

令和6年度公募
認知症対応型共同生活介護
設置運営事業者公募応募様式
【市内全域(黒瀬圈域を除く)】

令和6年7月
東広島市

東広島市長

所在地
法人等名称
代表者名

令和6年度公募 認知症対応型共同生活介護設置運営事業者公募の応募について

東広島市の認知症対応型共同生活介護設置運営事業者公募について、公募要項を承知の上、下記のとおり、必要な書類を添えて応募します。

なお、応募申込書・開設企画書及び添付書類において、虚偽による記載又は事実と相違する記載であることが判明した場合、選定を取り消されても異議を唱えません。

また、設置運営事業者の選定の取消しに伴い損害を受けることがあっても、東広島市に対して損害賠償を請求しません。

なお、選定結果を東広島市ホームページへの掲載等により公表されることに同意します。

記

1 開設予定場所および日常生活圏域

開 設 予 定 場 所	東広島市
日 常 生 活 圏 域 名	圏 域
サ テ ラ イ ツ の 場 合 本体事業所の住所及び名称	

2 添付書類

- (1) 定款又は寄附行為
- (2) 法人登記簿謄本
- (3) 納税証明書
- (4) 法人の概要
- (5) 土地立入承諾書
- (6) 開設企画書・・・・・・・・別紙様式

3 担当者連絡先

(ふ り が な) 法 人 等 名 称		
(ふ り が な) 担 当 者 名		
連 絡 先	住 所	〒
	電 話 番 号	
	ファクシミリ番号	
	Eメールアドレス	

法人等代表者経歴書

法人等の名称				
フリガナ			生年月日	年 月 日
氏名				
住所	(郵便番号 —)		電話番号	
主な職歴等				
年月～年月	勤務先等		職務内容	
職務に関連する資格				
資格の種類		資格取得年月		
備考(研修等の受講の状況等)				

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

※研修等の受講実績がある場合は、修了証の写し等、研修の受講が確認できるものを添付してください。

※「主な職歴等」では、介護保険事業の経験年数が確認できるように記載してください。

管 理 者 經 歷 書

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

※研修等の受講実績がある場合は、修了証の写し等、研修の受講が確認できるものを添付してください。

※「主な職歴等」では、介護保険事業の経験年数が確認できるよう記載してください。

※当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、
その全てを記入してください。

誓 約 書 兼 同 意 書

令和 年 月 日

東広島市長

所在地

法人等名称

代表者名

申請者及び役員等が介護保険法第78条の2第4項各号及び第115条の12第2項各号に該当しない者であること、また、法人又はその代表者及び役員が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団、それらの利益となる活動を行う団体及び同条第6号に規定する暴力団員に該当しない者であることを誓約します。

なお、当該事実の確認のため、下記記載の個人情報に基づき、東広島市が広島県警察本部へ照会することについて、当法人の責任により当該個人の同意を得ています。

法人の理事（役員）等の構成、氏名等

※法人の理事等（業務を執行する社員、取締役、執行役また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、執行役また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。）及び事業所を管理する者について記入してください。

※欄が足りない場合は、適宜追加してください。

介護保険事業の実施状況一覧

番号	施設・事業所名称 (東広島市外を含む。)	所在地	サービスの種類	定員	指定年月日 休止・廃止年月日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

※法人が実施した（既に廃止したものを含む。）介護保険事業をすべ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。

過去の指導状況等

運営指導等	<p>令和元年度以降、既存事業所に対する実地指導・運営指導（東広島市外を含む。）において、2回以上同様の指導を受けたことがあるか。また、未改善のものがあるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 有（指摘事項及び指摘回数を具体的に記載すること。また、改善状況も記載すること。）</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
監査	<p>令和元年度以降、都道府県等が実施した監査はあったか（結果通知が改善勧告、改善命令、指定取消等に限る。また、改善状況も記載すること。）。</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
消防職員が実施した立入検査	<p>令和元年度以降、評価基準「介護保険事業の実施状況」に記載の対象サービスについて、消防職員が実施した立入検査で指摘はあったか。</p> <p><input type="checkbox"/> 有（指摘事項及び指摘回数を具体的に記載すること。また、改善状況も記載すること。）</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>
その他	<p>令和元年度以降、建築基準法、都市計画法等の関係法令違反を指摘されたことがあるか。</p> <p><input type="checkbox"/> 有（指摘事項及び指摘回数を具体的に記載すること。また、改善状況も記載すること。）</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p>

