

地域包括ケア病棟入院料1・2・3・4（いずれかに○）の  
施設基準に係る届出書添付書類

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 当該病棟<br>〔一般・療養〕                         | 病棟名  |  |   |
|   | 病床数  | 床  |   |
|   | 看護職員配置加算に係る届出  | <input type="checkbox"/>                                   |   |
|   | 看護補助者配置加算に係る届出   | <input type="checkbox"/>                                   |   |
|   | 看護補助体制充実加算に係る届出  | <input type="checkbox"/>                                   |   |
|   | 看護職員夜間配置加算に係る届出  | <input type="checkbox"/>                                   |   |
|   | 「注2」に規定する点数の届出   | <input type="checkbox"/>                                   |   |
| 入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置                   |  | <input type="checkbox"/>                                   |   |
| 適切な意思決定支援に係る指針を定めていること                  |  | <input type="checkbox"/>                                   |   |
| 第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院     |  | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当   |   |
| 救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていること      |  | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当   |   |
| 当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士               |  | (いずれかに○)<br>理学療法士<br>作業療法士<br>言語聴覚士<br><br>(専従となった年月: 年 月) |   |
| 当該病棟の状況                                 | 当該病棟の病室部分の面積   | m <sup>2</sup><br>(1床当たり面積 m <sup>2</sup> )                |   |
|   | ① 当該病棟の入院患者延べ数(算出期間(1か月) 年 月)<br>(看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)  | 名  |   |
|   | ② ①のうち認知症等の患者の延べ数<br>(看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)  | 名  |   |
|   | 認知症等の患者の割合(②/①)<br>(看護職員夜間配置加算届出医療機関のみ)  | %  |   |
|   | ③ 直近6月間における退院患者数<br>(算出期間 年 月 日～ 年 月 日)  | 名  |   |
|   | 内訳   | (1) 在宅(自宅及び居住系介護施設等)                                       | 名 |
|   |  | (2) 介護老人保健施設   | 名 |
|   |  | (3) 有床診療所  | 名 |
|   |  | (4) うち、別添2の第3の5の(1)のイの(イ)に該当する病床                           | 名 |
|   |  | (5) (1)～(4)を除く病院   | 名 |
| ④ 直近6月間における転棟患者数<br>(算出期間 年 月 日～ 年 月 日) | 名  |  |   |
| 在宅等へ退出した患者の割合<br>((1)+(4))/(③+④)        | %  |  |   |
| 医療機関の状況                                 | <input type="checkbox"/> 在宅療養支援病院の届出<br><input type="checkbox"/> 在宅療養後方支援病院の届出を行っており、在宅患者の直近1年間の受入実績が3件以上<br><input type="checkbox"/> 都道府県が作成する医療計画に記載されている第二次救急医療機関<br><input type="checkbox"/> 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こと。<br><input type="checkbox"/> 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こと |  |   |
|   | 廊下幅の基準を満たさない場合における大規模改修等の予定  | 着工予定 年 月<br>完成予定 年 月                                       |   |

|                          |                                     |   |  |      |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--|------|---|
| 入院料 1・3 に係る要件            | 当該病棟の状況                             | ⑤ 直近3月間における当該病棟の入院患者数<br>(算出期間 年 月 日～<br>年 月 日) |  | 名    |   |
|                          |                                     | ⑥ ⑤のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数                     |  | 名    |   |
|                          |                                     | 自宅等から入棟した患者の占める割合<br>(⑥/⑤)                      |  | %    |   |
|                          |                                     | 直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数                     |  | 名    |   |
|                          | 医療機関の状況(いずれか2つ)                     | <input type="checkbox"/>                        | 直近3月間における在宅患者訪問診療の算定回数   | 回    |   |
|                          |                                     | <input type="checkbox"/>                        | 直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・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                                     | 回    |   |
|                          |                                     | <input type="checkbox"/>                        | 直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの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                                     | 回    |   |
|                          |                                     | <input type="checkbox"/>                        | 直近3月間における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   | 回    |   |
|                          |                                     | <input type="checkbox"/>                        | 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。<br>(直近3月間における提供実績を記載) | 訪問介護 | 回 |
|                          |                                     |   |  | 訪問看護 | 回 |
| 訪問リハビリテーション              | 回                                   |   |  |      |   |
| 介護予防訪問看護                 | 回                                   |   |  |      |   |
| <input type="checkbox"/> | 直近3月間における退院時共同指導料2又は外来在宅共同指導料1の算定回数 | 回   |  |      |   |
|                          |                                     | 介護予防訪問リハビリテーション                                 | 回  |      |   |

|                          |                                  |   |  |  |                       |
|--------------------------|----------------------------------|---|--|--|-----------------------|
| 入院料 2・4に係る要件（いずれか1つ）     | （療養病床の記載する場合の状況は必ず全て）<br>当該病棟の状況 | ⑦ 直近3月間における当該病棟の入院患者数<br>（算出期間 年 月 日～<br>年 月 日）   |  | 名  |                       |
|                          |                                  | ⑧ ⑦のうち自宅又は有料老人ホーム等から入棟した患者数   |  | 名  |                       |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/>  | 自宅等から入棟した患者の占める割合<br>（⑧／⑦）   | %  |                       |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/>  | 直近3月間における自宅等からの緊急入院患者の受入患者数  | 名  |                       |
|                          | 医療機関の状況                          | <input type="checkbox"/>  | 直近3月間における在宅患者訪問診療料の算定回数  | 回  |                       |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/>  | 直近3月間における当該医療機関での在宅患者訪問看護・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                                     | 回  |                       |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/>  | 直近3月間における同一敷地内又は隣接する敷地内の訪問看護ステーションでの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                                     | 回  |                       |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/>  | 直近3月間における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   | 回  |                       |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/>  | 訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護又は介護予防訪問リハビリテーションを提供している施設が同一の敷地内又は隣接する敷地内にあること。<br>（直近3月間における提供実績を記載） | 訪問介護<br>訪問看護<br>訪問リハビリテーション<br>介護予防訪問看護<br>介護予防訪問リハビリテーション | 回<br>回<br>回<br>回<br>回 |
|                          |                                  | <input type="checkbox"/>  | 直近3月間における退院時共同指導料2又は外来在宅共同指導料1の算定回数  | 回  |                       |
| 許可病床数200床以上に係る要件         | 当該病棟の状況                          | ⑨ 直近3月間における当該病棟の入院患者数<br>（算出期間 年 月 日～<br>年 月 日）   |  | 名  |                       |
|                          |                                  | ⑩ ⑨のうち同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者数   |  | 名  |                       |
|                          |                                  | 同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の占める割合<br>（⑩／⑨）   |  | %  |                       |
| データ提出加算の届出<br>（適合する場合☑）  |                                  | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出  |  |  |                       |
| 入退院支援加算 1                |                                  | <input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出 <input type="checkbox"/> 届出なし                      |  |  |                       |
| 疾患別リハビリテーションの届出（該当の区分に○） |                                  | 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）<br>脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）<br>運動器リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）<br>呼吸器リハビリテーション料（Ⅰ）<br>がん患者リハビリテーション料 |  |  |                       |

〔記載上の注意〕

- 1 届出に係る病棟ごとに記入すること。
- 2 届出に係る病棟ごとに様式9を記載し添付すること。
- 3 理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤理学療法士、非常勤作業療法士又は非常勤言語聴覚士を組み合わせ配置している場合には、当該従事者の氏名の後に「(常勤換算)」と記入すること。
- 4 当該病棟の平面図(面積等がわかるもの)を添付すること。
- 5 医療機関の状況については、各区分に該当することがわかる書類を添付すること。
- 6 注2に規定する点数に係る病室は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)において、届出が可能である。
- 7 看護職員配置加算、看護補助者配置加算、看護補助体制充実加算又は看護職員夜間配置加算を届け出る場合は様式13の3を添付すること。
- 8 適切な意思決定支援に関する指針に関する資料については、添付不要である。