

# 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、整形外科勤務者以外でも受講できます。

### 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。
  - (1) 運動療法機能訓練技能講習会を受講するとともに、定期的に適切な研修を修了している者に該当。
  - (2) 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ものに該当。
    - ・疾患別リハビリテーション料(脳血管・廃用性のⅡ及びⅢ、運動器のⅠⅡ・Ⅲすべてで、Ⅲの所定点数を算定)
  - (3) 通所リハビリテーションの定期的に適切な研修を修了している者に該当。
    - ・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30年度募集要項

1. 募集期間 平成30年5月1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30年7月～平成31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書類、入会受講の場合は入会届の送付を依頼して下さい・送付された書類に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

中部地方会メールアドレス nhptachk@ybb.ne.jp

# 平成30年度中部地方会運動療法機能訓練技能講習会 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・JA 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						