

# 一関地区広域行政組合地域密着型サービス事業所

## 設置候補者募集要項

### 1 公募の趣旨

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第117条の規定により策定した一関地区広域行政組合第9期介護保険事業計画に基づき、募集内容の各整備年度に整備予定の地域密着型サービス事業所の設置候補者を公正かつ円滑に選定し、地域密着型サービスの適正な整備を図ることを目的とする。

### 2 募集内容

- (1) 第9期介護保険事業計画に基づき、令和8年度に整備する以下の地域密着型サービス事業所を募集します。

| サービスの種類                | 募集数       |
|------------------------|-----------|
| 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） | 29人（1事業所） |

- (2) 整備年度内の着工及び開所を原則としますが、当該原則によることができない場合は、その理由及び着工、事業開始予定時期について記載したものを提出書類に添付してください（任意様式）。

### 3 応募要件

- (1) 法第78条の2第4項各号及び法第115条の12第2項各号に定める事項に該当しないこと。  
（例、指定申請前5年以内に居宅サービス等で不正もしくは不当な行為をしていないこと等）
- (2) 設置候補者（申請者）は法人（新設法人を含む。）であること。
- (3) 確実な事業運営を行うために、十分な経済基盤及び事業に対する知識経験を有する者であること。

### 4 地域密着型（介護予防）サービス事業所の基準について

一関地区広域行政組合指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成25年一関地区広域行政組合条例第2号）及び一関地区広域行政組合指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成25年一関地区広域行政組合条例第3号）等に定める基準を満たすこと。

## 5 提出書類

提出書類は次のとおり。なお、提出書類に不備がある場合には、募集期間内に必要な補正をしてください。

### (1) 公募申込に関する提出書類一覧

|   | 提出書類     | 複合型<br>サービス |
|---|----------|-------------|
| 1 | 事前協議書 ※1 | ○           |

|    | 添付書類   | 複合型<br>サービス |
|----|--|-------------|
| 1  | 指定地域密着型サービス事業所指定申請書 ※1                         | ○           |
| 2  | 事業所の指定に係る記載事項                                  | ○           |
| 3  | 申請者の登記事項証明書又は条例等                               | ○           |
| 4  | 特別養護老人ホーム等の許可証等の写し                             |             |
| 5  | 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表                              | ○           |
| 6  | 管理者の経歴   | ○           |
| 7  | 事業所の平面図、配置図、位置図（公図の写し等に予定地をマーカー等で色づけすること。）     | ○           |
| 8  | 設備・備品等に係る一覧表                                   | ○           |
| 9  | 本体施設の概要、本体施設との間の移動経路、方法及び移動時間                  |             |
| 10 | 併設する施設の概要                                      |             |
| 11 | 施設を共用の場合の利用計画                                  |             |
| 12 | 運営規程   | ○           |
| 13 | 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要                       | ○           |
| 14 | 当該申請に係る資産の状況（財産目録、損益計算書、貸借対照表）                 | ○           |
| 15 | 連携する訪問看護事業所との契約の内容                             |             |
| 16 | 協力医療機関（協力歯科医療機関）との契約の内容                        | ○           |
| 17 | 介護老人福祉施設・介護老人保健施設・病院等との連携体制及び支援体制の概要           | ○           |
| 18 | 地域密着型介護サービス費の請求に関する事項                          | ○           |
| 19 | 法第78条の2第4項各号(及び第115条の12第2項各号)に該当しないことを誓約する書面※1 | ○           |
| 20 | 役員名簿   | ○           |
| 21 | 介護支援専門員の氏名等                                    | ○           |
| 22 | 組織体制図  | ○           |
| 23 | 介護支援専門員証の写し                                    | ○           |

|    | 添付書類              | 複合型<br>サービス |
|----|-------------------|-------------|
| 24 | 義務研修の受講を証する書面     | ○           |
| 25 | 計画作成担当者の経歴書       |             |
| 26 | 事業予定地及び建物の登記事項証明書 | ○           |
| 27 | 代表者の経歴書           | ○           |
| 28 | 必須資格の証明書等の写し      |             |
| 29 | 事業計画書             | ○           |
| 30 | 事業実績書             | ○           |
| 31 | 資金計画書             | ○           |
| 32 | 収支予算書             | ○           |
| 33 | 多床室を整備することの理由書    |             |

