

講演V ご本人とご家族が安心できる在宅療養

本日、お話ししていただいたご家族の方に本当に深く感謝申し上げます。「慣れないことでできるかしら、やったことがないのにできるかしら」とおっしゃりながらもとても貴重なお話で、わたしがこれから話す話とリンクするというかこうやって、やってきたことが伝わっているとすごく感じられて、とてもありがたいなあと思ってうかがっていました。本当にありがとうございました。

今回、在宅でということ訪問看護の話を思い描いていたんですけども、当院は入退院支援、今日話を聞いていただいた通り、各専門職が取り組んで切れ目なく支援を行っています。タイムリーに訪問看護のほうにも訪問看護はどうかあ、などというふうにはソーシャルワーカーの方からも相談を受けたりとかして、すぐにご家族とかご本人の希望に沿えて行けるような体制を取っています。

ご家族の方からも、私達ももう年が住っているからねーと言われますが、確かに介護する方たちの年齢もだんだん高くなってきていまして、実際も2000年の時は3.6人の人が65歳以上の方をみていたんですけど2010年にはもう1.2人のひとが65歳以上の方を介護しなければいけないよと、だんだん少子高齢化の社会がどんどん進んできている状況になっています。

公立芽室病院訪問看護の対象者の内訳は2月時点の月間になりますけど介護保険、医療保険の方トータルで46名いらっしゃるんですけど、60歳代の方が3人で80歳90歳の方が37名ということで半数以上が高齢者の内訳となっています。世帯のところでは先ほどご家族のお話がありましたけれども、最近では自分らしい暮らしをしたいんだというところで高齢者の一人暮らしの方が徐々に増えてきて私たち訪問看護の方でもサービス内容ケアマネさんたちと相談しながら、それでも一人がいいんだという方で片麻痺で車いすに乗っていらっしゃる方もお一人で暮らしたいということで住みたいというところで暮らしておられる方もいらっしゃいます。

