

第24回 リフトリーダー養成研修実施要綱

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. 実施主体
公益社団法人 関西シルバーサービス協会(共催:JASPA介護リフト普及協会)
3. 主催
公益財団法人 テクノエイド協会
4. 研修内容
研修日程表のとおり
5. 開催日時
1日目 2024年7月25日(木) 10:00~17:10
リフトインストラクター筆記試験 17:20~18:00
2日目 2024年7月26日(金) 9:30~16:30
リフトインストラクター実技試験 16:40~18:40
6. 開催場所
大阪市社会福祉研修・情報センター
〒557-0024 大阪市西成区出城2-5-20
7. 受講対象者
 - ① 施設等に所属する職員または事業主で、福祉用具に関心を持ち、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ると認められる者
8. 募集定員
30名
9. 受講料
16,600円(事務手数料、テキスト代を含む)
※「リフトインストラクター認定試験」は当研修会受講の方は無料で受験できます。
※「リフトインストラクター認定試験」のみ受験の場合は2,000円です。
10. 申込方法
受講申込書および94円切手を貼った返信用封筒(長形3号(N3)120mm×235mm)に返信先(住所・氏名)を記載したものを同封の上、

公益社団法人 関西シルバーサービス協会
〒542-0065
大阪府中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター内
まで郵送してください。
11. 受講決定
申込みは先着順とし、定員に達し次第締め切ります。
12. 修了証書
(公財)テクノエイド協会理事長名の修了証書を交付します。
13. 個人情報の取り扱いについて
本研修に関する個人情報は、受講承認及び研修事業運営に係る作業のみに使用し、他の目的での使用や本人の了承なく第三者に提供することはいたしません。
14. 申込み・お問い合わせ先
公益社団法人 関西シルバーサービス協会 事務局
〒542-0065 大阪府中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター内
TEL 06-6762-7895 FAX 06-6762-7894

第24回 リフトリーダー養成研修 日程表

第1日目 令和6年7月25日(木)

時間	内容	講師名	所属
9:30 ~ 9:50	受付		
9:50 ~ 10:00	オリエンテーション		
10:00 ~ 11:30	リフトリーダーと助成金制度 ・ リフト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活用	帯刀 聖司 氏	理学療法士 適寿リハビリテーション病院
11:30 ~ 12:30	休憩		
12:30 ~ 14:00	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	帯刀 聖司 氏	理学療法士 適寿リハビリテーション病院
14:00 ~ 14:10	休憩		
14:10 ~ 17:10	介護作業とリフト ・ 吊具の種類と特徴 ・ リフトの種類と特徴 ・ 介護作業のアセスメント ・ 次回実技の概要説明	帯刀 聖司 氏	理学療法士 適寿リハビリテーション病院
17:20 ~ 18:00	リフトインストラクター筆記試験(受験希望者のみ)	JASPA介護リフト普及協会認定試験	

第2日目 令和6年7月26日(金)

時間	内容	講師名	所属
9:00 ~ 9:30	受付		
9:30 ~ 16:30 (昼食休憩含む)	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	帯刀 聖司 氏 理学療法士 適寿リハビリテーション病院 インストラクター JASPA介護リフト普及協会	
16:40 ~ 18:40	リフトインストラクター実技試験(受験希望者のみ)	JASPA介護リフト普及協会認定試験	

※ 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。あらかじめご了承ください。

第24回リフトリーダー養成研修 申込書

(実施機関：公益社団法人関西シルバーサービス協会)

申込日：西暦 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し込みます。

申込者氏名 自宅等	フリガナ 氏名	生年月日	性別 男・女
		西暦	年 月 日 生 満 歳
	〒 住所	都道 府県	
	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。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)		
勤 務 先	名称(営業所、支店名等までお書きください)		
	〒 住所	都道 府県	
	TEL ()	/ FAX ()	
	職名		
リフトインストラクター 一認定試験	受験する ・ 受験しない ※どちらかに○をつけてください		
福祉用具プランナー 情報システムのIDを お持ちの方はご記入 ください	福祉用具プランナー情報システム ID 番号()		
資料等送付先	自宅 ・ 勤務先 ※どちらかに○をつけてください		

※申込方法

申込書および94円切手を貼った返信用封筒(長形3号(N3)120mm×235mm)に、返信先(住所・氏名)を記載したものを同封の上、下記まで郵送してください。

〒542-0065

大阪府中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター内

公益社団法人 関西シルバーサービス協会 事務局宛

※本事業への申込書により取得した個人情報については個人情報保護関係法令等を遵守し、申込者の応募状況調整以外の目的には使用いたしません。