

2022年度第2回車椅子姿勢保持基礎講習（障害分野） 開催要項

1. 目的

車椅子姿勢保持基礎講習（障害分野）（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する。

2. 主催 公益財団法人テクノエイド協会

3. 実施機関：次の4団体が共同で実施します。

一般社団法人日本車椅子シーティング協会

一般社団法人日本義肢協会

公益社団法人日本義肢装具士協会

日本リハビリテーション工学協会 車いす SIG

4. 開催日 2023年2月6日（月）～2023年2月27日（月）

上記の期間にWEB上にて、オンデマンド形式で講義動画の配信を行います。

5. カリキュラムおよび講師 別紙1参照

6. 会場 オンデマンド開催（動画配信プラットフォーム Uishare）

7. 募集人数 50人

8. 受講条件

（1）次の①～③のいずれかを満たす者。

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公益財団法人テクノエイド協会理事長が認める者

（2）動画配信プラットフォーム「Uishare」を使用してのオンデマンド講習になるため、パソコン、タブレット等で受講ができ、かつ有線LAN・Wi-Fiなど講義動画を視聴できる安定したインターネット環境が整っていること。（別紙2 Uishare 動作環境を参照）

9. 受講料 一般：26,000円 実施機関の会員：21,000円

10. 申込方法

①車椅子姿勢保持基礎講習（障害分野）受講を希望される方は、下記2点の必要書類にご記入の上、メールで送信して下さい。

送信先アドレス：info@j-aws.jp

必要書類：（1）受講申込書

（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申込み」としてください

②申込締切日

2023年1月23日（月）17:00 必着

※先着順で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締切となります。

③申込み受付完了後、メールにてお知らせします。

④後日、「受講料お振込みのお知らせ」をメールにて送付しますので、受講料をお振込み期限までにご入金ください。

⑤入金確認後、テキストの郵送と講義動画の視聴方法の案内を連絡します。

⑥動画の配信期間内に全講義の視聴を完了してください。

11. 修了証書

基礎講習受講修了者には、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します。（データでの提供となりますので、必要な場合は各自で印刷を行ってください。）

12. 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、一般社団法人日本車椅子シーティング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。

13. その他

本講習は、福祉用具プランナー更新のための指定研修に該当します。

- 【注意事項】
- ・ 講義動画の視聴は申込者本人のみに限り、申込者以外の視聴は固く禁止します。
 - ・ 講義動画の録音、録画、撮影を固く禁止します。
 - ・ 領収書は、金融機関の振込明細・払込取扱票をもってかえさせていただきます。
 - ・ 入金後のキャンセルは承れません。

お問合せ先

一般社団法人 日本車椅子シーティング協会 事務局

〒105-0013 東京都港区浜松町 2-7-15 浜松町三電舎ビル 2F

TEL : 03-6435-0365 FAX : 03-6435-0366 E-mail : info@j-aws.jp

2022年度 第2回車椅子姿勢保持基礎講習（障害分野）カリキュラム

No.	科目	時間	講師
	1. シーティングの考え方を知る		
1	1.1-1.5	1.5	横浜市総合リハビリテーションセンター リハビリテーション科医師 小池 純子
	(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		
2	1.6	1.0	株式会社シーティング研究所 作業療法士 木之瀬 隆
3	1.7		
	2. 関連障害や疾病を知る		
4	2.1	0.5	横浜市総合リハビリテーションセンター リハビリテーション科医師 吉川 真理
5	2.2	1.0	横浜市総合リハビリテーションセンター リハビリテーション科医師 高岡 徹
6	2.3		
7	2.4	1.0	木之瀬 隆
8	2.5	2.0	有限会社スマイル 理学療法士 大淵 哲也
9	2.6		
10	2.7	2.0	重症児・者福祉医療施設 ソレイユ川崎 作業療法士 岸本 光夫
11	2.8	1.0	横浜市総合リハビリテーションセンター 整形外科医師 平塚 和人
12	2.9	0.5	木之瀬 隆
	3. 車椅子の機能を知る		
13	3.1	6.0	株式会社コーヤシステムデザイン リハビリテーション工学技師 松野 史幸
14	3.2		
15	3.3-3.4		
	(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		
16	3.5-1		
	(5)-1 車椅子の力学1 フレーム構造		
17	3.5-2		
	(5)-2 車椅子の力学2 車輪アライメントと車椅子の走行性能		
18	3.6		
	(6)車椅子の適合ポイント(寸法の確認)		
19	3.7		
	(7)移乗の方法と適合		
20	3.8	1.0	有限会社木村義肢工作研究所 義肢装具士 北川 新二
21	3.9		
	(9)カーシートの種類と選択		
22	3.10	1.5	石川県リハビリテーションセンター リハビリテーション工学技師 北野 義明
23	3.11	0.5	北川 新二
	合計	19.5	

