

＜マニュアル10＞ 避難所の医療ニーズ調査

1 調査の必要性

(1) 目的

ア 地震が発生すると避難所に多くの避難者が集まりますが、東日本大震災では、特に津波被害のあった地域で行政機関も大きな被害を受け、避難者の所在や医療ニーズ等の情報が伝わらず、結果として医療救護活動の開始が遅れ、避難者の健康状態が悪化してしまうことが報告されました。南海トラフ地震の発生後においても同様のことが考えられますので、医療救護チームの医療支援を必要としている場所に早期に派遣するため、避難者の怪我や健康の状態を速やかに調査する必要があります。

イ この調査は、あらかじめ指定していた避難所（指定避難所）以外の、自然発生的にできた避難所や在宅で孤立している地区についても可能な限り行います。

(2) 調査の実施主体

ア 市町村災害対策本部は、発災後、速やかに避難所等の状況調査を行い、医療などのニーズを把握します。

イ 指定避難所の状況については、避難した住民が主体的に取りまとめ、市町村災害対策本部が集約することとなっています。指定避難所以外の避難所等については、指定避難所に状況を伝えることとなっています（大規模災害に備えた避難所運営マニュアル作成の手引き）。

ウ 介護を要する方々などいわゆる要配慮者については、市町村があらかじめ指定する「福祉避難所」に避難しますが、ここは老人保健施設などの既存の施設であることが多いため、当該施設の職員と市町村担当者が必要な医療ニーズをとりまとめ、市町村災害対策本部に連絡します。

エ 市町村が被災などにより調査を行えない場合には、**県保健医療支部に調査の代行を依頼**します。依頼を受けた県保健医療支部は、参集する医療救護チームや災害拠点病院等と調整し、調査を実施します。調査の実施にあたっては、市町村は可能な限り、避難所が設置されている、またはされていることが予想される場所へ調査チームを案内する等の協力を行います。

(3) 調査の方法

(調査様式)

- ア 調査項目は、避難所の名称、リーダーの氏名、医療救護の提供体制、水、電気などのライフライン、簡単な衛生状態、避難者数やその内訳等です。
- イ 調査は、「施設・避難所等ラピッドアセスメントシート」（様式 10-2）を使用していますが、避難所の受付窓口や災害時要配慮者名簿などを基にした家庭訪問等の際に被災状況の確認として活用する被災者アセスメント調査（様式 10-1）から得られた情報を集約し、避難所にいる被災者数や災害時要配慮者数、健康状態の把握などに活用します。
- ウ 詳細な情報よりも医療救護チームの派遣に必要な医療ニーズの概略を速やかに把握することが目的ですので、個々の調査に時間をかけすぎないように留意します。福祉避難所の取りまとめもこれに準拠して行います。
- エ 避難所の調査については、EMIS の「避難所状況入力」の機能を用いることも可能です。この機能は、DMAT 等が避難所において収集した情報を、EMIS により入力することができます。

(調査の取りまとめと関係機関との連携)

- オ 市町村災害対策本部（調査を代行する場合は、県保健医療支部。）は、調査をもとに避難所ごとの状況をエクセルファイル等に取りまとめ**関係機関と情報を共有**します。その上で、**避難所ごとに医療救護活動の必要の程度及び種類を把握**し、地元医師会（医療アドバイザーを設置する場合は、当該医師も含む）等の協力を得て避難所に対する医療救護を調整するほか、県保健医療支部（調査を代行する場合は、県保健医療本部。）にも**共通様式 4**により支援を要請します。
- カ ライフラインの途絶など調査の中で判明した、医療救護以外のニーズや避難所の状況については、それぞれの対策を所管する部署に伝達します。
- キ 避難者の健康調査は、市町村の保健担当部署が外部からの保健活動チームの協力を得て、被災後速やかに実施します。医療救護活動と保健・衛生活動とは密接な関わりがありますので、**必要に応じて調査に同行するなど協力して実施**します。また、**調査の結果は相互に共有**します。

(4) 避難所等での医療救護

- ア 市町村災害対策本部は、調査の結果を受けて地元医師会等に対し医療救護活動の実施を依頼します。地元医師会の医療スタッフが不足する場合は、市町村災害対策本部が県保健医療支部に**共通様式 4**により支援を要請します。
- イ 県保健医療支部は、市町村から**共通様式 4**により要請があった場合や、県保健医療支部が調査を代行した場合は、調整会議において、災害医療コーディネーター等と協議の上で、医療救護チームの派遣を調整します。また、必要に応じて県保健医療本部に**共通様式 4**により支援を要請します。

ウ 県保健医療本部は、県保健医療支部から**共通様式4**により要請があった場合は、調整会議において、災害医療コーディネーター等と協議の上で、医療救護チームの派遣を調整します。

エ 避難所での医療救護活動は長期にわたり、また多数多職種チームによる活動が行われるため、市町村災害対策本部と県保健医療支部は、それぞれの活動拠点となる場所で、その日の活動報告及びそれに対する評価、次の日の活動方針などについて意見交換や調整が行われるよう配慮します。

様式 10-1

調査票を配布した避難所名：

被災者アセスメント調査票

この調査票は、被災状況を直ちに把握し、適切に関係機関と共有することを目的とした調査票であり、本調査票に記載いただいた情報の共有に当たっては、災害時における支援活動のために使用いたします。

記入者のお名前：	記入日時： 月 日 時 分		
記入者の生年月日：	年齢：	性別：	
自宅住所：	固定電話：		
	携帯電話：		
記入者を含む被災された方の世帯人数：			

1 被災状況

被災により使用できなくなったライフライン	<input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 下水道 <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> インターネット通信
家屋(建物)の被害の状況	<input type="checkbox"/> 家屋に極めて大きな被害があった (家が流れてしまった、家が倒壊した、家が土砂によって埋没したなど) <input type="checkbox"/> 家屋に修繕が必要な程度の大きな被害があった(瓦が落ちた、外壁がはがれたなど) <input type="checkbox"/> 家屋に被害があった (被害の概況：) <input type="checkbox"/> 被害はなかった

2 現在の御自身の状況や、御自身と一緒に避難している御家族の状況

現在の宿泊場所	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> 車中泊 <input type="checkbox"/> その他		
避難所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 応急給水 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 生活物資 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行政やボランティア等から提供される各種の情報 <input type="checkbox"/> 利用していない		
医療サポートを利用されているか。	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 緊急性のある精神疾患 <input type="checkbox"/> 緊急治療歯科疾患 <input type="checkbox"/> 要緊急処置妊婦 <input type="checkbox"/> 定期的投薬が必要（現在、〔中断・継続〕） <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> その他 〔医薬品名：〕		
かかりつけの医療機関名			
訪問看護などの医療サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有 〔利用している事業所名：〕 <input type="checkbox"/> 無		
妊産婦や乳幼児の方がいるか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物アレルギーを有しているか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 〔原因食物〕 <input type="checkbox"/> 無
要介護(支援)認定を受けられているか	<input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護区分不明） 〔利用している居宅介護支援事業所名：〕 <input type="checkbox"/> 無		
障害等手帳をお持ちか	<input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳〕 〔具体的な障害の種類等：〕 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 無		
デイサービス・ヘルパーなどの福祉サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有〔 <input type="checkbox"/> 被災前と変わらず利用の見通しが立っている <input type="checkbox"/> 利用の見通しが立たない <input type="checkbox"/> わからない〕 〔利用している事業所名：〕 <input type="checkbox"/> 無		
その他			

本調査票に記載した情報を、地方自治体が設置する避難所の管理者、当該地方自治体の災害対策本部及び保健医療調整本部等において共有することに同意します。

年 月 日 氏名

様式 10-2 施設・避難所等ラピッドアセスメントシート (OCR 対応様式)

□の欄は、使用可能・該当・対応済であれば、✓を入れてください

* A: 充足 B: 改善の余地あり C: 不足 D: 不全

避難所コード									
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調査日	2	0	年		月		日	#A-D 選択式の項目が全て A 評価になるまで連日記入
	A M	P M			時		分	

調査者氏名		調査者所属	
電話連絡先			

施設名		固定電話	
所在地		携帯電話	
		FAX	

避難所運営組織	<input type="checkbox"/>	代表者名	
---------	--------------------------	------	--

避難者数 (A)		内 訳 男性 (人)		内 訳 女性 (人)	
食事提供人数 (B)		避難所以外の避難者数 (推計) *食事提供数 (B) - 避難者数 (A)			

避難者数 (再掲)	昼間人数 (人)		夜間人数 (人)		車中泊人数 (人)	
	75 歳以上 (人)		未就学児 (人)		乳児 (人)	

ライフライン / 通信	飲料水	A ~ D	食事	A ~ D	使用可能トイレ	A ~ D	
	電気	A ~ D	ガス	A ~ D	生活用水	A ~ D	
	固定電話	<input type="checkbox"/>	携帯電話	<input type="checkbox"/>	衛星電話	<input type="checkbox"/>	データ通信
医療支援	救護所設置	<input type="checkbox"/>	医療チームの巡回	<input type="checkbox"/>			

避難所の 環境	過密度	A ~ D	毛布等寝具	A ~ D	室温度管理	A ~ D	手洗い環境	A ~ D				
	トイレ 掃除	<input type="checkbox"/>	土足禁止	<input type="checkbox"/>	下水	<input type="checkbox"/>	ごみ 集積場所	<input type="checkbox"/>	館内 禁煙	<input type="checkbox"/>	ペット 収容所	<input type="checkbox"/>
	男女別 更衣室	<input type="checkbox"/>	男女別 トイレ	<input type="checkbox"/>	男女別 居住スペース	<input type="checkbox"/>	授乳室等 母子専用スペース	<input type="checkbox"/>	障害者用 トイレ	<input type="checkbox"/>		
	感染予防・ 清掃用物品	<input type="checkbox"/>	パーティション による区切り	<input type="checkbox"/>	段ボールベッド	<input type="checkbox"/>						

伝達事項	

＜マニュアル 11＞ トリアージ

1 概要

(1) 目的

ア START方式のトリアージは、同時に多数発生した傷病者の治療の優先順位の判定であり、特に緊急に治療を必要としない軽症患者や中等症患者の治療の順番を一次的に遅らせることなどによって、限られた医療資源（医師、看護師等の数、医薬品などの量）を効果的に使用するものです。

イ また、災害発生後に、多くの患者が医療機関に殺到したときに、その中から早期に治療をしなければならない重症患者を発見し、早期に適切な治療を受けさせることでより多くの人命を救うことを目的としています。

(2) 実施場所

ア トリアージは、災害現場や医療救護所、救護病院などの医療救護施設で行います。また、重症患者を県外に搬送するための航空搬送拠点では、搬送直前には再度トリアージを実施します。

イ 災害現場では、最初に到達した救急隊の救急救命士などがトリアージを行うとともに、必要な処置を行います。医師がいる場合は、救急隊と協力してトリアージを行います。なお、救急隊の活動については、各消防本部の活動基準によります。

ウ 医療救護所の医師は、集まっている傷病者のトリアージを行い、必要な応急措置を行います。

(3) トリアージを実施する者

ア 災害発生現場では、救急隊員（救急救命士を含む）、医師、看護師等がトリアージの実施者となります。ただし、トリアージは短時間で多数の傷病者の傷病の程度を判断し、治療の優先順位を決定しなければならないため、実施者はトリアージについてのトレーニングを積み、強い決断力を有する者でなければなりません。また、DMATが支援に入った場合には、DMATにトリアージを委ねることができます。

イ 医療機関では、より豊富な経験と知識を備え、かつ判断力、指導力を有する医師を事前にトリアージ実施責任者として定めておくとともに、責任者が不在の時にも対応できるように代理の責任者を決めておきます。

ウ トリアージ実施者はトリアージ中は治療や応急処置は行わず、カテゴリー決定に専念します。

(4) トリアージの準備

- ア 各実施場所では、トリアージのためのスペースを確保します。病院等でトリアージを実施する場合は、院内の治療活動との混乱を避けるために、玄関付近にトリアージ実施場所を設けるようにします。
- イ 確保したスペースを、トリアージ前の傷病者の待機場所、トリアージの実施場所、トリアージ後の傷病者の待機場所の3つに分けます。このうち、トリアージ後の待機場所については、最優先治療群（Ⅰ）、待機的治療群（Ⅱ）、保留群（Ⅲ）の3つに明確に区分し、各色別（赤、黄、緑）の表示を行います。
- ウ 負傷者及び救急搬送の動線が一方向となるように、進入路や搬出路を設定します。
- エ トリアージ実施場所から離れた場所に、死亡群（0）とされた方の収容場所を設けます。
- オ 家族等からの問い合わせに対応するため、傷病者の情報収集と伝達等を専門に担当する者を定めておきます。この担当者は、搬送または収容された傷病者の氏名等をトリアージエリアに掲示するなどして、その周知に努めます。

(5) カテゴリー

- ア 傷病者の症状を緊急度や重症度に応じて4段階に分類します。次の区分は一般的なカテゴリーであり、医療機関の人員や物資を最大限に活用し、より多くの傷病者を治療するためには、災害の種類や規模などによって弾力的に行うことが必要です。

表 11-1 トリアージカテゴリー

順位	分類	識別色	傷病状態及び病態	具体的事例
第1順位	最優先治療群 (重症群)	赤色 (Ⅰ)	生命を救うため、直ちに処置を必要とするもの。窒息、多量の出血、ショックの危険のあるもの。	気管閉塞、呼吸困難、意識障害、多発外傷、ショック、多量の外出血、内気胸、胸部開放創、腹腔内出血、腹膜炎、広範囲熱傷、気道熱傷、クラッシュシンドローム、多発骨折など
第2順位	待機的治療群 (中等症群)	黄色 (Ⅱ)	多少治療の時間が遅れても、生命に危険がないもの。基本的には、バイタルサインが安定しているもの。	全身状態が比較的安定しているが、入院を要する程度の傷病者（脊髄損傷、四肢長管骨骨折、脱臼、中等熱傷など）
第3順位	保留群 (軽症群)	緑色 (Ⅲ)	上記以外の軽易な傷病で、殆んど専門医の治療を必要としないものなど。	外来処置が可能な傷病者（四肢骨折、脱臼、打撲、捻挫、擦過傷、小さな切創及び挫創、軽度熱傷、過喚起症候群など）
第4順位	死亡群	黒色 (0)	既に死亡しているもの、または明らかに即死状態であり、心肺蘇生を施しても蘇生可能性のないもの。	圧迫、窒息、高度脳損傷、高位頸髄損傷、心大血管損傷、内臓破裂等により心肺停止状態など

2 実施

(1) 実施手順

ア トリアージは、傷病者1人あたり30秒以内を目安として実施しますが、1回だけで終わるのではなく、後方医療機関や航空搬送拠点への搬送後など、必要に応じて繰り返し行います。

イ トリアージの結果に基づいたトリアージタグを負傷者の右手首関節部につけます。その部位が負傷している場合には、左手首関節部、右足関節部、左足関節部、首の順でタグをつけます。

ウ 各病院等の医療従事者や医療チームのスタッフは、トリアージの結果に基づき適切に行動します。

⇒<マニュアル3, 4, 5>

エ トリアージ実施後、後方搬送が必要な場合は市町村災害対策本部に連絡し、早期の搬送に努めます。

(2) 記載済みのトリアージタグの保管

ア 1枚目の「災害現場用」の用紙は、災害現場や医療救護所が保管します。なお、自家用車などを使って個人等が患者を搬送する場合には、2枚目の「搬送機関用」をはがさないよう搬送者に注意します。

イ 2枚目の「搬送機関用」の用紙は、患者を搬送した機関が、患者を引き渡した医療機関名など必要事項を記載してからはがし、トリアージ実施場所ごとに保管します。

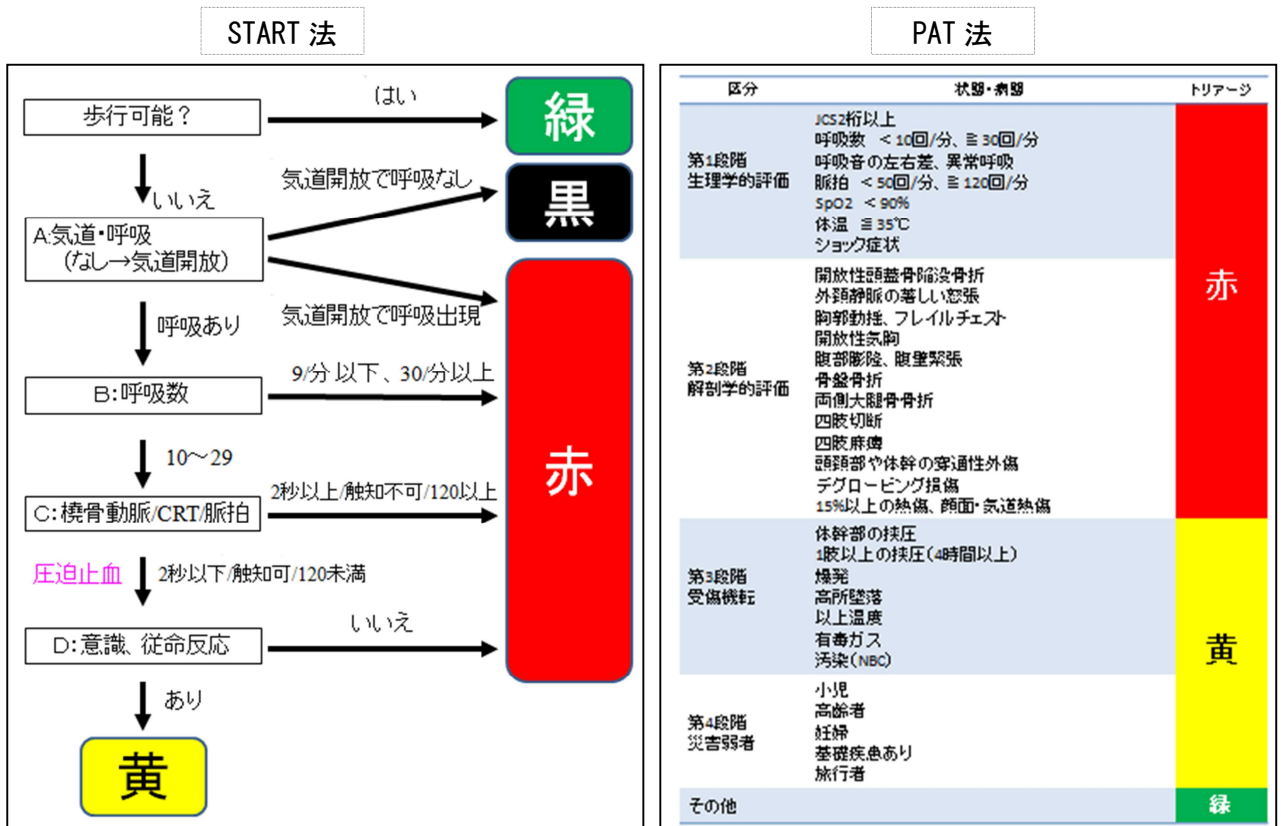
ウ 3枚目（台紙）の「医療機関用」の用紙は、医療機関がカルテの代用として必要事項を記載し、保管します。また、当該医療機関で1回目のトリアージを実施した場合には、「災害現場用」「搬送機関用」をはがさずにそのまま保管します。

エ 家族の自家用車などで個人等が患者を搬送した場合には、収容した医療機関が「搬送機関用」をはがして保管します。

オ 症状が軽くなり新たにトリアージタグを作成した場合には、最初のトリアージタグと一緒に保管します。

(3) START 法と PAT 法の比較

START 法と、二次トリアージの一つである PAT 法との比較を示します。



トリアージタグについて

大災害時には多数の医療従事者や医療チームが被災地域に集まり共同作業を行います。このため、各場面におけるトリアージの結果を誰が見ても容易に理解でき、直ちに次の行動に生かすことができるように表示するのに用いられるのが「トリアージタグ」です。

トリアージタグは、縦 23.5 センチ・幅 11 センチの台紙と 2 枚の複写用紙からできています。一番上の用紙は「災害現場用」、2枚目の用紙は「搬送機関用」、一番下の台紙は「収容医療機関用」です。

○記載の注意点

- ・記載は記録担当者が行い、トリアージ実施者は観察と判定に専念する。
- ・黒い油性ボールペンで、記載内容が確実に複写されるように強い筆圧で記入する。
- ・不明事項は空欄(氏名が不明な場合は「不詳」とする。
- ・トリアージは繰り返し実施するため、加筆できるように記載欄に空きを残す。
(実施するたびに実施月日・時刻、実施者名、実施場所を記載する。)
- ・誤記(氏名の誤りなど)を訂正する場合は、旧記載に二重線を引き、訂正内容を追記する。

(表面)

(裏面)

トリアージ・タグ

(災害現場用)

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex)
	年 月 日 生		男 (M) 女 (F)
住 所 (Address)		電 話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻		トリアージ実施者氏名	
月 日 時 分			
実施場所		職種	
搬送機関名	収容医療機関名		
傷病名			

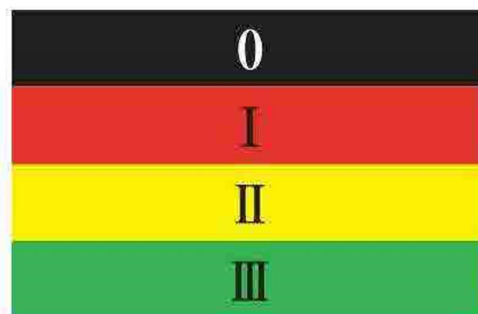
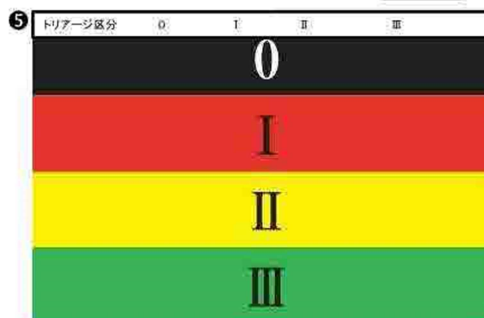
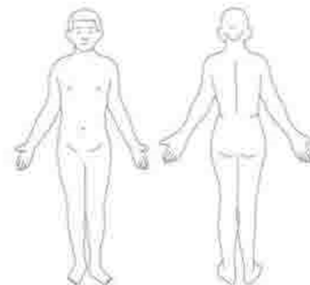
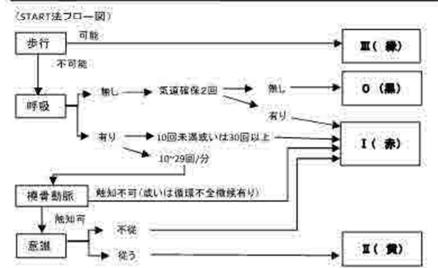
トリアージ・タグ

特記事項 (処置、搬送・治療上特に留意すべき事項)

.....

.....

