

# 2012年度（前期）指定公募①

## 「市民講座開催への助成」

### 完了報告書

テーマ : 住み慣れた場所で最期を迎えることを考える

申請者 : 三好 都子

所属機関 : 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック

職名 : 在宅医療連携室

所在地 : 東京都文京区千石4丁目25-5 KSTビル3階

提出年月日 : 2013年2月20日

## 目次

- I. 開催の背景と目的
- II. 実行委員会について（名称：ナチュラル～自宅はステキ～）
- III. 講座開催により期待される効果
- VI. 講座開催の広報について
- V. 市民講座開催結果について
  1. 開催概要
  2. 参加者
  3. 講座のプログラム構成
  4. 講座内容
    - 1) 講義：「看取りはどうすべきか？在宅医の立場から」
    - 2) ご遺族へのインタビュー
      - (1) I様の奥様（80代）
      - (2) A様の奥様（80代）
      - (3) M様の奥様（60代）
    - 3) グループワーク
      - (1) グループワークの目的
      - (2) グループワークのテーマ
      - (3) グループの構成
      - (4) グループワークの流れ
      - (5) グループワークの話し合い内容
        - ①最期の場所に関すること
        - ②医療に関すること
        - ③介護に関すること
        - ④看取り経験者からの意見
        - ⑤医療・介護従事者からの意見
        - ⑥その他
      - (6) 全体の質疑応答
      - (7) 実行委委員の反省会で挙げた意見
      - (8) グループワークのまとめ
      - (9) 参加者からの感想
- VI. 全体のまとめ
- VII. 謝辞

## I. 開催の背景と目的

「その人らしい最期を、希望する場所で迎えて欲しい」、これは私たちが日々考えていることであるが、最期の場所としてどの場所を選択するかは各個人によって異なる。そのような中で、訪問診療に携わっている私たちは、より多くの人に住み慣れた場所で過ごす素晴らしさを伝え、その機会が増えるよう日々取り組んでいる。しかし、多くの人々は病院以外の場所で最期を迎えるというイメージを持つことができず、自宅療養を支える医療や介護従事者の機能や役割も理解できていないことが多い。このように理解が不足しているが故に、住み慣れた場所での最期を諦めてしまう人も多く、継続的に地域へ情報を提供していくことの重要性を日々実感している。

また、最近では看取りの事例を紹介し、専門家が壇上でディスカッションする形式の講演会が散見されるが、実際は個々の症例により状況が異なるため、自身の身近な状況に当てはめて考えられないことが多いように感じる。そのため、私たちは「住み慣れた場所で最期を迎える」ことをテーマとして参加者が気軽に意見交換し、専門家と相談し合える機会を設けたいと考え、今回の市民講座を企画した。

以上のことから、私たちの市民講座の目的は、①地域住民が住み慣れた場所で最期を迎えることをイメージできるようになること、②地域住民同士や医療・介護従事者との話し合いを通して、自分自身や家族の人生の終焉を考える機会とすることである。

## II. 実行委員会について（名称：ナチュラル～自宅はステキ～）

本講座の開催にあたり、地域のケアマネジャー、訪問看護師、ヘルパーの有志とともに実行委員会を組織し、企画・運営を行ってきた。多職種で課題を共有してアイデアを出し合うことにより、複数の視点から自宅看取りや患者・家族との関わりについて議論を重ねてきた。約4か月間に渡り8回のミーティングを行い、参加者に満足していただけるよう準備してきた。

### <実行委員一覧>

大塚介護保険センター	ケアマネジャー	石塚実紀子
ホットステーションSUN 荒川	ケアマネジャー	増田信宏
ケアワーク弥生	ケアマネジャー	花澤俊子
アースサポート文京	ケアマネジャー	国吉佐知子
荒川かどころサポートセンター	サービス提供責任者	三上章代
新しい風	サービス提供責任者	笹井香枝
清水坂あじさい荘	サービス提供責任者	黒澤加代子

訪問看護ステーションけせら	看護師	阿部智子
セントケア東京事業部	看護師	鈴木悦子
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	本田深雪
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	高橋由利子
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	中山喜久子
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	三好都子

### Ⅲ. 講座開催により期待される効果

- ① 地域住民が住み慣れた場所で最期を迎えることについてイメージし、病院以外の場所での看取りを身近に感じることができるようになること。
- ② 地域住民が自身や家族の終末期を考える機会となり、今後当事者になった際に後悔の少ない選択ができるようになること。
- ③ 地域住民同士で意見交換を行うことにより、思いや不安を共有することができること。
- ④ 今回の学びを地域の友人と共有し、地域住民の中で住み慣れた場所で最期を迎えることについて考える機会とする。
- ⑤ 医療・介護従事者は地域住民の声を聞くことにより、日頃のケアや関わり方を見直す機会とする。

### Ⅵ. 講座開催の広報について

以下の方法で広報を行った。

- 文京区の図書館へ配置（千石、根津、本郷、本駒込）
- 文京区役所へ配置（介護保険課、シルバーセンター等）
- 民生委員へ配布
- 地域のケアマネジャーへ配布
- 実行委員の利用者へ配布
- 都電荒川線の駅にポスター設置（町屋、大塚、王子駅）
- 勇美記念財団ホームページ
- 文京区の地域包括支援センターへ配布

## V. 市民講座開催結果について

### 1. 開催概要

日時：1月19日（土）10:00～12:00（受付開始 9:30）

場所：文京シビックセンター 区民会議室 5階会議室C

費用：無料

### 2. 参加者

地域住民：38名（ご遺族4名を含む）

実行委員、医療・介護専門職：17名

- 診療所医師1名、看護師2名、事務1名（文京区）
- 訪問看護師2名（文京区、豊島区）
- ケアマネジャー4名（文京区、荒川区）
- サービス提供責任者3名（文京区、荒川区、北区）
- 地域包括職員2名（文京区、北区）
- 大学病院退院調整看護師1名（文京区）
- 総合病院医療ソーシャルワーカー3名（文京区、板橋区）

### 3. 講座のプログラム構成

1部：看取りはどうすべきか？在宅医の立場から（20分）

講師：祐ホームクリニック 院長 林恭弘医師

2部：経験者の声を聞いてみる（20分）

ご遺族へのインタビューDVD視聴

ご遺族2名へのインタビュー

3部：「住み慣れた場所で最期を迎えること」を考えてみる（60分）

- 地域住民に加え、各テーブルに在宅医療・介護従事者、病院で退院調整に関わる職員、地域包括支援センター職員、ご遺族を配置。
- 「住み慣れた場所で最期を迎えることを考えた時、どのようなことを知りたいか？」について、まずはグループ内で話し合いを実施。
- グループ内での話し合い内容や解決できなかった疑問を、全体の質疑応答でグループ毎に発表。

