

# 令和5年度 第2回 多職種連携・人材育成研修会



日時 : 令和5年8月24日(木)

18:30~20:30

場所 : JA阿新 生活センター2階 会議室

主催 新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく

共催 一般社団法人 岡山県介護支援専門員協会新見支部

令和5年度 第2回多職種連携・人材育成研修会 次第

研修テーマ：「ACPのプロセスと意思決定支援」

日時：令和5年8月24日（木）

18:30～20:30

場所：JA阿新生活センター2階 会議場

1 開 会

2 挨拶 一般社団法人 新見医師会 会長 太田隆正様

3 講 演

(1)「ACPのプロセス、意思決定支援について」

講師：医療法人思誠会 渡辺病院 副院長 溝尾妙子様

(2) 意思決定支援の紹介

講師：医療法人真生会 新見中央病院 地域医療連携室  
主任 宮原三都子様

訪問看護ステーションくろかみ 管理者 小郷寿美代様

4 グループワーク

テーマ：①「高齢者へのACPは何時、誰がすればよいと思うか」

②「意志決定支援に関して、自分にできること」

5 まとめ

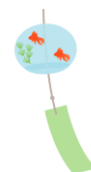
6 伝 達

7 挨拶 一般社団法人 岡山県介護支援専門員協会 新見支部  
支部長 清水知行様

8 閉 会

## 研修の目的

A C Pのプロセスと意思決定支援について学び、  
現場での実情を知ること、自分にできることを考える。



## 研修会等のお知らせ

- ❖利用者さん、患者さん、身近な方などに声かけをお願いします。
- ★ 令和5年9月9日(土)に新見市地域包括支援センターと高梁新見地域認知症疾患医療センター地域連携会議の共催で、**認知症市民研修会**を開催します。認知症の人の家族の想いを聴いていただきます。対象は一般市民の方です。
- ★ 令和5年11月30日(木)《いい看取りの日》に、新見地域医療ネットワーク主催で、**A C Pの研修会**を開催します。
- ❖在宅医療・介護連携支援センターまんさくでは、**在宅医療・介護連携に関する相談**を受け付けています。お気軽にご相談ください。



### 《 問い合わせ先 》

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく

電話 0867-88-8270

F A X 0867-71-0309

Mail [mansaku@kurokami.jp](mailto:mansaku@kurokami.jp)

担当：難波



# ACPのプロセス 意思決定支援

みんなでつなごう『思い』のバトン

ブルーベリー 花言葉  
『実りある人生』

渡辺病院 副院長  
溝尾妙子



患者さんに自分らしい最期を過ごしてほしい

ほとんどの医療者が考えていること



時間がない

タイミングが・・・

医師に病状聞きたい  
けど聞けない・・・

他の医療機関への遠慮

どうしたら患者さんが自分らしい最期を過ごせるか、  
一緒に考えて、悩んでいきたい

# 今日の目標

- ★ ACPについて再確認する
- ★ 具体的な方法を知る
- ★ 自分がACP（意思決定支援）の一員だと認識する

患者さんの『思い』に関心を持ち、『思い』をつなぐ



ACP = 意思決定支援の目的

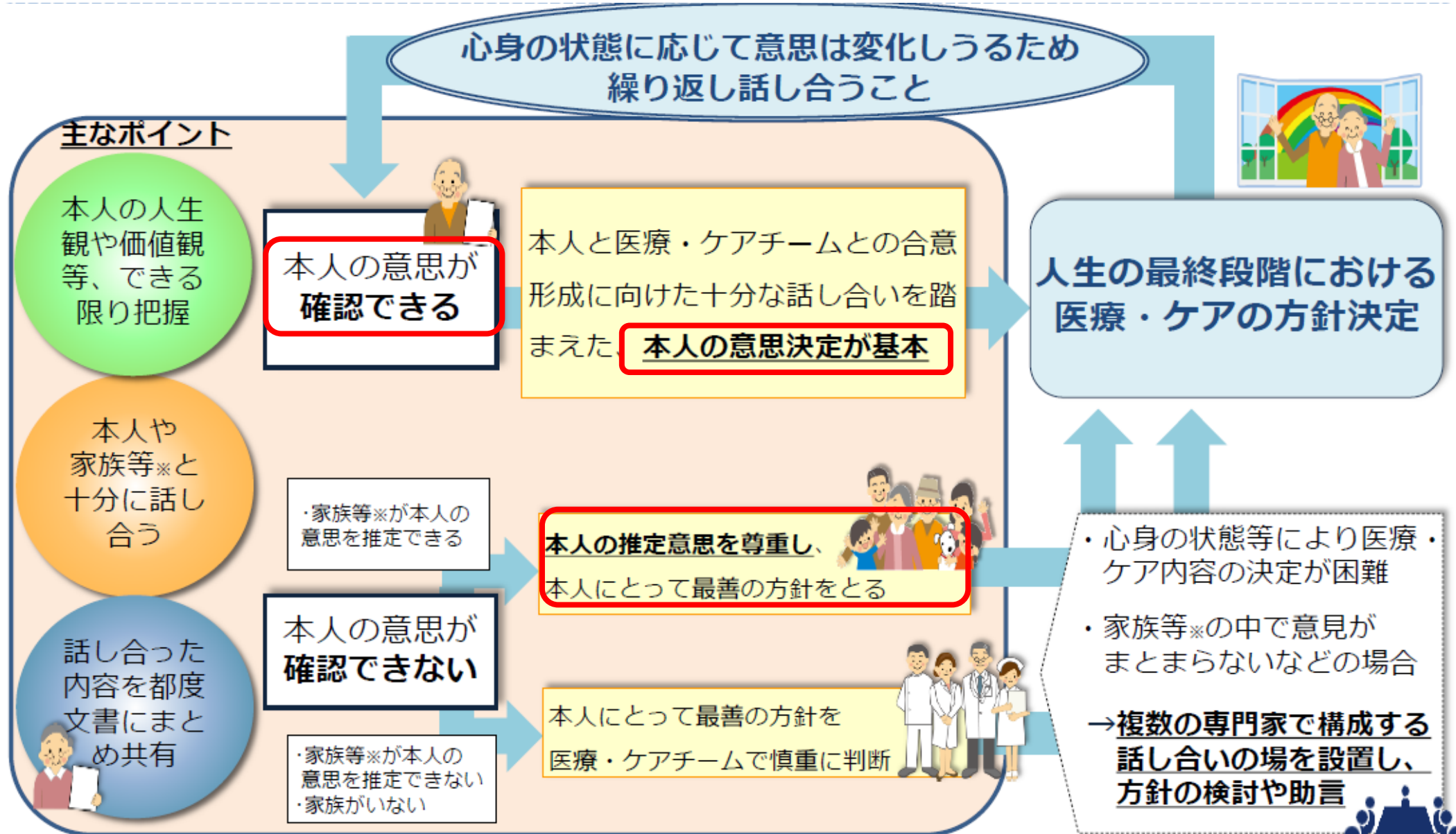
新見地域で暮らす人が、自分の意思を尊重され  
「幸せな人生だった」と思ってもらえるため

