



福島医発第 2738 号(地)

平成 28 年 1 月 19 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会長 松 田 峻一良  
(公 印 省 略)

平成 27 年度医療施設設備・機能強化セミナーについて (情報提供)

標記セミナーにつきまして、福岡県保健医療介護部を通じて、独立行政法人福祉医療機構経営サポートセンターより案内がありましたのでご連絡申し上げます。

2025 年を見据えた医療提供体制の確立を目指し、昨年 4 月より各都道府県において地域医療構想の策定がスタートしております。本セミナーは、今後の医療需要と必要病床数を推計し、病床の機能分化と連携を進めていく中で、回復期、慢性期及び在宅医療を取り巻く環境について理解を深めるとともに、実践事例等を交え、今後、医療機関に期待される役割や方向性を考えるうえで有益となる情報の提供を目的としております。

つきましては、貴会におかれましても本件に関しご了解いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、詳細につきましては、別添開催要領をご参照ください。

記

△と き 平成 28 年 2 月 26 日 (金)

△ところ 新霞が関ビル「全社協・灘尾ホール」

東京都千代田区霞が関 3-3-2 新霞が関ビル L B 階

△定 員 200 名

△対象者 病院を経営する法人理事長、院長、事務長など施設経営に携わる方

△受講料 1 名 8,000 円 (消費税込)

△問合せ 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

T E L 03-3438-9932 / F A X 03-3438-0371

小郡三井医師会より

医業経営担当理事 田中久志  
会長 廣瀬真恵

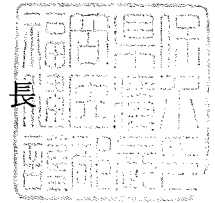
27医指第3456号

平成28年1月14日

公益社団法人福岡県医師会長  
公益社団法人福岡県病院協会  
一般社団法人福岡県私設病院協会  
一般社団法人福岡県精神科病院協会  
一般社団法人福岡県医療法人協会  
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡支部

殿

福岡県保健医療介護部長  
(医療指導課)



平成27年度医療施設設備・機能強化セミナーにおける  
周知のご協力について（情報提供）

本県の保健医療行政につきましては、平素から格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
標記の件について、（独）福祉医療機構から、別添（写）のとおり通知がありましたので  
お知らせします。

つきましては、貴会会員に対して周知していただきますようお願いいたします。





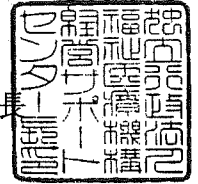
SCR 第 0105001 号

平成 28 年 1 月 5 日

各 都 道 府 県 医務主管部 (局) 長 様

独立行政法人福祉医療機構

経営サポートセンター長



平成 27 年度 医療施設整備・機能強化セミナーにおける周知のご協力について (依頼)

時下 益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

当機構の業務につきましては、日頃格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、この度当機構では、病院の経営者等を対象に、別添のとおり「平成 27 年度 医療施設整備・機能強化セミナー」の開催を予定しております。

つきましては、ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、貴職管内の受講対象者、市町村及び関係団体等へご周知頂きますようよろしくお願い申し上げます。

今後とも一層のご支援ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

お問い合わせ先

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

〒105-8486 東京都港区虎ノ門 4-3-13

ヒューリック神谷町ビル 9F

TEL: 03-3438-9932

FAX: 03-3438-0371



# 平成27年度 医療施設整備・機能強化セミナー 開催要領

## ー地域医療構想における回復期・慢性期・在宅医療の方向性についてー

### 1. 開催趣旨

2025年を見据えた医療提供体制の確立を目指し、平成27年4月より各都道府県において地域医療構想の策定がスタートしています。今後の医療需要と必要病床数を推計し、病床の機能分化と連携を進めていく中で、回復期、慢性期及び在宅医療については、急速な高齢化に伴い、今後そのニーズや重要性はより一層増していくものと思料されます。

一方で、平成27年7月には「療養病床の在り方等に関する検討会」も開かれ、今後超高齢者社会を迎え、複数の疾患を持ち医療・介護両方のニーズを併せ持つ高齢者が増加していくなか、「今後の慢性期医療の在り方についてはどう考えるべきか」といった議論もなされています。

