

日医発第 36 号 (地 15)

令和 2 年 4 月 7 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

横 倉 義 武

(日本医師会災害対策本部長/新型コロナウイルス感染症対策本部長)

新型コロナウイルス感染症対応における日本医師会災害医療チーム (JMAT) の  
派遣について

新型コロナウイルス感染症の対応につきまして、日本医師会では先般、国からの要請に基づき日本医師会災害医療チーム (JMAT) を横浜市大黒ふ頭に接岸したクルーズ船に派遣いたしました。

今般、最近の状況を踏まえ、別添の通り都道府県医師会の要請に基づく JMAT の派遣をいたしたく存じます。なお、今回の JMAT 派遣は特例的なものであり、COVID-19 JMAT と称します。派遣先としては、多数の患者に対応しなければならない都道府県医師会からの要請に基づく派遣 (軽症者等の受入施設、帰国者・接触者外来、場合によっては新型コロナウイルス感染症患者以外の患者を受け入れる医療機関への支援 等) を想定しております。当該都道府県医師会自らによる派遣 (被災地 COVID-19 JMAT) や、外部の都道府県医師会からの派遣 (支援 COVID-19 JMAT) となります。

つきましては、貴会におかれましては、会務ご多忙の折誠に恐れ入りますが、貴都道府県行政等との間でご協議の上、自らによる「被災地 COVID-19 JMAT」や他都道府県医師会の「支援 COVID-19 JMAT」の派遣要否、また JMAT を派遣した場合の公費による経費負担や補償等をご確認の上ご検討ください。COVID-19 JMAT を編成す

る場合は、担当役員その他所定の事項を別紙の登録申込書にご記入いただき、本会 JMAT 本部宛にお送りくださいますようお願いいたします。

追って、別途文書を送付いたしますが、まずは東京都医師会におかれまして、東京都内への COVID-19 JMAT の派遣を要請いたします。

## 記

- 被災地に出動した際、当地のコーディネート機能に従っていただきますようお願いいたします。
- 自己完結型が原則であり、現地等への交通手段その他必要な準備はそれぞれ手配していただくことになります。
- 後日、国ないし都道府県行政より経費負担等がなされる場合に備え、領収書等の諸記録の作成も必要となります。
- JMAT 活動に関しては、JMAT 要綱（平成 30 年 9 月 1 日改正）等を参考にして下さい。

### ご連絡先

日本医師会 JMAT 本部

(事務局地域医療課)

Tel 03-3942-6137 (直)

Fax 03-3946-2140 (直)

[chiiki\\_1@po.med.or.jp](mailto:chiiki_1@po.med.or.jp)

[jma.jmat.hq@gmail.com](mailto:jma.jmat.hq@gmail.com)

担当課長携帯電話番号 090-6486-4698

# 新型コロナウイルス感染症対応における COVID-19 JMAT 派遣

2020年4月7日

公益社団法人 日本医師会

## 1. JMAT の派遣は、日本医師会防災業務計画上、日本医師会災害対策本部による決定が必要。

- 日本医師会新型コロナウイルス感染症対策本部をもって、日本医師会防災業務計画における災害対策本部とみなす。
- 今回の JMAT 派遣は特例的なものであり、COVID-19 JMAT と称する。

## 2. 派遣の根拠

- 厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について」（令和2年3月19日、同年3月26日改訂）

### IV.医療従事者の確保

○ 新型コロナウイルス感染症に対応する医療提供体制整備については、医療機関及び病床の確保のみならず、医療従事者の確保が重要である。医療従事者の確保については、新型コロナウイルス感染症患者に対応する医療従事者だけではなく、他の疾患の診療を行う医療従事者の確保も行うことが重要である。このことから、各医療機関におけるこのような医療従事者の把握に努めるとともに、地域の診療所など一般の医療機関に勤務している医療従事者の派遣や、現在、医療機関に従事していない医師、看護師、臨床工学技士等の把握と臨時の職務復帰による医療従事者の確保策についても予め検討しておくこと。

- 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(案) 三 新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項 (4) 医療 ②

地域の診療所など一般の医療機関に勤務している医療従事者の派遣を検討すること。

### 3. COVID-19 JMAT の派遣に向けた条件

- 派遣先となる都道府県医師会からの要請に基づく。
- COVID-19 JMAT の派遣を受ける受援側において、下記のような点について安定した体制を構築することが重要。今回の派遣先の都道府県行政等に対し、同様の対応を要請。
  - ◇ COVID-19 JMAT に対するコマンド&コントロールを担う拠点の整備、派遣先都道府県医師会等との連携
  - ◇ COVID-19 JMAT 隊員全員に対する PPE 等の感染予防に必要な装備の十分な提供及び着脱訓練の実施（業務内容による）
  - ◇ 経費の負担とともに、COVID-19 JMAT 隊員が新型コロナウイルス感染症に感染した場合の諸費用（休業補償等を含む）に関して必要な措置
  - ◇ 派遣終了後の PCR 検査が必要な場合の実施
  - ◇ JMAT 隊員に対する精神的ケアの配慮
  - ◇ JMAT 隊員の所属医療機関等の風評被害対策の実施（住民への啓発等）
- 日本医師会においては、ダイヤモンドプリンセス号における JMAT 派遣と同様、全ての COVID-19 JMAT 隊員（職種不問）を、新型コロナウイルス感染症にも適応する傷害保険（死亡・後遺障害、入院、外来）の被保険者とする。

