

<一般委託>

認知症予防教室 業務委託(一般委託)仕様書

認知症予防教室業務委託に基づく内容は、本仕様書の定めるところによる。

1	目的	認知機能の状態把握から、認知症予防の取り組みまでを一体的に実施することにより、高齢者の認知機能の維持・向上のための予防活動を促すことを目的とする。
2	履行期間	契約締結日から令和5年3月31日
3	施行場所	衣笠コミュニティセンター 他4か所
4	業務内容	別紙特記仕様書のとおり
5	特記事項	別紙特記仕様書のとおり
6	関係法規	介護保険法
7	資格要件	別紙特記仕様書のとおり
8	契約方法	総価による業務委託契約(一般委託)
9	支払方法	別紙特記仕様書のとおり
10	その他事項	この仕様書に定めのない事項及び疑義を生じた場合は、別途協議するものとする。
11	監督員 連絡先	健康増進課 介護予防担当 電話822-8135

<指示又は希望事項>

グリーン 物品購入 及び 環境配慮 関係	<p>・この業務を施行するにあたって、仕様書でグリーン物品購入の指示がある場合は、横須賀市グリーン購入基本方針及び調達方針に基づく環境物品等を納入すること。また、仕様書で特に指示がない場合で委託代金に物品等の購入経費が含まれている場合は、できるだけこの方針に基づく環境物品等の調達をお願いします。 (上記方針については、本市のホームページ「よこすかのグリーン購入」参照)</p> <p>・本市は、独自の環境マネジメントシステム(YES)により事務事業の環境負荷低減に努めているので、受託者においてもできる限り環境に配慮して業務を執行するようお願いいたします。</p>
----------------------------------	---

認知症予防教室業務委託特記仕様書

1 件名

認知症予防教室業務委託

2 事業目的

認知機能の状態把握から、認知症予防の取り組みまでを一体的に実施することにより、高齢者の認知機能の維持・向上のための予防活動を促すことを目的とする。この仕様書中、横須賀市（以下「甲」という。）と受託者（以下「乙」という。）は次の各項により業務を実施することとする。

3 会場

原則として甲が確保する。各会場における使用規則を遵守すること。（別紙1）

4 委託期間

契約締結日から令和5年3月31日まで

5 運営

介護予防教室開催の手引（別紙2）に則り、教室を運営すること。

6 業務体制

（1）指導員の資格

指導員は健康運動指導士（財団法人健康・体力づくり事業財団）等の資格を持ち、神奈川県または国立長寿医療研究センターが実施しているコグニサイズに関する研修を修了したものを配置すること。補助員は高齢者の運動指導経験を持つものを配置すること。

そのうち、ファイブ・コグ検査に従事するものは、NPO 認知症予防サポートセンターが実施している認知症予防事業研修、認知症予防ファシリテーター研修、またはファイブ・コグ研修のいずれかを修了していること。また、認知症サポーター養成講座に準ずる講座に従事するものは、全国キャラバン・メイト連絡協議会が実施しているキャラバン・メイト養成研修を修了していること。

（2）指導員の届け出

乙は契約後速やかに指導員の資格を証明する書類を甲に提出すること。

（3）従事者数

指導員と補助員はそれぞれ1名以上配置すること。

ただし、1回目のみ指導員を1名、補助員を2名以上配置すること。

7 不適格者の交代

甲は、従事者が業務遂行上不適格者と認めた場合は、その理由を明示し乙に指導員の交代を求めることができる。

8 事業プログラムの事前承認

乙は委託契約後、甲に事業実施までに使用・配布資料を提出しプログラムの承認を得ること。また、全ての配布物は事前に許可を得ること。

9 委託内容

(1) プログラムの目的

認知課題と運動課題の両方を同時に行うことにより、心身機能を効率的に高め、それらの課題を習得する。

(2) 対象者

横須賀市内に住所を有する 65 歳以上の者。

(3) 実施回数、定員および日程（別紙 3）

1 コース全 5 回を 6 コース。定員は 1 コース 30 名。

日程に変更が生じる場合は、甲乙双方協議のうえ定める。

(4) 参加者情報

開催初日の 10 日前までに、甲が参加者の氏名・年齢を記載した名簿（別紙 4）を作成し、乙に郵送する。参加者のキャンセルや欠席の連絡は甲から乙へは FAX 送信（別紙 5）、乙から甲へは日誌（別紙 6）に欠席者名をカナで記載する。

(5) 実施時間

教室委託時間は 3 時間とし、会場準備や受付等事前準備に 60 分、教室運営に 90 分、会場片付けに 30 分とする。教室運営の時間配分についてはプログラム概要（別紙 7）を参照すること。

(6) プログラム内容

「認知症予防マニュアル（国立長寿医療研究センター）」に基づくプログラム概要（別紙 7）に沿ってプログラムの詳細を計画し、参加者への配布資料を作成すること。その内容は自宅での継続だけでなく、内容を習得し地域での活動に生かせるような内容とする。また、運動強度については十分に注意し、マスク着用でも息苦しくない程度に行うこと。なお、一般介護予防事業アンケート（別紙 8）は最終日に実施すること。

