

船橋市病院前救護所運営マニュアル

令和7年9月

船橋市保健所 健康危機対策課

Ver.2

【改定履歴】

v e r.	制定・改定月
1	令和4年11月
2	令和7年 9月

目次

第1章 病院前救護所とは	4
1. 概要	4
(1)設置目的	4
(2)主な活動内容	4
(3)設置基準	5
(4)設置期間	5
(5)設置場所(災害医療協力病院)	5
(6)従事者(3交代制／日を想定)	5
第2章 病院前救護所の活動	6
1. 設置エリア	6
(1)指揮所	6
(2)トリアージポスト	6
(3)搬送エリア	6
(4)緑(軽症)エリア	6
(5)病院建物内	6
2. エリアごとの活動	7
(1)指揮所	7
(2)トリアージポスト	8
(3)搬送エリア	11
(4)緑(軽症)エリア	12
(5)黄(中等症)エリア	14
(6)赤(重症)エリア	14
(7)黒エリア	15
第3章 資料編	16
1. 院内災害対策本部設置・運営のチェックポイント(例)	16
2. 備蓄品一覧	18
(1)備品(市からの配布物)	18
(2)医薬品等(病院でランニング備蓄)	19
3. 関係機関連絡先一覧	20
第4章 様式編	21
第5章 アクションカード(標準様式)	34

第1章 病院前救護所とは

1. 概要

(1) 設置目的

大規模災害時には多数の傷病者が病院に殺到することが想定されるが、病院前でトリアージを実施し、緊急性のない傷病者を病院内に入れないことで、病院機能の低下を防ぎ、救い得る命を救命するため。

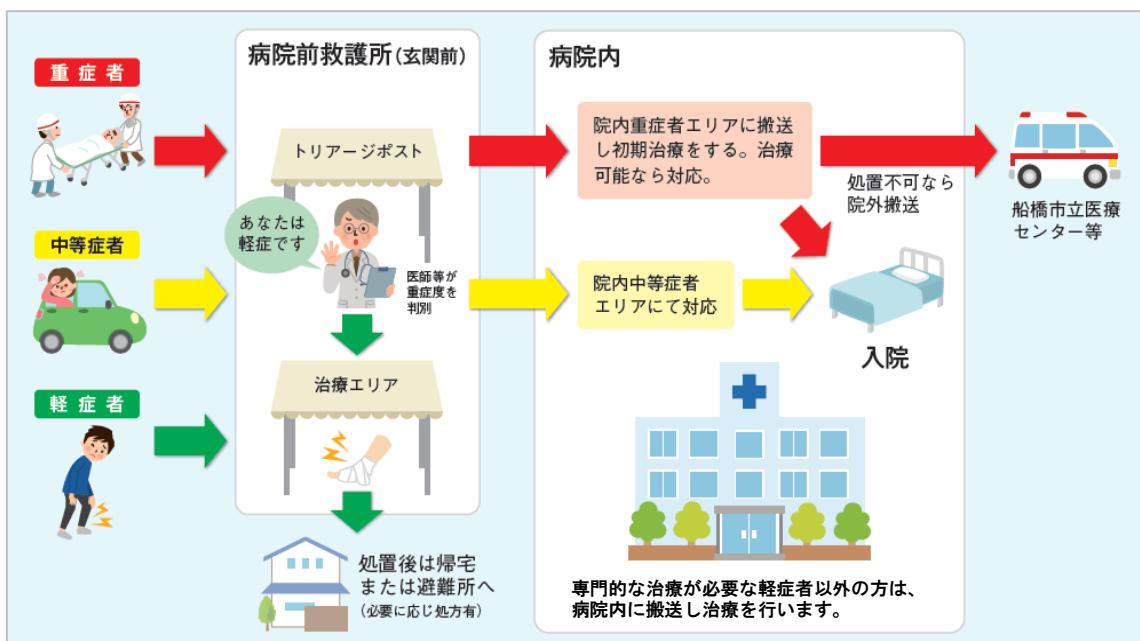
【トリアージとは】

限られた医療資源（医療スタッフ、医療資機材等）を有効活用するため、傷病者の緊急性や重症度を判定し、治療の優先順位を決める行為

優先順位	分類	色	傷病等の状況
1	重症	赤	直ちに処置を行えば、救命可能な者
2	中等症	黄	多少治療の開始時間が遅れても生命に危険がない者
3	軽症	緑	軽症な傷病で専門医治療を必要としない者 自力で歩行ができる者
4	死亡	黒	既に死亡している者、 直ちに処置を行っても救命が不可能な者

(2) 主な活動内容

- ① トリアージ
- ② 軽症者に対する応急処置
- ③ 軽症者以外の院内への搬送



(3)設置基準

- ① 市内震度6弱以上の地震が発生したとき
- ② 上記①のほか、市災害医療対策本部長（保健所長）が必要と判断したとき

(4)設置期間

原則として、災害発生のときから48時間程度

※ 災害や傷病者発生の程度により、延長の可能性あり

本マニュアル
の対象範囲

【フェーズ区分の想定期間と状況】

区分	想定期間	状況
0 発災直後	発災～6時間	建物の倒壊や火災等の発生により、傷病者が多数発生し、救出救助活動が開始される状況
1 超急性期	～48時間	救助された多数の傷病者が医療機関に搬送されるが、ライフラインや交通機関が途絶し、被災地外からの人的・物的支援の受入れが少ない状況
2 急性期	～1週間程度	被害状況が少しずつ把握でき、ライフライン等が復旧し始めて、人的・物的支援の受入体制が確立されている状況
3 亜急性期	～1か月程度	地域医療やライフライン機能、交通機関等が徐々に復旧している状況
4 慢性期	～3か月程度	避難生活が長期化しているが、ライフラインがほぼ復旧して、地域の医療機関や薬局が徐々に再開している状況
5 中長期	3か月程度～	地域の医療機関で通常診療がほぼ再開している状況

(5)設置場所(災害医療協力病院)

病院名	住所	電話番号	MCA 無線
船橋中央病院	海神 6-13-10	047-433-2111	661
千葉徳洲会病院	高根台 2-11-1	047-466-7111	662
青山病院	市場 4-21-8	047-424-5511	663
船橋総合病院	北本町 1-13-1	047-425-1151	664
板倉病院	本町 2-10-1	047-431-2662	665
北習志野花輪病院	習志野台 2-71-10	047-462-2112	668
船橋二和病院	二和東 5-1-1	047-448-7111	669
東船橋病院	高根台 4-29-1	047-468-0011	670
セコメディック病院	豊富町 696-1	047-457-9900	671

(6)従事者(3交代制／日を想定)

- ① 災害医療協力病院スタッフ（主に初動部分を担う）
- ② 四師会の参集者（医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道整復師会）
- ③ 船橋市職員
※市内震度5強以上で参集（震度5強の場合でも、病院の状況を市災害医療対策本部に報告）
- ④ 災害時看護職ボランティア

第2章 病院前救護所の活動

1. 設置エリア

院内災害対策本部を設置し、院内災害対策本部長（病院長）が病院前救護所の開設可否を判断した後、以下のエリアを設置する。

※院内災害対策本部設置・運営のチェックリスト（例）については、本マニュアル資料編参照

(1)指揮所

市災害医療対策本部との連絡調整（トリアージ実施状況の報告、不足物資や応援等の要望）、病院との連絡調整、収集者（四師会従事者・ボランティア等）の勤務管理等を行う。

(2)トリアージポスト

全ての傷病者に対するトリアージを行う。

(3)搬送エリア

自力歩行ができない軽症者以外の傷病者を病院建物内に搬送する。

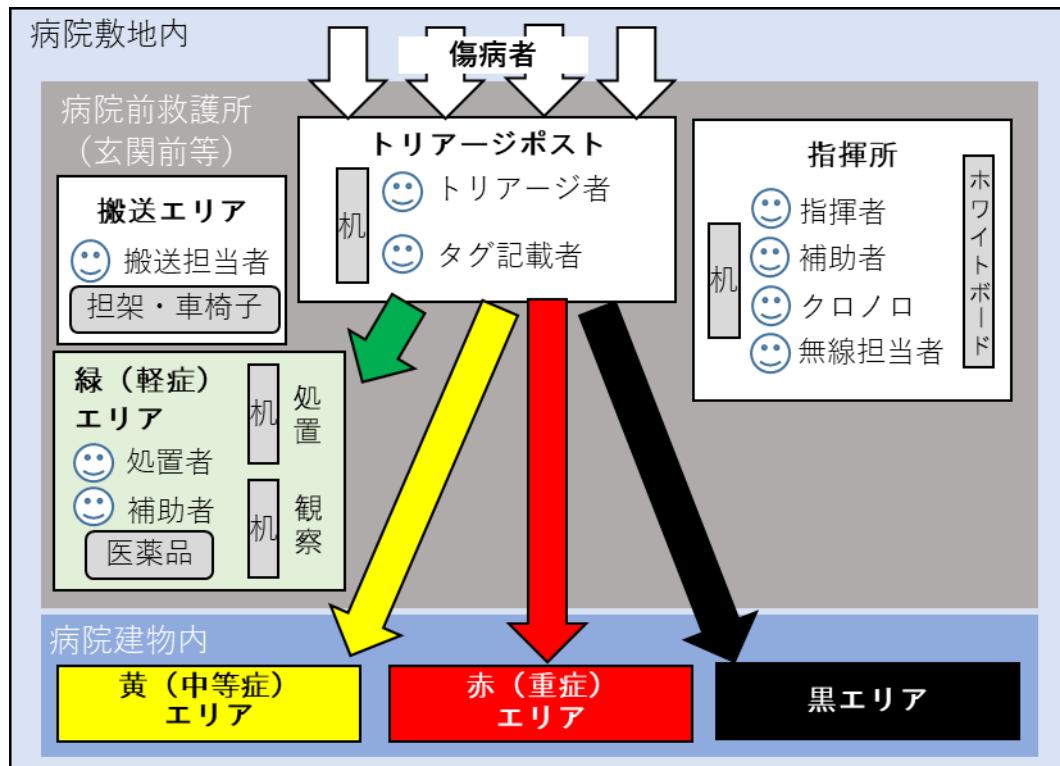
(4)緑(軽症)エリア

トリアージの結果、緑（軽症）と判断された者に対する応急処置を行う。

(5)病院建物内

黄（中等症）エリア、赤（重症）エリア、黒エリアを設置し、トリアージポストの判定に従い、病院前救護所と連携して傷病者を受け入れる。

【設置例】



2. エリアごとの活動

(1) 指揮所

① 通信手段の確保

- ・ロゴチャット、メール、FAX、電話、MCA無線等の使用可否を確認する。
- ・報告方法の優先順位は①ロゴチャット、②メール、③FAX、④電話、⑤MCA無線とし、必ず情報の到達を確認する。

※ロゴチャットは市職員のみ利用可能。

【市災害医療対策本部連絡先】

通信手段	連絡先
ロゴチャット	市災害医療対策本部がグループ作成
メール	kenkokikitaisaku@city.funabashi.lg.jp (健康危機対策課)
FAX	047-409-6301 (健康危機対策課)
電話	047-409-6156 (健康危機対策課)
MCA	082 (市災害医療対策本部医療支援班)

② 参集者の管理

- ・参集者の参集時間、退所時間等を「参集簿（様式3）」により管理する。
- ・参集者をトリアージポスト→緑（軽症）エリア→搬送エリアの順に配置し、ホワイトボード等に「組織図（様式4）」を作成する。

③ トリアージ実施状況の集計

トリアージポストで保管しているトリアジタグ1枚目（災害現場用）を定期的に回収し、状差しなどを使用して重症度（色）別に集計する。

④ 市災害医療対策本部への報告

- ・トリアージ開始直後に1回、以降は可能な限り1時間に1回、病院前救護所の状況を「参集簿（様式3）」及び「被害状況等報告書（様式5）」により、市災害医療対策本部に報告する。
- ・市災害医療対策本部から報告頻度の指示がある場合は、その指示に従う。

⑤ クロノロジー（経時活動記録）を付ける

「クロノロ（様式6）」をライティングシートに作成し、時系列に情報や出来事を記録する。

時間	発信	受信	内容
11:05	△病院 A師長	指揮所 ◇山	クラッシュ症候群疑い1名の転院依頼 ✓
11:08	指揮所 ◇山	市災医本部 ×川	△病院からクラッシュ症候群1名の転院依頼あり
11:10	市災医本部 ×川	指揮所 ◇山	◆センター受入れ可。□救急隊12時到着予定 【指示】◆センター到着5分前に□救急隊から救外B師長080-*****に連絡を入れ、 指示に従うよう救急隊に伝言すること✓

指示や依頼を目立つようにし、対応を完了した場合は✓を付けると漏れを防止できる

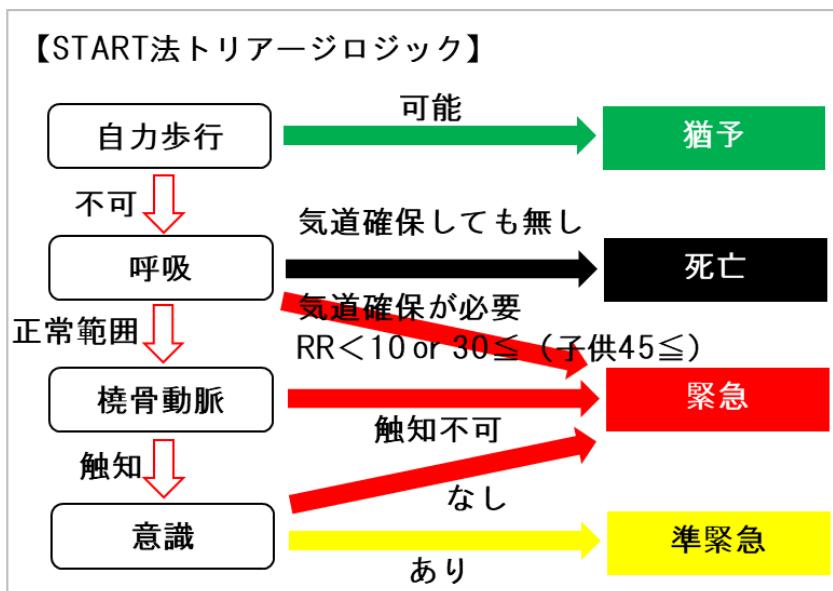
⑥ 搬送調整

- ・病院内で治療できない傷病者については、院内災害対策本部から市災害医療対策本部へ搬送調整を要請するが、院内災害対策本部からの要請が困難である場合は指揮所スタッフが要請を行う。
- ・指揮所スタッフが要請を行う場合は、市災害医療対策本部に「傷病者一覧（中等症以上）（様式7）」を送付し、様式7の着色部により対応状況を管理する。

(2)トリアージポスト

① トリアージの実施

- ・下図のSTART法トリアージロジックに従い、トリアージを実施する。
- ・トリアージすべき傷病者が多数いる場合は、自力歩行が可能な者（軽症者）を誘導して自らトリアジタグの記入（個人情報等）をお願いするなど、必要に応じて、トリアージの実施順にも優先順位を付ける。



【トリアージの原則】

- 傷病者全員に行う。
- 2人以上の組で行う（1人はトリアージ、他はタグ記入）
- 1人あたりのトリアージ時間は30秒以内（タグ記入を含め2分以内）
- 傷病者の右手首（負傷している場合は、左手首→右足首→左足首→首）にトリアジタグを付け、優先度を明確にする。
- 治療を受けるまで繰り返し行う。
- トリアージ担当は処置を行わない（例外：気道確保、圧迫止血）
- トリアージの決定に従事者全員が従う。

② トリアジタグの記入

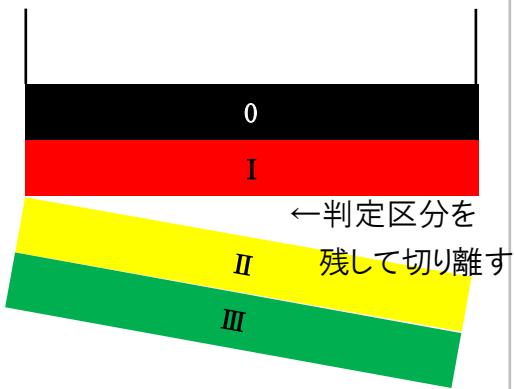
- ・黒または赤のボールペンを使用して記入する（複写された青文字と区別できるように青ボールペンは使用しない）
- ・トリアージは複数回行う場合があるため、追記がしやすいように各欄の上に詰めて記入する。

【トリアージタグ記入要領】

(表面)

トリアージ・タグ		千葉県
(災害現場用)		年齢(Age) 性別(Sex) 男(M) 女(F)
① No.	氏名 (Name)	② 住 所 (Address) 電 話 (Phone)
トリアージ実施月日・時刻 月 日 ③ M PM 時 分		トリアージ実施者氏名 ④
搬送機関名 ⑤	収容医療機関名 ⑥	
トリアージ実施場所 ⑦		
トリアージ実施機関 ⑧		医師その他 ⑨ ()
傷 病 名 ⑩		
トリアージ区分 0 I ⑪ II III		

例) 重症(赤)と判定



記入項目	記入方法・記入内容
① No.	・病院前救護所毎の通し番号を記入(市配付のタグには記入済み)
② 氏名、年齢、性別等	・傷病者自身に記入を依頼することも可能
③ トリアージ実施月日・時刻	・実施月日と時刻を分の単位まで記入
④ トリアージ実施者氏名	・トリアージを実施した者のフルネームを記入
⑤ 搬送機関名	・搬送した場合は、搬送機関名を記入
⑥ 収容医療機関名	・患者を収容した医療機関名(○病院)を記入
⑦ トリアージ実施場所	・実施場所(○救護所)を記入
⑧ トリアージ実施機関	・実施機関(○病院、医師会等)を記入
⑨ トリアージ実施者の職種	・該当する職種に○を記入
⑩ 傷病名	・トリアージの根拠、主訴、疑われる傷病名等を記入
⑪ トリアージ区分	・トリアージ区分に○を記入
⑫ トリアージ区分の切り離し	・判定した区分を残してミシン目で切り離す

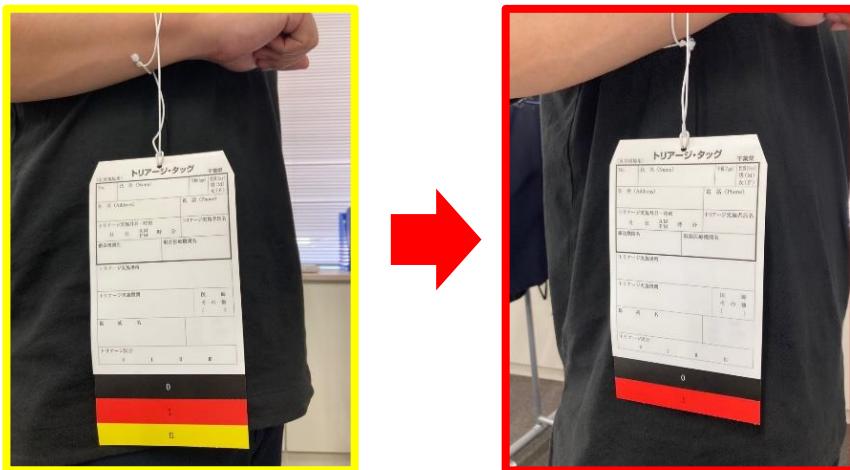
【トリアージタグ修正要領】

二次トリアージなどにより修正がある場合は、修正前の記載を二重線で消したうえで追記する。

トリアージ・タグ (災害現場用)		千葉県	
No. 1001	氏名 (Name) 船橋 太郎	年齢(Age) 50	性別(Sex) 男(M) 女(F)
住 所 (Address) 船橋市北本町 1-16-55		電 話 (Phone) 047-409-6156	
トリアージ実施月日・時刻 8 月 1 日 AM 9 時 00 分		トリアージ実施者氏名 船橋 花子 千葉 次郎	

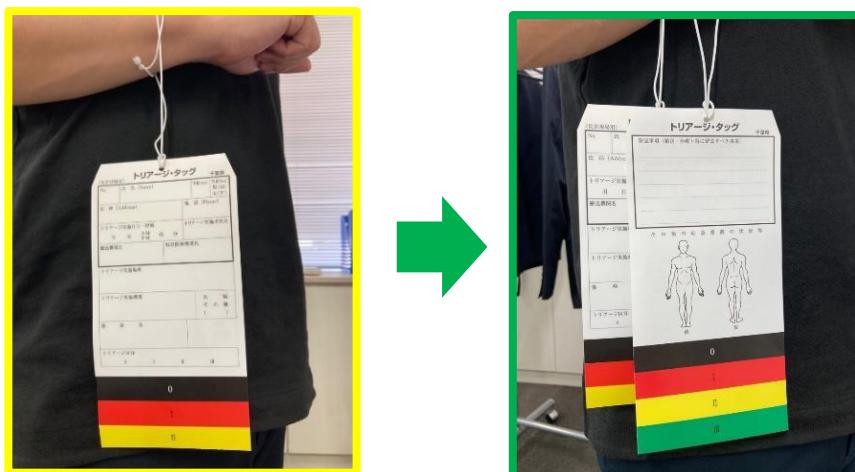
(重症化した場合)

修正要領に沿って記載を修正した後、変更後のトリアージ区分を残してミシン目で切り離す。



(軽症化した場合)

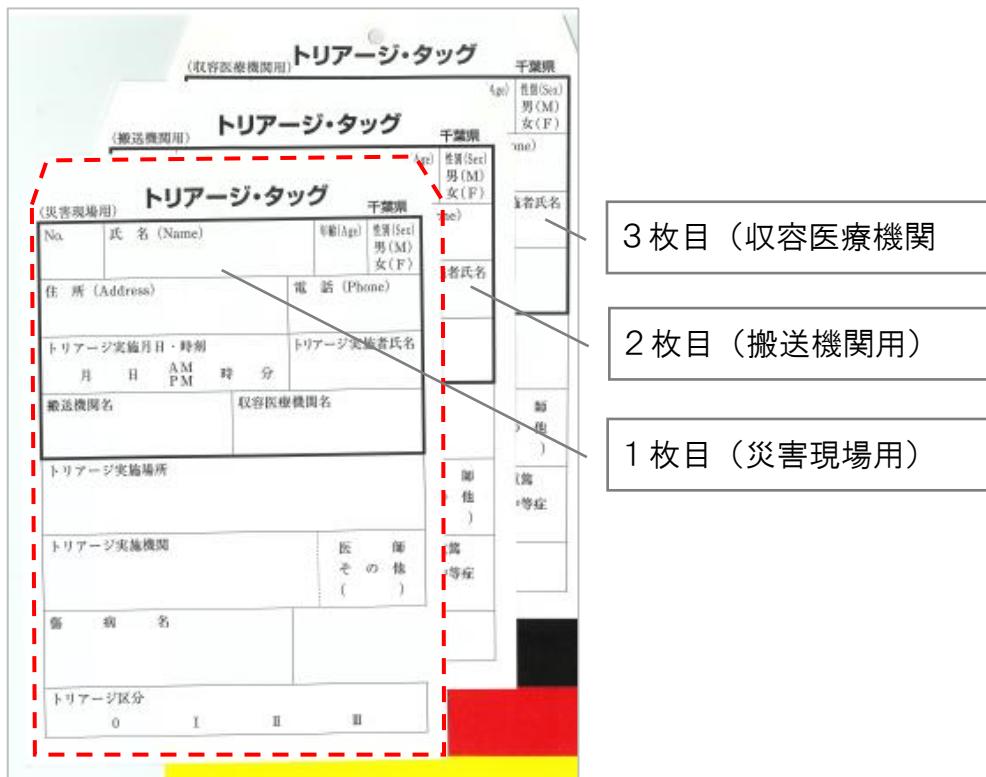
新たなトリアージタグに必要事項を記入するとともに、古いトリアージタグを修正要領に沿って修正し、新旧のトリアージタグを共に装着する。



③ トリアージタグの保管

記入後速やかに、3枚複写シートの1枚目（災害現場用）を切り離し、重症度（色）別に分けて保管する。

※保管したトリアージタグは指揮所の担当が回収し、定期的に集計したうえで市災害医療対策本部に報告することになる。



④ トリアージタグの装着

記入後、傷病者の右手首に装着する（右手首を負傷している場合は、左手首→右足首→左足首→首の優先順位で装着する。）

※ 靴や衣類など着脱できるものには装着しない。

⑤ 治療エリアへの誘導

- ・軽症者は自力歩行が可能であるため、緑（軽症）エリアへ誘導する。
- ・軽症者以外は自力歩行が不可能であるため、搬送担当者に治療エリアへの搬送を依頼する。

(3) 搬送エリア

① 搬送手段の確保

傷病者を院内に搬送するための車椅子、ストレッチャーなどを確保する。

② 搬送方法の確認

- ・安全に搬送できる経路（階段、エレベーターなど）を確認する。
- ・治療エリアとの連絡手段（PHSなど）を確保し、連絡先を確認する。

③ 搬送

搬送前に傷病者の情報をトリアージタグで確認し、傷病者の取り違いに注意して搬送する。

(4) 緑(軽症)エリア

① 応急処置

- ・医師の指示のもと四師会参考者が中心となって応急処置を行う。
 - ・処置内容は、トリアージタグ（裏面）に加えて、「災害診療記録（様式1）」にも記入する。

<p>(裏面) トリアージ・タグ</p> <p>特記事項（搬送・治療上特に留意すべき事項）</p> <p>1</p> <p>既往症 : 高血圧で A 病院 通院中</p> <p>応急処置 : 止血、副木固定 鎮痛薬投与</p>	<p>千葉県</p>
<p>その他の応急措置の状況等</p> <p>2</p> <p>前</p> <p>骨折</p> <p>後</p>	

【トリアージタグ記入要領】

記入項目	記入方法・記入内容
①特記事項	<ul style="list-style-type: none">救護所、搬送機関、収容医療機関が共通で使用医療従事者等が搬送・治療上特に留意すべき事項（応急処置の内容、既往症、今後の治療方針で重要なことなど）を記入
②人体図	<ul style="list-style-type: none">負傷箇所を表示するとともに負傷状況を具体的に記入

【災害診療記録の記入について】

可能な範囲で詳しく記入するよう努めるものとするが、下記に示した着色部については、必ず記入する。

1 ページ目

災害診療記録2018

様式1

1頁/4頁

■初診日	西暦	年	月	日
■初診医師氏名				
■患者氏名(カタカナ)	最初の丁文字をメイカルDに記入			
(漢字等)	氏名不詳なら個人特定に役立つ情報(郵便番地や誕生日)を記載 性別：男・女			
■生年月日・年齢	西暦・明治・大正・昭和・平成	年	月	日 ()歳
保険証情報	保険者番号：	記号：	番号：	
〔携帯〕電話番号				
■住所	省宅：〒	状態：健康存	口半障	口全障
	□避難先1：□避難所名()	□口知人宅	□テント	□車内 □その他
	□避難先2：□避難所名()	□口知人宅	□テント	□車内 □その他
連絡先	□家族・□知人・□その他・□連絡先なし			
職業				

【被爆事項等】

□アルカリ
□禁忌物質

【待機場所(備用場所等)】

□抗血小板薬()
□抗凝血薬 ロワーファリン()
□抗高血圧薬 リンスクリン □経口薬()
□ステロイド()
□抗てんかん薬()
□その他の()
□透析()
□在宅要素療法(HOT)
□災害時要配慮者、高齢者 □障害者 □乳幼児 □妊婦 □日本語が不自由その他()

【要介護者□支援者のいない要配慮者等】該当状況、□身体的、□精神的、□社会的、□その他()

*傷病名	*開始 年 月 日	診療場所	*所属・医師サイン

メイカルDに西暦生年月日+性別+氏名カタカナ上段(例)
1950年09月08日生まれ 男性 トヨモリヒデシヨウ 19500908M+H+T+Y

トリアージタグ	□赤	□黄	□緑	□黒	番号：
メディカルD					M/F

2ページ目

2(4頁)

初診照会名

(カタカナ)

一連登録番号 J-SPECID2002 第6に記載するものについて

登録番号 年月日 患者名 性別 年齢

性別：男 女

年齢：歳 歳

出生地：□○市、町、村、○○○○年○○月○○日出生

既往歴：□○月○○日○○歳時○○月○○日○○歳時

(カタカナ)

地図座標：北緯○度○分○秒 / 東経○度○分○秒

測定：/ mmHg 気温 ℃

湿度 % 露点 ℉ 不要

身長 cm 体重 kg

頭囲 cm 腹囲 cm

腰囲 cm 口唇温 ℉

腋温 ℉ 口呼吸 ℉

鼻呼吸 ℉ 口呼吸差 ℉

呼吸音

心音

肝脾触

<div data-bbox="561 3278 796 3289"

【災害診療記録の省略可能な項目】

災害診療記録の3ページ目にトリアージタグ（3枚複写シートの1枚目（災害現場用）以外）をホチキス止めする。

※氏名・住所・診断等、すでにトリアージタグに記載されている内容により確認が可能なものについては省略できるものとする。

<p>1 ページ目</p> <p>災害診療記録2018</p> <p>1/4頁</p> <p>*は必須記録項目</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">*初診日</td> <td style="width: 85%;">西暦 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>*初診医師氏名</td> <td>最初の1文字をメイカナルIDに記載</td> </tr> <tr> <td>*患者氏名(カタカナ)</td> <td>(漢字等)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">兵士不詳なら個人特定に役立つ情報(被救助された場所や状況等)を記載 性別：男・女</td> </tr> <tr> <td>*生年月日・年齢</td> <td>西暦・明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳</td> </tr> <tr> <td>保険証情報</td> <td>保険者番号: 記号: 番号:</td> </tr> <tr> <td>(携帯)電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>*住所</td> <td>自宅: 〒 状態: □健存 □半壊 □全壊 □避難先1: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □その他 □避難先2: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □その他</td> </tr> <tr> <td>連絡先</td> <td>□家族・□知人・□その他・□連絡先なし</td> </tr> <tr> <td>職業</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">【既往歴】 □アレルギー □既往疾患</td> </tr> <tr> <td colspan="2">【特記事項】 □出血小血管症() □口渇固葉 □ローファリン() □糖尿病治療薬 □インスリン □口経口葉() □コドロイド() □抗てんかん薬() □その他() □既往歴 □住宅酸素療法(HOT) □災害時要配慮者: □高齢者 □障害者 □乳幼児 □妊婦 □日本語が不自由□その他()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">【要保護者】□支援者のいない要配慮者等 該当状況: □身体的/□精神的/□社会的/□その他()</td> </tr> <tr> <td>*傷病名</td> <td>*開始 年 月 日</td> <td>診療場所</td> <td>*所属・医師サイン</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">トリアージタグ</td> <td style="width: 25%;">□赤 □黄 □緑 □黒 番号: _____</td> <td style="width: 25%;">M / F</td> <td style="width: 25%;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">メディカルID</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	*初診日	西暦 年 月 日	*初診医師氏名	最初の1文字をメイカナルIDに記載	*患者氏名(カタカナ)	(漢字等)	兵士不詳なら個人特定に役立つ情報(被救助された場所や状況等)を記載 性別：男・女		*生年月日・年齢	西暦・明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳	保険証情報	保険者番号: 記号: 番号:	(携帯)電話番号		*住所	自宅: 〒 状態: □健存 □半壊 □全壊 □避難先1: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □その他 □避難先2: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □その他	連絡先	□家族・□知人・□その他・□連絡先なし	職業		【既往歴】 □アレルギー □既往疾患		【特記事項】 □出血小血管症() □口渇固葉 □ローファリン() □糖尿病治療薬 □インスリン □口経口葉() □コドロイド() □抗てんかん薬() □その他() □既往歴 □住宅酸素療法(HOT) □災害時要配慮者: □高齢者 □障害者 □乳幼児 □妊婦 □日本語が不自由□その他()		【要保護者】□支援者のいない要配慮者等 該当状況: □身体的/□精神的/□社会的/□その他()		*傷病名	*開始 年 月 日	診療場所	*所属・医師サイン	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">トリアージタグ</td> <td style="width: 25%;">□赤 □黄 □緑 □黒 番号: _____</td> <td style="width: 25%;">M / F</td> <td style="width: 25%;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">メディカルID</td> </tr> </table>				トリアージタグ	□赤 □黄 □緑 □黒 番号: _____	M / F	_____	メディカルID				<p>3 ページ目</p> <p>3/4頁</p> <p>初診日</p> <p>トリアージ・タッグ</p> <p>ホチキス止め</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">(搬送機関用) No. 氏名 (Name)</td> <td style="width: 85%;">性別 (G) 性別 (S) 男 (M) 女 (F)</td> </tr> <tr> <td>住 所 (Address)</td> <td>電 話 (Phone)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM PM 時 分</td> </tr> <tr> <td colspan="2">搬送機関名 取扱医療機関名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">トリアージ実施場所</td> </tr> <tr> <td colspan="2">トリアージ実施機関 医 師 の 他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2">監 病 名 死亡 実施 施業 中等症 鮮症</td> </tr> <tr> <td colspan="2">トリアージ区分 0 I II III</td> </tr> </table>	(搬送機関用) No. 氏名 (Name)	性別 (G) 性別 (S) 男 (M) 女 (F)	住 所 (Address)	電 話 (Phone)	トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM PM 時 分		搬送機関名 取扱医療機関名		トリアージ実施場所		トリアージ実施機関 医 師 の 他 ()		監 病 名 死亡 実施 施業 中等症 鮮症		トリアージ区分 0 I II III		<p>2 ページ目</p> <p>2/4頁</p> <p>初診時刻名</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">*患者氏名 (カタカナ)</td> <td style="width: 85%;">*身元不明な場合は、必ず記載</td> </tr> <tr> <td colspan="2">一連診療 J-SPEED2018 第1回診療のものとて記入</td> </tr> <tr> <td>初診日 年月日</td> <td>年 月 日 時 間</td> </tr> <tr> <td colspan="2">診 斎</td> </tr> <tr> <td colspan="2">身長・体重</td> </tr> <tr> <td colspan="2">既往症</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予防接種</td> </tr> <tr> <td colspan="2">主訴</td> </tr> <tr> <td colspan="2">現症</td> </tr> <tr> <td colspan="2">診断</td> </tr> <tr> <td colspan="2">施設</td> </tr> <tr> <td colspan="2">施方</td> </tr> <tr> <td colspan="2">転帰</td> </tr> <tr> <td colspan="2">対応</td> </tr> <tr> <td colspan="2">搬送機関・搬送先</td> </tr> <tr> <td colspan="2">診断</td> </tr> </table>	*患者氏名 (カタカナ)	*身元不明な場合は、必ず記載	一連診療 J-SPEED2018 第1回診療のものとて記入		初診日 年月日	年 月 日 時 間	診 斎		身長・体重		既往症		予防接種		主訴		現症		診断		施設		施方		転帰		対応		搬送機関・搬送先		診断	
*初診日	西暦 年 月 日																																																																																											
*初診医師氏名	最初の1文字をメイカナルIDに記載																																																																																											
*患者氏名(カタカナ)	(漢字等)																																																																																											
兵士不詳なら個人特定に役立つ情報(被救助された場所や状況等)を記載 性別：男・女																																																																																												
*生年月日・年齢	西暦・明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳																																																																																											
保険証情報	保険者番号: 記号: 番号:																																																																																											
(携帯)電話番号																																																																																												
*住所	自宅: 〒 状態: □健存 □半壊 □全壊 □避難先1: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □その他 □避難先2: □避難所名() □知人宅 □テント □車内 □その他																																																																																											
連絡先	□家族・□知人・□その他・□連絡先なし																																																																																											
職業																																																																																												
【既往歴】 □アレルギー □既往疾患																																																																																												
【特記事項】 □出血小血管症() □口渇固葉 □ローファリン() □糖尿病治療薬 □インスリン □口経口葉() □コドロイド() □抗てんかん薬() □その他() □既往歴 □住宅酸素療法(HOT) □災害時要配慮者: □高齢者 □障害者 □乳幼児 □妊婦 □日本語が不自由□その他()																																																																																												
【要保護者】□支援者のいない要配慮者等 該当状況: □身体的/□精神的/□社会的/□その他()																																																																																												
*傷病名	*開始 年 月 日	診療場所	*所属・医師サイン																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">トリアージタグ</td> <td style="width: 25%;">□赤 □黄 □緑 □黒 番号: _____</td> <td style="width: 25%;">M / F</td> <td style="width: 25%;">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">メディカルID</td> </tr> </table>				トリアージタグ	□赤 □黄 □緑 □黒 番号: _____	M / F	_____	メディカルID																																																																																				
トリアージタグ	□赤 □黄 □緑 □黒 番号: _____	M / F	_____																																																																																									
メディカルID																																																																																												
(搬送機関用) No. 氏名 (Name)	性別 (G) 性別 (S) 男 (M) 女 (F)																																																																																											
住 所 (Address)	電 話 (Phone)																																																																																											
トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM PM 時 分																																																																																												
搬送機関名 取扱医療機関名																																																																																												
トリアージ実施場所																																																																																												
トリアージ実施機関 医 師 の 他 ()																																																																																												
監 病 名 死亡 実施 施業 中等症 鮮症																																																																																												
トリアージ区分 0 I II III																																																																																												
*患者氏名 (カタカナ)	*身元不明な場合は、必ず記載																																																																																											
一連診療 J-SPEED2018 第1回診療のものとて記入																																																																																												
初診日 年月日	年 月 日 時 間																																																																																											
診 斎																																																																																												
身長・体重																																																																																												
既往症																																																																																												
予防接種																																																																																												
主訴																																																																																												
現症																																																																																												
診断																																																																																												
施設																																																																																												
施方																																																																																												
転帰																																																																																												
対応																																																																																												
搬送機関・搬送先																																																																																												
診断																																																																																												

② 投薬、調剤

- ・処置に使用する医薬品等については、備蓄医薬品等（資料編参照）を使用し、不足した場合は「被害状況等報告書（様式5）」により、指揮所を通じて市災害医療対策本部に支援要請を行う。
- ・処方が必要な場合は、「災害用処方箋（様式2）」を交付し、災害協力薬局での医薬品の受取りを案内する。
- ・「災害用処方箋（様式2）」は3枚複写となっているため、1枚目（救護所保管用）を剥がし、災害診療記録に添付のうえ、緑（軽症）エリアで保管する。

③ 透析患者への対応

病院前救護所で透析患者を受け入れた場合、かかりつけ医療機関や次回の透析予定等を聴取し、透析治療を希望する場合には、指揮所を通じ、市災害医療対策本部に調整を依頼する。

(5) 黄(中等症)エリア

- ・医師の指示のもと病院スタッフが中心となって応急処置を行う。
- ・処置内容は、トリアージタグ（裏面）に加えて、病院使用のカルテまたは「災害診療記録（様式1）」にも記入する。
- ・中等症者4名につき、医師1名、看護師2名が担当するのが望ましい。
- ・重症者が多い場合は、中等症者への診療は救命のための最小限のものに限定する（例：四肢骨折の確認等のX線撮影は後回しとするなど）
- ・中等症者を二次トリアージし、重症化を見逃さないように努める。
- ・傷病者情報（氏名、性別、年齢、傷病名等）を黄（中等症）エリア担当看護師がホワイトボードなどに一覧として記録する。

(6) 赤(重症)エリア

- ・院内の処置が可能な場合は、医師の指示のもと病院スタッフが中心となって行う。
- ・院内の処置ができない場合は、安定化処置を実施しつつ、市災害医療対策本部に搬送調整を依頼する。
- ・処置内容は、トリアージタグ（裏面）に加えて、病院使用のカルテまたは「災害診療記録（様式1）」にも記入する。
- ・傷病者情報（氏名、性別、年齢、傷病名等）を赤（重症）エリア担当看護師がホワイトボードなどに一覧として記録する。

【市災害医療対策本部連絡先】

通信手段	連絡先
メール	kenkokikitaisaku@city.funabashi.lg.jp （健康危機対策課）
FAX	047-409-6301（健康危機対策課）
電話	047-409-6156（健康危機対策課）
MCA	082（市災害医療対策本部医療支援班）

(7) 黒エリア

① 遺体（救命の見込みがない者）の管理

- ・トリアージで黒と判定された者を管理する。
- ・床にブルーシートを敷くなど、汚染防止策を行う。
- ・ドライアイスを手配するなど、可能な範囲で室温を低く保つ。
- ・警察による検視が行われるまでは安置する。
- ・トリアージで黒と判定された者は生命兆候がなく救命困難な状態ではあるが、死亡確認はなされていないため、家族等への説明や対応などは慎重に行う。

② 死亡確認

- ・トリアージで黒と判定された者について、医師による確実な死亡確認を行う。
- ・死亡確認を行う医師は、原則として参集者の中から選定するが、参集者に死亡確認可能な者がいない場合には、病院医師が行う。
- ・死亡確認の結果（時間、根拠、確認者の氏名）をトリアジタグに記入する。

第3章 資料編

1. 院内災害対策本部設置・運営のチェックポイント(例)

平時	1 災害対策委員会等の設置
	<input type="checkbox"/> 災害対策委員会等、各部署の幹部が一同に集まるような協議の場を設ける。
	2 災害対策委員会の役割（以下①～③）
	①各部署で検討した対応方針（以下ア～ウ）の協議
	ア 災害時に収集すべき情報の整理
	<input type="checkbox"/> 院内災害対策本部の運営開始のために、災害時にどのような情報が必要か検討する。
	イ 情報の収集方法の検討
	<input type="checkbox"/> 各部署からの情報をどのように方法で収集するかを検討する。
	<input type="checkbox"/> 災害時に使用する帳票を整理する。
	ウ 体制の整備
	<input type="checkbox"/> 平時から収集できる情報（災害時に応援を求める際に使用する連絡先等）を整理する。
	<input type="checkbox"/> 院内災害対策本部の設置場所や必要な資機材を検討する。
	<input type="checkbox"/> 本部長・副本部長等の組織内の役割を決め、欠員した場合を想定して、代理者を立てる。
	<input type="checkbox"/> 災害時の「2 院内災害対策本部の運営開始」の⑧に係る判断基準や要請ルート等を検討する。
	②対応方針等の決定
	<input type="checkbox"/> 各部署で検討した①のア～ウの事項など、災害対策委員会で災害時の対応方針を決定する。
	③訓練を通じた対応方針の検証及び報告等
	<input type="checkbox"/> ②で決定した内容を訓練等で実施・検証を行う。
	<input type="checkbox"/> 訓練で出た課題等を基に適宜修正したうえ、災害対策委員会に報告し、必要に応じて見直す。
災害時	1 院内災害対策本部の設置
	①院内災害対策本部の設置準備
	<input type="checkbox"/> あらかじめ定められた場所に院内災害対策本部を設置する。
	<input type="checkbox"/> (不可能な場合は次の候補場所へ設置する。)
	<input type="checkbox"/> ホワイトボードや机、PC、本部運営に必要な帳票等を準備する。
	②参集者の確認
	<input type="checkbox"/> 役職者（本部長等）の参集を確認する。
	<input type="checkbox"/> 緊急メール等の病院の参集ツールを使用して、職員の招集を行う。
	<input type="checkbox"/> 役職者が不在の場合は、代理を立てる。
	③参集者の管理
	<input type="checkbox"/> 参集者の管理を行い、適切に組織内各部署に振り分ける。
	<input type="checkbox"/> 振り分けた職員を組織図等の書式を利用して、人員調整等の管理を行う。
	2 院内災害対策本部の運営開始
	①発災時報告の院内アンウンス
	<input type="checkbox"/> 被害状況や院内にいる全職員の安否状況を確認するため、発災時報告のアナウンスをする。
	以下、院内災害対策本部で収集すべき情報の例示
	<input type="checkbox"/> 物的 的情報 ライフライン情報（電気・水道・ガス・医療ガス・エレベーター等の状況）
	<input type="checkbox"/> 各フロアの建物倒壊状況
	<input type="checkbox"/> 各治療エリアや各病棟における医療資機材や医薬品の不足状況
	<input type="checkbox"/> 各フロアの空床状況（ベッドコントロール担当者を選任する。）

災害時	人 的 情 報	<input type="checkbox"/> 入院患者について、必要な情報を把握する。 ex) ○入院患者の総数 · うち、人工呼吸器が必要な患者数 · うち、酸素が必要な患者数 · うち、人工透析が必要な患者数 · うち、妊産婦の人数
		<input type="checkbox"/> 院内にいる職員・入院患者に係る負傷者数を把握する。
		<input type="checkbox"/> 各治療エリア（緑・黄・赤・黒）の傷病者情報を収集する。 ex) · 傷病者の性別・年齢・氏名・住所 · 傷病者の病名、重症度、治療内容 · 傷病者の治療後の動き（入院先病棟・転院先病棟・帰宅） · 家族による死亡者の本人確認の有無 · 各エリアから集約された傷病者数や死亡者数
		<input type="checkbox"/> 病院内に従事している職員情報を把握する。 ex) · 各部署にいる指揮統制をとっている担当者の氏名 · 各部門の職員人数 · 各職員の勤務時間、体調など
	その 他	<input type="checkbox"/> 以下の院内に係る情報を集約する。 ex) · 手術情報 · 放射線検査情報 · 医療機器情報 · 給食情報など
		<input type="checkbox"/> ②災害レベルの決定
		<input type="checkbox"/> 本部長指示の下、院内BCP等で定められた災害レベルを決定して周知を行う。
	③病院前救護所の設置指示	<input type="checkbox"/> 震度6弱以上の場合、病院前救護所を設置する。
		<input type="checkbox"/> 設置場所の安全確認や運営人員の決定を行った後に、設置指示を行う。
	④通信手段の確保	<input type="checkbox"/> MCA無線等の通信機器や院内のPC等は使用状況を確認する。
		<input type="checkbox"/> 院内のPC等からEMISで、院内の被害状況等を入力する。
	⑤院内災害対策本部会議の準備	<input type="checkbox"/> 院内災害対策本部会議の開催をアナウンスする。
		<input type="checkbox"/> 情報のトリアージ（①情報整理②優先度の判断③対応検討）を行い、報告事項を整理して会議
		<input type="checkbox"/> 開催に向けて準備を行う。
	⑥院内災害対策本部会議の開催	<input type="checkbox"/> 院内災害対策本部会議で重要方針を決定する。
		<input type="checkbox"/> 会議で決まった重要方針を各部署へ周知する。
		<input type="checkbox"/> 重要方針に沿って、平時から決めておいた対応方針等を基に業務を行う。
	⑦定期報告に向けた情報収集	<input type="checkbox"/> 2回目以降の会議（定期報告）に向けて、継続的に院内の情報を収集する。
		<input type="checkbox"/> ⑧市災害医療対策本部への支援要請
		<input type="checkbox"/> 入院患者や外来患者について、本部で集約した情報や平時から検討した判断基準を基に転院搬送を行う。
		<input type="checkbox"/> 各治療エリアや病棟からの情報を基に、必要な物資の支援要請を行う。

※院内災害対策本部の在り方は病院の規模やBCPによって様々であるため、チェックリストは参考としてお示しするものです。

2. 備蓄品一覧

(1) 備品(市からの配布物)

名称	数量
ワイヤレスマイク付き拡声器スピーカー	1台
医療用ベッド	2台
LED バルーン照明	2台
防災用テント	1張
防災用テント鉄製おもり (10kg)	6個
ディスポストレッチャーシーツ (10枚入)	6袋
防犯ベスト	10枚
発電機	2台
発電機用オイル	1個
発電機用ガスボンベ	9本
ライティングシート	1個
クリップボード	5枚
トリアージタグ	想定軽症者数
トリアージロジック布	1枚
状差し	4個
のぼり (トリアージエリア・治療エリア)	各1枚
のぼり用ボール (3m)	2本
のぼり用注水台 (8m)	2台
災害用処方箋	想定軽症者数
指揮所用ファイル (本マニュアル様式等)	1冊

(2) 医薬品等(病院でランニング備蓄)

備蓄数量は病院により異なる。

【医薬品】

No.	薬効分類	規格品	品名(一般名)	規格
		商品名(メーカー名)		
1	局所麻酔剤	キシロカインゼリー2% (アストラ)	リドカイン塩酸塩	ゼリー
2	局所麻酔剤	リドカイン注射液 (マイラン製薬)	リドカイン塩酸塩	注射剤
3	鎮けい剤	ブスコパン注20mg (ベーリンガー)	ブチルスコポラミン臭化物	注射剤
4	鎮痛剤	ソセゴン注射液15mg (アステラス)	ペンタゾシン	注射剤
5	解熱鎮痛剤	ロキソプロフェンナトリウム錠60mg (日医工)	ロキソプロフェン	錠剤
6	抗生物質	フロモックス錠	セフカペニピオキシル塩酸塩水和物	錠剤
7	抗アレルギー剤	セレスタミン配合錠	ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩	錠剤
8	副腎ホルモン剤	ボスマシン注1mg (第一三共製薬)	アドレナリン	注射剤
9	催眠鎮静剤、抗不安剤	セルシン注射液5mg (武田薬品)	ジアゼパム	注射剤
10	血管拡張剤	ニトロペニ舌下錠0.3mg (日本化薬)	ニトログリセリン	錠剤
11	血管拡張剤	アダラートL	ニフェジピン	錠剤
12	止しや剤、整腸剤	ロペミンカプセル1mg (ヤンセン)	塩酸ロペラミド	カプセル剤
13	小児用解熱鎮痛剤	アンヒバ坐剤小児用200mg (アボットジャパン)	アセトアミノフェン	坐剤
14	副腎皮質ホルモン・抗生物質外用剤	リンドロンVG軟膏 (塩野義)	ゲンタマイシン硫酸塩	軟膏剤
15	化膿性疾患用剤	ゲンタシン軟膏0.1% (シェリングプラウ)	ゲンタマイシン硫酸塩	軟膏剤
16	化膿性疾患用剤	ソフラチュール貼付剤10.8mg (サノフィ・アベンティス)	フラジオマイシン硫酸塩	貼付剤
17	外皮用殺菌消毒剤	消毒用エタプロコール (日興製薬)	消毒用エタノール	液剤
18	外皮用殺菌消毒剤	イソジン液10% (明治製菓)	ポピドンヨード	液剤
19	外皮用殺菌消毒剤	0.05%グルコジンR水 (ヤクハン製薬)	クロルヘキシジングルコン塩酸	液剤
20	軟膏基剤	プロペト (100g)	白色ワセリン	保護剤

【医療資材】

No.	薬効分類	規格品	品名(一般名)
		商品名(メーカー名)	
1	衛生器具	テルモシリソジ 2.5ml 23G (テルモ) テルモシリソジ 5ml 23G (テルモ) テルモシリソジ 10ml 23G (テルモ)	ディスポ針付注射器
2	衛生材料	スキンステイプラー ネクスケア (3M)	ステイプラー
3	衛生材料	ソフラットシーネ (竹虎)	副木
4	衛生材料	包帯 (川本産業) 4.5cm、7.0cm、9.3cm	包帯
5	衛生材料	三角巾 (開新舎) 大・特大	三角巾
6	衛生材料	ニチバン病院用 5m N12 (ニチバン) 12mm×5m ニチバン病院用 5m N25 (ニチバン) 25mm×5m	絆創膏
7	衛生材料	カット綿 (川本産業)	日局脱脂綿
8	衛生材料	ケーパイン (川本産業)	滅菌ガーゼ
9	衛生材料	油紙 (白十字)	油紙
10	衛生材料	滅菌済レジラップーγ (オカモト)	手術用手袋
11	衛生材料	純白模造 薬包紙 中型	薬包紙
12	衛生材料	ステリストリップ	皮膚接合用テープ

3. 関係機関連絡先一覧

分類	機関名	無線	電話	FAX
千葉県	保健医療福祉調整本部(医療整備課)		043-223-3886	043-221-7379
船橋市	災害対策本部(災害医療対策班)	065	047-436-2547	047-436-2034
	災害医療対策本部(健康危機対策課)	082	047-409-6156	047-409-6301
官公署等	陸上自衛隊第1空挺団第1普通科大隊	600	047-466-2141	
	船橋警察署	602	047-435-0110	047-421-5214
	船橋東警察署	603	047-467-0110	047-465-0190
医療関係機関	船橋市医師会	650	047-424-4771	047-423-7131
	船橋歯科医師会	651	047-424-4855	047-424-7783
	船橋薬剤師会	652	047-424-2330	047-424-5700
	千葉県柔道整復師会船橋鎌ヶ谷支部	653	047-447-0576	047-447-0576
	千葉県助産師会	312	043-371-2425	043-372-2174
	千葉県赤十字血液センター	655	047-457-0711	
災害拠点病院	船橋市立医療センター	660	047-438-3321	047-438-7795
災害医療協力病院	船橋中央病院	661	047-433-2111	047-435-2655
	千葉徳洲会病院	662	047-466-7111	047-464-6322
	青山病院	663	047-424-5511	047-425-4533
	船橋総合病院	664	047-425-1151	047-425-1058
	板倉病院	665	047-431-2662	047-432-8578
	北習志野花輪病院	668	047-462-0002	047-463-4739
	船橋二和病院	669	047-448-7111	047-447-8380
	東船橋病院	670	047-468-0011	047-467-8593
	セコメディック病院	671	047-457-9900	047-457-9901
その他病院	いけだ病院		047-472-7171	047-476-1588
	大島記念嬉泉病院		047-448-3330	047-448-3418
	共立習志野台病院		047-466-3018	047-466-3296
	総武病院		047-422-2171	047-424-3125
	高根台病院		047-465-2200	047-467-5572
	滝不動病院		047-448-6881	047-449-2165
	千葉病院		047-466-2176	047-466-7503
	船橋北病院		047-457-7151	047-457-7161
	船橋市立リハビリテーション病院		047-439-1200	047-439-1386
	船橋整形外科病院		047-425-9340	047-425-6592
	薬園台リハビリテーション病院		047-464-8111	047-464-8114
	山口病院		047-335-1072	047-332-3753

第4章 様式編

様式No.	様式名
1	災害診療記録2018
2	災害用処方箋
3	収集簿
4	組織図
5	被害状況等報告書
6	クロノロ
7	傷病者一覧（中等症以上のみ記入）

災害診療記録2018

1 頁/4 頁

様式1

* は必須記録項目

* 初診日	西暦 年 月 日
* 初診医師氏名	
* 患者氏名(カタカナ)	最初の 7 文字をメディカル ID に転記
(漢字等)	氏名不詳なら個人特定に役立つ情報(救出された場所や状況等)を記載 性別: 男・女
* 生年月日・年齢	西暦・明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳 年齢不詳の場合は推定年齢
保険証情報	保険者番号: 記号: 番号:
[携帯]電話番号	
* 住所	自宅: <input checked="" type="checkbox"/> 状態: <input type="checkbox"/> 健存 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 全壊
	<input type="checkbox"/> 避難先1: <input type="checkbox"/> 避難所名() <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 避難先2: <input type="checkbox"/> 避難所名() <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他
連絡先	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 連絡先なし
職業	

【禁忌事項等】

- アレルギー
- 禁忌食物

【特記事項(常用薬等)】

- 抗血小板薬()
- 抗凝固薬 ワーファリン()
- 糖尿病治療薬 インスリン 経口薬()
- ステロイド()
- 抗てんかん薬()
- その他()
- 透析
- 在宅酸素療法(HOT)
- 災害時要配慮者: 高齢者 障害者 乳幼児 妊婦 日本語が不自由 その他()

【要保護者】 支援者のいない要配慮者等 該当状況: 身体的/ 精神的/ 社会的/ その他()

* 傷病名	* 開始	診察場所	* 所属・医師サイン
	年 月 日		

メディカル ID=西暦生年月日 8 桁 + 性別 + 氏名カタカナ上位 7 桁
例) 1950 年 09 月 08 日生まれ 男性 トヨトミヒデヨシ ⇒ 19500908M トヨトミヒデヨ

トリアージタグ	<input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黒 番号:												
メディカル ID								M F					

患者氏名 (カタカナ)		* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載										初診医師氏名		
一般診療版 J-SPEED2018 当てはまるもの全てに□														
初診日		西暦 年 月 日			再診 日付	再々 診	バイタルサイン		意識障害: □無・□有		呼吸数: / min			
Demographics	年齢	歳							血圧: / mmHg		体温: °C			
		□0 歳、□1-14 歳、□15-64 歳、□65 歳-			/ /									
	性別 受診区分	1	<input type="checkbox"/> 男性				身長・体重		身長: cm		体重: / kg			
		2	<input type="checkbox"/> 女性(妊娠なし)				既往症		□高血圧 □糖尿病 □喘息 □その他					
		3	<input type="checkbox"/> 女性(妊娠あり)				予防接種		□麻疹 □破傷風 □今期インフルエンザ □肺炎球菌 □風疹 □その他()					
		4	<input type="checkbox"/> 中等症(トリアージ黄色)以上											
5		<input checked="" type="checkbox"/> 再診患者												
Health Events	外傷・環境障害	6	<input type="checkbox"/> 頭頸・脊椎の重症外傷(PAT 赤)				主訴							
		7	<input type="checkbox"/> 体幹の重症外傷(PAT 赤)				現病歴 (日本語で記載)		□外傷⇒黄色タグ以上は外傷版記録へ(J-SPEED は記入) □精神保健医療⇒精神保健医療版記録へ(J-SPEED は記入)					
		8	<input type="checkbox"/> 四肢の重症外傷(PAT 赤)											
		9	<input type="checkbox"/> 中等症外傷(PAT 赤以外・入院必要)											
		10	<input type="checkbox"/> 軽症外傷(外来処置のみで加療可)											
		11	<input type="checkbox"/> 創傷											
		12	<input type="checkbox"/> 骨折											
		13	<input type="checkbox"/> 熱傷											
		14	<input type="checkbox"/> 窒水											
		15	<input type="checkbox"/> クラッシュ症候群											
		Health Events	症候・感染症	16	<input type="checkbox"/> 発熱				診断					
17	<input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症						処置		□無・□有					
18	<input type="checkbox"/> 消化器感染症、食中毒						処方		□無・□有					
19	<input type="checkbox"/> 麻疹疑い													
20	<input type="checkbox"/> 破傷風疑い													
21	<input type="checkbox"/> 急性血性下痢症													
22	<input type="checkbox"/> 緊急の感染症対応ニーズ													
23	<input type="checkbox"/> 人工透析ニーズ													
24	<input type="checkbox"/> 外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ													
25	<input type="checkbox"/> 感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ													
26	<input type="checkbox"/> 災害ストレス関連諸症状													
27	<input type="checkbox"/> 緊急のメンタル・ケアニーズ													
28	<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈塞栓症疑い													
29	<input type="checkbox"/> 高血圧状態													
30	<input type="checkbox"/> 気管支喘息発作													
31	<input type="checkbox"/> 緊急の産科支援ニーズ													
32	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患(外傷・熱傷以外)													
33	<input type="checkbox"/> 揭載以外の疾病													
34	<input type="checkbox"/> 緊急の栄養支援ニーズ													
35	<input type="checkbox"/> 緊急の介護/看護ケアニーズ													
36	<input type="checkbox"/> 緊急の飲料水・食料支援ニーズ													
37	<input type="checkbox"/> 治療中断													
Procedure & Outcome	転帰	38	<input type="checkbox"/> 高侵襲処置(全身麻酔・入院必要)				転帰		□帰宅					
		39	<input type="checkbox"/> 低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等)						□搬送 → 搬送手段 搬送機関 搬送先					
		40	<input type="checkbox"/> 四肢切断(指切断を除く)											
		41	<input type="checkbox"/> 出産・帝王切開・その他産科処置											
		42	<input type="checkbox"/> 医療フォロー不要(再診不要)											
		43	<input type="checkbox"/> 医療フォロー必要(再診指示)											
		44	<input type="checkbox"/> 紹介(紹介状作成等)											
		45	<input type="checkbox"/> 搬送(搬送調整実施等)											
		46	<input type="checkbox"/> 入院(自施設)											
		47	<input type="checkbox"/> 患者自身による診療継続拒否											
		48	<input type="checkbox"/> 受診時死亡											
		49	<input type="checkbox"/> 加療中の死亡											
		50	<input type="checkbox"/> 長期リハビリテーションの必要性											
		Context	関連性 保護 追加症候群	51	<input type="checkbox"/> 直接的関連あり(災害による外傷等)				対応者署名 (判読できる文字で記載)		所属(チーム名等)		医師	
				52	<input type="checkbox"/> 間接的(環境変化による健康障害)									
53	<input type="checkbox"/> 関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断)													
54	<input type="checkbox"/> 保護を要する小児(孤児等)													
55	<input type="checkbox"/> 保護を要する成人高齢者													
56	<input type="checkbox"/> 性暴力													
57	<input type="checkbox"/> 暴力(性暴力以外)													
58	<input type="checkbox"/>													
59	<input type="checkbox"/>													
60	<input type="checkbox"/>													

<メモ>

*追加症候群は保健医療調整本部等からの指示に応じて集計

メディカル ID=西暦生年月日 8 桁+性別+氏名カタカナ上位 7 桁

メディカル ID							M F				
----------	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--

患者氏名 (カタカナ)	* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載		医師氏名	* 本ページを最初に利用した医師氏名	
----------------	-------------------------	--	------	--------------------	--

日時	所見	J-SPEED 該当コード(4度目受診以降)	処置・処方	・診療場所 ・所属 ・医師等サイン	

メディカル ID=西暦生年月日 8桁+性別+氏名カタカナ上位 7桁

メディカル ID								M F					
----------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--

患者氏名
(カタカナ)

* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載

医師氏名

* 本ページを最初に利用した医師氏名

年号	西暦
明治40年	1907
45年	1912
大正元年	1912
5年	1916
10年	1921
15年	1926
昭和元年	1926
5年	1930
10年	1935
15年	1940
20年	1945
25年	1950
30年	1955
35年	1960
40年	1965
45年	1970
50年	1975
55年	1980
60年	1985
64年	1989
平成元年	1989
5年	1993
10年	1998
15年	2003
20年	2008
25年	2013
31年	2019
新年号元年	2019

日時	所見	J-SPEED 該当コード(4度目受診以降)	処置・処方	診療場所 ・所属 ・医師等サイン

メディカル ID=西暦生年月日 8 桁+性別+氏名カタカナ上位 7 桁

メディカル ID								M F				
----------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--

※災害診療記録に添付



災害用処方箋

処方日： 月 日

病院前救護所

処方医

手書きサイン

フリガナ

氏名 _____ 年齢（　才）

生年月日 T・S・H・R 年 月 日
(西暦) 年

性別 男・女

体重 _____ k g

その他 小児・妊娠中

処方するものにチェック☑

処方数量は原則3日分
とします。

<input type="checkbox"/> ロキソプロフェン60m g錠 (解熱鎮痛剤)	3錠分3毎食後	3日分
<input type="checkbox"/> セフカペンピボキシル塩酸塩水和物100m g錠 (抗生物質)	3錠分3毎食後	3日分
<input type="checkbox"/> ベタメタゾン・d - クロルフェニラミンマレイン酸塩錠 (抗アレルギー剤) ()錠分()朝・昼・夕食		3日分
<input type="checkbox"/> ニトログリセリン舌下錠 (血管拡張剤) 1回 ()錠		3回分
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン200m g坐剤 (小児用解熱鎮痛剤) 1回 ()個		6回分
<input type="checkbox"/> ゲンタマイシン硫酸塩軟膏 (化膿性疾患用剤) 10g		1本
<input type="checkbox"/> ジクロフェナクナトリウム25m g坐剤 (鎮痛、抗炎症剤) 1回 ()個		6回分

自由記載欄（特に処方の必要がある場合等）

備考

- ・アレルギー等がある場合には同種同効品の処方とします。
- ・自由記載欄の薬は薬局にはない場合には処方できません。
- ・小児の場合には換算表により量を算定することとします。

※調剤後、患者に返却



災害用処方箋

処方日： 月 日

病院前救護所

調剤日及び 調剤済印	処方医
	監査印
	<u>3枚目にも印</u>

フリガナ

氏名 _____ 年齢（才）

生年月日 T・S・H・R 年 月 日
(西暦) 年

性別 男・女

体重 _____ kg

その他 小児・妊娠中

処方するものにチェック☑

処方数量は原則3日分
とします。

<input type="checkbox"/> ロキソプロフェン60mg錠 (解熱鎮痛剤)	3錠分3毎食後	3日分
<input type="checkbox"/> セフカペンピボキシル塩酸塩水和物100mg錠 (抗生素質)	3錠分3毎食後	3日分
<input type="checkbox"/> ベタメタゾン・d - クロルフェニラミンマレイン酸塩錠 (抗アレルギー剤) ()錠分()朝・昼・夕食		3日分
<input type="checkbox"/> ニトログリセリン舌下錠 (血管拡張剤) 1回 ()錠		3回分
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン200mg坐剤 (小児用解熱鎮痛剤) 1回 ()個		6回分
<input type="checkbox"/> ゲンタマイシン硫酸塩軟膏 (化膿性疾患用剤) 10g		1本
<input type="checkbox"/> ジクロフェナクナトリウム25mg坐剤 (鎮痛、抗炎症剤) 1回 ()個		6回分

自由記載欄（特に処方の必要がある場合等）

備考	薬局印（横判）
<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー等がある場合には同種同効品の処方とします。 ・自由記載欄の薬は薬局にない場合には処方できません。 ・小児の場合には換算表により量を算定することとします。 	<u>3枚目にも印</u>



災害用処方箋

処方日： 月 日

病院前救護所

フリガナ

氏名 _____ 年齢（才）

生年月日 T・S・H・R 年 月 日
(西暦) 年

性別 男・女

体重 _____ kg

その他 小児・妊娠中

処方するものにチェック□

調剤日及び 調剤済印	処方医
	監査印
	印

**処方数量は原則3日分
とします。**

<input type="checkbox"/> ロキソプロフェン60mg錠 (解熱鎮痛剤)	3錠分3毎食後	3日分
<input type="checkbox"/> セフカペニピボキシル塩酸塩水和物100mg錠 (抗生素質)	3錠分3毎食後	3日分
<input type="checkbox"/> ベタメタゾン・d - クロルフェニラミンマレイン酸塩錠 (抗アレルギー剤) ()錠分 ()朝・昼・夕食		3日分
<input type="checkbox"/> ニトログリセリン舌下錠 (血管拡張剤)	1回 ()錠	3回分
<input type="checkbox"/> アセトアミノフェン200mg坐剤 (小児用解熱鎮痛剤)	1回 ()個	6回分
<input type="checkbox"/> ゲンタマイシン硫酸塩軟膏 (化膿性疾患用剤)	10g	1本
<input type="checkbox"/> ジクロフェナクナトリウム25mg坐剤 (鎮痛、抗炎症剤)	1回 ()個	6回分

自由記載欄（特に処方の必要がある場合等）

備考	薬局印（横判）
<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギー等がある場合には同種同効品の処方とします。 ・自由記載欄の薬は薬局にない場合には処方できません。 ・小児の場合には換算表により量を算定することとします。 	印

※船橋市に災害救助法が適用された場合、災害用処方箋に基づく薬剤等の費用について、患者様から負担をしていただく必要はありません。災害用処方箋に基づく調剤の労務費及び薬剤費は、災害救助法に基づき千葉県が負担いたしますので、お知らせがあるまで災害用処方箋の保管をお願いいたします。

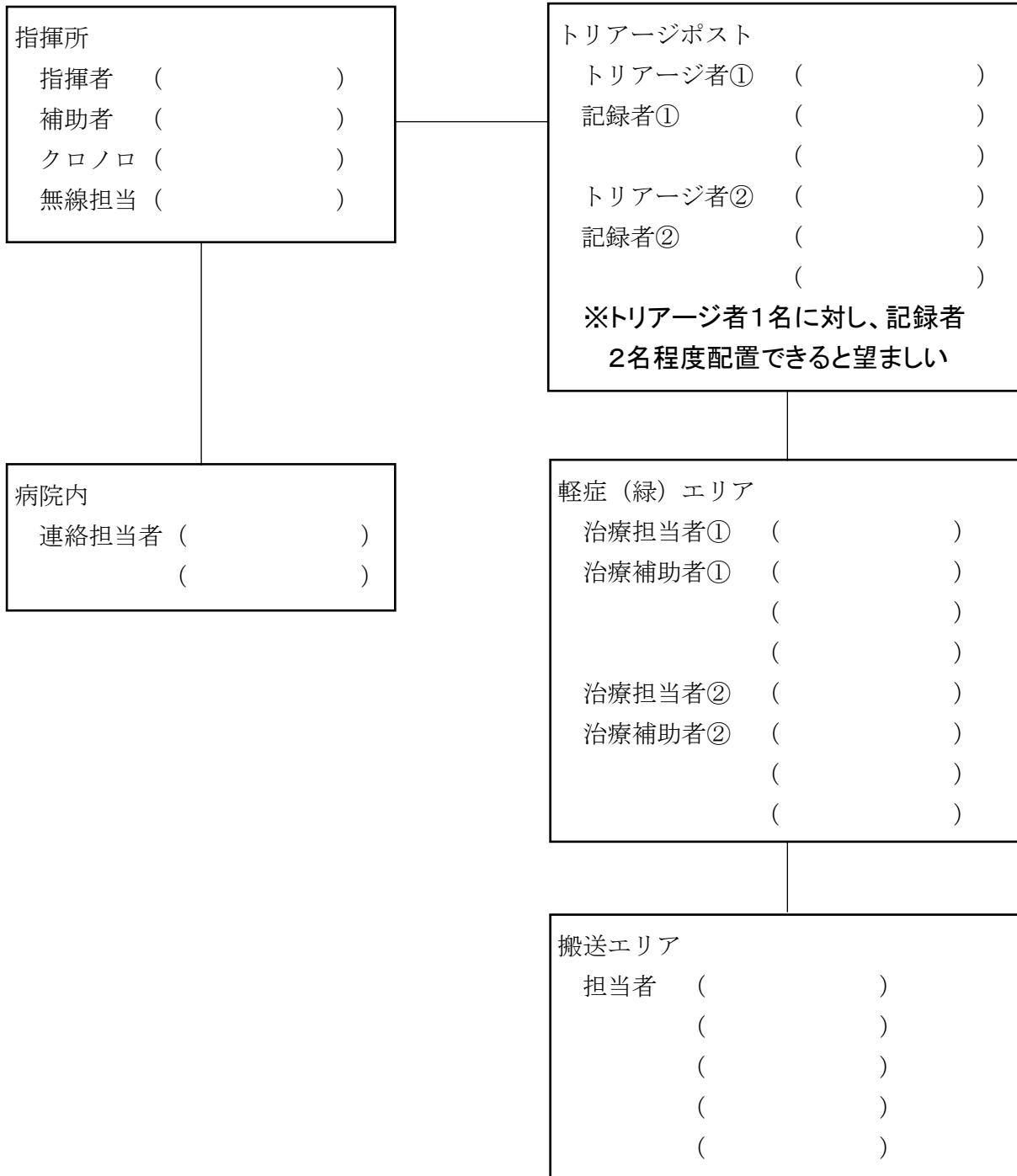
参集簿

病院前救護所

	氏名	所属、診療所名等		参集日時	退所日時	特記事項
例	船橋 たろう	(医)・歯 薬・柔 ボラ	○○クリニック	9/1 9:27	9/1 16:13	ボランティアの場合には連絡先を記入
1		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
2		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
3		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
4		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
5		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
6		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
7		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
8		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
9		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	
10		医・歯 薬・柔 ボラ		/ :	/ :	

組織図

様式4



被害状況等報告書

様式5

船橋市災害医療対策本部あて

メール kenkokikitaisaku@city.funabashi.lg.jp

FAX 047-409-6301

電話 047-409-6156

MCA 082

報告日時	月 日 :
救護所名	病院前救護所
報告者名	

1 病院前救護所の状況

設置可否	可 ・ 否
開設状況	済 ・ 未
使用可能な設備	ロゴチャット ・ メール ・ FAX ・ 電話 ・ MCA

2 人的被害

(1) トリアージの実施状況（報告日時時点（トリアージ開始後の総数を記載））

済			
人			
黒	重症（赤）	中等症（黄）	軽症（緑）
人	人	人	人

(2) 報告時点でのトリアージ待ち人数

待ち人数	
人	※大まかな人数で可

3 不足物資・応援等の要望

（要望事項を記入する欄）

4 その他の報告事項等（備考欄）

（備考事項等を記入する欄）

クロノロ

様式6

月 日

時間	発信	受信	内容

様式7

病院前救護所 傷病者一覧（中等症以上のみ記入）

市災害医療対策本部
メール kenkokikitaisaku@city.funabashi.lg.jp
FAX 047-409-6301
電話 047-409-6156
MCA 082

第5章 アクションカード（標準様式）

使用エリア	役職・職種
指揮所	-
トリアージポスト	-
搬送エリア	-
緑（軽症）エリア	リーダー用
	医師用
	看護師用
	薬剤師用
黄（中等症）エリア	リーダー用
	医師用
	看護師用
赤（重症）エリア	リーダー用
	医師用
	看護師用
黒エリア	-

指揮所

【従事者】

- ・病院職員(事務等)
- ・市職員(保健師・事務等)

【役割】

- ・病院前救護所の情報を管理し、病院内及び市災害医療対策本部との連携を図る。
- ・参集者の活動状況を管理する。

【やること】

1 通信手段の確保

- ロゴチャット、メール、FAX、電話、MCA 無線等の使用可否を確認する。
- 病院及び市災害医療対策本部の連絡担当者を確認する。

2 参集者の管理

- 指揮所スペースのテーブルなどに「参集簿(様式3)」を配置する。
- 四師会の参集者等に「参集簿(様式3)」の記入を依頼する。
- 参集日時及び退所日時等を管理する。
- 四師会の参集者等をトリアージポスト→緑(軽症)エリア→搬送エリアの順に配置する。
- 四師会の参集者等の配置を「組織図(様式4)」をホワイトボードなどに記載し、管理する。

3 トリアージ実施状況の集計

- トリアージポストで保管しているトリアジタッグ1枚目(災害現場用)を定期的に回収し、重症度(色)別に集計する。

4 市災害医療対策本部への報告

- トリアージ開始後に1回、以降は可能な限り1時間に1回、病院前救護所の状況を「参集簿(様式3)」及び「被害状況等報告書(様式5)」により、市災害医療対策本部へ報告する。

5 クロノロジー(経時活動記録)を付ける

- 「クロノロ(様式6)」をライティングシートに作成し、時系列に情報や出来事を記録する。

トリアージポスト

【従事者】

- ・病院職員(医師、看護師等)
- ・四師会参集者
- ・災害時看護職ボランティア

【役割】

- ・来所する全ての傷病者に対して、トリアージを実施する。
- ・トリアージの判定結果に応じて治療エリアへ誘導等を行う。

【やること】

1 トリアジングループの編成

- トリアージ実施者1名とタッグ記載者1名以上のトリアジングループを編成する。

2 トリアージの実施

- 傷病者に対し、START 法トリアジロジック表(裏面参照)を用いて、重症度を判断する(30秒以内)

※医学的判断は不要であり、見た目や訴えを考慮せず、客観的にロジック表に基づき判断する。

3 トリアジタッグの記入

- 黒または赤のボールペンを使用し、記入要領(裏面参照)に従い、筆圧を強めて記入する(トリアージの実施を含めて2分以内)
- トリアジタッグの下部について、トリアージ判定結果を残してミシン目で切り離す。

4 トリアジタッグの保管

- 3枚複写の1枚目(災害現場用)を切り離し、重症度(色)別に分けて保管する。

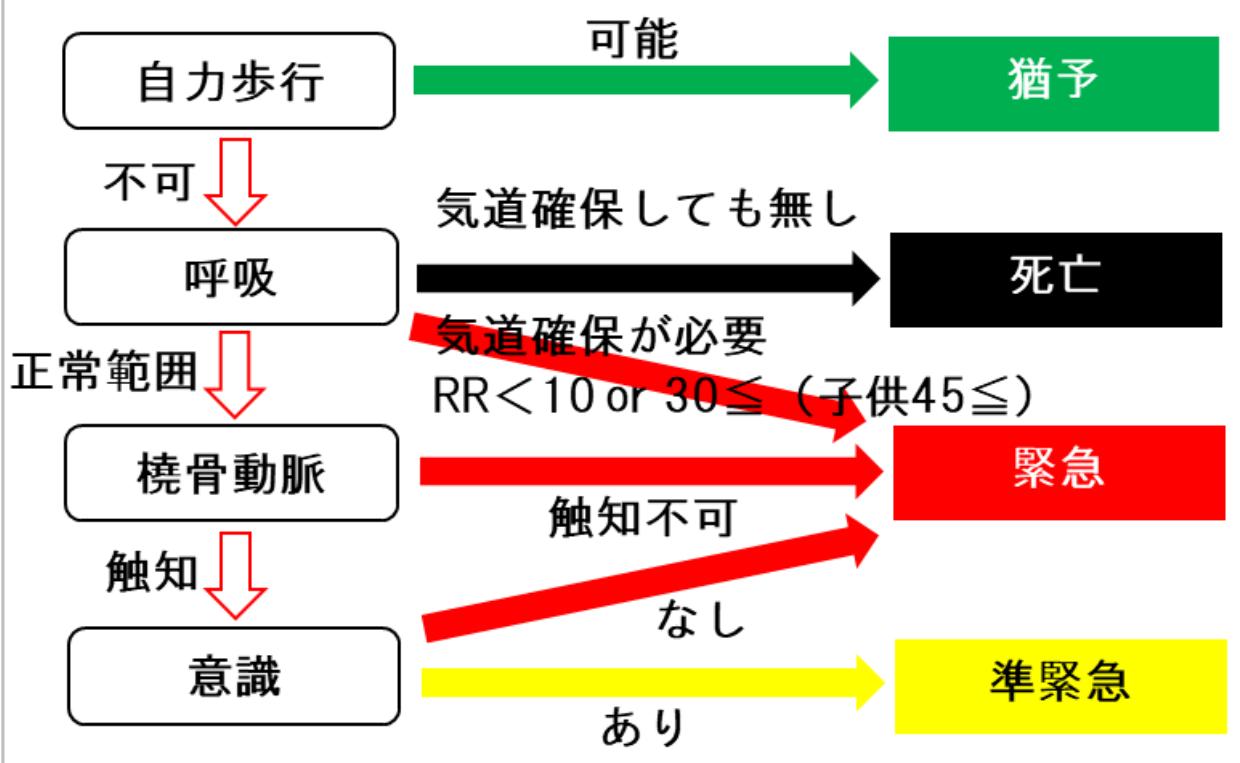
5 トリアジタッグの装着

- 原則、傷病者の右手首に装着する(右手首を負傷している場合は、左手首→右足首→左足首→首の優先順位で装着する。靴や衣類など着脱できるものには装着しない。)

6 治療エリアへの誘導

- 自力歩行が出来る軽症者については、自ら緑(軽症)エリアへ移動するよう誘導する。
- 自力歩行が出来ない中等症者以上については、搬送エリアに引継ぎ、院内への搬送を依頼する。

【START法トリアージロジック】



【記入要領】

記入項目	記入方法・記入内容
①No.	・病院前救護所毎の通し番号を記入(市配付のタグには記入済み)
②氏名、年齢、性別等	・傷病者自身に記入を依頼することも可能
③トリアージ実施月日・時刻	・実施月日と時刻を分の単位まで記入
④トリアージ実施者氏名	・トリアージを実施した者のフルネームを記入
⑤搬送機関名	・搬送した場合は、搬送機関名を記入
⑥収容医療機関名	・患者を収容した医療機関名(○病院)を記入
⑦トリアージ実施場所	・実施場所(○救護所)を記入
⑧トリアージ実施機関	・実施機関(○病院、医師会等)を記入
⑨トリアージ実施者の職種	・該当する職種に○を記入
⑩傷病名	・トリアージの根拠、主訴、疑われる傷病名等を記入
⑪トリアージ区分	・トリアージ区分に○を記入
⑫トリアージ区分の切り離し	・判定した区分を残してミシン目で切り離す

搬送エリア

【従事者】

- ・病院職員(事務等)
- ・四師会参集者

【役割】

- ・トリアージポストと各治療エリア間の傷病者の搬送を行う。

【やること】

1 搬送手段の確保

- 搬送用の車椅子、ストレッチャーなどを確保する。

2 搬送方法の確認

- トリアージ区分毎の搬送場所を確認する。
- 安全に搬送出来る経路(階段、エレベーターなど)を確認する。
- 治療エリアとの連絡手段(PHSなど)を確保するとともに、連絡先を確認する。

3 搬送

- 搬送前に傷病者の情報や搬送先をトリアージタッグで確認し、傷病者の取り違いに留意して搬送する。
- 「○○エリアから○○エリアに男性1名搬送します」などと声に出してから搬送する。
- 搬送先の担当に「どこから搬送してきたのか」を伝える。
- 搬送元の医師等からの指示があれば確実に伝える。
- 搬送後は、所定のエリアに戻り、待機する。
- 傷病者を安全に搬送するために、無理をせず、必要に応じて搬送者の増員を要望する。

緑(軽症)エリア 【リーダー】

【従事者】

- ・病院職員(医師)
- ・医師会参集者

【役割】

- ・軽症者への応急処置と重症化の察知を行うため、治療チームを指揮し、エリアの管理を行う。

【やること】

1 リーダーの宣言

- 自らがリーダーであることを周囲に宣言する。

2 治療チームの編成

- 治療チーム(医師1名+看護師1~2名)を編成する。
- 従事者数が十分でない場合は、指揮所に人員補充を要請する。

3 治療チームへの指示等

- 治療チームに医師用・看護師用・薬剤師用のアクションカードを配布し、軽症者への応急処置等を指示する。
- その他の職種については、具体的な役割(歯科医師:顎頬面治療等、柔道整復師:患部の固定等)を指示する。
- 当エリアで行うのは、あくまでも応急処置であり、すべての治療を完結する必要はない。「病状が悪化し、中等症(黄)・重症(赤)レベルになった傷病者を見つけること」が最重要であることを治療チームに指示する。
- 治療チームからの報告を受ける。

4 指揮所との情報共有

- 必要に応じ、情報共有を行う。

緑(軽症)エリア 【医師】

【従事者】

- ・病院職員(医師)
- ・医師会(医師)

【役割】

- ・軽症者への応急処置と重症化の察知を行う。
- ・あくまで応急処置を行い、すべての治療を完結する必要はない。

【やること】

1 医療資源(ヒト・モノ)の確認

- 治療チームメンバーを確認する。
- 使用できる医薬品等を確認する。

※ 院外での活動のため、基本的に検査は出来ない。

2 軽症者への応急処置

- 固定、傷の消毒、軟膏塗布、ガーゼ保護、止血(必要により縫合)などを行う。
- 固定等の処置は、柔道整復師や看護師に指示することができる。
- 処置内容は、トリアージタッグの裏面と「災害診療記録(様式1)」に記入する。

3 投薬

- 処置に使用する医薬品等は、備蓄医薬品等を使用する。
- 「災害用処方箋(様式2)」を交付する場合は、1枚目(救護所保管用)を剥がし、保管する。
- 「災害用処方箋(様式2)」を交付した場合は、災害協力薬局を案内する。

4 エリアリーダーとの情報共有

- 必要に応じ、情報共有を行う。

緑(軽症)エリア 【看護師】

【従事者】

- ・病院職員(看護師)
- ・災害時看護職ボランティア

【役割】

- ・軽症者への応急処置と重症化の察知を行う。
- ・あくまで応急処置を行い、すべての治療を完結する必要はない。
- ・医師の診療を補助する。

【やること】

1 医療資源(ヒト・モノ)の確認

- 治療チームメンバーを確認する。
 - 使用できる医薬品や医療資材等を確認する。
- ※ 院外での活動のため、基本的に検査は出来ない。

2 二次トリアージの実施

- 応急処置を受けるまでの間、トリアージを繰り返し実施する。
- トリアージの結果をトリアジタッグに加筆修正する。
- 重症化している場合は、搬送エリアに院内への搬送を依頼する。

3 軽症者への応急処置(診療の補助)

- 医師の指示に基づき、応急処置を行う。
- 固定等の処置は、必要に応じて、柔道整復師に依頼する。
- 処置内容は、トリアジタッグの裏面と「災害診療記録(様式1)」に記入する。
- トリアジタッグを「災害診療記録(様式1)」の3ページ目にホチキス止めする。
- 「災害用処方箋(様式2)」が交付される場合は、1枚目(救護所保管用)を剥がし、保管する。
- 「災害用処方箋(様式2)」が交付された傷病者を災害協力薬局に案内する。

緑(軽症)エリア 【薬剤師】

【従事者】

- ・病院職員(薬剤師)
- ・薬剤師会収集者

【役割】

- ・医薬品等を管理する。
- ・「災害用処方箋(様式2)」の交付を補助する。

【やること】

1 医薬品等の管理

- 処置に使用する医薬品等を管理する。
- 医薬品等の不足が見込まれる場合は、指揮所を通じて、市災害医療対策本部に支援を要請する。

2 災害用処方箋交付の補助

- お薬手帳等から現在使用中の薬を確認するなど、「災害用処方箋(様式2)」の交付を補助する。
- 「災害用処方箋(様式2)」が交付された傷病者を災害協力薬局に案内する。

3 災害協力薬局の補助

- 医薬品の受取り待ちの方が多数発生している場合は、必要に応じて、服薬指導等を補助する。

黄(中等症)エリア 【リーダー】

【従事者】

・病院職員(医師)

【役割】

- ・中等症者への応急処置を行うため、治療チームを指揮し、エリアの管理を行う。

【やること】

1 リーダーの宣言

- 自らがリーダーであることを周囲に宣言する。

2 治療チームの編成

- 治療チーム(医師1名+看護師1~2名)を編成する。
- 従事者数が十分でない場合は、院内災害対策本部に人員補充を要請する。

3 治療チームへの指示等

- 治療チームに医師用・看護師用のアクションカードを配布し、中等症者への応急処置等を指示する。
- その他の職種については、具体的な役割を指示する。
- 中等症者は重症化することがあるため、ABCとバイタルサインに注意し、トリアージを繰り返し実施するよう、治療チームに指示する。
- 治療チームからの報告を受ける。

4 院内災害対策本部との情報共有

- 必要に応じ、情報共有を行う。

黄(中等症)エリア 【医師】

【従事者】

・病院職員(医師)

【役割】

- ・中等症者への応急処置を行う。
- ・中等症者の状態の悪化を見逃さないようにする。

【やること】

1 医療資源(ヒト・モノ)の確認

- 治療チームメンバーを確認する。
- 使用できるCT、ポータブルXP、血液ガス等を確認する。

2 中等症者への応急処置

- 応急処置を行う。
- 検査や手術は重症者を優先し、急がない検査は入院後に使う。
- 処置内容は、トリアージタグ(裏面)に加えて、病院使用的カルテまたは「災害診療記録(様式1)」に記入する。
- 入院、転院(重症化)または帰宅を判断し、転院が必要と判断した場合は、院内災害対策本部に転院調整を依頼する。

3 エリアリーダーとの情報共有

- 必要に応じ、情報共有を行う。

黄(中等症)エリア 【看護師】

【従事者】

- ・病院職員(看護師)

【役割】

- ・中等症者への応急処置を行う。
- ・中等症者の状態の悪化を見逃さないようにする。

【やること】

1 医療資源(ヒト・モノ)の確認

- 治療チームメンバーを確認する。
- 使用できるCT、ポータブルXP、血液ガス等を確認する。

2 二次トリアージの実施

- 応急処置を受けるまでの間、トリアージを繰り返し実施する。
- トリアージの結果をトリアージタグに修正を加える。
- 重症度が変化した場合は、搬送エリアに該当エリアへの搬送を依頼する。

3 中等症者への応急処置(診療の補助)

- 応急処置を行う。
- 傷病者の情報(氏名、性別、年齢、傷病名、処置、転記等)をホワイトボードなどで管理する。
- 検査や手術は重症者を優先し、急がない検査は入院後に使う。
- 処置内容は、トリアージタグ(裏面)に加えて、病院使用的カルテまたは「災害診療記録(様式1)」に記入する。
- 重症化等により転院が必要と判断された場合は、院内災害対策本部に転院調整を依頼する。

赤(重症)エリア 【リーダー】

【従事者】

・病院職員(医師)

【役割】

- ・重症者への安定化処置及び転院調整を行うため、治療チームを指揮し、エリアの管理を行う。

【やること】

1 リーダーの宣言

- 自らがリーダーであることを周囲に宣言する。

2 治療チームの編成

- 治療チーム(医師1名+看護師1~2名)を編成する。
- 従事者数が十分でない場合は、院内災害対策本部に人員補充を要請する。

3 治療チームへの指示等

- 治療チームに医師用・看護師用のアクションカードを配布し、重症者への安定化処置等を指示する。
- その他の職種については、具体的な役割を指示する。
- 根治や診断には拘らずに、バイタルサインやABCの安定化であることを治療チームに指示する。
- 治療チームからの報告を受ける。

4 院内災害対策本部との情報共有

- 必要に応じ、情報共有を行う。

赤(重症)エリア 【医師】

【従事者】

・病院職員(医師)

【役割】

- ・重症者への安定化処置及び転院調整を行う。
- ・多くの重症者は転院になるため、根治や診断に拘らず、バイタルサインやABCの安定化に努める。

【やること】

1 医療資源(ヒト・モノ)の確認

- 治療チームメンバーを確認する。
- 使用できるCT、ポータブルXP、血液ガス等を確認する。

2 重症者への安定化処置

- 意識障害、ショック、呼吸不全等の安定化処置を行う。
- バイタルサインやABCの安定化を優先する。
- 処置内容は、トリアージタグ(裏面)に加えて、病院使用的カルテまたは「災害診療記録(様式1)」に記入する。
- 重症度が変化した場合は、搬送エリアに該当エリアへの搬送を依頼する。
- 転院が必要と判断した場合は、院内災害対策本部に転院調整を依頼する。

3 エリアリーダーとの情報共有

- 必要に応じ、情報共有を行う。

赤(重症)エリア 【看護師】

【従事者】

・病院職員(看護師)

【役割】

- ・重症者への安定化処置及び転院調整を行う。
- ・多くの重症者は転院になるため、根治や診断に拘らず、バイタルサインやABCの安定化に努める。

【やること】

1 医療資源(ヒト・モノ)の確認

- 治療チームメンバーを確認する。
- 使用できるCT、ポータブルXP、血液ガス等を確認する。

2 二次トリアージの実施

- 応急処置を受けるまでの間、トリアージを繰り返し実施する。
- トリアージの結果をトリアジタグに修正を加える。
- 重症度が変化した場合は、搬送エリアに該当エリアへの搬送を依頼する。

3 重症者への安定化処置(診療の補助)

- 傷病者の情報(氏名、性別、年齢、傷病名、処置、転記等)をホワイトボードなどで管理する。
- 医師の指示に基づき、安定化処置を行う。
- バイタルサインやABCの安定化を優先する。
- 処置内容は、トリアジタグ(裏面)に加えて、病院使用的カルテまたは「災害診療記録(様式1)」に記入する。
- 転院が必要と判断された場合は、院内災害対策本部に転院調整を依頼する。

黒エリア

【従事者】

- ・病院職員(医師、看護師)
- ・医師会(医師)

【役割】

- ・トリアージで黒(死亡または直ちに処置を行っても救命が不可能な者)と判定された者への医師による死亡確認を行う。
- ・家族が来院した場合は、死亡原因等の説明を行い、遺族の心のケアに努める。

【やること】

1 遺体(救命の見込みがない者)の管理

- トリアージポストで黒と判定された者を管理する。
- 床にブルーシートを敷くなど、汚染防止策を行う。
- ドライアイスを手配するなど、可能な範囲で室温を低く保つ。
- 警察による検視が行われるまでは、当エリアに安置する。

2 死亡確認

- 医師による死亡確認を行う。
- 死亡確認の結果(時間、根拠、確認者の氏名)をトリアージタグに加筆修正する。

3 家族への配慮

- 家族が来院したら死亡原因等の説明を行う。
- 家族の心のケアに努める。