ご本人とご家族が 安心出来る在宅療養

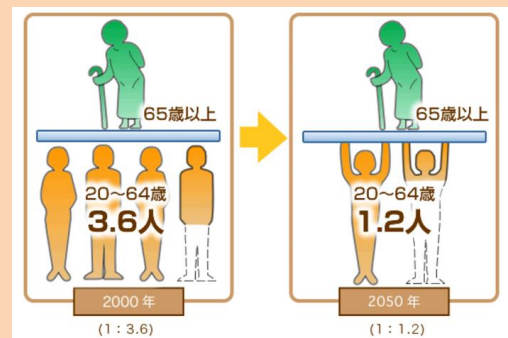
公立芽室病院 訪問看護ステーション

三上 真紀子

北海道十勝
芽室町



高齢者一人を支える現役世代の変化



公立芽室訪問看護の対象者内訳

R5. 2月

介護保険	医療保険
38名	8名

医療保険は介護認定を受けていない、または、指定難病などの方が対象

夫婦世帯	子同居	独居
22名	13名	8名

自分らしい生活を送るために、高齢者の一人暮らしの方も増えています

~60歳代	70歳代	80歳代	90歳代~
3人	6人	20人	17人

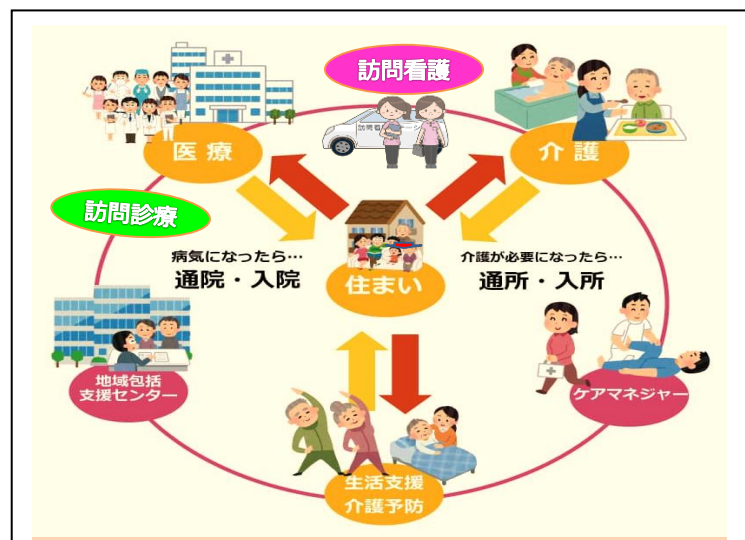
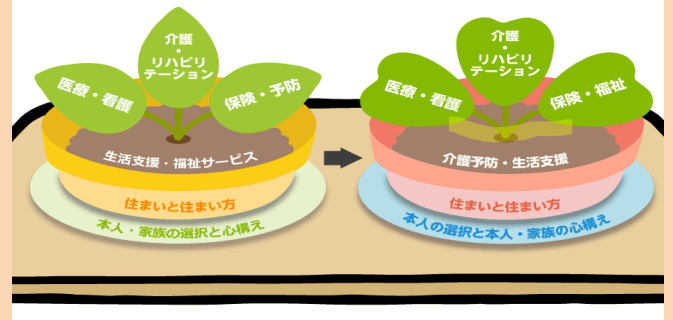
これは厚労省の地域包括ケアシステムの植木鉢の図ですが、たぶん皆さんご覧になったこともあるのではないかと思います。左と右でだんだん植木鉢が進化してきています。前は生活支援とかサービスをいろいろ考えていかなきゃねーところで少子高齢化に向かっていこうという国の施策だったんですけど、高齢者の方も増えてきているということで介護予防だったり、生活支援、まずはそちらの方を充実、とにかく健康寿命を延ばしていこうねというな施策になってきています。で土台となるのがさっきから本院のスタッフが言ってきていますが、ご本人はどうしたいんですかということ、まずそちらを大事にしてそれがあつたうえでそれが土台で看護があつたり、サービスがあつたり、保健と福祉があつたりということ、葉っぱが広がっていくんだよというような図になっています。

切れ目ないというところでは、住まいを中心として医療であったり訪問診療であったり在宅のところではさきほどのお話では訪問診療先生にに来てもらったとご遺族の方もおっしゃっていましたが、訪問診療も本院では定期的に行っています。あとは退院後、施設だったりケアマネージャーさんだったり切れ目なくということとあとはタイムリーに帰りたいときに帰れるかなあということ、なるべくそういう望みを叶えられるということで本院も取り組んでいます。

公立芽室病院の訪問看護の特徴としてはまず、訪問診療医との連携、24時間対応の体制を取っています。あと訪問リハビリ昨年7月に開設し、看護の方からリハビリしたら少し動けるようになる人がいる場合にはすぐにリハビリの人に相談してすぐに介入してもらったりして、調整しています。あとは多職種連携ということでは、院内と院外、私は在宅の方なのでもちろん院内のスタッフなのですが、院外の専門職の皆さんとも情報共有を行って必要なサービスや介護方法なども考えていっています。

住みたい場所で暮らし続けるために

進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」



公立芽室病院訪問看護の特徴 ¹⁹

1. 訪問診療医との連携

入院から退院後へと切れ目ない看護を目指します

2. 24時間対応

夜間、休日など営業時間外の対応が必要な方を支援します

3. 訪問リハビリ

病院在籍のセラピストが訪問し、必要な訓練を行います

4. 多職種連携

院内・院外の専門職との情報共有を行い、必要なサービス、介護方法など考えていきます



訪問看護とはどんなサービスでしょうかというところですが、病院では24時間、常に看護師がいますので医療者が対応しています。ご自宅の方では、ご家族だったりご本人の力というところを少しでも発揮できるような適度なサービスを提供したり、また他職種と連携し支援しています。できる限り病気や障害を持った人が、住み慣れた家でその人らしい生活が送れるよう、看護師が自宅に訪問して提供するサービスです。

