

様式1

理学療法士作業療法士養成施設設置計画書

1 名称						4 連絡者				
2 所在地						氏名				
3 設置者	法人名					役職名				
	所在地					TEL				
						メール				
5 開設予定 (授業開始)	年 月 授業開始									
6 種類等	理学療法士養成施設			作業療法士養成施設			合計			
	1学年定員 人			1学年定員 人			1学年定員 人			
	高卒 年課程 (昼・夜)			高卒 年課程 (昼・夜)						
7 専任教員	免許の種類	氏名	年齢	担当予定科目	免許番号	免許取得年月	本人の承諾書の有無	施設長の承諾書の有無	専任兼任の別	
実習調整者名(学科)		(理学・作業)				(理学・作業)				
8 建物	土地面積	m ²			建物面積	m ²				
	共有部門			理学療法部門			作業療法部門			
	室の名称	面積(m ²)		室の名称	面積(m ²)		室の名称	面積(m ²)		
9 実習施設	理学療法士養成施設					作業療法士養成施設				
	施設名	所在地	病床数	PT数	受入数	施設名	所在地	病床数	PT数	受入数
	主たる臨床実習施設名					主たる臨床実習施設名				

10 整備に要 する経費	区分	整備方法	金額
		土地	設置者所有・寄附・買収・その他
	建物	設置者所有・新築・買収・その他	千円
	設備		千円
	合計		千円
11 資金計 画	区分		金額
	自己資金		千円
	借入金		千円
	その他(具体的に)		千円
	合計		千円

備考

「9 実習施設」については、施設長の承諾を得たもののみ記入すること。

様式2

理学療法士作業療法士養成施設定員変更計画書

1 名称						4 連絡者		
2 所在地						氏名		
3 設置者	法人名				役職名			
	所在地				TEL			
					メール			
5 変更時期	年 月 授業開始							
6 種類等	養成施設の種類	変更前定員		変更後定員		変更内容		
	理学療法士	名		名		学級定員の増、その他()		
	作業療法士	名		名		学級定員の増、その他()		
	合計	名		名				
7 専任教員	現在の教員	免許の種類	氏名	年齢	担当予定科目	免許番号	免許取得年月	
	新たに採用する教員	免許の種類	氏名	年齢	担当予定科目	免許番号	本人の承諾書の有無	施設長の承諾書の有無
実習調整者名(学科)			(理学・作業)		(理学・作業)			
8 建物	土地面積		m ²		建物面積		m ²	
	共有部門			理学療法部門		作業療法部門		
	室の名称	面積(m ²)	室の名称	面積(m ²)	室の名称	面積(m ²)		

9 実習施設	理学療法士養成施設					作業療法士養成施設				
	既に承認を受けている 実習施設の数		PT数			既に承認を受けている 実習施設の数		OT数		
	既に承認を受けている 主たる臨床実習施設名					既に承認を受けている 主たる臨床実習施設名				
	新たな実習施設 の名称	所在地	病床 数	PT数	受入 数	新たな実習施設 の名称	所在地	病床 数	OT数	受入 数
新たに承認を受ける附 属臨床実習施設名					新たに承認を受ける附 属臨床実習施設名					

(備考)

- 1 建物を増築する場合は、「8 建物」の欄に()書きで別掲すること。
- 2 「9 実習施設」については、施設長の承諾を得たもののみを記入すること。

添付書類

- 1 変更理由書
- 2 過去3年間の受験者数及び入学者数
- 3 専任教員を新たに採用する場合は、専任教員に関する調書(様式1の「専任教員に関する調書」に準ずる)及び承諾書(様式1の「承諾書」に準ずる)
- 4 法人認可官庁に提出した過去3年間の収支決算書及び財産目録の写
- 5 主たる臨床実習施設に関する調書

