



福岡県医発第 2849 号 (地)

平成 31 年 1 月 24 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 松田 峻一良

(公 印 省 略)

災害医療基本研修・訓練 (第 3 回・第 4 回) の参加者募集について

今般、福岡県保健医療介護部医療指導課より標記研修・訓練を開催する旨の連絡がありました。

本研修・訓練は、災害時における医療救護活動の円滑な実施を図るため、市町村、保健所、関係団体等の関係者を対象に、災害時の医療に関するコーディネーター (調整業務) を理解・習熟するもので、災害時において地域医療の調整役を担う責任者やその補助要員となる方などの災害医療担当者にご参加いただきたいとのことです。開催日・会場は下記のとおりとなっており、申込み方法は別添通知をご参照下さい。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会会員への周知方ご高配賜りますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本研修・訓練は、受講された方を「福岡県災害時医療救護マニュアル」に基づく、県及び地域の「災害医療コーディネーター」及びその補助要員を決定するものではないことを申し添えます。

記

- 1 開催期日 (いずれも同一内容)
第 3 回 平成 31 年 2 月 18 日 (月) 8:30~19:00
第 4 回 平成 31 年 2 月 19 日 (火) 8:30~19:00
- 2 開催会場
吉塚合同庁舎 (〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町 13-50)
第 3 回 8 階 「803 会議室」、第 4 回 8 階 「801 会議室」
- 3 申込方法
ふくおか電子申請サービス (福岡県電子申請) にて申込み (別添通知参照)
- 4 申込期限
平成 31 年 2 月 6 日 (水) まで

【問い合わせ先】

医療指導課地域医療係 安元

TEL: 092-643-3273

FAX: 092-643-3277

E-mail: iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

公益社団法人福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(医療指導課地域医療係)

災害医療基本研修・訓練（第3回・第4回）の参加者募集について（依頼）

平素より本県の救急・災害医療行政に御理解、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

この度、福岡県では、災害時における医療救護活動の円滑な実施を図るため、市町村、保健所、関係団体等の関係者を対象として、災害時の医療に関するコーディネート（調整業務）を理解・習熟していただくための研修・訓練を下記のとおり実施することとしましたのでお知らせします。

つきましては、貴職より各郡市区医師会へ周知いただきますとともに、災害時において地域医療の調整役を担う責任者の方やその補助要員となる方など、災害医療担当者の参加について、御配慮いただきますようお願いいたします（災害拠点病院については別途県より案内を送付しています）。

なお、参加の回答につきましては、各団体より直接当課まで回答いただくよう、併せて御周知ください。（貴会での取りまとめは不要です。）

なお、本研修・訓練は、あくまで災害医療のコーディネート（調整業務）を、関係者の皆様に学んでいただくために開催するものであり、受講された方を「福岡県災害時医療救護マニュアル」に基づく、県及び地域の「災害医療コーディネーター」及びその補助要員として決定するものではありませんので念のため申し添えます。

記

1 開催期日（いずれも同一内容）

第3回 平成31年2月18日（月） 8：30～19：00

第4回 平成31年2月19日（火） 8：30～19：00

2 開催内容

※ 内容については、現在調整中ですが、参考に昨年度のスケジュールを添付していますので参考にしてください。

（平成30年10月に開催した第1回、第2回とは講師は異なりますが、内容は一部重複するものがあります。）

災害医療コーディネートの意義、福岡県の災害医療体制について

災害時の情報管理（避難所アセスメント、救護班調整、本部情報管理）

机上演習、本部運営演習

3 開催会場

吉塚合同庁舎（〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町13-50）

第3回 8階「803会議室」、第4回 8階「801会議室」

4 受講申込について

参加を希望する回及び参加者等について、ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）により、回答願います（以下のURLを参照）。希望がない場合は回答不要です。

（申請者IDはなくても回答可能です。パソコンやスマートフォンで回答できます。）

申込者多数の場合は、会場の都合上、参加者の人数調整を行いますので、参加希望者の優先順位をつけて回答していただきますようお願いいたします。

<https://www.shinsei.elg-front.jp/fukuoka/uketsuke/form.do?acs=DisasterMedicalTrainingH3102>