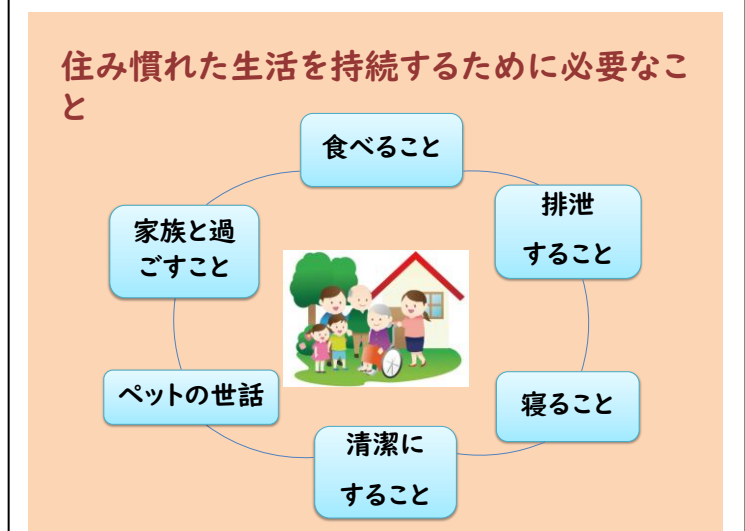
住み慣れた生活を持続するために必要な事とはどんな事かなあと考えたときに、生活すること、すなわち食糧を摂ること、排泄すること、寝ること、あとは皆さんそれぞれで一人一人違うと思います。ペットの世話したいなあとか、家族と過ごすことを楽しみにしているんだあとか、そういうようなことを持続できるようにサービスを一緒に考えていきます。

ご自宅で療養するための支援体制というところでは、住み慣れたおうちが真ん中にありまして、私どもの訪問看護ステーションはあるんですが、町内にはもっと先進的にたくさん活躍されている、私たちの大先輩である「りらく」さんだったり、あと「柏の森」さんだったりということで訪問看護は、年々需要が高まっているので町内で他診療所さんの看護師の方も活躍されています。あとはデイサービスだったり福祉用具であったりとかおうちで過ごすために食糧を摂ることとか、寝ることを叶えるためにまずはこのケアマネージャーさんと相談をして、どんなサービスをこの人は使っていったらいいのかなあとというところで相談をしていきます。ケアマネージャーさんは本当にフットワークが軽い方が多くて、例えば訪問入浴、もう少しで動けなくなってから、おうちのお風呂は難しいんだよねと言った時に訪問入浴サービスで使ってくれないかなあて相談すると、なかなか訪問入浴も予約がいっぱいで入ることができないところでも本当に調整してくれて「入りましたよ」と返事をいただいたりとかしています。福祉用具とかもベッドとかもすぐ入れたいんだけどといったら、本当にすぐにフットワーク軽く来てくださってすぐに対応してくれています。訪問薬剤師というのがありまして、先生の指示のもとなんですけど、薬を取りに行けなかったり管理が難しい方たちには訪問薬剤師という専門職の役割もあります。なので院内の多職種連携もあるけれど、院外の連携のところでも本当にたくさんの職種で、私も訪問看護を始めて間もないんですけども本当にたくさんの職種に支えられているんだなあとということが本当に勉強になっています。

訪問看護とは どのようなサービスでしょう

病気や障害を持った人が、住み慣れた家でその人らしい生活が送れるよう、看護師などが自宅に訪問してケアを提供するサービスです

<p>病院</p>  <p>24時間医療者が対応</p>	<p>自宅</p>  <p>ご家族や多職種と連携し支援</p>
--	--



ご自宅で療養するための支援体制



訪問看護で何ができますか、というところでは前年の6月にうちの村上看護師が説明してくれたかなあと思うんですけども、主に日常生活の援助、清潔ケアだったり、全身状態の観察、排せつケア、寝たきり予防ということで関わらせていただいています。日常生活の援助では、看護師もそうなんですけども、茅室町にヘルパーさんもいらっしゃいますので、何回も入れない時はヘルパーさんと共同してなるべく清潔が維持できるようにということでヘルパーさんにもとても助かっています。

医療処置、チューブ類とか入院中に先ほどの田島看護師のパンフレットを用いて説明してはいたけれども、そちらのほうでも自宅でも継続していけるようにということで、退院してからも安心して訪問看護の方でも継続して見させていただいています。