(7) プログラム評価

各回の教室参加者数と一般介護予防事業アンケート（別紙 8）と併せ、入門介護予防教室実施後アンケート（別紙 9）を基に甲乙両者が立会いの下、話し合いにて評価する。

(8) ファイブ・コグ検査について

①検査用 DVD と検査用紙については、乙が準備をする。

②乙は、検査用 DVD をプロジェクターで映写して、参加者が視聴できるように機材を準備すること。

③検査は、概ね 50 分で実施すること。

④乙は、検査終了後すみやかに所定のフォーマットにデータを入力し、検査用紙と一緒に甲へ送付すること。

(9) その他

開始前に参加者の体調を確認すること。また、指導員・補助員はウイルス等の感染予防に努め、マスク等を着用し指導を行うこと。(別紙 2)

補助員は指導員の補助業務と参加者にとって安全で効果的な教室になるよう支援すること。

「健康状態の質問票」(別添 1) を開始時に回収すること。(1、2 枚目は回収し、3 枚目を本人に渡す) また、「体調チェックシート」(別紙 10) は毎回提出してもらい、名簿(別紙 4) へ転記する。“身体で気になるところ” が“ある” の場合には、「体調チェック表」(別紙 11) へ転記する。「体調チェックシート」(別紙 10) は、最終日に回収する。

10 報告

(1) 乙は毎回の教室実施報告を、教室日誌(別紙 6) をもって、翌日までに FAX で甲に報告する。

(2) 乙は 1 コース終了月の翌月末日までに、教室日誌(別紙 6) と名簿の原本、認知症予防教室業務委託報告書(別紙 12)、一般介護予防事業アンケート(別紙 8)、一般介護予防事業アンケート集計表(別紙 13)、健康状態の質問票(別添 1)(3 枚複写の 1、2 枚目)、「体調チェックシート」(別紙 10)、「体調チェック表」(別紙 11) を郵送等により甲に報告しなければならない。

(3) 事業の運営に関する事項

甲は、事業の運営に関する事項について、必要に応じて乙に報告を求めると共に調査することができる。その結果、必要と認めるときは乙に必要な措置を指示することができる。

11 委託料について

(1) 委託料の支払いは、全コース終了後に完了届(別紙 14) と一般介護予防事業実施後アンケート(別紙 9) の提出による検査終了後、認知症予防教室業務委託請求書(別紙 15) の提出により、委託料を支払うこととする。ただし、消費税として精算額に、税率相当額を加算するものとする。

(2) 原則、1 コース全てを中止した時は、教室管理料のみ支払うこととし、必要時に甲、乙双方協議する。

12 緊急時の対応と安全管理体制

(1) 傷害保険

参加者を対象とした、事業参加中及び往復途上を補償する傷害保険（補償内容は、死亡・後遺障害保険金額1人あたり300万円、入院保険金額日額1人あたり4,000円、通院保険金日額2,000円、往復途上傷害危険担保特約以上）に加入すること。

(2) その他

乙は、常に参加者の安全の確保と事故防止に留意し、万一不測の事態が生じた場合は、「委託業務安全管理マニュアル」（別紙16）に沿って対応すること。

13 天候による中止について

天候など不測の事態で実施できないと判断した場合、当日の8時30分までに甲が判断し乙に連絡する。ただし、土日祝日が開催日の場合は直近の開庁日の17時までに甲が判断し乙に連絡する。当日乙は教室開始予定時刻から30分程度会場にて1名以上で待機し、来場した参加者に中止の旨を伝え帰宅を促すこと。

14 会場・物品など

運動に使用する物品等（マイクも含む）及び資料、ラダー、文房具等については、乙が準備する。また、マイクは必ず用意し、高齢者が受講しやすい環境を作ること。

15 個人情報について

「個人情報の取り扱いに関する特記事項」（別紙17）を遵守すること。

16 その他

- (1) この仕様書に定めない事項またはこの仕様書の解釈について疑義が生じた時は、甲、乙双方の協議のうえ定めるものとする。
- (2) 乙は、甲との連絡調整にあたる事業担当責任者を定めること。
- (3) 履行期間満了日までに、委託者と受託者の両者が合意し、本市議会において該当予算が承認された場合、翌年度の4～6月開始分の認知症予防教室は2コース程度、本契約と同条件で契約する予定。なお、受託者が当該契約を締結する意思がない場合等については、履行期間満了日の1か月前までに通知すること。

