

医療安全管理者養成講習会 アドバンスコース開催のご案内

院内医療事故調査の進め方 —事故発生から報告書作成まで—

平成27年10月から医療事故調査制度が施行され、医療機関は、診療行為に関連した患者の予期せぬ死亡事故と死産があった場合、すべてを厚生労働省の指定機関である医療事故調査・支援センターに報告するとともに、院内において事故調査を行い、原因を明らかにして遺族に対し説明することを義務づけています。

今回、この院内における事故調査について、その体制、医療機関の管理者による判断や調査の進め方を中心に研鑽します。

本会「医療安全管理者養成講習会」修了者、すなわち医療安全管理者として認定期間5年間のうちに本コースを受講し、さらに更新年度にあたる5年目の1年間に継続講習（医療安全管理者養成講習会のいずれかのクールのうちの1日）を受講することで、認定期間5年間の更新が可能となります。

開催概要

主催	一般社団法人 日本病院会		
後援	厚生労働省		
日時	東京会場	平成28年 5月14日(土) 9:55～17:05	
	名古屋会場	平成28年 8月20日(土) 9:55～17:05	
	大阪会場	平成28年11月12日(土) 9:55～17:05	
会場	東京会場	一般社団法人日本病院会事務局	東京都千代田区三番町9-15
	名古屋会場	名古屋国際会議場	愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1
	大阪会場	CIVI 北梅田研修センター	大阪府大阪市北区芝田2-7-18 オーエックス梅田ビル新館5F
対象	医療安全管理業務に携わる医療従事者もしくはこれらに準ずる者		
定員	各会場100名(先着順。なお、参加費をお支払いいただいた時点で申込み完了となります)		
参加費	会員施設	33,000円(税込35,640円)	
	非会員施設	42,000円(税込45,360円)	
参加決定通知	それぞれの「締切日」から1週間以内に参加の可否をメールで通知いたします。		
締切日	東京会場	平成28年4月30日(土)	その他の会場 開催日の1ヶ月前

【 全会場共通 】 5月14日(土) / 8月20日(土) / 11月12日(土)

9:00- 9:55		受付 (資料配付)	
9:55-10:00		開会挨拶	末永 裕之
10:00-10:20	講義1	医療事故調査制度の意義	長尾 能雅
10:20-10:30		アイスブレイク (説明・自己紹介)	
10:30-11:15	ワークショップ	院内事故調査の準備と計画について	長尾 能雅・北野 文将
11:15-11:45		各班発表	
11:45-12:00	講義2	遺族とのコミュニケーション・オープンディスクロージャーの重要性	北野 文将
12:00-13:00		昼食	
13:00-13:30	ディスカッション	院内事故調査の対象範囲の考え方について	長尾 能雅・北野 文将
13:30-14:00		各班発表	
14:00-16:30	ワークショップ	事故調査の進め方 再発防止策の立案 調査報告書のまとめ方 その他	長尾 能雅・北野 文将
16:30-17:00	講義3	事故調査の標準化に向けて 点検ポイント	長尾 能雅
17:00-		閉会挨拶	福永 秀敏

《 注意事項 》

※入場時と退場時に出席登録を行います。遅刻、早退の場合修了証書が発行されません。交通機関は時間に余裕をもって手配してください。
※カリキュラム、講師等は変更になることがありますので予めご承知をお願いします。



福永 秀敏

国立病院機構 南九州病院 名誉院長
南風病院 病院長
日本病院会 医療安全対策委員会 委員長



長尾 能雅

名古屋大学医学部附属病院
副病院長 医療の質・安全管理部 教授



北野 文将

名古屋大学医学部附属病院
医療の質・安全管理部 弁護士

お申し込み方法



インターネット

① インターネットでのお申し込み【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」より「医療安全管理者養成講習会アドバンスコース」申込ページをご覧のうえお申込みください。



FAX

② FAXでのお申し込み（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(03-3263-8687) まで送信してください。

