

(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 指定更新申請に必要な書類（法第70条の2及び規則第120条第3項並びに法第115条の11及び規則第140条の9第3項）

- 1) 第5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）更新申請書
- 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) 更新手数料 9,000円（指定居宅サービス）、3,000円（指定介護予防サービス）（大分県収入証紙にて納付）
- 4) 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。）

なお、既に県知事に対して提出している、1・7・8・9・10・12・13に掲げる添付書類の内容に変更がないときは、これらの書類を省略できます。（介護予防のみの更新の場合は、2・4・11に掲げる書類も省略可）

5) チェックリスト

《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	添付書類	摘 要	居宅サービス	介護予防
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	<p>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、登記事項証明書の原本を添付してください。</p> <p>※ 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。</p> <p>※ 「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</p> <p>② 条例にあっては、公布したものの写しを添付してください。</p>	省略可	省略可
2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	<p>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。</p> <p>※ 「単位」とは、「サービス提供が同時に一又は複数の利用者に対して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/a b、(2)②/a b参照）。</p> <p>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。</p> <p>注2 「事業所名」欄に法人名を記載しないでください。</p> <p>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。</p> <p>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）。</p> <p>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。</p> <p>※ 「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テ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ショ</p>	○	省略可

		<p>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、更新日から4週間分を記入し、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)。 ※平成31(2019)年10月31日から平成32(2020)年3月31日に指定有効期限満了日をむかえる事業者については、平成31(2019)年10月1日から28日の勤務形態一覧表を作成してください。</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>		
3	事業所に係る組織体制図	<p>参考様式18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>	○	○
4	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、看護職員について、免許証の写し等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。 ※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>	○	○
5	<p>経験看護師の経歴書</p> <p>※「経験看護師」については、上記2の注4の※を参照ください。</p> <p>※診療所のみ添付ください。</p>	<p>① 参考様式2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2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2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>	○	○
6	事業所の平面図、位置図、賃貸借契約書等	<p>① 参考様式3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参考様式20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賃貸借契約書(無償で借りる場合は使用貸借契約書)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	省略可

7	写真	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。）。 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ください（記入例：①→）。	省略可	省略可
8	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7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	省略可
9	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	省略可
10	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 10) 苦情処理に関する事項 ※H25.4～追加 11) 虐待防止に関する事項 ※H25.4～追加 12) その他運営に関する重要事項	○	省略可
11	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
12	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	省略可
13	誓約書（参考様式11、参考様式12、 参考様式16-2 ）	①介護保険法に係る誓約事項 通所リハビリテーションは 参考様式11 を、介護予防通所リハビリテーションは 参考様式12 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。 ②暴力団排除に係る誓約事項 ※H25.4～追加 <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>	○	○

○：要提出