

事 務 連 絡
平成22年 9月16日

熊 本 市 長 殿

九州厚生局健康福祉部
医 事 課 長

医療安全に関するワークショップの開催について

標記について、別添のとおり県知事宛通知しましたので、ご了知いただくとともに、
ご協力をお願いします。

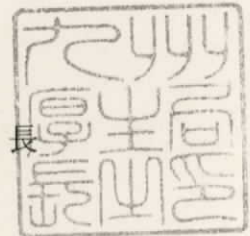




九厚発0916第8号
平成22年 9月16日

熊 本 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22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22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、周知に際し御配意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22年11月10日（水）	9時10分	～	17時30分
	福岡国際会議場	メイン・ホール	
平成22年11月11日（木）	9時30分	～	16時30分
	福岡国際会議場	501室	

以上

平成22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22年11月10日(水)～11日(木) 2日間

4 開催場所

第1日目(11月10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)

〔沖縄サテライト会場〕 那覇第一地方合同庁舎1階会議室
(那覇市樋川1-15-15)

第2日目(11月11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
- (5) 少しでも多くの医療機関等の方に参加していただくため、原則一施設当たり、(1)を含め最高4名までとする
- (6) 沖縄県在住で、当日どうしても福岡会場に来ることができない者を対象に沖縄サテライト会場での受講を希望する者

第2日目

- (1) 医療安全管理者でヒューマンエラーの要因分析の未受講者。

* 原則として、1施設1名とする。

6 開催規模

第1日目(11月10日)	1000名以内 (沖縄サテライト会場) 50名程度
第2日目(11月11日)	100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22年10月15日(金)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(100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、希望者のみ修了証を交付する。
(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。

10 ご意見募集

今般の医療安全に関するワークショップの開催にあたり、当日参加される方を対象に下記の要領でご意見を募集します。

テーマ：「貴院において現場で医療安全対策を進める上での問題点は何か」

募集方法：様式は特に定めず自由記載とするが、パネルディスカッションの際に発言をお願いすることがある（※後日当方から連絡）ので、医療機関名職種を記載すること。

なお、いただいたご意見は、当該ワークショップ内での紹介、講演の参考等に活用する場合があることを申し添えます。

（宛先／アドレス） `iryouanzen-ws@mhlw.go.jp`

（期限） 平成22年10月15日（金）17時

平成22年度 医療安全に関するワークショップ・プログラム 「医療機関の規模や特性に応じた医療安全対策の推進」

開催日 平成22年11月10日(水)～11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10日 第1日目 福岡国際会議場 メイン・ホール及び501室

スケジュール	プログラム	講 師
8:40～9:10	受付	
9:10～9:20	開会挨拶	九州厚生局長
9:20～10:05	基調講演「中小医療機関における安全確保の課題とこれからの医療」	嶋 森 好 子 東京都看護協会会長
10:05～10:15	休憩	
10:15～12:30	パネルディスカッション 「医療安全の現場の声」	司会：黒岩祐治 モデレーター：嶋森好子 パネラー：後信(日本医療機能評価機構) 田中二郎(飯塚病院) 中村定敏(小倉第一病院) 中務公子(九州医療センター) 細川禎久(井上病院)
12:30～13:30	昼食／休憩	
13:30～15:00	医療者患者間コミュニケーションの現状(ジャーナリズムの立場から)	黒 岩 祐 治 国際医療福祉大学大学院教授
15:00～15:10	休憩	
15:10～16:40	医療事故被害者家族として伝えたいこと	豊 田 郁 子 新葛飾病院医療安全対策室
16:40～16:50	休憩	
16:50～17:30	人は正しいと思って行動する！－「正しい判断がエラーになる」のはなぜ？－	河 野 龍 太 郎 自治医科大学 医学部教授

平成22年度 医療安全に関するワークショップ・プログラム

◇ 11月11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 ~ 16:30	ヒューマンエラーの要因分析 ・演習	河 野 龍 太 郎 自治医科大学 医学部教授

平成22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(様式1・2)は、楷書で記入してください。
2. この受講申込書(様式1・2)は、記入後、平成22年10月15日(金)までに、九州厚生局長宛に提出して下さい。(FAXで可)
3. この受講申込書(様式1)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。申し込みは原則1施設4名までとして下さい。
4. 受講申込書(様式1・2)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)受講者のうち希望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)でヒューマンエラーの要因分析・演習の未受講者
 - * 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。なお、1日目、2日目別々の封筒を準備下さい。

連絡先

九州厚生局健康福祉部医事課 村上
(092-472-2366 直通)

平成22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)	(職種:)		
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)	(職種:)		
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		

平成22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	(職種:)		

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。

受講決定通知書を交付された者は、必ず当日受付窓口に表示すること。

なお、当日窓口で受講決定通知書の提示がなければ受講できないので注意すること。

福岡国際会議場 案内図