<回答画面への行き方（①若しくは②の方法があります。）>

① 上記 URL からお越しください。

若しくは、

② 以下の方法でお越しください。

ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）における申込画面への行き方

- 1 検索エンジンサイトで「ふくおか電子申請サービス」と入力し検索。
- 2 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」をクリック。
- 3 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」中、共通情報、お知らせ、手続、キーワード検索の後にある（ページの中間ぐらいあたり）にある「五十音検索はこちら」をクリック。
- 4 「クリックされた音で始まる手続を一覧表示します」中「さ」をクリック。
- 5 該当する研修名を選択し、回答してください。
【災害医療基本研修・訓練の参加者募集について（平成 30 年度第 3 回・第 4 回分）】

※なお、当該申請サービスを利用できない場合には、以下の手順で提出してください。

（１）以下の URL より様式等をダウンロードする。

<http://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/disaster-medical-training-h3102.html>

（２）回答様式（エクセルファイル）に回答を入力（PDF 化しないでください。）

（３）電子メールに回答様式をエクセルファイルのまま添付し、医療指導課メールアドレス iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp に送付する。

※ 各回の受講者数には限りがありますので、参加日や参加人数の希望に添えない場合もありますのであらかじめ御了承ください。

5 申込期限

平成 31 年 2 月 6 日（水）必着でお願いします。

【問い合わせ先】

医療指導課地域医療係 安元

TEL：092-643-3273

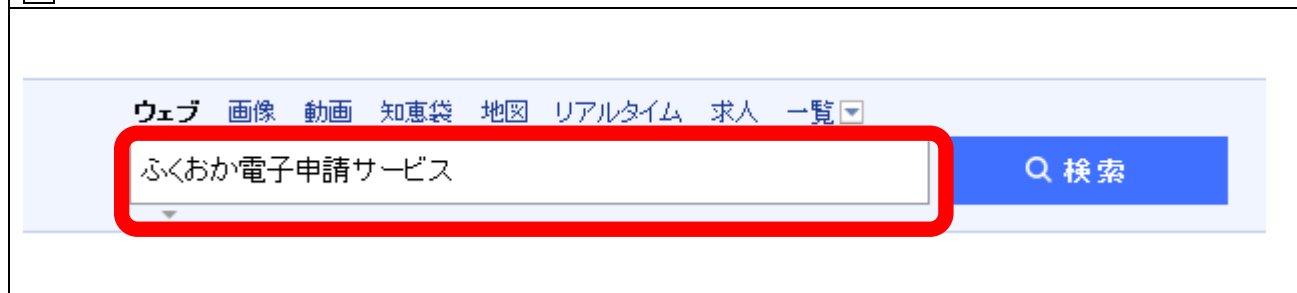
FAX：092-643-3277

E-mail：iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

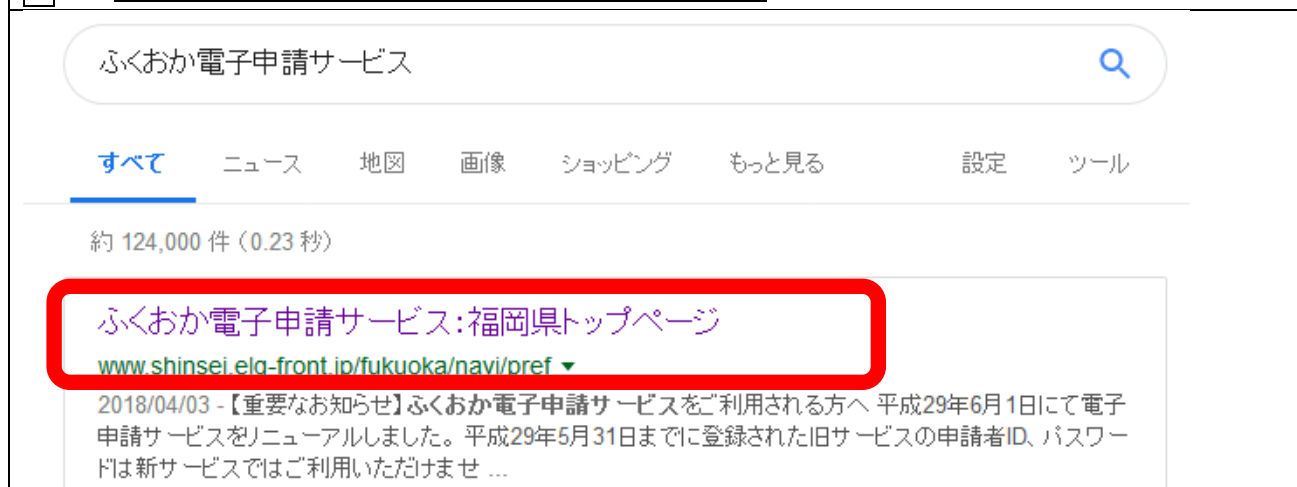
別添

ふくおか電子申請サービス（福岡県電子申請）における回答画面への行き方

- 1 検索エンジンサイトで「ふくおか電子申請サービス」と入力し検索。



- 2 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」をクリック。



- 3 「ふくおか電子申請サービス：福岡県トップページ」中、共通情報、お知らせ、手続、キーワード検索の後にある（ページの間中ぐらいあたり）にある「五十音検索はこちら」をクリック。



4 「クリックされた音で始まる手続を一覧表示します」中「さ」をクリック。

福岡県電子申請サービス

