

船橋市病院前救護所運営マニュアル

令和 4 年 1 1 月

Ver. 1

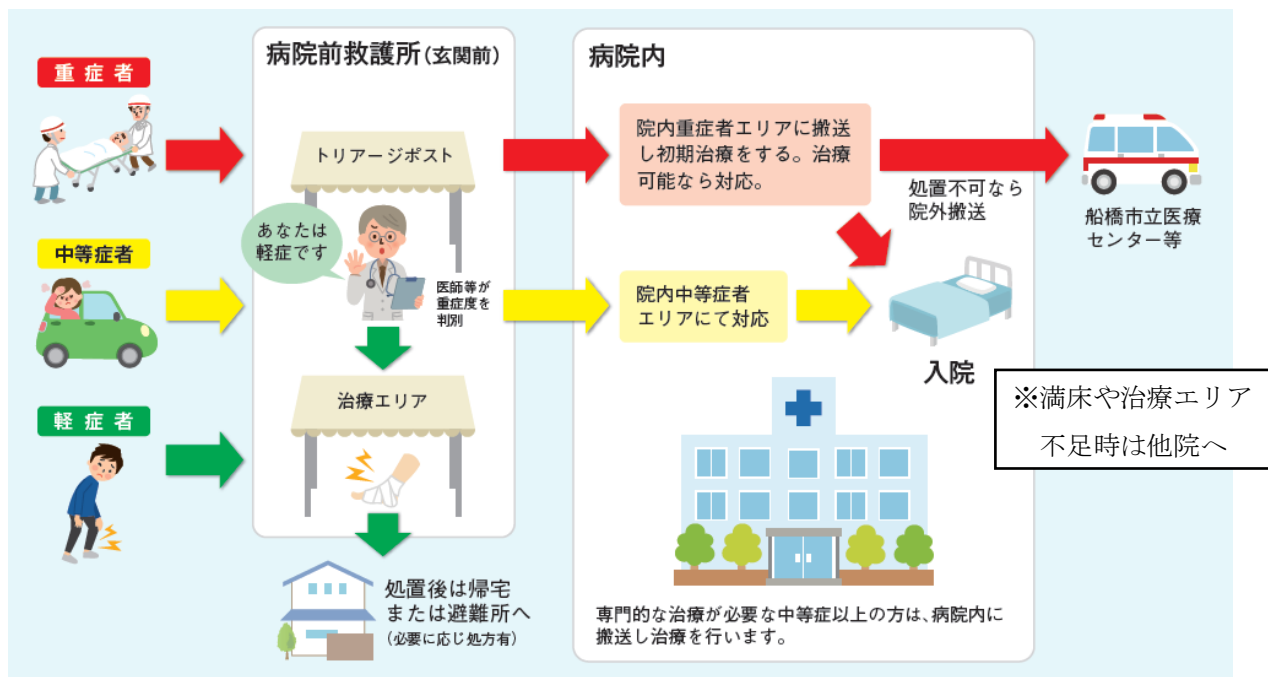
第1章 病院前救護所の概要

1. 病院前救護所の概要

(1) 設置目的(なぜ設置するのか)

多数傷病者が病院に殺到することによる病院機能の低下を防ぐため

(2) 基本の流れ



(3) 設置条件(どんな時に設置されるのか)

- ①市内震度6弱以上の地震発生時
- ②①のほか、災害医療対策本部長(保健所長)が必要と判断したとき

(4) 主な活動内容

- ①トリアージ(傷病者の重症度判別)
- ②軽症者に対する応急処置

(5) 従事者(誰が運営するのか)

- ①災害医療協力病院スタッフ(主に初動部分を担う)
- ②4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
- ④災害時協力ボランティア

(6) 設置期間(いつまでやるのか)

基本的には発災後 48 時間程度

※災害や傷病者発生 の程度により、短縮や延長の可能性有

【フェーズ区分の想定期間と状況】

本マニュアルの対象範囲

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 時間まで	・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 週間程度まで	・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 か月程度まで	・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 か月程度まで	・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 か月程度以降	・病院前救護所がほぼ閉鎖されて、地域の医療機関で通常診療がほぼ再開している状況。

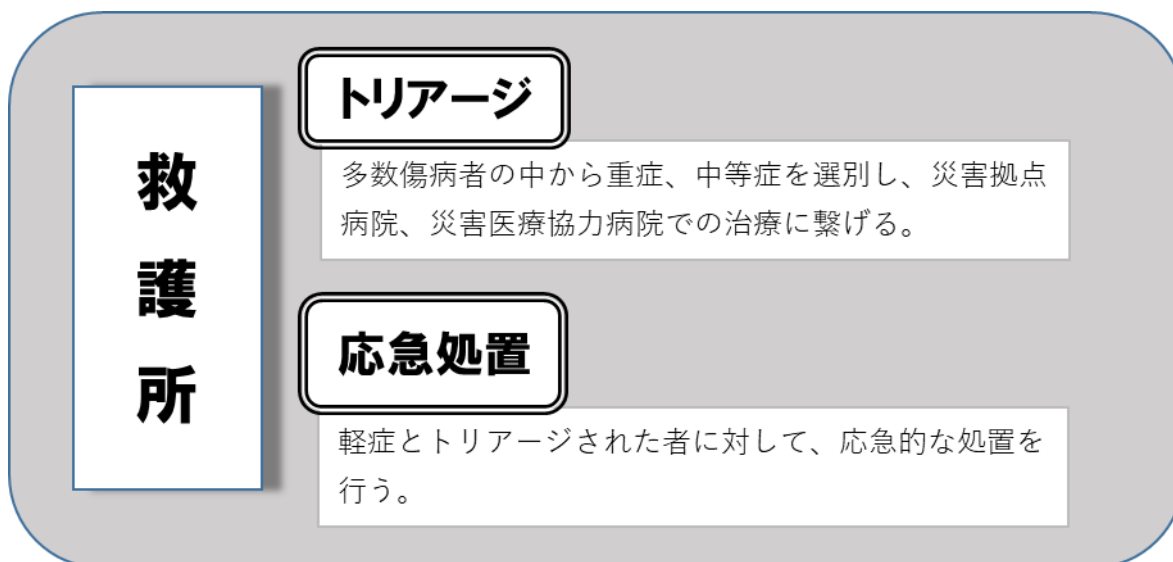
(7) 設置場所(どこに設置されるのか)

病院名	住所	連絡先	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

第2章 病院前救護所の活動

1. 救護所における活動内容の概要

救護所における主な活動内容は、多数発生した被災傷病者に対するトリアージと初期医療である。



【トリアージとは】

限られた医療資源の機能を最大限に活用し、可能な限り多数の傷病者を治療することを目的に実施する。傷病者の緊急性や重症度に応じて治療の優先順位を決定し、順位に従って応急処置あるいは災害医療協力病院等への搬送を行う。

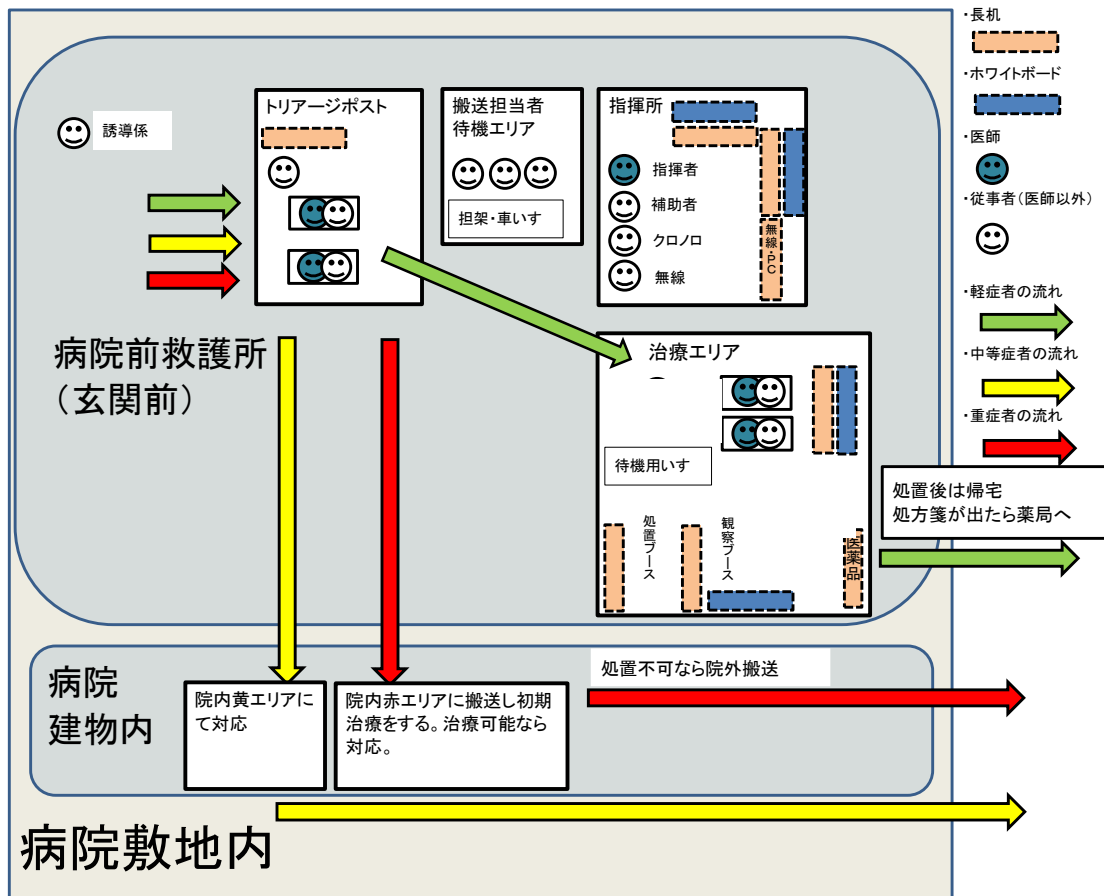
【トリアージカテゴリー】

緊急性・重症度に応じ以下の4区分に分類する。

色別	処置	傷病等の状況
黒(Ⅰ)	不処置群(死亡群)	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
赤(Ⅱ)	最優先治療群(重症群)	直ちに処置を行えば、救命可能な者
黄(Ⅲ)	非緊急治療群(中等症群)	多少治療開始時間が遅れても生命に危険のない者
緑(Ⅳ)	軽処置群(軽症群)	軽易な傷病で専門医治療を必要としない者

