

# 横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託 提案書作成要領

本業務における提案書作成要領は、次のとおりです。

## 1 件名

横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

## 2 業務の内容

業務説明資料別紙4のとおり

概算業務価格（上限）は約 7, 5 0 0 千円（非課税）です。

本委託契約は、厚生労働省告示第二百三十二号に基づき、非課税の取扱いとなります。

なお、提案書提出時には参考見積書を提出するものとします。

## 3 提案資格

提案資格は次の(1)～(6)のすべてを満たすこととします。

- (1) 横浜市認知症初期集中支援推進事業実施要綱第3条に定める実施体制及び第4条に定める支援チームの構成を満たすこと。
- (2) 公募対象区（中区、保土ケ谷区、旭区、緑区、都筑区、戸塚区、泉区、瀬谷区）またはその隣接区に所在する医療機関（病院または診療所）を運営している者であること。ただし、同医療機関が他区における本事業を受託している場合を除く。
- (3) 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項1号に定める保険医療機関の指定を受けていること。
- (4) 令和元・2年度横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登載されていること。  
または、参加意向申出書を提出した時点で、令和元・2年度横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登録を申請しており、受託候補者を特定する期日までに登載が完了する見込みであること。
- (5) 参加意向申出書の提出期限から受託候補者の特定の日までにおいて、横浜市指名停止等措置要綱の規定による指名停止を受けていない者。
- (6) 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当していない者。

## 4 公募対象区

中区、保土ケ谷区、旭区、緑区、都筑区、戸塚区、泉区、瀬谷区の8区

※他の10区については、今回は募集しません。

## 5 参加意向の申出について

本プロポーザルへ参加の意向がある方は、下記の提出書類を提出してください。

(1) 提出期限 令和2年11月24日(火) 17時00分まで(必着)

(2) 提出書類

ア 参加意向申出書 様式1

イ 誓約書 要領-1

ウ 横浜市一般競争入札有資格者名簿(物品・委託等関係)に登録申請中である場合は、申請中であることが確認できる書類(申請受付内容及び入札参加資格審査申請書の写し)

(3) 提出先、方法

提出先	横浜市健康福祉局高齢健康福祉部高齢在宅支援課 担当 京増・紅林・飯島 〒231-0005 横浜市中区本町6丁目50番地の10 電話：045-671-4129 FAX 045-550-3612 電子メール kf-zaitakude@city.yokohama.jp
提出方法	持参または郵送(指定されたもの以外の方法・様式による提出は受理しません)

(4) 注意事項

参加申し込みには「横浜市一般競争入札有資格者名簿(物品・委託等関係)」への登録が必要です。

参加意向申出書の提出までに、登録の申込みを行ってください。

※手続きの詳細は、横浜市電子入札システムサイト「ヨコハマ・入札のとびら」(<http://keiyaku.city.yokohama.lg.jp/epco/keiyaku/index.html>)をご確認いただくか、下記、ヘルプデスクへ問合せください。

電子入札ヘルプデスク

申請入力方法等のお問合せを一括して受け付けます。

TEL：045-662-7992

受付時間：午前9時～午後5時(土・日・祝日除く。)

## 6 参加資格確認結果の通知

参加意向申出書提出者について、「3 提案資格」を満たすことを確認し、提出者全員に対して、郵送により、令和2年11月27日(金)頃に参加資格確認結果を通知します。

ただし、「3 提案資格(1)」については、提案書の内容で確認します。

## 7 質問書の提出

本要領等の内容について疑義のある場合は、次により質問書を提出できます。質問内容及び回答についてプロポーザルの参加意向申出者全員に通知します。なお、質問事項のない場合は、質問書の提出は不要です。

(1) 提出期限 令和2年12月3日(木) 17時00分まで(必着)

- (2) 提出書類 質問書 要領－2
- (3) 提出先 「5 参加意向の申出について(3)」と同じ
- (4) 提出方法 持参、郵送又は電子メール（ただし、持参以外は着信確認を行ってください。）
- (5) 回答送付日及び方法 令和2年12月8日（火）頃に電子メールによる

