

最近、足腰が痛くて
外出できてないわ...
駅まで行ければお友達と
お食事ができるのに。



駅まで行きお友達と
お食事することを目標に、
3か月間運動トレーニングをした
り、毎日の生活の工夫を学べる
プログラムがありますよ。

町DAPやIADL向上教室に参加！
トレーニングの指導員 (IADL向上医教室の場合のみ)・
理学療法士・作業療法士等に指導を受けながら
3か月間取り組みます。



町田市サービスC 実施マニュアル

2023年4月改訂版

3か月後...
以前のように駅まで行き
お友達とお食事できた。
目標達成して、
外出することにも
自信ができた。
何か活動してみようかしら



その調子です！
良くなった状態を保てるよう
に運動しませんか？



ケアマネ

その後...
町トレグループや
趣味のグループなどに参加。
仲間と一緒に
心身機能の維持・改善に
取り組みます。



これなら
続けられそう。

みんなで
「からだもこころも地域も」
元気に！

つづく

1. 短期集中型サービス (サービスC事業)とは？

要支援1・2、事業対象者に対して行う短期間で機能改善を目指すサービスです。
利用者は、目標を設定して短期間の教室に参加し、生活の質やセルフマネジメント力の向上を目指します。

また、終了後、元の生活に戻ることや地域での活動に移行することで、改善された状態を維持・改善することを視野に入れたサービス提供を行います。

開催 毎週1回・全12回(3か月)の教室形式・市内会場開催
※通年利用可能です。

費用 ¥3,000円
※1か月あたり¥1,000円(資料代・保険料等)
途中でキャンセルされても返金はありません。

送迎 通所型サービス提供時、必要とする方には送迎を行います。

【送迎方法】

参加者の送迎方法

- タクシー** • 事業所から委託されたタクシーによる送迎
- 事業所の車** • 事業所の車で送迎(主に通所介護事業所)
- 病院循環バス** • 病院循環バスを利用し指定の乗降場所を利用

【送迎に関する注意事項】

ケアプラン上必要な方に送迎を実施します。
2022年度は、送迎範囲等に一部制約があります。
事前に市にお問い合わせの上、利用者にご紹介ください。

<IADL向上教室>
市内全域、ご自宅までの送迎が可能です。

<町DAP> ※2022年度モデル実施
実施事業所毎に送迎方法及び送迎範囲が異なります。
一部、住所地で実施対象外となる場合があります。

2.対象者

要支援1・要支援2及び事業対象者で
3か月間で生活機能又は運動機能の向上を目指したい方



★特に
新規認定をとられた方
新たに通所サービスの利用を検討している方
には、サービスC事業をご紹介ください



【注意事項】

• 以下の方は原則、利用できません



- 通所サービス、訪問リハビリテーションの利用がある方
- 認知機能が低下している方
- 進行性疾患の方、がん治療中の方
- かかりつけ医から運動を禁止されている方

※新規申請中や更新中など、状態区分が決定していない方は、認定結果により利用ができなくなる可能性がありますので、説明をお願いします。

3.実施教室

イメージ



町田市では通所型サービスC事業を2種類実施しています。

	教室① ふたたび、元の生活へ町DAP	教室② 町トレで筋力UP！IADL向上教室
期間	3か月間全12回の通所または訪問プログラム (サービス時間およそ90分/1回) *リハビリ専門職による事前訪問あり	3か月間全12回の通所プログラム (サービス時間およそ90分/1回) *リハビリ専門職による事前訪問あり
主な内容	面談を中心とした個別プログラムで、生活の工夫や、心身の自己管理ができるようにアドバイスします。	体操中心の筋力トレーニングを行います。町トレ(町田を元気にするトレーニング)の各メニューも全12回のプログラムを通して行います。
指導者	主にリハビリテーション専門職員が指導します。管理栄養士や歯科衛生士等のアドバイスが受けられます。(最大3回まで)	運動事業者が指導します。教室の他、必要に応じて、リハビリ専門職や、管理栄養士のアドバイスが受けられます。(最大3回まで)
送迎	必要時、送迎サービスがご利用いただけます。	
会場	市内指定の病院や 介護・訪問看護事業所等	市内指定のふれあい館

4.教室終了後

元の生活に戻ることや地域での活動に移行することで、改善された状態を維持・改善することを目指し、本人の希望や状態に応じた多様な活動への参加支援を実施します。

【イメージ】

趣味活動・就労等



通所サービス



3ヶ月後・・・
以前のように駅まで行き
お友達とお食事できた。
目標達成して、
外出することにも
自信がでてきた。
何か継続してみようかしら



体操・趣味等
の通いの場

住民運営の通いの場



【IADL向上教室・町DAPこんな方にお勧め！】

町DAP

IADL向上教室

専門家と
じっくり相談したい

体を動かして
体調を良くしたい

一人でしっかり
取り組みたい

誰か仲間と一緒に
取り組みたい

フレイル全般（栄養・口腔・
運動すべて）取り組みたい

特に運動面を
取り組みたい

5. サービスC共通よくある質問

	質問	回答
1	送迎の希望の有無は市へいつ伝えればいいですか？	申込の時点で伝えて下さい。
2	入院や体調不良等で、途中で中止した場合、料金は返金されますか？	返金されません。ご了承下さい。ご案内時に説明をお願いします。
3	生活保護受給者も利用できますか？	<p>利用できます。</p> <p>生活保護受給者は、介護扶助から利用料金が支給されます。利用者から手続き等について質問があった場合には、下記のとおり説明をお願いします。</p> <p>【生活保護受給者 教室利用にあたり】</p> <p>①一時的に費用を事業者に支払います。</p> <p>②事業者より受け取った領収書を生活援護課へ提出してください。</p> <p>③後日、支払った費用が返還されます。</p>
4	どの様式を使用すればよいですか？	<p>①短期集中型サービス(サービスC)のみを利用する場合： 「介護予防ケアマネジメント計画表・評価表」または「介護予防ケアマネジメント計画表・評価表」</p> <p>②国基準型・市基準・福祉用具貸与を併用している場合： 「介護予防サービス・支援計画表」</p>
5	事後訪問時の評価はどのように行いますか？	聞き取り、基本チェックリストの実施、今後についての相談を行います。3か月間の取組について聞き取り、評価と基本チェックリストを実施し、3か月間の教室参加による状況を確認します。また、町トレなど地域での活動や自主グループ、自主的な取り組み、インフォーマルサービス、総合事業サービス、予防給付サービスなど、状態像や希望に合わせて今後について相談します。併用しているサービスがある場合には、変更や継続・終了等決定します。
6	(委託先の場合) どのように進めたらよいでしょうか？	介護予防ケアマネジメント(原則的ケアマネジメント)に順じますので、申込み前にセンターに確認して下さい。
7	参加希望者がサービス利用前に見学することは可能ですか？	原則可能です。実施状況により受入可否を決定しますので、市にご相談ください。

6.IADL向上教室について

【IADL向上教室・12回のスケジュール】

事前訪問 (リハ職(OT) に委託)	通所プログラム(運動事業者に委託)・3か月間 全12回		11回目 体力測定等	(通所終了後) 多様な活動へ参加 (元の生活・社会参 加・通所介護等)
	1回目 体力測定 プラン交付	OT訪問(必要者のみ上限2回)		
		PT訪問(必要者のみ上限3回) 栄養訪問(必要者のみ上限3回)		

