

全日病発第174号  
平成30年8月17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30年度 第2回 AMAT 隊員養成研修（東京会場）開催のご案内 （災害時医療支援活動に関する研修）

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が十分に行き届かなかったことから、当協会の災害医療支援活動体制の見直しを図り、(公社)全日本病院協会 災害時医療支援活動班を「All Japan Hospital Medical Assistance Team」略して「AMAT」と定め、会員病院を始めとする民間病院や避難所の巡回診療、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が可能な体制を整えたところでございます。

その結果、先日、西日本で発生した平成30年7月豪雨では、迅速にAMATを民間病院、避難所等へ延べ16班61名(H30.7.8～16まで活動)を派遣し行政、保健医療調整本部等と連携して医療支援活動を実施することができました。このような迅速で組織的な支援を可能としたのは、当協会が実施する標記「AMAT隊員養成研修」において、被災地で組織として災害医療活動をするための訓練を受けていただいたからだと自負しております。

「AMAT」は相互扶助の考えに基づいて作られた組織です。現在、AMAT隊員数は700名を超えましたが、近年増加傾向にある豪雨災害、今後発生が予想される南海トラフ地震、首都直下地震等に対応するには十分な数ではございません。皆様におかれましては、本研修の趣旨をご理解いただき、是非ともご参加いただきたくご案内申し上げます。

なお、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。

また、これまで3名1チームの参加を要件としておりましたが、受講要件を改定し、1名からの参加も可能でございます。詳細は「5. 受講要件」をご確認ください。

### 記

1. 主 催 公益社団法人 全日本病院協会、一般社団法人 日本医療法人協会
2. 日 時 平成30年10月5日(金) 10:30～18:45(終了後、懇親会開催予定)  
平成30年10月6日(土) 8:30～14:00
3. 会 場 TKP 新橋汐留ビジネスセンター  
〒105-0004 東京都港区新橋 4-24-8  
TEL: 03-5425-4626

#### 4. プログラム【予定】

##### ●1日目

No.	時間	内容
1	10:30～10:35	<b>開会挨拶</b> 全日本病院協会 役員
2	10:35～11:05	【講義 全員】01 AMAT概論－AMATの具体的な活動－ 医療法人社団直和会 平成立石病院 副院長 大桃 丈知
3	11:05～11:35	【講義 全員】02 災害時要援護者 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 講師 大西 光雄
4	11:35～12:05	【講義 全員】03 災害概論（CSCATTT） 医療法人社団直和会 平成立石病院 副院長 大桃 丈知
5	12:05～12:55	休憩
6	12:55～13:45	【実習 全員】04 派遣シミュレーション①（設問1・2） 医療法人社団誠馨会 新東京病院 救急科 部長 安倍 晋也
7	13:45～14:25	【講義 全員】05 トリアージ 青梅市立総合病院 救命救急センター部長 肥留川 賢一
8	14:25～14:35	休憩
9	14:35～16:05	【実習 トリアージ】 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） 青梅市立総合病院 救命救急センター部長 肥留川 賢一
		【講義・実習 ロジスティクス】 07 ロジスティクスの基本・通信確保と衛星電話（実習） 岩手医科大学 災害時地域医療支援教育センター 講師 奥野 史寛 調整中
10	16:05～16:15	休憩
11	16:15～17:15	【実習 全員】09 災害時の情報通信（デモ通信） 日本医科大学大学院 准教授 布施 明 岩手医科大学 災害時地域医療支援教育センター 講師 奥野 史寛 調整中
12	17:15～17:55	【講義 全員】11 AMAT活動の実際 総合病院国保旭中央病院 救命救急センター長 高橋 功
13	17:55～18:05	休憩
14	18:05～18:35	【講義 全員】08 医療連携、関係機関の役割 一般社団法人日本海員救済会名古屋救済会病院 副院長 北川 喜己
15	18:35～18:45	【全員】質疑応答、事務連絡

