

島根県災害派遣医療チーム設置運営要綱

(目的)

第1条 この要綱は、地震、台風などの自然災害や航空機、列車事故等の大規模な事故等の災害現場で救命処置等を行う災害派遣医療チーム「島根DMAT (Disaster Medical Assistance Team)」(以下「島根DMAT」という。)の設置並びに編成及び運営に関し、必要な事項を定めるとともに、災害時における医療救護体制の充実強化を図ることを目的とする。

(指定病院)

第2条 島根県知事(以下「知事」という。)は、島根DMAT活動に必要な人員、装備を有し、島根DMAT活動への協力を申し出た病院等について、島根DMAT指定医療機関(以下、「指定病院」という。)として指定する。

- 2 知事は、前項による指定をしたときは、指定病院に対して別記様式第1号による指定証を交付する。
- 3 知事は、指定病院と島根DMATの派遣に関する協定を締結する。

(編成及び登録)

第3条 島根DMATは、指定病院の職員をもって編成する。

- 2 島根DMATは、1チーム医師1～2名、看護師1～3名、業務調整員(事務員)1～2名の5名程度により構成することを基本とする。なお、1施設内で1チームを構成できない場合は、県内の島根DMAT隊員とともにチームを構成する場合がある。
- 3 知事は、指定病院の長から推薦され、所定の研修を修了した者を島根DMAT登録者(以下、「登録者」という。)として認定する。
- 4 知事は、登録者に対し、別記様式第2号で定める登録証を交付する。
- 5 登録者は、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別記様式3号により、知事に対して届出を行う。

(チーム責任者及び統括責任者)

第4条 島根DMATは、各チームに責任者をおくこととする。

- 2 責任者は、チームの医療活動を統括する。
- 3 島根DMATに統括責任者を1名おくこととする。
- 4 統括責任者は、国の統括DMAT研修を修了したもののの中から、DMAT指定医療機関の同意を得て知事が指名する。
- 5 統括責任者は、複数のDMATが派遣要請されるような大規模災害時等の現場において、各チームの責任者及び災害対策本部等との連携を図り、DMATの医療活動全体を統括する。

(出動基準)

第5条 島根DMATの出動基準は、次のとおりとする。

- (1) 県内において、救命処置を要する重傷者を含む多数の傷病者が発生すると見込まれ島根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
- (2) 国または他都道府県から出動要請があった場合。

(出動)

第6条 知事は、出動基準に基づき、島根DMATを出動させることが効果的であると判断したときは、指定病院の長に対して島根DMATの出動を要請する。

- 2 県内の消防本部は、島根DMA Tを出勤させることが効果的であると判断したときは、知事に対して島根DMA Tの出勤を要請する。なお、緊急かつやむを得ない場合には、直接指定病院の長に対して島根DMA Tの出勤を要請することができる。(様式第4号)
- 3 指定病院の長は、知事から出勤要請を受け、島根DMA Tの出勤が可能と判断した場合には、DMA Tを出勤させる。ただし、島根DMA Tの派遣により病院運営に多大な支障が生じる恐れがある場合には、派遣しないことが出来る。
- 4 指定病院の長は、第2項により消防本部からの直接の要請を受けた場合、あるいは緊急かつやむを得ない事情により、知事の要請の前に島根DMA Tを派遣した場合は、速やかに知事に報告し、その承認を得るものとする。(様式第5号)
- 5 前項の規定により知事が承認した島根DMA Tの派遣は、知事の要請に基づく派遣とみなす。
- 6 知事は、島根DMA Tの出勤要請を行う場合には、関係機関と調整の上、想定される業務、現場の状況等の情報を伝える。
- 7 出勤した島根DMA Tは、現場での活動が終了後、速やかに所属する指定病院の長を通じて、別記様式第6号により活動記録を知事に報告する。
- 8 知事は、報告のあった活動記録をもとに、指定病院、消防本部等と出勤した島根DMA Tの活動について、検証を行うものとする。

(待機)

- 第7条 知事は、災害等が発生し、第6条の出勤基準に該当する可能性がある場合、指定病院に島根DMA Tの待機を要請する。
- 2 次の場合には、DMA T指定医療機関は県からの要請を待たずに、DMA T派遣のための待機を行うものとする。
 - (1) 島根県内で震度5弱以上の地震が発生した場合
 - (2) 東京都23区内で震度5強以上の地震が発生した場合
 - (3) 国内で震度6弱以上の地震が発生した場合
 - (4) 国内で津波警報(大津波)が発表された場合
 - (5) 東海地震注意情報が発表された場合
 - (6) 大規模な航空機墜落事故が発生した場合
 - (7) その他、島根DMA Tが出勤を要すると判断するような災害が発生した場合

