

福岡医発第1526号(地)

平成20年10月22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

標記の件につきまして、九州厚生局長より福岡県保健医療介護部医療指導課長を通じて通知がありましたのでお知らせいたします。

本件は、医療安全対策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した「平成20年度九州・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ため、周知を依頼するものであります。

つきましては、貴会会員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。

記

1 開催日時及び場所

平成20年11月19日(水) 9:00～18:00

「福岡国際会議場 3階 メイン・ホール」

平成20年11月20日(木) 9:00～17:00

「福岡国際会議場 5階 501室」

2 申込期限

平成20年11月12日(水)

3 申込方法等

別添「平成20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

公印省略

20医指第1926号
平成20年10月14日

各関係団体長 殿

福岡県保健医療介護部医療指導課長
(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(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、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 医療対策指導官 大門)

TEL:(092)472-2366

FAX:(092)472-4474

2 申込期限

平成20年11月12日(水)

3 申込方法等

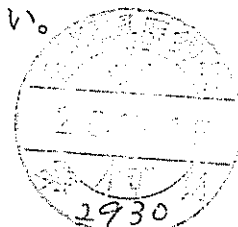
別添「平成20年度九州・沖縄地区医療安全に関するワークショップ受講申込書記入要領」参照

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等がありませんので、昼食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。

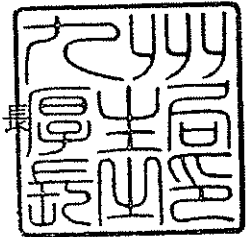




九厚発第1007001号
平成20年10月 7日

福岡県知事 殿

九州厚生局長



医療安全に関するワークショップの開催について

拝啓 日頃より医療安全行政の推進に御協力いただき感謝申し上げます。

さて、平成20年度医療安全に関するワークショップを下記により開催することといたしました。

つきましては、別添「平成20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」に基づき、貴県内の病院及び県医師会、県看護協会等医療関連団体等に対し周知いただきますようお願いいたします。

なお、受講申込先は九州厚生局としておりますので、周知に際し御配慮下さるよう申し添えます。

敬具

記

開催日時及び開催場所：

平成20年11月19日(水) 9時00分 ～ 18時00分

福岡国際会議場 メイン・ホール

平成20年11月20日(木) 9時00分 ～ 17時00分

福岡国際会議場 501室

平成20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

医療安全対策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20年11月19日(水)～20日(木) 2日間

4 開催場所

第1日目(11月19日) 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)

第2日目(11月20日) 福岡国際会議場 5階 501室
(福岡市博多区石城町2-1)

5 対象者

第1日目

(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

第2日目

- (1) 医療安全管理者で医療コンフリクトマネジメントセミナーの未受講者。

* 原則として、1施設1名とする。

6 開催規模

第1日目(11月19日) 1000名以内

第2日目(11月20日) 60名程度

7 受講申込及び決定等

- (1) 受講希望者は、受講申込書を平成20年11月12日(水)までに、九州厚生局に提出すること。

- (2) 第1日目については、提出された「第1日目受講申込書」をもって受講の決定とするが、定員(1000名)を超える申込があった場合は、受講者の調整を行う。

第2日目については、受講枠(60名程度)に限りがあるため、受講決定者には、受講決定通知書を交付する。

- (3) 医療安全管理者が受講し修了した場合は、修了証を交付する。

(修了とは、開催日においてすべてのプログラムに参加した者)

8 経費

受講費は要しないが、受講者の旅費、食費、宿泊費等は、受講者自身の負担とする。

9 会場利用

- (1) 会場へは、原則として、公共交通機関により来場すること。
(2) 会場での電話の取り次ぎは行わないものであること。

平成20年度 医療安全に関するワークショップ・プログラム 「医療安全管理体制の充実を目指して」

開催日 平成20年11月19日(水)～20日(木)

開催場所 福岡国際会議場 メイン・ホール及び501室

11月19日 第1日目 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
9:40～10:50	最近の医療情勢① 医療コンフリクトマネジメント(導入編)	宮下 光世 独立行政法人国立病院機構 長崎神経医療センター院長
10:50～12:00	最近の医療情勢② 新型インフルエンザについて	林 茂樹 独立行政法人国立病院機構 災害医療センター院長
12:00～13:15	休憩	
13:15～13:40	最近の医療情勢③ 医療安全全国共同行動 「キックオフフォーラム」の 取り組み	小 泉 俊 三 佐賀大学医学部附属病院 総合診療部 教授
13:40～14:20	医療安全管理体制について① ～医療の原点から～	信 友 浩 一 九州大学大学院医学研究院 医療システム学 教授
14:20～16:00	医療安全管理体制について② ～医療の現場から～	鮎 澤 純 子 九州大学大学院医学研究院 医療経営・管理学講座 准教授
16:00～18:00	最近の医療情勢④ 診療関連死の死因究明制度に ついて	岡 本 浩 二 厚生労働省大臣官房参事官 (健康、医業指導、医療安全担当)

* 時間、内容等が若干変更があり。

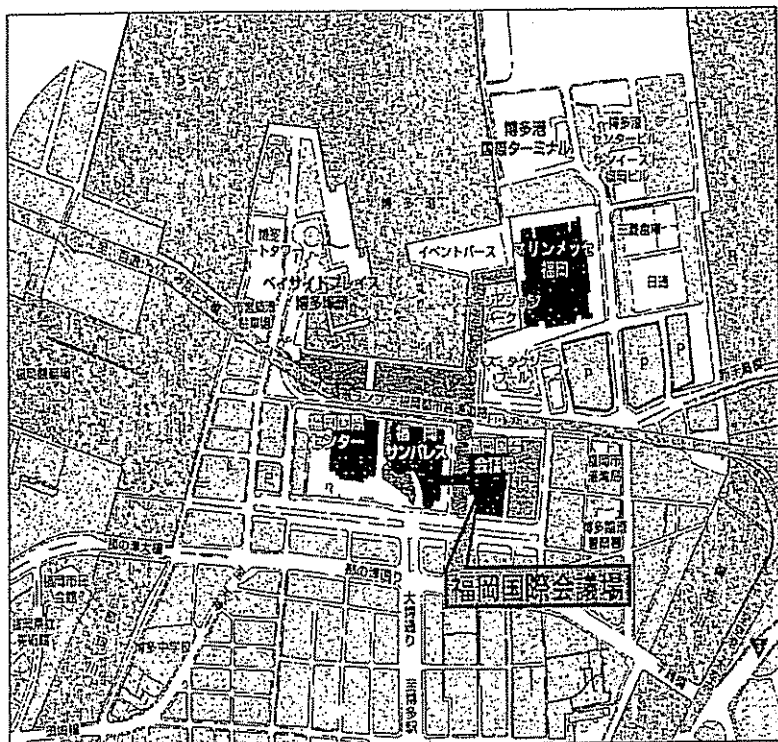
平成20年度

医療安全に関するワークショップ・プログラム

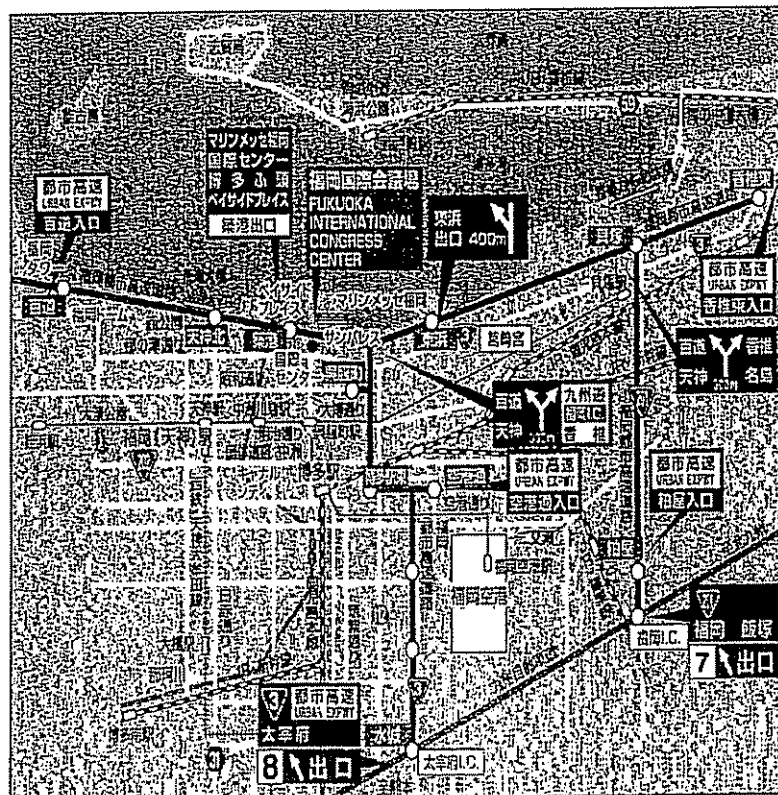
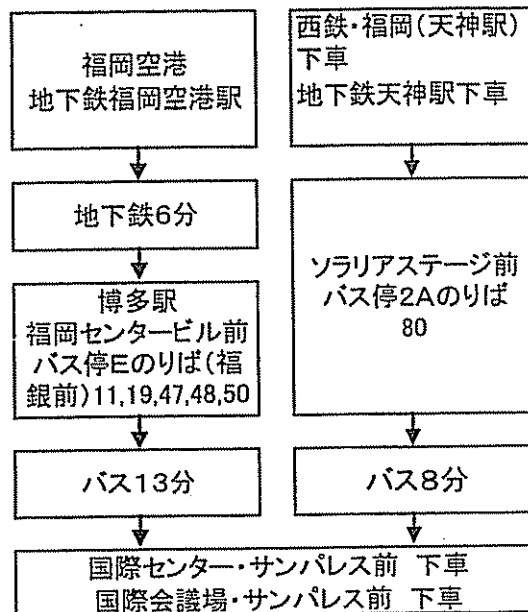
11月20日 第2日目 福岡国際会議場 501室

スケジュール	プログラム	講師
9:00～9:30	受付	
9:30～17:00	医療コンフリクト マネジメント	中西淑美 大阪大学コミュニケーションデザインセ ンター特任講師

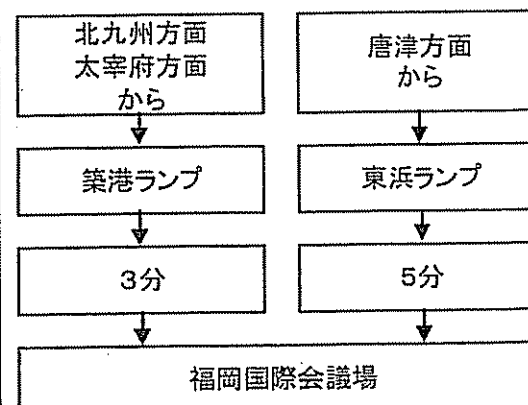
福岡国際会議場 交通アクセス



地下鉄・バス利用



都市高速



タクシー

福岡空港から約15分
博多駅から約10分
天神から約6分

平成20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20年11月12日(水)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。

第1日目

- (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。

第2日目

- (1)医療安全管理者(医療機関の安全管理を担当する実務者)で医療コンフリクトマネジメントセミナーの未受講者
*原則として1施設1名とさせていただきます。
*第2日目については、受講枠に限りがあるため、受講決定者には決定通知書を送付する。

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。

9. 受講修了書の発行を希望する医療安全管理者については、当日、A4の用紙を折り曲げることなく入る封筒(必要切手「120円分」を貼ったもの)を準備の上、当日配布する「受講証書発行依頼書」とともに、お帰りになる際に受付に提出願います。

連絡先

九州厚生局健康福祉部医事課 大門
(092-472-2366 直通)

092-472-4474(FAX)

平成20年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ

第1日目 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 名 称			
所 在 地	(〒 -)	病床数:	床
		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) 氏 名	男 ・ 女 ()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) 氏 名	男 ・ 女 ()歳		
専任・兼任の別	専任 ・ 兼任	実務経験年数 ()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 6. 臨床工学技士 7. 栄養士 8. その他() (いずれかに○をつけ、または記入してください)		
(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女 ()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 6. 臨床工学技士 7. 栄養士 8. その他() (いずれかに○をつけ、または記入してください)		
(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女 ()歳		

092-472-4474(FAX)

平成20年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ

第2日目 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 名 称	病床数: 床		
所 在 地	(〒 -)	Tel	
		Fax	

受 講 区 分	医療安全管理者(医療機関の安全管理を担当する実務者のみ)	
(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女 ()歳	
役 職 名		

注 原則として1施設1名。

第2日目については受講枠に限りがあるため、受講決定者には受講決定通知書を交付する。