

令和5年度
介護老人保健施設（増床）整備事業者公募要項
（市内全域25床）

令和4年9月
新潟市

1 公募の趣旨

新潟市地域包括ケア計画[新潟市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画]に定めるサービス量の確保を図るため、令和5年度までに介護老人保健施設の増床整備を予定する事業者を募集します。

2 公募の対象となる事業計画

介護保険法第8条第28項に定める介護老人保健施設の増床計画。

3 公募の対象となる整備事業完了時期

令和5年度末までに完了(変更または開設)する計画を原則とします。

4 計画対象地域等

事業(施設)内容	対象年度	箇所数	定員数	区域
既存の介護老人保健施設の増床 ※同じ敷地内での増床のみ	令和4～5年度	—	計25人	市内全域

※施設整備に係る公的補助の交付はありません。

5 応募書類について

本公募に申し込みを希望する事業者の方は次により、公募申込書及び増床提案書を提出してください。なお、市が受理した書類は、理由の如何にかかわらず返却しません。

(1) 応募期間・提出場所

提出期限	提出及び問合せ先
令和4年10月28日(金)まで 午前9時～午後5時まで ※ 電話で予約の上ご来庁ください(郵送・FAX等は不可)。 ※ 最終日は大変混み合うことが予想されますので、早めのご提出をお願いします。	〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 新潟市役所 本館1階 高齢者支援課 企画係 TEL:025-226-1295 FAX:025-222-5531 E-mail:koreisha@city.niigata.lg.jp

(2) 応募に関する提出書類

様式はワード、エクセルによる複数ファイルで構成されておりますので、電子データで配布いたします。高齢者支援課の電子メールアドレスに、令和4年9月16日(金)までに、標題を「介護老人保健施設増床整備事業者公募 様式希望」とし、連絡先等をご記入の上、応募を予定する法人又は事業所アドレスから送信してください。当該アドレスへ返信メールにより送付いたします。

項目	内容等	様式
1. 公募申込書	所定の様式	様式1
2. 定款又は寄附行為	最新のもの	
3. 法人登記事項証明書	応募申込前3か月以内に発行されたもの	
4. 市税等の納税証明書 (未納がない旨の証明)	(1) 新潟市税 (2) 法人税若しくは所得税 (3) 消費税及び地方消費税 上記について、公募申込前3か月以内に発行されたもの(法人所在地における証明) ※ 市税等が非課税のため証明書が添付できない場合は、その旨の届出書を添付してください。 ※ (1)新潟市税の納税証明書は、「市入札参加用の納税証明書」を提出してください。 ※ 証明書の申請に際しては、代表者印を押印した申請書又は委任状が必要となります。また、納税後間もなく証明書を申請する場合には、各機関の税務システムに反映されていないこともありますので、予め納税したことが確認できる領収書等を持参して申請を行ってください。 ※ (2)及び(3)については、所管の税務署で納税証明書の申請を行ってください。	
5. 欠格事項に該当しないことを誓約する書面(兼同意書)	[根拠法令等] (1) 介護保険法第94条第3項 (2) 新潟市暴力団排除条例第6条	様式2
6. 法人概要	(1) 法人代表者の履歴書	様式自由
	(2) 法人の沿革及び概要(パンフレット可)	
	(3) 既存施設の運営状況(パンフレット類の添付可)	様式3
	(4) 直近3年間の決算書等 ※ 原則、監査対象計算書類等を監査報告書添付の上で提出すること。監査役を設置状況等により監査報告書を提出できない場合は申し出ること。 ※ 提出書類が多量の場合、事前相談の上、一部データ提出可。 ※ 社会福祉法人の場合、以下のとおり提出すること。 ・ 現況報告書(社会福祉法施行規則第2条の41第1号から第13号まで及び第16号に掲げる事項)の写し ・ 監査対象計算書類等(社会福祉法第45条の	様式自由

項 目	内 容 等	様 式
	<p>28 第 2 項第1号及び社会福祉法施行規則第 2 条の 30 第1項の規定に準じる計算関係書類。監査報告書添付のこと。)</p> <p>※ 医療法人の場合、以下のとおり提出すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療法第 51 条第 5 項の規定に基づく貸借対照表、損益計算書、重要な会計方針及びその他の注記並びに財産目録(「計算書類」、監査報告書を添付すること) 	
	<p>(5) 公的機関からの補助金、融資、寄付等がある場合は過去3年間の内容と規模</p>	様式自由
	<p>(6) 指導監査結果書類一式</p> <p>① 法人及び法人が運営する既存施設に対して、市又は都道府県等が実施した指導監査結果通知書及び指導・処分通知書について写しを添付すること(介護保険法に規定する<u>勧告・命令・指定の取消等</u>に限る)。</p> <p>② <u>法人に対する市又は県等による直近の指導監査結果通知書</u>の写し及び改善状況報告書の写しを添付すること。</p> <p>③ 法人が運営する<u>既存の介護老人保健施設</u>のうち、直近に受検した施設に対する指導監査結果通知書の写し及び改善状況報告書の写しを添付すること。ただし、上記施設を運営していない場合は、既存の介護保険サービス事業所のうち、<u>直近に受検した事業所</u>に対する指導監査結果通知書の写し及び改善状況報告書の写しを添付すること。</p> <p>※ ①に該当する監査等がない場合は報告すること(様式自由)。</p> <p>※ ②及び③について、文書指摘事項がなく通知書等が無い場合は、<u>直近の受検日</u>、<u>実施機関名</u>及び指導監査内容を報告すること(様式自由)。</p>	様式自由

