

令和4年度
介護医療院転換事業者 募集要項

令和4年4月
新潟市

1. 募集の趣旨

平成30年4月の介護保険法改正により、新たな介護保険施設の一類型として、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と「生活施設」としての機能を併せ持ち、医療の提供を必要とする要介護者が長期に療養生活を送るための施設として「介護医療院」が創設されました。

今後も高齢者人口の増加は続くことが見込まれることから、令和3年度から3か年を計画期間とする第8期介護保険事業計画では、介護老人保健施設から介護医療院へ転換することにより、本来のサービス趣旨である在宅復帰とは異なる利用実態の解消を図るとともに、介護医療院の地域への定着を図るため、既存の介護老人保健施設について、第8期計画期間中に介護医療院へ転換する計画を募集します。

2. 募集の対象

事業内容	対象事業所	対象区域	対象定員総数
介護保険法第8条第29項に定める介護医療院への転換計画	既存の介護老人保健施設	市内一円	71人

○ 介護老人保健施設：介護保険法第8条第28項

◆転換事業者募集における考え方

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]（2021年度～2023年度）の適切な運用を図るため、以下のとおり転換事業者を募集します。

- （1）本来のサービス趣旨である在宅復帰とは異なる利用実態の解消を図るとともに、介護医療院の地域への定着を図るため、既存の介護老人保健施設について、介護医療院へ転換する計画を対象とします。
- （2）令和2年度に実施した意向調査において、転換の意向を表明した事業者を優先的に採択することとします。
- （3）申込が第8期計画（2021年度～2023年度）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. 申込書類について

申込を希望する事業者の方は、次により転換申込書及び転換提案書を提出してください。なお、市が受理した書類は、理由の如何に関わらず返却しません。

(1) 申込書類提出期間・提出場所

提出期限	提出及び問合せ先
令和4年6月10日（金）まで 受付時間：午前9時～午後5時 ※ 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

(2) 申込書類

項目	内容等	様式
1. 転換申込書		様式1
2. 定款又は寄付行為	最新のもの	
3. 法人の登記事項証明	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)	<p>申込前3か月以内に発行されたもの</p> <p>(1) 「新潟市税」 ※ 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。 ※ 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。</p> <p>法人の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。</p> <p>(2) 「法人税若しくは所得税」及び「消費税及び地方消費税」(法人所在地における証明) ※ 税務署で納税証明書の申請を行ってください。</p>	
5. 欠格事項に該当しない事を誓約する書面 (兼同意書)	<p>[根拠法令等]</p> <p>(1) 介護保険法第107条第3項 (2) 新潟市暴力団排除条例第6条</p>	様式2-4
6. 法人概要	(1) 法人代表者の経歴書	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 (パンフレット可)	様式3
	(4) 直近3年間の決算書	様式自由
	(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	様式自由
7. 指導監査結果等書類	<p>指導監査結果等書類一式</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監査結果通知書及び指導・処分通知書のうち、申込の締切日から5年以内のものすべてについて写しを添付すること(介護保険法に規定する勧告・命令・指定の取消等に限る)。</p> <p>(2) 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) 本申込にかかり転換を計画する事業所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、受検日、実施機関名及び指導監査内容を報告すること(様式自由)。</p>	様式自由

