

「急性期病院における退院支援の実際」

本日の内容

- ✓ アイスブレイク（複眼的思考の体験）
- ✓ 急性期病院における退院支援の現状と課題
- ✓ 意思決定支援とチーム医療
- ✓ 在宅ターミナル支援の実際
- ✓ まとめ

2015年3月25日（水）
 地方独立行政法人 大牟田市立病院
 MSW がん専門相談員 北嶋晴彦

目的

- 急性期病院からの退院支援の現状を知る
- 退院支援で最も大事なことは意思決定支援であることを理解する
- 多職種連携やチーム力をつける視点を学ぶ
- 在宅ターミナル支援のプロセスを知る

地方独立行政法人 大牟田市立病院 概要

病 床 : 一般350床
 診療科目 : 30診療科
 看護基準 : 7対1
 開設年 : 昭和12年6月(大牟田市診療所/昭和25年病院開設)
 理 念 : 良質で高度な医療を提供し、
 市民に愛される病院をめざします

各種指定・届出等(一部)
 地域がん診療連携拠点病院
 災害拠点病院
 日本医療機能評価機構認定病院
 久留米大学医学部教育関連病院
 地域医療支援病院

※増改築中。内視鏡センターの拡大
 救急外来の充実を図ります。



お伝えしたかったこと

支援者として「知的複眼思考」を心がけましょう

知的複眼思考とは・・・(刈谷剛彦1996年)
 「単純思考(ステレオタイプ)に対し、ありきたりの常識や
 紋きり方の考え方にとらわれずに。ものごとを考えてゆく
 方法」

「知識も大切だが、『正解』がどこかにあるという発想から
 は複眼思考はうまれない。」

「どうなっているの?(問い)」を考えてみる。

可視化(活字・図など)してみる。

参考資料: 刈谷剛彦(1996)「知的複眼思考法」講談社p34

ワーク①

日常業務における急性期病院と連携
 について、問題や課題と感じている事
 について自由に話し合ってみましょう。

当院（急性期）を取り巻く5つのキーワード？！

※実績：平成26年4月～翌2月

1. 地域医療構想（ビジョン）病床機能報告制度
 人口構造や医療資源投入量による病床の削減 自院の役割の明確化
2. 地域医療支援病院 実績：紹介率66% 逆紹介率87%
 専門的治療や入院治療への特化（紹介状無し初診患者2700円）
3. 地域がん診療連携拠点病院
4. DPC（診断群分類包括評価）
 早期治療・早期退院
5. 7対1看護基準
 在宅復帰率75%以上（実績89.3%）
 重症度、医療・看護必要度
 → A項目（医療）2点以上 B項目（介護）3点以上
 実績：20.8%
 平均在院日数 18日以内（実績：約12.9日）※短期滞在手術の除



がん対策推進基本計画 (平成24年6月閣議決定)

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の変革とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進
(3) がん登録の推進
(4) 働く世代や小児へのがん対策の実現

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少 (7歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)
(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

- がん医療**
 - ① 放射線療法、化学療法、手術療法にさらなる変革とチーム医療の推進
 - ② がん診療に携わる専門的な医療従事者の育成
 - ③ がんの診断された時からの緩和ケアの推進
 - ④ 地域医療・療養施設の早期開設・充実等に向けた取組
 - ⑤ その他(がんがん、がん登録、リハビリテーション)
- がんに関する相談支援と情報提供**
 - 患者とその家族の悩みや不安を減らし、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。
- がん登録**
 - 法的措置に基づく検討も含め、効率的な登録推進体制の構築や向上ががん登録を推進する医療機関数の増加を通じて、がん登録の割合を向上させる。
- がんの予防**
 - 平成24年度までに、成人喫煙率は12%、未成年の喫煙率は0%、運動習慣については、行動習慣及び運動習慣は0%、野菜は2%、野菜食は15%、塩分は平成22年度までに運動習慣の無い目標を実現する。
- がん検診**
 - がん検診の受診率が5年以内に50%(胃、肺、大腸は40%)を達成する。
- がん研究**
 - がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、臨床療育が進展して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合がん研究戦略を策定する。
- 小児がん**
 - 5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機能の整備を推進する。
- がんの教育・普及啓発**
 - 子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。
- がん患者の就業や社会的な問題**
 - 経済に際するニーズの課題を明らかにした上で、職場における見守りの促進、有休実用化等の取組を通じて、がんになっても安心して働き続ける社会の構築を目指す。

