（社福)兵庫県社会福祉事業団　総合リハビリテーションセンター　福祉のまちづくり研究所　研修課

＊＊＊ 令和３年度　ノーリフティングケア研修　受講者募集のご案内 ＊＊＊

腰痛予防推進研修

～介護職員のためのノーリフティングケア～

本研修の目的

・腰痛発生原因を理解し、リスクマネジメントが行える視点、福祉用具や機器を活用した腰痛予防対策を学ぶ

・腰痛予防対策がケアをする側、される側の双方にとって有益であることを理解する

〇 **日　時**　　７月 13 日（火）・７月 14 日（水）　〔２日間〕１０：００～　（受付　９：４５～）

〇 **会　場**

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所 3 階（神戸市西区曙町 1070）

〇 **募集者**

［定　員］ ２４名　（応募者が定員を超えた場合は、受講者を選考しますのでご了承ください）

［対象者］　介護保険サービス事業所職員、医療専門職、障害者総合支援法事業所職員、福祉用具の使用に興味のある介護職　等

〇 **研修内容[プログラム]（予定）**

	時　間	内　容	講　師
1 日目 7/13（火）	10:00～10:10	あいさつ・オリエンテーション	安全なケア研究所 博士（工学） 理学療法士 代表　上田　喜敏　氏
	10:10～12:30	【講義】 ・腰痛予防対策は利用者/患者とケア提供者の安全になる ・「具体的な対応方法」について	
	13:30～16:40 （休憩を含む）	【実技】　セーフティーケア１ ・腰を痛めない安全な作業の理解	
2 日目 7/14（水）	10:00～12:30	【実技】　セーフティーケア２ ・スライディングシートを使用した介助方法	
	13:30～16:30	【実技】　セーフティーケア３ ・トランスファーボードを使用した介助方法	

〇　**受講料**　　12,000 円（受講決定後に振込先を連絡します。振込のみ。）

〇　**申込締め切り日**　2021 年 6 月 21 日（月）　12:00（正午）までです。

〇　**申込方法**

①福祉のまちづくり研究所　研修部門のホームページの申込フォーム

②受講申込書（別紙）に必要事項を記入し下記の宛先に郵送もしくは持参

③受講申込書（別紙）に必要事項を記入し FAX（078-925-4657）

〒651-2181　　神戸市西区曙町 1070

社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団　総合リハビリテーションセンター

福祉のまちづくり研究所　研修センター　行

○　**受講可否通知方法**

申込締切後、郵送にて通知。申し込み締め切り後10日以内に連絡がない場合は、お問い合わせください。

○　**新型コロナウイルス感染症対策における変更及び中止について**

・　新型コロナウイルス感染症対策の一環として、今後本研修を変更及び中止する場合があります。
・　変更及び中止の決定は、福祉のまちづくり研究所研修部門における最新NEWS又はノーリフティングケア研修のページに掲載します。申込者様・申込責任者様は、適宜ご確認のほどお願い申し上げます。

○　**新型コロナウイルス感染予防対策について【重要】**

・　本研修は、フェイスシールドの装着が必須となります。フェイスシールドについては、各自でご準備下さい。

・　受講の際は、厚生労働省や兵庫県のホームページをご参照いただくと共に、マスクの着用、咳エチケット、手洗い等の励行をお願いいたします。また研修当日は、会場受付にて検温や問診を実施いたします。

・　感染予防の方針については、福祉のまちづくり研究所ホームページ研修部門　NEWS 一覧よりご確認ください。
http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?p=8413

・　以上の内容に合意される方のみ申し込みしてください。ご出席いただく皆様にはご不便をおかけしますが、ご理解・ご協力をお願いいたします。

今後、開催中止等、変更の判断をする場合は、当福祉のまちづくり研究所ホームページに掲載の上、受講決定者の皆様に個別にご連絡させていただきます。

○　**問合せ先**

兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所ホームページより研修部門の問い合わせページからメールにてお問い合わせ下さい。
http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi

○　**その他**

受講決定後は、受講者の変更はできません。

◇令和３年度　ノーリフティングケア研修　受講申込書◇

研修名	**腰痛予防推進研修** **～介護職員のためのノーリフティングケア～**		
研修日	7月13日（火） 7月14日（水）	締切日	6月21日（月）

ふりがな		性別	男　：　女
受講者氏名		年齢	歳
職種 (当てはまる職種に〇をつけてください)	1.介護福祉士　2.訪問介護員(　　級)　3.介護支援専門員　4.施設職員　5.看護師 6.保健師　7.理学療法士　8.作業療法士　9.言語聴覚士　10.社会福祉士　11.医療ｿｰｼｬﾙﾜｰｶｰ 12.市町行政関係職員　13.その他(　　　　　　　　　　　)		
現職での経験年数	年　　ヶ月　（現在の職種の他事業所での経験も通算してください）		
勤務先名称・部署			
所属機関 (当てはまる所属に〇をつけてください)	1.特別養護老人ホーム　2.介護老人保健施設　3.小規模多機能型居宅介護事業所 4.認知症対応型共同生活介護　5.看護小規模多機能型居宅介護　6.通所介護事業所 7.居宅介護支援事業所　8.訪問看護事業所　9.訪問介護事業所 10.地域包括支援センター　11.有料老人ホーム　12.医療施設 13.障害者総合支援法事業所　14.行政　15.その他		
勤務先住所・ＴＥＬ	〒 ＴＥＬ（　　　）　　－　　ＦＡＸ（　　　）　　－		
※上記と異なる連絡先がある場合は記入してください	氏名： 〒 TEL（　　　）　　－　　FAX（　　　）　　-		
〇研修の受講動機・研修で学びたいことをご記載ください（**必須**）			

※連絡先が御本人と異なる場合（管理者・担当者・代表者など）や自宅などに連絡を希望される場合は、その旨を記入してください。

●受講申込用紙に、記載漏れがないようにお願いいたします。

●研修ごと、申込者ごとに１枚の用紙を使用し、郵送・持参・FAX（078-925-4657）にてお申込みください。なお、福祉のまちづくり研究所　研修課　ノーリフティングケアのホームページからも申し込みができます。

●申し込みに記載されている個人情報は、名簿の作成等、研修事業以外の目的には使用しません。

【申込先】〒651-2181 神戸市西区曙町１０７０
兵庫県社会福祉事業団　総合リハビリテーションセンター　福祉のまちづくり研究所
研修センター　　担当：梶原