

様式 7 の 7

地域包括診療料の施設基準に係る届出書添付書類

地域包括診療料の施設基準（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

|  |   |   |
|--|---|---|
| ①  | 保険医療機関名(診療所又は 200 床未満の病院)                         |   |
| ②  | 研修を修了した医師の氏名                                      |   |
| ③  | ■下記の全てを院内掲示及びホームページ等に掲載している                       | - |
|  | 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨                           | □ |
|  | 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            | □ |
|  | 患者の状態に応じ、28 日以上の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 | □ |
| ④  | 院外処方を行う場合の連携薬局名(診療所の場合)                           |   |
| ⑤  | 敷地内が禁煙であること                                       | □ |
| 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                 | □ |
|  | 要介護認定に係る主治医意見書を作成している                             | □ |
| 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の提供                             | □ |
|  | 地域ケア会議に年1回以上出席                                    | □ |
|  | 居宅介護支援事業所の指定                                      | □ |
|  | 介護保険による通所リハビリテーション等の提供                            | □ |
|  | 介護サービス事業所の併設                                      | □ |
|  | 介護認定審査会に参加  | □ |
|  | 主治医意見書に関する研修会を受講                                  | □ |
|  | 医師が介護支援専門員の資格を有している                               | □ |
|  | 総合評価加算の届出を行っていること又は介護支援連携指導料を算定していること(病院の場合)      | □ |
| 「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 | □   |   |

|     |  |                          |
|-----|--|--------------------------|
| ⑦   | 診療所の場合 ■以下の全てを満たす                              | -                        |
|     | 時間外対応加算1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"/> |
|     | 在宅療養支援診療所であること                                 | <input type="checkbox"/> |
| ⑦-2 | 病院の場合 ■下記の全てを満たす                               | -                        |
|     | 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること                         | <input type="checkbox"/> |
|     | 在宅療養支援病院であること                                  | <input type="checkbox"/> |
| ⑧   | ■下記のいずれかを満たすこと                                 | -                        |
|     | サービス担当者会議に参加した実績があること                          | <input type="checkbox"/> |
|     | 地域ケア会議に出席した実績があること                             | <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 | <input type="checkbox"/> |
| ⑨   | 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること                        | <input type="checkbox"/> |

#### 地域包括診療料1に係る施設基準

|     |   |   |
|-----|---|---|
| ⑩   | 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 |
| ⑩-2 | 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   | % |

#### [記載上の注意]

- 1 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。
- 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、⑦-2について、確認できる資料の写しを添付のこと。
- 5 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。