○提出書類等の様式は、当組合ホームページからダウンロードしてください。

○提出を求めた書類以外の参考資料の添付は、必要最小限としてください。

【一関地区広域行政組合ホームページURL】

<https://www.city.ichinoseki.iwate.jp/kouiki-gyousei/>

(トップページ>介護保険>事業者の方々へ>事業所の指定について)

※1 申請者は、法人の所在地、法人名、代表者の役職名及び氏名（新設法人の場合は予定の名称等）を記載してください。

## (2) 提出部数

1部（正本）、7部（副本）

（正本及び副本の間で、記載内容及び印刷体裁（白黒かカラーか）が異なることがないようにご注意ください。なお、副本は正本の写しとしてください。）

## (3) 提出書類の体裁

① 提出書類については、以下の事項に従ってください。

ア) 公募申込に関する提出書類一覧の順番は、上から事前協議書、以下は添付書類一覧の順番のとおりとなります。

イ) 片面印刷に統一のうえ、原則としてA4サイズとしてください。なお、A3図面等はA4サイズ折りとし、A5やB5サイズの用紙等は、A4用紙にコピーのうえ提出してください。

ウ) 目次をつけて、ページ付番をお願いします。（後述の仕切カードは、ページ数には含めないでください）

エ) 提出書類の項目ごとに、書類内容を記載したインデックス付きの仕切カードを挿入してください。

② ①の提出書類を、A4版フラットファイルを用いて、左穴あけ綴りをしてください。

③ フラットファイルの表紙及び背表紙には、

「一関地区広域行政組合 地域密着型サービス事業所設置候補者募集に係る提出書類」

「応募するサービスの種類」「正本と副本の区別」

「応募する申請者の法人名及び事業所名（新設法人にあつては、申請時点での、設立準備会等の名称）」

を記載してください。

(4) その他

設置候補者の選定にあたって、提出された書類の内容確認のため、追加書類の提出を求められる場合や関係機関に照会する場合があります。

## 6 募集期間及び提出先等

(1) 募集期間及び受付時間

令和7年12月8日（月）から令和8年2月27日（金）までの午前9時から午後5時です。  
ただし、土日、祝日、年末年始（12月27日から1月4日まで）と正午から午後1時までを除きます。提出書類の差し替えや補正についても、上記の期間中とします。

(2) 提出先

一関地区広域行政組合 介護保険課 介護保険総務係（担当 <sup>わこう</sup>若生）  
岩手県一関市竹山町7番2号  
電話：0191-31-3223 FAX：0191-31-3224  
Eメールアドレス kaigohoken@city.ichinoseki.iwate.jp  
HPアドレス <https://www.city.ichinoseki.iwate.jp/kouiki-gyousei/>

(3) 提出方法

電話等で提出日時を事前に予約の上、応募する申請者、代表者など提出書類の内容を説明できる方が直接持参をしてください。（郵送での提出は不可）

なお、提出書類の差し替えや補正についても募集期間内での対応となることから、日程には余裕をもって提出してください。

## 7 地域密着型サービス事業所設置候補者の選定

(1) 設置候補者の選定方法

- ① 設置候補者選考委員会において書類審査及び面接審査を行い、一関地区広域行政組合指定地域密着型（介護予防）サービス事業所選考基準（別添）に基づき、本事業の計画やサービスに係る理解度等を採点します。この採点結果により、一関地区広域行政組合介護保険運営協議会の意見を踏まえ、総合的な判断に基づいて、一関地区広域行政組合管理者が決定します。
- ② 面接審査は、令和8年5月を予定しています。
- ③ 面接審査は、応募者（申請者）によるプレゼンテーション及び選考委員によるヒアリングを行います。なお、応募者（申請者）の出席者は3名以内とします。
- ④ 複数の応募があった場合は、選考委員会の採点結果により順位を付け、設置候補者を選定します。
- ⑤ 審査の結果、設置候補者が決定されないこともあります。
- ⑥ 応募がない場合や設置候補者が決定しなかった場合は、再度募集を行うことがあります。

