

## 地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項

### 第1 目的

この要項は、地域密着リハビリテーションセンター（以下「密着リハセンター」という。）の指定及びその運営に関し、必要な事項を定めるものとする。

### 第2 指定基準

次の1から3の全ての条件を満たす医療機関等を、密着リハセンターとして指定する。

#### 1 人員及び施設関係

##### (1) 医療機関

特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）に基づく「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（以下「施設基準等」という。）に定める運動器リハビリテーション料（ ）に関する施設基準を満たすものとして、九州厚生局に届け出た医療機関で、密着リハセンター業務を実施できる医療機関であること。

##### (2) 介護老人保健施設

地域におけるリハビリテーションの推進に着実に成果を上げている老人保健施設で、「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第40号）第2条第1項第5号の基準に基づき、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1人以上配置し、密着リハセンター業務を実施できる介護老人保健施設であること。

##### (3) その他関係機関

医療や介護のサービスを提供する機関であって、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等を1人以上配置し、密着リハセンター業務を実施できる機関であること。

#### 2 実績

地域リハビリテーションの理念についての十分な理解と、密着リハセンター業務内容を遂行するための十分な体制を有するとともに、これまでの地域リハビリテーションに係る活動実績又は研修会参加等の実績があり、市町村が行う介護予防事業等の推進に熱意を有する医療機関等であること。

#### 3 市町村等との連携

近隣の市町村、地域包括支援センター等の行政機関、医療機関、介護サービス事業所等の関係機関と良好な連携関係にあり、地域リハビリテーションの推進に当たり地域リハビリテーション広域支援センター（以下「広域支援センター」という。）と協力し、活動の展開ができると見込まれる医療機関等であること。

### 第3 申請

密着リハセンターの指定を受けようとする医療機関等の開設者（以下「申請者」という。）は、指定申請書（以下「申請書」という。）（医療機関は様式第1号、介護老人保健施設及びその他関係機関は様式第1号の2）に事業計画書（様式第2号）を添えて、知事に申請するものとする。

#### 第4 指定

知事は、第2の指定基準を満たし、各地域の実情に応じて設置が適当なものと認め、密着リハセンターとして指定する場合は、当該医療機関等の開設者に対し、指定書（様式第3号）を交付するものとする。

#### 第5 指定期間

指定の期間は、指定の日から3年を超えない範囲で知事が別に定める。

#### 第6 変更届

密着リハセンターとして指定された医療機関等の開設者は、申請書の記載事項に変更があった場合は、申請変更事項届（様式第4号）を知事に提出しなければならない。

#### 第7 指定の辞退・取り消し

##### 1 辞退

密着リハセンターとして指定された医療機関等の開設者は、指定を辞退する場合は、辞退届（様式第5号）を知事に提出しなければならない。

##### 2 取り消し

知事は、密着リハセンターが第2の指定基準を満たさなくなった場合、又は運営において重大な支障があると認めた場合は、指定を取り消すことができる。

この場合、指定取消書（様式第6号）により当該医療機関等の開設者に対し通知するものとする。

#### 第8 密着リハセンターの業務内容

##### 1 リハビリテーション等専門職の派遣

広域支援センター及び市町村等からの依頼を受け、密着リハセンターに所属するリハビリテーション等の専門職を派遣要望の内容に沿って派遣する。リハビリテーションの視点から知識・技術を用いて支援を行うことで、地域リハビリテーションの取組みが、自立支援に向けた効果的なものとなるよう支援を行う。

##### 2 広域支援センターとの情報共有等

密着リハセンターは市町村支援の実動を担い、その情報を広域支援センターと共有する。

また、地域のニーズに応じた活動が展開できるよう広域支援センターが主催する研修会や会議に協力する。

##### 3 その他、地域リハビリテーションの推進に必要な業務

その他、地域リハビリテーションの推進にあたり、関係機関等が開催する人材育成研修を積極的に受講する。

また、災害時には市町村、熊本県災害リハビリテーション推進協議会（JRAT 熊本）及び熊本県災害派遣福祉チーム（熊本 DCAT）等と連携し、避難所等での生活不活発病対策などの支援活動に取り組む。

#### 第9 事業計画書

1 密着リハセンターは、第8に定める業務を実施しようとするときは、市町村等

の要望を踏まえたうえ、事業計画書（様式第2号）を作成するものとする。

2 密着リハセンターは、前項の事業計画書を、第3に定める申請のとき、又は毎年度、別に指定するときまでに知事に提出しなければならない。

#### 第10 事業実績報告

密着リハセンターは、業務終了後、当該年度の事業実績報告書（様式第7号）を速やかに知事に提出するものとする。

#### 第11 秘密の保持

密着リハセンターの職員は、在職中及びその職を離れた後も、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

#### 第12 書類の経由

この要項に基づき知事に提出する書類は、広域本部を経由するものとする（熊本市内の機関を除く）

#### 第13 その他

この要項に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

##### 附 則

この要項は、平成28年10月31日から施行する。

##### 附 則

この要項は、平成29年4月6日から施行する。

##### 附 則

この要項は、平成30年8月17日から施行する。

##### 附 則

この要項は、令和3年（2021年）8月23日から施行する。

地域密着リハビリテーションセンター指定申請書

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関等開設者所在地

医療機関等開設者氏名

地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第3に基づき、地域密着リハビリテーションセンターとして指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|                                   |         |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|
| 医療機関名                             |         |           |
| 所在地                               | 〒       |           |
| 担当を希望する地域                         |         |           |
| 地域リハビリテーションに関するこれまでの活動実績          | 別紙添付    |           |
| 施設基準等に基づき九州厚生局に届け出ているリハビリテーションの種類 |         |           |
| 担当医師名                             |         |           |
| 連絡先                               | 電話番号    |           |
|                                   | FAX 番号  |           |
|                                   | 担当者     | (職種) (氏名) |
|                                   | メールアドレス |           |

