

精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準に係る届出書添付書類

<p>1 連携する訪問看護ステーションについて (次のいずれかの□にVをつけたうえで記入すること。)</p>			
<p><input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションなし</p> <p><input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションあり ( 特別の関係である ・ 特別の関係でない )</p> <p>・名称 :</p> <p>・開設者 :</p> <p>※24 時間対応体制加算の届出をおこなっている訪問看護ステーションであること</p>			
<p>2 チーム構成員 (同じ職種が複数名いる場合においては、全ての構成員を記載すること。また、当該チームに専従の者については専従欄に○を記入すること。)</p>			
職種	氏名	所属施設名	専従
精神保健指定医			
保健師又は看護師			
作業療法士			
精神保健福祉士			
その他			
<p>3 当該保険医療機関における 24 時間連絡を受ける体制</p> <p>・担当者名 :</p>			
<p>4 24 時間往診が可能な体制</p> <p>・当該保険医医療機関の担当医師名 :</p>			
<p>5 24 時間精神科訪問看護又は精神科訪問看護・指導が可能な体制 (次のいずれかの□にVをつけたうえでを記入すること。)</p>			
<p><input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションなし</p> <p>・当該保険医療機関の担当者名 :</p> <p><input type="checkbox"/> 連携する訪問看護ステーションあり</p>			

6 都道府県等に協力し診察業務等行った回数	回(≧1回)
7 ①+②+③	回(≧6回)
①時間外、休日又は深夜に精神科救急情報センター等の対応体制(オンコール等)に協力した回数	回
②他医療機関で時間外、休日又は深夜の外来診療や、救急医療機関で診療協力(外来、当直、対診等)を行った回数	回
③所属する保険医療機関が精神科救急医療体制整備事業に参加し、当直又はオンコール等を行った回数	回
8 ④ 時間外対応加算1の届出の有無	有 ・ 無
⑤ 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	有 ・ 無

[記載上の注意]

1. 「1」について、連携する訪問看護ステーションがある場合には、「連携する訪問看護ステーションあり」をチェックしたうえで、特別の関係についていずれかを丸で囲み、名称及び開設者を記入すること。また、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。
2. 「2」について、チーム構成員のいずれか1名以上は、届出を行う保険医療機関において専従であること。また、連携する訪問看護ステーションがある場合には、チーム構成員に連携する訪問看護ステーションの保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士を1名以上含むこと。
3. 「3」から「5」については、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合は、主な担当者を記載することで差し支えない。
4. 「6」および「7」については、当該保険医療機関の直近1年間の実績を記載し、全てを満たすこと。「8」については、④又は⑤の要件を満たすこと。なお、実績等については、紹介に対し速やかに回答できるように医療機関で保管すること。