なお、日本医師会より派遣先の都道府県医師会に対し、当該都道府県行政が最終的に保険料（の一定額）を負担するよう調整を要請する。
- 病院グループ内病院間、関連病院間または知り合い等の病院間の支援のための医師等の派遣については、原則として COVID-19 JMAT とはしない取り扱いとする。

### 4. COVID-19 JMAT の派遣先・業務

- 都道府県医師会からの要請に基づく派遣（当該医師会において調整を行い、具体的な派遣先を決定する。）
  - ◇ 軽症者や無症状者の受入施設（宿泊施設等）やその健康管理部門等への派遣
  - ◇ 帰国者・接触者外来、行政や地域医師会等が設置した仮設診療所等への派遣

※当面の業務は上記 2 点とする。以下は、状況の変化等に応じて検討する。

- 他の患者を引き受けるため、急激に人的リソースが低下した医療機関への派遣
- 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関への派遣

## 5. COVID-19 JMAT の編成

- ▶ チームの編成
  - ◇ 他地域の医師会が編成・派遣をする「支援 COVID-19 JMAT」
  - ◇ 当該都道府県医師会自らが派遣する「被災地 COVID-19 JMAT」
  
- ▶ 当面は、下記の者による構成を基本とする。
  - ◇ 無症状者や軽症者に対応する者（医師、看護職員等）
  - ◇ ロジスティクスを担う者（業務調整員、事務職員）

### ※参考資料

- 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（令和2年3月28日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定）
- 「新型コロナウイルス感染症に係る消防機関と保健所等との連絡体制の構築等について」（令和2年2月28日 消防庁消防・救急課、消防庁救急企画室事務連絡）
- 地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について（令和2年3月1日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）
- 「新型コロナウイルス感染症が疑われる者の診療に関する留意点について」（令和2年3月11日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）
- 「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について（改訂）」（令和2年3月26日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症に係る入院医療提供体制等の整備への対応について（依頼）」（令和2年3月26日 消防庁救急企画室）
- 「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」（令和2年4月2日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」の送付について（令和2年4月2日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症患者が自宅療養を行う場合の患者へのフォローアップ及び自宅療養時の感染管理対策について」（令和2年4月2日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症対策における医師会の救急・周産期医療提供体制の考え方について」（令和2年4月3日付 日本医師会）
- 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について」（自衛隊中央病院）
- 「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第2版改訂版（ver2.1）（日本環境感染学会）

<様式1> 「日本医師会災害医療チーム（JMAT）」申込書

日本医師会地域医療課行（FAX 03-3946-2140 chiiki\_1@po.med.or.jp）

ID:   
(日本医師会にて記載)

「日本医師会災害医療チーム（JMAT）」申込書

(COVID-19 JMAT)

- 都道府県医師会   
 申込日（年月日）

※月日の記載をお願いします（西暦で表記されます）

都道府県医師会情報

	氏名	連絡先
担当役員	<input type="text"/>	<input type="text"/>
担当事務局	<input type="text"/>	<input type="text"/>
緊急連絡先	<input type="text"/>	

チーム名

チーム構成員

	(ふりがな) 氏名	年齢	性別	所属	職種	緊急連絡先 (ハイフンなし) (確実に連絡のとれるところ)	専門分野
1 (責任者)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<責任者連絡先>

住所:   
TEL:  携帯:   
FAX:  E-mail:

- 患者搬送可能な車両（病院救急車など）を使用   
AM/PM

- 現地活動期間 開始年月日  ~ 終了年月日   
出発日  現地到着日（予定）   
帰還日

主な活動地域

都道府県   
場所

※派遣についての詳細は、派遣に向けた準備が整い次第、都道府県医師会・チーム責任者の方へこちらからご連絡させていただきます。

<様式1> 「日本医師会災害医療チーム（JMAT）」申込書

日本医師会地域医療課行（FAX 03-3946-2140 chiiki\_1@po.med.or.jp）

ID：

（日本医師会にて記載）

「日本医師会災害医療チーム（JMAT）」申込書

〔災害名を記載〕に関するJMAT派遣）

○都道府県医師会 
○申込日（年月日）

※月日の記載をお願いします（西暦で表記されます）

○都道府県医師会情報

Table with 2 columns: Role (e.g., 担当役員, 担当事務局, 緊急連絡先) and Contact Info (Name, Address, Phone).

○チーム名

○チーム構成員

Table with 8 columns: No., Name, Age, Gender, Affiliation, Job Title, Emergency Contact, Special Field.

<責任者連絡先>

住所: 
TEL:  携帯: 
FAX:  AM/PM E-mail:

○患者搬送可能な車両（病院救急車など）を使用

○現地活動期間 開始年月日  AM/PM ~ 終了年月日  AM/PM
出発日  - 現地到着日（予定）  PM
帰還日  PM

○主な活動地域

※派遣についての詳細は、派遣に向けた準備が整い次第、都道府県医師会・チーム責任者の方へこちらからご連絡させていただきます。