

兵庫県難病連 医療生活相談会

NPO 法人兵庫県腎友会 西播ブロック

第一回 地域学習会

講演 「透析患者の血管（シャントと動脈硬化について）」



講師 福岡正人先生/ 姫路第一病院 バスキュラーアクセスセンター長

平成3年 神戸大学医学部卒業、旧第2外科入局 兵庫県立淡路病院、高砂市民病院
平成10年 神戸大学医学部 大学院卒業 平成11年より 製鉄記念広畑病院 勤務
血管外科部長を経て第2外科部長（兼）血管外科部長、（兼）臨床工学科部長
令和4年5月より兵庫県立はりま姫路総合医療センター外科消化器外科部長
令和5年4月より姫路第一病院 バスキュラーアクセスセンター長
製鉄記念広畑病院赴任から、延べ1万人以上の手術症例を経験し、シャント作成は
2,000例、VAIVT2,000例、下肢静脈瘤は1,700例
姫路第一病院 下肢静脈瘤センター長兼任

開催日

2025年7月27日（日）午後1時～

会場

龍野経済交流センター セミナー室B
（龍野商工会議所・たつの市龍野町富永702-1）

定員

40名

参加無料



申込み

兵庫県腎友会 TEL078-371-4382 FAX078-371-8840



講演会の後、気になる事を直接相談できる

個別相談会の時間を設けています。

ぜひ、ご参加ください

主催：NPO 法人兵庫県腎友会 西播ブロック・（一社）兵庫県難病団体連絡協議会

難病「医療・生活」相談会

日時

令和7年7月27日 日 13:00~16:00

場所

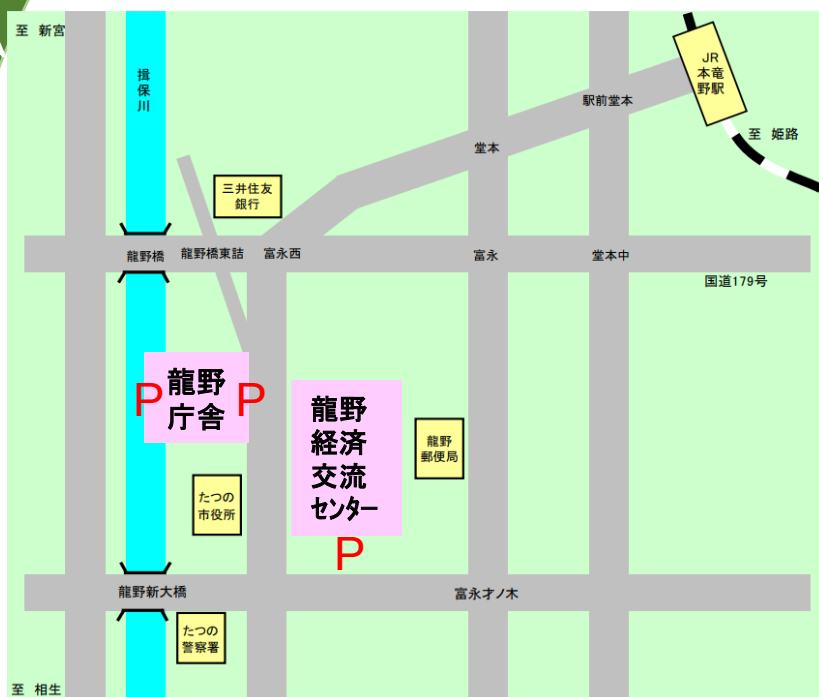
龍野経済交流センター

たつの市龍野町富永702-1

龍野健康福祉事務所

たつの市龍野町富永1311-3

地図



日ごろの悩みや、医療・生活について相談できる場です。専門医等からのお話を聞ける貴重な機会になっていますので、是非ご参加下さい。

対象疾患・会場・講師

裏面参照

参加
無料

申込
必要

参加申し込み 令和7年7月14日（月）まで

- ①～③のいずれかの方法でお申込下さい。
- ①インターネット<https://forms.office.com/r/W4N1nbKJ8e>
- ②裏面申し込み用紙にてFAX
- ③下記申込先への電話



後援

たつの市、相生市、赤穂市、宍粟市、太子町、上郡町、佐用町、兵庫県医師会、兵庫県社会福祉協議会、相生市医師会、たつの市・揖保郡医師会、赤穂市医師会、宍粟市医師会、赤穂郡医師会、佐用郡医師会、相生市社会福祉協議会、たつの市社会福祉協議会、赤穂市社会福祉協議会、宍粟市社会福祉協議会、太子町社会福祉協議会、上郡町社会福祉協議会、佐用町社会福祉協議会、神戸新聞厚生事業団

申し込み・問い合わせ先

赤穂健康福祉事務所（赤穂保健所） 地域保健課 上田・山田
TEL 0791-43-2321 FAX 0791-43-5386
兵庫県難病団体連絡協議会 TEL 078-322-1878

※申し込み状況により会場を変更することが
ございます。あらかじめご了承くださいませ。



【龍野経済交流センター】

疾患名	室名	階	定員	講師
網膜色素変性症	ギャラリー 霞城	1	50	社会医療法人 三栄会 ツカザキ病院 眼科部長（糖尿病網膜症領域担当）長澤 利彦
パーキンソン病	ホール	2	260	兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 病院長 水田 英二
リハビリ相談				西播磨リハビリテーション病院 リハビリ療法部 主任理学療法士 沖西 正圭
神経系疾患 (ALS、SCD、筋無力症、 筋ジス、その他)	セミナー室 A	2	48	国立病院機構 兵庫中央病院 脳神経内科 副院長・脳神経内科診療部長 二村 直伸
腎臓病	セミナー室 B		48	姫路第一病院バスキュラーアクセスセンター長 下肢静脈瘤センター長 福岡 正人

【龍野健康福祉事務所】

疾患名	室名	階	定員	講師
免疫系疾患 (膠原病、リウマチ・ ベーチェット病他)	第4会議室	3	30	兵庫県立はりま姫路総合医療センター 膠原病リウマチ内科 診療科長・リウマチセンター長 山本 譲
肝臓病	第5会議室		50	赤穂市民病院 消化器内科 診療部長/消化器内科部長 三井 康祐
潰瘍性大腸炎・ クローン病	栄養指導 室	2	20	中山クリニック 内科・消化器内科 医師 上小鶴 孝二
心臓病	相談室兼 会議室1		20	加古川中央市民病院 小児循環器内科 主任科部長 藤田 秀樹
血液疾患	相談室兼 会議室2		10	上ヶ原病院 院長 血液内科 藤盛 好啓
生活相談	相談室			赤穂健康福祉事務所 龍野健康福祉事務所 保健師

難病「医療・生活」相談会 FAX申込票

FAX 0791-43-5386

送信先：赤穂健康福祉事務所(赤穂保健所)
地域保健課 上田・山田 宛

参加者氏名 (同伴者氏名もご記入下さい)	連絡先 固定電話： () 携 帯： ()
住 所 〒 -	
参加希望ブース名に○をつけて下さい。(複数可) 網膜色素変性症 パーキンソン病 リハビリ相談(個別) 神経系疾患 腎臓病 肝臓病 免疫系疾患 潰瘍性大腸炎・クローン病 心臓病 血液疾患 生活相談	