

安全なケアの業務改善研修(腰痛予防)

～管理職編～

本研修の目的

- ・腰痛の発生機序や、腰痛予防に関する法令を理解する
- ・職場での腰痛予防対策の推進のために必要なリスクマネジメントの考え方を学ぶ
- ・腰痛予防対策で人件費対策と施設経営の関係性を知る

○ **日時** 7月13日(火) [1日間]10:00～ (受付 9:45～)

○ **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)

○ **募集者**

[定員] 10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] 積極的に腰痛予防対策に取り組む施設・経理などで用具や機器の購入に関わっている職員 等

○ **研修内容[プログラム](予定)**

	時間	内容	講師
7/13 (火)	10:00～10:10	あいさつ・オリエンテーション	研修課
	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	安全なケア研究所
	13:30～16:40 (休憩を含む)	【実技】 セーフティーケア ・腰を痛めない安全な作業の理解	博士(工学) 理学療法士 代表 上田 喜敏 氏

○ **受講料** 8,000円 (受講決定後に振込先を連絡します。振込のみ。)

○ **申込締め切り日** 6月21日(月) 12:00(正午)までです。

○ **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	安全なケアの業務改善研修(腰痛予防) ～管理職編～		
研修日	7月13日(火)	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 <small>(当てはまる職種に○をつけてください)</small>	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 月	<small>(現在の職種の他事業所での経験も通算してください)</small>
----------	-----	--

勤務先名称・部署	
----------	--

所属機関 <small>(当てはまる所属に○をつけてください)</small>	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 () -
--------------------------	---------------------------------

○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、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