その人らしい最期を過ごしてもらうため

『ご本人の意思』が中心



# 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年版）



※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。



# 看取る立場、意思決定する立場として

## 反省

『その時』↓の本人、ご家族の思いで判断していた・・・  
それまでの人生、大切にしていること、介護の経過にまで考えなかった

もっと患者さんの『思い』を中心に考えたい

在宅での様子、これまでの本人の思いを、教えてほしい

心臓・呼吸が止まる

寝たきり

食べられない

認知機能の低下

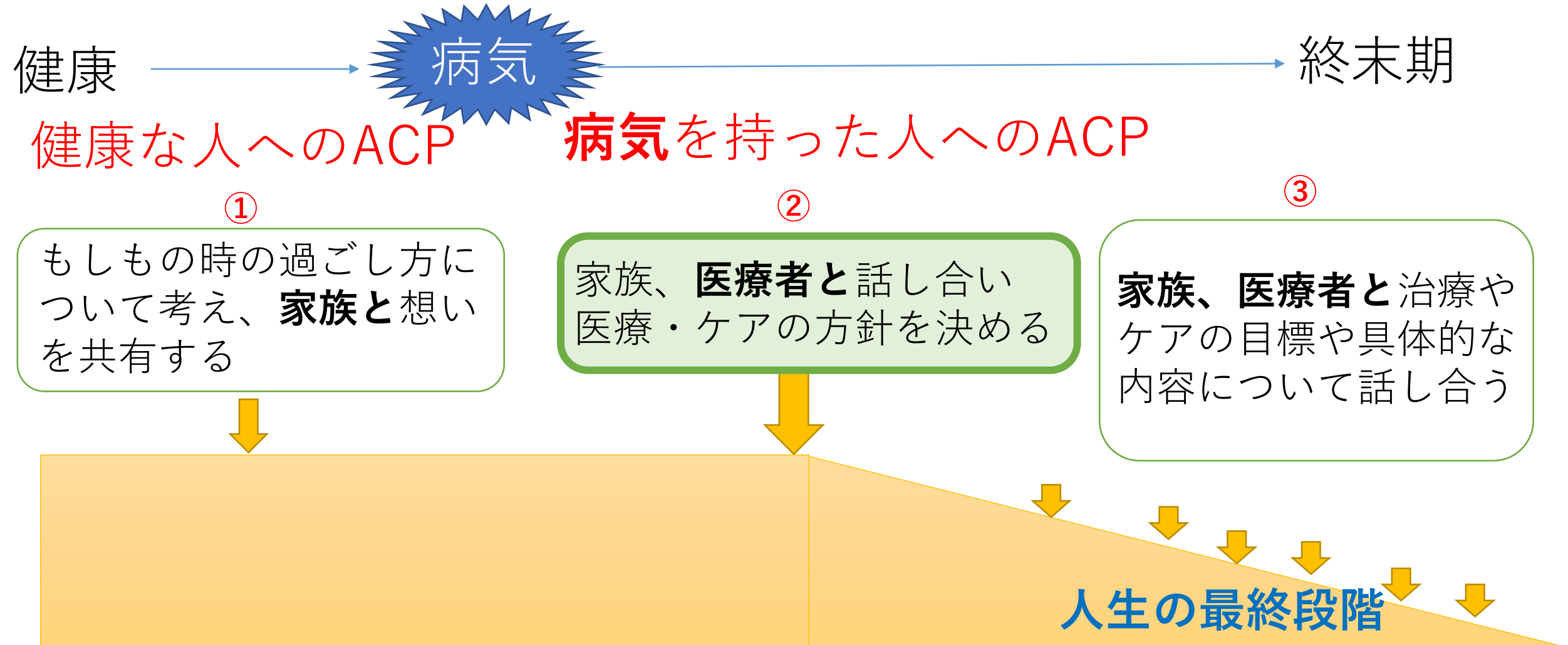
歩けない



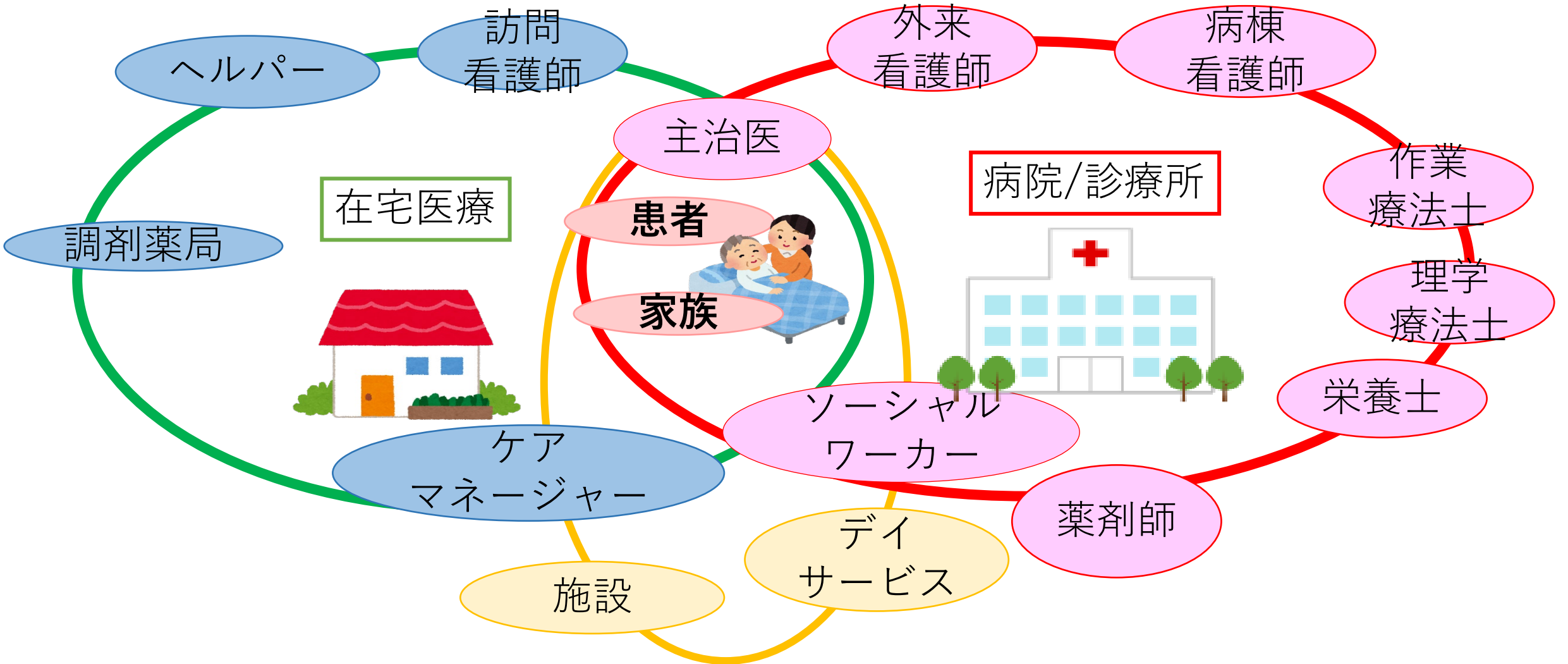
介護が必要



# ACP（人生会議）はいつ行うか



# たくさんの医療・福祉関係者が関わります



医療ケアチーム

意思決定支援のチーム

# ACP = 意思決定支援のステップ

意思形成支援

本人も気づいていないような価値観の断片を拾い上げ、形作ることを支援

意思表示支援

本人の価値観や気がかりが自身の言葉で語られるように支援

意思決定支援

本人の価値観に基づいて、最善の医療・ケアを複数の選択肢から選ぶことを支援

意思実現支援

本人の意思をできるだけ実現することを支援



# 意思形成支援

大切なもの

価値観

死生観

目標

気がかり

明確になっていないことが多い



まずは本人が意思を形成する段階が必要

普段の何気ない会話の中に隠れている



タイミングを逃さず、ちょっと踏み込んで聞いてみてください

なぜですか？ あなたはどう思いましたか？

昔は仕事を頑張っていた

家族のためにがんばった

地域に貢献できるのが嬉しい

リハビリをがんばらんと・・・

花を育てるのが生きが이었다

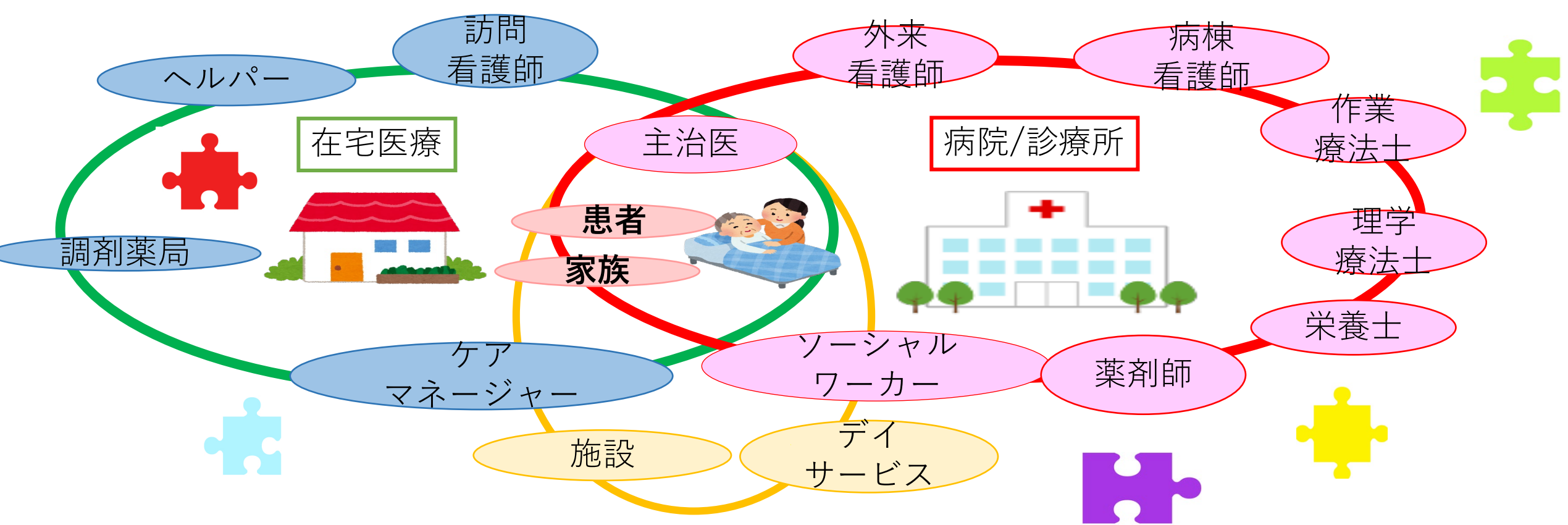
孫と一緒に遊びたい

親は〇〇で亡くなった

胃瘻をつくったけど、自分はそうしたくない

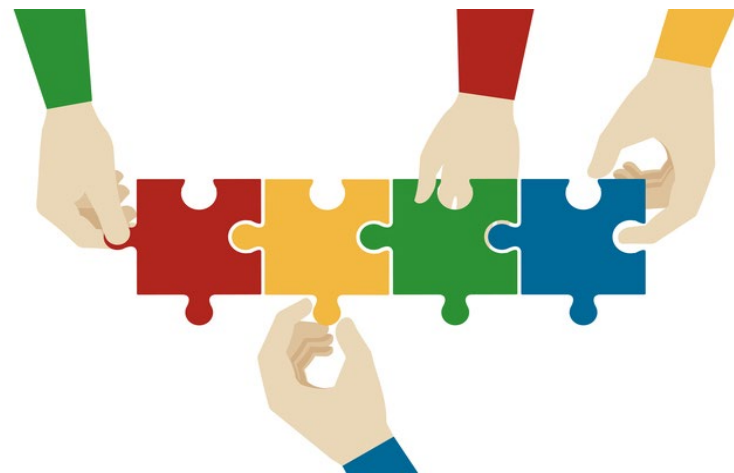
家族には迷惑かけたくない





『意思』のパズルをみんなで集めいきましょう

その人の『思い』や人生が見えてくる



# 信頼が大事！！

## 話を聴くスキル

- 目や顔を見る
- 目線は同じ高さに保つ
- 患者に話すよう促す
- 相槌を打つ
- 患者の言葉を自分の言葉で反復する
- 患者の話を遮らない



**注意：本人が話したがらない場合は、無理に聞かない**



## 共感するスキル

- **気持ちを受け止める**

- **患者の気持ちを繰り返す**

例：・・・（沈黙）・・・死にたいくらいつらいのですね