時刻	血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	備考



○記載例

記載例①：START法

【傷病者情報】

氏名：災害太郎 40歳 男 昭和53年2月20日生、

住所：高知県 高知市 丸ノ内 1-2-20、電話番号：088-000-0000

【トリアージ実施者情報】

実施者：救急 次郎、職種：救急救命士、実施場所 △△傷病者集積場所

実施月日・時刻：3月7日 14時21分

【観察結果】

歩行不可、呼吸やや早い（24回/分）、脈拍触知、会話可能

(表面)

(表面)

実施機関ごとに
通し番号を記載

トリアージ・タグ

(災害現場用)

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex)
0-1	災害 太郎 昭和53年 2月 20日生	40	男 (M)
住所 (Address)	電話 (Phone)		
高知県高知市丸ノ内1-2-20	088-0000-0000		
トリアージ実施月日・時刻	トリアージ実施者氏名		
3月7日 14時 21分	救急 次郎		
実施場所 △△傷病者集積場所	職種 救急救命士		
搬送機関名	取寄医療機関名		
傷病名			

(START法フロー図)

```

    graph TD
        Start[START法フロー図] --> Walk{歩行}
        Walk -- 可能 --> Green[Ⅲ(緑)]
        Walk -- 不可 --> Breathe{呼吸}
        Breathe -- 無し --> Red[Ⅰ(赤)]
        Breathe -- あり --> Pulse{脈拍触知}
        Pulse -- 無し --> Red
        Pulse -- あり --> Conscious{意識}
        Conscious -- 不明 --> Red
        Conscious -- 従う --> Yellow[Ⅱ(黄)]
    
```

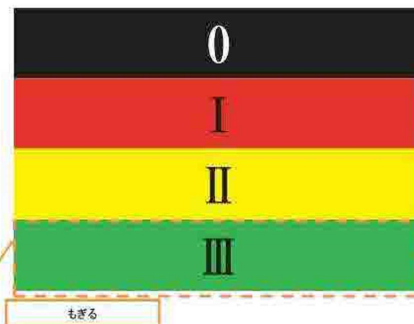
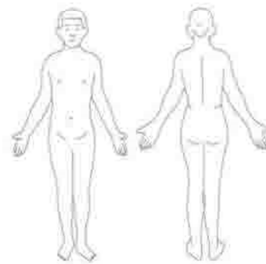
⑤ トリアージ区分 0 Ⅰ Ⅱ Ⅲ

もぎる

トリアージ・タグ

特記事項 (処置、搬送・治療上特に留意すべき事項)

時刻 血圧 脈拍 SpO2 意識 呼吸数 備考



記載例②：PAT法

※傷病者集積場所から救護所に運ばれた「記載例①の傷病者」に対して、PAT法によるトリアージを実施した。

【傷病者情報】
記載例①と同様

【トリアージ実施者情報】

実施者：救命 三郎、職種：医師、実施場所 △△救護所
実施月日・時刻：3月7日 14時40分

【生理学的評価】

意識 JCS1、呼吸 30回/分、顔面蒼白、冷汗湿潤あり、
脈は弱く 120/分、血圧 86/40mmHg、SpO2 96%

【解剖学的評価】

右上腹部に打撲痕、圧痛著明、腹膜刺激症状あり

(表面)

(裏面)

搬送機関・収容医療機関の決定後に記載
【記載例】搬送機関名(××消防)
収容医療機関名(□□病院)

トリアージ・タグ
(災害現場用)

No.	氏名 (Name)	年齢: Age	性別: Sex
○-1	災害 太郎 昭和53年 2月20日生	40	男 (M) 女 (F)
住所 (Address)	電話 (Phone)		
高知県高知市丸ノ内1-2-20	088-○○○-○○○○		
トリアージ実施月日・時刻	トリアージ実施者氏名		
3月7日 14時21分	救命 三郎		
実施場所 △△傷病者集積場所 △△救護所	職種 救急救命士 医師		
搬送機関名	収容医療機関名		
傷病名 胸腔内出血			

(START法フロー図)

```

    graph TD
      A[歩行] -- 可能 --> B[Ⅲ(緑)]
      A -- 不可能 --> C[呼吸]
      C -- 無し --> D[気道確保2回]
      D -- 無し --> E[Ⅲ(緑)]
      D -- 有り --> F[10回未満或いは30回以上  
10~29回/分]
      F --> G[Ⅰ(赤)]
      G --> H[摸骨動脈]
      H -- 触知不可(或いは確證不全確信有り) --> G
      H -- 触知可 --> I[意識]
      I -- 不従 --> G
      I -- 従う --> J[Ⅱ(黄)]
    
```

⑤ トリアージ区分 0 1 2 3

トリアージ区分が変更されたため、修正。

もぎる

トリアージ後に実施した処置や、搬送・治療上特に留意すべき事項を簡潔に記載
【記載例】
・左前腕よりブラインド(3号液)500ml投与開始(〇〇:〇〇~)
・ショック状態のため、手術可能な専門医療機関への搬送が必要

トリアージ・タグ
特記事項 (処置、搬送・治療上特に留意すべき事項)

時刻	血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数	備考
12:40	86/40	120	96%	JCS1	30	顔面蒼白、 冷汗湿潤あり
:	:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:	:

右上腹部に打撲痕、
圧痛著明、
腹膜刺激症状有り

負傷部位、所見等を簡潔に記載

もぎる

＜マニュアル 12＞ 災害診療記録とお薬手帳

1 目的

(1) 必要性

- ア 医療救護施設や避難所、福祉避難所等における診療や投薬などでは、治療記録があいまいになりがちで、また、患者が他の施設に搬送されたり、居所を移動することなどで事後の治療の際にこれまでの治療歴がわからないなどの課題があります。
- イ このため、これらの場所における医療活動では、通常診療録（カルテ）に代わり、「災害診療記録」（様式 12）を使用します。
- ウ なお、病院・診療所等での治療についても、できるだけ「災害診療記録」（様式 12）を治療履歴の記録と後方病院への申し送りに利用することとします。

(2) 災害診療記録

- ア 災害診療記録は、医療救護施設や避難所、福祉避難所等で治療を行う場合に使用します。
※記載方法等は災害診療記録 2018（災害時の診療録のあり方に関する合同委員会 平成 30 年（2018 年）11 月）を参照。
- イ 記載された当該記録は、所定の保管場所に保管し、保管担当者が管理します。
（保管場所の選定については、診療場所を所管する市町村災害対策本部等において診療地点の状況や連携のしやすさ等を考慮し、決定します。）被災者本人に当該記録を渡す必要が生じた場合は、原本を交付します。その際は、当該記録の記載事項を転写（コピー、写真撮影等）または記録簿等に転記し保存するとともに、当該患者に紛失しないこと、かかりつけ医等に届けることを指導します。
- ウ 医療救護チーム等は、活動前に所定の保管場所に保管されている当該診療記録を受け取り、活動場所での診療に向かいます。
- エ なお、災害診療記録の使用は通常診療録（カルテ）による記録等を妨げるものではありませんが、その場合も患者の移動等の可能性を考慮し、必要な診療情報の患者への交付に努めるものとします。

(3) お薬手帳

- ア 「お薬手帳」は平時から処方された薬の名前や量、処方医療機関などの情報を記載し、患者自らが所持するもので、災害時には服薬内容やアレルギーの有無、副作用歴などがわかることから、迅速で的確な治療や処方につながります。このため、

避難時も可能な限り携行し、受診時に医療支援チームに提示することが推奨されます。

イ 避難所での治療等では、「災害診療記録」のほかこの「お薬手帳」の自由記載欄を活用して治療履歴を記載します。

<マニュアル13> 遺体の仮安置と搬送

1 概要

(1) 目的

ア 遺体は本来の医療救護の対象ではありませんが、災害時には多数の死亡者が同時期に発生し、遺体の適切な取り扱いが円滑な医療救護活動を進めるために必須なものであるため、医療救護に直接関わる遺体の取り扱い方策等について記述します。

なお、災害発生前から入院治療中であるなどで、病死であることが明らかな場合は、当該医療機関で死亡診断書を作成し、遺体は遺族に引き渡すこととします。

イ 災害による遺体は、市町村の設置する遺体検案所に搬送され、警察による検視・見分の後、医師による検案、医師及び歯科医師による身元確認のための試料採取等が行われます。その後、遺体安置所に安置され、身元の判明した遺体は、市町村から遺族に引き渡されます。また、身元の判明しない遺体は、市町村で保管されます。

ウ 遺体の埋火葬は、墓地、埋葬等に関する法律、高知県地域防災計画、高知県広域火葬計画、市町村地域防災計画等に基づき、死亡者の遺族または死亡地の市町村が行います。

エ 医療救護施設以外の一般の医療施設においても、災害による死亡者を取り扱った場合には、本マニュアルを準用することとします。

(2) 遺体の仮安置

ア 医療救護施設の設置者は、救護施設内の適当な場所に遺体（医師により死亡が確認された方）の仮安置場所を設置します。

イ 死亡が確認された遺体は医療救護所スタッフ等により速やかに遺体仮安置場所に移動させ、遺体検案所に搬送されるまでの間、当該場所で保管し、その旨を所轄警察署に届け出ます。

〔(注) トリアージの結果、処置不能（死亡群）と判断された方は、あらかじめ指定された収容場所に収容し、医師により死亡が確認された後に仮安置場所に移動させます。〕

ウ 遺体は、所轄警察署の指示に基づき、遺体検案所に搬送します。

2 遺体の搬送

(1) 搬送の方法

- ア 医療救護施設の管理者は、仮安置した遺体の遺体検案所への搬送を市町村災害対策本部に要請します。
- イ 市町村災害対策本部は、関係機関・団体等の協力を得て遺体を搬送します。
- ウ 医療救護施設が搬送手段を有する場合は、遺体の搬送に協力します。

(2) 遺体に関する記録の保存等

- ア 遺体の搬送に際しては、トリアージタグ（死亡時間、確認医師名を必ず記入すること）を当該遺体に付けた状態で搬送しますので、医療救護施設はトリアージタグの記載内容を当該医療救護施設の記録簿等に転写または転記し、保存します。

(3) 遺体の取り扱いに関する情報の提供

- ア 医療救護施設の管理者は、当該施設から遺体検案所へ搬送した方のリストを作成し、当該施設に掲示します。
- イ 医療救護施設の管理者は、当該医療施設が取り扱った遺体に関する情報を随時、市町村災害対策本部に報告します。

(4) 遺体の検案

- ア 遺体の検視・見分は、医師の立会の下、警察が行います。医師が遺体の検案及び身元調査のための試料採取を行い、歯科医師が歯科所見等を採取します。
- イ 遺体の検案は、原則として医療救護所では行いません。
- ウ 検案等は遺体検案所で行われますが、所轄警察署の指示により救護病院等で実施される場合は、当該救護病院等が警察の行う業務に協力します。

<マニュアル 14> 医薬品等及び輸血用血液の供給

1 医薬品等の供給

(1) 災害急性期に必要な医薬品等の供給

(医療救護施設)

ア 医療救護所または救護病院で医薬品等が不足する場合は市町村災害対策本部に、災害拠点病院で医薬品等が不足する場合は県保健医療支部に、広域的な災害拠点病院で医薬品等が不足する場合は県保健医療本部に、医薬品等供給要請書兼応諾連絡書（様式 14-1）により医薬品等の供給を要請します。

イ 要請先から応諾の連絡があれば、指定された場所で医薬品等を受領し、医薬品等受領書（様式 14-7）を提出します。医薬品等の輸送手段の確保が困難な場合は、要請先に支援を求めます。

(市町村災害対策本部)

ウ 医療救護所または救護病院から医薬品等の供給要請を受けたときは、市町村内の医療機関、薬局等に供給を依頼します。高知県薬剤師会支部と医薬品等の供給に関する協定を締結している場合は、協定に基づき高知県薬剤師会支部会員薬局に供給を要請します。

エ 市町村内の薬局等からの供給が困難な場合は、様式 14-1 により県保健医療支部に支援を要請します。

オ 要請先から応諾の連絡があれば、様式 14-1 により応諾内容を要請元に連絡します。要請元が指定場所で医薬品等を受領することが困難な場合は、輸送手段等について要請元や県保健医療支部と調整します。

(県保健医療支部)

カ 支部管内の市町村または災害拠点病院から医薬品等の供給要請を受けたときは、支部用医薬品等備蓄医療機関（資料 5）または支部管内市町村に、様式 14-1 により供給を要請します。支部管内の供給が困難な場合は、様式 14-1 により県保健医療本部に支援を要請します。

キ 要請先から応諾の連絡があれば、様式 14-1 により要請元に応諾内容を連絡します。要請元医療救護施設または市町村災害対策本部が指定場所で医薬品等を受領することが困難な場合は、医薬品等の輸送に可能な限り協力します。また、緊急輸送が必要な場合や陸上輸送が困難な場合は、県保健医療本部にヘリコプター等による輸送を要請します。

ク 医薬品等備蓄医療機関から備蓄医薬品等在庫状況・自己使用報告書（様式 14-8）により品目ごとの在庫状況または備蓄医薬品等の自己使用に関する報告があった場合は、様式 14-8 により速やかに県保健医療本部に報告します。高知市支部は国立病院機構高知病院から報告があった場合は中央西支部に報告をします。

（県保健医療本部）

ケ 県保健医療支部または広域的な災害拠点病院から医薬品等の供給要請を受けたときは、原則として①～④の順に供給を要請します。

① 医薬品等備蓄医療機関〔様式 14-1〕



② 供給要請を行った支部以外の県保健医療支部〔様式 14-1〕



③ 高知県医薬品卸業協会または高知県衛生材料協会〔緊急用医薬品等供給要請書（様式 14-2）または緊急用衛生材料等供給要請書（様式 14-3）〕



④ 国または他の都道府県〔医薬品等緊急輸送要請書（様式 14-6）〕

コ 県保健医療本部から要請のあった医薬品等の応諾については、高知県医薬品卸業協会は緊急用医薬品等供給応諾書（様式 14-2-2）、高知県衛生材料協会は緊急用衛生材料等供給応諾書（様式 14-3-2）で県保健医療本部に連絡します。

サ 医薬品等の供給について応諾を得ることができれば、様式 14-1 により要請元に応諾内容を連絡します。要請元医療救護施設または市町村災害対策本部が指定場所で医薬品等を受領することが困難な場合は、医薬品等の輸送に可能な限り協力します。

シ ヘリコプター等による医薬品等輸送の必要がある場合（県保健医療支部から要請があった場合を含む）は、その確保を県災害対策本部に要請します。

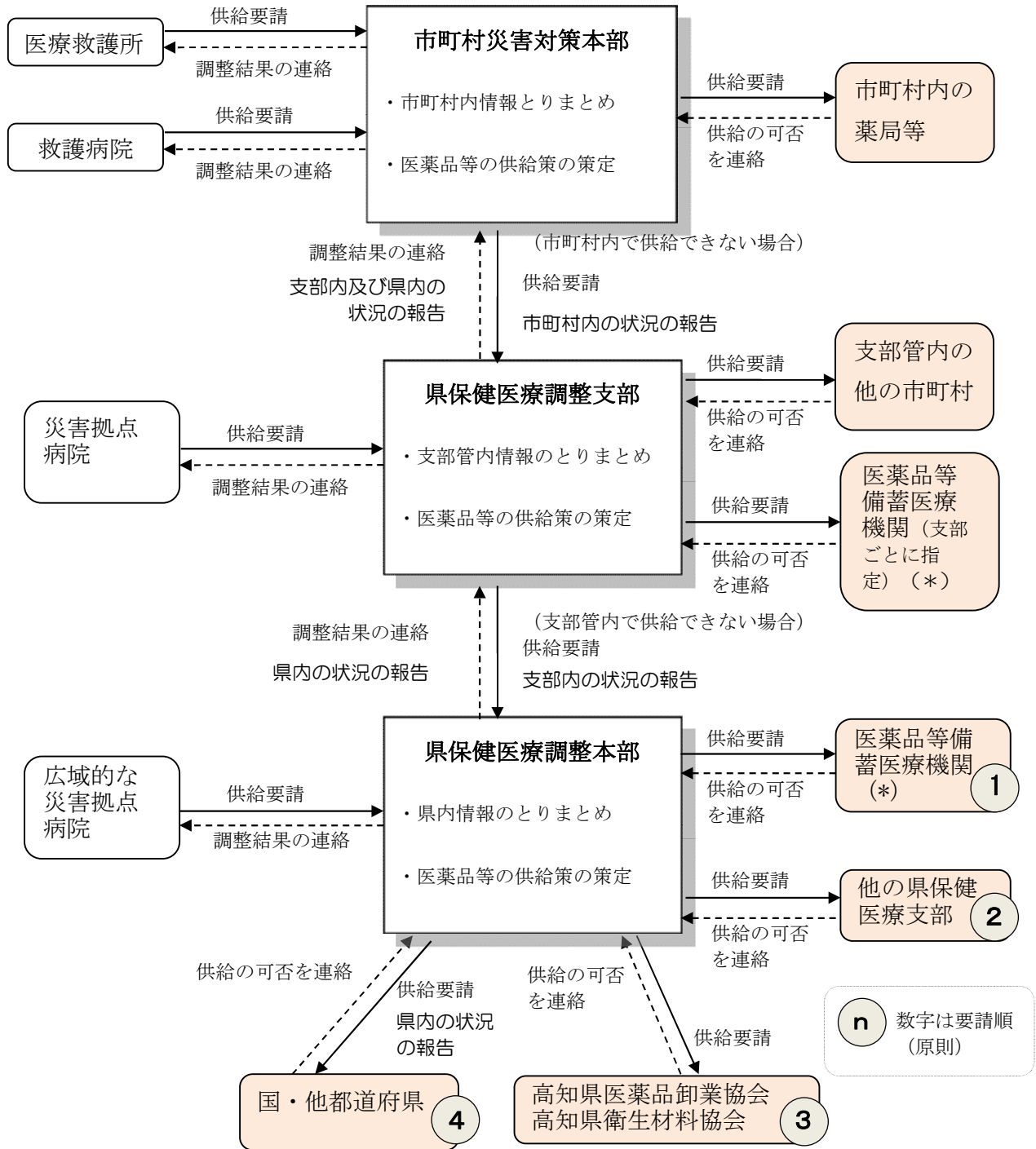
ス 災害急性期に県外から供給される支援物資（医薬品等）は、県保健医療支部からの情報や支援要請に基づき、災害薬事コーディネーター（総括）が災害薬事コーディネーター（支部担当）と協議のうえ、供給先を決定します。

（医薬品等備蓄医療機関）

セ 県保健医療本部または県保健医療支部から備蓄医薬品等の供給要請を受けたときは、在庫状況を確認し、様式 14-1 により供給の可否を報告します。

ソ 自院が保有する医薬品等が不足する場合は、県が備蓄する医薬品等を使用して医療救護活動を行います。この場合、使用した品目及び量を、様式 14-8 により自院が所在する市町村を所管する県保健医療支部に速やかに報告します。

タ 備蓄医薬品等の品目ごとの在庫状況を、様式 14-8 により自院が所在する市町村を所管する県保健医療支部に定期的に報告します。



* 医薬品等備蓄医療機関 (19 病院)

田野病院、あき総合病院、高知大学医学部附属病院、J A 高知病院、野市中央病院、高知医療センター、高知赤十字病院、近森病院、海里マリン病院、国立病院機構高知病院、土佐市民病院、仁淀病院、須崎くろしお病院、高北病院、高陵病院、くぼかわ病院、四万十市立市民病院、幡多けんみん病院、渭南病院

図 14-1 災害急性期に必要な医薬品等の供給

(使用する様式)

様式	様式名称	参 考
様式 14-1	医薬品等供給要請書兼応諾連絡書	医療救護施設・医薬品等備蓄医療機関・市町村本部・県保健医療支部・県保健医療本部間の連絡
様式 14-2	緊急用医薬品等供給要請書	高知県医薬品卸業協会への要請
様式 14-2-2	緊急用医薬品等供給応諾書	高知県医薬品卸業協会からの回答
様式 14-3	緊急用衛生材料等供給要請書	高知県衛生材料協会への要請
様式 14-3-2	緊急用衛生材料等供給応諾書	高知県衛生材料協会からの回答
様式 14-6	医薬品等緊急輸送要請書	国、他都道府県への要請
様式 14-7	医薬品等受領書	
様式 14-8	備蓄医薬品等在庫状況・自己使用報告書	医薬品等備蓄医療機関からの報告

(2) 災害急性期における薬剤師の派遣

(医療機関からの要請)

ア 災害急性期に医療救護施設で医薬品の管理、調剤等を行う薬剤師が不足した場合、医療救護所及び救護病院は市町村災害対策本部に、災害拠点病院は県保健医療支部に、広域的な災害拠点病院は県保健医療本部に、**共通様式 4**により薬剤師の派遣を要請します。

(市町村災害対策本部)

イ 市町村災害対策本部は、医療救護所または救護病院から薬剤師の派遣要請があったときは、高知県薬剤師会支部と薬剤師派遣に関する協定を締結している場合は、薬剤師会支部に薬剤師の派遣を要請します。協定を締結していない場合及び薬剤師会支部を通じた派遣が困難な場合は、**共通様式 4**により県保健医療支部に派遣を要請します。

ウ 市町村災害対策本部は、高知県薬剤師会支部または県保健医療支部から薬剤師派遣の応諾を得たときは、**共通様式 4**により要請元医療救護施設に応諾内容を連絡します。

(県保健医療支部)

エ 県保健医療支部は、市町村災害対策本部または災害拠点病院から薬剤師派遣の要請があったときは、高知県薬剤師会支部に薬剤師の派遣を要請します。薬剤師会支部を通じた派遣が困難な場合は、**共通様式 4**により県保健医療本部に派遣を要請します。

オ 県保健医療支部は、高知県薬剤師会支部または県保健医療本部から薬剤師派遣の応諾を得たときは、**共通様式 4**により市町村災害対策本部または災害拠点病院に応諾内容を連絡します。

(県保健医療本部)

カ 県保健医療本部は、県保健医療支部または広域的な災害拠点病院から薬剤師の派遣要請があったときは、高知県薬剤師会に薬剤師の派遣を要請します。

キ 県保健医療本部は、高知県薬剤師会から薬剤師派遣の応諾を得たときは、**共通様式 4**により県保健医療支部または広域的な災害拠点病院に応諾内容を連絡します。

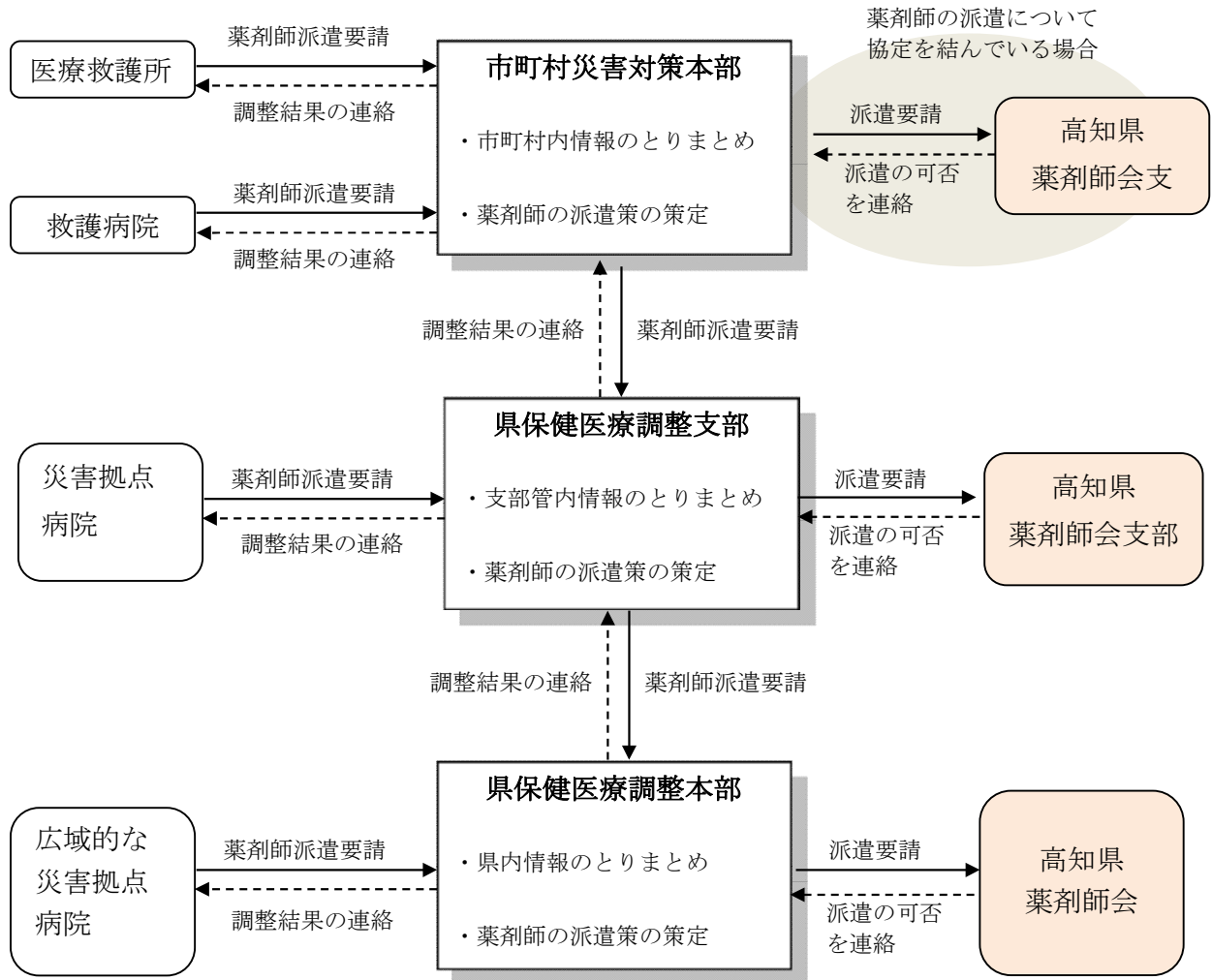


図 14-2 災害急性期における薬剤師の派遣

(使用する様式)