#### 4. 講座内容

##### 1) 講義：「看取りはどうすべきか？在宅医の立場から」（後方の資料参照）

これまでの歴史を踏まえ、死亡者数は今後増えていくこと、その人たちは今後どこで亡くなるかという疑問を投げかけた。その後、在宅医療について解説し、在宅患者の置かれている環境、自宅介護で問題となることについて話すことにより、現在の社会的な状況と在宅医療の現状について大まかなイメージを持ってもらった。



##### 2) ご遺族へのインタビュー

自宅で最期を迎えることをイメージしてもらうためには、様々な知識以上に経験者の声を聞くことは有用と考えられる。今回は自宅で家族を看取った方3名に、「自宅で過ごせてよかったこと、大変だったこと」、「介護者の心の支えになった人」等の質問に回答いただいた。三者三様の看取り方であったが、介護者が自宅で看取ろうという強い意思を持っていたこと、周囲の助けを上手く借りていたことは共通していたように思う。

以下に、インタビューでのやりとりをまとめた。

###### (1) I様の奥様（80代）

I様の病名：パーキンソン病

###### Q1. 自宅で最期を迎えることを選んだ理由

A1. もともと自営業で家に居ることが多く、自宅で最期まで診てあげたいと妻の強い自宅看取り希望あり。入院先の医師は高齢夫婦世帯のため反対されたが、ご家族は妻の気持ちを尊重し自宅に帰ることができた。

Q2. 自宅で過ごせてよかったこと

- A2. 入院先で胃瘻がつくられたが、自宅に帰ると福砂屋のカステラ、チキンカツなど色々食べることができた。もともと生のマグロが好きであり、少しずつ大好物を食べることができた。  
妻の手作りの野菜ジュースを飲むことで、便秘が解消された。

Q3. 介護者の支えになった人

- A3. お嫁さんが色々サポートをしてくれ、妻は介護に集中することができた。お嫁さんや妻の妹、ヘルパーさんなど、色々な人が来てくれたので自宅介護を続けることができ、絶対に一人では介護はできないと思った。

Q4. 最後の迎え方について

- A4. 亡くなる前日に訪問診療の医師は本人へ「飲みたいものか食べたいものはありますか？」と聞き、本人は「何もありません」と返答した。それを妻に伝えてもらったが、妻は「それで結構です」と答えた。本人も妻も納得した上で最期を迎えられたので非常に良かった。最期の10日間は何も食べず飲まずだった。先日朝日新聞で中村仁先生が「昔は、人間は食べなくなって自然に亡くなるのが普通だった。7日~10日位食べられなくなって逝くのは一番順調な逝き方だ」と書いてあるのを読んだ後だった。

(2) A様の奥様(80代)

A様の病名：悪性リンパ腫、慢性閉塞性肺疾患

Q1. 自宅で過ごせてよかったこと

- A1. とにかく家が好きな人だった。会話できない時期も会話ボードを使用し「家に帰りたい」といっていた。管につながれて移動することも大変だったが本人の希望を第一と考えて家に帰ることにした。本人の希望に沿うことができてよかった。

Q2. ご本人の気持ちを尊重することも大変だったと思うが、強い気持ちをどうやって維持できたのか

- A2. 若いころから祖母など自然な経過で亡くなる人を看ていた経験があった。同じように夫にも手を尽くしてあげれば自宅で看取ることができると考えた。

**Q3. 自宅で介護するにあたり大変だったこと**

A3. 夜間吸引などで起こされてしまい、ぐっすり一晩でも眠りたいと思っていた。病院のように介護に必要なものを揃えることができないため、最低限のものを揃え消毒しながら使用した。退院当初、看護師さんには介護に慣れてくれば少し楽になるよと励まされた。

**Q4. 心の支えになった人は？**

A4. ケアマネジャーと家族。酸素飽和度が目の前で低下し、うろたえて救急車を呼んで病院へ行ったことが数回あった。何度も同様のことを繰り返すうちに、また同様のことが起こると理解していても、いざ体調変化があるとまたうろたえてしまう。病院へ行けばその都度先生方の適切な処置で体調は回復するが、「この繰り返しは果たして本人にとってどうなのだろうか？」と思い始めた。本人はもっと生きたかったのかもしれないが、病気が根本的に治る訳ではないのに繰り返し辛い思いをさせることはもうやめよう、と家族と相談した。ケアマネジャーさんとは一緒に本人を支える体制を整えていった。

(3) M様の奥様(60代)

M様の病名：膵臓がん・腹膜播種

(人工肛門、24時間の持続点滴、吸引、胃管、モルヒネの持続点滴)

**Q1. 自宅で過ごせてよかったこと**

A1. 本人の家に帰りたいたいという希望に沿うことができた。猛暑の中、毎日のように病院に行くのは大変だったが、自宅にいて面会に行く大変さがなくなった。また、病院の窓からは木々しか見えなかったが、家では窓を開けて外の風景を楽しむことができてよかった。

**Q2. 自宅で介護するにあたり大変だったこと**

A2. 24時間点滴を行っていたため、点滴の交換を24時間毎に行わなければならないが大変だった。一度2時間程交換を忘れてしまったことがありヒヤッとした。今の医療器具は点滴が空になっても身体に影響を及ぼさないようになっているため大丈夫であったが、とても慌ててしまった。

**Q3. 心の支えになった人は？**

A3. 夫も私も友人が多い方だったので、友人たちが家に来てくれたことで



気分が救われた。訪問看護師さんの「大丈夫よ」「24 時間サポートするからね」という言葉にも安心できた。

#### Q4. 今日会場に来ている人へ一言

A4. 亡くなる時には夫の手を握り、息を引き取る場面に付き添うことができた。できるだけのことをしたので悔いは残らなかった。周囲の人にも「悔いがない顔をしているね」と言われた。ただ、亡くなった直後は疲労もあり、ぼーっとしてしまい悲しくなかった。今の方が寂しさを感じる。

### 3) グループワーク

#### <グループワークの要約>

地域住民と医療・介護従事者との意見交換を通して、「自宅で最期を迎える」イメージを深めるためにグループワークを実施した。参加者は 7 グループに分かれ、各グループに地域住民が 4~5 名、医療・介護従事者が 2~3 名入り、「住み慣れた場所で最期を迎えることを考えた時、どのようなことを知りたいか？」について話し合った。各グループでは素朴な疑問から踏み込んだ疑問まで様々な考えが挙がり、グループ内の医療・介護従事者が返答した。グループ内で解決できない質問については、最後に全体での質疑応答時間を設け、会場全体で疑問を共有し適した専門家が返答した。以下にグループワークの詳細を述べる。

