

訪問型介護予防事業業務委託仕様書

1 名 称

訪問型介護予防事業業務委託

2 目 的

本事業は、生活機能の低下等により通所が困難である高齢者に対して、訪問型による介護予防事業を提供することにより、対象者の生活意欲向上や生活活動の維持・向上を図り、要支援・要介護状態への移行防止を目的とする。また、通所型介護予防事業への参加を促す等、地域社会との繋がりを築けるようにすることも併せて目的とする。

3 概 要

(1) 実施期間

令和8年4月から令和9年3月まで

(2) 実施回数・時間

対象者1名につき訪問回数は原則として週1回、計10回（3ヶ月程度）とする。ただし、3ヶ月で効果が見込まれないと判断した場合、1名につき最長6ヶ月（20回）まで訪問可能とする。なお、通所介護予防事業に繋がる等の改善が確認された場合、10回まで訪問を行わず終了することが可能である。

1回の訪問時間は30分以上（移動や準備等にかかる時間は除く）とする。

(3) 実施場所

市内在住の対象者の居宅等で実施。

市内を2つのブロックに分け、ブロックごとに委託した事業者が担当地域の対象者を訪問する。

ブロック	担当地域 (担当地域包括支援センター)
訪問の1	中央・横曽根・西・青木・上青木・前川・ 南平・南平みなみ・鳩ヶ谷東部・鳩ヶ谷西部
訪問の2	神根・神根東・芝・芝伊刈・芝西・新郷・新郷東・ 安行・戸塚・戸塚西

(4) 対象者・件数

対象者は市内に住所を有し、要介護認定を受けておらず、基本チェックリストの結果等により地域包括支援センターが必要と判断し、訪問の同意を得られた以下のいずれかに該当する者とする。

- ① 運動機能等の生活機能が低下している恐れがあり機能訓練が必要とされる者のうち、通所が困難と判断された者
- ② 閉じこもり、もの忘れ、うつ等の恐れがあり、通所が困難と判断された者

③ その他、本人や家族等の相談等により訪問が必要だと判断された者
定員は、全地区で40名程度（各ブロック20名程度）までとする。
利用が決まった者について、地域包括支援センターが受託事業者へ連絡を行うものとする。

(5) 実施内容

ア プログラム内容

リハビリテーションの専門職等が対象者の居宅等へ訪問を行い、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導・機能訓練プログラム等を実施する。

プログラムの実施においては、厚生労働省の「介護予防マニュアル第4版」を参考とし、本人の能力に応じ、自立した日常生活を営めるよう身体的・精神的・社会的機能の維持・向上を目的としたものとする。

イ 個別サービス計画の作成・評価

事業者はあらかじめ地域包括支援センターから提供された介護予防サービス・支援計画書等をもとに①目標の設定、②計画の立案、③実施状況の確認ができるような個別サービス計画を作成すること。

また、個別サービス計画については、事前アセスメント及び事後アセスメント終了後の2回、担当の地域包括支援センターに1部ずつ提出をすること。

担当の地域包括支援センターと連携を密にとり、支援計画書、個別サービス計画、実施プログラム、事前・事後アセスメント、評価等が一体のものとなるよう調整を図ること。

個別サービス計画、アセスメント等については別紙資料を参考とすること。

【事前・事後アセスメント項目例】

医学的な側面に関する評価	既往歴、家族歴、服薬、転倒経験、生活習慣等の状況、ニーズの聴取、自覚症状の有無、脈拍測定、血圧測定、痛み、主観的健康感、基本チェックリスト等
体力測定	握力、開眼片足立ち時間、立ち上がりテスト、2ステップテスト等 ※以下は居宅の状況等に応じて実施可能な場合 Timed Up & Go Test、5m通常歩行時間、5m最大歩行時間

(6) 従事者（最低必要従事者）

訪問指導員 1名以上

（ここでいう指導員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、東京都健康長寿医療センター研究所が養成する介護予防運動指導員、健康・体力づくり事業財団が認定する健康運動指導士、これに準ずる介護予防の知識に精通した運動指導員、機能訓練等の経験のある介護職員、機能訓練等の経験のある看護職員のいずれかをいう。）

4 注意事項

(1) プログラムの内容

実施にあたり、リハビリテーション等の機能訓練を中心とするものの、対象者の精神状態等も考慮し、介護予防教室等への外出に繋げるための支援を行うこと。

(2) プログラムテキストの作成

対象者が日常的にプログラムを実践できるよう、テキスト等を作成し、配布すること。

(3) 事業従事者の心得

事業従事者は、運動器の機能向上についての理解のみならず、老年学や骨折予防及び膝痛・腰痛など運動器疾患対策に対する理解を深め、また、心理的・社会的にも高齢者を理解した上で、安全にプログラムを提供すること。

