

## 事業計画書

## 1 法人等の概要（共同提案の場合には、代表となる法人等の概要を記載してください。）

代表法人等名			
所在地			
連絡先	担当部署 担当者名	電話番号 FAX	
設立年度・資本金等	設立年度	年	資本金・出捐金
従業員数	人（令和 年 月 日現在）		

## （共同提案する場合のグループ構成員）

法人名等	運営業務実績	分担内容	担当者及び連絡先

## 2 主要株主・出資（出捐）者

出資（出捐）者名	出資（出捐）金額	出損（出捐）率

## 3 事業経歴

## (1) 受託事業部門に関する実績

## ①スポーツ施設運営の実績

事業を行った時期・期間	主要な施設名・事業内容
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：

## ②障がい者を対象としたスポーツ及び文化教室または講座等の実績

事業を行った時期・期間	主要な施設名・事業内容
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：

(2) その他の部門での主要な事業実績

事業を行った時期・期間	主要な施設名・事業内容
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：
年 ～ 年 ( 年間)	施設名： 事業内容：

(3) 指定取消の有無

※他自治体での指定取消についても記載してください。

指定取消を受けた時期	主要な施設名・事業内容・取消理由
年 月	施設名： 事業内容： 取消理由：
年 月	施設名： 事業内容： 取消理由：

4 平等利用の確保について

(1) 施設の管理運営を実施する際の基本方針について記載してください。

<p>①管理運営を希望する理由</p>          <p>②施設を管理運営する基本方針</p>
--

(2) 平等な利用を図るための具体的な手法を記載してください。

<p>① 平等利用を確保するための基本方針</p>          <p>② 高齢者・障がい者等に対する利用援助の方針</p>
--

5 施設の効用を最大限発揮するための方策について

(1) 利用者の増加を図るための具体的手法について記載してください。

(2) サービスの向上を図るための具体的手法について記載してください。

a 「様式2-2」③欄に記載のスポーツ・文化教室の事業計画について、④～⑦欄に記載してください。  
(これまで実施してきた教室は、別紙を参考にしてください。)

--- 《スポーツ・文化教室を実施するにあたっての注意事項》 ---

注1) 利用者の障がい特性を理解し、個々に応じた配慮を行ってください。

注2) 休憩時間を設定するなど、利用者の体調管理に努めてください。

注3) 準備運動を十分行い、用具の使い方を説明するなど、利用者の安全管理に努めてください。

b スポーツ指導員、ボランティア等人材の派遣・養成 並びに 学校、他の府立施設及び社会福祉施設等との連携事業について、具体的手法を記載してください。

c その他、サービスの向上を図るための提案があれば記載してください。(自主事業除く)

(3) 自主事業の実施について提案があれば記載してください。

(4) 施設の維持管理について、具体的な実施計画を記載してください。

(5) 防災、スポーツ教室等開催時の事故防止などの危機管理体制について記載してください。

#### 6 管理に関する経費の縮減について

① 管理運営経費の縮減について、その額と根拠となる考え方について記載してください。

② ①の額を実現するための具体的方策

#### 7 府施策との整合について

(1) 府が実施する事業等への協力について対応できる事項を記載してください。

・これまでの貴社・団体としての社会貢献活動等を記載してください。

例) 男女いきいき・元気宣言への登録、関西エコオフィス宣言 など

・当該施設において、府が実施する事業等への協力について対応できる事項を記載してください。

(2) 就職困難者等の雇用・就労支援の実施について記載してください。

①各種就労支援事業を活用して雇用した人数

就労支援事業名	雇用実績者数		(雇用予定者数)
	人数	就労時期	
地域就労支援センター	名	・令和 年 月 日～ ・令和 年 月 日～	( 名)
障害者就業・生活支援センター	名	・令和 年 月 日～ ・令和 年 月 日～	( 名)
大阪府母子家庭等就業・自立支援センター	名	・令和 年 月 日～ ・令和 年 月 日～	( 名)
ホームレス自立支援センター	名	・令和 年 月 日～ ・令和 年 月 日～	( 名)
地域若者サポートステーション (ただし、地域若者サポートステーションの利用者については、1年以上未就業の状態にあり、地域若者サポートステーションが推薦する者を対象とする。)	名	・令和 年 月 日～ ・令和 年 月 日～	( 名)
生活困窮者自立支援機関	名	・令和 年 月 日～ ・令和 年 月 日～	( 名)
大阪ホームレス就業支援センター	名	・令和 年 月 日～ ・令和 年 月 日～	( 名)
保護観察対象者等 (大阪保護観察所長による雇用証明書)	名	・令和 年 月 日～	( 名)
(一社) おおさか人材雇用開発人権センター (C-STEP) への加入	加入の有無 (有・無)		
障がい者サポートカンパニー	制度への登録の有無 (有・無)		

※ 就職困難者の雇用については、原則として既存雇用としますが、新規雇用の場合も可とします。

(既存雇用は、平成27年4月1日(指定期間の初日の5年前の日)以降に雇用され、令和2年4月1日(公募を開始する日の属する月の初日)現在在職している者が対象となります。また、新規雇用の場合、指定期間の初日から7月を経過する日までに履行することが必要です。なお、実際の雇用にあたり、活用予定のセンターの変更は可とします。)

