

令和6年度 福祉用具プランナー認定講習要綱

1. 趣旨

「福祉用具プランナー認定講習」は、介護の現場等において適正な福祉用具の利用が促進されるよう、福祉用具の取り扱いに関する知識や個々の福祉用具の利用方法などの専門知識を有する人材の育成を図るとともに、福祉用具供給に携わる様々な職種の者に、福祉用具の適正な取り扱いについての共通認識を育て、その共通認識を基盤として総合的に生活支援を行うための、知識・技術の習得を目的とする。

2. 主 催

公益財団法人 テクノエイド協会

3. 集合講習実施機関

滋賀の縁創造実践センター 社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会

4. 受講条件

「受講資格条件」「実務経歴」及び「eラーニング講習受講環境」を満たしている者

【受講資格条件】（いずれか1つに該当すること）

- ①指定福祉用具貸与事業所または指定特定福祉用具販売事業所において、福祉用具専門相談員として業務に従事している者又は従事した経験のある者
- ②福祉用具関連業務に従事している者又は従事した経験のある下記の者
保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士、介護支援専門員、建築士
- ③その他、特に講習受講の有効性があると公益財団法人テクノエイド協会が認める者

【実務経歴】

福祉用具プランナー認定試験実施日において、福祉用具専門相談員業務または、福祉用具関連業務に2年以上従事した経験がある者

【eラーニング講習受講環境等】

- ①自宅もしくは職場等でeラーニング学習に必要な環境（インターネットに接続可能である等）、機材を持ち、その操作が可能であること
※別紙「eラーニング講習受講のためのPC等の環境に係る要件」参照
- ②受講者個人用のメールアドレスを所持していること。
※職場の代表メールアドレスは不可

5. 講習内容および期間

- (1) (公財) テクノエイド協会が定めるeラーニング講習科目と集合講習科目の両方を履修する。 ※(別紙1参照)

・ eラーニングによる講習期間

2024年 7月1日(月)～2024年8月30日(金)

※期間内に全科目を終了していないと試験を受けられません

・ 集合講習期間(講義・実技・演習・修了試験)

2024年 9月4日(水)～2024年11月14日(木)の期間内で9日間

※(別紙2参照)

(2) 履修方法

- ① eラーニング講習科目については、指定する期間内に、テクノエイド協会が設定するサーバーにアクセスして履修します。
- ② 原則、集合講習の各科目に該当するeラーニングを受けてから集合講習を受けていただきます。
- ③ 「講義・実技・演習・認定試験」科目については、集合講習(計9日期間)にて履修します。

6. 集合講習会場

滋賀県立長寿社会福祉センター(草津市笠山7丁目8-138)

7. 募集定員

25名

8. 申し込み方法

次の(1)～(3)の書類全て(サイズは全てA4に統一)を、次の提出先まで郵送もしくは持参してください。

- 【申込書類】(1)「福祉用具プランナー認定講習受講申込書」(様式1)
(2)「実務経歴証明書」(様式2)
(3)資格証の写し

【提出先】〒525-0072 草津市笠山7-8-138

滋賀県社会福祉協議会 福祉用具センター 福祉用具プランナー担当

9. 申込締切

2024年5月22日(水) 必着

10. 受講決定の連絡

- (1) 受講者の決定は受講の要件を審査して決定します。なお、受講希望者が定員を超過した場合は、滋賀県内の方を優先し先着順に決定します。
- (2) 受講可否の案内は滋賀県社会福祉協議会から6月中旬までに通知します。

11. 受講費用および納付方法

受講料 41,000円

(1) eラーニング利用料+テキスト代 21,000円(税込)

(2) 集合講習受講料 20,000円(税込)

※納付先が2箇所になりますので、ご注意ください。

(1) については、(公財)テクノエイド協会から案内します。

(2) については、滋賀県社会福祉協議会から受講決定通知にて案内します。

12. 認定書の交付

次の条件を満たした受講者を認定講習修了者とし、(公財)テクノエイド協会より「福祉用具プランナー認定書」を交付します。

(1) eラーニング履修期間内に、eラーニング全科目を履修し、各科目の履修確認試験に合格すること。

(2) 集合講習において全科目を履修し、「福祉用具プランナー認定試験」に合格すること。

(3) 認定試験合格通知に同封の案内に従い、(公財)テクノエイド協会へ登録申請を行うこと。

13. 補講・再試験

(公財)テクノエイド協会HP「福祉用具プランナー情報システム」内「様式ダウンロード」より、「福祉用具プランナー認定講習(補講・再試験)申込書」をダウンロードし、「滋賀県社会福祉協議会 福祉用具センター」までお申し込みください。

