

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に対する体制（新規・4月報告）

1 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善を要件とする入院料等の届出状況(既に届出を行っているものについてチェックし、届出年月日を記載すること。)

項目名	届出年月日	項目名	届出年月日
<input type="checkbox"/> 総合入院体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 医師事務作業補助体制加算 (対1補助体制加算)	年 月 日	<input type="checkbox"/> 呼吸ケアチーム加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> ハイリスク分娩管理加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 救命救急入院料 注3加算	年 月 日
<input type="checkbox"/> 急性期看護補助体制加算	年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児入院医療管理料1又は2 (該当する方に○をつけること)	年 月 日

2 新規届出時又は毎年4月の報告時点の状況について記載する事項

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の病院勤務医の負担の軽減に対する体制の状況

(1) 病院勤務医の負担の軽減に資する計画

医師・看護師等の業務分担

医師に対する医療事務作業補助体制

短時間正規雇用の医師の活用

地域の他の医療機関との連携体制

交代勤務制の導入

外来縮小の取組み

ア 初診における選定療養の額 \_\_\_\_\_円

イ 診療情報提供料等を算定する割合 \_\_\_\_\_割

その他

(2) 病院勤務医の勤務時間の把握等

勤務時間 (平均週 \_\_\_\_\_時間(うち、残業 \_\_\_\_\_時間))

連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数 \_\_\_\_\_回)

当直翌日の通常勤務に係る配慮( 当直翌日は休日としている  当直翌日の業務内容の配慮を行っている  その他(具体的に: \_\_\_\_\_))

業務の量や内容を把握した上で、特定の個人に業務が集中しないような勤務体系の策定

その他

(3) 職員等に対する周知 ( 有 \_\_\_\_\_ 無 \_\_\_\_\_ )

具体的な周知方法( \_\_\_\_\_ )

(4) 役割分担推進のための委員会又は会議

ア 開催頻度 ( \_\_\_\_\_ 回/年)

イ 参加人数 (平均 \_\_\_\_\_ 人/回) 参加職種( \_\_\_\_\_ )

〔記載上の注意〕

- 1 病院勤務医の負担の軽減に対する体制について、実施しているものにチェックを行い、その具体的な計画についてその写し(様式自由)を添付すること。
- 2 診療情報提供料等を算定する割合とは、① 区分番号「B009」診療情報提供料(I)の「注7」の加算を算定する退院患者及び② 転帰が治癒であり通院の必要のない退院患者の合計を、総退院患者数(ただし、外来化学療法又は外来放射線療法に係る専門外来並びにHIV等に係る専門外来の患者を除く。)で除したものの割合。
- 3 勤務時間及び当直回数の算出に当たっては、常勤の医師及び週24時間以上勤務する非常勤の医師を対象とすること。
- 4 前年度にも届出又は実績の報告を行っている場合には、前年度に提出した当該様式の写しを添付すること。
- 5 急性期看護補助体制加算の届出を行う場合には、看護職員の負担の軽減及び処遇の改善の計画や評価等が分かる文書を添付すること。

## 栄養サポートチーム加算の施設基準に係る届出書添付書類

### 1 基本情報

入院基本料の区分	看護配置	稼働病床数
一般病棟入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料	床
特定機能病院入院基本料(一般病棟の場合)	<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料	床
専門病院入院基本料	<input type="checkbox"/> 7対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 10対1入院基本料	床

### 2 栄養サポートチームに係る構成員

区 分	氏 名	区 分
ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師		専従・専任
イ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師		専従・専任
ウ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師		専従・専任
エ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士		専従・専任
オ その他の栄養サポートチーム構成員(職種及び職種毎の人数を記載)		

### 3 栄養管理に係るカンファレンス

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

### 4 栄養管理に係る回診

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	

### 5 患者に対する情報提供体制

--

### 6 保険医等からの相談に応じる体制

体制
----

### 7 他チームとの合同カンファレンスの実施状況

チーム	開催頻度	構成メンバー
褥瘡対策チーム	概ね    回/月	
感染対策チーム	概ね    回/月	
緩和ケアチーム	概ね    回/月	
摂食・嚥下対策チーム	概ね    回/月	
その他(    )チーム	概ね    回/月	

#### [記載上の注意]

- 1 「2」のア～エについて、医療関連団体等により交付された研修修了証の写しを添付すること。ただし、医師以外の専任の従事者が研修を終了していない場合にあっては、余白に研修未受講者である旨を記載すれば届出を行うことができるものとし、この場合、平成23年3月31日までに研修を終了した旨を再度届け出ること。
- 2 3及び4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、所要時間数、症例数については記載しない場合でも提出可能とする。
- 3 「5」「6」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。
- 4 医療機関内に栄養サポートチーム以外のチームが位置づけられており、定期的にカンファレンスが行われている又は行われる予定の場合には、その頻度等について、記載すること。なお、当該項目については、届出にあたり必須ではない。
- 5 栄養サポートチームが、当該医療機関において組織上明確な位置づけにあることが確認できる文書を添付すること。
- 6 第三者機関による外部評価を受けている場合は、認定証等の写しを添付すること。
- 7 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。