

## ノーリフティングケア指導者養成研修

『ノーリフティングケア』とは、介護される側・する側双方において安全で安心な、抱え上げない・持ち上げない・引きずらないケアをノーリフティングケアと言います。対象者の状態に合わせて福祉用具を有効に活用し取り組むことが必要です。福祉用具を使うことが目的ではなく、双方の健康的な生活を保証できるケアを実現することを目的としています。

### ○ 本研修の目的

- ・ノーリフティングケアの目的と必要性を理解し、自己管理の方法や技術の習得などについて指導できる人材を育成する。
- ・組織におけるノーリフティングケアの普及目的は腰痛予防対策であり、リスクマネジメントができる人材を育成する。

### ○ 日時

令和5年2月25日(土) [1日間] 9:30～16:30(受付9:15～)

### ○ 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 1階 (神戸市西区曙町1070)

※会場は変更になる場合がありますが、原則総合リハビリテーションセンター内で行います。

### ○ 受講者

[定員] 24名

[対象者] ノーリフティングケアマネジメント研修受講施設

### ○ 研修内容[プログラム](予定)

| 時 間                 |                        | 内 容                                                                             | 講 師                                                         |
|---------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                     | 9:30～9:40              | あいさつ・オリエンテーション                                                                  | 研修センター                                                      |
| 令和5年<br>2/25<br>(土) | 9:40～16:30<br>(昼休憩を挟む) | 【講義と実習】<br>・安全な福祉用具活用の理解と取り扱い<br>・技術指導と評価の練習<br>「ノーリフト®ケア実践マニュアル」を中心とした<br>相互実習 | 一般社団法人<br>ナチュラルハートフルケア<br>ネットワーク<br>眞藤 英恵氏、正木 健一氏、<br>藤井 幸氏 |

○ 受講料 8,000円(受講決定者に振込先を連絡します。なお、支払い方法は、振込のみとなります。)

○ 申込締め切り日 令和5年1月30日(月) 12:00(正午)まで ※定員になり次第、締め切ります。

○ 申込方法 ※①、②いずれかの方法でお申込みください。

#### 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からの申込み(推奨)

福祉のまちづくり研究所トップページ>研修部門>研修>ノーリフティングケア研修

URL(<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?cat=29>)



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。

〒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

## ○ 受講決定通知方法

申し込み締め切り後、郵送にて通知。申し込み締め切り後2週間以内に連絡がない場合は、お問い合わせ下さい。

受講決定後は、受講者の変更はできません。

## ○ 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、運営側でご用意しております。
- ・ 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。  
(※マスクは不織布マスクを着用してください。)
- ・ その他、新型コロナウイルスに伴う感染症対応における方針につきましては、『新型コロナウイルスに伴う感染症の対応について』をご確認ください。
- ・ 本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します。  
随時ご確認をお願いいたします。

## 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 研修センター ノーリフティングケア研修担当：松井・安岡

住所 〒651-2181 神戸市西区曙町1070

ホームページ（研修部門） <http://www.hwc.or.jp/kensyuu>

質問・お問合せ（研修部門）お問合せ <http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi>

※ご質問・お問合せは、当方ホームページ『研修部門のお問合せ』からお願いします。



## ◇令和4年度 ノーリフティングケア指導者養成研修 受講申込書◇

|     |                   |       |              |
|-----|-------------------|-------|--------------|
| 研修名 | ノーリフティングケア指導者養成研修 |       |              |
| 研修日 | 令和5年2月25日(土)      | 申込締切日 | 令和5年1月30日(月) |

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |  |          |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|-------|
| ふりがな                                                                                             |                                                                                                                                                                                           |  | 性別(未記入可) | 男 ・ 女 |
| 受講者氏名                                                                                            |                                                                                                                                                                                           |  | 年齢       | 歳     |
| 職種<br>(当てはまる職種に<br>○をつけてください)                                                                    | 1.介護福祉士 2.訪問介護員 3.介護支援専門員 4.施設職員 5.看護師 6.保健師<br>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<br>12.市町行政関係職員 13.その他( )                                                                  |  |          |       |
| 現職での経験年数                                                                                         | 年      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<br>(当てはまる所属に<br>○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<br>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<br>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<br>10.地域包括支援センター 11.有料老人ホーム 12.医療施設<br>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                                                                                        | 〒<br>TEL (      )      —      FAX (      )      —                                                                                                                                         |  |          |       |
| メールアドレス<br>※受講者が常時確認でき、添付ファイル(3MB程)<br>が受信できるアドレス<br>※申込受付後の変更は応じられません<br>※研修の変更や事務連絡、研修案内に使用します | @<br>※お間違いないように十分にご注意ください                                                                                                                                                                 |  |          |       |
| 勤務先以外の連絡先(希望者のみ)<br>※連絡先または郵送先が勤務先と異なる<br>場合のみ記入してください                                           | 氏名：<br>住所：〒<br>TEL (      )      —      FAX (      )      —                                                                                                                               |  |          |       |
| ノーリフティングケアマネジメント研修の受講について(どちらかに○をつけてください)                                                        |                                                                                                                                                                                           |  |          |       |
| あ   り (受講年度：      年度)      ・      な   し                                                          |                                                                                                                                                                                           |  |          |       |
| 研修の受講動機・研修で学びたいことをご記入ください(必須)                                                                    |                                                                                                                                                                                           |  |          |       |

※勤務先以外の連絡先欄に記入があっても、連絡がつかない場合、勤務先へ連絡させていただくことがあります。

●福祉のまちづくり研究所 研修部門のホームページからお申し込みができます。(推奨)  
 福祉のまちづくり研究所トップページ>研修部門>研修>ノーリフティングケア研修  
 URL (<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/?cat=29>)



●ホームページからの申し込みが難しい場合は、申込者ごとに1枚の用紙を使用し、郵送にて下記まで  
 お申込みください。(表紙・送り状・返信用封筒などは不要。本紙のみ送付してください。)FAXでは受け付けておりません。

●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 行

※本紙の送付は郵送に限らせていただきます。