

メディカル・フィットネス協会認定 介護予防運動トレーナー養成講習会

～ メディカル・フィットネス協会認定 介護予防運動トレーナーとは ～

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義されています。

メディカル・フィットネス協会認定「介護予防運動トレーナー」は、介護予防の基本的知識(認知症・失禁・低栄養・行動科学・マネジメント等)や運動指導に必要な知識・技能(転倒予防・筋力向上トレーニング等)を身につけ、高齢者ができる限り、要介護状態になることなく、健康で生き生きとした老後生活を送れるように安全で効果的な運動プログラムを提供するとともに、高齢者一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組み、生活の質（QOL）の向上を支援するための資格です。

【活躍できるフィールド】

介護施設

高齢者施設

病院・整骨院

フィットネス施設

地方自治体

地域コミュニティ

健康増進施設

健康関連企業

介護予防事業関連施設

【養成講習会カリキュラム】※会場により開始時間、実施科目順が一部異なります。

	1日目（基礎）	2日目	3日目	4日目
	開 講 式 （通常コース・初日参加者）	特例コース 初日		
9:30～11:00 (90分)	介護予防概論 介護予防の背景やあり方、老化・高齢者のからだについて	介護予防マネジメント 高齢化の現状や厚生労働省が提唱している支援体制、マネジメントの留意点など	失禁予防理論 高齢者の尿失禁をめぐる問題尿失禁の種類・対策など	低栄養予防理論 高齢期の機能低下に伴う食事の問題点、老化に伴う食への影響など
	休憩（10分）			
11:10～12:40 (90分)	筋力向上トレーニング理論 加齢に伴う筋への影響、トレーニングの必要性や効果、指導に際しての留意点など	認知症予防理論 認知症の原因・症状、認知症患者へのアプローチ法など	転倒予防理論 高齢者の転倒要因、転倒予防プログラムの作成・運動指導方法など	行動科学理論 健康行動を適切に身に付け、習慣化させていくための行動科学的な考え方の基本
	昼休憩（50分）			
13:30～15:30 (120分)	ストレッチング実習 ストレッチングの基本的な留意点やポイント、指導方法など	介護予防としての レクリエーション実習 介護予防としてのボディワーク実践	高齢者トレーニング実習③ 指導を中心とした高齢者トレーニングの実践など	認定試験(45分間) 閉 講 式
	休憩（10分）			
15:40～17:40 (120分)	高齢者トレーニング実習① 高齢者トレーニングの基礎的実践・指導など	高齢者トレーニング実習② 高齢者トレーニングの応用的実践・指導など	体力測定実習 高齢者に対して実施する体力測定の種目、留意点など	

【受講対象者】

介護福祉士 社会福祉士 医師 看護師 准看護師
理学療法士 柔道整復師 鍼灸師 管理栄養士
介護支援専門員 介護職員実務者研修（ホームヘルパー1級・介護職員基礎研修） 介護職員初任者研修課程（ホームヘルパー2級）又は福祉・介護・運動施設での実務経験が2年以上の者 運動指導資格保有者※1
その他協会が認めた者※2

- ※1 運動指導資格（スチューデントトレーナー中級又は上級、健康ケアトレーナー、健康運動指導士、健康運動実践指導者、ヘルスケアトレーナー、NSCA-CPT、CSCS等）保有者は、1日目を除く「特例コース（3日間）」の対象となります。ただし、ストレッチングやエアロビクスダンスエクササイズ等、特定の運動内容に限定した指導資格については通常コースの対象となります。
- ※2 「その他協会が認めた者」として受講を希望される場合は、経験や保有資格等を考慮し、受講の可否を判断いたしますので、お申し込み前に協会事務局までお問い合わせください。

【受講料金(認定試験料・テキスト代込)】

通常コース(4日間)：一般 65,000円 MFA会員 55,000円
特例コース(3日間)：一般 50,000円 MFA会員 45,000円

※特例コース受講者は、希望により通常コース初日を無料で受講していただくことが可能です。

【資格登録について】

認定試験終了後、2週間程で結果を送付いたします。認定試験に合格し、介護予防運動トレーナーとして登録された方には、「資格登録証」「資格認定会員 会員証」を発行致します。

なお、登録時に資格登録料として5,000円(次年度までの年会費3,000円を含む)が必要となります。

介護予防運動トレーナーとして登録された方は、メディカル・フィットネス協会の資格認定会員となり、セミナー等の受講料が会員料金となるなどの会員特典がご利用いただけます。

