



福岡県医発第 1249 号 (地)

令和 2 年 7 月 31 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会 長 松 田 峻一良

(公 印 省 略)

新型コロナウイルス感染症対策に係る J M A T福岡の派遣について (お願い)

令和 2 年 7 月 17 日付福岡県医発第 1160 号 (地) にて貴殿のご協力により、7 月 21 日から 8 月 13 日の期間に宿泊療養施設 (博多グリーンホテル 2 号館) で活動いただく J M A T福岡を編成したところですが、上記期間に続いて同施設で活動する J M A Tを募集いたします。

今般、無症状及び軽症の感染者が急激に増大していることから感染症指定医療機関等の確保病床数がひっ迫しつつあり、現時点では、博多グリーンホテル 2 号館のみ稼働している状況ですが、感染者数の増大により 2 施設目の稼働も検討されているところです。感染者数の増加により自宅から医療機関を介さずに直接宿泊施設で療養となる方も増えており、体調が急変する宿泊者もいる中では、医師の健康管理がより一層重要となりますので、貴職におかれましても、より一層のご協力を賜りたく存じます。

つきましては、別添の募集要項に基づき、事前にご登録いただいている J M A T責任者及び貴会会員に周知いただくとともに、派遣が可能な場合には、別紙の申込用紙にご記入の上、貴会より期限までにお申込み (F A X) いただきますようよろしくお願い申し上げます。

また、貴会勤務医会にもご協力賜りたく存じますので、あわせてご周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

1. 活動場所：博多グリーンホテル 2 号館
2. 募集人員：医師 1 名 (1 泊 2 日で、交代日は午前中のみの活動となります。)
3. 活動内容：健康管理、受入可否に係る相談等
4. 募集日程：8 月 13 日 (木) ～ 9 月 6 日 (日)
5. 募集締切：① 8 月 25 日 (火) までの日程⇒締切：8 月 5 日 (水) 11 : 00 まで
② 9 月 6 日 (木) までの日程⇒締切：8 月 7 日 (金) 11 : 00 まで
6. 申込方法：各医師会より期日までに別添の申込用紙を F A X してください。
7. 詳 細：別添の募集要綱をご確認ください。
8. 問合せ先：福岡県医師会地域医療課 柴田

Tel : 092-431-4564 FAX : 092-411-6858

以上

小郡三井医師会より

救急災害医療担当理事 田中英二

会長 島田昇二郎

ご協力いただける場合は、別紙にて直接福岡県医師会へご連絡をお願いいたします。

宿泊療養施設において活動する J M A T 福岡募集要綱

1. 活動場所：博多グリーンホテル 2 号館
2. 募集人員：医師 1 名（1 泊 2 日で、交代日は午前中のみの活動を想定しています）
※宿泊者の増加に伴い、宿泊となります。
3. 活動内容：宿泊者の健康管理、宿泊施設への受入可否に係る相談等
※退所基準の変更に伴い、原則、PCR 検査は実施しません。
4. 募集日程：8 月 13 日（木）～9 月 6 日（日）
※出務可能な日程をご教示ください。
5. 参集時間：8：50（9 時の朝ミーティングで引継ぎを行います。）
6. 終了時間：9：30 頃（朝ミーティングで引継ぎを行い、終了となります。）
7. 宿泊と食事：活動施設内に準備します。
8. 活動費用：福岡県により支払われます。日当・手当は下記のとおりで、旅費等は実費精算となります。後日、本会より活動者所属医療機関に請求依頼をお送りいたします。
（日当・手当）
 - ①日 当：1 日従事当たり、医師 100,000 円
※1 日の従事時間が 4 時間以下の場合は半額となります。
 - ②宿日直手当：1 回宿泊当たり、医師 20,000 円
 - ③特殊勤務手当：1 日当たり、医師 4,000 円
※感染者に接する作業に従事した場合の手当です。
9. 傷害保険：JMAT には本感染症にも適用する傷害保険を掛けます。内容は下記のとおりです。
①死亡・後遺障害：5,000 万円 ②入院日額：15,000 円 ③通院日額：10,000 円
10. 募集締切：①8 月 25 日（火）までの日程⇒締切：8 月 5 日（水） 11：00 まで
②9 月 6 日（木）までの日程⇒締切：8 月 7 日（金） 11：00 まで
11. 感染管理：厚生労働省が示す診療に関する留意点等に順次、適切な感染予防策を講じるとともに、マスク・防護具等は活動場所に準備します。
12. 派遣後の対応：上記対策を講じた場合は 濃厚接触者に該当しないため就業制限はありません。
13. 遵守事項：感染防御も含めた現地での活動については、現地本部の指示に従ってください。
14. 連 絡：派遣の可否・詳細は、責任者の方に直接ご連絡します。
15. そ の 他：派遣の中止・お申込みの内容で派遣できないこともありますのご容赦ください。
16. 問合せ先：福岡県医師会地域医療課 柴田

Tel：092-431-4564 FAX：092-411-6858

福岡県医師会地域医療課 行
(FAX: 092-411-6858)

「JMAT福岡」(博多グリーンホテル2号館) 申込用紙

申込都市医師会: _____ 医師会
申 込 日: _____ 月 _____ 日

○所属施設情報 ※すべて埋めてください。

所属施設名	
住 所	
電 話 番 号	

○出務医師情報 ※すべて埋めてください。

氏名(ふりがな)	
年 齢	
性 別	
緊急連絡先 (本人携帯電話)	
専門分野	
E - M a i l	

○出勤可能日程(1泊2日)

※出勤可能日に○をつけてください。

日 程 (8月)	回答欄
13日(木)～14日(金)	
14日(金)～15日(土)	
15日(土)～16日(日)	
16日(日)～17日(月)	
17日(月)～18日(火)	
18日(火)～19日(水)	
19日(水)～20日(木)	
20日(木)～21日(金)	
21日(金)～22日(土)	
22日(土)～23日(日)	
23日(日)～24日(月)	
24日(月)～25日(火)	

締切: 8月5日(水) 11:00 まで

日 程 (8～9月)	回答欄
25日(火)～26日(水)	
26日(水)～27日(木)	
27日(木)～28日(金)	
28日(金)～29日(土)	
29日(土)～30日(日)	
30日(日)～31日(月)	
31日(月)～1日(火)	
1日(火)～2日(水)	
2日(水)～3日(木)	
3日(木)～4日(金)	
4日(金)～5日(土)	
5日(土)～6日(日)	

締切: 8月7日(金) 11:00 まで