終末期の援助ということでは、緩和ケアだったり家族の精神的援助だったりもさせていただいています。

最近では高齢者の方が大変増えていますので認知症の家族の方がいてお困りだなあというケースも増えています。ちょっと訪問看護に入ってもらったら少し話を聞いてもらったら、何か糸口が見つからないかなあというところでそういう方の紹介もいただいて対応しています。訪問リハビリが入れないときは、看護師が入って、少し関節運動だったりとか、リハビリのスタッフに教えてもらいながらやっています。介護者の相談なんですけど、先ほど介護が辛いなあとか大変だなあとか思っているうちに本当に介護者の方たちの負担がすごく、私達も見ていてわかるんですけども、なるべく介護の負担が無いように相談をしたり、ケアマネさんと情報共有をしたりして、少しでも休養が取れるような方法を考えています。

その方に適した方法をそれぞれケア内容を一緒に考えていきます。



日常生活の援助

- ・ 清潔ケア
- ・ 療養環境整備
- ・ 全身状態の観察
- ・ 排泄ケア
- ・ 寝たきり予防



医療処置・管理

- ・ チューブ類の管理
- ・ 医療機器装着の看護
- ・ 床ずれ・創傷処置
- ・ インシュリン・点滴



終末期の援助

- ・ 緩和ケア
- ・ 本人、家族への精神的援助
- ・ 療養環境の整備・助言
- ・ 看取りの体制の整備、助言



認知症看護

- ・ 服薬管理
- ・ 認知症への対応方法
- ・ 生活リズムの調整方法
- ・ 事故防止のアドバイス



訪問リハビリ

- ・ 日常生活動作の訓練
- ・ 福祉用具選定・相談
- ・ 関節拘縮の予防
- ・ 住宅改修相談



介護者の相談

- ・ 介護に関する相談
- ・ 介護者の休養方法相談
- ・ 介護者の精神的相談
- ・ 介護用品相談



床ずれ予防



痰吸引



オムツ交換

その方に適した方法を一緒に考えていきます



清潔ケア



緩和ケア

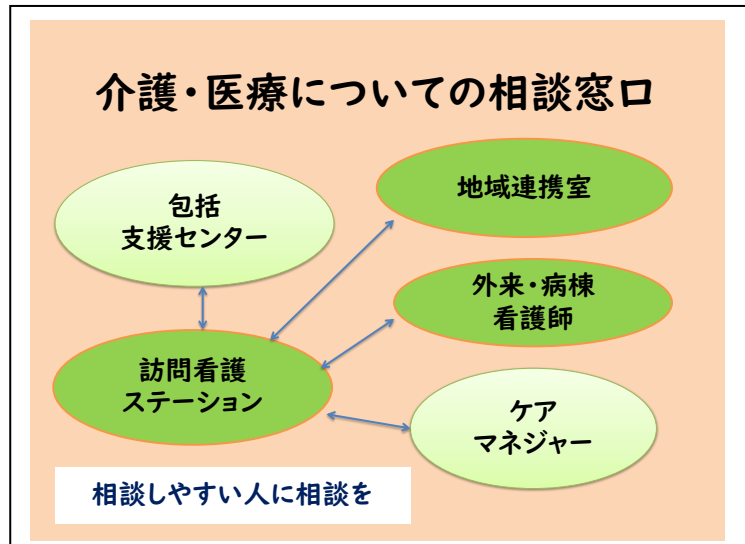


在宅酸素

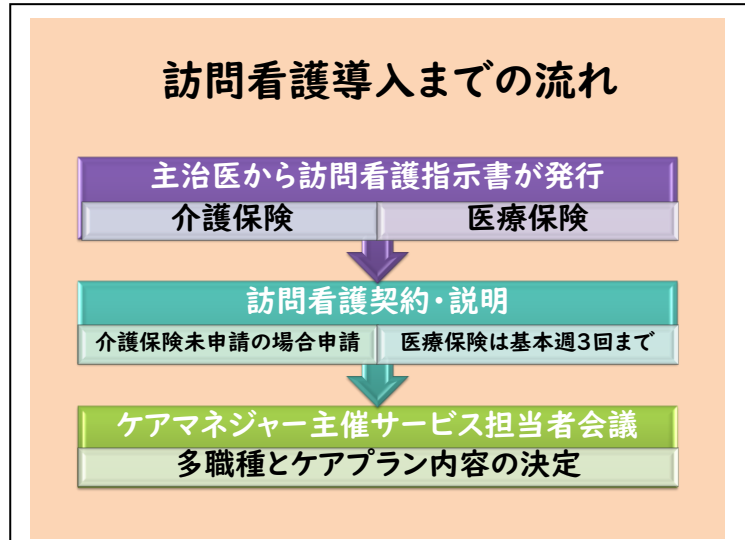


カテーテル管理

訪問看護に入るときもそうですけども介護について何か心配事とかあったらというところで、色を付けているところが院内の施設ですけれども、あとケアマネージャーさんだったり包括支援センター、当院では地域連携室には介護と医療と連携の窓口がありますのでこちらの方に相談していただければいいかなあとと思います。あと外来の方でも看護師の話しやすい人にこんなことで困っているんですけどねーとおはなししていただければいいかなあとと思いますのでお気軽にご相談ください。



