



2018年度近畿地区 床ずれセミナー



日時

2018年10月28日(日)
9:55~16:00 (受付9:00開始)

会場

ホテルマイステイズ
新大阪コンファレンスセンター
(〒532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島6-2-19)

対象者

医師、歯科医師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、介護支援専門員、介護福祉士、ヘルパー、福祉用具専門相談員、一般、学生、他

定員

150名

参加費

会員 2,000円
非会員 4,000円
学生 2,000円
※昼食なし

※本セミナーは日本褥瘡学会認定講習会(申請中)です。

全国テーマ
『だって、褥瘡があるから...』

いまだ経験のない高齢化社会、医療スタイルの変化

我が国は今後、いまだ経験のない高齢化社会を迎えます。それとともに、国は在宅医療をはじめ、遠隔医療の導入など新たな模索が始まっています。国民が医療を享受するスタイルは確実に変化し、医療費抑制政策もあいつつ混沌とした時代となりそうです。私は皮膚科医であり、褥瘡をはじめ様々な皮膚疾患は直接患者さんを拝見しないと正しい診断と治療はできないと考える向きですが、さりとて異論ばかりを唱えていると情報通信技術の急速な発達により、近くの在宅の患者さんを遠く離れた異国の医療従事者がフォローするという笑話のような現実が訪れるかもしれません。

在宅現場での愛護的な診療と
情報通信技術の応用が重要。

やはり、医療の基本は対面診療であり、ヒトとヒトのふれあいを基盤にしたものでなくてはなりません。他からの批判に耐えうる知識と技量をもった医療従事者が、在宅現場で愛護的な診療としてケアをしてこそ、世界的にもハイレベルな在宅医療が展開できるとともに、お互いの分野の褥瘡学ともいえる基礎知識を共有し、上手に情報通信技術を応用することが重要になるでしょう

「この患者さんは遠隔モニターで十分でしょっつ。」
バイタルをみて、家族にLINEで指示すればいいじゃないか。
「でも、見に行ってください。」
だって、褥瘡があるから...」



2018年度全国会長 安部 正敏



2018年度 近畿地区 床ずれセミナープログラム

- 9:00～9:55 受付開始（企業展示）
- 9:55～10:00 開会の辞
2018年度地区会長 医療法人医誠会 医誠会病院 形成外科 笹尾 卓史
- 10:00～10:50 講演1 「在宅医療における褥瘡創傷ケアの位置づけ～連携を視野に入れて～」
天理よろづ相談所病院 在宅世話どりセンター 中村 義徳
- 10:50～11:00 休憩・企業展示
- 11:00～11:50 講演2 「ワンポイントアドバイス！創傷被覆材の使い方を教えます」
滋賀県湖東健康福祉事務所 彦根保健所 所長 切手 俊弘
- 11:50～13:00 昼休憩・企業展示
- 13:00～13:50 講演3 「今から使いたくなる褥瘡ケアのあれこれ」
彦根市立病院 看護部 北川 智美
- 13:55～14:00 休憩・企業展示
- 14:00～14:50 「在宅ケアに必要な皮膚科学入門 ～軟膏、カビからあなたの美白まで～」
2018年度全国会長 医療法人社団廣仁会 札幌皮膚科クリニック 安部 正敏
- 14:50～15:00 休憩・企業展示
- 15:00～15:55 総合討論 「4名の演者に本音を聞きましょう」
司会 2018年度地区会長 医療法人医誠会 医誠会病院 形成外科 笹尾 卓史
- 15:55～16:00 閉会の辞

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会
2018年度 近畿地区床ずれセミナー申込書

申込先FAX:03-5291-2176 申込締切日:10月19日(金)

* FAX番号を必ずご記入ください。申し込み受付後、整理番号をFAXにて返信します。

近畿地区 10月28日(日)		整理番号 *事務局記入欄	
参加費	会員 2,000円 / 非会員 4,000円 / 学生 2,000円 *当日、受付にてお支払いください		
会 員 非 会 員	<input type="checkbox"/> 会 員 ※ (会員番号:HC)・ <input type="checkbox"/> 非 会 員 <input type="checkbox"/> 当日に会員になる (いずれかをチェックして下さい)		
コアスタッフ	<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 登録していない (いずれかをチェックして下さい)		
氏 名	しめい ふりがな		
勤務先名			勤務先部署名
勤務先住所	〒		
勤務先 TEL		勤務先 FAX	
自宅住所	〒		
自宅 TEL		自宅 FAX	
E-mail	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅 (いずれかをチェックして下記に記載して下さい)		
発 送 先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅 (いずれかをチェックして下さい)		
職種分類 (いずれかを チェックして 下さい)	<input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> WOC <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)		

※ 今回提供頂きますデータは個人情報でございます。日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会の活動及び役員会が
必用と認めた事業以外に使用致しません。