

## 川西市フレイル改善短期集中プログラム（フレイル通所型C） 業務委託に関する仕様書

本仕様書は、川西市が実施する介護予防・日常生活支援総合事業における川西市フレイル改善短期集中プログラムに係る業務委託について必要な事項を以下のように定めるものとする。

### 1 委託業務の名称

令和7年度川西市フレイル改善短期集中プログラム（フレイル通所型C）業務委託

### 2 委託業務の目的

疾病等でフレイル状態となり、生活機能が低下した高齢者に対し、早期ハイリスクアプローチとして、短期間集中して、運動機能向上、口腔機能の向上、栄養改善を目的としたプログラムを実施するとともに、プログラム終了後においても、地域の社会資源等を活用して、地域の活動などに参加し、要介護状態への移行を防止し、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるよう支援することを目的とする。

### 3 対象者

要介護・要支援認定申請により、新たに要支援1または要支援2の認定を受けた者、もしくは基本チェックリストに該当し事業対象者の認定を受けた者で、次の各号全てに該当する者。

- ①退院後または通院している者で、プログラムの利用により生活機能の改善が見込める者
- ②生活機能の改善の意思を明確に持っている者

\*ただし、末期がん、認知症Ⅱa以上、難病、精神疾患等の者は対象外とする。

なお、その他利用が困難と思われる場合は、主治医による判断が必要。

### 4 プログラムの実施場所

受託者が運営する川西市内の介護サービス事業所内

### 5 履行期間

契約締結日から令和8年3月31日まで

### 6 委託業務の内容

#### (1) プログラムの内容

生活機能の維持、向上を図る観点から専門職の指導のもと、日常生活動作の改善や筋力トレーニング、ストレッチ等を行う。また、プログラムを利用している間の自宅での運動等についても提案を行い、プログラム終了後もセルフケアができるように支援するものとする。

## (2) プログラム実施期間と提供回数等

- ①プログラムの実施期間は、利用開始日から概ね 12 週間とする。
- ②提供回数は週 2 回の計 24 回を原則とし、1 回につき概ね 90 分の機能訓練等を実施すること。なお、実施時間は 3 時間までとし、送迎を行う場合はその時間は実施時間に含めないこととする。
- ③受託者は、必要に応じて送迎を行うことができる。なお、送迎の範囲、手段については安全かつ合理的な手段を受託者が選択のうえ実施するものとする。

## (3) 委託料

- ①委託料については、下表のとおりとする。

	送迎あり	送迎なし	備考
1 回あたり	7,250 円	6,875 円	

\* 上記委託料には消費税及び地方消費税の額を含む。

- ②本プログラムの実施に係る利用者負担は 1 回あたり 100 円とし、受託者が利用者から徴収すること。

## (4) プログラムの実施手順

### ①個別サービス計画の作成

- ア 利用者の心身の状況、希望、生活環境等を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なプログラムの内容を記載した個別サービス計画を作成すること。
- イ 個別サービス計画は、川西市フレイル改善短期集中プログラムの訪問型サービス C（委託業務の範囲外）にて派遣されたリハビリ専門職のアセスメント結果、地域包括支援センターが作成した介護予防ケアプラン並びに、フレイル改善短期集中プログラム(介護予防支援等用パス兼評価票)を踏まえて作成すること。
- ウ 個別計画作成に当たっては、プログラム終了後も住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう地域の社会資源や自助努力によって、継続した運動習慣等の定着につながるよう目標設定を行うこと。
- エ 立案した目標や利用者の希望等を盛り込み、作成した計画について、利用者に提示し、納得のうえでプログラム内容を決定すること。

### ②プログラムの提供

#### ア 健康観察

毎回、プログラム開始前に、体調などの聞き取りを行い、プログラムを実施することができる状態であるか判断すること。

#### イ 体力測定の実施

毎月 1 回体力測定（握力、開眼片足立ち、Timed up & Go Test、）を実施し、測定結果を記録すること。

#### ウ 運動等の実施

##### a 運動機能向上プログラム

個別サービス計画に基づき、ウォーミングアップ（ストレッチやバランス運動）、主運動（機能的向上や筋力向上運動）、クールダウン（ストレッチやリラクゼーション）など組み合わせて実施すること。