※再試験費用 3,100円(消費税込)は、(公財)テクノエイド協会へのお支払となります。

14. 個人情報の取り扱いについて

本会個人情報保護規程に基づき、申込書に記載いただいた事項につきましては、本研修以外での使用は致しません。

15. 問い合わせ先

(1) eラーニング講習に関すること

公益財団法人 テクノエイド協会 研修部

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4F

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

(2) 講習全般に関すること

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会 福祉用具センター 担当 足立

〒525-0072

草津市笠山7丁目8-138

県立長寿社会福祉センター内

TEL 077-567-3907

FAX 077-567-3967

◆何らかの警報が発令された場合など、講習日程や開催方法等を変更する場合がありますのでご了承ください。

このような場合は、福祉用具センターホームページ「新着情報」でお知らせしますと共に、以後の対応について個別に連絡します。

ホームページアドレス <http://www.shigashakyo.jp/yogu>

【別紙】

eラーニング受講のためのPC等の環境に係る要件

パソコン版

	ブラウザ
Windows	Microsoft Edge、Chrome、FireFox
Mac	Safari、Chrome、FireFox

モバイル版(スマートフォン・タブレット)

	ブラウザ
Android	Chrome、Firefox
iOS	Safari、Chrome、Firefox

※本動作環境は、予告なく変更になる場合があります。予めご了承ください。

■ソフトウェア

Adobe Acrobat Reader がインストールされていない場合、Adobe 社のホームページから Adobe Acrobat Reader の最新版をダウンロードし、インストールしてください。

■その他

- ・日本語版のみ対象となります。
- ・音声付きの教材になりますので、イヤホンやスピーカーなどをご用意ください。
(音声再生ができる環境が必要になります。)
- ・快適にご利用いただくためには、Wi-Fi等、高速なインターネット接続を推奨します。

福祉用具プランナー認定講習履修科目及び履修時間

eラーニング講習科目	履修時間
福祉用具専門職の役割	1.5H
福祉用具概論	1.5H
福祉用具の情報提供・相談技術	1.5H
相談援助のためのプランニングの理解	1.5H
相談援助のためのプランニングの実際	1.5H
介護保険におけるケアマネジメント	1.5H
福祉用具の相談と福祉用具ソーシャルワークのための対人援助技術	1.5H
職業倫理とリーダーシップ	1.5H
認知症の理解	1.5H
福祉用具供給の業務	3.0H
福祉用具供給に係わる法律関係	1.5H
介護保険制度と福祉用具	1.5H
福祉用具供給のリスクマネジメント	1.5H
高齢者の身体特性	1.5H
生活における基本動作・ADLの理解	1.5H
起居関連用具	1.5H
移乗関連用具	1.5H
移動関連用具(車いす/杖・歩行器)	3.0H
床ずれ防止関連用具	1.5H
入浴関連用具	1.5H
排泄関連用具	1.5H
食事・更衣・整容関連用具	1.5H
社会参加関連用具(自助具含む)	1.5H
コミュニケーション関連用具	1.5H
住宅改造総論	7.5H
構造とメンテナンス	1.5H
合計	48.0H

集合講習科目	履修時間
最新情報【講義】	1.5H
相談援助のためのプランニングの実際【演習】	1.5H
相談援助のためのプランニング演習【演習】	9.0H
福祉用具の相談と福祉用具ソーシャルワークのための対人援助技術【演習】	3.0H
職業倫理とリーダーシップ【演習】	1.5H
高齢者の身体特性【演習】	1.5H
生活における基本動作・ADLの理解【実技】	1.5H
起居関連用具【実技】	3.0H
移乗関連用具【実技】	3.0H
移動関連用具(車いす/杖・歩行器)【実技】	3.0H
床ずれ防止関連用具【実技】	3.0H
入浴関連用具【実技】	3.0H
排泄関連用具【実技】	3.0H
食事・更衣・整容の活動と用具【実技】	3.0H
社会参加関連用具【実技】	
コミュニケーション関連用具【実技】	
住宅改造【演習】	9.0H
構造とメンテナンス【実技】	3.0H
合計	52.5H

