

第2の2 明細書発行体制等加算

1 明細書発行体制等加算に関する施設基準

- (1) 診療所であること。
- (2) 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っていること。
- (3) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無償で交付していること。また、その旨の院内掲示を行っていること。

2 届出に関する事項

明細書発行体制等加算の施設基準に係る取扱いについては、当該基準を満たしていればよく、特に地方厚生（支）局長に対して、届出を行う必要はないこと。

第2の3 地域包括診療加算

1 地域包括診療加算1に関する施設基準

(1)から(12)までの基準を全て満たしていること。

- (1) 診療所であること。
- (2) 当該医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下「担当医」という。）を配置していること。なお、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- (3) 次に掲げる事項を院内の見やすい場所に掲示していること。
 - ア 健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
 - イ 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員（介護保険法第7条第5項に規定するものをいう。以下同じ。）及び相談支援専門員（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準第3条に規定するものをいう。以下同じ。）からの相談に適切に対応することが可能であること。
 - ウ 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について、当該対応が可能であること。
- (4) (3)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- (5) 当該患者に対し院外処方を行う場合は、調剤について薬局と連携をしていること（以下、当該薬局を「連携薬局」という。）。連携薬局については、24時間対応できる体制を整えている薬局であること。ただし、当該診療所の特性に応じて緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛消炎剤、血圧降下剤、気管支拡張剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている場合にあつては、当該連携薬局について、24時間対応できる体制が整備されていなくても差し支えない。
- (6) 当該保険医療機関の敷地内における禁煙の取扱いについて、次の基準を満たしていること。
 - ア 当該保険医療機関の敷地内が禁煙であること。
 - イ 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、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こと。
- (7) 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、かつ、要介護認定に

係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。

ア 介護保険法（平成9年法律第123号）第46条第1項に規定する指定居宅介護支援事業者の指定を受けており、かつ、常勤の介護支援専門員を配置していること。

イ 介護保険法第8条第6項に規定する居宅療養管理指導又は同条第10項に規定する短期入所療養介護等を提供した実績があること。

ウ 当該保険医療機関において、同一敷地内に介護サービス事業所（介護保険法に規定する事業を実施するものに限る。）を併設していること。

エ 担当医が「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に年1回以上出席していること。

オ 介護保険によるリハビリテーション（介護保険法第8条第5項に規定する訪問リハビリテーション、同条第8項に規定する通所リハビリテーション、第8条の2第4項に規定する介護予防訪問リハビリテーション及び同条第6項に規定する介護予防通所リハビリテーションに限る。）を提供していること（なお、要介護被保険者等に対して、維持期の運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料又は廃用症候群リハビリテーション料を原則として算定できないことに留意すること。）。

カ 担当医が、介護保険法第14条に規定する介護認定審査会の委員の経験を有すること。

キ 担当医が、都道府県等が実施する主治医意見書に関する研修会を受講していること。

ク 担当医が、介護支援専門員の資格を有していること。

ケ 担当医が、「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。

(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こと（特掲診療料施設基準通知の第9在宅療養支援診療所の施設基準の1の(1)に規定する在宅療養支援診療所以外の診療所については、連携医療機関の協力を得て行うものを含む。）。

(9) 以下のいずれか1つを満たしていること。

ア 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。

イ 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。

ウ 在宅療養支援診療所であること。

(10) 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。

ア 担当医が、指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第9号に規定するサービス担当者会議に参加した実績があること。

イ 担当医が、「地域包括支援センターの設置運営について」（平成18年10月18日付老計発1018001号・老振発1018001号・老老発1018001号厚生労働省老健局計画課長・振興課長・老人保健課長通知）に規定する地域ケア会議に出席した実績があること。

ウ 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。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。

(11) 外来診療から訪問診療への移行に係る実績について、以下の全てを満たしていること。

ア 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、「C000」往診料、

「C001」在宅患者訪問診療料(I)の「1」又は「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)(注1のイの場合に限る。)を算定した患者の数の合計が、在宅療養支援診療所については10人以上、在宅療養支援診療所以外の診療所については3人以上であること。

イ 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が70%未満であること。

(12) 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

(13) 健康保険法第68条の2第1項の規定により3年以内の期限が付された同法第63条第3項第1号の指定を受けた診療所以外の保険医療機関であること。

2 地域包括診療加算2に関する施設基準

以下の全てを満たしていること。

(1) 1の(1)から(7)まで、(9)、(10)、(12)及び(13)を満たしていること。

(2) 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こと。

3 届出に関する事項

地域包括診療加算1又は2の施設基準に係る届出は、別添7の様式2の3を用いること。

第2の3の2 外来データ提出加算

1 外来データ提出加算に関する施設基準

(1) 厚生労働省が毎年実施する「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」(以下「外来医療等調査」という。)に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び厚生労働省が外来医療等調査の一部事務を委託する外来医療等調査事務局(以下「外来医療等調査事務局」という。)と電子メール及び電話での連絡が可能な担当者を必ず1名指定すること。

(2) 外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

(3) 診療記録(過去5年間の診療録及び過去3年間の手術記録、看護記録等)の全てが保管・管理されていること。

(4) 診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

(5) 診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

(6) 患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がされていること。

(7) 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。

2 外来データ提出加算に係るデータ提出に関する事項

(1) データの提出を希望する保険医療機関は、令和8年11月20日、令和9年2月22日、5月20日、8月20日、11月22日又は令和10年2月21日までに特掲診療料施設基準通知の別添2の様式7の10について、地方厚生(支)局医療課長を経由して、厚生労働省保険局医療課長へ届出すること。

(2) (1)の届出を行った保険医療機関は、当該届出の期限となっている月の翌月から起算して2月分のデータ(例として、令和9年7月に届出を行った場合は、令和9年8月20日の期限に合わせた届出となるため、試行データは令和9年9月、10月の2月分となる。)(以下