

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

ア 精神科の医師 氏名 _____

イ 精神科等の経験を有する看護師 氏名 _____
研修受講 (あり ・ なし)

ウ 精神医療に経験を有する薬剤師等 氏名 _____
精神科リエゾンチームの診療に従事する時間 (専任の場合) 週 _____ 時間

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」のアは精神科を主たる業務とした5年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは3年以上精神科等精神医療に係る看護に従事した経験（精神医療に係る看護に従事した経験に入院患者の看護の経験1年以上を含むこと）を有し、精神科リエゾンに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。その他の者については、3年以上精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。
- 「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。
- 「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。
- 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。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師等の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式20を添付すること。