

# 事業者指定申請について

(訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション)

大阪市福祉局 高齢者施策部

介護保険課 指定・指導グループ

## (書類作成の留意事項)

添付書類については、「**A4サイズ**」(日本工業規格 A 列 4 番)とし「**片面のみを使用**」してください。

枚数があるものは、「**袋綴じ**」や「**糊付け**」は行わずに「**ホッチキス**」等によりまとめてください。

※ 登記事項証明書等原本の添付が必要なものはこの限りではありません。

A4サイズより大きなものは、A4に縮小してサイズを合わせてください、ただし、縮小により内容が判別できないものは、等倍または拡大してA3サイズとして下さい。

## 目 次

1	介護保険居宅サービス事業者等の指定申請の申請期間等について……………	1
2	指定申請にあたって……………	1
3	指定を受けるための要件について……………	2
4	人員及び設備に関する基準について……………	3
5	指定申請に必要な書類と作成方法……………	4
6	申請書等の記入例等……………	7

## 1 介護保険居宅サービス事業者等の指定申請の申請期間等について

- (1) 指定申請予約申込  
大阪市内で介護保険事業をお考えの方は、指定希望月によって定められた期間内に指定申請申込のご予約が必要です。
- (2) 指定申請申込等の日程  
日程は、大阪市ホームページ「[新規介護保険事業者の指定申請申込について](#)」のとおりです。
- (3) 申請  
指定を受けるにあたっては、期間内に申請書を提出し、「受理」されることが必要です。  
(書類に不備があり、その補正が完了しないものについては、受理できません。)
- (4) 指定事業者の決定  
**審査**の結果、要件を満たすものについて指定事業者として決定します。
- (5) 申請から指定までの流れ  
指定申請予約申込書の提出 (締切は毎月 15 日頃～翌月 10 日頃まで。)  
↓  
指定申請初回受付日の通知 (申込締切月 25 日頃に郵送にてお知らせします。)  
↓  
納入通知書の交付 (申請するサービスの手数料を確認し、納入期限までに納付。)  
↓  
※未納の場合、指定できません。  
↓  
介護保険法による指定申請 (指定申請予約申込締切後の翌月 1～8 日頃までが初回の申請受付となり、受付月末日までに申請書類を漏れなく提出して頂く必要があります。)  
↓  
指定申請書類の審査。  
↓  
指定時研修受講 (申請受付翌月の 25 日頃)  
↓  
事業開始 (指定時研修後翌月の 1 日)
- (6) 指定申請受付について  
指定申請については、指定申請予約申込書の提出をもって決定としております。  
申請方法は、初回受付は「来庁」とし 2 回目以降は基本、郵送対応としますが状況により来庁を求める場合があります。(指定申請予約申込書の提出をしていない場合は、申請ができませんのでご注意ください)。

## 2 指定申請にあたって

居宅サービス事業・介護予防サービス事業を実施するためには、人員及び設備の基準を満たしていることはもちろんのことですが、運営に関する基準に従って事業運営を実施できることが条件となります。

指定申請を行う前に必ず運営に関する基準をお読みいただき、基準どおり事業の実施が可能かどうかご判断の上、申請を行ってください。

### 3 指定を受けるための要件について

指定はサービスの種類及び事業を実施する所在地ごとに受けなければなりません。  
また、指定を受けるためには、以下の条件を満たしてなければなりません。

- (1) 法人であり、定款の目的欄に当該事業に関する記載のあること。  
定款への記載の文言や定款変更認可の手続きについて、必ず所轄・監督官庁に相談の上、**指定申請期間内**に手続きを完了させてください。  
また、登記の変更手続きについても併せて、**指定申請期間内**に手続きを完了させてください。  
なお、手続きに時間がかかる場合は、事前に介護保険課（指定・指導グループ）へご相談ください。
- (2) 大阪市条例に定める事業の人員、設備及び運営基準を満たしていること。
  - ① 居宅サービス事業の場合  
「大阪市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25年3月4日大阪市条例第26号）に定める基準及び員数を満たしていること。
  - ② 介護予防サービス事業の場合  
「大阪市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のため効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成25年3月4日大阪市条例第31号）に定める基準及び員数を満たしていること。
- (3) 居宅サービスと介護予防サービスを同時に行う場合  
居宅サービスと介護予防サービスを同一事業所で同時に事業を実施することができます。この場合、居宅サービスの人員基準、設備基準を満たしていれば、介護予防サービスの人員基準、設備基準を満たしたものとします。
- (4) 居宅サービスと介護予防サービスの事業所名称  
大阪市内で指定を受ける場合、類似名称使用の混乱を避けるため、居宅サービスと対をなす介護予防サービスでは同一名称に統一して申請してください。
- (5) 事業所名称について  
既に他法人で指定を受け使用されている名称がないか、事前に「介護サービス情報公表システム」等で確認のうえ申請して下さい。

