

災害時医療機関対応機能調査票

アセスメントシート 1

施設管理者	
担当者所属	
担当者名	
TEL/FAX(平常時)	
TEL/FAX(緊急時)	

開設者	施設名	所在地
		〒 Val

1. 医療機関の概要

延面積	管理棟 部門	手術棟 部門	病棟部門					診療 部門	その他	合計
			一般	療養	結核	精神	感染症			
m ²	m ²	m ²	— 床	— 床	— 床	— 床	— 床	m ² 床	m ²	m ²
階数	階	階	階	階	階	階	階	—	階	階建
構造	(木造、鉄骨、鉄筋等)					標高	m			

標榜診療科名 (医師数) ※主に属する診療科でカウントしてください。

内科 () ・循環器内科 () ・神経内科 () ・小児科 () ・精神科 () ・外科 ()
 整形外科 () ・脳神経外科 () ・心臓血管外科 () ・形成外科 () ・泌尿器科 ()
 皮膚科 () ・産婦人科 () ・眼科 () ・耳鼻咽喉科 () ・リハビリテーション科 ()
 麻酔科 () ・歯科 () ・その他 ()

耐震構造の有無		備蓄倉庫	自家発電装置	受水槽等
有る部門	無い部門	有 (m ²) ・ 無	有 ・ 無 時間 (日) : 燃料の種類 : 装置の設置階数 : 対象エリア : ボイラー発電機 : 有 ・ 無 台数 (台)	有 ・ 無 容量 : 時間 (日) : 井戸 : 有 ・ 無 井戸の用途 ()
免震 : 該当 ・ 非該当				

最寄りのペリポート等の状況

(場 所 :)
 病院敷地 : 内 ・ 外 (所有者 :)
 (病院までの距離 : km)

患者を臨時的に受け入れることが可能な施設 (病室以外) (例) 会議室、待合室

部屋の種類	建物の名称	収容能力(概数)	部屋の種類	建物の名称	収容能力(概数)

災害時救命医療に必要な医療機器等の保有状況			備品等の保有状況	
医療機器等名	保有数	災害時に優先使用できる数	備品等名	保有数
携帯用人工蘇生器			応急用医薬品 (通常診療〇日分)	
集団災害用酸素吸入器			簡易ベッド	
ショックパンツ			テント	
熱傷用ベッド			担架	
C.T			簡易トイレ	
移動用X線装置			投光器	
人工呼吸器			患者搬送車等	
患者監視装置			食料 (〇日分)	
人工透析装置			飲料水 (〇日分)	
手術室			医療用品 (通常診療〇日分)	
X線室			医療ガス (通常診療〇日分)	
検査室			給食室	
その他 ()			その他 ()	

災害時の連絡調整担当者			
1	所属・氏名:	2	所属・氏名:
	連絡先 一般電話 : (電話) 災害時優先電話 : 衛星電話 : 携帯電話 :		連絡先 一般電話 : (電話) 災害時優先電話 : 衛星電話 : 携帯電話 :
3	連絡先 職場 : (Mail) 個人 : 携帯 :	4	連絡先 職場 : (Mail) 個人 : 携帯 :
	所属・氏名:		所属・氏名:
3	連絡先 一般電話 : (電話) 災害時優先電話 : 衛星電話 : 携帯電話 :	4	連絡先 一般電話 : (電話) 災害時優先電話 : 衛星電話 : 携帯電話 :
	連絡先 職場 : (Mail) 個人 : 携帯 :		連絡先 職場 : (Mail) 個人 : 携帯 :

災害時の対応体制等	
○医療従事者	
・平常時の勤務体制	: 医師 人、看護師 人、薬剤師 人、放射線技師 人、その他 人 計 人
・発災2時間後の参集体制	: 医師 人、看護師 人、薬剤師 人、放射線技師 人、その他 人 計 人
・発災後4~24時間の参集体制	: 医師 人、看護師 人、薬剤師 人、放射線技師 人、その他 人 計 人
○重症患者等受入可能数調査 : (別紙に記入)	

2. その他の参考事項

1. 災害対策委員会の有無 (あり , なし)
2. 災害時対応マニュアルの有無 (あり, 作成中, なし) ※ 消防計画除く
3. 入院患者等の避難計画 (あり , なし) 3-1. 搬送手段の有無 (あり (病院車両 , 協定締結業者等の車両等) , なし)
4. 災害対応訓練の実施 (あり : 年 回, 検討中, なし) ※ 防火訓練除く
5. 災害対応研修の実施 (あり・研修会名 : , なし)
6. 院外での医療活動に対する医療スタッフ派遣の可否 (あり (医師 名、看護師 名、その他 名) , なし)

(注) 医療機関の建物配置図 (平面図) を添付してください。

(別紙)

重症患者等受入可能数調査

1 重症度別、時間経過別受け入れ可能数

●外傷

トリアージ・タッグ	病態・重症度	初回搬送	2時間後	4-24時間後
赤	意識障害、呼吸障害、ショック等を伴い、人工呼吸管理や集中治療管理あるいは緊急手術を必要とするもの	人 ()	人 ()	人 ()
黄	バイタルサインは安定しているが、入院治療を必要とするもの	人 ()	人 ()	人 ()
緑	外来処置が可能なもの	人 ()	人 ()	人 ()

()内は休日、夜間の受入可能人数

●熱傷

トリアージ・タッグ	病態・重症度	初回搬送	2時間後	4-24時間後
赤	Ⅱ度30%以上、Ⅲ度10%以上 気道熱傷、電撃傷、化学熱傷	人 ()	人 ()	人 ()
黄	Ⅱ度10~30%、Ⅲ度2~10%	人 ()	人 ()	人 ()
緑	Ⅱ度10%未満、Ⅲ度2%未満	人 ()	人 ()	人 ()

()内は休日、夜間の受入可能人数

●その他

トリアージ・タッグ	病態・重症度	初回搬送	2時間後	4-24時間後
赤	意識障害、呼吸障害、ショック等を伴い、人工呼吸管理や集中治療管理あるいは緊急手術を必要とするもの	人 ()	人 ()	人 ()
黄	バイタルサインは安定しているが、入院治療を必要とするもの	人 ()	人 ()	人 ()
緑	外来処置が可能なもの	人 ()	人 ()	人 ()

()内は休日、夜間の受入可能人数

2 手術可能数

	初回搬送	2時間後	4-24時間後
開頭手術	人 ()	人 ()	人 ()
開胸手術	人 ()	人 ()	人 ()
開腹手術	人 ()	人 ()	人 ()
整形手術	人 ()	人 ()	人 ()

()内は休日、夜間の手術可能数

重症患者等受入可能数調査の記入にあたっての留意点

1. 基本事項

- (1)原則として自院内で対応可能な患者数とする。
- (2)病院機能が被害を受けていないことを前提とする。
- (3)時間経過の解釈

「初回搬送」(災害発生後の最初の受け入れを行う際の体制)

→ 平時の救急医療体制で同時に受け入れられる数

「2時間後」(最初の受け入れから約2時間後の体制)

→ 災害発生通報後、通常業務を中止(予定手術、検査、外来など)し、この時間帯に参集可能なスタッフを招集して受け入れられる数

「4-24時間後」(最初の受け入れから約4-24時間後の体制)

→ 災害発生通報後、通常業務を中止(予定手術、検査、外来など)し、参集可能なスタッフをほぼ全員招集して受け入れられる数

2. 記入に当たって勘案すべき事項

- ・対応にあたる各職種(医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、放射線技師、事務)の各時間帯における参集可能数
- ・各職員の平常時もしくは交通麻痺時の通勤手段及びその所要時間
- ・職員(看護師等を含む)宿舎の入居者数

特に、下記の場合においてはそれぞれの事項を勘案して記入する。

(1)赤タグ患者

基本的に緊急手術の可能性あることを前提とする。

- ・平常時のICU、CCU又はHCU等の病床利用状況
- ・上記の病床の増設可能数
- ・増設病床の設置に必要な人員
- ・増設病床の設置完了までの所要時間
- ・使用可能な人工呼吸器・モニター類等の医療資器材の数

(2)黄タグ患者

- ・平常時の病床利用状況
- ・平時の救急入院可能数
- ・病床の増設可能数
- ・増設病床の設置に必要な人員
- ・増設病床の設置完了までの所要時間
- ・診療にあたる医療チームの必要数とその確保可能数
- ・必要な医療資器材の備蓄状況

(3)緑タグ患者

- ・診療場所:
 - 予め設定されているか
 - 患者を院内に入れるか否か
- ・診療にあたる医療チームの必要数とその確保可能数
- ・必要な医療資器材の備蓄状況

(4)手術可能数

- ・手術室の利用可能数
- ・平時の緊急手術対応可能数
- ・手術中(予定手術)の患者の対応
- ・外科医の専門性
- ・各専門外科別の外科医参集可能数
- ・手術適応決定にあたっては、放射線部門に多大な負荷がかかることを考慮する
- ・必要な検査の総数とその所要時間を検討

【圏域： 】
 【市町： 】
 【避難所・救護所】
 作成日：

災害時避難所・救護所対応機能調査票

アセスメントシート 2

施設管理者	
担当者所属	
担当者名	
TEL/FAX(平常時)	
TEL/FAX(緊急時)	

1. 施設の概要

施設名		所在地					
		〒 No.					
面積	収容人数	対象地区		対象地区内の人口			
m ²	人			人			
職員等常駐の有無	有・無	標高	m	駐車場の有無	有・無	台分	
常駐する職員等の職種と人数		人		人		人	
		人		人		人	
施設の階数	階建て	施設の構造	造	床材	畳・フローリング		
		(木造、鉄骨、鉄筋等)					
ガスの種類	都市ガス・プロパンガス・無		水道の有無	有・無			
耐震構造の有無	有・無・不明	自家発電装置の有無	有・無	時間(日)	燃料：		
受水槽等の有無	有・無	容量：	井戸の有無	有・無			
バリアフリーの状況	対応済・未対応		災害警戒区域等該当の有無				
海岸からの直線距離			km	土砂災害区域・洪水警戒区域・高潮、津波警戒区域			

2. 備蓄等の状況

備品・設備名	保有数等	備品・設備名	保有数等
応急用医薬品		冷暖房設備(エアコン)	有・無
食料(◎日分)		冷暖房機器(扇風機、ストーブ等)	有・無
飲料水(◎日分)		扇風機等	台
簡易ベッド		ストーブ等	台
毛布		医務室・救護室等	有・無
簡易トイレ		(医務室・救護室等の面積)	m ²
調理設備	有・無	トイレ	有(大・小)・無
テレビ	台	入浴設備(シャワー含む)	有・無
ラジオ	台	AED	有(台)・無
エレベーター	有・無	通信手段	一般回線電話・衛星電話 防災行政無線・インターネット その他()
	有の場合：車椅子可・ベッド可		

3. 災害時の連絡調整担当者

災害時の連絡調整担当部署	担当者の職・氏名	連絡先	
		(電話) 一般電話： 災害時優先電話： 衛星電話： 携帯電話：	(Mail) 職場： 個人： 携帯：

4. 周辺の医療機関の立地状況（最寄の医療機関5つまで）

医療機関名	避難所、救護所 までの距離	主な診療科	医師数、看護師数
			(医師) 人、(看護師) 人
			(医師) 人、(看護師) 人
			(医師) 人、(看護師) 人
			(医師) 人、(看護師) 人
			(医師) 人、(看護師) 人

5. 主要アクセス道（国道、県道、市町道）

方角	道路名称	左記道路上の 目印となる施設	左記施設からの 所要時間	施設へのアクセス上 のリスク要因等
東				
西				
南				
北				

6. 施設周辺地図（周辺の医療機関、薬局・ドラッグストア、ガソリンスタンド、コンビニの位置もプロットしてください。）

(注) 避難所等の建物配置図（平面図）を添付してください。