

湯沢市介護予防・日常生活支援総合事業自立支援デイスサービス委託に係る仕様書

本仕様書は、「湯沢市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」に基づいた上で、自立支援デイスサービスの円滑かつ適正な実施に必要な事項を以下に定めるものとする。

1 委託業務名

湯沢市介護予防・日常生活支援総合事業自立支援デイスサービス業務委託

2 目的

湯沢市では、高齢者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、高齢者の心身機能の維持回復を図り、もって高齢者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とし、湯沢市介護予防・日常生活支援総合事業自立支援デイスサービスを委託する。

3 委託業務実施期間

令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

但し、年度途中からの業務開始でも構わないものとする。

4 委託業務の概要等

(1) 利用者について

湯沢市に住所を有し、介護保険法に基づく要支援1及び要支援2の認定者または1号被保険者に実施する基本チェックリストにおいて定める基準に該当した者を対象として、介護予防ケアマネジメントに基づき必要と認められた者（以下「利用者」という。）

(2) 業務内容

自立支援を目的とした生活機能訓練又は社会交流の場の提供として、身体機能向上のための機能訓練、調理や掃除、洗濯といった生活機能向上のためのトレーニングその他介護予防のために必要と認められる日常生活支援を行う事業を通所形態により行う。

(3) 利用調整

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所（以下「地域包括支援センター等」という。）から利用者の受付をし、介護予防ケアマネジメントBにより随時利用を開始し、3か月後の初回モニタリング後はセルフマネジメントとする。

利用者への開始日等についての案内は、受注者が発注者および地域包括支援センター等に連絡・調整したうえで、利用者に連絡すること。

(4) 事前アセスメント

地域包括支援センター等が作成した以下の書類をもとに、利用者の状態の把握を行うこと。

- ・利用者基本情報
- ・アセスメントシート等
- ・介護予防サービス計画等

さらに利用者の身体機能の状況等について把握（聞き取りや体力測定等：別紙1、別紙2参照）・評価をしたうえで、自宅での生活を念頭に置いた利用者の生活機能向上及び介護予防に資する支援内容を検討・立案し、セルフマネジメント以降は利用者と協力しプログラムを実施すること。

(5) 個別計画の作成

必要に応じて、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、自立支援デイスサービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した自立支援デイスサービスの個別計画を作成するものとする。

(6) サービスの提供

(ア) 地域包括支援センター等から提出される介護予防サービス計画等に基づき、その目標を達成する

ため以下のことに留意し、必要なサービスを提供すること。

- ①初回アセスメントに基づき設定された目標及び事業内容を鑑み事業を行うこと。
- ②セルフマネジメント以降も介護予防サービス計画等にある目標の達成（あるいは個人で設定した目標）を目指すことができるサービスを提供すること。
- ③介護保険法の基本理念を鑑みた支援を行うこと。
- ④利用者の体調の聞き取りやバイタルチェックに基づき、従事職員が事業実施の可否を判断すること。
- ⑤利用者が継続して楽しく利用できるような工夫をすること。

（イ）利用者が介護予防サービス計画等の変更を希望する場合は、地域包括支援センター等への連絡その他の必要な援助を行うこと。

（ウ）送迎を行う場合は、利用者と話し合いのうえ、利用者の状態に応じた送迎を受注者において実施すること。ただし、受注者の最終責任において効率的・効果的な事業実施のため、送迎業務を再委託により行うことは差し支えない。

（7）実施状況及び効果の確認

個別計画を作成し、個別計画に基づくサービスの提供の開始時から、ケアマネジメントBの期間は、当該個別計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した地域包括支援センター等に報告書により報告するとともに、当該個別計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、定期的に当該個別計画の実施状況の把握（モニタリング）を行うものとする。サービス提供責任者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画等を作成した地域包括支援センター等に書面で報告しなければならない。

また、サービス提供責任者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて個別計画の変更を行うものとする。

（8）実施報告及び委託料の請求

委託料の支払いは約款に定めるもののほか、サービスを提供した1ヵ月分の実施報告書、請求書を翌月5日までに発注者に提出すること。また、利用者負担分の利用料は受注者が徴収すること。

5 委託業務の人員基準

受注者は当該事業を行うにあたり事業所ごとに、管理者及び事業従事者を配置すること。

ア 管理者：常勤、専従1以上

※事業所の管理上支障がない場合、当該事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所等の職務に従事可能とする。

