【様式１１】

**運営に関する計画書５（機能強化型業務）**

　機能強化型業務の受託について、具体的かつ簡潔にまとめて記入してください。（記入内容に合わせて枠を調整してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 希　　望 | □：機能強化型業務の受託を希望します |

|  |  |
| --- | --- |
| 配置職種 | □：主任介護支援専門員□：保健師□：社会福祉士□：未定 |

|  |
| --- |
| １　機能強化型業務の運営について |
| ⑴　本業務に応募した動機は何ですか。 |
| ⑵　本市の「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」及び「介護予防に係るケアマネジメント」の現状について、認識・見解を述べてください。 |
| ⑶　「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」の後方支援について、どのような取組を実施できますか。 |
| ⑷　「介護予防に係るケアマネジメント」の後方支援について、どのような取組を実施できますか。 |

|  |
| --- |
| ２　実施計画 |
| ⑴　契約期間６年間における取組計画について述べてください。（達成に向けた具体的な目標設定、達成までの具体的なプロセス、効果検証等…） |

※　□については、該当する項目を「■」に変更してください。