



Brush up Program
for professional

平成 29 年度 筑波大学 履修証明プログラム

「多職種連携メディカルスタッフ教育プログラム」

(文部科学大臣認定「職業実践力育成プログラム」)

履修生募集要項

平成 26 年度 文部科学省「課題解決型高度医療人材養成プログラム」採択事業

多職種連携医療専門職養成プログラム

目 次

平成 29 年度 筑波大学 履修証明プログラム

「多職種連携メディカルスタッフ教育プログラム」

多職種連携メディカルスタッフ教育プログラム概要

1. 目的 1
2. 履修証明プログラムの概要と特色 1
3. 授業科目の概要 2

履修生募集要項

1. 募集人員 3
2. 出願資格 3
3. 出願手続 3
4. 履修生選抜方法 4
5. 履修生発表 4
6. 履修手続等 4
7. 個人情報保護について 5
8. BP としての履修成果の評価に係る
アンケート調査について 5

多職種連携メディカルスタッフ教育プログラム

概 要

1. 目的

文部科学省は大学における医療人の養成を充実させるために、「課題解決型高度医療人材養成プログラム」を平成 26 年度に新たにスタートさせた。本事業では、高度な教育力・技術力を有する大学が核となって、我が国が抱える医療現場の諸課題等に対して、科学的根拠に基づいた医療が提供でき、健康長寿社会の実現に寄与できる優れた医師・歯科医師・看護師・薬剤師等を養成するための教育プログラムを実践・展開する大学の優れた取組が支援される。

筑波大学と茨城県立医療大学は、「課題解決型高度医療人材養成プログラム」の目的のひとつである“チーム医療に貢献でき、高い指導能力を持ったメディカルスタッフの養成”を推進するために「多職種連携医療専門職養成プログラム」を展開していく。そして、医療専門職として働く社会人を対象とした「多職種連携メディカルスタッフ教育プログラム」という履修証明プログラムを筑波大学に開設する。本プログラムは、他の医療専門職との接点を見出し、自身の病院で実践できる多職種連携を進めていく医療専門職を養成するとともに、大学－臨床実習病院の連携をより深めて学部学生に充実した実習指導ができる人材を育成することを目的としている。

2. 履修証明プログラムの概要と特色

履修証明プログラムには、①大学の学位に比べ、より短期間に修得することが可能、②再就職やキャリアアップに役立つ社会人向けの教育プログラム、③修了者には学校教育法に基づき履修証明書を交付、という 3 つの特徴がある。

「多職種連携医療専門職養成プログラム」では、60 時間の e-learning の履修と、レポート提出を前提とした集中開講のスクーリングからなる履修証明プログラムを開設する。臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士を主な対象とし、卒業大学（専修学校）や卒業年次の制限、ならびに勤務病院の制限は設けない。e-learning は筑波大学と茨城県立医療大学の教員による授業科目であり、学び直しのために、体系的かつ、短期間で修了できる構成になっている。一方、スクーリングは年 4 回に分けて、主に休日開催で実施し、医療専門職として働く社会人の履修がスムーズに実施できるように配慮している。さらに両大学合同公開講座を本プログラムに組み込むことで、各医療専門職の枠を越えた人的交流が活性化されることが期待される。こうしたプログラムを通じて、すでに医療の現場で活躍している医療専門職に対し、1. 自身の専門分野に関する最新の知見を学び直す機会を提供するとともに、2. チーム医療を実践する上で必要となる他の医療専門職への理解を深めることを推進し、さらなる多職種連携の普及を図る。

平成 28 年度から、文部科学大臣認定「職業実践力育成プログラム（BP）」に認定されました。

3. 授業科目の概要

コース	授業科目	授業形式	時間
I-1	臨床検査学概論 I	e-learning	15
I-2	臨床検査学特論 I	e-learning、スクーリング	14
II-1	放射線技術科学概論	e-learning	15
II-2	放射線技術科学特論	e-learning、スクーリング	14
III-1	臨床検査学概論 II	e-learning	15
III-2	臨床検査学特論 II	e-learning、スクーリング	14
IV-1	理学療法学概論	e-learning	15
IV-2	理学療法学特論	e-learning、スクーリング	14
筑波大学・茨城県立医療大学 合同公開講座			4
合計			120

- ◇ I-1 (4 - 7月 On-Line)、II-1 (7 - 10月 On-Line)、III-1 (10 - 1月 On-Line)、IV-1 (1 - 3月 On-Line)。
- ◇ 各スクーリングは履修生の最大人数が出席可能な6月 (I-2)、9月 (II-2)、12月 (III-2)、2月 (IV-2) の休日に設定します。なお、欠席者については後日 On-Line で履修可とします。
- ◇ 合同公開講座は平成30年2月18日(日) 13:00-17:00、筑波大学で開催する予定です。合同公開講座への参加は履修証明書の取得に必須です。
- ◇ 授業科目の詳細については多職種連携医療専門職養成プログラムのホームページをご覧ください。
- ◇ 1年間での履修を標準としますが、履修開始時の申請に基づき最長2年間で履修することができます。
- ◇ e-learning には OS : Windows、ブラウザ : Internet Explorer が使用できる環境が必要となります。

