

# 町田市在宅医療・介護連携機能強化型地域包括支援センター (医療と介護の連携支援センター) 運営事業委託仕様書 (案)

## 1 契約の目的

本業務は、在宅医療・介護連携等に係る事業について、町田市内の各地域を担当する地域包括支援センター（以下「高齢者支援センター」という。）を後方支援し、また医療・介護の専門職からの相談対応をすることにより、地域での課題解決を効果的に行うとともに、市全域の情報収集や課題整理を行い、必要な施策に繋げるための企画調整を行うことを目的とする。

本仕様書は、その目的を達するため、町田市（以下「甲」という。）が受託者（以下「乙」という。）に対し、在宅医療・介護連携機能強化型の地域包括支援センター(医療と介護の連携支援センター)の運営業務を委託するにあたり、業務内容及び実施方法等必要な事項について定めるものとする。

## 2 業務の履行上の原則

乙は、甲から受託した業務の履行にあたり、「町田市地域包括支援センターの人員及び運営に関する基準を定める条例」（以下「条例」とする。）、「町田市地域包括支援センター事業実施要領」（以下「要領」とする。）等の関連例規を遵守すること。また「町田市地域包括支援センター運営方針」をふまえて、必要な措置を講じることとする。

## 3 名称及び担当区域

要領第4に基づき、在宅医療・介護連携機能強化型の地域包括支援センターは、「医療と介護の連携支援センター」と称する。また、担当する区域は市内全域とする。

## 4 契約期間

〇年〇月〇日から〇年〇月〇日まで

## 5 業務内容

乙は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第2項第1号から第4号に掲げる事業（包括的支援事業）及び法第115条の45第1項第1号ニに掲げる事業（第1号介護予防支援事業）、その他市が必要と認める事業について、以下のとおり実施する。

## (1) 総合相談支援業務（法第115条の45第2項第1号）

### ア．高齢者支援センターに対する後方支援

高齢者支援センターが医療依存度の高い高齢者等の支援をする場合において、高齢者支援センターの求めに応じ、医療介護資源の情報提供や在宅医療・介護連携の観点から助言を行うとともに、高齢者支援センターが対応困難な場合には、連携して対応を行う。

### イ．市民等からの相談対応

市民等からの高齢者を対象とする各種相談に応じ、必要に応じて高齢者支援センターのほか、適切な関係機関へ円滑に繋げるとともに、高齢者支援センターと連携して対応を行う。

## (2) 権利擁護業務（法第115条の45第2項第2号）

### ア．高齢者支援センターに対する後方支援

高齢者虐待に関する地域からの通報を受け付け、市及び高齢者支援センターに迅速に繋げるとともに、虐待等を受けた高齢者に、医療処置や入院等の対応が必要な場合について、高齢者支援センターの求めに応じ、医療介護資源の情報提供や、医療機関と調整を行う等の支援を行う。

### イ．高齢者虐待の防止

医療機関に対して虐待の早期発見や防止に関する研修を実施するなど、在宅医療・介護連携の観点から、虐待防止に関する普及啓発を行う。

### ウ．成年後見制度の利用支援

入院中又は入所中で在宅復帰の予定がない高齢者で、成年後見制度の申立が必要な状況にあるにも関わらず、本人が申立することができず、親族の協力も得られない場合、乙は、権利擁護支援検討委員会（以下、「検討委員会」という。）に当該事案を提案する。乙は、検討委員会での検討を経て、成年後見制度の市長申立が承認された場合には、申立に係る関係機関への情報提供や後見人等への引継ぎ等、成年後見制度の利用に向けた支援を行う。

なお、検討委員会への提案にあたっては、対象者の状況の確認や資料の作成・提出等、必要な準備を行うこと。

また、準備の過程で高齢者虐待が疑われる場合は、速やかに、甲に対して高齢者虐待報告書を提出し、必要に応じその後の対応についても連携を図ること。

**(3) 包括的・継続的ケアマネジメント支援（法第115条の45第2項第3号）**

ア. 介護支援専門員に対する研修会等の実施

介護支援専門員の質の向上を目的に、医療分野又は医療・介護連携に関する研修会を実施する。

イ. 指導・助言等の実施

高齢者支援センター及び介護支援専門員が、自立支援に基づく適切なマネジメントを行うため、必要に応じて助言・指導等を実施する。

ウ. 介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの質の向上の実施

高齢者支援センターが作成する介護予防支援・介護予防ケアマネジメントの質の向上に資する取り組みを実施する。

エ. 町田市介護保険サービス事業所連絡会等との連携

介護支援専門員が抱える課題の把握を行い、各町田市介護保険サービス事業所連絡会等と連携し、課題解決に向けた取り組みを実施する

**(4) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）（第115条の45第1項第1号ニ）**

高齢者支援センターから依頼のあった事業対象者及び要支援者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況、置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、訪問型サービス、通所サービス、その他生活支援サービス等適切なサービスが包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行う。実施方法などは、別紙1に定めるものとする。

