

新医第444号（業1）

平成26年10月17日

医療機関の長様

新潟県医師会長

渡部透

平成26年度第2回医療コンフリクト・マネジメントセミナー（基礎編）  
および第1回（フォローアップ編）の開催について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、医療メディエーターの養成を目的とした医療コンフリクト・マネジメントセミナー（基礎編）および（フォローアップ編）ならびに基礎編受講済者向けの追加講義を開催いたします。各々の詳細は別添の開催要領をご参照ください。

つきましては、貴施設の医療関係者に広く周知していただき、多数受講くださいますようお願い申し上げます。

**【担当】**

新潟県医師会 業務一課 近松

TEL 025-223-6381 FAX 025-224-6103

E-mail gyoumu1@niigata.med.or.jp

「平成26年度第2回医療コンフリクト・マネジメントセミナー（基礎編）」  
開 催 要 領

1. 日 時 平成26年11月15日（土） 午前9時～午後6時  
11月16日（日） 午前9時～午後5時
2. 場 所 新潟県医師会館 4階 401・402会議室  
（新潟県新潟市中央区医学町通二番町13）
3. 定 員 24名
4. 参 加 費 24,000円（2日間の昼食代を含む）  
※当日受付にてお支払ください。
5. 対 象 者 医療・福祉・保健施設等に勤務されている方（職種は問いません）で、原則として過去に医療コンフリクト・マネジメントセミナーの導入編を受講済の方  
※導入編未受講の場合、基礎編を受講する前に指定されたウェブで導入編を視聴していただくことが基礎編の受講条件です。
6. 主 催 新潟県医師会 日本医療メディエーター協会（共催）
7. 受 付 期 間 11月5日（水）まで  
※参加申込が定員を超えた場合は、受付順、職種、所属施設の地域等を考慮し、人数を調整させていただきますのでご了承ください。なお、お断りさせていただく場合は、概ね開催日の一週間前までにお知らせいたします。
8. 申 込 方 法 県内の医療機関の長、休日夜間診療所の長、郡市医師会長等あてお送りする参加申込票にご記入いただき、本会業務一課あてお申し込みください。
9. 参 考 テ キ ス ト 『医療メディエーション・コンフリクト・マネジメントへの  
ナラティブ・アプローチ』  
和田仁孝／中西淑美：著 出版社：シーニュ  
※各自ご用意いただいたうえで、事前にご一読ください。
10. プ ロ グ ラ ム 〇開 会  
（予 定） 〇セミナー【講義・ロールプレイ】  
講 師  
山形大学医学部総合医学教育センター 准教授 中西 淑美 先生  
市立敦賀病院医療支援部 部長 杉浦 良啓 先生  
公立瀬戸旭看護専門学校 副校長 森田恵美子 先生  
〇閉 会
11. 追 加 講 義 医療有資格者以外で、患者サポート体制充実加算の算定要件となる研修を修了希望の方は、追加講義を受講してください。  
講義の開催日時：11月15日（土） 午後6時～午後9時  
※詳細は追加講義の開催要領をご参照ください。基礎編と追加講義を続けて受講される方には軽食をご用意いたします。
12. 問 合 先 新潟県医師会 業務一課  
TEL 025-223-6381 FAX 025-224-6103  
Mail gyomu1@niigata.med.or.jp

FAX 025-224-6103

送付文不要

新潟県医師会・日本医療メディエーター協会主催  
平成26年度第2回医療コンフリクト・マネジメントセミナー（基礎編）  
参加申込票

日 時 平成26年11月15日（土） 午前9時～午後6時  
11月16日（日） 午前9時～午後5時  
場 所 新潟県医師会館 4階 401・402会議室

以下の所定事項をご記入のうえ、11月5日（水）までにFAX等にて本会業務一課あてご返信ください。

(フリガナ) 氏 名		性 別	男 ・ 女
		年 齢	歳
職 種 ・ 役 職	.	在職年数	現 職 年 現役職 年
所 属 施 設 名			
所 在 地	〒		
連絡先電話番号	日中、連絡が取れる電話番号（いずれか1つ）に○印を付けてください 所属施設・自宅・携帯電話・その他（ ） （ ） ー		
メールアドレス	受講前の注意事項の通知等、事務局との連絡に使用いたしますので 必ず記入してください		
導入編を受講した 年月日・開催場所	導入編未受講の場合は「未受講」と記入してください		
追 加 講 義	申 し 込 む ・ 申 し 込 ま ない		

