豊中市多職種チームによる訪問支援事業業務にかかる企画提案書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

**1．配置する職員について**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏 名(生年月日) | 職　種 | 雇用形態(常勤･非常勤の別)  （採用(予定)年月日） | 精神保健福祉業務の状況 | | 兼務する勤務先 |
| 実務経験年数 | 家族支援経験の有無 |
| 総括  責任者 | (　 年　月　日) |  | （ 年 　月　 日） | 年 | 有　・　無 |  |
| 主たる担当者 | (　 年　月　日) |  | （ 年 　月　 日） | 年 | 有　・　無 |  |
| 担当者 | (　 年　月　日) |  | （ 年 　月　 日） | 年 | 有　・　無 |  |
| 担当者 | (　 年　月　日) |  | （ 年 　月　 日） | 年 | 有　・　無 |  |
|  | (　 年　月　日) |  | （ 年 　月　 日） | 年 | 有　・　無 |  |

**2．連携する精神科医**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名(生年月日) | 勤　務　先 | 勤務先所在地 | 精神科診療従事年数 | 精神保健指定医の有無 |
| (　 年　月　日) |  |  | 年 | 有　・　無 |

【注】行が不足する場合は、適宜追加してください。

**3．業務組織図**

**4．本事業への応募目的・事業を通じてめざす将来像について**

※ 記入欄が不足する場合は枠を拡大､別紙添付等により必要な内容を漏れなく記入ください

|  |
| --- |
|  |

**5．貴法人の本事業に関連する事業実績について**

|  |
| --- |
|  |

**6．チームの活動拠点と稼働時間・移動手段・災害時の業務継続体制について**

　稼働時間については、チームが訪問支援等を行う曜日・時間帯・休日等を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**7．チームの稼働時間以外の相談体制等の確保について**

|  |
| --- |
|  |

　24時間365日、本人または家族からの相談に対応します。夜間・休日等における相談体制や緊急連絡体制の確保について、どのように取り組まれるか記入してください。

**8．チームにおける各職種の役割分担と連携体制・カンファレンスについて**

　チーム内の多職種が効果的に連携するための体制と精神科医との連携体制、チームカンファレンスの実施体制について、具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**9．支援を拒否する対象者の支援方法について**

　未治療事例や治療中断事例が主な支援対象と考えられます。対象者が支援を拒否した場合にどのような支援が想定されるか具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**10．研修体制について**

　チームの支援スキル向上のために、どのような研修体制が想定されるか記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**11．チーム活動の評価について**

※ 記入欄が不足する場合は枠を拡大､別紙添付等により必要な内容を漏れなく記入ください

個別ケース対応やチーム運営に関して、分析・評価・改善をどのように取り組む予定ですか、またその際の評価指標についても考えられるものをご提案ください。

|  |
| --- |
|  |

**12．精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について**

すべての市民が精神障害の有無を問わず地域の一員として安心して自分らしい暮らしができる地域づくりに、チームがどのような役割を果たすことができるか具体的に記入してください。

|  |
| --- |
|  |