

## 第26回 佐賀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10月 28日(土) 14:00～17:00

【場所】株式会社アステム 佐賀支店 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:唐津赤十字病院 糖尿病内科 部長 竹之下博正 先生

(14:05-15:35)【講演】

座長: 唐津赤十字病院 糖尿病内科 部長 竹之下博正 先生

14:05-14:50 講演1

**「当院における下肢末梢動脈疾患への取り組み」**  
**～各施設との医療連携状況について～**

じんの内医院 陣内 寛先生

14:50-15:35 講演2

**「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

15:35-15:45(休憩)

15:45-16:55 【実技演習】

**「角質の整え方」** (当日使用する器材・消耗品は当方で用意します)

進行:唐津赤十字病院 糖尿病療養指導士 吉田のぞみ 様

ファシリテーター(施設50音順)

- いまりクリニック 池田清美様 ●唐津赤十字病院 諸岡智子様、藤原律子様
- 栄町クリニック 寺田 修様、打越恵美様
- じんの内クリニック 大坪理恵様、隈本 希様 ●なゆたの森病院 永田恭代様
- ひらまつ病院 日高由紀子様 ●力武医院 田中成子様

17:00 閉会

- \* 佐賀県糖尿病療養指導士認定(2単位)が取得できます。
- \* 5学会合同認定 透析療法指導看護師認定(2ポイント)が取得できます。

【共催】佐賀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:090-5929-1294 蒲原)

・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円を申し受けますのでご了承くださいませ(フットケア器材・消耗品の貸出、滅菌代を含む)。

・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) アステム佐賀支店 案内図



(株)アステム 佐賀支店

〒845-0031

佐賀県小城市三日月町堀江1741

Tel: 0952-72-8000

Fax: 0952-71-1034

# FAX to NPO法人「よりよい地域医療を応援する会」

受付先: (株)アステム佐賀支店 FAX: 0952-71-1034

## 「第26回 佐賀実践フットケア研究会 実技研修会」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。
- 参加希望人数が多い場合は、抽選とさせていただきます。あらかじめご了承下さい。
- 各医療機関より医師1名、看護師1名を基本としてお申し込みください。
- 実技、及び年間資料として以下の書籍をご持参下さい。
  - ・「はじめよう！フットケア」（編纂：日本フットケア学会）
  - ・「足病変ケアマニュアル」（編纂：上村 哲司）

**FAX締切り : 10/21(土)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 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_