また、利用者が自宅で自主トレーニングを継続的に実施できるよう、実施方法の説明と実施状況の確認を行うこと。

b 摂食及び嚥下訓練等のプログラム

口腔体操について、兵庫県が作成した冊子（オーラルフレイル予防 おうちドリル改訂版）を使用し、利用者の状態等に応じて内容を選定し指導を行うこと。冊子に記載されている内容は、兵庫県が作成した口腔体操の動画あるいはそれに準ずる動画等を使用して指導することも可能とする。

舌トレーニング用具（ペコぱんだ）を使用して、利用者の嚥下機能向上に努めること。また、利用者が自宅においても、舌トレーニング用具（ペコぱんだ）を使用した訓練が実施できるよう、利用者の状態等に応じて最低週1回は指導を行うこと。

c フレイル予防に関する講話等

兵庫県が作成したフレイル予防・改善プログラムのPR動画「シニアはメタボよりフレイル予防」やフレイル予防教室「ちょこっと編」を使用し、講話等を行うこと。

なお、動画は全10編となっており、1編が8分から10分程度で構成されているため、プログラム終了までに全編視聴すること。

③リハビリ専門職による訪問 ※フレイル訪問型Cで実施するため委託業務の範囲外

プログラム終了前（利用開始から概ね10週から12週までの間）に、リハビリ専門職が利用者宅へ訪問し、生活環境を把握のうえ、課題の抽出や目標設定を行うとともに、今後の生活への助言などを行うこと。なお、訪問時間は概ね1時間程度とする。

④自立支援型地域ケア会議の開催 ※委託業務の範囲外

リハビリ専門職による訪問後、事業終了前（利用開始から概ね10週～12週までの間）に、地域包括支援センター、リハビリ専門職等により、これまでの取り組み状況や成果により目標に対する達成状況を確認し、プログラム終了後の生活について確認と調整を行なうこと。

⑤実施報告及び委託料の請求

プログラムを実施した月毎に委託料を請求することとし、翌月10日までに報告書を作成のうえ、請求書と併せて本市へ提出すること。原則、請求があった日から起算して30日以内に、予め登録された口座へ振り込むものとする。

7 人員、利用定員等に関する基準

本プログラムを実施する事業者が当該事業に置くべき従業者の員数は、下記に示す通りとする。また、当該事業者によるプログラムの提供が、その他の介護保険サービスの提供と同一区画で提供されるか等の区分により、下記に例示するとおりとする。

	人員配置の必要数
管理者	専従、常勤1人以上
看護職員	バイタルチェック時 専従1人以上
医療・リハビリテーションに関する専門資格を有する者	1人以上(介護職員と兼務可) ・必ず1人以上は【理学療法士、作業療法士、保健師等】を満たしていること。

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者 16 人以上になると  <math>\{(利用者数 - 15) \times 0.2 + 1\}</math> 人以上（介護職員でも可）</li> </ul>
--	---

※管理者については本プログラム（フレイル通所型 C）の管理上、支障がない場合は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

※介護職員の配置については、必要に応じて配置すること。利用者 15 人までは医療やリハビリなどの専門職の配置は必須。16 人を超えると専門職でも介護職員でも可。

①独立した区画で本プログラム（フレイル通所型 C）を実施する場合

例：利用者 10 人

	人員配置の必要数
管理者	専従、常勤 1 人以上
看護職員	バイタルチェック時 専従 1 人以上
医療・リハビリテーションに関する専門資格を有する者	専従 1 人以上(介護職員と兼務可) ・必ず 1 人以上は【理学療法士、作業療法士、保健師等】を満たしていること。

※管理者については本プログラム（フレイル通所型 C）の管理上、支障がない場合は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

②指定通所介護と本プログラム（フレイル通所型 C）を一体的に実施する場合

指定通所介護の基準を遵守した上で、指定通所介護等の提供に支障がない範囲で、指定通所介護の提供時間帯に同一の場所を使用して、本プログラム（フレイル通所型 C）の提供を行うことは可能であるが、この場合には、本プログラムと指定通所介護のサービス提供を行う人員を明確に区分して行わなければならない。

