

# 第42回関西ストーマケア講習会 兵庫ブロック開催のご案内

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します。通常は3日間の集合研修で行っていますが、新型コロナウイルス感染拡大が懸念される中でありますので、今年度は講義をオンデマンド配信とし、集合研修は1日としています。集合研修は、感染対策を整えた会場を準備し、換気、消毒などを徹底し開催いたします。

1. **オンデマンド配信期間** 2021年7月12日～ 講習会開催まで 18時間程度  
**集合研修日時** 2021年9月4日(土) 9:00～16:00※一部の実習を自施設で可能な方は9:00～13:00終了です  
 緊急事態宣言発令により講習会開催延期、変更の可能性がございます
2. **集合研修会場** ウイズあかし 〒673-0886 明石市東仲ノ町6番1号(アスピア明石北館7階)
3. **受講料** 25,000円  
 ※別途、テキスト「ストーマリハビリテーション基礎と実際 第3版」(本体6,000+税)の購入が必要です。
4. **定員** 30名
5. **受講資格** 以下の1)～5)全ての条件を満たす者
- 1) 勤務地が兵庫県の方
  - 2) 医師(准)看護師 保健師
  - 3) ストーマケア経験年数1年以上
  - 4) 関西STOMA研究会会員であること、または入会手続きが終了している方  
 ※非会員の方は、下記の入会手続き方法をご確認ください。
  - 5) オンデマンド配信の講義をすべて聴講し、実習に参加できること

## 【関西STOMA研究会入会手続き方法】

関西STOMA研究会未入会の方は、研究会ホームページ <http://kansastoma.org/index.html> の入会案内よりお手続きください。または、入会申込書をダウンロードし、研究会事務局へFAX(06-6167-7186)して入会手続きを行い、**2021年6月21日(月)までに、必ず入金**を済ませて下さい。  
**入会手続は、入会申込書送付および年会費の支払をもって手続終了とさせていただきます。**  
 手続きが未着手の方は、受講資格がないとみなされますのでご注意ください。事務局で手続き状況を確認のうえ、選考いたします。  
 また、研究会会員となっても、応募者多数の場合、必ず受講できるとは限らないことをご了承ください。

## 【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 kansastoma-office@umin.org

## 6. 講習内容 ストーマケアの基礎を学ぶ < STOMA : Skin Trouble & Ostomy Management Aids >

共通部分 講義 (オンデマンド配信: 17時間50分)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストーマリハビリテーション総論</li> <li>● 消化管ストーマ疾患と手術</li> <li>● 尿路ストーマ疾患と手術</li> <li>● 排尿障害・性功能障害</li> <li>● 術前ケア</li> <li>● ストーマケアの基礎・術直後のケア・装具選択</li> <li>● セルフケア指導・日常生活指導</li> <li>● 在宅ケア</li> <li>● 継続ケア・灌注排便法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 消化器がん剤治療とストーマケア</li> <li>● 化学療法と暴露対策</li> <li>● 皮膚障害の原因と対策</li> <li>● 管理困難なストーマケア</li> <li>● 小児のストーマケア</li> <li>● 緩和ストーマ</li> <li>● ストーマ用品の種類</li> <li>● ストーマ用品展示</li> <li>● オストメイトの社会保障</li> </ul>

パターン1	パターン2	
すべての実習を集合研修とした場合	一部の实習を自施設とした場合 (WOCN が所属する病院施設)	
<b>集合研修会場</b> ウイズ明石で実施 9月4日(土) 9:00～16:00	<b>集合研修会場</b> ウイズ明石で実施 9月4日(土) 9:00～13:00	<b>自施設実習 100分</b> 9月3日までに実施してください
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 術後合併症のあるストーマケア</li> <li>● グループワーク</li> <li>● ストーマサイトマーキング</li> <li>● 術後早期ケア</li> <li>● 社会復帰ケア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 術後合併症のあるストーマケア</li> <li>● グループワーク</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ストーマサイトマーキング</li> <li>● 術後早期ケア</li> <li>● 社会復帰ケア</li> </ul>

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]をご記入の上、**92 円切手を貼付**）を同封し、**簡易書留やレターパックなど配達記録が残るもの**で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 **2021 年 6 月 21 日（月） 必着**  
可否は、選考委員会で決定し 7 月中旬に郵送します。

