

被害者に共通する身体所見、  
検査データを中毒専門医へコンサルト  
分析結果、アドバイスが出るまで、  
バイタルサイン、全身状態の安定に努める

## Secondary Survey

- A. 気道の確保
- B. 酸素の投与、気管拡張療法
- C. 心機能を保つ
- D. 痙攣の管理

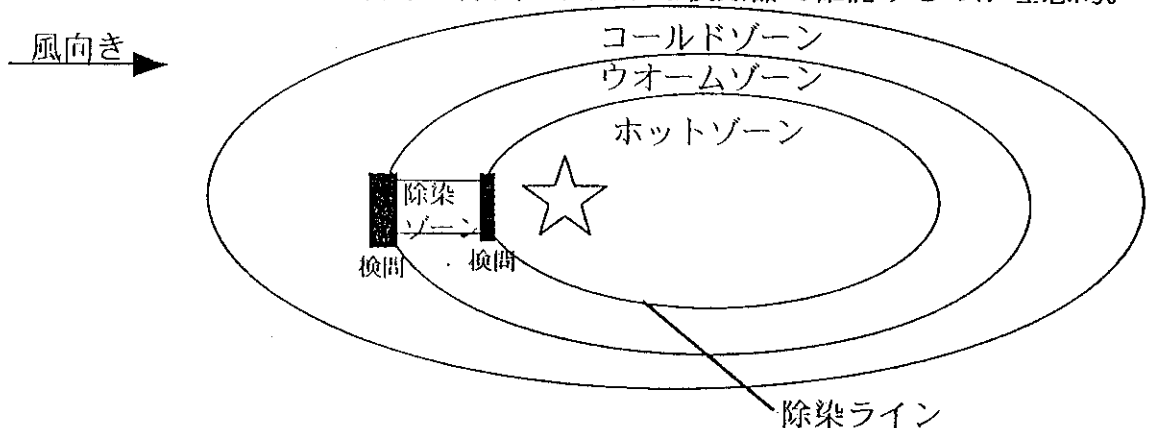
Secondary Survey は、救急治療におけるABCを確実に行いつつ、それぞれの毒物に特異的な治療を行なう。

### 参考文献

- ※Chemical Incident Management "Accident and Emergency Clinicians" Chemical Incident Management Series The Stationery Office, Norwich, UK, 1999.
- ※FR Sidell: Management of chemical warfare agent casualties A Handbook for Emergency Medical Services , HB Publishing, Bel Air, MD, 1995.
- ※First Responder Chem-bio Handbook Tempest Publishing, Alexandria, VA, 1998



1. 除染区域は、下図のとおり、化学災害では、ゾーンニングの概念が重要視される。化学災害対策の基本的な概念は、まず被災者や病院を危険な物質から遠ざけることにあり、そのため、事故現場の周りにホットゾーン（最危険地帯）を設定し、自由な人の出入りを禁ずる。さらに、その周りにウオームゾーン（準危険地帯）を設定し、基本的な救命救急処置を優先しながらも、風上に設置した除染ゾーンで除染を行ない、除染後の被災者は、コールドゾーンに移り、さらに医療機関へ搬送され、治療を受けることになる。
2. 症状の有無、被害者・救助者の別を問わず、何人たりとも、除染を受けずに汚染区域から、非汚染区域へ移動してはならない<sup>1)</sup>。
3. 除染に使用する液は、大量の微温湯で良い。ただし、純金属並びに強腐食性物質では、水が用いられる前に、乾的に除染（フーラーズアースを使った液体の吸着）を行う必要がある。余裕があるなら、0.5%の次亜塩素酸ナトリウム液を使うが、アレルギー反応で皮膚炎を起す者もあり、要注意。しかも、催涙ガスでは禁忌となる。器具の除染には、5%の同液を使用する<sup>2)</sup>。
4. 除染中には、個人のプライバシー保護（男女は分けて除染するのが原則）にも留意する。
5. 除染の手順は以下によるが、除染効率のアップのために、軽症者は自分で洗わせても良い。
6. 除染の手順<sup>2)</sup>
  - 1) 除染中にも常にバイタルサインの変化に注意しておく
  - 2) 除染よりも、ABCの緊急救命治療は優先される
  - 3) まず、最初に明らかな液体の汚染をぬぐい取る  
この際、フーラーズアースがあれば、液体の吸着を効果的に行える
  - 4) 注意深く服を脱がせる。この間、男女、個人のプライバシー保護にも留意
  - 5) 除去した衣服、物品はビニール袋に入れ、口を堅く閉じる
  - 6) 頭をくぐらせなければいけない衣服はハサミで切る
  - 7) 次にここでいったん、除染を行う者は改めて、手を洗う
  - 8) 身体に付いている器具（眼鏡、補聴器、かつら、義肢）を全て取る
  - 9) 眼鏡、コンタクトレンズを外し、洗眼する
  - 10) コンタクトレンズを外す救助者は、被害者の眼を汚染させないように留意
  - 11) 開放創がある場合には、その部分から除染を開始する
  - 12) 顔、髪を微温湯で洗い、濯ぐ
  - 13) 首から下をスポンジで優しく洗う。強く擦ってはいけない。
  - 14) 洗浄後の廃液は、きちんと保管しておいて、毒物の濃度確認後、下水に流すのが理想的である。しかし、大量の微温湯を使用していれば、廃液を保管せずとも良いとの説もあり、未解決問題である<sup>3)</sup>。
  - 15) 低体温を来さない様に、水分を丁寧に拭取り、新しい着衣、毛布をかけ保温に努める。
  - 16) 最終的に、化学兵器による汚染が除去されたかを検知器で確認するのが理想的。



