

<一般委託>

入門介護予防講座(運動機能改善教室)業務委託(一般委託)仕様書

入門介護予防講座(運動機能改善教室)業務委託に基づく内容は、本仕様書の定めるところによる。

1	目的	65歳以上の高齢者に対し、入門的な運動器の介護予防教室を開催して、介護予防に関する知識の普及及び啓発を行う。日々の自己管理により加齢に伴う運動器の機能低下の予防や改善が可能であることを体感・理解し、元気づくりを目指すことによりQOLを高めることを目的とする。
2	履行期間	契約日から令和4年3月31日
3	施行場所	久里浜コミュニティセンター 他4カ所
4	業務内容	別紙特記仕様書のとおり
5	特記事項	別紙特記仕様書のとおり
6	関係法規	介護保険法
7	資格要件	別紙特記仕様書のとおり
8	契約方法	総価による業務委託契約(一般委託)
9	支払方法	別紙特記仕様書のとおり
10	その他事項	この仕様書に定めのない事項及び疑義を生じた場合は、別途協議するものとする。
11	監督員 連絡先	健康長寿課介護予防係 電話046-822-8135

<指示又は希望事項>

グリーン 物品購入 及び 環境配慮 関係	<p>・この業務を施行するにあたって、仕様書でグリーン物品購入の指示がある場合は、横須賀市グリーン購入基本方針及び調達方針に基づく環境物品等を納入すること。また、仕様書で特に指示がない場合で委託代金に物品等の購入経費が含まれている場合は、できるだけこの方針に基づく環境物品等の調達をお願いします。 (上記方針については、本市のホームページ「よこすかのグリーン購入」参照)</p> <p>・本市は、独自の環境マネジメントシステム(YES)により事務事業の環境負荷低減に努めているので、受託者においてもできる限り環境に配慮して業務を執行するようお願いします。</p>
----------------------------------	---

入門介護予防講座(運動機能改善教室)業務委託特記仕様書

1 件名

入門介護予防講座(運動機能改善教室)業務委託

2 事業目的

65歳以上の者に対し、入門的な運動器の機能の改善を目的とした介護予防教室を開催し、介護予防に関する知識の普及及び啓発を行う。日々の自己管理により、加齢に伴う運動機能の低下の予防や改善が可能であることを体感・理解し、健康づくりを目指すことによりQOLを高めることを目的とする。この仕様書中、委託者(以下「甲」という。)と受託者(以下「乙」という。)は、次の各項により業務を実施することとする。

3 会場

原則として甲が確保する。各会場における使用規則を遵守すること。(別紙1)

4 委託期間

契約締結日から 令和4年3月31日まで

5 運営

介護予防講座開催の手引き(別紙2)に則り、教室を運営すること。

6 業務体制

(1) 指導員資格

従事者のうち、運動指導員は理学療法士もしくは健康運動指導士(財団法人健康・体力づくり事業財団の指定)等の資格を、補助員については、高齢者の運動指導経験をもつこと。

(2) 指導員の届出

乙は、業務履行前に免許の写しを甲に提出すること。

(3) 従事者数(別紙3)

1～3回目まで運動指導員1名と補助員1名の計2名以上を配置すること。

7 不適格者の交代

甲は、指導員が業務遂行上不適格者と認めた場合は、その理由を明示し乙に指導員の交代を求めることができる。

8 事業プログラムの事前承認

乙は委託契約後、甲に事業実施までに使用、配布する資料を提出しプログラムの承認を得ること。配布物は事前に許可を得ること。

9 委託内容

業務の実施については、以下の通りとする。

(1) 対象者

65歳以上の市内在住者。足・膝・腰に痛み等の症状がある方、筋肉量の減少による筋力低下のある方、また体力に不安のある方等。

(2) 実施の回数と日程（別紙4）

運動機能改善教室は、1コース全3回を8コース。日程に変更が生じる場合は甲乙双方協議のうえ定める。

(3) 参加者情報

教室は開催日の10日前までに、甲が参加者の氏名・年齢を記載した名簿（別紙5）を作成し、乙に郵送する。参加者のキャンセルや欠席の連絡は甲から乙はFAX送信（別紙6）、乙から甲へは日誌（別紙7）に欠席者名をカナで記載する。

(4) 参加者の定員

30名。

(5) 実施時間

教室委託時間は3時間とする。時間配分は会場準備に30分、受付と健康チェックに30分、運動に1時間30分、会場片付けに30分とする。

(6) プログラム内容

① 事業の実施方法

厚生労働省作成の介護予防マニュアル(改訂版:平成24年3月)に基づく本教室のマニュアル（別紙8）に沿って教室の内容を含み、かつ、自宅でも継続できるような詳細な実施計画を立案し、参加者への配布資料を作成すること。原則として座位中心の運動とする。

② 事業内容

- a 毎回、運動開始前に血圧測定を行う。運動の中止基準は最高血圧180mmHg、最低血圧110mmHg以上、または安静時脈拍数が110拍/分以上の場合とする。
- b 体力測定はアの1コース内で1回目に行うこと。測定項目は、握力、5m最大歩行時間とする。測定結果は、個人ごとに体力測定結果表を作成して、測定後に、参加者へ渡すこと。なお、体力測定結果表の書式は問わないが、対象者が分かりやすいものとする。
- c 「健康状態の質問票」（別添1）を開始時に回収すること（1、2枚目は回収し、3枚目を本人に渡す）。また、「健康チェックシート」（別添2）は毎回提出してもらい、“朝の体温”を名簿（別紙5）へ転記する。チェック項目と会場での血圧・脈拍測定から、体調不良の有・無を判断し、“有”の場合は、運動の参加を見送り、見学参加までとする。シートの“身体で気になるところ”が“ある”の場合には、「健康チェック表」（別添3）に転記する。「健康チェックシート」は、最終日に回収する。一般介護予防事業アンケート（別紙9）は、3回目に実施すること。
- d 運動は体力の諸要素（筋力、持久力、柔軟性等）を包括的に向上させる内容のプログラムとし、自宅等でも運動を継続できるよう指導すること。
- e 教室の最後に、他の介護予防教室（例えば介護予防サポーター養成講座、フレイルの予防講座、認知症予防講座等）の案内や地域（町内会館の老人会等）での自主的な活動、コミュニティセンターでのサークル活動や

