

様式43

- ・ 難病患者リハビリテーション料
- ・ 障害児（者）リハビリテーション料

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。

難病患者リハビリテーション

施設基準における、配置職員情報				記入欄
従事者数 ※ 該当する従業員がいない場合は、0を入力する	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	看護師	常勤	専従	人
	理学療法士	常勤	専従	人
	作業療法士	常勤	専従	人
	言語聴覚士	常勤	専従	人

専用施設及び器具等		
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	m ²
	患者一人当たりの面積	m ²
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄	
	<input type="checkbox"/> 訓練マットとその付属品 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 各種杖 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具（角度計、握力計等） <input type="checkbox"/> その他（ ）

障害児（者）リハビリテーション

施設基準における、配置職員情報				記入欄
従事者数 ※ 該当する従業員がいない場合は、0を入力する ※ 看護師を常勤換算とする場合は、 該当者全員の経験年数を記入すること ※ 言語聴覚療法を実施する場合は、 言語聴覚士の人数も記入すること	医師	常勤	専任	人
		非常勤	専任（常勤換算）	人
	理学療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	作業療法士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
	看護師	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
		リハビリテーションの経験年数 ※ 小数点以下切り捨て		年
		リハビリテーションの経験年数 ※ 小数点以下切り捨て		年
言語聴覚士	常勤	専従	人	
	非常勤	専従（常勤換算）	人	

専用施設及び器具等		
専用施設の面積 ※ 小数点以下四捨五入	機能訓練室	m ²
	個別療法室 ※ 言語聴覚療法を行う場合は記入すること	m ²
当該療法を行うための器械・器具の一覧 ※ 該当する□に✓を入れること	記入欄	
	<input type="checkbox"/> 訓練マットとその付属品 <input type="checkbox"/> 姿勢矯正用鏡 <input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 各種杖 <input type="checkbox"/> 各種測定用器具（角度計、握力計等） <input type="checkbox"/> 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 ※ 該当する□に✓を入れること
<input type="checkbox"/> 児童福祉法第42条第2号に規定する医療型障害児入所施設
<input type="checkbox"/> 児童福祉法第7条第2項に規定する指定発達支援医療機関

リハビリテーションを実施している外来患者のうち、おおむね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 専任の非常勤医師、専従の非常勤看護師・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 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。
- 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平面図であること。
- 4 「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。
- 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。

※ 以下は障害児(者)リハビリテーション料を届ける場合においてリハビリテーションを実施している外来患者のうち、おおむね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。

患者数算出期間 ※ 届出の直近1か月の期間を和暦で記載すること	
令和 年 月 日	～ 令和 年 月 日
外来リハビリテーションを実施した患者(延べ人数) A	名
上記のうち、障害児(者)に該当する患者(延べ人数) B	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の外来において、疾患別リハビリテーション料等(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。