

宮崎県医師会 FAX ニュース No.293 平成 23 年 3 月 15 日

社) 宮崎県医師会 宮崎市和知川原 1-101 Tel 0985-22-5118 Fax 0985-27-6550

東日本大震災への災害医療チーム派遣について(緊急依頼)

3月11日に発生した東日本大震災を受け、本県からも既にDMATが2班体制で11日の夕方に陸路で被災地に向かい、災害支援の医療活動を行っておりますが、今後は避難所や救護所における、被災住民に対する高血圧や感冒、喘息等日常診療に関係する医療支援が必要になっており、日本医師会として災害医療チーム(JMAT)を1日約100チーム編成して、被災地の医療支援を行いたいとのことで、本会に対して協力依頼がございました。

具体的には、九州ブロックで茨城県医師会を支援することになり、各県医師会でチーム「医師1名、看護師2名、事務職員(運転手)1名」を構成し、派遣期間は1週間以内(現地での対応4日程度)として、交代で茨城県を支援することになり、災害医療チームの派遣は1～2か月は必要ではないかと試算されております。

つきましては、宮崎県内の医療従事者から数チーム以上の派遣人員を募集したいと考えておりますので、貴医療機関の医師・看護師・事務職員(羽田までは飛行機で移動ですが現場への移動はレンタカー等になりますので事務職員の方は車の運転ができる方)へ周知いただきますようお願いいたします。各施設に希望者がございましたら、下記にご記入いただき本会宛FAXでご回答ください。各医療機関でチームとしての申し込みが最良ですが、個別に医師のみ・看護師のみという単独での申し込みでも構いません。その際は県医師会でチーム編成させていただきます。医師については、非会員でも結構です。

また、死者についても宮城県内だけでも1万人を超える見込みであり、検死医が不足している状況ですので、検死医についても募集いたしております。会員の先生方のご協力を併せてお願いいたします。

派遣に伴う経費については、日医並びに本会が負担いたします。二次災害時の補償については、日医で対応中(死亡5,000万円、入院1日1.5万円の案)です。

=====【宮崎県医師会 FAX 0985-27-6550】=====

1. 医療班への派遣

No.	氏名/生年月日	職 種	専門科目	派遣希望期間
1	(ふりがな) 男・女 氏 名; 生年月日; 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務職		<input type="checkbox"/> 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> 医師会の指定する期間
2	(ふりがな) 男・女 氏 名; 生年月日; 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務職		<input type="checkbox"/> 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> 医師会の指定する期間
3	(ふりがな) 男・女 氏 名; 生年月日; 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務職		<input type="checkbox"/> 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> 医師会の指定する期間
4	(ふりがな) 男・女 氏 名; 生年月日; 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務職		<input type="checkbox"/> 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> 医師会の指定する期間

2. 検死対応への派遣

No.	氏名/生年月日	職 種	専門科目	派遣希望期間
1	(ふりがな) 男・女 氏 名; 生年月日; 年 月 日(歳)	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 事務職		<input type="checkbox"/> 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> 医師会の指定する期間