(3) 増床提案に関する提出書類

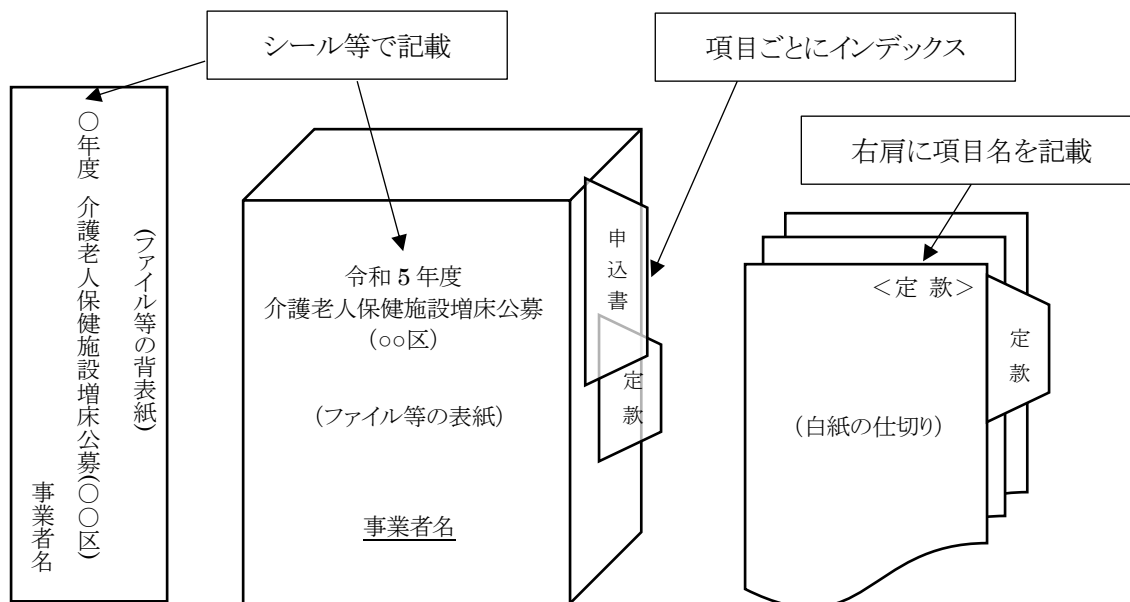
項 目	内 容 等	様 式
1. 増床提案書	所定の様式	様式4
2. 増床計画書	所定の様式	様式5
3. 事業スケジュール	変更(開設)までのスケジュール計画表	様式6
4. 利用状況	利用者の前年度平均値	様式7
5. 応募の動機	本公募に応募した理由	様式自由
6. 理念・基本方針	<p>(1) 運営理念 法人の運営理念と本事業の運営理念</p> <p>(2) 基本方針 施設運営の基本方針(サービスの質の向上、個人情報管理、プライバシーの保護、身体拘束、認知症ケア、ターミナルケアに対する考え方等)と具体的な取り組み</p> <p>① 在宅復帰・在宅療養支援のための地域拠点としての具体的な取り組み</p> <p>② かかりつけ医や協力医療機関等との連携も含めた医療・リハビリテーションへの考え方と具体的な取り組み</p> <p>③ その他法人独自の考え方や具体的な取り組み</p>	様式自由
7. 事業運営	<p>(1) 資金計画書</p> <p>※ <u>自己資金や寄付金など収入に関する資金の確保について確認できる書類(贈与確約書、預金残高証明書等)</u>を添付すること。</p>	様式8
	<p>(2) 借入金内訳書</p> <p>※ 融資証明書(福祉医療機構の場合は事前協議報告書(様式14)必須)など、借入金の確保について確認できる書類を添付すること。</p> <p>※ 借入先ごとの借入金の償還(返済)計画書を添付すること。</p>	様式9
	<p>(3) 収支予算書シミュレーション</p> <p>※ 事業収入算定説明書を添付すること。</p>	様式10-1 様式10-2
	<p>(4) 利用料金表</p> <p>※ 積算根拠を添付すること。</p>	様式11

項 目	内 容 等	様 式
8. 計画図面等	<p>(1) 基本計画図面(配置図、平面図、各室別面積表(壁芯及び内法)、立面図)</p> <p>※ 配置図には、駐車場について、利用者専用や送迎車両用、職員用等を区別して記載すること。</p> <p>※ 平面図には、居室、食堂及び共同生活室(機能訓練室)など主要な部屋の面積と廊下幅を内法で記載すること。廊下幅は、手すりの内側の有効寸法を記載すること。</p> <p>※ 平面図には、浴槽(一般、特別)、キッチン及び手洗いなど水まわり設備も図示すること。</p> <p>※ 併設する施設等がある場合は、平面図に当該サービスの専用・共用区画を色分けして明示すること。</p> <p>※ 立面図には、建物及び各階の高さも記載すること。</p> <p>(2) 土地・建物の登記事項証明書(全部事項証明)</p>	
<p>9. 増築予定地計画書</p> <p>※増築による建設工事を伴う場合のみ提出</p> <p>※(2)(3)(4)は隣接地を新たに確保し増築する場合のみ提出</p>	<p>(1) 所定の様式</p> <p>※ 建設予定地を周囲4方向から撮影した写真を添付すること。</p>	様式12
	<p>(2) 不動産登記法第14条に規定する地図又は地図に準ずる図面(公図)の写し、位置図(近隣の住宅地図等)</p> <p>※ 公図等の写しには、該当する敷地の土地の筆をマーカー等で明示すること。</p>	様式自由
	<p>(3) 売買契約書(合意書)の写し、贈与契約書(合意書)の写しなど、用地確保を証するもの。</p>	様式自由
	<p>(4) 建設予定地の抵当権設定状況一覧表</p> <p>※ 建設予定地の該当する土地について、所有者や抵当権の有無など1筆ごとに記載すること。</p>	様式13
10. 事前協議報告書	<p>介護老人保健施設増床整備に係る事前協議報告書</p> <p>※ <u>報告書については、建設に係る開発許可、建築規制その他法令を調査のうえ、関係機関(区役所建設課、建築行政課、農業委員会、介護保険課、消防署、保健所、歴史文化課など)と十分に事前協議を行い提出すること。</u></p>	様式14
11. 従事予定職員関係	<p>職員の配置計画について</p> <p>※増床予定の介護サービス全体について作成すること。増床により追加となる人員については、備考欄にその旨記載すること。</p>	様式15
12. 現利用者への説明	現利用者及び家族への説明に利用する資料案等	様式自由
※増築に伴う地元説明会の経緯について	<p>増築に伴う地元住民への説明を行った応募事業者は、提出してください。</p> <p>※ 建設工事を伴う増築・改修を予定している場合は、建設予定地の隣接地権者をはじめ、自治会等を対象に説明会を行い、同意書及び説明会の議事録などを添付してください。</p>	付表1

