

令和元年度「お口のサポート講習会」開催のお知らせ

下記のとおりお口のサポート講習会を開催いたします。ご案内するにあたり、講師の抄録をご紹介します。皆様の多数のご参加をお待ちしております。

人生の最期まで望む暮らしを続けることができる地域を目指して

多死社会とは治せない病と老化で亡くなっていく人が増える社会。これから日本の医療は「支える医療」を進化していかなければならないだろう。

現在はまだまだ亡くなる最期まで点滴を続け、過剰な水分で吸引が必要になったり、むくみが出て、絶食でなくなることが多い時代だ。亡くなる最期まで点滴をして、吸引が必要であれば、自宅や施設では看取れないだろう。いつか亡くなるときに医療はしっかりと向き合う必要がある。

限られた命であることを理解し、楽にしてあげることができれば、患者さんはやりたいこともでてくる。人は生まれたらいつか必ず亡くなることを意識し、亡くなるまでより良く生きようとしていくのが人生だ。死に向き合い、どうより良く、自分らしく生きるかを医療者が患者さんやご家族と共に同じ立場で考えていくことが大切だ。

食支援は究極の多職種連携である。これからの在宅医療の中で食支援は重要なポジションを占める。だが、食支援をする前に、医療を最小限にする必要がある。医療を最小限にすれば、最期まで食べられるのだ。

一人一人にとっての最善は違うが、死に向き合った多くの人たちは、楽に最期を迎えることを望まれる。残されるご家族が少しでも本人が長く生きることを望むことは当然ではあるが、本人の命なのだから、本人がどのような最期を望んでいるのかに思いを馳せ、医療者が自らの自己満足のために最期まで医療を行うことをやめ、医療を最小限にすれば本人は楽に最期を迎えられることを普及しなければならない。医療を最小限にすると亡くなる前は楽になる。そして、穏やかな死を医療が邪魔をしない、そんな医療があることが当たり前になる社会を目指すべきではないだろうか？

地域包括ケアシステムを構築する上で、「独居でも看取れる在宅医療」を目指さないといけないし、それができればどんな人でも家で看取れるだろう。独居の人を看取るためには最低限の3つの条件がある。そして、在宅医療のゴールで大切なことは亡くなっても「納得できること」である。

開催日時 令和元年10月20日(日) 10:00~12:35 (受付開始9:15)

講師 医療法人ゆうの森 理事長 たんぽぽクリニック 永井康徳先生

会場 福岡県歯科医師会館 5階「大ホール」(裏面参照)

【申込方法】 福岡県歯科医師会ホームページの受講申込フォームもしくは「受講申込書」(別添)に、団体名、所在地住所、受講者氏名、職名を明記のうえ、FAX(092-771-2988)にて福岡県歯科医師会宛にご返信ください。

※申込受付人数の確認と、受講受付票(当日受付時に必要)をFAXにてお送りいたします。

【申込締切】 令和元年9月27日(金)

【受講料】 無料 定員300名(先着順)

座席数に限りがございますので、定員になり次第、受付を終了させていただきますので、お早めにお申し込みください。(先着順)また、複数名の参加をご希望いただいた場合、会場の都合により、入場者数のご相談をさせていただきます場合がございますので、予めご了承ください。

会場案内略図



会場：福岡県歯科医師会館（5F大ホール）

福岡市中央区大名1丁目12番43号 TEL092-771-3531

◎ 会場への交通案内

- 西鉄大牟田線 ● 福岡駅より徒歩8分
- JR博多駅 ● 西鉄バス（行先番号3・12・13・56他）
西鉄グランドホテル前下車、徒歩3分
- 地下鉄 天神駅又は赤坂駅より徒歩7分

※ 当日は駐車場がございませんので、周辺のパーキングまたは公共交通機関をご利用ください

○ お問い合わせ先

福岡県歯科医師会事務局

TEL 092-771-3531

FAX 092-771-2988

お口のサポート講習会受講申込書

申込締切 9月27日(金)

FAX番号：092-771-2988

パソコン・スマートフォンで、「研修会・講演会のご案内」受講申込フォームに、必要事項を入力の上、お申し込みください。

ネット環境がない場合は、下記の必要事項をご記入の上、県歯事務局宛にFAX送信ください。

1. 団体名

2. 所在地住所 〒 _____

電話番号 (_____) FAX番号 (_____)

※申込受付人数の確認と、受講受付票(当日受付時に必要となります)をFAXにてお送りいたしますので、必ずご記入ください。

3. 出席者

氏名	フリガナ	職種

【注】座席数の都合上、先着順(定員300名)で受付を終了させていただきます。

また、本受講申込書を受理した場合は、こちらから受付受講票(当日受付時に必要となります)をFAXにてお送りいたします。なお複数名の参加をご希望いただいた場合は、受講受付票をお送りした後も会場の都合により、より多くの医療機関・施設の方にご参加いただけるよう、入場者数のご相談をさせていただく場合がございますので、予めご了承ください。

4. 託児を希望される方はご記入ください(※託児は事前申し込みに限ります)

保護者氏名 _____

保護者連絡先 _____

お子様の年齢(摘要) _____ 歳(_____)

【問合せ先】

〒810-0041 福岡市中央区大名1丁目12番43号
一般社団法人福岡県歯科医師会 担当：小林
TEL：092-771-3531 FAX：092-771-2988