

救命救急入院料「注 11」重症患者対応体制強化加算
 特定集中治療室管理料「注 6」重症患者対応体制強化加算
 に係る届出書添付書類

※該当するものに「✓」を記入すること。

1 人員の配置状況（□には適合する場合「✓」を記入すること。）

区分	氏 名	経験年数 又は勤務年数	専従	研修
ア 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、適切な研修を修了した専従の常勤看護師		年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ 救命救急入院料2又は4若しく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		年	<input type="checkbox"/>	/
ウ 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、研修を受講している看護師		年	/	<input type="checkbox"/>
※受講予定の場合は、以下に受講開始予定日及び受講修了予定日を記載すること。		年	/	<input type="checkbox"/>
氏 名 ()				
受講開始予定日 (年 月 日) / 受講修了予定日 (年 月 日)				

2 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
年 回

3 要請に応じて、他の医療機関等の支援を行う看護師

氏名	

4 「特殊な治療法等」に該当する患者割合

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」に該当する患者割合	%
---	---

5 急性期充実体制加算及び感染対策向上加算の届出状況

（当該加算の届出を行っている場合、□に「✓」を記入すること。）

急性期充実体制加算	<input type="checkbox"/>
感染対策向上加算 1	<input type="checkbox"/>

[記載上の注意]

- 1 1のアに掲げる看護師が、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。
- 2 1のウに掲げる看護師が、集中治療を必要とする患者の看護に関する研修を修了していること又は受講中であ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。
- 3 特定集中治療室管理料又は救命救急入院料を算定する治療室に入院している全ての患者の状態を、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を用いて測定及び評価し、その結果、「特殊な治療法等」に該当する患者が直近6か月間で1割5分以上であること。