- **沈黙（5-10秒）を積極的に使う**

例：患者が目を上げ、発言するのを待つ

- **気持ちや気がかりを探り、理解する**

例：ご心配を教えてくださいませんか？

- **気持ちを理解し、理解できるものであることを明確に伝える**

例：さぞつらかったでしょう

多くの患者さんも同じような経験をされています

## 意思表示支援

本人の価値観や気がかりを  
自身の言葉で語られるよう支援

## 意思決定支援

本人の価値観に基づいて、最善の医療・  
ケアを複数の選択肢から選ぶことを支援

### 『話し合い』のタイミング（一例）

#### 自宅



- ・ サービス担当者会議
- ・ 訪問サービス利用時

#### 各種手続きの時



- ・ 介護保険申請
- ・ ケアプラン作成
- ・ 施設入所

#### 医療機関



- ・ 退院支援の時
- ・ 病状が変化した時
- ・ 転院したきたとき

本人が不安、心配を口にした



- ◆ 「もしもの時」 どうしたいか
- ◆ 医療代理人は誰か
- ◆ 話し合いの内容を医療チームで共有して良いか

# 話しやすい環境、一般的ルール

- ◆ 患者・家族の防衛機制に応じて侵襲的でないコミュニケーション
- ◆ 相手の感情に留意
  - 表情、視線、しぐさ
- ◆ 感情に気づいたら、感情への対応を優先する
  - \* つらそうな反応や言動があったらそこで止める**
- ◆ もしも・・・万が一・・・

# 「もしもの時」 どうしたいか

## ①病状理解を尋ねる

◆ 今後の治療についてどのように説明を受けていらっしゃいますか？

## ②経験を尋ねて探索する…

◆ 万が一の時のことを考えてお聞きするのですが、  
-病状のために身の回りのことをすることができない状態になった時のことを  
お考えになったことがありますか？

◆ お身内やご友人の方で、（テレビなどで）重い病で危篤になられた方  
をご覧になった経験はありますか？

### ③不安や気がかり、疑問を尋ねる

- ◆病気や治療のことでわからないことや不安なことはありますか？  
-そのことについて、先生や他の医療者に相談したことはありますか？

不安や疑問を尋ね、仲介役になる

### ④希望・大切にしていること、してほしくないことを尋ねる

- ◆生活や療養の上で一番大切にしていることはどんなことですか

病状が進み、体調が悪くなった時、自分の想いを誰かに伝えられなくなったり、身の回りのことが自分でできなくなることがあります。  
意識が薄れて、自分の意思を伝えることが難しくなることがあります。

- ◆万が一のために お伺いしたいのですが、

- ・どこでどのように治療・療養をするか考えたことはありますか？
- ・そのような場合に、何か具体的な希望はありますか？  
一番心配なことはどんなことですか？  
これだけはしてほしくないということがありますか？

