

第14回 福岡県南 実践フットケア研究会 実技研修会

【日時】平成28年 9月 24日(土) 14:00~18:00

【場所】株式会社アステム筑後営業部久留米支店 第7・第8会議室

本研究会は具体的には以下の目標の達成に努め、その治療コンセプトと実技の習得を目指します。

- ①発症してしまった下肢慢性創傷の早期治療と各診療科・施設の連携
- ②予防的フットケア技術の普及

そのために今後、講義を中心とした「本研究会」と実技・実習を中心とした「実技研修会」を開催してまいります。

[活動内容]

- ①下肢慢性創傷治療に関しては講義のみならず実際の症例のカンファレンスを通して治療技術の向上に努める。
- ②予防的フットケアに関しては実習を通してフットケア、下肢潰瘍治療の技術を習得する。
- ③各地域において予防的フットケア、下肢慢性創傷の治療のネットワークを構築する。

定員40名

13:50 共催会社 会社・製品紹介 ※定員に達した場合に抽選または人数調整をお願いする場合があります。

透析患者の足の重症化予防「下肢末梢動脈疾患指導管理料」

14:00【開会挨拶】：聖マリア病院 糖尿病センター長 布井清秀 先生

14:05-15:20「透析患者の血流検査を体験する」

【血流検査の概要解説(ガイダンス)】14:05-14:20

久留米大学医療センター 形成外科 足病変・皮膚潰瘍治療外来 井野 康 先生

【実演：体験学習】14:20-15:20 <3グループに分かれ、20分ごとに各ブースを回ります>

- ・第一グループ：触診と簡易ドップラー（触診指導：井野先生、機器協力：日本光電、アステム）
- ・第二グループ：ABI測定の実験（実演：オムロンコーリン）
- ・第三グループ：SPP測定の実験（実演：カネカメディックス）

<休憩> 15:20-15:30

15:30-17:55【講義・実技演習】<実際のフットケア器材を使用して実技研修をします>

「透析患者へのフットケアの基礎実技」

「下肢末梢動脈疾患指導管理加算」について

社会医療法人天神会 新古賀クリニック 透析室 増本恵美 先生

「フットケア実技：透析患者に実施するときの注意点」

社会医療法人天神会 新古賀クリニック 糖尿病センター 石橋理津子 先生

【実技ファシリテーター】新古賀クリニック 増本恵美様・川久保都希様・穴見智映様・五升田香織様

聖マリア病院 尾形由貴子様、ヨコクラ病院 村上結城様

●爪用ゾンデ、爪やすり、ニッパー、コーンカッター、レデューサー、甘皮けずり等の器材やエプロン、シーツ、マスク、手袋、コットン等の消耗品を用意致しますが自院で用意できる方は持参下さい。●当日は足を出せる服装で爪を伸ばしておいで下さい。

【終了】18:00

【共催】福岡県南実践フットケア研究会、 NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」

株式会社アステム、アルケア株式会社、ケーシーアイ株式会社、株式会社ジェイ・シー・ティ

【事務局】NPO法人 よりよい地域医療を応援する会

(お問合せ：TEL: [090-5929-0837](tel:090-5929-0837) 野口)

・事前申込の必要があります。別紙申込書に記載の上FAXください。

・当日、器材を持参されない方はセットを貸出しますがその際には参加費とあわせて一人2,000円を申し受けます。(器材貸出し、滅菌代、消耗品代、資料代等を含む) 器材、消耗品を持参の方は参加費として一人 500円を申し受けます。

・当日はご参加の確認のため、施設名、氏名 の記入をお願いいたします。ご提供頂きました個人情報は、講演会のご出席の確認とご連絡のために使用致します。個人情報共催関係者を除く第三者に開示、提供することはございません。

器材 参考

爪きりニッパー(直刃)



レチューサー

角質削り

爪ヤスリ

爪きりのあと整えるために使用



爪用ゾンデ



コーンカッター

角質削り
専用刃を使用



甘皮削り

本来は手のネイルケアの際に
甘皮を除去するもの
胼胝削皮、鶏眼除去に使用
浅い鶏眼であれば芯から除去できる





株式会社アステム

筑後営業部

住所:久留米市宮ノ陣

3-7-60



送信先: NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」
FAX to 0942-32-7498 受付先: (株)アステム筑後営業部 担当: 野口

**「第14回 福岡県南 実践フットケア研究会」
参加予約申込書**

- 参加ご希望の方は申込書にご記入の上、上記番号までファックスをお願いします。
- 過去ご参加いただいた方でも、必ずその都度お申込みをお願いいたします。

FAX締切り: 9/20 まで

※必ず連絡が受け取れるEメールアドレスを記載ください。

病院名 :

ご住所 : 〒

【 医師・看護師・その他() 】(○をつけてください)

ご所属 : 役職 :

ご氏名 :

連絡先 : TEL _____ FAX _____.

連絡Eメールアドレス : _____@_____.

【 医師・看護師・その他() 】(○をつけてください)

ご所属 : 役職 :

ご氏名 :

連絡先 : TEL _____ FAX _____.

連絡Eメールアドレス : _____@_____.