スポーツジム等の案内をすること。

(7) プログラム評価

各回の教室参加者数と一般介護予防事業アンケート（別紙9）を集計し、一般介護予防事業実施後アンケート集計表（別紙10）を作成する。各回の教室参加者数、一般介護予防事業アンケート集計表（別紙10）、一般介護予防事業実施後アンケート（事業者用）（別紙11）を基に甲乙両者が立会いの下、話し合いにて評価する。

(8) その他

補助員は指導員の補助業務と参加者にとって安全で効果的な教室になるよう支援すること。

10 報告

(1) 教室実施報告

乙は、翌日までに甲に日誌（別紙7）をFAX等で報告しなければならない。また、乙は1コース終了月の翌月末日までに、実施報告書（別紙12）、参加者名簿（別紙5）、体力測定表（任意書式）、アンケート類（「健康状態の質問票」（3枚複写の1, 2枚目）別添1、「健康チェックシート」別添2、「健康チェック表」別添3、一般介護予防事業アンケート（別紙9）の原本、一般介護予防事業アンケート集計表（別紙10）を郵送等により甲に報告しなければならない。

(2) 事業の運営に関する事項

甲は、事業の運営に関する事項について、必要に応じて乙に報告を求めると共に調査することができる。その結果、必要と認めるときは乙に必要な措置を指示することができる。

11 支払方法について

(1) 委託料の支払は、全コース終了後に支払う。完了届（別紙13）の提出による検査終了後、入門介護予防教室業務委託料請求書（別紙14）の提出により清算する。

(2) 原則、1コース全てを中止した時は、教室管理料のみ支払うこととし、必要時に甲、乙双方協議する。

12 緊急時の対応と安全管理体制

(1) 傷害保険

参加者を対象とした、事業参加中及び往復途上を補償する傷害保険（補償内容：死亡・後遺障害保険金額1人あたり300万円、入院保険金額日額1人あたり4,000円、通院保険金日額2,000円、特約 往復途上傷害危険担保特約 以上）に加入すること。

(2) その他

乙は、常に参加者の安全の確保と事故防止に留意し、万一不測の事態が生じた場合は、「委託事業安全管理マニュアル」（別紙15）に沿って対応すること。

13 物品

運動に使用する物品等及び次に掲げる物品については、乙が準備する。

ア	血圧計・握力計・ストップウォッチ	各2台
イ	巻尺（5m以上の物）・床マーク用テープ	各1台
ウ	用箋ばさみ・鉛筆	40セット
エ	コーン	2個
オ	CDラジカセ（会場に備え付けの場合不要）	1台
カ	配布資料	人数分
キ	スピーカー&マイク	1台
ケ	体温計	
コ	血圧測定の際に腕に巻くラップ	

14 個人情報について

「個人情報（特定個人情報を含む）の取扱いに関する特記事項」（別紙16）を遵守すること。

15 その他

- (1) この仕様書に定めのない事項、または、この仕様書の解釈について疑義が生じたときは、甲、乙双方協議のうえ定めるものとする。
- (2) 天候など不測の事態で実施できないと判断した場合、当日の8時30分までに甲が判断し乙に連絡する。ただし、土日祝日が開催日の場合は直近の開庁日の17時までに甲が判断し乙に連絡する。当日乙は教室開始予定時刻から30分程度会場にて1名以上で待機し、来場した参加者に中止の旨を伝え帰宅を促すこと。
- (3) 履行期間満了日までに、委託者と受託者の両者が合意し、本市議会において該当予算が承認された場合、翌年度の4～6月開始分の運動機能改善教室は2コース程度、本契約と同条件で契約する予定。なお、受託者が当該契約を締結する意思がない場合等については、履行期間満了日の1か月前までに通知すること。
- (4) 教室内で物販を行わないこと。

16 担当課・連絡先

横須賀市福祉部 健康長寿課 介護予防係 電話 046 (822) 8135

会場の状況

	施設名	住所・電話	会場	会場の広さ	備品(椅子、机等)	交通機関	更衣室	駐車場	実施教室名	受付作業
1	久里浜コミュニティセンター	横須賀市久里浜6-14-2 046-834-1471	3階集会室	W15×D10×H5.0	長机 椅子 CDラジカセ	京急久里浜駅下車徒歩10分	有	4台	運動機能改善教室	1階コメン受付に申し出
2	西コミュニティセンター	横須賀市長坂1-2-2 046-856-0719	3階集会室	W10×D15×H5 m以上	長机 椅子 CDラジカセ	京急バス・市民病院前より徒歩5分	無	46台 西行政センターと共用	運動機能改善教室	2階コメン受付に申し出
3	大津コミュニティセンター	横須賀市大津町3-34-40 046-835-2872	2階体育館	274.31㎡	長机 椅子 CDラジカセ	京急大津駅から徒歩1分	無	30台 大津行政センターと共用	運動機能改善教室	2階コメン受付に申し出
4	衣笠コミュニティセンター	横須賀市公郷町2-11 046-853-1611	2階体育館	384.75㎡	長机 椅子 CDラジカセ	JR衣笠駅下車徒歩8分	無	26台 衣笠行政センターと共用	運動機能改善教室	2階コメン受付に申し出
5	ウェルシティ市民プラザ (受付・生涯学習財団)	横須賀市西逸見町1-38-11 046-822-4830	2階市民ホール	W13×D21.5×H3	机 椅子 音響設備	京急逸見駅より徒歩10分	講師控え室か倉庫利用 可	185台 有料	運動機能改善教室	4階生涯学習財団受付に申し出

