

平成23年度 糖尿病フットケア研修 実施要領

1. 目的

診療情報請求の糖尿病合併症管理料の算定要件である、「糖尿病足病変の指導に係る適切な研修」に該当する研修を受講し、所属病院において当該点数を円滑に算定できるようにすることを目的とする。

2. 対象者

糖尿病足病変患者の看護に従事した経験を5年以上有する看護師であって、所属病院長の推薦を受けた者。

3. 実施期間

平成23年11月5日（土）～7日（月） 3日間

4. 定員

80名（1病院につき1～2名）*国立病院機構の職員を含む。

5. 研修内容、日程等

日程表の通り

6. 提出物

○受講者調書（本紙・別紙）

受講者の研修目的・目標を明確にすることで、より高い研修効果が得られるよう実施するとともに、応募者数が定員を超過した場合、当研修の受講希望理由等を考慮して受講者を決定する。

○事後レポート

研修評価および自己の課題や目標達成度、今後の方向性に関するレポートであるとともに、次回以降の研修を企画する基礎資料とする。

○研修終了アンケート

研修終了時に実施し、次回以降の研修を企画する基礎資料とする。

7. 受講料 5,100円（受付時に徴収します。）

8. 応募方法

受講者調書（本紙・別紙）をFAXにて京都医療センター管理課職員係へ平成23年10月21日（金）までにお送りください。

9. 研修実施場所及び研修内容に関する問合せ先

（研修実施場所）

〒612-8555

京都府京都市伏見区深草向畑町1-1

国立病院機構京都医療センター及び附属看護助産学校

（研修内容に関すること）

担当 京都医療センターWHO糖尿病協力センター長 河野茂夫

電話 075-641-9161

（応募・その他に関すること）

担当 京都医療センター管理課職員係 八木実沙子

電話 075-641-9161

FAX 075-643-4325

10. その他

その他詳細については受講者決定時に別途連絡する。

平成23年度 糖尿病フットケア研修 日程表

平成23年11月5日(土)～7日(月)

京都医療センター・京都医療センター附属京都看護助産学校

日時等	講義内容	時間(分)	講師(敬称略)
5 日 (土)	10:00～10:30		受付・オリエンテーション
	10:30～11:15	45	I) 糖尿病ケアの基礎知識 I-1) 糖尿病足病変のオーバービュー ーフットケアの意義と目的、足病変の成因と予防、 ハイリスク患者の管理ー (糖尿病センター医長) WHO糖尿病協力センター長 河野 茂夫
	11:15～11:55	40	I-2) 糖尿病足病変と神経障害 ー糖尿病性神経障害の診断と治療ー 名古屋医療センター糖尿病内科医師 山家 由子
	11:55～12:35	40	I-3) 糖尿病足病変と血流障害 血流障害の診断 岡山医療センター糖尿病代謝内科医師 利根 淳仁
	12:35～13:35		(休憩)
	13:35～14:15	40	II) 糖尿病足病変の治療 II-1) 血流障害の治療 (心臓血管外科医長) 浅田 秀典
	14:15～14:55	40	II-2) 足変形と足切断治療とケアのポイント (整形外科医長) 山田 茂
	14:55～15:35	40	II-3) 足感染症の治療と管理 (糖尿病センター医師) 中川内 玲子
	15:35～15:50		(休憩)
	15:50～16:30	40	II-5) 糖尿病足病変患者の全身管理 三重中央医療センター 内分泌代謝科診療部長 田中 剛史
16:30～17:15	45	II-6) 糖尿病足病変治療のまとめ (糖尿病センター医長) 河野 茂夫	
6 日 (日)	9:00～10:00	60	III) 糖尿病患者のリスクアセスメント方法(実習) III-1) 神経障害と血流障害のベッドサイド診断 (糖尿病センター医長) 河野 茂夫
	10:00～12:10	130	IV) 糖尿病足病変のケア技術の実習 IV-1) 創部の局所処置(洗浄、消毒、ドレッシング方法など) (糖尿病センター医師) 中川内 玲子 他
	12:10～13:10		(休憩)
	13:10～13:50	40	II) 糖尿病足病変の治療 II-4) 皮膚病変の診断と治療 (皮膚科医長) 十一 英子
	13:50～14:30	40	IV) 糖尿病足病変のケア技術の実習 IV-3) 創部の免荷処置 (糖尿病センター医長) 河野 茂夫 他
	14:30～14:45		(休憩)
	14:45～15:55	70	IV-4) 糖尿病患者の靴と装具の実際 (フットケア外来 義肢装具士) 大井 雅之
	15:55～17:15	80	IV-5) 靴のチェック方法 (フットケア外来 整形外科靴マイスター) Eduard Herbst、大井 雅之 他
7 日 (月)	9:00～9:30	30	V) 糖尿病足病変患者の看護 (副看護師長) 仁谷 めぐみ・小久保敦子
	9:30～11:00	90	VI) 糖尿病足病変症例の検討(ディスカッション) ーハイリスク患者への予防的フットケアプラン作成と 効率的なセルフケア支援及びその評価方法についてー (看護師長) 西谷 保 他
	11:00～12:00	60	VII) アクションプラン作成 VII-1) 他施設のフットケア外来の取り組み VII-2) 自施設フットケア外来のアクションプラン作成 (看護師長) 西谷 保 他
	12:00～12:30	30	VIII) まとめ 河野 茂夫・西谷 保

合計 960 分

* 講師のうち、(職名・所属) 書きは京都医療センター職員

* 上記は予定であり、変更の可能性があります。

【平成23年度糖尿病フットケア研修】

受講者調書 (本紙)

優先順位		病院名：		
フリガナ 希望者氏名			性別	
生年月日	昭和	年	月	日 歳
最終学歴	卒業学校名			
	卒業月日	昭和・平成	年	月 卒業
免許	種別	看護師		
	番号	第	号	
	登録年月日	昭和・平成	年	月 日
糖尿病足病変足患者への 対応経験年数		年	月	所属(診療科等)
常勤・非常勤の別		(常勤職員は「1」、非常勤職員は「2」を入力)		
所属病院長推薦理由				

- 注1. 氏名の中に、1字全角スペースを入れること。
 2. 列の挿入、削除は絶対にしないこと (Sheet2の名簿を自動作成している)。
 3. 希望する理由、推薦理由欄の文字が正確に印字されるか、確認して提出すること。
 4. 病院名を必ず入力すること。
 5. 2名以上推薦する場合は、優先順位を付すこと。
 ※ 受講者調書 (別紙) も忘れずに提出すること。

受講者調書（別紙）

※ 標記研修の受講希望理由（研修による自己研鑽を望む理由、等）を200～800字程度で記入すること。

研修コース名	平成23年度糖尿病フットケア研修
所属病院・部課職名	病院
氏名	
職種	

（受講を希望する理由）

注)

- (1) 本調書は、受講者の研修目的・目標を明確にすることで、より高い研修効果が得られるよう実施するものである。
- (2) 応募者数が定員を超過した場合は、当研修会の受講希望理由等を考慮して受講者を決定する。