市立八幡浜総合病院

災害医療計画

（令和２年４月１日版）

本資料のデジタルファイルを以下からダウンロードできます。

http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/e401.pdf

（ファイル名の 401 は数字、全文・フルサイズの資料です）

2019 年度の修正部分・抜粋

http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/e106.pdf

（ファイル名の 106 は数字、抜粋資料です）

令和元年度版　災害医療計画
令和２年２月 28 日（木）、運営委員会で承認

以下、★は令和２年１月の修正・追加箇所

◆経営管理者設置に伴う修正

目 次

	ページ
第1部　災害医療計画	**7**
第1章　総則	7
（目的）（適用範囲）	7
第2章　平常時の災害対策体制	7
（災害管理対策）（災害に対する防護のための組織）	7
（各責任者の業務）	7
（震災予防措置）	8
（定期に自主点検・検査を実施するための組織）	8
（建物等の定期調査）（点検検査結果の記録及び報告）	8
（不備欠陥等の報告）（施設に対する遵守事項）	9
（避難経路図）	9
第3章　災害発生時の対策	12
（被災時の組織）（災害対策本部）（本部の任務）	12
（暫定災害対策本部）	12
（情報班の業務）（本部付の業務）	13
第4章　被災後の対策	13
（被災地域内の病院による初期医療対策）	13
（医療班の編成）	13
（暫定病棟の開設）（物品搬送班の活動）	13
（交通整理班の活動）	13
資料1．救急・災害対策委員会規約	15
★別表1　災害対策委員一覧表	17
★別表2　災害対策本部構成表	18
★別表3　緊急事態における連絡体制と参集規定等	24
★（1）動員基準と参集規定	24
（2）参集猶予と参集免除について	25
イ）参集猶予	25
ロ）参集免除	25
表x-1．災害時の勤務に関する届け	26
表x-2．災害時の勤務に関する判定（承認）	26
表x-3．災害時の勤務に関する判定（却下）	26
表x-4．災害時の勤務に関する届け（撤回用）	27
（3）緊急連絡の方法	28
イ）電子メールによる一斉連絡	28
ロ）電話による緊急連絡網	28
ハ）LINE（八幡浜hp 防災）による緊急連絡	28
ニ）災害時の院内放送に関する注意点	29
ホ）緊急連絡票（院内用）	29
ヘ）医療機関 被害状況等報告書	29
EMISを使用できない場合の災害時情報伝達	30
別表3－（4）　災害時病棟チェックリスト	30
別表3－（5）　災害時チェックリスト（一般部署用）	32
別表3－（6）－イ）緊急連絡票（院内用）	33
別表3－（6）－ロ）医療機関 被害状況等報告書（直後）	34
別表3－（6）－ハ）医療機関 被害状況等報告書（詳細）	35
別表4　災害予防のための組織編成表	36
別表5　自主検査、点検を実施するための組織編成表	37
別表6　自主検査チェック表（日常）	38
別表7　自主検査チェック表（定期）	39
別表8　災害下における病院状況を表すカラーコード	40

第2部　アクションカード　41
第1章　災害時アクションカードと災害時医療編成について　41
（1）アクションカード　41
（2）時間内災害時における災害時医療の編成（職種別）　41
A. 医師　42
B. 看護師　42
C. コ・メディカルと事務職　43
第2章 勤務時間内の災害における責任者の業務　45
院長、事務部門責任者、副院長、診療部長、救急・災害対策[illegible]　45
看護部長、外来部門責任看護師、病棟部門責任看護師　50
手術部門責任看護師、透析部門責任看護師　54
トリアージセンター責任者、設営、フローチャート　56
赤ゾーン責任者、設営、フローチャート　59
黄ゾーン責任者、設営、フローチャート、配置図　62
緑ゾーン責任者、設営、フローチャート　65
黒ゾーン責任者、設営、フローチャート　68
参考)トリアージタッグと災害用カルテ、災害用カルテ　71
紫ゾーン責任差、検査部門責任者　74
放射線部門責任者、交通整理（本部設営）班責任者　76
資材調達班責任者、★搬送班責任者、★院内清掃班責任者　78
情報班責任者、報道担当責任者、ボランティア担当責任者　80
第3章　勤務時間内・時間外の災害における一般職員の業務　83
医師（勤務時間内）、日当直医師　83
病棟看護市長（時間内）、外来看護師など（時間内）　85
日当直看護師長、初期対応フローチャート　87
医師看護師以外の医療職（時間内）　91
事務職員（時間内）、宿日直者　92
各職種共通（勤務時間外）　94
第4章　病棟火災時の対応　95
看護師:①（第一発見者）、同②（避難・誘導）　95
看護責任者:①（初動）、②自病棟が火元、③他病棟が火元　97

第3部　大津波対応編　100
第1章「第3部（大津波・停電編）」策定の背景と狙い　100
第2章 災害対応と津波前準備　101
（1）「災害対策本部」の設置と「災害モード」の発令　102
（2）津波に特化した監視と情報収集の体制を加える　102
（3）院外からの患者受け入れに関する方針　102
（4）医療救護班の派遣　102
（5）災害時治療ゾーン等の移転　103
（6）停電への対策　104
（7）地階・1階・2階各部署における津波前準備の原則　104
（8）3階以上の各部署における津波・停電前準備の原則　104
第3章 各部署における津波前準備（各論）　105
（1） 地階、1・2階部分の各部署　105
A. 地階・1階、B. 2階　105
（2） 3階以上の各部署　107
（3） 事務局　107
第4章 津波・停電前準備における、重要な機器類等（準備中）　109
（1） 発電機　109
（2） 無停電装置等　109
（3） 医療機器　109
（4）酸素供給に関する情報　109
第5章 津波・停電前期における勤務について　110
（1）地震後、津波前期における職員の早退について　110
（2）病院外で被災した場合の参集免除について　110
★第6章　南海トラフ地震に関する臨時情報が出た場合の対応　112
（1）背景　112
（2）南海トラフ地震に関する臨時情報が出た場合の対応　113

第4部　救護班・DMATの派遣および受け入れ手順　114
はじめに　114
第1章 医療救護班・DMATの派遣手順　114
★1．DMAT とは　114
資料1 DMAT に関する用語の定義等　114
2．愛媛DMATの活動内容と流れ（愛媛DMAT運用計画より）　116
資料2 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）　119
3．DMAT の派遣の流れ・出動と活動内容　120
第2章 医療救護班の活動　126
第3章 医療救護班・DMATの受け入れ手順　128
第4章　災害支援ナースについて　129
A　災害支援ナースの派遣手順　129
第5章 DMATなどの資機材管理　136
DMAT標準装備（個人装備）1、2　136
DMAT標準資機材（ロジスティック関連機材）　137
DMAT標準医療機器・関連機材　139
DMAT資機材管理表（赤バック）　140
DMAT資機材管理表（黄バック）　142
DMAT資機材管理表（緑バック）　144
DMAT標準薬剤リスト　145
DMAT用備品整理簿　146
DMAT携行医薬品一覧表　147
DMAT用備品整理簿（資料3）　148

★第5部　原子力災害医療　150
★第1章　原子力災害医療の目的　150
★第2章　原子力災害医療における当院の役割　150
★第3章　被ばく傷病者の受入れ　150
A）被ばく傷病者受入れ手順　150
(1)傷病者受入れ要請の連絡　150
（参考）発電所で用いる情報用紙　151
(2) 発電所への要請事項　152
(3) 連絡体制　153
(4) 除染室での受入れ準備　153
（図）除染の服装　154
（表）緊急被ばく医療　チーム役割表　155
B）患者への対応・処置（フローチャート）　156
註．専門施設等への移送を考慮する場合　157
C）処置終了後の対応　157
D）職種別の対応　159
(1)医師　159
(2)看護師　160
(3)診療放射線技師　161
（フローチャート）診療放射線技師　163
(4)事務職員　164
★資料1A 院内連絡網（勤務時間内）　165
★資料1B 院内連絡網（勤務時間外）　166
資料2 生物学的試料採取の手引　167
資料3 身体除染の手引き　168
第4章　原子力災害拠点病院と原子力災害派遣医療チーム　170
A）原子力災害拠点病院　170
原子力災害拠点病院等の施設要件（抜粋）　170
B）原子力災害医療派遣チームについて　174
第5章 市立八幡浜総合病院原子力災害時避難計画　175
A）総則　175
B）原子力災害事前対策　175

C）原子力災害応急対策 178
D）屋内退避及び避難 180
参考1）屋内退避時の注意点―院内配布資料の文例 181
参考2）放射性物質による汚染状況の調査 182
表. 空間線量率記録票1（院内及び病院周辺） 184
表. 空間線量率記録票2（モニタリングポスト用） 185
表　役割分担表 187
参考3）避難計画の作成 188
参考4）患者リストなど（表1-1～3-2） 189
参考5）避難患者などへの対応・処置 189
参考6）受入れ先医療機関について 189
表 原子力災害時の勤務に関する職員のグループ分け 190
参考7）勤務中の被ばく監視体制 190
参考8）被ばく線量限度と人体への影響 191
参考9）避難終了後の職員と避難先事務局の対応 191
★参考10）入院患者等および職員の安定ヨウ素剤服用 191
参考11）消防職員のヨウ素剤服用に関する支援 192
表　安定ヨウ素剤服用に関する調査票（患者用） 193
表　同上（職員用） 194
表1-1. 患者リスト 195
表1-2. 患者リスト（搬送担当者用） 196
表2. 要転送患者等の人数 197
表3-1. 入院患者様 連絡先等確認用紙 198
表3-2. 外来患者 被ばく避難に関する意志等確認用紙 199
表4. 累積線量記録（個人用） 200
表5. 累積線量記録（各部署用） 201
表6-1. 放射線災害時の勤務に関する届け 202
表6-2. 放射線災害時の勤務に関する届け（撤回用） 202
緊急ひばく医療アクションカード（目次） 203
管理部門全体、病院統括者（院長） 204
病院統括補佐（全般）、統括医師（チームリーダー） 206
処置担当医師、看護師、 209
診療放射線技師（管理区域内）、同（管理区域外） 211
事務職員 213
患者に関する医学的情報を知る 214
除染時の服装、脱衣 215
処置室の資機材・医薬品の準備 217
緊急被ばく医療 資機材管理表 218
参考資料　関係箇所連絡先 221

第6部 地域の災害弱者への対応 227
第1章 災害弱者（災害時要支援者）とは 227
第2章 各論 228
（1）透析患者への対応 228
（2）在宅酸素療法患者、在宅人工呼吸器患者への対応 229
（3）糖尿病患者への対応 229

第7部　災害ボランティア・外部支援者について 231
第1章 当院の災害対応における災害ボランティアの位置付け 231
第2章　災害ボランティアの種類 231

第8部　南海トラフ巨大地震を念頭に置いた事業継続計画　232
はじめに　232
1．基本的な考え方　234
(1) BCPの方針　234
(2) 策定体制　234
(3) 現況の状況　235
(4) 被害の想定　236
(5) 優先業務の抽出　239
2．BCP行動計画　240
1) 情報―診療提供能力の確認　240
2) 情報―院内体制整備の指示　241
3)診療―トリアージセンター・治療ゾーン等の決定　242
4) 診療―トリアージの実施　244
5) 診療―治療ゾーンでの診療　246
6) 搬送―重症患者の搬送　249
7) 医療器材・医薬品等の調達　250
8) 医薬品の調達　253
9) 薬局業務　254
10) 食料等の調達　256
11)患者・職員（帰宅困難職員も）のための水確保と供給　259
12) 配膳業務　261
13) 大災害後における酸素確保　263
★参考資料　液化酸素タンクまたは酸素配管の損傷への対策　265
14) 通院患者への薬剤、処方情報の提供　268
15) 透析業務の継続　269
16)透析継続のための連絡業務について　271
資料．災害時（電話不通時）医療機関への連絡用紙（案）　272
17) 手術業務の継続・再開　273
参考資料1　同2　274
★18) 病棟患者状態維持と業務の継続　278
19) 撮影業務の継続　281
20) リハビリ科の事業継続（搬送班の業務を含む）　283
21) 検査業務の継続　284
22) 医療機器（医療機器室管理分）管理業務の継続　286
23) 人工呼吸治療の継続　287
24) 在宅酸素療法患者への対応　289
25) 医事業務の継続と再開（搬送班の業務を含む）　291
★26) 大津波到来後の院内清潔環境の復旧　293
★27) 災害時におけるトイレ管理業務　296
28) 大津波に備えた重要文書等の退避　299
29) 自家発電と燃料確保について　302
参考資料1、同2　303
30) 災害時病院宿泊環境の整備　305

3．課題と今後の取組　307
(1) 現況の課題と改善に向けた取組　307
(2) 訓練・教育の取組　307
(3) BCPチェックリスト（厚生労働省）に基く要改善点　308
(4) 点検・是正の取組　311
(5) 見直しの取組　311

★資料．救急・災害対策委員会および部会の委員、リンクスタッフ　312
1．救急・災害対策委員会　312
2．災害対策部会　312
3．災害救援検討部会　312
4．被ばく医療準備部会　313
5．各部署の災害医療リンクスタッフ　314

第１部　市立八幡浜総合病院災害医療計画

第１章　総則

（目的）

第１条　大規模あるいは深刻な被害を伴う災害が発生した際の市立八幡浜総合病院の役割、使命を認識し、病院機能の維持、災害医療の対応、組織を利用した情報収集、救護等について平素より組織化した訓練、啓蒙を行い、被害者に最大限の医療を提供することを目的とする。

（適用範囲）

第２条　この計画の適用範囲は、入院患者、面会者、病院勤務者を含めた、病院に出入りするすべての者を対象とする。

（救急・災害対策委員会および災害対策本部）

第３条　防災管理業務の適正な運営を図るため、救急・災害対策委員会ならびに災害対策本部を置く。

２．救急・災害対策委員会は非災害時において災害対応の準備を担当し、その活動は市立八幡浜総合病院救急・災害対策委員会規約において定める（資料１）。

３．災害対策本部は災害時における実際の災害対応を担当し、その構成は別表１（災害対策委員一覧表）別表２（災害対策本部構成表）に示す。

第４条　委員会の開催は以下の場合とする。

（１）社会的に反響の大きい、地震などによる被害発生時。

（２）各責任者からの報告、提案により委員長が開催する必要があると認めた時。

（３）その他。

第５条　委員会の主な審議事項

（１）災害対策の遂行に関すること。

（２）その他

第２章　平常時の災害対策体制

（災害管理対策）

第６条　災害管理組織（災害対策のための組織編成表）は、別表４のとおりとし、自主点検・検査（別表５・６）を実施するための組織とする。

（災害に対する防護のための組織）

第７条　災害に対する防護のための組織は、災害対策管理者（防火管理者）のもと、各部内ごとに置いている災害対策責任者（防火担当責任者）と、所定の区域ごとに置いている災害対策担当責任者（火元責任者）により構成する。

（各責任者の業務）

第８条　建物・設備管理者は、定期自主点検、検査等を実施し、次の業務を行うものとする。

（１）担当区域内の災害対策担当責任者（火元責任者）に対する、業務の指導及び監督に関すること。

（２）災害対策管理者（防火管理者）の補佐。

第９条　消防計画で設置されている火元責任者が、災害対策担当責任者となり、各室回りの状況観察を伴い、常に危険回避の注意を行う。

（１）担当区域内の倒壊等危険回避の管理に関すること。

（２）地震等における火気設備器具の安全確認に関すること。

（３）火気並びに閉鎖障害等の点検、実施に関すること。チェックは、災害対策担当責任者が行うものとする。

（４）災害対策責任者の補佐。

（震災予防措置）

第１０条　災害対策担当責任者（火元責任者）は、地震時の災害を予防するために、各種施設、設備器具の自主点検・検査に合わせて次の措置を行うものとする。

（１）建築物に付随する施設物（看板、窓枠、外壁等）の倒壊、転倒、落下を防止すること。

（２）倉庫、事務室内、避難通路、出入口等の棚、備品、器具、什器、物品等の転倒、落下を防止すること。

（３）火気設備器具の上部及び周囲には、転倒落下のおそれのある物品、燃えやすい物品を置かないこと。

（４）火気設備器具の自動消火装置、燃料等の自動停止装置について、作動状況の検査を行うこと。

（５）危険物施設における危険物等の転倒、落下、浸水等による発火防止及び送油管等の緩衝装置の検査を実施すること。

（定期に自主点検・検査を実施するための組織）

第１１条　自主点検・検査を実施するための組織は、消防用設備等、建物、火気設備器具及び電気設備等について適正な機能を維持するため、定期に点検・検査を実施するものとする。

（建物等の自主検査）

第１２条　建物等の自主検査は、別表７「自主検査チェック票（定期）」に基づき、確認するものとする。

（建物等の定期調査）

第１３条　建物等の定期調査は、特殊建築物調査資格者に委託し、点検を行い建物の維持管理に努めるものとする。

２．災害対策管理者は、建物等の定期調査実施時に立会うものとする。

（点検検査結果の記録及び報告）

第１４条　自主検査、自主点検及び法定点検の実施者は、定期的に災害対策管理者に報告するものとする。ただし、不備・欠陥部分がある場合は、すみやかに災害対策管理者に報告するものとする。

（不備欠陥等の報告）

第１５条　災害対策管理者は、報告された内容で不備・欠陥部分がある場合は、総括責任者（院長）に報告し改修しなければならない。

２．災害対策管理者は、不備・欠陥部分の改修及び予算措置に時間のかかるものについては総括責任者（院長）の指示を受け、改修計画を樹立するものとする。

（施設に対する遵守事項）

第１６条　災害対策管理者又は職員等は、避難施設及び防火施設の機能を有効に保持するため、次の事項を遵守するものとする。

（１）避難口、廊下、階段、避難通路その他のために使用する避難施設

ア．避難の障害となる設備を設け、又は物品を置かないこと。

イ．床面は避難に際し、つまづき、すべり等を生じないよう維持すること。

ウ．避難口等に設ける戸は、容易に解錠し開放できるものとし、開放した場合は廊下、階段等の幅員を有効に保持すること。

（２）火災が発生したとき延焼を防止し、又は有効な消防活動を確保するための防火施設

ア．防火戸は、常時閉鎖できるようにその機能を有効に保持し閉鎖の障害となる物品を置かないこと。

イ．防火戸に接近して延焼の媒体となる可能性物品を置かないこと。

（避難経路図）

第１７条　火災対策管理者は、人命の安全を確保するため、各階ごとに消防用施設等の設置図及び屋外へ通ずる避難経路を明示した避難経路図を別図のとおり作成し、災害対策担当責任者並びに職員等に周知徹底するものとする。

別図　避難経路図

＊拡大図（PDF ファイル）は以下から入手できる（右に QR コード）。

http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/hinankeiro.pdf

1階


避難口
非常口
消火栓
消火器
放射線被ばく医療施設
一次救急休日・夜間診療所
05 小児科
04 耳鼻咽喉科
03 眼科
02 産婦人科
01 整形外科
06 救急部門
07 歯科口腔外科
現在地
ホール
コンビニ
事務局
ATM
総合受付
銀行
会計
医事
地域医療連携室
08 リハビリテーション
09 人間ドック
立体駐車場

2階


避難口
非常口
消火栓
消火器
救助袋
小会議室1
小会議室2
小会議室3
多目的室
大会議室
18 内視鏡室
17 泌尿器科
結石破砕室
16 脳神経外科
15 外科
14 内科・循環器内科/総合診療科
麻酔科/皮膚科/栄養指導室
13 外来化学療法室
12 生理機能検査室
10 人工透析室
透視撮影室2
透視撮影室1
MRI室
CT室
一般撮影室3
一般撮影室2
19 画像診断部
一般撮影室1
骨密度測定室
読影室
マンモグラフィー室
第2血管造影室
第1血管造影室
RI室
20 薬局
現在地
11 採血室
検体検査室


556
555
554
553
552
551
デイルーム
501
502
503
504
505
506
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
519
518
517
516
515
514
513
512
511
510
509
507
508
570
相談室
カンファレンス室
診察処置室
注入室
スタッフステーション
5西
洗濯室
特別浴室
現在地
エレベーターホール
5東
小児観察室
520

5階


456
455
454
453
452
451
デイルーム
401
402
403
404
405
406
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
419
418
417
416
415
414
413
412
411
410
409
407
408
470
相談室
カンファレンス室
診察処置室
注入室
スタッフステーション
4西
洗濯室
特別浴室
現在地
エレベーターホール
4東
420

4階


手術部
カンファレンス1
301
302
303
カンファレンス2
特別浴室
304
305
デイルーム
家族控室
現在地
エレベーターホール
スタッフステーション
3東
注入室
診察室
内診室
新生児室
洗髪室
洗濯室
授乳室
316
315
314
313
312
311
310
309
308
307
306

3階

第３章　災害発生時の対策

（被災時の組織）

第１８条　災害発生時は直ちに災害対策本部を設置し、その組織は別表２（災害対策本部構成表）とする。

第１８条２　災害対策本部設置の要件としては、市域に震度５弱以上の地震が発生した場合、多数傷病者（註）の搬入が予想され病院を挙げて対応する必要があると予想された場合、病院からの患者・職員等の避難が必要となると予想された場合、その他院長またはその代行者が設置が必要と考えた場合とする。

註：一つの目安として、１時間当たり 10 人以上の傷病者収容が予想される場合をいう。

（災害対策本部）

第１９条　災害対策本部の本部長は院長とし、災害発生時は直ちに本部を設置し本部員を招集する。別表３（緊急事態における連絡体制）

２．本部には、副本部長◆~~（４名）~~を置き、◆経営管理者、副院長、◆~~救急・災害対策委員長、~~看護部長、事務局長（防火管理者）の職にあるものをあてる。

（本部の任務）

第２０条　本部は、災害発生時の中枢機能であり、全ての権限と責任を有し、次の任務を行う。

１．本部には、情報部と本部付けを置き、それぞれの情報収集伝達を行う。
２．病院の被害状況等を的確に把握するため、各班責任者からの報告を受け、指示伝達を行う。
３．報告書は、とりまとめ、患者・職員等の在院者の状況・空床の状況、建物・備品等の損壊状況を一覧表に表示する。（災害時病棟チェックリスト）
４．本部長は、本部会議に諮り院内状況の報告を基に病院運営の可否を決定する。
５．在院者の避難、誘導、散乱物の管理等、２次災害の防止のための考えられる全ての安全防護措置の指示伝達を行う。
６．職員の召集を実施する。　別表３（緊急事態における連絡体制）
７．ライフラインの状況確認と病院運営に必要な質的・量的の両面からみた体制を確保する。
８．被災地への医療班等の派遣依頼を受けた場合、医療班の編成を直ちに行い、準備・待機をさせる。また輸送方法等の要請について協議を行う。
９．応急救護に対する院内等の医療班の編成を行い、受け入れ準備体制を築く。
10．被災地域の状況と収容可能な被災者数の見込みを決定し、各医療機関への医療班派遣要請を行う。
11．その他、災害医療に関する事項。

（暫定災害対策本部）

第２１条　災害発生時が、祝休日及び夜間であった場合、暫定災害対策本部を次により設置する。また災害発生時が勤務時間内であっても、市域に震度４の地震が発生した場合も暫定災害対策本部を置くものとする。

１．暫定災害対策本部は当初守衛室とし、組織は別表１（災害対策委員一覧表）、別表２（災害対策本部構成表）による。本部設置場所は適宜変更できるものとする。
２．期間等については、災害対策本部が開設されるまでの間とし、本部の任務を代行する。

３．緊急連絡網、別表３（緊急事態における連絡体制）により関係職員等への通知。
４．暫定災害対策本部長は、当直医師を責任者とする。
５．災害対策本部の開設に伴って、暫定災害対策本部長は本部長に業務を引き継ぐことによって、その任務を解く。

（情報班の業務）

第２２条　情報班は、対外的な情報収集を主として実施し、本部長への伝達指示を受けることによって関係機関等への通報活動を行う。業務内容は次のとおりとする。

１．情報の内容――――――被害情報、安否情報など
　　他の病院の情報収集機能
２．情報の伝達
　イ）個別情報伝達――・災害時優先電話の活用
　　・公衆電話の活用（10 円硬貨用）
　　・携帯電話
　　・ＦＡＸ
　　・防災無線
　　・電子メール
　ロ）公報・広報活動――・市の広報部の利用
　　・保健情報、健康管理情報等の伝達
　　・放送局と密接な連携をとり、病院間の診察機能状態の把握
　　・ラジオ、テレビによる情報収集

（本部付の業務）

第２３条　本部付は、院内情報の収集並びに掲示、伝達を行う。業務内容は次のとおりとする。

１．放送設備等により、在院者に対する情報伝達を行う。
２．医療班の編成、派遣等の指示伝達を行う。
３．災害対策担当責任者の報告による院内各部門の状況を集計し掲示する。
　イ）入院患者及び空床の状況
　ロ）職員の配置状況
　ハ）建物設備等の被害状況
　ニ）駐車場の状況
　ホ）ライフラインの確認
　ヘ）備蓄物品の状況確認
４．本部長の指示による物品班及び、各部門責任者に対する伝令、伝達を行う。

第４章　被災後の対策

（被災地域内の病院による初期医療対策）

第２４条　本部長は、被災地域の状況により来院が多数であると見込まれるときは、トリアージセンターを開設する。

２．トリアージセンターを開設した場合は、他に遺体安置所を設置する。
３．トリアージセンターには、医師、看護師、事務職員などからなるトリアージ班を配置させ、被災者のトリアージを行う。

（医療班の編成）

第２５条　本部長は、初動医療班を被災状況の確認および初期医療等のため、要請に応じて又は独自判断で現地派遣を行なう。
２．初動医療班の編成は、原則として医師１人、看護師２人、事務１人の４人を１組とし３組までを派遣要員として待機させる。
３．被災者受け入れに対する病院内医療班の編成は、赤（重症）ゾーン、黄（中等症）ゾーン、緑（軽症）ソーンおよび黒（安置）ゾーンの４班とし、医師、看護師、事務職員などからなるチームを配置させる。
４．不測事態に備え、協力病院等からの医療班の応援要請を行う。
５．病院連携により、後方病院への患者搬送を行う。

（部門単位の医療班）

第２６条　本部長は、放射線部門、生理検査部門等の診療行為に必要な部門に、医師・技師・看護師の配置を行い待機させる。

（暫定病棟の開設）

第２７条　収容被災者が多数の場合は、次により収容を行う。
一．各病棟の空床を利用
二．各病棟単位で緊急災害ベッドの補充
三．暫定病棟の開設（編成医療班により医療看護単位を形成する。）
設置候補区域
イ）リハビリテーション室　　ロ）その他
四．軽傷者等の転送

（物品搬送班の活動）

第２８条　本部長は、トリアージセンターの設置決定と同時に、物品搬送班にアクションカードに示す対応を指示する。（搬送班の編成は別紙のとおり）

（交通整理班の活動）

第２９条　交通整理班は、建物外における病院敷地内の駐車状況を把握し、移動要請等の実施、来院者に対する交通整理を行う。
２．来院者に対する案内を行う。
３．混乱をきたす場合は、本部より警察に依頼する。

資料１．市立八幡浜総合病院救急・災害対策委員会規約

(目的)

第 1 条 本委員会は、当院が地域の救急・災害医療の主たる担い手としての役割を果たすため、当院ならびに地域における救急・災害医療の現状を把握し、それに基づき当院の救急・災害医療体制を整備することを目的とする。

(業務)

第 2 条 前条の目的を達成するため次の業務を行う。

(1)救急医療に関すること

(2)災害医療に関すること

(3)緊急被ばく医療に関すること

第 3 条 救急医療に関しては次の業務を行う。

(1)救急医療に関する院内体制の検討

(2)地域救急医療体制の分析

(3)救急医療に関する諸資料の作成

(4)院内および地域における緊急時対応の円滑化

(5)その他、救急医療に関して委員会の目的を達成するために必要なこと

第 4 条 災害医療に関しては次の業務を行う。

(1)災害対策本部が円滑に災害時対応を実施するために必要なこと

(2)災害対策の計画の変更に関すること

(3)避難施設、災害用設備等の設置・維持管理に関すること

(4)災害訓練の実施細部に関すること

(5)災害の予防対策に関すること

(6)災害教育・啓蒙に関すること

(7)トリアージ等災害医療の研究・普及に関すること

(8)その他、災害医療に関して委員会の目的を達成するために必要なこと

第 5 条 緊急被ばく医療に関しては次の業務を行う。

(1)当院が実施する緊急被ばく医療の計画立案・変更に関すること

(2)緊急被ばく医療に関する設備等の設置・維持管理

(3)緊急被ばく医療に関する訓練の実施

(4)緊急被ばく医療に関する教育・啓蒙

(5)緊急被ばく医療に関する研究

(6)その他、緊急被ばく医療に関して委員会の目的を達成するために必要なこと

(構成)

第 6 条 委員長とその他の委員 10 名程度をもって本委員会を構成する。

2 委員長および委員は、医師、看護師、コ・メデイカル、事務局職員の中から院長が委嘱する。

3 委員長および委員の任期は 2 年とする。ただし、再任を妨げない。

4 委員長が必要と認めたときは、委員以外の者の意見を求めることができる。

(運営)

第 7 条 委員会の運営は委員長が行い会務を統轄する。

1 委員長は概ね 3 ヶ月に 1 回、定例委員会を招集する。

2 委員長は必要に応じて臨時委員会を招集する。
(部会)
第 8 条 委員会の下に災害対策部会（註)、災害救援検討部会および被ばく医療準備部会を置く。
2 部会長および部会委員は、医師、看護師、コ・メデイカル、事務局職員の中から院長が委嘱する。
3 部会長および委員の任期は 2 年とする。ただし、再任を妨げない。
4 部会長が必要と認めたときは、部会委員以外の者の意見を求めることができる。
(報告)
第 9 条 委員長は会議（部会を含む）の結果を院長に報告する。
(事務局)
第 10 条 本委員会の事務局を救急部に置く。
2 事務局は委員会の開催日時、議題の案内、議事録等の関係資料文書を作成および保管する。
(規約の改廃)
第 11 条 本規約の改廃は必要に応じて委員会において決定する。
附則
この規約は、平成 23 年 10 月 1 日から施行する。
（註）平成 26 年 5 月 7 日改定。

◆★別表１．災害対策委員一覧表

	任　務	氏　名	役　職	PHS	内線	自宅電話	備　考
◆本部長	総括責任者（委員長）	大蔵隆文	院長	7050			
◆副本部長	本部長補佐	上村重喜	経営管理者	7000			
副本部長	本部長補佐	武田　肇	副院長	7001			
副本部長	看護部門責任者	清水美智子	看護部長	7100			
副本部長	事務部門責任者	久保田豊人	事務局長	7300			
副本部長	診療部門責任者	堀田惠司	副院長・診療部長	7003			
副本部長	本部長または副本部長の業務代行	的場勝弘	副院長・診療支援部長	7009			
委員	災害対応調整	越智元郎	救急・災害対策室長	7002			
委員	本部長または副本部長の業務補佐	酒井武則	健康管理部長	7004			
~~★委員~~	~~同上~~	~~河内正人~~	~~医療安全管理室長~~	~~7017~~			
~~◆委員~~	~~同上~~	~~大蔵隆文~~	~~★副院長、医療情報部長~~	~~7050~~			
委員	医事部門責任者	伊賀　仁	医療情報管理部次長	7400			
委員	外来看護部門責任者	城戸智恵子	外来師長	7102			
委員	病棟看護部門責任者	岡　君佳	副看護部長	7160			
委員	検査部門責任者	山村展央	検査室技師長	7206	2229		
委員	放射線部門責任者	★~~薬師神昭裕~~ 河野泰三	放射線部技師長	~~7203~~ 7204			
委員	薬品担当責任者	菊池　均	薬局長	7200			
委員	物品担当責任者	菊池政介	用度係長	7303			
委員	食料担当責任者	松尾こず恵	栄養科長	7216			
委員	施設・設備担当責任者	坂本利治	管理係 芙蓉メンテナンス	7302			
委員	交通整理（本部設営）担当責任者	菊池信記	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科長	7211			
委員	ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱｾﾝﾀｰ担当責任者	★~~橋本妙子~~ 菊池幸恵	地域連携室~~次長~~	~~7413~~ 7414			
暫定本部	暫定災害対策本部長	当直医師					
暫定本部		当直看護師			3151		
暫定本部		宿日直者	警備員 医療事務		3111		

別表２．災害対策本部構成表

災害対策本部　（場所：リハビリテーション科 → ◆リハビリテーション室など）

災害対策委員（１～７は本部付け）が災害発生時下記任務にあたる。具体的任務については第２部（アクションカード）を参照のこと。

１．◆病院長 → 院長
２．◆経営管理者
　副院長
　~~救急部長（副院長）~~
３．診療部長（副院長）
４．★救急・災害対策室長
５．事務局長
６．事務局次長
７．看護部長

① 災害対策計画の指揮をとる
② 情報を収集し早急に避難の必要性の有無につき決定する
③ 避難決定時には合わせて避難経路・順序・搬送手段・搬送先を決定する
④ 情報を職員・入院患者へ提供
⑤ 消防、警察、地方自治体、国と連絡し共調して行動する
⑥ 報道対応責任者の選出をする
⑦ 本院・他関連病院へのマンパワーの依頼
⑧ 全国規模での後方病院の依頼（各自治体・日本救急医学会等）
⑨ 入院患者の後方病院転送の決定
⑩ 広域搬送に関する県災害医療コーディネータ等との調整
⑪ 被害状況の集計（患者・職員・施設）
⑫ 職員・勤務者の業務再配分およびローテーション決定
⑬ 職員・勤務者の食事・生活の場の確保
⑭ ボランティアセンターと連絡を取りマンパワーの配分決定
⑮ 不足物品の集計と供給の依頼
⑯ 来院患者の集計
⑰ ヘリコプターの依頼（自治体・消防・民間）

暫定災害対策本部　（守衛室など）

１．日・当直医師
２．日・当直看護師
３．宿日直者

関係職員の具体的任務については第２部（アクションカード）を参照のこと。

災害対策委員は来院後速やかに災害対策本部に加わる。

医療班

院外へ派遣する医療班の編成は原則として以下のものとする

医師　　１名
看護師　　２名
事務　　１名

第４部第３章　地域への救護班派遣手順を参照

トリアージセンター

★設置場所についてはアクションカード（p.42）~~事業継続計画に沿って決定する~~に記載する。

医師（１名）（註）

＜註：災害対策本部の判断により、医師を配置しない場合もある。＞

看護師（２名）
医事係職員（トリアージタッグの管理、災害対策本部との連絡、など）
経理係職員（＜トリアージセンター設営＞後・搬送要員）
リハビリ職員（搬送要員）
ボランティア（搬送要員）

(ア) 机椅子・「受付（あるいはトリアージセンター）」の看板設置
(イ)　トリアージタッグへの記入
(ウ)　軽症者（緑評価傷病者は院外を経由して緑ゾーンへ）
(エ)　中等症・重症傷病者（赤黄評価）は赤ゾーン、黄ゾーンへ搬送）
(オ)　黒評価の傷病者は黒ゾーンへ（黒ゾーンで家族への対応・検死なども）
(カ)　トリアージセンターで行う処置は気道確保および止血のみとする。
(キ)　赤・黄・緑・黒評価の傷病者数を災害対策本部へ報告（トリアージタッグの１枚目を送付)。

応急救護所（軽症者用、緑ゾーン）

★設置場所についてはアクションカード（p.42）~~事業継続計画に沿って決定する~~に記載する。

医師（内科系など）

外来看護職員など

医事係職員（２名）

① 入口に緑の地の「応急救護所」「緑ゾーン（軽症）」の看板を立てる

② 間仕切りにて最低限の患者のプライバシーを保護する

③ 応急処置用包交車・軽症者対策用医薬品を準備

④ 患者は応急処置後速やかに帰宅させる

⑤ 投薬は最低限のものとする

⑥ 災害用カルテを作成する

遺体安置所

★設置場所についてはアクションカード（p.42）~~事業継続計画に沿って決定する~~に記載する。

①トリアージセンター・病棟などから搬入する

②家族、遺族への対応を行う

③医師の確保ができた段階で、検死を行う

応急救護所　（中・重症者用、赤黄ゾーン）

医師、外来・病棟看護職員、医事係などに関し想定する配置職員は第２部（アクションカード）の通り。

設置場所については事業継続計画（p.　）に沿って決定する。

① 入口に「黄ゾーン（中等症）」「赤ゾーン（重症）」の看板を設置

② 応急処置用包交車を準備

③ 処置後速やかに病棟・後方ベッドへ移動

④ 災害用カルテを作成する

放射線科・中央検査室・透析室

中央手術室・中央材料室

各職員

① 被害状況・現状を確認

② 各部所のチェック・リストに記入後

ＦＡＸまたは手渡しで事務局職員に連絡

ボランティア受付

設置場所については事業継続計画（p.　　）に沿って決定する。

＜担当職員については第２部アクションカードを参照＞

① ボランティアセンターの看板を出す
② ボランティア登録用紙に記載してもらい集計する
③ 直ちに活動場所を決定する
④ ボランティアの依頼
⑤ 人の派遣の手配（保健所等と連絡をとる）
　（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、その他コメディカル、一般ボランティア）
⑥ 物品供与の受付（食料、毛布、ガスコンロ、医薬品）
⑦ 供与の依頼（医薬品業者、食品業者、医療資材業者等）

情報班

＜担当職員については第２部アクションカードを参照＞

① 院長の指示により、「災害モード」移行の通報を行う。
② 災害の状況、院内の状況を災対本部員が共有できるよう、災害対策本部内に表示を行う。
③ 災害下における病院状況（災害モードの適用、患者受け入れ可否など）をカラーコード（表４）で職員入口、災害対策本部などに掲示する。
④ テレビ・ラジオ等の報道、院内各部署からの報告を取りまとめ、災害の状況・院内の状況の掲示を常に最新のものに更新する。
⑤ 災害対策本部からの重要情報を緊急連絡票（別表 3-(3)-ニ）を用いて院内へ配付する。
⑥ 災害対策本部の指示により、国、市、警察、消防、医師会等へ状況報告（広域災害救急医療情報システムへの入力を行う。

＊市(保健センター)への報告には　医療機関被害状況報告書（別表 3-(3)-へ）、医師会への報告には医療機関被害状況報告書（別表 3-(3)-へ）・医療情報等報告書（別表 3-(3)-ホ）を使用

物品搬送班

＜担当職員については第２部アクションカードを参照＞

①医薬品の確保の確認・補給
　在庫不足数をチェック・リスト記入
②緊急医薬品の準備（病棟・外来用）
③地域薬品・業者・薬剤師会
　地区管理センターに依頼する
③ 損した薬品を処理する

用度係職員

① 医療資器材の確保の確認
　　在庫不足数をチェックする
② 医療資器材の準備（病棟・外来用）
③ 業者に依頼する
　　（　連絡先：　　）

★交通整理班・搬送班

＜担当職員については第２部アクションカードを参照＞
① 避難開始の報告を受けたら避難経路・順序の確認をし速やかに行動を開始する
② 落ち着いて状況の把握をしつつ避難誘導することを第一とする
④ 決定された避難場所へ誘導・避難する
⑤ 避難中も患者・職員の安全に留意する
⑥ 患者の状態にあった避難方法を選択する
⑦ 応急救護所を設定し避難患者の応急処置を行う
⑧ 非常持ち出し物品の搬送準備と管理を行う
⑨ 後方病院への搬送を行う

軽症者（独歩患者）
① 拡声器、メガホンなどを使用し混乱防止に留意し勝手な行動を慎ませる
② 必要に応じロープを使い誘導する
③ 事務職員が中心となり誘導する

中等症者（担送患者）
① 階段にて避難する
② 牽引中の患者は牽引をはずしシーネ固定とする
③ 点滴はヘパリンロックとする

重症者（護送患者）
① 十分な酸素ボンベを用意し気管内挿管中の患者に酸素投与しつつ避難する
② 患者に挿入してあるカテーテルはクレンメするか体に密着させる
③ モニター類は必要なものだけ携帯用のものに切り替える
④ エレベーター使用可能時はベッドで避難するが、使用不能時は担架に移し階段で避難する
⑤ 主に医師と看護職員で避難させる
⑥ 当病院の被災が大きく処理不能の場合は、速やかに本部の指示を仰ぎ後方病院へ転送させる方法を取る

外来患者・自家用車の整理

★院内清掃班

災害対策本部は大津波到達後、大津波前の搬送班を搬送班と（班長（案）：リハビリ室副技師長）と院内清掃班（班長（案）：経理係長）とに再編成する。院内清掃班は委託業者などと協力し、退潮後に院外―１階部分―２階以上を結ぶ経路の清掃、消毒などを行う。消毒方法、消毒薬の確保には感染委員会、資材調達班、管理係などが協力をする。

★別表３　緊急事態における連絡体制と参集規定等（令和２年３月修正）

（１） 動員基準と参集規定

体制	―	暫定災害対策本部	災害対策本部	
区分	**警戒（第ゼロ）動員**	**第１動員**	**第２動員**	**第３動員**
状況	○市域に震度４の地震が発生したとき ○その他の状況により院長または事務局長が必要と認めたとき	○市域に**震度５弱**の地震が発生したとき ○市域に特別警報が発令されたとき ★南海トラフ地震臨時情報が発令されたとき ○その他の状況により本部長が必要と認めたとき	○市域に**震度５強**の地震が発生したとき ○その他の状況により本部長が必要と認めたとき	○市域に**震度６弱**以上の地震が発生したとき ○その他の状況により本部長が必要と認めたとき
集合場所	**守衛室など**	○暫定対策本部 （守衛室など）	○災害対策本部 （ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ室など）	○災害対策本部 （ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ室など）
動員基準	○事務局長、事務次長、および管理係は自動参集。状況を確認し必要により第１動員以上に切り替える（緊急連絡網などで職員を招集）。 ○状況等により応援の要請 ○管理職（註 1）及び医師の各診療科長、責任者は連絡が取れるよう待機	○院長 ○◆経営管理者、副院長 ○看護部長 ○事務局長 ○事務局次長 ○管理係 ○メンテ全員 ○管理職（註 1）及び医師の各診療科長、責任者は連絡が取れるよう待機 ○臨床工学技師全員	○管理職全員 ○医師の診療科長及び責任者 ○メンテ全員 ○各委託業務の責任者及び主任 ○臨床工学技師全員 ○災害対策部会委員 ○災害救援検討部会委員 ★○被ばく医療準備部会委員（原子力災害の場合）	○全員体制（**註 2**） （身辺の安全を確認し速やかに参集）
体制	○災害の発生に備え通信情報活動に対応できる体制。	○災害の発生に備え通信情報活動及び初期の応急対策活動に対処できる体制。	○災害対策本部を設置し応急対策活動に対処できる体制。	○直ちに災害対策本部を設置し活動を実施できる体制

註 1）副看護師長や副主任は管理職に含まれない。医師の場合、医長は管理職に含まれるが、各診療科などの責任者でなければ第２動員とする。

註 2）常勤、非常勤を問わず職員全員の参集が求められる他、委託業者等についても可能な範囲の協力を要請する。

（2）参集猶予と参集免除について

イ）参集猶予－発災の段階で長時間勤務の直後であった職員や時間外勤務が予定されている職員の災害時参集のタイミングを遅らせ、時間差を設けて新鮮なマンパワーとして投入する方策（これによって災害初期段階の 20 時間、16 時間あるいは 12 時間サイクルの勤務交代も円滑に行える）。

・前日の準夜・深夜勤務者・当直者（管理職を除く）：12 時間程度の災害時参集猶予時間を設定する。

・緊急連絡の時点から 12 時間以内に準夜・深夜勤務、当直などの業務が予定されている者（管理職を除く）：災害時参集を猶予し、予定勤務日時に出勤させる。

ロ）参集免除－常勤職員に求められる災害時活動の義務を果たすことのできない事情のある職員が、あらかじめ所属長および院長に申し出て、災害時参集などを免除されること（休職中の職員は自動的にこの扱いとなる）。

・職員自身の事情（妊娠・健康状態など）や家族の事情（同居老親等介護中、乳幼児養育中など）のために災害時の活動が難しいと考える職員は所定の用紙で所属長および院長に申し出る。所属長および院長の許可が得られた場合、災害時の参集が免除される。

＊災害時参集猶予職員・免除職員にも緊急連絡網で連絡をするが、通常参集は不要の約束とする。

表 x-1．災害時の勤務に関する届け

院長　　上村重喜　殿

所属長　　殿

私は以下の理由で、常勤職員に求められる災害時活動の実施が困難と考えられますので、事前にお届けします。

災害時活動が困難と考えられる理由：

平成　　年　　月　　日

所属　　氏名

表 x-2. 災害時の勤務に関する判定（承認）

部署名

職員名　　殿

災害時活動に関する申し出を妥当と認めます。

（今後 2 年以内に通常の災害時活動ができるようにならない場合は再度、届けを提出すること）

平成　　年　　月　　日

院長署名

所属長署名

表 x-3. 災害時の勤務に関する判定（却下）

部署名

職員名　　殿

災害時活動に関する申し出を受け取りました。関係者で協議しましたが、現時点では、災害時参集免除の事由には該当いたしません。状況が変わった場合には再度申し出て下さい。

平成　　年　　月　　日

院長署名

所属長署名

◆表 x-4. 災害時の勤務に関する届け（撤回用）

院長　~~土村重喜~~　殿

所属長　　殿

先に提出しました、災害時の勤務に関する届けを撤回します

平成　　年　　月　　日

所属　　氏名

上記届け出文書（表 x-1、x-2、x-3、x-4）は個人情報管理に十分に配慮し、庶務係（人事担当者が保管する）。

★提出用書式（右に QR コード）

http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/bunsho.pdf

（3）緊急連絡の方法

イ）電子メールによる一斉連絡

1．緊急連絡網(メール配信)を運用する状況

地震災害の場合、震度４以上は動員基準が定められているため、各自で確認して参集することになっているが、平日・夜間・休日いずれの場合でも各動員基準に合わせてメールを配信する（電話はしない)。平日は院長・事務局長が、夜間・休日は当直医が動員の必要性、動員区分(第１～3)を判断し、運用担当者に対してメール配信するよう連絡する。

2．メール配信担当者：①事務局長　②事務局次長　③管理係　④医療情報システム係　⑤救急・災害対策室長とする。この内、連絡を受けてメール配信が可能な者が実行する。

3．メール配信端末：平日日中は事務局等の各ＰＣから、夜間・休日は院内では救急処置室事務所内のＰＣ又はリハビリ室内のＰＣ(又はネット回線)を利用して配信。院内停電時は DMAT 用の衛星携帯電話・モバイルＰＣを利用する。配信担当者が院外にいる場合は、自宅等のＰＣや携帯等から配信する。

ロ）電話による緊急連絡網

・地震以外の災害に関して、電子メールを利用できない職員および希望者を対象に、電話による緊急連絡網を運用する。ただし、勤務時間内は連絡網を運用しない。
・救急・災害対策室長を起点とし、部署混合の連絡網を運用する。
・連絡が付かない人は飛ばして次の人に連絡する。最後の人は筆頭者に連絡する。
・同じ連絡網上にある他の職員の電話番号を把握しておくこととする。
・連絡網には携帯電話、固定電話など、複数の電話番号を掲載することを推奨する。

ハ）LINE（八幡浜 hp 防災）による緊急連絡

・電子メールによる緊急連絡を受信した職員有志が補完的な連絡経路である LINE（八幡浜 hp 防災）を通じて情報伝達をする。また部署内連絡用の LINE 連絡網を組むことも推奨される。電子メール単独よりも LINE 併用の方が早期に連絡を受け取れる職員が多いと想定され、できるだけ多くの職員が LINE に登録することが望まれる。

資料．緊急メールおよび LINE（八幡浜 hp 防災）の登録方法（右に QR コード）
http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/c406-2.pdf

ニ）災害時の院内放送に関する注意点

・放送設備は管理係が点検し、機器の故障・断線、音量の不備などがないかなどを確認する。
・災害時は重要事項を簡潔にまた繰り返して伝え、院内への速やかな情報伝達をはかる。
・避難を要する場合などその緊急性を適切な言葉・声色で伝え、職員や患者等が落ち着いて行動できるように配慮する。

ホ）緊急連絡票

災害時において、災害対策本部から院内への連絡に正確を期すために配付するための、連絡用紙の書式を定めている（★別表 3-(6)-イ）。

ヘ）医療機関 被害状況等報告書

平成 26 年度より、広域・災害救急医療情報システムへの入力により以下の作業を省くことができるようになった。インターネット途絶時にはこの報告書に記載し FAX（使える場合）または手渡しで、八幡浜市保健センターおよび八幡浜医師会へ送付する。

【広域・災害救急医療情報システムを使用できない場合の災害時情報伝達】

１．情報班責任者が八幡浜市保健センター（FAX 24-6652）へ送信（別表 3-(3)-ホ）。 ２．八幡浜市内各医療機関からの情報が上記で集計され、八幡浜保健所企画課（FAX 22-0631）ならびに災害拠点病院コーディネータ（当院救急部長）へ情報提供される。また、八幡浜市保健センターへの送信と同時に八幡浜医師会（FAX 23-2321）にも送付される（別表 3-(3)-ホ、ヘ）。

災害時病棟チェックリスト

部署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記載日時）　月　日

報告者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　時　分

病床定数	患者数	護送数	担送数	独歩数	外泊数
床	名	名	名	名	名

患者状況：　死　亡：　名
重　症：　名
中等症：　名
軽　症：　名

職員状況：　死　亡：　名
重　症：　名
中等症：　名
軽　症：　名

損壊状況：

・壁、天井の破損：　無　・　有　詳細：
・避難経路の確保：　可能　・　困難　〃
・電気使用状況　：　使用可能　・　一部使用不能　・　使用不能　〃
・電話通話状況　：　通話可能　・　一部不通　・　不通　〃
・水道使用状況　：　使用可能　・　一部使用不能　・　使用不能　〃
・大型医療器機　：　使用可能　・　一部使用不能　・　使用不能　〃

その他の報告事項：（死傷者氏名・詳しい損壊状況など）

送信ＦＡＸ、No.　　（内線）　　平成 24 年 11 月版
ＦＡＸ使用不可能時は手で届けること

別表３―（４）　災害時病棟チェックリスト（p.2）

職員の状況					
氏名	所在	負傷	災害時の役割 （予定）	災害時の活動 （報告時）	メモ
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			

別表３―（５）　災害時病棟チェックリスト（一般部署用）

災害時チェックリスト

部署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記載日時）　月　日

報告者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　時　分

職員の状況

氏名	所在	負傷	災害時の役割（予定）	災害時の活動（報告時）	メモ
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			
	院内・院外	無・軽・重・死			

施設の状況

壁、天井の破損：	無	・	有	詳細：	
避難経路の確保：	可能	・	困難	〃	
電気使用状況　：	使用可能	・一部使用不能・	使用不能	〃	
電話通話状況　：	通話可能	・一部不通・	不通	〃	
水道使用状況　：	使用可能	・一部使用不能・	使用不能	〃	
大型医療器機　：	使用可能	・一部使用不能・	使用不能	〃	

その他の連絡事項

送信ＦＡＸ、No.　　（内線）　　平成 24 年 11 月版

ＦＡＸ使用不可能時は手で届けること

別表３－（６）－イ）緊急連絡票（院内用）

災害時緊急連絡票

災害対策本部が発信し、以下の 30 カ所に送付掲示します（津波避難時は代表者に手渡し）。
送付先＝災害対策本部、事務局、医事課、地域医療連携室、人間ドック室、リハビリ室、栄養科、外来（救急外来、小児科、耳鼻科、眼科、歯科口腔外科、婦人科、整形外科、内科、皮膚科、外科、脳神経外科、泌尿器科）、放射線室、薬局、検査室、透析室、看護部、医局、３階病棟、手術室、４東病棟、４西病棟、５東病棟、医療情報管理室

１．**発信者名**　　（**発信日時**　　月　　日　　時　　分）

２．**災害対策本部**　□設置（場所　　）　□非設置
連絡先電話番号

３．**災害モード**　□適用　□非適用

４．**大津波対応**　□適用　□非適用
□院外傷病者受け入れ停止
□救護班派遣予定

５．**院外への避難**　□不要　□必要
□検討中

６．**治療ゾーン**　□設置　□不設置
赤（緊急治療）ゾーン＝　黄色（準緊急）ゾーン＝
緑（待機可能）ゾーン＝　黒（死亡患者）ゾーン＝

７．**外来部門**（透析、撮影室などを含む）　**傷病者の初期トリアージ担当**
□責任者看護師（医師も可）　□原則医師

８．**特定部署への搬送支援**
□要　□不要
支援先
支援人数―各部署　　名程度ずつ

９．**その他**

別表３－（６）－ロ）医療機関 被害状況等報告書（直後）

（様式１）

医療機関　発災直後情報

送信先				
発信元	医療機関名		担当者	
日　時	平成　　年　　月　　日　　時　　分			

◆当てはまる項目に「○」をしてください。

倒壊状況	
入院病棟の倒壊、または倒壊の恐れ	有　・　無
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　・　有
水の通常の供給	無　・　有
医療ガスの不足	不足　・　充足
医薬品・衛生資器材の不足	不足　・　充足
患者受診状況	
多数患者の受診	有　・　無
職員状況	
職員の不足	不足　・　充足
その他支援が必要な状況	
その他（上記以外で支援が必要な理由があれば記入してください。）	

別表３－（６）－ハ）医療機関 被害状況等報告書（詳細）

（様式２）

医療機関　詳細情報

送信先				
発信元	医療機関名		担当者	
日　時	平成　　年　　月　　日　　時　　分			

◆施設の倒壊、または倒壊の恐れ

入院病棟：　有・無	救急外来：　有・無	一般外来：　有・無	手術室：　有・無
その他（上記以外に倒壊、または破損の恐れのある施設の情報を記入してください。）			

◆ライフライン・サプライ状況

電気：　停電中・発電機・正常	残り（発電機使用中の場合）：　半日・１日・２日以上
水道：　枯渇・井戸・貯水、給水・正常	残り（貯水・給水対応中の場合）：　半日・１日・２日以上
医療ガス：　枯渇・供給あり・供給なし	残り（供給なしの場合）：　半日・１日・２日以上 配管破損：　有・無
食糧：　枯渇・備蓄対応中・通常	残り（備蓄対応中の場合）：　半日・１日・２日以上
医薬品：　枯渇・備蓄対応中・通常	残り（備蓄対応中の場合）：　半日・１日・２日以上
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。）	

◆医療機関の機能

手術可否：　不可・可	人工透析可否：　不可・可

◆現在の患者数

発災後受入れた患者数	重症（赤）：　人	中等症（黄）：　人	
在院患者数	重症（赤）：　人	中等症（黄）：　人	

◆今後、転送が必要な患者数

重症（赤）：　人		中等症（黄）：　人							
人工呼吸：　人	酸素：　人		担送：　人		護送：　人				

◆今後、受け入れ可能な患者数

重症（赤）：　人		中等症（黄）：　人							
人工呼吸：　人	酸素：　人		担送：　人		護送：　人				

◆外来受付状況、および外来受付時間

外来受付状況：　受付不可・救急のみ・下記のとおり受付									
①　：　～　：	②　：　～　：	③　：　～　：							

◆職員数

出勤医師数　：　人	うちＤＭＡＴ隊員数：　人		
出勤看護師数　：　人	うちＤＭＡＴ隊員数：　人		
その他出勤人数：　人	うちＤＭＡＴ隊員数：　人		

◆その他（アクセス状況等、特記事項を記入してください。）

別表４　災害予防のための組織編成表

防火管理者		役職・氏名　事務局長 栩袖 司郎					
防火担当責任者		火元責任者		防火担当責任者		火元責任者	
担当区域	氏名	担当区域	氏名	担当区域	氏名	担当区域	氏名
地下1階	事務局次長	免震装置等	管理係	4階	副看護部長	4東病棟	師長
1階	副看護部長	霊安室	救急師長			4西病棟	師長
		待合		5階	副看護部長	5東病棟	師長
		救急部門				5西病棟	師長
		内視鏡室	外来師長	6階	医療情報管理部長	医療情報管理室	主任
		病棟更衣室	副看護部長			サーバー室	医療情報システム係長
	診療支援部長	解剖室	臨床病理科技師長		事務局次長	電話交換室、倉庫	庶務係長
		リハビリテーション科	技士長			機械室、電気室、清掃業務管理室、	管理係
	事務局次長	守衛室・会議室	庶務係長				
		事務局					
		栄養部門	主任				
	事務局次長	機械・ポンプ室等	管理係				
		リネン室					
		更衣室(男)・(女)					
		中央倉庫、倉庫					
		売店・ホール					
2階	診療支援部長	放射線科	技師長				
		薬局	薬局長				
		臨床病理科	技師長				
	副看護部長	医療安全管理室	主任				
		感染管理室		外来棟			
		看護部・部長室	副看護部長	1階	透析室主任	透析室	看護師
		人間ドック	主任		ME室長	医療機器管理室	ME室
	副院長	医局・院長室	医局長		事務局次長	急患センター	管理係
		当直室・更衣室				更衣室・シャワー室	
		図書室				倉庫・電気室	
	事務局次長	救急災害対策室	管理係	2階	医療情報管理部次長	医事部門	医事係長
		中央設備管理室			事務局次長	会議室・休憩室	管理係
		倉庫、機械室			診療支援部長	放射線部門	技師
3階	副看護部長	手術・中材部門	師長		外来師長	外来部門	看護師
		3東病棟	師長	3階	外来師長	外来部門	看護師
	事務局次長	機械室	管理係		検査技師長	検査部門	検査技師

別表５　自主検査、点検を実施するための組織編成表

自主検査チェック票（日常）「火気関係」　　月

実施責任者				担当区域				
日	曜日	実施項目						
		電気器具の配線老化・損傷	火気設備器具の設置・使用状況	倉庫等の施錠確認	終業時の火気の確認	その他（共用部分の可燃物の有無等）		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

（備考）　不備・欠陥がある場合は、直ちに防火管理者に報告します。

防火管理者確認	

（凡例）　○…良　　×…不備・欠陥　　△…即時改修

別表６　自主検査チェック票（日常）

自主検査チェック票（日常）「閉鎖障害等」

実施責任者			担当範囲		＿＿＿＿＿			
実施日時		／　時	／　時		／　時		／　時	
実施項目	確認箇所	チェック状況	チェック状況		チェック状況		チェック状況	
避難障害	避難口							
	廊下避難通路							
	階段							
閉鎖障害	防火戸、防火シャッター							
操作障害等	屋内消火栓							
	自火報							
備　　考								

（備考）不備・欠陥がある場合は、直ちに防火管理者に報告します。

防火管理者確認	

（凡例）○…良　　×…不備・欠陥　　△…即時改修

別表７　自主検査チェック表（定期）

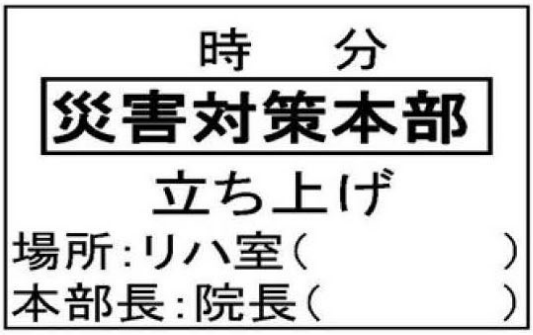
自主検査チェック票（定期）

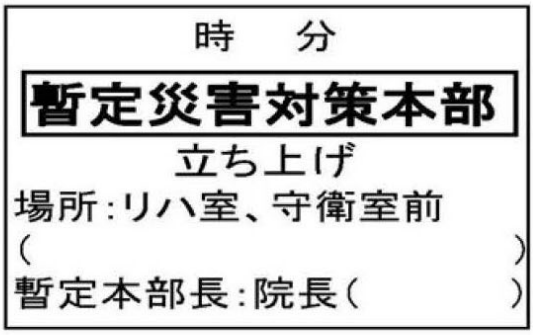
	実施項目及び確認箇所		検査結果
建物構造	(1) 基礎部　上部の構造体に影響を及ぼす沈下・傾き・ひび割れ・欠損等がないか。		
	(2) 柱・はり・壁・床　コンクリートに欠損・ひび割れ・脱落・風化等はないか。		
	(3) 天井　仕上材にはく落・落下のおそれのあるたるみ・ひび割れ等がないか。		
	(4) 窓枠・サッシ・ガラス　窓枠・サッシ等には、ガラス等の落下又は枠自体のはずれのおそれのある腐食、緩み、著しい変形等がないか。		
	(5) 外壁（貼石・タイル・モルタル・塗壁等）・ひさし・パラペット　貼石・タイル・モルタル等の仕上材に、はく落・落下のおそれのあるひび割れ・浮き上り等が生じていないか。		
	(6) 屋外階段　各構成部材及びその結合部に、緩み・ひび割れ・腐食・老化等はないか。		
	(7) 手すり　支柱が破損・腐食していないか。取付部に緩み・浮きがないか。		
	(8) 消防隊非常用進入口は表示されているか。また、進入障害はないか。		
防火設備	(1) 外壁の構造及び開口部等　① 外壁の耐火構造等に損傷はないか。 ② 外壁の近く及び防火戸の内外に防火上支障となる可燃物の堆積及び避難の障害となる物品等を置いていないか。 ③ 防火戸は円滑に開閉できるか。		
	(2) 防火区画　① 防火区画を構成する壁、天井に破損がないか。 ② 階段内に配管、ダクト、電気配線等が貫通していないか。 ③ 自動閉鎖装置（ドアチェック等）付の防火戸等のくぐり戸が最後まで閉まるか。 〔確認要領〕・常時開鎖式は最大限まで開放して閉まるのを確認する。 ・煙感知器連動開鎖式は、防火戸を止めているマグネット等を手動により外し自動的に閉鎖するのを確認する。 ④ 防火シャッターの降下スイッチを作動させ、防火シャッターが最後まで降下するか。 ⑤ 防火戸・防火シャッターが閉鎖した状態で、隙間が生じていないか。 ⑥ 防火ダンパーの作動状況は良いか。		
避難施設	(1) 廊下・通路　① 有効幅員が確保されているか。 ② 避難上支障となる設備・機器等の障害物を設置していないか。		
	(2) 階段　① 手すりの取り付け部の緩みと手すり部分の破損がないか。 ② 階段室の内装は不燃材料になっているか。 ③ 階段室に設備・機器等の障害物を設置していないか。 ④ 非常用照明がバッテリーで点灯するか。		
	(3) 避難階の避難口（出入口）　① 扉の開放方向は避難上支障ないか。 ② 避難扉の錠は内部から容易に開けられるか。 ③ 避難階段等に通ずる出入口の幅は適切か。 ④ 避難階段等に通ずる出入口・屋外への出入口の付近に障害物はないか。		
火気設備器具	(1) 厨房設備（大型レンジ、フライヤー等）、ガスコンロ、湯沸器　① 可燃物品からの保有距離は適正か。 ② 異常燃焼時に安全装置は適正に機能するか。 ③ ガス配管は亀裂、老化、損傷していないか。 ④ 油脂分を発生する器具の天蓋及びグリスフィルターは清掃されているか。 ⑤ 排気ダクトの排気能力は適正か。また、ダクトは清掃されているか。 ⑥ 燃焼器具の周辺部に炭化しているところはないか。		
	(2) ガスストーブ、石油ストーブ　① 自動消火装置は適正に機能するか。 ② 火気周囲は整理整頓されているか。		
電気設備	(1) 変電設備　① 電気主任技術者等の資格を有する者が検査を行っているか。 ② 変電設備の周囲に可燃物を置いていないか。 ③ 変電設備に異音、過熱はないか。		
	(2) 電気器具　① タコ足の接続を行っていないか。 ② 許容電流の範囲内で電気器具を適正に使用しているか。		
危険物施設	(1) 少量危険物貯蔵取扱所　① 標識は掲げられているか。 ② 掲示板（類別・数量等）には、正しく記載されているか。 ③ 換気設備は適正に機能しているか。 ④ 容器の転倒、落下防止措置はあるか。 ⑤ 整理清掃状況は適正か。 ⑥ 危険物の漏れ、あふれ、飛散はないか。 ⑦ 屋内タンク、地下タンクの場合に、通気管のメッシュに亀裂等はないか。		
	(2) 指定可燃物貯蔵取扱所　① 標識は掲げられているか。 ② 貯蔵取扱所周囲に火気はないか。 ③ 整理整頓（集積）の状況は良いか。		