(4) 提出書類の体裁

提出書類の体裁は、以下に記す体裁を整えてください。

- 項目ごとに、白紙の仕切りを一枚挿入し、インデックスをつける。
- 全体をファイルやバインダー等に綴る。



(5) 部数等

- ① 提出書類は2部作成し、1部を正本、1部を副本(写し)として提出してください。
- ② 所定様式が定められているもの以外は、原則としてA4版で提出してください。ただし、図面はA3版とし、A4サイズに折り込んでください。
- ③ 所定様式が定められているものについては、詳細な資料等を別紙添付する場合にあっても、各項目に要旨など法人が必要と考える事項を必ず記入してください。
- ④ できるだけホチキス止めしないで提出してください。

6 質問及び回答

(1) 質問の方法

応募予定事業者からの公募に関する質問を、メールにより**令和4年9月16日(金)まで**受け付けいたします。

様式送付する所定の「質問票書式」により、質問内容を簡潔かつ明確に記載してください。

なお、審査選定内容や、介護保険法に基づく指定基準など法令等により確認ができる事項、他の応募者に関する情報等については回答しかねますのでご遠慮ください。

(2) メールを送付先

新潟市福祉部高齢者支援課 koreisha@city.niigata.lg.jp

※標題を「介護老人保健施設(増床)事業者公募質問票」と明記してください。

(3) 回答の方法

新潟市ホームページ「健康・医療・福祉」－「介護」において随時掲載いたします。

<https://www.city.niigata.lg.jp/iryu/kaigo/index.html> よりご参照ください。

7 応募できる事業者の資格要件

- (1) 下記のいずれかに該当するもの
 - ① 医療法人
 - ② 社会福祉法人
 - ③ 厚生労働大臣が定める者
- (2) 介護保険法第94条第3項各号に該当しないこと。
- (3) 確実な事業実施と運営を行うために十分な経営基盤、事業に対する知識等を有すること。
※ 直近の貸借対照表、又はこれに準ずる書類において、原則、債務超過になっていないこと。
- (4) 公募申込書の受付締切日において、市税等の未納がない法人であること。
- (5) 新潟市暴力団排除条例(平成24年新潟市条例第61号)に基づき、暴力団、暴力団員及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するものでないこと(法人設立予定者も含む)。

8 応募要件

- (1) 介護保険法及び新潟市介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例(平成24年新潟市条例第91号)に基づき、介護老人保健施設の開設に係る人員、施設及び設備並びに運営に関する基準等を全て満たし、**令和5年度末までに増床整備の完了(変更または開設)が見込まれる計画であること。**
- (2) 既存の介護老人保健施設における同じ敷地内での**増床計画であること。**ショートステイ等からの転換は公募対象外とします。
- (3) 増築を伴う増床計画の場合、増築部分は既存施設と構造上同一の建物であること。
- (4) 居室形態は問わない。ただし、増床に伴い、ユニット型と従来型多床室等の併設施設となる場合、介護保険法に基づく許可は、居室形態ごとにそれぞれ別々の許可を受けることとなるため、指定基準を満たす計画となっているか関係部署と事前に協議すること。
- (5) 既存施設と増床部分を合わせて定員が150名以内であること。
- (6) 事業を長期間継続して安定的に運営できる収支計画であることはもとより、利用者に配慮した料金設定であること。
- (7) 従来型多床室については、入所者のプライバシーの確保に配慮するとともに、将来の利用者ニーズの変化に対応できるよう、ユニット型個室への転換が可能な設計に努めること。
- (8) 地域における在宅介護への支援や地域医療との連携、地域包括ケアシステムにおいて積極的な役割を果たすよう努めること。
- (9) 資金の借入にあたっては、独立行政法人福祉医療機構からの借入(民間金融機関との協調融資を含む)を基本とします。
※ 福祉医療機構の融資を受ける際は、原則として、融資の対象となる施設及び事業の運営に利用する敷地の担保提供が必要となりますのでご注意ください。
- (10) 増床スケジュールについて、新潟市地域包括ケア計画[新潟市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画]の趣旨に賛同し円滑なサービスの提供を図るため、必要な調整に応じる準備があること。

