



特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会

2010年度 第2回 クリティカルパス実践セミナー in 岡山 開催の御案内
テーマ：クリティカルパスの作成とバリエーション分析

クリティカルパスの作成運用を担当する実務者のための研修を下記要領で実施します。本研修においては、作成ソフトを用いたクリティカルパスの作成と主催者側が用意したクリティカルパスについてデータをもとにバリエーション分析を行います。クリティカルパスの作成と見直しについての理解を深めるとともに、さらに、最新のクリティカルパスについての情報交換を行います。

実務研修の為に定員が限られていますので、お早めにお申込み下さいますようお願いいたします。

日本医療マネジメント学会
理事長 宮崎久義
担当理事 野村一俊

○日時 2011年1月29日（土）12:30～30日（日）14:30

○場所 国立病院機構岡山医療センター 4階 大研修室
（〒701-1192 岡山市北区田益 1711-1）

○プログラム

第1日目 1月29日（土）

12:30 受付開始

13:00 開会 日本医療マネジメント学会理事長 宮崎久義

13:05 講演Ⅰ「クリティカルパス作成の基本」

国立病院機構熊本医療センター研修部長 清川哲志

13:30 グループワークⅠ：作成ソフトを用いたクリティカルパスの作成

16:30 グループワーク発表

17:30 講演Ⅱ「当院のクリティカルパスの現況について

～予定された退院を実現するためのバリエーション分析～

国立病院機構岡山医療センター診療部長 田中信一郎

18:00 第1日目日程 終了（予定）

第2日目 1月30日（日）

8:50 集合

9:00 講演Ⅲ「クリティカルパス見直しの方法」

国立病院機構熊本医療センター統括診療部長 野村一俊

9:20 講演Ⅳ「バリエーションの考え方と分析の方法」 福井総合病院副院長 勝尾信一

10:00 グループワークⅡ：資料を用いたバリエーション分析
（昼食）

13:30 グループワーク発表

14:30 閉会

（申込方法は裏面参照）

募 集 要 項

- 対 象 医師、看護師他コメディカルスタッフ
(できるだけ、医師とコメディカルスタッフのペアでご参加ください)
※一日目の実習のグループワークの為に必要ですので各参加施設宛各1台のパソコン(windows 2000以上、エクセル、USBメモリ対応)をお持ち頂くことになります。
※グループ分けは、主に担当領域を基準として当方で行います。上記の通りパソコンを持参して頂きますが、施設毎に分かれてのグループワークではございません。同施設から複数名の参加登録をされた場合に、必ずしも同じグループになるとは限りませんのでご了承ください。グループ分けはセミナー当日にお知らせします。
- 会 費 12,000円(但し、非学会員 20,000円)
- 定 員 60名(定員を満し次第締め切らせて頂きますので、お早めにお申込み下さい)
- 受付期間 2010年12月17日(金)～2011年1月14日(金)
- 申込方法
- ・下記申込用紙に必要事項を記入したものをそのまま **FAX** にて事務局宛(FAX: 096-359-1606)にお送り下さい。
 - ・当方にて FAX を受信致しましたら、受付番号を付した返信を郵送にてお送りします。その返信がお手元に届き次第、最寄りのゆうちょ銀行または郵便局から振込口座に会費を御入金下さい。払込票の通信欄へはセミナー名、参加者名をご記入下さい。
 - ・受付番号を付した返信は入場券となりますので当日必ずご持参下さい。
 - ・返金、当日申込みは行いませんのでご了承下さい。
 - ・学会入会の手続きは下記事務局へお問い合わせ下さい。
(年会費 医師・歯科医師 8,000円、コメディカル・福祉・一般 6,000円)
下記本学会ホームページからも入会手続は可能ですので、御利用下さい。

- 会費振込先 郵便振替
口座番号: 01790-6-133041
加入者名: 日本医療マネジメント学会分科会
※払込票の通信欄へセミナー名、参加者名をご記入下さい。

- 問い合わせ先 日本医療マネジメント学会事務局
〒860-0806 熊本市花畑町1-1 三井生命熊本ビル3階
TEL 096-359-9099 FAX 096-359-1606
E-mail jhm@space.ocn.ne.jp
URL <http://jhm.umin.jp/index.html>

【2010年度 第2回 クリティカルパス実践セミナー in 岡山 申込書】

FAX 096-359-1606

日本医療マネジメント学会事務局

2010年度 第2回クリティカルパス実践セミナー in 岡山係 行き

フリガナ				勤務先		
御氏名				役 職		
関連の診療科	※必須			職 種	医師・看護師・薬剤師・他()	
連絡先	〒() どちらかに○ (勤務先・自宅)					
	TEL				FAX	
	E-mail					
会員区分	※どちらかに○をつけてください 学会員・非学会員			会員番号*		

※学会員の方には封筒表面の宛名ラベルに会員番号を記載しておりますので参照下さい。

※FAXはお一人につき1枚でお願いします。二人以上でお申込の場合はコピーして御使用下さい。

※返信到着後5日以内に会費をお振り込み下さい。

(お申し込みされて2週間以上経っても、受付番号を付した返信が届かない場合には、上記事務局までご連絡を御願います。また、学会員を優先するために非学会員の方への返信は少し遅れる場合がございます。御了承ください。)

※申込締切 **2010年1月14日(金)** ※定員を満し次第締め切らせて頂きます。