##### ●2日目

No.	時間	内容
1	08:30～9:00	【実習 全員】10 派遣シミュレーション②（設問3） 医療法人社団誠馨会 新東京病院 救急科 部長 安倍 晋也
2	9:00～9:30	【講義 全員】12 災害時に留意すべき疾病 大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター 講師 大西 光雄
3	9:30～9:40	休憩
4	9:40～10:10	【実習 全員】13 派遣シミュレーション③（設問4） 医療法人社団誠馨会 新東京病院 救急科 部長 安倍 晋也
5	10:10～10:40	【実習 全員】13 派遣シミュレーション③（設問5） 医療法人社団誠馨会 新東京病院 救急科 部長 安倍 晋也
6	10:40～12:00	【講演 全員】14 AMAT実動訓練における安全と情報収集 第1部『安全』 医療法人社団直和会 平成立石病院 副院長 大桃 丈知 第2部『情報収集』 医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院 副理事長 小關 剛
7	12:00～12:50	休憩
8	12:50～13:50	【試験 トリアージ】筆記（20分）及び実技（40分） 【試験 ロジスティクス】筆記（20分）、休憩40分
9	13:50～13:55	【全員】試験結果発表、講評
10	13:55～14:00	閉会挨拶 未定

5. 受講要件 ①トリアージ・・・原則として医師、看護師、保健師、助産師、救急救命士  
②業務調整員（ロジスティクス）・・・病院勤務者

※注 ただし、AMAT 派遣時の最小構成員数は医師1名、業務調整員（ロジスティクス）1名を必須とした3名以上のチームとなり、そのうち1名はAMAT 隊員養成研修の受講が必須となります。

6. 参加費 会 員 54,000 円（税込） 非会員 64,800 円（税込）

※注 参加費にはAMAT 隊員登録証発行費用、AMAT ベスト、AMAT ヘルメットの費用が含まれています。

- 7・定 員 60 名（先着順）

8. 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。

9. 申込期限 平成 30 年 9 月 21 日（金）

10. 備 考
- ・交通・宿泊・昼食については各自でご手配ください。
  - ・参加申込の際にお送りいただいた個人情報は適切に処理し、本研修の目的以外には使用いたしません。
  - ・受講修了者には後日、AMAT 隊員登録証、AMAT ベスト、AMAT ヘルメットをお送りいたします。

11. アクセス TKP 新橋汐留ビジネスセンター



<電車をご利用の場合>

- JR 山手線 新橋駅 烏森口 徒歩 4 分
- 都営浅草線 新橋駅 A1 出口 徒歩 3 分
- ゆりかもめ 新橋駅 A1 出口 徒歩 4 分
- 都営大江戸線 汐留駅 7 出口 徒歩 6 分
- ゆりかもめ 汐留駅 西口出口 徒歩 6 分

会場等 URL : <https://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/st-himbashi/access/>

【問合せ】

公益社団法人 全日本病院協会(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

【FAX用 別紙】

※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

## 平成30年度 第2回 AMAT 隊員養成研修（東京会場）

### 参加申込書

<申込締切 平成30年9月21日（金）>

●下記事項をご記入のうえ、FAXにてお送りください。

施設名	※正式名称でご記入ください。		
住所	〒 _____		
TEL		FAX	
参加者	1	受講分野	<input type="checkbox"/> トリアージ ・ <input type="checkbox"/> ロジスティクス
		参加者職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		E-mail ※必須	
		ふりがな	
		氏名	<input type="checkbox"/> 連絡担当者
	2	受講分野	<input type="checkbox"/> トリアージ ・ <input type="checkbox"/> ロジスティクス
		参加者職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		E-mail ※必須	
		ふりがな	
		氏名	<input type="checkbox"/> 連絡担当者
	3	受講分野	<input type="checkbox"/> トリアージ ・ <input type="checkbox"/> ロジスティクス
		参加者職種	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 救急救命士 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
		E-mail ※必須	
		ふりがな	
		氏名	<input type="checkbox"/> 連絡担当者

※複数名で申し込まれる場合は、どなたか1名、連絡担当者の欄に☑してください。

※参加申込書受理後、メールにて参加のご案内をお送りいたしますので、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。

#### 【問合せ】

公益社団法人 全日本病院協会(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