## 4 人員及び設備に関する基準について

### (1) 人員に関する基準

職 種	資 格 要 件	配 置 基 準
管理者（なし）	なし	専らその職務に従事する常勤の者1名
医師	医師	指定訪問リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な1以上の数（専任の常勤医師が1人以上勤務していること。）
理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	1以上（指定訪問リハビリテーション事業所ごとに、指定訪問リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を適当数配置していること。）

#### 【注】

※指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護法人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えないものであること。

※指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足りるものであること。また、指定訪問リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において、指定訪問リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足りるものであること

- ①「常勤」とは、当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間（32時間を下回る場合は32時間を基本）に達していることをいいます。
- ②「専ら従事する」とは、原則として当該事業における勤務時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいいます。

### (2) 設備に関する基準

指定訪問リハビリテーション事業所は、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院であって、事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けているとともに、指定訪問リハビリテーションの提供に必要な設備及び備品を備えているものでなければならない。

設 備	内 容
事業の運営を行うために必要な広さの専用の区画	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事務室 職員、設備備品が収容できる広さを確保すること。</li> <li>・相談室 遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮したものであること。</li> </ul>
必要な設備・備品	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問リハビリテーション事業を実施するために必要な設備・備品</li> <li>・手指を洗浄するための設備等感染症予防のための設備、備品</li> </ul>

- (3) 訪問リハビリテーションと介護予防訪問リハビリテーションを同時に行う場合  
訪問介護と介護予防訪問介護を同一事業所で同時に事業を実施することができま  
す。この場合、訪問介護の人員基準、設備基準を満たしていれば、介護予防訪問介護  
の人員基準、設備基準を満たしたものとします。

## 5 指定申請に必要な書類と作成方法

指定申請手続きに必要な書類は以下のとおりです。

### (1) 指定申請に必要な書類

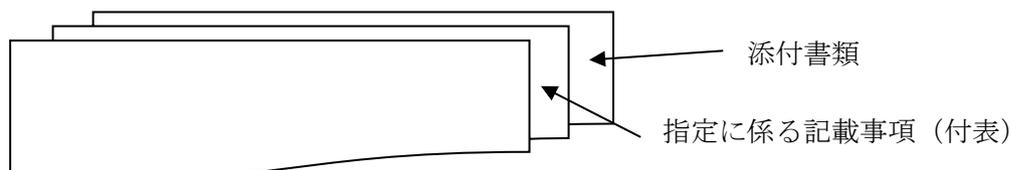
- ①指定居宅サービス事業者・指定介護予防サービス事業者・指定第1号事業者申請書  
(様式第1号)
- ②指定に係る記載事項(付表)
- ③添付書類
  - ア 申請者の登記事項証明書又は条例等
  - イ 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類
  - ウ 事業所の平面図並びに設備の概要を記載した書類
  - エ 運営規程
  - オ 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類
  - カ 介護保険法の各号に該当しない旨の誓約書
  - キ その他必要な書類
    - 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
    - 損害賠償発生時に対応できることが確認できる書類
    - 社会保険及び労働保険の加入状況にかかる確認書類 など

### (2) 申請書類作成にあたっての留意事項

- ①使用する印鑑は、すべて法務局に登録された法人の代表者印を使用してください。
- ②申請書類の大きさは、A4サイズ(日本工業規格A列4番)としてください。
- ③様式の使用に際して、それぞれのページを片面ずつコピーして使用してください。

### (3) 申請書類の提出方法

- ① 提出の際には、申請者控えを1部ご用意ください。
- ② 提出の前に「指定申請書添付書類チェックリスト」により添付漏れがないか  
確認の上ご提出ください。
- ③ 提出に際しては、以下の順番に綴って提出してください。



#### (4) 申請に必要な添付書類の説明

##### ア 申請者の登記事項証明書又は条例等

- (1) 法人登記事項証明書
  - ・申請に係る事業を実施する旨の記載があることが必要です。
  - ・発行日より3ヶ月以内の履歴事項全部証明書（原本）が必要です。

##### イ 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類

- (1) 組織体制図
  - ・申請法人が同一所在地で行う介護保険事業について記載してください。
  - ・他の事業の職務等を兼ねる場合は、兼務関係が明確にしてください。
  - ・法人役員が従業員となる場合、勤務時間中は事業に専従する旨を記載してください。
- (2) 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表
  - ・医師（管理者）を含め、全従業員分を記載してください。
  - ・兼務関係がある場合は明確に記載してください。
- (2) 従業者の資格証明の写し
  - ・「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した氏名の順に並べて提出してください。