#### (1) グループワークの目的

自宅で最期を迎えることを考えた際の疑問や不安を話し合うことにより

- ①自宅で最期を迎えることを「イメージできるようになる」こと
- ②自分や家族は最期をどこで過ごしたいか「考える機会とする」こと

#### (2) グループワークのテーマ

「住み慣れた場所で最期を迎えること」を考えた時、どのようなことを知りたいか？

#### (3) グループの構成：地域住民 4-5 名

医療・介護従事者 2-3 名

#### (4) グループワークの流れ

- ①講座前に質問用紙を配布しておき、早く来た人には記載を依頼する
- ②グループ内でグループワークのルールを確認する
- ③グループ内で1人ずつテーマについて発言してもらう  
(自己紹介を含め1人2分以内)
- ④グループの司会は発言内容をまとめ発表者に確認する  
書記は発言内容を付箋に記載し白紙に貼る(適宜付箋を整理整頓する)  
次の人に交代する(発言内容への返答はしない)
- ⑤全員の意見が出たら、司会は要点を整理し質問に優先順位※をつける  
(※グループ内で解決可能、数が多い、重要性が高い、汎用性が高い等)
- ⑥司会は各質問に対し、返答に適する人を指名する(返答者も2分以内)  
司会はグループ内で解決できる質問はグループ内で解決、グループ内で解決できない質問や全体に共有したい質問は全体での質疑応答に挙げる
- ⑦発表したいグループから手を挙げ質問を1つ発表する(2分以内)
- ⑧全体司会が回答に適する人を指名し回答してもらう(2分以内)
- ⑨全グループが終了し、時間に余裕があれば追加質問を受け付ける



## (5) グループワークの話し合い内容

「「住み慣れた場所で最期を迎えること」を考えた時、どのようなことを知りたいか？」という質問に対し、各グループより出た発言内容を以下に挙げる。

### ①最期の場所に関すること

- 最期をどうするのがよいか？
- 80代の母親と同居、今は元気であるがそろそろ考えなくてはと思う。  
不安があるので最期は病院でとってしまう。
- 自分や夫の死を考えたとき、不安だから病院でとっていた。  
話を聞いて往診で看取れるなら選択肢となる。
- 夫は自宅でとと思っているが自分の時はどうしたらよいか？  
どのような事が大事か？
- 今は何も考えられない。  
今後は行政のサービスを使いつつ考えていくか。
- 最期は子供に頼るのは難しいと思う。  
夫にも負担をかけたくないので最期は施設でとと思っている。  
⇒施設の料金を知りたい。どのような状況で入居できるのか。
- 次は自分の番だがもう少し考える時間が欲しい。  
最期はどこで亡くなるのか不安がある。
- 本人は自宅での最期を望んでいるが、家族の意見が違えばどうのようになればよいか？
- 90代で要介護5の母がおり、最期は在宅か療養型病院か迷っている。

### ②医療に関すること

- 父の看取りの際に往診医が不在であり自宅に帰れなかった。  
往診医へのかかりかた、どのくらい往診してくれるのか知りたい。
- 医師・看護師との付き合い方の違い、併用は可能か？
- 在宅で痛みのコントロールは可能か？
- 癌の痛みに対して、家族としてどう接したらよいか？
- 夜間の支援体制はどうなっているのか？
- 自宅に帰った後、病状が悪化したり苦しくなった時の対応はどのようになればよいか？
- 妻が認知症状を認めるが医者嫌いである。

### ③介護に関すること

- ・介護が不安である
- ・狭い家なので、どのように介護するのか想像できない。
- ・寝たきりの母を介護中。  
様々なサービスを使うことで、自分が友人と過ごす時間も増えてきた。
- ・母を田舎で介護した。家族は大変。経済的なことを知りたい。  
最期まで元気であるために気をつけておくことは何か？
- ・自分が介護できなくなった場合、どのようにすればよいか？

### ④看取り経験者からの意見

- ・家に帰りたかったが、発熱で帰れなかったのが残念。  
在宅医療のことを知っていたら自宅へ帰れたかもしれないと思う。
- ・訪問看護師から言われた「24時間来るから大丈夫よ」という言葉が心の支えになった。
- ・母が食事できなくなり、胃瘻を勧められたが、在宅医療を望み、そのまま自宅で亡くなった。自宅で家族と同じ食事ができてよかった。
- ・介護していた時、往診に月に2回来てもらったので満足している。  
できるだけのことのできたのでよかったと思う。

### ⑤医療・介護従事者からの意見

- ・本人は帰りたいが家族は不安が強く、意見がまとまらないことが多い。
- ・家族が「自分自身がパニックになるのでは」と不安あり。
- ・24時間すぐに介護してくれる体制があると有り難い。
- ・病院のソーシャルワーカー、地域包括職員ともに、情報提供はできるが意思決定は本人・家族に任せることになる。しかし、本人・家族は与えられた情報をうまく活用して判断できないことが多い。
- ・大病院は説明が不足していることが多く、自宅に帰って在宅のことを聞き混乱するケースが多い。
- ・病院間の連携が不足していることを感じる。
- ・通院が大変になってきた患者さんで、もともとの開業医が往診をしてくれない場合でも、先生を変えるのが悪いという患者が多い。往診医をどのように導入したらよいか悩むことが多い。
- ・本人や家族の不安があり、解決のための窓口が分かり難く不足している。
- ・入院中にどのタイミングで在宅医療を勧めるようにすればよいか、それは誰がやればよいのか悩む。

## ⑥その他

- 2人暮らしであり自分は日中仕事、夫は日中一人、どのように看取りを迎えたらよいのか不安。
- 相談窓口はどこか、それはだれが誘導してくれるのか？
- 病院のソーシャルワーカーは区が違えば十分な情報を持っていないことも多い。リストを提供され、家族が直接電話することも多い。
- 自宅で急死してしまい、検死扱いとなり嫌な思いをした。そんな思いをしなくてすむ制度が出来ればよいと思う。
- 最期まで在宅で看取る時の心構えが必要と思う。心構えを教えてください。
- 独居で最期を迎えるときはどのようにイメージしたらよいのか。
- 義母を在宅で看取った際、往診医から万が一の時は救急車を呼ばないよと言われたがなぜか？
- 夫の両親と同居で、義父が胃瘻。食べたいという訴えにどう応えたらよいのか、食べると嘔吐・下痢なのでジレンマがある。
- 寝たきりになる前の生き方を考えておきたい。
- 独居老人の一人暮らしの寂しさをどう埋めればよいのか？
- 人生のマネジメントが必要と感じた。



(6) 全体の質疑応答

Q1. 85歳の母を介護しており、このまま自宅で看取りたいと思っている。しかし、実際に亡くなる時にどのような経過をたどるのか分からない。息が止まるのはどういうことか？息が止まっていくにはどの位の時間がかかるのか？息が止まりそうな時に母はどのような気持ちでいるのか？このような具体的なことを知ることができれば、自分も看取る側として心構えができると思うのだが。

A1. (訪問看護師より)

