

第 1 部 15:05~ 講演 : 生活を分断しない医療を目指して~ベクトルを共有した多職種連携~ 櫃本真事先生

第 2 部 16:10~ ケースメソッド的検討

16:10~ (5分)	「グループワークの進め方」について (今井)
16:15~ (5分)	(1) 自己紹介とアイスブレイク 受付番号と氏名、「新年の誓い」を 1 人 30 秒程度
16:20~ (25分)	(2) 司会者はファシリテーターの右側の方、書記 (及び発表者) は左側の方 (ファシリテーターは事前に指名しています) (3) 下記の事例から「気になる箇所や、引っかかった所」に各自ラインを引く (4) (3) について「何故そう思うのか？」その理由を論点に意見交換を行う (それぞれの価値観のすり合わせを行う) (5) <u>(4) の話し合いから「何のために？」を共通理解 目的に返る・・・重視</u> (6) 時間があれば、次の一歩 (手段) を提案
16:45~ (10分)	(7) 話し合いのプロセスを発表 (3 グループ程度)
16:55~ (5分)	(8) まとめ 櫃本先生
17:00	(9) 閉会 アンケート記入後解散
テーマ	人生の最終段階の医療と介護について
問題提起	病気や事故、老衰などで回復が見込めない患者に対する人生の最終段階の医療 (終末期医療) はどうあるべきか? 高齢者の救急車搬送が全体の 54.3% (平成 25 年) を占めている中、患者の尊厳をめざす終末期医療をどのように考え、多職種でどのように連携すれば良いか
事例内容	<p>＝当支援センターに頂いた情報を題材に事例を作成＝</p> <p>(病名) 脳梗塞後遺症 血管性認知症</p> <p>(属性) 90 歳代男性 妻と 2 人暮らし 市外に息子夫婦が在住するが関わりは少ない</p> <p>(方針) 担当者会議で「自宅看取り」を合意形成</p> <p>(介護保険サービス : 要介護 5)</p> <p>ディサービス 4 回/週 訪問看護 1 回/週 訪問介護 6 回/週</p> <p>(ADL)</p> <p>食事 ミキサー食を全介助にて摂取。最近食事量が減り時々吸引が必要になる</p> <p>排泄 全介助 おむつ使用</p> <p>移動 ディサービスにリクライニングチェアで外出</p> <p>体交 自力で寝返りできない</p> <p>会話 うなづく程度の反応あり。眠っている事が多い</p> <p>認知 認知症末期状態で行動心理症状はない</p> <p>ある日の午後、ディサービスにて意識低下がみられた。ディサービスの看護師は、ケアマネジャーと相談し救急車通報を決定。家族に連絡し同意の上救急車要請。救急隊が到着時、心肺停止状態だった。心肺蘇生をしながら救急車搬送するが、病院でもまもなく死亡が確認された。妻はチューブに繋がれた夫を見て驚き「こんな筈では・・・可哀そう」と漏らした。病院では死因が分からず、検死の指示で警察が介入した。</p>