

様式第 1 号

令和 7 年度 鳥栖市介護予防事業事前提出資料

(業務名： )

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

- 1 介護予防マニュアル【第 4 版】(令和 4 年 3 月改訂)には、介護予防が目指すものとして次の囲みに示す内容の記載があります。本市としては、本事業が介護予防事業実施中だけの効果だけでなく、介護予防事業終了後も参加者が継続して介護予防に取組み、生活の質(QOL)向上を実現することに期待しています。そのためにどのようなことを実施したいと思いますか。

介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すものではなく、心身機能の改善や環境調整などを通じて、日常生活の活動性を高め、家庭や社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援して、生活の質(QOL)の向上を目指すものである。

(介護予防マニュアル【第 4 版】序章 1 介護予防が目指すもの)

- 2 介護予防事業の受託事業者として、どのように特徴のある事業展開を行いたいと思いますか。事業実施上のスタンスや考え方を自由にご記入ください。

- 3 介護予防事業に携わる職員には、教室参加者に対して、介護予防に関する考え方を適切に伝える能力や教室終了後も継続して介護予防に取組む意欲を起こさせる等の高度な技術が求められます。担当職員等の資質向上のために実施若しくは参加させている研修等がありましたらご記載ください。

様式第 2 号

令和 年 月 日

業務内訳書

(業務名： )

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

| 内 容    | 単 価 | 時 間 | 回 数 | 人 数 | 小 計 |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 人件費相当額 |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
| 参加管理費  |     |     |     |     |     |
| 交通費    |     |     |     |     |     |
| 事務用品   |     |     |     |     |     |
| 損害保険料  |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
|        |     |     |     |     |     |
| 合 計    |     |     |     |     |     |

※ 消費税及び地方消費税を含まない金額です。

従事予定者の体制及び職種一覧

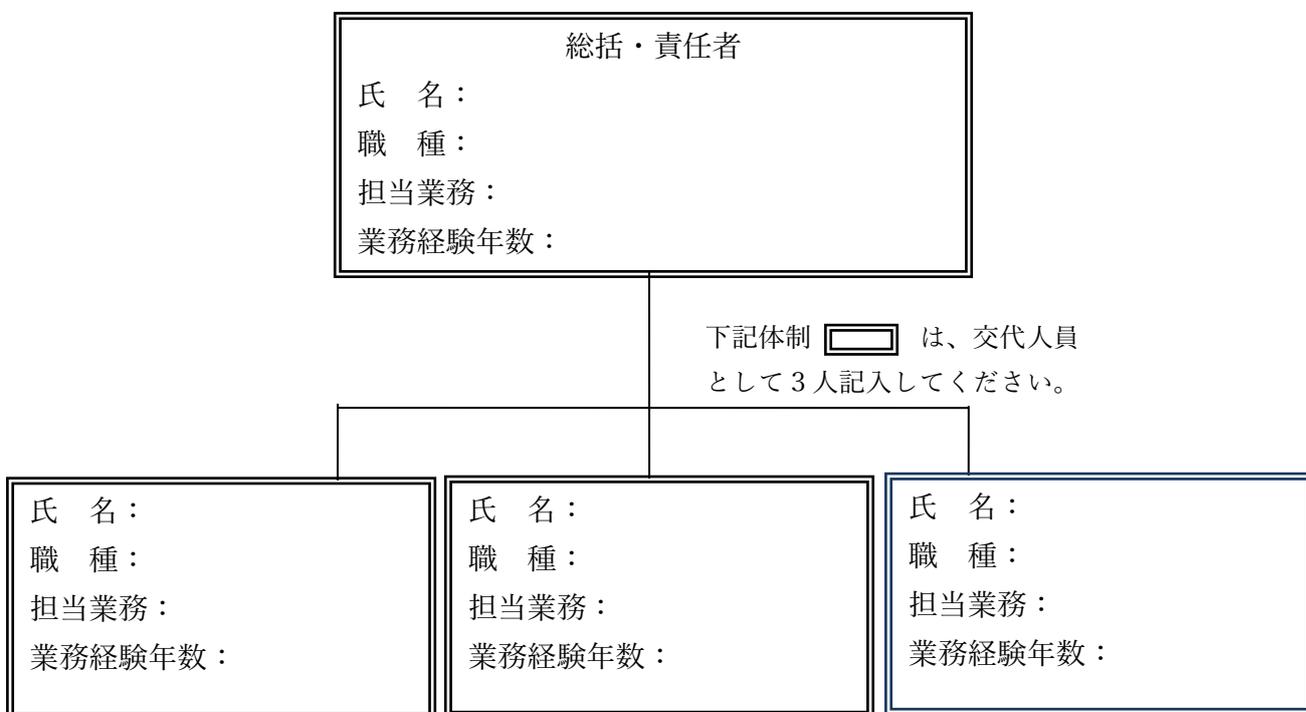
(業務名： )

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

① 基本従事人数 1会場2～3人



②上記記載者以外で口腔講話、栄養講話等のプログラム時に従事する予定者  
(※口腔講話や栄養講話を行う事業に関しては、従事者の記入をお願いします)

|                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 氏名：<br>職種：<br>担当業務：<br>業務経験年数： | 氏名：<br>職種：<br>担当業務：<br>業務経験年数： | 氏名：<br>職種：<br>担当業務：<br>業務経験年数： |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

※資格を証する書類を添付すること。

様式第4号

令和 年 月 日

業務責任者実績

(業務名： )

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

| 氏 名 | 資 格 | 略 歴 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |

※ 複数で責任者を担当する場合は個々の業務実績を記入して下さい。

事業実績一覧

(業務名： )

所在地 \_\_\_\_\_

事業者名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

|              |    |
|--------------|----|
| 介護予防事業初回実施年度 | 年度 |
|--------------|----|

| 年度 | 実施期間 | 発注市町 | 業務名称 | 業務終了後の<br>フォローアップ等 | 類似事業<br>(番号に○)                                      |
|----|------|------|------|--------------------|---|
|    |      |      | 業務内容 |                    |   |
|    |      |      |      |                    | 1 一般介護予防事業<br>(一次予防事業)<br>2 総合事業通所型サービス<br>(二次予防事業) |
|    |      |      |      |                    | 1 一般介護予防事業<br>(一次予防事業)<br>2 総合事業通所型サービス<br>(二次予防事業) |
|    |      |      |      |                    | 1 一般介護予防事業<br>(一次予防事業)<br>2 総合事業通所型サービス<br>(二次予防事業) |
|    |      |      |      |                    | 1 一般介護予防事業<br>(一次予防事業)<br>2 総合事業通所型サービス<br>(二次予防事業) |

※ 介護予防事業初回実施年度には、行政から介護予防事業に関する業務を初めて受けた年度をご記入ください。

※ 欄が不足する場合は、コピーして記入するか、資料を添付してください。