



特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会

2012年度 クリティカルパス実践セミナー in 下関 開催の御案内

テーマ：～電子化を前提としたクリティカルパスの作成とバリエーション分析～

電子カルテの導入によりクリティカルパスの使用が困難になったり、作成が進まない事態が少なからず生じています。今回のセミナーは、電子化クリティカルパス作成のためのエクセル作成ソフトを用いたクリティカルパスの作成とバリエーション分析を通してクリティカルパスの基本と電子化のポイントを習得することを目的としています。奮ってご参加下さい。

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 2013年2月2日（土）12:30～2月3日（日）14:30

○場 所 国立病院機構関門医療センター
(〒752-8510 山口県下関市長府外浦町1番1号)

○プログラム

第1日目 2月2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

13:10 講演「クリティカルパスの基本」

国立病院機構熊本医療センター副院長 野村 一 俊

13:30 グループワークⅠ：電子化クリティカルパス作成のためのエクセル作成ソフトの説明
作成ソフトを用いたクリティカルパスの作成

国立病院機構熊本医療センター統括診療部長 片 渕 茂

16:00 グループワーク発表・討議

17:30 講演「電子カルテ上でのクリティカルパスの問題点」

国立病院機構関門医療センター国際病院部長・循環器内科医長 大 谷 望

17:50 第1日目日程 終了（予定）

第2日目 2月3日（日）

8:50 集合

9:00 講演「バリエーションについて」 福井総合病院副院長 勝 尾 信 一

9:30 グループワークⅡ：バリエーション分析

12:00 昼食

13:00 グループワーク発表・討議

14:00 講演「今、クリティカルパスに求められているもの」

国際医療福祉大学大学院医療経営管理学分野教授 武 藤 正 樹

14:30 閉会

(申込み方法は裏面参照)

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、非会員 20,000円)
- 定 員 80名(定員を満了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 2012年10月1日(月)～2012年12月28日(金)
- 申 込 方 法
- ・下記申込用紙に必要事項を記入し **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届けします。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、参加者名を必ずご記入下さい。
 - ・返金、当日申込みは行いませんのでご了承下さい。
 - ・本学会入会の手続きは下記本学会事務局へお問い合わせ下さい。
(年会費 医師・歯科医師 10,000円、コメディカル・福祉・一般 7,000円)
下記本学会ホームページからも入会手続は可能です。
- 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 熊本市中央区花畑町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>

【2012年度 クリティカルパス実践セミナー in 下関 申込書】

FAX 096-359-1606

日本医療マネジメント学会事務局

2012年度 クリティカルパス実践セミナー in 下関係 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* <small>※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。</small>

※申込書はお一人につき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。

(お申し込み後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お願いします。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 **2012年12月28日(金)** ※定員を満了し次第締め切らせて頂きます。