

2019  
年度

# 院長・副院長のための トップマネジメント研修

～これからの病院運営のトップマネジメントとしての知識を習得する～

日時

2019年

6月8日土・9日日

定員  
40名

日本病院会病院経営の質推進委員会は、平成28年度より「院長・副院長セミナー」として、院長・副院長を対象としたより実践的な研修を開催していましたが、名称を「院長・副院長のためのトップマネジメント研修」に変更し、引き続き開催いたします。

昨今の医療機関を取り巻く環境は、少子高齢化による人口動態の変化が最大の要因となり、医療提供体制の大きな変革期をむかえています。このような状況下での病院の運営・経営は非常に厳しく、院長・副院長を中心としたトップマネジメントに求められる役割はさらに大きく、重要性を増しています。

今回も2日間の日程で、優れた講師陣による講義を行い、トップマネジメントとしての知識を深めていただきます。初日にはグループディスカッションを取り入れたプログラムと情報交換会を開催し、各施設の意見交換を行う交流の場も提供いたします。

充実したプログラムを準備し、自施設の病院運営に資するよう企画しましたので、この機会にぜひ多くの皆様にご参加いただきたくご案内いたします。

一般社団法人日本病院会 会長 相澤 孝夫  
病院経営の質推進委員会 委員長 牧野 憲一

会場

一般社団法人日本病院会 ホスピタルプラザビル

東京都千代田区三番町9-15 電話：03-3265-1281

対象

院長・副院長候補の方、院長・副院長を目指す方

※現在、院長・副院長の方の参加も歓迎いたします。

参加費

日本病院会会員 1名 50,000円、非会員 1名 70,000円

(日本病院会会員は、[http://www.hospital.or.jp/shibu\\_kaiin/](http://www.hospital.or.jp/shibu_kaiin/)でご確認いただけます。)

※情報交換会参加費と2日目の昼食代を含みます。

※ご欠席の場合は資料の発送にてかえさせていただきます。

※2日間履修した方へ、一般社団法人日本病院会の修了証を発行いたします。

お申込み  
お問い合わせ

〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 ホスピタルプラザビル  
日本病院会 院長・副院長のためのトップマネジメント研修担当  
電話：03-3265-1281 FAX：03-3265-1282 E-mail：info@jha-e.com

# プログラム

2019年6月8日（土）

13:00開場 受付開始

《総合司会》武蔵野赤十字病院 院長 泉 並木

|             |   |
|-------------|---|
| 14:00-14:10 | 【開会の挨拶】<br>一般社団法人日本病院会 副会長／小牧市民病院 病院事業管理者 末永 裕之 |
| 14:10-15:30 | 【講義1】地域医療計画と地域連携<br>講師：産業医科大学 公衆衛生学教室 教授 松田 晋哉  |
| 15:40-16:20 | 【講義2】チーム医療と院長・副院長の役割<br>講師：武蔵野赤十字病院 院長 泉 並木     |
| 16:20-17:50 | 【グループワーク】：テーマ「チーム医療」                            |
| 17:50-19:20 | 【グループワーク発表・討議】                                  |
| 19:20-20:20 | 【情報交換会】   |

2019年6月9日（日）

8:00開場 受付開始

《総合司会》武蔵野赤十字病院 院長 泉 並木

|             |   |
|-------------|---|
| 9:00-9:10   | 【前日のまとめと本日の予定】<br>一般社団法人日本病院会 常任理事／旭川赤十字病院 院長 牧野 憲一                   |
| 9:10-10:10  | 【講義3】財務諸表の見方と病院における財務管理<br>講師：石井公認会計士事務所 公認会計士 石井 孝宜                  |
| 10:20-11:40 | 【講義4】病院経営・DPC分析<br>講師：千葉大学医学部附属病院 副病院長・病院経営管理学研究センター長 井上 貴裕           |
| 11:40-12:20 | ～ 昼 食 ～   |
| 12:20-13:20 | 【講義5】病院経営におけるマネジメント<br>講師：済生会支部神奈川県済生会 支部長 正木 義博                      |
| 13:30-14:30 | 【講義6】院長・副院長に求められるガバナンスとリーダーシップ<br>講師：一般社団法人日本病院会 副会長／足利赤十字病院 院長 小松本 悟 |
| 14:30-14:40 | 【総括】<br>一般社団法人日本病院会 会長 相澤 孝夫  |

講師・プログラム等は都合により変更となる場合がありますので、あらかじめご承知おきください。

## 講師の紹介



**松田 晋哉**

産業医科大学  
公衆衛生学教室 教授



**井上 貴裕**

千葉大学医学部附属病院  
副病院長・病院経営管理学  
研究センター長



**正木 義博**

済生会支部神奈川県済生会  
支部長



**泉 並木**

武蔵野赤十字病院  
院長



**石井 孝宜**

石井公認会計士事務所  
公認会計士



**小松本 悟**

足利赤十字病院  
院長

## お申込み方法

参加申込書を事務局まで郵送またはFAXにてお送りください。

### 《注意事項》

- ・折り返し、ご指定の貴施設FAX番号宛に受理通知・参加証とお振込のご案内をお送りいたしますので必ずご確認のうえ、当日ご持参ください。参加費をお振込の際は、参加証に記載されている参加番号を先頭にご記入ください。
- ・一週間以内に、受理通知・参加証の返信がない場合は、お手数ですがご連絡願います。
- ・参加登録はお振込みをもって申込完了となります。
- ・参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。お振込後のキャンセルは、資料の発送をもってかえさせていただきます。

