

## 有床診療所緩和ケア診療加算の施設基準に係る届出書添付書類

## 1 緩和ケアに係る医療従事者（□には、適合する場合「レ」を記入すること）

区 分	氏 名	経験 年数	勤務 時間	研修 受講
ア 身体症状、精神症状の緩和を担当する常勤医師		年	時間	<input type="checkbox"/> 緩和ケア研修会等 <input type="checkbox"/> 基本的心不全緩和ケアトレーニングコース
イ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師		年	時間	□
ウ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		年	時間	

## 2 症状緩和に係るカンファレンス

開催頻度	構 成 メ ン バ ー（氏名・職種）
回／週	

3 夜間の看護職員配置 夜の看護職員数	夜間の看護補助者数	（再掲）当直の看護要員数
名	名	名

## 4 患者に対する情報提供

--

## 〔記載上の注意〕

- 「1」のアは緩和ケアに関する研修の修了の有無が確認できる文書を添付すること。  
また、イは緩和ケア病棟等における研修の修了の有無が確認できる文書を添付すること。  
緩和ケアに関する研修とは、緩和ケア研修会等又は基本的心不全緩和ケアトレーニングコースをいう。
- 勤務時間欄には、就業規則等に定める週あたりの所定労働時間（休憩時間を除く勤務時間）を記載すること。
- 「4」は、どのような情報提供方法をとっているかを簡潔に記載すること。