

第18回 宮崎実践フットケア研究会 実技研修会のご案内

【日時】平成29年12月16日(土) 14:00~17:00

【場所】株式会社アステム 宮崎営業部会議室(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 製品紹介

14:00【開会挨拶】宮崎江南病院 形成外科部長 大安 剛裕 先生

14:05-16:10

【透析施設と連携病院との症例・事例検討】

～症例・事例を提示し、課題の解決方向性などを検討し、連携のあり方を考える～

たとえば、「患者の足がどうなれば紹介すればよいのか？誰に相談すればよいのか？」、「血行再建後にいつ送るべきか、手術はどの施設がしてくれるか？」、「創傷のどの程度まで透析施設は見てくれる？リハビリや装具、退院後のフォローや退院までのワンクッションとなる施設は？」など、看護師目線の問題点や連携について考えます。

【座長】宮崎江南病院 形成外科 部長

大安剛裕 先生

平和台病院 教育師長 糖尿病看護認定看護師

原田和子 様

コメンテーター：大分岡病院 創傷ケアセンター 形成外科

松本健吾 先生

14:10-15:10

＜事例提示＞(1施設5分+5~10分質疑)

- | | |
|------------------------------|---------|
| ①藤元総合病院 看護師長 フットケア指導士 | 綱 あけみ 様 |
| ②平和台病院 透析室看護師 副主任 | 松田 憲征 様 |
| ③宮崎市郡医師会病院 病棟師長 皮膚・排泄ケア認定看護師 | 酒井 美香 様 |
| ④宮崎江南病院 地域医療連携室 皮膚・排泄ケア認定看護師 | 長友 真弓 様 |

15:10-15:50

【シンポジウム】～連携のあり方、看護師目線で諸課題を考える～ (座長・各演者)

(15:50-16:00 休憩)

16:00-17:00【講演】

【座長】宮崎江南病院 形成外科 部長

大安剛裕 先生

「透析・糖尿病患者の足病変の治療戦略と連携」

～【情報提供】『足ケアナビ』を活用した遠隔連携の取り組み～

大分岡病院 創傷ケアセンター 形成外科 松本健吾 先生

(医療機器研究開発事業レスキー(株)、旭川医科大学血管外科学講座客員助教)

17:00【閉会】

【共催】宮崎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

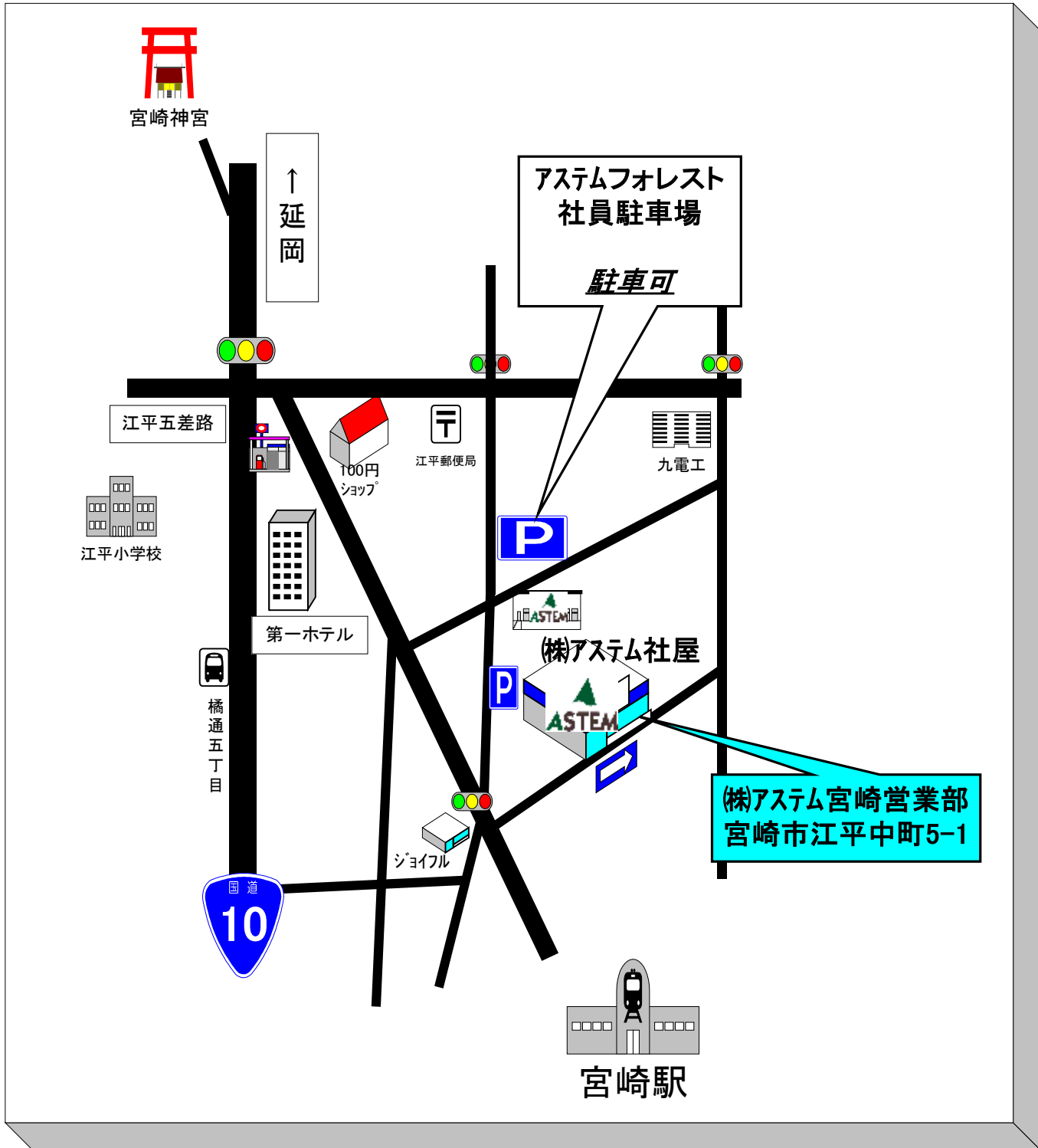
【事務局】NPO法人 よりよい地域医療を応援する会 (お問合せ: [TEL:090-5929-1064](tel:090-5929-1064) 三島)

・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 500円を申し込み受けますのでご了承くださいませ。

・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。

株式会社アステム宮崎営業部案内図



FAX to NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」

受付先: (株)アステム宮崎営業部 FAX:0985-24-3120

「第18回宮崎実践フットケア研究会 実技研修会」 参加予約申込書

(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)

参加者は登録させていただき、今後の案内、連絡などに使用させていただきます。

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: _____ @ _____.

備考:

【 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: _____ @ _____.

備考:

【 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: _____ @ _____.

備考:
