

**集団コミュニケーション療法料の施設基準に係る届出書添付書類**

当該施設にて算定している リハビリテーション料 (該当するものに○)			脳血管疾患等リハビリテーション料 I・II・III 障害児(者)リハビリテーション料				
従 事 者 数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任 (常勤換算)	名 (名)
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従 (常勤換算)	名 (名)
			専任	名		専任	名
専用施設の面積		集団療法室		平方メートル			
		個別療法室との 兼用状況 (該当するものに○)		共通 ・ 独立 ・ 個別療法室なし			
当該療法を行うための器械・器具の一覧							

**〔記載上の注意〕**

- 1 専任の非常勤医師、専従の非常勤言語聴覚士のうち、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22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。
- 2 集団療法室として用いている部屋を複数備えている場合については、面積が最も小さいものについて記載すること。
- 3 個別療法室との兼用状況については、共通で用いている部屋が1室でもある場合については「共通」を選択すること。
- 4 当該治療が行われる専用の療法室の配置図及び平面図を添付すること。
- 5 当該治療に従事する医師及び言語聴覚士の氏名、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。