2. 設置するエリア

設置例



(1) 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。(救急車で搬送されてきた等、すでに専門機関によるトリアージがなされている場合を除く)

(2) 治療エリア

トリアージの結果、軽症(緑)と判断された者に対する応急処置を行う。

(3) 指揮所

災害医療対策本部との連絡調整(傷病者の来所状況等の報告、重症者の搬送調整)、病院との連絡調整、参集者(4師会従事者、市職員、ボランティア等)の勤務管理等を行う。

(4) 病院建物内

中等症エリア(黄エリア)、重症エリア(赤エリア)、救命不可エリア(黒エリア)を設置し、トリアージポストの判定に従い受け入れる。それぞれの受入れにあつては、病院前救護所と病院内とで連携をとり実施する。

3. エリアごとの活動内容

(1) トリアージポスト

START法トリアージを用い、軽症者においては、治療の優先順位付けや容態変化患者の発見、重症者等においては、災害拠点病院等へ搬送する順位を確定し、応急処置へと移す。

<記入について>

トリアージは、傷病者の症状の程度により、重症者から災害時医療機関へ搬送し治療を行うために行うものである。2人1組となり、トリアージタグに、まずは次の事項を記入する。

①氏名	傷病者に尋ねて記入
②年齢	
③性別	
④トリアージ日時	
⑤トリアージ実施者氏名	

次にトリアージを実施し、次の事項を記入する。

⑥トリアージ区分
⑦トリアージ実施機関（医師、救急救命士、その他※） ※その他の場合は、職種を併記すること。

可能であれば、症状・傷病名や裏面の特記事項も記入する。

そして、症状により次の色タグを点線から切り離す。

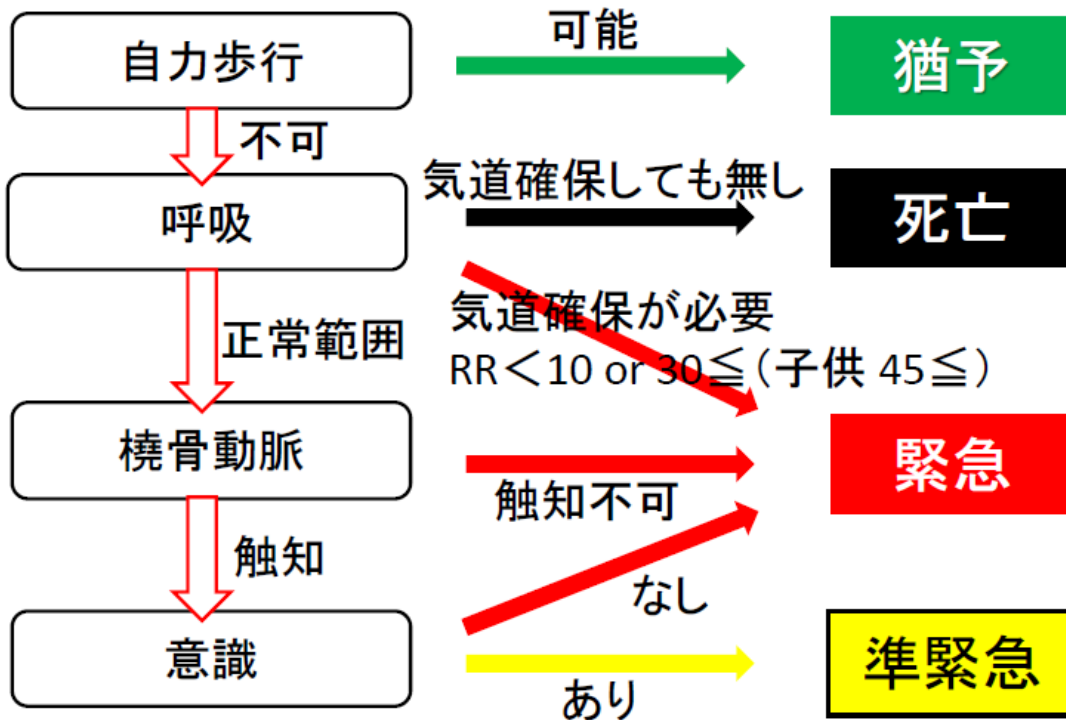
判断	タグの色	
死亡	黒（Ⅰ）	
重症	赤（Ⅱ）	
中等症	黄（Ⅲ）	
軽症	緑（Ⅳ）	

この判断は、START法トリアージに基づき判断する。

トリアージタグは原則として右手首につける。この部分が負傷している場合には、左手首、右足首、左足首、首の順でつける部位を変える。決して衣類や靴等にはつけないようにすること。最後に、表面の1枚目（災害現場用）シートを切り離し、色ごとに分けて保管する。（メモホルダー、状差し等利用）

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

START 法 トリアージ



【トリアージタグ】

災害現場用 ETS-TAG
For Calamity spot

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住所 (Address)		電話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 (Date・Time) AM PM		実施者 (Enforcement Person)	
搬送機関名 (Conveyer)		収容医療機関名 (Medical Facilities)	
トリアージ実施場所 (Place)			
トリアージ実施機関 (Organization)	<input type="checkbox"/> 医師 (Doctor) <input type="checkbox"/> 救急救命士 (Paramedic) <input type="checkbox"/> その他 (Others)		
症状傷病名 (Condition)			
トリアージ区分 (Category)	0 I II III		

0 DEAD

I IMMEDIATE

II DELAYED

III MINOR

ETS-TAG

【特記事項】搬送・治療上特に留意すべき事項
The notes of conveyance and medical treatment

.....

.....

.....

.....

.....

【その他の応急処置の状況など】
The situation of an emergency measure etc.

0 DEAD

I IMMEDIATE

II DELAYED

III MINOR

(2) 治療エリア

① 軽症者手当

トリアージの結果、軽症（緑色）と判断された方に対して、医師の指示のもと4師会参加者が中心となって応急手当を行う。応急手当を行う際には、トリアージタグの記入に加えて、災害診療記録にも同時に記入する。（様式1 災害診療記録）

災害診療記録について、可能な範囲で詳しく記載するよう努めるものとするが、様式1災害診療記録の着色部については、必ず記載するものとする。ただし、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。

診療後はトリアージタグを回収し、災害診療記録2ページ目と3ページ目の間に挟み、ホチキス止めを行う。

患者氏名 (カタカナ)		初診医師氏名	
年齢	性別	身長・体重	脈拍
1 0歳	1 男性	身長 cm	脈拍 /min
2 1-14歳	2 女性(妊娠なし)	体重 kg	呼吸数 /min
3 15-64歳	3 女性(妊娠あり)	既往症	血圧 / mmHg
4 65歳以上	4 中等症(トリアージ黄色)以上	予防接種	体温 °C
5 不明	5 文盲患者	主訴	意識
6 0	6 0	0 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	0 0
7 1	7 1	1 1 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	1 1
8 2	8 2	2 2 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	2 2
9 3	9 3	3 3 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	3 3
10 4	10 4	4 4 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	4 4
11 5	11 5	5 5 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	5 5
12 6	12 6	6 6 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	6 6
13 7	13 7	7 7 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	7 7
14 8	14 8	8 8 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	8 8
15 9	15 9	9 9 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	9 9
16 10	16 10	10 10 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	10 10
17 11	17 11	11 11 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	11 11
18 12	18 12	12 12 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	12 12
19 13	19 13	13 13 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	13 13
20 14	20 14	14 14 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	14 14
21 15	21 15	15 15 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	15 15
22 16	22 16	16 16 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	16 16
23 17	23 17	17 17 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	17 17
24 18	24 18	18 18 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	18 18
25 19	25 19	19 19 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	19 19
26 20	26 20	20 20 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	20 20
27 21	27 21	21 21 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	21 21
28 22	28 22	22 22 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	22 22
29 23	29 23	23 23 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	23 23
30 24	30 24	24 24 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	24 24
31 25	31 25	25 25 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	25 25
32 26	32 26	26 26 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	26 26
33 27	33 27	27 27 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	27 27
34 28	34 28	28 28 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	28 28
35 29	35 29	29 29 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	29 29
36 30	36 30	30 30 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	30 30
37 31	37 31	31 31 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	31 31
38 32	38 32	32 32 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	32 32
39 33	39 33	33 33 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	33 33
40 34	40 34	34 34 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	34 34
41 35	41 35	35 35 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	35 35
42 36	42 36	36 36 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	36 36
43 37	43 37	37 37 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	37 37
44 38	44 38	38 38 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	38 38
45 39	45 39	39 39 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	39 39
46 40	46 40	40 40 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	40 40
47 41	47 41	41 41 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	41 41
48 42	48 42	42 42 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	42 42
49 43	49 43	43 43 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	43 43
50 44	50 44	44 44 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	44 44
51 45	51 45	45 45 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	45 45
52 46	52 46	46 46 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	46 46
53 47	53 47	47 47 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	47 47
54 48	54 48	48 48 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	48 48
55 49	55 49	49 49 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	49 49
56 50	56 50	50 50 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	50 50
57 51	57 51	51 51 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	51 51
58 52	58 52	52 52 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	52 52
59 53	59 53	53 53 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	53 53
60 54	60 54	54 54 軽傷・骨格の重傷(PPAT 前)	54 54

