指定管理者指定申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類  （各１部） | １　事業者の概要・財務状況等に関する書類  　⑴　申請資格及び事業者の連絡先  　⑵　法人の沿革  　⑶　代表者の履歴  　⑷　役員名簿  　⑸　法人の概要  　⑹　定款規約等  　⑺　法人登記簿謄本  　⑻　印鑑証明書  　⑼　令和３、４年度の年間事業報告書、年間利用状況報告書  　⑽　令和３、４年度の決算書類  　⑾　令和４、５年度の補助金、公的機関からの融資等の状況  　⑿　納税証明書、水道料金・下水道使用料納付証明書  　⒀　京都市暴力団排除条例施行規則第４条に定める利益付与処分に係る誓約書  ２　運営実績及び事業計画（様式１～３９） |

注１　この申請書は、申請施設ごとに作成してください。

注２　複数の施設に申請する場合、２件目以降の申請については１⑴～⒀の書類を省略することができます。

|  |  |
| --- | --- |
| （宛先）京都市長 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申請法人の主たる事務所の所在地 | 申請法人の名称及び代表者名（記名押印又は署名）  電話　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 京都市公の施設の指定管理者の指定の手続等に関する条例第３条の規定により、指定管理者の指定を申請します。 | |
| 申請する施設の名称 |  |

【様式Ａ】

**申請資格及び事業者の連絡先**

**１　申請資格**

　　募集要項「１　申請の資格」を参照し、「１　申請の資格」の各号に掲げる条件に該当する場合は「○」を、該当しない場合は「×」を申告欄に記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 申告欄 |
| １⑴ |  |
| １⑵ |  |
| １⑶ |  |
| １⑷ |  |
| １⑸ |  |
| １⑹ |  |
| １⑺ |  |
| １⑻ |  |
| １⑼ |  |

**２　事業者の連絡先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 担当者名 | フリガナ |
| 所属（施設名等）･役職名 |  |
| 勤務する事務所等の所在地 | 〒 |
| 電話等 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 連絡先 | 担当者名 | フリガナ |
| 所属（施設名等）･役職名 |  |
| 勤務する事務所等の所在地 | 〒 |
| 電話等 | ＴＥＬ　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |

＊　連絡先の担当者名は、実務担当者を含め複数名記入願います。

【様式Ｈ】

京都市公の施設の指定管理者申請用

**水道料金・下水道使用料納付証明書の請求について**

　京都市公の施設の指定管理者申請（以下「管理者申請」といいます。）における、本市の水道料金・下水道使用料に係る納付証明書（以下「納付証明書」といいます。）の請求については、この手引きをお読みいただき、別紙の「水道料金・下水道使用料納付証明請求書（京都市公の施設の指定管理者申請用）」（以下「証明請求書」といいます。）に必要事項を記入のうえ、証明手数料（１件３５０円）持参のうえ、納付証明書の発行窓口へ請求してください（郵送では受付できません。）。

**１　納付証明書の提出が必要となる者**

　　京都市に水道の使用者名義を有する者（管理者申請をする者が法人の場合にあっては法人名義のもの、個人の場合にあっては代表者名義のもの）

　　なお、管理者申請をする者が、京都市内に、事務所又は事業所等（以下「事務所等」といいます。）を有しない場合や、テナント・ビル、マンション等に設置されているため、直接に水道の使用者名義のある事務所等を有しない場合（家主に支払う賃借料（共益費）に水道料金等が含まれている場合など）には、納付証明書の提出は必要がありません。

**２　対象になる事務所、事業所等**

　　京都市内に所在する事務所等で、水道の使用者名義が申請対象になっているもの

　　なお、京都市内に複数の事務所等を有する場合は、すべての事務所等について納付証明書の提出が必要になります。ただし、工事現場等における臨時栓については、対象になりません。

**３　証明請求書の記入に際しての注意事項**

　(1) 「あて先」の欄には、請求する営業所名（所管地域の営業所名：別添「京都市上下水道局営業所等一覧」参照）を記入してください。納付証明書の請求先営業所が複数におよぶ場合には請求先営業所ごとに作成し、それぞれの請求先営業所で証明を受けてください。

(2) 「請求者」の欄には、請求者の所在地、名称及び代表者名（個人の場合にあっては、住所及び氏名）を記入してください。

(3) 「検針区」、「使用者コード」、「水栓番号」及び「使用者名」の欄には、領収証※又は水道使用水量のお知らせに記載されている内容を正確に記入してください。

　※　領収証の使用場所下部に記載のものが使用者名となります。

**４　納付証明書の請求先**

　(1) 納付証明書の請求は請求先営業所で行うようにしてください。他の担当営業所での証明はできませんので、ご注意ください。

　(2) 複数の営業所で証明を受ける必要が生じた際には、京都市上下水道局お客さま窓口サービスコーナーにて一括で請求することができます。ただし、請求書は請求先営業所ごとに作成してください。

　　　なお、窓口サービスコーナーで証明請求を行った際には、当日に発行することができないため、後日受け取りに行っていただくことになりますのでご了承ください。

**５　その他**

　(1) 受付期間の後半は、窓口が混雑することがありますので、お早めに請求してください。

　(2) 納付証明請求書の用紙が２通以上必要となる場合は、コピーして使用してください。

別添

京 都 市 上 下 水 道 局 営 業 所 等 一 覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 担 当 地 域 | 検針区の  １桁目 | 営 業 所 名 | 所　在　地 | 電話番号 |
| 東山区・山科区  伏見区の醍醐支所管内 | １ | 東部営業所 | 山科区椥辻西浦町1番地の11  （八反畑バス停西入ル） | 592-3058 |
| 北区・上京区  中京区・左京区 | ２・３  ５ | 北部営業所 | 左京区高野竹屋町4番地の1  （川端北大路東入ル上ル） | 722-7700 |
| 右京区・西京区 | ０・４ | 西部営業所 | 右京区太秦安井一町田町14（右京区役所を東へ約200ｍ） | 841-9184 |
| 下京区・南区  伏見区（醍醐支所管内を除く） | ６・７  ８ | 南部営業所 | 伏見区鷹匠町33  （伏見区役所西向かい） | 605-2011 |

○　複数の営業所で証明を受ける必要が生じた際には、京都市上下水道局お客さま窓口サービスコーナーにて一括で請求することができます。ただし、請求書は請求先営業所ごとに作成してください。

　　なお、窓口サービスコーナーで証明請求を行った際には、当日に発行することができないため、後日受け取りに行っていただくことになりますのでご了承ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　　　　称 | 所　　在　　地 | 電　話　番　号 |
| 上下水道局お客さま窓口  サービスコーナー | 南区上鳥羽鉾立町１１番地３ | ６７２－７７７０ |

（京都市公の施設の指定管理者申請用）

水道料金・下水道使用料納付証明請求書

　年　　　月　　　日請求

（あて先）京都市公営企業管理者上下水道局長

（京都市上下水道局総務部　　　　営業所）

請求者　住　所

　　　　　氏　名

京都市公の施設の指定管理者申請に使用するため、下記の水道料金、下水道使用料の納付証明を請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検針区 | | | 使用者コード | | | | | 水栓番号 | | | | | 使　用　者　名 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）検針区、使用者コード、水栓番号及び使用者名の欄は、領収書又は水道使用水量のお知らせに記載されている内容を正確に記入してください。