1 施設の利用概要

- ・ 事業担当者は必ずマスクを着用する。
- ・ 施設入場口で手指消毒（又は石けん手洗い）をする。
- ・ 「健康チェックシート」から、“体温”を「参加者名簿」に転記する。また、チェック項目と会場での血圧・脈拍測定から、体調不良の有・無を判断し、“有”の場合には、運動の参加を見送り、見学参加までとする。教室の途中で体調不良者が出た場合には、健康長寿課へすぐに連絡する。なお「健康チェックシート」は、最終日に回収する。
- ・ 3つの密（密閉、密集、密接）の発生を避けるために、各施設のフロアー、部屋ごとに利用者数を制限し、それに応じて椅子や机を適切に配置する。目安として座席は前後左右2m以上の間隔は空ける。また、立位時でも前後左右2m以上の間隔を確保する。至近距離での会話や発声は避け、密接の場面を作らない。
- ・ 換気のため2つ以上の窓を同時に開ける。あるいは入口を開けるようにする。

2 施設で開催する教室

- ・ 運動の際には、極力参加者同士が向き合わないよう横並びにする。
- ・ ウォーキングのように場所を移動する運動は避け、同じ場所で実施可能な内容とする。
- ・ マスクは装着したまま実施する。息が上がり易いため、運動の負荷量には十分注意し、無理はしない。
※運動指導の際には、マスクの代わりにバフ（布で口元を覆うもの）を使用しても構わない。
- ・ 呼吸が激しくなるような高負荷の運動は避ける。
- ・ こまめに水分補給を行い、熱中症に十分注意する。

3 スタッフの準備

- ・ スタッフ全員の活動前後の体温チェックを徹底する。（熱発者は参加停止、数日間続くようなら医療機関などに相談）

- ・ スタッフの家族等、同居者に感染者や感染者への接触があることが判明した場合は、即刻参加停止とし、他のスタッフとの接触について正確な実態把握を行う。
- ・ 感染者情報に接した場合(保健所からの通知・本人からの申告)は、即時に健康長寿課へ報告する。(求められる情報の速やかな開示)
- ・ スタッフがマスクやフェイスシールドを着用することの告知をする。

4 感染対策

- ・ 施設入場口でアルコール製剤等を配置し、手指消毒（又は30秒かけて石けんと流水で手洗い）を徹底する。
- ・ 血圧測定で、上腕式血圧計では腕に帯を巻いて、また手首式では手首に付けて測定する際に、機器に直接肌が触れないようにあらかじめラップを身体に巻いて測定する。または、測定直後にアルコール製剤等で肌が触れた部分の清拭を行う。
- ・ 退出の際は、机、いす、ドアノブ、照明のスイッチ等を、施設の使用規則に準じて清拭を行う。

5 事業者が準備するもの

マスク、アルコール製剤等（石けんで手洗いが出来ない場合を想定し、予備として携帯できるもの）、マイク&スピーカー、体温計、血圧計、ラップ
※フェイスシールド（必要時）

6 参加者の持ち物

健康状態の質問票・健康チェックシート（予め記入したもの）、マスク、水分補給用飲み物、筆記用具

横須賀市 福祉部 健康長寿課 介護予防係

令和3年4月28日 作成

令和3年度入門介護予防講座(運動機能改善教室)業務委託予定数量

(別紙3)

予定数量

教室分類	項目	1コースあたり人員	コース数	数量
運動機能改善教室	教室管理料		8	8
	運動指導員	3		24
	補助員	3		24

● 令和3年度入門介護予防講座（運動機能改善教室）業務委託日程表

開催時間 10:00～11:30（受付開始9:30～）

コース	第1回	第2回	第3回	会場	広報
1	07月02日（金）	07月09日（金）	07月16日（金）	久里浜コミセン 集会室	05月
2	09月01日（水）	09月08日（水）	09月15日（水）	西コミセン 集会室	07月
3	10月04日（月）	10月11日（月）	10月18日（月）	大津コミセン 体育館	08月
4	11月02日（火）	11月09日（火）	11月16日（火）	ウェルシティ市民プラザ 市民ホール	09月
5	12月01日（水）	12月08日（水）	12月15日（水）	久里浜コミセン 集会室	10月
6	01月06日（木）	01月13日（木）	01月20日（木）	衣笠コミセン 体育館	11月
7	01月26日（水）	02月02日（水）	02月09日（水）	大津コミセン 体育館	12月
8	02月28日（月）	03月07日（月）	03月14日（月）	ウェルシティ市民プラザ 市民ホール	01月

参加者名簿

(別紙5)

教室名：		会場名：					
	氏名	年齢	健康 チェック	第1回	第2回	第3回	備考
				/	/	/	
1			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
2			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
3			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
4			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
5			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
6			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
7			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	

教室名：

会場名：

	氏名	年齢	健康 チェック	第1回	第2回	第3回	備考
				/	/	/	
8			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
9			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
10			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
11			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
12			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
13			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
14			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
15			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	

教室名：

会場名：

	氏名	年齢	健康 チェック	第1回	第2回	第3回	備考
				/	/	/	
16			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
17			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
18			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
19			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
20			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
21			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
22			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
23			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	

教室名：

会場名：

	氏名	年齢	健康 チェック	第1回	第2回	第3回	備考
				/	/	/	
24			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
25			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
26			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
27			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
28			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
29			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
30			血压	/	/	/	
			脈拍				
			朝の体温	°C	°C	°C	
			体調不良	有・無	有・無	有・無	
計							

FAX

送付先:

様

FAX 番号: ○○○-○○○-○○○○

発信元: 横須賀市健康長寿課 ()

日付: 月 日

件名: 入門介護予防講座(運動機能改善教室)

