## 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科　履修証明プログラム

# 地域リハビリテーション学コース募集要項

第〇期（令和〇〇年度秋期生）募集

地域包括ケアシステムの構築に向けて在宅医療・介護が推進される中、従来の機能回復を中心とした継続的リハビリテーションに加え、活動や参加に焦点をあてた自立支援に資する取組が必要とされています。本コースは、病院医療施設、在宅支援に関連する施設・事業所等で活躍する理学療法士・作業療法士が、医療と在宅ケアの連携を推進できるよう幅広い知識の修得をめざします。

### 募集人員

30 名（定員を超える応募の場合、申請書類により選考します）

### 応募資格

以下のいずれかを満たしている理学療法士・作業療法士

（1）4 年制大学を卒業した者、もしくはそれと同等以上の学力があると認められる者

（2）3 年以上の理学療法士・作業療法士に関する業務経験を有する者

### 教育目標

（1）医療・保健・福祉をめぐる社会動向について説明できる

（2）在宅医療において情報通信技術（ICT）を適切に活用できる

（3）対象者・家族・職場内において適切なマネジメントができる

（4）患者・利用者に適切な社会資源情報を提供できる

（5）人生の最終段階におけるリハビリテーション専門職の役割を理解できる

（6）在宅ケアにおける予測と予防のための評価及び適切な対応ができる

（7）訪問リハビリテーションにおいて医学的、対人的、労働環境的リスクマネジメントができる

（8）生活期における疾病・障害を理解し適切に対応できる

### 受講期間

受講期間は 1 年間です。受講開始時期は 10 月（秋期生）で、20〇〇年 10 月 1 日から 20〇〇年 9 月 30 日までです。

Sample

## 履修時間

121 時間（e ラーニング講義 105 時間＋スクーリング 16 時間を予定）

＊スクーリングは集中講義による

＊e ラーニング（イーラーニング）とは、主にインターネットを利用した学習形態のことです。自由な時間に受講でき、それぞれの進捗状況に合わせることができます。

＊スクーリングとは、実際に講師と対面して講義を受ける授業形態のことです。

## 受講環境

・自身の PC 等を使用して受講していただきます。ご自身で Wi-Fi 等、通信環境をご用意ください。

## 修了要件

・1 年間で規定カリキュラムをすべて履修し、講座ごとの試験（レポート課題等）に合格することが必要です。

・修了者には学校教育法 105 条に基づき、大阪府立大学から履修証明書を交付します。また、日本理学療法士協会及び日本作業療法士協会が定める認定・専門（理学・作業）療法士の申請ポイントとして認められます。

## 会場

開講式、講演、スクーリング、修了式：大阪府立大学　I-site なんば（大阪市）（予定）

【交通アクセス】http://www.osakafu-u.ac.jp/info/campus/access/

＊上記 URL にて、I-site なんばの交通アクセスがご覧いただけます。

### 日程（必修です）

開講式、講演：20〇〇年 10 月〇〇日（土）10 時 30 分～（予定）

スクーリング：20〇〇年 3 月〇〇日（土）9 時 30 分～（予定）

20〇〇年 9 月にも予定（後日通知）9 時 30 分～（予定）

修了式：20〇〇年 9 月（上記のスクーリング日と同日）

sample

## 申請手続

### （１） 申請方法

下記の申請書類を「総合リハビリテーション学研究科　地域リハビリテーション学コース　受講申請書在中」と朱書きした封筒に入れ、「簡易書留郵便」で郵送してください。申請は郵送のみに限定します。

加えて、受講申請書の郵送とあわせて、以下のアドレスにメールを送信してください。申請受理及び選考結果の連絡に使用します。

メールを送信してから 5 日（土日祝日を除く）以内に申請受理の連絡がない場合は、事務局にメールが届いていない可能性がありますので、再度メールを送信してください。

メールアドレス：core-pro@ao.osakafu-u.ac.jp
件名：第〇期地域リハビリテーション学コース申請
本文：申請者氏名

### （２） 申請書類

① 受講申請書（所定用紙）＊要押印　1 通
② 理学療法士または作業療法士免許証の写し　1 通
③ 顔写真（4cm×3cm、受講申請書用・受講者証用）　2 枚
＊1 枚は受講申請書に貼付し、1 枚は貼付せずに同封してください。
＊写真の裏に氏名を記載してください。

受講申請書は下記からダウンロードして、記入例をご確認の上ご記入ください。
・受講申請書　　＊申請書類は理由を問わず返還しません。

### （３） 申請先

大阪府立大学羽曳野キャンパス　地域リハビリテーション学コース事務局
〒583-8555　大阪府羽曳野市はびきの 3 丁目 7 番 30 号
電話：072-950-2973（大学代表）

### （４） 申請期間

20〇〇年 6 月〇〇日（〇）～20〇〇年 7 月〇〇日（〇）（必着）

### （５） その他

書類審査後、受講を許可された方にはメールと郵便で通知いたします。
また、併せて受講料の支払いや受講方法等について通知いたします。

Sample

## 講座内容・時間

理学療法士・作業療法士に加え、医師、看護師、社会福祉士、医療経済学者、行政担当者、システムエンジニアなど各分野の専門家を講師として招き、専門職としてのスキルアップを図る 8 講座（121 時間）を開講します。

