

通院・在宅精神療法の注 11（早期診療体制充実加算）に規定する施設基準に係る届出書添付書類（8 月報告）

保険医療機関コード

保険医療機関名

1 常勤の精神保健指定医の配置に係る要件

(常勤の精神保健指定医の氏名及び指定医番号を記入すること。)

| 氏名 | 指定医番号 |
|----|-------|
| | |

2 通院・在宅精神療法の算定回数に係る要件

(以下の各数値を記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。)

| 当該保険医療機関が過去 6 か月間（令和 6 年 2 月～令和 6 年 7 月） に実施した通院・在宅精神療法の算定回数 | | 回 (a) |
|---|-------------------------------|-----------------|
| うち、 | 「1」のロ（初診の日に 60 分以上）の算定回数 | 回 (b) |
| | 「1」のハの(1)（30 分以上）の算定回数 | 回 (c) |
| | 「2」のロ（初診の日に 60 分以上）の算定回数 | 回 (d) |
| | 「2」のハの(1)（60 分以上）の算定回数 | 回 (e) |
| | 「2」のハの(2)（30 分以上 60 分未満）の算定回数 | 回 (f) |
| $\{(b) + (c) + (d) + (e) + (f)\} / (a)$ | | (%) □ (≥ 5%) |

※診療所にあつては、以下の各数値も記載し、要件を満たす場合は、□に✓を記入すること。

| 当該保険医療機関に勤務する精神科を担当する医師の数 | 人 (g) |
|---------------------------|-------------------|
| $\{(b) + (d)\} / (g)$ | (回/人) □ (≥ 60) |

3 精神保健指定医に係る要件（直近1年間（令和5年1月～12月）の実績を記入すること）

| | | 指定医氏名① () 指定医番号 () | 指定医氏名② () 指定医番号 () |
|-----|---|-------------------------------|-------------------------------|
| (1) | 時間外、休日又は深夜における外来対応施設（自治体等の夜間・休日急患センター等を含む。）での外来診療又は救急医療機関への診療協力（外来、当直又は対診）を年6回以上行うこと（いずれも精神科医療を必要とする患者の診療を行うこと。）。 | | |
| | 実施日①（実施医療機関名） | / () | / () |
| | 実施日②（実施医療機関名） | / () | / () |
| | 実施日③（実施医療機関名） | / () | / () |
| | 実施日④（実施医療機関名） | / () | / () |
| | 実施日⑤（実施医療機関名） | / () | / () |
| | 実施日⑥（実施医療機関名） | / () | / () |
| (2) | 精神保健福祉法上の精神保健指定医として業務等（※）を年1回以上行っていること。（※）精神保健福祉法第十九条の四に規定する業務等を指す。 | | |
| | 実施日（実施医療機関名） | / () | / () |
| | 公務員としての業務の場合 | ① | ① |
| | ①実施した業務の内容 ②依頼元（都道府県名等） | ② | ② |

4 当該保険医療機関の、地域の精神科救急医療体制の確保への協力に係る要件（直近1年間（令和5年1月～12月）の実績を記入すること）

| | | |
|-----|---|--|
| (1) | 精神科救急医療体制整備事業で該当する施設を選択 | <input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設として指定を受けている医療機関 |
| | | <input type="checkbox"/> 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関 |
| (2) | <input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関 | |
| | ① 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における入院件数 | 件(≥4件) |
| | ①のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数 | 件(≥1件) |
| | ② 当該保険医療機関の時間外、休日又は深夜における外来対応件数 | 件(≥10件) |
| | ②のうち、精神科救急情報センター、精神医療相談窓口、救急医療情報センター、他の医療機関、都道府県(政令市の地域を含むものとする)、市町村、保健所、警察又は消防(救急車)からの依頼件数(夜間、休日又は深夜以外の依頼件数も含む。) | 件 |
| (3) | ① | <input type="checkbox"/> 精神科救急医療確保事業において外来対応施設として指定を受けている医療機関 |
| | ② | <input type="checkbox"/> 時間外対応加算1の届出を行っている。 |
| | ③ | <input type="checkbox"/> 精神科救急情報センター、都道府県、市町村、保健所、警察、消防(救急車)、救命救急センター、一般医療機関等からの患者に関する問合せ等に対し、原則として当該保険医療機関において、常時対応できる体制がとられている。また、やむを得ない事由により、電話等による問合せに応じることができなかった場合であっても、速やかにコールバックすることができる体制がとられている。 |

5—早期診療体制充実加算における届出に係る要件
 (届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

| | |
|------------------|--------------------------|
| 児童思春期精神科専門管理加算 | <input type="checkbox"/> |
| 療養生活継続支援加算 | <input type="checkbox"/> |
| 児童思春期支援指導加算 | <input type="checkbox"/> |
| 精神科リエゾンチーム加算 | <input type="checkbox"/> |
| 依存症入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> |
| 摂食障害入院医療管理加算 | <input type="checkbox"/> |
| 精神科入退院支援加算 | <input type="checkbox"/> |
| 児童・思春期精神科入院医療管理料 | <input type="checkbox"/> |
| 認知療法・認知行動療法 | <input type="checkbox"/> |
| 依存症集団療法1、2又は3 | <input type="checkbox"/> |
| 精神科在宅患者支援管理料 | <input type="checkbox"/> |

6—情報通信機器を用いた精神療法における届出等に係る要件
 (届出を行っている場合は、□に✓を記入すること。)

| 要件 | 該当 |
|---|--------------------------|
| 情報通信機器を用いた診療の届出を行っていること。 | <input type="checkbox"/> |
| 「情報通信機器を用いた精神療法に係る指針」に沿って診療を行う体制を有していること。 | <input type="checkbox"/> |

[記載上の注意]

- 1 注11を届け出る場合は、「1」から「5」までを、注12を届け出る場合は、「3」、「4」及び「6」を、それぞれ満たすこと。
- 2 実績等については、照会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。
- 3 「3」について、
 - ・注11を届け出る場合は、当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が(2)を満たすこと。当該保険医療機関に常勤の精神保健指定医が2名以上勤務している場合は、少なくとも2名が(2)を満たすこと。
 - ・注12を届け出る場合は、情報通信機器を用いた精神療法を実施する精神保健指定医が(1)又は(2)を満たすこと。
 - ・(2)について、当該精神保健指定医が以下の①から⑤に掲げる「公務員としての業務」を行っている場合は、実施した業務の内容及び当該業務を依頼した都道府県名又は政令指定都市名を記入すること。
 - ① 措置入院及び緊急措置入院時の診察
 - ② 医療保護入院及び応急入院のための移送時の診察
 - ③ 精神医療審査会における業務
 - ④ 精神科病院への立入検査での診察
 - ⑤ その他都道府県の依頼による公務員としての業務
- 4 「4」について、当該保険医療機関において、(1)、(2)又は(3)のいずれかの要件を満たすこと。具体的には、(2)の場合、精神科救急医療体制整備事業の病院群輪番型施設に該当し①又は②の要件を満たし、(3)の場合、①及び③又は②及び③の要件を満たすこと。
- 5—「5」について、当該保険医療機関においていずれかを届け出ていること。