福岡県がん診療連携拠点病院体制 (平成26年10月現在)

18ヶ所 (拠点2+地域拠点13+県指定3) 全国409ヶ所

福岡県のがん診療連携体制の整備

福岡県がん診療連携拠点病院

- 2拠点による広域がより高度ながん医療の推進
- 2拠点によるがん登録の推進
- がん登録の推進
- がん登録の推進
- がん登録の推進

九州がんセンター

- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置

地域がん診療連携拠点病院

- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置

九州ブロック

- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置

筑後ブロック

- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置

筑前ブロック

- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置

北九州ブロック

- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置
- がん診療連携推進協議会の設置

がん相談支援センターとは？

✓がん診療連携拠点病院に設置されている
「がんの相談窓口」です。

✓信頼できる情報に基づいて、がんの治療や療養生活全般の質問や相談をお受けしています。

✓がん専門相談員としての研修を受けたスタッフがいます。

✓患者さん・ご家族、地域の方だけではなく、保健・医療・福祉機関からの相談もお受けしております。

✓電話や面談で相談することができます(匿名でも可)。

✓相談内容が外に漏れてしまうことは一切ありません。

※主治医に代わって治療の判断をするところではありません。

「がん拠点病院・相談支援センターの認知度・利用率」

※()内は平成19年調査

知っている 29.9% (20.1%) → 利用したことがある 2.1%

知らない 69.4% (78.8%) → ほとんど知らない

「がん対策に関する世論調査について調査対象 全国20歳以上の者 3,000人
有効回収数(率) 1,935人(64.5%)
調査時期 平成21年8月27日～9月6日(調査員による個別面接聴取)
調査機関 厚生労働省 ※内閣府(大臣官房政府広報室)のHPより閲覧可能

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムのイメージ

【地域包括ケアからの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの観点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①-⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供)にわたる必要がある。

- 医療の高度化**
 - ① 44機関の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
 - ② 介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実現
- 介護サービスの充実**
 - ③ 44機関の介護療養型医療施設(平成21年度補正予算:3年間で16万人分増)
 - ④ 24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの新設など
- 予防の推進**
 - ⑤ 「できる限り予防・健康維持」を旨とした予防の取組や自立支援型の介護の推進
- 生活・医療・介護の連携**
 - ⑥ 生活・医療・介護の連携を推進し、サービスの連携や情報の連携など
 - ⑦ 高齢者の生活の質の向上、認知症の増加を減らし、様々な生活課題(見守り、食事などの生活支援や財産管理などの権利保護サービス)サービスも推進
- 高齢者になっても生き生きとできる高齢者住居の整備(健康と生活)**
 - ⑧ 一戸建ての標準的な有老人ホームの高齢者専用、サービス付高齢者住宅など高齢者住居の1位に位置づけ

➤ 医学モデル → 生活モデル
➤ 「生命を“輝かせる看護”」
➤ 「生命の量から質への転換」
鎌田ケイ子(2014)「看護」2014.9日本看護協会機関紙p.97

出典:平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムにおける今後の検討のための観点」

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」

地域包括ケアシステムの捉え方

- 地域包括ケアシステムの5つの構成要素(住まい・医療・介護・予防・生活支援)をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係性を担っていることを図示したものです。
- 地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と根、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。
- 植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のライフラインと暮らしが十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安心して日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な前提となります。そのような基盤を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役割を果たすものと考えられます。

