

# 第45回（福岡） 人工呼吸の安全セミナー開催案内

## “人工呼吸器等の基本的知識習得のために”

開催日時 平成24年10月6日（土）  
午前10時00分～午後4時00分  
（受付開始 午前9時30分）  
会場 財団法人 福岡県中小企業振興センター  
（大ホール）  
福岡市博多区吉塚本町9-15  
TEL 092-622-0011 FAX 092-622-0014

主催 一般社団法人日本医療機器工業会  
後援 公益社団法人福岡県看護協会  
一般社団法人福岡県臨床工学技士会  
福岡県医療機器協会  
財団法人医療機器センター  
一般社団法人日本医療機器学会  
日本医療機器販売業協会

### 開催にあたって

一般社団法人日本医療機器工業会は、医療機器のメーカーと輸入商社を会員とする全国規模の団体であり、医療機器の安全性と品質向上のための様々な事業活動を行っております。医療事故防止への対応が重視されている昨今、実際に機器を使用される医師、看護師、臨床工学技士の皆様やディーラーの皆様にも最新且つ適正な知識を習得頂く必要性が高まってきていると存じます。

そこで当工業会では、この度、地元の皆様のご協力を頂戴し、最も安全性を必要とする医療機器の一つである人工呼吸器をテーマとして、正しい知識に基づいた安全な取扱方法、点検・管理や保守の方法等に関し、医療現場の看護師・臨床工学技士の皆様や修理・保守サービス等を担当されているディーラーの皆様を対象とした“安全セミナー”の開催を企画致しました。

プログラムにありますとおり、専門分野の先生方を講師としてお迎えし、実践的な内容を習得頂くとともに、より安全に正しく人工呼吸器をご使用頂くために、現在国内で使用されているほとんどの人工呼吸器等を協賛企業（メーカー）にて取り揃え、展示紹介することとしております。受講者の皆様には、実際に機器に触れて頂く時間も設けさせて頂いております。是非この機会に、より多くの皆様にご参加頂ければ幸甚でございます。

なお、このセミナーに終日参加されました方には、修了証を授与するとともに、下記認定ポイントを付与することとしております。

- ①3学会（日本胸膈外科学会・日本呼吸学会・日本麻酔科学会）合同呼吸療法認定士【25ポイント】
- ②日本医療機器学会 MDIC（医療機器コミュニケーター）認定者【10ポイント】



一般社団法人日本医療機器工業会

JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL DEVICES INDUSTRIES

〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目39-15(医科器械会館5階)

TEL 03-3816-5575 FAX 03-3816-5576

## 第45回（福岡）人工呼吸の安全セミナープログラム

総合司会：人工呼吸器の安全セミナー 委員

時間	テーマ	講師
9:30~10:00	参加者受付	
10:00~10:05	開会挨拶	
10:05~11:05	「人工呼吸器はこう使う！ ～適応、換気モードの種類と選択、ウィーニング」	九州大学病院 救命救急センター 藤村 直幸 先生
11:05~11:15	休憩	
11:15~12:15	「人工呼吸器の点検・管理・運営について」	九州大学病院 医療技術部 MEセンター 野口 亨 先生
12:15~13:15	昼食 / 出展企業展示紹介	
13:15~14:15	「人工呼吸管理中の看護ケア」	九州大学病院 救命救急センター救命ICU 集中ケア認定看護師 井上 辰幸 先生
14:15~14:35	ワークショップ ～ハンズオンセッション～	
14:35~14:45	コーヒーブレイク	
14:45~15:45	「安全に呼吸器離脱をするために ～呼吸器離脱困難症例への対応」	九州大学病院 救命救急センター 野田 英一郎 先生
15:45~16:00	修了証授与	日本医療機器工業会より 会場にて

### ◆ 会場案内図 ◆



【交通】 JR 吉塚駅 東口より徒歩1分

◆ 「第45回（福岡）人工呼吸の安全セミナー」の参加要領 ◆

1 参加費 医療機関従事者：1名 5,000円、 企業関係者：1名 6,000円  
(テキスト及び弁当飲み物代等を含む)

2 募集人員 200名(定員になり次第締め切らせて頂きます)

3 申込方法 【お申込み】 別紙の「参加申込書」に必要事項をご記入のうえ、  
日本医療機器工業会宛に FAX 送信下さい。  
FAX:03-3816-5576



【受付確認】 「参加申込書」に受付番号を付与し、  
申込者宛に参加費振込要領等を FAX にて連絡します。  
(受付番号は振込時に必要)



【参加費振込】 申込者名で参加者受付番号をお名前の前に必ずご入力下さい。  
また、振込手数料はご負担願います。  
なお、一旦お振込み頂いた参加費の払い戻しは致しません。  
銀行名：みずほ銀行本郷支店 普通預金  
口座名：シャ)ニホンイリョウキキコウギョウカイ  
口座番号：2874131



日本医療機器工業会にて入金確認後、「受講票」を申込者宛  
に FAX 送信します。  
「受講票」を当日会場受付にお持ち下さい。

4 問い合わせ先 日本医療機器工業会 事務局「人工呼吸の安全セミナー係」  
〒113-0033 東京都文京区本郷3丁目39-15 医科器械会館5F  
TEL 03-3816-5575 FAX 03-3816-5576  
担当：池上、甲斐

5 申込み締切日 平成24年9月21日(金)

受講終了後、会場にて修了証書をお渡しします。

なお、開演以降に入退場された方には修了証書を授与できませんので、ご了承下さい。

---

人工呼吸の安全セミナー 協賛出展企業(五十音順)

- |                        |                       |                  |
|------------------------|-----------------------|------------------|
| 1 アイ・エム・アイ(株)          | 2 エア・ウォーター(株)         | 3 オリジン医科工業(株)    |
| 4 コヴィディエンジャパン(株)       | 5 GEヘルスケア・ジャパン(株)     | 6 泉工医科工業(株)      |
| 7 チェスト(株)              | 8 帝人ファーマ(株)           | 9 (株)東機貿         |
| 10 ドレーグル・メディカルジャパン(株)  | 11 日本光電工業(株)          | 12 パシフィックメディコ(株) |
| 13 フィッシャー&パイケルヘルスケア(株) | 14 フィリップス・レスピロニクス合同会社 | 15 フクダ電子(株)      |

第45回(福岡)人工呼吸の安全セミナー 参加申込書

◆申込者

(ふりがな) ..... 申込み者名	申込日:            月            日
(ふりがな) ..... 病院名・会社名	所属部署名:
所在地 〒	
電話:	FAX:

◆参加者    お願い: 修了証書発行のため、氏名等は楷書ではっきりとご記入下さい。

(ふりがな) ..... 参加者氏名	所属部署	職業 (○をつけてください)	受付番号 (事務局記入)
..... (男・女)		医師・看護師・ME/CE 企業所属者(MDIC)	
..... (男・女)		医師・看護師・ME/CE 企業所属者(MDIC)	
..... (男・女)		医師・看護師・ME/CE 企業所属者(MDIC)	
..... (男・女)		医師・看護師・ME/CE 企業所属者(MDIC)	
..... (男・女)		医師・看護師・ME/CE 企業所属者(MDIC)	
参加合計人数:            名		参加費合計金額:	円

- ◆ 請求書、領収書の発行は致しません。また、一旦お振込み頂いた参加費の払い戻しは致しません。
- ◆ 期間内にお振込みの確認が出来なかった場合には、キャンセル扱いとさせていただきます。
- ◆ 個人情報とは本セミナー以外には使用致しません。

◆ご質問等ありましたらご記入下さい。

.....

.....

.....

.....

.....