ホチキス止め

患者氏名 (カタカナ)		トリアージ・タッグ	
No.	氏名 (Name)	性別 (Sex)	場所 等サイン
住所 (Address)	電話 (Phone)	トリアージ実施月・時刻	トリアージ実施者氏名
トリアージ実施月・時刻	トリアージ実施者氏名	搬送機関名	取付医療機関名
トリアージ実施場所	トリアージ実施機関	医師 その他	
備病名	トリアージ区分	0	I
		II	III
トリアージ区分			
0			
I			
II			
III			
メディカルID	メディカルID	メディカルID	メディカルID

② 投薬、調剤

- 必要に応じて災害処方箋を作成する。（様式2 災害処方箋）
- 災害処方箋を渡した患者には、基本、門前薬局を案内する。
- 治療に必要であれば、備蓄医薬品に掲載されているものの投薬を行う。
- 活動を行うため医薬品が不足した場合は、指揮所を通じて災害医療対策本部または、災害医療協力病院へ補充要請を行う。

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、指揮所を通じ災害医療対策本部に調整を依頼する。

(3) 指揮所

①通信手段の確保

- ・ロゴチャット、FAX、電話、MCA無線、メール、EMIS、伝令等を確保する。
- ・報告等にあつては、口頭によらなくても、スマートフォン等で撮影した画像を送付する等の方法によることも可とする。記録をとる場合も電子媒体によることができることとする。
- ・報告等利用する機器の優先順位は①ロゴチャット、②FAX、③電話、④MCA無線、⑤メールの順とする。必ず情報の到達を確認すること。

※ロゴチャットは現在、行政職員のみが使用できるため、他者の場合は異なる手段による。

②参集者の管理

- ・参集者の病院前救護所参集時刻、担当するエリア、帰宅した時刻などを記録する。

(様式3 参集簿)

- ・ホワイトボード等に病院前救護所における組織図を作成する。

(様式4 組織図) ←この部分については病院ごと望ましい形に変更可能

③災害医療対策本部（保健所内に設置）への報告

- ・発災直後は1時間に1回、6時間経過後は3時間ごとに1回病院前救護所の状況を災害医療対策本部に報告する。(様式5 被害状況等報告書 兼 支援要望書) 報告頻度については、災害医療対策本部等から別途指示がある場合には、当該指示を優先する。
- ・トリアージポストで保管しているトリアージタグ（トリアージの際に剥がしたもの）を集計し、併せて、トリアージを待っている大まかな人数についても報告する。
- ・病院前救護所運営に人員、物資が不足する場合には災害医療対策本部に支援を要請する。(様式5 被害状況等報告書 兼 支援要望書)
- ・ロゴチャットまたはFAXにより画像で送付することが望ましい。

④病院前救護所で発生した内容を記録する。

- ・用意したホワイトボード等に時系列で出来事を記入する。(様式6 クロノロ)

時間	発信	受信	内容	備考
8:00			発災震度6強	
10:00	班長	災対本部	病院前救護所開設報告	

⑤病院内への搬送

- ・トリアージ黄・赤・黒と判定された者について院内へ搬送する。
- ・トリアージ黄・赤・黒と判定された者の記録をとる。(様式7 傷病者一覧(中等症以上)) 記録をとるタイミングについては、指揮所の担当者が随時トリアージポストから黄・赤・黒のタグを回収し、転記していく。
- ・不足する物資がある場合、院内から借用できないか調整する。借用にあたっては、後日の清算(消耗品、棄損等)のため、各病院任意の様式にて供出物資の記録をする。調整できない

場合には③により災害医療対策本部に要請する。

⑥搬送調整

- ・病院内で治療できない傷病者については、病院内の本部と船橋市災害医療対策本部との間で患者情報を共有し、搬送・入院受入先の調整を実施する。
- ・人員不足等により院内での搬送・入院受入先の調整対応ができない場合においては、指揮所スタッフが災害医療対策本部に連絡し搬送調整を要請する。用語等がわからない場合には、対応した医師等に内容の記載を依頼する。(様式7 傷病者一覧(中等症以上))
- ・指揮所の調整により搬送が必要な傷病者の管理は様式7の着色部を記載する。
- ・様式7 傷病者一覧(中等症以上)はFAXまたはロゴチャットにより画像で送付することが望ましい。
- ・連絡先 FAX 047-409-2952
電話 047-409-1896 MCA無線 788、789

(4)黄エリア

- ・中等症患者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。
- ・災害時には中等症エリアでの診療は救命のための最小限のものに限定する。(例えば、四肢骨折の確認等のX線撮影は後回しとする等)
- ・患者を再トリアージし、重症患者と帰宅可能な患者の選別に努める。必要な応急処置を実施した後帰宅可能と判断された患者は、避難所への案内もしくは帰宅を促す。
- ・中等症エリアで診療した患者の氏名、年齢、性別、傷病名等の情報は、中等症担当看護師が記録する。

(5)赤エリア

- ・院内での治療が可能である場合には、順次対応する。
- ・対応ができない場合には他院への搬送・入院受入先の調整となるため、安定化処置を実施しつつ、災害医療対策本部に搬送依頼を行う。

- ・連絡先 FAX 047-409-2952
電話 047-409-1896
MCA無線 788、789

(6)黒エリア

- ・各病院において、トリアージ黒の者を受け入れる場所を選定しておく。
- ・黒エリアには家族や付き添い者は同行する。
- ・黒エリアでの死亡確認をする医師は、参集者に死亡判定できる者がいる場合には、原則として参集者の中から選定する。死亡確認可能な者がいない場合には、病院医師により実施する。

- ・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診断はなされていないため家族等への説明や寄り添い対応など慎重に行う必要がある。
- ・病院から遺体安置所へどのように搬出するかについては現在協議中。

死亡確認～死亡者の管理

- ・トリアージで黒と判定した患者について医師が確実な死亡確認を行う。
- ・黒エリア管理者は、死亡していることを医師に再度確認（特に一次トリアージで黒と判定された患者）したうえで、遺体を霊安室等に移動させる。確認時には、どのような状況、状態であったため死亡確認したのかについてトリアージタグに追記する。トリアージタグに記載欄が残っていない場合には新しいトリアージタグを利用する。
- ・遺品を管理する。遺族に対応する。警察に対応する。

4. 従事するスタッフ

救護所は以下のスタッフにより運営する。①についてはあらかじめ各病院に参集予定者名簿を配布済み。名簿は年1回程度のメンテナンスを実施する。

- ① 4 師会の参集者（医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道整復師会）
- ② 災害医療協力病院スタッフ（主に初動部分を担う）
- ③ 船橋市職員
- ④ 災害時協力ボランティア

5. 物品等

(1) 備品

配布物一覧

病院前救護所 物品リスト	
名称	配布数
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
防災用テントおよびおもり6個	1張
ディスポストレッチャーシート	6袋
防犯ベスト	10枚
発電機	2台
発電機用オイル	1個
どこでもシート	1個
クリップボード	5枚