**(5) 在宅医療・介護連携推進事業（法第115条の45第2項第4号）**

次に掲げる内容について、町田市医師会、その他関係機関と連携して実施する。

ア. 医療・介護専門職からの相談対応

医療・介護の専門職等からの、入退院・転院等に関する相談、その他在宅医療・介護連携に関する相談に対し、医療介護資源の情報提供や在宅医療・介護連携の観点から助言を行い、必要ときは高齢者支援センター等関係機関と連携して支援を行う。

#### イ. 在宅医療・介護連携に関する地域ケア会議の実施

(1) に定める高齢者支援センターに対する後方支援や市民等からの相談対応や、上記アに定める医療・介護専門職からの相談対応等の業務を通して、在宅医療・介護連携に関する情報の収集・分析・課題の抽出を行い、課題解決策を検討するための地域ケア推進会議を開催する。地域ケア推進会議で検討された課題解決策のうち、地域での実施が可能な取組については、関係者との役割分担等の企画・調整を行い、実施すること。

なお、会議への出席者については、開催内容等に応じ、医療・介護専門職などから、必要に応じて出席者を調整すること。

また、地域ケア個別会議については、必要に応じて、高齢者支援センターと連携し、開催することとする。

#### ウ. 地域ケア会議の企画運営支援

高齢者支援センターの開催する医療と介護の関係者が連携して解決すべき課題を検討する地域ケア推進会議の運営に関し、次の事項について助言し、又は連携して対応を行う。

なお、地域ケア個別会議については、高齢者支援センターの求めに応じ、対応するものとする。

- ① 会議の企画
- ② 医療機関等への周知、参加促進のための呼びかけ
- ③ 会議終了後実施する会議内容の評価及び地域での展開の支援

#### エ. 在宅医療・介護連携に関する課題の整理

医療や介護に係る各種データや、上記イ・ウを含む乙の業務全般を通して把握した現状から、市全域の在宅医療・介護連携に関する課題の整理を行う。

#### オ. 対応策の企画・調整等

上記エで整理した課題について、対応策の調査、研究及び企画調整を行い、町田・安心して暮らせるまちづくりプロジェクト（以下、「町プロ」という。）推進協議会等の市地域ケア会議に位置付けられる協議体において、甲が議題として提起するための調整を行う。

#### カ. 町プロの推進支援

町プロ推進協議会において決定したプロジェクトを各地域で実施するにあたり、必要な支援を行う。

キ. 医療介護情報の把握及び提供

市全域の医療介護に関する資源、又は在宅医療・介護連携に関する取組み等の情報について、継続的に収集し、常に最新の情報を把握するとともに、市民や関係機関等へ提供する。

ク. 地域の医療・介護関係者の連携体制の構築支援

高齢者支援センターの求めに応じ、当該高齢者支援センターの担当区域内の介護関係者と市内及び隣接する他自治体にある医療関係者との連携体制を構築するための支援を行う。

ケ. 高齢者支援センター職員に対する勉強会等の実施

高齢者支援センターの職員に対し、医療上の基礎知識など在宅医療・介護連携の推進に必要な知識を習得するための勉強会等を実施する。

コ. 地域住民や専門職等への理解促進

医療及び介護の制度について理解促進のため、地域住民及び専門職に対し講演会や、パンフレット等の作成・配布等、必要な取り組みを行う。

**(6) 認知症総合支援事業（法第115条の45第2項第6号）**

医療・介護連携推進の観点から、認知症を有する者（又はその疑いのある者）に対する医療・介護サービス等の提供が円滑に行われる体制の構築を目的として、市内の認知症疾患医療センターと連携し、以下の業務を行うこと。

