別紙２

令和７年度大阪市認知症高齢者グループホーム運営計画書

令和　年　月　日

大 阪 市 長 様

　以下のとおり、運営計画書を提出します。

（　新規開設　・　ユニット増設　）

１　申込者　（法人の概要）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人種別 |  | 設立年月日 | 年 　月 　日 |
| 資本金額（基本金） | 円 |
| 法人名称 |  |
| 代表者職氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒 |
| 事業所予定地 | （地番・住居表示）　※事業所を明記した付近図を添付してください |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者の職氏名 |  | メールアドレス |  |
| 電話番号 | 　 | FAX |  |

２　応募条件（法人の条件）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険法第70条第２項及び第115条の２第２項の規定に該当しない法人である | はい　・　いいえ |
| 令和2年4月1日以降、法人の社会福祉施設等の事業運営にあたり介護保険法・老人福祉法・社会福祉法上の改善勧告・行政処分等を受けていない。※「いいえ」の場合は処分内容・改善状況が分かる書類をすべて添付してください | はい　・　いいえ |
| ・令和2年4月1日以降、社会福祉施設等の整備事業者の選考取消を受けていない・法人の運営上重大な法令違反を行っていない | はい　・　いいえ |

|  |  |
| --- | --- |
| 直近の法人監査・施設監査・実地指導等において指摘を受けていない。(・複数の事業所を運営している場合は各事業所の直近の実地指導・監査等で指摘がないかを確認すること)(・一の事業所で複数の根拠法令による規制を受けている場合は各法令による直近の実地指導・監査等で指摘がないかを確認すること)※「いいえ」の場合は指摘内容・改善状況が分かる書類を提出すること | はい　・　いいえ |
| 令和2年4月1日以降又は直近の実地指導・監査等で虐待に関する指摘を受けていない※「いいえ」の場合は指摘内容・改善状況が分かる書類を提出すること | はい　・　いいえ |
| 国税及び地方税を完納している。（法人税、消費税及び地方消費税、地方税、源泉所得税 等） | はい　・　いいえ |
| 大阪市競争入札指名停止措置要綱に基づく指名停止措置を受けていない | はい　・　いいえ |
| 法人役員（就任予定者を含む）に次の各号に該当する者はいないa. 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けている者及び　同要綱別表に掲げるいずれかの措置要件に該当する者b. 過去５年間に破産手続開始決定を受けた者c. 過去５年間に禁錮以上の刑に処せられ、その執行が終わるまでの者、又はその執行を受けることがなくなるまでの者 | はい　・　いいえ |

３　応募条件（施設の条件）

|  |  |
| --- | --- |
| 整備（応募）する施設数は２施設以内である。 | はい　・　いいえ |
| 認知症対応型共同生活介護の事業計画については「大阪市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成25年大阪市条例第27号）及び「大阪市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成25年大阪市条例第32号）を理解し遵守する | はい　・　いいえ |
| 建築基準法・消防法等関連法令に適合する建築計画であること、都市計画法に基づく開発許可に支障がないこと、不動産登記法に関する境界に問題がないこと、土地の所有又は使用が可能であること、その他、整備着手に支障や問題等がないことの確認を行った。 | はい　・　いいえ |

施設整備が可能かの確認

|  |
| --- |
| 開発誘導課確認日（　　月　　日）・建築確認課確認日（　　　月　　　日）　　□増改築を行わない案件であり専門家に建物の適法性を確認しているので両課への確認は不要 |

|  |  |
| --- | --- |
| 施設整備に係る費用（建築費・設計監理費・開設準備資金等）及び施設運営（介護報酬・職員給与・光熱水費・介護材料費等）の現実的な収支見込等を具体的に策定すること。 | はい　・　いいえ |
| 地主等と具体的な工費等について協議し承諾を得ていること。（自己資金で建築する場合は現実的な費用を見込んだ） | はい　・　いいえ |
| 他の介護保険事業所を廃止（すでに廃止したものも含む）しての申請ではない※いいえの場合は①廃止（予定）日　②廃止事業所名・種別　③廃止して当該申請を行う理由を明記した書類を添付してください。（任意様式） | はい　・　いいえ |

４　応募における注意事項の確認

|  |  |
| --- | --- |
| 選定を受けた場合は下記５以下と同等の内容で指定申請を行う | はい　・　いいえ |
| 同一土地において他の応募者がないか確認を行った | はい　・　いいえ |

５　事業計画

（１）法人の運営理念

※事業を計画した動機、事業実施よって実現しようとする目標等を自由に記載してください

※地域包括ケアシステムにおける施設の役割や地域共生社会づくりに対しての考え方、地域との連携のあり方についても記載してください

※ＳＤＧsのうち関連する目標の実現に向けた考え方についても記載してください

※既に介護事業、保険・医療・福祉等に事業実績がある場合は、その内容も記載してください

※営利法人の場合には、利潤追求などの目的は省略してください

|  |
| --- |
|  |

（２）法人の強み、独自性　※法人の特色、強調出来る所、魅力等を自由に記載してください

|  |
| --- |
|  |

（３）収支決算の状況

「法人の最新年度を含む過去３年分の貸借対照表・損益計算書」、事業所開設後１年間の「収支計画書」（別紙３-１）及び「施設整備に係る資金計画」（別紙３-２）並びに「法人に係る財務状況」（別紙３－３）のとおり