【教室の特徴】

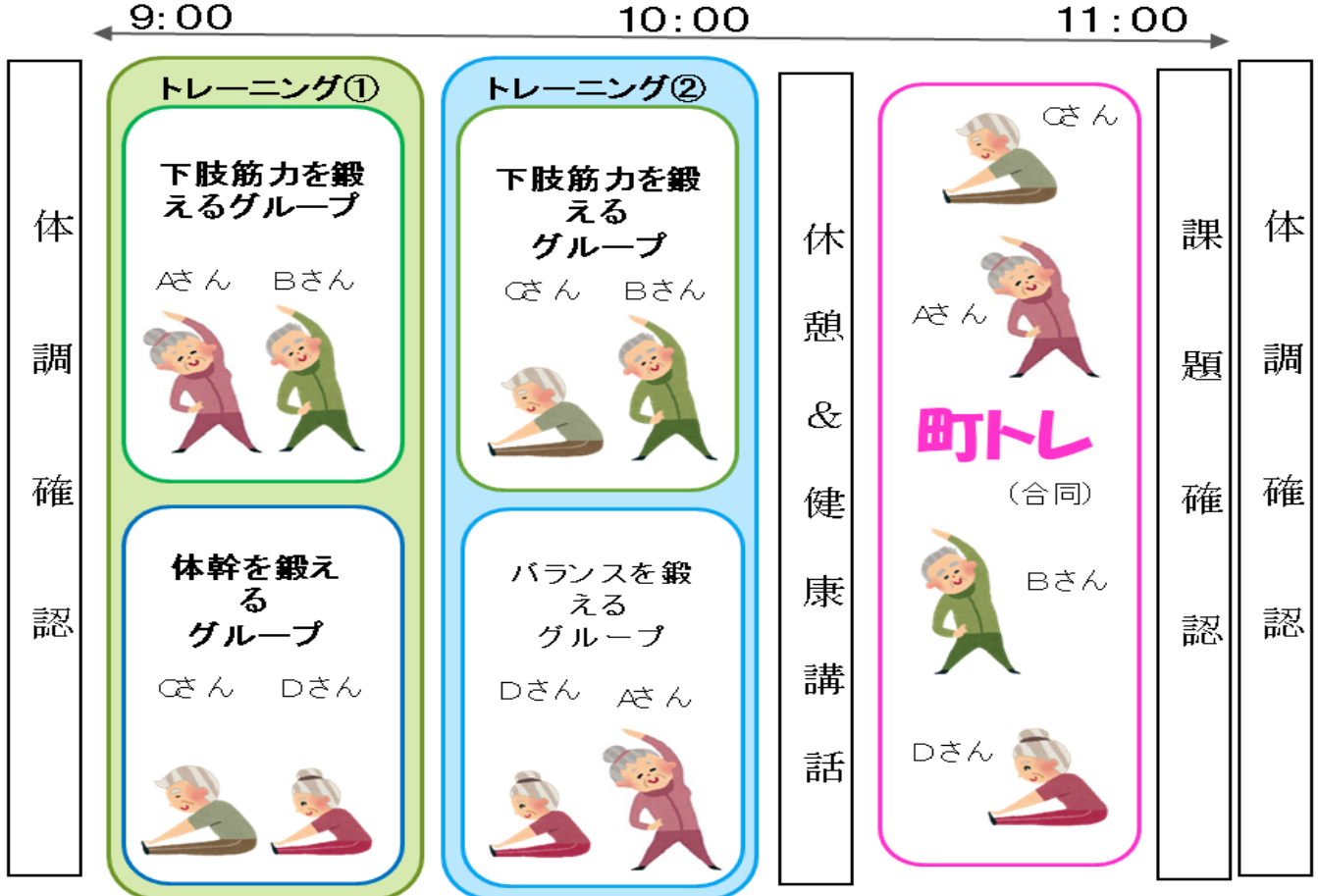
1 通所プログラム(3か月間・全12回)

- ▶運動事業者による運動の実施が中心
- ▶体力測定による参加者の評価

2 訪問プログラム

- ▶(OT判断による)OT・PT訪問指導
- ▶(ケアマネ判断による)栄養訪問指導

【IADL向上教室・1回のプログラム例】



IADL向上教室の流れ—①

①利用の流れ

【利用者が決まったら】…コースの選択、送迎の有無を確認。
※介護保険課へ提出
⇒介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を提出します。

申込

- 市へ教室の空き状況を確認します。
利用可能な場合→利用者番号の取得(例:桜館③番)
利用者名、認定状況、生年月日、性別、住所、連絡先を伝えます。
- 介護予防ケアマネジメント(計画表)原案作成
- OTの選定をします。
P10のOT派遣依頼票を使用し、介護予防フレイル予防推進員へ派遣依頼をします。サービス利用中のOT調整(訪問日時等)はケアマネジャーが実施します。

サービスC利用会議

- 利用者宅にてサービスC利用会議を実施します。
- OTから訪問結果報告書を受け取り、介護予防ケアマネジメント(計画表)を修正します。

※必要時、PT(理学療法士)や管理栄養士の訪問を依頼します。

教室開催

- 運動事業者を利用者の情報提供を行います。
(教室開始1週間前まで)
- 介護予防ケアマネジメント計画表の交付
・教室初日に利用者、運動事業者と共に計画表を提示し同意を得ます。
- モニタリングの実施
・月1回電話または訪問で状況を確認します。
※依頼した専門職(OT、PT、管理栄養士)による訪問の状況も確認します。
※実施事業所と連携し、近隣の社会資源等の情報を利用者に提供します。

評価

- 教室終了後、2週間以内に利用者宅にて実施します。
(OTの最終訪問と一緒にすることも可能です。)

終了

※介護保険課⇒介護予防ケアマネジメント費の請求を行います。

IADL向上教室の流れ—②

②提出書類について

	<p>○高齢者福祉課への提出は、原則、窓口受け渡しか郵送で。</p> <p>○サービス利用中の関係者内の書類やりとりは、氏名を消して利用者番号 (例:桜館③番)を使用してください。訪問結果報告書(OT初期)はOTから提出があります。</p>	
申 込	<p>◆高齢者福祉課介護予防係へ (教室申込締切日まで)</p>	<p><input type="checkbox"/>利用者基本情報 <input type="checkbox"/>チェックリスト(事前) <input type="checkbox"/>健康状態確認表</p>
	<p>◆介護予防 フレイル予防推進員へ</p> <p>◆担当OTへ (申し込み後、速やかに)</p>	<p><input type="checkbox"/>OT初期訪問派遣依頼票</p> <p><input type="checkbox"/>利用者基本情報 <input type="checkbox"/>チェックリスト(事前) <input type="checkbox"/>健康状態確認表 <input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント【原案】</p>
サ ー ビ ス C 利 用 会 議	<p>訪問結果報告書を OTから受け取る</p> <p>↓</p> <p>介護予防ケアマネジメントの 修正</p> <p>↓</p> <p>◆担当OTへ 必要時◇PT◇管理栄養士へ</p>	<p><input type="checkbox"/>訪問結果報告書(OT初期)</p> <p><input type="checkbox"/>利用者基本情報 <input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/>訪問結果報告書(OT初期)</p>
教 室 開 催	<p>◆運動事業者へ (教室が始まる1週間以内)</p>	<p><input type="checkbox"/>利用者基本情報 <input type="checkbox"/>チェックリスト(事前) <input type="checkbox"/>健康状態確認表 <input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント <input type="checkbox"/>訪問結果報告書(OT初期)</p>
	<p>教室開始初日</p> <p>◆サイン入りを担当OTへ</p>	<p><input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント(計画表)</p> <p>※依頼した専門職(OT・PT・管理栄養士)の報告書は、専門職から直接市へ提出されるため、不要。</p>
評 価	<p>◆高齢者福祉課へ (教室終了後、3週間以内)</p>	<p><input type="checkbox"/>チェックリスト(終了時) <input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント(評価表) または <input type="checkbox"/>介護予防サービス・支援評価表</p>
終 了		

7.IADL向上教室よくある質問

質問	回答
1 実施事業者はどのような事業者でしょうか。また連絡先等はどこになりますか。	実施事業者は委託の運動事業者等となり、会場ごとに異なります。4月以降に市から提供する事業者紹介シートに記載されている事業者・担当者へご連絡ください。
2 (教室参加について) 利用者に説明することは何ですか？	市から送付された「開催通知書」を確認し、初回の日時や持ち物等を確認します。また、介護予防ケアマネジメント(計画表)は教室初回にお渡しし、サインすることを説明します。
3 OTの派遣依頼はどのようにしたらよいでしょうか。	IADL向上教室OT初期訪問派遣依頼票に必要事項を記載し、介護予防・フレイル予防推進員へ提出してください。派遣日について、介護予防・フレイル予防推進員からケアマネジャーへ連絡があります。
4 OT(作業療法士)は何回訪問可能ですか？	OTは1人の利用者に対してサービスC利用会議を含め3回まで訪問が可能です。
5 PT(理学療法士)の訪問はどんな時に必要ですか？	OTがPTの訪問の必要性の有無について判断します。必要と判断した場合は、利用者に説明を行い、同意を得て訪問日の調整を行います。
6 PTの訪問の必要性があると判断した際に、どんな手続きが必要ですか？	依頼・訪問調整、事前の情報提供が必要です。利用者基本情報、介護予防ケアマネジメント(計画表)、リハ職による訪問結果報告書を送付します。メールやFAXにて情報提供をする場合は必ず個人情報を削除し、利用者番号で連絡します。
7 栄養相談はどんな時に必要ですか？	ケアマネジャーが栄養相談の必要性を判断します。必要と判断した場合は利用者に説明を行い、訪問希望日の聞き取りを行います。
8 栄養指導の必要性があると判断した際にどんな手続きが必要ですか？	依頼・訪問調整、事前の情報提供が必要です。「栄養ケア・ステーション 栄養士紹介依頼申込書」を栄養ケア・ステーションにメールまたはFAXにて依頼します。 依頼先 FAX:03-6457-8591 E-mail:tokyoeiyoucs@ksf.biglobe.ne.jp 利用者基本情報、介護予防ケアマネジメント(計画表)、リハ職による訪問結果報告書を事前に送付します。メールやFAXにて情報提供をする場合は必ず個人情報を削除し、利用者番号で連絡します。
9 (評価について) 評価の実施内容はどんなことですか？	聞き取り、基本チェックリストの実施、今後についての相談を行います。3か月間の取組について聞き取り、評価と基本チェックリストを実施し、3か月間の教室参加による状況を確認します。また、町トシなど地域での活動や自主グループ、自主的な取り組み、インフォーマルサービス、総合事業サービス、予防給付サービスなど、状態像や希望に合わせて今後について相談します。併用しているサービスがある場合には、変更や継続・終了等決定します。
10 (評価の訪問について) OTの最終訪問と一緒にすることは可能ですか？	可能です。

8.IADL向上教室関係機関連絡先

< IADL向上教室 OT初期訪問派遣依頼先 >

介護予防・フレイル予防推進員 南町田病院 今村様

メール e-mail: imamura@mmhp.jp (FAX: 042-788-5012)

