



福島医発第 2492 号 (総付)  
平成 25 年 1 月 20 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会長 松 田 峻一良  
(公印省略)

一般財団法人医療関連サービス振興会「第 23 回シンポジウム」について  
(ご案内)

日本医師会より標記シンポジウムが下記日程により開催される旨、案内がまいりました。

本シンポジウムは、一般財団法人医療関連サービス振興会主催、日本医師会後援により、「長寿社会に向けて、医療提供体制の課題と医療関連サービス～人口減少時代の医療と介護はどのようにあるべきか～」をテーマに、基調講演のほかパネルディスカッションが行われる予定です。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員へ周知方ご高配下さいます様お願い申し上げます。

なお、本シンポジウムの詳細については、一般財団法人医療関連サービス振興会事務局へ直接お問い合わせください。

記

1. 日 時 平成 26 年 2 月 19 日 (水) 13:00～17:00
2. 場 所 新宿明治安田生命ホール  
(東京都新宿区西新宿 1-9-1 明治安田生命新宿ビル B 1 F)
3. プログラム・参加申込票 (別紙)

以上

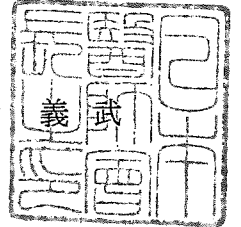
小郡三井医師会より

学術・生涯教育担当理事 権藤秀之  
会長 蒲池 壽

平成 26 年 1 月 9 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長  
横 倉



一般財団法人医療関連サービス振興会「第 23 回シンポジウム」ご案内の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、一般財団法人医療関連サービス振興会主催、本会後援の「第 23 回シンポジウム」が 2 月 19 日（水）午後 1 時から新宿明治安田生命ホール（東京都）で開催されます。

本シンポジウムでは、「長寿社会に向けて、医療提供体制の課題と医療関連サービス～人口減少時代の医療と介護はどのようにあるべきか～」をテーマに、基調講演のほかパネルディスカッションを行う予定になっています（本会高杉常任理事がパネリストとして参加）。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会管下郡市区医師会等への周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、本シンポジウムに関する詳細は、一般財団法人医療関連サービス振興会事務局（企画部シンポジウム担当：別添参照）までお問い合わせいただきますようお願い申し上げます。



平成26年1月

各 位

一般財団法人 医療関連サービス振興会

理事長 野崎 貞彦

## 一般財団法人 医療関連サービス振興会 第23回シンポジウム

### ご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

当振興会業務運営につきましては、毎々格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、当振興会では、医療関連サービスの質の確保を図り、その健全な育成・発展をはかることを目的として日々活動しており、その一環として毎年シンポジウムを開催しております。

本年度のシンポジウムは、平成26年2月19日（水）午後1時より新宿明治安田生命ホールにて、「長寿社会に向けて、医療提供体制の課題と医療関連サービス」というテーマで別紙のとおり開催いたします。

当日は、各界でご活躍の方々に、色々な角度から活発にご論議していただく予定にしております。皆様のご参加をお待ちしております。

敬具



一般財団法人 医療関連サービス振興会

## 第23回シンポジウム ご案内

「長寿社会に向けて、医療提供体制の課題と医療関連サービス」  
～人口減少時代の医療と介護はどのようにあるべきか～

### シンポジウム開催主旨

総務省が平成 25 年 4 月に公表した「人口推計」では、我が国の総人口が 2 年連続の減少となった反面、65 歳以上の老年人口は、約 3079 万人と初めて 3000 万人を超え、総人口に占める割合(高齢化率)は約 24%となった。2030 年には高齢化率が約 32%となり、同時に 75 歳以上が約 20%という超高齢社会を迎える。

人生 90 年時代における「あるべき高齢者の姿」と、総人口、生産年齢人口が減少していく中で、医療提供体制はどのように維持・変革するべきか、医療関連サービスはどのような役割を果たすべきかを展望します。

■ 日 時 平成26年2月19日(水) 午後1時～5時

■ 場 所 新宿明治安田生命ホール(東京都新宿区西新宿1-9-1明治安田生命新宿ビルB1F)

### プログラム

午後 1:00～1:05 開会挨拶

1:05～2:05 基調講演 大道 久 社会保険横浜中央病院 病院長、日本大学 名誉教授

2:05～2:15 休憩

2:15～4:55 パネルディスカッション(3:30～3:55 休憩)

|       |         |                                          |
|-------|---------|------------------------------------------|
| 座 長   | 遠 藤 久 夫 | 学習院大学 経済学部長                              |
| パネリスト | 佐々木昌弘   | 厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室長<br>及び 医師確保等地域医療対策室長 |
|       | 高 杉 敬 久 | 公益社団法人日本医師会 常任理事                         |
|       | 猪 口 正 孝 | 公益社団法人全日本病院協会 常任理事                       |
|       | 秋 山 弘 子 | 東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授                      |
|       | 坂 本 郁 夫 | パラマウントベッド株式会社 取締役技術開発本部長                 |

4:55～5:00 閉会挨拶

(敬称略)