訪問看護の導入のところでは主治医の先生から訪問看護師指示書が発行されます。病気によって介護保険だったり、医療保険だったりということになりますけれども、介護と医療で回数だったり年齢とか体調で決まっています。その指示によって訪問看護をやらせていただいています。契約の後はケアマネージャーさんが主催したサービス担当者会議のところで多職種方とケアプランの内容を決定していきます。



ご自宅でのお看取りというところでは、先ほど面会ができないということで、それが辛いんだというお話がありましたけれど、やはりコロナという状況がありまして始めた当初は2020年は6名だったのでけれども在宅で看取りの支援をした人数は2021年は17名とどんどん増えてきている状況となっています。

ご自宅でのお看取り

2021年 年間在宅でお看取りの支援を行った人数 → 19名(2020年は6名)

コロナ禍で面会が出来ない状況で加速した要因

家で過ごすことでどんなことが不安なのというところでは、本人であれば病院だったらすぐに対処してくれるけれども、やはり苦痛なく過ごしたいけれどもというあたりだとか、医療処置で点滴をしているから家でできるのかなあというところだったり、一番は家族に迷惑かけられないというところで、なかなかそのところがハードルが高いというところがあります。

あと、ご家族の介護の経験がないけれどもできるのかなあとか、病院では点滴をしていたけれども家でできるのかなあ、急に体調が悪くなったり、息が止まっ

家で過ごすことでの不安

ご本人

- ・苦痛なく過ごしたい
- ・点滴をしているのに家で出来るのか
- ・家族に迷惑かけられない

ご家族

- ・介護の経験はないけれど出来るのか?
- ・病院では点滴をしていたけれど家では?
- ・急に体調が悪くなったり、息が止まったら?

たりしたらどうすればいいのというところでやっぱりそういう不安がつきものなのではないかと思います。

まずは、医師から病状について説明と同意、病状の経過に合わせて、現状の病態と今後予想されることについて、まずは先生からの説明があります。それを聞いたうえで家族とご本人が、じゃあどうしていこうかな、予後的なことも聞いてここでは先生の一方的な感じがするんですけど、そうではなくて、ご自分がどうしたいのか、ご家族もどうやってみていきたいのかを、先生の方にも意思表示することが大事で、それによってはこちらの関わり方も変わってくるので、是非、ご遠慮なさらないで相談していただければいいかなと思います。

終末期の訪問看護については、治療というより残された時間を住み慣れた場所で、その人らしく過ごすための支援をさせていただいています。訪問看護では定期的な訪問、体調に合わせて回数の方も相談させていただいていますし、あとは緩和ケアというところでは、苦しさがなく過ごすためのケアを考えていきます。あとは負担のない生活を送るために医療的なケアを、今まで使ったことのない機械もありますが一緒にお話ししながら説明していきます。ご家族の不安だったり、介護の上での不安だったり、ご希望を叶えるためのケアを行っています。

