

平成 2 9 年 度

柔道整復師卒後臨床研修実施要領

【 ご 案 内 】



公益財団法人

柔道整復研修試験財団

## 柔道整復師卒後臨床研修の実施にあたって

昭和63年に柔道整復師法の一部改正が行われ、柔道整復師免許は都道府県知事から厚生大臣（現厚生労働大臣）に移管され、受験資格や養成施設の指定基準が改正されました。

そして、平成4年に財団法人柔道整復研修試験財団が、柔道整復師の国家試験に係る試験機関及び登録機関と指定され、試験・登録事務の他、各養成施設卒業前の実技認定審査の実施や生涯研修事業を行ってまいりました。

近年、医療の進歩はめざましく、高齢化に伴う疾病構造の変化、患者と医療関係者とのコミュニケーションのあり方、国民の医療に対する関心の高まりなど、医療を取り巻く環境は大きく変化しております。このような状況の中、平成12年には医師法の改正が行われ平成16年度から医師臨床研修制度が実施され、平成18年度からは歯科医師臨床研修制度も実施されております。

柔道整復師は、古来の伝統医学と実践的施術を継承するとともに、医学的知識や判断能力など資質向上を図り、その実務能力を高めることが重要であります。

そのため柔道整復師の養成施設においても、臨床実習は相当時間義務付けられておりますが、将来独立して患者と接し問診・視診・触診などにより傷病の柔整診断や施術を行う柔道整復師においては、今まで以上に臨床能力を高めておく必要があります。そのためには、卒後直ちに少なくとも1年間以上は施設にて臨床研修指導を受け、高い臨床能力を修得させておく必要があります。

このような状況のもと、卒後臨床研修制度報告書（平成13年度）をもとに、現状に見合った形での柔道整復師卒後臨床研修要領を定め、平成17年度から柔道整復師の総意と責任のもと自主的に卒後臨床研修を実施し、法制化に向け関係機関への協議など鋭意努力しております。

実施にあたりましては、公益社団法人日本柔道整復師会などの業界諸団体、並びに公益社団法人全国柔道整復学校協会と一体となり、柔道整復施術所と保険医療機関などのご協力をいただき、社会の信頼と尊敬を得られる柔道整復師の研修に努めてまいりたいと考えております。

柔道整復師国家試験を経て免許を取得された際には、生涯教育の一環としてぜひ柔道整復師卒後臨床研修に参加されることをお勧めいたします。

平成28年12月1日

公益財団法人柔道整復研修試験財団

卒後臨床研修委員会

代表理事 福島 統

委員長 萩原 正和

委員 松岡 保 関口 正雄

渡邊 寛 高山 雅行

原 正和 大森 正晴

平成29年度

## 柔道整復師卒後臨床研修制度概要

実施時期：原則として平成29年4月からの1年間

研修費用：20,000円

研修内容：「臨床研修」と「医療人（柔道整復師）研修講座」の受講  
※臨床研修  
財団が認定する臨床研修施設において1年間（週40時間程度）研修する  
※医療人（柔道整復師）研修講座  
4日間20時間の研修講座を受講する

研修生：平成29年新規免許取得者（既免許取得者で研修を希望する者も含む）  
研修希望者は週40時間程度の臨床研修施設での研修が必要なことから、施術所の開設者となるなど研修に専念できない者は研修生となる資格を有しない

研修希望者は臨床研修施設の研修受け入れ承諾が必要である

臨床研修施設は、すでに財団が認定した施設があるが、そうでない施設での研修を希望する場合は次の条件などを満たす必要がある

### ●柔道整復施術所（認定要件抜粋）

1. 柔道整復師が開設者であり、3年以上の開業経験があること（養成施設附属柔道整復施術所にあつては、経過年数を問わない）
2. 開設者が柔道整復師でない場合、当該施設における指導柔道整復師（施術管理者）としての管理経験が3年以上であること（養成施設附属柔道整復施術所にあつては、経過年数を問わない）
3. 複数の柔道整復施術所を開設している場合、開設者が専従している一施設以外の施術所は、施術管理者の管理経験が当該施設において3年以上であること

※ 以上のいずれの場合でも、開設者や施術管理者となる柔道整復師が平成18年3月以降の免許取得者の場合は、卒後臨床研修の修了者であること、又は、認定卒後臨床研修指導柔道整復師であること

### ●保険医療機関など

柔道整復師卒後臨床研修施設届が提出された場合、卒後臨床研修委員会の承認を得たうえで臨床研修施設とする。

お問合せ 公益財団法人柔道整復研修試験財団 卒後臨床研修担当係

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-11-4 日土地西新橋ビル 6階

TEL：03-6205-4731（代） FAX：03-6205-4732

平成29年度

## 柔道整復師卒後臨床研修Q & A

### 卒後臨床研修制度について

Q. 卒後臨床研修の意義は？

A. 柔道整復師は、古来の伝統医学と実践的施術を継承するとともに、医学的知識や判断能力など資質向上を図り、その実務能力を高めることが重要であります。また、独立して患者と接し問診・視診・触診などにより傷病の柔整診断や施術を行うこととなるため、より臨床能力を高めておく必要があります。そのためには、卒後直ちに少なくとも1年間以上は施設にて臨床研修指導を受け、高い臨床能力を修得しておく必要があります。

卒後臨床研修は国民への安全な医療提供の実現を図るため、柔道整復師の資質向上を目的に、生涯教育の一環として関係の方々のご協力を得て財団で行っている研修です。

Q. 卒後臨床研修が推奨されるのはなぜでしょうか？

A. 柔道整復師は医学的知識や判断能力など資質向上を図り、その実務能力を高めることが重要であるため、柔道整復師の養成施設においても、臨床実習は相当時間義務付けられておりますが、より臨床能力を高めておくためには、一定期間の研修が必要だからです。

また、平成18年3月以降に柔道整復師の資格を取得した方が、将来臨床研修施設として研修生を受け入れる場合に、卒後臨床研修の修了が必須となります。

### 研修申込について

Q. 申込はいつまでですか。新規免許取得者のみですか？（参加資格について）

A. 申込期間は平成29年1月16日から平成29年5月31日(消印有効)までです。

既免許取得者の参加もできます。ただし、新規・既免許取得者共に、臨床研修施設で研修が受けられることが申込の条件となります。

Q. パートタイム勤務のため週40時間程度の研修時間を研修（勤務）することができません。

A. 臨床研修は臨床研修施設にて週40時間程度を1年間研修することになっています。

また、研修期間は翌年度末までの最大2年間のうちに修了することになっております。

つまり、週40時間程度1年間の研修時間を2年以内に修了できるのであれば、研修申込は可能となります。手続きのご案内をいたしますので財団にご連絡ください。

### 医療人研修講座について

Q. 医療人研修講座開始はいつから？

A. 基本は9月から12月の4日間を予定しています。月1回日曜日を想定しておりますが、会場毎に設定する都合上、講師・会場設定などの理由で、8月開催や月2回の開催、土曜・祝日開催となる場合も考えられます。

Q. 医療人研修講座のみに参加できませんか？

A. 卒後臨床研修は臨床研修と医療人研修講座の2本立てとなっているので、医療人研修講座のみの受講はできません。



## 臨床研修施設について

Q. 施設を複数開設しているが、全部臨床研修施設認定されますか？

A. 【柔道整復施術所】

まず、臨床研修施設認定要件に「1人の柔道整復師名で登録できるのは、その柔道整復師が専ら従事している1施設とする」との決まりがあります。

複数の柔道整復施術所を開設している場合、開設者専従の1施設以外の施術所（開設者が資格を有していない場合にあっては、その施術所も）は、当該施設において指導柔道整復師(施術管理者)としての管理経験が3年以上であることなどを確認の上審査し認定することになっております。他にも認定要件がございますので、詳しくは「実施要領12. 臨床研修施設の認定要件」をご参照ください。

Q. 研修生を年度途中で受け入れた場合の手続きは？

A. 研修生が提出する「施設変更届」に必要事項の記載と承諾印をお願いします。（臨床研修施設の手続きがまだの場合は、施設申請書・届書のご提出をお願いします。）

研修修了後の評価表は、研修生が記入した受入前の自己評価と受入後の先生の指導評価を勘案して30項目と総合評価をお願いします。

## 研修開始後の問題について

Q. 医療人研修講座を欠席することになった場合は？

A. 欠席した科目を他会場、若しくは来年度いずれかの会場で受講してください。

来年度受講の場合、研修費用の追加はありません。

ただし、来年度までに修了しなければ、卒後臨床研修は修了となりません。

Q. 都合により現施設で研修を継続できなくなった。

A. 離職、転職、病休などの場合は研修期間の中断を認め、翌年度中まで研修期間を延長することができます。ただし、来年度までに修了しなければ、卒後臨床研修は修了となりません。

研修期間、研修施設の変更手続きが必要となりますので、財団にご連絡ください。

なお、変更先の施設が臨床研修施設として認定されてない期間は、研修期間として加算されません。

## 認定卒後臨床研修指導柔道整復師について

Q. 平成18年3月以降に免許を取得したが卒後臨床研修を受けていない。将来臨床研修施設として研修生を受け入れたいがどうすればいいか？

A. 平成18年3月から平成24年3月までの免許取得者で5年以上(平成29年4月1日時点)柔道整復師として臨床経験があり、かつ卒後臨床研修を修了していない者を対象にした「認定卒後臨床研修指導柔道整復師」の制度をご受審ください。認定者は卒後臨床研修修了と相同となり、3年以上の開業経験があれば、申請により臨床研修施設として認定をします。