出典:平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムにおける今後の検討のための観点」

「地域包括ケアシステム」を正確に理解する（二木立）

- ✓ 地域包括ケアシステムの「実態は『システム』ではなく『ネットワーク』、主たる対象は都市部」
- ✓ 地域包括ケアシステムの具体的な在り方は地域によって異なります。
- ✓ 「誰が地域包括ケアの中心を担うのかも、地域により異なる。」
- ✓ それぞれの地域で力がある組織や人がリーダーシップを取ってやるしかないんです。

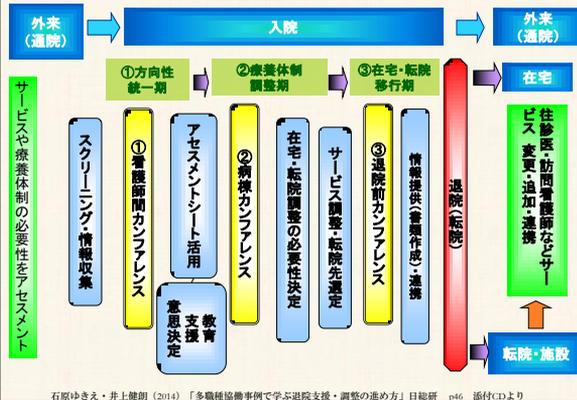
二木立（日本福祉大学学長）2013.5.1(水)「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター（通巻106号）」2013年3月15日の日本慢性期医療協会役員を対象とした講演より。
全文は非営利・協働総合研究所「いのちとくらし」HPから見られます。
<http://www.inhcc.org/index.html>

「コミュニティの中心」として特に重要な場所 広井良典(2008)



(注)以上のほか、「その他」と回答した数が351あり(内訳は、公民館174、自治会館77、地区センター等68、コミュニティセンター等49など[重複回答あり])。
(出所)「地域コミュニティ政策に関するアンケート調査」(2007年5月実施)の調査結果をもとに筆者作成。
広井良典(2008)『「コミュニティの中心」とコミュニティ政策』千葉大学法学部総合政策学専攻 公共研究 第5巻第3号(2008年12月)
広井良典(2014)『これからの地域コミュニティと医療-福祉と病院の巻(2014年9月)』pp66-67

退院調整のプロセス



石原ゆきえ・井上健朗(2014)『多職種協働事例で学ぶ退院支援・調整の進め方』日総研 p16 添付CDより

退院調整をするために看護師が必要なこと

- ① 病院と部署の特徴を理解する。
- ② **スクリーニング**し、早期に退院調整が必要が見極める。
- ③ 患者・家族の希望を確認し尊重する。**(意思決定支援)**
- ④ 退院後必要な情報を収集し、**アセスメント**する。
- ⑤ 入院時または治療開始時に、治療方針(入院日数含む)を医師と必ず確認する。⇒**医療者の「ズレ」を少なく...**
- ⑥ **多職種をコーディネート(チーム医療)**
- ⑦ **コミュニケーション技術**(情報共有・チームを動かす)
- ⑧ 退院指導：在宅支援マニュアル、医療の簡便化、在宅に合わせる。
- ⑨ 外来看護師や退院調整部署、訪問看護師との連携

石原ゆきえ・井上健朗(2014)『多職種協働事例で学ぶ退院支援・調整の進め方』日総研 院内教育ツール集より(添付CD)

専門職の協働体制の意義

それぞれの専門家が、協働体制の効用性と限界を認識し、さらに活用できるシステムの強化を図ることにより、地域における領域の広い福祉・保健・医療の包括的援助・支援が可能と考える。