ア. 認知症とともに生きるまちづくりの推進

医療・介護の専門職等に対し、甲が実施する認知症施策の取り組みに関する情報提供や協力の呼びかけを行う。

イ. 認知症に関する会議・研修・イベント等への参加・協力

甲が開催する認知症に関する各種研修・会議・イベント等について、医療・介護連携推進の観点から効果的と考えられる取組に参加・協力する

**(7) その他業務**

ア. 町プロ推進協議会への参画

必要に応じて、町プロ推進協議会の企画・運営に際し、部会に参加するなど提案や助言

を行う。また、管理責任者は、地域包括支援センターの代表として、町プロ推進協議会に参画する。

イ. 高齢者支援センター連絡会への出席

①管理責任者は「高齢者支援センター連絡会」（以下、「連絡会」という。）に出席する。連絡会は原則、毎月第4水曜日の午前中に実施する。

②連絡会での協議内容や報告内容は必ず管理責任者から乙の職員に伝え、センター全体で情報共有する。

ウ. 各専門職種別連絡会への出席及び企画・運営支援

高齢者支援センターが定期的実施する専門職種別の連絡会に定期的出席し、運営の支援をする。

エ. 地域包括支援センター運営協議会への出席

地域包括支援センター運営協議会に出席し、必要に応じて報告、説明を行う。また、必要資料の作成について甲へ協力する。

オ. 適正化事業の推進

地域の介護支援専門員が自立支援に資する適正なケアマネジメントを行えるように、田市ケアマネジメント勉強会に協力する。

カ. 住宅改修及び福祉用具の選定に対する支援

①住宅改修

事業対象者及び要支援者に対し、必要に応じて住宅改修のアセスメント、プランニング、行政手続などの選定支援を行う。

②福祉用具

事業対象者及び要支援者に対し、必要に応じて適切な福祉用具の選定支援を行う。

キ. 地域への広報・啓発

地域住民や各種団体に対し、センター業務や事業等の周知・広報のため、乙独自にホームページ及び広報紙を作成し、情報発信・配布を行うこと。

## (8) 報告書等の作成・提出

### ア. 在宅医療・介護連携に関する地域ケア会議の計画書の作成・提出

乙は、第5(5)イに定める在宅医療・介護連携に関する地域ケア会議を実施する場合は、1ヶ月前までに甲が指定する計画書を甲へ提出すること。

### イ. 在宅医療・介護連携に関する地域ケア会議の報告書の作成・提出

乙は、第5(5)イに定める在宅医療・介護連携に関する地域ケア会議を実施した場合は、会議開催翌月10日までに甲が指定する報告書を甲へ提出すること。

### ウ. 月次報告書等の作成・提出

乙は、来所電話等相談実績、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント実績及び職員配置体制について甲が指定する報告書により、翌月14日までに甲に提出するものとする。また、その他の報告については、別途定める期日までに提出するものとする。

### エ. 年間事業計画等の作成・提出

乙は、町田市地域包括支援センター運営協議会に報告するため、年間の事業計画、事業報告、収支予算書及び決算報告を甲が定める期日までに、それぞれ甲が指定する書式により甲に提出するものとする。

## 6 開設日及び開設時間

(1) 窓口の開設日 月曜日から金曜日

※国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月29日から翌年1月3日までを除く

(2) 窓口の開設時間 午前8時30分から午後5時00分まで

## 7 実施体制

### (1) 職員体制

ア 要領第8第2項に基づきセンターに配置すべき職員の員数は、5人以上とする。

イ 要領第8第4項に基づきセンターに置くべき、専らその職務に従事する常勤職員の員数は、要領第8第1項1号から3号に定める者を各1人以上とする。

ウ その他、要領第8及び「町田市地域包括支援センターの人員及び運営の基準に関する条例及び地域包括支援センター運営事業実施要領に基づく職員配置基準の運用について」をふまえて、職員の体制を整備すること。

## (2) 医師等の協力体制

乙は、職員が業務遂行にあたって、医師等から医療に関する専門的な助言を得られるよう又は職員と医師等が連携して相談支援や関係機関との調整を行うことができるよう、乙が運営する医療機関において医師等の職員による協力体制を整備する。

## (3) その他

事務所の設置については、以下の点に留意する。

- ア. 建物入口周辺も含め、高齢者に配慮した建物・場所に事務所を設置すること。建物を2階以上に設置する場合は、エレベーターを利用できるようにすること。
- イ. 個人情報保護に配慮した事務スペース及び専用電話回線、プライバシーに配慮した相談スペースを確保すること。
- ウ. 事務室には、机、椅子、施錠可能な書類保管庫の他、固定電話・ファクシミリ、パソコン（Word、Excel、セキュリティ機能を確保したもの）、プリンターを整備し、専用の電子メールアドレスを取得すること。
- エ. 看板を来所者にわかりやすく設置すること。

## 8 委託料及び支払い方法

- (1) 甲は契約代金の一部を前払いで支払うものとする。その時期及び金額は別紙2に定めるものとする。
- (2) 介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）については、別紙1に定めるとおりとする。

## 9 緊急対応の体制整備

乙は、開所時間外においても緊急の相談等に備え、連絡がとれる受付体制を整備すること。また、あらかじめ必要な関係機関等との連絡方法及び緊急時の公的サービスの利用に伴う利用申請手続き等の取り扱い等の対応手順を定めておくこと。

## 10 事故発生時の対応

乙は、業務の履行に際し、事故やその他の緊急の事態が生じたときは、適切な処理を行うとともに、速やかに甲に報告すること。



## 1 1 その他

- (1) 乙は、今年度の実施内容を振り返り翌年度の事業計画に生かすため、甲が実施する事業評価を受けるものとする。
- (2) 市が主催する災害対策のための訓練等への協力依頼があった場合は、協力体制をとる。
- (3) 乙の職員は、各種研修会及び異職種従事者との交流などに積極的に参加するよう努めるものとする。
- (4) 契約期間内に後継の受託者が決定した場合、後継の受託者が医療と介護の連携支援センターの運営を行うために必要なデータ及び資料、知識及び技術等について、乙の負担により引継ぎを行うこと。
- (5) 契約の履行に当たって自動車を利用し、又は利用させる場合は、都民の健康と安全を確保する環境に関する条例(平成12年東京都条例第215号)の規定に基づき、次の事項を遵守すること。
  - ア ディーゼル車規制に適合する自動車であること。
  - イ 自動車から排出される窒素酸化物及び粒子状物質の特定地域における総量の削減等に関する特別措置法(平成4年法律第70号)の対策地域内で登録可能な自動車利用に努めること
  - ウ 低公害・低燃費な自動車利用に努めること。なお、適合の確認のために、当該自動車の自動車検査証(車検証)、粒子状物質減少装置装着証明書等の提示又は写の提出を求められた場合には、速やかに提示し、又は提出すること。
- (6) 感染症流行等の影響により、高齢者支援センターにおいて事業継続が困難となった場合は、市民にとって緊急性・必要性の高い業務を継続するため、乙は高齢者支援センターが実施する総合相談支援業務に協力するよう努めること。