福岡県トップページ > 五十音検索

文字の大きさ 大 中 小 色 標準 黒 青 黄 RSS(新着情報)

スマートフォン版サイトはこちら

申請・手続情報

申請者情報登録

パスワード変更

パスワードを忘れた方

申請者情報変更

申請者情報削除

申請状況照会

はじめて利用する方

電子申請サービスについて

はじめて利用する方へ

福岡県電子申請
五十音検索

クリックされた音で始まる手続を一覧表示します

あ	い	う	え	お
か	き	く	け	こ
さ	し	す	せ	そ
た	ち	つ	て	と
な	に	ぬ	ね	の
は	ひ	ふ	へ	ほ

5 該当する研修名を選択し、回答してください。

福岡県電子申請
五十音検索: さ

…申請画面(ブラウザ)から必要な事項を入力して申請できます。

…入力フォーム形式の画面(ブラウザ)から必要な事項を入力して申請できます。

…申請用紙をダウンロード後に印刷して必要な事項を記入してから申請できます。

代 …申請者から委任された代理人による申請ができます。

手続一覧

【 災害医療基本研修・訓練の参加者募集について(平成30年度第3回・第4回分) 】

なお、通知文記載の URL を直接入力いただいても回答画面に行くことができます。

申し込み内容入力
↓
申し込み内容確認
↓
申し込み完了



[サイトマップ](#)

文字の大きさ

大

中

小

色

標準

黒

青

黄

ヘルプ

【 災害医療基本研修・訓練の参加者募集について（平成30年度第3回・第4回分）】

申し込み内容の入力

操作方法のご説明

下記の入力フォームに必要事項を入力した後、「申し込み内容確認」ボタンを押してください。
必須 マークがある項目は、必ず入力してください。

また、機種依存文字は使用しないでください。機種依存文字が入力されている場合はエラーになります。

途中まで入力した内容を一時保存したい場合、「申し込み一時保存確認」ボタンを押してください。
 ただし、選択した添付ファイルに関しては一時保存されません。

【 調査概要 】

この度、福岡県では、災害時における医療救護活動の円滑な実施を図るため、市町村、保健所、関係団体等の関係者を対象として、災害時の医療に関するコーディネート(調整業務)を理解・習熟していただくための研修・訓練を下記のとおり実施することとしましたので、参加の有無について回答をお願いします。

【 研修概要 】

1 開催期日

第3回 平成31年2月18日(月) 8:30～19:00
 第4回 平成31年2月19日(火) 8:30～19:00

2 開催内容

※ 内容については、現在調整中ですが、以下を参考にしてください。
 (講師の都合上、回によって内容に差異が生じる場合があります。)

- ・災害医療コーディネートの意義
- ・福岡県の災害医療体制について
- ・災害時の情報管理(避難所アセスメント、救護班調整、本部情報管理)
- ・机上演習、本部運営演習

3 開催会場

吉塚合同庁舎(〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町13-50)
 第3回 8階「803会議室」、第4回 8階「801会議室」

