

精神科入退院支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

入退院支援及び地域連携業務を担う部門 (入退院支援部門)の設置の有無	( 有 ・ 無 )
---------------------------------------	-----------

1 入退院支援部門に配置されている職員 (該当する□に「✓」を記入すること)

	氏名	専従 ・ 専任	常勤 ・ 非常勤		職種	経験 年数
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		
入退院支援に 関する経験を 有する者			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年
			<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 非常勤 ( 時間)		年

2 退院支援に係る実績等

(1)	転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い連携する機関の数の合計が10以上 (該当する場合は「✓」を記入すること)	<input type="checkbox"/>
	連携機関の職員と年3回以上の頻度で面会し、情報の共有等を行っている (該当する場合には「✓」を記入すること)	<input type="checkbox"/>
	連携先 (連携を有している場合には「✓」を記入すること)	
	① 他の保険医療機関	<input type="checkbox"/>
	② 一般相談支援、特定相談支援、地域移行支援、地域定着支援、自立生活援助、共同生活援助又は就労継続支援等の障害福祉サービス等事業者	<input type="checkbox"/>
	③ 児童福祉法に基づく障害児相談支援事業所等	<input type="checkbox"/>
④ 介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者又は施設サービス事業者	<input type="checkbox"/>	
⑤ 精神保健福祉センター、保健所又は都道府県若しくは市区町村の障害福祉担当部署	<input type="checkbox"/>	
(2)	1年間に、地域移行支援を利用し退院した患者又は退院後の自立生活援助若しくは地域定着支援の利用に係る申請手続きを入院中に行った患者の数の合計が5人以上 (該当する場合には「✓」を記入すること)	<input type="checkbox"/>

### 3 各病棟に配置されている職員

	病棟名	病床数	当該病棟で 算定している 入院料	氏名	職種
入退院支援及び 地域連携業務に 専従に従事する 者					

[記載上の注意]

- 1 部門の設置が有る場合には、それを確認できる文書を添付すること。
- 2 「1」について、非常勤職員を組み合わせで配置している場合は、「非常勤」に「✓」を記入し、( )に週当たりの勤務時間を記入すること。
- 3 「2」について、(1)又は(2)を満たすこと。(1)を満たす場合は、①から⑤までのうち少なくとも3つ以上との連携を有していること。
- 4 連携機関の職員との面会に係る実績については、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。