

うるま市介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービス・活動C業務委託仕様書

1. 事業名

うるま市介護予防・日常生活支援サービス事業 通所型サービス・活動C（短期集中予防サービス）

2. 委託期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日

3. 目的

うるま市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（平成28年うるま市告示第30号）、に基づき、フレイルや疾病等で生活機能の低下した高齢者が、再び自分らしい生活を取り戻し、自信を持って住み慣れた地域での生活が続けられるよう、以下の点を踏まえて支援することを目的とする。

- （1）保健・医療の専門職が、居宅や地域での生活環境を踏まえたアセスメントのための訪問を行い、生活上の課題を明確にし、課題解決に向けた具体的な目標設定を行う。
- （2）動機付け面談を通して、自分でできることを増やしていけるよう、また、その可能性を引き出しながら、目標達成に向けた取組を高齢者自身で主体的に実施するよう促し、セルフマネジメント能力を高めるための支援を行う。
- （3）身体機能の向上を図る支援だけではなく、サービス利用終了後においてもセルフマネジメントを継続し、社会参加や活動につながるように働きかける。また、介護予防についての意識及び日常生活の活動を高め、家庭や社会とつながりを保ち、生きがいや自己実現のための取組みから、元の生活を取り戻すことを目指す。

4. 実施対象者、利用回数

介護予防・日常生活支援サービス事業の対象者のうち、以下の条件を満たす者とし、利用回数は週2回以内とする。

- （1）介護予防ケアマネジメントにより、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動、地域活動等の生活行為に支障のある者
- （2）外出の機会が少なく閉じこもりがちで運動・認知機能の軽度低下がみられる者
- （3）短期間（3か月から6か月）の集中支援により生活行為の改善が見込まれる者
- （4）生活機能向上の明確な意思があり、サービス終了後もセルフマネジメントを継続し、本人にあった社会参加・活動に取り組める者

5. 業務内容

業務内容は次のとおりとする。なお、利用者への配布資料の作成及び会場準備は受託事業者にて行う。

(1) 業務内容及び流れ

	事業内容
訪問アセスメント	ケアマネジメント担当者と <u>市リハビリ専門職</u> が同行して訪問を行い、支障をきたしている日常生活行為やその原因のほか、家屋や周辺環境等のアセスメントを実施し、課題解決に向けた取り組みの提案、利用者に合わせた目標の設定を行った後、受託者はその内容を共有する。
サービス担当者会議の参加	ケアマネジメント担当者から紹介のあった利用者のサービス担当者会議に参加する。
個別支援計画の作成	<p>①個別支援計画の作成</p> <p>アセスメントの結果や利用者本人の意向を踏まえ、個別支援計画を作成する。</p> <p>②地域ケア会議の活用（必要時）</p> <p>多職種の視点から生活課題を明確にするアセスメントや目標設定と具体的な支援内容についての妥当性を議論し、自立支援に向けた個々の支援の方向性の確認、注意点の共有、訪問型サービス・活動Cとの併用の効果について検討を行う。</p> <p>③個別支援計画の原案修正及び追加案の整理</p> <p>ケアマネジメント担当者が作成した介護予防サービス・支援計画書（以下「ケアプラン」という。）や地域ケア会議の内容又は必要に応じて利用者の自宅その周辺状況を確認し自立を阻害している要因をアセスメントする等、必要時原案の修正及び追加案を整理し、利用者の同意を得る。</p>
実施内容	<p>利用者が自身の生活機能の低下等について自覚を持ち、介護予防に意欲的に取り組めるように支援すること。設定した目標は、「利用者本人の望む暮らし」につながっていることを原則とし、それを達成するためのセルフマネジメントが身に付けられるようなサービス提供をおこなうものとする。（本サービス利用し卒業後は社会参加等が最終である）</p> <p>1) プログラムの流れ及び内容</p> <p>(ア) 当日の体調確認等</p> <p>(イ) 集団でのウォーミングアップ・ストレッチ等の体操</p> <p>(ウ) セルフマネジメントプログラム（動機付け面談）※8月から開始</p> <p>(エ) 運動・認知機能向上プログラム</p> <p>個々の状態を確認し自宅で実施できるプログラムを指導する。</p> <p>(オ) 口腔機能向上プログラム（個別若しくは集団で1～3回実施）</p> <p>※歯科衛生士等については外部講師でも可とする。</p>