※初期訪問を依頼の際は、上記メールアドレスに
IADL向上教室 OT初期訪問派遣依頼票を送付してください。

※メールでの連絡が困難な場合は、件名『IADL向上教室 OT初期訪問派遣依頼』を
記入の上、FAXで送信してください。

<リハ職中間期・後期訪問依頼先>

※中間期・後期訪問が必要な場合、初期訪問した機関に直接連絡をお願いします。

<2023年4月1日時点>

No.	圏域	分類	職種	医療機関・事業所名	郵便番号	住所	担当(所属・担当者)	電話番号	連絡可能時間帯	対応可	
1	忠 生	病院	OT/PT	多摩丘陵病院	194-0202	町田市下小山田町1491	リハビリテーション技術部 作業療法科	青木(住)	042-797-1511	月～金曜日 9時～17時	月～金曜日
2	鶴 川	病院	OT/PT	鶴川サナトリウム病院	195-0051	町田市真光寺町197	リハビリテーション科 作業療法室	青木	042-735-2222(代表)	月～金曜日 9時～17時	応相談
3		病院	OT/PT	鶴川リハビリテーション病院	195-0054	町田市三輪町1129	リハビリテーション科	遠藤	044-988-2322	月～金曜日 12時～14時	応相談
4	南	病院	OT/PT	南町田病院	194-0004	町田市鶴間4-4-1	リハビリテーション科	今村	042-799-6161(代表)	月～金曜日 9時～17時	応相談

<最新の連絡先・必要書類等はこちらをご確認ください>

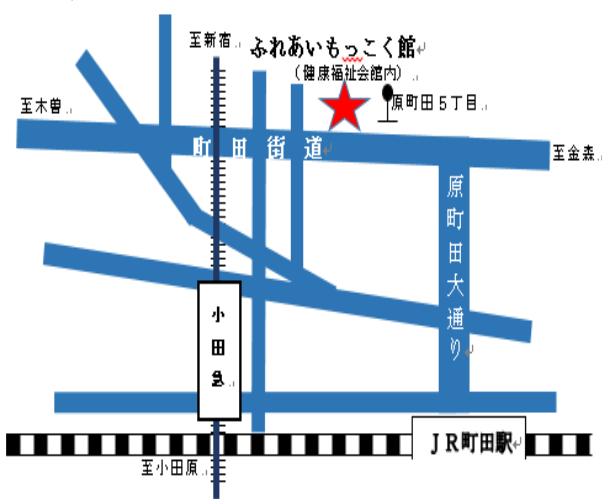
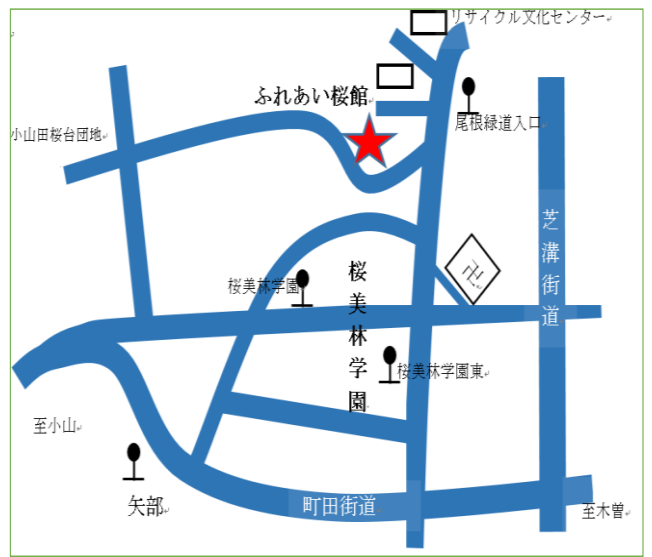
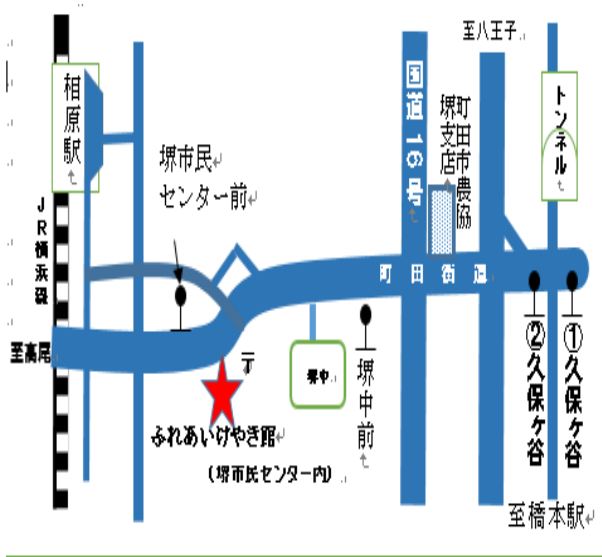
・町田市役所ホームページ

トップページ > 医療・福祉 > 高齢者のための福祉 > 事業者の方へ > 介護予防・日常生活支援総合事業について > 地域リハビリテーション活動支援事業協力医療機関一覧(IADL向上教室・町トレ) > 地域リハビリテーション活動支援事業協力医療機関一覧

<栄養指導依頼先> 栄養ケアステーション

FAX: 03-6457-8591 メール: tokyoeiyou-cs@ksf.biglobe.ne.jp

9.IADL向上教室使用予定会場



10.町DAPについて

【町DAP・12回のスケジュール】

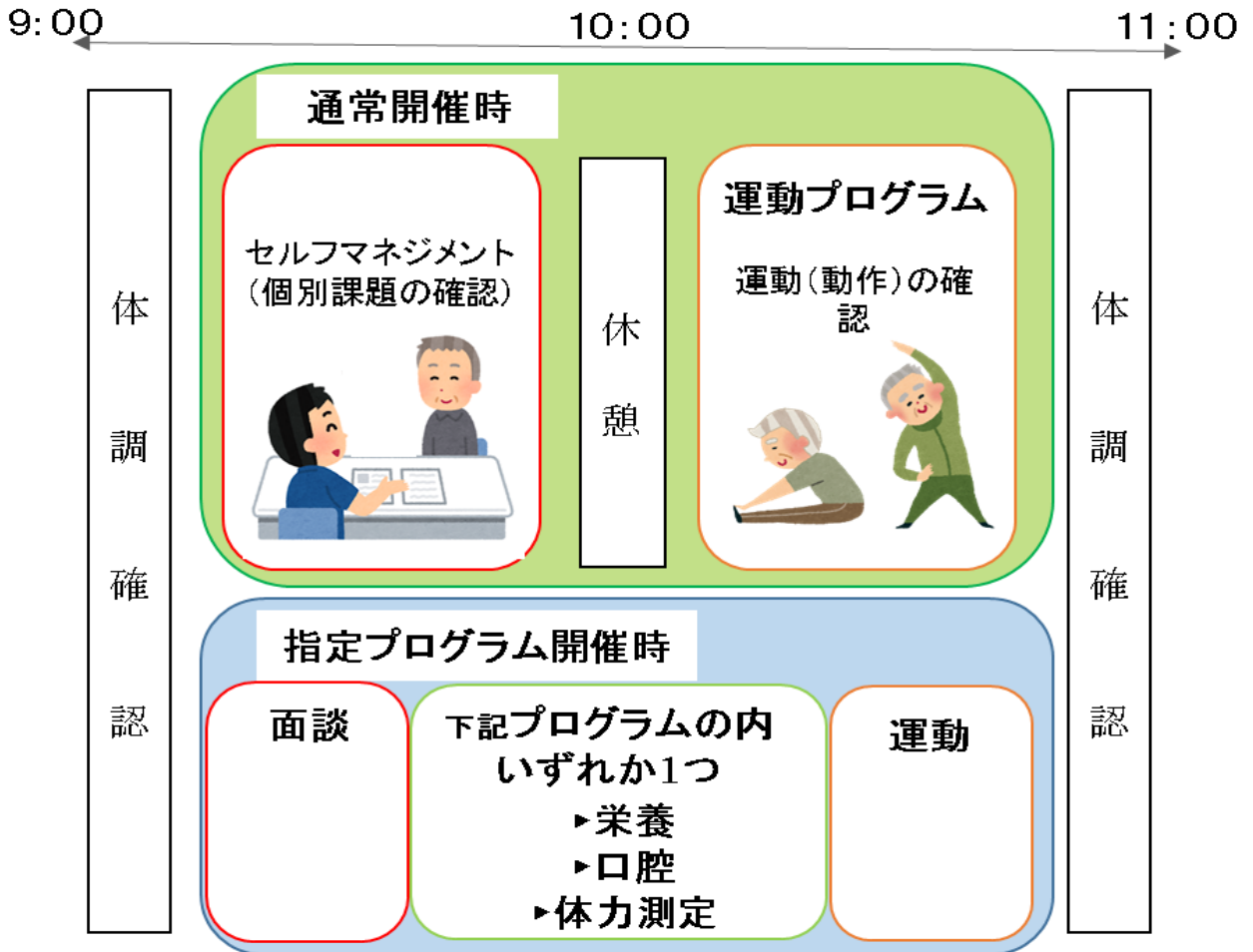
事前訪問 +	通所プログラム(リハ職のいる事業所に委託)・3か月間 全12回			10日目迄 終了後 方針確認	11日目 体力測定 等	(通所終了後) 多様な活動へ参加 (元の生活・社会参 加・通所介護等)
サービス 担当者会議	1日目 体力測定 等	栄養プログラム(1回~最大3回)	口腔プログラム(1回~最大3回)			

