令和８年度（通算・第18回）北海道医師会ＪＭＡＴ研修会開催のお知らせ

平成23年東日本大震災、平成30年北海道胆振東部地震、令和6年能登半島地震などの巨大地震のほか、令和7年岩手県大規模火災をはじめ、全国各地で様々な災害が頻発しております。さらに、令和８年７月には熊本地震が発生し、今後も「日本海溝・千島海溝沿いの巨大地震」や「南海トラフ巨大地震」といった大規模災害の発生が危惧される中、災害対応能力の維持・向上は喫緊の課題といえます。

当会では、今後起こり得る広域大規模災害に備え、平成24年度よりJMAT（日本医師会災害医療チーム）研修会を開催しており、今年度は以下のとおり開催することとしましたので、ご案内申し上げます。

１．日　　時　令和８年（2026年）12月13日（日）　12：00～17：00

２．場　　所　**札幌グランドホテル本館２階「金枝」**（札幌市中央区北１条西４丁目　TEL　011-261-3333）

３．プログラム（①事前学習＋②集合研修プログラム）

①事前学習（期間：令和８年11月24日～12月11日） ※集合研修までに以下の動画を視聴していただきます。	②集合研修プログラム （下記研修プログラムは、変更する可能性があります。）
（１）災害医療概論（災害に関する共通理念等）【35分】	（１）開会挨拶
（２）情報の共有と実際（災害診療記録・J-SPEED等）【30分】	（２）講　演　１　JMATの概要
（３）情報の共有・記録１（EMISの操作方法等）【15分】	（３）机上演習１　病院の災害対応と受援
（４）情報の共有・記録２（J-SPEEDの操作方法等）【10分】	（４）机上演習２　発災から現地到着まで
（５）災害関係制度（災害関係法令・諸制度等）【25分】	（５）総合演習　被災地における避難所アセスメント、救護所における診療支援
（６）EMIS実習（e-learning）【20分程度】	（６）講　演　２　災害医療コーディネート
※受講通知時に、「事前学習」に係るURL等をご案内します。	（７）講　演　３　JMATの活動実績と今後の展望
	（８）質疑応答
	（９）閉会挨拶
	（10）受講修了書交付

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・医療従事者・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）

※市町村職員の受講には、地元医師会の推薦が必要です。地元医師会を経由して申込書をお送りください。

５．受講定員　36名程度　※チームでの申込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も可能です。

（チーム構成例：医師１名、看護師２名、薬剤師１名、業務調整員２名）

※申込多数の場合は、JMAT北海道事前登録にご協力いただける方を優先いたします。

（JMAT北海道事前登録とは、原則チームごとに職種・氏名・連絡先などを北海道医師会にあらかじめ申し出ていただき、災害発生時に速やかにJMATの派遣協力依頼を行うためのものです。）

※申込多数により受講していただけない場合は、次回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　原則、Ｗｅｂから申込み願います。（URL：https://forms.gle/q6oR8oBbRLhECeX37）

※Ｗｅｂからの申込みが困難な方は、裏面の受講申込書によりお申込みください。

８．申込期限　令和８年11月18日（水）まで

９．受講通知　原則電子メールにより受講の可否をお知らせいたします。

10．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。

11．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　qqiryo@m.doui.jp

12．そ の 他　本研修会は日医生涯教育講座4単位として算定できます。

（カリキュラムコード：4.医師－患者関係とコミュニケーション、10.チーム医療、14.災害医療）

受講申込の方法

① **原則、Ｗｅｂから申込み**願います。
（受講申込み　https://forms.gle/q6oR8oBbRLhECeX37）

② **Ｗｅｂからの申込みが困難な方**は、次の受講申込書を記入し、
当会あてＦＡＸまたは電子メールで送信願います。

事業第三課　行　　FAX　011－210－4514　/　E－mail　qqiryo@m.doui.jp

令和８年度（通算・第 18 回）北海道医師会ＪＭＡＴ研修会　受講申込書

所 属 機 関 名	
ＪＭＡＴ 北 海 道 事前登録協力可否	（　協力可能　・　協力不可　）※該当に〇をお付けください。
連 絡 先 住 所	（ 自宅 ・ 所属機関 ）※該当に〇をお付けください。 〒
連 絡 担 当 者 ※受講の可否をお知らせします。	氏　名：
	ＴＥＬ：
	ＦＡＸ：
	Email：

受講申込者

職　　種	診療科等・役職名	（ふりがな） 氏　　名
（※医籍登録番号　　）	診療科等： 役 職 名：	
（※医籍登録番号　　）	診療科等： 役 職 名：	
（※医籍登録番号　　）	診療科等： 役 職 名：	
（※医籍登録番号　　）	診療科等： 役 職 名：	
（※医籍登録番号　　）	診療科等： 役 職 名：	

※医籍登録番号は、医師の方のみの記入となります。

※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。