

船橋市の災害医療対策 ハンドブック（案）

【第11回災害医療対策会議用 抜粋版】

令和●年●月

Ver. 1

I 保健所における指揮調整業務	
活動	3 情報収集【直後から3日間】
担当	医療支援班、企画調整班、保健活動支援班、市災害対策本部

(1)医療機関の状況、医薬品確保に係る情報を収集する【医療支援班】

①広域災害救急医療情報システム (EMIS) で医療機関情報が入力されていることを確認し、入力されていない場合には聞き取りを行い代行入力する。

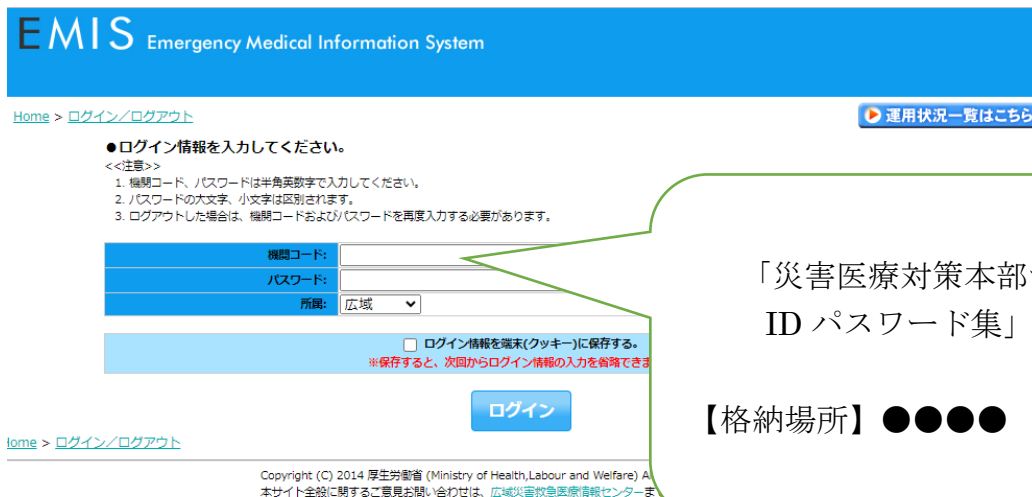
ア 広域災害救急医療情報システムにログインする

<https://www.wds.emis.go.jp/>

イ 左下の「関係者ログイン」をクリックする



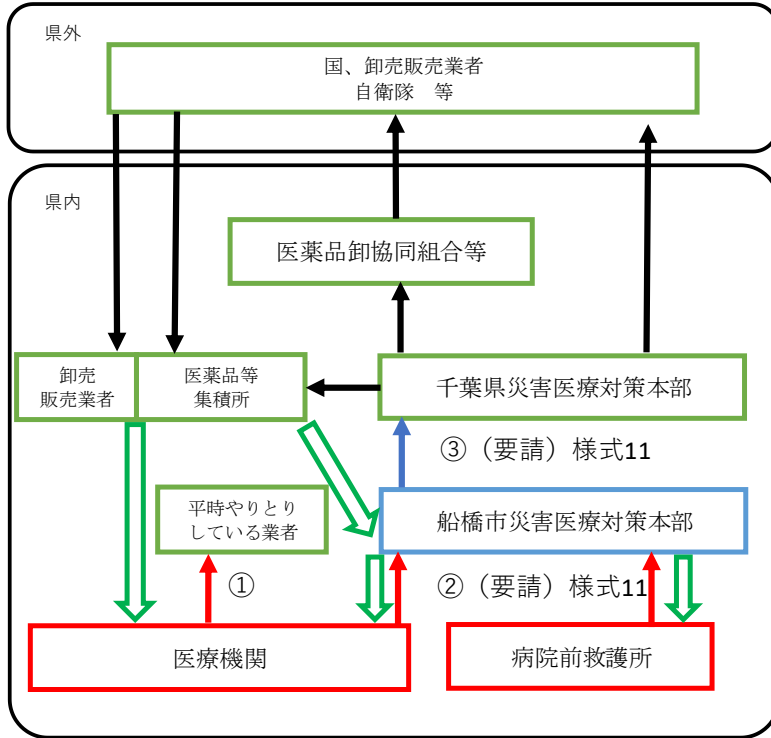
ウ 「機関コード」と「パスワード」を入力する。
「所属」は「広域」➤「千葉県」にする