ただし、指定通所介護の提供時間と本プログラム（フレイル通所型 C）を分けて実施する場合は、指定通所介護のサービス提供の人員基準を満たしていれば実施可能。

例：指定通所介護利用者 16 人、プログラム利用者 2 人の場合

	人員配置の必要数	
	指定通所介護	フレイル改善短期集中プログラム (通所型サービス C)
管理者	専従、常勤 1 人以上	専従、常勤 1 人以上
生活相談員	サービス提供時間に応じて 専従 1 人以上	なし
看護職員	バイタルチェック時 専従 1 人以上	バイタルチェック時 専従 1 人以上
介護職員	専従 2 人以上	なし
医療・リハビリテーションに関する専門資格を	機能訓練指導員 1 人以上	専従 1 人以上 ・必ず 1 人以上は【理学療法士、作業療法士、保健師等】を満たしてい

有する者		ること。
------	--	------

※管理者については本プログラム（フレイル通所型 C）の管理上、支障がない場合は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

③地域密着型通所介護と本プログラム（フレイル通所型 C）を一体的に実施する場合

地域密着型通所介護の基準を遵守した上で、地域密着型通所介護等の提供に支障がない範囲で、地域密着型通所介護の提供時間帯に同一の場所を使用して、本プログラム（フレイル通所型 C）の提供を行うことは可能であるが、この場合には、本プログラムと地域密着型通所介護のサービス提供を行う人員を明確に区分して行わなければならない。

ただし、地域密着型通所介護の提供時間と本プログラム（フレイル通所型 C）の提供を分けて実施する場合は、地域密着型通所介護の人員基準を満たしていれば実施可能。

また、地域密着型通所介護とフレイル通所型 C を一体的に実施する場合、地域密着型通所会の利用定員の上限は 18 人とする。

例：地域密着型通所介護利用者 16 人、プログラム利用者 2 人の場合

	人員配置の必要数	
	地域密着型通所介護	フレイル改善短期集中プログラム (フレイル通所型 C)
管理者	専従、常勤 1 人以上	専従、常勤 1 人以上
生活相談員	サービス提供時間に応じて 専従 1 人以上	なし
看護職員	バイタルチェック時 専従 1 人以上	バイタルチェック時 専従 1 人以上
介護職員	専従 2 人以上	必要に応じて配置
医療・リハビリテーションに関する専門資格を有する者	機能訓練指導員 1 人以上	専従 1 人以上 ・必ず 1 人以上は【理学療法士、作業療法士、保健師等】を満たしていること。

※管理者については本プログラム（フレイル通所型 C）の管理上、支障がない場合は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

8 設備に関する基準

- (1) 本プログラムを実施する場所は、原則、受託者が有する川西市内の事業所とし、事前に本市と協議のうえ適当と認められる場所での実施も可能とする。
- (2) 本プログラムに参加する利用者の安全確保の観点から、利用者一人あたり概ね 3 m<sup>2</sup>の面積を確保すること。また、本プログラムの実施に必要な設備（消火設備その他非常災害に際して必要な設備）を備えること。

9 運営に関する基準

- (1) プログラムを実施している時に、利用者に緊急を要する事態が発生した場合の備え、傷害保

- 険への加入等を含めた必要な体制を整えること。
- (2) 事故発生を未然に防止するための安全管理マニュアルを整備すること。
  - (3) 感染症予防に配慮し、プログラムを実施すること。

#### 1 0 書類の整備及び保存年限

受託者は業務を遂行するにあたり、必要な書類を整備し、委託業務の終了後5年間保存するものとする。なお、必要に応じて本市の書類開示の要求に協力すること。

#### 1 1 調査等

本市が必要と認めるときは、受託者に対し、文書その他の提出もしくは提示を求め、もしくは依頼し、又は当該職員に質問もしくは照会することができる。

#### 1 2 その他

- (1) 受託者の基本情報及び人員配置、プログラム実施に係る実績等を公開することを承諾すること。ただし、個人情報を含まない。
- (2) プログラムは独立して行うものとし、同一時間、同一敷地、同一建物で実施されている他の介護サービスと本プログラムは明確に区別し、相互に支障がないようにすること。
- (3) この仕様書について定めのない事項等が生じたときは、委託者と受託者は協議のうえ、決定するものとする。