終末期を迎える方へのパンフレットについてこれはインターネットで「これからの過ごし方について」で検索できます。まずは、状態をみて急に不安になっては困りますので、今はこういう状態ですと、このパンフレットもつかいながら今の状況などを説明をすると、ご家族の方も安心されます。

医師からの病状説明と同意

病状の経過に合わせて、現状の病態と今後予測されることについて、医師からの説明があります。

ご本人とご家族の意思確認

終末期の訪問看護

～治療ではなく住み慣れた場所で
その人らしく過ごす支援について～

- ・定期的な訪問での体調の確認
- ・苦しさがなく過ごすためのケア
- ・負担のない生活を送るための医療的ケア
- ・ご家族の不安、ご希望を叶えるためのケア

終末期を迎える方へのパンフレット



食事がとれなくなり心配ということについて病状が進むとどうしても体が動かなくなるし、だんだん食べたいという気持ちも減ってきます。そうなるとうちでも食べさせなければとなってしまふこともあるんですけども、ご本人のペースに合わせていきましょうねとお話をします。まだ食べたいものがあるという時は呑み込みずらい物は水を含ませたりなど食べやすくする工夫だったり、栄養補助食なども薦めたりしています。あとは食べないと口の中が乾いたりしてくるがあるのでなんとか、お口のケアなどもご家族と相談しながら指導しています。食べなくなると点滴で補う場合もありますが、過剰な水分は体が望まないというか、むくみの原因になったり、痰がらみも出てきたりする場合が多くて、軽い脱水傾向の方が辛いこともあります。

様々な苦痛への対応について

まずは苦痛の原因、病気からくるものなのかな、どこからくるものなのかなというところを、ご本人のお話、表情、生活状況やご家族からのお話を担当医へ報告し、指示をもらいます。

苦痛の種類については、痛み、吐き気、身の置き所がない、息苦しさ、不眠などがあります。

緩和ケアについては、家にある置き薬だとか注射だったり、最近では器械をつかいながら麻薬も使うことができますので、自分たちでできるかなと思われるかもしれませんが、訪問看護師が訪問しますし、割と簡単機械なのでそんなに怖がらなくても使って頂ければ楽に過ごすことができます。

酸素も空気清浄機のように床に置いて意外と普通の電化製品のような感じなので酸素を使うと少し楽になるようなときは酸素療法の機械を置かせていただくこともあります。

訪問看護でできる医療ケアについては病院でできるものは大体自宅でも自宅用のものがあるってそれを持続して使うことができるので、麻薬で使う自己注射、在宅用の酸素吸入器、人工肛門などがあり使い方については病院で指導させていただきますけども、自宅でも、訪問看護師がケアの方を手伝わせていただきます。

食事がとれなくなり心配

病状が進むと徐々に食事の量が減っていきます

食べたいものを食べやすくする工夫

→形態、温度、栄養補助食品

食事が減ると口が乾きやすくなる

→氷片、うがいなどお口のケア

点滴量の調整

→点滴で補う場合もありますが、過剰な水分が、むくみなどの原因となり、脱水傾向の方が苦痛が少ないこともあります。

様々な苦痛への対応

苦痛の原因や程度を確認する

ご本人からのお話、表情、生活に支障をきたしている状況やご家族からのお話を医師へ報告し、指示を得る

苦痛の種類

痛み、吐き気、身の置き所がない、息苦しさ、不眠

緩和ケア

内服薬、貼付剤、座薬、麻薬、酸素療法




訪問看護で出来る医療ケア



医療ケアのパンフレットで訪問看護の方でもパンフレットを使っています。内容の一部ですけれど意外と病院では看護師がすることも、ご家族がする場合もあるので、ご家族の方がする場合は不安にならないようにできるところまでやってみましょうかということで、ご家族に聞きながらケア内容をアドバイスさせていただいています。


医療ケアの指導内容の一部 (パンフレットより)



安心して生活ができるように支援します

皮下点滴 痰吸引

尿管管理



訪問診療とのチーム連携については、これは当院の強みで常に何かあればすぐに先生の方に報告します。「痛みのコントロールが悪いけれどもどうかなあ」と報告すると、先生は「じゃあこういうふうにしましょう」とすぐに回答してもらったり、タイムリーに対応できています。