様式3

理学療法士作業療法士養成施設指定申請書

1 名称						4 連絡者				
2 所在地						氏名				
3 設置者	法人名					役職名				
	所在地					TEL				
						メール				
5 設置年月日	年 月 日設置 (年 月 授業開始)									
6 種類等	理学療法士養成施設			作業療法士養成施設			合計			
	1学年定員 人			1学年定員 人			1学年定員 人			
	高卒 年課程 (昼・夜)			高卒 年課程 (昼・夜)						
7 専任教員	免許の種類	氏名	年齢	担当予定科目	免許番号	免許取得年月	本人の承諾書の有無	施設長の承諾書の有無	専任兼任の別	
実習調整者名(学科)			(理学・作業)			(理学・作業)				
8 建物	土地面積		㎡		建物面積		㎡			
	共有部門			理学療法部門			作業療法部門			
	室の名称	面積(㎡)		室の名称	面積(㎡)		室の名称	面積(㎡)		
9 実習施設	理学療法士養成施設					作業療法士養成施設				
	施設名	所在地	病床数	PT数	受入数	施設名	所在地	病床数	PT数	受入数
	主たる臨床実習施設名					主たる臨床実習施設名				

10 整備に要 する経費	区分	整備方法	金額
		土地	設置者所有・寄附・買収・その他
	建物	設置者所有・新築・買収・その他	千円
	設備		千円
	合計		千円
11 資金計 画	区分		金額
	自己資金		千円
	借入金		千円
	その他(具体的に)		千円
	合計		千円

備考

「9 実習施設」については、施設長の承諾を得たもののみ記入すること。

名称		評価実施日	年 月 日
----	--	-------	-------

【自己評価1-1】専任教員の配置状況

学部・学科等の名称	専任教員数				非常勤教員	専任教員一人あたりの在籍学生数	備考
	常勤教員	計	基準数	うち理学療法士又は作業療法士数			
○○学部	人	0人	人	0人	人	人	
○○学科							
△△課程	人	0人	人	0人	人	人	
	人	0人	人	0人	人	人	
	人	0人	人	0人	人	人	
計	0人	0人	0人	0人	0人	-	

【自己評価1-2】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	理学療法士又は作業療法士である専任教員の配置人数が適正であり、かつ関連領域を教授できる医師等の専門家が配置されている。	3
	理学療法士又は作業療法士である専任教員の配置人数が適正である。	2
	理学療法士又は作業療法士である専任教員の人数が適正でない。	1

【自己評価1-3】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	全ての養成施設指導要領の教育内容（講義）を専任教員か、専任教員と同等以上の知識を有する教員が担当している。	4
	9割以上の養成施設指導要領の教育内容（講義）を専任教員か、専任教員と同等以上の知識を有する教員が担当している。	3
	8割以上の養成施設指導要領の教育内容（講義）を専任教員か、専任教員と同等以上の知識を有する教員が担当している。	2
	上記以外である。	1

【自己評価1-4】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	専任教員（理学療法士又は作業療法士）は、全員が臨床に携わることで臨床能力の向上に努めている。	3
	専任教員（理学療法士又は作業療法士）は、一部が臨床に携わることで臨床能力の向上に努めている。	2
	専任教員（理学療法士又は作業療法士）は、臨床に携わることで臨床能力の向上に努めていない。	1

【自己評価2-1】養成施設指導要領との連動状況

学部・学科等の名称	分野（基礎・専門基礎・専門）	指定規則教育内容	相当授業科目名	担当コマ数	担当教員	
					氏名	職名（専任・兼任）

【自己評価2-2】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	養成施設指導要領に基づき、教育課程を体系的に編成している。	3
	養成施設指導要領に基づき、教育課程をおおむね体系的に編成している。	2
	養成施設指導要領に基づいていない、または教育課程を体系的に編成していない。	1

【自己評価2-3】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	シラバスにすべての授業科目の授業計画、全体目標、成績評価基準・方法を明記している。	4
	シラバスにすべての授業科目の授業計画、全体目標、成績評価基準・方法をおおむね明記している。または、大半の授業科目の授業計画、全体目標、成績評価基準・方法を明記している。	3
	シラバスの記載が十分ではない。	2
	シラバスが作成されていない。	1

【自己評価3-1】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	養成施設指導要領に従った診療参加型による臨床実習を実施している。	4
	養成施設指導要領に従った診療参加型による臨床実習をおおむね実施している。	3
	養成施設指導要領に従った診療参加型による臨床実習を十分に実施していない。	2
	養成施設指導要領に従った診療参加型による臨床実習を実施していない。	1

【自己評価3-2】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	講義と関連の実習が十分に連動して実施されている。	4
	講義と関連の実習がおおむね連動して実施されている。	3
	講義と関連の実習が十分に連動して実施されていない。	2
	講義と関連の実習が連動して実施されていない。	1

