

様式41

〔 心大血管疾患リハビリテーション(Ⅰ)
心大血管疾患リハビリテーション(Ⅱ) 〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・血管造影検査が行える体制が整っている。 連携保険医療機関名					
従事者	医 師	専 任	名	非常勤	専 任	名	
		非専任	名		非専任	名	
	看 護 師	専 従	名	非常勤	専 従	名	
		非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	専 従	名	非常勤	専 従	名	
		非専従	名		非専従	名	
専用の機能訓練室の面積		平方メートル					
専用の機能訓練室に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血圧計							
救急カート							
運動負荷試験装置							
その他							

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	

〔記載上の注意〕

- 1 運動負荷試験装置については、当該保険医療機関内に備えていればよい。
- 2 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○をつけること。「標榜診療科」については、当該科の担当医師が心大血管疾患リハビリテーションを実施する時間帯において常時勤務していなくてはならない。
- 3 「緊急時に備える体制」を連携保険医療機関で確保している場合には、当該連携保険医療機関の名称を記載すること。また、緊急手術・血管造影検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。
- 4 当該リハビリテーションに従事する医師、看護師及び理学療法士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。
- 5 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。
- 6 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、運動処方、実施時間、訓練内容、担当者等）が患者ごとに一元的に管理され、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。
- 7 「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。

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○)		() 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ) () 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅱ) () 脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅲ) () 運動器リハビリテーション(Ⅰ) () 運動器リハビリテーション(Ⅱ) () 運動器リハビリテーション(Ⅲ) () 呼吸器リハビリテーション(Ⅰ) () 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	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	名
			非専従	名		非専従	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	言 語 聴 覚 士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	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							

[記載上の注意]

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 「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。

〔 難病患者リハビリテーション
障害児（者）リハビリテーション 〕 の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

従 事 者	医 師	常	専 任	名	非 常 勤	専 任	名	
		勤	非専任	名		非専任	名	
	看 護 師	常	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
		勤	非専従	名		非専従	名	
	理学療法士	常	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
		勤	非専従	名		非専従	名	
	作業療法士	常	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
		勤	非専従	名		非専従	名	
	言語聴覚士	常	専 従	名	非 常 勤	専 従	名	
		勤	非専従	名		非専従	名	
	専 用 施 設 の 面 積		平方メートル					
	当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧							
訓練マットとその付属品 姿勢矯正用鏡 車椅子 各種杖 各種測定用器具（角度計、握力計） その他（ ）								
障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧								
・ 児童福祉法第43条の3に規定する肢体不自由児施設 ・ 児童福祉法第43条の4に規定する重度心身障害児施設 ・ 児童福祉法第7条第6項に規定する国立高度専門医療研究センター及び独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関であって厚生労働大臣の指定する医療機関 ・ リハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関								

〔記載上の注意〕

- 1 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、作業療法士及び言語聴覚士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。
- 2 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室があることがわかる配置図及び平面図であること。
- 3 「当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧」欄については、該当するものに○をつけること。また、その他に器械・器具がある場合は（ ）に記入すること。
- 4 「障害児（者）リハビリテーションの届出を行う施設一覧」欄については、該当するものに○をつけること。
- 5 その他、障害児（者）リハビリテーションの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。

※ 以下はリハビリテーションを実施している患者のうち、概ね8割以上の患者が脳性麻痺等である保険医療機関である場合のみ記載すること。

リハビリテーションを実施した患者（延べ人数）	A	名	患者数 算出期間 年 月 日 ～ 年 月 日
上記のうち、障害児（者）に該当する患者（延べ人数B（再掲））		名	
脳性麻痺		名	
胎生期若しくは乳幼児期に生じた脳又は脊髄の奇形及び障害		名	
顎・口蓋の先天異常		名	
先天性の体幹四肢の奇形又は変形		名	
先天性神経代謝異常症、大脳白質変性症		名	
先天性又は進行性の神経筋疾患		名	
神経障害による麻痺及び後遺症		名	
言語障害、聴覚障害又は認知障害を伴う自閉症等の発達障害		名	
当該施設における障害児（者）患者の割合	B / A	%	