（４）施設整備計画の妥当性

※事業所の平面図・各室面積表を添付してください

※施設の設計（構造）面での特徴や重視したこと、アピールできることを記載してください。

|  |
| --- |
|  |

（５）感染症や非常災害への対応策、備えについて及び利用者の安全確保に関する取組並び

に業務継続計画（ＢＣＰ）について

※入居者の安全確保(平時を含む)・健康保持や防災対応について記載してください

（参考）衛生管理（食中毒・感染症）については基準（第58条）に明記されています

緊急時（事故等）の対応については基準(第80条等)に明記されています

※業務継続計画（ＢＣＰ）：大地震等の自然災害、感染症のまん延など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い時間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。

|  |
| --- |
|  |

※地震等の災害発生時における、地域社会との連携体制(地域住民との避難協力体制等)や応急対策及び避難誘導等の計画を

具体的に記載してください

※マニュアルについての記載だけではなく、理念や重要と考えているポイントを記載してください

|  |
| --- |
|  |

（６）法人としてのコンプライアンス体制・権利擁護

※コンプライアンスチェック体制の構築について組織としての方針を記載してください

※マニュアルについての記載だけではなく、理念や重要と考えているポイントを記載してください

|  |
| --- |
|  |

※介護事故や苦情が生じたときの、原因究明や再発防止策、情報の公開について具体的な取り組みを記載してください。

※マニュアルについての記載だけではなく、理念や重要と考えているポイントを記載してください

|  |
| --- |
|  |

※利用者の権利擁護について、法人の考え方及び施設において行う具体的な取り組みを結論だけでなく方法等を交えてどのようにして実現するのかについて記載してください。(虐待防止・身体拘束・苦情対応解決の方法については必ず記載すること)

※マニュアルについての記載だけではなく、理念や重要と考えているポイントを記載してください

|  |
| --- |
|  |

（７）職員の採用、定着、研修計画

※感染症対策及び業務継続計画（ＢＣＰ）の研修・訓練、虐待の防止、職員の資質向上のための制度、職員の定着支援や処遇の改善など職員への支援体制についても必ず記載してください。

※中長期的な人材育成を構築する視点での職員の育成についても記載してください。

※法人が実施しているキャリアアップのための研修がある場合は記載してください

|  |
| --- |
| 　　 |
| 　※年間の研修計画とその内容（別紙４）を記載添付してください　 |

（８）介護保険事業等の運営実績

(指定日の古いものを優先して記載してください)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業の種類 | 事業所の所在地 | 事業所名 | 指定（事業開始）年月日 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（９）職員の配置について

※募集要項に記載のとおり、選定評価項目ですので、十分に検討のうえ記載してください。

ア）　□　グループホームで管理者の経験が５年以上ある者を配置することを確約する

イ）　□　指定介護保険事業所での管理者の経験が３年以上ある者を配置することを確約する

ウ）　□　医療連携体制加算Ⅰ、Ⅱいずれかの算定要件を満たす人員を配置することを確約する

エ）　□　医療連携体制加算Ⅰ、Ⅱいずれか及び看取り介護加算の算定要件を満たす人員を配置することを確約する

オ）　□　認知症専門ケア加算Ⅰ又はⅡの算定要件を満たす人員を配置することを確約する

（ア、イ）にチェックする場合は、管理者（予定者）の経歴書を添付してください

（ウ、エ）にチェックする場合は、仮想のシフト表（氏名に代えて職種と資格を記入）を作成して添

付して下さい

（オ）にチェックする場合は、認知症介護実践リーダー研修の受講済証又は受講することの確約書（任

意様式）を添付して下さい

※チェックを入れた場合は、必ず当該条件を満たす内容で指定申請を行う必要があります

別記：事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の予定地 | （地番表示・住居表示）　※事業所を明記した付近図を添付してください |
| 事業所名称 |  |
| 利用定員 | 利用人数(　　　)　ユニット数(　　　)　※増加定員(　　　) ※定員増員の場合のみ  |
| 事業開始予定 | 令和　　年　　月　　日　※各月の１日とすること |
| 併設予定事業 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 土地について | 現在の状況 | 更地　・　店舗　・　住居　・その他(　　　　　　　) | 防火地域・準防火地域・その他(　　　) |
| 都市計画上の用途地域 |  | 敷地面積 | ㎡ |
| 建築面積 | ㎡ |  |
| 建ぺい率 | ％ | 限度 | ％ |
| 所有状況 | 自己所有・所有予定・賃借済・賃借予定・その他(　　　　　　　　　　　) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 建物について | 占有権原 | 自己所有・所有予定・賃借済・賃借予定・その他(　　　　　　　　　　　) |
| 工事区分 | 新築・増改築・改修・その他(　　　　　　　　　　　　　) |
| 構造 |  | 事業所専有面積 | ㎡ |
| 延床面積 | ㎡ |  |
| 容積率 | ％ | 限度 | ％ |