

生涯元気事業
(すこやか運動教室)
マニュアル

令和6年4月

長崎市

もくじ

生涯元気事業（すこやか運動教室）

| | | |
|----|---------------------------|----|
| 1 | 事業の概要 | 1 |
| 2 | 運営について | |
| | (1) 担当スタッフと役割 | 2 |
| | (2) 運営に関する留意事項 | 2 |
| 3 | 生涯元気事業（すこやか運動教室）事業実施に伴う流れ | |
| | (1) 事務の流れ | 3 |
| | (2) 参加希望者への対応 | 4 |
| | (3) プログラムの流れ | 5 |
| | (4) プログラムの内容 | 5 |
| | (5) プログラムに関する留意事項 | 5 |
| | (6) 評価会議について | 6 |
| | (7) 体調チェックについて | 7 |
| | (8) 悪天候等による開催中止について | 7 |
| | (9) その他 | 8 |
| 4 | 苦情対応について | |
| | (1) 留意事項 | 8 |
| | (2) 相談先 | 8 |
| 5 | 安全管理について | |
| | (1) 安全対策の確認 | 8 |
| | (2) 緊急時対応の共有 | 8 |
| | (3) 事故報告 | 8 |
| | (4) 保険の加入について | 9 |
| 6 | 介護予防事業緊急対応マニュアル | |
| | (1) 事前にしておくこと | 9 |
| | (2) 事業当日にすること | 9 |
| | (3) 緊急時の対応 | 10 |
| 7 | 開設に向けてのチェックリスト | 11 |
| 8 | 地域包括支援センターの役割と連携 | |
| | (1) 地域包括支援センターの業務 | 12 |
| | (2) 地域包括支援センターの役割 | 12 |
| 9 | 介護予防ボランティアについて | |
| | (1) 役割 | 13 |
| | (2) 活動内容 | 13 |
| | (3) 気がけること | 13 |
| | (4) その他 | 13 |
| 10 | 薬剤師・栄養士・歯科衛生士の派遣について | |
| | (1) 理学療法士又は作業療法士以外の専門職の依頼 | 14 |
| | (2) 手続き方法 | 14 |
| | (3) 講師への連絡 | 14 |

| | | |
|-----|--------------------------|----|
| 11 | 利用者の具体的な評価方法について | |
| (1) | 目的 | 15 |
| (2) | 問診 | 15 |
| (3) | 体力評価 | 15 |
| (4) | 基本チェックリストの考え方 | 19 |
| 12 | 通常開催中止時における代替メニューの実施について | |
| (1) | 通常開催を中止とする要件 | 22 |
| (2) | 代替メニューの回数上限 | 22 |
| (3) | 代替メニューの内容 | 22 |
| (4) | 代替メニューを実施しない場合 | 22 |
| (5) | その他 | 22 |
| 13 | 生涯元気事業「すこやか運動教室」Q&A | 23 |

●様式集●

| | | |
|------------|---------------------------------|----|
| 【様式 1-1】 | 生涯元気事業 実施報告書[鑑] | 28 |
| 【様式 1-2】 | 【様式 1-2 記載例】生涯元気事業 実施報告書 | 29 |
| 【様式 1-3】 | 【様式 1-3 記載例】生涯元気事業代替メニュー実施報告書 | 31 |
| 【様式 1-4】 | 【様式 1-4 記載例】代替メニュー個別対応記録 | 33 |
| 【様式 2】 | 【様式 2 記載例】生涯元気事業 出席簿 | 35 |
| 【様式 3】 | 【様式 3 記載例】体力測定記録表 | 37 |
| 【様式 4】 | 主観的指標 | 39 |
| 【様式 5】 | 基本チェックリスト | 40 |
| 【様式 6】 | 事故 ヒヤリ・ハット報告 | 41 |
| 【様式 7】 | すこやか運動教室参加申込書 | 42 |
| 【様式 8】 | すこやか運動教室の参加の留意事項 | 43 |
| 【様式 9】 | 【様式 9 記載例】すこやか運動教室の参加について（お知らせ） | 47 |
| 【様式 10】 | 評価会議実施報告書 | 49 |
| 【様式 11】 | 【様式 11 記載例】実施状況 | 50 |
| 【様式 12】 | 運動前の体調チェック | 52 |
| 【様式 13】 | 【様式 13 記載例】担当者調査票 | 53 |
| 【様式 14】 | 令和 6 年度すこやか運動教室年間計画表 | 55 |
| 【様式 15・16】 | 生涯元気事業測定結果 | 56 |
| 【様式 17】 | 薬剤師講師派遣依頼書 | 58 |
| 【様式 18】 | 栄養士派遣依頼書 | 59 |
| 【様式 19】 | 長崎県歯科衛生士会人材派遣受付票 | 60 |

●別添資料●

| | | |
|--------|------------------------|----|
| 【資料 1】 | 提出書類 | 61 |
| 【資料 2】 | (参考) 体力測定結果返却ツール | 62 |
| 【資料 3】 | (参考) 代替メニュー毎日運動チェックシート | 63 |

生涯元気事業（すこやか運動教室）

1 事業の概要

| | |
|----------|---|
| 目的 | 高齢者が、自宅で簡単に取り組める運動を学びながら、介護予防（心身機能の低下予防のほか、住民主体の支援活動を含む）を地域で継続する方法を身に付けることができる。 |
| 効果 | 1. 自宅での運動の習慣化により体力の維持・促進、転倒リスクの軽減につながる。 2. 住み慣れた地域で、新たな仲間づくりや、生きがい活動への参加するきっかけとなる。 |
| 対象者 | 高齢者（65歳以上で、生活圏域内に住所地があるかた） |
| プログラムの内容 | 1. 運動とレクリエーション（教室を利用しなくてもひとりで、あるいは自主グループ等で継続できる運動メニューが中心） 具体例：ストレッチ体操、バランス運動、筋力向上運動（ダンベル・セラバンド等のトレーニング道具を使ってもよい）レクリエーション、リラクゼーション、健康体操（ご当地体操や創作体操など） 2. 体力測定等（年2回、リハ職による体力測定結果の説明を実施） |
| 参加人数 | 1回あたり30人程度 |
| スタッフ | 運動指導者1名以上（機能訓練指導員、介護現場で1年以上運動指導経験がある介護職員）、職員1名以上（職種は不問）、リハ職（体力測定時・加算あり） |
| ボランティア | 介護予防ボランティア（参加者への声かけ、気配り支援など） 1名あたり交通費相当の謝礼金（1千円）を委託費から支出 事業者決定後、市から配置希望を確認する |
| 開催頻度 | 月2回開催（*新規の会場は開設後から） |
| 時間 | 1時間30分（健康チェックを含む） |
| 実施会場 | 市が選定し、参加者が公共交通機関利用や徒歩等自力で移動して参加できる場所（地域の体育館、公民館、ふれあいセンター、集会所など） |
| 送迎 | なし |
| 保険 | 事業所で加入 |
| 利用料 | 無料 |

2 運営について

(1) 担当スタッフと役割

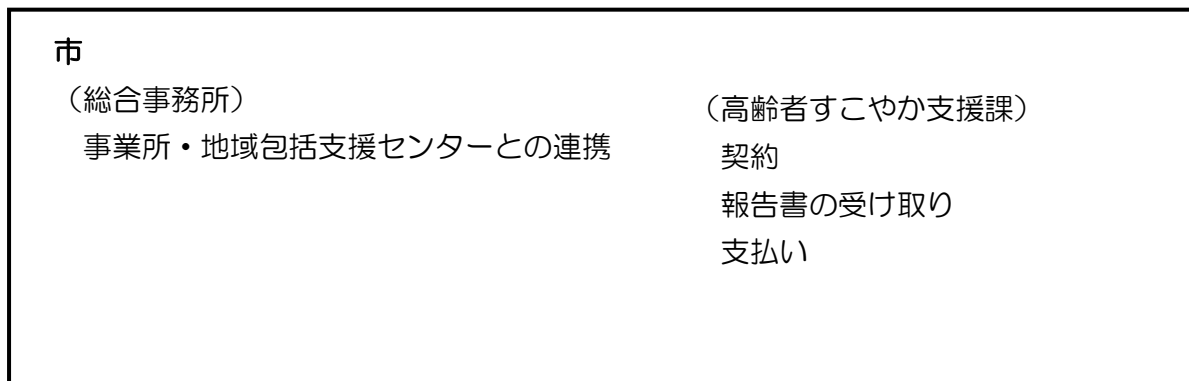
| 担 当 | 職 種 | 役 割 |
|--------|---|---|
| 運動指導者 | <ul style="list-style-type: none"> 機能訓練指導員 現場で1年以上運動指導経験がある介護職員 | <ul style="list-style-type: none"> プログラムの企画 運営実施 実施に係わる問診 体調チェック 運動指導 運動意欲、継続を高める為の支援 仲間づくりの為の支援 事業評価 参加者評価 |
| | 理学療法士、作業療法士 ＊少なくとも年2回以上の配置をお願いします | <ul style="list-style-type: none"> 運動の紹介・指導 事業運営・評価 参加者評価 体力測定、評価、参加者への結果解説 基本チェックリストの実施 |
| 職員 | 職種は不問 | <ul style="list-style-type: none"> プログラム企画の補助 運営実施 実施に係る問診 運動指導の補助 運動意欲、継続を高める為の支援 仲間づくりの為の支援 事業評価 参加者評価 基本チェックリストの実施 |
| ボランティア | 介護予防ボランティア (長崎市が養成したボランティア) | <ul style="list-style-type: none"> 教室運営のサポート (主に参加者へのサポート) |

(2) 運営に関する留意事項

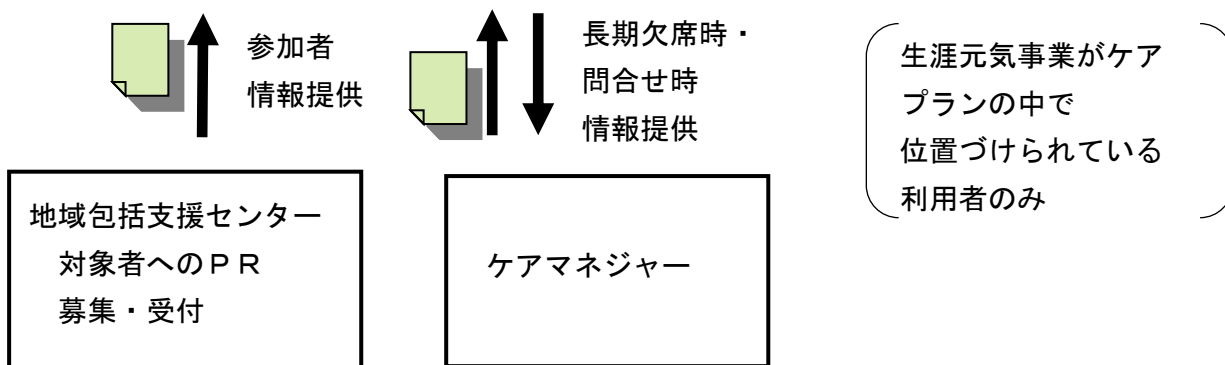
- ア 開設までの準備については、開始前に市と事前打ち合わせをしますので、「開設に向けてのチェックリスト」(P11)を参考に必要な準備を行ってください。
- イ 事業運営に関することは、「生涯元気事業(すこやか運動教室)Q&A」(P23)をご参照ください。
- ウ 請求等に関する問い合わせは、高齢者すこやか支援課事務担当者、運営に関する問い合わせ、及び参加者などに関する相談・連絡は、各総合事務所を窓口をお願いします。

3 生涯元気事業（すこやか運動教室）事業実施に伴う流れ

(1) 事務の流れ



【提出書類】
毎月の報告は、翌月10日までに
高齢者すこやか支援課へ提出してください。
(3月分は3月末までに提出)
※詳細は【資料1】(P.61) 参照



(2) 参加希望者への対応

すこやか運動教室の参加希望は随時受け付けます。参加希望者が参加する際には次の対応をお願いします。

ア 参加希望者本人や地域包括支援センター、ケアマネジャー、市等の問い合わせ（利用希望者受け入れの可否）に対応し、参加希望者本人へ、見学の案内をします。

イ 会場が満員で受入できない場合は、空きがでたら事業所から連絡後、申込前に事業見学のうえ、必要書類を渡して次回申込書提出後参加（以降「キャンセル待ち対応」）となることを説明します。

ウ 見学受け入れと説明、必要書類配布

(ア) 参加希望者が見学に来た際、参加申込書【様式7】、すこやか運動教室の参加の留意事項【様式8】、すこやか運動教室の参加について【様式9】の書類の説明をして渡してください。予約なしに直接会場へ来られる方もいますので、その際は見学、またはキャンセル待ち対応をお願いします。

