車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野） 開催要項

■ 目的

本研修は、車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）（以下、「基礎講習」という。）を行うことにより、車椅子姿勢保持の適合について基礎的な技術を習得させることを目的とします。

■ 主催　公益財団法人テクノエイド協会

■ 実施機関　一般財団法人啓成会 （車椅子姿勢保持適合技術連絡会所属・共催団体）

※車椅子利用者の姿勢保持は、「生活の質」に直接的に関わるところであるが、その適用技術は、まだ現場において十分に浸透しているとは言い難い状況であります。その原因としては、適合技術の確立はもちろんのこと、各団体における技術の整合性の摺合せ不足や講習情報が少ないのに合わせ、その指導者不足もこの状況に拍車をかけているところです。
そこで、車椅子姿勢保持に関わる団体が一堂に会し、車椅子姿勢保持の適合技術を構築し、その基礎的技術を関係者に付与するため、「車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）」を行うものです。
講習は「車椅子姿勢保持適合技術連絡会」に所属し、公益財団法人テクノエイド協会（認定・登録団体）が承認した団体（実施機関）が実施します。

【車椅子姿勢保持適合技術連絡会 所属団体】
① 公益財団法人テクノエイド協会（認定・登録団体）
② 公益社団法人関西シルバーサービス協会
③ 公益社団法人日本義肢装具士協会
④ 一般財団法人啓成会
⑤ 一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会
⑥ 一般社団法人日本義肢協会
⑦ 一般社団法人日本車椅子シーティング協会
⑧ 一般財団法人日本車椅子シーティング財団
⑨ 一般社団法人日本福祉用具評価センター
⑩ 特定非営利活動法人日本シーティング・コンサルタント協会
⑪ 一般社団法人日本リハビリテーション工学協会
⑫ 福祉用具プランナー研究ネットワーク

■ 開催日　令和 5 年 10 月 19 日（木） ～ 20日（金）　2日間

■ カリキュラム及び講師　別紙「車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）カリキュラム」参照

■ 会場　一般財団法人啓成会　啓成会高等職業技術専門校 2 階 講義室
（P3 「会場のご案内」参照）

■ 定員　20 人
（最小開催人数は 10 名です。締切後 10 名以下の場合は原則実施しませんのでご了承ください。）

■　受講要件　　次の①～③のいずれかを満たす者とします。

① 福祉用具専門相談員業務または車椅子および姿勢保持関連業務に1年以上従事している者または経験がある者

② 病院・施設において看護または介護等業務に１ 年以上従事している者または従事した経験がある者

③ その他基礎講習を受講することが特に有効であると一般財団法人啓成会理事長が認める者

■　受講料ならびに資料代　20，000 円 （税込み）（振込の控えをもって領収書といたします。）

※別途領収書が必要な方はメールにて「宛名」を表記し、ご依頼ください。

※受講最終決定後の返金はいたしませんのでご了承ください。

■　受講申し込み期間

令和５年６月19日（月） ～ 令和５年9月8日（金） まで

※ 先着順のご案内となるため、締切日前であっても募集定員に達し次第受付終了とさせていただきます。

■　受講申し込み方法

受講を希望される方は、一般財団法人啓成会ホームページ（https://www.zai-keiseikai.org/）から下記２点の**必要書類**をダウンロードしていただき、ご記入の上、次のいずれかの方法でお申し込みください。

◆ **メールによるお申し込み**

【送付先アドレス】 s181201@zai-keiseikai.org

【必要書類】 **① 車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）受講申請書**

② 実務経歴証明書

※メールの件名は「車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）申し込み」としてください。

◆ **郵送又は FAX によるお申込み**

【送付先住所、FAX 番号】 〒170-0004 東京都豊島区北大塚 1-13-8 一般財団法人啓成会

FAX：03-3917-0866

【必要書類】 **① 受講申請書** **② 実務経歴証明書**

■　受講決定及び受講料の振込

（1） 受講申し込み者が定員を超過した場合、調整させていただくことがあります。

（2） 受講決定者には「受講決定とお振込のご案内」をメールにて送信します。
原則、１週間以内に受講料・テキスト代（20,000 円）をお振込みください。
なお、振込手数料は受講申請者負担となります。

（3） 期日を過ぎる場合は、お問合せ先までご連絡ください。

（4） 受講ができない方についても、メールにてその旨通知します。

※ お振込みを確認した時点で講習受講最終決定とさせていただきます。

■　テキストについて

テキスト（「福祉用具シリーズ Vol.24 車椅子を知るためのシーティング入門（公益財団法人テクノエイド協会）」は、**講習当日の受付時にお渡しします**。

12. 修了証書

基礎講習修了者には、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いたします。

13. 個人情報の取扱いについて

（1）本講習受講者に関する個人情報は、受講決定に係る作業（受講の可否、通知）並びに講習事業運営に係る作業（受講者名簿の作成、資料の送付、履修状況管理、修了証書の交付等）及び統計資料の作成のみに使用します。

（2）これらの個人情報は、当会が適切に管理し、上記以外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ありません。