●基本情報：臨床実習の見学又は実践する範囲とそれに関連する講義科目それぞれの開講時期を記入してください。

学部・学科等の名称	臨床実習の見学又は実践する範囲	開講時期	関連講義名	開講時期
	通所リハビリテーションの見学	2年後期	〇〇学	2年後期
		2年後期	〇△学	2年後期
	××の実践	3年前期	××学	3年前期

【自己評価3-3】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	養成所指導要領で定める要件を満たす主たる実習施設で十分な臨床実習が実施されている。	3
	養成所指導要領で定める要件を満たす主たる実習施設で一部の臨床実習が実施されている。	2
	養成所指導要領で定める要件を満たす主たる実習施設を置いていない。	1

【自己評価3-4】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	適正な臨床実習指導者の下で実習が実施されている。	4
	適正な教員の監督指導の下で実習がおおむね実施されている。	3
	適正な教員の監督指導の下で実習が十分に実施されていない。	2
	適正な教員の監督指導の下で実習が実施されていない。	1

【自己評価3-5】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	臨床実習におけるハラスメント防止のための体制があり、対応が十分である。	3
	臨床実習におけるハラスメント防止のための体制はあるが、対応が十分でない。	2
	臨床実習におけるハラスメント防止のための体制がなく、対応も不十分である。	1

【自己評価4-1】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	自己点検・評価の体制があり、改善に向けて機能している。	3
	自己点検・評価の体制はあるが、改善に向けて機能していない。	2
	自己点検・評価の体制がない。	1

●基本情報：自己点検・評価体制記入してください。

自己点検・評価組織名	〇〇学部自己点検・評価委員会
委員名（委員長）	〇〇一郎
組織の開催頻度	1年に一度
組織の取り組み内容	・ 学生による授業評価の分析
	・ 委員による授業参観の企画
	・ 教育改善の研修会の開催企画
	・
自己点検・評価結果の公表	H Pで公表（URL： ）

【自己評価4-2】当てはまる自己評価欄に○をつけてください。

自己評価	評価内容	判定
	シラバス記載内容を改善する仕組みがあり、シラバスの記載内容の改善が行われている。	3
	シラバス記載内容を改善する仕組みはあるが、シラバスの記載内容の改善は十分ではない。	2
	シラバス記載内容を改善する仕組みがない。	1

●基本情報：シラバス記載内容を改善する仕組みについて記入してください。

該当する 仕組み	名称	
	委員構成等	
	改善の仕組みの実際	

【自己評価4-3】自己点検・評価及び第三者評価の結果を改善に繋げるための取り組みを記入してください。

--

臨床実習施設に関する調書

実習施設名						
所在地						
開設年月日						
施設種別	医療提供施設（病院・診療所・その他）・介護保険施設・ 老人福祉施設・身体障害者福祉施設・児童福祉施設・ 指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・ その他（ ）					
病床数 （又は入所定員）	総数	一般	療養	精神	結核	その他
	床	床	床	床	床	床
職員数	P T	名		O T	名	
最近の利用者数 （最近1年間の利用者延数）	期間	年	月	～	年	月
	理学療法・作業療法			名	名	名
実習生受入状況 （ ）年度	養成施設名			年間受入人数		
				人		
				人		
				人		
臨床実習を行うのに 必要な設備	室の名称等			備えの有無		面積等
	休憩室			有	無	m ²
	更衣室			有	無	m ²
	ロッカー			有	無	台
	机			有	無	台
実習用機械器具	品 目			保有の有無		数量
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	
				有	無	

(注)

1. 医療提供施設以外の施設は定員数を「総数」欄へ記載すること。
2. 「最近の利用者数」の欄については、最近1年間の理学療法又は作業療法を受けた利用者延数を記入すること。 ※利用者区分は施設に応じて区分名を適宜変更してよい。
3. 「実習生受入状況」は、申請時の前年度における当該実習施設の年間の受入養成施設名及び受入延人数(実数)を記入すること。
4. 「実習用機械器具」の欄は、実習を行ううえで必要な機械器具について、当該実習施設が保有する実習用機械器具のその名称及び台数を記入すること。(別紙での対応可)
5. 当該実習施設を「主たる臨床実習施設」とする場合、様式5-2「主たる臨床実習施設に関する調書」も併せて作成すること。