17 担当課・連絡先

横須賀市民生局健康部健康増進課 介護予防担当 電話 046 (822) 8135

会場の状況

	施設名	住所・電話	会場	会場の広さ	備品 (椅子、机等)	交通機関	駐車場	受付
1	衣笠コミュニティセンター	横須賀市 公郷町2-11 TEL:852-3596	多目的室 (3階)	153.0㎡	長机 椅子 マイク	JR衣笠駅より徒歩8分 京急バス「衣笠十字 路」より徒歩3分	24台 衣笠行政センター と共用	2階コミセン受付 に申し出
			体育館 (2階)	384.75㎡	長机(4つ) 椅子 マイク			
2	久里浜コミュニティセンター	横須賀市 久里浜6-14-2 TEL:834-1471	第1・2会 議室 (3階)	117.6㎡	長机 椅子 マイク	京急久里浜駅より徒歩 10分 JR久里浜駅より徒歩13 分	5台	1階コミセン受付 に申し出
			集会室 (3階)	244㎡	長机 椅子 マイク コンポ			
3	ウェルシティ市民プラザ	横須賀市 西逸見町1-38 -11 TEL:822-4830	第1学習室 (5階)	164㎡	机 椅子 マイク	JR横須賀駅・京急逸見 駅より徒歩5分	185台 有料	4階生涯学習財団 受付に申し出
			市民ホール (2階)	304㎡	長机 椅子 マイク			
4	浦賀コミュニティセンター	横須賀市 浦賀5-1-2 TEL:841-4155	会議室 (2階)	87.69㎡	長机 椅子 マイク	京急浦賀駅から徒歩7分	26台 浦賀行政センター と共用	2階コミセン受付 に申し出
			集会室 (3階)	369.08㎡	長机 椅子 マイク			
5	北下浦コミュニティセンター	横須賀市 長沢2-7-7 TEL:848-0411	第1・2学 習室 (2階)	112.00㎡	長机 椅子 マイク	京急長沢駅から徒歩10 分	22台 北下浦行政セン ター と共用	2階コミセン受付 に申し出
			集会室 (3階)	327.80㎡	長机 椅子 マイク			

1 施設の利用概要

- ・ 事業担当者は必ずマスクを着用する。
- ・ 施設入場口で手指消毒（又は石けん手洗い）をする。
- ・ 「健康チェックシート」から、“体温”を「参加者名簿」に転記する。また、チェック項目と会場での血圧・脈拍測定から、体調不良の有・無を判断し、“有”の場合には、運動の参加を見送り、見学参加までとする。教室の途中で体調不良者が出た場合には、健康長寿課へすぐに連絡する。なお「健康チェックシート」は、最終日に回収する。
- ・ 3つの密（密閉、密集、密接）の発生を避けるために、各施設のフロアー、部屋ごとに利用者数を制限し、それに応じて椅子や机を適切に配置する。目安として座席は前後左右2m以上の間隔は空ける。また、立位時でも前後左右2m以上の間隔を確保する。至近距離での会話や発声は避け、密接の場面を作らない。
- ・ 換気のため2つ以上の窓を同時に開ける。あるいは入口を開けるようにする。

2 施設で開催する教室

- ・ 運動の際には、極力参加者同士が向き合わないよう横並びにする。
- ・ ウォーキングのように場所を移動する運動は避け、同じ場所で実施可能な内容とする。
- ・ マスクは装着したまま実施する。息が上がり易いため、運動の負荷量には十分注意し、無理はしない。
- ・ 呼吸が激しくなるような高負荷の運動は避ける。
- ・ こまめに水分補給を行い、熱中症に十分注意する。

3 スタッフの準備

- ・ スタッフ全員の活動前後の体温チェックを徹底する。（熱発者は参加停止、数日間続くようなら医療機関などに相談）
- ・ スタッフの家族等、同居者に感染者や感染者への接触があることが判明した場合は、即刻参加停止とし、他のスタッフとの接触について正確な実態把

握を行う。

- ・ 感染者情報に接した場合(保健所からの通知・本人からの申告)は、即時に健康長寿課へ報告する。(求められる情報の速やかな開示)
- ・ スタッフがマスクやフェイスシールドを着用することの告知をする。

4 感染対策

- ・ 施設入場口でアルコール製剤等を配置し、手指消毒（又は 30 秒かけて石けんと流水で手洗い）を徹底する。
- ・ 血圧測定で、上腕式血圧計では腕に帯を巻いて、また手首式では手首に付けて測定する際に、機器に直接肌が触れないようにあらかじめラップを身体に巻いて測定する。または、測定直後にアルコール製剤等で肌が触れた部分の清拭を行う。
- ・ 退出の際は、机、いす、ドアノブ、照明のスイッチ等を、施設の使用規則に準じて清拭を行う。

5 事業者が準備するもの

マスク、アルコール製剤等（石けんで手洗いが出来ない場合を想定し、予備として携帯できるもの）、マイク&スピーカー、体温計、血圧計、ラップ
※フェイスシールド（必要時）

6 参加者の持ち物

健康状態の質問票・健康チェックシート（予め記入したもの）、マスク、水分補給用飲み物、筆記用具

横須賀市民生局福祉部健康増進課 介護予防担当

令和4年4月1日 作成

【令和4年度「認知症予防教室」日程】

	会場		1回目	2回目	3回目	4回目	5回目
1	衣笠コミセン (多目的室、体育館)	7・8月 水曜	7月6日	7月13日	7月20日	7月27日	8月3日
2	久里浜コミセン (第1・2会議室、集会室)	8・9月 金曜	8月19日	8月26日	9月2日	9月9日	9月16日
3	ウェルシティ市民プラザ (第1学習室、市民ホール)	9・10月 木曜	9月22日	9月29日	10月6日	10月13日	10月20日
4	浦賀コミセン (会議室、集会室)	10・11月 月曜	10月31日	11月7日	11月14日	11月21日	11月28日
5	衣笠コミセン (多目的室、体育館)	11・12月 金曜	11月18日	11月25日	12月2日	12月9日	12月16日
6	北下浦コミセン (第1・2学習室、集会室)	1・2月 木曜	1月19日	1月26日	2月2日	2月9日	2月16日

