

大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑 指定管理者指定申請書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

(申請者)

本店所在地

法人等名称

代表者氏名

大阪市立介護老人保健施設条例第 18 条の規定により、「大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑」の指定管理者の指定を受けたいので、関係書類を添付して申請します。

担当者氏名 及び 連絡先	送付先住所：
	担当者部署：
	担当者氏名：
	電話番号：() －
	E-mail：

大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑 指定管理者指定申請にかかる誓約書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

(申請者)

本 店 所 在 地

法 人 等 名 称

代 表 者 氏 名

印

大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑の指定管理者指定申請を行うにあたり、次に掲げる事項を誓約します。

- 1 私は、大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑指定管理者募集要項に定める申請資格をすべて満たしており、大阪市立介護老人保健施設条例第19条各号に該当しておらず、添付書類の内容について事実と相違ありません。
- 2 私は、大阪市暴力団排除条例施行規則第3条各号に掲げる事項のいずれにも該当しません。
- 3 私は、本誓約書及び役員名簿等が大阪市から大阪府警察本部に提供されることに同意します。
- 4 私が本誓約書2に該当する事業者であると、大阪市が大阪府警察本部から通報を受け、又は大阪市の調査により判明した場合には、大阪市が大阪市ホームページ等において、その旨を公表することに同意します。
- 5 私が第三者委託をする場合は、これら第三者委託先から大阪市が定める誓約書を徴し、当該誓約書を大阪市に提出します。
- 6 第三者委託先が、本誓約書2に該当する事業者であると大阪市が大阪府警察本部から通報を受け、又は大阪市の調査により判明し、大阪市から第三者委託の解除又は二次以降の再々委託にかかる契約等の解除の指導を受けた場合は当該指導に従います。

法人等の概要

令和 年 月 日現在

法人等名称	(フリガナ)
法人等番号	
本店所在地	〒
設立年月日	
従業員数	
資本金	
主な業務内容	
免許・登録	

* 提案事業者名の記載は正本のみとし、副本には記載しないとともに、他に事業者名表示があれば黒塗りするなどし、提案事業者が推定できる記載は行わないでください。

指定管理者申請団体役員名簿

令和 年 月 日現在

法人等名称	
本店所在地	

役 職 名	フリガナ	性 別	生年月日 (和暦表記)	住 所 * 住居表示又は番地まで 記載のこと
	氏 名			

《留意事項》

- ・この名簿には、法人にあっては代表者のほか非常勤を含む役員及びその経営に事実上参加している者、法人格を有しない団体にあってはその代表者及び経営に事実上参加している者全員について記入してください。
- ・この名簿により提出いただいた個人情報は、大阪市立介護老人保健施設条例第 19 条に規定する欠格条項及び募集要項に規定する失格事項の該当の有無を確認するための照会に使用することがあり、それ以外の用途としては使用しませんので、あらかじめ御了承ください。

* 提案事業者名の記載は正本のみとし、副本には記載しないとともに、他に事業者名表示があれば黒塗りするなどし、提案事業者が推定できる記載は行わないでください。

障がい者雇用状況報告書（公共職業安定所への報告義務がない事業主用）

【施設名称： 】

令和6年6月1日現在

A 事業主			〒	—	(電話番号)
	本店所在地				
	ふりがな				
	名称				
	ふりがな				
	代表者役職氏名		(署名又は記名押印)		
	事業の種類		()		
B 雇 用 の 状 況	区 分				人数等
	①除外率				%
	②常用雇用労働者の数				
	(イ) 常用雇用労働者の数（短時間労働者を除く）				人
	(ロ) 短時間労働者の数				人
	(ハ) 常用雇用労働者の数（（イ）＋（ロ）×0.5）				人
	(ニ) 法定雇用障がい者の算定の基礎となる労働者の数				人
	③常用雇用身体障がい者、知的障がい者及び精神障がい者の数				
	(ホ) 重度身体障がい者の数（短時間労働者を除く）				人
	(ヘ) 重度身体障がい者以外の身体障がい者の数（短時間労働者を除く）				人
	(ト) 重度身体障がい者である短時間労働者の数				人
	(チ) 重度身体障がい者以外の身体障がい者である短時間労働者の数				人
	(リ) 身体障がい者の数（（ホ）×2＋（ヘ）＋（ト）＋（チ）×0.5）				人
	(ヌ) 重度知的障がい者の数（短時間労働者を除く）				人
	(ル) 重度知的障がい者以外の知的障がい者（短時間労働者を除く）				人
	(ヲ) 重度知的障がい者である短時間労働者の数				人
	(ワ) 重度知的障がい者以外の知的障がい者である短時間労働者の数				人
	(カ) 知的障がい者の数（（ヌ）×2＋（ル）＋（ヲ）＋（ワ）×0.5）				人
	(ヨ) 精神障がい者の数（短時間労働者を除く）				人
	(タ) 精神障がい者である短時間労働者の数				人
(レ) 精神障がい者の数（（ヨ）＋（タ）×0.5）				人	
④計（③の（リ）＋③の（カ）＋③の（レ））				人	
⑤実雇用率（④÷②（ニ）×100）				%	
備考	(支社、支店、営業所、工場、事務所等の場合) 主たる事業所の所在及び名称：				