※　本研修は、福祉用具プランナー更新制度の指定研修に該当します。

お問い合わせ先　　一般財団法人啓成会

〒170-0004 東京都豊島区北大塚 1-13-8

TEL　03-3917-0855　　FAX　03-3917-0866

E-mail ： s181201@zai-keiseikai.org

会場のご案内

一般財団法人啓成会

東京都豊島区北大塚 1-13-8

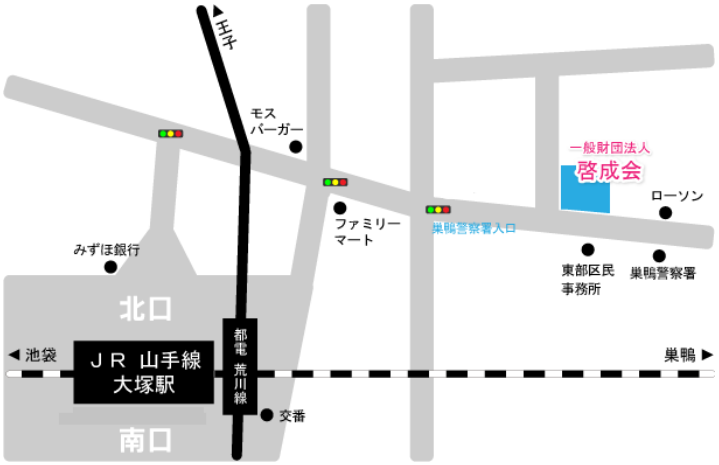
TEL　03-3917-0855

・ JR 大塚駅北口より徒歩 3 分

都電荒川線大塚駅前より徒歩 3 分

・講習会場に駐車場はございません。

（周辺のコインパーキングをご利用ください。）



車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）カリキュラム　　（別紙）

【1日目／令和 5 年 10 月 19 日（木）】

	時　間	内　容	講 師
	9:30 ～9:45	オリエンテーション	（一財）啓成会
講義①	9:45 ～11:15	1．シーティングの考え方を知る① （1）リハビリテーションとICF （2）ポジショニングとシーティング （3）制度と法規・供給システム （4）シーティングのアセスメントとチーム・アプローチ （5）シーティングの実際の流れ	（一社）日本車椅子シーティング協会 松野 史幸 氏
休 憩	11:15～11:30		
講義②	11:30 ～13:00	1．シーティングの考え方を知る② （6）診療報酬・介護保険のシーティング （7）座位・臥位での身体寸法計測と評価 （8）車椅子・座位保持装置上での身体拘束予防	（一財）日本車椅子シーティング財団 木之瀬 隆 氏
昼 食	13:00～14:00		
講義③	14:00 ～15:30	2．関連障害や疾病を知る （1）高齢者の障害 （2）褥瘡の理解とシーティングの対応 （3）呼　吸	（一財）日本車椅子シーティング財団 木之瀬 隆 氏
休 憩	15:30～15:45		
講義④	15:45 ～17:15	（4）摂食・咀嚼・嚥下 （5）姿勢保持と拘縮変形 （6）シーティングに必要な身体部位の名称・人体計測点	（一財）日本車椅子シーティング財団 木之瀬 隆 氏

【2日目／令和 5 年 10 月 20 日（金）】

項 目	時 間	内 容	講 師
講義⑤	9:30 ～11:00	３．車椅子の機能を知る (1)車椅子の分類・名称 (2)身体支持部の種類と機能	（公社）日本義肢 装具士協会 北川 新二 氏
休 憩	11:00～11:15		
講義⑥	11:15 ～12:45	(3)車椅子用クッションの選定 (4)車椅子用クッションの種類と性能	（公社）日本義肢 装具士協会 北川 新二 氏
昼 食	12:45～13:45		
講義⑦	13:45 ～15:15	(5)車椅子の力学　車輪アライメントと車椅子の走行性能 (6)車椅子の適合ポイント（寸法の確認）	（一社）日本車椅子 シーティング協会 松野 史幸 氏
休 憩	15:15～16:00		
講義⑧	16:00 ～17:30	(7)移乗の方法と適合 (8)車椅子のメンテナンス	（一社）日本車椅子 シーティング協会 松野 史幸 氏
	17:30 ～17:45	修了式	（一財）啓成会

車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）
受　講　申　請　書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人啓成会 理事長 殿

車椅子姿勢保持基礎講習（高齢分野）に申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">申請者氏名等</td><td colspan="2">ﾌﾘｶﾞﾅ</td><td rowspan="2">性別</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td>生年月日 ※西暦</td></tr>
<tr><td colspan="3">〒
・住所</td></tr>
<tr><td colspan="3">TEL ：
メールアドレス【講習会連絡用】:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">勤 務 先</td><td colspan="3">名称 ：</td></tr>
<tr><td colspan="3">〒
・住所</td></tr>
<tr><td colspan="3">TEL ：</td></tr>
<tr><td>職種について</td><td colspan="3">・該当するものに○をしてください
1. 介護職　2. 事務職　3. 管理者・施設長　4. 介護職以外の専門職　5. その他（　　）</td></tr>
<tr><td>勤務先での
従事期間</td><td colspan="3">・従事期間　　年　　月 ～　　年　　月（　　年　　ヶ月間 ）</td></tr>
<tr><td>福祉用具プランナー
修了者番号等</td><td colspan="3">年度　修了証書番号　　号
（実施機関:　　）
※福祉用具プランナーの方は必ずご記入ください。
修了証書番号が判らない場合は、受講された実施機関をご記入ください。</td></tr>
</table>

実 務 経 歴 証 明 書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人啓成会　理事長　殿

〒
住　　所
所属先名
代表者名　　印

下記の者の実務経歴は、以下のとおりであることを証明する。

氏　名	
福祉用具に関連する業務内容	
従事期間	年　　月 ～　　年　　月（　　年　　ヶ月間）

実務経験は通算で1年以上必要です。業務に従事した施設・事業等が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。