(写真に載っているのは、3月で退職される松田先生で、松田先生には診療の時でもそうなんですけど、本当に助けられて、また来てほしいなあと思っている先生で大変お世話になった先生です。

訪問診療との連携


〇〇さんの痛みの状況ですが 医師への報告 この薬に変更しましょう



定期的な診療と往診について言葉の整理をすると、「かかりつけ医」は普段の健康状態について診察する担当医師で、通院困難で病院になかなか来れない時は定期的に外来にかかっているときと同じく定期的に訪問して診療するのが訪問診療で、終末期で体調が悪くなった時、臨時的に医師に来てほしい時に訪問し診察する場合は往診となります。訪問診療の場合は、今は外来の看護師が同行します。

定期的な診療と往診

かかりつけ医：普段の健康状態について診察する担当医師
通院困難になったら⇒定期的な訪問診療
体調により臨時的に往診が必要な場合は、訪問診療医が、ご自宅で診察します。



息を引き取った時について
ご本人の息の状態だったり、体調だったり、私達みさせていただいてお別れの時が近づいてきたかなあという時には、ご家族に説明させていただいています。まだ声を掛けたら目を開ける場合は合わせたい方がいれば面会の方を薦めています。そばにいて、耳は聞こえていますので手を握ったり声をかけたりしてくださいと話をさせていただいています。息が止まったら、慌てずに訪問看護師に連絡していただければ、訪問看護師が訪問して状況を確認します。死亡確認は医師が訪問し

息をひきとった時

お別れの時が近づいてきた頃
ご家族に説明し、合わせたい方のご面会を勧めます。そばにいて、手を握ったり声をかけて下さい
呼吸が止まったら
慌てずに、訪問看護師にご連絡してください
訪問看護師が訪問し状況を確認します
死亡確認
訪問診療医が訪問します。夜間は訪問看護師が訪問し、翌朝医師が訪問します。

確認しますが、夜間帯は、まずは訪問看護師が訪問し、翌朝、医師が訪問し確認させていただいています。

24時間対応について、訪問看護は今4名ですが、でも輪番制で待機の際は携帯電話で対応しています。24時間対応できるようになった時には、普通の状態の呼び出しだったんですが、介護保険でも訪問看護ステーションでも受け持つことができるようになったのでターミナルが少し増えていると思いますが、けれど、いつでも電話していいんだよーと話しかけると逆に、それが安心感につながって、逆に電話がかからなくなってきたかなあという方もいらっしゃいます。

グリーフケアについて

ご家族の大切な方が亡くなる時には、精神的にも日常生活にも全然変わった状態になってしまうことで、体だったり、心が落ち着かないところもあります。それで、お悔やみ訪問といって、葬儀だとか終わって少しご家族の方が落ち着いてところに、線香をあげさせてくださいということで訪問看護師がお悔やみ訪問をさせていただきます。

ご自宅でのお看取りで看護師として思うことは、訪問看護師として看取りにかかわらせていただくことは、その都度ですけれどもご家族の印象だったりだとか、その方の着ているものとか、大切にしているものとか、本当に貴重な経験をさせていただいているんだなあ話を聞くたびにいつも思います。それで逆にお悔やみ訪問では、家族の方から本当に家で介護できてよかったとか、本当にありがとうございますと声かけられたり、逆に看護師の方が温かい言葉をかけられて、本当に感謝申し上げます。

本日こうして病棟の看護師とリハビリと地域連携室と、訪問看護ステーションの各専門職で話してきましたけれども、たぶんどこでもこれからは、どこでどういうふうに過ごしたいですか、どういうふうな生活をしていきたいですかということを、たぶん私たちは尋ねていくのではないかなあと思うんです。なのでこれからは、どういうふうに生きていきたいのかということを、自分自身、意志を伝えることもそうですし、ご家族同士でお話することが、より自分が望まれることに私達が支援をすること

24時間対応について

24時間対応とは、夜間・休日に訪問看護直通の電話相談が出来る体制 (別途加算料金あり)