地域密着リハビリテーションセンター指定申請書

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関等開設者所在地

医療機関等開設者氏名

地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第3に基づき、 地域密着リハビリテーションセンターとして指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|                          |         |           |
|--------------------------|---------|-----------|
| 施設名                      |         |           |
| 所在地                      |         | 〒         |
| 担当を希望する地域                |         |           |
| 地域リハビリテーションに関するこれまでの活動実績 |         | 別紙添付      |
| 配置状況<br>(常勤換算)           | 医師      | 人         |
|                          | 理学療法士   | 人         |
|                          | 作業療法士   | 人         |
|                          | 言語聴覚士   | 人         |
| 担当医師名                    |         |           |
| 連絡先                      | 電話番号    |           |
|                          | FAX番号   |           |
|                          | 担当者     | (職種) (氏名) |
|                          | メールアドレス |           |

## 年度事業計画書

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関等開設者所在地

医療機関等開設者氏名

地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第9の2に基づき、  
年度事業計画書を次のとおり提出します。

## 1 市町村の地域支援事業等への支援計画

|   | 市町村・地域包括<br>支援センター名 | 内容 | 委託・講師・<br>出席依頼等の別            |
|---|---------------------|----|------------------------------|
| 1 |                     |    | 年間業務受託<br>単発の講師依頼<br>単発の会議出席 |
| 2 |                     |    | 年間業務受託<br>単発の講師依頼<br>単発の会議出席 |

## 2 その他、地域リハビリテーションの推進に関連する業務

|   | 実施主体 | 依頼内容 |
|---|------|------|
| 1 |      |      |
| 2 |      |      |

## \* 地域密着リハビリテーションセンター業務に携わる職員体制(全員)

|   | 所属 | 職種 | 氏名 |
|---|----|----|----|
| 1 |    |    |    |
| 2 |    |    |    |
| 3 |    |    |    |
| 4 |    |    |    |
| 5 |    |    |    |

|     |         |  |        |
|-----|---------|--|--------|
| 施設名 |         |  |        |
| 所在地 | 〒       |  |        |
| 連絡先 | 電話番号    |  | FAX 番号 |
|     | メールアドレス |  | 担当者氏名  |

## 地域密着リハビリテーションセンター指定書

認地第 号  
年 月 日

医療機関等の開設者 様

熊本県知事 印

地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第4に基づき、下記のとおり地域密着リハビリテーションセンターとして指定します。

### 記

1 施設名

2 所在地

3 担当地域

4 指定期間 年 月 日から 年 月 日まで

地域密着リハビリテーションセンター申請事項変更届

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関等開設者所在地

医療機関等開設者氏名

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた地域密着リハビリテーションセンターについては、申請事項に変更が生じたので、地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第6に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

|       |         |           |
|-------|---------|-----------|
| 施設名   |         |           |
| 所在地   |         | 〒         |
| 変更事項  |         |           |
| 変更内容  | 変更前     |           |
|       | 変更後     |           |
| 変更年月日 |         | 年 月 日     |
| 変更理由  |         |           |
| 連絡先   | 電話番号    |           |
|       | FAX 番号  |           |
|       | 担当者     | (職種) (氏名) |
|       | メールアドレス |           |



地域密着リハビリテーションセンター辞退届

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関等開設者所在地

医療機関等開設者氏名

年 月 日付け認地第 号により指定を受けた地域密着リハビリテーションセンターについては、指定を辞退したいので、地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第7に基づき、下記により届け出ます。

記

|       |         |           |
|-------|---------|-----------|
| 施設名   |         |           |
| 所在地   | 〒       |           |
| 辞退年月日 | 年 月 日   |           |
| 辞退理由  |         |           |
| 連絡先   | 電話番号    |           |
|       | FAX 番号  |           |
|       | 担当者     | (職種) (氏名) |
|       | メールアドレス |           |

地域密着リハビリテーションセンター指定取消書

認地第 号  
年 月 日

医療機関等の開設者 様

熊本県知事

印

年 月 日付け認地第 号により指定した地域密着リハビリテーションセンターについては、地域密着リハビリテーションセンターの指定及び運営要項第7の2に基づき、下記により取り消します。

記

- 1 指定取消年月日 年 月 日
- 2 施設名
- 3 所在地
- 4 取消理由

年度地域密着リハビリテーションセンター事業実績報告書

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関等開設者所在地

医療機関等開設者氏名

地域密着リハビリテーションの指定及び運営要項第10に基づき、地域密着リハビリテーションセンター事業実績を下記のとおり関係書類を添えて報告します。

記

- 1 業務実績報告書
- 2 その他参考となる書類

|     |         |           |
|-----|---------|-----------|
| 連絡先 | 施設名     |           |
|     | 所在地     |           |
|     | 電話番号    |           |
|     | FAX番号   |           |
|     | 担当者     | (職種) (氏名) |
|     | メールアドレス |           |