

【記載例】

令和 年 月 日

広島市 契約者の「事業者名」「所在地」「代表者（職名・氏名）」を記入してください。

事業所名 (法人名) 医療法人〇〇
 所在地 広島市〇区〇〇
 代表者 職名 理事長
 氏名 〇〇 〇〇



令和4年度短期集中運動型デイサービス業務を受託し、下記のとおり実施したいので、必要書類を添えて委託要件の確認を依頼します。

1 申込区分(該当する方を☑してください。)

- 継続 (令和3年度受託事業者)
- 新規

原則、令和4年4月～10月までの偶数月の1日付の契約となります。

2 実施事業所について(下表を御記入ください。)

1 契約締結希望日	令和 年 月 日		
2 事業所の名称	デイサービスセンター〇〇		
3 事業所の所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 広島市〇区〇〇		
4 事業者指定	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 短時間型デイサービス		
5 運動機能向上プログラムを行う機能訓練室の面積	m ²		
6 利用定員	人		
7 実施予定日	曜日	〇曜日	
	時間	〇時～〇時	
8 9, 10の従事予定者	別紙「短期集中運動型デイサービス従事予定者」のとおり		
9 運動機能向上プログラムの実施内容	内容	内容の詳細	所要時間
	※ ¹ 1回の教室当たりの実施内容及び実施時間を具体的に記入してください。 ※ ² 適宜行の追加などしてください。 ※ ³ 内容が分かる資料の添付でも可。		
10 口腔機能向上プログラム	<input type="checkbox"/> 実施する <input checked="" type="checkbox"/> 実施しない		

指定を受けた事業所名を記入してください。

「利用定員×概ね3m²」の面積が必要です。

同日同時間帯にサービス提供が可能な人数を記載してください。
 ※指定を受けている通所サービスの定員の合計の範囲内であるか確認してください。

受入可能な曜日と時間帯を記載してください。

「介護予防マニュアル改訂版(株三菱総合研究所発行)」を活用し、短期間で生活機能の向上に効果的な内容とすること。

別添のとおり。

【記載例】

別紙 短期集中運動型デイサービス従事予定者(資格証の写しを添付してください。)

1 運動器の機能向上プログラム

氏名	職種	運動指導の経験年数	アセスメント、個別計画作成、評価の実施
〇〇 〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> 介護予防運動指導員 <input type="checkbox"/> その他 ()	10 年	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
〇〇 〇〇	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input checked="" type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> 介護予防運動指導員 <input type="checkbox"/> その他 ()	5 年	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> 介護予防運動指導員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 健康運動実践指導者 <input type="checkbox"/> 介護予防運動指導員 <input type="checkbox"/> その他 ()	年	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

アセスメント、個別計画作成、評価が実施できる職種は「理学療法士、作業療法士、柔道整復師、健康運動指導士、健康運動実践指導者又は介護予防運動指導員」です。

※必要に応じて行を追加してください。

2 口腔機能向上プログラム(※実施しない場合は記載不要です。)

氏名	職種	アセスメント、個別計画作成、評価の実施
	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

※必要に応じて行を追加してください。

アセスメント、個別計画作成、評価が実施できる職種は「歯科医師、歯科衛生士」です。

【記載例】

【参考】別添「運動機能向上プログラムの内容が分かる資料」の例

所要時間	要素	内容	内容の詳細
5分	安全管理	・体調チェック 問診票記入、血圧・脈拍測定	・体調チェックにより、運動の可否・制限等の判断を行う。 ・前回の運動後の疲労や痛みの状況を確認する。
10分	運動習慣の定着	・継続支援 自宅での実施状況の確認	・前回の宿題や目標達成状況を確認する。
20分	柔軟性の向上 平衡感覚の向上	・ウォーミングアップ ストレッチ、バランス運動	・ストレッチポールを用いた運動
40分	筋力、筋持久力、生活機能等の向上	・トレーニング 筋力アップトレーニング 体調確認（脈拍測定等） ※バランスに課題がある場合、バランス運動もあわせて実施します。	・ゴムチューブを用いた運動 ・マシントレーニング（レッグプレス、滑車運動器）
10分	筋力疲労回復	・クーリングダウン ストレッチ、脈拍測定	・ストレッチポールを用いた運動
5分	運動習慣の定着	・継続支援 自宅等での実施方法の検討 次回までの宿題の確認	・自宅で実施する内容をまとめたプリントを配付する。

合計：1時間30分

使用する機器等を記入してください。

サービス提供時間は1～2時間としてください。