

2026（令和8）年度 福祉用具プランナー認定講習 開催要項

1. 目的

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します。

2. 主催

公益財団法人テクノエイド協会（以下、「テクノエイド協会」）

3. 集合講習実施機関

一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク

4. 研修内容・期間

テクノエイド協会が定める100.5時間のカリキュラム（P5 別紙2参照）を履修する。

（1）eラーニング講習 2026年10月1日(木)～11月30日(月)

※期間内に全科目終了していないと、集合講習を受講できません。

（2）集合講習

※P6 別紙3「集合講習日程表」参照

12月25日(金)・26日(土)・27日(日)・28日(月)

1月8日(金)・9日(土)・10日(日)

※eラーニング講習と集合講習のいずれも終了することが必要です。

5. 集合講習会場

一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク（P7別紙4参照）

（高知県高知市本町3-6-37かわさきビル3階）

6. 受講条件

受講資格条件は、下記の（1）～（3）のすべてを満たす者としてします。

（1）資格（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又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、その業務に従事している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又は従事した経験のある次の者

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、認定講習を受講することが特に有効であるとテクノエイド協会理事長が認める者

(2) 実務経歴

認定試験実施日（集合講習最終日）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

(3) eラーニング受講環境等（すべてを満たすこと）

- ①自宅もしくは職場等で別に定めるeラーニング学習に必要な環境、機材を確保できること。（P4別紙1「eラーニング受講のためのPC等の推奨環境」参照）
- ②一般的なパソコン等の操作ができること。
- ③受講者個人用のeメールアドレスを所持していること。

7. 募集定員 30名 ※募集定員に達しない場合は、開催中止になることもあります。

8. 申込方法

受講を希望される方は、次の(1)～(3)の書類全てを次の送付先へ郵送してください（サイズはA4に統一）。

- (1) 受講申込書（P8 様式1）
- (2) 実務経歴証明書（P9 様式2）
- (3) 資格取得証明書の写し

【書類送付先】

〒780-0870 高知県高知市本町 3-6-37 かわさきビル 3階（TEL：088-821-7756）
一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク 福祉用具プランナー認定講習係

9. 申込締切日 2026年8月31日（月）必着

10. 受講料 57,000円（税込）

eラーニング受講料・テキスト代 21,000円（税込）

集合講習受講料 36,000円（税込）

※インターネットに係る通信料（回線料）は、受講料には含まれません。

※納入済みの受講料については、原則返還できません。

11. 受講決定と受講料の納付について

- (1) 受講要件を満たした方について、先着順で受講者を決定します。
- (2) 受講可否の案内は、9月3日（木）までにご登録いただいたメールアドレスへ通知します。
- (3) 受講決定者には、次の内容をメールにてご連絡いたします。

①テクノエイド協会より

・eラーニング受講料等（21,000円）のお振込についてご連絡します。

・入金確認後、「福祉用具プランナーテキスト」、「eラーニング学習コンテンツへのログインについて（ユーザーID及びパスワード記載）」を送付します。

②一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワークより

- ・9月3日(木)までに、集合講習受講料（36,000円）のお振込方法と集合講習の概要についてご連絡します。
- ・集合講習開始1～2週間前に、集合講習に関する詳細をご連絡します。

1.2. 認定試験について

次の(1)(2)の条件を満たし、認定試験に合格すると、試験日から概ね1ヶ月程度で、テクノイド協会より合否結果がメールにて通知されます。

- (1) eラーニング講習履修期間内にeラーニング全科目を履修し、各科目の修了試験に合格すること。
- (2) 集合講習において全科目を履修すること。

1.3. 福祉用具プランナー資格の登録

認定試験の合格通知時に、福祉用具プランナー登録の申請方法が案内されますので、決められた期日までに、マイページより登録申請を行ってください。

※福祉用具プランナーは登録制となっています。合格しただけでは資格取得になりませんので、必ず登録申請を行ってください。

※福祉用具プランナーは5年ごとの更新制です。

1.4. その他

感染防止に配慮の上、実施いたしますが、公的機関の通達等により変更が生じる場合がありますので、ご了承ください。また、受講者にもご協力をお願いすることがあります。体調不良の場合は、出席を見合わせてください。

1.5. 個人情報の取り扱いについて

- (1) 本講習申込者に関する個人情報は、受講承認に係る作業（受講の可否決定、通知送付等）に使用します。
- (2) 本講習受講者に関する個人情報は、講習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に使用します。
- (3) これらの個人情報は、当協会及びテクノイド協会が適切に管理し、上記以外の目的で使用したり、本人の了承なく第三者に提供することはありません。