【 6名以上で申し込む場合 】

一番最後の通信欄に、6名以上で申し込む場合で申し込む旨を入力の上、推薦順位1番目から5番目、6番目から10番目、11番目から15番目等を入力の上、5名毎申し込みをしてください。

【 回答者の基本情報 】

以下の欄に、回答担当者に連絡可能な、TEL、メールアドレス等を入力してください。

【属性情報】 団体の属性情報	
【属性情報1-1】 団体属性 必須	【属性情報1-1】 団体属性について次のうちから一つ選んでください。 「市町村(医務関係)」、「市町村(防災)」、「県保健福祉環境事務所」、「医師会」、「歯科医師会」、「薬剤師会」、「看護協会」、「日本赤十字社」、「災害拠点病院」、「その他」のうち、該当するものを選択して下さい。 ☐ 市町村 (医務関係) ☐ 市町村 (防災関係) ☐ 県保健福祉環境事務所 ☐ 医師会 ☐ 歯科医師会 ☐ 薬剤師会 ☐ 看護協会 ☐ 日本赤十字社 ☐ 災害拠点病院 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【属性情報1-2】 所属団体名称 必須	所属団体の名称を入力してください。 (例:〇〇区医師会、〇〇市役所)

【属性情報1－3】 所在市町村コード 必須	所属団体所在地の市町村コードをプルダウンメニューから選択してください(市町村名と市町村コードが記載されています)。
【属性情報1－4】 回答者の所属課名	回答者の所属課名を入力してください。 (回答例:総務課)
【属性情報1－5】 回答担当者の職名	回答者の職名を入力してください。 (回答例:総務課長)
【属性情報1－6】 回答者氏名 必須	回答者の氏名を入力してください。 (回答例:福岡 太郎)
【属性情報1－7】 担当者TEL 必須	回答担当者の電話番号を入力してください。
【属性情報1－8】 担当者E-MAILアドレス 必須	回答担当者のE-MAILアドレスを入力してください。 半角英数字で入力してください。

【Q1】 研修の参加の可否について	
【Q1－1】 研修の参加の可否について。 必須	【Q1－1】 研修の参加の可否について回答してください。 研修の参加希望の有の場合「○」、研修の参加希望の無の場合「×」を選択して下さい。 ○ ○ 「参加する」 ○ × 「参加しない」 × 選択した場合は、Q1－1で回答は終了です。
【Q1－2】 研修の参加の人数について回答してください。	【Q1－2】 研修の参加の人数について回答してください。 ※ 、【Q1－1 研修の参加の可否について】で○「参加する」を選択した場合、回答してください。 ※ なお、会場の都合等で、参加人数を調整する場合がありますので念のため申し添えます(その場合は、優先順位を参考にさせていただきます)。

ここからは、【Q1－1 研修の参加の可否について】で○「参加する」を選択した場合、参加者について回答して下さい。参加者については優先順位をつけて回答してください(人数が多い場合には参加人数を調整させていただきます)。

【Q2】 研修参加者について <優先順位 第1位>	
研修参加者《優先順位第1位》について、回答してください。	
【Q2－1】 所属団体名について <優先順位 第1位>。	【Q2－1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q2－2】 所属部署名について <優先順位 第1位>。	【Q2－2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q2－3】 職名について <優先順位 第1位>。	【Q2－3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q2－4】 職種について <優先順位 第1位>。	【Q2－4】 研修参加者の職種について入力してください。 ○ 事務職 ○ 医師 ○ 歯科医師

	☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q2-5】氏名(漢字)について <優先順位 第1位>。	【Q2-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q2-6】氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第1位>。	【Q2-6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q2-7】第一希望の参加希望日について <優先順位 第1位>。	【Q2-7】 研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第3回 ☐ 第4回
【Q2-8】第二希望の参加希望日について <優先順位 第1位>。	【Q2-8】 研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第3回 ☐ 第4回 ☐ 希望しない

【Q3】 研修参加者について <優先順位 第2位>	
研修参加者《優先順位第2位》について、回答してください。	
【Q3-1】所属団体名について <優先順位 第2位>。	【Q3-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q3-2】所属部署名について <優先順位 第2位>。	【Q3-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q3-3】職名について <優先順位 第2位>。	【Q3-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q3-4】職種について <優先順位 第2位>。	【Q3-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。

