**東京都　令和７年度　障害児・者の運動習慣定着支援事業　申込書**

**申込書締切：令和７年５月８日（木）１７時必着**

**１　施設情報**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ施設名 |  |
|  |
| フリガナ担当者 |  |
|  |
| 住所 | 〒 |
|  |
| 連絡先 | TEL:  | e-mail: |
| 障害福祉サービス種別（該当一つに○） | ※多機能型施設の場合は、主に本事業の参加を予定している種別をお答えください生活介護 　・　自立訓練（生活訓練、機能訓練）　・　就労移行支援　・　就労継続支援B型 　・　放課後等デイサービス　 ・　児童発達支援　 |
| 障害福祉サービス事業開始年 | ※上記でお答えのサービス種別についてご記入ください |
| 施設利用者人数（約） | 　人 | 利用したことのある体育施設等 |  |

**２　運動参加予定者**（参加が想定される方々のご様子をお聞かせください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加人数（約） | 人 | うち、車いす利用者人数（約） | 人 |
| 年代（該当に○・複数回答可） | 未就学児（6歳未満） ・　 6歳～1８歳　・19歳～29歳 　 ・ 　30歳～39歳　・40歳～ 59歳　　・　　60歳以上　 | 特に多い年代(左欄の中で特に多い年代を　お書きください） |  |
| 障害種別や等級など |
| 障害の種別（該当に○・複数回答可） | 肢体不自由　・　視覚障害　・　聴覚障害　・　言語機能障害　・　知的障害　・　精神障害　・発達障害 （ASD、ADHD、LD/SLDなど）　・その他（具体的にご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※参加予定の方の障害の等級や状態をできるだけ詳しくご記入ください。複数の障害種別や等級の方が参加される場合は、それぞれご記入ください。※児童などで、診断を受けておらず障害者手帳を持っていない方がいる場合は、こちらにご記入ください。 |
| 施設での日中の主な活動内容 |
| ※施設での日中の主な活動内容や作業内容、過ごし方をお聞かせください。 |

（1/3頁）

**３　運動への取組**

|  |
| --- |
| 1. 現在の運動の取組状況
 |
| 運動頻度（該当一つに○） | 週2回以上 ・ 週1回 ・ 月に1～3回 ・ ３か月に1～2回 ・ 年に1～3日 ・ 活動なし（設問②へお進みください。） |
| 主な運動内容 | ※具体的にご記入ください。（例：ラジオ体操、散歩、ボッチャ、運動遊びなど）※活動時間も可能な範囲でご記入ください。 |
| 主な活動場所 | ※具体的にご記入ください（例：多目的室、公園など） |
| 運動にあたり工夫していること | ※具体的に行っていることがありましたらご記入ください。 |
| 運動活動の担当者の有無（該当に○） | あり（施設職員・外部指導員）・なし | 運動指導に活用できる資格（該当に○・複数回答可） | 理学療法士　・　作業療法士・パラスポーツ指導員　・　なし・その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 施設利用者の運動取組状況 | ※具体的にご記入ください（例：全員が積極的に参加。一部の人だけが参加。運動途中で飽きてしまう。など） |
| 1. 本事業での活動について
 |
| 運動ができる場所 | ※具体的な場所をご記入ください（例：施設内（食堂、多目的ルーム）、体育施設等（△△公民館、〇〇近隣公園、など）福祉施設内(　　 　　 　 　　 ) ・　体育施設等（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 体育施設等への移動手段の有無（該当一つに○） | あり（事業所の送迎車等で対応可能） ・ なし |
| 体育施設等での運動可否 | ※原則として体育施設等での運動は必須としますが、不可の場合はその理由をお書きください。可　・　不可（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 運動に参加できる職員数(1回あたり) | 人 | 活動可能な曜日・時間帯 |  |
| 定期的な運動実施に向けて解決したい課題 | ※現在抱えている課題などを具体的にご記入ください。 |
| 運動の習慣化のイメージ（目指す姿） | ※どのように習慣化していきたいか具体的にご記入ください（例：週一回、運動時間を設けて実施していきたい。作業の休憩時間で実施していきたい。など） |
| 本事業に期待すること（該当に○・複数回答可） | 福祉施設で運動を始めたい　・　福祉施設でできる運動内容の充実　・　運動の指導方法の習得　・　地域での活動・その他（下記に具体的にご記入ください） |
|  |

（2/3頁）

**４　協力事項への同意**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本事業の目的である「運動習慣の定着」（継続的な運動の実施）は、福祉施設職員の皆さまの事業主旨へのご理解・ご協力が不可欠です。これまでの事業の実績を踏まえて、効果的な事業実施のためにご協力いただきたい事項を以下のとおりまとめております。これらの実施においては職員の皆さまにご負担をおかけする部分もあるかと思いますが、申込前に必ず内容をご確認いただくようお願いいたします。　※ご確認いただきましたら、「確認」欄にチェックを付けてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認 | 協力事項 |
|  | **運動プログラムの時間の確保**定期的な運動実施のため、以下の時間を確保できるようスケジュールの調整をお願いいたします。・運動プログラムは年８回程度（月に１回程度）、１回あたりの運動は１時間程度・運動の時間とは別に、指導者が行う準備や片付けの時間を要します。・職員様への事前レクチャー及び事後の振り返りとして、運動の前後に合計15～30分程度打合せを行います。 |
|  | **運動中の利用者様の見守り・安全管理**運動中の安全については指導者も十分注意のうえ行いますが、利用者様の疾患や特性により特に注意が必要な方がいらっしゃいましたら、職員様の付き添いをお願いいたします。 |
|  | **施設内での自主的な運動継続をゴールとしたノウハウの習得**本事業では、職員様が中心となって運動を継続することをゴールに据え、運動プログラムの中で実践を通じた運動指導ノウハウを習得していただく機会を設けます。ご協力いただく職員の皆さまに事業の主旨を共有していただき、積極的なご参加をお願いいたします。①運動プログラム前のメニュー説明・レクチャー及びプログラム後の振り返りへのご参加②運動プログラム中の利用者様の運動補助（安全な補助の方法を指導者からご説明します）③運動プログラム中の段階的な指導オペレーションの実践 |
|  | **体育施設等での運動実施**地域の中で運動するきっかけづくりとして、近隣の体育施設等で運動プログラムを実施します。体育施設等で運動する際には、必要な職員様の人員体制やスケジュールの調整等にご協力をお願いいたします。 |
|  | **事業の効果を測るための効果測定**各回の運動プログラム終了後、利用者様や職員様の取組の様子について報告書を提出していただきます。また、プログラム４回目（中間）実施後に進捗状況のヒアリング、事業終了後には振り返りアンケートを実施する予定です。このほか、ご協力いただける範囲で利用者様の体力測定等を実施する場合があります。 |
|  | **対象施設に決定した場合の広報協力**本事業の対象施設に決定した際には、都ホームページで施設名や所在地等の公表を行います。また、本事業の周知を目的とする取材等、事業広報への協力をお願いいたします。公表の内容や取材の範囲については個別にご相談させていただきます。福祉施設様の広報としても、運動プログラムの写真や成果をご紹介いただいてかまいません。 |
|  | **事業関係者の見学の受入**東京都の職員並びに施設所在地の行政関係者、都議会議員等が事業の見学にお伺いする場合があります。見学の際は個別に調整させていただきますが、利用者様に影響のない範囲での受入にご協力をお願いいたします。 |

 |

**５　ヒアリング日程について**

|  |
| --- |
| ※採用候補施設には、5月12日～27日にヒアリングを予定しています。都合のよい日や時間を教えてください。 |

（3/3頁）