福山和女(2010)『カンファレンス・協働-保健・医療・福祉の専門家のために-』p2. 南FK研究グループ

カンファレンスの意義と目的

QOL・ADL向上

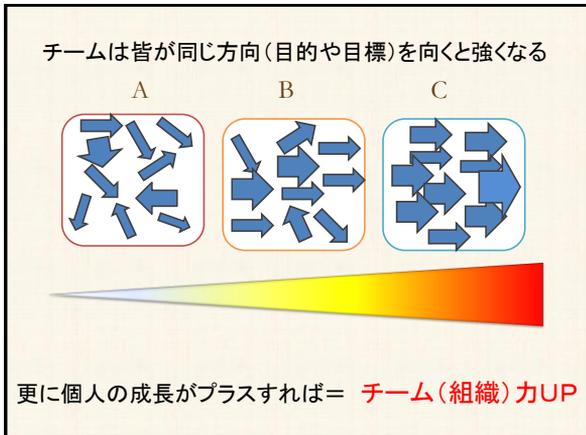
対象患者・対象事例



- ✓ より良い支援体制の構築
→要因・原因を明らかにする。
- ✓ 多職種・多施設の連携と協力を深める
→専門家の機能や役割を知る機会
- ✓ 組織・地域・制度で埋もれている課題を発掘する。→現状での限界を知る
- ✓ 社会資源を創造する。
- ✓ 職員の教育・研修の機会となる。

新・社会福祉士養成講座8『相談援助の理論と方法Ⅱ第2版』2010年 中央法規 p207-208を参考に作成

専門家は視点が異なる。意見が違ってあたりまえ。情報共有をして、目標の意思統一を図る



退院調整するためのポイント

●倫理的問題の解決は多職種で！意思決定支援を中心に

- ・患者・家族の意思をゆっくり聞く: 必要時は別々な場所で
 - 病状説明など家族を中心にないか
 - 意思決定ができない場合は？
- ・**本当に望む治療か**→終末期輸液ガイドライン、認知症の終末期: 高齢者ケアの意思決定プロセスのガイドラインなど利用する。
- ・擁護者としての看護師の役割発揮をすることも重要
 - QOLや尊厳を十分に考えて結論を出す
- ・「医師や家族にまかせる」の裏には、遠慮や自己主張がわがままと感じて我慢していないだろうか考える。
- ・**多方面や客観的に考えることも重要、多職種の意見を統括する。**

石原ゆきえ・井上健朗 (2014) 「多職種協働事例で学ぶ退院支援・調整の進め方」日総研 院内教育ツール集より (添付CD)

終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省平成19年5月

(2) 患者の意思の確認ができない場合

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、**その推定意思を尊重**し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて**家族と十分に話し合い**、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を**医療・ケアチームに委ねる**場合には、患者にとっての**最善の治療方針をとることを基本とする。**

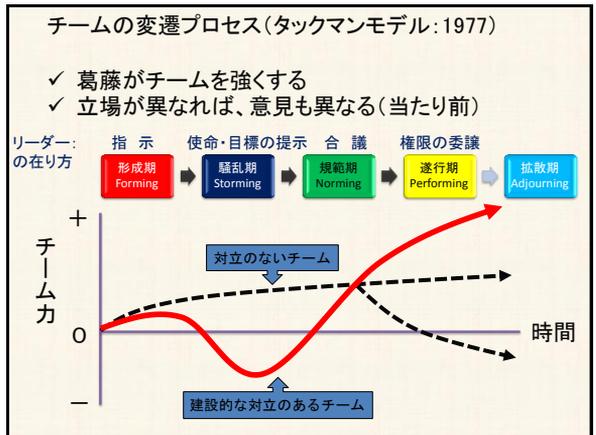
・参考: 社団法人日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として(平成24年6月27日)」も基本的には同じような事が明記されている。



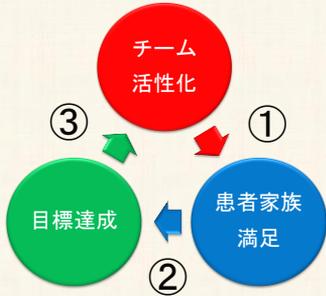
チーム医療について・・・

「**最初から理想的なチームは存在しない。**チームは育て、そして立て直し続けていかなくてはならない。したがって、チーム結成のスタートは、行き詰まりや失敗の連続である。しかし、こうした行き詰まりや失敗について、メンバーがカンファレンスのなかで率直に話し合い、対策を検討することができれば、行き詰まりや失敗はチームが立ち直り、そして育つ糧となる。」