1.6. 問合せ先

- (1) 研修全般に関すること

一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク 事務局

〒780-0870 高知県高知市本町3-6-37 かわさきビル3階

TEL : 088-821-7756 FAX : 088-821-7758 E-mail : nhn@nhcn.jp

- (2) eラーニングに関すること

公益財団法人テクノイド協会 試験研修部

〒162-0823 東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ4階

TEL : 03-3266-6884 FAX : 03-3266-6885 E-mail : fukyu@techno-aids.or.jp

【別紙 1】

eラーニング受講のためのP C等の推奨環境

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。

- ・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。
- ・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。

【別紙 2】

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

(時間)

集合講習科目	履修時間
最新情報【講義】	1.5
相談援助のためのプランニングの実際【演習】	1.5
相談援助のためのプランニング演習【演習】	9.0
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】	3.0
職業倫理とリーダーシップ【演習】	1.5
高齢者の身体特性【演習】	1.5
生活における基本動作・ADLの理解【演習】	1.5
起居関連用具【実技】	3.0
移乗関連用具【実技】	3.0
移動関連用具（車いす/杖・歩行器）【実技】	3.0
床ずれ防止関連用具【実技】	3.0
入浴関連用具【実技】	3.0
排泄関連用具【実技】	3.0
食事・更衣・整容の活動と用具【実技】	
社会参加関連用具【実技】	1.5
コミュニケーション関連用具【実技】	
住宅改造【演習】	9.0
構造とメンテナンス【実技】	3.0
合計	51.0

福祉用具プランナー認定試験	1.5
----------------------	------------

総合計	100.5
------------	--------------

(時間)

【別紙3】

2026（令和8）年度 福祉用具プランナー認定講習 集合講習日程

実施日	時間	研修内容	講師
【1日目】 12月25日（金）	8:30～8:50	受付・開会	
	9:00～10:20	最新情報	テクノエイド協会 試験研修部 部長 矢沢由多加
	10:30～12:00	職業倫理とリーダーシップ	テクノエイド協会 試験研修部 部長 矢沢由多加
	13:00～15:50	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	テクノエイド協会 試験研修部 部長 矢沢由多加
	16:00～19:00	排泄関連用具	排泄総合研究所むつき庵 浜田きよ子
【2日目】 12月26日（土）	9:00～10:30	高齢者の身体特性	ナチュラルハートフルケアネットワーク 眞藤英恵
	10:30～12:00	生活における基本動作・ADL の理解	ナチュラルハートフルケアネットワーク 眞藤英恵
	13:00～15:50	起居関連用具	ナチュラルハートフルケアネットワーク 下元佳子
	16:00～19:00	移乗関連用具	ナチュラルハートフルケアネットワーク 下元佳子
【3日目】 12月27日（日）	9:00～12:00	移動関連用具	高知の在宅ケアを守る会 福島寿道
	13:00～15:50	コミュニケーション関連用具／社会参加 関連用具 食事・更衣・整容の活動と用具	ナチュラルハートフルケアネットワーク 眞藤英恵
	16:00～19:00	入浴関連用具	うごケア Labo 窪田静
【4日目】 12月28日（月）	9:00～12:00	床ずれ関連用具	ナチュラルハートフルケアネットワーク 下元佳子
【5日目】 1月8日（金）	9:00～12:00	構造とメンテナンス	ラックヘルスケア株式会社 営業本部部長 松岡研太郎
	13:00～19:00	住宅改造	株式会社ヌーベルバーグ 介護ショップ蓮 管理者 正木健一
【6日目】 1月9日 （土）	9:00～12:00	住宅改造	株式会社ヌーベルバーグ 介護ショップ蓮 管理者 正木健一
	13:00～19:00	相談援助のためのプランニング演習	ナチュラルハートフルケアネットワーク 下元佳子
【7日目】 1月10日（日）	9:00～12:00	相談援助のためのプランニング演習	ナチュラルハートフルケアネットワーク 下元佳子
	13:00～14:30	相談援助のためのプランニング演習	ナチュラルハートフルケアネットワーク 下元佳子
	14:50～15:00	試験説明	事務局
	15:00～16:30	修了試験	事務局

【別紙 4】

一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク 福祉用具プランナー認定講習 集合講習 会場周辺案内図