(イ) 初回は、プログラムには参加せず見学をしてもらいます。
※報告の際、見学者は参加人数に計上しないでください。

(ウ) かかりつけ医がいるかたは、「月2回の高齢者向けの運動教室に参加してよいか」、「運動時の禁止事項や気をつけることはないか」を医師に尋ねて意見をもらって から参加するよう説明してください。

エ 初回参加時

(ア) 介護予防事業緊急対応マニュアル(P9)の(2)「事業当日にすること」を参考に参加者の当日の健康状態の確認や服装、履物などの安全確認をします。

(イ) 申込書を提出してもらいます。かかりつけ医へ事業参加について伝えているかを確認してください。

(ウ) 本事業は介護保険サービスではありませんが、対象者は65歳以上で、生活圏域内に住所があるかたか、初回参加時(4月は2回目以降)に確認してください。また、要介護認定、要支援認定や事業対象者(介護予防の必要性があると判断された方)の内訳、「要介護状態区分等」と「認定の有効期間」、緊急時連絡先でもあります「居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称」も確認してください。なお、介護保険状態区分については、生涯元気事業「すこやか運動教室」出席簿(半期用)【様式2】で報告をお願いします。

(エ) 当日のプログラムを実施します。初回参加者は介護予防ボランティアを近くに配置するなど安全に特に配慮してください。水分補給を適時取るようにしてください。

(3) プログラムの流れ

ここではプログラム内容及び時間配分の例を示していますが、必要に応じて変更して構いません。なお、休憩や水分補給は対象者の状況や運動の内容により、適時取るようにしてください。

(参考例)

| | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------|--------------------|------|
| 受付 問診 体調確認 など | 準備体操 ラジオ体操 みんなの体操 など | 【運動】 ストレッチ体操 バランス運動 筋力向上運動 ウォーキング 屋外運動(健康遊具 等の活用) など | レクリエーシ ョン 講話 交流 | 整理体操 次回連絡 など | 後片付け |
| 15分 | 10分 | 50分 | | 15分 | |

(4) プログラムの内容

| | |
|----------|--|
| 評価 | <ul style="list-style-type: none"> ○体力測定を実施（半年に1回） 体力測定記録表 【様式3】 <ul style="list-style-type: none"> ①握力 ②開眼片脚立ち ③椅子起立時間 ④Timed Up and Go Test ○主観的指標（1年に2回） 【様式4】 ○基本チェックリスト 【様式5】 |
| 運動 | ○ストレッチ体操、バランス運動、筋力向上運動（ダンベル・セラバンド等のトレーニング道具を使ってもよい）レクリエーション、リラクゼーション、健康体操（ご当地体操や創作体操など） |
| レクリエーション | <ul style="list-style-type: none"> ○仲間づくりのためのレクリエーション・ゲーム ○運動の一環としての昔の遊び ○自律訓練法、指運動など |

(5) プログラムに関する留意事項

- ア 毎回簡単な健康チェックを行ってください。健康チェック表を作成していますが、独自のチェックでも構いません。
- イ 事業対象者、要支援1、要支援2、要介護者の参加者で、ケアマネジメント、介護予防ケアマネジメントを受け、介護予防の取り組みとして本教室参加がケアプランに位置付けられている場合があります。ケアプランは本人もお持ちですので、本人の同意があれば入手して支援の参考にしていただくことができます。その場合ケアプランは事業者にて保管し、年度終了時に本人へ返却します。無断で3ヶ月以上休んだ場合は、ケアプランの達成に影響が出る場合がありますので、ケアマネジャーに欠席している旨を連絡してください。

- ウ 体力測定、主観的指標と基本チェックリストは2回（概ね5月～6月と11月～12月）実施します。測定項目は、①握力、②開眼片脚立ち、③椅子からの立ち上がり、④Timed Up and Go Test とします。結果を入力したデータは、1月～3月に各総合事務所にメールで送付してください。
- エ 薬剤師、栄養士等、体力測定と結果解説以外の講話を実施することもできますが、講話を実施する日も全体のプログラムの半分以上は運動とレクリエーションを実施してください。
- オ 年1回以上は、地区資源の紹介（地域包括支援センターによるミニ講話、または地区資源に関する媒体とシナリオ等を地域包括支援センターから提供してもらって事業所から伝達してもらうことも可能）や地区資源の体験（動画やスライドでの紹介、利用者体験談紹介、高齢者ふれあいサロンサポーターによる紹介、サロン見学、交流会開催など、実施方法については包括に相談して決める）をプログラムに取り入れてください。

(6) 評価会議について

- ア 年1回、1～3月上旬までに実施してください。会場ごとに開催します。受託した法人で、複数の会場をまとめて開催することも可能です。その場合は、事前に各総合事務所へご相談ください。
- イ 所要時間は1時間程度とします。会議時間には、自己紹介や事業報告を含みます。
- ウ 担当の地域包括支援センターと地区担当保健師は必ず参加できるよう調整をお願いします。ほかにリハ職、介護予防ボランティアへも参加勧奨をお願いします。参加が困難な場合は、事前に課題や意見がないかを聞き取り、会議終了後は報告書にて結果をお知らせください。
- エ 会場がある地区を担当している長崎市在宅支援リハビリセンターへも会議参加勧奨をお願いします。参加できない場合は事前に課題や意見がないかを聞き取り、会議終了後は報告書にて結果をお知らせください。
- オ リハ職は2名まで、専門職加算を付けることが可能です。ボランティアへの謝礼及び在宅支援リハビリセンター職員への謝礼はありません。
- カ 開催する会場が確保できない場合は、総合事務所で確保しますのでご相談ください。
- キ 議題抽出等の相談は、各総合事務所や地域包括支援センターへご相談ください。
- ク 会議報告書【様式10】は翌月の実施報告提出時（3月実施時は3月末日まで）に提出してください。
- ケ 新規の事業所やおすすめプログラムに変更があった事業所に関しては、実施状況【様式11】を記入し、各総合事務所へ提出してください。とりまとめたものを次年度の受託事業所へ共有します。

(7) 体調チェックについて

《運動前》 次の項目に当てはまる場合は、運動ができるかどうかの判断が必要になります。

運動ができないと判断した場合は、帰宅し安静にするよう助言・指導し、必要に応じて医療機関受診を勧め、帰宅後の状態を電話などで確認してください。

- ① 収縮期血圧 180mmHg 以上、または 80mmHg 未満
- ② 拡張期血圧 110mmHg 以上
- ③ 体温 37.5℃以上
- ④ 脈拍が 120 拍/分以上
- ⑤ いつもと異なる脈の不正がある場合
- ⑥ 関節痛など慢性的な症状の悪化

※厚生労働省介護予防マニュアル【第4版】参考

他、頭痛や腹痛、下痢等全身的な体調を考慮し、判断をお願いします。

《運動中》 次のような状態があれば、運動を中止する必要があります。

- | | |
|-----------------|---------------------|
| ①胸が苦しい、痛い | ⑤顔面が蒼白になる、冷や汗が出る |
| ②めまいがする | ⑥吐き気がする |
| ③頭がぼーとなる | ⑦普通でないような息切れがある |
| ④急に脈が速くなる、動悸がする | ⑧腰や膝に耐えられないような痛みがある |

運動中止後、体調観察を行うとともに、状態に応じて医療機関受診など必要な処置をとります。家族や地域包括支援センター又は担当ケアマネジャーへの連絡などもあわせて行ってください。なお、帰宅後も継続して生活状態の把握や支援が必要な場合は、各総合事務所に連絡してください。

(8) 悪天候等による開催中止について

荒天が予測される場合、高齢者等避難の発令の有無にかかわらず、地域の状況等を踏まえ、安全面を考慮し事業所で開催の判断をしてください。中止する場合は、各総合事務所へ報告のうえ、参加者や実施会場への連絡、次回開催の調整をお願いします。避難情報等は「防災ガイドながさき」で確認が可能です。また会場の確保が可能な場合、参加者の意向を確認し、振替開催をお願いします。

(中止を検討する例)

- ・長崎市がレベル3（高齢者等避難）以上を発令した時
 - ・台風接近・大雨などで、会場が避難所となった時
 - ・長崎市へ台風が上陸する恐れがある時
 - ・感染症（インフルエンザや新型コロナ等）が事業所職員間で蔓延している時
 - ・その他、中止にすべきか判断に迷う際は、各総合事務所へ相談してください。
- 振替開催が困難であり、代替メニューを実施する際は P22 を参考にしてください。

(9) その他

- ア 3ヶ月以上の欠席者は登録を抹消します。担当ケアマネジャーがいる場合は担当ケアマネジャーへ、いない場合は担当の地域包括支援センターへ報告をお願いします。それ以外にも、運動・認知機能の低下が顕著で、フォローが必要な方等いた場合、その都度地域包括支援センターへ相談をお願いします。
- イ 報告書は事業終了後毎回記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。3月分は3月末までに提出してください
- ウ 利用者の心身の不調など気になる様子がある場合は、利用者のお住まいの地域包括支援センター又は担当ケアマネジャーに情報提供を行ってください。

4 苦情対応について

利用者によっては、苦情の内容や状況をうまく表現できなかつたり、苦情を言うことにより事業所に嫌われてサービスを利用できなくなるのではないかという不安を持ったりすることがあります。利用者が抱く疑問や不安を潜在化させることなく、早い段階で把握し事故やトラブルを未然に防ぐように心がけましょう。利用者からの苦情については、まず事業所がその責任において解決をしていきます。

(1) 留意事項

- ア 苦情解決にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重します。
- イ プライバシーの保護に十分配慮し、利用者の立場に立った対応をします。
- ウ 利用者から受けた苦情・相談については経過及び結果を必ず利用者に報告します。

(2) 相談先

解決困難な案件や、他のサービス事業所に対する苦情があった場合は、各総合事務所へご相談ください。

5 安全管理について

(1) 安全対応の確認

プログラムを安全に実施するために、事故予防及び事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備する必要があります。さらに、各事業所では事故処理委員会の設置や責任者を設置する等を講じ、定期的に安全対応の確認をしてください。

(2) 緊急時対応の共有

対象者の主治医や緊急連絡先との連絡体制の確認や、最寄りの医療機関・救急病院のリストの作成等を行い、緊急時の対応の仕方について職員間で共有してください。

(3) 事故報告

事故が起こった場合や救急搬送した場合などは、2日以内に[事故ヒヤリ・ハット報告]【様式6】を総合事務所へ提出してください。2日以内の提出が難しい場合は、すみやかに総合事務所へ電話等で報告し、後日報告書の提出をしてください。また高齢者すこやか支援課へも毎月の報告書の提出と併せて、提出をしてください。

(4) 保険の加入について

高齢者の場合は特に、万全の安全管理をしても突発事故が起こる可能性があります。傷害・事故に備えて、参加者・スタッフ・講師・介護予防ボランティアを含めた傷害保険への加入のうえ、4月分の報告提出時に写しを提出してください。

6 介護予防事業緊急対応マニュアル

(1) 事前にしておくこと

| 項目 | 内容 | 例・注意事項 |
|---------------|---|--|
| a 主治医確認 | <ul style="list-style-type: none"> 事業参加の許可 運動の際の注意事項 連絡先と診療日・時間の確認 | <ul style="list-style-type: none"> 高血圧の例 日ごろから高血圧・不整脈のある人は、血圧上昇時・不整脈時の対処法や運動ができる上限値・程度を本人から聞いておく。 |
| b 家族等緊急連絡先の確認 | <ul style="list-style-type: none"> 緊急時の連絡先と続柄の確認 | <ul style="list-style-type: none"> 事業開催時間帯は、どこに連絡を取ったほうが確実か。 |
| c 近医の確認 | <ul style="list-style-type: none"> 事業開催時間帯に診療している最寄りの内科・外科・整形外科・総合病院の連絡先確認 | |
| d 傷害保険への加入 | <ul style="list-style-type: none"> 連絡先の確認 | |
| e 緊急連絡票の作成 | <ul style="list-style-type: none"> a、b、c、dを網羅したもの | <ul style="list-style-type: none"> 誰が見てもわかるように整理しておく |

