

患者サポート体制充実加算 施設基準対応

医療メディエーター研修 ～基礎編～

～フォローアップ編～

医療メディエーションとは、患者と医療者が向き合う場を設定し、対話を促進することを通して利害対立を緩和する仕組みです。

主に医療事故後の対応として情緒的な真相を知りたい患者側の思いに医療者が応え、お互いが自然に向き合う場を作るための仕組みとして発展してきました。

この医療メディエーションを活用した対話促進により、医療訴訟の減少や患者と医療者の関係改善に効果があるといわれています。

～基礎編～

- 1) 日時 : 2018年6月23日(土)10時～18時
6月24日(日) 9時～17時
- 2) 会場 : 原宿セコム本社 セコムホール
東京都渋谷区神宮前1-5-1
- 3) 講師 : 日本医療メディエーター協会
認証プログラム講師 2名
- 4) 定員 : 30名(定員になり次第締め切らせていただきます)
- 5) 受講料: ¥27,000(税別)
- 6) 内容 : 医療対話推進者(医療メディエーター)認定プログラム

【講義1日目】

協調的交渉のための実践的な医療コンフリクト・マネジメントとは

- 1) 医療コンフリクト・マネジメントと医療ADRについて
- 2) 医療メディエーションの定義と構造

【講義2日目】

協調的交渉のための実践的な医療メディエーションの理論と技法

- 1) 医療メディエーションの具体的技法についての総論
- 2) スキルプレイとロールプレイ

～フォローアップ編～

- 1) 日時 : 2018年10月20日(土)10時～17時
- 2) 会場 : 原宿セコム本社 セコムホール
- 3) 講師 : 日本医療メディエーター協会 認証プログラム講師
- 4) 定員 : 30名(定員になり次第締め切らせていただきます)
- 5) 受講料: ¥10,000(税別)
- 6) 内容 : 基礎編で学んだ内容を振り返り、医療メディエーションの理解を深めるとともに、非医療者(事務職)の差分研修を含む内容です。非医療者(事務職)の患者サポート体制充実加算対応にはフォローアップ研修の受講が必要です。

《申込み方法》 下記のeメールアドレスまたは次ページの申込用紙にてお申し込みください。

メールアドレス: iryosanzen@secom.co.jp

(お申し込みをいただいたあと、事務局より確認のご連絡をいたします。)

<必要事項>

1. お名前(ふりがな)
2. 勤務先
3. 住所・連絡先
4. 職種
5. eメールアドレス

お問い合わせ先
セコム医療システム株式会社 運営監理部
Tel 03-5775-8030 Fax 03-5775-8903
担当: 築地(つきじ)

お預かりしましたお名前・ご住所等の個人情報、本研修を運営するためのみに使用し、他の目的への使用・外部事業者への預託・第三者への提供は行いません。
ご同意の上、お申し込み頂きますようお願いいたします。



申 込 書 (基礎研修)

FAX : 03-5775-8903

コース名 : 2018年度 医療メディエーション研修 (基礎編)
主 催 : セコム医療システム株式会社
開催日時 : 2018年 6月23日 (土) 10時 ~18時
 6月24日 (日) 9時 ~17時
開催場所 : 原宿セコム本社 セコムホール
申込み締切 : 2018年5月25日 (金)
申込み送付先 : セコム医療システム(株) FAX 03-5775-8903

1. 氏名: _____

(ふりがな) _____

2. 勤務先 (所属部署): _____

3. 住所・連絡先: (勤務先あるいはご自宅をご記入ください) _____

勤務先 自宅 (該当先を、丸で囲んでください)

住所: _____

電話: _____

4. 職種: _____

5. e-mailアドレス: _____

(注) 電話番号 e-mail アドレスはいずれも必ずご記入ください。

(お申し込みメールをいただいたあと、事務局より確認のメールを送信いたします。当日、受付でお名前をお申し出ください)

〈個人情報の取り扱い〉

今回の申込みに際して得た情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的を超えて個人情報を扱うことはいたしません。

お問合せ先: セコム医療システム(株) 運営監理部 築地
TEL 03-5775-8030

申 込 書 (フォローアップ研修)

FAX : 03-5775-8903

コース名 : 2018年度 医療メディエーション研修
(フォローアップ編)
主 催 : セコム医療システム株式会社
開催日時 : 2018年 10月20日 (土) 10時 ~17時
開催場所 : 原宿セコム本社 セコムホール
申込み締切 : 2018年10月5日 (金)
申込み送付先 : セコム医療システム(株) FAX 03-5775-8903

1. 氏名:

(ふりがな)

2. 勤務先 (所属部署):

3. 住所・連絡先: (勤務先あるいはご自宅をご記入ください)

勤務先 自宅 (該当先を、丸で囲んでください)

住所:

電話:

4. 職種:

5. e-mailアドレス:

(注) 電話番号 e-mail アドレスはいずれも必ずご記入ください。

(お申し込みメールをいただいたあと、事務局より確認のメールを送信いたします。当日、受付でお名前をお申し出ください)

〈個人情報の取り扱い〉

今回の申込みに際して得た情報は、研修会申し込みに伴う書類発送、学習ニーズや研修評価に伴う調査依頼、研修案内に用い、この利用目的を超えて個人情報を扱うことはいたしません。

お問合せ先: セコム医療システム(株) 運営監理部 築地
TEL 03-5775-8030