

茨城県地域リハビリテーション総合支援事業指定要領

(目的)

第1条 この要領は、茨城県地域リハビリテーション総合支援事業実施要項(以下「地域リハ実施要項」という。)第2条で定める、茨城県地域リハビリテーション支援センター等支援施設(以下、「支援センター等」という。)の指定について、必要な事項を定めるものとする。

(指定基準)

第2条 支援センター等の指定にあたっては、地域リハ実施要項第3条から第9条に定める事業を実施可能で、以下に掲げる該当する施設基準を有する施設の中から、茨城県地域リハビリテーション普及促進協議会(以下「協議会」という。)の意見を聴いた上で指定を行うものとする。

(1) 茨城県地域リハビリテーション支援センター

リハビリテーションに多大な経験を有し、地域リハ実施要項第3条で定める事業を実施する公的専門医療機関を1か所指定する。

(2) 茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター

以下に定める人員施設要件を満たすとともに、急性期リハビリ、回復期リハビリ、維持期リハビリ及び訪問リハビリを総合的、体系的に実施し、地域リハ実施要項第4条に定める事業を実施する医療機関を指定する。

ア 専任常勤医師2名以上、専従常勤理学療法士5名以上かつ専従常勤作業療法士3名以上を雇用すること。ただし、当該機関が、併せて茨城県指定小児リハ推進支援センター又は茨城県指定小児リハ・ステーションの指定を受ける場合において、「専従」とあるのは、「専任」と読み替えるものとする。

イ 床面積の合計が240㎡以上となる理学療法室及び作業療法室を有すること。

(3) 茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター

以下に定める人員施設要件を満たし、地域リハ実施要項第5条に定める事業を実施する医療機関を、二次保健医療圏毎に、圏域の規模等を参酌して指定する。

ア 専任常勤医師2名以上、専従常勤理学療法士5名以上かつ専従常勤作業療法士3名以上を雇用すること。ただし、当該機関が、併せて茨城県指定小児リハ推進支援センター又は茨城県指定小児リハ・ステーションの指定を受ける場合において、「専従」とあるのは、「専任」と読み替えるものとする。

イ 床面積の合計が240㎡以上となる理学療法室及び作業療法室を有すること。

(4) 茨城県指定地域リハ・ステーション

以下に定める人員施設要件を満たし、地域リハ実施要項第6条に定める事業を実施する医療機関を、二次保健医療圏毎に、圏域の規模等を参酌して指定する。

ア 専任常勤医師1名以上、専従常勤理学療法士1名以上を雇用すること。ただし、当該機関が、併せて茨城県指定小児リハ推進支援センター又は茨城県指定小児リハ・ステーションの指定を受ける場合において、「専従」とあるのは、「専任」と読み替えるものとする。

イ 床面積100㎡以上の理学療法室を有すること。

(5) 茨城県指定小児リハ推進支援センター

以下に定める人員施設要件を満たすとともに、関係機関等へ広域的に支援できる小児リハビリテーションの経験を有し、地域リハ実施要項第7条に定める事業を実施する専門医療機関等を指定する。

ア 専任常勤医師1名以上、専従常勤理学療法士又は作業療法士2名以上を雇用すること。

イ 床面積60㎡以上の小児へのリハビリテーション実施にふさわしい施設を有すること。

(6) 茨城県指定小児リハ・ステーション

以下に定める人員施設要件を満たすとともに、小児リハビリテーションの経験を有し、地域リハ実施要項第8条に定める事業を実施する医療機関等を指定する。

ア 専任常勤医師1名以上を雇用すること。

イ 専任常勤理学療法士又は作業療法士2名以上を雇用すること。又は、専任常勤理学療法士若しくは作業療法士を1名以上雇用し、かつ、障害児(者)リハビリテーションの経験を有する専任常勤看護師を1名以上、併せて2名以上雇用すること。

ウ 床面積45㎡以上の小児へのリハビリテーション実施にふさわしい施設を有すること。

(7) 茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション

理学療法士又は作業療法士を常勤換算方法で合せて1名以上雇用するとともに、訪問リハビリを実施し、地域リハ実施要項第9条に定める事業を実施する訪問看護ステーションを指定する。

