

全日病発第 413 号
平成27年 3月23日

各 位

公益社団法人 全日本病院協会
会 長 西 澤 寛 俊
救 急 ・ 防 災 委 員 会
委員長 加 納 繁 照

平成27年度 第1回 AMAT 隊員養成研修（東京会場）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 Association 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。

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300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:小室、長戸、向井) 〒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
--

平成27年度 第1回AMAT隊員養成研修 実施要領

1. 主 催
全日本病院協会

2. 開催日及び会場

平成27年5月23日（土）、24日（日）日本医科大学付属病院 弥生2号館 2, 3階会議室
〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5

受付は2階

※ 別紙1 交通のご案内参照

3. プログラム（予定）

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
2015/5/23(土)	1000				受付		
	1000	1005	5		開会挨拶	全員	未定
	1005	1010	5		オリエンテーション	全員	
	1010	1040	30	講義	01 AMAT概論－AMATの具体的な活動－	全員	布施先生
	1040	1110	30	講義	02 災害時要援護者	全員	大西先生
	1110	1140	30	講義	03 災害概論(GSCATTT)	全員	小林先生
	1140	1230	50	実習	04 派遣シミュレーション①(設問1)	全員	布施・真瀬先生
	1230	1320	50	実習	04 派遣シミュレーション①(設問2)	全員	布施・真瀬先生
	1320	1420	60		(休憩)		
	1420	1500	40	講義	05 トリアージ	全員	勝見先生
	1500	1630	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	未定
	1500	1630	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
	1630	1640	10		(休憩)		
	1640	1740	60	講義・実習	08 災害時の情報通信(デモ通信)	全員	布施先生
1740	1820	40	実習	09 派遣シミュレーション②(設問3)	全員	布施・真瀬先生	
1820	1830	10		質疑応答、一日目まとめ	全員	布施先生	
				意見交換会	希望者		
2015/5/24(日)	830	900	30	講義	10 医療連携、関係機関の役割	全員	北川先生
	900	940	40	講義	11 AMAT活動の実際	全員	高橋先生
	940	1010	30	講義	12 災害時に留意すべき疾病		大西先生
	1010	1020	10		(休憩)		
	1020	1110	50	実習	13 派遣シミュレーション③(設問4)	全員	布施・真瀬先生
	1110	1200	50	実習	13 派遣シミュレーション③(設問5)	全員	布施・真瀬先生
	1200	1300	60		(休憩)		
	1300	1400	60	試験	筆記試験(20分)及び実技試験(40分)	医師・看護師	
	1300	1400	60	試験	筆記試験(20分)	事務職	
	1300	1400	60	試験・講義	筆記試験(20分)及び講義(40分)	薬剤師及び放射線技師	未定
	1400	1500	60	特別講義	未定	全員	未定
	1500	1505	5		試験結果発表、講評	全員	布施先生
1505	1510	5		閉会挨拶	全員	加納先生	
	1510			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

80名（前年度キャンセル待ちの病院を先行でご案内し、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27年5月15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。

交通のご案内



研修会場はこちら
斜め前に、コンビニ有り

■電車をご利用の場合

- ・地下鉄南北線 東大前駅下車2番出口より徒歩約5分又は本駒込駅下車1番出口より徒歩約8分
- ・地下鉄千代田線 千駄木駅下車1番出口又は根津駅下車1番出口より徒歩約7分
- ・地下鉄都営三田線 白山駅下車A3番出口より徒歩約10分
- ※JR駒込・西日暮里・日暮里・上野・御徒町駅よりタクシー使用の場合約10分
- JR水道橋・飯田橋駅よりタクシー使用の場合約15分

■バスをご利用の場合

- ・JR駒込駅前より（茶51） 向丘1丁目下車徒歩約3分
- ・JR御徒町駅（上野広小路）より（上58） 千駄木2丁目下車徒歩約3分



研修会場は、病院本館ではないので、ご注意ください。

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 27 年 5 月 23 日・24 日開催

●下記事項をご記入のうえ、F A Xにてお申し込みください。

F A X 0 3 - 5 2 8 3 - 7 4 4 4

施設名	※正式名称でご記入ください。		
住 所	(〒) 都・道 府・県		
T E L		F A X	
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F A Xにてご送付させていただきます。なお、申込用紙をF A X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(担当:小室、向井、長戸)

〒101-8378 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿楽町ビル7F
 T E L : 0 3 - 5 2 8 3 - 7 4 4 1 F A X : 0 3 - 5 2 8 3 - 7 4 4 4
 (受付時間: 平日 9 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 土日祝を除く)