## 1 2 疑義の解決

契約約款及びこの仕様書に定めのない事項については、甲乙協議のうえ定めるものとする。

業務名 「介護予防ケアマネジメント」（第 1 号介護予防支援事業）

## 1 基本方針

(1) 乙は、介護保険法第 115 条の 45 第 1 項に規定する「介護予防・日常生活支援総合事業」に基づく介護予防ケアマネジメント（第 1 号介護予防支援事業）（介護保険法 115 条の 45 第 1 項第 1 号二）を実施し、以下の対象者に対して、介護予防を目的として、厚生労働省令で定める基準に従って、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、その選択に基づき、第一号訪問事業、第一号通所事業又は第一号生活支援事業その他の適切な事業が包括的かつ効果的に提供されるよう必要な援助を行うこととする。

### ア 対象者

(ア) 要支援者のうち、総合事業のサービスのみ利用する者及び予防給付サービスのうち給付管理を伴わないサービスを利用し、総合事業のサービスを利用する者

### (イ) 事業対象者

(2) 乙は、介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される事業等が特定の種類または特定の事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

(3) 乙は、介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、指定介護支援予防事業者、指定居宅介護支援事業者、地域型センター、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者、総合事業実施事業者、総合事業サービス提供者、住民による自発的な活動によるサービスを含めた地域における様々な取り組みを行う者等との連携に努めなければならない。

(4) 乙は、介護予防ケアマネジメントを提供するに当たっては、介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

## 2 実施者

介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の実施にあたっては、乙に配置されている 3 職種（保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うこととする。（以下、「担当職員」という。）

## 3 内容及び手続きの説明及び同意

(1) 乙は、介護予防ケアマネジメントの開始に際し、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、14 に規定する運営規定の概要その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得なければならない。

(2) 乙は、介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、あらかじめ、介護予防ケアマネジメント計画が 1 に規定する基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることができること等につき説明を行い、理解を得なければ

ばならない。

(3) 乙は、介護予防ケアマネジメント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、利用者について、病院又は診療所に入院する必要がある場合には、担当職員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝えるよう求めなければならない。

(4) 乙は、利用申込者又はその家族から申出があった場合には、(1)の規定による文書の交付に代えて、(7)で定めるところにより、当該利用申込者又はその家族の承諾を得て、当該文書に記すべき重要事項を電子情報処理組織を使用する方法その他の情報通信の技術を使用する方法であって次に掲げるもの（以下「電磁的方法」という。）により提供することができる。この場合においても、乙は当該文書を交付したものとみなす。

ア 電子情報処理組織を使用する方法のうち（ア）又は（イ）に掲げるもの

(ア) 乙の使用に係る電子計算機と利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを接続する電気通信回線を通じて送信し、受信者の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録する方法

(イ) 乙の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録された(1)に規定する重要事項を電気通信回線を通じて利用申込者又はその家族の閲覧に供し、当該利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに当該重要事項を記録する方法（電磁的方法による提供を受ける旨の承諾又は受けない旨の申出をする場合にあっては、乙の使用に係る電子計算機に備えられたファイルにその旨を記録する方法）

イ 電気ディスク、シー・ディー・ロムその他これらに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができる物をもって調製するファイルに(1)に規定する重要事項を記録したものを交付する方法

(5) 前項に規定する方法は、利用申込者又はその家族がファイルへの記録を出力することによる文書を作成することができるものでなければならない。

(6) (4)の「電子情報処理組織」とは、乙の使用に係る電子計算機と、利用申込者又はその家族の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。

(7) 乙は、(4)の規定により(1)に規定する重要事項を提供しようとするときは、あらかじめ、当該利用申込者又はその家族に対し、その用いる次に掲げる電磁的方法の種類及び内容を示し、文書又は電磁的方法による承諾を得なければならない。

ア (4)の各号に規定する方法のうち乙が使用するもの

イ ファイルへの記録の方式

(8) 前項の規定による承諾を得た乙は、当該利用申込者又はその家族から文書又は電磁的方法により電磁的方法による提供を受けない旨の申出があったときは、当該利用申込者又はその家族に対し、(1)に規定する重要事項の提供を電磁的方法によってしてはならない。ただし、当該利用申込者又はその家族が再び前項の規定による承諾をした場合は、この限りではない。

#### 4 提供拒否の禁止

乙は、正当な理由なく介護予防ケアマネジメントの提供を拒んではならない。

## 5 サービス提供困難時の対応

乙は、利用申込者に対し自ら適切な介護予防ケアマネジメントを提供することが困難であると認めた場合は、利用者申込者の地域を担当する高齢者支援センターへ紹介その他の必要な措置を講じなければならない。