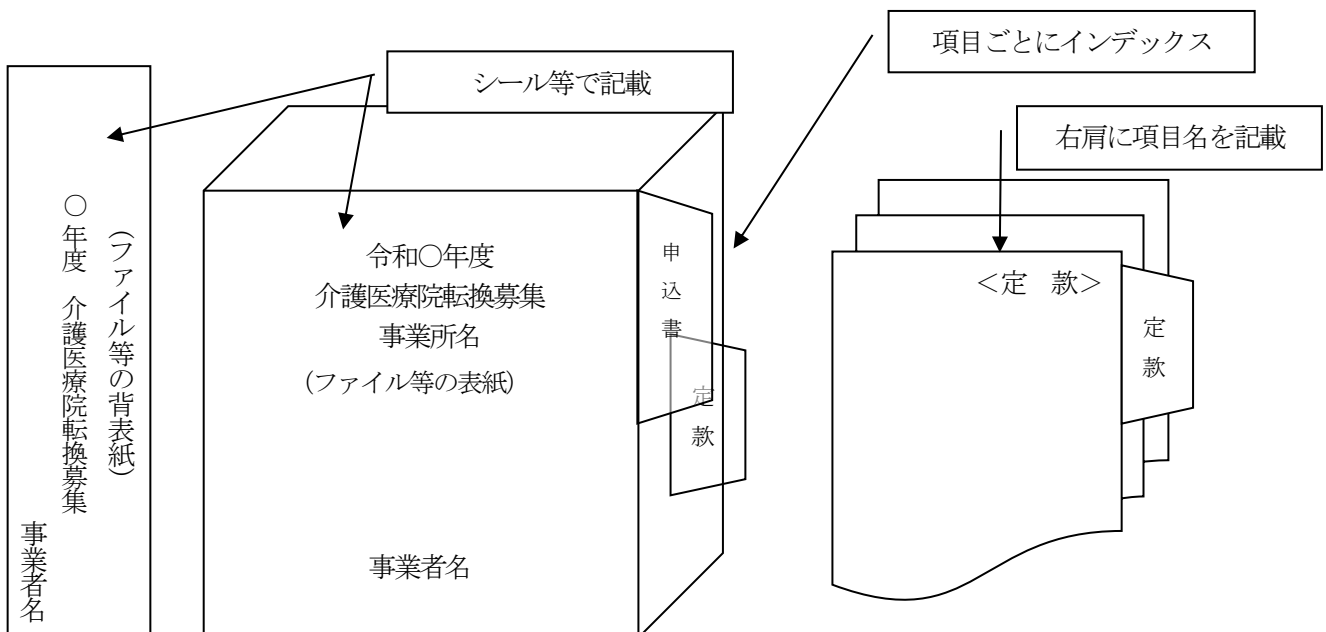
(3) 転換提案に関する提出書類

項目	内容等	様式
1. 転換提案書		様式4
2. 転換計画書		様式5
3. 事業スケジュール	転換までのスケジュール計画表	様式6
4. 利用状況	利用者（入居者）の前年度平均値	様式7
5. 事業運営について	収支見込予算書シミュレーション ※ 事業収入算定説明書を添付すること。 ※ 利用料金表を添付すること。	様式9-1 様式9-2 様式9-3
6. 計画図面等	(1) 基本計画図面（配置図、立面図、平面図） ※ 配置図には、駐車場等を記載すること。 ※ 平面図には、指定基準に規定された主要な部屋の面積と廊下幅を内法寸法で記載すること。 ※ 平面図には、浴槽（一般、特別）、キッチン及び手洗いなど水回り設備も図示すること。 ※ 平面図には、転換する区画を明示するとともに、併設する施設等がある場合は、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。 ※ 立面図には、建物及び各階の高さを記載すること。 (2) 土地・建物の登記事項証明（全部事項証明）	様式自由
7. 従事予定職員関係	配置人員（職種・時間ごとの配置）について	様式14-1

(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。

- ①表紙、背表紙には「事業所名」及び「事業者名」を記載してください。
- ②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。
- ③全体をバインダーやファイル等で綴る。



(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、各項目に要旨など申込者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。

4. 申込できる事業者の資格要件

- (1) 転換申込書の受付締切日において、本市内で介護老人保健施設を運営する法人であること。
- (2) 確実な事業実施及び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。
- (3) 介護保険法第107条第3項各号に定める要件に該当しないこと。
- (4) 転換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。

5. 申込条件

- (1) 介護保険法、新潟市介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成30年3月20日条例第25号）に基づき、指定に係る人員・設備・運営基準等を全て満たし、原則として第8期計画期間中に転換が見込まれる計画であること。
- (2) 「4. 申込できる事業者の資格要件(1)」で運営する介護老人保健施設であって、施設整備後10年以上経過した事業所を転換する計画であること。
- (3) 現利用者の適切なサービス利用に配慮した計画とすること。

6. 申込に際しての留意事項

- (1) 本募集に係る必要な一切の費用は、申込者の負担とします。
- (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) 本市が必要と認める場合、書類の補正や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。
- (4) 転換申込書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) 転換申込書の提出にあたっては、提案する事業が確実に実施できるよう、具体的な内容のものを提出してください。
- (6) 介護保険法、老人福祉法、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に協議を行ってください。

