

様式 27 の 2

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	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		□
イ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師		□
ウ 緩和ケアの経験を有する薬剤師		

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

夜間の看護職員数	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」のアは悪性腫瘍患者又は後天性免疫不全症候群の患者を対象とした症状緩和治療を主たる業務とした1年以上の経験及び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3年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了の有無が確認できる文書を添付すること。
研修受講とは緩和ケアに関する研修の受講をいう。
- 「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。
- 「1」の医師、看護師及び薬剤師の氏名及び勤務時間について、様式 20 を添付すること。