最期は1週間単位で考えるとよい。最期の瞬間は突然来るかもしれない、ある程度予測がつくかもしれない。その判断は家族が行うことが難しいため、医療関係者が入り、1週間単位などで「そろそろ厳しいですよ」「呼吸状態をみておいてください」「会わせておきたい人に声をかけておいた方がいいですよ」等の声をかけてくれると思う。それをもとに、少しずつ看取る側としての心構えや覚悟ができてくるのではないかと。

Q2. 講義の中で、自宅で看取るために往診の先生が来てくれたり、訪問看護師が来てくれるとの話があったが、往診はどの程度の頻度やタイミングで来てくれるのか？いざという時にきちんと来てくれるのか？また、訪問看護師さんはどのような時に来てくれるのか？どのくらい来てくれるのか？

A2. (訪問診療の看護師より)

訪問頻度は病状と本人・家族のニーズにより異なる。訪問診療の訪問頻度は基本的には月2回だが、患者さんの病状に応じて週1回もしくは週2回など頻度を増やすことがある。訪問看護師の頻度も病状に応じて変わり、基本的には週1回もしくは週2回程度が多いが、病状によっては毎日もしくは1日2回入ることもある。緊急時は往診医も訪問看護師も対応可能であるため、状態に応じて往診医もしくは訪問看護師が訪問可能。

Q3. 87歳の妻は骨粗鬆症でほぼ自宅にいる。最近物忘れが悪化しているが、本人は絶対に医者に行かないと言っている。今は何とか家事はできているが、このまま進行していくのではと心配。認知症が進行していく時にはどのような経過をたどるのか、家庭で看ることができない時はどこに行けばよいのか、最期はどのような形で看取りになるのか知りたい。

### A3. (訪問診療の医師より)

一番初めに出てくる症状が物忘れであり、段々進行してくると言葉が上手く出なくなる。そして足が徐々に衰え、寝たきりになる。予後は発症からおおよそ10~15年位と言われている。また、認知症の度合いと問題行動は一致せず、本人が不安な状況に置かれると不安が増強すると言われている。家にいる時は落ち着いていたが、入院やショートステイに行くととたんにおかしな症状が増えるという話はよく聞く。例えば、トイレの場所が分からないので、全然違う場所で排尿してしまったり、排便した後でどうして良いか分からず塗りたくってしまう等の行動が起きることがある。このような行動の原因は認知症にあるが、本人が不安になると問題となる行動が増えてくる。今はご家族と一緒にいて大きな問題がないのであれば、今の環境が良いのではないかと。今後問題が起こってくる可能性はあり、相談窓口として地域包括支援センターがあるので、一度相談に行くのがよいと思う。本人は物忘れに気づいていないように思えるかもしれないが、本人は物忘れに気づいており、分かっているからこそ不安で病院に行きたくないということもある。今後症状が悪化してきた時は、地域包括支援センターに相談しながら、場合によっては往診が入ることになるかもしれない。

Q4. 父はもともと癌であったが、自分が家に帰った時に倒れて亡くなっており、気が動転して救急車を呼んでしまった。1か月前に行ったことのある病院に受け入れてもらったが、そこでは死亡診断書を書いてもらえず、警察が入って検死となり大変な思いをした。訪問診療の先生が入っている時には、まず訪問診療の先生に相談した方がいいのか、救急車をすぐ呼んだ方がいいのかを教えて欲しい。

### A4. (訪問診療の医師より)

一概には言い切れない問題。例えば、階段から落ちて意識を失っている場合は、救急車を呼んだ方がいいこともある。救急車は都内であれば5-10分で到着するので、救急車の方が早く来て早く治療を開始できる。何があっても家にいたい、治療を希望しないという場合で呼吸が止まっている場合は、訪問診療医へ連絡をした方がいい。ある程度元気であったが急に具合が悪くなった時は、救急車を呼ぶのはやむを得ない時もある。訪問診療側としては、本人と家族の意向を踏まえて、必要以上に病院に運ばないようにしている。しかし、死因が明確でない場合は警察が関与することになるため、私たちもできるだけそのようなケースを減らしたいと考え日々診療に取り組んでい



る。

Q5. 78歳の父が肺癌で母と妹が介護している。今後状態が悪くなっていくことは明らかだが、現状では明らかに困っているわけではない。先々に備えて準備や相談をしておきたいと思うが、どのようにコンタクトをとっておけばよいのか、どのようなことを準備しておけばよいのか知りたい。また、ケアマネジャーは一度決めると変えるのは申し訳ないと思うが、相性もあると聞く。皆さんはどのようにケアマネジャーを選ぶのか？どのように相性の合いそうな人を探せばいいのか？情報がないので分からない。

A5. (地域包括支援センター職員より)

このような準備をしておけば大丈夫というのはあまりない。どのような経過を辿るかによって、どのような準備が必要になるかも異なる。例えば、現在有料老人ホームを探しておいても、気が変わって自宅で過ごしたいと気持ちが変わるかもしれない。それよりも、相談窓口（自分の市町村の地域包括支援センターの窓口等）を把握しておくことが重要。可能であれば、現時点で一度相談しておく、相談記録として残り今後の利用を考える上で良いだろう。

ケアマネジャーの選び方については、実際は情報が不十分で選択は難しいことが多い。介護保険制度が始まるまでは、行政がケアマネジャーを決め、利用者が変えることはできない制度であった。介護保険制度は、自分で契約して自分で選ぶことに意味があるため、ケアマネジャーを希望により変えることが可能である。しかし、実際は相性が良くても実力が伴わないケアマネジャーもいるため、近くの地域包括支援センターの職員に相談しながら選んでいくのがよいだろう。ケアマネジャーは個性や力量など様々なので、色々試していくしかないと思われる。





Q6. 「過剰な延命治療はしたくないが生きていたい」というのが本音だが、胃瘻をつくったけれど外せた、気管切開をしたけれど外せたということがあると聞くと、どこからが本当に過剰な延命治療なのか分からない。

A6. (訪問診療の医師より)

どこが線引きかは非常に難しい。明らかに治療すれば良くなる状態であれば、治療をすることになると思われる。以前は治療できなければそのまま亡くなっていた。しかし、現在は医療技術の進歩もあって様々な治療ができるようになり、どこを終わりと捉えるか分かり難くなっている。本人が希望しないことはしないというのは一つの方法である。どこまで治療するか考える時に、例として犬の寿命が最近延びていることを話すことがある。最近犬が食事を食べられなくなると動物病院に連れて行き、そこで高いお金を出して点滴をしてもらうことができる。そうすると、犬も食べられなくても半年くらい生きることができると聞く。飼い主はこのような治療に納得しているが、犬としては本当に納得できているのか疑問が残る。これを延命治療かという非常に難しい。現在は、治療できるのであれば治療するという考えもあり、一方でこれ以上治療をしても可愛そうという考えもあり、治療できる可能性が少しでも残っている場合、本人と家族がどこまで希望するか、治療を行うことがどの程度のメリットがあるのかを、ともに考えていくしかないかと思う。

