

令和4（2022）年度 足利市介護予防・生活支援サービス事業
第1号通所事業（通所型短期集中予防サービス）業務委託仕様書

1 目的

利用者の個別性に応じた複合的なプログラムを集中的に提供することにより、日常生活に支障のある生活行為を短期間で改善し、介護を要する状態になることを予防するとともに、自ら介護予防の取組を継続できるよう、積極的に地域での活動に参加し、自立した生活ができるようになることを目的とする。

2 対象者

要支援認定を受けている者又は総合事業対象者のうち、下記のいずれかに該当し、集中的な支援により生活に支障ある生活行為を短期間で改善し、サービス利用後は住民主体の通いの場や一般介護予防事業への移行が見込まれる者で、介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」という。）のアセスメントにおいて本事業の利用が適切と評価された者。

ただし、通所リハビリテーション、訪問看護、訪問リハビリテーション、本事業以外の第1号通所事業及び第1号訪問事業の訪問型短期集中予防サービスを利用して
いる者を除く。

- (1) 退院直後で生活機能全般が低下しているケース
- (2) ADLやIADLの自立に向けた支援が必要なケース
- (3) 自分で外出できるようになる事で閉じこもりが予防できるケース
- (4) 自ら介護予防に取組み、体力や生活機能の維持向上に向けた支援が必要なケース
- (5) 本人の改善の意思及び改善の見込みが明確なケース
- (6) 地域ケア会議の助言により自立支援に向けた取組が必要なケース
- (7) 地域包括支援センターのプランチェックにおいて利用を勧められたケース

3 委託業務内容

事業は理学療法士又は作業療法士（以下「リハ職」という。）が雇用されている市内の予防通所介護又は通所リハビリテーション施設等にて実施するものとする。

事業実施の際には、ケアマネジャーが作成した「介護予防サービス・支援計画表（以下「ケアプラン」という。）」に基づき、機能評価と個別計画を作成し、プログラムを実施するものとする。

(1) 実施場所

- ア 委託事業所内で、評価や適切なサービスを提供できる広さと設備が備わっている場所。
- イ 家事動作や入浴動作等を実際にできることが望ましい。
- ウ 目標の達成状況等を確認する目的で、月1回程度利用者の自宅を訪問する。
- エ 公共交通機関の利用を含む移動の練習や、買い物の練習、通いの場への引き継ぎ等で外出が必要な場合は、この限りではない。