主たる臨床実習施設に関する調書（理学療法士・作業療法士）

主たる臨床実習施設名					所在地		
主たる臨床実習施設の種類	附属臨床実習施設・附属臨床実習施設と同等の連携施設						
専任教員養成講習会又は同等以上の知識及び経験を有する者	氏名						
	ア	5年以上業務に従事した者で教員養成・実習指導者講習会を修了した者					
	イ	5年以上業務に従事した者で大学において教育に関する科目を履修し卒業した者					
	ウ	3年以上業務に従事した者で大学院において教育に関する科目を履修し課程を修了した者					
	エ	アに掲げる者と同等以上の知識及び技能を有する者（ ）					
施設間の距離	km		施設間の移動手段			施設間の移動時間	
臨床実習を行うのに必要な設備	室の名称	面積（㎡）	室の名称	面積（㎡）	室の名称	面積（㎡）	
	更衣室						
	休憩室						
	討議室						
実習生が閲覧可能な専門図書数（冊）			その他、学修環境への配慮				
病棟の種類と病床数	病棟		病床数	病棟		病床数	
	高度急性期			慢性期			
	急性期			その他1（ ）			
	回復期（地域包括ケア病棟）			その他2（ ）			
	回復期（回復期リハ病棟）			その他3（ ）			
リハビリテーション施設基準等	<input type="checkbox"/> 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ・Ⅱ） <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） <input type="checkbox"/> 廃用症候群リハビリテーション料（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ・Ⅱ）			<input type="checkbox"/> 精神科作業療法 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 難病患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 障害児（者）リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> がん患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> 認知症患者リハビリテーション料 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	<input type="checkbox"/> 外来リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション						
	理学療法士	人	作業療法士	人	言語聴覚士	人	
関連施設	介護老人保険施設・老人福祉施設・身体障害者福祉施設・児童福祉施設 指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・その他（ ）						

備考

- 一、臨床実習を行うのに必要な設備について、複数室ある場合は空欄に記入すること。
- 二、主たる臨床実習施設における理学療法士、作業療法士の継続的な教育計画を添付すること。
- 三、複数の症例が経験でき、診療参加型による臨床実習が行われていることが分かる書類を添付すること。

実習指導者に関する調書

		養成施設名			
実習施設名					
実習指導者名				生年月日	
実習指導者資格要件	職歴・教員歴	名称	業務内容・教育内容	年 月 日	
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
		合 計			年 ヶ月
	免許・資格	免許番号		登録年月日	
免許番号第		号	年 月 日		
資 格					
ア 厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会修了者					
イ 厚生労働省及び公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会修了者					
ウ 一般社団法人日本作業療法士協会が実施する臨床実習指導者中級・上級研修修了者					
エ 免許を受けた後5年以上業務に従事した者 【見学実習のみ】					
オ 当該養成施設の教員 【見学実習のみ】					

(記入上の注意)

- 「職歴・教員歴」欄は、理学療法士又は作業療法士免許を受けた後から現在までの業務従事経歴を記載すること。

(添付書類)

- 臨床実習指導者講習会修了証、教員等講習会修了証又は臨床実習指導者中級・上級研修修了証並びに理学療法士免許証及び作業療法士免許証の写し

(その他)

- (1) この実習指導者に関する調書は、実習施設の変更承認申請及び実習指導者の変更届に添付して提出するものであり、毎年度提出する必要はないこと。
- (2) 令和2年度から、実習指導者に変更が生じた場合には、変更届の提出が必要となるので注意すること。

主たる臨床実習施設の実習指導者に関する調書

		養成施設名			
実習施設名					
実習指導者名				生年月日	
実習指導者資格要件	職歴・教員歴	名称	業務内容・教育内容	年 月 日	
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
				自 年 月 日	至 年 月 日
		合 計			年 月
	免許	免許番号		登録年月日	
免許番号第 号		年 月 日			
資格	実習指導者資格				
	ア 厚生労働省が指定した臨床実習指導者講習会修了者				
	イ 厚生労働省及び公益財団法人医療研修推進財団が実施する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士養成施設教員等講習会修了者				
	ウ 一般社団法人日本作業療法士協会が実施する臨床実習指導者中級・上級研修修了者				
	エ 免許を受けた後5年以上業務に従事した者 【見学実習のみ】				
	オ 当該養成施設の教員 【見学実習のみ】				
	主たる臨床実習施設において1人必要な資格				
	カ 専任教員養成講習会を修了した者（修了証番号第 号）				
	キ カに掲げる者と同等以上の知識及び技能を有する者				
ク 上記カ及びキのいずれにも非該当					