欠席者連絡

久里浜コミセン 西コミセン 大津コミセン

衣笠コミセン ウェルシティ市民プラザ

連絡事項: 月 日の教室について、

(欠席 ・ キャンセル)の連絡がありました。

お名前

理由 体調不良

用事あり

その他

以上です。よろしくお願ひします。

令和3年度入門介護予防講座(運動機能改善教室)日誌

実施日	年 月 日 ()	
時間	時 分 ~ 時 分 (受付 : ~)	
教室名 会場	運動機能改善教室 <input type="checkbox"/> 久里浜コミセン・ <input type="checkbox"/> 西コミセン・ <input type="checkbox"/> 大津コミセン <input type="checkbox"/> 衣笠コミセン・ <input type="checkbox"/> ウエルシティ市民プラザ	
従 事 者 名	理学療法士	
	健康運動指導士等	
	高齢者運動指導員	
	栄養指導員 その他	
参加人数	人	
指導内容		
備考		

運動機能改善教室マニュアル

1～3回目は運動指導員1名、補助員1名の計2名以上。運動指導員は理学療法士もしくは健康運動指導士（財団法人健康・体力づくり事業財団の指定）等の資格を有すること。

本教室は椅子座位運動を主とし、プログラム内容や留意点は介護予防マニュアル改訂版（H24.3）第3章運動器の機能向上マニュアルを参照。事業委託時間は3時間。運動実施時間の前に会場準備として1時間、教室実施1時間30分、会場片付けと退出に30分を見込むこと。運動の継続ができるよう、教室内容を組み込んだホームプログラム（A4数枚程度）を作成し初日に配布、説明すること。1回目「健康状態の質問票」の回収等、「健康チェックシート」のチェック、3回目は市が作成したアンケートの記入を行うこと。

会場はコミュニティセンター等公的機関とし、健康長寿課が確保する。

- 1、目的 加齢に伴う筋力低下や体力に不安のあるサルコペニアを呈する方の運動機能改善を図り、閉じこもり防止等、不活発な生活スタイルを改善する。また、足・膝・腰等に痛み等の症状はあるが、医師に運動を止められていない人に対して、関節の痛みを和らげる体操を理解し、運動を継続できるようにする。
- 2、対象 65歳以上の市内在住者。
- 3、内容 1コース3回。8コース実施する。「健康状態の質問票」（※1）回収等、「健康チェックシート」（※1）血圧測定等での健康チェック、体力測定（1回目に実施）、運動に関する講話、椅座位中心の基礎的なストレッチ、筋力運動、バランストレーニング、セルフマッサージの指導。3回目にアンケート（※1）を実施する。運動の合間にレクリエーションとして、コグニサイズや口腔体操を盛り込んでも良い。
- 4、定員 各コース30名（※本教室と同名の教室は年度内に1回しか受講出来ないこととする）
- 5、日程 別紙日程表のとおり
- 6、タイムスケジュール

1回目	2、3回目
9:00 会場準備	9:00 会場準備
9:30 受付開始、「健康状態の質問票」回収等、「健康チェックシート」のチェック、血圧測定等	9:30 受付開始、「健康チェックシート」のチェック、血圧測定等
10:00 ウォーミングアップ	10:00 健康講話・フィードバック、アンケート記入（3回目のみ）
10:15 休憩	10:15 ウォーミングアップ
10:20 体力測定（2種）、終了後休憩	10:35 休憩
10:50 主運動（適宜休憩）	10:40 主運動（適宜休憩）
11:20 クールダウン	11:15 クールダウン

11:30 教室終了、片付け	11:30 教室終了、片付け
12:00 退出	12:00 退出

- ※1 横須賀市が作成した**質問票、健康チェックシート、アンケート**を使用すること。
- ※2 測定結果は個人ごとに体力測定表を作成、測定結果をグラフ化等し、数値だけでなく視覚的に自己の体力をフィードバックすること。
- ※3 参加者へ配布するホームプログラム等の資料は、事前に**健康長寿課**へ提出し承認を得ること。

7、運営

(1) 会場の受付をする。

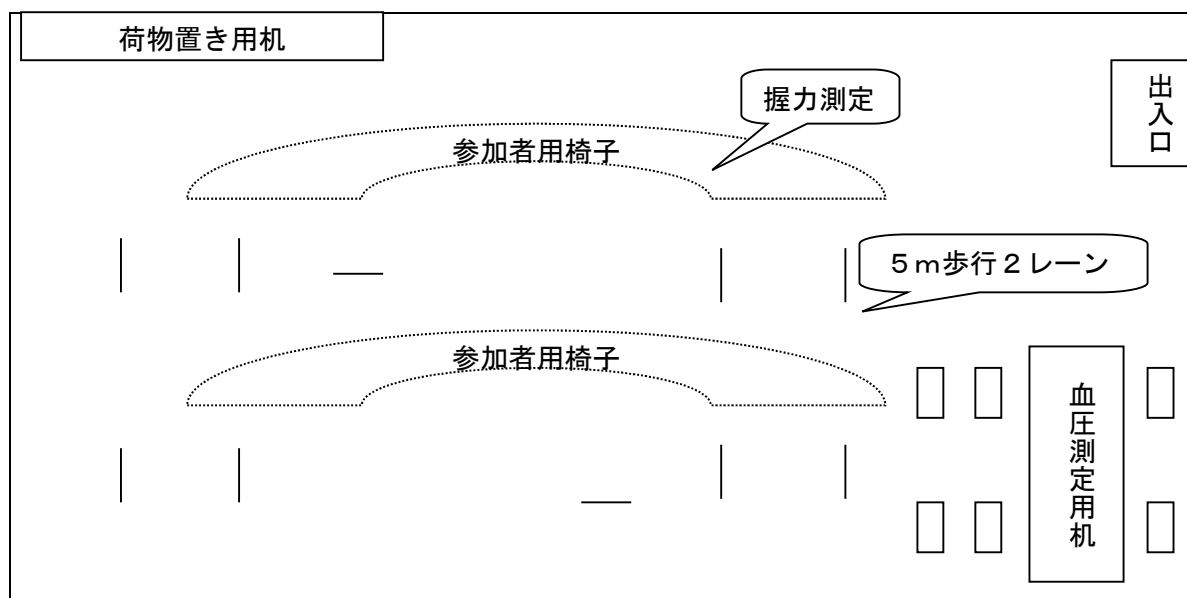
会場ごと受付方法は異なる。事業名と**健康長寿課**から委託されている旨を伝え指示に従うこと。

