

対象者確認シート

実施日： 年 月 日

氏 名： _____

実施者： _____

体調などの確認のため、以下の質問にお答えください。

この3か月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？	はい	いいえ
かかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか？	はい	いいえ
この6か月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？	はい	いいえ

いずれか1つでも「はい」の場合、「貯筋」トレーニング教室の利用対象外です。
いずれも「いいえ」の場合、下記の質問にお答えください。

以下は、サルコペニア（※）のスクリーニングのための質問票です。

※サルコペニアとは、加齢による筋肉量の減少および筋力の低下のことをいいます。

SARC-F 質問項目	0点	1点	2点
4.5kg（2Lのペットボトル2本相当）のものを持ち運びするのはどのくらい困難ですか？	困難でない	いくらか困難	非常に困難、又はできない
部屋の中を移動するのはどのくらい困難ですか？	困難でない	いくらか困難	非常に困難、又はできない
椅子やベッドから立ち上がるのはどのくらい困難ですか？	困難でない	いくらか困難	非常に困難、又はできない
階段を10段昇るのがどのくらい困難ですか？	困難でない	いくらか困難	非常に困難、又はできない
過去1年間で何回転んだことがありますか？	なし	1～3回	4回以上
合計点			

合計点が1点以上の方は、「貯筋」トレーニング教室の利用対象です。

ただし、著しく身体状況が低下しているなど、「貯筋」トレーニング教室の利用が難しいと考えられる方は、参加できない場合があります。

なお、合計点が4点以上の場合、サルコペニアの可能性もあります。

「貯筋」トレーニング教室 実施計画書(期目)

事業者				
実施場所				
実施予定期間	開始日	令和 年 月 日	終了日	令和 年 月 日
実施予定日時	曜日	月・火・水・木・金・土・日	時間	: ~ :
利用定員			備考	
参加者募集方法	方法		連絡先	
	受付期間	令和 年 月 日	~	令和 年 月 日

○従事予定者

教室指導員氏名 (受託事業者)	
事業従事者氏名 (受託事業者)	

○プログラム内容

	各回で実施する内容
1回目	
2回目	
3回目	
4回目	
5回目	
6回目	
7回目	
8回目	
9回目	
10回目	
11回目	
12回目	

※記載にあたり、セルを統合して記載することも可能です。ただし、12回のプログラム内容を明確に記載してください。

○備考

--

大阪市長 あて

「貯筋」トレーニング教室 参加申込書 兼 同意書

必ず本書をよく読み、事業者の説明を聞いたうえで必要事項をご記入下さい。

ふりがな											明治・大正・昭和	年	月	日生	
氏名											性別	男 ・ 女 ・ 他			
住所	区														
電話											メールアドレス				
介護保険被保険者番号											要介護認定	無 ・ 事業対象者 ・ 要支援 ・ 要介護			
緊急連絡先	氏名										続柄（	） 電話			
かかりつけ医	医療機関名														
	主治医名		電話												

申込みにあたっての確認事項 ※次の各事項についてよく読んで、申し込んでください。

1 参加目的・対象者など

- ☐ 筋力やバランス力を高め、前期高齢者のうちから運動習慣を身に着けることを希望します。
- ☐ 「対象者確認シート」のSARC-F項目に該当します。
- ☐ 介護予防・日常生活支援総合事業の選択型通所サービス（※）を利用していません。
※短期間で集中的に、運動器の機能向上、口腔機能向上、又は栄養改善のプログラムの提供を受けられるサービス
- ☐ 今回申込む事業所を定期的に利用していません。
- ☐ これまでに「貯筋」トレーニング教室を利用したことはありません。
- ☐ 事業の目的について理解し、本教室に参加します。