各ゾーンで、繰り返し、ドリアーゼを行い、気管内挿管などの救命処置を優先させる。

## 引用文献

- 1) FR Sidell: Management of chemical warfare agent casualties A Handbook for Emergency Medical Services, HB Publishing, Bel Air, MD, 1995.
- 2) First Responder Chem-bio Handbook Tempest Publishing, Alexandria, VA, 1998
- 3) Pons P, Dart RC: Chemical Incidents in the Emergency Department: If and When. Ann Emerg Med 1999, 34: 223-5.

# 神経剤治療プロトコール

## 重症度と症状<sup>1)</sup>

極軽症	縮瞳±鼻汁 眼症状
軽症	縮瞳、鼻汁、軽度の呼吸困難
中等症	縮瞳、鼻汁、中等度～重度の呼吸困難、吐き気、嘔吐
重症	重度の呼吸困難、極度の分泌液、吐き気、嘔吐、痙攣、麻痺、無呼吸

治療の順番としては、除染、呼吸補助、薬剤投与（硫酸アトロピン、パム、ジアゼパム）で考える<sup>2)</sup>。

治療薬剤としては、atropin、PAM、diazepamの三者がグローバルスタンダードとなっている。これらの薬剤は、軽症以上の症例に使う<sup>1)</sup>。

硫酸アトロピンの初回投与量は、2mg（小児は、0.02mg/kg）。アトロピンの副作用（頻脈、高体温、幻覚、譫妄、排尿困難）に注意、脈拍数を目安に、（目標70）投与。瞳孔の大きさは投与の目安にならない<sup>2)3)</sup>。

PAMの初回投与量は、1gを5%糖もしくは生食250mlに溶かして、20分で滴下する<sup>2)</sup>（小児の投与量は確立していないが、初回投与量の目安は15mg/kg<sup>4)</sup>）。急激な静注では、高血圧が知られている。1時間経っても症状改善無ければ、追加投与する<sup>1)2)</sup>。

重症例で痙攣、筋収縮がみられる場合には、diazepam 5mgをゆっくり静注する<sup>2)</sup>。

欧米では、投与の簡単さ、速さから、自動注射器が推奨されている<sup>2)</sup>。（ATROPEN<sup>®</sup>は、硫酸アトロピン2mg、COMBOPEN<sup>®</sup>は、PAM-Cl 600mg、DIAZEPAMは、diazepam 10mgが入っている。ATROPEN<sup>®</sup>とCOMBOPEN<sup>®</sup>が二本組みになったものがMark I kit<sup>®</sup>として市販されている。）

## 引用文献

- 1) S R White, E.M. Eitzen: Hazardous Materials Exposure In: Emergency Medicine -comprehensive study guide- 5th edition American College of Emergency Physicians (ed) McGraw Hill, 1999, p1201-15.
- 2) FR Sidell: Management of chemical warfare agent casualties A Handbook for Emergency Medical Services , HB Publishing, Bel Air, MD, 1995.
- 3) 井上尚英 榎田裕之: サリンによる中毒の臨床 臨床と研究 1994; 71: 144-148.
- 4) FR Sidell: Nerve Agents Chem-Bio Web 資料