## ⑤いのちに対する考え方を探索する

もし、あなたが、治癒が不可能な病気にかかり、その後、病状の悪化などにより、十分に考えたり、周囲の人に自分の考えを伝えられなくなった場合にどうしたいですか？

◆どれが一番自分の考えに近いですか？

- 出来るだけ長く生きる
- 期間を決めて治療してみて、それから考える
- 延命は考えず、限られた時間を思うように過ごすこと
- 家族に任せる

## 代理決定者を選定する

万が一体調が悪くなった場合、ご自分の意向を医療従事者に伝えることができなくなる場合があります。病状によっては、病気の治療やケアについて、ご自分で決めることが難しくなる場合があります。

- ◆そのような場合に、〇〇さんが大切にしていることがよくわかっていて、〇〇さんになりかわって、治療などの判断ができる方はどなたになりますか？
- ◆その方は、〇〇さんがこのような気持ちでいることをご存知ですか？
- ◆その方とご病状や治療について話し合ったことはありますか？

## 代理決定者の 裁量の余地について尋ねる

病状が悪化し、自分の考えが伝えられなくなった時に、あなたの考えと **あなたの大切な人（医療代理人）の考えが違う時**はどうしてほしいですか？

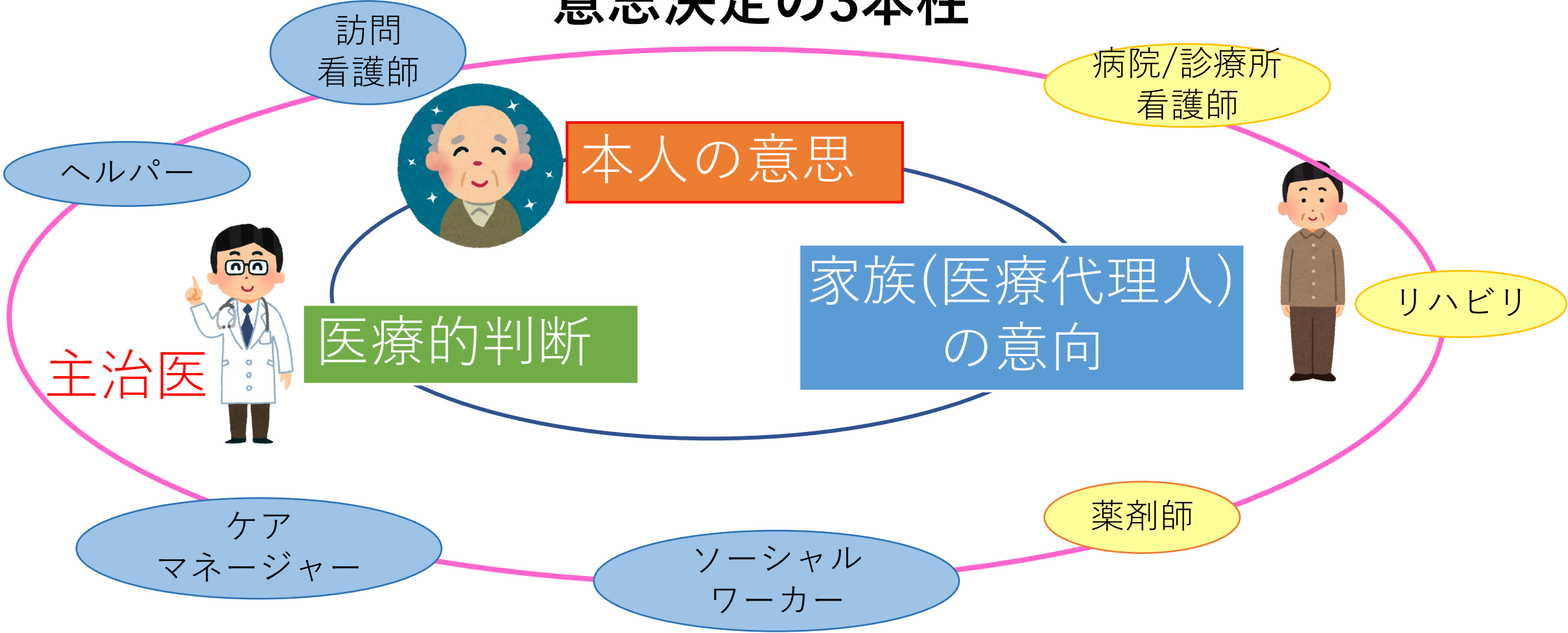
■どれが一番自分の考えに近いですか？

- ・私の望むとおりにしてほしい
- ・私の希望を基本として、医師と医療代理人で相談して決めてほしい
- ・私の希望と違っても、医師と医療代理人で相談して決めて良い
- ・どちらともいえない（具体的にお書き下さい）



# 意思決定支援

## 意思決定の3本柱



# 治療の選好を尋ね、最善の選択を支援する

## 具体的な治療などに対する説明

### 主治医から

私たちは〇〇さんの 希望に沿った医療を行えるように努力していこうと思っています。

- ・現在の病状は・・・
- ・今後起きうる状態としては・・・
- ・具体的な治療の選択肢は・・・
- ・それぞれの治療のメリットとデメリットは・・・

## 話しておくことが望ましい内容

- ◆ 今後の治療の希望とその理由
- ◆ してほしくないこととその理由
- ◆ どこで療養したいかとその理由
- ◆ 以下の生命維持治療に関する意向とその理由
  - ・ 疾患特異的な治療
  - ・ 人工呼吸器
  - ・ 経管栄養
  - ・ 輸液
  - ・ 心肺停止時の心肺蘇生

もし自分の意思が伝えられなければ・・・

## 意思推定 代理人と一緒に考える

- ◆ ○○さんの好きなこと、嫌いなことなど教えていただけますか？
- ◆ ○○さんは、どんなことを大切にしておられましたか？
- ◆ もしも、○○さんが食事が食べられなくなった場合、**どのようにお考えになられると思われませんか？**

