

ご入会にあたって

2019年4月

1. 入会の手続き

ご入会の際は、以下の書類を協会事務局までお送り下さいますようお願い申し上げます。

◆緩和ケア診療加算届出受理施設の場合

- ①「入会申込書」
- ②「施設概要」
- ③「“緩和ケア診療加算届出”に関する資料」
- ④ 貴院に関する資料（パンフレット等）
- ⑤ 厚生局発行の「緩和ケア診療加算届出受理（通知）」の写し

2. 支部活動

協会では、年1回、総会やシンポジウムなどを中心とする年次大会を開催しているほか、教育に関するセミナーや施設間の交流等を、支部としても行っております。

ご入会いただいた際には、入会申込書の情報（施設名・連絡先・連絡担当者名）を支部事務局にお知らせし、支部で大会やセミナーなどが開催される際には、支部事務局よりご案内が發送されますのでご了承下さい。

なお、個人情報につきましては各支部において厳重な名簿管理のもと、会報發送や各種ご案内など支部活動のみに使用させていただきます。各支部事務局は下欄をご参照下さい。

支部名	支部事務局（2019年4月1日現在）	支部名	支部事務局（2019年4月1日現在）
北海道支部	KKR 札幌医療センター	近畿支部	国家公務員共催組合連合会 六甲病院 (支部大会は持ち回りで運営)
東北支部	岩手医科大学附属病院	中国支部	岡山済生会総合病院
関東甲信越支部	つくばセントラル病院 (支部大会担当) 愛和病院	四国支部	松山ベテル病院
東海北陸支部	聖隷三方原病院	九州支部	社会医療法人栄光会 栄光病院

3. ホームページについて

協会では、ホスピス緩和ケアの利用を考えていらっしゃる患者さんやご家族、医療者への情報提供を目的として、ホームページ (<https://www.hpcj.org>) を運営しております。

リンク可能なホームページをお持ちでしたら、入会申込書にアドレスをご記入下さい。ホームページに掲載している会員名簿からリンクを張らせていただきます。

また、ホームページには会員専用ページを設けており、正会員施設に行っている調査結果などを掲載しております。入会手続きが完了しましたら、登録通知と共にID・パスワードをお送りいたします。

4. メールアドレスの登録

協会事務局からの連絡は主に郵送を利用しておりますが、正会員にはメールアドレスをご記入いただいた連絡担当者宛に、Eメールでも情報を配信させていただきます。

病院などで迷惑メールの拒否設定などをされている場合は、「@hpcj.org」からのメールを受信できるよう、設定していただきますようお願いいたします。

5. 年会費

入会申込書が事務局に届きましたら、理事長の承認を得た後に、年会費のお振り込みに関するご案内をお送りいたします。ご案内に記載された期日までのお振り込みをお願い申し上げます。会計年度は5月～翌年4月末日となっておりますのでご了承下さい。

その他、ご不明な点などございましたら、事務局までお問い合わせ下さい。

(施設・団体用)

年 月 日

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会
理事長 志真 泰夫 殿

申 住所 〒
込
者 氏名



ホスピス緩和ケア協会正会員・準会員入会申込書

貴協会の趣旨に賛同し、（ 正会員 ・ 準会員 ）として入会します。

施設名			
代表者	役職		
	氏名		
	E-Mail		
所在地	〒		
	ホームページアドレス：		
電話番号	TEL	FAX	
	所属部課名	役職	
連絡担当者	E-Mail		
	氏名		
会員区分	正会員 ・ 準会員 （どちらかに○印）		
紹介者 (無記入可)			

※ 個人に関する情報につきましては、各支部において厳重な名簿管理のもと、会報発送や協会関連の各種ご案内のみに使用させていただきます。

事務局	年 月 日書類受付	年 月 日会費請求	理事長	年 月 日
	年 月 日通知発送	年 月 日入金確認		承認 ・ 非承認

【 施 設 概 要 】

開 設 者			
施設・団体名			
管 理 者	理 事 長：	病 院 長：	
	事 務 長：	看 護 部 長：	
	緩和ケア責任医師：		役職：
	E-Mail：		
管 理 者	緩和ケア責任看護師：		
	E-Mail：		
敷地面積	㎡	延床面積	㎡
病 床 数	床 (一般 床・)		
常勤職員	名 (医師 名、看護師 名、その他 名)		
標榜科目	(計 科)		
特 色 (理 念)			
沿 革			
受動喫煙防止対策	敷地内禁煙： 有 ・ 無 敷地内屋外喫煙場所設置： 有 ・ 無		
備 考 指定があればし点	<input type="checkbox"/> がん診療連携拠点病院[<input type="checkbox"/> 国指定・ <input type="checkbox"/> 都道府県指定] <input type="checkbox"/> 地域医療支援指定病院		

※特色と沿革につきましては、パンフレットなどの資料を添付していただいても結構です。

「緩和ケア診療加算届出」に関する資料

施設名			
緩和ケアチームの名称			
チームの所属	病院長直属 ・ 看護部 ・ 麻酔科 ・ 精神科 ・ 緩和ケア科 その他（ ）		
算定開始年月日	年 月 日（活動開始時期： 年 月 日）		
算定患者数（年間）	実数	名（一日の平均診療患者数： 名）	
	延数	名	
疾患別算定患者実数	がん	名	心不全
		名	AIDS
		名	
緩和ケア外来	有 ・ 無	名称：	実施日：
	外来緩和ケア管理料算定 有（ 年 月 日算定開始） ・ 無		

■チームの構成メンバー ※専従は業務に100%関わっている方、専任は業務に50%以上関わっている方をご記入下さい。

チームの責任者	お名前：	ご専門：
① 医師	専従： 名	内、緩和医療専門医数： 名
	専任： 名	内、緩和医療認定医数： 名 内、緩和医療暫定指導医数： 名
② 看護師	専従： 名	内、がん看護専門看護師数： 名
	専任： 名	内、緩和ケア認定看護師数： 名 内、がん性疼痛看護認定看護師数： 名
③ 薬剤師	専従： 名	内、緩和薬物療法認定薬剤師： 名
	専任： 名	
④ その他の職種 <small>※専従か専任かについて ○印をおつけ下さい</small>	職種： 名	専従： 名 ・ 専任： 名 ・ 兼任 名
	職種： 名	専従： 名 ・ 専任： 名 ・ 兼任 名
	職種： 名	専従： 名 ・ 専任： 名 ・ 兼任 名
⑤ 非常勤メンバー	職種： 人数： 名	職種： 人数： 名
	職種： 人数： 名	職種： 人数： 名

■病院における緩和ケアの体制 ※併設施設を含む

在宅診療	有 ・ 無	実施日：
在宅診療の担当者 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 緩和ケアチームの医師 <input type="checkbox"/> 併設診療所の医師	<input type="checkbox"/> 当該科の主治医 <input type="checkbox"/> その他（ ）
訪問看護	有 ・ 無	実施日：
訪問看護の担当者 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 緩和ケアチームの看護師 <input type="checkbox"/> 併設の訪問看護ステーション	<input type="checkbox"/> 院内の訪問看護部門 <input type="checkbox"/> その他（ ）

■研修の受け入れ

研修の受け入れについて	有 ・ 無 ・ その他（ ）
受入職種に○をつけて下さい	医師 ・ 看護師 ・ その他（ ）

■問い合わせ先

連絡先	緩和ケアチームに関する問い合わせ	見学・研修等の問い合わせ
部署・担当者氏名		
電話/FAX 番号		

協会ウェブサイトの会員名簿で、本書類に記載の内容を公開することについて	承諾する ・ 承諾しない
-------------------------------------	--------------