## 8 提案書の内容

「6 参加資格確認結果の通知」で、参加資格を有すると認められた応募者は、提案書の作成・提出を行ってください。

- (1) 提案書は、別添の所定の書式（様式5 提案書表紙及び 要領－3～5）に基づき作成するものとします。
- (2) 用紙の大きさは原則A4版縦、横書き、両面印刷とします。
- (3) 提案については、次の項目に関する提案を所定の様式に記載して下さい。

ア 医療機関概要

イ 職員体制

（ア）チーム員として配置する職員について

（イ）従事職員経歴書

ウ 実施体制

（ア）チーム員が訪問に対応できる時間

（イ）チーム員が相談に対応できる時間

エ 実績

令和元年度（平成31年4月～令和2年3月）の実績を記載してください。

（ア）認知症診療等に関する実績

（イ）他機関との連携に関する実績

（ウ）認知症初期集中支援チームの受託経験に関する実績

オ 取組方針について

カ 担当チーム員不在時の相談体制について

キ 個人情報の管理等について

ク 周知・広報について

ケ 関係機関との連携について

コ 家庭訪問について

サ 支援方針の決定について

シ 初期集中支援の引継ぎについて

ス ワークライフバランス・障害者雇用に関する取組について

セ 参考見積書 要領－4

ソ 提案書の開示に係る意向申出書 要領－5

ア から ス

要領－3

- (4) 提案書の作成にあたっては、以下の事項に留意して下さい。

ア 提案は、考え方を文書で簡潔に記述して下さい。

イ 文書を補完するため最小限のイメージ図・イラスト等の使用は可能とします。

ウ 文字は注記等を除き原則として 10 ポイント程度以上の大きさとし、所定の様式に記述して下さい。

エ 多色刷りは可としますが、評価のためモノクロ複写しますので、見易さに配慮をお願いします。

## 9 評価基準

「6 参加資格確認結果の通知」で参加資格を有すると認められた応募者には、提案書評価基準を送付します。

- (1) 当該事業職員体制及び実施体制
- (2) 当該業務実績
- (3) 当該業務実施における運営方針・管理体制の的確性・妥当性
- (4) 当該業務に対する取組方針の的確性・妥当性 等

## 10 提案書の提出

「6 参加資格確認結果の通知」で、参加資格を有すると認められた応募者は、提案書の作成・提出を行ってください。

### (1) 提案書の提出

ア 提出部数 **2部** ※1部は複写用のため、ホチキス留めせず、クリップ留めとすること

イ 提出先 「5 参加意向の申出について(3)」と同じ

ウ 提出期限 **令和2年12月22日(火) 17時00分まで(必着)**

エ 提出方法 持参又は郵送(郵送の場合は書留郵便とし、期限までに到着するように発送して下さい。)

### (2) その他

所定の様式以外の書類については受理しません。

## 11 プロポーザルに関するヒアリング

次により提案内容に関するヒアリングを行います。

ヒアリングに出席しなかった場合は、プロポーザルが無効となるため、必ず出席願います。

- (1) 実施日時 **令和3年1月21日(木)(予定)**  
**令和3年1月22日(金)(予備日)**
- (2) 実施場所 横浜市庁舎(予定)
- (3) 出席者 説明者3名以内
- (4) その他 時間等詳細については別途お知らせします。

## 12 プロポーザルに係る審議

本プロポーザルの実施及び特定等に関する審議は、次に示す委員会で行います。

名 称	健康福祉局第一業者選定委員会	横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託に係るプロポーザル評価委員会
所掌事務	プロポーザルの実施、受託候補者の特定に関する事	プロポーザルの評価に関する事
委 員	健康福祉局 ・ 局長 ・ 副局長 ・ 地域福祉保健部長 ・ 生活福祉部長 ・ 障害福祉部長 ・ 高齢健康福祉部長 ・ 健康安全部長 ・ 総務課長 ・ その他委員長が必要と認める者	健康福祉局 健康安全部長 高齢健康福祉部長 高齢健康福祉部高齢在宅支援課長 医療局 医療政策部医療政策課長 疾病対策部がん・疾病対策課在宅医療担当課長

