

# I .茨城県若手リハ専門職卒後研修実施要綱

## 1. 目的

本研修は全県的な卒後研修体制を構築し、県内どの地域でも一定の質が担保されたリハビリテーションサービスが県民に提供できることを目的とし、若手リハビリテーション専門職（以下、リハ専門職）のジェネラリストとしての人材育成を図り、茨城型地域包括ケアシステムの構築に寄与する。

## 2. 運営主体・協力

実施主体

茨城県地域リハビリテーション支援センター

協力団体（予定）

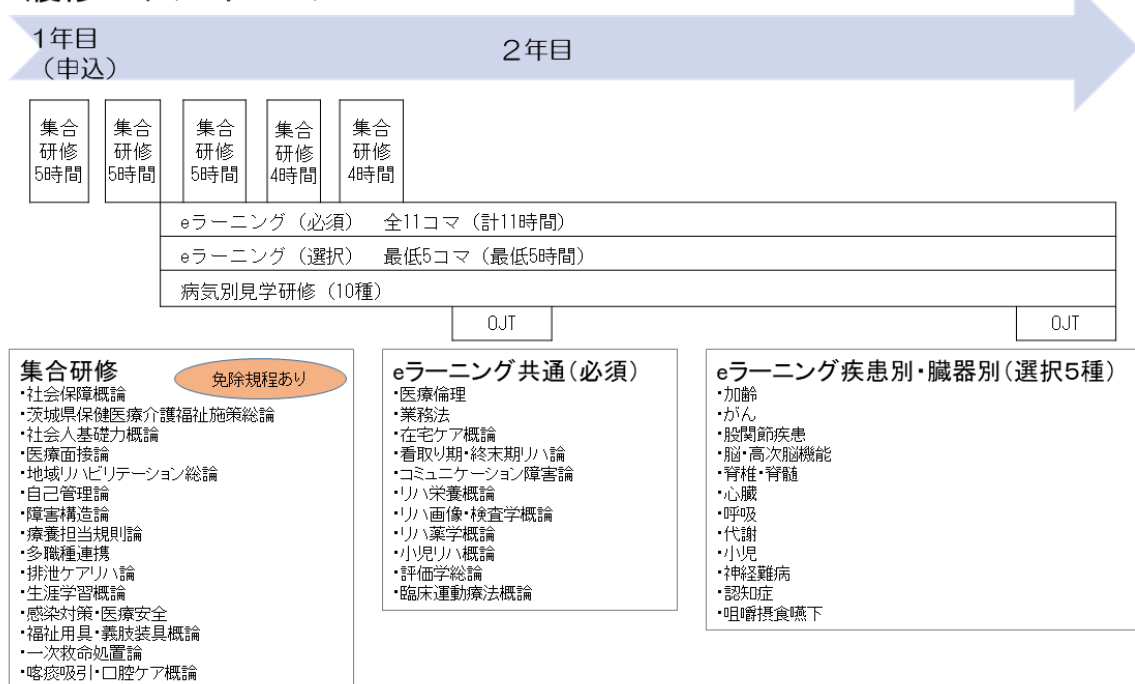
茨城県医師会・茨城県病院協会・茨城県医療法人協会・茨城県リハビリテーション病院・施設協会・茨城県介護老人保健施設協会・茨城県老人福祉施設協議会・茨城県訪問看護ステーション協議会・茨城県心身障害者福祉協会・茨城県機能訓練事業所連絡協議会・茨城県理学療法士会・茨城県作業療法士会・茨城県言語聴覚士会など

## 3. 研修内容

原則、卒後2年以内に（1）～（4）の受講が必要です。

受講状況は事務局が管理します。一部事由により期間延長を認められることがあります。

### 履修モデルイメージ



**(1) 集合研修 (1日×4回)**

集合研修は年度1回の開催のため、計画的に受講をしてください。◎印は読み替え可能な講義です。

開催日や読み替えなど詳細については、「集合研修実施規程」を確認してください。

講義名、受講形式、時間数は以下の通りです。

受講形式	講義名	時間(分)
講義	社会保障制度概論	60
	茨城県保健医療介護福祉施策総論	60
	地域リハビリテーション総論	60
講義演習	医療面接論	90
	社会人基礎力概論 ◎	90
	療養担当規則論	90
	多職種連携 ◎	90
	生涯学習概論	90
	自己管理論 ◎	90
	障害構造論	90
	排泄ケア・リハ論	90
実技	一次救命処置論 ◎	120
	感染対策・医療安全 ◎	120
	福祉用具・義肢装具概論	120
	喀痰吸引・口腔ケア概論	120