(8) 茨城県指定訪問リハ・老健ステーション

理学療法士又は作業療法士を常勤換算方法で合せて1名以上雇用するとともに、訪問リハビリを実施し、地域リハ実施要項第9条に定める事業を実施する介護老人保健施設を指定する。

(申請)

第3条 支援センター等の指定を受けようとする施設の開設者は、様式第1号の申請書を管轄の保健所を経由して2部提出するものとする。

(指定)

第4条 知事は、申請書の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認めるものについて、協議会の意見を聴いた上で指定を行う。

(通知及び報告)

第5条 知事は前条の指定を行った場合には、様式第2号により申請者に通知し、指定を行わなかった場合には、その旨を申請者に通知するものとする。

2 指定を受けた施設の開設者は、毎年度終了後速やかに様式第3号の実績報告書を、別に定める調査票と併せて管轄の保健所を経由して提出するものとする。

(指定期間)

第6条 指定期間については、別に定める。

(指定の取り消し)

第7条 知事は、施設の開設者から指定辞退の申し出があった場合、または指定基準を満たさなくなった場合、あるいは支援センター等の業務を行うに不相当であると認めた場合には、協議会の意見を聞いて指定を取り消すことができる。

(変更の届出等)

第8条 支援センター等の指定を受けた施設の開設者は、申請書の記載事項に著しい変更が生じた場合には、様式第4号の変更届を、事業を廃止、休止若しくは再開した場合には、様式第5号の廃止・休止・再開届を、管轄の保健所を経由して2部提出するものとする。

(その他)

第9条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

付 則

この要領は、平成21年6月10日から施行する。

(様式第1号)

茨城県地域リハビリテーション支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
茨城県指定地域リハ・ステーション
茨城県指定小児リハ推進支援センター
茨城県指定小児リハ・ステーション
茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
茨城県指定訪問リハ・老健ステーション

指定申請書

年 月 日

茨城県知事 殿

開設者

住所

氏名(名称及び代表者)

印

茨城県地域リハビリテーション総合支援事業指定要領第3条に基づき、指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 指定を受けようとする種類
 - ・茨城県地域リハビリテーション支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
 - ・茨城県指定地域リハ・ステーション
 - ・茨城県指定小児リハ推進支援センター
 - ・茨城県指定小児リハ・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハ・老健ステーション
- 2 施設名
- 3 施設所在地

※保健所記載欄(申請者は記載しないで下さい。)

受付年月日	年 月 日
意見	

保健所長 印

(別紙)

1 施設名

2 施設管理者名

3 診療科目 (訪問リハビリテーション・ステーション及び訪問リハ・老健ステーションを除く)

4 許可病床数(訪問リハビリテーション・ステーション及び訪問リハ・老健ステーションを除く)

(1) 一般病床 () 床

(2) 療養病床 () 床

(3) 上記のうち回復期リハビリテーション病床 () 床

5 職員の職種及び職員数

職 種	常勤の人数	非常勤の人数 (常勤換算値)
医師 (うち専任)	()	
看護師		
保健師		
理学療法士 (うち専従)	()	
作業療法士 (うち専従)	()	
言語聴覚士		
ソーシャルワーカー		
その他		

注1:法人内の人数ではなく、指定を受ける医療機関の職員数をご記入ください。

注2:ここでいう「専任」・「専従」は以下の意味で使用します。

・専任:当該医療機関に勤務し、リハビリテーション業務が中心である者(兼務可)

・専従:当該医療機関に勤務し、リハビリテーション業務のみに従事している者(兼務不可)

6 厚生労働大臣の定めるリハビリテーション施設基準に係る届 (訪問リハビリテーション・ステーション及び訪問リハ・老健ステーションを除く)

種類※	届出年月日	届出番号

※種類は、脳(I)・心(II)など、省略して記載して結構です。

7 リハビリテーション関係施設の床面積 (訪問リハビリテーション・ステーション及び訪問リハ・老健ステーションを除く) (単位:㎡)

理学療法室	作業療法室	言語聴覚療法室

※各室の配置が分かる図面を添付願います。

8 併設施設

9 在宅医療・地域リハビリテーションの実施状況及び今後の計画 (施設整備計画含む)

