（様式１０）　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【本事業に対する基本的な運営方針】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚** |
| **ア　応募の理由や都心部における高齢者施設の運営に関し、運営理念や長期間にわたり安定的な運営を継続していくための考え方を示してください。****イ　芝浦港南地区の特性（タワーマンションが多い、台場地区への対応等）を考慮したうえで、利用登録者をどのように確保していくか、考え方を示してください。** |
|  |

（様式１１）　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【人員体制及び人材の確保・育成】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚以内** |
| **ア　必要な人材をどのように確保するか、外国籍の職員の雇用を含め示してください。****イ　本施設を運営するに当たり、人材の育成に関する取組、継続的な勤務を可能にするための取組について示してください。** |
|  |

（様式１１－３）　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

責任者（予定管理者）の経歴

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 |  |
| 氏　名 |  |
| 職種・資格等 |  |
|  | 施設名 | 施設の種類 | 職　種役職等 | 特記すべきこと |
| 1 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 2 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 3 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 4 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 5 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 6 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 7 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 8 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 9 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 10 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |
| 11 |  | 年 |  | 月 | から |  |  |  |  |
|  | 年 |  | 月 | まで |

※記入欄が足りない場合は、必要に応じて追加印刷の上、提出してください。

（様式１２）　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【安全対策・危機管理体制について（事件・事故等）】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚以内** |
| **ア　事故防止、防犯に対する考え方と具体的な取組及び事件・事故等発生時の連絡体制・初動対応について****イ　これまでに実際にあった事故、ヒヤリハットの事例とその対応****ウ　個人情報保護に関する具体的な取組やルール、事故事例と再発防止策** |
|  |

（様式１３）　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【安全対策・危機管理体制について（災害等）】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚** |
| **ア　災害や緊急時等に対するBCPの具体的な取組、バックアップ体制について****イ　災害や緊急時等における利用者の健康・衛生管理の考え方と具体的な取組、施設内の他事業者との協力体制****ウ　感染症対策の考え方と具体的な取組** |
|  |

（様式１４）　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【権利擁護等の取組、苦情対応、施設運営への意見の反映】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚** |
| **ア　利用者の尊厳を守る理念と権利擁護の取組、虐待防止に対する具体的な方策を示してください。****イ　利用者・利用者家族、近隣住民からの苦情への対応方法について示してください。また、寄せられる意見や、運営推進会議での評価等を事業運営にどのように反映させるか具体的に示してください。** |
|  |

（様式１５）　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【地域等との交流、利用者の家族との信頼関係の構築】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚** |
| **ア　運営推進会議を含めた地域との交流について考え方を示してください。****イ　利用者の急な体調の変化等を想定した地域の医療機関との連携や協力体制について考え方や取組を示してください。****ウ　利用者の家族との信頼関係構築のための具体的な方策を示してください。** |
|  |

（様式１６）　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【認知症等への対応】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚以内** |
| **ア　認知症症状を有する利用者（日常生活に支障をきたし、介護を必要とする状況と判断される日常生活自立度Ⅲ以上の高齢者）に対するケア、取組（職員体制を含む）について、入浴支援などの具体的なサービス内容を交えて考えを示してください。****イ　要介護認定３以上の利用者（車いす利用を含む）に対するケア、取組（職員体制を含む）について、入浴支援などの具体的なサービス内容を交えて考えを示してください。** |
|  |

（様式１７）　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【利用者の満足度向上の考え方、利用料金の設定】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚** |
| **ア　利用者が家庭的な雰囲気の中で安心して過ごすことができる工夫（インテリア、装飾等を含む）について、考え方を示してください。****イ　食事提供やレクリエーションなど利用者の満足度向上につながる具体的な取組について示してください。****ウ　宿泊費、食事代（おやつ代の考え方を含む）、その他の利用料金の設定について示してください。** |
|  |

（様式１８）　　　　　　　　　　　　　　　　　法人等の名称：

|  |
| --- |
| **【区内中小企業等の活用、障害者の雇用促進】****BIZ UD明朝11ポイント以上・A4片面1枚以内** |
| **ア　「区内中小企業の活用、シルバー人材センター活用等の高齢者の雇用促進に向けた取組」について、考えを述べてください。****イ　障害者の雇用促進に向けた取組について、考えを述べてください。障害者の法定雇用率未達成の場合、採用予定を含む達成に向けた取組について示してください。** |
|  |