- ① Aは、算出期間中に当該施設でリハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、集団コミュニケーション療法料）を1単位以上算定した患者の延べ人数について記載すること。
- ② Bは、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病によるものを除く。
- ③ 平均患者数算出期間は届出の直近1か月とする。

がん患者リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

当該施設において算定している疾患別リハビリテーション料等 (該当するものに○)			心大血管疾患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・Ⅲ 呼吸器リハビリテーション料 Ⅰ・Ⅱ 障害児(者)リハビリテーション料					
経験を有する職員	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	専任の常勤医師の氏名				リハビリテーションに係る経験		あり・なし	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名				職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名				職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	経験を有する常勤専従職員氏名				職種		理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	
					がん患者リハビリテーションの研修		あり・なし	
	従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
				非専任	名		非専任	名
理学療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
作業療法士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
言語聴覚士		常勤	専従	名	非常勤	専従	名	
			非専従	名		非専従	名	
専用施設の面積		専用施設面積		平方メートル				
		言語聴覚療法専用施設の面積		平方メートル				

当該療法を行うための器械・器具の一覧

[記載上の注意]

- 1 当該リハビリテーションに従事する医師、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。
- 2 経験を有する専任の医師について、①リハビリテーションに関する経験についてわかる書類
②がん患者のリハビリテーションについて研修を修了していることがわかる書類を添付すること。
- 3 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していること。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教室があることがわかる配置図及び平面図であること。

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	名
			非専任	名		非専任	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	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 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。
- 2 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。

様式44の2

リハビリテーション従事者の名簿

[illegible]

「記載上の注意」

- 1 当該医療機関において行われるリハビリテーションに従事する従事者を全て記載すること。なお、回復期リハビリテーション病棟に専従する者、訪問リハビリテーションに専従する者も記載すること。また、介護保険の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションに専従する者は含まないが、医療保険のリハビリテーションを提供する可能性のある者は介護保険のリハビリテーションの従事者であっても記載すること。
- 2 職種欄におけるその他とは、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅱ)、(Ⅲ)に規定される適切な研修を修了した準看護師等のことをいう。
- 3 専任者、専任者については、当該従事者が担当するリハビリテーション区分の全てについて、専従であれば◎、専任であれば●を記載すること。
- 4 各リハビリテーションに規定される、経歴を有する者については、「経歴」欄に経歴を有する又は研修を修了したリハビリテーション名を記載すること。

（ 認知療法・認知行動療法1
認知療法・認知行動療法2 ） の施設基準に係る届出書

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 認知療法・認知行動療法の届出

標榜診療科	
医師の氏名	
指定番号	
研修受講の有無	有 ・ 無
研修の名称	ア 認知行動療法研修事業（厚生労働省事業） イ その他（名称 ）

2 認知療法・認知行動療法1の実績に係る要件

(1)	都道府県等に協力し診察業務等を行った回数	回(≥1回)
(2)	①+②+③	回(≥6回)
	①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制（オンコール等）に協力した回数	回
	②他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力（外来、当直、対診等）を行った回数	回
	③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
(3)	④所属する保険医療機関の時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
	⑤所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	有 ・ 無

[記載上の注意]

- 1 医師が精神保健指定医の場合、指定番号を記載すること。
- 2 研修受講有の場合、研修の名称を記載すること。
- 3 認知療法・認知行動療法1を届け出る場合、当該精神保健指定医の届出前直近1年間の実績を記載し、要件の(1)、(2)又は(3)のいずれか2つ以上の要件を満たすこと。具体的には、(3)の場合、④又は⑤の要件を満たすこと。実績等については、照会に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。

