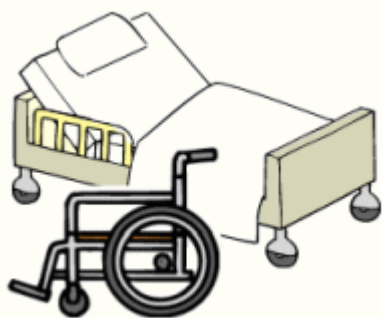


平成26年度 高知県介護福祉士会

リフトリーダー養成研修



社会福祉施設の労働災害における腰痛発生件数は、この10年で2.7倍に増加しています。この対策として厚生労働省では2013年6月、19年ぶりに『職場における腰痛予防対策指針』を改訂しました。

介護現場で、腰痛は労働衛生上大きな問題となっています。ご利用者が安心した生活を送る為にも、介護者の安全と健康には十分配慮し、長く働ける環境づくりが急務となっています。

平成21年度より厚生労働省において介護労働者の身体的負担軽減や、腰痛を予防し、介護労働者の雇用の安定を図るために「中小企業労働環境向上助成金」制度を実施しています。

このような制度を有効に活用するため、介護労働者の身体的負担や腰痛予防のためのリフト等、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付与する研修を行い、リフト等の使用に関し事業所等における指導的役割を担う人材(リフトリーダー)の養成を目的として実施します。

日時:平成26年**11月29日(土)・30日(日)**

場所: **29日 高知県立ふくし交流プラザ 5階 研修室D**
30日 高知県立ふくし交流プラザ 5階 研修室A

主催:高知県介護福祉士会
共催:公益財団法人テクノエイド協会

参加対象:下記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、当該施設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その他、特に研修受講の有効性があり実施機関が認める者

受講定員:35名

参加費:正会員・賛助会員 … **10000円(テキスト代3444円含む)**

会員外 … **14000円(テキスト代3444円含む)**

※平成25年度、26年度に入会されている方に付与されている研修受講券使用できます

修了認定について

リフトリーダー養成研修修了対象の福祉用具

本研修では助成金の対象となる介護福祉機器のうち、下記の①～③を修了した事と認める。

- ①移動用リフト ②立位補助機(スタンディングマシーン) ③自動車用車いすリフト

※本研修全過程を修了された方に公益財団法人テクノエイド協会

および公益社団法人日本介護福祉士会より修了証書が発行されます。

研修プログラム

日	時間	項目	内容
11月29日(土) 講師 森ノ宮医療大学 保健医療学部 理学療法学科 教授 上田 喜敏 氏	10:30 ~ 12:00 (90分)	リフトリーダーと 中小企業労働環境 向上助成金	○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
	13:00 ~ 14:30 (90分)	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
	14:40 ~ 16:40 (120分)	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
11月30日(日) 講師 森ノ宮医療大学 保健医療学部 理学療法学科 教授 上田 喜敏 氏	10:00 ~ 17:00 (360分程度) 昼食、途中休憩有り	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

注：研修に参加される方は動きやすい服装でお越しください。(ジーンズ、サンダル等は禁)

申込方法： 別紙「参加申込書」により、平成26年11月10日(月)までに

FAX または郵送にて介護福祉士会事務局までお申し込みください。

その他：①参加申込書に記載された個人情報は、本研修の運営のみに使用いたします。

②日本介護福祉士の会員の方で「生涯研修手帳」をお持ちの方は、当日ご持参ください。

③参加費は、当日受付にてお支払ください。

④研修日の約1週間前に、受講決定通知書をFAXで送りますので、研修会当日必ずご持参ください。

〈お問合せ・申込先〉 高知県介護福祉士会事務局 (担当：土居)
〒780-8567 高知市朝倉戊375-1 高知県社会福祉協議会内
Tel 088-844-9271 Fax 088-844-9443

F A X 0 8 8 - 8 4 4 - 9 4 4 3

高知県介護福祉士会 事務局（担当：土居） 行

平成 2 6 年 度 高 知 県 介 護 福 祉 士 会

リフトリーダー養成研修 参加申込書

所属施設及び団体名 _____

連絡先電話番号 _____

F A X 番 号 _____

連絡担当者名 _____

No.	ふりがな 氏 名	役職名	資 格	会員区分	会員番号
1	-----			正会員・賛助会員・ 会員外	
2	-----			正会員・賛助会員・ 会員外	
3	-----			正会員・賛助会員・ 会員外	
4	-----			正会員・賛助会員・ 会員外	

※資格欄に現在お持ちの資格をご記入ください。

※「会員区分」欄については、高知県介護福祉士会の正会員、賛助会員又は会員外のいずれかに○を付けてください。

※ 正会員又は賛助会員の方は、「会員番号」欄に会員番号をご記入ください。会員証がまだお手元に届いていない場合は、空欄のままでかまいません。

[個人情報の取り扱いについて]

本研修会の参加申込書に記載された個人情報は、以下の目的のみに使用させていただきます。

- ①本研修会の運営管理
- ②研修会参加者名簿への掲載（氏名・所属・役職名・会員の別）
- ③修了証書発行作業のため公益財団法人テクノエイド協会への提供。