

様式 3 2

精神科リエゾンチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 精神科リエゾンに係る専従チーム（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	常勤・非常勤	研修受講
ア 精神科の医師			
イ 精神科等の経験を有する常勤看護師			□
ウ 精神医療に経験を有するその他の者 （薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者）			

2 精神症状の評価等に係るカンファレンス

開催頻度	1回当たり 平均所用時間数	構成メンバー及び 職種毎の参加人数
回／週	概ね 分	

3 精神症状の評価等に係る回診

開催頻度	1日当たり 平均症例数	構成メンバー及び 職種毎の参加人数
回／週	概ね 症例	

4 患者やチーム以外の医療従事者等からの相談に応じる体制

体制

[記載上の注意]

- 「1」のアは精神科を主たる業務とした5年以上の経験が確認できる文書を添付すること。また、イは3年以上精神科等精神医療に係る看護に従事した経験を有し、精神科リエゾンに係る研修を修了していることが確認できる文書を添付すること。その他の者については該当する職種に○をし、3年以上精神科等精神医療に従事した経験を有していることが確認できる文書を添付すること。
- 「2」及び「3」については、当該医療機関において予定しているものについて記載することでよく、所用時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
- 「4」については、どのような体制をとっているかを簡潔に記載すること。
- 様式 13 の 2「勤務医の負担軽減に対する体制」を添付すること。
- 精神科リエゾンに係る実施計画書及び治療評価書の写しを添付すること。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師等の氏名、勤務の態様及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。