

医療機関のための患者トラブル・クレーム対応策

～明日から使える!個別事例から学ぶ、法律根拠を交えた対応策～

□日 時:平成30年10月23日(火) 13:00~16:00 (3H)

□講 師:北浜法律事務所 弁護士・医師
長谷部 圭司 氏

□会 場:本会関西本部内 専用教室 (下記案内図参照)
大阪市西区靱本町1-8-4 大阪科学技術センタービル内

□主 催:一般社団法人 日本経営協会

□開催にあたって

近年、医療機関において様々な患者との間のトラブルが増えています。適切に対応できなければ、他の患者へのサービス低下や患者の減少といった結果を招く危険性があります。しかし、医療機関側の対応者が法律的な知識等を十分に習得できておらず、法律的に問題のある対応をしてしまい、相手に付け込まれる余地を与えてしまうケースも多く見られます。

本セミナーでは、医療機関におけるトラブル対応に精通し、医師として医療機関の内情も理解している弁護士を講師に迎え、患者トラブルやクレーム対策をお伝えいたします。特に頻度の高いものを個別事例として取り上げ、対応における法律根拠を示しながら、明日からすぐに使える対応手法を具体的に解説いたします。

- 対象 ●医療機関における院長、事務長
●事務、医事、医療安全管理ご担当者
●医師、看護師など医療従事者の方々

講師紹介

北浜法律事務所 弁護士・医師

長谷部 圭司 氏

平成11年 大阪大学医学部医学科卒業後、大阪大学医学部付属病院、住友病院、大阪警察病院にて勤務。平成17年 大阪大学大学院高等司法研究科入学。平成23年 大阪弁護士会登録。平成24年 北浜法律事務所・外国法共同事業に入所。平成25年より医療法人蒼生会 理事長代理を兼務。平成27年より近畿大学医学部 非常勤講師、平成29年より愛知医科大学 非常勤講師を務める。

■ 申込要領 ■

参加料: (1名につき)	参加料	消費税	合計
本会会員	21,000円	1,680円	22,680円
一般	24,000円	1,920円	25,920円

申込方法:裏面の参加申込書に必要事項を記入のうえ、郵送又はFAXにて下記へお申込みください。追って、参加料と振込口座名を記載した請求書をご派遣責任者までお送りします。参加料は開催の3営業日前までに必ずお振込みください。(経理処理の都合等にて遅れる場合にはご一報ください)
●領収書は「振込金受領書」をもってかえさせていただきますのでご了承ください。
●電話では、ご予約のみ承ります。(後日、必ず申込書をご送付ください)
●振込み手数料は貴社(団体)にてご負担ください。

キャンセルについて

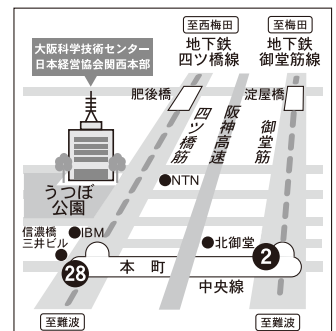
開催日の3営業日前からは受講料(税込)の30%、開催当日は100%をキャンセル料として申し受けます。なお、当日まで連絡なくご欠席の場合も、100%のキャンセル料となりますので、あらかじめご了承ください。

その他: ●教材は原則として当日お渡しいたします。
●ご参加者が定員を超えた場合や(講師と)同業の方からのお申込みはお断りする場合があります。
●録音・録画・写真撮影は原則としてお断りいたします。
●参加者が少人数の場合、中止もしくは延期させていただく場合がございます。中止の場合は、ご入金いただいた参加料を全額返金いたします。

お申込・お問合せ先: 一般社団法人 日本経営協会 関西本部 企画研修グループ 担当: 田中

〒550-0004 大阪市西区靱本町1-8-4 大阪科学技術センタービル5階 URL <http://www.noma.or.jp/kansai/>
TEL 06(6443)6962(ダイヤルイン) FAX 06(6441)4319 E-mail ksosaka@noma.or.jp

<会場案内図>



□プログラム□

1. クレーム対策

- (1) クレーム論
- (2) クレーム対応法
- (3) 対抗策

2. 病院内でよく起きるトラブルとその対策

- (1) 暴言暴行
- (2) 転倒転落
- (3) 誤嚥
- (4) 注射事故
- (5) セクハラ
- (6) 退院拒否
- (7) 顧問弁護士の役割と使い方

3. 個人情報保護法について

- (1) 概要
- (2) 医療におけるガイドライン
- (3) 事例検討

4. 未収金の回収

- (1) 問題の所在
- (2) 対応法
- (3) 悩ましき問題

5. 医療事故調査制度

- (1) 制度の目的
- (2) 制度の概要
- (3) 制度の問題点

6. 個別ケースへの質疑応答

※ご参加者の皆様から事前にお寄せいただいた質問事項について検討いたします。

※出張研修も承っております。裏面のお申込先までお問い合わせ下さい。

(4)

FAX (06)6441-4319 一般社団法人 日本経営協会・関西本部企画研修グループ (田中) 宛

NOMA 「医療機関のための患者トラブル・クレーム対応策」参加申込書 (1131)		H30.10/23 22,680/25,920
(フリガナ) 病院名:	TEL () - FAX () -	病床数: 床
(フリガナ) (〒) 所在地:		ご派遣責任者:
参加者氏名	所属・役職名	ご経験年数
(フリガナ)		年 月
(フリガナ)		年 月
(フリガナ)		年 月
※Eメールで本会セミナー情報をご案内いたしますので、アドレスをご記入ください。 []		●お支払い方法 [通信欄] <input type="checkbox"/> 銀行振込 <input type="checkbox"/> その他 ご請求先 (ご担当) _____ (ご所属)

参加申込書にご記入いただいた情報は、以下の目的に使用させていただきます。

①参加券や請求書の発送などの事務処理 ②セミナー・イベントなど本会事業のご案内 なお、②がご不要の場合は□にチェックしてください。—— □ 不要