

様式 44 の5

通院・在宅精神療法の注4に規定する加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科医の配置に関する要件

- (1) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験を5年以上有する精神保健指定医

氏名	精神保健指定医に指定されてからの精神科の経験年数
	うち、主として20歳未満の患者に対する 精神医療に従事した年数
	年
	年

- (2) 主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験1年以上を含む精神科の経験を3年以上有する精神科医

氏名	精神科の経験年数
	うち、主として20歳未満の患者に対する 精神医療に従事した年数
	年
	年

2 専任の精神保健福祉士等の配置に関する要件

氏名	職種

3 16歳未満の患者数に関する要件

(1) 通院・在宅精神療法を実施した患者の数(ひと月当たり平均)	人
(2) うち、16歳未満の患者の数(ひと月当たり平均)	人
(3) $(2) \div (1) \times 100$	%

[記載上の注意]

- 「1」の常勤精神保健指定医及び常勤精神科医の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、別添2の様式4を添付すること。また、当該常勤精神保健指定医の経歴(精神科の経験年数、主として20歳未満の患者に対する精神医療に従事した経験年数及び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。
- 「3」について、直近6か月の各月についてひと月あたりの平均を記載すること。「3」(3)について、診療所である保険医療機関が届出する場合に限り記載すればよいこと。