（別紙）

医療業務補助者配置支援事業実績報告書

医療機関名

医療業務補助者の配置による負担軽減効果

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置者 | 雇用期間 | 業務内容 | 年間業務削減時間（配置者年間労働時間） | 実施結果 |
| □　医師事務作業補助者□　看護師補助者□　准看護師補助者□常　勤□非常勤　　　 | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |  |  |  |
| □　医師事務作業補助者□　看護師補助者□　准看護師補助者□常　勤□非常勤　　　 | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 |  |  |  |

※１　経費の支出が確認できるもの（賃金台帳等）についてコピーを添付すること。

（別紙）

記入例

医療業務補助者配置支援事業実績報告書

医療機関名　　　　　　医療法人○○○

医療業務補助者の配置による負担軽減効果

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 配置者 | 雇用期間 | 業務内容 | 年間業務削減時間（配置者年間労働時間） | 実施結果 |
| □　医師事務作業補助者■　看護師補助者□　准看護師補助者■常　勤□非常勤　　　 | 自　令和７年４月１日至　令和８年３月３１日 | ベットメイキング、必要部品の準備・片付け、入退院・検査のための搬送、排泄介助、病棟内の環境整備、面会者及び入院患者の案内等 | **〇〇時間** | ・院内でアンケートを実施したところ、補助者を配置したことにより、勤務負担の軽減を看護師（もしくは医師）自身も実感し勤務に対する意欲が増したとの回答が○○％増した。　　等 |
| □　医師事務作業補助者□　看護師補助者□　准看護師補助者□常　勤□非常勤　　　 | 自　　年　　月　　日至　　年　　月　　日 | 常勤か非常勤かチェック願います。 | どのような効果が得られたのかを**定量的**に記載ください。**本事業により削減された業務時間を****記載してください。**（補助対象者の年間労働時間を年間業務削減時間とみなして記載してください。） |  |

※１　経費の支出が確認できるもの（賃金台帳等）についてコピーを添付すること。