

介護予防・日常生活支援総合事業
運動器関連プログラム参加の適否に係る
医師の判断についての取り扱い

事務マニュアル

平成23年4月～

(令和7年4月1日一部修正)

佐賀市・多久市・小城市・神崎市・吉野ヶ里町
佐賀中部広域連合

目 次

参加の適否に係る医師の判断についての取り扱い

1	事務マニュアルの活用にあたって	1
2	事務フロー図	2
3	医師の意見確認書に係る実施要領	3
	「医師の意見確認書」の記入について	5
4	実施市町の担当課の連絡先及び請求書等の提出先	6
《 様 式 》		
	様式① 運動器関連プログラム参加の適否に係る医師の意見確認書	7
	様式② 記載料請求書	8
	様式③ 記載料内訳書	9
《 参 考 》		
	運動器関連プログラムの概要（例）	10
	運動器関連プログラム参加及び個人情報の提供に関する同意書（例）	13
	運動器関連プログラムへの参加にあたっての確認事項（例）	14

参加の適否に係る医師の判断についての取り扱い

1 事務マニュアルの活用にあたって

●事務マニュアルの適用範囲について

この事務マニュアルは、以下の市町に住所を有する第1号被保険者（要介護認定者を除く）について対応していただく内容となっています。

【佐賀中部広域連合の構成市町】

佐賀市、多久市、小城市、神崎市、吉野ヶ里町

(1) 運動器関連プログラムについて

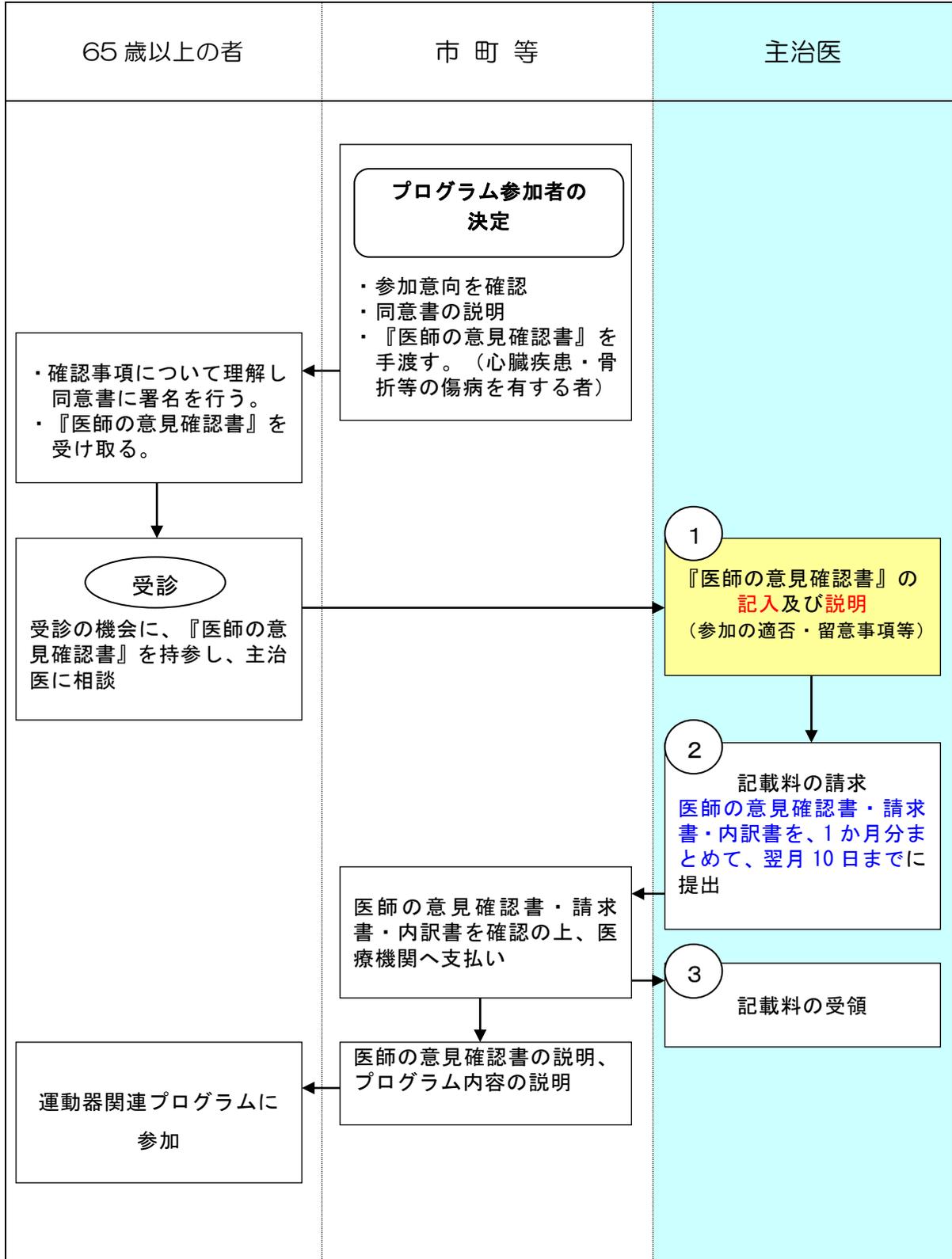
本広域連合では、平成29年4月から介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）を開始しました。総合事業において構成市町が実施する運動器の機能向上プログラム等の運動器関連プログラムが対象となります。