(活動内容)

- 第8条 島根DMA Tは、被災地内で以下の活動を行うものとする。
- (1) 被災地域内での医療情報の収集と伝達
 - (2) 被災地域内におけるトリアージ、応急処置、医療、搬送等
 - (3) 被災地域内での医療機関の支援
 - (4) 被災地域におけるメディカルコントロール
 - (5) 広域搬送基地医療施設等での医療支援
 - (6) その他被災地域内での救命活動に必要な措置
- 2 島根DMA Tは、前項の活動以外に、必要に応じて被災地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外に搬送する。
 - 3 島根DMA Tは、移動、医薬品等の医療資機材の調達、生活手段等については、自ら確保しながら継続した活動を行うことを基本とする。

(訓練、研修)

- 第9条 知事は、島根DMA Tの資質の向上等を図るため、指定病院の長に対し、国等が実施する研修、訓練等に積極的に参加させるよう努めるものとする。

2 指定病院の長は、島根DMA Tの資質向上を図るため、国等が実施する訓練、研修に積極的に参加させるよう努めるものとする。

(DMA T連絡協議会)

第10条 知事は、島根DMA Tの運用に関わる諸案件を協議する場として、DMA T指定医療機関、日本赤十字社島根県支部、消防本部などから構成される島根県DMA T連絡協議会を設置する。

(その他)

第11条 この要綱に定めのない事項、又はこの要綱に関し疑義が生じた事項については、知事と指定病院の長が協議して定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則 (平成29年6月30日医第251号)

この要綱は、平成29年6月30日から施行する。

指 定 証

名 称

所在地

上記医療機関を災害派遣医療チーム「島根DMAT」指定病院とする。

平成 年 月 日

島根県

島根県知事 溝口 善兵衛

様式第2号

(表)

島根DMAT隊員登録証	
写 真 (縦 3.0 × 横 2.5)	所属
	職種
	氏名
	生年月日 年 月 日
上記の者は、島根DMAT隊員であることを証明する	
登録年月日 年 月 日 第 号	
有効期限 年 月	
島根県知事	
印	

9.0cm

6.0cm

(裏)

注意事項

- 1 この登録証は、他人に譲渡し、又は貸与してはならない
- 2 登録証の記載事項に変更を生じたときは、変更の申請を行うこと

※備考 登録証の色は、医師(赤)、看護師(緑)、業務調整員(黄)とする。

様式第3号

島根DMAT隊員登録者（更新・変更・抹消）届出書

	届出内容	所属	職種	(フリガナ) 氏名	生年月日	研修 修了日	登録 年月日	登録番号
1	更新 ・ 変更 ・ 抹消							
2	更新 ・ 変更 ・ 抹消							
3								

※該当する届出内容に○をしてください。

※登録を「更新」する隊員については、本表に写真1枚（縦3.0cm

横2.5cm、カラー写真、上半身のみで脱帽のもの）を添付してください。

※研修修了日欄には、統括DMAT研修修了者は、統括DMAT研修修了日も記載して下さい。

様式第 4 号

平成 年 月 日

DMA T 派遣要請書

島根県知事 様
(DMA T 指定医療機関の長) 様

消防本部名

災害等の発生によりDMA Tの派遣が必要と認められるので島根県災害派遣医療チーム設置運営要綱第6条第2項によりDMA Tの派遣を要請します。

記

派遣要請日時	
派遣要請チーム数	
派遣要請先	
被災状況	
その他特記事項	

様式第 5 号

DMA T 派遣に係る承認依頼書

平成 年 月 日

島根県知事 様

DMA T 指定医療機関の長

DMA T 派遣に係る承認依頼について

島根県災害派遣医療チーム設置運営要綱第 6 条第 4 項により、DMA T を派遣しましたので承認願います。

記

出動日時		
出動場所		
出動要請者		
事故概要及び 出 動 事 由		
活動(予定)内容		
出動隊員名 * リーダーには○を してください	医 師	
	看 護 師	
	調 整 員	
特記事項		

様式第 6 号

島根DMAT活動記録報告書

平成 年 月 日

島根県知事 様

指定医療機関の長

DMATの派遣について
下記のとおりDMATを派遣しましたので報告します。

報告者		
出動年月日	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
時間経過	出動要請時刻 出動時刻 現地到着時刻 退場時刻 帰院時刻	
出動場所		
事故概要		
要請内容		
活動内容		
出動隊員名 *リーダーには○を してください	医師	
	看護師	
	調整員	
特記事項		