7. 転換事業者の決定について

(1) 決定方法

令和2年度に実施した意向調査において、介護老人保健施設から介護医療院への転換意向を表明していた事業所を優先的に採択するものとします。

なお、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。

また、採択された転換事業者がやむを得ない事情などから、転換することができなくなった場合は、次点となった事業者を繰り上げる場合もあります。

(2) 結果通知

結果については、令和4年6月下旬頃に文書により通知する予定です(なお、申込者が多い場合には、これによらない場合があります)。

(3) 転換事業者の公表

提出期限終了後、6月中旬頃に申込状況を公表します。

また、転換事業者決定後、決定した転換事業者名を公表します。

(4) その他

① 申込書類に明らかな虚偽の記載があった場合や、申込に際して不正行為があった場合には、採択の対象から除外することとします。

② 転換事業者に決定された後、申込内容と実際の事業計画が著しく変更された場合や、転換を行うにふさわしいと認められない事実が判明した場合には、転換事業者の決定を取り消す場合があります。

8. スケジュール概要

令和4年	6月10日(金)	申込書及び提案書受付終了
	6月中旬	申込状況の公表
	6月下旬	募集結果の通知・公表

(様式1)

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

所在地

法人名

代表者職名・氏名

令和4年度 介護医療院転換申込書

このことについて、募集要項に定める資格要件において、申込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申し込みます。

記

1. 転換提案をする事業所

施設名	
設置場所	新潟市 区〇〇
運営期間	指定年月日 平成 年 月 日 (休止期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
転換床数	_____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) 定款又は寄付行為
- (2) 法人登記事項証明書
- (3) 市税等の納税証明書
- (4) 欠格事項等に該当しないことを誓約する書面(様式2-4)
- (5) 法人の概要
- (6) 指導監査結果等の書類

4. 担当者連絡先

申込書類の補正・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			
担当者			
連絡先	住所	〒	
	TEL	FAX	
	E-mail		

(様式2-4)

介護保険法第107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

法人名

代表者職名・氏名

私(当法人・当団体)は、令和4年度介護医療院転換申込を行うにあたり、申請者及び役員等が介護保険法第107条第3項各号に規定する欠格条項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2-4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107条第3項】

都道府県知事は、前2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2号又は第3号）のいずれかに該当するときは、前2項の許可を与えることができない。

- 1 当該介護医療院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。
- 2 当該介護医療院が第111条第1項に規定する療養室、診察室、処置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2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。
- 3 第111条第3項に規定する介護医療院の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護医療院の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 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3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。
- 8 申請者が、第114条の6第1項又は第115条の3第6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5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15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員又はその開設した介護医療院の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5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1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60日以内に当該者の開設した介護医療院の管理者であった者で当該取消しの日から起算して5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、介護医療院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医療院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医療院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。
- 9 申請者が、第114条の6第1項又は第115条の3第6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15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113条第2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5年を経過しないものであるとき。
- 10 申請者が、第114条の2第1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114条の6第1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10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113条第2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5年を経過しないものであるとき。
- 11 第9号に規定する期間内に第113条第2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60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医療院の管理者又は当該届出に係る第1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。）の開設した介護医療院の管理者であった者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 12 申請者が、許可の申請前5年以内に居室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。
- 13 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4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。
- 14 申請者が、第1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4号から第12号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

役員等名簿			
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
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX
	有・無 ()	男・女	TEL FAX

※ 当該法人の理事、役員（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。）等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、本募集の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	代表者の職名・氏名	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、事業種別ごとに代表的なものを1つ必ず記入し、その他は別紙添付可。

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

代表者職名・氏名

転換提案書

このことについて、次の必要書類を添えて以下のとおり提出します。

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	転換提案書	様式4	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	転換計画書	様式5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	転換までのスケジュール	様式6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	利用者（入居者）の前年度平均値	様式7	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	事業運営について	収支見込予算書シミュレーション	様式9-1
				事業収入算定説明書	様式9-2
				施設利用料金表	様式9-3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	計画図面等	様式自由	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	従業予定職員関係	様式14-1	

(様式5) ※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。

(様式5)

介護医療院 転換計画書

令和 年 月 日

1 設置主体等	法人名							
	所在地							
	代表者名							
	連絡先	(TEL)						
		(FAX)						
担当者名								
2 施設名(仮称でも可)								
3 事業所の所在地								
4 サービスの種類	<input type="checkbox"/> I型 <input type="checkbox"/> II型							
5 予定規模	入所定員：		人		ユニット			
	通所リハ定員：		人					
	短期入所療養介護の有無	有・無						
	予防短期入所療養介護の有無	有・無						
6 事業計画	(着工)	令和		年		月		日
	(竣工)	令和		年		月		日
	(開設)	令和		年		月		日
7 併設施設	施設名							
	施設種別							
8 改修の必要の有無	有・無 (有の場合はその内容:別紙でも可)							