## 6 受給資格等の確認

乙は、介護予防ケアマネジメントの提供を求められた場合には、その者の提示する被保険者証によって、被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間を確かめるものとする。

## 7 要支援認定の申請に係る援助

(1) 乙は、被保険者の要支援認定に係る申請について、利用申込者の意思を踏まえ、必要な協力を行わなければならない。

(2) 乙は、介護予防ケアマネジメントの提供の開始に際し、要支援認定を受けていない利用申込者については、要支援認定の申請が既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、当該利用申込者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければならない。

なお、利用申込者が事業対象者の場合は身体の状態等を踏まえ、適宜必要に応じて申請の援助を行うこととする。

(3) 乙は、要支援認定の更新の申請が、遅くとも当該利用者が受けている要支援認定の有効期間の満了日の30日前には行われるよう、必要な援助を行わなければならない。

(4) 乙は、(3)の援助の際は、利用しているサービス等を勘案し、当該利用者と相談の上、要支援認定の更新を行うか、基本チェックリストの実施による事業対象の基準に該当するかどうかの手続きのどちらを行うか決定することとする。

## 8 身分を証する書類の携行

乙は、当該介護予防ケアマネジメントの担当職員に身分を証する書類を携行させ、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められたときは、これを提示すべき旨を指導しなければならない。

## 9 再委託について

乙は、高齢者支援センターから依頼があったものについては、再委託はできないものとする。

## 10 法定代理受領サービスに係る報告

乙は、毎月、市の規定により審査及び支払いに関する事務を国民健康保険連合会に委託している場合にあつては、当該国民健康保険連合会に対し、介護予防ケアマネジメント計画において位置付けられている指定サービス等のうち法定代理受領サービスとして位置付けたものに関する情報を記載した文書を提出しなければならない。

## 11 利用者に対する介護予防ケアマネジメント計画等の書類の交付

乙は、当該介護予防ケアマネジメントを受けている利用者が要介護認定を受けた場合その他利用

者からの申出があった場合には、当該利用者に対し、直近の介護予防ケアマネジメント計画及びその実施状況に関する書類を交付しなければならない。

#### 12 利用者に関する市への通知

乙は、介護予防ケアマネジメントを受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、遅滞なく、意見を付して、その旨を市に通知しなければならない。

- (1) 正当な理由なしに事業費対象サービスの利用に関する指示に従わないこと等により、身体の状態の程度を悪化させたと認められるとき、又は要介護状態になったと認められるとき。
- (2) 偽りその他不正の行為によって事業費の支給を受け、又は受けようとしたとき。

#### 13 管理者の責務

- (1) 乙の管理者は、担当職員その他の従事者の管理、介護予防ケアマネジメントの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。
- (2) 乙の管理者は、担当職員その他の従事者に介護予防ケアマネジメントの規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

#### 14 運営規定

乙は、事業の運営についての重要事項に関する規定（以下「運営規定」という。）として次に掲げる事項を定めるものとする。

- (1) 業務の目的及び運営の方針
- (2) 職員の職種、員数及び職務内容
- (3) 営業日及び営業時間
- (4) 介護予防ケアマネジメントの提供方法、内容及び利用料その他の費用の額
- (5) 通常の業務の実施地域
- (6) その他運営に関する重要事項

#### 15 勤務体制の確保

- (1) 乙は、利用者に対し適切な介護予防ケアマネジメントを提供できるよう、担当職員その他の従業者の勤務の体制を定めておかななければならない。
- (2) 乙は、担当職員によって介護予防ケアマネジメントの業務を提供しなければならない。ただし、担当職員の補助の業務については、この限りではない。
- (3) 乙は、担当職員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。
- (4) 乙は、適切な介護予防ケアマネジメントの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

#### 16 設備及び備品等

乙は、業務を行うために必要な広さの区画を有するとともに、介護予防ケアマネジメントの提供

に必要な設備及び備品等を備えなければならない。

#### 17 従業員の健康管理

乙は、担当職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行わなければならない。

#### 18 掲示

(1) 乙は、事業所内の見やすい場所に、運営規定の概要、担当職員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を掲示しなければならない。

(2) 乙は、(1)に規定する事項を記載した書面を当該事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させることにより、(1)の規定による掲示に代えることができる。