水道料金・下水道使用料納付証明書

上記の使用者について、水道料金、下水道使用料の未納額はありません。

　　　年　　　月　　　日

京都市公営企業管理者上下水道局長　㊞

【様式Ｉ】

様式第１号（第３条、第４条及び第６条関係）

誓　　約　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （宛先） | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 誓約者の住所（法人にあっては、主たる  事務所の所在地） | | | 誓約者の氏名（法人にあっては、名称及び代表者名）  　　　　　電話　　　　　－ | | |
|  | | | | | |
| 暴力団排除条例第２条第４号に規定する暴力団員等に該当しないことを誓約します。  　誓約者並びに京都市暴力団排除条例第２条第４号イに規定する役員及び使用人並びに同号ウに規定する使用人が、同条第５号に規定する暴力団密接関係者に該当しないことを誓約します。 | | | | | |
| 誓約者並びにその役員及び使用人の名簿 | | | | | |
| 役職名又は呼称 | 氏名 | フリガナ | | 生 年 月 日 | 性　別 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |

注　誓約者並びにその役員及び使用人の名簿の欄は、次に掲げる区分に応じ、それぞれ次に掲げる者について記入してください。

　　⑴　誓約者が法人である場合　京都市暴力団排除条例第２条第４号イに規定する役員及び使用人（市長等又は指定管理者が全ての使用人について記入することが困難であると認めるときは、市長等が指定する使用人に限る。次号において同じ。）

　⑵　誓約者が個人である場合　誓約者及び京都市暴力団排除条例第２条第４号ウに規定する使用人

「運営実績及び事業計画」の作成に当たっての留意事項

|  |  |
| --- | --- |
| １　申請法人が競合した場合は、書類審査を匿名で行いますので、「運営実績及び事業計画」（様式１～３９）は**匿名で作成**してください。申請法人名や法人が運営されている施設名（以下、「法人名等」という。）のほか、それらが特定できる情報は記載しないでください。  ２　書類審査は、原則として、この様式をもとに行いますので、**それぞれの項目について法人の取組内容等を具体的に分かりやすく記載**してください**（別紙参照とはしないでください。）**。  また、指定様式において、チェック欄や記載欄への記入漏れがないことを確認のうえ提出してください。必要な項目への記載がない場合は評価点に影響する場合があります。  ３　指定様式の下部に【添付書類】と記載されている場合についても、前項のとおり様式に記載したうえで、必要な書類を添付してください。また、**添付書類に法人名等が記載されている場合は、当該箇所を黒塗り等により塗りつぶし**たうえで提出してください。  添付がない場合は、添付漏れや未作成とし、評価点に影響する場合があります。  ４　指定様式及び添付書類共に、**利用者及び職員等の個人情報は記載しないでください。利用者及び職員等の個人情報が記載されている場合は、当該箇所を黒塗り等により塗りつぶし**てください。  ５　様式１５～３８について、合築施設の場合は、施設種別ごとに記載してください（施設種別の数だけ、様式を作成するのではなく、１つの様式に、各施設に係る内容を記載してください。）    （記載イメージ）  １５　施設の運営理念等  （審査基準）当該施設に見合う具体的な運営理念や運営方針を定めているか  　申請施設の運営理念を記載してください。  　なお、国における社会保障を取り巻く状況や新たな法律・条例の施行、本市の関連施策への対応も踏まえて記載してください。  １　要旨   |  | | --- | | （●●老人デイサービスセンター）  　・・・・・・・  （●●地域包括支援センター）  　・・・・・・・ | |

運営実績及び事業計画

**Ⅰ　運営実績（申請法人の状況）**

　　※法人全体の実績を記載してください。

【様式１】

１　法人の運営実績

（審査基準）当該事業を運営するために、必要な事業実績があるか

１　法人の概要

|  |
| --- |
|  |

２　施設等の運営実績

（１）施設等の運営実績について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　□　特別養護老人ホームの運営実績がある

　□　老人デイサービスセンターの運営実績がある

　　□　地域包括支援センターの運営実績がある

　　□　特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターの運営実績はないが、高齢福祉関連事業の運営実績がある

　　□　高齢福祉関連事業の運営実績がない

（２）施設等の運営実績を記載してください。（施設名称は記載しないでください。）

ア　特別養護老人ホームの運営実績

貴法人が運営している特別養護老人ホームすべてについて、記入例に従い、該当する事項を○で囲むとともに、必要事項を記入してください。特に指定のない場合は、令和６年３月３１日現在の状況を記入してください。

下表の欄が足らない場合は、様式をコピーして利用してください。

（ア）介護老人福祉施設

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 名称 | 所在地 | 個室 | ２人部屋 | ３人部屋 | ４人部屋 | 体　　制　　等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 実施状況（令和５年度実績） | | | |
| 栄養ケアマネジメントの実施の有無 | 日常生活継続支援加算  ① | テクノロジーの導入  　①関係 | 看護体制加算 | 夜勤職員配置加算  ② | テクノロジーの導入  　②関係 | 生活機能向上連携加算 | 個別機能訓練体制 | ＡＤＬ維持等加算 | 若年性認知症入所者受入加算 | 常設専従医師配置 | 精神科医師定期的療養指導 | 障害者生活支援体制 | 栄養マネジメント強化体制 | 療養食加算 | 配置医師緊急時対応加算 | 看取り介護  体制 | 認知症専門ケア加算 | 褥瘡マネジメント加算 | 排せつ支援加算 | 自立支援促進加算 | 科学的介護推進体制加算 | 安全対策体制 | サービス提供体制強化加算 | 介護職員処遇改善加算 | 介護職員等特定処遇改善加算 | 入所定数  ① | 年間延  利用者数  ② | 1日平均利用者数  ②／366日 | 年間平均  稼動率  ②／(①×366日) |
| 名称  （設立年月） | 市町村名  （行政区） |
| 例 | ○○特別養護老人ホーム  （令和○○年〇月） | 京都市  （北区） | 室  2 | 室  39 | 室 | 室 | 無 | 無 | 無 | 無 | 有 | 無 | 無 | 無 | 有 | 有 | 無 | 無 | 無 | 無 | 無 | 有 | 無 | 無 | 有 | 無 | 無 | 有 | 有 | 無 | 無 | 無 | 人  80 | 人  28,000 | 人  76.7 | ％  95.9 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |

※　「1日平均利用者数」は、小数点第２位を四捨五入してください。「年間平均稼動率」は百分率で小数点第１位（小数点第２位四捨五入）まで記入してください。

（イ）短期入所生活介護（ただし、特別養護老人ホームに併設され、当該特別養護老人ホームと一体的に運営が行われるものに限る。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 名称 | 所在地 | 個室 | ２人部屋 | ３人部屋 | ４人部屋 | 体　　制　　等 | | | | | | | | | | | | | | 実施状況（令和５年度実績） | | | |
| 生活相談員配置等加算 | 生活機能向上連携加算 | 機能訓練指導体制 | 個別機能訓練体制 | 看護体制加算 | 医療連携強化加算 | 夜勤職員配置加算  ③ | テクノロジーの導入  ③関係 | 若年性認知症利用者受入加算 | 療養食加算 | 認知症専門ケア加算 | サービス提供体制強化加算 | 介護職員処遇改善 | 介護職員等特定処遇改善 |
| 名称  （設立年月） | 市町村名  （行政区） | 入所定数  ① | 年間延  利用者数  ② | 1日平均利用者数  ②／366日 | 年間平均  稼動率  ②／(①×366日) |
| 例 | ○○特別養護老人ホーム  （令和○○年〇月） | 京都市  （北区） | 室  2 | 室  4 | 室 | 室 | 無 | 有 | 有 | 有 | 無 | 有 | 有 | 有 | 有 | 無 | 無 | 無 | 無 | 有 | 人  10 | 人  3,500 | 人  9.6 | ％  95.9 |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 |  |  |  |  |

