

(7) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者

① 指定申請に必要な書類(法第70条及び規則第120条並びに法第115条の2及び規則第140条の9)

1) 第4号様式 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者指定(許可)申請書

1) 付表7(その1)、付表7-1(別紙) (病院・診療所) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項

付表7(その2)、付表7-2(別紙) (介護老人保健施設) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項

付表7(その3) (介護医療院) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項

※別紙については、それぞれ複数単位の実施がある場合に添付してください。

3) 添付書類(下記の「通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者添付書類一覧」に記載されている書類を添付してください。通所リハビリテーション既指定で介護予防通所リハビリテーションの指定を受ける等の場合は、担当に相談ください。)

4) チェックリスト(自己点検した上で提出すること)

《通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者添付書類一覧》

番号	添付書類	摘要	介護予防
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	① 事業所が「法人の開設する」病院又は診療所であるときは、登記事項証明書の <b>原本</b> を添付してください。 ※ 医療法人については、通所リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションは本来の業務とされているため、明記を要しません。 ※ 「法人以外の者の開設する」病院又は診療所のときは、添付不要 ② 条例等にあつては、公布したものの写しを添付してください。	省略可
2	病院の使用許可証又は診療所の使用許可証若しくは届書	病院の使用許可証又は診療所の使用許可証若しくは届書等の写しを添付してください。	省略可
3	介護老人保健施設又は介護医療院の開設許可証	事業所が介護老人保健施設又は介護医療院であるときは、当該施設の開設許可証の写しを添付してください。	省略可
4	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式1及びその記載例を参照の上、「単位ごとに」作成してください。 ※ 「単位」とは、「サービス提供が同時に、一体的に行われるもの」をいいます。 (平成11年老企第25号七1(1)②イab、(2)②イab参照) 注1 「サービス種類」欄には、通所リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション又はその両方を記載してください。 注2 「事業所名」欄に法人名を記載しないでください。 注3 「職種」ごと、「勤務形態(注5参照)」の区分ごとの順にまとめて記載してください。 注4 「職種」欄には、「医師」、「理学療法士」、「作業療法士」、「言語聴覚士」、「経験看護師」、「看護職員」、「介護職員」等記載してください(介護給付費に係る届出のため、管理栄養士等も記載するのが望ましいです)。 兼務している者がいる場合、「職種」欄にその旨明記するか、兼務する職種に応じて複数行に記載してください。 ※ 「経験看護師」とは、①診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は②「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)」に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、③「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第127号)」に定める介護予防通所リハビリ	省略可

		<p>ーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、④「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」(平成12年厚生省告示第30号)に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに1年以上従事した経験を有する看護師をいいます。</p> <p>注5 「勤務形態」欄には、A(常勤で専従)、B(常勤で兼務)、C(非常勤で専従)、D(非常勤で兼務)のいずれかを記載してください。</p> <p>注6 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業に係る従業者全員について、<b>事業開始予定日から</b>4週間分、勤務すべき時間単位に番号(記号)を付し、その番号を記入してください(サービス提供時間の勤務の状態がわかるようにしてください)。</p> <p>注7 常勤換算方法で人員を確保することとされている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及び経験看護師については、個人ごとに週平均の勤務時間を算出した上でこれらの者の週平均の勤務時間をすべて足し、合計週平均勤務時間を常勤の従事者が週に勤務する時間数で割って(小数点第2位切捨て)常勤換算後の人数を算出し、「常勤換算後の人数」欄に記載してください。</p> <p>注8 従業者の年休時等の代替職員についても留意ください。</p>	
5	事業所に係る組織体制図	<p><b>参考様式18</b>を参照の上、同一法人内の事業所(居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、有料老人ホーム、他法によるサービス)間の従業者の兼務の状況がわかるように作成してください。</p>	省略可
6	事業所の従業者等の資格を有することを証する書類	<p>事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、管理栄養士について、資格を有することを証する書類の写しを添付してください。</p> <p>※添付された書類と婚姻等で現状の姓が異なる場合は、改姓したことが証明できる戸籍抄本の写しをコピーしたものを添付してください。</p>	省略可
7	<p>経験看護師の経歴書</p> <p>※ 「経験看護師」については、上記4の注4の※を参照ください。</p> <p>※ 診療所のみ添付してください。</p>	<p>① <b>参考様式2</b>及びその記載例を参照の上、作成してください。</p> <p>注1 経験看護師が従事する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。</p> <p>注2 経験看護師の氏名、生年月日、住所、主な職歴等を記載してください。「主な職歴等」欄に、上記4の注4の※に記載する事業所等における職歴を主に記載してください。</p> <p>注3 事業に関する資格を有する場合は、「職務に関連する資格」欄にその資格の種類及び資格取得年月を記載してください。</p> <p>② 施設、事業所の長等証明権限を有する者が発行した上記4の注4の※に記載する事業所等において従事した経験を有することを証明する書類を添付してください。</p>	省略可
8	事業所の平面図、位置図、賃貸借契約書等	<p>① <b>参考様式3</b>を参照の上、事業所の各室の用途及び面積を明示した平面図を添付してください。</p> <p>注 専用部分及び共用部分の区分並びに病院若しくは診療所又は介護老人保健施設又は介護医療院の部分の色分けする等使用関係をわかりやすく表示してください。</p> <p>② 建物を法人が所有している場合は<b>参考様式20</b>を参照の上、その旨を証する書類を、建物を借りている場合は<b>賃貸借契約書(無償で借りる場合は使用貸借契約書)</b>の写しを添付してください。</p> <p>③ 事業所の位置が分かる書類(住宅地図で可)を添付してください。</p>	省略可
9	写真	<p>遠景から施設を撮影し、事業所の各室等(特に設備基準に規定している部屋、非常災害設備等、衛生設備等及び掲示板)ごとに撮影してください(利用者の用に供しない部分は必要ありません。また、同じ構造である部屋等は1カ所のみ撮影してください)。</p> <p>注 写真に番号を付し、写真撮影位置が分かるよう平面図に記入して</p>	省略可