(2) 選定結果の通知

令和8年7月頃に書面で通知します。

(3) その他

次の事由に該当する場合は、失格とします。

- ① 提出書類の不備が補正されない場合
- ② 提出書類に虚偽の記載がある場合
- ③ 面接審査に故意に出席しない場合

## 8 設置候補者について

- (1) 設置候補者とは  
募集内容の事業所設置に係る事前協議を行うことができる者となります。
- (2) 事前協議  
今回応募した内容（書類、ヒアリング等）をもって事前協議に代えるものとします。
- (3) 事前協議の変更  
原則、事前協議を行った内容については変更できません。やむを得ず事業計画等を変更する場合は、事前に組合に協議する必要があります。特に開所予定日は、当該年度内であることが原則ですので留意願います。
- (4) 設置候補者決定の辞退  
辞退する場合は、速やかに辞退届を提出してください。（任意様式）
- (5) 指定申請  
建物の完成後、設備や人員、運営基準に適合していることを確認の上、介護保険運営協議会を経て指定することとなりますので、改めて指定申請書正本による申請が必要となります。

## 9 その他

- (1) 応募に当たっては、国庫補助制度の改正や建築単価の高騰等に対応できるように柔軟性を持たせ、適用可能な公的補助、公的融資を受け、無理のない資金計画としてください。
- (2) 審査の結果により、補助金の交付や資金の借入れ、及び法令上の許認可や制限の解除等を保障されるものではないため、これらの諸手続きは、応募者（申請者）の責任により行ってください。
- (3) 提出期限後、応募者（申請者）へ応募者数を通知します。
- (4) 提出された書類は、理由に関わらず返却しません。
- (5) 応募に係る費用は、応募者（申請者）の負担とします。
- (6) 審査の結果生じた応募者（申請者）の不利益については、一関地区広域行政組合は、一切の責を負いません。また、選定が取り消しとなったことによる設置候補者の不利益についても同様とします。
- (7) 審査の結果、選定された設置候補者を公表します。設置候補者以外の事業者については、当該事業者が特定できる情報は公表しません。なお、全ての応募者の審査内容・審査結果については、今後の地域密着型サービスに係る公募事務に支障が生じる恐れがあることから、原則として公表しません。
- (8) 選定された設置候補者は、地域住民への説明会等を開催し、寄せられた意見を当該事業計画に反映させるように努めてください。
- (9) 設置候補者として選定された後に辞退または指定を受けなかった者については、次回以降の公募の際、減点対象として評価する場合があります。
- (10) 募集に対する問い合わせは、別紙様式の質問票によるものとし、文書により回答します。  
なお、問い合わせ期間は、募集期間内の午前9時から午後5時まで（正午から午後1時までを除く）とします。

## 10 指定までのスケジュール

| 月 日                        | 内 容   |
|----------------------------|---|
| 令和7年12月8日から<br>令和8年2月27日まで | ■募集期間（問い合わせ期間）<br>※設置候補者募集要項6参照             |
| 令和8年5月（予定）                 | ■設置候補者の選考（面接審査）<br>※設置候補者募集要項7参照            |
| 令和8年6月                     | ■介護保険運営協議会へ諮問                               |
| 令和8年7月                     | ■選考結果通知                                     |
| 令和8年11月                    | ■指定申請書提出締切り                                 |
| 令和8年11月                    | ■施設完成<br>※建物が完成しても指定を受けるまでは、原則サービス提供ができません。 |
| 令和8年12月                    | ■本審査（現地確認、備品確認、人員及び体制等の確認）                  |
| 令和8年12月                    | ■介護保険運営協議会へ諮問<br>■指定事業者の決定                  |
| 令和9年1月                     | ■事業所番号付番、指定通知                               |