【Q3－5】氏名(漢字)について <優先順位 第2位>。	【Q3－5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q3－6】氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第2位>。	【Q3－6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q3－7】第一希望の参加希望日について <優先順位 第2位>。	【Q3－7】 研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第3回 ☐ 第4回
【Q3－8】第二希望の参加希望日について <優先順位 第2位>。	【Q3－8】 研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第3回 ☐ 第4回 ☐ 希望しない

【Q4】 研修参加者について <優先順位 第3位>	
研修参加者《優先順位第3位》について、回答してください。	
【Q4－1】所属団体名について <優先順位 第3位>。	【Q4－1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q4－2】所属部署名について <優先順位 第3位>。	【Q4－2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q4－3】職名について <優先順位 第3位>。	【Q4－3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q4－4】職種について <優先順位 第3位>。	【Q4－4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q4－5】氏名(漢字)について <優先順位 第3位>。	【Q4－5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q4－6】氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第3位>。	【Q4－6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q4－7】第一希望の参加希望日について <優先順位 第3位>。	【Q4－7】 研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。

	☐ 第3回 ☐ 第4回
【Q4－8】 第二希望の参加希望日について <優先順位 第3位>。	【Q4－8】 研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第3回 ☐ 第4回 ☐ 希望しない

【Q5】 研修参加者について <優先順位 第4位>	
研修参加者《優先順位第4位》について、回答してください。	
【Q5－1】 所属団体名について <優先順位 第4位>。	【Q5－1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q5－2】 所属部署名について <優先順位 第4位>。	【Q5－2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 （例：総務部総務課。）
【Q5－3】 職名について <優先順位 第4位>。	【Q5－3】 研修参加者の職名について入力してください。 （例：総務課長、担当理事等）
【Q5－4】 職種について <優先順位 第4位>。	【Q5－4】 研修参加者の職種について入力してください。 ☐ 事務職 ☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ 薬剤師 ☐ 診療放射線技師 ☐ 臨床工学技士 ☐ 管理栄養士 ☐ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q5－5】 氏名(漢字)について <優先順位 第4位>。	【Q5－5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q5－6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第4位>。	【Q5－6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q5－7】 第一希望の参加希望日について <優先順位 第4位>。	【Q5－7】 研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第3回 ☐ 第4回
【Q5－8】 第二希望の参加希望日について <優先順位 第4位>。	【Q5－8】 研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。 ☐ 第3回 ☐ 第4回 ☐ 希望しない

【Q6】 研修参加者について <優先順位 第5位>

研修参加者《優先順位第5位》について、回答してください。	
【Q6-1】 所属団体名について <優先順位 第5位>。	【Q6-1】 研修参加者の所属団体名を入力してください。
【Q6-2】 所属部署名について <優先順位 第5位>。	【Q6-2】 研修参加者の所属部署名について入力してください。部署名がない場合は、記入不要です。 (例:総務部総務課。)
【Q6-3】 職名について <優先順位 第5位>。	【Q6-3】 研修参加者の職名について入力してください。 (例:総務課長、担当理事等)
【Q6-4】 職種について <優先順位 第5位>。	【Q6-4】 研修参加者の職種について入力してください。 ○ 事務職 ○ 医師 ○ 歯科医師 ○ 看護師 ○ 保健師 ○ 薬剤師 ○ 診療放射線技師 ○ 臨床工学技士 ○ 管理栄養士 ○ その他 「その他」を選択された場合にご記入ください。
【Q6-5】 氏名(漢字)について <優先順位 第5位>。	【Q6-5】 研修参加者の氏名(漢字)について入力してください。
【Q6-6】 氏名(ふりがな(ひらがな))について <優先順位 第5位>。	【Q6-6】 研修参加者の氏名(ふりがな(ひらがな))について入力してください。
【Q6-7】 第一希望の参加希望日について <優先順位 第5位>。	【Q6-7】 研修参加者の第一希望の参加希望日について入力してください。 ○ 第3回 ○ 第4回
【Q6-8】 第二希望の参加希望日について <優先順位 第5位>。	【Q6-8】 研修参加者の第二希望の参加希望日について入力してください。 ○ 第3回 ○ 第4回 ○ 希望しない