様式	様式名称	参考
共通様式 4	医療従事者派遣要請書・医療従事者等派遣応諾連絡書	医療救護施設・市町村本部・県保健医療支部・県保健医療本部間の連絡

(3) 災害急性期以降に必要な医薬品等の供給

(初動)

ア 県保健医療本部は、県災害対策本部、県保健医療支部等と協議して、医薬品集積所（一次、二次）の設置の有無、設置する場合は設置場所を決定し、調整結果を関係機関に周知します。

イ 県保健医療本部は高知県医薬品卸業協会、高知県衛生材料協会等の各種関係機関に対し、あらかじめ協議した内容に基づき、会員会社が医療救護施設を含む全ての医療機関及び薬局に医薬品等を迅速に供給するために必要な支援を行います。

(供給要請：初動)

ウ 県保健医療本部は県内の被災状況等に関する情報をもとに、優先供給医薬品リストにより高知県医薬品卸業協会に、医療救護施設等で行う医療救護活動に必要な医薬品等の供給を要請します。

エ 県保健医療本部は、高知県医薬品卸業協会を通じた供給が困難な医薬品等については、様式 14-6 により国または他の都道府県に供給を要請します。

(供給要請：2回目以降)

オ 県保健医療本部は県保健医療支部等と連携して、医療救護施設等で必要とする医薬品等の状況、医療関係団体・医薬品関係団体等からの支援物資も含めた医薬品等の供給状況に関する最新の情報を把握します。

カ 県保健医療本部は、収集した情報を参考に、医療ニーズとのマッチングを行ったうえで、供給が必要な医薬品等の品目・数量及び医療救護施設等への配分方法を協議し、高知県医薬品卸業協会、高知県衛生材料協会、国または他の都道府県に供給を要請します。

キ 全ての医療機関や薬局は、医薬品卸業者に直接発注を行うこともできます。その際、医療機関等は、市町村対策本部、県保健医療支部、県保健医療本部へ要請する医薬品と重複しないようにします。

ク 医薬品卸業者は、県保健医療本部からの供給要請と医療機関等からの発注が重なり供給可能量が少ない場合は、供給優先順位の決定等の供給調整を行います。供給優先順位は原則として、県保健医療本部からの要請、広域的な災害拠点病院からの発注、拠点病院からの発注、救護病院からの発注、その他の医療機関・薬局からの発注とします。

(高知県医薬品卸業協会または高知県衛生材料協会からの供給)

ケ 県保健医療本部が高知県医薬品卸業協会に供給を要請した医薬品等は、会員の医薬品卸業者が、県保健医療本部が指定する医療救護施設等または医薬品集積所に輸送します。医薬品卸業者による輸送が困難な場合は、県保健医療本部が医療救護施設等、

市町村災害対策本部と輸送手段を調整します。医薬品等を受領したときは、医薬品等受領書（様式 14-7）を提出します。

- コ 衛生材料等の受渡場所は県保健医療本部が指定し、輸送手段は高知県衛生材料協会と県保健医療本部の間で調整します。衛生材料等を受領したときは、医薬品等受領書（様式 14-7）を提出します。

（国または他の都道府県からの供給）

サ 県保健医療本部からの要請に基づき国または他の都道府県から供給された医薬品等及び支援物資、医療関係団体・医薬品関係団体等から供給された支援物資は、一次医薬品集積所に入庫します。

シ 国または他の都道府県から空輸または海路で供給された医薬品等のヘリポート等から一次医薬品集積所までの輸送、一次医薬品集積所から二次医薬品集積所までの輸送については、災害対策本部と協議し、県保健医療本部が輸送手段を確保します。

（医薬品集積所で管理する医薬品等の使用）

ス 医薬品集積所で管理する医薬品等を医療救護活動に使用する場合は、原則として支部管内の二次医薬品集積所に供給を要請しますが、一次医薬品集積所で受領することで必要な医薬品等をより迅速に使用できる場合は、一次医薬品集積所に供給を要請することも可能とします。供給要請は様式 14-9 により行い、受領時に様式 14-7 の医薬品等受領書を提出します。

セ 医薬品等は要請元が医薬品集積所で受領しますが、困難な場合は、県保健医療支部及び県保健医療本部は医薬品等の輸送に可能な限り協力します。

（一次医薬品集積所）

ソ 県保健医療本部は、災害薬事コーディネーター（総括）、高知県薬剤師会、薬剤師医療救護班等の協力を得て、一次医薬品集積所を運営します。

タ 県保健医療本部からの要請に基づき国等から供給された医薬品等及び支援物資、医療関係団体・医薬品関係団体等から供給された支援物資を仕分け・管理し、要請のあった二次医薬品集積所、医療救護施設等に供給します。

チ 医薬品等の品目・量が不足し二次医薬品集積所等からの供給要請に応諾することが困難な場合は県保健医療本部に確保を要請するなど、一次医薬品集積所に適切な品目・量の医薬品を保管できるよう努めます。

ツ 一次医薬品集積所に入庫した医薬品等（支援物資を含む）の品目・量、二次医薬品集積所等に供給した医薬品の品目・量等を、県保健医療本部に定期的に報告します。

（二次医薬品集積所）

テ 県保健医療支部は、災害薬事コーディネーター（支部担当）、高知県薬剤師会支部、薬剤師医療救護班等の協力を得て、二次医薬品集積所を運営します。

- ト 県保健医療支部は収集した情報をもとに、支部内で不足する医薬品等のリスト（品名、数量等）を作成し、一次医薬品集積所に二次医薬品集積所への供給を要請します。
- ナ 二次医薬品集積所では、一次医薬品集積所から供給された医薬品等及び支援物資、二次医薬品集積所に直接入庫した支援物資を仕分け・管理し、要請のあった医療救護施設等に供給します。
- ニ 一次医薬品集積所から供給された医薬品等、二次医薬品集積所に直接入庫した支援物資、医療救護施設等に供給した医薬品等の品目・量等を、県保健医療支部に定期的に報告します。

(優先供給医薬品)

- ヌ 県保健医療本部は、災害薬事コーディネーターを通じ、道路啓開情報等を考慮し、高知県医薬品卸業協会に、県及び市町村があらかじめ指定する場所（救護病院等）に優先供給医薬品の輸送を指示します。
- ネ 高知県医薬品卸業協会は、優先供給医薬品の情報について、災害薬事コーディネーターを通じ、緊急用医薬品等供給応諾書（様式 14-2-2）により県保健医療本部へ連絡します。会員の医薬品卸業者は、優先供給医薬品を県及び市町村があらかじめ指定する場所（救護病院等）に輸送します。医薬品卸業者による輸送が困難な場合は、県保健医療本部と輸送手段を調整します。
- ノ 県保健医療本部は、様式 14-1 により優先供給医薬品の供給について県保健医療支部へ連絡します。
- ハ 県保健医療支部は、様式 14-1 により優先供給医薬品の供給について各市町村災害対策本部へ連絡します。
- ヒ 高知県医薬品卸業協会は、災害薬事コーディネーターを通じて優先供給医薬品の輸送完了を県保健医療本部へ連絡します。
- フ 県保健医療本部は、高知県医薬品卸業協会による優先供給医薬品の輸送完了を県保健医療支部へ連絡します。

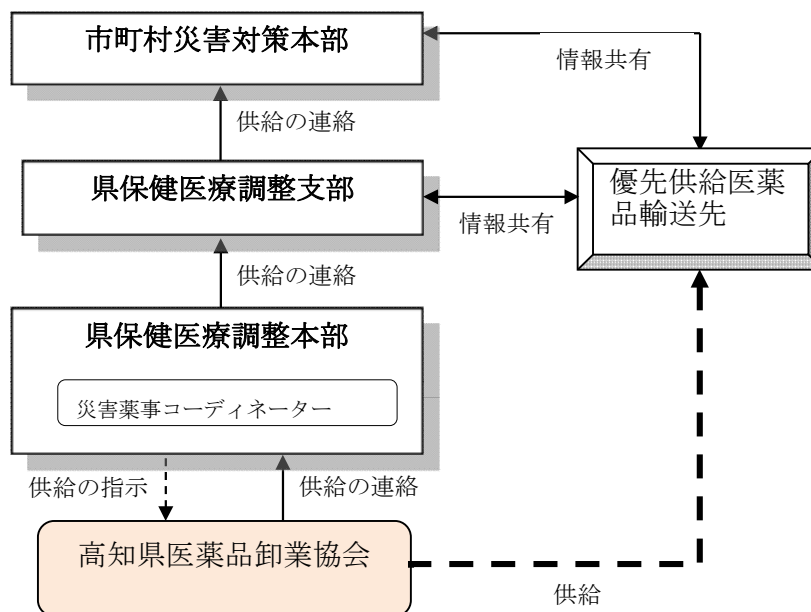


図 14-3 優先供給医薬品の供給

(使用する様式)

様式	様式名称	参 考
様式 14-1	医薬品等供給要請書兼応諾連絡書	医療救護施設・医薬品等備蓄医療機関・市町村本部・県保健医療支部・県保健医療本部間の連絡
様式 14-2-2	緊急用医薬品等供給応諾書	高知県医薬品卸業協会からの回答
様式 14-6	医薬品等緊急輸送要請書	国、他都道府県への要請
様式 14-7	医薬品等受領書	
様式 14-9	医薬品等供給要請書	医療救護施設等から医薬品集積所への供給要請及び集積所からの回答

(4) 歯科用医薬品等の供給

- ア 高知県歯科医師会は、市町村災害対策本部、県保健医療本部または県保健医療支部からの要請により医療救護施設等（高知医療センター及び高知大学医学部附属病院を除く）において歯科医療救護活動を行うときは、医薬品備蓄歯科診療所または歯科医師会歯科保健センターに備蓄する歯科用医薬品等を使用します。歯科医療救護活動要請元は、使用する歯科用医薬品等について医薬品等受領書（様式 14-7）を提出します。
- イ 歯科医療救護活動を開始するときは、高知県歯科医師会が活動場所に備蓄歯科用医薬品等を持参するか、要請元が活動場所へ輸送します。高知県歯科医師会または要請元による持参・輸送が困難な場合は、県保健医療本部及び県保健医療支部は可能な限り輸送に協力します。
- ウ 高知医療センター及び高知大学医学部附属病院は、備蓄医薬品等を自院で行う歯科医療救護活動に使用するほか、要請に応じて、歯科医療救護活動を行う医療救護施設等に供給します。
- エ 歯科用医薬品等が不足する場合は、県保健医療支部・県保健医療本部を經由して、**様式 14-1**により他の備蓄歯科診療所、高知医療センターまたは高知大学医学部附属病院に供給を要請します。応諾が可能な場合は、県保健医療本部・県保健医療支部を經由して、要請元に**様式 14-1**により応諾内容を連絡します。
- オ 要請先から応諾の連絡があれば、要請元は指定された場所で医薬品等を受領し、医薬品等受領書（様式 14-7）を提出します。
- カ 要請元が指定場所で歯科用医薬品等を受領することが困難な場合は、県保健医療本部及び県保健医療支部は可能な限り輸送に協力します。

(使用する様式)

様式	様式名称	参 考
様式 14-1	医薬品等供給要請書兼応諾連絡書	医療救護施設・歯科用医薬品等を備蓄する医療機関・市町村本部・県保健医療支部・県保健医療本部間の連絡
様式 14-7	医薬品等受領書	

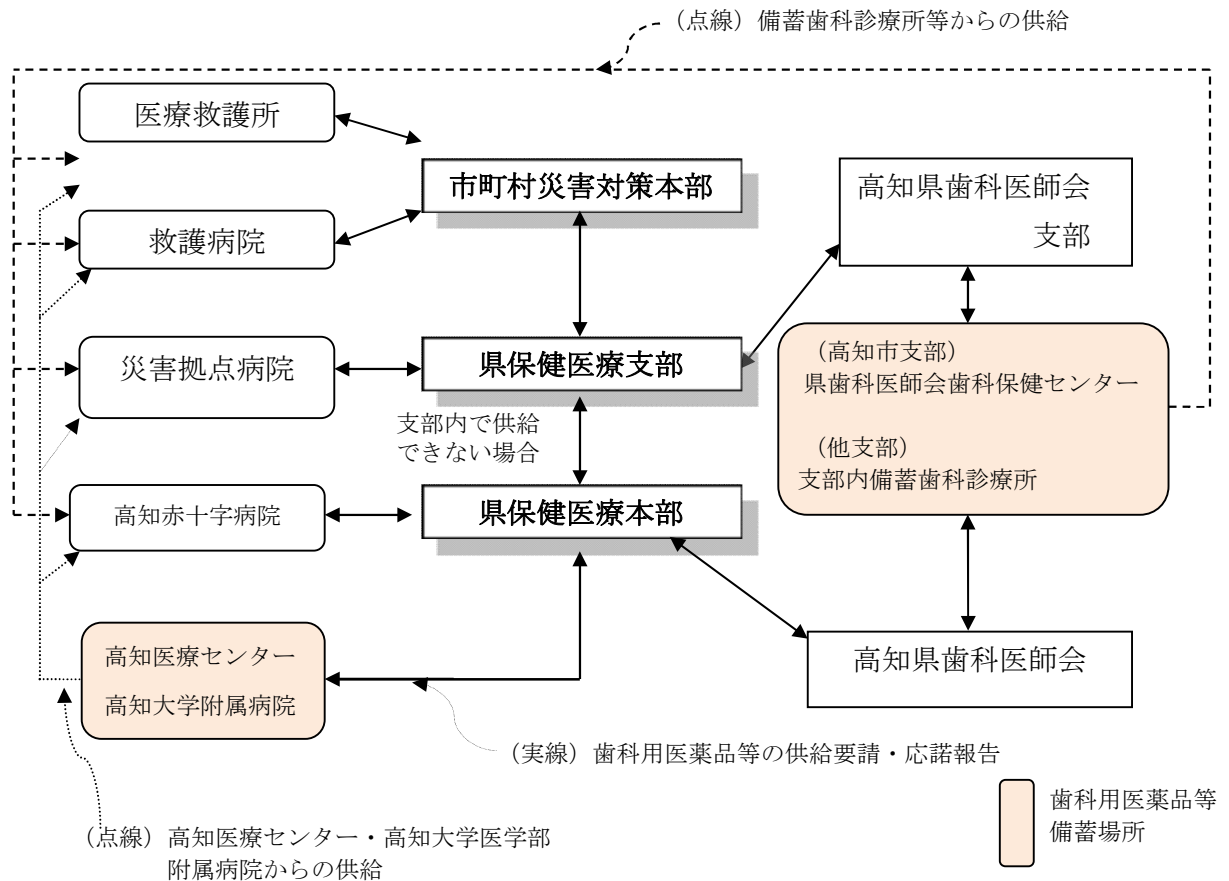


図 14-4 歯科用医薬品等の供給

2 輸血用血液の供給

(1) 災害時緊急供給体制の実施

ア 災害時に陸路を使った通常の供給が不可能または著しく困難な場合、高知県赤十字血液センター(以下「血液センター」という。)は、県保健医療本部と協議のうえ、輸血用血液の災害時緊急供給体制*を開始します。

*災害時緊急供給体制：災害時に輸血用血液を円滑に供給できるよう、陸路を使った通常の輸血用血液の供給が不可能または著しく困難となった場合、あらかじめ協定を締結した災害拠点病院等(以下「協定締結病院」という。)に一定量の輸血用血液を空路等により搬送し、保管・利用する仕組み

イ 災害時緊急供給体制を開始した場合、血液センターは、こうち医療ネット等を通じて県保健医療本部及び医療機関等に周知します。

ウ 災害時緊急供給体制実施時の輸血用血液の供給運用は、協定締結病院と血液センター間であらかじめ定められた方法で行われます。

エ 血液センターは、輸血用血液の需要に応じた通常の供給が可能と判断した場合、県保健医療本部と協議のうえ、災害時緊急供給体制を終了し、こうち医療ネット等を通じて県保健医療本部及び医療機関等に周知します。

(2) 供給の流れ

ア 全ての医療機関は、輸血用血液が必要な場合は血液製剤発注票（様式 14-10）等により、直接血液センターに輸血用血液の供給を要請します。

イ 災害時緊急供給体制を実施している間は、広域的な災害拠点病院、災害拠点病院及び協定締結病院以外の医療機関で輸血用血液に不足を生じた場合、輸血が必要な患者を極力、協定締結病院に搬送することとします。搬送が困難な場合には、輸血用血液を必要とする医療機関は、血液センターに輸血用血液の供給を要請しますが、血液センターが当該施設に輸血用血液を直接供給できない場合は、近隣の協定締結病院から輸血用血液の供給を受けます。

ウ 血液センターは、医療機関から要請のあった輸血用血液の供給について血液センターから直送できるか、あるいは近隣にある協定締結病院から供給できるかについて調整し、その結果について、血液製剤発注票等により要請のあった医療機関に連絡します。

エ 要請元医療機関は、血液センターから輸血用血液供給応諾の連絡があれば、指定された場所で輸血用血液を受領します。

(3) 血液センターの対応

ア 血液センターの被災状況及び血液保有状況を、発災後速やかに、高知県赤十字血液センター被災状況及び血液保有状況報告書（様式 14-11）により県保健医療本部に報告します。被災状況及び血液保有状況の報告は、以後も定期的に行います。

イ 血液センターの保有する輸血用血液が不足する場合は、中四国ブロック血液センターに供給を要請します。

ウ 被災の影響等により血液センターが現在地でその機能を果たせなくなった場合は、日本赤十字社高知県支部に臨時の血液センターを設置し、その機能を引き継ぎ、あらかじめ協議した手順により中四国ブロック血液センターに輸血用血液の供給を要請します。

エ 輸血用血液の搬送が困難な場合、県保健医療本部にヘリ等による搬送について協力を要請します。

オ 県保健医療本部は、血液センターからヘリ等による搬送依頼があった場合、県災害対策本部と調整をして、搬送手段を確保します。血液センターにヘリを確保したことを報告し、ヘリを向かわせます。

(使用する様式)

様式	様式名称	参考
様式 14-10	血液製剤発注票	医療機関・血液センター間の連絡
—	納品書及び受領書	
—	仮納品伝票	
様式 14-11	高知県赤十字血液センター被害状況及び血液保有状況報告書	高知県赤十字血液センターから県保健医療本部あての報告

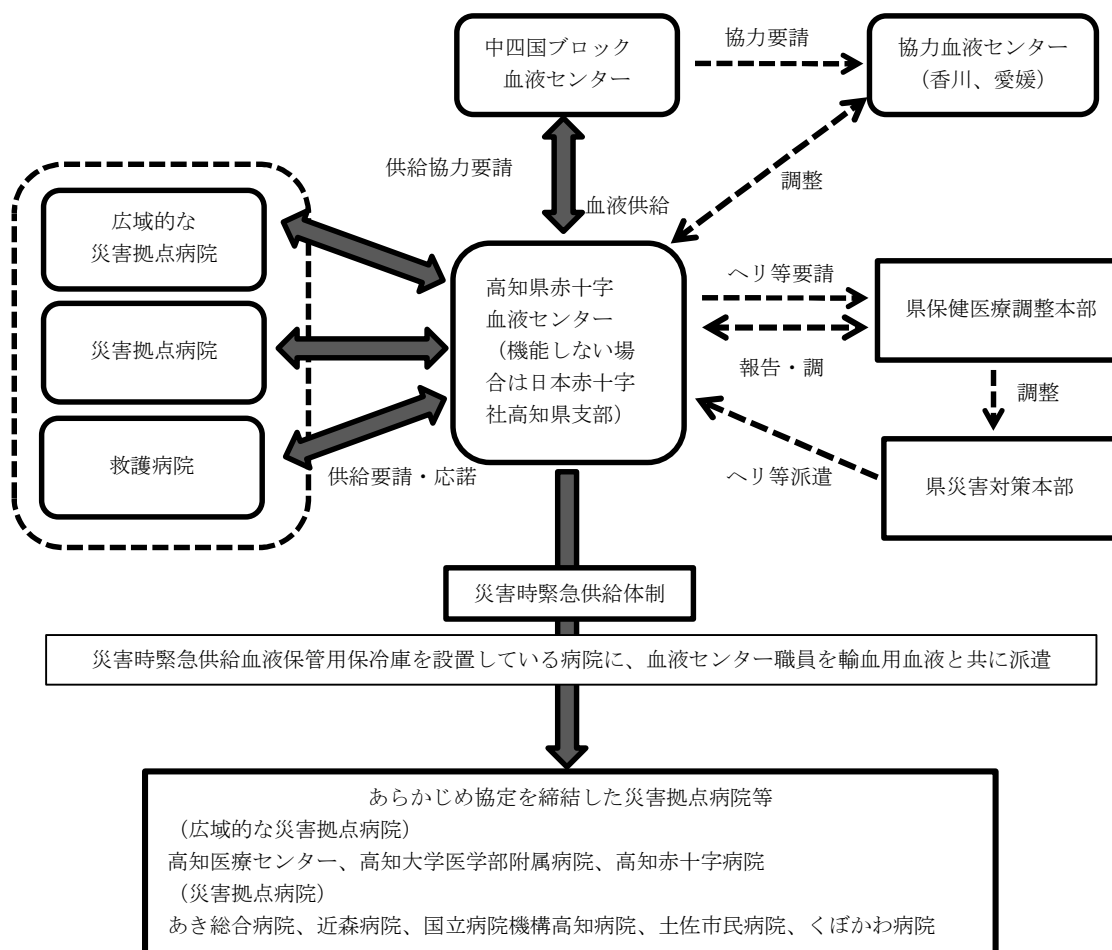


図 14-5 輸血用血液の供給

3 医療ガス及び医療機器の供給

(1) 初動

ア 県保健医療本部は日本産業・医療ガス協会四国地域本部医療ガス部門高知県支部、高知県医療機器販売業協会に対し、あらかじめ協議した内容に基づき、会員会社（販売業者）が医療救護施設を含む全ての医療機関に医療ガス、医療機器等を迅速に供給するために必要な調整を行います。

(2) 供給要請

ア 医療ガス等または医療機器等に不足を生じ通常のルートでは入手が困難な場合は、救護病院は市町村災害対策本部、災害拠点病院は県保健医療支部、広域的な災害拠点病院は県保健医療本部に、医療ガス等については緊急用医療ガス等供給要請書（様式 14-4）、医療機器等については緊急用医療機器等供給要請書（様式 14-5）により供給を要請します。

