



特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会

2015年度 クリティカルパス実践セミナー in 仙台 開催の御案内

テーマ：これからの地域医療とクリティカルパス

地域包括ケアシステムを支える医療体制構築のために地域医療構想の策定が進められています。今後、医療機関の機能分化はさらに促進され、急性期病院では在院日数のさらなる短縮が求められ、在宅復帰に向けた地域の医療や福祉の機関との強固な連携体制が必要になります。短い入院期間で医療の質と効率を両立していくためにはバリエーション分析によるクリティカルパスの見直しが重要です。又、在宅復帰に向けて地域の機関と共同した退院支援が必要となってきます。今回の実践セミナーは、バリエーション分析とスムーズな退院支援を行うための退院支援クリティカルパスの作成をグループワークで行います。

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 2016年2月27日（土）13:00～2月28日（日）12:00

○場 所 国立病院機構仙台医療センター 大会議室
(〒983-8520 宮城県仙台市宮城野区宮城野2丁目8-8)

○プログラム

第1日目 2月27日（土）

13:00 受付開始

13:30 開会 日本医療マネジメント学会理事長 宮崎久義

13:50 講演Ⅰ「今後の地域医療とクリティカルパス」
医療法人朝日野会朝日野総合病院病院長 野村一俊

14:20 講演Ⅱ「バリエーションについて」
福井総合病院副院長 勝尾信一

14:50 休憩

15:00 グループワークⅠ：バリエーション分析
福井総合病院副院長 勝尾信一

17:00 グループワーク発表・討議

18:00 第1日目日程 終了（予定）

第2日目 2月28日（日）

8:50 集合

9:00 グループワークⅡ：退院支援クリティカルパスの作成
医療法人朝日野会朝日野総合病院病院長 野村一俊

11:00 グループワーク発表・討議

12:00 閉会（予定）

(申込み方法は裏面参照)

募 集 要 項

- 対 象 医師、看護師他医療スタッフ
(できるだけ、医師と医療スタッフのペアでご参加ください)
※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 2007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、学会非会員 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 2015年12月7日 (月) ~ 2016年1月22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致します。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、医療スタッフ・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きは可能です。
- 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>

【2015年度 クリティカルパス実践セミナー in 仙台 申込書】
FAX 096-359-1606
日本医療マネジメント学会事務局
2015年度 クリティカルパス実践セミナー in 仙台係 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 学会会員 ・ 学会非会員	学 会 会員番号*	※学会会員の方には封筒表面の宛名ラベルに学会会員番号を記載しておりますので参照下さい。

※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、上記本学会事務局までご連絡をお願いします。また、学会会員を優先するために学会非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 **2016年1月22日(金)** ※定員を満了し次第締め切らせて頂きます。