9 応募に際しての留意事項

- (1) 本公募に応募するために必要な一切の費用は、応募者の負担とします。また、施設整備を行う事業用地を確保するために必要となる経費等についても、応募者の負担となります。
- (2) 提出された書類の提出期限以降における差し替え及び再提出は認めません。
- (3) 事業の選定等にあっては本市が必要と認める場合、追加資料の提出を求めるほかヒアリングを行う場合があります。公募申込書提出後であっても、選定結果が通知されるまで、本公募に係る責任者の配置など法人の事務体制を確保しておいてください。
- (4) 応募受付後に辞退をする場合は、速やかに辞退届出書(任意様式)を提出してください。
- (5) **応募にあたっては、提案する事業が確実に実施できるよう、収支計画を踏まえ具体的な内容のものを提出してください。**
- (6) 介護保険法、建築基準法、都市計画法、消防法及び条例等の法令を遵守するとともに、これらを所管する**関係機関と十分な協議を行ってください。**
- (7) 必要な事前協議を実施していない計画については、応募書類の提出を認めない場合があります。

10 事業者の選定について

(1) 選定基準

評価項目		配点
施設整備・環境	施設の基準	6点
	利用者への配慮	12点
	土地	3点
施設経営	法人の所在地	3点
	経営主体・経営状況	12点
事業計画等	応募の動機	5点
	運営理念・基本方針	12点
	地域との連携	3点
	資金計画	6点
職員体制	人員配置等	3点
合計		65点

(2) 選定方法

増床整備事業者の選定は、「介護老人保健施設(増床)整備事業者 審査評価票(以下「審査評価票」という。)」により、応募計画ごとに採点し、要件(基準)を満たす計画を採択する方式とします。

申込が第8期計画数を上回る場合には、各種法令、人員・設備等の基準及びその他申込条件を満たす提案であることを前提に、当該設置場所での運営期間が長い事業所における提案を優先的に採択するものとします。

(3) 選定の進め方

- ① 公募申込書類に基づいて、審査評価票により評価を行います。
- ② 審査は、有識者等で構成する新潟市高齢者施設事業者選定委員会(以下、「選定委員会」という。)において、選定基準に基づき行います。
- ③ 審査評価票の評価点数が要件を満たす応募者を「整備候補事業者」とし、選定委員会において意見聴取を行います。ただし、審査の結果、選定水準に満たない場合は選定を行いません。
- ④ 本市は、選定委員会における意見聴取結果を踏まえて、「選定事業者」を決定します。
- ⑤ 「選定事業者」がやむを得ない事情などから、事業の実施を中止した場合等には、次点事業者を繰り上げる場合もあります。

(4) 結果通知

結果については、令和5年1月上旬頃(予定)に文書により通知します。

(5) 選定事業者等の公表

提出期限終了後、応募状況を公表します。

また、選定事業者決定後、決定した選定事業者名及び応募計画の評価点数を公表します。

ただし、選定事業者以外の事業者については、応募事業者を特定できる情報は公表しません。

(6) その他

- ① 応募書類に明らかな虚偽の記載があった場合や、応募に際して不正行為があった場合には、選定評価の対象から除外することとします。
- ② 本選定により、土地建物関係の法令上の制限解除等を保証するものではありません。
- ③ 事業計画の中止や選定されなかったことによる一切の損害等について、新潟市が責任を負うものではありません。
- ④ 介護老人保健施設の開設に係る人員、施設及び設備並びに運営基準等を満たせず事業実施が見込めない場合や、応募内容と実際の実施計画が著しく変更された場合には、選定委員会での審査を経て、選定を取り消す場合があります。
- ⑤ 応募がなかった場合及び選定の結果、選定水準等に満たないなどの理由により選定事業者が決定しなかった場合並びに選定事業者がやむを得ない事情などから、事業の実施を中止した場合等には、再公募を行います。
- ⑥ 整備候補事業者は、変更(開設)許可が確定されたものではありません。後日、改めて事業者の変更(開設)許可申請手続きが必要となりますが、基準を満たさない場合は許可を行いません。

1 1 スケジュール概要

令和4年	10月28日(金)	公募申込書及び増床提案書受付終了 応募書類の確認・審査
令和5年	12月上旬～ 1月上旬(予定)	有識者等で構成する選定委員会において意見聴取・選定 選定事業者の決定、結果通知及び公表

※応募者多数等の場合には、これによらないことがあります。

(様式1)

令和 年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地
法人名
代表者名

令和5年度 介護老人保健施設(増床) 整備事業者公募申込書

このことについて、公募要項に定める資格要件において、応募者の制限にかかる項目の該当がないことを確約し、下記提出書類を添えて応募します。

記

1. 増床提案する事業所

施設名	
設置場所	新潟市 区
サービスの種類	介護保健施設サービス(介護保険法第48条第1項第2号)
	施設類型：介護老人保健施設(介護保険法第8条第28項)
運営期間	指定年月日 平成 年 月 日 (休止期間 平成 年 月 日)
増床床数	床 (ユニット数)

2. 事業開始予定時期

令和 年 月 日

3. 提出書類

- (1) 定款又は寄附行為
- (2) 法人登記事項証明書
- (3) 市税等の納税証明書
- (4) 介護保険法に定める欠格事項等に該当しないことを誓約する書面(様式2)
- (5) 法人の概要
- (6) 指導監査結果等の書類

4. 担当者連絡先

応募書類の補正・追加提出、市が行うヒアリング等に対応する者として下記の者を指定します。

法人名・所属			
担当者名			
連絡先	住所	〒	
	TEL		FAX
	E-mail		

(様式2)

介護保険法第94条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書
及び 暴力団等の排除に関する誓約書兼同意書

令和 年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地

名称

代表者職名・氏名

私(当法人・当団体)は、令和5年度介護老人保健施設整備事業者公募申込を行うにあたり、申請者及び役員等が介護保険法第94条第3項各号に規定する欠格条項の下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

