（様式３）

**裾野市地域包括支援センター　業務委託に係る企画提案書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人等の名称 |  |

# １　法人に関する事項

⑴　法人の運営方針

|  |
| --- |
|  |

⑵　給与及び処遇体系

|  |
| --- |
| ①給料表の有無　　□有　　　　　　□無　　　（該当に☑） |
| ②（給料表がある場合のみ）職員への給料表の公開  　　　　　　　　　　　　□公開している　　□公開していない（該当に☑） |
| ③昇給制度の有無　　□有　　　　　　□無　　　（該当に☑） |
| ④時間外勤務、休日勤務に関する方針 |
| ⑤健康管理に関する取り組み |
| ⑥教育研修制度 |

　　※　給料表等、参考となる資料を添付してください。

⑶　経営の健全性・安定性

|  |
| --- |
| 例）法人の運営について、主な収入は○○、主な支出は○○であり、過去○年間収支については黒字で推移している。そのため、経営の健全性・安定性ともに問題ない。  **※過去３年間分の収支（黒字か赤字か）については、必ず記載してください。** |

⑷　高齢者の保健・医療・福祉・介護に関する実績

|  |
| --- |
| 例）特別養護老人ホーム○○　経営（○○市）  　　令和○年度、○○市から（医療に関する委託事業）を受託　等 |

# ２　運営に関する事項

⑴　地域包括支援センターの公募に応募した動機

|  |
| --- |
|  |

⑵　地域包括ケアシステムの考え方、地域包括支援センターの業務を実施するに当たっての必要な視点や活動方針や取組など

|  |
| --- |
|  |

⑶　地域におけるネットワーク構築に向けた取組

|  |
| --- |
|  |

⑷　法人における職員確保に関する状況　※枠が不足する場合は適宜コピーしてください。

ア　職員配置予定者

※「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不用です。

※「職歴」は現職を含めて過去の職務履歴を記入してください。

※「雇用内諾済」の場合は、内諾が確認できる書面等を添付してください。

①保健師等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定　（該当に☑） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □保健師　□看護師　（該当に☑）  資格取得（取得予定）日：　　　年　　月　　日  ※保健師に準じる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定　（該当に☑） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □保健師　□看護師　（該当に☑）  資格取得（取得予定）日：　　　年　　月　　日  ※保健師に準じる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

②社会福祉士等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定　（該当に☑） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □社会福祉士　□社会福祉士資格取得予定者　（該当に☑）  資格取得（取得予定）日：　　　年　　月　　日  ※社会福祉士に準じる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定　（該当に☑） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □社会福祉士　□社会福祉士資格取得予定者　（該当に☑）  資格取得（取得予定）日：　　　年　　月　　日  ※社会福祉士に準じる者の場合はその該当要件を記入してください。 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

③主任介護支援専門員等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定　（該当に☑） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □主任介護支援専門員　□主任介護支援専門員資格取得予定者　（該当に☑）  資格取得（取得予定）日：　　　年　　月　　日 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置方法 | | □法人内の人事異動　□雇用内諾済　□募集予定　（該当に☑） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □主任介護支援専門員　□主任介護支援専門員資格取得予定者　（該当に☑）  資格取得（取得予定）日：　　　年　　月　　日 | | |
| 職歴 | 期間 | 勤務先等 | 職務内容 |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |
| 年　月　日～　年　月　日 |  |  |

イ　法人における職員確保に関する状況（職員補充体制）

配置予定職員が業務開始後、職員の退職等により職務に就くことができなくなった場合において、法人内の各職種資格所有者の有無及びこれに伴う人事異動等の対応の可否について記載し、代替人員確保等の方針について記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 法人内有資格者人員  （該当に☑） | 異動対応等の可否  （該当に☑） |
| 保健師等 | □有（　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 社会福祉士等 | □有（　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 主任介護支援専門員等 | □有（　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 介護支援専門員等 | □有（　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
|  | □有（　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
|  | □有（　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 受託後の職員の欠員等に伴う代替人員確保等の方針について | | |
|  | | |

⑸　職員の資質向上・専門性の向上に向けた取組

|  |
| --- |
|  |

⑹　個人情報の保護・管理について

|  |
| --- |
|  |

※　マニュアル等、参考となる資料があれば添付してください。

⑺　苦情解決の取組と体制

|  |
| --- |
|  |

※　マニュアル等、参考となる資料があれば添付してください。

⑻　事故・緊急時の対応

|  |
| --- |
|  |

※　マニュアル等、参考となる資料があれば添付してください。

# ３　設置に関する事項

＊各項目について、どのように取組むか貴法人の考え方を記載のこと。

＊この公募開始現在、現に本事業を受託している事業者が応募する場合であって、当該事業を受託した場合には現在受託している場所においてセンターの運営を行う予定である場合には記載不要。

⑴　地域包括支援センター開設までの準備計画（内容、スケジュール、資金計画）

|  |
| --- |
| ・内容  ・スケジュール  ・資金計画 |

~~⑵　地域包括支援センターの設置計画~~**（記載不要）**

~~ア　事業拠点の設置方法~~

|  |
| --- |
| ~~□土地取得（予定）　□賃貸（予定）物件内　　（以下該当に☑）~~  ~~【土地・建物の所有者：　　　　　　　　　　　　　　　】~~  ~~□法人施設内~~ |

~~イ　事業拠点の設置場所について~~

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ~~名称／所在地~~ | ~~床面積~~ | ~~所有区分~~ |
| ~~名称：~~  ~~裾野市~~ |  | ~~□自己所有~~  ~~□その他（　　　　　　　）~~ |

~~※１　場所が分かる位置図をＡ４版１枚に記入し添付してください。（様式任意）~~

~~※２　外観写真をＡ４版１枚に２カット貼り付け、添付してください。~~

~~※３　相談スペースのレイアウトをＡ４版１枚に記入し添付してください。（様式任意）~~

~~⑶　地域包括支援センターの利便性と利用者への配慮~~**（記載不要）**

|  |
| --- |
|  |

# ４　その他の事項

⑴　応募圏域の現状及び地域課題について

|  |
| --- |
|  |

⑵　地域課題解決のための方策、自主事業について

|  |
| --- |
|  |