Q7. 現在介護をしており、このまま自宅で看るのか、施設に行った方がよいか悩んでいる人がグループ内に2人いた。看取り経験者に在宅で看る決め手となったことがあれば教えて欲しい。

A7. (M氏より) 膵臓がんで余命3ヶ月と言われたが、抗がん剤のお陰で1年10か月に延びた。機械を使って点滴をできると分かったことで、それなら自宅に帰ろうと自分(介護者)も本人も思えた。ホスピスも見に行っていたが、ここに2か月もいるのは可愛そうだなと思った。家で看られてよかったと思い、本日参加者の話を聞いていても自宅で看取った選択は間違っていなかったと思えた。

(A氏より) 80歳を超え、このまま長らえて何ができるか、何を楽しく生きられるかを家族皆で話し合った。その結果、1日でも長く本人の望んでいる家庭で楽しく過ごしたいということになった。今考えても、あれ以上の選択はなかったのではと心から思っている。

(7) 実行委委員の反省会で挙げた意見

- 医療・介護従事者には当然と思うことが疑問に挙がることも多く、継続的な市民啓発が重要と考えられた。  
(例：訪看と往診医を併用できるか、夜間の体制はどうか?)
- 地域住民、医療・介護従事者の双方の理解に役立った  
(例：医療者は家族の不安等の思いがわからない、家族側は何がわからないかわからない。)
- 病院の相談窓口や地域包括支援センターなどから情報を提供されても、自分たちで情報を生かして意思決定ができないことが多い。
- 参加者が「死ぬ＝病院でなく在宅死」、「医師が訪問してくれる」イメージを持てたのが印象的だった。
- 今まさに終末期の家族の介護をしている人が含まれており、自信になったとの感想を聞くことができたのはよかった。
- 終末期の両親を抱えている人がいた。訪看、往診医が既に入っており、何かあれば医師、看護師に聞けるので不安はあまりないとの発言が印象的であった。
- 自宅療養のイメージを持てず、何を質問すればよいか分からないという発言も多かった。
- 看取り経験者が2人含まれており、家族に迷惑をかけたくないため施設入所を希望していたことが印象的であった。
- 緊急時に「救急車を呼んだ方がいいのか、呼ばない方がいいのか」に関する話し合いが印象的であり、かかりつけ医と早めに話し合い、対応を決めておくことが必要と思われた。
- 「本人の意向と家族の意向が違う時はどのようにすればよいか？」という疑問が挙がり、そのような場合は第三者に入ってもらうことが重要だと感じた。
- 夫婦で参加している人も含まれているのがとても良かった。
- 実際のご遺族の話を聞いたのが良かった。
- 自宅で看たいと思いつつも不安があり、入院は嫌だがこのまま亡くなるというイメージを持てないことが多いように感じた。

## (8) グループワークのまとめ

参加者の発言内容と反省会での話し合いを通して、以下のことが考えられた。

- ① 地域住民が終末期医療や在宅医療・介護について知り、考えるための継続的な啓発活動が必要と思われた

グループワークの中で、地域住民から素朴な疑問が数多く上がり、医療・介護従事者にとって基本的と思われることを知らず、知らないことが漠然とした不安を増強しているように思われた。最近は書籍やインターネットなどの情報が溢れているが、一部の関心が高い人のみにしか届いていない可能性があり、今回のような終末期医療や在宅医療・介護について知り、考えるための啓発活動を継続的に行うことが必要と思われた。また、今回の催しに関心を示した患者家族もいたが、会場までの距離や時間的な問題で参加が困難との意見もあり、身近な場所を知る機会があることが高齢者や介護者にとって重要と思われた。

- ② 地域住民と医療・介護従事者が意見を交換し合うことは、双方の理解を深める機会として有用であった

地域住民は、医療・介護従事者との意見交換を通して、医療・介護の知識を深めるのみでなく、その現状や課題を理解することができたように思う。このような機会は、地域住民が医療・介護従事者への理解を深めることにもつながるものと思われた。一方で、参加していた医療・介護従事者にとっても、地域住民がどのように感じているか、何を不安に思っているかを知る貴重な機会となり、医療・介護従事者が日々の仕事でよりよい医療・介護サービスを提供することにつながると考えられた。

- ③ 在宅チーム全体で本人・家族の不安に寄り添うことが重要であり、その前提として密な医療・介護連携が不可欠である。

本人・家族が療養の過程で抱く不安に対しては、医療従事者は本人・家族の不安に寄り添い、事前に起こりうることを病気の受容にに応じて伝えていくことが重要である。また、不安に寄り添うのは、医師や看護師のみでなく、ケアマネジャーやヘルパーなど在宅チームの関係者全員での関わりが望ましいが、その前提として医療と介護の密な連携による情報共有と信頼関係が不可欠と思われた。各事業所ともに外出が多く情報共有の困難さはあるものの、ITを活用したシステムの構築とともに、お互いが積極的に連携を取り合うという意識が今後も重要である。

また、往診医、訪問看護師が既に介入している場合は、いつでも相談可能であるため特に不安はないとの意見もあり、病状に応じた適切な医療資源の活用

が本人・家族の不安軽減に有用と思われた。

一人暮らしの方や死ぬ瞬間など、不安を完全になくすことは困難であるため、不安とうまく付き合う方法を本人・家族へ説明していくことも必要と考えられた。

#### (9) 参加者からの感想

- 全体の企画は今日の情勢に見合ったもので、在宅医療提供者と住民との自由な交流ができ、両者にとって非常に有意義な会だった。在宅医療の重要性、困難性、その要因などが良く理解できた。
- 医師の講演は必要な情報が洩れなく含まれており、良く理解できた。
- 経験者の話は貴重であった。
- グループワークは担当者のサポート役が多数で助言も適切だった。
- 全体討議で難しい話題もあったが、それぞれ適切な議論がされていたように思う。各地でこのような会が持たれることを希望する。

#### 5. 全体のまとめ

本講座を通して、参加者は在宅での看取り経験者の話を聞き、医療・介護従事者と話し合うことにより、「住み慣れた場所で最期を迎える」というイメージを深めることができるようになったのではないかと思う。グループワークでは、参加者から率直な意見が数多く出ており、それぞれの疑問に医療・介護従事者が返答することを通して、双方向の理解を深めることができたように感じた。医療・介護従事者は、地域住民の生の声を聞く機会は少ないため、今回の経験を今後の仕事に生かしていけるものと思われた。