①②ともに、指定口座に**参加費をお振込みいただくことで申込が完了**します。

《 注意事項 》

- ※参加決定者には「確認書・参加費お振込のご案内」をお送りします。
- ※期日までに参加費振込がない場合はキャンセルとなりますのでご了承ください。
- ※原則として領収証の発行はいたしません。
- ※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1週間前を目途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。
- ※昼食および宿泊は各自ご用意、ご手配願います。

お問合せ・事務局案内

参加申込・確認書・参加費お振込について

平成28年度 医療安全管理者養成講習会 運営事務局
〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル 株式会社コンベンションリンケージ内
TEL: 03-3263-8697 FAX: 03-3263-8687 Email: anzen@c-linkage.co.jp
※10:00~18:00（土・日・祝日を除く）

内容について

一般社団法人 日本病院会 医療安全管理者養成講習会 事務局 担当：千須和・鈴木・佐藤
〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15
TEL: 03-3265-0077 Email: anzen2016@hospital.or.jp
※10:00~17:00（土・日・祝日を除く）



FAX 送信先 03-3263-8687

お申し込み日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

※送り状は不要です。

平成 28 年度 医療安全管理者養成講習会 アドバンスコース 参加申込書

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。

→締切り後、振込情報等を記載した「参加受諾書」を返信いたします。
※申込書は、読み取りやすい楷書体でご記入ください。
略字・簡易文字を記入すると受付が出来ない場合があります。
※2名様以上の申込をされる場合は、申込書をコピーしてご利用ください。

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/>

▼参加者情報

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： <input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
職種 (該当項目の '○'を'●'に塗りつぶしてください) <input type="radio"/> :医師 <input type="radio"/> :看護師 <input type="radio"/> :薬剤師 <input type="radio"/> :臨床検査技師 <input type="radio"/> :技師系 <input type="radio"/> :事務系 <input type="radio"/> :その他 ()		専従 (専任) として医療安全に従事していますか？ <input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ	
医療安全管理者養成研修を修了してから何年目ですか？ <input type="radio"/> 1年未満 <input type="radio"/> 2~3年目 <input type="radio"/> 4~6年目 <input type="radio"/> 7~9年目 <input type="radio"/> それ以上 [年目] <input type="radio"/> 該当なし			
病院全体の医療安全管理者 (GRM など) として従事 (実働) してから何年目ですか？ <input type="radio"/> 1年未満 <input type="radio"/> 2~3年目 <input type="radio"/> 4~6年目 <input type="radio"/> 7~9年目 <input type="radio"/> それ以上 [年目] <input type="radio"/> 該当なし			
連絡先電話番号 (申込内容等の確認等でご連絡させていただきます) ハイフン (-) 不要です		連絡先 FAX 番号 (参加受諾書を受信する FAX 番号をご記入ください) ハイフン (-) 不要です	
連絡先メールアドレス 連絡情報や最新の情報、情報公開ページのログインパスワードなどをお送りするのに使用します。必ずご記入ください。 @			

▼参加講習会情報

希望の会場をお選びください。(該当項目の '○'を'●'に塗りつぶしてください)。

1.東京会場 (5/14) 2.名古屋会場 (8/20) 3.大阪会場 (11/12)

▼参加者所属施設情報

フリガナ 施設名：			病床数： 床
所在地： 〒 都 道 市 区 府 県 郡 町 村			
会員種別： <input type="radio"/> 日本病院会会員です <input type="radio"/> 非会員です	参加者の所属部課：	参加者の役職名：	

※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。

▼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 年度医療安全管理者養成講習会アドバンスコースにおきまして、下記によりあなたの肖像 (受講風景、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。

- 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する情報 (以下「個人情報等」) を、平成 28 年度医療安全管理者養成講習会アドバンスコース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および本会事業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。
- 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 年度医療安全管理者養成講習会アドバンスコース受講に伴いお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
- 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ご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。

忘れずに

個人情報管理責任者

「日本病院会主催 平成28年度医療安全管理者養成講習会アドバンスコース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。