

2022年度 糖尿病重症化予防(フットケア)研修 開催要項

- 研修目的 糖尿病患者へのフットケアの意義を理解し、評価方法と実践の技術を身につける
- 研修目標 1.糖尿病患者へのフットケアの意義を理解する
2.糖尿病患者への足病変の病態生理、治療を理解する
3.糖尿病患者へのフットケアのための評価方法を学ぶ
4.糖尿病患者へのフットケアの技術を学ぶ
5.糖尿病患者の事例検討を通して、フットケアにおけるセルフケア支援を理解する
6.予防的フットケアを実践するためのシステム構築について考えることができる
- 研修期間 2022年12月15日(木)・12月16日(金)・12月19日(月) 3日間
- 研修内容 プログラム参照 (研修時間:16時間20分)
- 研修場所 奈良県看護研修センター3階大研修室
- 主催 公益社団法人奈良県看護協会 ・ 共催 日本糖尿病教育・看護学会
- 受講要件 ①糖尿病足病変の看護に従事した経験を5年以上有する保・助・看
②所属長(看護部長や病院長など)の推薦があり、本研修修了後その業務に携わる予定の者
③3日間すべてのプログラムに参加できる者(遅刻・早退不可)
- 定員 30名 応募多数の場合、下記の優先順に受講決定
- 優先順位 1.奈良県看護協会会員 2.奈良県内施設勤務の非会員
3.他府県看護協会会員(但し奈良県内在住優先) 4.他府県非会員
- 参加費 奈良県看護協会会員 22,000円(税込)、他府県会員・非会員 44,000円(税込)
- 申込方法 長形3号返信封筒(返送先の宛先記入・84円切手貼付)1人1通を同封のうえ、別添の受講申込書(推薦書含)に必要事項を記載し、下記の宛先に郵送する
- 申込期日 10月17日(月)～10月27日(木)必着
- 宛先 〒634-0813 奈良県橿原市四条町 288-8 奈良県看護研修センター
糖尿病重症化予防(フットケア)研修
- 受講通知 返信封筒(応募者記載の宛先)に11月15日までに受講可否通知します
- 払込方法 受講可(受講番号の通知)により、期日までに郵便局で払込ください。
口座番号 01030-4-53364 公益社団法人奈良県看護協会
通信欄 フットケア研修/受講番号/受講者氏名(フルネーム)を記入
- 払込期日 11月14日(月)～11月24日(木)
- 修了証 本研修は、社会保険診療報酬「糖尿病合併症管理料」算定要件内の「適切な研修」に該当し、全過程を修了した者に奈良県看護協会長の修了証書を交付する
- 参加証 本研修は、糖尿病療養指導士更新単位(第1群)看護の研修4単位が認定、糖尿病療養指導士の希望者(申請者)に奈良県看護協会長/日本糖尿病教育・看護学会理事長名で参加証を交付する
- その他 演習のためのフットケア用器具(ニッパー・やすり・ゾンデ・コーンカッター等)の持参および、参加の注意(足の爪を伸ばして参加)があり、物品変更等、詳細は決定通知等で案内します

問合せ先

〒634-0813 奈良県橿原市四条町 288-8 奈良県看護協会
糖尿病重症化予防(フットケア)研修 担当
TEL 0744-25-4014 FAX 0744-24-7703

