

重症患者対応体制強化加算に係る届出書添付書類

1 届出を行う区分 (該当するもの1つに○をすること。)	1 : 救命救急入院料「注11」 2 : 特定集中治療室管理料「注6」		
2 人員の配置状況	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了した専従の常勤看護師		
	氏名		
	経験年数又は勤務年数	年	
	救命救急入院料1又は特定集中治療室管理料に係る届出を行っている保険医療機関において5年以上の勤務経験を有する専従の常勤臨床工学技士		
	氏名		
	経験年数又は勤務年数	年	
	集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を3年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に関する研修を受講する看護師		
	看護師1		
	氏名		
	経験年数 又は勤務年数	年	
	研修の受講状況	1 : 受講済み 2 : 受講予定	
	(受講予定の場合) 受講開始予定年月日	年 月 日	
	(受講予定の場合) 受講終了予定年月日	年 月 日	
	看護師2		
	氏名		
	経験年数 又は勤務年数	年	
	研修の受講状況	1 : 受講済み 2 : 受講予定	
	(受講予定の場合) 受講終了予定年月日	年 月 日	
3 重症患者への看護実践のための院内研修の実施状況	研修の実施回数		回／年
4 要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師（該当する看護師の氏名を2名以上記載すること。）	氏名1		
	氏名2		
	氏名3		
	氏名4		

5 特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票の「特殊な治療法等」に該当する患者割合		
	患者割合	%
6 届出等に係る事項		
☐ 感染対策向上加算 1 に係る届出		
	該当するものを選択すること。	1：特定機能病院である 2：急性期総合体制加算に係る届出を行っている

〔記載上の注意〕

人員の配置状況については、集中治療を必要とする患者の看護に関する適切な研修を修了していることが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。受講予定者を届け出た場合は、研修受講を開始した際に改めて届出を行うこと。