また、併せて新潟市暴力団排除条例の主旨に基づき、下記の事項について誓約します。

記

- 1 私(当法人・当団体)は次のいずれにも該当しません。
 - (1) 暴力団(新潟市暴力団排除条例(平成24年新潟市条例第61号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)
 - (2) 暴力団員(新潟市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)
 - (3) 役員等(法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者その他これらと同等の責任を有する者をいい、法人以外の団体である場合は代表者、理事その他これらと同等の責任を有する者をいう。)が暴力団員であるもの
 - (4) 暴力団又は暴力団員が経営に実質的に関与しているもの
 - (5) 自己、その属する法人その他の団体若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用しているもの
 - (6) 暴力団又は暴力団員に対して資金を提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与しているもの
 - (7) その他暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するもの

- 2 新潟市暴力団排除条例の主旨に基づき名簿(様式2別紙)を提出します。名簿に記載されたすべての者は、暴力団員等であるか否かの確認のため、新潟県警察本部に対してこの名簿による照会が行われる場合があることに同意しております。なお、名簿記載内容は事実と相違ありません。

【介護保険法第94条第3項】

都道府県知事は、前二項の許可の申請があった場合において、次の各号(前項の申請にあっては、第二号又は第三号)のいずれかに該当するときは、前二項の許可を与えることができない。

- 一 当該介護老人保健施設を開設しようとする者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者でないとき。
- 二 当該介護老人保健施設が第九十七条第一項に規定する療養室、診察室及び機能訓練室並びに都道府県の条例で定める施設又は同条第二項の厚生労働省令及び都道府県の条例で定める人員を有しないとき。
- 三 第九十七条第三項に規定する介護老人保健施設の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護老人保健施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により許可を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該許可を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該許可を取り消された者が第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないものである場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該者の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該許可の取消しが、介護老人保健施設の許可の取消しのうち当該許可の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該介護老人保健施設の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該介護老人保健施設の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する許可の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 申請者が、第百四条第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による許可の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 七の二 申請者が、第百条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第百四条第一項の規定による許可の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第九十九条第二項の規定による廃止の届出をした者(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 八 第七号に規定する期間内に第九十九条第二項の規定による廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該届出に係る法人(当該廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員若しくはその開設した介護老人保健施設の管理者又は当該届出に係る第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもの(当該廃止について相当の理由がある者を除く。)の開設した介護老人保健施設の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 九 申請者が、許可の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 十 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十一 申請者が、第一号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもので、その事業所を管理する者その他の政令で定める使用人のうちに第四号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(様式2 別紙)

役職名・呼称	生年月日	性別	フリガナ 住 所	
フリガナ 氏 名	他法人の理事等状況		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX
		男・女		
	有・無 ()		TEL	FAX

- ※ 当該法人の理事、役員等(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。)について記入してください。
- ※ 他法人の理事、役員等を兼務している場合は、他法人の理事等状況の「有」に○印を付し、()に他法人名及び役職名を記入してください。
- ※ 上記に記載された個人情報については、本公募審査用務及び暴力団員等の該当性の確認にのみ使用し、その他の目的には一切使用しません。また、その取扱いについては、新潟市個人情報保護条例を遵守し、適正に管理いたします。

(様式3)

既存施設及び事業の運営状況

1. 法人の名称等

法人名称	代表者名	法人所在地	設立年月日

2. 介護保険サービス提供事業所

事業種別	施設等名称	所在地	事業者番号	指定年月日 (開始年月日)	サービス 提供地域	定員	併設事業所
				()			
				()			
				()			

※複数ある場合は、行を追加していただくか別紙添付にてすべての事業所を記載してください。

3. その他の事業所

事業種別	施設等名称	所在地	定員	併設事業所

4. 整備に着手中及び着手見込の事業（介護保険サービス及びその他事業）

事業種別	所在地	定員	総事業費	開設予定日

※他市町村での介護サービス事業など整備に着手中の事業及び着手見込の事業について記載してください。

(様式4)

令和 年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地
法人名
代表者名

増床提案書

このことについて、下記書類を添えて提出します。

1 添付書類

申請者 チェック	新潟市 チェック	提出書類名		様式	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	増床提案書	様式4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	増床計画書	様式5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	事業スケジュール	様式6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	利用状況	様式7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	応募の動機	様式自由	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	理念・基本方針	同上	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	事業運営について	資金計画書	様式8
				借入金内訳書	様式9
				収支見込予算書シミュレーション	様式10-1
				事業収入算定説明書	様式10-2
				利用料金表	様式11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	計画図面等	基本設計図面	様式自由
				登記事項証明書(土地・建物)	所定様式
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	増築予定地計画書	増築予定地計画書	様式12
				建設予定地の抵当権設定状況一覧表	様式13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	事前協議報告書	様式14	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	様式15	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	現利用者への説明	様式自由	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	※	増築に伴う地元説明会の経緯について	付表1	

(様式5)

増床計画書

施設の種類	介護老人保健施設		
施設の名称			
施設の所在地			
施設の概要	老健定員: _____人 (通りハ: _____人) その他(併設) _____: _____人(みなし指定を除く)		
老健の構成	(1) ユニット定員: _____人 内 訳: _____人× _____ユニット _____人× _____ユニット _____人× _____ユニット	(2) 従来型定員: _____人 内 訳: _____人部屋× _____室 _____人部屋× _____室 _____人部屋× _____室	
増床定員	_____名 (うち、ユニット型_____名、従来型_____名)		
事業計画	1 着 工	令和	年 月 日
	2 竣 工	令和	年 月 日
	3 変 更 (開 設)	令和	年 月 日
資金計画	(1) 事業費 _____千円 内訳 { 土地取得関係費 _____千円 建物建築関係費 _____千円 開設準備経費 _____千円 その他 _____千円 (2) 財源 _____千円 内訳 { 自己資金 _____千円 借入金 _____千円 その他 _____千円 ※資金計画内訳について、様式8 資金計画書および様式9 借入金内訳書を作成すること		
構造・設備	敷地面積 _____㎡ 建築面積 _____㎡ 延床面積 _____㎡ 構 造 _____造 _____階建て <input type="checkbox"/> 耐火建築物 <input type="checkbox"/> 準耐火建築物 <input type="checkbox"/> その他 (※該当項目にレ点) ※その他詳細について「平面図」等別紙資料を添付してください。		

