

## 在宅療養支援病院の施設基準に係る届出書添付書類

|  |     |       |                     |
|--|-----|-------|---------------------|
| 1 届け出る在宅療養支援病院の区分(次のいずれかに○をつけること。)   |     |       |                     |
| (1) 「第 14 の2」の1の(1)に規定する在宅療養支援病院<br>(2) 「第 14 の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院<br>(3) 「第 14 の2」の1の(3)に規定する在宅療養支援病院   |     |       |                     |
| 2 当該病院の在宅医療を担当する医師   |     |       |                     |
| 常勤の医師名   | ①   |       |                     |
|  | ②   |       |                     |
|  | ③   |       |                     |
| 3 当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関  |     |       |                     |
| 名称   | 開設者 | 許可病床数 | 在宅医療を担当する<br>常勤の医師名 |
| ①  |     | ( )床  |                     |
| ②  |     | ( )床  |                     |
| ③  |     | ( )床  |                     |
| ④  |     | ( )床  |                     |
| ⑤  |     | ( )床  |                     |
| ⑥  |     | ( )床  |                     |
| ⑦  |     | ( )床  |                     |
| ⑧  |     | ( )床  |                     |
| 4 当該病院の許可病床数 _____ 床   |     |       |                     |
| 5 当該病院における地域包括ケア病棟入院料の届出有無   |     |       |                     |
| <input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院料1<br><input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院料3<br><input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院医療管理料1<br><input type="checkbox"/> : 地域包括ケア病棟入院医療管理料3<br><input type="checkbox"/> : 上記以外の地域包括ケア病棟入院料・管理料<br><input type="checkbox"/> : 届出なし |     |       |                     |
| 6 当該病院における 24 時間の直接連絡を受ける体制  |     |       |                     |
| (1) 担当部門の連絡先:<br>(2) 曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合(主な担当者を記載することで差しつかえない。)<br>・担当医師名:<br>・看護職員名:<br>・連絡先:  |     |       |                     |
| 7 24 時間往診が可能な体制  |     |       |                     |
| 当該病院の担当医師名:  |     |       |                     |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 8 24 時間訪問看護が可能な体制<br>(2)がある場合には名称等を記入すること。)   |  |   |
| (1) 当該病院の担当看護職員名<br>(2) 連携訪問看護ステーションの名称等<br>・名称:<br>・開設者:<br>・担当看護職員名:<br>・連絡先:   |  |   |
| 9 次の項目に対応可能である場合・該当する場合に○をつけること。<br>(1) 「8」に、連携訪問看護ステーションがある場合には、当該施設において緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を当該施設に対して文書(電子媒体を含む。)により随時提出すること。<br>なお、在宅支援連携体制を構築する場合は、月1回以上のカンファレンスを実施していること。<br>(2) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。<br>(3) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。<br>(4) 市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業等において、在宅療養支援診療所以外の診療所及び介護保険施設等と連携し、地域ケア会議、在宅医療・介護に関するサービス担当学会議又は病院若しくは介護保険施設等で実施される他職種連携に係る会議に出席していること。<br>(5) 在宅療養移行加算を算定する診療所の往診体制及び連絡体制の構築に協力していることが望ましいこと。 |  |   |
| 10 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算、在宅療養実績加算に係る届出   |  |   |
| (1) 届出の有無   |  |   |
| ① 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 ( 有 ・ 無 )<br>② 在宅療養実績加算1 ( 有 ・ 無 )<br>③ 在宅療養実績加算2 ( 有 ・ 無 )  |  |   |
| (2) 緩和ケアに係る研修を受けた医師 氏名 ( )  |  |   |
| (3) 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が 10 件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある医師<br>① 氏名 ( )<br>② 勤務を行った保険医療機関名 ( )<br>③ 勤務を行った期間( 年 月 日～ 年 月 日)   |  |   |
| (4) 過去に、患者が自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を5件以上実施した経験のある医師 氏名 ( )  |  |   |
| (5) 直近1年間に、自ら注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した患者数 (算出に係る期間; 年 月 日～ 年 月 日)   |  | 名 |
| (6) 直近1年間にオピオイド系鎮痛薬を投与した患者数(投与経路は問わないが、定期的な投与と頓用により患者が自ら疼痛を管理できるものに限る。)   |  | 名 |
| 11 適切な意思決定支援に関する指針を定めていること <input type="checkbox"/> 該当  |  |   |

[記載上の注意]

- 1 「3」は、「第14の2」の1の(2)に規定する在宅支援連携体制を構築する在宅療養支援病院が記載すること。
- 2 「第14の2」の1の(2)に規定する在宅療養支援病院は、当該在宅支援連携体制を構築する保険医療機関間で一元化した連絡先を、「6の連絡先」に記載すること。
- 3 24時間の直接連絡を受ける体制、24時間往診が可能な体制及び24時間訪問看護が可能な体制について、患者に対して交付する文書を添付すること。
- 4 当該届出を行う場合には、「在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料(様式19)」及び「在宅がん医療総合診療料(様式20)」の届出が行われているかについて留意すること。
- 5 「10」については、届出に当たって必要な事項を記載すること。また、在宅療養実績加算に係る届出を行う場合については、「在宅療養実績加算に係る報告書」(様式11の5)を添付すること。
- 6 「10」の(2)に係る医師については、緩和ケアに係る研修を修了していることが確認できる文書(当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可)を添付すること。