**(2) eラーニング研修 (必須11コマ・選択5コマ)**

eラーニング研修とは、インターネットを通じて配信された研修教材を、パソコン、タブレット等を利用して学習する自己研修です。受講者が自己の都合に合わせて教材を視聴しながら学習するオンデマンド型の研修なので、指定された期間内であれば、反復して学習することも可能です。各講義の最後に確認テストがあり、5問中3問正解で受講完了となります。詳細については「eラーニング研修実施規程」および「eラーニングシステム操作マニュアル」を確認してください。

必須と選択の二種類があります。講義名、時間数は以下の通りです。

(必須11コマ)

講義名	時間(分)
医療倫理	60
業務法	60
在宅ケア概論	60
看取り期・終末期リハ論	60
コミュニケーション障害論	60
リハ栄養概論	60

リハ画像・検査学概論	60
リハ薬学概論	60
小児リハ概論	60
評価学総論	60
臨床運動療法概論	60

(選択 5 コマ)

講義名	時間(分)
疾患別・臓器別リハ概論 (加齢)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (がん)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (股関節疾患)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (脳・高次脳機能)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (脊椎・脊髄)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (心臓)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (呼吸)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (代謝)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (小児)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (神経難病)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (認知症)	60
疾患別・臓器別リハ概論 (咀嚼摂食嚥下)	60

### (3) 病期別等見学研修 (選択 10 コマ)

下記の病期別等一覧の 16 分野・領域から、計 10 分野・領域 (各 60 分) の見学を、自施設および見学受入施設で実施します。自施設での受講の際は申し込み不要ですが、見学受入施設での受講の際は別途申し込みが必要となります。

詳細については「病期別等見学研修実施規程」および「病期別等見学研修ガイドライン」を確認してください。

<病期別等の分野・領域>

特別支援学校	訪問看護ステーション	診療所	精神科病棟
地域包括支援センター	保健所・保健センター	緩和ケア病棟	障害者施設
訪問リハビリテーション	通所リハビリテーション	介護老人保健施設	介護老人福祉施設
療養病棟	回復期リハビリテーション病棟	急性期病棟	高度急性期病棟

### (4) Mini-CEX による基本的臨床技能確認と On the Job による指導で構成される研修 (2 回)

所属施設の患者・利用者について Mini-CEX による基本的臨床技能確認を実施します。既定の書面による技能評価後、指導者によりその場で患者・利用者を通してポイントを指導します。

詳細については規程およびガイドラインを確認してください。

## 4. 受講資格

---

以下の条件を全て満たしていること

- ・免許取得後 1-2 年以内の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士（勤務形態不問）
- ・茨城県内に在勤・在学している方

