

パネルディスカッション

「京都の在宅医療を考える～中部・北部地域における在宅医療の課題」

「南丹圏域における在宅医療が抱える課題」

～在宅療養を支える多職種取り組み～

神山 順¹⁾，長岡哲輝²⁾，松下智侑³⁾，垣村将典⁴⁾，岸本圭子⁵⁾，諫本昌美⁶⁾

- 1) 明治国際医療大学附属地域医療支援センター
- 2) 明治国際医療大学大学院鍼灸学研究科臨床鍼灸学専攻
- 3) 日吉ゆう薬局
- 4) 美山診療所 訪問リハビリテーション
- 5) 明治国際医療大学附属地域医療支援センター 訪問看護ステーション
- 6) ほほえみかぐら 居宅介護支援事業所

要旨：近年、「地域包括ケアシステム」が叫ばれる中、在宅医療に対する関心が非常に高くなっている。医療機関では当たり前のように実践されている多職種によるチームアプローチは、在宅医療では極めて困難であり、在宅療養患者の在宅生活は限られた人員によって支えられているのが現状である。その様な背景のもと、ICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）を利用した在宅療養患者に対する在宅医療の実践について多職種の取り組みについて報告するとともに、在宅医療が抱える課題と展望について検討する。

I. 船井医師会における医療介護を取り巻く現状と明治国際医療大学附属病院地域医療支援センターの取り組みについて

～ICT「京あんしんネット」を利用した在宅診療～
明治国際医療大学附属地域医療支援センター

神山 順

1. はじめに

平成28年より京都府リハビリテーション教育センター主催の実践セミナーに参加し、医療機関においてリハビリテーションに関する病院実習を経験した。その中で痛感したことは、リハビリテーションに関わるマンパワーの不足と多職種交流の重要性である。患者が入院したその日から、その患者に関わる全ての多職種が連携し、患者のリハビリテーションを即座に実践している。一方で在宅医療においては、医療機関で行われているような

多職種の関わりは非常に困難であり、限られた人員が在宅療養患者の在宅医療を行っているのが現実である。そのような状況の中、我々は在宅療養を行っている末期癌患者に対して、ICT（Information and Communication Technology：情報通信技術）を利用した在宅医療を多職種で実践している。

今回は、南丹圏域における在宅医療の課題について報告するとともに、我々が在宅医療で実践している多職種による取り組みについてそれぞれの立場から報告する。

2. 南丹医療圏（南丹市、京丹波町、亀岡市）について

南丹医療圏は、南丹保健所を中心とした医療圏であり、南丹市、京丹波町、亀岡市にて構成され、基幹病院は京都中部総合医療センターである。南丹医療圏の人口は約14万人であるが、年々減少の一途を辿っている。65才

以上の人が総人口に占める割合（高齢化率）は 29.6%（2015 年）となっており、京都府内でも高齢化が進んでいる地域である。

人口 10 万人あたりの医師数は 180.19 人であり、全国平均の 233.85 人を大きく下回っている。

3. 南丹医療圏（南丹市、京丹波町、亀岡市）の現状について

南丹市と京丹波町は船井医師会が担っており、亀岡市は亀岡市医師会が担っている。船井医師会は約 60 名の医師が登録しており、病院長や医療機関の長である A 会員は 30 名であり、病院や各医院の勤務医である B 会員は 27 名である。

日本医師会から提供されている地域医療情報システム JMAP（Japan Medical Analysis Platform）によると、南丹市、京丹波町内の医療機関は 33 件であり、病院では京都中部総合医療センターや明治国際医療大学附属病院、園部病院、国保京丹波町病院、丹波笠次病院などがある。また診療所では美山診療所、川西診療所などがある。この中で在宅療養支援診療所の登録をしている施設は、美山診療所と川西診療所の 2 件である。また在宅療養支援病院では、明治国際医療大学附属病院の 1 件が登録されている。その他の開業医においては在宅療養を支援しないということではなく、上記の施設登録により診療報酬が高値となり、患者への経済的な負担が大きくなるため施設登録を行わず、往診により在宅療養を支援しているという背景がある。この広大な地域にて在宅療養の支援をしようとすると、人員が極めて不足しているのが現状である。

亀岡市の医療機関は 54 件であり、その中で在宅療養支援診療所は 3 件、在宅療養支援病院では 1 件のみの登録となっている。南丹医療圏は京都府全体の平均と比較すると、医師や看護師などの医療従事者数や病床数が少ない。