(様式6)

事業開始までのスケジュール

下記事項を踏まえ、全体の流れが把握できるように作成してください。

項 目	令和4年度							令和5年度											令和6年度		
	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
住民同意 関 係	自治会同意																				
	住 民 同 意																				
建 築 確 認 等	開発行為等																				
	建築確認申請																				
	消 防 協 議																				
設 計 業 務	基 本 設 計																				
	実 施 設 計																				
入 札 関 係	公 告																				
	入 札																				
建 設 関 係	着 工																				
	竣 工																				
備 品 関 係	積算・発注																				
	納 品																				
人 材 関 係	募集・採用																				
	研 修 等																				

※ 項目及び記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

(様式7)

利用者の前年度平均値

サービス種類	
施設(事業所)名	
定員	

年 月		日 数	延入所者数 延利用人数	1日当たり平均	
年	4 月	30 日	人	0.0 人	
	5 月	31 日	人	0.0 人	
	6 月	30 日	人	0.0 人	
	7 月	31 日	人	0.0 人	
	8 月	31 日	人	0.0 人	
	9 月	30 日	人	0.0 人	
	10 月	31 日	人	0.0 人	
	11 月	30 日	人	0.0 人	
	12 月	31 日	人	0.0 人	
	年	1 月	31 日	人	0.0 人
		2 月	28 日	人	0.0 人
		3 月	31 日	人	0.0 人
合計		365 日 (A)	0 人 (B)		
前年度の平均			0.0 人 (B) ÷ 12月	0.0 人 (B) ÷ (A)	

注 小数点第2位以下切り上げ

(様式8)

資金計画書

1. 建築の形態(増改築の状況)

	延床面積(m ²)	割合(%)
増築部分(介護老人保健施設)	m ²	%
既設の介護老人保健施設(みなし指定を含む)	m ²	%
その他合築施設(種類:)	m ²	%
計	m ²	%

※共有部分の算定にあたっては、専有床面積の総和に対する当該専有床面積の割合により按分すること。

2. 設置に係る総事業費(増改築のない場合は「総事業費」欄のみを記入)

(1) 事業費内訳(下記を参考に、必要事項を記載し、事業費内訳が把握できるように作成してください。)

(単位：千円)

項目		総事業費	うち、増床部分事業費	備考
土地取得関係費				
内 訳	土地購入費			
	土地権利費(敷金等)			
	その他()			
建物建設関係費				
内 訳	建築工事費			
	設計費			
	外構工事費			
	造成工事費			
	その他			
開設準備経費				
内 訳	備品購入費			
	人件費			
	その他			
その他				
内 訳	運転資金			
	その他			
計				

※ 項目及び記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

(2)財源内訳(下記を参考に、必要事項を記載し、財源内訳が把握できるように作成してください。)

(単位：千円)

項 目		総事業費	うち、増床部分事業費	備 考
自己資金				
内 訳	法人預金			
	その他()			
借入金(様式9のとおり)				
その他				
内 訳	寄付金			
	出資金			
	その他()			
財源内訳計				

※ 項目及び記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

(様式9)

借 入 金 内 訳 書

借 入 先	借入金額(単位:千円)	資金使途及び貸付条件(利率、期間等)
合 計	千円	

※ 添付書類

1. 融資確約証明書の写し等

※ 福祉医療機構の場合にあっては、様式14事前協議報告書により具体的な相談状況等を記載すること。

2. 借入先ごとの借入金の償還(返済)計画書

(様式10-1)

収支見込予算書シミュレーション

下記を参考に、適宜項目を追加し、必要事項を記入の上、収支見込予算が把握できるように作成してください。

介護老人保健施設(ユニット型/従来型多床室) 事業

単位:千円

項目	期間等	1年目 R〇.〇~R〇.〇	2年目 R〇.〇~R〇.〇	3年目 R〇.〇~R〇.〇	備考 ※12ヶ月算定による
稼働率		%	%	%	
収益					
	収益計 A	0	0	0	
費用					
	減価償却費 B				
	支払利息等				
費用計 C	0	0	0		
損益	税引前損益 D=A-C	0	0	0	
	法人税等 E				税目:
	当期純利益 F=D-E (税引後損益、当期活動増減差額)	0	0	0	
収支	減価償却費 B	0	0	0	
	借入金元金返済 G				
	その他資金収支 H				
	余剰金 I=F+B-G±H	0	0	0	
	前年度繰越金 J		0	0	
	翌年度繰越金 K=I+J	0	0	0	

【注意】

- 1 開設後の事業運営に係る経費等について記載すること(施設整備にかかるものは含まない)。
- 2 決算書(損益計算書等)に則して、適宜項目を追加・削除すること。(この様式は参考様式)
- 3 介護保険報酬を含む項目の備考欄に算出時の平均要介護度を記載すること。
- 4 人件費(給与)、福利厚生費、委託料を含む項目が合算項目の場合、備考欄に内訳を記載すること。
- 5 福利厚生費については、介護老人保健施設の会計とは別に母体法人で負担する場合はその旨を記入すること。
- 6 1年目から12ヶ月単位で作成し、借入金元金の返済が終わるまでの期間について作成すること(4年目以降は別紙により添付することも可)。
- 7 併設する介護サービス事業所等がある場合は、それぞれの事業ごとに作成の上、施設全体の収支シミュレーションも併せて提出すること。
- 8 複数の経費を合算している項目については、備考欄に対象経費の内訳を記載すること。
- 9 減価償却費については、備考欄に圧縮記帳の取扱いの有無を記載すること。

