

急性期治療終了後の在宅復帰者に対する受益者負担による運動支援の試験実施 に関する委託事業 仕様書

1. 対象者

神戸市在住で、市民病院機構 3 病院（中央市民病院・西市民病院・西神戸医療センター）にて心疾患、呼吸器疾患、がん等の内部障害に対するリハビリ治療を行い、運動機能評価を受けたもののうち、在宅復帰後の運動継続のための運動処方を出された者（ただし、介護保険サービスの対象者を除く）及びそれに準ずる者。

2. 業務内容

(1) 予約の受付

受託事業者は、対象者から本事業の参加について事前申し込みがあれば、病院からの運動処方の有無や、下記の事項について確認し、参加日時を調整するものとする。対象者から聴取した内容は、受付後ただちに別紙 1 「予約受付時のチェックシート」・別紙 2 「記録票」を作成するものとする。

- ① 氏名、住所、生年月日等
- ② 運動処方を受ける原因となった疾患名
- ③ 病院から栄養指導を受けていれば、その内容。（指導内容が分かるものを持っている場合は、当日に持参するよう伝えること。）
- ④ 持病等の治療のため、市民病院機構 3 病院の医療機関を受診しているか。
- ⑤ 前項において医療機関を受診している場合、主治医から運動の制限を受けていないか。
- ⑥ その他、本事業の対象者であることの確認のために必要な事項。

(2) 利用料金の納入手続きの説明

受託事業者は、対象者から本事業の利用料金の納付方法について、以下の説明を行い、本事業の参加時には利用料金が支払われていることを確認する。

- ・ e-KOBE による納付
- ・ e-KOBE 利用不可である場合、本市で作成する納付書による納入

なお、受託事業者は、利用料金の支払状況を毎月確認するものとし、支払われていない場合は、対象者に支払手続きをするよう促すものとする。

※e-KOBE とは、神戸市の電子申請システムである。専用端末を神戸市から貸与し、本システムにより、利用料金の支払管理を行うものとする。

※対象者が本事業を利用する際は、利用料金 2,000 円／月を本市に支払うものとする。

※利用料金は原則として全て神戸市の歳入とする。

(3) 初回受付

受託事業者は、初回には、対象者に対し、事業内容の説明を行い、別紙 3 「申込書兼同

意書」への記載を求める。

また、別紙4「保健相談事前ヒアリングシート」の項目を聴取し、記載するほか、対象者が持参する病院からの指導内容が分かる資料や検査結果等の資料があれば、コピーをする。

(4) 運動指導

受託事業者は、本事業の参加者（以下、「参加者」という。）に対して、下記のとおり運動指導を実施するものとする。

- ① 指導期間は原則として1クール6ヶ月（1回/週の実施）とする。
- ② 病院が対象者に発行する運動処方に基づく、マンツーマンもしくは少人数での運動プログラムを提供する（歩行指導・筋力トレーニング指導など）。
- ③ 運動を始める前には、当日の体調（体温、血圧、自覚症状、等）を確認する。異常を認める際には、当日の運動を中止する。
- ④ 対象者が運動を行う際には、運動前・中・後に血圧測定を行うこととし、運動処方に記載されている範囲に血圧が収まっていることを確認する。
- ⑤ 対象者が運動を行っている際には、原則として対象者の近くで、顔色や発汗状況や呼吸状態の変化等について、定期的に確認する。
- ⑥ 運動習慣を継続するための動機付けと支援を行う。

(5) 栄養相談

受託事業者において、管理栄養士による栄養相談を実施できる場合は、参加者に対して、下記のとおり栄養相談を実施するものとする。

なお、栄養相談の実施が困難な場合は、別途本市が指定する栄養相談実施機関が栄養相談を実施するものとする。

- ① 栄養相談は、運動指導の開始時もしくは開始後速やかに初回相談を行い、その後は3カ月に1回、最大3回の相談を実施する。（初回、3ヶ月後、最終回）
- ② 栄養相談においては、参加者が運動可能な栄養状態にあることを確認し、適切な栄養管理が継続して行われるよう指導する。
- ③ 栄養相談の結果や参加者とのやり取りの中で得た参加者の健康に関する事項について記録する。