(2) 参加の適否に係る医師の判断を求める対象者

総合事業の運動器関連プログラムへの参加を希望し、心臓疾患・骨折等の傷病を有している者については、運動器関連プログラムの実施により病状悪化のおそれがあることから、“プログラム参加の適否”について医師の判断を求める必要があるとされています。

2 事務フロー図

運動器関連プログラム参加の適否に係る
 医師の判断を求める場合の取り扱いについて
 (平成29年度～)



3 医師の意見確認書に係る実施要領

(1) 主治医への確認の方法及び取り扱いについて

(ア) 運動器関連プログラムに参加する高齢者からの相談と確認

運動器関連プログラムに参加する高齢者のうち心臓疾患・骨折等の傷病を有している者は、受診等の機会に「医師の意見確認書（様式①）」を持参し、運動器関連プログラム参加の適否について、主治医に相談と確認を行います。

(イ) 医師の意見確認書の記入及び説明

(ア) の対象者が持参した「医師の意見確認書（様式①）」に、日ごろの診療状況から運動器関連プログラムへの参加の適否について、ご意見の記入をお願いします。記入にあたっては、P 5の“「医師の意見確認書」の記入について”を参考にしてください。

※参加を希望する高齢者は、自らが参加する運動器関連プログラムの内容及びその危険性について市町等から説明を受けた上で参加を希望しており、個人情報について関係機関へ情報提供されることについても、書面により同意しておられます。