訓練を通し、必要と考えられる物品について適宜整備予定。

(2) 医薬品

各病院により備蓄量は異なる。

災害用備蓄品一覧(医薬品、医療資材)					
NO.	薬効分類	規格品	品目(一般名)	剤型	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%-30ml
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	1%-20ml
3	鎮けい剤	ブスコパン注20mg(ペーリンガー)	ブチルスコボラミン臭化物	注射剤	20mg 1ml
4	鎮痛剤	ソセゴン注射液15mg(アステラス)	ベンタゾシン	注射剤	15mg 1ml
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	60mg
6	抗生物質	フロモックス錠	セフカペンピボキシル塩酸塩水和物	錠剤	100mg
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塩酸塩	錠剤	2.25mg
8	副腎ホルモン剤	ボスミン注1mg(第一三共製薬)	アドレナリン	注射剤	1mg 1ml
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	5mg 1ml
10	血管拡張剤	ニトロペン舌下錠0.3mg(日本化薬)	ニトログリセリン	錠剤	0.3mg
11	血管拡張剤	アダラートL	ニフェジピン	錠剤	10mg
12	止しゃ剤、整腸剤	ロベミンカプセル(ヤンセン)	塩酸ロベラミド	カプセル剤	1mg
13	小児用解熱鎮痛剤	アンヒバ坐剤小児用(アポットジャパン)	アセトアミノフェン	坐剤	50mg
14	副腎皮質ホルモン・抗生物質外用剤	リンデロンVG軟膏(塩野義)	ゲンタマイシン硫酸塩	軟膏剤	5g
15	化膿性疾患用剤	ゲンタシン軟膏0.1%(シェリングブラウ)	ゲンタマイシン硫酸塩	軟膏剤	0.1% 10g
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	10×10cm
17	外用殺菌消毒剤	消毒用エタプロコール(日興製薬)	消毒用エタノール	液剤	500ml
18	外用殺菌消毒剤	イソジン液10%(明治製薬)	ポビドンヨード	液剤	250ml
19	外用殺菌消毒剤	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	500ml
20	軟膏基剤	プロベト	白色ワセリン	保護剤	500g
21	衛生器具	テルモシリンジ 2.5ml 23G(テルモ) テルモシリンジ 5ml 23G(テルモ) テルモシリンジ 10ml 23G(テルモ)	ディスプレイ針付注射器		2.5ml 5ml 10ml
22	衛生材料	スキンスティプレーネクスケア(3M)	スティプレー		10針程度のもの
23	衛生材料	ソフラットシーネ(竹虎)	副木		M L LL
24	衛生材料	包帯(川本産業)	包帯		4.5cm 7.0cm 9.3cm
25	衛生材料	三角巾(開新舎)	三角巾		大 特大
26	衛生材料	ニチバン病院用 5m N12(ニチバン) ニチバン病院用 5m N25(ニチバン)	絆創膏		12mm×5m 25mm×5m
27	衛生材料	カット綿(川本産業)	日局脱脂綿		500g
28	衛生材料	ケーパイン(川本産業)	滅菌ガーゼ		50枚
29	衛生材料	油紙(白十字)	油紙		100枚
30	衛生材料	滅菌済レジラップーア(オカモト)	手術用手袋		50双
31	衛生材料	純白模造 薬包紙 中型	薬包紙		1000枚
32	衛生材料	ステリストリップ(3M)	皮膚接合用テープ		6×38mm 12枚入り

6. 注意事項

- ・ 目的は病院に人を入れて混乱させないことにより、診療機能を維持すること&重症者・中等症者をいち早く見つけ出し治療に繋げることで早期に適切な治療を受けていれば助かったであろう、防ぎ得た災害死を少しでも減らすこと。
- ・ 病院前救護所の設置手続きをすることが目的にならないようにする必要がある。例えば、テントの設置は後回し、軽症者の治療よりもトリアージの方が優先する等、臨機な対応が必要。
- ・ 前述の目的を達成できるのであれば、院内での実施もあり得る。導線をパーテーション等により区切り、明確に院内の治療エリアと、救護所としてのエリアを分断できる場合など。

船橋市病院前救護所運営マニュアル

(様式編)

災害診療記録2018

1頁/4頁

*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 <small>年齢不詳の場合は推定年齢</small>
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: <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()

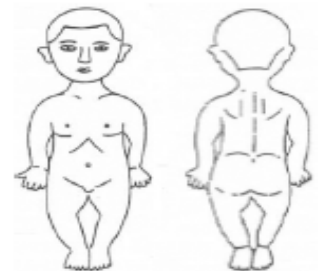
【要保護者】支援者のいない要配慮者等 該当状況:身体的/精神的/社会的/その他()

* 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 赤 黄 緑 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☑						バイタルサイン	
初診日		西暦	年	月	日	再診	再々診
年齢		歳				日付	/
性別・年齢区分		☐0歳 ☐1-14歳 ☐15-64歳 ☐65歳-					
1		☐男性				☐	☐
2		☐女性(妊娠なし)				☐	☐
3		☐女性(妊娠あり)				☐	☐
4		☐中等症(トリアージ黄色)以上				☐	☐
5		☒再診患者				☐	☐
6		☐頭頸・脊椎の重症外傷(PAT赤)				☐	☐
7		☐体幹の重症外傷(PAT赤)				☐	☐
8		☐四肢の重症外傷(PAT赤)				☐	☐
9		☐中等症外傷(PAT赤以外・入院必要)				☐	☐
10		☐軽症外傷(外来処置のみで加療可)				☐	☐
11		☐創傷				☐	☐
12		☐骨折				☐	☐
13		☐熱傷				☐	☐
14		☐溺水				☐	☐
15		☐クラッシュ症候群				☐	☐
16		☐発熱				☐	☐
17		☐急性呼吸器感染症				☐	☐
18		☐消化器感染症、食中毒				☐	☐
19		☐麻疹疑い				☐	☐
20		☐破傷風疑い				☐	☐
21		☐急性血性下痢症				☐	☐
22		☐緊急の感染症対応ニーズ				☐	☐
23		☐人工透析ニーズ				☐	☐
24		☐外傷以外の緊急の外科的医療ニーズ				☐	☐
25		☐感染症以外の緊急の内科的医療ニーズ				☐	☐
26		☐災害ストレス関連諸症状				☐	☐
27		☐緊急のメンタル・ケアニーズ				☐	☐
28		☐深部静脈血栓症/肺・脳・冠動脈血栓症疑い				☐	☐
29		☐高血圧状態				☐	☐
30		☐気管支喘息発作				☐	☐
31		☐緊急の産科支援ニーズ				☐	☐
32		☐皮膚疾患(外傷・熱傷以外)				☐	☐
33		☐掲載以外の疾病				☐	☐
34		☐緊急の栄養支援ニーズ				☐	☐
35		☐緊急の介護/看護ケアニーズ				☐	☐
36		☐緊急の飲料水・食料支援ニーズ				☐	☐
37		☐治療中断				☐	☐
38		☐高侵襲処置(全身麻酔・入院必要)				☐	☐
39		☐低侵襲外科処置(縫合・デブリドマン等)				☐	☐
40		☐四肢切断(指切断を除く)				☐	☐
41		☐出産・帝王切開・その他産科処置				☐	☐
42		☐医療フォロー不要(再診不要)				☐	☐
43		☐医療フォロー必要(再診指示)				☐	☐
44		☐紹介(紹介状作成等)				☐	☐
45		☐搬送(搬送調整実施等)				☐	☐
46		☐入院(自施設)				☐	☐
47		☐患者自身による診療継続拒否				☐	☐
48		☐受診時死亡				☐	☐
49		☐加療中の死亡				☐	☐
50		☐長期リハビリテーションの必要性				☐	☐
51		☐直接的関連あり(災害による外傷等)				☐	☐
52		☐間接的(環境変化による健康障害)				☐	☐
53		☐関連なし(悪性腫瘍等・診察医判断)				☐	☐
54		☐保護を要する小児孤児等				☐	☐
55		☐保護を要する成人高齢者				☐	☐
56		☐性暴力				☐	☐
57		☐暴力(性暴力以外)				☐	☐
58						☐	☐
59						☐	☐
60						☐	☐
意識障害: ☐無・☐有						呼吸数: / min	
血圧: / mmHg						体温: °C	
脈拍: / min						整・不整	
身長・体重						身長: cm	体重: / kg
既往症						☐高血圧 ☐糖尿病 ☐喘息 ☐その他	
予防接種						☐麻疹 ☐破傷風 ☐今年インフルエンザ ☐肺炎球菌 ☐風疹 ☐その他()	
主訴							
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)	
						診断	
						処置	
						処方	
						転帰	
						対応者署名 (判読できる文字で記載)	
						薬剤師	
医療ID						M/F	

