

# 平成29年度 下元佳子先生の「抱え上げない介護技術」研修会 第一部

(9月9日) 高知県での「抱え上げない介護技術」の取り組みの紹介



「抱え上げない介護技術をスタンダードケアに」～組織作りのコツと実践例の紹介～

先日(5月27日)に開催したNPO福祉用具ネット開設15周年記念講演会の『日本の医療と介護の現状とその解決策～こうしゆくゼロ活動が日本を救う!～』の第2弾として開催致します。

『こうしゆくは日本だけにしかない?!』大変ショッキングな言葉でした。『日頃のケアを工夫すればこうしゆくは防げる?!』専門職の皆さんから、『今のケアのどこが間違っているの?』そんな声が聞こえてきそうです。

「日頃のケアを見直すことや、福祉用具を上手に活用すれば、もっと自立できることがあるでしょう!」「介護も頑張り過ぎないで良いんですよ!」そんな想いを伝えるために活動を続けて15周年を迎えることになったNPO福祉用具ネットです。しかし、なかなか介護現場の状況を変えられませんでした。

『今年こそは』という強い決意で企画しました。15周年記念イベントの第二弾として開催致します。

やる気のある仲間を募りたいと思います。

私達が変わらなければ介護現場の改善はありません。人頼みではなかなか変わりません。「介護はきつい」、「腰が痛くて働けない」など、介護現場の人手不足も益々深刻になるばかりです。

第一部では、既にこの想いをもって取り組んでいる高知県での実践報告をお聞きしたいと思います。

介護職員や現場職員の離職や求人募集しても人が集まらないとお悩みの医療や介護施設等の経営者の方、職場のリーダーの方、現場で苦勞している専門職の皆さん、是非、お話を聞きにいらして下さい。

|       | 一部 導入編  |
|-------|---|
| テーマ   | 高知県での『抱え上げない介護技術』の取り組みの紹介<br>「抱え上げない介護技術をスタンダードケアに」～組織作りのコツと実践例の紹介～                             |
| 講師    | 一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク 代表 下元佳子氏 (理学療法士)   |
| 日時    | 平成29年9月9日土曜日<br>受付9時30分～<br>10時～12時30分  |
| 会場    | 福岡県立大学 大講義室 (福岡県田川市大字伊田4395番地)  |
| 受講対象者 | どなたでもご参加下さい。<br>特に専門職は勿論のことですが、病院や施設の責任者や経営者の方、介護事業に携わっている行政の関係者などに聴いていただきたい内容です。               |
| 定員    | 200名  |
| 受講費用  | NPO 福祉用具ネット正会員 500円/1名 非会員1,000円/1名<br>受講費用は当日に徴収します。受講確定通知書は発行いたしませんので、申込をされた方は当日は会場に直接おいで下さい。 |
| 申込締切  | 8月25日金曜日 所定の申込用紙でNPO 福祉用具ネット事務局までお申し込みください。   |

送付先(お問い合わせ先) 〒825-8585 福岡県田川市大字伊田4395番地 福岡県立大学内  
NPO 福祉用具ネット 事務局宛  
電話/ファックス 0947-42-2286

申込み締切日 8月25日

ファックス 0947-42-2286 (NPO福祉用具ネット) 又は郵送でお申込み下さい。



## 平成29年度 下元佳子先生の『抱え上げない介護技術』研修会

### 一部(9月9日午前の部のみ) 導入編 申し込み用紙

但し、二部にお申込みいただく方は一部の参加は含まれていますので申込は不要です。

申込日 平成 29 年 月 日

|  |   |          |          |
|--|---|----------|----------|
| 申込者<br>の<br>お名前                                    | ふりがな _____ 職種( _____ )  |          |          |
|  | お名前 _____ 性別 男 女  |          |          |
|  | 団体に複数の方が受講される場合は以下にお名前と職種をご記入下さい。   |          |          |
|  | お名前 _____   | 性別 _____ | 職種 _____ |
|  | お名前 _____   | 性別 _____ | 職種 _____ |
|  | お名前 _____   | 性別 _____ | 職種 _____ |
| 自宅又<br>は職場<br>の連絡<br>可能な<br>住所を<br>お書き<br>下さ<br>い。 | ( 自宅又は職場 ) 住所 _____   |          |          |
|  | 電話( _____ ) FAX ( _____ )<br>連絡可能な時間もご記入下さい。( _____ )   |          |          |
|  | 事業所・施設・病院等の名称<br>_____<br>電話( _____ ) FAX ( _____ )   |          |          |
| 職種   | <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護職 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 歯科衛生士<br><input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> FJCコーディネーター <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 福祉用具プランナー<br><input type="checkbox"/> 相談員( _____ ) <input type="checkbox"/> 学生(学校名 _____ )<br><input type="checkbox"/> 経営者( _____ ) <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター<br><input type="checkbox"/> 行政職 <input type="checkbox"/> 在宅介護者 <input type="checkbox"/> 病院・施設事務職<br><input type="checkbox"/> 上記に該当しない場合は具体的に ( _____ ) |          |          |
| 会員<br>区別   | <input type="checkbox"/> 個人正会員<br><input type="checkbox"/> 団体正会員(団体名 _____ )<br><input type="checkbox"/> 29年度からの新規会員申込み予定 (個人・団体)<br><input type="checkbox"/> 非会員   |          |          |

送付先(お問い合わせ先) 〒825-8585 福岡県田川市大字伊田4395番地 福岡県立大学内

NPO 福祉用具ネット 事務局宛

電話/ファックス 0947-42-2286