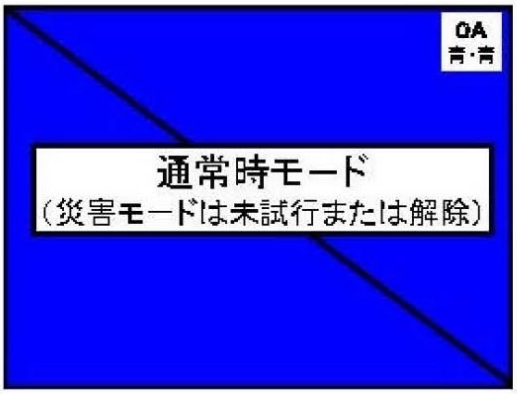
検査実施者氏名	検査実施日	検査実施者氏名	検査実施日	防火管理者確認
構造関係 ＿＿＿＿	年　月　日	火気設備器具 ＿＿＿＿	年　月　日	
防火関係 ＿＿＿＿	年　月　日	電気設備 ＿＿＿＿	年　月　日	
避難関係 ＿＿＿＿	年　月　日	危険物施設 ＿＿＿＿	年　月　日	

（備考）不備・欠陥がある場合は、直ちに防火管理者に報告します。
（凡例）○…良　　×…不備・欠陥　　△…即時改修

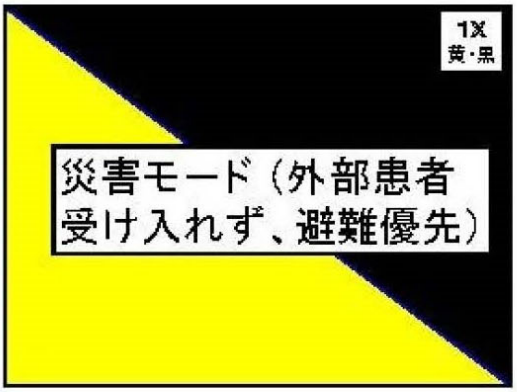
別表８　災害下における病院状況を表すカラーコード

















印刷用のデジタルファイルは以下に（右に QR コード）

http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/c526-color.pdf

第２部　災害発生時アクションカード

第１章　災害時アクションカードと災害時医療編成について

（1）アクションカード

市立八幡浜総合病院では災害時マニュアル（災害医療計画）を定めています。ただ、マニュアルの中では誰も経験したことがない災害の知識を補うための記載もしているので、実際の災害の直後に参照しながら行動するには不向きです。マニュアルがどこにあるかわからない場合もありますし、どこを読んだらいいかわからないことも、読む暇がない可能性もあるでしょう。そこで、災害時に、前日着任した職員でも見てすぐ行動できるように、A4 サイズ 1 枚くらいの用紙に、マニュアル上の役割別に、災害発生直後に最低限必要となる行動を簡単かつ具体的に示したものを作成しました。これをアクションカードと呼びます。逆に言うと、このアクションカードは災害時マニュアルのエッセンスであり、要約でもあります。このアクションカードは災害時マニュアルの改訂に伴い、改訂されて行きます。当院の災害時マニュアルがより良いものになるように、またアクションカードがより良い、よりわかりやすいものになるよう、職員のご意見をお待ちします。

アクションカードの利用の方法として、各部署の役割別・時間帯別・災害の種類別・災害の規模別などに、それぞれ 1 枚の用紙に、日勤帯用を表に、当直帯用を裏に印刷して、パウチなどで濡れてもよいようにして各部署の見易い場所に備え付けます。縮小コピーして、ポケットサイズのカードとして携帯することもお願いしています。

各部署においてリーダーや責任者は通常 1 人ですが、各役割は自宅などからの参集を含めてそれぞれ最大限の数を作成し、災害の種類別・災害規模別などにまとめておき、発災直後に集合した時に役割の再確認を含めて部署内で配布するというやり方もあります。災害時のフローチャート・組織図・連絡先一覧表などはアクションカードというよりは、部署毎に 1 枚、見易い場所に貼っておくのが良いかもしれません。

（2）勤務時間内に発生した災害時における災害時医療の編成（職種別）

人的資源が豊富な勤務時間内における災害医療対策については、職員各自が事前の約束に基いて動くのが効率的です。そこで、災害時対応の基本となる、勤務時間内におけるチーム編成を案として提示します。実際の災害時には出張で不在の職員もおりますし、不測の施設損壊や職員の負傷などもありえます。そのため、災害対策本部や各部署で迅速に担当変更することが必要となる場合もあります。さらに、時間外においては、多数の不在職員の穴をその時点で勤務中の職員で埋め、その後、遅れて参集した職員がその役割を肩代わりして行くという流れになることでしょう。すなわち、時間外における災害時の役割分担についても、勤務時間内におけるチーム編成を下敷きにするのが効率的です。この、勤務時間内における災害時チーム編成案につきましても、職員のご意見をお聞きしながら改訂して行きます。

医師―診療部長が配置

部署	担当者 （筆頭者＝責任者）	他職種の担当者
災害対策本部	**院長（本部長）**、◆経営管理者・副院長（副本部長）、診療部長~~（委員）~~、◆救急・災害対策室長	看護部長、副看護部長、事務局長、事務局次長 庶務係、看護部看護師、救急部看護師
トリアージ	**内科医師**	外来（フリーナース等）、救急部看護師、4 東病棟
	対応場所―救急外来前（大津波警報下 ⇒ 採血室前）	
重症群（赤ゾーン）	**的場部長**、外科医師（非常勤医師を含む）、 整形外科医師、脳神経外科医師、麻酔科医師	外来検査、手術室、4 西病棟、外来看護師（内科）
	対応場所―救急外来（大津波警報下 ⇒ 内科処置室）	
中等症群（黄ゾーン）	**整形外科医師**、外科医師（サテライト外科医師を含む）、泌尿器科医師、耳鼻科医師、放射線科医師、婦人科医師	外来看護師（外科、整形外科、耳鼻科、眼科、脳外科、泌尿器科）、手術室、5 東病棟
	対応場所―整形外科外来（大津波警報下 ⇒ 脳神経外科・泌尿器科外来）	
軽処置群（緑ゾーン）	**酒井部長**、内科医師（サテライト循環器科医師を含む）、整形外科医師、皮膚科医師、 小児科（サテライト小児科医師を含む）	外来看護師（内科、小児科、歯科、婦人科）、 透析室、人間ドック
	対応場所―小児科外来（大津波警報下 ⇒ 透析室前・透析室）	
不処置群（黒ゾーン）	**内科医師**（小児科医師）	地域連携室
	対応場所―霊安室、解剖・検視室（大津波警報下 ⇒ 内視鏡室）	
広域搬送待機（紫ゾーン）	外科医師・内科医師・婦人科医師など―兼任	外来看護師
	対応場所―産婦人科外来（大津波警報下 ⇒ 化学療法室）	

B． 看護師―看護部長が配置

部署(ゾーン)	医師	外来などの看護師（＝設営 → 診療）	病棟などの看護師（＝診療）
災害対策本部	院長ほか	救急部、看護部	
トリアージ	内科	外来（フリーナースなど）、救急部	4 東病棟
赤	外科ほか	外来検査	手術室、4 西病棟
黄	整外ほか	外科、整形外科、耳鼻科、眼科、脳外科	手術室、5 東病棟
緑	内科ほか	内科、小児科、泌科、産婦	透析室、人間ドック
黒	内科 ・小児科		地域連携室
広域搬送待機（紫）	内科・外科ほか（兼任）	外来など	地域連携室、人間ドックなど
＊3階病棟には災害患者を収容し、4 東および 4 西病棟は3階病棟の既入院患者を受け入れる。この 3 病棟へも 5 東などから手伝いに行く（災害対策本部＝看護部長が配置）			

C．医師・看護師以外の医療職と事務職―事務局長が配置

			医事	ニチイ	医療対策	庶務係	経理係	用度係	管理係	メンテ
部署	場所	職員数	4	18	3	4	2	1	1	
本部	リハ室					1			1	保守
情報班	リハ室				2	3				
報道担当	リハ室				1					
搬送班	救急外来前			10			2			
資材調達班	資材各所							1		
交通整理（本部設営）	駐車場入口									
放射線班	放射線室									
検査班	検査室									
医事班	各所		1	9						
ボランティアセンター	外来受付前									
トリアージセンター	救急外来前			3						
赤ゾーン	救急処置室		1	1						
黄ゾーン	整形外科外来など		1	1						
緑ゾーン	小児科外来など			1						
黒ゾーン	霊安室、解剖・検視室			1						

				薬局	放射線室	栄養室	リハ室	検査室	機器管理室	地域連携室
部署	場所		職員数	6	6	3	11	12	3	3
本部	リハ室									
情報班	リハ室									
報道担当	リハ室									
搬送班	救急外来前			3			6	3		1
資材調達班	資材各所			3		1				
交通整理(本部設営)班	駐車場入口						5			
放射線班	放射線室				6					
検査班	検査室							9		
医事班	各所									
ボランティアセンター	外来受付前									2
トリアージセンター	救急外来前									
赤ゾーン	救急処置室									
黄ゾーン	整形外科外来など									
緑ゾーン	小児科外来など									
黒ゾーン	霊安室、解剖・検視室									

災害発生時アクションカード

院　長

責任

① 災害医療業務全般の統括を行う。

② 地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、入院患者、病院職員、および立ち寄り者の安全を確保する。

③ 病院状況、医療実施状況などについて適宜、市当局をはじめ院内外へ報告、情報発信を行う。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、事務部門責任者に災害対策本部（以下、災対本部）の立ち上げを指示する。

②災対本部に移動する。

③災害の状況、院内の状況を把握する。

④状況に基づき「災害モード」への移行ならびに被災傷病者受け入れの判断を行う。

⑤災害医療時の医師・看護師の業務配置を行うよう、診療部長、救急部長および看護部長に指示する。

⑥各部署からの報告に対して、災対本部委員の意見を集約して対応を決定する。

⑦事務局長に関連部署・マスコミ等への連絡、広報を行うよう指示する。

⑧記者会見時に、状況等について発表を行う。

⑨院内状況に基づき「災害モード」の終息の判断を行う。

災害発生時アクションカード

事務部門責任者

責任

① 災害医療業務全般に関して院長の補佐を行う。

② 地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、入院患者、病院職員、および立ち寄り者の安全確保に関して院長の補佐を行う。

行動

① 災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

② 災害の状況、院内の状況を把握する。

③ 災対本部に参集したコ・メディカルスタッフ、事務職員を以下の業務に振り分ける（一部はマニュアル上で規定あり）。

(ア)　情報班（院内外の情報収集・報告）

(イ)　搬送班（傷病者の搬送）

(ウ)　資材調達班（ロジスティック、資機材の調達）

(エ)　交通整理（本部設営）班

(オ)　放射線班・検査班

(カ)　医事班（災害カルテの作成、一般外来患者の対応）

(キ)　トリアージセンター付き(傷病者の管理、家族関係者対応、トリアージタグの記載・管理、連絡業務)

（ク）赤ゾーン付き（傷病者の管理、家族関係者対応、連絡業務）

（ケ）黄ゾーン付き（傷病者の管理、家族関係者対応、連絡業務）

（コ）緑ゾーン付き（傷病者の管理、家族関係者対応、連絡業務）

(サ) 黒ゾーン付き（傷病者の管理、家族関係者対応）

(シ) ボランティアセンター付き（希望者の登録・管理）

(ス) 報道担当（ポジションペーパーの作成、会場準備等）

④状況に基づき「災害モード」移行の判断、その後の病院の意思決定に関して検討し院長の判断の補佐を行う。

災害発生時アクションカード（時間内）

◆経営管理者・副院長

責任

①災害医療業務全般に関して院長の補佐を行う。

②地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、入院患者、病院職員、および立ち寄り者の安全確保に関して院長の補佐を行う。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

②災害の状況、院内の状況を把握する。

③状況に基づき「災害モード」移行の判断、その後の病院の意思決定に関して検討し院長の判断の補佐を行う。

④院長の指示により以下の業務またはその指揮を行う。

(ア)　他の医療施設、保健所、DMAT 等との連携業務

(イ)　職員の心身状態のケア業務

(ウ)　診療資機材の調達・配分調整業務

(エ)　広報資料の作成業務

(オ)　その他

災害発生時アクションカード（時間内）

診療部長

責任

①災害医療における医師の活動の統括を行う。

②災害対策本部において医師の視点から本部の意思決定の補佐を行う。

③入院患者、病院職員、および立ち寄り者の安全確保に関して院長の補佐を行う。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

②災害の状況、院内の状況を把握する。

③「災害モード」に移行する指示が出た場合、救急部長、看護部長と連携して、外来・手術室・透析室の各部門の通常診療を中断し、患者を安全な場所へ誘導するよう指示する。

④院長の指示を受けて、救急部長、看護部長と協力して医師・看護師の業務配置を行う。

⑤各部署からの活動の状況報告を受けて、随時、各部署の医師の再配分を指示する。

⑥記者会見時に、病院長に指示された場合には、診療の状況等について発表を行う。

災害発生時アクションカード（時間内）

救急・災害対策室長

責任

①災害医療における、診療ならびに避難活動の調整を行う。

②副院長を補佐して DMAT など院外の災害関連組織等との連絡、調整にあたる。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

②災害の状況、院内の状況を把握する。

③「災害モード」に移行する指示が出た場合、診療部長、看護部長と連携して、外来・手術室・透析室の各部門の通常診療を中断し、患者を安全な場所へ誘導するよう指示する。

④院長の指示を受けて、診療部長、看護部長と協力して医師・看護師の業務配置を行う。

⑤各部署からの活動の状況報告を受けて、随時、各部署への職員の配置について調整をする。

⑥記者会見時に、病院長に指示された場合には、診療の状況等について発表を行う。

災害発生時アクションカード

看護部長

責任

①災害医療における看護師の活動の統括を行う。

②災害対策本部において看護師の視点から本部の意思決定の補佐を行う。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

②災害の状況を把握する。

③外来・手術室・透析室・病棟の責任者に現状の確認報告を指示する。

④「災害モード」に移行する指示が出た場合、診療部長、救急部長と連携して、外来・手術室・透析室の各部門の通常診療を中断し、患者を安全な場所へ誘導するよう指示する。

⑤院長の指示を受けて、診療部長、救急部長と協力して医師・看護師の業務配置を行う。

⑥各部署からの活動の状況報告を受けて、随時、各部署の看護師の再配分を指示する。

災害発生時アクションカード

外来部門責任看護師

責任

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、外来部門の状況の把握を行う。

②「災害モード」に移行した際、外来診療状況を把握し患者の誘導を行う。

行動

① 地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、外来部門の建物、資機材の損壊状況、患者・職員・立ち寄り者の受傷状況を速やかに確認して災害対策本部に報告する。

②消防署等より大量傷病者発生の連絡があった場合は、速やかにその内容を院長に報告して、受入の可否について指示を仰ぐ。

③ 「災害モード」に移行する指示が出た場合、外来・透析室の現状の確認を行い、災害対策本部に報告する。

④ 透析室責任看護師に血液透析を至急かつ安全に終了するよう指示する。終了後、患者を安全な場所に誘導するよう指示する。

（病院施設に影響のない災害事故の場合には、入院患者は帰室、外来患者は帰宅または広域搬送に備え院内に待機させる）

⑤ 外来看護師に、外来を中止し、患者を医事課(再来受付機前)へ誘導するよう指示する。

⑥ 患者誘導完了後、取り残された患者がないことを確認して、災対本部に作業終了の報告を行う。

⑦ 災対本部に出頭して、その後の作業の指示を受ける。

災害発生時アクションカード

透析部門責任看護師

責任

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、透析部門の状況の把握を行う。

②「災害モード」に移行した際、透析部門の状況を把握し患者の誘導を行う。

行動

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、透析部門の建物、資機材の損壊状況、患者・職員・立ち寄り者の受傷状況を速やかに確認して災害対策本部に報告する。

②必要により、血液透析を至急かつ安全に終了する。終了後、患者を安全な場所に誘導する。

（病院施設に影響のない災害事故の場合には、入院患者は帰室、外来患者は帰宅、または広域搬送に備え院内に待機させる）。

③患者誘導完了後、災対本部に作業終了の報告を行う。

④災対本部に出頭して、その後の作業の指示を受ける

災害発生時アクションカード

病棟責任看護師

責任

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、病棟の状況の把握を行う。

②病棟の患者、職員等の安全を確保する。

行動

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、病棟の建物、資機材の損壊状況、患者・職員・立ち寄り者の受傷状況を速やかに確認して災害対策本部に報告する。

②退去指示が出た場合、あるいは退去指示が出る前でも火災や重大な病棟の損壊のため危険が迫っている場合は、患者、職員の順に安全に退去を行う。

③人員が不足する場合は、災害対策本部に要請する。

④退避を行った場合は、患者誘導完了後、取り残された患者がないことを確認して、災対本部に作業終了の報告を行う。

⑤災対本部に出頭して、その後の作業の指示を受ける。

⑥退避の必要がなく患者の状態が安全な場合は、必要最小限の看護師を病棟に残して、残りの人員を災対本部に派遣する。

手術部門責任看護師

責任

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、手術・中材部門の状況の把握を行う。

②「災害モード」に移行した際、手術室の診療状況を把握し患者の誘導を行う。

行動

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、手術室・中材部門の建物、資機材の損壊状況、患者・職員・立ち寄り者の受傷状況を速やかに確認して災害対策本部に報告する。

②「災害モード」に移行する指示が出た場合、手術室の現状の確認を行い、災害対策本部に報告する。

③術者に「災害モード」に移行する指示が出たことを伝える。

④術者の指示により手術を迅速かつ安全に終了できるよう協力する（病院施設に影響のない災害事故の場合には、帰室に向けての調整を行う）。

⑤患者誘導完了後、災対本部に作業終了の報告を行う。

⑥必要により外傷患者処置を行うことができるよう、手術室や器材の準備をする。

⑦災対本部に出頭して、その後の作業の指示を受ける。

災害発生時アクションカード

医事班責任者

責任

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、
　カルテシステムの状況を把握する。
②災害カルテを作成する。「災害モード」発動時、外来看護師と協力して患者に説明を行い速やかに帰宅させる。
③医事部門のスタッフの安全を確保する。

行動

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、医事部門の建物、資機材の損壊状況、職員の受傷状況を速やかに確認して、災害対策本部に報告する。
②災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。
③「災害モード」発動時は、再来受付機前で外来患者に説明を行い、速やかに帰宅させる。
④「６」から始まるID番号（例：6000000128）で災害用外来カルテ（災害カルテ）を作成する（註）。

（註）災害時に院内で受傷・発症した市民など（受診登録なし）については、トリアージセンターを経由せずに、受傷・発症部署で対応する（必要により災害対策本部へスタッフ派遣を依頼）。この場合、記録には災害用カルテ（トリアージタッグは貼付しない）または２号紙などを使用する。仮のIDは災害対策本部に問い合わせる（本部は６０００００９０１から始まる通し番号を付与し、患者リストに記録する）。

⑤以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する。
　（ア）スタッフの不足、資機材の不足が生じた場合
　（イ）建物の損壊等により医事部門の安全が保てない状態と判断した場合

トリアージセンター責任者

責任

①来院した(あるいは搬送された)傷病者のトリアージを行う。

②トリアージセンターの傷病者・スタッフの安全に配慮する。

行動

①災害モード」に移行する指示が出た場合、速やかに災害対策本部（以下、災対本部）に出頭する。

②トリアージセンター用の資機材を集めて救急処置室前にゾーンを設営する。

③ゾーン設営が完了した時点で災対本部に報告する

④トリアージは原則として判定者と補助者の２人１組で行う。ＳＴＡＲＴ法に基づいて傷病者のトリアージ(一次または二次)を施行してトリアージタグを傷病者につける。トリアージセンターでは原則として処置を行わないが、気道閉塞・活動性の大量出血に対しては応援を呼び処置を行う。

⑤トリアージタッグの１枚目を災対本部へ送付する（消防のタッグに上書きする場合も、病院用タグに必要事項を記載し、１枚目を本部へ送付する)。

⑥以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する。

(ア)　医師・看護師の不足、資機材の不足が生じた場合

(イ)　やむを得ずゾーンの医師・看護師が離脱する場合

(ウ)　建物の損壊、荒天、パニック等によりゾーンの安全が保てない状態と判断した場合

トリアージセンター設営

リーダー　□ リーダー用ベストを装着
□ PHSを確保し本部へ報告または本部に使用可能なPHSを確認。
□ アクションカードを確認し、全体の統制を図る。

メンバー　□ リーダーの指示に従う。　□ 役割を確認する。

人員確認
□ 人数　□ 職種

役割分担
□ リーダーの決定または確認
□ 受付・記録、担当ベッドおよび診療・処置

設営　設営場所の安全確認！
□ BOX持参　□ 受付準備
□ トリアージタッグ準備
□ 患者一覧記入用紙準備

情報収集
□ 被災状況　□ ライフライン
□ 病院の方針　□ 各ゾーンの状況

資機材準備
□ 本部：○ BOX　○ 時計（BOX内）：時刻を合わせる。　○ 机 （受付用）
○ トリアージタッグ（BOX内）・・・通し番号を振る
・記入できるところは記載しておく。

□ 救急処置室：○ ガーゼ　○ 固定テープ　○ ディスポ手袋 S／M 1箱
○ マスク 1箱　○ エプロン 人数分＋α

個人準備
□ 個人装備 （手袋・マスク・エプロンなど）
□ 役割の確認
□ 物品配置の確認
□ 体調管理 ⇒ 体調不良時は報告

打ち合わせ
□ 情報共有
□ 情報伝達方法の確認
□ 治療ゾーン内の流れを確認
□ 動線の確認（エリア内・患者移送）
□ 役割の確認　受付、記録、
トリアージ施行／タッグ記入

報告：「 設営完了 」　スタッフ ⇒ リーダー ⇒ 本部

報告・連絡・相談　スタッフ ⇔ リーダー ⇔ 本部

トリアージ　フローチャート

受け入れ準備

- ☐ BOX持参
- ☐ 立上げ場所の安全確認後　⇒　設営
- ☐ 個人準備　　☐ 資機材準備
- ☐ メンバー確認　☐ リーダーの確認
- ☐ 役割分担
- ☐ 打ち合わせ
- ☐ 情報収集
  - ○ 被災状況　○ ライフライン
  - ○ 病院の方針　○ 各ゾーンの状況
- ☐ トリアージタッグの準備
  - ○ 通し番号を振る。
  - ○ 記載できるところは記載しておく。

災害時の対応

組織体制		
C	Command&Control	指揮命令・統制
S	Safety	安全
C	Communication	情報伝達・収集
A	Assessment	評価・判断
医療支援		
T	Triage	トリアージ
T	Treatment	治療
T	Transport	搬送

◆ **院内他部門との連携**
確認事項
☐ PHS番号　or　伝令

◆ **本部への連絡**
※リーダーまたはリーダーの指示を受けた者が行う。

連絡の内容
- ☐ 設営の完了
- ☐ 情報の確認・報告
- ☐ 応援要請
- ☐ 資器材要請
- ☐ 診察の終了

患者受け入れ

トリアージ

- ☐ 多数傷病者受入れ時：START法でトリアージ！
- ☐ トリアージセンターでは、
  気道確保と止血のみ！
- ☐ 歩行可能な人は、誘導し軽症者を除く！
- ☐ タッグの記入漏れに気を付ける。
  ※ 特にNo・日付・時刻・トリアージ区分の記載漏れに注意！

◆ 記録
☐ 患者一覧表
※トリアージタッグを基に記入する。

患者搬送
- ☐ 搬送班と連携する！
  ★患者を適切な方法、適切な場所へ。
- ☐ 動線を守ること！
  ★院内は、右側通行。
  ★緑の患者は院外を通る。

赤　黄　緑　黒

災害発生時アクションカード

赤(重症)ゾーン責任者

責任

①赤(重症)ゾーンに搬送された傷病者の診療を行う。

②赤(重症)ゾーンの傷病者・スタッフの安全に配慮する。

行動

①「災害モード」に移行する指示が出た場合、速やかに災害対策本部に出頭する

② 赤ゾーン用の資機材を集めて救急処置室にゾーンを設営する

③ ゾーン設営が完了した時点で災害対策本部に報告する。

④ 病者が搬送された場合、トリアージ(２次または３次)を施行して赤ゾーンに適合する患者の診療を開始する。

⑤ トリアージタグの上の１枚（3 枚綴りの 2 枚目）を災害時用診療録に貼付し、災害時用診療録への記載を開始する。

⑥ 原則として、３階病棟を傷病者の入院先とする。

⑦ 部洗浄など外科的処置を要する場合、連絡の後、手術室で処置を行うことができる。

⑧ 以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して、対応を依頼する

(ア)　経過中、黄または黒タグに相当する状態となった場合（連絡の後、原則として、黄タグ患者の入院先３階病棟）または黒ゾーンへ搬送する）

(イ)　医師・看護師の不足、資機材の不足が生じた場合

(ウ)　他の医療施設に搬送するのが適切と考えられる状態の場合

(エ)　やむを得ずゾーンの医師・看護師が離脱する場合

(オ)　建物の損壊等によりゾーンの安全が保てない状態と判断した場合

赤（重症）ゾーン設営

リーダー
- □ リーダー用ベストを装着
- □ PHSを確保し本部へ報告または本部に使用可能なPHSを確認。
- □ アクションカードを確認し、全体の統制を図る。

人員確認
□ 人数　□ 職種

設営　設営場所の安全確認！
□本部からBOX持参　□不要な物は除く。
- □ ストレッチャーの準備
- □ 受付・災害カルテ準備
- □ 記録の準備
- □ 資機材準備

役割分担
- □ リーダーの決定または確認
- □ 受付・記録、担当ベッドおよび診療・処置

情報収集
- □ 被災状況　□ ライフライン
- □ 病院の方針　□ 各ゾーンの状況
- □ 病棟の受入れ状況
- □ 検査の可否

資機材準備　※ 救急処置室内の物品を使用　※ 多数傷病者対応ができるよう準備

救急処置室：□ エプロン　□ シールド付きマスク　□ 手袋　□ 懐中電灯
□ 救急カート　□ 患者監視装置（心・血圧モニター）２　□ DC
□ 挿管セット　□ 静脈路確保セット　□ 採血容器　□ 聴診器
□ ペンライト

その他：□ 胸腔ドレナージ物品入りワゴン（画像診断部・器材庫）
□ 低圧持続吸引器（画像診断部・透視撮影室1）
□ ストレッチャー　1台　（ 青の広場）

個人準備
- □ 個人装備　（手袋・マスク・エプロンなど）
- □ 役割の確認
- □ 物品配置の確認
- □ 体調管理　⇒　体調不良時は報告

打ち合わせ
- □ 情報共有
- □ 情報伝達方法の確認
- □ 治療ゾーン内の流れを確認

※ 収容人数を考慮し、患者を停滞させないこと！
※ 必要な処置は、病棟等で行うよう考慮！

- □ 動線の確認（エリア内・患者移送）
- □ 役割の確認　受付・記録・患者対応・処置

報告：「 設営完了 」　スタッフ ⇒ リーダー ⇒ 本部

報告・連絡・相談　スタッフ ⇔ リーダー ⇔ 本部

赤ゾーン　フローチャート

受け入れ準備

- ☐ BOX持参
- ☐ 立上げ場所の安全確認後　⇒　設営
- ☐ 個人準備　　☐ 資機材準備
- ☐ メンバー確認　☐ リーダーの確認
- ☐ 役割分担
- ☐ 打ち合わせ
- ☐ 情報収集
  - ○ 被災状況　　○ ライフライン
  - ○ 病院の方針
  - ○ 各ゾーンの状況
  - ○ 病棟の受入れ状況
  - ○ 検査の可否

災害時の対応

組織体制		
C	Command&Control	指揮命令・統制
S	Safety	安全
C	Communication	情報伝達・収集
A	Assessment	評価・判断
医療支援		
T	Triage	トリアージ
T	Treatment	治療
T	Transport	搬送

◆ 院内他部門との連携

確認事項

☐ PHS番号　or　伝令

◆ 本部への連絡

※リーダーまたはリーダーの指示を受けた者が行う。

連絡の内容

- ☐ 設営の完了
- ☐ 情報の確認・報告
- ☐ 応援要請
- ☐ 資器材要請
- ☐ 診察の終了

◆ 記録

☐ 災害カルテ

※BOX内の様式参照

☐ クロノロ（経過記録）

ID・氏名・年齢・性別・診断名・処置・転帰など

↓

患者受け入れ　カルテ作成

↓

二次トリアージ
診察・処置

※トリアージは、繰り返し行うこと！
※患者収容人数を考慮し、病棟他と連携を！

↓

手術　／　入院　／　転院
カルテ処理

黄・黒ゾーンへ移動

転院待ち⇒紫ゾーン（内科処置室）へ移動

災害発生時アクションカード

黄色(中等症)ゾーン責任者

責任

①黄色(中等症)ゾーンに搬送された傷病者の診療を行う。

②黄色(中等症)ゾーンの傷病者・スタッフの安全に配慮する。

行動

① 「災害モード」に移行する指示が出た場合、速やかに災害対策本部に出頭する

② 黄色ゾーン用の資機材を集めて外科・整形外科外来前廊下にゾーンを設営する。

③ ゾーン設営が完了した時点で災害対策本部に報告する。

④ 傷病者が搬送された場合、トリアージ(二次または三次)を施行して黄色ゾーンに適合する患者の診療を開始する。

⑤ トリアージタグの上の１枚（3 枚綴りの 2 枚目）を災害時用診療録に貼付し、災害時用診療録への記載を開始する。

⑥ 原則として、３階病棟を傷病者の入院先とする。

⑦以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する

(ア)経過中赤、緑または黒タグに相当する状態となった場合（連絡の後、原則として、赤タグ患者の入院先または黒ゾーンへ搬送する。

(イ)医師・看護師の不足、資機材の不足が生じた場合

(ウ)他の医療施設に搬送するのが適切と考えられる状態の場合

(エ)やむを得ずゾーンの医師・看護師が離脱する場合

(オ)建物の損壊等によりゾーンの安全が保てない状態と判断した場合

＊活動の流れについてはフローチャート参照のこと

H27年1月20日　災害対策部会

黄(中等症)ゾーン設営

リーダー　□ リーダー用ベストを装着
□ PHSを確保し本部へ報告または本部に使用可能なPHSを確認。
□ アクションカードを確認し、全体の統制を図る。

メンバー　□ リーダーの指示に従う。　□ 役割を確認する。

人員確認

役割分担

□ リーダーの決定または確認
□ 受付・記録、担当ベッドおよび診療・処置

設営　設営場所の安全確認！

□ 本部からBOX持参　□診療スペース設営
□ 壁に模造紙を張る。
□ 入口付近に受付準備(受付表示・ワゴン・災害カルテ)
□ 資機材準備

情報収集

□ 被災状況　□ ライフライン
□ 病院の方針　□ 各ゾーンの状況
□ 病棟の受入れ状況
□ 検査の可否

資機材準備

□ 受付用机
□ ワゴン
□ 懐中電灯
□ ベット
□ ストレッチャー
□ ライト
□ 血圧計
□ 点滴スタンド
□ 処置台
□ 体温計
□ 医療用ゴミ箱
□ ホワイトボード

□ 模造紙2枚　□ 『受付』表示用紙
□ セロハンテープ　□ マジック
□ 延長コード
□ 手袋・ガウン・除菌クロス
□ マスク

□ 酸素ボンベ　□ 救急カート

個人準備

□ 個人装備　(手袋・マスク・エプロンなど)
□ 役割の確認
□ 物品配置の確認
□ 体調管理　⇒　体調不良時は報告

打ち合わせ

□ 情報共有
□ 情報伝達方法の確認
□ 治療ゾーン内の流れを確認
□ 動線の確認(エリア内・患者移送)

報告:「 設営完了 」　スタッフ ⇒ リーダー ⇒ 本部

報告・連絡・相談　スタッフ ⇔ リーダー ⇔ 本部

黄ゾーン　フローチャート

受け入れ準備

- ☐ BOX持参
- ☐ 立上げ場所の安全確認後　⇒　設営
- ☐ 個人準備　　☐ 資機材準備
- ☐ メンバー確認　☐ リーダーの確認
- ☐ 役割分担
- ☐ 打ち合わせ
- ☐ 情報収集
  - ○ 被災状況　　○ ライフライン
  - ○ 病院の方針
  - ○ 各ゾーンの状況
  - ○ 病棟の受入れ状況
  - ○ 検査の可否

災害時の対応

組織体制		
C	Command&Control	指揮命令・統制
S	Safety	安全
C	Communication	情報伝達・収集
A	Assessment	評価・判断
医療支援		
T	Triage	トリアージ
T	Treatment	治療
T	Transport	搬送

◆ **院内他部門との連携**

確認事項

☐ PHS番号　or　伝令

患者受け入れ　カルテ作成

◆ **本部への連絡**

※リーダーまたはリーダーの指示を受けた者が行う。

連絡の内容

- ☐ 設営の完了
- ☐ 情報の確認・報告
- ☐ 応援要請
- ☐ 資器材要請
- ☐ 診察の終了

二次トリアージ
診察・処置
※トリアージは、繰り返し行うこと！

◆ 記録

☐ 災害カルテ
※BOX内の様式参照

☐ クロノロ（経過記録）
ID・氏名・年齢・性別・診断名・処置・転帰など

入院　／　転院
カルテ処理

緑ゾーンへ移動
※　黄⇒赤は×

災害発生時アクションカード

緑(軽症)ゾーン責任者

責任

①緑(軽症)ゾーンに搬送された傷病者の診療を行う。

②緑(軽症)ゾーンの傷病者・スタッフの安全に配慮する。

行動

① 「災害モード」に移行する指示が出た場合、速やかに災害対策本部に出頭する。

②緑ゾーン用の資機材を集めて外来ロビーにゾーンを設営する。

② ゾーン設営が完了した時点で災害対策本部に報告する。

③ 傷病者が搬送された場合、トリアージ(二次または三次)を施行して、緑ゾーンに適合する患者の診療を開始する。

⑤トリアージタグの上の１枚（3 枚綴りの 2 枚目）を災害時用診療録に貼付し、災害時用診療録への記載を開始する。

⑥診療終了後の患者は原則として帰宅させる。

⑦ 以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する。

（ア）経過中、赤、黄色または黒タグに相当する状態となった場合（連絡の後、該当ゾーンまたはその入院先へ搬送する）

（イ）医師・看護師の不足、資機材の不足が生じた場合

（ウ）診療終了後帰宅させるのが困難な患者が生じた場合

（エ）　やむを得ずゾーンの医師・看護師が離脱する場合

（オ）　建物の損壊等によりゾーンの安全が保てない状態と判断した場合

H27年1月20日　災害対策部会

緑(軽症)ゾーン設営

リーダー　□ リーダー用ベストを装着
□ PHSを確保し本部へ報告または本部に使用可能なPHSを確認。
□ アクションカードを確認し、全体の統制を図る。

メンバー　□ リーダーの指示に従う。　□ 役割を確認する。

人員確認
□ 人数　□ 職種

役割分担
□ リーダーの決定または確認
□ 受付・記録、担当ベッドおよび診療・処置

設営　設営場所の安全確認！
□ BOX持参　□ 椅子を除去　□ 待合の準備
□ 受付・災害カルテ準備　□ 時計の準備
□ 記録準備　(ホワイトボードまたは受付のボードにとりのこ用紙を張る)
□ 資機材準備

情報収集
□ 被災状況　□ ライフライン
□ 病院の方針　□ 各ゾーンの状況
□ 病棟の受入れ状況
□ 検査の可否

資機材準備
□ 皮膚科　:○ 滅菌物品(持針器 3、アドソン)　○ ナイロン糸(針付)
○ ガーゼ　○ 消毒　○ テープ　○ 包帯　○三角巾
○ ドレッシング材　○ ステリストリップ　○ 軟膏類
○ 自動血圧計　○ 手動血圧計　○ 聴診器
○ ディスポ手袋　○ マスク　○ ゴミ袋　◆○ 医療用ゴミ箱
□ 泌尿器科:○ 洗浄用生理食塩水　○ 懐中電灯 3
○ 輸液セット　○ 駆血帯　○ 留置針　○ アルコール綿
○ オムツ類　○ エプロン
□ カテ室　:○ 輸液スタンド

個人準備
□ 個人装備　(手袋・マスク・エプロンなど)
□ 役割の確認
□ 物品配置の確認
□ 体調管理　⇒　体調不良時は報告

打ち合わせ
□ 情報共有
□ 情報伝達方法の確認
□ 治療ゾーン内の流れを確認
□ 動線の確認(エリア内・患者移送)
□ 役割の確認
トリアージ1名、受付2名、記録1名

報告:「 設営完了 」　スタッフ ⇒ リーダー ⇒ 本部

報告・連絡・相談　スタッフ ⇔ リーダー ⇔ 本部

緑ゾーン　フローチャート

受け入れ準備

- ☐ BOX持参
- ☐ 立上げ場所の安全確認後　⇒　設営
- ☐ 個人準備　　☐ 資機材準備
- ☐ メンバー確認　☐ リーダーの確認
- ☐ 役割分担
- ☐ 打ち合わせ
- ☐ 情報収集
  - ○ 被災状況　　○ ライフライン
  - ○ 病院の方針
  - ○ 各ゾーンの状況
  - ○ 病棟の受入れ状況
  - ○ 検査の可否

災害時の対応

組織体制	
C Command&Control	指揮命令・統制
S Safety	安全
C Communication	情報伝達・収集
A Assessment	評価・判断
医療支援	
T Triage	トリアージ
T Treatment	治療
T Transport	搬送

◆ **院内他部門との連携**

確認事項

☐ PHS番号　or　伝令

患者受け入れ　カルテ作成

◆ **本部への連絡**

※リーダーまたはリーダーの指示を受けた者が行う。

連絡の内容

- ☐ 設営の完了
- ☐ 情報の確認・報告
- ☐ 応援要請
- ☐ 資器材要請
- ☐ 診察の終了

二次トリアージ
診察・処置
※トリアージは、繰り返し行うこと！

◆ 記録

☐ 災害カルテ
※BOX内の様式参照

☐ クロノロ（経過記録）
ID・氏名・年齢・性別・診断名・処置・転帰など

帰宅
（ 転院 ／ 入院 ）
カルテ処理

黄ゾーンへ移動
※ 緑⇒赤は×

災害発生時アクションカード

黒ゾーン責任者

責任

①黒ゾーンに搬送された傷病者ならびに家族等の管理・ケアを行う。

②黒ゾーンの傷病者・スタッフの安全に配慮する

行動

① 「災害モード」に移行する指示が出た場合、速やかに災害対策本部に出頭する。

② 黒ゾーン用の資機材を集めて霊安室および解剖・検視室にゾーンを設営する。

③ ゾーン設営が完了した時点で、災害対策本部に報告する

傷病者が搬送された場合、トリアージ(二次または三次)を施行して黒ゾーンに適合する患者の管理を行う。トリアージタグの上の１枚（3 枚綴りの 2 枚目）を災害時用診療録に貼付し、災害時用診療録への記載を開始する。

④ 傷病者の家族・関係者、および警察等への対応を行う。

⑤ 以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する

(ア)　トリアージで赤タグに相当する状態と判断した場合

（連絡の後、原則として、赤タグ患者の入院先（３階病棟）へ搬送して治療を行う）

(イ)　スタッフの不足、資機材の不足が生じた場合

(ウ)　傷病者の家族・関係者等の対応で困難が生じた場合

(エ)　警察等の対応で判断に迷う場合

(オ)　やむを得ずゾーンのスタッフが離脱する場合

(カ)　建物の損壊等によりゾーンの安全が保てない状態と判断した場合

H27年1月20日　災害対策部会

黒ゾーン設営

リーダー　□ リーダー用ベストを装着
□ PHSを確保し本部へ報告または本部に使用可能なPHSを確認。
□ アクションカードを確認し、全体の統制を図る。

メンバー　□ リーダーの指示に従う。　□ 役割を確認する。

人員確認
□ 人数　□ 職種

設営
設営場所の安全確認！
□ 椅子を片付ける　□ブルーシートを敷く
□ 受付・記録・災害カルテ準備
□ 安置所の設営

役割分担
□ リーダーの決定または確認
□ 受付・記録、担当ベッドおよび診療・処置

情報収集
□ 被災状況　□ ライフライン
□ 病院の方針　□ 各ゾーンの状況
□ 病棟の受入れ状況
□ 検査の可否

資機材準備
□ 本部：○ブルーシート　2枚　○とりのこ用紙　1枚
□ 霊安室、解剖・検視室：○ペンライト　2（たりなければ内科）
○懐中電灯　3個　○ディスポ手袋　1箱
○マスク　1箱　○エプロン　5枚
□ リネン庫：シーツ　10枚
□ 死亡診断書・死体検案書　□ 死後の処置セット
□ 担架またはベルカ

個人準備
□ 個人装備　（手袋・マスク・エプロンなど）
□ 役割の確認
□ 物品配置の確認
□ 体調管理　⇒　体調不良時は報告

打ち合わせ
□ 情報共有
□ 情報伝達方法の確認
□ 治療ゾーン内の流れを確認
□ 動線の確認（エリア内・患者移送）
□ 役割の確認　受付、記録、患者および家族対応、検視となれば警察への対応

報告：「 設営完了 」　スタッフ ⇒ リーダー ⇒ 本部

報告・連絡・相談　スタッフ ⇔ リーダー ⇔ 本部

黒ゾーン　フローチャート

受け入れ準備

- ☐ BOX持参
- ☐ 立上げ場所の安全確認後　⇒　設営
- ☐ 個人準備　　☐ 資機材準備
- ☐ メンバー確認　☐ リーダーの確認
- ☐ 役割分担
- ☐ 打ち合わせ
- ☐ 情報収集
  - ○ 被災状況　　○ ライフライン
  - ○ 病院の方針
  - ○ 各ゾーンの状況
  - ○ 病棟の受入れ状況
  - ○ 検査の可否

災害時の対応

組織体制		
C	Command&Control	指揮命令・統制
S	Safety	安全
C	Communication	情報伝達・収集
A	Assessment	評価・判断
医療支援		
T	Triage	トリアージ
T	Treatment	治療
T	Transport	搬送

◆ **院内他部門との連携**

確認事項

☐ PHS番号　or　伝令

患者受け入れ　カルテ作成

◆ **本部への連絡**

※リーダーまたはリーダーの指示を受けた者が行う。

連絡の内容

- ☐ 設営の完了
- ☐ 情報の確認・報告
- ☐ 応援要請
- ☐ 資器材要請
- ☐ 診察の終了

診察・処置
死亡確認・検案
家族対応

◆ 記録

☐ 災害カルテ
※BOX内の様式参照

☐ クロノロ（経過記録）
ID・氏名・年齢・性別・診断名・処置・転帰など

帰宅
カルテ処理

救急・災害対策委員会　平成26年11月作成

トリアージタッグと災害用カルテについて

◆ トリアージから災害用カルテ作成の流れ

トリアージ

トリアージタッグを付ける

各治療ゾーンへ

受付
災害用カルテ作成

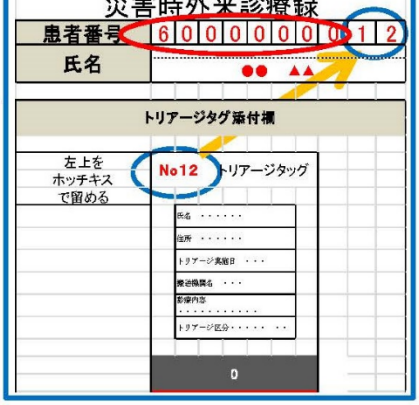
【トリアージタッグの取り扱い】
●1枚目（1番上）：
　トリアージセンター⇒本部
●2枚目（真ん中）：災害用カルテ
●3枚目（台紙）　：患者

消防によりトリアージ済みの場合
（トリアージタッグが付いている場合）
●病院で準備した通し番号のついた
　トリアージタッグをつける。
●氏名、年齢は記載。傷病名などは、
　書ける範囲で記載。最小限の記載
　にとどめてよい。
※前回のトリアージタッグは外さない！



【　災害用カルテ　】
◆①と②をセットとし使用する。
①災害時外来診療録
②災害用記録用紙
　（医師2号用紙でも可）
※検査結果は、医師2号用紙
　などに貼る。

【　見本　災害時外来診療録左面　】



① **受付で複写のタッグ（2枚目）を外し、確認。**
　災害時外来診療録の指定箇所にホッチキスで留める。
※トリアージタッグが2枚以上（消防からトリアージタッグ）ある場合、
　新しい物を1番上にする。
② **患者番号（ID）を作成。**
　・ 全10桁の番号で患者番号（ID）作成。
　・ 10桁目は、『 6 』で始まる。
　・ 下の桁はトリアージタッグの左上のNoを記載。
③ **災害カルテとともに患者を移動。**
※患者とカルテがばらばらにならないよう、間違えがないよう
**　注意する。**

※トリアージタッグ3枚目（台紙）は、入院診療が落ち着くまで、
**　または帰宅の段階まで患者に付けておく。**

院内で受傷した市民など(受診登録なし)
●トリアージタッグは不要。
●近くのスタッフが医療対応にあたる。
●災害用カルテ（トリアージタッグ不要）又は
　2号用紙に記録する。
●患者番号（ID）は、本部に連絡し確認。
　3桁目を「9」とし、「6」から始まる10桁
　の番号とする。
　例）「6000000901」



帰宅



入院

【　災害用カルテの取り扱い　】
① 災害対応が落ち着いた段階で、受診歴のある患者は、医事係により患者番号（ID）と照合する。
② 電子カルテが使用できる場合は、ステラに取り込む。
　※ トリアージタッグ3枚目（台紙）も両面をステラに取り込む

※　電子カルテが使用できる場合は、電子カルテへ移行。



市立八幡浜総合病院　　救急・災害対策委員会　平成26年11月作成

災害時外来診療録

患者番号	6 0 0 0 0 0 0			
氏名				

トリアージタグ添付欄

左上を
ホッチキス
で留める

トリアージタッグ

氏名 ・・・・・・
住所 ・・・・・・
トリアージ実施日 ・・・
搬送機関名 ・・・
診療内容 ・・・・・・・・・・・・
トリアージ区分・・・・・・・

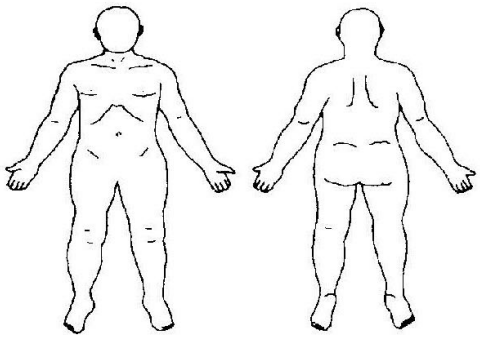
0
Ⅰ
Ⅱ
Ⅲ

備考

【処置】

気道確保
(　時　分)
☐気管挿管(　mmΦ)
【　cm 固定 】
☐エアウェイ(　mm)

酸素投与
(　時　分)
☐酸素(　ℓ／分)
【ｶﾇﾗ・ﾏｽｸ・ﾘｻﾞｰﾊﾞｰ】
☐人工呼吸器



静脈路確保
(　時　分)
☐①(部位:　)
(ｽｰﾊﾟｰｷｬｽ:　G)
☐②(部位:　)
(ｽｰﾊﾟｰｷｬｽ:　G)
☐③(部位:　)
(ｽｰﾊﾟｰｷｬｽ:　G)

胸腔ドレーン挿入
(　時　分)
☐①(　Fr)
【右 ・左】
☐②(　Fr)
【右 ・左】

胃管挿入
(　時　分)
☐胃管(　Fr　cm)

バルン挿入
(　時　分)
☐(　Fr)
(固定水　ml)

【既往歴】 無 ・ 有 ・ 不明

【内服薬】 無 ・ 有 ・ 不明

【アレルギー】 無 ・ 有 ・ 不明

市立八幡浜総合病院　　救急・災害対策委員会　平成26年11月作成

災害時記録

月　日　No

時刻	:	:	:	:	:	:	備考
活動場所							
意識レベル（GCS）	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	(E V M)	
瞳孔径（右/左）(mm)	／	／	／	／	／	／	
対光反射（右/左）	／	／	／	／	／	／	
呼吸(回/分)							
呼吸音 左右差							
脈拍(回/分)							
血圧(mmHg)							
SpO_2(%)							
点滴量（投与量/通算量）	／	／	／	／	／	／	
点滴速度（　/ml）							
尿量（増加ml/全ml）							
尿の色							
記録者							

紫（広域搬送待機）ゾーン責任者

責任

紫（広域搬送待機）ゾーンに搬送された傷病者ならびに家族等の管理・ケアを行う。

行動

①災害対策本部より紫（広域搬送待機）ゾーン設営、運用の指示が出た場合、ゾーンの場所、担当人員、必要機材提供部署などについて本部と協議し、ゾーンを設営する。

②ゾーンの準備が整えば本部に連絡し、該当患者を収容、医療監視と治療の継続をはかる。

③広域搬送用患者記録、診療録（看護記録を含む）、診療情報提供書など、必要な情報・記録の整理に努める。

④広域搬送または転院に際しては出発場所まで院内搬送を手伝い、搬送担当者（救急隊員、DMAT 隊員など）へ引き継ぎを行う。

⑤ゾーン運営記録(壁などに掲示する患者リストを含む)をまとめ、定期的に災害対策本部へ連絡する。

⑥収容患者がない段階では、本部の指示を受けて他の部署での業務を担当する。

災害発生時アクションカード

検査部門責任者

責任

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、検査部門の状況の把握を行う。

②状況に応じて適切な検査業務を行う。

行動

① 地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、検査部門の建物、資機材の損壊状況、患者・職員・立ち寄り者の受傷状況を速やかに確認して災害対策本部に報告する。

② 災害対策本部に速やかに出頭して指示を受ける。

③「災害モード」において検体検査依頼があった場合、原則として検体を診療ゾーンに回収に行き、結果等は各ゾーンへ配達する。

超音波検査等の検査依頼があった場合、できる限り傷病者の搬送に協力するとともに、出来上がった報告書等は各ゾーンへ配達することを原則とする。

④　通常時以上に傷病者の容態の急変や建物の損壊等に注意を払う。

⑤以下の場合には、災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する。

(ア)検査中患者が急変し対応困難な状態となった場合

(イ)スタッフの不足、資機材の不足が生じた場合

(ウ)やむを得ずゾーンのスタッフが離脱する場合

(エ)建物の損壊等によりゾーンの安全が保てない状態と判断した場合

放射線部門責任者

責任

①地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、
放射線部門の状況の把握を行う。

②状況に応じて適切な放射線検査業務を行う。

行動

① 地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、放射線部門の建物、資機材の損壊状況、患者・職員・立ち寄り者の受傷状況を速やかに確認して災害対策本部（以下、災対本部）に報告する。

② 災害対策本部に速やかに出頭して指示を受ける。

③「災害モード」においては通常撮影を中止し、患者を帰宅または入院先の病棟へ帰室させる。エレベーター停止中で患者が自力で帰室できない場合は内科外来へ搬送または護送し、管理を依頼する。この際、患者の移動について災対本部へ報告する。通常撮影を中断した患者においてはそのむね記録する。

④「災害モード」においてX-p、ＣＴ、ＭＲＩ等の検査依頼があった場合、できる限り傷病者の搬送に協力するとともに、出来上がったフィルム等は各ゾーンへ配達することを原則とする。

⑤ エレベーター停止時は３階のポータブル撮影装置を適切に活用することとし、３階病棟や手術室で撮影をする。

⑥通常時以上に傷病者の容態の急変や建物の損壊等に注意を払う。

⑦以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する。

(ア)　検査中、患者が急変し対応困難な状態となった場合

(イ)　スタッフの不足、資機材の不足が生じた場合

(ウ)　やむを得ずゾーンのスタッフが離脱する場合

(エ)　建物の損壊等によりゾーンの安全が保てない状態と判断した場合

交通整理班（本部設営班）責任者

責任

① 災害対策本部の設営にあたる。

② 車両の交通整理を行う。

③傷病者等の誘導を行う。

④傷病者・スタッフの安全を確保する。

行動

① 災害対策本部（以下、災対本部）設営班は災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部(以下災対本部)設営の準備を開始する。その際、リハビリ室などの患者は料金精算をすることなく速やかに帰宅、または入院先病室へ帰室させる。エレベーター停止により病棟帰室が難しい場合は内科外来へ搬送し、待機させる。災対本部設営後は交通整理班に加わる。

② 交通整理班専従者はパイロン、ロープ等を用いて車両、歩行者のルートを確立する。

③ 体制が完了した時点で災害対策本部に報告する。

④拡声器・メガホン等を使用して、特に救急車両の通行に障害が発生しないよう交通整理を行う。

⑤ トリアージセンターの指示に基づき、緑タグの傷病者を緑ゾーンに誘導する。

⑥ トリアージセンターでパニック状態が発生しそうな場合に対応する。

⑦ 以下の場合には、災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する。

(ア)　スタッフの不足、資機材の不足が生じた場合

(イ)　建物の損壊等によりルートの安全が保てない状態と判断した場合

(ウ)　パニック状態の制圧が困難な場合

災害発生時アクションカード

資材調達班責任者

責任

①災害対策本部の指示に基づき、資機材を調達し必要なゾーンへ配達する。

②資材調達班のスタッフの安全を確保する。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

②薬局の医薬品類、倉庫・中材の医療材料、倉庫の保存食料等の状況を確認する。

③災害対策本部の指示に基づき、資材を調達し各ゾーンへ配達する。

④以下の場合には、災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する。

(ア)　スタッフの不足が生じた場合

(イ)　建物の損壊等により資材調達ルートの安全が保てない状態と判断した場合

★災害発生時アクションカード

搬送班責任者

責任

① トリアージセンターの判定に従い、傷病者を安全に各ゾーンに搬送し、また赤・黄ゾーンから入院先病棟や手術室へ搬送する。

② 災害傷病者を収容するための空床確保が必要な場合、あるいは病院損壊などのために避難を要する場合に、入院患者を搬送・移動させる。

③ 搬送中の傷病者・搬送班のスタッフの安全を確保する。

★＊大津波被災後、災害対策本部の指示により、搬送班は搬送班と院内清掃班に再編される場合がある。院内清掃班責任者の責任と行動については次のページを参照のこと。を行う。

行動

① 災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

② 搬送班の資機材を集めて救急外来前および赤・黄ゾーンに設営する。

③ ゾーン設営が完了した時点で災害対策本部に報告する。

④ トリアージタグに基づき、傷病者を各ゾーンへ搬送する。
災対本部の指示により、各ゾーンから他のゾーンあるいは放射線部門や入院先病棟・手術室等へ傷病者を搬送する場合もある。なお、赤・黄ゾーンの患者搬送の場合は原則として１名以上の看護師または医師が随伴する。

⑤ 以下の場合には災害対策本部にその旨を報告して対応を依頼する

(ア)　スタッフの不足、資機材の不足が生じた場合

(イ)　建物の損壊等により搬送ルートの安全が保てない状態と判断した場合

★災害発生時アクションカード

院内清掃班責任者者

責任

① 委託業者などと協力し、津波が引いた後の院内清掃、消毒などを行う。

②清掃用水・消毒薬などの確保、消毒方法などに関しては管理係、感染委員会などの助言を受ける。

③ 清掃・消毒作業中のスタッフおよび委託業者などの安全を確保し、健康管理に留意する。

行動

① 災害対策本部から院内清掃班設置の指示があった場合、責任者は担当職員および清掃業者などを招集し、作業計画などについて打ち合わせ、必要物品・薬品などを調達する。

② 第一に、院外―１階部分―２階以上を結ぶ「経路」の清掃、消毒などを行う（１階各部署の清掃、復旧は主に各部署所属職員によって実施する)。

③ 可能であれば、院内清掃班は１階各部署の消毒、清掃などに協力をする)。

④ 院外から外来、病棟までの「経路」、ならびに１階各部署の清掃、消毒についてはその進行状況を災害対策本部に報告する。

情報班責任者

責任

①院内外の情報を収集し、災害対策本部に報告する。

②災害対策本部の指示に基づき関係各所に情況報告を行う。

行動

①院長の指示により、「災害モード」移行の通報を行う。

②災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部(以下災対本部)に移動する。

③災害対策本部の設営を行う。

④災害の状況、院内の状況を災対本部員や一般職員が共有できるよう、対策本部内や職員入口に掲示を行う（表４）。

⑤テレビ・ラジオ等の報道、院内各部署からの報告を取りまとめ、災害の状況・院内の状況の掲示を常に最新のものに更新する。

⑥災害対策本部からの重要情報を緊急連絡票（★別表 3-(6)-イ、p. 33）を用いて院内へ配付する。

⑦災害対策本部の指示により、国、市、警察、消防、医師会等へ状況報告（広域災害救急医療情報システムへの入力を行う（註)。

＊市および医師会への報告には医療機関被害状況報告書（★別表 3-(6)-ロ、ハ p.34､35）を使用

⑧災対本部の指示により、国、市、警察、消防等へ状況報告（広域災害救急医療情報システムへの入力を行う。

災害発生時アクションカード

報道担当責任者

責任

①報道関係者に随時広報を行う。

②記者会見施行時は会見場を設営する。

③ポジションペーパーを作成する。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、災害対策本部（以下、災対本部）に移動する。

②担当副院長を補佐してポジションペーパーを作成する。

③災対本部の指示により、報道関係者への広報を行う。

④記者会見施行時は会見場を設営する。

⑤記者会見施行時はマスコミの受付を行う。

災害ボランティア(事務局用)

責任

災害ボランティアの受付とその管理、調整にあたる。

行動（注意事項）

①トリアージセンター横にボランティア受付を設置する。

②原則として、身分証明証（運転免許証、当院が事前発行した災害ボランティア証等）をもとに、災害ボランティアの登録をする。

③ボランティアの配置部署については、災害対策本部（以下、災対本部）の指示を仰ぎ、指示された部署へ案内し、業務内容を説明する。

④ボランティア休憩所の所在や、ボランティアへの食料・飲料等の支給に関して案内をする。

⑤ ③および④の業務を含め、先着し活動を開始したボランティア自身にボランティアの管理・調整を依頼することも可能である。

災害発生時アクションカード（勤務時間内）

医師

（１）　　初動

大きな揺れを感じた／火災報知を聞いた

①自分と周囲の患者の安全を確保

火災を発見した

① 近くの火災警報器を鳴らす

②安全な場所に移動しながら大声で

「〇〇が火事です！」と伝える

③初期消火に参加する

（２）災害モード放送があった場合

＊外来・手術・透析等を安全・迅速に終了

＊外来患者は帰宅、入院患者は各病棟に帰棟（又は避難）させる

（３）病棟での対応（災害モード移行後）

①病棟師長またはリーダー看護師と協力

患者の状況、把握、救急処置、パニック発生の防止に努める。

② 他の病棟に自分の患者で、特に重症の患者がいる場合

現在いる病棟の患者が落ち着いておれば他の医師等に任せ、他病棟の受け持ち重症患者のところへ向かう。

（４）災害対策本部またはトリアージ・治療ゾーンへ

病棟や受け持ち患者の状態に余裕があれば

速やかに災害対策本部に向かい、以後の指示を受ける。

災害発生時アクションカード（勤務時間外）

日・当直医師

責任―日・当直医師としての責任に加え、以下のことが加わる。

① 災害対策本部が開設されるまでの間、院長の代行者として災害医療業務全般の統括を行う。

② 上記の間、地震・風水害・火災などで病院にも直接的な障害がある場合は、入院患者、病院職員、および立ち寄り者の安全を確保する。

③ 上記の間、病院状況、医療実施状況などについて適宜、院長、市当局をはじめ院内外へ報告、情報発信させる。

行動

①災害発生の報告を受ければ速やかに、日・当直看護師および宿日直者に暫定災害対策本部（以下、暫定災対本部）の立ち上げを指示する。

②暫定災対本部へ移動する。

③災害の状況、院内の状況を把握する。

④状況に基づき「災害モード」への移行ならびに被災傷病者受け入れの判断を行う。

⑤日・当直看護師および宿日直者と協議し、在院職員および院外から参集した職員に対し、災害対応のための業務配置を行う。

⑥各部署からの報告に対して、日・当直看護師および宿日直者のと協議して対応を決定する。

⑦宿日直者などに対し、病院状況、医療実施状況などについて適宜、院長、市当局等へ報告・情報発信させる。

⑧院長または副院長が来院した段階で、それまでの経過を報告し、暫定災対本部の業務を災害対策本部に引き継ぐ。

災害発生時アクションカード（勤務時間内）

病棟看護師長

（１） 初動

大きな揺れを感じた／火災報知を聞いた

①自分と周囲の患者の安全を確保

② 所属部署に迅速に戻り所属長の指示を受ける

火災を発見した

①近くの火災警報器を鳴らす

②安全な場所に移動しながら大声で

「○○が火事です！」と伝える

③初期消火に参加する

（２）災害モード放送があった場合

＊外来・手術・透析等を安全・迅速に終了

＊外来患者は帰宅、入院患者は各病棟に帰棟（又は避難）させる

（註）エレベーター停止時は車イスやストレッチャーの患者を１階や２階の待機場所へ預け、災害対策本部に報告の後、職員は所属病棟へもどる。

＊所属長（リーダー）または災害対策本部の指示により、外来のトリアージセンター、治療ゾーン、他病棟などへ応援に行く。

（註）所属長（リーダー）の役割

①部署の患者・スタッフ・設備の状態確認

②災害モード時は状況報告書（ＦＡＸ周辺）を作成

状況報告書は対策本部（リハビリ室）に届ける

③ 災害対策本部の指示により、外来のトリアージセンター、治療ゾーン、他病棟などへ応援スタッフを派遣する。

災害発生時アクションカード（勤務時間内）

外来看護師など

（１） 初動

大きな揺れを感じた／火災報知を聞いた

①自分と周囲の患者の安全を確保

火災を発見した

①近くの火災警報器を鳴らす。

②安全な場所に移動しながら大声で

「○○が火事です！」と伝える。

③初期消火に参加する。

（２）災害モード放送があった場合

＊外来診察、検査などを終了する。

＊外来患者に診療を中止したことを伝え、医事係前ホール（薬局側）を経由して帰宅させる。

（註 1）医事係前ホールでは医事係職員によるアナウンス・説明も行われる。

（註 2）料金票や診察券は原則として各科外来で預かり、事後　医事係へ届ける。

＊所属長または災害対策本部の指示を受け、トリアージまたは治療ゾーンを設営し、被災傷病者の受け入れ対応に当たる。

（註）所属長（リーダー）の役割

①部署の患者・スタッフ・設備の状態を確認。

②災害モード時は状況報告書を作成し、対策本部（リハビリ室）に届ける。

③災害対策本部の指示を受け、速やかにトリアージまたは治療ゾーンを設営し、被災傷病者の受け入れ対応に当たる。

災害発生時アクションカード（勤務時間外）

日・当直看護師長

責任―日・当直看護師としての責任に加え、以下のことが加わる。
①災害対策本部が開設されるまでの間、看護部長の代行者として、災害医療における看護師の活動の統括を行う。
②暫定災害対策本部において看護師の視点から本部の意思決定の補佐を行う。

行動
①各看護部署から施設の被災状況、患者の状況などについて報告を受け、速やかに日・当直医師に伝える。
②日・当直医師が暫定災害対策本部（以下、暫定災対本部）の立ち上げを指示した場合、本部開設の準備をする。
③「災害モード」への移行ならびに被災傷病者受け入れに関し、日・当直医師および宿日直者と協議をする。
④日・当直医師および宿日直者と協議し、在院看護師および院外から参集した看護師の業務配置や必要な看護対応について指示する。
⑤各部署からの報告に対して、日・当直看護師および宿日直者のと協議して対応を決定する。
⑥看護部長または副看護部長が出勤した段階でそれまでの対応について報告し、その後の業務について指示を受ける。

＊日・当直看護師　初期対応フローチャートを参照のこと

平成 27 年 1 月 13 日　災害対策部会

日・当直看護師　初期対応フローチャート

必要物品

ヘルメット 2 個（救急処置室)、懐中電灯 2 個（救急処置室診察台、処置台)、ＰＨＳ（救急処置室)、デジタルカメラ（携帯電話)、拡声器（救急処置室)、メモ用紙（救急処置室ＦＡＸ内)、筆記用具、ビニールテープ、ハサミ、セロテープ、ホワイトボード 3 台（リハビリ室作業療法室)、災害用ＢＯＸ（作業療法室奥の間)、災害用物品（作業療法室奥の間）

設営

災害発生

↓

守衛室に集合
（ヘルメット着用、懐中電灯持参、出来ればデジカメ（携帯電話）

↓

手分けして院内の被害状況、ライフライン等を確認（外来、病棟、リハビリ室）

↓

災害の規模、状況、院内の被害状況把握（記録する）

↓

日当直医と暫定災害本部の場所を決定する

↓

守衛室前に暫定本部の設置場所の表示を行う

↓

院内放送で災害の規模、院内の状況（ライフライン、通信手段)、暫定災害本部の設置場所を周知する（病棟、その他稼働部署）

＊不可能なら、①院内電話、②ＰＨＳ、③紙ベース

↓

暫定災害本部を立ち上げる
・リハビリ室内の機器、機具類を移動しスペースを作る
・リハビリ室奥より物品を運び出す

ホワイトボード①　災害情報、被災状況、ライフライン状況、経時記録

ホワイトボード②　人員配置用

ホワイトボード③　全職員名札

診察台　　災害 BOX、災害物品

暫定本部立ち上げ完了と本部への連絡方法を周知する

↓

ホワイトボードに情報を記載する
来院したスタッフを確認する
＊①入り口の名札（マグネット）を持参してもらい人員配置用のホワイトボードに貼り付ける
②配置が決定するまでは、本部で待機してもらう