##### ウ 事業所の平面図並びに設備の概要を記載した書類

- (1) 案内図
  - ・最寄駅から事業所までの案内図を作成してください。
  - ・事業所名、事業所住所、電話・FAX番号、最寄駅からの所要時間等を記載してください。
- (2) 平面図
  - ・各部屋の名称及び面積がわかるように記載してください。
  - ・当該事業に必要な設備・備品の状況を記載してください。  
(事務室、相談室、会議室、手指洗浄の場としての洗面所など)
  - ・写真の番号と撮影方向を記載してください。
- (3) 写真
  - ・A4用紙に貼付又はカラー印刷（A4用紙1枚に4枚程度）してください。
  - ・当該事業の設備・備品の配置状況がわかるよう撮影してください。
  - ・事業所内の状況（平面図で示した箇所）がわかるよう撮影してください。
  - ・事業所外観を含め、事業所までの動線がわかるよう撮影してください。
  - ・従業員や利用者が写り込まないようにしてください。
- (4) 賃貸借契約書の写し
  - ・事業所が申請者法人所有でない場合、添付してください。
  - ・申請法人が契約を行ってください。
  - ・使用目的が「事務所」「事業所」などであり、「住居」などでないことを確認してください。

##### エ 運営規程

- ・事業に必要な具体的内容を記載した運営規程を作成してください。

##### オ 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要を記載した書類

- ・利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口など、円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順を記載してください。

## カ 介護保険法の各号に該当しない旨の誓約書

- (1) 誓約書（7-1）居宅サービス用
  - ・居宅サービスと介護予防サービスを両方行う事業所は、AとBを○で囲んでください。
  - ・居宅サービスのみ行う事業所は、Aのみを○で囲んでください。
  - ・署名欄に、法人住所、法人名称、代表者の職氏名を記入してください。

## キ その他必要な書類

- (1) 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書  
介護給付費の算定に係る体制等状況一覧
  - ・算定要件等を確認のうえ、記入ください。
- (2) 損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類
  - ・損害賠償責任保険証書の写しを添付してください。
  - ・加入手続中の場合は、申込書及び領収書の写しを添付してください。
  - ・申請事業が保険の対象と分からない場合、パンフレット等の添付も必要です。
- (3) 社会保険及び労働保険の加入状況にかかる確認書類について
  - ・社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票
  - ・加入している場合は確認票に記載の書類の写し
- (4) 変更届等
  - ・既に大阪市内において介護サービス事業を行っている法人において法人情報などの変更があった場合は、変更届等を提出していただく場合があります。
- (5) その他指定に関し本市が必要と認める書類
  - ・本市が必要と認める場合、他の書類を求める場合があります。

## ク 業務管理体制に係る届出書（指定後の届出）

第1号様式

指定居宅サービス事業所  
指定介護予防サービス事業所  
介護保険施設

指定(許可)申請書

XXXX 年 XX 月 XX 日

大阪市長 殿

(名称) 医療法人 × × × × × 会  
申請者  
(代表者の職名・氏名) 理事長 XX XX

介護保険法に規定する事業所(施設)に係る指定(許可)を受けたいので、下記のとおり、  
関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	イリョウホウジン×××××カイ				
	名称	医療法人×××××会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 541 - XXXX ) 大阪府 大阪市 中央区 船場中央三丁目X番X号				
	連絡先	電話番号	06-××××-××××	FAX番号	06-××××-××××	
		Email	xxxxxxx@lg.jp			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ 氏名	XX XX XX XX	生年月日 平成XX年XX月XX日
代表者の住所	(郵便番号 542 - XXXX ) 大阪府 大阪市 中央区 XX町三丁目X番X号					
指定(許可)を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類		指定(許可)申請対象事業等(該当事業に○)	既に指定(許可)を受けている事業等(該当事業に○)	指定(許可)申請をする事業等の開始予定年月日	様式
	訪問介護					付表1
	訪問入浴介護					付表2
	訪問看護					付表3
	訪問リハビリテーション		○		R××.×.×	付表4
	通所介護					付表6
	通所リハビリテーション					付表7
	短期入所生活介護					付表8
	短期入所療養介護					付表9
	特定施設入居者生活介護					付表10
	福祉用具貸与					付表11
	特定福祉用具販売					付表12
	介護老人福祉施設					
	介護老人保健施設					
	介護医療院					
	介護予防訪問入浴介護					付表2
	介護予防訪問看護					付表3
	介護予防訪問リハビリテーション		○		R××.×.×	付表4
	介護予防通所リハビリテーション					付表7
	介護予防短期入所生活介護					付表8
介護予防短期入所療養介護					付表9	
介護予防特定施設入居者生活介護					付表10	
介護予防福祉用具貸与					付表11	
特定介護予防福祉用具販売					付表12	
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)					

\* 裏面に記載に関しての備考があります。

付表4 訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	イリョウホウジンXXXXXXXXXXカイ〇×ホウモンリハビリテーション			
	名称	医療法人×××××会〇×訪問リハビリテーション			
	所在地	(郵便番号 541 - XXXX ) 大阪市中央区船場中央一丁目〇番〇号			
	連絡先	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	Email	XXXXX@lg.jp			
事業所種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				
管理者	フリガナ	XXXX XXXX	住所	(郵便番号 541 - XXXX )	
	氏名	〇× △□		大阪市中央区船場中央二丁目〇番〇号	
	生年月日	平成XX年XX月XX日			
利用者の推定数	20 人				
○人員に関する基準の確認に必要な事項					
従業者の職種・員数	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医師	
常勤(人)	1	1		1	
非常勤(人)					
添付書類	別添のとおり				

