

令和3年度 リフトリーダー養成研修 開催要綱

1. 目的

介護者の身体的負担軽減や腰痛予防及び要介護者の尊厳の確保と自立支援を図るためのリフト等、福祉用具の導入を推進するために必要な知識及び技術を修得するリフトリーダー養成研修を行い、リフト等の使用に関し指導的役割を担う人材を養成することを目的とする。

2. 主 催 公益財団法人テクノエイド協会

実施機関 一般社団法人茨城県福祉サービス振興会（茨城県介護実習・普及センター）

3. 日 程 令和3年11月 4日（木）・11月 5日（金）

（別紙日程表参照）

4. 会 場 茨城県総合福祉会館3階 多目的ホール及び5階研修室

〒310-0851 水戸市千波町1918

5. 受講対象者 下記の①～③の条件を満たすいずれかの者とする。又、新型コロナウイルス感染拡大を考慮し、「茨城県居住者限定」とする。

- ①施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に关心を持ち、リフト等を導入して職場内の介護者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする者
- ②福祉用具関連事業者で、リフトをはじめとする福祉用具を導入することによって、介護者に対し腰痛予防対策を積極的に推進しようとする者
- ③その他、特に研修受講の有効性があり公益財団法人テクノエイド協会理事長が認める者

6. 受講定員 15名

7. 受講料 無料

8. 申込方法 別紙申込書にご記入の上、FAXでお申込みください。

受講決定通知をFAXいたします。

9. 申込締切 開催日1カ月前（定員になり次第締切）

10. 修了証書 受講修了者には、公益財団法人テクノエイド協会理事長名による修了証書を交付します。

*申込者が少ない時や、新型コロナウイルス感染拡大の関係で研修を中止にする場合があります。

一般社団法人茨城県福祉サービス振興会（茨城県介護実習・普及センター）

〒310-0851 水戸市千波町1918 茨城県総合福祉会館5階

TEL：029-244-4425 FAX：029-244-4463

（担当 荒井 清水）

令和3年度「リフトリーダー養成研修」　日程表

一般社団法人茨城県福祉サービス振興会
(茨城県介護実習・普及センター)

第1日目 11月4日(木)

時 間	内 容	講 師
8：30～9：00	受付・オリエンテーション	
9：00～10：30	リフトリーダーと助成金制度 <ul style="list-style-type: none"> ・リフトリーダーとしての役割と心構え ・助成金制度の概要 ・腰痛予防対策チェックリストの説明 等 	松崎佐一郎氏 福祉用具プランナー 管理指導者
10:30～10：40	休憩	
10：40～12：10	腰痛の原因と対策 <ul style="list-style-type: none"> ・介護者の腰痛発生状況とその原因 ・腰痛予防に関する法令、指針 ・腰痛予防対策 ・労働衛生管理のすすめ方 ・機器導入効果の検証方法 等 	佐藤 誠 氏 理学療法士
12：10～13：00	昼食休憩	
13：00～16：00	介護作業とリフト <ul style="list-style-type: none"> ・吊り具の種類と特徴 ・リフトの種類と特徴 ・介護作業のアセスメント ・第2日目の実技についての概要説明 等 	松崎佐一郎 氏 福祉用具プランナー 管理指導者

第2日目 11月5日(金)

時 間	内 容	講 師
10：00～17：00 (昼食休憩 1 h 含む)	移乗関連用具指導法 <ul style="list-style-type: none"> ・リフト等の使い方 ・リフト等の指導法 ・機種別実技 ・個別相談 等 	松崎佐一郎 氏 JASPA 介護リフト普及 協会 インストラクター

*昼食、飲み物、筆記用具をご持参いただき、動きやすい服装でご参加ください。

*時間・科目・講師に関しては都合により変更する場合があります。

*コロナウィルス感染症を考慮して中止になる可能性もございます。

*体調が優れない方の参加はご遠慮ください。

リフトリーダー養成研修 受講申込書

(茨城県福祉サービス振興会行 FAX029-244-4463)

		申込日 年 月 日
公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿 リフトリーダー養成研修の受講を申込みます。		
申込者氏名等	フリガナ 氏名	生年月日 西暦 年 月 日生 満 歳 性別 男・女
	〒 都道府県 住所	
	日中連絡先 () ／携帯電話 ()	
メールアドレス	【2つ記入して下さい】メインアドレス未着の際は予備アドレスにご連絡する場合があります。—ハイフン、_アンダーバー、など間違えやすいのでフリガナをつけてください。 個人のアドレスをご記入ください。	
メインアドレス	(フリガナ)	
予備アドレス	(フリガナ)	
勤務先	資格名	取得年月日(西暦 年 月)
	名称(営業所、支店名等までお書きください) (フリガナ)	
	〒 都道府県 住所	
	TEL () ／FAX ()	
(業種・施設種別:該当するものに○印) 1. 福祉用具貸与事業者 2.福祉用具販売事業者 3.その他の指定居宅サービス事業者 4.居宅介護支援事業者 5.特別養護老人ホーム 6.社会福祉協議会 7.行政 8.介護実習・普及センター 9.高齢者総合相談センター 10.病院・診療所 11.リハビリテーションセンター 12.公設展示場 13.福祉用具製造事業者 14.老人保健施設 15.介護療養型医療施設 16.住宅改修事業者 17.教育機関 18.その他(具体的に))		
福祉用具プランナー情報システムにご登録の方は、ご記入ください	ID番号: ※IDが不明な場合は、プランナー取得された年度または実施機関をご記入ください。 (年度 実施機関:)	
資料等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印	