ただし、以下のいずれかに該当する場合には、受講を拒否または解約する場合があります。

- ・申込の際の申告事項に虚偽の記載、誤記、または記入漏れがあったとき
- ・利用の申込を承諾することが、技術上又は研修の運営上、著しい支障があると判断したとき

## 5. 費用

---

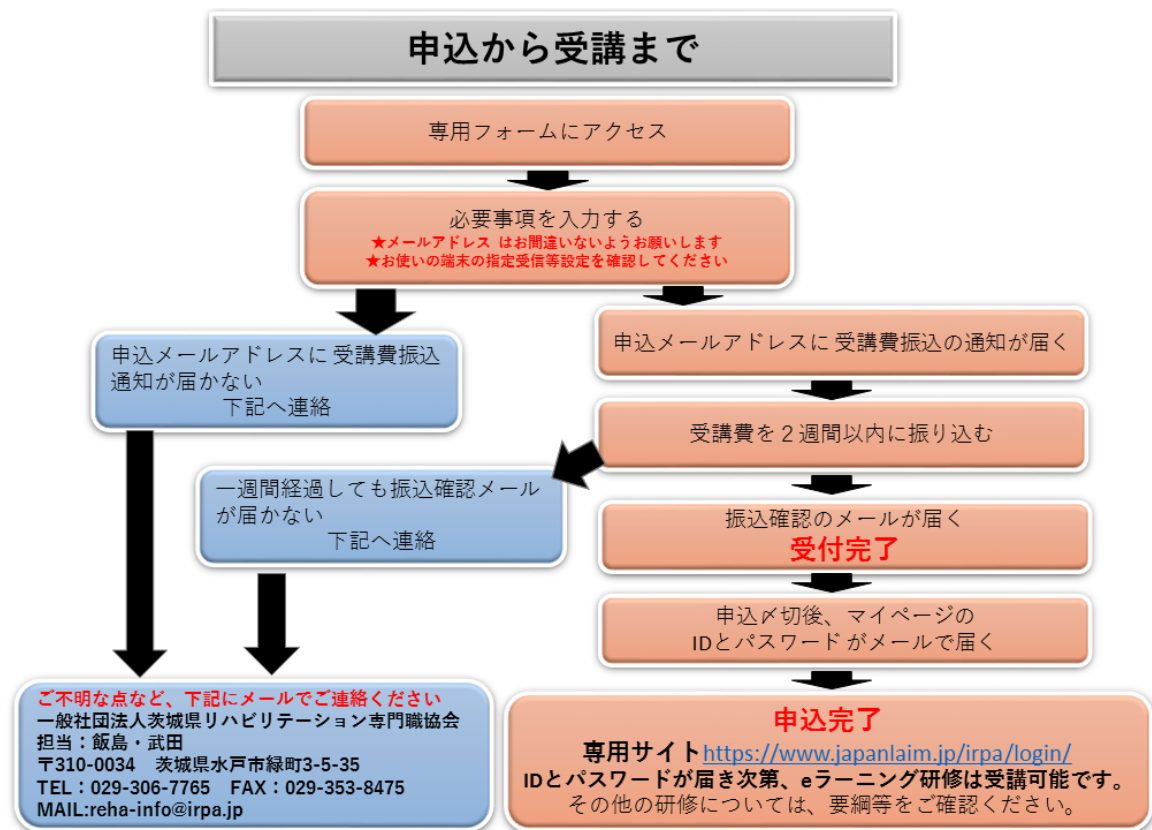
受講料 20,000 円

（交通費・食費・通信費等は別途受講者の負担とする）

## 6. 申込方法

---

- 1) 専用フォームから必要事項（氏名・生年月日・職種・自宅住所・携帯電話番号・個人メールアドレス・職種・免許取得年・士会員の有無（会員番号）・所属先名・所属先住所・所属先電話番号）を入力し送信してください。
- 2) 申込したメールアドレス宛に受講費振込の通知が送信されます。2 週間以内に受講費を指定口座へ振り込んでください。振込控えを領収書に代えますので大切に保管してください。  
※期限内に受講料の支払いを確認できず、連絡が滞る場合は受講申し込みを取りやめたものとし、キャンセル扱いとします。
- 3) 振込確認のメールが届きましたら、受付完了となります。振込後、1 週間経過してもメールが届かない場合は、事務局までご連絡ください。
- 4) 申込締切後、受講者へ e ラーニングシステムのログイン用パスワードをメールにて通知します。第三者への公開はしないよう、大切に保管をお願いします。パスワードを紛失した場合は、e ラーニングシステムログイン画面よりパスワード再発行の手続きを行ってください。なお、パスワードが第三者に使用されたことによって受講者が被る損害について、受講者の故意過失の有無に関わらず事務局は一切責任を負いません。
- 5) パスワードが届き次第、e ラーニングは受講可能となります。集合研修は別途申込の必要はありませんが、読み替えによる免除を希望される方は、別途読み替え申請の必要があります。病期別等見学研修・MINI-CEX による基本的臨床技能確認と On the Job による指導で構成される研修は別途申し込みが必要な場合があります。



## 7. 申込期間

令和6年4月9日（火曜日）から5月20日（月曜日）まで

## 8. 研修期間延長について

免許取得後2年以内の修了が必要となりますが、下記事由の場合は申請により研修期間延長が可能となります。

- ・病気療養により入院、在宅療養で休業されていた方
- ・出産、育児により休業、退職されていた方
- ・介護休暇を取得されていた方

なお、災害等が発生した場合などは、その期間を勘案して該当する受講者の研修期間延長の措置を講じます。対象となる方は、証明する書類のコピーを所定の用紙（様式第1号）を添付して事務局までメールにてご連絡下さい。

※その他の事由により延長の可否については原則認めません。

## 9. 受講申込の取り下げについて

受講料入金後の受講申込の取り下げは原則として認めません。

## 10. 個人情報の管理について

---

受講者の登録情報および受講履歴は、事務局における個人情報保護方針に準じて取り扱うものとします。

## 11. 受講者情報の変更について

---

申込の際またはその後に届け出た内容に変更が生じた場合は、「様式第4号 登録個人情報変更届」をもってすみやかに事務局までご連絡ください。届出を怠った事により受講者が不利益を被った場合、事務局は一切その責任を負いません。

## 12. 修了証

---

3の研修内容をすべて履修した者には、修了証（様式第3号）を交付します。

## 13. 禁止事項・免責

---

### <禁止事項>

受講者は、以下の行為を行わないものとします。

- (1) パスワードを不正に使用する行為。
- (2) パスワードを他者へ共有し、受講者以外が受講する行為。
- (3) コンテンツの全部または一部の修正及びコンテンツを基にした派生的制作物を作成する行為。
- (4) 事務局、ならびに研修実施協力施設、指導者（講師など）の知的財産権を侵害する行為、または侵害するおそれのある行為。
- (5) 本研修を通じて入手したデータ、情報、文章等に関し、著作権法で認められた私的利用の範囲を超え複製、販売、出版等を行う行為。
- (6) 第三者の財産、プライバシーもしくは肖像権を侵害する行為、または侵害するおそれのある行為。
- (7) 事務局が提供するサービスを通じて、またはサービスに関連して、コンピュータウイルス等の有害なプログラムを使用若しくは提供する行為。
- (8) 上記各号の他、法令、本規約若しくは公序良俗に違反する行為、本研修の運営を妨害する行為、事務局並びに当時証の信用を毀損、もしくは財産を侵害する行為、または事務局並びに当事業に不利益を与える行為。
- (9) その他、事務局が不適切と認める行為。