同時に、地域住民にはまだ在宅医療や介護の認知度は低いことが分かり、地域住民と医療機関双方への継続的な啓発活動が重要と思われた。

また、本講座は地域のケアマネジャー、訪問看護師、サービス提供責任者とともに実行委員会を立ち上げ、共通のゴールに向けて多職種、多事業所で様々な議論を重ねてきた。その結果、様々な参加者に理解しやすく、満足いただける講座になったのではないかと思う。

最後に、今回の講座が参加者にとって自分や大切な人の最期を考え、今後に生かせる機会となることができれば幸いである。

<謝辞>

本講座でのインタビューにご協力いただいた3名のご遺族の方々、本講座の広報に全面的にご協力いただいた民生委員の宇賀冶様、広報をはじめ様々なバックアップをいただいた祐ホームクリニックの皆様にはこの場を借りて感謝申し上げます。また、今回の企画に賛同し、4か月にわたり企画・運営してきた実行委員メンバーに心より感謝しております。最後に、助成金の提供により、本講座を開催する機会をいただいた在宅医療助成勇美記念財団に心から感謝申し上げます。

尚、本講座は「公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団」の助成により行われました。

# 市民向け勉強会開催にむけて 実行委員を募集しています

テーマ：住み慣れた場所で最期を迎えることを考える



各テーブルに一般市民、、患者遺族、地域のケアマネジャー、訪問看護師、サービス担当責任者、ヘルパー、地域包括支援センター職員等と一緒に座り、テーマについて意見を交換し、どうすれば「住み慣れた場所で最期を迎えることができるか」とともに考えてみませんか？

話し合う内容の例；

- 住み慣れた場所で最期を迎えるとはどういうこと？
- どのような人が関わるの？どのようなサービスを利用できる？
- みんなが悩むのはどういうこと？

**地域や介護現場を良く知る皆様とともに  
一緒により良い勉強会を作っていきたいと思えます！**

ご協力いただける方、興味のある方は、以下に必要事項の記載をお願い致します。  
改めて当方よりご連絡させていただきます。

事業所名		参加者名	
電話番号		参加者名	

TEL : 050-3784-2001

FAX : 050-3784-2989

担当 : 三好都子

# 住み慣れた場所で最期を迎えることを考える

今は、医療や介護サービスを上手に活用することで、住み慣れた場所で最期まで過ごすことが可能になっています。

今回の勉強会を通して、一人でも多くの人に「住み慣れた場所で最期まで過ごすこと」について知ってもらい、一緒に考える機会にしたいと思います。



## 地域の医療・介護のプロと一緒に考えてみませんか？

講義とグループワークを通して、以下の疑問にお答えします！

- ▶ 住み慣れた場所で最期を迎えるってどういうこと？
- ▶ どうすればできるの？
- ▶ みんなが悩むのはどういうこと？

日時：2013年1月19日（土）10:00～12:00

※受付開始時間 9:30

場所：文京シビックセンター

区民会議室 5階会議室C

東京メトロ 後楽園駅・丸の内線（4a・5番出口）南北線（5番出口）徒歩1分  
都営地下鉄春日駅三田線・大江戸線（文京シビックセンター連絡口）徒歩1分  
JR総武線 水道橋駅（東口）徒歩9分

講師：祐ホームクリニック 院長 林 恭弘

費用：無料

募集人数：先着50名

※募集人数を超えた場合はお電話でお断りさせていただくことがありますのでご了承ください。



# お申し込み方法

FAX : こちらの用紙をFAXでお送りください。  
FAX番号 0503-784-2989

ハガキ : 氏名、年齢、住所、電話番号、お聞きになりたいことを明記し、以下の住所にお送りください。  
〒112-0011 東京都文京区千石4-25-5  
KSTビル3階 三好宛

お電話 : 070-5457-4615 (平日11:00~15:00)  
※お電話に出られない場合は、当方より連絡させていただきます。

皆様のご参加を心よりお待ちしております！

参加者氏名	ご年齢	電話番号
	歳代	
	歳代	
	歳代	
※募集人数を超えた場合は、お電話でお断りの連絡をさせて頂く場合がございますのでご了承下さい。		
「このようなことを聞きたい！」ということがありましたら以下に記入をお願いします。		

お問い合わせ : TEL 070-5457-4615 FAX 0503-784-2989  
(電話は平日11:00~15:00のみ対応可能です : 12/29~1/3は除く)

事務局 : 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 担当 : 三好  
〒112-0011 東京都文京区千石4-25-5 KSTビル3階



## 住み慣れた場所で 最期を迎えることを考える



2013年1月19日  
文京シビックセンター

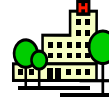
主催：ナチュラル～自宅はステキ～実行委員会

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

1

## 本日のゴール

最期を迎える場所の選択肢はいくつかあります。



病院



自宅



施設

今日は、「自宅」で過ごすことがどのようなことか、  
皆さんがイメージできるようになれば幸いです。

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

2

## 本日の流れ

1. 看取りはどうすべきか？在宅医の立場から  
講師 祐ホームクリニック 林恭弘氏
2. 経験者の声を聞いてみる  
司会 実行委員 中山喜久子
3. 「住み慣れた場所で最期を迎える  
こと」を考えてみる  
グループワーク&全体ディスカッション

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

3

## 終末期医療 看取りはどうすべきか？

### 在宅医の立場から

祐ホームクリニック院長  
林 恭弘

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 自己紹介



- 1967年 和歌山県和歌山市生まれ
- 1992年 和歌山県立医科大学卒業
- 1992年～ 和歌山県立医科大学 脳神経外科
- 1996年～ 東京ほくと医療生協王子生協病院 一般外科
- 2009年～ 非常勤医師生活(外科外来・化学療法・内視鏡・手術・往診)
- 2012年～ 医療法人社団 鉄祐会 祐ホームクリニック院長

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 看取りについて考えましょう

- 終末期はどこで過ごしたいのか？
- 誰に看てもらいたいのか？
- どこで亡くなりたいのか？
- 何が妨げになるのか？
- どう準備すれば良いのか？

どうすれば理想的な死を実現できるのか？

畳の上で大往生  
気がついたら眠ったまま亡くなっていた  
苦しまずにポックリ

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 往診の歴史

- 1961年の国民皆保険開始まで病院や診療所に通院できる患者は限られていた。
- 「亡くなる前にせめて一度くらい医者に診せてあげたい。」と状態が悪化してから診療所に往診を依頼。
- 開業医は多忙を極めたが診察費の未納は多かった。

図表 2-1-12 医療機関における死亡割合の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

Copyright(C) 2013 You-HomeClinic All Rights Reserved.

