

事 務 連 絡
平成 26 年 5 月 15 日

各都道府県衛生主幹部局 御中

厚生労働省医政局医事課医事係

第 4 1 回理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
養成施設教員等講習会の開催について

標記講習会につきまして、別添のとおり送付いたしますので宜しくお取り計
らい願います。

○担当

医政局医事課医事係長 犬伏

TEL 03-5253-1111 (内線 2568)

FAX 03-3591-9072

医政発 0514 第 6 号
平成 26 年 5 月 14 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長
(公 印 省 略)

第 4 1 回理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設
教員等講習会の開催について（通知）

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設の教員等の養成確保を図るため、別添「第 4 1 回 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会実施要綱」により標記講習会を開催することとしたので、関係機関（養成施設、医療機関、福祉施設等）に周知方よろしくお願ひします。

担当：厚生労働省医政局医事課

医事係長 犬伏

TEL：03-3595-2196（直通）

(別添)

第41回理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
養成施設教員等講習会実施要綱

1. 目的

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設の教員（実習施設における指導者を含む。以下「養成施設の教員等」という。）の養成確保を図るため、現在養成施設の教員等として勤務している者及び今後養成施設の教員等となることを希望する者に対し、より高度な知識及び技能を修得させ、併せて、リハビリテーション医療の普及及び向上に資することを目的とする。

2. 講習会の実施

講習会は厚生労働省と（公財）医療研修推進財団との共催で（公社）日本リハビリテーション医学会、（公社）日本理学療法士協会、（一社）日本作業療法士協会、（一社）日本言語聴覚士協会、（一社）全国リハビリテーション学校協会の協力を得て開催する。

3. 開催地（会場）及び開催期間

講習会の開催地は東京及び大阪とし、開催期間・会場は次のとおりとする。

（講習日は日曜日、祝日を除く、月曜日から土曜日に開催する）

(1) 東京地区

開催期間	自 平成27年1月13日(火)
	至 平成27年2月6日(金)
会 場	以下の3会場（講習日により異なる）
	・公益社団法人日本理学療法士協会 田町会議室 （東京都港区芝浦3-5-39）
	・専門学校社会医学技術学院 （東京都小金井市中町2-22-32）
	・日本リハビリテーション専門学校 （東京都豊島区高田3-6-18）

(2) 大阪地区

開催期間 自 平成26年11月10日(月)
至 平成26年12月 5日(金)
会 場 関西福祉科学大学
(大阪府柏原市旭ヶ丘3-11-1)

4. 受講対象者

次のいずれにも該当する者とする。

- (1) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の免許を有する者
- (2) 免許取得後、原則として教員は5年以上、臨床指導者は3年以上
(言語聴覚士は5年以上)の実務経験を有する者
- (3) 本講習会終了後において理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の
養成施設の教員等に従事する者及び将来従事しようとする者

5. 受講定員

東京地区	理学療法士	30名
	作業療法士	30名
	言語聴覚士	10名
大阪地区	理学療法士	30名
	作業療法士	30名
	言語聴覚士	10名

6. 受講申込

受講申込みは、受講希望者の所属する施設長が行うものとする。申込みを行う施設は、申込期限までに必要書類を用意の上、下記URLよりお申込み下さい。(H26年度より変更)

<http://www.pmet.or.jp/>の「講習会情報」メニューより

必要書類 : 施設長の推薦書(任意様式)・・・1部
受講者履歴書(写真不要)・・・1部

問合せ先 : (公財)医療研修推進財団 PT・OT・ST 事務局

〒105-0001 東京都港区虎ノ門1-22-1 4ミツヤ虎ノ門
ビル4階 TEL 03(3501)6592

申込期限 : 平成26年8月8日(金)

(留意事項)

- ・過去に本講習会を受講した職員がいない施設にあっては、申込みに際しその旨を付記すること。
- ・一つ施設が、同地区かつ同職種の講習会に2名以上申し込む場合は、優先順位を付記すること。
- ・受講決定後の取消し等は原則認めないので、勤務割等につき十分調整の上申し込むこと。(2名以上の申込みを行う施設は、特に留意すること)
- ・やむを得ず取り消す場合は、施設長の理由書を添えて書類送付先に申し出ること。
- ・国立ハンセン病療養所に所属する職員にあっては厚生労働省医政局国立病院課を経由して厚生労働省医政局医事課あて申し込むものとする。

7. 受講者の決定

厚生労働省及び(公財)医療研修推進財団が(公社)日本リハビリテーション医学会、(公社)日本理学療法士協会、(一社)日本作業療法士協会及び(一社)日本言語聴覚士協会の協力を得て選考し、厚生労働省及び(公財)医療研修推進財団が決定する。

8. 講習会修了の認定

厚生労働省は、(公財)医療研修推進財団と連名で講習会修了者に対して修了証書を交付する。

9. 講習科目

別表のとおりとする。ただし、科目名及び時間数については若干変更することがある。

10. 経費

- (1) 講習会開催に要する費用は開催者側の負担とする。
- (2) 受講のために要する費用(教材費の一部(40,000円)、宿泊費、食費、交通費等)は受講者の負担とする。

11. その他

- (1) 原則として講習の欠席は認められないので、留意すること。
- (2) 宿泊については、各自で手配すること。

(別紙)

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設
教員等講習会受講希望者調書

1	ふりがな 受講希望者氏名	(男・女)
2	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)
3	受講希望地	第1希望→ 第2希望→
4	所属施設	施設名 と部門名
	所在地・ 連絡先	〒 TEL : FAX :
5	最終学歴	学 校 名
	卒業年月	昭和・平成 年 月
6	免許	職 種 登 録 番 号 登録年月日
		理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 第 号 昭和・平成 年 月 日
7	経験年数	(免許取得後～平成26年7月30日時点) 年 月
8	所属施設の状況 ※該当するものにチェック	☐ PT, OT, ST学校養成施設 ☐ PT, OT, STの実習施設 その他 ☐ PT, OT, ST学校養成施設設置計画がある ☐ PT, OT, STの実習生を受け入れる予定がある ☐ その他
9	受講希望者の状況	① 本講習会を過去に受講した経験 [有 ・ 無] ② ①で無しと回答した場合、過去に申込みをした回数 [回] ③ 日本理学療法士協会又は日本作業療法士協会又は 日本言語聴覚士協会への入会状況 [有 (会員番号) ・ 無]

添付書類 (1) 施設長の推薦書・1部 (2) 受講者の履歴書・1部
(3) 返信用封筒・・・1部
(施設長宛切手貼付は、申込者1名につき1部)

(別表)

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会講習科目

講 習 科 目	時 間 数
教 育 原 理	6
教 育 方 法 論	2 1
教 育 方 法 論 II	1 2
教 育 方 法 実 習	(PT・OT・ST別) 6
教育方法実習セミナー	6
教 育 心 理	1 2
教 育 評 価	2 1
PTOTST専門教育水準	3
管 理 倫 理	(含セミナー) 9
研 究 法 ・ 統 計 学	1 2
指 導 者 論	(含セミナー) 6
行 動 科 学	6
リハビリテーションチーム(※)	3
医 療 論	
特 別 講 義	9
社会福祉論、医療制度福祉論、公衆衛生学 他	
合 計	1 3 2

・東京地区講習会・大阪地区講習会ともに原則同じ時間数である。

・(*)の科目には急性期、回復期、慢性期リハの内容も含む。