### <免責事項>

#### ・賠償責任免責

火災、地震、水害、落雷その他の天変地異等の事務局の責に帰さない理由による本研修の停止・中断により受講者その他の第三者に生じた損害について、事務局は一切の責任を負わないものとします。

#### ・非保証、その他の免責

事務局は、本研修で提供するコンテンツ等について細心の注意を払っていますが、これらの内容の正確性、完全性、適切性、信頼性、又は適時性について保証いたしません。また、本研修の情報を利用したことによって生じた損害について責任を負うものではありません。本研修を提供するウェブサイトおよびサーバーについて、コンピュータウイルスその他の有害なものが含まれていないこと等についても、一切保証しません。

・自己責任の原則

受講者は、自己の費用と責任において、本研修を提供するウェブサイトアクセスするものとし、サービスの利用から生じうる損害、損失又は危険から受講者自身を守るために、必要又は得策と考える予防策を講じることについては、受講者自身の責任となります。

## 14. 事務局・問合せ先

---

一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会

〒310-0034 茨城県水戸市緑町 3-5-35 茨城県保健衛生会館

TEL 029-306-7765 FAX 029-353-8475 Mail reha-info@irpa.jp



(様式第1号)

令和 年 月 日

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

## 研修期間延長申請書

下記理由により、研修期間延長を申請します。

申請者氏名	
生年月日	年 月 日
申込み時に登録した (携帯 NO 下 4 桁)	
ID (メールアドレス) ※	
延長申請事由 (○をつける)	1. 病気療養 2. 出産・育児 3. 介護休暇を取得される方 4. その他 ( )
未受講期間	年 月 日 ~ 年 月 日
<申請方法> ・証明する書類のコピーと併せて、下記送付先にメールで送信ください ※不明な点 (証明する書類がすぐに用意できない、延長期間など) は下記までご連絡ください ・氏名・生年月日・携帯下 4 桁で本人確認をしますのもれなく記入ください	

※メールアドレスの記入には、o(オー) 0(ゼロ) - (ハイフン) \_ (アンダーライン) | (エル) 1 (イチ) など、区別が付くように記入をしてください。

※延長申請が承認されましたら、「延長通知書」を発行致します。(申請より1~2か月後の発行となります)

&lt;送付先&gt;

一般社団法人 茨城県リハビリテーション専門職協会

Mmail : reha-info@irpa.jp

事務局 使用欄	受付日		承認日		延長期間	年 月 日 ~ 年 月 日
------------	-----	--	-----	--	------	------------------

(様式第2号)

令和 年 月 日

(受講者の氏名) 殿

## 研修期間延長通知書

茨城県地域リハビリテーション支援センター長

下記の通り、研修期間を延長しましたので、ここに通知いたします。

記

××××年××月××日 ～ ××××年××月××日

以上

(様式第3号)

## 修了証書 (案)

(受講者の氏名) 殿

あなたは、茨城県若手リハ専門職卒後研修を修了したことを証します。

令和×年×月××日

(様式第4号)

令和 年 月 日

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

## 登録個人情報変更届

氏名	
生年月日	
申込み時に登録した 電話番号(携帯)下4桁	
変更申請の項目	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 電話番号(携帯) <input type="checkbox"/> メールアドレス <input type="checkbox"/> 自宅住所 <input type="checkbox"/> 所属先情報 <input type="checkbox"/> 郵送物送付先

下記の通り、登録情報の変更を申請します。

## 項目1

変更前	
変更後	

## 項目2

変更前	
変更後	

## 項目3

変更前	
変更後	

## 【申請要領】

- ・必要事項を入力の上、下記送付先にメールまたは FAX で送信ください。  
 ※メールアドレスの記入の際には、大文字小文字、o(オー) 0(ゼロ) - (ハイフン) \_ (アンダーライン) | (エル) 1 (イチ) など、区別が付くように記入をしてください。
- ※住所を記入の場合には、郵便番号から記入してください
- ・氏名・生年月日・携帯番号下4桁で本人確認をします。変更前の情報をご記入ください
- ・情報の更新が完了次第、メールにてご連絡いたします。

&lt;送付先&gt;

一般社団法人 茨城県リハビリテーション専門職協会

E-mail : kensyu@irpa.jp FAX : 029-353-8475