## 目 次

### ○ 柔道整復師卒後臨床研修実施要領

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| 1. 研修の目的                | 1     |
| 2. 主催                   | 1     |
| 3. 対象者                  | 1     |
| 4. 実施時期及び研修期間           | 1     |
| 5. 研修内容                 | 1     |
| 6. 申込・問合先               | 3     |
| 7. 個人情報の取扱い             | 3     |
| 【研修生（研修申込者）へのご案内】       |       |
| 8. 研修費用及び申込方法           | 4     |
| 9. 研修期間中の留意事項           | 5     |
| 10. 研修修了後に必要な手続き        | 6     |
| 11. 研修修了認定証の交付          | 6     |
| 【臨床研修施設（新規登録申請施設）へのご案内】 |       |
| 12. 臨床研修施設の認定要件         | 8     |
| 13. 臨床研修施設の申請又は届出方法     | 8     |
| 14. 臨床研修施設開設者などへの連絡事項   | 9     |
| 15. 研修実施要領フローチャート       | 10～11 |
| 16. 研修申込など様式一覧          | 12    |

# 柔道整復師卒後臨床研修実施要領

## 1. 研修の目的

柔道整復師卒後臨床研修（以下、「研修」という。）は、柔道整復師が医療人としての人格を涵養するとともに、果たすべき社会的役割を認識しつつ、業務として取り扱う外傷などに適切に対応できるよう、基本的な臨床能力（態度、基本的知識、技能）を身に着けることにある。

## 2. 主 催

公益財団法人柔道整復研修試験財団

## 3. 対象者

原則として、新規免許取得者（既免許取得者で研修を希望する者も含む）かつ、柔道整復師卒後臨床研修施設にて定められた臨床研修を受けることができる者。

ただし、臨床研修期間中の開業など、臨床研修の継続が困難となり、修了の見込みが無くなった場合はその時点で研修生の資格を喪失する。

## 4. 実施時期及び研修期間

原則として平成29年4月から平成30年3月までの1年間とし、臨床研修施設での研修（勤務）時間は常勤（週40時間程度）に準ずることとする。

申込期間内（5月31日まで）の申請の場合、申請書に記載された研修開始日を開始日とする1年間とし、申込期間経過後（6月1日以降）の申請の場合、申請書受理年月日を開始日とする1年間とする。いずれの場合も、開始日は卒後臨床研修施設認定日以降とする。また、研修開始日は医療人研修講座開始日より以前とする。

## 5. 研修内容

財団が認定する柔道整復師卒後臨床研修施設（8頁の12. 参照。以下、「臨床研修施設」という。）において1年間の臨床研修を受けるとともに、財団主催の医療人（柔道整復師）研修講座を12科目受講するものとする。

（1）臨床研修施設で、以下の研修科目を研修するものとする。

（評価対象30項目については17頁評価表参照）

- 1) 医療人としての基本的姿勢・態度  
良好な患者・施術者関係、守秘義務、インフォームドコンセント、安全管理
- 2) 経験すべき柔整療法、検査、手技  
医療面接技法、身体診察法（検査、手技を含む）、柔道整復師の業務範囲、適応症の見極め、緊急性の把握と対応
- 3) 経験すべき施術法、評価  
整復、固定、後療法、治療機器の効果と取り扱い、患者評価・指導管理
- 4) 経験すべきその他事項  
施術録・証明書などの記載、各種保険制度・療養費受領委任払い事務など、医接連携
- 5) 柔道整復施設所研修の場合は、医療機関見学研修を含めることが望ましい。

## (2) 医療人研修講座の受講

カリキュラムはⅠ．基礎分野全4科目、Ⅱ．臨床分野全4科目、Ⅲ．応用分野5科目のうち各会場で開催される4科目（Ⅰ．学術講座は必修）の合計12科目を必修とする。

医療人研修講座は全国8会場で実施するが、原則として研修申込時に選択した開催地で12科目（4日間・20時間）を受講するものとする。

### 1) 医療人研修講座カリキュラム

| 分野など                                                                                                 | 科 目         |                                                                                       | 時 間                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Ⅰ．基礎<br>全4科目必修                                                                                       | イ．研修の目的と意義  | ①卒後臨床研修ガイダンス                                                                          | 1時間                   |
|                                                                                                      | ロ．医の倫理      | ①医の倫理、生命倫理、患者の権利<br>②社会人・医療人としてのマナー<br>③患者・家族へのマナー<br>④インフォームドコンセント<br>⑤患者とのコミュニケーション | 2時間                   |
|                                                                                                      | ハ．保険制度      | ①保険医療と医療費<br>②給付システムとその実際                                                             | 2時間<br>(行政指導を含む)      |
|                                                                                                      | ニ．リスクマネジメント | ①柔整医療危機管理の考え方<br>②柔整医療過誤の実例とその予防                                                      | 2時間                   |
| Ⅱ．臨床<br>全4科目必修                                                                                       | イ．施術録の意義    | ①施術録の必要性<br>②施術録の記載方法                                                                 | 2時間                   |
|                                                                                                      | ロ．医接連携      | ①医接連携のあり方<br>②依頼状その他書類の記載方法                                                           | 2時間                   |
|                                                                                                      | ハ．画像読影法     | ①単純X線像読影<br>②CT像読影<br>③MRI像読影<br>④その他の画像読影                                            | 2時間                   |
|                                                                                                      | ニ．救急処置      | ①柔整診断の進め方と鑑別<br>②救急処置の方法                                                              | 1時間                   |
| Ⅲ．応用<br>4科目必修<br><br>(応用分野<br>5科目につ<br>いては、各<br>会場で選択<br>した4科目<br>が開催され<br>る。<br><br>Ⅰ．学術講<br>座は必修。) | イ．学術講座      | ①学会・学術大会論文<br>※講義の中に「論文検索とその方法、研究発表の方法」の内容を含む講義とする                                    | 6時間<br>(1時間半<br>×4科目) |
|                                                                                                      | ロ．専門基礎分野講座  | ①解剖学・生理学・病理学講座<br>②整形外科科学講座<br>③その他                                                   |                       |
|                                                                                                      | ハ．業務関連講座    | ①施術所業務講座<br>②介護関連業務講座<br>③スポーツトレーナー関連業務講座<br>④その他関連業務講座                               |                       |
|                                                                                                      | ニ．臨床講座      | ①体験外傷講座<br>②治療講座                                                                      |                       |
|                                                                                                      | ホ．社会活動講座    | ①スポーツ救護講座<br>②災害救護講座<br>③地域活動講座<br>④海外ボランティア講座                                        |                       |
| 12科目                                                                                                 |             |                                                                                       | 20時間                  |

講義は、Ⅰ.基礎分野・Ⅱ.臨床分野・Ⅲ.応用分野の科目順に実施することを原則とするが、講師などの都合により前後することもある。

## 2) 開 催 地

| 開催都道府県 | (開催地区)    |
|--------|-----------|
| 北海道    | (北海道)     |
| 宮城県    | (東 北)     |
| 東京都    | (関 東・東 京) |
| 石川県    | (北信越)     |
| 愛知県    | (東 海)     |
| 大阪府    | (近 畿・大 阪) |
| 岡山県    | (中 国・四 国) |
| 福岡県    | (九 州)     |

