

(ア) 病期別等見学研修 ガイドライン

1. 本研修の概要

本研修は、茨城県が認定する病期別等見学受入施設で対象となる若手リハ専門職が病期別等見学研修として、下記病期別等の分野・領域に関するリハビリテーションサービスを見学することで、リハビリテーション専門職（以下、リハ専門職）としての情意、知識や技能の習得の一助とします。また、ジェネラリストとして基本的臨床技能獲得の必要性を実際の臨床現場から理解することを到達目標としています。

受講者は、下記分野・領域の単位を取得できます。

<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

<受講者が取得可能な単位>

病期別等見学研修 60分@1単位 10分野

2. 対象

(1) 病期別等見学受入施設

本研修の病期別等見学受入施設は、見学研修の指導者となるリハ専門職がいる施設が対象です。病院、診療所、通所・訪問リハビリテーション事業所、行政機関等を問わず見学受入・協力施設申請が可能です。施設の管理者が所定の見学受入申請期間に申請を行い、認定を受ける必要があります。

(2) 管理者

本研修の管理者は、施設の管理者・代表者・理事長の方です。

(3) 監督者

本研修の監督者は、主にリハビリテーション部門等における管理者の方で、問合せ対応・日程調整対応等、各種手続きが可能である方が対象です。管理者がリハ専門職でない場合は、他職種の管理者が取りまとめを行い、本会に見学受入・協力申請を行う必要があります。

(4) 准指導者

本研修の准指導者は、以下の条件をすべて満たすことです。施設の管理者が所定の見学研修の准指導者認定に係る申請期間に申請を行い、認定を受ける必要があります。

准指導者は、受講者に対して直接見学研修に際して指導を行っていただきます。

<准指導者要件>

- ①主たる職場での雇用関係が常勤雇用契約
- ②主たる職場で勤続年数が3年以上
- ③主たる職場で当該見学分野・領域の経験が1年以上
- ④所定の指導者研修を受講していること

※ウェブサイトにて、病期別等見学協力施設として施設情報の他、「准指導者」の氏名を掲載させていただきますことを予めご了承ください。

(5) 受講者

本研修に申込をしている若手リハ専門職が対象です。

3. 本研修について

(1) 要件

- 1) 見学時間は1分野・領域あたり60分とする。最長でも半日程度とする。
- 2) 病期別等見学研修の必要となる履修分野・領域は下記のうち10分野・領域とする。

<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

- 3) 1日の見学研修の中で実施可能な分野・領域数は最大2分野・領域とする。
- 4) 見学研修では最低1人以上の患者・利用者への治療あるいは対応実践の見学を行うこと。
- 5) 事前に本研修に登録申請を行った准指導者が直接見学対応および指導・助言にあたること。
- 6) 1分野・領域につき准指導者は1人とし、1テーマを複数の准指導者が担当することはできない。
(例) 1人の受講者に対し、当該分野・領域を2人の指導者が担当することはできない。

- 7) 1日の見学研修で複数のテーマの見学受入を行う場合、それぞれを異なる准指導者が担当できる。
(例) 1日の見学研修の中で、ある分野・領域を准指導者 A が担当し、別の分野・領域を准指導者 B が担当できる。
- 8) 1日の見学研修で1人の准指導者が複数の分野・領域を担当することができる。
(例) 1日の見学研修の中で、准指導者 A が「急性期リハビリテーションと「回復期リハビリテーション」の分野・領域を担当することができる。
- 9) 本研修は、他施設で行うことが望ましいが、自施設でも行うことができるものとする。見学研修として通常の臨床業務とは別に時間をとって見学研修を行った場合だけでなく、自施設で実施した職場内教育（On the Job Training）や臨床実践も、本会の定める見学時間等の要件を満たしていれば、見学研修の一環とみなし単位を付与する。

(2) 研修実施における注意事項

- 1) 患者・利用者の了解を得た上で見学を行ってください。
- 2) 本研修はあくまで見学のため、受講者に患者・利用者の治療や対応させ、保険請求をすることのないようにしてください。
- 3) 見学中に事故やケガが起こらないよう、十分注意してください。
- 4) 施設が受講者に対して受講費を徴収することはできません。
- 5) ご不明な点がございましたら、見学研修を行う前に事務局へお問い合わせください。

(3) 見学受入

本研修を実施していただくにあたり、下記の項目に関しては、各施設で自由に設定できます。所属施設でご相談いただき、無理のない範囲でご設定ください。

- 1) 実施時間は1分野・領域あたり60分～半日程度であれば自由に設定できます。
- 2) 受講者の人数は1人～複数人数で、施設で自由に設定可能とします。特段の事情がない限り複数の受入を推奨します。ただし、受講者1人のみの見学研修を否定するものではありません。

(4) 受講者とのやりとりについて

- 1) 事務局は、病期別等見学研修受入施設の監督者または准指導者と、受け入れ実施日時、内容等についてメール等で調整を行います。
- 2) 所属施設以外の見学受入施設を見学の場合に限り、必要に応じ公文書の発行を事務局が行います。希望者は事務局までご連絡下さい。

(5) 見学受入後の手続き

監督者または研修対応を行った准指導者は、「様式第 11 号 病期別等見学研修受入施設報告書」をメールにて事務局までご提出ください。なお、個人情報を含みますので所定のパスワードを設定し提出してください。

