（様式第２号）

企画提案書

# 業務の実施方針について

|  |
| --- |
| 介護予防・自立支援に対する考え方について記入してください。 |

※記入枠について、内容が枠内に収まらない場合は、適宜枠を拡大または追加してください。（以下同じ）

# 業務の実施体制について

※本業務を実施するにあたり、管理運営を十分に行える組織体制や人員の配置計画等について記入してください。

1. 業務責任者（予定）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職名 |  |
| 経験年数 | 年　　　月 |
| 保有資格等 |  |
| 現在の担当業務 |  |
| 従事分野の経歴等 |  |
| （県名簿登載） | あり　・　なし |
| （活動実績） |  |

※経験年数の欄には、現法人における他の業務責任者としての経験年数を記入してください。

※「（県名簿登載）」欄には、保有資格が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の場合に限り、兵庫県地域リハビリテーション支援センターが作成されている「地域リハビリテーション活動支援事業協力可能者名簿」への登載の有無について、いずれかに〇を記入してください。

※「（活動実績）」欄には、保有資格が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の場合に限り、上記名簿に登載され、実際に市町等から依頼を受けて活動されている市町等の名称及び活動実績（令和４～６年度の実績合計）を記載してください。

記入例）「西宮市の自立に向けたケアマネジメント会議に計10回程度参加」

1. リハビリテーション専門職によるアセスメント同行訪問モデル事業

①人員体制（予定）※本業務への従事は理学療法士、作業療法士に限ります

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職員氏名 | 現在の担当業務 | 県名簿登載 |
| 保有資格 | 短期集中配置 | 活動実績 |
| その他の資格 |
| １ |  |  | （県名簿）あり　・　なし |
| 理学・作業 | （短期集中）あり　・　なし |  |
|  |
| ２ |  |  | （県名簿）あり　・　なし |
| 理学・作業 | （短期集中）あり　・　なし |  |
|  |
| ３ |  |  | （県名簿）あり　・　なし |
| 理学・作業 | （短期集中）あり　・　なし |  |
|  |
| ４ |  |  | （県名簿）あり　・　なし |
| 理学・作業 | （短期集中）あり　・　なし |  |
|  |
| ５ |  |  | （県名簿）あり　・　なし |
| 理学・作業 | （短期集中）あり　・　なし |  |
|  |

※同行訪問業務に従事予定の方について、従事する頻度の高い人から順に記入してください。（５まですべて記載する必要はありません。）

※保有資格は、理学療法士か作業療法士に限ります。「保有資格」欄のいずれかに〇を記入してください。

※「その他の資格」欄には、理学療法士、作業療法士以外の本業務に関わると考えられる保有資格を記入してください。

例）福祉用具専門相談員、福祉住環境コーディネーター２級、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員等

※「短期集中配置」欄には、短期集中型サービスモデル事業における配置予定の有無について、いずれかに〇を記入してください。

※「県名簿登載」欄には、兵庫県地域リハビリテーション支援センターが作成されている「地域リハビリテーション活動支援事業協力可能者名簿」への登載の有無について、いずれかに〇を記入してください。

※「活動実績」欄には、上記名簿に登載され、実際に市町等から依頼を受けて活動されている市町等の名称及び活動実績（令和４～６年度の実績合計）を記載してください。

記入例）「西宮市の自立に向けたケアマネジメント会議に計10回程度参加」

1. 短期集中型通所サービスモデル事業

①管理者（予定）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 所属・役職名 |  |
| 経験年数 | 年　　　月 |
| 保有資格等 |  |
| 現在の担当業務 |  |
| 従事分野の経歴等 |  |
| （県名簿登載） | あり　・　なし |
| （活動実績） |  |

※経験年数の欄には、現法人における他の業務責任者としての経験年数を記入してください。

※「（県名簿登載）」欄には、保有資格が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の場合に限り、兵庫県地域リハビリテーション支援センターが作成されている「地域リハビリテーション活動支援事業協力可能者名簿」への登載の有無について、いずれかにを記入してください。

※「（活動実績）」欄には、保有資格が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の場合に限り、上記名簿に登載され、実際に市町等から依頼を受けて活動されている市町等の名称及び活動実績（令和４～６年度の実績合計）を記載してください。