なお、自宅・勤務先所在地以外の開催地への申し込みも可能。

## 3) 研修講座開催日程等の通知

イ．全開催会場別 4 日間の日程表は、平成 29 年 7 月以降に、研修証を発行した受講生へ順次送付する。

ロ．財団ホームページにも 7 月中に掲載予定。

ホームページ <http://www.zaijusei.com/>

ハ．財団ホームページ上に医療人研修講座各ブロックのツイッターを開設。  
急遽変更が生じた場合には研修生への連絡事項等に対応。

## 6. 申込・問合せ先

公益財団法人柔道整復研修試験財団 卒後臨床研修担当係

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-11-4 日土地西新橋ビル 6 階

T E L : 03-6205-4731 F A X : 03-6205-4732

ホームページ <http://www.zaijusei.com/>

## 7. 個人情報の取扱い

『柔道整復師卒後臨床研修の申込・申請・届出・受講に係る個人情報（氏名、生年月日、住所、電話番号など）は、柔道整復師卒後臨床研修事業以外には利用しません。』



## 【研修生（研修申込者）へのご案内】

### 8. 研修費用及び申込方法

#### (1) 研修費用

- 1) 研修生の研修費用は20,000円とする。
- 2) 研修申込手続き後に柔道整復師国家試験に合格しなかった、あるいは合格後欠格事由により申込期間中に免許登録ができない場合の研修費用は、振込手数料を控除し返金するので、財団へ申し出ること。
- 3) 研修証交付後に研修を辞退する場合は返金をしない。

#### (2) 申込期間

平成29年1月16日（月）から平成29年5月31日（水）まで（消印有効）。なお、柔道整復師国家試験合格発表前及び免許登録完了前の申込も受け付ける。（試験に合格しなかった、あるいは合格後欠格事由により申込期間中に免許登録ができない場合、研修申込は取消となる。）

#### (3) 研修申込方法

申込は、次の①②③の様式を作成し財団へ送付すること。（三つ折り可）

##### ① 柔道整復師卒後臨床研修申込書

（様式1：13頁の表面、以下「申込書」という。）

イ. 研修申込者は、14頁の表面の記載要領を参考にして「申込書」に必要事項を記載・押印すること。

ロ. 「申込書」卒後臨床研修希望施設欄記入の注意事項

臨床研修施設の開設者から、臨床研修の受入承諾を得て、開設者から卒後臨床研修希望施設欄に必要事項の記載と「研修受入承諾印」を受けすること。

**その際に、臨床研修施設が財団の認定柔道整復施術所、又は届出保険医療機関などとなっているかを施設に確認すること。（財団のホームページでも一部確認することができる。）**

なお、臨床研修を希望する施設が未認定（未届）の場合は、開設者などに「卒後臨床研修」の趣旨をご理解いただき、必要書類（8頁の13.を参照）の作成を依頼し、「申込書」などと併せて財団へ送付すること。

**臨床研修施設の要件については8頁の12.を参照のこと。**

##### ② 柔道整復師卒後臨床研修費用払込報告書

（様式2：13頁の裏面、以下、「払込報告書」という。）

イ. 研修申込者は、研修費用を所定の払込取扱票（様式3：14頁の裏面は説明用見本。以下、「払込書」という。）にて金融機関で振込むこと。

なお、手元に所定の「払込書」がない場合は、金融機関に備え付けの払込書の利用やATM振込みでもよい。

ロ. 金融機関から戻される「振替払込受付証明書」（ATMの場合はご利用明細票の原本）を「払込報告書」の1.「貼付欄」に貼付すること。

##### ③ 柔道整復師卒後臨床研修証

（様式4：15頁、以下、「研修証」という。）



「研修証」に指定サイズの顔写真（縦4 c m×横3 c m、カラー・白黒を問わない）を貼付し、15頁の記載要領を参照の上必要事項を記載すること。

(4) 研修申込後の流れ

- 1) 研修申込書類の受付後、財団は「研修証」に研修生番号を付け、公印を押印の上、概ね1か月後研修申込者に交付する。（未着の場合は財団に問い合わせること。）

ただし、新規免許取得者の場合は合格発表後申込受付順に交付する。

なお、臨床研修は4月1日から（4月2日以降採用の場合はその日から、又は、申込期間経過後（6月1日以降）の申請の場合は申請書受理年月日から）の開始とし、12か月間の研修期間終了をもって修了する。研修開始日は医療人研修講座開始日より以前とする。

- 2) 研修申込者（以下、「研修生」という。）に交付された「研修証」を、研修生は施設開設者に提示すること。その後、研修生が保管すること。
- 3) 研修生は「研修証」を参照して、医療人研修講座受講証（様式5：16頁、以下「受講証」という。）に受講する開催地・研修生番号・研修年度・氏名を記載すること。
- 4) 「研修証・受講証」は医療人研修講座参加時には必ず持参すること。

9. 研修期間中の留意事項

- (1) 研修実施要領のフローチャート（10頁～11頁）を参考にする。

- (2) 申込後の変更などについて

- 1) 住所・氏名などの変更

イ. 柔道整復師卒後臨床研修参加研修生変更届（様式7：18頁）を記入し、必ず速やかに財団へ提出すること。

ロ. 財団からの送付物は、郵便、宅配便、メール便などで送付しているが、郵便受けに名前がないと配達されない場合があるので注意されたい。

ハ. 変更手続きは、免許登録関係の手続きとは異なるのでそれぞれ手続きをすること。

- 2) 次の場合は、速やかに財団へ連絡し必要な手続きを必ず行うこと。

イ. 臨床研修施設の変更

ロ. 離職などにより臨床研修が中断、又は再開となった場合

※ 平成29年度臨床研修期間中に中断期間があり、1年間の研修が修了しない場合は平成30年度中での研修を認める。

ハ. 「研修証・受講証・評価表」などを紛失した場合

- (3) 医療人研修講座の受講時の注意事項

- 1) 医療人研修講座日程表は7月以降に順次送付の予定であるが、未着の場合は財団に問い合わせること。

- 2) 原則として、申込時に選択した開催地において12科目（4日間・20時間）を受講すること。

なお、申込時の開催地での受講が困難な場合は、他の開催地での受講も認める。（変更の手続方法については、日程表の送付とともに連絡する。）

- 3) 臨床研修期間中断中の場合でも医療人研修講座の受講を認める。
- 4) 医療人研修講座受講時の持ち物  
「研修証・受講証」を必ず持参すること。
- 5) 医療人研修講座受講時の服装  
受講する際は、講師及び関係者に失礼のない服装を着用すること。
- 6) アンケートの実施  
医療人研修講座の最終日（４日目）に臨床研修を含めての意見・要望などのアンケートを行うのでご協力ください。
- 7) 未受講科目がある場合の取扱い  
イ．平成３０年度での受講を認める。  
ロ．平成３０年度で１２科目の受講と臨床研修の修了が確認できれば、受講の最終日をもって「修了認定証」を交付する。  
ハ．追加費用は徴収しない。  
ニ．平成３０年度の医療人研修講座受講の際は、平成２９年度交付の「研修証・受講証」を必ず持参すること。

#### １０．研修修了後に必要な手続き

##### (1) 医療人研修講座の修了手続きについて

- 1) 研修生は、医療人研修講座の１２科目を受講後、速やかに「受講証」のみを財団へ送付すること。
- 2) 未受講科目がある研修生は次年度において不足分を受講する。１２科目受講後、「受講証」を「評価表」（以下の(2)参照）とともに指導者（柔道整復施術所においては臨床施設認定申請時に登録した開設者・施術管理者、保険医療機関などにおいては指導医師）から財団へ送付すること。（指導者から研修生に送付の指示も可）

##### (2) 臨床研修の評価方法について

研修生は、評価項目について積極的に研修し、１か月～３か月、４か月～６か月、７か月～９か月の研修期間毎及び１０か月から１２か月を含む１年間の研修結果を、柔道整復師卒後臨床研修評価表（様式６：１７頁、以下、「評価表」という。）の該当欄に自己評価の上、指導者から指導者評価及び総合評価を受ける。

なお、自己評価及び指導者評価と総合評価については、「評価表」の評価表記載要領（１７頁の裏面）を参照のこと。

##### (3) 臨床研修の修了手続きについて

１年間の臨床研修修了後に、指導者から「評価表」を財団へ送付する。（指導者から研修生に送付の指示も可）

#### １１．研修修了認定証の交付

##### (1) 研修修了認定証（以下、「修了認定証」という。）の交付方法について

「修了認定証」は、送付を受けた「評価表・受講証」を財団が審査し、修了が認定された後、概ね２か月後研修生に交付する。

(2) 研修修了の審査内容

- |              |                  |
|--------------|------------------|
| 1) 臨床研修の総合評価 | 「評価表」に基づく研修内容の審査 |
| 2) 医療人研修講座   | 1 2 科目の受講        |

(3) 交付手続きと交付時期

- 1) 平成29年度に医療人研修講座を修了し、臨床研修の修了日が平成30年3月末日となる研修生は、評価を受けた「評価表」を、4月以降に速やかに財団へ送付する。（「受講証」が未提出の場合は併せて提出する。）  
財団は、修了要件を満たしている研修生に「平成30年4月1日付」をもって「修了認定証」を交付する。
- 2) 平成29年度に医療人研修講座を修了し、臨床研修の修了日が平成30年4月以降となる研修生は、修了後に速やかに財団へ「評価表」を送付する。（「受講証」が未提出の場合は併せて提出する。）  
財団は、修了要件を満たしている研修生に、平成29年度修了生として「臨床研修修了日の翌日付」をもって「修了認定証」を交付する。
- 3) 平成29年度臨床研修を修了し、医療人研修講座の未受講科目がある研修生は、平成30年度で「未受講科目を受講修了した日付」をもって、「修了認定証」を交付する。

