

百歳体操 物品貸出・リハビリテーション専門職派遣 申込書

大阪市長 あて

年

月

日

区

地域

体操グループ名：

1 活動内容

活動場所	所在地：区場所名：
	<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	<div><div><input type="checkbox"/> いきいき</div><div><input type="checkbox"/> かみかみ</div><div><input type="checkbox"/> しやしやしき</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 週2回以上実施</div><div><input type="checkbox"/> 週2回以上実施</div><div><input type="checkbox"/> 週2回以上実施</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 週1回実施</div><div><input type="checkbox"/> 週1回実施</div><div><input type="checkbox"/> 週1回実施</div></div> <div>毎週（）曜日時分～時分</div> <div>毎週（）曜日時分～時分</div>
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 ☐ 交換（必要時のみ） ☐ 啓発

おもりカバー貸出	初回・追加・啓発（）個 交換（）個（1人2個まで）	参加予定者数 + 5名分まで
おもり貸出	（）本（1人18本まで）	
DVD	<input type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 不要 ※DVDはよしもと版です。	
体操方法 説明ビラ	<div><div>いきいき百歳体操</div><div><input type="checkbox"/> 必要（）部 <input type="checkbox"/> 不要</div></div> <div><div>かみかみ百歳体操</div><div><input type="checkbox"/> 必要（）部 <input type="checkbox"/> 不要</div></div> <div><div>しやしやしき百歳体操</div><div><input type="checkbox"/> 必要（）部 <input type="checkbox"/> 不要</div></div>	
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）※ ☐ 啓発（1回）※

※ 継続の場合の前回派遣 年 月 から概ね1年経過

★ 使用DVD ☐ よしもと版 ☐ 旧大阪市版 ☐ （）

1回目	年 月 日 曜 時 分 ～ 時 分
2回目	年 月 日 曜 時 分 ～ 時 分
3回目	年 月 日 曜 時 分 ～ 時 分
4回目（3か月後）	年 月 日 曜 時 分 ～ 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）※ ☐ 啓発（1回）※

※ 継続の場合の前回派遣 年 月 から概ね1年経過

★ 使用DVD ☐ よしもと版 ☐ 旧大阪市版 ☐ （）

1回目	年 月 日 曜 時 分 ～ 時 分
2回目（3か月後）	年 月 日 曜 時 分 ～ 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： - グループ番号：

注意事項 ※体操グループ申込者がよく読み、チェックをつけてください。

【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】

- ☐ 百歳体操以外の目的に使用しないでください。
- ☐ 百歳体操を定期的に実施できなくなったときは、リーフレット以外の物品を速やかに保健福祉センターへ返却してください。
- ☐ 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)

【おもりカバーの交換条件】

- ☐ ファスナーや布面の破損・摩耗、面ファスナーの劣化等により、おもりが落ちる等の危険があると担当保健師が判断した場合

【体操効果の評価】

- ☐ 効果を確認するため、必要に応じて体力測定（動画撮影含む）・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。
- ☐ 大阪市内「暴風警報」または「特別警報」が発令されている場合のリハビリテーション専門職の派遣について
  - ・午前7時00分時点で発令されている場合：午前の派遣は中止
  - ・午前11時00分時点で発令されている場合：午後の派遣は中止

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」とおり申し込みます。

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、

大阪市の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。

体操グループ申込者

氏名：

電話：

－

－

【以下、保健福祉センター・福祉局 記入欄】

<区確認欄>

専門職からの連絡先

電話：－ 9968

区保健福祉センター

担当保健師：

組織メールアドレス：

@city.osaka.lg.jp

地域から申込書の提出があった時に記入

受付日	名簿・物品数チェック	福祉局への送付日
月 日	確認済 <input type="checkbox"/>	月 日

区で物品管理する場合の物品受領者名（※）

<福祉局記入欄>

福祉局受領日	申込書受理番号	グループ番号
年 月 日	－	

発送日

決定通知書	おもりカバー	おもり	DVD	体操説明用ビラ
/	/	/	/	/

派遣日時	令和            年            月            日（            ）  :                 ~                 :
区 派遣場所 (会館名等)	区
体操グループ名	
グループ番号 受理番号	—
区分 (該当区分に○)	立ち上げ支援（            回目） ・ 継続支援 ・ 健康講座
事前打ち合わせ時 リハ職派遣予定人数	(体操グループ申込者または担当保健師に確認)  名
リハビリテーション 担当者氏名	(派遣者全員の氏名の記載が必要)
派遣確認者氏名	(体操グループの申込者または代理の方の署名)