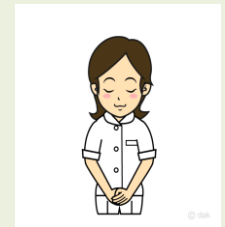
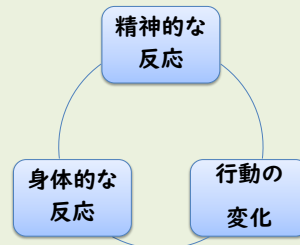
訪問看護師が輪番制で待機電話を携帯

<現在利用者数>R5年2月28日現在
介護保険：14人 医療保険：4人



グリーフケア

ご遺族の悲しみを少しでも軽減し、日常生活に戻るための支援をします



ご遺族の変化

お悔み訪問

ご自宅でのお看取りで 看護師として思う事

看取りにかかわらせてもらう事は訪問看護師にとって・・・

→その方の生き方、大切にしているもの、ご家族の愛情など人生の縮図に立ち会える貴重な経験をさせていただいています。

お悔み訪問では、ご家族の方から充実感、満足感を伝えられ、看護師の方が温かい言葉をかけていただいています **ありがとうございます**

これからどこで どのように過ごしたいですか

出来るだけ苦しくなく穏やかに過ごしたい
ご家族に囲まれた中で過ごしたい
大好きな自分の飼い犬と一緒にいたい
出来るだけ家族で見てあげたい

人生会議の
すすめ



ができるのではないかなあとと思うので、是非医療者でもいいですし、そちらの方で人生会議といいますけれども進めていて下さるといいかなあとと思います。

今回はこのような貴重な講演会を開催していただきありがとうございます。いままでも在宅支援に力を入れてきましたけれども、今後とも住み慣れたところで芽室町で住み続けられるように職員全員で支援いたしますので、よろしく願いいたします。最後になりましたけれども支える会の皆様には何度も病院来ていただいて、沢山の調整をしていただきまして、本当にありがとうございました。本日はご清聴ありがとうございました。

ご清聴ありがとうございました。

ご家族の皆様本当にありがとうございました。
今後も安心して芽室町で住み続けられますよう、
職員全員で支援します。



支える会の皆様
いつもありがとうございます

中川司会 閉会の挨拶

本日体験発表をしていただきました、ご家族のお二人方々には、大変お忙しい中、快く体験発表を承諾いただきました。

今回、なかなか聞くことのできないお話を細かくご講演いただきありがとうございました。

大切なご家族のために在宅療養という未知のものにチャレンジし、公立芽室病院のスタッフに支えられながら、家族みんなで看取られた経験は、ご本人にとってもご家族にとっても、とても有意義な経験だったと思います。

私たちも、その大変貴重なお話が聞けて感謝しています。どうもありがとうございました。

また、公立芽室病院の田島看護師・鎌田看護師、大沼理学療法士、渋谷ソーシャルワーカー、三上副総看護師長の皆様には、今回の講演依頼に際して、業務で大変ご多忙な中でありましたが、快くご承諾いただきご講演いただきましたこと、本当にありがとうございました。

今一度、本日の講演会に講演いただきました講師の皆様方に、感謝の拍手を送りたいと思います。ありがとうございました。

「最後まで自宅で過ごしたい」という町民の願いを叶えるべく、公立芽室病院は着実に前に進んでいることがわかりました。

本日、発表していただきましたご家族の話から、芽室町に住んでいたら、「最後まで自宅で過ごしたい」という願いを、公立芽室病院のスタッフが中心となり、他の専門職とも連携を図り、チームとしてご本人やご家族を支えてくれる体制ができていることを実感しました。町民の想いに真摯に向き合い、町民に寄り添ってくれる身近な公立芽室病院の職員の方々に感謝しつつ、本日の地域医療講演会を閉じることとします。

お帰りの際は、是非アンケートをご記入いただき、出口にあります回収箱にお入れくださいますよう、よろしく願いします。

長い時間、ご清聴をいただきましてありがとうございました。

どうぞお気をつけてお帰りください。どうもありがとうございました。