4. 南丹圏域の在宅医療が抱える課題

第一の課題は人材の不足である。広範な領域に対しての医療介護従事者の人材が極めて不足しているにもかかわらず、医療介護従事者の都市部への流出があり、さらなる人材不足が深刻となっている。そのため、一人の医療介護従事者が複数の立場を兼ねる必要がある。そのような状況の中、地域リハビリテーション支援センターを活用するなどして、現在南丹圏域に従事している人材を有効活用することが必要である。具体的な例として、失語症の患者の在宅診療、訪問看護する際に、同圏域に従事している言語聴覚士の派遣を地域リハビリテーション支援センターに依頼し、専門職の目線による評価を行ってもらい、その患者を担当する複数の医療介護スタッフでその評価結果やかかわり方などの情報共有を

図ることや、有効な人材活用を積極的にすすめる必要がある。人材の不足だけでなく、病床数の不足も深刻であるが、病床を運営する人材が不足しているため、病床数の増加を図ることは困難である。

地域包括ケアシステムで住み慣れた地域で過ごすことを提案しているが、過疎地域の在宅医療の現場では、独居の高齢者の中には介護施設に入所を希望する声を聴くことがある。住み慣れた自宅で独居生活を続けるよりは、他の入所者の方々との交流を持ちながら生活したいという希望を持っておられることもあり、何が何でも在宅で過ごすという固定概念をもつべきではないと思われる。

5. 明治国際医療大学附属病院における在宅診療について

本院の在宅診療は平成 16 年 9 月に最初の在宅看取りを行ったことからスタートした。その在宅療養者は 75 歳の胃癌再発の男性で「わしや家で死にたいんじゃ」という強い希望をもたれていたことから在宅看取りとなった。当初は内科の往診のバックアップとして、外科疾患術後患者（主に癌疾患）の往診から開始した。その後、平成 27 年 5 月から当院の訪問看護ステーションの稼働に伴い訪問看護師との連携が開始され、現在では他院（京都市内など）からの依頼がある。本院近隣が患者の地元である場合は、他院での手術や抗がん剤投与後のフォローとして当院が紹介されることから、本院での在宅診療が開始されることがある。本院が位置する日吉町では、開業医は 3 名のみであり、開業医自身の年齢も 60 歳～70 歳以上であり、訪問診療を継続して行うことが困難なため当院による在宅支援が担う役割は大きくなっている。最近では癌以外の疾患の依頼も増加している。

6. 「京あんしんネット」について

京都府医師会では、多職種の連携を図るために在宅医療・介護情報連携システムとして、「京あんしんネット」という SNS ツールを提供している（図 1、2）。「京あんしんネット」は、完全非公開型サービスであり、以下のようなメリットがある。



図 1 京あんしんネット



図2 京都あんしんネット（操作画面）

- ・多職種が「簡単」に「いつまでも」情報共有できる。
- ・初期費用は不要である。
- ・強固なセキュリティを実現している。
- ・いつでもどこでもアクセス可能である。
- ・50MB までの写真、動画、文書ファイルなどのデータ共有が可能である。
- ・病院でのリハビリの状況や施設での生活風景を動画や画像にて共有ができる。
- ・メールアドレスを読み込むことで、全国のスペシャリストにもつながることができ、助言を受けることができる。

一方で、診療録への記録に合わせ、SNS への記載が必要であるため時間を要すること、「京あんしんネット」に書き込んだ内容は診療録の記録ではないため、診療報酬には算定されないこと、やはりインターネットを使用したサービスであるので過信はできない、ことなどのデメリットもある。

しかし、在宅療養を多職種で支援する上では、円滑かつ迅速に情報共有が可能であり、非常に有用なツールである。

7. 「京あんしんネット」を利用した多職種による在宅医療の実践～事例紹介～

当院から 20 km圏内の美山町に在住の 76 歳男性。早期胃癌にて幽門側胃切除(B-I 再建)を施行されたのち、6 年後に胃癌再発のため、胃全摘(R-Y 再建)を施行された。その翌年に全身状態悪化のため他院に入院。非結核性抗酸菌症の診断のもと治療が行われた。その入院中、多発性骨転移(Th12,L 1,L 3)による腰痛の増悪を認め、放射線治療が施行された。2 か月後、在宅移行目的で当院外科へ転院され、骨転移による疼痛に対して経口オピオイド開始となる。また、疼痛緩和を目的に鍼灸治療も開始となった。その後、訪問診療・訪問看護・訪問リハビリ、訪問鍼灸による在宅療養支援の調整を図ったのち当院から在宅へ退院となった。