(2) 実施回数

概ね週1回（必要時週2回まで）とする。

(3) 実施期間

3か月から6か月でケアプランにおける目標達成までの期間とする。

なお、市が必要と認めた場合は最長3か月間の延長を可能とする。

(4) 実施時間

ア 1回2時間以上とし、リハ職の個別対応の時間を40分以上含むものとする。

イ ただし、送迎や更衣の時間は含まない。

ウ 利用者の自宅での実施については1時間程度とする。

(5) 利用料

1回250円とする。

なお、主治医からの診療情報提供書（250点（250～750円））、材料費、食事及び交通費等の実費は利用者負担とする。

(6) 担当職員

ア 管理者は専従者の中から選任する。

イ 従事者は1名以上とし、個別対応及び訪問等が可能な理学療法士又は作業療法士とする。

ウ コミュニケーション機能の改善、摂食嚥下機能の改善、栄養改善及び口腔機能向上は言語聴覚士等の専門職の助言を受けながら包括的に実施する。

エ 事業を担当する従事者については「委託事業に当たる従事者名簿（様式第7号）」に資格等を記入し契約書に添付する。

従事者に変更が生じた場合は速やかに名簿の再提出を行うこと。

(7) 送迎

利用者の送迎を実施する。

送迎に際しては安全に配慮し、事故があった場合は事業所に対応できるよう保険等に加入しておく。

(8) 周知

サービス開始に先立ち、対象者に周知できるよう、サービスを提供する曜日や時間、実施形式等をサービス提供形態報告書（様式第9号）にて市に報告する。

報告した内容に変更があった際は速やかに変更内容の報告を行うこと。

4 単価および委託料

1回2時間以上で5,060円とし、そのうち、250円は利用料として利用者から徴収し、4,810円は委託料として実績に応じ市に請求する。

なお、評価、計画、指導の目的で利用者の自宅を訪問した際は、リハビリテーションマネジメント費として別途2,300円を月1回加算する。

5 事業の実施

(1) 利用者情報の提供

ア 利用が望ましい対象者について、ケアマネジャーが市に申し込みを行い、市が利用の決定をし、利用者の希望する事業者とマッチングを行う。

イ 市は「市町村向け診療情報提供書依頼（様式3号）」を作成し、利用者経由で主治医に依頼する。

ウ 市は、主治医から提供された情報をケアマネジャーおよび従事者に提供する。

(2) 利用者との契約

ア 事業者は利用開始日までに、本人と契約を締結する。

イ 従事者は、利用者から提出が必要な書面の受領し、利用者に必要な情報を提供する。

(3) ケアマネジャーとの連携

ア 従事者は、ケアマネジャーと利用者の自宅を訪問し、生活に支障をきたしている行為に関して、自立の可能性について評価し、ケアプランに反映できるようにする。

イ 従事者は、サービス担当者会議に参加し、ケアマネジャーからケアプランと実施に必要な情報の提供を受けるとともに、常に情報や目標、支援方針を共有し支援にあたる。

(4) 事前アセスメントの実施

従事者は、個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するとともに、サービス提供終了後にその効果を評価するために、「短期集中予防サービス初期評価表兼計画表（様式第4号）」（以下「初期評価表」という。）を用いて事前アセスメントを実施し、利用者の心身の状況等について評価を行う。

また、利用者が事業を利用する際の安全確保のために必要となる情報について、主治医等と連絡を図り、情報収集し評価するものとする。

(5) 個別サービス計画の作成

従事者は、初期評価表の評価に基づいて個別サービス計画を作成し、利用者及びケアマネジャーに交付する。

プログラムは以下の点に留意して作成する。

ア サービス提供終了後も利用者が介護予防の取り組みが継続できるよう、家庭でもできる内容や、市が地域展開している高齢者元気アップトレーニング等を取り入れて行う。

イ 家庭で行うプログラムを作成し、実施状況等について利用者が記録できる様式を準備し、継続状況の把握と支援を行う時間を設ける。

ウ サービス提供終了までに、最寄りの通いの場に行けるように、通所方法や実施内容を把握し、プログラムに取り入れマッチングを図る。

(6) プログラムの実施

ア 事業者は、個別サービス計画に基づきプログラムを実施する。

イ 事業実施後は「サービス実施記録簿（様式第1号）」（以下「記録簿」という。）に実施内容と実施時間を全利用期間に渡って記載し、担当職員の押印又は署名及び利用者の確認印又は署名を得る。

ウ 必要に応じて定期的に利用者の自宅を訪問し、支障のある生活機能が生活の場でどの程度改善できているかを確認する。

エ 家族やヘルパー等の支援者に利用者の状況に応じた支援方法を段階的に助言する。

オ 利用者の利用状況や個別サービス計画で定めた目標の達成状況、利用者の自宅への訪問時の状況は、記録簿に記録する。

オ サービス提供開始後3か月ごとに、計画の進行状況を評価する。

カ サービス提供終了時には「短期集中予防サービス終了時評価表(様式第5号)」(以下「終了時評価表」という。)にて事後アセスメントを実施する。

(7) 緊急時の対応

ア 運動の実施に当たっては、緊急時に際して速やかに対応できる体制を整える。

イ 事業者は、委託業務に係る事故が発生したときには、速やかに必要な措置を講じるとともに、市、ケアマネジャー及び利用者の家族等に連絡し、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、市に報告書を提出しなければならない。

(8) 事業報告

ア サービス提供前に初期評価表を、サービス提供後に終了時評価表を市及びケアマネジャーに提出する。市への提出は、初回請求時および終了時請求日とする。

イ 利用月毎に記録簿、「実施報告書(様式第2号)」及び請求書を翌月10日までに市に提出し、記録簿の写しを居宅支援事業所に送付する。

6 その他

この仕様に定めのあるもののほか、必要な事項は別に定める。