精神科作業療法の施設基準に係る届出書添付書類

当該療法に従事する作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
		非専従	名		非専従	名
専用施設の面積			平方メートル			
当該療法を行うために必要な専用の器械・器具の一覧						
手工芸						
木工						
印刷						
日常生活動作						
農耕又は園芸						
病院の種別（該当する方に○をつけること。） ・精神科病院 ・精神病棟を有する病院であって、入院基本料（精神病棟入院基本料の特別入院基本料以外の特別入院基本料を除く。）、精神科急性期治療病棟入院料又は精神療養病棟入院料を算定する病院						

[記載上の注意]

- 1 当該治療に従事する作業療法士の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、当該療法に専従である作業療法士であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科 [] ケアの施設基準に係る届出書添付資料

従 事 者 数	医 師	常 勤	専 任	名	非常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	作 業 療 法 士	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する 看護師	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看護師	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	准看護師	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	精 神 保 健 福 祉 士	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	臨 床 心 理 技 術 者 等	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	栄 養 士	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 補 助 者	常 勤	専 従	名	非常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専 用 施 設 の 面 積		平方メートル					
		患者 1 人当たり 平方メートル					

〔記載上の注意〕

- 1 [] 内には、ショート、デイ、ナイト又はデイ・ナイトのいずれかを記入すること。
- 2 当該ケアの従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
 - ・精神科医師
 - ・作業療法士
 - ・看護師
 - ・臨床心理技術者
 - ・精神保健福祉士
 - ・栄養士
 - ・精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの経験を有する看護師
- 3 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

精神科デイ・ケア等 疾患別等診療計画

作成日 年 月 日

患者氏名		性別		生年月日	年 月 日 (歳)																		
主治医		デイ・ケア 担当職員																					
診断		既往症																					
入院歴	☐ なし ☐ あり (最終入院 年 月 ~ 年 月 病院)																						
治療歴 (デイ・ケア等の 利用歴を含む)	☐ なし ☐ あり (<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="3">デイ・ケア等利用歴</th> </tr> <tr> <td>☐ショート・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> </tr> <tr> <td>☐デイ・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> </tr> <tr> <td>☐ナイト・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> </tr> <tr> <td>☐デイ・ナイト・ケア</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> </tr> <tr> <td>☐その他</td> <td>(施設名</td> <td>利用期間</td> </tr> </table>					デイ・ケア等利用歴			☐ ショート・ケア	(施設名	利用期間	☐ デイ・ケア	(施設名	利用期間	☐ ナイト・ケア	(施設名	利用期間	☐ デイ・ナイト・ケア	(施設名	利用期間	☐ その他	(施設名	利用期間
デイ・ケア等利用歴																							
☐ ショート・ケア	(施設名	利用期間																					
☐ デイ・ケア	(施設名	利用期間																					
☐ ナイト・ケア	(施設名	利用期間																					
☐ デイ・ナイト・ケア	(施設名	利用期間																					
☐ その他	(施設名	利用期間																					
現在の状況 (症状・治療内容等)																							
デイ・ケア 利用目的																							
デイ・ケア 内容	(具体的なプログラム内容とその実施頻度及び期間について記載をすること。)																						
デイ・ケア 目標	短期目標(概ね3ヶ月以内)																						
	長期目標(概ね1年以内)																						
特記事項																							

様式46の3

治療抵抗性統合失調症治療指導管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1 統合失調症の診断・治療に十分な経験を有する精神科医の氏名	
2 統合失調症について十分な知識を有する薬剤師の氏名	
3 副作用発現時に対応するための体制の概要	

重度認知症患者デイ・ケア料の施設基準に係る届出書

従 事 者 数	精神科医師	常勤	名	非常勤	名
	専従の作業療法士	常勤	名	非常勤	名
	専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	精神病棟勤務の経験を有する専従の看護師	常勤	名	非常勤	名
	その他の専従の従事者 (職名：) (職名：)	常勤	名 名	非常勤	名 名

