

## 精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

## 1 精神科リエゾンに係る専従チーム

| 職 種                       | 氏 名 | 勤務<br>時間 | 勤務の態様  | 経験年数        | 研修<br>受講                 |
|---------------------------|-----|----------|--|-------------|--------------------------|
| ア精神科医師                    |     | 時間       | 常勤・非常勤／専従・専任<br>対診の場合<br>( )                           | 年           |                          |
| イ精神科等の経験を有する看護師           |     | 時間       | 常勤・非常勤／専従・専任   | 年<br>(入院 年) | <input type="checkbox"/> |
| ウ精神医療の経験を有する薬剤師等<br>(職種 ) |     | 時間       | 常勤・非常勤／専従・専任<br>※専任の場合精神科リエゾン<br>チームの診療に従事する時間<br>週 時間 | 年           |                          |

## 2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

| 開催頻度 | 1回当たり平均所用時間数 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|--------------|------------------|
| 回／週  | 概ね 分         |                  |

## 3 精神症状の評価等に係る回診

| 開催頻度 | 構成メンバー及び職種毎の参加人数 |
|------|------------------|
| 回／週  |                  |

## 4 1週間当たりの算定患者数 \_\_\_\_\_ 人

## 5 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|----|
|    |

〔記載上の注意〕

- 1 「1」のアについては、対診の場合は勤務の態様欄の（ ）に主たる勤務先医療機関名を記載すること。また、イについては、精神科リエゾンに係る研修を修了していることがわかる書類（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。なお、ウについては、職種欄の（ ）に当該従事者の職種を記載し、専任の場合は精神科リエゾンチームの診療に従事する時間を勤務の態様欄に記載すること。また、勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く労働時間）を記載すること。
- 2 「2」から「4」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することよく、所用時間数、算定患者数については記載しない場合でも提出可能とする。ただし、「1」のウの薬剤師等を専任とする場合には、算定患者数を記載する必要があること。
- 3 「5」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 4 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。