様式第４号

事業実施計画書

１　事業の予定実施体制について

(1)管理者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者 | 氏名 |  |
| 所属・役職名 |  |
| 勤務年数 |  |
| 資格 |  |
| 兼務する職種 |  |

(2)リハビリテーション専門職又は従事者として事業に関わる職員

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担当業務  （どちらかに○） | | 職員氏名 | 保有資格 | 経験年数 |
| １ | リハビリテーション専門職／従事者 |  |  |  |
| ２ | リハビリテーション専門職／従事者 |  |  |  |
| ３ | リハビリテーション専門職／従事者 |  |  |  |
| ４ | リハビリテーション専門職／従事者 |  |  |  |
| ５ | リハビリテーション専門職／従事者 |  |  |  |

(3)リハビリテーション資格保有者在籍状況（同一敷地内に在籍）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同一敷地内に在籍する法人の資格保有者数 | 理学療法士 | 人 |
| 作業療法士 | 人 |
| 言語聴覚士 | 人 |

２サービスの内容について（予定）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施曜日及び時間帯 | 毎週　　曜日 | 時　分～　時　分 | |
| 利用定員（最大10人まで） | 人／１回あたり | | |
| リハビリテーション資格保有者の最大配置可能人数 | 人／１回あたり | | |
| 最大サービス実施可能回数 | 回／週あたり | | |
| プログラム | 仕様書に定める口腔指導員による口腔プログラム実施の可否 | | 可 ・ 否 |
| 管理栄養士による栄養プログラムの実施の可否 | | 可 ・ 否 |
| 訪問プログラムの実施の可否 | | 可 ・ 否 |

３　実施予定施設について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定施設  住所 | 〒　　　－  住所　水戸市 | | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 |  |
| Ｅメール |  | | | |
| 実施予定施設の同一敷地内で実施している主な事業 |  | | | |
| 実施スペースの概要 | ・スペースの名称 |  | | |
| ・面積 | ㎡ | | |
| ・本事業のサービス提供中の専用使用 | 可　　・　　否  　※どちらかに○をつけてください | | |
| ・通所リハビリテーションとの区分の方法 | 別空間で実施　・　別時間帯で実施  　※どちらかに○をつけてください | | |
| 実施予定施設及び会場の場所 | ・実施予定施設の所在地地図  ・施設全体平面図（マーカー等で実施予定場所を明記すること）  ・事業実施予定スペースの写真を添付すること | | | |

４　送迎可能範囲

|  |
| --- |
| ※文章又は地図等で記載してください。  ※記載枠は必要に応じて広げてください。 |

５　事業に対する考え方や実施方法について　※記載枠は必要に応じて広げてください

|  |
| --- |
| (1) 本事業の目的である高齢者のリエイブルメントを達成するために，どのように事業に取り組み  たいか，具体的に記載すること。  (2) 本事業は様々なプログラムを組み合わせて実施するものであるが，１回のサービスをどのように実施するかについて，実施するプログラムやタイムスケジュール，配置する人員の役割を具体的に記載すること。（プログラムやタイムスケジュールについては別紙の提出も可とする。）  (3) 通所リハビリテーション事業等の経験と実績を踏まえ，本事業に関する市への提言があれば，具体的に記載すること。 |