文部科学大臣認定「職業実践力育成プログラム（BP）」

平成 29 年度 筑波大学 履修証明プログラム
「多職種連携メディカルスタッフ教育プログラム」
履修生募集要項

1. 募集人員

職 種	募集人員
臨床検査技師	5 名
診療放射線技師	3 名
理学療法士	3 名
その他の医療専門職	若干名

2. 出願資格

次の各号のいずれかに該当する者とします。

- ①臨床検査技師の免許を有し、その業務に従事している者
- ②診療放射線技師の免許を有し、その業務に従事している者
- ③理学療法士の免許を有し、その業務に従事している者
- ④臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士以外の医療専門職の免許を有し、その業務に従事している者

3. 出願手続

(1)出願書類等

①履修志願票	本プログラム所定の用紙
②志願理由書	本プログラム所定の用紙

※本プログラム所定の用紙は、多職種連携医療専門職養成プログラムのホームページ
(<http://www.md.tsukuba.ac.jp/comsep/>) からダウンロードしてください。

(2)出願期間

平成 29 年 3 月 1 日（水）から 3 月 14 日（火）まで

※期間内必着（14 日は 17 時まで）のこと。出願期間を過ぎて届いた願書は受理しませんので郵便事情を十分に考慮してください。

(3)出願書類等の提出方法・提出先

出願書類等を封筒に入れ、「(2)出願期間」内に必着するように送付してください。

[提出先]

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1丁目1番1号

筑波大学医療科学類 CoMSEP 事務局

(TEL 029-853-5604, 3455)

(4)注意事項

- ①出願書類等の提出は郵送に限ります。
- ②出願書類等に不備がある場合は、受理しないことがあります。
- ③出願書類受理後は、いかなる理由があっても書類の返却、記載事項の変更はしません。
ただし、住所・電話番号に変更のあった場合には CoMSEP 事務局まで連絡してください。
- ④出願書類に虚偽の記載があった場合には、履修許可を取り消すことがあります。
- ⑤本プログラムに出願する者のうち、身体に障害を有する者で、履修上特別の配慮を必要とする場合は、出願期間前に CoMSEP 事務局に申し出てください。

※不測の事態が発生した場合の諸連絡

諸般の事情により、選抜内容等に変更が生じた場合は、次のホームページ等により周知しますので、出願前は特に注意してください。

◇ 多職種連携医療専門職養成プログラムホームページ

URL <http://www.md.tsukuba.ac.jp/comsep/>

◇ 連絡窓口

筑波大学医療科学類 CoMSEP 事務局

TEL 029-853-5604, 3455

4. 履修生選抜方法

提出された書類を審査して決定します。

※応募者多数の場合には、職種と経験年数などにより選抜することがあります。

※筑波大学、茨城県立医療大学の臨床実習病院の所属者を優先します。

5. 履修生発表

平成 29 年 3 月 20 日（月）に選抜結果の通知と、履修生には履修手続書類等を郵送します。電話等による問い合わせには、一切応じません。

6. 履修手続等

(1)履修手続日時

履修許可書送付時に通知します。

(2)履修生納入金

授業料 123,600 円（年額）

※平成 29 年度については、文部科学省の支援を受けて本プログラムを開設することから、本学の特別の配慮により全額免除とします。

7. 個人情報保護について

住所・氏名・生年月日その他の個人情報は、履修生選抜、履修生発表、履修手続及びこれらに付随する事項並びに入学後の学務業務における学籍・成績管理を行うためにのみ利用します。また、取得した個人情報は適切に管理し、利用目的以外に利用しません。

8. BP としての履修成果の評価に係るアンケート調査について

履修証明書取得時、履修生の所属医療機関管理者にアンケート調査（履修生の評価）を依頼いたします（履修生が同意する場合のみ）。

履修志願票

ふりがな						性 別	写真貼付 たて4.0×よこ3.0	
氏 名						男・女		
生年月日	西暦	年 (昭 ・ 平 年)	月	日生	満 歳			
住 所	〒 —							
電話番号	— —							
メールアドレス	@							
勤務先住所	〒 —							
勤務先名								
取得資格								
<input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他 () 認定資格等があれば記載してください								
学 歴	西暦	年	月				卒業	
	西暦	年	月				卒業・修了	
職 歴	施設名		年	月	～	年	月	期間
					～			年 月
					～			年 月
					～			年 月
					～			年 月
					～			年 月
上記の通り相違ありません								
西暦		年	月	日	氏名		印	

志願理由書

ふりがな	
氏名	

履修証明書取得時、私の所属医療機関管理者に、私に関する評価アンケートを
依頼することに

同意します 年 月 日

同意しません 署名 _____
(自筆)

※ 一旦、同意した場合でも、申し出により撤回することができます。