#### 19 報酬・実績報告及び請求・支払について

##### (1) 報酬

名称	単位数	報酬 (円)
原則的ケアマネジメント	442	4,915
原則的ケアマネジメント・初回	742	8,251
変則的ケアマネジメント	742	8,251
変則的ケアマネジメント・初回	1,042	11,587
簡易的ケアマネジメント	442	4,915
簡易的ケアマネジメント・初回	742	8,251
原則的ケアマネジメント・委託	742	8,251
原則的ケアマネジメント・初回・委託	1,042	11,587
変則的ケアマネジメント・委託	442	4,915
変則的ケアマネジメント・初回・委託	742	8,251
簡易的ケアマネジメント・委託	742	8,251
簡易的ケアマネジメント・初回・委託	1,042	11,587
原則的ケアマネジメント・虐待減算	438	4,870
原則的ケアマネジメント・虐待減算・初回	738	8,206
原則的ケアマネジメント・虐待減算・委託	738	8,206
原則的ケアマネジメント・虐待減算・初回・委託	1,038	11,542
変則的ケアマネジメント・虐待減算	438	4,870
変則的ケアマネジメント・虐待減算・初回	738	8,206
変則的ケアマネジメント・虐待減算・委託	738	8,206
変則的ケアマネジメント・虐待減算・初回・委託	1,038	11,542
簡易的ケアマネジメント・虐待減算	438	4,870
簡易的ケアマネジメント・虐待減算・初回	738	8,206
簡易的ケアマネジメント・虐待減算・委託	738	8,206

簡易的ケアマネジメント・虐待減算・初回・委託	1,038	11,542
(2) 実績報告及び請求		
<p>介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の請求については、毎月、甲へ対して乙が請求を行うこととする。請求方法は「原案入力ソフト」にて請求情報を入力し、介護予防ケアマネジメント実施月の翌月10日までに甲へ請求情報を甲が指定する「報告書」と合わせて送付する。伝達方法は、甲が指定する方法にて行うこととする。</p> <p>なお、都外の住所地特例対象者に関する介護予防ケアマネジメント費の請求については甲が指定する様式にて甲に請求を行うこととする。</p>		
(3) 支払い		
<p>上記にて定めた報酬についての支払いは、乙が甲へ請求情報を送付したのち、甲が請求情報を取りまとめ、国保連合会へ伝送し、国保連合会を通じて乙へ報酬を支払うこととする。</p> <p>なお、都外の住所地特例対象者に関する請求については、乙からの請求に基づき、甲から乙へ直接支払いを行うものとする。</p>		
20 秘密保持		
<p>(1) 乙の担当職員その他の従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。</p> <p>(2) 乙は、担当職員その他従業者であった者が、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じなければならない。</p> <p>(3) 乙は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかなければならない。</p>		
21 広告		
<p>乙は、介護予防ケアマネジメントについて広告をする場合においては、その内容が虚偽又は誇大なものであってはならない。</p>		
22 サービス事業者等からの利益収受の禁止等		
<p>(1) 乙及びその管理者は、介護予防ケアマネジメント計画の作成又は変更に関し、担当職員に対して特定のサービス事業者等によるサービスを位置付けるべき旨の指示等を行ってはならない。</p> <p>(2) 乙の担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定のサービス事業者等によるサービスを利用すべき旨の指示等を行ってはならない。</p> <p>(3) 乙及びその従業者は、介護予防ケアマネジメント計画の作成又は変更に関し、利用者に対して特定のサービス事業者等によるサービスを利用させることの対償として、当該サービス事業者等から金品その他の財産上の利益を収受してはならない。</p>		
23 苦情処理		
<p>(1) 乙は、自ら提供した介護予防ケアマネジメント又は自らが介護予防ケアマネジメント計画に位置</p>		

づけたサービス等に対する利用者及びその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応しなければならない。

- (2) 乙は、前号の苦情を受けつけた場合は、当該苦情の内容等を記録しなければならない。
- (3) 乙は、自ら提供した介護予防ケアマネジメントに関し、市が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は市の職員からの質問又は紹介に応じ、及び利用者からの苦情に関して市が行う調査に協力するとともに、市から指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- (4) 乙は、市からの求めがあった場合には、上記(3)の改善の内容を市に報告しなければならない。
- (5) 乙は、自らが介護予防ケアマネジメント計画に位置付けたサービスに対する苦情の国民健康保険団体連合会への申立てに関して、利用者に対し必要な援助を行わなければならない。
- (6) 乙は、介護予防ケアマネジメント等に対する利用者からの苦情に関して国民健康保険連合会が行う調査に協力するとともに、自ら提供した介護予防ケアマネジメントに関して国民健康保険連合会からの指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。
- (7) 乙は、国民健康保険連合会からの求めがあった場合には、前号の改善の内容を国民健康保険連合会に報告しなければならない。

#### 24 事故発生時の対応

- (1) 乙は、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供により事故が発生した場合には速やかに市、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- (2) 乙は、上記(1)の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならない。
- (3) 乙は、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行わなければならない。

#### 25 会計の区分

乙は、事業所ごとに経理を区分するとともに、介護予防ケアマネジメントの事業の会計とその他の事業の会計とを区分しなければならない。

#### 26 記録の整備

乙は、利用者に対する介護予防ケアマネジメントの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から5年間保存しなければならない。なお、基本チェックリスト実施の結果、非該当となった件数については、別途甲が指定する「報告書」にて件数を報告することとする。

- (1) サービス事業者等との連絡調整に関する記録
- (2) 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した介護予防ケアマネジメント台帳
  - ア 介護予防ケアマネジメント計画・評価表
  - イ 29(7)に規定するアセスメントの結果の記録
  - ウ 29(9)に規定するサービス担当者会議等の記録
  - エ 29(16)に規定するモニタリングの結果の記録
- (3) 12に規定する市への通知に係る記録