災害診療記録2018

1頁/4頁

*は必須記録項目

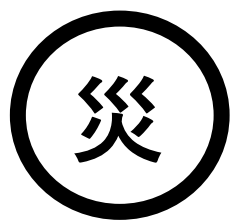
*初診日		西暦 年 月 日	
*初診医師氏名			
*患者氏名(カタカナ)		最初の7文字をメディカルIDに転記	
(漢字等)		氏名不詳なら個人特定に役立つ情報(救出された場所や状況等)を記載 性別: 男・女	
*生年月日・年齢		西暦・明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ()歳 年齢不詳の場合は推定年齢	
保険証情報		保険者番号: 記号: 番号:	
[携帯]電話番号			
*住所	自宅: 〒 状態: <input type="checkbox"/> 健存 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 全壊		
	<input type="checkbox"/> 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】 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 禁忌食物			
【特記事項(常用薬等)】 <input type="checkbox"/> 抗血小板薬() <input type="checkbox"/> 抗凝固薬 <input type="checkbox"/> ワーファリン() <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経口薬() <input type="checkbox"/> ステロイド() <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法(HOT) <input type="checkbox"/> 災害時要配慮者: <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 日本語が不自由 <input type="checkbox"/> その他()			
【要保護者】 <input type="checkbox"/> 支援者のいない要配慮者等 該当状況: <input type="checkbox"/> 身体的/ <input type="checkbox"/> 精神的/ <input type="checkbox"/> 社会的/ <input type="checkbox"/> その他()			
*傷病名	*開始	診療場所	*所属・医師サイン
	年 月 日		
<small>メディカルID=西暦生年月日+初+性別+氏名カタカナ上4文字 例)1990年09月08日生まれ 男性 トコトビデコシ⇒ 19900908Mトコトビデコ</small>			
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) * 氏名不詳なら個人称号に代わる市民権番号記載		初診医師氏名					
一般診療便覧 J-SPEED2018 当てはまるもの全てに記							
記録日 西暦 年 月 日 性別 <input type="checkbox"/> 0歳 <input type="checkbox"/> 1-14歳 <input type="checkbox"/> 15-64歳 <input type="checkbox"/> 65歳- 1 <input type="checkbox"/> 男性 2 <input type="checkbox"/> 女性(妊娠なし) 3 <input type="checkbox"/> 女性(妊娠あり) 4 <input type="checkbox"/> 年齢(トリアージ費用)以上 5 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者	身長・体重 身長: cm 体重: / kg	バイタルサイン 心拍数: / min 呼吸数: / min 血圧: / mmHg 体温: °C 脈拍: / min 整・不整					
		Demographics 年齢 15歳未満 16-17歳 18-24歳 25-34歳 35-44歳 45-54歳 55-64歳 65歳以上	既往症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他	予防接種 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> 今期インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他()			
			主訴 現病型 (日本語で記載) <input type="checkbox"/> 外傷→異色ラグ以上は外傷傷記録へ(J-SPEED は記入) <input type="checkbox"/> 精神保健医療→精神保健医療記録へ(J-SPEED は記入)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div>			
			健康状態 1 <input type="checkbox"/> 健康-身体的健康(OK) 2 <input type="checkbox"/> 2 3 <input type="checkbox"/> 身体的健康(OK) 4 <input type="checkbox"/> 3 5 <input type="checkbox"/> 部分的健康(OK) 6 <input type="checkbox"/> 2 7 <input type="checkbox"/> 部分的健康(PAT 非必須・入院必要) 8 <input type="checkbox"/> 1 9 <input type="checkbox"/> 部分的健康(外来処置のみで回復可) 10 <input type="checkbox"/> 1			診断	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			Health Events 11 <input type="checkbox"/> 腹痛 12 <input type="checkbox"/> 嘔吐 13 <input type="checkbox"/> 悪寒 14 <input type="checkbox"/> 潮熱 15 <input type="checkbox"/> クラッシュ・反応群 16 <input type="checkbox"/> 発熱 17 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 18 <input type="checkbox"/> 消化器感染症、胃中毒 19 <input type="checkbox"/> 肺炎 20 <input type="checkbox"/> 結核 21 <input type="checkbox"/> 急性血行下血 22 <input type="checkbox"/> 腎臓の急性炎症 23 <input type="checkbox"/> 人工透析 24 <input type="checkbox"/> 腎臓以外の腎臓の急性炎症 25 <input type="checkbox"/> 慢性炎症以外の腎臓の慢性炎症 26 <input type="checkbox"/> 尿路感染症 27 <input type="checkbox"/> 腎臓の慢性炎症 28 <input type="checkbox"/> 急性腎臓炎 29 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 30 <input type="checkbox"/> 腎臓の急性炎症 31 <input type="checkbox"/> 腎臓の慢性炎症 32 <input type="checkbox"/> 尿路感染症(腎臓・膀胱以外) 33 <input type="checkbox"/> 膀胱以外の炎症 34 <input type="checkbox"/> 腎臓の急性炎症 35 <input type="checkbox"/> 腎臓の慢性炎症 36 <input type="checkbox"/> 腎臓の急性炎症 37 <input type="checkbox"/> 腎臓の慢性炎症			処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
健康状態 38 <input type="checkbox"/> 健康 39 <input type="checkbox"/> 軽度 40 <input type="checkbox"/> 中等 41 <input type="checkbox"/> 重度 42 <input type="checkbox"/> 非常に重度 43 <input type="checkbox"/> 死亡 44 <input type="checkbox"/> 死亡 45 <input type="checkbox"/> 死亡 46 <input type="checkbox"/> 死亡 47 <input type="checkbox"/> 死亡 48 <input type="checkbox"/> 死亡 49 <input type="checkbox"/> 死亡 50 <input type="checkbox"/> 死亡	処方		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
健康状態 51 <input type="checkbox"/> 健康 52 <input type="checkbox"/> 軽度 53 <input type="checkbox"/> 中等 54 <input type="checkbox"/> 重度 55 <input type="checkbox"/> 非常に重度 56 <input type="checkbox"/> 死亡 57 <input type="checkbox"/> 死亡 58 <input type="checkbox"/> 死亡 59 <input type="checkbox"/> 死亡 60 <input type="checkbox"/> 死亡	転帰		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 経過 → 経過早期 経過中期 経過後 <input type="checkbox"/> 紹介 → 紹介先 <input type="checkbox"/> 死亡 → 場所 特別 確認済				
健康状態 61 <input type="checkbox"/> 健康 62 <input type="checkbox"/> 軽度 63 <input type="checkbox"/> 中等 64 <input type="checkbox"/> 重度 65 <input type="checkbox"/> 非常に重度 66 <input type="checkbox"/> 死亡 67 <input type="checkbox"/> 死亡 68 <input type="checkbox"/> 死亡 69 <input type="checkbox"/> 死亡 70 <input type="checkbox"/> 死亡	対応者署名 (印鑑できる文字で記載)		医師(チーム名等) 医師 看護師 薬剤師 事務員 その他 テーマ入力				

メディカルID=西暦生年月日+新+性別+氏名カタカナ上位1桁

医療ID M F

※調剤後、2枚目（患者用）は患者さんに返却してください。



〇〇病院前救護所

処方日： 月 日

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☑

調剤日及び 調剤印	処方医
	手書きサイン
	監査印
<u>2枚目にも印</u>	<u>2枚目にも印</u>

**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 食後	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) 10 g	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

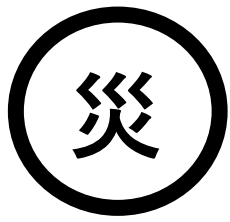
自由記載欄（特に処方の必要がある場合等）

薬局印（横判）

2枚目にも印を押してください

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。



〇〇病院前救護所

処方日： 月 日

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☑

調剤日及び 調剤印	処方医
	手書きサイン
	監査印
	印

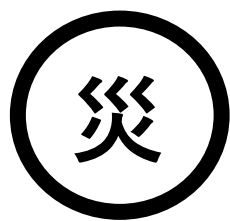
**処方数量は原則 3 日分
とします。**

<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 食後	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) 10 g	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）	薬局印（横判）
	<small>2枚目にも印を押してください</small>

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。



〇〇病院前救護所

処方日： 月 日

処方医

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 食後	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） 10 g	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。

