

5 里 第 1 0 5 号
平成25年12月27日

回復期リハ病棟の設置者 様

京都府健康福祉部
リハビリテーション支援センター長

京都府回復期リハ病棟整備促進事業の実施について

初冬の候ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、本府の健康福祉行政の推進に格別の御配慮をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、この度、急性期から回復期、維持・生活期まで継続した総合リハビリテーション提供体制の整備を図る一環として、京都府域での回復期リハビリ病棟の設置を促進するため、回復期リハビリ病棟整備促進事業実施要領を定め、当事業を実施することといたしました。

つきましては、当事業を実施いただきます設置者におかれましては、実施要領に基づき、下記のとおり交付申請書を提出いただきますようお願いいたします。

記

【補助金交付申請】

- 1 提出期限 平成26年1月21日(火)
- 2 申請先 京都府リハビリテーション支援センター
- 3 申請書類

京都府回復期リハビリテーション病棟整備促進事業実施要領の別紙様式1、
別紙 1-1、1-2、1-3、歳入出予算書抄本及び参考となる書類
その他参考となる書類

担	〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路の上梶井町465 京都府立医科大学附属病院内
当	京都府リハビリテーション支援センター Tel:075-251-5399 / Fax:075-251-5389

京都府回復期リハビリテーション病棟 整備促進事業実施要領

(趣旨)

第1 本実施要領は、地域医療再生事業費補助金交付要綱に基づき、基本診療料の施設基準等（平成24年厚生労働省告示第77号）に規定する回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を満たす施設（以下「回復期リハビリ病棟」という。）を開設するための施設及び設備の整備事業に要する経費について、予算の範囲内において補助金を交付することに関し必要な事項を定めるものとする。

(補助対象事業の実施者)

第2 この事業の実施主体は、医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5に規定する病院の開設者であって、次の各号の一に該当する者とする。

- (1) 回復期リハビリ病棟が設置されていない高齢者福祉圏域において、本実施要領制定後に回復期リハビリ病棟を開設する計画を策定し、回復期リハビリ病棟を開設するために機能訓練室等の整備を行う者
- (2) 前号に掲げる者以外の者で、回復期リハビリ病棟を開設するために機能訓練室等の整備を行うもの

2 補助金を交付する順位は、前項各号の順序とする。

(補助対象経費等)

第3 補助の対象とする経費は、補助対象事業者が実施する機能訓練室等の整備に係る費用とする。

2 補助対象事業に対して交付する補助金の額を算出する場合の基準額、対象経費、補助率及び交付額の算定方法は、別表に掲げるとおりとする。

3 補助金の交付は、補助金等の交付に関する規則（昭和35年7月1日京都府規則第23号）に基づき行うものとする。

(交付申請)

第4 事業実施者は、別途通知する日までに京都府回復期リハビリ病棟整備促進事業補助金交付申請書（別紙様式1）を京都府健康福祉部リハビリテーション支援センターあて提出するものとする。

(実績報告)

第5 事業実施者は、事業完了後10日以内又は翌年度の4月10日までのいずれか早い時期までに京都府回復期リハビリ病棟整備促進事業補助金実績報告書（別紙様式2）を、京都府健康福祉部リハビリテーション支援センターあて提出するものとする。

(その他)

第6 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要領は、平成24年9月15日から施行する。

別表 (第3関係)

1 補助対象事業	2 補助基準額	3 対象経費	4 補助率	5 交付額の算定方法
<p>施設整備事業</p>	<p>49,500千円</p>	<p>回復期リハビリテーション病棟の開設に伴い必要となる次の各部門の新築、増改築、改修に要する工事費又は工事請負費</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練棟、診療棟 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 機能訓練室、水治療室、電気マッサージ室、診療室、病室、廊下、浴室、便所等 </div>	<p>1/3</p>	<p>第3欄に掲げる対象経費の実支出額と、第2欄に掲げる補助基準額とを比較して低い方の額に第4欄に掲げる補助率を乗じて得た額(1,000円未満の端数は、切り捨てる。)</p>
<p>設備整備事業</p>	<p>10,500千円</p>	<p>回復期リハビリテーション病棟の開設に伴い必要となる医療機器の備品購入費(但し、購入単価が3万円以上のものに限る。)</p>		