そこで、今回のセミナーでは、回復期、慢性期及び在宅医療を取り巻く環境について理解を深めるとともに、実践事例等を交え、今後、医療機関に期待される役割や方向性を考えるうえで、皆様にとって有益となる情報を提供したいと考えております。

2. 主 催 独立行政法人福祉医療機構

3. 開催日程 平成28年2月26日（金）

4. 会 場 新霞が関ビル「全社協・灘尾ホール」（東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビルLB階）  
※東京メトロ「霞ヶ関駅」「虎ノ門駅」より徒歩

5. 定員及び対象者 200名 病院を経営する法人理事長、院長、事務長など施設経営に携わる方

6. 受講料 1名 8,000円（消費税込）

7. 受付開始日時 平成28年1月12日（火）10時より

※ お申込みは先着順にて受付を行い、定員になり次第、締め切りとさせていただきます。

なお、お申込みいただいた時点で定員に達している場合は、お電話にてご連絡申し上げます。

※ 受付開始以前に送信された「受講申込書」等は、受理いたしかねますのでご注意ください。

8. 申込方法 インターネットまたはFAXにてお申し込みください。

〔インターネットの場合〕機構ホームページから申込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 → 医療施設整備・機能強化セミナー）

※インターネットでのお申込みの場合、登録されたメールアドレスに、「受講票」が送信されます。

当日は、必ずこの「受講票」を印刷のうえ、ご来場ください。「受講票」が届かない場合はご連絡ください。

〔FAXの場合〕別添「受講申込書」に必要事項を記入いただき、下記FAX番号に送信してください。

受付FAX番号：03-3438-0371

※FAXでのお申込みに限り、確認後「受講ハガキ」を送付いたします。「受講ハガキ」が届かない場合はご連絡ください。

### 10. その他

・受講料は、当日会場受付で現金にてお支払いください。（釣り銭のないようお願いいたします。）

・受講料に昼食代は含まれておりません。

・交通手段・駐車場・宿泊先等は、受講者ご自身でご準備・ご確認をお願いいたします。

・都合により、講師や講義内容等に変更が生ずる場合がありますので、あらかじめご了承ください。

セミナーに関するお問い合わせはこちらまで

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



# 医療施設整備・機能強化セミナー日程表

—地域医療構想における回復期・慢性期・在宅医療の方向性について—

〈主 催〉 独立行政法人福祉医療機構

〈開 催 日〉 平成28年2月26日（金）

〈東京会場〉 全社協・灘尾ホール（東京都千代田区霞が関）

2025年を見据えた医療提供体制の確立を目指し、平成27年4月より各都道府県において地域医療構想の策定がスタートしています。今後の医療需要と必要病床数を推計し、病床の機能分化と連携を進めていく中で、回復期、慢性期及び在宅医療については、急速な高齢化に伴い、今後そのニーズや重要性はより一層増していくものと思料されます。

一方で、平成27年7月には「療養病床の在り方等に関する検討会」も開かれ、今後超高齢者社会を迎え、複数の疾患を持ち医療・介護両方のニーズを併せ持つ高齢者が増加していくなか、「今後の慢性期医療の在り方についてはどう考えるべきか」といった議論もなされています。

そこで、今回のセミナーでは、回復期、慢性期及び在宅医療を取り巻く環境について理解を深めるとともに、実践事例等を交え、今後、医療機関に期待される役割や方向性を考えるうえで、皆様にとって有益となる情報を提供したいと考えております。

|                       |                                                                                                              |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09:30～10:20           | 受 付 （50 分）                                                                                                   |
| 10:20～10:30<br>（10 分） | オリエンテーション<br>開会のあいさつ 独立行政法人福祉医療機構                                                                            |
| 10:30～11:50<br>（80 分） | 「回復期リハビリテーション病棟を取り巻く環境と今後求められる役割について（仮題）」<br>〈講師〉 一般社団法人 回復期リハビリテーション協会 副会長<br>社会医療法人 大道会 森之宮病院 院長代理 宮井 一郎 氏 |
| 11:50～12:00<br>（10 分） | 「平成27年度 医療関係融資制度の概要について（仮題）」<br>〈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                                             |
| 12:00～13:00           | 休 憩 （60 分）                                                                                                   |
| 13:00～14:20<br>（80 分） | 「我が病院における在宅医療への取り組みと課題について（仮題）」<br>〈講師〉 医療法人社団 玄同会 小畠病院 地域医療部長 佐藤 千秋 氏                                       |
| 14:20～14:30           | 休 憩 （10 分）                                                                                                   |
| 14:30～15:50<br>（80 分） | 「療養病床の在り方と地域医療構想における役割について（仮題）」<br>〈講師〉 一般社団法人 日本慢性期医療協会 副会長<br>医療法人 池慶会 池端病院 理事長・院長 池端 幸彦 氏                 |
| 15:50～16:00           | 休 憩 （10 分）                                                                                                   |
| 16:00～16:30<br>（30 分） | 「経営分析参考指標からみた療養型病院の経営実態（仮題）」<br>〈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<br>リサーチグループ リサーチチーム                            |

