

第19回 鹿児島実践フットケア研究会 実技研修会のご案内

【日時】 2018年1月20日(土) 14:00-17:00

【場所】 ㈱アステム 鹿児島営業部 大会議室 (地図参照)

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。

13:50 共催会社 会社・製品紹介

テーマ:「プロから学ぶ 靴選び と 爪切り」

14:00【開会挨拶】: 鹿児島市立病院 心臓血管外科 部長 牛島 孝 先生

14:05 オリエンテーション: 池田病院 糖尿病フットケア外来 フットケア指導士 日高ひとみ 様

14:10-14:50【講義・実技演習】

「誰でもできる、プロから学ぶ足の測り方」

オリオン有限会社 代表取締役

ドイツ・シューマイスター認定オーソペティ・シューカウンセラー 福島謙二 先生

本社: 熊本県人吉市中青井町287-14 電話(0966)22-3524

鹿児島店: 鹿児島市住吉町2-8 浜田ビル102 健康靴の店 オリオン 電話(099)801-4192 携帯080-1763-8595

14:50-15:00 <休憩>

15:00-17:00【講義(15:00-15:40) 実技演習(15:40-17:00)】

「爪切りの基本と根拠がわかる」(仮)

講師:「フットケア&リラクゼーション 美すけっと」 介護福祉士 島子みどり先生

●(爪)爪ゾンデ、爪やすり、爪切りニッパー、グラインダー(角質)コーンカッター、レデューサー、グラインダー等の器材やエプロン、シーツ、マスク、手袋、コットンなどの消耗品を用意致します。普段ご自分で使用される器材を持参いただいても構いませんが参加費は一律徴収させていただきます。●当日は足を出せる服装で爪を伸ばしておいで下さい。

(ファシリテーター(五十音順))

川邊浩治(隼人脳神経外科 フットケア指導士)、木場やよい(立神リハビリテーション温泉病院 フットケア指導士)

久保智美(南薩ケアほすびたる フットケア指導士)、郷原多恵子(大隅鹿屋病院 フットケア指導士)

永田広美(上村内科クリニック フットケア指導士)、二之宮祥子(医療法人 愛誠会 昭南病院・フットケア指導士)

日高ひとみ(池田病院 フットケア指導士)、比良真実(南風病院 フットケア指導士)

真方美紀(鹿児島市立病院 皮膚・排泄ケア認定看護師)、安永郁美(医療法人腎愛会 上山病院 フットケア指導士)

17:00【閉会】

●研修資料の都合上40名限定です。応募多数の場合は抽選になります。
出来る限り、各ご施設1名様のお申込みにご協力ください。

【共催】 鹿児島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:090-5929-1180 柳田)

・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。

・当日は参加費として一人1,000円を申し込み受けまますのでご了承くださいませ。(器材貸出、滅菌代、消耗品代金を含む)

・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、講演会のご出席の確認とご連絡のために使用致します。個人情報は共催関係者を除く第三者に開示、提供することはありません。

(株)アステム所在地



〒890-0073 鹿児島市宇宿二丁目4番7号 株式会社アステム 鹿児島営業部
TEL 099-285-5111 FAX 099-285-5123

- バス : 「オプシア前」バス停より徒歩4分(246m)
- 市電 : 「宇宿一丁目」電停より徒歩11分(815m)
- JR : 「宇宿」駅より徒歩15分(1171m)

FAX to NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」

受付先: (株)アステム鹿児島営業部 FAX:099-285-5123

「第19回 鹿児島実践フットケア研究会 実技研修会」 参加予約申込書

【日時】 2018年 1月 20日(土) 14:00-17:00

【場所】 (株)アステム 鹿児島営業部 大会議室

※器材準備の都合上、1月12日(金)迄にお申し込みください。
抽選の場合がございます。
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: _____ @ _____