- 備考 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。  
 2 保険医療機関又は特定承認保険医療機関である病院又は診療所が行うものについては、法第71条第1項の規定により指定があったものとみなされるので、本申請の必要はありません。

従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

サービスの種類（訪問リハビリテーション・介護予防訪問リハビリテーション）

事業所名称（医療法人×××××会○×訪問リハビリテーション）

職種	勤務形態	氏名	兼務の有無 兼務先の事業所名及び職種	資格

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

# 組織体制図

法人全体(同一敷地内等)で、兼務している状況がわかるように記載してください。

医療法人●●会  
理事長 ●● ●●

介護老人保健施設●●  
(介護老人保健施設)  
(介護予防) 短期入所療養介護  
(介護予防) 通所リハビリテーション

医療法人×××××会○×訪問リハビリテーション (介護予防) 通所リハビリテーション

管理者  
○○ ○○

兼務

医師 (管理者)  
○○ ○○

医師  
○○ ○○

支援相談員

介護支援専門員

看護職員

介護職員

理学療法士

兼務

理学療法士

## 平面図作成チェックリスト】

- 事業所名称の記載
- 各部屋の名称及び面積の記載（事務室、相談室兼会議室等）
- 机や椅子の数、手指洗浄の場としての洗面所、鍵付き書庫等の設備・備品の記載（設備の名称も記載。配置場所がわかるように）
- 入口等に段差やスロープ等がある（わかるように記載）
- 相談室（個室又は区画されていることがわかるように記載し、出入りする扉の記載）
- 相談室（他の事業と共用の場合は明記してください）
- 事務スペース（他の事業と共用する場合はマーカー等で区画を明確に区分してください）
- 写真の番号と撮影方向の記載
- 使用していないお風呂場や二階部分等がある（全体の把握のため記載してください）
- マンション等の一室を利用する場合（建物の入り口から事業所までの経路を記載したものを添付）
- 共用部分のトイレ等を利用する場合（事業所からの経路を記載したものを添付）

※利用するフロアについて簡易な図を作成してください。

その際、廊下・E V・階段等を明記し事業所までの経路がわかるように作成してください。

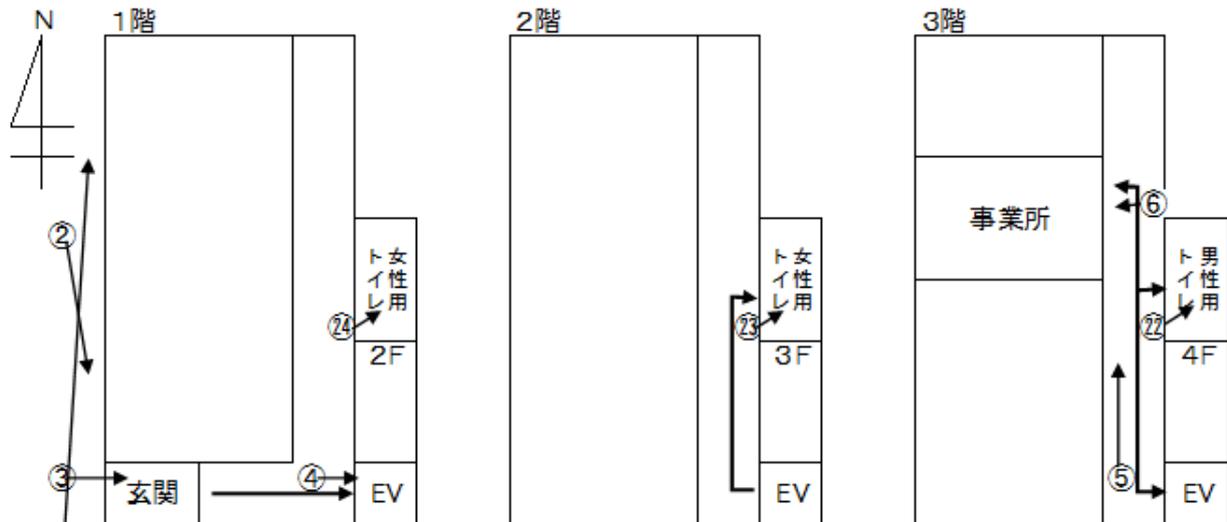
これとは別に事業所内の平面図についても作成してください。

## 【写真撮影チェックリスト】

- 事業所の外観の写真（建物全体・どのような建物かわかるように）
- 事業所の入り口までの経路の写真（廊下・階段・エレベーター等）
- 事業所の入り口部分がわかる写真（段差及びその解消方法の有無がわかるように）
- 事業所名称の写真（玄関部、表札等）
- 事業所名称の写真（建物入口部、テナント看板・集合ポスト等）
- 事業所内の各部屋の写真（従業員のトイレや休憩室等含む）（各室（入口等）段差のないことがわかるように）
- 使用しない箇所の写真（風呂、2階部分等、使用していないことがわかるように）
- 事務室（机・イスの数や鍵付き書庫・パソコン・電話・F A X等の配置場所がわかるように）
- 鍵付き書庫（鍵を差した状態でアップの写真）（事業種別ごと（予防等は除く）に鍵付き書庫を確保していることが分かるように）
- 相談室（個室又は区画されていることがわかる外側の写真。扉の開けたもの）
- 相談室（個室又は区画されていることがわかる外側の写真。扉の閉めたもの）
- 相談室（テーブル・イスの数のわかる内側の写真）