2022年度 糖尿病重症化予防(フットケア)研修 プログラム

公益社団法人奈良県看護協会版

	時間	形式分	テーマ	内容	講師(敬称略)
1日目 12/15 木	9:30~9:40	-	開講式・オリエンテーション		-
	9:40~10:40	講義 1 60	糖尿病患者の療養を支えるフットケア(フットケアの意義)	糖尿病患者への足への関心、足の状態を共通理解するための働きかけ:足を見る、足に触れるということ、足を見るのを促す、足に触れるのを促すということ、足のケアを通して患者の生活を理解すること、療養を支えるフットケア~継続していく大切さ、チーム医療における看護師が行うフットケアの意味	中山 法子 1)
	小休憩 10分				
	10:50~12:20	講義 3 90	糖尿病患者のフットケアのためのアセスメント①	アセスメントとは、記録用紙の使い方と意味、糖尿病患者のハイリスク評価、足の状態を捉える:皮膚の状態・神経障害・血流障害・生活状況、全身状態を捉える:姿勢・歩き方・高血糖・低栄養・免疫力、セルフケア状況の把握:足への関心・フットケアに対する理解・足の問題に関する経験生活習慣・サポートパターン、生活状況を捉える:足への負荷の状況-仕事・靴の選択・清潔習慣	中山 法子 1)
	昼休憩 60分				
	13:20~14:20	講義 6 60	糖尿病重症化予防におけるフットケアの評価と今後の課題	診療報酬における糖尿病重症化予防(フットケア)の位置づけ、予防的フットケアを実践するためのチーム医療及びシステムづくり	日本糖尿病教育・看護学会より推薦
小休憩 10分					
	14:30~16:30	講義 2 120	糖尿病患者の足病変~病態生理から治療まで	糖尿病足病変の病態生理、糖尿病神経障害の検査、血流障害の検査、糖尿病足病変の治療	赤井 靖宏 2)
2日目 12/16 金	9:30~10:00	講義 4 30	糖尿病患者のフットケアのためのアセスメント②	アセスメントの統合、足病変のリスク評価、課題の抽出過程の解説	袖山 孝子 3)
	10:00~11:40	演習 1 100	糖尿病患者のフットケアのためのアセスメント	デモンストレーション、参加者がペアになり演習 ・姿勢、歩き方、足の外観を捉える、知覚及び血流の状態、靴や靴下の観察 ・生活状況、足の手入れ状況の確認 ・フットケア記録用紙の活用 ・足の状態をアセスメントする ・足病変のリスク評価をする	袖山 孝子 3) 吉田 直子 4) 餅田 友希 5) 吉田 明美 6) 甲斐 真紀子 7)
	昼休憩 50分				
	12:30~14:10	講義 5 100	フットケアの実際、予防のためのセルフケア支援	予防のための方法、清潔を保つ、感染を防ぐ、蒸れを防ぐ、圧迫・ずれを避ける、セルフケア支援のためのポイント	袖山 孝子 3)
小休憩 10分					
	14:20~16:30	演習 3 130	フットケアの実際~予防のためのセルフケア支援	デモンストレーション、参加者がペアになり演習(1)患者の足を観る・触れる(2)アセスメントをする(3)必要なケア内容を検討する(4)処置を行う①ゾンデの使用法②ニッパー・ヤスリによる爪のケア③コーンカッターの使用法④レデューサーの使用法 ⑤保温(5)セルフケアに向けての支援	袖山 孝子 3) 吉田 直子 4) 餅田 友希 5) 吉田 明美 6) 甲斐 真紀子 7)
3日目 12/19 月	9:30~9:45	演習 2 15	事例分析と評価①	事例説明	
	9:45~11:30	演習 4 105	事例分析と評価②アセスメントと問題点の抽出	事例検討(グループでディスカッションと全体討議)	袖山 孝子 3) 吉田 直子 4) 餅田 友希 5) 吉田 明美 6) 甲斐 真紀子 7)
	小休憩 5分				
	12:30~14:30	演習 5 120	事例分析と評価③ケア計画立案	足病変のハイリスク状態にある糖尿病患者の事例を通してフットケア計画を立案する一看護問題から課題とフットケア方法を決定する	
	昼休憩 60分				
	14:40~15:30	演習 6 50	今後の糖尿病重症化予防(フットケア)の活動に向けて~自施設におけるフットケア活動計画・まとめ	施設における今後のフットケア活動計画を立てる	
小休憩 10分					
	15:30~15:35	-	閉講式		-

日本糖尿病教育・看護学会 糖尿病重症化予防(フットケア)研修 Ver.5(960分)のうち、演習 2(5分)演習 4(5分)演習 6(10分)追加、公益社団法人奈良県看護協会 糖尿病重症化予防(フットケア)研修(980分) 3日間:16時間20分

講師所属/肩書
 1)糖尿病ケアサポート/診療看護師、糖尿病看護認定看護師、日本糖尿病教育・看護学会評議員
 2)奈良県立医科大学臨床研修センター/センター長、糖尿病専門医
 3)奈良県西和医療センター/糖尿病看護認定看護師
 4)ましたにクリニック/糖尿病看護認定看護師
 5)JCHO 大和郡山病院 訪問看護ステーション/糖尿病看護認定看護師
 6)済生会中和病院/糖尿病看護認定看護師
 7)南奈良総合医療センター/糖尿病看護認定看護師

2022 年度 糖尿病重症化予防（フットケア）研修 受講申込書（推薦書含）

申込日：2022 年 月 日

長形 3 号封筒（返信先の宛先記入・84 円切手貼付）を添えて郵送

下記の必要事項に記載し、選択項目には数字に○印をつけ、（ ）に記載してください。

ふりがな：	年齢 歳（12/1 現在）	性別： 1.男 2.女
氏名：	奈良県看護協会会員番号： 非会員・他府県看護協会は、都道府県名： 日本看護協会会員は会員番号：	
職位：	1. 看護部長職 2. 副看護部長職 3. 看護師長職 4. 副看護師長職、 5. 主任職、 6. 副主任職、7. スタッフ 8. その他（ ）	
糖尿病に関連する資格：	1. 糖尿病看護認定看護師 2. 慢性疾患看護専門看護師 3. 日本糖尿病療養指導士 4. 都道府県地域糖尿病療養指導士	
職名： 1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師	看護実務経験年数： 年 ヶ月	
勤務先（正式名称で記入）：		
勤務先住所： 〒 -		配属部署（主な診療科）：
電話：	内線（ ）	F A X：
E-mail：		
研修参加動機・研修後の活動予定・自己の課題など		
<p>※推薦書（院長または看護部長相当の方が記入してください。） 複数推薦があれば優先順位： 位（ 名中）</p> <p>被推薦者氏名： 生年月日：</p> <p>糖尿病足病変に関する療養指導や看護に従事した期間 西暦 年 月～ 年 月（ 年 ヶ月） 合計 年 ヶ月</p> <p>上記の者は、本施設の看護師であり、糖尿病足病変に関する療養指導や看護に従事し、所定の実務期間（糖尿病足病変の看護に従事した経験 5 年以上）を有しております。糖尿病重症化予防（フットケア）研修会の参加後は、本施設の糖尿病患者の足病変に関する療養指導に従事する予定です。</p> <p>以上のとおり、上記の者は糖尿病重症化予防（フットケア）研修を受ける要件を満たしていますので、ここに推薦いたします。</p> <p>施設名： _____</p> <p>推薦者氏名（自書）： _____ 印 職位(名)： _____</p>		
推薦者の連絡先（電話番号）： _____（内線 _____）		
貴施設の「糖尿病合併症管理料」算定の有無： 1. 算定済み 2. 研修後算定予定 3. 算定未 _____		