イ 市町村災害対策本部は、救護病院から医療ガス等または医療機器等の供給要請があったときは、様式 14-4 または様式 14-5 により県保健医療支部に供給を要請します。

ウ 県保健医療支部は、市町村災害対策本部または災害拠点病院から医療ガス等または医療機器等の供給要請があったときは、様式 14-4 または様式 14-5 により県保健医療本部に供給を要請します。

エ 県保健医療本部は、県保健医療支部または広域的な災害拠点病院から要請があったときは、医療ガス等については様式 14-4 により日本産業・医療ガス協会四国地域本部医療ガス部門高知県支部に、医療機器等については様式 14-5 により高知県医療機器販売業協会に供給を要請します。

(3) 応諾

ア 日本産業・医療ガス協会四国地域本部医療ガス部門高知県支部は、要請を受けた医療ガス等の供給が可能な場合は、県保健医療本部と受渡方法等を調整・確認したうえで、県保健医療本部が指定する場所まで輸送します。

イ 日本産業・医療ガス協会四国地域本部医療ガス部門高知県支部は、要請を受けた医療ガス等の供給状況を県保健医療本部に緊急用医療ガス等供給連絡書（様式 14-4-2）により連絡します。県保健医療本部は、日本産業・医療ガス協会四国地域本部医療ガス部門高知県支部から連絡があった内容を県保健医療支部及び市町村災害対策本部*に様式 14-4-2 により連絡します。

【マニュアル 14】 医薬品等及び輸血用血液の供給

ウ 高知県医療機器販売業協会は、要請を受けた医療機器等の供給が可能な場合は、県保健医療本部と受渡方法等を調整・確認したうえで、県保健医療本部が指定する場所まで輸送します。

エ 高知県医療機器販売業協会は、要請を受けた医療機器等の供給状況を県保健医療本部に緊急用医療機器等供給連絡書（様式 14-5-2）により連絡します。県保健医療本部は、高知県医療機器販売業協会から連絡があった内容を県保健医療支部及び市町村災害対策本部*に様式 14-5-2 により連絡します。

オ 要請元医療救護施設は、医療ガス等または医療機器等を受領したときは医薬品等受領書（様式 14-7）を提出します。

*救護病院から要請があった場合のみ

(使用する様式)

様式	様式名称	参 考
様式 14-4	緊急用医療ガス等供給要請書	日本産業・医療ガス協会四国地域本部医療ガス部門高知県支部あての要請
様式 14-4-2	緊急用医療ガス等供給連絡書	日本産業・医療ガス協会四国地域本部医療ガス部門高知県支部からの対応状況に関する連絡
様式 14-5	緊急用医療機器等供給要請書	高知県医療機器販売業協会あての要請
様式 14-5-2	緊急用医療機器等供給連絡書	高知県医療機器販売業協会からの対応状況等に関する連絡
様式 14-7	医薬品等受領書	

様式 14-2-2

緊急用医薬品等供給応諾書

高知県保健医療調整本部長 様

発信日 年 月 日

発信時刻 時 分

高知県医薬品卸業協会会長

年 月 日 時 分発第 号で要請のあった医薬品等については、下記のとおり供給を応諾します。

記

1 供給先

引渡場所名称

引渡予定時刻 月 日 時 分頃

輸送手段 県保健医療本部が輸送 ・ 協会が輸送 ・ 調整が必要

2 供給する医薬品等（該当事項を○で囲み必要事項を記入）

（1）要請のあった医薬品等すべてを供給

（2）次の品目・数量を供給

品名	規格等	数量	備考

3 その他（今回供給できない品目の今後の供給見込み、輸送手段など調整を要する事項等）

送信者：所属（ ） 担当者名（ ）

様式 14-3-2

緊急用衛生材料等供給応諾書

高知県保健医療調整本部長 様

発信日 年 月 日

発信時刻 時 分

高知県衛生材料協会会長

年 月 日 時 分第 号で要請のあった衛生材料等については、下記のとおり供給を応諾します。

記

1 供給先

引渡場所名称

引渡予定時刻 月 日 時 分頃

輸送手段 県保健医療本部が輸送 ・ 協会が輸送 ・ 調整が必要

2 供給する衛生材料等（該当事項を○で囲み必要事項を記入）

（1）要請のあった衛生材料等すべてを供給

（2）次の品目・数量を供給

品名	規格等	数量	備考

3 その他（今回供給できない品目の今後の供給見込み、輸送手段など調整を要する事項等）

送信者：所属（ ） 担当者（ ）

様式 14-6

医薬品等緊急輸送要請書

(厚生労働大臣, 都道府県知事) 様

要請番号 第 号

発信日 年 月 日

発信時刻 時 分

高知県保健医療調整本部長

医薬品等の緊急輸送を次のとおり要請する

1 緊急輸送先

2 緊急輸送する医薬品等

品名	規格等	数量	備考

3 輸送方法

送信者：高知県保健医療調整本部

担当者

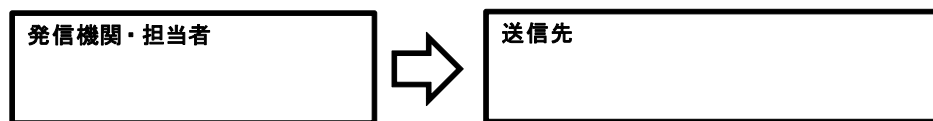
TEL：

FAX：

様式 14-7

医 薬 品 等 受 領 書			
様			年 月 日
長			長
下記医薬品等を受領しました。			
1 受領医薬品等			
品 名	規格等	数 量	備 考
2 受領日時及び場所			
受領日時	年	月	日
	時	分	
受領場所			
			受領者サイン

様式 14-8

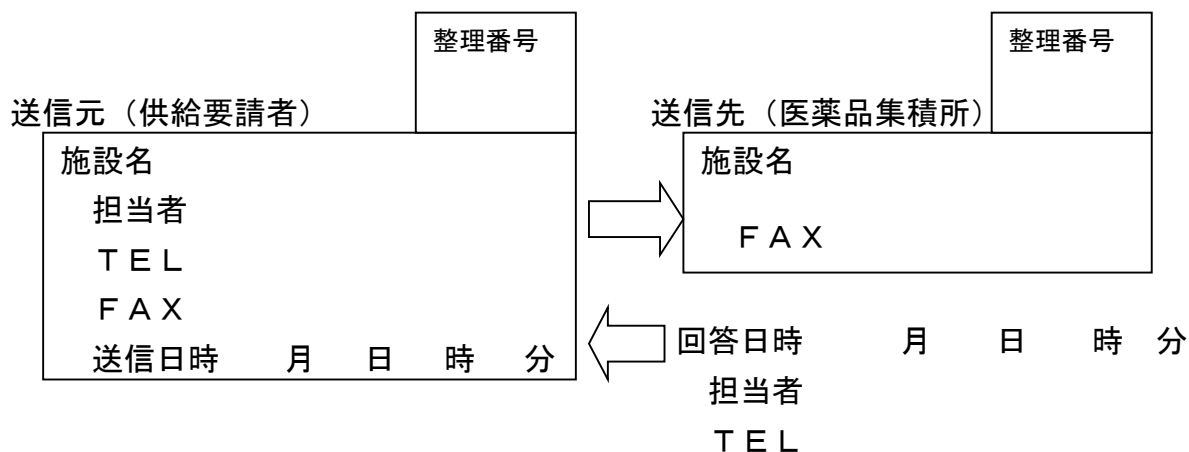


備蓄医薬品等在庫状況・自己使用報告書

月 日 時 現在

	一 般 名 (成 分 名)	規 格	包装単位	自己使用量	在庫量
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

様式 14-9



医薬品等供給要請書

1 供給要請品目

品名・規格・数量等	医薬品集積所回答欄
	供給可・一部可・供給不可・その他
	供給可・一部可・供給不可・その他
	供給可・一部可・供給不可・その他
	供給可・一部可・供給不可・その他
	供給可・一部可・供給不可・その他

2 受取方法等

	医薬品集積所回答欄
--	-----------

様式14-10

血液製剤発注票

No. _____

高知県赤十字血液センター御中

(発注日 年 月 日)

医療機関
コードNo. **39-**

納品日 年 月 日

医療機関名

発注者名 ()

納品時間

TEL

FAX

1 定期便 (AM ・ PM)

2 その他 (時まで)

3 緊急 サイレン (有 ・ 無)

製剤の種類

規格

(赤血球製剤)

- ・ I r - R B C - L R (赤血球液)
- ・ I r - B E T - L R (合成血液)
- ・ I r - W R C - L R (洗浄赤血球液)
- ・ I r - F T R C - L R (解凍赤血球液)

(血小板製剤)

- ・ I r - P C - L R (濃厚血小板)

(血漿製剤)

- ・ F F P - L R (新鮮凍結血漿) 120
- ・ F F P - L R (新鮮凍結血漿) 240
- ・ F F P - L R (新鮮凍結血漿) 480

RBC 200mL 由来	・・・	1
RBC 400mL 由来	・・・	2
PC 成分由来10単位	・・・	10
F F P - L R 120	・・・	120
F F P - L R 240	・・・	240
F F P - L R 480	・・・	480

※ 上記以外の製剤については、別途ご相談ください。

製剤名	規格	A B O 式	R h 式	本数	科名・イニシャル等 特記事項	受注番号	出庫確認		梱包 確認者	配送者
							A	B		

(抗体等を有する場合は科名、患者イニシャル、抗体名をご記入下さい。)

受注日時	年 月 日	:
受注者	受注入力者	受注入力確認者

様式 14-11

高知県赤十字血液センター被害状況及び血液保有状況報告書

高知県保健医療調整本部長 様

第 年 月 日 号
 日 分
 発信日
 発信時刻
 高知県赤十字血液センター所長
 担当者
 電話 FAX

当センターの被害状況及び血液保有状況を次のとおり報告する。

1 被害状況

人的被害状況（人）		構造物被害状況	
全職員数		建物	
被害者	死者	設備	
	行方不明	電気	
	重傷者	ガス	
	軽傷者		
	小計		
稼働可能人員			

2 使用可能血液保有状況

製剤名	ABO式	RH式	単位	製剤名	ABO式	RH式	単位

3 備考

＜マニュアル 15＞ 災害医療コーディネーター

1 災害医療コーディネーター（支部担当）の活動

（1）初動

ア 県保健医療支部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて県保健医療支部にその旨を伝え、今後の活動について調整します。

イ 県保健医療支部管内の関係機関及び災害薬事コーディネーター（支部担当）等の各分野のコーディネーター（以下、「各分野のコーディネーター」という。）と連携して、被災状況及び医療資源の情報等を収集します。また、県保健医療本部の災害医療コーディネーターと支部内及び県内の被災状況等に関する情報を共有します。

（2）支援策立案及び支援要請

ア 県保健医療支部及び各分野のコーディネーターが収集した支部内の情報をもとに、医薬品等の供給及び医療従事者の派遣等に関する支援策を立案します。

イ 県保健医療支部は、災害医療コーディネーター（支部担当）が立案した支援策を、各分野のコーディネーター及び関係機関に指示または連絡するとともに必要な支援を要請します。ただし、医薬品の供給や薬剤師の派遣等の医薬品に関する支援、また人工透析に係る資材の供給や医療従事者の派遣等の人工透析に関する支援及び歯科用医薬品等の供給や歯科医療従事者の派遣等の歯科保健医療に関する支援については、各分野のコーディネーターが災害医療コーディネーター（支部担当）の総合的な指示のもとに要請します。

ウ 支部内での医療資源の確保が困難な場合は、県保健医療支部から県保健医療本部に必要な支援を要請します。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

ア 各種の医療支援の応諾の連絡を受けたときは、支援チームや支援物資については、参集及び輸送場所や支援内容等の調整を行います。ただし、医薬品に関する支援や人工透析に関する支援、歯科保健医療に関する支援については、県保健医療支部の災害医療コーディネーターの指示のもと、各分野のコーディネーターが参集及び輸送場所や支援内容等の調整を行います。その後、調整結果を災害医療コーディネーター（総括）及び関係機関に周知します。

- イ 災害医療コーディネーター（総括）から支部外からの支援の応諾を受けたときは、各分野のコーディネーターと協力して、当該支援を受け入れるための調整を行います。また、調整結果を関係機関に周知します。
- ウ 災害医療コーディネーター（総括）、県保健医療支部の各分野のコーディネーター及び関係機関と各種支援に関する情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。
- エ 支部内で各種医療支援に関する課題が生じた場合は、これを解決するために、関係者との調整を行います。

2 災害医療コーディネーター（総括）の活動

（1）初動

- ア 県保健医療本部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて県保健医療本部と連絡をとり、今後の活動について調整します。
- イ 県保健医療本部にDMA T高知県調整本部が設置されたときは、状況に応じて当該本部の本部長を兼ねます。
- ウ 県保健医療本部に参集後は、県内の関係機関及び各分野のコーディネーター等と連携して被災状況及び医療資源の情報等を収集します。また、災害医療コーディネーター（支部担当）と県内の被災状況等に関する情報を共有します。

（2）支援策立案及び支援要請

- ア 県保健医療本部及び各分野のコーディネーター等が収集した県内の情報をもとに、医薬品等の供給及び医療従事者の派遣等に関する支援策を立案します。
- イ 県保健医療本部は、災害医療コーディネーター（総括）が立案した支援策を、各分野のコーディネーター等及び関係機関に指示または連絡するとともに必要な支援を要請します。ただし、医薬品の供給や薬剤師の派遣等の医薬品に関する支援、また人工透析に関する支援、歯科用医薬品等の供給や歯科医療従事者の派遣等の歯科保健医療に関する支援及び周産期医療に関する支援については、各分野のコーディネーター等が災害医療コーディネーター（総括）の総合的な指示または調整のもとに要請します。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

- ア 各種の医療支援の応諾の連絡を受けたときは、支援チームや支援物資については、参集及び輸送場所や支援内容等の調整を行います。ただし、医薬品に関する支

援や人工透析に関する支援、歯科保健医療に関する支援及び周産期医療に関する支援については、災害医療コーディネーター（総括）の指示のもと、各分野のコーディネーター等が輸送場所や支援内容等の調整を行います。その後、調整結果を災害医療コーディネーター（支部担当）及び関係機関に周知します。

イ 県外からの支援の応諾の連絡を受けたときは、各分野のコーディネーターと協力して、当該支援を受け入れるための調整を行います。また、調整結果を災害医療コーディネーター（支部担当）及び関係機関に周知します。

ウ 災害医療コーディネーター（支部担当）、県保健医療本部の各分野のコーディネーター及び関係機関と各種支援に関する情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。

エ 県内で各種医療支援に関する課題が生じた場合は、これを解決するために、関係者との調整を行います。

＜マニュアル 16＞ 災害薬事コーディネーター

1 災害薬事コーディネーター（支部担当）の活動

（1）初動

ア 県保健医療支部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて災害医療コーディネーター（支部担当）または他の災害薬事コーディネーター（支部担当）と連絡を取り、活動の進め方等について打合せます。

イ 高知県薬剤師会支部と連携して、支部管内の医療機関（主に薬剤部門）、薬局等の被災状況に関する情報を収集します。また、災害薬事コーディネーター（総括）と、支部管内及び県内の被災状況や全国の状況等に関する情報を共有します。

（2）支援策立案及び支援要請

ア 県保健医療支部が収集した支部管内の情報をもとに、災害医療コーディネーター（支部担当）の総合的な指示のもと、医薬品の供給及び薬剤師活動に関する支援策を立案します。県保健医療支部管内の体制だけでは支援策を実施することが困難な場合は、県保健医療支部から県保健医療本部に支援を要請します。

イ 県保健医療支部は、災害薬事コーディネーター（支部担当）が立案した薬事に関する支援策を、県保健医療本部の災害薬事コーディネーター（総括）及び高知県薬剤師会支部等の関係機関に速やかに報告します。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

ア 県保健医療本部から薬剤師派遣等について応諾の連絡を受けたときは、医療ニーズとのマッチングを行ったうえで、支援を受け入れるための調整を行います。また、調整結果を、災害薬事コーディネーター（総括）、県薬剤師会支部等に周知します。

イ 県保健医療支部が二次医薬品集積所を設置する場合は、その設置及び運営に必要な調整を行います。

ウ 災害医療コーディネーター（支部担当）、災害薬事コーディネーター（支部担当）、高知県薬剤師会支部等と支部管内の医薬品の供給及び薬剤師活動に関する最新の情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。

エ 支部管内で医薬品の供給または薬剤師活動に関する課題が生じた場合は、これを解決するために、関係者との調整を行います。

2 災害薬事コーディネーター（総括）の活動

（1）初動

- ア 県保健医療本部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて災害医療コーディネーター（総括）または他の災害薬事コーディネーター（総括）と連絡を取り、活動の進め方等について打合せます。
- イ 高知県薬剤師会と連携して、県内の医療機関（主に薬剤部門）、薬局等の被災状況に関する情報を収集します。また、災害薬事コーディネーター（支部担当）と、各支部管内の被災状況、全国の状況等に関する情報を共有します。

（2）支援策立案及び支援要請

- ア 県保健医療支部及び広域的な災害拠点病院からの支援要請、災害薬事コーディネーター（支部担当）及び高知県薬剤師会からの情報、県保健医療本部が収集した県内及び全国の情報をもとに、災害医療コーディネーター（総括）の総合的な指示のもと、医薬品の供給及び薬剤師活動に関する全県的な支援策を立案します。
- イ 県保健医療本部は、災害薬事コーディネーター（総括）が立案した支援策を、県保健医療支部の災害薬事コーディネーター（支部担当）及び高知県薬剤師会に速やかに報告します。
- ウ 県保健医療本部は災害薬事コーディネーター（総括）の立案した支援策に基づき、薬剤師医療救護班の派遣（県外からの派遣を含む）を高知県薬剤師会に、医薬品等の供給を高知県医薬品卸業協会、国または他の都道府県に要請します。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

- ア 高知県薬剤師会・日本薬剤師会からの薬剤師医療救護班の派遣が決まった場合は、医療ニーズとのマッチングを行ったうえで、県保健医療支部等と支援を受け入れるための調整を行います。
- イ 県保健医療本部が一次医薬品集積所を設置する場合は、その設置及び運営に必要な調整を行います。
- ウ 災害医療コーディネーター（総括）、災害薬事コーディネーター（支部担当）、高知県薬剤師会等と、県内の医薬品の供給及び薬剤師活動に関する最新の情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。

エ 医薬品の供給または薬剤師活動に関する課題が生じ医療支部ごとの対応では解決が困難な場合は、災害医療コーディネーター（総括）の総合的な指示のもと、関係者との調整を行います。

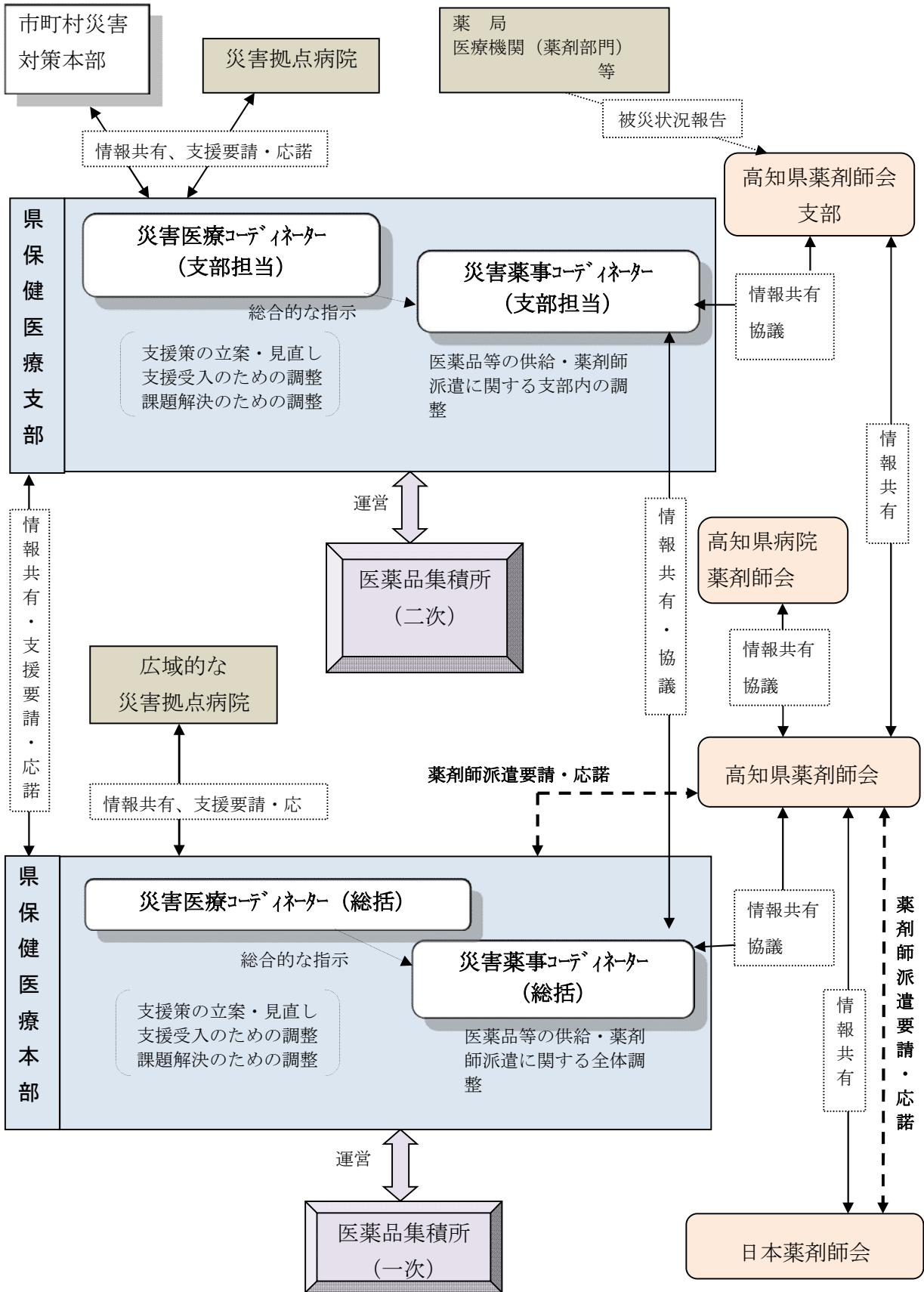


図 16-1 災害薬事コーディネーターの活動

＜マニュアル 17＞ 災害透析コーディネーター

災害透析コーディネーターは、災害医療コーディネーターのもとで透析医療に限定したコーディネートをを行う役割を担います。

活動のマニュアルは、県が別途策定している「高知県南海トラフ地震時重点継続要医療者支援マニュアル（平成 27 年度策定、令和 4 年度改定）」に定めます。

1 災害透析コーディネーター（ブロック担当）の活動

（※）ブロックは、安芸、中央東、高知市、中央西・高幡、幡多の 5 ブロックとします。

（1）初動

ア 日本透析医会災害時情報ネットワーク（以下「透析情報ネットワーク」という。）を活用し、地域及び県内の透析医療機関の被災状況に関する情報を収集します。また、直ちに使用可能な情報伝達手段を用いて県保健医療支部担当と連絡を取り、今後の活動について調整します。

イ 管内の医療機能の状況分析を行ったうえで災害透析コーディネーター（総括）に状況を報告し、また、広域での調整を依頼します。

（2）支援策立案及び支援要請

ア 県保健医療支部及び透析情報ネットワークが収集した地域内の情報をもとに、透析継続のための、水、電気、医療資材等の供給及び医療従事者の応援等に関する支援策を立案し、県保健医療支部に伝達します。また、管内の医療機能の状況分析を行ったうえで広域での調整を災害透析コーディネーター（総括）に依頼します。

