



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1回 医療連携分科会 開催の御案内

テーマ：効果的な地域医療連携を進めるために

2010年度診療報酬改定では地域連携が大きく取り上げられました。まずがんの地域連携クリティカルパスが点数評価されました。そして退院調整についても急性期、慢性期における退院調整に手厚い加算がつけました。

今や病院や診療所の経営にとって地域連携は欠くことのできない経営課題となって参りました。今回は地域連携を病院経営の視点から振り返ってみたいと思います。また地域連携には地域連携室の医師、看護師、ケースワーカー、事務職など多職種によるチームアプローチが欠かせません。今回はこうしたチーム医療の視点からも地域連携を考えてみたいと思います。

地域連携にご関心をお持ちの皆様方の多数のご参加を、心よりお待ちしております。

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 2010年11月20日(土) 12:00~16:30

○場所 東京医科大学病院 本館6階 臨床講堂  
(〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-7-1)

○プログラム

12:00 受付開始

12:50 開会 日本医療マネジメント学会理事長 宮崎 久義

13:00~13:50 基調講演 「地域医療連携の現状と将来展望」  
日本医科大学医療管理学教室主任教授 長谷川 敏彦

13:50~14:20 講演1 「2010年診療報酬改定と地域医療連携」  
国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授 武藤 正樹

14:20~14:50 講演2 「がん地域連携クリティカルパスについて～谷水班より～」  
国立病院機構四国がんセンター統括診療部長 谷水 正人

15:00~16:30 シンポジウム「医療福祉の地域連携を考える」(一部公募)  
司会 筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻保健医療政策学分野教授 大久保 一郎  
東京女子医科大学病院地域連携室係長 下村 裕見子

「退院調整について～佐久総合病院の事例より～」  
長野厚生連佐久総合病院看護部副部長・地域医療連携室室長 山田 明美

「地域医療連携の評価について」  
宮崎県立日南病院医療管理部医療連携科部長 木佐貫 篤

「医療福祉連携士制度について」  
筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻保健医療政策学分野教授 大久保 一郎

「医療連携実務者協議会について」  
公立学校共済組合関東中央病院地域医療室係長 小泉 一行

コメンテーター 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科教授 武藤 正樹  
国立病院機構四国がんセンター統括診療部長 谷水 正人

日本医療マネジメント学会理事長 宮崎 久義

特別発言 厚生労働省医政局指導課長 新村 和哉

16:30 閉会

# 募 集 要 項

- 会 費 5,000円 (但し、非学会員 10,000円)
- 定 員 200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9月21日(火)～2010年10月21日(木)
- 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。
  - ・ 本学会の入会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 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。
  - ・ シンポジウムの演者を募集します (〆切 10月21日(木)必着)。  
希望者は所属・氏名・演題名・および抄録 (600字程度) を E-mail にて下記事務局宛に送信下さい。採否は一任下さい。なお、演者は学会員である必要があります。

- 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  
※払込票の通信欄へ分科会名、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  
URL <http://jhm.umin.jp/index.html>  
E-mail [jhm@space.ocn.ne.jp](mailto:jhm@space.ocn.ne.jp)

## 【2010年度 第 1 回 医療連携分科会 申込書】

**FAX 096-359-1606**

日本医療マネジメント学会事務局 2010年度 第 1 回 医療連携分科会係 行き

フリガナ		勤務先	
御氏名			
役職 または所属部署		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。)

※申込締切は **2010年10月21日(木)** ※定員を満し次第締め切らせて頂きます。