

平成29年度第2回 高齢者のための車椅子フィッティングセミナー開催のご案内

公益社団法人 関西シルバーサービス協会
理事長 記 虎 孝 年

福祉用具プランナー、福祉用具専門相談員及び理学療法士、作業療法士など病院・施設・在宅等で車椅子に関わる職種の方々を対象とした『平成29年度第2回 高齢者のための車椅子フィッティングセミナー』を開催致しますのでご案内申し上げます。

このセミナーはこんな方にお勧めです！

- ・ 車椅子の相談・選定・適合に携わる方々
- ・ 高齢者の正しい姿勢を考えるためのシーティング知識・技術を習得したい方
- ・ 車椅子の選定・調整を習得したい方
- ・ 利用者様や患者様の ADL・QOL 向上と日頃感じている問題の解決をしたい方

このセミナーは、公益財団法人テクノエイド協会が平成26年1月にリリースした小冊子、福祉用具シリーズ Vol.18 「福祉用具プランナーが使う」『高齢者のための車椅子フィッティングマニュアル』をテキストとし、公益財団法人テクノエイド協会を始め業界5団体で構成される福祉用具関連従事者資質向上セミナー実行委員会が東京と大阪で実施するセミナーを公益社団法人関西シルバーサービス協会が運営団体として開催するものです。

受講者様の感想

- 大変勉強になりました。今回講師をしていただいた方々のように、真剣に問題に取り組み、次は自分が人に伝えられるような人材（人財）になりたいと思います。（30代・福祉用具専門相談員）
- 車椅子フィッティングに関して最新の知識を得ることができたので、アウトプットし、少しでも利用者様の未来を変えていけるようにしたいと思います。（20代・福祉用具専門相談員）
- 他職種と共同していくことの大切さが改めて理解できたと思います。（20代・作業療法士）
- ハウツーではなく、しっかりと仮説を立てること、チームワークで行う大切さなどに気づかせていただきました。施設のご利用者が一人でも多く気持ちよく過ごせるよう努めて行きたいと思います。ありがとうございました。（40代・作業療法士）
- 本当に有意義な二日間で、今日学んだ事を忘れず職場で実践していきたいと思います。（40代・作業療法士）
- 前向きな講師の方や、セミナーを受けている方と有意義な時間を過ごせてよかったです。日々の仕事に是非役立ちます。（50代・福祉用具専門相談員）
- 専門職であることの大切さを再認識致しました。（40代・福祉用具専門相談員）

平成29年度第2回 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、及び、病院・施設等で車椅子に関わる職種を対象に、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する。

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

- ・公益社団法人関西シルバーサービス協会（運営団体）
- ・一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会
- ・公益財団法人テクノエイド協会
- ・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する。
（別紙1参照）

4. 参加条件

福祉用具プランナー又は福祉用具貸与事業所、病院・高齢者施設等で2年以上の実務経験のある方（福祉用具専門相談員、看護師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士、介護職など）
※申し込み多数の場合は福祉用具プランナーの方を優先させていただきます。

5. セミナー実施日時・会場

日時：平成30年3月16日（金）～3月17日（土）

会場：㈱ウィズ 本社ビル9階

〒550-0012 大阪市西区立売堀 1-9-33

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、

下記2点の必要書類（サイズはすべてA4に統一）および92円切手を貼った返信用封筒（返信先（住所・氏名）を記載した長形3号封筒120mm×235mm）を同封の上、当協会に郵送して下さい。

（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

公益社団法人 関西シルバーサービス協会

〒542-0065 大阪市中央区中寺 1-1-54 大阪社会福祉指導センター内

TEL：06-6762-7895 FAX：06-6762-7894

③セミナー申込受付期間

平成29年11月16日(木)～平成30年1月15日(月)(必着)

※12月8日(金)までのお申込みにつきましては福祉用具プランナーの方を優先させていただきます。また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。

④セミナー受講決定について

受講決定者には公益社団法人 関西シルバーサービス協会よりセミナー受講決定通知書、セミナー受講票、受講料請求書を送付いたしますので、受講料をお支払ください。

なお、受講票は当日会場へご持参ください。

また、受講できない方にもその旨通知いたします。

8. 受講料

セミナー受講料・・・・・・・・・・・・・・・・・・18,000円

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社団法人 関西シルバーサービス協会理事長名による「車椅子フィッティングセミナー受講証明書」を交付いたします。

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、公益社団法人 関西シルバーサービス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。

11. 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 丸山節子

〒542-0065 大阪市中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター内

TEL: 06-6762-7895 FAX: 06-6762-7894

会場ご案内

㈱ウィズ 本社ビル9階

〒550-0012

大阪市西区立売堀1丁目9番33号



車椅子フィッティングセミナー カリキュラム

3月16日(金)

	項目	時間	内容	講師名 (敬省略)
第 1 日	受付	10:30~10:45		
	おエンターション	10:45~10:55		関西シルバーサービス協会
	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	車椅子シーティング協会 代表理事 川村 慶
	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㈱ 理学療法士 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	さくらメディカル㈱ 理学療法士 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	さくらメディカル㈱ 理学療法士 大淵 哲也	

3月17日(土)

	項目	時間	内容	講師名 (敬省略)
第 2 日	講義⑤	10:00~11:30	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	川村義肢㈱ 北村 雅俊 関西シルバーサービス協会 ラックヘルスケア㈱ 松岡 研太郎
	昼食	11:30~12:30		
	講義⑥	12:30~14:00	車椅子の選定 ・ズレのメカニズムと重心位置について ・車椅子の適合のポイント	川村義肢㈱ 北村 雅俊 関西シルバーサービス協会 ラックヘルスケア㈱ 松岡 研太郎
	休憩	14:00~14:10		
	講義⑦	14:10~15:40	車椅子の選定 ・クッションの調整 ・背張り調整の仕方 移 乗	川村義肢㈱ 北村 雅俊 関西シルバーサービス協会 ラックヘルスケア㈱ 松岡 研太郎
	休憩	15:40~15:50		
	講義⑧	15:50~17:20	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
	修了式	17:20~17:35		関西シルバーサービス協会 理事長 記虎 孝年

※ 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。

高齢者のための車椅子フィッティングセミナー

受講申込書

		平成 年 月 日
公益社団法人 関西シルバーサービス協会理事長 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。		
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・Hotmailは無効です】	
勤務先	名称	
	〒	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. 指定福祉用具貸与事業者 2. 指定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. 病院 6. 高齢者施設 7. 訪問サービス事業者 8. その他(具体的に)	
職種について	・該当するものに○をしてください。 1. 福祉用具プランナー 2. 福祉用具専門相談員 2. 看護師 3. 理学療法士 4. 作業療法士 5. 介護福祉士 6. 介護職 7. 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)	
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 ※福祉用具プランナーの方は必ずご記入ください	
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

公益社団法人 関西シルバーサービス協会理事長 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。