

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

## 2019 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）

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、当協会は災害時医療支援活動班「All Japan Hospital Medical Assistance Team（略称：AMAT）」を組織し、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、平成 28 年熊本地震、昨年、西日本で発生した平成 30 年 7 月豪雨では、AMAT 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、本研修において、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。

なお、これまでの当協会の災害時医療支援活動に関する実績が認められ、昨年度に引き続き今年度も厚生労働省の「令和元年度 災害医療チーム養成支援事業」の実施団体に選定されております。

「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 900 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。

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。

また、「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が、この度、資格更新要件を変更し、AMAT 隊員有資格者が本研修を再受講した場合、資格更新のための要件を満たすこと（5 単位取得）となります。

### 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 2020 年 2 月 8 日（土）10:30～18:25（終了後、懇親会開催予定）  
2020 年 2 月 9 日（日）09:30～14:45
3. 会 場 公益社団法人 全日本病院協会  
〒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

#### 4. プログラム【予定】

##### ●1日目

No.	時間	開始時間	終了時間	内容
1	0:05	10:30	10:35	開会挨拶
2	0:50	10:35	11:25	【講義 全員】01 災害概論－AMATの使命－ 医療法人社団直和会 平成立石病院 副院長 大桃 丈知
3	0:30	11:25	11:55	【講義 全員】09 医療連携、関係機関の役割 医療法人社団直和会 平成立石病院 副院長 大桃 丈知
4	0:05	11:55	12:00	休憩
5	0:50	12:00	12:50	【実習 全員】03 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
6	0:50	12:50	13:40	昼食休憩
7	0:50	13:40	14:30	【実習 全員】04 EMIS実習 （独）国立病院機構災害医療センター 厚生労働省DMAT事務局 市原 正行 新潟大学医学部災害医療教育センター 特任講師 和泉 邦彦
8	0:10	14:30	14:40	休憩
9	0:30	14:40	15:10	【実習 全員】05 DSST実習 医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院 理事長 小關 剛 医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院 事務長 石川 友和
10	0:50	15:10	16:00	【講義 全員】06 トリアージ・トリアージタグの記載について 青梅市立総合病院 救命救急センター部長 肥留川 賢一
11	0:10	16:00	16:10	休憩
12	1:00	16:10	17:10	【実習 トリアージ】 07 トリアージ机上訓練 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】 08 ロジスティクスの基本・通信確保と衛星電話（実習） （独）国立病院機構災害医療センター 厚生労働省DMAT事務局 市原 正行 新潟大学医学部災害医療教育センター 特任講師 和泉 邦彦
13	0:10	17:10	17:20	休憩・移動
14	0:30	17:20	17:50	【実習 全員】10 災害時の情報通信（デモ通信） （独）国立病院機構災害医療センター 厚生労働省DMAT事務局 市原 正行 新潟大学医学部災害医療教育センター 特任講師 和泉 邦彦
15	0:30	17:50	18:20	【実習 全員】11 災害診療記録とJ-SPEED（実習） 医療法人社団直和会 平成立石病院 副院長 大桃 丈知
16	0:05	18:20	18:25	【全員】質疑応答、事務連絡
				懇親会（希望者のみ）

##### ●2日目

No.	時間	開始時間	終了時間	内容
17	0:30	9:30	10:00	【実習 全員】12 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
18	0:40	10:00	10:40	【講義 全員】13 AMATの活動-演習と実動- 総合病院国保旭中央病院 救命救急センター長 高橋 功
19	0:10	10:40	10:50	休憩
20	0:30	10:50	11:20	【講義 全員】02 災害時要配慮者 国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター センター長 大西 光雄
21	0:30	11:20	11:50	【講義 全員】14 災害時に留意すべき疾病 国立病院機構大阪医療センター 救命救急センター センター長 大西 光雄
22	0:10	11:50	12:00	休憩
23	0:45	12:00	12:45	【実習 全員】15 派遣シミュレーション③（設問4・5） 医療法人社団誠馨会 新東京病院 救急科 部長 安倍 晋也
24	0:50	12:45	13:35	昼食休憩
25	1:00	13:35	14:35	【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
26	0:10	14:35	14:45	【全員】試験結果発表、講評

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 11,000 円（税込） 非会員 33,000 円（税込）
- ※注 懇親会に参加される方は会費 5,000 円を参加費と併せてお振込みいただきます。懇親会場は追ってご連絡いたします。
- ※注 本研修を初めて受講される方には 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。
7. 定 員 60 名（先着順）
8. 申込方法 ・別紙申込書に必要事項をご記入のうえ F A Xにてお申し込み下さい。  
・申込書受付後、事務局より参加費お振込み依頼を F A Xにてご送付いたします。内容をご確認のうえ、参加費を指定期日までにお振込みください。  
申込書を F A X送信後、3 日（土日祝除く）たっても返信がない場合は、全日病事務局までお電話にてご連絡ください。
9. 申込期限 2020 年 1 月 31 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。  
・新規の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。  
・参加費には駐車場料金は含まれておりません。会場へは公共交通機関をご利用ください。

**【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

[kyuubou@ajha.or.jp](mailto:kyuubou@ajha.or.jp)

## 交通のご案内



### ●会場地図

会 場 公益社団法人 全日本病院協会

〒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

アクセス JR 総武線・都営三田線「水道橋」駅 下車徒歩 4 分

FAX : 03-5283-7444

別紙

2019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 2020年1月31日（金）>

●下記事項をご記入のうえ、FAXにてお送りください。

会員区分	<input type="checkbox"/> 全日本病院協会 <input type="checkbox"/> 日本医療法人協会 <input type="checkbox"/> 日本病院会    (複数選択可)		
施設名	※正式名称でご記入ください。		
住所	(〒      -      )		
TEL			FAX (必須)
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
		新規・更新	<input type="checkbox"/> 新規受講 <input type="checkbox"/> 更新 (AMAT 隊員有資格者)
		(フリガナ)	
		氏名	<input type="checkbox"/> 連絡担当者
		職種	
		E-mail【必須】	
		生年月日【必須】	西暦 _____年 _____月 _____日
		懇親会	<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない
	2	受講分野	<input type="checkbox"/> トリアージ <input type="checkbox"/> ロジスティクス
		新規・更新	<input type="checkbox"/> 新規受講 <input type="checkbox"/> 更新 (AMAT 隊員有資格者)
		(フリガナ)	
		氏名	<input type="checkbox"/> 連絡担当者
		職種	
		E-mail【必須】	
		生年月日【必須】	西暦 _____年 _____月 _____日
		懇親会	<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない
	3	受講分野	<input type="checkbox"/> トリアージ <input type="checkbox"/> ロジスティクス
		新規・更新	<input type="checkbox"/> 新規受講 <input type="checkbox"/> 更新 (AMAT 隊員有資格者)
		(フリガナ)	
		氏名	<input type="checkbox"/> 連絡担当者
		職種	
		E-mail【必須】	
		生年月日【必須】	西暦 _____年 _____月 _____日
		懇親会	<input type="checkbox"/> 参加する <input type="checkbox"/> 参加しない

※3名以上で申し込まれる場合は、本紙をコピーしてご使用ください。

※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、FAX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

[kyuubou@ajha.or.jp](mailto:kyuubou@ajha.or.jp)