※ 写真を写す時は、事業所内を整理整頓のうえ、利用者等が写ることのないよう、注意すること。

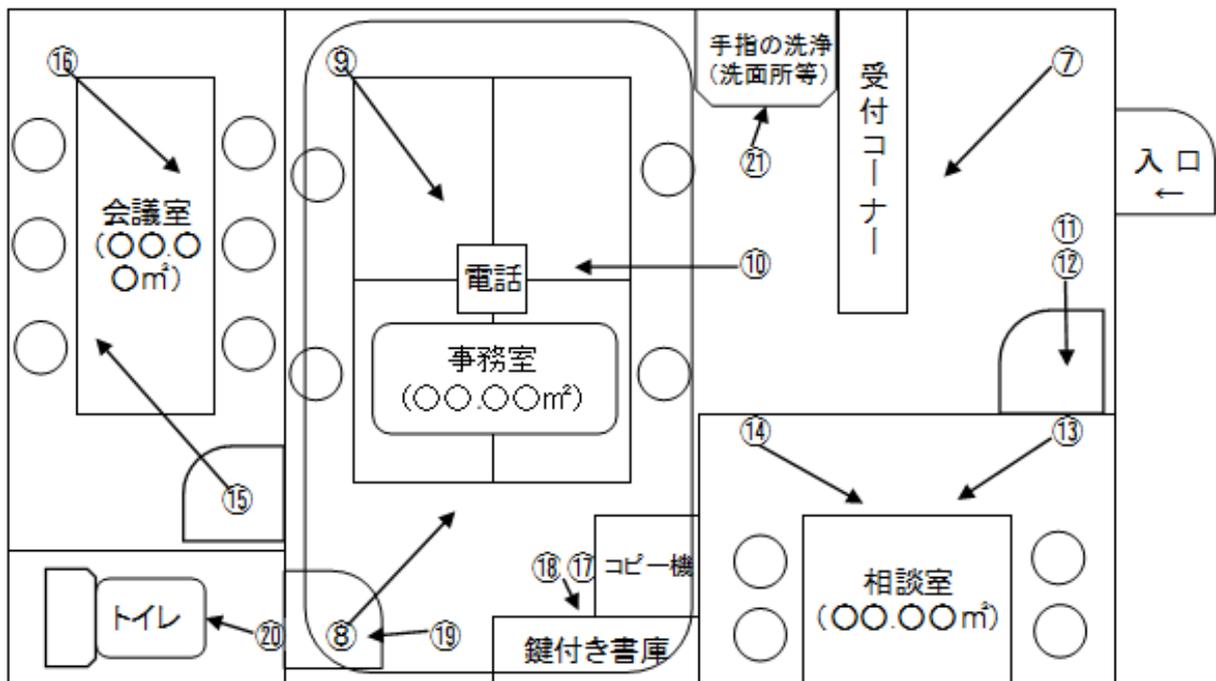
(利用するフロアの図 例)



① ※事業所が3階にある場合(1階からEVで3階に上がる。2階及び3階のトイレを利用する)

(写真撮影時のポイント等)

事業所又は施設の名称	医療法人×××××会×訪問リハビリテーション
------------	------------------------



- ①②外観(建物全体が写るように)      ③建物入口(階段等の段差の状態が分かるように)
- ④EV、階段の写真   ⑤廊下の写真   ⑥事業所入口の写真(表札等で事業所名が分かるもの)
- ⑦⑧⑨⑩事務所の遠景、近景写真(机、いす、電話等設備がわかるよう)
- ⑪⑫相談室外側(⑪扉が開いている⑫扉が閉じている)
- ⑬⑭相談室内部(机、いすの数がわかるよう)
- ⑮⑯会議室(机、いすの数がわかるよう)
- ⑰⑱鍵付き書庫(⑮全体が写るように⑱鍵を付けた状態の近景)
- ⑲⑳トイレ(⑲外側から⑳内側。段差等の有無がわかるよう。)
- ㉑手指の洗浄設備の近景
- ㉒㉓㉔共用部分のトイレ(使用する場合。外側、内側)

## 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所又は施設の名称	※申請書に記載した事業所名を記入してください。
申請するサービスの種類	

措 置 の 概 要	
1	<p>利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置等</p> <ul style="list-style-type: none"><li>相談及び苦情に関する常設の窓口を設置し、相談担当者を設けている。 常設窓口：電 話 00-0000-0000    F A X 00-0000-0000 担当者：〇〇 〇〇</li></ul> <p>※利用者にはこの内容の印刷物を配布し、周知する予定にしている。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>相談及び苦情の内容について、「相談苦情対応シート」を作成している。</li><li>担当者が不在の場合、誰もが対応可能なようにするとともに、確実に担当者に引き継ぐ体制を敷いている。</li></ul>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"><li>苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。</li><li>管理者は、従業員に事実関係の確認を行う。</li><li>相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。</li><li>対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。)</li></ul>
3	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"><li>事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。</li></ul>