記入例）「西宮市の自立に向けたケアマネジメント会議に計10回程度参加」

②人員体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職員氏名 | 通所における配置頻度 | （県名簿登載） |
| 保有資格 | 通所における配置 | （活動実績） |
| 現在の担当業務 | 自宅等への訪問への従事 |
| 経歴 |
| １ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |
| ２ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |
| ３ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |
| ４ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |
| ５ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |
| ６ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職員氏名 | 通所における配置頻度 | （県名簿登載） |
| 保有資格 | 通所における配置 | （活動実績） |
| 現在の担当業務 | 自宅等への訪問への従事 |
| 経歴 |
| ７ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |
| ８ |  | ・頻度（　　　　　　　　　　　） | （県名簿）あり　・　なし |
|  | リハ職・介助する者・管理栄養士 |  |
|  | ・訪問　　あり　・　なし |
|  |

※短期集中型サービスに従事予定の方について、氏名、保有資格と現在の法人内での担当業務（「通所リハビリの介護職員」等）を記入してください。（８まですべて記載する必要はありません。）再委託予定の職種がある場合、「氏名」欄に再委託予定と記入してください。

※「保有資格」欄には、本業務に関わると考えられる保有資格を記入してください。

　例）理学療法士、作業療法士、管理栄養士、介護福祉士、介護職員実務者研修、介護職員初任者研修、歯科衛生士、介護支援専門員、福祉用具専門相談員、福祉住環境コーディネーター２級等

※「経歴」欄には、福祉関係の従事歴（他法人での従事も含む）を記入してください。

　例）特養介護職員５年、通所リハ介護職員８年

　　　リハ病院・ＰＴ３年、通所リハＰＴ６年

　　　居宅介護支援ケアマネ４年、居宅介護ヘルパー５年、生活介護介護職員２年

※「通所における配置頻度」欄には、「・頻度（　　）」の（　　）内に、原則毎回決まって配置される人には「毎回」、それ以外の人には配置予定がわかるよう「火曜日のみ毎回」、「管理栄養士の配置が必要な日のみ」等記入してください。

また、「自宅等への訪問への従事」欄には、「・訪問」の「あり・なし」のいずれかにを記入してください（「あり」は、理学療法士・作業療法士に限ります）。

※「通所における配置」欄には、短期集中型の通所サービスの人員基準上の配置について、どの人員として配置されるのか、〇をつけてください。

例）理学療法士でかつ管理栄養士の方の場合、「保有資格」欄には、両方の職種を記入し、「通所における配置」欄には、どちらの人員として従事されるかがわかるよう〇を記入してください。日によって異なる場合は、複数に〇を記入してください。なお、この場合、両方の資格を持つ人が、管理栄養士として勤務する日は、別の理学療法士又は作業療法士の人を配置する必要があることに留意してください。

※「（県名簿登載）」欄には、保有資格が理学療法士、作業療法士の場合に限り、兵庫県地域リハビリテーション支援センターが作成されている「地域リハビリテーション活動支援事業協力可能者名簿」への登載の有無について、いずれかに〇をしてください。

※「（活動実績）」欄には、保有資格が理学療法士、作業療法士の場合に限り、上記名簿に登載され、実際に市町等から依頼を受けて活動されている市町等の名称及び活動実績（令和４～６年度の実績合計）を記載してください。例）「西宮市の自立に向けたケアマネジメント会議に計10回程度参加」

# 通所型サービスの実施予定

1. 実施曜日・時間帯・利用者数等について

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施曜日 | 実施時間（送迎時間を除く） | 送迎範囲 | 基本利用者数 | 利用者数上限 | 実施場所番号 | 備考 |
| 　　曜日 | 時　分～　時　分 |  |  | 　人 |  |  |
| 　　曜日 | 時　分～　時　分 |  |  | 　人 |  |  |
| 　　曜日 | 時　分～　時　分 |  |  | 　人 |  |  |

※１週間12人の定員について、週２回以上に分けて実施する場合は、それぞれ記入してください。

※「基本利用者数」欄は、週に１回の実施とする場合は「12人」と記入してください。

　週に２回以上に分けて実施する場合は、それぞれの基本利用者数を合計が12人となるように分けて記入してください。

※「利用者数上限」欄は、週に１回の実施とする場合は「12人」と記入してください。

週に２回以上に分けて実施する場合で、利用希望に応じて利用者数に幅をもたせる場合は、最大の受入人数（面積要件、１人当たり３㎡程度に留意してください）を記入してください。合計が12人を超えても構いません。