(2) 事業当日にすること

| 項目 | 内容 | 例・注意事項 |
|---------------|--|---|
| f 参加者の健康状態の確認 | <ul style="list-style-type: none"> 主観的な体調の聞き取り 顔色、身体・関節の痛み、しびれ、頭痛、腹痛、下痢、動悸・息切れ、ふらつき、めまい、咳・痰、むくみ、倦怠感、睡眠不足、食欲低下、うつ状態などの症状の有無 血圧測定 必要時脈拍測定 | <ul style="list-style-type: none"> 聞き取り及び観察により、健康状態を把握する。事業開始前の打ち合わせにおいて、スタッフ全員で観察・サポートを要するケースの状況についての共有を行う。 症状がある場合、原則として運動は控えるよう説明する。 動悸等の症状を伴う場合は、運動を行わないこととする。 |
| g 環境上の安全確認 | <ul style="list-style-type: none"> 玄関・会場での転倒予防 トイレ等、目が行き届かない場所の転倒リスクの確認 | <ul style="list-style-type: none"> 靴履き替え時の椅子の設置 段差・階段のあるところのマーキング 玄関での送り迎え時には必ずスタッフがついておく。 スリッパ・ストッキングをできるだけ着用しないよう注意する。 雨天時の滑り防止（雑巾の準備など） |

| | | |
|--------------------|--|--|
| h 参加者への事故防止についての説明 | ・f、gについて注意事項を十分に説明し、個人個人が注意するよう自覚を持ってもらう | |
|--------------------|--|--|

(3) 緊急時の対応

- ア 緊急時の判断については、原則として本人及び家族に判断能力があるときには本人及び家族の意思を尊重します。しかし、本人が遠慮・拒否した場合でも、受診を説得する等十分な対応をお願いします。(傷害保険の申請時は必ず受診が必要)

- イ 当日、判断を仰ぐ場合、緊急報告を要する場合を想定し、母体法人との連絡体制が必ずとれるよう緊急時の対応マニュアルを事業所ごとに作成し、共通認識をしておくようにしてください。

- ウ 事故発生及び緊急搬送時は必ず、対応後速やかに総合事務所へ連絡をお願いします。また、近医受診した場合も含め2日以内に各総合事務所に事故報告【様式6】を提出してください。

- エ 事故に至らなかった場合においても、ヒヤリ・ハット体験をした場合は、後日、総合事務所にヒヤリ・ハット報告【様式6】を提出してください。

7 開設に向けてのチェックリスト

| チェック | 項目 | 内容 |
|------|---|---|
| | 会場の申し込み | 各総合事務所で当年度分の会場の仮予約をしていますので、前月までに翌月の申し込みを各会場の規則に沿って手続を行ってください。会場使用料は、各会場により支払方法が異なりますので、確認をしてお支払いください。 |
| | 年間計画（プログラム）を決める * 総合事務所への提出もお願いします（4月報告提出時）。 | 前年度末に日程表を渡してもらっています。参加者に日程や内容が分かるように年間のプログラムを作成し、できるだけ早く配付してください。 日時、内容（予定）、持ってくるもの、注意事項、事業所の連絡先など必要事項を入れてください。都合で日程、内容が変更になる場合は、その都度参加者に周知するとともに各総合事務所へも連絡してください。 |
| | 参加者名簿 | 4月に継続利用者から参加申込書【様式7】を提出してもらってください。その後は、事業所へ随時申し込みがあります。【様式2】で出席簿を作成してください。 |
| | 配付資料の準備 | 各プログラムにより必要な資料を準備し配布してください。特に自宅でも取り組める運動の資料は提供ください。 |
| | 事業に必要な書類、器具の準備 | 健康チェック表（問診）、参加名簿、名札、配付資料、血圧計セット、体力測定に必要な器具（握力計、ストップウォッチ、ビニールテープなど）、筆記用具他必要な書類、器具を準備ください。 |
| | 担当者間の役割分担 | 司会・進行、運動指導、健康チェックなど各事業所で役割の確認をしてください。 |
| | 講師との打ち合わせ | 日程、内容、謝礼金などの調整、連絡などを行ってください。体力測定と結果解説に関する業務のうち、リハ職の確保が困難な場合は、各総合事務所へ相談してください。 |
| | 講師謝礼金 | 外部講師のうち、理学療法士、作業療法士については謝礼金を委託費の中より支払います。謝礼金には交通費等を含みます。支払方法については、講師と話し合ってください。 |
| | 介護予防ボランティア | 介護予防ボランティアを受け入れる事業所で、活動希望者が複数名いる場合は、ローテーションを組むか、配置する日程・必要に応じた複数配置等を話し合ってください。また交通費相当として委託費より1回1人千円をお支払ください。支払方法については、介護予防ボランティアと話し合ってください。 |
| | 安全確認 | 安全管理マニュアル、緊急時連絡フロー図を作成し対応が出来るようスタッフ間で共有し準備してください。 |
| | 保険の加入 | 加入名簿、必要な情報の把握、手続を行ってください。 |
| | 苦情対応について | 担当者、対応の方法について決めておいてください。 |
| | その他 | 事業所で必要なものはご準備ください。 |

8 地域包括支援センターの役割と連携

長崎市では、高齢者のかたやその家族の日常生活の悩みや心配ごと、各種サービスの利用の方法等さまざまな相談に応じる窓口として、20ヶ所の地域包括支援センターを設置しています。

(1) 地域包括支援センターの業務

生涯元気事業（すこやか運動教室）においての地域包括支援センターの主な業務は次のとおりです。

- ア 包括的支援業務：地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるようにするために、どのような支援が必要かを幅広く把握し、相談を受け、介護保険サービスにとどまらず、インフォーマルを含めた様々なサービス、及び関係機関または制度の利用につなげていく等の支援を行います。
- イ 介護予防事業：介護予防・日常生活支援総合事業に関する相談を受け、介護予防ケアマネジメントを実施して、適切なサービス、及び関係機関または制度の利用につなげていく等の支援を行います。

(2) 地域包括支援センターの役割

生涯元気事業(すこやか運動教室)における地域包括支援センターの役割は次のとおりです。

- ア 担当地域内にどのような介護予防が行われているか日頃から把握に努め、地域の中で本事業の利用が必要と思われる方に支援を行います。
- イ すこやか運動教室参加者が、介護予防のために今後自分で続ける運動の方法として、地域のインフォーマルを含めた様々なサービスの情報提供を行います。また、利用者が円滑にサービス利用できるよう仲介したり、教室参加者で自主グループを作る働きかけや支援を行います。
- ウ 運動・認知機能低下が顕著な利用者がいないか、事業所と連携・把握し、適切な支援につなげる等フォローをお願いします。
- エ 評価会議へは担当の地域包括支援センターも必ず参加できるよう調整ください。

9 介護予防ボランティアについて

(1) 役割

介護予防ボランティアの役割は参加者への声かけ・気配り等の支援を通して参加者が楽しく事業に参加継続できるようにすることです。また、参加者同士がコミュニケーションを円滑にできるようにサポートします。

(2) 活動内容

ア 参加者がスムーズに事業内容を実施できるよう事業所職員と共に準備を行います。

イ 事業実施中は参加者の状態に合わせて必要な支援をします。例えば、集団の中で孤立しそうな利用者には気がけて声をかけ、利用者が事業に楽しく参加できるようにします。

ウ 活動時間は事業実施時間とその前後15分程度です。(事業が14:00~15:30の場合は介護予防ボランティアの活動時間は13:45~15:45程度と考えて下さい)

(3) 気をつけること

ア 介護予防ボランティアに、日程・計画をきちんと伝えてください。できれば年間計画を渡してください。変更は早めに、確実に連絡して下さい。

イ 謝礼金(交通費)は確実に渡して下さい。出席簿や領収書等を作って管理し、出欠は間違いの無いように注意して下さい。毎回現金で渡す方法が好ましいですが、1ヶ月分まとめて振り込む場合は、事前に回数の確認をして下さい。

ウ 複数の介護予防ボランティアが交代で事業に参加する場合は、事業所と介護予防ボランティアで順番の確認を行ってください。

エ 介護予防ボランティアは事業所職員のお手伝いではありません。参加者のサポートができるよう支援して下さい。

オ 事業所の担当者と介護予防ボランティアが利用者への関わり方を共有し、介護予防ボランティアが、利用者の自立支援を妨げるような過度の支援にならないようによく話し合ってください。

カ 何か問題が発生し、介護予防ボランティアとの話し合いだけでは解決できない場合は総合事務所へご相談下さい。

(4) その他

介護予防ボランティア登録は、生涯元気事業(すこやか運動教室)の場合は80歳以下としています。

10 薬剤師・栄養士・歯科衛生士の派遣について

(1) 理学療法士又は作業療法士以外の専門職の依頼

理学療法士又は作業療法士は年2回以上の配置が必要ですが、それ以外の専門職は必要に応じて依頼することができます。依頼できる回数は理学療法士、作業療法士の派遣とあわせて年度中に4回までとします。理学療法士又は作業療法士以外に薬剤師や栄養士、歯科衛生士の派遣も可能です。理学療法士又は作業療法士以外の専門職についても積極的な活用をお願いします。

(2) 手続きの方法

- ア 薬剤師については、【様式 17】を高齢者すこやか支援課に提出してください。また講師派遣の可否について、「特記事項」欄に回答期限を記載してください。11年分まとめて依頼します。講師については薬剤師会より高齢者すこやか支援課に連絡がありますので、高齢者すこやか支援課より事業所に連絡します。
- イ 栄養士については、【様式 18】を高齢者すこやか支援課に提出してください。高齢者すこやか支援課より長崎県栄養士会に1年分まとめて依頼します。講師については長崎県栄養士会より直接事業所に連絡することになります。
- ウ 歯科衛生士については、【様式 19】を長崎県歯科衛生士会に直接FAXにて依頼してください。高齢者すこやか支援課および総合事務所に提出する必要はありません。
- エ 専門職加算は、法人職員が講話を実施した場合も加算します。

(3) 講師への連絡

- ア 市から講師決定の連絡後、速やかに事業所より各講師と具体的な派遣内容について打ち合わせを行ってください。また、派遣日が近まりましたら、再度確認のためにも講師と連絡をとって下さい。
- イ 日程変更時は担当講師と直接調整を行ってください。
- ウ やむをえず依頼追加する場合は少なくとも2ヶ月前には高齢者すこやか支援課へ相談し、相談後指定の用紙(様式集)にて高齢者すこやか支援課までFAXで依頼をしてください。

*使用する依頼書等は、様式集のページを参照

| 職 種 | 窓口 | 使用する様式 |
|-------|------------------------------|-------------------------------------|
| 薬 剤 師 | 高齢者すこやか支援課 | 薬剤師講師派遣依頼書【様式 17】 |
| 栄 養 士 | | 栄養士派遣依頼書【様式 18】 |
| 歯科衛生士 | 長崎県歯科衛生士会 電話・FAX 814-8233 | 長崎県歯科衛生士会人材派遣受付票 (介護予防事業)【様式 19】 |

1.1 利用者の具体的な評価方法について

(1) 目的

利用者を評価する目的は、高齢者の心理的・身体的状況、転倒リスク、体力水準などを把握し、個別の目標が達成できるように適切なサービス提供を行うことにあります。

(2) 問診

問診の方法については、利用者自身で記入していただく方法や面接方式などがあります。正確な情報を得るためには、面接方式が望ましい場合もありますが、利用者に応じて事業所で判断してください。

(3) 体力評価

体力測定は、高齢者の身体機能を評価するとともに「すこやか運動教室」の効果判定としても有用に利用します。特に下肢筋力、立位バランス、歩行の評価は重要になります。体力測定項目は以下の4項目を実施します。測定結果を**体力測定記録表【様式3】**に記録します。

ア 筋力：全身的体力の指標となります。

(ア) 握力

準備物：握力計

準備方法：特になし

測定方法

- a 握力計を握りやすい状態に合わせます。
- b 上肢を垂らしたまま、握力計を力いっぱい握ります。
- c 計測の姿勢は立位・座位どちらでも構いません。
- d 左右両側を計測します。
- e 左右交互に2回ずつ計測を行い、記録します。安全のために息は止めずに、呼吸をしながら行います。

(イ) 椅子起立時間：下肢筋力の簡易な指標になります。

準備するもの：椅子（高さ45cm、背もたれがあり、肘掛はなく、座る部分は傾斜がなく固めのもの）、ストップウォッチ

準備方法：椅子は動かないように介助者が固定します。

測定方法

- a 椅子から5回続けて立ち上がり、その時間を測定します。
- b 両腕を胸の前で組み、座る部分の半分は深く座ります。
- c 手を使わずに“立ち上り、座り”を5回繰り返し、5回目に立位時を終了とし、その所要時間を計測します。
- d 手を使用したり、介助を要した場合はその旨記載してください。
- e 1回の練習後、2回ずつ計測し記録します。