会議室等 体育室等 体育室等 体育室等 体育室等

*実施時間：10：00～11：30（受付開始 9：30～）

*定員：各30人

*1回目にファイブコグ検査を実施。

参加者名簿

(別紙4)

教室名：認知症予防教室			会場名：					備考
氏名	年齢	健康 チェック	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	
			1		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/
/	/	/				/	/	
°C	°C	°C				°C	°C	
有・無	有・無	有・無				有・無	有・無	
2		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
3		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
4		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
5		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
6		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
7		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
8		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
9		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
10		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

参加者名簿

(別紙4)

教室名：認知症予防教室			会場名：					備考
氏名	年齢	健康 チェック	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	
11			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
12			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
13			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
14			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
15			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
16			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
17			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
18			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
19			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
20			血压	/	/	/	/	/
			脈拍					
			朝の体温	°C	°C	°C	°C	°C
			体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無

参加者名簿

(別紙4)


教室名：認知症予防教室			会場名：					備考
氏名	年齢	健康 チェック	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	
			21		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/
/	/	/				/	/	
°C	°C	°C				°C	°C	
有・無	有・無	有・無				有・無	有・無	
22		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
23		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
24		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
25		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
26		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
27		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
28		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
29		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
30		血压 脈拍 朝の体温 体調不良	/	/	/	/	/	
			/	/	/	/	/	
			°C	°C	°C	°C	°C	
			有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
計								

F A X 送 信 票

発信年月日	令和 年 月 日
-------	----------

送 付 先	あて先
	様

送信枚数	1枚(送信票を含む)
------	------------

発 信 元	横須賀市 民生局 健康部 健康増進課 介護予防担当 発信者 () 電 話 046-822-8135 (直通) F A X 046-822-4302	 横須賀が好み! YOKOSUKA CITY SINCE 1907
-------------	---	---

内 容	いつもお世話になっております。 月 日の「認知症予防教室 会場」 様 (欠 席 ・ キャンセル)の連絡がありました。 理由 <input type="checkbox"/> 体調悪化() <input type="checkbox"/> 用事あり() <input type="checkbox"/> その他() よろしく願いいたします。
--------	---

送信先 健康増進課 宛 FAX番号 046-822-4302

令和4年度 認知症予防教室日誌

実施日	年 月 日 ()		
時間	時 分～ 時 分 (受付 時 分～)		
会場			
従事者名	健康運動指導士		
	補助員		
参加人数	人	欠席人数	人
指導内容			
備考			

プログラム概要

*運動強度の設定は参加者の状況に十分留意した上で、マスクをしても苦しくない程度とする。

*マスク着用のため、プログラム以外でも休憩と水分補給はこまめに入れてもよい。

*介護予防DVDは、市より提供します。

回	内容	メモ	時間
第1回	オリエンテーション	教室の趣旨説明、流れ、「健康状態の質問票」の回収	10
	ファイブ・コグ検査	検査の実施	50
	認知症の正しい理解①	認知症サポーター養成講座(前半)	30
第2回	オリエンテーション	全教室の流れ、 ホームワークについて	5
	認知症の正しい理解②	認知症サポーター養成講座(後半)	30
	運動強度の確認	心拍数計測と目標心拍数の設定	5
	休憩		10
	ストレッチ	準備体操	10
	軽度の筋トレ等	足踏みと運動強度の確認	15
	介護予防DVD、横須賀市WEB介護予防教室の紹介	QRコードの使い方なども含めて紹介する	10
	オリエンテーション	ホームワークの指導	5
第3回	オリエンテーション	ホームワークの振り返り等	5
	健康行動講座	身体活動や運動のメリット・デメリットに気付く	15
	ストレッチ 軽度の筋トレ等	準備体操を兼ねる	15
	休憩		10
	コグニサイズ	ステップ等	15
	軽度の有酸素運動	ウォーキング方法	10
	介護予防DVD視聴	栄養・口腔	15
	オリエンテーション	ホームワークの指導	5

第4回	オリエンテーション	ホームワークの振り返り等	5
	ストレッチ 軽度の筋トレ等	準備体操を兼ねる	20
	軽度の有酸素運動	足踏み、リズム体操等	15
	休憩		10
	コグニサイズ	ラダーやウオーキング等	20
	介護予防DVD視聴	運動・こころ	15
	オリエンテーション	ホームワークの指導	5
第5回	オリエンテーション	ホームワークの振り返り等	5
	ストレッチ 軽度の筋トレ等	準備体操を兼ねる	20
	コグニサイズ	ステップの復習	15
	休憩		10
	コグニサイズ	ラダーやウオーキング等の復習	15
	まとめ	ファイブ・コグ検査結果説明、継続性について講話	25



