

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 <input type="checkbox"/> 13対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 15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 <input type="checkbox"/> 13対1入院基本料	床
療養病棟入院基本料	<input type="checkbox"/> 20対1入院基本料 <input type="checkbox"/> 25対1入院基本料	床

注2に規定する点数を算定する場合

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A～E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。
- 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により、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、定期的にか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。
- 8 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、200床以上の病院、DPC対象病院、一般病棟7対1入院基本料及び一般病棟10対1入院基本料を算定している病院を除く)の一般病棟において、算定
- 9 注2に規定する点数を算定する場合は、「2」のAからEについて、専従でなくても差し支えない。