

平成 29 年度
高齢者のための
車椅子フィッティングセミナー開催要項

1. 目的

本研修は、車椅子の相談・選定・適合に携わる福祉用具プランナー、福祉用具貸与事業者等を対象に、高齢者の正しい姿勢を考えるためのシーティング知識・技術と車椅子の選定・調整等を習得することを目的とします。

2. 主催

福祉用具関連従事者資質向上セミナー実行委員会

公益財団法人テクノエイド協会（運営団体）
公益社団法人関西シルバーサービス協会
一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会
一般社団法人日本車椅子シーティング協会
一般社団法人日本福祉用具評価センター

3. セミナー内容

車椅子フィッティングの方法等について実技研修（2日間）のカリキュラムで実施します。（別紙1参照）

4. 参加条件

福祉用具貸与事業者、高齢者施設等で2年以上の実務経験のある者
（福祉用具プランナーを優先とします。）

5. セミナー実施日時・会場

【東京会場】

日時：平成29年5月11日（木）～5月12日（金）

会場：江戸川区総合文化センター（別添地図参照）

東京都江戸川区中央 4-14-1

6. 募集定員

50名

7. セミナー申込方法及び参加決定

①車椅子フィッティングセミナー受講を希望される方は、次の(1)～(2)の書類全て(サイズはA4に統一)を受講申込締切日までに当協会に郵送又は持参して下さい。

(1) 受講申込書

(2) 実務経歴証明書 (福祉用具プランナーの方は必要ありません。)

②申込み先

公益財団法人テクノエイド協会

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

T E L 03-3266-6884 F A X 03-3266-6885

③セミナー申込締切日

平成29年4月3日(月) 必着

※先着順となりますが、福祉用具プランナーの方を優先とさせていただきます。

④セミナー受講決定について

受講決定者には公益財団法人テクノエイド協会よりセミナー受講決定通知書、受講料お振込みのご案内、セミナー受講票を送付します。

また、受講できない方にもその旨通知します。

8. 受講料

セミナー受講料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18,000円

※受講開始後は原則として受講料の返金はいたしませんのでご了承ください。

9. セミナー受講証明書の交付

本セミナー全科目を履修した方に、運営団体である公益財団法人テクノエイド協会理事長名による「高齢者のための車椅子フィッティングセミナー修了証書」を交付します。

10. 個人情報の取扱いについて

(1) 本研修申込者に関する個人情報は、受講承認に係る作業(受講の可否、通知送付等)のみに使用します。

(2) 本研修受講者に関する個人情報は、研修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等のみに使用します。

(3) これらの個人情報は、公益財団法人テクノエイド協会が適切に管理し、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。

1 1. その他

- (1) 本研修は、福祉用具プランナー更新制度の指定研修会です。
- (2) 本研修は、一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会研修ポイント制度対象研修会です。

1 2. お問い合わせ先

公益財団法人テクノエイド協会

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

TEL : 03-3266-6884 FAX : 03-3266-6885

E-mail : fukyu@techno-aids.or.jp

高齢者のための車椅子フィッティングセミナーカリキュラム

【1日目／平成29年5月11日（木）】

	時 間	内 容	講師名（敬称略）
	10：45～10：55	オリエンテーション	テクノエイド協会
講義①	10：55～11：40	フィッティングとは 適切な座位姿勢とは何か	日本車椅子シーティング協会 講習委員 松野 史幸
昼 食	11：40～12：40		
講義②	12：40～14：40	シーティング ・座位の定義と意義 ・姿勢の評価 ・円背のある人の座位姿勢の特徴と対応	さくらメディカル㈱ 医療福祉研究室長 大淵 哲也
休 憩	14：40～14：50		
講義③	14：50～16：20	シーティング ・仙骨座りの7つの原因と評価	大淵 哲也
休 憩	16：20～16：30		
講義④	16：30～18：00	シーティング ・横方向への崩れの対応 ・より重度な方への対応	大淵 哲也

【2日目／平成29年5月12日（金）】

項 目	時 間	内 容	講師名（敬称略）
講義⑤	9：00～10：30	車椅子の選定 ・車椅子の選定と調整 ・車椅子の各部の寸法と角度	関西シルバーサービス協会 (ラックヘルスカア㈱) 松岡 研太郎
休 憩	10：30～10：40		
講義⑥	10：40～12：10	車椅子の選定 ・スレのメカニズムと重心位置 ・車椅子の適合のポイント	松岡 研太郎
昼 食	12：10～13：10		
講義⑦	13：10～14：40	車椅子の選定 ・クッションの調整 ・背張り調整の仕方 移 乗	松岡 研太郎
休憩	14：40～14：50		
講義⑧	14：50～16：20	フォロー、メンテナンスポイント	日本福祉用具評価センター センター長 鈴木 寿郎
	16：20～16：35	修了式	テクノエイド協会

平成29年度 高齢者のための車椅子フィッティングセミナー

【東京会場】

受講申込書

申込締切日：平成 29 年 4 月 3 日(月)必着

平成 年 月 日	
公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿 高齢者のための車椅子フィッティングセミナーを申込みます。	
福祉用具プランナー 修了者番号等	平成 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。
申込者氏名等	フリガナ 氏名
	性別 男 ・ 女
	生年月日 西暦 年 月 日
	〒 都道 府県
	TEL () / FAX ()
メールアドレス【必ず明確に記入して下さい/携帯のアドレスは無効です】	
勤務先 〒 都道 府県 TEL () / FAX ()	
業種について	・該当するものに○をしてください。 1. 福祉用具貸与事業者 2. 福祉用具販売事業者 3. 福祉用具レンタル卸専業事業者 4. 福祉用具卸販売専業事業者 5. 高齢者施設 6. その他(具体的に)
勤務先での 業務内容 従事期間	・福祉用具に関連する主な業務内容 [] ・従事期間 (昭和・平成 年 月 ~ 現在)
受講票等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印

実務経歴証明書

平成 年 月 日

公益財団法人 テクノエイド協会理事長 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	昭和・平成 年 月 ～ 昭和・平成 年 月（ 年 ヶ月間）

実務経験は通算で2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。

会場ご案内【東京会場】