## 申込方法、参加費の支払い方法等

参加のお申込みは、「参加申込票」に必要事項を記入の上、一般財団法人医療関連サービス振興会宛FAXまたは郵送し、参加費を下記口座にお振込をお願いいたします。

申込及び参加費ご入金確認後、「参加証兼資料引換券(ハガキ)」をお送りいたします。(お送りするのは1月中旬からの予定です。なお、振込されて1週間経てもハガキが届かない場合は、振興会事務局へご連絡ください。)

|       |                  |        |
|-------|------------------|--------|
| ■ 参加費 | 一般               | 6,000円 |
|       | 医療関連サービスマーク認定事業者 | 5,000円 |
|       | 後援団体会員           | 5,000円 |

|          |                          |
|----------|--------------------------|
| ■ 参加費振込先 | 銀行支店名: みずほ銀行 東京中央支店      |
|          | 口座番号: 普通預金 No.6199456    |
|          | 口座名義: 一般財団法人 医療関連サービス振興会 |

※注1 振込手数料は、各自ご負担をお願いいたします。

2 お振込みいただいた参加費の払い戻しはいたしかねますので、ご了承ください。

## 申込(入金)締切日

平成26年2月10日(月)

なお、申込締切日前でも、定員になり次第、受付を終了させていただきます。(定員320名)

## 主 催

一般財団法人 医療関連サービス振興会

## 後 援

厚生労働省 (公社)日本医師会 (公社)日本歯科医師会 (公財)医療機器センター  
(一社)シルバーサービス振興会 (公社)全国ビルメンテナンス協会 (公社)全日本病院協会  
(公社)日本医業経営コンサルタント協会 (一社)日本産業・医療ガス協会  
(公財)日本医療機能評価機構 (一社)日本医療法人協会 (一社)日本衛生検査所協会  
(公社)日本栄養士会 (公社)日本看護協会 (公社)日本精神科病院協会 (一社)日本病院会  
(一社)日本病院寝具協会 (一社)日本滅菌業協会 (公社)日本メディカル給食協会  
独立行政法人福祉医療機構

## ■ 会場案内図



## ■ 連絡窓口

一般財団法人 医療関連サービス振興会  
事務局(企画部 シンポジウム担当)

〒102-0073 東京都千代田区九段北1-11-11  
(第2フナトビル3F)

TEL 03-3238-1863 FAX 03-3238-1865

ホームページ: <http://www.ikss.net/>

新宿明治安田生命ホール

東京都新宿区西新宿1-9-1 明治安田生命新宿ビルB1F

TEL 03-3342-6705

一般財団法人 医療関連サービス振興会 事務局（企画部 シンポジウム担当）行  
 〒102-0073 東京都千代田区九段北1-11-11（第2フナトビル3F）  
 TEL 03-3238-1863 FAX 03-3238-1865

## （一財）医療関連サービス振興会 第23回シンポジウム 参加申込票

（一財）医療関連サービス振興会第23回シンポジウムに参加を申込みます。参加費は別途振込みます。

|                   |              |                                                                                                      |  |               |
|-------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|
| (フリガナ)<br>団体・会社名  |              |                                                                                                      |  |               |
| 所在地<br>連絡先、参加証送付先 |              | 〒 ー 都道府県                                                                                             |  |               |
|                   |              | TEL ( ) FAX ( )                                                                                      |  |               |
| (該当欄に☑をおつけください)   |              | <input type="checkbox"/> 一般 …… 下記のいずれにも該当しない方 (参加費1名6,000円)                                          |  |               |
|                   |              | <input type="checkbox"/> 医療関連サービスマーク認定事業者<br>…… 医療関連サービスマークの認定を受けている事業者 (参加費1名5,000円)                |  |               |
|                   |              | <input type="checkbox"/> 後援団体会員および下記団体の会員 ○印をつけて下さい<br>…… 案内に記載の後援団体、下記2～7の団体の会員に所属する方 (参加費1名5,000円) |  |               |
|                   |              | 1. 衛生検査所 2. 院外滅菌消毒 3. 院内滅菌消毒 4. 患者等給食 5. 患者搬送<br>6. 在宅酸素 7. 医療機器 8. 医療用ガス 9. 寝具類洗濯 10. 院内清掃          |  |               |
| 参<br>加<br>者       | (フリガナ)<br>氏名 | 所属・役職                                                                                                |  | 振興会使用欄<br>No. |
|                   | 連絡先          | TEL e-mail                                                                                           |  |               |
|                   | (フリガナ)<br>氏名 | 所属・役職                                                                                                |  | No.           |
|                   | 連絡先          | TEL e-mail                                                                                           |  |               |
|                   | (フリガナ)<br>氏名 | 所属・役職                                                                                                |  | No.           |
|                   | 連絡先          | TEL e-mail                                                                                           |  |               |
|                   | (フリガナ)<br>氏名 | 所属・役職                                                                                                |  | No.           |
|                   | 連絡先          | TEL e-mail                                                                                           |  |               |

(注)・本申込書送付後、参加費をお振込みください。参加費は、上記区分により異なりますのでご注意ください。

・振込み手数料は、各自ご負担をお願いします。

・振込名義が、申込票記載の団体・会社名、参加者名以外の場合は事務局へご連絡下さい。

参加費振込先 銀行支店名：みずほ銀行東京中央支店 口座番号：普通預金 No.6199456  
 口座名義：一般財団法人医療関連サービス振興会

・なお、参加費振り込み後1週間経っても参加証が届かない場合は1月下旬以降事務局へ連絡ください。

|        |    |   |       |   |       |   |
|--------|----|---|-------|---|-------|---|
| 振興会使用欄 | 受付 | / | 参加費振込 | / | 参加証送付 | / |
|--------|----|---|-------|---|-------|---|