



福島医発2243号（地）
平成27年11月18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27年度 Ai学術シンポジウム 開催のご案内

標記シンポジウムの件について、今般、日本医師会より連絡がありましたのでお知らせいたします。

平成26年6月に閣議決定された「死因究明等推進計画」において、重点施策の一つとして、Aiの有用性の検討を目的とした小児死亡例に対するAiの施行とそれらの情報の収集分析によりマニュアルを作成していくことが盛り込まれました。この方針をもとに、平成26年9月より日本医師会は「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業」を開始し、約1年半経過したところであります。

今年度のシンポジウムでは、本モデル事業により得られた貴重な知見の報告や本モデル事業の今後の展開と、Aiの望ましい活用について検討が行われます。

つきましては、申込方法等は別紙「ご案内」のとおりでありますので、貴会会員への周知方につきよろしくお願い申し上げます。

記

1. 開催日時 平成27年12月23日（水・祝）
13時～16時40分（12時より受付開始）
2. 開催場所 日本医師会館 1F大講堂 ※詳細は別紙参照
3. 定 員 400名（先着順・定員に達し次第締切）
4. 参加費 無料 ※宿泊費、交通費は各自負担
5. 申込締切 平成27年12月15日（火） まで
(ただし、託児所をご利用希望の方は、12月4日（金）までにお申込みください。)
7. 申込方法 別紙の申込方法を参考に必要事項を記入の上、日本医師会 医事法・医療安全課宛てにFAXもしくはE-mailにて申込
(FAX) 別紙の参加申込書に記入の上、03-3946-6295に送付
(E-mail) 別添の項目を記入の上、ai-1223@po.med.or.jp宛て送信

平成 27 年 11 月 12 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 27 年度 A i 学術シンポジウム 開催のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

今般、標記シンポジウムを開催することとなりましたので、ご案内申し上げます。

平成 26 年 6 月に閣議決定された「死因究明等推進計画」において、重点施策の一つとして、Ai の有用性の検討を目的とした小児死亡例に対する Ai の施行と、それらの情報の収集分析によりマニュアルを作成していくことが盛り込まれました。この方針をもとに、平成 26 年 9 月より日本医師会は「小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業」を開始し、約 1 年半経過したところであります。

今年度のシンポジウムでは、本モデル事業により得られた貴重な知見の報告を受けるとともに、本モデル事業の今後の展開と、Ai の望ましい活用について検討することといたしました。

つきましては、申し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に向け周知方ご高配いただきたく、お願い申し上げます。

申し込みにつきましては、平成 27 年 12 月 15 日(火)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「医師のみなさまへ」→「医療安全・死因究明」コーナーhttp://www.med.or.jp/doctor/anzen_siin/及び日医ニュース 11 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27年度 A i 学術シンポジウム
 ～小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業の今後～
ー参加者募集のご案内ー

主催： 日本医師会

共催： 日本医学放射線学会(申請中)

日本小児科学会(申請中)、Ai 学会(申請中)他

後援： 日本医学会、放射線医学総合研究所(申請中)他

参加対象

どなたでも参加できます。

開催日時等

開催期日	平成 27 年 12 月 23 日 (水・祝)
開催時間	13 時～16 時 30 分
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	400 名 (先着順・定員に達し次第締切)
参加費	無料 (※宿泊費、交通費は各自のご負担となります。)
生涯教育単位数	日本医師会生涯教育制度の取得単位 3.5 単位に該当します。 (カリキュラムコード：1,5,6,7,9,10,13)
託児所 預かり定員	5 名 (先着順・定員に達し次第締切り) 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	平成 27 年 12 月 15 日 (火) まで (ただし、託児所をご利用希望の方は、12 月 4 日 (金) までにお申込みください。)

次第

時 間	内 容
13:00	開会
13:00~13:05	日本医師会会長 挨拶
第 1 部 13:05~13:45	基調講演 小児死亡に対する医学的原因究明の現状と小児 Ai モデル事業 への期待 (仮題) 演者： 森 臨太郎 (国立成育医療研究センター政策科学研究部 部長)
13:45~14:05	小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業とは 演者： 海老名 英治 (厚生労働省医政局医事課 課長補佐)
14:05~14:20	休憩
第 2 部 14:20~16:25	小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業症例の実際 演者： 山本 正二 (Ai 情報センター 代表理事) 小熊 栄二 (埼玉県立小児医療センター 放射線科 部長) 高野 英行 (オートプシー・イメージング学会 理事長)
16:25~16:30	閉会

進行：松本純一 (日本医師会 常任理事)

(注：講演タイトル、演者等は当日までに変更になる場合がございます。)

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・医療安全課宛に、FAX もしくは E-mail にてお申込みください。

お申込み頂いた方には、数日中に【参加票】を FAX もしくは E-mail でお送りいたします。【参加票】は当日必ずお持ちください。

◆FAX でお申込みの方…

次頁の申込用紙にご記入のうえ、FAX 03-3946-6295 へ送って下さい。

◆E-mail でお申込みの方…

以下の項目を記入して、ai-1223@po.med.or.jp 宛てに送信して下さい。
(実際に送信する場合は「ハイフンを半角 (-)」に変換して送信してください。)

【メールタイトル】

A i 学術シンポジウム申込み

【本文】

日本医師会 A i 学術シンポジウムに参加希望

・氏名：

・氏名フリガナ：

・所属団体（複数可）： 1. 医師会（都道府県名_____ 郡市区名_____）、
2. 日本医学放射線学会、3. 日本病理学会、4. 日本法医学会、
5. 日本小児科学会、6. 日本救急医学会、7. 日本小児放射線学会、
8. A i 学会、9. 日本診療放射線技師会、
10. その他（_____）

※日本医師会への所属（1. 会員 or 2. 非会員）

・職種：1. 医師、2. 診療放射線技師、3. 看護職員、4. 医師会職員、
5. 病院・診療所事務員、6. 法曹関係者、7. 学生、8. その他（_____）

・参加票の送信先： 1. 職場 FAX、2. 自宅 FAX、3. E-mail

・電話番号（必須）：**-*****-*****

・FAX 番号（FAX 送信希望者）：**-*****-*****（職場 or 自宅）

※職場への FAX を希望される方は「所属機関名」「部署名」も必ずご記入ください。

・E-mail（E-mail 送信希望者）：****@***.***.***

・託児所の利用： 1. 利用する 2. 利用しない

締切り

平成 27 年 12 月 15 日（火）

（ただし、託児所を利用希望の方は、12 月 4 日（金）までにお申込みください。また、申込みは先着順とさせていただきます。期日前に定員に達した場合には、その時点で締切らせて頂きます。）

平成27年度 A i 学術シンポジウム

～小児死亡事例に対する死亡時画像診断モデル事業の今後～

申 込 書

※個人情報の取り扱いについて

ご記入頂いた情報は、本シンポジウム以外には一切使用しません。

※本シンポジウムは、日本医師会生涯教育制度の取得単位 3.5 単位に該当します。対象となる方は、当日配布する「参加証」にて、各自で申告してください。

フリガナ氏名 : _____ (※フリガナもご記入ください)

所属団体 : (加入されている団体があれば該当するものに○をつけてください。複数可。)

1. 医師会 (都道府県名 _____ 都市区名 _____) 2. 日本医学放射線学会

3. 日本病理学会 4. 日本法医学会 5. 日本小児科学会 6. 日本救急医学会

7. 日本小児放射線学会 8. A i 学会 9. 日本診療放射線技師会

10. その他 (_____)

※日本医師会への所属 (会員 ・ 非会員) → (どちらかに○をつけてください。)

職種 (当てはまる職種に○をつけてください。)

1. 医師 2. 診療放射線技師 3. 看護職員 4. 医師会職員 5. 病院・診療所事務員

6. 法曹関係者 7. 学生 8. その他 (_____)

参加票の送信先 : (受付け後、数日中に【参加票】を送信します。)

ご希望の送信先 1 つに○をつけ、必要事項をご記入ください。)

(職場 FAX ・ 自宅 FAX ・ E-mail)

電話番号 (必須) : _____

FAX (FAX 送信希望の方) : _____ (自宅・職場)

E-Mail (Mail 送信希望の方) : _____

(職場への FAX を希望される方は以下にも必ずご記入ください。)

(所属機関名) : _____

(部署名) : _____

(役職名) : _____ (任意)

託児所の利用 (☐ . 利用する)

└───▶ (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)