

福津市第一号通所事業（C型）業務委託仕様書

1 事業名称

福津市第一号通所事業（C型）

（福津市介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス C）

2 適用範囲

本仕様書は、福津市（以下「発注者」という。）が、受注者に委託する「福津市第一号通所事業（C型）」に関する業務（以下「本業務」という。）に適用するものとする。

3 業務期間

令和9年4月1日 ～ 令和12年3月31日

4 業務概要

（1）目的

本業務を実施することにより、生活行為に支障のあるものに対し、介護予防についての意識や日常生活の活動を高め、家族や社会とつながり、可能な限り自立した生活ができるよう支援することを目的とする。具体的には、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援し、サービス終了後に社会参加の場に繋げるように支援していく。

（2）実施体制等

- ① 自立支援の効果的な事業実施が可能な体制を整えること。
- ② 毎回の事業において、プログラムに合わせて適切な専門資格を有する職員を2名以上担当させること。
- ③ 受注者は、事業を担当する職員に対し、介護予防に資する研修を積極的に受講させるものとし、本事業が、参加者の自立した日常生活を支援するためのものであるとの認識のもと、職員相互が常に情報共有し、効果的な事業実施に努めるものとする。
- ④ 安全管理が十分に行える体制をとること。

（3）対象者

市内に住所を有し、介護保険法に基づく要支援1及び要支援2の認定者又は、介護予防・生活支援サービス事業対象者の内、マネジメント担当者が行う介護予防ケアマネジメントにより、当該事業への参加が適当と判断された者とする。

（4）実施場所等

受注者が準備した、安全に事業を実施することができる場所で実施することとし、介護サービス事業所内で実施する場合は、他の介護サービス提供に支障がないように実施すること。また、他の介護サービスと一体的には行なわないこと。

場所を借りて実施することも可能だが、その際に賃料は別途支払わない（委託料の中に含める）。

(5) 利用者に対する実施回数等

利用者一人あたり1期12回(週1回×概ね3ヶ月)とする。ただし、1期終了時に特に必要があるとマネジメント担当者が判断した場合、さらに12回(週1回×概ね3ヶ月)延長可能とする。再延長は認めない。

(6) 定員等

1回あたりの定員は10名までとする。

(7) 事業所の実施回数等

実施回数は、月～木曜の週4日(平日)×4週×12ヶ月を基本とし、主担当者が出務できない場合は代替者で対応することとする。なお利用者がいない場合は開催しないものとし、1回あたりの実施時間は3時間とする。時間は延長してもよいものとするが、延長料金の加算はないものとする。また、利用者から時間短縮の要望があった場合は、発注者及び受注者双方協議のうえ、実施時間を変更すること。

※実施曜日や実施時間の変更を行う場合には、1月前までに発注者に報告を行い、利用者のサービス提供に支障をきたさないように配慮する。

(8) 事業内容等

- ① サービス担当者会議・終了時自宅訪問への参加
- ② 生活行為の改善のための運動指導やセルフケアの意識を高めるための支援を実施
- ③ サービス終了後、社会参加の場に繋げるために本人の意向や希望についての面談を実施

(9) 事業の流れ

① 事前調整

マネジメント担当者より「利用申込書(様式第1号)」「利用者基本情報」「プログラム参加に係るチェックシート」を受理し、利用者の状態像を把握する。

② サービス担当者会議への参加(自立支援型地域ケア会議を兼ねる)

利用者の自宅にて開催されるサービス担当者会議へ、リハビリテーション専門職及び口腔・栄養などの利用者の必要に応じた専門職が参加し、「介護予防支援計画」案について関係者間で協議、専門職としての意見を述べ、必要に応じ修正すること。

なお、サービス担当者会議は、「利用申込書」を受理した翌日から3週間以内に実施することとする。

③ 個別サービス計画書兼報告書案の作成

サービス担当者会議の内容を踏まえて、生活機能向上のための目標を利用者と一緒に考え、家庭や地域でできる自発的な取り組み内容を記載した「個別サービス計画書兼報告書(様式第3号)」案を作成、利用者の承諾を得ること。

④ 事前アセスメント(第1回利用時)

「事前・事後アセスメント表(様式第2号)」に記載の評価と「興味・関心チェックシート」、「転倒不安感尺度」を評価する。

⑤ 個別指導

個別プログラムの実施に加えて、「自己チェックカード(任意様式)」等を活用し、自宅で取り組むべき課題の達成状況の確認やセルフケアの意識を高める支援を行う。また「やりたいこと、得意なこと」で社会参加できる場や機会についての面談(月1

回以上)を行う。※面談内容については、「個別サービス計画書兼報告書(様式第3号)」を使用して、本人と内容を確認し、本人の了承を得た上でサインをいただく。

⑥集団指導

運動器の機能向上訓練、口腔、栄養に関する指導を実施する。指導した運動方法は、参加者が習得していることを確認し、自宅でも取り組むことができるように支援する。

⑦事後アセスメント(第11～12回利用時)

