

医政発 0524 第 5 号  
令和 6 年 5 月 24 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省医政局長  
(公 印 省 略)

### 言語聴覚士臨床実習指導者講習会の開催指針について

言語聴覚士の臨床実習については、令和 5 年 9 月 19 日にとりまとめられた「言語聴覚士学校養成所カリキュラム等改善検討会報告書」において、言語聴覚士を取り巻く環境の変化とともに、求められる役割・知識等も変化していることや、臨床実習の実施方法や指導環境、指導する期間等が学校養成所や臨床実習施設によって様々であることから、言語聴覚士の質の向上のため、臨床実習の在り方の見直しや、学校養成所や臨床実習施設における教育の質の向上について求められたところである。

今般、言語聴覚士学校養成所指定規則（平成 10 年文部省・厚生省令第 2 号。以下「指定規則」という。）の一部改正及び「言語聴覚士養成所指導ガイドラインについて」（令和 6 年 5 月 24 日医政発 0524 第 7 号厚生労働省医政局長通知）の通知に伴い、指定規則の第 4 条第 1 項第 11 号に規定する「適当な実習指導者」とされる臨床実習指導者の要件として「臨床実習指導者講習会」の受講を求めることとし、別紙のとおり開催指針を定めたので、内容をご了知の上、関係者等に周知願いたい。

## 別紙

### 言語聴覚士臨床実習指導者講習会の開催指針

#### 第1 趣旨

本指針は、「言語聴覚士学校養成所指定規則第4条第1項第11号に規定する適当な実習指導者について」（令和6年5月24日付け6文科高第223号 医政発0524第3号）の1（2）に規定する「臨床実習指導者講習会」（以下「講習会」という。）を開催するものが参考とすべき形式、内容等を定めることにより、講習会の質の確保を図り、もって言語聴覚士養成の質の向上及び臨床実習を行う養成施設における適切な指導体制の確保に資することを目的とするものである。

#### 第2 講習会の開催指針

##### 1. 開催実施担当者

次に掲げる者で構成される実施担当者が、講習会の企画、運営、進行等を行うこと。

- (1) 講習会主催責任者 1名以上
  - ※ 講習会を主催する責任者
  - ※ (2)との兼務も可
- (2) 講習会企画責任者 1名以上
  - ※ 企画、運営、進行等を行う責任者
- (3) 講習会世話人 グループ討議の1グループ当たり1名以上
  - ※ 企画、運営、進行等に協力する者
  - ※ 講習会を修了した者又はこれと同等以上の能力を有する者

##### 2. 講習会の開催期間

実質的な講習時間の合計は、16時間以上であること。

- ※ 連日での開催を原則とするが、分割して開催する場合には、開催日の間隔を可能な限り短くする等、研修内容の一貫性に配慮すること。

##### 3. 受講対象者

実務経験4年以上の言語聴覚士

##### 4. 講習会の形式

ワークショップ（参加者主体の体験型研修）形式で実施され、次に掲げる要件を満たすこと。

- ① 講習会の目標があらかじめ明示されていること。

- ② 参加者が6名から10名までのグループに分かれて行う討議及び発表を重視した内容であること。
- ③ グループ討議の成果及び発表の結果が記録され、その記録が盛り込まれた講習会報告書が作成されること。
- ④ 参加者の緊張を解く工夫が実施され、参加者間のコミュニケーションの確保について配慮されていること。
- ⑤ 参加者が能動的・主体的に参加するプログラムであること。

#### 5. 講習会におけるテーマ

講習会のテーマは、次の①～④に掲げる項目を含むこと。また、必要に応じて⑤、⑥に掲げる項目を加えること。

- ① 言語聴覚士養成所における臨床実習制度の理念と概要
- ② 臨床実習の到達目標と修了基準
- ③ 臨床実習施設における臨床実習プログラムの立案
- ④ 臨床実習指導者の在り方
  - ※ 臨床実習指導者がハラスメントについて十分な問題意識を持つとともに、ハラスメントを起こさないための「ハラスメントの防止について」を含むこと
- ⑤ 臨床実習指導者およびプログラムの評価
- ⑥ その他臨床実習に必要な事項