「運動器関連プログラムの概要（例）」については、P 10～12、「同意書」及び「参加にあたっての確認事項（例）」については、P 13～14をご参照ください。

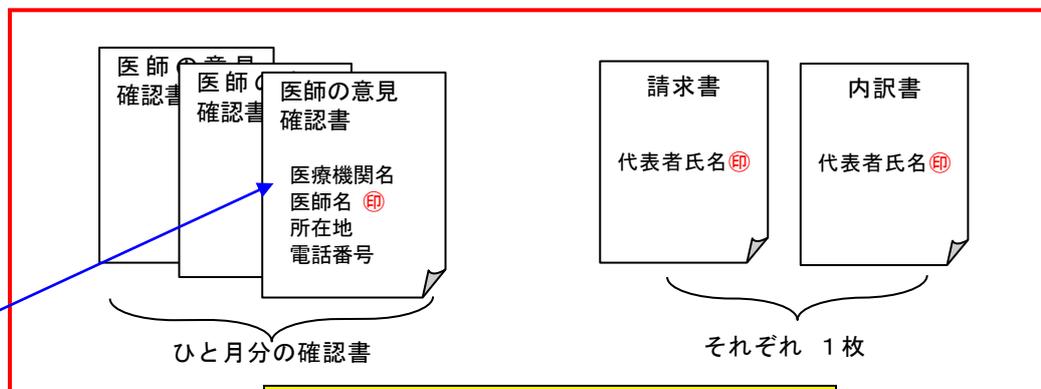
※参加の適否及び留意事項については、対象者本人にも説明をお願いします。

(ウ) 記載料の請求

主治医は、ひと月分の記載件数について次の三点をまとめ、翌月10日までに、依頼元の市町に提出をお願いします。（P 6 参照）

- ・記載していただいた 医師の意見確認書（様式①）
- ・記載料 請求書（様式②）
- ・記載料 内訳書（様式③）

なお、提出にあたっては、署名・押印等の確認をお願いします。



【お願い】 記入日・医療機関名・医師名 (印)・所在地・電話番号を、必ず記載してください。

(エ) 記載料の受領

依頼元の市町は、(ウ)を確認後、主治医が指定した金融機関口座に記載料を振り込みます。

※振り込みは、市町が請求書を受け取った月の翌月末頃になりますので、ご確認をお願いします。

(2) 記載料について

佐賀中部広域連合管内の次の郡市医師会等との契約により、1, 100円/件(消費税込み、令和元年10月1日以降)とします。

(※令和元年9月30日以前は、1, 080円)

- 佐賀市医師会
- 多久・小城地区医師会
- 神埼市郡医師会

【ご注意】

郵送等にかかる費用については、記載料に含んでおりますので、ご了承ください。

(3) 対象者本人の自己負担について

「医師の意見確認書」の自己負担は、無料です。

※なお、検査等に係る費用は、医療保険でのご対応となります。

(4) 市町担当者からの確認についてのお願い

請求処理の関係から、医師の意見確認書をご記入いただいてから市町が受領するまでに、ひと月程度かかる場合があります。

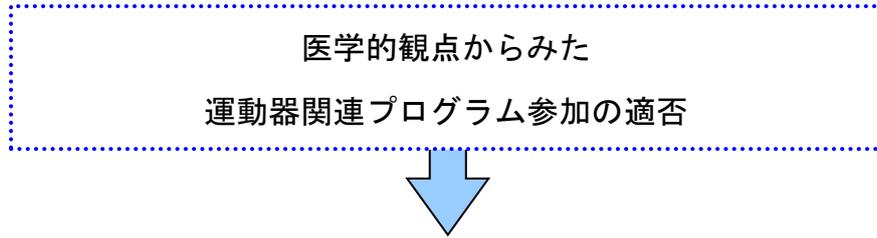
(医師の意見確認書 記入：5月1日 ⇒ 市町の受領：6月10日となる。)

しかしながら、運動器関連プログラムの開始スケジュール・個別計画作成等の関係から、参加の適否の状況等について、早急な把握を必要とする場合があります。このような場合には、市町担当者が電話等で確認させていただくことがありますのでご協力をお願いします。

※請求については、通常どおり、P3(1)-(ウ)の手順で行ってください。

※請求書(様式②)・内訳書(様式③)については、佐賀中部広域連合のホームページにも掲載しております。

「医師の意見確認書」の記入について



介護予防・日常生活支援総合事業における運動器関連プログラムの利用が適当か不適当かについて、日ごろの診療状況等をもとに、参加の適否の判断（該当する方にチェック）をお願いします。

記入していただく確認書は、対象者本人が持参されます。

※なお、検査等に係る費用は、医療保険でのご対応となります。

適：運動器関連プログラムへの参加は望ましく、参加は可能と考えられる場合
 治療中の疾患はあるものの、当日の体調管理を行えば参加は可能と思われる場合は、『適』にチェックをお願いします。

※運動器関連プログラムへの参加にあたっての医学的管理からの留意事項

治療中の疾患を記入し、留意事項について、安全管理の観点からの指示や情報等があれば記載してください。

否：運動器関連プログラムへの参加は 不適当と考えられる場合

例えば、心筋梗塞、骨折等の傷病を有しており、
運動器関連プログラムへの参加により当該傷病の病状悪化のおそれがある
 または、**運動器関連プログラム**への参加が当該傷病の治療を行う上で支障を生ずるおそれがある等の医学的な理由がある場合

