（別添３）

緩和ケアチーム実地研修申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |

【担当者】

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名（ふりがな） |  |
| 所属部署 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |

【研修希望者】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 職種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

【研修希望日程】

|  |
| --- |
|  |

【医療機関の基本情報】（直近の現状報告から算出）

|  |  |
| --- | --- |
| 病床数 |  |
| 緩和ケア病棟の有無 | 有　・　無 |
| 新入院がん患者数/年 |  |
| 外来がん患者延数/年 |  |
| 入院患者の平均在院日数 |  |
| 院内死亡がん患者数/年 |  |
| 緩和ケアチーム新規診療症例数/年 |  |
| 緩和ケア外来新規診療症例数/年 |  |
| 緩和ケア診療加算の算定の有無 | 有　・　無 |

【緩和ケアチームの体制】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 人数 | 主な役割 |
| 身体医師 |  |  |
| 精神医師 |  |  |
| 看護師 |  |  |
| 薬剤師 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【自院の緩和ケアチームについて悩んでいること】（詳細に記載すること）

|  |
| --- |
| （例：新規症例数が増えない、依頼元との連携が上手くいかない等） |

【緩和ケアチーム実地研修を通じて、改善につなげたいこと】（詳細に記載すること）

|  |
| --- |
| （例：終末期の評価・対応の改善、新規症例数の増加、教育啓発活動の改善等） |

【緩和ケアチーム実施研修の中で希望する実習】

（複数回答可。実際に研修可能かどうかは、受入施設の判断によります）

* 定期カンファレンスへの同席
* 緩和ケアチーム回診への同行
* 緩和ケアチーム介入記録作成の見学
* 主治医や病棟看護師、多職種等とのカンファレンスやフィードバックの見学
* 新規依頼時の初期対応の見学
* 実績データ管理の見学
* 困難症例の紹介・解説
* 苦痛のスクリーニング、緩和ケアマニュアル、クリティカルパス等の紹介
* 新規依頼症例数の増加を目指した相談
* 緩和ケアチームの体制作りに関する相談
* 緩和ケアチームの普及啓発に関する相談
* 退院支援、地域の医療機関との連携
* キャンサーボード、地域の医療者が参加可能なカンファレンス等への出席
* 緩和ケア外来への同席
* がん看護カウンセリングへの同席
* 緩和ケア相談支援業務への同席
* その他（下部に記載してください。）

|  |
| --- |
|  |

　※本申込書は厚生労働省にも提供されます。