

## 包括期充実体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

許可病床数（200床未満 ※1）	床
加算を算定する病棟が届け出ている入院料 （該当する全ての□に✓を入れること）	<input type="checkbox"/> A304 地域包括医療病棟入院料 <input type="checkbox"/> A308-3 地域包括ケア病棟入院料
急性期病院一般入院基本料又は急性期一般入院基本料の届出 （いずれか1つを○で囲むこと。）	無 ・ 有
救急医療の体制（※2）の有無 （いずれか1つを○で囲むこと。）	有 ・ 無 ・ <span style="color: red;">療養病床かつ一般病棟入院基本料を算定する病棟がない</span>
自院で受入可能な疾患や病態についての地域のメディカルコントロール協議会等における協議状況 （いずれか1つを○で囲むこと。）  1：協議している／協議済み 2：協議していない	1 ・ 2
入退院支援加算1の届出	有 ・ 無
協力医療機関に係る施設の届出等 （該当する全ての□に✓を入れること。）	<input type="checkbox"/> 1：在宅療養支援病院 <input type="checkbox"/> 2：在宅療養後方支援病院 <input type="checkbox"/> 3：地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する <input type="checkbox"/> 4：上記のいずれにも該当しない
上の設問で1～3のいずれかに✓を入れた場合、本欄も記入すること。	
協力対象施設入所者入院加算の届出 （いずれか1つを○で囲むこと）	有 ・ 無
協力医療機関となっている介護保険施設等 （※3）の数（3以上）	施設
（施設数が2以下の場合は回答すること。） 半径10km以内に、協力医療機関を定めていない介護保険施設等が存在しない。	該当する ・ 該当しない
後方支援に係る実績（加算を届け出ている病棟全体の合計を記入すること）	
直近3か月間における自宅等からの緊急入院の受入（15人以上） <span style="color: red;">（※2が「有」以外の場合は30人以上）</span>	人
直近3か月間の入院患者に占める救急搬送又は救急患者連携搬送料を算定後に入院した患者の割合（8%以上）	%

直近3か月間に自宅等から入院したものの割合 (※2が「有」以外の場合のみ記入すること。6割以上)	%
以下の①又は②のいずれかを満たすこと。	
実績の対象とした期間 (いずれか1つを○で囲むこと)	3か月間(届出開始時)・1年間
①直近1年間の入院患者に占める在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数の合計(12件以上※4)	回
②直近1年間の入院患者に占める協力対象施設入所者入院加算1・2の算定回数の合計(4件以上※5)	回
直近3か月間における退院支援の状況	
①退院時共同指導料2の算定回数	回
②介護支援等連携指導料2の算定回数	回
③ ①+②の回数(3回以上)	回

※1 「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床未満であること。

※2 医療法第30条の4の規定に基づき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又は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。

※3 介護老人保健施設、介護医療院又は特別養護老人ホームをいう。

※4 届出時は4件以上/3か月間でも差し支えない。

※5 届出時は1件以上/3か月間でも差し支えない。