

様式45の4

地域包括医療病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

当該病棟	病棟名		
	病床数	床	
	看護補助体制加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	夜間看護補助体制加算に係る届出	<input type="checkbox"/>	
	夜間看護体制加算に係る届出	<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"/>	
当該病棟専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	専従者① (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	(専従となった年月: 年 月)	
	専従者② (いずれかに○) 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	(専従となった年月: 年 月)	
当該病棟専任の管理栄養士	(専任となった年月: 年 月)		
当該病棟の病室部分の面積	m^2 (1床当たり面積 m^2)		
床面積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
	完成予定	年	月
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
	完成予定	年	月

入院患者における割合

ア 当該病棟における直近3月間における新規患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名
イ アのうち、重症度、医療看護必要度の基準② (入院初日のB得点が3点以上) を満たす患者の数	名
重症度、医療・看護必要度の基準②を満たす患者の割合 (割合②) イ／ア	%
ウ 当該病棟における直近3月間における新規患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日) ※ 短期滞在手術等入院基本料3を算定する患者及び短期 滞在手術等基本料1の対象手術を実施した患者を除く。	名
エ ウのうち、同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者	名
同一の保険医療機関の一般病棟から転棟した患者の割合 エ／ウ	%
オ アのうち、救急搬送後の患者で、入院初日から当該病棟に 入院した患者 ※ 14日以内に同一の保険医療機関の他の病棟（回復期リハ ビリテーション病棟入院料を算定している病棟を除く）に 転棟した患者を除く。 ※ 他の保険医療機関で救急患者連携搬送料を算定し、当該 保険医療機関に搬送された患者を含む。	名
救急搬送後の患者の割合 オ／ア	%

退院患者における割合

ア 当該病棟における直近6月間における退院患者数 (死亡退院を除く) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名
(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) うち、在宅強化型（超強化型を含む） 及び基本型（加算型を含む）	名
内 記 (4) 有床診療所	名
(5) うち、別添2の第3の5の(1)のイ の(イ)に該当する病床	名
(6) (1)、(2)及び(4)を除く病院	名
(7) うち、回復期リハビリテーション病棟 入院料を算定する病床	名
イ 当該病棟における直近6月間における転棟患者数 (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名
(8) うち、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病 床	名
在宅等へ退出した患者の割合 ((1) + (3) + (5) + (7) + (8)) / (ア + イ)	%

ADLが低下した患者の割合

ア 当該病棟における直近1年間における退院・転棟患者数 (死亡退院及び終末期のがん患者を除く) (算出期間 年 月 日～ 年 月 日)	名
イ アのうち、ADLが入院時と比較して低下した患者数	名
ADLが低下した患者の割合 イ／ア	%
第二次救急医療機関	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
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
救急患者への対応	検査 <input type="checkbox"/> 常時対応可能
	CT撮影 <input type="checkbox"/> 常時対応可能
	MR撮影 <input type="checkbox"/> 常時対応可能
データ提出加算の届出 (適合する場合□)	<input type="checkbox"/> 既届出 <input type="checkbox"/> 今回届出
疾患別リハビリテーションの届出（該当に○）	脳血管疾患等リハビリテーション料（I）（II）（III） 運動器リハビリテーション料（I）（II）
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
休日を含めすべての日にリハビリテーションを実施できる体制	<input type="checkbox"/> 備えている
Barthel Indexの測定に関わる職員を対象とした研修会の年1回以上の実施	<input type="checkbox"/> 実施

〔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、様式10及び様式20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て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 看護補助体制加算、夜間看護補助体制加算、夜間看護体制加算、看護補助体制充実加算、看護職員夜間配置加算を届ける場合は様式9、様式13の3及び様式18の3を添付すること。