※欄内に書ききれない場合は、記入欄の幅を広げるなど、適宜対応してください。

土 地 立 入 承 諾 書

令和 年 月 日

東広島市長

(土地所有者)

所在地（住所）

名 称

代表者（氏名）

(応募者)

所在地（住所）

名 称

代表者（氏名）

上記の応募者が計画する認知症対応型共同生活介護の事業計画にあたり、東広島市職員が現地調査等のため、次の土地に立ち入ることを承諾します。

認知症対応型共同生活介護 整備予定地

土地の所在地：東広島市_____

※登記事項証明書のとおり記載してください。

※立ち入る職員は東広島市職員の名札を付けています。

開 設 企 画 書

認知症対応型共同生活介護
(□サテライト型)

(□は該当する場合■としてください)

法人等名称	
-------	--

※ 審査の際には、上記の法人等名称を伏せます。

1. 設置の主体

①介護保険サービス事業を運営するにあたっての理念、基本方針等

--

②認知症対応型共同生活介護を運営するにあたっての理念、基本方針、応募動機等

(福祉分野への貢献に対する法人等の考え方、この地域に整備する目的・理由等)

--

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。

1. 設置の主体

③直近3年間の財務状況

〈貸借対照表〉

勘定科目	過去3か年の決算状況（千円）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
資産の部			
流動資産			
固定資産			
繰延資産			
負債の部			
流動負債			
固定負債			
純資産の部			
資本金			
利益剰余金			
負債及び純資産の部			

〈損益計算書〉

	過去3か年の決算状況（千円）		
	令和3年度	令和4年度	令和5年度
営業利益			
経常利益			
当期純利益			

④直近3年間の決算関係書類

(別添のとおり)

2. 特徴ある取組み

①地域交流の促進・地域貢献

利用者と住民との交流のための計画、施設スペースの活用、地域との連携・参画など、施設・利用者を中心とした地域共生社会の実現を図るための方策について具体的に記載してください。

②住み慣れた地域での継続的な支援

入居前から地域の高齢者と関わり、情報・状態を把握し、要介護になった後も円滑に入居できる体制を整えるなど、利用者が住み慣れた地域で安心して過ごすための支援の方策を記載してください。

③当事者主体のサービス提供体制

認知症基本法に基づき、利用者のできること・やりたいことを適切に把握し、一人ひとりが尊厳ある自立した生活を送れるよう支援するための方策を記載してください。

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。

3. 事業所の管理運営

①開設資金計画書

(単位:千円)

総事業費		資金調達計画	
土地 取 得 費		自 己 資 金	
設 計 監 理 費		寄 付 金	
建 築 工 事 費		借 入 金	
備 品 費			
運 転 資 金			
事 務 費			
合 計		合 計	

※本公募の事業に要する費用を記載してください(該当がない欄は「0(ゼロ)」を記載してください。)。

※預金残高証明書を添付してください(写しでも可。)。

※運転資金および自己資金には、借入金は含みません。

※寄付金を計上する際には、贈与確約書を添付してください(写しでも可。)。

②資金の借入先

借入先	借入金額(円)	資金の使途
合 計		

※融資確約証明書(写しでも可。ただし原本証明が必要。)を添付してください。

※借入先ごとの借入金の償還(返済)計画書を添付してください。

3. 事業所の管理運営

③収支計画書(初年から3年分)

(単位:円)

項目	1年目	2年目	3年目	備考
収入	介護保険報酬			本人負担・加算を含む。
	利用者実費負担			
収入合計(A)	0	0	0	
支出	人件費計			
	食材費			
	介護用品費			
	水道光熱費			
	燃料費			
	消耗品費			
	保険料			
	車両費			
	事業費計			
	福利厚生費			
	旅費交通費			
	研修費			
	事務消耗品費			
	修繕費			
	通信運搬費			
	広告費			
	業務委託費			
	保守料			
	その他事務費			
	事務費計			
	借入金返済			
	支払利息			
	返済費用計			
支出合計(B)	0	0	0	
収支差額(C=A-B)	0	0	0	
前年度繰越金(D)		0	0	
翌年度繰越金(C+D)	0	0	0	

