

## 砂川市特定施設入居者生活介護事業予定者公募要領

**1 公募の趣旨**

砂川市では、高齢期になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、高齢者に配慮した住環境の整備を進めております。

本公募は、第7期介護保険事業計画に基づき、多様な住まいの一つとして特定施設入居者生活介護の基盤整備を図るため、事業予定者の公募を行います。

なお、特定施設入居者生活介護事業者の指定は北海道が行いますが、指定に当たって、砂川市は同計画との調整を図る見地から、北海道に意見書を提出する必要があります。

今回の募集は、砂川市として、この意見書において指定を容認する事業者（指定を前提として北海道と事前協議を行う事業者）を選定するために行うものです。

※今回の公募において選定されていない事業者が、北海道に特定施設入居者生活介護事業者の指定申請をしても、砂川市として北海道に指定を容認する意見書の提出はいたしませんのでご了承ください。

**2 公募するサービス事業の種類**

| サービスの種類                     | 必要整備量            | 開設時期    |
|-----------------------------|------------------|---------|
| 特定施設入居者生活介護（混合型）<br>○介護予防含む | 1ヶ所<br>(定員70名以内) | 平成31年度内 |

※既存の「住宅型有料老人ホーム」または「サービス付き高齢者向け住宅」からの転換に限る。

**3 応募要件**

砂川市内に事務所・事業所を有する法人であって、次の要件を満たすものとします。

- (1) 砂川市有料老人ホーム設置運営指導指針及び北海道有料老人ホーム設置運営指導指針に適合していること。
- (2) 介護保険法第70条第2項各号及び第115条の2第2項各号に該当しないこと。
- (3) 介護保険法その他関係法令等を遵守すること。

- (4) 会社更生法、民事再生法等の規定に基づき、更正または再生手続きをしていない者であること。
- (5) 所官庁の監査、指導検査等において指摘事項を改善済みであること、または法人運営・施設運営等に関して過去に重大な問題等を起こしたことがないこと。
- (6) 法人及び法人代表者が市税等を滞納していないこと。
- (7) 介護保険法に基づく特定施設入居者生活介護事業所及び介護予防特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けるにあたり、北海道指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年北海道条例第95号）及び北海道指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年北海道条例第96号）を遵守すること。（事業計画は、これらの条例に則して作成すること。）

#### 4 事業予定者の選定方法

##### (1) 選定方法

- ①事業予定者の決定は、砂川市高齢者保健医療福祉推進協議会による意見を踏まえて、市長が決定します。
- ②審査方式は、書類審査（必要に応じて実地調査を行います。）による第一次審査、第一次審査通過者に対するヒアリング等による第二次審査を行います。
- ③予定事業者の応募がない場合及び予定事業者が決定しなかった場合は、再度公募を行う場合があります。
- ④審査の結果、事業予定者該当なしとする場合があります。

##### (2) 審査の手順

第一次審査では、応募申込書により参加意思の確認、資格審査等を評価します。

第二次審査では、ヒアリング等により本事業に対する考え方、理解度等を総合的に評価します。

##### (3) 選定結果

選定結果については、応募された全事業者に文書で通知するとともに、決定した事業予定者のみについて選定結果を公開し、他の事業者については非公開とします。

なお、選定結果に対する異議は一切受け付けません。

## 5 公募手続

### (1) 応募申込書の提出

本公募に申し込みを希望する事業者の方は、次により応募申込書（(4) 応募申込書の提出書類一覧参照）を提出してください。

提出書類は、理由の如何を問わず返却しません。

また、応募に係る費用は、全て事業者の負担とします。

なお、パンフレットを除き、書類は原則として全てA4版で作成してください。

### (2) 提出部数

16部（正本1部、副本（コピー可）15部）

### (3) 公募期間及び提出場所

| 公募期間  | 提出場所  |
|---|---|
| 平成31年 2月 8日（金）から<br>平成31年 2月22日（金）まで<br>（土曜・日曜・祝日は除きます。）<br>午前9時から午後3時まで（時間厳守）<br>※予め電話予約の上、直接持参し、提出してください。 | 〒073-0195<br>砂川市西6条北3丁目1番1号<br>砂川市 保健福祉部 介護福祉課<br>電話 0125-54-2121 |

※不足・不備等によって提出書類の出し直しを求める場合がありますので、提出日を十分考慮してください。なお、出し直しが期限に間に合わなかった場合は、審査の対象から除外します。

### (4) 応募申込書の提出書類一覧

| No. | 項目                            | 備考   | 様式   |
|-----|-------------------------------|--|------|
| 1   | 応募申込書                         | 所定の様式  | 様式1  |
| 2   | 定款・約款                         | 最新のもの  |      |
| 3   | 法人登記簿謄本<br>「全部事項証明書（現在事項証明書）」 | 応募申込日前3ヶ月以内に発行されたもの  |      |
| 4   | 法人の事業経歴等                      | ①事業経歴・実績<br>②基本的事項<br>・ 代表者の履歴書<br>・ 役員（氏名）、社員の構成<br>③法人の概要（パンフレット可）<br>④現在運営している施設または事業に関する資料 | 任意様式 |

|   |        |   |       |
|---|--------|---|-------|
|   |        | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設の運営形態</li> <li>事業内容、規模</li> <li>特色、施設の構成</li> <li>敷地面積、床面積</li> </ul>      |       |
| 5 | 決算書等   | ①最近3年間の決算書類<br>②公的機関からの補助金、融資、寄附等がある場合は過去3年間の内容と実績<br>③納税証明書（砂川市または法人の主たる事務所の所在する市町村の未納のない証明書 ※平成30年度分）             | 任意様式  |
| 6 | 事業計画書  | 事業に関すること  | 様式2-1 |
|   |        | 開設資金・人員配置計画   | 様式2-2 |
|   |        | 入居者費用   | 様式2-3 |
|   |        | 事業収支  | 様式2-4 |
| 7 | 基本計画図面 | <ul style="list-style-type: none"> <li>位置図</li> <li>各階平面図</li> <li>用地（建物）の現状</li> <li>施設配置図</li> <li>立面図</li> </ul> | 任意様式  |
| 8 | 運営方針   |   | 様式3   |