イ バランス評価

(ア) 開眼片脚立ち

準備するもの：ストップウォッチ

準備方法：測定中に対象者がふらついても支障のないスペースを確保します。

測定方法

- a 両手を腰に当て片足を床から離し、以下のいずれかの状態が発生するまでの時間をストップウォッチで測定します。上げる足は、前方、後方どちらに上げて可としますが、支持脚につけないようにします。
 - (a) 支持脚の位置がずれたとき
 - (b) 腰に当てた手が離れた時
 - (c) 支持脚以外の身体の一部が床に触れた時
- b 支持脚が左か右かを記録しておきます。
- c 計測は2回行い、よい方の記録を記入します。計測者は対象者の傍らに立ち、安全を確保してください。指示は「眼を開けたままこの状態をできるだけ長く保ってください」に統一します。
- d 1回の練習後、2回ずつ計測し記録します。

ウ 敏捷性テスト

(ア) Timed Up and Go Test：歩行能力とともに歩行時のバランスを評価します。

準備するもの：椅子（高さ45cm、背もたれがあり、肘掛はなく、座る部分は傾斜がなく固めのもの）、ストップウォッチ、ビニールテープ

準備方法：椅子から直線距離で3m先の床にテープを貼ります。椅子は動かないように介助者が固定します。

測定方法

- a 被験者は椅子に深く腰掛けます。
- b 「はい」と同時にストップウォッチにて計測を始め、椅子から手を使わずに立ち上がり、ラインを左右どちらかの足で完全に越え（ラインを踏んだら不可）、振り返り、歩いて再び椅子に座るまでの時間を計測します。
- c 補助具（杖など）を使用した場合は、その旨記載します。
- d 測定者は被験者がバランスを崩したとき、すぐ助けられるように近くに立って補助します。
- e 1回の練習後、2回ずつ計測し記録します。

握 力



準備するもの： 握力計

- ①握力計を握りやすい状態にあわせる。
 - ②上肢を垂らしたまま、握力計を力いっぱい握る。計測姿勢は立位・座位どちらでも良い。
 - ③左右両側計測する。
 - ④左右2回測定し、良い方の値を記録する。
- 安全のために息を止めずに、はきながら行う。

開眼片脚立ち



○準備するもの
ストップウォッチ

- 準備方法
測定中に対象者がふらついても支障のないスペースを確保する
- 測定方法
- ①両手を腰にあて片足を床から離し、以下のいずれかの状態となるまでの時間をストップウォッチで測定する。上げる脚は、前方・後方どちらに上げてても可とするが、支持脚に付けないこと。
 1. 支持脚の位置がずれたとき
 2. 腰にあてた手が離れたとき
 3. 支持脚以外の体の一部が床に触れたとき
 - ②支持脚が右か左かを記録しておく。計測者は対象者の傍らに立ち、安全を確保する。教示は「眼を開けたままこの状態をできるだけ長く保ってください」に統一する。
1回練習した後に2回計測を行い、よい方の記録を記入する。

椅子起立時間



- 準備するもの：
椅子（高さ45cm、背もたれがあり、肘掛けはなく、座る部分は傾斜がなく固めもの）、ストップウォッチ

- 準備方法
椅子は動かないよう介助者が固定する。
- 測定方法
 - ①椅子から5回跳けて立ち上がり、その時間を測定する。
 - ②両腕を胸の前で組み座る部分の半分以上は深く座ってもらう。
 - ③手を使わずに”立ち上がり、座り”を5回繰り返し、5回目の立位時を終了とし、その所用時間を計測する。
 - ④手を使用したり、介助を要した場合はその旨記載する。
1回練習した後に2回計測を行い、よい方の記録を記入する。

Timed Up and Go Test



- 準備するもの：椅子（高さ45cm、背もたれがあり、肘掛けはなく、座る部分は傾斜がなく固めもの）、ストップウォッチ、ビニールテープ

- 準備方法
椅子から直線距離で3m先の床にテープを貼る。椅子は動かないよう介助者が固定する。
- 測定方法
 - ①被験者は椅子に深く腰掛ける。
 - ②「はい」と同時にストップウォッチにて計測を始め、椅子から手を使わずに立ち上がり、ラインを左右どちらかの足で完全に越え（ラインを踏んだら不可）、振り返り、歩いて再び椅子に座るまでの時間を計測する。
 - ③補助具（杖など）は、使用した場合はその旨記載する。
 - ④測定者は被験者がバランスを崩したとき、すぐ助けられるように近くに立つ。
1回練習した後に2回計測を行い、よい方の記録を記入する。

(4) 基本チェックリストの考え方

ア 共通的事項

- ① 対象者には、深く考えずに、主観に基づき回答してもらって下さい。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行って下さい。
- ② 期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらって下さい。
- ③ 習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらって下さい。
- ④ 各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各地域の実情に応じて適宜解釈していただいて結構ですが、各質問項目の表現は変えないで下さい。

| | 基本チェックリストの質問項目 | 基本チェックリストの質問項目の趣旨 |
|---|--------------------------------|---|
| | 1～5までの質問項目は日常生活関連動作について尋ねています。 | |
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答して下さい。なお、1人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか(例えば、必要な物品を間違いなく購入しているか)を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答して下さい。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。 |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。 |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流は含みません。また、家族や親戚の家への訪問は含みません。 |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。 |
| | 6～10までの質問項目は運動器の機能について尋ねています。 | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわず | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうかを |

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---|
| | に昇っていますか | 尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。 |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらず立ち上がっていますか | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。 |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。 |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | この1年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。 |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。 |
| 11～12までの質問項目は低栄養状態かどうかについて尋ねています。 | | |
| 11 | 6カ月で2～3Kg以上の体重減少がありましたか | 6カ月間で2～3Kg以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。6カ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。 |
| 12 | 身長、体重 | 身長、体重は、整数で記載して下さい。体重は1カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 |
| 13～15までの質問項目は口腔機能について尋ねています。 | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。 |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。 |
| 15 | 口の渴きが気になりますか | 口の中の渴きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。 |
| 16～17までの質問項目は閉じこもりについて尋ねています。 | | |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 週によって外出頻度が異なる場合は、過去1カ月の状態を平均して下さい。 |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。 |
| 18～20までの質問項目は認知症について尋ねています。 | | |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 本人は物忘れがあると思っても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。 |

| | | |
|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。 |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答して下さい。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。 |
| 21～25までに質問項目はうつについて尋ねています。 | | |
| 21 | (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない | ここ2週間の状況を、本人の主観に基づき回答して下さい。 |
| 22 | (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | |
| 23 | (ここ2週間)以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる | |
| 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない | |
| 25 | (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする | |

イ 注意事項

(ア) 実施に際しては、質問項目の意味を説明しながら、本人に記載してもらうようにしてください。

(イ) 本事業で実施した基本チェックリストの結果、半年前のリスク数に比べて大幅に増えた、心身機能の低下が基本チェックリストに現れているなど、何らかの支援が必要と考えられる場合は、本人の了承を得たうえで地域包括支援センターに連絡してください。地域包括支援センターでは質問項目と併せ、本人の状況やサービス利用の意向を聞き取ったうえで利用すべきサービス等の振り分けを行います。担当ケアマネジャーがいる場合はケアマネジャーへ報告をお願いします。

(ウ) 参考までに基本チェックリストで、事業対象者に該当する基準をお示しします。

これらの基準該当だけで総合事業のサービス事業を受けることはできませんので、(イ)で述べたとおり、地域包括支援センターに対応を依頼してください。

- a 質問項目 1～20 までの 20 項目のうち 10 項目以上に該当
- b 質問項目 6～10 までの 5 項目のうち 3 項目以上に該当
- c 質問項目 11～12 までの 2 項目の 2 項目すべてに該当
- d 質問項目 13～15 までの 3 項目のうち 2 項目以上に該当
- e 質問項目 16 に該当
- f 質問項目 18～20 までの 3 項目のうちいずれか 1 項目以上に該当
- g 質問項目 21～25 までの 5 項目のうち 2 項目以上に該当

1.2 通常開催中止時における代替メニューの実施について

※国の取り扱いに応じて、本事業の代替メニューの取り扱いを変更する場合があります。
変更した場合は、各事業所に通知連絡します。

(1) 通常開催を中止とする要件

- ア 長崎市が通常開催を中止すると判断した場合
- イ 事業所の申し出により長崎市と協議のうえ、一時的に通常開催を中止した場合
(事業所近隣で感染が蔓延している時等)
以上の要件を満たし、通常開催を中止した場合は、任意で代替メニューを実施してください。
代替メニューを実施していただいた場合は、別途仕様書のとおり委託費をお支払いします。

(2) 代替メニューの回数上限

利用者一人あたりに対して月に2回まで

(3) 代替メニューの内容

次のア～ウの中から選択し、1回あたり1つ以上を行ってください。

- ア 利用者への課題の提供
 - (ア) 自宅で15分以上できる運動メニューの資料を利用者へ配布
(分かりやすい解説や運動のポイントを添えた内容のもの。紙媒体、動画など、どのような方法でも可。ただし、内容は自宅で安全に行えるものにしてください。)
 - (イ) 自宅で15分以上できる脳トレの資料を利用者へ配布
(例)パンフレットや課題など
- イ 提供した課題の実施状況が確認できるもの(運動カレンダーやチェック表など)を回収し、確認し事後フォローする。
- ウ 課題の実施状況を電話等で確認する。
※利用者へ、課題の実施状況確認や利用者個人に合った具体的なアドバイスなどを行ってください。
※年度初めに提出した本事業の担当者調査表に記載されている職員が、対応してください。

(4) 代替メニューを実施しない場合

心身機能の低下のおそれがある利用者については地域包括支援センターや担当ケアマネジャーに情報提供を行ってください。

(5) その他

- ア (1)通常開催を中止とする要件のイにより代替メニューを実施する場合は、事前に必ず各総合事務所まで連絡をお願いします。
- イ 利用者へ課題の提供を行う場合は、内容が偏らないように、年間計画の内容も考慮しながら行ってください。
- ウ 代替メニューを実施した場合は、『生涯元気事業「すこやか運動教室」実施報告書(様式1-3)』で報告してください。
- エ 代替メニューの内容に関するお問い合わせは、各総合事務所に行ってください。

13 生涯元気事業「すこやか運動教室」 Q&A

Q1 参加者の保険は事業所で加入するのか？

A1 参加者、事業従事者、ボランティアの保険は事業所で加入してください。

Q2 参加者から参加費はとるのか？

A2 参加費は無料です。

Q3 会場の申請は誰がするのか？

A3 各総合事務所で会場の年間仮予約（優先利用の申請）をしていますので、各会場の規則にそって事業所で申請し、会場費の支払いをしてください。

Q4 会場費は委託費から支払うのか？

A4 委託料で負担しますが、事業所で会場費、冷暖房費など一旦支払っていただき、その領収証の写しを翌月高齢者すこやか支援課に提出（請求）してください。

Q5 スタッフは2人以上となっているが、2人でもよいか？

A5 参加者の状況を見ながら安全に事業が運営、展開できる人員を配置してください。状況により2人を超えるスタッフの配置増が困難な場合は、各総合事務所へサポーターの複数配置を相談してください。

Q6 スタッフの1人は運動指導者となっているが、職種は決まっているのか？

A6 機能訓練指導員、介護現場で1年以上運動指導を経験がある介護職員としており、職種を限定してはいません。なお、外部より派遣配置している理学療法士はあくまでも講師の位置づけとなりますので、スタッフの数に入りません。

Q7 ボランティアはスタッフの数に入れてよいか？

A7 ボランティアはスタッフの数には入りません。ボランティアの役割については、マニュアルの「介護予防ボランティアについて」（P13）を参照ください。

Q 8 参加者の受付はどのようにするのか？

A 8 事業所が電話で受け付けてください。初回参加時に別紙「参加申込書」を記入してもらい、正式な登録とします。口コミで事業のことを知り、申し込みをしないで直接会場に来る人もいますが、申込手続き後に登録としてください。（その日は保険の関係もあるので見学をしてもらうか、軽い体操のみ参加してもらうなどの対応をしてください）

Q 9 参加人数は30人程度とあるが、登録人数が30人か？

A 9 申し込みをして1回でも参加すると登録となりますが、参加人数は登録人数ではなく、その回に実際に参加した人数です。登録者全てが毎回参加するわけではありませんので、参加状況をみながら登録者数は増減して構いません。