※　「1日平均利用者数」は、小数点第２位を四捨五入してください。「年間平均稼動率」は百分率で小数点第１位（小数点第２位四捨五入）まで記入してください。

イ　老人デイサービスセンターの運営実績

　　　　貴法人が設置運営又は指定管理している老人デイサービスセンターすべてについて、記入例に従い、該当する事項を○で囲むとともに、必要事項を記入してください。特に指定のない場合は、令和６年３月３１日現在の状況を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 名称 | 所在地 | 施設区分 | 人員配置 | 体　　制　　等 | | | | | | | | | | | | | | 送迎体制 | 時間延長サービス体制 | 実施状況（令和５年度実績） | | | | |
| 生活相談員配置等加算 | 入浴介助加算 | 中重度者ケア体制加算 | 生活機能向上連携加算 | 個別機能訓練体制 | ＡＤＬ維持等加算 | 認知症加算 | 若年性認知症利用者受入加算 | 栄養アセスメント・栄養改善体制 | 口腔機能向上加算 | 科学的介護推進体制加算 | サービス提供体制強化加算 | 介護職員処遇改善 | 介護職員等特定処遇改善 |
| 名称  （設立年月） | 市町村名  （行政区） | 定員  ① | 年間実施日数  ② | 年間延  利用者数  ③ | 1日平均利用者数  ③／② | 年間平均  利用率  ③／(①×②) |
| 例 | ○○老人デイサービスセンター（令和○○年〇月） | 京都市  （北区） | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 無 | 無 | 有 | 無 | 無 | 有 | 有 | 有 | 無 | 無 | 有 | 無 | 無 | 有 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 | 人  35 | 日  295 | 人  8,850 | 人  30 | ％  85.7 |
| 1 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  | 単独型  併設型 | 一般型  認知症対応型 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 有  無 | 対応可  対応不可 | 対応可  対応不可 |  |  |  |  |  |

※　「1日平均利用者数」は、小数点第２位を四捨五入してください。「年間平均利用率」は百分率で小数点第１位（小数点第２位四捨五入）まで記入してください。

※　一つの事業所で単位ごとに体制等が異なる場合は、単位ごとに欄を分けて記入してください。ただし、この場合，左端の「№」欄を修正（一つの事業所で「１」とカウント）するようにしてください。

※　上表の欄が足らない場合は、様式をコピーして利用してください。

ウ　地域包括支援センターの運営実績

貴法人が運営する地域包括支援センターすべてについて、年間利用状況を記入してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 所在地 | 令和４年度  相談延件数 | 令和５年度  相談延件数 |
| 名称  （設立年月） | 市町村名  （行政区） |
| 1 |  |  | 人 | 人 |
| 2 |  |  | 人 | 人 |
| 3 |  |  | 人 | 人 |
| 4 |  |  | 人 | 人 |
| 5 |  |  | 人 | 人 |
| 6 |  |  | 人 | 人 |
| 7 |  |  | 人 | 人 |
| 8 |  |  | 人 | 人 |
| 9 |  |  | 人 | 人 |
| 10 |  |  | 人 | 人 |
| 11 |  |  | 人 | 人 |
| 12 |  |  | 人 | 人 |
| 13 |  |  | 人 | 人 |
| 14 |  |  | 人 | 人 |
| 15 |  |  | 人 | 人 |

エ　特別養護老人ホーム、老人デイサービス及び地域包括支援センター以外の高齢福祉関連事業の運営実績

　　貴法人が設置運営又は指定管理している、老人短期入所施設（短期）、養護老人ホーム（養護）、軽費老人ホーム（ケア）、老人福祉センター（老福）、老人介護支援センター（老介）等の状況について、記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 所在地 | 施設種別 | 令和５年度実績 | | | |
| （設立年月） | 市町村名  （行政区） | 定員  ① | 年間入所者延人数② | 366日  ③ | 年間平均入所率②／③ |
| 例 | ○○ホーム  （令和○○年〇月） | 京都市  （中京区） | 養護 | 50 | 18,000  人 | 18,250 | 98.6  ％ |
| 1 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 2 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 3 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 4 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 5 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 6 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 7 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 8 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |
| 9 |  |  |  | 人 | 人 |  | ％ |

　※　年間平均入所率は、百分率で小数点第１位（小数点第２位四捨五入）まで記入してください。

　※　老人福祉センターにあっては、「年間入所者延人数」欄に「年間延利用者数」を記入、老人介護支援センターにあっては、「年間入所者延人数」欄に「年間相談延件数」を記入してください。これらの場合、「年間入所者延人数」以外の「令和５年度実績」欄を記入する必要はありません。

　※　上表の欄が足らない場合は、様式をコピーして利用してください。

【様式２】

２　組織内連携

（審査基準）役員会、本部、事業所間で緊密な連携が図られているか

　役員会、本部、事業所間の連携の状況について記載してください（組織図、組織内で連携を図るために開催している会議、事業所から役員会・本部への報告体制、日常の連携及び緊急時の連携　等）

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」に記載した事項について、具体的な取組内容、回数、頻度等を詳しく記載してください）

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

○組織図、職員役割分担表

【様式３、４】

３　地域社会への寄与、４　地域との密着

（審査基準３）市内中小企業又は市内に本拠を置く法人か

（審査基準４）地域住民が主体となった法人か

京都市公契約基本条例の趣旨（地域経済の活性化及び雇用の創出、地域コミュニティの維持及び発展、地域における防災体制や能力の維持及び向上）等を踏まえ、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　　□　市内中小企業である（中小企業法第２条第１項各号のいずれかに該当するものであって、本市の区域内に本店又は主たる事務所を有するもの）

　　□　市内に本拠を置く法人である（社会福祉法人、公益社団法人、ＮＰＯ等）

□　地域住民が主体となった法人である（自治会、運営委員会等）

□　上記以外の法人である（大企業、市外中小企業、市外団体等）

【様式５、６】

５　監査指摘状況、６　監査指摘に対する改善状況

（審査基準５）行政等による指導監査を受けている場合、過去３年間の監査において文書による指摘件数が少なく、重大な指摘内容がなかったか（行政による指導監査を受けていない場合は、監査法人等による外部監査を実施し、重大な指摘内容がなかったか）

（審査基準６）監査指摘事項がある場合、改善検討が行われ、改善状況報告書に基づき実際に改善されているか

※　社会福祉法人は、社会福祉法に基づく法人監査、老人福祉法並びに介護保険法に基づく施設監査・実地指導等（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター　等）について記入してください。

　　　社会福祉法人以外は、老人福祉法並びに介護保険法に基づく施設監査・実地指導等（老人デイサービスセンター　等）について記入してください。

※　行政による指導監査を受けていない場合は、監査法人等による外部監査の結果を記載してください。

１　過去３年間（令和３、４、５年度）の行政による指導監査・実地指導等について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　　□　指導監査・実地指導等において文書指摘事項はなかった

　　□　指導監査・実地指導等において文書指摘事項があったが、重大な指摘事項（人員基準違反等）はなかった

　　□　指導監査・実地指導等において重大な指摘事項（人員基準違反等）があった

　　□　過去３年間は行政による指導監査・実地指導等がなかった、又は指導監査・実地指導等の対象となる施設・事業を運営していない

２　文書指摘事項の改善状況について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　　□　指摘事項は全て改善した、又は指導監査において指摘事項はなかった