## 往診の歴史

- 国民皆保険開始以降は、医療の発達(薬剤・医療機器等)に伴い病院と診療所の医療レベルの格差が増大。重症者は入院したまま亡くなるのが一般的となっていった。
- 1980年代に癌の終末期を過ごすホスピスが普及し始め「緩和ケア」という考え方が日本に導入された。更に治療不能癌患者の症状緩和を中心としたケアは、医療の進歩(麻薬の剤型・持続注射器・V-port等)に伴い在宅での管理が可能となりホスピスから在宅への流れが生まれた。
- また要介護高齢者が増加。当初は入院で看取っていたが、患者数の増加に伴いベッド不足が深刻化。国の政策の後押しもあり在宅への流れが加速することとなる。

### 病院から在宅への流れ

Copyright(C) 2013 You-HomeClinic All Rights Reserved.

## 年間死亡数及び死亡率の推移

国立社会保障・人口問題研究所人口統計資料集  
厚労省/人口動態統計月報年計(概数)の概況

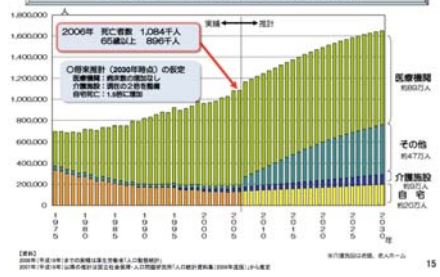


20年前の2倍の患者を看取ることになる

Copyright(C) 2013 You-HomeClinic All Rights Reserved.

## 死亡場所別・死亡者数の年次推移都将来推計

死亡場所別・死亡者数の年次推移と将来推計



医療機関で亡くなる人数は増えない。その他？

Copyright(C) 2013 You-HomeClinic All Rights Reserved.

## 祐ホームクリニック

医療法人社団 鉄祐会 祐ホームクリニック

You Home Clinic

理事長: 武藤真祐

2010年1月設立

紹介患者累計: 800名

現患者数: 約300名

往診地域: 文京区、北区、荒川区、豊島区の全域  
(台東区、板橋区、新宿区、千代田区の一部地域)

〒112-0011 東京都文京区千石4丁目25-5 KSTビル3階

TEL: 0503-784-2001 FAX: 0503-784-2989

info@you-homeclinic.or.jp



Copyright(C) 2013 You-HomeClinic All Rights Reserved.

## 祐ホームクリニック石巻

医療法人社団 鉄祐会

祐ホームクリニック 石巻

You Home Clinic Ishinomaki

2011年9月設立

〒986-0801

宮城県石巻市水明北2丁目1番24号

TEL:050-3777-2177

FAX:050-3777-2178

info@you-homeclinic.or.jp

医師 武藤真祐さん(41)



「緩和ケアの専門家として、在宅医療を推進し、患者様の生活の質を向上させることを目指しています。」

「在宅医療の推進には、地域社会の理解と協力が不可欠です。私たちは、地域社会と連携し、患者様の生活の質を向上させることを目指しています。」

「在宅医療の推進には、地域社会の理解と協力が不可欠です。私たちは、地域社会と連携し、患者様の生活の質を向上させることを目指しています。」

「在宅医療の推進には、地域社会の理解と協力が不可欠です。私たちは、地域社会と連携し、患者様の生活の質を向上させることを目指しています。」

「在宅医療の推進には、地域社会の理解と協力が不可欠です。私たちは、地域社会と連携し、患者様の生活の質を向上させることを目指しています。」

「在宅医療の推進には、地域社会の理解と協力が不可欠です。私たちは、地域社会と連携し、患者様の生活の質を向上させることを目指しています。」

Copyright(C) 2013 You-HomeClinic All Rights Reserved.

## 祐ホームクリニック 往診範囲

- 往診地域: 文京区、北区、荒川区、豊島区の全域 (台東区、板橋区、新宿区、千代田区の一部地域)



Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 祐ホームクリニック 体制

往診車: 4台 (医師+事務アシスタント)  
 医師: 3人  
 非常勤医師: 27人  
 循環器内科 呼吸器内科 消化器内科 腫瘍内科  
 消化器外科 整形外科 精神科 皮膚科  
 連携室: 4人 (看護師+PT)  
 事務: 10人 (運転・往診連絡・スケジュール管理)  
 訪問看護ステーション併設なし  
 クラウド型の電子カルテを使用

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 在宅療養支援診療所

2006年4月にスタートした制度

### 【在宅療養支援診療所の要件】

- 診療所である。
- その診療所において24時間連絡を受ける医師または 看護職員をあらかじめ指定し、連絡先を文書で患家に提供している。
- 患者の求めに応じて、自院または他の医療機関、訪問看護ステーションとの連携により、求めがあった患者について24時間往診・訪問看護ができる体制を確保する。
- ③の患者について24時間往診・訪問看護を行う担当医師・担当看護師等の氏名、担当日等を患家に文書提供する。
- 緊急入院受入体制の確保 (他医療機関との連携による確保でも良い)
- 地方社会保険事務局長に年1回、在宅看取り数等の報告をしている。

届け出を行い24時間のサービスを提供する

2010年10月: 1万2552件の届け出 (日本の診療所数は計約10万)

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 祐ホームクリニック 患者管理

現在350名程度

居宅患者が8割・施設が2割

- 虚弱高齢者 (認知症 脳梗塞後遺症 運動器疾患 呼吸不全 心不全 腎不全)
  - 担癌患者 (化学療法中・ターミナル)
  - 神経難病 (ALS・多系統萎縮症)
  - 小児科 (先天性障害)
- (神経難病10名 [人工呼吸器5名]・担癌患者30名・他はほぼ虚弱高齢者)

対応可能な処置等

- 在宅酸素療養 在宅人工呼吸器 胃ろう交換 経鼻経管栄養
- 腸ろう交換 在宅中心静脈栄養 膀胱留置カテーテル ストマケア
- 麻薬処方 腹水排水 携帯型精密輸液ポンプ管理
- 皮膚科専門医による褥瘡処置

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 在宅患者の置かれている環境

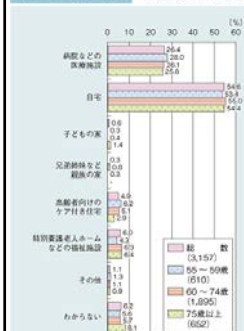
- 在宅患者の重症化
  - 胃瘻・高カロリー輸液・PTCD・腎瘻・在宅酸素・BiPAP・人工呼吸器
  - 容易に体調を崩す (肺炎・尿路感染)
  - 認知症のBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)
- 介護者の負担増
  - 胃瘻管理などの処置
  - 核家族化・平均寿命の延長による介護者の高齢化
  - 入院が出来ず在宅で看ざるを得ない
  - 今まで経験のない看取りへの対応が迫られる
- 介護サービスの充実?
  - 往診クリニックの増加 → 重症や終末期の患者は受け入れ先がない
  - ケアマネジャー → 医療的な知識が乏しいケアマネジャーも
  - 訪問看護 → スタッフが集まらない・採算が取れないと撤退も
  - 24時間対応のヘルパー → 厚労省の肝いりで導入したが届け出は少数

