

る。なお、専従の看護師は、粒子線治療医学管理加算及びホウ素中性子捕捉療法医学管理加算に係る常勤の看護師を兼任することはできない。

- (3) 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。なお、当該技術者は、放射線治療専任加算、外来放射線治療加算、遠隔放射線治療計画加算、一回線量増加加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、粒子線治療医学管理加算、ホウ素中性子捕捉療法、ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算及び画像誘導密封小線源治療加算に係る常勤の診療放射線技師との兼任はできないが、医療機器安全管理料2に係る技術者を兼任することができる。また、遠隔放射線治療計画加算、強度変調放射線治療（IMRT）、画像誘導放射線治療加算、体外照射呼吸性移動対策加算、定位放射線治療、定位放射線治療呼吸性移動対策加算、粒子線治療、ホウ素中性子捕捉療法及び画像誘導密封小線源治療加算に係る担当者との兼任もできない。
- (4) 合併症の発生により速やかに対応が必要である場合等、緊急時に放射線治療医が対応できる連絡体制をとること。

2 届出に関する事項

外来放射線照射診療料の施設基準に係る届出は、別添2の様式7の6を用いること。

第6の8 地域包括診療料

1 地域包括診療料1に関する施設基準

(1)から(8)までの基準を全て満たしていること。

(1) 診療所又は許可病床数が200床未満の病院であること。

(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（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。

(3) 健康相談及び予防接種に係る相談を実施している旨を院内掲示していること。

(4) 診療所において、当該患者に対し院外処方を行う場合は、24時間対応をしている薬局と連携をしていること。

(5) 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。

(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、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（同法第7条第5項に規定するものをいう。）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、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 病院の場合は、区分番号「A246」入退院支援加算の注8に規定する総合機能評価加算の届出を行っていること又は介護支援等連携指導料を算定していること。

(7) 以下の全てを満していること。

ア 診療所の場合

(イ) 時間外対応加算1の届出を行っていること。

(ロ) 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。

(ハ) 在宅療養支援診療所であること。

イ 病院の場合

(イ) 地域包括ケア病棟入院料の届出を行っていること。

(ロ) 在宅療養支援病院の届出を行っていること。

(8) 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、区分番号「C00

1」在宅患者訪問診療料(I)の「1」、区分番号「C001-2」在宅患者訪問診療料(II)(注1のイの場合に限る。)又は区分番号「C000」往診料を算定した患者の数の合計が、10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。

2 地域包括診療料2に関する施設基準

1の(1)から(7)までの基準を全て満たしていること。

3 届出に関する事項

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

第6の8の2 認知症地域包括診療料

1 認知症地域包括診療料1に関する基準

第6の8に掲げる地域包括診療料1の届出を行っていること。