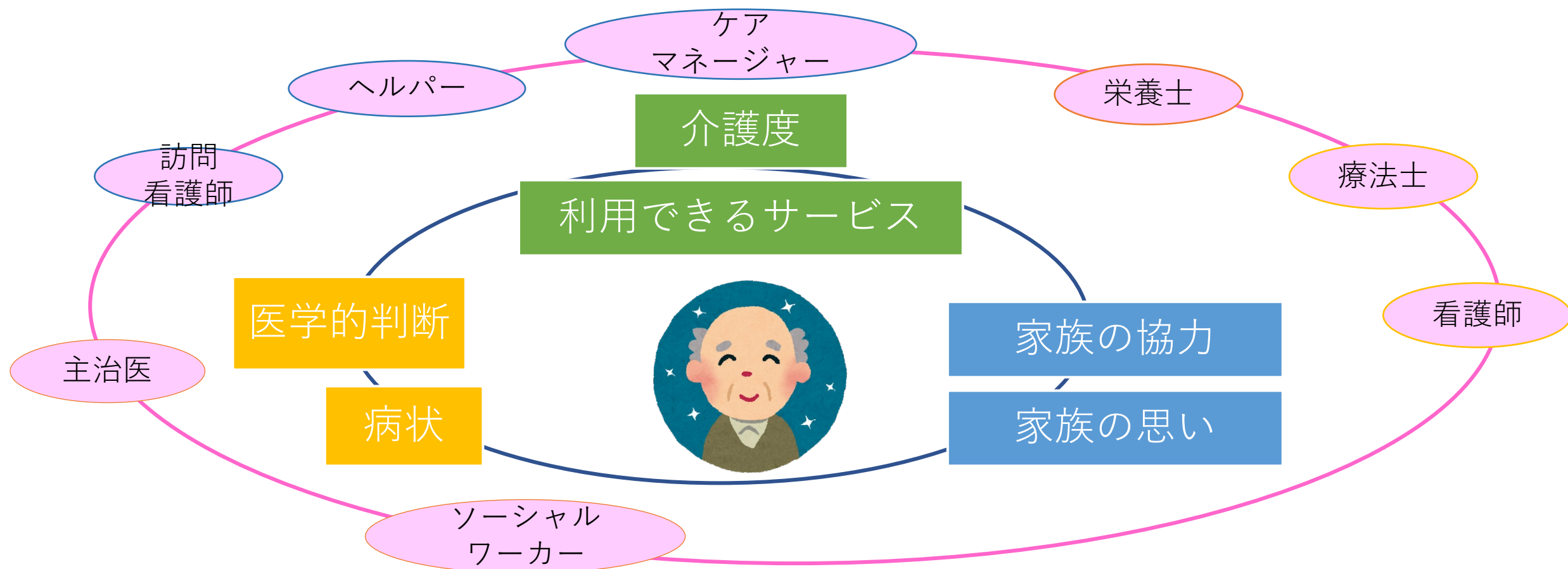
意思決定できない、推定もできない

## 医療ケアチームで話し合って判断

医師、看護師、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー等が中心になるが他の職種からの意見を参考にして決める