(4) 従事者間の情報共有

受託事業者は、プログラムに関する内容や訪問時で生じた問題等について、従事者間で情報共有を密に行い、事業が円滑に進むよう努めること。

(5) 安全管理体制の確保

ア プログラムを安全に実施するために、事故や感染症等の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。また、実施にあたっては、事故等に際して速やかかつ適切に対応できる体制を整えることともに、安全管理マニュアルの内容について定期的に確認・更新を行うこと。

イ 厚生労働省の「介護予防マニュアル第4版」を遵守し、プログラム内容や安全管理には十分な配慮を施し、事故のないよう努めること。

(6) 保険

事業実施中の傷害事故や賠償責任等に対応した保険に加入すること。加入後は保険の種類、保証内容等がわかる書類を市に提出すること。

(7) 事故報告

事業実施中に事故が発生した場合は、状況を把握の上、必要な処置を講じるとともに、速やかに市へ連絡すると共に、事故報告書（任意書式）を提出すること。

5 個人情報の保護

(1) 業務の実施にあたり、個人情報の漏洩、滅失及び毀損の防止、その他の個人情報の適切な管理のための必要な措置を図ること。

(2) また、業務に従事している者及び従事していた者は、当該業務に関し知り得た個人情報を他人に知らせ、または不当な目的に使用してはならない。

(3) 個人情報の取扱いにあたっては、個人情報の保護に関する法律その他個人情報の保護に関する法令等を遵守すること。

6 提出書類一覧

【事前提出書類】

1	保険に関する書類	任意書式（市1部・包括1部）
2	担当従事者連絡先	任意書式（市1部）
3	従事予定者の資格の写し及びその経歴書等	任意書式（市1部）

※1については、加入後、補償額や内容等が分かる書類を提出すること。

※3については、プロポーザル応募時から変更となった場合に提出すること。

【事後提出書類】

4	業務完了報告書	市指定書式（市1部）
5	請求書	市指定書式（市1部）
6	実施状況一覧表（別紙1）	市指定書式（市1部）
7	個別サービス計画（別紙2）	任意書式（市1部・包括1部）
8	個別アセスメント報告書（別紙3）	任意書式（市1部・包括1部）

※データにパスワードを設定の上、メールまたはフォームにて提出すること。

メール：087.04020@city.kawaguchi.saitama.jp

フォーム：<https://logoform.jp/form/zRQD/1020280>

※7～8については、事前アセスメント及び事後アセスメント終了後の2回提出すること。

実施状況一覧表

別紙 1

プログラム	訪問
-------	----

教室名	訪問型介護予防事業
-----	-----------

実施期間	年 月～ 月
------	--------

	氏 名	7～9月					10～12月					1～3月					合計	特記事項
例	埼玉 太郎	7/1 8/5	7/8 8/12	7/15 8/26	7/22 9/2	7/29 9/9											10	
例	川口 花子						10/5 11/9	10/12 11/16	10/19 11/30	10/26 12/7	11/2 12/14	1/4	1/11	1/18	1/25	2/1	15	
1																	0	
2																	0	
3																	0	
4																	0	
5																	0	
6																	0	
7																	0	
8																	0	
9																	0	
10																	0	
11																	0	
12																	0	
13																	0	
14																	0	
訪問回数計(3ヶ月)																		

個別サービス計画書

別紙 2

記載日 年 月 日

利用者名 生年月日 年 月 日生(歳)

課題分析情報	※既往歴、家族層などの特記事項を転記	記入者:
		職種:

機能状態	握力 (kg 右・左)	痛み(部位と程度):
	開眼片足立ち (秒)	運動に際してのリスク:
	5m最大歩行時間 (秒)	
	【補助具使用(有・無) 種類()】	

本人の希望	全体の目標

方法	実施回数(日/週) 内訳: 個別(日/週)・集団(日/週)
	一日運動時間(約 分) 負荷強度(高・中・低) 負荷方法(漸増・一定)

	初期(ヶ月)	中期(ヶ月)	後期(ヶ月)
目標			
プログラム			
評価			

地域包括支援センターへの報告事項:

個別アセスメント報告書

氏名				
生年月日	年	月	日()	歳

評価者名:

介護予防ケアプランの目標	
達成状況	
プログラムの目標	
達成状況	

目標	
達成状況	
コメント	

項目	事前		事後		改善・維持								
【運動器疾患対策のための評価】													
JKOM	VAS(mm)	25項目(点)	VAS(mm)	25項目(点)									
JLEQ	VAS(mm)	30項目(点)	VAS(mm)	30項目(点)									
転倒不安感尺度	点		点										
【体力測定】													
握力	()kg	右・左	()kg	右・左									
開眼片足立ち	()秒	右・左	()秒	右・左									
立ち上がり	()cm	片・両	()cm	片・両									
2ステップ	()cm		()cm										
TUG	()秒		()秒										
5m通常歩行時間	()秒 【補助具使用(有・無)】		()秒 【補助具使用(有・無)】										
5m最大歩行時間	()秒 【補助具使用(有・無)】		()秒 【補助具使用(有・無)】										
【主観的健康感】													
主観的	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	
【基本チェックリスト】													
チェックリスト													

実施日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

コメント:	
-------	--