

全日病発第101号  
平成29年 6 月 29 日

各 位

公益社団法人 全日本病院協会  
会 長 猪 口 雄 二  
一般社団法人 日本医療法人協会  
会 長 加 納 繁 照

## 平成29年度 第2回 AMAT 隊員養成研修（石川会場）開催のご案内

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

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。

かの東日本大震災においては、被災した民間病院に対する支援は十分に行き届かなかったことから、民間病院の連携を強固にするべく、当協会では災害医療支援活動体制の見直しを図り、その一つとして従来からあった医療チームの名称変更を行い、この医療チームは、公益社団法人全日本病院協会 災害時医療支援活動班として「All Japan Hospital Medical Assistance Team」を略して「AMAT」と定めたほか、当協会の各支部に「災害時医療支援活動指定病院」を指定するなど、(会員)病院間の連携を強固にし、会員病院を始めとする民間病院や災害時要援護者に対する十分な支援、避難所の巡回診療、患者の病院間搬送、多様な医療チーム等との連携を含めた災害医療活動の知識・技能を習熟する必要性を切に感じているところでございます。

また、昨年の熊本地震では、全日本病院協会・日本医療法人協会合同災害対策本部を立ち上げ、AMATを民間病院、避難所へ派遣して医療支援活動を実施して参りました。

このような迅速な支援を可能としたのは、平時からの救急災害医療体制と強固な病院間の連携によるものでございます。

今後このAMATは、DMATやJMATなどと連携し、DMATに準ずる医療チームの養成を目指す所存でございます。

本研修会は、お陰様で毎回多数のご参加をいただいております、AMAT隊員登録数が600名を超えました。

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。

敬具

公益社団法人 全日本病院協会(担当：救急・防災委員会担当) 〒101-8378 東京都千代田区猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F TEL 03-5283-7441 FAX 03-5283-7444
--

## 平成29年度 第2回AMAT隊員養成研修 実施要領

### 1. 主 催

全日本病院協会・日本医療法人協会

### 2. 開催日及び会場

開催日：平成29年9月8日（金）、9日（土）

会 場：TKP 金沢カンファレンスセンター

住 所：〒920-0869

石川県金沢市上堤町 1-33 アパ金沢ビル 6F

※ 別紙1交通のご案内参照

### 3. プログラム（予定）

平成29年度（第2回）全日病AMAT隊員養成研修プログラム							
日程	開始時間	終了時間	時間(分)	講義形式	プログラム内容	受講対象	講師
2017/9/8(金)	1100				受付		
	1130	1135	5		開会挨拶	全員	全日病役員
	1135	1205	30	講義	01 AMAT概論－AMATの具体的な活動－	全員	大桃先生
	1205	1235	30	講義	03 災害概論(CSCATTT)	全員	小林先生
	1235	1325	50	休憩			
	1325	1415	50	実習	04 派遣シミュレーション①(設問1)	全員	布施先生・安倍先生
	1415	1455	40	実習	05 トリアージ	全員	勝見先生
	1455	1515	10	休憩			
	1515	1615	60	講義・実習	09 災害時の情報通信(デモ通信)	全員	布施先生
	1615	1645	30	実習	10 派遣シミュレーション②(設問2)	全員	布施先生・安倍先生
	1645	1655	10	休憩			
	1655	1725	30	講義	08 医療連携、関係機関の役割	全員	肥留川先生
	1725	1805	40	講義	11 AMAT活動の実際	全員	高橋先生
	1805	1815	10		質疑応答、一日目まとめ	全員	布施先生
2017/9/9(土)				懇親会		希望者	
	815	845	30	講義	02 災害時要援護者	全員	大西先生
	845	915	30	講義	12 災害時に留意すべき疾病	全員	大西先生
	915	920	5	休憩			
	920	1050	90	実習	06 トリアージタグの記載について(トリアージ机上訓練・タグ記入)	医師・看護師	肥留川先生
	920	1050	90	講義(30分)・実習(60分)	07 ロジスティクスの基本・通信確保と衛星電話(実習)	事務職・薬剤師・放射線技師(業務調整員)	市原様 奥野様
	1050	1055	5	休憩			
	1055	1125	30	実習	13 派遣シミュレーション③(設問3)	全員	布施先生・安倍先生
	1125	1155	30	実習	13 派遣シミュレーション③(設問4)	全員	布施先生・安倍先生
	1155	1205	10	休憩			
	1205	1305	60	試験	筆記試験(20分)及び実技試験(40分)	医師・看護師	
	1205	1305	60	試験	筆記試験(20分)	事務職	
	1305	1350	45	特別講義	未定	全員	大桃先生
	1350	1355	5		試験結果発表、講評	全員	
1355	1400	5		閉会挨拶			
				散会			

