

# 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共に、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<br>(通常コース・初日参加者)                                  | 特例コース 初日                                           |                                          |                                                |
| 90分  | 介護予防概論<br>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<br>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<br>高齢者の尿失禁をめぐる問題尿失禁の種類・対策など       | 行動科学理論<br>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 |
|      | 休憩(10分)                                               |                                                    |                                          |                                                |
| 90分  | 筋力向上トレーニング理論<br>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<br>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<br>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 | 低栄養予防理論<br>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      |
|      | 昼休憩                                                   |                                                    |                                          |                                                |
| 120分 | 高齢者ストレッチング実習<br>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           | 介護予防運動実習①<br>介護予防としてのウォームアップの実践・指導など               | 体力測定実習<br>高齢者に対して実施する体力測定の種目、留意点など       | 認定試験(45分間)<br>閉講式                              |
|      | 休憩(10分)                                               |                                                    |                                          |                                                |
| 120分 | 高齢者トレーニング実習<br>立位・椅子に座った状態による高齢者トレーニングの基礎的実践・指導など     | 介護予防運動実習②<br>立位・椅子に座った状態によるトレーニングの応用的実践・指導など       | 介護予防運動実習③<br>介護予防運動プログラムの作成及び指導など        |                                                |

## 【受講対象者】

介護福祉士 社会福祉士 介護支援専門員 医師  
看護師 准看護師 理学療法士 柔道整復師 鍼灸師  
作業療法士 管理栄養士 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。

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～

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



# 2023年度 介護予防運動トレーナー養成講習会 開催日程

## 大阪①会場：2023年6月3日(土)・4日(日)・10日(土)・11日(日)

会場：新大阪北ビル401 セミナールーム（大阪市淀川区宮原4-1-46）

時間：1～3日目 9:10～17:30 最終日のみ9:10～14:20

定員：14名

健康運動

J A F A

## 広島会場：2023年9月15日(金)・16日(土)・17日(日)・18日(月・祝)

会場：悠学館（広島市中区国泰寺町2-2-24 増田ビル2F）

時間：1～3日目 9:10～17:30 最終日のみ9:10～14:20

定員：14名

健康運動

J A F A

### 【その他の開催会場について】

上記以外の地方会場につきましては、開催検討中となっております。開催が決定いたしましたら、ホームページ・メルマガ等でお知らせ致します。

### 【履修単位付与について】

※下記表記がない場合、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）

**JAFA**：JAFA教育単位研修会として認可（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

### 【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 71,500円(税込) MFA会員 60,500円(税込)

特例コース(3日間)：一般 55,000円(税込) MFA会員 49,500円(税込)

※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5,500円(次年度までの資格会員年会費3,300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。

### 【申込方法について】

#### ①申込情報の作成

下記いずれかの方法でお申込ください。

・ホームページ上にてお申込 ・参加申込書に記載の上、FAX 又は 郵送にてお申込

※お申込には、受講対象者欄に記載のある保有資格の証明書類(コピー、写真データ可)の提出が必要となります。事前にご準備ください。

ご不明点等がある場合は、当協会事務局までお問い合わせください。



#### ②受講料お振込みのご連絡

※お申込情報を確認後、当協会事務局よりメール 又は FAXにて受講料お振込みについてご案内を致します。

申込後、3日以内に連絡がない場合は、お手数ですが事務局までお問い合わせください。

#### ③申込完了のご連絡

受講料の入金確認後、申込完了連絡等をメール 又は FAXにてご案内致します。

※受講(開始)6日前までにキャンセルされた場合は、手数料(550円)を差し引いた金額をご返金致しますが、6日前までにキャンセル連絡がない場合は受講されるものとし、その後にキャンセルをされた場合は、返金致し兼ねますので、予めご了承ください。

### 【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

〒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

## 【申込方法】

参加申込書に必要事項をご記入の上、(介護予防運動トレーナー養成講習会にお申込みの場合は保有資格の証明書類のコピーを添えて) ファックスまたは郵送にてお送りください。

受付後、3 日以内(土日祝日を除く)にメールまたはファックス(記入がない場合はお電話)にて受講料のお振込みに関する連絡をさせていただきます。連絡がない場合は不着の可能性がございますので、その場合はお手数ですが事務局までご連絡ください。(定員となっている場合でもその旨ご連絡いたします。)

なお、受講(開始) 6 日前までにキャンセルされた場合は、手数料(550 円)を差し引いた金額をご返金いたしますが、6 日前までにキャンセルの連絡がない場合は受講されるものとし、その後にキャンセルをされた場合は返金いたしませんので、予めご了承ください。

## 参加申込書 (FAX・郵送用)

|                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                           |   |              |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|---------|
| フリガナ                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                           |   |              | No.     |
| 氏 名                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                           |   |              |         |
| 生年月日                                                                                                                                      | 西暦                                                                                                                                                                                        | 年 | 月            | 日 (満 歳) |
| 住 所                                                                                                                                       | 〒 - 都 道                                                                                                                                                                                   |   |              |         |
|                                                                                                                                           | 府 県                                                                                                                                                                                       |   |              |         |
| 電 話                                                                                                                                       | -                                                                                                                                                                                         | - | ファックス        | -       |
| ※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、メールアドレスまたはファックスを必ずご記入ください。両方の記載がある場合は、メール配信を優先とさせていただきます。 |                                                                                                                                                                                           |   |              |         |
| メール                                                                                                                                       | @                                                                                                                                                                                         |   |              |         |
| 保有資格<br>(単位申請)                                                                                                                            | 資格名 ( )                                                                                                                                                                                   |   |              |         |
|                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 健康運動指導士:登録番号( ) <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者:登録番号( )                                                                                                       |   |              |         |
|                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> NSCA-CPT ( 年取得) <input type="checkbox"/> CSCS ( 年取得) 会員番号 ( )                                                                                                    |   |              |         |
|                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Jafa 会員番号 ( ) 取得資格 ( )                                                                                                                                           |   |              |         |
| 勤務先<br>(学 校)                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |   | 部 署<br>(学 部) |         |
| 参加される<br>イベント                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ウォーキングトレーナー養成講習会 _____ 会場                                                                                                                                        |   |              |         |
|                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 介護予防運動トレーナー養成講習会 _____ 会場<br><input type="checkbox"/> 通常コース <input type="checkbox"/> 特例コース (1日目の受講 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) |   |              |         |
|                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                  |   |              |         |
| お支払方法                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> クレジットカード決済 (メールにて決済リンクをお送りいたします)                                                                                                   |   |              |         |
| 会員種別                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> MFA 法人・学校会員 <input type="checkbox"/> MFA 資格認定会員 (会員番号: )<br>※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

〒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