

令和 2 年 9 月 25 日

山形県理学療法士会会員各位

一般社団法人山形県理学療法士会
会 長 岩井 章洋

臨床実習指導者講習会の追加募集について（ご案内）

謹啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。日頃より当会の活動に対しご理解ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、質の高い理学療法士及び作業療法士を育成するため、平成 30 年 10 月に理学療法士および作業療法士養成施設指定規則が改正され、理学療法士作業療法士養成施設指導ガイドラインが定められました。それに伴い臨床実習指導者の要件は、理学療法士免許を受けた後 5 年以上業務に従事した者となり、加えて厚生労働省が指定する臨床実習指導者講習会の受講が義務付けられました。今年度入学した学生から適応になります。県内の臨床実習指導環境を整えるためにもより多くの会員の受講をお願いしたく案内をしてきたところです。

ところが、今年度 2 回開催講習会の定員が満たされていない状況にあります。今年度の申し込み状況に応じて次年度開催方針を決定する予定でありますので、より多くの会員の皆様にご参加いただきたく、追加の募集を下記により行うことといたしました。

つきましては、ご多忙のことと存じますが、より多くの会員の方に年度内に受講していただき、臨床実習の指導者要件を満たし、後進の育成にご支援いただきますようお願い申し上げます。

謹白

記

1. 開催期日、会場及び追加募集定員

回	期日	会場	定員
第 1 回	2020 年 11 月 21 日（土）～22 日（日）	山形県立保健医療大学	30 名
第 2 回	2020 年 12 月 12 日（土）～13 日（日）	山形県立保健医療大学	30 名

2. 開始及び終了時間（各回共通）

- 1 日目 9 時 30 分～19 時 00 分
- 2 日目 9 時 00 分～17 時 30 分

3. 参加者要件

- (1) 申し込み時点で実務経験満 4 年以上の理学療法士
- (2) 2 日間全プログラムを受講できる方（遅刻、早退も認められません）

4. 参加費 当会会員・・・無料

当会会員以外の方・・・20,000 円

5. 講習会内容

- ① 理学療法士、作業療法士養成施設における臨床実習制度の理念と概要
- ② 臨床実習の到達目標と修了基準
- ③ 臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案
- ④ 臨床実習指導者の在り方（「ハラスメントの防止について」を含む）
- ⑤ 臨床実習指導者およびプログラムの評価
- ⑥ その他臨床実習に必要な事項

6. 修了証の発行及び受講後の要件

- (1) 本講習会受講者に厚生労働省医政局長、一般社団法人全国リハビリテーション学校協会理事長、公益社団法人日本理学療法士協会会長及び一般社団法人日本作業療法士協会会長の連名による修了証が発行されます。
- (2) 本講習会受講者は、実習施設において臨床実習指導者として学生指導を行うことができます。

7. 申し込み方法

個人毎メールで下記のアドレスに申し込みください。

メールアドレス：jisshuu06@yahoo.co.jp

件名に「講習会申し込み：自分の名前」と記入してください。

本文に①～⑧の内容を記入し、⑨の書類を PDF にて添付してください。氏名及び生年月日は修了証に記載されます。戸籍に記載されているとおりに正確にご記入ください。

- ①氏名 ②会員番号 ③生年月日（西暦で） ④所属施設名 ⑤実務経験年数（満〇年）
⑥メールアドレス（携帯アドレスは不可。添付ファイルが届く個人のアドレスにしてください。） ⑦第1希望の講習会（例：第1回） ⑧第2希望（例：第2回） ⑨<理学療法士・作業療法士免許取得後（登録日以降）の実務経験申告書>

【重要】 <理学療法士・作業療法士免許取得後の実務経験申告書>の提出について

今年度より、受講資格には「実務経験申告書」の提出が必要になりました。

実務経験申告書（Excel）を当会ホームページからダウンロードし、実務経験申告書記載時の注意点（PDF）を確認して記入してください。

記入後に施設代表者または部門代表者・責任者の承認（押印）を得て PDF を作成し、申し込みメールに添付してください。

PDF 名を「実務経験申告書：会員番号：受講者氏名」としてください。

PDF を作成できない場合は、当会事務所まで郵送してください。その場合の郵送費用は各

自でのご負担をお願いします。

<郵送先> 〒990-2231 山形市大森924

一般社団法人山形県理学療法士会事務局

8. 申し込み締め切り **10月3日(土)**

9. その他

- ・申請に不備があった場合は連絡をさせていただきますので、メールの確認をお願いします。
- ・申し込み締め切り後に受講の可否、受講日の連絡をメールで行いますので必ずご確認ください。返信がない場合はご連絡ください。
- ・受講決定後、万が一参加できなくなった場合は速やかに連絡をお願いします。
- ・新型コロナウイルス感染状況によっては予定を変更することもありますのでご了承ください。

10. お問い合わせ

問い合わせは下記アドレスにメールでお願いいたします。その際件名に「臨床実習指導者講習会問い合わせ：名前」と記入してください。

お問い合わせ

教育局長 齋藤高興

鶴岡協立リハビリテーション病院 リハビリテーション技士部

TEL : 0235-78-7511 Mail : jisshuu06@yahoo.co.jp