10 その他(パンフレット等参考となる資料)

(様式第2号)

記号指令第 号

申請者住所
氏名

茨城県地域リハビリテーション総合支援事業指定要領第5条に基づき、下記のとおり指定する。

平成 年 月 日

茨城県知事 橋本 昌

記

- 1 指定した種類
 - ・茨城県地域リハビリテーション支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
 - ・茨城県指定地域リハ・ステーション
 - ・茨城県指定小児リハ推進支援センター
 - ・茨城県指定小児リハ・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハ・老健ステーション
- 2 施設名
- 3 施設所在地
- 4 指定期間

(様式第3号)

茨城県地域リハビリテーション支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
茨城県指定地域リハ・ステーション
茨城県指定小児リハ推進支援センター
茨城県指定小児リハ・ステーション
茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
茨城県指定訪問リハ・老健ステーション

実績報告書

年 月 日

茨 城 県 知 事 殿

施設所在地

施設名称

施設の代表者

印

茨城県地域リハビリテーション総合支援事業指定要領第5条に基づき、下記のとおり報告いたします。

記

- 1 指定を受けた種類
 - ・茨城県地域リハビリテーション支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
 - ・茨城県指定地域リハ・ステーション
 - ・茨城県指定小児リハ推進支援センター
 - ・茨城県指定小児リハ・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハ・老健ステーション
- 2 調査票 (別紙)

※保健所記載欄(報告者は記載しないで下さい。)

受付年月日	年 月 日
意見	保健所長 印

(別紙)

県支援センター実績報告

活動期間	平成21年4月 1日 ～平成22年3月31日
------	---------------------------

作成者氏名 _____
電話番号 _____
FAX _____
Eメール _____

1 広域支援センター等への支援

(1) 支援回数 (延べ)

医療機関	市町村 (保健センター含む)	福祉施設 (高齢者・障害者施設)	特別支援学校	その他 ()
回	回	回	回	回

※「その他」については、上欄に具体的施設種別等を記入して下さい。

(2) 主な支援内容

支援対象施設名	支援内容(期日, 参加者職種, 内容など)

2 リハビリテーション資源等調査

調査名	内容

※ 調査結果等を別紙にて添付願います。

3 専門研修

(1) アドバイザー研修

申込者数	修了者数 (職種別)	研修期間	内容

(2) 中堅者研修

コース名	申込者数	修了者数 (職種別)	研修期間	内 容

(3) 初任者研修

コース名	申込者数	修了者数 (職種別)	研修期間	内 容

(別紙)

広域支援センター
地域リハ・ステーション 実績報告

活動期間	平成21年4月 1日 ～平成22年3月31日
------	---------------------------

医療機関名
作成者氏名
電話番号
FAX
Eメール

1 リハビリテーション指導など地域の関係機関への支援

(1) 支援対象

支援対象市町村名	支援実施施設名

(2) 支援回数 (延べ)

医療機関	市町村 (保健センター含む)	福祉施設 (高齢者・障害者施設)	学校・保育園等 (特別支援学校含む)	その他 ()
回	回	回	回	回

※「その他」については、上欄に具体的施設種別等を記入して下さい。

2 訪問リハビリ

(1) 病院からの実施分

訪問対象者数 (実人数)			訪問回数 (延べ数)		
医療保険分	介護保険分	計	医療保険分	介護保険分	計
人	人	人	回	回	回

(2) 系列施設からの実施分 (施設名称:)

訪問対象者数 (実人数)			訪問回数 (延べ数)		
医療保険分	介護保険分	計	医療保険分	介護保険分	計
人	人	人	回	回	回

※ 病院及び併設の施設から実施している場合には、(1)及び(2)の各々に記入して下さい。

※ また、複数の系列施設から実施している場合には、(2)にその累計を記入して下さい。

3 相談内容 (延べ)

住宅改修等訪問指導件数※1	相談件数※2
件	件

※1 実際に患者宅を訪問指導した件数を記入して下さい。

※2 相談件数には、相談に応じた件数を把握できる範囲で記入して下さい。

(別紙)