　　□　指摘事項について改善している途中である、又は改善する予定である

　　□　指摘事項について改善に着手していない

３　過去３年間（令和３、４、５年度）に指導監査・実地指導等が実施され、文書指摘事項がある場合は、各年度の指摘事項と改善状況報告書の内容、現在の改善状況を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 指摘事項 | 改善状況報告書の内容 | 現在の改善状況 |
| 令  和  ３  年  度 | 法人運営  施設運営  利用者処遇 |  |  |
| 令  和  ４  年  度 | 法人運営  施設運営  利用者処遇 |  |  |
| 令  和  ５  年  度 | 法人運営  施設運営  利用者処遇 |  |  |

【添付書類】

○指導監査・実地指導指摘事項（法人運営、施設運営、利用者処遇）

○指導監査・実地指導指摘事項是正又は改善状況報告書（法人運営、施設運営、利用者処遇）

【様式７】

７　法人全体における事故及び不祥事

（審査基準）過去２年間、法人の運営上において重大な事故や不祥事がなかったか

１　過去２年間（令和４年度以降申請日まで）、法人全体における重大な事故（※１）及び不祥事（※２）の発生状況について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　※１　利用者の死亡、入院を要する怪我、利用者の財物の損壊・滅失等の重大な事故

　※２　職員の信用失墜行為や法令違反により利用者処遇に影響を及ぼしたもの（虐待認定、適正手続を欠く身体拘束、不正受給事案を含む）等

　　□　法人全体において重大な事故や不祥事は発生していない

　　□　法人全体において重大な事故又は不祥事が発生したが、適切に対応し、再発防止策をとった

　　□　法人全体において重大な事故又は不祥事が発生したが、対応や再発防止策が不十分である

２　過去２年間（令和４年度以降申請日まで）に、重大な事故又は不祥事が発生した場合、具体的な内容、発生後の対応、再発防止策等を全件記載してください（※５Ｗ１Ｈも含め、要点を簡潔に記載してください。）。

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日、発生したサービス、事故又は不祥事の具体的内容 | 発生後の対応及び再発防止策 |
|  |  |

【添付書類】

○事故及び不祥事の詳細が分かる書類（例：事故報告書、役員会等での説明資料）

【様式８】

８　同種施設における事故及び不祥事

（審査基準）過去２年間（※）、今回募集する施設と同種施設において、法人の運営上、重大な事故や不祥事がなかったか

※申請法人が現指定管理者の場合、当該施設における重大な事故及び不祥事に関しては当該施設の指定管理期間

１　過去２年間（令和４年度以降申請日まで）、今回申請する施設と同種施設（高齢福祉関連施設）における重大な事故（※１）及び不祥事（※２）の発生状況について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　　ただし、当該施設の現指定管理者については、現在の指定管理期間中（令和５年度～）及び前指定管理期間中（平成２９年度～令和４年度）の当該施設における重大な事故及び不祥事の発生状況について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　※１　利用者の死亡、入院を要する怪我、利用者の財物の損壊・滅失等の重大な事故

　※２　職員の信用失墜行為や法令違反により利用者の処遇に影響を及ぼしたもの（虐待認定、適正手続を欠く身体拘束、不正受給事案を含む）等

　□　同種施設において重大な事故や不祥事は発生していない

　□　同種施設において重大な事故又は不祥事が発生したが、適切に対応し、再発防止策をとった

　□　同種施設において重大な事故又は不祥事が発生したが、対応や再発防止策が不十分である

　□　今回申請する施設と同種施設を運営していない

２　過去２年間（令和４年度以降申請日まで）に、重大な事故又は不祥事が発生した場合、具体的な内容、発生後の対応、再発防止策等を全件記載してください（※５Ｗ１Ｈも含め、要点を簡潔に記載してください。）。

　　記入に当たっては、上記７　法人全体における事故及び不祥事で記載した内容のうち高齢福祉関連施設に係る内容について、再掲してください（ただし、現指定管理者については、当該施設における平成２９年度以降の内容についても全件記載してください）。

|  |  |
| --- | --- |
| 発生日、発生したサービス、事故又は不祥事の具体的内容 | 発生後の対応及び再発防止策 |
|  |  |

【添付書類】

○事故及び不祥事の詳細が分かる書類（例：事故報告書、役員会等での説明資料）

【様式９】

９　コンプライアンスの推進

（審査基準）組織としてコンプライアンスの推進に取り組んでいるか

　コンプライアンスに対する基本的な考え方及び具体的な取組内容について記載してください（コンプライアンスに関する組織体制、基本方針の策定、職員研修（倫理研修等）の実施状況、マニュアル等の整備、内部監査・点検の実施　等）。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

○コンプライアンスに関する規程、マニュアル（添付した規程等の名称：　　　　　　）

○コンプライアンス組織体制図

○コンプライアンスに関連する取組（倫理研修等）の記録（前年度分）

【様式１０】

１０　管理者の責任とリーダーシップ

（審査基準）管理者の役割と責任がスタッフに明示され、事業の運営状況を把握の上、具体的な指示を出しているか

　法人における、管理者としての役割と責任に対する基本的な考え方及び具体的な取組内容について記載してください（遵守すべき法令等の理解、施設・事業の課題の把握、サービスの質の向上のため取組、経営や業務の改善に向けた取組、組織内での指導力の発揮　等）。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【様式１１】

１１　資金収支及び事業活動収支の状況

（審査基準）法人全体で過去２年間又は累積での赤字が生じていないか

（申請法人が本市外郭団体の場合、その他の法人とのイコール・フッティングを図るための調整あり）

１　過去２年度（令和３、４年度）の法人全体の収支状況について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　□　過去２年度とも赤字ではない

　□　過去２年度のいずれかが赤字だった

　□　過去２年度とも赤字だった

　※　法人全体の事業活動計算書の「経常増減差額」（損益計算書の「経常利益」）がマイナスの場合、赤字と判定します。

２　法人単位の資金収支計算書（直近（上記）の２会計年度分）及び法人単位の事業活動計算書又は損益計算書（直近（上記）の２会計年度分）を添付してください。

３　過去２年度（令和３、４年度）のいずれかが赤字の場合、その理由を記載してください。

|  |
| --- |
|  |

【様式１２】

１２　借入金の状況

（審査基準）法人全体で運営資金借入金がないか

設備資金借入金がある場合は返済計画どおりに償還しているか

１　過去２年度（令和３、４年度）の法人全体の借入状況について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　□　過去２年度とも運営資金借入金がない。設備資金借入金があっても返済計画どおりに償還している

　□　過去２年度のいずれかに運営資金借入金がある

　□　運営資金借入金は過去２年度ともないが、設備資金借入金を返済計画どおりに償還できていない

　□　過去２年度とも運営資金借入金がある

２　法人全体の貸借対照表（直近（上記）の２会計年度分）を添付してください。

３　借入金がある場合、明細表（社会福祉法人の場合は、附属明細書 別紙３（①）借入金明細書）（直近（上記）の２会計年度分）を添付してください。

４　借入金がある場合、借入理由及び返済状況について記載してください。

⑴　借入理由

|  |
| --- |
|  |

⑵　返済状況（計画どおり返済しているか等）

|  |
| --- |
|  |

【様式１３】

１３　外部評価

（審査基準）第三者評価等の外部評価を受診し、評価結果を公表しているか

１　過去３年間（令和３、４、５年度）の第三者評価等の外部評価（以下「第三者評価等」という。）の受診について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