Q 10 参加人数が30人を越えた場合はどうするのか？

A 10 その会場で新たな登録者が受け入れ困難になった場合には、その会場に申し込みがあったとしてもキャンセル待ちになります。

Q 11 登録の更新、抹消はどのようにすればよいか？

A 11 新規・継続（更新）に関わらず参加申込書は、毎年度記入してもらい、参加申込書を提出した参加者をその年度の登録とします。
年度途中の登録抹消については、①本人より参加が出来ないと申し出があった場合、②3ヶ月以上事業に参加していない場合などがあります。年度末には、特に欠席が続く登録者に対しては参加の意向を確認するようにしてください。登録抹消した場合は、実施報告書の備考欄に氏名と登録抹消理由を明記ください。

Q 12 対象者の範囲は？

A 12 65歳以上の長崎市内の市民です。比較的健康的な方向けの内容となりますので、要支援認定を受けて移動に介助が必要な方や、要介護認定を受けた方等が希望する場合は、ケアマネジャーから十分に参加者の情報を得たうえで、参加が可能かを判断してください。判断に迷う場合は各総合事務所へご相談ください。

Q 13 対象者が途中で介護保険を申請した場合は、参加は出来ないのか？

A 13 介護保険の申請により利用できなくなることはありませんが、介助や介護が必要な状態で利用を継続する場合は、プログラムの実施が悪化につながる可能性が高い場合は終了することも含め、ケアマネジャーと十分に検討してください。

Q14 短期集中型通所サービス、短期集中型訪問サービスを利用している人は事業に参加できるのか？

A14 参加できます。ケアプランについてケアマネジャーと共有してください。

Q15 アセスメントの項目は決まっているのか？

A15 マニュアルに記載していますが、体力測定、主観的指標と基本チェックリストとなっています。体力測定の項目は握力、開眼片脚立ち、椅子からの立ち上がり、Timed Up and Go Test の4項目です。

Q16 アセスメントはどの時期に実施すればよいか？

A16 概ね5月～6月、11月～12月で実施するようにしてください。年度途中から参加した場合は、可能な限り評価を実施してください。

Q17 参加者の血圧は、毎回全員測定するのか？

A17 事業が始まるまでの時間を利用し、問診と合わせてその日の健康チェックの手段として実施してください。時間の都合上、全員を実施するのは困難な場合もありますので、高血圧の治療中で血圧が不安定な方や体調不良を訴える方などを優先して測定し、当日事業に参加できるか判断してください。また、自動血圧計などを有効活用しながら、参加者が測定可能な環境も工夫してください。

Q18 他の中学校区の方は参加できるのか？

A18 原則日常生活圏域と考えていますので、現在住んでいる圏域の会場を利用してもらいますが、キャンセル待ちの会場の場合や交通手段等の理由で隣接する会場の参加も考えられるため、各総合事務所にご相談ください。

Q19 プログラムで運動以外の内容も計画してよいか？

A19 運動だけでなく、介護予防全般に関する知識の普及（住環境、感染症予防など）や楽しい雰囲気に参加者が交流できるような内容（高齢者のレクリエーション、頭の体操など）も実施可能です。その場合、毎回の体操以外にも運動のプログラムは必ず入れてください。薬剤師や栄養士、歯科衛生士の派遣も可能です。理学療法士又は作業療法士以外の専門職についても積極的な活用をお願いします。

Q20 台風や大雪などの悪天候により予定したプログラムが実施できない場合はどうしたらよいか。

A20 中止する場合は、各総合事務所と参加者へ速やかに連絡してください。また、年間合計24回の実施となるよう、別の日程で開催してください。また、別の日程を調整した際には、実施前に各総合事務所へ日程の連絡をしてください。

Q21 介護予防に関する講話・実習の講師料は委託費から払うのか？

A21 理学療法士又は作業療法士は年2回以上の配置が必要です。それ以外の専門職（薬剤師や栄養士、歯科衛生士）は理学療法士、作業療法士の派遣とあわせて年度中に4回まで加算されます。4回を超える分の講師料は委託料の中から支払ってください。

Q22 年に1回の評価会議は必ず開催しなければならないのか？

A22 必ず開催してください。身近な場所での教室やサロンなどの住民による自主的な介護予防の立ち上げや運営、ボランティア活動等、参加者が地域や家庭の中で何らかの役割を担いながら生活することができるよう支援するために、すこやか運動教室も地区の実情に合わせたプログラムにする必要があります。

Q23 市が開催する介護予防事業所向け研修には参加しなければいけないか？

A23 介護予防事業所向け研修には、必ず少なくとも1名は参加し、事業所内で情報伝達・共有を図ってください。

(事業中止時における代替メニューの実施について)

Q24 運動用具等の貸し出しは、加算となるか？

A24 加算の対象にはなりません。

Q25 事業の休止期間中に、屋外で実施することは可能か？

A25 感染拡大防止を図るため、屋外であっても実施はできません。

Q26 事業休止時の代替メニューは、悪天候時に事業実施ができなかった場合も適応されるか？

A26 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のための事業中止期間のみの適応となります。

Q27 代替メニュー実施時の配布資料は、何でもいいのか？

A27 利用者が脳トレ 15 分、運動 15 分以上が自宅で安全にできるような資料（紙媒体、DVD、その他の動画等）の提供をお願いします。また既存か自作かは問いません。

Q28 新型コロナ感染症への感染が心配など利用者の判断で欠席し、代替メニューを提供した場合、委託料は支払われるか？

A28 利用者の判断での欠席の場合は、支払いの対象にはなりません。

生涯元気事業実施報告書

令和 年 月 日

長 崎 市 長 様

住 所

受注者名

代表者名

⑩

令和 年 月分の生涯元気事業の実施について、次のとおり報告します。

開催中学校区 (中学校) 開催会場 ()

| 開催日 | 参加者数、委託料(単価) | 会場借上料 | 専門職氏名 (職種) |
|-----|--------------|-------|---------------|
| | | | 専門職加算額(単価) |
| 日 | 人 円 円 | 円 | 円 |
| 日 | 人 円 円 | 円 | 円 |
| 日 | 人 円 円 | 円 | 円 |

(代替メニュー実施の場合)

| 開催 予定日 | 代替日 | 参加者数、委託料(単価) | 実施内容 |
|-----------|-----|--------------|------|
| 日 | 日 | 人 円 | |
| 日 | 日 | 人 円 | |

(評価会議実施の場合)

| 開催日 | 実施会場 | 会場借上料 | 専門職氏名 (職種) |
|-----|------|-------|---------------|
| | | | 専門職加算額(単価) |
| 日 | | 円 | 円 |

担当者名

連絡先

【様式1-2】

生涯元気事業「すこやか運動教室」実施報告書

事業所名()

| | | | | | |
|------------------|--------------|-------------|----------|---|--|
| 日時 | 年 月 日 () | | | | |
| 開催場所 | | | | | |
| 今回の目標 | | | | | |
| 参加者 | 計 人 | | | | |
| スタッフ及び その他職員等 | 職種(職種名、他) | 氏名 | | | |
| | 運動指導者(理学療法士) | | | | |
| | 職員(介護福祉士) | | | | |
| | | | | | |
| | ボランティア | (あじさいサポーター) | (その他) | | |
| | 地域包括支援センター | | | | |
| 実施内容 (プログラム) | | | | | |
| 評価 (課題や方針) | | | | | |
| 備考 | | | | | |
| 報告時の参加 受入状況 | 受入可 能数 | 人 | 待機者 数 | 人 | |

※事業終了後毎回記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください

【様式1-2 記載例】

生涯元気事業「すこやか運動教室」 実施報告書

事業所名(○○会 通所介護事業所○○)

| | | | | |
|------------------|--|-----------------------------|----------|----|
| 日時 | 年 4月 6日 (木) 14:00 ~ 15:30 | | | |
| 開催場所 | ○○地区ふれあいセンター 講堂 | | | |
| 今回の目標 | 認知症予防としてコグニサイズを紹介、体験する。一筆書き買い物を紹介して、自宅に取り入れるように促す(次回実施したかを確認する)。 | | | |
| 参加者 | 計 24 人 | | | |
| スタッフ及び その他職員等 | 職種(職種名、他) | 氏名 | | |
| | 運動指導者(理学療法士) | 長崎 長男 | | |
| | 職員(介護福祉士) | 大分 次男 | | |
| | | | | |
| | ボランティア | (あじさいサポーター)宮崎 末子 (その他)福岡 次江 | | |
| | 地域包括支援センター | 熊本 長子 | | |
| 実施内容 (プログラム) | 健康チェック(体調不良者 1 名あり。見学) みんなの体操 コグニサイズ(ステップしながらしとり、3の倍数で拍手、北国の春体操で歌と振り付けを覚える) 一筆書き買い物紹介 クーリングダウン 水分補給 健康チェック(体調変化者なし) | | | |
| 評価 (課題や方針) | コグニサイズは、北国の春体操の振り付けをしたことがあるかたがおり、違う振り付けで多少戸惑っていた。他の方は大きな声を出して楽しそうに行っていた。振り付けの紙を渡し、次回も実施することになっている。 健康チェックの際に汗の量が多く、息切れしているかたがおり、見学してもらった。 | | | |
| 備考 | 参加者から友人を誘いたいと希望有り、次回見学予定。 | | | |
| 報告時の参加 受入状況 | 受入可 能数 | 0人 | 待機者 数 | 4人 |

※事業終了後毎回記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください

生涯元気事業「すこやか運動教室」

事業所名()

| | | | |
|--------------|--|--------------|----|
| 開催予定日 | 年 月 日 () | | |
| 代替日 | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () | | |
| 実施件数 (人数) | 名 | 職種 | 氏名 |
| | | 運動指導者(理学療法士) | |
| | | 職員(介護福祉士) | |
| | | その他 | |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 運動メニューの資料配布 <input type="checkbox"/> 運動メニューのDVD配布 <input type="checkbox"/> 運動メニューの動画紹介 <input type="checkbox"/> 脳トレの資料配布 <input type="checkbox"/> 課題返送による状況確認 <input type="checkbox"/> 電話での指導 | | |
| 実施状況と 課題 | | | |
| 備考 | | | |

| | | | |
|--------------|--|--------------|----|
| 開催予定日 | 年 月 日 () | | |
| 代替日 | 年 月 日 () ~ 年 月 日 () | | |
| 実施件数 (人数) | 名 | 職種 | 氏名 |
| | | 運動指導者(理学療法士) | |
| | | 職員(介護福祉士) | |
| | | その他 | |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 運動メニューの資料配布 <input type="checkbox"/> 運動メニューのDVD配布 <input type="checkbox"/> 運動メニューの動画紹介 <input type="checkbox"/> 脳トレの資料配布 <input type="checkbox"/> 課題返送による状況確認 <input type="checkbox"/> 電話での指導 | | |
| 実施状況と 課題 | | | |
| 備考 | | | |

※代替メニュー実施後記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。

【様式1-3 記載例】

生涯元気事業「すこやか運動教室」 代替メニュー実施報告書

事業所名(○○会通所介護事業所○○)

| | | | |
|----------------|--|--------------|-------|
| 開催予定日 | 年 9 月 13 日 (月) | | |
| 代替日 | 年 9 月 6 日 (月) ~ 年 9 月 10 日 (金) | | |
| 実施件数 (人数) | 20 名 | 職種 | 氏名 |
| | | 運動指導者(理学療法士) | 長崎 長男 |
| | | 職員(介護福祉士) | 大分 次男 |
| | | その他 | |
| 実施内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 運動メニューの資料配布(20名/20名) <input checked="" type="checkbox"/> 運動メニューの DVD 配布(10名/20名) <input type="checkbox"/> 運動メニューの動画紹介 <input checked="" type="checkbox"/> 脳トレの資料配布(20名/20名) <input type="checkbox"/> 課題返送による状況確認 <input type="checkbox"/> 電話での指導 | | |
| 実施状況と 課題 | DVD 視聴が可能な利用者には事業所で作成した DVD も配布した。 配布資料は、日ごろ取り入れている運動メニューと下半身の筋力向上のメニューを取り入れた。わかりやすいように写真を入れ、より負荷をかけたい場合のワンポイントアドバイスも記載した。今回は課題の配布のみであったため、実施状況が気がりである。次回の代替メニューでは電話で状況を確認したい、 | | |
| 備考 | | | |

| | | | |
|----------------|---|--------------|-------|
| 開催予定日 | 年 9 月 27 日 (月) | | |
| 代替日 | 年 9 月 13 日 (月) ~ 年 9 月 17 日 (金) | | |
| 実施件数 (人数) | 18 名 | 職種 | 氏名 |
| | | 運動指導者(理学療法士) | 長崎 長男 |
| | | 職員(介護福祉士) | |
| | | その他 | |
| 実施内容 | <input type="checkbox"/> 運動メニューの資料配布 <input type="checkbox"/> 運動メニューの DVD 配布 <input type="checkbox"/> 運動メニューの動画紹介 <input type="checkbox"/> 脳トレの資料配布 <input type="checkbox"/> 課題返送による状況確認 <input checked="" type="checkbox"/> 電話での指導(18名/不在2名) | | |
| 実施状況と 課題 | 前回の代替メニューで配布した資料や DVD の実施状況を確認した。 ほとんどの方が、自宅で継続して運動を実施しており、体調も変わらず過ごしていた。 運動資料の写真だけではわかりづらいところがあり、質問があったため指導をした。 「早く教室が再開して、みんなで運動がしたい」との意見も頂いた。 脳トレ資料は教室再開時確認するため、持参するよう伝えた。 | | |
| 備考 | 2名の方と連絡とれず。次回より教室再開のため、参加時直接状況確認をする。 | | |