【教室の特徴】

1 通所（or訪問）プログラム（3か月間、全12回）

- ▶ リハ職による面談と運動指導
- ▶ 専門職による栄養プログラム・口腔プログラムの実施
- ▶ 体力測定・質問票による参加者の評価

【町DAP・1回のプログラム例】



町DAPの流れ—①

①利用の流れ

申込	<p>【利用者が決まったら】…コースの選択、送迎の有無を確認。 ※介護保険課へ提出 ⇒介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼(変更)届出書を提出します。</p> <ul style="list-style-type: none">●市へ教室の空き状況を確認します。 利用可能な場合→利用者番号の取得(例:A-1番) 利用者名、認定状況、生年月日、性別、住所、連絡先を伝えます。●介護予防ケアマネジメント(計画表)原案作成●実施事業所から連絡がくるので、事前訪問日・開始日を調整します。
事前訪問 (サービス担当社会議)	<ul style="list-style-type: none">●利用者宅にてサービス担当者会議(リハ職事前訪問)を実施します。●実施事業所から、事前訪問状況報告書兼アセスメント表を受け取ります。●介護予防ケアマネジメント(計画表)を修正し、実施事業所へ送付します。●利用者宅もしくは、実施事業所内でケアプラン交付を行います。
教室開催	<ul style="list-style-type: none">●モニタリングの実施 ・月1回電話または訪問で状況を確認します。 ※実施事業所から提供された月次参加状況表記載内容も合わせて確認します。●教室終了後の方針確認 ・教室10日目までに、事業所と、利用者の教室終了後の活動等の方針について確認します。 ※実施事業所と連携し、近隣の社会資源等の情報を利用者に提供します。
評価	<ul style="list-style-type: none">●教室終了後、2週間以内に利用者宅にて実施します。
終了	<p>※介護保険課⇒介護予防ケアマネジメント費の請求を行います。</p>

町DAPの流れ—②

②提出書類について

	<p>○サービス利用中の関係者内の書類やりとりは、氏名を消して利用者番号（例:A-1）を使用してください。</p>	
<p>申込</p>	<p>◆高齢者福祉課介護予防係へ (事前訪問1週間前頃まで)</p> <p>◆実施事業所へ (申し込み後、速やかに)</p>	<p><input type="checkbox"/>利用者基本情報 <input type="checkbox"/>チェックリスト(事前) <input type="checkbox"/>健康状態確認表</p> <p><input type="checkbox"/>利用者基本情報 <input type="checkbox"/>チェックリスト(事前) <input type="checkbox"/>健康状態確認表 <input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント原案</p>
<p>事前訪問(後) (サービス担当社会員)</p>	<p>訪問結果報告書を実施事業所から受け取る ↓ 介護予防ケアマネジメントの修正 ↓ ◆ケアプラン交付</p>	<p><input type="checkbox"/>事前訪問状況報告書兼アセスメント表</p> <p><input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント(計画表) ※修正版を実施事業所へ</p> <p><input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント(計画表)</p>
<p>教室開催</p>	<p>毎月末、参加状況報告を実施事業所から受け取る</p> <p>(教室終了10日目までに)</p>	<p><input type="checkbox"/>月次参加状況表</p> <p><input type="checkbox"/>社会資源冊子等(必要時)</p>
<p>評価</p>	<p>◆高齢者福祉課へ (教室終了後、3週間以内)</p>	<p><input type="checkbox"/>チェックリスト(終了時) <input type="checkbox"/>介護予防ケアマネジメント(評価表) または、 <input type="checkbox"/>介護予防サービス・支援評価表</p>
<p>終了</p>		

11. おおまかな流れ(まとめ)

<共通>

<p>窓口相談</p> 	<p>参加申込</p> 	<p>参加決定</p> 	<p>書類送付</p> 
<p>介護保険認定を取った方にサービスCを含めたサービスの紹介をします</p>	<p>市に電話で希望館 or 希望事業所等を伝え、空き状況の確認をします</p>	<p><受入可能の場合> 市に対象者情報を伝え、市から対象者の附番が伝えられます</p>	<p>市と町DAP：担当リハ職（事業者）にそれぞれ必要書類を送付します</p>

< IADL 向上教室 >

<p>OT 派遣依頼</p> 	<p>事前訪問</p> 	<p>ケアプラン 修正・交付</p> 	<p>教室見学</p> 	<p>事後訪問</p> 
<p>OT 派遣依頼票をメールor F A Xで介護予防・フレイル予防推進員に送ります</p>	<p>OTと共に利用者宅を訪問し、サービス利用担当者会議を行います</p>	<p>事前訪問後、OTの助言を基に✓ケアプランを修正、利用者に交付し同意を得ます</p>	<p>運動事業者による運動中心の教室全12回を適宜見学可能です</p>	<p>利用者宅を訪問し、今後の話し合いをします</p>

<町DAP>

<p>事前訪問</p> 	<p>ケアプラン 修正・交付</p> 	<p>教室見学</p> 	<p>事後訪問</p> 
<p>担当リハ職から事前訪問日・教室曜日時間帯と開始日の調整連絡がきます 決定した事前訪問日に、担当リハ職と共に利用者宅を訪問し、サービス利用担当者会議を行います</p>	<p>事前訪問後、リハ職の助言を基に✓ケアプランを修正、利用者に交付し同意を得ます</p>	<p>リハ職による中心の教室全12回を適宜見学可能です</p>	<p>利用者宅を訪問し、今後の話し合いをします</p>

12.使用書式(共通)

ケアマネジャー
→市・事業所(・OT)

基本チェックリスト

No.	質問項目	回答	
		(いずれかに○をお付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI(=体重(kg)÷身長(m)÷身長(m))が18.5未満の場合に該当とする。

利用者基本情報

作成担当者：

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳	
住 所	Tel ()		Fax ()	
	Fax ()			
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
認定・ 総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限：年 月 日～年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果：事業対象者の該当あり・事業対象者の該当なし 基本チェックリスト記入日：年 月 日			
障害等認定	身障 ()、療育 ()、精神 ()、難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・・・			
来所者 (相談者)			家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
住 所 連 絡 先	続柄			
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活 状況（どんな 暮らしを送 っているか）	1日の生活・過ごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内 容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

高齢者支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、基本チェックリスト記入内容と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、サービス事業等実施者、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

_____年 月 日 氏名

健康状態確認表

対象者で参加希望の場合は以下の点を確認し、太枠内を記入して下さい。

年 月 日

利用者名	記入者 (所属・サイン)
------	-----------------

本人に以下の内容を確認して記載します。

本人がわからない場合は、本人から医師へ確認してください。

- ①医師からの運動制限の有無・運動できる範囲やその内容を確認
- ②医師からの食事に関する指示やその内容
- ③服薬情報(お薬手帳等の内容)

運動制限	無・有	内容	
この3ヶ月間に1週間以上の入院	無・有	内容	
かかりつけの医師等から日常生活で制限されていること	無・有	内容	
重い高血圧(収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上)	無・有		
服薬情報 (お薬手帳等から転記)	無・有	内容	
食事に関する医師の指示 ・IADL向上教室で栄養指導利用しない場合のみ記載不要	無・有	内容	疾病名

介護予防ケアマネジメント計画・評価表 様式 2

(参考)東京都福祉保健局
A表～C表、F表

A表 No. _____		B表 No. _____	
初回・紹介・継続		認定済・申請中	
要支援1・要支援2		地域支援 事業	
介護予防サービス・支援計画表(1/3)			
利用者名 _____ 様		介護予防サービス・支援計画表(2/3)	
利用者名 _____ 様		利用者名 _____ 様	
認定年月日 _____ 年 月 日		計画作成(変更)日 _____ 年 月 日	
認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		計画作成(変更)日 _____ 年 月 日	
計画作成者氏名 _____		【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】	
事業所の場合: 担当地域包括支援センター		【必要な事業プログラム】	
計画作成事業者 _____		運動者の機能向上	
事業所名及び所在地(連絡先) _____		栄養改善	
計画作成(変更)日 _____ 年 月 日 (初回作成日 _____ 年 月 日)		口腔機能の向上	
1日、1週間、または1月		閉じこもり予防	
1年		物忘れ予防	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)		うつ予防	
【地域包括支援センター記入欄】		現在の状況	
名称 _____		本人・家族の意欲・意向	
担当地域包括支援センター _____		背景・原因	
意見 _____		総合的課題	
確認印 _____		課題に対する目標と具体策の提案	
【利用者記入欄】		具体策についての本人・家族の意向	
介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。		運動・移動について	
_____ 年 月 日		日常生活(家庭生活)について	
氏名 _____ 印		社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	
		健康管理について	
		その他の事項について	