↓

院外、院内の対応方針を決定し、守衛室前に表示する
対応方針を院内に周知する

↓

各ゾーンの設置場所の決定と人員配置
＊ゾーンの立ち上げ終了、連絡先、リーダー名の報告を依頼する

↓

各部署の状況把握と､各部署からの依頼への対応を継続する
※所属の管理職が来院すれば申送り、役割を委譲する

○打ち合わせ
- ・役割分担
- ・情報の確認・報告
- ・連絡手段の確認
- ・設営手順確認

○個人準備
- ・マスク・手袋、ヘルメットを着用
- ・懐中電灯を携帯する

○その他

・白紙の名札用マグネットをあらかじめ用意しておく

ホワイトボー①　記入例

本部に入った情報を記入（経時的に）	何でも
災害の規模や状況 病院の被災状況 ライフラインの状況 本部での決定事項など	

ホワイトボードがいっぱいになったら、デジカメに保存して、情報を整理する

ホワイトボード②　記入例

本部　（連絡先）	緑ゾーン（連絡先）	1―1（連絡先）	1―5（連絡先）
配置者の名札	配置者の名札	チェックリストを貼り付ける	チェックリストを貼り付ける
	トリアージタグを貼り付ける	患者の状況・病床数など記入	患者の状況・病床数など記入
		配置者の名札	配置者の名札
	黒ゾーン（連絡先）		
トリアージ（連絡先）	配置者の名札	1―3（連絡先）	1―6（連絡先）
配置者の名札	トリアージタグを貼り付ける	チェックリストを貼り付ける	チェックリストを貼り付ける
		患者の状況・病床数など記入	患者の状況・病床数など記入
	搬送（連絡先）	配置者の名札	配置者の名札
赤ゾーン（連絡先）	配置者の名札		
配置者の名札		1―4（連絡先）	
トリアージタグを貼り付ける	検査（連絡先）	チェックリストを貼り付ける	
	配置者の名札	患者の状況・病床数など記入	
黄ゾーン（連絡先）		配置者の名札	
配置者の名札	放射線科（連絡先）		
トリアージタグを貼り付ける	配置者の名札		

災害発生時アクションカード（勤務時間内）

医師・看護師を除く医療職

（１） 初動

大きな揺れを感じた／火災報知を聞いた

①自分と周囲の患者の安全を確保

火災を発見した

①近くの火災警報器を鳴らす。

②安全な場所に移動しながら大声で

「○○が火事です！」と伝える。

③初期消火に参加する。

（２）災害モード放送があった場合

＊外来患者への検査や処置等を終了する。

＊外来患者に診療を中止したことを伝え、可能であれば医事係前ホール（薬局側）を経由して帰宅させる。

（註 1）医事係前ホールでは医事係職員によるアナウンス・説明も行われる。

（註 2）料金票や診察券は原則として各部署で預かり、事後　医事係へ届ける。

（註 3）理学療法室またはその周辺にいる患者の場合、最短距離で院外へ誘導してもよい。

（３）所属長（リーダー）の役割

①部署の患者・スタッフ・設備の状態を確認する。

②災害モード時は状況報告書を作成し、対策本部（リハビリ室）に届ける。

③災害対策本部の指示を受け、職員を災害時の業務に配置する。

災害発生時アクションカード（勤務時間内）

事務職員

（１）初動

大きな揺れを感じた／火災報知を聞いた

①自分と周囲の患者の安全を確保

火災を発見した

① 近くの火災警報器を鳴らす。

②安全な場所に移動しながら大声で

「○○が火事です！」と伝える。

③初期消火に参加する。

（２）災害モード放送があった場合

通常業務を中止し、所属長ならびに災害対策本部の指示に従って災害時業務にあたる。

医事係職員は院内の患者に診療を中止したことを伝え、医事係前ホール（薬局側）を経由して帰宅させる。

（註 1）医事係前ホールでは各科外来、検査室、放射線室などから帰宅する患者にもアナウンス・説明を行う。

（註 2）料金票や診察券は原則として各科外来等の各部署で預かり、事後　医事係へ届ける。

（３）所属長（リーダー）の役割

①部署のスタッフ・設備の状態を確認する。

②災害モード時は状況報告書を作成し、対策本部（リハビリ室）に届ける。

③災害対策本部の指示を受け、災害時の業務に着く。

災害発生時アクションカード（勤務時間外）

宿日直者

責任―宿日直者としての責任に加え、以下のことが加わる。

①災害対策本部が開設されるまでの間、事務局長の代行者として、災害医療における事務職の活動の統括を行う。

②暫定災害対策本部において事務職の視点から本部の意思決定の補佐を行う。

行動

①守衛等から施設の被災状況、患者の状況などについて報告を受け、速やかに日・当直医師に伝える。

②日・当直医師が暫定災害対策本部（以下、暫定災対本部）の立ち上げを指示した場合、本部開設の準備をする。

③「災害モード」への移行ならびに被災傷病者受け入れに関し、日・当直医師および宿日直者と協議をする。

④日・当直医師および日・当直看護師と協議し、在院事務職（守衛を含む）および院外から参集した事務職の業務配置や必要な対応について指示する。

⑤各部署からの報告に対して、日・当直医師および日・当直看護師等と協議して対応を決定する。

⑥事務局長または事務局次長が出勤した段階でそれまでの対応について報告し、その後の業務について指示を受ける。

災害発生時アクションカード（勤務時間外）

各職種共通

（１） 初動

大きな揺れを感じた

① 自分と家族等の安全を確保

② テレビなどで状況・震度を確認

③ **震度５強**以上の場合（全職員＝第３動員)、安全な状況であれば、病院（災害対策本部）集合

＊職種・職責により**震度５弱**（第２動員)、**震度４強**（第１動員）で自動招集となる。**自分の動員レベル（第１、２、３動員=震度　　で参集)**。

連絡網で集合命令があった

① 次の職員に正確に内容を連絡

(連絡がつかない場合、連絡網の次の職員へ連絡する。最後の職員は連絡網の筆頭者へ連絡)

○次の連絡先―1)　　2)

3)　　4)

5)　　6)

○筆頭者の連絡先―

②速やかに病院（災害対策本部）に集合

●以下のようなときは情報収集を意識する

※台風直撃、豪雨・豪雪

※八西地区での大規模事故

原則として病院に問合せ電話をしないこと

※回線がパンクする恐れがあるため

■病院火災対応のためのアクションカード

▲ 責任者／看護師　1

１．火災場所を確認せよ！火元・ガス漏れ

２．火災を通報！**火災報知機のボタンを押す！**

①日勤：事務局（管理係）　固定電話 3106　PHS 7302

②夜間：メンテナンス　固定電話 3214

守衛室　固定電話 3111・3112

「火事です。＿＿病棟＿＿室から出火しました。応援をお願いします。」

３．病棟用チェックリストを確認⇒ 2

４．病棟内に放送を流す

（落ち着いて、ハッキリと）

「お知らせします。ただいま火事が発生しています。職員の誘導に従って行動してください。」繰り返す。

H27 年 1 月 20 日　災害対策部会

責任者／看護師

火災発生時チェックリスト

2

自病棟が火元の場合

□　自分がリーダーであることを示す

□　ナースステーションから離れない！

□　スタッフの安全を確認（ヘルメット・マスク着用）

□メンテナンス(3214)などへ連絡と確認―火災の状況、連絡(*)済みか？
＊消防署、当直医、関連部署（上下病棟など）への連絡はメンテナンスが実施

□ 応援職員の振り分け（初期消火・避難誘導・安全管理）

□ 逃げ遅れがないことを確認させる □災害報告書の作成

行われたことをチェック

□　火災発生場所を確認。①②へ通報

□　初期消火の応援にきているか

□　〇〇からの情報をスタッフに伝達したか

□　火災状況の変化を〇〇に報告

避難準備

□現在の患者数の確認
（独歩・護送・担送）

□避難誘導の責任者を任命

□避難経路の確認とその指示

□避難時の患者の安全対策とその指示

避難開始

本部からの「避難指示」の後に開始が原則

□　患者の避難の最終確認とその人数の把握

□　病棟内の逃げ遅れの確認

□　酸素配管コック・酸素バルブの元栓の閉鎖

□　各部屋の扉・防災扉の閉鎖確認

□最終状況を報告　災害発生時チェックリスト使用

H27年1月20日　災害対策部会

責任者／看護師 火災発生時チェックリスト

3 他病棟が火元の場合

□直下階が火元の場合

□初期消火の応援を指示

□消化器・ヘルメット・マスク持参

□患者誘導の準備開始

□管理・メンテナンス（夜間は守衛）からの情報を伝達

避難準備

□ 現在の患者数の確認（独歩・護送・担送）

□ 避難誘導の責任者を任命

□ 避難経路の確認と指示

□ 避難患者の安全対策と指示

避難開始

本部からの「避難指示」の後に開始が原則

□ 患者の避難の最終確認とその人数の把握

□ 病棟内の逃げ遅れの確認

□ 酸素配管コック・酸素バルブの元栓の閉鎖

□ 各部屋の扉・防災扉の閉鎖確認

□ 持ち出し物品の確認

□ 上記以外の場合

□ 病棟患者の確認　現在の患者数の確認（独歩・護送・担送）

□ 管理・メンテナンス（夜間は守衛）からの情報を伝達

□ 避難誘導の応援要員を指名

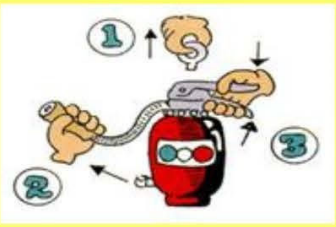
□ 最終状況を報告　災害発生時チェックリスト使用

H27年1月20日　災害対策部会

第一発見者



初期消火



1．「火事です！！」と叫べ

2．火元の患者を廊下へ避難！

3．消火器で消火を始めよ



4．自分の安全確保

5．応援到着まで消火作業を続けよ

□ヘルメット・マスク装着

□煙に注意！タオル等で口鼻を覆う！姿勢を低く！

6．作業を受け渡したら、責任者へ報告

□　天井に達する火災は“延焼”(避難優先！)

□　「火が天井まで達しています」と大声で叫び、責任者に報告せよ

□　部屋の扉を閉めて退避せよ

H27年1月20日　災害対策部会

避難・誘導　看護師　②



避難・誘導



1．避難経路を確認せよ



□患者を安全な場所へ誘導

□防火扉の閉鎖を確認

□火元より遠い非常階段を確保　□エレベータ使用×

2．責任者へ報告せよ

□「避難路の確保完了！」

□「防火扉の閉鎖確認！」

3．応援職員に指示せよ

□防火扉・非常階段の扉前に誘導員を配置

□患者搬送、移動後の付添・案内

4．患者を誘導せよ

□火元に近い患者から移動

□防火扉は人が通る時のみ開閉

声掛けを続けること！
「落ち着いて避難して下さい」
「姿勢を低くして避難を」
「タオル等を口元に当てて下さい」

H27年1月20日　災害対策部会

第３部 大津波対応編

第１章 「第４部（大津波対応編)」策定の背景と狙い

本編で想定しているのはプレートのもぐり込みによって起こる、南海大地震あるいは東南海地震です。南海大地震は 100～150 年おきに、M（マグニチュード）8 前後の大地震として周期的に発生しています。前回は 1946 年に発生（M7.8、1944 年には M7.9 の東南海地震)、次回は 2040 年前後に M8 超（震度 5 強～6 弱）の大地震として発生すると予想されています。この地震は津波を伴い、その第１波は地震発生の約１時間後、最大波（八幡浜港での予想津波高 4.7m、川之石港で同 3.5m）は地震発生の約 4 時間後、津波は６時間程度繰り返します（愛媛県地震被害想定調査、平成 14 年 3 月)。

その後、東日本大震災の発生を受け、内閣府の「南海トラフの巨大地震モデル検討会」が地震揺れと津波の新想定を公表しました(平成 24 年 3 月 31 日)。これによると、最大規模の地震は八幡浜市で震度 6 強、津波高は 7.9m と予想されました。さらに同年 8 月 29 日には、八幡浜市で最大 11m の津波に見舞われるとの想定も加えられました。この想定では、八幡浜市に 1m の津波が到着するまでの時間を 56 分と予想しています。さらに、平成 25 年 6 月 10 日に、上記「愛媛県地震被害想定調査」の震度分布、津波浸水想定等が見直され、八幡浜市を襲う最大震度は７、最大津波高は宇和海側で 9.1m（20cm の津波到達までに 5 分、最大津波高に到達するまでに 72 分）と想定されました。

南海大地震が通常規模の地震・津波として発生することの方が多いとしても、東南海地震などと連動し、上記のように 1 段階上の震度、2 倍近い高さの津波として襲来する恐れがあります。また、過去の大地震の前後に大地震や火山の噴火が相次いだ例が知られています。M9.0 の超巨大地震であった東日本大震災に見舞われたわが国は、一層の警戒を要する時期に入ったと言われています。

［解説］貞観地震および宝永地震前後の地震、火山活動について

貞観地震(869)と前後の大地震・噴火	宝永地震(1707)と前後の大地震・噴火
864 年 6 月 29 日～866 年 富士山貞観大噴火	1703 年 12 月 31 日 元禄大地震、M8.1
869 年 7 月 9 日 **貞観(じょうがん)地震**	—相模湾中心、死者 6700 人
—三陸沖が震源、大津波、M8.3～8.6	1707 年 10 月 28 日 **宝永地震**、M8.6
878 年 10 月 28 日 相模・武蔵地震 M7.4	—東海・東南海地震と南海地震が同時発生、
886 年 6 月 29 日 伊豆諸島噴火	死者 2 万人余。
887 年 8 月 26 日 仁和地震 M8.0～8.5	—伊豆半島から九州に至る太平洋沿岸及び
—五畿七道諸国・京で大地震、圧死者多数	大阪湾・播磨・伊予・防長に大津波。
津波(「日本三大実録」)	1707 年 12 月 16 日 富士山宝永噴火
—東海地震、東南海地震も・・地質調査で推測	（宝永地震の 49 日後）

次に、平成 23 年 12 月に市職員が測量・計算したところでは、病院入り口交差点の標高は海抜約 4m、当院急患室前の路面は 5.4m（病棟 1 階床面で約 5.9m、2 階床面は約 10.5m）でした。通常規模の南海大地震による被害想定を表した八幡浜市のハザードマップにおいても、市街中心部のほぼ全域が津波浸水予想区域にあります。またこの浸水区域は当院へのアクセス道路を含み、病院入り口まで迫っています。さらに 7～10m を超える津波に襲われた場合は、病院 1 階に流入し人の背丈を超える高さまで水に浸かり、また場合によっては 2 階部分にまで及ぶ恐れがあります。

このような状況では、当院は入院患者などの安全を確保することが最優先となり、外部からの患者受け入れは停止せざるを得ない場合があります。そして、地域における災害対応は八幡浜市や八幡浜医師会の医療救護班が保健福祉総合センター（計画上の設置場所で標高 12m）、避難所、災害現場、その他市長が指定する場所（八幡浜市地域防災計画、平成 19 年 3 月）において、主にトリアージと応急処置、被災地外への送り出しなどを実施することになるでしょう。

このように、津波高 5m 程度までの通常の南海大地震津波（以下、通常津波と称する）か、9m を超える連動型の地震津波（以下、巨大津波）かによって、当院の災害対応能力には大きな差を生じます。気象庁は地震発生の時点において、津波を伴うかどうか、津波の規模、到達時刻などに関して予想を発表するでしょう。しかし、通常津波か巨大津波かを区別できるような情報は発災時直後には提供されないのではないでしょうか。このため、当院は津波が収束し警報が解除されるまで、巨大津波の可能性を念頭に置きながら災害対応を進めることになるでしょう（あるいは実際に巨大津波に襲われる）。

幸いなことに、地震発生から津波到来までに数十分程度の猶予があると予想されます（平成 24 年 8 月 29 日の想定では 1m の津波到来まで 56 分）。その猶予時間の間にどのような準備をするべきか、現時点での科学的な知見を土台として、当院としての災害対応の方針を「第４部 大津波・停電編」としてまとめました。

第２章 災害対応と津波前準備（災害対策本部と病院全体の対応）

以下に記載する災害対応と津波前準備は地震後の 3 つの段階において、それぞれ異なった優先度で実施する必要がある。

第 I 期（地震発生 30 分後まで）

―院外避難の要否を決定、災害対策本部・治療ゾーン等の設営、並行して院内受傷者を含むすべての患者・家族等を 3 階以上の安全な場所へ避難させる。以下、特に第 I 期のうちに完了すべき作業に「☆」印を付け、注意を喚起する。大津波警報が出た後、30 分後以降は通常の救急入口への経路を使用しないむね、入り口（休日夜間急患センターと職員駐車場の間）に掲示し、消防本部にも徹底する。

第 II 期（津波警報発令中）

―院外傷病者の受入れは病院北側の名坂地蔵堂からの階段のみの経路とする（註）。院外傷病者への対応に加え、院内受傷者等の治療、入院患者の安定化を行う。

第 III 期（津波警報解除後）

―通常の救急入口への経路に損壊、瓦礫などがないかを確認し、可能であれば通常経路からの搬入を再開する。院内被害状況の確認する一方、入院患者等の院外搬送（被災地外への広域搬送を含む）を検討する。院外傷病者の受入れは継続する。

＊*註）住民の安全対策の観点から津波警報が 24 時間以上の長時間にわたって発令され、その間　当院に届く規模の津波が来ない可能性もある。病院の最大限の機能を発揮するために、津波警報解除に先立ち、病院正規経路からの入構を許可する必要がある場合もあり、災害対策本部が慎重に判断するものとする*（平成 28 年 2 月 9 日追記）　。

（1）「災害対策本部」の設置と「災害モード」の発令

大地震発生後、院長（勤務時間外では当直医）は災害対策本部（勤務時間外は暫定災害対策本部）を設置する。気象庁等から大津波を伴うとの発表があった場合、病院の損壊状況を問わず、また予測される津波が高さ 5m 程度までの通常の南海大地震津波か 7m を超える連動型の巨大津波かを問わず、災害モードとして対応する。

（2）津波に特化した監視と情報収集の体制を加える

災害対策本部は津波に関する監視と情報収集の担当者を指名する。担当者は津波に関する監視と情報収集を行い、携帯電話・無線機などを用いて災害対策本部と絶えず連絡を取る。

イ．テレビ（ワンセグ＝携帯電話を用いた地上デジタル放送 の受信を含む）・ラジオの報道を継続的に視聴する

ロ．八幡浜市からの防災無線を聴取する―必要により窓を開け明瞭に聴取できる場所を確保する。

ハ．病院上層階などから八幡浜湾を継続的に監視する。

[解説] 八幡浜港フェリーターミナルから当院までの直線距離は 1365m であり、接岸後の津波が 6m/秒の速度で市街地を駆け上がるとき、八幡浜港接岸から当院到着までの時間はわずか 4 分足らずと予想されます。さらに、津波が市民スポーツセンター裏の水路を向灘郵便局（当院から 410m）まで猛烈な勢いで遡上するであろうことを考慮すれば、津波目視から当院到着まで 1～2 分と言わざるを得ません。巨大津波を念頭に置けば、このわずかの時間の間に当院敷地内および地階、1 階、2 階部分のすべての人が病院内外の高所に避難しておく必要があります。なお、夜間においては目視による海港の監視には限界があり、より慎重な避難判断が必要となります。

（3）院外からの患者受け入れに関する方針

巨大津波の危険が去るまで（津波警報が解除されるまで）は、院外からの患者受入れは病院北側の名坂地蔵からの階段からの経路に限定し、院内の津波前準備を行う。

[解説] 気象庁の情報では当初、通常津波と完全停電が予想される巨大津波とを区別できないと考えられます。通常の救急入口への経路は大津波警報が出ている間は使用しないことが賢明です。ただ、医師宿舎からの職員参集や、すでに救急車に収容され当院近くまで搬送されている傷病者を収容するための予備的な時間として「発災後 30 分」を考えます。発災後 30 分以内に海抜 5m の当院へ何波目かの大津波が到達する可能性がゼロでないことを頭に置く必要があります。

（4）医療救護班の派遣

大津波警報が出た後には傷病者受け入れを停止する代わりに、当院として医療救護班を 1 隊派遣して、傷病者のトリアージや応急処置、被災地外への送り出しを実施する。救護所設置の第 1 候補地は病院北側の名坂地蔵堂（八幡浜市大平）前の空地とし、救護所への医療機器材の搬送、病院への患者搬送は病院北側と地蔵堂を結ぶ階段とする。

八幡浜市または八幡浜市医師会から救護班派遣または救護活動への参加要請があった場合、市または八幡浜市医師会の救護班として活動する。八幡浜市地域防災計画（平成 19 年 3 月策定）に基づく市の医療救護班の編成（1 班）は、医師 1 名、看護師 4 名、保健師 1 名、事務員 2 名、連絡要員若干名となっている。

災害対策本部は当院の災害派遣医療チーム（DMAT）を中心として人選し、救護班を編成する（八幡浜医師会の救護班活動計画は未定）。

[解説] 平成 25 年 12 月 26 日発表の「愛媛県地 震被害想定調査」によると、M9.0 の南海トラフ巨大地震が冬の深夜（風速 5.7m/秒）に起こった場合の八幡浜市の人的被害は、死者 770 人、負傷者数 1,662 人、うち重症者数 449 人となっており、この重症者のほぼ全例が当院に搬入される可能性があります。さらに、普段から当院へ収容する救急患者の約 1/4 を伊方町および西予市からの患者が占めていることを考慮すると、上記の条件において当院へ搬送される災害受傷者は 500 人以上に上ると想定されます（この場合も、当院収容後、トリアージ・応急処置をして被災地外へ転送する態勢となります）。

当院がこのような多数の傷病者受け入れるためには、当院の医療資源を割いて院外で救護活動をする余裕はありません。このため、これまでは市に対しても八幡浜市医師会に対しても、当院からの救護班派遣について提案をしたことはありませんでした。しかし、巨大津波によって八幡浜市中心部の医療対応能力が著しく低下する状況においては、地域に多数発生する災害傷病者のトリアージ、応急処置、被災地外への送り出しなどを実施するために、当院から救護班を派遣することは災害拠点病院である当院が最低限実施すべき対応と考えられます。

なお、この救護班派遣作業と避難所の設営は DMAT 機材等が津波で損壊されず、また道路の通行状況も比較的良好で、かつ避難した市民による混乱が始まらない津波到達前の時期（本章冒頭に示した「第 I 期（地震後 30 分まで）」）のうちに実施する必要があります）

（5）<u>災害時治療ゾーン等の移転</u>

病院 1 階、2 階への浸水が予想される場合、地震による建物の損壊状態もみながら、外来部門などの患者と災害時治療ゾーン等を 3 階以上に移転する。災害対策本部を 3 階カンファレンス室などへ、赤・黄・緑・黒ゾーンを手術室前廊下などへ移すことが考えられる。各ゾーン担当者は災害対策本部の指示により、ゾーン移転の準備を開始する。必要によって、院内外からの傷病者対応も並行して実施する。この際、エレベーターの停止を前提とする必要がある。

[解説] 発災後、管理係は院内を迅速に見回り、患者避難が必要となるような建物の損壊がないかどうかを災害対策本部へ通報します。その際、災害対策本部や各ゾーン設営候補箇所の損壊の有無についても確認し、本部へ報告します。

なお、エレベーターは停電、損壊などがなくとも、震度 4 以上の地震により自動停止し、メーカーの確認後に初めて再稼働します。八幡浜市内に支社を置くメーカーは 1 社のみであり、この社も当院のエレベーターを優先的に再稼働させるとは限りません。また、本震のあと余震が相次ぐ場合もあり、大地震後エレベーターは停止しているものと考えて計画を立てる必要があります（免震構造のために震度 4 以上の地震が見かけ上、震度 4 未満となりエレベーター停止を免れる場合があるとの見通しもあります）。

（6）停電への対策

停電が発生した場合、自動的に自家発電に切り替わる。この歳、バッテリー内蔵でない医療機器では電源がいったん切れ、コンピューターの再立ち上げなどが始まり、機器が適正に稼働しない可能性がある。また電力の供給は平常時の 3〜4 割にとどまるため、患者の生命維持に必要な機器や施設の機能維持のための機器の使用優先度を普段から決めておく必要がある。また、ポータブル発電機の所在を確認し、燃料、電源コードリールなどを準備する。管理係は機器の台数や所在について災害対策本部に報告し、本部は医療機器管理室・管理係などと協議し、発電機の配置部署を決定する。

（7）地階・１階・２階各部署における津波到来前準備の原則

大地震の後、病院地階・1 階・2 階への津波浸水が予想される状況では、[表]の優先順位を頭に置き、災害時対応の各作業を並行してかつ効率良く実施する。またそれに必要な人員配分をする。各部署の人員配分については責任者が「一般部署用チェックリスト（資料 3-2)」に記入して災害対策本部へ送付、本部は必要により調整をする。

外来患者（診察室、待合室、撮影室、検査室、透析室）などは医事課前へ誘導、医事課職員が支払いをせずに直ちに帰宅するように説明し、避難所への経路などについても案内をする。帰宅困難な患者に関しては 3 東病棟またはそれ以上の階のホールで待機するように誘導をする。地震発生 30 分後にはすべての患者ならびに市民が３階以上または院外の高所に避難した状態を目指す。

機器、文書などの避難・送付先は 3 東病棟カンファレンス室前廊下を候補とする（機器、文書などを入れた箱などには保有部署名・内容などを表書きしておくこと)。

[表] 津波到来前準備における優先順位

①　患者、職員および関係者の安全と人命
②　患者の医療情報
③重要機器および設備

[解説] 地震等によって受傷した入院／外来患者、職員等への対応が第 1 であることは論を待ちません。さらに、当院建物の損壊のいかんによっては迅速な避難が必要となり、これもまた最優先の作業となります。第 2 に、医療情報はお金で買うことのできない、患者の重要な財産です。津波による散逸、汚染、デジタルデータ損傷などの被害が最小限になるよう、普段から対策を講じるとともに、津波・停電前準備として実施します（患者の個人情報が「流出」し他の外部の人の目に触れるのを防止することが最優先ではありません。まずは患者情報が永久に失われるのを防ぎます)。第 3 に、津波が去り何らかの方法で電源を確保できた段階で、できるだけ高いレベルの診療機能を再開できるように、重要機器および設備の損壊防止、機能保存に努めます。

第３章　各部署における津波前準備（各論）

（1）　１・２階部分の各部署

大津波警報が出た後には、地震発生 30 分後にはすべての患者ならびに市民が２階以上または院外の高所に避難していること。

Ａ．地階、１階

守衛室（夜間、日中は事務局が実施）

・施設内見回り、被災状況の確認
・連絡および通信業務
・患者搬送の支援
・診察可否に関する掲示
・重要書類・鍵類などを 3 カンファレンス室前へ搬出

リハビリテーション室

［患者］リハビリテーション中の外来患者を帰宅させる（必要により、院外避難所への経路などを説明)。入院患者は 3 階以上の階へ護送または担送（搬送先は入院中の病棟に限定しない)。いずれも地震後 30 分以内に終了すること☆。

［情報］重要情報を 3 階カンファレンス室前へ搬出

［機器］災害対策本部、治療ゾーン等設営のための機材搬送の支援

救急外来

［患者］診療中の患者がおれば、トリアージ評価して２階の治療ゾーンへ搬送

［情報］重要情報を２階以上へ搬出

［機器］赤ゾーン設営に必要な機器、薬品を２階以上へ搬送

各科外来（整形外科、小児科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科）

［患者］診療中および待合室の患者に帰宅誘導（薬局前へ移動させ、そこで医事課職員が説明)。受傷者のトリアージ評価と手術室前への誘導・搬送。

［情報］重要情報（外来診療録など）を２階以上へ搬出

［機器］整形外科から黄・緑ゾーン設営に必要な機器・薬品を手術室前へ搬送。

人間ドック室

［患者］検査中の患者があれば検査を中止。待合室の患者を含め、受診患者に帰宅誘導。入院患者は入院先へ戻らせる。搬送要員・治療ゾーン等の補助要員として協力。

［情報］重要情報を２階以上へ搬出

［機器］浸水に備えて、重要機器（電子カルテ端末、レントゲン、エコー、眼底カメラなど）のシャットダウン・防水処置・配置替えなど。

医事係

［患者］

・薬局前で帰宅案内、避難所への経路を説明（事前に地図を用意しておく）

・搬送要員、赤・黄・緑・黒ゾーン補助員として協力

［情報］

・サーバー室のドアの隙間に耐水性のテープを貼る。パックアップデータ（テープと USB メモリー）を災害対策本部などに保管。

・ノート型 PC を 3 階カンファレンス室前へ搬出。

地域医療連携室

［患者］搬送要員・治療ゾーン等補助員として協力。指示あれば医療救護班に人員派遣。

［情報］重要情報を中央診療棟 3 階研修室へ搬出

給食室・栄養科

［患者］栄養科職員は可能であれば搬送要員、治療ゾーン等の補助員として協力

［情報］重要情報（書類、USB メモリー）を 2 階以上へ搬出

［機器］6 階の備蓄食料を確認

売店など

・利用中の患者や関係者に避難を案内

・閉店、職員の院外避難（機材・在庫などの持ち出し）

B．2 階

各科外来（内科、外科、脳神経外科、婦人科、皮膚科、泌尿器科）

［患者］診療中および待合室の患者に帰宅誘導（薬局前へ移動させ、そこで医事課職員が説明)。受傷者のトリアージ評価と手術室前への誘導・搬送☆。

透析室・医療機器管理室

［患者］透析中の患者においては緊急離脱。患者および家族に帰宅を誘導（被災状況・患者の事情によっては地階通路からの帰宅・避難も考慮)。

検査室

［患者］検査中の患者があれば検査を中止。待合室の患者を含め、外来患者に帰宅誘導（薬局前へ移動させ、そこで医事課職員が説明)。入院患者は 3 階以上の階へ護送または担送（搬送先は入院中の病棟に限定しない)。搬送要員・治療ゾーンの検査要員として協力。

［情報］重要情報を 3 階カンファレンス室前へ搬出

［機器］浸水に備えて、重要機器のシャットダウン・防水処置・配置替えなど。

放射線室

［患者］撮影中の患者があれば撮影を中止。待合室の患者を含め、外来患者に帰宅誘導。入院患者は 3 階以上の階へ護送または担送（搬送先は入院中の病棟に限定しない)。この際、搬送要員として協力する。

薬局

［患者］薬剤師業務を行うほか、搬送要員として協力

（2） 3階以上の各部署

手術室

1．［患者］手術中の患者があれば地震後 30 分以内に手術を終了し、3 階以上の階へ護送または担送（搬送先は入院中の病棟に限定しない)。余剰人員は搬送要員、治療ゾーン等のスタッフとして活動。

2．赤・黄・緑・黒ゾーンを設営―配置については各ゾーン責任者および手術室スタッフが迅速に協議して決定

3 階病棟

1． 安定した患者を 4 階以上の病棟へ転出

2． 赤・黄ゾーンからの患者受入れ

3．2 階以下の各部署からの入院患者受け入れ☆

4．医療機器（人工呼吸器、輸液ポンプなど）や酸素使用患者のリストアップと対策立案（結果を災害対策本部への報告)

4 東病棟

1． 病院 2 階以下の患者等を受け入れ☆

2． 3 東 病棟の安定した患者を収容

3． 歩行可能な患者などを上層階の病棟へ転出

4． 医療機器（人工呼吸器、輸液ポンプなど）や酸素使用患者のリストアップと対策立案（結果を災害対策本部への報告)

5． トリアージゾーンの診療支援

4 西病棟

1． 病院 2 階以下の患者等を受け入れ☆

2． 3 東 病棟の安定した患者を収容

3． 歩行可能な患者などを上層階の病棟へ転出

4． 医療機器（人工呼吸器、輸液ポンプなど）や酸素使用患者のリストアップと対策立案（結果を災害対策本部への報告)

5． 赤ゾーンの診療支援

5 東病棟

1． 病院 2 階以下の患者等を受け入れ☆
2． 3 東 病棟の安定した患者を収容
3． 下層階の歩行可能な患者などを受入れ
4． 医療機器（人工呼吸器、輸液ポンプなど）や酸素使用患者のリストアップと対策立案（結果を災害対策本部への報告）
5． 黄ゾーンの診療支援

（3） 事務局

1． 災害対応方針の決定―事務局長（または代理者）が院長（不在時は◆経営管理者・副院長、当直医＝時間外）と協議し、全職員に対し
・災害対策本部設置を宣言
・災害モードを発令
・大津波・停電準備に関する対応を指示
2． 災害対策本部を設置―大津波が予測される場合（以下、同様）には 3 階以上の具体的な場所への設置場所変更を指示
3． 治療ゾーン等の設置場所変更を指示
4． 病院 2 階以下の患者等を 3 階以上に搬送
・事務局長（または代理者）が 外来および関連部門の搬送に担当職員を分配し、搬送班責任者に対応指示
5． 津波に特化した監視と情報収集の体制―担当者を決定し業務内容を指示
6．災害対策本部長（または代理者）と協議し、医療救護班派遣を指示

第４章 津波・停電前準備における、重要な機器類等に関する情報（準備中）

停電後に使用する発電機や無停電装置、医療機器のバッテリーなどに関する知識を整理しておく必要がある。

１） 発電機

２） 無停電装置等

機器名	配置部署	フル充電まで（時間）	最長使用可能時間

３） 医療機器

○高度医療機器類（人工呼吸器を除く）

機器名	配置部署	フル充電まで（時間）	最長使用可能時間

○人工呼吸器

○モニター類

○輸液ポンプ、シリンジポンプ

○その他

４）酸素供給に関する情報

大津波により液体酸素ボンベが倒壊・破損し、院内中央配管による酸素供給が停止する可能性がある。大津波警報が出た後には人工呼吸器使用患者や酸素吸入中の患者をリストアップし、酸素ボンベ（残量確認のこと）やバック・バルブ・マスク、パルスオキシメータなどを該当患者の近くへ用意する。

第５章 津波到来前における勤務について

大地震の後（大津波前期)、職員が職場を離れることができるかどうか、またその時点で病院外にいる職員が特別な理由により災害時の非常参集規定を免れることができるかどうか。このことについては進行形の災害時において調整することは難しく、平常時において病院としての方向性を明確にしておく必要があります。

（１）地震後、津波到来前における職員の早退について

職員がその家族を保育施設、学校などへ迎えに行くために早退を願い出る状況が考えられます。しかし、少なくとも地震後、津波前期においては、当院としての重大な責務を果たす必要があり、早退の許可を得ることはできません。

家族がいずれかの施設などの保護下にある状況では、その施設が最善の対応をするべきであり、当院職員の現場離脱により逆に市民が当院に求める最善の対応に支障を来たすことは避けるべきです。保育施設、学校などが有効な災害対応計画を立てるべきことは、当院が災害医療計画を定め設備・備蓄などの整備を進める必要があることと同様であり、保護者として普段より、学校などと十分に協議をしておく必要があります。

特に、保育施設、学校などが津波浸水予想区域にある場合には、そこへ家族が自動車などで迎えに行くことは交通渋滞を引き起こし、学校などが実施する組織的な避難を遅らせる原因となります。また、家族などの（防ぎ得た筈の）津波被害を招く恐れがあります。

学校などへ問い合わせの電話をすることも、電話の輻輳を来たし、仮につながったとしても、対応に追われる職員の貴重な時間を奪う結果となり兼ねません。学童などが下校中あるいは帰宅後(両親などは不在時)に地震が発生し津波到来が予想されるというような状況もあり得ます。病身の老親などが自宅に残されている場合もあるでしょう。地域のどのような組織などによって家族の安全をはかるかについても、普段から地域での話し合いをしておく必要があります。そして、特に病院を早退して（あるいは参集せずに）家族の安全をはかるべき特別な事情がある職員は、その事情について事前に所属長に説明し理解を得ておく必要
があります。その場合にも、津波浸水予想区域に向かって帰宅すること（その経路に土砂崩れなどの恐れもある場合も）は危険であり、その行動には慎重な判断が必要です。

（２）病院外で被災した場合の参集免除について

震度６弱以上の地震が発生した場合、職員全員が病院に参集する必要があります（第３ 動員)。夜勤明けなどの職員が被災した状況では、休息を取り、家族などの状況を確認し調整した上で、規定の勤務時刻に参集して病院の災害対応に加わっていただきます。自身あるいは家族が負傷した場合には医療施設などを受診あるいは搬送するなどして治療を受ける必要があります。また、家族などの捜索・救出活動を行うべき状況もあり得ます。これらの事情について逐一、病院に連絡して了解を得る必要はありません。自宅などでの対応が落ち着き、通信事情が改善した段階で「安否情報」として所属長へ連絡をして下さい（病院からの緊急連絡メールへの返信の形でも安否情報を連絡できます)。

★第６章「南海トラフで巨大地震が発生する可能性が高まった」という臨時情報が出た場合の対応

（１）背景

気象庁から「南海トラフで巨大地震が発生する可能性が高まった」という臨時情報が出た場合の対応について、政府の中央防災会議は令和元年（2019 年）５月、国の防災計画に盛り込んだ[1),2)]。津波からの避難が間に合わない地域では、あらかじめすべての住民が避難し、期間は「１週間」としている。臨時情報が出た場合の対応について、愛媛県や八幡浜市では検討中の段階であるが、当院では一定の方針を定めておき、県や市の指針が出た段階でこれを反映させることとする。

なお、南海トラフの震源域の半分程度がずれ動くマグニチュード８クラスの地震が起きたあと、残りの震源域で巨大地震が発生した事例は過去にも確認されている。昭和 19 年（1944）には「昭和東南海地震」が発生し、その２年後の昭和 21 年（1946）には西側の震源域で「昭和南海地震」が発生した。また、1854 年には「安政東海地震」が発生した 32 時間後に西側の震源域で「安政南海地震」が発生した。これらのいわゆる「半割れ」後の南海地震については、現在その発生が恐れられている「南海トラフ巨大地震（三連動型）」よりもやや地震規模が小さく、その被害については最新 2017 年の被害想定よりも一つ前の、愛媛県地震被害想定調査報告書（2002 年３月）[3)]を参考にするのが妥当と考えられる。

この報告書によると当院立地地域の津波高は 4.7m と想定されており、この場合、当院への津波浸水は考え難い。愛媛県内の震度は５強～6 弱。冬の 18 時にこの規模の南海地震がおこった場合の八幡浜市の人的被害（推定死者数 119 人、重症者数 28 人）は三連動型（推定死者数 770 人、重症者数 449 人）よりもかなり少ない[3), 4)]（越智註：軽症傷病者数が多いのは調査時点の人口が多かったこと、非耐震性建築物が多かったことなどが理由と推定される）。

通常の南海地震と三連動型巨大地震の比較

	通常の南海地震	三連動型
震度	５強～６弱	６強
最高津波高（八幡浜湾）	4.7m	8.9m
	（参考：病院１階床面は標高5.9m）	
八幡浜市の推定死者数	119人	770人
同　負傷者数	2681人	1662人
うち　重症	28人	449人
（想定条件）	（冬の深夜発災）	（冬の18時発災）

参考資料

1)内閣府：南海トラフ地震の多様な発生形態に備えた防災対応検討ガイドライン（第１版）、2019 年３月
http://www.bousai.go.jp/jishin/nankai/pdf/honbun_guideline.pdf

2)NHK：南海トラフ巨大地震　臨時情報が出た時の行動は？
https://www3.nhk.or.jp/news/special/saigai/natural-disaster/natural-disaster_02.html

3)愛媛県地震被害想定調査報告書概要版（2002 年３月）
https://www.pref.ehime.jp/h15350/4613/documents/h0-hyousi.pdf

4) 愛媛県地震被害想定調査報告書概要版（2013 年３月）
https://www.pref.ehime.jp/bosai/higaisoutei/documents/12gaiyoban.pdf

（2）「南海トラフで巨大地震が発生する可能性が高まった」という臨時情報が出た場合の対応

１．暫定災害対策本部を設置し、情報の収集と共有にあたる。

＊勤務時間外の場合は、第１動員に該当する職員が参集する（別表３　緊急事態における連絡体制と参集規定等、p.24）

２．職員本人または職員の老親等に事前避難が必要となった場合

所属長に届け出て、勤務を調整した上で避難（住居、家財の移転を含む）に当たる。対処が完了した段階で、速やかに勤務に復帰する。

３．臨時情報発出以降およそ１週間の期間の予定手術・検査など（待機可能なもの）の実施について、患者・家族の意向を確認する。

４．院内の酸素を含む薬品や診療材料を補充し、備蓄食品・水・燃料などの残量を確認する。

５．当院が大津波浸水を免れる状況において、発災後のトリアージ、赤・黄・緑・紫・黒ゾーンは病院１階部分、災害対策本部は別棟２階（Ａ、ＢまたはＣ会議室、第１・２会議室など）に設置する。なお、リハビリ室はリハビリ実施の支障になり得るため、発災前の災害対策本部としては予定しない。

６．東海あるいは東南海地震の被災地に災害派遣医療チーム（DMAT）等の派遣を検討する際、引き続いて南海地震が起こる事態に備え、少なくとも１隊は当地域で活動できるよう配慮する。

第４部　DMAT（災害派遣医療チーム）または医療救護班の派遣および受け入れ手順

はじめに

当院は災害拠点病院に指定されており、災害時の多数傷病者受け入れが可能となるような災害準備が求められている。これに加えて、愛媛県内外で発生した大災害に際して、DMAT（災害派遣医療チーム）あるいはDMAT規格でない救護班を派遣する場合がある。一方、当地が被災地になった場合（南海トラフ巨大地震など)、県内あるいは全国から派遣されるDMATを受け入れ、その活動の拠点となる。第４部ではDMATや救護班・災害派遣ナースなどの派遣あるいは受け入れの流れと手順について記載した。

この計画は、愛媛県地域防災計画及び医療救護活動要領に基き、日本DMAT活動要領及び愛媛DMAT（愛媛県内の災害派遣医療チーム：以下「愛媛DMAT」）運用計画を踏まえて、DMATの運用の派遣や出動の際の編成及び運営に関する計画を作成した。

第１章　医療救護班・DMAT（災害派遣医療チーム）の派遣手順

１．　DMATとは

DMAT（災害派遣医療チーム）は災害の急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームであり、広域医療搬送、病院支援、域内搬送、現場活動等を主な活動とする。当院は平成23年9月にDMAT指定病院に指定され、10月に1隊認定、そして平成31年1月現在、計3隊となっている。

なお、このDMATの活動は東日本大震災での経験を受けて、亜急性期以降の避難所活動や病院避難時の搬送などにも拡大される流れとなっている。

資料１　DMATに関する用語の定義等

１）DMATとは

・DMATとは、災害の急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームである。

・DMATは、広域医療搬送、病院支援、域内搬送、現場活動等を主な活動とする。

２）DMAT登録者

・DMAT登録者は、厚生労働省等が実施する「日本DMAT隊員養成研修」を修了し、又はそれと同等の学識・技能を有する者として厚生労働省から認められ、厚生労働省に登録されたものである。

＊当院におけるDMAT登録者（令和2年1月時点）

隊員No	氏名	職種	資格有効期限	備考
5571	越智元郎	医師	2021年03月	統括DMAT認定
5572	温泉川一喜	医師	2021年03月	活動休止中
5573	川口久美	看護師	2021年03月	
8700	的場勝弘	医師	2024年03月	
~~8701~~	~~濵西道雄~~	~~医師~~	~~2019年03月~~	

8702	山本尚美	看護師	2024 年 03 月
8703	池田貴光	看護師	2024 年 03 月
8704	二宮一也	業務調整員	2024 年 03 月
9728	菊池幸恵	看護師	2025 年 03 月
12879	林　空	業務調整員	2023 年 03 月
13741	田中宏典	医師	2023 年 03 月
13742	二宮陽子	看護師	2023 年 03 月
13743	梶原サキコ	看護師	2023 年 03 月
13744	田澤　舞	業務調整員	2023 年 03 月
★14917	大野篤志	医師	2024 年 03 月

3）DMAT の活動

・都道府県などの派遣要請を受け、DMAT 指定医療機関から派遣され、活動を行う。

・活動は、DMAT 指定医療機関に所属している DMAT 登録者により実施される。

4）DMAT 本部

・DMAT 事務局、DMAT 都道府県調整本部、DMAT 活動拠点本部、DMAT・SCU 本部、DMAT 病院支援指揮所、DMAT 現場活動指揮所、DMAT・SCU 指揮所及び DMAT 域外拠点本部をいう。

・都道府県は、災害時に、被災地域内の DMAT に対する指揮、関係機関との調整などを行う組織として、DMAT 都道府県調整本部のほか、必要に応じて、DMAT 活動拠点本部、DMAT・SCU 本部などの DMAT 本部を設置する。

・DMAT 都道府県調整本部は、都道府県災害対策本部の災害医療本部のもと設置し、医療チームの派遣調整を行う派遣調整本部と連携し、情報の共有を行う。

5）DMAT 指定医療機関

・DMAT 派遣に協力する意志を持ち、都道府県に指定された医療機関である。

6）航空搬送拠点臨時医療施設（ステージング・ケア・ユニット：SCU）

・主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所として、必要に応じて被災地域及び被災地域外の航空搬送拠点に、広域医療搬送や地域医療搬送に際して設置されるものである。

7）広域医療搬送

・被災地域で対応困難な重症患者を被災地域外に搬送し、緊急の治療を行うために国が政府の各機関の協力の下で行う活動であり、自衛隊機等による航空搬送時の診療、SCU における診療、SCU の運営等を含むものである。

・被災地域及び被災地域外の民間や自衛隊の空港等に広域医療搬送拠点を設置して行う。

8）病院支援

・被災地域内の病院に対する医療の支援をいう。

・多くの傷病者が来院している病院からの情報発信、当該病院でのトリアージや診療の支援、広域医療搬送のためのトリアージ等を含む。

9）地域医療搬送（域内搬送）

・ヘリコプター、救急車等による搬送で、都道府県や市町村が行うものである。

・災害現場から被災地域内の医療機関への搬送、被災地域内の医療機関から近隣地域への搬送、被災地域

内の医療機関から SCU への搬送及び被災地域外の SCU から医療機関への搬送を含む。

10）現場活動

・災害現場で DMAT が行う医療活動をいう。

・トリアージ、緊急治療、がれきの下の医療等を含む

11）ロジスティクス

・DMAT の活動に関わる通信、移動手段、医薬品、生活手段等を確保することをいう。

・DMAT 活動に必要な連絡、調整、情報収集の業務等を含む。

・DMAT のチームの一員としてのロジスティクス担当者に加え、DMAT ロジスティクスチームがロジスティクスを担う。

12） 出動

・愛媛 DMAT 指定病院の長が、愛媛 DMAT を編成して災害拠点病院や被災現地に行かせること。

13） 派遣

・愛媛県知事（以下「知事」という）が、被災地域内の都道府県知事の応援要請に応じて、愛媛 DMAT 指定病院の愛媛 DMAT を要請元の都道府県に行かせること。

14）出動要請

・知事が、愛媛 DMAT 指定病院の長に対して、DMAT の出動を要請すること。

15）派遣要請

・知事から、国またはその他の都道府県に対して、DMAT の派遣を要請すること。

16）自主的出動

・愛媛 DMAT 指定病院の長が、第９条第３項、第４項及び第５項の規定に基づき、愛媛 DMAT を出動させること

２．愛媛 DMAT の活動内容と流れ（愛媛 DMAT 運用計画より引用）

（１）愛媛 DMAT の活動範囲

① 愛媛県内外の災害等の被災地域内での活動

② 愛媛県内外の災害等の被災地域から広域医療搬送等を実施する場合の被災地域外での活動

（２）愛媛 DMAT 活動内容

① 消防機関等と連携した、災害現場における医療情報の収集及び伝達、トリアージ、応急治療及び搬送等（現場活動）

② 災害拠点病院等の指揮下での患者の治療等（病院支援）

③ 被災地域内での患者搬送及び搬送中の治療（地域医療搬送）

④ 被災地域内では対応困難な重症患者に対する根治的な治療を目的に被災地域外に航空機等を用いた患者搬送（広域医療搬送）

⑤ DMATに対する指揮、関係機関との調整を行う組織であるDMAT本部での活動（本部活動）

⑥ その他災害現場における救命活動に必要な措置

（３）指定病院

・知事は、愛媛DMATの設置並びに編成及び運営につき、依頼に基き協力を申し出た愛媛県の災害拠点病院等を愛媛DMAT指定病院（以下「指定病院」という）として指定する。

① 知事は、県と指定病院との間で愛媛DMATの設置並びに編成及び運営に関する協定を締結する。

② 知事は、指定をしたときは、指定病院に対して指定証を交付する。

③ DMAT 指定医療機関は、DMAT を派遣した際には、当該医療機関内に次の機能を担う部門を設け

る。

④ DMAT 指定医療機関は、派遣した DMAT の活動を把握し、必要な支援、連絡及び調整を行う。

⑤ DMAT 指定医療機関及び日本赤十字社支部は、広域災害・救急医療情報システムの DMAT 運用メニューの情報を派遣した DMAT に伝えるとともに、DMAT から得た情報を広域災害・救急医療情報システムの DMAT 管理メニュー等に入力することにより、情報の共有化を図る。

（4）チーム編成及び登録

① 愛媛DMATは、指定病院の職員をもって編成することを基本とし、DMAT１隊の構成は、医師１名、看護師２名及び業務調整員１名の計４名を基本とする。ただし、必要に応じて、DMAT研修を受けた薬剤師、放射線技師、検査技師等の職員を加えることができる。

② 隊員は、各部署の所属長と勤務調整をおこない、出動可能か不可能か、チームリーダーへ報告する。

③ 知事は、指定病院の長からの推薦に基き、知事が指定するDMAT研修を修了した者を愛媛DMAT隊員（以下「隊員」という）として愛媛DMAT隊員登録者名簿に登録する。

④ 隊員は、登録証の記載事項に変更を生じたときは、指定病院の長を経て、知事に対して変更届出を行う。

（5）リーダー及び統括

① 愛媛DMATの各チームにリーダーを置く。

リーダーは、チームの医療活動を統括する。

複数の愛媛DMATが出動要請されるような大規模災害等での活動においては、各チームのリーダーの中から統括を置き、愛媛DMATの医療活動全体を統括する。

（6）出動基準

① 県内への派遣要請：震度 6 弱以上の地震が発生した場合、または災害等により 2　名以上 50 名未満の死者または 20 名以上の傷病者が発生または発生すると見込まれる場合

② 四国内への派遣要請：四国内において、震度 6 強以上の地震が発生した場合、または災害等により 50 名以上 100 名未満の死者が発生または発生すると見込まれる場合

③ 前二号に定める場合のほか、愛媛 DMAT が出動し対応することが効果的であると認められる場合

④ 国あるいは他都道府県からの要請に基づき、愛媛 DMAT の出動の必要性が認 められる場合

（7）出動

① 知事は、出動基準に照らし、愛媛 DMAT の出動が必要と認められるときは、指定病院の長に対して愛媛 DMAT の出動を要請する。

②指定病院の長は、知事から出動要請を受けたときは、チームを編成し出動可能な場合に愛媛DMATを出動させる。

③指定病院の長は、緊急やむを得ない事情により、知事の要請を受ける前に愛媛DMATを出動させた場合は、速やかに知事に報告し、その承認を得るものとする。

④ 前項の規定により知事が承認した愛媛DMATの出動は、知事の要請に基づく出動とみなす。

⑤ 前二項の規定は、当面の間、自県及び四国内への愛媛DMATの出動について適用することを基本とするが、四国外への自主的出動を妨げるものではない。

⑥ 現場での活動が終了した後、出動した愛媛DMATは、指定病院の長を通じて活動記録を知事に報告する。

（8）待機要請

① 知事は、災害等が発生し、出動基準に該当することが見込まれる場合、指定病院に愛媛 DMAT の待機を要請する。
② 待機要請の手順は出動要請の手順に準じて行う。
③ 次の場合に指定病院の長は、知事からの要請を待たずに、愛媛 DMAT を待機させる。
（ア） 東京都 23 区で震度 5 強以上の地震が発生した場合
（イ） その他の地域で震度 6 弱以上の地震が発生した場合
（ウ） 津波警報(大津波警報)が発表された場合
（エ） 東海地震注意報が発表された場合
（オ） 大規模な航空機墜落事故が発生した場合
（カ） 愛媛 DMAT の出動を要すると判断するような災害等が発生した場合

＜待機の方法＞

DMAT 隊員は, 待機の必要があるときは, 所属する DMAT 指定医療機関に参集する。ただし, DMAT 指定医療機関の長がその必要がないと認めたときは，自宅待機とすることができるが，必要に応じ直ちに参集できる体制とすること。

（9）DMAT を出動させた指定病院の活動

① 指定病院は、愛媛DMATを出動させた場合は、次の業務を行う。
② 出動した愛媛DMATの活動の把握及び必要な支援
③ 出動した愛媛DMATから現地情報を収集
④ 収集した現地情報を県及び関係機関へ伝達
(愛媛県広域災害・救急医療情報システム及び広域災害救急医療情報システムへの情報入力を含む)

（１０）派遣準備

① DMAT 出動に伴う DMAT 指定医療機関の医療機能を維持するための交換要員の確保
（ア） 当病院の職員をもって編成することを基本とし、DMAT１隊の構成は、医師１名、看護師２名及び業務調整員１名の計４名を基本とする。ただし、必要に応じて、DMAT研修を受けた薬剤師、放射線技師、検査技師等の職員を加えることができる。
（イ） 出動可能な場合、院長の命令による「出張」としての派遣活動とする。
（ウ） 活動終了し帰院後は、隊員の疲労を考慮し、所属長は勤務調整を行う。

② DMAT 隊員の個人装備及び携帯用品の確認
個人装備一覧を参照。

③ 各チームにリーダーを置き、リーダーはチームの医療活動を統括する。複数の愛媛 DMAT が出動要請されるような大規模災害などの活動においては、各チームのリーダーの中から統括を置き、愛媛 DMAT の医療活動全体を統括する。

（１１）DMAT が活動するにあたって必要な情報経路について

上記の DMAT 派遣要請、待機要請などは急を要するものであり、厚生労働省が阪神・淡路大震災後に整備した広域災害・救急医療情報システム（EMIS）上のウェブやメーリングリストを通じて全国の DMAT 指定医療機関や DMAT 隊に送信される。

資料２　広域災害・救急医療情報システム（EMIS）について

１）広域災害・救急医療情報システム（EMIS）とは

・インターネットを利用したシステムであり、「災害」「救急」に対応するシステムで、自然災害のような「広域」にも対応することを目的としている。

・平時における EMIS は、自治体により運用されており、救急医療機関情報等にも使用。当院の入力・発信責任者は事務局次長

・災害発生時には自治体は災害モードの運用に切り替え、大規模地震等の甚大な災害発生時には広域に運用され、情報共有が行われる。当院の入力・発信責任者は情報班責任者。

２）EMIS の緊急時入力（発災直後の情報）

・大規模地震等の広域な自然災害を想定した場合、医療支援に必要な情報が何であれ、EMIS では緊急時入力として、被災した病院からの救難情報を発信する。

・緊急時に発信すべき情報

①建物・医療施設の倒壊または倒壊の恐れがあり、患者の受け入れが困難で入院患者の移送が必要である。

②受け入れの限界を超えている（キャパシティーオーバー）

③ライフライン（電気・水道・医療ガス）が使用不能のため医療行為を行うことができない。

④その他の理由で患者の受け入れが困難である。

・上記 4 項目のうちいずれか１つにでも該当すれば、緊急時入力をして、当院が支援を必要としていることを迅速に発信する。

３）EMIS の詳細入力

・ある程度院内の状況が把握でき、入力する余裕ができた時点で、より詳しい情報として詳細情報を発信する。

①医療機関の機能状態（手術・人工透析が必要な患者の受け入れができない）

②受け入れている重症・中等症患者の数

③患者転送情報（転送を必要とする患者数）

④ライフライン状況（電気・水道・医療ガスが使用できない）　　⑤その他

４）医療機関情報モニター

・各病院からの EMIS の情報が、「医療機関状況モニター」画面で集約される。

・チェック項目のない病院は、「水色」（患者受け入れが可能）で表示される。

・いずれかにチェックが入った項目のある病院は、「赤色」（患者受け入れができず、支援が必要）で表示される。これにより、DMAT をはじめとする医療チームの派遣、後方搬送先の確保、およびヘリコプターや救急車による重傷患者の後方搬送に活用できる。

・EMIS による医療機関の被災状況の把握により、より支援の必要な医療機関へ DMAT を派遣し、病院の混乱を制止し、混乱の要因である重症者を後方搬送する。

・被災地では通信環境の渋滞（輻輳）や途絶が発生し、また混乱している病院では EMIS の情報担当者が被災した、あるいは不慣れなため入力作業が行われない等、災害時の様々な理由により EMIS に入力できない場合が考えられる。このような場合には、保健所や県の職員が被災地内の病院に関する情報を入力し、代行入力により病院の状況が集約される。

・迅速な行政職員による調査が困難な場合には、DMAT が現地で調査に入り、緊急情報を発信することが想定されている。

３．当院 DMAT の派遣の流れ・出動と活動内容

（１）出動

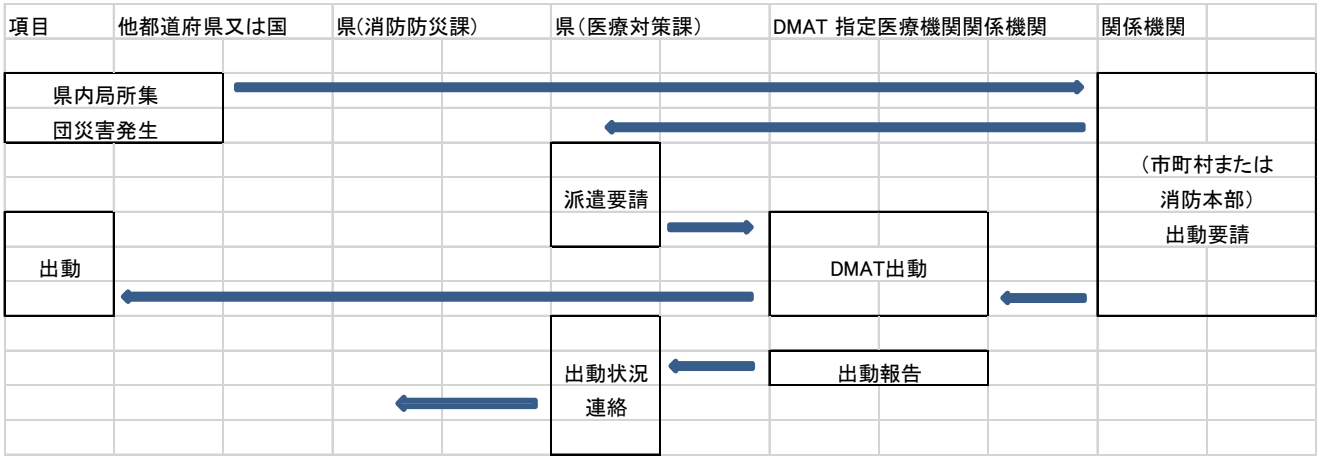
・都道府県、厚生労働省等は、自然災害または人為災害が発生し、被災地域外からの医療支援が必要な可能性がある場合は、DMAT 派遣のための派遣を要請する。

・県内大規模災害時においては，DMAT による医療救護活動の要否判断及び効率的な DMAT の活用を図る必要があることから，市町村災害対策本部等からの情報収集に基づき，DMAT の派遣先及び派遣数を県災害対策本部（以下「県災対本部」）または県医療対策課が調整する。また，災対本部又は県医療対策課は必要に応じ，厚生労働省と調整する。

・県外大規模災害時においても，被災都道府県等からの DMAT の派遣要請に対応できるよう県医療対策課が調整する。DMAT は各都道府県からの派遣要請をもって、災害現場に出動する。

・局所災害では直接災害現場へ、広域災害では被災地の参集病院へ向かい、DMAT 活動拠点本部の指示に従って災害現場へ向かう（派遣までの流れと派遣準備を参照）。

＜DMAT 派遣要請の手順＞



イ）関係機関との調整

① DMAT 派遣に係る関係機関との調整は、原則として県医療対策課が行う。

② DMAT の補充及び他都道府県への DMAT の応援要請についても、DMAT 現地本部等からの情報収集を基に、原則として県医療対策課が行う。

③ DMAT 指定医療機関は、派遣要請に基づき出動した DMAT から活動状況等の報告を受けたときは、県医療対策課に伝達する。

ロ）DMAT 派遣要請に決定

① 大規模災害

派遣要請の決定は、知事とする。ただし、緊急やむを得ない場合における派遣要請の決定は、県保健福祉部長とする。

② 県内局地集団災害

派遣要請の決定は，県保健福祉部長とする。ただし、緊急やむを得ない場合における派遣要請の決定は、県医療対策課長とする。

ハ）当院の出動時の連絡体制と出動まで

① 愛媛県知事（愛媛 DMAT）より事務局長、院長へ出動要請。

② DMAT 出動を「◆病院長 → 院長」が決定。

③ 出動命令を隊員の「各所属長」へ伝達。

④ 所属長は各隊員に伝達。出動の可否を確認。

⑤ 所属長は隊員の出動の可否を、事務局長および◆病院長 → 院長に報告。

⑥ 所属長は、各隊員の勤務調整をおこなう。

⑦ 出動となった隊員は、他隊員と連絡をとり、出動準備を開始。

（ア） 出動する隊員の構成

当院の職員をもって編成することを基本とし、DMAT１隊の構成は、医師１名、看護師２名及び業務調整員１名の計４名を基本とする。ただし、必要に応じて、DMAT 研修を受けた薬剤師、放射線技師、検査技師等の職員を加えることができる。

（イ）出動可能な場合、院長の命令による「出張」としての派遣活動とする。

（ウ）活動終了し帰院後は、隊員の疲労を考慮し、所属長は勤務調整を行う。

＜当院 DMAT 派遣までの流れ＞

↓――――――――――災害発生――――――――――↓

□DMAT 出動要請

↓

情報収集と分析

◆救急・災害対策室長（または災害救援検討部会長）と院長（または代行者）が協議して出動決定。出動準備し出動

□DMAT 待機要請

↓（または自動待機該当）

情報収集と分析

災害救援検討部会開催

病院へ報告

出動準備

二）災害被災地の情報収集

① メディア・EMIS などにより災害状況を確認する。

② 派遣先・参集場所の確認をする。

③ 待機の場合、出動の可能性や任務の内容などを確認する

ホ）移動手段の確保

DMAT 出動の際、その状況に応じて、DMAT 専用車両および公用車の２台以上で出動する。

ヘ）DMAT 標準資機材の確認と準備（ME 管理の医療機器を含む）

① 資器材名と配備先

資料 3　DMAT 用備品整理簿（原則として DMAT 標準資機材に基づく）参照

② 平常時の資器材管理に関する申し合わせ

・管理は ME および配備先の部署、または DMAT メンバーが行う。

・資機材配置部署において、日常業務時に使用する。

・使用時には、使用者名・使用場所を明確にする。

③ 出動決定後の ME との連携

i)勤務時間内（平日日中）の場合

・DMAT 職員が出発予定時刻をＭＥ室へ連絡する。

・ME 室職員が DMAT 機器（または代替品）を DMAT 備品室へ届ける。

（出発予定時刻のおおむね１時間前までに）

・DMAT 職員または職員協力のもと、機器などを車に積み込む。

ii)勤務時間外の場合

・当直事務職員または守衛が ME 職員に連絡する。

（1 名または 2 名以上での対応とする）

ト）DMAT 携行薬剤の確認と準備

資料 4　DMAT 携行医薬品一覧参照

①DMAT 携行薬剤の管理

・DMAT 携行薬剤（以下の例外を除き）は、災害機材室（平成２５年１２月現在は、臨時倉庫）に置く。

・ジアゼパムとペンタゾシン（向精神科薬)、ディプリバン（冷所保存）は例外的に、出動決定後に薬局から災害機材室（平成２５年１２月現在は、臨時倉庫）へ持参する（勤務時間内においては急患室などから上記薬剤を入手し、薬局職員が事後補充する)。

・期限切れや使用分の補充を含め薬局で管理する。

②DMAT 出動時は全薬剤をケースごと車に積み込む。

チ）資機材の管理

DMAT 隊員および原子力災害派遣医療チーム隊員および救急・災害対策室のメンバーで、定期的に車両や災害時資機材の整備・点検を行う。

＊八幡浜 DMAT 資機材は別紙参照。

リ）DMAT の携行食糧

DMAT の携行食糧に関しては病院の災害用備蓄（職員用）の中から 4 人×3 日間分を目安に携行する（勤務時間外の場合、栄養科への連絡は事後とする)。飲用水については災害用の備蓄水を使用しない。

（2）到着後の活動

大規模事故や災害での体系的な対応には、CSCA に基づき現場での TTT（3Ts）をマネジメントすることが大切である。

「CSCATTT」

C：Command　&　Control　指揮と連携　　T：Triage　トリアージ

S：Safety：安全　　T：Treatment　治療

C：Communication　情報収集　　T：Transport　搬送

A：Assessment　評価

まず、指揮と連携（Command・Control)・情報伝達（Communication）を消防と医療が連携し確立することが重要である。

複数隊出動時は、最先着隊（または都道府県の統括 DMAT 登録者を含む隊）が現場を統括するチームとして、後着隊の活動を調整し、後着隊はその指示に従って活動を開始する。

（3）活動内容

1）最先着隊 DMAT（現場を統括する DMAT）の活動

C：指揮・統制

＊平常時の救急モードから災害モードへの切り替えを行い、指揮を行うことを宣言する。その後、DMAT 現場活動指揮所の立ち上げを行う。

＊消防・警察・自衛隊との接触、到着報告、活動の許可を得る。

S：安全の状況の確認

＊自分（Self）、現場（Scene）、生存者（Survivor）を確認する。

・現場周囲の危険情報の収集と評価（的確に危険の認知と予知）

・防護のための適正な対策（個人防護具など）

・体制の確保（関係機関と連携、DMAT 本部場所の確保・レイアウト）

・役割分担（リーダー・記録・無線・伝令など）

・本部資機材の確保（無線・ホワイトボード・机・電話・FAX など）

・食事・トイレ・荷物置き場・休憩場所の確保

C：情報収集・伝達

・通信・連絡手段の確保、確立、情報発信、

・上位本部へ立ち上げ報告

「災害時に伝えるべき情報」

M：Major incident：大事故災害「待機」または「宣言」

E：Exact location：正確な発災場所　地図座標

T：Type of incident：事故災害の種類

H：Hazard：危険性　現状の拡大の可能性

A：Access：到達経路　進入方向

N：Number of casualties：負傷者数　重症度と外傷の種類

E：Emergency services：緊急対応機関　現在対応中の部隊と今後必要となる部隊

A：評価

・情報を集約し、評価し、効果的な TTT をおこなうための戦略を立てる。

・実施した活動内容を再評価する。

2）DMAT の活動内容

①参集 DMAT の登録

・現地統括 DMAT 医療機関に出動先への到着及び出動先の状況を報告する。

②消防・警察・自衛隊・他救護班との連携調整

③現場の指揮系統（組織図）樹形図作成

到着 DMAT 登録内容（チーム責任者・人員と現在の活動など）

現場見取り図（被災状況と各班の配置）

傷病者情報・搬送情報

時系列活動記録

情報をホワイトボードなどに記録

④ 参集 DMAT への指揮系統の指示・役割付与

⑤ 被災状況の把握・情報収集

⑥ 定期的な本部への報告と EMIS 入力、報告書作成

⑦ 資機材不足のチェック

⑧ 医療需要の要否の判断

⑨ 救援効果判定と適切な交替

⑩ 参集 DMAT との会議

⑪ 統括 DMAT 到着時は補佐役にまわり、引き継ぎをおこなう

3）活動時の留意点

① DMAT は，DMAT 現地本部又は統括 DMAT 登録者の指示に基づき，医療支援活動を行う。

② 当該災害現場での活動が DMAT 現地本部から離れている場所で行う場合には現地指揮本部（消防，警察等）の指揮下で活動することを基本とする。

③ 現場最前線での医療活動の実施は，次の要件を備えていること。

イ）医療活動上の要件

・医療救護活動エリアにおけるトリアージ，応急処置，搬送の需要が充足されていること。

・負傷者が次の状態であること。

a クラッシュ症候群が疑われる。

b 救出に時間を要すると見込まれ，意識レベルの低下が著しい。

ロ）安全上の注意事項

・指揮本部からの要請であること。

・現場の安全が確保されていること。

・適切な装備をしていること。

・救出・救助を行う機関の隊員の誘導があること。

④医療機関との調整

出動に係る関係機関との調整が生じた場合は、原則として県医療対策課が行う。

⑤その他

・初期対応において出動する DMAT は，いち早く現場に急行することを第一優先とし，携行品は必要最小限として差し支えない。

・DMAT 指定医療機関は，出動要請に基づき出動した DMAT から活動状況等の報告を受けたときは，県医療対策課に伝達する。

（4）DMAT 活動の実際

1）DMAT 管理ログイン画面は以下のＵＲＬから､機関コード･パスワードを入力しログインする。
http://www.DMAT.emis.go.jp/

2）出動チーム登録する。チームリーダーを決定。

3）出動チーム登録・チーム基礎情報入力を行う。
派遣の可否・災害種別・メンバー情報・連絡先情報・資器材・被災地内での移動手段

4）出動決定・出動

５）「本部活動記録・体制参照」にて本部の情報を確認する。
所属本部・参集拠点の体制及び組織図・選択した本部の活動記録・本部の連絡先や本部長等を確認・本部と活動場所の関連組織図を確認

６）活動状況入力
所属本部・活動期間・活動場所・到着日時・現在の活動状況・地図入力（可能な範囲で）
＊活動中に適宜入力する。

７）参集拠点へ移動・到着

８）活動拠点本部へ移動・到着・指示により活動及び移動

９）病院支援・支援先医療機関へ移動・EMIS 代行入力

１０）「医療機関等支援状況モニター」にて状況把握を定期的に行う。

（５）隊員の技能維持研修・実動訓練参加について

① 指定病院の長は、隊員の DMAT 資格維持ならにび DMAT 隊員としての知識と技術の向上を図るため、院内外における研修、訓練に努める。

第２章　医療救護班の活動

はじめに

県内で局所集団災害（交通災害や爆発，崩壊など限られた範囲で発生した災害をいう）が発生した場合には、初動期の迅速な対応が求められる。なお、県内局所集団災害時には、基本的に各種通信（電話，FAX，メール等）機能や医療機関における診療機能が十分に活用できることから、こうした機能を活用し情報を共有しながら医療救護活動を行うことが重要となる。

県内局所集団災害の特徴は、限られた範囲で発生した災害であり、次の点で広域災害との相違がある。

1.災害現場以外に被害はない。

2.広域災害時のように一定の情報収集を経て派遣すべき地域等を選定する必要がない分、出動依頼に直ちに応えられる。

3.災害現場からの情報提供がないと出動の要否判断が難しい場合がある。局所集団災害時における出動については、出動に要する時間を極力短縮するよう努めることが重要である。

１ 救護班の構成メンバー

災害救援部会部会員および DMAT 隊員を中心に構成し、病院の方針として地域の活動に協力する。救護班として、亜急性期～急性期の活動を行う。

２ 出動基準

愛媛県は県内局所集団災害に関して、出動基準として以下のとおり規定している。当院においてもこれを踏襲する。

県内局所集団災害の定義

⑴大規模災害により、傷病者が 30 名以上発生することが予想される場合

⑵知事が特に認めた場合

３ 出動方法

県内局所集団災害時の迅速な対応を可能とするため、出動方法を以下のとおり規定している。

⑴知事は、県内各市町村、県内各消防本部等からの派遣要請を受け、派遣を要請する。

⑵知事は、他からの要請がなくても独自の判断で派遣要請ができる。

⑶県内各消防本部は、派遣が必要と判断したとき、指定医療機関に、派遣要請ができる。その場合、消防本部は速やかに知事に届け出る。消防本部による派遣要請は、知事の要請とみなす。

⑷要請された機関が可能と判断した場合、出動する。

⑸派遣要請を受諾し出動した場合は、速やかに知事に届け出る。

４　災害現場に出動した消防機関等からの派遣要請の依頼

１）県医療対策課からの派遣要請依頼

県は、県内の局所集団災害に係る初期対応における派遣を要請するときの目安として、被災地域に応選定する。ただし、災害の規模や内容により、出動要請する医療機関が複数となる場合や、被災地域の区分を超えて要請する場合がある。

２）県内局所集団災害時において、災害現場に出動した消防機関等から指定

＜医療機関へ直接派遣要請依頼＞

ア、被災地の消防本部等から医療機関を選定し、電話で予備情報を入れるとともに派遣要請依頼書を送信する。

イ、被災地の消防本部は、できる限り速やかに派遣要請依頼書を県へ送信する。

5 移動用車両の考え方

県内局所集団災害時における初期対応の際の移動用車両の確保に関しては、以下のとおりとする。

⑴移動に際して使用する車両は、原則として自院において調達する。

⑵自院において車両が調達できない場合で、各消防機関で調整を行うことにより準備が可能な場合は、消防機関の車両による搬送の支援も可能とする。なお、その際は県医療対策課に事前に連絡すること。

6 手順書　派遣要請手順【県内局所集団災害発生時】

【手順１】消防機関による派遣要請〔被災地の消防機関⇒ 県医療対策課〕

⑴ 県医療対策課へ「派遣要請依頼書」をＦＡＸ送信

⑵ 併せて、電話により、災害に関する情報提供を行う。

例：『○○地内で局所集団災害が発生しました。出動要請されるよう依頼します。概要等はＦＡＸ送信した内容により確認願います。』

※ 県医療対策課の連絡先・・・・・・・

【手順２】派遣要請〔県医療対策課⇒ 医療機関

⑴ 地域に応じ、派遣要請順に記載された医療機関へ「派遣要請書」をＦＡＸ送信

⑵ 併せて、電話により派遣を要請

例：『○○地内で局所集団災害が発生し、消防機関から出動要請の依頼がありましたので、派遣を要請します。概要等はＦＡＸ送信した派遣要請書により確認願います。なお、出動の可否について折り返し連絡願います。』

【手順３】消防機関の判断による派遣要請〔被災地の消防機関⇒ 医療機関〕

⑴ 夜間・休祝日等で医療対策課に連絡がつかない場合等、消防機関が必要と判断した時は、派遣要請順に記載された医療機関へ「派遣要請依頼書」をＦＡＸ送信

⑵ 併せて、電話により派遣を要請

例：『○○地内で局所集団災害が発生したので、派遣を要請します。概要等はＦＡＸ送信した派遣要請依頼書により確認願います。なお、出動の可否について折り返し連絡願います。』

⑶ 派遣要請後、医療対策課に「派遣要請届出書」をＦＡＸ送信し事後報告する。

県内局所集団災害時には、基本的に各種通信（電話、FAX、メール等）機能や医療機関における診療機能が十分に活用できることから、以下の手順により情報を共有しながら医療救護活動を行うこととする。

【手順４】出動の決定

⑴ 派遣要請を受けた病院において、「派遣要請書」等を確認、以下の事項について判断

③　出動の可否

② 出動までに要する時間（見込み）

③ 移動用車両の確保

(2) 出動可の場合は、【手順５】に進む。

(3) 出動不可の場合は、次のとおりとする。

① 県医療対策課へ「出動報告書」の特記事項欄に出動不可の旨を記載し、【手順５】に準じ報告

【手順５】県への出動の報告〔医療機関⇒ 県医療対策課〕

(1) 「県への出動報告書」をＦＡＸ送信

※ 「出動日時」には「出動可能見込み時刻」を記載すること。

(2) 併せて、電話により報告

例：『出動を決定したので報告します。概要等はＦＡＸ送信した出動報告書により確認願います。

※ 県医療対策課の連絡先・・・・・

【手順６】派遣の情報提供

〔県医療対策課⇒ 各災害拠点病院、医療機関〕

(1) 派遣の情報提供を行う。（メール）

（派遣医療機関名、派遣先、被災地の状況等）

【手順７】派遣要請があった消防機関への出動の報告

〔県医療対策課⇒ 被災地の消防機関等〕

(1) 「派遣要請があった消防機関への出動報告書」を FAX 送信

(2) 併せて、電話により報告

例：『派遣します。概要等は、ＦＡＸ送信した出動報告書（写し）により確認願います。』

注）派遣不可の場合も、【手順７】に準じて連絡すること。

第３章　救護班・災害派遣医療チーム（DMAT）の受け入れ手順

（１）DMAT の派遣要請

・愛媛県が大災害対応に関して県内または県外からの医療支援が必要と判断された場合、DMAT の派遣を他の都道府県、厚生労働省、国立病院機構等に要請する。

・八幡浜市から愛媛県に対し、または災害拠点病院★~~災害医療~~コーディネータ（当院職員）から愛媛県統括災害医療コーディネータに対し、DMAT 派遣を要請する場合もある。

参考：DMAT 派遣要請の手順（p.120 参照）

（２）派遣された DMAT の活動計画について

大洲・八幡浜圏域（西予市・伊方町）における DMAT 活動に関しては、愛媛県統括災害医療コーディネータ、災害拠点病院災害医療コーディネータ（当院職員）および派遣 DMAT が協議して決定する。

（３）派遣された DMAT の待機場所

災害拠点病院★~~災害医療~~コーディネータ（当院職員）が八幡浜市災害対策本部などと協議して決定する。当院内に待機場所を確保する場合は当院災害対策本部にはかるものとする。

第４章　災害支援ナースについて

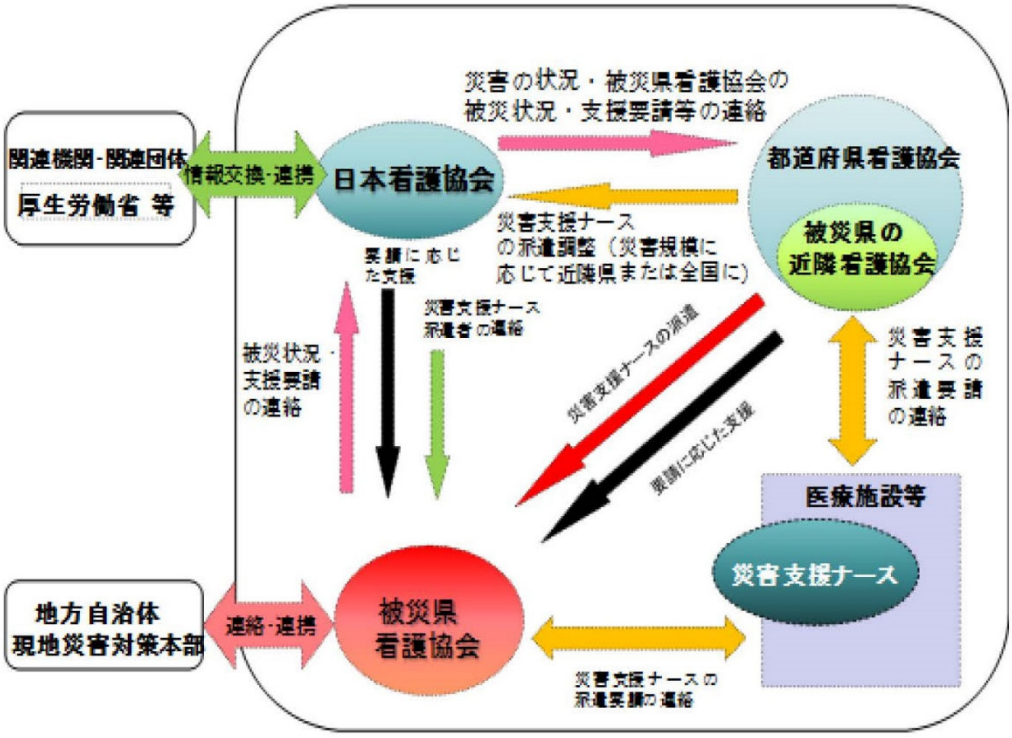
A　災害支援ナースの派遣手順

１．はじめに

災害看護とは、災害時において、看護に携わる者が、知識や技術を駆使し、他の専門分野との協力のもとに、生命や健康生活への被害を少なくするための活動を展開することをいう。

大規模災害発生時に円滑に災害時看護支援体制を整え、効果的な支援活動を行うために、日本看護協会と被災県看護協会を含む各県看護協会が、相互に連携・支援する災害時支援ネットワークシステムを確立した。

図１　看護協会の災害時ネットワークシステム



２）災害支援ナースとは

災害支援ナースとは、災害支援システムに基づき、看護協会に登録し、看護職能団体の一員として被災地へ派遣される看護職をいう。災害支援ナースは、被災者が健康レベルを維持できるように適切な医療・看護を提供する。また、被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努めるものである。

３）災害支援ナース登録者

災害支援ナース登録者は愛媛県看護協会が実施する「災害看護支援ナース養成講習会の基礎編・実践扁」を終了し施設長、所属長の承諾があり、愛媛県看護協会に登録されたものである。

＊　当院における災害支援ナース登録者（平成 29 年 12 月時点）
川口久美（登録番号 75 号）、山本尚美（登録番号 76 号）、石見久美（登録番号 235 号）
菊池幸恵（登録番号 236 号）、二宮陽子（登録番号 237 号）

４）当院災害支援ナース派遣までの流れ

１.大規模災害が発生した場合、被災県看護協会が日本看護協会に被災状況を報告し支援要請の連絡をする。

2．日本看護協会より各都道府県看護協会へ災害の状況・被災県看護協会の被災状況・支援要請等の連絡をする。
3．愛媛県看護協会は日本看護協会より災害支援ナースの派遣要請を受けた場合には内容を協議し派遣を決定する。その後、災害支援ナースの施設長（当院は院長）へ「災害支援ナース派遣依頼票」（媛様式３）により派遣を依頼する。
4．院長が支援ナース派遣可能と判断した場合、派遣対象者の選出を看護部に依頼する。看護部、災害支援ナース所属の師長が勤務調整を行い派遣可能な者を「災害支援ナース派遣候補者リスト」（媛様式４）に記入し愛媛県看護協会へ提出する。
5．愛媛県外で災害が発生した場合、愛媛県看護協会は、前記リストを取りまとめ、日本看護協会へ提出する。日本看護協会から災害支援ナースの派遣決定の通知を受けた場合、愛媛看護協会は当院院長へ災害支援ナース派遣シフト票を添付して決定通知する。

5）災害支援ナース派遣と DMAT・救護班派遣との調整、ならびに派遣様式について

災害支援ナース、DMAT、救護班ともに派遣後には残った看護スタッフによる勤務の補充が必要となる。看護師不足が常態となっている当院において、災害支援ナース、DMAT の両方の派遣要請が重なった場合、これに応じることは難しいこともある。この場合は愛媛県・国からの要請により、災害拠点病院として実施する DMAT 派遣を優先することとする。

なお、DMAT 隊員の活動は災害拠点病院としての公務であり、出動から帰院までの間を「出張」として処理する。救護班および災害支援ナースとしての活動は病院が認めた社会貢献活動であり、これも「出張」扱いとする（2014 年、東日本大震災後の 2 班の救護班派遣の派遣様式と同様）。

6）災害支援ナース受け入れ手順

1．愛媛県内で災害が発生し、災害被害状況が甚大で緊急性があり、災害支援ナースの派遣を必要とする場合は「医療機関　被害状況等報告」（媛様式１）により被害状況を報告し、併せて「災害支援ナース派遣要請票」（媛様式２）を用いて愛媛県看護協会へ要請する。
2．必要な情報は以下の通りである。（媛様式１）参照
（1） 医療施設の被害状況、医療救護活動状況
（2） 避難所・救護所の設置状況
（3） 支援要請の有無（医療スタッフ、医薬品等、患者収容先等の需給状況）
（4） 医療施設、救護所等への交通状況
（5） 愛媛看護協会会員、その他職員の安否情報等
3．情報の収集・伝達の方法等は、愛媛県の「地震災害時における医療救護活動要領」に準じて行い、通信手段は FAX・電話・メールを利用する。
情報は定期的に、または必要時に続報を伝達する。
4．愛媛県看護協会より、災害支援ナースの派遣者（数）期間等決定したら、院長へ「災害支援ナース派遣シフト表」（媛様式５）を添付し決定通知連絡あり。
5．愛媛県看護協会が、派遣決定した災害支援ナースに派遣前オリエンテーション実施。
6．派遣された災害支援ナースが当院着任後は、災害対策本部の指示に従い活動する。

（送付枚数：本紙含め　　枚）

被災地会員施設 → 愛媛県看護協会

媛様式１

送信元	
	施設名：
	担当者：
	電　話： **ＦＡＸ：** **E-mail：**

宛先	
	愛媛県看護協会災害対策本部
	電　話：０８９－９２３－１２８７ **ＦＡＸ：０８９－９２６－７８２５** **E-mail：nursing-ehime@circus.ocn.ne.jp**

医療機関　被害状況等報告

月　日　時　分現在の被害状況及び支援要請は下記のとおりです。

建物	１．被害のなかった（又は軽微な）建物名 ２．被害のあった建物

	建物の名称・状況等
全　壊	
半　壊	
一部損壊	

医療機器等	被害のあった医療機器名
ライフライン	１．現在、使用できないライフライン □電気　□都市ガス　□LP ガス　□水道　□その他（具体的に　　） ２．上記について、自家発電、貯水槽等での対応状況
患者の状況	地震のため、被害を受けた患者の数

入　院	人（状況　　）
外　来	人（状況　　）

病院の機能

１．地震発生後、現時点までに受け入れた患者数（概数可・発生後累計）

総数：　　名			
	上記の内、入院：　　名		
	上記の内、重症：　　名	中等症：　　名	軽症：　　名

２．今後、受入可能数

□受入可

可能数：　　名程度			
	上記の内、重症：　　名	中等症：　　名	軽症：　　名
	上記の内、入院患者の受入可能数：　　名		

□受入不可

３．救護所等への救護班の派遣

□可能（　　班）　　□不可

支援要請 ※貴医療機関に必要な緊急支援の内容	医療スタッフの派遣	※災害支援ナースの要・不要
	医療資機材・医薬品の補給	
	入院患者の転院	
	ライフライン破損への対応	
	その他	

（送付枚数：本紙含め　　枚）

被災地会員施設 → 愛媛県看護協会

媛様式２

送信元	施設名： ≪担当者≫ 職　名： 氏　名： 電　話： ＦＡＸ： E-mail：
宛先	愛媛県看護協会災害対策本部 ≪担当者≫ 職　名： 氏　名： 電　話：０８９－９２３－１２８７ ＦＡＸ：０８９－９２６－７８２５ E-mail：nursing-ehime@circus.ocn.ne.jp

災害支援ナース派遣要請票

本票は、活動場所ごとに作成してください。

下記のとおり、災害支援ナースの派遣を要請いたします。

〈平成　　年　　月　　日　　時　　分現在〉

1. 活動場所（必須）	名　　称：
	住　　所：
	電話番号：
	責 任 者：
2. 支援期間（必須）	平成　　年　　月　　日（　　）～ 平成　　年　　月　　日（　　）
3. 必要人数（必須）	1日あたり　　人
4. 現地で連絡をとる相手（必須）	氏　　名：
	所　　属：
	電話番号：
5. 交通ルート	※利用可能な、施設の最寄り駅から施設所在地までのルートをご記入ください。
6. ライフライン	電気（使用可・使用不能）　水道（使用可・使用不能）　ガス（使用可・使用不能） その他（　　）
7. 災害支援ナースへの支援環境	寝具提供：　有　・　無　・　その他（　　） 食事提供：　有　・　無　・　その他（　　） 保清方法：　シャワー　・　清拭　・　その他（　　）
8. その他（特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等）	

（送付枚数：本紙含め　　枚）

愛媛県看護協会 → 災害支援ナース所属施設・個人会員

媛様式３

送信元	愛媛県看護協会災害対策本部 ≪担当者≫ 職　名： 氏　名： 電　話：０８９－９２３－１２８７ ＦＡＸ：０８９－９２６－７８２５ E-mail:nursing-ehime@circus.ocn.ne.jp

宛先	（※１災害支援ナース所属施設長） （※２災害支援ナース登録個人会員） 施設名： 様 ≪担当者≫（※1 の場合） 職　名： 氏　名： 電　話： ＦＡＸ： E-mail：

災害支援ナース派遣依頼票

下記の依頼内容をご確認のうえ、派遣が可能な場合は「災害支援ナース派遣候補者リスト（媛様式 4)」に必要事項をご記入の上、　　年　　月　　日　　時までに、愛媛県看護協会宛ご返信下さい。

〈　　年　　月　　日　　時　　分現在〉

1. 活動場所（必須）	名　　称：
	住　　所：
	電話番号：
	責 任 者：
2. 支援期間（必須）	平成　　年　　月　　日（　　）　～　平成　　年　　月　　日（　　）
3. 必要人数（必須）	1 日あたり　　人
4. 現地で連絡をとる相手（必須）	氏　　名：
	所　　属：
	電話番号：
5. 交通ルート	※利用可能な、施設の最寄り駅から施設所在地までのルートを記入する。
6. ライフライン	電気（使用可・使用不能）　水道（使用可・使用不能）　ガス（使用可・使用不能） その他（　　）
7. 災害支援ナースへの支援環境	寝具提供：　有　・　無　・　その他（　　） 食事提供：　有　・　無　・　その他（　　） 保清方法：　シャワー　・　清拭　・　その他（　　）
8. その他（特に持ってきた方がよいと思われるもの・注意事項等）	

※現地の状況により変更されることがあります。

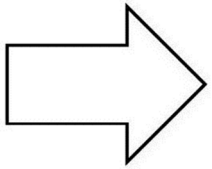
（送付枚数：本紙含め　　枚）

災害支援ナース所属施設・個人会員 → 愛媛県看護協会

媛様式４

災害支援ナース派遣候補者リスト

送信元	（※１災害支援ナース所属施設長） （※２災害支援ナース登録個人会員） 施設名： ≪担当者≫（※1の場合） 職　名： 氏　名： 電　話： ＦＡＸ： E-mail：



宛先	愛媛県看護協会災害対策本部 ≪担当者≫ 職　名： 氏　名： 電　話：０８９－９２３－１２８７ ＦＡＸ：０８９－９２６－７８２５ E-mail：nursing-ehime@circus.ocn.ne.jp

〈送信日時：平成　　年　　月　　日　　時　　分現在〉

No	災害支援ナース登録番号	氏　　名	職能	交通・宿泊費	労災適用	派遣可能日															
						月日															
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

（送付枚数：本紙含め　　枚）

愛媛県看護協会 → 災害支援ナース所属施設・個人会員

送 信 元：愛媛県看護協会災害対策本部

媛様式5

災害支援ナース派遣シフト表

派遣期間：　　月　　日（　）～　　月　　日（　）

活動場所	
	施設名：
	責任者：
	住　所：
	電　話：
	ＦＡＸ：
	E-mail：

現地で連絡をとる相手	
	氏 名：
	所 属：
	電　話：
	ＦＡＸ：
	E-mail：

派遣期間には移動日を含みます。
変更等がある場合は、速やかに右記の愛媛県看護協会までご連絡ください。
現地の状況により活動体制・場所などは変更されます。

愛媛県看護協会災害対策本部
電　話：０８９－９２３－１２８７
ＦＡＸ：０８９－９２６－７８２５
メール：nursing-ehime@circus.ocn.ne.jp
担当者：

No	災害支援ナース登録番号	氏　　名	職能	交通・宿泊費	労災適用	派　遣　日														
						月日														
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

第５章　DMAT などの資機材管理（平成 31 年１月現在、検討中）

（１）資機材定期点検

DMAT 標準資機材を基準とし、当院 DMAT 資機材管理表を作成した（内容は資機材管理表を参照)。３か月に１回、定期点検・補充・入れ替えを行うこととする。

DMAT標準装備(個人装備)1

Ver.2.0(平成23年12月21日改定)

区分	品名	数量	備考
服装	DMATジャケット(ベスト)	1着	派遣時着用
	帽子	1着	派遣時着用
	手袋	1組	
	安全靴	1足	派遣時着用
	災害服(上下)	1着	派遣時着用
	ヘルメット	1個	
	ヘッドランプ	1個	
	ヘッドランプ用乾電池	2組	
	ゴーグル	1個	
	肘あて・膝あて	1組	
	感染防護衣	1着	
	ウエストバック	1個	
	防塵マスク	1個	
	レインコート・ポンチョ・カッパ	1着	雨具
	防寒着	1着	冬季
	白衣・手術着等	1着	病院支援時に状況に応じ着用
個人装備	日本DMAT隊員登録証	1枚	
	自動車運転免許証	1枚	免許所有者
	腕時計(秒針付き)	1個	
	携帯電話	1台	
	携帯電話充電器	1個	
	着替え	1式	概ね3日
	タオル	1式	
	洗面道具	1式	
	常備薬	1式	必要に応じて
	現金(小銭を含む)	1式	別にチームとして必要額
	名刺	20枚	

DMAT標準装備(個人装備)2

Ver.2.0(平成23年12月21日改定)

区分	品名	数量	備考
ウエストバック内装備	聴診器	1個	ウエストバックにて常に携行
	ペンライト、乾電池	1個	
	サージカルマスク	5枚	
	固定用テープ(2.5cm)	1個	
	包帯	1個	
	三角巾	1枚	
	サインペン・ボールペン	1個	
	はさみ	1個	
	ガーゼ	1個	
	プラスティック手袋	5組	

DMAT標準資機材（ロジスティクス関連機材）

1チーム（隊員5名）を想定　　Ver.2.0（平成23年12月21日改定）

区分	品名	数量	備考
通信機器 & 記録機器	モバイルパソコン	2台	
	パソコン用予備バッテリー	1個	
	パソコン用ACアダプター	1式	
	データカード・ルーター	2個	
	LANケーブル	2本	
	USBメモリースティック	1個	1G程度
	モバイルプリンター	1台	プリンタードライバー付
	プリンター用ケーブル	1組	
	プリンター用ACアダプター	1式	
	プリンター用紙	500枚	
	プリンターインクカートリッジ	2組	
	小型プロジェクター	1台	
	接続ケーブル	1式	
	デジタルカメラ	1台	
	デジタルカメラ用充電器	1個	
	パソコン接続ケーブル	1組	
	衛星携帯電話（データ通信対応機種）	1台	BGAN・ワイドスターⅡ等
	衛星携帯電話用予備バッテリー	1個	
	衛星携帯電話用ACアダプター	1式	
	衛星携帯電話用外部アンテナ	1台	
	衛星携帯電話アンテナ用延長ケーブル	1式	
	衛星携帯電話用パソコン接続ケーブル	1式	
	トランシーバー	5台	可能であれば簡易業務用無線
	トランシーバー用充電器	5個	
	拡声器	1台	
	テーブルタップ	1個	3口（アース付）
	電源プラグ変換器（3P-2P変換）	2個	
	携行用バッテリー（医療機器用）	1台	
	車載用ACコンセント（インバーター）	1個	
	連絡先一覧	1冊	随時追加記載
	ノート（筆記用具）	5冊	
	簡易白板用シート	1箱	ポリオレフィン製
	ホワイトボードマーカー	10本	黒・赤・青
	被災地域地図（広域：都道府県地図）	1冊	
	被災地域地図（詳細：市町村地図）	1冊	

生活用品・雑品	電波時計	1個	
	携帯ラジオ(可能であればワンセグTV)	1台	
	車載カーナビ(可能であればTV対応)	1台	
	ゴミ袋	20枚	
	ガムテープ	1個	
	トラテープ	1個	
	ロープ(10m程度)	1本	
	ティッシュペーパー	5箱	
	ウエットティッシュ	5個	
	荷造り紐	1個	
	毛布	5枚	
	寝袋	5個	冬季・寒冷地
	ポリタンク(折りたたみビニール製)	1個	
	簡易トイレ	5個	
	懐中電灯	2個	
	道路地図	1冊	
	被災地近隣地図	1冊	
	ブルーシート	1枚	
	万能ナイフ	1個	
	ビニールカッパ	5個	
	ごみ箱(針捨てBOX)	1個	感染性廃棄物用
	タイヤチェーン	1組	冬季・寒冷地(スタットレス可)
非常食	ミネラルウオーター(500ml×24入り)	2箱	
	非常食(例:パン缶・惣菜缶等)	20食	
	インスタントコーヒー・お茶・味噌汁	1箱	
調理器具	カセットコンロ(簡易ストーブ)	1式	
	カセットコンロ用ボンベ	2個	
	やかん	1個	
	簡易食器	1式	
	紙コップ	20個	
	割り箸	50膳	

※収納にあたっては、コンパクトで機能的なケース等を用いたパッキングをおこなうこと。

DMAT標準医療機器・関連機材

Ver.2.0(平成23年12月21日改定)

体外式自動除細動器(AED)	1
携帯型超音波診断装置(エコー)	1
移動用モニター(付属品含む)(※)	2
モニター用充電コード	2
モニター用予備バッテリー	2
輸液ポンプ(※)	2
ポンプ用充電コード	2
携帯用吸引器	1
携帯型人工呼吸器(付属品含む)(※)	1
(酸素駆動型人工呼吸器は酸素ボンベとの適合性を考慮)	
呼気終末CO2モニターoption	1
ディスポーザブル人工蘇生器	10
バックボード	1
バックボード用ストラップ	1
固定用結束バンド(※※)	1
酸素ボンベ	2
減圧弁・流量計付	2
簡易点滴台	2
毛布	2
担架	2
ターポリン担架	2

※モニター、輸液ポンプ、人工呼吸器、AED、携帯型吸引器については長時間
バッテリー駆動が可能なものが望ましい

※※バックボードへの資機材固定用バンドについて(結束バンド)
結束バンド(インシュロック)は以下のものを推奨しますがこれに準ずるものであれば可能です。

メーカー　OHM(オーム)電機 名称　　幅広ロックタイ 370mm　50本入り　結束内径102mm　引張強度54.4kg　幅7.6mm

H27年1月9日

市立八幡浜総合病院DMAT資機材管理表　赤バック

＊気管カニューレ ・ 長攝子 は、出動時に 準備する。

資機材名	定数	請求先	期限	日付 /	/	/	/
滅菌物品							
ペアン曲(気切赤ポーチ)	1		3ヶ月／回滅菌出し				
筋鉤1A(気切赤ポーチ)	1						
持針器(気切赤ポーチ)	1						
クーパー型短鋏(気切赤ポーチ)	1						
有鉤鑷子(気切赤ポーチ)	1						
舌鉗子(挿管赤ポーチ)	2						
マギール鉗子(挿管赤ポーチ)	1						
スタイレット(挿管赤ポーチ)	2						
喉頭鏡2(挿管赤ポーチ)	1						
喉頭鏡3(挿管赤ポーチ)	1						
喉頭鏡4(挿管赤ポーチ)	1						
開口器(挿管赤ポーチ)	2						
気管挿管セット/気管挿管単品							
挿管チューブ 6	3	手術室	2016.03				
挿管チューブ 7(挿管赤ポーチに1個)	3	手術室	2016.11				
挿管チューブ 8	3	手術室	2015.06(1)2016.10(2)				
気管チューブホルダー(挿管赤ポーチに1個)大	3	1-6病棟					
気管チューブホルダー(挿管赤ポーチに1個)小	3	用度					
バイトブロック(赤ポーチに1個)	3	救急処置室					
キシロカインゼリー(挿管・気切赤ポーチに1個)	2	薬局	2017.09				
カフ用シリンジ20ml(挿管・気切赤ポーチに1個)	4	病棟	2016.01				
吸引セット							
吸引カテーテル 14Fr・40cm	5	病棟	2017.04				
吸引カテーテル 14Fr・50cm(赤ポーチに1個)	5	病棟	2017.03				
ハイゼガーゼ	10	病棟					
酸素吸入セット							
バックバルブマスク	2						
経鼻エアウェイ 6/7/8	各1	中材	6/2015.12・7/8/2016.08				
リザーバー付きマスク	3	救急処置室	2015.01				
酸素マスク	3	救急処置室	2019.11.11				
酸素カニューラ	3	救急処置室	2019.10.28				
酸素延長チューブ	3	用度					
酸素延長チューブコネクター	3	1-6病棟					
Tピース	1	病棟	2017.02				
フィルター(人工鼻・サーモベント)	2	病棟	2016.12(1)・2017.13(1)				
外科的気道確保セット/予備物品							
輪状甲状靭帯穿刺キット(気切赤ポーチ)	2		2016.11				
気切用挿管チューブ 7(気切赤ポーチ)	1		2016.09				
ディスポメス No.11(気切赤ポーチ)	1	救急処置室	2016.04				
針付きナイロン縫合糸 3-0(気切赤ポーチ)	1	救急処置室	2015.07				
滅菌手袋 6.5/7/7.5/8	各1	中材					
穴あき滅菌シーツ 8cm	1	中材	2017.08				
8折2枚1組ガーゼ	2	中材	2017.05				
Yカットガーゼ(気切赤ポーチ1個)	2	中材	2017.03				
スワブスティックポビドンヨード(気切赤ポーチ1個)	5	中材	2017.08				
記録用紙・その他							
はさみ/メモ用紙(白紙)	各1						
筆記用具(マジックなど)	5						
下敷き(クリップボード)	5						
広域搬送適応基準	1						
広域搬送カルテ/2号用紙	各10						
被災者名簿	10						
SCU受付用紙	10						
サイン							

H27年1月9日

市立八幡浜総合病院DMAT資機材管理表　赤バック

資機材名	定数	請求先	期限	日付			
				/	/	/	/
静脈路確保セット/関連物品単品							
固定用テープ12.5mm(挿管・ルート赤ポーチに1個	12	中材					
固定用テープ25mm	1	中材					
固定用テープ50mm	1	中材					
消毒用エタノール綿(エレファワイパーE)	1箱	病棟	2017.08				
3Mテガダーム　1634(ルート赤ポーチに1個)	5	病棟	2017.06				
駆血帯(ルート赤ポーチ1個)	3	中材	2016.11				
針・延長チューブ							
注射針　18G	10	病棟	2019.07				
注射針　22G	10	病棟	2019.06				
注射針　24G	10	病棟	2019.04				
スーパーキャス　24G(ルート赤ポーチ1個)	10	病棟	2017.08				
スーパーキャス　22G(ルート赤ポーチに1個)	10	病棟	2017.03				
スーパーキャス　20G(ルート赤ポーチ1個)	10	救急処置室	2016.10.				
翼状針　21G	3	病棟	2015.05				
翼状針　23G	3	病棟	2017.08				
プラネクタ(接続用単品)	3	中材	2017.06				
プラネクタ3連(接続用単品)	3	中材	2016.04				
JMS延長チューブPNロックJV-ETP2100FL	3	中材	2017.10.				
保護栓	3	病棟	2016.11				
輸液セット							
プラネクター側注用(大人)JY-ND323PL	6	中材	2017.08				
プラネクター2個付(末梢用)JY-NWP862F7	6	中材	2017.08				
プラネクター2個付(CVC用)JY-NWP862P7	6	中材	2017.03				
プラネクター2個付(20滴OP用)JY-NWP822	6	中材	2017.07				
注射器							
カフ用20mlシリンジ(挿管・気切赤ポーチに各1個)	4		2016.10.				
インシュリン用1mlシリンジ	3	病棟	2015.06				
1mlシリンジ	3	病棟	2015.06				
2．5mlシリンジ	5	病棟	2015.06				
5mlシリンジ	5	病棟	2017.05				
10mlシリンジ	5	病棟	2016.11				
20mlシリンジ	5	病棟	2017.02				
50mlシリンジ	5	病棟	2017.07				
サイン							

H27年1月20日

市立八幡浜総合病院DMAT資機材管理表　黄バック

資機材名	定数	請求先	期限	日付			
				/	/	/	/
4つ折りガーゼ	5	中材	2017.6月				
8つ折りガーゼ	5	中材	2017.8月				
滅菌手袋　7	5	中材	2019.1月				
滅菌手袋　7 1/2	5	中材	2019.1月				
滅菌手袋　6 1/2	5	中材	2019.4月				
穴あきドレープ　　φ5	1	中材	2016.1月				
穴あきドレープ　　φ8	1	中材	2017.4月				
滅菌ドレープ	1	中材	2017.2月				
ディスポ手袋　S	1箱	中材	2019.6月				
ディスポ手袋　M	1箱	中材	？				
ディスポ手袋　L	1箱	中材	2018.10月				
三角巾	3	整形外来					
スプリント	1						
固定テープ	5						
弾性包帯　3号	2	整形外来					
弾性包帯　4号	5	整形外来					
透明フィルム	10						
板オムツ	2枚	救急外来					
ゴミ袋	1	用度					
体温計	1						
ネックカラー　成人用	1						
血糖測定器（請求場所不明・要検討）	1						
血糖測定チップ（請求場所不明・要検討	1箱						
エスマルヒ	1						
キシロカインゼリー	2本	薬局	2017.6月				
J ヨード	2本	薬局	2017.5月				
洗浄用生食水（広口）　　500ml	1	薬局	2019.7月				
胃管セット							
胃管　　14Fr	1						
胃管　　16Fr	1						
胃管　　18Fr	1						
胃管用三方活栓	1		2015.12月				
排液用バッグ　800ml	1		2016.12月				
キシロカインゼリー	1本	薬局	2017.9月				
吸引用シリンジ　50ml	1本		2016.4月				
固定用絆創膏	1						
腸管脱出セット							
ビニール袋（滅菌）	1						
生食水100ml	1		2018.9月				
18G注射針	1						
固定用絆創膏	1						
4つ折りガーゼ	2		2017.6月				
穿通性外傷							
固定用タオル	2						
固定用絆創膏	1						
開放性気胸セット							
ビニール袋（滅菌）	1						
固定用絆創膏	1						
フレイル外固定セット							
固定用タオル	1						
固定用絆創膏	1						
骨盤骨折							
シーツ	1						
雑鉗子	2	？	？				
固定用テープ　7．5cm幅	1						

簡易骨盤固定器具	1						
胸腔ドレナージセット							
ペアン(曲)	1		2015.03.25				
クーパー	1		2015.03.25				
持針器	1		2015.03.25				
有鉤攝子	1		2015.03.25				
角針　4号	2		2016.12月				
ドレーンバック	1						
ハイムリッヒバルブ(当院に無いもの検	1						
ディスポ攝子	1		15．4．13				
ナイロン糸　3-0	1	OP室	2019.5月				
ディスポメスNo.11	1		2016.4月				
滅菌手袋　6/7/7.5	各1	中材					
静脈留置針　14G(当院に無いもの検	2		2015.12月				
穴あきドレープ　φ8	1		2016.10月				
8つ折りガーゼ	1	中材	2017.8月				
固定用絆創膏	2						
固定用透明フィルム	1						
胸腔ドレーン　28Fr	各2		2016.12月				
胸腔ドレーン　20Fr	各2		2017.1月				
切開縫合セット							
ペアン(曲)	2		2015.03.25				
コッヘル(直)	2		2015.03.25				
モスキート(曲)	2		2015.03.25				
クーパー	1		2015.03.25				
持針器	1		2015.03.25				
有鉤攝子	1		2015.03.25				
無鉤攝子	1		2015.03.25				
筋鉤	1		2015.03.25				
ゾンデ	1		2015.03.25				
角針　2号	1	OP室	2017.4月				
角針　3号	1	OP室	2017.8月				
角針　5号	1	OP室	2017.6月				
ナイロン糸　3-0	1	OP室	2015.7月				
ナイロン糸　4-0	1	OP室	2017.1月				
ナイロン糸　5-0	1	OP室	2017.1月				
滅菌手袋　6/7/7.5	各1						
ディスポメスNo.11.10	各2						
穴あきドレープ	1	中材					
8つ折りガーゼ	1	中材					
4つ折りガーゼ	1	中材					
ステイプラー	1						
ナイロン糸　3-0	3	OP室	2019.5月				
サイン							

H26年12月18日

市立八幡浜総合病院DMAT資機材管理表　緑バック

資機材名	定数	請求先	使用期限	日付 /	/	/	/
滅菌物品							
ペアン(直)	2		3ヶ月／回 滅菌出し				
コッヘル(直)	2						
モスキートペアン(曲)	2						
クーパー型短鋏	1						
持針器	1						
有鉤攝子	1						
無鉤攝子	1						
筋鉤1A	1						
ゾンデ	1						
針　角2	1	手術室	2017.02				
針　角3	1	手術室	2017.01				
針　角5	1	手術室	2017.01				
ナイロン縫合糸　3－0　(40cm　5本入り)	1	手術室	2019.05				
ディズポメス　No10	1	外科外来	2015.11				
ディズポメス　No11	1	外科外来	2016.01				
ステイプラー	2		2017.08				
スキンステイプラー	1		2017.09				
滅菌手袋　6／7／7.5／8	各1	中材	製造年月日のみ記載				
穴あきドレープ	3	手術室	2017.07				
滅菌ドレープ	2	手術室	2017.09				
ネオパール綿球　(No20-3球)	2	中材	2016.03				
ガーゼ　4つ折り　5枚入り	6	中材	2017.03				
ガーゼ　8つ折り　1枚入り	5	中材	2017.01				
中心静脈／胃管セット							
中心静脈キット(ダブル)	2		2016.12				
胃管(ファイコン　ファイティングチューブE-6)	1	中材	2017.05				
胃管(ファイコン　ファイティングチューブE-8)	1	中材	2017.02				
胃管(ファイコン　ファイティングチューブE-10)	1	中材	2017.05				
トップ三方活栓　(胃管用三方活栓)	1	中材	2019.04				
吸引用シリンジ　※期限切れ⇒院内の備品	1	中材	2016.04				
ウロテクター(排液用バック)	1	用度	2017				
尿道留置カテーテル　16Fr	1	手術室	2016.10月				
固定用絆創膏	1	中材					
キシロカインゼリー	1	薬局	2017.09				
点滴セット							
プラネクタ輸液セット　20滴	5	中材	2017.07				
プラネクタ輸液セット　60滴	5	中材	2017.07				
プラネクタ輸液セット　20滴　側注用	5	中材	2017.08				
プラネクタ輸液セット　60滴　側注用	5	中材	2017.09				
留置針　スーパーキャス20G／22G／24G	各3	中材	2016.05/20G				
アルコール綿	10	中材	2017.09				
3Mテガダーム	10	中材	2017.06				
緑ポーチ×2	プラネクタ輸液セット20滴/60滴　各1 スーパーキャス20G/22G/24G　各1 テガダーム⑤・アル綿⑤・駆血帯①	駆血帯以外は上記より					
その他							
トランスポアホワイト25(1534-1)	1	中材					
三角巾　L	1	中材					
三角巾　LL	1	中材					
固定用スプリント(サムスプリント)	1						
網包帯(中)　surgifix　7号　※補充時⇒院内の備品	1	整形外来					
ネックカラー　成人　※補充時⇒院内の備品	1	整形外来					
ネックカラー　小児　※補充時⇒院内の備品	1	整形外来					
速乾性手指消毒剤　※期限切れ⇒院内の備品	1	用度	2015.03				
板オムツ	2	病棟					
アルミシート	1						
ゴミ袋	1	用度					
針捨てボックス　ハリクイ　1ℓ	1	用度					
ハザードバック	1						
サイン							

DMAT標準薬剤リスト

対象3人　　Ver.2.0(平成23年12月21日改定)

区　分	薬品名	数　量	備　考
細胞外液補充液	生理食塩液 500ml	3	
	リンゲル液 500ml	5	
その他輸液	20%D-マンニトール注射液 300ml	1	
	7%炭酸水素ナトリウム注射液 250ml	1	
	7%炭酸水素ナトリウム注射液 20ml	5	
	生理食塩液 100ml	5	
	生理食塩液 20ml	10	
	5%ブドウ糖液 20ml	5	
蘇生薬剤一式	0.1%エピネフリン注シリンジ 1ml	5	
	2%塩酸リドカイン静注用シリンジ 5ml	3	
	0.05%硫酸アトロピン注シリンジ 1ml	3	
	臭化ベクロニウム静注用 10mg	3	毒　薬
	塩酸ブプレノルフィン注　0.2mg	麻薬がないときどちらか10	第2種向精神薬
	ペンタゾシン注射液 15mg		第2種向精神薬
	ミダゾラム注射液 2ml	5	第3種向精神薬
	ジアゼパム注射液 5mg	5	第3種向精神薬
	0.3%塩酸ドパミン注 600mg	1	
	2%塩化カルシウム注射液 20ml、または8.5%グルコン酸カルシウム注射液 5ml	5	
	0.5mol硫酸マグネシウム注射液 20ml	5	
その他	50%ブドウ糖液 20ml	4	
	塩酸ニカルジピン注射液　2mg	5	
	コハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム静注用 125mg	5	
	ジアゼパム坐剤 10mg	5	
	塩酸ベラパミル静注 5mg	3	
処置	ポリスチレンスルホン酸カルシウム 5g、またはポリスチレンスルホン酸ナトリウム散　5g	12	
	10%ポビドンヨード液 250ml	1	
	1%リドカイン注射液(局所麻用) 10ml	10	
	注射用蒸留水 20ml	10	
吸入	塩酸プロカテロールエアゾール 10μ g	1	
スプレー	ニトログリセリン舌下スプレー 0.3mg	1	
麻薬	※塩酸ケタミン静注用 200mg	1	麻　薬

※「DMAT 登録医師が麻薬施用者免許を受けた都道府県以外にDMAT として出場する際に麻薬を携行・施用することは差し支えない」との見解を厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課麻薬係に確認済み(2011年5月)

※規格違いや同種同効薬への変更については同程度の効果が得られるような濃度・本数を各施設で考慮して下さい。また、災害の種類とフェーズに応じて必要な医薬品を各施設の判断で追加してください。

市立八幡浜総合病院DMAT用備品整理簿

番号	品名	メーカー名	数	購入年月	配備先	備考
H23-1-1	特定省電力トランシーバー　FTH-108	(株)バーテックス　スタンダード	5	H24.1.23	救急部倉庫	
H23-1-2	VOXヘッドセット　VC-24	(株)バーテックス　スタンダード	5	H24.1.23		
H23-1-3	2連式充電器　VAC-107	(株)バーテックス　スタンダード	3	H24.1.23		
H23-1-4	ニッケル水素電池　FNB-107	(株)バーテックス　スタンダード	5	H24.1.23		
H23-2-1	モバイルパソコン　S10 CF-S10EYPDR	パナソニック	1	H24.1.23		
H23-3-1	衛星携帯電話　ワイドスターⅡ可搬端末	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-3-2	衛星携帯電話　ワイドスターⅡ衛星ハンドセット	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-3-3	衛星携帯電話　ワイドスターⅡ衛星電池	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-3-4	衛星携帯電話　ワイドスターⅡAC充電器	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-3-5	衛星携帯電話　ワイドスターⅡDC充電器	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-4-1	超音波画像診断装置　CX-50	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29	急患室	
H23-4-2	セクタトランスデューサー　S5-1	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-3	リニアトランスデューサー　L12-3	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-4	コンベックストランスデューサー　C5-1	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-5	白黒プリンター	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-6	カート	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-7	トラベルケース	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-5-1	搬送用ベッドサイドモニタ　BSM－2301	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-2	レコーダモジュール　WS-231P	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-3	架台 KC-013P	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-4	フィンガープローブ P225F	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-5	CO2センサーキット P907	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-6	ネーザルアダプタ V922	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-7	エアウェイアダプタ R804	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-8	バッテリーパック X062	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-6-1	人工呼吸器　TrilogyO2	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29	ME室	
H23-6-2	加温加湿器　PMH-1000PR	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29		
H23-6-3	スタンド(アーム付)	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29		
H23-6-4	呼吸回路セット	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29		
H23-7-1	ハイテクバックボード　FW-1901-078	ファーノ(株)	1	H24.3.29	急患室	
H23-7-2	バックボードストラップ　FW-1901-058	ファーノ(株)	5	H24.3.29		
H23-7-3	ヘッドイモビライザー　FW-1501-002	ファーノ(株)	1	H24.3.29		
H23-8-1	輸液ポンプ　TOP-2300	(株)トップ	1	H24.3.29	ME室	
H23-9-1	ポータブル吸引器　OB-Mini	(株)ノルメカエイシア	1	H24.3.29	救急部倉庫	
H23-10-1	自動体外式除細動器　AED-2100	日本光電(株)	1	H24.3.29	放射線室	
H23-10-2	バッテリーパック　NKPB-28271　X217	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-10-3	使い捨て除細動パッド　P-530	日本光電(株)	3	H24.3.29		
H23-10-4	AED防塵防水ケース　YZ-043HO Y197	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-11-1	DMAT用医療資機材(別紙)	(株)ノルメカエイシア	1	H24.3.29	救急部倉庫	
H23-11-2	医療資機材携行バック(赤・黄・緑)	(株)ノルメカエイシア	各1	H24.3.29		
H23-11-3	DMAT用ユニフォーム　ジャケット	(株)ノルメカエイシア	15	H24.3.29		
H23-11-4	DMAT用ユニフォーム　ズボン	(株)ノルメカエイシア	15	H24.3.29		
H23-11-5	DMAT用ユニフォーム　帽子	(株)ノルメカエイシア	15	H24.3.29		
H23-11-6	DMAT用ユニフォーム　ヘッドランプ	(株)ノルメカエイシア	15	H24.3.29		
H23-11-7	DMAT用ユニフォーム　革製手袋	(株)ノルメカエイシア	15	H24.3.29		
H23-11-8	DMAT用ユニフォーム　安全靴	(株)ノルメカエイシア	15	H24.3.29		
H23-11-9	DMAT用ユニフォーム　ベスト	(株)ノルメカエイシア	5	H24.3.29		

DMAT携行医薬品一覧表

2012．8　　市立八幡浜総合病院

薬　効	薬　品　名	一　般　名	規　格	薬　価	実装数	実装費	備考
催眠鎮静剤	セルシン注射液10mg	ジアゼパム	10mg／2ml／A	100円／A	10A	1，000円	向精神薬
鎮痛剤	ペンタジン注射液15mg	ペンタゾシン	15mg／1ml／A	69円／A	10A	690円	向精神薬
全身麻酔・鎮静用剤	1%ディプリバン注キット20ml	プロポフォール	200mg／20ml／筒	1，521円／筒	5筒	7，605円	冷所保存
全身麻酔・鎮静用剤	1%ディプリバン注キット50ml	プロポフォール	500mg／50ml／筒	2，208円／筒	5筒	11，040円	冷所保存
細胞外液補充	大塚生食注500ml	生理食塩液	500ml／袋	145円／袋	10袋	1，450円	
洗浄用	大塚生食注500ml(広口)	生理食塩液	500ml／PB	145円／本	20本	2，900円	
細胞外液補充	ヴィーンF注500ml	酢酸リンゲル液	500ml／PB	161円／本	10本	1，610円	
薬剤希釈・溶解	生理食塩液100ml	生理食塩液	100ml／PB	110円／本	20本	2，200円	
薬剤希釈・溶解	生理食塩液20ml	生理食塩液	20mlシリンジ	123円／本	20本	2，460円	
薬剤希釈・溶解	生理食塩液5ml	生理食塩液	5mlシリンジ	116円／本	20本	2，320円	
ブドウ糖補充	50%大塚糖液20ml	ブドウ糖	20mlPA	98円／本	5本	490円	
カルシウム補給剤	カルチコール注射液8．5%5ml	グルコン酸カルシウム	Ca^{2+}1.95mEq／5ml	65円／本	10本	650円	
急性循環不全改善剤	カタボンHi0．3%200ml600mg	ドパミン	200ml／袋	1，669円／袋	5袋	8，345円	
アドレナリン注射液	アドレナリン注0．1%シリンジ1ml	アドレナリン	0．1%1ml／筒	166円／本	20本	3，320円	
鎮痙剤	アトロピン硫酸塩注0．5mg1ml	アトロピン	0．5mg／1ml／A	92円／本	10本	920円	
局所麻酔剤	キシロカイン注ポリアンプ1%10ml	リドカイン	1%10ml／PA	103円／本	10本	1，030円	
局所麻酔剤	カルボカイン注1%10ml	メピバカイン	1%10ml／A	113円／本	10本	1，130円	
抗不整脈剤	キシロカイン静注用2%5ml	リドカイン	2%5ml／A	92円／本	5本	460円	
気管支拡張・強心剤	ネオフィリン注250mg10ml	アミノフィリン	250mg／10ml／A	92円／A	10A	920円	
注射用Ca拮抗剤	ペルジピン注射液10mg10ml	ニカルジピン	10mg／10ml／A	723円／A	10A	7，230円	
注射用Ca拮抗剤	ヘルベッサー注射用50mg	ジルチアゼム	50mg／瓶	1，465円／瓶	10瓶	14，650円	
副腎皮質ホルモン剤	ソル・メドロール静注用125mg	メチルプレドニゾロン	125mg／瓶(溶解液付)	1，120円／瓶	5瓶	5，600円	
第一世代セフェム系抗生剤	セファメジンα点滴用キット1g	セファゾリン	1g／キット	731円／キット	10キット	7，310円	
制酸・中和・解毒剤	メイロン静注7%250ml	炭酸水素ナトリウム	7%250ml／袋	243円／袋	5袋	1，215円	
血液凝固阻止剤	ヘパリンナトリウム注5，000単位5ml	ヘパリン	5，000単位／5ml／A	162円／A	10A	1，620円	
利尿降圧剤	ラシックス注20mg2ml	フロセミド	20mg／2ml／A	61円／A	10A	610円	
ニトログリセリン舌下スプレー	ミオコールスプレー0．3mg	ニトログリセリン	7．2g／瓶	1，908円／瓶	2瓶	3，816円	
広範囲抗菌点眼剤	クラビット点眼液1．5%5ml	レボフロキサシン	5ml／瓶	118．2円／ml	2瓶	1，182円	
広範囲抗菌点眼剤	タリビット眼軟膏3．5g	オフロキサシン	3．5g／本	123．2円／g	2本	862．4円	
噴霧式気管支拡張剤	メプチンエアー10μg／1噴霧	プロカテロール	5ml／瓶	947円／瓶	2瓶	1，894円	
					総実装費	96，529．4円	

資料3　DMAT 用備品整理簿

番号	品名	メーカー名	数量	購入年月日	配備先	備考
H23-1-1	特定省電力トランシーバー FTH-108	(株)バーテックス　スタンダード	5	H24.1.23		
H23-1-2	VOX ヘッドセット　VC-24	(株)バーテックス　スタンダード	5	H24.1.23		
H23-1-3	2 連式充電器　VAC-107	(株)バーテックス　スタンダード	3	H24.1.23	救	
H23-1-4	ニッケル水素電池　FNB-107	(株)バーテックス　スタンダード	5	H24.1.23	急	
H23-2-1	モバイルパソコン　S10 CF-S10EYPDR	パナソニック	1	H24.1.23	部	
H23-3-1	衛星携帯電話　ワイドスターⅡ可搬端末	NTTドコモ	1	H24.1.24	倉	
H23-3-2	衛星携帯電話　ワイドスターⅡ衛星ハンドセット	NTTドコモ	1	H24.1.24	庫	
H23-3-3	衛星携帯電話　ワイドスターⅡ衛星電池	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-3-4	衛星携帯電話　ワイドスターⅡAC 充電器	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-3-5	衛星携帯電話　ワイドスターⅡDC 充電器	NTTドコモ	1	H24.1.24		
H23-4-1	超音波画像診断装置　CX-50	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-2	セクタトランスデューサー　S5-1	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-3	リニアトランスデューサー　L12-3	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29	急	
H23-4-4	コンベックストランスデューサー C5-1	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-5	白黒プリンター	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-6	カート	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29		
H23-4-7	トラベルケース	(株)フィリップス・エレクトロニクス	1	H24.2.29	患	
H23-5-1	レコーダモジュール　WS-231P	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-2	架台　KC-013P	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-3	フィンガープローブ　P225F	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-4	CO2 センサーキット　P907	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-5	ネーザルアダプタ　V922	日本光電(株)	1	H24.3.29	室	
H23-5-6	エアウェイアダプタ　R804	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-7	バッテリーパック　X062	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-5-8	人工呼吸器　TrilogyO2	日本光電(株)	1	H24.3.29		

H23-6-1	加温加湿器 PMH-1000PR	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29	M	
H23-6-2	スタンド(アーム付)	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29	E	
H23-6-3	呼吸回路セット	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29	室	
H23-6-4	ハイテクバックボード FW-1901-078	フィリップス・レスピロニクス(株)	1	H24.3.29		
H23-7-1	バックボードストラップ FW-1901-058	ファーノ(株)	1	H24.3.29	急	
H23-7-2	ヘッドイモビライザー FW-1501-002	ファーノ(株)	5	H24.3.29	患	
H23-7-3	輸液ポンプ TOP-2300	ファーノ(株)	1	H24.3.29	室	
H23-8-1	ポータブル吸引器 OB-Mini	(株)トップ	1	H24.3.29	*	*ME 室
H23-9-1	自動体外式除細動器 AED-2100	(株)ノルメカエイシア	1	H24.3.29	*	*救急部倉庫
H23-10-1	バッテリーパック NKPB-28271 X217	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-10-2	使い捨て除細動パッド P-530	日本光電(株)	1	H24.3.29	*	*放射線室
H23-10-3	AED 防塵防水ケース YZ-043HO Y197	日本光電(株)	3	H24.3.29		(RI 室)
H23-10-4	DMAT 用医療資機材(別紙)	日本光電(株)	1	H24.3.29		
H23-11-1	医療資機材携行バック(赤・黄・緑)	(株)ノルメカエイシア	1	H24.3.29		
H23-11-2	DMAT 用ユニフォーム ジャケット	(株)ノルメカエイシア	各1	H24.3.29		
H23-11-3	DMAT 用ユニフォーム ズボン	(株)ノルメカエイシア	〃	H24.3.29	救	
H23-11-4	DMAT 用ユニフォーム 帽子	(株)ノルメカエイシア	〃	H24.3.29	急	
H23-11-5	DMAT 用ユニフォーム ヘッドランプ	(株)ノルメカエイシア	〃	H24.3.29		
H23-11-6	DMAT 用ユニフォーム 革製手袋	(株)ノルメカエイシア	〃	H24.3.29	倉	
H23-11-7	DMAT 用ユニフォーム 安全靴	(株)ノルメカエイシア	〃	H24.3.29	庫	
H23-11-8	DMAT 用ユニフォーム ベスト	(株)ノルメカエイシア	〃	H24.3.29		
H23-11-9		(株)ノルメカエイシア	5	H24.3.29		

第５部　★~~緊急ひばく医療措置マニュアル~~ → 原子力災害医療

（第５部の参考資料は参考と表記し番号を付した。）

第１章　~~緊急被ばく医療措置マニュアル~~ → 原子力災害医療の目的

原子力発電所または放射線・放射性物質を取り扱う事業所等に起因して、放射線による被ばく、もしくは放射性物質による汚染を伴う傷病者（地域住民・事業所従業員）が発生する場合がある。また放射線物質による汚染が地域に拡大した結果、当院が要避難地域に含まれ、患者や職員の避難が必要となる場合がある。本マニュアルは、放射線による被ばく、もしくは放射性物質による汚染を伴う傷病者に対し緊急被ばく医療を適切に実施すること、また被ばく地区外への避難が必要となった場合に、これを適切に行うことを目的とする。

第２章　~~緊急被ばく医療ならびに被ばく事故~~ → 原子力災害医療における当院の役割

当院は、救急指定医療機関および愛媛県原子力防災計画における原子力災害拠点病院として、診療時間内外を問わず緊急被ばく医療活動を実施する。また地域における被ばく事故においては、入院患者、地域住民および職員等を守るために、適切な避難活動と必要な情報発信を実施する。

第３章　被ばく傷病者の受入れ

ここでは、四国電力(株)伊方発電所を例として記載するが、それ以外の事業所で発生した傷病者についても、これに準じて対応する。

A）被ばく傷病者受入れ手順

(1)傷病者受入れ要請の連絡

事前に定める当院医師に四国電力(株)伊方発電所より傷病者の受入れ要請の連絡が入る.