## 13 特定・非特定の通知

提案書を提出した者のうち、プロポーザルを特定した者及び特定されなかった者に対して、その旨及びその理由を書面により通知します。（通知時期 令和3年2月下旬）

## 14 プロポーザルの取扱い

- (1) 提出されたプロポーザルは、プロポーザルの特定以外に提出者に無断で使用しないものとします。
- (2) 提出されたプロポーザルについて他の者に知られることのないように取り扱います。ただし、「横浜市の保有する情報の公開に関する条例」等関連規定に基づき公開することがあります。
- (3) 提出された書類は、プロポーザルの特定を行うために必要な範囲または公開等の際に複製を作成することがあります。
- (4) プロポーザルの提出後、本市の判断により補足資料の提出を求めることがあります。
- (5) プロポーザルに虚偽の記載をした場合は、プロポーザルを無効とするとともに虚偽の記載をした者に対して、本市各局の業者選定委員会において選定を見合わせる場合があります。
- (6) 提出された書類は、返却しません。
- (7) プロポーザルの作成のために本市において作成された資料は、本市の了解なく公表、使用することはできません。

## 15 プロポーザル手続きにおける注意事項

- (1) プロポーザルの提出は、1者につき1案のみとします。
- (2) プロポーザルに記載した配置予定の責任者は、病床、死亡、退職等極めて特別な場合を除き、変更することはできません。
- (3) プロポーザルは受託候補者の選定を目的に実施するものであり、契約後の業務においては必ずしも提案内容に沿って実施するものではありません。
- (4) 特定されたプロポーザルを提出した提案者とは、後日、本要請書及び特定されたプロポーザル等に基づき、本市の決定した予定価格の範囲内で業務委託を締結します。なお、業務委託条件・仕様等は、契約段階において修正を行うことがあります。
- (5) 参加意向申出書の提出期限以後または指名通知の日以後、受託候補者の特定の日までの期間中に指名停止となった場合には、以後の本件に関する手続の参加資格を失うものとします。また、受託候補者として特定されている場合は、次順位の者と手続を行います。

## 16 無効となるプロポーザル

- (1) 提案書の提出方法、提出先、提出期限に適合しないもの。
- (2) 提案書作成要領に指定する技術提案書の作成様式及び記載上の留意事項に示された条件に適合しないもの。
- (3) 提案書に記載すべき事項の全部または一部が記載されていないもの。
- (4) 提案書に記載すべき事項以外の内容が記載されているもの。
- (5) 許容された表現方法以外の表現方法が用いられているもの。
- (6) 虚偽の内容が記載されているもの。
- (7) 本プロポーザルに関して委員会委員との接触があったもの。
- (8) ヒアリングに出席しなかったもの。※ただし、「横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託」受託候補者特定に係る実施要領第5条2に該当する者は除く。

## 17 その他

- (1) 提案書の作成及び提出等に係る費用は貴社の負担とします。
- (2) 手続において使用する言語及び通貨
  - ア 言語 日本語
  - イ 通貨 日本国通貨
- (3) 契約書作成の要否
  - 要する
- (4) 令和3年度の事業実施期間は令和3年4月1日から令和4年3月31日までです。
- (5) 認知症初期集中支援チームの設置期間は3年間ですが、当該年度の運営状況が良好と認められた場合で、翌年度の予算が議決を経て成立した場合に限り、単年度ごとに契約を締結します。
- (6) 翌年度以降の契約にあたっては、横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登載されている必要があります。

(様式1)

年 月 日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

## 参 加 意 向 申 出 書

次の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

実施する医療機関が法人の商号又は名称及び住所と異なる場合は、以下を記入してください

医療機関名：

医療機関の住所：

所在区以外も希望する場合は、記入してください

第1希望区：\_\_\_\_\_区（所在区が公募対象区ではない場合は、記入してください）

第2希望区：\_\_\_\_\_区

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail

(様式5)