また、一定期間経過した後の参加が望ましい場合等も、『否』にチェックをお願いします。

※運動器関連プログラム参加が不適当な理由について、特記すべき事項

特記すべき事項があれば記載してください。

(例)〇〇罹患後であるため、現在は急な運動により体調不良のおそれがあるが、
 1か月程度の経過観察後、体力が回復すれば参加可能と思われる。等

※参加の適否 及び 留意事項については、対象者本人にも、ご説明をお願いします。

記入日	:
医療機関名	:
医師名	: <u>必ず、押印をお願いします。</u>
所在地	:
電話番号	:

4 実施市町の担当課の連絡先及び請求書等の提出先

市町名	担当課（係）	住 所	電話番号
佐賀市	高齢福祉課 （介護予防係）	〒840-8501 佐賀市栄町1番1号	0952 40-7256
多久市	高齢・障害者支援課 （高齢者支援係）	〒846-8501 多久市北多久町大字小侍7番地1	0952 75-6033
小城市	高齢障がい支援課 （地域包括推進係）	〒845-8511 小城市三日月町長神田2312番地2	0952 37-6108
神崎市	健康長寿課 （地域支援係）	〒842-8601 神崎市神崎町鶴3542番地1	0952 51-1234
吉野ヶ里町	福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ●福祉課 〒842-0193 神埼郡吉野ヶ里町三津777番地 ●郵送の場合 〒842-8501 神埼郡吉野ヶ里町吉田321番地2 	0952 37-0344

運動器関連プログラム参加の適否に係るご意見について（お願い）

様式①

主治医 様

依頼日：令和 年 月 日

下記の方は、介護予防・日常生活支援総合事業の運動器関連プログラムへの参加を希望されています。

なお、事前に、事業の参加に伴う危険性やプログラム内容及び自己の責任等についてご説明し、また個人情報についての情報提供につきましても、ご本人より同意を得ております。

つきましては、この事業への参加が可能かどうか、ご意見をお願いいたします。

【運動器関連プログラムの主な内容（例）】
 この事業は、高齢者の生活機能低下の予防、維持・向上を目的とし、体力測定後、週一回程度の運動プログラム（ストレッチング、バランス運動、上肢・下肢の筋力向上運動等）を実施するものです。
 ※事業の開始前後に、血圧・脈拍 及び 体調の確認を行います。
 ※専門の指導者が、本人の状態を見ながら、指導を行います。

〇〇市町〇〇課〇〇係

運動器関連プログラム参加の適否に係る医師の意見確認書

		〇〇市町 (No.)	
ふりがな		男 女	〇 年 〇 月 〇 日 (〇 歳)
氏 名			〒 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇
住 所	〇〇市 〇〇町 丁目 番(地) 号		【〇〇地区】
電 話	0 9 5 2 - * * - * * * *		

- 適**：運動器関連プログラムへの参加は可能
 ※プログラムの参加にあたり、医学的管理からの留意事項があれば記載してください。

治療中の疾患：

留意事項：

- 否**：病状悪化のおそれがあるため、運動器関連プログラムへの参加は不相当

（ 例えば、プログラムの参加により、病状悪化のおそれがある。
 または当該傷病の治療を行う上で支障を生ずるおそれがある場合などです。 ）

※事業への参加が不相当な理由について、特記すべき事項があれば記載してください。

記入日：
平成 年 月 日

医療機関名
 医師名 (印)
 所在地
 TEL ()

※記載がお済みになりましたら、記載いただいた月の翌月 10 日までに、①この確認書、②請求書、③内訳書を ひと月分まとめて、〇〇市町〇〇課（電話 0952-**-****）へ ご提出ください。

様式②

運動器関連プログラム参加の適否に係る医師の意見確認書

記載料請求書

市長 様

町長 様

所在地：

医療機関名：

代表者名：

⑩

連絡先：TEL

担当者：

令和 年 月分について、下記のとおり請求いたします。

なお、詳細は別紙内訳書のとおりです。

令和 年 月 日

請求金額 円

内 訳	合計件数 (件)	単価 (円/消費税込)
『運動器関連プログラム参加の適否に係る医師の意見確認書』記載料		1,100

【振込先】

振込先 金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 農協
	本店 ・ 支店 ・ 出張所
預金種類	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

