

仕様書(案)

1 契約件名 令和8年度福岡市健康運動指導士派遣業務委託

2 履行場所 福岡市内の以下のエリア ※西区能古、大字小呂島、大字玄界島は除く

エリア	〇〇区
-----	-----

3 履行期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

4 事業の趣旨・概要

地域で主体的に介護予防に取り組む住民団体の活動継続の一助となるよう、健康運動指導士が住民団体の活動場所に出向き、団体のニーズに応じて介護予防に資する講話や運動実技指導などの技術支援を行う。

5 対象

当該行政区内で活動する、概ね 65 歳以上の高齢者からなる住民団体

6 予定派遣回数(年間)

1 名派遣〇回、2 名派遣〇回

7 派遣日時など

(1)講座開始時間は、平日の9時から16時の間とする。

(2)1 回当たりの講座時間は、60～90 分程度とする。

(3)派遣日時については、区地域保健福祉課からの「派遣指示書」(様式第2号)をもとに調整・決定する。

※住民団体からの要望に対して調整しやすい実施体制であることが望ましい。

※特定の曜日や時間帯など、年間を通して派遣不可な日程がないことが望ましい。

8 従事スタッフ

(1)派遣される従事スタッフ(以後「派遣講師」と称する)は、健康運動指導士の資格を有する者とする。ただし、1回当たりの派遣人数が2名となる場合に限り、2名中1名については、理学療法士、作業療法士、保健師、看護師のいずれかの資格を有し、かつ運動指導の補助を行う能力のある者に代えることができる。

(2)従事にあたっては、事前に福祉局地域包括ケア推進課に対し「派遣講師承認依頼」(様式第1号)にて届出を行い、承認を受けた者を派遣すること。

(3)あらかじめ派遣講師の身分証明書(写真入)を作成し、講座実施時には、紐で首から下げるなど常に見えるように身につけること。

(4)1回当たりの派遣人数は1名または2名とする。派遣人数については、派遣先団体の人数や体力レベルに応じて区地域保健福祉課にて判断し指示を行う。「派遣指示書」(様式第2号)の指示どおりに派遣できる体制を確保すること。

9 業務内容

(1)講座実施計画書(様式第3号)の作成・提出

・区地域保健福祉課から「派遣指示書」(様式第2号)による業務指示を受けた際は、受領した日から起算して14日以内に、業務指示を行った区地域保健福祉課と福祉局地域包括ケア推進課に対し、「講座実施計画書」(様式第3号)を提出する。

・講座実施計画書の作成にあたっては、派遣指示書(様式第2号)に記載されている内容をもとに、団体の体力レベルやニーズに応じた、安全で効果的なプログラムを立案すること。また、事業の趣旨を踏まえ、派遣後も自主活動に活かせるなど、活動継続につながるプログラムであることが望ましい。

・派遣指示書(様式第2号)に記載された日時での派遣が困難であるときは、派遣指示書を受領した日の翌日の開庁日までに業務指示を行った区地域保健福祉課に対し、その旨を連絡すること。

・講座実施までの間に、「講座実施計画書」(様式第3号)に記載した内容に変更が生じた場合は、「講座実施計画書」の表題の前に「変更」と追記し、変更となった箇所に下線を付けて再度提出すること。

＜悪天候時(台風来襲など)の対応＞

○「派遣指示書」(様式第2号)に派遣先団体の連絡先の記入がある場合

受託者が直接派遣先団体と協議し、原則として1日前の開庁日までに中止判断や延期日の設定を行うこと。

なお、中止や延期の結果については、受託者が区地域保健福祉課及び福祉局地域包括ケア推進課に対し、「講座実施計画書」(様式第3号)の表題の前に「変更」と追記し、変更となった箇所に下線を付けて電子メールで報告するとともに、区地域保健福祉課へ電話連絡を行う。

○「派遣指示書」(様式第2号)に派遣先団体の連絡先の記入がない場合

区地域保健福祉課が派遣先団体と協議し、原則として1日前の開庁日正午までに中止判断や延期日の設定を行う。

なお、中止や延期の結果については区地域保健福祉課が受託者に対し、「派遣指示書」(様式第2号)の表題の前に「変更」と追記し、変更となった箇所に下線を付け電子メールで報告するとともに、電話連絡を行う。

(2) 講座の実施

①参加者への体調確認後、以下の注意点を参加者に説明の上実施する。

○発熱、頭痛、腹痛の症状がある方、関節の痛みがひどい方、疲れている方、血圧の高い方などは運動を中止する。

○痛いところまで体を動かさない。

○反動をつけずゆっくり体を動かす。

○膝や腰などに痛みが出たらすぐに中止する。

②予定プログラム(「講座実施計画書」(様式第3号))に沿って、ストレッチや筋力トレーニング、有酸素運動などの運動実技、講話などを組み合わせて実施する。なお、講座の実施にあたっては、参加者などの状況を見ながら、必要に応じて柔軟に対応すること。