イ 従事者：専従1以上

※利用者15人までは専従1以上、15人を越える場合は、利用者の数に応じた必要数

6 設備に関する基準

事業を行うことができる場所は、受注機関が有する事業所施設内とし、事業に必要な広さを有したスペース（3㎡×利用定員以上）を設けるほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに事業の提供に必要なその他の設備及び備品等を備えるものとする。

7 運営に関する基準

- （1）事故発生を未然に防止するため安全管理マニュアルを整備すること。（送迎を行う場合はそれを含む。）
- （2）利用者個人のリスクを従事者が把握すること。
- （3）事業実施中に利用者に緊急を要する事態及び事故が発生した場合は、受託者の責任において適正に対処し、速やかに利用者の家族及び発注者、担当の地域包括支援センター等に報告すること。
- （4）事業実施中に利用者に緊急を要する事態が発生した場合に備え、傷害保険への加入等を含めた必要な体制を整えること。補償額・補償内容等は受注者の判断とする。

8. 実施回数及びサービス提供時間、事業費、委託料、自己負担額

対象者区分	サービス区分	事業費	委託料	自己負担額
事業対象者	週 1 回以上の利用	3,400 円/回	3,000 円/回	400 円/回
要支援 1	(1 回 2 時間以上		(2 割 2,600 円/回)	(2 割 800 円/回)
要支援 2	3 時間未満)		(3 割 2,200 円/回)	(3 割 1,200 円/回)

※表中カッコ内は 2 割、3 割負担者の金額。

※通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用、食事の提供に要する費用、おむつ代、サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用の支払いを利用者から受けることができるものとする。

9 委託事業者の選定に係る必要書類

湯沢市介護予防・日常生活支援総合事業自立支援デイサービス委託の応募に係る必要書類一覧にある必要書類

10 書類の整備及び保存年限

受注者は事業を遂行するにあたり、必要な書類を整備し、委託事業の終了後 5 年間保存するものとする。

11. その他（留意点）

- (1) 事業は独立して実施するものとし、事業実施する場合において、同一敷地、建物で実施されている他の事業とプログラム等で明確に区別し、本事業、他の事業相互に支障のないようにすること。
- (2) 事業実施事業所で感染症が発生した場合等は、事業を一時的に休止する場合があるので、発生後速やかに長寿福祉課に連絡すること。
- (3) アセスメント結果等の個人情報に関する取扱いについて十分に配慮し、利用者への説明、同意を得ること。

1. 自立支援デイサービスプログラム事前アセスメントおよび事後アセスメント
- (1) 参加者の健康状態・生活習慣、体力水準などの個別の状況を把握する。
 - (2) 体力水準を把握するために体力測定を実施する。ただし、利用者が体力測定に不安を訴える場合は実施しない。
事業実施前と実施後のアセスメントの結果については発注者および担当の地域包括支援センター等へ報告を行う。
体力測定実施内容：握力、開眼片足立ち時間、Timed Up & Go Test
5 m歩行時間（通常、最大）および歩数
 - (3) 体力測定の判断は、下表を参考に 5 段階で評価する。参加者がどの体力要素がより低下しているのか把握し、個別プログラムに生かす。