※ 就職困難者の雇用は、常用雇用労働者を対象とし、臨時的又は一時的に雇用する者を除きます。

なお、常用雇用労働者とは、次の条件をすべて満たす労働者をいいます。

- ・1週間あたりの労働時間が30時間以上であること。
- ・雇用期間の定めがなく雇用されていること。又は、一定の雇用期間を定めて雇用されており、その雇用期間が反復更新されていること。(すなわち、過去1年を超える期間について引き続き雇用されていること、又は雇入れの時から1年を超えて引き続き雇用されると見込まれること)
- ・各種保険制度(労災保険、雇用保険、健康保険、厚生年金保険、介護保険など)に加入していること。

※ (一社) おおさか人材雇用開発人権センター (C-STEP) : 大阪府が実施する「就職困難者に対する就労支援事業」又は「企業に対する支援学校等生徒の雇用支援事業」の補助事業者

※ 障がい者サポートカンパニー : 障がい者の雇用や就労支援に積極的に取り組む企業及び団体等を登録する制度。

②障がい者の実雇用率

\_\_\_\_\_ % (事業主名) \_\_\_\_\_ 令和 年6月1日現在  
 \_\_\_\_\_ % (事業主名) \_\_\_\_\_ 令和 年6月1日現在  
 \_\_\_\_\_ % (事業主名) \_\_\_\_\_ 令和 年6月1日現在

※ 共同提案の場合は、全ての事業主について記載してください。欄が足りない場合は適宜追加してください。

③知的障がい者等の現場就業への取り組みについて

※知的障がい者等とは、知的障がい者及び精神障がい者をいいます。

【知的障がい者等の雇用を実施していない施設】

当該施設において、清掃業務等現場での従事者に知的障がい者等の雇用を予定しているか	ア) 直接雇用を予定 イ) 委託先での雇用を予定 ウ) その他 ( )	名 名 名
知的障がい者等の従事を検討している業務		

**【知的障がい者等の雇用を実施している施設】**

知的障がい者等の現場就業への取組みについては、次の2つの場合が想定されます。それぞれの場合について記載してください。

【なお、現在府立稲スポーツセンターでは、指定管理者が直接1名（週の総労働時間は21時間）雇用し、取り組んでいます。】

※現行で、週30時間以上・各種保険加入の雇用者がいる場合は引き続き週30時間以上・各種保険加入の雇用環境を維持すること。

**A 現従事者が雇用の継続を希望する場合、本人の意向を尊重した継続雇用の提案**

- ・雇用方法（直接雇用・委託先での雇用・その他の方法）  
及び職場定着のための取組み
- ・円滑に引き継ぎを行うための方法及びその時期を記載して下さい。

※ 知的障がい者等の雇用にあたっては、職場環境整備等支援組織と連携の上、職場定着支援等に努めるものとする。

**B 現従事者が継続の雇用を希望しない場合、「(2)管理者として果たしていただくべき責務」にあるように現行の体制を維持していただく必要がありますので、その場合の雇用方法について記載して下さい。**

- ・雇用方法（直接雇用・委託先での雇用・その他の方法）  
及び職場定着のための取組み
  - ・人数
- を記載して下さい。

※ 募集時点で現従事者が継続雇用を希望しているかが不明の場合で、知的障がい者等の現場従事への取組みについて提案する場合、上記A、Bともに記載して下さい。

**C 現在の人数に加えて、新たに知的障がい者等が現場での業務に従事する場合**

当該施設において、現在の人数に加えて、新たに現場での業務への従事者に知的障がい者等の雇用を予定しているか	ア) 直接雇用を予定 イ) 委託先での雇用を予定 ウ) その他 ( )	名 名 名
知的障がい者等々の従事を検討している業務		

※週30時間以上・各種保険加入の雇用環境を原則とする。

**D 知的障がい者等の現場就業にあたり、職場環境整備等支援組織を活用するか**

活用する活用しない（該当するほうにあるいはにて回答）

※ 活用する場合は、以下の事項について、最優先交渉権者（指定管理候補者）となった時点から、職場環境整備等支援組織と雇用に向けた調整を始めること。

(1) 職場のアセスメント

雇用現場の確認（雇用環境や支援体制等）、職務分析、担当業務の切出し及び組立て

(2) ジョブマッチング（新規雇用提案の場合）

採用スケジュール、雇用前実習の実施、受入環境の整備等

(3) 定着支援

職場に慣れるまでの間の支援、支援機関（送出し機関）との連携方策、一定期間経過後の支援、課題発生時の対応、支援員の配置等

(3) 府民・NPOとの協働の取組みについて記載してください。

当該施設における、管理運営業務及び自主事業の実施に際して、

① ボランティア・NPO等との協働事業を実施する場合

② 施設運営やサービスの向上、事業の企画などに府民・NPO等が参加・参画できる機会を確保する取組みを実施する場合

その内容を具体的に記載してください。

(4) 環境問題への取組みについて記載してください。

・当該施設の管理運営に際して、リサイクルなど環境問題への取組みについて実施する場合、その内容を具体的に記載してください。