

# 第41回 関西ストーマケア講習会開催のご案内

## 大阪・和歌山ブロック

第41回関西ストーマケア講習会実行委員会では、ストーマケアに携わる医療従事者を対象に、4ブロック会場にて講習会を開催致します。

**ご注意！！** 大阪・和歌山ブロック講習会にお申し込みいただけるのは、勤務地が大阪・和歌山の方に限らせて頂いております。他の地区の方は、ホームページ上で確認の上、申し込みをお願い致します。

1. 日時：2019年8月16日(金)、17日(土)、18日(日)の3日間 9:00~17:30(予定)
2. 会場：大阪市立総合医療センター さくらホール 〒534-0021 大阪市都島区都島本通2-13-22
3. 受講料：25,000円
4. 受講資格：以下の1)~4)全ての条件を満たす者
  - 1) 医師(准)看護師 保健師
  - 2) 関西STOMA研究会会員であること  
※非会員の方は、研究会ホームページ<http://kansai.stoma.org/>の入会案内をご確認いただき、**受講までに必ず入会手続き**を済ませて下さい。
  - 3) ストーマケア経験年数1年以上
  - 4) 3日間すべてに参加できること
5. 定員：80名
6. 講習内容：ストーマケアの基礎を学ぶ **STOMA: Skin Trouble & Ostomy Management Aids** >

- |                     |              |             |
|---------------------|--------------|-------------|
| ・ストーマリハビリテーションの基礎知識 | ・ストーマケア用品    | ・小児ストーマ     |
| ・消化管ストーマ            | ・抗癌剤治療とストーマ  | ・在宅でのストーマケア |
| ・尿路ストーマ             | ・ストーマ周囲皮膚障害  | ・灌注排便法      |
| ・術前ケア               | ・ストーマの合併症    | ・緩和ストーマ     |
| ・ストーマサイトマーキング & 実習  | ・最新ストーマ用品の実際 | ・実習         |
|                     | ・排尿障害・性機能障害  | ・オストメイトの声   |
|                     |              | ・グループワーク    |
|                     |              | ・災害対策       |

7. 申込方法：申込書に必要事項をご記入の上、返信用封筒(必ず長形3号をお願いします。【返信先住所】【ご本人氏名】を記入の上、92円切手を貼付)を同封し、**簡易書留**にて下記の住所までお送りください。**申し込み先への直接の持ち込みは、お断りいたします。**

8. 申込締切：2019年6月2日(日)消印有効  
合否は6月中に選考委員会で決定し郵送します。
9. 注意事項・その他

- 1) 申し込み本人以外の受講・変更は認めません。  
人工肛門人工膀胱術前処置加算算定要件を満たす20時間以上のカリキュラムです。日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会認定のストーマ認定士申請資格条件の講習会です。全課程を修了された方に修了書を授与します。

**テキストは「ストーマリハビリテーション基礎と実際 第3版」を使用します。**

- 2) より多くの方に学習の機会を持って頂くため、過去に受講された方の申し込みはご遠慮下さい。
- 3) 参加申込書は日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会のホームページより、  
【学術情報】→【地域講習会】→【関西ストーマケア講習会】からダウンロードしてください。
- 4) 施設単位で申し込みをされる場合も申込人数分の返信用封筒を同封して下さい。
- 5) 応募者多数の場合、選考により受講者を決定します。申込方法・期日等厳守して下さい。書類不備は受付致しません。  
より多くの施設から参加して頂くため、1施設から1名とさせていただきますのでご了承ください。
- 6) 選考の合否に関わらず関西STOMA研究会会員入会費の返金はできませんのでご了承ください。

<関西STOMA研究会入会に関するお問い合わせ>

〒532-0034 大阪市淀川区野中北2-12-27

大阪市立十三市民病院 外科内

[kansai.stoma-office@umin.org](mailto:kansai.stoma-office@umin.org)



**【関西ストーマケア講習会申込書 送付先】**

〒584-8585

大阪府富田林市新堂2204

宝生会PL病院 認定看護師室

関西ストーマケア講習会 大阪・和歌山ブロック

世話人 山口 富士子

**【問い合わせ先】** [nintei@plhospital.or.jp](mailto:nintei@plhospital.or.jp)

**メール以外のお問い合わせは、受付致しません。**

主催：関西ストーマケア講習会実行委員会 ・ 関西STOMA研究会 <http://kansai.stoma.org/>

後援：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・大阪府看護協会・和歌山県看護協会

# 第41回関西ストーマケア講習会 大阪・和歌山ブロック参加申込書

\* 記載もれは書類不備となりますのでもれなくご記入ください\*

ふりがな		当講習会応募回数 (該当回数に☑してください)
氏名		<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目
施設名		
施設住所	〒 Tel : _____ Fax : _____	
所属部署名	例) 8階東病棟、外科外来 医務部など <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> その他 (該当に☑)	関西STOMA研究会の入会 該当に☑をつけてください。 <input type="checkbox"/> 会員である 会員番号 _____
所属科名	科	<input type="checkbox"/> 加入しているが番号が不明
職種	<input type="checkbox"/> (准)看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 現在手続き中
連絡先 (緊急時に必ずご本人と連絡がとれる 電話番号・メールアドレスいずれも☑及びご記入願います)		
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯	: _____
メールアドレス	<input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> 携帯	: _____
あなた自身の経験についてお答え下さい。( )内は必須です。該当しない場合は 0 を記入して下さい。		
1. 臨床経験年数 ( ) 年		
2. ストーマケア経験人数(延べ)		
消化管ストーマ	<input type="checkbox"/> 0人 <input type="checkbox"/> 1~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上	
尿路ストーマ	<input type="checkbox"/> 0人 <input type="checkbox"/> 1~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上	
小児ストーマ	<input type="checkbox"/> 0人 <input type="checkbox"/> 1~9人 <input type="checkbox"/> 10人以上	
3. ストーマサイトマーキング経験数 ( ) 人		
講習会を受講するにあたり、あなたの動機と学習したいことをお書き下さい。(400字程度)		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
今回の講習会を何で知りましたか? (あてはまるものに☑を入れてください)		
<input type="checkbox"/> 上司から <input type="checkbox"/> 同僚から <input type="checkbox"/> 医師から <input type="checkbox"/> 看護協会から <input type="checkbox"/> ET/皮膚・排泄ケア認定看護師から		
<input type="checkbox"/> ストーマ装具メーカーから <input type="checkbox"/> 装具販売店から <input type="checkbox"/> 関西STOMA研究会ホームページから		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
<送付前に下記をご確認のうえ☑お願いします>		
<input type="checkbox"/> あなたの勤務地は「大阪・和歌山」のいずれかに該当しますか?		
<input type="checkbox"/> 受講資格を全て満たしていますか?		
<input type="checkbox"/> 参加申込書に記載間違いや記載漏れはないですか?		
<input type="checkbox"/> 申し込みは <b>簡易書留</b> です。同封する返信用封筒に間違いはないですか?		
① サイズは長形3号 ② 【返信先住所】【ご本人氏名】の記入 ③92円切手の貼付		

**\* 個人情報の保護 \***

個人情報は関西ストーマケア講習会選考目的、及び関西STOMA研究会会員名簿以外に用いることはありません。

後援：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・大阪府看護協会・和歌山県看護協会