（様式第１号）

茨城県地域リハビリテーション推進拠点指定申請書

令和　　　年　　　月　　　日

茨城県知事　殿

所在地

機関名

代表者

　茨城県地域リハビリテーション強化対策事業指定要項第２条に基づき、下記のとおり指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

１　指定種別　　□　茨城県地域リハビリテーション支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション研修支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション広域支援センター

□　茨城県地域リハ・ステーション

□　茨城県小児リハビリテーション支援センター

２　添付書類

・　施設概要（別紙１）

・　その他、必要となる資料

（別紙１）

施設概要

１　施設情報（いずれか該当する施設を選択・記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 選択□ | 医療機関  関東信越厚生局に届け出た  施設基準の種別・受理番号 | （受理届出）□運動器リハビリテーション料（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）  □脳血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） |
| （受理番号） |
| 選択□ | 介護保険事業所・  障害福祉事業所  茨城県知事から受けた  事業所種別・番号 | （指定の種別） |
| （事業所番号） |
| 選択□ | 教育・研究機関、  職能団体 | （団体の名称） |
| （開設者氏名） |
| 必須 | 地域リハビリテーション  に関する活動実績 |  |

２　人員情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力可能な人員体制 | 医師 | 看護師 | 理学  療法士 | 作業  療法士 | 言語  聴覚士 | その他  （　　 ） |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 指定要項第２条（４）②に  定める研修の修了者数  ※地域リハ・ステーションのみ | 茨城県地域リハビリテーション  アドバイザー養成講習修了者 | | | 介護予防リハビリテーション  専門職養成研修修了者 | | |
| 理学  療法士 | 作業  療法士 | 言語  聴覚士 | 理学  療法士 | 作業  療法士 | 言語  聴覚士 |
| 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

３　その他

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当を希望する市町村  ※地域リハ・ステーションのみ | |  |
| 連絡先 | 担当者 | （職種）　　　　　　　（氏名） |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

(様式第２号)

茨城県地域リハビリテーション推進拠点指定通知書

記号指令第　　　　　号

申請者住所

代表者氏名

茨城県地域リハビリテーション強化対策事業指定要項第４条第１項に基づき、下記のとおり指定する。

　　令和　年　月　日

茨城県知事

記

１　指定種別　　□　茨城県地域リハビリテーション支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション研修支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション広域支援センター

□　茨城県地域リハ・ステーション

□　茨城県小児リハビリテーション支援センター

２　施設名称

３　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推進拠点実績報告書

令和　　　年　　　月　　　日

茨城県知事　殿

所在地

機関名

代表者

　茨城県地域リハビリテーション強化対策事業指定要項第４条第２項に基づき、下記のとおり報告いたします。

記

１　指定種別　　□　茨城県地域リハビリテーション支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション研修支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション広域支援センター

□　茨城県地域リハ・ステーション

□　茨城県小児リハビリテーション支援センター

２　添付書類

・　実績報告（別紙２～６）

・　その他、必要となる資料

（別紙２）

茨城県地域リハビリテーション支援センター　実績報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 連絡先 | 担当者 | （職種）　　　　　　　（氏名） |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

１　地域リハビリテーション関係機関への支援、連絡調整

（１）地域リハビリテーション推進拠点等を集めた連絡会議の開催

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 会議名 | 開催方法 | 参加者数 | 結　　果 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

（２）その他、地域リハビリテーション関係機関からの相談への支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 施設名 | 支援方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

２　リハビリテーションを提供する医療機関や介護保険事業所等の調査研究

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施期間 | 調査名 | 実施方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |

※　その他、実施結果の分かる資料を添付すること。

３　地域リハビリテーションに関与する専門職の人材育成

（１）若手リハビリ専門職卒後研修

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施期間 | 申込者数 | 修了者数 | 結　　果 |
|  |  |  |  |

※　その他、実施結果の分かる資料を添付すること。

（２）地域リハビリテーションアドバイザー養成講習会

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施期間 | 申込者数 | 修了者数 | 結　　果 |
|  |  |  |  |

※　その他、実施結果の分かる資料を添付すること。

（３）介護予防リハビリ専門職指導者養成研修

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施期間 | 申込者数 | 修了者数 | 結　　果 |
|  |  |  |  |

※　その他、実施結果の分かる資料を添付すること。

４　地域リハ・ステーション等の指定整備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 施設名 | 方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

５　認定看護師（摂食嚥下等）の介護保険事業所への派遣

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施期間 | 申込施設数 | 派遣施設数 | 結　　果 |
|  |  |  |  |

※　その他、実施結果の分かる資料を添付すること。

６　災害時の連携体制の在り方に関する検討

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 会議名 | 開催方法 | 参加者数 | 結　果 |
|  |  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

７　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）

|  |
| --- |
|  |

（別紙３）

茨城県地域リハビリテーション研修支援センター　実績報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 連絡先 | 担当者 | （職種）　　　　　　　（氏名） |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

１　茨城県地域リハビリテーション支援センターの実施する人材育成事業への支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 研修名 | 方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

