

地域包括診療加算・地域包括診療料に係る届出書添付書類

|  |  |
|--|--|
| 届出を行う区分<br>(該当するもの1つに○をすること。)  | 1 : 地域包括診療加算 1<br>2 : 地域包括診療加算 2<br>3 : 地域包括診療診療料 1<br>4 : 地域包括診療診療料 2   |
| 保険医療機関名  |  |
| 慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師の氏名<br>(研修受講した修了証の写し(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。) |  |
| 院内掲示及びウェブサイト等に掲載している事項   | <input type="checkbox"/> 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨<br><input type="checkbox"/> 介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能である旨<br><input type="checkbox"/> 患者の状態に応じ、28日以上 of 長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することが可能である旨  |
| 連携薬局に係る事項(診療所のみ。該当するものを1つ選択すること。)  | <input type="checkbox"/> 院外処方を行う場合には、調剤について24時間対応できる体制を整えている薬局と連携している<br><input type="checkbox"/> 院外処方を行う場合には、調剤について薬局と連携しており、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛剤等の薬剤については、院内処方が可能な体制が整備されている<br><input type="checkbox"/> 院内処方のみを行う  |
| 敷地内における禁煙の取扱い(該当するものを1つ選択すること。)  | <input type="checkbox"/> 当該保険医療機関の敷地内が禁煙である<br><input type="checkbox"/> 保険医療機関が建造物の一部を用いて開設されており、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙である。  |
| 介護保険制度に係る事項①   | <input type="checkbox"/> 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示している<br><input type="checkbox"/> 要介護認定に係る主治医意見書を作成している   |
| 介護保険制度に係る事項②(該当するものすべてを選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。)  | <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供<br><input type="checkbox"/> 地域ケア会議に年1回以上出席<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所の指定<br><input type="checkbox"/> 介護保険による通所リハビリテーション等の提供<br><input type="checkbox"/> 介護サービス事業所の併設<br><input type="checkbox"/> 介護認定審査会に参加<br><input type="checkbox"/> 主治医意見書に関する研修会を受講<br><input type="checkbox"/> 医師が介護支援専門員の資格を有している<br><input type="checkbox"/> 「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること |
| 時間外対応体制加算等に係る事項(該当するものすべてを選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。)                                     | <input type="checkbox"/> 時間外対応体制加算 1、2、3又は4の届出を行っていること<br><input type="checkbox"/> 常勤換算2名以上(「基本診療料の施設基準等」別表第六の二に掲げる地域に所在する診療所にあつては1.4人以上)の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師であること<br><input type="checkbox"/> 在宅療養支援診療所であること  |
| サービス担当者会議等に係る事項(該当するものすべてを選択すること。確認できる資料の写しを添付すること。)                                     | <input type="checkbox"/> サービス担当者会議に参加した実績があること<br><input type="checkbox"/> 地域ケア会議に出席した実績があること<br><input type="checkbox"/> 保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること   |
| 適切な意思決定支援に関する指針に係る事項   | <input type="checkbox"/> 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 地域包括診療加算 1に係る施設基準（当該加算を届け出る場合に記入すること。）                     |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> 在宅医療の提供及び当該患者に対し24時間の往診等の体制を確保している                              |   |
|  | 連携医療機関名<br>（在宅療養支援診療所以外の診療所について、連携医療機関の協力を得て行う場合に記入すること。）                                |   |
|  | 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計 | 人 |
|  | 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合  | % |
| 地域包括診療料 1に係る施設基準（当該診療料を届け出る場合に記入すること。）                     |  |   |
|  | 直近1年間に、当該保険医療機関での継続的な外来診療を経て、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の「1」、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）（注1のイの場合に限る。）又は往診料を算定した患者の数の合計 | 人 |
|  | 直近1か月に初診、再診、往診又は訪問診療を実施した患者のうち、往診又は訪問診療を実施した患者の割合  | % |
| 地域包括診療加算 2に係る施設基準（当該加算を届け出る場合に記入すること。）                     |  |   |
| <input type="checkbox"/> 在宅医療の提供及び当該患者に対し 24時間の連絡体制を確保している |  |   |

本届出は、2年以内に再度届け出ることとし、届出の際には、直近の研修の修了証の写し（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。