		ください（記入例：①→）。	
10	事業所（施設）の設備の概要	参考様式5を参照の上、事業所における設備の概要を作成してください（上記9の平面図の余白に記入しても可）。 注 非常災害設備等、衛生設備等について重点的に記載してください。	省略可
11	消防法の検査済証等	消防法に基づく検査済証又は消防法令適合通知書の写しを添付してください。	省略可
12	運営規程	以下を参照の上、作成してください。 （参考）運営規程において定めるべき事項（大分県規則参照） 1) 事業の目的及び運営の方針 2) 従業者の職種、員数及び職務の内容 3) 営業日及び営業時間 4) 指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用定員 5) 指定（介護予防）通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額 6) 通常の事業の実施地域 7) サービス利用に当たっての留意事項 8) 非常災害対策 <b>9) 苦情処理に関する事項 ※H25.4～追加</b> <b>10) 虐待防止に関する事項 ※H25.4～追加</b> 11) その他運営に関する重要事項	△
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	参考様式6を参照の上、次の事項等を記載した書類を作成してください。 1) 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置 2) 円滑かつ迅速に苦情処理等を行うための処理体制・手順 3) その他参考事項	省略可
14	既に付番されている医療機関コード等を確認できる書類	保険医療機関並びに介護老人保健施設又は介護医療院として既に医療機関コード等が付番されている場合は、付番された当該コードを確認できる書類を添付してください。	省略可
15	誓約書（参考様式11, 参考様式12, <b>参考様式16-2</b> ）	<b>①介護保険法に係る誓約事項</b> 通所リハビリテーションは <b>参考様式11</b> を、介護予防通所リハビリテーションは <b>参考様式12</b> を参照し、申請者及び役員・管理者が誓約内容を確認したうえで、作成してください。 <b>②暴力団排除に係る誓約事項 ※H25.4～追加</b> <u>全法人代表者は、「暴力団排除に係る誓約書（参考様式16-2）」の内容を確認したうえで作成してください。県警への照会は、申請（代表者の変更）の都度行いますので、必ず添付してください。</u>	○
報酬	居宅サービス費・介護予防サービス費の請求に関する書類	次の書類を作成してください。 ① 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2） ② 介護給付費算定に係る体制状況一覧表（別紙1） ※通所リハビリテーション分 ③ 介護給付費算定に係る体制状況一覧表（別紙1-2） ※介護予防通所リハビリテーション分 ④ 通所事業所規模確認書（別紙18） ⑤ 「介護給付費算定に係る体制状況一覧表」のサービスごとの加算等の種類、添付書類等に記載している添付書類 ⑥ 介護職員処遇改善加算に関する届出書類（算定を希望する場合）	△

