

介護予防主任運動指導員養成事業運営要領

制定 平成21年4月1日付21健事第17号
一部改正 平成25年4月1日付25健事第19号
一部改正 平成28年8月15日付28健経第2220号
一部改正 平成30年10月18日付30健イ事第1301号-2

1 目的

介護予防事業の適切かつ円滑な運営に資するため、必要な知識、技能を有する介護予防主任運動指導員（以下「主任運動指導員」という。）の養成を行う。

2 主任運動指導員の業務

主任運動指導員は、高齢者筋力向上等トレーニング事業等（以下「高齢者筋トレ事業」という。）を実施する場合に必要な介護予防運動指導員（以下「運動指導員」という。）の養成及び指導等を行う。ただし、自ら高齢者筋トレ事業を行うことを妨げない。

3 実施主体

本事業の実施主体は、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター（以下「地独」という。）とする。

4 対象者

介護予防事業実施要綱第2条に規定する事業者（以下「事業者」という。）からの推薦を受け、地独が受講を決定した者とする。ただし、やむを得ない事情により事業者からの推薦が受けられない者について、養成定員の範囲内かつ本事業の目的に反しないと地独が認める場合は、その受講を認めることができる。

5 募集

地独は、本事業を実施しようとするときは、インターネット等公開の方法並びに事業者への直接通知等により受講者の推薦を求める。

6 事業者要件該当申告書等の提出

新たに主任運動指導員養成講習の受講者を推薦しようとする事業者は、介護予防主任運動指導員養成講習受講者推薦にかかる事業者要件該当申告書（別記第1号様式）、誓約書（別記第2号様式）及び主任運動指導員養成講習修了後の当該主任運動指導員の活用計画の概要を記載した書面を地独に提出しなければならない。なお、第4のただし書きの規定により、事業者からの推薦を受けずに受講する者については、これらの書面の提出は不要とする。

7 受講者の推薦

(1) 事業者は、別紙1に定める受講要件を有する者のうちから、主任運動指導員として運動指導員養成事業等に従事させようとする者を受講者として推薦することができる。

- (2) 事業者は、適切な資料（免許証等）に基づいて被推薦者の受講要件を確認しなければならない。事業者は、受講決定された被推薦者に関する資料は、永久保存しなければならない。
- (3) 事業者は、受講者の推薦にあたって、介護予防主任運動指導員養成講習受講者推薦書（別記第3号様式）及び介護予防主任運動指導員養成講習受講者推薦名簿（別記第4号様式）を地独に提出しなければならない。

8 受講者の決定と受講料の納付

- (1) 地独は、事業者からの推薦があった者等を書面により審査し、受講者を決定する。ただし、被推薦者数が募集定員を上回った場合、事業者からの推薦があった者を対象に、抽選等の適切な方法で受講者を決定する。決定内容は、書面により、事業者及び本人に通知する。
- (2) 地独は、書面審査を行う上で必要がある場合等には、事業者に対して被推薦者の受講要件に関する確認資料及び実務経験証明書（別記第5号様式）の提出を求めることができる。
- (3) 受講決定者以外に関する申込書類は、申込者に返還する。
- (4) 受講決定を受けた推薦事業者若しくは受講予定者は、地独が発行する通知に基づき地独の指定する期限及び方法により受講料を納付するものとする。なお、受講料の額は、地独理事長が別に定める。

9 講習

(1) 講習の目的

主任運動指導員の主たる業務が、高齢者に筋力向上等のトレーニングを指導する運動指導員の養成及び指導であることから、高齢者のリスク判定の基本的な考え方及び方法、介護予防事業への理解に基づいた運動指導員の養成手続き等を習得させることを目的とする。

(2) 主たる内容

次の事項をその主な内容とする。

- ア 介護予防全般に関する専門的知識及び技術
- イ 高齢者筋力向上トレーニング等に関する専門的知識及び技術
- ウ 日常生活におけるリスク管理に関する専門的知識

(3) 講習課程等

別紙2による。

(4) 受講料

本講習の受講料には、教材及び修了試験等の実費を含むものとする。

(5) その他

原則として、受講決定があった回の主任運動指導員養成講習を受講しなければならない。ただし、やむを得ない事情があると地独が判断した場合については、当該講習の最終日から起算して、1年以内に限り、補講の受講を認めることがある。

10 講習修了

- (1) 本講習の修了者となるためには、講習受講後、地独が実施する修了試験に合格しなければ

ばならない。当該試験の運営については、別に地独理事長が定める。

- (2) 地独は、不正の手段によって修了試験を受け、又は受けようとした者に対しては、合格の決定を取り消し、合否判定において不合格とし、又は修了試験を受けることを禁止することができる。