年 月 日

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

## 提 案 書

次の件について、提案書を提出します。

件名：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail



年 月 日

横浜市契約事務受任者

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

## 誓 約 書

以下の資格要件について、事実と相違ないことを誓約します。

- 1 横浜市認知症初期集中支援推進事業実施要綱第3条に定める実施体制及び第4条に定める支援チームの構成を満たすことができます。
- 2 参加申出書に記載した医療機関は公募対象区またはその隣接区に所在する医療機関であり、当該医療機関で実施します。
- 3 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に定める保険医療機関の指定を受けています。
- 4 横浜市一般競争入札有資格者名簿（物品・委託等関係）に登載されています。または、登録を申請しています。
- 5 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当していません。

年 月 日

所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名

業務名：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

質 問 事 項	

担当部署  
担当者名  
電話番号  
F A X  
E メール

注：質問書への回答は、電子メールで行いますので、必ず E メールアドレスを記載してください。

## 1 医療機関概要

令和２年１０月１日現在

フリガナ 医療機関名	
医療機関所在地	〒
フリガナ 法人名	
法人所在地 ※ 法人と医療機関の所在地が異なる場合は、法人所在地を記入	〒
代表者（職）氏名	( )
標榜している診療科	
認知症診療に対応する診療科	診療科： 診療曜日： 診療時間：
訪問診療実施の有無	有 ・ 無
認知症診療に対応する診療科及び関連する部署（相談室等）のスタッフの人数  ※ 主たる資格で計上してください。 ※ 他にも専門職がいる場合は追加して記入してください。	合計 名（うち非常勤職員 名）
	従業員のうち、次に掲げる職員の数（内訳）
	医師 名（うち非常勤職員 名）
	保健師 名（うち非常勤職員 名）
	看護師 名（うち非常勤職員 名）
	准看護師 名（うち非常勤職員 名）
	作業療法士 名（うち非常勤職員 名）
	理学療法士 名（うち非常勤職員 名）
	言語聴覚士 名（うち非常勤職員 名）
	歯科衛生士 名（うち非常勤職員 名）
	精神保健福祉士 名（うち非常勤職員 名）
	社会福祉士 名（うち非常勤職員 名）
	介護福祉士 名（うち非常勤職員 名）
	事務職員 名（うち非常勤職員 名）
その他 名（うち非常勤職員 名）	

## 2 職員体制

### (1) チーム員として配置する職員について

職 種	氏 名(生年月日)	雇用形態(常勤・非常勤の別) (採用(予定)年月日)	配置の状況		
			専任または兼務	兼務する職・業務内容	勤務先
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		
	(S・H 年 月 日)	常勤・非常勤 (H・R 年 月 日)	専任・兼務		

※1 配置予定職員の氏名が未定の場合でも、それ以外の部分は記入してください。

※2 別紙「従事職員経歴書」を添付してください。(未採用者は不要)

※3 行が不足する場合は、適宜追加してください。

(2) 従事職員経歴書

※ チーム員として事業に従事する職員の人数分を作成すること（見込みでも可）。令和2年10月1日時点

フリ氏      ガナ名				性 別		男 ・ 女			
生 年 月 日		年      月      日生      歳							
職 種 (該当職種に○)		① 医師   ②保健師   ③准看護師   ④看護師   ⑤作業療法士   ⑥歯科衛生士 ⑦ 精神保健福祉士   ⑧社会福祉士   ⑨介護福祉士   ⑩ その他 (                      )							
主たる職種の番号		(1つのみ)		採用年月日		年      月      日			
その経験年数		年      ヶ月				( 常勤 ・ 非常勤 )			
チーム員の実務上の統括者(予定含む)であるか。(※ いずれかに○)						はい ・ いいえ			
主な職歴等				※医師以外の専門職のみ記入		※医師のみ記入			
期      間		勤務先等		職務内容		認知症ケア の実務・相 談業務経験	在宅ケア の実務・相 談業務経験	訪問診療 の経験	鑑別診断 業務の経験
年   月   ～ 年   月						有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年   月   ～ 年   月						有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年   月   ～ 年   月						有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年   月   ～ 年   月						有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
年   月   ～ 現在						有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
職務に関連する免許    (※ チーム員の資格要件に該当するもの及びそれ以外も記入)									
(※ 医師、専門職は記入)					(※ 医師のみ記入)				
国家資格の種類		取得年月		学会認定資格の種類		取得年月			
認知症サポート医 (※ 医師のみ記入、該当する方にレ点)				□認知症サポート医である   □認知症サポート医ではない					
採用予定計画及び職員確保の確約（現時点で採用予定がある場合のみ記入）									