それぞれの介入内容は、それぞれの立場で介入に当たった担当者が以下に報告する。

II. 在宅医療を支える多職種の取り組み

～訪問鍼灸師の視点から～

明治国際医療大学 鍼灸臨床研修指導生

長岡 哲輝

1. 本事例に対する鍼灸治療とその経過

当院では在宅療養中の患者に対して在宅医療チームの一員として鍼灸師も参加し、在宅鍼灸治療を行っている。今回、上記の在宅療養生活中の事例に対して多職種で支援する機会を得たので鍼灸師の視点からその取り組みについて報告する。

鍼灸師が考える本事例の問題点は、両殿部と大腿後面の疼痛、右大腿前面から下腿前面にかけての痺れ、味覚障害による食欲不振（喉のつかえ感、食事の際のむかつきなど）であった。これらの問題点に対して入院中は疼痛や痺れの緩和に対する以下のような鍼灸治療を週に 5 回行った。疼痛や痺れに対しては、四肢の経穴や筋緊張が高くなっている部位への刺鍼を行った。退院後は週に 1 回の疼痛や痺れの緩和に対する鍼灸治療と味覚障害に対する顔面部への刺鍼を行った。使用した鍼は 0.16 から 0.18mm の滅菌されたディスボザブル鍼を使用した（図 3）。

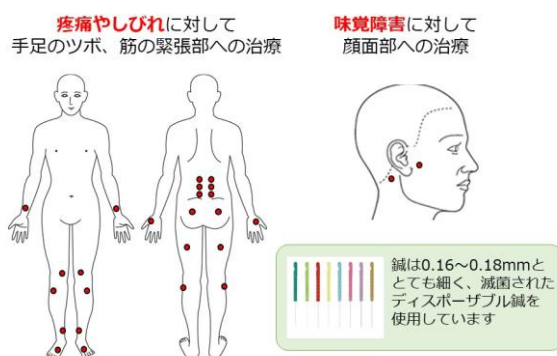


図3 鍼灸治療の部位

鍼灸治療の経過は、入院中の鍼灸治療により両殿部と大腿後面の疼痛は軽減した。退院後間もない頃には喉のつかえ感や毎食のむかつきがほぼ消失するとともに味覚障害が改善したことから、少しずつ食事量の増加を認めた。疼痛の消失に伴い、活動量が増加し、再び両殿部・大腿後面の疼痛の増強を認めることがあるため、服薬管理と鍼灸治療の継続が必要である。

2. 「京あんしんネット」を用いた多職種連携

～エアマットを迅速に導入できた例～

訪問での鍼灸治療の際、鍼灸師が本事例の背部に発赤を発見した。その情報を「京あんしんネット」を経由して、直ちに訪問リハビリ担当の作業療法士と担当介護支援専門員で共有することができ、迅速に対応することが

でき、発赤発見から1週間後にはエアマットの導入が完了した。多職種での情報共有が本システムを通じてリアルタイムに可能であったことが迅速に対応できた要因であると考えられた。

3. 在宅医療における鍼灸師の役割

鍼灸師の役割として、患者のQOLを低下させている症状の軽減を図ることが可能であった。本事例では、癌性疼痛に対する薬物との併用療法、胃全摘に伴う症状の軽減(むかつき、味覚障害)、オピオイドによる便秘などの副作用の軽減を図ることが可能であった。また、鍼灸治療で心地よい時間を過ごしてもらうことは、患者の心の安らぎと家族の安心感に繋がり、患者や家族の精神的な支援の一助となるものと考えられた。多職種チームの一員とし患者の異変を迅速に多職種へ伝えることも重要である。

Ⅲ. 在宅療養を支える多職種の取り組み

～訪問薬剤師の視点から～
日吉ゆう薬局 松下 智侑

1. 退院前カンファレンスから訪問開始まで

退院前のカンファレンスから参加し調剤について検討した。退院後は「京あんしんネット」にて関係者と情報を共有しながら訪問調剤を行った。今回、肺感染症に対してリファンピシンを使用していたが、本事例に処方されている多くの薬の中で最も相互作用が強い薬である。リファンピシンは肝臓でのCYP3A4代謝酵素を誘導することで、他の薬の効き目を低下させる影響がある。リファンピシンは在宅で使われることが稀であるため、他の薬に及ぼす影響について医師と検討し情報共有を密に行った。本事例が抱える疼痛に対してオピオイド系のオキシコンチンが処方されていたが、オキシコンチンの効能がリファンピシンによって1/7に低下するという報告があり、本事例においてもオキシコンチンの量がどの程度効いているかは不明であった。オキシコンチンの血中濃度がかろうじて維持されているような状態であると考え、退院前には疼痛が緩解していたことから医師と相談の上、処方継続となった。