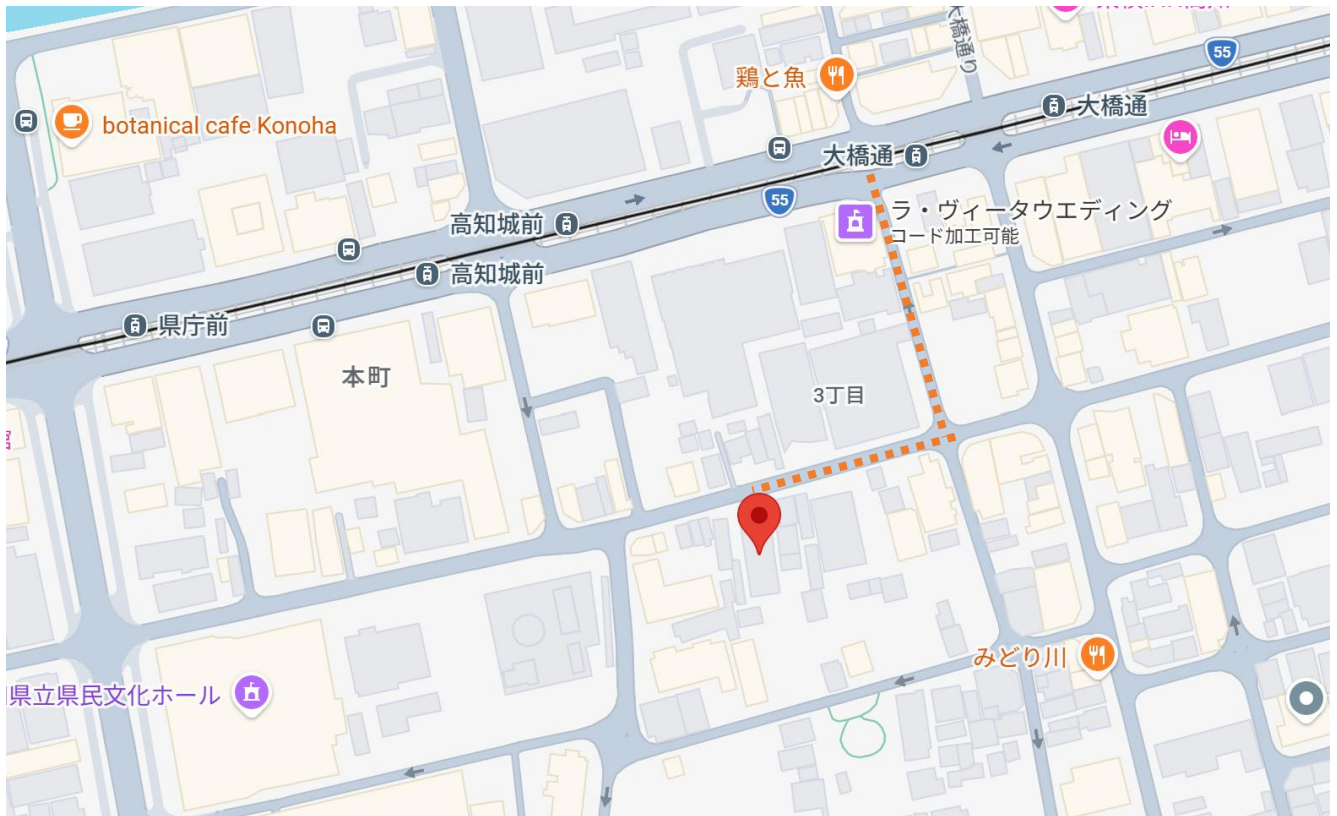
一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク

所在地：〒780-0870 高知県高知市本町 3-6-37 かわさきビル 3 階

TEL：088-821-7756 FAX：088-821-7758 E-mail：nhn@nhcn.jp

交通のご案内：

- ・とさでん交通「大橋通」電停 徒歩約 3 分



※高知自動車道「高知 IC」より車で約 15～20 分。会場専用駐車場はございませんので、近隣のコインパーキングをご利用ください。

申込締切日：2026年8月31日（月）

（様式1）

2026（令和8）年度 福祉用具プランナー認定講習 受講申込書

（集合講習実施機関：一般社団法人ナチュラルハートフルケアネットワーク／高知会場）

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿		申込日 西暦 年 月 日	
福祉用具プランナー認定講習の受講を申込みます。			
申込者氏名等	フリガナ	性別	男・女
	氏名	年齢	歳
	生年月日（西暦） 年 月 日		
	〒		
	住所	都道 府県	
TEL（ ） / 携帯（ ）			
メールアドレスは（メイン） （予備）の2つを記載してく ださい。 ※送信不可時の対策のため	（メイン）		
	（予備）		
主たる業務内容に関する資格	資格名	取得年月（西暦）	年 月
その他保持資格	資格名	取得年月（西暦）	年 月
	資格名	取得年月（西暦）	年 月
勤務先	（営業所、支店名等までお書きください）		
	フリガナ		
	〒		
	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 ）		
福祉用具に関連する従事年数	年（通算年数）		
資料送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印		
備考			
※記入漏れのないようご確認ください。			

(様式2)

実務経歴証明書

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿
日

西暦 年 月

〒

住 所

所属先名

印

代表者名

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	西暦 年 月 ～ 西暦 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。