C表 No. _____		D表 No. _____	
初回・紹介・継続		認定済・申請中	
要支援1・要支援2		地域支援 事業	
介護予防サービス・支援計画表(3/3)			
利用者名 _____ 様		介護予防サービス・支援評価表	
利用者名 _____ 様		利用者名 _____ 様	
認定年月日 _____ 年 月 日		計画作成(変更)日 _____ 年 月 日	
認定の有効期間 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日		計画作成(変更)日 _____ 年 月 日	
計画作成者氏名 _____		計画作成者氏名 _____	
事業所の場合: 担当地域包括支援センター		【健康状態について:主治医意見書、生活機能評価等を踏まえた留意点】	
計画作成事業者 _____		【必要な事業プログラム】	
事業所名及び所在地(連絡先) _____		運動者の機能向上	
計画作成(変更)日 _____ 年 月 日 (初回作成日 _____ 年 月 日)		栄養改善	
1日、1週間、または1月		口腔機能の向上	
1年		閉じこもり予防	
総合的な方針 (生活の不活発化の改善・予防のポイント)		物忘れ予防	
【地域包括支援センター記入欄】		課題に対する目標と具体策の提案	
名称 _____		具体策についての本人・家族の意向	
担当地域包括支援センター _____		運動・移動について	
意見 _____		日常生活(家庭生活)について	
確認印 _____		社会参加、対人関係・コミュニケーションについて	
【利用者記入欄】		健康管理について	
介護予防サービス・支援計画について、同意いたします。		その他の事項について	
_____ 年 月 日			
氏名 _____ 印			

介護予防ケアマネジメント計画・評価表は、
様式1もしくは、2のいずれかを選択して使用してください

初回・紹介・継続・認定済・申請中・要支援1・要支援2・要介護対象者	
プラン作成者 事業所名 住所	
氏名 電話番号	()
利用者名 性別 氏名 年齢 性別 住所 電話番号	
認定年月日 計画作成(変更)日 目標とする生活	
現在の状態・本人及び家族の希望 (運動・移動について)	
(日常生活(家庭生活)について)	
(社会参加、対人関係コミュニケーションについて)	
(健康管理について)	
居宅介護支援事業所へ 委託をする場合 計画作成時	高齢者支援センター名 評価時
【計画に関する留意】上記計画について、同意します。 年 月 日	
印	
目標に向けた具体的な提案と実施方針 (自分で行うこと、利用サービス)	健康状態について この3ヶ月間に1週間以上の入院 あり・なし かかりつけの医師等から日常生活で 制限されていること あり・なし ありの場合記入
評価の時期 年 月 日	評価 年 月 日
本人、家族の気持ち	本人の取り組み できた・できなかった
目標について 達成・未達成 担当者の所見	今後について <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付 <input type="checkbox"/> サービス事業 <input type="checkbox"/> 一般介護予防事業

【注】評価について
・目標とする生活についての評価も記入して下さい

【注】今後について
・『一般介護予防事業』を選択した場合、活動場所等についても欄外に記入してください

【注】目標とする生活について
3か月間で達成したい目標について記入して下さい

13.使用書式(IADL向上教室)

IADL向上教室提出物チェック表 (ケアマネジャー用)

提出書類確認用

参加者No. _____

☆お申込みは高齢者福祉課まで
ご連絡と書類提出(利用者基本情報&チェックリスト)をお願いします。

申込時提出書類

※会議まで

提出書類	提出先			
	作業療法士	事業者	参加者	高福課
利用者基本情報			/	
チェックリスト(事前)			/	
介護予防ケアマネジメント(計画表)原案			/	/
健康状態確認表			/	

教室初日提出書類

※教室開催日

提出書類	提出先			
	作業療法士	事業者	参加者	高福課
介護予防ケアマネジメント(計画表)確定				/

教室終了時提出書類

※教室終了後3週間以内

提出書類	提出先			
	作業療法士	事業者	参加者	高福課
介護予防ケアマネジメント(計画表) ※評価も忘れずに記入して下さい	/	/	/	
(介護予防サービス・支援計画表を使用した場合) 介護予防サービス・支援評価表	/	/	/	
基本チェックリスト(終了後)	/	/	/	

事業所は開催地域によって異なります。
利用者の個人情報が掲載された資料については、利用者番号でのやり取りをお願いします。

宛先：介護予防フレイル予防推進員 南町田病院 e-mail：mm-riha@mmhp.jp FAX：042-788-5012

IADL向上教室 OT初期訪問派遣依頼票

南町田病院 介護予防・フレイル予防推進員 今村 様 宛

申込日： 年 月 日

ケアプラン作成者	事業所	担当者：				
	TEL					
	FAX					
	メールアドレス					
利用者情報	附番	()	性別	男・女	年齢	歳
	お住まいの町名	最寄りのバス停名 ()				
	主な疾病					
	支援計画上の要点	認定状況	要支援1 ・ 要支援2 ・ 事業対象者			
訪問希望	希望事業所					
	依頼日より1週間以降の日にて候補日を設定してください					
	候補日①	月	日	()		
	候補日②	月	日	()		
	候補日③	月	日	()		

<調整結果> 訪問日程連絡連絡票 (介護予防フレイル予防推進員→ケアマネジャー)

確定	事業所名	担当者：				
	訪問日時	月	日	()		

注) 訪問日程連絡票を介護予防フレイル予防推進員から受け取った後、訪問日程を変更する場合は、ケアマネジャーから確定した事業所の担当者へ直接連絡してください。

リハ職による訪問等結果報告書(OT初期)

事業所名:

担当: 氏名

OT

対象者: 例) 桜金① 番号を記載

訪問日: ○○○○年△月◇日 (初期)

短期目標: 訪問時3者(本人・ケアマネジャー・リハ職)で合意した3か月間での目標を記入

【リハ職アセスメント内容】

【本人への助言内容】自宅での課題等を記載

【関係機関への連絡・提案内容】

【注】高齢者支援センターは、受け取り次第速やかに、必要事項を関係者へ連絡すること。

【PTへ】

【運動事業者へ】トレーニングが必要な部位・注意が必要な点等を記載

【ケアマネジャーへ】改善の可能性を含めた今後の見立て等を記載

次回訪問 予定	【無・有】	月 日() 時 分～ 時 分
	特記事項	(中間期・最終期訪問の判断基準等)

リハ職による訪問等結果報告書

事業所名:

担当:

氏名

OT

対象者: もっこく ①

訪問日: ○○○○年△月◇日 【選択してください】

※前回訪問時から変化した点を記載

短期目標:※

【リハ職アセスメント内容】※

【本人への助言内容】自宅での課題等を記載※

【関係機関への連絡・提案内容】

【注】高齢者支援センターは、受け取り次第速やかに、必要事項を関係者へ連絡すること。

【PTへ】

【運動事業者へ】トレーニングが必要な部位・注意が必要な点等を記載※

【ケアマネジャーへ】3か月終了後の処遇についてのアドバイスを記載

【無・有】

月

日()

時

分~

時

分

(最終期訪問の判断基準等)

次回訪問
予定

特記事項

宛先：栄養ケアステーション FAX：03-6457-8591 e-mail：tokyoeiyous@ksf.biglobe.ne.jp

栄養ケア・ステーション 栄養士紹介依頼申込書

公益社団法人東京都栄養士会 栄養ケア・ステーション宛

申込日： 年 月 日

ケアプラン作成者情報	事業所名	担当：				
	TEL					
	FAX					
	メールアドレス					
利用者情報	ふれあい館 番号	館 番	性別	男・女	年齢	歳
	お住まいの 町名	最寄りのバス停名 ()				
	身長	cm	体重	Kg		
	主な疾病	高血圧・脂質異常症・糖尿病・肥満・低栄養 その他 ()				
	支援計画上の 要点					
訪問希望日時	第一希望	月	日 ()	時～	時ごろ	
	第二希望	月	日 ()	時～	時ごろ	
	第三希望	月	日 ()	時～	時ごろ	

訪問記録

町田市「IADL 向上教室」管理栄養士 訪問指導

訪問日時 年 月 日 () (: ~ :)

対象者番号

被相談者 本人 配偶者 家族（配偶者以外） その他（)主な疾病 高血圧 脂質異常症 糖尿病 肥満 低栄養
 その他（)支援計画上
の目標等

主 訴

状況及び
観察した事アセスメント
(分析)指導内容
(今後の目
標)今後の予定 中間訪問 要 ・ 不要
 次回訪問予定： 月 日 () 時 分 ~ 時 分ケアマネジ
ャーへの
連絡事項 受診勧奨： 無 ・ 有 ()

特記事項

相談者 栄養ケアステーション 管理栄養士

IADL向上教室 栄養指導



栄養指導が必要な教室利用者がある際、
下記事業者まで ご連絡ください！



実施事業者	公益社団法人東京都栄養士会 栄養ケア・ステーション
担当窓口	上野・高橋・田嶋
住所	160-0004 東京都新宿区四谷3-9慶和ビル3F
電話番号	03-6457-8592
FAX	03-6457-8591
メール	tokyoeiyou-cs@ksf.biglobe.ne.jp

14.使用書式(町DAP)

リハ事業所→ケアマネジャー

「町DAP」月次参加状況表

202 年 月 日

年 月分 事業所名

代表者名

担当者名

<実施者>

	氏名	職種	担当利用者 附番	実施日
面談・運動				
栄養専門職		管理栄養士		
		管理栄養士		
口腔専門職		歯科衛生士	歯科医師、歯科衛生士、 言語聴覚士 いずれかを選択してください	
その他				

<実施内容>

附番	支援内容	事前訪問	面談・運動					栄養	口腔	月分参加者の様子
	事前訪問	回目	回目	回目	回目	回目	回目	回目		
	実施日									
	出席時○									
	自己評価	%	%	%	%	%	%	%	%	
	事前訪問	回目	回目	回目	回目	回目	回目	回目		
	実施日									
	出席時○									
	自己評価	%	%	%	%	%	%	%	%	
	事前訪問	回目	回目	回目	回目	回目	回目	回目		
	実施日									
	出席時○									
	自己評価	%	%	%	%	%	%	%	%	
	事前訪問	回目	回目	回目	回目	回目	回目	回目		
	実施日									
	出席時○									
	自己評価	%	%	%	%	%	%	%	%	
	事前訪問	回目	回目	回目	回目	回目	回目	回目		
	実施日									
	出席時○									
	自己評価	%	%	%	%	%	%	%	%	
合計										

事前訪問状況報告書兼アセスメント表

訪問日時	～				事業所名		担当者														
利用者 附番		性別		年齢		住所		認定情報													
①利用者情報																					
基本的な一日の過ごし方(一番活動量の多い日を記載)																					
5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	0:00	1:00	2:00
②住宅環境																					
形態	戸建て 集合住宅	住宅改修	有・無	改修済みの箇所		福祉用具	有・無	使用中の福祉用具													
改修が必要な箇所	コメントを記入(改修が必要な理由も記載の事)																				
③アセスメントと提案内容																					
	アセスメント					提案内容・解決策															
A. 運動・移動について																					
B. 日常生活について																					
C. 社会参加、対人関係																					
D. 健康管理について																					
E. その他																					
④3か月後に見込まれる状態像																					
⑤本人への助言内容																					
⑥3か月後の目標(支援計画書A表「短期目標」)																					
⑦通所時実施内容																					

(町DAP手帳)

このページは教室初日に記入します

『町DAP』を通じて“なりたい自分”

- ・実現可能なちよっと前の自分について
- ・介護予防サービス・支援計画書A表「長期目標」

なりたい自分

3か月後の自分

- ・3か月後に目指す自分について
- ・介護予防サービス・支援計画書A表「短期目標」

3か月間の目標や
続けたいこと

- ・なりたい自分に近づくために「今の自分」にできること
- ・介護予防サービス・支援計画書B表「課題に対する目標と具体策」

- ①
- ②
- ③
- ④(栄・口・他)
- ⑤(栄・口・他)

教室1日目

令和	年	月	日	出席印
体温	℃	血圧(mmHg)	その他	

やることリスト

目標達成の為に毎日実行することを
運動・栄養・口腔についてすべて記入します

【やること1】

【やること2】

【やること3】

【やること4(栄・口・他)】

【やること5(栄・口・他)】



17.チラシ(共通)

要支援認定を受けた方へ

「こんなふうになりたい」「こんな生活を過ごしたい」
そんなあなたを応援する教室をご紹介します

イメージ



	自分らしい生活へ「町DAP」	町トレで筋力up!「IADL向上教室」
期間	3か月間全12回の通所または訪問プログラム(90分/1回)	3か月間全12回の通所プログラム(90分/1回)
主な内容	面談を中心とした個別プログラムで、生活の工夫や、心身の自己管理ができるようにアドバイスします。	体操中心の筋力トレーニングを行います。仲間と一緒に取り組みます。
指導者	理学療法士又は作業療法士が指導します。	運動の専門家が指導します。
送迎	必要時、送迎サービスがご利用いただけます。	
会場	市内指定の病院や 介護・訪問看護事業所等	市内指定のふれあい館
費用	¥3,000円(¥1,000円/月)	

要支援1-2の方であっても、一部、ご利用いただけない条件がありますので、詳しくは高齢者支援センター職員にご相談ください。

☎お問い合わせは、お住まいの地域の高齢者支援センターへ

高齢者支援センター一覧

担当地域	支援センター名 あんしん相談室	電話番号
相原町	堺第1高齢者支援センター 相原あんしん相談室	042-770-2558
小山町、小山ヶ丘、上小山田町	堺第2高齢者支援センター 小山あんしん相談室	042-797-0200
下小山田町、忠生、小山田接合、矢部町、常盤町、 根岸町、根岸、園部町	忠生第1高齢者支援センター 忠生あんしん相談室	042-797-0032
山崎町、山崎、木曾町、木曾西、木曾東(都営木曾森野アパ ートを除く)、本町田の一部(公社住宅町田木曾)	忠生第2高齢者支援センター 木曾あんしん相談室	042-792-1105
小野路町、野津田町、金井、金井町、金井ヶ丘、大瀬町、栗野合	鶴川第1高齢者支援センター 野津田あんしん相談室	042-738-8827
餘ヶ谷、三輪町、三輪緑山、広袴町、広袴、真光寺町、 真光寺、槻川	鶴川第2高齢者支援センター 槻川あんしん相談室	042-737-7292
原町田(都営金森1丁目アパートを除く)、中町、森野、旭町、 木曾東の一部(都営木曾森野アパート)	町田第1高齢者支援センター 原町田あんしん相談室	042-728-9215
本町田(公社住宅町田木曾を除く)、藤の台、 南大谷の一部(公社住宅本町田)	町田第2高齢者支援センター 本町田あんしん相談室	042-729-0747
玉川学園、南大谷(公社住宅本町田を除く)、東玉川学園	町田第3高齢者支援センター 南大谷高齢者支援センター	042-710-3373
南町田、鶴間、小川、つくし野、南つくし野	南第1高齢者支援センター 小川あんしん相談室	042-798-2789
金森、金森東、南成瀬、成瀬が丘、 原町田の一部(都営金森1丁目アパート)	南第2高齢者支援センター 成瀬が丘あんしん相談室	042-798-3899
成瀬、西成瀬、高ヶ坂、成瀬合	南第3高齢者支援センター 成瀬あんしん相談室	042-720-3801

— 2023年度案内チラシ【ふれあいけやき館】 —

3か月間

短期で筋力UP!

IADL向上教室のご案内



加齢により筋力が落ちて出来なくなったことはありませんか？
そんなあなたにピッタリの教室です。

【対象となる方】 ◇要支援1・2の認定を受けている方
◇基本チェックリストで該当された方（事業対象者）
※デイサービスを利用されている方は、参加できません

【費用】 ¥3,000円（1か月あたり1,000円）（資料代・保険料等）

【定員】 各コース3名まで（最大6名）

【内容】 運動事業者の指導による、筋力トレーニング・町トレ等

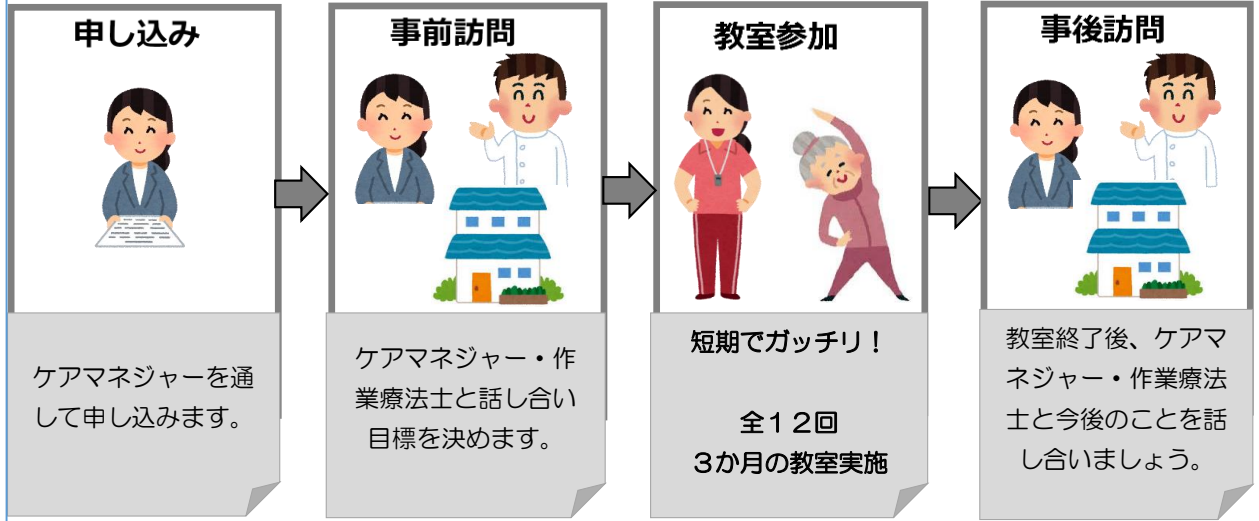
【申込方法】 ケアマネジャーを通じてお申し込みいただけます。

【会場】 ふれあいけやき館 ※送迎についてはケアマネジャーに相談しましょう。

【スケジュール】 毎週 月曜日（※）の週1回、全12回参加する教室です。
※祝祭日・年末年始等の休庁日を除く
午後1時30分～3時30分（受付 午後1時15分～）

