

第19回 北九州実践フットケア研究会 実技研修会

【日時】平成31年1月12日(土) 14:00~17:00

【場所】北九州市立男女共同参画センター・ムーブ 大セミナールーム

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・実技・実習を交えた「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。

従来と場所が変わっております

参加人数
予定:48名

13:50 共催会社 製品紹介

【看護のフットケア実技研修】

14:00 開会挨拶: 小倉第一病院 形成外科部長 石井 義輝 先生

14:05-14:35【特別講演】

【座長】製鉄記念八幡病院 看護部 糖尿病看護認定看護師 鳥取和代先生

「看護のフットケア」

足病Ns Ishibashiメディカルoffice 石橋 理津子 先生

- ・佐賀大学医学部 形成外科 技術補佐員看護師
- ・朝倉医師会病院 糖尿病フットケア外来 企画運営看護師
- ・ヨコクラ病院 フットケア教育担当看護師
- ・日本フットケア学会認定フットケア指導士 日本下肢救済足病学会認定足病認定師

14:35-14:45【実技研修】(1ブースにつき25分、移動5分、4グループ各12名)

実技説明・案内: 新中間病院 透析室 フットケア指導士 鍋山千帆先生

<14:45-14:55 休憩>

14:55-16:55

1) ケアブース(爪切り、ヤスリ、グラインダー、レデューサなど)(物品: (株) JCT)

担当: 鍋山千帆先生(新中間病院)、中村陽子先生(小倉第一病院)、
定森智恵先生(小倉第一病院)、神野絹江先生(行橋クリニック)、
大谷麻岐先生(新王子病院)、河村順子先生(新王子病院)

2) 弾性ストッキングブース

担当: 前田内科病院 フットケアチームリーダー
フットケア指導士 弾性ストッキングコンダクター 石原美紀先生

3) 除圧手技ブース

担当: 足と靴のフットケア協会インストラクター、NPO「よりよい地域医療を応援する会」理事
日本爪ケア普及協会理事、TEAMフットサポーター's代表理事 (株)アステム 岡橋伸浩

4) スキンケアブース(皮膚洗浄、軟膏塗布など)

担当: 製鉄記念八幡病院 皮膚・排泄ケア認定看護師 山田三千穂 先生

16:55-17:00 閉会挨拶: 前田内科病院 フットケアチームリーダー 石原美紀先生

【共催】北九州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)アステム、メンリッケヘルスケア(株)、(株)フィラピーメディカル、(株)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

・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。(お問合せ: TEL:090-5929-0927 松原)

・当日は参加費として一人1000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、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。

北九州市立男女共同参画センター・ムーブ

交通アクセス

◆JR西小倉駅より徒歩約15分

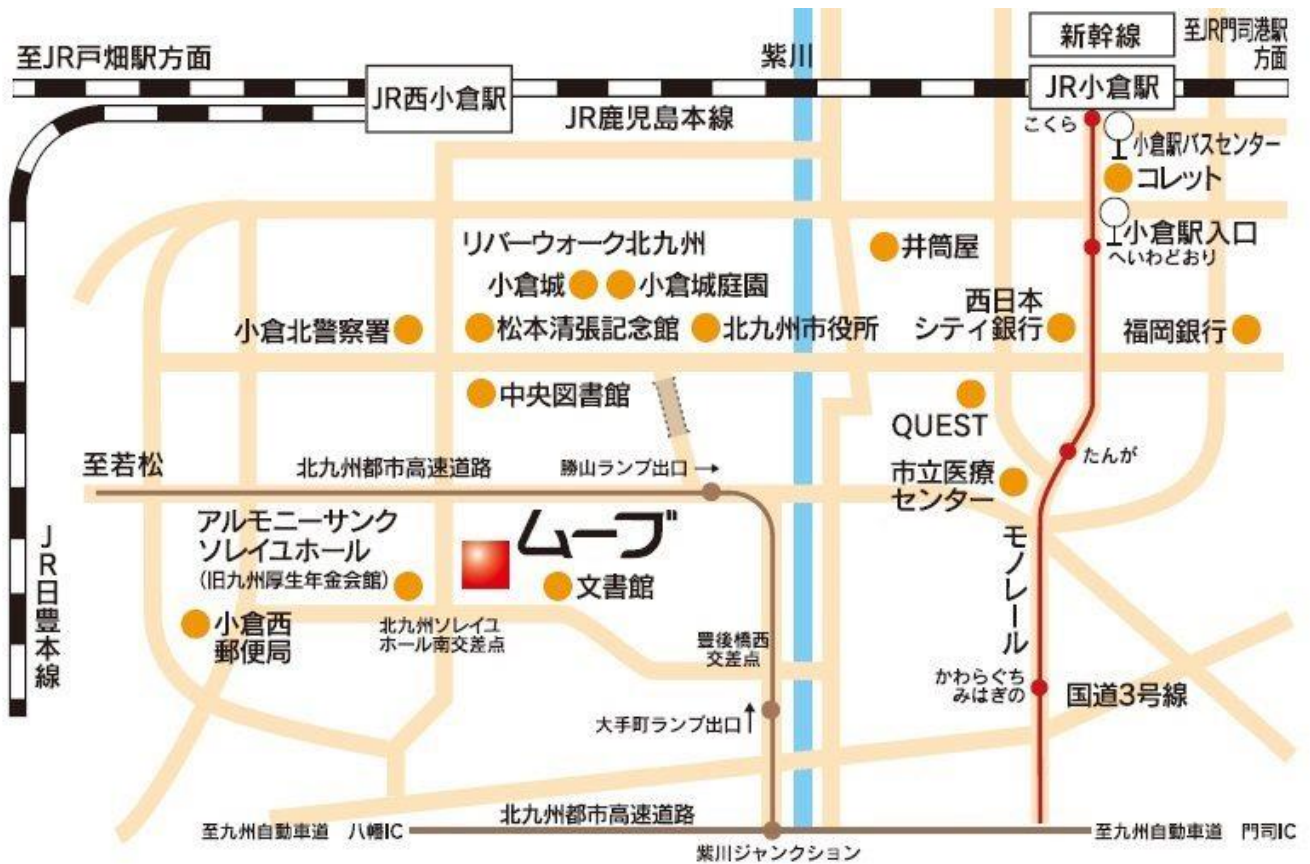
◆西鉄バス

小倉駅バスセンター...27・45・110・36・138・13-1

小倉駅入口...71・76・150・170・175・197→「ソレイユホール・ムーブ前」下車

◆北九州都市高速

勝山ランプ／大手町ランプ出口より約3分



FAX to NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」

受付先:(株)アステム北九州営業部 FAX: 093-471-1862

**「第19回 北九州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)

下記にご記入戴きFAX(093-471-1862)にて **1月5日(土)まで**にご送付ください。
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:_____@_____.

【 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:_____@_____.
