

平成 29 年 4 月 10 日

公益社団法人富山県医師会
会長 馬瀬 大助先生

公益社団法人全国病院理学療法協会
中部地方会 執行委員長 加藤尚浩



看護師・准看護師・マッサージ師・柔道整復師等を対象とした
平成 29 年度運動療法機能訓練技能講習会
受講者募集の県医師会報及びHP掲載のお願い

陽春の候、貴台におかれましてはますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より協会活動にご理解・ご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当協会の東海北陸圏内では、中部地方会が標記講習会を厚生労働省の指導監督のもと、平成 4 年度より継続実施をしているところであります。

これまでの標記講習会募集に当たっては、愛知・岐阜・三重の三県の医師会の広報に開催案内をご掲載いただいております。

ご承知の通り、18 年度の診療報酬改定以降、看護師・准看護師・マッサージ師・柔道整復師は、本講習の受講と認定制度への登録等、一定要件がリハビリテーション料の算定上必要となりました。

また、26 年改定では廃用性症候群リハビリテーションについても算定要件に追加されました。

近年、医療から介護への移行が強く打ち出され、医療機関においても短時間の通所リハビリテーションの実施が必要不可欠となってきております。

「当講習会受講との認定登録者」は、基本単位数については、理学療法士と同額算定が認められています。

当講習は、整形外科勤務者以外も受講できるものとなっています。北陸地区の医療機関等より、開催に関するの問い合わせを頂いております。

つきましては、講習会開催の周知を当協会に求められておりますので、貴会会報またはHPに別添の募集案内を掲載いただけますようお願い申し上げます。

本来であれば、お伺いしお願い申し上げるところではありますが、諸般の事情により、書面にてのご依頼とさせていただきます。

ご掲載いただきました会報等の掲載ページを同封の封書にて、送付いただければ、幸甚です。



講習会を受講し、定期的に適切な研修を修了している者の
リハビリテーション料算定

- ① 脳血管リハビリテーション（Ⅱ）において、理学療法士が2名以上勤務する場合に（Ⅲ）の所定点数を算定。
- ② 脳血管リハビリテーション（Ⅲ）において、理学療法士が1名以上勤務する場合に所定点数を算定。
- ③ 運動器リハビリテーション（Ⅱ）の届出においては、適切な運動器リハビリテーションに係る研修を修了した者に該当し、東海北陸厚生局への施設基準届出において、一定要件の元、当分の間理学療法士とみなされる。（但し、算定はⅢの点数となります。）
- ④ 運動器リハビリテーション（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）において、理学療法士が1名以上勤務する場合は、（Ⅲ）の所定点数を算定。

※ ①～④は、早期加算も算定できます。

- ⑤ 廃用性症候群リハビリテーション（Ⅱ）において、理学療法士が2名以上勤務する場合に（Ⅲ）の所定点数を算定。
- ⑥ 廃用性症候群リハビリテーション（Ⅲ）において、理学療法士が1名以上勤務する場合に所定点数を算定。基本点数 100点

※ ①～⑥については、所定の基本定数となります。

- ⑦ 通所リハビリテーション（1時間以上2時間未満）を医療機関においても算定できます。

要介護1 329単位 要介護2 358単位 要介護3 388単位

要介護4 417単位 要介護5 448単位

※ 詳細は、厚生労働省課長通知等を参照ください。

中部地方 会執行委員長 加藤尚浩

〒445-8510 西尾市熊味町上泡原6 西尾市民病院リハビリテーション科

TEL 0563-56-3171 内線2700

講習会事務局 問い合わせは、事務局まで

〒501-2105 岐阜県山県市高富2127-8

公益社団法人全国病院理学療法協会

理事（中部地方会担当）可知謙三

TEL 090-9663-3087

FAX 051-22-3847

e-Mail ken3ksu2@ybb.ne.jp

運動療法機能訓練技能講習会 (公社) 全国病院理学療法協会中部地方会要綱

<目 的>

理学療法士以外の理学療法従事者であって、医師の処方指示の下に運動療法・機能訓練のリハビリテーション医療に従事している者に対して、知識・技術を習得させるために講習会を実施し、国民の医療・保健・福祉におけるマンパワーとしての活用を図るとともに、運動療法を実施する施設において資質の高い経験ある従事者としての役割を確立することを目的とする。

<主催団体>

厚生労働省の指導監督のもと、公益社団法人全国病院理学療法協会中部地方会が実施します。

後 援 (予定) 厚生労働省・日本医師会・日本病院会・日本整形外科学会
日本リハビリテーション医学会・日本臨床整形外科学会
日本運動器科学会

<受講者>

1. 対象者

- ① 病院、診療所その他の施設において、医師の指示のもとに運動療法・機能回復訓練等のリハビリテーション業務に従事している者。
- ② 介護保険施設・有料老人ホーム・老人ケアハウスまたは介護保険に係わる支援事業所・サービス事業所その他の福祉施設などで、運動療法・機能回復訓練等の企画立案及び業務に従事している者。
- ③ ①及び②への従事予定者。