コース	開始日	終了日	申し込み〆切
1期	2023/4/17	2023/7/3	2023/4/3
2期	2023/5/15	2023/8/7	2023/5/1
3期	2023/6/12	2023/9/4	2023/5/29
4期	2023/7/10	2023/10/16	2023/6/26
5期	2023/8/14	2023/11/13	2023/7/31
6期	2023/9/11	2023/12/11	2023/8/28
7期	2023/10/23	2024/1/22	2023/10/10
8期	2023/11/20	2024/2/26	2023/11/6
9期	2023/12/18	2024/3/25	2023/12/4

— 3か月間の流れ —



【講座を修了した方の声】

短期でガッチリ！

気持ちが前向きになった

腰痛がなくなり歩くのが楽になった

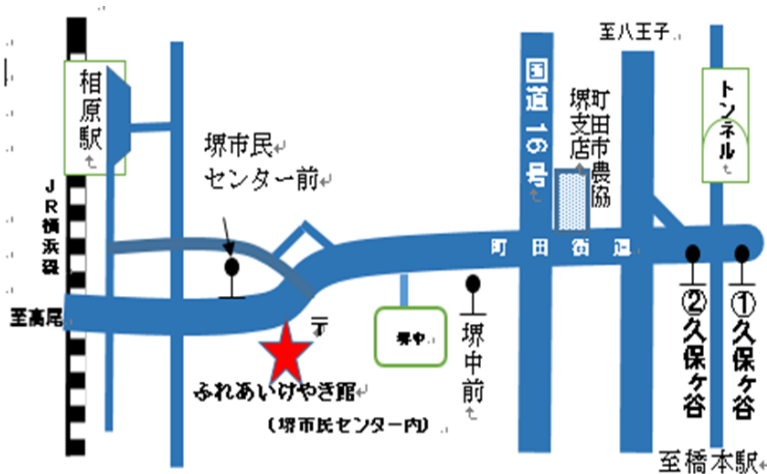


階段の昇り降りがスムーズになった

お友達とまた旅行に行けるようになった

楽しく通えた

【会場のご案内】



会場までの移動手段

について

◆ケアマネジャーとの相談で、送迎が必要と判断された方は、送迎の利用ができます。(無料)

【2023年度】

利用者番号

IADL向上教室

〇〇①

《開催通知》

この度は、お申し込まいただきましてありがとうございます。

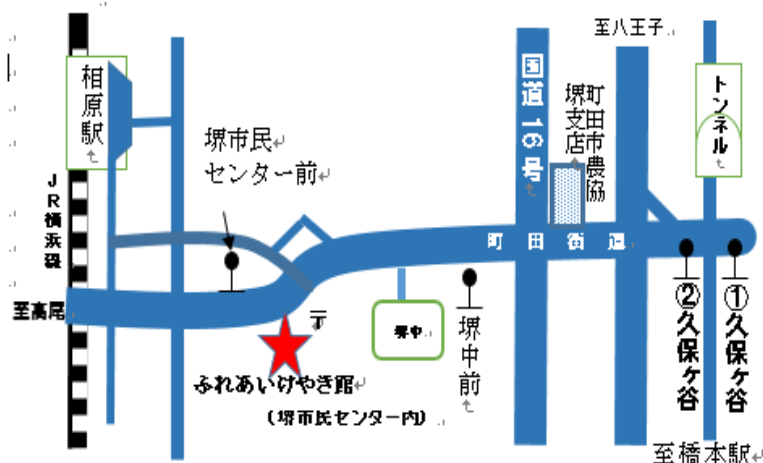
以下のとおり開催いたしますので、ご参加ください。

教室初回には、事業者及びケアマネジャーとの面談などがございます。

やむを得ず欠席される場合は、担当のケアマネジャーまでご連絡ください。

日時	2023年4月17日 (月)	13:30 から 15:30 まで
		※受付は 13:15 から開始いたします。
場所	ふれあいけやき館 町田市相原町795-1 (堺市民センター 2階)	
内容	ガイダンス・看護師による体調チェック ケアプラン交付(ケアマネジャー・コーチと面談します。) 体力測定・運動体験 ※軽い運動が可能な服装でお越しください	
持ち物	<ul style="list-style-type: none"> ・参加費(¥3,000円) ※参加費は1か月ごとのお支払いもできます。 ・筆記用具・飲み物(水分補給用)・タオル(汗拭き用) ・靴下(・室内用運動靴)・マスク(必ず、着用してください) 	
会場までの移動手段について	教室申込時にケアマネジャーと相談の上で、送迎が必要とされた方には送迎があります(無料)。実施事業者から事前に送迎時間について連絡がきます。送迎を利用されない方は、公共交通機関等で、直接会場までお越しください。	
事業者		

【会場周辺地図】



【所在地】

町田市相原町795-1
(堺市民センター 2階)

【公共交通機関】

JR横浜線 相原駅から徒歩6分

JR横浜線 橋本駅から
大戸、法政大行きバス
「堺市民センター前」下車1分

問合せ先 : 町田市役所 高齢者支援課 高齢者健康づくり担当

電話: 042-724-2146

FAX: 050-3101-6180

裏面もご覧ください

日程表

会場

ふれあいけやき館

【全 12 回】

13:30～15:30

月 曜日

回数	開催日
第1回 体力測定	4月17日
第2回	4月24日
第3回	5月1日
第4回	5月8日
第5回	5月15日
第6回	5月22日

回数	開催日
第7回	5月29日
第8回	6月5日
第9回	6月12日
第10回	6月19日
第11回 体力測定	6月26日
第12回	7月3日

新型コロナウイルス感染拡大防止のための注意事項



1. ご自身の体調について

以下の症状がある場合

- ①発熱、咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状
- ②だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)
- ③においや、味がいつもと違う(嗅覚や味覚の異常)
- ④その他(体が重く感じる、疲れやすい等)

2. 同居家族や身近な人に感染が疑われる人がいる場合

3. 過去14日以内に政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

※上記に該当する場合は、教室への参加を見合わせていただく場合があります。

●教室参加時(事前)の注意事項

- ①お食事は早めにとって来てください。(食後のお薬は忘れないようにしましょう)
- ②運動しやすい服装で参加しましょう。
- ③気分が悪かったり体調がおかしいときは、無理をせずお休みしましょう。
- ④こまめに水分補給ができるよう、水筒等を持参しましょう
- ⑤感染症の拡大を防ぐため、マスクの着用をお願いします。

●教室参加時の注意事項

運動を行う前には看護師が毎回体調チェックを行います。

以下の状態の場合には、看護師の判断で運動に参加せず、見学をしたり、帰宅していただくこともございます。

- ①37.5度以上(もしくは平熱より1度以上高い)発熱時
- ②血圧が、上が180mmHg以上、又は下が110mmHg以上の場合。
- ③脈拍数が110拍以上、又は50拍以下の場合。
- ④いつもと違う脈の不整(脈の乱れ)がある場合。
- ⑤関節痛、腰痛など痛みの症状の悪化。
- ⑥その他、体調不良のとき。

教室参加前及び教室参加中のケアマネジャー・リハビリテーション専門職・管理栄養士等の訪問時の注意事項

上記、新型コロナウイルス感染拡大防止のための注意事項に該当する場合、ケアマネジャーまで必ずご連絡をお願いいたします。訪問日程を変更させていただく場合があります。

2023年度 IADL向上教室 カレンダー

2023/4/17～2024/3/25

月曜日13:30～15:30(最大6人)@ふれあいけやき館

コース	開始日	終了日	申し込み〆切
1期	2023/4/17	2023/7/3	2023/4/3
2期	2023/5/15	2023/8/7	2023/5/1
3期	2023/6/12	2023/9/4	2023/5/29
4期	2023/7/10	2023/10/16	2023/6/26
5期	2023/8/14	2023/11/13	2023/7/31
6期	2023/9/11	2023/12/11	2023/8/28
7期	2023/10/23	2024/1/22	2023/10/10
8期	2023/11/20	2024/2/26	2023/11/6
9期	2023/12/18	2024/3/25	2023/12/4

2023/4/20～2024/3/28

木曜日14:00～16:00(最大6人)@ふれあい桜館(木)

コース	開始日	終了日	申し込み〆切
1期	2023/4/20	2023/7/13	2023/4/6
2期	2023/5/25	2023/8/10	2023/5/11
3期	2023/6/22	2023/9/7	2023/6/8
4期	2023/7/20	2023/10/5	2023/7/6
5期	2023/8/17	2023/11/2	2023/8/3
6期	2023/9/14	2023/12/7	2023/8/31
7期	2023/10/12	2024/1/4	2023/9/28
8期	2023/11/9	2024/2/1	2023/10/26
9期	2023/12/14	2024/2/29	2023/11/30
10期	2024/1/11	2024/3/28	2023/12/28

2023/4/21～2024/3/22

金曜日9:30～11:30(最大9人)@ふれあいまっこく館

コース	開始日	終了日	申し込み〆切
1期	2023/4/21	2023/7/14	2023/4/7
2期	2023/5/26	2023/8/18	2023/5/12
3期	2023/6/23	2023/9/15	2023/6/9
4期	2023/7/21	2023/10/13	2023/7/7
5期	2023/8/25	2023/11/17	2023/8/10
6期	2023/9/22	2023/12/15	2023/9/8
7期	2023/10/20	2024/1/19	2023/10/6
8期	2023/11/24	2024/2/16	2023/11/10
9期	2023/12/22	2024/3/22	2023/12/8

