

『東北関東大震災復興支援募金』のご案内

日本周産期・新生児医学会
理事長 田村 正徳

新生児蘇生法普及事業小委員会
委員長 和田 雅樹

【趣意】

東北地方太平洋沖地震及び大津波による被災地の皆様に心からお見舞いを申し上げると共に、犠牲になられた方々のご遺族の皆様に深く哀悼の意を表します。

既に日本周産期・新生児医学会では、被災地の医療機関を直接支援するために救護物資供給と医師派遣等の活動を開始致しました。しかしながら、被害は甚大であることから現地での活動には多くの制約があり、その復興作業も長期間に及ぶことが予想されています。

こうした状況の下で、今後は NICU に入院されている新生児のみならず、ご出産を控えた妊産婦の方々が被災地以外に避難されることも多くなることと存じます。全ての医療従事者及び医療機関は、その方々を万全な態勢でお迎えすることが何よりも重要な「後方支援」であると考えております。

新生児蘇生法普及事業小委員会では、もう一つの後方支援として『東北関東大震災復興支援募金』として、全国の新生児蘇生法講習会開催主催者の皆様を対象に義援金を募ることといたしました。

何卒、上述の趣旨をご理解賜りましてご協力の程宜しくお願い申し上げます。

【支援方法】

新生児蘇生法普及事業小委員会にて『東北関東大震災復興支援募金』として、以下の条項で寄付を募ります。

1. 対象 - 新生児蘇生法講習会開催主催者
 - ・開催される公認講習会による募金
2. 開催主催者への特別措置
 - ・現在1ヶ月前迄の事前公認申請期限を「無期限」とし、公認番号を発行いたします。
※申請は、テスト等送付する期間をご考慮の上、お早めにご申請下さい。
 - ・学会ホームページへ『東北関東大震災復興支援講習会』として開催告知を掲載させていただきます。掲載データ例をご参照下さい。
 - ・学会所有の講習機材を無償貸与します。
※台数に制限がありますので、事前に事務局へご相談下さい。
3. 振込先
 - ・赤ちゃん成育ネットワーク[頑張ろう東北！救児募金]のポスターをご参照下さい。
※「NCPR募金〇〇」の名称でお振込下さい。〇〇は開催者名・会場名等々で。
4. 取扱期間
 - ・赤ちゃん成育ネットワーク[頑張ろう東北！救児募金]に準じます。

お問合せ先：新生児蘇生法普及事業 事務局担当・木谷
TEL：03-5228-2017
FAX：03-5228-2104
E-mail：kitani@ncpr.or.jp

日本周産期・新生児医学会
理事長殿

東北関東大震災復興支援 講習会用 新生児蘇生法講習会：事前公認申請書（その1）

*事前公認申請書(その2,3)も併せて提出して下さい。

新生児蘇生法講習会を下記のとおり開催の予定で、公認の申請をいたします。

*いずれかにレ印をお付け下さい。

コース別： 「専門」コース（Aコース）[インストラクター1名に対し受講者8名以内]
 「一次」コース（Bコース）[インストラクター1名に対し受講者10名以内]

主催母体： _____

講習会名： _____

*東北関東大震災復興支援 第〇回新生児蘇生法「〇」コース講習会などのように、通称名を各自お決め下さい。

開催日： _____年 _____月 _____日（ ）

開催時間： _____時 _____分 ~ _____時 _____分（講習時間： _____時間 _____分）

*実質講習時間は原則として、Aコース5時間以上、Bコース3時間以上。

開催場所： 都道府県名： _____ 会場名： _____

使用教材： _____

* 原則として学会認定の教材を使用する。（コピー厳禁）

* 独自の教材を使用する場合は、本申請書と同時に使用教材を提出し認定を受けて下さい。

インストラクター数： _____名（別紙に全員の氏名と修了認定番号をご記入下さい）

予定受講者数： _____名 うち予定公募人数： _____名

予定受講料： _____円

学会ホームページで開催のお知らせを掲載いたします。

掲載データを作成いただき事前公認申請書とともにお送り下さい。（掲載データ例をご参照下さい）

*応募条件（受講者は医師に限る、など）がある場合には以下にご記入下さい。

講習会開催責任者（またはインストラクター代表者）

フリガナ

氏名： _____

所属： _____（役職名： _____）

連絡先： 連絡先担当者氏名： _____

〒 _____ 住所： _____

電話： _____ FAX： _____

E-mail： _____

新生児蘇生法コース講習会：事前公認申請書（その2）

インストラクター：（下欄に全員の氏名と修了認定番号をご記入のうえ代表者に○印をお付け下さい）

フリガナ
氏名

（修了認定番号： _____）

（修了認定番号： _____）

（修了認定番号： _____）

（修了認定番号： _____）

（修了認定番号： _____）

カリキュラム（内容とそれぞれの所要時間をご記入下さい）

*内容例：挨拶と説明、プレテスト、講義、プレテストの解説、基本手技の実習、
ケースシナリオによる実習、ポストテスト、総括と認定手続きの案内 など

内容	所要時間
挨拶と説明 _____	_____時間_____分
プレテスト _____	_____時間_____分
講義 _____	_____時間_____分
プレテストの解説 _____	_____時間_____分
基本手技の実習 _____	_____時間_____分
ケースシナリオによる実習 _____	_____時間_____分
ポストテスト _____	_____時間_____分
総括と認定手続きの案内 _____	_____時間_____分
その他（具体的に： _____）	_____時間_____分
	（総計： _____時間_____分）

