

平成29年度 診療所スタッフのスキルアップ研修（東京）

診療所医療安全管理体制の整備、院内感染対策の体制の確保のための
「従業員に対する院長の年2回程度の研修実施義務」

（医療法第6条の12）に代わる外部研修に該当する研修です

研修終了後に修了証を発行いたします

既にご存じのとおり、院長は、医療法に規定される「医療の安全を確保するための措置」「院内感染防止対策等」の研修を年2回程度実施し、職員はそれらの情報を共有することが定められております。

当研究会ではこれに対応すべく毎年研修を開催し、多くの方から好評を得ております。今年は下記のテーマにて開催いたします。皆様の参加申込をお待ちしております。

※この研修は、診療所の職員の方を対象にした内容となります。それ以外の方がお申込頂く場合は、その旨ご了承下さい。

日時：平成29年6月17日(土) 14:00～16:40 (受付13:30～)

場所：BIZ新宿（新宿区立産業会館）3F 研修室A（別紙御参照下さい）

参加費：5,000円（お一人様/税・資料代込）

テーマ

「医療安全研修」 ～組織で創る安全文化 診療所編～

【講師】茨城キリスト教大学 看護学部看護学科 看護管理学 准教授 池袋昌子先生

イラストシートや現場・現物を活用し、普段の業務にひそむ危険を発見・把握・解決していく危険予知トレーニング(KYT)の基本手法を学習します。KYTについては厚生労働省でも推進しており、これからの医療において欠かせない考え方の一つです。繰り返し訓練することにより、一人ひとりの危険感受性を鋭くし、集中力を高め、問題解決能力を向上させ、実践への意欲を高めることをねらいに開催します。

厚生労働省:KYT基礎4R法 <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/shakai_e_Part3.pdf>

【主な内容】

- ① 危険予知トレーニング(KYT)の基礎知識を学ぶ
- ② 危険予知トレーニング(KYT)の事例から4ラウンド法を習得する
- ③ 外来や受付などの多職種参加による医療安全対策を考える

【講師プロフィール】

2002～2015年3月

2015年

2016年

2017年4月～

医療法人社団 誠弘会 池袋病院 看護部長

筑波大学附属病院 副看護部長

筑波大学 経営戦略課 専門員

現職 / 博士(経済学) 日本看護協会 認定看護管理者

一般社団法人 **全国地域医業研究会**

〒104-0032 東京都中央区八丁堀 2-19-6-4F
TEL 03-6222-8749 FAX 03-6222-8748
chiken-honbu@e-coba.jp <http://www.e-coba.jp>

平成29年度 診療所スタッフのスキルアップ研修（東京）参加申込書

【日 時】	平成29年6月17日(土) 14:00~16:40 (受付 13:30~)	
【参加費】	5,000円 /お一人様 (税、資料代込)	
【会 場】	BIZ新宿 (新宿区立産業会館) 3F 研修室A 東京都新宿区西新宿 6-8-2	
【定 員】 60名 (先着順)		<p>【会場TEL】 03-3344-3011</p> <p>【アクセス】</p> <p>丸ノ内線 西新宿駅 2番出口 徒歩5分</p> <p>都営大江戸線 都庁前駅 C8出口 徒歩3分</p> <p>※専用駐車場はございません。 公共交通機関をご利用下さい。</p>

※ 先着順に申し込みを受け付けます。申込時点で定員によりご参加ができない場合のみこちらから連絡を致します。
 ※ 資料作成の関係上申込書は必ずFAXにて申込締切までにお送り下さい。
 ※ 受付は30分前より開始します。これより前の時間には入場することが出来ませんのでご了承下さい。
 ※ お申込みいただいた個人情報については、セミナー講師、当会会員へ提供する場合があります。また、お預かりした情報は今後のセミナー等の御案内に活用させて頂くことがあります。記入していただきました情報については当会個人情報保護方針に則り、お申込み頂いた方の承諾なく上記以外の第三者に開示・提供することはありません。

**お申込み頂いた方には
6月9日頃に受講票を
FAXにて送信予定です。**

【主催・お問い合わせ】 一般社団法人 **全国地域医業研究会**【担当:元廣】〒104-0032 東京都中央区八丁堀 2-19-6-4F
 TEL 03-6222-8749 FAX 03-6222-8748 Mail:chiken-honbu@e-coba.jp HP:http://www.e-coba.jp

申込記載欄 各項目省略せずに正確にお書き下さい。

申込締切 平成29年6月8日(木)

診療所名 (ふりがな)	御出席者氏名 (ふりがな) 及び役職・職種 ※ 修了証の宛名となりますので、氏名を正確にご記入下さい。
御住所 (〒)	計 () 名
TEL — —	FAX — —
備考欄	

お申込先 FAX 03-6222-8748 (全国地域医業研究会)