小川朝生・内富康介 (2010) 「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」財団法人医療研修推進財団 厚生労働省委託事業 2010年3月 p.139



「チームが輝けば、患者家族が輝く」
 「患者家族が輝けば大きな成果を生み出す（目標達成）」



堀 公俊 (2010) 「チーム・ファシリテーション最強の組織をつくる12のステップ」朝日新聞出版。
 P25「組織活性化のサイクル」をもとに演者作成

人生の最終段階における医療支援 自主勉強会レベルでの取り組み例

<現場の悩み(きっかけ)>

ケアマネや後見人などの経験から、受診受療に関する自己決定や家族の支援が受けられない方について、患者に代わって支援者が治療方針を決めるように求められることや、同意(書)を依頼される事もある。

状況を踏まえて、仕方なく同意(書)をすることもあった。しかし、本当に患者が望んでいる支援ができたかどうか、後から悩むことがある。今後は、このようなケースは増えて行くのではないかと考えると不安になる。

※ケアマネ、後見人は医療同意(書のサイン)はできません。

I 自身の人生の最終段階における医療について

1. 人生の最終段階における治療方針の決定方法

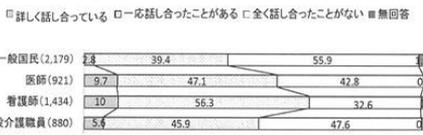
(1) 人生の最終段階における医療についての家族との話し合いについて

問1 あなたは、ご自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族とどのくらい話し合ったことがありますか。(〇は1つ)

家族と話し合いをしたことがある割合(「詳しく話し合っている」と「一応話し合ったことがある」の合算)は、一般国民では42.2%、医師56.8%、看護師66.3%、介護職員51.5%であった。一般国民は、「全く話し合ったことがない」と答えた者が55.9%と最も多かった。(図1-1-1)

約半数は人生の最終段階における医療について話し合った事が無い。

図1-1-1 人生の最終段階における医療についての家族との話し合いの有無



「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」平成26年3月

(2) 意思表示の書面を作成しておくことについて

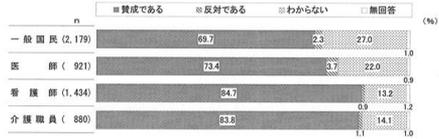
問2 あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。(〇は1つ)

一般国民の69.7%が意思表示の書面をあらかじめ作成しておくという考え方に賛成しており、医療福祉従事者では医師73.4%、看護師84.7%、施設介護職員83.8%とさらに高くなっている。(図1-1-2)

前回の調査では、「リビングウィル」について質問しており、一般国民の61.9%が賛成していた。前回の調査でも医療従事者の方が賛成した者の割合が高かった。(前回報告書図89)

約7~8割の人は、意思表示をすることに賛成している。

図1-1-2 意思表示の書面を作成しておくことについて



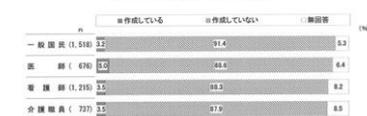
「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」平成26年3月

(2-1) 意思表示の書面の作成状況

問2で「賛成である」と回答の方に
 問2-1 実際に書面を作成していますか。(〇は1つ)

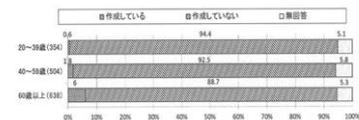
実際に意思表示の書面を作成している者は少ない。(図1-1-3)

図1-1-3 意思表示の書面の作成状況



意思表示を書面で残している人は殆どいない

【年齢別】



「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」平成26年3月

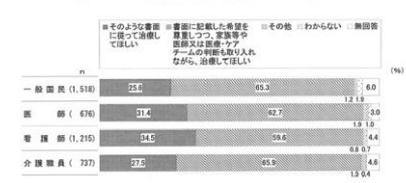
(2-2) 意思表示の書面の取り扱いについての希望

問2で「賛成である」と回答の方に
 問2-2 あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面について、どのように扱われるのがよいと思いますか。(〇は1つ)

