

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 栄養サポートチームに係る構成員

| 区 分 | 氏 名 | 勤務形態 | 区 分 |
|-----------------------------------|-----|---------|-------|
| ア 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師 | | 常勤・常勤換算 | 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 | | 常勤・常勤換算 | 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 | | 常勤・常勤換算 | 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 | | 常勤・常勤換算 | 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) | | | |

☐ 注2に規定する点数を算定する場合

2 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 | |

3 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 | |

4 患者に対する情報提供体制

| |
|--|
| |
|--|

5 保険医等からの相談に応じる体制

| 体制 |
|----|
| |

6 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 | |
| 感染制御チーム | 概ね 回/月 | |
| 緩和ケアチーム | 概ね 回/月 | |
| その他()チーム | 概ね 回/月 | |

[記載上の注意]

- 「1」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。
- 当該栄養サポートチームが診察する患者数が1日に15人以内である場合は、いずれも専任で差し支えない
- 「2」及び「3」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。
- 「4」「5」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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 本添付書類は、1チームにつき1部作成すること。
- 注2に規定する点数は、別紙2に掲げる地域に所在する保険医療機関(特定機能病院、許可病床数が400床以上の病院、DPC対象病院及び一般病棟入院基本料に係る届出において急性期一般入院料1のみを届け出ている病院を除く)の一般病棟において、算定可能である。
- 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のアからエについて、「専従・専任」を記載しなくても差し支えない。