※代替メニュー実施後記載し、1ヶ月分まとめて翌月10日までに高齢者すこやか支援課に提出してください。

生涯元気事業「すこやか運動教室」 代替メニュー個別対応記録

事業所名() 【年月日～月日】

| | 氏名 | 男女 | 状況や対応等 |
|----|----|----|--------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |

生涯元気事業「すこやか運動教室」 代替メニュー個別対応記録

事業所名() 【年月日～年月日】

| | 氏名 | 男女 | 状況や対応等 |
|----|-----------------------------------|----|---|
| 1 | 〇〇 〇〇 | 女 | ●日電話確認。体調変わりなく過ごしている。郵送した資料を参考に自宅で運動継続できている。 |
| 2 | ■ ■ ■ ■ | 男 | バランス運動(資料1)と脳トレメニュー(資料3)を配布。●日が返送日のため、確認する。 |
| 3 | △△ △△ | 女 | 課題返送あり。難しい課題も考えて記載している。時間を作って運動にも取り組み、体調も変わりないと記載あり。添削した課題と合わせて、新たな課題を提供する。 |
| 4 | 提供した代替メニューの内容を利用者ごとに簡易的に記載してください。 | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |
| 21 | | | |
| 22 | | | |
| 23 | | | |
| 24 | | | |
| 25 | | | |
| 26 | | | |
| 27 | | | |
| 28 | | | |
| 29 | | | |
| 30 | | | |

生涯元気事業「すこやか運動教室」出席簿（半期用）

事業所名()

| | 氏名 | 男女 | 介護 保険 | 月日 年齢 | 4/8 | 4/22 | 代替メニュー実施の際は「代」、 不実施は× | | | | | | | | | | 計 | | | |
|----|-------|----|----------|----------|-----|------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| 1 | 〇〇 〇〇 | 男 | — | 74 | ○ | 代 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | ●● ●● | 女 | 支2 | 80 | × | 代 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | □□ □□ | 女 | 介1 | 75 | ○ | × | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 会場名 | | 氏名 | | 性別男1女2 | | R5.4.1時点の年齢 | |
|----------------------|-------|-------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------|----|
| 体力測定記録表 | | 年月日 | | 年月日 | | 結果 | |
| | | 初回 | 次回 | | | | |
| 握力 | 右 | kg ① | kg ② | kg ① | kg ② | kg | kg |
| | 左 | kg ① | kg ② | kg ① | kg ② | kg | kg |
| 開眼片立ち 右・左 | 開眼 | 秒 ① | 秒 ② | 秒 ① | 秒 ② | 秒 | 秒 |
| | 5回の時間 | 秒 ① | 秒 ② | 秒 ① | 秒 ② | 秒 | 秒 |
| 椅子起立時間 | 付帯事項 | まったく手を使わずに5回できた。 | | まったく手を使わずに5回できた。 | | まったく手を使わずに5回できた。 | |
| | | 数回手を使ったが5回できた。 | | 数回手を使ったが5回できた。 | | 数回手を使ったが5回できた。 | |
| | | 5回とも手を使ったが5回できた。 | | 5回とも手を使ったが5回できた。 | | 5回とも手を使ったが5回できた。 | |
| | | 試みたが、助けなしでは1回もできなかった。 | | 試みたが、助けなしでは1回もできなかった。 | | 試みたが、助けなしでは1回もできなかった。 | |
| | | 試みたが、助けなしには5回全部はできなかった。 | | 試みたが、助けなしには5回全部はできなかった。 | | 試みたが、助けなしには5回全部はできなかった。 | |
| Timed Up and Go Test | 付帯事項 | 拒否 | | 拒否 | | 拒否 | |
| | | 秒 ① | 秒 ② | 秒 ① | 秒 ② | 秒 | 秒 |
| | | 補助具不要 | | 補助具不要 | | 補助具不要 | |
| | | 一本杖 | | 一本杖 | | 一本杖 | |
| | | 四脚杖 | | 四脚杖 | | 四脚杖 | |
| 歩行器 | | 歩行器 | | 歩行器 | | | |
| 松葉杖 | | 松葉杖 | | 松葉杖 | | | |
| 試みたができなかった | | 試みたができなかった | | 試みたができなかった | | 試みたができなかった | |
| 拒否 | | 拒否 | | 拒否 | | 拒否 | |
| コメント(特記事項など) | | | | | | 備考 | |

【様式3 記載例】

| 会場名 ○○ふれあいセンター | | 氏名 | 長崎 花子 | | 性別男1女2 | 2 | R5.4.1時点の年齢 | 76 |
|------------------------------|-------|---|-------------------------|------|---|-------------------------|-------------|------|
| 体力測定記録表 | | 初回 | 29年 6月 12日 | | 次回 | 29年 12月 12日 | | 結果 |
| 握力 | 右 | ① 22.5 | kg ② | 22.8 | kg ① | 19.5 | kg ② | 24.6 |
| | 左 | ① 18.5 | kg ② | 19.2 | kg ① | 17.5 | kg ② | 17.4 |
| 開眼片脚立ち | 右・左 | ① 55.8 | 秒 ② | 45.5 | 秒 ① | 45.3 | 秒 ② | 28.6 |
| 椅子起立時間 付帯事項 | 5回の時間 | ① 7.8 | 秒 ② | 7.4 | 秒 ① | 7.3 | 秒 ② | 7.7 |
| | | 1 | まったく手を使わずに5回できた。 | | 1 | まったく手を使わずに5回できた。 | | |
| | | | 数回手を使ったが5回できた。 | | | 数回手を使ったが5回できた。 | | |
| | | | 5回とも手を使ったが5回できた。 | | | 5回とも手を使ったが5回できた。 | | |
| | | | 試みたが、助けなしでは1回もできなかった。 | | | 試みたが、助けなしでは1回もできなかった。 | | |
| | | | 試みたが、助けなしには5回全部はできなかった。 | | | 試みたが、助けなしには5回全部はできなかった。 | | |
| | | | 拒否 | | | 拒否 | | |
| Timed Up and Go Test 付帯事項 | | ① 6.4 | 秒 ② | 7.2 | 秒 ① | 5.4 | 秒 ② | 6.7 |
| | | 1 | 補助具不要 | | 1 | 補助具不要 | | |
| | | | 一本杖 | | | 一本杖 | | |
| | | | 四脚杖 | | | 四脚杖 | | |
| | | | 歩行器 | | | 歩行器 | | |
| | | | 松葉杖 | | | 松葉杖 | | |
| | | | 試みたができなかった | | | 試みたができなかった | | |
| | | | 拒否 | | | 拒否 | | |
| コメント(特記事項など) | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> どれかひとつに数字の1を記入 </div> | | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 測定値入力欄はすべて小数点2位で四捨五入して入力 </div> | | | |

運動器の機能向上に関する主観的指標

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

会場名 _____

(初回)実施日: _____ 年 月

以下の質問のそれぞれについて、今の考えをお答え下さい。

あなたの現在の健康状態はいかがですか。(主観的健康感)

よい まあよい ふつう あまりよくない よくない

(半年後)実施日: _____ 年 月 日

あなたの現在の健康状態はいかがですか。(主観的健康感)

よい まあよい ふつう あまりよくない よくない

基本チェックリスト

【様式5】

◎太線の枠内についてご記入ください。判定欄のご記入は必要ありません。

| | | | |
|--------------|-----|---------------|-------------------|
| 記入日 年 月 日 | 氏 名 | フリガナ 様 男・女 | 大・昭 年 月 日生（ 才） |
| 住所 | 長崎市 | | 電話 |

| NO | 質問項目 | 回答 | 判定 |
|----|---|--|---------------|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか（付き添いなしで） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | / 20 ()/5 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか（付き添いなしで） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか（付き添いなしで） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか（ひとりで） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 7 | いすに座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか（付き添いなしで） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 11 | 6ヶ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()/2 |
| 12 | 身長 cm 体重 Kg (BMI=) (注) | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()/3 |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか（付き添いなしで） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()/2 |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 18 | 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()/3 |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 21 | （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()/5 |
| 22 | （ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 23 | （ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 24 | （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 25 | （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

事故
ヒヤリ・ハット

報告（生涯元気事業「すこやか運動教室」）

| | | | | |
|------------------------|-----------|---------|--------|----------|
| 報告日 | 年 月 日 | | 管理責任者 | 所属 氏名 |
| | | | 報告者 | 氏名 |
| 発生日時 | 年 月 日 時 分 | | | |
| 発生場所 | | | | |
| 対象事例 | 氏名 | 住所(Tel) | 年 月 日生 | |
| 事故(ヒヤリ・ハット)発生状況 | | | | |
| 事故(ヒヤリ・ハット)への対応とその後の経過 | | | | |
| 家族への報告状況 | | | | |
| 反省点、再発防止策 | | | | |

* 事故及び救急搬送時は速やかに各総合事務所に連絡し、2日以内に報告書を提出してください。

すこやか運動教室 参加申込書

| | | | |
|---|--|-------------|-----|
| 申し込み日 | 年 月 日 | 会場名 | |
| ふりがな | | ②性別 | 男・女 |
| ①氏名 | | | |
| ③生年月日 | 大正 昭和 年 月 日 (歳) | | |
| ④住所 | 長崎市 | ⑤電話 | |
| ⑥緊急連絡先 (必須) | 氏名 | (続柄) | 連絡先 |
| ⑦担当ケアマネ ジャー (該当者のみ) | 氏名 | 事業所名 () | 連絡先 |
| 緊急時に備えて、健康状態についてお尋ねします | | | |
| ⑧定期的に通院 している病院が ありますか？ | (病院名) 無・有 → (病院名) (病院名) | | |
| ⑨かかりつけ医 事業参加の了承 | 運動教室に参加することについて <input type="checkbox"/> かかりつけ医に伝えました 運動の禁止事項や気をつけることは次のとおりです(医師の指示事項) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 有() | | |
| ⑩現在治療中の 病気があります か？ | 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳血管疾患 肝臓病 呼吸器疾患 腰痛症 膝関節疾患 骨粗鬆症 泌尿器疾患 眼の病気 その他の病気() | | |
| ⑪過去に治療ま たは診断され たことがある病 気がありますか？ | 高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 脳血管疾患 肝臓病 呼吸器疾患 腰痛症 膝関節疾患 骨粗鬆症 泌尿器疾患 眼の病気 その他の病気() | | |
| ⑫自覚症状があ りますか？ | 頭痛 めまい 目のかすみ 耳鳴り 手足のしびれ 腰痛 膝痛 その他() | | |
| ⑬服薬状況 | 有 () 無 | | |
| すこやか運動教室参加にあたり、体調が悪い時は無理せず、参加を見合わせます。 緊急時は、緊急連絡先(又は担当ケアマネジャー)へ連絡を取ることに同意します。 | | | |
| 年 月 日 | 氏名(自署) | | |
| お預かりした個人情報、本事業を含む介護予防分野以外の目的では使用しません。 | | | |

【様式8】

すこやか運動教室の参加の留意事項

1. すこやか運動教室は、月2回の運動教室に参加して、介護予防のために今後自分で続ける運動の方法について学んでいただく教室です。
2. すこやか運動教室の対象者は、市内にお住まいの65歳以上の方です。
3. ご自分の住んでいる地域（中学校区）の会場をご利用ください。
4. 現在治療中の方は、医師にすこやか運動教室に参加することについて伝え、運動の禁止事項や気をつけることを確認して、すこやか運動教室申込書の所定欄に記載してください。
5. 対象者確認のため、介護保険被保険者証をご持参いただく場合があります。
6. 高齢者を対象にした軽い運動を行いますが、体調が悪い時は無理せずに参加を見合わせてください。
7. 体調や家庭の都合で参加が出来なくなった場合や長期にお休みする場合は、必ず各事業所のスタッフにご連絡ください。また、連絡がなく3ヶ月以上お休みした場合は、参加登録を取消します。
8. 知人や友人が参加希望される場合は、事業所のスタッフにご相談ください。
9. すこやか運動教室は、より多くの方に運動を学ぶ機会を提供できるよう、申込多数の場合は原則として新規希望者（今年度利用していない方）を優先させていただきます。あらかじめ御了承くださいますようお願いいたします。



