

V. 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 実施規程

1. 目的

本研修は、就職した所属施設の機能や規模にかかわらず対象となる若手リハ専門職が基本的な臨床実践能力を獲得するためである。

2. 研修期間

受講期間内に 2 回（実施日については事務局他の調整により決定）

3. 会場

原則、受講者の所属施設（事務局他の調整により指導者を決定し派遣調整する）

4. 受講条件

本研修に申込をしていること

5. 研修内容

指導者による 2 回の基本的臨床技能確認を行います。

1) 1 回目

概ね担当開始後 2 か月以内の事例の療法実施に指導者が同席し、初回の Mini-CEX による基本的臨床技能確認を実施します。書面による技能評価後、指導者はその場で患者を通してポイントの指導を行います。指導者は技術評価と指導内容を当該所属施設の所属長と事務局へ提出し、事務局が履修情報の登録を行います。

2) 2 回目

1 回目から一定期間をあけて同様に実施します。原則として指導者は変更しません。

6. 修了要件

指導者による 2 回の基本的臨床技能確認を行うこと。

7. 受講方法

受講者の所属先、指導者の在籍先に応じて事務局で調整後、受講者および指導者へ日程等の調整を事務局がメールで行います。調整のついた日程より実施します。

日程決定後、受講者は実施日前日までに「様式第 14 号 症例要約」の作成を行ってください。また、必要に応じて「様式第 15 号 茨城県若手リハ専門職卒後研修への協力をお願い（説明書および同意書）」にて予定患者へ説明を行い、同意を得てください。

(様式第14号)

症例要約

患者氏名	口頭で伝えてください	年齢	
診断名		障害名	
発症日		入院(所)/利用開始日	
現病歴			
既往歴			
社会的背景			
入院前 ADL			
本人（家族） の希望			
現在のチーム メンバー	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 介護福祉士 ☐ 薬剤師 ☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士 ☐ 社会福祉士 ☐ 管理栄養士 ☐ 歯科衛生士 ☐ 介護支援専門員（障害者相談支援専門員） ☐ サービス提供事業所 ☐ 精神保健療福祉士 ☐ その他		
チーム間の 方向性			
あなたの 短期目標			
あなたの 長期目標			
各種評価			

(様式第 15 号)

茨城県若手リハ専門職卒後研修への協力のお願い
(説明書および同意書)

説明者（受講者）名：_____

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を県民の皆さまに
提供できることを目的として、リハビリテーション専門職（理学療法士/作業療法士/言語聴覚
士）の卒後研修を受講中です。

この度、基本的な臨床技能について外部指導者による助言を受けることになり、
下記についてご協力、ご同意いただきますようお願いします。

記

1. 外部指導者による評価指導について

- 通常のリハビリの時間内に外部指導者が同席をさせていただきます
- 外部評価者へ貴殿の個人情報について一部提供することがあります
例：氏名、年齢、診断名、発症日、現病歴、既往歴、入院前の状況、など
- 日時は_____月_____日_____時_____分を予定しています

以 上

内容について確認しました

年 月 日

氏 名：_____