事前アセスメントと同様に「事前・事後アセスメント表(様式第2号)」に記載の評価と「興味・関心チェックシート」、「転倒不安感尺度」を評価する。

⑧終了時自宅訪問

利用者の自宅へ、利用者の事業終了後1か月以内に、担当職員、マネジメント担当者と同行訪問し、「事前・事後アセスメント表(様式第2号)」を参考にしながら、維持・改善・悪化についての評価を行い、事業終了後の生活について、情報共有を行う。
※延長時は、マネジメント担当者と調整し、期間延長の判断のため利用者の自宅で開催されるサービス担当者会議に参加すること。

(10) 職員の配置等

サービス提供時間を通じて、次のいずれかの資格を有する職員を、合計2名以上配置することとする。ただし理学療法士もしくは作業療法士を必ず1名含むこと。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、管理栄養士、保健師、看護師、介護福祉士、健康運動指導士

※言語聴覚士もしくは歯科衛生士と管理栄養士については、月1回以上利用者の口腔・栄養に関して助言を受けることができるような体制を確保すること。

(11) 送迎

送迎を希望する者に対しては、自宅から実施場所へ送迎すること。なお、送迎時間は事業実施時間を含めてはならない。

(12) 見学・体験

利用者から希望があれば本事業に支障のない範囲で、見学・体験の受け入れを行う。
体験時のみ送迎を希望する者に対しては、自宅から実施場所へ送迎すること。

(13) 利用者負担金

利用者負担金は、1回あたり500円とすること。

5 マネジメント担当者への報告について

下記のとおりマネジメント担当者に提出すること

提出時期	提出内容
翌月 5 日まで	「実施報告書（様式第 4 号）」 ※「個別サービス計画書兼報告書（様式第 3 号）」、 「興味・関心チェックシート」
利用終了後 7 日以内	「事前・事後アセスメント表（様式第 2 号）」（事後アセスメント終了後のみ提出） 「転倒不安感尺度」 ※「個別サービス計画書兼報告書（様式第 3 号）」、 「興味・関心チェックシート」

※「個別サービス計画書兼報告書（様式第 3 号）」、「興味・関心チェックシート」は、利用中と利用終了後で提出時期が異なります。

6 計画書・報告書等の作成

下記のとおり発注者に提出すること

提出時期	提出内容
契約締結後 2 週間以内	事業従事者の資格者証の写し 事業内容に関する計画書、事業所情報、収支予算書、 その他必要な資料など
翌月 5 日まで	「実施報告書（様式第 4 号）」 「事業実績報告書(月間)」 ※ 1 「個別サービス計画書兼報告書（様式第 3 号）」
毎年度、業務実施翌 4 月末まで	「事業実績報告書（年間）」 ※ 2 「収支決算書」 「事業年間報告書」 ※ 3

※ 1 「事業実績報告書(月間)」には事業修了者数、終了後の現行サービス利用者数、曜日別利用者数、担当者会議実施予定者数、終了時自宅訪問の際の評価報告、特記事項がまとめられたもの

※ 2 「事業実績報告書（年間）」には、プログラムの概要、実施場所、実施回数、実施期間、参加実人数、参加延べ人数、利用者の維持・改善・悪化、実務担当者名、事業の評価結果、総評、考察、課題等がまとめられたもの

※ 3 「事業年間報告書」は、介護給付費の抑制効果等の事業によって得られた効果についての分析を含んだ報告を行うものとする。

7 安全管理等

- ① 事業を安全に実施するために、事故発生時の対応を含めた安全管理マニュアルを整備すること。
- ② プログラム実施にあたり必要な傷害保険に加入し、その証券の写しを契約時に発注者に提出すること。

- ③ 事業実施場所において、A E Dの設置場所、使用方法を確認しておき、適切に使用できる体制を整えておくこと。
- ④ 万一事故が発生した場合は、速やかに必要な措置をとり、発注者に報告すること（報告書様式は任意）。
- ⑤ 参加者の身体状態に気を配り、適切な実施に努め、安全管理を徹底すること。

8 請求

委託料の請求及び支払いの手続きについては、業務委託契約書の定めるところによるものとする。

9 損害の補償

事業の実施にあたり、参加者及び第三者等へ損害を与えた場合は、受注者負担とする。

10 事業の廃止及び休止

受託者は、この事業を廃止し、又は休止しようとするときは、その廃止または休止の1月前までに、次に掲げる事項を市に届け出ること。

- ① 廃止し、又は休止しようとする年月日
- ② 廃止し、又は休止しようとする理由
- ③ 現に事業のサービスを受けている者に対する措置
- ④ 休止しようとする場合にあっては、休止の予定期間

