（様式３）

**富士宮市地域包括支援センターの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　　　（□→■で選択すること） |
| 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（□→■で選択すること） |
| ③昇給制度の有無　　□有　　　　　　□無　　　（□→■で選択すること） |
| 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

|  |
| --- |
|  |

⑷　高齢者の保健・医療・福祉・介護に関する実績

|  |
| --- |
|  |

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　公正・中立性の確保に対する考え方や取組

|  |
| --- |
|  |

⑸　法人における職員確保に関する状況

ア　職員配置予定者

※記入は枠内に収めてください。

（留意事項）

「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  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □保健師　□看護師　（□→■で選択すること）  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  （□→■で選択すること） | | |
| 配置予定者 | 氏名 |  | | |
| 資格 | □保健師　□看護師　（□→■で選択すること）  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  （□→■で選択すること） | | |
| 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　（□→■で選択すること）  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  （□→■で選択すること） | | |
| 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　（□→■で選択すること）  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  （□→■で選択すること） | | |
| 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  　（□→■で選択すること）  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  （□→■で選択すること） | | |
| 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  　（□→■で選択すること）  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  （□→■で選択すること） | 異動対応等の可否 |
| 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 | | |
|  | | |

⑹　職員の資質向上・専門性の向上に向けた取組

|  |
| --- |
|  |

⑺　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。

⑻　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。

⑼　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。

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  　※　令和６年度から令和８年度までの年度ごとの委託料支出内訳表をＡ４版で作成し添付してください（様式任意）。 |

⑵　地域包括支援センターの設置計画

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□→■で選択すること）  【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：  富士宮市 |  | □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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |