

自己点検事項

◇ 地域包括ケア病棟入院料 3 及び 4 (A 3 0 8 - 3)

(1) 看護配置等について、次のいずれも満たしている。 ( 適 ・ 否 )

- ア 当該病棟又は病室を含む病棟における 1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が13又はその端数を増すごとに 1 以上である。
- イ 当該病棟又は病室を含む病棟における夜勤を行う看護職員の数は、アの規定にかかわらず、2 以上である。(地域包括ケア病棟入院料の注 8 の場合を除く)
- ウ 看護職員の最小必要数の 7 割以上が看護師である。

□ 注 2 の届出を行う場合

- ア 当該病棟又は病室を含む病棟における 1 日に看護を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が15又はその端数を増すごとに 1 以上である。
- イ 当該病棟又は病室を含む病棟における夜勤を行う看護職員の数は、アの規定にかかわらず、2 以上である。(地域包括ケア病棟入院料の注 8 の場合を除く)
- ウ 看護職員の最小必要数の 4 割以上が看護師である。

(2) 当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に、直近 3 か月において入院している全ての患者の状態について、別添 6 の別紙 7 の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票におけるモニタリング及び処置等の項目 (A 項目) 及び手術等の医学的状況の項目 (C 項目) を用いて測定し、その結果、当該病床又は当該病室へ入院する患者全体に占める基準を満たす患者 (◆) の割合が一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰで 1 割 4 分以上、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅱで 1 割 1 分以上である。

( 適 ・ 否 )

(◆) 別添 6 の別紙 7 による測定の結果、看護必要度評価票 A 項目の得点が 1 点以上の患者又は C 項目の得点が 1 点以上の患者。

※ 産科患者、15 歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料 2 又は 3 の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合 (基本診療料の施設基準等第十の三 (3) 及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料 2 又は 3 に係る要件を満たす場合に限る。) は、対象から除外する。

点検に必要な書類等

・様式 9、勤務実績表、会議・研修・他部署勤務の一覧表及び病棟管理日誌

点検に必要な書類等

・重症度、医療・看護必要度の基準を満たす患者の割合の算出の根拠となる書類

医療機関コード

保険医療機関名

また、重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価に当たっては、歯科の入院患者（同一入院中に医科の診療も行う期間については除く。）は、対象から除外する。

※ ただし、令和2年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っているものについては、令和3年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなす。

(3) 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡに係る評価票の記入（別添6の別紙7の別表1に掲げる「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧」を用いて評価を行う項目は除く。）は、院内研修を受けたものを行っている。

（ 適 ・ 否 ）

※ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ又はⅡのいずれを用いて評価を行うかは、入院料等の届出時に併せて届け出ること。

なお、評価方法のみの変更を行う場合については、別添7の様式10を用いて届け出る必要があること。ただし、評価方法のみの変更による新たな評価方法への切り替えは切替月（4月及び10月）のみとし、切替月の10日までに届け出ること。

(4) 当該保険医療機関内に入退院支援部門(◆)が設置されている。 ( 適 ・ 否 )

(◆)入退院支援及び地域連携業務を担う部門

点検に必要な書類等

・入退院支援部門に配置している看護師及び社会福祉士の出勤簿

(5) 当該入退院支援部門に、入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する専従の看護師又は専従の社会福祉士が1名以上配置されている。 ( 適 ・ 否 )

- 専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士が配置されている。
- 専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師が配置されている。

※なお、当該専従の看護師又は社会福祉士については、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22時間以上の勤務を行っている専従の非常勤の看護師又は社会福祉士（入退院支援及び地域連携業務に関する十分な経験を有する看護師又は社会福祉士に限る。）を2名以上組み合わせることにより、常勤看護師等と同じ時間帯にこれらの非常勤看護師等が配置されている場合には、当該基準を満たしているものとみなすことができる。

※ ただし、令和2年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っているものについては、令和3年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。

医療機関コード  
保険医療機関名

(6) 当該病棟又は病室を含む病棟に、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士（以下「理学療法士等」という。）が1名以上配置されている。

( 適 ・ 否 )

※ 当該理学療法士等は、疾患別リハビリテーション等を担当する専従者との兼務はできないものであり、当該理学療法士等が提供した疾患別リハビリテーション等については疾患別リハビリテーション料等を算定することはできない。

※ 注2の届出を行う場合

専任の常勤理学療法士、専任の常勤作業療法士又は専任の常勤言語聴覚士が1名以上配置されている。

※ なお、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専従の非常勤理学療法士、専従の非常勤作業療法士又は専従の非常勤言語聴覚士をそれぞれ2名以上組み合わせることにより、当該保険医療機関における常勤理学療法士、常勤作業療法士又は常勤言語聴覚士の勤務時間帯と同じ時間帯にこれらの非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士がそれぞれ配置されている場合には、それぞれの基準を満たすこととみなすことができる。

(7) 特定機能病院（医療法第4条の2第1項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関である。

( 適 ・ 否 )

(8) 心大血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)、脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)又はがん患者リハビリテーション料の届出を行っている。

( 適 ・ 否 )

(9) (8)のリハビリテーションを提供する患者については、1日平均2単位以上提供している。ただ

し、1患者が1日に算入できる単位数は9単位までとする。

( 適 ・ 否 )

※ 当該リハビリテーションは地域包括ケア病棟入院料に包括されており、費用を別に算定することはできないため、当該病棟又は病室を含む病棟に専従の理学療法士等が提供しても差し

点検に必要な書類等

・当該病棟の、専従の常勤理学療法士、専従の常勤作業療法士又は専従の常勤言語聴覚士の出勤簿

点検に必要な書類等

・リハビリの平均提供単位数の根拠となる書類

医療機関コード

保険医療機関名

支えない。また、当該入院料を算定する患者に提供したリハビリテーションは、疾患別リハビリテーションに規定する従事者1人あたりの実施単位数に含むものとする。

※ リハビリテーションの提供に当たっては、当該患者の入棟時に測定したADL等を参考にリハビリテーションの必要性を判断し、その結果について診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に説明すること。

(10) 病室に隣接する廊下の幅は内法による測定で、1.8メートル以上であることが望ましい。ただし、両側に居室がある廊下の幅は、2.7メートル以上であることが望ましい。

( 適 ・ 否 )

※ 廊下の幅が1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)に満たない医療機関については、全面的な改築等を行うまでの間は1.8メートル(両側居室の場合は2.7メートル)未満であっても差し支えないが、全面的な改築等の予定について年1回報告を行っている。

(11) 当該病棟若しくは病室を含む病棟に、又は当該医療機関内における当該病棟若しくは病室を含む病棟の近傍に患者の利用に適した浴室及び便所が設けられている。

( 適 ・ 否 )

(12) 次のいずれかの基準を満たしている。

( 適 ・ 否 )

- 在宅療養支援病院の届出を行っている。
- 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、直近1年間の在宅患者の受入実績が3件以上(区分番号「A206」在宅患者緊急入院診療加算の1を算定したものに限る。)である。
- 医療計画に記載されている第二次救急医療機関である。
- 救急病院等を定める省令に基づき認定された救急病院である。
- 訪問看護ステーションが当該保険医療機関と同一の敷地内に設置されている。

(13) データ提出加算に係る届出を行っている。

( 適 ・ 否 )

医療機関コード

保険医療機関名

(14) 平成26年3月31日時点で10対1入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）、13対1入院基本料（一般病棟入院基本料若しくは専門病院入院基本料に限る。）又は15対1入院基本料（一般病棟入院基本料に限る。）を算定する病院において、地域包括ケア病棟入院料の届出を行った場合には、当該入院料の届出を行っている期間において、急性期一般入院料1又は7対1入院基本料の届出を行っていない。

※ 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことはできない。ただし、次に掲げる場合にあっては、それぞれ次に定めるとおり、地域包括ケア病棟入院料の届出を行うことができる。

ア 令和2年3月31日時点で地域包括ケア病棟入院料を届け出ている保険医療機関であって、現に許可病床数が400床以上のものについては、当該時点で現に届け出ている病棟を維持することができる。

イ 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床数400床以上となった病院であって、次のいずれにも該当するものについては、地域包括ケア病棟入院料2又は4に係る届出を行うことができる。

- ① 許可病床数400床未満の複数の病院が再編又は統合を行う対象病院であること
- ② 再編又は統合を行う対象病院のいずれかが、地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること
- ③ 地域医療構想調整会議において、再編又は統合後の病院が、地域包括ケア病棟を有する必要があると合意を得ていること

（ 適 ・ 否 ）

医療機関コード  
保険医療機関名

(15) 以下の場合にあっては、病棟は1病棟に限り届け出ている。 ( 適 ・ 否 )

※ ただし、③について、平成28年1月1日時点で地域包括ケア病棟入院料1若しくは2を2病棟以上届け出ている保険医療機関であって、③に掲げる施設基準を届け出ている保険医療機関については、当該時点で現に届け出ている複数の病棟を維持することができる。