※ 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。

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。

# 医療施設整備・機能強化セミナー

—地域医療構想における回復期・慢性期・在宅医療の方向性について—

主催：独立行政法人福祉医療機構

2025年を見据えた医療提供体制の確立を目指し、平成27年4月より各都道府県において地域医療構想の策定がスタートしています。今後の医療需要と必要病床数を推計し、病床の機能分化と連携を進めていく中で、回復期、慢性期及び在宅医療については、急速な高齢化に伴い、今後そのニーズや重要性はより一層増していくものと思料されます。

一方で、平成27年7月には「療養病床の在り方等に関する検討会」も開かれ、今後超高齢者社会を迎え、複数の疾患を持ち医療・介護両方のニーズを併せ持つ高齢者が増加していくなか、「今後の慢性期医療の在り方についてはどう考えるべきか」といった議論もなされています。

そこで、今回のセミナーでは、回復期、慢性期及び在宅医療を取り巻く環境について理解を深めるとともに、実践事例等を交え、今後、医療機関に期待される役割や方向性を考えるうえで、皆様にとって有益となる情報を提供したいと考えております。

## 日程・会場等

平成28年2月26日(金)

全社協「灘尾ホール」東京都千代田区霞が関3-3-2新霞が関ビルL B階  
(東京メトロ「霞ヶ関駅」より徒歩8分、「虎ノ門駅」より徒歩5分)

- 9:30～10:20 受付  
10:20～10:30 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  
10:30～11:50 「回復期リハビリテーション病棟を取り巻く環境と  
今後求められる役割について(仮題)」  
〈講師〉一般社団法人 回復期リハビリテーション協会 副会長  
社会医療法人 大道会 森之宮病院 院長代理 宮井 一郎 氏  
11:50～12:00 「平成27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  
12:00～13:00 休憩(医療貸付簡易相談コーナー)  
13:00～14:20 「我が病院における在宅医療への取り組みと課題について(仮題)」  
〈講師〉医療法人社団 玄同会 小島病院 地域医療部長 佐藤 千秋 氏  
14:20～14:30 休憩  
14:30～15:50 「療養病床の在り方と地域医療構想における役割について(仮題)」  
〈講師〉一般社団法人 日本慢性期医療協会 副会長  
医療法人 池慶会 池端病院 理事長・院長 池端 幸彦 氏  
15:50～16:00 休憩  
16:00～16:30 「経営分析参考指標からみた療養型病院の経営実態(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  
リサーチグループ リサーチチーム

※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等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 → 医療施設整備・機能強化セミナー)

※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週間で受講ハガキをご郵送させていただきます。



〒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。）

1月12日（火）午前10時より先着順にて受付 申込先 FAX：03-3438-0371



# 医療施設整備・機能強化セミナー受講申込書

～地域医療構想における回復期・慢性期・在宅医療の方向性について～

（会場：全社協・灘尾ホール（東京都千代田区霞が関） 開催日：平成28年2月26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。<br>（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<br><input type="checkbox"/> 社会福祉法人役職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員<br><input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 金融機関<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 社会福祉法人役職員 <input type="checkbox"/> 行政等職員<br><input type="checkbox"/> 公認会計士・税理士 <input type="checkbox"/> 金融機関<br><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<br><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<br>（法人名・施設名・氏名） |      |        |  |
| 電話番号<br>（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"/> 病院（ <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 精神） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設<br><input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> その他（ ） |  |  |
| 許可病床数・入所定員数           | <input type="checkbox"/> 許可病床（入所定員）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。

☐ 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。