

1 目 的

福祉用具専門相談員が、地域包括システムにおいて多職種との連携の中で専門性を発揮するためには、福祉用具に関わる領域において高い専門性を確立することが重要であり、こうした高い専門性の獲得は、更に次のステップで目指すことが望まれる。

平成25年12月の社会保障審議会後保険部会の意見書では、福祉用具専門相談員の更なる専門性向上の観点から、福祉用具貸与事業所の人員基準2名のうち、1名の福祉用具専門相談員について、「より専門的知識および経験を有する者の配置を促進」することの検討が求められた。そこで、本研修は、一定の経験を有する福祉用具専門相談員が、「より専門的知識および経験を有する福祉用具専門相談員」として、実践の場で専門性を発揮するために必要な知識・スキルを定期的に確認、修得、更新することを目的として開催する。

2 主 催

一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会（ふくせん）

3 開催期間（年1回実施）

令和元年12月6日（金）、7日（土）、12日（木）（3日間、計20時間）

4 日程・研修内容・講師

<別紙-1>のとおり

5 研修会場

〒310-0851

茨城県水戸市千波町 1918 茨城県総合福祉会館 5階研修室

7 募集人数

30人

8 研修費用

- 受講料
- ・一般 25,000円
- ・会員(*) 20,000円

*全国福祉用具専門相談員協会会員、または茨城県福祉サービス振興会会員
(テキスト、サブテキスト代含む)

- ・支払い方法…銀行振込。受講決定者には、後日連絡します。
- ・お振込の後ご辞退にあたっては、10,000円を通信費、手数料としていただきます。

9 受講要件

- (1)福祉用具専門相談員として、3年程度の福祉用具選定等の実務経験を有すること。
- (2)自身が担当した事例（サービス計画書等）を提出できること。
- (3)研修期間（3日間）全ての講義を受講できる方。

※ 到達目標に達することが困難とみられる方の受講をお断りする場合があります。

10 受講申込み〆切

令和元年11月8日(金)

11 申込み方法

(1)研修の受講を希望される方は、福祉用具専門相談員更新研修申込書<別紙-2>に必要事項をご記入後、申込み締切日までに(一社)茨城県福祉サービス振興会宛、FAX、郵送、又は茨城県総合福祉会館2F福祉用具展示ホールまでご持参ください。受付期間を過ぎたものは受け付けませんのでお早めにお申込みください。郵送の場合は、令和元年11月8日の消印のあるものまで受け付けます。

(2) 受講申込者が30名に達しない時は、

- ・講習会を実施できないことがあります。予めお含みおき下さい。
- ・その旨は、申込者各人にご連絡します。

12 講習受講決定通知

(1) 講習受講決定者には11月15日(金)迄に郵送で決定通知を郵送します。

併せて提出物等の詳細についてもご案内します。

但し受講希望者が定員を超過した場合は受講者の要件を審査した上で抽選により、受講の可否を決定します。

(2) 受講が出来ない方についても11月15日(金)迄に郵送で通知します。

13 修了評価の実施方法

(1) 全カリキュラム修了後に学習内容の習得度を確認するため、○×式による修了評価を1時間程度実施します。(※参照)

(2) 演習単元の評価は、演習シート(点検結果を踏まえた計画の見直し)の提出をもって「到達」とみなします。

(3) 修了評価問題の6割以上の正答で修了者とみなします。

*研修期間中に遅刻、早退、欠席のある場合は原則として修了評価を受けられません。

*修了評価に於いて、到達目標に示す知識・技術が十分でない場合は、レポート提出等により、基準への到達を支援することとします。

14 修了証書の交付

所定の講習会カリキュラムを修了され、最終日の修了評価に於いて、一定の水準に達した受講者には下記の修了証が交付されます。

○福祉用具専門相談員指定講習会修了証

発行者 一般社団法人全国福祉用具専門相談員協会

15 受講申込書の送り先・問合せ先

〒310-0851

茨城県水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館5階

(一社)茨城県福祉サービス振興会 (担当 荒井)

*郵送の方は、封筒表に(更新研修申込み)とお書きください。

TEL 029-244-4425

FAX 029-244-4463

16 その他

受講決定者には、改めて諸事項についてご連絡します。

受講初日に本人を確認できる証明書(運転免許証、健康保険証、パスポート等)をご持参ください。

令和元年度「福祉用具専門相談員更新研修」
受講申込書

申込日 令和元年 月 日

受講者氏名 自宅住所等	フリガナ		性別	男・女	
	氏名		生 年 月 日		
			昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
	住所	〒 _____			
	メールアドレス				
*緊急時に連絡の取れる番号 TEL _____					
勤務先	名称				
	住所	〒 _____			
	TEL	FAX			
保有資格	1. 福祉用具専門相談員(受講にあたり必須) 2. ()	福祉用具専門相談員 指定講習修了年月	(西暦) 年 月 修了		
受講通知郵送先	1. 自宅		2. 勤務先		
ふくせん会員の 方はご記入くだ さい	会員 No. _____				

上記の者の実務経歴は、以下の通りであることを証明する。(下記、所属管理者記入欄)

従事期間	平成 年 月 ~ 現在 (年 ヶ月間)
所属先名	
所属先管理者 署名欄	印

※受講者氏名等の記入は、修了証書の記載の基本となりますので楷書で正確、丁寧にご記入ください。

※お預かりいたしました情報は、個人情報保護法を遵守し、目的以外には使用いたしません。

※申込締切後2週間以内に、受講決定の可否について郵送にてご連絡差し上げます。