

病院管理研修 病院運営の最適化

2020年8月22日(土)

研修のご案内

2025年に向けての医療体制の再編計画が進められる中、新型コロナへの対応を踏まえ、改めて医療体制の維持についての議論がなされております。

病院経営における経済環境の厳しさは変わらず、人口減少、少子超高齢化、介護需要の増加等の他、受療の減少、感染症への意識変化等もあり、医療需要の質と量が変わっていく転換期となるようにも思われます。

病院の高コスト体質はよく理解されているところで、病院機能と事業の再編にはそれなりの時間を確保しなければなりません。これまでも様々な経営改善を実施されてきたと思いますが、地域と生活の視点から、今後の医療需要を見直し、病院運営の最適化を図っていくことが重要と思われま

す。新型コロナウイルス感染の推移を睨みながら、研修の開始時期を模索しておりましたが、6月19日に非常事態宣言が解除されたこともあり、実施することに致しました。これからの医療需要に応えられる病院運営のために、少しでも資することができればと企画しております。

ご多忙とは存じますが是非ご参加いただきたく、ご案内申し上げます。

主催：公益社団法人 医療・病院管理研究協会

東京都新宿区新宿1-29-8 公衛ビル4階

TEL：03-3352-2575

<http://byoken.com/>

【研修要綱】

研修名 病院管理研修 病院運営の最適化

日時 2020年 8月22日（土） 10:00-16:15

費用 会員 10,000 円 非会員 13,000 円

- ・当日配布の資料代を含みます
- ・8月16日（日）以降のキャンセルについては、参加費の返金はいたしませんので、ご了承ください。
- ・未入金の場合でも自動キャンセルになりませんのでご注意ください。詳細は受講票をご確認ください。

日時 48名（先着48名様で締め切りとさせていただきます。）

定員を半数とし、1テーブルお一人でお座りいただけます。

会場 東京都港区赤坂2-7-7

株式会社 ホギメディカル 本社ビルB1

- ・東京メトロ銀座線・東京メトロ南北線「溜池山王」駅
→ ⑩番・⑪番出口より 徒歩約3分
- ・東京メトロ千代田線「赤坂」駅
→ ②番出口より 徒歩約3分

申込方法 添付のFAX送信票によりお申込みください。

支払方法 お申込みFAX受領後、受講票ならびに振込票を郵送させていただきますので、振込用紙に記載されている支払期限までにお振込みください。



【新型コロナウイルス感染拡大にともなう研修の対応について】

当協会主催の研修につきましては、予定どおり開催することを前提としておりますが、今後、国内で新型コロナウイルスの感染が拡大し、国や東京都から開催中止要請等がなされた場合には、開催の中止や日程変更等の事態が生じることとなります。

研修の中止や変更等が生じた場合には、ホームページ等でもお知らせいたしますので、ご確認の程、宜しく願いいたします。

受講者の皆様には、入室時にマスク着用・手消毒・検温等の感染症対策へのご協力をお願いさせていただきます。

<プログラム>

病院管理研修 病院運営の最適化

開催日：2020年8月22日（土）

会 場：株式会社 ホギメディカル 本社ビルB1
東京都港区赤坂2-7-7

主 催：公益社団法人 医療・病院管理研究協会

<受付開始時間> 9：30

○ 10:00 ~ 10:15 挨拶・オリエンテーション

○ 10:15 ~ 11:45 最大で最強の地域包括ケア病棟 【ライブ中継講義】

- ・地域包括ケアシステム
- ・リハビリテーションマネジメント
- ・地域医療構想 ・withコロナ

講師 仲井 培雄

医療法人社団 和楽仁 理事長 地域包括ケア病棟協会 会長

○ 13:00 ~ 14:30 2020年度診療報酬改定のポイント解説と
新型コロナウイルス感染症による臨時的診療報酬への対応

- ・新型コロナウイルス感染症の影響と臨時的診療報酬への対応
- ・2020年度改定における「働き方改革」への対応
- ・2020年度改定における入院機能の改編と地域医療構想への方向性

講師 中林 梓

株式会社 ASK梓診療報酬研究所 所長

○ 14:45 ~ 16:15 崖っぷち自治体病院の復活 — 11年連続黒字への軌跡 —

- ・意識改革
- ・チーム医療
- ・「落ち穂拾い作戦」

講師 世古口 務

松阪市民病院 総合企画室 副室長

☆ 終了後、修了書を交付いたします

病院管理研修 病院運営の最適化

参加申込書

(FAX送信票)

【申込締切】
8月15日(土)先着(48名)

※ ファクスにてお申込み下さい。
 申込先 公益社団法人 医療・病院管理研究協会 事務局
 FAX 03-3352-2575
 複数の場合はコピーしてお使いください。

申 込 日	2020年 月 日	
住 所	〒	
施 設 名		
参 加 者 名	(ふりがな)	
	氏 名	
部 署 ・ 役 職		
職 種 (○をつけて下さい)	1. 診療 2. 看護 3. 事務 4. 診療技術 5. その他【 】	
連 絡 先	TEL	
	FAX	
	受講票の送付先が、お申込者と異なる場合には、こちらにご記入下さい。	
部署・氏名		
<p>今後の研修案内をE-mailでご希望の方は、下記にご記入下さい。 <small>(メールアドレスの記入には、o(オー) 0(ゼロ) - (ハイフン) _ (アンダーライン) の区別が付くようにご記入下さい。)</small></p> <p>E-mail : _____</p>		
<p>今回の研修はどちらでお知りになりましたか。</p> <p><input type="checkbox"/> 郵送案内 <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> その他 :</p>		