

令和元年度第1回（通算・第12回） 北海道医師会 J M A T 研修会【基礎編】開催のお知らせ

未曾有の大災害となった東日本大震災から8年半が経過いたしました。現在のところ東日本大震災に匹敵する大災害は発生していませんが、平成28年熊本地震をはじめとした地震災害のほか、同年7月に岡山県や広島県など西日本に甚大な被害をもたらした豪雨災害など、全国的に自然災害が頻発しており、「千島海溝沿いを震源とする巨大地震」や「南海トラフ巨大地震」をはじめとした大規模災害なども危惧されています。

そのような中、本道においては昨年9月6日3時7分に地震発生確率が低いとされていた胆振地方中東部を震源とする最大震度7の地震が発生し、全道がブラックアウトに陥り、医療機関が緊急の患者対応に追われ大きな混乱が生じました。

当会では、これまでの災害対応で得た教訓をもとに、今後の広域大規模災害等に備え、JMAT（日本医師会災害医療チーム）研修会を開催しており、本年度は以下のとおり開催することといたしましたので、ご案内申し上げます。

なお、受講人数の関係上、チームでの申込みや地域性を考慮して受講者を決定させていただく場合がございますので予めご了承願います。

1. 日 時 令和元年12月22日（日） 13:00～16:30
（令和元年度第2回研修会【実践編】は、令和2年3月1日（日）開催予定です。北海道医報1月1日号附録でご案内いたします。）
2. 場 所 北海道医師会館8階会議室（札幌市中央区大通西6丁目 TEL 011-231-1432）
※駐車場はありません。
3. プログラム

研修会次第（下記研修プログラムは、変更する場合があります。）	
(1)	開会挨拶
(2)	オリエンテーション（本研修の意義）
(3)	講 義 1 「災害医療の基礎知識」
(4)	講 義 2 「本道の災害被害想定と医療提供体制」
(5)	机上演習1 想定シミュレーション（病院の災害対応と受援）
(6)	講 義 3 「EMIS」（広域災害救急医療情報システム）
(7)	実 習 EMISによる被害状況の共有 <small>※無線LAN又はIPv6通信回線に接続可能なノートPC又はタブレット端末（スマートフォンを含む）を使用いたします。（要持参）</small>
(8)	講 義 4 「JMATの概要・JMAT活動と今後の展望」
(9)	質疑応答
(10)	閉会挨拶
(11)	受講修了証交付

※北海道DMATの隊員による講演を予定

4. 受講対象 災害医療業務に従事する可能性のある者
※医師・看護師・薬剤師・医療機関事務職員、医師会職員、保健所職員、市町村職員 など
※市町村職員が受講する場合は、地元医師会の推薦が必要です。
地元医師会を経由して受講申込書をお送りください。
5. 受講定員 36名程度（6チーム）※チームでの申込みや地域性を考慮して受講者を決定しますが個人での申込みも可能です。
※チーム構成例：医師1名、看護師2名、事務職員（ロジスティック担当者）1名、薬剤師1名
※申込多数により受講できない場合は、次回（基礎編）開催時に優先的に受付いたします。
6. 受講料 無 料
7. 受講申込 裏面申込書に必要事項を記入の上、10月31日（木）までにお申込みください。
8. 受講通知 事前にFAX又はメールにより受講の可否をお知らせいたします。
9. 受講修了証 受講者には、北海道医師会長名の受講修了証を交付いたします。
10. 託児室 託児を希望される方は、申込書に必要事項を記載願います。
なお、事前に申込みがない場合は託児室を設置いたしませんので予めご了承願います。
11. お申込み・問合せ先 〒060-8627 札幌市中央区大通西6丁目 北海道医師会 事業第三課
TEL 011-231-1726 FAX 011-210-4514 E-mail qqiry@n.dou.jp
12. その他 本研修会は日医生涯教育講座2単位として算定できます。
(CC：4. 医師-患者関係とコミュニケーション、10. チーム医療、12. 地域医療、14. 災害医療)

事業第三課 行

FAX 011-210-4514 E-mail qqiry@m.dou.jp

令和元年度第1回 北海道医師会 J M A T 研修会 参加申込書

所属機関名			
連絡先住所	(自宅・所属機関) ※該当に○をお付けください。 〒		
(連絡担当者) ※受講の可否をお知らせします。	氏名:	ふりがな:	
	役職名:	職種:	
	TEL:	FAX:	
	E-mail:		

受講申込者

職種	診療科・役職名	(ふりがな) 氏名
(*医籍登録番号)	診療科: 役職名:	
(*医籍登録番号)	診療科: 役職名:	
(*医籍登録番号)	診療科: 役職名:	
(*医籍登録番号)	診療科: 役職名:	
(*医籍登録番号)	診療科: 役職名:	
(*医籍登録番号)	診療科: 役職名:	

※医籍登録番号とは、医師に与えられた番号です。

託児室の利用	保護者およびお子さまの氏名・ふりがな		お子さまの年齢・性別 歳 (男・女)
	(保護者)	(お子さま)	

※申込書に記載いただいた個人情報は、原則として本研修会関係者(担当役職員、講師等)の間のみで使用し、それ以外には使用いたしません。