体操実施：週（            ）回

## かみかみ百歳体操 アンケート

おなまえ	ひらがなでご記入ください		生年月日		
			大正・昭和 年 月 日		
性別	男	女	その他	年齢	

\*いただいた個人情報と体力測定・アンケート結果等は、要介護度・サービス利用状況等と併せて本事業の評価に使用するほか、個人を特定できないデータとして統計的に集計し、公衆衛生の向上に資する研究等に活用させていただくことがあります。

## 1 体力測定等の結果

パタカ		ごっくん	
回		回	

## 2 かみかみ百歳体操への参加と運動習慣

1	どれくらいの頻度で百歳体操に参加されていますか	週1回未満	週1回	週2回
2	どれくらいの期間、百歳体操を続けていますか	3か月未満	3か月～1年	1年以上
3	家で、お口の体操を行う習慣があれば教えてください	毎日	週に2～3回程度	ほとんどしない
体操の内容( )				

## 3 あなたの歯の状態について、あてはまるものに○をつけてください。

1	自分の歯が、抜けたままになっているところがありますか	はい	いいえ
2	入れ歯を使用していますか	使用している	持っているが使用していない
		持っていない	

## 4 あなたの現在の状況

1	身長と体重をご記入ください（だいたいの値）	身長 ➡ cm	体重 ➡ kg
2	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ
3	以前と比べて話しづらいこと、聞き返されることが増えましたか	はい	いいえ
4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか（さきいか、たくあんなど）	はい	いいえ
5	口の渴きが気になりますか	はい	いいえ
6	お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ
7	口から食べ物がこぼれることがありますか	はい	いいえ
8	歯科医院の定期受診を受けていますか	はい	いいえ
9	1日に何回歯をみがきますか	1回	2回
		3回以上	
10	いつ歯みがきをしますか（あてはまるもの全て）	起床時	寝る前
		朝食後	昼食後
		夕食後	
11	その他、かみかみ百歳体操に参加して感じることをあれば記入してください。		

### 参加者個人票

氏名 (                      )                      年齢 (              歳 )                      性別 (    男    女    他    )

## ★測定の結果

	フアンクショナルリーチ (cm)	Timed Up & Go (秒)	パタカ (回)	ごつくん (回)
令和    年    月    日				
令和    年    月    日				
令和    年    月    日				
令和    年    月    日				

## ★おもりの本数

初回	回目から	回目から
本	本	本

★参加表 計測日に○

[illegible]

大阪市地域リハビリテーション活動支援事業 月報A（口腔機能向上）

令和 年度分

→大阪市

番号	派遣日	曜日	申込書 受理番号	グループ番号	区名	体操グループ名	支援 区分*	参加 者数	開始 時刻	終了 時刻	支援内容	いきいき 有無	派遣 者数	派遣者氏名 ①	職種	派遣者氏名②	職種	派遣者氏名 ③	職種	使用 DVD	特記事項
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
計								0人					0人								

\*支援区分 かみかみ立ち上げ①・②、かみかみ継続、他体操継続  
 \*曜日 祝日の場合は「祝」と記入  
 \*支援内容 指導、計測と指導、計測、打合せ



# かみかみ参加者アンケート集計表

記入日： 20 年 月 日

報告者

グループ番号・名 実施頻度 週( )回

参加者数 男性 ( ) 人 女性 ( ) 人 他 ( ) 人

平均年齢 男性 ( ) 歳 女性 ( ) 歳 他 ( ) 歳

参加頻度 週1回 ( ) 人 週2回 ( ) 人 他 ( ) 人

参加期間 3か月未満 ( ) 人 3か月～1年 ( ) 人 1年以上 ( ) 人

他のお口体操 毎日 ( ) 人 週に2～3回程度 ( ) 人 ほとんどしない ( ) 人

体操の内容 ( )