## 【臨床研修施設（新規登録申請施設）へのご案内】

### 1 2. 臨床研修施設の認定要件

臨床研修施設は「柔道整復施術所」及び「保険医療機関など」とする。

なお、臨床研修科目（1 頁の 5. (1) 及び 1 7 頁の評価対象 3 0 項目を参照）を充足する施設であること。

#### (1) 柔道整復施術所

申請された施術所のうち、財団が以下の認定要件を確認の上審査し、認定する。1 人の柔道整復師名で登録できるのは、その柔道整復師が専ら従事している 1 施設とする。

【認定の要件】①～④の該当する要件を全て満たしていること。

① イ. 柔道整復師が開設者であり、3 年以上の開業経験があること。

ただし、開設者が資格を有していない場合にあっては、当該施設において指導柔道整復師(施術管理者)としての管理経験が 3 年以上であることを確認の上認定する。

ロ. 複数の柔道整復施術所を開設している場合、開設者専従の 1 施設以外の施術所は施術管理者のイ. の管理経験要件を確認の上認定する。

ハ. 養成施設附属柔道整復施術所にあっては、経過年数を問わない。

② 平成 1 8 年 3 月以降の免許取得者が、開設者あるいは指導柔道整復師(施術管理者)となる場合は、本財団の主催する卒後臨床研修の修了者であること。又は、認定卒後臨床研修指導柔道整復師であること。

③ 開設者は、人格、見識に優れ、かつ骨折・脱臼などの施術並びに柔道整復師に与えられた業務全般にわたって十分な指導能力及び評価能力を有する指導者であること。

④ 現在、あるいは過去に行政処分を受けている場合、公益財団法人柔道整復研修試験財団は、認定しないことができ、認定後に当該行政処分事実が判明したときは、認定を取り消すことができる。認定後に行政処分を受けた場合は、公益財団法人柔道整復研修試験財団は認定を取り消すことができる。

#### (2) 保険医療機関など

財団は保険医療機関などから、柔道整復師卒後臨床研修施設届【保険医療機関など用】（様式 9：2 0 頁）が提出された場合、卒後臨床研修委員会の承認を得たうえで臨床研修施設とする。

#### (3) 臨床研修施設の取り消しについて

研修生等から疑義が上がってきた場合、財団は、臨床研修施設としてふさわしいか否かについて卒後臨床研修委員会の意見を聞いて、ふさわしくないと判断したときはその臨床研修施設を取り消すことができる。

### 1 3. 臨床研修施設の申請又は届出方法

#### (1) 柔道整復施術所

##### 1) 認定申請方法

柔道整復師卒後臨床研修施設認定申請書【柔道整復施術所用】（様式 8：1 9 頁）に必要事項を記載・押印し、添付書類と併せて財団へ送付すること。（研修申込者の申込書と一括送付も可）

【添付書類】

① 施術所開設届の写し

② 柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いの承諾についての写し



### ③柔道整復師免許証の写し

＊上記認定の要件①ロ．に該当する、開設者と施術管理者が異なり開設者が柔道整復師である場合は、開設者の柔道整復師免許証の写しも添付すること。  
財団は認定要件及び添付書類を確認の上審査し、認定された後、概ね1か月後に臨床研修施設として認定証を交付する。

#### 2) 注意事項

認定証は有効期限を定めていないので、年度更新の必要はない。  
ただし、変更のある場合は手続きが必要なため財団へ連絡をすること。  
また、行政処分を受けた場合については認定を取り消す。

#### (2) 保険医療機関など

##### 1) 届出方法

財団は、柔道整復師卒後臨床研修施設届【保険医療機関など用】(様式9：20頁)の送付を受けた保険医療機関などに、臨床研修医療機関としての受理番号を付して概ね1か月後を目途に受理通知を行う。

##### 2) 注意事項

届出の有効期限を定めていないので、年度更新の必要はない。  
ただし、変更のある場合は手続きが必要なため財団へ連絡をすること。

## 1 4. 臨床研修施設開設者などへの連絡事項

### (1) 研修生の臨床研修内容

臨床研修の内容については、1頁5.(1)の臨床研修科目に定めている。また、具体的な評価項目は17頁の評価表で30項目を定めている。

なお、研修生は臨床研修施設において1年間の臨床研修を受けるとともに、4日間の医療人研修講座を受講させるものとする。(2頁(2)参照)

### (2) 研修生の受入条件

1) 研修生の受入条件(雇用形態・給料・手当などの諸条件)については、全国各地域及び各臨床研修施設での諸条件の相違を考慮すると、現時点では統一的な基準を定めることは困難と考える。従って、貴施設における基準・方針又は近隣施設との均衡を勘案し、判断されたい。

2) 研修生の研修(勤務)時間は常勤(週40時間程度)に準ずることとする。

### (3) 柔道整復施設における研修生(勤務柔道整復師)の受入れに伴う届出

従事している柔道整復師の届出など、所轄保健所・所轄地方厚生局への届出は、施設に必要な手続きをされたい。

### (4) 変更・紛失などの手続き

施設名・開設者・施術管理者・住所の変更、認定証の紛失、施設の廃止などについては財団へ連絡し、該当する書類を請求の上手続きをされたい。

なお、親子間及び師弟間での開設者変更については、下記の認定要件等を確認し再度審査をするため添付書類の提出が必要となるため財団へ問い合わせること。

親子間：親子間での開設者の変更の場合は、譲渡される者が当該施設において勤務経験3年以上であること

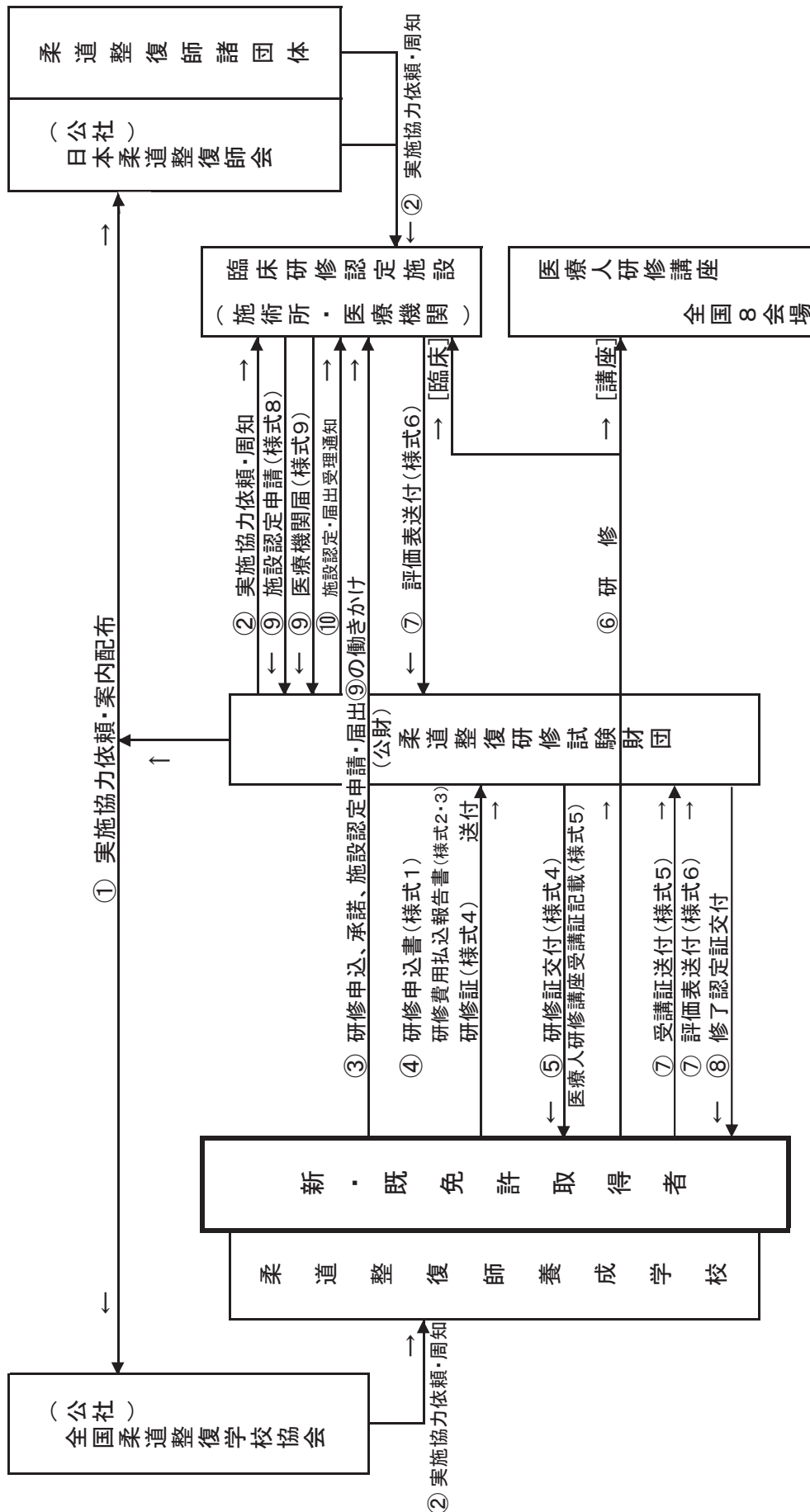
師弟間：師弟間での開設者の変更の場合は、変更前後の者が師弟関係にあること及び変更後の者が当該施設において勤務経験3年以上であること