※当講習会は、整形外科勤務者でなくとも受講できます。

2. 受講資格は、下記の資格を有する者。

- ① 本協会会員で受講を希望するマッサージ・はり・きゅう師、柔道整復師、看護師・准看護師。
 - ② 会員外で受講を希望するマッサージ・はり・きゅう師、柔道整復師、看護師・准看護師。
- ※ はり師、きゅう師だけの免許所持者でも受講を希望する者は受講できます。但し診療報酬等の算定要員としては取り扱われません。

<受講後の位置づけ>

- ① 修了時の認定試験に合格した者は、当協会の実施する「技能認定登録制度」への登録申請ができます。
- ② 技能認定登録を行った者は、以下の算定が認められています。
 - ・疾患別リハビリテーション料（脳血管及び廃用性は、Ⅱ及びⅢで、運動器は、ⅠⅡ・Ⅲすべてで、Ⅲを算定）
 - ・通所リハビリテーションの1時間から2時間の基本単位数（医療機関で実施する場合も含む）

平成29年度募集要項

1. 募集期間 平成29年4月15日～6月15日
2. 募集人員 40名 最低催行人員 20名
3. 開催期間 平成29年7月～平成30年1月 日祭日の20日間（予定）
4. 講習内容 会 場 岐阜市生涯学習センター（JR岐阜駅構内）等を予定
受講単位（時間）200単位

実講義 106単位 視聴覚講義 70単位
課題学習3題 24単位)

修講に必要な単位数 各講義の80%以上の出席率が必要です。

※ 運動器リハビリテーション・セラピスト研修を修了しているマッサージ師等が、技能講習会を受講される場合、運動器リハビリテーション関係科目の実講義6単位、視聴覚講義14単位が免除されます。

5. 受講料 本協会会員（入会して受講する場合も含む） 100,000円
本協会会員外 180,000円

※新規入会を含め、会員として受講された場合は、平成29年3月末まで（受講後、3年間）協会に在籍が必要です。中途退会した場合は、会員外扱いとなり、会員外受講料との差額（¥80,000）を徴収いたします。

※協会入会金 ¥3,000 年会費 ¥20,000（平成27年4月現在）
別途、関係団体年会費 ¥1,000

6. 認定試験受験料

本協会会員（入会して受講含む） 免除
会員外…20,000円

申し込み時振込額（受講料・受験料）

① 新たに入会して受講する場合

受講料 ¥100,000（受験料免除）

入会金¥3,000と初年度会費¥21,000（関連団体会費を含む）は、講習会開始後にご入金いただきます。

② 会員外の場合

受講料 ¥180,000

認定試験受験料 ¥20,000

合 計 ¥200,000

下記の指定口座に入金してください。

7. 受講申し込み方法

下記事務局に「受講申込書」・「誓約書」、入会受講の場合は「入会届」の送付を依頼し、必要事項を記入の上、免許証の写しと受講料の振込の控えのコピーを同封して、事務局までお申込み下さい。

<振込指定口座>

十六銀行 高富支店

普通 1596464

口座名 技能講習会 代表 可知謙三

<実行委員会事務局>

〒501-2105 岐阜県山県市高富2427番地8

公益社団法人全国病院理学療法協会

理事 中部地方会担当 可知謙三

TEL: 090-9663-3087

FAX: 0581-22-3847

中部地方会メールアドレス nhptachk@ybb.ne.jp

平成29年度中部地方会運動療法機能訓練技能講習会
全 課 程 受 講 申 込 書

※ 記入は正楷書にてお願いいたします。(氏名は、戸籍名を必ず記入してください)

ふりがな 氏 名		生年月日 昭和・平成 年 月 日 男 ・ 女		
現 住 所	〒	Tel ()		
勤務先名		所属部署名		
勤 務 先 住 所	〒	Tel ()		
所持 免許 証 番 号 写 添 付	資格名	免許区分	交付日	番号
	マッサージ師免許	大臣・都道府県名 ()	・ ・	第 号
	はり師免許	大臣・都道府県名 ()	・ ・	第 号
	きゅう師免許	大臣・都道府県名 ()	・ ・	第 号
	柔道整復師免許	大臣・都道府県名 ()	・ ・	第 号
	看護師免許	大臣	・ ・	第 号
	准看護師免許	都道府県名 ()	・ ・	第 号
	その他の医療免許	免許名 大臣・都道府県名 ()	・ ・	第 号
運動器リハビリテーションセラピスト(該当・非該当) 該当は、証明できるものを添付				
受講区分 (いずれかに○) 現会員 ・ 入会して会員として受講 ・ 会員外受講				
受験区分 (問題・解答各々○) <問題> 活字(墨字)・点字・音読 <解答> 活字(墨字)・点字・代筆				
講習会開催中止となった場合の返金振込先 銀行・信用金庫 本店 普通・当座 信用組合・J A 支店 口座番号 () ふりがな 名義人				

私は、公益社団法人全国病院理学療法協会が主催し、中部地方会が開催する平成29年度運動療法機能訓練技能講習会に受講料を納入の上、受講を申し込みいたします。
平成 年 月 日

受講申請者氏名 印

中部会・支部事務処理欄(書類確認、必ず受取り時にチェックし、○を記入すること)

	申込書	受講料	会員登録	会費入会金	誓約書	口座振替
事 務 局						
支 部 長						
経 理						
技 能 会 計						
中部会委員長						