

様式 2 の 3

地域包括診療加算に係る届出書

地域包括診療加算に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

|     |  |                          |
|-----|--|--------------------------|
| ①   | 診療所名                                   |                          |
| ②   | 研修を修了した医師の氏名                           |                          |
| ③   | 健康相談を実施している旨を院内掲示している                  | <input type="checkbox"/> |
| ④   | 院外処方を行う場合の連携薬局名                        |                          |
| ⑤   | 敷地内が禁煙であること                            | <input type="checkbox"/> |
| ⑥   | 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      | <input type="checkbox"/> |
|     | 要介護認定に係る主治医意見書を作成している                  | <input type="checkbox"/> |
| ⑥-2 | ■下記のいずれか一つを満たす                         | -                        |
|     | 居宅療養管理指導又は短期入所療養介護等の提供                 | <input type="checkbox"/> |
|     | 地域ケア会議に年1回以上出席                         | <input type="checkbox"/> |
|     | 居宅介護支援事業所の指定                           | <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                 | <input type="checkbox"/> |
|     | 介護サービス事業所の併設                           | <input type="checkbox"/> |
|     | 介護認定審査会に参加                             | <input type="checkbox"/> |
|     | 主治医意見書に関する研修会を受講                       | <input type="checkbox"/> |
|     | 医師が介護支援専門員の資格を有している                    | <input type="checkbox"/> |
| ⑦   | ■下記のいずれか一つを満たす                         | -                        |
|     | 時間外対応加算1又は2の届出を行っていること                 | <input type="checkbox"/> |
|     | 常勤換算2名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。 | <input type="checkbox"/> |
|     | 退院時共同指導料1に規定する在宅療養支援診療所であること           | <input type="checkbox"/> |

地域包括診療加算 1に係る施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

|     |  |   |
|-----|--|---|
| ⑧   | 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  |   |
| ⑨   | 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 |
| ⑨-2 | 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（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| ⑩ | 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 | □ |
|---|-----------------------------------|---|

〔記載上の注意〕

1. 研修受講した修了証の写しを添付すること。
2. ⑤について、建造物の一部分が保険医療機関の場合、当該保険医療機関が保有又は借用している部分が禁煙であることで満たす。
3. ⑥-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
4. ⑦について、確認できる資料の写しを添付のこと。
5. 届出する地域包括診療加算の区分に従い、⑧及び⑨又は⑩のいずれかを選択して記入すること。
6. 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を添付すること。