

様式 47 の2

精神科在宅患者支援管理料1

精神科在宅患者支援管理料2

の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

1 当該保険医療機関における従事者

職 種	氏 名	
	常勤換算	
ア 常 勤 精 神 科 医	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
イ 常勤精神保健福祉士		
ウ 作 業 療 法 士		

2 精神科訪問看護・指導を担当する保健師又は看護師、精神科訪問看護を担当する連携する訪問看護ステーション

所 属	氏 名	勤務形態
当該保険医療機関		常勤 ・ 非常勤

連携する訪問看護ステーション	精神科訪問看護基本療養費を算定する者としての届出
名称:	
開設者:	(    あり    ・    なし    )

3 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制	(    あり    ・    なし    )
4 当該保険医療機関における 24 時間往診が可能な体制	(    あり    ・    なし    )
5-1 当該保険医療機関における 24 時間精神科訪問看護・指導が可能な体制	(    あり    ・    なし    )

5-2 連携する訪問看護ステーションによる 24 時間精神科訪問看護が可能な体制 (    あり    ・    なし    )  ・名    称        : ・開   設   者    : ・特 別 の 関 係 :    特別の関係である ・ 特別の関係でない	
6-1 時間外対応加算1の届出の有無	あり    ・    なし
6-2 所属する保険医療機関が時間外、休日又は深夜における精神科救急情報センター等から自院のかかりつけ患者に関する問合せ等に対応できる体制の有無	あり    ・    なし

[記載上の注意]

- 「1」において、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精神科の非常勤医師を組み合わせ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。
- 「4」、「5-1」及び「5-2」において、当該保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導が可能な体制のいずれも有さない場合には、当該連携する訪問看護ステーションが 24 時間対応体制加算の届出をおこなっていることが確認できる文書を添付すること。