

参照資料※1 基本技術の水準

項目	水準Ⅰ	水準Ⅱ	水準Ⅲ
動作介助(誘導補助)技術	基本動作・移乗動作・移送介助、体位変換	急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目	
リスク管理技術	スタンダードプリコーション、症状・病態の観察、バイタルサインの測定、意識レベルの評価 各種モニターの使用(心電図、筋電図、パルスオキシメーター)、褥瘡の予防、転倒予防 酸素吸入療法中の患者の管理	創部管理、廃用症候群予防、酸素ボンベの操作、ドレーン・カテーテル留置中の患者の管理、生命維持装置装着中の患者の管理、点滴・IVH・経管栄養中の患者の管理	
理学療法評価技術	情報収集技術、診療録記録(学生が行った内容) 問診・視診・触診・聴診、形態測定、感覚検査、反射検査、筋緊張検査、ROM、筋力検査、強調運動機能検査、高次神経機能検査、脳神経検査、姿勢観察・基本動作能力・移動動作能力・作業工程分析(運動学的分析含む)、バランス検査、日常生活活動評価、手段的日常生活活動評価、疼痛、整形外科的テスト、脳卒中運動機能評価(SIAS、Brunnstromなど)、脊髄の評価(ASIAなど)、神経・筋疾患の評価(Hoehn&Yahrの重症度分類など)、運動耐容能検査(6分間歩行テストなど)、各種発達評価	診療録記載(指導者が行った内容) 急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目、生理・運動機能検査の援助(心肺運動負荷検査、12誘導心電図、スパイロメーター、超音波、表面筋電図を用いた検査、動作解析装置、重心動揺計)	精神・心理検査 家族への説明(障害像、プログラム、予後)
理学療法治療技術 運動療法	関節可動域運動、筋力増強運動、全身持久カトレニング、運動学習、バランス練習、基本動作練習(起き上がり、移乗、起立、着座、床上、発達を促す練習も含む)、移動動作練習(歩行、応用歩行、階段昇降、プール練習を含む)、日常生活活動練習、手段的日常生活活動練習	急性期やリスクを伴う状態の水準Ⅰの項目、治療体操、離床練習、発達を促通する手技、排痰法	吸引法、人工呼吸器の操作、生活指導、患者教育
物理療法	ホットパック療法、パラフィン療法、アイスパック療法、渦流浴療法(褥瘡・創傷治療を除く)、低出力レーザー光線療法、EMGバイオフィードバック療法	超音波療法、電気刺激療法(褥瘡・創傷治療・がん治療を除く)、近赤外線療法、紫外線療法、脊椎牽引療法、CPM(持続的他動運動)、マッサージ療法、極超短波療法、超短波療法(電磁両立性に留意)、脊髄抑制中の電気刺激療法(TENSなど)	褥瘡・創傷治療に用いて感染のリスクがある場合の治療 がん治療(がん性疼痛、がん治療有害事象等)に対する電気刺激療法
義肢・装具・福祉用具 環境設備	装肢・装具・福祉用具(姿勢保持具を含め)の使用と使用方法の指導	リスクを伴う状態の水準Ⅰの項目	装肢・装具・福祉用具の選定、住環境改善指導、家族教育・支援
救命救急処置			救急法、気道確保、気管挿入、人口呼吸、閉鎖的心マッサージ、除細動、止

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士実習生の担当に関する同意書

私（_____）は、_____様に対して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の実習生が担当することについて、以下の説明を行いました。

1. リハビリテーション部の診療において、臨床実習中の学生（以下、「実習生」といいます。）が、臨床実習指導者の指導のもとに平成____年____月____日から平成____年____月____日まで担当します。
2. 実習生は、あなたの理学療法、作業療法、言語聴覚療法を行うにあたって必要な面接や検査、測定を行います。
3. 実習生が担当することで、不都合が生じないように適切に指導、介入いたします。
4. 実習生の介入に関連して、あなたの健康やプライバシーに何らかの影響を与える事象が発生した場合は、実習生加入の保険で対応いたします。
5. 実習生が実習中に知り得た患者・家族の情報は、学習目的以外で他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に留意します。
6. 実習生が担当することを辞めたい場合は、いつでも辞めることができます。
7. 実習生が担当することに関して、質問や疑問、その他のご意見がある場合は、いつでも担当者（_____）に申し出てください。

平成____年____月____日

担当実習生：_____

実習指導療法士：_____

以上の説明を了解、納得しましたので、実習生が担当することに同意します。

平成____年____月____日

ご本人 住所 _____
氏名（自署） _____ 印

ご家族（関係： _____）
住所 _____
氏名（自署） _____ 印

説明担当者 _____

理学療法・作業療法・言語聴覚療法診療参加型臨床実習に関する同意書

私（_____）は、_____様に対して、リハビリテーション部実習生の診療参加型臨床実習について、以下の説明を行いました。

1. 診療参加型臨床実習について

診療参加型実習（以下、「実習」といいます。）とは、理学療法・作業療法・言語聴覚療法学生（以下、「実習生」といいます。）が診療チームの一員として加わり、医療の実際を学んでいくものです。実習生は、この実習を通して療法士としての態度・技能を学び、その能力は卒後研修によってより質の高い医療を社会に提供することにつながります。

2. 実習中の理学療法・作業療法・言語聴覚行為について

実習生の能力に応じて、実習指導者の下で安全に配慮して実施します。また、実習生が担当することで、不都合が生じないように適切に指導、介入します。

3. 実習中の事故などへの補償について

実習生の介入に関連して、あなたの健康やプライバシーに何らかの影響を与える事象が発生した場合は、実習生加入の保険で対応いたします。

4. 実習生の見学および交代について

診療場面において、実習生が見学させていただくことがあります。また、入院期間中に見学・診療参加させていただく実習生が交代することがあります。

5. 個人情報について

実習生が実習中に知り得た患者・家族の情報は、学習目的以外で他者に漏らすことがないようにプライバシーの保護に留意します。

6. 拒否または同意の撤回について

あなたは、実習そのものを拒否することができます。また、実習生が参加することを辞めたい場合は、いつでも辞めることができます。

実習生が担当することに関して、質問や疑問、その他のご意見がある場合は、いつでも担当者（_____）に申し出てください。

1) 以上の説明を了解、納得しましたので、実習生が担当することに同意します。

2) 実習生が担当することに同意しません。

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

ご本人 住所 _____

氏名（自署） _____ 印

ご家族（関係： _____）

住所 _____

氏名（自署） _____ 印

説明担当者 _____