新生児蘇生法コース講習会：事前公認申請書（その3）

準備物品チェックリスト（1ステーション＝インストラクター1名あたりの必要数）

- | | |
|---|----|
| <input type="checkbox"/> 日本版救急蘇生ガイドラインのアルゴリズムを示したプレート | 1 |
| <input type="checkbox"/> インファントラジアントウォーマー（吸引，酸素，タイマー付が望ましい） | 1 |
| * <u>蘇生処置ができるテーブル等で代用も可</u> | |
| <input type="checkbox"/> 新生児蘇生練習用の人形 | 1 |
| <input type="checkbox"/> 流量膨張式バッグ（圧モニターができるもの） | 1 |
| <input type="checkbox"/> 自己膨張式バッグ | 1 |
| <input type="checkbox"/> 酸素供給用延長チューブ | 1 |
| <input type="checkbox"/> 気管チューブ（2.5mm，3.0mm，3.5mm）各サイズとも | 1 |
| <input type="checkbox"/> スタイレット（上記の気管チューブに対応する2サイズ）各サイズとも | 1 |
| <input type="checkbox"/> 蘇生用顔マスク（ディスポ・サイズ1，2）各サイズとも | 1 |
| <input type="checkbox"/> 気道吸引カテーテル（12-14Fr，8-10Fr）各サイズとも | 1 |
| * またはバルブシリンジ 1 | |
| <input type="checkbox"/> 胃カテーテル | 1 |
| <input type="checkbox"/> 新生児用聴診器 | 1 |
| <input type="checkbox"/> ストップウォッチ（秒針付き時計で代用可） | 1 |
| <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ（流量計付），もしくはエアコンプレッサー | 1 |
| * <u>流量膨張式バッグを使用する場合のみ</u> | |
| <input type="checkbox"/> SpO ₂ 用プローブ（できれば） | 1 |
| <input type="checkbox"/> バスタオル・ハンドタオル | 各2 |
| <input type="checkbox"/> 実施証明記録用品（ビデオまたはテープレコーダーまたは写真） | 1 |

「専門」コースでは以下の物品も追加する

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> キシロカインゼリーまたは水の入ったコップ（気管挿管時に使用） | 1 |
| <input type="checkbox"/> 新生児用喉頭鏡（サイズ0，1の直型ブレード） | 1 |
| <input type="checkbox"/> 注射器（30ml，10ml，1.0ml）各サイズとも | 1 |

掲載データ例

東北関東大震災復興支援 講習会

第1回新生児蘇生法「専門」コース（Aコース）

開催のお知らせ

開催要項

1. 名 称： 東北関東復興支援第1回新生児蘇生法「専門」コース（Aコース）
2. 日 時： 2011年〇月〇日（ ） 〇〇時〇〇分～〇〇時〇〇分
3. 会 場： 病院 〒 - 住所
4. 定 員： 〇名
5. 受講料： 円

※応募条件（例）

1. この開催趣旨（震災復興支援）に賛同いただける方とします。
- 2.

【主催者連絡先】

担当者名：

病院（ 科）

TEL： - - （病院代表）

E-mail： _____

“赤ちゃん成育ネットワーク” 【頑張ろう東北！救児募金】

東日本大震災で被害を受けた東日本の NICU の赤ちゃんにご家族を支援する目的で
下記のように募金を受け付けております。

集まった寄付金は『日本未熟児新生児学会、日本周産期・新生児医学会合同震災緊急
対策委員会』に集中寄付され、より確実かつ効果的に NICU の赤ちゃんとそのご家族
の支援に充てて頂きます。さらに日本産婦人科学会や日本産婦人科医会とも連動し、被
災地における周産期医療を支援するために使用して頂きます。

赤ちゃん成育ネットワークとは？

新生児センター勤務を経験し、主に開業小児科医として医療に携わる全国の医師のネット
ワークです。子育て中のご家族や周産期母子センター、新生児センターのパートナーとして、
赤ちゃんにご家族のために、お役立ちできる情報を提供しております。

ホームページアドレス：<http://www.baby-net.jp>

【ご入金に関して】 期限：5月31日

郵便局からのご入金

【一般市民用】

記号 14200
番号 1114841
おなまえ 赤ちゃん成育ネットワーク

【医師用】

記号 14230
番号 3632201
おなまえ 赤ちゃん成育ネットワーク

※医師の方は1口1万円をお願いします。

銀行からのご入金

【一般市民用】

銀行名 ゆうちょ銀行
店名 四二八（ヨンニハチ）
店番 428
預金種目 普通預金
口座番号 0111484

【医師用】

銀行名 ゆうちょ銀行
店名 四二八（ヨンニハチ）
店番 428
預金種目 普通預金
口座番号 0363220