

令和2年度 福祉用具プランナー認定講習 開催要綱

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 特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会

4. 受講者の条件

受講資格条件は、下記の(1)～(3)を満たす者とする。

(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公益財団法人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。(別紙1/eラーニング講習受講のためのPC等の環境に係る要件)
- 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。

5. 研修内容および期間

公益財団法人テクノエイド協会が定める100.5時間のカリキュラム(別紙2)を履修する。

(1) eラーニングによる研修期間

令和2年10月14日(水)～12月14日(月)

(2) **集合講習期間**（講義・実技・演習・認定試験）

令和2年11月21日（土）、22日（日）、23日（祝月）、

12月5日（土）、6日（日）、19日（土）、20日（日）

※詳細は「集合講習日程表」（別紙3）を参照してください。

研修会場

アビリティーズ・ケアネット株式会社 横浜営業所（別紙4）

（神奈川県横浜市南区浦舟町3-46 浦舟複合福祉施設12階）

6. 募集定員 20名

7. 申込方法

(1) 研修の受講を希望される方は、次の①～③の書類全て（サイズは全てA4に統一）を受講申込締切日までに、日本アビリティーズ協会へ郵送してください。

① 受講申込書（様式1）

② 実務経歴証明書（様式2）

③ 資格取得証明書の写し

(2) 申込先：〒151-0053 東京都渋谷区代々木4-30-3 新宿ミッドウエストビル
日本アビリティーズ協会 福祉用具プランナー認定講習係
(TEL：03-5388-7501)

8. 受講申込締切日

令和2年 9月14日（月） 必着

9. 受講料等 56,000円（消費税込み）

(1) 受講料の内訳

① eラーニング受講料・福祉用具プランナーテキスト代 21,000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。

② 集合講習受講料 35,000円（税込）

(2) 納入済みの受講費用については、受講途中でのキャンセル、プランナー認定講習履修不合格の場合でも返還はいたしません。

10. 受講決定と受講者認識番号（ユーザーID）、受講者パスワード等の送付

(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、抽選にて決定します。

(2) 受講可否の案内は9月18日迄にその旨を本人に通知します。

(3) 受講決定者には申込締め切り後、eラーニング受講料等（21,000円）のお振込についてのご案内は公益財団法人テクノエイド協会より、ご登録いただいたメールアドレスへ送信し、入金を確認できた方へ、「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）」を送付致します。

集合講習受講料（35,000 円）のお振込についてのご案内、並びに集合講習の詳細につきましては、日本アビリティーズ協会より、ご登録いただいたメールアドレスへ送信致します。

1 1. 新型コロナウイルス感染症対策に関して

社会情勢により、延期、または中止の措置を取ることがあります。また、感染防止には充分配慮しますが、万が一罹患した場合、日本アビリティーズ協会でご責任を負うことはできませんのであらかじめご承知おきください。

集合講習実施にあたり日本アビリティーズ協会が取る対策、受講にあたり参加者にご了解いただきたい内容は、別紙5の通りです。ご確認のうえ、お申込みください。

1 2. 福祉用具プランナーの登録及び認定証の交付

次の（１）および（２）の条件を満たした者は、認定試験の合格通知において指示された期日までに福祉用具プランナー登録申請書を公益財団法人テクノエイド協会へ提出し、登録が適切であると判断された場合、登録簿に登録され、福祉用具プランナー認定証が交付されます。

（１）eラーニング講習のすべての科目を履修、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。

1 3. 補講・再試験の申込者

公益財団法人テクノエイド協会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研修（補講・再試験）申込書」をダウンロードし、日本アビリティーズ協会までお申し込みください。

再試験費用 3,100 円（消費税込み）

1 4. 個人情報の取り扱いについて

（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（受講の可否決定、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、特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会及び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 5. 問合せ先

（１）研修全般に関すること

特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会 事務局

〒151-0053 東京都渋谷区代々木 4-30-3 新宿ミッドウエストビル

TEL 03-5388-7501 FAX 03-5388-7208 E-mail soken@abilities.jp

（２）eラーニングに関すること

公益財団法人テクノエイド協会 普及部

〒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

福祉用具プランナー認定講習
eラーニング講習受講のためのPC等の環境に係る要件

パソコン版

	OS	ブラウザ
Windows	Windows8.1 Windows10	Internet Explorer11 Microsoft Edge Chrome67 以降 FireFox60 以降
Mac	OSX v10.11.6	Safari12.1.1 以降 Chrome70 以降 FireFox60 以降

モバイル版（スマートフォン・タブレット）

	OS	ブラウザ
Android	Android6.0 以降	Chrome（最新版）
iOS	iOS12 以降	Safari（最新版）

※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 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 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おすすめします。

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	1.5
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
対人援助技術	1.5
職業倫理	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
対人援助技術【演習】	3.0
職業倫理【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【実技】	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・整容の活用と用具【実技】	1.5
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】	9.0
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)

令和2年度 福祉用具プランナー認定講習 集合講習日程

特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会

実施日	時間	研修内容	講師(所属)
11/21(土)	8:50-9:00	オリエンテーション	日本アビリティーズ協会 事務局
	9:00-12:00	対人援助技術	佐藤 俊憲 (首都医校 社会福祉学科 学科長)
	12:50-14:20	職業倫理	
	14:30-16:00	高齢者の身体特性	鈴木 明子 (城西国際大学 看護学部 教授)
	16:00-17:30	生活における基本動作・ADLの理解	
11/22(日)	9:00-12:00	住宅改造	伊藤 勝規 (とちぎノーマライゼーション研究会 理事長)
	12:50-18:50		
11/23(祝月)	9:00-12:00	入浴関連用具	菊地 真一(アビリティーズ・ケアネット(株)・福祉用具プランナー管理指導者)
	13:00-16:00	構造とメンテナンス	藤原 修(藤原建設(株)代表・福祉用具プランナー管理指導者)
12/5(土)	9:00-12:00	排泄関連用具	伊丹 洋子 (株)スリーディメンション すりいでい 取締役)
	12:50-15:50	床ずれ防止関連用具	
	16:00-18:00	最新情報	松尾 敬徳 (アビリティーズ・ケアネット(株)取締役)
12/6(日)	9:00-12:00	起居関連用具	中村 靖彦 (アビリティーズ・ケアネット(株)取締役・リフトインストラクター特級)
	12:50-15:50	移乗関連用具	
	16:00-17:30	食事・更衣・整容の活動と用具／社会参加関連用具／コミュニケーション関連用具	江連 素実 (アビリティーズ・ケアネット(株)理学療法士)
12/19(土)	9:00-12:00	移動関連用具(車いす／杖・歩行器)	鈴木 進子 (アビリティーズ・ケアネット(株))
	13:00-14:30	相談援助のためのプランニングの実際	伊藤 勝規 (とちぎノーマライゼーション研究会 理事長)
	14:30-18:00	相談援助のためのプランニングの演習	
12/20(日)	9:00-12:00	相談援助のためのプランニングの演習	伊藤 勝規 (とちぎノーマライゼーション研究会 理事長)
	12:50-15:20		
	15:40-15:50	試験説明等	テクノエイド協会
	15:50-17:20	認定試験	

福祉用具プランナー認定講習 集合講習 新型コロナウイルス感染症対策ガイドライン

特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会

当協会では、「福祉用具プランナー認定講習 集合講習」開催にあたり、新型コロナウイルスの感染リスクをできる限り抑えるため、以下の内容に従って実施して参ります。受講生の皆様のご理解・ご協力をお願いいたします。

※本ガイドラインは、公的機関の今後の通達や社会情勢の変化等により、必要に応じて適宜改訂いたします。

1. 当協会・講師は以下の対策を講じます

(1) 会場の換気

- ・講習開始前や休憩時間等に、1日5回以上窓を開け、外気との換気を行います。
- ・講習会場の扉は開放します。

(2) 消毒の徹底

- ・消毒液を、入口と会場内2か所以上に設置し、受講生がこまめに手指消毒できるようにいたします。
- ・当日講習開始前後・昼食休憩前に受講生の机を、講習開始前後にイスを消毒いたします。
- ・トイレにハンドソープを設置いたします。
- ・ドアノブ、エレベーターのボタン等、手を触れやすい場所は、1日3回以上消毒いたします。