## カリキュラム（別紙②参照）

本プログラムは e ラーニング講義とスクーリング（グループワーク、セミナー等）で構成されます。

e ラーニング講義（8 講座）の受講順序は問いません。

## 受講環境（PC、タブレット等）

「地域リハビリテーション学コース」の講義動画視聴には下記の環境を推奨します。

・ウィルス対策ソフト

使用デバイスには必ずウィルス対策ソフトをインストールし、ソフトウェアのバージョンやウィルス定義ファイルを常に最新の状態に保つように更新してください。

・インターネット接続環境

講義動画の視聴には安定した速度のインターネット接続が必要です。

一般的な動画サイトの動作環境（YouTube の高画質動画（720p 程度）がスムーズに再生できる環境）なら、ストレスなく視聴できます。

・プラグインのインストール

講義動画の視聴や配布資料の閲覧･解凍等に、Adobe Flash Player 等の機能拡張やソフトウェアのインストールが必要な場合があります。使用デバイスに応じてご用意ください。

・ブラウザの Cookie 設定は有効にしてください。

Cookie が無効になっていたり、ウイルス対策ソフト等で Cookie が制限されていると正常に視聴できないことがあります。

OS とブラウザ

| OS | ブラウザ |
|---|---|
| Windows8.1 Update 32-bit and 64-bit<br>Windows10 32-bit and 64-bit | 最新バージョンの MS Edge<br>または、Safari<br>(上記以外のブラウザは使用できません) |
| macOS High Sierra 10.13 以上 | |

## 申請・問い合わせ先

大阪府立大学大学院　総合リハビリテーション学研究科内
地域リハビリテーション学コース事務局
〒583-8555　大阪府羽曳野市はびきの 3 丁目 7 番 30 号
電 話：072-950-2973
Ｍａｉｌ：core-pro@ao.osakafu-u.ac.jp
ＵＲＬ：http://www.core.rehab.osakafu-u.ac.jp/

sample

大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科　履修証明プログラム

# 地域リハビリテーション学コース受講申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | 印<br>必ず押印 | | 男<br>女 | 写真貼付<br>（4ｃｍ×3ｃｍ）<br>裏面に氏名を記入 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳） | | | |
| 現住所 | 〒 | | | |
| 連絡先 | 自宅電話番号 | （　　） | | |
| | 携帯電話番号 | （　　） | | |
| | メールアドレス | ＊募集要項の申請手続き（1）のメールと同じアドレスを記載してください。 | | |
| 職種 | □　理学療法士　　□　作業療法士 | | | |
| 学歴 資格取得に関する事項 | 【選択】　3年制（短期大学・専門学校）　・　4年制（大学・専門学校） | | | |
| | 年　　月　　卒業 | | | |
| 学歴 最終学歴 ＊上記以外 | 年　　月　　卒業 | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 職歴<br>＊経験年数が分かるように記入 | 施設名（会社名） | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期　間 |
| | | | | ～ | | | 年　か月 |
| | | | | ～ | | | 年　か月 |
| | | | | ～ | | | 年　か月 |
| | | | | ～ | | | 年　か月 |

| | | |
|---|---|---|
| 勤務先 | 有・無 | 名称：<br>所在地：〒<br>Tel　　（　　） |

sample

記入例

押印を忘れずに！

大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科　履修証明プログラム
地域リハビリテーション学コース受講申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名 | ふりつ　たろう<br>府立　太郎 | 府立印<br>必ず押印 | 男<br>女 | 写真貼付<br>（4ｃｍ×3ｃｍ）<br>裏面に氏名を記入 |
| 生年月日 | 昭和・平成　△□　年　10　月　1　日（　△△　歳） | | | |
| 現住所 | 〒 583-8555<br>大阪府羽曳野市はびきの 3-7-30 | | | |
| 連絡先 | 自宅電話番号 | （　　） | | |
| | 携帯電話番号 | 090　（　○○○○　）　△△△△ | | |
| | メールアドレス | ○○○@□□□. △△. △△<br>＊募集要項の申請手続き（1）のメールと同じアドレスを記載してください。 | | |
| 職種 | ☒　理学療法士　　□　作業療法士 | | | |
| 学歴 | 資格取得に関する事項 | 【選択】　3 年制（短期大学・専門学校）　・　4 年制（大学・専門学校） | | |
| | | ○○○○　年　3　月　△△専門学校　卒業 | | |
| | 最終学歴<br>＊上記以外 | △△△△　年　3　月　□□大学　経済学部　卒業 | | |

| 職歴<br>＊経験年数が分かるように記入 | 施設名（会社名） | 年 | 月 | ～ | 年 | 月 | 期間 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ○○訪問看護センター | 1998 | 4 | ～ | 2010 | 3 | 12 年　0 か月 |
| | △△△病院 | 2010 | 4 | ～ | 現在 | | 10 年　3 か月 |
| | | | | | | | 年　か月 |
| | | | | | | | 年　か月 |

| | | |
|---|---|---|
| 勤務先 | 有・無 | 名称：　△△△病院<br>所在地：　〒000-0000<br>大阪府大阪市□□□1-2-3<br>Tel　△□○（　△□○　）　△□○ |

sample