



**特定非営利活動法人
日本医療マネジメント学会**
2019年度 医療連携分科会 開催の御案内

テーマ：地域医療連携推進法人と2020年診療報酬改定

わが国では地域の中に同じような機能をもつ経営主体の異なる大小さまざまの病院が乱立しています。このため貴重な医療専門人材の分散や、医療機器等の重複投資が起きていて、結果として病院間の連携どころか患者の奪い合いとなって、非効率が極まっています。特に昨今のように地方で人口減少が著しくなると、このまま放っておけばお互いに共倒れになりかねない状況です。

こうした中、複数の医療法人及び社会福祉法人等を束ねて一体的に経営する「地域医療連携推進法人」制度が注目を集めています。地域医療連携推進法人は2019年6月時点ですでに全国13法人にまで増えました。今回のこの地域医療連携推進法人の現状と課題、そして2020年診療報酬改定と地域医療連携について皆さんと一緒に考えたいと存じます。

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 2020年2月15日（土）10:30～16:00

○場 所 日本医科大学 教育棟2階 講堂
(〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5)

○プログラム

9:30	受付開始	
10:30	開会	日本医療マネジメント学会理事長 宮崎 久義
10:45～11:30	基調講演1 「地域医療連携推進法人の現状と課題」	厚生労働省医政局医療経営支援課医療法人指導官 加藤 光洋
11:30～12:30	基調講演2 「2020年診療報酬改定と地域連携」	国際医療福祉大学大学院医療経営福祉専攻・ 医学研究科公衆衛生学専攻教授 武藤 正樹
12:30～13:30	休憩	
13:30～14:00	講演1 「地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネットの現状と課題」	地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット代表理事 栗谷 義樹
14:00～14:30	講演2 「地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネットの現状と課題」	地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット 地域医療連携推進評議会員（栃木県保健医療監） 海老名 英治
14:30～15:00	講演3 「地域医療連携推進法人江津メディカルネットワークの現状と課題」	地域医療連携推進法人江津メディカルネットワーク代表理事 中澤芳夫
15:00～15:20	講演4 「地域医療連携推進法人とフォーミュラリ」	東京大学大学院医学系研究科教授 今井 博久
15:20～15:30	休憩	
15:30～16:00	パネルディスカッション 「地域医療連携推進法人の現状と課題」	司会 国際医療福祉大学大学院教授 武藤 正樹 演者 地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット 栗谷 義樹 地域医療連携推進法人日光ヘルスケアネット 海老名 英治 地域医療連携推進法人江津メディカルネットワーク 中澤芳夫 東京大学 今井 博久
16:00	閉会（予定）	

(申込方法は裏面参照)

募集要項

- 会 費 5,000円（但し、学会非会員 10,000円）
- 定 員 200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 2019年12月2日（月）～2020年1月10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。
- 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
熊本県中央区花畠町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/>

【2019年度 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 2019年度 医療連携分科会 係 行き

フリガナ			
御氏名	勤務先		
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 学会会員・学会非会員	学 会 員 番 号 ※	※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ことがございます。御了承ください。）

※申込締切は **2020年1月10日（金）** ※定員を満たし次第締め切らせて頂きます。