２　卒後研修修了者が修了後に処遇困難事例へ対応するための相談支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 施設名 | 支援方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

３　地域リハビリテーション関係機関への支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 施設名 | 支援方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

４　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）

|  |
| --- |
|  |

（別紙４）

茨城県地域リハビリテーション広域支援センター　実績報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 連絡先 | 担当者 | （職種）　　　　　　　（氏名） |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

１　二次保健医療圏域内の関係機関を集めた二次保健医療圏域連絡協議会の開催

|  |  |
| --- | --- |
| 必須事項 | □　リハビリテーションの視点による地域課題の検討や好事例の共有 |
| 選択事項 | □　地域の関係機関の情報共有に資する地域連携パスの検討  □　二次保健医療圏域内の災害時の連携体制の在り方に関する検討  □　市町村が行う地域包括ケアシステム及び地域リハビリテーション関連　施策への支援  □　その他、二次保健医療圏内の地域リハビリテーション推進に資する事業  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 会議名 | 開催方法 | 参加者数 | 結　果 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

２　地域リハ・ステーションや市町村、関係機関への支援

（１）地域リハ・ステーションや市町村、関係機関からの相談への支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 施設名 | 支援方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

（２）リハビリテーション患者の円滑な転院や在宅復帰に向けた支援状況

①　自院でリハビリテーションを提供した患者の在宅復帰・転院時に、次のリハビリテーションサービスの利用のため、他の地域リハ・ステーションへ紹介した患者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 疾患別リハを提供した  患者数 |  | 病院  （外来リハ） | 病院  （デイケア） | 通所介護  （デイサービス） | 老健等  （訪問リハ） | 訪看等  （訪問看護） | 老健  （短期入所） | 施設入所 | 一般介護  予防事業（シルリハ等） | その他 |
| 名 |  | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

②　病状悪化等により、他の地域リハ・ステーションから受入れた患者数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 疾患別リハを提供した  患者数 |  | 病院  （外来リハ） | 病院  （デイケア） | 通所介護  （デイサービス） | 老健等  （訪問リハ） | 訪看等  （訪問看護） | 老健  （短期入所） | 施設入所 | 一般介護  予防事業（シルリハ等） | その他 |
| 名 |  | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

３　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）

|  |
| --- |
|  |

（別紙５）

茨城県地域リハ・ステーション　実績報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関・施設名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 連絡先 | 担当者 | （職種）　　　　　　　（氏名） |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

１　在宅療養者の日常生活を支える助言指導等の実施件数

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣依頼を受けた件数 | 実際に派遣した実績件数（職種） |
| 件 | 件 |

２　市町村介護予防事業への派遣件数

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣依頼を受けた件数 | 実際に派遣した実績件数（職種） |
| 件 | 件 |

３　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）

|  |
| --- |
|  |

（別紙６）

茨城県小児リハビリテーション支援センター　実績報告

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 連絡先 | 担当者 | （職種）　　　　　　　（氏名） |
| 電話番号 |  |
| メール |  |

１　小児リハビリテーション関係機関を集めた情報交換の場の開催

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 会議名 | 開催方法 | 参加者数 | 結　　果 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

２　小児リハビリテーション関係機関や市町村、患者家族の会等への支援

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日　時 | 施設名 | 支援方法 | 結　　果 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※　記載欄が不足する場合、適宜追加して記載すること。

３　県民からの相談や福祉用具、住宅改修相談等に対する支援件数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診相談に  関すること | 転院・退院  に関すること | 施設入所に  関すること | サービス利用  に関すること | 症状対応に  関すること | 生活全般に  関すること | 福祉用具に  関すること | 住宅改修に  関すること | その他 |
| 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |

４　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推進拠点指定事項変更申請書

令和　　　年　　　月　　　日

茨城県知事　殿

所在地

機関名

代表者

　令和　年　月　日付け健ケア第　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強化対策事業指定要項第７条に基づき届け出ます。

記

１　指定種別　　□　茨城県地域リハビリテーション支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション研修支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション広域支援センター

□　茨城県地域リハ・ステーション

□　茨城県小児リハビリテーション支援センター

２　施設名称

３　所在地

４　指定期間

５　変更内容　　（変更前）

（変更後）

６　適用時期　　令和　　年　　月　　日

７　変更理由

（様式第５号）

茨城県地域リハビリテーション推進拠点指定廃止等申請書

令和　　　年　　　月　　　日

茨城県知事　殿

所在地

機関名

代表者

　　令和　年　月　日付け健ケア第　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強化対策事業指定要項第７条に基づき届けます。

記

１　指定種別　　□　茨城県地域リハビリテーション支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション研修支援センター

□　茨城県地域リハビリテーション広域支援センター

□　茨城県地域リハ・ステーション

□　茨城県小児リハビリテーション支援センター

２　施設名称

３　所在地

４　廃止・休止・再開の別　　　　廃止　・　休止　・　再開

５　適用時期　　令和　　年　　月　　日

６　申請理由

７　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）

８　休止予定期間　　令和　　年　　月　　日～　令和　　年　　月　　日