### 4. 受講要件

#### ① 病院勤務者

(医師、看護師、保健師、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、栄養士理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、救急救命士、歯科医師、歯科衛生士、事務職員など)

#### ② 原則、3人1チームでお申込みください。医療チームであることから、医師の参加は必須となります。また、チームでご参加される場合、1名は業務調整員（ロジ）としてご参加ください。

但し、これにより難しい場合は、この限りではございません。

### 5. 受講料（1名あたり）

会員病院 54,000円（税込） / 非会員病院 64,800円（税込）

※ 会員病院には、AMAT隊員登録証・AMATベスト・AMATヘルメットをお渡しいたします。別紙2 参照

## 6. 定員

60名（前年度キャンセル待ちの病院を先にご案内し、先着順とさせていただきます。）

## 7. 申込方法

- ① **別紙3**申込用紙に必要事項をご記入のうえFAXにてお申込ください。
- ② 参加申込書受理後、参加費振込案内をFAXでご送付いたします。  
※1 送付された案内をご確認のうえ、参加費を指定期日迄にお振込みください。  
※2 定員を超えている場合には事務局よりご連絡いたします。

## 8. 締切日

平成29年9月1日（金）（定員に達し次第、締切となります。）

## 9. その他

- ① 宿泊・交通・食事等につきましては各自ご手配願います。
- ② 参加申込の際にお送りいただいた個人情報、適切に処理し、本研修の目的以外には使用いたしません。
- ③ 研修修了者には、受講修了証を発行いたします。
- ④ 研修修了者におかれましては、組織内への積極的な伝達をお願い申し上げます。



会 場:TKP 金沢カンファレンスセンター

※TKP『駅前』金沢カンファレンスセンターとは別の施設になります。

住 所:〒920-0869

石川県 金沢市上堤町 1-33 アパ金沢ビル 6F

## アクセス

- JR 北陸本線 金沢駅 兼六園口(東口) バス 3分
- JR 北陸本線 金沢駅 兼六園口(東口) 徒歩 15分

AMATベスト(医師用・表)



AMATベスト(医師用・裏)



AMATヘルメット



AMAT隊員登録証



### AMAT隊員登録証

登録番号 第 000000000000 号

● ● ● ●

上記の者を AMAT 隊員として登録する。

認定日 0000. 0. 00  
有効期限 0000. 0. 00

公益社団法人 全日本病院協会 会長 

# AMAT隊員養成研修 参加申込書

平成 29 年 9 月 8 日・9 日開催

●下記事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

**FAX 03-5283-7444**

施設名	※正式名称でご記入ください。		
住所	(〒 ー ) 都・道 府・県		
TEL		FAX	
参加者	1	受講分野	トリアージ ・ ロジスティクス
		参加者職種 ※右欄から選択し「○」をして下さい	医師 看護師 保健師 薬剤師 診療放射線技師 臨床検査技師 臨床工学技士 栄養士 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 救急救命士 事務職員 その他 ( )
		ふりがな	
		氏名	
	2	受講分野	トリアージ ・ ロジスティクス
		参加者職種 ※右欄から選択し「○」をして下さい	医師 看護師 保健師 薬剤師 診療放射線技師 臨床検査技師 臨床工学技士 栄養士 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 救急救命士 事務職員 その他 ( )
		ふりがな	
		氏名	
	3	受講分野	トリアージ ・ ロジスティクス
		参加者職種 ※右欄から選択し「○」をして下さい	医師 看護師 保健師 薬剤師 診療放射線技師 臨床検査技師 臨床工学技士 栄養士 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 救急救命士 事務職員 その他 ( )
		ふりがな	
		氏名	

- 原則、チームでお申込みください。例) 医師、看護師、その他職種
- チームでご受講いただく場合、業務調整員(ロジスティシャン)として研修を受けられる方1名を選出ください。
- 事務局にて申込用紙を受付後、【参加費振込案内】をFAXにてご送付させていただきます。なお、申込用紙をFAX送信後、3営業日たっても(土日祝除く)返信がない場合は以下の事務局までご連絡ください。

**【問合先】 公益社団法人 全日本病院協会(救急・防災委員会担当)**

〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル7F  
 TEL: 03-5283-7441 FAX: 03-5283-7444  
 (受付時間: 平日9:30~17:30 土日祝を除く)