

# 快適なおむつの使い方講座

利用者のQOL、生活機能の向上のために、介護現場等におけるおむつ装着に関する知識や技術を習得することを目的に開催します

【日時】 令和元年 **12月6日** (金)

午後1時50分～午後4時30分 (受付は午後1時20分～)

【講師】 花王プロフェッショナル・サービス株式会社 平山 芳久 氏  
中部支社 メディカルサポートグループ マネジャー

【会場】 静岡県総合社会福祉会館 7階 703会議室 (静岡市葵区駿府町1-70)

※駐車場の用意はありません。会場案内図は、受講承認書でお知らせします。

【対象】 社会福祉施設・介護保険事業所等に勤務する方

【定員】 60人 ※定員超過の場合は抽選で受講者を決定します。先着順ではありません。

- 【研修内容】
- \*基本的な排泄ケアの考え方 (講義)
  - \*おむつの性能、特性とその方に合ったおむつの選び方 (講義・実験)
  - \*快適なおむつのあて方、使い方 (実技)
  - \*質疑応答



【受講料】 5,000円 (ただし、所属している施設・事業所が静岡県社会福祉協議会会員の場合は3,000円)  
※受講料は、改めて受講承認書でお知らせします。当日、受付でお支払いください。

【申込方法】 Web (会員向けサービス) 又は郵便でお申し込みください。  
※郵便の場合は、受講申込書 (別紙) に返信用封筒 (84円切手貼付) を添えてください。  
受講の可否は、締切後にメール又は郵便でお知らせします。

【申込締切】 令和元年 **11月5日** (火) ※郵便の場合は消印有効

【その他】 実技を行うので、動きやすい服装・靴で御参加ください。

## これまでに受講された方の声をご紹介します。

排泄は高齢になっても、人に見られたくなく感じ、そのためおむつを付けると、抵抗を感じてしまい、できるなら使いたくないと思いました。拘縮のある人のつけ方を教えてもらい勉強になりました。

通所の施設のため、家族からのおむつ選びで色々なおむつで交換しているのが現状です。1人1人排尿回数は違ったり、アウターやインナーもそれぞれの中でやっているのので、合わない人(利用者)がいた場合はアドバイスしてみようと思います。とても勉強になりました。

おむつの性能をしっかりと理解して正しい当て方をする事が大事、今日の講座で改めてわかりました。利用者様も十人十色でありその方にあった使い方をする事が利用者様にも介護側にも利益をもたらすと思います。実技は大変に良かったと思います。

オムツの当て方について再度理解し、今後に役立ててみたいと思いました。施設に戻り、試してみたいと思います。自分の当て方では、もれてしまう事が再認識できたので、研修に参加できて良かったです。

とても分かりやすくおむつのことを教えていただきました。おむつの選び方やあてかたが大事であることがわかりました。

オムツをはめる事に慣れすぎて雑になっていたように思いました。チョットした工夫が、モレ防止やフィッティングの善し悪しを決めていることに気づきました。基本を守って丁寧にはかせていこうと改めて感じました。

# 郵 送 用

※返信用封筒（84円切手貼付）を添えてください。

締切：11月5日（火）消印有効

研修No.41

## 2019年度 快適なおむつの使い方講座 受講申込書

|                         |  |          |                              |     |
|-------------------------|--|----------|------------------------------|-----|
| ふりがな                    |  |          | 経験年数<br>(現在の業種・職種<br>での経験年数) | 年 月 |
| 氏 名                     | 性別（ 男 ・ 女 ）                                      |          |                              |     |
| 職種名                     |  | 施設・事業所種別 |                              |     |
| 施設・事業所名                 |  |          |                              |     |
| 県社協の会員・非会員の区別に○をしてください。 |  |          | 会 員 ・ 非会員                    |     |
| 施設所在地                   | 〒 _____  |          |                              |     |
|                         | *電話連絡する際の担当者名（            ） TEL       （        ） |          |                              |     |
|                         | FAX       （        ）                             |          |                              |     |
|                         | *休日・夜間等の緊急連絡先（            ） TEL       （        ） |          |                              |     |

- \* 全ての欄に御記入ください。
- \* 施設・事業所種別には、特別養護老人ホーム、デイサービス（通所介護事業所）、グループホーム等の種別を御記入ください。
- \* 御記入いただいた個人情報については本講座以外に使用することはありませんが、当日研修で配付する資料に、氏名、職種及び施設名を掲載させていただきます。

★講義の参考にしますので、下欄に御記入ください。

この研修で特に学びたいこと、講師に質問したいことがありましたら、御自由にお書きください。