※ 施設整備事業について、建築面積が基準面積(310㎡)を下回るときは、当該建築面積に単価(159,900円)を乗じた額を補助基準額とする。

別紙様式1 (第4関係)

番 号
年 月 日

京都府知事

様

補助事業者



年度京都府回復期リハビリテーション病棟
整備促進事業補助金交付申請書

上記について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 補助金交付申請額 金 円

2 添付書類

- | | |
|------------------------|---------|
| (1) 事業計画書 (事業概要 (見込み)) | (別紙1-1) |
| (2) 補助金所要額調書 | (別紙1-2) |
| (3) 対象経費所要額明細書 | (別紙1-3) |
| (4) 歳入歳出予算書の抄本 | |
| (5) その他参考となる書類 | |

京都府回復期リハビリテーション病棟整備促進事業 事業概要(見込み)

申請(開設)者	フリガナ				
	名称				
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	主たる事務所の所在地	(〒 -) 京都府			
補助を受けようとする整備等	連絡先	電話番号		FAX番号	
	施設整備及び設備整備の内容				
	施設整備及び設備整備に係る経費				
	施工期間	着工 年 月 日 ~ 竣工 年 月 日			
回復期リハビリテーション病棟	病棟数	整備前(棟)	整備後(棟)		
	病床数	整備前(床)	整備後(床)		
	施設基準届出予定日	年	月	日	
	算定開始予定日	年	月	日	

回復期リハビリテーション病棟整備促進事業補助金所要額調査書

(補助事業者名:)
(単位:円)

	対象経費の 支出予定額(A)	府補助基準額(B)	選定額(C)	補助率	府補助額(D)
	円	円	円		円
回復期リハビリテーション病棟整備促進事業(E)				-	
施設整備(F)		49,500,000		1/3	
設備整備(G)		10,500,000		1/3	

- 注1 (C)欄には、(A)と(B)とを比較して少ない方の額を記入すること。
 注2 (D)欄には、(C)に補助率を乗じて得た額を記入すること。
 注3 (E)欄には、(F)と(G)の合計額を記入すること。
 注4 ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする

対象経費所要額明細書

【施設整備】	費目	面積	単価	金額	備考
	消費税			円	
	合計				

- (注) 1. 単価、金額については、税抜き価格で記載すること。
 2. 合計額は、様式1-2の(A)欄の額と一致すること。
 3. 当該施設整備の工事設計図(写)、工事仕訳書(写)を添付すること。

【設備整備】	品目	銘柄	規格	数量	単価	金額	備考
	消費税					円	
	合計						

- (注) 1. 単価、金額については、税抜き価格で記載すること。
 2. 二品の価格が3万円以上のものを記入すること。
 3. 合計額は、様式1-2の(A)欄の額と一致すること。
 4. 当該物品の見積書(写)を添付すること。

年度予算書抄本

(単位:円)

歳入	歳出
現金 京都府補助金	施設整備 設備備品 内訳 (補助対象分) (その他)
計	計

上記のとおり相違ないことを証明します

年 月 日

設置者

代表者

印

別紙 交付申請書添付書類

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準充足状況

所在地 _____
 開設者名称 _____
 施設名称 _____

施設基準届出予定日	平成 年 月 日	算定開始予定日	平成 年 月 日
-----------	----------	---------	----------

リハビリテーション科標榜の有無	有・無
-----------------	-----

【人員配置予定（施設全体）】

常勤	医師（ ）人	看護師（ ）人	看護補助者（ ）人	理学療法士（ ）人	言語聴覚士（ ）人
	歯科医師（ ）人	准看護師（ ）人	MSW（ ）人	作業療法士（ ）人	その他（ ）人
「その他」の職種、内訳（人数）を記載ください。					
非常勤	医師（ ）人	看護師（ ）人	看護補助者（ ）人	理学療法士（ ）人	言語聴覚士（ ）人
	歯科医師（ ）人	准看護師（ ）人	MSW（ ）人	作業療法士（ ）人	その他（ ）人
「その他」の職種、内訳（人数）を記載ください。					