参集簿

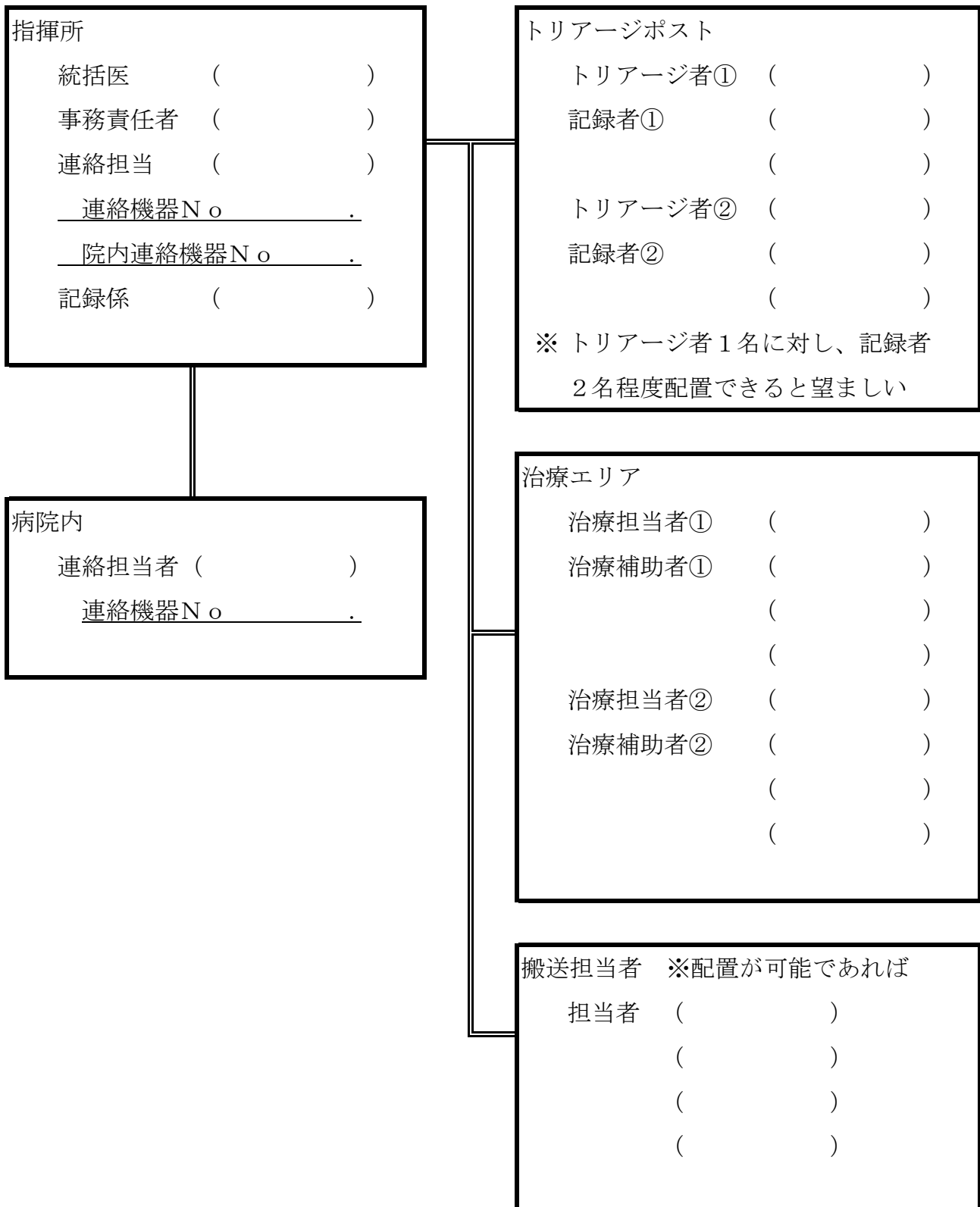
様式3

〇〇病院前救護所

	氏名	所属、診療所名等	参集時間	退勤時間	特記事項	
例	船橋 たろう	①医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）	〇〇クリニック	9:27	16:13	ボランティア の場合には連 絡先を記載
1		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
2		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
3		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
4		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
5		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
6		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
7		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
8		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
9		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		
10		医・歯 薬・柔 その他（ボラ ンティア等）		:		

組織図

様式 4



被害状況等報告書 兼 支援要望書

船橋市災害医療対策本部あて

F A X 047-409-2952

メール ho-somu@city.funabashi.lg.jp

M C A 788、789

報告日時	月 日 :
救護所名	
報告者名	

1 病院前救護所の状況

設置可否	可 ・ 否
開設	済 ・ 未
使用可能な設備	電話・MCA無線・PC・その他 ()

2 人的被害

(1) トリアージの実施状況 (____時__分～____時__分の状況)

済	※下段に内訳		
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の人数

待ち人数	
人	※大まかな人数で可

3 不足物資・応援等の要望

--

4 その他の報告事項等 (備考欄)

--

クロノロ

____月____日

様式6

時間	発信者 (誰から)	受信者 (誰あてに)	内容	備考

災害医療対策本部
 F A X 047-409-2952
 メール ho-somu@city.funabashi.lg.jp
 M C A 788、789

病院前救護所 傷病者一覧 (中等症以上のみ記載)

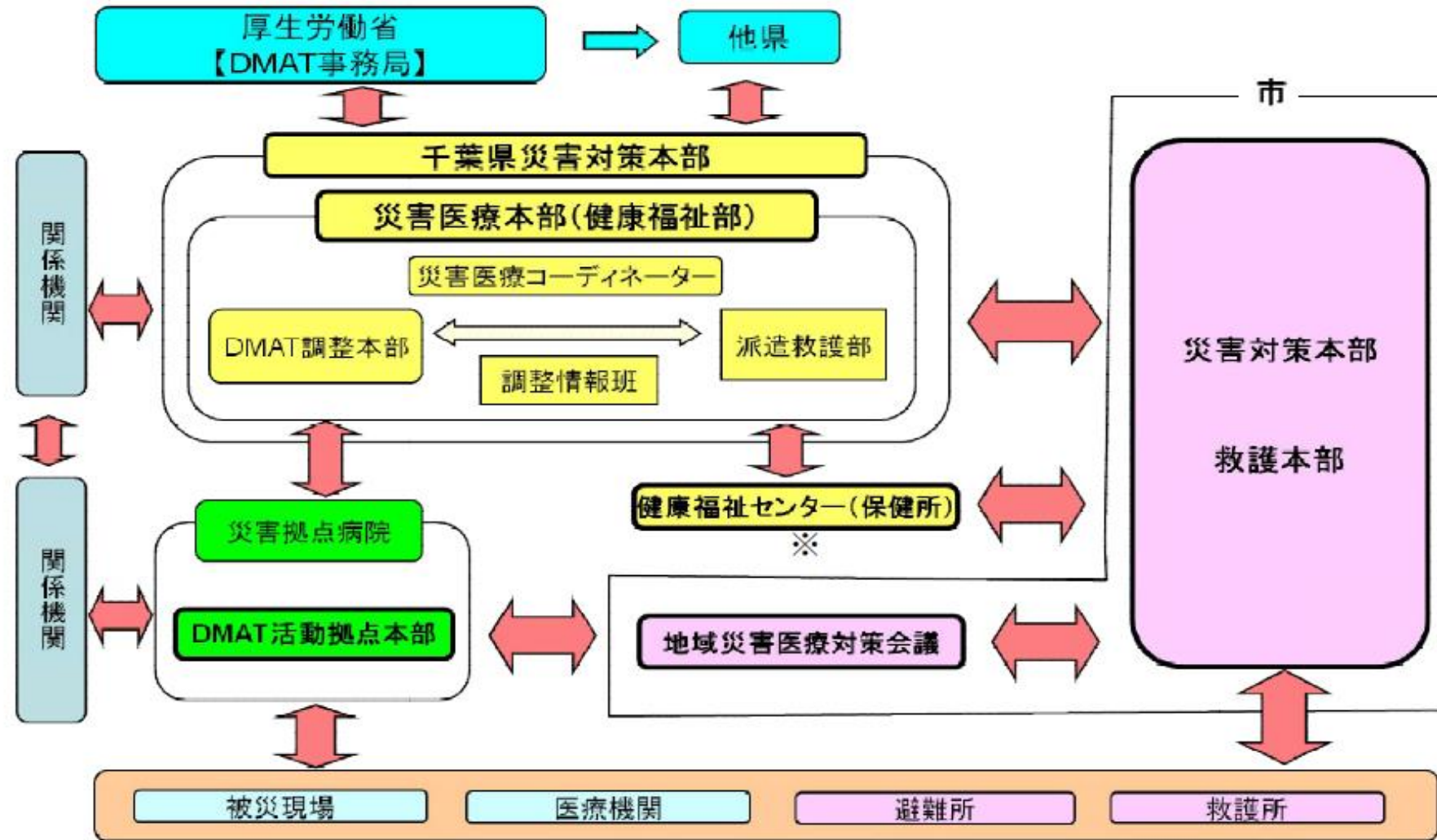
院内での他院転送等の調整が不可の場合に記入



	タグNo	シメイ	年齢	性別	タグの色	傷病の状況 タグより転記	処置内容 (わかる範囲で)	医療本部 連絡済み	収容予定医療機関	搬送隊へ の引継ぎ	備考
例	船002	フナバシタロウ	40	男・女	黄・赤・黒						
例	船019	カゼサヤカ	25	男・女	黄・赤・黒	左足大腿骨開放性骨折	止血のみ	○	○○病院	○	
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						
				男・女	黄・赤・黒						