#### 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・人工膀胱造設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。
- 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) 応募者が多数となりますので、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。
- 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。  
※その際、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 頂くことがありますのでご了承ください。  
※ご施設で、選考にあたり優先順位等のご希望がございましたら、下記問い合わせ先までメールでお知らせ願います。
- 6) ストーマサイトマーキングの実習では、受講生がお互いの身体をモデルにし、それぞれのお腹にマーキングを行います。
- 7) 新型コロナウイルス感染を考慮し、WOCN が所属する病院施設においては、一部の実習を自施設でお願いする場合があります。  
この件に関しては所属の WOCN に自施設での実習が可能かを確認した上で、参加申込書の実習欄にチェックをお願いします。  
最終的に自施設で一部実習を願うかは当方で決定し、受講決定書類にてお知らせいたします。  
自施設で一部実習を行った場合でも、9 月 4 日（土）9：00～13：00 の集合研修の参加は必要です。

#### 10. 新型コロナウイルス感染拡大防止について

- 1) 講習会会場は、受講定員を通常より減らし、席の間隔を空けて実施します
- 2) 講習会場内の机、椅子、出入口のドアノブ等は、ご利用前後に消毒を実施します。
- 3) 会場入口には、手指消毒用アルコールを用意しています。
- 4) 講習会場は、ドアに少し隙間を開け、換気扇など、換気に十分留意します。
- 5) 講義前に咳や発熱など症状がみられる方は、受講をお断りすることがあります。

〔関西ストーマケア講習会申込書 送付先〕

〒670-8520 兵庫県姫路市本町 68 番地

姫路医療センター 看護部 桑田 麻名 宛

〔問い合わせ先〕 kanstohyogo.42@gmail.com

メール以外のお問い合わせは、受付致しません。

パソコンメールを受信可能な設定の上、ご連絡下さい。

返信がない場合は、受信設定を再度ご確認の上お問い合わせ下さい。

後援：日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会・兵庫県看護協会

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/>

## 第 42 回 関西ストーマケア講習会 兵庫ブロック 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 氏名	性別 男 ・ 女	当講習会過去応募回数 (今回の応募を除く)  回
個人メールアドレス		
携帯電話番号 (緊急時に必ずご本人と連絡がとれる、電話番号のご記入願います)		
施設名		
施設住所 〒 _____ Tel : _____ Fax : _____		
所属部署名 例) 8 階東病棟、外科外来など  病棟・外来・その他 (該当に○)		関西 S T O M A 研究会の入会 当該番号に○をつけてください。 1. 会員である 会員番号 _____ 2. 加入しているが番号が不明 3. 現在手続き中
所属科名 科		
職種 <input type="checkbox"/> (准) 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 医師		
あなた自身の経験についてお答え下さい 臨床経験年数 ( ) 年 ストーマケア経験年数 外科 ( ) 年 泌尿器科 ( ) 年 婦人科 ( ) 年 小児科 ( ) 年 その他 ( ) 年		所属施設に関してお答え下さい ストーマ造設症例数 ( ) 人/年  内訳 消化器ストーマ ( ) 人/年 泌尿器ストーマ ( ) 人/年
		あなた自身の経験についてお答え下さい ストーマサイトマーキング経験数 約( )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とお書き下さい。(400 字程度) ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		
実習に関して、所属 WOCN にご確認の上、いずれかの <input type="checkbox"/> にチェックをお願いします <input type="checkbox"/> 病院・施設に WOCN がない <input type="checkbox"/> 所属 WOCN による一部実習が可能 <input type="checkbox"/> 所属 WOCN による実習は不可		
今回の講習会を何で知りましたか？ (あてはまるものにチェックを入れてください) <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"/> 関西 STOMA 研究会で <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"/> その他 ( )		
<送付前に下記をご確認のうえチェックをお願いします> <input type="checkbox"/> あなたの勤務地は「兵庫県」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"/> 返信用封筒に間違いはないですか？ ①サイズ長形 3 号 ②【返信先住所】【ご本人氏名※看護部長宛ての場合でも応募者名の記載も必要です】 ③92 円切手の貼付 <input type="checkbox"/> 配達記録が残るもの (簡易書留やレターパックなど) で送っていますか？ <input type="checkbox"/> 施設宛に請求書が必要な場合は、チェックをお願いします		

### \* 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。