5名を超える場合には、医療指導課地域医療係(092-643-3273)まで御相談ください。

通信欄	
-----	----------------------

お問い合わせ

【この申請に関するお問い合わせ先】
 福岡県 保健医療介護部 医療指導課 地域医療係
 電話: 092-643-3273
 メール: iryoshido@pref.fukuoka.lg.jp

【システムの操作方法に関するお問い合わせ先】
電子申請サービスヘルプデスク
電話：0120 -96 -9064 (平日9時から17時)
メール：help-fukuokashinsei@elg-front.jp

申し込み内容確認

申し込み一時保存確認

プレビューのため「申し込み内容確認」ボタン、「申し込み一時保存確認」ボタンは操作できません。

平成30年度 福岡県 災害医療基本研修・訓練（案）

◆日時：第3回 平成31年2月18日（月） 8:30～19:00
第4回 平成31年2月19日（火） 8:30～19:00

◆場所：福岡県吉塚合同庁舎 第3回 8階「803会議室」、第4回 8階「801会議室」

時 間	プ ロ グ ラ ム
8:30 ～ 9:00	受付
9:00 ～ 9:10	0:10 開会式 開会挨拶 ※ 福岡県医療指導課
9:10 ～ 9:40	0:30 1) 災害関連法規と災害時公衆衛生活動 ※ 講師：川崎市健康福祉局 坂元 昇
9:40 ～ 10:00	0:20 2) 福岡県の災害医療体制 ※福岡県医療指導課
10:00 ～ 10:10	10分 休憩
10:10 ～ 11:30	1:20 3) 机上演習：地域災害医療コーディネート（前半） ＜内容＞ 地域災害医療コーディネート ※ 講師：国立病院機構災害医療センター
11:30 ～ 12:30	1:00 昼食
12:30 ～ 13:40	1:10 4) 机上演習：地域災害医療コーディネート（後半）
13:40 ～ 13:50	0:10 休憩
13:50 ～ 14:30	0:40 5) 本部における情報管理 ＜内容＞ 講義、本部運営デモ・クロノロの記入 ※ 講師：国立病院機構災害医療センター 他
14:30 ～ 16:30	2:00 6) 机上演習：災害時の情報管理 ＜内容＞ J-SPEEDと避難所アセスメント ※ 講師：国立病院機構災害医療センター
16:30 ～ 16:40	0:10 休憩
16:40 ～ 17:10	0:30 7) 事例紹介 ＜内容＞ 西日本豪雨・北海道胆振東部地震 ※ 講師：国立病院機構災害医療センター
17:10 ～ 17:20	0:10 質疑応答
17:20 ～ 17:30	0:10 閉会

