**特定非営利活動法人 日本緩和医療学会　施設認定**

**＜診療施設概要書＞**

**※この書式は下書き用のため、システムへのPDFデータのアップロードは不要です※**

記載日　　　：　　　年　　月　　日（原則、申請日より１か月以内）

記載実績期間：　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日（原則、前年1月1日～12月31日）

**１．基本情報**

・総病床数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 　　　床

・入院患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人/年(新規入院患者数)

※1人の患者が2回入院した場合は、2人とカウントして下さい。

・外来患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人/日

・診療科数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科

・総常勤医師数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（記載日の人数）

・総看護師数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　人（記載日の人数）

・緩和医療指導医（認定手続中含む）　　　　　　□有　　□無

・緩和医療専門医（認定手続中含む）　　　　　　□有　　□無

・緩和医療認定医（認定手続中含む） 　　　　　□有　　□無

**2．認定要件（有資格・規定数）**

**基幹施設申請の場合**

・当学会のカリキュラムに基づいた研修が可能　　□該当する　　□該当しない

＜規定数＞　※いずれか1項目以上規定数を満たすこと

・緩和ケアチームの年間新規依頼数　　　　　　　　　　　　　　　　件/年（規定数100件以上）

・緩和ケア病棟/病床入院患者数　　　　　　　　　 　　　　　　　　件/年（規定数100件以上）

・在宅看取り数（訪問診療）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件/年（規定数30件以上）

＜補足情報＞

・緩和ケア外来新規患者数（入棟相談は除く）　　 　　　　　　　　件/年

※緩和ケア病棟の入棟面談は除き、緩和ケアを目的に診療した新規患者数を記載して下さい。

・その他の緩和ケア患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件/年

＜訪問診療を行っている医療機関＞

・訪問診療を行っている医療機関　　　　　　　　　□該当する　　□該当しない

**連携施設申請の場合**

・基幹施設と連携している　　　　　　　　　　　□該当する

＜規定数＞　※いずれか1項目以上規定数を満たすこと

・緩和ケアチームの年間新規依頼数　　　　　　　　　　　　　　　　件/年（規定数50件以上）

・緩和ケア病棟/病床入院患者数　　　　　　　　　 　　　　　　　　件/年（規定数80件以上）

・在宅看取り数（訪問診療）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件/年（規定数15件以上）

・緩和ケア外来新規患者数（入棟相談は除く）　　 　　　　　　　　件/年（規定数30件以上）

※緩和ケア病棟の入棟面談は除き、緩和ケアを目的に診療した新規患者数を記載して下さい。

・その他の緩和ケア患者数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件/年（規定数30件以上）

＜訪問診療を行っている医療機関＞

・訪問診療を行っている医療機関　　　　　　　　　□該当する　　□該当しない

**3．申請条件（診療形態）**

※下記のいずれかの診療形態に該当し、その要件を満たしていることが申請条件となります。（複数選択可）

1. □　がん診療連携拠点病院

・都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、特定領域がん診療連携拠点病院の内、いずれかの指定を受けていること

・緩和ケアチームが設置され活動していること

1. □　「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設

・「緩和ケア病棟入院料」届出受理施設であること

・緩和ケアチームが設置され活動していることが望ましい

1. □　「緩和ケア診療加算」届出受理施設

・「緩和ケア診療加算」届出受理施設であること

・緩和ケアチームが設置され活動していること

1. □　緩和ケアを実践している施設

・緩和ケアを実践している病院または診療所であること

・定期的に緩和ケアのカンファレンスが実施されていること

・24時間対応の訪問看護ステーションと連携していること

・病院の場合、緩和ケアチームかつ/または緩和ケア病床かつ/または緩和ケア外来が設置され、活動していることが望ましい

・診療所の場合、在宅診療支援診療所の要件をみたすことが望ましい

・特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会正会員であることが望ましい

**4．その他の情報**

・臨床研修病院の指定　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・医療安全・医療倫理に関する委員会　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・緩和ケアチーム　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・がん看護専門看護師　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・緩和ケア認定看護師　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・がん性疼痛看護認定看護師　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・その他専門認定看護師　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・日本医療薬学会認定がん専門薬剤師　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・日本緩和医療薬学会認定制度緩和薬物療法認定薬剤師　　□有　　　　□無

・その他認定薬剤師　　　　　　　　　　　　　　　　　　□有　　　　□無

・日本ホスピス緩和ケア協会の正会員　　　　　　　　　　□有　　　　□無

**5．施設に在籍する指導医・専門医・認定医の氏名**

【該当する医師の氏名をご記載下さい】

|  |
| --- |
| 緩和医療指導医（認定手続中含む） |
|  |
| 緩和医療専門医（認定手続中含む） |
|  |
| 緩和医療認定医（認定手続中含む） |
|  |

**6．緩和医療に関する臨床研修プログラム**

　緩和医療に関する臨床研修プログラムの所持　　　　　　　□有　　　　□無

**※この書式は下書き用のため、システムへのPDFデータのアップロードは不要です※**