

# 平成 29 年度 茨城県介護職員腰痛予防モデル施設研修開催要綱

一般社団法人茨城県福祉サービス振興会

1 目的 茨城県介護職員腰痛予防モデル施設（以下「モデル施設」という。）において、研修生が施設における腰痛予防対策の実際を学び、自施設での腰痛予防対策の促進につなげる。

## 2 目標

- (1) 施設での組織的な取組みについて理解する。
- (2) 利用者の能力を積極的に活用する介助方法を理解する。
- (3) 福祉用具を活用した基本的介助の知識・技術を自習する。
- (4) 利用者に合わせて介助方法の選択・介助技術を習得する。

3 実施機関 一般社団法人茨城県福祉サービス振興会

## 4 開催場所及び開催日・開催時間

研修は1日（9時～17時）とし、研修生受け入れは1日当たり2名以内とする。

場所（研修施設）	住所	開催日	申込締切日
特別養護老人ホーム うみべの家	東茨城郡大洗町大貫 町 255-5	①平成 29 年 6 月 21 日（水）	平成 29 年 5 月 19 日（金）
		②10 月 18 日（水）	9 月 15 日（水）
		③12 月 20 日（水）	11 月 20 日（月）
		④平成 30 年 2 月 21 日（水）	平成 30 年 1 月 19 日（金）

開催時間：各日とも 9：00～17：00

## 5 対象者

- (1) 「腰痛予防研修」修了者（平成 27 年度～平成 29 年度）
- (2) 「リフトリーダー養成研修」修了者（平成 27 年度～平成 29 年度）
- (3) 「腰痛予防管理者研修」修了者（平成 27 年度～平成 29 年度）
- (4) 組織的・積極的に腰痛予防対策を実践している介護施設の腰痛予防推進者  
（施設の設定状況、取り組み状況等を別紙により提出すること。）

6 定員 各日 2 名

## 7 研修内容及び研修時間

項目	内容	時間
オリエンテーション	①施設の概要について ②茨城県介護職員腰痛予防モデル施設事業について ③モデル施設における腰痛予防対策推進の経緯・状況について	1 時間
介護実践	①介護マニュアルについて説明 ②移動・移乗の基本的介助技術の実技指導 ③課題ケース（片麻痺のある利用者）について指導 ・アセスメントからケアプラン作成 ・移動・移乗の介助技術の実技指導	5 時間

まとめ	①カンファレンスを開催し、ケアプランの作成過程について指導、意見交換 ※研修生は研修記録（様式 1）を記載し、自己の課題を明確にする。	1 時間
-----	--	------

8 経 費 受講料は無料 ただし、開催場所までの交通費は自己負担とする。

9 申込方法

「申込書別紙 1、別紙 1-2」に記入し、別紙 2「研修施設への質問事項等」と一緒に（一社）茨城県福祉サービス振興会へ FAX または郵送で申込む。

※ 申込者数により研修施設及び受講日の調整をさせていただくことがあります。

10 受講決定

目標を学ぶための条件を満たす者について受付し、申込者には受講決定の可否についての通知を、開催日の 3 週間前までに FAX にて送付します。

11 その他

(1) 研修記録

① 研修生は研修記録（様式 1）を記載し、研修施設の指導者に提出する。

② 研修施設の指導者は全ての研修を終了後、研修報告書（様式 2）を記載し、研修記録（様式 1）と共に 1 週間以内に（一社）茨城県福祉サービス振興会に提出する。

(2) 個人情報の取扱い

指導者はモデル施設における個人情報の取扱いを研修生に説明し、守秘義務の徹底を図る。

(3) 安全対策

① 事故防止

・利用者の移動・移乗の介助は、指導者と共に実施する。

・利用者の転倒や物損等の事故については、（一社）茨城県福祉サービス振興会で加入する保険で対応する。

② 事故への対応

・事故が発生したときは、指導者は速やかに、（一社）茨城県福祉サービス振興会へ連絡する。

(4) 健康管理

・研修当日の検温、研修生の自己申告によりインフルエンザ、ノロウイルス等の感染症の罹患及び疑いがある場合は、研修を欠席する。

(5) 研修生の服装・履物等

・研修生は職場で着用している服装・履物を使用する。

12 申込み・問合せ先 一般社団法人茨城県福祉サービス振興会 担当 荒井・<sup>しぎはら</sup>嶋原

〒310-0851 茨城県水戸市千波町 1918 番地（茨城県総合福祉会館 5 階）

TEL 029-244-4425 FAX 029-244-4463

平成 29 年度 茨城県介護職員腰痛予防モデル施設研修申込書

平成 年 月 日

団体及び施設名

〒

住 所

代表者 氏名

TEL:

— —

FAX:

— —

職	氏 名	介護経験	研修希望施設に○をつける	研修希望日	保有資格に○をつける	研修受講年度
		年		第一希望 月 日 第二希望 月 日	介護福祉士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 ホームヘルパー その他 ( )	腰痛予防 (H 年) リフトリ-ダー養成(H 年) 腰痛予防指導者(H 年)
		年		第一希望 月 日 第二希望 月 日	介護福祉士 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 ホームヘルパー その他 ( )	腰痛予防 (H 年) リフトリ-ダー養成(H 年) 腰痛予防指導者(H 年)

申込書送付先：FAX 029-244-4463 申込締切日：開催要綱参照

※ 「施設の設備状況・取り組み状況」、「研修施設への質問事項等」も一緒に FAX してください。

※ 研修生は、研修当日の検温、自己申告等でインフルエンザ、ノロウイルス等の感染症の罹患及び疑いがある場合は欠席とします。

平成 29 年度 茨城県介護職員腰痛予防モデル施設研修申込書 (施設の設備状況・取り組み状況等)

平成 年 月 日

団体及び施設名 \_\_\_\_\_

介護サービスの種別	入所者数	職員数
-----------	------	-----

## 施設の設備状況 (腰痛予防関連)

福祉用具の種類	設置している数	今後の導入予定台数 (時期)
リフト		台 ( 年 月頃、未定)
スライディングシート		枚 ( 年 月頃、未定)
スライディングボード		台 ( 年 月頃、未定)
介護ロボット		種類・台数等を記入
その他の福祉用具		

## 現在の腰痛予防の取り組み状況

項 目	該当項目	備 考
1 モデル施設を指して組織的に取り組んでいる		
2 リフトリーダー研修等に職員を参加させており、組織として積極的に腰痛予防に取り組みたい		
3 現在ある福祉用具を適切に活用し腰痛予防等対策を進めたい		
4 その他		

別紙 2

※ 申込書と一緒に FAX してください。

### 研修施設への質問事項等

茨城県介護職員腰痛予防モデル施設研修を受講するにあたり、あなたの受講目的及び研修施設への質問事項を具体的に記述し、申込書（別紙 1）と一緒に FAX してください。

施設名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

あなたの研修受講目的

研修施設への質問事項・要望等