

第6回

排尿自立指導料のための中級セミナー追加研修

◆日時: 2018年4月22日(日) 10:00~17:00 (受付 9:15~9:45)

◆会場: デイサービスセンター エルム(福岡県糟屋郡粕屋町大隈1055-1)

◆受講料: 10,000円 (当日会場にてお支払いください。)

◆受講条件: コンチネンス中級セミナーを修了している看護師で、当協会員であること

中級セミナー修了者で現在会員でない場合は、当日、再入会のお申込をいただくと追加講習会に参加していただくことができます。(新規入会申込書にて年会費7,000円+受講料10,000円で合計17,000円を当日お支払いください。)

◆定員: 先着 30名 * 但し、申込者が25人に満たない場合は開催しません

申込メールアドレス: ad6th@jcas.or.jp ※申込方法は裏面をご確認下さい。

締切日前に定員に達した場合は協会ウェブサイト上でお知らせいたしますので、事前にご確認下さい。

◆申込締切: 2018年4月6日(金)

◆持ち物: ①事例 事例検討で使用します。事前課題として、4月13日(金)までに事例をメールもしくは事務局の種子田宛まで、郵送で提出してください。

「尿道留置カテーテル挿入患者のカテーテル抜去の計画について」

A4用紙1ページ(1200文字程度)

※可能なら、できる限り、事例の排尿日誌と残尿測定記録を事例報告と別に添付してください(必ずではありません)。

②使用テキスト 演習で使用します。当日販売はございません。各自事前にご準備ください。

(1) 下部尿路機能障害の治療とケア

メディカ出版: 谷口珠実、武田正之編著 2017

(2) 平成28年度診療報酬改定「排尿自立指導料」に関する手引き

一般社団法人日本創傷・オストミー・失禁管理学会(編)

◆講師: 西村 かおる 氏(NPO法人日本コンチネンス協会 会長)

* 演習があるのでパンツスタイルでお越しください。

* 全日程参加が必要です。遅刻・早退は認められません。

* 昼食時間が短く、お店等も少ないため、申込時に弁当を注文するか、セミナー前に準備して下さい。

昼休みもビデオの視聴や企業プレゼン等があります。



NPO法人日本コンチネンス協会 URL:<http://www.jcas.or.jp>

問合せ先: 第6回排尿自立指導料のための中級セミナー追加研修 事務局 種子田

送付先住所〒842-0002 神崎市神崎町田道ケ里2344-1-701 山田義治方

TEL: 080-5280-9011 FAX: 0942-53-1273

メールアドレス: ad6th@jcas.or.jp

プログラム（予定）

09:15～09:45	受付 ※演習時に使用する機器の展示があります。時間に余裕を持ってご来場下さい
09:45～10:00	オリエンテーション
10:00～11:00	尿道留置カテーテル抜去後の下部尿路機能のアセスメント 下部尿路症状アセスメント、排尿日誌・残尿測定の評価
11:00～12:00	尿道留置カテーテル抜去後の下部尿路機能障害の対処 排尿誘導、生活指導、排尿動作訓練、骨盤底筋訓練、清潔間歇導尿
12:00～13:00	昼食・休憩 (機器のDVD鑑賞やプレゼンテーション聴講等)
13:00～15:00	演習 ※受講者は事前課題として事例を提出する。 清潔間歇導尿、エコーを用いた残尿測定、骨盤底筋訓練
15:10～16:40	プレゼンテーションとグループ討議 尿道留置カテーテル挿入患者のカテーテル抜去の計画について事例を検討 下部尿路機能障害について排尿日誌、残尿測定等に基づきアセスメントし、 包括的な排尿自立支援ケア計画を策定する。
16:40～17:00	まとめ

【お申込みについて】※事例の送付は、必ずメールか郵送でお願いいたします！

●FAXでお申込みの場合

下記の申込票をご記入の上、0942-53-1273に修了証のコピーとともに送信してください

●メールでお申込みの場合

下記の申込内容をメール本文に記載の上、ad6th@jcas.or.jpまで、中級セミナーの修了証を添付し送信してください(修了証のメール添付が難しい場合はFAX送信可です)

●受講料

当日会場にてお支払いください。(10,000円)

●キャンセルについて:

開催決定後はキャンセル料が発生します。ご了承ください。

●その他

やむを得ず欠席される場合は必ずご連絡ください。

締切日前に定員に達した場合は協会ウェブサイト上でお知らせいたします。事前にご確認をお願いいたします。

お送りいただいた中級セミナー修了証にて、受講資格の確認を行います。

FAX申込先: 第6回追加研修事務局（種子田タネダ） FAX: 0942-53-1273

会員番号		お名前		
年齢		連絡先TEL	必ず連絡が取れる番号	
住所	(ご自宅) 〒			
メールアドレス	(パソコン・携帯)	弁当注文の有無	注文する	不要