（参考）四国電力原子力発電所で用いる情報用紙（別紙 1～13）

http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/sennyu/z116-besshi.pdf

別紙5－1

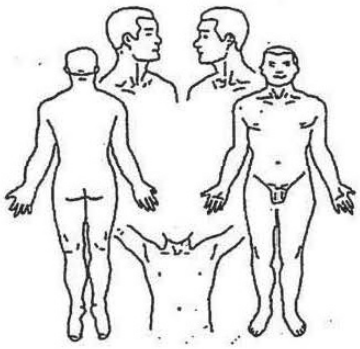
（様式7）傷病者記録用紙（医療情報・放射線管理情報提供用）

患者発生場所	管理区域内・管理区域外	患者発生時刻	：		
患者の被ばく	外部被ばく （ mSv）	患者の汚染	有 ・ 無		
	皮ふ被ばく （ mSv）		除染の有無： 有 ・ 無		
	皮ふ被ばくの部位 （ ）		（部位： Bq/cm²→ Bq/cm²）		
	内部被ばく （ 有 ・ 無 mSv）		（部位： Bq/cm²→ Bq/cm²）		
（フリガナ）患者氏名		年齢	才	性別	男・女
生年月日	（S/H） 年 月 日	所 属			

確認時刻	：	：	その他の身体所見
意 識	有・無 ／JCS	有・無 ／JCS	
呼 吸	回／分	回／分	
脈 拍	回／分	回／分	
血 圧	／ mmHg	／ mmHg	
体 温	℃	℃	
出 血	有・無	有・無	被ばくによる症状悪化の可能性： 有 ・ 無
嘔 吐	有・無	有・無	（注）外部被ばく：1～2Sv、皮ふ被ばく：3.5 v
SpO_2	%	%	内部被ばく：20mSvを超える場合症状悪化の可能性有
外 傷	有 ・ 無 部位（ ）		

外傷部位と程度

受傷機転：



【搬送・医療措置にかかわる情報】

汚染箇所からの線量レベル	0・1・2・3	二次被ばくの可能性	有 ・ 無
傷口表面の線量当量率	mSv/h	傷口表面から30cmの線量当量率	mSv/h
装備・養生レベル	A・B・C・D	汚染拡大防止措置の有無	有・無 方法
汚染検査できていない部位の有無	有・無 部位		

応急処置概要

医療機関対応記録欄（病院名： → ）

機関名	TEL	FAX	機関名	TEL	FAX
市立八幡浜総合病院	0894-22-3214	0894-24-2587	八幡浜地区施設事務組合消防本部	0894-22-0119	0894-22-0452
愛媛県立中央病院	089-947-1111	089-943-4136	八幡浜地区施設事務組合第二分署	0894-36-3119	0894-36-3129
愛媛大学医学部付属病院	089-946-9990	089-960-5714	八幡浜保健所（企画課）	0894-22-0600	0894-22-0631
松山赤十字病院	089-924-1111	089-922-6892	八幡浜保健所（休日・夜間）	0894-22-4111	

［当院で定める医師］

連絡順位	指 定 さ れ た 医 師
第１位	放射線科責任医師（平塚義康）PHS 7021
第２位	救急・災害対策室長（越智元郎）PHS 7002　または診療部長（堀田恵司）PHS 7003（時間外においては、日・当直医が上記医師と連絡を取り合いながら対応する）

連絡を受けた医師は、**上記資料(別紙 5-1)に基づく傷病者の状況を確認のうえ、迅速に関係者へ連絡を行う。上記によらない場合は、必ず以下の状況について確認を行う。**

［確認事項］

① 傷病者の数、氏名、年齢、性別

② 傷病部位・程度・バイタルサイン

③ 被ばく・汚染の部位・程度（除染の実施の有無)、原因（と推定される）核種

④ 吐き気・嘔吐の有無、意識障害の有無

⑤ 到着予定時間

判断に困る場合は、県の緊急被ばく医療アドバイザーに相談できる。アドバイザーへの連絡窓口は愛媛県保健福祉部医療対策課（電話 089-912-2445)。

(2) 発電所への要請事項

① 放射線管理要員の随行

② 個人線量計、ＧＭサーベイメーター、防護具等の携行

③発電所における措置・測定内容等を記載したシート類の携行

(3) 連絡体制

通報を受けた医師は、資料１の院内連絡網に従って連絡するとともに、緊急医療チームを編成する。

［緊急医療チームの編成および役割］

	役　　割	人　数
医　　師	チームリーダー･除染・診療・診療支援	１～３ 名
看　護　師	診療介助 、物品出し、記録	２～３ 名
診療放射線技師	線量測定、エリア管理、記録補助	１～２ 名
事　務　職	養生・連絡他	１～２ 名

（参考）**緊急被ばく医療アクションカード**（p.203～220）

(4) 除染室での受入れ準備

処置は、全身状態が良く酸素吸入･吸引などが不要な場合はすべて除染室で行う。全身状態が悪いあるいは悪くなる可能性がある場合は救急処置室を使用して行う。

養生用の資機材、スタッフの装備は倉庫１および臨時倉庫 にまとめて保管している。

① 処置室の準備

□ 処置・治療に使用しない機材を除染室から搬出する。

□ 床・壁面を酢酸ビニルシートなどで養生する。

□ 中央に既定の大きさのろ紙シートを敷く。

□ ストレッチャーをビニルシート及びディスポシーツ数枚で覆う。

□ 外部連絡用の電話が管理区域内の場合は使い易いように養生する。

□ 汚染廃棄物用、その他用、針用の容器を区別がつく様に準備する。

□ 関係者以外立入禁止とし、出入り口を区画し管理する。

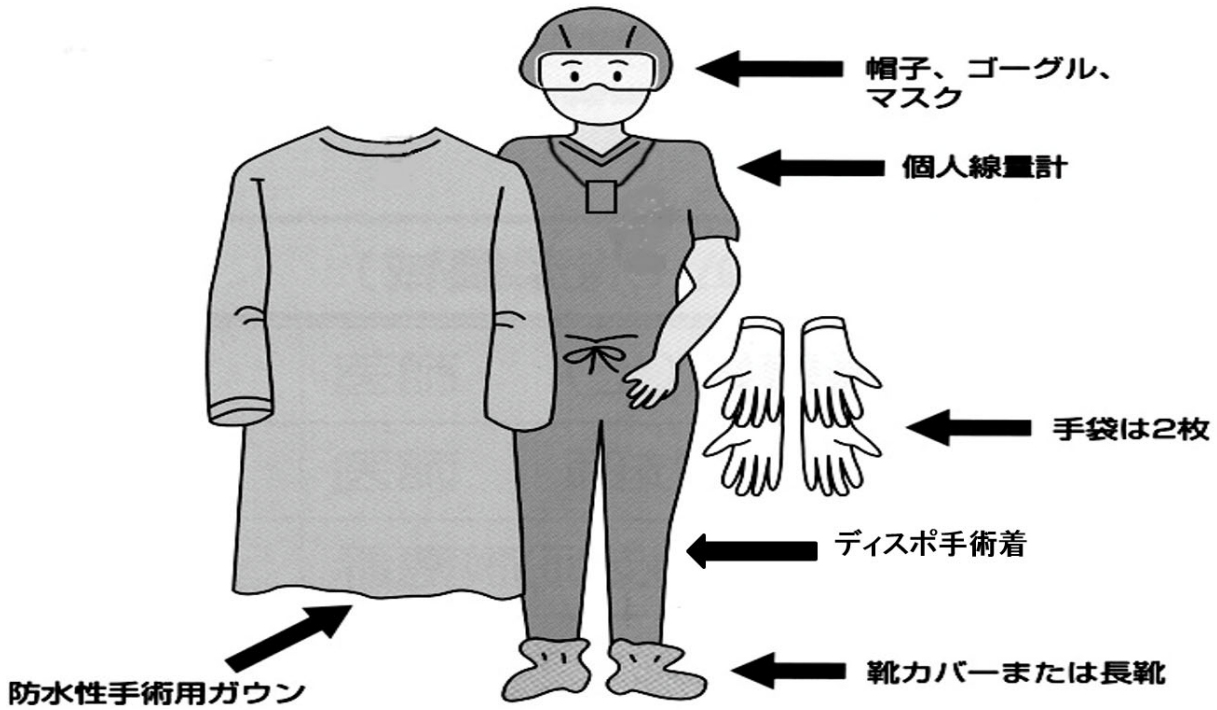
□ 移動できない機器を養生する。

□ 処置室を適温に管理する。原則として空調は停止する。

（原子力発電所からの傷病者の場合は、空調を通常通り使用してもよい）

□鉛プロテクターは使用しない。

除染の服装

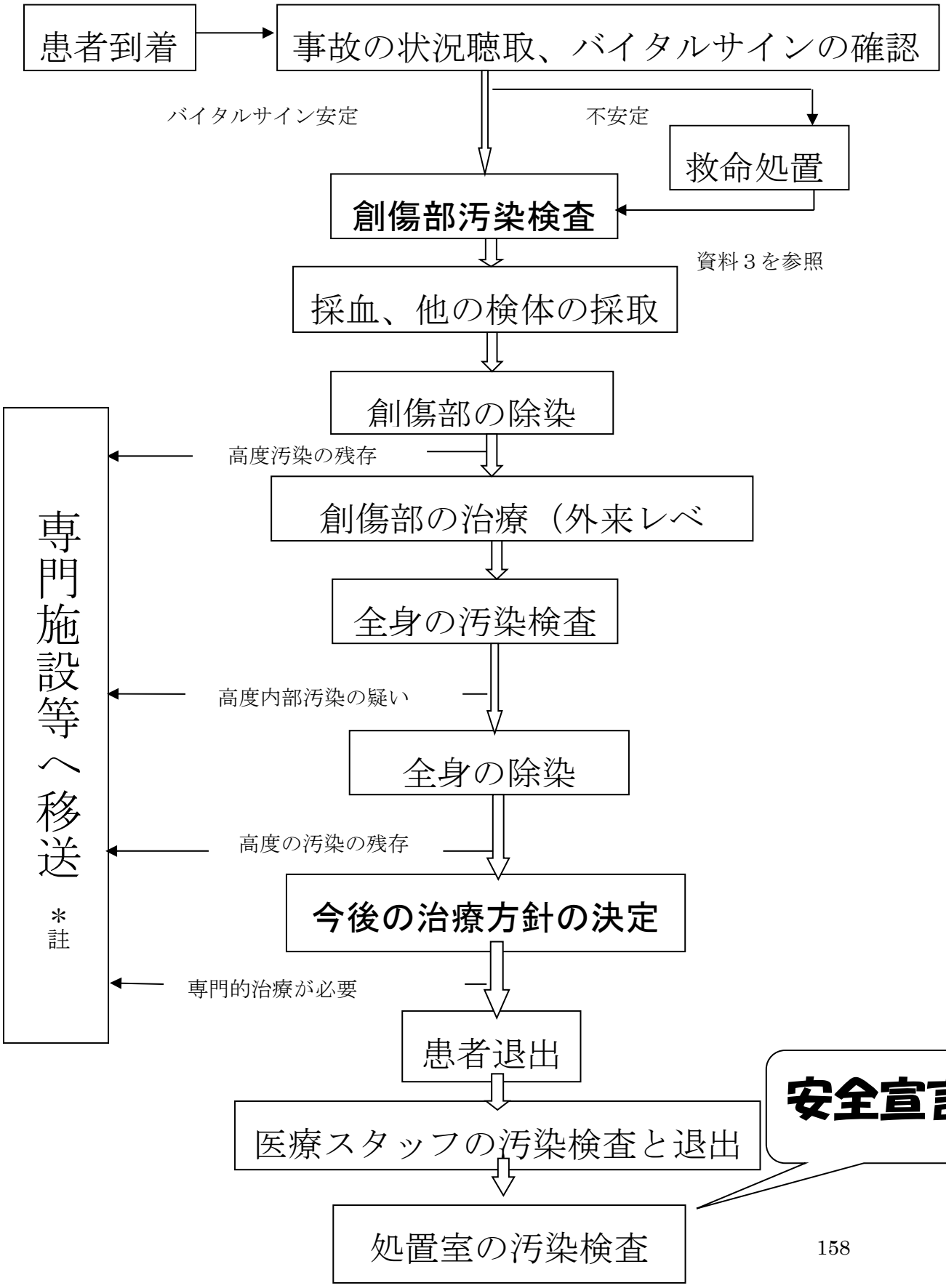


緊急被ばく医療　チーム役割表

	医師	看護師	診療放射線技師	事務	備考
管理区域内	1（～2）名	1（～2）名	1名	なし	
管理区域外 ◎統括責任者 ○各所属の責任者	1～（3）名	物品　1～2名 記録　2人	1名	4名	
			※放射線管理要員に依頼しても可。		

H27年1月9日　被ばく医療準備部会

B）患者への対応・処置（フローチャート）



註．専門施設等への移送を考慮する場合

１．他の原子力災害拠点病院への移送 ・被ばく傷病者であって、かつ被ばく医療以外の高度・専門的な治療が必要な場合 ・勤務時間外などのため、当院で原子力災害拠点病院としての対応が難しい場合 ２．広島大学高度被ばく医療支援センターへの移送 ・高度専門的な被ばく医療が必要で、一般の原子力災害拠点病院では対応できない場合

C）処置終了後の対応

（１） 患者の退出

- □ 退室前に患者の全身（背部や臀部も注意）を十分にサーベイする。
- □ ストレッチャーで退出のときはシーツ交換後にサーベイする。
- □ ストレッチャーの車輪や輸液セットなども注意してサーベイする。
- □ 汚染を残して高次施設に移送する場合、汚染部をテガダームで覆う。
- □ 帰宅させる場合、線量がバックグラウンドと同等レベルまで低下したことを確認する。

（２） 医療スタッフの退出

- □ 脱衣は以下の順に従う。

① 外側の手袋のテープをはずす。

② 外側の手袋を脱ぐ。その後両手の汚染検査を受ける。

③ 手術ガウンを裏返しに脱ぐ。

④ マスク･帽子･ゴーグル等を脱ぐ。

⑤ 長靴のテープをはずし、管理区域との境目で脱ぎ、脱いだ足から管理区域外へ。

⑥内側の手袋を脱ぐ。

- □　上記脱衣の後、最終確認のサーベイを受ける。
- □　ポケット線量計の数値を確認し記録しておく。

‘（３）処置室の後始末

- □　後始末は伊方発電所の放射線管理要員が行う。
- □　廃棄物はすべて放射線管理要員が持ち帰る。
- □　病院の資機材の内、診療により汚染したものは、発電所で除染後病院に返却される。除染不能な物については、弁済される。
- □　後始末終了後、放射線管理要員と当院診療放射線技師が共同して室内のサーベイを行い、汚染の残存がないことを確認する。
- □　結果を八幡浜保健所職員に伝えて、県により安全宣言が行われる。

３D） 職種別の対応

(1) 医師

①医師の役割:

イ） 統括医師—放射線科責任医師（不在時は救急部長、診療部長または日・当直医師）が被ばく医療を統括する

ロ） 被ばく医療担当医師—統括医師の協力要請に応じて被ばく医療を担当する

②ワークフロー

□統括医師が傷病者受入れを承諾。院内連絡網に従い、被ばく医療担当医師、看護師、診療放射線技師および事務職員を招集

→ 被ばく医療担当医師、担当看護師、診療放射線技師、事務職などと協議し医療チームを編成。

□資機材の準備 （チーム全員）

□部屋の選定

※患者情報により処置場所を選択、必要により除染テントを使用

・全身状態が良く、酸素吸入･吸引などが不要な場合 → 緊急被ばく医療施設

・全身状態が悪いあるいは悪くなる可能性がある場合 → 救急処置室

□養生用の資機材の準備を行い、マニュアルに則って処置室の準備をする

・患者は脱衣をさせるので室温等に配慮する

・検体の採取時間が重要なので、部屋の時計の表示・作働を確認する

□マニュアルに則って服装・装備の準備・着装（チーム全員）をする

※養生用資機材、スタッフの装備は倉庫1にまとめて保管してある

□処置室での医療関係者の配置、役割を確認

ア）汚染作業区域内の被ばく医療担当医師の役割

・患者搬入・搬送

・バイタルサイン測定

・処置や検査

※患者の不安感が非常に強い場合が多く、心理面への配慮が重要

※汚染拡大防止に関して不安な点があれば、すぐに放射線管理員や診療放射線技師に確認する

イ）汚染作業区域外の被ばく医療担当医師の役割

・患者搬入・搬出

・機材・薬品などの機材出し、記録（汚染測定結果・医学的な記録）など汚染作業区域外の看護師業務への協力または代行

③処置室の資機材、医薬品の確認 （別紙参照）

※患者の状態に応じた処置方法・必要物品を担当看護師に確認しておく。

※処置室に入れる物品は必要最小限にすること！

④マニュアル(フローチャート)に則って患者対応処置を行う

⑤マニュアルに則って脱装を行い、退室

※放射線管理員や当院の診療放射線技師により全身のサーベイを受ける。

※個人線量計の数値を確認し記録してもらう。

※患者記録(特に時刻、計測値等)を再確認する。

※発電所に持ち帰り除染等を受け返還される資機材、廃棄する資機材等の分別に立会い協力する。

(2) 看護師

①看護師の役割: 診療補助、患者の看護、物品出し、記録

② ワークフロー

□統括医師が傷病者受入れを承諾。看護部長を通じて、被ばく医療担当看護師を招集。

→ 被ばく医療担当医師や看護師、診療放射線技師、事務職員などと協議し医療チームを編成。

□資機材の準備 （チーム全員）

□部屋の選定を行う

※患者情報により処置場所を選択、必要により除染テントを使用

全身状態が良く、酸素吸入･吸引などが不要な場合 → 緊急被ばく医療施設

全身状態が悪いあるいは悪くなる可能性がある場合 → 救急処置室

□養生用の資機材の準備を行い、マニュアルに則って処置室の準備をする

・患者は脱衣をさせるので室温等に配慮する

・検体の採取時間が重要なので、部屋の時計の表示・作働を確認する

□マニュアルに則って服装・装備の準備・着装（チーム全員）をする

※養生用資機材、スタッフの装備は→ 緊急被ばく医療施設および臨時倉庫にまとめて保管してある

□処置室での医療関係者の配置、役割を確認

ア）汚染作業区域内の看護師の役割

・患者搬入・搬送の介助 ・バイタルサイン測定

・処置や検査の介助 ・患者の看護

※患者の不安感が非常に強い場合が多く、心理面への配慮が重要

※汚染拡大防止に関して不安な点があれば、すぐに放射線管理員や診療放射線技師に確認する

イ）汚染作業区域外の看護師の役割

・患者搬入・搬送の介助 ・機材・薬品などの準備を行う

・記録（汚染測定結果・医学的な記録）
・傷病者記録用紙（医療情報・放射線管理情報提供）を使用
・情報が共有できるようホワイトボードの使用も可
・サーベイメーターで測定した放射線の数値を記録する
※時間経過をしっかり記録する
※マスコミや一般の見物人も考えられ、プライバシーの保護が必要
※普段聞きなれない用語や数値もあるため、不明な点があればすぐその場で確認して記録すること

③処置室の資機材、医薬品の確認 （別紙参照）
※患者の状態に応じた処置方法・必要物品を医師に確認しておく。
※処置室に入れる物品は必要最小限にすること！

④マニュアル(フローチャート)に則って患者対応処置を行う

⑤マニュアルに則って脱装を行い、退室
※放射線管理員や当院の診療放射線技師により全身のサーベイを受ける。
※個人線量計の数値を確認し記録してもらう。
※看護記録(特に時刻、計測値等)を再確認する。
※発電所に持ち帰り除染等を受け返還される資機材、廃棄する資機材等の分別に立会い協力する。

(3) 診療放射線技師 （「フローチャート―診療放射線技師」を参照）

①診療放射線技師の役割： 傷病者のサーベイ、被ばくに関する記録業務、サーベイ・除染に要する物品調達、環境整備（治療室の養生を含む）、患者搬送（補助）、医師・看護師業務の補佐

②ワークフロー

□統括医師が傷病者受入れを承諾。事務局長または放射線室技師長を通じて、診療放射線技師を招集。
→ 被ばく医療担当医師や看護師、診療放射線技師、事務職などと協議し医療チームを編成。

□資機材の準備 （チーム全員）

□部屋の選定を行う
※患者情報により処置場所を選択、必要により除染テントを使用
全身状態が良く、酸素吸入･吸引などが不要な場合 → 緊急被ばく医療施設
全身状態が悪いあるいは悪くなる可能性がある場合 → 救急処置室

□養生用の資機材の準備を行い、マニュアルに則って処置室の準備をする
・患者は脱衣をさせるので室温等に配慮する

・検体の採取時間が重要なので、部屋の時計の表示・作働を確認する

□マニュアルに則って服装・装備の準備・着装（チーム全員）をする

※養生用資機材、スタッフの装備は倉庫１および臨時倉庫にまとめて保管してある

□処置室での医療関係者の配置、役割を確認

ア）汚染作業区域内の診療放射線技師の役割

・汚染作業区域内でのサーベイ

・必要により、医師や看護師の補助

イ）汚染作業区域外の診療放射線技師の役割

・汚染作業区域外からのサーベイ

・患者搬入・搬送の介助　・機材などの準備を行う

・汚染・記録（汚染測定結果など）

・情報が共有できるようホワイトボードの使用も可

・サーベイメーターで測定した放射線の数値を記録する

③ マニュアル(フローチャート)に則って患者対応処置を行う

④マニュアルに則って脱装を行い、退室

※診療放射線技師自身を含め、作業した職員全員の全身サーベイを行う。

※職員の個人線量計の数値を確認し記録。

※発電所に持ち帰り除染等を受け返還される資機材、廃棄する資機材等の分別に立会い協力する。

フローチャート―診療放射線技師

第１報

技師長より対応技師の選任

メイン：線量測定　処置中の汚染拡大防止

サ　ブ：メインの補助　ポータブル撮影　エリア管理

※サブまでを選任しておく。

準備

□GM サーベイメーター

□動作確認

□本体の養生

（ラップ、傘カバー等で包む）

□処置室のバックグランド測定

着装（マニュアル参照）

ブリーフィング

確認事項

□患者状況の把握

□汚染と除染の状況

□ポータブル撮影の可能性

□サブの必要性

患者処置～退出　※計測結果は大きな声で報告！

□クイックサーベイ

①ルート確保部、血圧計装着部、モニター装着部

②創傷部

□全身サーベイ

①開口部（口、鼻、耳 etc）

②全身　注）背面部、脇、股間、足の裏も忘れずに！

※汚染部は 20 秒以上の測定で計数値を報告

□処置中の汚染拡大の防止

□手袋の交換　□医療具の汚染　□汚染部洗浄時の監視

□エリアから出す時の Check

□患者退出

□背面部のサーベイを行っていない場合、移動時に行う

□退出用ストレッチャーを汚染させない

□スタッフの退出（マニュアル参照）

後片づけ

□マニュアル参照

□処置室の汚染検査

(4) 事務職員

①事務職の役割: 連絡・通信業務、記録業務、物品調達、環境整備(治療室の養生を含む)、患者搬送(補助)、医師・看護師業務の補佐

②ワークフロー

□統括医師が傷病者受入れを承諾。事務局長を通じて、被ばく担当事務職員を招集

→ 被ばく医療担当医師、看護師、診療放射線技師、事務職員などが協議し医療チームを編成。

□資機材の準備 (チーム全員)

□部屋の選定を行う

※患者情報により処置場所を選択

全身状態が良く酸素吸入・吸引などが不要な場合 → 緊急被ばく医療施設

全身状態が悪いあるいは悪くなる可能性がある場合 → 救急処置室

□養生用の資機材の準備を行い、マニュアルに則って処置室の準備をする

・患者は脱衣をさせるので室温等に配慮する

・検体の採取時間が重要なので、部屋の時計の表示・作働を確認する

□マニュアルに則って服装・装備の準備・着装(チーム全員)をする

※養生用資機材、スタッフの装備は倉庫1および臨時倉庫にまとめて保管してある

□処置室での医療関係者の配置、役割を確認

ア)事務職員は原則として汚染作業区域外で活動する。

・患者搬入・搬送の介助 ・機材・薬品などの準備(介助)

・記録(汚染測定結果・医学的な記録)の介助

・傷病者記録用紙(医療情報・放射線管理情報提供)を使用

・情報が共有できるようホワイトボードの使用も可 ・外部機関等との連絡・通信など

※マスコミや一般の見物人も考えられ、プライバシーの保護が必要

※普段聞きなれない用語や数値もあるため、不明な点があればすぐその場で確認して記録すること

③処置室の資機材、医薬品の確認 (別紙参照)

※患者の状態に応じた処置方法・必要物品を医師に確認しておく。

※処置室に入れる物品は必要最小限にすること!

④マニュアル(フローチャート)に則って患者対応処置を行う

⑤マニュアルに則って脱装を行い、退室

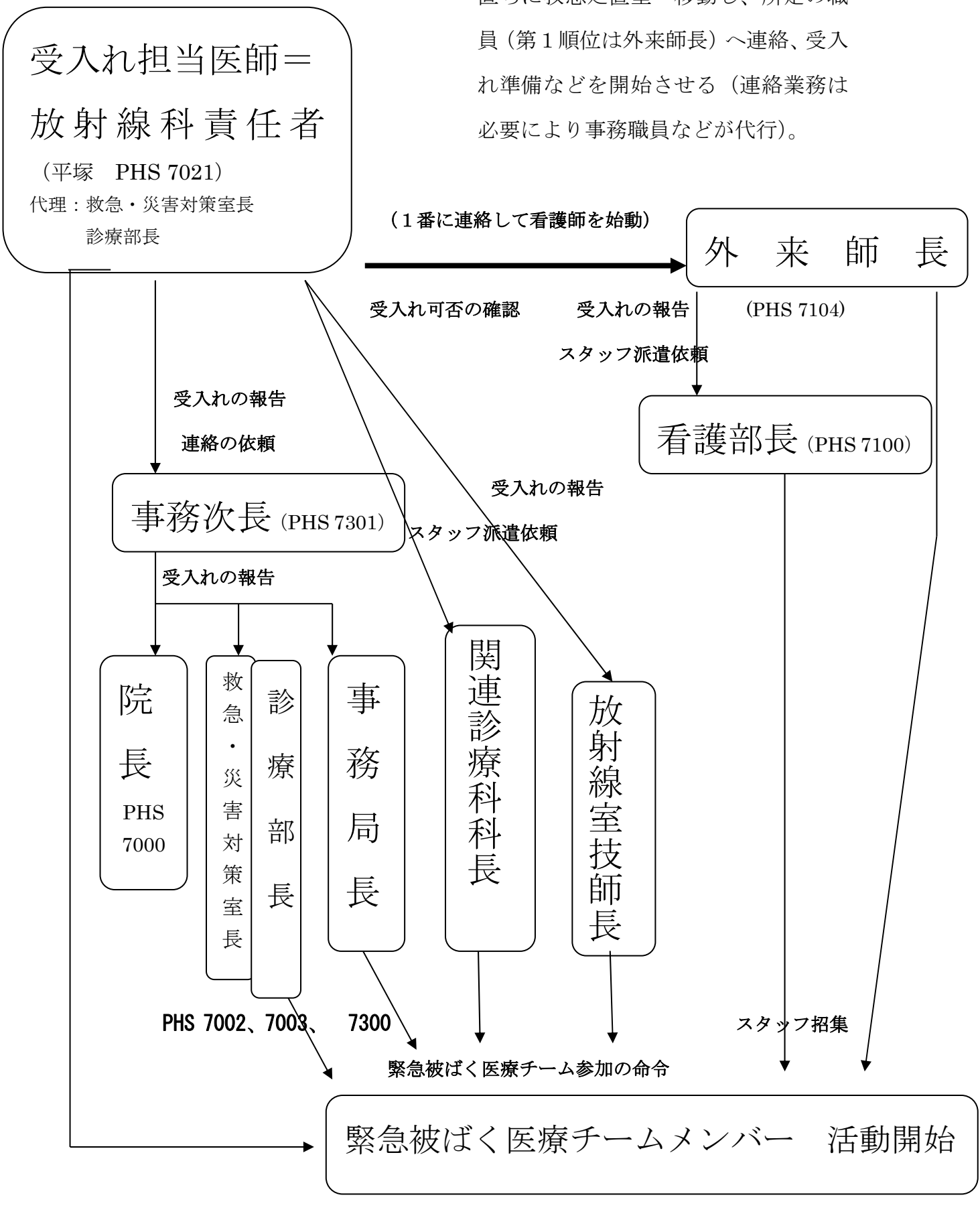
※放射線管理員や当院の診療放射線技師により全身のサーベイを受ける

※個人線量計の数値を確認し記録してもらう。

※看護記録(特に時刻、計測値等)を再確認する。

※発電所に持ち帰り除染等を受け返還される資機材、廃棄する資機材等の分別に立会い協力する。

★資料１Ａ　院内連絡体制（勤務時間内）　受入担当医師は第１報を受けた後、直ちに救急処置室へ移動し、所定の職員（第１順位は外来師長）へ連絡、受入れ準備などを開始させる（連絡業務は必要により事務職員などが代行）。



★資料１Ｂ　院内連絡体制（勤務時間外）

１．伊方原子力発電所などから連絡を受けた日・当直医は放射線科責任者（連絡が取れない場合は◆~~救急部長~~ → 救急・災害対策室長または診療部長）と電話で協議し、受入れの可否(*)を決定する。

２．　受入れを決定した場合、守衛または事務当直者に連絡し、以下へ連絡して貰う（矢印は電話などによる連絡網。つながらない場合は飛ばす）

① 外来看護師長（または代理者） → 外来看護師４，５名に参集を要請
　　└→ 看護部長

② ◆救急・災害対策室長 → 診療部長 → 院長

③ 放射線室待機技師 → 技師長

④ 被ばく医療準備部会事務職員 → 部会委員・事務局長

３．　日・当直医は日・当直看護師に連絡し、受入れ準備を開始
　⇒ 患者受入れ。

４．　院外職員の参集とともに、日・当直職員は徐々に一般の当直業務へもどる。

★註(*)　~~ヘリコプター搬送可能な状況ではできるだけ、中予地区の原子力災害拠点病院に対応いただくものとする。~~ → 土日・祭日で放射線科医長、救急・災害対策室長または診療部長が来院していない場合、日当直医は当院へ搬入するのでなく中予地区の原子力災害拠点病院に直接対応いただくことを考慮する（軽傷、少量の被ばくなどの場合はこの限りでない）。

資料２

生物学的試料採取の手引き

汚染の有無の確認や被ばく量の評価等のため、必要な場合は、血液、尿、便等の生物学的試料を採取する。採取試料、使用資機材、採取方法等は以下のとおりとする。

なお、緊急医療時に採取された試料はすべて保管し、許可なく廃棄してはならない。

採 取 試 料	使 用 資 機 材	備　　考
口腔・鼻腔・皮膚	綿棒・スミア濾紙、ビニール袋	
毛髪・爪	小シャーレ・ビニール袋	
血　　液	ディスポシリンジ、採血管、HLA タイピング用が必要な場合は EDTA 採血管（採血量約 10ml 必要）	通常の検査項目;CBC（含：白血球分画）血清アミラーゼ
尿	プラスティック容器(2,000ml)	
便	広口プラスティック容器 (もしくはポータブル便器)	

（１）　採血の実際

リンパ球数、好中球数、血小板数の推移は被ばくの程度の推定に有効。またアミラーゼ（唾液腺由来）も有用。その他全身検索に必要な項目とともに、来院時すぐにベースラインのデータとして採血を行う。採血時間を明記すること。その後６～１２時間ごとに採血を行う。

高線量被ばくの場合は血液幹細胞移植の適応となる可能性があり、ＨＬＡタイピングのために採血を行う（末梢血 10mL、EDTA採血管）

線量評価のために染色体分析を行う場合は、被ばく２４時間後(直後ではなく)頃に採血を行う。(末梢血 10mL、ヘパリン入り容器) 検体は４℃に保存し広島大学等に輸送する。空輸の場合はＸ線照射禁止と明示する。

（２）　生体以外の試料

高線量被ばくが疑われる場合には、特にボタン（貝）、ベルト(皮革)、めがね、避難時に口に当てていたハンカチ等は線量評価に重要なので、密封できる*ビニール袋等に氏名*、採取日時を表記して保存する。

資料３　身体除染の手引き

１．除染の順序と原則

除染は以下の順序で行う。

①創傷部、　　②**目、鼻、口など開口部に近い皮膚**

③健常な皮膚（汚染の高いところから低い所へ。）

除染方法はまず刺激の少ない方法を行い、汚染検査を実施しながら徐々に強い方法を用いて行う。洗浄やブラッシングによって擦過傷や炎症を起こさないように十分注意する。

2．各論

(1) 創傷部の除染

拭き取りの後、滅菌生理食塩水で傷口を洗浄する。必ず紙おむつなどを敷いて、除染に用いた水の飛散や流れ落ちによる汚染の拡散を防止する。

創に汚染が残る場合は、局所麻酔下にデブリードメントを行う。組織内に放射性物質を押し込まないように除染のできている部位から刺入して局所麻酔を行う。

Co-60 は、10^6Bq 以下の残存ならそのまま創縫合してもよい*注。（但し長期的には局所の放射線障害の程度に応じて切除などの治療が必要となる場合がある）。他核種は放医研 24 時間ダイアル 043-206-3189 に問い合わせる。

(2) 健常皮膚の除染（別表2･3参照）

ａ．第１段階―まずは拭き取り、次にぬるま湯をかけながら、柔らかいブラシ、スポンジで静かにこする。

ｂ．第２段階―薬用石けん、または２～３％中性洗剤を用いてぬるま湯で洗い流す。

ｃ．第３段階―オレンジクリームを塗布２分後に濡れたガーゼで拭き取る。長鑷子を使用。

ｄ．第３段階終了後に汚染が残っている場合、放医研 24 時間ダイアル（上記）に問い合わせる。

(3) 体内の除染

汚染核種、汚染の程度によって対策が異なる。

現場の対応としては、口角・鼻腔スミアによる簡易評価で内部汚染の程度を放射線管理要員と検討して、医療介入レベルを超えると判断される場合は、高次被ばく医療機関の指示を仰ぐ。

＊注；ICRP の計算モデル及び IDEC コードから、患者の創内に 10^6Bq の Co-60 が残った場合、患者の 50 年間の預託実効線量は 19mSv と算出され、作業者の実効線量限度である 20mSv/年を下回っている。吸入した場合でも最大 17mSv と計算される。介護者についても 0.12mSv/2W と算出され、十分低いと考えられる。以上から、Co-60 が残存した場合、10^6Bq 以下であればそのまま創閉鎖してもよいこととする。

第４章　原子力災害拠点病院・原子力災害派遣医療チームについて

Ａ）原子力災害拠点病院

当院は平成29年2月1日、原子力災害拠点病院に指定された。愛媛県内の他の原子力災害拠点病院（愛媛県立中央病院、愛媛大学医学部附属病院、松山赤十字病院）および県内の原子力災害医療協力機関と協力、また高度被ばく医療支援センターかつ原子力災害医療・総合支援センターである広島大学緊急被ばく医療推進センターの支援のもとに、愛媛県内をはじめとする原子力災害に対応して行くことになった。原子力規制庁が定める原子力災害拠点病院の施設要件（抜粋）は以下のようになっており、当院においても早急にこの要件を満たし、またこれを維持して行く必要がある。

本資料のデジタル資料は以下に（右に QR コード）
http://www.nsr.go.jp/data/000119566.pdf

原子力災害拠点病院は、災害拠点病院であることを原則とし、その他救命救急センター、二次救急医療機関、又は災害拠点病院に準ずる医療機関であると立地道府県等が認めた施設であるとともに、以下の施設要件を満たすものとする。

(ア) 診療体制等

① 診療機能

【救急医療の提供体制】

A) 汚染の有無にかかわらず、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤な傷病者に対し高度な診療を提供できる体制があること。

【被ばく医療の提供体制】

B) OIL4 超傷病者に対して、線量測定、除染処置を行う体制があること。

C) 被ばく傷病者又は被ばく患者（以下、「被ばく傷病者等」という。）に対して、線量測定、除染処置を行うとともに、被ばくに対して必要な集中治療等の診療を提供する体制があること。

【救急医療と被ばく医療の連携体制】

D) 救急医療と被ばく医療の両方の医療が必要な患者に対して、救急医療を提供する者（チーム）と被ばく医療を提供する者（チーム）とが連携して対応する体制があること。

② 他の原子力災害拠点病院等との医療連携

A) 原子力災害医療協力機関では対応できない被ばく傷病者等の受け入れを行うこと。

B) 被ばく傷病者等の状態に応じ、行政機関と連携して、原子力災害医療協力機関、他の原子力災害拠点病院、高度被ばく医療支援センター、又は原子力災害医療・総合支援センターに患者を搬送することが可能となる体制があること。

C) 他の立地道府県等立地道府県等内に設置されている原子力災害拠点病院等から派遣された原子力災害医療派遣チームの支援を受け入れる際の待機場所や対応の担当者を定めておく等の体制があること。

③医療従事者等

【施設管理者1】

A) 施設管理者は、原子力災害医療に関する基礎的な研修、若しくはこれら研修よりも高度・専門的な研修を受講していること。

【原子力災害に対する中核人材の配置】

B) 高度被ばく医療支援センターが開催する原子力災害医療に関する専門的な研修等を受　講した者を配置すること。

【原子力災害発生時における、専門的な知識及び技能を有する医師の配置】

C) 原子力災害時において、下記に示す医師が配置されていること。

・当該施設で実施する救急医療又は災害医療について、専門的な知識及び技能を有する医師を１名以上。

・被ばく医療に対し、専門的な知識及び技能を有する医師を１名以上。

【原子力災害発生時における、専門的な知識及び技能を有する医師以外の者の配置】

D) 原子力災害時において、下記に示す医師以外の者が配置されていること。

・当該施設で実施する救急医療又は災害医療の看護について、専門的な知識及び技能を有す

る看護師を１名以上。

・放射線防護を行った上で、必要な看護ができる看護師を１名以上。

・線量評価について基礎的な知識を有し、線量評価の専門家の指示により、必要な検査やサンプル収集の技能を有する者を1 名以上。

・除染処置について、専門的な知識及び技能を有する者を１名以上。

(イ) 必要な施設及び設備等

① 施設等

以下の施設又は体制が整備されていること。

A) 除染を行うために必要な除染室。

B) 被ばく傷病者等に対して救急処置等を行う処置室。

C) OIL4 超傷病者、被ばく傷病者等に対して入院治療が行える病室。

D) 災害拠点病院以外の施設が指定される場合は、以下の施設又は体制等を有することが望ましい。

・耐震構造となっている診療機能を有する施設及び病院機能を維持するために必要な施設。

・自家発電機等及び３日分程度の燃料。

・適切な容量の受水槽、停電時にも使用可能な井戸設備、優先的な給水協定の締結等による災害時の診療に必要な水。

・病院敷地内のヘリコプターの離着陸場又は病院近接地において非常時に使用可能な離着陸場。

② 設備、備品等

救急医療、災害医療に必要な設備、備品に加え、以下の設備、備品が整備されていること。

A) 医療従事者等が放射線防護を行うために必要な資機材（個人線量計を含む）。

B) 処置等を行っている場所の線量評価のために必要な放射線測定器。

C) 外部被ばくの線量評価を行うために必要な放射線測定器。

D) 内部被ばくの線量評価を行うために必要な放射線測定器。

E) 被ばくの診療に必要な設備及び医薬品（安定ヨウ素剤等）。

F) 除染するために必要な資機材。

G) 汚染した衣服や資機材、洗浄水等を一時的に保管できる設備。

H) 災害時に利用できる衛星電話、衛星回線インターネットが利用できる環境及び複数の通信手段。

(ウ) 教育研修・訓練の実施、関係機関への支援体制等

① 教育研修

A) 原則として、自施設の全職員（医師、看護師、事務職員等）に対する教育研修を定期的に開催すること。

B) 管轄内の原子力災害医療協力機関の職員等、自施設以外の関係者に対する研修を定期的に開催すること。

② 訓練

A) 原子力災害に関係する職員に対し、定期的に訓練を行うこと。

B) 立地道府県等が実施する訓練に参加すること。

C) 立地道府県等が国と協同して行う総合防災訓練に参加することが望ましい。

③ 地域連携ネットワークの構築

A) 立地道府県等と協力し、原子力災害医療協力機関等との地域連携ネットワーク会議（仮称）を構築するとともに、同会議については、定期的に開催して連携を図る11こと。

④ 立地道府県等との連携

A) 立地道府県等が行う原子力災害対策に協力すること。

(エ) **「原子力災害医療派遣チーム」の配置等**

① 配置、資質等

A) 原子力災害が発生した立地道府県等内において救急医療等を行うチームを保有すること。

B) チームは４名以上で、医師、看護師及び放射線防護関係者（診療放射線技師、放射線管理要員等）から構成すること。

C) 災害医療の知識、技能に加えて、原子力災害医療に特有で最低限必要な、原子力災害、放射線防護の知識を有すること。また、放射線防護関係者は、放射線測定技術に関する技術を有すること。

Ｂ）原子力災害医療派遣チームについて

上記資料にあるように、原子力災害拠点病院として原子力災害医療派遣チームを保有する必要がある。当院は以下の8人で原子力災害医療派遣チームを登録している（*は災害派遣医療チーム（DMAT）と兼任）。

医師　　平塚義康、越智元郎*、的場勝弘*

看護師　石見久美、川口久美*、池田貴光*、山本尚美*

診療放射線技師　★_____

これらの職員には原子力災害時の活動に加え、非災害時においても定期的な研修、訓練が義務づけられており、病院全体のバックアップが必要である。

資料．原子力災害医療派遣チーム活動要領

原子力規制庁 放射線防護企画課、平成29年3月29日

http://www.nsr.go.jp/data/000183394.pdf

第５章　原子力災害時避難計画

参考　医療機関における「原子力災害時避難計画」作成ガイドライン
（平成 26 年 9 月、愛媛県保健福祉部
http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/sennyu/y912-guideline.pdf）

Ａ）総則

（目的）

第１条　この避難計画は、愛媛県地域防災計画（原子力災害対策編）第２編第８章に基づき、市立八幡浜総合病院における原子力災害対策について必要な事項を定め、もって伊方原子力発電所の原子力事故による災害から、入院患者等を安全かつ迅速に避難させることを目的とする。

（人命の安全確保及び被ばくの回避）

第２条　原子力災害対策は、入院患者等の人命の安全の確保を第一義として実施し、無用な被ばくを回避するための措置を講じるものとする。

（適用範囲）

第３条　この計画は、入院患者及び職員等に適用する。

（地域住民等との連携協力）

第４条　原子力災害対策の実施については、行政機関、近隣他施設、地域住民及び入院患者の家族等と十分連携協力して行うものとする。

Ｂ）原子力災害事前対策

（被ばく医療準備部会）

第５条　原子力災害対策業務の適切な実施を図り院長に報告するため、原子力災害対策

上の基本的な事項を審議する被ばく医療準備部会（以下「部会」という。）を救急・災害対策委員会に置く。

２　部会の委員長は放射線科責任医師とし、必要により救急・災害対策委員長が代行する。

３　部会に原子力災害対策の措置を実施する情報担当、教育担当、訓練担当、備蓄担当を置き、病院全体の災害対策本部や災害対策部会の該当する担当者と連携をする。委員長は部会委員の中から各担当者を定める。

（部会の開催）

第６条　委員会は、定例会と臨時会とし、定例会は毎月１回、臨時会については委員長が必要と認めるときに開催する。

（部会の審議事項）

第７条　部会は、次の各号について審議検討する。

（１）　原子力災害時避難計画の作成、検証及び改定に関すること。

（２）　応急対策組織の編成及び活動に関すること。

（３）　原子力災害時緊急連絡網及び職員招集・参集に関すること。

（４）　避難先、避難経路、避難手段及び避難方法に関すること。

（５）　防災教育及び避難訓練に関すること。

（６）　入院患者情報に関すること。

（７）　食糧、飲料水、医薬品等の備蓄、入院患者移送資機材等の確保に関すること。

（８）　複合災害への対処に関すること。

（９）　その他原子力災害対策について必要な事項に関すること。

（緊急連絡体制及び入院患者情報の整理）

第８条　情報担当者は、市の協力を得て、原子力災害に備え、緊急時における情報伝達

の手段及び方法を確立し、伝達事項を確認するほか、原子力災害時緊急連絡網及び職員招集・参集方法を整備するものとする。

２　情報担当者は、緊急時における入院患者の家族等への連絡方法を確認するほか、入院患者個々の心身の状態等を記載した別紙「入院患者情報一覧」を作成するものとする。

（原子力災害防災教育）

第９条　教育担当者は、市の協力を得て、原子力災害時において適切な行動がとれるようにするため、原子力災害についての入院患者及び職員の理解と関心を高める原子力災害防災教育を行う。

２　原子力災害防災教育は、次の各号について行うものとする。

（１）　原子力災害に関する基礎的知識

（２）　避難計画の周知徹底

（３）　原子力災害時に入院患者及び職員が具体的にとるべき行動に関する知識

（４）　避難先、避難経路、避難手段、避難方法その他避難対策に関する知識

（５）　非常持出品の準備等防災対策に関する知識

（６）　避難生活に関する知識

（７）　その他原子力災害防災対策について必要な事項

（原子力災害避難訓練）

第10条　訓練担当者は、市の協力を得て、原子力災害時における避難等の防護措置の円滑な遂行を図るため、原子力災害避難訓練を企画するものとする。

２　原子力災害避難訓練は、定期的に実施するものとし、入院患者及び職員が参加して、情報の伝達、避難誘導を連携して行うものとする。なお、必要に応じて、地域の自主防災組織の参加、消防機関等の指導を要請するものとする。

３　原子力災害避難訓練実施後は、部会において、その実施効果等の検証を行うものと

する。

（備蓄及び点検）

第11条　備蓄担当者は、食糧、飲料水、医薬品等の備蓄、入院患者の移送に必要な資機材の確保、非常用自家発電機等の整備を行うとともに、これらの点検を定期的に行うものとする。

２　備蓄担当者は、施設での避難活動に支障とならないよう、施設の安全確認、危険物等の安全点検及び消防用設備の作動確認等を定期的に行うものとする。

３　備蓄する生活物資の種類及び数量は、別紙「備蓄品・非常持出品リスト」のとおりとする。

（避難先、避難経路、避難手段及び避難方法）

第12条　委員長は、市等関係機関と連携して、原子力災害時において入院患者及び職員を集団的に避難させる場合に備え、あらかじめ避難経路、避難手段及び避難方法を定めるものとする。

２　避難先については、愛媛県災害医療対策部が、各圏域内の医療機関の被災状況を踏まえたうえで、愛媛県緊急被ばく医療アドバイザー及び愛媛県災害医療コーディネータの助言を受け、圏域ごとの受入可能数を基に、避難先病院等との調整を行う。

３　避難手段については、自ら確保できる避難手段のほかは、愛媛県災害対策本部が、国、関係機関の協力を得て確保する。

４　前項で定めた内容は、施設内に掲示するなど適当な方法により入院患者及び職員に周知するものとする。

５　避難手段及び避難方法は、入院患者情報一覧にも記載するものとする。

Ｃ）原子力災害応急対策

（災害対応組織）

第13条　原子力災害時の安全かつ迅速な避難を図るため、原子力災害応急対策を遂行する災害対応組織を置く。

２　災害対応組織は一般の災害対策本部に放射線科責任医師を加えた構成とする。

３　災害対応組織が原子力災害時に行う具体的な行動手順は別紙のとおりとする。

（本部長及び副本部長の職務）

第14条　本部長は、原子力災害応急対策の実施全般についての一切の指揮を行うものとする。

２　副本部長は、本部長を補佐し、避難状況を取りまとめ、本部長に事故があるときは、副本部長がその職務を行う。

（情報の伝達及び応援要請）

第15条　原子力事故等に関する情報を収集した者は、速やかに情報班に報告しなければならない。

２　情報班責任者または事務部門責任者は、原子力事故等の情報を収集した場合は、直ちに本部長に報告するとともに、緊急連絡先一覧をもとに、八幡浜市災害対策本部等と連絡を取り、正確な情報の収集と避難誘導等の応援要請を行う。

３　事務部門責任者は、本部長の指示のもとに、原子力災害時緊急連絡網により、非番職員に本部長の指示等を連絡する。

（施設の安全確認）

第16条　事務部門責任者は原子力事故等が発生した場合、管理係などに指示し、施設及び危険物の安全確認、消防用設備の配備を行うとともに、屋内退避及び避難に備えた措置を講じる。

（応急物資の確保）

第17条　資材調達班責任者は原子力事故等が発生した場合、管理係などに指示し、食糧、飲料水、医薬品等、入院患者移送資機材、原子力防災資機材及び非常用自家発電機を確保する。

Ｄ）屋内退避及び避難

（屋内退避）

第18条　本部長は、八幡浜市災害対策本部から屋内退避指示があった場合は、その指示に基づいて、各班を指揮し、適切な屋内退避措置を講じる。この場合、院長（勤務時間外は日・当直医）の指示により速やかに災害対策本部（または暫定災害対策本部）を設置し、必要な対応について協議し実施する。この場合、原則として「災害モード」での対応に切り替えることとする。なお、「屋内避難」指示の段階では、院外からの救急患者の受け入れは救急車搬送患者を除いては停止する。

２　各班は、あらかじめ定めた行動手順をもとに活動するものとする。

３　入院患者は、職員の指示に従うものとする。

参考１：表．屋内退避時の注意点―院内配布資料の文例

屋内退避時の対応

（平成　年　月　日　時　分、各部署へ配布・FAX送信）

平成　年　月　日（　）、伊方原子力発電所の事故に伴い、国より八幡浜市に屋内退避指示が出ています。これに伴い、各部署においては以下のような配慮を御願いします。

◆院長　~~上村重喜~~

１．小児など放射線に対する感受性の高い患者で退院困難な者や重篤な患者は手術室の一部などにHEPAフィルターを備えた待機室を設け収容するので、該当者があれば原子力災害対策害対策本部まで連絡すること。

２．屋内へ外気が入ってくるのを防ぐため、全てのドア・窓・カーテンを閉め、窓には目張りをすること。

３．空調設備、換気装置を止めること。

４．食品にはフタやラップをして、冷蔵庫で保管すること。また、飲料水は密閉できる器に入れること。

５．患者のベッドや職員の作業場所をできるだけ窓際から離し、各部屋の中央に移動させること。

６．外から入ってきた者は、顔や手をよく洗い、場合によってはシャワーを浴びること。

７．外で着ていた服はビニール袋に入れて、しっかりと口を閉じること。

以上

参考２　放射性物質による汚染状況の調査（生活空間の空間線量率の評価）

（ア）　　評価法

病院周囲の汚染状況の調査を行うにあたっては、空間線量率を指標として用いる。

単位　μSv/h

nGy/h

cpm（ シーピーエム counts per minute カウント毎分）

参考

大まかに1Sv＝1Gy

Bq/cm2 ＝cpm÷60÷機器効率÷線源効率÷有効検出器窓面積

２．測定法

①使用機器―シンチレーション式サーベイメータ（シンチレータ）

（使用できない場合はGM管を使用）

※ 現在は放射線管理室（RI室前）にて保管中

TCS-○○○○、γ線サーベイ（シンチ）と書かれたアルミケース

②測定者―基本的には診療放射線技師がシンチレーション式サーベイメータを用いて測定を行うが、不在の場合は、医師、看護師、事務職が行う事とする。

③計測地点―　1.救急外来外（ドアより2m）　2.救急外来内（ドアより2m）

3.正面入り口外（ドアより2m）　4.正面入り口内（ドアより2m）

5.放射線科受付前　　の5か所

原則として地表から1mの高さを計測（GM管は1cm）

④測定頻度―OIL2以降で6時間ごとに測定を行う。

３．測定手順

イ）シンチレーション式サーベイメータ（シンチレータ）

1.シンチレーション式サーベイメータ（プローブ、本体、コード）を汚染しないようにビニールで養生する

2.屋外での測定のため防護衣、個人線量計を装備する

3.計測地点にて測定を行う（窪みや溝、建物、機械の近くは避ける）

4.プローブ（検出部）は地表面に平行にし（高さ1m）、体からなるべく離す

5.時定数の3倍以上の時間が経過してから測定する（時定数を設定できる場合）

6.指示値が安定するのを待って測定値（平均値）を読み取る

7.記録、報告

ロ）GM管

1. シンチレーション式サーベイメータ（プローブ、本体、コード）を汚染しないようにビニールで養生する
2. 屋外での測定のため防護衣、個人線量計を装備する
3. 計測地点にて測定を行う（窪みや溝、建物、機械の近くは避ける）
4. プローブ（検出部）は窓面を測定対象面（地面）に向け（高さ1cm）、体からなるべ　く離す
5. 時定数の3倍以上の時間が経過してから測定する（時定数を設定できる場合）
6. 指示値が安定するのを待って測定値（平均値）を読み取る
7. 記録、報告

ハ）モニタリングポストを用いた評価

インターネットが使用できる場合、県や四国電力株式会社により、原子力発電所、周辺市町村に設置されたモニタリングポストのモニタ値、風向き等がHPにて公開されている（単位 nGy/h）。また、スマートフォンでは愛媛県原子力情報アプリが配信されている。

各モニタリングポストのうち、基本的に八幡浜（四電北浜）、保内（四電宮内）、水ヶ浦（四電中ノ浜）、伊方町（四電湊浦）、の4点および伊方原子力発電所を比較、確認に使用する。また、風向きによってはそれ以外のモニタリングポストの数値も参考とする。

参考ウェブ等

・愛媛県
http://www.ensc.jp/pc/main/pcbase.html
・四国電力
http://www.yonden.co.jp/energy/atom/ikata/page_04.html
・愛媛県原子力情報アプリ
AppStoreまたはGooglePlayを通じ「愛媛県　原子力」で検索、インストール

表．空間線量率記録票１（院内及び病院周辺）

月/日　時　分	救急外来 外	救急外来 内	正面入り口 外	正面入り口 内	放射線科 受付前
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					
/　　:					

表．空間線量率記録票２（モニタリングポスト用）

月/日　時　分	四電北浜	四電宮内	四電中ノ浜	四電湊浦	伊方原発
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					
/　:					

註）記録時刻は24時間制、空間線量率の単位は単位　μSv/h

（避難準備）

第19条　避難誘導班は、原子力事故等が発生した場合は、本部長の指示に従い、入院患者に現在の状況を伝達し、入院患者の安全確認を行うとともに、不必要な不安及び動揺を与えないようにするものとする。

２　本部長は、八幡浜市災害対策本部から避難準備に関する情報を収集した場合は、避難誘導班を指示し、入院患者の避難準備をさせるものとする。なお、入院患者のうち、早期退院が可能な患者については、退院を勧奨し、退院にあたっては、あらかじめ定めた方法により家族等への引き継ぎを行うものとする。

３　本部長は、八幡浜市災害対策本部に対し、入院患者等の人数、避難に必要な車両や資機材の調達及び支援者の派遣など、避難に関する情報提供を行うものとする。

（避難）

第20条　本部長は、八幡浜市災害対策本部から避難指示があった場合は、その指示に基づいて、各班を指揮し、入院患者及び職員等を避難させるものとする。なお、避難手段等の確保に時間を要する、避難することにより入院患者等の心身の状態が悪化するおそれがある等の場合には、屋内退避を検討する。なお、「避難」指示が出た場合には救急患者の受け入れをすべて停止し、院外被ばく患者への除染処置などの対応も停止する。

２　搬送が困難な患者については、症状が安定するまで、気密性の高い部屋に退避させるものとする。

３　搬送する入院患者は、避難先及び適切な避難手段が確保された者から、順次、避難を開始するものとする。

４　入院患者は、職員の指示に従うものとする。

５　連絡調整班は、避難先病院に出発予定時刻、到着予定時刻等を連絡するものとする。

６　連絡調整班は、入院患者の家族に避難先、出発予定時刻、到着予定時刻等を連絡するものとする。

７　搬送班は、避難車両に同乗して避難中の入院患者のケアを行うものとする。

８　搬送班は、避難先に到着後、本部長に連絡するものとする。

９　資材調達班は、避難先で使用する物資、資機材等を搬送するものとする。

10　本部長は、入院患者を避難させた場合には、八幡浜市災害対策本部に報告するものとする。

【役割分担表】

班	業務内容	担当者
本部長	・総括責任（原子力災害応急対策全般の指揮、各班への指示）	責任者：院長 代理者①：◆経営管理者・副院長 代理者②：診療部長
副本部長	・本部長補佐 ・被害、避難状況の取りまとめ	責任者：副院長 代理者①：診療部長 代理者②：救急部長
情報班	・災害情報の収集 ・市町、関係機関との連絡調整、支援要請 ・職員への連絡　・入院患者の家族等への連絡	以下、第 2 部 災害発生時アクションカードを参照
管理係	・施設、設備の被害状況確認、安全確認 ・ドア、窓を閉め、換気扇を止める　・火の元の確認	同上
資材調達班	・備蓄食糧、資機材の点検 ・持出品の確認	同上
避難誘導班	・入院患者への状況説明 ・入院患者の安全確認、状況把握 ・入院患者の避難準備、退避、避難誘導 ・入院患者の家族等への引渡し	各病棟の病棟医長および看護師長

参考３　避難計画の作成

「屋内退避」の指示が出た場合には「避難指示」発出と避難の実施に備え、搬送区分ごとに患者とスタッフの組み合わせからなる「避難班」を組む。その名称と基本となる人数は以下の通り。なお、乗り物などへの移動・搬送の要員は別に確保する。また、退院（自力避難）を希望する患者については、担当医（不在時は病棟医長など）がその可否を判断する。

・独歩―患者 10～20 人、看護師 １人　名称例：５東病棟独歩第１班（男*）

・護送―患者 5～10 人、看護師 １人　名称例：４西病棟護送第２班（女）

・担送―患者 1～2 人、看護師 １人　名称例：４東病棟担送第１班（混）

・重症―患者 １人、看護師 １人（＋最小限の付き添い家族）

名称例：３階病棟重症第３班（男）

＊註 1）括弧内には患者群の性別を「男」、「女」、「混」（両性混合の意）で表す。

＊註 2）災害派遣医療チーム（DMAT）などの搬送支援を受ける場合には、看護師当たりの患者数を適宜増やすことができる。

また、病棟単位のみならず、「小児」班、「透析」班、「在宅酸素療法」班のように、搬送区分以外の患者の特性によって避難班を組むこともできる（在宅患者については事前に作成したリストに基づいて招集する）。家族については、小児（15 歳以下）ならびに重症患者に限って、最小限の付添・同行を許可する。

大型バスやマイクロバスには複数の班を収容し、各車内に、医師（必要に応じて）、事務職員、看護助手などを配置する。「担送」および「重症」患者では小規模な移送手段（介護タクシーなど）を選び、それぞれの車内に医師、事務職などを配置する。事務局長は救急部長、診療部長や看護部長の助言のもとに、行政などが準備した搬送手段に合わせて搬送班の割り振りを決定し、病棟などに通知する。

参考４：表 1-1．患者リスト（各部署および災害対策本部間の連絡用）

表 1-2．患者リスト（搬送担当者用）

表２．要転送患者等の人数（災害対策本部用）

表 3-1．入院患者様　連絡先等確認用紙

表 3-2．外来患者様　被ばく避難に関するご意志等確認用紙

参考５　避難患者などへの対応・処置

各班で予定される避難開始時刻が迫ったら、患者の病状の把握と安定化に努め、持ち出し用の医療情報、薬剤、機材などを確認する。出発前には再度、患者氏名などを確認し、本部に出発の連絡をする。

各車両の責任者（班長または副班長）は搬送中の患者の状況、道路状況などについて、1～2 時間ごとに災害対策本部へ連絡をする。病状の変化などで緊急の対処が必要となった場合は、転送先医療機関や消防本部にも連絡をして、救急車などで別途搬送することも考慮する。

患者および職員の外部被ばくのスクリーニングは県などの指導・協力のもとに実施する。

転送先施設に到着したら転院先担当者に引き継ぎをし、また当院災害対策本部にも連絡をする。必要により一部の職員を残して、当院へ帰院し、次の転送などの業務に当たる。

参考６　受入れ先医療機関について

愛媛県保健福祉部社会福祉医療局医療対策課から具体的な指導がない段階では、愛媛大学医学部附属病院を転院先とする。このことについては平成 27 年 12 月の段階で内諾をいただいている（連絡先は愛媛大学医学部附属病院救急部）。これに合わせ、随行職員の宿泊先や当院の暫定事務局を東温市の宿泊施設などに置くものとする。

表　原子力災害時の勤務に関する職員のグル―プ分け

名称	担当職員	業務
A）**転院先準備**	40 歳未満の　／ 男女職員　／++ ｜++++	勤務先または自宅などから転送先と想定される医療機関の所在地へ移動し、（避難先）暫定病院事務局の立ち上げ、受け入れ先との協議・調整、職員の宿泊先確保などに当たる。
B）**避難随行** ・避難第1班 ・同　第2班 ・同　第3班 ・・・・ ・同　最終班	｜++++ ｜+++++ ／++++++ ／40 歳以上+ ／+男女職員+ ／+++管理職++++	順次、転送される患者に付き添い、搬送業務、移動中の患者モニター、医療継続ならびに災害対策本部への連絡業務などに当たる。
C）**病院撤収・臨時本部**	管理係職員+++++ 管理職+++++++++	最終避難班出発後、病院を撤収し主要転送先医療機関の所在地などへ移動し、（避難先）暫定病院事務局として職員・患者の情報把握、調整に当たる。

参考７　勤務中の被ばく監視体制

「屋内退避」または「避難」の指示が出た後には、災害対策本部は勤務する職員の全員が個人線量計を装着できるよう、機器の入手と配布に努める。不足が生じた場合には１台の個人線量計で複数の職員の監視を行い、後記の線量限度に近づいた場合には共用している職員全員について勤務を中止することとする。

各人の被ばく線量を１日に１～２回（勤務開始時、状況により終了時にも）測定し、所属上司を通じて災害対策本部に届ける（表４、５）。なお、放射線業務従事者の線量限度は 50mSv/年（女性は 5mSv/3 ケ月（註））であり、この線量を超える恐れがあれば勤務を中止する。

（註）女子においても、妊娠不能と診断された者および妊娠の意志のないむねを所属長などに書面（表 6-1）で申し出た者は男性と同じ線量限度となる（医療法施行規則 30 の 27）。

参考８　被ばく線量限度と人体への影響

原子力災害時において、一般職員は最も高い場合でも累積線量が 100mSv を超さない

ように勤務を中止し避難するが、この線量の人体への影響については以下のように考えられている。100mSv 被ばくによる影響として、癌による死亡率が日本人で約 30%であるのが、30.5%程度に上昇すると言われている。出生前被ばくによる流産、児の奇形・精神発達遅滞などについてはこの線量では起こらないとされている。ただし、100mSv 未満の低線量被ばくによる癌発生や出生前被ばくによる影響などに関しても、線量に応じた確率的影響があり得るとの考え方はあるが、現在まだ結論が出ていない。少なくとも、低線量であっても無駄な被ばくを避けるべきというのが現時点での一致点である。

参考 9　避難終了後の職員と避難先事務局の対応

各職員は自らの避難が終了した段階で、連絡先（携帯電話番号など）を避難先における臨時事務局または市立八幡浜総合病院内事務局（災害対策本部）へ伝え、その指示に従う。病院事務局（災害対策本部）は最終的に汚染地域外のいずれかの施設等に完全に移転することになり、臨時事務局から職員への連絡は職員が届け出た連絡先への電話、電子メール一斉通報、市立八幡浜総合病院ホームページへの掲示などを併用して行う。

参考 10　入院患者等および職員の安定ヨウ素剤服用について

県災害対策本部長が住民等及び防災業務従事者に対して安定ヨウ素剤（以下、ヨウ素材）を服用させることを決定し、広報または通知した場合、八幡浜市災害対策本部長からヨウ素剤の配布を受け（平成 28 年度以降、院内にヨウ素剤を備蓄している）、禁忌要件に該当しない★＜追加：40 歳未満の＞患者および職員に対しヨウ素剤を服用させる。40 歳以上でも副作用などの問題がなく、ヨウ素剤を確保できる場合には、薬剤を提供し服用させる＞（参考：安定ヨウ素剤服用に関する調査票―患者用、職員用）。なお、緊急時には当院責任医師（災害対策部長など）の判断で八幡浜市にヨウ素剤の提供を求め患者および職員に服用させることができる。ヨウ素剤服用手順の詳細については愛媛県の地域防災計画を参照のこと。

https://www.pref.ehime.jp/h15550/keikaku/documents/03genshiryokuktaisaku.pdf

参考 11　八幡浜地区施設事務組合消防本部職員の安定ヨウ素剤服用に関する支援について

伊方原子力発電所の過酷事故のために国または愛媛県が、八幡浜地区施設事務組合消防本部（以下、「八幡浜消防」という。）が管轄する地域の住民を対象として安定ヨウ素剤の服用指示を発出した場合に、八幡浜消防は市立八幡浜総合病院の支援のもとに所属職員へのヨウ素剤配布、服用ならびに服用に伴って必要となる医学的対応を実施することとなった（平成 28 年 6 月 1 日以降)。その手順は以下の通り。

八幡浜地区施設事務組合消防本部職員の安定ヨウ素剤服用に関する市立八幡浜総合病院の支援について

1．八幡浜消防は原子力災害時の職員のヨウ素剤服用に備えて以下の準備をする。

イ）　指導救急救命士および救急係長を原子力災害時のヨウ素剤服用に関する連絡担当者（以下、「連絡担当者」という。）とする。

ロ）　連絡担当者は１ないし２年に１回、所属職員の原子力災害時におけるヨウ素剤の服用希望、ヨウ素剤服用に関する禁忌または慎重投与項目に該当するかどうかなどを調査し、記録する（必要により、当院の安定ヨウ素剤服用に関する調査票（職員用）を使用)。

ハ）　ヨウ素剤服用禁忌と考えられる職員に関しては上司が情報を把握し、原子力災害時の勤務に関して配慮をする。

ニ）　ヨウ素剤に関して慎重投与事項に該当する職員に対しては服用後に予想される症状などについて、連絡担当者が説明をする。

ホ）連絡担当者は原子力災害時に希望する職員に服用させるためにヨウ素剤入手先を把握し、必要により八幡浜消防署内などにヨウ素剤を適正に保管する。

2．八幡浜消防の職員が原子力災害時にヨウ素剤を服用し、何らかの体調不良を生じた場合、上司または連絡担当者に報告し、必要により市立八幡浜総合病院（以下、「病院」という）を受診する。病院の救急担当者は該当職員を診察し必要な治療等を行うとともに、以降の勤務に関して助言をする。