### 3 実施体制

#### (1) チーム員が訪問に対応できる時間

曜日	チームが訪問できる時間				備考
月	時	分から	時	分まで	
火	時	分から	時	分まで	
水	時	分から	時	分まで	
木	時	分から	時	分まで	
金	時	分から	時	分まで	
土	時	分から	時	分まで	
日	時	分から	時	分まで	

※ 他の業務との兼務可能です。この時間全て訪問するというわけではありません。

#### (2) チーム員が相談に対応できる時間

曜日	相談に対応できる時間				備考
月	時	分から	時	分まで	
火	時	分から	時	分まで	
水	時	分から	時	分まで	
木	時	分から	時	分まで	
金	時	分から	時	分まで	
土	時	分から	時	分まで	
日	時	分から	時	分まで	

※ 他の業務との兼務可能です。

### 4 実績

#### (1) 認知症診療等に関する実績

該当する□にレ点を入れ、実績の延べ数を記入してください。

認知症の鑑別診断を行った件数	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績がない	件
訪問診療を行った件数 ※ 注2	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績がない	件
認知症の人や家族等からの認知症に関する相談実績（電話・面談） ※ 注3	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績がない	件

※1 実績は令和元年度（平成31年4月～令和2年3月）の実績を記入してください。

※2 訪問理由は認知症に限りません。

※3 保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する専門職が相談に対応した件数を記入してください。

(2) 他機関との連携に関する実績

認知症に関する連携を目的とした連絡会や会議等の開催、参加実績及び連携のための取組実績について、該当する□にレ点を入れ、項目に応じて、内容を記入してください。

連携先	内容
区役所	<input type="checkbox"/> 区主催の認知症に関する連絡会や区レベル地域ケア会議等に定期的に出席している <input type="checkbox"/> 講演会等に講師を派遣している <input type="checkbox"/> その他 ※具体的な内容を記入してください  <input type="checkbox"/> 実績なし
地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 包括主催の認知症に関する連絡会や包括レベル地域ケア会議等に定期的に出席している <input type="checkbox"/> 講演会等に講師を派遣している <input type="checkbox"/> 実績あり ※具体的な内容を記入してください  <input type="checkbox"/> 実績なし
医療機関（医師会・在宅医療連携拠点）、かかりつけ医や他の診療所の医師	<input type="checkbox"/> 連絡会や会議等に定期的に出席している <input type="checkbox"/> 実績あり ※具体的な内容を記入してください  <input type="checkbox"/> 実績なし
認知症の専門医療機関 認知症疾患医療センター	<input type="checkbox"/> 連絡会や会議等に定期的に出席している <input type="checkbox"/> 実績あり ※具体的な内容を記入してください  <input type="checkbox"/> 実績なし
介護事業所（ケアマネジャー、訪問看護ステーション等）	<input type="checkbox"/> 連絡会や会議等に定期的に出席している <input type="checkbox"/> 実績あり ※具体的な内容を記入してください  <input type="checkbox"/> 実績なし
その他 ※2	<input type="checkbox"/> 実績あり ※具体的な内容を記入してください  <input type="checkbox"/> 実績なし