□　選定する施設と同種施設（高齢福祉関連施設）について、第三者評価等を受診し、評価結果を公表した

　□　選定する施設と同種施設（高齢福祉関連施設）では第三者評価等を受診していないが、その他の事業について、第三者評価等を受診し、評価結果を公表した

　□　選定する施設と同種施設（高齢福祉関連施設）又はその他の事業について第三者評価等を受診したが、評価結果を公表していない

　□　第三者評価等を受診していない

　□　外部評価の対象となる施設・事業を運営していない。

　　※　第三者評価については、３年に１回以上の受診が勧奨されています（社会的養護関係施設を除く。）。

　　※　受診予定であったが、新型コロナウイルスの影響により、評価機関の判断で受診が延期されている場合は、直近の評価結果を記載してください。（２、３において同じ）

２　選定する施設と同種施設（高齢福祉関連施設）について、過去３年間（令和３、４、５年度）に第三者評価等を受診した場合、直近の評価結果を記載してください。

⑴　評価結果が良かった主な点

|  |
| --- |
|  |

⑵　評価結果が悪かった主な点

|  |
| --- |
|  |

３　選定する施設と同種施設（高齢福祉関連施設）について、過去３年間（令和３、４、５年度）に第三者評価等を受診した場合、公表の状況について記載してください。

　公表の状況

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

○外部評価（第三者評価等）の評価結果（概要部分のみ）、公表の状況が分かるもの（ホームページの写し等）

【様式１４】

１４　苦情解決

（審査基準）苦情があった際に適切に対応しているか

１　過去２年間（令和４年度から申請日まで）における苦情解決の状況について、該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

　□　苦情はなかった、又は苦情があったが解決した

　□　苦情があったが一部解決できていないものがある

　□　苦情があったが解決できていない

２　過去２年間（令和４年度から申請日まで）の主な苦情について、内容及び解決・改善状況を記載してください。

　※　法人が運営する特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターに係る苦情について記載してください。

　　　特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、法人が運営する高齢福祉関連事業に係る苦情について記載してください。

　　　高齢福祉関連事業を運営していない場合は、法人が運営する社会福祉事業に係る苦情について記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情年月、苦情を受け付けたサービス、  　苦情内容 | 解決状況、  　日常業務の改善に反映したこと　等 |
|  |  |

**Ⅱ　事業計画（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターの事業計画）**

　　※　申請施設の事業計画を記載してください。

　　※　項目１５～３８は、合築施設の場合、施設種別（特別養護老人ホーム（短期入所生活介護を含む）、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センター）ごとに記載してください。なお、施設種別ごとに記載することが難しいものについては、まとめて記載いただいてもかまいません。

　　※　項目１６、１７、１９、２０、２１、２６、２７、３３、３４、３５、３６、３７、３８は、現在、法人が運営している施設の取組実績も記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| １　特別養護老人ホームを運営している場合 | →　特別養護老人ホームの取組実績を記載  　（複数の特別養護老人ホームを運営している場合は、利用者数や立地条件が申請施設と類似している特別養護老人ホームの実績を記載） |
| ２　老人デイサービスセンターを運営している場合 | →　老人デイサービスセンターの取組実績を記載  　（複数の老人デイサービスセンターを運営している場合は、利用者数や立地条件が申請施設と類似している老人デイサービスセンターの実績を記載） |
| ３　地域包括支援センターを運営している場合 | →　地域包括支援センターの取組実績を記載  （複数の地域包括支援センターを運営している場合は、利用者数や立地条件が申請施設と類似している地域包括支援センターの実績を記載） |
| ４　特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合 | →　法人が運営する高齢者福祉関連事業の取組実績を記載 |
| ５　高齢福祉関連事業を運営していない場合 | →　法人が運営する社会福祉事業の取組実績を記載 |

　　　【様式１５】

１５　施設の運営理念等

（審査基準）当該施設に見合う具体的な運営理念や運営方針を定めているか

　申請施設の運営理念を記載してください。

　なお、国における社会保障を取り巻く状況や新たな法律・条例の施行、本市の関連施策への対応も踏まえて記載してください。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な内容を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【様式１６】

１６　地域交流、関係機関等との連携

（審査基準）地域交流や関係機関等との連携に対する考え方は妥当か

１　地域住民及び地域関係機関等との交流・連携に関する基本的な考え方と特に力を入れて取り組みたいと考えている事項について、申請施設の地域性を踏まえ、具体的に記載してください。

⑴　要旨

|  |
| --- |
|  |

　⑵　詳細（「⑴　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

２　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおける地域交流の取組実績を記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

【様式１７】

１７　利用者の尊重

（審査基準）人権の尊重、守秘義務、個人情報保護、説明責任についての理念を明示しているか

１　「人権の尊重」、「守秘義務」、「個人情報保護」、「説明責任」についての基本的な考え方と特に力を入れて取り組みたいと考えている事項を記入してください。

　　なお、国における社会保障を取り巻く状況や新たな法律・条例の施行、本市の関連施策への対応も踏まえて記載してください。

⑴　要旨

|  |
| --- |
|  |

　⑵　詳細（「⑴　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

２　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおける利用者尊重の取組実績（「人権の尊重」、「守秘義務」、「個人情報保護」、「説明責任」）を記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