安定ヨウ素剤服用に関する記録票（患者用）

氏名： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**記入日：** 平成　年　月　日

生年月日：（昭和・平成）＿＿年＿＿月＿＿日（＿＿歳）　**性別：** □ 男　□ 女

病棟： □3Ｆ　□4 東　□4 西　□5 東　□外来（　　）　□その他（　　）

Ａ．ヨウ素剤服用の希望： □あり、□なし――――なしの場合、これ以下のご回答は不要です――――

Ｂ．ヨードアレルギー及び関連する病歴について

＊	**【服用不適項目】　該当する場合、原則としてヨウ素剤服用の対象とはなりません。**		
1	今までに安定ヨウ素剤成分、または、ヨウ素に対し過敏症といわれたことがありますか。またはポピドンヨード液（うがい液に含まれる）およびルゴール液使用後、蕁麻疹や呼吸困難、血圧低下などのアレルギー反応を経験したことがありますか	はい	いいえ
＊	**【慎重投与項目】　該当項目が一つでもあれば医師、薬剤師に相談する必要があります。**		
1	今までにヨード造影剤過敏症（造影剤アレルギー）と言われたことがありますか	はい	いいえ
2	今までに甲状腺の病気（甲状腺機能亢進症、機能低下症）があると言われましたか	はい	いいえ
3	今までに腎臓の病気や腎機能に障害があると言われたことがありますか	はい	いいえ
4	今までに先天性筋強直症と言われたことがありますか	はい	いいえ
5	今までに高カリウム血症と言われたことがありますか	はい	いいえ
6	今までに低補体血症性蕁麻疹様血管炎と言われたことがありますか	はい	いいえ
7	今までに肺結核（カリエス、肋膜炎なども含む）と言われたことがありますか	はい	いいえ
8	今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われたことがありますか	はい	いいえ
9	現在以下の薬をお使いですか―「はい」の方は該当する薬剤にチェック □カリウム含有製剤：例）スローケー、アスパラカリウム、グルコン酸Ｋ □リチウム製剤：例）リーマス □甲状腺関連薬：例）チラージンＳ、チラージン末、チロナミン、プロパジール、メルカゾール □カリウム貯留性利尿薬：例）アルダクトンＡ、セララ、トリテレン □ACE 阻害薬：例）レニベース、セタプリル、タナトリル、コバシル、アデカット □アンジオテンシンⅡ阻害薬：例）オルメテック、ニューロタン、ブロプレス、ミカルデュィス □降圧剤（配合剤薬）：例）プレミネント、ミコンビ、レザルタス、エカード、ユニシア	はい	いいえ
＊	**【妊娠と授乳】新生児の甲状腺検査や人工乳への切り替えが必要となる場合があります**		
1	現在妊娠中ですか	はい	いいえ
2	現在授乳中ですか	はい	いいえ

――――以下は被ばく医療担当者が記載します――――（記載者名：　　）

Ｃ．ヨウ素剤配布　□はい　□いいえ

Ｄ．ヨウ素剤を服用　□はい　服用時刻（　　時　　分）　□いいえ

＊　服用量　安定ヨウ素剤　□1 丸　□２丸　□水溶液（　　ｍｌ）

Ｅ．副作用の有無　［症状と実施した処置など］

服用 15 分後　□なし　□あり：

服用 60 分後　□なし　□あり：

服用　　分後　□なし　□あり：

原子力災害時の安定ヨウ素剤服用に関する調査票（職員用）

記入日：　平成＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　部署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：（昭和・平成）＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日（＿＿＿歳）　　性別：　□ 男　　□ 女

A. 伊方町からのヨウ素剤配布について：　□ 伊方町民ではない

□ 伊方町民であり、ヨウ素剤の配布を受けている　　□ 伊方町民だが、ヨウ素剤の配布を受けていない

B. ヨウ素剤服用の希望（原子力災害時）：　□あり　　□なし

C. ヨードアレルギーおよび関連する病歴等について

＊	【服用不適項目】　該当する場合、原則としてヨウ素剤服用の対象とはなりません。		
1	今までに安定ヨウ素剤成分、または、ヨウ素に対し過敏症といわれたことがありますか。またはポピドンヨード液（うがい液に含まれる）およびルゴール液使用後、蕁麻疹や呼吸困難、血圧低下などのアレルギー反応を経験したことがありますか	はい	いいえ
＊	【慎重投与項目】 該当項目が一つでもあれば医師、薬剤師に相談する必要があります。		
1	今までにヨード造影剤過敏症（造影剤アレルギー）と言われたことがありますか	はい	いいえ
2	今までに甲状腺の病気（甲状腺機能亢進症、機能低下症）があると言われましたか	はい	いいえ
3	今までに腎臓の病気や腎機能に障害があると言われたことがありますか	はい	いいえ
4	今までに先天性筋強直症と言われたことがありますか	はい	いいえ
5	今までに高カリウム血症と言われたことがありますか	はい	いいえ
6	今までに低補体血症性蕁麻疹様血管炎と言われたことがありますか	はい	いいえ
7	今までに肺結核（カリエス、肋膜炎なども含む）と言われたことがありますか	はい	いいえ
8	今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われたことがありますか	はい	いいえ
9	現在以下の薬をお使いですか―「はい」の方は該当する薬剤にチェック □カリウム含有製剤：例）スローケー、アスパラカリウム、グルコン酸K □リチウム製剤：例）リーマス □甲状腺関連薬：例）チラージンS、チラージン末、チロナミン、プロパジール、メルカゾール □カリウム貯留性利尿薬：例）アルダクトンA、セララ、トリテレン □ACE阻害薬：例）レニベース、セタプリル、タナトリル、コバシル、アデカット □アンジオテンシンⅡ阻害薬：例）オルメテック、ニューロタン、ブロプレス、ミカルデウィス □降圧剤（配合剤薬）：例）プレミネント、ミコンビ、レザルタス、エカード、ユニシア	はい	いいえ
＊	【妊娠と授乳】新生児の甲状腺検査や人工乳への切り替えが必要となる場合があります		
1	現在妊娠中ですか	はい	いいえ
2	現在授乳中ですか	はい	いいえ

――――――以下は被ばく医療担当者が記載します――――――（記載者名：　　）

D．ヨウ素剤配布　　□はい　　□いいえ

E．ヨウ素剤を服用　　□はい　服用時刻（　　時　　分）　　□いいえ

＊　服用量　　安定ヨウ素剤　　□1丸　　□2丸　　□水溶液（　　ｍｌ）

F．副作用の有無　　［症状と実施した処置など］

服用15分後　　□なし　　□あり：

服用60分後　　□なし　　□あり：

表1-1. 患者リスト

部署名:　　記録日時:　月　日(　曜日)　時　分　p.(　)

＊年齢15歳以下には○印

番号	災害対策本部が記載し返送			各部署が記載し、災害対策本部へ送付												本部	備考(退院は△印)	
	搬送先	搬送手段番号	出発日時(予定)	班名(病棟/区分/性)	患者氏名	年齢	性	科	主医	病名	病室	搬送区分	付添家族	看護師	医師	事務・他	退院	(必要な処置など)
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

☐ この表のまとめ ☐ 部署全体のまとめ (該当する方にチェック)	患者数 (いずれも退院患者を除く)	診療科		独歩		付添数	職員数			備考:
							看護師	医師	事務他	
	男	科　人		護送						
	女	科　人		担送						
	合計	科　人		重症						

表1-2. 患者リスト（搬送担当者用）

記録日時:　月　日（　曜日）　時　分　p.（　）

＊年齢15歳以下には〇印

番号	災害対策本部が記載し返送			各部署が記載し、災害対策本部へ送付											本部	備考（退院は△印）	
	搬送先	搬送手段番号	出発日時（予定）	班名（病棟/区分/性）	患者氏名	年齢	性	科	主医	病名	病室	搬送区分	付添家族	看護師	医師	事務・他	退院	（必要な処置など）
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

☐ この表のまとめ ☐ 部署全体のまとめ （該当する方にチェック）	患者数　（いずれも退院患者を除く）		診療科	科　人	独歩		付添数	職員数			備考:
	男			科　人	護送			看護師	医師	事務他	
	女			科　人	担送						
	合計			科　人	重症						

表2. 要転送患者等の人数

市立八幡浜総合病院災害対策本部から八幡浜市、愛媛県等への報告用

記録日時:　月　日(　曜日)　時　分　p.(　　)

番号	部署名	入院患者数	退院患者数	転院患者数	独歩	護送	担送	重症*	要付添患者等	医師	看護師	事務職等	備考
1	3F 病棟												
2	4 東病棟												
3	4 西病棟												
4	5 東病棟												
5													
6	透析患者												
7													
8													
9													
10													
合計													

*註)「重症」患者は担送を要する患者のうち、人工呼吸や昇圧薬の持続静注を要するなど、状態が不安定なものをいう。

表 3-1. 入院患者様　連絡先等確認用紙

入院患者様、ご家族様

このたび愛媛県などの指示により、入院患者様に、当院から他市町の医療施設などへ避難していただくことが必要となりました（または、その可能性があります）。本調査では、皆様の避難とその後のご療養を円滑に行うために、連絡*先などについて*お聞き致します（今回お答えいただいた個人情報を他の目的で用いることはありません）。

他方、ご病状が許せば、一時退院されご家族とともに避難することも可能です。また、小児（15 歳以下）または特に重症度の高い患者様の場合、ご家族様（原則１名）に同行していただくことも可能です。一時退院、御家族様の付添・同行についてのご希望もお聞きします。

以上、ご協力宜しくお願いいたします。

◆市立八幡浜総合病院院長　~~上村重喜~~

以下、□印につきましては該当するものにチェック（レ）を入れて下さい。

１．**入院先病棟**（3階病棟、４東病棟、４西病棟、５東病棟

２．**患者様のお名前**　（　　）

患者様の携帯電話番号（　　）

３．**ご家族のお名前、電話番号**（つながりやすいものから、できれば複数記入下さい）

お名前①（　　）、患者様との続柄（　　）

電話番号（　　）

お名前②（　　）、患者様との続柄（　　）

電話番号（　　）

４．**一時退院についてのご希望**―該当する方にチェック（レ）を入れてください

□あり―担当医の許可があれば退院したい

（退院後、避難に同行されるご家族名　　）　□なし

５．患者様へのご家族同行のご希望―該当する方にチェック（レ）を入れてください。

□あり（同行されるご家族名　　）　□なし

表 3-2. 外来患者様　被ばく避難に関するご意志等確認用紙

外来患者様、ご家族様

このたび愛媛県などの指示により、当院入院患者様に他市町の医療施設などへ避難していただくことが必要となりました（または、その可能性があります)。これに加えて、透析患者様を含む外来患者様のうちで、避難後も濃厚な治療を受ける必要のある患者様につきましては、当院の入院患者様とともに避難されることをお勧めすることになりました。この場合、患者様は当院職員による医療監視下に避難していただきますが、皆様がそれぞれ自力で避難されるより早期に避難できるとは限りません。また患者様に同行いただけるご家族は小児（15 歳未満）または特に重症度の高い患者様に限り、お１人までとさせていただきます。

本調査では、該当する患者様のうちで、当院入院患者様とともに避難されるご意志の有無をお聞きします。また、自力避難か医療避難かとは別に、患者様個々人とご家族の連絡先（携帯電話番号など）をお聞きし、今後病院からの連絡を取らせていただく際の連絡先とさせていただきます（今回の個人情報を他の目的で用いることはありません)。

以上、ご協力宜しくお願いいたします。　　◆市立八幡浜総合病院院長　~~上村重喜~~

以下、□印につきましては該当するものにチェック（レ）を入れて下さい。

１．**受診診療科など**（□救急外来、□透析室、□　　科）

２．**患者様のお名前**　（　　）

患者様の携帯電話番号（　　）

３．**ご家族様のお名前、電話番号**(つながりやすいものから、できれば複数お書き下さい)

お名前①（　　)、患者様との続柄（　　）

電話番号（　　）

４．**当院入院患者様とともに避難されることについて**

□入院患者とともに避難希望（□家族同行希望あり　同行家族名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)

□家族同行希望なし

□入院患者とともに避難はしない

表4. 累積線量記録（個人用）　報告日時:　月　日(　曜日)　時　分　p.(　)

部署名:　職員名:

使用機器名(番号):

月	日	曜日	時刻 (24時制)	線量 (累積)	備考 (勤務等)	時刻 (24時制)	線量 (累積)	備考 (勤務等)

表5. 累積線量記録（各部署用）　　報告日時:　月　日(　　曜日)　時　分　p.(　　)

部署名:

番号	氏名	性	測定月日	曜日	時刻（24時制）	累積線量	測定機器（番号）	備考（職種・勤務等）
1		男・女	／		:			
2		男・女	／		:			
3		男・女	／		:			
4		男・女	／		:			
5		男・女	／		:			
6		男・女	／		:			
7		男・女	／		:			
8		男・女	／		:			
9		男・女	／		:			
10		男・女	／		:			
11		男・女	／		:			
12		男・女	／		:			
13		男・女	／		:			
14		男・女	／		:			
15		男・女	／		:			
16		男・女	／		:			
17		男・女	／		:			
18		男・女	／		:			
19		男・女	／		:			
20		男・女	／		:			
21		男・女	／		:			
22		男・女	／		:			
23		男・女	／		:			
24		男・女	／		:			
25		男・女	／		:			

表 6-1．放射線災害時の勤務に関する届け

院長　◆~~上村重喜~~　殿

私は医療法施行規則 30 の 27 で定める線量限度の範囲で、放射線障害を防止するための緊急を要する作業を行うことができますので、お届けします。

平成　　年　　月　　日

所属　　氏名

註）妊娠不能と診断された者および妊娠の意志のないむねを所属長などに書面で申し出た者は男性と同様、実効線量限度 100mSv で緊急を要する作業に従事することができる（医療法施行規則 30 の 27）。

表 6-2．放射線災害時の勤務に関する届け（撤回用）

院長　◆~~上村重喜~~　殿

先に提出しました、放射線災害時の勤務に関する届けを撤回します

平成　　年　　月　　日

所属　　氏名

上記届け出文書（表 6-1、6-2）は個人情報管理に十分に配慮し、庶務係（人事担当者）が保管する。

提出用書式（右に QR コード）－準備中

http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/bunsho.pdf

緊急ひばく医療アクションカード（目次）

□緊急被ばく医療　医師など

・管理部門全体

・病院統括者（◆~~病~~院長）―総括責任者および医療全般の責任者

・病院統括補佐（全般）―院長補佐（◆経営管理者、副院長、事務局長、看護部長など）

・統括医師（チームリーダー）

処置現場の統括者（管理区域内での処置）

・処置担当医師

□緊急被ばく医療　看護師

□緊急被ばく医療　診療放射線技師

□緊急被ばく医療　事務職

□患者に関する医学的情報を知る

□除染時の服装

□処置室の資機材・医薬品の準備

□脱衣

緊急ひばく医療アクションカード

管理部門全体

医師：病院長（病院統括者）、副院長。看護部門：看護部長、事務部門：事務局長（各役職が不在時は診療部長、外来師長、事務局次長等が代理する）

目標

適切な被ばく医療が行える環境を院内に確保する。

責任と行動

①治療・看護とその支援組織（院内対策本部）の立ち上げ
（病院長、看護部長、事務局長）

②治療・看護とその支援業務に関する職員配置、役職任命などの調整と統制
（病院長、看護部長、事務局長）

③情報収集、分析、方針の決定
（病院長、副院長、看護部長、事務局長）

④外部支援機関との連携
（事務局長、院長、副院長）

⑤院内の汚染、被ばく情報の広報－放射線障害についての正確で不安を招かない適切な情報を院内外に提供し、風評の発生を抑える－
（院長、副院長、事務局長）

⑥治療関係者の保護－二次被ばく防止とメンタルヘルスケア－
（副院長、看護部長、事務局長）

→ 病院統括者、病院統括補佐アクションカードへ

緊急ひばく医療アクションカード

病院統括者（院長）

総括責任者および医療全般の責任者

責任

①緊急被曝医療業務全体の統括

②適宜かつ適切な被曝医療実施状況についての広報内容の決定

③マスコミ記者会見場への出席者の決定と説明

④院内の安全確認の決定根拠の確認と宣言発表の決定

行動

□連絡を受けた後、院内対策本部を立ち上げる

□治療・看護とその支援業務に関する職員配置、役職任命などの調整と統制

□情報収集、分析、方針の決定

□外部支援機関との連携

□院内の汚染、被ばく情報の広報－放射線障害についての正確で不安を招かない適切な情報を院内外に提供し、風評の発生を抑える－

□統括医師からの連絡を受け、状況の終了を判断する

優先事項

①緊急被曝医療業務の統制

②職員の二次被曝防止

③患者、患者家族、職員等のメンタルヘルスケア

④マスコミへの統制と対応

病院統括補佐（全般）

院長補佐（副院長、事務局長、看護部長など）

責任

①医師、診療放射線技師、臨床検査技師等の診療支援体制の立ち上げ

②医師、診療放射線技師、臨床検査技師等の業務調整と統制

③治療情報収集、分析、方針の検討と決定

④外部の病院、保健所との連携

⑤医師、診療放射線技師の被ばく状況の評価

⑥医師、診療放射線技師、臨床検査技師等に対するメンタルヘルス評価の実施と要注意者に対する対応指示

⑦上記①～⑥の病院統括者への報告

行動

□治療・看護とその支援組織（院内対策本部）の立ち上げ

□治療・看護とその支援業務に関する職員配置、役職任命などの調整と統制

□情報収集、分析、方針の決定　　□外部支援機関との連携

□院内の汚染、被ばく情報の広報：放射線障害についての正確で不安を招かない適切な情報を院内外に提供し、風評の発生を抑える

□治療関係者の保護：二次被ばく防止とメンタルヘルスケア

優先事項

①診療業務の人的・物的な環境確保

②患者が迅速で適切な治療が受け入れられるための連携の確保

③医師、診療放射線技師の二次被ばくの防止

緊急ひばく医療アクションカード

統括医師（チームリーダー）

処置現場の統括（管理区域内での処置）

優先順位は放射線科医師（宮内嘉玄）

以後不在時、救急部長→診療部長→日当直医師（時間外）

責任

①緊急被ばく医療処置を統制する
②汚染の程度や核種の情報に基づいて、医療チームの装備を指示する
③傷病者が複数ある場合は、処置の順番を決定する
④全身状態の評価を行い、除染と全身状態の改善の順番を決定する
⑤除染後、放射線診療技師の報告を受けて除染処置の終了を決定する
⑥高次医療機関へ搬送を行う場合は、高次施設の緊急被ばく医療チームリーダーに連絡を行う
⑦処置室の汚染検査とその結果をまとめ、院内対策本部に報告する

行動

□傷病者発生の連絡を受け次第、救急部に直行する
□搬送元との連絡を確保、適宜続報を受け状況を判断する
□事務部門責任者（事務局長)、救急部長、診療部長等に傷病者の受け入れを報告
□疾病・傷病の内容に応じて、外科・整形外科・内科等の科長に連絡をし、医療チームの医師の配属を受ける
□外来師長、看護部長に連絡をし、医療チームの看護師の配属を受ける
□放射線部長（技師長）に連絡をし、医療チームの放射線技師の配属を受ける
□配属された医療メンバーにそれぞれのアクションカードに示されている職務の内容を周知徹底させる
□更衣□疾病・傷病の判断、治療方針の決定
□医療チームにより行われる処置を監督、補助する

行動（続）

□処置後、入院の要否、高次医療機関への搬送の要否を処置医師とともに判断する

　□高次医療機関搬送の際は、搬送先のチームリーダーに連絡、伝達を行う

□患者搬出

　□高次医療機関搬送の際は、搬送先への同乗者を決定する（自身、処置医師、看護師）

□更衣

□管理区域退出

優先事項

①診療行為の中で、除染の開始・終了の判断を行う

②救命救急処置、除染処置の優先順位の判断

③医療チームに傷病者の治療について助言指導を行う

④除染作業終了後に記録係看護師から記録用紙の提出を受け、内容を確認して院内対策本部に提出する

緊急ひばく医療アクションカード

処置担当医師

責任
汚染を伴う傷病者の外来処置
医療チームリーダーによって指示される除染、処置

行動
□医療チームに配属され次第、指示された処置室に直行する
□疾病・傷病の判断、治療方針の決定
□準備された資機材の点検
□医療チームリーダーの指示に従い、防護衣等の必要な装備、更衣を行う（更衣に関しては別紙参照）
□医療チームリーダーと相談をして、決められた順番で除染、疾病・傷病処置を行う。汚染拡大防止のため、創や汚染部周囲の汚染拡大防止処置を行う（洗浄液飛散防止など）
□処置後、入院の要否、高次医療機関への搬送の要否を医療チームリーダーとともに判断する
□患者搬出
□更衣
□管理区域退出

優先事項
□救命処置優先の要否判断
□汚染を伴う傷病者の処置
□汚染拡大防止

緊急被ばく医療　看護師

役割）**汚染区域内の看護師：**除染や処置を行う医師の介助、患者の看護

汚染区域外の看護師：機材・薬品などの機材出し。記録（汚染管理結果、医学的な記録、経時記録）

受け入れ準備

□被ばく傷病者の情報共有　→別紙参照　　□汚染防止措置

□処置室（汚染区域内・外）の資機材・医薬品の準備　→ 別紙参照（p.217）

□医療スタッフの配置・役割の確認　　□装備の着装　→ 手順参照（p.215）

患者受け入れ～退室

□患者の院内収容および処置室搬入　　□記録（汚染管理結果、医学的な記録、経時記録）

□患者情報の確認

□全身状態を把握　―　□バイタルサインが不安定であれば、汚染検査よりも救急救命処置を優先

□診療放射線技師にバイタル測定部位のクイックサーベイを行ってもらう。

□汚染なしを確認後、バイタルサインチェック等を行う。

□除去したシーツ等は、ビニール袋等に入れ、保管。日時・名前を記入

□汚染の把握と外傷の確認　―　□保温　　□プライバシーの配慮

□医師の指示を受け、処置・検査の手順を確認

□採血　　□点滴　　□レントゲン（ポータブル）

□スメア採取・・・□口角　□鼻腔　□日時・名前・部位を記入

□汚染拡大しないよう検体を扱う（区域外の者が手袋装着し、ナイロン袋で受け取る等）

□除染および創処置　―　□除染の準備・介助

□汚染拡大しないよう除染

□汚染拡大しないよう汚染廃棄物を扱う　□１処置ごとに手袋を交換

□治療方針の確認

□患者の搬出準備

□ストレッチャーの上のシーツを交換　□患者の背部の汚染検査の介助　□点滴等の汚染検査

□患者の搬出

□医療スタッフの処置室からの退室

□二次汚染の可能性の高い人（医師・看護師）から退室

□脱衣　→ 手順参照（p.215）　　□個人線量計の数値を報告、記録者が記入

後片付け

□処置室内の備品の汚染検査後、汚染のないものは、処置室外で受け取る

□処置室の汚染検査→第三者機関（保健所等）を交え、処置室の原状復帰を確認

看護上の注意点　□患者のプライバシーに配慮　　□苦痛・不安の軽減に努める

□他職種との協力・連携　　□大きな声で情報伝達

診療放射線技師（管理区域内人員）

☆役割☆

□放射線汚染物や汚染器具の管理をし、拡散防止に努める
□汚染管理区域の空間線量率を把握する
□汚染部位の線量率を測定・評価する
□医療チームの二次被爆被ばくを防止する
□むやみに汚染管理区域に立ち入る者への注意喚起を行う

☆初動対応☆

□防護衣等の必要な装備を行う
□搬入前及び処置中に空間線量計で空間線量率を測定評価する
線量率が上がる場合は、職員の立つ位置でも測定評価する
□除染前・処置中・除染後にサーベイを行い、全員に聞こえるよう数値を読みあげる
□患者の汚染物を拡散させないよう注意する
□処置の状態を把握しながら、医療チーム医師と連携しサーベイを行う
□合併症など生命危機状態の時は、手術したり、高次施設へ支援を要請する為、出来るだけのサーベイを行い、汚染の状況を把握する
□より正確な計測をする為に、NaI(Tl)シンチレーションサーベイメータ、傷モニタで測定評価する
□汚染物・使用機器・使用器具を安易に管理区域外へ持ち出さないよう注意喚起する。
□汚染管理区域や使用した処置室の汚染状況測定と環境測定を放射線管理要員とともに行う

☆優先事項☆

□汚染拡大の防止
□二次被ばくの防止
□被ばく線量の評価

診療放射線技師（管理区域外人員）

☆役割☆

□放射線汚染物や汚染器具の管理をし、拡散防止に努める
□汚染管理区域の空間線量率を把握する
□汚染部位の線量率の測定結果の記録を補助する
□汚染部位の線量率を記録し変動を把握する
□医療チームの二次被爆被ばくを防止する
□むやみに汚染管理区域に立ち入らないよう注意喚起を行う
□医療チームの防護衣の汚染確認と脱衣等の補助を行う

☆初動対応☆

□受入人数・状態・事業所でのサーベイ報告を確認する。
□α・β・γ線用サーベイメータの準備、及び、個人線量測定器の準備をする
□患者用準備用品・除染用品を準備する
□搬入前及び処置中の空間線量率測定値を記録する
□患者の汚染物を拡散させないよう注意する
□患者のサーベイ測定値を記録する
□不用意に管理区域内へ出入りしないよう注意喚起を行う
□汚染物・使用機器・使用器具を安易に管理区域外へ持ち出さないよう注意喚起する。
□患者処置にあたった職員の全身サーベイを行う
□汚染管理区域や使用した処置室の汚染状況測定と環境測定を放射線管理要員とともに行う。

☆優先事項☆

□汚染拡大の防止
□二次被ばくの防止
□被ばく線量の評価
□放射線管理

被ばく措置に関するアクションカード

事務職員

責任

□連絡・通信業務、記録業務、物品調達、環境整備（治療室の養生を含む）、患者搬送（補助）、医師・看護師業務の補佐

行動

□統括医師が傷病者受入れを承諾

⇒ 事務局長を通じて、被ばく担当事務職員を招集

□資機材の準備（チーム全員）

□部屋の選定を行う

□養生用の資機材の準備を行い、マニュアルに則って服装・装備の準備・着装（チーム全員）をする

□処置室での医療関係者の配置、役割を確認

□処置室の資機材、医薬品の確認

□マニュアル（フローチャート）に則って患者対応処置を行う

□マニュアルに則って脱装を行い、退室

被ばく措置に関するアクションカード

患者に関する医学的情報を知る

被ばく傷病者の受入れ手順

緊急被ばく措置マニュアル p.150

□ 傷病者受入れ要請の連絡
事前に定める医師に四国電力（株）伊方発電所より連絡が入る。
当院で定める医師
第１位：放射線科責任医師（平塚義康）
第２位：救急・災害対策室長（越智元郎）または診療部長（堀田恵司）（時間外においては日当直医が第１位、第２位医師と連絡を取り合って対応する。）

□傷病者情報確認事項
□概要（発生場所、日時および内容、受傷機転）
□傷病者の人数　□時間経過（連絡時刻、到着時刻など）
□氏名・年齢・性別
□傷病者の重症度
□意識障害の有無　□会話・自力歩行可能か
□バイタルサイン　□嘔気・嘔吐の有無
□傷病部位・程度、疼痛や出血の状態
□被ばく・汚染の有無、
□あり　→　□部位・程度　□除染の実施の有無
□原因（と推定される）核種
□連絡窓口・・・第２報以降の追加情報の問い合わせ先
□FAX 情報確認（発電所で用いる情報用紙 p.151 参照）
□共通連絡票（別紙 3）　□傷病者一覧表（別紙 4）
□傷病者記録用紙（別紙 5-1）

□連絡を受けた医師は、緊急被ばく対応時の院内連絡網に沿って連絡
□医療チームを編成
□役割の決定・確認　□情報共有、方針の決定　□受け入れ準備

被ばく措置に関するアクションカード

除染時の服装

準備するもの

□ 撥水性の手術用ガウンまたはタイベックスーツ
□ ゴム手袋およびプラスチック手袋
□手術用マスク　　□手術用帽子
□撥水性のシューズカバーまたは長靴
□ フェイスシールド（ゴーグルでも可）
□アラーム付き個人線量計　　□マジックペン（黒）
□ ガムテープなどテープ各種　　□椅子

更衣の手順

□ ゴム手袋（１枚目：内側）を装着する。
□ 撥水性の手術用ガウンまたはタイベックスーツを装着する。
□ シューズカバーをつける。または長靴を履く。
□ テープで固定する。
□手術用ガウンの重ね部位　　□シューズカバーの開口部
□ゴム手袋と手術用ガウンの開口部（手首の部分）
□ 個人線量計を装着する（原則として、男性：胸部、女性：腹部）
※装着方法を間違えないように！
□ マスク・帽子・フェイスシールドを装着する。
□ ゴム手袋にマジックで印（○・△・×など何でも可）※１枚目の目印
□ プラスチック手袋（２枚目：外側）を装着する。
□ マジックペンで前胸部と背中に名前・職種を大きな字ではっきり書く。

□更衣を済ませた医療スタッフの服装・装備をお互いにチェックする。
＜点検のポイント＞
□手袋のテープ固定、２枚着用　　□手術用ガウンのテープ固定
□シューズカバーのテープ固定　　□個人線量計の装着部位
□背中と前胸部に氏名と職種を記入

被ばく措置に関するアクションカード

脱衣

□ 退出は、二次汚染の可能性の高い人（汚染区域内の医師・看護師）から行う。
□ 準備物：ポリバケツやビニール袋（汚染区域内の物で可）
椅子（要養生）

手順

① プラスチック手袋（２枚目：外側）を脱ぐ。その後、両手の汚染検査を受ける。
② 汚染検査後、１枚目（内側）の手術用ゴム手袋の固定テープを外す。
※ 手袋は取らない！
③ 手術用ガウンを脱ぐ。裏返して脱ぐ。内側に丸め、汚染拡大を防止。
④ フェイスシールド・マスク・帽子などを取る。
⑤ 養生した椅子に座って片足のシューズカバー（または長靴）を脱ぎ、片足のみ一時汚染区域から外に足を着ける。次に、もう片方のシューズカバーを取り、一時汚染区域から出る。
⑥ 外に出た後、手術用ゴム手袋（１枚目：内側）を取る。
⑦ 個人線量計の数値を読み取り、記録者に報告、記録者が数値を記載。
⑧ 最後に、全身の汚染検査を受け、汚染がないことを確認する。

被ばく措置に関するアクションカード

処置室の資機材・医薬品の準備

汚染区域内に準備する資機材　（要養生）

□ポリバケツ（大・小）各１個　□キックバケツ１個　□ビニール袋（各種サイズ）養生用、ゴミ入れ用等
□プラスチック手袋（各サイズ）　□点滴台　□点滴に必要な物品　□針捨て BOX
□血圧計　□聴診器　□体温計　□ペンライト　□処置台
□ベッドサイドモニター（必要時）□スタンド式ライト（必要時）□ハサミ（3,4 本）□セロテープ（3,4 巻）
□薬品　※準備は最低限とし、必要時、汚染区域内に準備する。
　□点滴・・・医師に確認　□局所麻酔薬　□洗浄に必要な薬品（生食水 500mL　※できれば加温生食）
□ストレッチャー　□ストレッチャーを覆うドレープ（2～3 枚）

汚染検査に必要な資機材

□汚染検査用サーベイメーター（要養生）…診療放射線技師が準備
□採血に必要な物品（注射器、駆血帯、アルコール綿、固定用テープ、採血管）
□スメア採取に必要な物品　―　□滅菌スピッツまたは滅菌シャーレ
　□スメア用綿棒　5～10 本　□ビニール袋（小）　□ラベル　□マジックペン

処置室内の備品、機器（要養生）

□照明機器　□電話・PHS などの通信機器　□その他、使用予定のない機器、動かせない備品

汚染区域外に準備する資器材　※汚染区域内の物品は必要最小限とすること。

□資機材を置く台　□ポリバケツ（大・小）　各１個　□手術用ゴム手袋（各種サイズ）
□プラスチック手袋（各種サイズ）　□滅菌ガーゼ（各種）　□ナイロン糸（各サイズ）
□長攝子　□縫合セット　□その他、滅菌物品（クーパー等）　□ディスポシーツ（穴あき・穴なし）
□ドレープ　□板オムツ　□尿とりパット　□ウェットティッシュ／ウェットペーパー
□オレンジオイル　□洗剤またはシャンプー　□綿球　□イソジン（イソジンスティック）等消毒薬
□滅菌ブラシ　□フィルムドレッシング（各種）　□絆創膏（各種）　□テープ類（各種）
□シーネ　□包帯　□三角巾　□注射器（各サイズ）　□留置針　□翼状針
□注射針（18・22・23G）　□輸液セット（普通・微量）　□延長チューブ　□三方活栓
□膿盆　□ラップ　□ナイロン袋（各種）　□導尿セット　□尿器　□はさみ
□雑剪（脱衣等に使用）　□マジックペン　□メモ用紙　□記録用紙　□筆記用具
□薬剤…点滴生理食塩水（洗浄用）、局所麻酔、鎮痛剤、制吐剤など（患者の状態に合わせ準備）
□救急カート・酸素・吸引器（患者の状態に合わせ準備）

H28 年 12 月 16 日

緊急被ばく医療　資機材管理表

○　着衣は、サイズ別（L,M）にセットし、すぐに使用できるようにする。

○　四国電力補充資機材請求

・不足品があれば 3 月、6 月、9 月、12 月の四国電力担当者来院時に要望する。

○　県への要望・・・年 1 回（10 月頃）資機材配備調査時に要望する。

院内資機材

資機材	定数	請求先	在庫／保管場所	備考
手術用ガウン	着衣セット	院内／県	M：4 枚 L:24 枚(2 箱+4)	使用時物流より受ける
滅菌手袋	なし	院内／県		※メンバーに合わせ、救急処置室より準備
プラスティック手袋	なし	院内／県		使用時救急処置室より準備
サージカルマスク	着衣セット	院内／県		着衣セット内にあり。 使用時救急処置室より準備
アンダーウェア 上下	S：4 組 M：3 組 L：なし	県	なし／倉庫 1	H26 年 10 月県に要望
帽子	セット	院内／県	H28 年 12 月 補充なし ⇒	H26 年 10 月県に要望。 頭巾タイプ希望 メディカルキャプ（MCS-204）頭巾タイプ：ホギメディカル
フェイスシールド	24	四電	－／倉庫 1	
くつカバー 膝下（黄色）・・・管理区域 透明（足首）・・・管理区域外	黄色：15 足 透明：30 足	四電	－／倉庫 1	
個人線量計	H28 年 1 月現在 ○RI 室 2 つ→ 2 台 （病院管理） ○RI 入退室管理室 15 台 （県から貸与）		定数の欄参照	H26 年 10 月県に要望。 アラーム付個人線量計 （県から貸与、H27 年 3 月 19 日）
酢酸ビニールシート （養生シート）	2 本	四電	－／救急処置室内守衛室⇒倉庫 1	

ポリテープ （着衣・床面含む養生用）	3	四電	倉庫１	
養生テープ （着衣時）		県	なし	H26 年 10 月県に要望 マイクロポア（3M、1530-1）の 1 インチ　（補充なし）
養生テープ （床面）		県	なし	H26 年 10 月県に要望 レガテープ（3M 原子力仕様 TH-E8660）　（補充なし）
パーテーションスタンド		県	なし	H26 年 10 月県に要望

ガウンセット：M サイズ５／L サイズ４　（28 年 12 月 15 日現在）

セット内容	M サイズ	L サイズ
帽子	1 個	1 個
マスク	1 個	1 個
フェイスシールド	1 個	1 個
ディスポ術衣	1 組	（在庫 1 組）
ガウン（※一部マスク付）	1 個	1 個

○保管場所：倉庫１

原子力防災　愛媛県貸与資器材一覧表　校正等業者　千代田テクノル小野さん 06-6369-1565

	品名	ﾒｰｶｰ	型式	数量	貸与年度	保管場所
1	ﾃﾞｼﾞﾀﾙ式警報線量計（ﾎﾟｹｯﾄ線量計）	理研計器	SV-7(mSV)	5 台	H16 H24.3.29 返却	
1	γ（X）線用ﾃﾞｼﾞﾀﾙ式警報線量計 （ﾎﾟｹｯﾄ線量計）	ｱﾛｶ	PDM-222VC	10 台	H27.3.19 貸与	RI 入退室管理室
2	β線用汚染ｻｰﾍﾞｲﾒｰﾀｰ	ｱﾛｶ	TGS-146	1 台	H16	〃
3	γ線測定用ｼﾝﾁﾚｰｼｮﾝｻｰﾍﾞｲﾒｰﾀｰ	ｱﾛｶ	TCS-171	1 台	H16	〃
4	折りたたみ収納棚 （ｺﾝﾌｫｰﾙﾄﾞｶｰﾄ（折りたたみｶｰﾄ））			4 台	H16	透析室２、除染室２
5	ｶｰﾃﾝ式ﾃﾝﾄ			1 台	H17	

平成 27 年度受領

当院の原子力発電所の緊急被ばく医療活動の想定人員が 5 名ということから、国の方針で、活動人員の 7 日分の備蓄をするようになった。

市立八幡浜総合病院への備蓄配備一覧

1	ﾀｲﾍﾞｯｸｽｰﾂ（防護服）	35 着	L: 20、LL: 15
2	手袋	35 着	
3	靴ｶﾊﾞｰ	35 着	
4	防護ﾏｽｸ	5 個	
5	ﾏｽｸﾌｨﾙﾀｰ（ﾏｽｸ 1 個当たり 2 個）	10 個	配備予定 70 個（2～3 年かけて配備予定）

上記、愛媛県原子力安全対策課（担当：武田耕青氏）より配備された。

毎年年度末に県から数量確認があり、不足数に対し補充するとのことである。

資器材一覧（保管場所別）　　平成 29 年 12 月 27 日

保管場所	資機材名	数量	備考
倉庫1	タイベックスーツ　　L	17 着	H27 貸与分
	タイベックスーツ　　LL	13 着	〃
	タイベックスーツ　　3L	11 着	〃
	ゴム手袋　　8．0	36 双	〃
	シューズカバー （白）　　短	36 足	〃
	シューズカバー （透明）　短	15 足	〃
	すだれシート	5 本	H29貸与分
	ビニール袋（4色）	2 組	〃
	ヘッドライト	5 個	〃
	ニトリルグリップロング　S・M・L	各 100 枚	〃
	養生テープ　（白）	48 巻	〃
	原子力テープ	9 巻	〃
倉庫2	直結式小型防毒マスク	35 個	〃
	フィルター	70 個	〃
	原子力防毒マスク	5 個	〃
	フィルター	10 個	〃
	ビニールシート　　0.1 ㎜	10 巻	〃
	ろ紙シート　　80cm 幅	10 巻	〃
	汚染傷病者搬送シート	20 枚	〃
	チームセット	1 組	〃
	（赤：輸血輸液、黄：挿管蘇生　緑：固定看護）		
倉庫3	防護衣セット		
	タイベックスーツ　　M	35 着	〃
	タイベックスーツ　　L	135 着	〃
	手袋　　7．5	35 双	〃
	手袋　　8．0	135 双	〃
	手袋　　長	100 双	〃
	シューズカバー　　短	35 足	〃
	シューズカバー　　特大	35 足	〃
	シューズカバー　　長	100 足	〃
	N95 マスク	100 個	〃
	フェースシールド	100 個	〃
更衣室	インナー上下 （Tシャツ短パン）	30 着	〃

第６部　地域の災害弱者への対応

第１章　災害弱者（災害時要支援者）とは

高齢者、障害者、傷病者、乳幼児、妊産婦、帰宅困難者、旅行者など。具体的には以下の理由で、大災害によって特に大きな影響を受け、健康や生命を損なう可能性のある人々をいう。当院は公立病院の立場から、非災害時から当院と関わりのある災害弱者の方々の災害への備えを手伝い、また災害時には密接に連絡を取り合い、円滑に災害を乗り切れるよう最大限の支援をはかる必要がある。

（１）災害弱者が災害対応が困難となるパターン

・移動が困難
・薬や医療装置がないと生活できない
・情報を受ける、また伝えるのが困難
・状況の理解、判断が難しい
・精神的に不安定になりやすい　　など。

（２）当院がはかるべき対応

・行政機関、地域組織、福祉関係者等との連携、協力による支援体制
・要介護台帳の整備や福祉関係者等の協力による災害時要介護者の把握
・避難誘導、避難所での支援等の適切な実施
・介護、手話通訳等の人材確保
・社会福祉施設、ボランティア、福祉団体企業等との共同による支援

（３）確認事項

・安否の確認
・避難行動および救出救助
・治療と看護行為
・物資の確保と提供

（４）当院における受け皿または対応部署、連絡を取り合うべき組織など

・地域医療連携室
・救急部および救急・災害対策委員会
・各診療科
・市役所福祉部門
・かかりつけ医療機関、など

（５）想定する疾患など

・透析患者
・在宅酸素療法患者、在宅人工呼吸患者
・糖尿病患者
・各種難病患者
・視覚、聴覚障碍者
・精神神経疾患患者（認知症を含む）　　など

第２章　各論

（１）透析患者への対応

１）透析室における地震発生直後の行動

・揺れている間は、決して行動しようとはせず自分の安全を確保する
・患者の安全の確認
・患者の状態を把握し、けが人がいればトリアージし救助する
・透析治療が継続できるか透析室の状況を確認する
・透析中止の場合：責任者の指示に従う。通常返血回収が困難な場合は緊急離脱する
・倒壊の恐れがないか調査。倒壊する可能性があれば避難する
・支援透析が必要になる場合、情報収集を行う
・患者を安全な場所に避難、待機させ、方針が決まったら説明を行う
・インターネットに接続可能となれば、すぐに災害時情報ネットワークに被災状況を書き込む→支援透析受け入れができる、できないの決定・受け入れ先の確認
・自宅にいる患者に連絡を開始する

２）支援透析を依頼する場合

⑥ 被災状況を確認後に支援を依頼
⑦ 支援側施設と透析情報の交換
⑧ 患者の振り分け
⑨ 支援透析期間の見通しを立てる
⑩ 交通事情の確認
⑪ 外来患者・入院患者の振り分け、入院の依頼
⑫ 交通手段の手配
⑬ 同行するスタッフの選任

⑨支援透析を安全に行うための患者情報ツール
⑩スケジュールを立てる
⑪長期的な見通しを立てる

３）当院が支援透析を行う場合
①支援透析を行うために必要最小限の情報を複数の支援施設間で協議して、情報の要求がバラバラにならないように配慮する。
②支援透析を行うために、最小限の情報提供を被災側施設に依頼する。
③患者氏名、性別、生年月日の情報を先にもらいカルテを作成する。
④ドライウエイトの情報をもらい、ダイアライザーやヘパリンを決定しできる限り迅速に開始する。
⑤道路状況が明らかになれば、透析予定を被災側施設と相談して決定する。
⑥透析ベッドに名前を付けておき、患者がつけてきた名札と照合して透析を開始する。
⑦施設側スタッフは、透析の順調な遂行、機械の監視。被災者側のスタッフは患者のメンタルサポートや特殊処置を行う。
⑧情報交換し支援がいつまで続くか予測を立てる。
⑭ 日の状況について災害情報ネットワークに書き込みを行う。

（２）在宅酸素療法患者、在宅人工呼吸器患者への対応

在宅での酸素療法や人工呼吸を行っている患者は停電や酸素ボンベの供給停止が起きると、酸素吸入や人工呼吸ができなくなる可能性があるため適切な指導と準備が必要となる。

１）在宅酸素療法患者への対応

酸素濃縮装置を夜間のみ、あるいは労作時のみに使用している患者については、停電中はなるべく安静にし、酸素ボンベの使用を最低限に抑える。24 時間高流量で使用している患者で、携帯用酸素ボンベで停電中の対応が困難な場合は、主治医と相談して医療機関に一時的に受け入れを要請する

２）人工呼吸器使用中の患者への対応

重症の患者には予備バッテリーを渡しており、それを使用してもらう。その対応で難しければ主治医に相談し、医療機関に一時受け入れを要請する。

（３）糖尿病患者への対応

１）薬物療法

薬や注射を持ち出せなかった患者はかかりつけ医を受診してもらう。

かかりつけ医への受診が困難な場合は、薬手帳や糖尿病連携手帳などで確認ができれば、当院で普段の処方を行い、指示通りに内服や注射を施行するように指導する。

当院かかりつけの患者で薬や注射がない場合は、普段通りに処方し、指示通りに薬物療

法を継続させる。

Ⅰ型糖尿病患者はインスリンが必須。勝手に薬物療法を減らしたり、中断したりすることがないように指導する。

２）食事療法

何単位の食事をしているかを確認。

被災時は食事が限られ、糖質や脂質に偏ったり、塩分が多くなったりするため、なるべくカロリーや塩分表示が記載されているものを選び、偏りの少ない食事を取るように指導する。水分はこまめに取る（水分制限されていない場合)。

２）運動療法など

血栓予防のため、足を動かすなどの運動を促す。可能なら散歩など運動を進める。

災害を受け、精神的にストレスを抱えているため、精神面の配慮を行う

第７部　災害ボランティア・外部支援者について

第１章　市立八幡浜総合病院の災害対応における災害ボランティアの位置づけ

南海トラフ巨大地震や原子力発電所の過酷事故時には、患者の生命・健康を維持するために、当院職員の対応能力をはるかに上回る業務が発生することは間違いない。そのときに少しでも多くの外部支援者が当院に参集して下さり、職員とともに効率的な活動を実施できるよう、非災害時からその活動のための準備が必要である。

第２章　災害ボランティアの種類

災害ボランティアの類型と役割は以下のように分類することができる。

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td colspan="4">専　門　性</td></tr>
<tr><td>専門性なし
[第１種]</td><td>ボランティア活動の練達者
[第２種]</td><td>有資格ボランティア
[第３種]</td><td>職務
[第４種]</td></tr>
<tr><td rowspan="4">居住地</td><td>避難所</td><td rowspan="2">避難所運営、ボランティアセンター運営援助など</td><td rowspan="3">ボランティアセンター、避難所の運営コーディネートなど</td><td rowspan="3">保健、医療、介護、建築診断など</td><td rowspan="2">被災地職員</td></tr>
<tr><td>被災地</td></tr>
<tr><td>県内（通勤可）</td><td rowspan="2">日中の片付け、保健福祉活動補助など</td><td>県内派遣職員</td></tr>
<tr><td>県外（要宿泊）</td><td>県外派遣職員</td></tr>
</table>

（國井修、外部支援者・ボランティアの調整．災害時の公衆衛生、東京、南山堂、2012、p. 249 を一部改編）

第３章　市立八幡浜総合病院災害ボランティア制度について

平成 26 年度から、院内および院外において当院の災害医療活動に協力していただける災害ボランティア（上記の第１種、第２種、第３種）の非災害時登録を開始する。

１）登録手続き：登録希望者市立八幡浜総合病院災害ボランティア登録願い（別紙）に記入し、庶務係に提出する。対象者は高校生以上とし、未成年者の場合は成年家族の同意が必要。救急・災害対策委員会での審議を経て登録し、写真入りの登録証を交付する。

２）登録者は１年に１回以上、救急・災害対策委員会が開催する災害訓練、災害講演会などに参加し、災害医療、救急医療に関する一般的知識・技能を更新する。

３）災害時においては、ボランティア受付で災害時登録を済ませたのち、災害対策本部の指示のもとに、院内または院外において災害時活動を行う。活動の間、食料、休息所などに関して、職員に準じた便宜を受ける。

４）活動中の事故等に備えて、ボランティア保険に加入するが、その費用には麻酔科治験費などを充てる。

第８部

南海トラフ巨大地震を念頭に置いた事業継続計画（BCP）

目次

はじめに
１．基本的な考え方
(1)　BCP の方針
(2)　策定体制
(3)　現況の状況
(4)　被害の想定
(5)　優先業務の抽出
２．BCP 行動計画
３．課題と今後の取組
(1)　現況の課題と改善に向けた取組
(2)　訓練・教育の取組
(3)　点検・是正の取組
(4)　見直しの取組
＜資料＞

はじめに

要約
〇BCP の社会的要請について
〇要約：策定の方針―新築なった市立八幡浜総合病院において、最大規模の南海トラフ地震（陸側ケース）にどのように対応するかを検討する。

病院における災害対応マニュアルについては、阪神・淡路大震災の反省をもとに、平成 8 年 5 月に当時の厚生省健康政策局からの各都道府県にむけた、「災害時における初期救急医療体制の充実強化について」と、その後に作成の手引きが示され、災害拠点病院を始めとする多くの施設で整備がすすめられて来ました。

しかし平成 23 年の東日本大震災いおいて、病院被害が著しかった施設はもちろん、広域なインフラの破綻によって多くの施設で「想定外」の事態に遭遇し、マニュアルの実効性については、多くの問題点が明らかとなりました。この根本的な原因として、病院における多くのマニュアルには、被災した際に行う措置そのものについてはある程度のことが

記載されてはいるものの、「不測の事態」に対する具体的なイメージに欠け、そのために必要な措置を行うための「備え」が足りなかったと考えられています。これを打破するために、昨今、一般企業や行政における「事業継続計画 business continuity plan; BCP」がクローズアップされ、病院におけるマニュアルの再構築にも不可欠なものとして認識されるようになりました。

BCP とは、震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補う、非常時優先業務を開始するための計画で、遂行のための指揮命令系統を確立し、業務遂行に必要な人材・資源、その配分を準備・計画し、タイムラインに乗せて確実に遂行するためのものです。

この BCP の考え方の基本は、事業をできるだけダメージを少なく継続、復旧するために、リスク管理の立場から日常から、「不測の事態」を分析して、自らの施設の脆弱な点を洗い出し、その弱い部分を事前に補うよう備えておくことです。言い換えれば、病院機能維持のための準備体制、方策をまとめた計画と言えます。

BCP の進め方としては、①方針の決定、②計画、③実施および運用、④教育・訓練の実施、⑤点検および是正処置、⑥経営層による見直しがあげられ、⑥の見直しから①の方針の決定にもどること（いわゆる PDCA サイクルに相当）で、継続計画が改善されてゆく仕組みとなっています。これらを、これまで病院として取り組んできたことにあてはめれば、①方針決定、②マニュアル・プラン・アクションカードの策定、③教育・研修・訓練、④実践、⑤実践・訓練の検証、⑥対応策の改善という構図となります。

災害時の病院における事業の中心は病院機能を維持した上での被災患者を含めた患者すべての診療であり、それらは、発災直後からの初動期、急性期、その後の亜急性期、慢性期へと変化する災害のフェーズに対して継ぎ目無く可及的円滑に行われるべきであり、病院の被災状況、地域における病院の特性、地域でのニーズの変化に耐えうるものでなければなりません。このために病院機能の損失を出来るだけ少なくし、機能の立ち上げ、回復を早急に行い、継続的に被災患者の診療にあたれるような計画（BCP）をもりこんだマニュアル作りが求められています。

従来のマニュアルは、「主として災害急性期の動的な対応を行うための取り決め事」を整理して作成されていたものと言えます。しかし、BCP のカバーする範囲は広く、起こる得る事象に対して静的な事前の点検や準備をも含めたものです。従来のマニュアルとの違いを具体的に挙げれば、例えば、対応職員の確保のために、「職員は震度 6 弱以上の地震の際には、病院に参集する」とあったものは、BCP においては、「被災した状況下で考えられる、外部にいる職員の被災や、交通の遮断、家族の反対などによって多くの職員が参集できない、あるいは参集が著しく遅れる可能性を分析し、その上で、被災下であっても参集できるように、平常時から個々の職員が病院の宿舎や近隣に居住する、バイクや自転車などの参集手段を確保する、家族への理解を得ておくなどの方策を講ずるとともに、参集した少ない職員での業務の能率的な運用方法を策定し、それが遂行できるように訓練をしておく。」というように実効的な形をイメージして作成されなければなりません。

「BCP に基づいたマニュアル」とは、従来の動的な部分だけのマニュアルに、脆弱な点を見越し、方策の実効性を十分検討した上で策定されるものです。先にも述べたように、災害には、フェーズがあり、そのフェーズに求められるニーズの変化に対応できるように従来の初動期、急性期のみならず、事前の準備、亜急性期・慢性期への計画を含む点も従来のマニュアルとの大きな違いです。

今回、当院の災害医療計画に「第８部　事業継続計画（BCP)」と名付けた新しい章を加えました。これまでの災害医療計画を、上記のごとく、①方針決定、②マニュアルやアクションカードの策定、③教育・研修・訓練、④実践、⑤実践・訓練の検証、⑥対応策の改善という動的な作業を経ながら発展させて行くための切り口として、本章を記載しました。また、第１部～第７部は主に発災初動期における当院のさまざまな活動方針をまとめていますが、第８部ではそれらを時間経過とともに復旧期の病院活動につなげて行くための諸課題を、その事前準備を含めてまとめました。この章の記載にはまだ改善の余地がありあり、今後職員の皆様のご意見をお聞きしながら、第１部～第７部も併せて、今後さらによい計画に改定して行きます。なお、本章は病院新築・移転後を想定し、南海トラフ巨大地震（大津波を伴う）に対応する計画について記載しています。

本項の BCP に関する解説は「BCP の考え方に基づいた病院災害対応計画　作成の手引き」（平成 25 年 3 月、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業)「東日本大震災における疾病構造と死因に関する研究」）を参考にさせていただいています。

１．基本的な考え方

(1)　BCP の方針

市立八幡浜総合病院における BCP は以下の３点を基本方針とする。

○寸断なく医療提供を行うこと
○人命を最大限優先すること
○災害拠点病院として地域の医療提供の核となること

(2)策定体制

本 BCP を策定・改定して行くに当たり、下記の通り院内体制を通じて協議をして行きます。職員の皆様からのボトムアップのご意見・提案をお待ちしています。

院長──────┬定例事務連絡会議
├診療部　　├管理者会議
├看護部　　├運営委員会
├診療支援部　└救急・災害対策委員会
└事務局　　・災害対策部会
・災害救援検討部会
・被ばく医療準備部会
・災害医療リンクスタッフ会議

(3)現況の把握

平成 26 年 9 月～12 月の間に、当院が置かれている災害関連の状況について各種調査を行ったところ、下記の通りとなった。

1)参集可能人員の把握

平日夜間	通常時	発災後 1時間	発災後2 時間	発災後 4時間	発災後 6時間
診療部	1人	15人	15人	15人	15人
看護部	14人	31人	53人	69人	85人
診療支援部	0人	17人	26人	31人	33人
事務部	0人	11人	14人	17人	21人
その他	2人	0人	0人	0人	0人

2)建物の現況把握

建物名	階数	用途	建物耐震化	EVの閉込防止
本館	6F	病棟、検査、手術・中材、放射線・リハビリ、栄養、救急	免震	7台 ／ 7台
本館(2期工事)	3F	病棟(HCU)、外来、血液浄化、内視鏡	〃	
別館(2期工事)	2F	急患センター、被ばく・除染、託児所、会議	耐震	1台 ／ 1台

3)ライフラインの想定

	耐震化	バックアップ	燃料等備蓄量	燃料等供給元
電気	○	非常用発電機	3日	近隣ガソリンスタンド
上水	△	受水槽	1日	
下水	△	―	―	―
ガス	×	―	―	近隣ガソリンスタンド

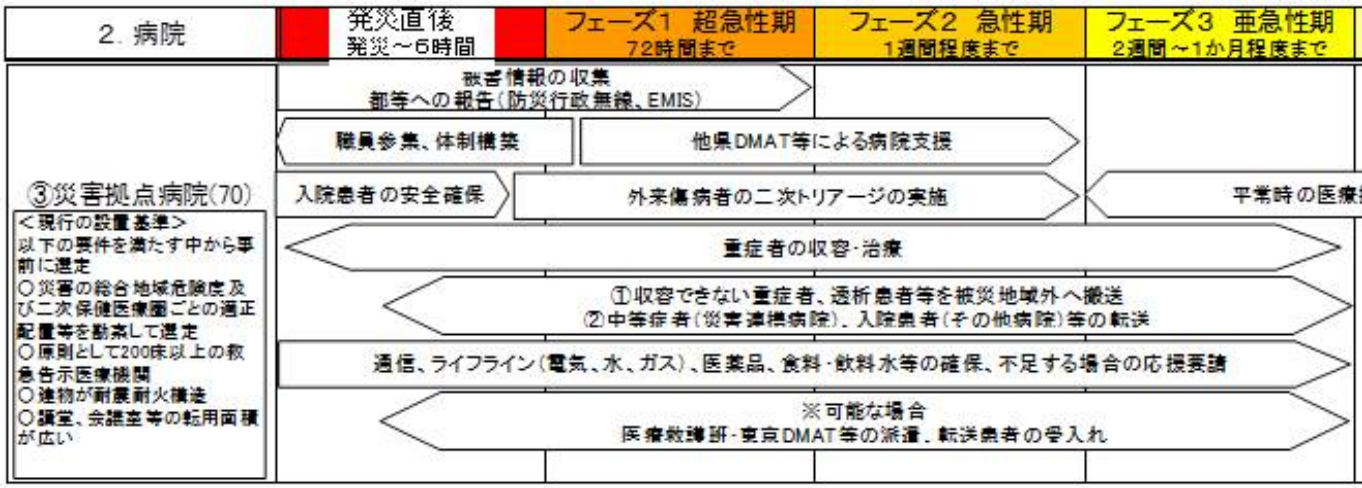
(4) 被害の想定

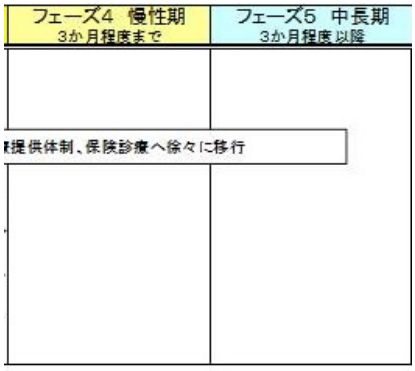
1)リスクの想定

想定する災害	南海トラフ巨大地震
震源	南海トラフ(陸側)
規模	M9.0
日時	冬の 18 時ごろ (人的災害は深夜を想定*)
気象条件	風速 4.9m/s(強風)18 時、5.7m/s(強風)深夜*
死者数*	770 人
負傷者数*	1,662 人
うち重症者数	449 人
建物被害	12,117 棟
道路の寸断	7 箇所
鉄道の寸断	30 箇所
停電	99.4%
固定電話の不通	83.4%
ＬＰガスの供給停止	3.1%
断水	99.8%
下水道管渠被害	99.4%
帰宅困難者	4,679 人
避難者(ピーク１日後)	19,833 人
ｴﾚﾍﾞｰﾀｰ内の閉じ込め	74 台(21 人)
災害要援護者死者数	_____人
自力脱出困難者	598 人
震災廃棄物	_____トン

2)災害拠点病院における影響

フェーズごとに災害拠点病院である本院への影響の想定を行った。





3)本院における被害

周辺の被害と本院における被害について下記の通り想定を行った。

周辺の被害

項目	発災直後（～6 時間）	フェーズⅠ（～72 時間）＊～48 時間	フェーズⅡ（～1 週間）	フェーズⅢ（～2 週間ないし 1 か月）	フェーズⅣ（～3 か月）	フェーズⅤ（3 か月～）
周辺機能の被害（障害のある率）						
・電気	99.4%	85.8%	68.7%	20.5%		
・電話（固定）	83.4%	76.8%	22.9%	13.6%		
・電話（携帯）						
・通信						
・上水	99.8%	99.7%	98.5%	63.4%		
・下水	99.4%	85.0%	40.7%	16.2%		
・ガス						
・周辺道路						
・鉄道						
周辺の建物・人的被害						

・建物倒壊	12,117 棟	―	―	―	―	―
・火災	棟	―	―	―	―	―
・死者	770 人	人	人	人	人	人
・重症者	449 人	人	人	人	人	人
・その他負傷者	1,213 人	人	人	人	人	人
・避難者	19,833 人	人	19,676 人	28,671 人	人	人

現況と対照した被害の想定

項目	現況の備え	被害状況の想定
(1)指揮命令系統		
設置基準	・災害医療計画で規定済み ・災害訓練（年１回)、セミナー（災害対策本部演習)などで訓練を実施しているが､職員の修得状況には改善の余地あり	×職員が他職員のカバーを含め、様々な状況に自在に対応できるレベルではない。
(2)人員の確保		
通常時配置要員の確認	参集規定の作成,緊急連絡網運用訓練などを	×夜間に発災した場合には、人員が不足する。
緊急時参集要員の確認	病院・市などに提案中（いずれも未実現) ・津波警報発令直後 15 分間の有効移動 ・津波警報下に安全に移動できる道路などの整備 ・非常勤職員を含めた参集規定とする ・近隣市の医療機関などとの災害時の職員相互乗り入れ ・病院に近い高台に職員用宿舎を整備	×地震＋大津波警報警報下において、1 時間以内に参集できる人員が全体の 30%未満にとどまるおそれがある。
(3)場所や資材の確保		
医療スペースの確認	廊下の転用を想定 簡易処置台購入を提案予定､十分な台数を確保するまではブルーシート上で診療。	×処置台の不足が予想される

(4)搬送手段の確保		
搬送手段の確認	各種搬送資機材を毎年買い足している。	×エレベーター停止時の患者全員避難などの状況では搬送器具が不足する。
(5)建物や設備		
建物	免震構造	×倒壊はしないが、ガラス等の破損や天井の落下などはあり得る。
電気設備	非常用発電機により稼働	○地震直後に停電、１０秒後に非常電源に切り替わる。備蓄燃料により最長３日間の非常発電が可能。
(6)ライフラインの確保		
電気のバックアップ	非常用発電機の設置(備蓄燃料３日分)	○３日分については電力の供給が可能（省電力なら最大５日程度）
(7)その他		
地域医療機関との連携	・市―医師会の救護計画の策定を待っている段階。 ・他院との災害時職員相互乗り入れなどはマンパワー確保に有益であり、今後地域で提案したい。	×大津波を伴う南海トラフ巨大地震では医療機関の受け入れ能力を圧倒的に凌駕する傷病者を発生させる。当院のみならず、地域としての災害医療計画の策定なしには対応は困難と考えられる。

(5)優先業務の抽出

被害想定に基づき、災害においては概要表の通り優先業務を行う。

２．BCP 行動計画＜その１＞

業務名	１.情報　　診療提供能力の確認	
方　針	医療に関する設備等の稼働の可否について円滑に確認を行う。	
担当部門	管理部門・災害対策本部	
責任者	病棟ほか各部署の責任者	・各病棟上席看護師
目標 レベル	別表チェックリストに定めた医療資機材等について確認し、災害対策本部へ連絡する	
目標時間	・入院患者の安否ならびに避難を要する損壊の確認後直ちに開始（30 分以内） 医療ガスの状況 医薬品の状況 医療資機材の状況 ・上記の確認後開始（1 時間以内） レントゲン・ＣＴなど検査機器の破損状況 血液生化学検査機器の状況 電子カルテの状況	
役割及び活動内容	上席看護師および各部署の責任者 １．　各設備稼働状況の報告を受領 ２．　災害対策本部へ FAX、伝令などにより伝達	
	メンバー： １．　チェックリストに則り各設備稼働状況を確認 ２．　責任者へ報告	
必要情報	―	―
体制		
物品	・院内 FAX・PHS	
場所	・各病棟および外来、検査室、放射線室	―
課題		

チェックリスト例（災害対策本部用）

機器名	保管場所	使用の可否	具体的状況
医療ガス			
医薬品			
医療資機材カート			
レントゲン			
ＣＴ			
血液生化学検査機器			
電子カルテ			

BCP 行動計画＜その２＞

業務名	２.情報　　院内体制整備の指示	
方　針	院内の人的資源を効果的に配置し、活動基盤の整備を行う。	
担当部門	災害対策本部	
責任者	災害対策本部本部長	・災害対策本部による
目標 レベル	要員・資源を踏まえて可能な限り行う	
目標時間	・参集してくる職員への役割分担：15 分以内に開始し、おおむね 2 時間内に全職員の役割を決定 ・食事・休憩所などの職員生活基盤の整備：6 時間以内に開始	
役割及び活動内容	本部長： １．　被災状況・参集可能な職員の状況から役割分担を指示。 ２．　備蓄状況・被災状況を確認のうえ職員生活基盤の整備を指示	
	メンバー： １．　休憩場所の確保 ２．　食料の確保 ３．　飲料水の確保	
必要情報	・周辺被災状況 ・院内備蓄状況 ・参集可能な職員の状況	―
体制	・災害対策本部 ・事務 2 名	―
物品	・別表による	・「食事の提供」による
場所	・大会議室またはリハビリ室	・屋外テント
課題	・参集可能な職員の状況が把握できていない。	

BCP 行動計画＜その３＞

業務名	3.診療　トリアージセンター・治療ゾーン等の決定	
方　針	災害状況（津波の有無・程度、エレベーター停止の有無）などによって最適なトリアージセンター・治療ゾーン等を決定する。	
担当部門	災害対策本部	
責任者	救急部長、診療部長または災害対策本部長が指定した職員	
目標レベル	できるだけ早期に各ゾーン設営場所を決定し、関係職員に通知する。	
目標時間	・災害対策本部設置後 5～10 分以内に決定し、10～15 分以内に各責任者に通知する。	
役割及び活動内容	【１階使用（図１）】病院１階に到達する津波を伴わない場合。エレベーターが停止時は第一選択（例：通常規模の南海トラフ地震、「津波」警報発令） ・トリアージセンター＝守衛室前 ・赤ゾーン＝救急外来、黄ゾーン＝整形外科外来、緑ゾーン＝エスカレーター前及び下（必要により歯科外来)、黒ゾーン＝解剖・検視室	
	【１・２階使用】病院１階に到達する津波を伴わず、エレベーターが停止しない場合で、黄ゾーンを整形外科、外科（または脳外科）の２カ所に展開する場合（例：観光バス転落による多数傷病者収容） ・トリアージセンター＝守衛室前 ・赤ゾーン＝救急外来、黄ゾーン①＝整形外科外来、黄ゾーン②＝外科（または脳神経外科、内科）外来、緑ゾーン＝エスカレーター前及び下（必要により歯科外来)、黒ゾーン＝解剖・検視室	
	【２階使用（図２）】病院１階が津波浸水する可能性がある場合（エレベーターが停止する可能性が高い）（例：南海トラフ巨大地震。「大津波」警報発令） ・トリアージセンター＝採血室前 ・赤ゾーン＝内科外来、黄ゾーン＝外科・脳神経外科外来、 緑ゾーン＝透析室前・透析室、黒ゾーン＝内視鏡室など	
必要情報	１）　気象庁からの情報―震源、震度、津波の有無・規模（「津波警報」か「大津波警報」か。 ２）　院内の損壊情報―エレベーター稼働状況、院内損壊の有無	
体制	・	
物品	・	・
場所	・	・
課題	・	

図 1

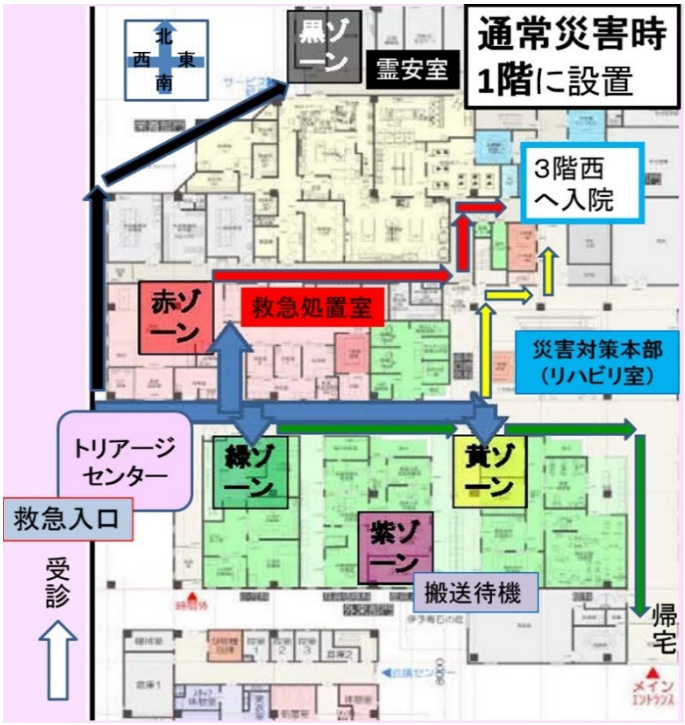
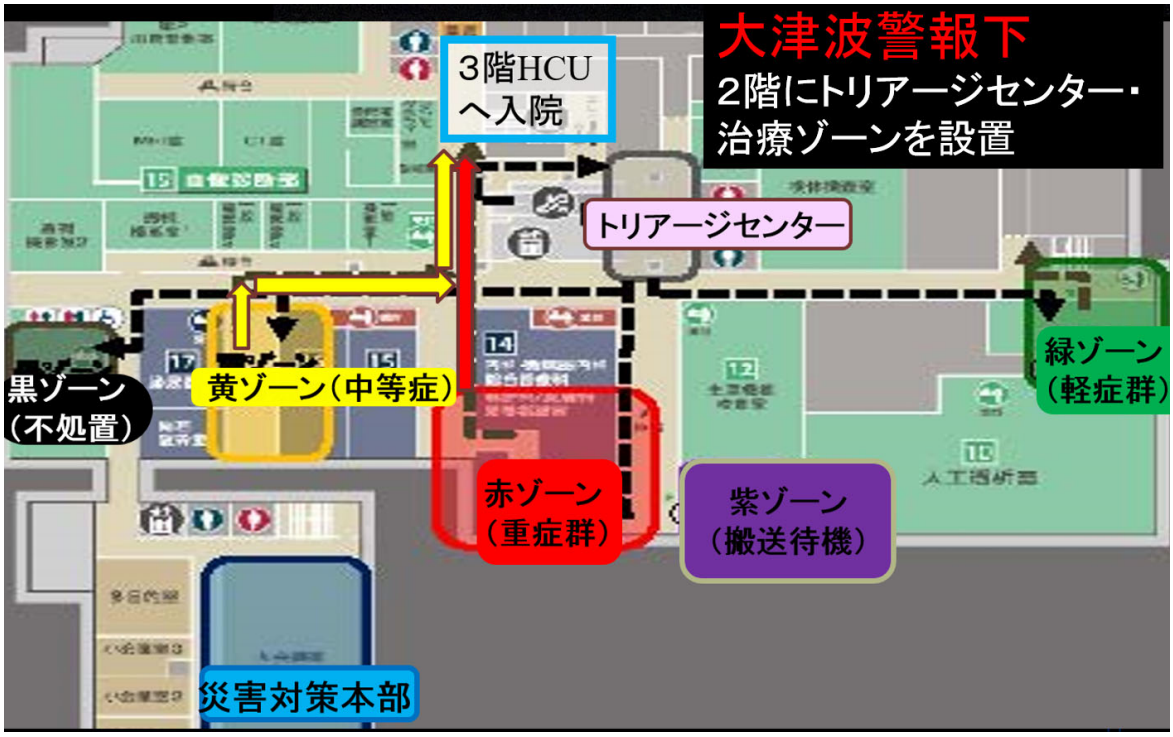

通常災害時
1階に設置
北
西
東
南
黒ゾーン
霊安室
3階西
へ入院
赤ゾーン
救急処置室
災害対策本部
（リハビリ室）
トリアージ
センター
緑ゾーン
黄ゾーン
救急入口
紫ゾーン
搬送待機
受診
帰宅

図 2


大津波警報下
2階にトリアージセンター・
治療ゾーンを設置
3階HCU
へ入院
トリアージセンター
黒ゾーン
（不処置）
黄ゾーン（中等症）
赤ゾーン
（重症群）
紫ゾーン
（搬送待機）
緑ゾーン
（軽症群）
災害対策本部

BCP 行動計画＜その４＞

業務名	3.診療　トリアージ（START 法,PAT 法による）の実施	
方　針	トリアージを円滑に実施する。 （ただし大津波警報下においては外部からの傷病者受け入れ停止も考慮する）	
担当部門	診療部・看護部（外来部門など）・事務部（医事課など）	
責任者	診療部長または災害対策本部が指名した医師または看護師	・
目標 レベル	仮に多数の傷病者が同時収容されても、重篤な傷病者への対応が遅れないように迅速かつ正確なトリアージを実施する。	
目標時間	発災後 15 分以内にトリアージ業務を開始できるよう､事前準備をしておき、災害時においても協力して診療（トリアージ）体制を整える。	
役割及び 活動内容	医師責任者、看護師責任者、事務責任者： １．　トリアージ要員の役割分担 ２．　患者受入れ状況の把握 ３．　PHS、トランシーバーなどによる災害対策本部への連絡	
	メンバー： １．　必要物品の配置（レイアウト図参照） ２．　スタート方式で実施 ３．　補助 １）　トリアージ開始前にトリアージ番号など､タッグへの事前記入を実施 ２）　トリアージタッグの記入・切り離し ３）　氏名や住所などの患者基本情報は本人記入も可 ４）　トリアージ後、赤・黄評価の患者は搬送班に申し送る ５）　緑タッグは緑ゾーンへ誘導 ６）　トリアージタッグの１枚を災害対策本部へ送付 ７）　トリアージ済み患者リストを作成	
必要情報	・災害対策本部より設置指示 ・患者受入状況の把握	・待機
体制	・医師１人（状況により０人） ・救急外来看護師　３人 ・事務職員　２～３人	
物品	別表参照	
場所	BCP 行動計画その３により決定	
課題		

物品表

物品名	数量	保管場所	準備者
トランシーバー	5台	リハビリ倉庫	責任者
災害用救急カート	台	総合案内 or 外来受付	看護師
車椅子			
災害用ベッド			
松葉杖		整形外科	
松葉杖スタンド			

リーダー用ベスト		リハビリ倉庫	看護師・事務
折りたたみ机			
折りたたみ椅子			
ハンディーマイク			
トリアージタッグ			
ボールペン　黒			
ボールペン　赤			
ロープ			
コーン			
看板			
毛布			
投光器付発電機	３台	外来地下	事務
ストーブ			

BCP 行動計画＜その５＞

業務名	**3.診療　　治療（赤・黄・緑）ゾーンでの診療** 以下、重症群患者（赤）の診療について記載する。 （黄・緑ゾーンについては赤ゾーンでの診療に準じて実施する）	
方　針	重症群患者（赤）について診療を実施する。	
担当部門	診療部・看護部・事務部（医事係）	
責任者		・上席医師
目標 レベル	名／ｈ	
目標時間	発災後 15 分以内に傷病者を受け入れることのできる体制を整える。	
役割及び 活動内容	医師責任者： １．　必要物品の搬入指示 ２．　災害対策本部との連携 ３．　職員・物品の調達 ４．　医師への担当患者割り振り ５．　災害対策本部との連絡	
	看護師責任者： １．　必要物品のレイアウト・患者の流れの確認 ２．　看護師への担当患者割り振り ３．　ゾーン受け入れ患者リストの作成と掲示 ４．　災害対策本部（看護部長）への連絡	
	メンバー： 医師： １．　診察室の設置 ２．　赤タッグ患者の診療、処置、処方 ３．　災害用診療録への記入 ４．　必要により入院先への搬送と入院先での引き継ぎまたは治療継続 看護師： １．必要物品の搬入 ２．受付・診療室の設置 ３．診療介助 薬剤師： １．　必要物品・薬品の搬入 事務： １．災害用診療録の作成と記録補助 ２．ゾーン受け入れ患者リストの作成と掲示 ・立ち上げ終了後ミーティングを行い、各役割を伝達 ・連絡事項は白板等に記載	
必要情報	・災害対策本部より設置指示	
体制	・外科系医師（外科・整形・脳外科、麻酔科医師など） ・看護師 ・検査技師 ・事務	
物品	別表参照	
場所	BCP 行動計画その３により決定	
課題		

物品表

物品名	数量	保管場所	準備者
白板		リハビリ倉庫・外来地下倉庫	事務
診療台			
ハンディーマスク			
トリアージタッグ			
折りたたみテーブル			
折りたたみ椅子		外来地下倉庫	事務
トランシーバー		リハビリ倉庫	事務
文具一式 ボールペン黒 マジック黒、赤 セロテープ はさみ		リハビリ倉庫	事務
ロープ		倉庫	事務
看板（入口、出口、救護所）			
緑フラッグ			
毛布			
医療ごみ箱（ダンボール）			
ごみ袋 20ml			
ついたて			
ペンライト			
駆血帯			
体温計			
はさみ			
照明器具		処置室	事務
救急カート		外来地下倉庫	看護師
包交車			
医療資器材カート アミ包帯　４～６号 アルフェンスシーネ ネックカラー プラスティック手袋 Ｍ・Ｌ 滅菌手袋　６．５～７．５ エース帯　５～７．５ ウェル帯　２～７号 滅菌ガーゼ８つ折り５枚入り 滅菌ガーゼ１６折り１枚入り 滅菌綿棒 滅菌綿球　　＃２０ カップ入綿球　２０－３ 長セッシ　５本入り セッシ立て 持針器 コッヘル 剪　　刀 絹糸１号 輸血セット　大人用 注射針　１８Ｇ 注射針　２３Ｇ ディスポ膿盆		外来地下倉庫	事務・医師・看護師

サーフロー針２２Ｇ・２０Ｇ			
災害ベッド			看護師
車椅子		外科外来	看護師
処置用ワゴン		外来地下倉庫	看護師
松葉杖		整形外来	看護師
点滴台			看護師
聴診器		担当ＮＳ各１	看護師
血圧計			
パルスオキシメータ			
イソジン液		薬局	薬剤師
ハイポアルコール			
マスキン液			
１％キシロカイン液　１０ｍｌ			
洗浄生食５００ｍｌ			

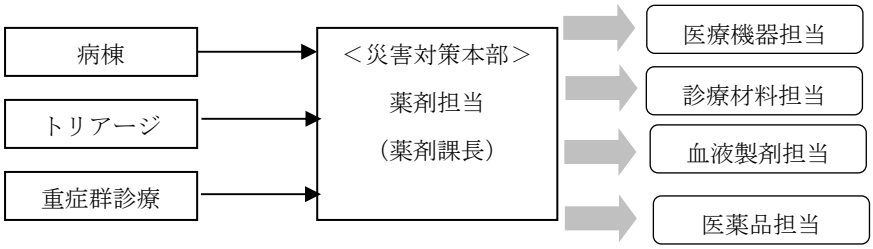
BCP 行動計画＜その６＞

業務名	搬送、重症患者の搬送	
方　針	院内の診療能力を鑑みて、重症患者の転院を行う。搬出患者の選択やその順については日本 DMAT の広域航空搬送基準に沿って検討する。	
担当部門	院外調整担当の副院長または◆救急・災害医療対策室長（患者選択、院外との調整など） 事務部門（搬送班）	
責任者	院外調整担当の副院長または★~~救急部長~~救急・災害対策室長（災害医療コーディネータ）	
目標 レベル	搬出患者数の上限あるいは搬出の時期については制限・目標を設けないが、早期に愛媛県災害医療コーディネータと連絡を取り合うことを要する（大災害時には、搬送先ならびに搬送手段は主に愛媛県災害医療コーディネータの調整による)。	
目標時間	同上	
役割及び 活動内容	院外調整担当の副院長または★~~救急部長~~救急・災害対策室長： １．　搬送が必要な患者の確認 ２．　輸送手段の確認 ３．　別紙の搬送先との調整	
	メンバー： １．　搬送手段の確認・確保 ２．　搬送体制の構築 ３．　搬送 ・救急車　・ヘリコプター	
必要情報	・搬送が必要な患者の情報 ・輸送経路の被害状況 ・輸送手段の状況	―
体制	・事務職員　名	―
物品	・固定電話 ・救急車	・防災行政無線 ・衛星電話
場所	―	―
課題		

BCP 行動計画＜その７＞

業務名	医薬品・ライフライン等及びその他付随業務 a 医療器材・医薬品等の調達	
方　針	必要な医療器材・医薬品・食料等について必要な供給を行う。	
担当部門	薬局、事務局	
責任者	資材調達班責任者	
目標 レベル		
目標時間	発災後〇時間以内	
役割及び 活動内容	責任者： １．　被災状況の確認 ２．　必要医療器材・医薬品の確認 ３．　各所からの医療器材・医薬品要求の整理	
	メンバー： １．　備蓄倉庫からの運び出し ２．　各病棟への必要医薬品の供給 ３．　各業者への連絡（下表連絡先へ） ・医療機器の調達 ・診療材料の調達 ・血液製剤の調達 ・医薬品の調達	
必要情報	・災害対策本部からの指示 ・院内備蓄医療器材・医薬品等の状況 ・取引先被災状況 ・取引業者連絡先（下表参照）	―
体制	・薬剤科職員３名	―
物品	・下記表参照 ・固定電話、携帯電話	・防災行政無線 ・衛星電話
場所	・	―
課題		

医療器材・医薬品要求の流れ



業者連絡先

取扱器材・薬品	会社名	担当者	連絡先
医療器材	○○	○○	03-○○○○-××××
医薬品	▲▲	▲▲	03-▲▲○○-×□×□
医薬品（注射薬）	××	××	03-○○■■-××××

備蓄物品一覧

薬品名		数量	保管場所	利用場所
アンメタリン			薬局	救護所
アンヒバ坐薬				
ケフラールカプセル				
ロキソニン				
開栓式生食				
開栓式注射用水（５００ｍｌ）				
イソジン液				
消毒用エタノール				
注射薬	**規格・単位**	**数量**	**保管場所**	**使用場所**
ヴィーンＦ	５００ｍＬ		薬局	緑ゾーン（待合室）
テルモ生食	５００ｍＬ			
洗浄用生食開栓	５００ｍＬ			
５％糖液	５００ｍＬ			
５０％糖液	２０ｍＬ			
ＴＮ生食	１００ｍＬ			
タイペラシリン注	２ｇ			
セフメタゾン注	１ｇ			
パンスポリンバッグＳ	１ｇ			
アドナ注	５０ｍｇ			
トランサミン注	１０００ｍｇ			
ネオフィリン注	２５０ｍｇ			
ソル・コーテフ注	１００ｍｇ			
ブスコパン注	１ｍＬ			
ニカルピン注	１０ｍｇ			
ビスコリン注	５００ｍｇ			
プリンペラン注	２ｍＬ			
メイロン注	２０ｍＬ			
ソセゴン注	１５ｍｇ			
レペタン注	０．２ｍｇ			
破傷風トキソイド	０．５ｍＬ			
キシロカイン１％	１０ｍＬ			

テタノブリンＩＨ	２５０単位			
内服薬	**規格・単位**		**保管場所**	**使用場所**
ロキソニン錠	６０ｍｇ		薬局	緑ゾーン（待合室）
セルベックス Cap	５０ｍｇ			
フロモックス錠	１００ｍｇ			
ロペミンカプセル	１ｍｇ			
ナウゼリン錠	１０ｍｇ			
外用薬	**規格・単位**	**数量**	**保管場所**	**使用場所**
アンメタリン	７枚入り		薬局	緑ゾーン（待合室）
ＭＳ温シップ	５枚入り			
アンヒバ坐薬	１００ｍｇ			
ボルタレン坐薬	５０ｍｇ			

BCP 行動計画＜その８＞

業務名	医薬品の調達	
方　針	必要な医薬品について供給を行う	
担当部門	薬局	
責任者	薬局長	
目標レベル	重症患者の医薬品の安定供給	
目標時間	・発災後１日以内	
役割及び活動内容	責任者：１．被災状況の確認 ２．必要医薬品の確認 ３．各所からの医薬品請求の整理	
	メンバー：１．現在の在庫確認 ２．各病棟への必要医薬品の供給 ３．医薬品の調達のため、各業者（卸）への連絡 よんやく　0893-24-4151 アスティス　0893-23-5344 四国アルフレッサ　0894-62-7450 幸燿　0895-22-2841 三原薬品　0895-22-4682 サンメディカル　0895-25-2880	
必要情報	・災害対策本部からの指示 ・院内医薬品在庫状況 ・卸等取引先被災状況	
体制	・薬局職員 2～3 名体制 ・	
物品	・固定電話　・携帯電話	・
場所	・薬局内	・
課題	・備蓄倉庫がない　・医薬品の流通は卸組合の復旧を待つ（それまでの備蓄が必要）	

BCP 行動計画＜その９＞

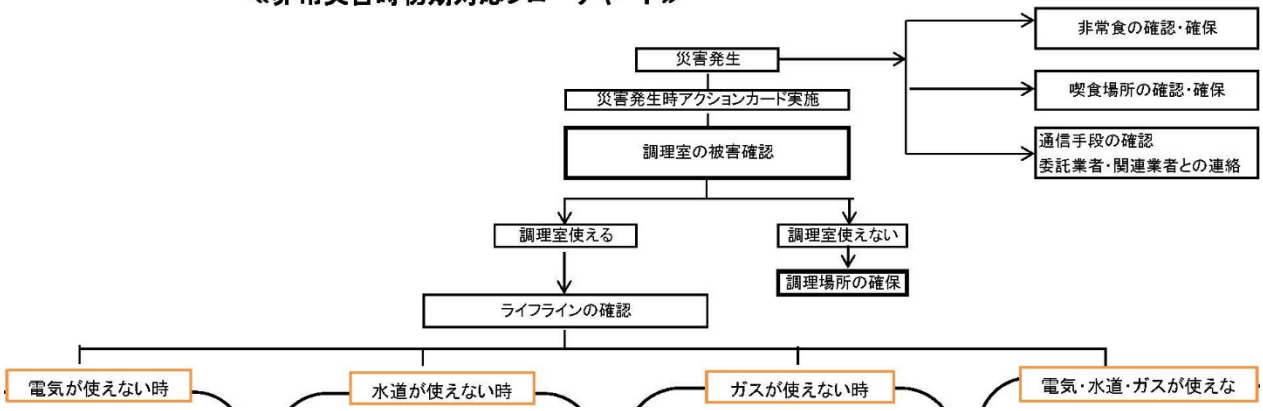
業務名	薬局業務	
方　針	通常業務への早期回復	
担当部門	薬局	
責任者	薬局長	
目標 レベル	通常業務への早期回復	
目標時間	・発災後 1～3 日以内	
役割及び 活動内容	責任者：　　メンバー： 1.被災状況の確認 〔薬局の被害想定〕 建物内部：ガラスが割れる程度であれば業務継続可能 電気：非常電源環境下 調剤設備：物品等の散乱は考えられるが、設備は固定、建物は免震構造であり、実質的な被害は少ないと考えられる。オーダリング、自動薬袋機、分包機、電子天秤は非常電源使用可であれば使用可。（使用不可なら手書き処方箋、手書き薬袋、はかり（電池式）、分包紙での散薬調剤等で代替。） 注射払い出し設備：機械の被害は少ないと考える。非常電源下では払い出し機械は運転できない。オーダリング、ラベルプリンターが使用できれば、現在のトレイ・カートでの払い出し可。（使用不可なら手書き処方箋、手書きラベル等で代替。） 医薬品・資材：薬局内保管分は使用可。調達の見通しは問屋流通ルート復旧状況による（物流の混乱は予想される） 人員：従業員の参集　発災時間が勤務時間か時間外かで異なる 参集予測（発災後 0～12 時間） 勤務時間内：薬剤師 80 ～100％ 事務員：50 ～100％ 勤務時間外：薬剤師 20 ～50%	
	メンバー： 2.災害時の優先業務の選定 〔想定〕 応急業務：患者の避難・誘導、スタッフの安否確認、薬局内の状況確認 通常業務での優先：調剤業務、注射薬払い出し業務	
必要情報	・災害対策本部からの指示 ・院内医薬品在庫状況 ・卸等取引先被災状況	
体制	・薬局職員 2～3 名体制	

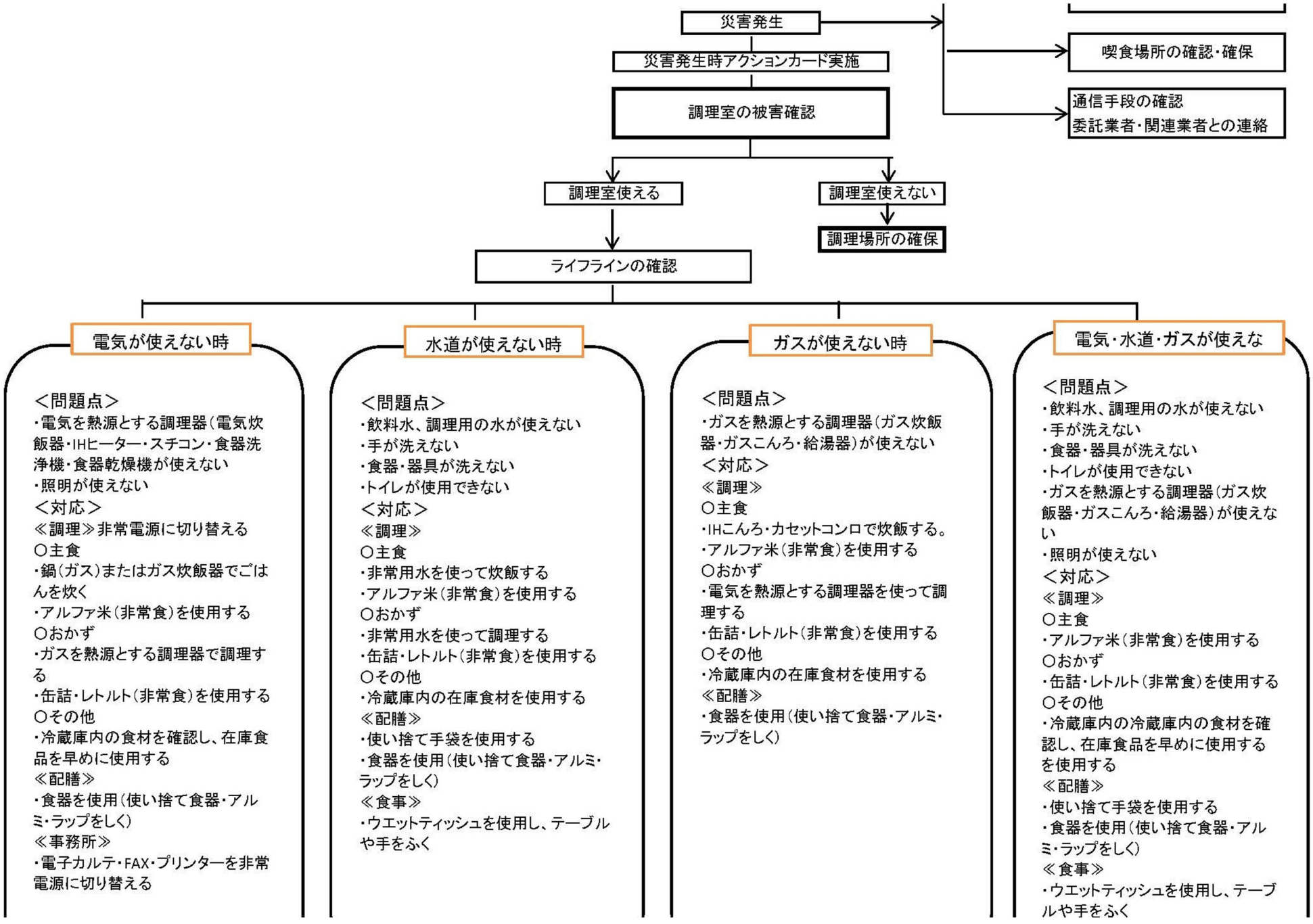
物品	・固定電話 ・携帯電話/PHS	・
場所	・薬局内	・
課題	・医薬品の流通は卸組合の復旧を待つ（それまでの備蓄が必要） ・医薬品不足対策 在庫積み増し（備蓄）→備蓄倉庫がないのが現状 院外薬局との相互融通・協力体制 調剤日数の短縮 安全な場所での保管 ・薬袋などの消耗品不足に対して 在庫積み増し　代用品の確保 ・情報に関して 医療機関との連絡方法の確認（問い合わせ） 患者に対してお薬手帳等の携帯を指導	

BCP 行動計画＜その 10＞

業務名	医薬品・ライフライン等及びその他付随業務　b 食料等の調達	
方　針	必要な食料等について必要な供給を行う。	
担当部門	栄養科、事務局	
責任者	栄養科〃長	補佐：資材調達班責任者
目標レベル	1）必須―入院患者への水・食料提供 2）可能であれば―職員・外来患者等への水・食料提供 （註）発災後３日間は外部からの補充がなくとも対応できる備蓄を持つこと	
目標時間	1）飲料水―発災直後（１時間を目安とする）より提供継続 2）食事―発災後最初の食事を３時間以上遅延させないことを目指す	
役割及び活動内容	責任者： ①　被災状況の確認　　②食料確保状況の確認	
	メンバー： 1)備蓄倉庫からの運び出し 2)各病棟等への飲料水・食料の供給 3)各業者への連絡（下表参照）	
必要情報	・災害対策本部からの指示 ・院内備蓄食料等の状況 ・取引先被災状況 ・取引業者連絡先（下表参照）	―
体制	・薬剤科職員３名、委託職員　名	―
物品	・下記表参照 ・固定電話、携帯電話	・防災行政無線 ・衛星電話
場所	・	―
課題		

≪非常災害時初期対応フローチャート≫




災害発生
災害発生時アクションカード実施
調理室の被害確認
喫食場所の確認・確保
通信手段の確認
委託業者・関連業者との連絡
調理室使える
調理室使えない
調理場所の確保
ライフラインの確認
電気が使えない時
＜問題点＞
・電気を熱源とする調理器（電気炊飯器・IHヒーター・スチコン・食器洗浄機・食器乾燥機が使えない
・照明が使えない
＜対応＞
≪調理≫非常電源に切り替える
〇主食
・鍋（ガス）またはガス炊飯器でごはんを炊く
・アルファ米（非常食）を使用する
〇おかず
・ガスを熱源とする調理器で調理する
・缶詰・レトルト（非常食）を使用する
〇その他
・冷蔵庫内の食材を確認し、在庫食品を早めに使用する
≪配膳≫
・食器を使用（使い捨て食器・アルミ・ラップをしく）
≪事務所≫
・電子カルテ・FAX・プリンターを非常電源に切り替える
水道が使えない時
＜問題点＞
・飲料水、調理用の水が使えない
・手が洗えない
・食器・器具が洗えない
・トイレが使用できない
＜対応＞
≪調理≫
〇主食
・非常用水を使って炊飯する
・アルファ米（非常食）を使用する
〇おかず
・非常用水を使って調理する
・缶詰・レトルト（非常食）を使用する
〇その他
・冷蔵庫内の在庫食材を使用する
≪配膳≫
・使い捨て手袋を使用する
・食器を使用（使い捨て食器・アルミ・ラップをしく）
≪食事≫
・ウエットティッシュを使用し、テーブルや手をふく
ガスが使えない時
＜問題点＞
・ガスを熱源とする調理器（ガス炊飯器・ガスこんろ・給湯器）が使えない
＜対応＞
≪調理≫
〇主食
・IHこんろ・カセットコンロで炊飯する。
・アルファ米（非常食）を使用する
〇おかず
・電気を熱源とする調理器を使って調理する
・缶詰・レトルト（非常食）を使用する
〇その他
・冷蔵庫内の在庫食材を使用する
≪配膳≫
・食器を使用（使い捨て食器・アルミ・ラップをしく）
電気・水道・ガスが使えな
＜問題点＞
・飲料水、調理用の水が使えない
・手が洗えない
・食器・器具が洗えない
・トイレが使用できない
・ガスを熱源とする調理器（ガス炊飯器・ガスこんろ・給湯器）が使えない
・照明が使えない
＜対応＞
≪調理≫
〇主食
・アルファ米（非常食）を使用する
〇おかず
・缶詰・レトルト（非常食）を使用する
〇その他
・冷蔵庫内の冷蔵庫内の食材を確認し、在庫食品を早めに使用するを使用する
≪配膳≫
・使い捨て手袋を使用する
・食器を使用（使い捨て食器・アルミ・ラップをしく）
≪食事≫
・ウエットティッシュを使用し、テーブルや手をふく

栄養療法科　　（関係連絡先）

連絡先・状況一覧表

		業者名	住所	電話	FAX	状況等	
食品	米					使用可能	不可能
	肉					使用可能	不可能
	魚					使用可能	不可能
	野菜・果物					使用可能	不可能
	牛乳・乳製品					使用可能	不可能
	ヤクルト製品					使用可能	不可能
	豆腐					使用可能	不可能
	めん					使用可能	不可能
	おやつ					使用可能	不可能
	冷凍食品					使用可能	不可能
						使用可能	不可能
	経腸栄養・補助食品					使用可能	不可能
						使用可能	不可能
	災害代行業者						
物品	洗剤						
調理機器	野菜冷蔵庫						
	肉・魚冷蔵庫					使用可能	不可能
	冷凍庫					使用可能	不可能
	検食用冷凍庫（原材料）					使用可能	不可能
	パススルー冷蔵庫					使用可能	不可能
	調理室テーブル式冷蔵庫①					使用可能	不可能
	調理室テーブル式冷蔵庫②					使用可能	不可能
	検食用冷凍庫（調理済）					使用可能	不可能
	配膳室テーブル式冷凍庫					使用可能	不可能
	温冷配膳車					使用可能	不可能
	炊飯器					使用可能	不可能
	温蔵庫					使用可能	不可能
	下処理室包丁まな板殺菌庫					使用可能	不可能
	調理室包丁まな板殺菌庫					使用可能	不可能
	スチームコンベクション①					使用可能	不可能
	スチームコンベクション②					使用可能	不可能
	回転釜					使用可能	不可能
	電子レンジ					使用可能	不可能
	IHコンロ					使用可能	不可能
	ガスコンロ					使用可能	不可能
						使用可能	不可能
						使用可能	不可能
ライフライン	電気					使用可能	不可能
	ガス					使用可能	不可能
	水道					使用可能	不可能
医療機関・行政機関等	真網代くじら病院			28-1123			
	双岩病院			22-4533			
	宇都宮病院			22-0163			
	広瀬病院			22-2600			
	八幡浜警察			22-0110			
	八幡浜消防署			22-0119			
	八幡浜保健センター			23-2940			
	八幡浜保健所　健康増進課			22-0600			

BCP 行動計画＜その 11＞

<table>
<tr><td>業務名</td><td colspan="2">災害時の飲料水確保について</td></tr>
<tr><td>方　針</td><td colspan="2">断水時でも滞りなく飲料水を提供する。</td></tr>
<tr><td>担当部門</td><td colspan="2">栄養療法科、事務局</td></tr>
<tr><td>責任者</td><td>栄養療法科 副技師長</td><td>補佐：資材調達班責任者</td></tr>
<tr><td>目標
レベル</td><td colspan="2">断水時でも滞りなく飲料水を提供する</td></tr>
<tr><td>目標時間</td><td colspan="2">飲料水―発災直後（１時間を目安とする）より提供継続</td></tr>
<tr><td>役割及び
活動内容</td><td colspan="2">責任者：栄養療法科副技師長
飲料水確保状況の確認
●貯水槽の被害状況の確認・必要飲料水の提供
○災害時必要な水量
飲料水として必要な量：1 人 1 日 3L×3 日分=9L 必要。
(※1.5L～3L と様々であるが首相官邸サイトでは 3L/日必要との記載あり)
災害時の生活用水(手洗い等)に必要な水量：3～7L/日/人必要。
○現在の栄養科保存水状況
<table>
<tr><th>対象者</th><th>内訳</th><th>人数</th><th>1 食
使用量
(ml)</th><th>1 日
使用量
(ml)</th><th>数量
(2L/本)
1 日 3 食
×3 日分</th></tr>
<tr><td rowspan="3">患者用</td><td>飲料水用</td><td>200</td><td>300</td><td>900</td><td>405 本</td></tr>
<tr><td>おかゆ用</td><td>200</td><td>200</td><td>600</td><td>180 本</td></tr>
<tr><td>3 分菜・
ミキサー食
用</td><td>10</td><td>100</td><td>300</td><td>5 本</td></tr>
<tr><td>流動食用</td><td>5</td><td>200</td><td>600</td><td>5 本</td></tr>
<tr><td>職員用</td><td>飲料水用</td><td>100</td><td>300</td><td>900</td><td>270 本</td></tr>
</table>
○災害時の職員数…待機職員で約 170 名/日と想定すると
・飲料水
1 日目…12 時間：1.5L×170 名=255L
2～3 日目…24 時間：3L×170 名×2 日=1020L
3 日間で約 1275L は必要。
・飲料水用として現時点で用意している水の量(3 日分)
患者用：810L
職員用：540L
※現在の保存水では職員用だけでも 735L 程度不足している。</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">●災害時の対応(災害食と同様)
1）備蓄倉庫から盛りつけ場所への非常食の運び出し
2）入院患者の食事リストの確保
3）食事の盛りつけ・配膳
○厨房・エレベーター使用可能
厨房内で盛りつけし、エレベータで配膳
○厨房又はエレベーター使用不可
施設の被災状況に応じて対応
・各階で盛りつけし、下膳車を利用し配膳
・空き部屋（1 室）で盛りつけ、バケツリレー方式で各階に配膳
4）衛生管理（水道が使用できない場合）
○手指衛生
ウェットティッシュで汚れを拭き取り、アルコールで消毒。作業の際は使い捨て手袋を使用
○厨房・盛り付け場所
汚れをウェットティッシュ等で拭き取りアルコールで消毒
○残飯・使用済みディスポ食器の処理
残飯・その他のゴミに分け、臭い・害虫対策としてゴミ袋は二重にしておく。</td></tr>
<tr><td>必要情報</td><td>・災害対策本部からの指示
・院内飲料水等の状況
・各病棟の被災状況
・貯水槽の被災状況</td><td>―</td></tr>
<tr><td>体制</td><td>・栄養療法科 4 名、委託職員 21 名</td><td>―</td></tr>
<tr><td>物品</td><td>・固定電話、携帯電話</td><td>・防災行政無線
・衛星電話</td></tr>
<tr><td>場所</td><td>被災状況に応じて</td><td>―</td></tr>
<tr><td>課題</td><td colspan="2">・災害発生時間によっては栄養療法科・委託スタッフの全員参集が困難であり、配膳時間が大幅に遅れる可能性がある。
・調理従事者が使用するトイレの殺菌・消毒
・現在の保存水では少なくても 1 食 200ml/人、1 日当たり 600ml/人(1 日当たり 180L・3 日で 540L)不足している状態と考えられる。また職員・患者共に対象人数が増えた場合、より不足することが考えられる。
・現在、食事準備用の手洗い水(トイレ後等)の水の準備はしていない。
・想定人数を増やした場合の保存場所の確保が必要。</td></tr>
</table>

BCP 行動計画＜その 12＞

業務名	配膳業務	
方　針	入院患者への食事提供を滞りなく実施する	
担当部門	栄養療法科、事務局	
責任者	栄養療法科科長	補佐：資材調達班責任者
目標 レベル	1 日三食、時間に合わせた提供 疾患に合わせた食事の提供 食中毒・感染症などの二次的被害を起こさない	
目標時間	1）飲料水―発災直後（1 時間を目安とする）より提供継続 2）食事―発災後最初の食事を 3 時間以上遅延させないことを目指す	
役割及び 活動内容	責任者：栄養療法科副技師長 1）被災状況の確認 ・厨房、エレベータの状況および配膳ルートの確保 ・配膳場所の確保 2）食料確保状況の確認 3）スタッフの確保	
	メンバー： 1）備蓄倉庫から盛りつけ場所への非常食の運び出し 2）入院患者の食事リストの確保 3）食事の盛りつけ・配膳 ○厨房・エレベーター使用可能 厨房内で盛りつけし、エレベータで配膳 ○厨房又はエレベーター使用不可 施設の被災状況に応じて対応 ・各階で盛りつけし、下膳車を利用し配膳 ・空き部屋（1 室）で盛りつけ、バケツリレー方式で各階に配膳 4）衛生管理（水道が使用できない場合） ○手指衛生 ウェットティッシュで汚れを拭き取り、アルコールで消毒。作業の際は使い捨て手袋を使用 ○厨房・盛り付け場所 汚れをウェットティッシュ等で拭き取りアルコールで消毒 ○残飯・使用済みディスポ食器の処理 残飯・その他のゴミに分け、臭い・害虫対策としてゴミ袋は二重にしておく。	
必要情報	・災害対策本部からの指示	―

	・院内備蓄食料等の状況 ・各病棟の被災状況	
体制	・栄養療法科 4 名、委託職員 21 名	―
物品	・固定電話、携帯電話	・防災行政無線 ・衛星電話
場所	被災状況に応じて	―
課題	・災害発生時間によっては栄養療法科・委託スタッフの全員参集が困難であり、配膳時間が大幅に遅れる可能性がある。 ・災害発生後に入院した患者情報の確保 ・生ゴミの処理・保管方法 ・調理従事者が使用するトイレの殺菌・消毒	

BCP 行動計画＜その 13＞

業務名	大災害後における酸素確保	
方　針	大災害後に院内酸素の保有状況、補充および需要の見通しなどを評価し、発注・公的補助要請・使用量節約などを適切に実施する。	
担当部門	医療ガス管理委員会、用度係、管理係	
責任者	医療ガス管理委員長（越智元郎）	
目標レベル	１．既入院患者における低酸素血症を防止する。 ２．災害傷病者など新規収容患者への酸素必要量を満たし、酸素不足から診療制限（受け入れ差し控え、手術中止など）が必要となることを極力防止する。	
目標時間	・酸素関連設備の損壊を評価―６時間以内 ・入院患者等への酸素必要量の把握―同上 ・酸素購入、補充に関する見通しの把握―12 時間以内	
役割及び活動内容	・酸素関連設備の損壊を評価―管理係 ・入院患者等への酸素必要量の把握―医療ガス管理委員長 ・酸素購入、補充に関する見通しの把握―用度係、事務局長（災害対策本部）	
必要情報	１．酸素小売りおよび卸会社の社名、連絡先 ２．院内酸素保有量 ・液化酸素タンク　3500KL （最小充填量　1750KL） ・0.5KL ボンベ―37 本　最大 18.5KL 7KL ボンベ―4 本　最大　28KL （液化酸素タンク損壊時、酸素備蓄は最大 46.5KL） ３．酸素需要 ・通常業務実施時―90.3KL/日(2015 年度平均) ・病棟酸素投与患者への投与量―37～84 KL/日 ・病院避難時の 0.5KL ボンベ必要本数 ○投与患者が多い場合 1.5 時間避難 25 本、3 時間〃30 本、6 時間〃41 本 ○投与患者が少ない場合 1.5 時間避難 15 本、3 時間〃17 本、6 時間〃21 本 ４．医療ガス発注先 （電話番号が有線電話登録されているか確認要） ①液化酸素―大西船具　電話 0894-24-0024 （八幡浜市松柏 819 番地 5、海抜　メートル）	

	② 酸素ボンベ―佐々木酸素　電話 0894-22-1028 （八幡浜市沖新田 1526 番地 48、海抜　メートル） 両社は 2016 年の担当社、１年ごとに担当交代） ③ 圧縮空気―大西船具または佐々木酸素★	
体制	・液化酸素ボンベ損壊あり → 酸素の緊急補給＋新規重症患者の受け入れ制限＋既入院重症患者搬出 ・全病院避難 → 優先避難と酸素提供を県や支援組織などに訴える。	
物品	・	・
場所	・	・
課題	・液化酸素タンクの津波・震災への耐性を高める。 ・酸素の緊急補充の体制づくり（業者にも事業継続計画（BCP）の策定を御願いする） ・優先避難の体制作り ・避難に備え、酸素ボンベの保有本数を増やす	

参考資料１　液化酸素タンクまたは酸素配管の損傷への対策－記事追加 平成 31 年１月

災害時・緊急時

液酸タンクからの供給が止まったとき、圧力計と液面計を確認する。

1）液面計に表示されている残量を確認する。

2）タンクの内槽圧力計に表示されている残量を確認する。

3）二次側供給圧力計に表示されている圧力を確認する。



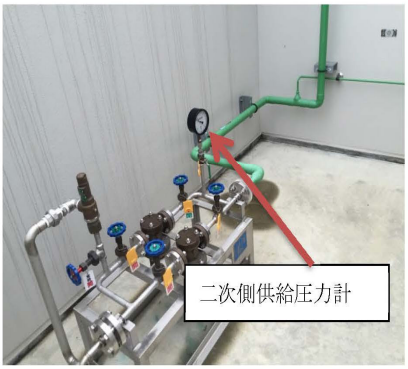
以上を確認し、日常点検日誌に記載する。

タンクからの供給が再開出来ないときは、医療ガスボンベ庫にある酸素ボンベを使い、病院内へのパイピング供給を開始することになる。

医療ガスボンベ庫（圧縮酸素ボンベ収納）

位置：液酸タンク右隣

貯蔵量：１４０m^3（７m^3ボンベ２０本収納）

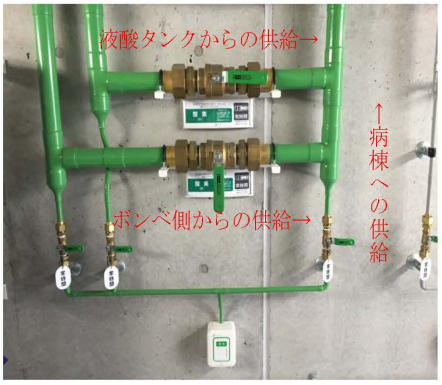


切り替え手順

① 医療ガスボンベ庫の扉を開けて入る。

② 緊急用バックアップ酸素ボンベのシャットオフバルブをゆっくり開ける。

③ タンク側のシャットオフバルブをゆっくり閉める。
この作業終了後から、緊急時用のマニホールドからの酸素が供給される。



④ 確認作業：酸素ボンベの圧力計残量（充瓶１４．７ＭＰａ）病院内供給圧力（０．４０～０．４４ＭＰａ）にて酸素が供給されている事を確認する。

＜酸素ガス供給圧力警報＞

上限警報０．４８ＭＰａ以上、下限警報：０．３２ＭＰａ以下

⑤ ガス供給会社に連絡する。

⑥ 酸素使用可能時間

計算式：７，０００Ｌ×２０本÷（使用流量○Ｌ／分×６０分）

液体酸素関係

◎酸素供給設備：ＣＥ（コールド・エバポレータ）容量５ｔ　満量：３，７００㎥
全自動切換式マニホールド　　７，０００Ｌ×１０本×２組

・通常、院内で使用する酸素は、ＣＥタンク内の液体酸素が蒸発器で気化され、酸素ガスとなり、パイプラインにより各病棟のアウトレットに供給されている。（供給圧力０．４０～０．４４ＭＰａ）

・液体酸素は、使用量に応じ、気化し、タンクの内圧で供給されているため、電力は必要としない。（電力が必要なのは、警報装置だけである。）

・ＣＥタンクに異常が発生すると、警報装置に警報が発せられ、緊急用酸素ボンベ室内のバルブを手動で切り替えると、マニホールドから酸素が供給される。

・各病棟へのパイプライン主管に異常が生じたとき（最悪の場合）は、各病棟に酸素ボンベを運び、圧力調整器で圧力調整後、アダプターをアウトレットに差し込み供給する。（病棟のシャットオフバルブ及びＣＥのメインバルブは閉じる。）

・ＣＥタンクの液体酸素の発注は、在庫量の下限値１，５００ｍ３に到達した時点で発注し、タンクローリ車で液酸タンクの検液弁から液が放出もしくは、液面計が３，７００m3 の満タンになるまで充填する。

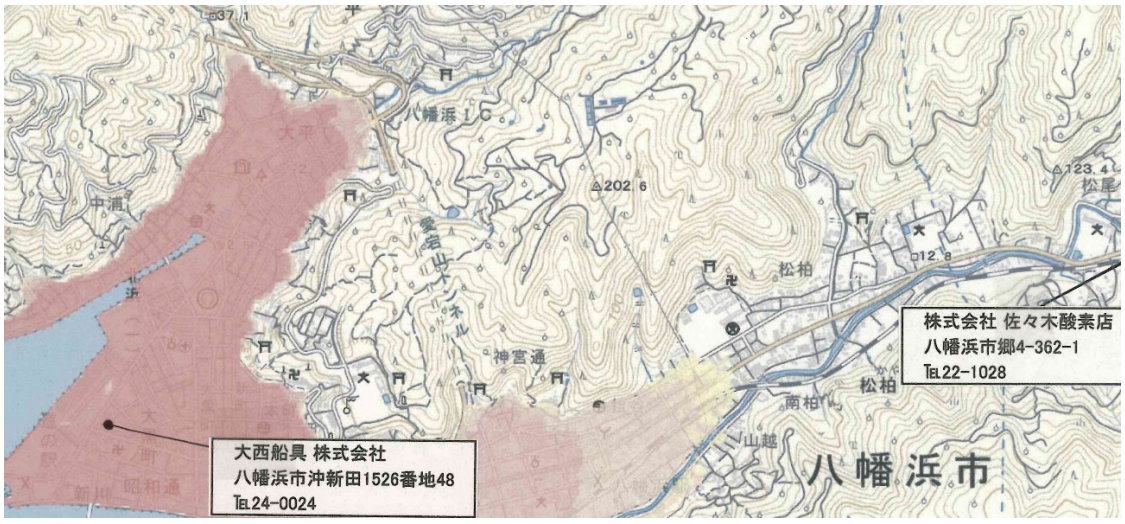
・ＣＥタンクの日常点検及び残量確認は、１日３回芙蓉メンテナンス株式会社が行っている。
また、ＣＥの定期自主検査は、６か月及び１年点検を行っている。

★参考資料 2　液八幡浜市内の酸素ボンベ配給会社の立地－記事追加 令和 2 年 1 月

酸素業者①　大西船具(株)－八幡浜市沖新田（海抜 1.8m)、酸素ボンベ倉庫は八幡浜市名坂（海抜推定 20m）に

酸素業者②　佐々木酸素店－八幡浜市郷

⇒ 大津波の後、道路啓開後には両社から酸素ボンベを提供いただける可能性がある。


八幡浜IC
△202.6
△123.4
松尾
松柏
□12.8
神宮通
南柏
山越
八幡浜市
株式会社 佐々木酸素店
八幡浜市郷4-362-1
TEL22-1028
大西船具 株式会社
八幡浜市沖新田1526番地48
TEL24-0024

BCP 行動計画＜その 14＞

業務名	通院患者への薬剤、処方情報の提供	
方　針	薬剤、処方情報の依頼があれば情報提供する。可能な限り薬剤の処方も行う。	
担当部門	外来　　受付　　薬局	
責任者	診療部長（または看護部長）が指名した医師（または看護師）	
目標レベル	薬剤、処方情報を必要時、電子カルテが使用できれば、可能な限り提供する。	
目標時間	発災翌日の外来受診時間に合わせて受け付けを開始。	
役割及び活動内容	受付は医事係に任せる。 看護師は情報を確認し医師に情報提供、処方を依頼 院外薬局の被災状況の確認。情報収集。 薬剤師は、院外薬局が機能しない場合、院内薬局の処方	
必要情報	院外薬局の被災状況。協力体制 電子カルテが使用できるか 院内薬局の薬剤の在庫量、通院患者に処方は可能か。使用できる薬剤の量はどれくらいか。	
体制	事務員　　2 名 看護師　　2 名 医師　　1 名 薬剤師　　1 名	
物品	薬剤情報問診票（メモ） 電子カルテ、処方箋	・
場所	外来受付 電子カルテのある受付か外来	・
課題	院外薬局の薬剤情報の管理体制、協力体制。 電子カルテが使用できない場合の対処方法。	

BCP 行動計画＜その 15＞

業務名	透析業務の継続・再開	
方針	八西地域で被災した透析患者を受け入れる。	
担当部門	人工透析室	
責任者	泌尿器科科長・透析室責任看護師	
目標 レベル	透析室の物的機能(ライフライン)・人的が確保される範囲 ・発災後 1 回目の透析－可能であれば、他院を含めすべての透析患者を受け入れる。 想定患者数（平成 28 年 1 月の実績より） 八幡浜市内合計　115 人 医療法人 広仁会 広瀬病院　60 人 （八幡浜市 1280-9、0894-22-2600） なかの泌尿器科　55 人 （八幡浜市保内町喜木 1-240-1、0894-36-1717） ・2 回目以降は愛媛県透析医会災害ネットワークの指示に従う。 （当院が機能していれば 2 回目も受け入れる。） ・クラッシュ症候群や外傷に伴う多臓器障害など、維持透析以外への透析需要に対しては、当院の状況をみながら可能な範囲で対応する。	
目標時間	・発災直後～2 時間以内に透析受け入れ可否を判定 ・災害対応のピークを過ぎた後、受け入れ準備・透析業務を開始する。	
役割及び 活動内容	・透析室内の被害状況本部へ連絡。 ・スタッフの参集・被災状況。人員の確保(他部署からの応援依頼) ・透析材料の在庫確認。補充が出来るかどうか(取引業者に連絡) ・透析患者の安否確認(他院を含め患者リスト作成)－行動計画 16 を参照 ・透析の実施 ・透析スケジュールの調整(短時間透析・何クールするか・透析日変更)	
必要情報	・透析出来るかどうか。建物・ライフラインの損壊規模、損壊状況 ・受け入れ人数 ・周辺透析施設の被害状況。	
体制	・看護師 5 名 ・医療機器管理室 1 名 ・医師 1 名	
物品	透析材料・鉗子・ステリクロン消毒・ヘパフ	

	ィルド・テープ・タンポン・手袋	
場所	人工透析室	
課題	・透析材料の備蓄・予備をどれくらいおくのか ・透析患者の伝達手段・情報収集 ・近隣病院との協力体制。 ・患者の受け入れる場所・手続きする場所の検討。 ・断水時の対応(ここでは平成年 28 年 11 月の当院透析患者数を使用) 月水金発災後に透析施行―患者数 25 人 火木土発災後に透析施行―患者数 22 人 必要原水量　通常時 76,139L／週（1 回 4 時間施行）　12,690L／回 災害時 47,372L／週（1 回 2 時間施行）　7,895 L／回 普段の　水使用量　100,000L／日 （うち 4 時間透析・23.5 人用　12,690L／日）76,139÷6＝12,690L すなわち　非透析の水使用量は　87,310L／日　となる。 断水の段階で受水槽容量は 97,500L。当院患者 57 人＋他院患者 115 人に 1 回ずつ 2 時間透析施行で 7,895L＋15,813L（137.5L x 115） = 23,708L　使用。 透析終了後の　受水槽残量＝73,792L・・普段の（非透析用）水使用量の 6/7 日分以下（84.5%）で断水解消を待つほかない（透析を行わない場合、1.11 日分)。 結論として、当院患者と市内患者に１回ずつの 2 時間透析を施行することは可能であるが、手術器材の洗浄といった他の用途の水使用は極めて制限される。2 回目以降の透析を透析ネットワークに依頼するのが妥当。 註（平成 29 年 12 月追記） 1.当院の透析患者数は増加の傾向にあり、今後の実災害では上記の試算を上回る水使用が想定される。 2.南海トラフ巨大地震では高い確率で地域における下水道の支障が想定されており、これが起こった場合には当院での透析実施は見合わせざるを得ない。	

BCP 行動計画＜その 16＞

業務名	透析継続のための連絡業務について
方針	八西地域で被災した透析患者に当院で緊急透析を実施したり、透析ネットワークにつなぐための連絡を適切に実施する。
担当部門	人工透析室

責任者	泌尿器科科長・透析室責任看護師	
目標 レベル	１．電話・FAX などを通常通り使用できる場合の手順を定める。 ２．電話・FAX などを使用できない場合の手順を定める。 ３．患者・家族との事前打ち合わせと確認資料を充実させる。 ４．患者との連絡や搬送作業を補完して貰うために、公的機関（市保健センター、消防本部等）との連携をはかる（手順書を事前に策定する）。	
目標時間	・災害対応のピークを過ぎた後に、当院および地域内透析患者の安否状況および所在を確認し、当院における緊急透析実施の見通しについて連絡をする。 ・上記と並行して、透析ネットワークや上記公的機関と連絡を取り、透析実施機関名、搬送手段などについて打ち合わせをする。	
役割及び 活動内容	・当院透析患者の安否状況および所在を把握する（在院中発災の場合／電話・FAX 使用可の場合／不可の場合） ・当院に緊急透析を依頼する予定の地域医療機関と連絡を取り、各医療機関が透析をしている患者の状況および所在を把握する（電話・FAX 使用可の場合／不可の場合） ・透析ネットワークと連絡を取り、各患者について今後の透析を依頼する医療機関のあっせんを受ける。 ・上記公的機関と連絡を取り、各透析患者が今後透析を受ける医療機関への搬送手段などについて打ち合わせをする。	
必要情報	・当院の透析可否状況 ・当院周辺道路などの損壊状況 ・透析ネットワークによる透析あっせん計画	
体制	・看護師 5 名 ・医療機器管理室 1 名 ・医師 1 名	
物品		
場所	人工透析室	
課題	・透析患者との非災害時における打ち合わせ、手順作成、資料提供 ・近隣の透析病院との非災害時における打ち合わせ、手順作成 ・支援を依頼する公的機関（市保健センター、消防本部など）との非災害時における打ち合わせ、手順作成 ・透析ネットワークとの非災害時における打ち合わせ、手順作成	

資料：電話不通時において消防本部や自主防災組織に依頼して、患者情報を医療機関へ伝達する（無線や連絡用紙の手渡しによる）構想がある（平成 31 年 1 月追記）

災害時（電話不通時）医療機関への連絡用紙（案）

この用紙は電話不通時に、患者様がかかりつけ医療機関と緊急に連絡を取る必要が生じた場合に、消防本部や自主防災組織を通じて医療機関への連絡を試みて貰うためのものです（関係者の業務状況や通信の状況によっては、連絡を中継できない場合もあります）。

以下の欄は患者様または代理の方が記入して下さい

記入日時　　年　月　日　時　分

発信者名　患者
他（　　）
消防本部等への送付者名

患者の住所
現在の所在
連絡先電話 1
2
電子メール 1
2
LINE
現在の体調

現在の問題点

その他、当該医療機関に伝えてほしい事柄

患者名
（フリガナ　　）
(生年月日　ＭＴＳＨ　　年　　月　　日)

連絡先（連絡を希望する医療機関名）
市立八幡浜総合病院
他（　　）

診療科
担当医名
診察券番号（市立八幡浜総合病院は 10 桁）
□□□□□□□□□□
発災前からの主要な病名

服用薬剤の種類、特殊な治療など（例．在宅酸素）

以下は対応した人（消防や自主防災組織の担当者）が記入します

受領組織名　八幡浜地区施設事務組合消防本部　本署、第一分署、第二分署、第三分署
その他
受け取り職員名　　受け取り日時－　　年　月　日　時　分
備考

伝達担当職員名　　伝達日時　－　年　月　日　時　分
伝達先医療機関名　市立八幡浜総合病院、その他（　　）
部署名　　連絡先職員名
備考

BCP 行動計画＜その 17＞

業務名	**手術業務の継続･再開**	
方　針	大災害時に必要となる緊急手術に対応するとともに、がん患者をはじめ手術が予定されていた患者への手術を当院または紹介先の病院で実施する。	
担当部門	手術室運営委員会、手術室	
責任者	手術室長	
目標 レベル	1．病院機能（ライフライン）が確保される範囲で、また手術室人員が参集できる範囲で、災害傷病者などへの緊急手術を適切に実施する。これが実施できない場合には早期、方針を決定し災害対策本部へ連絡する（被災地外への患者搬出、手術を含む根本的治療実施の方針）。	
目標時間	1．局所麻酔（伝達手術を含む）手術の可否の決定―発災 1 時間以内 2．全身麻酔手術の可否を決定―発災 2 時間以内 3．局所麻酔（伝達手術を含む）手術患者の入室―発災 1.5 時間以内 全身手術患者の入室―発災 3 時間以内 ＊並列手術管理の可否判断、実際の患者入室迄にはさらに時間を要する。	
役割及び 活動内容	1a）手術室師長（または代行者）―勤務時間内発災の場合 ・被災状況の確認、災害対策本部へ報告 ・災害対策本部が「災害モード」を発令すれば、今後の予定手術への準備を中止し、準備器材・人員などを災害傷病者への緊急手術のために準備・配置する。 1b）スタッフ―勤務時間内発災の場合 ・緊急手術の準備及び実施 ・多数手術に向け、手術器材の洗浄・セット組み・滅菌	
	2a）待機看護師（または代行者）―勤務時間外発災の場合 ・被災状況の確認、災害対策本部へ報告 ・災害対策本部が「災害モード」を発令すれば、今後の予定手術への準備を中止し、準備器材・人員などを災害傷病者への緊急手術のために準備・配置する。 1b）スタッフ―勤務時間外発災の場合、1a）と同様	
必要情報	・被災情報（ライフライン）特に酸素・水・電気の供給 ・手術室設備及び関係機器の損壊の有無―手術室スタッフ、必要により管理係、ＭＥ室スタッフが確認	
体制	・看護師９名	

	・補助看護師 3 名	
物品	・	・
場所	・中央手術室	・
課題	1）非常電源が使えない場合―電気メス、バイポーラ、無影灯などの機器が使用できず、手術室の継続・開始は困難。実施中の手術を懐中電灯などを使用して、できるだけ早期に終了（必要により他院へ転送して必要処置を追加実施）。新たな手術は開始しない。 2）水道途絶―当院受水槽（総容量 97,500L）が損壊することは考えにくいが、この量は（透析用を除く）院内水使用量の 1 日分（87,310L）をわずかに上回るに過ぎない。さらに当院通院患者 47 人＋八幡浜市内の透析患者 115 人に普段の半分の時間（2 時間）の災害時透析を 1 回行う場合 23,708L が必要で、透析後の受水槽残量は 73,792L、これは普段の（非透析用）水使用量の 6/7 日分以下（84.5%）に過ぎない。断水が解消するまでは手術器材洗浄は最小限にせざるを得ない。 手術器材洗浄不能の場合、デイスポ製品である程度の対応は可能である。平日時間外の段階で、消毒済みの手術器材のセット数は以下の通り。外科―開腹セット 5、虫垂切除セット 1、ヘルニアセット 1、気管切開セット 1、整形外科―上肢セット 4、下肢セット 4、脳神経外科―開頭セット 1。これらのセットを使い果たした段階では、手術は実施できない。 3）酸素途絶―500L ボンベ（残量 250L）で対応する場合、最小限の酸素投与量（例：1L/分）で 3 時間程度の全身麻酔対応が可能（手術終了直後にも酸素吸入は必須）。この時間内に発災時に実施中であった手術を終了させる。新たな全身麻酔手術は開始しない。	

参考資料 1（平成 29 年度調査）

■手術室の水使用量調査

A) 自動ジェット式超音波洗浄機（手術器材および病棟・外来の医療器材の洗浄）

・コース 1（超音波洗浄－なし）　175L／回

・コース 2（超音波洗浄－低水位）345L／回

・コース 3（超音波洗浄－高水位）581L／回

上記のコースの組み合わせで 1 日に 3 回程度使用している。

超音波洗浄に使用する水は 1 日当たり約 1240L（2 週間の使用量から平均したもの）

B) 手洗い

約 11～15L／1 回

1 日 3 件の手術 → 手洗い職員数のべ 11 人／日（平成 28 年度手術数より）

1 日分（3 件）の手術に要する手洗いの水は 121～165L

■手術室の CO2 使用に関する試算・調査

A) 発災時の手術用 CO2 保有量（容器・配管等に損壊がないと仮定＊）

・最大　30kL ボンベ 2 本＝60KL　・最小　同上　1 本＝60KL

（1 本使い切った段階で補充している。年 2 回程度）

・平均的な保有量　45kL

＊保有場所は３階ボンベ室で、地震および大津波によりボンベ倒壊・破損などが起こる可能性は低い。

B) 鏡視下手術における平均的な CO2 使用量（平成 29 年 4 月～7 月）

・ヘルニア根治術（11 例、平均手術時間　2.2 時間）－15L

・虫垂切除術（7 例、平均手術時間　2.0 時間）－45L

・胃切除術（2 例、平均手術時間　6.5 時間）－75L

・大腸切除術（5 例、平均手術時間　4.5 時間）－240L

・胆嚢摘出切除術（7 例、平均手術時間　2.2 時間）－400L

C) CO2 ストックからみた、実施できる鏡視下手術例数の目安

虫垂切除術（１回 45L 使用）を目安にすれば、最大 1300 例、最小 670 例（平均 1000 例）実施できる。

■酸化エチレンガス（EOG）滅菌装置（ECⅡ-B2600）使用に関する試算・調査

A) 発災時の EOG 保有量（容器・配管等に損壊がないと仮定）

・最大　エキテック 95　100 本（10 本入り、10 箱）

・最小　　同　　30 本（60～70 本使用した段階で発注・補充している）

・平均的な保有量　　65 本

B) １回当たりの使用量　－　平常時週 2 回使用している、1 回 3 本程度使用（週 6 本）

C) EOG ストックからみた、EOG ガス滅菌回数の目安

通常使用量として最大 17 週分、最小 5 週分（平均 11 週分）のストックがある。

■窒素ガスに関する試算・調査

A) 発災時の窒素ガス保有量（容器・配管等に損壊がないと仮定）

・最大　窒素医療用 7KL 4 本

・最小　　〃　　2 本（2 本使用で購入・補充している）

・平均的な保有量　　3 本（21KL）

年に 3 回程度補充しており（14KL/4 ケ月使用）、平均的な保有量は通常使用で 6 ケ月分に相当する。

■圧搾空気について

病院６階に圧搾空気を作製する機械がある（電気で駆動、機種名　　）。この機械が不備となったときのために、圧搾空気の予備ボンベ（7KL）が 20 本備蓄されている。最近数年間で圧搾空気ボンベの使用および購入実績はない。

圧搾空気に関しては地震および大津波の影響は考えにくい。

参考資料２．滅菌ガウン・同手袋の在庫からみた手術可能件数（平成 30 年度調査）

OP 室　滅菌ガウン、手袋在庫について

		定数	請求点	最大
マスク付きガウン	LL サイズ	４５	１６	６１
マスク付きガウン	L サイズ	４５	３０	７５
マスク付きガウン	M サイズ	４５	１５	６０
マスクなしガウン	LL サイズ	４５	３０	７５
マスクなしガウン	L サイズ	４５	４５	４５
マスクなしガウン	M サイズ	４５	２０	６５
プロテキシス６		５０	５０	１００
プロテキシス６ 1/2		５０	５０	１００
プロテキシス７ 1/2		５０	３０	８０
テクラップ６ 1/2		５０	５０	１００
テクラップ７		１００	７０	１２０
テクラップ７ 1/2		１００	５０	１００
アンダーグローブ６ 1/2		５０	２５	７５
アンダーグローブ７		５０	１０	６０
アンダーグローブ７ 1/2		５０	２５	７５
アンダーグローブ８		５０	２５	７５

請求点（これを切ると発注がかかる）
手術件数によるが定数は OP 室にある状態

整形は１～４人の Dr+１人の器械出し看護師
外科は１～３人の Dr+１人の器械出し看護師
脳外科は１人の Dr+１～２人の器械出し看護師

上記が手術に入る

整形は最小で９件の手術
外科は最小で１１件の手術
脳外科は最小で１５件の手術　が出来るガウン、手袋の在庫状況

BCP 行動計画＜その 18＞

業務名	病棟患者状態維持と業務の継続	
方　針	患者状態変化・病棟業務継続可否の有無を円滑に確認 医療に関する設備等の稼働の可否について円滑に確認	
担当部門	看護部門	
場所	各病棟	
責任者	各病棟看護師長	・各病棟副看護師長・リーダー
体制	・各病棟看護師 日勤４～６人 夜勤２～３人 （準夜・深夜それぞれ） ・看護助手２～４人 ・クラーク１人	・事務部門からも動員する （本部へ応援要請）
情報	院内 PHS・電話 院内 FAX	・伝令
物品	災害医療計画 アクションカード 災害時チェックリスト	
目標 レベル	患者状態確認・容体変化の確認と安定化対応 病棟業務継続可否の確認・判断 別表チェックリストに定めた医療機器などについて確認	
役割及び 活動内容	看護師長： １．　各設備稼働状況の報告を受領 ２．　災害対策本部へ院内 PHS または FAX、伝令により病棟状況伝達 ３．　病棟業務継続可否を確認・判断、スタッフへ指示	
	メンバー： １．　アクションカード確認し各設備稼働状況・患者安否を確認 ２．　災害時チェックリスト記入 ３．　責任者へ報告 ４．　患者治療・ケアの継続	
	災害直後の対応	
	●30 分以内 ・入院患者の安否確認 看護師：担当病室、看護助手：デイルーム・浴室・トイレ・廊下など クラーク：スタッフステーション ・病棟設備などの損壊の確認 →（暫定）災害対策本部へのチェックリスト送付 →損壊状況などにより、師長・副看護師長・リーダーの判断で	

	病棟内患者移動 ・患者・職員の受傷の有無の確認 →必要により病棟内での外傷治療確認 ●1 時間以内 ・災害対策本部、ラジオ、テレビなどから情報入手 災害規模と種類、病院損壊状況、医療ガスの状況、医薬品の状況 医療資機材の状況、レントゲン・ＣＴなど検査機器の破損状況 血液生化学検査機器の状況、 ・電子カルテの状況、患者情報（連絡先などの確認、印刷など） ・患者通常処置と看護ケアの実施 ●2 時間～3 時間 ・救急外来収容患者対応のための派遣人員の決定 → 派遣 ・2 回目の病棟状況報告
	大津波来襲時の対応
	・大津波来襲に備え、出棟者全員の所属病棟への帰室、収容。3 階病棟から 4、5 階病棟への、安定している患者移送・誘導（重症患者用の新規入院ベッドの確保） ・いったん停電後の非常電源への切り替え → 重要医療機器の設定などの確認。エレベーター（長期間停止）閉じ込めの確認。2～3 時間内に必要となる薬剤などのチェックと入手。酸素供給圧の確認 → 液体酸素タンクの損壊が疑われる状況では酸素ボンベからの酸素の適正分配。
	エレベーター停止への対応
	・食事の配膳 ・下膳の体制
	断水時の対応
	・飲料水の確保 ・トイレの体制 ポータブルトイレの使用、おむつ使用 ・清潔（身体・環境）維持 清拭タオルの活用 ・手指衛生の徹底 ノロウイルス／インフルエンザ感染の防止 手指消毒、清拭タオル・ウェットティッシュの使用、 マスク、手袋の着用
	（病棟）職員帰宅困難への対応
	・帰宅困難職員把握、院内泊職員の居住場所、食料など確保
	超繁忙期から比較的安定期に向けてのシフト変更のモデル **（休息の取り方）**
	・連続勤務・ 18 時間体制・・４人勤務（4 時間おきに 1 人休む） 16 時間体制・・３人勤務（4 時間おきに 1 人休む） 12 時間体制・・２人勤務（4 時間おきに 1 人休む）

	→ 通常体制 ★追加（令和元年度の災害訓練では、発災直後 15 時間の連続勤務後、9 時間の休息または帰宅のローテーションが提案され、おおむね了承された）。
	入院患者様の精神的サポート
	・発災時の気配り **・情報提供** **・家族との連絡体制** **・家族宿泊の可能性** **・体操やリハビリの併用（リハビリ室の協力）**

チェックリスト

機器名	保管場所	使用の可否	具体的状況
医療ガス			
ライフライン			
医薬品			
除細動器			
人工呼吸器			
心電図モニター			
電子カルテ			

病棟図・避難路（準備中）

BCP 行動計画＜その 19＞

業務名	**撮影業務の継続**
方　針	各部署と連携し、救急患者の撮影業務（ＣＴ・一般撮影）を行う
担当部門	画像診断部
責任者	技師長
目標 レベル	撮影装置（ＣＴ・ポータブル式Ｘ線発生装置２台・持ち運び型ＦＰＤパネル・画像信号受信ユニット一式）の破損状況確認及び動作確認後、電源のある限り救急患者のＣＴ及び一般撮影を行う。
目標時間	発災が勤務時間内か勤務時間外で異なる。 勤務時間内に発災した場合概ね２０分 勤務時間外に発災した場合概ね６０分
役割及び 活動内容	～責任者～ １・被災状況を確認し災害対策本部へ報告 ２・装置の破損状況確認 ３・装置の動作確認 ４・自科スタッフの配置を指示
	～スタッフ～ １・ＣＴは可能であれば２名で行い、撮影する者と画像処理（ＭＰＲ画像・３Ｄ画像作成）をする者とを分業し、多数の救急患者でもスムーズに流れるようにする。 ２・一般撮影は可能であれば２名で行い、撮影する者と画像作成者とを分業し、多数の救急患者でもスムーズに流れるようにする。
必要情報	・災害対策本部からの指示 ・電気の供給情報
体制	・診療放射線技師７名（長期間の場合は３名づつの２交替とし、１名は予備要員とする）
物品	・充電式ポータブルＸ線発生装置 ・非充電式ポータブルＸ線発生装置（非常用電源がある限り無限に撮影可能） ・持ち運び型ＦＰＤパネル ・ＦＰＤパネル用バッテリー ・ＦＰＤ画像信号受信ユニット一式
場所	・ＣＴ：ＣＴ室 ・一般撮影：画像診断部１番撮影室及び２番撮影室
課題	・ＣＴ装置は莫大な電力を消費するため、非常用電源が切れた場合、電気が復旧していなければ使用不能になる。

	・ＦＰＤパネルやポータブルＸ線発生装置もＣＴ装置と同様、非常用電源が切れた場合に電気が復旧していなければ使用不能になる（ただ、装置搭載バッテリーが続く限りは撮影可能）。 ・電子カルテ・オーダーリング機能が浸水により停止した場合、それに接続しているＳＹＮＡＰＳＥサーバー（画像診断部画像サーバー）もストップする。その場合、画像閲覧はＦＰＤ画像受信用ユニットに付随するノートパソコンで行わなければならない。また、ＣＴは装置本体で画像閲覧を行わなければならない。

BCP 行動計画＜その 20＞

業務名	**リハビリテーション科の事業継続(搬送班の業務を含む)**	
方　針	-災害対策本部と連携し、入院及び救急患者の搬送業務を行う。 -病棟と連携し、順次リハビリを再開する。	
担当部門	リハビリテーション科	
責任者	リハビリテーション科技師長	リハピりテーション科副技師長
目標レベル	１．搬送業務―院内災害準備、傷病者多数受け入れ、エレベーター停止などに対応し、必要となる物品、患者などの搬送業務を行う。 ２．既入院患者へのリハビリをできるだけ早期に再開し、災害による健康被害を最小限にする。	
目標時間	１．搬送業務―災害対策本部との連携(本部設置後すぐに) ２．リハビリ再開―少なくとも発災4日目（救急部長案）以降にはリハビリを再開する。	
役割及び活動内容		
必要情報	・ ・ ・	
体制	リハスタッフ14名(市内10名・市外4名) -看護助手(市内4名	
物品	物品-ストレッチャーなどの搬送用具	・
場所		・
課題	・ ・	

BCP 行動計画＜その 21＞

業務名	検査業務の継続	
方　針	・検査機器類の被災状況確認 ・水源の確保、試薬残量御確認 ・通常業務への早期移行	
担当部門	臨床病理科	
責任者	臨床病理科技師長	
目標 レベル	通常業務への早期移行	
目標時間	・検査機器類の被災状況確認：1.5 時間以内 ・試薬残量御確認：1.5 時間以内	
役割及び 活動内容	責任者: ・被災状祝の確認 ・災害対策本部への連絡	
	メンバー: ・試薬在庫、残量確認 ・検体測定 ・災宮対策本部からの情報収集、伝達 ・病棟検体の集荷、患者搬送の応援 ・各業者（卸）への連絡 連絡先 ・三和医科器械　0893-24-4179 ・よんやく 089-958-1171 ・アスティス 089-977-4700 ・四国八洲 089-960-0260	
必要情報	・災害対策本部からの指示 ・院内試薬残量の状況 ・卸等取引先被災状況	
体制	・臨床病理科職員　11 名(市内 10 名・市外 1 名) ・臨時職員 4 名(市内 3 名・市外 1 名)	
物品	・固定電話、携帯電話/PHS	・
場所	・検査室内	・
課題	1.水が使用不可能な状況下では、検体検査は限られた数しか検査できない(使用可能状況でも試薬在庫に限りがあるため、項目を絞る必要がある). →タンク満水:20L	

	1)TBA120FR: 30L/h 使用 2)Ci4100: 20L/h 使用 ※水を使用しない一般検査、CBC は検査可(試薬残量考慮) ※凝固検査はタンク(10 L)が無くなるまで検査可(試薬残量考慮) 2. 非常電源が使用できない場合、機器が動作せず検体検査、生体検査が行えない 3. 交通状況により、試薬到着が遅延する可能性がある。

BCP 行動計画＜その 22＞

業務名	**医療機器（医療機器室管理分）管理業務の継続**	
方針	安全な医療機器の提供。	
担当部門	医療機器管理室	
責任者	医療機器管理室：兵頭崇之副技師長	
目標 レベル	医療機器の安全な提供及び台数確保。	
目標時間	・発災１時間後～　（勤務時間内） ・発災６時間後～　（勤務時間外）	
役割及び 活動内容	・医療機器使用状況の確認及び使用中動作確認。 ・各病棟/各部署の未使用機器を医療機器管理室に集約し、必要部署へ安全確認後提供する。 ・医療機器使用優先度の確認。 ・医療機器取引業者からのレンタル等を考慮する。	
必要情報	・災害対策本部からの指示。 ・各病棟/各部署の未使用機器の確認。 ・医療機器取引先被災状況及び連絡先の確認。	
体制	・医療機器管理室３名。	
物品		
場所	・医療機器管理室/各病棟/各部署	
課題	・使用状況により、医療機器の空き台数が変わる。 ・非常用電源使用不能の場合、バッテリー駆動時間が機種により異なる為、必要最低限の使用となる。 ・医療機器のレンタルは、交通状況により困難になる場合有り。	

BCP 行動計画＜その 23＞

業務名	**人工呼吸治療の継続**	
方針	人工呼吸器使用中患者の安全確保を行う。 人工呼吸器の緊急での使用に備える。	
担当部門	医療機器管理室・各病棟	
責任者	医療機器管理室：兵頭崇之副技師長	
目標 レベル	人工呼吸使用中患者の状況把握と安全確保。 未使用機器の点検及び台数確保。	
目標時間	・発災直後～１時間を目安とする。（勤務時間内） ・発災直後～６時間を目安とする。（勤務時間外）	
役割及び 活動内容	・使用中患者の状態を確認する（バイタルサイン等）。 ・機器の動作確認を行う。 ・酸素供給の状況を確認する。 ・緊急での使用に備え、未使用機器の点検及び台数確保に努める（取引業者からのレンタル等を考慮）。 【酸素供給がない場合】 ・アウトレットからの酸素供給がない場合、速やかに酸素ボンベに切り替える。 ・使用できる酸素量には制限がある為、設定等を主治医と検討する。 ・搬送を考慮し、準備する。	
必要情報	・災害対策本部からの指示。 ・使用中患者リスト。 ・酸素供給の有無。 ・酸素ボンベの残本数確認。 ・バックバルブの確認。	
体制	・医療機器管理室 3 名。 ・各病棟スタッフ。	
物品	・バックバルブ ・酸素ボンベ	・未使用人工呼吸器
場所	・各病棟 ・医療機器管理室	
課題	・使用状況により、人工呼吸器の空き台数が変わる。 ・アウトレットからの酸素供給ができない場合、使用可能時間に制限ができる（緊	

	急での使用不可能)。酸素ボンベの増加。 ・非常用電源が使用不能の場合、バッテリーの駆動時間には限界がある（機種により駆動時間異なる。また、機種により動作制限がある)。 ・人工呼吸器のレンタルは、交通状況により困難な場合有り。

BCP 行動計画＜その 24＞

業務名	在宅酸素療法患者への対応
方針	在宅酸素療法患者の安否確認及び酸素供給
担当部門	地域連携室・医療機器管理室
責任者	救急部長・医療機器管理室長
目標 レベル	在宅酸素施行中の患者に対し酸素供給を行う。
目標時間	・発災６時間後～４８時間後
役割及び 活動内容	・在宅酸素療法患者の安否確認（当院管理患者の各メーカーによる確認及び報告・他院で管理中の患者は除く)。 ・各メーカーによる酸素供給状況の確認。 ・各地域の電源供給状況の確認（酸素濃縮器には電源なしで駆動できないものあり)。 ・取引先被災状況及び交通網の確認。 ・酸素使用優先度の確認（流量等)。 ・在宅酸素療法患者の来院に備え、残酸素ボンベの本数確認及び酸素濃縮器（在宅用酸素ボンベ等）の手配。 ・ＨＯＴステーション設置の検討。
必要情報	・災害対策本部からの指示。 ・残酸素ボンベ数。 ・各地域の被災状況（停電等)。 ・医療機器取引先被災状況及び連絡先。 ・交通網。
体制	・医療機器管理室３名。 ・地域連携室　　名
物品	・備蓄酸素ボンベ。
場所	・
課題	・取引先業者及び交通網の被災状況により、安否確認及び調達の有無が変わる。 ・バッテリー駆動時間が機種により異なる（酸素濃縮器)。

資料. 各在宅酸素メーカーの災害時の対応

【帝人在宅医療株式会社】・・・八幡浜市 31 名・西宇和郡 10 名

・Ｄ－ＭＡＰ（災害時に地図上に患者の自宅を表示させ、素早く対応するためのシステム）を活用し、迅速に在宅療養者の安否確認を行う。
・衛星電話を活用し、在宅療養者の安否確認を行う。
・コールセンター有り（福岡・大阪)。
・予備ボンベを備えつけている（使用流量により異なる・安静時処方量で８時間目安)。
・酸素ボンベ集積地から、酸素ボンベ・酸素濃縮装置が配送される。

【フクダライフテック】・・・八幡浜市 30 名程度・西宇和郡 5 名程度

・フクダレスキューWeb（災害時業務支援システム）を活用し、迅速に在宅療養者の安否確認を行う。
・スタッフが電話及び訪問にて在宅療養者の所在を確認する。
・在宅療養者の所在確認情報を医療機関に迅速に報告する。
・コールセンター有り。
・予備ボンベを備えつけている（使用流量により異なる・１日程度目安)。
・最寄りの拠点から、酸素ボンベ・酸素濃縮装置が配送される。

【フィリップスレスピロニクス】

・・・八幡浜市 9 名・西宇和郡 3 名、西予市当院管理 1 名

・スタッフが電話にて在宅療養者の所在を確認する。
・コールセンター有り。
・予備ボンベを備えつけている（使用流量により異なる・１～２日程度目安)。
・最寄りの拠点から、酸素ボンベ・酸素濃縮装置が配送される。

※上記患者数は、当院管理以外も含まれる。
※安否確認の報告は、各医療機関に行われる。

BCP 行動計画＜その 25＞

業　務　名	**医事業務の継続と再開** **搬送班等の人手が必要とされる部署への協力**
方　　針	● 災害対策本部や各診療科と連携し、非常事態でも診療及び医事業務が継続できる体制を構築する。 ● 各部署と連携し、搬送班等の医療以外の自分たちで出来る業務を行う。
担当部門	医療情報管理部　医事係
責　任　者	医療情報管理部次長 （不在時、来院不能時は医事係長が代行）
目標レベル	非常事態での医事業務の継続と通常業務の早期再開
目標時間	● 各部門の診療体制が整う時間
役割及び活動内容	● 津波到達前に最低限必要となるデータ、紙カルテ等の搬出 ● 被害状況の確認（電子カルテ・レセプトコンピューター等） ● 参集可能な職員数によってではあるが、医事業務以外の人手が必要な部署への協力・応援 ● 最低限必要な患者データ、病歴の提供
必要情報	● 災害対策本部からの指示 ● 各診療科の診療再開等の指示 ● 各部署の最低必要人員の把握
体　　制	● 医療情報管理部職員 4 名（市内 4 名） ● 医師事務作業補助者 10 名　（市内 7 名　市外 3 名） ● 株式会社ニチイ学館職員（医療事務委託先）（市内 19 名　市外 8 名）
物　　品	● 電子カルテ（オーダリング端末） ● レセプトコンピューター ※サーバーについては 6 階のサーバー室にて管理 ● USB メモリに保管しているレセプトコンピューターのデータ
場　　所	● 医療情報管理部医事係 ● 災害対策本部の指定する場所
課　　題	● 現在電子カルテにて診療を行っているが、耳鼻科・眼科・歯科口腔外科については紙カルテにて運用している。また、医事係内に

	膨大な紙カルテを保管しており、災害発生時に全てのカルテを搬出することは不可能である。紙カルテを運用している診療科のカルテについては、必ず搬出する必要があるか。 ● 地震や津波などの災害によって、電気については自家発電によって復旧することが見込まれるが、電子カルテなどのパソコンが正常に起動するか。 ● 大規模災害であれば、かなりの傷病者が搬送されてくるため、受付業務もかなり困難な状況が予想されるため、受け入れについてはある程度ルールを決めて、患者情報の入力や診療内容の入力等についても簡略するなどの検討が必要か。 ● 津波などで来院出来ても、瓦礫等で院内へ立ち入り出来ない。もしくは立ち入り出来ても端末が使用できない可能性がある。 ● １階が水没した場合、電子カルテの端末は各病棟にあり診療可能であるが、レセプトコンピューターについては６階の医療情報管理室にしかないので、患者情報の把握が困難である。

★BCP 行動計画＜その 26＞

業務名	大津波到来後の院内清潔環境の復旧	
方　針	大津波到来後の病院環境、特に清潔環境を復旧し、できるだけ早期に医療・療養を適切に実施できるようにする。なお、停電（非常電源稼働）、断水、勤務職員数の減少などの、災害時における病院リソースの限界に十分配慮して実施する必要がある。	
担当部門	事務局（管理係、施設係、庶務係、メンテ）、１階部分の各部門スタッフ。 ★院外―１階―２階への経路の清掃・消毒に関しては院内清掃班が担当する。	
責任者	管理係長	補佐：感染対策委員長
目標 レベル	１）非浸水区域（2 階以上）へ安全に移動できる経路を確保し、浸水区域（院外および１階部分）からの移動に際して、破損物などによる外傷や履き物への汚物付着などが起こらないようにする。 ２）１階部分の病院機能の復旧（破損物除去、清掃、消毒、必要物品等の搬入） ３）発災後３日間は外部からの補充がなくとも、この業務を実施できる量の消毒薬などの備蓄、代用品などに関する方針検討を行っておく。	
目標時間	１）大津波警報解除とともに開始し、作業開始３～６時間以内に非浸水区域（2 階以上）へ安全に移動できる最小限の経路を確保する。 ２）警報解除後 3 日以内を目標に１階部分の病院機能の復旧をはかる。一部の区画については使用不能の評価を確定する。	
役割及び活動内容	責任者：①津波予想の情報を入手し共有 ② 病院近隣、敷地内、１階部分、２階部分などの被災状況の確認 ③ 参集職員に関する情報を入手し、作業を分担する	
	メンバー： 1)主要幹線から当院までの院内経路の状況について情報入手し、行政などに啓開の要請をする 2)敷地内の最小限の移動経路啓開、駐車場確保－瓦礫・破損物等の置き場を設置 3)１階部分の作業 イ．瓦礫、土砂、海水、破損ガラス、流木などを撤去 ロ．床、壁、階段などの水洗 ハ．同上の消毒 ニ．必要器材、器具などの再設置 ホ．使用不能区画の決定	
必要情報	・災害対策本部からの情報・指示 ・院内水備蓄量、消毒薬・手袋・清掃用器材等の保有状況	―

	・取引先被災状況 ・取引業者連絡先（下表参照）	
体制	・薬剤科職員３名、委託職員　名	―
物品	・下記表参照 資料１．消毒薬について ・固定電話、携帯電話	
場所	・	―
課題		

資料１．使用する消毒薬について

1．クレゾールせっけん液(3%)

30ml+水970ml=1 リットル、**1本500m1→16.7リットルできる**

2．ベンザルコニウム塩化物(0.1%)

10%の製品 10ml+水990ml=1リットル

(500m1のペットボトル1本にキャップ1杯)

1本500m1→50リットルできる

3．次亜塩素酸ナトリウム(食器など0.02%)

10%の製品2ml (ペットボトルのキャップ半杯) + 水998ml=1リットル

1本500ml → 250リットルできる

4．次亜塩素酸ナトリウム(便や吐物が付着したところ 0.1%)

10%の製品 10ml (ペットボトルのキャップ2杯) + 水990ml=1リットル

1本500ml → 50リットルできる

５．次亜塩素酸ナトリウム〈嘔吐物、便など 0.5%〉

10%の製品 50ml + 水950ml=1リットル

1本500ml → 10リットルできる

課題・要確認事項

1） 平常時の院内備蓄量はどの位の計算か

2） 今回の業務（津波後の院内消毒＋３日間の院内消費）のためにどのくらいの消毒薬が必要か？

3） 追加購入すべき薬剤の種類と量、必要な予算金額

4） 災害用に追加購入する薬剤の置き場所は確保できるか？

5） 災害時に希釈した消毒薬を院内配布するための容器はどのくらい必要か、購入が必要か

水害時の消毒法

消毒対象	消毒薬	調整方法	使用方法	注意事項
屋　外 （し尿槽や下水があふれた場所、動物の死骸や腐敗物が漂着した場所、氾濫した汚水が付着した壁面、乾燥しにくい床下）	クレゾール石ケン液	クレゾール石けん液30mlに水を加えて1リットルとする。 （液が濁っている場合には上澄み液を使う。） 30ml + 970ml = 1L	家屋の周りは、じょうろや噴霧器などで濡れるように撒く。 壁面は、泥などの汚れを水で落としてから、消毒液をひたした布などでよく拭く。 （または噴霧器を使う場合は、濡れる程度に噴霧する。）	取り扱う際には長袖、長ズボンを着用し、メガネ、マスク、ゴム手袋などを使用し皮膚や目にかからないように注意すること。 皮膚についた場合には大量の水と石けんで良く洗い流す。目に入った場合は、水で15分以上洗い流し、医師の診察を受けること。 使用する直前に希釈し、希釈する濃度を守ること。 他の消毒液や洗剤などと混合しないこと。
	オルソ剤 （パンゾール等）	オルソ剤20mlに水を加えて1リットルとする 20ml + 980ml = 1L		
屋　内 （汚水に浸かった壁面や床、家財道具）	塩化ベンゼルコニウム逆性石けん （オスバン等）	塩化ベンザルコニウムまたは塩化ベンゼトニウムとして0.1%の濃度になるようにうすめる。 （10%の製品の場合、本剤10mlに水を加え1リットルとする） いろいろな濃度のもので市販されているので希釈倍率に注意する。	泥などの汚れを洗い流すか、雑巾などで水拭きしてから、うすめた液を浸した布などでよく拭く。 （又は噴霧器で噴霧する場合は、濡れる程度に噴霧する。その後は風通しをよくしそのまま乾燥させる。）	
手　指 （後片づけなどで、汚染された個所や土に触れた手指）	塩化ベンゼルコニウム逆性石けん （オスバン等）	濃度に注意！ 1L 濃度／0.1%	汚れを石けんで洗った後、流水で石けんを落とし、洗面器などに入れた消毒液に手首まで浸し、30秒以上もみ洗いをする。 その後、乾いたタオルなどでよく拭き取る。石けんが残っていると殺菌力が低下するので、よく洗い流す。	器に移して保管しないこと。
食器類	次亜塩素酸ナトリウム （ミルトン等 ハイターは界面活性剤が入っているためすすぎが必要です。）	10%製品を使用する場合は、本剤2mlに水を加えて1リットルとする。 （次亜塩素酸ナトリウムの濃度が0.02%になるように希釈する。） 濃度に注意！ 2ml + 998ml = 1L 濃度／0.02%	食器を水洗いした後、消毒液に5分以上浸し、自然乾燥させる。	
井戸水	次亜塩素酸ナトリウム （ミルトン：ハイター：界面活性剤等が入っているため飲料時には用いません。）	10%製品を使う場合は、水1リットルにつき1滴を加える。 （残留塩素として1～2ppmの濃度になるように調整する。） 濃度に注意！ 1L + 1L = 1L 濃度／1～2ppm	汚染された井戸水は水質検査で飲用可能になるまで飲まない方が安全です。やむを得ず使用する場合は、煮沸してから使う。 （どうしても、飲用に使用する場合は、くみ取った水に1～2ppm濃度になるよう調整した消毒液を入れ、30分以上放置してから飲用する。）	浄化微生物に影響を及ぼすので、浄化槽には散布しないこと。

データ提供：（社）名古屋市薬剤師会

★BCP 行動計画＜その 27＞

業務名	トイレ管理業務
方針	トイレの安定使用
担当部門	管理係
責任者	★管理係長
目標レベル	院内の職員・入院患者と来訪者のトイレ安定使用と感染管理
役割及び活動内容	１．上水設備の作動状況の確認、・下水設備の作動状況の確認 ２．院内施設のトイレの状況の確認 ３．院内の状況の情報を本部に集約し、安全確認後、院内へ情報提供する 災害時のトイレ使用の宣言 【災害時のトイレ使用の基本的な考え方】 水洗トイレは 1 回に 5～6 リットルの水を必要とし、1 人平均 5～6 回のトイレの使用が考えられ、1 日平均 30ℓの水を必要とする。災害時には、医療用の上水の確保を優先し、トイレでの水の使用を禁止とする。 ①　院内で使用するトイレを限定する。(院内の施設が安全使用できる場合) ②　病室のトイレは原則使用しない。 ③　ポータブルトイレ・尿器はビニル袋で覆い使用する。 ④　病棟では、ベッドパンウォッシャーを使用しない。 【地震・津波等災害時】 停電のため上水の汲み上げ、下水設備の安全が確認できるまで下水を流すことはできない。トイレでの水の使用を禁止とする（★各経路の下水管が詰まっていることが明確になるまで、小便のみ流すことを許容する)。 １．便器をビニル袋で覆い新聞紙や凝固剤を用い便・尿・紙類を処理し、ビニル袋を密封し汚物入れに処理する。 ★追加：＊院内で新聞紙の一定量の備蓄があるのは事務局と診療部だけであり、これらを供出いただく他、病院近くに居住する職員にも提供を呼びかける。 ・非常用トイレ（ビニル袋かぶせ式・凝固剤・消臭剤）の備蓄 約 300 名/日（職員＝100 名、患者＝200 名）×5 回＝延べ 1500 回/日分 長期保管を考慮すると消臭性の高い物が推奨される ・オムツの院内備蓄は約 1 週間分（現在の入院患者の状況で） 病室内にオムツ・尿とりパッド袋で配置があるが、1 階の倉庫からの移動が出来なければ病棟内の備蓄で賄わなければならない。簡易トイレで凝固剤の代わりにオムツを使用する方法があるが、災害時には必要な患者に優先し使用しない。 ・ゴミ袋 45ℓと手術室で使用の凝固剤ポイマーでも代用可能。(消臭効果は低い) ・屋上を簡易保管場所とする場合は、消臭や衛生面の配慮が必要となる。放棄の廃棄の手段の確保が必要となる。

<table>
<tr><td></td><td>【トイレ後の手指の消毒】
1. ウエットティシュを使用する。
2. アルコール擦拭剤で仕上げ。
※処置時は、手袋を装着する。
【停電時】★追加：（病院立地地域の下水に被害がない状況で、電気の供給が停止）上水の汲み上げができないが、下水の使用は可能
1. 固形物（便）、液体（尿）、ペーパー類の３種類に分けて処理をする。
2. 汲み置きの水の用意し、液体のみトイレに流す。
3. 断水をした場合は、便器の汚物槽を必ず空にしておく。
→ 固形物は新聞紙や紙おむつに包んで、ビニル袋等で密封し、汚物入れに捨てる。</td></tr>
<tr><td>必要情報</td><td>・災害対策本部からの（災害時のトイレ使用の宣言）指示
・各部署からの施設・設備の状況の報告
・各部署の備品（ビニル袋・オムツなど）在庫状況、トイレ必要者の数
★追加　・下水貯蓄タンクの残容量（大津波浸水後には残容量ゼロになると予想される）</td></tr>
<tr><td>体制</td><td>・定期的なトイレ清掃、ごみの回収と保管場所の整備
・部署でのトイレの日常的管理はその部署で行う</td></tr>
<tr><td>物品</td><td>・ビニル袋・バケツ・柄杓・消臭剤・凝固剤・手指消毒剤の配置
★追加（補充なしに使用できる備蓄量はそれぞれ〇日分である）。</td></tr>
<tr><td>場所</td><td></td></tr>
<tr><td>課題</td><td>災害の状況により
・病棟での入院患者の使用のトイレの管理の体制の整備
・汚物の回収・保管場所の整備、防臭対策
・汚物廃棄の手段確保
・非常用トイレ（ビニル袋かぶせ式・凝固剤・消臭剤）の備蓄
約 300 名/日（職員＝100 名、患者＝200 名）×5 回＝延べ 1500 回/日分
家庭用
<table>
<tr><th>ﾒｰｶ名</th><th>製品名</th><th>規格/値段</th><th>凝固時間</th><th>消臭性</th><th>処理性</th></tr>
<tr><td>コクヨ</td><td>袋式トイレ</td><td>30 回分/4,309 円</td><td>〇</td><td>◎</td><td>◎</td></tr>
<tr><td>BOS</td><td>非常用ﾄｲﾚｾｯﾄ</td><td>15 回分/ 1,944 円</td><td>×</td><td>◎</td><td>△</td></tr>
<tr><td>ﾌﾞﾚｲﾝ</td><td>非常用ﾄｲﾚ袋</td><td>30 回分/2,255 円</td><td>△</td><td>〇</td><td>△</td></tr>
</table>
施設用
<table>
<tr><th>ﾒｰｶ名</th><th>製品名</th><th colspan="2">規格</th><th>1 日分</th></tr>
<tr><td>まいにち（株）</td><td>ﾏｲﾚｯﾄS-100</td><td>100 回分/15,000 円</td><td>10 年保存</td><td>15 箱/225,000 円</td></tr>
<tr><td>MT-NET（発売</td><td>ﾄｲﾚﾏﾝ</td><td>100 回分/6,000 円</td><td>5 年保存</td><td>15 箱/90,000 円</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

	元）				
	三陽	簡易ﾄｲﾚｾｯﾄ	100 回分/12,000 円	10 年保存	15 箱/180,000 円
		ポイマー	500g/本（33 回分）12 本/24,900 円		

★追加：（当院では〇社の製品〇を備蓄しており、補充なしに〇日間使用できる見込みである。）

手指消毒剤の確保

資料　発災後の上水、下水、電気、固定電話の停止率（%）
それぞれ八幡浜市（松山市）の順で示す（下水、電気、固定電話は八幡浜市のみ）。
断水 1 週間以上、下水支障 3 日と想定される。

時期	上水道断水	下水道支障	停電	固定電話不通
直後	99.8　(58.9)	99.4	99.4	99.4
1 日後	99.7　(55.0)	82.2	85.8	91.5
1 週間後	98.5　(34.3)	29.6	79.5	27.9
1 か月後	63.4　(3.6)	0.6		16.2

(松山)

BCP 行動計画＜その 28＞

業務名	大津波に備えた重要文書等の退避
方針	勤務時間内発災と勤務時間外発災で対応を切り替える。 ■勤務時間外発生の場合 勤務職員は１階部分の文書保存・退避などの作業は原則行わない。 ただし、車両（DMAT 車、透析送迎車など）は可能であれば日直・当直事務担当者が浸水域外へ移動する。他の優先すべき業務がある場合や構内や走路の損壊、路上混雑がある場合はこの限りでない。 ■勤務時間内発災の場合 イ）津波浸水が予想され紛失を防ぎたい重要文書等がある部署では、非災害時において重要文書等の待避を図る。 ロ）発災後も紛失防止のために若干の人員をあて、事前に定められた手順で重要文書等の破損、逸脱を防ぐための処置を行う。 ハ）車両（DMAT 車、透析送迎車など）は可能であれば庶務係職員などがが浸水域外へ移動する。他の優先すべき業務がある場合や構内や道路の損壊、路上混雑がある場合はこの限りでない。
担当部門	院内１階各部署 外来（整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、小児科、歯科口腔外科） 救急処置室、人間ドック室、リハビリテーション室、栄養療法科、 医療情報管理部（医事係、医療情報システム係）地域医療連携室、 事務局（庶務係、経理係、用度係、管理係、）、中央倉庫（用度係） 放射線被ばく医療施設（別館）、売店（ローソン）、会計（伊予銀行、ATM）、 医事（ニチイ学館）、栄養療法科（日清医療食品(株)）
責任者	事務局次長、院内１階各部署の担当責任者 エレベーター、エスカレータが停止するので、階段を使用しての重要文書等の退避となるので、事務局の男性職員が協力する。
目標レベル	保存の必要性が極めて高い重要文書等を仕分けする。 平常時より発災時の対応を各部署で協議・検討を重ねる。 保存必要性の基準（下のアンケート調査結果を参照） 極めて高い（A）－下の項目①～③にすべて該当 比較的高い（B）－下の項目の１つ以上に該当 項目 ①失われると何らかの問題が生じる。 ②複製資料等が存在しない。 ③その復旧再生に多大な労力を要するか復旧できない。
目標時間	発災約 50 分以内（大津波到来予定の 70 分後まで、20 分の予備時間を置く）

役割及び活動内容	院内１階各部署が責任を持って重要文書等を２階のセキュリティーエリア内に退避する。車両は事務局職員が立体駐車場の最上階に移動する。
必要情報	津波情報、災害対策本部からの指示。
体制	院内１階各部署の担当責任者１名と副責任者１名。
備品	段ボール、台車（１階中央倉庫前）用度係
場所	２階のセキュリティーエリア内、各部署担当責任者の宿泊所近く。 外来患者及び救急患者の救急処置の邪魔にならない場所。 DMAT 車、透析送迎車は立体駐車場の最上階に移動。
課題	発災時に備え、重要文書等は平常時より２階以上の場所に保管したいが、診療等で必要な書類は身近に保管しておきたいという各部署の意向がある。 よって、平常時より１階各部署のスタッフが保存の必要性が高い重要文書等がどこにあるかを把握しておくこと、またできるだけスキャンし、電子カルテ内（ステラ）の情報として保存する。

大津波襲来に備えた文書退避の方針（調整前、平成29年9月19日。文責－救急部長）

部署名	文書等の名称	分量（A4×cm）	分類	評価	平常時の置場	平常時退避場所	頻度	発災後退避先	担当者	備考
外来等	該当なし									
リハビリ室	年間集計表	A4　10cm	B	1△、2◎ 、3◎	リハビリ室		毎年	部署職員の宿泊所近く（暫定　　）	山本	
	検査データ	外付けHD1台	B	1△、2◎ 、3◎					梅林	
地域連携室	該当なし									
人間ドック室	カルテ	27-28年分　21箱 25-27年分　18箱	A	1◎、2◎、3◎				2階または3階多目的室	未定	未定
	フィルム（24-26年）	胸部 マンモグラフィー	B	1△、2◎ 、3△				2階以上どこでも		
栄養科	患者食事データ	ファイル10冊	A	1◎、2◎、3◎	1階栄養科休憩室・倉庫		毎日	部署職員の宿泊所近く（暫定　　）	科長	栄養ソフトは電カルと連動しているが、栄養科の患者食事データがメインコンピュータでバックアップされているかは不明。
	監査用書類	25箱	B	1△、2△、3△	1階 倉庫北側		毎年			
	マニュアル類	A4ファイル50冊	B	1◎、2△、3◎	1階 栄養科事務所		毎月			
	業務書類（報告書）	A4ファイル40冊	B	1△、2△、3△	1階・栄養科 事務所・倉庫		毎月			
	栄養指導用資料	A4　90cm	B	1△、2△、3△	2階 栄養指導室		毎週	―	―	
事務局	看護専門学校証明書、同交付願綴、証明書等の発行について、卒業者台帳、卒業証明書発行台帳、成績証明書発行台帳、学籍簿＊	各1冊 （25冊*）	A	1◎、2◎、3◎		6階 医療情報管理室		―	―	
	金庫	1式	B	1◎、2△、3△	1階・事務局			6階 医療情報管理室	庶務係 経理係	
	公営企業会計システム記録媒体	1式	A	1◎、2◎、3◎	1階・事務局					
医事係	歯科外来カルテ	A4　1000枚	A	1◎、2◎、3◎				6階 カルテ保管庫（暫定　　）	外来係長	
	スキャナ取り込み前書類		A	1◎、2◎、3◎						

BCP 行動計画＜その 29＞

業務名	自家発電と燃料確保について
方　針	自家発電の稼働及び燃料確保
担当部門	事務局
責任者	管理係長・用度係長
目標 レベル	商用電源復旧までの、自家発電の稼働
目標時間	72 時間（3 日間）
役割及び 活動内容	・自家発電機器の稼働状況確認 　６Ｆ電気室、各病棟・外来部門等 ・商用電源断に伴う各種周知 　トイレの流し方、エレベーター停止、Ａ階段開放等 ・残存燃料による稼働時間の想定 　６０％稼働での想定 ・燃料給油会社との連絡 　燃料欠乏前の給油
必要情報	・自家発電の稼働状況 　病棟、外来等各部署の電気の状況 ・地下タンクの残燃料量、想定稼働時間 ・燃料給油会社の状況 ・市内外、周辺の交通網
体制	管理係１名 用度係１名
物品	
場所	６Ｆ屋上、電気室、屋外地下タンク
課題	・地下タンクまでの給油経路確保 　交通網の寸断により、病院まで来れない恐れ有り ・商用電源復旧まで、長引く場合の判断

参考資料１.　　平成 29 年度追加

非常発電に関する資料

1)非常電源に使用する油種　＝　A 重油

2)非常発電装置の名称、発電量（電圧など）

・屋外キュービクル式　ディーゼル発電機

・発電機容量　1000kVA

3)上記を 1 日稼働させるのに必要な燃料の量

100%使用で 220L/時 → 5,280L/日

（60%使用なら 132L/時 → 3,168 L/日）

4)常時備蓄している燃料の量

最大 16,000L　＋　1,950L　＝　100%稼働で約 3 日分、60%稼働で約 5 日分）

（屋外地下タンク）（燃料タンク）

5)燃料備蓄の場所

屋外地下タンク → 立体駐車場横　廃棄物倉庫裏 ⇒ 地震・大津波による損壊のリスクあり

燃料タンク　　→ 屋上

6) 商用電源停電・エレベーター停止時に非常電源用の燃料を発電装置まで届ける方法

屋上の燃料タンクで非常用電源が働き、地下タンクにあるポンプが動いて、配管を通って燃料が屋上まで供給される。

7) 非常用電源用の燃料の発注先（毎年入札にて決定）

過去数年分の発注先

Ａ社（八幡浜市 1522 番地） → 地震・大津波被害の可能性（＋）

Ｂ社（八幡浜市栗野浦） → 地震・大津波被害の可能性（＋）

Ｃ社（八幡浜市郷）　　→ 地震被害の可能性（＋）

参考資料２.　　平成 30 年度追加

当院発電機で使用するＡ重油について

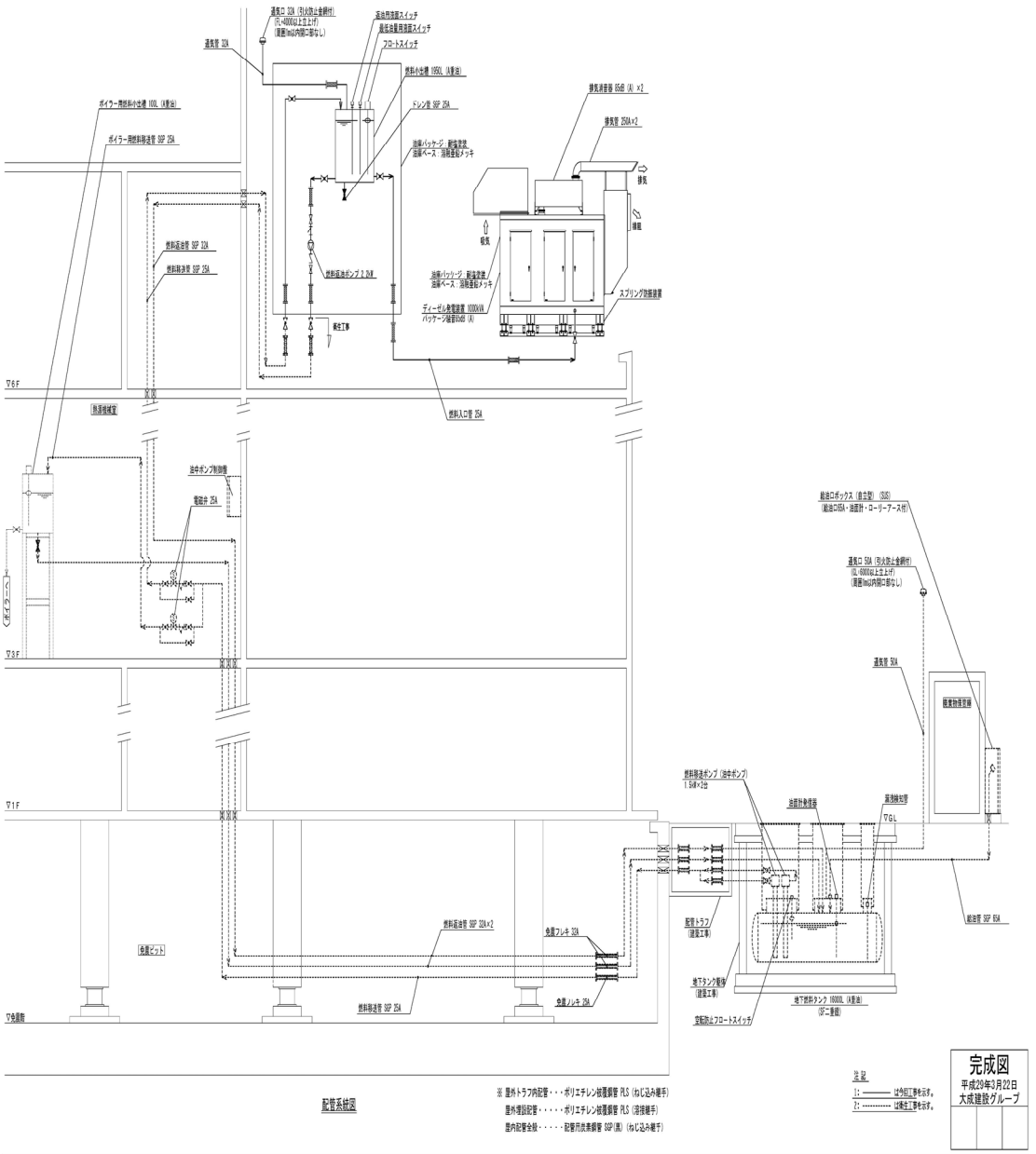
過去の大災害時に非常発電機が使用できなかった例がある。石油連盟の情報（2016 年 7 月）によると、燃料保存開始後 3 か月を過ぎるとセジメント（沈殿物）が増加し、燃料フィルターの目詰まりなどの不具合を引き起こす。当院ではＡ重油を地下タンクに保管し、普段からボイラ等でも使用している。密閉して、使用しないで保管している訳ではないので、劣化の懸念はない。

＜発電機設備図（下図）＞

・６Ｆ屋上に 1950 リットルの小出し槽(小型のタンク)

・まずは小出し槽から自家発に燃料供給

・それから自家発が稼働して院内に電気が供給されると、配線を通って地下タンクの油中ポンプも動き出し、屋上へ燃料が供給される


通気口 32A（引火防止金網付）
(TL+4000以上立上げ)
(開口mm内側に部なし)
通気管 32A
遠方停止スイッチ
高圧油量検知スイッチ
フロートスイッチ
燃料小出槽 1000L（A重油）
ドレン管 SGP 25A
ボイラー用燃料小出槽 100L（A重油）
ボイラー用燃料移送管 SGP 25A
油中ポンプ（燃料移送ポンプ）
1.5kW×2台
燃料移送管 SGP 32A
燃料戻り管 SGP 25A
燃料送油ポンプ 1.2kW
発電機
ディーゼル発電機 1000kVA
パッケージ騒音60dB（A）
排気消音器 65dB（A）×2
排気管 25A×2
排気
排煙
スプリング防振装置
燃料入口管 25A
▽6F
熱源機械室
油中ポンプ制御盤
電磁弁 25A
▽3F
▽1F
免震ピット
▽免震階
燃料移送管 SGP 32A×2
燃料移送管 SGP 25A
免震フレキ 32A
免震ノンキ 25A
配管トラフ（建築工事）
地下タンク室内（建築工事）
地下燃料タンク 1600L（A重油）
（ダニ無し）
室内配管
地震計検知器
TGL
緊急遮断弁
通気管 50A
通気口 50A（引火防止金網付）
(TL+4000以上立上げ)
(開口mm内側に部なし)
給油口ボックス（自立型）（SUS）
（給油口25A・油面計・ローリーアース付）
給油管 SGP 65A
配管系統図
※ 屋外トラフ内配管・・・ポリエチレン被覆鋼管 PLS（ねじ込み継手）
屋外埋設配管・・・・・ポリエチレン被覆鋼管 PLS（溶接継手）
屋内配管全般・・・・・配管用炭素鋼管 SGP(黒)（ねじ込み継手）
注記
1：――― は今回工事を示す。
2：・・・・・ は既存工事を示す。
完成図
平成29年3月22日
大成建設グループ
株式会社 山下設計
YAMASHITA SEKKEI INC.
ARCHITECTS/ENGINEERS & CONSULTANTS
作成 藤田 南
照合 石神 哲史
審査 渡部 正春
2017.02.22
2017.02.22
2017.02.22
一級建築士 第125102号
設備設計一級建築士 第23413号
御器谷 良一
市立八幡浜総合病院改築事業
図面内容
発電機設備図（2）
縮尺
図面番号
E-3016
区分
電気設備図

BCP 行動計画＜その 30＞

業務名	**災害時病院宿泊環境の整備**	
方　針	平成 29 年度に実施したアンケートの結果、女性職員 138 人、男性職員 32 人、計 170 人（常勤・非常勤職員の約 47%）が、南海トラフ巨大地震発生後、院内宿泊が必要になる可能性があると考えられた。これらの職員のための宿泊環境を確保するための方針は以下の通り。 ［1］　大津波による損壊・汚染の恐れがある１階部分は当初の宿泊スペースに想定しない。 ［2］　患者入院スペースは一切、職員の宿泊スペースに想定しない（満床またはオーバーベットでの病床運用も必要になるかも知れないため)。 ［3］　休床病棟である５西病棟を院内全体の女性職員の宿泊場所に充てる。 ［4］　男性職員の宿泊場所は所属部署の近くに想定（複数部署合同も可） ［5］　２階以上の部署は１階部署の職員のために可能な範囲で宿泊スペースを提供する（特に男性職員のための宿泊スペース)。 ［6］　本業務を実施するにあたり、所属職員数が最も多い看護部が他部署職員の宿泊環境の確保・整備を含め、調整を担当する。	
担当部門	看護部、事務部	
責任者	副看護部長	
目標 レベル	長時間の災害時勤務の後、帰宅できない職員が、適切な環境で宿泊できる環境を整える。災害時勤務中の職員個々の安否確認、健康管理、食事提供、寝具提供、家族の安否状況の把握なども関連性部署と協力をして実施する。	
目標時間	発災当日（1 日目）の午後 9 時を目標に、宿泊予定職員の把握と、暫定宿泊箇所の設定、寝具配布などを行う。さらに発災 4 日目の午後６時を目標に、宿泊を要する職員の全体を把握し、より固定的な宿泊箇所の設定、寝具の配布資料などを行う。	
役割及び 活動内容	1.5 階西病棟宿泊職員に関しては、副看護部長または副看護部長から指名された職員が部屋割りを行う。 2.各部署所属長から宿泊職員氏名および宿泊場所についての報告を受ける。 3.副看護部長は院内宿泊職員に関する表を作成し、宿泊環境（寝具、飲料水、食料を含む）や宿泊職員の健康状態などを把握する。	
必要情報	・部署別の院内宿泊希望者数・１階部分の損壊・汚染の程度	
体制	・5 西病棟に院内女性職員約 89 人が宿泊する。スペースが許すならば、患者用ベットをすべて病室から出し、職員は床の上寝具を引いて寝起きをする（患者用ベットが不足する事態に備える)。個室に 2 人、4 人部屋に 6 人宿泊し、スタッフステーションやカンファレンス室も宿泊スペースとして使用する。	
場所	・	・
課題	・寝具、簡易ベットなどの購入計画を策定する必要がある。	

南海トラフ巨大地震を想定した帰宅困難職員（部署別）と想定される宿泊スペース

部署名	宿泊合計	女			男			他部署へ提供	
		人	自部署で	他部署で	人	自部署で	他部署で	女用	男用
3階	15	14		5西	1	家族控室		学生控室	
4東	15	15		5西	0	＼			
4西	12	11		5西	1				
5東	15	14		5西	1				
手術室	9	7	女子更衣室 スタッフ室 医師控室		2	男子更衣室			
看護部	3	2	看護部長室 安全管理室 看護部室		1	感染対策室 多目的室			
外来等	27	27	2階診察室 透析室 化学療法室 内視鏡室		0	＼			
診療部	4	1	サテ当直室		3	第二当直室 救命士室 副院長室			
薬局	2	1		5西	1	薬局内			薬局内(4)
放射線室	1	0	＼		1	DEXA室 マンモ室			
リハビリ	6	3		5西	3	なし			
検査室	8	4		5西	4	生理検査室			生理検査室(20)
ME室	1	0	＼		1	ME室			
地域連携	2	2		5西	0	＼			
医療情報	2	2	医療情報室		0	＼		医療情報室（20）	
ドック室	4	4		5西	0	＼			
栄養科	9	6	休憩室		3	なし			
事務局	7	4		5西	3		会議室？		
医事係	11	8		5西	3	なし			
電話交換	2	2	電話交換室		0	＼			
伊予寝具	1	1	なし	電話交換室？	0	＼			
警備など	3	1		5西	2	なし	会議室？		
芙蓉メン	11	8		5西	3	メンテ室	会議室？		
合計	170	137		5西　89	33				

３．課題と取組方針

(1)　現況の課題と改善に向けた取組

発災時にBCP行動計画に基づき行動するための課題とその改善のために以下の通り取り組むこととする。

業務名	課題	改善方法	改善のための取組
診療提供能力の確認	避難を要する状況でなければ､外部からの患者受け入れは避けられない｡どのような診療提供能力を持った状態での対応戦略になるか､特に院内からの情報を吸い上げ､まとめ､本部へ報告する仕組みを練り上げる。	・災害医療計画の整備（アクションカードを含む) ・災害訓練および事前セミナーにおける意識づけ	・災害訓練や災害対策本部や情報伝達をテーマとした事前セミナーの中で､診療提供能力に関する情報整理のあり方を整理する
災害時における院内体制整備	災害時の院内体制について事前に合理的な計画を立て､それを実施者(代行する可能性のある職員を含め)に徹底する。	・定期的(年１回)に実施している災害医療計画の改定作業を、院内全体を巻き込む作業とする。 ・様々な想定の災害訓練を計画し、院内を挙げて真剣に取り組む。	毎年､左記を実施する。
トリアージ(START,PAT)の実施	当院ではまだ一次､二次トリアージを的確に実施できる(準備、トリアージ補助を含め)レベルにはない。	・一次、二次トリアージに関する災害医療計画の整備（アクションカードを含む) ・災害訓練ならびに事前セミナーで訓練をする。	毎年､左記を実施する。
重症患者の搬送	地域に多数の重症傷病者が発生する場合には､病院対病院の紹介・転送ではなく､愛媛県災害医療コーディネータによる調整下に広域搬送が行われることになる。このあたり､当院職員には未経験であり､円滑な手順を踏めるかどうか懸念がある。	災害訓練や関連のセミナー（災害対策本部の活動訓練）を通じて手順を確認する。	同左

(2) 訓練・教育の取組

実際にライフラインの寸断を想定し、バックアップによる病院の一部の稼働や備蓄食料の調理を行い、緊急時の燃料不足や食料等の消費期限切れがないことを確認す

る。

業務名	課題	改善方法	改善のための取組
供給途絶時の食料確保	大津波を伴う南海トラフ巨大地震や原子力災害時（原発単独事故でも）には、当地域への食料搬送が行われなくなる可能性がある。食料節約、備蓄使用、地域内企業などの協力を得ることなどにより、患者と災害に対応する職員への食事の提供をはかる必要がある。	・食料に関する災害医療計画を様々なケースに分けて記載する。 ・机上訓練、シミュレーションにより、災害時の対応を仮想体験する。	同左

(3) BCP チェックリスト（厚生労働省）に基く要改善点

平成 28 年 1 月時点で、BCP チェックリスト（厚生労働省）に基き、当院の災害医療体制・防災設備等について見直した。当院の要改善点としては以下の項目が挙げられる。

大項目	評価基準	評価	対策
耐震･安全性診断（発災前）	耐震･安全性診断を受けているか？	○	新築のため、受けたのと同様（受ける必要無し）
応急危険度判定（発災後）	災害発生後に迅速に被災建築物応急危険度判定（発災後の耐震評価）をうけることが検討しているか？	―	大規模施設は対象外
転倒･転落の防止措置	医療機器や棚の転倒･転落物の防止措置について検討され、実施しているか?	△	建物工事完成後に機器設備等の転倒･転落防止処置をはかる
自家発電装置	自家発電装置があるか？	○	ある（→ 1,000kVA 1台）
	停電試験を定期的に行っているか？	○	年1回
	電力の供給量	○	新築後は通常使用量 800kVA を超える
	救急部門、エレベータ、CT 装置、災害対策本部	○	自家発電装置による電力供給あり
燃料	自家発電装置の備蓄燃料があるか？	○	現状3日分。
	燃料を優先的に供給を受けるための契約または協定があるか？	×	業者との契約書･協定書締結を目指す

受水槽	受水槽は設置されているか？	○	現状 98m3（通常使用の 0.9 日分）
	受水槽、配管には耐震対策措置が実施されているか？	○	免震継ぎ手
下水	下水配管には耐震対策措置が施されているか？	○	免震継ぎ手
	下水が使用不能で水洗トイレが使用できない場合のための計画はあるか（仮設トイレ、マンホールトイレ等）	×	新病院において実現させる
ガス	ガスの供給が停止した場合を想定して、プロパンガスボンベの備蓄はあるか？	○	備蓄量3，960L
医療ガス	外部からの液体酸素の供給が途絶えたことを想定すると、どのくらいの酸素備蓄があるか？	○	現在の備蓄 4,014,000L。 津波に対する防潮設備が必要。
	院内の配管が損傷を受けた場合を想定して、酸素ボンベの備蓄はあるか？	○	現在の備蓄量　19,000L
	酸素ボンベを優先的に供給を受けるための契約または協定があるか？	×	業者と契約・協定をはかる
医薬品	医薬品の備蓄はあるか？	○	現在の備蓄 3 日分
	医療材料の備蓄はあるか？	○	現在の備蓄 3 日分
	医薬品が優先して供給されるための契約はあるか？	×	業者と契約・協定をはかる
	医療材料が優先して供給されるための契約はあるか？	×	業者と契約・協定をはかる
通信	外部固定アンテナを有する衛星携帯電話はあるか？	×	新病院においてアンテナ設置
エレベーター	自家発電装置に接続されているエレベータはあるか？	○	2台

	エレベータ管理会社への連絡手段が 24 時間 365 日確立しているか？	○	
	エレベーター復旧の優先順位がついているか？	×	院内で協議する
	優先してエレベータ復旧が可能となるように、エレベータ管理会社と契約や協定を結んでいるか？	×	業者と契約・協定をはかる
緊急地震速報	緊急地震速報設備を有しているか？	×	免震構造のため導入しない
	緊急地震速報設備が館内放送と連動しているか？	×	免震構造のため導入しない
	緊急地震速報設備がエレベータと連動しているか？	×	免震構造のため導入しない
本部要員	緊急参集した職員や帰宅困難な職員のための休憩や仮眠が出来るスペースがあるか？	○	あり
	緊急参集した職員や帰宅困難な職員のための食料・飲料水の供給体制はあるか？	○	あり
参集基準・呼出体制	一斉メール等職員に緊急連絡を行う方法はあるか？	○	
	大災害時の参集可能職員の確保	△	他院職員との災害時協力体制、大津波時の通勤路整備が必要（市に依頼）
ボランティアの受入	医療ボランティアの受け入れ体制はあるか？	△	具体的計画が必要
	医療ボランティアの待機場所はあるか？	△	具体的計画が必要
	医療ボランティアの受け入れマニュアルはあるか？	△	具体的計画が必要
災害訓練	災害復旧や長期的な対応を検討するための机上シミュレーション等を実施しているか？	×	今後、様々なタイプの訓練を取り入れて行く、
マニュアルの存在	災害時の対応マニュアルはあるか？	○	

その他のマニュアルとの整合性等	火災時のマニュアル、地域防災計画との整合性はとれているか？	△	細部の不統一を是正要。原子力災害時の避難手段、避難先医療機関が未決定

(4) 点検・是正の取組

訓練時において各部門により BCP の点検を行い、是正内容については部門横断的な策定組織において確認を行う。

(5) 見直しの取組

以下の変化があった場合には、改めて策定フローを実行し、BCP の見直しを行う。

○想定地震被害の見直し　　○地域防災計画の見直し

★救急・災害対策委員会および部会等の委員－平成 31 年 4 月

1．救急・災害対策委員会

委員長	医師	**越智元郎**	救急科長、麻酔科科長、救急・災害対策室長
委員	医師	**~~★岡田英之~~** **大野篤志**	内科医長
~~委員~~	~~医師~~	**~~河内正人~~**	~~医療安全管理室長・脳神経外科科長~~
~~委員~~	~~医師~~	**~~温泉川一喜~~**	~~リハビリテーション科科長~~
委員	医師	**中津宏基**	外科科長・3階病棟医長
委員	医師	**~~大蔵隆文~~** **坂上智城**	~~医療情報部長 サテライトセンター(教授)~~
~~委員~~	~~医師~~	**~~髙橋光司~~**	~~サテライトセンター(准教授)~~
委員	看護師	**岡　君佳**	副看護部長、3階病棟看護師長
委員	看護師	**城戸千恵子**	外来看護師長
委員	看護師	**叶　恵美**	外来副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**山本尚美**	看護部副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**石見久美**	外来副看護部長、救急・災害対策室
委員	看護師	**川口久美**	3階病棟、救急・災害対策室
委員	検査技師	西城　朗	臨床病理科
委員	放射線技師	**河野泰三**	放射線科技師長
委員	事務	**脇本和敏**	医療情報管理部医療情報システム係長、救急・災害対策室

2．災害対策部会

部会長	事務	**坂本利治**	管理係長
委員	医師	**越智元郎**	救急科長、麻酔科科長、救急・災害対策室長
委員	医師	**的場勝弘**	副院長、診療支援部長
委員	看護師	**叶　恵美**	外来副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**山本尚美**	看護部副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**石見久美**	外来副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**川口久美**	3階病棟、救急・災害対策室
委員	薬剤師	**二宮一也**	薬局
委員	工学技師(ME)	**竹本昌吏**	医療機器管理室
委員	事務	**~~宇都宮久昭~~** **六條公治**	事務局次長

~~委員~~	~~事務~~	~~伊賀 仁~~	~~医療情報管理部次長~~
委員	事務	**菊池政介**	事務局次長（用度・管理担当）

３．災害救援検討部会

~~部会長~~	~~医師~~	~~温泉川一喜~~	~~リハビリテーション科科長~~
~~委員~~部会長	医師	**越智元郎**	救急科長、麻酔科科長、救急・災害対策室長
委員	医師	**的場勝弘**	副院長、診療支援部長
~~委員~~	~~医師~~	~~濵西道雄~~	~~整形外科科長~~
医員	医師	**田中宏典**	外科医長
医員	医師	**大野篤志**	内科医長
委員	看護師	**叶　恵美**	外来副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**山本尚美**	看護部副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**川口久美**	3東病棟、救急・災害対策室
委員	看護師	**池田貴光**	4東病棟副看護師長
委員	看護師	**菊池幸恵**	地域医療連携室長
委員	看護師	梶原サキコ	外来看護師
委員	薬剤師	**二宮一也**	薬局
委員	理学療法士	**田澤　舞**	リハビリ室
委員	検査技師	**林　空**	検査室
委員	事務	**楠本祥人**	企画係長

４．被ばく医療準備部会

部会長	医師	**平塚義康**	放射線科科長
委員	医師	**越智元郎**	救急科長、麻酔科科長、救急・災害対策室長
委員	看護師	**叶　恵美**	外来副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**石見久美**	外来副看護師長、救急・災害対策室
委員	看護師	**川口久美**	3階病棟、救急・災害対策室
委員	放射線技師	河野泰三	放射線科技師長
委員	事務	**楠本祥人**	企画係長

５．各部署の災害医療リンクスタッフ

担当部署	職種	氏名	所属など
診療部	医師	**越智元郎**	救急科長、麻酔科科長、救急・災
外来	看護師	**石見久美**	救急部・外来副看護師長、救急
看護部	看護師	**山本尚美**	看護部、救急・災害対策室
透析室	看護師	**日出山徳子**	透析室
3階病棟	看護師	**川口久美**	3階病棟、救急・災害対策室
3階病棟	看護師	**二宮陽子**	3階病棟
4東病棟	看護師	**城岡武司**	4東病棟
4西病棟	看護師	**宇都宮つよ子**	4西病棟
5東病棟	看護師	**林　圭子**	5東病棟
手術室	看護師	**泉　あやか**	手術室
薬局	薬剤師	**二宮一也**	薬局
ME 室	工学技師(ME)	**竹本昌吏**	医療機器管理室
放射線室	放射線技師	**河野泰三**	放射線室技師長
リハビリ室	理学療法士	**田澤　舞**	リハビリ室
検査室	検査技師	**西城　朗**	検査室
地域医療連携室	看護師	**菊池幸恵**	地域医療連携室長
栄養科	栄養士	**松尾こず恵**	栄養科科長
医事課	事務	**田中昭光**	域医療情報管理部　医事係長
庶務係	事務	**楠本祥人**	企画係長