(2) 参加者の受付をする。

「**健康状態の質問票**」の回収（複写1、2枚目を回収し、3枚目は本人に渡す）、**「健康チェックシート」**（最終回に回収する）のチェックと血圧測定等をもって受付とする。運動の中止基準は血圧 180/110mmHg 以上、安静時脈拍数が 110 拍/分以上の場合とする。

(3) 会場設営をする。（ 1 回目のみ体力測定も準備 ）

【例】



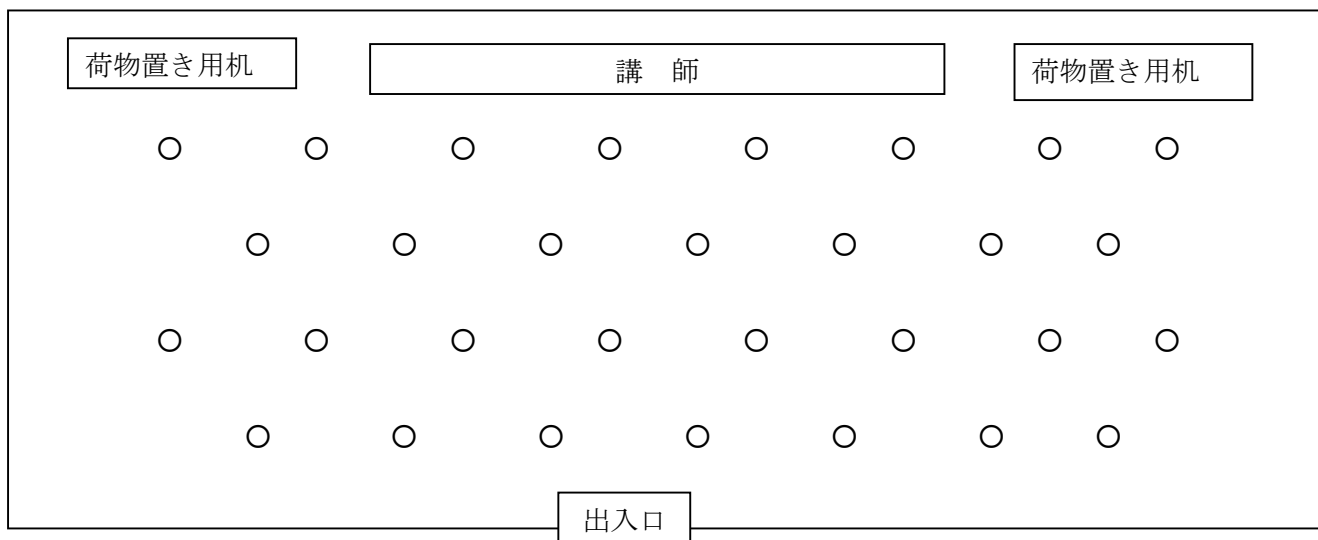
- ・血圧測定と荷物置き用の机を出す
- ・人数分の椅子を講義形式に並べる
- ・1回目はホームプログラムを配布
（ 1 回目のみ、下記も準備する ）
- ・5m歩行を2レーン、養生テープを用いて作成する
- ・用箋挟に体力測定表・アンケート・鉛筆を準備する

(4) 体力測定セット

握力計2個、メジャー、ストップウォッチ2個、養生テープ、鉛筆、用箋挟

体力測定後

(例)



- ・ 座席は密集状態を避けるため、前後左右2m以上間隔を確保する
- ・ 1回目はホームプログラムを配布

(5) 3回目にアンケートの記入と回収を行う

(6)

	持ち物	受付	教室開始
1回目	「健康状態の質問票」、「健康チェックシート」予備 体力測定セット 血圧計2台 出席簿	指導員・補助員 →「健康状態の質問票」回収等 「健康チェックシート」のチェック、血圧測定等、体力測定表配布	指導員→あいさつ オリエンテーション ウォーミングアップ 体力測定 クールダウン 補助員→補助業務
2回目	「健康チェックシート」予備 血圧計2台 出席簿 パンフレット等	指導員・補助員 →「健康チェックシート」のチェック、血圧測定等 結果返却	指導員→あいさつ フィードバック 運動 補助員→補助業務
3回目	「健康チェックシート」予備 血圧計2台 出席簿 アンケート	指導員・補助員 →「健康チェックシート」のチェック・回収、血圧測定等 アンケート配布と回収	指導員→あいさつ 運動 補助員→補助業務

※初回欠席者にもパンフレットをできる限り配布すること。

8、その他

- (1) 教室の2週間前までに、参加者名簿を市から事業所に郵送する。
- (2) 事業所は介護予防係へ教室実施当日もしくは次の日までに日誌をFAXにて報告する。また、請求は全コース終了後、適正な完了届（「健康状態の質問票」複写1、2枚目・実施報告書・参加者名簿・アンケート・アンケート集計表・体力測定結果を含む）とともに行うこと。
- (3) 緊急時は「委託事業安全管理マニュアル」に沿うこと。



一般介護予防事業アンケート



今後の事業の参考にさせていただきますので、アンケートにご協力ください

氏名 _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男性・女性

1、教室に参加しようと思った理由の該当番号を○で囲んでください

- ①教室に興味があった ②心配や悩みがあった ③仲間づくりをしたい
④知人に誘われた ⑤その他 [_____]

