



Japanese Association of Homecare for Pressure Ulcers and Wounds

# 日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会 2015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 下元 佳子(生き生きサポートセンターうえるば高知 代表)  
地区会長 畑 美津子(社会医療法人 原土井病院)

## テーマ

## 「Well-beingのための褥瘡・創傷ケア」

### < ご挨拶 >

2006年に、「高齢者虐待防止法」、2012年に「障害者虐待防止法」が施行されました。そして、2016年には障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律「障害者差別解消法」が施行されます。これらの法律は、権利擁護を問うものです。全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現に資することを目的として施行されています。

今、何が問われているのでしょうか。床ずれは、そのメカニズムが解明され、治る時代になりました。どのようなケアで作られているのかも解ってきました。そして今、治せばよい・作らなければよいという時代からもう一步前進すべき時代に来ています。権利擁護の法律で問われているのは、人権尊重です。治療ケアに関わる私たちの目的は、『対象者の健康的な生活を保障すること』や『対象者の幸福』であり、そのための局所ケアであるはずです。特に在宅では、生活が主体です。たとえ床ずれを治すためであっても生活を考えない、生活を犠牲にするような提案は意味がありませんし、床ずれを治すために痛い、つらい想いをさせてはいけないのではないのでしょうか。今年度は、テーマを「well-being(身体的・精神的及び社会的に良好な状態=幸福)のための褥瘡・創傷ケア」としました。人権を守るケア=床ずれのないケアが実践される地域作りのために、皆さんの地域で皆さんと一緒に考えさせていただきたいと思います。

2015年度 全国会長 下元 佳子

【日時】：2015年10月17日(土) 10:30~16:30 (受付開始 10:00~)

【定員】：150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、  
訪問看護師、介護支援専門員、ヘルパー、福祉用具専門相談員、一般、学生

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

【会場】：株式会社アステム 福岡営業部博多支店 大会議室  
〒812-0041 福岡市博多区吉塚 6-15-11

※本セミナーは日本褥瘡学会認定講習会の認定予定です。

# 九州地区 床ずれセミナープログラム(予定)

10:00	受付開始 (企業展示開始)	
10:30-10:35	開会の辞 地区会長	社会医療法人 原土井病院 畑 美津子
10:35-12:00	全国会長講演 『 Well-beingのための褥瘡・創傷ケア 』	生き生きサポートセンターうえるば高知 代表 下元 佳子
12:00-13:00	— 休憩 —	
13:00-14:30	教育講演 『 OH スケールを活用した褥瘡リスクアセスメント 』	統合医療希望クリニック 院長 堀田 由浩
14:30-15:00	— 休憩・企業展示 —	
15:00-16:25	シンポジウム 『 連携を実現するために～多職種、他職種、地域での取り組み～ 人を人として見るために?、意識の統一、共有? 』	医療法人 あおばクリニック 伊藤 大樹 社会福祉法人 猪位金福社会 暖家の丘 佐々木 陽子 社会医療法人 原土井病院 大津 みな 株式会社きらめき 古賀 裕美子
16:25-16:30	開会の辞 地区会長	社会医療法人 原土井病院 畑 美津子

☆当協会テキスト「新床ずれケアナビ」会場にて販売有。(1冊2000円 会員割引 1500円)

☆DVD「床ずれ予防のための動作介助・ポジショニング」(1本:3500円 会員割引:2500円)



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 丁目 4 番地 12 号 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

\*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します。

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

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会  
2015 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: 10月9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。

<b>九州地区 開催日</b> <b>10月17日(土)</b>		<b>整理番号</b> *事務局記入欄	
<b>参加費</b>	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。