

## リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届 出 区 分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション(Ⅲ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション(Ⅱ)					
従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任 (常勤換算)	( 名 )
			非専任	名		非専任	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	理 学 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	( 名 )
			非専従	名		非専従	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	( 名 )
			非専従	名		非専従	名
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従 (常勤換算)	( 名 )
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 従 事 者	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
治療・訓練を十分実施しえる専用施設の面積				平方メートル			
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							

初期加算届出の有無 (該当するものに○)	有 ・ 無	
リハビリテーション科の 医師の氏名		<input type="checkbox"/> 常勤換算
		<input type="checkbox"/> 常勤換算

維持期のリハビリテーションにおける施設基準に係る事項

指定を受けている介護保険サービス

介護保険サービス名		指定の有無	指定年月	指定番号
①	通所リハビリテーション		平成      年 月	
②	介護予防通所リハビリテーション		平成      年 月	

過去 1 年間の提供実績

(算出期間：平成      年      月      日～平成      年      月      日)

介護保険サービス名		提供実績（実人数）
③	通所リハビリテーション	人
④	介護予防通所リハビリテーション	人
合計		人

[記載上の注意]

- 専任の非常勤医師、専従の非常勤理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち、週 3 日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週 24 時間以上の勤務を行っている非常勤従事者を組み合わせて配置している場合には、当該非常勤従事者を常勤換算した人数(小数点以下第 2 位四捨五入)を記入すること。
- 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士及びその他の従事者の氏名並びに勤務の態様等について、別添 2 の様式 44 の 2 を添付すること。
- 当該リハビリテーションが行われる専用の機能訓練室の配置図及び平面図を添付すること。  
なお、言語聴覚療法を行う保険医療機関においては、遮蔽等に配慮した専用の個別療 法室が

あることがわかる配置図及び平面図であること。

- 4 その他、当該届出を行うに当たっては、次の要件を満たす必要があること。
  - ・リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
  - ・定期的にその他関係職種が参加するカンファレンスが開催されていること。
- 5 「初期加算届出の有無」欄について、有に○をつけた場合には、「リハビリテーション科の医師の氏名」欄を記載すること。なお、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週24時間以上の勤務を行っているリハビリテーション科の非常勤医師を組み合わせで配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の口に「✓」を記入すること。
- 6 介護保険サービスの指定については、介護保険法第71条に定める指定居宅サービス事業者の特例（見なし指定）による指定も含む。通所リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーションの指定若しくは提供実績が確認できる資料（指定通知書等）を添付すること。