イ 県保健医療支部は、災害透析コーディネーター（ブロック担当）が立案した透析に関する支援策を、災害医療コーディネーター（支部担当）及び県保健医療本部に速やかに報告します。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

ア 災害透析コーディネーター（総括）からブロック外の患者受入等について依頼の連絡を受けたときは、透析可能な医療機関への資材の供給と医療従事者の派遣の調整を行います。また、調整結果を、災害透析コーディネーター（総括）に報告します。

- イ 災害透析コーディネーター（総括）から県内の透析医療継続及び県外への搬送の調整結果の連絡を受けた場合、管内透析医療機関及び関係機関に周知します。
- ウ 県外への搬送の場合、同行医療スタッフの確保、並びにブロック内患者集合場所への医療スタッフの派遣を行います。
- エ 支部管内で透析の供給に関する課題が生じた場合は、これを解決するために、関係者との調整を行います。

2 災害透析コーディネーター（総括）の活動

（1）初動

ア 透析情報ネットワークを活用して、県内の透析医療機関の被災状況に関する情報を収集します。また、災害透析コーディネーター（ブロック担当）と、各支部内の被災状況等に関する情報を共有します。直ちに使用可能な情報伝達手段を用いて県保健医療本部と連絡を取り、今後の活動について調整します。（災害時には県保健医療本部にて活動します。）

（2）支援策立案及び支援要請

- ア 災害透析コーディネーター（ブロック担当）及び日本透析医会からの情報、県保健医療本部が収集した県内の情報をもとに、県内の透析可能な医療機関への資材等の供給及び医療従事者の派遣等に関する支援策の立案、受入患者の調整を行います。
- イ 県内で受入が困難な患者については、日本透析医会を通じて、県外での受け入れ医療機関の確保を行います。
- ウ 県保健医療本部は、災害透析コーディネーター（総括）が日本透析医会との調整結果をもとに立案した支援策や県外受け入れ等の支援要請を、国または他の都道府県に要請します。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

- ア 日本透析医会からの資材や医療スタッフの支援及び県内の透析医療機関からの応援透析が決まった場合は、災害透析コーディネーター（ブロック担当）と支援を受け入れるための調整を行います。
- イ 県内の透析医療継続及び県外への搬送の調整結果を災害透析コーディネーター（ブロック担当）に周知します。

ウ 災害透析コーディネーター（ブロック担当）及び関係機関と透析支援に関する情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。

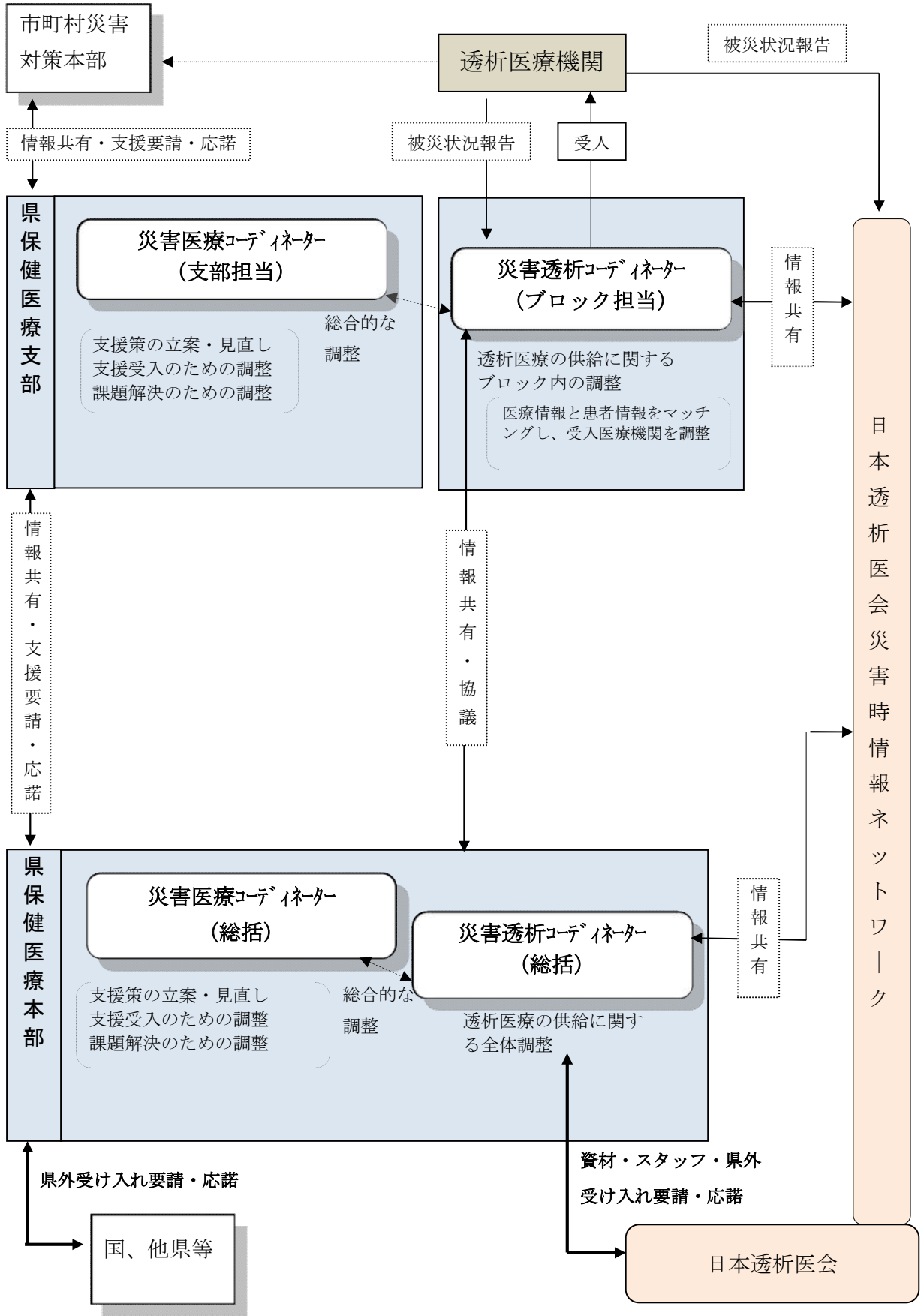


図 17-1 災害透析コーディネーターの活動

＜マニュアル 18＞ 災害歯科コーディネーター

1 災害歯科コーディネーター（支部担当）の活動

（1）初動

ア 県保健医療支部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて地区歯科医師会及び災害医療コーディネーター（支部担当）と連絡を取り、活動の進め方等について調整します。

イ 災害歯科コーディネーター（総括）と連携して、支部管内の歯科医療機関の被災状況に関する情報を収集します。また、災害歯科コーディネーター（総括）及び地区歯科医師会と、支部管内及び県内の被災状況等に関する情報を共有します。

（2）支援策立案及び支援報告

ア 県保健医療支部が収集した支部管内の情報をもとに、災害医療コーディネーター（支部担当）の総合的な指示のもと、歯科保健医療に関する支援策を立案します。県保健医療支部管内の体制だけでは支援策を実施することが困難な場合は、県保健医療支部から県保健医療本部に支援を要請します。

イ 県保健医療支部は、災害歯科コーディネーター（支部担当）が立案した歯科保健医療に関する支援策を、県保健医療本部の災害歯科コーディネーター（総括）及び地区歯科医師会等の関係機関に速やかに報告します。

ウ 歯科保健医療の需要にあわせて医療資材、歯科用医薬品等、支援物資の調達等を行います。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

ア 県保健医療本部から歯科医師派遣等について応諾の連絡を受けたときは、医療ニーズとのマッチングを行ったうえで、支援を受け入れるための調整を行います。また、調整結果を、災害歯科コーディネーター（総括）、地区歯科医師会等に周知します。

イ 災害医療コーディネーター（支部担当）、地区歯科医師会等と支部管内の歯科用医薬品の供給及び歯科保健医療に関する最新の情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。

ウ 支部管内で歯科用医薬品等の供給または歯科保健医療に関する課題が生じた場合は、これを解決するために、関係者との調整を行います。

2 災害歯科コーディネーター（総括）の活動

（1）初動

- ア 県保健医療本部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて高知県歯科医師会及び災害医療コーディネーター（総括）と連絡を取り、活動の進め方等について調整します。
- イ 高知県歯科医師会と連携して、県内の歯科医療機関の被災状況に関する情報を収集します。また、災害歯科コーディネーター（支部担当）と、各支部管内の被災状況等に関する情報を共有します。

（2）支援策立案及び支援報告

- ア 県保健医療支部及び広域的な災害拠点病院からの支援要請、災害歯科コーディネーター（支部担当）及び高知県歯科医師会からの情報、県保健医療本部が収集した県内及び全国の情報をもとに、災害医療コーディネーター（総括）の総合的な指示のもと、歯科保健医療に関する全県的な支援策を立案します。
- イ 県保健医療本部は、災害歯科コーディネーター（総括）が立案した支援策を、災害歯科コーディネーター（支部担当）及び高知県歯科医師会に速やかに報告します。
- ウ 県保健医療本部は、災害歯科コーディネーター（総括）の立案した支援策に基づき、歯科医療救護班及び口腔ケア班の派遣（県外からの派遣を含む）を高知県歯科医師会に要請します。

（3）被災地域の状況の変化に応じた支援活動

- ア 高知県歯科医師会・日本歯科医師会からの歯科医療救護班及び口腔ケア班の派遣が決まった場合は、医療ニーズとのマッチングを行ったうえで、県保健医療支部等と支援を受け入れるための調整を行います。
- イ 災害医療コーディネーター（総括）、災害歯科コーディネーター（支部担当）、高知県歯科医師会等と、県内の歯科用医薬品等の供給及び歯科保健医療活動に関する最新の情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。
- ウ 歯科用医薬品等の供給または歯科保健医療に関する課題が生じ医療支部ごとの対応では解決が困難な場合は、災害医療コーディネーター（総括）の総合的な指示のもと、関係者との調整を行います。

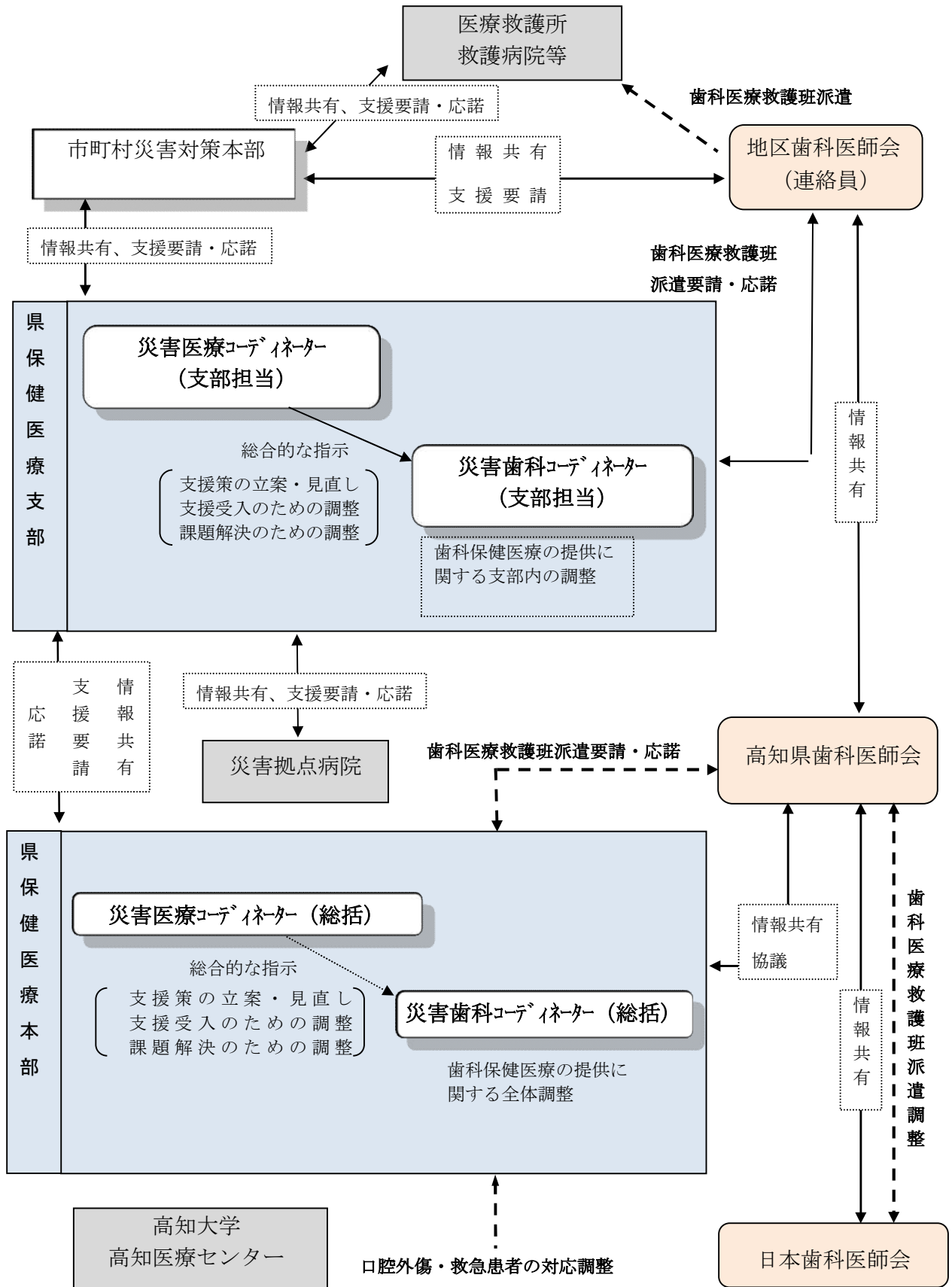


図 18-1 災害歯科コーディネーターの活動

＜マニュアル 19＞ 災害看護コーディネーター

1 災害看護コーディネーターの活動

(1) 初動

ア 県保健医療本部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて県看護協会及び県保健医療本部の災害医療コーディネーター（総括）と連絡を取り、活動の進め方等について調整します。

イ 日本看護協会の「災害支援ナース派遣要領」に基づき、災害支援ナースの派遣を要請するため、県保健医療本部を通じて、県内の被災状況や看護に関する支援の必要性について情報を収集し、その情報を高知県看護協会に報告します。

(2) 支援策立案及び支援報告

ア 県看護協会から、日本看護協会の県外からの災害支援ナースの派遣調整結果の連絡を受け、災害医療コーディネーター（総括）の総合的な指示のもと、当該災害支援ナースの派遣先などの全県的な支援策を立案します。

イ 県保健医療本部は、災害看護コーディネーターが立案した支援策を、災害医療コーディネーター（支部担当）や関係機関に速やかに報告します。

ウ 県看護協会を經由して、県外からの災害支援ナースの派遣先等を日本看護協会に報告します。

(3) 被災地域の状況の変化に応じた支援活動

ア 県看護協会と連携し、高知県内に在住する災害支援ナース及び地域災害支援ナースに対し、円滑に活動できるよう具体的な指示を行います。

イ 県外からの災害支援ナースの派遣期間や参集場所について、派遣先となる医療機関や市町村等と連携して円滑な活動を支援します。

＜マニュアル 20＞ 災害時周産期リエゾン

1 災害時周産期リエゾンの活動

(1) 初動

ア 県保健医療本部が設置されたときは、直ちに参集するよう努めます。参集が困難な場合は、使用可能な情報伝達手段を用いて災害医療コーディネーター（総括）または他の災害時周産期リエゾンと連絡を取り、活動の進め方等について調整します。

イ 日本産科婦人科学会の大規模災害対策情報システムやEMIS等を活用して、県内の産科医療機関の被災状況に関する情報を収集します。

(2) 支援策立案及び支援報告

ア 日本産科婦人科学会等からの情報、県保健医療本部が収集した県内の情報をもとに、災害医療コーディネーター（総括）の総合的な指示のもと、周産期医療に関する支援策の立案、県内での妊産婦・新生児の医療機関への受入れ調整を行います。

イ 県内で受入れが困難な患者については、日本産科婦人科学会等を通じて、県外での受入れ医療機関の確保を行います。

ウ 県保健医療本部は、災害時周産期リエゾンが立案した支援策を、災害医療コーディネーター（支部担当）や関係機関に速やかに報告します。

エ 県保健医療本部は、災害時周産期リエゾンが日本産科婦人科学会や新生児医療連絡会等との調整結果をもとに立案した支援策や県外受入れ等の支援要請を、国または他の都道府県に要請します。

(3) 被災地域の状況の変化に応じた支援活動

ア 日本産科婦人科学会等からの支援が決まった場合は、医療ニーズとのマッチングを行ったうえで、県保健医療支部等と支援を受入れるための調整を行います。

イ 災害医療コーディネーター（総括）及び関係機関と周産期医療支援に関する情報を共有し、状況の変化に応じて、支援策の見直しについて関係者と協議し、実施します。

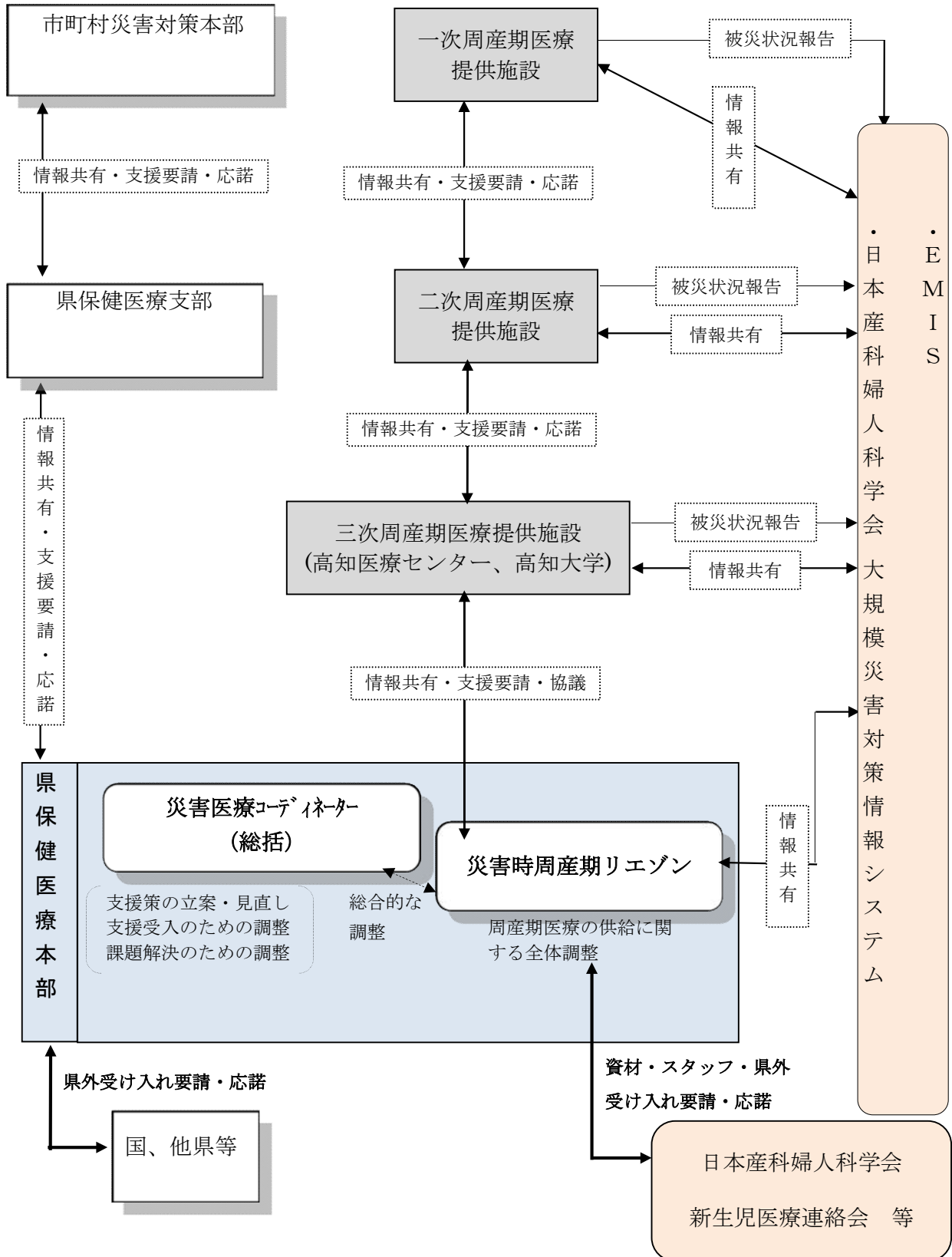


図 20-1 災害時周産期リエゾンの活動

＜マニュアル 21＞ 医療救護チームの受援

1 受援について

(1) 目的

東日本大震災や熊本地震などの過去の災害においては、発災直後から医療、保健などの支援チーム等が被災地の支援に駆けつけましたが、災害時という混乱の中で支援チームの把握や適切な配分がされず、有効な支援につなげることができませんでした。そこで、本県における受援マニュアルを作成し、災害時に効果的かつ円滑な活動できるよう受援の仕組みを構築します。

(2) 対象

県外から参集する医療機関や法人などの団体から申請のあった医療救護チームや医療ボランティア（個人を除く。以下「医療救護チーム等」という。）を対象とします。ただし、DMAT、DPAT、JMAT、日赤救護班については対象外とします。

※DMAT、DPATについては県保健医療本部内に設置されるDMAT高知県調整本部、DPAT高知県調整本部で医療救護チームを把握します。JMAT、日赤救護班については、県保健医療本部に派遣される連絡調整員を通じて医療救護チームを把握します。

(3) 受援の窓口

県保健医療本部の対策企画班に受援係を設置し、医療救護チーム等の受付を行います。なお、県保健医療本部の指示があった場合は、県保健医療支部にも受援係を設置します。

2 受援の流れ

①医療救護チーム等の受付

- ・ 県保健医療本部の対策企画班に受援係を設置し、医療救護チーム等から提出される登録票の取りまとめを行います（メール等の電子媒体も可）。県保健医療本部から指示があれば、県保健医療支部にも受援係を設置します。
- ・ 受援係は登録票を基に医療救護チーム等登録一覧表を作成します。

②被災状況等の把握

- ・ 県保健医療本部受援係は対策企画班内及び情報分析班と連携し、県内の被災状況、災害拠点病院や救護病院、医療救護所における医療救護チーム等の必要数をEMISで把握し、取りまとめます。
- ・ 取りまとめた情報や医療救護チーム等一覧表を対策企画班内及び対策統括責任者と共有します。

③活動エリアの決定

- ・調整会議において、被害状況や医療救護チーム等登録一覧表をもとに、医療救護チーム等の派遣先市町村を決定します。その際、チームの参集方法に応じ*参集場所も決定します。
- ・決定事項は受援係が医療救護チーム等登録一覧表に記載し、県保健医療本部・支部で共有します。医療救護チーム等に決定内容、参集場所やその後の動きを伝達し、到着日時等について聞き取ります。活動許可証についてはデータを送付し、チーム一人一人に印刷したものを持参していただき、活動中は許可証を携帯してもらうことも併せてお願いをします。
- ・県保健医療支部に医療救護チーム等の情報について報告します。支部は派遣が決定した市町村に派遣決定の連絡を行います。

※空路参集の場合、市町村災害対策本部最寄りのヘリポートに参集していただきます。陸路参集で市町村災害対策本部までの道路啓開が完了していない場合は、DMAT参集拠点となっている高知大学に一旦参集してもらい、そこからヘリで市町村災害対策本部最寄りのヘリポートまで搬送します。

