２　地域包括支援センター運営に係る事項（その１）

|  |
| --- |
| (１)　認識及び体制 |
| ア　応募動機について記載してください。 |
| イ　該当圏域の特性や地域課題についての認識を記載してください。 |
| ウ　地域包括支援センターを運営する上での役割認識について記載してください。 |
| エ　法人としてのこれまでの地域活動の実績を踏まえ、地域におけるネットワーク構築を図るための考え方と構築方法について、具体的に記載してください。 |
| オ　公平性・中立性に配慮した、介護サービス事業所等の紹介や指定介護予防支援業務の委託先の選定を行う方策について記載してください。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (２)職員配置 | | | |
| ア　配置を予定している包括センター運営業務に従事する３職種について記載してください。  なお、参加資格を満たすためには、雇用状況が「法人内異動」又は「雇用内諾済」である３職種の３人（社会福祉士（準ずる者を含む。）１人、主任介護支援専門員1人を含む。）以上を業務開始時に配置できる必要があり、かつ、その配置予定職員の氏名、職務経歴、保有資格等が記載された経歴書（任意様式）及び有資格者であることを証明する書類等を提出する必要があります。 | | | |
| 職種・氏名・  配置予定年月日 | 雇用の状況 | 保有資格・準ずる者の場合の業務経験  （業務の名称・業務内容・従事期間） | 介護予防支援等の実績 |
| 非常勤の場合の勤務時間 |
| (ア) 保健師  (氏名)  令和　年　月　日配置 | □ 法人内異動  □ 雇用内諾済  □ 雇用見込み | □ 保健師　□ 準ずる者(正看護師) | □ 有  □ 無 |
| (イ) 保健師  (氏名)  令和　年　月　日配置 | □ 法人内異動  □ 雇用内諾済  □ 雇用見込み | □ 保健師　□ 準ずる者(正看護師) | □ 有  □ 無 |
| □ 非常勤　　時　分から　時　分まで |
| (ウ) 社会福祉士  (氏名)  令和　年　月　日配置 | □ 法人内異動  □ 雇用内諾済  □ 雇用見込み | □ 社会福祉士　□ 準ずる者 | □ 有  □ 無 |
| (エ) 社会福祉士  (氏名)  令和　年　月　日配置 | □ 法人内異動  □ 雇用内諾済  □ 雇用見込み | □ 社会福祉士　□ 準ずる者 | □ 有  □ 無 |
| □ 非常勤　　時　分から　時　分まで |
| (オ) 主任介護支援専門員  (氏名)  令和　年　月　日配置 | □ 法人内異動  □ 雇用内諾済  □ 雇用見込み |  | □ 有  □ 無 |
| (カ) 主任介護支援専門員  (氏名)  令和　年　月　日配置 | □ 法人内異動  □ 雇用内諾済  □ 雇用見込み |  | □ 有  □ 無 |
| □ 非常勤　　時　分から　時　分まで |
| (キ)　業務責任者予定者 | 職種・氏名 |  | |
| (ク)　事務職員等予定者 | 職種・氏名 |  | |
| 指定介護予防支援等事業に係る職員配置予定者 | | | |
| (ケ)　介護支援専門員等 | 職種・氏名 |  | |

※　「業務責任者」は、地域包括支援センター長を兼ねます。

※　「介護予防支援等」は、介護予防支援及び第１号介護予防支援（介護予防マネジメント）をいいます。

※　「介護予防支援等の実績」は、高松市での業務の経験について記載してください。

※　□は、該当の場合は■又は☑と記入してください。

|  |
| --- |
| イ　職員に欠員が生じた際の対応及び職員の確保方法について記載してください。 |
| ウ　職員の資質向上や専門性向上に向けた取り組み及び健康管理体制について記載してください。 |