2023/4/21～2024/3/22

金曜日14:00～16:00(最大6人)@ふれあい桜館(金)

コース	開始日	終了日	申し込み〆切
1期	2023/4/21	2023/7/14	2023/4/7
2期	2023/5/26	2023/8/18	2023/5/12
3期	2023/6/23	2023/9/15	2023/6/9
4期	2023/7/21	2023/10/13	2023/7/7
5期	2023/8/25	2023/11/17	2023/8/10
6期	2023/9/22	2023/12/15	2023/9/8
7期	2023/10/20	2024/1/19	2023/10/6
8期	2023/11/24	2024/2/16	2023/11/10
9期	2023/12/22	2024/3/22	2023/12/8

2023/5/31～2024/3/27

水曜日9:30～11:30(最大6人)@ふれあいまみじ館

コース	開始日	終了日	申し込み〆切
1期	2023/5/31	2023/8/16	2023/5/17
2期	2023/6/28	2023/9/13	2023/6/14
3期	2023/7/26	2023/10/11	2023/7/12
4期	2023/8/23	2023/11/8	2023/8/9
5期	2023/9/20	2023/12/6	2023/9/6
6期	2023/10/18	2024/1/10	2023/10/4
7期	2023/11/15	2024/2/7	2023/11/1
8期	2023/12/13	2024/3/6	2023/11/29
9期	2024/1/10	2024/4/10	2023/12/27

2023/5/17～2024/3/27

水曜日13:40～15:40(最大4人)@ふれあいいちよう館

コース	開始日	終了日	申し込み〆切
1期	2023/5/17	2023/8/2	2023/5/2
2期	2023/6/14	2023/8/30	2023/5/31
3期	2023/7/12	2023/9/27	2023/6/28
4期	2023/8/9	2023/10/25	2023/7/26
5期	2023/9/6	2023/11/22	2023/8/23
6期	2023/10/4	2023/12/20	2023/9/20
7期	2023/11/1	2024/1/24	2023/10/18
8期	2023/11/29	2024/2/21	2023/11/15
9期	2023/12/27	2024/3/27	2023/12/13

「ありがたい」自分へ 町DAP

町田で元気を
UP!!

加齢によりできなくなった事、あきらめてしまった事はありませんか？
「こんな毎日を送りたい！」そんなあなたを応援します。
リハビリのプロがあなたに合ったプログラムを提供、支援します。



イメージ



どんなサービス？

- 3か月間全12回の通所プログラムです。
(訪問をする場合もあります。)
- 1回のサービスは90分程度です。
- 必要時、送迎を利用することが出来ます。
- サービス利用前に自宅訪問があります。
- 費用は、¥3,000円/3か月です。



次の要件☆を満たす方

★要支援1,2の方もしくは事業対象者

～以下の方は、対象外となります～
◇進行性疾患・がん治療中・認知症の方
◇通所サービス・訪問リハビリをご利用の方



このサービスのいいところ

【メリット1】生活に自信が持てます

●リハビリ専門職による適切な見立てを受けられます。生活の不安を軽減し、自信を持って生活できるように支援します。

【メリット2】「自分の生活を管理する力が」つきます

●運動だけではなく、面談にも力を入れたサービスです。サービス終了後も、現状を維持するための毎日の過ごし方を身に付けることができます。

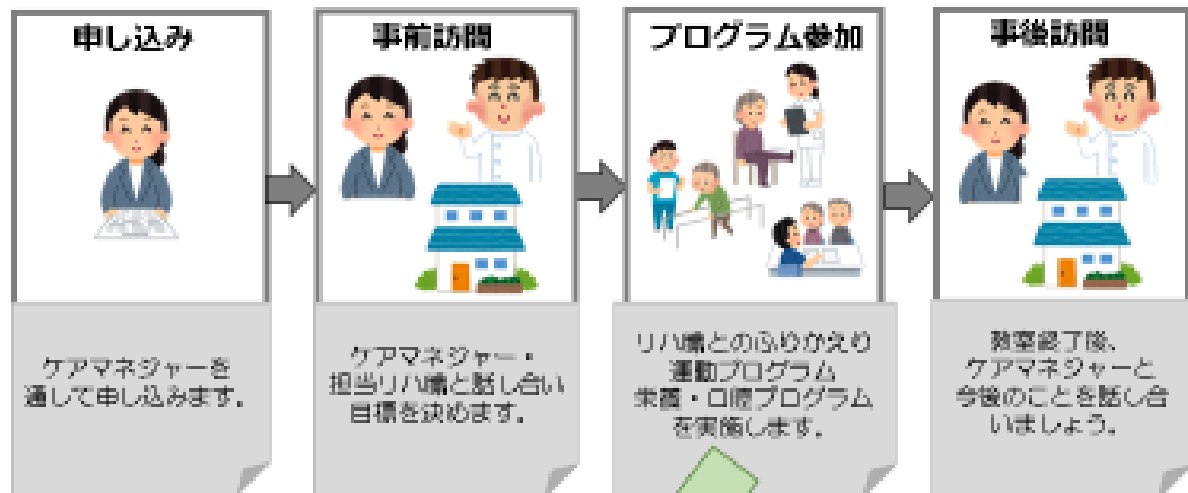
【メリット3】マンツーマンの指導が受けられます

●それぞれの目的に合わせた指導をし、個々に応じた、健康を維持するためのポイントをお伝えします。

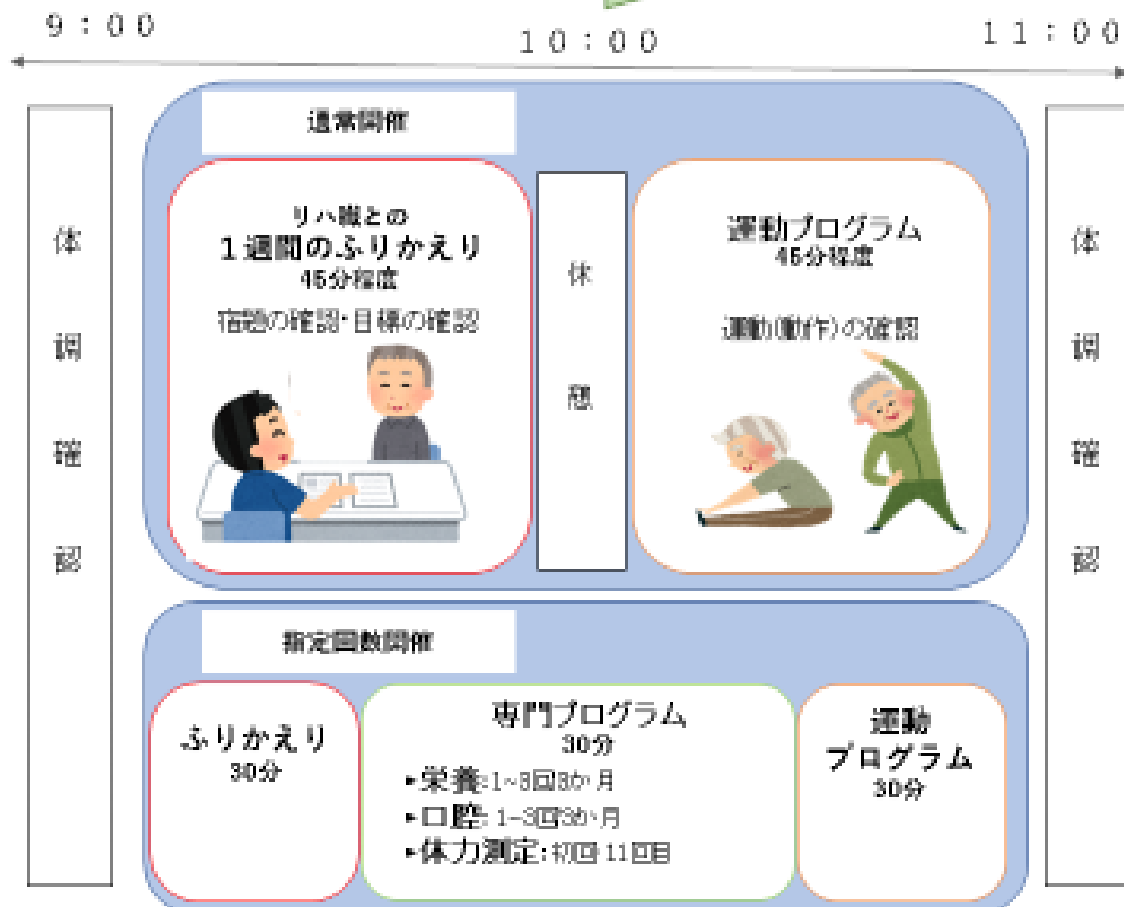


お問い合わせは、【裏面】お住まいの地域の高齢者支援センターへ

【町DAP利用イメージ】



【町DAPプログラム開催例】



お問い合わせは、お住まいの地域の高齢者支援センターへ



連絡先

高齢者支援課 高齢者健康づくり担当

電話：042-724-2146