## ★ 測定の結果 ( ) 人の平均値 ※

※ 開始当初・3か月後ともに体力測定を実施し、概ね3か月以上参加している方の平均

	パタカ	ごつくん
初回平均	回	回
3か月後平均	回	回

## ★ 現在の健康状態について

		回答割合 (%)	初回	3か月後		
		有効回答数			初回回答数	3か月後回答数
1	BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m)	18.5以上				
2	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	いいえ				
3	以前と比べて話しづらいこと、聞き返されることが増えましたか	いいえ				
4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか (さきいか・たくあんなど)	いいえ				
5	口の渇きは気になりますか	いいえ				
6	お茶や汁物等でむせることがありますか	いいえ				
7	口から食べ物がこぼれることがありますか	いいえ				
8	歯科医院の定期受診を受けていますか	はい				
9	1日に何回歯をみがきますか	3回以上				
10	いつ歯みがきをしますか					



## 請 求 書

令和 年 月 日

大阪市長 様

住 所  
氏 名

次のとおり請求します。

金 額	円也
内 容	
地域リハビリテーション活動支援事業（口腔機能向上）業務委託（概算契約）	
（令和 年度 第 四半期分）	
・ リハビリテーション専門職の派遣に要する費用 @ × 人 = 円	
内訳) 月度 人、 月度 人、 月度 人	
・ 円×1.1= 円（内税 円）	

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

☐ 債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号								指定口座	
-------	--	--	--	--	--	--	--	------	--

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

☐ 次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称		支 店 名 称	
預 金 種 別		口 座 番 号	
フリガナ 口 座 名 義			

## 本市記入欄

印影等照合先（契約番号等）		執行主管コード		支出命令番号	
福祉契第 号		062509		／	
				19 会計 3-1-2	
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳 出	<input type="checkbox"/> 歳 入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基 金	

令和 年 月 日

大阪市長 様

事務所所在地

事業者名

代表者氏名

## 令和 年度 大阪市地域リハビリテーション活動支援事業（口腔機能向上）

## 業務委託報告書（第 四半期分）

[illegible]

事故及び苦情報告書

令和      年      月      日

大阪市長   あて

受注者

事業実施中に（事故・苦情の申し出）がありましたので、次のとおり報告します。

発生日時	令和      年      月      日（      ）      午前・午後      時      分		
発生場所			
事故対象者または 苦情申出者氏名		性別	男・女
生年月日	年      月      日生	歳	
住所	〒      -      区 大阪市      区		
連絡先			
事故または 苦情の内容			
対応の内容			
家族等への説明と 家族の理解等			
その後の状況			
再発防止に向けての 対応等			
対応したスタッフの氏名			

**百歳体操 参加申込書 兼 同意書**

ふりがな		性別	生 年 月 日		
氏名		男 女 他	明治 大正 昭和	年	月 日生
住所	区		電話	-	
緊急連絡先	氏名	関係 ( )	電話	-	

**1 百歳体操の目的**

介護が必要な状態等にならないよう、また介護が必要な状態であっても悪化を防いだり、改善したりするために実施します。

**2 実施内容**

- ・ 原則週 1 回実施します。
- ・ 体操だけでなく、地域の方とのおしゃべりや交流をととして、こころとからだの元気を高めます。

**3 参加者の責任**

体操を安全に実施するために、参加者自身が体調を整え、お世話役（サポーター）の方の注意を十分に聞き、次の注意事項を守って参加してください。

- （１）事業に参加することを主治医に伝え、注意すべき事項等を確認しておく。
- （２）睡眠不足、体調不良時は無理に参加しない。
- （３）体調の悪いときはすぐに体操を中止して様子を見る。

**5 個人情報保護の取り扱い**

百歳体操に関する個人情報は、〇〇（グループで保険加入等あれば記載）のために使用するほか、体力測定等のデータは大阪市個人情報保護条例に基づき適正に管理します。

私は、体操内容、注意事項、参加に伴う危険性等について承諾し、私の責任についても理解したうえで、百歳体操への参加を申し込み、上記内容について同意します。

令和 年 月 日

氏 名

(参考様式2)

## 参加者名簿案（かみかみ）

体操グループ名：\_\_\_\_\_

初回測定実施日 令和 年 月 日

3か月後測定実施日 令和 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。

	かな氏名	年齢	パタカ (回)		ごっくん (回)			
			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								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								