※このスケジュールは予定であり、変更する場合があります。

※上記のスケジュールよりも早く開所したい場合は、別途協議が必要となります。

（参考）介護施設等整備費補助金交付に係るスケジュール（変更する場合があります）

| 年度    | 法 人  |                       |                      |
|-------|--|-----------------------|----------------------|
| 事前準備  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・住民説明、同意 ・建設用地の取得 ・設計業者の選定 ・詳細設計作成</li> <li>・関係法令（都市計画法、建築基準法、農振法、農地法など）の許認可手続き</li> <li>・社会福祉法人認可申請手続き ・金融機関との借入協議、内諾</li> </ul> |                       |                      |
|       | 法 人  | ※市・町                  | 県                    |
| 令和8年度 | 7月 補助協議（法人→市・町）<br>※県通知（補助受付）受理後   | → 補助協議（市・町→県）         |                      |
|       | 8月   | 市補助内示（法人←市・町）         | ← 補助内示（市・町←県）        |
|       | 8月 補助金交付申請<br>（法人→市・町）   | → 補助金交付申請<br>（市・町→県）  |                      |
|       | 9月 補助金交付決定後<br>（注）入札、契約、工事開始   | ← 補助金交付決定<br>（法人←市・町） | ← 補助金交付決定<br>（市・町←県） |
|       | 11月 施設完成 実績報告<br>（法人→市・町）  | → 完了検査<br>（法人←市・町）    |                      |
|       | 12月 完了検査合格後<br>補助金請求<br>（法人→市・町）   | → 補助金支払<br>（法人←市・町）   |                      |

（注）補助金交付決定前に入札、契約、着工をする場合は、別途事前着手の承認を受ける必要があります。

※介護施設等整備費補助金の詳細につきましては、一関市福祉部長寿社会課（電話：0191-21-8370）、平泉町保健センター（電話：0191-46-5571）へお問い合わせください。

# F A X 送信票

F A X 送信先 一関地区広域行政組合  
介護保険課 介護保険総務係 行  
F A X 番号 0 1 9 1 - 3 1 - 3 2 2 4

## 質 問 票

送信日 年 月 日

法人名 \_\_\_\_\_

|        |                        |
|--------|------------------------|
| サービス種類 | 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護） |
|--------|------------------------|

質問したい内容を明確かつ具体的にご記入ください。

| 質問件名 |  |
|------|--|
| 質問要旨 |  |
|      |  |

担当者 職・氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 所在地 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

F A X \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

|                                     |  |                       |
|-------------------------------------|--|-----------------------|
| 指定地域密着型（介護予防）サービス選考基準：1<br>（面接審査内容） |  | 看護小規模<br>多機能型<br>居宅介護 |
| 評価領域 1 事業経営の理念                      |  |                       |
|                                     | 1. 経営理念の成文化と公表                               | ○                     |
|                                     | 2. 経営理念の揭示と説明                                | ○                     |
|                                     | 3. 役員、職員等の共有                                 | ○                     |
| 評価領域 2 地域との連携                       |  |                       |
|                                     | 1. 地域住民、関係団体の理解等                             | ○                     |
|                                     | 2. 利用者の普段の暮らしの継続                             | ○                     |
| 評価領域 3 多機能性                         |  |                       |
|                                     | 1. 利用者及び地域の様々な福祉ニーズへの対応                      | ○                     |
|                                     | 2. 利用者の自己実現を図る支援                             | ○                     |
| 評価領域 4 サービスの質の確保                    |  |                       |
|                                     | 1. 職員の体制                                     | ○                     |
|                                     | 2. 職員の資質・力量・姿勢                               | ○                     |
|                                     | 3. サービスの自己評価                                 | ○                     |
|                                     | 4. サービスの情報提供                                 | ○                     |
| 評価領域 5 利用者の尊厳と権利の擁護                 |  |                       |
|                                     | 1. 苦情や要望への対応                                 | ○                     |
|                                     | 2. プライバシー及び個人情報の保護                           | ○                     |
|                                     | 3. 認知症等利用者の意思決定支援                            | ○                     |
| 評価領域 6 利用者の安全の確保                    |  |                       |
|                                     | 1. 事故・緊急時の対応マニュアルの整備                         | ○                     |
|                                     | 2. 事故・緊急時の関係機関との連携・協力体制                      | ○                     |
|                                     | 3. 災害時の対応・利用者の避難の方法                          | ○                     |
| 評価領域 7 経営体制の整備                      |  |                       |
|                                     | 1. 役員会等の構成                                   | ○                     |
|                                     | 2. 事業所開設のニーズ                                 | ○                     |
|                                     | 3. 料金の設定                                     | ○                     |
|                                     | 4. 安定経営の確保                                   | ○                     |
| 評価領域 8 立地環境・建物整備                    |  |                       |
|                                     | 1. 事業所の立地環境                                  | ○                     |
|                                     | 2. 事業所の設備構造                                  | ○                     |
|                                     | 3. 避難経路の確保                                   | ○                     |
|                                     | 4. 駐車場の確保                                    | ○                     |
| 評価領域 9 管内における貢献度                    |  |                       |
|                                     | 1. 管内に介護保険事業所を有していること、また法人<br>の本店所在地が管内にあること | ○                     |
|                                     | 2. 地元からの雇用                                   | ○                     |
| 満点の場合の合計点                           |  | 108                   |