例）月曜日８人、木曜日８人でも可。

ただし、実際の受入れは、月曜日が８人の場合は、木曜日は４人とし、予算の範囲内の事業となるよう調整してください。

また、９人を超える場合は、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士に限る）の配置が２名となることに留意してください。

※実施場所が複数ある場合は、次の（２）通所型サービスの実施場所の番号を記入（複数ある場合は複数記入し、備考欄に状況がわかるよう説明を記入してください。）してください。

1. 通所型サービスの実施場所について

※本業務のうち、通所型サービスを実施する場所を記入してください。実施場所が複数ある場合は、すべて記入してください。

実施場所①

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 西宮市 |
| 建物名 |  |
| フロア及び区画の名称 |  |
| 実施する区画の面積 | 　　　　　　　　㎡ |
| 実施する頻度（予定） |  |
| 添付資料 | 「実施する区画及びその面積が確認できる図面」と「実施する区画の写真」を添付してください。 |

実施場所②（実施場所が1か所の場合は記入不要、実施日により異なる場合に記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 西宮市 |
| 建物名 |  |
| フロア及び区画の名称 |  |
| 実施する区画の面積 | 　　　　　　　　㎡ |
| 実施する頻度（予定） |  |
| 添付資料 | 「実施する区画及びその面積が確認できる図面」と「実施する区画の写真」を添付してください。 |

実施場所③（実施場所が1～2か所の場合は記入不要、実施日により異なる場合に記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 西宮市 |
| 建物名 |  |
| フロア及び区画の名称 |  |
| 実施する区画の面積 | 　　　　　　　　㎡ |
| 実施する頻度（予定） |  |
| 添付資料 | 「実施する区画及びその面積が確認できる図面」と「実施する区画の写真」を添付してください。 |

# 業務のプログラムについて

1. アセスメント同行訪問

|  |
| --- |
| どのようなプログラムを提供する計画なのか、具体的に記入してください。 |

1. 短期集中通所型サービス「通所」

|  |
| --- |
| いずれかに〇を記入したうえで、どのようなプログラムを提供する計画なのか、具体的に記入してください。標準プログラムのとおりに実施できない場合は、変更する内容についても記入してください。（別紙でも可）①標準プログラム【１日のスケジュール】（　　）標準プログラムのとおり実施する（　　）標準プログラムを変更して実施する②標準プログラム【週替わりプログラム12回の実施内容】（　　）標準プログラムのとおり実施する（　　）標準プログラムを変更して実施する |

1. 短期集中通所型サービス「自宅等への訪問によるサービス」

|  |
| --- |
| どのようなプログラムを提供する計画なのか、具体的に記入してください。 |

# セルフマネジメントの支援について

|  |
| --- |
| 利用者自身が、事業実施中及び終了後においても自ら取り組めるプログラムの提案及び支援方法等について、具体的に記入してください。 |

# 地域包括支援センターとの連携について

|  |
| --- |
| 地域包括支援センターとどのように連携していくのか、提案があれば記入してください。 |

# 危機管理体制について

（１）マニュアルの整備及び研修の実施について、該当項目にチェックをしてください。

|  |
| --- |
| ①　個人情報保護について・マニュアルは整備されていますか　□整備済　□整備予定　□整備しない・職員向けの研修は実施していますか　□毎年実施している　□毎年ではないが実施している　□今後実施予定　□実施していない②　事故防止や事故発生時、緊急時の対応方法について・マニュアルは整備されていますか　□整備済　□整備予定　□整備しない・職員向けの研修は実施していますか　□毎年実施している　□毎年ではないが実施している　□今後実施予定　□実施していない③　感染症対策について・マニュアルは整備されていますか　□整備済　□整備予定　□整備しない・職員向けの研修は実施していますか　□毎年実施している　□毎年ではないが実施している　□今後実施予定　□実施していない④　保険の加入（損害賠償保険、傷害保険）　　□加入済　　□加入予定　　□加入予定なし |

（２）苦情及び意見への対応について

|  |
| --- |
| 利用者または家族等からの苦情やご意見があった場合の対応について、具体的に記入してください。 |

# その他提案事項（独自提案）について

|  |
| --- |
| 本事業を実施する上で、仕様書にある内容のほか、サービス向上のために事業者独自で実施できる提案があれば、具体的に記入してください。（委託の経費内で実施できるものに限ります。） |