

# 機能訓練認定鍼灸師 養成講座 開催手続きのご案内



特定非営利活動法人 介護予防研究会

〒 115-0052 東京都北区赤羽北 2-13-8

TEL 03-3909-8031 FAX 03-5963-8132

Eメール: [info@kaigoyobou.or.jp](mailto:info@kaigoyobou.or.jp)

理事長 佐藤 司

## 機能訓練認定鍼灸師養成講座とは？

NPO介護予防研究会、介護予防・機能訓練型デイサービスの研修等を行う団体として平成17年に設立されました。当会が始めた「鍼灸師を機能訓練指導員に認めさせる運動」は全国に広がり、平成30年度、鍼灸師は機能訓練指導員の対象資格になりました。しかし、鍼灸師資格の場合、6か月の実務経験が必要であり、施術所等で勤務している現役鍼灸師にとっては大きな壁となっています。そこで、当会は、鍼灸師が今の施術所等で勤務ながら、週1回程度、近隣の機能訓練型デイサービス等に実習に参加して技術や知識を身に着けることができる「機能訓練認定鍼灸師養成講座」を厚生労働省老健局と協議の上、創設しました。本講座を受講することで、多くの鍼灸師が介護予防事業で働けることを願っています。

### 「主任機能訓練認定鍼灸師」 受講料 100,000円（税込）

機能訓練認定鍼灸師の育成をする教員の資格。指定事業者は「主任訓練認定鍼灸師講座」を受講します。なお当会が直接養成を実施します。

### 「機能訓練認定鍼灸師」 受講料 100,000円（税込）

指定事業者が実施する6か月間の通信講座と2日間のスクーリング、機能訓練型デイサービスで研修を行います。講座修了後、当会の発行する「機能訓練認定鍼灸師証」及び実習施設の「実務経験証明書」を交付します。講座の運営管理は、すべて指定事業者が実施します。

## A 事業者指定申請

「機能訓練認定鍼灸師養成講座」を実施する事業者は指定申請を行います。指定要件は以下です。

1. 「主任機能訓練認定鍼灸師講座」を受講している。
2. 当会が定めるカリキュラム・講習テキストに基づいて講義する。
3. 機能訓練型デイサービス（マシン設置あり）を運営している。

## B 指定料

講座指定料：募集人員×30,000円（税込）

テキスト代、認定料、登録費用等が含まれています

指定料は、当会指定口座に、所定期日までにお振込みください。

## C 講習課程（シラバス）8講座 12時間

時間	科目
2.5	介護保険制度ならびに障害者総合支援法に関する基本的理解
2	介護予防・日常生活支援総合事業に関する基本的理解
1.5	事業対象者、要支援介護に関する技術の基礎的な知識
1	基本的な情報収集と記録等の共有に関する演習
1.5	身体機能評価論
1	機能訓練計画書に関する演習とアウトカム指標の設定
1	機能的トレーニングに関する演習
1.5	マシントレーニングに関する演習

## 機能訓練認定鍼灸師養成講座 学則

(目的)

**第1条** 特定非営利活動法人介護予防研究会は機能訓練指導員をめざす「鍼灸師」に対し、質の高い個別機能訓練技術や介護予防事業の知識を提供する事を目的とする。

(研修の名称)

**第2条** 本講座の名称は「機能訓練認定鍼灸師養成講座」と称する。

(位置)

**第3条** 本部を東京都北区赤羽北 2-13-8 に置く。

(修業年限)

**第4条** 当講座の修業年限は6ヶ月とする。

(受講定員)

**第5条** 1クラスの定員は24名以下の通りとする。

(養成課程)

**第6条** 当講座の研修科目は、別紙シラバスのとおりである。

(履修方法)

**第7条** 当講座の別紙に沿った内容、時間で履修することとする。

(授業時間及び休業日)

**第8条** 当講座の別紙に沿った日時で授業を行う。

(入学時期)

**第9条** 当講座の入学の時期は、受講生の入校月とする。

(入学資格)

**第10条** 当講座の通信課程は機能訓練指導員の取得をのぞむ鍼灸師とする。

(入学の選別)

**第11条** 講座を受けるにあたっての心構え、機能訓練指導員に関する知識、規則遵守の適応性、態度等を書類で判断して選抜する。開講2週間前までに文章にて決定通知を送付する。

(入学手続)

**第12条** 当講座が定める期間内に誓約書等を提出する。

(退学)

**第13条** 当講座を退学しようとする者は退学届を提出し、許可を得なければならない。

(休学・復学)

**第14条** 当講座を休学する場合、休学・復学届を提出し、許可を得なければならない。

(講座修了の認定)

**第15条** 以下の基準が満たない場合、認定しないこととする。

1. スクーリングの出席時間数が定められる基準に満たない。
2. 実地研修の出勤日数が基準に満たない。
3. 現場管理者による修了評価が基準に満たない。

本学則は、平成31年1月1日より施行する

# 機能訓練認定鍼灸師養成講座 修了証明書

第 東000号

	生 年 月 日 (和暦)
	昭和 年 月 日生

上記の者は、当会が厚生労働省の承認を受けて行う  
機能訓練認定鍼灸師養成に基づく全科目を  
平成 年 月 日に修了したことを証明します

平成 年 月 日

特定非営利活動法人 介護予防研究会

理事長 佐藤 司 印

## 実務経験証明書

年 月 日

事業者(法人)名

代表者職名・氏名

印

下記の者は、以下のとおり機能訓練指導の実務経験を有することを証明します。

氏名	年 月 日生
施設又は事業所名	
所在地	
施設(事業所)種別	
就業期間	年 月 日～ 年 月 日
上記のうち機能訓練指導に従事した期間	年 月 日～ 年 月 日
上記期間の事業所における機能訓練指導員が有する資格	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 看護職員 ・ 柔道整復師 あん摩マッサージ指圧師 <span style="float: right;">※○を付すこと</span>

注1 「施設種別」は具体的に通所介護，特別養護老人ホーム等と記入してください。  
 ※上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には，内容の確認をさせていただきます，必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので，予めご承知下さい。

# 講座指定申請書

平成 年 月 日

1. 講座開始年月日 平成 年 月 日 ~
2. 受講者数 \_\_\_\_\_ 名
3. 実施場所 〒 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_
4. 講座名称 \_\_\_\_\_
5. 指定事業者名 \_\_\_\_\_
6. 事業者住所 〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. 事業者連絡先 TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_
8. 担当者名 \_\_\_\_\_

備考

# 講座修了者報告書

	氏名	フリガナ	〒	住所	生年月日	TEL
1					S・H 年 月 日	
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						

平成 年 月 日

事業者名 \_\_\_\_\_

講座名称 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

FAX 03-5963-8132