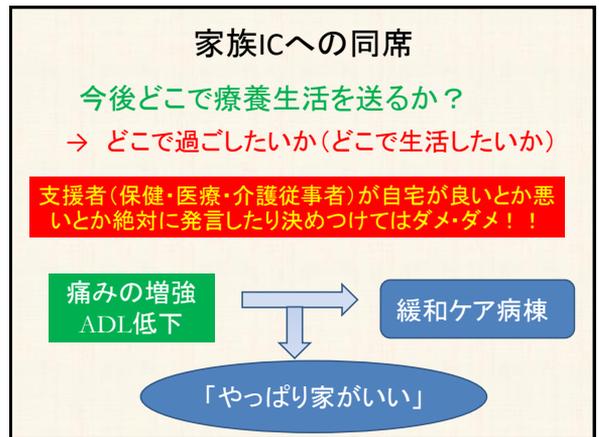
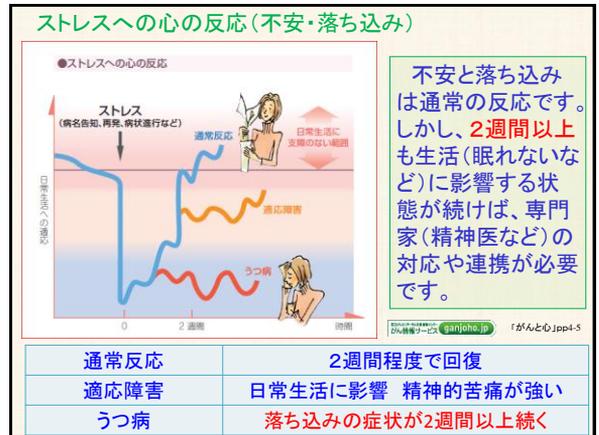
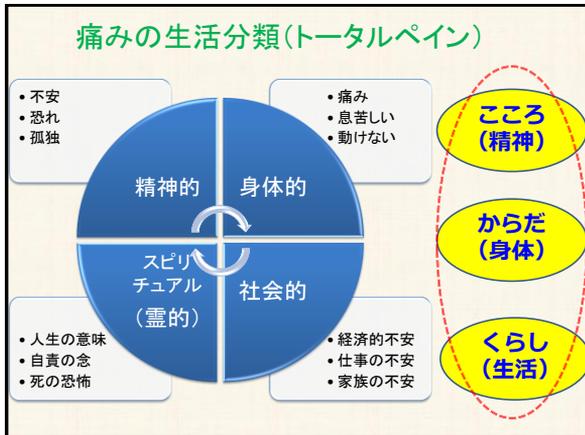
「書面に記載した希望を尊重しつつ、家族や医師又は医療・ケアチームの判断も取り入れながら、治療してほしい」を回答した者が一般国民65.3%、医師62.7%、看護師59.6%、施設介護職員65.9%と最も多かった。(図1-1-4)

約9割の人は意思表示の尊重・家族や医療チームの判断を踏まえた治療を希望している。

図1-1-4 意思表示の書面の取り扱いについての希望



「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」平成26年3月



支援経過 ①

20XX年10月29日「入院」
卵巣癌ターミナルで外来通院中。右下腹部痛と食事摂取不良で入院となる。

11月12日(土)「家族へIC」※本人へは未告知
腫瘍増大が早くなっている。予後1~2ヶ月。今後の療養先については、家族で決めてほしい。ADLが監視レベルのため一旦自宅退院が決まる。フォーマルサービス導入なし。

11月14日(月)「主治医よりMSW介入依頼」
はじめの依頼目的は、緩和ケア病院への紹介を家族に行うこと。患者自身は自宅療養を希望。まず患者・家族の想いを傾聴する。入院と在宅の両方で支援を行う。介護保険の申請をすすめる。自宅退院は翌日。

