

## 太田市地域包括支援センター職員配置計画

○下記に法人名と管理予定者を記載してください

|                  |  |
|------------------|--|
| 法人名              |  |
| 管理予定者<br>(職名・氏名) |  |

## (1) 職員配置計画

①～⑤に必要事項を記載し、資格者証のコピーを添付してください。

なお、⑤については、事務など資格者証を発行していない職種は添付不要です。

また、⑤において配置予定有りにした場合は、別途、配置予定者の名簿(任意様式)を添付してください。①保健師 ☐ 同法人内 ☐ 雇用内諾済 ☐ 新規募集予定

※いずれかを■にしてください

|                                                 |                               |    |   |      |     |
|-------------------------------------------------|-------------------------------|----|---|------|-----|
| 氏名                                              |                               | 年齢 | 歳 | 性別   | 男・女 |
| ◆保健師に準じるものを配置する場合は、次の□を■にしてください。                |                               |    |   |      |     |
| <input type="checkbox"/> 地域ケア、地域保健等に関する経験のある看護師 |                               |    |   |      |     |
| 資格                                              | 資格名                           |    |   |      |     |
|                                                 | 資格取得日 年 月 日                   |    |   |      |     |
| 職歴                                              | 保健師または保健師に準ずる者としての職歴を記入してください |    |   |      |     |
| 事業所等名                                           | 期間                            |    |   | 職務内容 |     |
|                                                 | 年 月 ～ 年 月                     |    |   |      |     |
|                                                 | 年 月 ～ 年 月                     |    |   |      |     |
|                                                 | 年 月 ～ 年 月                     |    |   |      |     |
| 現在の業務                                           |                               |    |   |      |     |

(様式5-2)

②社会福祉士 ☐同法人内 ☐雇用内諾済 ☐新規募集予定

※いずれかを■にしてください

|                                                                                                                                                                          |                                   |    |      |    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----|------|----|-----|
| 氏名                                                                                                                                                                       |                                   | 年齢 | 歳    | 性別 | 男・女 |
| ◆社会福祉士に準じるものを配置する場合は、次の□を■にしてください。<br><input type="checkbox"/> 福祉事務所の現業員等の業務経験が5年以上の者<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員の業務経験が3年以上かつ、高齢者の保健福祉に関する相談援助業務に3年以上従事した経験を有する者 |                                   |    |      |    |     |
| 資格                                                                                                                                                                       | 資格名                               |    |      |    |     |
|                                                                                                                                                                          | 資格取得日 年 月 日                       |    |      |    |     |
| 職歴                                                                                                                                                                       | 社会福祉士または社会福祉士に準ずる者としての職歴を記入してください |    |      |    |     |
| 事業所等名                                                                                                                                                                    | 期間                                |    | 職務内容 |    |     |
|                                                                                                                                                                          | 年 月 ～ 年 月                         |    |      |    |     |
|                                                                                                                                                                          | 年 月 ～ 年 月                         |    |      |    |     |
|                                                                                                                                                                          | 年 月 ～ 年 月                         |    |      |    |     |
| 現在の業務                                                                                                                                                                    |                                   |    |      |    |     |

③主任介護支援専門員 ☐同法人内 ☐雇用内諾済 ☐新規募集予定

※いずれかを■にしてください。

|       |                          |    |      |    |     |
|-------|--------------------------|----|------|----|-----|
| 氏名    |                          | 年齢 | 歳    | 性別 | 男・女 |
| 資格    | 資格名                      |    |      |    |     |
|       | 資格取得日 年 月 日              |    |      |    |     |
| 職歴    | 主任介護支援専門員としての職歴を記入してください |    |      |    |     |
| 事業所等名 | 期間                       |    | 職務内容 |    |     |
|       | 年 月 ～ 年 月                |    |      |    |     |
|       | 年 月 ～ 年 月                |    |      |    |     |
|       | 年 月 ～ 年 月                |    |      |    |     |
| 現在の業務 |                          |    |      |    |     |

(様式5-3)

- ④認知症地域支援推進員の配置 ☐同法人内 ☐雇用内諾済 ☐新規募集予定  
※いずれかを■にしてください。

|       |                                                                               |    |   |      |     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|----|---|------|-----|
| 氏名    |                                                                               | 年齢 | 歳 | 性別   | 男・女 |
| 専任・兼任 | <input type="checkbox"/> 専任 <input type="checkbox"/> 兼任<br>※どちらかを■でチェックしてください |    |   |      |     |
| 資格    | 資格名                                                                           |    |   |      |     |
|       | 資格取得日 年 月 日                                                                   |    |   |      |     |
| 職歴    |                                                                               |    |   |      |     |
| 事業所等名 | 期間                                                                            |    |   | 職務内容 |     |
|       | 年 月 ～ 年 月                                                                     |    |   |      |     |
|       | 年 月 ～ 年 月                                                                     |    |   |      |     |
|       | 年 月 ～ 年 月                                                                     |    |   |      |     |
| 現在の業務 |                                                                               |    |   |      |     |

- ⑤その他職員の配置予定 ※いずれかを■でチェックしてください

|      |               |                                                                                              |
|------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 配置予定 |               | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>※配置予定有りの場合は、下記配置予定者の名簿を別途添付してください |
|      | 保健師           | 人                                                                                            |
|      | 社会福祉士         | 人                                                                                            |
|      | 主任介護支援<br>専門員 | 人                                                                                            |
|      | 介護支援専門員       | 人                                                                                            |
|      | その他職員         | ( ) 人                                                                                        |

※ ( ) には、職種を記載してください。

(2) 職員補充の対応について

①地域包括支援センター配置予定職員以外に、法人内で有している3職種職員（準ずる者を含む）の人数を記入してください。

| 保健師<br>(準ずる者を含む) | 社会福祉士<br>(準ずる者を含む) | 主任介護支援専門員<br>(予定者を含む) |
|------------------|--------------------|-----------------------|
| 人                | 人                  | 人                     |

②退職等で職員に欠員が生じた時の補充対応について記入してください

|  |
|--|
|  |
|--|

(3) 職員研修について

職員の資質向上のための職員研修計画について記入してください

|  |
|--|
|  |
|--|