※いずれの場合も平成18年3月以降の免許取得者の場合は卒後臨床研修修了者であること

### (5) 研修実施要領のフローチャート(10頁～11頁)をご参照のこと。



# 15. 研修実施要領フローチャート



# 【 研 修 実 施 要 領 フ ロ ー チ ャ ー ト 説 明 】

※は本文参照部分

| No. | 動 作 区 分                             | 様式番号       | 摘 要                                                                                                                                                   |
|-----|-------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①   | 実施協力依頼・案内配布                         |            | (公社)日整会長・諸団体長、(公社)学校協会長、各養成学校長宛に実施協力依頼。案内用の実施要領冊子を配布する。また実施要領を財団HPに掲載する。                                                                              |
| ②   | 実施協力依頼・周知                           |            | (公社)日整会長・諸団体長から所属会員宛に、施術所認定申請の協力依頼を周知する。学校協会から各養成学校へ協力依頼を周知する。全養成校にて卒業予定者に冊子を配布していただく。財団から臨床研修認定施設へ協力依頼・周知する。                                         |
| ③   | 研修申込・臨床研修受入依頼<br>(臨床研修施設認定申請・医療機関届) | 様式1        | 研修申込者は申込前に臨床研修を希望する施設を任意に選定する。研修受入承諾を得て、開設者の承諾印を受け、様式2・4とともに財団へ送付する。 ※4頁 (施設が未認定・未届の場合、研修申込者は⑨の認定申請又は届出を開設者に依頼する。)                                    |
| ④   | 研修申込書・研修費用払込書・報告書・研修証               | 様式1・2・3・4  | 研修申込者は研修費用を専用払込書(様式3:見本)で払込み、払込受付証明書を費用払込報告書(様式2)に貼付する。研修証(様式4)に本人の顔写真を貼付し、必要事項を記載する。様式1・2・4を財団へ送付する。 ※4頁                                             |
| ⑤   | 研修証交付・受講証記載                         | 様式4・5      | 財団は申込必要書類を確認し、研修証を交付する。研修生は研修証を開設者に提示し、また、医療人研修講座出席時に持参する。(研修講座の受講証(様式5)に受講する開催地・研修生番号・研修年度・氏名を記載する。) ※5頁                                             |
| ⑥   | 臨床研修・医療人研修講座実施                      |            | 研修希望施設で1年間研修。期間中に医療人研修講座(4日間)を受講する。 ※5頁                                                                                                               |
| ⑦   | 講座受講証・臨床研修評価表の送付                    | 様式5<br>様式6 | 医療人研修講座を受講する時に受講証を受付に提出する。 ※6頁<br>研修生は、医療人研修講座の12科目受講後、受講証を財団へ送付する。 ※6頁<br>臨床研修の評価は、評価表による各期間ごとに自己評価をし、指導者評価と総合評価を受け、評価表は指導者、又は指示を受けた研修生が財団へ送付する。 ※6頁 |
| ⑧   | 修了認定証交付                             |            | 修了審査の上、修了者には、財団代表理事名の修了認定証を交付する。 ※6頁                                                                                                                  |
| ⑨   | 臨床研修施設認定申請・医療機関届                    | 様式8・9      | 認定を希望する施術所は、様式8に必要事項を記載し財団へ申請する。医療機関にあっては、様式9に必要事項を記載し財団へ届出する。 ※8頁                                                                                    |
| ⑩   | 施設認定・届出受理通知                         |            | 認定要件に基づき審査し、認定施設(施術所)には認定証を交付する。また、保険医療機関などには、届出受理番号を通知する。 ※8頁                                                                                        |

## 16. 研 修 申 込 な ど 様 式 一 覧

### (留意事項)

- 必要な様式をこの綴じ込みのミシン目から切り離して使用すること。  
 なお、様式3は説明用見本なので、払込みは専用の用紙を使用すること。  
 (手元に専用用紙がない場合は、金融機関に備え付けの払込書の利用  
 やATM払込みでもよい。)
- 臨床研修の申込は「様式1・2・4」を一括送付すること。

| 区分  | 様 式 名 称                           | 用 途                                                                                | 綴 込 頁    |
|-----|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 様式1 | 柔道整復師卒後臨床研修申込書<br>(14頁表面 記載要領)    | 申込時に作成し送付する。                                                                       | 13<br>表面 |
| 様式2 | 柔道整復師卒後臨床研修費用払<br>込報告書            | 研修申込者は研修費用を金融<br>機関で払込み、「振替払込受付<br>証明書」(ATMの場合はご利用<br>明細票の原本)を所定欄に貼付<br>し、財団へ送付する。 | 13<br>裏面 |
| 様式3 | 払込取扱票(振込通知書)<br>(説明用見本)           | 研修申込者は、研修費用を金融<br>機関で払込む。                                                          | 14<br>裏面 |
| 様式4 | 柔道整復師卒後臨床研修証                      | 研修申込者は、財団へ送付し交<br>付を受ける。<br>(医療人研修講座受講時持参)                                         | 15       |
| 様式5 | 医療人研修講座受講証                        | 様式4の交付を受け、受講する<br>開催地・研修生番号・研修年<br>度・氏名を記載する。<br>(医療人研修講座受講時持参)                    | 16       |
| 様式6 | 柔道整復師卒後臨床研修評価表<br>(裏面 評価表記載要領)    | 各研修期間の自己評価を行い、<br>研修修了後指導者評価と総合<br>評価を受ける。                                         | 17       |
| 様式7 | 柔道整復師卒後臨床研修参加<br>研修生変更届           | 住所・氏名などの変更があった<br>場合、必ず速やかに財団へ送付<br>する。                                            | 18       |
| 様式8 | 柔道整復師卒後臨床研修施設認<br>定申請書 【柔道整復施術所用】 | 「臨床研修施設」の認定を希望<br>される柔道整復施術所は財団<br>へ申請する。                                          | 19       |
| 様式9 | 柔道整復師卒後臨床研修施設届<br>【保険医療機関など用】     | 「臨床研修施設」の届出をされ<br>る保険医療機関などは財団へ<br>届出する。                                           | 20       |

