

緩和ケア病棟入院料の施設基準に係る届出書添付書類

|               |                        |  |      |                  |             |                            |   |
|---------------|------------------------|--|------|------------------|-------------|----------------------------|---|
| 入院患者の状況       | 当該病棟の1日平均入院患者数         |  | 名    | 算出期間（直近1年間）      |             |                            |   |
|               | 内<br>訳                 | 悪性腫瘍                                   | 名    | 年                | 月           | 日                          |   |
|               |                        | 後天性免疫不全症候群                             | 名    | 年                | 月           | 日                          |   |
| 医師数           | 病院全体の医療法標準数<br>（届出日時点） |  | 名    | 従事医師数<br>（届出日時点） | 名           | 配置割合 %                     |   |
|               | 当該病棟勤務医師数              |  | 常勤者数 | 名                | 非常勤者数（常勤換算） | 名                          |   |
| 常勤医師名         |                        |  |      |                  |             | 研修の有無                      |   |
|               |                        |  |      |                  |             | 有 ・ 無                      |   |
|               |                        |  |      |                  |             | 有 ・ 無                      |   |
|               |                        |  |      |                  |             | 有 ・ 無                      |   |
|               |                        |  |      |                  |             | 有 ・ 無                      |   |
|               |                        |  |      |                  |             | 有 ・ 無                      |   |
|               |                        |  |      |                  |             | 有 ・ 無                      |   |
| 病室の状況         | 当 該 病 棟 総 数            | 病室数                                    | 室    | 病床数①             | 床           | 特別の療養環境の提供に係る病室<br>②/① (%) |   |
|               |                        | 病室数                                    | 室    | 病床数②             | 床           |                            |   |
|               | 内<br>訳                 | 個 室                                    | 室    | 室                | 床           | 室                          | 床 |
|               |                        | 2 人 室                                  | 室    | 室                | 床           | 室                          | 床 |
|               |                        | 3 人 室                                  | 室    | 室                | 床           | 室                          | 床 |
|               |                        | 4 人 室                                  | 室    | 室                | 床           | 室                          | 床 |
| 5 人 室 以上      | 室                      | 室                                      | 床    |                  |             |                            |   |
| 当 該 病 棟 の 面 積 |                        | m <sup>2</sup> （1床当たり m <sup>2</sup> ） |      |                  |             |                            |   |
| 病 室 部 分 の 面 積 |                        | m <sup>2</sup> （1床当たり m <sup>2</sup> ） |      |                  |             |                            |   |
| 家 族 の 控 え 室   |                        | m <sup>2</sup>                         |      |                  |             |                            |   |
| 患 者 専 用 台 所   |                        | m <sup>2</sup>                         |      |                  |             |                            |   |
| 面 談 室         |                        | m <sup>2</sup>                         |      |                  |             |                            |   |
| 談 話 室         |                        | m <sup>2</sup>                         |      |                  |             |                            |   |

|      |                                       |       |
|------|---------------------------------------|-------|
| 連携体制 | 連携している保険医療機関からの緊急時の受け入れ体制の有無          | 有 ・ 無 |
|      | 連携している保険医療機関から 24 時間連絡を受ける体制の有無       | 有 ・ 無 |
|      | 連携している保険医療機関の医師、看護師又は薬剤師に対しての研修の実施の有無 | 有 ・ 無 |

外部評価について（該当するものに○を付ける。）

|                        |             |
|------------------------|-------------|
| ア 日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価 |             |
| イ がん診療の拠点となる病院         | ウ ア、イに準じる病院 |

緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| ア 患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から入院までの期間の平均 | 日 |
| イ 退院患者のうち、転院、転棟又は死亡のため退院した患者以外の患者の割合  | % |

[記載上の注意]

- 1 悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者の状況は、直近 1 か月の 1 日平均の実績を記載すること。
- 2 常勤医師名の欄には、緩和ケア病棟に勤務する常勤医師の氏名を記載すること。
- 3 病室部分の 1 床当たりの面積は、1 床当たり面積が最小の室についての値を記入すること。
- 4 当該届出に係る病棟の平面図（特別の療養環境の提供に係る病室の状況や面積等）がわかるものを添付すること。
- 5 財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること又はがん診療の拠点となる病院若しくはがん診療の拠点となる病院に準じる病院であることが確認できる文書を添付すること。
- 6 当該病棟の患者の入退棟の判定を行うために作成している入退棟に関する基準を添付すること。
- 7 緩和ケアの内容に関する患者向けの案内を添付すること。
- 8 様式 5 から 9 及び様式 20 を添付すること。
- 9 緩和ケアの研修に関しては実施している内容のわかる資料（実習の指導マニュアルなど具体的な内容のわかるもの）を添付すること。
- 10 悪性腫瘍の患者を診察する医師については緩和ケアに関す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。
- 11 緩和ケア病棟入院料 1 の届出にあたり必要な事項については、「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(通知)」の別添 4 の第 14 の 1 に基づき記載すること。