# シアン化合物治療プロトコール

亜硝酸アミルを吸入させるか、もしくは、bag-valve mask の中に、亜硝酸アミルを入れて換気する<sup>12)</sup>。

次に、亜硝酸ナトリウム（本邦に製剤なし）を300mg（小児は10mg/kg）数分かけて静注する。亜硝酸によって人工的に、わざと、メトヘモグロビン血症とさせる理論だが、メトヘモグロビン濃度の調節ができないのが、欠点。貧血の場合は、致命的になることがあるので注意する。一酸化炭素中毒合併時には禁忌となる。投与量が多くて、重篤なメトヘモグロビン血症になったときは、メチレンブルーを使ってはいけない。シアン中毒が悪化する<sup>12)</sup>。

続いて、チオ硫酸ナトリウムを12g（小児では0.4g/kg）投与する<sup>12)</sup>。

亜硝酸アミル（ナトリウム）、あるいは、チオ硫酸ナトリウム単独でも効果はある（前者単独で青酸の毒性を1/2に、後者単独で、1/3に、両者併用で1/5にする）<sup>1)</sup>。

欧米では、亜硝酸アミル、亜硝酸ナトリウム、チオ硫酸ナトリウムの三つがシアン中毒キットとして、商品化されている<sup>2)</sup>。

## 引用文献

- 1) 内藤裕史: シアン・ニトリル類、中毒百科 南江堂, 1991, p 10-17
- 2) FR Sidell: Management of chemical warfare agent casualties A Handbook for Emergency Medical Services, HB Publishing, Bel Air, MD, 1995.

厚生科学研究費補助金（厚生科学特別研究事業）

分担研究報告書

研究課題：「他施設医療チームによる人的資源の活用について」

分担研究者：山城正登 沖縄県立北部病院長

研究協力者：佐々木秀章、宮城政剛

目的：

沖縄県北部地域は沖縄県内においても社会資本整備の遅れた地域であることは論を待たない。また、人的資源においても同様であり、医療面では自己完結型は不可能なため日常的に他地区医療機関の応援を得て運営を行っている。

国家的行事が当地区で滞りなく運営されるためには高度な医療レベルを持つ他施設専門医療チーム（以下、専門チーム）の応援は不可欠であるが、その能力を最大限発揮できるシステムを提供することが当院の責務である。当院における専門チーム運用の方針、対策について検討する。

方法：

これまで示されたG8九州沖縄サミット医療対策委員会の資料をもとに、当院の施設、人的資源、医療体制を鑑み、最も有効に専門チームを活用できる方

法を研究した。

結果：

1、指揮命令系統について

院内情報、地域情報を把握し、地方において重みをもつ地域ネットワークを有効に利用しうる観点から、また、情報収集にあたってこれら基礎的条件無くして適切な解釈は困難である観点からも、専門チームを含む院内のすべての指揮命令権は当院院長を責任者とする院内対策本部が持つべきである。

専門チームは対策本部の指示のもとに医療行為を担当するが、常に院内に8チームの待機が予定されており、円滑な情報の流れを確保するため勤務交代毎に救急チーム5チームのうち1チームを指定、リーダーチームとし対策本部に参画、適切な助言と各専門チームへの対策本部の指示の伝達、情報の提供収集を行う。

なお、中毒専門チームについては全員対策本部付とし、当院スタッフ、他専門チームへのコンサルタントとしての役割を担う。

## 2、 専門チームへの支援体制について

### (1) 医療業務支援

院内システムや物品配置に不案内な他施設で、スムーズに十分な医療行為を行うことは不可能である。専門チームが医療業務を行うときは、チーム全員が医療のみに専念できるように当院スタッフが支援にあたる。

#### <医師による支援>

専門チーム毎に当院医師を指定、担当とし、院内の案内や資機材の情報提供等総合的な支援を行う。手術室を使用する場合は麻酔科医師も支援にあたる。

#### <看護職による支援>

医療行為を行う部署の看護職が専門チーム看護職の支援につく。救急室においては資機材、物品の提供、連絡案内係として救急室勤務看護職がその任にあたる。

手術室では当院看護職に専門チームを指定、担当とし外回り看護を行う。基本的に1チーム毎に1人の支援体制をつくり、手術室婦長、主任、麻酔科医師は全手術の調整、管理、監督を行う。

専門医療チームが主治医となり入院患者を見る場合、5階東（空床確保病棟）の看護職がその支援にあたる。

### (2) 生活支援

専門チームは2交代での配置であり、体力、健康維持のため、待機時間についても考慮する必要がある。しかしながら十分なアメニティーの確保は困難であり、最低限として男女別の控え室、仮眠用の簡易ベッド確保等を考慮する。