長崎市 中央総合事務所 地域福祉課
介護予防事業担当
電話 829-1429

すこやか運動教室の参加の留意事項

【様式8】

1. すこやか運動教室は、月2回の運動教室に参加して、介護予防のために今後自分で続ける運動の方法について学んでいただく教室です。
2. すこやか運動教室の対象者は、市内にお住まいの65歳以上の方です。
3. ご自分の住んでいる地域（中学校区）の会場をご利用ください。
4. 現在治療中の方は、医師にすこやか運動教室に参加することについて伝え、運動の禁止事項や気をつけることを確認して、すこやか運動教室申込書の所定欄に記載してください。
5. 対象者確認のため、介護保険被保険者証をご持参いただく場合があります。
6. 高齢者を対象にした軽い運動を行いますが、体調が悪い時は無理せずに参加を見合わせてください。
7. 体調や家庭の都合で参加が出来なくなった場合や長期にお休みする場合などは、必ず各事業所のスタッフにご連絡ください。また、連絡がなく3ヶ月以上お休みした場合は、参加登録を取消します。
8. 知人や友人が参加希望される場合は、事業所のスタッフにご相談ください。
9. すこやか運動教室は、より多くの方に運動を学ぶ機会を提供できるよう、申込多数の場合は原則として新規希望者（今年度利用していない方）を優先させていただきます。あらかじめ御了承くださいますようお願いいたします。



長崎市 東総合事務所 地域福祉課
介護予防事業担当
電話 813-9001

すこやか運動教室の参加の留意事項

【様式8】

1. すこやか運動教室は、月2回の運動教室に参加して、介護予防のために今後自分で続ける運動の方法について学んでいただく教室です。
2. すこやか運動教室の対象者は、市内にお住まいの65歳以上の方です。
3. ご自分の住んでいる地域（中学校区）の会場をご利用ください。
4. 現在治療中の方は、医師にすこやか運動教室に参加することについて伝え、運動の禁止事項や気をつけることを確認して、すこやか運動教室申込書の所定欄に記載してください。
5. 対象者確認のため、介護保険被保険者証をご持参いただく場合があります。
6. 高齢者を対象にした軽い運動を行いますが、体調が悪い時は無理せずに参加を見合わせてください。
7. 体調や家庭の都合で参加が出来なくなった場合や長期にお休みする場合などは、必ず各事業所のスタッフにご連絡ください。また、連絡がなく3ヶ月以上お休みした場合は、参加登録を取消します。
8. 知人や友人が参加希望される場合は、事業所のスタッフにご相談ください。
9. すこやか運動教室は、より多くの方に運動を学ぶ機会を提供できるよう、申込多数の場合は原則として新規希望者（今年度利用していない方）を優先させていただきます。あらかじめ御了承くださいますようお願いいたします。



長崎市 南総合事務所 地域福祉課
介護予防事業担当
電話 892-1113

すこやか運動教室の参加の留意事項

【様式8】

1. すこやか運動教室は、月2回の運動教室に参加して、介護予防のために今後自分で続ける運動の方法について学んでいただく教室です。
2. すこやか運動教室の対象者は、市内にお住まいの65歳以上の方です。
3. ご自分の住んでいる地域（中学校区）の会場をご利用ください。
4. 現在治療中の方は、医師にすこやか運動教室に参加することについて伝え、運動の禁止事項や気をつけることを確認して、すこやか運動教室申込書の所定欄に記載してください。
5. 対象者確認のため、介護保険被保険者証をご持参いただく場合があります。
6. 高齢者を対象にした軽い運動を行いますが、体調が悪い時は無理せずに参加を見合わせてください。
7. 体調や家庭の都合で参加が出来なくなった場合や長期にお休みする場合などは、必ず各事業所のスタッフにご連絡ください。また、連絡がなく3ヶ月以上お休みした場合は、参加登録を取消します。
8. 知人や友人が参加希望される場合は、事業所のスタッフにご相談ください。
9. すこやか運動教室は、より多くの方に運動を学ぶ機会を提供できるよう、申込多数の場合は原則として新規希望者（今年度利用していない方）を優先させていただきます。あらかじめ御了承くださいますようお願いいたします。



長崎市 北総合事務所 地域福祉課
介護予防事業担当
電話 814-3400

【様式9】

年 月 日

すこやか運動教室の参加について（お知らせ）

このたび、すこやか運動教室に申し込みいただき、ありがとうございます。

次の日程より、教室の参加ができますのでお知らせします。

つきましては、参加申込書にご記入の上、当日会場にお持ちください。

| | |
|---------|---|
| 場 所 | |
| 参加開始日 | 年 月 日（ ）から参加できます。 |
| 日程 | 第 曜日 |
| 持ってくるもの | <p>① 参加申込書</p> <p>② 健康保険証もしくはコピー（急変時の備えとして）</p> <p>③ 介護保険被保険者証（対象者確認のため）</p> <p>④ 上履き（簡易スリッパなどは滑りますのでおやめください）</p> <p>⑤ 水分補給のための飲み物</p> <p>⑥ タオル</p> <p>※運動がしやすい服装でおこしてください。</p> |

※ キャンセルの場合は必ずご連絡ください。

※ 現在治療中の方は、主治医の先生に教室に参加してよいか確認してください。



<お問い合わせ先 事業所名>

電話 —

すこやか運動教室の参加について（お知らせ）

このたび、すこやか運動教室に申し込みいただき、ありがとうございます。

次の日程より、教室の参加ができますのでお知らせします。

つきましては、参加申込書にご記入の上、当日会場にお持ちください。

| | |
|---------|--|
| 場 所 | 日見地区公民館 |
| 参加開始日 | 年 6月 2日（金）から参加できます。 |
| 日程 | 第 1・3 金曜日 13：30～15：00 |
| 持ってくるもの | <p>① 参加申込書</p> <p>② 健康保険証もしくはコピー（急変時の備えとして）</p> <p>③ 介護保険被保険者証（対象者確認のため）</p> <p>④ 上履き（<u>簡易スリッパなどは滑りますのでおやめください</u>）</p> <p>⑤ 水分補給のための飲み物</p> <p>⑥ タオル</p> <p>※運動がしやすい服装でおこしてください。</p> |

※ キャンセルの場合は必ずご連絡ください。

※ 現在治療中の方は、主治医の先生に教室に参加してよいか確認してください。



<お問い合わせ先>

デイサービスセンター〇〇

担当 長崎 誠

電話800-0000

生涯元気事業「すこやか運動教室」 評価会議 実施報告書

【様式 10】

事業所名()

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------|-----|-----|-----|
| 教室 開催場所 | | | | |
| 日 時 | 年 月 日 () 時 分～ 時 分 | | | |
| 開催場所 | | | | |
| 参加者 ※謝金が発生する者については謝金の欄に「○」を記入 | 所 属 | 職 種 | 氏 名 | 謝 金 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 教室の 開催状況等 | | | | |
| 検討内容 | | | | |
| 今後の 課題・方向性 | | | | |
| 備 考 | | | | |

※評価会議終了後、教室の実施報告書と一緒に翌月 10 日までに高齢者すこやか支援課へ提出してください。

| | |
|---------------|--|
| 事業所名 | |
| 会場 | |
| 1 回あたりの平均利用人数 | |
| 待機者数 | |


人気・おすすめプログラム


| | 【内容・利用者の反応等】 |
|--|--------------|

| | 【内容・利用者の反応等】 |
|--|--------------|

| | |
|---------------|--------|
| 事業所名 | 長崎市役所 |
| 会場 | 〇〇センター |
| 1 回あたりの平均利用人数 | 〇〇人 |
| 待機者数 | 〇人 |

人気・おすすめプログラム

| その日その時！振付合唱♪ | |
|---|---|
|  <p>参考写真等あれば、添付をお願いします。</p> | <p>【内容・利用者の反応等】</p> <p>季節の歌に合わせて、その情景から思い描く振付をみんなで考えます。提案された振り付けの中で、ストレッチ出来そうな部分は職員が助言をしながら 1 曲(1フレーズ)の振付を作りあげ、その振付を思い出しながら、みんなで歌を歌います。</p> <p>利用者から提案のあった振付だが、いざ歌を歌うと、記憶をたどりながら、間違ったり、忘れたり、と笑いながら、「次はこれ！」と確認し合う様子が見られ、レクリエーションと認知機能に働きかけるプログラムとなっている。</p> |

| 都道府県ビンゴゲーム | |
|--|--|
|  <p>参考写真等あれば、添付をお願いします。</p> | <p>【内容・利用者の反応等】</p> <p>1 枚の紙に 9 つのマスを作り、思いつく都道府県名を入れます。司会者がくじで引いた都道府県を読み上げ、ビンゴゲームを行います。</p> <p>初めて実施した際は、近隣県や主要都市名の記載が多くありましたが、繰り返し実施することにより都道府県を思いだし、様々な地名を思い出し記載できる方が増えています。</p> <p>ビンゴになった際など、その地での思い出話を話してもらったり、司会者から情報提供を行うことで、運動が苦手な方も楽しく参加することができます。</p> |

紹介するプログラムは1つでも、複数枚になっても構いません。

運動前の体調チェック

当てはまるものに○をつけてください。

1. 本日の体調はいかがですか？

- (1) 良好
- (2) 普通
- (3) 良くない ← ()

運動前に血圧を測ってください。

血圧 () / ()

2. 現在、次の症状がありますか？

- (1) はい
- (2) いいえ

- ①収縮期血圧 180mmHg 以上、または 80mmHg 未満
- ②拡張期血圧 110mmHg 以上
- ③体温 37.5℃以上
- ④脈拍が 120 拍/分以上
- ⑤いつもと異なる脈の不整がある場合
- ⑥関節痛など慢性的な症状の悪化

ご注意：血圧が 180/110mmHg を超えた場合、自覚症状がある場合は教室への参加は控えてください。

本日のすこやか運動教室に参加します無理をせず、体調が優れない場合は、休止します。

令和 年 月 日

本人署名

運動前の体調チェック

当てはまるものに○をつけてください。

1. 本日の体調はいかがですか？

- (1) 良好
- (2) 普通
- (3) 良くない ← ()

運動前に血圧を測ってください。

血圧 () / ()

2. 現在、次の症状がありますか？

- (1) はい
- (2) いいえ

- ①収縮期血圧 180mmHg 以上、または 80mmHg 未満
- ②拡張期血圧 110mmHg 以上
- ③体温 37.5℃以上
- ④脈拍が 120 拍/分以上
- ⑤いつもと異なる脈の不整がある場合
- ⑥関節痛など慢性的な症状の悪化

ご注意：血圧が 180/110mmHg を超えた場合、自覚症状がある場合は教室への参加は控えてください。

本日のすこやか運動教室に参加します無理をせず、体調が優れない場合は、休止します。

令和 年 月 日

本人署名

令和6年度(2024年度) 介護予防事業担当者調査票【様式13】

事業名 短期集中型通所サービス事業 生涯元気事業(すこやか運動教室)

1. 法人名・開催日時・場所

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 法人名 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| FAX番号 | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | | | | | | | | | | | | |
| 開催場所 | 住所 | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | 会場名 | | | |
| 開催月日 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() |
| | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() |
| | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / | / |
| | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() |
| | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() | 日() |
| 開催時間 | 時 分 ~ 時 分 | | | | | | | | | | | |
| 対応可能エリア | 中学校区: | | | | | | | | | | | |
| 2. 職種別担当者 | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | 職種 | 担当者名 | | | | | | 所属 | | | | |
| 機能訓練指導員等 | | | | | | | | | | | | |
| | 又は | | | | | | | | | | | |
| 運動指導者 | | | | | | | | | | | | |
| 介護職員等 | | | | | | | | | | | | |
| | 又は | | | | | | | | | | | |
| 職員 | | | | | | | | | | | | |
| 理学療法士 | | | | | | | | | | | | |
| | 作業療法士 | | | | | | | | | | | |
| 薬剤師 | | | | | | | | | | | | |
| | 栄養士 | | | | | | | | | | | |
| 歯科衛生士 | | | | | | | | | | | | |

令和6年度(2024年度) 介護予防事業担当者調査票【様式13記載例】

事業名 短期集中型通所サービス事業 生涯元気事業(すこやか運動教室)