図表 1 評価表

		レベル	握 力	開眼片足立ち時間	TUG	5 m歩行時間 (通常)	5 m歩行時間 (最大)
男 性	事業 対 象 者	1	<=20.9	<=2.6	>=13.0	>=7.2	>=5.4
		2	21.0-25.3	2.7-4.7	11.0-12.9	5.7-7.1	4.4-5.3
		3	25.4-29.2	4.8-9.5	9.1-10.9	4.8-5.6	3.7-4.3
		4	29.3-33.0	9.6-23.7	7.5-9.0	4.2-4.7	3.1-3.6
		5	>=33.1	>=23.0	<=7.4	<=4.1	<=3.0
	要 支 援 者	1	<=17.9	<=1.9	>=23.0	>=11.9	>=9.3
		2	18.0-22.3	2.0-3.6	16.6-22.9	8.6-11.8	6.6-9.2
		3	22.4-25.4	3.7-6.0	13.0-16.5	7.0-8.5	5.2-6.5
		4	25.5-30.0	6.1-13.9	10.2-12.9	5.6-6.9	4.2-5.1
		5	>=30.1	>=14.0	<=10.1	<=5.5	<=4.1
女 性	事業 対 象 者	1	<=14.9	<=3.0	>=12.8	>=6.9	>=5.5
		2	15.0-17.6	3.1-5.5	10.2-12.7	5.4-6.8	4.4-5.4
		3	17.7-19.9	5.6-10.0	9.0-10.1	4.8-5.3	3.8-4.3
		4	20.0-22.4	10.1-24.9	7.8-8.9	4.1-4.7	3.2-3.7
		5	>=22.5	>=25.0	<=7.5	<=4.0	<=3.1
	要 支 援 者	1	<=10.9	<=1.4	>=23.2	>=12.3	>=10.2
		2	11.0-13.4	1.5-2.8	17.7-23.1	9.1-12.2	7.3-10.1
		3	13.5-15.9	2.9-5.0	13.8-17.6	7.3-9.0	5.9-7.2
		4	16.0-18.4	5.1-11.0	10.9-13.7	6.0-7.2	4.7-5.8
		5	>=18.5	>=11.1	<=10.8	<=5.9	<=4.6

※介護予防継続的評価分析等事業の体力測定が実施された対象者からの判断基準である。
（低いレベルは低体力であることを示す）

記入日	令和	年	月	日
氏名				
生年月日	T・S	年	月	日

1 基本チェックリスト

No.	質問項目	回 答 (いずれかに○を お付け下さい)	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0.はい	1.いいえ
2	日用品の買物をしていますか	0.はい	1.いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0.はい	1.いいえ
4	友人の家を訪ねていますか	0.はい	1.いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0.はい	1.いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0.はい	1.いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0.はい	1.いいえ
8	15分位続けて歩いていますか	0.はい	1.いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1.はい	0.いいえ
10	転倒に対する不安は大きいですか	1.はい	0.いいえ
11	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい	0.いいえ
12	身長 c m 体重 kg (BMI=)(注)		
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1.はい	0.いいえ
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい	0.いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1.はい	0.いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0.はい	1.いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1.はい	0.いいえ
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか	1.はい	0.いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0.はい	1.いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい	0.いいえ
21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感がない	1.はい	0.いいえ
22	(ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1.はい	0.いいえ
23	(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1.はい	0.いいえ
24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない	1.はい	0.いいえ
25	(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする	1.はい	0.いいえ

(注) BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする。

2 健康感

あなたの健康状態はいかがですか。あてはまる番号に1つ○をつけてください。

- ①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない

3 生活活動

1) 全体的に見て、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

- ①最高によい ②とても良い ③良い
④あまり良くない ⑤良くない ⑥ぜんぜん良くない

2) 過去1ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

- ①ぜんぜん妨げられなかった ②わずかに妨げられた ③少し妨げられた
④かなり妨げられた ⑤体を使う日常活動ができなかった

3) 過去1ヵ月間に、いつもの仕事（家事を含みます）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

- ①ぜんぜん妨げられなかった ②わずかに妨げられた ③少し妨げられた
④かなり妨げられた ⑤いつもの仕事ができなかった

4) 過去1ヵ月間に、体の痛みはどれくらいありましたか

- ①ぜんぜんなかった ②かすかな痛み ③軽い痛み
④中くらいの痛み ⑤強い痛み ⑥非常に激しい痛み

5) 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

- ①非常に元気だった ②かなり元気だった ③少し元気だった
④わずかに元気だった ⑤ぜんぜん元気でなかった

6) 過去1ヵ月間に、家族や友人とふだんの付き合いが、身体的あるいは心理的な理由でどのくらい妨げられましたか。

- ①ぜんぜん妨げられなかった ②わずかに妨げられた ③少し妨げられた
④かなり妨げられた ⑤付き合いができなかった

7) 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）にどのくらい悩まされましたか。

- ①ぜんぜん悩まされなかった ②わずかに悩まされた ③少し悩まされた
④かなり悩まされた ⑤非常に悩まされた

8) 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんの行動が、心理的な理由でどのくらい妨げられましたか。

- ① ぜんぜん妨げられなかった ②わずかに妨げられた ③少し妨げられた
④かなり妨げられた ⑤日常行う活動ができなかった