(6) 保健相談

参加者に対して、市保健師による保健相談の利用希望の確認を行う（1回/月）。利用希望があった場合や、記録票の記載等から市保健師が必要と判断した場合には、保健相談実施の調整を行う。

利用希望の有無等にかかわらず、6か月目（最終月）には必ず保健相談を実施するため、調整を行う。

(7) 測定（定期的）

受託事業者は、下記のとおり定期的に参加者の身体の測定を行うものとする。

- ① 腹囲・体重（初回・毎月）
- ② 体組成（初回・毎月）
- ③ 握力・6分間歩行距離（初回・毎月）
- ④ 自覚症状（初回・毎月）
- ⑤ その他、受託事業者が提案する項目

（8） データ管理等

受託事業者は、下記のとおり参加者に係るデータ管理等を行うものとする。

- ① 個人基本情報として、氏名、住所、生年月日等を管理する。
- ② 測定値を参加者毎に管理する。
- ③ 運動時の体調変化や対象者の発言内容で特に感じたこと等について、記録する。
- ④ 参加者への指導や説明に当たり、必要に応じて各種帳票や資料を作成する。
- ⑤ クール終了時点で個別に指導評価：測定値評価を行い、個別評価結果は参加者本人へ説明を行う。

（9） 関係機関との調整・情報共有

受託事業者は、下記のとおり関係機関との調整・情報共有を行うものとする。

- ① 対象者からの予約を受け付けた際には、別紙1「予約受付時のチェックシート」及び別紙2「記録票」を関係機関に対し、情報共有を行う。
- ② 本市が指定する栄養相談実施機関に栄養相談を依頼する場合は、栄養相談実施の調整を行う。なお、受託事業者において、管理栄養士による栄養相談を実施する場合は不要とする。
- ③ 初回受付後、速やかに別紙4「保健相談事前ヒアリングシート」及び、参加者が持参する病院からの指導内容が分かる資料や検査結果の資料の写しを関係機関に対し、情報共有を行う。
- ④ 市保健師による保健相談実施の調整を行う。
- ⑤ 参加者ごとにとりまとめた運動指導・栄養相談の記録及び測定データを実施翌月の15日までに関係機関に対し、情報共有を行う。なお、受託事業者において、管理栄養士による栄養相談を実施する場合は、栄養相談の記録の共有は不要とする。