	<p>(カ) 栄養改善プログラム（個別若しくは集団で1～3回実施） ※管理栄養士等については外部講師でも可とする。</p> <p>(キ) 地域支援への移行プログラム 地域資源（住民主体の通いの場、趣味活動のサークルなど）や、利用者が活動的に過ごすあらゆる資源の情報を、生活支援コーディネーターと連携しながら提供する。</p> <p>(ク) ADL 含めた手段的日常生活動作（IADL）プログラム 「歩いて買い物に行きたい」「掃除ができるようになりたい」等具体的な生活上の課題、日常生活関連動作が行えるように、実際の場面を想定し模擬的な動作を行う。あるいは、実際の動作を練習していく。</p> <p>(ケ) ミニ講話（認知・運動・生活機能向上等に関する講話） <u>なお、生活機能改善及び自立支援に資する内容とすること。</u></p> <p>(コ) 体力測定は、個別毎に本事業実施前と後に実施する。</p> <p>【令和8年度県モデル事業（リエイブルメント導入支援事業）について】</p> <p>●本市が上記のモデル事業に選定された場合、受託事業者は、セルフマネジメントプログラム（動機付け面談）の実施方法、開始時期、利用者選定、人材育成、帳票等の業務指針について市と定期的に協議・情報共有を行い支援方法や評価方法の検討を重ねリエイブルメントの視点を取り入れた支援体制の構築に努めるものとする。またリエイブルメントの考え方や実践について、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等の関係機関等へ共有・普及していく役割を担うものとする。</p> <p>●県主催の研修やヒヤリング、現地支援、フォローアップ支援等を市とともに受託事業者も受けるものとする。</p> <p>●県指導のもと、準備が整い次第、セルフマネジメントプログラム（動機付け面談）の導入を開始していくこと。</p> <p>【セルフマネジメントプログラム（動機付け面談）】について 下記内容を概要として表記する。（事業のイメージ）</p> <p>●面談を主体とし「本人の望む暮らし」「出来るようになりたい事」等の具体的な目標を明確にして、その実現に向けて支援する。</p> <p>●毎回、一人あたり20分ほど個別面談を行い、通所利用日以外の日も「自宅で自分で」毎日取り組む内容（運動、生活活動等）について面談を通して働きかけていく。本人の1週間の振り返りを行い、その取り組みについてポジティブフィードバックを実施する。</p> <p>●運動資料の配付、パネル等を掲示して、面談以外の時間も自主トレーニング</p>
--	---

	<p>ングをするなど、通所利用時間内においてもセルフマネジメントをしながら活動に取り組めるよう環境作りを行う。</p> <p>(ア) 効果的な取り組みができると判断される場合は、訪問型サービス・活動 C の併用利用も可とする。その際は、訪問型サービス・活動 C 担当者のアセスメント結果も踏まえたプログラムを提供する。</p> <p>(イ) 利用者が自宅で継続して取り組めるトレーニング方法の指導や健康づくりに留意できるよう支援する。</p> <p>(ウ) 利用者の状態に応じ、社会参加の場（余暇やボランティア活動、地域の通いの場等のインフォーマルサービス、一般介護予防事業等）へつなぎを行うなど、生活支援コーディネーターと連携しながら社会参加活動を支援する。</p> <p>(エ) 利用者の状態像の変化等により、ケアプランの変更が必要となった場合は、当該利用者に係るケアマネジメント担当者へ報告する。</p> <p>(オ) 卒業後フォローアップ支援の実施</p> <p>サービス終了からおおむね 3 ヶ月後、6 ヶ月後、卒業者に対し、体力測定の実施や生活状況・セルフマネジメントの継続状況、社会参加等について確認をおこない、中断していた場合は改善の助言や地域包括支援センターなどの関係機関へつなぐ。</p> <p>※なお、県のモデル事業に選定されない場合でも、受託事業者はセルフマネジメントプログラム（動機付け面談）の翌年度導入に向けて市と協働し構築を図っていくものとする。</p> <p>3) 評価の実施</p> <p>事後アセスメントを実施し、本人の取り組み状況、サービス実施の結果課題として取り上げた生活行為の達成状況等について評価を実施する。</p> <p>4) 中間及び最終会議の実施</p> <p>(ア) 中間会議</p> <p>サービス利用開始から 2 ヶ月を目安に、ケアマネジメント担当者、事業受託者職員、生活支援コーディネーターなどの関係者で、利用者の現状やサービス終了後の方向性について、具体的に検討する会議を開催する。</p> <p>(イ) 最終会議</p> <p>利用者（本人）、ケアマネジメント担当者等と 3 ヶ月間の支援全体を振り返り、サービス実施の成果と生活行為の達成状況等に関する最終評価の共有を図り、今後の支援及び社会参加の場について検討</p>
--	--