④参集場所への参集、活動場所への移動、オリエンテーションの実施

- ・市町村災害対策本部で医療救護チーム等を受け入れます。市町村災害対策本部担当者は活動方針や活動場所となる医療機関の情報を共有します。その後、医療救護チーム等に活動場所へ移動していただき、到着後は医療機関が作成している人員配置計画や医療機関受援担当者の指示に基づき活動していただきます。

⑤活動状況の把握

- ・市町村災害対策本部は医療救護チーム等からその日の活動内容の報告を受けます。市町村災害対策本部は報告を取りまとめ、県保健医療支部に定時報告し、支部は県保健医療本部受援係へ報告します。報告を受けた受援係は、県全体の医療救護チーム等の活動を取りまとめ、対策企画班内で共有します。

⑥活動終了前の対応

- ・県保健医療支部は、医療救護チーム等の活動終了を常に把握し、県保健医療本部に報告します。
- ・市町村災害対策本部は医療救護チーム等の活動期間が終了する前に、医療機関と追加の医療救護チーム等が必要となるかを協議し、必要であれば共通様式4を作成し、派遣要請を行います。
- ・活動を終了する医療救護チーム等は、新たに支援に入る医療救護チーム等に引継を行い、活動終了とします。

⑦活動終了

- ・県保健医療本部は、活動が終了した医療救護チーム等が無事に帰還したかを確認します。

- ・ 県保健医療本部は、医療救護チーム員の継続的な心のケア及び健康管理を行うよう、帰還先の組織に依頼します。

⑧ 支援に要した費用弁償

- ・ 支援活動に要した費用について、災害救助法の対象経費と認められるものについて費用弁償を行います。それ以外については、個別の協定等に基づいて支払います。

<様式> 県保健医療本部、医療救護チーム等が使用する様式

様式 21-1	高知県医療救護チーム等登録票
様式 21-2	医療救護チーム等登録一覧表
様式 21-3	医療救護チーム等活動許可証

様式21-1

高知県医療救護チーム等登録票

記入日： 年 月 日

派遣機関名(団体名、医療機関名、担当者、連絡先を記載)

名称：

電話番号：

メールアドレス：

※チーム構成(1にはチームの代表者をご記載ください)

1	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
2	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
3	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
4	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
5	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
6	氏名	ふりがな	職種	備考
			医師・看護師・薬剤師 その他()	
チームの連絡先 (携帯電話、衛星携帯電話等)		主： (衛星携帯電話の場合は機種：)		
		副： (衛星携帯電話の場合は機種：)		
希望する活動エリア	県東部 ・ 県中部 ・ 県西部 ・ 特になし			
希望する活動場所	医療機関 ・ 救護所 ・ 避難所 ・ その他[] ・ 特になし			
活動可能期間	月 日 時 分～ 月 日 時 分			
参集手段(車両の場合は台数等)	ヘリコプター ・ 車両 ※車両の場合は 台 担送患者の搬送(可・不)			
携行資機材				

県保健医療本部記入欄	確認結果	No.
備 考		
活動場所 名称： 住所： 連絡先： 担当者名：	処理日：	年 月 日
	県担当：	

登録票提出先:131601@ken.pref.kochi.lg.jp(高知県健康政策部保健政策課)
131301@ipstar.ne.jp(IPSTAR)

※登録の際に、こちらから医師や看護師などの免許番号を確認をさせていただく場合がございます。

様式21-3

(表)

医療救護チーム等活動許可証			
チーム登録No	:		
派遣機関	:		
氏名	:		
上記の者は、活動を許可された医療救護チームであることを証明する。			
登録年月日	年	月	日
高知県知事 ○○ ○○			

(裏)

注意事項
1 本証を他人に貸与し、又は譲渡してはならない。
2 本証を紛失した際は、高知県保健医療調整本部受援係に連絡すること。
3 活動を終了の際は、本証を処分すること。
問い合わせ
・衛星携帯電話(ワイドスター) 090-6886-8901
・衛星携帯電話(IPSTAR) 050-4560-1587
・一般電話 088-823-9667
・防災行政無線 ※8001-9667
※防災行政無線を使用する際は、電話機を管理している担当者に使用方法をご確認ください。

＜マニュアル 22＞ D H E A T （災害時健康危機管理支援チーム）

D H E A T ＜災害時健康危機管理支援チーム＞とは

（Disaster Health Emergency Assistance Team の略。）

災害が発生した際に、被災都道府県等の保健医療本部及び保健医療支部が行う保健医療行政の指揮調整機能等を支援するため、専門的な研修・訓練を受けた都道府県等の職員（医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、臨床検査技師、管理栄養士、精神保健福祉士、食品衛生監視員、その他専門職及び業務調整員）を中心として編成されるチームです。

➤ 基本方針

○本マニュアルは、南海トラフ地震等の大規模地震発生時に、県内の保健所等の相互支援では保健医療福祉活動の総合調整が困難と判断される場合に、県外からの D H E A T の派遣を受ける手順や、機関ごとの役割について記載しています。

○南海トラフ地震の想定規模に満たない地震等の場合でも、必要に応じて本マニュアルの一部又は全部を適用します。

1 D H E A T の概要

（1）D H E A T の活動

ア 1 班当たり 5 名程度で構成し、超急性期から慢性期までの医療提供体制の構築及び避難所等における保健衛生対策に係る情報収集、分析評価、連絡調整等のマネジメント業務を支援します。

イ 活動場所としては県保健医療本部や、県保健医療支部に入り、自治体職員とともに課題の見える化、支援計画の企画立案を担います。

ウ 状況に応じ、県保健医療支部による市町村機能支援の一部として、市町村災害対策本部に入ります。

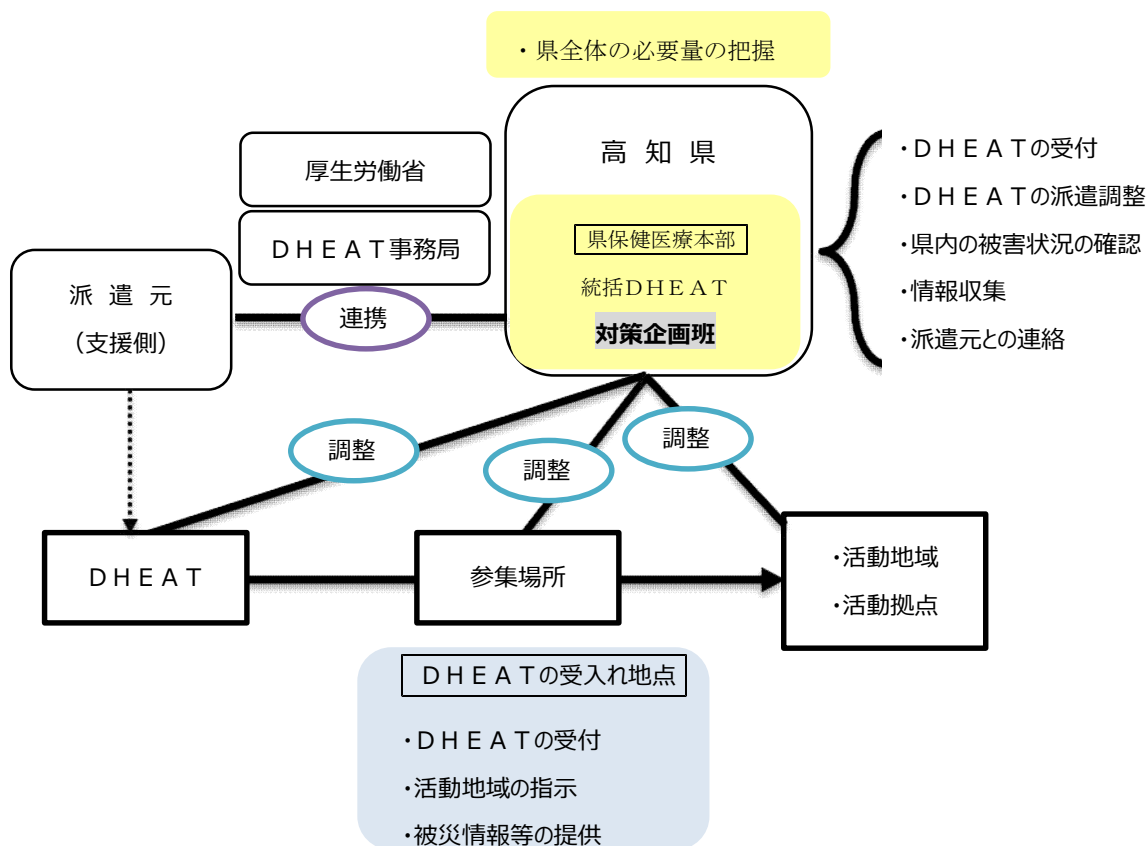
エ 第三者的な立場で全体を俯瞰し、次のフェーズを見通したロードマップの作成や通常業務再開への助言を行うとともに、自治体職員の健康管理についても客観的な立場でアドバイスを行います。

オ 1 班当たりの活動機関は 1 週間以上を基本とします。

2 DHEAT受入れの流れ

【県内への受入れの流れ（図）】

派遣元(都道府県・指定都市)⇒参集場所(保健医療本部又は支部、市町村災害対策本部)



※第1班の参集場所は県保健医療本部とします。

第2班以降の参集場所については、県保健医療本部が都度指示をします。

(1) DHEATの派遣要請

ア 県内で災害が発生し、保健所等の相互支援では保健医療福祉活動の総合調整が困難となることが予想される場合には、県保健医療本部はDHEATの要請を検討します。

イ 被災状況に関する情報の収集、優先的に取り組むべき課題の整理を行い、その課題解決にDHEATの要請が必要と判断した場合は、厚生労働省に対し、派遣に関する調整を依頼します。また、被災自治体内の稼働人員、災害対応経験、組織内での保健師の役割などをアセスメントし、必要な受援内容を決定のうえ、支援を受けるために必要な人員や担っていただきたい保健活動業務の内容についても併せて報告します。

ウ 厚生労働省からDHEAT事務局に要請が伝達され、DHEAT事務局と被災地域外都道府県等が調整のうえ、DHEAT事務局から県保健医療本部に要請に対する派遣調整案が伝達されます。県保健医療本部は調整案を了承し、派遣元となる都道府県に対して要請を行います。

（２）統括D H E A T

県保健医療本部には、統括D H E A Tを置き、次の業務を担わせます。派遣されるD H E A Tのうち第1班は県保健医療本部に置き、統括D H E A Tを補佐させます。

- ア 被災状況に関する情報の収集と本部の指揮支援
- イ D H E A Tの活動地域の調整
- ウ 関係機関との連絡調整
- エ D H E A Tの後方支援に関すること
- オ その他D H E A Tに関する問い合わせ窓口

（３）県保健医療支部の役割

- ア 県保健医療支部は市町村災害対策本部との連絡調整を担います。
- イ 市町村、警察、消防、気象台、河川カメラ等から被害状況の情報収集を行い、県保健医療本部の統括D H E A Tに報告します。

（４）受援の継続の判断について

- ア 県外からのD H E A Tの受援に際し、被災地では被害規模や対応経緯、方針の変更などによって、受援ニーズの質や量は随時変化していきます。県保健医療本部は被災地のニーズの変化に応じて、適正な人材、人員の再調整を図ります。
- イ 被災自治体職員とD H E A T間の情報共有を密に行い、方針の共有、受援終了予定を含む今後の活動の見通しを明らかにします。
- ウ D H E A Tの支援を受ける県保健医療本部、県保健医療支部及び市町村は、応援派遣により受けた受援内容、期間を継続的に記録・整理します。これらの記録・整理は、受援の継続・縮小・撤退のために活用します。なお、D H E A T受入れの継続の判断においては、被災市町村の職員及びD H E A Tの労働衛生及び精神保健面を考慮します。

（５）通信連絡

- ア 派遣元（都道府県・指定都市）と高知県の通信連絡手段については、原則として中央防災無線、衛星携帯電話、NTT回線を使用することとします。
- イ D H E A Tと県保健医療本部・支部及び市町村災害対策本部との通信連絡は、携帯電話、衛星携帯電話等により行います。

（６）被災地における指揮命令系統

- ア D H E A Tは、支援する機関の長の指揮命令下で活動します。

（７）D H E A T活動の終了

- ア 人的資源を平常時に戻し、県保健医療本部及び県保健医療支部の職員により保健医療福祉活動の総合調整や復旧・復興に向けた行程の業務を実施することが可能と判断した場合は、県保健医療本部はD H E A T事務局並びに派遣元に活動の終了を報告します。

3 留意事項

（1）派遣元への要請と応援職員への配慮

ア DHEATは、自己完結型での活動を原則とします。具体的には、往復の交通手段や宿泊場所の確保、水・食料・薬・着替え・通信機器・移動手段（非常用燃料）等の必要な備えを行ったうえで、活動するよう求めます。

ただし、応援が中長期に及ぶ場合は、宿泊場所として職員住宅や県営住宅等の活用も検討します。

イ DHEATの受援に限りませんが、新型コロナウイルス等の感染症まん延時などは十分な換気やいわゆる「三密」（密閉空間・密集場所・密接場面）の回避にも留意します。

ウ 受援に係る業務は、開始から概ね1か月程度で終了することを目安とします。

ただし、県保健医療本部長が継続の必要性があると認める場合は、この限りではありません。

（2）費用負担

ア 派遣に要する費用については、原則として派遣元の負担となりますが、相互応援協定や要請の根拠となる災害対策基本法に基づき、派遣元から費用を求償される場合もあります。

イ 災害救助法が適用された場合は、同法第4条に規定する救助に要する経費の中で該当するものは、被災都道府県が負担します。

なお、対象外経費は、応援側に一部特別交付税措置が講じられます。

<マニュアル 23> 医療従事者搬送計画

■共通事項 (趣旨)

県外からの人的支援が到着するまでの間、県内の人的な医療資源が不足する地域に県内の医療従事者を搬送する仕組みとして、①勤務医等の搬送に係る計画 ②医療支援チーム（救護班）の搬送に係る計画を定めます。

(搬送方法)

高知県地域防災計画に基づき高知県災害対策本部が調整し、確保するヘリコプターを使用します。そのため、本計画の運用はヘリコプターの運航が可能な時間帯に限られます。

1 勤務医等の搬送に係る計画

(1) 要旨

本県の医師をはじめとした医療従事者の中には、高知市を中心とした県中央部に居住し、そこから地域の医療機関に通勤している方が多く、勤務時間外に災害が発生した場合、地域の医師等が不在となるおそれがあります。地域において迅速に医療救護活動を開始するためには、県中央部に居住している医師等を、速やかに勤務先の医療機関へ搬送する必要があります。

このため、県は、道路の寸断等により自力で勤務先へ向かうことが困難な医師等の搬送を実施します。

(2) 対象者

対象者は、県中央部（高知市、南国市、いの町）に居住し、災害発生時にその他の地域にある勤務先の医療機関（災害拠点病院及び救護病院）に自力で参集することが困難な医師をはじめ、それぞれの地域における医療救護活動に必要なとされる医療従事者（以下「勤務医等」という。）とします。

(3) 参集拠点

本計画で使用する参集拠点は、主に県中央部からの参集を想定し、次のとおりとします。

なお、居住以外の理由で発災時に勤務先周辺以外に滞在している場合や、県中央部以外に居住している場合でも勤務先医療機関への搬送が必要な場合など、発災時の状況により臨時にこの他の参集拠点を調整することも可能とします。

【使用する参集拠点】

施設名		所在地
広域的な災害拠点病院	高知大学医学部附属病院	南国市岡豊町小蓮
	高知赤十字病院	高知市秦南町 1-4-63-11
総合防災拠点	春野総合運動公園	高知市春野町芳原 2485

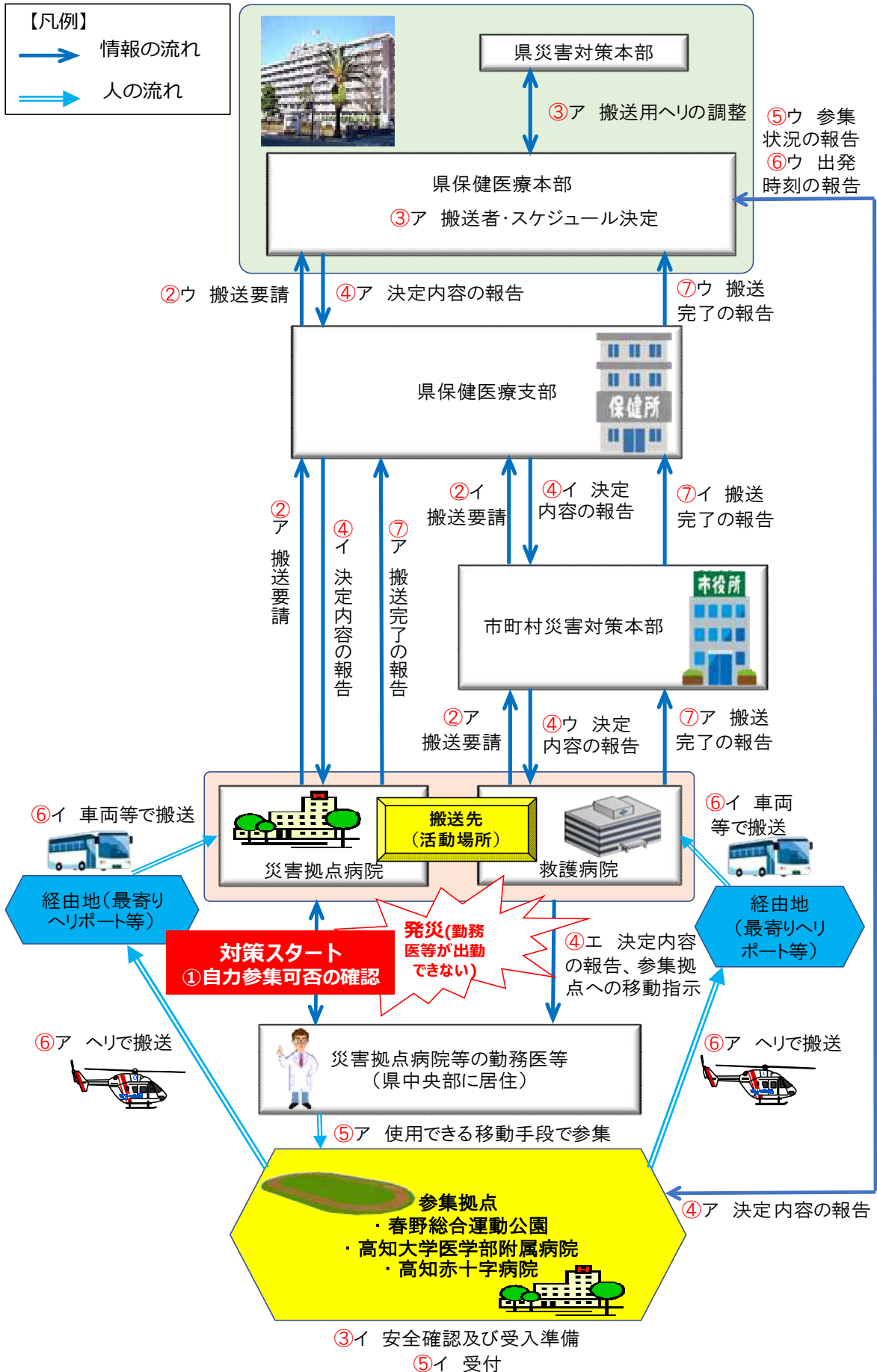


図 勤務医等搬送の流れ

(4) 勤務医等搬送の手順 (図 勤務医等搬送の流れを参照)

① 自力参集可否の確認

ア 医療機関は、自施設の医師等の安否及び自力での参集可否を確認します。

② 搬送要請

ア 医療機関は、自施設に自力での参集が困難な医師等がいる場合には、県保健医療支部（災害拠点病院の場合）若しくは市町村災害対策本部（救護病院等の場合）に勤務医等の搬送要請を行います。

イ 市町村災害対策本部は、管内の救護病院等から勤務医等の搬送要請を受けたとき、管轄する県保健医療支部に搬送要請を行います。

ウ 県保健医療支部は、管内の災害拠点病院又は市町村災害対策本部から勤務医等の搬送要請を受けたときは、支部内の状況を概観し、取りまとめたうえで県保健医療本部に搬送要請を行います。

③ 搬送調整・搬送決定

ア 県保健医療本部は、県保健医療支部からの搬送要請及び参集拠点の担当者からの報告による勤務医等の参集状況をもとに、県災害対策本部と搬送用ヘリコプターの調整を行ったうえで搬送者、参集拠点、着陸地点（資料4 ヘリコプターランディングポイント等適地一覧から自施設最寄りのヘリポートを選定）及び搬送スケジュールを決定します。

イ また、各参集拠点の担当者（県災害対策支部拠点運営班等）は、参集拠点の安全確認及び受入準備を行います。

④ 搬送スケジュールの報告

ア 県保健医療本部は、搬送決定内容を参集拠点の担当者及び県保健医療支部に報告します。

イ 県保健医療本部から搬送決定の報告を受けた県保健医療支部は、要請元（災害拠点病院若しくは市町村災害対策本部）に搬送決定内容を報告します。

ウ 県保健医療支部から搬送決定の報告を受けた市町村災害対策本部は、要請元の救護病院に搬送決定内容を報告します。

エ 搬送決定の報告を受けた医療機関は、搬送対象の勤務医等に対して搬送決定内容を伝達し、指定された参集拠点に向かうよう指示します。

⑤ 参集拠点への参集

ア 搬送対象となった勤務医等は、指定された参集拠点へ移動します。このとき、勤務医等は自身で使用できる移動手段を用いて参集します。なお、勤務先の医療機関と連絡が取れない場合にあっては自らの判断で最寄りの参集拠点に移動します。

イ 参集拠点へ到着した勤務医等は、待機している各参集拠点の担当者の受付を済ませます。

- ウ 参集拠点の担当者は、勤務医等の参集状況を県保健医療本部に報告します。

⑥ 医療機関への搬送

- ア 参集拠点に参集した搬送対象の勤務医等は、あらかじめ搬送スケジュールで決められた出発時間にヘリに搭乗し、参集拠点を出発します。
- イ 自施設の最寄りのヘリポートから自施設まで陸路での移動が必要な場合には、要請元の医療機関が車両等を確保し、対象の勤務医等を施設まで搬送します。ただし、医療機関において車両の確保が困難な場合は、管轄する市町村災害対策本部（救護病院等の場合）又は県保健医療支部（災害拠点病院の場合）と調整を行います。
- ウ 参集拠点の担当者は、勤務医等の出発時刻を県保健医療本部に報告します。

⑦ 医療機関到着の報告

- ア 搬送対象の勤務医等が自施設へ到着後、医療機関は、県保健医療支部（災害拠点病院の場合）若しくは市町村災害対策本部（救護病院の場合）に勤務医等搬送の完了を報告します。
- イ 市町村災害対策本部は、管内の救護病院等から勤務医等搬送完了の報告を受けたときは、管轄する県保健医療支部に勤務医等搬送の完了を報告します。
- ウ 県保健医療支部は、管内の災害拠点病院又は市町村災害対策本部から勤務医等搬送完了の報告を受けたときは、県保健医療本部に勤務医等搬送の完了を報告します。

（5）県保健医療本部の活動概要

県保健医療本部（平時は県災害医療担当課）は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により勤務医等の搬送に係る連絡調整を行います。

ア 平時

- a 県は、平時から制度について周知を図り、勤務医等の搬送について所属医療機関を通じて登録の申請があったときは、名簿に登録し、所属医療機関に登録した旨を通知します。
- b 県は、登録者をリスト化し情報管理を行うとともにリスト化した情報を県医師会、各福祉保健所、南海トラフ地震対策推進地域本部及び各市町村と共有します。
- c 県は、毎年度当初に登録者及び登録者の所属医療機関に対して登録継続の意思と登録内容変更の有無を確認し、必要に応じてリストを更新します。
- d なお、リストは地域ごとの需要を把握するために活用するものとし、リストへの登録は勤務医等搬送の要件とはしません。