○ 記載上の注意

- 1 この報告書は、当該団体等に属する本社、支社、支店、営業所、工場、事務所等毎に作成すること。
- 2 ②ハ、ニ、③リ、カ、レ、④については、小数点以下第1位まで記入すること。
- 3 ⑤欄には小数点以下第3位を四捨五入した数を記入すること。
- 4 ①の除外率を事業所ごとに適用し、各事業所の④の雇用障がい者数を合計した人数を②ニの労働者を合計した人数で除した数値を事業主の雇用率とします。
- 5 連合体等での申請の場合は、それぞれの構成員毎に作成すること。

○ 雇用障がい者数の対象となる障がい者数の算定方法

- ・重度身体障がい者、重度知的障がい者である常用雇用労働者（1人につき身体障がい者又は知的障がい者2人を雇用しているものとみなされます）
- ・重度身体障がい者、重度知的障がい者である短時間労働者（1人につき身体障がい者又は知的障がい者1人を雇用しているものとみなされます）
- ・身体障がい者、知的障がい者又は精神障がい者である短時間労働者（それぞれ0.5人を雇用しているものとみなされます）

○ 常用雇用労働者の範囲

- ・常用雇用労働者とは、次のように1年を超えて引き続き雇用される者（見込みを含む）をいいます。ただし、1週間の所定労働時間が20時間未満の者については、障がい者雇用率制度上の常用雇用労働者の範囲には含まれませんのでご注意ください。

- | | |
|---|---|
| イ | 雇用期間の定めのない労働者 |
| ロ | 一定期間（1カ月、6カ月等）を定めて雇用される者であっても、その雇用期間が反復更新されて、事実上“イ”と同一の状態にあると認められる者 |
| ハ | 日々雇用される者であっても、雇用契約が日々更新されて、事実上“イ”と同一の状態にあると認められる者 |

出向中の労働者は、原則としてそのものが生計を維持するに必要な主たる賃金を受ける事業主の労働者として取り扱います。なお、いずれの事業主の労働者として取り扱うかについては、雇用保険の取り扱いを行っている事業者の労働者として取り扱って差し支えありません。

外国にある支社、支店、出張所等に勤務している労働者は、日本国内の事業所から派遣されている場合に限り、その事業主の雇用する労働者として扱います。したがって現地で採用している労働者は含みません。

生命保険会社の外務員等については、雇用保険の被保険者として取り扱われているかどうかによって判断してください。

いわゆる登録型の派遣労働者の場合、契約期間の多少の日数の隔たりがあっても、同一の派遣元事業主と雇用契約を更新または再契約して引き続き雇用されることが常態となっている場合には、常用雇用労働者に含まれる場合があります。

短時間労働者とは、常用雇用労働者の内、20時間以上30時間未満である労働者のことです。

○ ①除外率欄

- ・主たる事業の種類が障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則別表4の除外率設定業種欄に掲げる業種に該当する場合のみ、その率を記入してください。

○ ②ニ「法定雇用障がい者数の算定の基礎となる労働者の数」欄

- ・②ハ「常用雇用労働者の数」欄の数に①「除外率」欄の除外率を乗じて得た数（1人未満の端数切り捨て）を、②ハ「常用雇用労働者の数」欄の数から控除した数を記入してください。

○ ③ホ「重度身体障がい者」とは

- ・身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳の等級が1級又は2級とされる方及び3級の障がいを2以上重複して有する方をいいます。

○ ③ヘ「身体障がい者」とは

- ・身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳の等級が3級から6級とされる方及び7級の障がいを2以上重複して有する方をいいます。

○ ③ヌ「重度知的障がい者」とは

- ・知的障がい者のうち、知的障がいの程度が重いと判定された方。具体的には次のいずれかの場合に該当
 - ◆療育手帳で程度が「A」とされている方
 - ◆児童相談所、知的障害者福祉法第12条第1項に規定する知的障害者更生相談所、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第6条第1項に規定する精神保健福祉センター、精神保健指定医による療育手帳の「A」に相当する程度（特別障害者控除を受けられる程度等）とする判定書を貰っている方
 - ◆障害者の雇用の促進等に関する法律第19条の障害者職業センターにより「重度知的障がい者」と判定された方（重度障害者介助等助成金、特定求職者雇用開発助成金、職場適応訓練の適用等に当たって行われている「知的障がいの程度が重い」範囲と同様の範囲で判定が行われます。）

○ ③ル「知的障がい者」とは

- ・児童相談所、知的障害者福祉法第12条第1項に規定する知的障害者更生相談所、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第6条第1項に規定する精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者の雇用の推進等に関する法律第19条の障害者職業センターにより「知的障がい者」と判定された方

○ ③ヨ「精神障がい者」とは

- ・精神保健福祉手帳の交付を受けている方

障がい者雇入れ計画書

1 障がい者の雇用計画 人数	人		
2 雇用計画の期間	雇用予定時期	人 数	
	年 月	人	
	年 月	人	
	年 月	人	
3 就業予定場所等	就業予定場所	職 種 名	人 数
			人
			人
			人
			人
			人
4 計画を実現するための 具体的な取組			

上記のとおり障がい者の雇入れ計画については、確実に実施することとし、雇用後は速やかに報告します。

大 阪 市 長 様

令和 年 月 日

本店所在地
法人等名称
代表者氏名

* 提案事業者名の記載は正本のみとし、副本には記載しないとともに、他に事業者名表示があれば黒塗りするなどし、提案事業者が推定できる記載は行わないでください。

大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑の管理運営に関する事業計画書

施設運営・維持管理にかかる方針及び取組提案

(i) 施設設置趣旨・目的を踏まえた管理運営方針
・ 認知症に特化した施設の管理運営にかかる理念 ・ 認知症の人や家族等へのサービス提供等の基本的な考え方 など

(ii) 職員体制

- ・ 認知症ケアの実践のための人材確保の考え方
- ・ 介護 DX 推進の観点からの取組方針 など

(iii) 認知症の人が利用する施設としての事故防止、医療・介護の安全性の確保の考え方

(iv) 認知症に特化した施設であることを踏まえた緊急時の対応、防災・防犯体制にかかる計画

施設運営の事業計画にかかる提案

「大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑指定管理者募集要項」、「大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑指定管理業務の基準」等の内容を踏まえ作成すること。

(i) 事業計画

- ・ 施設の設置目的を達成するための具体的な事業内容
- ・ 認知症の人に対するリハビリテーションの実施方針
- ・ 認知症の BPSD の予防・軽減に資する効果的な取組方針
- ・ 併設施設（病院、研究所等）との連携
- ・ 実地研修の受け入れにかかる体制 など

(ii) 職員の育成計画、職員研修

(iii) 利用者に対する認知症ケアの質の向上策

施設の有効利用にかかる提案

(i) 他施設、地域との関係づくりに対する考え方

(大阪市域の認知症医療・介護体制の構築への貢献・これまでの実績等)

社会的責任・市の施策との整合について

(i) 環境への取組み

(「ISOの取得やエコアクション 21 等の登録有無等」、「資機材の再生品使用計画の有無等」、「低公害車の導入等」に関して、具体的な取組内容について記載してください)

・

(ii) 就職困難者等の雇用への取組み (各種就労支援事業を活用して過去に雇用した人数等)

就労支援事業名	雇用実績者数
大阪市地域就労支援センター	人
大阪市障がい者就業・生活支援センター	人
大阪市ひとり親家庭等就業・自立支援センター	人
自立支援センター舞洲	人
その他就職困難者等の就労支援の取組み等	

(障がい者の法定雇用率の達成状況について記載してください)

・

(iii) 個人情報保護に関する取組み

(プライバシーマーク又はISMS認証を取得有無、人権研修の実施有無等について記載してください)

・

(iv) 大阪市[認知症施策](#)との整合

(大阪市の認知症施策への取組に参画した実績・事例を記載してください)

・

自主事業計画書

施設の趣旨目的に沿った他の自主事業を大阪市の承諾のもと、指定管理者の費用負担と責任において実施することができます。自主事業を計画される場合は、計画内容を下枠に記載してください。

収 支 計 画 書

(金額はすべて税込みとすること)

1 収入

(単位：円)

項 目	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和13年度	令和14年度	令和15年度	令和16年度	令和17年度	令和18年度	合 計	備 考
(老健施設管理事業収入)												
入所介護報酬												
短期入所介護報酬												
通所リハ介護報酬												
入所利用料収入												
短期入所利用料収入												
通所リハ利用料収入												
その他収入												
(自主事業収入)												
〇〇収入												
合 計 (A)												

*様式 8 - 2 により、年度別明細を作成すること。

*指定期間は令和 9 年 5 月 1 日からとなることに留意すること。

2 支出

(単位：円)

項 目	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和13年度	令和14年度	令和15年度	令和16年度	令和17年度	令和18年度	合 計	備 考
(老健施設管理事業費)												
人件費												
医療材料費												
給食材料費												
経費												
その他費用												
(その他)												
自主事業費用												
法人税等												
〇〇												
小 計												
消費税及び地方消費税額												
合 計 (B)												

*様式 8 - 2 により、年度別明細を作成すること。

3 業務代行料

(単位：円)

項 目	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和13年度	令和14年度	令和15年度	令和16年度	令和17年度	令和18年度	合 計	備 考
差引収支												
業務代行料 提案金額												

4 自主事業 収支

(単位：円)

項 目	令和9年度	令和10年度	令和11年度	令和12年度	令和13年度	令和14年度	令和15年度	令和16年度	令和17年度	令和18年度	合 計	備 考
収 入 (C)												
支 出 (D)												
差引収支 (D－C)												

*様式8－3により、年度別明細を作成すること。

*消費税及び地方消費税は10%で計上すること。

*項目は例示です。また、欄が不足する場合は、適宜追加すること。

収支計画積算明細 (令和 年度)

金額はすべて税込みとすること

1 収入

(単位: 円)

項 目	区 分	積 算 内 訳	合 計	備 考
(老健施設管理事業収入)				
入所介護報酬				
短期入所介護報酬				
通所リハ介護報酬				
入所利用料収入				
短期入所利用料収入				
通所リハ利用料収入				
その他収入				
(自主事業収入)				
〇〇				
合 計 (A)				

2 支出

(単位: 円)

項 目	区 分	積 算 内 訳	合 計	備 考
人件費		@ 円 × 人		
* 積算内訳には雇用形態 も記入すること				
	等			
人 件 費 計				
医療材料費				
	等			
材 料 費 計				
給食材料費				
	等			
経 費 計				
経費				
	等			
	光熱水費			
委 託 費 計				
その他経費				
	等			
そ の 他 経 費 計				
小 計				
消費税及び地方消費税				
合 計 (B)				

3 業務代行料

(単位: 円)

差引収支 (B - A)		
業務代行料【提案金額】		

* 年度別で作成すること。

* 消費税及び地方消費税は10%で計上すること。

* 項目は例示です。また、欄が不足する場合は、適宜追加すること。

自主事業 収支計画積算明細 (令和 年度)

1 事業収支

(単位：円)

事業名	事業内容	収 入		支 出	
		項 目	金 額	項 目	金 額
		計		計	
		計		計	
		計		計	
合 計		収入合計 (A)		支出合計 (B)	

2 各事業共通支出

(単位：円)

項 目	区 分	積算内訳	合 計
人件費	事業担当者		
	等		
合 計 (C)			

3 差引収支

(単位：円)

収 入	支 出		差引
収入 (A)	支出 (B + C)	消費税及び地方消費税	合計 (D)
			(D - A)

* 年度別に作成すること。

* 消費税及び地方消費税は10%で計上すること。

* 項目は例示です。また、欄が不足する場合は、適宜追加すること。

* 金額はすべて税込みとすること。

(様式 9)

同種施設等の運営実績

法人等名称：

(i) 介護保険サービスや認知症の人や家族への支援にかかる事業等の実績

施設名	所在地	年間利用者数	施設内容、業務内容	運営形態 (直営、〇〇市からの 運営委託など)	運営期間
					年 月 ～ 年 月
					年 月 ～ 年 月
					年 月 ～ 年 月
					年 月 ～ 年 月
					年 月 ～ 年 月

*提案事業者名の記載は正本のみとし、副本には記載しないとともに、他に事業者名表示があれば黒塗りするなどし、提案事業者が推定できる記載は行わないでください。

(ii) 経営方針及び施設運営の理念

開設準備業務 積算書

(単位：円)

項 目	区 分	積 算 内 訳		実施時期	合 計	備 考
新老健特有の開設準備を行う職員（看護・介護・事務職員等）の雇用経費 ＊積算内訳には雇用形態も記入すること			@ 円 × 人 × か月			
	等					
人件費 計 (税込金額)						
各種システム導入設置にかかる経費 （インフラ構築含む）	システム一式					
	（カスタマイズ費用含む）					
	ネットワーク環境整備					
	システム周辺機器					
	その他					
	等					
各種システム導入設置経費 計 (税込金額)						
施設開設の周知広報経費						
	等					
周知・広報経費 計 (税込金額)						
その他経費						
	等					
その他経費 計 (税込金額)						
合 計						

[illegible]

※すべて消費税込の金額で記載すること。なお、消費税は10%で計上すること。
※項目は例示です。欄が不足する場合は、適宜追加すること。

開設準備業務計画書

キ 開設準備にかかる提案

(ii) 開設準備業務計画

【新施設体制整備について】

- ・ 開設準備業務にかかる人員体制
※法人負担で実施する職員体制分も含めて記載すること
- ・ 職員の採用計画
- ・ 入所者の選定計画
※第2特養の入所者が新老健への入所を希望する場合は、原則として当該入所希望者を受け入れること
- ・ 地域における各関係機関との連携手法 など

【各種システム整備について】

・施設運営で必要となる各種システム及びシステム運用に必要となる機器の導入・設置（インフラ整備含む） など

※システムの導入にあたっては業務の効率化やスタッフの負担軽減などの介護DXを推進する提案とすること

【新施設開設広報について】

・新老健の施設にかかる広報・周知活動 など

大阪市立弘済長寿苑指定管理者指定申請に係る
説明会参加申込書

令和 年 月 日

大 阪 市 立 弘 済 院
管理課（経営企画グループ） 宛て

次のとおり、説明会への参加を申し込みます。

法人等 名 称	フリガナ)			
法人等 所在地	〒			
	電話番号		E-mail	
参加者①	氏名	フリガナ)		
	部署		役職	
参加者②	氏名	フリガナ)		
	部署		役職	
参加者③	氏名	フリガナ)		
	部署		役職	

* 参加は 1 法人等につき 3 名まで

担当者氏名 及び 連 絡 先	担当者部署：
	担当者氏名：
	電 話 番 号：() -
	E-mail：

※令和 7 年 2 月 12 日（水曜日）までに、E-mail (shitei-kosaiin@city.osaka.lg.jp) で提出すること。

（持参、送付等による提出は不可）

※ E-mail の件名を「指定管理者説明会参加申込み」とし、送信後電話で大阪市の受信状況を必ず確認してください。

大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑 指定管理者指定申請に関する質問票

令和 年 月 日

大 阪 市 立 弘 済 院
管理課（経営企画グループ） 宛て

法人等名称	
* 募集要項、仕様書等資料のどの部分に関する質問なのかが明確になるように記載してください。 簡潔に記載してください。 (例) 要項 P 7 7 (2)説明会について、・・・	
担当者氏名 及び 連 絡 先	部 署 名 : 担当者名 : 電話番号 : () E-mail :

- * 質問事項は、簡潔に要点のみを記載すること。記入欄が不足する場合は、適宜追加すること。
- * 令和 7 年 1 月 30 日（木曜日）から令和 7 年 2 月 28 日（金曜日）午後 5 時までに、大阪市立弘済院管理課あてに、E-mail（shitei-kosaiin@city.osaka.lg.jp）で提出すること。（電話、来庁等口頭による質問は受付けません）
- * E-mail で送信する際は、件名を「質問票の送付」とし、開封確認の設定により送信すること。

大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑指定管理者指定申請辞退届

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

(申請者)

本店所在地

法人等名称

代表者氏名

大阪市立介護老人保健施設弘済長寿苑の指定管理者の指定を受けたく関係書類を添えて
申請しておりましたが、今般、本申請について、当方の都合により辞退いたします。