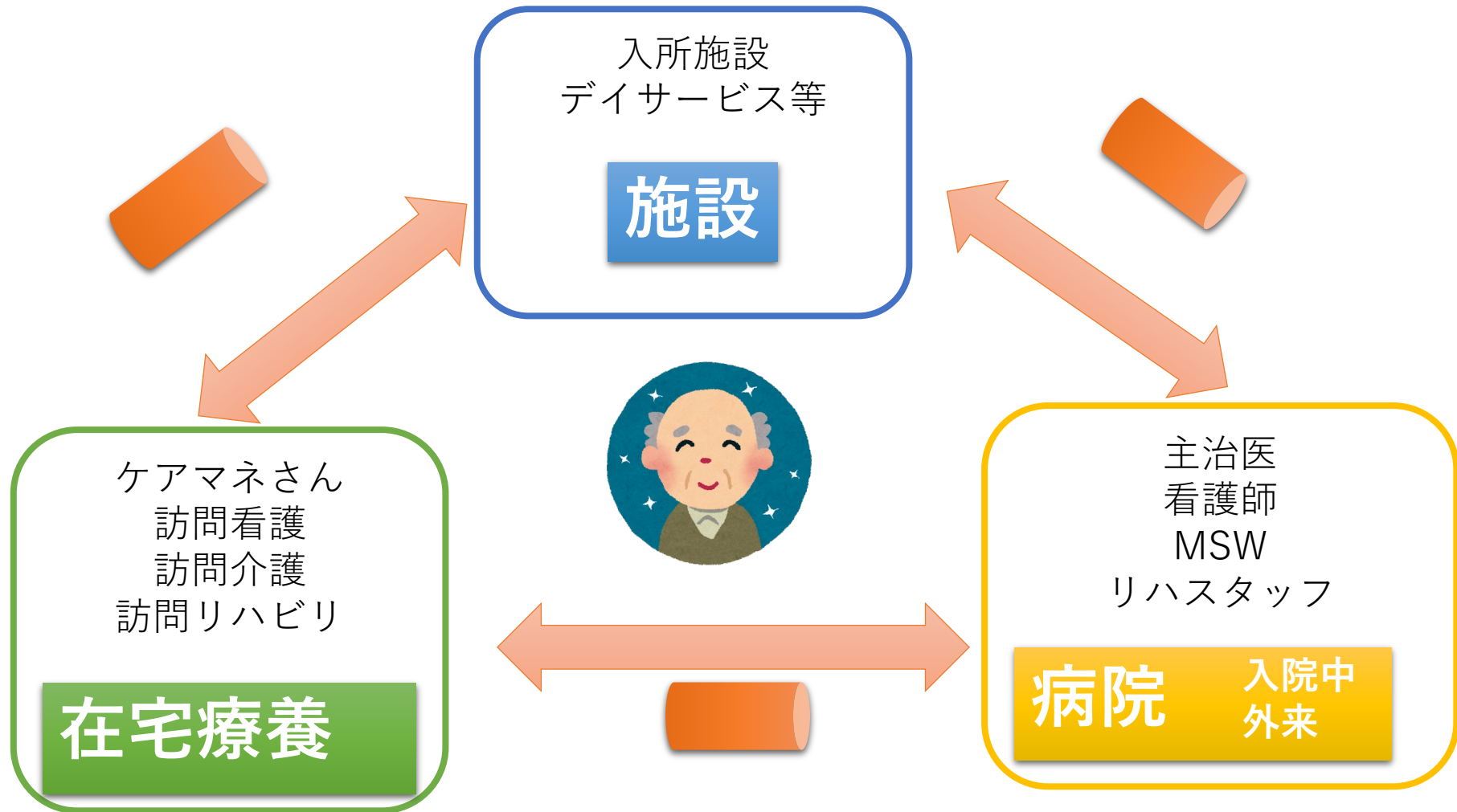
# 意思実現支援

本人の選択と決定を保証し、それを実現する



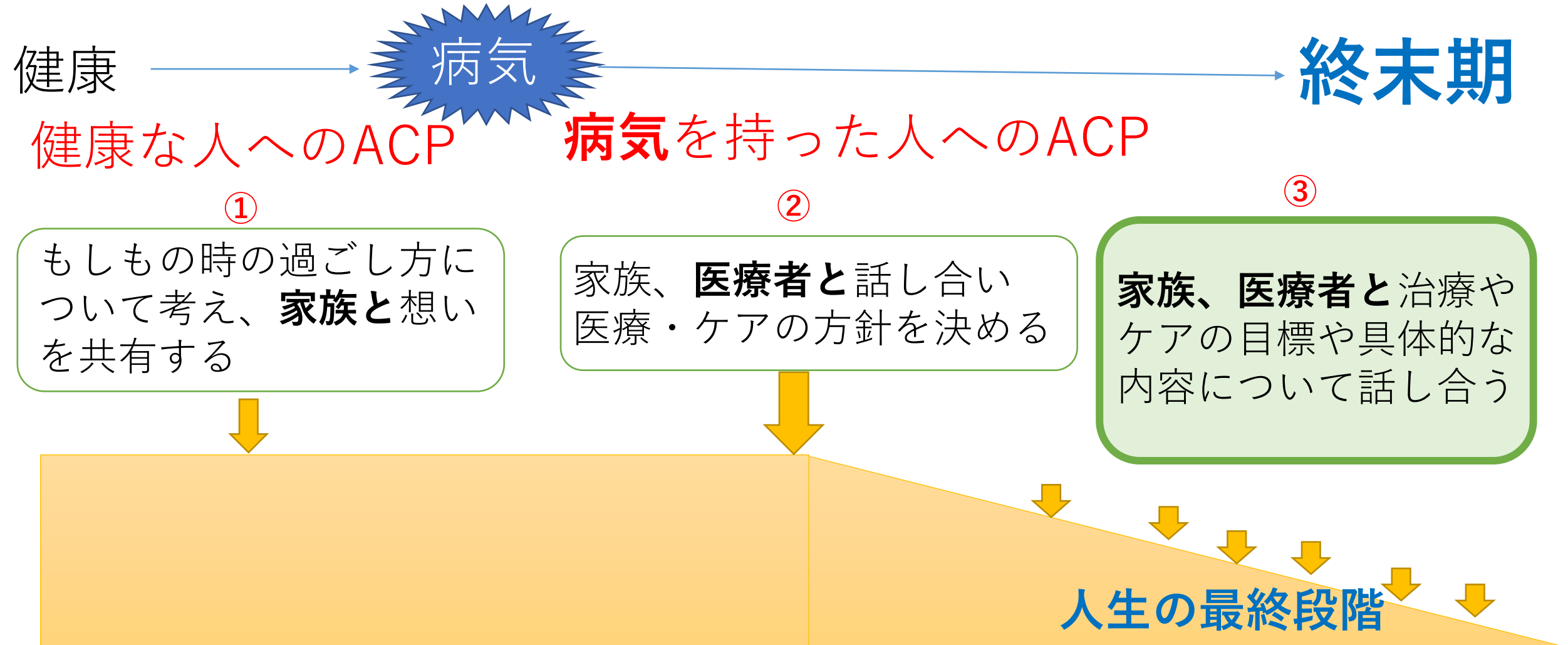
その時の状況によって異なる、その時に最善を尽くす

# 意思（思い）をつなぐ



状況が変化したら、その都度ご本人の意思を問い直す

# ACP（人生会議）はいつ行うか



# 人生の最終段階

刻々と状況が変わります



食事がとれない



せん妄



寝る時間が  
長くなる



喉がなる



浅い呼吸

ご本人、ご家族の気持ちが揺らぎます

# 病院の場合

意思形成支援

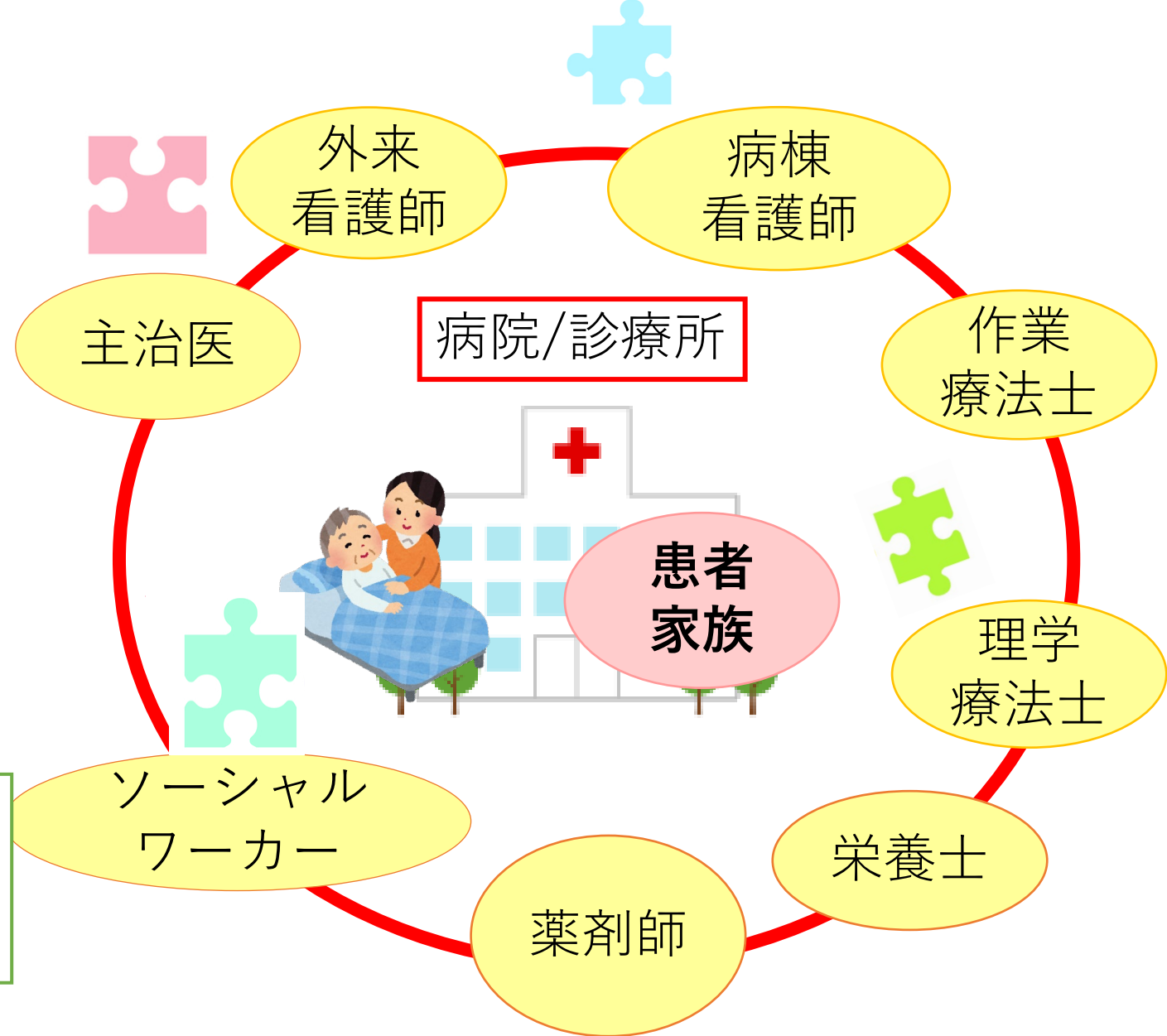
意思表示・意思決定

主治医が、家族に病状説明  
『どんな最期を迎えたいか』

意思実現

揺れ動く家族に対して

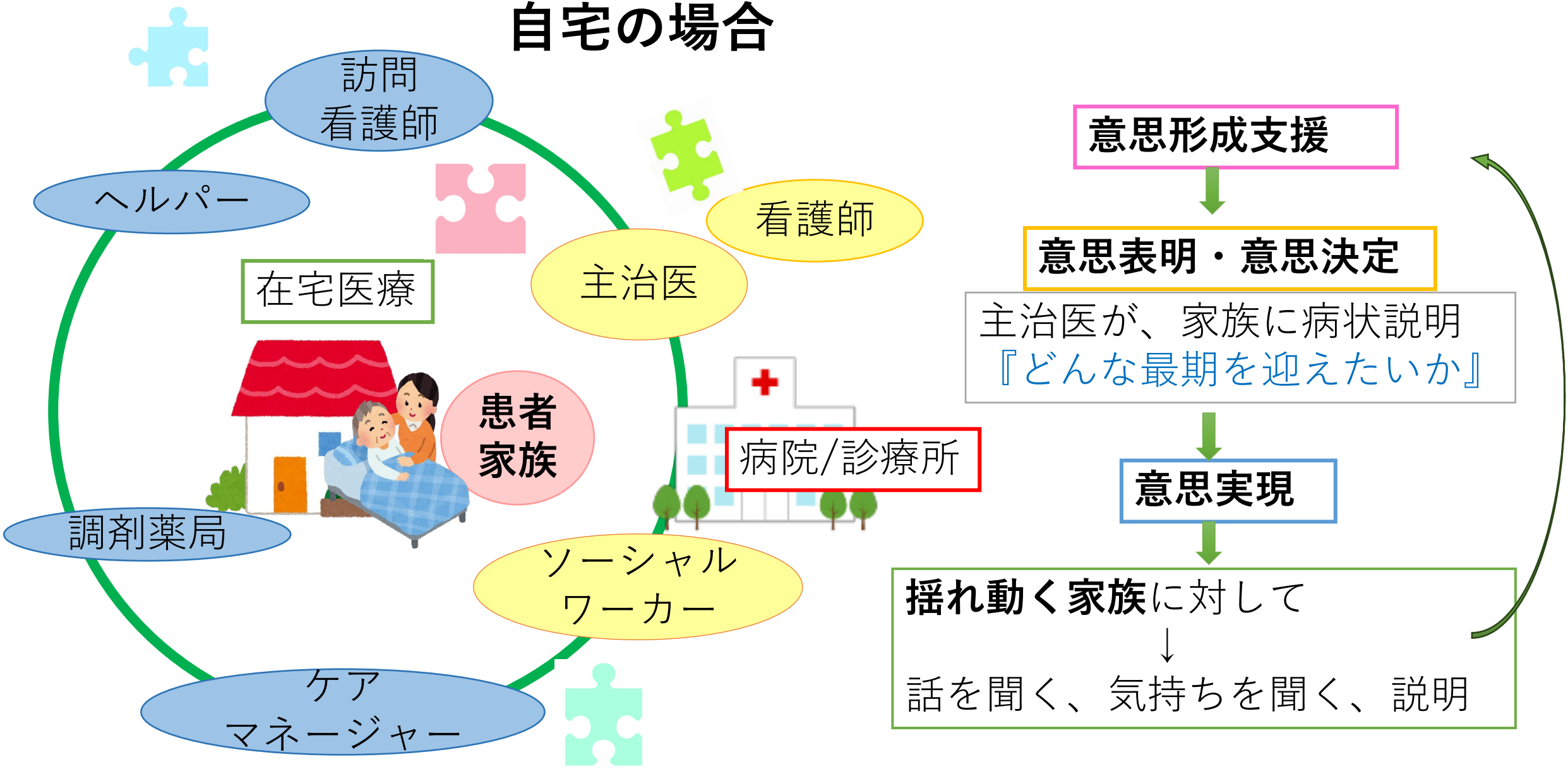
↓  
話を聞く、気持ちを聞く、説明



スタッフ一同、穏やかな時間を過ごしていただくよう支援



# 自宅の場合



他施設、多職種間での密な連携が必須

# 本人の思いを繋いでいくツールがあれば・・・

## 人生ノート



## ICTの活用



前提として・・・

その人に関わる全ての医療者がACPの一員であると認識する

# 地域住民の人生最終段階に関わる皆さん

協力し合い、試行錯誤し、その人の最高の人生にしようとするプロセス

## マザー・テレサ



人生の99%が不幸だとしても、  
最期の1%が幸せならば、  
その人の人生は幸せなものに変わる。

ACPは . .

まとめ

地域住民が幸せな人生を過ごすため

多職種連携が必要！

- ・ 皆さん一人ひとりが意思決定支援の一員だという認識を持つこと
- ・ 『意思』のバトンを繋ぐこと（伝えること）に遠慮しない
- ・ 喜んでバトンを受けて取る
- ・ その人の価値観、人生観、希望を当たり前のように話せる

# 看取る立場、意思決定する立場として

患者さんの『思い』を中心に、最期を過ごさせてあげたい  
できるだけ希望を叶えてあげたい

一緒に悩んで、一緒に考えていきましょう



# 患者・家族の希望を叶えるために

新見中央病院地域連携室 宮原三都子

# 退院調整

- ▶ 病気や事故によって身体状況の急激な変化や病状の進行により生活全般の見直しを行う
- ▶ 病気の受け止め方・希望する生活スタイルは患者・家族・医療スタッフで意見が違う
- ▶ 治療経過の中で状況の変化に応じてそれぞれの気持ちが揺れ動く



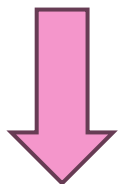
- ▶ それぞれの気持ちを受け止め、現状とすり合わせる
- ▶ 患者・家族・医療スタッフ・行政を含む関連機関と連携をとる

# ACPに関する意思決定支援の事例を紹介してほしい

- ▶ 自分はどのようにACPにかかわっているのか
- ▶ 自分一人で支援していない
- ▶ 自分も退院調整をする中で常に気持ちが揺れ動く
- ▶ 伝える事例はあるのか



- ▶ 終末期の治療法を選択だけではない
- ▶ 自分の生き方に関する選択も含まれている



- ▶ 退院調整はACPの一部を担っている