#### 6. 講習会の修了

本講習会の修了者に対し、修了証書が交付されること。  
なお、修了証書については、様式1とする。

### 第3 講習会の開催手続

- (1) 講習会を開催しようとする主催者は、開催日の2カ月前までに、様式2の確認依頼書に関係書類を添えて、厚生労働省医政局医事課まで提出すること。
- (2) 当該講習会が本指針に則ったものであると同課で確認できた場合には、その旨主催者に連絡する。主催者は講習会修了の1週間前までに、修了証書を同課まで提出すること。なお、修了証書は参加者の氏名、講習会の名称等を記載し、主催者印を押印すること。
- (3) 提出された修了証書については、厚生労働省医政局長印を押印した上で主催者に返却するものであること。講習会に参加しなかった者及び講習会を修了しなかった者に対しては、修了証書を交付しないこと。
- (4) 講習会終了後、少なくとも次に掲げる事項を記載した講習会報告書を作成し、参加者に配布するとともに、厚生労働省医政局医事課まで提出すること。あわせて、交付しなかった修了証書を同課に提出すること。

- ① 講習会の名称
- ② 主催者、共催者、後援者等の名称
- ③ 開催日及び開催地
- ④ 講習会主催責任者の氏名
- ⑤ 講習会参加者並びに講習会修了者の氏名及び人数
- ⑥ 講習会の目標
- ⑦ 講習会の進行表  
(時刻、テーマ、実施方法、担当者等を記載した講習会の時間割)
- ⑧ 講習会の概要  
(グループ討議の結果及び発表の成果を盛り込むこと。)

第 号

修了証書

(参加者の氏名)

あなたは、(臨床実習指導者講習会の名称)を修了した  
ことを証します。

年 月 日

(主催者名)

本指導者講習会は「言語聴覚士臨床実習指導者講習会の  
開催指針」(令和6年5月24日付け医政発0524第5  
号)に則ったものであると認めます。

年 月 日

厚生労働省医政局長 (医政局長名) 印

年 月 日

厚生労働省医政局長 殿

( 主 催 者 名 )

## 確 認 依 頼 書

下記の講習会について、「言語聴覚士臨床実習指導者講習会の開催指針」(令和6年5月24日付け医政発 0524 第5号) に則った内容であることの確認を依頼します。

## 記

- 1 講習会の名称：
- 2 主催者等
  - (1) 主催者：
  - (2) 共催者、後援者等：
- 3 開催日及び開催地
  - (1) 開催日： 年 月 日～ 年 月 日  
(実質的な講習時間： 時間)
  - (2) 開催地： 都道府県 市
- 4 講習会実施担当者
  - (1) 講習会主催責任者数： 人
  - (2) 講習会企画責任者数： 人
  - (3) 講習会世話人数： 人
  - (4) 講習会実施担当者（上記 (1) から (3) の者）の氏名及び経歴：別添 1（任意様式）のとおり
- 5 講習会の目標
- 6 参加者
  - (1) 参加者数（募集人数）： 人
  - (2) 討議及び発表におけるグループごとの人数： 人から 人まで
- 7 講習会進行表：別添 2（任意様式）のとおり

## 確認依頼書作成要領

- 1 2 (2) の「共催者、後援者等」については、当該講習会に共催者、後援者等がある場合に記載すること。
- 2 3 の「開催日及び開催地」について、分割開催する場合は、その理由及び研修内容の一貫性に配慮した点について記載した書類を添付すること。(任意様式)
- 3 7 の「講習会進行表」については、タイムスケジュール、テーマとテーマごとの概要、実施方法（講義、グループ討議、発表等）、担当者等を記載すること。
- 4 対面によるワークショップの実施が困難で、やむを得ずオンデマンドやWebを活用した形式で行う場合は、7 の「講習会進行表」のどの講義が該当するかが解るよう示すこと。
- 5 ワークショップ（参加者主体の体験型研修）において、Webを活用した形式で実施する場合、対面による実施と同等の教育的効果が得られることが前提となること。
- 6 講習会報告書を参加者へ配布する方法および厚生労働省へ提出する方法については、電子媒体でも差し支えないこと。