

日精協発 17052 号
平成 29 年 6 月 8 日

会員病院 各位

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學
(公 印 省 略)

**厚生労働省 平成 29 年度精神科医療体制確保研修事業
「精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修」のご案内**

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から、当協会の運営につきましては格別のご理解、ご指導を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当協会では昨年に引き続き「平成 29 年度精神科医療体制確保研修(精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修)事業」の採択を受けることとなりました。

本事業は、「精神科病院における安心・安全の医療環境を確保するために、『暴力を未然に防ぐことができる』という考え方の普及」を重要ポイントとして挙げていることから、当協会では、精神科医療に従事する多様な職種を対象に、医療安全を推進し、患者の人権擁護及び精神科医療の質の向上を図るため、暴力に対応する際の基本的な考え方、発生予防への取り組みと状態の評価、実際に暴力が発生した際の対応について包括的暴力防止プログラムを中心に学ぶことのできる基礎研修を企画いたしました。

つきましては、別紙概要をご覧ください、お申し込みくださいますようお願い申し上げます。

謹白

【本件照会先】

公益社団法人日本精神科病院協会
平成 29 年度精神科医療体制確保研修事業 事務局
TEL : 03-5232-3311 / FAX : 03-5232-3309
MAIL : anzenshi@nisseikyo.or.jp

[公益社団法人日本精神科病院協会 主催]

平成29年度精神科医療体制確保研修事業

精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修

【概要】 精神科医療に従事する多様な職種を対象に、医療安全を推進し、患者の人権擁護及び精神科医療の質の向上を図る為、暴力に対応する際の基本的な考え方、発生予防への取り組みと状態の評価、実際に暴力が発生した際の対応を包括的暴力防止プログラムを中心に学ぶ基礎研修とする。

【開催日】 [北海道会場] 平成29年7月28日(金)

「北海道自治労会館」〒060-0806 北海道札幌市北区北6条西7丁目5-3

[広島会場] 平成29年10月11日(水)

「広島国際会議場」〒730-0811 広島県広島市中区中島町1番1号(平和記念公園内)

[東京会場] 平成30年2月2日(金)

「学士会館」〒101-8459 東京都千代田区神田錦町3-28

【対象者】 精神科医療に従事する看護職(看護補助者を含む)、精神保健福祉士、作業療法士、心理士、医師、受付・事務職等

【受講定員】 各250名

【参加費】 無料

【申込方法】 会場ごとに定められた期日までに、申込書に必要事項をご記載の上、Eメール又はFAXにてご送信をお願いします。(申込締切日は、申込書をご確認ください)

プログラム(案)

時間	講	講義内容	講師名
8:30~	受付開始		
9:00~9:05 (5分)	オリエンテーション		
9:05~9:10 (5分)	開会挨拶	日本精神科病院協会 役員	
9:10~9:50 (40分)	第1講	精神疾患と暴力の関連についての概論 田中病院 院長 田中 洋 先生	
9:50~10:30 (40分)	第2講	精神科医療における暴力対策の施策及び暴力行為の実際、統計について 鯉島病院 副院長 鯉島 隆晃 先生	
10:30~10:40 (10分)		休憩	
10:40~11:40 (60分)	第3講	精神科医療における暴力の法的な留意点 丸ビルあおい法律事務所 弁護士 浅田 眞弓 先生	
11:40~12:40 (60分)		昼食	
12:40~13:40 (60分)	第4講	認知症の暴力への介入方法について 大垣病院 理事長 田口 真源 先生	
13:40~13:50 (10分)		休憩	
13:50~16:50 (180分)	第5講	包括的暴力防止プログラムについて インストラクター	
16:50~17:00 (10分)	修了証書授与・閉会挨拶	日本精神科病院協会 役員	

※プログラム内容・講師につきましては一部変更となる場合がございますのでご了承ください。

申込書送信先⇒ いずれかに ご送信ください	Email	anzenshi@nisseikyo.or.jp
	F A X	03-5232-3309

厚生労働省平成29年度精神科医療体制確保研修事業

精神科病院における安心・安全な医療を提供するための研修 申込書

※楷書で丁寧に記入ください。

<p>下記のうち、申込を希望される日程に、チェック☑を入れてください。※各日程につき一枚の申込書にてお申し込みをお願いします</p> <p><input type="checkbox"/> 平成29年7月28日(金)北海道会場……………〔申込締切:7月14日(金)〕</p> <p><input type="checkbox"/> 平成29年10月11日(水)広島会場……………〔申込締切:9月15日(金)〕</p> <p><input type="checkbox"/> 平成30年2月2日(金)東京会場……………〔申込締切:12月1日(金)〕</p>			
ふりがな			部署・役職名
申込担当者 氏名			
所属先名	ふりがな	日精協会員病院の場合 は、下記に4ケタの会員 番号をご記入下さい。 <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	法人名		
	ふりがな		
	病院施設名		
所属連絡 先	〒	—	都道府県
	TEL	()	FAX ()
Email			

<受講申込者名> _____ 名 が申し込み致します。

No.	氏名	ふりがな	生年月日	職種
例	日精 協二	につせい きょうじ	1990年1月1日	事務
1				
2				
3				
4				
5				

※受講決定通知は上記記載のご担当者様へ一括してお送りさせていただきます。

※必要に応じ、本紙を複写してご利用ください。

※定員になり次第締め切りとさせていただきます。

《個人情報取り扱いについて》

申込書により取得しました個人情報は、事業の運営上必要な事務連絡や円滑な運営管理・統計分析のみに利用します。なお、上記業務の一部を第三者機関に委託する場合がありますが、利用目的の範囲を超えて利用することがないよう、管理・保護を徹底します。ご不明な点は、事務局までお問合せください。

<本件照会先>

公益社団法人日本精神科病院協会

平成29年度精神科医療体制確保研修事業 事務局

TEL : 03-5232-3311 / FAX : 03-5232-3309

Mail : anzenshi@nisseikyo.or.jp