2. 初回訪問とサービス担当者会議

初回訪問とサービス担当者会議を介護支援専門員、医師、本事例の妻で行った。薬の一包化と日付の管理、オキシコンチンとレスキュー薬の服用方法を本事例に説明した。多職種による訪問頻度が高かったため、訪問頻度の調整を図るため訪問薬剤は訪問リハビリと訪問鍼灸の日に合わせて、それぞれの終了後に訪問薬剤とバイタル確認を実施した。訪問リハビリと訪問鍼灸に満足されている様子で、訪問薬剤で訪問した際には就寝されて

いることが多かった。

3. 定期的な採血とその情報共有

骨転移の治療薬であるランマークが低カルシウム血症を引き起こす可能性があるため、医師と相談の上、退院後も定期的に採血を行いカルシウム値の経過観察することとなった。採血結果は、「京あんしんネット」で情報共有し、カルシウム数値の状況に応じてその治療薬であるデノタスの使用を提案し、必要に応じ処方された。このような情報共有により退院後もカルシウムの値は安定した経過を辿ることができた。しかし、デノタスの使用により、下顎骨壊死の副作用の発生頻度が高いことから「京あんしんネット」で注意喚起と情報共有を行った。

4. 味覚異常に対するアプローチ

訪問開始1か月後より味覚異常の愁訴を認めたが、本事例は「これ以上薬を増やしたくない」という希望があった。その後も経過観察していたが味覚異常に変化がなかった。この時期には血圧が安定していたため、降圧剤であるアムロジン錠を中止と、プロマックD錠の処方追加を医師に提案した。上記の処方変更により、4週後で味覚障害が改善し、間食や野菜ジュースの摂取ができるようになった。

5. 疼痛管理と今後の予測

現在は、嚥下能力が保たれているため薬の経口摂取が可能であるが、今後、嚥下機能の低下が生じ経口摂取が困難となることが予測される。そのような状況を想定し、オキシコンチンを注射での投与に変更するだけでなく、リファンピシンの相互作用がなくなることを想定してオキファストの量を検討する。これに合わせてPCAポンプのポンプ製剤の検討が必要となるため、想定して準備をしておく必要がある。既にその対応の準備は出来ている状態である。今後、NSAIDsの坐薬、リファンピシンの影響を受けない貼り薬に変更するかを、医師と相談して検討していく必要があると考えている。

一般的に薬剤師が在宅療養での提案をすることが稀である。今回、本事例を通じて、薬物治療に対して患者が抱える不安の聞き取りながら、処方選択と減量の判断について能動的、積極的な提案をすることが患者の状態に対してタイミング良く治療する上で重要であることを痛感した。

Ⅳ. 在宅療養を支える多職種の取り組み

～作業療法士の視点から～
美山診療所 訪問リハビリテーション 垣村将典

1. 訪問リハビリテーションの経過

本事例は、当診療所ではなく他院の医師が訪問リハビリテーション(以下、訪問リハビリ)の処方医であるケースであったため、他職種との情報共有が困難であったが、「京あんしんネット」の利用により、本事例に関わる多職種間の情報共有迅速に可能であった。

退院前に担当介護支援専門員とともに事前訪問を行い、退院1週間後より訪問リハビリを開始した。訪問リハビリは週2回(1単位)の頻度で、内容は両下肢筋力増強訓練、関節可動域訓練、基本動作訓練、日常生活動作(ADL)の確認、皮膚状態の確認であった。

退院前は歩行補助具として歩行車を使用してADLを過ごしていたが、退院後は上肢支持が得られやすいように車輪付き四点歩行器を導入し、居室と廊下の手すり付き階段を撤去した。また少しずつADL能力の向上が得られたため、トイレ前の縦手すりを撤去した。また多職種との情報共有により早期に皮膚障害が発覚し、ベッドのマットレスをエアマットへ変更した。