イ 災害発生時

- a 県保健医療支部から勤務医等の搬送要請を受けたときは、搬送要請の取りまとめを行い、要請なしで参集した勤務医等の状況を加味し、県災害対策本部と搬送用ヘリコプターの調整を行います。この時、リストへの登録の有無に関わらず、搬送対象者を選定します。

- b 搬送用ヘリコプターの確保ができれば、参集拠点の担当者及び県保健医療支部へ搬送スケジュール、参集拠点、搬送先のヘリポート等必要事項を報告します。

(6) 県保健医療支部の活動概要

県保健医療支部（平時は県福祉保健所）は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により勤務医等の搬送に係る連絡調整を行います。

ア 平時

- a 制度の周知に努めます。
- b 県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。

イ 災害発生時

- a 管内の災害拠点病院又は市町村災害対策本部から勤務医等の搬送要請を受けたときは、支部内の状況を概観し、取りまとめたうえで県保健医療本部に搬送要請を行います。
- b 県保健医療本部から管内の災害拠点病院に所属する勤務医等の搬送スケジュール等に関する報告を受けたときは、その内容を要請元の災害拠点病院へ報告します。
- c 県保健医療本部から管内の救護病院等に所属する勤務医等の搬送スケジュール等に関する報告を受けた時は、その内容を市町村災害対策本部へ報告します。
- d 管内の災害拠点病院又は市町村災害対策本部から勤務医等搬送完了の報告を受けたときは、県保健医療本部に勤務医等搬送の完了を報告します。

(7) 市町村災害対策本部の活動概要

市町村災害対策本部（平時は市町村災害医療担当課）は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により勤務医等の搬送に係る連絡調整を行います。

ア 平時

- a 県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。

イ 災害発生時

- a 管内の救護病院等から勤務医等の搬送要請を受けたときは、管轄する県保健医療支部に搬送要請を行います。
- b 県保健医療支部から管内の救護病院等に所属する勤務医等の搬送スケジュール等に関する報告を受けたときは、その内容を要請元の救護病院へ報告します。
- c 管内の救護病院から勤務医等搬送完了の報告を受けたときは、管轄する県保健医療支部に勤務医等搬送の完了を報告します。

(8) 医療機関の活動概要

医療機関は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により連絡調整及び勤務医等の搬送を行います。

ア 平時

- a 県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。
- b 非常時の連絡方法や、連絡が取れない場合の対処について、確認しておきます。（自治体の防災行政無線の利用、自主判断による参集拠点への集合等）

イ 災害発生時

- a 自施設の勤務医等の安否及び自力での参集可否を確認します。
- b 自力での参集が困難な勤務医等がいる場合には、県保健医療支部（災害拠点病院の場合）若しくは市町村災害対策本部（救護病院等の場合）に勤務医等の搬送要請をします。
- c 要請先（県保健医療支部又は市町村災害対策本部）から搬送決定の連絡を受けた後、最寄りのヘリポートから自施設までの陸路での移動が必要な場合は、車両等の移動手段を確保し、対象の勤務医等を自施設まで搬送します。
- d 対象の医師等が自施設へ到着後、要請先（県保健医療支部又は市町村災害対策本部）に勤務医等搬送の完了を報告します。

（9）県災害対策支部拠点運営班の活動概要

ア 平時

- a 南海トラフ地震対策推進地域本部は、県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。

イ 災害発生時

県災害対策支部拠点運営班は、参集拠点に指定された総合防災拠点において、拠点の安全確認及び参集した勤務医等の受付を行います。

- a 参集拠点の安全確認を行います。
- b 県保健医療本部からの報告により、参集予定の勤務医等を確認します。
- c 報告を受けていない勤務医等が参集した場合は、県保健医療本部に報告します。
- d 参集した勤務医等を安全な場所で待機させ、県保健医療本部から報告を受ける搬送スケジュールに従い勤務医等をヘリに搭乗させ、ヘリの出発後は出発時刻を県保健医療本部に報告します。

（10）計画の運用に用いる様式

勤務医等の搬送要請及び決定内容の通知については、共通様式4を活用することとし、勤務医等の搬送要請である旨及び具体的な医療従事者名など、運用上必要な情報を適宜付記します。

2 医療支援チーム（救護班）の搬送に係る計画

（1）要旨

本県は医療資源が県中央部に集中しており、大規模災害発生時は多くの地域で医療従事者が不足することが想定されます。特に南海トラフ地震の場合、地震や津波による道路網の寸断によって孤立地域が多数発生することが想定されるうえ、関東から九州にかけて広範囲に甚大な被害が発生する可能性が高く、県外から必要な数の医療支援チームが迅速に参集できるとは限りません。そのため、発災から県外支援が到着するまでの間、県内の医療資源を活用して医療従事者が不足する地域や孤立地域の医療救護活動を支援する必要があります。

そこで、県は、県医師会と市町村、県で締結している「災害時の医療救護についての協定」（以下、「協定」という。）に基づく医療支援チーム（救護班）の派遣調整及び搬送を実施します。

（2）活動内容

主に急性期の外傷患者等への対応を想定し、県外からDMATなどの医療支援チームが派遣されるまでの期間、医療資源が不足する地域において医療救護活動を行います。具体的には、医療支援チーム（救護班）参加者の平時の診療科等にもよりますが、災害拠点病院や救護病院、医療救護所、準医療救護所等における次のような活動となります。県外からの医療支援チームの参集状況等によっては、急性期以降のフェーズでの活動も想定されますが、1チームあたりの活動時間は、移動時間を除き概ね48時間以内を基本とします。

【具体的な活動内容】

種別	内容	協定第6条第2項該当部分
トリアージ	・重症度と緊急度による治療や搬送の優先順位の振り分け	(1) 被災者に対する選別 (3) 医療機関への搬送の要否の判断、及び転送順位の決定
応急処置等	・応急処置、更には安定化処置。できれば小外科的処置（止血・縫合等） ・安全に後方病院まで到着させるための安定化処置（気道、呼吸、循環の蘇生）	(2) 傷病者に対する応急処置の実施、及び必要な医療の提供
病院支援等	・多くの傷病者が来院している医療機関に対する医療支援 ・避難所に設置される臨時医療救護所等での診療や避難者の健康管理	

（3）対象者

災害時の医療救護活動に求められる知識や技能を習得するための研修を受講した者のうち、本人の同意及び所属機関の承諾が得られた者として、対象となる研修は以下のとおりとします。

【対象となる研修】

研修名	主催者	主な内容	職種
日本 DMAT 隊員養成研修	厚生労働省	災害医療概論 (CSCATTT)、災害時の情報通信・情報収集 (EMIS 等)、トリアージ、救護所における診療手順、広域医療搬送	医師・ 歯科医師・ 薬剤師・ 看護師等
高知 DMAT 研修	高知県	災害医療概論 (CSCATTT)、災害時の情報通信・情報収集 (EMIS 等)、トリアージ、救護所における診療手順	
日本赤十字社高知県支部救護班訓練救護主事研修	日本赤十字社高知県支部	災害医療概論 (CSCATTT)、災害時の情報通信・情報収集 (EMIS 等)、トリアージ、避難所アセスメント	
日本 JMAT 研修 (高知 JMAT 研修)	日本医師会・(県医師会)	災害医療概論 (CSCATTT)、災害時の情報通信・情報収集 (EMIS 等)、救護所の運営、トリアージ、熱傷・外傷の処置、検視・検案	

(4) 参集拠点

本計画で使用する参集拠点は次のとおりとし、発災時の状況、医療支援チーム（救護班）参加者の所在により調整して決定します。

【使用する参集拠点】

施設名		所在地
広域的な災害拠点病院	高知医療センター	高知市池 2125-1
	高知大学医学部附属病院	南国市岡豊町小蓮
	高知赤十字病院	高知市秦南町一丁目 4 番 63-11 号
災害拠点病院	あき総合病院	安芸市宝永町 3-33
	JA 高知病院	南国市明見字中野 526-1
	近森病院	高知市大川筋 1-1-16
	国立病院機構高知病院	高知市朝倉西町 1-2-25
	仁淀病院	吾川郡いの町 1369
	土佐市民病院	土佐市高岡町甲 1867
	須崎くろしお病院	須崎市緑町 4-30
	くぼかわ病院	四万十町見付 902-1
総合防災拠点	幡多けんみん病院	宿毛市山奈町芳奈 3-1
	室戸広域公園	室戸市領家 800
	安芸市総合運動場 (SCU)	安芸市桜ヶ丘町
	県立青少年センター	香南市野市町西野 303-1
	高知大学医学部 (SCU)	南国市岡豊町小蓮
	春野総合運動公園	高知市春野町芳原 2485
	四万十緑林公園	四万十町北琴平町 6-1
	宿毛市総合運動公園 (SCU)	宿毛市山奈町芳奈 4024
土佐清水市総合公園	土佐清水市清水字笹原谷 853-3	

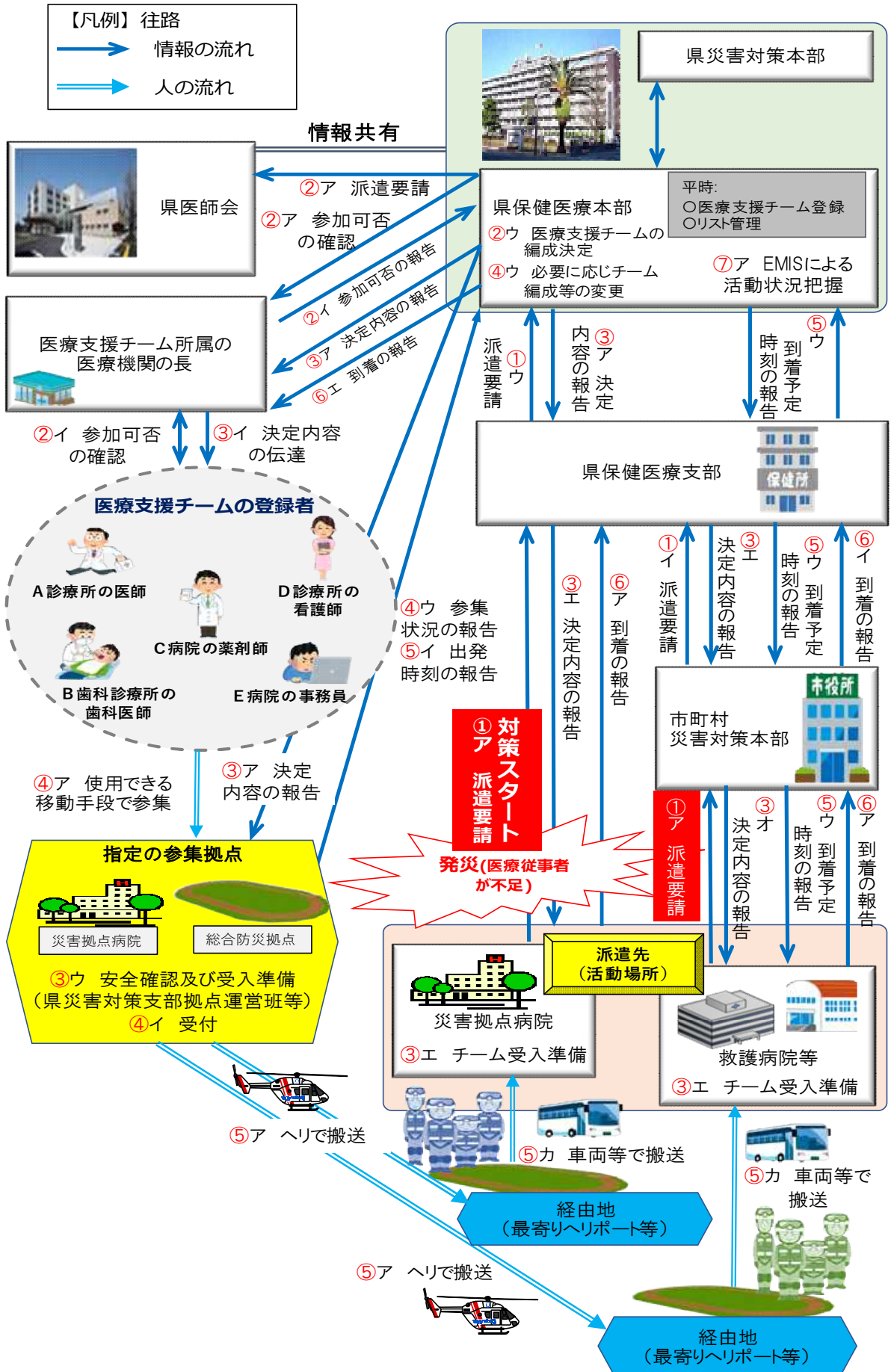


図 医療支援チーム搬送の流れ

(5) 医療支援チーム（救護班）の派遣手順

① 派遣要請

- ア 医療機関は、医療従事者が不足する場合には、県保健医療支部（災害拠点病院の場合）若しくは市町村災害対策本部（救護病院等の場合）に医療従事者の搬送要請を行います。
- イ 市町村災害対策本部は、管内の救護病院等から医療従事者派遣の要請があり、市町村内での調整が不可能な場合は、管轄する県保健医療支部に派遣要請を行います。
- ウ 県保健医療支部は、管内の災害拠点病院又は市町村災害対策本部から医療従事者派遣の要請があり、支部内での調整が不可能な場合は、県保健医療本部に派遣要請を行います。

② 派遣調整・派遣決定

- ア 県保健医療本部は、県保健医療支部から医療従事者派遣の要請を受けたときは、県医師会に医療支援チーム（救護班）の派遣を要請します。また、医療支援チーム（救護班）登録者の所属医療機関に参加可否を確認します。
- イ 医療支援チーム（救護班）登録者の所属医療機関は、高知県内で災害救助法が適用される又は適用される可能性が認められる規模の災害（以下、「大規模災害」という。）が発生したときは、アの派遣要請を待たず、登録者の医療支援チーム（救護班）への参加可否を県保健医療本部に報告します。
- ウ 県保健医療本部は、登録者の事前登録情報や派遣候補地の被災状況等を元に医療支援チーム（救護班）を編成し、派遣先を決定します。
※具体的な編成など派遣に係る実務は県保健医療本部が行います。
- エ 県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）参加者の参集拠点を決定するとともに、参集拠点から派遣先への移動手段（ヘリコプター等）を県災害対策本部と調整し、往復の搬送スケジュールを決定します。

③ 派遣スケジュールの報告

- ア 県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）参加者の所属医療機関、参集拠点担当者及び県保健医療支部にチーム編成や参集拠点、集合時刻、派遣先等の派遣決定内容を報告します。
- イ 県保健医療本部から派遣決定の報告を受けた医療支援チーム（救護班）参加者の所属医療機関は、参加者に対して派遣決定内容を伝達します。
- ウ 県保健医療本部から派遣決定の報告を受けた参集拠点の担当者（県災害対策支部拠点運営班等）は、参集拠点の安全確認及び受入準備を行います。
- エ 県保健医療本部から派遣決定の報告を受けた県保健医療支部は、要請元（災害拠点病院若しくは市町村災害対策本部）に派遣決定内容を報告するとともに、参加者の受入準備を依頼します。

オ 県保健医療支部から派遣決定の報告を受けた市町村災害対策本部は、要請元の救護病院等に派遣決定内容を報告するとともに、参加者の受入準備を依頼します。

④ 参集拠点への参集

ア 医療支援チーム（救護班）参加者は、自身で使用できる手段を用いて指定の参集拠点へ参集します。

イ 参集拠点へ到着した参加者は、参集拠点で待機している各参集拠点の担当者の受付を済ませます。

ウ 各参集拠点の担当者は、参加者の参集状況を県保健医療本部に報告します。また、県保健医療本部は、参加者の参集状況を踏まえ、必要があればチーム編成等の変更を行います。

⑤ 派遣先への搬送

ア 参集拠点に参集した参加者は、あらかじめ搬送スケジュールで決められた出発時間にヘリに搭乗し、参集拠点を出発します。

イ 参集拠点の担当者は、各医療支援チーム（救護班）の出発時刻を県保健医療本部に報告します。

ウ 県保健医療本部は、各医療支援チーム（救護班）の到着予定時刻を県保健医療支部に報告します。

エ 県保健医療本部から医療支援チーム（救護班）の到着予定時刻の報告を受けた県保健医療支部は、要請元（災害拠点病院若しくは市町村災害対策本部）に到着予定時刻を報告するとともに、参加者の受入準備を依頼します。

オ 県保健医療支部から医療支援チーム（救護班）の到着予定時刻の報告を受けた市町村災害対策本部は、要請元の救護病院等に到着予定時刻を報告するとともに、参加者の受入準備を依頼します。

カ 派遣先最寄りのヘリポートから派遣先まで陸路での移動が必要な場合には、県保健医療支部（災害拠点病院の場合）及び市町村災害対策本部（救護病院等の場合）が調整のうえ車両等を確保し、医療支援チーム（救護班）を派遣先の施設まで搬送します。

⑥ 派遣先到着の報告

ア 医療支援チーム（救護班）が派遣先へ到着後、派遣先の施設は、県保健医療支部（災害拠点病院の場合）若しくは市町村災害対策本部（救護病院等の場合）に医療支援チーム（救護班）の到着を報告します。

イ 市町村災害対策本部は、管内の救護病院等の派遣先から医療支援チーム（救護班）到着の報告を受けたときは、管轄する県保健医療支部に医療支援チーム（救護班）の到着を報告します。

- ウ 県保健医療支部は、管内の災害拠点病院又は市町村災害対策本部から医療支援チーム（救護班）到着の報告を受けたときは、県保健医療本部に医療支援チーム（救護班）の到着を報告します。
- エ 県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）参加者の所属医療機関に医療支援チーム（救護班）の到着を報告します。また、県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）の派遣状況を随時県医師会に報告します。

⑦ 医療支援チーム（救護班）活動状況の把握

- ア 県保健医療本部は、EMIS の入力内容等により各医療支援チーム（救護班）の活動状況を把握します。
- イ 県保健医療本部は、活動期間の延長等により帰路の搬送手段・スケジュールの再調整が必要になった場合は、その都度県災害対策本部に調整を依頼します。また、調整結果を該当の医療支援チーム（救護班）、参集拠点の担当者及び要請元（県保健医療支部又は市町村災害対策本部）に報告します。

（6）県保健医療本部の活動概要

県保健医療本部（平時は県災害医療担当課）は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により医療支援チーム（救護班）の搬送に係る連絡調整を行います。

ア 平時

- a 県は、平時から制度について周知を図り、医療支援チーム（救護班）への参加について所属医療機関を通じて登録の申請があったときは、所属医療機関を通じて登録者に「登録証」を交付し、所属医療機関には登録した旨を通知します。
- b 県は、医療支援チーム（救護班）登録者をリスト化し情報管理を行うとともに、リスト化した情報を各福祉保健所及び高知市保健所、県医師会、南海トラフ地震対策推進地域本部及び各市町村と共有します。
- c 県は、毎年度当初に登録者及び登録者の所属医療機関に対して登録継続の意思と登録内容変更の有無を確認し、必要に応じてリストを更新します。

イ 災害発生時

- a 県保健医療本部は、医療従事者の派遣要請があったときは、県外からの医療支援チームの受援状況や活動状況を鑑み、医療支援チーム（救護班）の編成が必要と判断した場合は、県医師会に医療支援チーム（救護班）の要請を行います。
- b 県保健医療本部は、登録者の事前登録情報や所属医療機関からの派遣可否に関する回答内容、派遣候補地の被災状況等を元に医療支援チーム（救護班）を編成し、派遣先を決定します。
- c 県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）への参加者の参集拠点を決定するとともに、参集拠点から派遣先への移動手段（ヘリ等）を県災害対策本部と調整し、往復の搬送スケジュールを決定します。
- d 県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）の参加者の所属医療機関及び参集拠点担当者にチーム編成や参集拠点、集合時刻、派遣先を連絡します。
- e 県保健医療本部は、派遣先市町村を所管する県保健医療支部に医療支援チーム（救護班）の派遣について連絡するとともに、参加者の受入準備を依頼します。

- f 各参集拠点の担当者は、参加者の受付を行い、参集状況を随時県保健医療本部に報告します。また、県保健医療本部は、参加者の参集状況を踏まえ、必要があればチーム編成等の変更を行います。
- g 県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）の活動中はEMISの入力内容等により各チームの活動状況を把握します。
- h 県保健医療本部は、活動期間の延長等により帰路の搬送手段・スケジュールの再調整が必要になった場合は、その都度県災害対策本部に調整を依頼します。また、調整結果を該当する医療支援チーム（救護班）、参集拠点担当者及び県保健医療支部に報告します。
- i 参集拠点の担当者は、派遣先の施設から帰還したチームの受付を行い、帰還状況を県保健医療本部に報告します。県保健医療本部は、各チームの帰還状況を参加者の所属医療機関と随時情報共有します。
- j 県保健医療本部は、医療支援チーム（救護班）の派遣状況を随時県医師会に報告します。

（7）県保健医療支部の活動概要

県保健医療支部（平時は県福祉保健所及び高知市保健所）は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により医療支援チーム（救護班）の搬送に係る連絡調整を行います。

ア 平時

- a 制度の周知に努めます。
- b 県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。

イ 災害発生時

- a 県保健医療支部は、管内の災害拠点病院又は市町村災害対策本部から医療従事者の派遣の要請があったときは、管内での調整が不可能な場合は県保健医療本部へ派遣要請を行います。
- b 県保健医療支部は、県保健医療本部から医療支援チーム（救護班）の派遣決定の連絡があったときは、参加者の受入準備を派遣先の災害拠点病院又は市町村災害対策本部（救護病院等の場合）に依頼します。また、派遣先となる災害拠点病院の最寄りのヘリポートから派遣先までの移動手段が必要な場合は、派遣先の災害拠点病院と調整を行います。
- c 医療支援チーム（救護班）を受け入れた県保健医療支部は、受け入れたチームの名称（参加者名）、活動場所となる派遣先施設への到着時刻、活動場所を県保健医療本部まで報告します。

（8）市町村災害対策本部の活動概要

市町村災害対策本部（平時は市町村災害医療担当課）は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により医療支援チーム（救護班）の搬送に係る連絡調整を行います。

ア 平時

- a 県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。

イ 災害発生時

- a 市町村災害対策本部は、管内の救護病院等から医療従事者の派遣の要請があったときは、市町村内での調整が不可能な場合は、県保健医療支部へ派遣要請を行います。

- b 市町村災害対策本部は、県保健医療支部から医療支援チーム（救護班）の派遣決定の連絡があったときは、参加者の受入準備を行います。また、派遣先となる救護病院等の最寄りのヘリポートから派遣先までの移動手段が必要な場合は、派遣先の救護病院等と調整を行い、確保します。
- c 医療支援チーム（救護班）を受け入れた市町村災害対策本部は、受け入れたチームの名称（参加者名）、活動場所となる派遣先施設への到着時刻、活動場所を県保健医療支部まで報告します。

（9）医療支援チーム（救護班）登録者の所属医療機関の活動概要

リスト登録者の所属医療機関は、平時及び大規模災害発生時、以下の手順により医療支援チーム（救護班）の搬送に係る連絡調整を行います。

ア 平時

- a 県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。
- b 非常時の連絡方法について、確認しておきます。（自治体の防災行政無線の利用等）

イ 災害発生時

- a 医療支援チーム（救護班）登録者の所属医療機関の長は、大規模災害発生時、自機関の登録者の医療支援チーム（救護班）への参加の可否を県保健医療本部に対して報告します。