備考 上の事項は例示であり、これにかかわらず苦情処理に係る対応方針を具体的に記入してください。

この運営規程の例示はあくまでイメージであり、各項目の記載の方法・内容については、事業所の実情に応じて作成してください。(指定訪問リハビリテーション・指定介護予防訪問リハビリテーションと共用で使用可)

運 営 規 程 の 例	作成に当たっての留意事項等
<p>△△△指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕事業運営規程</p> <p>(事業の目的)</p> <p>第1条 ***が設置する△△△(以下「事業所」という。)において実施する指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護状態(介護予防にあつては要支援状態)にある利用者に対し、指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供を確保することを目的とする。</p> <p>(指定訪問リハビリテーションの運営の方針)</p> <p>第2条 事業所が実施する事業は、要介護状態の利用者に、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより利用者の心身の機能の維持回復を図る。</p> <p>2 事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行い、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。</p> <p>3 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。</p> <p>4 前3項のほか、「大阪市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25年3月4日大阪市条例第26号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。</p> <p>(指定介護予防訪問リハビリテーションの運営の方針)</p> <p>第3条 事業所が実施する事業は、要支援状態の利用者に、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して、利用者の居宅において、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより利用者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指すものとする。</p> <p>2 利用者の介護予防に資するよう、リハビリテーションの目標を設定し、計画的に行い、利用者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービス提供に努めるものとする。</p> <p>3 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援セ</p>	<p>・「***」は、開設者名(法人名)を記載してください。</p> <p>・「△△△」は、事業所の名称を記載してください。</p> <p>・大阪市条例第26号等を参照の上、事業運営に関する基本方針を記載してください。</p> <p>・大阪市条例第31号等を参照の上、事業運営に関する基本方針を記載してください。</p>

ンター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

4 前3項のほか、「大阪市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25年3月4日大阪市条例第26号）、「大阪市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例」（平成25年3月4日大阪市条例第31号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

（事業の運営）

第4条 指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供に当たっては、事業所の理学療法士等によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとする。

（事業所の名称等）

第5条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- (1) 名称 ○×訪問リハビリテーション
- (2) 所在地 大阪市中央区○○町一丁目○番○号□

（従業者の職種、員数及び職務の内容）

第6条 事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者 ○名（常勤○名）  
管理者は、事業所における従業者の管理、指定訪問リハビリテーション等の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行うとともに、介護保険法等に規定される指定訪問リハビリテーション等の事業実施に関し、遵守すべき事項について指揮命令を行うものとする。
- (2) 医師 ○名（常勤○名）  
医師は、訪問リハビリテーション計画〔介護予防訪問リハビリテーション計画〕の作成にあたり、利用者の診療を行う。
- (3) 理学療法士 ○名（常勤○名 非常勤○名）
- (4) 作業療法士 ○名（常勤○名 非常勤○名）  
理学療法士又は作業療法士は、医師の指示及び訪問リハビリテーション〔介護予防訪問リハビリテーション〕計画に基づき、利用者の心身の維持回復を図るために必要なリハビリテーション、指導を行う。
- (5) 事務職員 ○名（常勤又は非常勤 ○名）  
必要な事務を行う。

（営業日及び営業時間）

第7条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 ○曜日から○曜日までとする。  
ただし、祝日、○月○日から○月○日までを除く。
- (2) 営業時間 午前○時から午後○時までとする。
- (3) サービス提供時間 午前○時から午後○時までとする。
- (4) 上記の営業日、営業時間、サービス提供時間のほか、

・所在地は、丁目、番、号、ビル名を正確に記載してください。

・人員に関する基準を満たす範囲で「○名以上」と記載することも可能です。  
・常勤と非常勤に分類して記載してください。

事務職員は、配置する場合のみ記載してください。

・営業日・営業時間は、利用者からの相談や利用受付等が可能な時間を記載してください。  
・サービス提供時間は、利用者に対するサービス提供が可能な時間を記載してください。

電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

(指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の内容)

第8条 事業所で行う指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕は、計画的な医学的管理を行っている主治医の指示に基づき、心身の機能回復を図るため、リハビリテーションの目標と具体的なサービス内容を記載した訪問リハビリテーション〔介護予防訪問リハビリテーション〕計画書を作成するとともに、訪問リハビリテーション〔介護予防訪問リハビリテーション〕計画の療養上必要な事項について利用者又はその家族に対し、指導又は説明を行うとともに、適切なリハビリテーションを提供する。理学療法士又は作業療法士は、訪問日、提供したリハビリテーション内容等を診療録に記載する。

(指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の利用料等)

第9条 指定訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

なお、法定代理受領以外の利用料については、「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2月10日厚生労働省告示第19号）によるものとする。