様式 1

柔道整復師卒後臨床研修申込書

|                                                                                                              |                                                                                                                                                 |                 |                             |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------|
| フリガナ                                                                                                         |                                                                                                                                                 |                 | 男                           | 修了認定証に記載するので明瞭に記入のこと。 |
| 氏 名                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                 | 女                           |                       |
| 生 年 月 日                                                                                                      | 昭和・平成 年 月 日 (満 歳)                                                                                                                               |                 |                             |                       |
| 申込時住所                                                                                                        | 〒 ー (マンション等名、号室まで記入すること。)<br>都・道・府・県                                                                                                            |                 |                             |                       |
| 申込時電話番号                                                                                                      | ( )                                                                                                                                             | 申込時FAX番号        | ( )                         |                       |
| 研修期間中の居住地住所<br>(未定でその後決定した場合や<br>変更があった場合などは「研修<br>生変更届」(様式7:18頁)を提<br>出すること。)                               | 〒 ー (※上記申込時住所と同じ場合は記入不要。)(マンション等名、号室まで記入すること。)<br>都・道・府・県                                                                                       |                 |                             |                       |
| 研修期間中電話番号                                                                                                    | ( )                                                                                                                                             | 研修期間中FAX番号      | ( )                         |                       |
| 卒業(見込)年月                                                                                                     | 平成 年 月<br>( 卒業 ・ 見込 )                                                                                                                           | 試験合格回<br>( 年度 ) | 第 回 (合格・受験)<br>( 昭和・平成 年度 ) |                       |
| 卒業(見込)養成校名                                                                                                   |                                                                                                                                                 |                 |                             |                       |
| 卒<br>後<br>臨<br>床<br>研<br>修<br>希<br>望<br>施<br>設                                                               | フリガナ                                                                                                                                            |                 |                             |                       |
|                                                                                                              | 施 設 名                                                                                                                                           |                 |                             |                       |
|                                                                                                              | フリガナ                                                                                                                                            |                 |                             |                       |
|                                                                                                              | 開 設 者 名<br>(開設者が柔道整復師の資格を<br>有しない場合などは、施術管理者<br>名:8頁12、13参照。)                                                                                   |                 |                             |                       |
|                                                                                                              | 所 在 地                                                                                                                                           | 〒 ー<br>都・道・府・県  |                             |                       |
|                                                                                                              | 電 話 番 号                                                                                                                                         |                 |                             | 研修受入承諾印<br><br>(印)    |
| F A X 番 号                                                                                                    |                                                                                                                                                 |                 |                             |                       |
| 研修開始(予定)日<br>(様式6「評価表」に転記すること。)                                                                              | 平成 2 9 年 月 日                                                                                                                                    |                 |                             |                       |
| 医療人研修講座開催地<br>(3頁を参考に必ず○印)<br>(受講する開催地を様式4「研修証」様式<br>5「受講証」に転記すること。)                                         | <div>1. 北海道</div> <div>2. 宮城県</div> <div>3. 東京都</div> <div>4. 石川県</div> <div>5. 愛知県</div> <div>6. 大阪府</div> <div>7. 岡山県</div> <div>8. 福岡県</div> |                 |                             |                       |
| <p>上記のとおり柔道整復師卒後臨床研修を申し込みます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申 込 者</p> <p>公益財団法人柔道整復研修試験財団</p> <p>代 表 理 事 福 島 統 殿</p> |                                                                                                                                                 |                 |                             |                       |

※ 記入にあたっては必ず14頁表面を参照してください。

## 柔道整復師卒後臨床研修費用払込報告書

### 1. 研修費用払込受付証明書貼付欄

研修費用20,000円を専用払込用紙(14  
頁裏面に見本)により、金融機関に払込  
み、「振替払込受付証明書(ATMの場合は  
ご利用明細票の原本)」をこの欄に貼付す  
ること。

(手元に専用用紙がない場合は、金融機  
関に備え付けの払込書の利用やATM振込  
みでもよい。)

### 2. 平成29年新規免許取得者は、必ず柔道整復師国家試験受験番号を下記に記載すること。

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

※受験票が交付される  
前の申し込みの場合は  
空白でよい。

### 3. 平成28年以前の既免許取得者は、必ず免許登録番号を下記に記載すること(左詰め)。

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|



様式 1

## 柔道整復師卒後臨床研修申込書

|                                                                                            |                                                                                            |                                        |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| フリガナ<br>氏 名                                                                                | ソツゴ タロウ<br>卒 後 太 郎                                                                         | 男<br>女                                 | 修了認定証に記載するので明瞭に記入のこと。              |
| 生 年 月 日                                                                                    | 昭和・平成 7 年 10 月 11 日 (満 21 歳)                                                               |                                        |                                    |
| 申込時住所                                                                                      | 〒000-0000<br>〇 〇 都・道・府・県 〇〇市 〇〇町〇-〇-〇                                                      |                                        |                                    |
| 申込時電話番号                                                                                    | ( 〇〇〇〇 ) 〇〇-〇〇〇〇                                                                           | 申込時FAX番号                               | ( 〇〇〇〇 ) 〇〇-〇〇〇〇                   |
| 研修期間中の居住地住所<br>(未定でその後決定した場合や変更があった場合などは「研修生変更届」(様式7:18頁)を提出すること。)                         | 〒000-0000 (※上記申込時住所と同じ場合は記入不要。) (マンション、号室まで記入)<br>東 京 (都) 道・府・県 〇〇市 〇〇町〇-〇-〇<br>〇〇コーポ101号室 |                                        |                                    |
| 研修期間中電話番号                                                                                  | ( 090 ) 〇〇〇〇-〇〇〇〇                                                                          | 研修期間中FAX番号                             | ( ) なし                             |
| 卒業(見込)年月                                                                                   | 平成 29 年 3 月<br>( 卒業 ・ 見込 )                                                                 | 試験合格回<br>( 年度 )                        | 第 25 回 (合格(受験)<br>( 昭和(平成) 28 年度 ) |
| 卒業(見込)養成校名                                                                                 | 〇〇〇専門学校                                                                                    |                                        |                                    |
| 卒後臨床研修希望施設                                                                                 | フリガナ                                                                                       | マルマルセッコツイン                             |                                    |
|                                                                                            | 施設名                                                                                        | 〇 〇 接骨院                                |                                    |
|                                                                                            | フリガナ                                                                                       | ジュウセイ イチロウ                             |                                    |
|                                                                                            | 開設者名<br>(開設者が柔道整復師の資格を有しない場合などは、施設管理者名:8頁12、13参照)                                          | 柔 整 一 郎                                |                                    |
|                                                                                            | 所在地                                                                                        | 〒000-0000<br>東 京 (都) 道・府・県 〇〇区〇〇町〇-〇-〇 |                                    |
| 電話番号                                                                                       | ( 03 ) 〇〇〇〇-〇〇〇〇                                                                           |                                        |                                    |
| FAX番号                                                                                      | ( 03 ) 〇〇〇〇-〇〇〇〇                                                                           |                                        |                                    |
| 研修開始(予定)日<br>(様式6「評価表」に転記すること。)                                                            | 平成 29 年 4 月 1 日                                                                            |                                        |                                    |
| 医療人研修講座開催地<br>(3頁を参考に必ず〇印)<br>(受講する開催地を様式4「研修証」5「受講証」に転記すること。)                             | 1. 北海道      2. 宮城県      3. 東京都      4. 石川県<br>5. 愛知県      6. 大阪府      7. 岡山県      8. 福岡県   |                                        |                                    |
| 施設が臨床研修施設未登録の場合は、卒後臨床研修施設認定申請書(様式8:19頁)又は卒後臨床研修施設届(様式9:20頁)を申込書などと併せて財団へ送付すること。(8頁12、13参照) |                                                                                            |                                        |                                    |
| なお、自宅・勤務先所在地以外の開催地での申し込みも可能。                                                               |                                                                                            |                                        |                                    |
| 受講する開催地を様式4「研修証」様式5「受講証」に転記すること。                                                           |                                                                                            |                                        |                                    |

平成29年度卒後臨床研修は平成29年4月1日以降の開始となるので、4月1日以降で臨床研修を開始した日付(医療人研修講座開始日より以前)を記入する。研修開始日は免許登録日と一致しなくてもよい。  
臨床研修期間は開始日から1年間となる。

研修開始日を様式6「評価表」に転記すること。  
※申込期間経過後(6月1日以降)の申請の場合、申請書受理年月日を開始日とする1年間とする。

研修受入承諾印

臨床研修受入承諾の証明となるので、必ず押印していただくこと。

原則8会場  
なお、自宅・勤務先所在地以外の開催地での申し込みも可能。

受講する開催地を様式4「研修証」様式5「受講証」に転記すること。

[illegible]

この申込用紙は、払込内容を書明し  
た受領書を保管願うため、特に５連式  
で承認を受けたものです。お払いの  
際は必ず５票とも、住所・氏名をご記  
入のうえお出しください。

受付銀行へお願い

指定銀行以外でも必ずこの用紙をお使  
いください。電信扱いをお願いします。

ご注意とお願い

○この振込用紙は、「柔道整復師」に係る手数料の払込み専用です。  
○この振替払込請求書兼受領証（振込金（着手料）(受領書) は、手数  
料払込みの証拠となるものです。  
○公益財団法人柔道整復研修試験財団からは領収書を発行しませ  
んのて大切に保存してください。

**公益財団法人  
柔道整復研修試験財団**

(ご注意)

- ・この用紙は、機械で処理しますので、金額を記入する際は、枠内にはっ  
り記入して下さい。また、本票を利用した時、折り曲げないで下さい。
- ・この用紙は、ゆづり銀行又は郵便局の払込機龍引きATMでもご利用  
いただけます。
- ・この払込書をゆうちょ銀行又は郵便局の外員にお預けになるときは、引  
換えに印捺通を必ずお交付頂く下さい。
- ・この用紙による、払込料金は、ご依頼人様が負担することとなります。
- ・ご依頼人様からご提出頂いたまだ未決済に記載されたおとこも、おな  
まき等とは、加入者様に通知されます。
- ・この受領証は、払込みの証拠となるものですから大切に保管してください。