※ 所定様式が定められているもの以外は、原則としてA4版での提出をお願いします。

※ 上記のほか、市が必要とする書類の提出を求めることがあります。

#### (5) 提出書類の体裁

提出書類の体裁は、以下に示す体裁をお願いします。

①一括してフラットファイルに綴ってください。

|            |              |
|------------|--------------|
| フラットファイル規格 | A4版（A4-S） 2穴 |
|------------|--------------|

#### ②編纂の方法

ア 全体の目次を付ける。

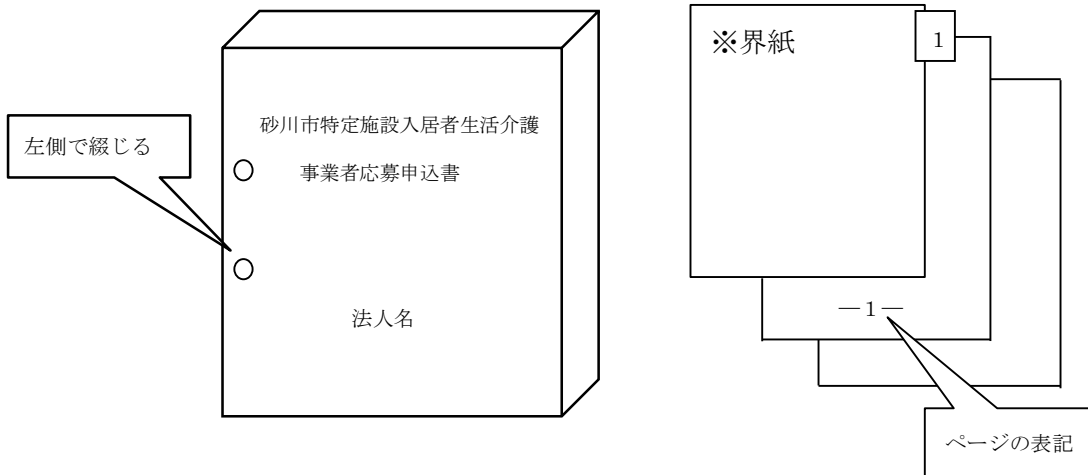
イ ページを付ける。

ウ 編纂の順番は、「応募申込書」の各項目番号の順とし、書類と書類の間には、添付書類番号を記入したインデックスを付けた界紙を入れる。

#### (6) 提出書類に必要な様式類は、市ホームページからダウンロードしてください。

また、砂川市保健福祉部介護福祉課で配布いたしますので、ご来庁の上、お受け取りください。

## 「提出書類の体裁例」



## 6 スケジュール

| 期 間                   | 内 容                 |
|-----------------------|---------------------|
| 平成31年 2月 8日 (金)       | ホームページ掲載<br>公募要領等配布 |
| 2月 8日 (金) ~ 2月22日 (金) | 応募受付期間              |
| 2月 8日 (金) ~ 2月15日 (金) | 質問受付期間              |
| 2月下旬                  | 第一次審査               |
| 3月中旬                  | 第二次審査               |
| 3月下旬                  | 決定・結果通知             |
| 3月下旬                  | 公表                  |

※第二次審査の日程等詳細については、後日応募者に通知します。

## 7 補助金について

今回の整備について、市からの補助金はありません。

なお、事業計画書については、基本的に自己資金か借入金等で記載してください。

## 8 留意事項

(1) 受付期間内に市で定める提出書類の全てが揃わなかった場合は、その応募は無効となります。

(2) 他の応募者についての問い合わせについては、直接または間接の如何を問わず、一切応じません。

- (3) 応募受付後に辞退する場合は、応募辞退届（別紙1）を提出していただきます。
- (4) 事業予定者に選定された後に、提出書類等の内容と実際の事業計画が著しく変更された場合や虚偽の記載、不正及び違反等が認められた場合は、事業予定者の決定を取り消す場合があります。
- (5) 選定後の手続きについて  
公募で選定された事業予定者は、開設前に次の申請・届出を行ってください。  
・介護保険法に基づく（介護予防）特定施設入居者生活介護の指定申請  
※なお、市で選定された場合でも、必ずしも北海道において特定施設入居者生活介護事業者の指定申請が認められるわけではありません。その場合、市はいかなる責任も負いませんのであらかじめご了承ください。

## 9 質問の受け付け

### (1) 受付期間

平成31年2月8日（金）から2月15日（金）午後3時までに質問票（別紙2）により砂川市保健福祉部介護福祉課に持参、FAX またはメールで受け付けします。受付期間終了後は、一切の質問を受け付けませんので、ご了承ください。

なお、FAX またはメールの場合は、介護福祉課に受け付けの確認をしてください。

### (2) 質問票の記載について

質問票（別紙2）に要旨を簡潔にまとめ、質問事項1件ごとに作成してください。

質問内容に関して確認をさせていただく場合がありますので、質問票の控えを保管しておいてください。

### (3) 回答

質問内容及び回答は、各応募者にFAXにより通知いたします。ただし、質問内容によっては、回答しないことがあります。

## 10 受け付け及び問い合わせ先

砂川市 保健福祉部 介護福祉課

〒073-0195

砂川市西6条北3丁目1番1号

電話：0125-54-2121

FAX：0125-55-2301

E-mail：kaigohoken@city.sunagawa.lg.jp