【各項目の評価基準】

|                   |    |
|-------------------|----|
| 大変良い（十分な成果が期待できる） | 4点 |
| 良い（一定の成果が期待できる）   | 3点 |
| 普通                | 2点 |
| 悪い（成果があまり期待できない）  | 1点 |
| 大変悪い（全く成果が期待できない） | 0点 |



|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 指定地域密着型（介護予防）サービス選考基準：2<br>（書類審査内容） | 看護小規模<br>多機能型<br>居宅介護 |
| 1 評価項目                              |                       |
| 評価領域 1 設置主体について                     |                       |
| （1）運営実績について                         | ○                     |
| （2）資産状況について                         | ○                     |
| （3）収支状況について                         | ○                     |
| 評価領域 2 人員配置について                     |                       |
| （1）管理者について                          | ○                     |
| （2）介護支援専門員（計画作成担当者）について             | ○                     |
| （3）オペレーターについて                       | -                     |
| （4）介護従事者について                        | ○                     |
| （5）看護師について                          | ○                     |
| （6）機能訓練指導員の配置について                   | -                     |
| （7）栄養士の配置について                       | -                     |
| 評価領域 3 建築計画について                     |                       |
| （1）事業用地の確保について                      | ○                     |
| （2）建築物の構造について                       | ○                     |
| （3）居室の広さについて                        | ○                     |
| （4）洗面台について                          | ○                     |
| （5）トイレについて                          | ○                     |
| （6）共同生活室（食堂、居間等）について                | ○                     |
| （7）廊下幅について                          | -                     |
| 評価領域 4 サービス形態について                   |                       |
| （1）交流スペースの設置                        | ○                     |
| （2）介護予防について                         | -                     |
| 評価領域 5 施設周辺の環境について                  |                       |
| （1）施設周辺の環境                          | ○                     |
| （2）交通の利便性                           | ○                     |
| 2 減点項目                              |                       |
| 評価領域 6 設置主体の地域密着型サービス事業所の継続状況について   |                       |
| （1）過去の廃止、辞退について                     | △                     |
| 評価領域 7 地域密着型サービスに対する考え方について         |                       |
| （1）計画の合理性                           | △                     |
| 減点を含まない満点の場合の合計点（サービスごとに異なる）        | 100                   |

評価領域1 25点

評価領域2 20～24点

評価領域3 30点

評価領域4 8～10点

評価領域5 13～15点

評価領域6 -10～0点

評価領域7 -5～0点

合計 100点

※サービスの種類により配点が異なる。

- ・定期巡回・随時対応型は71点満点。
- ・認知症対応型共同生活介護の2ユニットは104点満点。
- ・小規模多機能型居宅介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護及び認知症対応型共同生活介護の1ユニットは100点満点。

○：審査対象－：審査対象外

－：審査対象外

□：審査対象（ユニット数により配点変動あり）

△：該当する場合は減点対象