

認知症患者リハビリテーション料の施設基準に係る届出書添付書類

施設要件		記入欄		
1. 認知症治療病棟入院料を算定する保険医療機関 2. 認知症疾患医療センター ※ 該当する□に✓を記入すること		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
施設基準における、配置職員情報		記入欄		
専任の常勤医師 1 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨て）	年		
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
専任の常勤医師 2 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨て）	年		
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
専任の常勤医師 3 ※ 専任の非常勤医師を組み合わせた場合を含む	氏名			
	常勤換算か否か ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	
	リハビリテーションに係る経験 ※ 年単位で記入すること（小数点以下切り捨て）	年		
	認知症患者リハビリテーションの研修 ※ 該当する□に✓を記入すること	<input type="checkbox"/> 受講済	<input type="checkbox"/> 未受講	
従事者数 ※ 該当する従事者がいない場合は、0を入力する	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
	言語聴覚士	常勤	専従	人
		非常勤	専従（常勤換算）	人
		記入欄		
当該療法を行うための器械・器具の一覧				

【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。
- 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。
- 経験を有する専任の医師について、①認知症患者の診療に関する経験についてわかる書類、②認知症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（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）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平面図を添付していること。
- 当該療法を行うための器械・器具の一覧については、作業療法、学習訓練療法、運動療法等に用いるための用具を記載すること。