の5人家族。2020年2月に胃瘻造設後、ミキサー食を開始した。ミキサー食の注入に弟たちも関心をもち「旅行にもブレンダーをもっていこう」などの発言もあり、栄養剤のみを使用していたときとは違う反応があった。

②低酸素性虚血性脳症の10歳の男の子。家族は両親と弟2名の5人家族。3歳で胃瘻を造設しミキサー食を主に注入していた。最近すぐ下の弟が料理に興味をもち、兄のためのミキサー食の調理にも協力するようになった。兄は、慣れない手つきの弟をベッドから心配そうにながめている。

【考察】今まで医療行為として行われていた胃瘻からの栄養剤の注入が、家族と同じ食事を摂ることで変化が見られた。「おいしいね」を共感したり、食べ物を競って食べたり、食べ物を通して姉弟たちとの関わりが増えていった。姉弟の年齢によっても興味の持ち方、感じ方に違いはあるが、食事が栄養面だけではなく「食のよろこび」に繋がると感じている。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】ACP(人生会議)

### 【演題名】

地域緩和ケア推進における人生会議(ACP)の試み ～船橋がんサロンの活動を通して～

### 【演者名】

藤田 敦子(ふじた あつこ)

(NPO 法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア、船橋在宅医療ひまわりネットワーク)

### 【共同研究者名】

なし

【はじめに】ピュアは、①資料室・情報拠点 ②交流拠点 ③相談機能 ④調査研究、提言機能をもつ千葉大学福祉環境交流センターを拠点に、2001年に誕生した。地域緩和ケア推進に向け、患者・家族の抱くバリアを明らかにし、課題解決に向けて、新事業の開発および調査研究や提言を行ってきた。2017年3月まで千葉県と協働し、以降は、船橋在宅医療ひまわりネットワークと協働し、法人定款に則り、すべての疾患を対象としている。

【方法】船橋がんサロンに参加している進行がん患者A氏に、個別に人生会議(ACP)を試みる。本人の体験を通して培われた死生観が大事であり、「肉親や親しい人との別れ」「現状の理解と今の気持ち」「治療やケアに対する希望」「大事にしている支えや他者への感謝の気持ち」を確認し、「今後に向けて」対話を積み重ねていく。倫理的配慮として、説明書と承諾書等を文書作成し、十分な説明を行い、研究成果の開示を行う事の承諾を得た。

【結果】人生会議を行い、「動けなくなったら、今の家にいたい」という言葉の実現に向けて、アドバイスを行ったが、病院から、現状や考えられる残された時間、そして今後起きる事を一切聞かされておらず、独居のA氏の動きは遅く、事態は急変した。今回、他県の病院へ出向き、本人の思いを確認、コーディネートを行う事で、最期まで穏やかに自律した時間を過ごす事ができた。

【考察】船橋在宅医療ひまわりネットワークでは、緊急時のための「ひまわりシート」、資源をまとめた「ひまわりマップ」など、多くの事業を行っている。筆者は、緩和ケアは「自分らしく生きる為のアプローチ」と捉えている。本事例以外でも、患者・家族が現状を理解できていない、わかりやすい言葉で説明をされていない事例があった。地域緩和ケア推進の為には、患者の死期が近い事をわかる言葉で説明し、対話を重ね、本人が大事にしている思いを共有する能力が、地域の中に育つ事が大事であろう。

## ■ | 一般演題

### 【カテゴリー】遺族ケア

#### 【演題名】

配偶者を在宅で看取り独居となった高齢者へのグリーフケアに対する 介護支援専門員の認識

#### 【演者名】

平野 和美(ひらの かずみ)

(千葉科学大学看護学部)