<関係機関>

ア 神戸市健康局健康企画課

（連絡先）電話：078-322-6511 Eメール：kenkoukikaku@office.city.kobe.lg.jp

イ 栄養相談実施機関（栄養相談を受託事業者において実施する場合は不要）

（連絡先）別途提示

（10） 病院受診の勧奨等

受託事業者は、運動指導時の参加者の様子や運動機能測定結果により、体調の変化を感じた場合には、参加者に対して、主治医の診察を受けるよう勧奨するとともに、本人の同

意を得たうえで、関係機関と情報を共有する。

(1 1) 運動指導終了後の運動プログラムの提供

受託事業者は、本事業を終了した参加者が引き続き運動継続をされるよう、終了時に指導記録に基づいた運動プログラムを提供すること。

(1 2) 利用者アンケートの実施

受託事業者は、本事業の参加者に対し初回、3ヶ月後、最終回に利用者向けアンケートを実施すること。

(1 3) 適正な実施体制の検証への協力

受託事業者は、将来的に本事業を、委託費によることなく、自主的に運営できる体制を構築するために必要な経費や事業収入等について、神戸市とともに検証する。

(1 4) 指導効果の評価・検証と神戸市への報告

受託事業者は、6か月後の指導が終了している参加者への指導効果の評価・検証・分析し、神戸市へ提出する。

(1 5) 事業実績の神戸市への報告

受託事業者は、当該年度の運動指導終了後、事業実績を速やかに神戸市に報告し、次年度の実施体制に関する協議を行う。

(1 6) その他留意事項

- ① 本市からの依頼に応じ、事業実施に係る会議・研修等に参加すること。
- ② 本市からの依頼に応じ、事業実施状況に関する調査に協力すること。

3. 履行場所

健康ライフプラザ 4階内

4. 実施期間

令和6年6月1日（予定）～令和7年3月31日

※事業開始日は準備期間を考慮して令和6年6月1日を想定しているが、受託事業者の選定後、協議により決定するものとする。

※次年度以降については、本委託事業に係る予算の成立に合わせて、最大5年間（令和11年3月末まで）の契約の更新を行う場合がある。

※令和7年度以降の実施においては、前年度までの実施状況をふまえ、事業内容等の見直しを行う場合がある。

5. 委託料

(1) 受託事業者は、参加者の毎月の運動指導・栄養相談に係る委託料について、請求書に必要な事項を記載し、翌月 20 日までに神戸市に請求するものとする。

神戸市は履行確認の後、受託事業者からの請求書を受理し、速やかに当該委託料を受託事業者に支払うものとする。

(2) 前項の請求にあたっては、受託事業者は、請求に係る運動指導・栄養相談の実施人数を神戸市に報告するものとする。

※ただし、受託事業者において、栄養相談を実施しない場合は、栄養相談の実施に係る報告・請求は行わないものとする。

6. 特記事項

上記に記載のない事項については、神戸市と受託事業者とで協議のうえ、決定するものとする。

予約受付時のチェックシート(案)

□ 氏名、生年月日、住所区、連絡先	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所区	区
	連絡先	— —
□ 運動処方を受ける原因となった疾患名	疾患名	
□ 持病の治療のために、市民病院以外の医療機関を受診しているか	有 ・ 無	
□ 受診している場合、主治医から運動の制限を受けていないか	有の場合	運動制限を受けている場合は事業の利用ができない旨説明
	無の場合	特になし
□ 病院からの栄養指導の内容が分かるものを持っているか	有の場合	当日持参するよう依頼
	無の場合	特になし
□ 利用希望日時	日付	月 日 ()
	時間帯	～

記録票(案)

フリガナ				生年月日
氏名				年 月 日 (歳)
フリガナ				
住所				
電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)			
緊急連絡先	(- -) (続柄:)			
かかりつけ医	医院名		連絡先	
疾患名				家族構成
初回予約時	初回予約日: 年 月 日 () 時間帯: : ~ 病院からの栄養指導の内容が分かる書類の有無 (有 ・ 無) 当日同行者の有無 (有 ・ 無) (続柄:)			
基礎情報	初回測定日: 年 月 日 身長 (cm) 体重 (kg) BMI () 筋肉量 (kg) 体脂肪率 (%)			
指導・相談の内容など	保健相談	初回実施日: 年 月 日 担当 ()		
	栄養相談	初回実施日: 年 月 日 担当 () <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 低栄養リスク <input type="checkbox"/> 過栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	運動支援	初回実施日: 年 月 日 担当 ()		

指導・相談の内容	年 月 日 保・栄・運 担当()
	年 月 日 保・栄・運 担当()
	年 月 日 保・栄・運 担当()
	年 月 日 保・栄・運 担当()
	年 月 日 保・栄・運 担当()

保健相談事前ヒアリングシート（案）

	ヒアリング項目	利用者回答	備考
既往歴	何きっかけで治療に至ったか		
	入院期間		
	治療経過		
	手術内容		
	現在の治療・現在の内服薬		
	主治医		
	検査データ		
	既往歴		
	かかりつけ医		
	アレルギー		
生活歴	1日のスケジュール		
	仕事の時間		
	移動方法		
	習慣化していること		
	仕事内容		
	普段の運動		
	普段の食事		
	気を付けていること 睡眠とれているか		
家族構成	独居・同居		
	マンション・戸建て		
	誰が食事を作るか？		
その他	入院前との変化		
	本事業に参加してみようと思った経緯		
希望有無	保健師による保健相談の希望有無		

■想定事業フロー