様式③

運動器関連プログラム参加の適否に係る医師の意見確認書

記載料内訳書

市長 様

町長 様

所在地：

医療機関名：

代表者名：

印

連絡先：TEL

担当者：

令和 年 月分

	氏名	住所	生年月日 (年齢)	記載日
1			大正 年 月 日 昭和 (歳)	/
2			大正 年 月 日 昭和 (歳)	/
3			大正 年 月 日 昭和 (歳)	/
4			大正 年 月 日 昭和 (歳)	/
5			大正 年 月 日 昭和 (歳)	/

合計件数：

件

☞ プログラムは構成市町ごとに作成されます。
この概要はプログラムの一例です。

運動器関連プログラムの概要（例）

1. 対象者

介護予防・日常生活支援総合事業の運動器関連プログラムへの参加を希望する者。（年齢：65歳以上）

なお、上記の者のうち、心臓疾患、骨折等の傷病を有する者については、医師の意見確認書において「適：運動器関連プログラムへの参加は可能」と判断された者とする。

2. 目的

運動介入や生活改善等を通じ、自立した生活機能を維持し、要介護状態等に陥ることを予防することにより、対象者のQOLを高める。

3. 実施方法

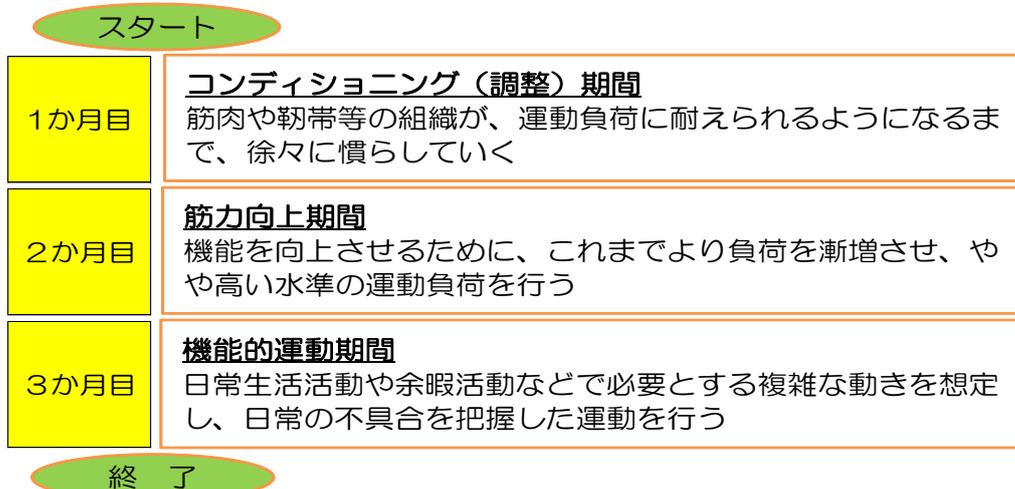
- ・週1回、合計12回（3か月間）を1クールとして実施する。
- ・プログラムの実施時間は1回あたり2時間程度とする。
- ・事業は主として集団的な対応で行うが、自己実現の達成を主眼とした個別の目標を設定した個別サービス計画に沿って運動を実施する。

《その他》

- ・市町・実施事業所によって、マシーンの利用やプールでの水中歩行を取り入れて行う場合がある。
- ・市町・実施事業所によって、プログラムの終了後に食事やレクリエーション等の時間を設けている場合がある。（自主事業）
- ・対象者の状況に応じて、事業への参加を延長する場合がある。

4. 運動の進め方

十分に準備運動を行うとともに運動負荷を段階的に高め、安全に進める。



5. 標準的なプログラム

運動器の諸要素を包括的に向上することができるように、ストレッチング・バランス運動・機能的運動・筋力向上運動等を組み合わせて実施する。

実施にあたっては一律に行うのではなく、個々の体力の状態やレベルに合わせ、運動負荷を考慮する。

〔1回の時間配分の例〕

体調チェック	学習時間	運 動			学習時間	体調チェック
10分	20分	<u>ウォーミングアップ</u> ストレッチング バランス運動 20分	<u>主運動</u> 機能的運動 筋力向上運動 40分	<u>クーリングダウン</u> ストレッチング リラクゼーション 10分	10分	10分