平成29年度 福岡県 災害医療基本研修・訓練

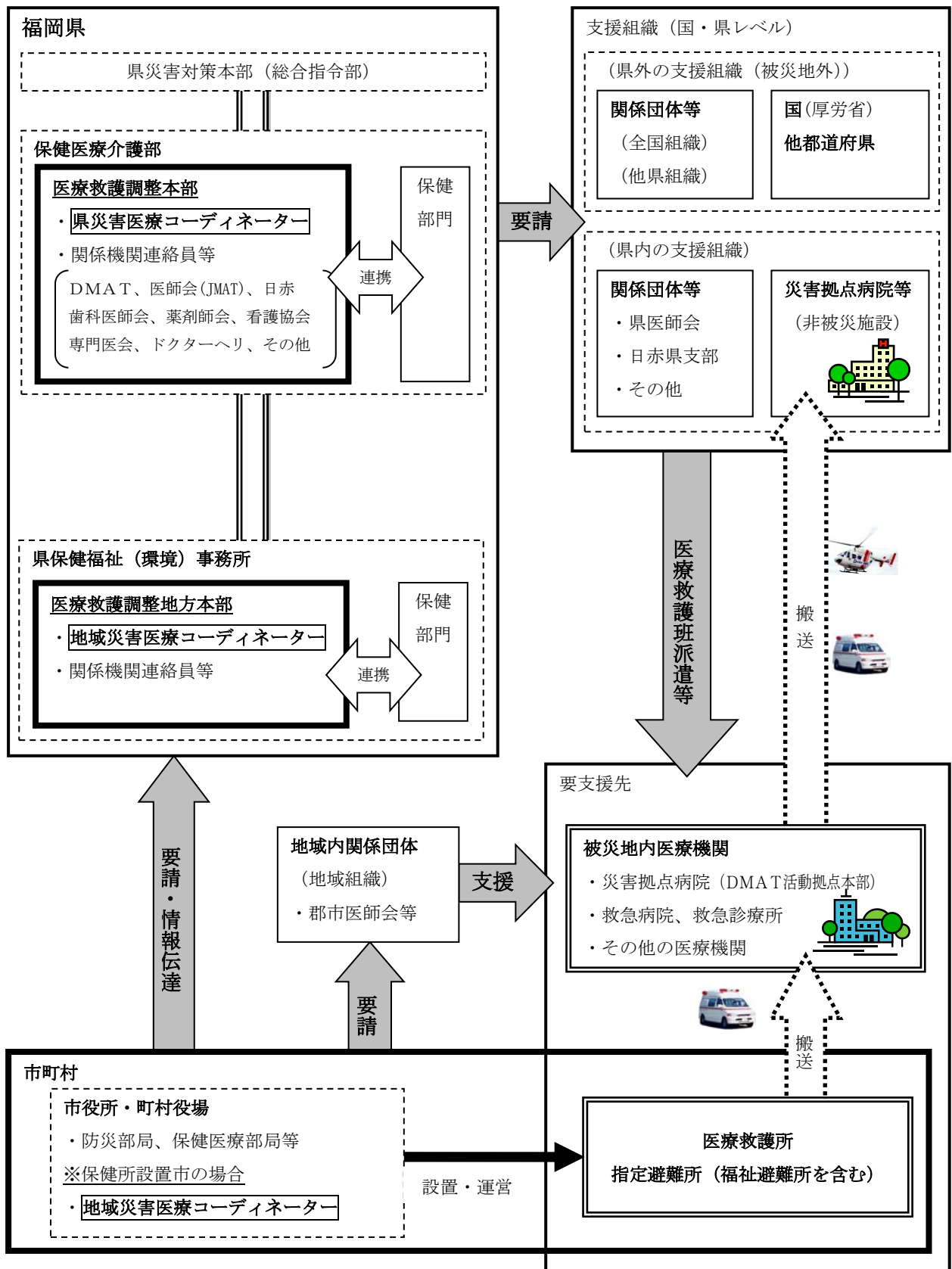
◆日時：平成29年9月11日（月）9：00～17：30

平成29年9月12日（火）9：00～17：30

◆場所：福岡県吉塚合同庁舎 6階「603会議室」

時 間	プ ロ グ ラ ム
8:30 ～ 9:00	受付
9:00 ～ 9:10 10分	開会式 開会挨拶 ※ 福岡県医療指導課
9:10 ～ 9:30 20分	1) 福岡県の災害医療体制 ※福岡県医療指導課
9:30 ～ 9:40 10分	休憩
9:40 ～ 12:00 140分	2) 机上演習：地域災害医療コーディネート ＜内容＞ 地域災害医療コーディネート ※ 講師：国立病院機構災害医療センター 小早川 義貴 小森 健史
12:00 ～ 13:00 60分	昼食
13:00 ～ 13:40 40分	3) 本部における情報管理 ＜内容＞ 講義、本部運営デモ・クロノロの記入 ※ 講師：国立病院機構災害医療センター 向井 亮裕・小波瀬病院 馬渡 博志
13:40 ～ 15:40 120分	4) 机上演習：災害時の情報管理 ＜内容＞ J-SPEEDと避難所アセスメント ※ 講師：国立病院機構災害医療センター 小早川 義貴
15:40 ～ 15:50 10分	休憩
15:50 ～ 17:20 90分	5) 平成29年九州豪雨の対応 市町村・保健所・DMAT・医師会等の対応：各発表とディスカッション ※座長：宮崎 親（北筑後保健福祉環境事務所） 野田 英一郎（福岡市民病院）・[9/11のみ]江川 孝（福岡大学）・[9/12のみ]：田中 洋介（薬剤師会） 井上 美由紀（東峰村保健福祉課）・枇杷 美紀（北筑後保健福祉環境事務所）・藤野 隆之（県医師会）
17:20 ～ 17:30 10分	閉会