(4)支援の対応【各班】 ※市、県で対応が難しい場合には、DMAT に調整する場合もある

①医薬品が不足した場合のフロー

※更なる詳細については、千葉県「医薬品等の確保と供給に関するマニュアル」（資料2）に記載



※千葉県災害医療救護計画 2015年3月の計画を基に作成

「↑」情報の流れ
 「↑」供給の流れ

医療機関

- ①備蓄医薬品等が不足するときは、平時やりとりしている業者に供給を要請する
- ②卸売販売業者を通じての確保が困難なときは、医療機関は船橋市災害医療対策本部に、供給を要請する

病院前救護所

- ②備蓄医薬品等が不足するときは、医療機関は船橋市災害医療対策本部に、供給を要請する

船橋市災害医療対策本部

- ③医療機関等で使用する医薬品等が不足したとき、船橋市災害医療対策本部は、千葉県災害医療本部に供給を要請する

千葉県災害医療対策本部

千葉県災害医療対策本部は、医薬品卸協同組合等や国又は都道府県へ調整し、調達する。

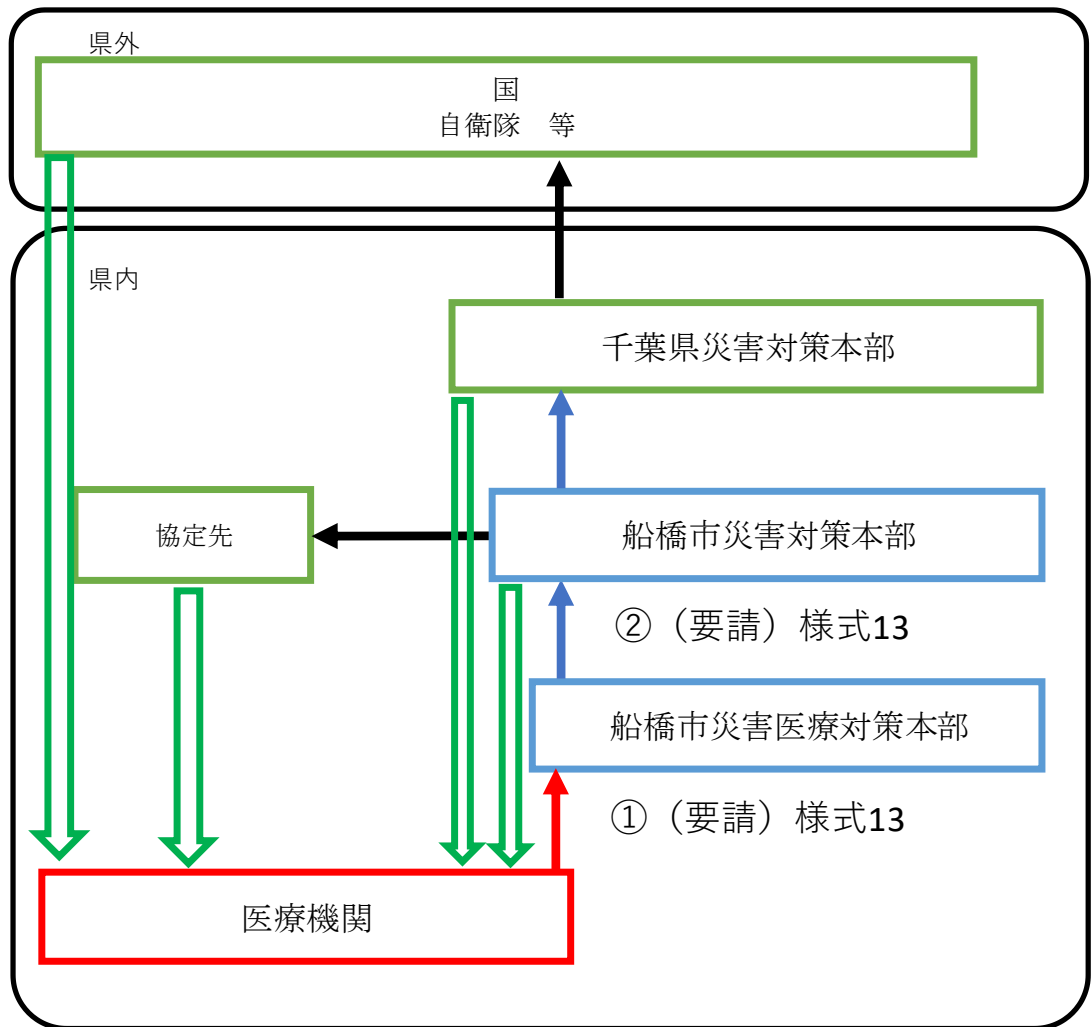
※「様式 1 1 備蓄医薬品等供給要請書」

市→県災害医療本部又は合同救護本部	様式 1	
ファクシミリ送付票	枚数 全 枚	
<p style="text-align: center;">備蓄医薬品等供給要請書</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>千葉県災害医療本部長 _____ 合同救護本部長 宛</p> <p style="text-align: right;">_____ 市町村</p> <p>このことについて、災害用医薬品等を必要とするため、下記のとおり備蓄医薬品等の供給を要請します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p><input type="checkbox"/> 災害用備蓄医薬品 1組（100人分） _____ 組（救護所用・病院用）</p> <p><input type="checkbox"/> 災害用備蓄衛生材料 1組（100人分） _____ 組（救護所用・病院用）</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の医薬品等（別紙のとおり）</p>		
搬送先	施設名称	
	所在地	
受領予定者	所属	
	氏名	
	電話番号	
希 望 日		年 月 日まで
要請担当者	所 属	
	氏 名	
	電話番号	
	F A X 番 号	

(注) 1 供給要請は原則として文書とする。但し、災害時の緊急性、情報網の混乱状況に応じて、口頭を含めた多様な方法を可とする。
 2 供給要請書は、搬送先ごとに記載する。
 3 災害医療本部又は合同救護本部で供給決定をした場合は、本紙に大きく「供給決定」と記載し、修正箇所が分かるよう要請元に F A X を送信する。

