様式第１号（第５条関係）

**令和６**年**４**月**１**日

鳥取市長　様

住　　所　**鳥取市幸町７１番地**

事業所名　**介護老人福祉施設とっとり**

代表者職・氏名　**施設長　鳥取太郎**

※個人受託の場合は氏名を記入してください。

鳥取市介護予防出前講座業務受託意向届出書

　次のとおり鳥取市介護予防出前講座業務の受託を希望するので届け出ます。

記

１　実施可能な講座番号、講座区分、講座内容に○丸を付けてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 講座番号 | 講座区分 | 講座内容区分 | |
| １ | 健康管理 | ①熱中症予防  ②脱水予防  ③血圧の自己管理  ④感染症予防 | ⑤生活習慣病予防  ⑥うつ予防  ⑦薬の正しい飲み方と副作用  ⑧フレイル予防 |
| ２ | 食事と  栄養管理 | ①健康長寿の食事  ②栄養バランス  ③丈夫な骨づくりの食事 | ④食事のアレンジ  ⑤便秘予防 |
| ３ | お口の  健康管理 | ①むせや誤嚥の予防  ②口の手入れ | ③口腔体操  ④口の渇き |
| ４ | 認知症予防 | ①健康な脳を保つ秘訣  ②認知症予防運動  ③創作活動 | ④レクリエーション  ⑤脳トレーニング |
| ５ | 運動・体操 | ①運動指導  ②転倒・骨折予防  ③膝・関節痛予防 | ④歩行指導  ⑤しゃんしゃん体操指導 |
| ６ | 生活支援 | ①運転継続と免許返納 |  |

２　講座内容　別添１

３　講師一覧　別添２

（別添１）

実施可能な講習内容

講座番号（　**１**　）

講座区分（　**健康管理**　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 講習内容 | 講座内容区分 | **⑤生活習慣病予防** |
| 講座の具体的な内容を記入（以下） | |
| **○生活習慣病がどのように進んでいくのか説明します。**  **○検診結果と向き合い、自分の体がどのような状態にあり、今後どうすれば生活習慣病を予防できるのかを一緒に考えます。**  **○パワーポイントのスライドや映像、啓発パンフレットを使用して、分かりやすく説明します。** | |
| **☑**講座の所要時間：　**６０**　分　・　□希望に応じて実施可能  ※該当する項目に✔チェックをつけてください。 | |
| 出前可能日  及び回数 | **月～金の午後、週２回程度まで** | |
| 土・日・祝日の実施について | 実施可能な日に✔チェックをつけてください。  　□土曜日　・　□日曜日　・　□祝日　・　**☑**要相談 | |
| 実施可能区域  （✔チェックをつけてください） | ☑全市域  □鳥取地域（以下の中学校区）  　　　　□北　　　□中ノ郷　□東　　□西　　□南  　　□桜ヶ丘　□江山　　□高草　□湖東　□湖南  　□東地域（国府・福部）　□南地域（河原・用瀬・佐治）  □西地域（気高・鹿野・青谷）　□要相談 | |
| 連絡先・担当者 | **連絡先：０８５７－２２－８１１１**  **担当者：生活相談員　砂丘次郎** | |

**※この個票は届出する講座内容ごとに作成してください。**

（別添２）

講師一覧

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 講座番号 | 講座区分 | 講座内容区分 | 講師名 | 職種 | 講師情報（講師経験やＰＲ等） |
| **１** | **健康管理** | **⑤生活習慣病予防** | **鳥取花子** | **看護師** | **○○地区公民館からの依頼で、生涯学習講座の生活習慣病予防の講師を毎年度担当している。** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※職能団体等が実施する地域包括ケアシステムに関する研修を修了している場合は、修了した研修名を講師情報に記入してください。

※必要に応じて行を追加してください。