(様式10-2)

事業収入算定説明書

※下記を参考に、適宜項目又は用紙を追加し、必要事項を記入の上、収入算定根拠が把握できるように作成すること。

施設名： _____

施設種別：介護老人保健施設(ユニット型)

10.14円

(単位：千円)

		介護報酬単価等	1年目	2年目	3年目	4年目以降
定員	人	稼働率				
介護保健施設サービス費 (ユニット型個室) /1日						
要介護1	(人)	点	0	0	0	0
要介護2	(人)	点	0	0	0	0
要介護3	(人)	点	0	0	0	0
要介護4	(人)	点	0	0	0	0
要介護5	(人)	点	0	0	0	0
加 算		点	0	0	0	0
		点	0	0	0	0
		点	0	0	0	0
		点	0	0	0	0
介護報酬計 (利用者負担1割分含む)			0	0	0	0
居住費		円	0	0	0	0
食費		円	0	0	0	0
利用者負担計 (補足給付分含む)			0	0	0	0
		円	0	0	0	0
		円	0	0	0	0
その他収入計			0	0	0	0
収入合計			0	0	0	0

施設種別：介護老人保健施設(従来型多床室)

10.14円

(単位：千円)

		介護報酬単価等	1年目	2年目	3年目	4年目以降
定員	人	稼働率				
介護保健施設サービス費 (従来型多床室) /1日						
要介護1	(人)	点	0	0	0	0
要介護2	(人)	点	0	0	0	0
要介護3	(人)	点	0	0	0	0
要介護4	(人)	点	0	0	0	0
要介護5	(人)	点	0	0	0	0
加 算		点	0	0	0	0
		点	0	0	0	0
		点	0	0	0	0
		点	0	0	0	0
介護報酬計 (利用者負担1割分含む)			0	0	0	0
居住費		円	0	0	0	0
食費		円	0	0	0	0
利用者負担計 (補足給付分含む)			0	0	0	0
		円	0	0	0	0
		円	0	0	0	0
その他収入計			0	0	0	0
収入合計			0	0	0	0

介護報酬 ユニット型・従来型 計	0	0	0	0
利用者負担 ユニット型・従来型 計	0	0	0	0
その他収入 ユニット型・従来型 計	0	0	0	0
ユニット型・従来型 収入合計	0	0	0	0

【注意】

- 1 開設後の収入見込みについて、居室の形態及びサービス種別ごとに作成すること。
- 2 1年目から12ヶ月単位で作成すること。
- 3 各種加算は、加算条件を満たすことが確定なもののみ記入すること。
- 4 居住費(滞在費)及び食費は、利用者支払額ではなく、基準費用額等に基づく実際の施設の収入額を算出すること。
 ※ 居住費における2022年度基準費用額の上限は、ユニット型個室2,006円、従来型個室1,668円、従来型多床室377円
 ※ 食費における2022年度基準費用額の上限は、1,445円
- 5 収入合計が(様式10-1)収支見込予算書シミュレーションの収入計Aと一致するよう作成すること。

(様式11)

介護老人保健施設利用料金表

居住費(ユニット型個室分)	日額(円) × 30日 = (約 円)
居住費(従来型部分)	① <input type="text"/> 人居室 日額(円) × 30日 = (約 円)
	② <input type="text"/> 人居室 日額(円) × 30日 = (約 円)
食費	日額(円) × 30日 = (約 円)
日常生活費・その他	円(月 額)
上記利用料設定の考え方 (算出根拠及び特記事項)	

※ 実費徴収するものを除き、入居者から一律徴収する料金について記入してください。

※ 負担段階(第1段階～第4段階)ごとに居住費等を記載してください。

(様式12)

増築予定地計画書

所在地	
敷地面積	
建設用地の概要	
建設用地の法規制等 ※下記項目について該当の有無にかかわらず、必ず様式13を提出してください。	
都市計画区域	<input type="checkbox"/> 市街化区域 (用途地域:) <input type="checkbox"/> 市街化調整区域
開発許可・ 建築許可等	<input type="checkbox"/> 不要 理由: <input type="checkbox"/> 開発行為に該当しない <input type="checkbox"/> 都市計画法第29条第1項第 号該当 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 必要 項目: <input type="checkbox"/> 法第29条 <input type="checkbox"/> 法第43条 (法第34条第 号該当) ⇒法第34条第14号該当の場合:開発審査会付議基準 該当 <input type="checkbox"/> その他 ()
都市計画施設等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 近接 <input type="checkbox"/> 区域内 (法第53条許可: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要)
その他の法規制	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (例:農地転用、農振除外)様式13で詳細を記入のこと。

※ 増築予定地を周囲4方向から撮影した写真を添付してください。

(様式13)

建設予定地の抵当権設定状況一覧表

	所在地	地目	地積(m ²)	所有者	抵当権の状況	抹消の方法	抹消の時期
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※ 抵当権の有無にかかわらず、建設予定に係る全ての土地の筆について記入すること。

※ 事業の安定性、持続性を確保する観点から、抵当権の抹消方法及び時期については、明確に記入するとともに、可能な限り合意書等を添付してください。

(様式14)

令和 年 月 日

(宛先)新 潟 市 長

所在地
法人名
代表者名

介護老人保健施設増床整備に係る事前協議報告書

介護老人保健施設の応募にあたり、関係機関と協議を行ったので、協議内容を報告します。

施設の種類	介護老人保健施設		
建設(増改築)地			
法人担当者名		連絡先 TEL	
協議先部局		協議担当者名	

期 日	協 議 内 容	許認可等の見通し

※ 協議内容等については具体的に記入し、担当部局ごとに提出してください(全ての関係機関と協議を行ってください)。

(様式15)