※1 実績は令和元年度（平成31年4月～令和2年3月）の実績を記入してください。

※2 どの機関とどのような連携があるのかわかるように、具体的に記入してください。

(3) 認知症初期集中支援チームの受託実績

該当する□にレ点を入れ、項目に応じて、内容を記入してください。

受託実績とは、委託契約や設置の指定、協働事業も可としますが、事業内容としてチームを法人内に設置し、チーム員会議を開催し、対象者の訪問や支援等を行う内容を含むもののみを対象とします。単に1名をチーム員として派遣するような契約は実績に含みません。

- ☐ 法人として、横浜市の実施する認知症初期集中支援チーム事業委託の受託実績がある。

受託実績のある区： \_\_\_\_\_ 区

※区名を記載してください

- ☐ 法人として、横浜市以外の市町村が実施する、認知症初期集中支援チーム事業委託の受託実績がある。

受託実績のある市区町村： \_\_\_\_\_

※市区町村名を記入し、受託実績及び受託者が行う事業内容のわかる資料（契約書の写し・仕様書の写し等）を添付してください。仕様書等の写しが提出できない場合は、主な業務内容がわかる資料を別紙（様式自由）で添付してください。

- ☐ 法人として、認知症初期集中支援チーム事業の受託実績はない。

5 取組方針について

認知症初期集中支援チームをどのような方針で運営していくのか。また、効果的に運営するための工夫を記入してください。

--

6 担当チーム員不在時の相談体制について

ケースを担当するチーム員不在時における相談体制や緊急連絡体制について、最も可能性の高いもの1つに○をつけてください。

<input type="radio"/>	担当チーム員不在時は、原則として、他のチーム員が相談に応じる体制が整備できる。
<input type="radio"/>	担当チーム員不在時は、原則として、チーム員以外の職員が相談に応じる体制が整備できる。
<input type="radio"/>	担当チーム員不在時は、原則として、担当チーム員から折り返し連絡をする体制を整備できる。



## 7 個人情報の管理等について

個人情報等の電子データのセキュリティ管理（情報漏洩した場合の対処方法も含む）について、該当する□にレ点を入れ、具体的な管理方法は記入してください。

※医療機関（法人）独自のマニュアル等があれば添付してください。

個人情報管理規定（取扱いマニュアル等）の有無	<input type="checkbox"/> あり ※写しを添付してください <input type="checkbox"/> なし
個人情報管理に関する研修の実施状況	<input type="checkbox"/> あり（年_____回程度）※回数を記入 <input type="checkbox"/> あり（年1回未満、採用時のみ等） <input type="checkbox"/> なし
具体的な管理方法          	

## 8 周知・広報について

チームの活動について、地域住民や関係機関等へどのように周知・広報していくか記入してください。

対象	方法
（例）区民	（例）ちらしを作成し、配布する

9 関係機関との連携について

関係機関（区役所、地域包括支援センター、医療機関、介護関係等）との連携・役割分担等について、どのように取り組むか記入してください。

連携先	具体的な連携・役割分担等
区役所	
地域包括支援センター	
医療機関（医師会・在宅医療連携拠点）、かかりつけ医や他の診療所の医師	
認知症の専門医療機関 認知症疾患医療センター	
介護事業所（ケアマネジャー、訪問看護ステーション等）	
その他	

10 家庭訪問について

チームとして訪問する際、訪問の実施方法や工夫、留意点等についてどのように取り組むか、日頃の診療や相談等の経験を踏まえて、記入してください。

# 11 支援方針の決定について

対象者への支援方針を決定するにあたり、検討するメンバー、取組方法等、支援方針を決定する際の視点について具体的に記入してください。

想定する検討メンバー ※想定する職種や関係者を具体的に記入してください
取組方法・方針決定のプロセス
重視する視点

# 12 初期集中支援の引継ぎについて

初期集中支援は、一定程度の目標が達せられた場合には支援を終了することとなります。対象者が、医療や介護につながりにくいまたは中断している場合が多いことを踏まえて、支援終了後のケースの引き継ぎや事後フォローの方法について具体的に記入してください。