(3) 密を避ける

①講義時

- ・50名以上収容可能な会場にて、受講生20名程度で実施いたします。
- ・受講生の席の間隔を充分にとります。
- ・講師台と、受講生の席の距離を2m以上空け、間にビニールカーテンを設置いたします。

②グループワーク時

- ・着席でのグループワーク時は、1グループ5名以内とし、対面は1m以上空けるよう配置します。
- ・グループ間の間隔を2m以上離して配置いたします。
- ・長時間の討議の際は、複数の部屋に分散いたします。
- ・備品等を使い回しする際は、一人使用ごとに消毒いたします。

(消毒の作業を受講生ご自身にお願いする場合もございます。消毒液はこちらで準備します)

③実習時

- ・福祉用具を使用する実習時は、1グループ5名以内とします。
- ・見学時は2m以上離れていただきます。
- ・実習で使用した機器類は、1名使用ごとに消毒いたします。
(消毒作業を受講生にお手伝いいただく場合もございます。消毒液はこちらで準備します)
- ・実習機器は、グループ専用とし他のグループとの使い回しは避けます。数量の都合等で、体験者を限定する場合もございます。
- ・内容により、使い捨てのビニール手袋等を着用していただきます。

(4) 講師・スタッフの心得

- ・講師・運営スタッフは常にマスクを着用し、講義・アナウンス時はマイクを使用し、大声を出さないようにいたします。
- ・講師・運営スタッフは、体調管理に万全を期します。
- ・ビニールカーテンは、半日使用後消毒し、1日使用したものは使い捨てといたします。

2. ご受講の皆様には以下のご協力をお願いいたします

- ・当日朝、必ず検温し、37.5度以上の発熱があった際は、出席を見合わせてください。
- ・会場入場時に検温をさせていただきます。
- ・発熱、倦怠感、咳、咽頭痛等、体調に異常が見られた際は、受講中であっても、無理をせず帰宅をお願いします。
- ・講習中は食事時以外はマスクを着用してください(マスクが必要な場合は有料にてお分けします)。
- ・食事時の会話は禁止とします。
- ・会場入場時、昼食休憩前後に、手指の消毒・うがいを行ってください。
- ・休憩中の会話は、1m以上空けるか、ビニールカーテン越しにお願いします(マスクの着用も必須です)。
- ・館内の他階や同じ階の講習以外の部屋には立ち入らないでください。なお館内は全館禁煙です。
- ・受講生及び講師・スタッフが発症した場合、それらが所属する機関・ご家庭等で発症し、濃厚接触者となった場合、講習期間中に講習会場で受講者以外の発症者が確認された場合は、必要に応じて保健所等の公的機関に個人情報を提供することをご了承ください。また、上記の状況は、速やかに受講生にお知らせします。

※国および地方公共団体からの通知・要請、あるいは当協会の判断により、講習を継続できない状況になった際は、集合講習初日以降であっても講習を中止することがございます。その場合の未受講科目については、他講習事業者、あるいは当協会の次回以降の集合講習にて補講としてご受講いただきます。当協会にて補講受講される場合は、補講受講料は無料といたします。

(ただし初回受講年度より3年以内の修了が必要です)

福祉用具プランナー認定講習 受講申込書(神奈川会場)

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
特定非営利活動法人日本アビリティーズ協会 実施の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	【2つ記入してください】 メインアドレスに送信出来なくなった場合、予備アドレスにご連絡する場合があります。					
メインアドレス						
予備アドレス						
主たる業務内容に関する資格	資格名	取得年月(西暦 年 月)				
	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	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 内容従事機関	・福祉用具に関連する主な業務内容					
	・従事期間(西暦 年 月 ~ 現在)					
資料送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印					

実務経歴証明書

西暦 年 月 日

〒

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	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。