1. 法人名・開催日時・場所

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-------|-----|-----|-----|--|
| 法人名 | 〇〇会 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | デイサービスセンター〇〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〇〇町6-3 〇〇ビル2階 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 847-1234 | | | | | | | | | | | | |
| FAX番号 | 847-1235 | | | | | | | | | | | | |
| メールアドレス | deisa-bisu@senta.ruru.or.jp | | | | | | | | | | | | |
| 担当者名 | 長崎 春子 | | | | | | | | | | | | |
| 開催場所 | 住所 | 〇〇町 6-3 | | | | | | 〒 長崎市 | | | | | |
| | 名称 | 〇〇地区ふれあいセンター | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 8〇〇-1356 | | | | | | 会場名 | 2階 講堂 | | | | |
| 開催月日 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | |
| | 1日 | 6日 | 3日 | 1日 | 5日 | 2日 | 7日 | 4日 | 2日 | 6日 | 3日 | 3日 | |
| | 15日 | 20日 | 17日 | 15日 | 19日 | 16日 | 21日 | 18日 | 16日 | 20日 | 17日 | 17日 | |
| | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| 開催時間 | 13時30分 ~ 15時00分 | | | | | | | | | | | | |
| 対応可能エリア | 中学校区: | | | | | | | | | | | | |

2. 職種別担当者

| 区分 | 職種 | 担当者名 | 所属 |
|-------------------------|-------|--|---------------|
| 機能訓練指導員等 又は 運動指導者 | 看護師 | 長崎春子 | デイサービスセンター〇〇〇 |
| | | | |
| 介護職員等 又は 職員 | 介護員 | 有田 洋 | デイサービスセンター〇〇〇 |
| | | | |
| 理学療法士 作業療法士 | 作業療法士 | 松浦 正 | 〇〇病院 |
| | 作業療法士 | 松浦 正 | 〇〇病院 |
| | | 講師は別に依頼していただきます。こちらには、依頼日を記載をしてください。 | |
| 薬剤師 栄養士 歯科衛生士 | 薬剤師 | 9月2日(金) | 長崎市薬剤師会 |
| | 栄養士 | 栄養送信先:nakamoto_junko@city.nagasaki.lg.jp | 長崎県栄養士会 |

講師派遣依頼書

【生涯元気事業(すこやか運動教室)】

以下の内容のとおり依頼いたしますので、ご検討をお願いいたします。

| | |
|------------------|--|
| 日時 | 令和 年 月 日 曜日 (時間: から まで) |
| 会場/所在地 | (会場) (所在地) |
| 講演会名(事業名) | |
| テーマ(主旨) | |
| 対象者/人数 | / 参加予定人数 ()人 |
| 用意可能な機器 | プロジェクター (無 / 有)、パソコン (無 / 有)、スクリーン (無 / 有) |
| オンライン対応希望 | 無(現地開催) / 有(オンライン) / どちらでも可 |
| 謝金 | 金額: 円 |
| 特記事項 (回答期限など) | |
| 担当者 | (氏名) (緊急連絡先) |
| 所属 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| メールアドレス | |

※講師の健康状態に問題がある、依頼施設で感染が確認された場合等には、やむを得ず急遽講演会を中止・延期とさせていただく場合がございます。ご了承ください。

○依頼書提出後の流れ

依頼書を提出後、派遣する講師が決まり次第事務局から担当の方へ連絡させていただきます。

担当者の方は講話日の一週間前までに講師担当の薬剤師に直接連絡し、当日必要な資料等の確認を行ってください。

○講演会配布資料について

配布資料がある場合、基本的に配布資料の印刷は、講師派遣依頼者側が行ってください。

※事前にデータを送りますので、必ずメールアドレスのご記入をお願いいたします。

メールでのやり取りができない場合は、その旨ご記載ください。

○講演会の撮影・録画等の禁止について

著作権保護の観点から、講演会の写真撮影、録画および録音と、これを用いた引用、転用、配信、公開を禁止させていただきます。何卒ご理解いただきますよう宜しくお願い致します。

| |
|--|
| 提出先 長崎市薬剤師会 事務局 〒852-8104 長崎市茂里町3-18-3F TEL:095(845)5228 FAX:095(843)0032 Mail:phanaga@bronze.ocn.ne.jp |
|--|

FAX 095- -

高齢者すこやか支援課 あて

栄養士派遣依頼書

（介護予防事業：生涯元気事業「すこやか運動教室」）

下記により栄養士・管理栄養士の派遣をお願いします

| 項目 | 内 容 |
|-------------|-----------------------|
| 依頼主 | |
| 住 所 | 〒 |
| 責任者名 | TEL |
| | FAX |
| 依頼日時 | 年 月 日 () 時間 : ~ : |
| 場 所 | 会場は別紙 |
| 資 格 | 栄養士 ・ 管理栄養士 ・ ○どちらでも可 |
| 業務内容 | |
| 条 件 | |
| その他 特記事項 | |

| | | | | | | | |
|---|---------------------|--|--------------|---------|--|--|--|
| FAX 095-814-8233 | | | | | | | |
| 長崎県歯科衛生士会 あて | | | | | | | |
| 長崎県歯科衛生士会人材派遣受付票 (介護予防事業:生涯元気事業「すこやか運動教室」) | | | | | | | |
| 受 付 日 | | 受 付 者 名 | | 受 付 番 号 | | | |
| 派 遣 依 頼 者 情 報 | 依 頼 者 (団 体) 名 | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | | | | |
| | 依 頼 担 当 者 名 | | | T E L | | | |
| | | | | F A X | | | |
| 派 遣 内 容 | 事 業 名 | | | | | | |
| | 派 遣 日 時 | | | | | | |
| | 派 遣 人 数 | 歯科衛生士 | 名 | | | | |
| | 会 場 | | | | | | |
| | 事 業 対 象 者 | 対 象 者 区 分 | 人 数 | 備 考 | | | |
| | 一次予防事業対象者 | | | | | | |
| | 二次予防事業対象者 | | | | | | |
| | 要介護認定者 | | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| | 事 業 内 容 | | | | | | |
| 派 遣 条 件 | 報 酬 | | 備 考 | | | | |
| | 交 通 費 | | (その他の条件など) | | | | |
| | 税 金 | | | | | | |
| | 合 計 | | | | | | |
| | 所 在 地 | 〒852-8104 長崎市茂里町3-19 長崎県歯科医師会館5階 | | | | | |
| 事務局連絡先 | 電 話 ・ F A X | (095)814-8233 | | | | | |
| | メー ル ア ド レ ス | ngsk-dha@circus.ocn.ne.jp | | | | | |
| <事務局記入欄> | | | | | | | |
| 担当歯科衛生士 | | | | | | | |
| 責 任 者 名 | | | 携 帯 番 号 | | | | |
| | | | メー ル ア ド レ ス | | | | |
| 報 告 書 | 事業終了後、必ず報告書受取添付すること | | | | | | |

提出書類

| 提出書類 | 高齢者すこやか 支援課へ提出 | 総合事務所へ 提出 | 時期 |
|--|-------------------|--|--|
| 生涯元気事業 実施報告書 【様式 1-1 及び 1-2 または 1-3】 | ○ | | 翌月 10 日まで(3 月実施時は 3 月末日まで) |
| 生涯元気事業出席簿 【様式 2】 | ○ | | 翌月 10 日まで(3 月実施時は 3 月末日まで) |
| 請求書 | ○ | | 翌月 10 日まで(3 月実施時は 3 月末日まで) |
| 事故 ヒヤリ・ハット 【様式 6】 | ○ 毎月の報告書提出時 | ○ データ等で随時 (発生 2 日以内) | 報告書の提出がすぐには難しい場合は、すみやかに電話等で総合事務所へ報告し、報告書は後日提出してください。 |
| 参加申込書【様式 7】の写し | ○ | | 随時 ※記載漏れがないか確認し、 提出してください。 |
| 評価会議実施報告書【様式 10】 | ○ | | 翌月の実施報告提出時(3 月 実施時は 3 月末日まで) |
| 実施状況【様式 11】 | | 新規事業所、お すすめプログラム に変更があった 事業所のみ データ | 評価会議の時期までに、デー タで提出してください。 |
| 担当者調査票【様式 13】 | | ○ データ | 年度当初 |
| 令和 4 年度すこやか運動教室年 間計画表【様式 14】 | | ○ データ | 年度当初 |
| 生涯元気事業測定結果 【様式 15・16】 | | ○ データ | 1～3 月 |
| 薬剤師講師派遣依頼書 【様式 17】 | ○ FAX | | 年度当初 |
| 栄養士派遣依頼書【様式 18】 | ○ FAX | | 年度当初 |
| 長崎県歯科衛生士会人材派遣 受付表票【様式 19】 | | | 年度当初 ※直接歯科衛生士会へ提出 をお願いします。 |
| 傷害保険証書の写し | ○ | | 4 月分の報告書提出時 |

(参考)体力測定結果返却ツール【資料 2】

体力測定の結果返却時に、長崎市が利用しているツールを参考に掲載させていただきました。独自の様式を活用されている事業所の方は、そちらを利用していただいて結構です。使用方法は別シートの「結果測定シート出力方法」に記載しております。

| すこやか運動教室用 主観的健康観・体力測定結果(会場名:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------|----------|-----------|----|------|--------|---------|------|------|----------|------|------|----------|---------|------|-----|---------|----------|-----|------|---------|
| データ入力分析日: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| データ入力分析担当者: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | ★氏名 | ★生年月日 | ★年齢(自動入力) | 性別 | 要介護歴 | ★測定日 | ★主観的健康観 | 握力右1 | 握力右2 | ★握力右(平均) | 握力左1 | 握力左2 | ★握力左(平均) | ★握力(平均) | 開眼1 | 開眼2 | ★開眼(平均) | ★支那足(選択) | 椅子1 | 椅子2 | ★椅子(平均) |
| 例 | 長崎 太郎 | S33.5.31 | 64 | 男 | 要介護2 | R3.8.2 | まあよい | 15.2 | 16.8 | 16.3 | 10.3 | 11.7 | 11.7 | 16.8 | 11.3 | 8.0 | 11.3 | 左 | 7.0 | 10.0 | 7.0 |
| 1 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 2 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 3 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 4 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 5 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 6 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 7 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 8 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 9 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 10 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 11 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 12 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 13 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 14 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 15 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 16 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 17 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 18 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 19 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |
| 20 | | | | | | | | | | 0.0 | | | 0.0 | 0.0 | | | 0.0 | | | | 0.0 |

長崎 太郎さんの体力測定結果票

◆年齢: 64歳

◆主観的健康観: まあよい

【貴方の測定結果】

- 握力: 全身的な体力の指標**
 握力右: 16.8 握力左: 11.7
 ★長崎市平均値: 32.2
- 椅子起立時間: 足腰の筋力の指標**
 椅子: 7.0 椅子付帯: 25.0(25回が、計4回で25回全部で25回)
 ★長崎市平均値: 8.8
- 開眼片足立ち: 止まっている時のバランスの指標**
 開眼: 11.3 支那足: 左
 ★長崎市平均値: 25.4
- Time Up & Go: 動いている時(歩行)のバランスの指標**
 TUG: 17.0 TUG付帯: 25.0(25回が、計4回で25回全部で25回)
 ★長崎市平均値: 9.5

◆実施日: 令和3年6月2日

◆貴方の体力測定結果からみたアドバイス


空に力太ものが表示され、改善も大丈夫!

◆「あなたの目標」を立ててみましょう!

(参考)代替メニュー毎日運動チェックシート【資料 3】

代替メニュー実施時等に、必要に応じてご活用ください。

すこやか運動教室

()月 毎日運動チェックシート 

| 日にち | チェック | コメント(その日の出来事、体調等) |
|-----|------|-------------------|
| 1日 | | |
| 2日 | | |
| 3日 | | |
| 4日 | | |
| 5日 | | |
| 6日 | | |
| 7日 | | |
| 8日 | | |
| 9日 | | |
| 10日 | | |
| 11日 | | |
| 12日 | | |
| 13日 | | |
| 14日 | | |
| 15日 | | |
| 16日 | | |
| 17日 | | |

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

| | | |
|-----|--|--|
| 23日 | | |
| 24日 | | |
| 25日 | | |
| 26日 | | |
| 27日 | | |
| 28日 | | |
| 29日 | | |
| 30日 | | |
| 31日 | | |

- ★運動は毎日コツコツと実施することが大切です
- ★体調が悪い日は無理しないようにしましょう
- ★こまめな水分補給も忘れずに