様式15(その1) ※ 介護老人保健施設など、『(介護予防)通所介護、診療所以外の(介護予防)通所リハビリテーション』以外の場合

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名		
サービスの種類		
当該事業所における常勤の従業員が1週当たりに勤務すべき時間数	時間	
サービス提供時間帯(診療所である(介護予防)通所リハビリテーションの場合のみ記入)	～	(時間) ※利用者施設に迎えてから送り出すまでの時間(送迎時間を除く。)

(年 月分) (単位目)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備考																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28																				
		曜日																																																
合計																																																		

- 注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
- 注2: 4週間の勤務時間数を記入すること。公休の場合は「×」を記入すること。
- 注3: 職種ごとに小計を付けて分けること。また、ユニット型サービスの介護職員については、ユニットごとに記載すること。
- 注4: 通所リハビリテーションの場合は、実施単位ごとに作成すること。
- 注5: 職員が職種・サービス種類を兼務する場合は、それぞれに勤務時間を割り振ること。
- 注6: 夜勤体制を記載する場合は、夜勤を網掛けする等わかるよう記載し、余白にその旨を記載してください。
- 注7: 備考欄には、兼務する職種、資格などを記載し、ユニット型サービスの場合は、ユニットリーダーについても記載してください。
- 注8: 必要に応じ適宜行を追加してください。

(付表1)

建設に伴う地元説明会の経緯について

地元説明会の状況(記入欄が足りない場合は、適宜追加してください)

説明日時	相手方 (出席者数など)	説明内容及び質疑応答(意見、要望等)

注：整備予定地の隣接地権者をはじめ、所在する町内会又は自治会（以下「自治会等」という。）及び整備予定地の自治会等に隣接する自治会等を対象に、地域の理解・協力が得られるよう説明会を行い、可能な限り同意書及び説明会の議事録（説明配布資料を含む）などを添付してください。

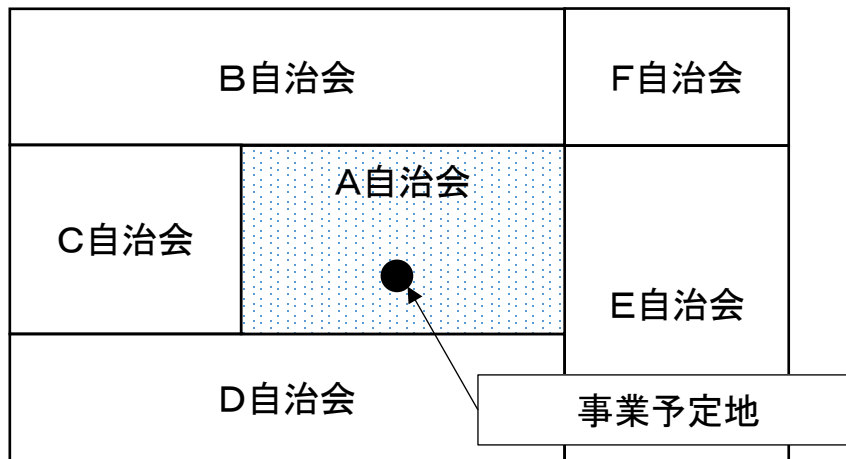
※参 考

付表1について

「建設予定地の自治会等に隣接する自治会等」とは、次のような形態が想定されます。

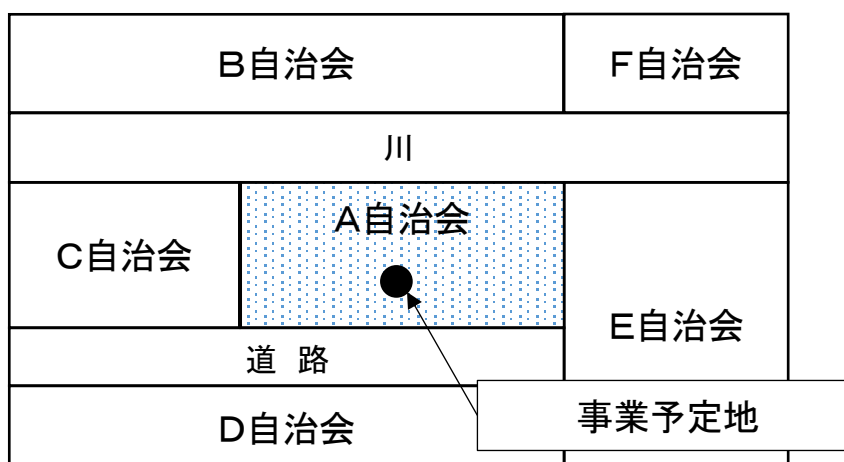
<例示1>

A自治会に事業所の建設を予定している場合は、A・B・C・D・E・F自治会を対象に説明会を行うことになります。



<例示2>

A自治会に事業所の建設を予定している場合は、A・B・C・D・E・F自治会を対象に説明会を行うことになります(道路及び河川などで隔てられている場合も、隣接とみなします)。



(質問票書式)

令和 年 月 日

介護老人保健施設(増床) 整備事業者公募に係る質問票

1 質問者に関する事項

法人名	
部署及び職・担当者名	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

2 質問に関する事項

公募要項における項目名	例: 7 応募できる事業者の資格要件 (7ページ)
質問テーマ	
質問内容	

※ 質問は本様式1枚につき1問とし、質問趣旨がわかるよう簡潔かつ明確に記載してください。

※ 審査選定内容や、介護保険法に基づく指定基準など法令等により確認ができる事項、他の応募者に関する情報等については回答しかねます。