11 修了証の交付及び修了者名簿の管理

- (1) 地独理事長は、講習修了者に対し、修了証（別記第6号様式甲）及び介護予防主任運動指導員登録証（別記第6号様式乙。以下「登録証」という。）を交付する。
- (2) 地独は、受講者の推薦を行った事業者に対し、被推薦者に関する受講結果を介護予防主任運動指導員養成講習修了及び登録通知書（別記第7号様式甲）及び介護予防主任運動指導員養成講習修了・未修了者名簿（別記第7号様式乙）により通知する。
- (3) 地独理事長は、講習修了者について、別に定めるところに従い、登録番号、登録年月日、氏名、生年月日等の必要事項を記載した名簿を作成する。

12 登録期間及び更新

- (1) 11(1)の規定により交付する登録証の登録期間は、登録日から3年間とする。ただし、平成20年2月1日以降に登録証（更新登録証を含む。）を交付する者については、登録日が1月1日から6月30日までの間に属する場合には、登録日から、登録日の属する年の6月30日の翌日から起算して3年経過する日までを、また、登録日が7月1日から12月31日までの間に属する場合には、登録日から、登録日の属する年の12月31日の翌日から起算して3年経過する日までをそれぞれの登録期間とする。
- (2) 前項の登録期間以降も引き続き更新登録を希望する者は、介護予防主任運動指導員登録更新申請書（別記第8号様式）により、地独の指定する期日までに申請を行うとともに、地独理事長が別に定める更新料を納付しなければならない。
- (3) 登録期間の満了により失効し、再度の登録を希望する者については、失効の日から3年以内の場合に限り、(1)及び(2)の規定を準用する。また、この者の再度の登録日は、申請のあった日とする。
- (4) (2)に規定する更新登録を希望する者は、地独が実施する介護予防主任運動指導員フォローアップ研修を登録期間中に1回以上受講しなければならない。また、(3)に規定する再度の登録を希望する者は、申請日の過去3年以内に、地独が実施する介護予防主任運動指導員フォローアップ研修を登録期間中に1回以上受講しなければならない。

13 事業者の届出義務

事業者は、所属する主任運動指導員が退職した場合は、地独にその事実を文書で届け出なければならない。

14 主任運動指導員の責務等

- (1) 主任運動指導員は、公正かつ誠実にその業務を行わなければならない。
- (2) 主任運動指導員は、登録証を不正に使用し、又はその名義を他人に使用させてはならない。

- (3) 主任運動指導員は、主任運動指導員の信用を傷つけるような行為をしてはならない。
- (4) 主任運動指導員は、正当な理由なくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。主任運動指導員でなくなった後においても、同様とする。

15 報告

地独は、主任運動指導員の業務の適正な遂行を確保するため必要があると認めるときは、その業務を行う主任運動指導員に対し、その業務について必要な報告を求めることができる。

16 登録の抹消等

- (1) 地独は、登録を受けている主任運動指導員が次の各号のいずれかに該当する場合には当該登録を抹消する。
 - ア 本人から登録の抹消の申請があった場合
 - イ 本人が死亡し、又は失踪の宣告を受けた場合
 - ウ 10 (2) の規定により合格の決定を取り消された場合
 - エ 不正の手段により登録を受けた場合
 - オ 不正の手段により登録証の交付を受けた場合
 - カ 介護予防運動指導員養成講習（修了試験を含む。）において不正を行い、又は不正に関与した場合
- (2) 地独は、登録を受けている主任運動指導員が次の各号のいずれかに該当する場合には当該登録を抹消し、又は二年以内の期間を定めて、主任運動指導員としての業務を行うことを禁止することができる。
 - ア 14 (1) から (4) までの規定に違反した場合
 - イ 15 の規定により報告を求められて、報告をせず、又は虚偽の報告をした場合
- (3) 前二項の規定により登録が抹消された者については、その抹消の日から起算して5年を経過するまでの間、再度の登録を行うことができない。

