

はつらつ教室「高齢者水中トレーニング教室」参加者募集要領

1 目的

当事業は介護予防の一環として、水中での適度な運動により筋力を高め、転倒・骨折予防など生活機能の向上に加え、心肺機能を高めることで生活習慣病の改善を図ります。

またトレーニング機会の提供とともに、日常生活に結びつく運動の紹介により、継続的に自立した運動実践を奨励していきます。

2 内容

プールでおこなうウォーキングや水の抵抗を利用した筋力トレーニングなどの運動

◎体力測定：握力や、バランス、柔軟性の測定をおこないます。

◎ストレッチ：ゆっくりした動きで筋肉や関節をほぐします。

◎トレーニング：足腰を中心に筋力づくりトレーニングをおこないます。

◎ウォーキング：バランスを維持し、姿勢を意識しながら歩きます。

《水の特性》

1 水圧：身体に加わる水圧により体内の血圧循環が良くなり、心臓の負担も軽減します。

2 浮力：水中では浮力が働くため、足首や膝、腰などの関節に負担がかかりません。

3 抵抗：手足を動かす速度を調節することで、無理のない運動ができます。

※スタッフ：運動指導員・看護師

3 開催日時 令和6年 4月18日～6月13日 * 5/16を除く

(体力測定：4/18・6/6)

毎週 木曜日 13:00～14:30 全8回

4 開催場所(別紙案内図参照)

東綾瀬公園温水プール(すいすいらんど綾瀬)東綾瀬3-4-1 TEL03-5616-2500

5 対象・定員 ※参加条件

足立区在住の65歳以上の方 20名

※ただし、下記①～⑩のいずれかにあてはまる方は**応募できません。**

①最近6ヶ月以内に心臓もしくは脳卒中の発作を起こした方

②血圧の上160以上、下100以上の方

③認知機能の低下など、職員の指示への対応がむずかしい方

④何らかの心臓疾患がある方

⑤骨粗しょう症による圧迫骨折の既往がある方

⑥糖尿病があり、
・過去に低血糖症をおこしたことがある方

・空腹時血糖200mg/dl以上の方

・網膜症、腎症などを合併している方

⑦急性期の整形外科的疼痛、および神経症状がある方

⑧急性期の肝機能障害、または慢性のウイルス性肝炎で活動期の方

⑨参加が困難であると医師が認めた方

⑩介護保険制度において、要介護認定を受けている方

6 費用 無料

- 7 持ち物 水着・バスタオル・水分補給用飲み物(キャップ付きのもの)
※指定の体力測定日には、運動しやすい服装・汗拭き用タオル・飲み物をご用意ください(別途ご案内いたします)。

8 申込方法

所定の用紙(別紙1・2)に記入をし、下記申込先へ持参または、郵送してください。

【別紙1】「高齢者水中トレーニング参加申込書」

【別紙2】「身体状況調査書」

※ 受講の可否は、後日お電話でお知らせします。

(申込多数の場合は抽選。ただし初参加の方が優先となります。)

- 9 申込期限 令和6年4月4日(木)必着(持参の場合、午前9時～午後7時)

* 3/11(月)は休館日です。

10 申込先・問合先

足立区東綾瀬公園温水プール内

〒120-0004 東綾瀬3-4-1 TEL 03-5616-2500 FAX03-5616-2525

【実施場所案内図】 東綾瀬公園温水プール(すいすいらんど綾瀬)



《交通機関》

[バス] 東京メトロ千代田線「綾瀬駅」より徒歩 15 分

東武バス(綾 21)綾瀬駅—六木都住 「東綾瀬公園」下車徒歩 3 分

東武バス(綾 23)綾瀬駅—葛飾車庫 「団地西通り」下車徒歩 5 分

[コミュニティバス]

はるかぜ(9号青井駅—亀有駅)／(12号西新井駅東口—亀有駅)

「すいすいらんど綾瀬」下車徒歩 1 分

◎近隣都営駐車場有り(有料)

※台数に限りがあるので、なるべく公共交通機関をご利用ください。

【別紙 1】

令和 6 年度

はつらつ教室「高齢者水中トレーニング」参加申込書

私は下記の事項に同意し、足立区のはつらつ教室「高齢者水中トレーニング」に参加することを希望します。

記

参加当日または参加中に体調がいつもと少しでも違う場合は、必ず職員に申し出ます。また、体調の変化に伴って、参加の中止・中断の判断がなされた場合は、職員の指示に従います。

参加に際しての体調の管理などは自己の責任でおこないます。

足立区東綾瀬公園温水プール 所長

令和 年 月 日

初参加 ・ 再参加
(どちらかに○印をお願いします)

住所 〒 足立区 _____

氏名(フリガナ) _____

電話番号 _____

緊急時連絡先 お名前 _____ (続柄)

上記の方の電話番号 _____

【別紙2】

令和6年度 はつらつ教室「高齢者水中トレーニング」

身体状況調査書

この調査書は、当事業に必要な身体の状態を知るためにご記入いただくものです。記入した情報は、本事業における健康管理の目的以外に使用いたしません。調査記入のご協力をお願いします。

記入日 令和 年 月 日

(フリガナ)

氏名 _____ 生年月日(大・昭) 年 月 日 歳

★次の質問にお答えください。

① 健康状態についてお聞きします

(1) 現在、お医者さんにかかっていますか……(はい・いいえ)

「はい」と答えた方にお聞きします

治療内容 _____

かかりつけの病院

担当医師

(2) 現在、飲んでいる薬はありますか……(はい・いいえ)

「はい」と答えた方にお聞きします

何のお薬ですか _____

(3) 6ヶ月以内に入院しましたか……(はい・いいえ)

「はい」と答えた方にお聞きします

入院時期 _____ 病名 _____

② 各部の痛みはありますか

(1) 肩の痛み…右肩(有・無) ・ 左肩(有・無)

(2) 膝の痛み…右膝(有・無) ・ 左膝(有・無)

(3) 腰の痛み…(有・無)

(4) その他、痛みがある部位 _____

③ 運動状況について

現在定期的な運動をしていますか……(はい・いいえ)

「はい」と答えた方にお聞きします 種目: _____ 頻度: 月 _____ 回程度 _____

④ プール(水の中)に対する不安はありますか?

(特に不安は無い ・ やや不安がある ・ かなり不安がある)

⑤ この教室に申し込みをされた動機についてご記入ください。

*この調査書は選考にかかわるものではありません

ありがとうございました。