　○利用者のプライバシー保護に関する規程、マニュアル（添付した規程等の名称：　　）

　○利用者の承諾書書式

　（現在、法人で使用しているもの又は申請施設で使用する予定のもの）

【様式１８】

１８　事業計画の基本的性格

（審査基準）施設の性格、機能及び役割を理解した計画になっているか

１　事業計画の基本的な考え方と特に力を入れて取り組みたいと考えている事項を記入してください。

なお、国における社会保障を取り巻く状況や新たな法律・条例の施行、本市の関連施策への対応も踏まえて記載してください。

|  |
| --- |
|  |

２　事業計画

⑴　特別養護老人ホームの基本条件に関する計画

該当する事項を○で囲むとともに、必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 項目 | 記入欄 | | | |
| 1 | 食事提供業務の形態 | 直営　・　委託　・　一部委託 | | | |
| 2 | 栄養士 | 管理栄養士　・　栄養士 | | | |
| 3 | 協力病院 |  | | | |
| 4 | 協力歯科医療機関 |  | | | |
| 5 | 体制等  （介護老人福祉施設） | 栄養ケア・マネジメントの実施 | | 有　・　無 | |
| 日常生活継続支援加算　① | | 有　・　無 | |
| テクノロジーの導入　①関係 | | 有　・　無 | |
| 看護体制加算 | | 有　・　無 | |
| 夜勤職員配置加算　② | | 有　・　無 | |
| テクノロジーの導入　②関係 | | 有　・　無 | |
| 生活機能向上連携加算 | | 有　・　無 | |
| 個別機能訓練加算 | | 有　・　無 | |
| ＡＤＬ維持等加算 | | 有　・　無 | |
| 若年性認知症入所者受入加算 | | 有　・　無 | |
| 常勤専従医師配置 | | 有　・　無 | |
| 精神科医師定期的療養指導 | | 有　・　無 | |
| 障害者生活支援体制 | | 有　・　無 | |
| 栄養マネジメント強化加算 | | 有　・　無 | |
| 療養食加算 | | 有　・　無 | |
| 配置医師緊急時対応加算 | | 有　・　無 | |
| 看取り介護体制 | | 有　・　無 | |
| 認知症チームケア推進加算 | | 有　・　無 | |
| 認知症専門ケア加算 | | 有　・　無 | |
| 褥瘡マネジメント加算 | | 有　・　無 | |
| 排せつ支援加算 | | 有　・　無 | |
| 自立支援促進加算 | | 有　・　無 | |
| 科学的介護推進体制加算 | | 有　・　無 | |
| 安全対策体制加算 | | 有　・　無 | |
| 高齢者施設等感染対策向上加算 | | 有　・　無 | |
| 生産性向上推進体制加算 | | 有　・　無 | |
| サービス提供体制強化加算 | | 有　・　無 | |
| 介護職員等処遇改善加算 | | 有　・　無 | |
| 介護職員等特定処遇改善 | | 有　・　無 | |
| 6 | 体制等  （短期入所生活介護） | 生活相談員配置等加算 | | 有　・　無 | |
| 生活機能向上連携加算 | | 有　・　無 | |
| 機能訓練指導体制 | | 有　・　無 | |
| 個別機能訓練加算 | | 有　・　無 | |
| 看護体制加算 | | 有　・　無 | |
| 医療連携強化加算 | | 有　・　無 | |
| 看取り連携体制加算 | | 有　・　無 | |
| 夜勤職員配置加算　③ | | 有　・　無 | |
| 口腔連携強化加算 | | 有　・　無 | |
| 生産性向上推進体制加算 | | 有　・　無 | |
| テクノロジーの導入　③関係 | | 有　・　無 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | 有　・　無 | |
| 療養食加算 | | 有　・　無 | |
| 認知症専門ケア加算 | | 有　・　無 | |
| サービス提供体制強化加算 | | 有　・　無 | |
| 介護職員等処遇改善 | | 有　・　無 | |
| 介護職員等特定処遇改善 | | 有　・　無 | |
| 7 | その他の費用  （介護老人福祉施設）  ※日常生活において通常必要となる費用で利用者からの徴収を予定している費用 | 費用名 | 内　容 | | 金　額 |
| 利用者が選定する特別な食事 |  | | 円 |
| 理美容代 |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
| 8 | その他の費用  （短期入所生活介護）  ※日常生活において通常必要となる費用で利用者からの徴収を予定している費用 | 費用名 | 内　容 | | 金　額 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |
|  |  | | 円 |

　⑵　老人デイサービスセンターの基本条件に関する計画

　　該当する事項を○で囲むとともに、必要事項を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 項目 | 記入欄 | | | | | | |
| 1 | 実施単位数 | 単位 | | | | | | |
| 2 | 定員 | １単位目 | 人　（　一般型　・　認知症対応型　） | | | | | |
| ２単位目 | 人　（　一般型　・　認知症対応型　） | | | | | |
| 3 | 通常の事業実施区域 | ※行政区名を記入 | | | | | | |
| 4 | 営業日等 | ※標準条件：毎週月曜日から土曜日まで（国民の祝日に関する法律に規定する休日並びに１月２日、同月３日及び１２月２９日から同月３１日までを除く。） | | | | | | |
| 5 | 開所時間 | ※標準条件：午前９時から午後５時まで。 | | | | | | |
| 6 | 人員配置区分 | 一般型　・　認知症対応型 | | | | | | |
| 7 | 体制等 | 生活相談員配置等加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 入浴介助加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 中重度者ケア体制加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 生活機能向上連携加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 個別機能訓練加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| ＡＤＬ維持等加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 認知症加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 栄養アセスメント・栄養改善加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 口腔機能向上加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 科学的介護推進体制加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| サービス提供体制強化加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 介護職員等処遇改善加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | | | | | 有　　・　　無 | |
| 8 | 送迎体制 | 対応可　・　対応不可 | | | | | | |
|  | | 送迎車両 | | 購入 ・ リース ・ その他（　　　　　） | | |
| 9 | 時間延長サービス体制 | 対応可　・　対応不可 | | | | | | |
| 10 | その他の費用  ※日常生活において通常必要となる費用で利用者からの徴収を予定している費用 | 費用名 | | | 内　容 | | | 金　額 |
| 送迎費用 | | | 通常の事業の実施地域を超えた場合の費用 | | | 円 |
| サービス提供時間を超えて利用する場合の延長料金 | | | ※時間延長サービス体制の加算対象部分は除く。 | | | 円 |
| 食費 | | |  | | | 円 |
| おむつ代 | | |  | | | 円 |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |
|  | | |  | | |  |

※№4～10で、単位ごとに体制が異なる場合等は、記入欄の余白に必要事項を記入してください。

３　年間事業計画

|  | 高齢福祉事業 | その他事業 |
| --- | --- | --- |
| ４月 |  |  |
| ５月 |  |  |
| ６月 |  |  |
| ７月 |  |  |
| ８月 |  |  |
| ９月 |  |  |
| 10月 |  |  |
| 11月 |  |  |
| 12月 |  |  |
| １月 |  |  |
| ２月 |  |  |
| ３月 |  |  |

【様式１９】

１９　情報開示の積極的姿勢

（審査基準）積極的に情報開示を行う姿勢が明らかになっているか

１　法人の概要、サービス内容、事業の運営状況、財務諸表等の情報開示に関する基本的な考え方と特に力を入れて取り組みたいと考えている事項を記入してください（利用者に対する情報開示と、広く市民に対する情報開示について記入してください。）。

⑴　要旨

|  |
| --- |
|  |

　⑵　詳細（「⑴　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容（どのような情報を公開するか、公開の方法、回数等）を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

２　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおける情報開示の取組実績を記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください。）。

　　例…印刷物の作成や配布、ホームページの作成　等

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

○情報開示のマニュアル（現在、法人で使用しているもの又は申請施設で使用する予定のもの）（添付したマニュアルの名称：　　　　　）

○利用者に対してサービス内容等を紹介した資料（お便り、パンフレット等）

【様式２０】

２０　利用者の意見反映

（審査基準）利用者の意見聴取を行ったり、第三者委員の設置により苦情解決体制を確立するなど、組織的な体制が確立された計画となっているか

１　「利用者の意見聴取とその反映方法」及び「苦情解決体制」に関する基本的な考え方と特に力を入れて取り組みたいと考えている事項を記入してください。

⑴　要旨

|  |
| --- |
|  |

　⑵　詳細（「⑴　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

２　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおける利用者の意見反映の取組実績を記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業について記載してください）。

　⑴　利用者の意見反映や満足度の把握

　　　□把握している　　□把握していない

　⑵　⑴で「把握している」と回答した場合、具体的な把握方法とサービスへの反映状況等を記載してください。

|  |
| --- |
|  |

　⑶　第三者委員の設置

　　　□設置している　　□設置していない

【添付書類】

　○利用者の意見や満足度を把握した調査結果（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターの直近の調査結果。特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターの調査結果がない場合は法人として直近に実施した調査の結果）

　○苦情対応マニュアル　等（現在、法人で使用しているもの又は申請施設で使用する予定のもの）（添付したマニュアルの名称：　　　　　）

　○苦情解決体制が確認できる書類

　○第三者委員名簿　等

【様式２１】

２１　サービスの質の確保、向上

（審査基準）サービスの質の確保･向上に向けた組織として具体的な計画になっているか

１　サービスの質の確保・向上に関する基本的な考え方と特に力を入れて取り組みたいと考えている事項を記入してください。

⑴　要旨

|  |
| --- |
|  |

　⑵　詳細（「⑴　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

２　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおけるサービスの質の確保・向上に向けた取組の実績を記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

　○これまでのサービスの質の確保・向上に向けた取組に係る書類

　○業務（事務）マニュアル（接遇・電話応対も含む）、個別援助記録等

【様式２２】

２２　建物・設備の保守点検

（審査基準）建物維持管理業務についての考え方は適切なものとなっているか

　建物の維持管理業務に関する基本的な考え方及び具体的に取り組みたいと考えている事項について記入してください。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【様式２３】

２３　環境への配慮及びＳＤＧｓ推進

（審査基準）環境に配慮した取組やＳＤＧｓ推進に向けた取組について具体的に明示しているか

　環境への配慮（ごみの減量、省エネ等）やＳＤＧｓ推進に関する基本的な考え方及び具体的に取り組みたいと考えている事項について記入してください。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。また、各種制度や認証等の取得や取得予定があれば記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【様式２４】

２４　職員の配置計画

（審査基準）職員の配置基準を満たす計画であるとともに、採用計画について具体的に明示しているか

　職員配置及び採用計画

　　別紙「職員配置予定表」に必要事項を記入するとともに、サービスの質の確保と経営の効率性等の観点から、職員配置及び採用計画に関する基本的な考え方を記入してください。

１　職員配置の考え方

|  |
| --- |
|  |

２　職員採用の考え方

|  |
| --- |
|  |







【様式２５】

２５　職員の人事考課

（審査基準）人事考課の考え方を明示しているか

　人事考課に関する基本的な考え方を記入してください。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

　○服務規程（就業規則）

　○給与規程

　○非常勤職員就業規則

【様式２６】

２６　職員の人材育成

（審査基準）研修計画を作成の上、計画に基づいた専門知識・技術の向上に向けた研修機会を組織的に確保しているか

１　職員の人材育成の考え方を記入してください。

|  |
| --- |
|  |

２　当該施設の職員に対する研修（研修内容、回数等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

３　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおける人材育成の取組、研修実施状況等について実績を記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

|  |
| --- |
| ⑴　人材育成の取組 |
| ⑵　研修実施状況（研修内容、回数等） |

【添付書類】

○申請施設における職員研修計画

○法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおける職員研修の記録（前年度分）（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業における職員研修の記録）

【様式２７】

２７　人材育成への貢献

（審査基準）実習生受入れ等に対する体制が整備されているか

１　実習生の受入れについて、基本的な考え方及び具体的に取り組みたいと考えている事項を記入してください。

⑴　要旨

|  |
| --- |
|  |

　⑵　詳細（「⑴　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容を詳しく記載してください（担当者の設置、職員や利用者への事前説明、学校側との連携　等）。）

|  |
| --- |
|  |

２　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおける過去２年度の実習生受入れの状況を記載してください。特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の状況を記載してください。

|  |
| --- |
| （例）○○大学　○○名　○○日間 |

【様式２８】

２８　運営の健全性

（審査基準）サービスの質の確保と経営の効率性のバランスがとれた計画になっているか

　サービスの質の確保と経営の効率性のバランスについて、基本的な考え方を記入してください。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【様式２９、３０、３１】

２９　資金計画、３０　資金収支見通し、３１　運転資金の確保

（審査基準２９）事業計画との整合性があり、実現が見込めるものとなっているか

（審査基準３０）今後の収支見通しについて単年度又は累積での資金赤字となっていないか

（審査基準３１）一定の運転資金を確保しているか

１　指定期間内の収支計画表（単位：円）

※　収入及び支出金額の記載に当たっては、例えば、昇給による人件費の増加を見込むなど、できるだけ正確な金額を記載するようにしてください。

　⑴　特別養護老人ホーム

指定期間開始時の運転資金　　　　　　　　　　　　　　　　円

（収入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 介護保険収入 |  |  |  |  |  |  |
| 委託料 |  |  |  |  |  |  |
| 利用料 |  |  |  |  |  |  |
| 寄付金 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 収入計 |  |  |  |  |  |  |

（支出）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 事業費 |  |  |  |  |  |  |
| 委託料 |  |  |  |  |  |  |
| 小額修繕費 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 支出計 |  |  |  |  |  |  |

（収支）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 収支 |  |  |  |  |  |  |

（平均利用率見込）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 平均利用率見込 |  |  |  |  |  |  |

　⑵　老人デイサービスセンター

指定期間開始時の運転資金　　　　　　　　　　　　　　　　円

（収入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 介護保険収入 |  |  |  |  |  |  |
| 委託料 |  |  |  |  |  |  |
| 利用料 |  |  |  |  |  |  |
| 寄付金 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 収入計 |  |  |  |  |  |  |

（支出）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 事業費 |  |  |  |  |  |  |
| 委託料 |  |  |  |  |  |  |
| 小額修繕費 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 支出計 |  |  |  |  |  |  |

（収支）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 収支 |  |  |  |  |  |  |

（平均利用率見込）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 平均利用率見込 |  |  |  |  |  |  |

⑶　地域包括支援センター

指定期間開始時の運転資金　　　　　　　　　　　　　　　　円

（収入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 介護保険収入 |  |  |  |  |  |  |
| 委託料 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 収入計 |  |  |  |  |  |  |

（支出）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 事業費 |  |  |  |  |  |  |
| 委託費 |  |  |  |  |  |  |
| 小額修繕費 |  |  |  |  |  |  |
| その他 |  |  |  |  |  |  |
| 支出計 |  |  |  |  |  |  |

（収支）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和７年度 | 令和８年度 | 令和９年度 | 令和１０年度 | 令和１１年度 | 令和１２年度 |
| 収支 |  |  |  |  |  |  |

２　要旨（上記１の主な算定根拠）

|  |
| --- |
| （例）給与　○○○円×○人　等 |

３　詳細（「２　要旨」について、詳細又は補足説明を記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

【様式３２】

３２　内部牽制体制

（審査基準）経費の執行について複数の者でチェックする内部牽制体制が示されているか

１　経理規程の作成について

　　　□作成している

　　　□作成していない

２　経費執行に係る内部牽制体制の基本的な考え方及び具体的に取り組みたいと考えている事項について記入してください。

|  |
| --- |
|  |

３　会計責任者及び出納職員の配置について

　　　□会計責任者と出納職員は別の者を任命する（兼務しない）

　　　□上記以外（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【添付書類】

　○会計処理規程（経理規程等）（現在、法人で適用しているもの又は申請施設で適用する予定のもの）

【様式３３】

３３　市内中小企業の活用

（審査基準）再委託を行う場合において、市内中小企業への発注に努めているか

１　指定管理業務の一部を第三者（営利企業）に委託することを予定しているかについて記入してください。

□　申請施設において業務の一部を第三者（営利企業）に委託することを予定している（→現指定管理者は２・３を記載してください。それ以外の法人は２のみ記載してください）

　　□　申請施設において業務の一部を第三者（営利企業）に委託することを予定していない（→２・３は記載不要です）

※　指定管理者は、業務の執行を第三者に委託し、又は請け負わせてはなりません。ただし、施設内の清掃、施設の浄化槽の清掃及び維持管理、消防設備及び電気設備の維持管理及び点検、施設の防犯及び警備、その他本市が必要と認める事項については、第三者に委託することができます。

２　申請施設において業務の一部を営利企業への委託を予定している場合、委託を予定する業務別に市内中小企業への発注の考え方について記入してください。該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