ご入力いただいた実施報告をもとに、事務局で管理している各受講者の履修情報の登録を行います。

受講者には、本研修プログラムのうち見学した分野・領域の単位を付与します。

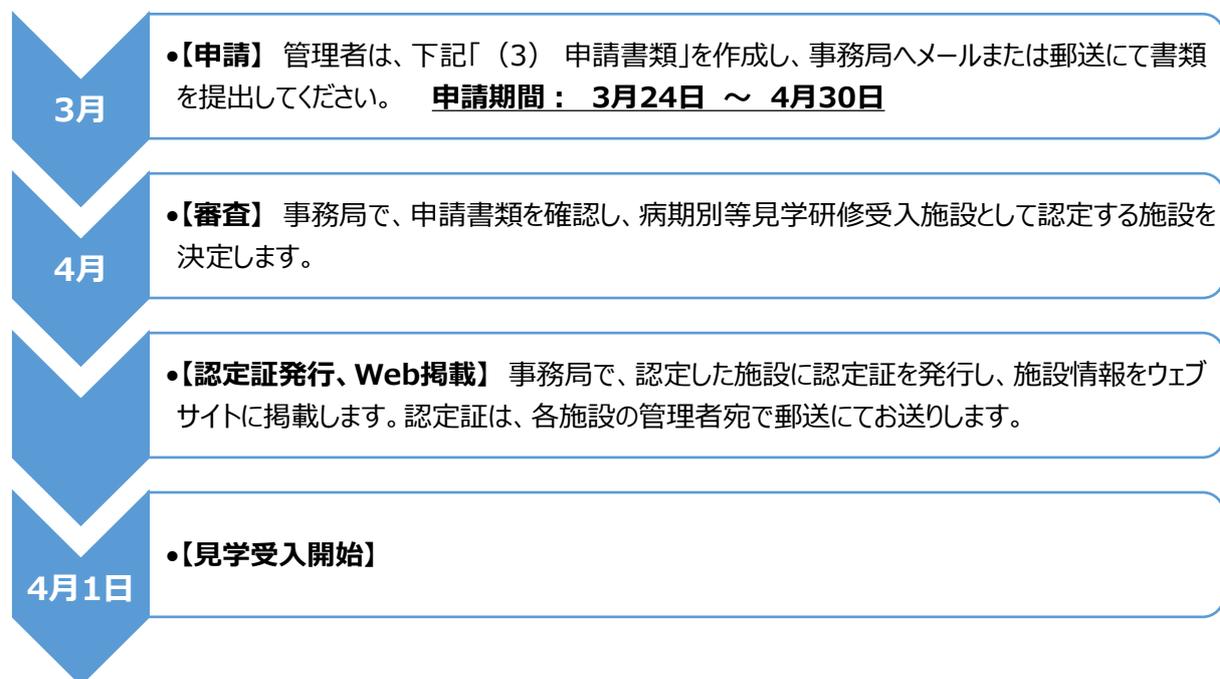
4. 見学受入申請について

指定の見学受入申請期間に、管理者または監督者にお取りまとめいただき、事務局にご申請ください。

(1) 病期別等見学研修受入施設としての認定期間

本研修の臨床見学受入施設としての認定期間 2 年間とし、申請年度の翌年 4 月 1 日～2 年後の 3 月 31 日までとなります。なお、認定期間満了日までに、病期別等見学研修受け入れ施設としての要件が満たせなくなった際は、管理者から「病期別等見学研修受入辞退届」の提出により、病期別等見学研修受入施設としての認定は解除されます。

(2) 申請から見学受入開始までの流れ



(3) 申請書類

管理者または監督者は、下記の書類を作成してください。各書式は、ウェブサイトに掲載しておりますので、ダウンロードして使用してください。

作成した書類は、メール添付で申請してください。メール送信時に件名を「病期別等見学研修受入申請【施設名】」としてください。

・様式第 7 号 病期別等見学研修受入申請願

日付と施設名をご記入いただき、管理者のご署名と、ご捺印をお願いいたします。

・様式第 8 号 施設使用承諾書

管理者にご承諾いただいた上で、日付と施設名、管理者名の記入とご捺印をお願いいたします。

・様式第 9 号 誓約書

日付を記入いただき、管理者のご署名と、ご捺印をお願いいたします。

・様式第 10 号 病期別等見学研修受入施設 准指導者一覧

施設情報と見学受入を行う准指導者情報を記入してください。准指導者の要件は「2. (4) 准指導者」を確認してください。

5. 申請内容の変更

下記に該当する場合は、「様式第 10 号 病期別等見学研修受入施設 准指導者一覧」へ変更点分かるよう赤字等で明記の上、管理者または監督者がメールにてご申請ください。

- ・施設名・部署名等が変更になった場合
- ・准指導者が設定した履修可能なテーマを変更する場合
- ・見学受入を中止する准指導者が生じた場合
- ・見学受入を行う准指導者を追加する場合

※管理者あるいは監督者以外からの申請は受理できません。必ず管理者あるいは監督者からご提出ください。やむを得ず代理の方から提出される場合は、申請メールの CC に必ず管理者あるいは監督者のアドレスを入れてください。

6. 見学受入の中止

病期別等見学研修受入施設として認定された後、見学受入を中止する場合は、管理者あるいは監督者が事務局に「様式第 11 号 病期別等見学研修受入辞退届」をメールにて提出してください。書式は、ウェブサイトを参照ください。

「様式第 11 号 病期別等見学研修受入辞退届」を提出後、再度、病期別等見学研修受入施設として見学受入を行う場合は、改めて見学受入申請を行う必要があります。

7. 参考資料

本研修を実施する際は、必要に応じて下記をご参考ください。

- 1) 下記の表を参考にして、各分野・領域に関する見学研修を行ってください。

<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

- 2) 見学内容についての詳細なカリキュラムは設けておりませんが、下記を参考にして、見学スケジュールを組み立ててください。

研修名	病期別等見学研修		
時間	狙い・目標	活動内容	場の設定
12:50～ 13:00	導入	【オリエンテーション】 相互紹介タイムスケジュールなどの説明	病院・施設等
13:00～ 13:40	治療を見て、 考える	【治療・対応の見学・体験】 指導者が提供している治療・対応内容を観察・書き出しながら、何を狙いとして実施しているのか？治療・対応のポイントはどこか？などを想定して観察する。分野・領域や施設の特性なども経験する。	治療・対応場面の見学
13:40～ 13:50	振り返り	【振り返り】 指導者から、治療・対応の目的と方法について説明を受け、省察する。必要に応じて、患者・利用者情報も共有する。	電子カルテ・診療録 患者情報