#### 【共同研究者名】

なし

【目的】本研究は、高齢者世帯において配偶者を在宅で看取り独居となった在宅高齢者へのグリーフケアに対する介護支援専門員の認識を記述することを目的とした。

【方法】高齢者世帯において配偶者を在宅で看取り独居となった高齢者に対しグリーフケアの提供経験がある介護支援専門員 17 名を対象に、2020 年 6 月～7 月にかけて半構造化面接を行い、質的記述的に分析を行った。なお、本研究は千葉科学大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】対象者は、女性 16 名、男性 1 名、基礎資格は医療系 1 名、福祉系 16 名であり、介護支援専門員歴は 3 年～20 年(平均経験年数は 10.5 年)であった。遺族訪問の回数は 1～2 回が殆どで、遺族訪問の時期は死別直後から 1 年であり、多くは 1 ヶ月以内と四十九日頃であった。介護支援専門員が配偶者を看取り独居となった在宅高齢者にグリーフケアを提供する中で知り得たり、生じた思いとして、<高齢者の現状の理解への支援の困難さ><介護支援専門員の役割><他職種連携の必要性><グリーフケアに関する教育の必要性><グリーフケアの評価や振り返ることの必要性><遺族を支えるグリーフケア・システムの構築><高齢者に対する尊敬の念><配偶者・家族とのつながり>の 8 つのカテゴリーが抽出された。

【考察】介護支援専門員は、手探りの中でグリーフケアを提供している現状が明らかになった。また、精神的な負担を抱えることもあり、自信が提供したグリーフケアの振り返りの場や研修の機会を求めていることはグリーフケアのニーズの高まりを感じているものと考えられる。日本は多死社会であり、高齢者世帯においては配偶者との死別によるグリーフへの援助を必要とする方が増えることが予測される。そこで、介護支援専門員が適切にグリーフケアを提供することは、自身の精神的負担の軽減や家族を支える体制整備につながると考える。本研究において、開示すべき利益相反はない。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】ACP(人生会議)

### 【演題名】

ACPにおける共有意思決定の効果

### 【演者名】

菊池 麻衣子 (きくち まいこ)

(一般社団法人 岩手済生医会 中津川病院)

### 【共同研究者名】

なし

【はじめに】医療者の戸惑いがバイアスとなり、意思決定を難しくすることがある。継続的な対話で、これらバイアスを補正しながら関わった事例を ACP における共有意思決定 (SDM) の実践として報告する。

【患者紹介】A氏、60代男性。中学を卒業後、新聞配達を30年程続けながら公営住宅で一人暮らし。既往歴として2型糖尿病。4年前に統合失調症で精神科受診歴はあるが通院自己中止。市の福祉課へ「足が痛くてご飯が食べられない」と本人が相談。市職員が訪問すると、左下肢は壊死し黒色になった状態だった。しかし本人が受診を頑なに拒否。数日後、部屋の明かりが数日間ついたままなのを不審に思った近所の人が警察に通報。意識障害により動けなくなっていたため、警察の介入により救命救急センターへ搬送。股関節離断術を施行となり、その後のリハビリと環境調整の目的にて当院へ転院。

【経過と実践】リハビリを行うも、バランスを崩しやすく座位保持は困難。理解力も乏しく、インシュリン自己注射の習得も難しかった。本人は自宅退院を希望。不安視するスタッフは多かったが、入院中の主治医も訪問診療でサポートを継続する形で在宅チームを編成。本人を交えチーム内で何度となく話し合いを重ね、本人の住み慣れたアパートへと退院した。本人は「どうしても入院はしたくない」と何度も口にしていて、そして「僕が返事もできなくなってKさんを困らせるときは入院で。僕の生活をよく知っていて、うまく調整してくれるはずだから。」と最も信頼していたK訪問看護師を代理人とすることも事あるごとに話しており、チーム全員が共有していた。半年の在宅生活の後、K訪問看護師の訪問時に状態悪化し救急搬送。当院にて息を引き取った。