# 今回伝えたいこと

- ▶ ①患者・家族は治療の経過や状況で常に気持ち揺れ動いている
- ▶ ②患者・家族の希望を叶えるためには病院の支援だけでは解決しない
- ▶ ③行政・在宅介護事業所・医療機関・インフォーマルな支援など地域全体で支えていかなければならない



- ▶ 紹介事例
  - 1 当院の緩和チームの活動
  - 2 患者・家族の希望をかなえるために支援側が戸惑った事例

# 事例1 緩和チームの活動

患者や家族の勇気や自信につながるように支える

## ▶ 緩和チームの紹介

### 構成員

医師・外来NS・病棟NS・薬剤師・検査技師・リハビリスタッフ

### 介入時期

当院でのがん治療は多くの場合、退院からの紹介から始まる

外来での化学療法への依頼・緩和治療や看取りへの依頼

病状時期は様々

紹介時より緩和チームが介入

# 外来通院時

ADLは比較的自立していて身体介助はまだ不要

- ▶ 主に外来NS・医師が対応
- ▶ 患者・家族との関係構築・生活歴・病歴・家庭環境など生活背景の確認
- ▶ 患者・家族から治療や生活面についての意向を聴取
- ▶ 病気のとらえ方の確認



- ▶ 患者・家族・医療スタッフ間のすり合わせ
- ▶ カンファレンスで情報共有
- ▶ 必要に応じて介護保険や訪問看護を紹介

# 入院加療が必要になったとき

病状の変化に伴いADLに変化が出てくる

- ▶ 医師・外来NS・病棟NS・リハビリスタッフが気持ちを傾聴
- ▶ 予後のとらえ方について再確認が必要
- ▶ 病気のとらえ方の再確認
- ▶ 生活の場や治療について再確認が必要

# 揺れる気持ちに寄り添う

## 死に対する不安・自信喪失

患者 帰りたいけど自信がない 家族へ負担をかけられない

家族 帰らせてあげたいけど介護に自信がない 負担が大きい

今まで十分看てきて、これ以上の介護は無理



## 家族への助言

病状次第では帰宅が数日の場合もある。帰るのは今しかないかもしれない。

退院後、体調が悪化すればすぐに救急車を呼んできてください。

たとえ数日でも家族とともに貴重な時間を過ごしてもらいたい。

後で家族が後悔しないように

# 在宅復帰の役割分担

## チーム連携

- ▶ ターミナル期の患者や家族は常に気持ちが揺れ動く  
退院の可否は病状と患者家族の気持ちが鍵  
緩和チームは患者・家族を心理的に支える  
退院調整チームが退院時期を見極め、家族へ介護指導、  
療養環境整備のため関連機関と連絡調整する
- ▶ 退院につなげられなかったケース  
患者と家族の意見が真反対・病状の進行が速すぎる・介護保険が未申請  
気持ちのすり合わせや環境整備に時間がかかりすぎる など

# 事例2

## 患者・家族の希望をかなえるために支援側が戸惑った事例 (医療依存度が高い患者の在宅復帰)

- ▶ 60代男性。肺動脈性肺高血圧症。気切あり。HOT使用。痰量が多く吸痰がたびたび必要。寝たきり状態。フォーリー挿入中。要介護4。妻と息子と同居。言葉数は少ないが意思疎通は可能。頑固で自分の意志は曲げない性格。
- ▶ R1年9月、肺高血圧症を発症。県南の病院で治療。人工呼吸器を離脱しベンチュリーマスクでの対応が可能になり、R2年3月当院へ転医。全身管理を行いながら経過観察した。入院後、患者、家族から自宅へ退院をしたいと希望がある。