### 【個人情報等の取扱いについて】

日本病院会主催 院長・副院長のためのトップマネジメント研修におきまして、下記によりあなたの肖像（受講風景等の画像）ならびに個人情報を利用させていただきたく、内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。なお、写真等の掲載および個人情報の取扱いについては、肖像権並びに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

#### 1. 個人情報の利用目的について

肖像並びに個人情報の使用について日本病院会は、受講者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の受講者個人に関する情報（以下「個人情報等」）を、日本病院会 院長・副院長のためのトップマネジメント研修に関する受講者への連絡、受講者管理、研修会における受講者間の親睦を目的として配布する参加者名簿の作成、修了証の作成に利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。

#### 2. 個人情報の委託について

日本病院会は、院長・副院長のためのトップマネジメント研修開催に伴いお預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、取り扱いを委託することはありません。

- ・連絡物の発送を宅配業者に委託する場合

#### 3. 個人情報の提供の任意性について

個人情報の提供がされない場合、受講することが出来ません。

#### 4. 個人情報の開示等について

日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることを確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。また、入講後は、個人情報等を含む受講申込書類一式は原則、返却いたしません。

（個人情報保護管理者） 大道 道大

## 会場・地図



※ローマ法王庁大使館の隣です。

- 半蔵門駅 5番出口より徒歩約6分  
……半蔵門線
- 市ヶ谷駅 A3出口より徒歩約8分  
……JR中央線・総武線、有楽町線・南北線、都営地下鉄新宿線
- 四ツ谷駅より徒歩約13分  
……JR中央線・総武線、丸ノ内線・南北線

## お問い合わせ

一般社団法人日本病院会 院長・副院長のためのトップマネジメント研修担当

TEL : 03-3265-1281

E-mail : [info@jha-e.com](mailto:info@jha-e.com)

2019 年度

院長・副院長のためのトップマネジメント研修 参加申込書

FAX : 03 - 3265 - 1282

- ・この申込書を FAX または郵送にてお送りください。
- ・この申込書到着後、ご指定の貴施設 FAX 番号あてに**受理通知・参加証**（この用紙〔参加番号記載〕）とお振込のご案内をお送りいたしますので必ずご確認のうえ、**当日ご持参ください。**
- ・一週間以内に受理通知・参加証が届かない場合は、お手数ですが必ず事務局までご連絡ください。

申込日： 年 月 日

前頁の「個人情報等の取扱いに関して」に同意いただけましたら、「同意する」にチェックしてください。チェックがない場合は申込できません。

同意する

※注：「個人情報取扱いに関して」の□にチェックがない場合は、申込の受理が出来ませんのでご注意ください。

|   |             |
|---|-------------|
| ■ 貴施設 FAX 番号                                |             |
| ■ 連絡先（受理通知返信先）                              | 病院 部 or 課 様 |
| ■ E-mail（連絡担当者様）                            | @           |
| ※パソコンのアドレスを推奨します。事前に当日のご案内等を送信させていただいております。 |             |

|                                 |                              |   |                           |  |  |
|---------------------------------|------------------------------|---|---------------------------|--|--|
| ふりがな                            |                              |   | 性別                        | 男性 ・ 女性  |  |
| 参加者氏名                           |                              |   | 年齢                        |  |  |
| 法人名                             |                              |   |                           | ※チェックをしてください。<br><input type="checkbox"/> 会員病院<br><input type="checkbox"/> 非会員 |  |
| 勤務先名                            |                              |   |                           |  |  |
| 開設主体                            |                              |   | 病床数                       |  |  |
| 区分                              | 慢性期 ・ 急性期 ・ ケアミックス ・ その他     | DPC 区分                                      | DPC 対象病院 ・ DPC 準備病院 ・ その他 |  |  |
| 役職                              | 院長 ・ 副院長 ・ その他※下記にご記入ください。   |   | 現在の役職年数【 年】               |  |  |
| 所属                              | 【 】                          |   | 現在の所属年数【 年】               |  |  |
| 経 験                             | ・現施設の勤務年数【 年】 ・通算就労年数【 年】    |   |                           |  |  |
| 連絡先<br>(いずれかを<br>記入してくだ<br>さい。) | <input type="checkbox"/> 自宅  | 住所  | 〒                         |  |  |
|                                 |                              | 電話  |                           |  |  |
|                                 | <input type="checkbox"/> 勤務先 | E-mail                                      | @                         |  |  |
|                                 |                              | ※パソコンのアドレスを推奨します。事前に当日のご案内等を送信させていただいております。 |                           |  |  |

【事務局記入欄】

参加申込承りました。(受理日： 年 月 日)

参加番号 : No. \_\_\_\_\_

参加費振込みの際、  
先頭に必ず記入して  
ください。