2、この教室をどちらで知りましたか？ ○で囲んでください

- ①広報 ②ホームページ ③ポスターやチラシ ④紹介 ⑤その他 [_____]

3、今回の教室内容は理解できましたか？ ○で囲んでください

- ①できた ②まあまあできた ③あまりできなかった ④できなかった

4、今回の教室内容は役に立ちますか？ ○で囲んでください

- ①役に立つ ②まあまあ役に立つ ③あまり役に立たない ④役に立たない

5、教室参加前と比べ、健康維持のために心がけるようになりましたか？

教室参加前と後で実施しているものについて、全て○を付けてください

	参加前	参加後
①ウォーキング・ラジオ体操などを行っている		
②食事に気を付けている		
③口の中を清潔にしている		
④規則的な生活をしている		
⑤定期的に健康診査を受診している		
⑥十分な休養や睡眠をとっている		
⑦お酒を飲みすぎない		
⑧煙草を吸わない、または本数を減らしている		

6、その他、感想等をご記入ください

[_____]

ご協力ありがとうございました

一般介護予防事業アンケート集計表

教室

会場

性別と年齢

	65-69	70-74	75-79	80-	無回答	合計
男						
女						

1、教室に参加しようと思った理由

①	②	③	④	⑤	無回答	合計

・
・
・

2、教室を知ったきっかけ

広報	ホームページ	ポスター等	紹介	その他	無回答	合計

・
・
・

3、教室内容の理解について

できた	まあまあ できた	あまり できなかった	できなかった	無回答	合計

4、教室内容が役立つかどうか

役に立つ	まあまあ 役に立つ	あまり役に 立たない	役に 立たない	無回答	合計

5、教室参加前後の健康維持について

	参加前	参加後
①ウオーキング・ラジオ体操などを行っている		
②食事に気を付けている		
③口の中を清潔にしている		
④規則的な生活をしている		
⑤定期的に健康診査を受診している		
⑥十分な休養や睡眠をとっている		
⑦お酒を飲みすぎない		
⑧煙草を吸わない、または本数を減らしている		

6、感想等

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

一般介護予防事業実施後アンケート【事業者用】

今後の事業の参考にさせていただきますので、アンケートにご協力ください

1、教室名 ()

2、実績 (定員: 人)

会場名	コース数	回数	総回数	実人数	延人数

3、教室の仕様書はわかりやすい内容になっていますか。○で囲んでください

わかりにくい ・ ややわかりにくい ・ ややわかりやすい ・ わかりやすい

4、教室の目的と参加者の目的は一致していると思いますか。○で囲んでください

していない ・ ややしていない ・ ややしている ・ している

5、教室内容は目的の達成に資する内容でしたか。○で囲んでください

達成しなかった ・ やや達成しなかった ・ まあ達成した ・ 達成した

6、教室内容について、実施していかがでしたか。○で囲んでください

改善すべきである ・ 改善したほうがよい ・ まあ改善しなくてもよい ・ 改善しなくてよい

↓
【改善点をご記入ください】

7、次年度の課題を記入して下さい

8、その他、意見・感想をご記入ください

入門介護予防講座(運動機能改善教室)実施報告書

年 月 日			
(あて先) 横須賀市長			
受託事業者		所在地 名称	
代表者氏名			
教室名			
実施会場			
実施回数	回	指導者合計	人
延人数	人	実人数	人
実施実績			
	実施日	参加人数	従事者数
1	月 日	人	人
2	月 日	人	人
3	月 日	人	人
	月 日	人	人
	月 日	人	人

完了届 (一般委託・物件修繕) (完了 分割払第 部分払い) 回 回 契約番号

令和 年 月 日

(あて先)横須賀市長

住所

氏名 (印)

施行場所									
契約金額	億	千	百	十	万	千	百	十	円
契約年月日	年 月 日								
履行期間	自 年 月 日 至 年 月 日								
完了年月日	年 月 日								
件名	契約		既完了		今回完了		契約残		
	数量	金額 円	数量	金額 円	数量	金額 円	数量	金額 円	
1									
2									
3									
合計									

※ 契約、既完了、契約残欄は、単価契約の場合又は総価契約で分割払又は部分払する契約の場合に記入する。
 長期継続契約は当該年度に係る数量、金額を記入する。

検 査 書

課長	係長・主査	担当者
課長	係長・主査	担当者

検査年月日	令和 年 月 日		
監督員	(所属、氏名)		(印)
検査員	(所属、氏名)		(印)
立会人	(所属、氏名)		(印)
(記事欄)			

備考 完了届に責任者及び担当者の氏名並びに連絡先(電話番号)を記載した場合は、完了届の押印を省略することができます。

入門介護予防講座(運動機能改善教室)業務委託料請求書

年 月 日

(あて先) 横須賀市長

所在地
受託事業者 名称
代表者氏名



入門介護予防講座(運動機能改善教室)

業務委託料として、下記のとおり請求します。

請求金額 円

	項目	数量	単価	金額
内 訳	教室管理費			
	指導員人件費 (運動指導員)			
	指導員人件費 (補助員)			
	小 計			
	消 費 税			
	金 額			
	(事務処理欄)			

委託事業安全管理マニュアル

1 緊急時の連絡先

市役所開庁時 健康長寿課介護予防係 046-822-8135

市役所閉庁時 係長対応 046-822-9000

※閉庁時の連絡は緊急のみ。原則は週明けの開庁時に報告。

2 運営上の安全管理

事業を実施する施設にはAED(自動体外式除細動器)を設置することが望ましい。また、AEDの所在場所を標識等により明示し、担当する職員が、必要な時に正しく救命活動ができるように救急法及びAED使用法の講習を受講するよう努めるものとする。また、契約時に事業者の加入保険の内容がわかる書類の添付を求めることとする。

