

※既にお申込みいただいている施設にも再送させていただいております。
定員にまだ空きがございますので、ぜひとも参加をご検討ください。

再送 平成30年11月14日
全日病発第244号
平成30年10月19日

各 位

公益社団法人 全日本病院協会
会 長 猪 口 雄 二
救急・防災委員会
委員長 加 納 繁 照

平成30年度 第2回 災害時のBCP研修（大阪会場）開催のご案内

平素は、本会事業活動につきまして、ご理解・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

日本は地震、台風などの自然災害が非常に多い国です。災害が発生した場合には自院が被災していても、被災者のために事業の継続・速やかな復旧をしなければなりません。

この事業の継続、復旧を速やかに遂行するために作成する計画がBCP（事業継続計画）です。今回の研修ではBCP/BCM（事業継続マネジメント）の説明、大規模地震発生を想定した模擬訓練を通して、被災時の対応体制、対応方法の現状課題について「気付き」を得ていただきます。今後の自院におけるBCP/BCMの取り組みのきっかけ作りにご活用ください。皆様におかれましては、本研修に是非ともご参加いただきたくご案内申し上げます。

記

1. 主 催 全日本病院協会
2. 日 時 平成30年12月14日（金）13：30～16：30
3. 会 場 大阪東京海上日動ビル 22F 会議室
〒101-8378 大阪府大阪市中央区城見 2-2-53 大阪東京海上日動ビル 22F
TEL：03-3515-4143
4. 参加対象 理事長、院長、事務局長、看護部長、災害対策本部員等
（災害拠点病院以外の病院を対象とします）
5. 参加費 会 員 20,000円（税込） 非会員 21,600円（税込）
6. 申込方法 ①全日本病院協会ホームページ（<https://www.ajha.or.jp/>）より「教育研修」を選択し、本研修の申込み画面をお開き下さい。
※スマートフォンをお持ちの方は左記 QR コードよりアクセス可能です。
※すでに定員に達している場合お申込みいただけない場合がございます。
②研修申込み画面より必要事項を入力し、受講者情報を送信してください。
※送信後、ご登録頂いたメールアドレスへ自動返信メールが届きます。
③申込受理後、ご登録のメールアドレスへ振込先等を記載した申込確認メールが届きます。送付された案内をご確認のうえ、参加費を指定期日までにお振込ください。
※WEB 以外でお申込みの場合は FAX での申込となります。別紙申込書に必要事項をご記入のうえ FAX 03-5283-7444 にてお申し込み下さい。



問合せ：（公社）全日本病院協会事務局（担当：吉田、向井、松村）
〒101-8378 東京都千代田区神田猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F
TEL：03-5283-7441 FAX：03-5283-7444 E-mail：yoshida@ajha.or.jp

7. 定 員 60名 (先着順)
 8. 締 切 日 平成30年11月30日 (金)
 9. プログラム【予定】

時間		テーマ	概 要
13:30-13:35	5分	挨拶	
13:35-14:05	30分	病院BCPに関する基礎知識 (講演)	<ul style="list-style-type: none"> ・BCP/BCMの基本的な考え方 ・BCPと災害対策マニュアルの違い ・BCPに盛り込むべき内容のポイント
14:15-15:35	80分	災害対応シミュレーションワークショップ	<ul style="list-style-type: none"> ・進め方説明 ・大地震シミュレーション映像の上映 ・設問+グループ討議 ×7問 ・発表
15:45-16:25	40分	ワークショップ解説	<ul style="list-style-type: none"> ・各設問に対する模範解答の解説 ・過去の大災害での病院の被災事例を紹介 ・BCPに盛り込むべき具体的なことの解説 (チェックリスト配布) ★BCP策定の必要性・策定ポイントへの気付き ・BCMに関する説明
16:25-16:30	5分	挨拶	

●会場地図

日 時 平成30年12月14日 (金) 13:30~16:30

会 場 大阪東京海上日動ビル 22F 会議室

〒101-8378 大阪府大阪市中央区城見 2-2-53 大阪東京海上日動ビル 22F

TEL : 03-3515-4143



【アクセス】

- 京阪電車「京橋駅」から徒歩約7分
- JR「京橋駅」から徒歩約5分
- 地下鉄長堀鶴見緑地線「大阪ビジネスパーク駅」から徒歩約5分

F A X : 0 3 - 5 2 8 3 - 7 4 4 4

別紙

参加申込期限：平成 30 年 11 月 30 日（金）

※WEB での申込が難しい場合のみこちらの用紙をご利用ください

第2回 災害時のBCP研修（大阪会場）参加申込書 平成30年12月14日（金）開催

●下記事項をご記入のうえ、F A Xにてお申し込みください。

施設名	※正式名称でご記入ください。		
住所	(〒 -)		
TEL		F A X	
参加者	1	職種	
		部署・役職	
		E-mail【必須】	
		(ふりがな)	
		氏名	
	2	職種	
		部署・役職	
		E-mail【必須】	
		(ふりがな)	
		氏名	
	3	職種	
		部署・役職	
		E-mail【必須】	
		(ふりがな)	
		氏名	

- 講習会申込者の個人情報は、本研修会の実施に関する目的にのみ使用いたします。
- 事務局にて受付後、「研修会参加確定の連絡・参加費振り込みのお願い」をメールにてご送付させていただきます。

問合せ先：(公社)全日本病院協会事務局（担当：吉田、向井、松村）
〒101-8378 東京都千代田区神田猿楽町 2-8-8 住友不動産猿楽町ビル 7F
TEL：03-5283-7441 FAX：03-5283-7444
E-mail：yoshida@ajha.or.jp