- (4) 23 (2)に規定する苦情の内容等の記録
- (5) 24 (2)に規定する事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

## 27 介護予防ケアマネジメントの基本取扱方針

- (1) 介護予防ケアマネジメントは、利用者の介護予防に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行わなければならない。
- (2) 乙は、介護予防の効果を最大限に発揮し、利用者が生活機能の改善を実現するための適切なサービスを選択できるよう、目標指向型・自立支援型の介護予防ケアマネジメント計画を策定しなければならない。
- (3) 乙は、自らその提供する介護予防ケアマネジメントの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

## 28 介護予防ケアマネジメントの類型

実施する介護予防ケアマネジメントの類型は以下の通りとなる。

### (1) 原則的ケアマネジメント

現行の予防給付に対するケアマネジメント（介護予防支援）と同様、アセスメント（課題分析）によってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経てケアプランを確定する。利用者との面接によるモニタリングについては少なくとも3ヶ月に1回行う。面接によるモニタリング実施月以外は電話や利用サービス先への訪問等により、状況を確認し、状態等に応じてサービスの変更、ケアプラン変更を行うことが可能な体制をとっておくこととする。流れや内容は現行の要支援者に対する介護予防支援と同様となる。

### (2) 変則的ケアマネジメント

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、原則的ケアマネジメントと同様であるが、サービス担当者会議の開催に代わり、サービス C 利用に際する独自の会議を開催する。モニタリングは毎月実施し、状況の確認を行う。サービス終了時は評価及びケアプランの変更等を行い、必要な支援を行うこととする。

### (3) 簡易的ケアマネジメント

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス、サービス B などを利用する場合に実施することとする。初回のみ、アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成のプロセスを実施し、ケアプラン原案の内容を利用者に説明し、理解してもらった上で、住民主体の支援等につなげる。その後のモニタリングは行わないものとなるが、利用者の状態の変化等、利用者本人や家族、サービス B 提供者等から適宜、相談がしやすい体制を構築しておくこととする。

## 29 介護予防ケアマネジメントの具体的取扱い方針

- (1) 介護予防ケアマネジメントの方針は、1 基本方針、27 基本取扱方針及び 28 介護予防ケアマネジメントの類型に基づき、次に掲げるところによるものとする。
- (2) 乙は、担当職員に介護予防ケアマネジメント計画の作成に関する業務を担当させるものとする。
- (3) 介護予防ケアマネジメントの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその

家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。

- (4) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的にサービス等の利用が行われるようにしなければならない。
- (5) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画の作成の開始に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、予防給付のサービス（給付管理を伴わないものに限る。）又は総合事業のサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
- (6) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その有している生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、次に掲げる各領域ごとに利用者の日常生活の状況を把握し、利用者及び家族の意欲及び意向を踏まえて、生活機能の低下の原因を含む利用者が現に抱える課題・背景・原因を明らかにしなければならない。
  - ア 運動・移動について
  - イ 日常生活（家庭生活）について
  - ウ 社会参加、対人関係コミュニケーションについて
  - エ 健康管理について
- (7) 担当職員は、前号に規定する解決すべき課題の把握（以下「アセスメント」という。）に当たっては、利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得なければならない。
- (8) 担当職員は、現在の状態・本人及び家族の希望、課題・背景・原因、目標とする生活、目標に向けた具体的提案と実施方針（自分で行うこと、利用サービス）、健康状態について等を記載した介護予防ケアマネジメント計画の原案を作成しなければならない。
- (9) 担当職員は、サービス担当者会議（担当職員が介護予防ケアマネジメント計画の作成のために介護予防ケアマネジメント計画の原案に位置付けた指定事業者サービス等の担当者（以下この条において「担当者」という。）を招集して行う会議（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この号において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。）をいう。以下同じ。）の開催により、利用者の状況等に関する情報を担当者と共有するとともに、当該介護予防ケアマネジメント計画の原案の内容について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合については、担当者に対する照会等により意見を求めることができるものとする。
- (10) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画の原案に位置付けた指定事業者サービス等について、事業費支給の対象となるかどうかを区分した上で、当該介護予防ケアマネジメント計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得なければならない。
- (11) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画を作成した際には、当該介護予防ケアマネジメント計画を利用者及び担当者に交付しなければならない。
- (12) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けた指定サービス事業者等に対して、「町田市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号訪問事業の人員、設備及び運営の基準等

に関する要領」及び「町田市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第 1 号通所事業の人員、設備及び運営の基準等に関する要領」の基準において位置付けられている計画の提出を求めるものとする。