※必要に応じて項目を追加してください。

※施設整備費は含みません。

※福利厚生費については、認知症対応型共同生活介護の会計とは別に母体法人等で負担する場合は、その旨を記載してください。

※借入金がある場合、4年目以降は別葉とし、借入金元金の返済が終了するまでの期間について作成してください。

※併設するサービスがある場合は、それぞれのサービスごとに作成の上、施設全体の収支計画書を作成してください。

3. 事業所の管理運営

(年目) 収入の積算根拠その1

【介護報酬見込額】

要介護度	基本単位 (a)	処遇改善等加算 掛率+1 (b)	月平均人数 (c)	地区区分別1単位 の単価 (d)	介護報酬(月額合計) $a \times b \times c \times d$ (円)
要支援1					
要支援2					
要介護1					
要介護2					
要介護3					
要介護4					
要介護5					
合 計					

※介護報酬は、利用者の自己負担分(1~3割)を含む。

【加算見込額】

加算		加算見込額の算定式				加算 (月額合計) $a \times b \times c \times d$ (円)
加算名称	区分	基本単位 (a)	処遇改善等加算 掛率+1 (b)	1か月あたりの回数 または月平均人数等 (c)	地区区分別1単位 の単価 (d)	
短期利用認知症対応型 共同生活介護費(※)						
夜間支援体制加算						
若年性認知症利用者受 入加算						
看取り介護加算						
初期加算						
協力医療機関連携加算						
医療連携体制加算(Ⅰ)						
医療連携体制加算(Ⅱ)						
退去時相談援助加算						
認知症専門ケア加算						
認知症チームケア推進 加算						
生活機能向上連携加算						
栄養管理体制加算						
口腔衛生管理体制加算						
口腔・栄養スクリーニン グ加算						
科学的介護推進体制加 算						
高齢者施設等感染症対 策向上加算						
生産性向上推進体制加 算						
サービス提供体制強化 加算						
合 計						

※加算ではないが、記入すること。

(　年目)収入の積算根拠その2

【利用者実費負担見込額】

項目	月額平均 (a)	月平均人数 (b)	利用者実費負担(月額合計) $a \times b$ (円)
食事代			
宿泊費			
合計			

【稼働率シミュレーション】

対象月	稼働率(%)	収入金額			
		介護報酬 (a)	加算 (b)	利用者実費負担分 (c)	合計 $a \times b \times c$ (円)
年4月					
年5月					
年6月					
年7月					
年8月					
年9月					
年10月					
年11月					
年12月					
年1月					
年2月					
年3月					
合計					

※初年から3年分作成してください。

※【稼働率シミュレーション】は、介護報酬、加算、利用者実費負担分の月額合計に稼働率を乗じて算出してください。

3. 事業所の管理運営

③収支計画書(初年から3年分)

(年目)人件費の積算根拠

(単位:円)

職種	常勤(名)	1名あたり 月額賃金 (基本給) (a)	1名あたり 月額手当等 (諸手当+法定福利費) (b)	1名あたり 年間賞与 (c)	1名あたり 年間人件費 (a+b+c) (d)	職種別合計 年間人件費 (d×職員数)
	非常勤(名)					
	計(名)					
管理者						
計画作成担当者						
介護職員						
看護職員						
その他職員 ()						
合計						