※電子メール又は F A X を送信したら、その旨を送信先に電話連絡すること。

③ライフライン（水、電気、ガス）が不足した場合のフロー



※千葉県災害医療救護計画 2015年3月の計画を基に作成

「↑」 情報の流れ
 「↑」 供給の流れ

医療機関

- ①ライフライン（水、電気、ガス）が不足するときは、船橋市災害医療対策本部に供給を要請する

船橋市災害医療対策本部

- ②船橋市災害対策本部に支援を要請し、平時より協定を結んでいる業者へ供給を要請する

※「様式13 ライフライン（水、電気、ガス）給要請書」

様式13

市一県災害医療本部又は合同救護本部

様式1

ファクシミリ送付票	枚数	全	枚
-----------	----	---	---

ライフライン（水、電気、ガス）供給要請書

令和 年 月 日

船橋市

宛

_____ 病院

このことについて、災害用医薬品等を必要とするため、下記のとおり ライフラインの供給を要請します。

記

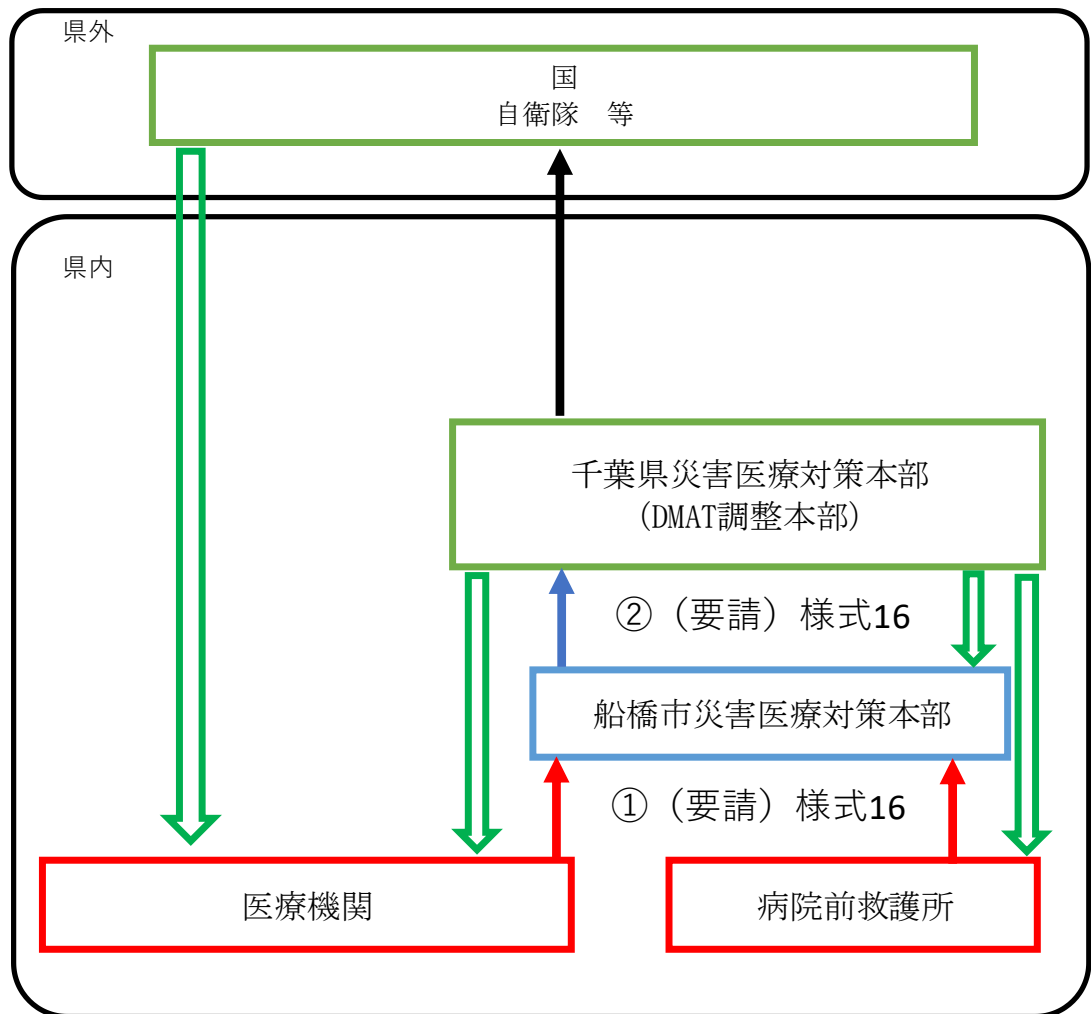
- 水 必要数 (_____)
- 電気 必要数 (_____)
- ガス 必要数 (_____)

搬送先	施設名称	
	所在地	
受領予定者	所属	
	氏名	
	電話番号	
希望日	年 月 日	日まで
要請担当者	所属	
	氏名	
	電話番号	
	FAX番号	

- (注) 1 供給要請は原則として文書とする。但し、災害時の緊急性、情報網の混乱状況に応じて、口頭を含めた多様な方法を可とする。
 2 供給要請書は、搬送先ごとに記載する。
 3 災害医療本部又は合同救護本部で供給決定をした場合は、本紙に大きく「供給決定」と記載し、修正箇所が分かるよう要請元にFAXを送信する。

