

様式 44 の 5 の 2

通院・在宅精神療法の口注 8（療養生活継続支援加算）

口注 10（児童思春期支援指導加算）

に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項に口に✓を記入すること。

1 専任の精神科医 ※ 非常勤の精神科医を組み合わせた場合を含む。

常勤 換算	氏名	勤務の 態様	勤務 時間	児童思春期の患者に対する 精神医療に係る適切な研修
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	あり ・ なし
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤	時間	あり ・ なし

2 専任の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士又は公認心理師

氏名	職種	児童思春期の患者に対する 精神医療に係る適切な研修
		あり ・ なし
		あり ・ なし

3 初診を実施した 20 歳未満の患者数に関する要件

過去 6 か月間に初診を実施した 20 歳未満の患者の数 (ひと月当たり平均)	人
--	---

[記載上の注意]

- 療養生活継続支援加算を届け出る場合は、「2」に、当該支援に専任の精神保健福祉士の名前を記載すること。
- 児童思春期支援指導加算を届け出る場合は、「1」から「3」までを記入すること。
- 「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」の口に「✓」を記入すること。また、当該精神保健指定医の指定番号がわかるものを添付すること。なお、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。
- 「1」及び「2」について、適切な研修を修了したことを確認できる資料（修了証、プログラム等。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。