

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

—多様化するニーズと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た方向性が示されており、なかでも介護老人保健施設については、より一層の在宅復帰・在宅支援機能の向上が求められています。さらにはターミナルケアや認知症対応など、地域包括ケアの中心的な役割を担うべく幅広い機能や役割も期待されています。

そのようななか、国民の5人に1人が75歳以上の後期高齢者となる2025年を迎えるにあたり、今後地域において必要とされる介護老人保健施設となるために、その役割やサービス提供体制について、改めて考える時期に来ているのではないのでしょうか。

そこで今回のセミナーでは、制度・政策の観点より介護老人保健施設に求められる機能や役割について理解を深めるとともに、在宅強化型施設等における実践事例を通じて、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。

平成28年11月11日（金）

日程・会場等

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

- 9:30～10:10 受付
- 10:10～10:30 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
- 10:30～11:50 「国民に支持される強い老健施設を目指して」
～これからの老健施設運営について～（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
- 11:50～12:00 「平成28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 医療審査課
- 12:00～13:00 休憩（簡易融資相談コーナー）
- 13:00～14:20 「地域包括ケアシステムにおいて期待される老健とは」
～課題への取組と地域連携の重要性～（仮題）
＜講師＞医療法人社団実勝会 介護老人保健施設やすらぎ 理事長 小川勝 氏
- 14:30～15:50 「認知症専用在宅強化型老健の取り組み」
～法人特性・施設特性から地域包括ケアへのアプローチ（仮題）
＜講師＞医療法人財団青山会 介護老人保健施設なのはな苑
法人本部事務局次長 漆間 伸之 氏
- 16:00～16:30 「経営分析参考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いたします。）
（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。
※受付次第速やかに受講ハガキをご郵送させていただきます。

 <http://hp.wam.go.jp/>

または



〒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リサーチグループ 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 リサーチグループ セミナーチーム 行き
(送付書は不要です)

申込先 FAX: 03-3438-0371

平成28年9月5日(月) AM10:00 受付開始

介護老人保健施設経営セミナー受講申込書

～多様化するニーズと老健経営のあり方について～

平成28年11月11日(金):東京会場

1. 受講申込者 3名様以上でお申込いただく場合は、コピーしてご使用ください。

氏名	役職名	該当される役職・職種番号に○をつけてください	
フリガナ		1. 医療法人役員 3. 社会福祉法人役員 5. 行政等職員 7. 金融機関 9. その他()	2. 医療法人職員 4. 社会福祉法人職員 6. 公認会計士・税理士 8. 一般企業・経営コンサルタント
フリガナ		1. 医療法人役員 3. 社会福祉法人役員 5. 行政等職員 7. 金融機関 9. その他()	2. 医療法人職員 4. 社会福祉法人職員 6. 公認会計士・税理士 8. 一般企業・経営コンサルタント

2. 受講票送付先 勤務先・自宅 ← いずれかに○をつけてください。自宅の場合は送付先名称に氏名をご記入ください。

ご住所	(〒 -)		
送付先名称 <small>(法人名・病医院名・施設名等)</small>			ご担当者
電話番号 <small>(日中ご連絡先)</small>		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。(該当の番号に○をつけてください。複数可)

病医院・施設名			
施設種類	1. 介護老人保健施設	2. 病院 (① 急性期 ② 回復期 ③ 慢性期 ④ 精神)	
	3. 診療所	4. その他 ()	
許可病床・入所定員	床	これまで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の方から頂いた場合、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いますので、ご了承願います。

<input type="checkbox"/> 相談あり

※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。