(1)プログラムの前の留意点

プログラムを行う前の状態チェックで、以下に該当する場合は運動を実施しない。

- ・安静時に収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg以上である場合
- ・安静時脈拍数が110拍/分以上の場合
- ・いつもと異なる脈の不整がある場合
- ・関節痛、腰痛などの慢性的な症状の悪化がある場合
- ・その他、発熱、体調不良などの自覚症状を訴える場合

(2)事業参加の事前注意

また、以下の項目を参加者に周知する。

- ・運動直前の食事を避ける
- ・水分補給を十分に行う
- ・睡眠不足、体調不良の時は無理しない
- ・身体に何らかの変調がある場合には従事者に伝える(感冒、胸痛、頭痛、めまいなど)

(3)プログラム提供中の留意点

運動中の事故防止に心がけることと併せて、正しい運動姿勢の保持に配慮しながら実施する。また、実施中の水分補給はきわめて重要であるので、必ず途中で水分補給の時間をとるようにする。

なお、実施中に以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全確認を行う。

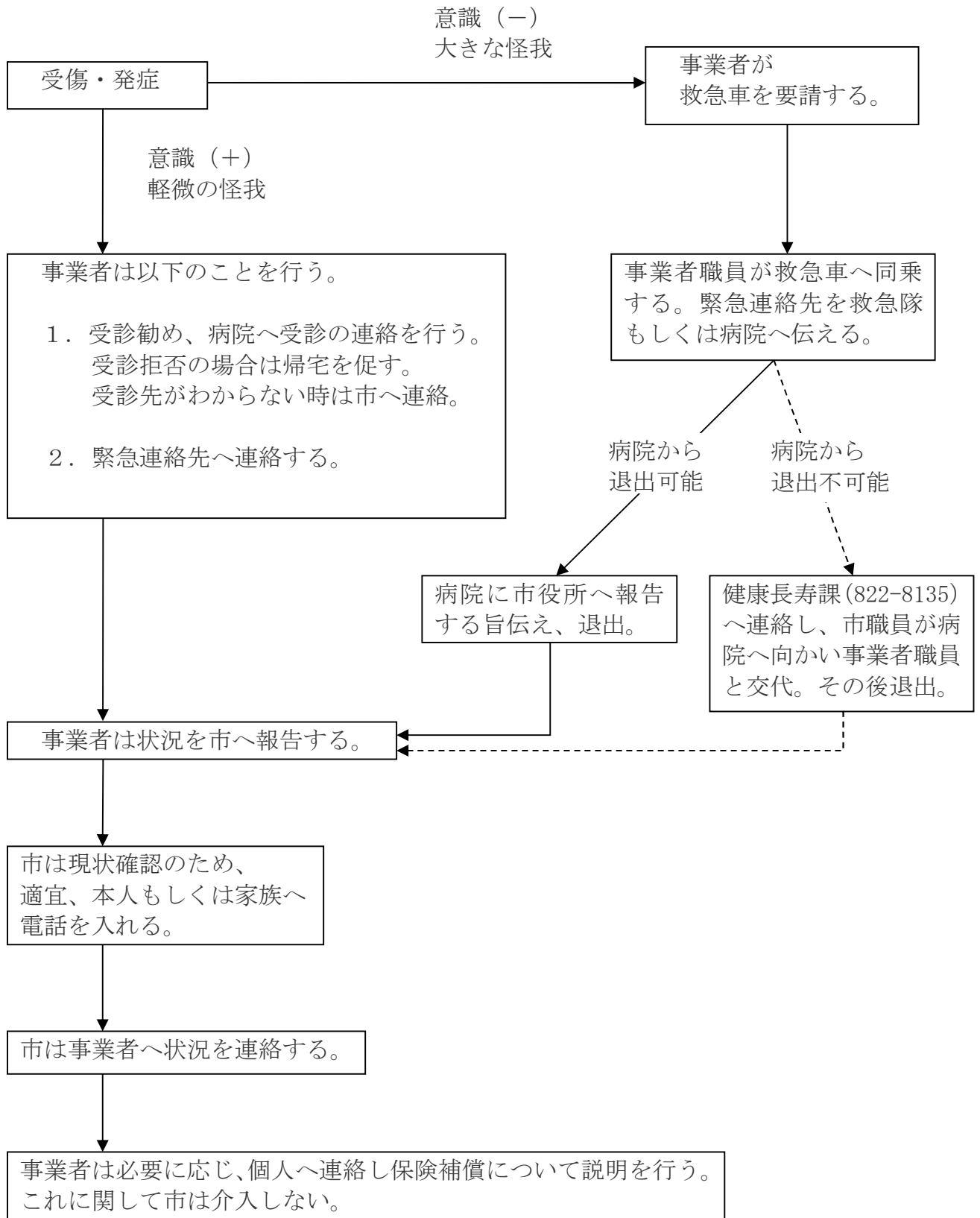
- ・顔面蒼白 ・冷や汗 ・吐き気 ・嘔吐 ・脈拍、血圧

(4)プログラム終了後の留意点

終了後は、しばらく参加者の状態を観察する。以下の状態にある場合は、医療機関受診など必要な処置をとる。

- ・安静時に収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg以上である場合
- ・安静時脈拍数が110拍/分以上、または50拍/分以下の場合
- ・いつもと異なる脈の不整がある場合
- ・その他、体調不良などの運動中の留意点にある自覚症状を訴える場合

3 緊急時の対応



個人情報の取扱いに関する特記事項

(個人情報を取り扱う際の基本的事項)

第1条 受託者（以下「乙」という。）は、個人情報の保護の重要性を認識し、業務に関して個人情報を取り扱うときは、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適正に取り扱わなければならない。

(適正な管理)