小児リハ推進支援センター
小児リハ・ステーション

実績報告

活動期間	平成21年4月 1日 ～平成22年3月31日
------	---------------------------

医療機関名 _____
作成者氏名 _____
電話番号 _____
FAX _____
Eメール _____

1 リハビリテーション指導など地域の関係機関への支援

(1) 支援活動対象市町村

市町村名	その他(具体的施設等)

(2) 支援回数(延べ)

医療機関	特別支援学校	その他学校	障害児(者)福祉施設等	市町村(発達センター等)	その他()
回	回	回	回	回	回

※「その他」については、上欄に具体的施設種別等を記入して下さい。

2 小児へのリハビリテーション実施状況

区分※	延べ人数	実人数
脳性麻痺		
胎児期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害		
顎・口腔の先天異常		
先天性の体幹四肢の奇形又は変形		
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症		
先天性又は進行性の神経筋疾患		
神経障害による麻痺及び後遺症		
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害		
その他()		
合計		

3 相談内容(延べ)

住宅改修等訪問指導件数※1	相談件数※2
件	件

※1 実際に患者宅を訪問指導した件数を記入して下さい。

※2 相談件数には、相談に応じた件数を把握できる範囲で記入して下さい。

(別紙)

訪問リハビリテーション・ステーション
訪問リハ・老健ステーション事業実績報告 実績報告

施設名	
作成者氏名	
電話番号	
FAX番号	
Eメール	

調査期間	平成21年4月1日 ～平成22年3月31日
------	--------------------------

1 訪問リハビリの実績

項目	訪問対象者数（実人数）			訪問回数（延べ数）		
	医療保険分	介護保険分	計	医療保険分	介護保険分	計
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問	人	人	人	回	回	回

2 その他地域リハビリテーションに関わる活動（普及・啓発活動，相談支援活動など）

()

(様式第4号)

茨城県地域リハビリテーション支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
茨城県指定地域リハ・ステーション
茨城県指定小児リハ推進支援センター
茨城県指定小児リハ・ステーション
茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
茨城県指定訪問リハ・老健ステーション

申請事項変更届

年 月 日

茨 城 県 知 事 殿

開設者
住所

氏名(名称及び代表者)

印

年 月 日付け 第 号で指定を受けた事項について、下記のとおり変更がありましたので、茨城県地域リハビリテーション総合支援事業指定要領第8条に基づき届けます。

記

- 1 指定を受けた種類
 - ・茨城県地域リハビリテーション支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
 - ・茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
 - ・茨城県指定地域リハ・ステーション
 - ・茨城県指定小児リハ推進支援センター
 - ・茨城県指定小児リハ・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
 - ・茨城県指定訪問リハ・老健ステーション
- 2 施設名
- 3 施設所在地
- 4 変更事項
- 5 変更内容
 - 変更前
 - 変更後
- 6 変更時期 年 月 日
- 7 変更理由

※保健所記載欄(届出者は記載しないで下さい。)

受付年月日	年 月 日
意見	保健所長 印

(様式第5号)

茨城県地域リハビリテーション支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター
茨城県指定地域リハビリテーション広域支援センター
茨城県指定地域リハ・ステーション
茨城県指定小児リハ推進支援センター
茨城県指定小児リハ・ステーション
茨城県指定訪問リハビリテーション・ステーション
茨城県指定訪問リハ・老健ステーション

廃止・休止・再開届

年 月 日

茨城県知事 殿

開設者
住所

氏名(名称及び代表者)

印

年 月 日付け 第 号で指定を受けた事項について、下記のとおり廃止(休止・再開)しましたので、茨城県地域リハビリテーション総合支援事業指定要領第8条に基づき届けます。

記

- 1 施設名
- 2 施設所在地
- 3 廃止・休止・再開の別 廃止 ・ 休止 ・ 再開
- 4 廃止・休止・再開の年月日 年 月 日
- 5 廃止・休止した理由
- 6 現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)
- 7 休止予定期間 年 月 日～ 年 月 日

※保健所記載欄(届出者は記載しないで下さい。)

受付年月日	年 月 日
意見	保健所長 印