※適宜、休憩や水分補給を促しながら行います。

〔1回のプログラムの例〕

種 目	運動プログラムの内容
受付・体調チェック	バイタルチェック
学習時間	自宅等での実施状況を確認・講話等
ウォーミングアップ	ストレッチング バランス運動
主運動 ★時期によって、選択	コンディショニング運動* 筋力向上運動 機能的運動
クーリングダウン	ストレッチング・リラクゼーション
学習時間	自宅でいつどのように実施するのか説明
体調チェック	バイタルチェック

自覚症状等に留意し、安全確認を行う

※コンディショニング運動：筋肉や靭帯等の組織が、運動負荷に耐えられるようにする運動です。

★1か月目は臥位や座位で行い、徐々に 個々の状態を見ながら 立位も加えて行います。

6. プログラムを行う際の留意点

看護職員 及び 従事者は以下の点に留意して実施する。

(1) プログラム開始前

◎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 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
- ・関節痛・腰痛など慢性的な症状の悪化がある場合
- ・その他、体調不良などの自覚症状を訴える場合

◎参加者への事前注意として以下の項目を周知する。

- ・運動直前の食事は避ける
- ・水分補給を十分に行う
- ・睡眠不足・体調不良の時は無理をしない
- ・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・下痢など）

（２） プログラム提供中

◎以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全の確認を行う。

- ・顔面蒼白・冷や汗・吐き気・脈拍等
- ・適宜、休憩や水分補給の時間をとる

（３） プログラム終了後

◎プログラム終了後はすぐに解散することなく、しばらく対象者の状態を観察し、以下の状態である場合は、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 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、体調不良などの自覚症状を訴える場合

運動器関連プログラム参加及び個人情報の提供に関する 同意書【例】

私は、別紙の“介護予防・日常生活支援総合事業の運動器関連のプログラムへの参加にあたっての確認事項”を読み、事業の参加に伴う危険性やプログラム内容を承諾し、私の責任についても理解したうえで、〇〇市 〇〇〇〇教室への参加を希望します。

また、私は教室参加にあたり必要な個人情報について、主治医・〇〇市町担当課・おたっしゃ本舗・その他関係機関へ情報提供されることに、同意いたします。

			〇〇市町 (No.)
氏名	①	男 女	証 年 月 日 略 (歳)
住所	〇〇市 〇〇町 丁目 番(地) 号		
電話	0 9 5 2 - * * - * * * *		

【お問い合わせ】
 〇〇市町 〇〇〇〇課
 電話 0952-**-*****

運動器関連プログラムへの参加にあたっての 確認事項【例】

1 運動器関連プログラムの目的

この事業は、生活機能が低下した高齢者のための運動プログラムです。
立つ、座る、歩く、階段を昇降するといった日常生活に必要な筋力をつけ、できる限り自立した、自分らしい生活の実現を目指すものです。

2 実施方法

この運動プログラムは、週1回、合計12回を1クールとして実施します。
事業は集団で行いますが、自己の達成目標と個別の計画をスタッフと話し合っ
て設定します。

プログラムは、ストレッチや軽運動、バランス運動等を組み合わせて行います。

3 運動中に起こりうる危険性について

運動プログラムを実施している最中に、予測できない健康状態の変化が現れる
ことがあります。これには、けが、めまい、血圧の変化、まれに心疾患や脳血管
疾患などが含まれます。

実施事業所では、心身に危険をもたらすけがや病気の防止のほか、万が一、け
がや急病が発生した場合の対応、事故の発生防止など、安全管理面において十分
な体制をとるように努めております。

4 利用者の責任

運動プログラムを安全に実施するためには、各自が体調を整え、スタッフの注
意を十分に聞き、実施することが大切です。

次の注意事項を守るようにしてください。

(1) プログラムの開始にあたり、主治医に注意事項等を確認しておく。

(2) プログラム実施時の注意点

- 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をしない。
- 体調の悪いときはスタッフに報告する。

5 その他

実施事業所での運動以外に、自宅での自主的な運動を計画的に行ってください。

また、自宅での生活活動をできる限り自分で行うように努力してください。生
活機能の向上は、日々の生活の中での実践が最も効果的です。