

様式 44 の6

救急患者精神科継続支援料の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンチーム加算の届出に関する要件

精神科リエゾンチーム加算の届出 ( 有 ・ 無 )

2 専任の常勤医師に係る要件

※ 非常勤医師を組み合わせた場合を含む。

| 常勤<br>換算                 | 氏名 | 適切な研修   |
|--------------------------|----|---------|
| <input type="checkbox"/> |    | あり ・ なし |
| <input type="checkbox"/> |    | あり ・ なし |

3 専任の常勤精神保健福祉士

| 氏名 | 職種 | 適切な研修   |
|----|----|---------|
|    |    | あり ・ なし |

4 専任の常勤看護師等

| 氏名 | 職種 | 適切な研修   |
|----|----|---------|
|    |    | あり ・ なし |

[記載上の注意]

- 「2」については、週3日以上常態として勤務しており、かつ、所定労働時間が週22時間以上の勤務を行っている非常勤医師を組み合わせて配置している場合には、当該医師の「常勤換算」の□に「✓」を記入すること。
- 「2」、「3」及び「4」の適切な研修とは、自殺企図等により入院となった患者に対する生活上の課題等について指導を行うための適切な研修であって、救急患者精神科継続支援料の施設基準に規定するものをいうこと。  
また、適切な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。