日常生活の中で重視している運動課題は、日常生活動作の自立度を維持する、歩行器を使用して毎日歩行訓練をする、臥床時間の減少することであり、これらにより活動性は維持向上し、介助量は減少した。しかし、それに伴い疼痛の増悪が認められ、薬剤による疼痛のコントロールを図った。

2. 医療と介護の連携について

一般的に訪問リハビリ事業所では、介護保険のみでサービスを利用する。訪問リハビリを開始するにあたって、主治医の指示書と介護支援専門員のケアプランの2つの指示書が訪問リハビリ事業所に処方される。その後、処方された情報をもとに訪問リハビリが開始される。血圧上昇などの医療的情報は、すべて主治医へ情報提供している。また手すりの設置場所の相談などの介護的情報はすべて介護支援専門員に情報を提供する。通常であれば、このように情報共有が行われる。このように介護は介護、医療は医療のようなつながりのみとなっていたのが現実であった。しかし、本事例では「京あんしんネット」を活用することにより、訪問した担当者が気づいた異変を多職種で情報共有でき、必要に応じて画像の共有も可能である。それにより、迅速な意見交換と適切なサービス提供が円滑に行われた。特に今回の症例では、「京あんしんネット」の利用により、腰部の発赤が発見された際に、迅速に情報共有と意見交換を行うことでエアマットへの導入が迅速かつ、円滑に行われた。このシステムの大きな利点は、症例の状態や経過を、多職種間で情報を持ちより、多職種全員で共有できることであると考えられる。

本事例の「春になったら外を散歩して、桜を見に行きたい」との希望に沿えるよう多職種と連携していきたいと考える。

V. 在宅療養を支える多職種の取り組み

～訪問看護師の視点から～

明治国際医療大学附属地域医療支援センター

訪問看護ステーション 岸本圭子

1. 多職種でのケアチーム

本事例は退院までの経過が長かったため、「家に本当に帰れるのだろうか」と不安感を抱かれていた。そのような背景の中、多職種によるケアチームにより本事例の在宅療養を支援することとなった。支援の状況は医師による訪問診療が月2回、看護師による訪問看護が週2回、作業療法士による訪問リハビリが週1回、薬剤師による訪問薬剤が月2回、鍼灸師による訪問鍼灸が週1回であった。訪問看護としては、主に①状態観察、②清潔援助、③排便コントロールを目的に支援を行った。

2. 看護の展開～看護の実際と経過～

①在宅で安心して生活できる、②痛みをコントロールができる、③転倒なく生活できるという看護目標のもとに訪問看護計画を立案した。

本事例自身が自己評価の指標として体重計測を希望された。一時体重の減少を認め、39kgに減少したが41.3kgと回復。体重減少により本事例の気分が落ち込むことがあったため、医師より体重に捉われないようにとの指導があり、体重計測を中止することを提案したが拒否をされ、継続して体重測定は実施し、体重がコントロールできていれば本事例の喜ぶ表情が見られた。

清潔援助については、訪問当初は足浴を実施していた。徐々にその頻度を低下し自己での入浴に移行、最終的には支援は不要となった。排便コントロールについては、薬剤の使用でコントロールが可能。疼痛については、オキシコンチンにより疼痛コントロールが安定していた。また、鍼治療により喉のつかえ感、逆流症状、味覚障害などの症状は軽減し食欲の増加が見られるようになった。

退院後1か月には在宅療養生活が安定し、本事例自身人から「元気でいられることを自分の自信としたい」との訴えがあり、訪問看護を週1回に変更となった。それ以降も状態観察、皮膚の状態観察、服薬状況確認、食事摂取の確認、体重測定、リラクセーション、上下肢のストレッチ、コミュニケーション、妻の介護負担の確認などの介入を継続している。

退院後2か月後を経過した頃に、腰椎部分に皮膚の発赤を認めたため、医師の指示にてハイドロサイトを処方と施行。その後、除圧マットからエアマットへ変更し、腰椎部分の発赤は軽度改善したものの骨突出部の発赤は残存したため、ガーゼ付きのテープ、マルチフィックスパットを施行し経過観察を行った。皮膚状態の観察はチーム全員が随時確認し、情報共有を行い多くの目で観

察を行った。

妻の介護疲れ認めないとのことであった。多職種のチームで本事例を支援しているため安心感を持っている様子。利用者側の気持ちに配慮することを大切にしており、幾度となるコミュニケーションで支援を受ける側と提供する側の信頼関係が築けているものと思われる。