【人員配置予定（回復期リハビリテーション病棟）】

常勤	専任医師（ ）人	看護職員（ ）人	看護補助者（ ）人
	専従理学療法士（ ）人	専従作業療法士（ ）人	専従言語聴覚士（ ）人
在宅復帰支援担当の専任社会福祉士等（ ）人			
非常勤	医師（ ）人	看護職員（ ）人	看護補助者（ ）人
	理学療法士（ ）人	作業療法士（ ）人	言語聴覚士（ ）人
在宅復帰支援担当の社会福祉士等（ ）人			

回復期リハビリテーション病棟届出予定病棟数(病床数)	病棟(床)
----------------------------	--------

【回復期リハビリテーション病棟入院料の届出(届出又は届出予定のあるものに丸を付してください。)]

回復期リハビリテーション病棟入院料	I	II	III
-------------------	---	----	-----

【疾患別リハビリテーション料の届出(届出又は届出予定のあるものに丸を付してください。)]

心大血管等リハビリテーション料	I	II	
脳血管疾患等リハビリテーション料	I	II	III
運動器リハビリテーション料	I	II	
呼吸器リハビリテーション料	I	II	

回復期リハビリテーション病棟構造設備	病棟面積()㎡()㎡/床	病室面積()㎡()㎡/床
	病室に隣接する廊下幅()m	

注:病室面積の1床あたりの面積は、1床あたり面積が最小の室についての値を記入してください。

別紙様式2 (第5関係)

番 号
年 月 日

京都府知事 様

補助事業者



年度京都府回復期リハビリテーション病棟
整備促進事業補助金実績報告書

年 月 日付け京都府指令 第 号で交付決定の上記補助金について、下記のとおり関係書類を添えて報告します。

1 補助金精算額 金 円

2 添付書類

- (1) 事業概要 (実績) (別紙2-1)
- (2) 補助金精算額調書 (別紙2-2)
- (3) 対象経費精算額明細書 (別紙2-3)
- (4) 歳入歳出決算書の抄本
- (5) その他参考となる書類

京都府回復期リハビリテーション病棟整備促進事業 事業概要(実績)

申請(開設)者	フリガナ				
	名称				
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	主たる事務所の所在地	(〒 -) 京都府			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
補助を受けようとする整備等	施設整備及び設備整備の内容				
	施設整備及び設備整備に係る経費				
	施工期間	着工 年 月 日 ~ 竣工 年 月 日			
	回復期リハビリテーション病棟	病棟数 整備前(棟)	整備後(棟)	病床数 整備前(床)	整備後(床)
	施設基準届出予定日		年 月 日		
	算定開始予定日		年 月 日		

回復期リハビリテーション病棟整備促進事業補助金精算額調書

(補助事業者名:)
(単位:円)

	対象経費の 支出予定額(A)	府補助基準額(B)	選定額(C)	補助率	府補助額(D)
回復期リハビリテーション病棟整備促進事業 (E)	円	円	円	-	円
施設整備(F)		49,500,000		1/3	
設備整備(G)		10,500,000		1/3	

