

(様式 5)

職員の採用と配置計画書

(法人名：)

1. 職員の配置計画

(1) 全体計画

募集要項 第2章3 従事者を参照

募集要項 第2章3 従事者を参照

受託希望圏域内の 65 歳以上被保険者数	〇〇〇〇〇人		大阪市が求める 3 職種職員数	4. 5 人			
受託希望圏域内の介護予防プラン数 (概数)			△△△件 (うち一部委託 ▼▼▼件)				
(別紙2)「受託希望圏域内の介護予防 プラン数 (概数)」を参照							
職種等	現法人職員		採用予定		合計		担当させる 予定の介護 予防プラン 数
	人数	常勤換算	人数	常勤換算	人数	常勤換算	
① 保健師・看護師	1	1.0			1	1.0	△件
② 社会福祉士	2	1.0	1	1.0	3	2.0	
③ 主任介護支援専門員	2	1.5			2	1.5	
①②③の合計	5	3.5	1	1.0	6	4.5	
地域ケア推進担当	1	1.0			1	1.0	
介護予防支援業務 従事職員	2	1.5			2	1.5	△△△件
人数欄は、常勤・非常勤にかかわらず、人の数を記入すること。 常勤換算欄は、小数点第2位以下を切り捨てて記入すること。 ①②③の常勤換算合計人数は、大阪市が求める3 職種職員数以上であること。							

(2) 従事者の一覧

地域包括支援センター従事職員

氏 名	職 種	常勤 非常勤	専任 兼務	現包括 在籍期間	雇用形態 正規・非正規
<管理者> 中央 緑子	基準（保健師）	常勤	専任	7 年 6 か月	正規
御堂筋 赤男	基準（社会福祉士）	常勤	専任	7 年 6 か月	正規
A	基準（社会福祉士）	常勤	専任	年 か月	非正規
堺筋 茶々	基準・地域ケア （主任介護支援専門員）	常勤	兼務	3 年 6 か月	正規
四ツ橋 青太	基準（主任介護支援専門員）	常勤	専任	3 年 6 か月	正規
長堀 黄美	地域ケア（介護福祉士）	非常勤	専任	0 年 6 か月	正規
鶴見 翠	事務職員	非常勤	兼務	5 年 5 か月	正規

職種欄について

専任の場合は、「3 職種（保健師）」「加配（社会福祉士）」「地域ケア（保健師）」「センター長」「事務職員」等のように記入すること。

兼務の場合は、「3 職種・加配（保健師）」「3 職種・地域ケア（社会福祉士）」等のように記入すること。

介護予防支援業務従事職員

氏 名	資 格	常勤 非常勤	専任 兼務	現包括 在籍期間	雇用形態 正規・非正規
今里 柿江	主任介護支援専門員	常勤	専任	7 年 6 か月	正規
谷町 紫	介護支援専門員	非常勤	兼務	1 年 6 か月	非正規
				年 か月	
				年 か月	

資格欄について

「主任介護支援専門員」「介護支援専門員」・「保健師」・「社会福祉士」のいずれかを記入すること。

欠員時や緊急・夜間の対応について（現状及び予定）

--

2. 職員の履歴について

具体的な職員が決まってい
ない場合

①保健師等				
氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日生まれ(歳)			
最終学歴				
保健福祉に 関する職歴	職歴年月日	在職年数	施設等	業務内容
上記のうち、 大阪市内包括に 関する職歴（通算）				
資格	社会福祉士			
採用(予定)年月日	令和6年3月1日予定			
備考	【例1】具体的な職員はまだ決まっていない。令和6年1月から新規採用募集を実施し、書類審査・面接等を行い、3月1日採用予定。 【例2】具体的な職員はまだ決まっていないが、法人内に何名か有資格者がおり、配置替えにより確保が可能である。3月に異動予定。			

※ 保健師に「準じる者」の場合、該当する理由を備考欄に必ず記入すること

※ 職員に関してアピールしたい点があれば備考欄に記入すること

※ 保健師等の資格を有する証明書(写し(原本証明不要))を必ず添付すること
(その他の資格を有する証明書は不要)

②社会福祉士等		社会福祉士の資格は有していないが、それに準じる者として該当する場合		
氏名	〇〇 〇〇			
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生まれ(〇〇歳)			
最終学歴	平成〇年3月 〇〇大学〇〇学部 卒業			
保健福祉に関する職歴	職歴年月日	在職年数	施設等	業務内容
	H〇. 〇～H〇. 〇 H〇. 〇～R〇. 〇	〇年〇か月 〇年〇か月	特別養護老人ホーム〇〇職員 〇〇ケアプランセンター職員	生活相談業務 介護支援専門員業務
上記のうち、 大阪市内包括に関する職歴（通算）		〇年〇か月		
資格	H〇. 〇 介護福祉士 資格取得 H〇. 〇 介護支援専門員 資格取得			
採用(予定)年月日				
備考				

- ※ 社会福祉士に「準じる者」の場合、該当する理由を備考欄に必ず記入すること
- ※ 職員に関してアピールしたい点があれば備考欄に記入すること
- ※ 社会福祉士等の資格を有する証明書(写し(原本証明不要))を必ず添付すること
(その他の資格を有する証明書は不要)

④その他の職員				
氏名	その他の職員を配置する場合			
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日生まれ(〇〇歳)			
最終学歴	平成〇〇年3月 〇〇高校卒業			
保健福祉に関する職歴	職歴年月日	在職年数	施設等	業務内容
	HO. 〇~HO. 〇 HO. 〇~RO. 〇	〇年〇か月 〇年〇か月		
上記のうち、 大阪市内包括に 関する職歴（通算）		〇年〇か月		
資格				
採用(予定)年月日	令和〇〇年〇〇月			
専任・兼務の別 (該当するものに○)	事務職員			
備考				

※ 地域ケア推進担当及び介護予防支援事業従事者は、従事資格要件を満たす資格を有する証明書(写し(原本証明不要))を必ず添付すること(その他の資格を有する証明書は不要)

※ 職員に関してアピールしたい点があれば備考欄に記入すること

(様式 11-2)

研修受講実績一覧表

【地域包括支援センター業務に関する研修】

月日	研修名	主催者	包括職員 (予定者) 受講者数
○月○日	総合相談支援の○○研修	大阪市	1人
○月○日	包括的・継続的ケアマネジメントとは何か	(一社) 大阪府○○会	1人

【高齢者の心身の特徴・認知症に関する研修】

月日	研修名	主催者	包括職員 (予定者) 受講者数
○月○日	認知症○○講座 ○○型認知症の人の特徴について	医療法人○○会	1人

【高齢者虐待・権利擁護に関する研修】

月日	研修名	主催者	包括職員 (予定者) 受講者数
○月○日	高齢者虐待・権利擁護研修	大阪市	1人

【介護予防に関する研修】

月日	研修名	主催者	包括職員 (予定者) 受講者数
○月○日	介護予防推進事業	法人	3人

【その他の研修】

月日	研修名	主催者	包括職員 (予定者) 受講者数
○月○日	法人内研修 接遇マナーについて	法人	5人
○月○日	法人内研修 コンプライアンス研修	法人	5人
○月○日	法人内研修 ○○研修	法人	5人