

依存症入院医療管理加算の施設基準に係る届出書添付書類

	氏 名			
1 当該保険医療機関常勤の精神保健指定医の氏名（2 名以上） ※ 非常勤の精神保健指定医を組み合わせた場合を含む	<input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 常勤換算 <input type="checkbox"/> 常勤換算			
2 治療を行う依存症の種類	<input type="checkbox"/> アルコール依存症		<input type="checkbox"/> 薬物依存症	
3 依存症に係る研修を修了した医師の氏名				
		研修 受講		研修 受講
4 看護師の氏名		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5 作業療法士の氏名		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6 精神保健福祉士又は公認心理師の氏名		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7 必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制				

〔記載上の注意〕

- 「1」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精神保健指定医である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。
- 「必要に応じて患者の受入が可能な精神科以外の診療科を有する医療体制との連携体制」とは、精神科以外の診療科で入院を要する場合に受け入れることができる体制について具体的に記載すること。
- 「4」、「5」又は「6」のうち、いずれか1名は依存症に係る研修を修了していること。
- 「3」及び「4」、「5」又は「6」については、依存症に係る研修を修了していることが確認できる修了証（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。