専用の施設の面積	平方メートル
(患者1人当たり	平方メートル)
専用の器械・器具	

[記載上の注意]

- 1 重度認知症患者デイ・ケア料の従事者の氏名、勤務の形態及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。なお、次のいずれに該当する従事者であるかについて備考欄に記載すること。
- 2 届出事項に係る専用の施設の面積を記入し、配置図及び平面図を添付すること。
- 3 届出事項に係る専用の器械・器具の目録を記入すること。

医療保護入院等診療料の施設基準に係る届出書添付書類

常勤の精神保健指定医の氏名 (指 定 番 号)	()
行動制限最小化に係る委員会	開催回数 () 回／月 参加メンバー (職種) ・ ・ ・ ・ ・
行動制限最小化に係る基本指針の作成日時	平成 年 月 日作成
研修会の実施頻度	開催回数 () 回／年

備考 行動制限最小化に係る基本指針を添付のこと。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(甲状腺に対するもの)

1 甲状腺の治療に係る専門の知識及び5年以上の経験を有する医師の氏名等(1名以上)	
医師の氏名	甲状腺の治療に係る経験年数
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

エタノールの局所注入の施設基準に係る届出書添付書類
(副甲状腺に対するもの)

1 担当する医師に関する事項	
氏	名 _____
副甲状腺の治療に係る経験年数（5年以上） _____ 年	
2 当該療法を行うために必要な器械・器具	
カラードプラエコー (解像度7.5MHz以上)	

[記載上の注意]

「2」については、機器名、解像度等、当該療法を実施するにつき十分な性能を有していることがわかる内容を記載すること。

様式 49 の 3

透析液水質確保加算 1

透析液水質確保加算 2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 標榜診療科（施設基準に係る標榜科名を記入すること。）		
2 透析機器安全管理委員会の設置状況	有 ・ 無	
	職 種	氏 名
(1) 透析液安全管理者（専任の医師又は専任の臨床工学技士）の職種及び氏名		
(2) 透析液製造担当者の職種及び氏名		
(3) 品質管理者の職種及び氏名		
(4) 機器・設備管理担当者の職種及び氏名		
3 水質検査の実施状況等		
実 施 年 月 日	水質検査結果（採取部位、細菌数、エンドトキシン等）	
年 月 日		
年 月 日		

年 月 日	
年 月 日	

[記載上の注意]

- 1 透析液安全管理者は、医療機器安全管理責任者を兼任できること。
- 2 品質管理者は、透析に携わる医師又は透析液の品質管理に十分な経験と知識を有する者であること。
- 3 透析機器安全管理委員会において作成した「管理計画」の写しを添付すること。
- 4 「3」については、届出前3ヶ月の実施状況等を記入すること。
- 5 透析液水質確保加算1の届出を行う場合にあっては、「3」は記載する必要はないこと。

一酸化窒素吸入療法の施設基準に係る届出書添付書類

次のいずれかの施設基準の届出を行っている保険医療機関
(該当する区分に○をつけること。)

- 1 新生児特定集中治療室管理料
- 2 総合周産期特定集中治療室管理料

様式 50

う蝕歯無痛的窩洞形成加算の施設基準届出書添付書類

1 標榜診療科

--

2 当該療養に係る歯科医師の氏名等

歯科医師の氏名	経歴（経験年数を含む。）

3 設置機器名

一般名称	医療機器の製品名	設置年月日

様式 50 の 2

歯科技工加算の施設基準届出書添付書類

1 歯科技工室・歯科技工に必要な機器の設置の有無

歯科技工室	有 ・ 無
歯科技工に必要な機器の設置	有 ・ 無

2 常勤の歯科技工士の氏名

常勤歯科技工士の氏名		

3 院内掲示の例を添付

[記載上の注意]

保険医療機関内に歯科技工室を有していることがわかる資料（平面図
又は配置図等）を添付