

当機構の事業運営につきましては、平素より格別のご愛顧を賜りまして、心より御礼申し上げます。経営セミナーの内容をご検討いただき、是非ご受講いただければ幸いです。皆さまのご参加を、心よりお待ちしております。

介護老人保健施設経営セミナー

—地域包括ケアの中核的拠点に向けた老健経営のあり方について—

主催：独立行政法人福祉医療機構 共催：公益社団法人全国老人保健施設協会

平成27年度介護報酬改定では、地域包括ケアシステムの構築に向け、「中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化」、「介護人材確保対策の推進」、「サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築」の3つを基本方針とする一方、全体の改定率は-2.27%と非常に厳しい内容となっています。

そのようななか、介護老人保健施設については、引き続き在宅復帰支援に力を入れる施設にはインセンティブが与えられ、施設から在宅への流れが推奨されており、さらには地域包括ケアの中核となるべくターミナルケアや認知症対応など幅広い機能や役割が求められています。またリハビリについては、活動と参加に焦点を当てた新たな評価体系が導入されるなど、利用者に自立を促す内容となっています。

そこで今回のセミナーでは、現在介護老人保健施設が求められている機能や役割について、改めて認識を深めるとともに、在宅復帰の取り組み等の実践事例を通じて、将来に向けた施設経営のあり方を考えるうえで、参考となる有益な情報提供をしたいと考えています。

日程・会場等

平成27年11月20日(金)

全社協「灘尾ホール」東京都千代田区霞が関3-3-2
(東京外口「霞ヶ関駅」より徒歩8分、「虎ノ門駅」より徒歩5分)

- 9:50~10:20 受付
10:20~10:40 オリエンテーション
開会あいさつ 独立行政法人福祉医療機構
ごあいさつ 公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎 氏
- 10:40~12:00 「地域包括ケアの中核的拠点に向けた介護老人保健施設の役割について(仮題)」
<講師>公益社団法人全国老人保健施設協会 会長 東 憲太郎 氏
- 12:00~12:10 「平成26年度 医療関係融資制度の概要について(仮題)」
<説明者>独立行政法人福祉医療機構 福祉医療貸付部 医療審査課
- 12:10~13:10 休憩(簡易融資相談コーナー)
- 13:10~14:30 「在宅復帰に向けた取り組みと施設運営について(仮題)」
<講師>医療法人社団研精会 介護老人保健施設 ヒルトトップロマン
事務局長 真鍋 昌世 氏
- 14:40~16:00 「介護老人保健施設において求められるリハビリ機能とその取り組みについて(仮題)」
<講師>医療法人社団光生会 介護老人保健施設ハートランド・ぐらんぱぐらんぱ
リハビリテーション科長 村上 功 氏
- 16:10~16:30 「経営指標から見る介護老人保健施設の経営状況(仮題)」
<説明者>独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター

※講師および講義内容等に変更が生じる場合がございますので、あらかじめご了承ください。

●受講料：1名8,000円(消費税込) ※当日受付にてお支払ください。(釣銭のないようにお願いします)
(受講料に昼食代は含みません。宿泊施設や交通手段は御自身で御準備ください。)

●お申し込み方法：インターネットまたはFAXにてお申込みください。先着順にて受付いたします。

【インターネット】 機構ホームページから申込みフォームに必要事項を入力いただき、送信してください。

(トップページ → 新着情報・お知らせ → 介護老人保健施設経営セミナー)

※登録されたメールアドレスに、受講票が送信されます。

【FAX】 受講申込書に必要事項をご記入の上、送信してください。

※受付後 1~2週間でハガキをご郵送させていただきます。

WAM

〒105-8486 東京都港区虎ノ門四丁目3番13号 ヒューリック神谷町ビル9階

独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター セミナーチーム

TEL: 03-3438-9932 FAX: 03-3438-0371

※当機構ホームページ (<http://hp.wam.go.jp/>) でもセミナーをご案内しております。



独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター セミナーチーム 行き (送付書は不要です。)
10月13日(火) 午前10時より先着順にて受付 申込先 FAX:03-3438-0371



介護老人保健施設経営セミナー受講申込書

～地域包括ケアの中核的拠点に向けた老健経営のあり方について～
(会場: 全社協・灘尾ホール(東京都千代田区) 開催日: 平成27年11月20日(金))

1. 受講申込者 3名以上でお申込み頂く場合は、コピーの上ご使用ください。

氏名	役職名	役職・職種に該当するものを選択してください。 (該当の□欄をチェックしてください)
フリガナ		<input type="checkbox"/> 医療法人役員 <input type="checkbox"/> 医療法人職員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人役員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> 一般企業・コンサルタント <input type="checkbox"/> 財団法人・社団法人 <input type="checkbox"/> その他()
フリガナ		<input type="checkbox"/> 医療法人役員 <input type="checkbox"/> 医療法人職員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人役員 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員 <input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> 一般企業・コンサルタント <input type="checkbox"/> 財団法人・社団法人 <input type="checkbox"/> その他()

2. 受講票送付先 勤務先・自宅 ← いずれかに○印をつけ、ご自宅を希望される方は、氏名までご記入ください。

ご住所	〒(-)		
送付先名称 (法人名・施設名・氏名)			
電話番号 (日中ご連絡先)		FAX 番号	

3. ご経営されている主な施設についてご記入ください。(該当の□欄をチェックしてください。)

病医院・施設名			
施設種類	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 精神) <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他()		
入所定員・許可病床数	<input type="checkbox"/> 入所定員(許可病床)数()床 <input type="checkbox"/> 無床		
これまでに当機構の融資のご利用はありますか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

4. ご連絡事項がある場合はご記入ください。(当日車椅子でご来場される方はその旨をこちらにご記入ください)

--

5. 当日は、医療施設等の融資に関するご相談を承ります。ご相談希望の方は以下の欄にチェックをされ、ご相談内容のご記入をお願いします。なお、融資相談のお申込みを多数頂いた場合、お一人様(1法人様)に対し、15分程のご相談時間となってしまう場合がございますので、ご了承願います。

<input type="checkbox"/> 相談あり (ご相談内容について記入してください。)
--

※ 受付後1～2週間で受講ハガキをご郵送いたします。

※ ご提出いただいた顧客情報は、適切に保管・廃棄等の管理を行っており、経営サポート事業のために使用するほか、機構の他事業間で共有することがあります。詳細は、当機構ホームページ「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。

※ 当機構は反社会的勢力との関係を遮断し、排除するため、警察等関係機関とも連携して適切に対応しています。詳細は、当機構ホームページの「コンプライアンスの取組」をご覧ください。