一般介護予防事業アンケート



今後の事業の参考にさせていただきますので、アンケートにご協力ください

氏名 _____ 年齢: _____ 歳 性別: 男性・女性

1、教室に参加しようと思った理由の該当番号を○で囲んでください

- ①教室に興味があった ②心配や悩みがあった ③仲間づくりをしたい
- ④知人に誘われた ⑤その他 [_____]

2、この教室をどちらで知りましたか？ ○で囲んでください

- ①広報 ②ホームページ ③ポスターやチラシ ④紹介 ⑤その他 [_____]

3、今回の教室内容は理解できましたか？ ○で囲んでください

- ①できた ②まあまあできた ③あまりできなかった ④できなかった

4、今回の教室内容は役に立ちますか？ ○で囲んでください

- ①役に立つ ②まあまあ役に立つ ③あまり役に立たない ④役に立たない

5、教室参加前と比べ、健康維持のために心がけるようになりましたか？

教室参加前と後で実施しているものについて、全て○を付けてください

	参加前	参加後
①ウォーキング・ラジオ体操などを行っている		
②食事に気を付けている		
③口の中を清潔にしている		
④規則的な生活をしている		
⑤定期的に健康診査を受診している		
⑥十分な休養や睡眠をとっている		
⑦お酒を飲みすぎない		
⑧煙草を吸わない、または本数を減らしている		

6、その他、感想等をご記入ください

[_____]

ご協力ありがとうございました

一般介護予防事業実施後アンケート【事業者用】

今後の事業の参考にさせていただきますので、アンケートにご協力ください

1、教室名

2、実績 (定員: 人)

会場名	コース数	回数	総回数	実人数	延人数

3、教室の仕様書はわかりやすい内容になっていますか。○で囲んでください

わかりにくい ・ ややわかりにくい ・ ややわかりやすい ・ わかりやすい

4、教室の目的と参加者の目的は一致していると思いますか。○で囲んでください

していない ・ ややしていない ・ ややしている ・ している

5、教室内容は目的の達成に資する内容でしたか。○で囲んでください

達成しなかった ・ やや達成しなかった ・ まあ達成した ・ 達成した

6、教室内容について、実施していかがでしたか。○で囲んでください

改善すべきである ・ 改善したほうがよい ・ まあ改善しなくてもよい ・ 改善しなくてよい

↓
【改善点をご記入ください】

7、次年度の課題を記入して下さい

8、その他、意見・感想をご記入ください

※ 毎回 朝 ご自宅で記入し、会場へお持ちください

健康増進課 介護予防担当


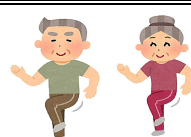


ご自宅を出る前に
体調確認を
しましょう

体調チェックシート (参加者用)

教室名：認知症予防教室

会場：□神奈川歯科大学

□ウェルシティ市民プラザ

NO.	氏名：		
	第1回	第2回	第3回
 体温測定 朝、ご自宅で測ってください	. °C	. °C	. °C
	<input type="checkbox"/> 平熱です	<input type="checkbox"/> 平熱です	<input type="checkbox"/> 平熱です
せきのど 咳・喉の痛み	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
頭痛	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
身体のだるさ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
息苦しさ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
味覚・嗅覚	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない
ご家族の体調	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない
	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います
 身体で 気になる ところ  内容例：右膝に体重 をかけた時、痛くな ります。整形の先生 からは、適度な運動 なら行っても構わな いと言われました。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容




ご自宅を出る前に
体調確認を
しましょう

体調チェックシート（参加者用）

教室名：認知症予防教室

会場：□神奈川歯科大学

□ウェルシティ市民プラザ

NO.	氏名：		
	第4回	第5回	備考
 体温測定 朝、ご自宅で測ってください	. °C	. °C	
	<input type="checkbox"/> 平熱です	<input type="checkbox"/> 平熱です	
せき のど 咳・喉の痛み	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	
頭痛	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	
身体のだるさ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	
息苦しさ	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない	
味覚・嗅覚	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない	<input type="checkbox"/> 味・においが しない等の 異常はない	
ご家族の体調	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない	<input type="checkbox"/> 体調が悪い家族は いない	
	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います	↑上記のチェックと 血圧・脈拍測定とで、 参加の判断を行います	
 身体で 気になる ところ 内容例：右膝に体重 をかけた時、痛くな ります。整形の先生 からは、適度な運動 なら行っても構わな いと言われました。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 内容	

認知症予防教室業務委託報告書

年 月 日				
(あて先) 横須賀市長				
所在地 受託事業者 名称 代表者氏名				
教室名				
実施会場				
実施回数	回			
実参加人数	人			
延参加人数	人			
合計指導者数	健康運動指導士等	人		
	補助員	人		
実施実績				
	実施日	参加人数	欠席者数	指導者数
1	令和 年 月 日	人	人	人
2	令和 年 月 日	人	人	人
3	令和 年 月 日	人	人	人
4	令和 年 月 日	人	人	人
5	令和 年 月 日	人	人	人