（10）県災害対策支部拠点運営班の活動概要

ア 平時

- a 南海トラフ地震対策推進地域本部は、県災害医療担当課が作成し、共有する登録者リストにより、搬送対象者を把握します。

イ 災害発生時

県災害対策支部拠点運営班は、参集拠点に指定された総合防災拠点において、拠点の安全確認及び参集した医療支援チーム（救護班）の受付を行います。

- a 参集拠点の安全確認を行います。
- b 県保健医療本部からの報告により、参集予定の医療支援チーム（救護班）を確認します。
- c 参集した医療支援チーム（救護班）を安全な場所で待機させ、ヘリの出発後は出発時刻を県保健医療本部に報告します。

（11）計画の運用に用いる様式

医療支援チーム（救護班）の派遣要請及び決定内容の通知については、共通様式4を活用します。

（12）資機材

派遣先の医療機関にある資機材を活用することを基本としますが、県及び市町村は平時から資機材の確認を行い、必要に応じ整備を検討します。また、災害時には医療支援チーム（救護班）登録者が所属医療機関から可能な範囲で持参します。

【資機材の具体例】

種別	具体例
医療機器	聴診器、はさみ、喉頭鏡、衛生材料 等
	SpO2 モニター、血圧計、非接触型体温計 等
医薬品	輸液、蘇生薬剤、手指消毒液 等
通信機器	トランシーバー
その他活動に必要な資機材	食料、水、生活用品、トリアージタグ、災害診療記録、マスク、手袋 等
服装(ユニフォーム)	ヘルメット、帽子、ビブス、PPE 等

(13) 活動に係る費用弁償

ア 県は、医療支援チーム（救護班）の派遣に要した次の費用を弁償します。

- a 医療支援チーム（救護班）の派遣、編成に要する経費
- b 医療支援チーム（救護班）が携行した医薬品等を使用した場合の実費
- c 医療支援チーム員（救護班員）が医療救護活動において負傷または死亡した場合の扶助金
- d そのほか医療支援チーム（救護班）の派遣に必要な経費

イ アの費用弁償は、次の手順で行います。

①	活動終了後、各医療支援チーム（救護班）の代表者（リーダー）は、速やかに、県医師会に対して活動内容を報告します（※1）。また各隊員（もしくは隊員の所属する医療機関等）は、県医師会に対して活動に要した経費の請求（※2）を行います。 ※1：報告様式は医療救護活動実施細目第2条に定める様式を参考とします。 ※2：請求様式は医療救護活動実施細目第5条に定める様式を参考とします。
②	県医師会は、各医療支援チーム（救護班）の活動終了後速やかに、①の報告に基づき、各医療支援チーム（救護班）の活動内容について、定められた様式により県に報告を行います。（実施細目第2条）
③	県医師会は、医療支援チーム（救護班）の活動が終了した後に、①の請求に基づき、各医療支援チーム（救護班）の活動に要した経費をとりまとめ、定められた様式により県に費用弁償の請求を行います。（実施細目第5条）
④	県は、関係書類を確認のうえ、県医師会に対して医療支援チーム（救護班）の活動に係る費用を弁償します。
⑤	県医師会は、各医療支援チーム（救護班）への参加者（もしくは参加者の所属する医療機関等）に、活動に係る費用を支払います。

(14) 補償

隊員が活動により負傷し、疾病にかかり、又は死亡した場合は、協定に基づき県が対象者に対して補償します。

加えて、県は参加者の活動中の事故に備え、損害保険に加入します。

※事後に参加を申し出た者に対しては、協定に定めた範囲内での補償を行います。

【賠償責任に対する補償】

対象者には、活動中の医療事故に備え、職能団体の会員等を対象とした賠償責任保険への加入を推奨します。

共通様式

共通様式 1

EMIS 代行入力依頼書（緊急時入力）

送信先					
発信元	医療機関名	担当			
	電話番号	FAX番号			
	メールアドレス				
日時	年	月	日	時	分
情報とりまとめ日時	年	月	日	時	分 時点

1 医療機関機能情報（該当項目にチェックを入れてください）

入院病棟の危険状況		
入院病棟の倒壊、または倒壊のおそれ	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
入院病棟の火災	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
入院病棟の浸水	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
ライフライン・サプライ状況 (代替手段でのご使用時は、供給「無」または「不足」を選択してください。)		
電気の通常の供給	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
水の通常の供給	無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>
医療ガスの不足	不足 <input type="checkbox"/>	充足 <input type="checkbox"/>
医薬品・衛生資機材の不足	不足 <input type="checkbox"/>	充足 <input type="checkbox"/>
多数患者の受診	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
職員の不足	不足 <input type="checkbox"/>	充足 <input type="checkbox"/>

2 その他（上記以外で報告が必要な情報（病院へのアクセス状況、院内で対応できない症例、医療救護活動に困難を来している理由など）があれば記入してください。） ※医療従事者・物資等の支援要請は別様式を使用。

--

※ EMISに入力できない場合は、この様式に記入し、広域的な災害拠点病院は県保健医療本部に、災害拠点病院は県保健医療支部に、その他の医療機関は市町村災害対策本部（高知市に所在する医療機関は高知市保健医療支部）に報告してください。

整理番号	第 号
受信者	

E M I S 代行入力依頼書（詳細入力）

第 報

送 信 先					
発 信 元	医療機関名		担 当		
	電話番号		F A X 番 号		
日 時	年	月	日	時	分
情報とりまとめ 日時	年	月	日	時	分 時点

1 建物の危険状況（該当項目にチェックを入れてください。） 年 月 日 時 分時点

	入院病棟	救急外来	一般外来	手術室
倒壊、又は倒壊の 恐れ	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
火災	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
浸水	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>

その他（上記以外に被害がある施設の状況を記入してください。）

2 ライフライン・サプライ状況（該当項目にチェックを入れてください。） 年 月 日 時 分時点

電気の 使用状況	停電中 <input type="checkbox"/>	発電機 使用中 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/>	残り(発電機使用 中の場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
水道の 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	井戸 使用中 <input type="checkbox"/>	貯水・給水 対応中 <input type="checkbox"/>	正常 <input type="checkbox"/>	残り(貯水・給水 対応中の場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
医療ガスの 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	供給の 見込無し <input type="checkbox"/>	供給の 見込有り <input type="checkbox"/>	残り(供給の見込 無しの場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	配管破損の有無		有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	/		
食糧の 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	備蓄で 対応中 <input type="checkbox"/>	通常の供給 <input type="checkbox"/>	残り(備蓄で対応 中の場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
医薬品の 使用状況	枯渇 <input type="checkbox"/>	備蓄で 対応中 <input type="checkbox"/>	通常の供給 <input type="checkbox"/>	残り(備蓄で対応 中の場合)	半日・1日・2日以上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
不足している医薬品（具体的に不足している医薬品を記入してください。）						
寝台用エレベーター稼働		不可 <input type="checkbox"/>	可 <input type="checkbox"/>	/		

3 医療機関の機能（該当項目にチェックを入れてください。） 年 月 日 時 分時点

手術可否	不可 <input type="checkbox"/>	可 <input type="checkbox"/>	人工透析可否	不可 <input type="checkbox"/>	可 <input type="checkbox"/>
------	-----------------------------	----------------------------	--------	-----------------------------	----------------------------

共通様式 2 - 2

発信元	医療機関名
-----	-------

4 現在の患者状況(数値を記入) 年 月 日 時 分時点

発災後受け入れた患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
在院患者数(外来+入院)	重症(赤)	人	中等症(黄)	人

5 今後、転院が必要な患者数(数値を記入) 年 月 日 時 分時点

重症度別患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
	人工呼吸	人	酸素	人
			担送	人
			護送	人

6 今後、受け入れ可能な患者数(数値を記入) 年 月 日 時 分時点

重症度別患者数	重症(赤)	人	中等症(黄)	人
	人工呼吸	人	酸素	人
			担送	人
			護送	人

7 外来受付状況及び外来受付時間 年 月 日 時 分時点

外来受付状況	受付不可 <input type="checkbox"/>	救急のみ <input type="checkbox"/>	下記の通り受付
時間帯 1	時 分 ~	時 分	
時間帯 2	時 分 ~	時 分	
時間帯 3	時 分 ~	時 分	

8 職員数 年 月 日 時 分時点

出勤職員数	出勤医師数	人 (内、DMAT隊員数 人)
	出勤看護師数	人 (内、DMAT隊員数 人)
	その他出勤人数	人 (内、DMAT隊員数 人)

9 その他 年 月 日 時 分時点(上記以外で報告が必要な情報(病院へのアクセス状況、院内で対応できない症例、医療救護活動に困難を来している理由など)があれば記入してください。) ※医療従事者・物資等の支援要請は別様式を使用。

※ EMISに入力できない場合は、この様式に記入し、広域的な災害拠点病院は県保健医療本部に、災害拠点病院は県保健医療支部に、その他の医療機関は市町村災害対策本部(高知市に所在する医療機関は県保健医療支部(高知市支部))に報告してください。

整理番号	第 号
受信者	

共通様式 3

医療救護所活動状況報告

送信先					
発信元	医療救護所名	担当			
	電話番号	FAX番号			
発信日時	年	月	日	時	分
情報とりまとめ日時	年	月	日	時	分 時点

1 医療救護所の開設時間帯（24時間対応している場合は、「終日開設」にチェック）

時
分
 ～
 時
分
 終日開設

2 収容人数及びトリアージ状況（数値を記入）

トリアージ区分	現在の収容人数	累計人数
重症（赤）	人	人
中等症（黄）	人	人
軽症（緑）	人	人
死亡（黒）	人	人
合計	人	人

3 医療従事者状況（現在活動中の人数を記入）

医師	看護師	歯科医師	薬剤師	その他医療職員	事務職員

4 医療関連物資の情報（該当項目を○で囲ってください。）

充足	不足	※不足している物資を記載
----	----	--------------

5 その他（上記以外で報告が必要な情報（医療救護所へのアクセス状況、医療救護活動に困難を来している理由など）があれば記入してください。） ※医療従事者・物資等の支援要請は別様式を使用。

整理番号	第 号
受信者	

共通様式 4

医療従事者等派遣要請書

■機関区分(区分の枠に番号を記入のうえ、勤務医等の搬送の場合は□にチェック) ①救護所 ②救護病院 ③災害拠点病院 ④市町村本部 ⑤県保健医療支部 ⑥県保健医療本部 ⑦その他医療機関

月	日	時	分	月	日	時	分
機関名	区分	□勤務医等の搬送		機関名	区分	□勤務医等の搬送	
担当者				担当者			
連絡先 ・電話 ・FAX				連絡先 ・電話 ・FAX			
担当者				担当者			

医師 (科)	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務職員	人数	活動場所	活動内容	派遣場所	派遣期間

医療従事者等派遣承諾連絡書

医師 (科)	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務職員	人数	派遣場所	派遣期間
医師 (科)	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務職員	人数	派遣場所	派遣期間
医師 (科)	薬剤師	看護師	その他医療職 職種	人数	事務職員	人数	派遣場所	派遣期間

重症患者等受入要請書 兼 応諾連絡書

氏名		年齢		性別		トリアージ区分		担当・護送の別		心諾機関記載項目	
tag. no.										受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	呼吸数	意識				連絡先	搬送手段
tag. no.										受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	呼吸数	意識				連絡先	搬送手段
tag. no.										受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	呼吸数	意識				連絡先	搬送手段
tag. no.										受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	呼吸数	意識				連絡先	搬送手段
tag. no.										受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	呼吸数	意識				連絡先	搬送手段
tag. no.										受入先	医療機関
症状 (可能な範囲で記載)	傷病名・処置	血圧	脈拍	SpO2	呼吸数	意識				連絡先	搬送手段

※必要に応じて、患者詳細情報（災害時診療記録、トリアージ・タグのコピーなど）を添付

へり支援要請書

要請機関 (発信者)		災対本部等の名称		担当者氏名		電話番号			
要 請 内 容 (該 当 番 号 を ○ で 囲 む)	①情報収集	目 的							
		収集場所							
		収集項目	全般 住家 道路 その他 ()						
		収集手段	映像 写真 口頭 その他 ()						
		同乗者	無 有 (名)						
	代表者 (役職		氏名)			
	②消火 ※人命危険 → 有 無	発生日時	日		時	分			
		位置情報	細部は下の「搬送元へりレポート (LP) 等」に記入						
		周辺の状況							
		給水適地等	無 有 (場所)						
	③搜索救助 ※人命危険 → 有 無	位置情報	細部は下の「搬送元へりレポート (LP) 等」に記入						
		要救助者数等	名 その他 ()						
	④救急搬送 ※人命危険 → 有 無	患者数	名						
		付き添い者	無 有 (名)						
患者の状態、 担架の要否等		属紙「高知県災害時医療救護計画」共通様式5に記載して添付							
⑤人員輸送	目 的								
	人 数	名							
	代表者	役職		氏名					
⑥物資輸送	品 名								
	容 積	高さ	c m、	幅	c m、	奥行	c m		
	重量 (状態)	重量	k g (状態：箱詰、袋詰、その他)						
使 用 へ り レ ポ ー ト (ラ ン デ ィ ン グ ポ ィ ン ト) 等			搬送元へりレポート (LP) 等		⇨		搬送先へりレポート (LP) 等		
	位置情報	へりレポート名			へりレポート名				
		緯度・経度 北緯 東経			緯度・経度 北緯 東経				
		UTM座標			UTM座標				
	<位置情報不明の場合>		著名な場所からの方向・距離			著名な場所からの方向・距離			
			から の方向に m			から の方向に m			
	特徴		特徴						
発着予定時刻									
地上支援要員	無 有 (氏名			無 有 (氏名					
	連絡先 Tel)			連絡先 Tel)					
		無線の種類			無線の種類				
		コールサイン			コールサイン				
現地気象	天気	視程	m		天気	視程	m		
	風向	風速	m / s		風向	風速	m / s		

※②～④は、緊急性を判断してへりを配当するため、人命に係るか否かを明確にして要請する。

調整所回答欄	不可 可 (運用へり)	活動終了日時	日	時	分
--------	--------------	--------	---	---	---

共通様式6-1 (医療機関・医療救護所→市町村災害対策本部)

記入・提出日： 年 月 日 (受取職員印・サイン)

緊急支援助物資輸送 要請票

(施設名) ※医療機関・医療救護所名
(担当者名)
(電話番号) (FAX番号)
(E-mail)
(把握している場合: 移動系防災行政無線局番号)



提出先	(提出先名) ※市町村の災害対策本部
	(担当者名) (電話番号)

備考	

※手書きの場合、品目の記入は小分類だけで構いません

物資内訳 品目	大分類	中分類	小分類	数量		備考 (商品詳細、必要な人数の概要、緊急度合い、配達希望日、アレルギーの有無、要介護等を記載)
				個数	単位	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

共通様式6-2(市町村災害対策本部→県災害対策本部)

緊急支援物資輸送 要請 / 発注票

記入・提出日:

年	月	日
		要請番号

(発注/要請印・サイン)

(物資調達者印・サイン)

発注 / 要請元	
(自治体名) ※市町村の災害対策本部	
(担当者名)	
(電話番号)	(FAX番号)
(E-mail)	
納入先	
(施設名) ※医療機関・医療救護所名	
(住所)	
(受取担当者名)	
(電話番号)	(FAX番号)
(E-mail)	

物資調達者	
(企業・組織名) ※県 災害対策本部	
(担当者名)	
(電話番号)	(FAX番号)
(E-mail)	



物資提供者	
(企業・組織名) ※県 総合防災拠点	
(担当者名)	
(電話番号)	(FAX番号)
(E-mail)	



※手書きの場合、品目の記入は小分類だけで構いません

物資内訳 品目	大分類	中分類	小分類	数量		備考 (商品詳細、アレルギ-の有無、パレット枚数、箱サイズ、車両台数等を記載)
				個数	単位	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

共通様式 7

協定締結団体医療支援要請書					
月 日 時 分		月 日 時 分	要請内容	派遣希望日数	月 日～月 日
高知県保健医療調整本部		機関・団体名		チーム数	
担当者		担当者		活動内容	
参集場所		備考			

協定締結団体医療支援応諾書

高知県保健医療調整本部 あて
 e-mail:131601@ken.pref.kochi.lg.jp 131301@ipstar.ne.jp
 衛星携帯電話：(ワイドスター)090-6886-8901 (IPSTAR)050-4560-1587
 FAX :088-823-9137

(機関・団体名)

(担当者名)

(連絡先) Tel

Fax

e-mail

派遣協力可能期間	派遣チームの構成 (分野・人数)	移動手段	食料・飲料水の準備	宿泊先確保 (寝袋含む)
連絡先			あり ・ なし	あり ・ なし
リーダー				
月 日～月 日				
連絡先			あり ・ なし	あり ・ なし
リーダー				
月 日～月 日				
連絡先			あり ・ なし	あり ・ なし
リーダー				
月 日～月 日				
連絡先			あり ・ なし	あり ・ なし
リーダー				
月 日～月 日				
連絡先			あり ・ なし	あり ・ なし
リーダー				
月 日～月 日				

※派遣チームの構成については、医師○名、看護師○名、薬剤師○名、事務職○名など、派遣チームの職種内訳を記載。

その他連絡事項

燃料調整シート

要請元施設は「2の(1)」、「3」を記載して市町村災害対策本部に要請。市町村担当者は「1」を記載して県災害対策本部に要請。

< 1. 要請担当者 >

市町村	組織名称		電話番号	
	担当者名			

< 2. 納入先情報等 >

(1) 納入先施設	施設名称		施設番号 (注1)	
	住所	〒 -		
	燃料 担当者名		電話番号	
	携帯番号			
(2) 燃料供給費用 支払予定者 (注2)	組織名称		電話番号	
	住所	〒 -		
	担当者名		電話番号	
			FAX 番号	

(注1) 石油連盟との間で、重要施設に関する情報共有覚書を締結している場合は8桁(XXX-XXXX)の施設番号を記載。

(注2) 要請を経て供給される燃料は有償の取扱いとなるため、要請担当者とは施設管理者との間で費用負担者について合意の上、記載。

< 3. 要請内容 >

品目	<input type="checkbox"/> ガソリン <input type="checkbox"/> ジェット <input type="checkbox"/> 灯油 <input type="checkbox"/> 軽油 <input type="checkbox"/> A重油 (<input type="checkbox"/> LSA/ <input type="checkbox"/> HSA) (注3)			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
数量	KL ※2KL以上の要請は、「2KL単位」で要請すること			
荷姿	<input type="checkbox"/> ローリー (含ミニ) <input type="checkbox"/> ドラム缶 <input type="checkbox"/> 携行缶・ポリタンク <input type="checkbox"/> コンテナ			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
配送希望日	年 月 日			
(以下水色枠は上記で「ローリー (含ミニ)」を選択した場合に記載。)				
ローリーサイズ上限	<input type="checkbox"/> 14KL以上 (KL) ・ <input type="checkbox"/> 14KL未満 ※納入先施設の所定位置まで進入可能なタンクローリー上限サイズ(別紙)			
タンク形態	<input type="checkbox"/> 地下 <input type="checkbox"/> 地上 (ポンプ有) <input type="checkbox"/> 地上 (ポンプ無) <input type="checkbox"/> その他 ()			
タンク番号	タンク容量	KL	タンク空き容量	KL
必要ホース長	m ※6m以上の場合は延長接続ホースの有無とその長さ (<input type="checkbox"/> 有 (m)、 <input type="checkbox"/> 無)			
給油口 規格	口径	<input type="checkbox"/> 1.5インチ <input type="checkbox"/> 2インチ <input type="checkbox"/> 2.5インチ <input type="checkbox"/> 3インチ <input type="checkbox"/> 3.5インチ <input type="checkbox"/> 4インチ		
	名称	<input type="checkbox"/> JIS (PT・PF) <input type="checkbox"/> 出光 <input type="checkbox"/> 極東 <input type="checkbox"/> 金剛 <input type="checkbox"/> シェル <input type="checkbox"/> 消防 <input type="checkbox"/> タツノ <input type="checkbox"/> 東急 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> Mネジ <input type="checkbox"/> 旧モービル <input type="checkbox"/> 旧ゼネラル <input type="checkbox"/> 旧エッソ <input type="checkbox"/> NM-L <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> T-80 <input type="checkbox"/> T-80L <input type="checkbox"/> T-100 <input type="checkbox"/> NM <input type="checkbox"/> SI-301L <input type="checkbox"/> その他 ()		
	形式	<input type="checkbox"/> 外ネジ <input type="checkbox"/> 内ネジ <input type="checkbox"/> ワンタッチ <input type="checkbox"/> その他 ()		
備考※施設タンクの在庫逼迫度等				

(注3) 「A重油」は、低硫黄A重油の場合は「LSA」、高硫黄A重油の場合は「HSA」にもチェックを入れる。

< 4. 要請処理状況 > ※本項は政府災害対策本部、資源エネルギー庁、石油業界において記載

日時	内容	所属	担当者
	要請受領	(都道府県/省庁→) 政府災害対策本部	
	要請受領	(政府災害対策本部→) 資源エネルギー庁	
	要請受領	(資源エネルギー庁→) 石油連盟/全石連	
	要請受領・仕分開始①	石油連盟 (対元売) / 全石連 (対県石、石商、役員等)	
	要請受領・仕分開始②	県石 (対販売業者)	
	要請仕分報告	石油連盟/全石連 (→資源エネルギー庁)	
	運送事業者報告	石油連盟/全石連 (→資源エネルギー庁)	

< 5. 配送手配状況 > ※本項は石油業界において記載

燃料提供者 (元売)	事業者名	支店/部署名	
燃料提供者 (特約店・販売店)	事業者名	支店/部署名	
輸送事業者	事業者名		
配送車両・予定	車番	ドライバー名	
	配送予定日		

【別紙】

・ローリーサイズ上限について

荷卸しのために施設内の燃料タンク前の所定位置まで進入できるタンクローリーサイズの上
限を記入してください。

石油元売会社が使用するタンクローリーのサイズは、小さいもので 14KL 積から最大で
28KL 積までサイズが分かれています。詳細は下表を参照してください。

表 石油元売会社が使用するタンクローリーのおおよそのサイズ（積載量別）

積載量	所要占有幅	全長	全高	全幅
14 kℓ	約 6m	約 9m	約 3m	約 2.5m
16 kℓ	約 6m	約 9.5m	約 3m	約 2.5m
20kℓ	約 7.5m	約 12m	約 3m	約 2.5m
新型 24kℓ	約 7.5m	約 12.5m	約 3m	約 2.5m
24kℓ	約 8m	約 14m	約 3m	約 2.5m
26kℓ	約 9m	約 15m	約 3m	約 2.5m
28kℓ	約 9m	約 16m	約 3m	約 2.5m

※ 車両メーカーにより若干規格は異なります。

※ 所要占有幅とは、タンクローリーが 90 度旋回する際に、必要となる幅です。例えば
26KL 積ローリーの場合、車体の全幅は 2.5m でも、旋回する際は直径 9m の道路
幅が必要となります。

※ 「新型 24 KL」とは従来の 24 KL 積ローリーより小型化した新しい規格のタンクロー
リーです。従って、24 KL 積ローリーは 2 種類存在しますが、燃料調整シートには数字の
みを入力し、車長の短い「新型」に限定される場合はその旨備考欄に記入してくださ
い。

共通様式 9

広域医療搬送適用患者報告書	
発信元	医療機関名 担当
	電話番号 FAX番号
	メールアドレス
日時	年 月 日 時 分

患者情報記載欄								
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数
tag. no.	氏名	年齢	性別	広域医療搬送を考慮すべき病態名				
症状（可能な範囲で記載）								
所見及び処置				血圧	脈拍	SpO2	意識	呼吸数

※添付可能であれば、広域医療搬送カルテを添付