Uishare 動作環境

【PC】推奨ブラウザ	
Windows	Mac (Macintosh)
Microsoft Edge (最新版)	Safari (最新版)
Mozilla Firefox (最新版)	Mozilla Firefox (最新版)
Google Chrome (最新版)	Google Chrome (最新版)
【スマートフォン】推奨 OS	
Android	iPhone/iPad
Android 12.XX	iOS 15.XX
Android 11.XX	iOS 14.XX
Android 10.XX	iOS 13.XX
Android 9.XX	
【スマートフォン】推奨ブラウザ	
Android	iPhone/iPad
Google Chrome (最新版)	Safari (最新版)

• 記載されているものは 2022 年 12 月 5 日時点の内容となります。

最新の情報は下記 URL を参照してください。

<https://www.uicommons.co.jp/agreement/agreement45/>

• ご不明な点は下記の動画配信プラットフォーム (Uishare) サポート窓口へお問い合わせください。

【Uishare サポート】 営業時間 10:00-17:00(土・日・祝休)

メール：support@uishare.co

TEL：03-6822-8021

2022年度 第2回車椅子姿勢保持基礎講習(障害分野) 受講申請書

申込日 年 月 日 一般社団法人日本車椅子シーティング協会 代表理事 殿 車椅子姿勢保持基礎講習(障害分野)の受講を申請します。		
申請者氏名等	フリガナ 氏名	生年月日 西暦 年 月 日生 満 歳 性別 男・女
	〒 住所 都道府県	日中連絡先 () / 携帯電話 ()
	メールアドレス 【2つ記入して下さい】メインアドレス未着の際は予備アドレスにご連絡する場合があります。ハイフン、アンダーバー、など間違えやすいのでフリガナをつけてください。原則、個人で受信可能なEメールアドレス(キャリアメール不可)をご記入ください。	
メインアドレス	(フリガナ)	
予備アドレス	(フリガナ)	
主たる業務内容に関する資格	資格名	取得年月日(西暦 年 月)
勤務先	名称(営業所、支店名等までお書きください) (フリガナ)	
	〒 住所 都道府県	
	TEL () / FAX ()	
	(業種・施設種別:該当するものに○印) 1. 福祉用具販売事業者 2. 工房 3. 義肢装具製作事業者 4. 福祉用具製造事業者(福祉用具メーカー) 5. 福祉用具輸入商社 6. 福祉用具貸与事業者 7. 病院・診療所 8. リハビリテーションセンター 9. 行政 10. 教育・研究機関 11. 障害者施設 12. 高齢者施設 13. その他(具体的に)	
資料等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印	
受講料請求先	【 本人 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印	
加入団体	【 日本車椅子シーティング協会 ・ 日本義肢協会 ・ 車いすSIG ・ 日本義肢装具士協会 】 ※勤務先や個人が正会員として加入している団体全てに○印	
福祉用具プランナー情報システムにご登録の方は、ご記入ください	ID:	福祉用具プランナー認定番号:
※不明な場合は、空欄のままで構いません。		

実務経歴証明書

年 月 日

一般社団法人日本車椅子シーティング協会代表理事 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・令和 年 月 ~ 現在 (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。