※一例ですので、上記以外の見学研修の組み方でもかまいません。

8. 提出先・問合せ先(事務局)

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

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 7 号)

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

病期別等見学受入申請願

私は、標記の件につきまして、以下の申請書類を添えて申請いたします。

記

- ・施設使用承諾書（様式第 8 号）
- ・誓約書（様式第 9 号）
- ・病期別等見学研修受入施設 准指導者一覧（様式第 10 号）

以上

令和 年 月 日

貴施設名 _____

管理者氏名 _____ 印

(様式第 8 号-令和 5 年版)

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

病期別等見学受入施設における当施設使用承諾書

標記の件につきまして、下記の通り承諾いたします。

記

2023 年 4 月 1 日～2026 年 3 月 31 日の期間において当施設を使用することを承諾する。

以上

令和 年 月 日

貴施設名 _____

管理者氏名 _____ 印

(様式第9号-令和5年度版)

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

誓約書

病期別等見学受入施設の申請にあたり、以下の事項を遵守し承諾することを誓約いたします。

記

- 1) 病期別等見学受入施設での見学研修を通して知り得た受講者の個人情報の取扱いには細心の注意を払い、第三者への漏洩又は本人及び本会の許可なく開示することはいたしません。
- 2) 病期別等見学受入施設の准指導者として認定を受けるにあたり新たな認定要件が生じた場合、それが認定後であっても速やかにこれに応じ、病期別等見学受入施設の准指導者として認定の維持に努めます。
- 3) 2) の認定維持に必要な手続きを行わなかった結果、本認定を失効した場合において、事務局に異議を唱えることはありません。
- 4) ウェブサイト等において、病期別等見学受入施設一覧に所属施設名、連絡先、管理者、監督者および准指導者氏名等が掲載および公開されることに同意します。
※特段の事情があり公開に不都合がある場合はご連絡ください。
- 5) 病期別等見学受入施設の認定期間は、2023年4月1日～2026年3月31日までとなることを承諾します。

以上

本誓約書について

本認定の主体は茨城県若手リハ専門職卒後研修の事務局にあります。しかし、社会的な要求に答えより有意義な認定を目指すために、申請者の同意を得ることなく認定要件を変更する可能性があります。この場合、認定要件の変更は申請者にも適用されます。

令和 年 月 日

貴施設名 _____

管理者氏名 _____ 印

(様式第 10 号)

病期別等見学研修受入施設 准指導者一覧

1 見学研修受入施設情報

施設名

管理者名

住所

担当部署名

監督者名

電話番号

メールアドレス

管理者：施設の代表者。院長、所属長など。 監督者：担当部署の上長。リハ部長、リハ課長など。

2 准指導者情報

准指導者名	認定日	対応可能な病期・分野に○ ※複数選択可 ※該当領域で1年以上の経験を有すること															
		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

(様式第 11 号)

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

病期別等見学受入辞退届

当施設は、下記の理由により病期別等見学受入施設の登録を辞退し、見学受入を中止いたします。

記

(辞退理由)

以上

令和 年 月 日

施設名 _____

管理者氏名 _____ 印

(様式第12号)

病期別等見学研修受入施設 認定証

(施設名) 殿

第 23 ● 号

茨城県若手リハ専門職卒後研修 病期別等見学研修実施規程に
基づき、下記の通り病期別等見学研修受入施設として認定する

認定期間 自 令和 年 月 日

至 令和 年 月 日

認定分野 ●●●● ●●●●

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

センター長 中島 光太郎

(様式第13号)

茨城県地域リハビリテーション支援センター長 殿

病期別等見学研修受入施設報告書

令和 年 月分の病期別等見学研修の実施について、次のとおり報告します。

記

受講者名	実施日	分野・領域	出欠
			<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
			<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
			<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
			<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
			<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
			<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席
			<input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席

以上

令和 年 月 日

貴施設名 _____

管理者氏名 _____