一般介護予防事業アンケート集計表

教室

会場

性別と年齢

	65-69	70-74	75-79	80-	無回答	合計
男						
女						

1、教室に参加しようと思った理由

①	②	③	④	⑤	無回答	合計

・
・
・

2、教室を知ったきっかけ

広報	ホームページ	ポスター等	紹介	その他	無回答	合計

・
・
・

3、教室内容の理解について

できた	まあまあ できた	あまり できなかった	できなかった	無回答	合計

4、教室内容が役立つかどうか

役に立つ	まあまあ 役に立つ	あまり役に 立たない	役に 立たない	無回答	合計

5、教室参加前後の健康維持について

	参加前	参加後
①ウオーキング・ラジオ体操などを行っている		
②食事に気を付けている		
③口の中を清潔にしている		
④規則的な生活をしている		
⑤定期的に健康診査を受診している		
⑥十分な休養や睡眠をとっている		
⑦お酒を飲みすぎない		
⑧煙草を吸わない、または本数を減らしている		

6、感想等

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

完了届

(一般委託・物件修繕)

<input type="checkbox"/> 完了	回 回
<input type="checkbox"/> 分割払第	
<input type="checkbox"/> 部分払い	

契約 番号	
----------	--

令和 年 月 日																																	
(あて先)横須賀市長																																	
住所																																	
氏名 (印)																																	
施行場所																																	
契約金額	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">億</td> <td style="width: 10%;">千</td> <td style="width: 10%;">百</td> <td style="width: 10%;">十</td> <td style="width: 10%;">万</td> <td style="width: 10%;">千</td> <td style="width: 10%;">百</td> <td style="width: 10%;">十</td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	億	千	百	十	万	千	百	十	円																							
億	千	百	十	万	千	百	十	円																									
契約年月日	年 月 日																																
履行期間	自 年 月 日 至 年 月 日																																
完了年月日	年 月 日																																
件名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">契 約</th> <th colspan="2">既 完 了</th> <th colspan="2">今 回 完 了</th> <th colspan="2">契 約 残</th> </tr> <tr> <th>数 量</th> <th>金 額</th> <th>数 量</th> <th>金 額</th> <th>数 量</th> <th>金 額</th> <th>数 量</th> <th>金 額</th> </tr> </table>	契 約		既 完 了		今 回 完 了		契 約 残		数 量	金 額	数 量	金 額	数 量	金 額	数 量	金 額																
	契 約		既 完 了		今 回 完 了		契 約 残																										
数 量	金 額	数 量	金 額	数 量	金 額	数 量	金 額																										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	1	円	円	円	円	円	円	円	2								3								合 計							
1	円	円	円	円	円	円	円																										
2																																	
3																																	
合 計																																	

※ 契約、既完了、契約残欄は、単価契約の場合又は総価契約で分割払又は部分払する契約の場合に記入する。
 長期継続契約は当該年度に係る数量、金額を記入する。

検 査 書

課長	係長・主査	担当者
課長	係長・主査	担当者

検査年月日	令和 年 月 日
監督員	(所属、氏名)
検査員	(所属、氏名)
立会人	(所属、氏名)
(記事欄)	

備考 完了届に責任者及び担当者の氏名並びに連絡先(電話番号)を記載した場合は、完了届の押印を省略することができます。

認知症予防教室業務委託請求書

年 月 日
(あて先) 横須賀市長
所在地 受託事業者 名称 代表者氏名
(印)
認知症予防教室業務委託料として、下記の通り請求します。

請 求 金 額							円
項 目	1コースの 人員	コース数	数量	単位	単価	金額	
教室管理費	/						
指導員人件費 (健康運動指導士等)							
指導員人件費 (補助員)							
小 計							
消 費 税							
合 計							

委託事業安全管理マニュアル

1 緊急時の連絡先

市役所開庁時 健康増進課介護予防担当 046-822-8135

2 運営上の安全管理

事業を実施する施設にはAED(自動体外式除細動器)を設置することが望ましい。また、AEDの所在場所を標識等により明示し、担当する職員が、必要な時に正しく救命活動ができるように救急法及びAED使用法の講習を受講するよう努めるものとする。また、契約時に事業者の加入保険の内容がわかる書類の添付を求めることとする。

(1) プログラムの前の留意点

プログラムを行う前の状態チェックで、以下に該当する場合は運動を実施しない。

- ・安静時に収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg以上である場合
- ・安静時脈拍数が110拍/分以上の場合
- ・いつもと異なる脈の不整がある場合
- ・関節痛、腰痛などの慢性的な症状の悪化がある場合
- ・その他、発熱、体調不良などの自覚症状を訴える場合

(2) 事業参加の事前注意

また、以下の項目を参加者に周知する。

- ・運動直前の食事を避ける
- ・水分補給を十分に行う
- ・睡眠不足、体調不良の時は無理しない
- ・身体に何らかの変調がある場合には従事者に伝える(感冒、胸痛、頭痛、めまいなど)