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

全国で77事業所

## 最期を迎えたい場所 (平成24年版 高齢社会白書 [内閣府])

図1-2-26-(1) 最期を迎えたい場所



- 年齢を問わず「自宅」が半数以上を占める。
- 次いで「病院などの医療施設」が4人に1人。

資料: 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」(平成19年)

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 自宅で最期まで療養することが実現困難な理由 (平成24年版 高齢社会白書[内閣府])



自宅での介護で問題となることは？

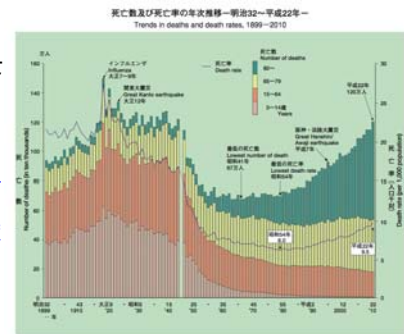
介護負担  
医療面での不安  
経済面での負担

Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 死亡数及び死亡率の年次推移

- 大正～昭和前半  
年間120万人死亡

1918～1919年  
スペイン風邪流行  
人口5500万人  
医師数4.5万人程度  
(現在約30万人)



Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## ご静聴ありがとうございました



Copyright(C) 2013 You-Homeclinic All Rights Reserved.

## 本日の流れ

1. 看取りはどうすべきか？在宅医の立場から  
講師 祐ホームクリニック 林恭弘氏
2. 経験者の声を聞いてみる  
司会 実行委員 中山喜久子
3. 「住み慣れた場所で最期を迎える  
こと」を考えてみる  
グループワーク&全体ディスカッション

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

22

## ご遺族へのインタビュー

- ご自宅で過ごして良かった思うことは？
- ご自宅で過ごして大変だったことは？
- 在宅療養中に心の支えになったと感じることはどのようなことでしょうか？
- ご自宅で看取りをされた経験の中で本日の参加者へ伝えたいことはありますか？

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

23

## 本日の流れ

1. 看取りはどうすべきか？在宅医の立場から  
講師 祐ホームクリニック 林恭弘氏
2. 経験者の声を聞いてみる  
司会 実行委員 中山喜久子
3. 「住み慣れた場所で最期を迎える  
こと」を考えてみる  
グループワーク&全体ディスカッション

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

24

## グループで話し合ってみて下さい



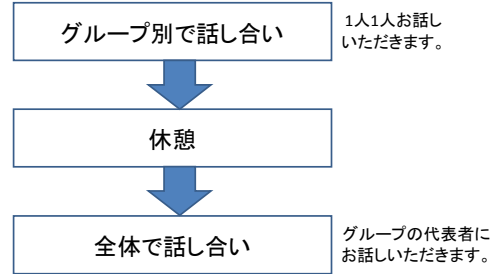
住み慣れた場所で最期を迎えることを考えた時、  
どのようなことを知りたいですか？

回答者：医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー  
地域包括支援センター職員、介護経験者  
病院で連携に関わる看護師・ソーシャルワーカー

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

25

## グループワークの構成

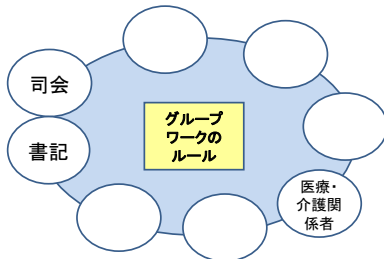


Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

26

## グループ別話し合いの流れ

1. グループワークのルールを確認



Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

27

## グループワークのルール

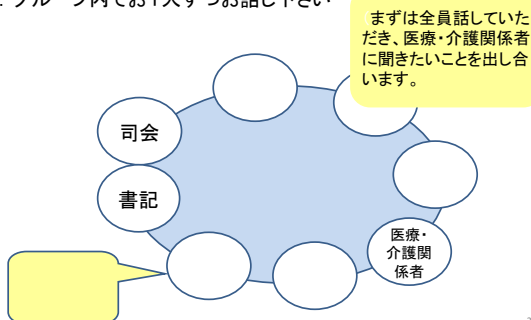
- ▶ 本日は話したことは、**この場限り**でお願いします
- ▶ 全員が発言できるよう、**発言は1人2分以内**でお願いします  
(2分を超える場合は手を挙げてお知らせします)
- ▶ 他人の発言は**遮断せず**にお聞きください  
(2分を超える場合は一言お伝えさせていただきます)
- ▶ 他人の発言は**否定せず**にお聞きください

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

28

## グループ別話し合いの流れ

2. グループ内でお1人ずつお話し下さい

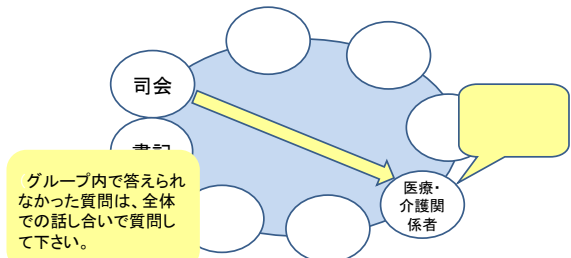


Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

29

## グループ別話し合いの流れ

3. 司会は質問を整理し、グループ内で答えられる質問を選び、  
グループ内の医療・介護関係者に答えてもらいます

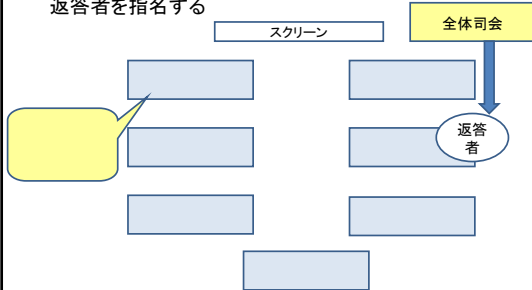


Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

30

## 全体での話し合いの流れ

4. グループの代表が全体ディスカッションで発表し、全体司会が返答者を指名する



Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

31

## 実行委員の紹介

大塚介護保険センター	ケアマネジャー	石塚実紀子
ホッツステーションSUN荒川	ケアマネジャー	増田信宏
ケアワーク弥生	ケアマネジャー	花澤俊子
アースサポート文京	ケアマネジャー	国吉佐知子
荒川かどろサポートセンター	ヘルパー	三上章代
新しい風	ヘルパー	笹井香枝
清水坂あじさい荘	ヘルパー	黒澤加代子
訪問看護ステーションけせら	看護師	阿部智子
セントケア東京事業部	看護師	鈴木悦子
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	本田深雪
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	高橋由利子
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	中山喜久子
祐ホームクリニック	在宅医療連携室	三好都子

Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

32

本日はご参加いただき  
ありがとうございました



Copyright(C) 2013 natural All Rights Reserved.

33