引継ぎ先	想定する引継ぎ方法や引継ぎ後のフォロー
医療	
介護	
その他 ※1	

※1 具体的な引継ぎ先も記入してください。

### 13 ワークライフバランス・障害者雇用に関する取組

該当する□にレ点を入れ、必要書類を添付してください。

#### (1) 次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

(従業員 101 人未満の場合のみ加算)

☐ 策定し、労働局に届け出ている

※「策定し、労働局に届け出ている」を選択した場合、労働局の受付印のある「一般事業主行動計画の写し」を提出すること。(受付印がない場合でも、届出の事実が確認できる場合には加点評価する。)

☐ 策定していない、又は策定しているが従業員 101 人以上

#### (2) 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主行動計画の策定

(従業員 301 人未満のみ加算)

☐ 策定し、労働局に届け出ている

※「策定し、労働局に届け出ている」を選択した場合、労働局の受付印のある「一般事業主行動計画の写し」を提出すること。(受付印がない場合でも、届出の事実が確認できる場合には加点評価する。)

☐ 策定していない、又は策定しているが従業員 301 人以上

#### (3) 次世代育成支援対策推進法に基づく認定の取得

(くるみんマーク、プラチナくるみんマーク)

☐ 取得している、又は認定されている

※「取得している、又は認定されている」を選択した場合、「基準適合一般事業主認定通知書の写し」又は「基準適合認定一般事業主認定通知書の写し」を提出すること。

☐ 取得していない、又は認定されていない

#### (4) 女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定（えるぼし）の取得

☐ 取得している、又は認定されている

※「取得している、又は認定されている」を選択した場合、「認定通知書の写し」を提出すること。

☐ 取得していない、又は認定されていない

#### (5) 若者雇用促進法に基づく認定（ユースエール）の取得

☐ 認定されている

※「認定されている」を選択した場合、「認定通知書の写し」を提出すること。

☐ 認定されていない

#### (6) よこはまグッドバランス賞の認定の取得

☐ 取得している、又は認定されている

※「取得している、又は認定されている」を選択した場合、「認定通知書の写し」又は「認定証の写し」を提出すること。

☐ 取得していない、又は認定されていない

(7) 障害者雇用促進法に基づく法定雇用率 2.2%の達成

- ☐ 達成している（従業員 45.5 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用している（従業員 45.5 人未満）

※従業員 45.5 人以上の場合

ハローワークに提出した「障害者雇用状況報告書（事業主控）」（直近のもの）の写しを提出すること。

※従業員 45.5 人未満の場合

雇用している障害者は 1 週間の所定雇用時間が 20 時間以上で、1 年以上継続して雇用される者（見込みを含む）であること。雇用状況については、候補者特定後、委託者からの確認に応じること。

- ☐ 達成していない（従業員 45.5 人以上）、又は障害者を 1 人以上雇用していない（従業員 45.5 人未満）

## 参考見積書

費目	予定見積		備考
人件費		円	
訪問活動費 (交通費等)		円	
需用費 (消耗品費等)		円	
その他諸経費 ( )		円	詳細 ( )
小計		円	
合計		円	

※ 注１：金額の記載にあたっては、桁区切りを記入すること。

※ 注２：なるべく指定された費目をもとに積算すること。やむを得ず、指定された費目で補足できない費用がある場合、「その他諸経費」に内容を記述の上で計上すること。

横浜市契約事務受任者

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

## 提案書の開示に係る意向申出書

プロポーザル方式の実施に係る提案書の内容に対して、開示請求があった場合の取扱いについて次のとおり意向を申し出ます。

件名：横浜市認知症初期集中支援推進事業（認知症初期集中支援チーム）委託

1. 提案書の開示を承諾します。

上記の件について、

2. 提案書の非開示を希望します。

理由：

※本申出書は提案書の内容を非開示とすることを確約するものではありません。「横浜市の保有する情報の公開に関する条例」等関連規定に基づき、公開が妥当と判断される部分については開示する場合があります。

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail