

平成28年度 臨床研修指導医講習会 開催のご案内

医療の質の保証は医療人に課せられた使命であり、そのために我々医療人には良医を育成する責務があります。この意味で卒後2年間の初期臨床研修とそれを支える指導医の養成は極めて重要になって参ります。初期研修をどこで受けたか、どんな指導医に巡り会えたかが、成長著しい時期の医師の能力・人格形成に大きな影響を与えるからです。

日本病院会では、全国トップクラスのタスクフォース陣による「臨床研修指導医講習会」を年3回開催しており、しかも厚労省指定の講習時間の合計が16時間以上であることを踏まえ、それを上回る18時間を1泊2日に凝縮して開催しますので、日常診療の中心であり、きわめて多忙な指導医講習希望の先生に参加していただきやすくなっております。多数のご参加を希望します。



日本病院会
臨床研修委員会 委員長
浜田 正行

「臨床研修指導医講習会」開催概要

1 趣旨および目的

従来から臨床研修病院の多くが日本病院会の会員であり、新医師臨床研修制度の充実にともない、卒後臨床研修に果たす日本病院会の役割はますます大きくなっていくものと思われます。

そこで日本病院会は、卒後臨床研修が十分に行われるよう組織を挙げて支援することで合意し、各病院で指導を担当する研修指導者の養成を行うことを目的に、「臨床研修指導医講習会」を企画しております。

2 「講習会」の形式、期間および対象・目標等

| | |
|-------|---|
| 講習会名 | 臨床研修指導医講習会 |
| 形式 | ワークショップ形式 |
| 期間 | 2日間 |
| 対象・目標 | 臨床研修指導医 本講習会では、研修プログラムの作成、具体的運営、指導医の評価、各診療場面での適切な指導法、効果的なフィードバック法、各種教育セッションの実施法など、臨床研修指導医にとって必要な事項について理論だけでなく実際の方法を学んでいただきます。小グループによるワークショップ、情報伝達その他多彩な形式を組み合わせ行います。学習効果を上げるためには受講者一人ひとりの積極的な参加が必須です。 |

| | | |
|--------|--|--|
| 主催 | 一般社団法人 日本病院会 | |
| 日時 | 第1回 | 平成28年6月4日(土) 9:00～21:30 (全員出席の情報交換会を含みます) 平成28年6月5日(日) 8:30～16:45 |
| | 第2回 | 平成28年9月10日(土) 9:00～21:30 (全員出席の情報交換会を含みます) 平成28年9月11日(日) 8:30～16:45 |
| | 第3回 | 平成29年2月4日(土) 9:00～21:30 (全員出席の情報交換会を含みます) 平成29年2月5日(日) 8:30～16:45 |
| | ※第1回と第2回、第3回を同時に申し込むことはできません。第1回を申し込み、応募者多数で受講できなかった場合、あらためて第2回、もしくは第3回にお申し込みください。 | |
| 会場 | 都市センターホテル 東京都千代田区平河町2-4-1 | |
| 受講料 | 115,000円(税込) 宿泊費[初日の昼・夕食、2日目の朝・昼食付]、情報交換会の各費用を含みます。 ※宿泊の手配は本会が行います。⇒ただし、前泊の必要な方は各自ご手配ください。 ※受講が決まった方にのみ振込先を通知いたします。 ※原則として領収書の発行はいたしません。 | |
| 定員 | 50名(申込多数の場合は抽選となります) | |
| 申込期間 | 第1回 | 平成28年3月15日(火)～平成28年4月22日(金) |
| | 第2回 | 平成28年6月1日(水)～平成28年7月15日(金) |
| | 第3回 | 平成28年11月1日(火)～平成28年12月9日(金) |
| 受講決定通知 | 第1回 | 平成28年4月28日(木)までに受講の可否をFAXで通知いたします。 |
| | 第2回 | 平成28年7月22日(金)までに受講の可否をFAXで通知いたします。 |
| | 第3回 | 平成28年12月16日(金)までに受講の可否をFAXで通知いたします。 |
| 受講取消 | 事務手続き上、受講料は返金いたしませんのでご注意ください。 | |
| 修了証書 | 本講習会を修了した受講者に対して「修了証書」を交付します。 ※「修了証書」は、日本病院会会長および厚生労働省医政局長の連名となっています。 | |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・本講習会は合宿形式でおこなうため、受講者全員が宿泊し、情報交換会に出席していただきます。 ・日程は変更となることがありますが、両日とも開始および終了時刻の変更はありません。 ・ワークショップのグループ分けは、臨床研修責任者/指導者の別、専門科、臨床経験年数などを参考におこないます。 ・受講決定の通知を受け取った方がキャンセルする場合、お早めに事務局までお知らせください。 | |

《 注意事項 》

※プログラム詳細は当日配布します。

主なタスクフォース、講師の紹介



ディレクター
愛知県厚生連 安城更生病院
顧問
山本 昌弘



タスクフォース
上越総合病院
副院長・教育研修推進室長
循環器内科部長・総合診療科部長
籠島 充



チーフタスクフォース
総合病院 聖隷浜松病院
顧問
清水 貴子



タスクフォース
医療法人愛の会 光風園病院
副理事長
木下 牧子



タスクフォース
杏林大学医学部
医学教育学 教授
赤木 美智男



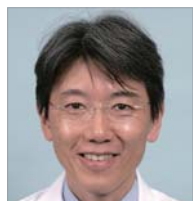
タスクフォース
浜松医療センター
総合診療科 科長
佐々木 俊哉



タスクフォース
海南病院
老年内科代表 兼 臨床研修課 部長
浅井 俊巨



タスクフォース
埼玉医科大学総合医療センター
総合周産期母子医療センター 新生児科 教授
側島 久典



タスクフォース
愛知県厚生連 安城更生病院
院長補佐・外科代表部長
新井利幸



タスクフォース
金沢大学附属病院
特任教授
総合診療部 部長
野村 英樹



タスクフォース
聖路加国際病院
一般内科 部長
有岡 宏子



特別講師
NPO 法人 ささえあい医療人権センター COML
理事長
山口 育子



タスクフォース
名古屋大学医学部附属 総合医学教育センター
教授
植村 和正



特別講師
宮崎大学医学部
地域医療・総合診療医学講座 教授
吉村 学



ワークショップ 指導者
NPO 法人 卒後臨床研修評価機構
専務理事
岩崎 栄

お申込み方法



インターネット

① インターネットでのお申込み【推奨】

日本病院会ホームページ(<http://www.hospital.or.jp/>)の「講習会・セミナー」の「臨床研修指導医講習会」申込ページからお申込みください。



FAX

② FAXでのお申込み (申込用紙がない場合はホームページからもダウンロードできます)

申込用紙に必要事項をご記入のうえ、FAX(03-3238-6789) まで送信してください。

参加決定者には「確認書・参加費お振込のご案内」をお送りし、指定口座に参加費をお振り込みいただくことで申込みが完了します。

《 注意事項 》

※FAX でのお申込みの場合、楷書で必須項目の記入漏れの無いようにお願いします。

※申込完了者への参加証(ハガキ)を開催2週間前までにお手元に届くようお送りします。

※資料等は当日、会場前受付でお渡しいたします。

※キャンセルの場合は速やかに事務局までご連絡ください。

※参加費の返金はいたしませんのでご了承ください。

会場アクセス



都市センターホテル

102-0093 東京都千代田区平河町 2-4-1

- ◎ 東京メトロ 有楽町線
「麹町駅」半蔵門方面1番出口より徒歩4分
- ◎ 東京メトロ 有楽町線・半蔵門線・南北線
「永田町駅」4番・5番出口より徒歩4分
「永田町駅」9b番出口より徒歩3分

お問合せ・事務局案内

お問合せ先

一般社団法人 日本病院会 臨床研修指導医講習会 事務局

E-mail: rs2016@hospital.or.jp

TEL: 03-3265-0077 ※10:00~17:00 (土・日・祝日を除く)



FAX 送信先 03-3238-6789

※送り状は付けなくてください

お申し込み日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

平成 28 年度 臨床研修指導医講習会 受講申込書

下記記入欄のすべての項目にもれなくご記入の上、
FAX で上記送信先へお送りください。

※読み取りやすい楷書体でご記入ください。

略字・簡易文字で記入されると受付が出来ない場合があります。

※2名以上参加の場合は、本紙をコピーしてお申込みください。

ホームページからもお申し込みいただけます
日本病院会ホームページからどうぞ。

<http://www.hospital.or.jp/>

1. 申込締切日以降、速やかに受講の可否を FAX にてお知らせいたします。
2. 受講が決定した方には、受講料お振込のご案内を記載した「受講承諾書」もあわせて FAX いたします。

▼受講希望者名

| | | | |
|--|------------|----------------------------|----------------|
| フリガナ 姓： | フリガナ 名： | 生年月日：(西暦でご記入ください) 年 月 日 | 性別： ○男性 ○女性 |
| 医師免許取得年月日：(西暦でご記入ください) 年 月 日 | | 診療科名：例 呼吸器内科 (できるだけ具体的に) | 臨床経験年数： 年 |
| 受講希望者のメールアドレス 講習会に関するデータのやりとりを使用します。 ※携帯メール不可です @ | | | |
| 受講希望者の緊急連絡先電話番号 講習会当日の緊急連絡等に使用します。 ※ハイフン (-) 不要です | | | |

▼受講回の選択

希望の受講回を一つだけお選びください。(該当項目の '○'を'●'に塗りつぶしてください。複数回の選択は無効です)

第1回 (6月4, 5日) 第2回 (9月10, 11日) 第3回 (2017年2月4, 5日)

▼受講希望者が所属する施設情報

| | | | |
|-------------------------------|-------------|------------|------|
| フリガナ 施設名： | 〒 | | 病床数： |
| 所在地： | 都道 府県 | 市区 郡町村 | 床 |
| 会員種別： ○日本病院会会員です ○非会員です | 受講希望者の所属部課： | 受講希望者の役職名： | |

※日本病院会の会員施設については <http://www.hospital.or.jp/member.html> で一覧をご確認いただけます。

▼事務担当者名 (受講の可否について連絡をいたしますので、必ず事務連絡の窓口となる担当者の連絡先をご記入ください)

| | | |
|--|------------|---|
| フリガナ 姓： | フリガナ 名： | 事務担当者の所属部課： |
| 事務担当者電話番号 (申込内容等の確認等で連絡いたします) ハイフン (-) 不要 | | 連絡先 FAX 番号 (受講の可否を受信する FAX 番号をご記入ください) ハイフン (-) 不要 |

▼個人情報等の使用に係る同意 (下記【個人情報等の取扱いに関して】に同意いただけましたらチェック願います。チェックがない場合は申し込みできません)

【個人情報等の取扱いに関して】

日本病院会主催平成 28 年度臨床研修指導医講習会におきまして、下記によりあなたの肖像(受講風景、ワークショップの写真および動画等の画像)ならびに個人情報を利用させていただきます。内容をご確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。なお、写真等の掲載および個人情報の取扱いについては、肖像権並びに個人情報保護の観点から本会として万全の措置を取らせていただきます。

1. 個人情報の利用目的について
肖像並びに個人情報の使用について一般社団法人日本病院会は、受講者からご提示いただいた名前、住所、電話番号、性別その他の受講者個人に関わる情報(以下「個人情報等」)を、平成 28 年度臨床研修指導医講習会に関する受講者への連絡、受講者配布資料、厚生労働省への報告書にのみ利用させていただき、受講者の承諾なく、他の目的には利用いたしません。但し、受講風景、ワークショップの写真及び動画等の画像に関しましては、肖像権に配慮の上、本会事業案内並びに広報に使用させていただく場合があります。
2. 個人情報の第三者提供について
一般社団法人日本病院会は、平成 28 年度臨床研修指導医講習会受講に伴い預かりした個人情報等を、以下のいずれかに該当する場合を除き、第三者へ提供、取り扱いを委託することはありません。(1) 業務委託会社に対して、受講者に明示した利用目的の達成のために必要な範囲で個人情報等の取扱いを委託する場合、(2) 法令の定めにより提供を求められた場合
3. 個人情報の開示等について
一般社団法人日本病院会は、個人情報等の開示、変更、削除の求めがあった場合には、受講者ご本人であることを確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。なお、この場合本講習会での一部受講が出来なくなることがありますのでご了承ください。

個人情報管理責任者

「日本病院会主催 平成 28 年度 臨床研修指導医講習会 個人情報等の取扱いに関して」に同意します。 同意しません。