※初年から3年分作成してください。

※他事業所で兼務予定の場合は、按分し上記へ記入すること。また、下記に兼務内容を記入すること。

<氏名>

<職種>

<他事業所の事業所名、住所>

3. 事業所の管理運営

④利用者確保への取組み

⑤生産性向上に資する効率的な運営に向けた方策

ICT の活用、併設事業所との連携など、事業の安定化に向けた持続可能で効率的な運営体制の確保の方策について記載してください。

⑥法人の代表者

認知症対応型サービス事業開設者研修

 修了済み (年 月) 未受講

⑦管理者（予定者）

介護保険事業所勤務経験 年 月

管理者経験 あり (年 月) なし

認知症対応型サービス事業管理者研修

 修了済み (年 月) 未受講

⑧職員の資格及び配置

採用計画内容				
職種		専従	兼務	資格等及び兼務の場合は兼務職種
管 理 者	常勤(人数)			
	非常勤(人数)			
介 護 職 員	常勤(人数)			
	非常勤(人数)			
看 護 職 員	常勤(人数)			
	非常勤(人数)			
介 護 支 援 専 門 員	常勤(人数)			
	非常勤(人数)			
計		人	(雇用する実人数を記入)	

※人員基準により常勤換算方式で従業者数を定められている職種については、それに従って算出してください。

※上記（事業所内）以外で、他事業所の従業員と兼務する場合は、下記に記入すること。

<氏名>
<職種>
<他事業所の事業所名、住所>

⑨職員研修計画、職員の育成、キャリアアップ及び離職防止を図るための方策

⑩サービスの質を向上させるための目標・方策（特色のある設備や取組み等）

適切なサービスの提供を行うための取組みについて、具体的に記載してください。

⑪認知症ケアの取組み

具体的方法、創意工夫の取組み、専門性を活かした地域への貢献等について記載してください。

⑫医療との連携・看取りについての取組み

重度利用者への対応、看取りについての取組み、協力医療機関等について記載してください。

⑬体制整備

加算・体制の名称	体制を整備する	体制を整備しない
・夜間支援体制加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・利用者の入院期間中の体制	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・看取り介護加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・医療連携体制加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・認知症専門ケア加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・認知症チームケア推進加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・高齢者施設等感染対策向上加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・生産性向上推進体制加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない
・介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 体制を整備する	<input type="checkbox"/> 体制を整備しない

※□は該当するものを■としてください

⑭利用者等の苦情処理体制・個人情報の保護・安全対策・緊急時の対応等

1 苦情処理体制について

2 個人情報保護について

3 事故発生時の対応について

4 緊急時の対応について

⑮衛生管理

⑯施設の利用料金表

項目	内 容	備 考
宿 泊 費	日額 () 円 × 30 日 = () 円	
食 費	日額 () 円 × 30 日 = () 円	朝食 円、昼食 円 夕食 円、おやつ 円
日 常 生 活 費	() 円 ／ 月 = () 円	
その他の費用		内容
1か月の利用料合計	() 円	
上記利用料金設定の設定根拠または特記事項等		