※電子メール又はFAXを送信したら、その旨を送信先に電話連絡すること。

⑥医師、看護師、歯科医師、薬剤師、医療チームが不足した場合のフロー



※千葉県災害医療救護計画 2015年3月の計画を基に作成

「↑」情報の流れ
 「⇩」供給の流れ

医療機関

①人(DMAT、県庁職員 等)が不足するときは、船橋市災害医療対策本部に供給を要請する

船橋市災害医療対策本部

②要請に対応することができない場合は、千葉県災害医療対策本部(DMAT調整本部)に支援を要請する

※「様式16 応援受入シート」

応援受入シート

作成・更新日時: _____ 年 月 日

業務名: _____ 担当部局 _____ 課 担当 _____

応援者が行う 具体的な業務	
------------------	--

希望する応援者 計画上の必要人員数 (_____ 人)	自治体職員 <input type="checkbox"/> 自治体内の他所属職員(業務経験の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 問わない) <input type="checkbox"/> 管轄保健所の職員 その他の保健医療チーム <input type="checkbox"/> DHEAT <input type="checkbox"/> 保健師チーム <input type="checkbox"/> DPAT <input type="checkbox"/> JMAT <input type="checkbox"/> 歯科医師チーム <input type="checkbox"/> JDA-DAT <input type="checkbox"/> JRAT <input type="checkbox"/> その他(_____) 協定の有無 <input type="checkbox"/> あり(締結先 _____) <input type="checkbox"/> なし その他特記事項: _____
------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

応援者に求める具 体的な職種・資格等	
-----------------------	--

応援者の活動体制	<input type="checkbox"/> 単独活動(応援者が市町村職員とは別に単独で活動してもよい) <input type="checkbox"/> 複数活動(原則、応援者は市町村職員と一緒に活動し、単独活動は控える) <input type="checkbox"/> その他(_____)
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

指揮命令者、応援受入担当	業務指揮命令者 _____ 応援受入担当 _____ (正) _____ (副) _____ (正) _____ (副) _____
--------------	-----------------------------------------------------------------------

情報収集・共有体制	<input type="checkbox"/> 会議・ミーティング (その他) _____ <input type="checkbox"/> 朝礼・終礼 _____
-----------	----------------------------------------------------------------------------------------

執務スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (場所) _____
--------	------------------------------------------------------------------

地図・資料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容) _____
-------	------------------------------------------------------------------

その他資機材	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容) _____
--------	------------------------------------------------------------------

マニュアルの有無	<input type="checkbox"/> 有(名称/保管場所: _____ / _____) <input type="checkbox"/> 無
----------	-----------------------------------------------------------------------------------

1 保健所における指揮調整業務	
活動	5 保健医療活動チーム受援体制の構築 【直後から3日間】
担当	資源管理班

(1)オリエンテーション資料、受付名簿など受援体制を整える【資源管理班】

- ①受付名簿（様式2 参集簿）
- ②市災害医療対策本部の組織図（様式5 組織図）
- ③市災害医療対策本部施設（休憩場所等）の案内図及びルール
- ④市災害医療対策本部のマニュアル及び病院前救護所マニュアル
- ⑤連絡系統図（P20、P22）
- ⑥ハザードマップ
- ⑦道路状況
- ⑧ライフラインの状況
- ⑨現在の対応事項

(2)医療・看護・助産・要配慮者支援等を行う専門ボランティアの受入れに関する
こと【資源管理班】

- ①専門ボランティアの需要の把握
- ②専門ボランティアの県への要請
- ③専門ボランティアの受付け
- ④病院前救護所への派遣
- ⑤DMAT、JMATの受入活動状況の把握