

福岡医発第1282号

平成19年10月24日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武

(公印省略)

### 医療安全に関するワークショップの開催について

標題の件、福岡県保健福祉部医療指導課長より、九州厚生局が主催し「九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ」を下記日程で開催するとの通知がありました。

つきましては、申込期限が迫っておりますので、取り急ぎご案内申し上げます。

#### 記

と き 平成19年11月20日（火）9：00～16：40

ところ 福岡国際会議場 メインホール

---

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎



公印省略

19医指第2469号  
平成19年10月18日

各関係団体長 殿

福岡県保健福祉部医療指導課長  
(医療指導係)

医療安全に関するワークショップの開催について

本県の保健福祉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。

さて、標記の件について、九州厚生局長から、別添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、周知していただきますようお願いいたします。

なお、周知の際は、下記の事項についても、併せて、周知していただきますようお願いいたします。

記

1 申込先

九州厚生局長

(担当 九州厚生局健康福祉部医事課 医療政策指導管)

TEL : 092 - 472 - 2366 FAX : 092 - 472 - 4474

2 申込期限

平成19年11月12日(月)

3 申込方法等

別添「平成19年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ受講申込書記入要領」参照

4 その他留意事項等

①会場近くには、十分な数のレストランがありませんので、昼食については受講者各自でご準備ください。

②来場に際しては、できるだけ公共機関等をご利用ください。

③研修会場での受講者の呼び出し等はいりませんのでご協力ください。

## 平成19年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ実施要領

### 1 目的

医療安全に関する知識等の修得、討議等を行うことにより、医療機関の管理者等の資質向上を図り、もって医療の安全性の向上を図ることを目的とする。

### 2 主催

厚生労働省九州厚生局

### 3 開催日

平成19年11月20日（火）

### 4 開催場所

福岡国際会議場 3階 メイン・ホール  
（福岡市博多区石城町2-1）

### 5 対象者

（1）医療機関（特定機能病院を含む）において、医療安全管理体制の中心的役割を担う下記の者

ア 管理者

医療機関における、医療法上の管理者

イ 医療安全管理者

専任又は兼任で医療機関全体の安全管理を担当する実務者

（2）（1）以外で医療機関等に勤務する者で、受講を希望する者

（3）県、保健所設置市において、医療安全に関する業務に携わっている者

（4）医療機関等に勤務しない者で、受講を希望する者

### 6 開催規模

「5 対象者」の（1）から（4）を合わせて1000名以内。

# 平成19年度 医療安全に関するワークショップ・プログラム

「安心・安全な医療の提供へ向けて」

開催日 平成19年11月20日（火）

開催場所 福岡国際会議場 メイン・ホール

| スケジュール      | プログラム                           | 講師                                      |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------------|
| 9:00～9:30   | 受付                              |                                         |
| 9:30～9:40   | 開会挨拶                            | 九州厚生局長                                  |
| 9:40～10:10  | 医療安全に関する制度について                  | 厚生労働省九州厚生局医事課                           |
| 10:10～12:00 | 院内感染対策のための安全管理体制の確保について(質疑応答含む) | 安岡 彰<br>長崎大学医学部・歯学部附属病院<br>感染制御教育センター教授 |
| 12:00～13:00 | 休憩                              |                                         |
| 13:00～14:50 | 医療機器に係る安全管理体制の確保について(質疑応答含む)    | 酒井 順哉<br>名城大学大学院都市情報学研究科<br>保健医療情報学教授   |
| 14:50～15:00 | 休憩                              |                                         |
| 15:00～16:50 | 医薬品に係る安全管理体制の確保について(質疑応答含む)     | 土屋 文人<br>東京医科歯科大学歯学部附属病院<br>薬剤部長        |
| 16:50       | 閉会                              |                                         |

092-472-4474(FAX)

平成19年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ

受 講 申 込 書

申込年月日 平成 年 月 日

楷書で記入の上、FAXでお申し込みください。

|               |        |  |  |
|---------------|--------|--|--|
| 医療機関等の<br>名 称 | 病床数: 床 |  |  |
| 所 在 地 (〒 - )  | Tel    |  |  |
|               | Fax    |  |  |

受講を希望する者の区分ごとに記入してください。

管理者

|               |                                     |  |  |
|---------------|-------------------------------------|--|--|
| 受 講 区 分       | 医療機関の管理者(院長)又は、その委任を受けた者(副院長、看護部長等) |  |  |
| (ふりがな)<br>氏 名 | 男 ・ 女<br>( ) 歳                      |  |  |
| 役 職 名         |                                     |  |  |

医療安全管理者

|               |                              |                       |  |
|---------------|------------------------------|-----------------------|--|
| 受 講 区 分       | 医療安全管理者(医療機関全体の安全管理を担当する実務者) |                       |  |
| (ふりがな)<br>氏 名 | 男 ・ 女<br>( ) 歳               |                       |  |
| 専任・兼任の別       | 専任 ・ 兼任                      | 実務経験年数<br>( ) 年 ( ) 月 |  |

上記以外の受講希望者1

|               |                                                                                                   |  |  |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 受 講 区 分       | 1. 医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. 臨床検査技師 5. 診療放射線技師<br>6. 臨床工学技士 7. 栄養士 8. その他( )<br>(いずれかに○をつけ、または記入してください) |  |  |
| (ふりがな)<br>氏 名 | 男 ・ 女<br>( ) 歳                                                                                    |  |  |

上記以外の受講希望者2

|               |                                                                                                   |  |  |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 受 講 区 分       | 1. 医師 2. 看護師 3. 薬剤師 4. 臨床検査技師 5. 診療放射線技師<br>6. 臨床工学技士 7. 栄養士 8. その他( )<br>(いずれかに○をつけ、または記入してください) |  |  |
| (ふりがな)<br>氏 名 | 男 ・ 女<br>( ) 歳                                                                                    |  |  |

## 平成19年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ 受講申込書 記入要領

1. この受講申込書は、楷書で記入してください。
2. この受講申込書は、記入後、平成19年11月12日(月)までに、九州厚生局長宛に提出してください。(FAXで可)
3. この受講申込書には、管理者、医療安全管理者以外に、2名まで記入できます。  
欄が不足する場合は、適宜コピー等を行って記入してください。
4. 受講申込書に記載された受講希望者の個人情報、次の目的に利用します。  
なお、受講申込者の集約等を第三者に依頼することはありません。  
(1)受講者を決定する際の名簿の作成及び開催当日の受付  
(2)受講者に送付する修了証の作成及び送付
5. 受講区分については、次のとおりとします。  
(1)管理者・・・実施要領「5 対象者 (1) ア」に該当する者  
(2)医療安全管理者・・・実施要領「5 対象者(1) イ」に該当する者  
(3)受講希望者・・・実施要領「5 対象者(2)、(3)及び(4)」に該当する者  
なお、各医療機関の部門における医療安全担当者が受講を希望する場合は、医療安全管理者ではなく、「受講希望者」の区分でお申し込みください。
6. 氏名のふりがなは、当日の受付時に氏名の確認のため必要ですので、必ず記入してください。
7. 医療安全に関するワークショップ開催会場の近くには十分な数のレストランがありませんので、昼食は、受講者各自でご準備をお願いします。
8. 本受講申込書記入上のご不明な点、厚生局へ提出した後の追加、訂正等については、下記までご連絡ください。なお、ご連絡いただいた時期により、対応できない事項もありますので、お早めにご連絡ください。

連絡先

九州厚生局健康福祉部医事課 大門  
(092-472-2366 直通)