(記入上の注意)

- 「職歴・教員歴」欄は、理学療法士又は作業療法士免許を受けた後から現在までの業務従事経歴を記載すること。

(添付書類)

(1) 資格アからウ

臨床実習指導者講習会修了証、教員等講習会修了証又は臨床実習指導者中級・上級研修修了証並びに理学療法士免許証及び作業療法士免許証の写し

(2) 資格カ

専任教員養成講習会修了証

(3) 資格キ

要件を満たすことを証する書類

(その他)

- (1) この実習指導者に関する調書は、実習施設の変更承認申請及び実習指導者の変更届に添付して提出するものであり、毎年度提出する必要はないこと。
- (2) 令和2年度から、実習指導者に変更が生じた場合には、変更届の提出が必要となるので注意すること。

専任教員に関する調書（理学療法士・作業療法士）

				養成施設名					
氏名				現住所				性別	男・女
生年月日	年	月	日（歳）	免許登録 番号	第 号	免許登録 年月日	年 月 日		
所属	施設名				役職名				
	所在地								
資格取得	学校養成施設の卒業年次			年	月	学校養成施設名			
	特例試験の合格年次			年	月				
職歴	年	月				年	月		
教育歴 (実習指導を 含む)	年	月				年	月		
日本理学療法 士協会又は日 本作業療法士 協会の加入	会員（ 年から）・非会員			専任教員養成 講習会の受講 の有無		有・無 (修了証番号第 号)			
専任教員要件	ア 専任教員養成講習会を修了した者 イ 5年以上業務に従事した者で大学において教育に関する科目を履修し卒業した者 ウ 3年以上業務に従事した者で大学院において教育に関する科目を履修し課程を修了した者 エ ア～ウに該当しないが2022年4月1日前から継続して専任教員である(あった)者								
研究発表又は 論文	年	月				年	月		
担当予定科目									
本人承諾書	有・無			所属長承諾書		有・無			

(記入上の注意)

職歴、教育歴及び研究発表又は論文は、主なものを記入し、一枚にまとめること。

承 諾 書

私は、※養成施設名 が、理学療法士及び作業療法士法に基づく理学療法士(作業療法士)養成施設として指定された場合は、当該施設において専任教員に就任することを承諾します。

なお、第一回の卒業生が出るまでの間は、私から専任教員の辞任を申し出ないことを誓約します。

一 就任予定年月日 年 月 日

二 資格 免許の種類 _____
免許取得年月日 年 月 日
免許登録番号 第 号

三 専任教員養成講習会受講の有無

有(修了証番号 第 号) ・ 無

年 月 日

住 所
氏 名

千葉県知事 様

承 諾 書

貴養成施設が、理学療法士及び作業療法士法に基づく理学療法士(作業療法士)養成施設として指定された場合は、下記の者を 年 月 日付で貴施設に転職させることを承諾します。

職名
氏名
年 月 日

所在地
施設名
施設長

(養成施設長) 様

作成上の注意

- 一 原本の写しを提出すること。
- 二 無職又は自営の場合は、本人が承諾した時点で、施設長の承諾書は提出する必要はないこと。

添付書類類

一 設置者に関する書類

(一)設置者が法人である場合

ア 法人の寄附行為又は定款

イ 役員名簿

ウ 法人認可官庁に提出した前年度の事業概要報告書、収支決算書及び財産目録の写

エ 法人が理学療法士又は作業療法士の養成について議決している場合は、その旨を記載した議事録

(二)設置者が法人の設立を予定している場合

ア 認可官庁に提出した申請書

二 建物に関する書類

設計図（平面図の略図でよい）

三 整備に関する書類

(一)土地 設置者所有の場合登記書抄本、寄附を受ける場合登記書抄本及び寄附申込書、買収又は賃借の場合

合見積書

(二)建物 設置者所有の場合登記書抄本、新築、買収又は賃借の場合見積書

四 資金計画に関する書類

(一)自己資金

金融機関による残高証明書等

(二)借入金

ア 融資予定額、金融機関名、返済期間及び償還計画等を記載した書類

イ 融資内諾書等があればその書類の写

(三)寄附金等

ア 寄附申込書

イ 寄附をする者の財産を証明する書類

五 教育環境に関する書類

周辺の略図