

第33回神奈川ストーマリハビリテーション講習会

受講生募集のお知らせ

1.日時・場所

【日時】2017年7月28日(金)～30日(日) 8:30～18:00 の3日間

【場所】聖マリアンナ医科大学 教育棟(神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1) 予定

2.内容

ストーマリハビリテーションの基礎知識に関する以下の内容です

- | | | |
|---------------------------|----------------------|--------------|
| ・ストーマ造設術前看護 | ・骨盤内手術後の排尿・性機能障害 | ・ストーマ合併症のケア |
| ・ストーマサイトマーキング・演習 | ・小児ストーマを要する疾患・術式・合併症 | ・日常生活指導と外来 |
| ・ストーマ造設術前・術後ケア
プログラム立案 | ・がん化学療法を受ける患者のストーマケア | ・オストメイトの社会保障 |
| ・消化管ストーマの術後看護 | ・緩和ストーマのケア | ・在宅ケア |
| ・尿路ストーマを要する疾患・術式・合併症 | ・小児ストーマケア | ・胃瘻の管理 |
| ・尿路ストーマの術後看護 | ・ストーマ用品の概要と選択 | ・ストーマケア演習 |
| | ・スキンケアの基礎 | |

3.講師

神奈川県内に勤務する医師・看護師

4.受講資格・募集人数

神奈川県内の病院・訪問看護ステーションなどに勤務している看護師・医師 100名

5.受講料

¥18,000

テキスト, 演習用模型, 演習用ストーマ用品代を含みます。
前納(銀行振り込み), 受講決定者には後日ご連絡いたします。

6.募集要領

1)別紙の**受講申込み書(必要事項を記入)**, 返信用封筒(A4サイズの封筒に120円切手貼付, 宛名記入)を同封し下記宛にお送り下さい。

- ・**受講申込み書は一人につき一枚とし**, ご施設内に複数の応募者がいる場合は, まとめて郵送下さい。ご施設の規模により1～3名の応募でお願いいたします。
- ・受講申込み書は, 神奈川ストーマ研究会ホームページ(<http://www.kanagawa-stoma.com>)からもダウンロードが可能です。

申込み先: 〒252-0392

神奈川県相模原市南区桜台18-1 (独) 国立病院機構相模原病院 看護部
第33回神奈川ストーマリハビリテーション講習会 実行委員会 山坂友美
FAX: 042 (742) 5314 *お問い合わせはFAXのみでお願い致します

***講習会開催地と申し込み先は異なりますのでご注意ください**

- 2) 募集の採否は5月初旬に郵送でお知らせいたします。尚, 採用後の受講者変更はご遠慮下さい
- 3) **申込み締め切り: 2017年4月5日(水) 必着**でお願いします。それ以降のものは受付できませんのでご了承ください。

7.備考

- (1) 本講習会は人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算(450点)の施設基準において定められている20時間以上の研修です。全日程参加された方に受講修了証を発行いたします。
- (2) ストーマリハビリテーション講習会リーダーシップコースの受講には本講習会を修了していることが条件となります。

主催: 神奈川ストーマ研究会

2017年2月吉日

第33回 神奈川ストーマリハビリテーション講習会 受講申込書

採用人数は各施設の規模により1～3名となります。各施設内での優先順を()内に数字でご記入下さい。必ず看護部長(病院長)または所属長(医長)の許可を受けて下さい。

施設名:	施設全体の病床数:	床
施設内優先順 ()		
ふりがな		
氏名:	所属:	臨床経験年数: 年
性別: 男・女		
<p>1. ストーマ経験数を下記から選び○をつけてください。</p> <p>1) 尿路ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10例 (3)11-20例 (4)21-50例 (5)50例以上</p> <p>2) 消化管ストーマ(成人・小児) (1)なし (2)1-10例 (3)11-20例 (4)21-50例 (5)50例以上</p> <p>2. ストーマケアについておたずねします。ストーマ用装具を使用する際、どのように決めていますか。 下記から選び○をお付けください</p> <p>(1) 病棟のスタッフと相談する (2) 自分で決めている (3) WOC・ET ナースに相談する (4) その他()</p> <p>3. 日頃使用している装具のメーカーをお書き下さい。</p> <p>4. 今までストーマケアを行って来て困ったことがありましたらお書き下さい。</p> <p>5. 今回の講義及び演習で学びたいこと</p>		
看護部長(病院長)または所属長(医長)署名:		印
施設名:		
住所: 〒		
TEL:	FAX:	

A4 サイズの返信用封筒に宛名をご記入の上、120円切手を貼って同封して下さい。
返信用封筒がないものは採用いたしません。

2017年4月5日(水)必着でお願いします。締め切り以降は受付致しません。