千葉県
13市における連携体制

図7



※3市の場合は図より除く

3市:千葉市、船橋市、柏市の総称

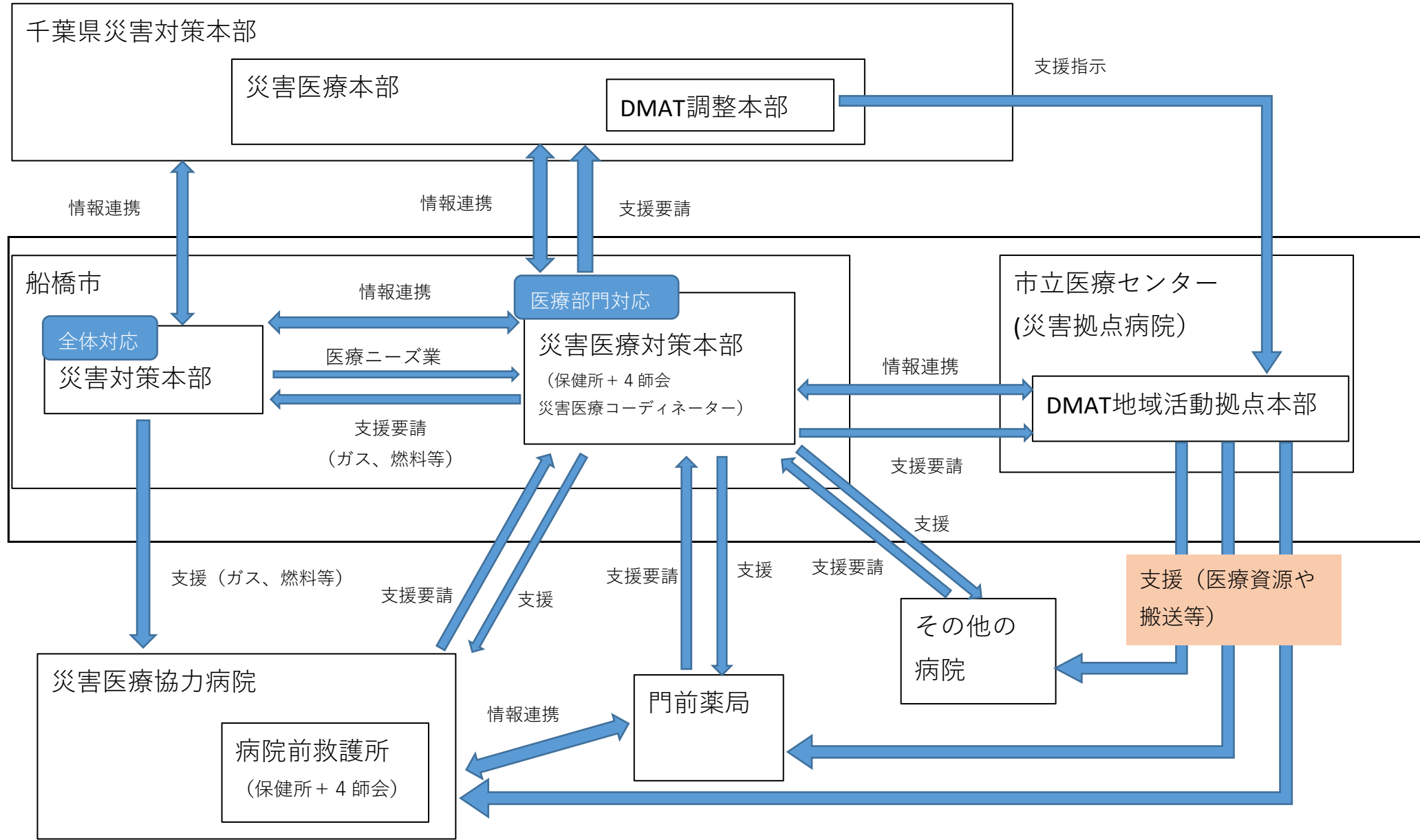
10市:習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市、市川市、浦安市、松戸市、流山市、我孫子市、野田市、市原市の総称

13市:3市及び10市の総称

千葉県災害医療救護計画 2015年(平成27年)3月 p.1-3-5

様式8

船橋市を中心とした連携図



※病院前救護所は震度 6 弱以上で開設され、医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道整復師会の会員が医療従事者として参集する。

様式 9

関係機関 連絡先一覧

千葉県等外部 一覧

機関	調整担当	無線番号	備考	電話番号
県災害医療対策本部	県医療整備課			043-223-3886
DMAT（災害時派遣医療チーム）	DMAT調整班（県医療整備課）			043-223-3886
医療救護チーム（日赤救護班、JMAT等）	医療救護班（県医療整備課）			043-223-3886
DPAT（災害派遣精神医療チーム）	DPAT調整班（県医療整備課）			043-223-3886
DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）	DHEAT（県医療整備課）			043-223-3886
DMAT活動拠点本部	DMAT（医療センター）		医セ代表	047-438-3321

船橋市災害医療関係

機関	調整担当	無線番号	備考	電話番号
災害医療対策本部	災害医療対策本部長	769	保健所長	-
	災害医療対策本部	788	半固定（789～792）	047-409-3127（仮）
医療機関	市立医療センター	660	半固定（659携帯）	047-438-3321
	船橋中央病院	661	半固定	047-433-2111
	千葉徳洲会病院	662	半固定	047-466-7111
	青山病院	663	半固定	047-424-5511
	船橋総合病院	664	半固定	047-425-1151
	板倉病院	665	半固定	047-431-2662
	北習志野花輪病院	668	半固定	047-462-2112
	船橋二和病院	669	半固定	047-448-7111
	東船橋病院	670	半固定	047-468-0011
	セコムメディック病院	671	半固定	047-457-9900
	いけだ病院			047-472-7171
	大島記念嬉泉病院			047-448-3330
	共立習志野台病院			047-466-3018
	総武病院			047-422-2171
	下総病院			047-464-8111
	高根台病院			047-465-2200
	滝不動病院			047-448-6881
千葉病院			047-466-2176	
船橋北病院			047-457-7151	
船橋市立リハビリテーション病院			047-439-1200	
船橋整形外科病院			047-425-5585	
山口病院			047-335-1072	
医療関係機関	一般社団法人船橋市医師会	650	半固定	047-424-4771
	（公社）船橋歯科医師会	651	半固定	047-424-4855
	（一社）船橋薬剤師会	652	半固定	047-424-2330
	千葉県柔道整復師会 船橋鎌ヶ谷支部	653	半固定	-
	（一社）千葉県助産師会	312	携 帯	-
	千葉県赤十字血液センター	655	半固定	047-457-0711
	地域医療機能推進機構 船橋中央病院	658	携 帯	047-433-2111

船橋市、各師会、その他関係機関

機関	調整担当	無線番号	備考	電話番号
災害対策本部員	本部長（市長）	001	携 帯	-
	副本部長（副市長）	003	携 帯	-
	副本部長（副市長）	004	携 帯	-
	本部員（保健所長）	018	携 帯	-
	本部員（保健所理事）	035	携 帯	-
災害対策本部	災害対策本部（危機管理課内）	100	指 令（101～104）	047-436-2032
市長公室	危機管理課	130	半固定	047-436-2032
企画財政部	財産管理課	134	半固定	047-436-2172
健康・高齢部	健康政策課	153	携 帯	047-436-2413
消防	消防局（警防指令課）	200	半固定	047-435-8636
	消防局（警防指令課・リエゾン用）	013	携 帯（050、088）	047-435-8636
	中央消防署	201	半固定	047-435-8664
	東消防署	202	半固定	047-464-1515
	北消防署	203	半固定	047-438-2238
	消防局（救急課）	204	半固定（074携帯）	047-435-1191
	保健所	保健総務課	300	半固定
地域保健課		154	携 帯	047-409-3274
動物愛護指導センター		752	半固定	047-435-3916
保健センター	北部保健センター	301	半固定	047-449-7600
	中央保健センター	308	半固定	047-423-2111
	東部保健センター	309	半固定	047-466-1383
	西部保健センター	310	半固定	047-302-2626
防災関係機関	陸上自衛隊第1空挺団第1普通科大隊	600	半固定	047-466-2141
	国土交通省関東地方整備局田葉国道事務所船橋出張所	601	半固定	047-424-5699
	船橋警察署	602	半固定	047-435-0110
	船橋東警察署	603	半固定	047-467-0110
関連機関	セミナーハウスクロスウェーブ船橋	742	携 帯	047-436-0116
	千葉県タクシー協会京葉支部	753	半固定	047-422-4559
	赤帽首都圏軽自動車運送協同組合千葉県支部	762	半固定	043-250-5591
	千葉県トラック協会船橋支部	764	半固定	047-431-5471
その他	社会福祉協議会	152	携 帯	047-431-2653
	ボランティアセンター	717	携 帯	047-431-8808

船橋市病院前救護所アクションカード (標準様式)

検温エリア

【従事者】

職種制限なし

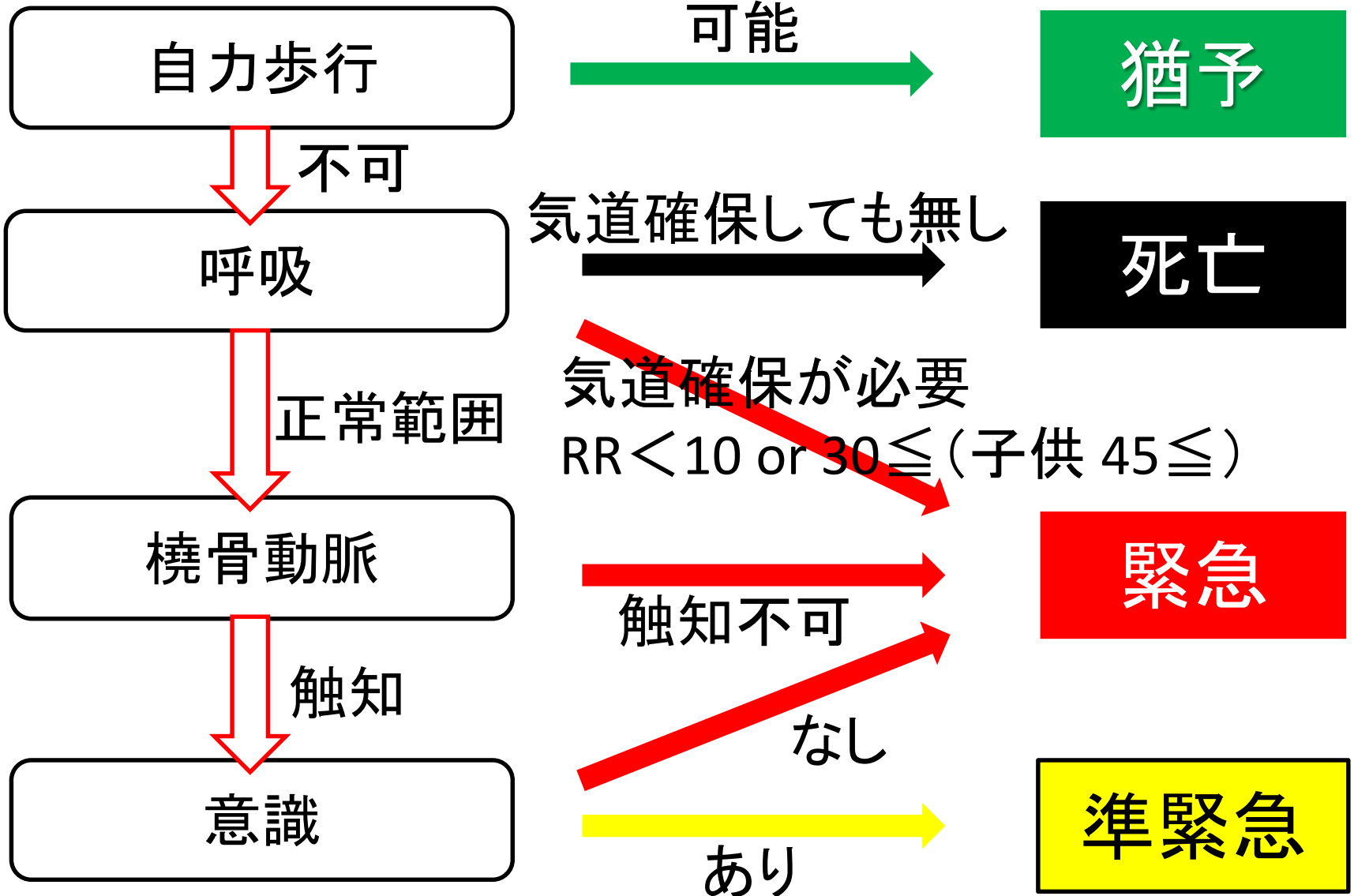
【検温エリアとは】

- ・ トリアージポストポスト通過前に、感染症等のリスクがないかを確認する場所です。
- ・ リスクがあるものに対しては、通常とは別のルートを案内します。

【やること】

- 病院前救護所に着いたものに対し非接触型検温機にて検温します。
- 咳、下痢などの症状がないかを聞き取ります。
- 新型コロナウイルス感染症等の療養中ではないかを聞き取ります。
- 36.9℃以下、症状がないかつ療養者でない場合は、通常のトリアージエリアへ案内します。
- 37.0℃を超える発熱、有症状、療養者の場合には、有症状者用トリアージエリアへ案内します。
- 困ったこと、判断に迷うことがあったら連絡員を通じて指揮所に指示を仰いでください。

START式 トリアージ



トリアージポスト

【従事者】

医師（原則）、看護師

【トリアージポストとは】

- ・ S T A R T 法トリアージ表に基づき、傷病者を分類します。医学的判断は不要です。
- ・ 赤、黄は搬送班に指示、緑は治療エリアに誘導
- ・ 全傷病者がトリアージポストを通過します。

【やること】

- トリアージは、S T A R T 式トリアージ表を用いて、緑・黄・赤・黒の判断をします。
- トリアージは1人2分程度の時間で行ってください。トリアージ者と記録者がペアで実施します。
- 医学的判断は不要です。見た目や訴えも不要です。客観的に表に基づき判断します。
- トリアージ後はトリアージタグの1枚目を剥がし、保管してください。
- 自力で動ける傷病者はトリアージタグ記載後、治療エリアに自ら移動してもらってください。
- 赤、黄の傷病者は車いす又はストレッチャーで該当エリアに搬送指示を行います。
- 困ったこと、判断に迷うことがあったら連絡員を通じて指揮所に指示を仰いでください。

治療エリア【リーダー】

【従事者】

医師

- ・あなたは治療エリア（軽症）のリーダーです。
- ・多数傷病者に対しての「適切な応急処置」と「重症化の察知」がこのエリアの課題です。
- ・随時、状況を指揮所と共有してください。

【やること】

- まずは現状を把握してください。
 - －患者数は？医師・看護師人数、その他従事者
- 治療チームを編成してください。
 - －通常、医師1名＋看護師1～2名
- 治療チームにアクションカードを配布
 - －医師用、看護師用のカードがあります。
 - －それ以外の職種には、具体的に役割を指示
- あくまでも応急処置であり、このエリアですべての治療を完結する必要はありません。「病状が悪化し、黄・赤レベルになった患者を見つけ出すこと」が最重要です。治療チームにも周知してください。
- 必要に応じ、指揮所への状況報告
- 病状が悪化（緑⇒黄・赤）した場合は、院内の対応エリアへの搬送を指示してください。

治療エリア

【医師】

【従事者】

医師

- ・あなたは治療エリア（軽症）の医師です。
- ・あくまで応急処置であり、すべての治療をこの場で完結する必要はありません。
- ・「重症化の察知」がこのエリアの課題です。

【やること】

- 治療チーム（看護師等）メンバーを確認
 - －随時、メンバーの変更があります。
- 使用できる医療資源を確認
 - －基本的に検査はできません。
 - －処方可能な薬品を確認してください。
- 緑（軽症）とトリアージされた傷病者の治療を行ってください。
 - －固定、傷の消毒、軟膏塗布、ガーゼ保護、止血（必要により縫合）などが行えます。
 - －固定等の処置は、柔道整復師や看護師に指示をすることができます。
 - －処方が必要な場合には、処方リストから選択してください。
- カルテ（災害診療記録）を記載してください。
 - －看護師等による代筆可能
- 症状が悪化し、黄・赤レベルに変化した患者は、速やかに治療エリアリーダーに報告し、搬送班に院内への搬送を指示してください。

治療エリア 【看護師】

【従事者】

看護師

- ・あなたは治療エリア（軽症）の看護師です。
- ・「重症化の察知」がこのエリアの課題です。
- ・治療エリアの医師は、専門外のことも多いため十分なサポートをお願いします。

【やること】

- 使用できる医療資源とできるケアを確認
 - －基本的に検査はできません。
 - －シーネ等での固定、圧迫止血、ガーゼ保護
 - －柔道整復師がいる場合、固定などは任せて可
- 医師の診療サポートを行ってください。
 - －行った治療や処置、ケアについてはトリアージタグやカルテ（災害診療記録）に記載
- 適時、トリアージを繰り返してください。
 - －初期トリアージ緑の患者はしばしば急変するので、定期的にトリアージを実施します。
- 症状が悪化し、黄・赤レベルに変化した患者は、速やかに治療エリアリーダーに報告し、指示を仰いでください。
- 処方が出た傷病者には、処方エリアまたは災害医療協力薬局に誘導してください。

治療エリア 【処方】

【従事者】

薬剤師

- ・あなたは治療エリア（処方）の薬剤師です。
- ・「災害処方箋」の作成がこのエリアの役割です。
- ・治療エリアの医師、看護師からの情報を基に災害処方箋の交付をしてください。

【やること】

- 治療エリアの医師、看護師の記載したトリアージタグ及び診療記録を基に処方箋を交付してください。
 - －基本的に処方できる薬は決まっています。
 - －災害処方箋の様式に「☑」を付ける形で作成してください。
- お薬手帳の提示又は現在使用中の薬を確認してください。
 - －患者から現在使用している薬を聞き出し、処方する薬を選んでください。
- 処方箋を渡し、近くの災害医療協力薬局に誘導してください。
 - －ここ、〇〇病院前救護所の災害医療協力薬局は、「△△薬局」です。

搬送班

【従事者】

職種制限なし

【搬送班とは】

- ・ トリアージポストと各エリア間の傷病者の搬送・誘導を行います。
- ・ 転倒や転落に十分に注意し、安全・確実に搬送してください。

【やること】

- トリアージ区分ごとの搬送先を確認
- 指定場所に待機し、自分で歩けない傷病者をサポート（車いす、ストレッチャー等の使用も可）
- 搬送指示者から搬送先を確実に聞き取り、「〇〇から〇〇エリアに男性1名搬送します」等、必ず復唱してください。
- 搬送先の担当に「どこから搬送してきたのか」、医師からの特別の指示があれば確実に伝えてください。
- 搬送後は、所定の場所に戻り待機してください。
- 特にストレッチャーについては、傷病者を安全に搬送するために、無理をせず、必要に応じ搬送者の増員を要望してください。

指揮所

【治療リーダー】医師

【運営リーダー】保健所職員

【従事者】職種制限なし

【指揮所とは】

- ・ 病院前救護所における情報管理をし、病院内及び災害医療対策本部との連携を図ります。
- ・ 参集者の勤務状況について管理します。

【やること】

- 病院前救護所には3つのエリア（班）があります。
トリアージポスト、治療エリア、搬送班です。
- 病院前救護所の状況が無線等を使用し、災害医療対策本部に適宜報告します。トリアージを開始できる状況になったら必ず報告してください。
- 医師会等の従事者が参集してきたら、優先順位に従い各エリアに割り振りを行います。
- 各エリア従事者の勤務時間を管理し、従事者の入れ替え、休憩等の指示を状況に応じて行います。
- トリアージポストから剥がしたトリアージタグの1枚目を適宜回収し、軽症・中等症・重症の別について時間ごとに集計し、EMISへの入力を行います。
- 物資の状況や従事者状況について把握し、支援が必要な場合は、EMISに入力し、災害医療対策本部に連絡します。

