

(様式1)

地域包括支援センター( )支所  
公募型プロポーザル参加表明書

令和 年 月 日

湖南市長 生田 邦夫 様

所在地  
法人名  
代表者名

印

次の件について、公募型プロポーザルに基づく選定に参加したく、別途必要書類を添えて参加表明します。

なお、「湖南市地域包括支援センター支所運營業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領」の「3.参加資格」に記載の参加資格を有すること、「4.応募法人等の制限」に該当しないことを誓約します。

件名： 湖南市地域包括支援センター( )支所運營業務

担当者連絡先

氏名		電話番号	
部署(職名)		ファックス番号	
電子メール番号			

(様式2)

## 法人概要書

法人名	(フリガナ)		
代表者氏名			
法人所在地	〒		
設立年月日		従業員数	人(うち、常勤 人)
法人の 基本理念			
法人の沿革			
保険等の 加入状況	雇用保険の加入	有・無	
	健康保険および厚生年金保険への加入	有・無	
	法定外労働災害補償制度への加入	有・無	

※法人の概要がわかるパンフレット等を添付してください。

(様式3)

### 湖南省内で実施している介護保険サービス

○介護保険サービス

番号	サービス種別	事業所・施設名			
		所在地			
1		事業所番号			
		指定年月日	年 月 日	(運営年数)	年 月
		所在地			
2		事業所番号			
		指定年月日	年 月 日	(運営年数)	年 月
		所在地			
3		事業所番号			
		指定年月日	年 月 日	(運営年数)	年 月
		所在地			
4		事業所番号			
		指定年月日	年 月 日	(運営年数)	年 月
		所在地			
5		事業所番号			
		指定年月日	年 月 日	(運営年数)	年 月
		所在地			

※枠が足りない場合は、適宜追加してください。

※それぞれの事業、施設の概要がわかるパンフレット等を添付してください。

○地域に貢献するような活動実績

--

(様式4)

介護保険サービス（事業所・施設）指導監査等  
実施状況に係る申出書

令和 年 月 日

湖南市長 生田 邦夫

所在地  
法人名  
代表者氏名

介護保険サービス（事業所・施設）を対象とした平成22年4月1日から申出日現在に至るまでの、国または自治体による実地指導および監査状況について、下記のとおり申出ます。

記

- 実地指導における文書指摘（改善報告書の提出を求められたもの）や監査の対象となった事業所・施設はない。（監査の結果、指導事項がない場合も含む。）
  
- 実地指導における文書指摘（改善報告書の提出を求められたもの）や監査の対象となる事業所・施設があったので、下記の実地指導の文書指摘（写）や監査結果の通知（写）改善報告書（写）について提出する。

番号	通知種別	日付および 文書件番号	件名	事業所・ 施設種別	国または 自治体名
1	実地指導の文書指摘や 監査結果の通知				
	改善報告書				
2	実地指導の文書指摘や 監査結果の通知				
	改善報告書				
3	実地指導の文書指摘や 監査結果の通知				
	改善報告書				

(様式 5-①)

湖南省地域包括支援センター ( ) 支所運営業務提案書

令和 年 月 日

湖南省長 生田 邦夫 様

所在地

法人名

代表者氏名

1. 応募の動機
湖南省において、地域包括支援センター支所の運営を希望する理由を記載してください。
2. 支所運営の基本方針
(1) 地域包括ケアシステムの構築を踏まえ、地域特性や地域の実情を踏まえた具体的な運営方法を記載してください。
(2) 公平性・中立性を確保するための具体的な運営方法を記載してください。
(3) 地域包括支援センター支所設置場所および支所設置理由について記載してください。
① 支所設置場所 (施設名 ) (住所 )
② ①の場所に支所を設置する理由

(様式5 - ②)

(4) 地域包括支援センター（本所）との連携および協働について
(5) 地域の専門職や民生委員・児童委員、まちづくり協議会等との協働について具体的に記載してください。
(6) 保健・医療・福祉・介護における専門職との連携について具体的に記載してください。
3. 総合相談支援事業
(1) 事業の目標や実施方法等を具体的に記載してください。
4. 権利擁護事業
(1) 事業の目標や実施方法等を具体的に記載してください。
5. 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
(1) 事業の目標や実施方法等を具体的に記載してください。

(様式5-③)

6. 介護予防ケアマネジメント業務
(1) 事業の目標や実施方法等を具体的に記載してください。
7. 運営体制
(1) 休日・夜間の連絡体制について具体的に記載してください。
(2) 職員の資質向上、専門性の向上に向けた取組について具体的に記載してください。
8. リスク管理
(1) 災害時・緊急時の体制や対応方法について具体的に記載してください。
(2) 市民や利用者等からの苦情に対する対応方法や体制について具体的に記載してください。
(3) 個人情報の取扱いや個人情報保護の対策について具体的に記載してください。 また、個人情報の流出・紛失事故が、起こった場合の対策についても記載してください。