【考察】ACPは“本人にとっての最善を考える”ことであり、“正しい選択をする”こととは少し異なる。SDMのプロセスにおいて対話を繰り返し紡いだACPは“私達にとっての最善”を残す。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】地域ケア(在宅医療・訪問看護)

### 【演題名】

重症心身障害児を在宅でケアする母親への支援を考える～コミュニケーションを意識して信頼関係を築く～

### 【演者名】

田邊 真粧美(たなべ まさみ)

(訪問看護ステーション みらいふ)

### 【共同研究者名】

三輪 寛子(訪問看護ステーションみらいふ)

【目的】 コミュニケーションを意識して関わった結果、母親との信頼関係が構築できた事例があった。事例を通して訪問看護師における母親への支援を考える。

### 【方法】 事例報告

(事例1)Aちゃん 20歳 二分脊椎 気管切開 人工呼吸器使用 看護介入した時点で、2カ所のステーションが介入中。母はレスパイト利用時の不安がある。問題解決に向け、当ステーションからの働きかけでステーション間の会議を開いたが、他ステーションからの賛同は得られず、翌日には母から契約打ち切りの連絡が入った。

(事例2)Bちゃん 13歳 脳性麻痺 気管支炎や肺炎で年に3～4回は入院している。母は排痰方法に対し熱心で、自宅でRTXを使用している。誰もが管理しやすい気管切開にするべきか、という悩みがある。

【結果】 事例1では、母の考えを再確認せず会議を開き、母へ不信感を与えてしまった。事例1の経験から、事例2では母の話を聞くことに重点を置く。母が発した言葉を活用し会話を進める。話を要約して反復する。母から意見を求められた時に、一個人としての見解を述べ、提案をしていく。以上を意識して関わった。母の排痰方法のこだわりが理解でき、提案を受け入れてもらうようになった。訪問予定の変更を申し入れた時、「何時間でも待っています。」言われ、訪問した際には、「本当に来てもらってよかった。意見を聞きたいの。」という言葉聞き、信頼されている、と感じた場面があった。

【考察】 話を要約し反復していくことは、母自身が何が問題なのか明確化することにつながる。母と看護師との認識のズレを確かめる事ができ、お互いの理解を深める事に有効であった。母の状態を俯瞰的に見ることもでき、子に対する母のこだわりを共感したうえで、問題解決にむけ母主体で解決できるよう導く事が可能となった。意識的にコミュニケーションを図り、信頼関係を構築していくことが、母親を支える支援につながる。

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】死生観

### 【演題名】

希死念慮を抱く終末期がん患者へ寄り添うことの看護師の葛藤

### 【演者名】

横尾頼子(よこおよりこ)

(福福庵)

### 【共同研究者名】

なし

【はじめに】 エリクソンは、人生を8つの発達段階に分け65歳以上の発達課題は自己統合VS絶望である。自分の命の時間が限られていると実感した時、絶望に陥る瞬間が訪れる。しかし、関わる人たちとの時間によっては、自己統合なしえることもあり得る。デスカンファレンスを開催した結果をご報告したいと思う。

【対象と方法】 終末期がん患者2名の希死念慮を抱き看取りになるまでの期間を抜粋しデスカンファレンスを実施。

【結果】 膵臓がん、脊椎転移、両上下肢麻痺、50代、女性。A氏の病状は日に日に進行し入院3日目には首をわずかに動かせる程度まで麻痺が進行し、訴えることは「苛々します。眠らせてください」という事だった。看護師はこの時のAさんにどう返事をしていいのわからず希望するように指示薬の投与をすることが多かった。Aさんは話しかけて欲しくないという事も多かったので話しかけないようにした。何を話してよいかわからなかった。という意見が出た。大腸がん、肝転移、60代、女性。B氏は「家で死にたい」という希望を強く持っていた。最期は自宅でという思いは症状が進行するたびに強くなっていった。訪問診療、訪問看護を利用し自宅と病院を行き来していた。いよいよ病状が進行しその時期が訪れた。B氏は帰りたいという気持ちは増していたが、ご家族の受け入れが難しく絶望を感じたB氏は病室で自殺未遂を図った。本人、家族の強い希望で持続的深い鎮静が開始され二日後に永眠した。

【考察】 終末期において患者が「死にたい」と訴えることの表面的な言葉を受け取るのではなくその言葉の裏にある意味を知ることが重要である。

【結語】 看護師は「死にたい」と訴えるその直接的な言葉を受け「そこまでの苦痛があるのなら・・・」という気持ちと「どういう言葉をかけ受け止めるのか」といった葛藤を常に抱いている

## ■ | 一般演題

【カテゴリー】ACP(人生会議)

### 【演題名】

入退院を繰り返す慢性心不全患者への意思決定支援 -ACPシートを用いて看取りを行った事例-

### 【演者名】

中山 あゆみ

(金沢医科大学氷見市民)

### 【共同研究者名】

三浦幸美 西澤素子 中野綾乃 川合洋子

【目的】 入退院を繰り返す慢性心不全患者に ACP シートを用いてかかわり、心不全患者への意思決定支援の課題や効果的な介入方法を検討する。

【方法】 B 市医師会作成の ACP シートを用いた継続的介入を振り返り分析する。金沢医科大学区氷見市民病院倫理審査第 135 番の承認を得て実施した。本研究における利益相反はない。

【結果】 E氏80代女性、心房細動による慢性心不全で入退院を繰り返していた。医師と ACP の適応を検討し、退院前に ACP シートを用いて看護師が面談を行った。「治療に対する不安はない。入退院を繰り返すと予測しているが、いつ悪くなるのか、どれくらい辛くなるか不安。辛い症状はとってほしい」と語られ、終末期と判断された場合の塩分制限解除や、苦痛緩和の薬剤使用を希望されていた。再入院時のカンファレンスで、終末期か判断できなかった。E氏は病状への不安を再度表出していたため、ACP 実施が精神的負担になると判断し、状態改善時に 2 回目の ACP を計画する方針とした。入院6日目 末期状態と家族へ説明され、腹痛の為絶食だったが塩分制限が解除された。ACP シートに記載されていた差し入れを、時間を問わずE氏の希望時に提供し、家族と談笑する様子が見られた。娘と面談し「希望に添えて嬉しい。辛い本人を見ていて何もできないのも辛い。本人もそれ(苦痛緩和)を望んでいる」と語られた。入院14日目 呼吸緩和の為モルヒネ塩酸塩の持続点滴がされ軽度傾眠となったが、家族と会話可能だった。入院17日目に永眠された。デスカンファレンスで「ACP の内容を活かせた」と意見があった一方、「知識・周知不足」「ケアギバーの負担」が挙げられた。

【考察】 ACP のタイミングを逃しやすい心不全患者に対する退院前の介入は、自律性を尊重した意思決定支援に繋がり、効果的だったと考える。ACP には、負の感情の相互作用や侵襲的になる懸念もある。介入が精神的サポートとるよう教育・仕組み作りが今後の課題である。

■主催:特定非営利活動法人 日本ホスピス在宅ケア研究会

■共催:公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団

■後援:

(五十音順)

一般社団法人福井県医師会/一般社団法人福井県介護福祉士会/一般社団法人一般社団法人  
福井県薬剤師会/一般社団法人福井市医師会/公益社団法人福井県栄養士会/公益財団法人福  
井県看護協会/社会福祉法人福井県社会福祉協議会/日本在宅ケアアライアンス/福井県/福井  
県医療ソーシャルワーカー協会/福井県訪問看護ステーション連絡協議会/福井市  
福井新聞社/NHK 福井放送局/FBC/福井テレビ/FM 福井

大会事務局

オレンジホームケアクリニック内

〒910-0018 福井県福井市田原1-2-20

TEL:0776-21-3333 FAX:0776-21-3353