- (13) 担当職員は、指定サービス事業者等に対して、介護予防ケアマネジメント計画に基づき、「町田市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第 1 号訪問事業の人員、設備及び運営の基準等に関する要領」及び「町田市介護予防・日常生活支援総合事業における指定第 1 号通所事業の人員、設備及び運営の基準等に関する要領」の基準において位置付けられている計画の作成を指導するとともに、サービスの提供状況や利用者の状態等に関する報告を少なくとも 1 月に 1 回、聴取しなければならない。
- (14) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画の作成後、介護予防ケアマネジメント計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行い、必要に応じて介護予防ケアマネジメント計画の変更、指定サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うものとする。なお、担当職員は、指定サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の必要と認める事項について、利用者の同意を得て主治の医師、歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。
- (15) 担当職員は、介護予防ケアマネジメント計画に位置付けた期間が終了するときは、当該計画の目標の達成状況について評価しなければならない。
- (16) 担当職員は、(14) に規定する実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）に当たっては、利用者及びその家族、指定サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に掲げるところにより行わなければならない。
- ア 少なくともサービスの提供を開始する月の翌月から起算して 3 月に 1 回及びサービスの提供期間が終了する月並びに利用者の状況に著しい変化があったときは、利用者の居宅を訪問し、利用者に面接すること。
  - イ 利用者の居宅を訪問しない月においては、可能な限り、指定サービス事業所を訪問する等の方法により利用者に面接するよう努めるとともに、当該面接ができない場合に当たっては、電話等により利用者との連絡を実施すること。
  - ウ 少なくとも 1 月に 1 回、モニタリングの結果を記録すること。
- (17) 担当職員は、次に掲げる場合においては、サービス担当者会議の開催により、介護予防ケアマネジメント計画の変更の必要性について、担当者から、専門的な見地からの意見を求めるものとする。ただし、やむを得ない理由がある場合においては、担当者に対する照会等により意見を求めることができることとする。
- ア 要支援認定を受けている利用者が要支援更新認定を受けた場合
  - イ 要支援認定を受けている利用者が法第 33 条の第 2 号 1 項に規定する要支援状態区分の変更の認定を受けた場合
- (18) (4) から (13) までの規定は、(14) に規定する介護予防ケアマネジメント計画の変更について準用する。
- (19) 担当職員は、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが総合的かつ効果的に提供された場合においても、利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難になったと認める場合又は利用者が介護保険施設への入院若しくは入所を希望する場合には、利用者の要介護認定に係る申請につ

いて必要な支援を行い、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行うものとする。

- (20) 担当職員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要支援者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、介護予防ケアマネジメント計画の作成等の援助を行うものとする。
- (21) 担当職員は、要支援認定を受けている利用者及び事業対象者が要介護認定を受けた場合には、指定居宅介護支援事業者と当該利用者に係る必要な情報を提供する等の連携を図るものとする。

### 30 介護予防ケアマネジメントの提供にあたっての留意点

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、介護予防の効果を最大限に発揮できるよう次に掲げる事項に留意しなければならない。

- (1) 単に運動機能や、栄養状態、口腔機能といった特定の機能の改善だけを目指すものではなく、これらの機能の改善や環境の調整等を通じて、利用者の日常生活の自立のための取組を総合的に支援することによって生活の質の向上を目指すこと。
- (2) 利用者による主体的な取組を支援し、常に利用者の生活機能の向上に対する意欲を高めるよう支援すること。
- (3) 具体的な日常生活における行為について、利用者の状態の特性を踏まえた目標を、期間を定めて設定し、利用者、サービス提供者等とともに目標を共有すること。
- (4) 利用者の自立を最大限に引き出す支援を行うことを基本とし、利用者のできる行為は可能な限り本人が行うよう配慮すること。
- (5) サービス担当者会議等を通じて、多くの種類の専門職の連携により、地域における様々な総合事業の対象となるサービス以外の保健医療サービス又は福祉サービス、当該地域の住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めて、介護予防に資する取組を積極的に活用すること。
- (6) その他の地域支援事業や介護予防給付並びに介護給付と連続性及び一貫性を持った支援を行うよう配慮すること。
- (7) 介護予防ケアマネジメント計画の策定に当たっては、利用者の個別性を重視した効果的なものとする。
- (8) 機能の改善の後についてもその状態の維持への支援に努めること。

### 31 電磁的記録等

乙及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たる者は、作成、保存その他これらに類するもののうち、この仕様書の規定において書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、正本、副本、複本その他文字、図形等人の知覚によって認識することができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。以下この条において同じ。）で行うことが規定されている又は想定されるもの（6受給資格等の確認に規定するものを除く）については、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行うことができる。

乙及び介護予防ケアマネジメントの提供に当たる者は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、この仕様書の規定において書面で行うことが規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁

的方法（電子的方法、磁気的方法その他人の知覚によって認識することができない方法をいう。）によることができる。

32 その他

包括的かつ効果的な介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）のために、甲と協力して、事例検討会及び研修会の開催を行い、質の向上に努めることとする。また、地域ケア会議等も活用して積極的に乙及び居宅介護支援事業所全体の介護予防ケアマネジメント（第一号介護予防支援事業）の質の向上に努めることとする。

## 契約代金の支払時期と支払額

支払時期	支払額
○年5月	*****
○年10月	*****
事業終了後、甲が事業報告の確認を行い、合格と認めた後（最終分）	*****
計	*****