

葛城市介護予防普及啓発事業（派遣型体力測定）業務委託

仕様書

1. 業務名称

葛城市介護予防普及啓発事業（派遣型体力測定）業務委託

2. 事業の目的

地域で実施されている自主運動教室の場を利用し、地域の高齢者に対して、体力測定とフレイル、介護予防に関する講話及びアクティビティケアを実施することにより、今後の継続した自主運動教室参加と介護予防行動へつなげることを本事業の目的とする。

3. 対象者

市内に住所のある65歳以上の高齢者で、実施当日に該当する自主運動教室に参加している方

4. 履行場所

自主運動教室の開催場所となる市内公民館、公共施設等の市が指定する場所、最大30箇所とする。

5. 委託期間

契約日から令和8年3月31日まで

6. 委託業務の概要

(1) 内容

履行場所において、以下のとおり体力測定を実施すること。

ア 体力測定（握力測定 開眼片足立ち TUG 5回立ち上がり）

測定方法は葛城市体力測定マニュアルに準じる。

体力測定に必要な準備物（握力測定器、ストップウォッチ、クッション、記録用紙等）は市が用意する。

イ 体力測定の結果について講話する。

ウ 介護予防に関する講話、アクティビティケアを行う。

エ 市が用意するExcelデータに体力測定の結果を入力し集計を行う。
なお、作成されるデータの所有権は本市に帰属するものとする。

オ 打ち合わせについては、金額に含むものとする。

(2) 実施時間

上記内容の所要時間は原則、準備30分、実施90分とする。

(3) 参加料

参加者負担はなし。

(4) 実施者

実施は2名で行い、そのうち1名は、下記のいずれかの資格を有する者とする。

- ・健康運動指導士
- ・健康運動実践指導者
- ・介護予防運動指導員

(5) 安全管理マニュアルの整備

安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備し、安全管理に配慮し実施する。

(7) 感染予防対策の整備と感染拡大時の対応

使用設備及び物品等の衛生的な管理に努め、感染症の蔓延が起こらないように対策を整備しておくこと。

(8) 日程

事前に市と自主運動教室の代表者で調整し決定する。天候不良等の理由で中止または延期する場合は、実施日の前日までに市から委託先に連絡を行う。年度内の日程変更の必要が生じた場合、その都度協議して実施するものとする。

5. 報告

受託者は教室が終了した月末に下記の様式及びデータを提出する。

- ア 実施報告書【様式1】
- イ 体力測定（運動機能評価）【様式2】
- ウ 集計データ

6. 委託料等

すべての教室が終了した後、実施回数に応じて請求するものとする。
当日中止となった教室に関しては、実施回数に含めるものとする。

7. 支払方法

受託者はすべての予定箇所が終了後、すみやかに下記様式と請求書を市に提出する。市は請求内容を精査し、請求日の30日以内に振り込むこととする。

- エ 完了報告書【様式3】

介護予防普及啓発事業（派遣型体力測定）
実施報告書

実施日	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 : ~ 午前・午後 :
教室名	
場所	
担当者	() ()
実施内容	<input type="checkbox"/> 体力測定 <input type="checkbox"/> 体力測定結果説明 <input type="checkbox"/> フレイル予防講話 <input type="checkbox"/> アクティビティーケア <input type="checkbox"/> その他 ()
参加者の様子	

上記のとおり、完了したことをご報告致します。

事業実施・報告者：

令和 年 月 日

担当者

担当者

測定日： 令和 年 月 日

体力測定（運動機能評価）

ふりがな		大・昭
氏名		生年月日 年 月 日 (歳)
住所		電話

No	質問項目	回答(いずれかに○)	
1	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
2	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
3	15分くらい続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
4	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
5	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ

回答の結果により、介護予防プログラムへの参加が望ましいと判定された方には、介護予防事業のご案内をさせていただきます。

■体力測定

握力 (筋力)	右	1回目	Kg
	右	2回目	Kg
	左	1回目	Kg
	左	2回目	Kg

①左右の1回、2回で強い方に○をつける
②それぞれ強い方を記録

開眼片足立ち	右	秒
	左	秒

右（左）足 で体を支え左（右）の膝を後ろに曲げて片足で立つ

タイム アップ ゴー	1回目	2回目
	秒	秒

記録	秒
----	---

良い方の記録を記入

立ち上がった瞬間から戻ってきてイスに座るまでの時間

5回立ち上がり	秒
---------	---

①座った状態からスタート

②しっかり立ち上がったら1回

完了報告書

年 月 日

様

請負者 住所
(受注者)
氏名

印

下記業務は、年 月 日に完了しましたので、届け出ます。

記

1. 業務名	
2. 場所	
3. 契約年月日	年 月 日
4. 完了期日	年 月 日