## 3、 想定される状況と専門チームについて

### I) 一般救急

当院はG8サミット期間中も一般救急外来を受け入れる。当院スタッフが担当するが、中毒チーム等の専門知識が要求される状況ではコンサルトを行う。

### II) 首脳来院

専門チームが担当する。指定された当院医師、看護職が支援にあたる。

### III) 首脳を含まない集団災害

本部の指示のもとに専門チーム、当院スタッフにて診療にあたる。専門医療チームは主として赤（重症）を担当する。当院スタッフも診療にあたる必要があり、専門チーム支援には当院の部長職医師をあてる。

### IV) 首脳を含む集団災害

まず、対策本部により首脳診療に必要な専門チーム、支援担当スタッフを確保する。首脳診療を担当しない専門チーム、当院スタッフは集団災害患者の診療にあたる。

まとめ：

他施設専門医療チームの人的資源をいかに有効に活用するかについて、これまでの資料をもとに具体的に当院の

方針を述べた。肝要な点は、まず指揮命令系統を明確にし、「船頭多くして船山に登る」状態を避けることであり、さらに、当院スタッフは援助者としての役割を進んで果たすべき点である。

あらかじめ、当院スタッフ、専門チームスタッフのコンセンサスを得る必要があり、また円滑な組織運営の為に可能な限りのヒューマンネットワークの構築が望まれる。



## 沖縄県立北部病院（拠点病院）

### サミット対応要綱

#### 北部病院の位置付け

サミット時は拠点病院となり、真栄城委員長を代表とする医療班に含まれる。サミット期間中はブセナには中部病院、厚生省派遣医師団が詰め、初期治療、トリアージが行われる。当院には厚生省派遣として救急 10、整形外科 2、心臓外科 2、脳外科 2 チーム（1 チーム約 5 名（医師 2+麻酔 1+看護職 2）、2 交代のため院内には 8 チームが待機）に加え中毒担当の医師団 4 名（中毒治療 2+分析 1+感染症 1）が配置される。厚生省派遣医師団は主に各国首脳の治療にあたる。

また、集団災害時にも拠点病院として機能する。

#### 業務体制について（別紙参照）

7 月 1 日（土）から 7 月 14 日（金）

空床確保（20 床 -  $\alpha$ 、自宅で管理できる患者は自宅で、転院手配、訪問看護の増強）

→7 月 1 日より開始し 7 月 17 日（月）を目標とする。

一般外来は続けるが入院は緊急のみとする。

通常手術は入院期間を考慮して予定する。

救急はすべて受け入れる

#### 体制

救急時間外体制の増強（看護職は空床となった病棟からの応援を得る）

医師（通常どおり内科、外科、産婦人科、小児科 1 名当直に加え、内科は On call を指定）

看護職は通常体制（時間内は平日 3、休日 5、時間外は準夜、深夜とも 2）

検査科、放射線科は 1 名院内待機 - On call 体制

7月15日(土)から7月20日(木=祭日)

一般外来は予約をあらかじめ中止し、新患のみ受け入れる(17-19日)

通常手術、各種予定検査は中止

一般救急は受け入れ、救急入院、緊急手術は行うが可能な限り転院を考える  
常に20床+ $\alpha$ の空床確保が必要

(5東は7月1日(土)より17日(月)を目標に20床確保)

ロビーは偶発事故時の治療センターとして簡易ベッド等を配置

(会計、薬剤部門は利用できるようにしておく)

駐車場は17日(月)から南側を駐車禁止とする。

院外(別紙地敷地内誘導路は一方通行とする。

7月19日(水)に簡易ベッドの配置や除染テント等の準備を行う

#### 体制

医師(救急)

日勤 救急室担当に内科2名、外科系2名(外科+整形外科)

時間外 内科2名、外科系2名(外科+整形外科)

時間外は検査(2)、レントゲン(2)、薬局(1) 院内待機+各々 On call 体制へ  
看護職は時間外2→3名へ増員

時間内、時間外とも院内待機婦長1名

7月21日(金)から7月23日(日)

受け入れは首脳、代表団+偶発事故災害

警備陣は北部(為又)診療所、希望ヶ丘診療所(特設)より受け入れる

→入院は国療へ搬送

一般救急+緊急手術は受け入れるがなるべく転院を考慮すること

#### 体制(救急)

昼 内科2名、外科系2名(外科+整形外科)

時間外 内科2名、外科系2名(外科+整形外科)

血管造影、消化器内視鏡の看護婦確保(手術室と合わせ2名院内待機)