※実費徴収するものを除き、利用者から一律徴収する料金について記載してください。

※負担段階により設定が異なる場合は、段階ごとに記載してください。

⑯家族・住民の意見をサービス・施設運営に反映する取組み

⑯防災体制の整備（避難計画の策定、地域・関係機関との連携体制など）

--

⑯感染症対策への取組み（指針の整備、研修の実施など）

--

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。

②従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

令和 () 年 月

サービス種別
事業所名

認知症対応型共同生活介護

(1) 計画

(2) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数

時間/日 時間/週 時間/月

(3) 日中／夜間及び深夜の時間帯の区分

利用者の生活時間帯（日中）	～
夜間及び深夜の時間帯	～

(4) 事業所の共同生活住居（ユニット）数

(5) ユニットの
入居定員

(6) 利用者数
前年度の平均値
(新規に指定を受ける場合)
推定数

4. 整備予定の土地・建物

①計画施設の概要（□は該当するものを■としてください）

事業所の名称 (仮称)						
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 (<input type="checkbox"/> サテライト型)					
計画場所	東広島市					
事業所	<input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 既存					
事業計画	1. 着工	令和	年	月	日	
	2. 竣工	令和	年	月	日	
	3. 開設	令和	年	月	日	
整備予定地	1. 合計地積(公簿) m² (地目:) 2. 確保の方法 <input type="checkbox"/> 寄付 <input checked="" type="checkbox"/> 売買 (千円) 3. 確保の形態 <input type="checkbox"/> 法人所有 <input checked="" type="checkbox"/> 借地 <input type="checkbox"/> その他 () 4. 取得(予定) 令和 年 月 (<input type="checkbox"/> 取得 <input checked="" type="checkbox"/> 取得予定) (自己所有以外の場合) 5. 貸借契約期間 令和 年 月 ~ 令和 年 月					
公共交通機関	1. 種類 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> その他 () 2. 整備地と最寄りのバス停、駅等との距離 () m 3. 平日の日中における1時間当たりの便数 () 便					
建物の構造等	1. <input type="checkbox"/> 新築 <input type="checkbox"/> 既存の建物を改修 2. 構造 造 階建て (<input type="checkbox"/> 耐火 <input type="checkbox"/> 準耐火 <input type="checkbox"/> その他) 3. 延床面積 m²					
駐車場	1. 事業所専用車両及び職員用 台分 2. 利用者及び訪問者用 台分					
定員	1. 当該事業所のユニット数 ユニット 2. 当該事業所の総定員 人					
併設サービス等	1. サービスの種別 2. 規模					

②土地・建物の登記事項証明書（全部事項証明）及び公図の写し（ただし新設の場合は土地のみで可）
(別添のとおり)③売買契約書（確約書）の写し、賃貸借契約書（確約書）の写し、贈与確約書の写し等用地の確保が確認できるもの
(別添のとおり)

4. 整備予定の土地・建物

④整備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

※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、明確に記載してください。

⑤・建物の配置図

- ・位置図(付近見取図) (S : 1/500 程度)
- ・事業所を中心とした半径 10km 以内の介護施設のわかる地図
- ・建物平面図および立面図
- ・居間、食堂、各居室の面積一覧表(面積を計算する場合は有効面積(内法・内寸)によるものとし、壁芯で計算しないこと)
(別添のとおり)

4. 整備予定の土地・建物

⑥近隣住民等に対する説明会等の報告書

周知方法	日時	相手方	説明内容および質疑応答（意見、要望等）

※記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。

※整備予定地の近隣住民や地権者、自治会または町内会等を対象に原則、説明会を行ってください。

（文書の回覧による周知・意見収集も可能）

可能な限り同意書および説明会等に使用した資料、及び議事録・意見書などを添付してください。

※反対運動や反対意見があった場合は、その対応についても記載をしてください。

4. 整備予定の土地・建物

⑦整備に係る関係部署との事前協議報告書

サービスの種類	認知症対応型共同生活介護		
建設予定地	東広島市		
法人等担当者		連絡先電話番号	
協議先部局		協議担当者名	
協議年月日	協議内容等		許認可の見通し

※すべての関係機関と事前協議を行ってください。

※協議内容等については具体的に記載し、担当部局ごとに提出してください。

※審査の際には、上記担当者等は伏せます。

⑧認知症対応型共同生活介護開設までのスケジュール

2024年度

2025年度

作業内容	2月																													3月																																				
	1 日	2 月	3 火	4 水	5 木	6 金	7 土	8 日	9 月	10 火	11 水	12 木	13 金	14 土	15 日	16 月	17 火	18 水	19 木	20 金	21 土	22 日	23 月	24 火	25 水	26 木	27 金	28 土	29 日	30 月	31 少																																			

2026年度

東広島市健康福祉部介護保険課 宛

ファクシミリ番号：082-422-6851

メールアドレス：hgh200937@city.higashihiroshima.lg.jp

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の公募に関する質問票

1. 質問者に関する事項

法 人 等 名 称	
部署、担当者の職・氏名	
電 話 番 号	
フ ァ ク シ ミ リ 番 号	
電 子 メ ー ル ア ド レ ス	

2. 質問に関する事項

公募要項における項目名	(例) 応募要件について(公募要項P. 1)
質 問 内 容	

※質問は本様式1枚につき1つとし、質問の趣旨が分かるよう簡潔かつ明確に記載してください。

※審査選考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いたしかねます。

※この様式を印刷してファクシミリ送信していただいてもかまいません。

※送信後、介護保険課へ確認の電話をしてください。

※ファクシミリまたは電子メールいずれの方法による質問についても、回答は質問受領後、原則3日(土、日及び祝日を除く。)以内に、東広島市ホームページに掲載します。

※質問票の受け付けは、令和6年8月23日(金)17時の到着分までです。