	<p>を行う。カンファレンスの結果、サービスの継続が生活行為の改善に効果的である等、特別な理由がある場合は、最大6か月までサービス継続を可能とする。</p> <p>5) 支援終了</p> <p>利用者が事業終了の場合は、ケアマネジメント担当者、市担当者への連絡及び必要書類の提出を行う。</p>
送迎の実施	<p>(ア)送迎は、受託事業者の責任において実施することとし、送迎の運転等に直接従事する者に対し、道路交通法等の遵守を徹底させることとする。また、市が必要と認めた場合に限り、第三者に送迎業務を再委託することができる。</p> <p>※第三者に送迎業務を再委託する際には、受託事業者から送迎業務委託者へ感染予防対策を含めた安全管理についての指導を行うこと。</p> <p>(イ)送迎は利用者の自宅から実施場所までの間とする。</p>

(2) 実施における注意事項

- ア 通所型サービス・活動C（以下、「通所型C」という。）の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、重要事項に関する規定の概要、事業実施者等の勤務の体制、その他利用者のサービスの選択に資すると認められる事項を記載した文書の交付と説明を実施し、当該通所型Cの開始について利用者の同意を得るものとする。
- イ 通所型Cの提供に当たっては、利用者の主治医又は歯科医師からの情報提供やサービス担当者会議等の適切な方法により、利用者の心身の状況、その置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うものとする。
- ウ 通所型Cの個別支援計画の作成にあたっては、ケアプランの内容に沿って作成し、その内容について利用者又はその家族に対して説明を行い、同意を得て交付を行うものとする。
- エ 通所型Cの個別支援計画に基づくサービス提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状態やサービスの提供状況についてケアマネジメント担当者等に報告を行うものとする。
- オ 通所型Cを提供するにあたり、利用者の心身の状況等によりサービス内容の変更やサービスの終了、ケアプランの変更等が必要と認められる場合は、利用者又はその家族に対して適切な助言を行い、ケアマネジメント担当者等と密な連携を行わなければならない。
- カ 利用者の欠席時の対応
- ①利用者からの欠席の連絡については、事業受託者が直接受けること。
 - ②利用者が欠席した場合は、電話により欠席理由や健康状態等を把握し必要時適切な助言

を行う。また、ケアマネジメント担当者へも欠席の報告及び理由等について報告するものとする。

③ 1ヶ月以上にわたって利用できないことが明らかな場合は、利用者及びケアマネジメント担当者、市と協議し利用終了を検討する。

(3) 定例会の参加

受託事業者は、目的に沿った事業運営のため市が開催する定例会に参加し、関係機関と情報共有や意見交換を行うこと。(年2回以上)

ア 検討内容

(ア) プログラム等の内容に関すること。

(イ) 地域課題などに関すること。

(ウ) 利用者の状況に関すること。

(エ) 関係機関との連携に関すること。

イ 構成員

(ア) 市担当者

(イ) 通所型サービス・活動C受託事業者

(ウ) 通所型サービス・活動A受託事業者

(エ) 一般介護予防事業受託事業者

(オ) うるま市地域包括支援センター職員

(カ) 生活支援コーディネーター

(キ) その他関係団体等

6. 実施期間、時間、人数、回数

(1) 実施期間：令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

(3ヵ月～6ヵ月の短期集中)

(2) 実施時間：1回あたり概ね2時間程度

サービス提供時間と送迎を含めて3時間以内とする。

(3) 実施人数：1グループあたり概ね10名程度

(4) 利用回数：利用者1人あたり原則24回以内(最大48回以内まで延長可)とする。

(5) 実施回数：週2回の利用とし曜日を固定する

※土日、祝日、年末年始(12月29日～1月3日)を除く

※リエイブルメントについては、モデル的な実践から開始し市と協議しながら進めていくものとする

7. 実施場所

(1) 実施場所は、原則、下記のア又はイのいずれか、若しくはアとイの両施設で実施するもの

とする。

ア 市内の公共施設等

イ 市内にあって受託者事業者が運営する通所介護（予防）事業所等の指定サービス事業所及び併設施設等

なお、通所型Cを実施する場合は、他の介護保険サービス等を提供している時間帯に同一スペースで通所型Cを提供しないこととする。

- (2) 自然災害や感染症の蔓延等で通所が行えず、やむを得ない場合は、利用者の居宅に週に1回程度訪問等を行い、対象者の状態に応じながら運動プログラム等を実施する。

8. 人員配置

- (1) 管理者（1名）

常勤で当該業務に従事する者

ただし、受託事業者の事業所の管理上支障がない場合は、管理者と下記の（2）・（3）の兼務を可能とする。「リエイブルメント」に基づく通所型Cの構築は、管理者が担当すること。

