



特定非営利活動法人  
日本医療マネジメント学会

## 2022年度 地域連携分科会（Web 開催）の御案内

テーマ：2024年に始まる連携新時代

2024年は診療報酬・介護報酬・障害福祉サービスのトリプル改定の年、また第8次医療計画、医師の働き方改革、外来医療計画のスタート年など惑星直列改定の年です。今回の地域連携分科会ではこうした2024年惑星直列を1年後に控えて、地域連携に係るテーマ、紹介受診重点病院、かかりつけ医の在り方などを取り上げ、連携新時代を一緒に考えていきたいと思っております。

みなさまの御参加をお待ちします。

日本医療マネジメント学会理事長 宮崎 久義

地域医療委員会委員長 武藤 正樹

○日時 2023年2月18日（土）13:00～16:30

○場所 Web 開催（Zoom を利用）

### ○プログラム

12:00 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

13:05～13:50 講演1 「2024年診療報酬改定と地域連携の展望（仮）」  
厚生労働省保険局医療課主査 松木田 瞭

13:50～14:25 講演2 「紹介受診重点病院とかかりつけ医」  
社会福祉法人日本医療伝道会衣笠病院グループ相談役 武藤 正樹

14:25～14:30 休憩

14:30～15:05 講演3 「病院マネジメントと総合診療医の役割（仮）」  
株式会社メディヴァ代表取締役社長 大石 佳能子

15:05～15:40 講演4 「地域医療における急性期病院の役割」  
藤枝市立総合病院 診療部参与（地域医療連携担当）  
心臓血管外科 医療福祉連携士 石神 直之

15:40～16:25 鼎談（武藤 正樹、大石佳能子、石神 直之 各講師）

16:25 閉会（予定）

# 募 集 要 項

- 会 費 3,000円（但し、学会非会員 5,000円）
- 定 員 300名（定員を満た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 2022年12月2日（金）～2023年1月13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メール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分科会名、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は可能です。
- 注 意 事 項
- ・1 回限りの配信となります。後日のオンデマンド配信はございません。
  - ・お申込者本人のみ参加・視聴いただけます。
  - ・録音・録画・スクリーンショット等は、禁止といたします。
  - ・ネットワーク環境が安定した場所からご参加下さい。
- 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  
※払込票の通信欄へ分科会名、参加者名をご記入下さい。
- 問 い 合 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 大樹生命熊本ビル 3 階  
TEL 096-359-9099 FAX 096-359-1606  
E-mail jhm@space.ocn.ne.jp  
URL <http://jhm.umin.jp/>

## 【2022年度 地域連携分科会 申込書】

**FAX 096-359-1606**

日本医療マネジメント学会事務局 2022年度 地域連携分科会 係 行き

|                |                               |                                 |  |
|----------------|-------------------------------|---------------------------------|--|
| フリガナ           |                               | 勤務先                             |  |
| 御氏名            |                               |                                 |  |
| 役 職<br>または所属部署 |                               | 職 種                             | 医師・看護師・薬剤師・他（ ）  |
| 連絡先            | 〒（ ）<br>どちらかに○<br>(勤務先・自宅)    |                                 |  |
|                | TEL                           |                                 | FAX  |
|                | E-mail                        | ※参加 URL をお送りしますので、必ずご記入をお願いします。 |  |
| 会員区分           | ※どちらかに○をつけてください<br>学会会員・学会非会員 |                                 | 学 会<br>会 員 番 号 ※<br>※学会会員番号は、封筒表面の宛名ラベルに印字されている氏名の下の 8 桁の数字です。 |

医療福祉連携士の方は以下を御記入下さい。

|       |      |
|-------|------|
| 参加証明書 | 要・不要 |
|-------|------|

※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のメール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。）

※申込締切は **2023年1月13日（金）** ※定員を満たし次第締め切らせて頂きます。