2 指定介護予防訪問リハビリテーションを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

なお、法定代理受領以外の利用料については、「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3月14日厚生労働省告示第127号）によるものとする。

3 次条に定める通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とする。

(1) 実施地域を越えてから片道〇〇キロメートル未満〇〇〇円

(2) 実施地域を越えてから片道〇〇キロメートル以上〇〇〇円

4 利用者又はその家族が、正当な理由がなく訪問リハビリテーションの提供をキャンセルした場合は、キャンセルした時期に応じてキャンセル料を徴収する。

5 前4項の利用料等の支払を受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分したもの）について記載した領収書を交付する。

6 指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供の開始に際しては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用に関し事前に文書で説明した上で、その内容及び支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けるものとする。

7 法定代理受領サービスに該当しない指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕に係る利用料の支払いを受けたときは、提供した指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の

・ 自動車を使用する場合の交通費の徴収も、実費の範囲で設定してください。

(交通費を徴収しない場合は、第9条第3項の記載不要)

・ サービス提供の取消しにより費用を徴収する場合は、費用徴収をする旨を記載してください。

内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付するものとする。

通常の事業の実施地域)

第10条 通常の事業の実施地域は、大阪市〇〇区、〇〇市、〇〇町、〇〇村の区域とする。

(衛生管理等)

第11条 従業員の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとする。

(緊急時等における対応方法)

第12条 指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告する。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとする。

2 指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。

3 利用者に対する指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする。

(苦情処理)

第13条 指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕の提供に係る利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講じるものとする。

2 事業所は、提供した指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕に関し、介護保険法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、及び市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

3 本事業所は、提供した指定訪問リハビリテーション〔指定介護予防訪問リハビリテーション〕に係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

(個人情報の保護)

第14条 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。

2 事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での

- ・ 通常の実施地域に係る交通費は、介護報酬に含まれません。
- ・ 原則として、市町村単位(大阪市・堺市区単位)で設定してください。
- ・ 市区町村内で詳細に分ける場合は、客観的に区域が特定できるように定めてください。

- ・ 事業所で定めた緊急時の対応方法について記載してください。

介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとする。

(虐待防止に関する事項)

第15条 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができる）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ること。
- (2) 虐待防止のための指針を整備すること。
- (3) 虐待防止のための従業者に対する定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- (5) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (6) その他虐待防止のために必要な措置

2 前項の内、(1)、(2)及び(4)については講じるように努めるものとする。

3 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

(その他運営に関する重要事項)

第16条 事業所は、従業者の資質向上のために次のとおり研修の機会を設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。

- (1) 採用時研修 採用後○か月以内
- (2) 継続研修 年○回

2 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

3 事業所は、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 事業所は、指定訪問リハビリテーション【指定介護予防訪問リハビリテーション】に関する諸記録を整備し、当該サービスを提供した日から5年間は保存するものとする。

5 この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は\*\*\*と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、令和○年○月○日から施行する。

第15条2項については、令和6年3月31日までの経過措置です。

・「\*\*\*」は、開設者名（法人名）を記載してください。

(記載例)

(別紙2)

受付番号

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業者用>

令和 X 年 XX 月 XX 日

大阪市長 殿

所在地 大阪市中央区船場中央三丁目〇番〇号

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

名称 医療法人XXXX会

事業所所在地市町村番号

届出者	フリガナ 名称	イリヨウホウジンXXXXXカイ 医療法人XXXX会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 541 - XXXX ) 大阪市中央区船場中央三丁目〇番〇号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	06-xxxx-xxxx	FAX番号	06-xxxx-xxxx	
	法人の種類	医療法人	法人所轄庁	大阪府		
代表者の職・氏名	代表者の職・氏名	氏名				
	代表者の住所	(郵便番号 542 - XXXX ) 大阪市中央区XX町三丁目X番X号				
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称	イリヨウホウジンXXXXXXXカイ〇Xホウモンリハビリテーション 医療法人xxxx会〇X訪問リハビリテーション				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 541 - XXXX ) 大阪市中央区船場中央一丁目〇番〇号				
	連絡先	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 - )				
	管理者の氏名	電話番号		FAX番号		
管理者の住所	(郵便番号 541 - XXXX ) 大阪市中央区船場中央三丁目〇番〇号					
届出を行う事業所・施設の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション	〇	RXX. XX. XX	①新規 2変更 3終了	RXX. XX. XX	
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション	〇	RXX. XX. XX	①新規 2変更 3終了	RXX. XX. XX	
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
施設	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了		
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了		
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了		
	介護医療院			1新規 2変更 3終了		
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
	関係書類   別添のとおり					

備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「実施事業」欄は、該当する欄に「〇」を記入してください。