附 則

本要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

改正後の要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成28年8月15日付28健経第2220号）

この要領は、平成28年9月1日から施行する。

附 則（平成30年10月18日付30健イ事第1301号-2）

この要領は、平成30年11月1日から施行する。

別紙 1

介護予防主任運動指導員講習に係る受講要件

受講要件
(1) 医師
(2) 歯科医師
(3) 薬剤師
(4) 保健師
(5) 助産師
(6) 看護師
(7) 准看護師
(8) 臨床検査技師
(9) 理学療法士
(10) 作業療法士
(11) 言語聴覚士
(12) 社会福祉士
(13) 介護福祉士
(14) 精神保健福祉士
(15) 歯科衛生士
(16) あん摩マッサージ指圧師
(17) はり師
(18) きゅう師
(19) 柔道整復師
(20) 栄養士（管理栄養士を含む）
(21) 介護支援専門員
(22) 健康運動指導士等
(23) 介護職員基礎研修課程修了者
(24) 訪問介護員 2 級以上で、実務経験 3 年以上の者
(25) 実務者研修修了者
(26) 初任者研修修了者で、実務経験 3 年以上の者
(26) その他、地独が認めた者

別紙 2

介護予防主任運動指導員養成事業 講習課程

章番号	科目（講座）名	形式	時間	内容
1	老年学	講義	1.5	老年学の概要
	老年学演習	演習	1.5	
2	介護予防概論	講義	1.5	介護予防の概要と介護予防が目指す社会の変化
	介護予防概論演習	演習	1.5	
3	地域づくりによる介護予防論	講義	1.5	地域づくりによる介護予防の意義と専門職の役割
	地域づくりによる介護予防論演習	演習	1.5	
4	高齢者の社会参加と介護予防	講義	1.5	社会参加が心身の健康に及ぼす影響
	高齢者の社会参加と介護予防演習	演習	1.5	
5	介護予防・日常生活支援総合事業と介護予防コーディネーション	講義	1.5	介護予防コーディネーションと介護予防事業評価の概要
	介護予防・日常生活支援総合事業と介護予防コーディネーション演習	演習	1.5	
6	行動科学特論	講義	1.5	行動科学の概要と健康行動の定着を促す具体的な手法
	行動科学特論演習	演習	1.5	
7	介護予防評価学特論	講義	1.5	介護予防評価の概要と評価法の習得
	介護予防評価学特論演習	演習	1.5	
	介護予防評価学実習	実習	3.0	
	介護予防評価学実習演習	演習	3.0	
8	介護予防統計学	講義	1.5	データの種類の区別と基本的な検定方法
	介護予防統計学演習	演習	1.5	
9	リスクマネジメント	講義	1.5	リスクマネジメントの概要と対処法
	リスクマネジメント演習	演習	1.5	
10	高齢者筋力向上トレーニング特論	講義	1.5	高齢者における筋力向上トレーニングの概要と包括的高齢者運動トレーニングプログラムの習得
	高齢者筋力向上トレーニング特論演習	演習	1.5	
	高齢者筋力向上トレーニング実習	実習	3.0	
	高齢者筋力向上トレーニング実習演習	演習	3.0	
11	転倒予防特論	講義	1.5	転倒予防の概要と転倒予防プログラムの習得
	転倒予防特論演習	演習	1.5	
	転倒予防実習	実習	3.0	
	転倒予防実習演習	演習	3.0	
12	尿失禁予防特論	講義	1.5	尿失禁予防の概要と尿失禁予防プロ

	尿失禁予防特論演習	演習	1.5	プログラムの習得
	尿失禁予防実習	実習	1.5	
	尿失禁予防実習演習	演習	1.5	
13	高齢者栄養改善活動特論	講義	1.5	高齢者栄養改善活動の概要と栄養改善プログラムの習得
	高齢者栄養改善活動特論演習	演習	1.5	
	高齢者栄養改善活動実習	実習	3.0	
14	口腔機能向上特論	講義	1.5	高齢者の口腔機能の概要と口腔機能向上プログラムの習得
	口腔機能向上特論演習	演習	1.5	
	口腔機能向上実習	実習	1.5	
	口腔機能向上実習演習	演習	1.5	
15	フレイル・サルコペニア予防特論	講義	1.5	フレイル・サルコペニアの概要と予防法
	フレイル・サルコペニア予防特論演習	演習	1.5	
16	認知症予防特論	講義	1.5	認知症予防の概要と認知症予防プログラムの習得
	認知症予防特論演習	演習	1.5	
	認知症予防実習	実習	1.5	
	認知症予防実習演習	演習	1.5	
17	うつ・孤立・閉じこもり予防特論	講義	1.5	高齢期のうつと社会的孤立、閉じこもりの概要
	うつ・孤立・閉じこもり予防特論演習	演習	1.5	
18	今日的保健・福祉論	講義	1.5	介護保険制度改正の動向・背景・方向性についての理解
	計		82.5	