医師より、椎体骨の圧壊により、今後は両下肢の麻痺が出現する可能性があることが説明された。現在は症状が安定しており、本事例の辛い気持ちは表出しないが、今後歩けなくなることや病状の悪化に対して不安感を持っていることが推測されるため、本事例が抱える不安な気持ちを敏感に察知することが重要であると考えられる。

3. 利用者側との信頼関係の構築

訪問看護の導入により、利用者側が安心感をもたれるような信頼関係を構築するためには、利用者側の思いを敏感に察知すること、本事例の思いに寄り添うこと、本事例の思いを受け止めること、思いを尊重すること、医療の目で異常を早期発見すること、今後起こりうる症状などを説明し、安心して安全で安楽な在宅療養生活を送っていただけるよう支援することが重要である。そのことを実現するためには、現状把握について多職種チームで情報共有し互いに連携することと予後予測に基づく質の高いケアの実施が重要であり、本事例と奥様にとって幸せなかけがえのない自宅での療養生活が長く継続できるように心から支援したいと思う。

これからも「相手を思いやる心」で「寄り添える看護」を目指したいと思う。

VI. 在宅療養を支える多職種の取り組み

～介護支援専門員の視点から～

ほほえみかぐら 居宅介護支援事業所

諫本昌美

1. 本事例との関わった経過

本事例が退院後は在宅での療養生活を希望され、入院中から在宅支援に関する様々な介入を開始した。初回面接時では、本事例の眉間には常に皺が寄っており、発語のほとんどが疼痛の訴えであった。また、同居人である妻からは在宅療養生活に対する大きな不安が感じられた。従って、本事例の全身状態が安定し、在宅にて穏やかな生活を過ごすことができるよう多職種チームによる支援を行うための居宅サービスを計画した。妻が元介護職員でありインフォーマルの力はあると考え、医療と介護の連携に着目した。

退院前カンファレンスでは、本事例の在宅療養生活を支援する多職種が集まり、全身状態の医学的な情報の把握、今後のサービス内容についての検討、支援体制につ

いての検討を重ね、その内容を本事例と妻に説明を行ったことで、不安の軽減ができたと考える。

在宅療養生活開始2日後に、本事例の自宅にて対面したところ、本事例の表情が入院中は異なり、非常に穏やかであった。その際に本事例からは、疼痛が消失した状態で在宅への退院が可能であったことに対して大変な喜びを感じたということが告げられた。また、入院中の面会時には発語の多くが疼痛の訴えであったが、退院後にはそのようなことはなく、本事例自ら昔はなしなどの会話が行われた。その中で、自衛隊員としての勤務経験より昔は体力があったという話や、野球を好まれており、「また野球をしたい」という希望がみられた。

退院後しばらくは、自己体動が困難である可能性があったため、そのための福祉用具の充実を図った。多職種での介入が始まると訪問リハビリや訪問鍼灸の担当者より、「京あんしんネット」を介した情報が随時更新され、本事例の状態に応じた福祉用具の変更依頼を福祉用具の業者に対して迅速に行うことができ、本事例の安定した生活を支援することができたと考える。

退院後1か月半経過した頃より、更に全身状態が安定し、運動量の増加がみられたため、家族との外出が可能となった。ベッド上での臥床状態から、離床でき、外出まで実現したことは、これらのような多職種との連携にもとづく良好な支援により実現したものと考えた。

2. 介護支援専門員としての役割について

多職種から「京あんしんネット」に寄せられた情報をもとに、早急な対応ができるよう常に努めている。その情報の中では、福祉用具の変更が多くの割合を占めており、情報を受けるだけではなく、介護支援専門員として能動的に意見を伝えることも心掛けている。リアルタイムに多職種からの情報を知ることが可能であるため、在宅への訪問が、月に1～2回と少ない回数であっても、本事例と妻の思いを知ることが出来ている。

多職種の協力を得ながら、疼痛の緩和ケアを行い、患者のペースで生活を過ごしていただくことを目標に本事例の状態に応じた迅速な介護支援を行いたいと考える。従来は、利用者に関する情報の共有が電話やファックスなどの媒体で行っていたためタイムラグが生じていたが、「京あんしんネット」を利用することにより情報共有が円滑に行えることから、更に活用していきたいと考える。

本事例は「春になったら歩いて桜の花が見に行きたい」という思いを強く持っておられる。その希望が実現できるよう、今後もチーム全体で支援していきたいと考えている。