5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「〇」を記入してください。

6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)を記載してください。

7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。

8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

## 指定申請書添付書類チェックリスト

※備考欄を参考にしていただき、添付書類の漏れがないか事業者確認欄にチェックをいれてご確認ください。

確認	No.	提出書類	事業者 確認欄	備考
<input type="checkbox"/>	1	指定申請書		<a href="#">※様式第1号</a>
<input type="checkbox"/>	2	指定に係る記載事項		<a href="#">※付表4</a> ※他の申請書類と記載内容に違いが無いように正確に作成してください。
<input type="checkbox"/>	3	法人登記事項証明書等		※申請に係る介護保険に関する事業を実施する旨の記載があることが必要です。 ※法務局登記簿の原本。直近の内容が表示された申請日より3ヶ月以内発行のもの。
<input type="checkbox"/>	4	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表		※全従業員について記載してください。 ※兼務がある場合は兼務先についても記載してください。
<input type="checkbox"/>	5	従業員の資格証明の写し		※「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に記載した氏名の順に並べて提出してください。
<input type="checkbox"/>	6	組織体制図		※医師（管理者）や従業員が他の事業の職務を兼ねる場合は、兼務関係、営業時間中による職務従事状況が明確にわかるように作成してください。 ※同一敷地内にある事業所で組織体制図を作成してください。
<input type="checkbox"/>	7	案内図		※最寄駅から事業所までの案内図（事業所名、所在地、連絡先、最寄駅からの所要時間等記載したもの）を作成してください。 ※パンフレット等を作成しており、上記の項目が記載されている場合は、それでも代用可能です。
<input type="checkbox"/>	8	平面図		<a href="#">※参考様式9</a> ※当該事業所に使用する箇所（事務室、相談室、手指洗浄の場として洗面台等のレイアウト及び各部屋の面積がわかるように作成し、写真の撮影方向も明示してください。
<input type="checkbox"/>	9	写真		※事業所の外観、入口、事業所名称、その他従業員の動線にかかわる部分、及び平面図で示した箇所の内部の広さや設備・備品等の配置状況がわかる写真をA4台紙に貼付又はカラー印刷（A4用紙1枚に4枚程度）し、平面図に撮影方向を明示した上で添付してください。
<input type="checkbox"/>	10	賃貸借契約書の写し		※事業所が申請者法人所有でない場合、添付してください。 ・事業開始日より有効な契約である事が必要です。 ・物件の使用用途が介護事業が可能であることを確認してください。
<input type="checkbox"/>	11	運営規程		<a href="#">※参考資料</a> ※必要な内容を具体的に記載した運営規程を作成してください。 ①事業の目的及び運営の方針 ②従業員の職種、員数及び職務内容 ③営業日及び営業時間 申し込みや相談受付が可能な日・時間を記載してください。また、年間の休日も記載してください。 ④内容及び利用料その他の費用の額 ⑤通常の事業の実施地域 市町村（大阪市・堺市にあつては区）単位での設定を基本とします。 同一市区町村内で詳細に定める場合は、客観的にわかるように定め てください ⑥緊急時等における対応方法 ⑦その他の運営に関する重要事項
<input type="checkbox"/>	12	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要		<a href="#">※参考様式5-1</a> ※次の事項について、具体的に記載してください。 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・担当者の設置（担当者名や連絡先） ②円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順 ③その他参考事項

□	13	誓約書		<p><a href="#">※参考様式7-1</a></p> <p>※訪問リハビリテーション事業と介護予防訪問リハビリテーション事業を両方行う事業所は、AとBを○で囲んでください。 いずれかのみの場合は、該当するものを○で囲んでください。 ※法人住所・名称・代表者の職および氏名を記入してください。</p>
□	14	介護給付費算定に係る体制等に関する届出書		<p><a href="#">※介護給付費算定に係る体制等に関する届出書</a></p> <p>※介護給付費の算定に係る体制状況一覧（<a href="#">参考様式10-1</a>）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<a href="#">介護職員処遇改善加算を算定する場合は、介護職員処遇改善計画書等届出書一式が必要です。</a></li> <li>・<a href="#">介護職員等特定処遇改善加算を算定する場合は、介護職員等特定処遇改善計画書等届出書一式が必要です。</a></li> </ul>
□	15	損害賠償発生時に対応しうることを証明する書類		<p>※保険に加入している場合は、損害賠償責任保険証書の写し（手続中の場合は、申込書と領収書の写し）を添付してください。 ※申請事業が保険の対象と分からない場合、保険のパンフレット等の添付も必要です。</p>
□	16	社会保険及び労働保険の適用状況の確認について		<p>※社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票（<a href="#">参考様式13</a>）</p> <p>※加入している場合は確認票に記載の書類の写し</p>
□	17	介護老人保健施設の開設許可事項変更許可証の写し		<p>※介護老人保健施設の区画（平面図）に変更が生じる場合、所管課への許可申請が必要となる場合があります。</p>
※	18	業務管理体制に係る届出		<p>※届出については、大阪市ホームページ「<a href="#">介護サービス事業者の業務管理体制の整備に関する届出について</a>」を確認し、指定後に提出してください。初めて指定を受ける法人は必ず提出してください。すでに指定をお持ちのサービスがある法人は必要に応じて提出してください。</p>