の　り　付

〇この払込受付証明書(受付印のあるもの)を  
柔道整復師卒業臨床研修費用払込報告書  
(様式２)に必ず貼付してください。

の　り　付

この場所には、何も記載しないてください。

様式 4 第 13 回（平成29年度）  
柔道整復師卒後臨床研修証

研修生番号【 】

開催地【 】

研修開始日【 平成29年 月 日～】



|                                        |  |
|----------------------------------------|--|
| 住 所<br><small>(※研修時の住所を記載すること)</small> |  |
| フリガナ                                   |  |
| 氏 名                                    |  |

臨床施設研修及び医療人研修講座受講時に提示。  
(受講の受付時には受講証・様式5も提出すること。)

(主 催) 公益財団法人柔道整復研修試験財団  
代表理事 福 島 統 印

キリトリ線 ✂

【記載要領】

様式 4 第 13 回（平成29年度）  
柔道整復師卒後臨床研修証

研修生番号【 】

開催地【 東 京 都 】

研修開始日【 平成29年 月 日 】

縦4.0cm × 横3.0cmの写真  
を貼り付ける。(カラー・白黒  
を問わない)  
写真の裏面に氏名を記入  
すること。

|                                        |                         |
|----------------------------------------|-------------------------|
| 住 所<br><small>(※研修時の住所を記載すること)</small> | 東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇 〇〇コーポ101 |
| フリガナ                                   | ソツゴ タロウ                 |
| 氏 名                                    | 卒後 太郎                   |

臨床施設研修及び医療人研修講座受講時に提示。  
(受講の受付時には受講証・様式5も提出すること。)

(主催) 公益財団法人柔道整復研修試験財団  
代表理事 福 島 統 印

研修申込書に記入した研修  
開始日を記入すること。

研修生番号は財団で記入するので空  
欄にしておくこと。

「柔道整復師卒後臨床研修申込書(様  
式1・13頁表面)医療人研修講座開催  
地欄」で選択した開催地を記入する。

原則8会場(3頁2)  
なお、自宅・勤務先所在地以外の開  
催地への申し込みも可能。

住所、氏名、フリガナを記入すること。  
(住所は研修期間中居住している所を  
記入する。)

キリトリ線 ✂

様式 5

# 医療人研修講座受講証

開催地： \_\_\_\_\_

研修生番号： \_\_\_\_\_ 研修年度： 平成 \_\_\_\_\_ 年度

フリガナ氏名： \_\_\_\_\_

※注意

- ・「研修証(様式4)」の交付を受けた後、「研修証」を参照して受講する開催地・研修生番号・研修年度・氏名を記載する。
- ・医療人研修講座を受講する際、受付にこの「受講証」と「研修証」を提出すること。

| 科 目                                      |          | 講 義 日 | 管理者印 | 開 催 地 |
|------------------------------------------|----------|-------|------|-------|
| 研修の目的と意義                                 |          | 年 月 日 |      |       |
| 医の倫理                                     |          | 年 月 日 |      |       |
| 保険制度                                     |          | 年 月 日 |      |       |
| リスクマネジメント                                |          | 年 月 日 |      |       |
| 施術録の意義                                   |          | 年 月 日 |      |       |
| 医接連携                                     |          | 年 月 日 |      |       |
| 画像読影法                                    |          | 年 月 日 |      |       |
| 救急処置                                     |          | 年 月 日 |      |       |
| 右記の5科目のうち学術講座を含む4科目を受講すること(会場によって開催が異なる) | 学術講座(必修) | 年 月 日 |      |       |
|                                          | 専門基礎分野講座 | 年 月 日 |      |       |
|                                          | 業務関連講座   | 年 月 日 |      |       |
|                                          | 臨床講座     | 年 月 日 |      |       |
|                                          | 社会活動講座   | 年 月 日 |      |       |

## 柔道整復師卒後臨床研修評価表

研修生番号【                      】【平成      年度生】

研修生氏名 \_\_\_\_\_

柔道整復施術所名 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

指導者名(開設者) \_\_\_\_\_ 印

1. 研修期間 平成      年      月      日から  
平成      年      月      日までの1年間

2. 評価表作成日 平成      年      月      日

3. 評価基準 4段階評価 (良い:4、まあ良い:3、普通:2、良くない:1、未経験は空欄)

| 評 価 項 目                                     | 自 己 評 価(期間) |     |     |      | 指導者評価      |
|---------------------------------------------|-------------|-----|-----|------|------------|
|                                             | 1～3         | 4～6 | 7～9 | 1～12 | 1か月 ～ 12か月 |
| 1) 柔道整復師にふさわしい身だしなみや言葉、態度を身に着け、時間を守ることができる。 |             |     |     |      |            |
| 2) 患者の訴えを的確に分析できる。                          |             |     |     |      |            |
| 3) 同僚との人間関係を築くことができる。                       |             |     |     |      |            |
| 4) 困難な問題は指導者に適切に相談することができる。                 |             |     |     |      |            |
| 5) 患者・施術・業務に対し責任を持って行動できる。                  |             |     |     |      |            |
| 6) 患者との会話においてプライバシーの保護、インフォームド・コンセントに配慮できる。 |             |     |     |      |            |
| 7) 常に患者側に立ち考え、会話し、行動できる。                    |             |     |     |      |            |
| 8) 柔道整復師の業務範囲、健康保険制度に則った施術を行うことができる。        |             |     |     |      |            |
| 9) 施術録に患者氏名、保険者名など正確に記載できる。                 |             |     |     |      |            |
| 10) 生涯学習に取り組むことができる。                        |             |     |     |      |            |
| 11) 患者の不安を和らげ、プライバシーに留意した施術ができる。            |             |     |     |      |            |
| 12) 問診、触診による把握を的確に行うことができる。                 |             |     |     |      |            |
| 13) ROM、MMT など計測、評価を行うことができる。               |             |     |     |      |            |
| 14) 運動器疾患検査、評価を行うことができる。                    |             |     |     |      |            |
| 15) 神経学的検査、脈管検査、評価を行うことができる。                |             |     |     |      |            |
| 16) 治療機器の効果・禁忌を理解し、取り扱うことができる。              |             |     |     |      |            |
| 17) 患者に四肢の損傷、症状を的確に述べることができる。               |             |     |     |      |            |
| 18) 患者に頸・腰部の損傷、症状を的確に述べることができる。             |             |     |     |      |            |
| 19) 損傷の度合いを判断できる。                           |             |     |     |      |            |
| 20) 施術録を論理的で、明確に記載できる。                      |             |     |     |      |            |
| 21) 損傷の鑑別、ステージ判断のもと施術できる。                   |             |     |     |      |            |
| 22) 合併症に留意した施術ができる。                         |             |     |     |      |            |
| 23) レントゲン像など読影を理解することができる。                  |             |     |     |      |            |
| 24) 患者の生活習慣、仕事、社会背景に留意した措置ができる。             |             |     |     |      |            |
| 25) 損傷に対する施術、固定など処置を適切に行うことができる。            |             |     |     |      |            |
| 26) 医師の診察の必要性について評価、判断できる。                  |             |     |     |      |            |
| 27) スポーツ損傷の救急処置、指導管理を行うことができる。              |             |     |     |      |            |
| 28) 患者、家族に適切な指導管理を行うことができる。                 |             |     |     |      |            |
| 29) 医接連携に基づく紹介、返書、対応を行うことができる。              |             |     |     |      |            |
| 30) 検査、施術に対するインフォームド・コンセントに配慮することができる。      |             |     |     |      |            |

総合評価 \_\_\_\_\_

修了認定証送付先：(自宅・勤務先)〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_



## 評価表記載要領

### 1.研修期間

開始日、終了日を必ず記載する。

※注意

研修開始日は平成29年4月1日以降、様式1の開始日と同日とすること。研修終了日は研修期間が12か月間を終えた日を記載すること。

例) 平成29年4月1日から

平成30年3月31日までの1年間

様式6

柔道整復師卒後臨床研修評価表

研修生番号 【 】【平成29年度生】

研修生氏名

研修施設名

医療機関名

指導者名(開設者)

印

1. 研修期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日までの1年間
2. 評価表作成日 平成 年 月 日
3. 評価基準 4段階評価(良い:4、まあ良い:3、普通:2、良くない:1、未経験は空欄)