(3) プログラム提供中の留意点

運動中の事故防止に心がけることと併せて、正しい運動姿勢の保持に配慮しながら実施する。また、実施中の水分補給はきわめて重要であるので、必ず中間で水分補給の時間をとるようにする。

なお、実施中に以下の自覚症状や他覚所見に基づく安全確認を行う。

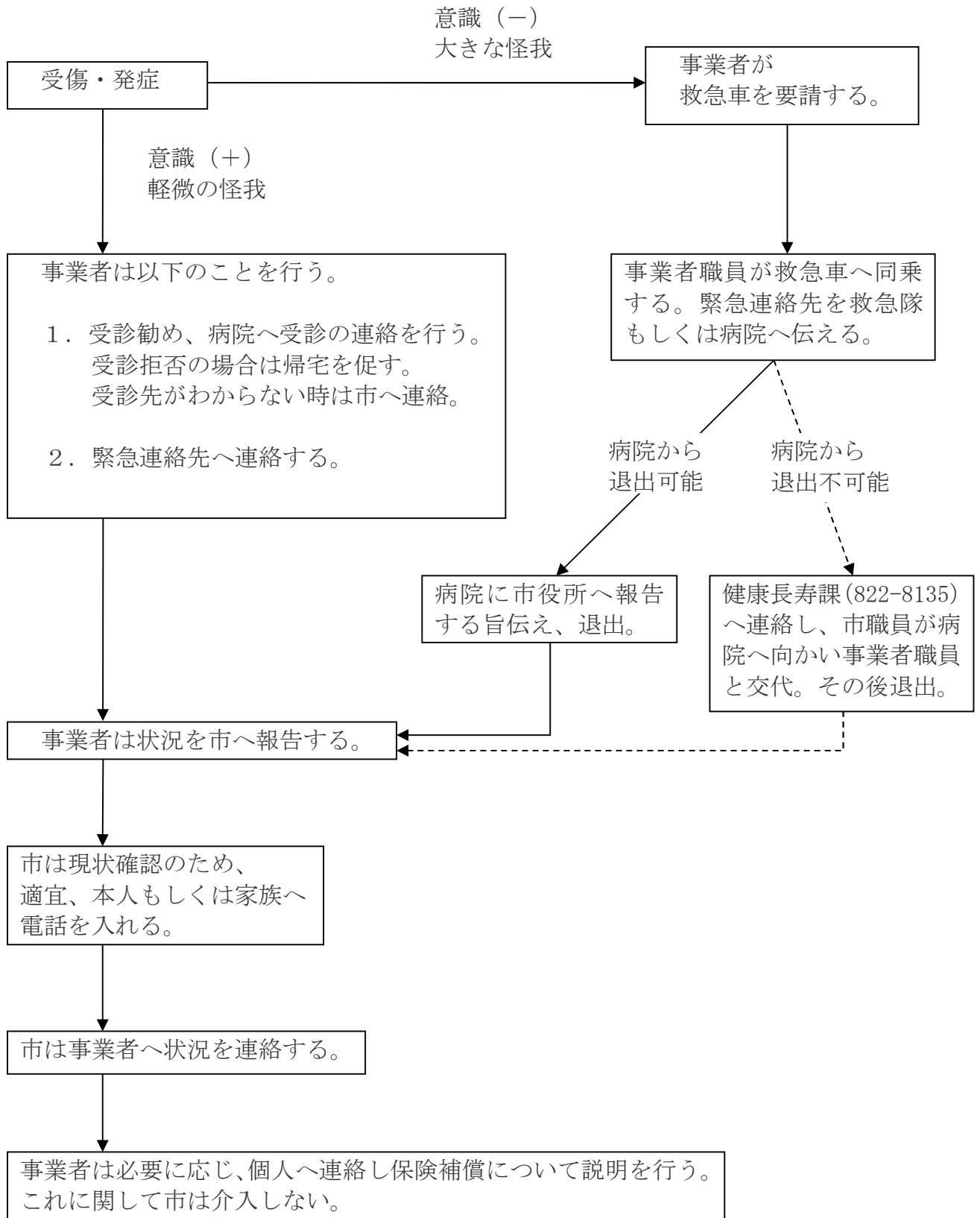
- ・顔面蒼白 ・冷や汗 ・吐き気 ・嘔吐 ・脈拍、血圧

(4) プログラム終了後の留意点

終了後は、しばらく参加者の状態を観察する。以下の状態にある場合は、医療機関受診など必要な処置をとる。

- ・安静時に収縮期血圧180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg以上である場合
- ・安静時脈拍数が110拍/分以上、または50拍/分以下の場合
- ・いつもと異なる脈の不整がある場合
- ・その他、体調不良などの運動中の留意点にある自覚症状を訴える場合

3 緊急時の対応



個人情報の取扱いに関する特記事項

(個人情報を取り扱う際の基本的事項)

第1条 受託者（以下「乙」という。）は、個人情報の保護の重要性を認識し、業務に関して個人情報を取り扱うときは、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適正に取り扱わなければならない。

