

2021年 8月 6日

関係各位

臨床実習指導者講習会山梨県協議会  
会 長 山 本 伸 一

一般社団法人山梨県理学療法士会  
会 長 磯 野 賢  
一般社団法人山梨県作業療法士会  
会 長 山 本 伸 一

2021年度厚生労働省指定臨床実習指導者講習会（山梨県講習会）開催について  
【案内】

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。平素より、一般社団法人山梨県理学療法士会および一般社団法人山梨県作業療法士会の活動にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、2018年10月5日に理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則および指導ガイドラインを改正する省令が示され、これにより2020年度入学生からの臨床実習指導は、厚生労働省が指定した講習会を修了した者が行うことが義務付けられました。

そこで、学校法人健康科学大学および学校法人帝京科学大学の協力を得て、臨床実習指導者講習会山梨県協議会を設立し、下記のとおり厚生労働省指定臨床実習指導者講習会（山梨県講習会）を開催させていただき運びとなりました。

つきましては、本講習会の周知と参加に際し、格別のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

記

講習会名称：厚生労働省指定臨床実習指導者講習会（山梨県講習会）  
主 催 者：一般社団法人全国リハビリテーション学校協会  
公益社団法人日本理学療法士協会  
一般社団法人日本作業療法士協会  
実施担当者：一般社団法人山梨県理学療法士会  
一般社団法人山梨県作業療法士会  
運営協力者：学校法人健康科学大学  
学校法人帝京科学大学  
講習会詳細：別紙①、案内の通り

以上

本件に関するお問い合わせ先：

○〒409-0193 山梨県上野原市八ツ沢2525 TEL 0554-63-4411

帝京科学大学 医療科学部理学療法学科 平賀篤 (a-hiraga@ntu.ac.jp) ・佐野徳雄 (n-sano@ntu.ac.jp)

○〒401-0380 山梨県南都留郡富士河口湖町小立7187 TEL 0555-83-5299

健康科学大学 健康科学部理学療法学科 川内翔平 (shohei.kawachi@kenkoudai.ac.jp)

別紙①

厚生労働省指定臨床実習指導者講習会（2021年度山梨県講習会）案内

講習会名称：厚生労働省指定臨床実習指導者講習会（2021年度山梨県講習会）

実施担当者：一般社団法人山梨県理学療法士会

運営協力者：学校法人 健康科学大学、学校法人 帝京科学大学

講習会目標：理学療法士・作業療法士学校養成施設指定規則改正に伴い、臨床実習指導者に理学療法士・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、教育原論・人間関係論、リスク管理、コンプライアンスならびにハラスメント防止、臨床実習の手引き、水準と到達目標、見学・模倣・実施のプロセスならびに指導ポイント、診療参加型臨床実習における学生評価等を教授し、臨床実習指導における教育の質の向上を図り、国民の医療・福祉の発展に寄与する。

内 容：別紙②講習会プログラムを参照（プログラム内容は第1回～第5回まで共通）

日 時：第1回—2021年11月6日（土）～2021年11月7日（日）  
第2回—2021年12月11日（土）～2021年12月12日（日）  
第3回—2022年1月29日（土）～2022年1月30日（日）  
第4回—2022年2月19日（土）～2022年2月20日（日）  
第5回—2022年3月19日（土）～2022年3月20日（日）

会 場：オンライン開催（Zoom）※配信会場本部：第1.3.5回—帝京科学大学、第2.4回—健康科学大学

資 格：実務経験**満4年以上**の理学療法士・作業療法士（今回のプログラムは理学療法士を主な対象とした内容となるが、作業療法士でも受講は可能）

人 数：各回50名（応募多数の場合選考）※申し込み状況により追加募集有

参 加 費：資料代等として1000円（別途、振込手数料がかかる場合もあります）

注 意 点：本講習会はオンライン（Zoom）による講習会を予定しております。また講習会内ではグループワークを実施する関係上、安定した通信環境のもとでパソコンでの参加をお願いしております（タブレット・スマートフォン不可）。なお、講習会中の遅刻および早退は原則禁止であり、その際の修了証発行および参加費返金はできませんのでご了承ください。

申 込 み：参加希望の方は**2021年9月5日（日）**までに下記1）、2）のいずれかの方法で申込みください。なお、可能な限り多くの希望者に参加いただくため、参加希望の日程は**必ず第3希望以上まで**選択して下さい。10月上旬を目途に、参加していただく日程および支払い方法を個別にメールにてお知らせいたします。

