



Japanese Association of Homecare for Pressure Ulcers and Wounds

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 2013年度 九州地区 床ずれセミナー

理事長 大浦 武彦（褥瘡・創傷治癒研究所 所長）
全国会長 切手 俊弘（寺岡整形外科病院 内科医長）
地区会長 石井 義輝（健和会大手町病院 形成外科）

「無理をしない・させない 床ずれケア」

< ご挨拶 >

床ずれはそのメカニズムが徐々に解明されてきており、床ずれの発生頻度は減少傾向にあります。治らない時代から治る時代へ進化し、今では出来ないように予防する時代となりました。

一方、寝たきりの高齢者は増加傾向にあり、その寝たきり状態で自宅で生活を送る方も少なくありません。床ずれがない方は出来ないように、床ずれがある方は悪化しないように、ケアが必要となります。しかし在宅での仕事は床ずれケアだけには終わりません。食事、介助や清拭、排泄介助など 365 日休むことを出来ないのが現状です。

そのような過酷な在宅での床ずれケアに一番大切なことは、無理をしないことだと考えています。それは利用者を無理させないこと、家族を無理させないこと、われわれ医療者も無理をしないことです。24 時間、365 日の看護・介護には継続が必要です。無理をすると継続できません。決して手を抜くではありません。無理がないと「こころのゆとり」が生まれます。そしてときに楽しさがあらわれてきます。たいへんな在宅ケアですが、きっとそこから生まれる楽しさに「やりがい」を感じられるのかもしれませんが。

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会では、なんでも話せる身近なセミナーを心がけて開催しています。日々頑張っている在宅ケアの皆様、同じ思いの仲間がこのセミナーには集まってきます。ぜひ、お近くの会場で会いましょう。そして一緒に在宅の床ずれケアを盛り上げていこうではありませんか。

2013 年度全国会長 切手 俊弘

【日 時】：2013 年 9 月 1 日（日）10:30~16:30（受付開始 10:00~）

【定 員】：300 名

【対象者】：医師、看護師、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、介護福祉士、医療・介護施設スタッフ、訪問看護師、介護支援専門員、ホームヘルパー、福祉用具専門相談員、一般、学生他

【参加費】：会員 1,000 円 / 非会員 3,000 円 / 学生 1,000 円

【会 場】：北九州国際会議場 メインホール

（〒802-0001 福岡県北九州市小倉北区浅野 3-9-30）

2013 年度 九州地区 床ずれセミナー 「つなごう、地域のチカラ」

【日 時】：2013 年 9 月 1 日（日）10:30~16:30（受付開始 10:00~）

【会 場】：北九州国際会議場 メインホール

（〒802-0001 福岡県北九州市小倉北区浅野 3-9-30）

【演 者】：大浦 武彦（褥瘡・創傷治癒研究所 所長）

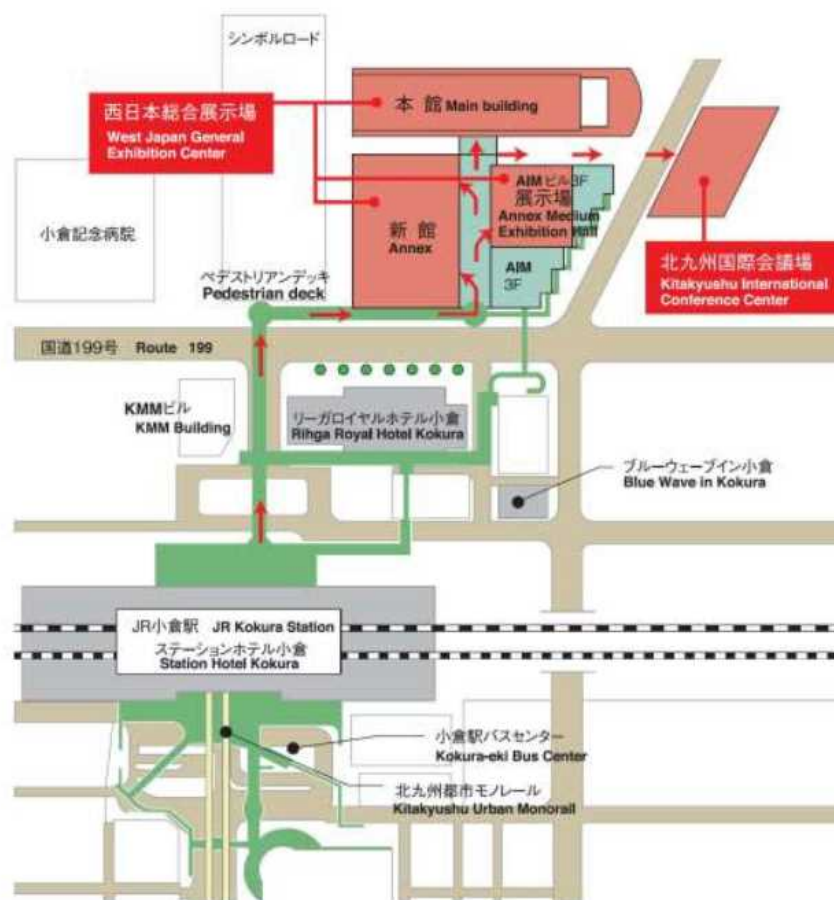
切手 俊弘（寺岡整形外科病院 内科医長）

茂木 定之（広島国際大学 総合リハビリテーション学部）

石井 義輝（健和会大手町病院 形成外科）

※詳細は予告なく変更されることがございますので、適宜協会ホームページでご確認
いただくことをお勧めいたします。

※協会ホームページ URL: <http://www.zaitaku-jokusou.info/>



交通手段	
JR	JR 小倉駅より徒歩 5 分
車	北九州都市高速道路 (小倉駅北ランプより 1 分) (足立ランプより 8 分)

【事務局】 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 事務局
〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル 9 階
株式会社 春恒社 学会事務部内 TEL:03-5291-6231 FAX:03-5291-2176

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会
2013 年度 九州地区床ずれセミナー申込書

申込先 FAX: 03-5648-6640 申込締切日: 8 月 27 日 (水)

* 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。

九州地区 開催日 9 月 1 日 (日)		整理番号 *事務局記入欄	
参加費	会員 1,000 円 / 非会員 3,000 円 / 学生 1,000 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"/> 今回入会希望 (当日、お申し込みください) (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:		生 年 月 日 (西暦)
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"/> 学生 (具体的に) <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。日本在宅褥瘡創傷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。