2 教室参加にあたって

- ☐ 1か所に登録、3か月間を通して全12回参加し、他の参加者と交流します。
- ☐ 教室修了後も運動を継続できるよう取り組みます。

3 健康管理

本教室に安全に参加するために、体調を整え、従事者の注意を十分に聞き、次の注意事項を遵守します。

- ☐ （1）本教室に参加することをおかかりつけ医に伝え、注意すべき事項等を事前に確認します（かかりつけ医がいる方のみ）。
- ☐ （2）睡眠不足、体調不良時は無理をしません。
- ☐ （3）体調が悪いときはすぐに従事者に報告します。

私は、事業者から説明のあった、事業内容、留意事項等について承諾し、私の責任についても理解したうえで、「貯筋」トレーニング教室への参加を申し込み、上記内容について同意します。
また、私の個人情報やアンケートの回答などが本事業の評価や利用終了後のモニタリング実施に使われることについても同意します。

年 月 日

氏 名

収集した個人情報は、大阪市が実施する介護予防事業の案内送付に使用することがあります。

案内送付に使用することに同意しない場合のみ、チェックしてください。

☐ 同意しない

事業所名

[illegible]

「貯筋」トレーニング教室 出席者名簿

事業者		実施日	年	月	日
-----	--	-----	---	---	---

○従事者

教室指導員氏名 (受託事業者)	
事業従事者氏名 (受託事業者)	

○出席者 ご自身の名前の横の「署名」欄に、お名前をフルネームでご記入ください。

番号	登録者氏名	署名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

○備考

参加者個人票

氏名 () 年齢 (歳) 性別 (男 女 他)

★測定の結果

実施日	初回	年 月 日	最終	年 月 日
体力測定				
5 m通常歩行時間	秒 (補助具使用 有・無)		秒 (補助具使用 有・無)	
5m最大歩行時間	秒 (補助具使用 有・無)		秒 (補助具使用 有・無)	
Timed Up & Go (秒)	秒		秒	
ファンクショナルリーチ (cm)	cm		cm	
開眼片足立ち	秒 (左 ・ 右)		秒 (左 ・ 右)	
5 回立ち上がりテスト	秒		秒	
握力	kg (左 ・ 右)		kg (左 ・ 右)	
身長	cm		cm	
体重	kg		kg	

【初回】 教室参加で目指すこと、なりたい姿などを記入してください。	【最終】 教室に参加して変化したこと、今後の目標を記入してください。
教室指導員からのコメント	

「貯筋」トレーニング教室事業実施報告書

(様式6)

令和 年 月 ～ 月分

※終了日から10日以内に提出すること(E-Mail:kaigoyobou@city.osaka.lg.jp)

No.	実施日	プログラム 実施内容	登録者数	参加者数 (第1号被保)	教室指導員
					氏名
1			人	人	
2			人	人	
3			人	人	
4			人	人	
5			人	人	
6			人	人	
7			人	人	
8			人	人	
9			人	人	
10			人	人	
11			人	人	
12			人	人	

添付資料

- ☐ 出席者名簿(様式4) [枚]
- ☐ 参加者個人票(様式5) [枚]
- ☐ アンケート集計表

以上のとおり報告します。

報告日: 年 月 日

契約者氏名(法人の名称及び代表者の職名・氏名)

大阪市長 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者の職名・氏名

「貯筋」トレーニング教室業務委託 業務体制について

標記事業の契約内容について、次のとおり届け出ます。

☐ 業務体制について(氏名を記入してください。)

業務管理責任者	
教室指導員	

※教室指導員については、資格を有する証明書(写し)を添付してください。

☐ 変更について

変更予定年月日	年 月 日 ()	
変更項目	☐ 法人名称 ・ 代表者 ☐ 業務管理責任者 ☐ 教室指導員 ☐ その他()	
変更内容	変更前	変更後
変更理由		

※法人の登記事項に変更がある場合は、変更登記完了後、登記事項証明書(履歴事項全部証明書)を提出してください。

※変更の内容によっては、その他の追加書類の提出が必要となる場合があります。

事故及び苦情報告書

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	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	〒 ー 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			