



Japanese Association of Homecare for Pressure Ulcers and Wounds

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会

2014年度 中国・四国地区 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 岡部 勝行（おかべ整形・形成外科クリニック 院長）
地区会長 小林 一夫（愛媛県立中央病院 形成外科 主任部長）

テーマ

「地域連携でより良い褥瘡・創傷治療とケアを目指そう」

< ご挨拶 >

今年度は、4月5日・6日の第一回総会・学術集会の初開催と例年の如く全国7地区でのセミナーを開催します。今年度のテーマは「地域連携でより良い褥瘡・創傷治療とケアを目指そう」としました。

在宅での褥瘡や慢性創傷に対して主治医・訪問看護師・介護スタッフ等の努力で多くは治癒するが、中には治癒傾向が見られないものや治癒に向かってはいるが遷延化しているものがある。このような状態に対して漫然と同じ治療・ケアを継続するのではなく、地域の専門医やWOC看護師や薬剤師や栄養士や理学療法士・作業療法士等と連携することでより短期間に治癒に向かわせ、再発予防措置を完了させて患者に快適な在宅療養生活を提供していくことは医療・介護従事者の責務である。この連携をうまく行うにはそれぞれの顔が見える関係が必要であり、地域での恒常的な褥瘡・創傷研究会（勉強会）の開催が不可欠である。

そうして褥瘡・創傷のない在宅療養生活の中で褥瘡予防を行っていくという理想に向かっていきましょう。

今回の地区セミナーにおいてこのテーマで皆さんの積極的な討論を期待しています。

2014年度 全国会長 岡部 勝行

【日時】：2014年9月27日（土）9:25～16:00（受付開始8:30～）

【定員】：100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】：愛媛県立中央病院 講堂

（〒790-0024 愛媛県松山市春日町83番地）

プログラム（予定）

8:30	受付・企業展示開始	
9:25	開会の辞	地区会長 小林一夫
9:30-11:00	講演1 「新 床ずれケアナビの解説」	演者：統合医療希望クリニック 院長 堀田由浩
11:00-11:10	休憩・企業展示	
11:10-11:40	講演2 「チームで取り組む在宅褥瘡診療」	演者：統合医療希望クリニック 院長 堀田由浩
11:40-13:00	休憩・企業展示	
13:00-15:00	実践セミナー「在宅でのポジショニング」	演者：生き生きサポートセンターうえるば高知 代表 下元佳子
15:00-15:10	休憩・企業展示	
15:10-16:00	講演3 「在宅褥瘡ケアのプラン立案について」	演者：訪問看護ステーションめぐみ 所長 白瀬幸絵
16:00	閉会の辞	地区会長 小林一夫

※本セミナーは、日本褥瘡学会認定講習会です。

※講演2では、参考テキストとして「**新・床ずれケアナビ在宅版**」を使用します。

お持ちの方はご持参下さい。当日、会場でも販売致しております。(1冊2,000円 会員割引1,500円)。
※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-iokusou.info/>

【会場地図】



【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

2014 年度中国・四国地区床ずれセミナー申込書

申込先 FAX : 03-5648-6640

申込締切日	9月21日(日)締切(先着100名)
-------	--------------------

※下記記入欄にご記入、チェックをお願い致します。

※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。

開催日	9月27日(土)	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ください)		
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ください)		
氏名	しめい ふりがな:	生年 月日	(西暦) 年 月 日
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記載してください)		
FAX 返信 希望先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (いずれかをチェックしてください)		
職種分類 (いずれかを レチェックして 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)		

※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。