- (2) 従事職員（2名以上）

専門職（理学療法士、作業療法士）の資格を有する者とする。

- (3) 運動補助者（1名以上）

利用者の心身の変化や栄養・口腔・疾病等に関する個別の保健指導、医学的側面から体調管理、リスク管理、運動指導補助の担当として保健師または看護師の配置とする。

- (4) その他の従事者

口腔機能向上プログラムや栄養改善プログラム実施の際、必要な専門職については外部講師でも可能とする。

※事業の実施者は上記（2）（3）の3名以上とする。

- (5) 職員の資質向上のため、県や市、関係機関等が開催する研修会等に積極的に参加すること。

9. 緊急時における対応

事業実施者は、通所型Cの提供中に利用者の体調や容体の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医等に連絡する等の措置を講じるものとする。また、利用者の緊急連絡先、及び市並びにケアマネジメント担当者等へ連絡を行うこと。

10. 安全管理体制

- (1) 安全に実施するために、事故発生時（緊急事態）の対応を含めた安全管理マニュアル、感染症拡予防のマニュアル等を整備すること。

- (2) 利用者に通所型Cの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行

うものとする。

- (3) 事故が発生した場合は、速やかに必要な処置を行い、事故発生時の状況や対応及び改善策等を記載した報告書（様式は任意）を市へ提出すること。
- (4) 受託事業者は災害（地震・火事等）に備え、事前に避難ルートを確認するなど対応を検討し、通所型Cの提供中に災害が起こった場合は、利用者を非難させ安全を確保すること。

1 1. 運営規定

事業の運営についての重要事項に関する規定を定めておくものとする。

- (1) 事業の目的、運営の方針、受託者の名称及び所在地
- (2) 従事職員等の職種、員数及び職務の内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 通所型Cの利用定員
- (5) 通所型Cの内容及び利用料その他の費用の額
- (6) 通常の事業の実施地域
- (7) 通所型Cの利用に当たっての留意事項
- (8) 緊急時等における対応方法
- (9) 事故発生時の対応
- (10) 非常災害対策
- (11) 衛生管理（感染症対策）
- (12) 苦情処理
- (13) 秘密保持
- (14) 虐待防止
- (15) 記録の整備
- (16) その他運営に関する重要事項

1 2. 実施報告

実施報告は次のとおりとする。

報告先	提出書類		提出期限
ケアマネジメント担当者	サービス提供実績報告書		実施月の翌月5日まで
市	初回利用者	個別支援計画 サービス提供実績報告書	実施月の翌月10日まで
	継続利用者	サービス提供実績報告書	
	終了者	終了報告書（評価項目含む） サービス提供実績報告書	

1 3. 個別評価に関する条件

受託事業者は事前・事後の個別評価を実施し、支援終了後にケアマネジメント担当者及び市へ報告を行う（データによる提出を含む）。

評価項目	評価指標、評価材料など
個 別	① 運動器評価項目（Timed UP&GO TEST、30 秒椅子立ち上がりテスト、開眼片足立ち、握力、6 分間歩行）の改善状況 ② 目標達成状況 ③ ADL、IADL の改善状況 ④ 外出頻度の増減 ⑤ 余暇活動や地域の通いの場等への参加状況 ⑥ セルフマネジメントの継続状況（自宅での運動習慣が形成されているか、活動量の変化等）

※評価項目、指標は、受託事業者や関係機関と協議の上、追加・修正するものとする。

1 4. 事業完了後の評価に関する条件

事業実施状況や実施体制に関する評価について、受託事業者は、出欠状況を記載した地区毎の利用者名簿とともに、事業完了報告書を作成し、事業完了後 1 か月以内に市へ提出すること。また、市より提出等の要請があった場合には速やかに報告を行うものとする。

（1）必須項目

評価項目	評価指標、評価材料など
個 別 ※利用者全体の改善率	①運動器評価項目（Timed UP&GO TEST、30 秒椅子立ち上がりテスト、開眼片足立ち、握力、6 分間歩行）の改善率 ②目標達成率 ③ADL や IADL の改善率 ④外出頻度の増減率 ⑤地域の通いの場等への参加増減率 ⑥セルフマネジメントの継続実施率（聞き取り、アンケート等で確認）
事業運営	①利用者状況（参加者数、出席率、終了者数、性別・年齢比率、地区別の参加人数比率など） ②新規参加者数 ③支援終了後の支援について 通所型サービス・活動 A 及び社会参加（余暇、ボランティア活動等のインフォーマルサービス等や一般介護予防事業、ミニデイ、高齢者交流サロン等の通いの場につながった割合、介