		※詳細は、「介護職員処遇改善加算について」を参照	
		※ 通所リハと介護予防通所リハで重複している添付書類は1枚でよい。	
生保	指定介護機関（生活保護法）のみなし指定に係る確認書（別紙1（指定申請時等提出用）	指定介護機関（生活保護法）のみなし指定の要否及び必要事項を記入してください。 ※H26.7～追加 ※ 「みなし指定を不要とする」場合は、指令書受領後、10日以内に「申出書」を大分県福祉保健部保護監査指導室保護班に提出してください。	△

○：要提出

△：居宅と介護予防を合わせて作成する際は省略可

省略可：介護予防サービス、居宅サービスを同時申請する際は、介護予防サービス分の添付書類省略可

## ② 変更届出に必要な書類(法第75条及び規則第131条並びに法第115条の5及び規則第140条の22)

### 1) 第7号様式 変更届出書

- ※ 「サービスの種類」欄に必ず記入してください(記入のないものが多い。)
- ※ 「変更があった事項」欄に○印を記入し、「変更の内容」欄に、変更点を記載してください。
  - ・ 当該欄に記入しきれない場合は、「別紙のとおり」と記載し、変更点を別紙に記載してください。
  - ・ 運営規程の変更の場合は、当該欄に「別紙新旧対照表のとおり」と記載し、新旧対照表を添付してください。

### 2) 付表7(その1)、付表7-1(別紙) (病院・診療所) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項

付表7(その2)、付表7-2(別紙) (介護老人保健施設) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項

付表7(その3) (介護医療院) 通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者の指定に係る記載事項

※別紙については、それぞれ複数単位の実施がある場合に添付してください。

### 3) 添付書類(①の「通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション事業者添付書類一覧」に記載されている書類のうち、「変更届出が必要となる事項」に係る書類(下の表(「変更届出が必要となる事項に係る書類一覧表」)を参照)のみ提出してください。)

※ 「変更届出が必要となる事項」に変更があったときは、10日以内に届け出てください(10日を過ぎると受け付けないということではありません。)

※ 「変更届出が必要となる事項」は次のとおりです。

- ア 事業所の名称及び所在地
- イ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときは、開設者の氏名、生年月日、住所及び職名)
- ウ 申請者の登記事項証明書又は条例等(当該申請に係る事業所が法人以外の者の開設する病院又は診療所であるときを除く。)(当該指定に係る事業に関するものに限る。)
- エ 事業所の種別(病院、診療所又は介護老人保健施設の別をいう。)
- オ 事業所の平面図(各室の用途を明示するものとする。 )及び設備の概要
- カ 事業所の管理者の氏名及び住所
- キ 運営規程

#### ※ 変更届出が必要となる事項に係る書類一覧表

書類 (数字は上記①と対応している。)	変更届出が必要となる事項							キ					
	名称	所在地	イ	ウ	エ	オ	カ	名称	所在地	従業者	営業日、時間、 その他の費用	事業実 施地域	その 他
1) 第7号様式	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
運営規程新旧対照表(△第7号様式中に記載できれば、不要)								△	△	△	△		△
2) 付表7、付表7(別紙)(△管理者変更)	○	○		㊦	○	○	○	○	○	○	○		○
1 申請者の登記事項証明書又は条例等			○	○									
2 病院の使用許可証又は診療所の使用許可証若しくは届書等					○	○							
4 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表							㊧			○	㊨		
5 事業所に係る組織体制図(△管理者変更)						○				○			
6 事業所の従業者等の資格を有することを証する書類										○			
7 経験看護師の経歴書										○			
8 事業所の平面図、位置図、賃貸借契約書等						○							
9 写真						○							
10 事業所(施設)の設備の概要						○							
11 消防法の検査済証等						○							
12 運営規程(改正後のもの)	○	○						○	○	○	○		○
15 誓約書							○						

注 一つの変更行為が複数の変更届出必要事項に該当することがあります。

※ 複数該当例：事業所が移転した場合：アの「所在地」欄、オ及びキの「所在地」欄を参照してください。

㊦は、事業の実施について定めてある定款・寄付行為等の条文が変更になる場合に添付してください。

㊧は、勤務の体制等が変更になる場合は、キの「従業者」欄を参照してください。

㊨は、従業者の勤務体制等が変更になる場合は、キの「従業者」欄を参照してください。

## ③ 居宅介護(介護予防)サービス費の請求に関する事項の新規又は変更の届出

加算等は、毎月15日以前に届出があった場合は翌月から、毎月16日以後に届出があった場合には、翌々月からの算定となります。