

体制強化加算 1  
体制強化加算 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. 病棟に配置される専従の常勤職員（□には、適合する場合「✓」を記入のこと）

区分	氏名	経験年数	勤務時間	研修受講	病棟外業務 (加算2のみ)
① 医師		年	時間	□	□
医師		年	時間	□	□
② 社会福祉士		年	時間		

2. 体制強化加算 2 の要件等

前月の外来患者に対するリハビリテーション又は訪問リハビリテーション指導の実施（あり・なし）

病棟外業務を行う専従常勤医師の氏名	病棟の業務に従事する曜日・時間等
上記の医師のうち少なくとも 1 名が従事している時間（実時間）： 時間	

[記載上の注意]

- 「1」の①の経験年数欄はリハビリテーション医療に関する経験年数を記載すること。  
また研修受講した修了証の写しを添付すること。専従の常勤医師が3名以上いる場合は、適宜行を追加して記載すること。
- 「1」の②の経験年数欄は退院調整に関する経験年数を記載すること。
- 「1」の勤務時間には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記入すること。
- 「2」の病棟外業務を行う医師の氏名には、「1」で挙げた専従常勤医師の氏名をそれぞれ記入し、当該医師が病棟の業務に従事する曜日・時間等を記入すること。