	護保険サービスにつながった割合等 ④通所型サービス・活動Aや社会参加等へつなぐための取り組み内容と課題
体制	①事業の目的について、職員全体で理解し実施できたか ②自立支援の目的に沿ったプログラム内容を提供できたか ③事業を実施する上で、関係者間（ケアマネジメント担当者、地域包括支援センター、生活支援コーディネーター、介護長寿課等）と連携し実施できたか ④個人の心身機能や地域での生活環境を踏まえて、地域資源の提供ができたか ⑤苦情や事故等の有事に際して、速やかに対応できたか

（２）（１）以外にも、評価に必要な項目があれば、追加して記載すること。

（３）専門技術を有する従事者の視点で評価すること。

（４）（１）～（３）を踏まえ、事業実施状況、運動機能測定等事業前及び事業後の評価、総評、課題をまとめ、事業完了報告書として提出すること。

※リエイブルメントのモデル事業を実施した際の評価として、個別（本人の目標の到達、意欲の変化等）、運営（自立支援・社会参加につなげた取組等）、体制（関係機関との連携・情報共有、リエイブルメントの考え方の地域への啓発等）等の評価指標も含め、市と受託事業者が協議し事業の検証及び今後の事業運営につなげることを目的としていく。

15. 個人情報の保護等

受託事業者は、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び、うるま市個人情報の保護に関する法律施行条例（令和5年条例第1号）、うるま市個人情報の保護に関する法律施行規則（令和5年規則第22号）の関係法令に従い、別に定める「個人情報の取扱いに関する特記仕様書」（契約書に添付）を遵守するものとする。

また、事業実施期間中及び終了後において、個人情報その他業務上知り得た内容を第三者に漏らし、または公表してはならない。

16. 苦情処理等

受託事業者は、提供した通所型Cに対する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、窓口を設置し、必要な措置を講じるものとする。

17. 虐待の防止

（１）受託事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のために必要な措置を講じるものとする。

（２）受託事業者は、サービス提供中に、従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現

に養護する者) による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市へ通報するものとする。

18. 記録の整備

受託事業者は事業を遂行するにあたり、利用者に関する必要な記録を整備し、事業完了の日から5年間保存する。

19. 利用料等

- (1) 利用料は1回当たり200円とする。
- (2) 受託事業者は利用者から徴収を行い、提供した通所型Cの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付するものとする。
- (3) 受託事業者は利用者から徴収した利用料を、業務実績報告書に基づき、翌月末までに市の指定する納付書にて納入するものとする。

20. 委託経費及び請求

- (1) 委託料は、1回あたりの金額に実施回数を乗じた額とし、実施月の翌月の10日まで、委託料請求書、業務実績報告書、業務実績明細書を合わせて市へ請求を行うものとする。
- (2) 自然災害や感染症の蔓延等で通所が行えないために、やむを得ず利用者の居宅に訪問等を行い、運動プログラム等を実施した場合の請求については、指導内容を詳細に記載したサービス提供実績報告書と使用した資料を必ず添付し、介護予防訪問リハビリテーション(直近の介護報酬単価)の自己負担1回単価に10を乗じた額を1回あたりの請求単価として請求ができる。
- (3) 委託料は1回の事業実施に基づく実績払いとなるため、自然災害や感染症の蔓延等で(2)の方法によっても実施できない場合は請求できないものとする。
- (4) 本事業は、消費税法施行令第14条の2第3項第12号の規定に基づき厚生労働大臣が指定する資産の譲渡等の一部を改正する件(平成27年厚生労働省令告示第231号)に基づき非課税である。

21. その他

- (1) 受託事業者は、研修及び会議等に積極的に参加し、その資質の向上に努めるものとする。
- (2) 市から、本事業に関する資料の作成及び記録の提出等の要請があった場合は、速やかに関係書類の提出を行うこととする。
- (3) 自然災害や感染症等の蔓延が発生した際は、市の指示に従い、速やかに対応するものとする。

- (4) この仕様書に定めのない事項については、市、受託事業者双方協議のうえ定めるものとする。

2.2. 利用者の引継ぎについて

この事業は単年契約であることから、本年度で契約が終了となる場合は、翌年度の受託事業者に対し、現利用者が引き続き通所型Cの提供が受けられるよう本年度末までに以下の書類の引継ぎを行うこと。

なお、具体的な引継ぎ期間等については、双方の事業者間で調整を行うこと。

- (1) 利用者基本情報
- (2) 個別支援計画
- (3) サービス提供実績報告書
- (4) その他市が引継ぎに必要な事項と判断したもの