

清藤大輔医師による「介護医学」講座

名古屋

名古屋企業福祉会館
(第5+6会議室)

(愛知県名古屋市中区大須 2-19-36)
☆鶴舞線「大須観音」駅より徒歩4分

2018年 10月13日(土) からスタート!!

連続講座 (=単発受講も可能です)

時間 10:30 ~ 16:00 (各回共通)

講師

清藤大輔
きよふじ だいすけ



医師/ういずクリニック新横浜・院長

1994年、熊本大学医学部卒。仙台市での在宅ホスピス勤務医を経て、2003年より11年間、老健施設の施設医を務める。2014年より介護老人保健施設・志木瑞穂の里副施設長、2015年より施設長。2018年3月同施設退任。

| | | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名古屋プログラム | 第①回 10/13 (土) | <h3>急変時の介護医学I</h3> <p>【急変時とは】 急変の4タイプ/慢性疾患の急性増悪/急変のリスク因子/見逃し/看取りの切れない関係/事故防止の3つのレベル</p> <p>【異常の早期発見と早期対応】 若者と高齢者の観察方法の違い/早く気付くためのコツ/救急車が来るまでにやっておくこと</p> <p>【急変時のサインと緊急性の高い症状】 急な体調変化・ADL低下/便の色の異常/バイタルサインのパニック値/意識レベルの低下/けがと骨折</p> <p>【症状から読み取れる見逃せない病気】 脱水はあらゆる病気を真似する/発熱/むくみ/意識障害とせん妄/動悸/息切れ/けいれん/意識消失/誤嚥</p> |
| 第②回 10/21 (日) | <h3>急変時の介護医学II</h3> <p>【急変時の症状別対応】 高熱/誤嚥・窒息/呼吸困難/意識障害とせん妄/けいれん/てんかん/意識消失/吐血・下血/骨折/火傷/鼻血/低血糖発作</p> <p>【2つ以上の症状の危険な組み合わせ】 ①意識レベルの低下+呼吸器症状、むくみ・息切れ、体の動きの異常、冷や汗、血圧低下/ ②頭痛+嘔吐、38度以上の発熱+脈 90以上、多量の排便+意識障害</p> <p>【慢性疾患の管理とアセスメント】 脳血管障害/糖尿病/パーキンソン症候群と神経難病素/呼吸器疾患/循環器疾患/腎不全</p> <p>【《実習》 応急手当】 AED/昏睡体位/心肺蘇生のイロハ</p> | |

*受講票はお送りしません。満員でお断りする場合のみご連絡さし上げます。
*連続で受講される方は、初回に受講料をいただきます。
その際、パスポートを発行しますので、2回目受講時、忘れずにご持参ください。

| | | |
|-----|----------|---------|
| 受講料 | 1回 | 6,000円 |
| | 2回通し(①②) | 11,000円 |

*当日会場で承ります。

主催 **なるほどケア塾** お問い合わせ
〒189-0011 ☎042-306-3771
東京都東村山市恩多町 3-39-13-101 ㈱円窓社内

Fax : 042-306-3772

お申し込みはこちらへ Fax
<参加人数>

| | |
|--------------------------------------------|-----------------|
| <参加者名> *施設の場合は施設名もご記入ください。 | ① 10/13 ()名 |
| <住所> 〒 (自宅・職場) | ② 10/21 ()名 |
| <TEL> | ①② 2回通し ()名 |
| <FAX> | |