

# “酒井麻由美”の介護報酬改定の詳細解説と介護事業戦略セミナー

2017年12月末に政府予算案と共に公表される改定率はいかに!! 年明けの1月中旬に答申が見込まれる2018年介護報酬改定内容の詳細を徹底解説!!  
医療介護に精通した酒井麻由美氏が急性期・回復期・慢性期の医療改革に伴う医療・介護融合時代の経営戦略を提言!!

## 2018年介護報酬改定の詳細解説と 新設・変更基準届出の早期準備と対応策

～2018年介護報酬改定に伴う介護保険サービス別の影響分析と  
2018年改革を打ち勝つ新たな介護事業経営を徹底指導～

大阪地区 平成30年 **1月31日(水)** PM1:30～PM6:30

ホテルマイステイズ新大阪コンファレンスセンター  
大阪府大阪市淀川区西中島6-2-19 TEL 06-6302-5571

東京地区 平成30年 **2月12日(月)** PM1:30～PM6:30

銀座同和ビル2F(HMSセミナールーム)  
東京都中央区銀座7-2-22 TEL 03-6228-5995



**講師** 保健・医療・福祉サービス研究会 診療介護報酬指導講師  
株式会社M&Cパートナーコンサルティング 取締役 **酒井 麻由美氏**

### プログラム

#### I. 2018年介護報酬改定の狙い、特徴、重点施策

- 2018年介護報酬改定の改定率と介護事業への影響
- 2018年介護報酬改定の狙い、特徴、重点施策と今後の介護事業経営
- 2018年介護報酬改定に伴う介護保険サービス別影響のポイント

#### II. 居宅系サービスの報酬の詳細解説

- 居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、訪問リハ他
- 通所リハ、通所介護、認知症通所介護、療養通所介護
- ショートステイ、小規模多機能型居宅介護
- 看護小規模多機能、定期巡回・随時対応サービス

#### III. 施設系サービスの報酬の詳細解説

- 老人福祉施設・地域密着型老人福祉施設
- 老人保健施設・地域密着型老人保健施設、転換型老人保健施設
- 介護療養医療施設

#### IV. 居住系サービスの報酬の詳細解説

- グループホーム・特定施設(ケアハウス・有老ホーム・サ高住・他)

#### V. 施行に向けた新設・変更基準の届出の準備対応策

- 指定基準(施設・人員・運営)その他
- 届出の早期準備と完全算定に向けた対応策

#### VI. 2018年介護報酬改定に打ち勝つ新たな介護事業戦略

- 2018年診療報酬改定に伴う医療改革が及ぼす介護事業へのインパクト
- 2018年同時改定をチャンスにする新たな介護事業戦略

### 参加のお誘い

時間が経つのも早いもので2018年診療・介護報酬同時改定が目下となってまいりました。社会保障審議会介護給付費分科会の2018年介護報酬改定の議論も11月には佳境を迎えます。本セミナーは、12月末に政府予算案と共に公表される改定率を受け、1月中旬に答申が見込まれる2018年介護報酬改定速報の詳細を解説するものです。講師には我が国の医療介護制度に精通している株式会社M&Cパートナーコンサルティング取締役の酒井麻由美氏に答申結果を多角的な分析し、膨大な改定内容の詳細を分かり易く解説いただきます。また、同時に診療報酬改定を含めた18年医療改革並びに2025年の地域包括ケアシステム構築に向けた経営戦略についても指導いただきます。どうぞ、2018年介護報酬改定に伴う報酬の完全算定や新設・変更基準の早期届出を考えられる経営幹部や現場管理者の皆様のご参加をお待ち申し上げます。

### 参加料

※参加料には資料・コーヒー代を含みます。

	【税込】	本体価格	消費税
HMS会員(法人・個人会員)	23,134円	(21,420円)	1,714円
(購読会員)	24,419円	(22,610円)	1,809円
一般	25,704円	(23,800円)	1,904円

申込日 平成 年 月 日 ※参加ご希望の日付にチェックをお願いいたします。

**FAX.03-6228-5996**

■大阪会場 1月31日(水)  
■東京会場 2月12日(月)

### “酒井麻由美”の介護報酬改定の詳細解説と介護事業戦略セミナー 申込書

住所	〒						HMS会員の方は、会員区分に✓を付けて下さい。 <input type="checkbox"/> 法人会員 <input type="checkbox"/> 個人会員 <input type="checkbox"/> 購読会員 ※参加料は 月 日送金します。 ※入金照合のために口座名義を下記にご記入ください。 振込名義 ( ) 振込先:三井住友銀行 本店営業部 普通預金 7577162 名義:ホケンイリョウフクシサービスケンキュウカイ					
法人及び施設名												
TEL				F A X			e-mail					
参加者氏名	所 属		役 職		参加者氏名		所 属		役 職			
※希望の方は☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> CD受講希望 <input type="checkbox"/> 無料個別相談												