受託者は、前項の規定による事業の廃止又は休止の届出をしたときは、当該届出の日前1ヶ月以内にこの事業のサービスを受けていた者であって、事業の廃止又は休止の日以降においても引き続きこの事業のサービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要なサービス等が継続的に提供されるよう、他の事業者その他関係者との連絡調整その他の便宜の提供を行うこと。

11 その他

- (1) 業務遂行にあたり知り得た個人情報、個人情報の保護に関する法令等に則り適切に管理すること。
- (2) 受注者は、この仕様書に基づき、常に発注者と連絡を取り、その指示に従うこと。
本仕様書に定める業務の内容および処理について疑義が生じた場合や、本仕様書に定めがない事項については、別途協議の上、決定するものとする。
- (3) 事業開始前に、従事者名簿、資格証の写し、傷害保険証券の写し、安全マニュアル、事業計画書、事業所情報を発注者に提出すること。
- (4) 本業務に係る事業年間完了報告書を毎年度、3月末までに提出すること。
- (5) 実施した事業の報告内容の記録について、事業終了後5年間は保管しておくこと。
- (6) 公衆衛生上の理由及び天災（台風・地震等）により、やむを得ず通所サービスの提供ができないときは、訪問による指導を行うなど、代替手段によることも可能とする。その場合の方法、期間については発注者及び受注者双方協議の上、決定する。

利用者→地域包括支援センター→原本を市へ提出
※写しを地域包括支援センターへ

(様式第1号)

年 月 日

福津市介護予防・日常生活支援総合事業

第1号通所事業（C型）申込書

福津市長 様

下記の事項に同意して、第1号通所事業（C型）の利用を申込みます。

- ☐ 本サービスの利用にあたり、必要となる利用者本人及びその家族の情報について、サービス提供事業者、主治医、その他サービス提供の関係者で共有すること。
- ☐ 要介護状態となることを予防するために、加齢に伴う心身の状態を自覚し、自分自身の健康保持・健康増進に自ら努めること。

氏名	ふりがな (自署)	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所	福津市 電話番号 ()		
ケアマネジメント担当事業所名		担当者名	
☐ 福津市包括支援センター		Tel (43-0787)	
☐ 他の事業所 ()		Tel ()	
サービス提供事業所名			

通所C 事前・事後アセスメント表

(様式第2号)

氏 名 : _____ 様

◆身体状態

	初 回		最 終	
	評価日：令和 年 月 日		評価日：令和 年 月 日	
身 長 (cm)	()			
体 重 (kg)	()		()	

	評価値	レベル	評価値	レベル
握 力 (kg)	右 ()	高 ・ 中 ・ 低	右 ()	高 ・ 中 ・ 低
	左 ()		左 ()	
開眼片足立ち(秒) (右 ・ 左) ※どちらか一方で測定	1回目 () 2回目 ()	高 ・ 中 ・ 低	1回目 () 2回目 ()	高 ・ 中 ・ 低
TUG (3m) (秒) 補助具 (				

◆手段的日常生活動作 (IADL)

1. している 2. しづらなくなった 3. 1年前はできていた 4. 元々していない

		備考および「しづらなくなった」、「できなくなった」理由
食事の準備・片付け	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
清掃 (屋内)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
清掃 (屋外)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
ゴミ出し (可燃)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
ゴミ出し (不燃)	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
洗濯	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
買い物	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
医療機関の受診	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
交通手段 (複数可)	☐ 徒歩 ☐ 自家用車運転 ☐ バス ☐ 電車 ☐ 自転車 ☐ 他者の車	
服薬管理	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
金銭管理	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
電話の使用	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	
他 ()	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	

優先的に改善したい手段的日常生活動作 (IADL)	①
	②

知人、地域との交流	☐ 週1回以上ある ☐ 月1回以上ある ☐ 月1回未満～年1回以上ある ☐ ない	
	内容	

個別サービス計画書兼報告書

利用者名	様
------	---

生活における目標および課題(ケアプランより)

--

生活目標達成のためのリハビリ内容

①	
②	
③	

利用者サイン

--

・目標達成の状況とそれに向けた支援内容(運動以外の指導も含む)

達成状況	
未達成理由	
支援・指導	

※下記項目は、事業終了時まで記載する

・上記以外の生活課題や新しい情報(ケアプランに掲載されていない内容も含む)

--

・やってみいたいこと、興味があること

--

・地域活動への参加の現状と、本人の意識 / 他者交流の状況

--

・通所C終了後に、介護予防として努めたい取り組み(出来るだけ具体的に)

--

◆サービス提供状況

当月 利用状況 月 / 日 合計参加数: 回 / 12回

作成日: 令和 年 月 日 / 作成者:

福津市第1号通所事業（C型）実施報告書

（

月分）

令和 年 月 日

福津市長様

住所
法人名
代表者

印

1. 対象者リスト

	被保険者番号	氏名	通所回数		備考
			※初回	2回目以降	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					