注1 (C)欄には、(A)と(B)とを比較して少ない方の額を記入すること。

2 (D)欄には、(C)に補助率を乗じて得た額を記入すること。

3 (E)欄には、(F)と(G)の合計額を記入すること。

4 ただし、1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする

対象経費精算額明細書

【施設整備】

費目	面積	単価	金額	備考
	m	円	円	
消費税				
合計				

- (注) 1. 単価、金額については、税抜き価格で記載すること。
 2. 合計額は、様式2-2の(A)欄の額と一致すること。
 3. 当該施設整備の工事設計図(写)、工事仕訳書(写)を添付すること。
 4. 当該施設整備に係る経費が支払済みであることが確認できるもの(領収書(写)等)を添付すること。
 5. 当該施設の写真を添付すること。

【設備整備】

品目	銘柄	規格	数量	単価	金額	備考
				円	円	
消費税						
合計						

- (注) 1. 単価、金額については、税抜き価格で記載すること。
 2. 一品の価格が3万円以上のものを記入すること。
 3. 合計額は、様式2-2の(A)欄の額と一致すること。
 4. 明細にある物品等が支払済みであることが確認できるもの(領収書(写)等)を添付すること。
 5. 明細にある物品等の写真を添付すること。

年度決算書抄本

(単位:円)

歳入	歳出
<p>現金</p> <p>京都府補助金</p>	<p>施設整備</p> <p>設備備品</p> <p style="text-align: center;">内訳</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> { <div style="text-align: center;"> <p>補助対象分</p> <p>その他</p> </div> } </div>
計	計

上記のとおり相違ないことを証明します

年 月 日

設置者

代表者

印

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準充足状況

所在地 _____
 開設者名称 _____
 施設名称 _____

施設基準届出予定日	平成 年 月 日	算定開始予定日	平成 年 月 日
-----------	----------	---------	----------

リハビリテーション科標榜の有無	有・無
-----------------	-----

【人員配置予定（施設全体）】

常 勤	医師（ ）人	看護師（ ）人	看護補助者（ ）人	理学療法士（ ）人	言語聴覚士（ ）人
	歯科医師（ ）人	准看護師（ ）人	MSW（ ）人	作業療法士（ ）人	その他（ ）人
	「その他」の職種、内訳（人数）を記載ください。				
非常勤	医師（ ）人	看護師（ ）人	看護補助者（ ）人	理学療法士（ ）人	言語聴覚士（ ）人
	歯科医師（ ）人	准看護師（ ）人	MSW（ ）人	作業療法士（ ）人	その他（ ）人
	「その他」の職種、内訳（人数）を記載ください。				

【人員配置予定（回復期リハビリテーション病棟）】

常 勤	専任医師（ ）人	看護職員（ ）人	看護補助者（ ）人
	専従理学療法士（ ）人	専従作業療法士（ ）人	専従言語聴覚士（ ）人
	在宅復帰支援担当の専任社会福祉士等（ ）人		
非常勤	医師（ ）人	看護職員（ ）人	看護補助者（ ）人
	理学療法士（ ）人	作業療法士（ ）人	言語聴覚士（ ）人
	在宅復帰支援担当の社会福祉士等（ ）人		

回復期リハビリテーション病棟届出予定病床数(病床数)	病棟(床)
----------------------------	--------

【回復期リハビリテーション病棟入院料の届出(届出又は届出予定のあるものに丸を付してください。)]

回復期リハビリテーション病棟入院料	I	II	III
-------------------	---	----	-----

【疾患別リハビリテーション料の届出(届出又は届出予定のあるものに丸を付してください。)]

心大血管等リハビリテーション料	I	II	
脳血管疾患等リハビリテーション料	I	II	III
運動器リハビリテーション料	I	II	
呼吸器リハビリテーション料	I	II	

回復期リハビリテーション病棟 テ ー シ ョ ン 病 棟 構 造 設 備	病棟面積()㎡()㎡/床	病室面積()㎡()㎡/床
	病室に隣接する廊下幅()m	

注:病室面積の1床あたりの面積は、1床あたり面積が最小の室についての値を記入してください。