福祉用具プランナー修了試験	1.5H
----------------------	-------------

総合計	102.H
------------	--------------

令和6年度 福祉用具プランナー集合講習日程表

【別紙 2】

	日程	時間	講習内容	講師等	
1 日目	9/4 (水)	9:00～9:10	オリエンテーション		
		9:10～10:40	高齢者の身体特性【演習】	川崎 浩子氏	びわこリハビリテーション 専門職大学 理学療法士
		10:50～12:20	生活における基本動作・ADLの理解【実技】		
		13:20～16:20	移動関連用具【実技】		
2 日目	9/11 (水)	9:20～12:20	起居関連用具【実技】		
13:20～16:20	移乗関連用具【実技】				
3 日目	9/18 (水)	9:10～12:10	福祉用具の相談と福祉用具ソーシャル ワークのための対人援助技術【演習】	扇田 宗親氏	龍谷大学非常勤講師 介護支援専門員
		13:10～14:40	職業倫理とリーダーシップ【演習】	楠本 洋士氏	株式会社 ライフ・テクノサービス 福祉用具プランナー 管理指導者
		14:50～16:20	最新情報【講義】		
4 日目	10/5 (土)	9:20～12:20	食事・更衣・整容の活動と用具、コミュ ニケーション関連用具、社会参加関連 用具【実技】	渡辺 崇史氏	日本福祉大学健康科学部 教授
		13:20～16:20	構造とメンテナンス【実技】		
5 日目	10/7(月)	9:20～12:20	入浴関連用具【実技】	鈴木 耕平氏	びわこリハビリテーション 専門職大学 理学療法士
		13:20～16:20	排泄関連用具【実技】	今井 真梨子氏	滋賀県済生会訪問看護 ステーション 作業療法士
6 日目	10/30 (水)	9:20～12:20	住宅改造【演習】①	前田 涼子氏	株式会社前後前 福祉用具プランナー 管理指導者
		13:20～16:20	住宅改造【演習】①		
7 日目	10/31 (木)	9:20～12:20	住宅改造【演習】②	前田 涼子氏	株式会社前後前 福祉用具プランナー 管理指導者
		13:20～16:20	床ずれ防止関連用具【実技】	神内 照次氏	社会福祉法人京都福祉 サービス協会 理学療法士
8 日目	11/7 (木)	9:00～10:30	相談援助のためのプランニングの実際【演習】	伊吹 美恵氏	(有)ふれあいサポート 福祉用具プランナー 管理指導者
		10:40～16:40 (昼休憩1時間含)	相談援助のためのプランニングの演習 【演習】①		
9 日目	11/14 (木)	9:20～14:20 (昼休憩1時間含)	相談援助のためのプランニングの演習 【演習】②	伊吹 美恵氏	(有)ふれあいサポート 福祉用具プランナー 管理指導者
		14:40～14:50	修了試験オリエンテーション	テクノエイド協会	
		14:50～16:20	修了試験		

福祉用具プランナー認定講習受講申込書

申込日西暦 年 月 日		
公益財団法人テクノエイド協会理事長 様 福祉用具プランナー認定講習の受講を申し込みます。		
申込者氏名等	フリガナ 氏名	生年月日 性別 男・女
	〒 住所	西暦 年 月 日生 満 歳
	都道 府県	
自宅電話 () / 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。※職場の代表アドレスは不可 ※ーハイフン、_アンダーバー、nエヌ、hエイチなど間違えやすいのでご注意ください	
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(昭和・平成 年 月)
その他保持資格	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)
	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)
勤務先	名称(営業所、支店名等までお書きください)	
	〒 住所	都道 府県
	TEL () / FAX ()	
	(業種・施設種別:該当するものに○印) 1. 福祉用具貸与事業者 2. 福祉用具販売事業者 3. その他の指定居宅サービス事業者 4. 居宅介護支援事業者 5. 特別養護老人ホーム 6. 社会福祉協議会 7. 行政 8. 介護実習・普及センター 9. 高齢者総合相談センター 10. 病院・診療所 11. リハビリテーションセンター 12. 公設展示場 13. 福祉用具製造事業者 14. 老人保健施設 15. 介護療養型医療施設 16. 住宅改修事業者 17. 教育機関 18. 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)	
プラネット会員の方は ご記入ください	会員番号	
資料送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印	

実務経歴証明書

令和 年 月 日

〒

住所

所属先名

代表者名

印

下記の者の実務経歴は次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 ~ 昭和・平成・令和 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・事業が複数にわたる場合はコピーしてお使いください。