

65歳以上の方 必見!!

百歳体操 応援しています!!

無料

その1 体操で使うDVDとおもりの貸出

その2 体操の専門家が出張指導・効果測定

体操を継続しているグループには

さらに 年に1回 体操の専門家が出張指導・効果測定

貸出

百歳体操 DVD&おもり

あの吉本新喜劇とコラボした百歳体操DVDと、いきいき百歳体操に欠かせないおもりを貸し出します!



DVD: 1グループに1枚

おもり: 参加予定者数+5人分まで

体操開始から6か月まで追加貸出可OK

人数が増えても、もっと鍛えたい場合のおもりの追加もOK (1人6本まで)

派遣

いきいき百歳体操



筋肉を意識せずに体を動かすだけでは筋肉は増えません。筋力アップのコツや、お家でできる体操など、大阪の病院などで活躍しているリハビリのプロ「理学療法士」が、あなたの地域まで出向いて、体操の秘訣をお伝えします!

【回数】

開始時 : 3回+(3か月後)1回

開始から1年以降 : 年1回

派遣

かみかみ百歳体操



かむ力や飲み込む力を改善するだけでなく、入れ歯の意外な効果や、正しい入れ歯のお手入れ方法など、お口のことを知り尽くした「歯科衛生士」が、あなたの地域に出向いて、体操の秘訣をお伝えします!

【回数】

開始時 : 1回+(3か月後)1回

開始から1年以降 : 1回

申込書の書き方

おもて

グループの代表の方のお名前でお申し込みください

うら

貸出や派遣の条件・注意事項をご確認ください

様式1

百歳体操 物品貸出・リハビリテーション専門職の派遣の条件

大阪市長 あて

区 小学校区

体操グループ名: _____

代表者氏名: _____ 電話: _____

1 活動内容

活動場所	所在地: _____ 場所名: _____ <input type="checkbox"/> 医療機関や社会福祉施設の場合、関係法令や個人情報の取り扱いについて確認済
活動日	いきいき 20 年 月 開始
	かみかみ 20 年 月 開始
	しゃきしゃき 20 年 月 開始
	毎週 () 曜日 時 分 ~ 時 分 毎週 () 曜日 時 分 ~ 時 分
参加予定者数	() 人 *申込時に参加者名簿を保健福祉センターで確認します。
参加条件	<input type="checkbox"/> 希望者であれば誰でも参加可能 <input type="checkbox"/> 参加は() 地域住民)に限る

2 申込内容

百歳体操物品の貸出等 不要 初回 追加 (立ち上げから6か月以内に限定)

おもりカバー貸出	() 個 (1人2個まで)	例: 参加予定者が10人ならば +5人分まで
おもり貸出	() 本 (1人6本まで)	おもりカバー 15人×2個=30個まで おもり 15人×6本=90本まで
DVD	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
体操方法説明ビラ	いきいき百歳体操 <input type="checkbox"/> 必要 () 部 <input type="checkbox"/> 不要	
	かみかみ百歳体操 <input type="checkbox"/> 必要 () 部 <input type="checkbox"/> 不要	
	しゃきしゃき百歳体操 <input type="checkbox"/> 必要 () 部 <input type="checkbox"/> 不要	
物品等送付先	〒 _____ 区 _____ 宛名: _____	

いきいき百歳体操 派遣希望日程 不要 新規 (4回まで) 継続 (1回のみ) ※

※ 継続の場合の前回派遣 20 年 月 日から概ね1年経過

※ 使用DVD よしもと版 旧大阪市版 ()

1回目	20 年 月 日 () 曜日 時 分 ~
2回目	20 年 月 日 () 曜日 時 分 ~
3回目	20 年 月 日 () 曜日 時 分 ~
4回目 (3か月後)	20 年 月 日 () 曜日 時 分 ~

かみかみ百歳体操 派遣希望日程 不要 新規 (2回まで) 継続 (1回のみ) ※

※ 継続の場合の前回派遣 20 年 月 日から概ね1年経過

※ 使用DVD よしもと版 旧大阪市版 ()

1回目	20 年 月 日 () 曜日 時 分 ~
2回目 (3か月後)	20 年 月 日 () 曜日 時 分 ~

※助言を受けたいこと等(派遣先やリハ職との待ち合わせ場所が上記の活動場所と異なる場合は、所在地と場所名をご記入ください。)

※裏面もご記入ください。 申込書受理番号: _____

注意事項

【物品の貸出・リハビリテーション専門職の派遣の条件】

- ・物品の貸出等又はリハビリテーション専門職の派遣を受けることができるのは、次の場合です。
 - (1) 参加予定者が5名以上のグループで、週1回以上定期的に実施できること
 - (2) 参加予定者の半数以上が65歳以上の大阪市民であること
 - (3) グループのリーダー(申請者)が大阪市民又は大阪市内在勤者であること
 - (4) 活動場所が大阪市内であること
 - (5) 最低でも3か月以上継続的に実施できること
 - (6) 営利目的でなく、参加予定者が介護保険・障がい者福祉施設等の入所者でない、又は開催時間帯において介護保険・障がい福祉等サービスの利用者でない等、他の事業と重複していないこと

【おもり・おもりカバー・DVD】

- ・いきいき百歳体操以外の目的に使用しないでください。
- ・いきいき百歳体操の定期的な実施が継続できなくなったときは、速やかに返却してください。
- ・紛失や盗難、故意又は重大な過失によるき損の場合は、弁償していただく場合があります。(体操による通常の摩耗等は問題ありません)

【身体機能測定とアンケート】

- ・事業評価のため、必要に応じて体力測定・口腔機能測定・アンケートにご協力ください。

【その他】

- ・参加者は、いきいき百歳体操への参加にあたって、必要に応じて主治医等に相談するなど、無理のない範囲で参加し、けがや事故などの発生を未然に防ぐようにしてください。
- ・万一けがなどをされた場合でも、大阪市や大阪市の委託事業者に補償等を求めることはできません。

これらの注意事項を、参加者全員が了承したうえで、「2 申込内容」のとおりに申し込みます。また、この申込書及びアンケートに記載する個人情報については、大阪市が委託するリハビリテーション専門職の派遣事業者に提供することに同意します。

体操グループ代表者 (自署) 氏名: _____

代表者の署名をお願いします(自署)

平日昼間に受領できる送付先・宛名をご記入ください

専門家からどのような助言を受けたいのか詳細にご記入ください

様式2-1

参加者名簿(いきいき)

体操グループ名: _____

初回測定実施日 20 年 月 日

3か月後測定実施日 20 年 月 日

※リハビリテーション専門職は、体力測定の結果を記入し、名簿の内容を書き写す。または複写し持ち帰る。原本は、グループ代表者が保健福祉センターが保管し、3か月後の測定時に使用する。

カナ氏名	年齢	ファンクショナルリーチ(cm)		Timed Up&Go(秒)	
		初回測定結果	3か月後測定結果	初回測定結果	3か月後測定結果
1					
2					
3					
4					
5					

参加予定者全員の名前・年齢をご記入ください
記入いただいた人数+5人分まで、おもりカバー・おもりを貸出できます

ご相談・お問い合わせ



- 区保健福祉センター
地域保健活動担当 保健師
電話 : 06- _____ -9968

- 福祉局 高齢福祉課
電話 : 06-6208-9962