「平成26年度第2回医療コンフリクト・マネジメントセミナー追加講義」  
開 催 要 領

1. 日 時 平成26年11月15日(土) 午後6時～午後9時
2. 場 所 新潟県医師会館 3階 大講堂  
(新潟県新潟市中央区医学町通二番町13)
3. 定 員 50名
4. 参 加 費 同日開催の基礎編受講者ならびに過去に本会主催の基礎編受講者は無料  
(それ以外の方は事務局あてご連絡ください)
5. 対 象 者 原則として医療有資格者以外で、患者サポート体制充実加算の算定要件となる研修を修了希望の方  
(職種は問いません)
6. 主 催 新潟県医師会 日本医療メディエーター協会 (共催)
7. 受 付 期 間 11月5日(水)まで  
※参加申込が定員を超えた場合は、受付順、職種、所属施設の地域等を考慮し、人数を調整させていただきますのでご了承ください。なお、お断りさせていただく場合は、概ね開催日の一週間前までにお知らせいたします。
8. 申 込 方 法 県内の医療機関の長、休日夜間診療所の長、郡市医師会長等あてお送りする参加申込票にご記入いただき、本会業務一課あてお申し込みください。
9. プログラム (予 定)
  - 開 会
  - ビデオ教材視聴
  - 意見交換
  - 講 師  
山形大学医学部総合医学教育センター  
准教授 中西 淑美 先生
  - 閉 会
10. 問 合 先 新潟県医師会 業務一課  
TEL 025-223-6381 FAX 025-224-6103  
Mail gyomul@niigata.med.or.jp

FAX 025-224-6103

送付文不要

新潟県医師会・日本医療メディエーター協会主催  
平成26年度第2回医療コンフリクト・マネジメントセミナー追加講義  
参加申込票

日 時 平成26年11月15日(土) 午後6時～午後9時  
場 所 新潟県医師会館 3階 大講堂

以下の所定事項をご記入のうえ、11月5日(水)までにFAX等にて本会業務一課  
あてご返信ください。

氏 名 (フリガナ)		職 種	
所 属 施 設 名			
所 在 地	〒		
連絡先電話番号	日中、連絡が取れる電話番号(いずれか1つ)に○印を付けてください 所属施設・自宅・その他( ) ( ) —		
基礎編を受講した 年月日・開催場所			

※ 11月15日・16日の基礎編受講希望の方で追加講義の受講を希望される  
場合は、基礎編の参加申込票をご使用ください。本票の提出は不要です。

平成26年度第1回医療コンフリクト・マネジメントセミナー  
(フォローアップ編)

開 催 要 領

1. 日 時 平成26年11月16日(日) 午前9時30分～午後4時
2. 場 所 新潟県医師会館 3階 大講堂  
(新潟県新潟市中央区医学町通二番町13)
3. 定 員 30名
4. 参 加 費 10,000円(昼食代を含む)  
※当日受付にてお支払いください。
5. 対 象 者 医療・福祉・保健施設等に勤務されている方(職種は問いません)で、医療コンフリクト・マネジメントセミナーの基礎編を修了済の方
6. 主 催 新潟県医師会 日本医療メディエーター協会(共催)
7. 受 付 期 間 11月5日(水)まで  
※参加申込が定員を超えた場合は、受付順、職種、所属施設の地域等を考慮し、人数を調整させていただきますのでご了承ください。なお、お断りさせていただく場合は、概ね開催日の一週間前までにお知らせいたします。
8. 申 込 方 法 県内の医療機関の長、休日夜間診療所の長、郡市医師会長等あてお送りする参加申込票にご記入いただき、本会業務一課あてお申し込みください。
9. 概 要 医療安全の中で、両当事者のナラティブから医療の質・安全・改善につなげるために、時系列表の作成や医療安全分析を実施し、医療メディエーション概念によるIPI(Interest Position Issue)分析との関係やNarrative Based Safety Management、医療安全へのナラティブアプローチについて学びます。
10. プログラム  
(予 定) ○開 会  
○セミナー【講義・ロールプレイ】  
講 師  
山形大学医学部総合医学教育センター  
准教授 中西 淑美 先生  
○閉 会
11. 問 合 先 新潟県医師会 業務一課  
TEL 025-223-6381 FAX 025-224-6103  
Mail gyomu1@niigata.med.or.jp

FAX 025-224-6103

送付文不要

新潟県医師会・日本医療メディエーター協会主催  
平成26年度第1回医療コンフリクト・マネジメントセミナー  
(フォローアップ編) 参加申込票

日 時 平成26年11月16日(日) 午前9時30分～午後4時  
 場 所 新潟県医師会館 3階 大講堂

以下の所定事項をご記入のうえ、11月5日(水)までにFAX等にて本会業務一課あてご返信ください。

(フリガナ) 氏 名		性 別	男・女
		年 齢	歳
職 種・役 職	.	在職年数	現 職 年 現役職 年
所 属 施 設 名			
所 在 地	〒		
連絡先電話番号	日中、連絡が取れる電話番号(いずれか1つ)に○印を付けてください 所属施設・自宅・携帯電話・その他( ) ( ) -		
メールアドレス	受講前の注意事項の通知等、事務局との連絡に使用いたしますので 必ず記入してください		
基礎編を受講した 年月日・開催場所	フォローアップ編の受講にあたっては、基礎編の修了が条件です		