9 既存施設の状況	<p>・施設名称: _____</p> <p>・定員数: _____ 人</p> <p>・形態: 従来型 ・ ユニット型</p> <p>・敷地面積 _____ m²</p> <p>・延床面積 _____ m²</p> <p>・構造等 地上 _____ 階 地下 _____ 階 (_____ 造)</p> <p>・竣工年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>・事業開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>																								
10 資金計画	<p>1 総事業費 _____ 千円</p> <p>内訳</p> <table border="0"> <tr><td>用地費</td><td>_____ 千円</td></tr> <tr><td>建設費(設計、設備費等含む)</td><td>_____ 千円</td></tr> <tr><td>備品費</td><td>_____ 千円</td></tr> <tr><td>運転資金</td><td>_____ 千円</td></tr> <tr><td>その他</td><td>_____ 千円</td></tr> </table> <p>2 財源内訳</p> <table border="0"> <tr><td>(1) 自己資金</td><td>_____ 千円</td></tr> <tr><td>(2) 借入金</td><td>_____ 千円</td></tr> </table>	用地費	_____ 千円	建設費(設計、設備費等含む)	_____ 千円	備品費	_____ 千円	運転資金	_____ 千円	その他	_____ 千円	(1) 自己資金	_____ 千円	(2) 借入金	_____ 千円										
用地費	_____ 千円																								
建設費(設計、設備費等含む)	_____ 千円																								
備品費	_____ 千円																								
運転資金	_____ 千円																								
その他	_____ 千円																								
(1) 自己資金	_____ 千円																								
(2) 借入金	_____ 千円																								
11 現利用者の引継に対する考え方と具体的な施策																									
12 既存施設における過去の補助事業一覧	<table border="1"> <thead> <tr> <th>補助年度</th> <th>補助事業名</th> <th>事業内容</th> <th>総事業費</th> <th>補助金額</th> <th>処分制限期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	補助年度	補助事業名	事業内容	総事業費	補助金額	処分制限期間																		
補助年度	補助事業名	事業内容	総事業費	補助金額	処分制限期間																				
13 財産処分手続き	<p>有 ・ 無</p> <p>※転換対象箇所補助金を活用している場合、財産処分手続きを要する場合があります。</p>																								

※財産処分手続きを要する場合、補助関係書類(実績報告書、額の確定通知等)の写しを添付すること。

(様式6)

転換までのスケジュール

全体の流れが把握できるよう、必要事項を記載してください。

項目		令和4年度									令和5年度								
		6月	7月	8月	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
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																		
利用者関係	引 継																		
認可申請	事前相談																		
	申 請																		

(様式7) ※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。

様式7

利用者(入居者)の前年度平均値

施設種別	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 (<input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型)
入所定員	人

年 月		日数	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

注 それぞれ従来型とユニット型を分けて作成すること。

(様式9-1) ※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。

(様式9-1)

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。

介護医療院(従来型)

事業

単位: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	介護保険報酬				要介護度____(平均要介護度) 本人負担を含める。
収益計 A		0	0	0	
費用					
	減価償却費 B				圧縮記帳: 有・無
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 指定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。
(介護医療院において、ユニット型個室と従来型多床室等を合築する場合においても、それぞれの事業収支と施設全体の収支を作成すること。また、みなし指定によって行う通所リハビリテーションについては介護医療院事業と別に積算し、短期入所療養介護については、介護医療院事業に含んで算出すること。)
- 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9-2) ※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。

(様式9-2)

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：介護医療院(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				
介護医療院サービス費 (ユニット型個室)	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
		点	0	0	0	0
		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
	円		0	0	0	0
	円		0	0	0	0
利用者負担計 (補足給付分含む)			0	0	0	0
収入合計			0	0	0	0

施設種別：介護医療院(従来型)

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				
介護医療院サービス費 (従来型多居室)	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
		点	0	0	0	0
		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
	円		0	0	0	0
	円		0	0	0	0
利用者負担計 (補足給付分含む)			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
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か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実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、従来型多居室377円
 ※ 食費における2022年度基準費用額の上限は、1,445円

介護医療院利用料金表

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該当する項目を記入してください。

※ 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14-1) ※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。

様式14-1 ※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) ※利用者を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。

(様式14-2) ※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。

様式14-2 ※(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の場合

従業者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		
利用定員	人	
サービス提供時間帯	～ (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	曜日																															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	29	30	31						
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: 1月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: 職種ごとに分けて記載すること。

注4: 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: 備考欄には、兼務する職種、資格などを記載すること。

注7: 必要に応じ適宜行を追加してください。