

# ノーリフティングケア モデル施設実践報告会のご案内

今年度、県では、ノーリフティング普及促進事業として、12のモデル施設を選考し、ノーリフティングケアを実践しています。

このたび、ノーリフティングケアの効果について広く知っていただくため、モデル施設実践報告会を開催いたします。

新型コロナウイルス感染症対策に追われる中、ノーリフティングケアにも取り組み、モデル施設の職場では何が変わり、どのような成果があったのか、是非、この報告会にご参加いただき、日々の業務のヒントを見つけ、参考にしてみませんか。

## ノーリフティングケア導入研修会(10月)参加者の声

○管理者の責任を痛感しました。管理者が伴奏して現場に浸透させていきたい。

○言葉は知っていても、予算も施設の理解もなく、どうすればいいのかわかりませんでした。まずはスタッフの意識から始めてみます。

○ノーリフティングケアは福祉用具や技術の問題と思っていましたが、組織作り、リスクマネジメントの1つだと気づかされました。

○安全第一＝「利用者の安全」ではなく、「自分自身、介護者の安全」に目からウロコ！

○自分の施設は実施できているつもりでしたが、教育計画などできていないことがありました。



- ◆日時 令和3年1月26日(火) 12時50分～17時(12時受付開始)
- ◆会場 クローバープラザ 大ホール
- ◆対象 介護サービス事業所の管理者、施設長、事務長、現場のリーダーの方など
- ◆募集人員 100名 ※三密を避けるため、収容人数300人規模の会場で実施します。
- ◆参加費 無料
- ◆プログラム(予定)

12:00	受付 感染対策シート確認と検温
12:50 ～ 13:00	開会
13:00 ～ 15:35	令和2年度新規モデル施設成果発表 各地域担当講師からの講評
休憩(10分)	
15:45 ～ 16:45	福岡県ノーリフティングケア普及促進事業2年目に向けて～これから目指す方向性～ 講師 (一社) ナチュラルハートフルケアネットワーク 代表理事 下元 佳子氏 (理学療法士)
16:45 ～ 17:00	その他

また、新型コロナウイルス感染症対応のため、当該研修の動画配信も予定しております。動画配信を希望の場合は、メールにて『動画配信希望』と明記の上、必要事項を記載の上、必ず電子メールでお申し込みください。

- ◆申込み締切日 令和3年1月8日(金) 厳守
- ◆申込方法 別紙申込用紙にて、メールまたはファックスでお申し込みください。
- ◆申込先・お問い合わせ先(事業受託者)  
〒825-8585 福岡県田川市大字伊田4395番地 福岡県立大学内  
特定非営利活動法人 NPO 福祉用具ネット (担当 大山)  
☎/ファックス 0947-42-2286  
E-mail : [npo-fukusiyouguset@sage.ocn.ne.jp](mailto:npo-fukusiyouguset@sage.ocn.ne.jp)

FAX 0947-42-2286

施設・事業所名	参加者氏名 (ふりがな)	職種	役職

## ノーリフティングケア実践報告会 会場参加申込用紙

申込担当者氏名(ふりがな) 連絡窓口の方	住所 〒
	☎ / FAX
	E-mail

※原則、一施設2名（管理者等と介護担当責任者等）まで。申し込み状況によって調整させていただく場合がございます。受講確定通知は、電話にて連絡窓口担当者にお知らせいたします。

なお、当日会場へのご参加の方は、別紙感染対策シートに当日の体調をチェックの上、ご持参いただきますようお願いいたします。

\* 申込書に記載された事項については、個人情報保護法等の規定に基づき、適切に管理を行うものとし、本事業に関する目的以外には使用いたしません。

### 会場案内

クローバープラザ 大ホール

〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1-7



クローバープラザへお越しの際は公共の交通機関をご利用ください。

- ・ JR 鹿児島本線「春日」駅下車 徒歩約1分
- ・ 西鉄天神大牟田線「春日原」駅下車 徒歩約10分

※クローバープラザには、障がいをお持ちの方や高齢の方で、自動車での移動を必要とされる方が多く来館します。一般の方はできるだけ公共交通機関をご利用ください。

また、満車の場合は近隣の有料駐車場をご利用いただきますようお願いいたします。

### 動画配信ご希望の方は、必ずメールにてお申し込みください。

後日（報告会終了後に準備が整い次第）、いただいたメールに動画配信のご案内を返信いたします。

送信先のメールアドレスはこちら E-mail : [npo-fukusiyougunet@sage.ocn.ne.jp](mailto:npo-fukusiyougunet@sage.ocn.ne.jp)

件名に『動画配信希望』と明記の上、以下の必要事項を記載の上、電子メールでお申し込みください。

1. 氏名 (ふりがな)
2. 職種/役職
3. 介護サービス事業所等の所属機関名

## 1月26日報告会 受講者の新型コロナウイルス感染症防止対策チェックシート

特定非営利活動法人 NPO福祉用具ネット

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、以下の項目について確認させていただきます。空欄に必要な事項の記入および、「参加に当たってのお願い及び注意事項」を確認の上、当日チェック項目に✓をして提出してください。

記載日は当日	令和3年1月26日 受講当日の朝記載をして受付に提出して下さい		
氏名 (参加者)	※自筆署名	電話番号	
職場名			

### 参加に当たってのお願い及び注意事項

- 飛沫飛散防止対策としてマスクを着用してください。
- こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施してください。
- 感染防止のため、主催者が決めた措置を遵守し、指示に従ってください。
- やむを得ずマスクを外すとき（食事、喫煙時など）は、飛沫感染のリスクが高くなるため、会話は極力避けてください。
- 人と接する際は、ソーシャルディスタンス（最低 1m以上）を確保してください。
- 受講後 2 週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、NPO福祉用具ネットに連絡してください。

★参加者一人一人が記載してください。

★**チェックできない項目がある場合、受講をお断り**させていただく場合がございます。

チェック項目	
<input type="checkbox"/>	利用当日（本日）の体温に異常がない。（受付時に検温を行います。その際、37.5度以上の場合は受講をお断りさせていただきます。）
<input type="checkbox"/>	本日及び利用前 2 週間において、以下の事項に一つも該当しない。 ① 平熱を超える発熱 ② 咳（せき）・のどの痛みなど風邪の症状がある ③ 強いだるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） ④ 嗅覚や味覚の異常 ⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等の症状がある ⑥ 新型コロナウイルス感染症「陽性」とされた者との濃厚接触があった ⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる ⑧ 過去 14 日以内に、政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国・地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、福岡県、保健所、使用会場等に個人の連絡先の提出を求められた場合、提出することに同意する。

●できれば、接触確認アプリ「COCOA」の利用をお勧めいたします。

※本書類で取得した個人情報については、感染症拡大防止対策以外で使用することはありません。

本チェックシートは、当日、受付にご提出ください。