- 1) 別紙③に必要事項を記入の上、帝京科学大学 臨床実習指導者講習会担当 平賀篤・佐野徳雄（FAX 0554-63-6873）までFAXにて申し込み
- 2) 別紙③右下のQRコードを読み取り、Google formで必要事項を記入し申し込み

以上

本件に関するお問い合わせ先：

○第1.3.5回 〒409-0193 山梨県上野原市八ツ沢2525 TEL 0554-63-4411

帝京科学大学 医療科学部理学療法学科 平賀篤 (a-hiraga@ntu.ac.jp) ・佐野徳雄 (n-sano@ntu.ac.jp)

○第2.4回 〒401-0380 山梨県南都留郡富士河口湖町小立7187 TEL 0555-83-5299

健康科学大学 健康科学部理学療法学科 川内翔平 (shohei.kawachi@kenkoudai.ac.jp)

## 2021年度 厚生労働省指定 臨床実習指導者講習会プログラム

## &lt;1日目&gt;

|             |   |
|-------------|---|
| 8:30～       | 受付  |
| 9:00～10:30  | 講義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】 (90分)<br>臨床実習指導者講習会の開催の背景ならびに目的<br>世話人の役割およびグループワークの展開法 |
| 10:30～10:40 | 休憩  |
| 10:40～11:40 | 講義2 【その他臨床実習に必要な事項】教育原論・人間関係論 (60分)   |
| 11:40～13:10 | 演習1 【その他臨床実習に必要な事項】人間関係論 (90分)  |
| 13:10～14:00 | 休憩  |
| 14:00～15:00 | 講義3 【臨床実習指導者のあり方】ハラスメント防止意識の向上 (60分)  |
| 15:00～16:30 | 演習2 【臨床実習指導者のあり方】ハラスメントの防止について (90分)  |
| 16:30～16:40 | 休憩  |
| 16:40～17:40 | 講義4 【臨床実習の到達目標と修了基準】 (60分)  |
| 17:40～19:10 | 演習3 【臨床実習の到達目標と修了基準】 (90分)  |

## &lt;2日目&gt;

|             |  |
|-------------|--|
| 8:30～       | 受付   |
| 9:00～10:00  | 講義5 【その他臨床実習に必要な事項】 臨床実習における学生評価 (60分)                       |
| 10:00～11:30 | 演習4 【その他臨床実習に必要な事項】 臨床実習における学生評価 (90分)                       |
| 11:30～12:30 | 講義6 【臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案】 (60分)                           |
| 12:30～13:20 | 休憩   |
| 13:20～15:20 | 演習5 【臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案】 (120分)<br>規定する時間内で臨床実習プログラムを立案” |
| 15:20～15:30 | 休憩   |
| 15:30～17:00 | 演習6 【臨床実習指導者およびプログラムの評価】 (90分)                               |

**厚生労働省指定 臨床実習指導者講習会(2021年度山梨県講習会)**  
**参加申込書**

|      |  |      |       |      |       |
|------|--|------|-------|------|-------|
| フリガナ |  | 生年月日 | 職種    | 会員番号 | 所属県士会 |
| 氏名   |  |      | PT・OT |      |       |

\*非会員は会員番号の欄に非会員と記載し、下記の理学療法士・作業療法士免許欄に記載してください。

|               |  |         |  |
|---------------|--|---------|--|
| 理学療法士・作業療法士免許 |  |         |  |
| 名簿登録番号        |  | 名簿登録年月日 |  |

|  |               |              |              |              |
|--|---------------|--------------|--------------|--------------|
| 参加希望回に○をつけてください（ <b>3つ以上</b> 選択してください） |               |              |              |              |
| 第1回（11/6.7）                            | 第2回（12/11.12） | 第3回（1/29.30） | 第4回（2/19.20） | 第5回（3/19.20） |

|               |                  |
|---------------|------------------|
| 所属施設名：        |                  |
| 対象疾患：         | 記入例）神経疾患、整形、小児など |
| 連絡先（メールアドレス）： |                  |

実務履歴：

| 就職年月 | 就職先・所属 |
|------|--------|
| 年 月  |        |
| 年 月  |        |
| 年 月  |        |
| 年 月  |        |
| 年 月  |        |

パソコンでの参加が可能ですか？

パソコンでZoomを使用したことはありますか？

Web上のGoogleスライドを使用したことはありますか？

|         |          |
|---------|----------|
| 実務経験年数： | 年        |
|         | はい / いいえ |
|         | はい / いいえ |
|         | はい / いいえ |

Google formでの申し込み用 QRコード→

