（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。