

2026年度（令和8度）

福祉用具プランナー認定講習 募集案内

【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関係職種に、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します。

【主 催】

公益財団法人テクノエイド協会

【集合講習実施機関】

一般社団法人熊本県福祉介護用品協会(<https://kumamoto-kaigoyohin.jp/>)

【講習期間】

- eラーニング講習 令和8年11月1日(日)～令和8年12月31日(木)
- 集合講習(8日間) 令和9年1月9日(土)～令和9年1月31日(日)

【会 場】

・熊本県総合福祉センター第3又は第4会議室(熊本市中央区南千反畑町3-7)

【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。[P3参照]

【定 員】

30名 ※最小開催人数(20名)に達しなかった等の理由で中止する場合があります。

【受講対象】

受講者は、次の①～③のすべてを満たす者として、

①次のいずれかに該当すること

ア 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

イ 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

ウ 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こと

③次のeラーニング受講環境のすべてを満たすこと

ア 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

イ 一般的なパソコン等の操作ができること

ウ 受講者個人用のeメールアドレスを所持していること

※「eラーニング受講のための推奨環境」[P4参照]

【受講申請期間】

令和8年8月1日(土)～令和8年9月30日(水)

【受講料】

《一般》58,000円 《協会会員》43,000円

●eラーニング利用料・福祉用具プランナーテキスト代《共通》21,000円（消費税込み）

●集合講習受講料《一般》37,000円 《協会会員》22,000円（消費税込み）

※インターネットに係る通信料（回線料）は、受講料に含まれません。

注）eラーニング受講料・福祉用具プランナーテキスト代については受講決定者へ、登録いただいたメールアドレス宛に公益財団法人テクノエイド協会からご案内が送付されますので、各自で手続きして頂きます。

注）集合講習費用納付方法については、ご案内を受講決定者に対して別途送付させて頂きます。（納付された受講料については原則返還できません）

【受講申請方法】

次の①～③の書類全てを受講申請締切日までに当協会にメール添付（必ずカラーでPDF）にてお送り下さい。《送信先メールアドレス purakumamoto@gmail.com》

①受講申請書【P5参照】 ②実務経歴証明書【P6参照】 ③資格取得証明書の写し

【福祉用具プランナー認定証の交付】

次の条件をいずれも満たした受講者を講習修了者とし、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認定証」を交付します。

① 所定の履修期間内にeラーニングを履修の上、各科目の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の上、認定試験に合格すること

③ 認定試験合格通知における案内に従い、公益財団法人テクノエイド協会へ登録申請を行うこと

【補講・再試験の申込希望者】

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認定講習（補講・再試験）申込書」をダウンロードし、「熊本県福祉介護用品協会」までお申し込みください。

・再試験費用 3,100円（消費税込み）

注）再試験費用については、再受験決定者へ登録いただいたメールアドレス宛てに公益財団法人テクノエイド協会研修部からご案内が送付されますので、各自で手続きして頂きます。

【感染防止対策】

・インフルエンザ等感染防止には配慮しますが、万が一罹患した場合は、当協会で責任を負うことはできませんので予めご承知おきください。

・マスクの着用については、政府が決定した「マスク着用の考え方の見直し等について」を踏まえ個人の判断に委ねます。

・発熱（37.5度以上）、倦怠感等体調不良の方は出席をご遠慮ください。

【個人情報の取扱い】

・本講習申請者に関する個人情報は、受講決定に係る作業（受講可否の決定、通知）のみに使用します。

・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のみに使用します。

・これらの個人情報は、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。

【問合せ先】

熊本県福祉介護用品協会運営担当（株）ふくえん内 〒861-4106 熊本県熊本市南区南高江2-1-28

TEL:096-285-7586 / FAX:096-285-7587 / E-mail:purakumamoto@gmail.com

履修科目及び履修時間

【総合計 100.5 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

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【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・整容の活動と用具【実技】 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】	1.5
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
---------------	-----

eラーニング受講のための推奨環境

■ パソコン版 e ラーニング推奨環境

	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) e ラーニング推奨環境

	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ので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。

申込締切日 2026年 9 月 30 日(水) 必着

2026年度(令和8年度)福祉用具プランナー認定講習 受講申請書

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認定講習の受講を申請します。

フリガナ 氏 名										
生年月日・年齢・性別		西暦 年 月 日生			歳		男・女			
現住所		〒								
電話番号		日中連絡先				携帯				
メールアドレス(必須)		メインアドレス								
勤務先	フリガナ 名 称									
	住 所	〒								
	TEL・FAX	TEL				FAX				
勤務先業種 (該当するものに✓)			福祉用具貸与事業者			特別養護老人ホーム			介護実習・普及センター	
			福祉用具販売事業者			介護老人保健施設			公設展示場	
			福祉用具製造事業者			介護療養型医療施設			社会福祉協議会	
			住宅改修事業者			地域包括支援センター			教育機関	
			居宅介護支援事業者			リハビリテーションセンター			行政	
			その他の指定居宅サービス事業者			病院・診療所			その他	
		※上記で「その他」を選択した方は具体的に内容をご記入ください。								
福祉用具に関連する 従事年数		年(※通算年数)								
主な資格取得状況		資格名				取得日(西暦		年 月 日)		
		資格名				取得日(西暦		年 月 日)		
		資格名				取得日(西暦		年 月 日)		
		資格名				取得日(西暦		年 月 日)		
資料等送付先		(自宅・勤務先) ※いずれかに○印								

実務経歴証明書

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	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。