- ▶ 吸入・吸引などの呼吸管理が必要
- ▶ GEやフォーリー留置による排泄のコントロールが必要
- ▶ 在宅療養は可能か？

# 問題点

- ▶ 医療依存度が高い
- ▶ 往診ができる医師がない
- ▶ 家族の介護力・理解力・判断力は未知数
- ▶ 家の立地条件が悪い
- ▶ 空調管理が難しい
- ▶ 冬場の緊急時の対応が難しい
- ▶ 施設は薬価や医療行為の多さに入所困難
- ▶ 訪看・CMへ依頼するが受け入れが困難



# 対応

## ▶ 病院

リハビリスタッフの介入 リクライニング車いすへの乗車が可能  
在宅酸素業者と連絡 吸入や吸引などの医療機器を調達  
通院方法の検討 社協の車両を借りて息子が通院介助  
妻へ吸入や吸引・オシメ介助の指導

## ▶ CM

市や県の保健師や行政に協力依頼 レスパイト入院などの手配をしてもらう  
訪看・医師  
緊急時の対策など検討

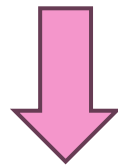
# 結果

患者・家族の希望通り自宅へ退院ができる

- ▶ 退院前に息子に送迎してもらい外出する
- ▶ 関連機関が同行
- ▶ 退院後、関係者間で思いが様々。CMはすり合わせに苦労されたようです

# 患者・家族の希望を叶えるために

- ▶ 病院内だけで解決できない
- ▶ 患者・家族・医療スタッフ・在宅スタッフの気持ちがそれぞれに違う
- ▶ 治療経過の中でそれぞれの気持ちが揺れ動く



- ▶ それぞれの揺れた気持ちを受け止め現状とすり合わせ最善策を導き出せるように  
たびたび意思確認をすることが大切

# ACPについて思ったこと

- ▶ 自分を含め身近な人たちがいい人生だったと思えるように今後自分がどのように生きるかを考えること
- ▶ 人は置かれている状況によって考えや生き方が変わる
- ▶ 人生の節目節目に考え直してもいい
- ▶ ACPによって自分の死に向き合える
- ▶ 死に向き合えば今の生き方が変わる
- ▶ 家族とのきずなが深まる
- ▶ 限りある命を大切にできる
- ▶ 残された家族のグリーフケアにつながる

# 最近の出来事

▶ 介護している父親に対し息子が

「年からすれば寿命は短い。どうしてだいなことを言わないんでしょうか？死に方を考えないんでしょうか？」と言いながら、自分もいずれ死ぬ。その時はこうしてもらいたいと熱く語っていた方がおられました。

親の介護を通して、終末期の自分について考えていることに感心

# 最後に

- ▶ 次世代の介護者の養成が必要
- ▶ 誰でも介護を受ける時期が来る
- ▶ 介護にはお金や労力がある
  
- ▶ 患者や家族の希望を叶えるためには皆様一人一人の支えがあって  
実現できることを実感









# 「ACPのプロセスと意思決定支援」

## 訪問看護師の行っていること

訪問看護ステーションくろかみ  
小郷寿美代

2023.8.24

家での看取りには・・・

メリット・デメリットがある



# メリット

- 残された時間を家族と一緒に過ごせる
- 自宅でリラックスできるので、本人の精神的、肉体的負担が軽減できる
- 病院に比べると費用が掛からない
- 家族も病院で一人にさせて寂しくないかなどということをお心配しないで済む



# デメリット

## いつも家にいて面倒を見る人が必要

### 本人

- ・このまま家にいてはみんなの迷惑になる、いつまで家にいてもいいのかと気に病むことがある

### 家族

- ・介護をしながらの生活は体力的に厳しく、気遣いなどは精神的に負担がかかる
- ・介護者が負担を抱え込むと、患者と家族の関係に悪影響が出る可能性がある



# 事例1

Aさん 女性、閉塞性脳梗塞、発作性心房  
◀細動、洞不全症候群、ADL全介助。

- 持続点滴、バルン挿入中。
- 家族は夫、次女。長女、三女は県内在住。  
次女さんが、コロナ禍で本人に面会できな  
いことがつらいと、自宅での看取り希望さ  
れ、訪問看護導入となる。



# 経過

**訪問開始時** 喀痰多く鼻腔からの吸引も必要な状態。吸引について次女さんに説明するが、手技に不安を漏らす。「こんなはずじゃなかった」と言う。

**訪問2日目** 夜間も3~4回吸引が必要な状態。喀痰の量多くNs吸引すると、本人首を振る。次女さんより褥瘡の発生を心配する発言あり、体位変換を勧める。呼吸停止が何回もあったとも言う。同日点滴漏れあり。「痛いことはしたくない」と娘さん話されるため、主治医報告。皮下点滴に変更す。

**訪問4日目** 夜間呼吸停止が増加。その都度触ったりすると呼吸を始める状態になる。

**訪問8日目朝** 吸引は2回程。横臥すると苦痛表情あり。

同日午後、次女さんから緊急連絡あり

訪問する



# 経過

**訪問8日目** 「母がかわいそうで辛すぎてみておれない。点滴も止めて欲しい。」主治医報告し、点滴抜去は可。看取りのパンフレットを見ながら看取りについて話をする。「苦痛を与えたくない。点滴をすることしないことで、予後が変わるのか知りたい。」Hplに伝える。

**訪問9日目** 訪問診療あり。病院のNsより娘さんとよくよく話しました。明日訪問Nsにて点滴抜去。水分補給のための点滴はいらないと本人・次女・夫も了承済み。痰がねばくなり窒息するかもしれないと主治医より話あり。「**看取ります。**」と次女さん話す。

**訪問10日目** 点滴抜去。「**しんどがることは何もせずにそのままの状態にしたい。**」夜間チェーンストークス呼吸あり。

**訪問12日目** 呼吸は努力様。看取りについて再度話す。「**昨日からしんどそうに呼吸をする。今後どうなるだろうか。**」訪問看護師より「**下顎Rとなる。半日から一日かもしれない。旅立ちに際して着せたい物を用意してください。**」**「昨日姉妹で話しました。決めています。」**



# 経過

## 訪問13日目

家族に看取られ静かに永眠される



# 後日、グリーンケアにて

家で看取ることができてよかった。

でも、吸引をすることはつらかったし

しんどがる母を見ることもつらかった。



# 訪問看護とは・・・

本人の思い、希望にどれだけ近づけるか  
ということをお大事にする



安全と希望を届けるもの

訪問看護の意思決定支援は  
「〇〇したい」を叶えること



# 事例を通して

- 気持ちが揺れ動く家族の気持ちに寄り添い、時間をかけて傾聴する、変化する状況に合わせる。
- 本人家族にとって、その時々で最善の方法が選択できるように常にコミュニケーションを取りながら、本人家族の意向を確認し、知り得た情報を関わる人たちに還元し、統合していく。
- 自宅だからこそその本音を聞くことは訪問看護師もしんどい。でも当事者はそれ以上につらいと思って、とにかく寄り添い支える。逃げない。

気持ちが揺らぎ、医療・ケアの内容や療養方法決められないことに、ときに耐えながらも、ここぞというタイミングではそっと背中を押せる訪問看護師でいたい。



ご清聴ありがとうございました。