- ① 療養病床により届出を行う場合
- ② 許可病床数が200床（「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床）未満の保険医療機関であって、地域包括ケア入院医療管理料1、2、3又は4の届出を行う場合
- ③ 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料又は小児特定集中治療室管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関であって、地域包括ケア病棟入院料1、2、3又は4の届出を行う場合
- ④ 地域医療構想調整会議において再編又は統合を行うことについて合意が得られ、許可病床400床以上となった病院が地域包括ケア病棟入院料2又は4の届出を行う場合

(16) 病院の一般病棟又は療養病棟の病棟単位としている。 ( 適 ・ 否 )

(17) 許可病床数が400床以上の病院にあっては、当該病棟における、入院患者に占める、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟したものの割合が6割未満であること。

( 適 ・ 否 )

※ なお、一般病棟から転棟した患者とは、急性期一般入院基本料、7対1入院基本料若しくは10対1入院基本料（特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）又は専門病院入院基本料に限る。）、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料、総合周産期特定集中治療室管理料、新生児治療回復室入院医療管理料、一類感染症患者入院医療管理料、特殊入院医療管理料又は小児入院医療管理料を算定する病棟又は病室から転棟した患者のことをいう。

※ ただし、令和2年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。

医療機関コード

保険医療機関名

(18) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めている。

( 適 ・ 否 )

※ ただし、令和2年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料に係る届出を行っているものについては、令和2年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。

### 【地域包括ケア病棟入院料3】

(1) 許可病床200床未満の保険医療機関である。 ( 適 ・ 否 )

※ 「基本診療料の施設基準等」別表第6の2に掲げる地域に所在する保険医療機関にあっては280床

(2) 当該病棟に入棟した患者のうち、自宅等から入棟した患者の占める割合が1割5分以上である。

( 適 ・ 否 )

※ なお、自宅等から入棟した患者とは、自宅又は介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症対応型グループホーム若しくは有料老人ホーム等（以下「有料老人ホーム等」という。）から入棟した患者のことをいう。ただし、当該入院料を算定する病棟を有する病院に有料老人ホーム等が併設されている場合は当該有料老人ホーム等から入棟した患者は含まれない。

※ 自宅等から入棟した患者の占める割合は、直近3か月間に自宅等から入棟した患者を直近3か月に当該病棟に入棟した患者の数で除して算出するものであること。

※ ただし、令和2年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料3に係る届出を行っているものについては、令和3年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。

(3) 当該病棟において自宅等からの緊急入院患者の受入れが直近3か月間で6人以上である。

( 適 ・ 否 )

※ 自宅等からの緊急入院患者とは、自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者で、かつ、予定された入院以外の患者のことをいう。

※ ただし、令和2年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料3に係る届出を行っているものについては、令和3年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。

点検に必要な書類等

・意思決定支援に関する指針

医療機関コード

保険医療機関名

(4) 次に掲げる項目のうち少なくとも2つを満たしている。 ( 適 ・ 否 )

- ア 当該保険医療機関において在宅患者訪問診療料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の算定回数が直近3か月間で30回以上である
- イ 当該保険医療機関において在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料又は精神科訪問看護・指導料Ⅰの算定回数が直近3か月間で60回以上である
- ウ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する訪問看護ステーションにおいて、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費の算定回数が直近3か月間で300回以上である。
- エ 当該保険医療機関において、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料の算定回数が直近3か月間で30回以上である
- オ 当該保険医療機関と同一敷地内又は隣接する敷地内に位置する事業所が、介護保険法第8条第2項に規定する訪問介護、同条第4項に規定する訪問看護、同条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同法第8条の2第3項に規定する介護予防訪問看護又は同条第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーションの提供実績を有していること。
- カ 当該保険医療機関において退院時共同指導料2の算定回数が直近3か月間で6回以上である

※ ただし、令和2年3月31日において現に地域包括ケア病棟入院料3に係る届出を行っている病棟については、令和3年9月30日までの間に限り、当該基準を満たしているものとみなすものである。

#### 【地域包括ケア病棟入院料4】

- (1) 病院の一般病棟又は療養病棟の病室単位で行うものであること。 ( 適 ・ 否 )
- (2) 許可病床数400床未満の保険医療機関であること。 ( 適 ・ 否 )