(3) 講座実施報告書の作成・提出

講座実施後14日以内に、業務指示を行った区地域保健福祉課と福祉局地域包括ケア推進課に対し、「講座実施報告書」(様式第4号)を提出すること。

10 報告

(1) 月毎の報告

業務完了実績については、毎月月末締めで、翌月14日までに福祉局地域包括ケア推進課へ「業務完了報告書(月分)」(様式第5号)を提出すること。

(2) 業務完了時の報告

当該年度の全業務が完了した際には、福祉局地域包括ケア推進課へ「完了届」(様式第6号)を提出すること。

11 安全管理

- (1)業務の実施にあたっては、参加者の身体の状態や会場の状態(床面、空調、換気など)を把握しながら、事故(負傷、急病、器物損壊など)の無いよう実施すること。また、感染対策については、必要に応じて受託者で適切に判断を行い対応すること。
- (2)受託者は、業務実施中の事故や怪我に備え、損害賠償保険などに加入すること。なお、業務実施中に参加者などに損害を及ぼした場合は、参加者の責めに帰する場合を除き、受託者が賠償すること。
- (3)万が一、事故などが発生した場合は、受託者の責任において、事故対象者への受診勧奨や家族への説明などを行い、一定期間経過確認に努めること。また、緊急時は事故対象者の生命・身体の安全を最優先とし、受託者の判断で救急要請などの措置を実施すること。
- (4)受託者は、事故発生後すみやか(原則当日中)に区地域保健福祉課及び福祉局地域包括ケア推進課へ電話などで事故の概要について報告を行うこと。また、事故発生後概ね 3 日以内に書面(任意様式)にて事故の概要、事後対応、再発防止策などを報告すること。

12 その他

- (1)講座の実施にあたっては、営利目的とみなされかねない物品販売・宣伝などは行わないこと。
- (2)教室中止などにより派遣実績がない場合は、原則、委託料の支払いは生じないものとする。
- (3)この仕様書に定めるもののほか、本事業に必要な事項は、受託者と福祉局地域包括ケア推進課が協議し、対応するものとする。
- (4)個人情報及び情報資産の取り扱いについては、別紙「個人情報・情報資産取扱特記事項」を遵守すること。

(あて先)
福岡市長

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

派遣講師承認依頼

(福岡市健康運動指導士派遣業務委託)

記

福岡市健康運動指導士派遣業務委託 仕様書8の規定に基づき、下記の者を派遣講師として承認いただきますようお願いいたします。

	職種	氏名	資格者証(写)
1	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
2	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
3	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
4	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
5	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
6	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
7	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
8	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
9	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付
10	<input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 提出済み <input type="checkbox"/> 今回添付

※提案競技時に資格者証(写)を提出していない者については、必ず添付すること。

様

__区地域保健福祉課長

派遣指示書

(福岡市健康運動指導士派遣業務委託)

記

派遣日時	第1希望	年 月 日() 時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日() 時 分～ 時 分
派遣人数	人	
派遣場所	施設名： 住所： 電話番号：	
派遣先団体	団体名： 代表者： (代表者等連絡先) ※代表者等の了解がある場合 氏名： 電話番号：	
参加予定人数	人	
その他 連絡事項	体力レベル	<input type="checkbox"/> 高い(元気) <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 低い(虚弱) <input type="checkbox"/> 不明
	希望内容	<input type="checkbox"/> 講話 (テーマ：) <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> 筋トレ <input type="checkbox"/> 有酸素運動 <input type="checkbox"/> コグニサイズ <input type="checkbox"/> 脳トレ・レク <input type="checkbox"/> その他()
	会場・施設	<input type="checkbox"/> 椅子なし <input type="checkbox"/> 椅子あり
	駐車場	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	自由記載	

[担当者名：]

[連絡先：]

【福岡市(地域保健福祉課)使用欄】

☐講座実施計画書受領☐講座実績報告書受領

事業者→区・市

(様式第3号)

(表)

年 月 日

__区地域保健福祉課長 様

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

講座実施計画書
(福岡市健康運動指導士派遣業務委託)

記

1 計画概要等

派遣指示書 日付	年 月 日
派遣日時	年 月 日() 時 分～ 時 分
派遣先団体	団体名： 代表者：
派遣される者の 氏名	・ ・
その他 連絡事項	

2 提供予定プログラム 裏面のとおり

[担当者名：]

[連絡先：]

(裏)

提供予定プログラム

時間	プログラム	具体的な内容

事業者→区・市

(様式第4号)

(表)

年 月 日

____区地域保健福祉課長 様

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

講座実施報告書
(福岡市健康運動指導士派遣業務委託)

記

業務指示書日付	年 月 日
派遣日時	年 月 日() 時 分～ 時 分
派遣先団体	団体名： 代表者： 参加者数： 人(うち男性 人, 女性 人)
派遣された者の氏名	・ ・
所見	
連絡事項	

2 提供プログラム 裏面のとおり

[担当者名:]

[連絡先:]

(裏)

提供プログラム

時間	プログラム	具体的な内容

事業者→市

(様式第5号)

年 月 日

(あて先)福岡市長

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

業務完了報告書(月分)

標記の件につきまして、下記のとおり報告します。

記

1 派遣実施回数 _____回

(1)内訳

・1名派遣 _____回 ・2名派遣 _____回

(2)明細

派遣日	区名	派遣先団体名	派遣人数 ※いずれかに○
月 日			1名 ・ 2名
月 日			1名 ・ 2名
月 日			1名 ・ 2名
月 日			1名 ・ 2名
月 日			1名 ・ 2名
月 日			1名 ・ 2名
月 日			1名 ・ 2名

2 委託料 _____円

【内訳】 1名派遣 _____円× _____回= _____円

2名派遣 _____円× _____回= _____円

【福岡市使用欄】

検査年月日	年 月 日
内 容	
検査員氏名	印
立会人氏名	印

担 当 課		
課 長	係 長	係 員

完 了 届

年 月 日

(あて先)福岡市長

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

年 月 日に着手しました下記業務は 年 月 日に完了しましたので
検査願います。

1 契 約 件 名 令和○年度福岡市健康運動指導士派遣業務委託

2 履 行 場 所 ○○区

3 履 行 期 間 令和○年○月○日 から 令和○年○月○日 まで

検査所見 上記のとおり完了したことを認めます。

年 月 日

検査員

立会人