

医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制（新規・8月報告）

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

（※レセプトに記載する7桁の数字を記載すること。）

保険医療機関名：  
\_\_\_\_\_

新規届出時又は毎年4月時点の状況について記載する事項  
（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

|                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 年 月 日時点の医療従事者の負担の軽減に対する体制の状況                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |
| (1) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |
| ア 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する責任者                                                                              | 氏名： _____ 職種： _____                                                                                                                                                                                            |
| イ 医療従事者の勤務状況の把握等                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                |
| (ア) 勤務時間の具体的な把握方法                                                                                        | <input type="checkbox"/> タイムカード、ICカード<br><input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録（上司等による客観的な確認あり）<br><input type="checkbox"/> 出席簿又は管理簿等の用紙による記録（自己申告）<br><input type="checkbox"/> その他 _____<br>（具体的に： _____） |
| (イ) 勤務時間以外についての勤務状況の把握内容                                                                                 | <input type="checkbox"/> 年次有給休暇取得率<br><input type="checkbox"/> 育児休業・介護休業の取得率<br><input type="checkbox"/> その他 _____<br>（具体的に： _____）                                                                            |
| ウ 多職種からなる役割分担推進のための委員会又は会議                                                                               | 開催頻度： _____ 回／年（うち、管理者が出席した回数 _____ 回）<br>参加人数：平均 _____ 人／回<br>参加職種（ _____ ）                                                                                                                                   |
| エ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画                                                                               | <input type="checkbox"/> 計画策定<br><input type="checkbox"/> 職員に対する計画の周知                                                                                                                                          |
| オ 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に関する取組事項の公開                                                                          | <input type="checkbox"/> 医療機関内に掲示する等の方法で公開<br>（具体的な公開方法 _____）                                                                                                                                                 |
| (2) 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体的な取組内容                                                                    |                                                                                                                                                                                                                |
| (イ)～(ト)のうち少なくとも3項目以上を含んでいること。                                                                            |                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> (イ) 外来診療時間の短縮、地域の他の保険医療機関との連携などの外来縮小の取組み<br>※ 許可病床数が 400床以上の病院では、必ず本項目を計画に含むこと。 | <input type="checkbox"/> 外来診療時間の短縮<br><input type="checkbox"/> 地域の他の保険医療機関との連携<br><input type="checkbox"/> その他 _____                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> (ロ) 院内保育所の設置（夜間帯の保育や病児保育の実施が含まれることが望ましい）                                        | <input type="checkbox"/> 夜間帯の保育の実施<br><input type="checkbox"/> 病児保育の実施                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> (ハ) 医師事務作業補助者の配置による医師の事務作業の負担軽減                                                 |                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> (ニ) 医師の時間外・休日・深夜の対応についての負担軽減及び処遇改善                                              |                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> (ホ) 特定行為研修修了者の複数名の配置及び活用による医師の負担軽減                                              | <input type="checkbox"/> 特定行為研修修了者： _____ 名                                                                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> (ヘ) 院内助産又は助産師外来の開設による医師の負担軽減                                                    | <input type="checkbox"/> 院内助産<br><input type="checkbox"/> 助産師外来                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> (ト) 看護補助者の配置による看護職員の負担軽減                                                        |                                                                                                                                                                                                                |

〔記載上の注意〕  
1 医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善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うこと。  
2 当該加算の変更の届出に当たり、直近8月に届け出た内容と変更がない場合は、本届出を略することができる。