### 自己評価(期間)欄

研修生が自己評価する。  
(1~3か月、4~6か月、7~9か月の3か月毎に、最後の欄は12か月間を通して、それぞれ4段階評価をする。)

| 評価項目                                        | 自己評価(期間) |     |     |      | 指導者 |
|---------------------------------------------|----------|-----|-----|------|-----|
|                                             | 1~3      | 4~6 | 7~9 | 1~12 |     |
| 1)柔道整復師にふさわしい身だしなみや言葉、態度を身につけ、時間を守ることができる。  |          |     |     |      |     |
| 2) 患者の訴えを的確に分析できる。                          |          |     |     |      |     |
| 3) 同僚との人間関係を築くことができる。                       |          |     |     |      |     |
| 4) 困難な問題は指導者に適切に相談することができる。                 |          |     |     |      |     |
| 5) 患者・施術・業務に対し責任を持って行動できる。                  |          |     |     |      |     |
| 6) 患者との会話においてプライバシーの保護、インフォームド・コンセントに配慮できる。 |          |     |     |      |     |
| 7) 常に患者側に立ち考え、会話し、行動できる。                    |          |     |     |      |     |
| 24) 患者の生活習慣、仕事、社会背景に留意した措置ができる。             |          |     |     |      |     |
| 25) 損傷に対する施術、固定など処置を適切に行うことができる。            |          |     |     |      |     |
| 26) 医師の診察の必要性について評価、判断できる。                  |          |     |     |      |     |
| 27) スポーツ損傷の救急処置、指導管理を行うことができる。              |          |     |     |      |     |
| 28) 患者、家族に適切な指導管理を行うことができる。                 |          |     |     |      |     |
| 29) 医療連携に基づく紹介、返書、対応を行うことができる。              |          |     |     |      |     |
| 30) 検査、施術に対するインフォームド・コンセントに配慮することができる。      |          |     |     |      |     |

総合評価

### 指導者評価欄

評価項目ごとに指導者から4段階評価を受ける。

### 総合評価欄

指導者から研修項目全体について4段階の総合評価を受ける。

修了認定証送付先:(自宅・勤務先)〒

TEL

### 修了認定証送付先

卒後臨床研修修了認定証の送付先について、自宅・勤務先を選択のうえ、住所(施設選択の場合は施設名も記載)・電話番号を記載する。

様式 7

柔道整復師卒後臨床研修参加研修生変更届

公益財団法人柔道整復研修試験財団  
代表理事 福島 統 殿

届出年月日 平成 年 月 日  
研修生番号【 】【平成 年度生】  
研修生氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記事項に変更が生じましたので届出ます。

| 区 分  | 変 更 前 | 変 更 後   | 変更年月日 |
|------|-------|---------|-------|
| 氏 名  |       | (フリガナ ) |       |
| 郵便番号 |       |         |       |
| 住 所  |       |         |       |
| 電話番号 |       |         |       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                            |   |                                                 |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |   |                                                 |                                                                                    |
| 施設名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |   |                                                 |                                                                                    |
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |   | 免許登録番号                                          | 【                      】                                                           |
| 開設者名<br>(開設者が柔道整復師の資格を有しない場合などは、施術管理者名:8頁12、13参照)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 氏                                                                          | 名 |                                                 |                                                                                    |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 昭和・平成                      年                      月                      日 |   |                                                 |                                                                                    |
| 免許登録日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 昭和・平成                      年                      月                      日 |   |                                                 | ※注意<br>平成18年3月以降の免許取得者が施設認定を申請する場合は、本財団主催の卒後臨床研修の修了者であること。又は、認定卒後臨床研修指導柔道整復師であること。 |
| 卒後臨床研修修了認定番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 【                      —                      】                            |   | 卒後臨床研修を修了した者の場合は修了認定証に記載されている番号を記入する。           |                                                                                    |
| 認定卒後臨床研修指導柔道整復師番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 【                      —                      】                            |   | 認定卒後臨床研修指導柔道整復師は認定証に記載されている番号を記入する。             |                                                                                    |
| 開設年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 昭和・平成                      年                      月                      日 |   |                                                 |                                                                                    |
| 開設番号<br>(開設番号がない場合は空欄でよい)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                            |   | 開設届出保健所・届出年月日                                   | 届出保健所:<br>年                      月                      日 届出                       |
| 施設所在地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒                      —                      都・道・府・県                      |   |                                                 |                                                                                    |
| 電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (                      )                                                   |   |                                                 |                                                                                    |
| FAX番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | (                      )                                                   |   |                                                 |                                                                                    |
| 施設の設置概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 柔道整復師数                                                                     | 人 |                                                 |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 施術室・待合室面積                                                                  | ㎡ |                                                 |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ベッド台数                                                                      | 台 |                                                 |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 研修生受入見込人数                                                                  | 人 |                                                 |                                                                                    |
| 財団ホームページ認定施設リスト掲載の諾否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                            |   | 諾                      ・                      否 |                                                                                    |
| <p>当施設は、貴財団が主催する柔道整復師卒後臨床研修の実施にあたり、貴財団が定める臨床研修施設の認定要件8頁12.に基づき認定申請する。</p> <p>平成                      年                      月                      日</p> <p>開設者                      氏 名                      印</p> <p>免許登録番号【                      】</p> <p>生年月日                      昭和・平成                      年                      月                      日</p> <p>免許登録日                      昭和・平成                      年                      月                      日</p> <p><small>*開設者が施術管理者と異なる柔道整復師である場合は必ず記入すること</small></p> <p>公益財団法人柔道整復研修試験財団</p> <p>代 表 理 事                      福 島                      統                      殿</p> |                                                                            |   |                                                 |                                                                                    |

【添付書類】①施術所開設届の写し②柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いの承諾についての写し  
③柔道整復師免許証の写し(開設者と施術管理者が異なり開設者が柔道整復師である場合は、開設者の柔道整復師免許証の写しも添付すること。)

(記載要領)

様式 8

柔道整復師卒後臨床研修施設認定申請書

【柔道整復施術所用】

|                                                                                                                                                                                           |                                                             |       |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------|--------|
| フリガナ<br>施設名                                                                                                                                                                               | 施術管理者名の場合は、当該施設での<br>管理経験が3年以上であるかどうか確認。<br>(8頁12, 13参照のこと) |       |        |
| フリガナ<br>開設者名<br>(開設者が柔道整復師の資格<br>を有しない場合などは、施術管<br>理者名:8頁12、13参照)                                                                                                                         | 氏                                                           | 名     | 免許登録番号 |
| 生年月日                                                                                                                                                                                      | 昭和・平成 年 月                                                   |       |        |
| 免許登録日                                                                                                                                                                                     | 昭和・平成 年 月 日                                                 |       |        |
| 卒後臨床研修修了認定番号                                                                                                                                                                              | 【 ー 】                                                       |       |        |
| 認定卒後臨床研修<br>指導柔道整復師番号                                                                                                                                                                     | 【 ー 】                                                       |       |        |
| 開設年月日                                                                                                                                                                                     | 昭和・平成 年 月 日                                                 |       |        |
| 開設番号<br>(開設番号がない場合は空欄でよい)                                                                                                                                                                 | 開設届出保健所・届出年月日                                               |       |        |
| 施設所在地                                                                                                                                                                                     | 〒 ー<br>都・道・府・県                                              |       |        |
| 電話番号                                                                                                                                                                                      | ( )                                                         |       |        |
| FAX番号                                                                                                                                                                                     | ( )                                                         |       |        |
| 施設の設置概要                                                                                                                                                                                   | 柔道整復師数                                                      | 人     |        |
|                                                                                                                                                                                           | 施術室・待合室面積                                                   | ㎡     |        |
|                                                                                                                                                                                           | ベッド台数                                                       | 台     |        |
|                                                                                                                                                                                           | 研修生受入見込人数                                                   | 人     |        |
| 財団ホームページ認定施設リスト掲載の可否                                                                                                                                                                      |                                                             | 諾 ・ 否 |        |
| 当施設は、貴財団が主催する柔道整復師卒後臨床研修の実施にあたり、貴財団が<br>定める臨床研修施設の認定要件8頁12. に基づき認定申請<br>平成 年 月 日<br>開設者 氏名 印<br>免許登録番号【 ー 】<br>生年月日 昭和・平成 年 月 日<br>免許登録日 昭和・平成 年 月 日<br>*開設者が施術管理者と異なる柔道整復師である場合は必ず記入すること |                                                             |       |        |
| 公益財団法人柔道整復研修試験財団<br>代表理事 福島 統 殿                                                                                                                                                           |                                                             |       |        |

【添付書類】①施術所開設届の写し②柔道整復施術療養費の受領委任の取扱いの承諾についての写し  
③柔道整復師免許証の写し(開設者と施術管理者が異なり開設者が柔道整復師である場合  
は、開設者の柔道整復師免許証の写しも添付すること。)

【保険医療機関など用】

— 20 —

【保険医療機関など用】

必ずどちらかに○  
を付けること。



「平成２９年度柔道整復師卒後臨床研修実施要領【ご案内】」

---

---

平成２８年１２月　１日　　　１版１刷  
監　修　公益財団法人柔道整復研修試験財団  
　　　　　卒後臨床研修委員会  
発行者　公益財団法人柔道整復研修試験財団  
　　　　　代表理事　福　島　　統  
〒105-0003　東京都港区西新橋 1-11-4  
　　　　　日土地西新橋ビル 6 階  
T E L : 03-6205-4731　F A X : 03-6205-4732

---

---