※　京都市公契約基本条例において、受注者及び下請負者等は、市内中小企業と下請等契約を締結するよう努めるものとされております。

（市内中小企業：中小企業基本法第２条第１項各号のいずれかに該当するものであって、本市の区域内に本店又は主たる事務所を有するもの）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | いずれかに☑ | 市内中小企業に委託しない理由 |
| 施設内の清掃 | □営利企業への委託を予定していない |  |
| □市内中小企業 |  |
| □市内中小企業以外 |  |
| 建物管理 | □営利企業への委託を予定していない |  |
| □市内中小企業 |  |
| □市内中小企業以外 |  |
| 消防設備の維持管理及び点検 | □営利企業への委託を予定していない |  |
| □市内中小企業 |  |
| □市内中小企業以外 |  |
| 電気設備の維持管理及び点検（エレベーター含む。） | □営利企業への委託を予定していない |  |
| □市内中小企業 |  |
| □市内中小企業以外 |  |
| 施設の防犯及び警備 | □営利企業への委託を予定していない |  |
| □市内中小企業 |  |
| □市内中小企業以外 |  |
| 給食 | □営利企業への委託を予定していない |  |
| □市内中小企業 |  |
| □市内中小企業以外 |  |
| その他（　　　）  ※業務内容を記載してください | □営利企業への委託を予定していない |  |
| □市内中小企業 |  |
| □市内中小企業以外 |  |

３　現指定管理者は、申請施設において業務の一部を営利企業への委託を予定している場合、委託を予定する業務別に市内中小企業への発注の実績について記入してください。該当する□（１つ）にレ印を記入してください。

※　京都市公契約基本条例において、受注者及び下請負者等は、市内中小企業と下請等契約を締結するよう努めるものとされております。

（市内中小企業：中小企業基本法第２条第１項各号のいずれかに該当するものであって、本市の区域内に本店又は主たる事務所を有するもの）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | いずれかに☑ | （委託先名） | 市内中小企業に委託しない理由 |
| 施設内の清掃 | □営利企業に委託していない |  |  |
| □市内中小企業 |  |  |
| □市内中小企業以外 |  |  |
| 建物管理 | □営利企業に委託していない |  |  |
| □市内中小企業 |  |  |
| □市内中小企業以外 |  |  |
| 消防設備の維持管理及び点検 | □営利企業に委託していない |  |  |
| □市内中小企業 |  |  |
| □市内中小企業以外 |  |  |
| 電気設備の維持管理及び点検（エレベーター含む。） | □営利企業に委託していない |  |  |
| □市内中小企業 |  |  |
| □市内中小企業以外 |  |  |
| 施設の防犯及び警備 | □営利企業に委託していない |  |  |
| □市内中小企業 |  |  |
| □市内中小企業以外 |  |  |
| 給食 | □営利企業に委託していない |  |  |
| □市内中小企業 |  |  |
| □市内中小企業以外 |  |  |
| その他（　　）  ※業務内容を記載してください | □営利企業に委託していない |  |  |
| □市内中小企業 |  |  |
| □市内中小企業以外 |  |  |

【様式３４】

３４　事故及び虐待防止

（審査基準）事故及び虐待防止のためのマニュアルや指針を整備し、研修等の体制を確立しているか

１　事故防止のためのマニュアルの作成について

　　□作成している

　　□作成していない

２　事故防止に係る研修・訓練体制等について記入してください（施設内等の事故防止に係る研修・訓練の内容、回数、頻度等を詳しく記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

３　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおいて、事故防止に向けて取り組んでいることを記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

４　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおいて、虐待防止のために取り組んでいることを記載してください（指針の整備、委員会の設置開催、研修の実施、責任者や担当者の設置等）（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

　○事故防止マニュアル　等

○虐待防止のための指針　等

（現在、法人で使用しているもの又は申請施設で使用する予定のもの）

【様式３５】

３５　緊急時の対応

（審査基準）緊急時のマニュアルを整備し、組織体制を確立しているか

　※非常災害時の対応については、３８　災害対策にご記入ください。

１　緊急時の対応に関するマニュアルの作成について

　　□作成している

　　□作成していない

２　緊急時の体制の考え方について記入してください。（事故発生時、救急時、不審者への対応　等）

　　なお、近年国内において発生した重大事案等を踏まえ、防犯に対する対応についての考え方や取組についても記入してください。

|  |
| --- |
|  |

３　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおいて、緊急時の対応について取り組んでいることを記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

　○緊急時の対応に関するマニュアル（現在、法人で使用しているもの又は申請施設で使用する予定のもの）

【様式３６】

３６　感染症等の対応

（審査基準）感染症や食中毒予防対策のためのマニュアルを整備し、具体的予防策や業務継続計画等を確立しているか

１　感染症予防対策のためのマニュアルの作成について

　　□作成している

　　□作成していない

２　食中毒予防対策のためのマニュアルの作成について

　　□作成している

　　□作成していない

３　感染症や食中毒の予防に係る研修・訓練体制等について記入してください。（研修・訓練の内容、回数、頻度等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

４　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおいて、食中毒や感染症※予防や発生時に向けて取り組んでいることを記載してください（感染症発生に係る業務継続計画等の策定状況も踏まえて記載してください。特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

　※　新型コロナウイルス、インフルエンザ、ノロウイルス、レジオネラ症（入浴設備がある場合）の対策は必ず記載してください。

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

　○感染症予防対策のためのマニュアル

○食中毒予防対策のためのマニュアル

○感染症発生に係る業務継続計画

（現在、法人で使用しているもの又は申請施設で使用する予定のもの）

【様式３７】

３７　衛生管理

（審査基準）施設内の物品等の整理整頓及び衛生管理対策が明示されているか

１　施設内の物品等の衛生管理対策及び整理整頓の考え方について記入してください。

　⑴　要旨

|  |
| --- |
|  |

　⑵　詳細（「⑴　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

２　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおいて、施設内の衛生管理等に関して取り組んでいることを記載してください（特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

【様式３８】

３８　災害対策

（審査基準）消火訓練、避難訓練等の実施計画や備え、業務継続計画等があるか

１　非常災害時の対応に関するマニュアルの作成について

　　□作成している

　　□作成していない

２　非常災害時の対応に係る研修・訓練体制等について記入してください（研修・訓練の内容、回数、頻度等を詳しく記載してください）。

　　なお、近年国内において発生した台風や大雨、集中豪雨、地震等による被害等、災害被害を踏まえた防災に対する考え方についても記入してください。

|  |
| --- |
|  |

３　法人が運営している特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターにおいて、非常災害時の対応に関して現在取り組んでいることを記載してください（業務継続計画等の策定状況も踏まえて記載してください。特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター及び地域包括支援センターを運営していない場合は、高齢福祉関連事業又は社会福祉事業の取組実績を記載してください）。

|  |
| --- |
|  |

【添付書類】

　○非常災害時の対応に関するマニュアル、業務継続計画（現在、法人で使用しているもの又は申請施設で使用する予定のもの）

【様式３９】

３９　法人のＰＲ　※自由記載

様式１～３８に記載した内容以外にＰＲしたいことを記載してください。

また、募集要項１１⑶で記載されている別表２中の⑤、⑥の事業を引き続き実施する場合又は、その他の事業を指定管理者による企画提案業務として実施希望の場合は記載してください。

１　要旨

|  |
| --- |
|  |

２　詳細（「１　要旨」で記載した事項について、具体的な取組内容等（自主事業等）を詳しく記載してください。）

|  |
| --- |
|  |