

# 社会福祉法人 尾張旭市社会福祉協議会 非常勤職員募集要領

令和4年10月28日

次のとおり、社会福祉法人尾張旭市社会福祉協議会非常勤職員を募集します。

## 1 職種及び採用予定人数等

- (1) 職 種 保健師、看護師、社会福祉士又は介護支援専門員
- (2) 採用予定人数 1人
- (3) 勤務場所 尾張旭市保健福祉センター
- (4) 職 務 尾張旭市地域包括支援センターの介護予防プラン等作成業務  
※ 別紙「尾張旭市地域包括支援センター介護予防プラン等作成業務の概要」を参照ください。

## 2 受験資格

- (1) 保健師免許、看護師免許、社会福祉士登録又は介護支援専門員証を有するかた
- (2) 普通運転免許（AT限定可）を有するかた

## 3 試験の方法

書類審査及び口述試験を行います。口述試験の内容は、主として人物についての個別面接です。口述試験の所要時間は、20分程度です。

## 4 試験の日時及び場所等

- (1) 日 時 応募があり次第、随時、試験を行います。  
※ 書類審査後、改めて申込者に通知します。
- (2) 試験場所 尾張旭市保健福祉センター（新居町明才切57番地）
- (3) 合格発表 口述試験終了後、1週間程度で可否を通知します。

## 5 受付期間及び申込方法

- (1) 受付期間は、令和4年11月2日から令和5年2月17日（必着）まで  
※ ただし、採用でき次第、応募を締め切ります。
- (2) 本会所定の受験申込書及び履歴書に必要事項を記入し、資格証の写しと併せて社会福祉法人尾張旭市社会福祉協議会に直接、又は郵送でお申込みください。なお、履歴書には申込前3か月以内に撮影した顔写真を貼り付けてください。

## 6 勤務条件等

裏面をご覧ください。

## 7 問い合わせ先

社会福祉法人尾張旭市社会福祉協議会 事務局

〒488-0074 尾張旭市新居町明才切57 TEL0561-54-4540（担当 星原・安井）

【裏面あり】

# 勤 務 条 件 等

## 1 契約期間

採用の日から令和5年3月31日まで ※期間満了後の更新制度あり

## 2 就業場所

尾張旭市新居町明才切57番地（尾張旭市保健福祉センター内）  
社会福祉法人 尾張旭市社会福祉協議会

## 3 労働時間等

月曜日から金曜日の、午前8時30分から午後5時まで（60分間の休憩時間を除く。）の間に、相談に応じる。

## 4 休憩時間

正午から60分間

## 5 休 日

土曜日、日曜日、祝日及び12月29日から1月3日まで

## 6 休 暇

年次有給休暇を付与する。（ただし、規則第21条第2項の規定にする日数とする。）

## 7 賃 金 等（令和4年度）

### (1) 単 価

1時間あたり1,310円

### (2) 割 増 率 等

ア 1日につき、7時間45分を超えたときの超過勤務時間は、25%増の単価  
イ 休日の勤務時間は、35%増の単価

### (3) 賞 与

原則として、年2回（6月、12月）支給

※ 基準日前6か月勤務した場合、賞与1回あたり約1.2月相当額を支給

### (4) 支 払 方 法

原則として、当月末締め翌月16日払い

## 8 退職に関する事項

### (1) 65歳定年制

(2) 自己都合退職手続き（退職する日の30日前に届け出ること。）

(3) 解雇の事由及び手続き（規則第8条、第9条）

(4) 退職金は不支給

## 9 そ の 他

(1) 雇用保険加入（週20時間以上勤務）

(2) 健康保険・厚生年金保険加入（概ね週29時間以上勤務）

## 尾張旭市地域包括支援センター介護予防プラン等作成業務の概要

介護が必要な状態となることや、要支援状態になってもさらに悪化することを防ぐことにより、地域での充実した生活を支援することを目的に、アセスメント（事前評価）を行った上でケアプラン（介護予防計画書）等を作成し、本人に寄り添いながら介護予防サービスや生活支援サービスの利用に繋がります。「介護予防プラン等作成業務」の手順の概要は、次のとおりです。

### (1) 相談面接

被保険者・家族などの相談者から、相談の目的や希望を聞き取り、制度と趣旨について説明します。ケアプラン等の作成にあたっては、本人の意思で目標を立て、目標を達成するために必要なサービスを利用すること、目標を達成した場合は、次のステップを目指していくことを伝えます。また、生活の自立を促すこと、生活機能の低下が進まないように予防することも伝えます。

### (2) 利用手続き

重要事項を文書にて説明した上で、個人情報提供を含め利用者の同意を得て、ケアプラン作成をはじめとする一連のケアマネジメントの契約を締結します。

### (3) アセスメント

利用者の自宅等に訪問し、本人と家族から、困りごとや生活の状況、本人の状態などの聞き取りを行い、生活機能の低下がなぜ起きているのか、維持・改善すべき課題は何かについて評価、分析します。

### (4) 目標設定

利用者本人が、「～できるようにになりたい」・「～したい」と自分自身で目標を決め、目標の達成に向けて意欲的に介護予防に取り組めるように促します。

### (5) ケアプラン原案の作成

ケアプラン原案を作成し、目標を達成するための具体的な方法、利用するサービス等を提案します。利用するサービス等は、本人の状態や希望に沿ったもので、サービス事業者のサービスをはじめ、地域の社会資源等も活用します。

### (6) サービス担当者会議

本人、家族、サービス提供担当者及び主治医などが集まって、サービスが必要な期間や、経過の確認方法、今後の方針、連絡体制等を話し合います。

### (7) 利用者への説明・同意

利用者や家族へケアプランの内容を説明し、同意を得ます。

### (8) ケアプランの確定・交付（利用者・サービス提供者等）

同意を得た内容でケアプランを確定し、サービス提供者等と内容を共有します。

### (9) ケアプランの実行（サービス等利用）

ケアプランに基づいて、サービス等の利用を開始します。

### (10) モニタリング

利用者の心身の状況や生活機能の変化に応じて課題や目標設定の見直しを行い、計画どおりに進んでいるかをチェックします。モニタリングは月1回実施し、3か月に1回は利用者宅に訪問します。

### (11) 評価

サービス提供担当者からサービスの実施状況の評価報告を受けた場合や本人の状況や、周りの環境が著しく変わった場合には、その都度、サービスの実施効果を評価します。評価した内容は、その後のケアプランに反映させます。