

当機構の事業運営につきましては、平素より格別のご愛顧を賜りまして、心より御礼申し上げます。経営セミナーの内容をご検討いただき、是非ご受講いただければ幸いです。皆さまのご参加を、心よりお待ちしております。

# 医療施設整備・機能強化セミナー

—高齢化社会を担う回復期・慢性期・在宅医療のあり方について—

主催：独立行政法人福祉医療機構

2025年（平成37年）に向けて、地域医療構想の策定、地域支援事業の実施をはじめとする医療・介護提供体制の一体的な整備が進められています。また平成30年度からは、第7次医療計画及び第7期介護保険事業（支援）計画がスタートし、同年度には診療報酬や介護報酬の同時改定も予定されています。

このような状況のなか、介護療養病床等については、平成29年度末に廃止の期限を迎えることとなっており、地域医療構想の実現に向けた早期対応が求められています。平成28年6月には、「療養病床の在り方等に関する特別部会」が設置され、慢性期における医療介護の両方のニーズを併せ持つ方々が地域で安心して暮らすためにはどうすべきかといった議論が進められています。

また、地域包括ケアシステムの構築に向けては、在宅医療の推進も掲げられており、回復期、在宅医療が担う役割については、より一層増してくるものと思料されます。

そこで、今回のセミナーでは、回復期、慢性期及び在宅医療における制度・政策等について、認識を深めるとともに、実践事例等を通じ、今後求められる役割や病院経営の方向性を考えるうえで、有益となる情報を提供したいと考えております。

## 日程・会場等

平成29年2月24日（金）

全社協「灘尾ホール」東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビルL B階  
（東京駅「霞ヶ関駅」から徒歩8分、「虎ノ門駅」から徒歩5分）

- 9:30～10:20 受付  
10:20～10:30 オリエンテーション  
開会あいさつ 独立行政法人福祉医療機構
- 10:30～11:50 「地域医療構想における療養病床の在り方について（仮題）」  
＜講師＞一般社団法人 日本慢性期医療協会 副会長  
医療法人 池慶会 池端病院 理事長・院長 池端 幸彦 氏
- 11:50～12:00 「医療貸付事業について（仮題）」  
＜説明者＞独立行政法人福祉医療機構 福祉医療貸付部 医療審査課
- 12:00～13:00 休憩（医療貸付簡易相談コーナー）
- 13:00～14:20 「質の向上が求められる！回復期リハ病棟の今後について（仮題）」  
＜講師＞社会福祉法人こうほうえん  
錦海リハビリテーション病院 副院長 角田 賢 氏
- 14:30～15:50 「病院として在宅での看取りを支える～当院における在宅医療への取り組み～（仮題）」  
＜講師＞社会医療法人 祐愛会 織田病院
- 16:00～16:30 「経営分析参考指標からみた療養型病院の経営実態（仮題）」  
＜説明者＞独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター  
リサーチグループ リサーチチーム

※講師および講義内容等に変更が生じる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

●受講料：1名8,000円（消費税込） ※当日受付にてお支払ください。（釣銭のないようにお願いします。）  
（受講料に昼食代は含みません。宿泊施設や交通手段等は御自身で御準備ください。）

●お申込み方法：インターネットまたはFAXにてお申込みください。先着順にて受付いたします。

【インターネット】機構ホームページからお申込みフォームに必要事項を入力いただき、送信してください。

（トップページ → 新着情報・お知らせ → 医療施設整備・機能強化セミナー）

※登録されたメールアドレスに、受講票が送信されます。

【FAX】受講申込書に必要事項をご記入の上、送信してください。

※受付次第速やかに受講ハガキをご郵送させていただきます。

 <http://hp.wam.go.jp/> 福祉医療機構

検索 

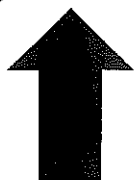
WAM

〒105-8486 東京都港区虎ノ門四丁目3番13号 ヒューリック神谷町ビル9階  
独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター

リサーチグループ セミナーチーム

TEL：03-3438-9932 FAX：03-3438-0371

※当機構ホームページ（<http://hp.wam.go.jp/>）でもセミナーをご案内しております。



申込先 FAX: 03-3438-0371

独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター

リサーチグループセミナーチーム 行き (送付書は不要です)

平成28年12月26日(月) 10:00受付開始

## 医療施設整備・機能強化セミナー受講申込書

～高齢化社会を担う回復期・慢性期・在宅医療のあり方について～

平成29年2月24日(金):東京会場

1. 受講申込者 3名様以上でお申込いただく場合は、コピーしてご使用ください。

氏 名	役 職 名	該当される役職・職種番号に○をつけてください
フリガナ		1. 医療法人役員 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. 社会福祉法人職員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他( )
フリガナ		1. 医療法人役員 2. 医療法人職員 3. 社会福祉法人役員 4. 社会福祉法人職員 5. 行政等職員 6. 公認会計士・税理士 7. 金融機関 8. 一般企業・経営コンサルタント 9. その他( )

2. 受講票送付先 勤務先・自宅 ← いずれかに○をつけてください。自宅の場合は送付先名称に氏名をご記入ください。

ご 住 所	(〒 - )		
ご送付先名称 (法人名・病院名・施設名)			ご担当者
電話番号 (日中ご連絡先)		FAX番号	

3. ご経営されている主な病医院・施設についてご記入ください。(該当の番号に○をつけてください。複数可)

1. 病 院 ( 急性期 )	5. 診療所		
2. 病 院 ( 回復期 )	6. 介護老人保健施設		
3. 病 院 ( 慢性期 )	7. その他 ( )		
4. 病 院 ( 精 神 )			
許可病床・入所定員	床	これまで当機構の融資のご利用はありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

4. ご連絡事項がある場合はご記入ください。(当日車椅子でご来場される方はその旨をご記入ください)

--

5. 当日は、医療施設等の融資に関するご相談を承ります。ご相談希望の方は以下の欄にチェックをされ、ご相談内容のご記入をお願いします。なお、融資相談のお申込みを多数の方から頂いた場合、お一人様(1法人様)に対し、15分程のご相談時間となってしまう場合がございますので、ご了承ください。

<input type="checkbox"/> 相談あり
-------------------------------

※ご提出いただいた顧客情報は、適切に保管・廃棄等の管理を行っており、経営サポート事業のために使用するほか、機構の他事業間で共有することがあります。詳細は、当機構ホームページ「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。

※当機構は反社会的勢力との関係を遮断し、排除するため、警察等関係機関とも連携して適切に対応しています。詳細は、当機構ホームページの「コンプライアンスの取組」をご覧ください。