



福島医発第1364号(地)
平成25年 8月30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25年度 日本医師会医療安全推進者養成講座
「講習会」開催のご案内について

標記の件につきまして、日本医師会より別紙のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

日本医師会では、平成13年度に医療安全推進者養成講座を開設し、講座受講者を対象に講習会を開催してまいりましたが、昨今の医療安全に対する関心の高さを受けて平成20年度より講習会参加者対象者の門戸を広げ、他の医療従事者の方々からも参加者を募集しております。

つきましては、今年度も講座受講者以外の方々にも講習会にご参加いただきたいとのことで、研修会次第や申込み方法等が送られてきましたので、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員に周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、申込みにつきましては、平成25年9月25日(水)までに、FAXもしくはE-mailにてお願いいたします。また、本件につきましては日本医師会ホームページ <https://www.med.or.jp/anzen/yk25.html> 及び、日医ニュース8月20日号にも掲載いたしますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

医療安全管理担当理事 島田昇二郎
会長 蒲池 壽

日医発第 444 号（法安 47）F

平成 25 年 8 月 8 日

都道府県医師会長 殿

郡市区医師会長 殿

日本医師会
会長 横倉 義武

平成 25 年度 日本医師会医療安全推進者養成講座

「講習会」開催のご案内

拝啓 平素より格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本会では平成 13 年度に医療安全推進者養成講座を開設し、講座受講者を対象に講習会を開催してまいりましたが、昨今の医療安全に対する関心の高さを受けて、平成 20 年度より講習会参加対象者の門戸を広げ、他の医療従事者の方々からも参加者を募集しております。

つきましては、今年度も講座受講者以外の方々にも講習会にご参加いただきたく、講習会次第や申込み方法等について、別紙に記載いたしますので、貴会におかれましても会員の先生方への周知につき御高配賜りますようお願い申し上げます。

申込みにつきましては、平成 25 年 9 月 25 日（水）までに、FAX もしくは E-mail にてお願いいたします。また、本件につきましては、日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/anzen/yk25.html> 及び、日医ニュース 8 月 20 日号にも掲載いたしますことを申し添えます。

敬具



平成 25 年度 日本医師会医療安全推進者養成講座 －「講習会」参加者募集のご案内－

この度、日本医師会では、平成 25 年度 医療安全推進者養成講座「講習会」の参加者を募集することといたしました。

下記の **参加対象者** をご確認の上、**申込方法・締切り** に沿って日本医師会 医事法・医療安全課「医療安全推進者養成講座」事務局までお申込みください。

また、本講習会には託児所を設置する予定です。ご利用希望の方は、申込用紙にて事前にお申込みください。

※今年度「医療安全推進者養成講座」を受講している方は、講習会参加費が不要ですので必ず講座学習専用サイトからお申込みください。

参加対象者

医療、福祉の現場で医療の安全推進に取り組んでいる方を重視することとし、現在、医療機関、福祉関連施設の従事者および都道府県医師会、郡市区医師会の苦情・相談受付窓口業務担当者等で、業務にあたっている方を対象とします。

開催日時・定員等

開催期日	平成 25 年 10 月 6 日（日）
開催時間	13 時～17 時
受付時間	12 時より開始
開催場所	日本医師会館 1F 大講堂 東京都文京区本駒込 2-28-16 地図等は下記サイト↓を参照 http://www.med.or.jp/jma/about/access.html *JR 山手線「駒込駅」南口より徒歩約 10 分 *東京メトロ南北線「駒込駅」出口 2 より徒歩約 10 分 *都営地下鉄三田線「千石駅」A3 出口より徒歩約 8 分 ※車での来館はご遠慮ください。駐車できません。
定員	300 名（先着順・定員に達し次第締切）
参加費	3,000 円（税込み） （振込み手数料及び、会場までの交通費、宿泊費はご負担ください）
生涯教育単位数	本講習会は、日本医師会生涯教育制度の取得単位 4 単位に該当します。
託児所 預かり定員	5 名（先着順・定員に達し次第締切） ご利用希望の方は、申込用紙にて事前にお申込みください。
申込締切り	9 月 25 日（水曜日） （ただし、託児所をご利用希望の方は、9 月 20 日（金）までにお申込みください。）

次第

司会：高杉 敬久（日本医師会 常任理事）

13：00	開 講
13：05 ～ 13：50	「医療の質の確保（仮）」（45 分） 講師： あゆざわ じゅんこ 鮎澤 純子 （九州大学病院 病院長補佐）
13：50 ～ 13：55	休憩（5 分）
13：55 ～ 15：10	「医療版失敗学（仮）」（75 分） 講師： はまぐち てつや 濱口 哲也 （東京大学大学院工学系研究科 機械工学専攻社会連携講座 特任教授）
15：10 ～ 15：20	休憩（10 分）
15：20 ～ 16：05	「医療に必要なレジリエンスの能力（仮）」（45 分） 講師： こまつばら あきのり 小松原 明哲 （早稲田大学理工学術院創造理工学部 経営システム工学科 教授）
16：05 ～ 16：10	休憩（5 分）
16：10 ～ 16：55	「医療メディエーションが拓く新しい医療文化（仮）」（45 分） 講師： わだ よしたか 和田 仁孝 （早稲田大学大学院法務研究科 教授）
16：55 ～ 17：00	講座事務局からのご案内（5 分）
17：00	閉 講

（注：講演タイトルは当日までに変更になる場合がございます。）

参加費

参加費は 3,000 円（税込）です。

（振込み手数料及び、会場までの交通費、宿泊費は参加者のご負担となります。）

※今年度の講座受講者は講座受講料に講習会参加費用が含まれているため支払いの必要はありません。そのため、講座受講者は必ず講座学習専用サイトからお申込みください。

お申込み頂いた方には、こちらから専用の払込取扱票を郵送しますので、期日までにご入金ください。なお、参加費の領収書は、払込取扱票の受領証をもって、これに代えるものいたします。領収書は発行いたしませんのでご了承ください。

申込方法・締切り

1. 申込方法

参加希望者は、下記の要領で必要事項を記入のうえ、日本医師会医事法・医療安全課「医療安全推進者養成講座」事務局宛に、FAX もしくは E-mail にてお申込みください。

◆FAX でお申込みの方は、申込み用紙を「次頁」あるいは「日本医師会ホームページ」
<http://www.med.or.jp/anzen/yk25.html> よりダウンロードしてご記入のうえ、
FAX 03-3946-6295 へ送信してください。

◆E-mail でお申込みの方は、以下の項目を入力して safe@po.med.or.jp 宛てに送信してください。

【タイトル】

講習会参加申込み

【本文】

日本医師会 医療安全推進者養成講座「講習会」に参加希望

- ・氏名：
- ・氏名フリガナ：
- ・所属機関：
- ・職種： 1. 医師 2. 看護職員 3. 医師会苦情・相談受付窓口担当
4. 病院・診療所事務員 5. その他（ ）
- ・参加費払込取扱票 送付先： 1. 自宅 2. 勤務先
- ・住所（勤務先の場合は所属機関・部署名も明記してください。）： 〒 -
- ・電話番号（必須）：
- ・FAX 番号：
- ・E-mail：
- ・来年度の講座の案内： 1. 要 2. 不要
- ・託児所の利用： 1. 利用する 2. 利用しない

お申込み頂いた方には、こちらから専用の参加費払込取扱票を郵送します。

ご入金の確認が出来次第、【参加票】を FAX もしくは E-mail にてお送りしますので、講習会当日、ご持参ください。

※【参加票】をお持ちでない方は入場出来ませんので、ご注意ください。

申込先

① FAX : 03-3946-6295

② E-mail : safe@po.med.or.jp

2. 締切り

・平成 25 年 9 月 25 日（水）

（【問い合わせ先】 日本医師会 医事法・医療安全課 Tel.03-3942-6506）

FAX 03-3946-6295

日本医師会医事法・医療安全課「医療安全推進者養成講座」事務局 行

平成25年 月 日

平成25年度 日本医師会 医療安全推進者養成講座

「講習会」参加申込書

※今年度「医療安全推進者養成講座」を受講している方は、講習会参加費は不要ですので講座学習専用サイトからお申込み下さい。

※本講習会は、日本医師会生涯教育制度の取得単位4単位に該当します。

対象となる方は、当日配布する資料内にある【講習会「参加証」】にて、各自で申告してください。

※参加費のご入金が確認出来次第、【参加票】をFAXもしくはE-mailにてお送りいたします。

フリ ガナ
氏 名 : _____

所属機関 : _____

職 種 : (当てはまる職種に○をつけてください。)

- 1.医師 / 2.看護職員 / 3.医師会苦情・相談受付窓口担当 / 4.病院・診療所事務員
5.その他 (_____)

参加費払込取扱票 送付先 (1.自宅 ・ 2.勤務先)

郵便番号 : _____
└─▶ (所属機関・部署名も明記してください)

(所属機関・部署名) _____

電話番号 : _____ (必須)

F A X : _____

E-Mail : _____ (ブロック体で明記してください)

来年度の講座のご案内 (1.要 ・ 2.不要)

託児所の利用 (1.利用する ・ 2.利用しない)

└─▶ (利用するに○をつけた方には、詳細を別途ご連絡いたします)

本紙1枚につき1名様をご記入ください

(複数名の場合はお手数ですが本紙をコピーしてお使いください)