11月15日(火) 自宅退院。介護タクシー利用。階段はタクシースタッフと家族。

11月18日(金) 訪問診察医が決まる

支援経過 ②

11月21日(月)「介護訪問調査」
結果 → 要介護③

11月26日(火)「緊急再入院」
患者の状態が悪く、患者・家族ともに入院を希望。救急車にて入院。

12月4日(水)「退院支援カンファレンス」
退院後の療養先などについて在宅を交えてのカンファレンスを行う
長女 在宅医 ケアマネジャー 訪問看護師
主治医(入院) 病棟看護師 病棟薬剤師 MSW

12月16日(水)「退院前カンファレンス」
自宅退院決定。同時に緩和ケア病院への入院手続きも行う。

12月18日(金)「自宅退院」
当院の救急車で自宅まで搬送。階段はスタッフ6名で担架で移動。

1月7日(火)「自宅にて永眠」
自宅でご家族に見守られながら永眠される。自宅生活20日。

退院前カンファレンス

議題

- ・病状と看護状況と**予後確認**
- ・患者・家族の希望(**意志決定支援**)
- ・必要な処置や介護、用具の検討
- ・緊急時の対応確認



(カンファレンスの様子:イメージ)

参加者

- 家族…長女(患者は欠席→「娘さんに任せる」) ※未告知
- 在宅チーム…在宅診療医 ケアマネージャー
- 訪問看護師 福祉用具業者
- 病院…主治医 病棟看護師 薬剤師 MSW

導入サービス

- 訪問診察 訪問看護 在宅酸素 特殊寝台+付属品
- エアーマット 訪問入浴 ポータブルトイレ

支援のポイント

- ① **とりあえずやれるところまでやってみる**
→短期間でもよいから、患者が帰りたいと思っているときに、在宅療養をチャレンジしてみましょう。
- ② **緊急入院を保障する**
→入院が必要なときは、レスパイトでも受け入れる
- ③ **緩和ケア病院の入院準備を同時進行**
→療養場所の選択肢を伝える
- ④ **プロの支援者としての使命感をもって係わる**
→「何とかする!」というねばり強さがある

森 亘 先生 (2013) ①

(病理学者 元東大総長 日本医学会長)

「私は、節度ある医療とは、同時に**品位のある医療**であると考えている。そして、これは単に狭い意味での医学・医療の面からからみて適切であるばかりではなく、**患者の人間としての尊厳**が守られる事にも通じるものである。品位ある医療とは、**温かい『こころ』に裏打ちされた合理性を基礎**とするものと考えてるが、**これは決してガイドラインなどによって導き得るものではない。**

森 亘 (2007)『美しい死』アドスリー
参照:権文善一(2014)「医療提供体制の再構築」社会保険旬報No2572(2014. 7.1)pp19-20

森 亘 先生 (2013) ②

(続き→) 一人の医師と一人の患者が、その時々々の個々の症例について考える問題であり、また一方、**決して医学的知識・医療技術だけでは回答が得られない問題**である。すなわち、個々の医師自身にもそれらに対処できるだけの医学的力量とともに**人間的教養ならびに品位が求められる**といつてよい。」

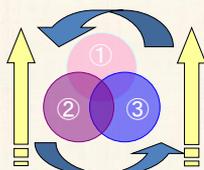
◎「**知識**」「**教養**」「**品位**」の資質が必要

森 亘 (2007)『美しい死』アドスリー
参照:権文善一(2014)「医療提供体制の再構築」社会保険旬報No2572(2014. 7.1)pp19-20

まとめ

よりよい地域連携と質の高いケアの実現を目指すために・・・

- ✓ 意思決定支援 (価値 倫理 尊厳確保) を徹底的に行う
- ✓ 支援の目標達成に向けてねばり強い取り組みが大事
- ✓ 質の高いカンファレンスを行う (チーム作り)
- ✓ 良質のケアには「知識」「教養」「品位」が必須



- ①チーム (支援者) よし
- ②患者・家族よし
- ③地域よし

正のスパイラル

近江商人の思想・行動哲学
三方よし「売り手よし、買い手よし、世間よし」