(適正な管理)

第2条 乙は、個人情報の漏えい、滅失、改ざん、き損及びその他の事故を未然に防止するため必要な措置を講じなければならない。

2 乙は、個人情報の取扱いに関する責任体制を整備し、管理責任者を定めなければならない。

3 乙は、個人情報の保管にあたっては、この契約による業務により取得した個人情報とそれ以外の個人情報を明確に区分し、管理しなければならない。

(管理責任者等の教育及び研修)

第3条 乙は、個人情報の保護及び情報セキュリティに対する意識の向上を図るため、管理責任者及び従事者に対し、横須賀市個人情報保護条例第14条（受託者等の責務）、第32条及び第33条（罰則）の内容並びに本特記事項において従事者が遵守すべき事項その他この契約による業務の適切な履行に関し必要な事項について、教育及び研修を実施しなければならない。

(秘密の保持)

第4条 乙は、個人情報の内容を第三者に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

2 乙は、この契約による業務の処理の従事者が個人情報を管理責任者の承諾を得ることなく事務所以外の場所に持ち出し、又は不適切な取扱いにより第三者に漏らすことのないように、必要かつ適切な監督を行わなければならない。

(収集の制限)

第5条 乙は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、その目的を明確にし、当該目的の達成に必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により収集しなければならない。

(目的外利用等の禁止)

第6条 乙は、委託者（以下「甲」という。）の指示又は承諾があるときを除き、この契約による業務の目的以外の目的に個人情報を利用し、又は第三者に提供してはならない。

(複写等の禁止)

第7条 乙は、あらかじめ甲の指示又は承諾があった場合を除き、業務を実施するために甲から提供された個人情報を複写し、又は複製してはならない。

(資料等の返還)

第8条 乙は、この契約による事務を処理するために甲から貸与され、又は乙が収集し、複製し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等を、この契約が終了し、又は解除された後直ちに甲に返還し、又は引き渡し、若しくは消去しなければならない。ただし、甲が別に指示したときは、当該方法によるものとする。

2 乙は、前項の規定により電子記録媒体に記録された個人情報を消去する場合は、当該個人情報が復元できないように確実に消去しなければならない。

3 乙は、前項の規定により個人情報を消去した場合は、当該個人情報を消去した旨の報告書を甲に提出しなければならない。

(再委託の禁止等)

第9条 乙は、個人情報の処理を自ら行うものとし、第三者にその処理を委託（以下「再委託」という。）してはならない。ただし、書面により甲の承諾を得た場合は、この限りでない。

2 乙は、個人情報の処理を再委託する場合及び再委託の内容を変更する場合は、あらかじめ次の各号に規定する事項を記載した書面を甲に提出し、前項ただし書きの承諾を得なければならない。

(1) 再委託の相手方

(2) 再委託を行う業務の内容

(3) 再委託で取り扱う個人情報

(4) 再委託の期間

(5) 再委託が必要な理由

(6) 再委託の相手方における責任体制及び管理責任者

(7) その他甲が必要と認める事項

3 乙は、前項の規定により個人情報を取り扱う事務を再委託の相手方（以下「再受託者」という。）に取り扱わせる場合には、乙と再受託者との契約内容に関わらず、再受託者の当該事務に関する行為について責任を負うものとする。

4 乙は、再委託契約において、再受託者に対する監督及び個人情報の安全管理の方法について具体的に指示しなければならない。

5 乙は、この契約による業務を再委託した場合は、その履行を監督するとともに、甲の求めに応じて、再受託者の状況等を報告しなければならない。

(立入調査等)

第10条 甲は、個人情報を保護するために必要な限度において、乙に対し、個人情報を取り扱う事務について管理状況の説明若しくは資料の提出を求め、又は乙の事務所に立ち入ることができる。

2 乙は、甲から個人情報の取扱いに関して改善を指示されたときは、その指示に従わなければならない。

(事故発生時等における報告)

第11条 乙は、個人情報の漏えい、滅失、き損及び改ざん等の事故（以下「漏えい事故」という。）が生じ、又は生ずるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従わなければならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

2 乙は、漏えい事故が生じた場合、当該事故の被害を最小限にするため、甲と協力して必要な措置を講じ、かつ、甲の指示に従わなければならない。

(補則)

第12条 乙は、この契約における個人情報の取扱いについて疑義が生じたときは、甲と協議し、その指示に従わなければならない。

住 所	〒 横須賀市		
ふりがな		性 別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	年	月	日 (歳)

《 健康状態の質問票 》

記入日 令和 年 月 日

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	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
2	毎日の生活に満足していますか	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満
3	1日3食きちんと食べていますか	① はい ② いいえ
4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	① はい ② いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	① はい ② いいえ
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	① はい ② いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなって来たと思いますか	① はい ② いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか	① はい ② いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	① はい ② いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていませんか	① はい ② いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	① はい ② いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた
13	週に1回以上は外出していますか	① はい ② いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	① はい ② いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	① はい ② いいえ

*記入もれがないか、ご確認をお願いします。