

平成 29 年 12 月 22 日

会員各位

公益社団法人 全日本病院協会
救急・防災委員会
委員長 加納 繁照

【AMAT 参加訓練（関東） ※注 1】
茨城県・大規模地震時医療活動訓練（H30. 2. 18）への参加募集について

平素より当協会の活動に対し、ご理解とご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。
この度、平成 30 年 2 月 18 日に茨城県にも深刻な被害をもたらす首都直下地震や茨城県沖地震が発生した際、速やかに病院の被災状況を収集し、医療関係者が適時・適切な医療提供を行うことが出来るかを検証する目的の現地訓練を計画しました。この訓練では、茨城県内の当協会会員病院ならびに関東近県の AMAT の参加を予定しています。

今回、この訓練に参加希望の会員病院ならびに AMAT を募集させていただきたいと存じます。参加をご希望される会員病院ならびに AMAT は、下記の訓練概要をご参照の上、1 月 13 日（土）までに当協会へ別紙の参加応募用紙をお送り下さいますようお願い申し上げます。

また、AMAT 隊員の資格更新要件の単位（※注 2）に該当いたします。本訓練に AMAT として出勤された方には単位を追加いたします。間もなく更新時期を迎える AMAT 隊員の方におかれましては、十分ご留意下さいますようお願い申し上げます。

※注 1 AMAT 参加訓練（関西）については平成 30 年 2 月 17 日（土）に大阪府で実施予定。別途ご連絡済み。

※注 2 AMAT 隊員の資格更新については後日詳細をご連絡いたします。

【AMAT 隊員 資格更新の概要（予定）】

- ・ AMAT 隊員の認定期間は受講修了後 5 年間となっております。資格更新については認定期間内に当協会が指定する防災訓練、研修会等に参加し 5 単位以上を履修した方には新たに隊員登録証を継続発行する方向で検討しております。
- ・ 資格更新要件の連絡が遅れたため、平成 30 年度～平成 32 年度にて認定期間が切れる方については平成 33 年度までの猶予期間（平成 34 年 3 月 31 日まで）を設ける方向で検討しております。

記

1. 日時 平成30年2月18日(日)9時00分～15時00分
2. 場所 茨城県内(詳細は、追ってご連絡いたします。)
3. 訓練内容(予定)

(1) 情報収集・共有訓練

会員病院に於かれましては、模擬被災病院として実際に被害があったことを想定し、EMIS(広域災害救急医療情報システム)に仮想の被災状況の入力をお願いいたします。当協会が指定する任意の病院にはAMATが実際に出向いて被災状況を収集して、当該病院においてEMISの入力支援を行います。

また、当該会員病院傘下あるいは関連介護福祉施設の被災情報を収集して、災害時医療支援活動幹事指定病院に情報を集約します。(集約された情報は災害対策本部で共有されます)

(2) 病院支援・患者搬送訓練

他の医療救護班と協働し、病院支援や病院救急車などを利用した医療搬送に従事します。

4. その他

- (1) 本訓練参加に際し発生する費用につきましては、各医療機関のご負担となります。ただし、本訓練にAMATとして参加する方については当協会負担で保険をおかけいたします。訓練中に事故・怪我等が発生した場合には下記担当者までご連絡ください。(事故の状況等によっては対象とならない場合もございます)
- (2) 参加いただける会員病院または傘下・関連介護福祉施設は、EMISへの入力を行って頂く事務担当者一名か、AMATによる入力支援を希望なさる病院は事務担当者一名の参加で結構です。
- (3) AMAT参加は、医師1名+看護師1名+ロジ1名のチーム(3人1組)でお願いいたします。
- (4) 応募多数の場合は、更新の時期が近いAMAT隊員の方などを優先、抽選とさせていただきますので、ご了承下さい。
- (5) AMAT隊員の認証更新に資する西日本で開催される予定の訓練につきましては、別途ご連絡済み。
- (6) なお、見学者も随時募集いたします。

問合せ先

公益社団法人 全日本病院協会 救急・防災委員会(担当:吉田・向井・松村)

〒101-8378 東京都千代田区猿楽町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F

TEL 03-5283-7441 FAX 03-5283-7444

別紙

【AMAT参加訓練（関東）】

茨城県・大規模地震時医療活動訓練（H30.2.18） 参加応募用紙

病院名： _____

連絡担当者 所属部署・役職 _____ 氏名 _____

TEL _____ E-mail _____

●以下のいずれか1つにチェックしてください。

今回は訓練に参加できません（以下の回答は結構です）

模擬被災病院として参加（Q1にお進みください）

AMATとして参加（Q2にお進みください）

Q1. 模擬被災病院として参加

Q1-1. EMISの入力について

自施設でEMIS入力を希望 AMAT 隊を受入れ、AMAT 隊がEMISを入力支援

Q1-2. 傘下・関連介護福祉施設の参加

傘下・関連介護福祉施設の参加有り 傘下・関連介護福祉施設の参加なし

Q1-3. 当日の事務担当者情報をご記入ください。

所属部署・役職 _____ 氏名 _____

TEL _____ E-mail _____

Q2. AMATとして参加

Q2-1. 参加者

隊員名	職種	隊員登録番号	生年月日（西暦）
			____年__月__日
			____年__月__日
			____年__月__日

※保険申請に必要なため生年月日は必ずご記入ください。

※複数のチームで参加をご希望の場合は、本別紙を複写の上、お送り下さい。

Q2-2. 傷病者搬送可能車両での参加について

あり

「あり」をチェックされた場合、以下にご記入ください。

病院救急車 それ以外（患者送迎者など）

なし

「なし」をチェックされた場合、当日の交通手段をご記入ください。

車（職員の車など）を利用 公共交通機関を利用

Q2-3. お車でご参加の場合は、以下に車両情報をご記入ください。

車種 _____ 車両番号 _____

乗車定員 _____