主催



一般社団法人
メディカル・フィットネス協会

～HPからもお申込みいただけます～

<http://www.mfa.or.jp>

後援

学校法人大阪滋慶学園 大阪ハイテクノロジー専門学校
学校法人広島YMCA学園 専修学校 広島YMCA専門学校

2018年度 介護予防運動トレーナー養成講習会 開催日程

福岡会場 2018年10月13日(土)・14(日)、20日(土)・21日(日)
会場：ももちパレス（福岡市早良区百道2丁目3-15）

健康運動

NSCA

JABA

徳島会場 2018年11月23日(金・祝)・24日(土)・25日(日)
※特例コースのみ 会場：とくぎんトモニアリーナ 第二会議室（徳島市徳島町城ノ内6番地）

健康運動

NSCA

JABA

大阪②会場 2019年2月2日(土)・3日(日)、9日(土)・10日(日)
会場：大阪ハイテクノロジー専門学校 第2校舎(大阪府大阪市淀川区宮原4-4-65)

健康運動

【各種 単位付与について】

※下記表記がない会場は、申請中又は申請を行っておりませんのでご注意ください。

健康運動：健康運動指導士及び健康運動実践指導者の登録更新に必要な履修単位を付与（講義9単位、実習8単位）

JABA：JABA教育単位研修会として認可（旧制度取得単位：5.0 GFI取得単位：10.0）

NSCA：NSCA-CPT及びCSCSの資格更新に必要な継続教育単位（CEU）として1.7CEU（カテゴリーA）が付与

【申込方法について】ホームページからお申込、申込書記載の上、郵送またはFAXからもお申込いただけます。

※受講資格の証明書類の提出が必要となります。郵送・FAXの場合は、証明書コピー。HPからの場合、データ添付(写真データ可)を添えてお申込ください。

※受講6日前までにキャンセルされた場合は、手数料（540円）を差し引いた金額をご返金いたしますが、その後にキャンセルされた場合は返金致しかねますので、予めご了承ください。

参加申込書（FAX・郵送用）

フリガナ				No.SI-		
氏 名						
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日（満 歳）	性別	男・女
住 所	〒 ー 都道府県					
電 話	ー	ー	ファックス	ー	ー	
※記入された内容に確認が必要な場合に連絡させていただく場合がございますので、電話番号は必ずご記入ください。 また、受講料のお振込みに関するご連絡をいたしますので、ファックス又はメールアドレスもできるだけご記入ください。						
メール	@					
※メールマガジン配信申込 ☐ 上記のメールに配信を希望 ☐ 別のアドレスに配信 @						
保有資格 (単位申請)	☐ 健康運動指導士 ☐ 健康運動実践指導者 登録番号 ()					
	☐ NSCA-CPT (年取得) ☐ CSCS (年取得) 会員番号 ()					
勤務先 (学 校)			部 署 (学 部)			
参加される イベント	2018年度 介護予防運動トレーナー養成講習会 会場 ☐ 通常コース ☐ 特例コース(1日目受講 ☐ 希望する ☐ 希望しない) ※受講資格(保有資格)の証明書コピーを添えてお申込ください					
会員種別	☐ 一般 ☐ MFA法人・学校会員 ☐ MFA資格認定会員（会員番号： ） ※法人会員及び学校会員に所属されている方は、社員証（学生証）等証明書類のコピーを添えてお申込みください。					
備 考						

【お申込み・お問合せ】

（一社）メディカル・フィットネス協会 事務局 介護予防運動トレーナー係

〒532-0003 大阪市淀川区宮原1-2-9 TEL. 06-6150-2322 FAX. 06-6150-2323 E-mail info@mfa.or.jp

実務経験証明書

※「実務経験」で受講される場合に提出していただく書類ですので、資格をお持ちでない方のみご提出ください。
活動施設（団体）が複数ある場合は施設（団体）毎に書類を作成してください。

フリガナ			
受講者氏名			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（満 歳）	性別	男・女
受講者住所	〒 都道府県 -----		
活動期間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 年 ヶ月） ※必要な期間は原則「2年」以上ですが、活動形態（頻度等）によってはそれ以上の期間が必要になる場合があります。		
職種及び活動形態	「介護福祉士：常勤（週休2日）」「スポーツインストラクター：パート（週3日程度）」等		
活動の時間・頻度等	主な活動内容		
例：週2日（火曜日・金曜日） 13時～17時（30分の休憩含む）	トレーニングルーム利用者に対するストレッチング・筋力トレーニング指導のほか、受付業務全般。		
備考			

上記のとおり実務経験を有することを証明します。

証明書作成日：平成 年 月 日

施設（団体）名： _____

代表者（役職・氏名）： _____

施設（団体）所在地： _____

連絡先電話番号： — — （内線： ）

