

# 令和3年度 リフトリーダー養成研修実施要項

## 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(以下、「養成研修」という。)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

3 実施機関 プラネット愛媛・愛媛県福祉サービス協会

4 協 力 JASPAリフト関連企業連絡会 愛媛県介護実習・普及センター

5 定 員 16名 ※ 定員になりしだい締め切ります。

6 期 日 令和3年8月3日(火)～4日(水)

7 内 容 別紙のとおり

8 会 場 愛媛県総合社会福祉会館 3階 研修室他  
〒790-8553 松山市持田町三丁目8-15 TEL 089-921-8348

9 受講資格 愛媛県内にある各施設2名での参加が望ましい。

- (1)施設等に所属する職員又は事業主で、福祉用具に関心を持ち、リフト等を積極的に導入して職場内の介護労働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)施設等へ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、当該職場内の介護労働者に対し、腰痛予防対策を積極的に推進しようとする福祉用具関連事業者
- (3)福祉用具の適正な販売・活用指導にかかわる福祉用具専門相談員
- (4)その他「持ち上げない介護」推進に賛同し、(公財)テクノエイド協会理事長が認める者

10 参加経費 受講料 15,000円 別途テキスト代 1,600円

11 申込方法 別添の受講申込書に必要事項を記入のうえ、下記まで申し込みください。

12 申込締め切り 令和3年7月15日(木)必着

13 修了証書の交付

全課程の受講修了者に対し「公益財団法人テクノエイド協会」理事長名による『リフトリーダー養成研修修了証書』を交付します。

リフトインストラクター資格制度試験を受験の場合は、後日試験結果の発表があります。

14 その他

- (1)受講の可否については、7月21日(水)までにお知らせします。
- (2)新型コロナウイルス感染症の関係にて 受講決定後 身体状況の確認のための書類をお送りします。 受講日までの2週間の身体状況を記録・提出ください
- (3)会場の駐車場には限りがありますので、公共の交通機関をご利用ください。
- (4)不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

※ 新型コロナウイルス感染症の影響により、中止又は延期となる可能性がありますので、あらかじめご了承ください。

15 申込・問い合わせ先

愛媛県福祉サービス協会(担当 近藤)・プラネット愛媛(池田)  
〒790-8553  
松山市持田町三丁目8-15 愛媛県総合社会福祉会館  
愛媛県介護実習・普及センター福祉用具展示場内  
TEL 089-921-8348 FAX 089-921-8397  
メール s-fukusi@lemon.plala.or.jp

## 令和3年度 リフトリーダー養成研修 日程・内容

日程 令和3年8月3日(火)

8月4日(水)

会場 愛媛県総合社会福祉会館 研修室 他

受付 午前8時30分より受付

	項目	内容	時間	講師
1日目	リフトリーダーと助成金制度	○リーダーとしての役割と心構え ○各種講習と考え方 ○助成金制度の概要とポイント ○腰痛予防対策チェックリストの利用	9:00~10:30	守谷 理佐
	腰痛の原因と対策	○介護者の腰痛発生状況とその原因 ○腰痛予防に関連する法令、指針など ○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	10:30~12:00	守谷 理佐
	介護作業とリフト	○リフトの種類と特徴 ○吊具の種類と特徴 ○介護作業のアセスメント ○次回実技の概要説明	13:00~16:00	池田 明大
	移乗関連用具指導法	○リフト等の使い方	16:00~17:00	
2日目	移乗関連用具指導法	○リフト等の使い方 ○リフト等の指導法 ○機種別(選択)実技 ○個別相談	9:00~12:00 13:00~15:00	池田 明大
	リフトインストラクター試験 筆記試験		15:10~16:40	JASPA
	リフトインストラクター資格制度試験 実技試験		16:50~18:00	JASPA 県内リフト 上級指導者

講師 腰痛予防労働衛生教育インストラクター 守谷 理佐 氏  
介護福祉士 愛媛県介護実技指導員  
福祉用具プランナー管理指導者 池田 明大 氏  
介護福祉士

# リフトリーダー養成研修 受講申込書

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		
	〒 住所	<small>都道府県</small>				
	自宅電話 ( ) / 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。一ハイフン、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					
メインアドレス	(フリガナ)					
予備アドレス	(フリガナ)					
主たる業務内容に関する資格	資格名	取得年月日(西暦 年 月)				
勤 務 先	名称(営業所、支店名等までお書きください) (フリガナ)					
	〒 住所	<small>都道府県</small>				
	TEL ( ) / FAX ( )					
	<small>(業種・施設種別:該当するものに○印)</small> 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					
昼食申込	1食 700円 お茶つき 必要 不要					