#### 【地域包括ケア病棟入院料の「注3」の看護職員配置加算】

- (1) 当該病棟(地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟)において、1日に看護を行う看護職員の数、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、当該病棟の入院患者の数が50又はその端数を増すごとに1以上である。 ( 適 ・ 否 )

※ 看護職員の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

点検に必要な書類等

- ・様式9、勤務実績表、記号等の内容・申し送り時間が分かる一覧表、勤務形態ごとの勤務時間が分かる書類、会議・研修・他部署勤務の一覧表
- ・病棟管理日誌

医療機関コード

保険医療機関名



(2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。 ( 適 ・ 否 )

※ 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」については、  
別シート「32◇看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」を必ず提出すること。

**【地域包括ケア病棟入院料の「注4」の看護補助者配置加算】**

(1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、  
1日に看護補助を行う看護補助者の数が、当該入院料の施設基準の最小必要人数に加え、常時、  
当該病棟の入院患者の数が25又はその端数を増すごとに1以上である。 ( 適 ・ 否 )

- ※ 当該加算は、みなし看護補助者を除いた看護補助者の配置を行っている場合のみ算定できる。
- ※ 看護補助者の配置については、各病棟の入院患者の状態等保険医療機関の実情に応じ、曜日や時間帯によって一定の範囲で傾斜配置できること。

(2) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。 ( 適 ・ 否 )

※ 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」については、  
別シート「32◇看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」を必ず提出すること。

(3) 看護補助者配置加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる  
内容を含む院内研修を年1回以上受講した者である。 ( 適 ・ 否 )

なお、アについては、内容に変更がない場合は、2回目以降の受講は省略して差し支えない。

- ア 医療制度の概要及び病院の機能と組織の理解
- イ 医療チーム及び看護チームの一員としての看護補助業務の理解
- ウ 看護補助業務を遂行するための基礎的な知識・技術
- エ 日常生活にかかわる業務
- オ 守秘義務、個人情報の保護
- カ 看護補助業務における医療安全と感染防止 等

点検に必要な書類等

- ・様式9、勤務実績表、記号等の内容・申し送り時間が分かる一覧表、勤務形態ごとの勤務時間が分かる書類、会議・研修・他部署勤務の一覧表
- ・病棟管理日誌

医療機関コード  
保険医療機関名

(4) 当該病棟において、看護職員と看護補助者との業務内容及び業務範囲について、年1回以上見直しを行っている。また、所定の研修を修了した（修了証が交付されているもの）看護師長等が配置されていることが望ましい。 ( 適 ・ 否 )

ア 国、都道府県又は医療関係団体等が主催する研修であること（5時間程度）

イ 講義及び演習により、次の項目を行う研修であること

(イ) 看護補助者の活用に関する制度等の概要

(ロ) 看護職員との連携と業務整理

(ハ) 看護補助者の育成・研修・能力評価

(ニ) 看護補助者の雇用形態と処遇等

#### 【地域包括ケア病棟入院料の「注7」の看護職員夜間配置加算】

(1) 当該病棟（地域包括ケア入院医療管理料を算定する場合は、当該病室を有する病棟）において、夜勤を行う看護職員の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が16又はその端数を増すごとに1に相当する数以上である。 ( 適 ・ 否 )

(2) 認知症等の患者の割合は、当該入院料を算定するものとして届け出ている病床又は病室に入院している全ての患者に対し別添6の別紙7の一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰに係る評価票の患者の状況等の項目（B項目）のうち、認知症及びせん妄状態に関する項目（「14. 診療・療養上の指示が通じる」又は「15. 危険行動」）に該当する患者の割合が、3割以上である。 ( 適 ・ 否 )

※ 産科患者、15歳未満の小児患者、短期滞在手術等基本料を算定する患者及び基本診療料の施設基準等の別表第二の二十三に該当する患者に対して短期滞在手術等基本料2又は3の対象となる手術、検査又は放射線治療を行った場合（基本診療料の施設基準等第十の三(3)及び四に係る要件以外の短期滞在手術等基本料2又は3に係る要件を満たす場合に限る。）は対象から除外する。

点検に必要な書類等

・日々の入院患者数等により看護職員の夜間の配置状況が分かる書類、様式9、勤務実績表、勤務実績表記号等の内容・申し送り時間が分かる一覧表、勤務形態ごとの勤務時間が分かる書類、会議・研修・他部署勤務の一覧  
・病棟管理日誌

医療機関コード

保険医療機関名

(3) 看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されている。

( 適 ・ 否 )

※ 「看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」については、

別シート「32◇看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制」を必ず提出すること。

医療機関コード

保険医療機関名