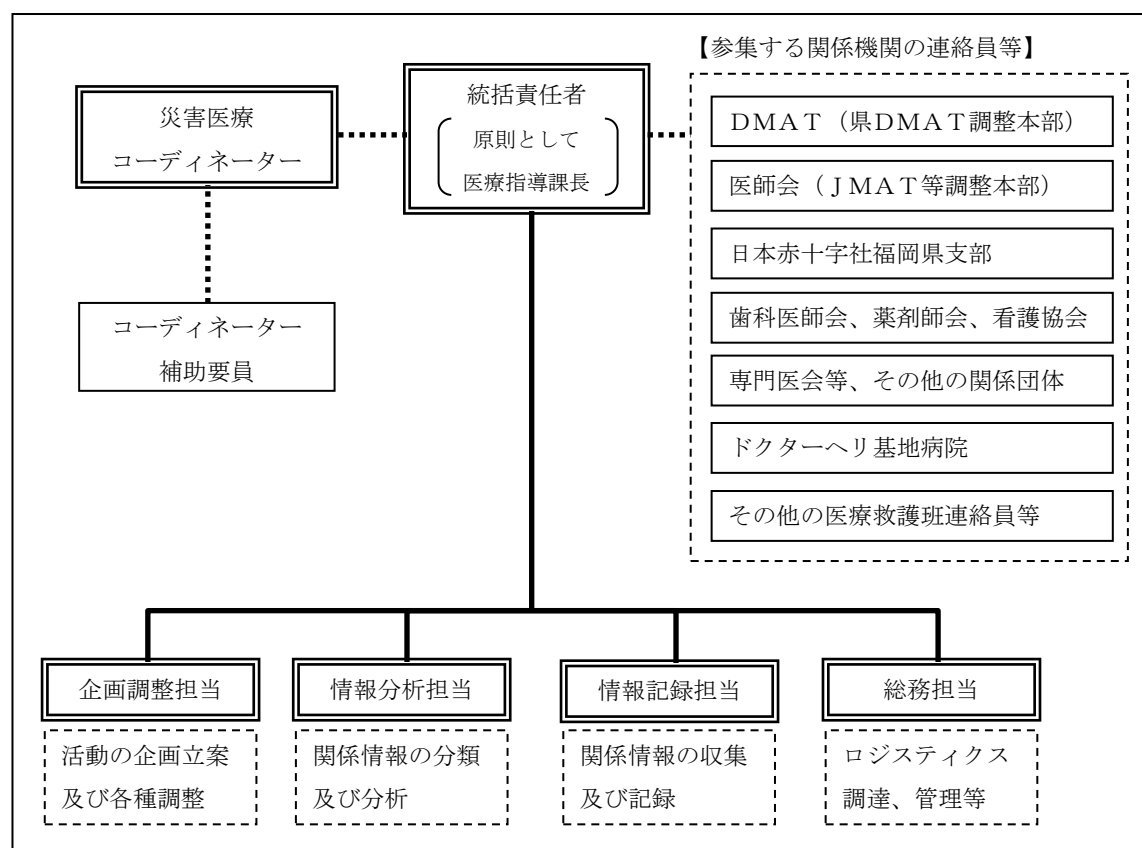
福岡県における災害時の医療救護活動実施体制イメージ



【医療救護調整本部】

- 大規模災害発生時に県庁内に設置し、必要に応じて関係機関の参集を求める。
- 被災地の県保健所（県保健福祉（環境）事務所）においても必要に応じ、県庁に準じて「医療救護調整地方本部」を設置

＜医療救護調整本部（県庁）の基本的な組織構成＞



【災害医療コーディネーター（県・地域）】

- 医療救護対策に係る各種調整や企画立案、状況分析等に対する専門的助言者として、大規模災害発生時に県庁並びに被災地を管轄する県保健福祉（環境）事務所及び保健所設置市において活動する（それぞれ1～2名）。
- 県庁等において活動する「災害医療コーディネーター」は、医師の資格を有し災害時の医療救護活動や地域の医療提供体制に精通した者をあらかじめ県が委嘱する。
- 県庁に配置された「災害医療コーディネーター」を「県災害医療コーディネーター」、被災地に配置（派遣）された「災害医療コーディネーター」を「地域災害医療コーディネーター」と呼称する。