

# 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》

熊本県福祉介護用品協会・(一社)全国福祉用具専門相談員協会 熊本県ブロック

## 《4.会場》

熊本県総合福祉センター

熊本県熊本市中央区南千畑町3番7号 TEL096-322-8440

## 《5.日時》

令和6年10月19日(土)20日(日)午前9:00～

## 《6.対象》

下記の①～③の条件を満たすいずれかの者とする。

- 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る者

## 《7.定員》

30名程度 (※但し、受講者が15名未満の場合は中止します。)

## 《8.研修内容》

別紙日程のとおり ※福祉用具プランナー更新制度指定研修該当

## 《9.修了証》

全日程を受講された方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明書を発行します。

## 《10.受講料》

会員 12,000円 非会員 15,000円 (リフトリーダーテキスト代等 2,700円含む)

※ 「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。

※受講料は後日のお振込みとなります。

※原則、受講料振込後は返金致しません。また、受講決定後(受講決定通知到着後)にキャンセルされた方については、リフトリーダーテキスト代等 2,700円をご負担頂く場合があります。

## 《11.申込締切》

令和6年 9月 30日(月) 必着 (定員になり次第締め切ります。)

## 《12.申込方法》

専用の申込用紙に記入し、FAXにて申し込む。

## 《13.お問い合わせ先》

熊本県福祉介護用品協会 (担当 帆鷲輝誌男) TEL096-389-5411 FAX096-389-7803

## リフトリーダー養成研修カリキュラム

## 第1日

時 間	項 目	内 容	講 師
9:30~12:00	リフトリーダーと助成金制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>○リーダーとしての役割と心構え</li> <li>○各種講習と考え方</li> <li>○助成金制度の概要とポイント</li> <li>○腰痛予防対策チェックリストの活用</li> </ul>	熊本託麻台リハビリテーション病院 竹内久美
13:00~14:30	腰痛の原因と対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護者の腰痛発生状況とその原因</li> <li>○腰痛予防に関連する法令、指針など</li> <li>○腰痛予防対策</li> <li>○労働衛生管理の進め方</li> <li>○機器導入効果の検証方法</li> </ul>	
14:40~17:00	介護作業とリフト	<ul style="list-style-type: none"> <li>○吊具の種類と特徴</li> <li>○リフトの種類と特徴</li> <li>○介護作業のアセスメント</li> <li>○次回実技の概要説明</li> </ul>	

12:00~13:00 昼休み

## 第2日

時 間	項 目	内 容	講 師
9:00~16:00	移乗関連用具指導法	<ul style="list-style-type: none"> <li>○リフト等の使い方</li> <li>○リフト等の指導法</li> <li>○機種別(選択)実技</li> <li>○個別相談</li> </ul>	熊本託麻台リハビリテーション病院 竹内久美

12:00~13:00 昼休み

# 令和6年度 リフトリーダー養成研修

## 申 込 書

フリガナ			
氏 名			
生年月日	昭和・平成 年 月 日( 歳)	性 別	男・女
自宅住所	〒		
電話番号	日中連絡先		
	携帯		
メールアドレス	メインアドレス		
	予備アドレス		
所持資格 (複数回答可)	1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 介護支援専門相談員 4. 福祉用具専門相談員 5. その他( )		
所属職場	1. 老人福祉施設 2. 介護老人保健施設 3. 障害者施設 4. 有料老人ホーム 5. その他( )		
職場名			
職場住所	〒		
職場連絡先			
資料等送付先	自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○をつけて下さい)		
リフトインストラクター認定試験	『リフトインストラクター認定試験』(どちらかに○をつけて下さい) 受験します 受験しません 再受験の場合は、前回受験番号 _____		

【注意事項】 ※申込書は受講するご本人が記入してください。氏名・フリガナ正しく記入して頂きますようお願い致します。  
※開催要綱の内容をご確認・ご了承の上お申し込み下さい。  
※申込書は本研修以外の目的では使用致しません。

熊本県福祉介護用品協会  
(株)ホワシ 担当 帆鷺輝誌男

**\* 申込締切 9月30日(月)**

**FAX 096-389-7803**