

平成 23 年度 福祉用具プランナー研修 開催要綱

1. 目的

「福祉用具プランナー研修」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方に、福祉用具の適正な取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. 後援

財団法人東京都福祉保健財団

4. 受講対象者

「受講資格条件」及び「eラーニング受講条件①～③」を満たしている者

【受講資格条件】

- (1) 以下のいずれかの条件を満たし、現在も福祉用具専門相談員として2年以上その業務に従事している者
 - ①厚生労働大臣が指定した講習会の課程を修了した者若しくは都道府県知事がこれと同程度以上の講習を受けたと認める者
 - ②指定福祉用具貸与又は販売に当たる福祉用具専門相談員として、その業務に従事している下記の者
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
- (2) その他福祉用具関連業務に2年以上従事している下記の者
介護支援専門員、建築士
- (3) 上記(1)～(2)のほか福祉用具関連業務に2年以上従事し、特に研修受講の有効性を認められる者

【eラーニング受講条件】

①自宅もしくは職場等でインターネット接続可能なパソコンがあること。

■必要な環境

システム	●OS：Windows98以降 ●CPU：特に問題ないが600MHz以上推奨 ●メモリ：特に問題ないが256MB以上推奨 ●ビデオメモリ：16MB以上推奨
ソフトウェア	●ブラウザ：Internet Explorer 6.0以上推奨 ●Power Point：Power Pointがインストールされていない場合は、フリーダウンロードソフト「Power Point Viewer」をダウンロードしインストールしてください。下記の（マイクロソフト社）webにダウンロード方法があります。 http://support.microsoft.com/default.aspx?scid=kb;ja;835420 ●音声や動画を見るためには、そのファイルのタイプを表示できるビューア（例えば、Windowsに付属しているMedia Player等）が、パソコンにインストールされていなければなりません。
接続回線	社内LAN、ケーブルテレビ回線、ADSL回線、光ファイバー回線等でインターネットに接続できる回線。 但し、ダイヤルアップは不可。

②一般的なパソコンの操作ができること。

③受講者個人用のメールアドレスを所持していること。

5. 研修内容

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を履修する。（別紙参照）

6. 研修期間、研修会場及び受講定員

(1) eラーニング研修履修期間：

平成23年12月10日(土)～平成24年2月9日(木)

(2) 集合研修：平成24年2月11日(土)～2月17日(金)7日間

(3) 研修会場：東京都新宿区神楽河岸1-1 セントラルプラザ
東京都福祉保健財団 多目的室

(4) 受講定員：50人

7. 申込方法

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A4に統一)を申込締切日までに当協会に郵送又は持参して下さい。

(1) 受講申込書

(2) 実務経歴証明書

(3) 資格取得証明書の写し

8. 受講申込締切日

平成23年10月31日(月)必着

9. 受講料(受講決定後に支払方法指示)

48,400円(消費税込み)

福祉用具プランナー受講料	30,000円
eラーニング受講料	10,000円
福祉用具プランナーテキスト代	8,400円

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。

10. 受講決定と受講者認識番号(ユーザーID)、受講者パスワード及び集合研修受講票の送付

- (1) 受講希望者が定員を超過した場合は、受講の要件を審査した上で抽選にて受講の可否を決定します。
- (2) 受講決定者には11月上旬に受講料(48,400円)払込票を送付し、入金が確認できた方より、福祉用具プランナーテキスト、eラーニング学習マニュアル(受講者認識番号:ユーザーID及び受講者パスワード添付)、集合研修受講票を送付します(送付時期12月上旬)。
- (3) 受講ができない方についても、11月上旬にその旨通知いたします。

11. 研修修了証書の交付

次の(1)及び(2)の条件を満たした者を研修修了者とし、公益財団法人テクノエイド協会理事長名による福祉用具プランナー研修修了証書を交付します。

- (1) eラーニング研修履修期間内に、eラーニング研修全科目を履修し各科目修了試験に合格すること。
- (2) 集合研修において全科目を履修し、研修修了試験で一定以上の成績を修めること。

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(受講可否の決定、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、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. 問い合わせ先

公益財団法人テクノエイド協会 普及部 ^{ぬわ}怒和正憲/^{ゆあさ}湯浅みさ

〒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

平成23年度福祉用具プランナー研修カリキュラム(100.5時間)

eラーニング科目	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 (旧福祉用具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 (旧福祉用具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 (旧ケアマネジメント概論)	1.5H
対人援助技術	1.5H
職業倫理	1.5H
認知症の理解 (旧認知症高齢者への対応)	1.5H
福祉用具供給の業務 (旧福祉用具供給システム)	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
ADLの理解と基本の動作	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

集合研修科目	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】 (旧福祉用具プランニングの実際)	1.5H
相談援助のためのプランニング演習【演習】 (旧福祉用具プランニング演習)	9.0H
対人援助技術【演習】	3.0H
職業倫理【演習】	1.5H
高齢者の身体特性【演習】	1.5H
ADLの理解と基本の動作【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・整容関連用具【実技】	1.5H
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】	9.0H
住宅改造各論 I【演習】 (旧住宅改造各論)	
構造とメンテナンス【実技】	3.0H
修了試験	1.5H
合計	52.5H
総合計	100.5H

平成 23 年度 福祉用具プランナー研修受講申込書

平成 年 月 日

公益財団法人テクノエイド協会理事長 殿

福祉用具プランナー研修の受講を申込みます。

申込者氏名等	フリガナ 氏名	性別 男 ・ 女
	〒 住所	年齢 歳
	TEL () / FAX ()	
	メールアドレス【必ず明確に記入して下さい/携帯のアドレスは無効です】	
受講対象者の 条件に関する 資格取得の状況	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)
	資格名	取得年月日(昭和・平成 年 月)
勤 務 先	名称	
	〒 住所	
	TEL () / FAX ()	
	(業種・施設種別:該当するものに○印) 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. その他の指定居宅サービス事業者 4. 指定居宅介護支援事業者 5. 介護保険施設 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. 福祉用具貸与事業者 15. 福祉用具販売事業者 16. 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)	
資料等送付先	【 自宅 ・ 勤務先 】 ※いずれかに○印	
eラーニング受講に 使用するパソコンの 仕様環境	eラーニング受講の際、主に使用するパソコンの仕様環境 ■CPU 【 GHz/MHz】*単位に○印 ■メモリ容量 【 MB/KB】*単位に○印 ■ブラウザ Internet Explorer バージョン 【 】 ■接続回線:該当するものに○印 【 社内LAN ・ ケーブルテレビ回線 ・ ADSL回線 ・ 光ファイバー ・ その他(具体的に)】	

実務経歴証明書

平成 年 月 日

公益財団法人 テクノエイド協会理事長 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。