介護予防主任運動指導員養成講習受講者推薦にかかる事業者要件該当申告書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
理事長 殿

私ども、 は、介護予防主任運動指導員養成講習への受講者を推薦する事業者としての要件を備えているので、下記のとおり申告します。

記

- 1 法人格を保有しています。
- 2 介護予防運動指導員養成事業等を実施する意思があります。
- 3 地独が定める介護予防主任運動指導員養成事業、介護予防運動指導員養成事業及び高齢者筋力向上等トレーニング事業に係る地独の指示に従います。

以上

平成 年 月 日

〒

所在地

法人名

代表者

Tel

Fax

担当者名

印

地独処理欄

誓 約 書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
理事長 殿

私ども、 は、介護予防主任運動指導
員養成講習受講者の推薦にあたり、下記について誠実に遵守すること
をここに誓約いたします。

記

- 1 被推薦者の受講については、できる限りの配慮をします。
- 2 その他、本事業に関する地独の要綱、要領等の諸規程及び
地独の指示に誠実に従います。

以上

平成 年 月 日

〒

所在地

法人名

代表者

Tel

Fax

担当者名

印

介護予防主任運動指導員養成講習 受 講 者 推 薦 書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
理事長 殿

私ども、 は、介護予防主任運動指導
員養成講習受講者を、下記のとおり推薦いたします。

記

1 推薦受講者 _____ ほか 名

2 添付書類

(1) 受講者推薦名簿

(2) 法人の概要

以上

平成 年 月 日

〒

所在地

法人名

代表者

Tel

担当者名

Fax

印

別記第4号様式

介護予防主任運動指導員養成講習受講者推薦名簿

[illegible]

実 務 経 験 証 明 書

(推薦事業者名)

殿

氏 名	(生年月日 年 月 日)
住 所	〒
施設又は事業所名	
業 務 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 (年)

上記の者の実務経験は、以上のとおりであることを証明します。

平成 年 月 日

〒

所在地

法人名

代表者

印

- (注) 1 氏名、住所欄は、証明日現在の内容で記入してください。
- 2 施設又は事業所名は、本人の履歴書及び申告に基づいて記入してください。
- 3 業務期間は、訪問介護員2級以上の級を取得又は初任者研修を修了した以降の介護等の経験を、正確に記入してください。(介護等とは、「身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障があるものにつき入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと」をいう。)
- 4 実務経験に関する本講習受講要件は、介護福祉士試験の受験資格を準用する。

登録番号 第 号

修了証

（氏名）

生年月日 年 月 日

あなたは、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター**研究所**が実施する介護予防主任運動指導員養成講習を修了したので、この証を交付し、**介護予防主任運動指導員**として登録します。

平成 年 月 日

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
理事長 印

介護予防主任運動指導員登録証

氏 名

(写真)

生年月日 年 月 日生

登録番号

有効期間 年 月 日～ 年 月 日

上記の者は、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所が実施する介護予防主任運動指導員養成講習を修了し、介護予防主任運動指導員名簿に登録されたものであることを証します。

登録年月日

平成 年 月 日

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 印

(裏面)

注 意 事 項

- 1 本証は、介護予防主任運動指導員として活動するときは、常時携帯してください。
- 2 本証の他人への貸与や譲渡はしてはいけません。
- 3 本証は、登録年月日から3年間有効です。登録更新の時期にご注意ください。
- 4 本証の内容の変更があった場合は、速やかに地独まで届けてください。
- 5 紛失等の場合は届出に基づき再発行をします。

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

〒173-0015 東京都板橋区栄町35番2号

Tel 03-3964-3241 FAX 03-3579-4776

<http://www.tmg Hig.jp/>

介護予防主任運動指導員養成講習 修了及び登録通知書

法人名

代表者名

殿

貴法人が推薦した者について、当地独が実施する介護予防主任運動指導員養成講習受講に関する結果は別紙名簿のとおりでしたので通知します。

平成 年 月 日

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

理事長

印

介護予防主任運動指導員養成講習修了・未修了者名簿

[illegible]

介護予防主任運動指導員 登録更新申請書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 理事長 様

- 1 登録年月日：
- 2 登録番号：
- 3 氏 名：

写真のサイズは
縦4cm×横3cm
写真の裏面には氏名を記
入してください。
カラー写真(光沢仕上げ)を
使用してください

上記について、介護予防主任運動指導員名簿の登録更新を申請いたします。

平成 年 月 日

自宅住所：

フリガナ：

氏 名：

生年月日：

印

自宅電話番号：