(様式5-④)

9. 事例への具体的支援

(1) 民生委員・児童委員から「独居高齢者の訪問を行ったが、不在であった。新聞受けにも新聞がたまっているようである」との情報を受けた場合の対応について、具体的に記載してください。

(2) 介護支援専門員より、「担当している独居の人が、ゴミ集積所までゴミを持っていけずに困っている。ヘルパー利用日は、集積所が施錠されていてゴミを出すことができない。」との相談を受けた場合の対応について、具体的に記載してください。



(様式6-①)

### 人員配置計画書

法人名	
配置予定人数	常勤 名 非常勤 名

#### 1 地域包括支援センター支所 職員配置予定者

※仕様書に定める職員以外の職員を独自で配置される場合も、記載ください。

職 種	<input type="checkbox"/> 保健師 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者)、 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者)、 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者) <input type="checkbox"/> 事務職		
配置方法	<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定		
他資格		年齢	
当該法人 での職歴	期 間		職務内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

職 種	<input type="checkbox"/> 保健師 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者)、 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者)、 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者) <input type="checkbox"/> 事務職		
配置方法	<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定		
他資格		年齢	
当該法人 での職歴	期 間		職務内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

職 種	<input type="checkbox"/> 保健師 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者)、 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者)、 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 ( <input type="checkbox"/> 準ずる者) <input type="checkbox"/> 事務職		
配置方法	<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定		
他資格		年齢	
当該法人 での職歴	期 間		職務内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		

(様式6-②)

2 法人における職員確保に関する状況

法人内の各職種資格所有者の有無およびそ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してください。

職名	資格	法人内有資格者人員		異動対応等の可否	
保健師	所有者	<input type="checkbox"/> 有 ( 名)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可	<input type="checkbox"/> 不可
	準ずる者	<input type="checkbox"/> 有 ( 名)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可	<input type="checkbox"/> 不可
社会福祉士	所有者	<input type="checkbox"/> 有 ( 名)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可	<input type="checkbox"/> 不可
	準ずる者	<input type="checkbox"/> 有 ( 名)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可	<input type="checkbox"/> 不可
主任介護支援専門員	所有者	<input type="checkbox"/> 有 ( 名)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可	<input type="checkbox"/> 不可
	準ずる者	<input type="checkbox"/> 有 ( 名)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可	<input type="checkbox"/> 不可
受託後の支所職員欠員に伴う代替人員確保等の方針について					

(様式7)

見 積 書

業務名： 湖南省地域包括支援センター（ ）支所運營業務

法人名： \_\_\_\_\_

見積金額 (2ヶ年度計)	金 _____ 円 (消費税および地方消費税含む)	
年度内訳	各年度	見積内訳
	令和4年度	金 _____ 円
	令和5年度	金 _____ 円

(様式8-①)

見積内訳書（令和4年度）

業務名：湖南省地域包括支援センター（ ）支所運営業務

法人名： \_\_\_\_\_

見積金額	金 円 (消費税および地方消費税含む)		
	項目	金額	内訳
人件費	給料、諸手当、共済費		
活動費	報償費		
	旅費		
	使用料および賃借料		
	手数料		
	通信運搬費		
	消耗品費		
	光熱水費		
	燃料費		
	修繕費		
	印刷製本費		
	備品購入費		
	その他		

令和4年度、令和5年度の年度ごとに作成すること。

記載のない項目については追記すること。

(様式 8-②)

見積内訳書 (令和 5 年度)

業務名：湖南省地域包括支援センター ( ) 支所運営業務

法人名： \_\_\_\_\_

見積金額	金 円 (消費税および地方消費税含む)		
	項目	金額	内訳
人件費	給料、諸手当、共済費		
活動費	報償費		
	旅費		
	使用料および賃借料		
	手数料		
	通信運搬費		
	消耗品費		
	光熱水費		
	燃料費		
	修繕費		
	印刷製本費		
	備品購入費		
	その他		

令和 4 年度、令和 5 年度の年度ごとに作成すること。

記載のない項目については追記すること。

(様式9)

質 問 書

令和 年 月 日

法人名		
担当者名		
連絡先	所 属	
	電 話 番 号	
	F A X	
	電子メールアドレス	

湖南省地域包括支援センター支所運営業務にかかる公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

質問内容	該当箇所

備考

1. 質問の提出期限を厳守してください。(令和3年12月28日(火)17:15まで)
2. 提出は、電子メールによるものとし、次の電子メールアドレスまで送信して下さい。  
電子メールアドレス kaigo@city.shiga-konan.lg.jp (湖南省健康福祉部高齢福祉課)
3. 質問は、1枠につき1項目とし、不足な場合は行を追加してください。
4. 該当箇所には、質問の対象となる書類(実施要領、仕様書など)のページ、項目などを記入して下さい。
5. 質問の回答は、令和4年1月7日(金)までに、湖南省ホームページに回答を公開します。