第2条 乙は、個人情報の漏えい、滅失、改ざん、き損及びその他の事故を未然に防止するため必要な措置を講じなければならない。

2 乙は、個人情報の取扱いに関する責任体制を整備し、管理責任者を定めなければならない。

3 乙は、個人情報の保管にあたっては、この契約による業務により取得した個人情報とそれ以外の個人情報を明確に区分し、管理しなければならない。

(管理責任者等の教育及び研修)

第3条 乙は、個人情報の保護及び情報セキュリティに対する意識の向上を図るため、管理責任者及び従事者に対し、横須賀市個人情報保護条例第14条（受託者等の責務）、第32条及び第33条（罰則）の内容並びに本特記事項において従事者が遵守すべき事項その他この契約による業務の適切な履行に関し必要な事項について、教育及び研修を実施しなければならない。

(秘密の保持)

第4条 乙は、個人情報の内容を第三者に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

2 乙は、この契約による業務の処理の従事者が個人情報を管理責任者の承諾を得ることなく事務所以外の場所に持ち出し、又は不適切な取扱いにより第三者に漏らすことのないように、必要かつ適切な監督を行わなければならない。

(収集の制限)

第5条 乙は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、その目的を明確にし、当該目的の達成に必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により収集しなければならない。

(目的外利用等の禁止)

第6条 乙は、委託者（以下「甲」という。）の指示又は承諾があるときを除き、この契約による業務の目的以外の目的に個人情報を利用し、又は第三者に提供してはならない。

(複写等の禁止)

第7条 乙は、あらかじめ甲の指示又は承諾があった場合を除き、業務を実施するために甲から提供された個人情報を複写し、又は複製してはならない。

(資料等の返還)

第8条 乙は、この契約による事務を処理するために甲から貸与され、又は乙が収集し、複製し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等を、この契約が終了し、又は解除された後直ちに甲に返還し、又は引き渡し、若しくは消去しなければならない。ただし、甲が別に指示したときは、当該方法によるものとする。

2 乙は、前項の規定により電子記録媒体に記録された個人情報を消去する場合は、当該個人情報が復元できないように確実に消去しなければならない。

3 乙は、前項の規定により個人情報を消去した場合は、当該個人情報を消去した旨の報告書を甲に提出しなければならない。

(再委託の禁止等)

第9条 乙は、個人情報の処理を自ら行うものとし、第三者にその処理を委託（以下「再委託」という。）してはならない。ただし、書面により甲の承諾を得た場合は、この限りでない。

2 乙は、個人情報の処理を再委託する場合及び再委託の内容を変更する場合は、あらかじめ次の各号に規定する事項を記載した書面を甲に提出し、前項ただし書きの承諾を得なければならない。

(1) 再委託の相手方

(2) 再委託を行う業務の内容

(3) 再委託で取り扱う個人情報

(4) 再委託の期間

(5) 再委託が必要な理由

(6) 再委託の相手方における責任体制及び管理責任者

(7) その他甲が必要と認める事項

3 乙は、前項の規定により個人情報を取り扱う事務を再委託の相手方（以下「再受託者」という。）に取り扱わせる場合には、乙と再受託者との契約内容に関わらず、再受託者の当該事務に関する行為について責任を負うものとする。

4 乙は、再委託契約において、再受託者に対する監督及び個人情報の安全管理の方法について具体的に指示しなければならない。

5 乙は、この契約による業務を再委託した場合は、その履行を監督するとともに、甲の求めに応じて、再受託者の状況等を報告しなければならない。

(立入調査等)

第10条 甲は、個人情報を保護するために必要な限度において、乙に対し、個人情報を取り扱う事務について管理状況の説明若しくは資料の提出を求め、又は乙の事務所に立ち入ることができる。

2 乙は、甲から個人情報の取扱いに関して改善を指示されたときは、その指示に従わなければならない。

(事故発生時等における報告)

第11条 乙は、個人情報の漏えい、滅失、き損及び改ざん等の事故（以下「漏えい事故」という。）が生じ、又は生ずるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従わなければならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

2 乙は、漏えい事故が生じた場合、当該事故の被害を最小限にするため、甲と協力して必要な措置を講じ、かつ、甲の指示に従わなければならない。

(補則)

第12条 乙は、この契約における個人情報の取扱いについて疑義が生じたときは、甲と協議し、その指示に従わなければならない。

住 所	〒 横須賀市		
ふりがな			性 別
氏 名			
生年月日	年	月	日 (歳)

« 健康状態の質問票 »

記入日 令和 年 月 日

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない
2	毎日の生活に満足していますか	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	① はい ② 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	① はい ② いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	① はい ② いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	① はい ② いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	① はい ② いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	① はい ② いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	① はい ② いいえ
10	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言われていませんか	① はい ② いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	① はい ② いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた
13	週に1回以上は外出していますか	① はい ② いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	① はい ② いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	① はい ② いいえ

*記入もれがないか、ご確認をお願いします。

※ 毎回 朝 ご自宅で記入し、会場へお持ちください




ご自宅を出る前に
体調確認を
しましょう

健康チェックシート（参加者用）

教室名：運動機能改善教室

会場：□久里浜コミセン □西コミセン □大津コミセン □衣笠コミセン

□ウェルシティ市民プラザ

NO.	氏名：		
	第1回	第2回	第3回
 体温測定 <small>朝、ご自宅で測ってください</small>	. °C	. °C	. °C
	<input type="checkbox"/> 平熱です	<input type="checkbox"/> 平熱です	<input type="checkbox"/> 平熱です
<small>せき のど</small> 咳・喉の痛み	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
頭痛	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
身体のだるさ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
息苦しさ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
味覚・嗅覚	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない
ご家族の体調	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない
	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います
 身体で 気になる ところ <small>内容例：右膝に体重 をかけた時、痛くな ります。整形の先生 からは、適度な運動 なら行っても構わな いと言われました。</small>	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容