看護部長、副部長のうち1名は院内待機

時間外は検査(2)、レントゲン(2)、薬局(2) 院内待機+各々 On call 体制

## 対策本部

偶発事故の情報が入った場合、院長が設置を判断する。

地域医療部+人間ドック室に設置

各種連絡方法を配置、統括すること（災害専用電話、ファックス、無線、携帯等）

緊急召集方法、責任者をあらかじめ把握しておく

（医局→副院長、看護部→看護副部長、事務→管理課長、各部署責任者が作成のこと

また、不在時は代理を指名すること）

本部長 院長

副本部長 副院長、事務部長、看護部長

本部長 業務課長、管理課長、副看護部長、事務職員数名

（時間外においては暫定対策本部の項参照）

### 7月15日から20日

日中は院長または副院長が院内待機のこと

夜間は院長、副院長は On call とし夜間当直医師の中から暫定責任者を決め暫定対策

本

部を設置する。

看護部は院内待機婦長を1名置く。

### 7月21日から23日

院長、副院長のいずれかは院内待機のこと。

看護部は部長、副部長のうち1名は院内待機。

### 業務

- 1、情報収集（対外的と院内と分担する）
- 2、職員の緊急召集、院内放送
- 3、職員の適正配置（厚生省派遣団を含めて）
- 4、情報の整理、報告（院外、院内）
- 5、不足物品の集計、供与
- 6、2次災害防止（避難、誘導、安全防护措置の指示伝達）
- 7、搬送の許可、手配
- 8、状況により職員やその家族の安否の確認、職員の食事の手配
- 9、院内治安維持（病院内外にはサミット前より警備隊が入るとされる）

## 10、 マスコミ対策（サミット期間中は医療本部がマスコミ対応を行う）

### 暫定対策本部

時間外救急受付におく。

リーダーは当直医の中から状況により選任する。

副リーダーは看護部管理職より1名とリーダー以外の当直医の中より1名をあてる。

全職種の当直が本部員となる。

各病棟は救急室応援看護婦1名を申し送り時に選任し、緊急時に暫定対策本部に送る。

### 業務

- 1、情報収集
- 2、対策本部召集
- 3、院内放送「偶発事故発生、マニュアルにしたがった対応をお願いします。」
- 4、職員の緊急召集
- 5、職員の必要部署への配置

## 首脳入院時の対応

首脳来院の連絡があった場合、速やかに救急室内（待合、観察室を含む）の人員を移動する。

医療は厚生省派遣医師団が担当するが、各々当院医師、看護婦が後方支援する（別紙）。対策本部の指示に従う。

### 方針

#### まず院内放送

「救急室患者様の搬送を行いますので各病棟看護職は救急室へお集まりください。」

- 1、各病棟よりの看護職の応援を得て、重症患者を病棟に移送する。申し送り不要。
- 2、軽症、診察待ち患者は、内科処置室、ロビー（簡易ベッド配置）、内科外来へ誘導し、ここで診療を行う。
- 3、救急室には厚生省派遣医師団を支援する担当医師と救急室看護婦数名が残る。
- 4、移動した一般救急患者は上記以外の医師、看護職（病棟応援を含む）が診療する。
- 5、首脳収容後、救急入り口は閉鎖、正面玄関を使用する。
- 6、薬局、業務課間の通路と放射線へ通じる通路は通行制限
- 7、すでに院内にいる見舞い客等の移動（エレベーター、階段）は指示あるまで禁止  
売店は閉鎖
- 8、首脳は救急室内で処置を行い、5 東またはリハビリ室へ収容の予定。
- 9、首脳の CT scan は血管造影室の使用を予定。
- 10、首脳の看護が必要な状況や5 東入院が発生した場合、5 東看護職が担当支援。

## 偶発事故発生時の初期対応

(すでに院内にいる救急患者やその付き添いについて)

各病棟よりの看護職の応援を得て、重症や経過観察患者を病棟に移送する。申し送り不要。

軽症、診察待ち患者、付き添いは医師会病院等の受診を勧め院外へ誘導するが余裕がなければ内科処置室、内科外来へ誘導し、ここで診療を行う。病棟からの応援看護婦が担当し診療は、偶発事故の対応後となる。

### 1、被災患者収容の流れ

院内(別紙地図) (首脳は5東またはリハビリ室をあてる)

### 2、トリアージセンター(トリアージについては別紙参照)

配置、誘導(机、たて看板、椅子、タッグ、ボラロイドカメラ、  
ストレッチャー、車椅子等、7月19日(水)に準備)  
夜間照明をあらかじめ設置

トリアージチーム 3チーム(状況により増減)

(1チーム=医師1+看護婦2+事務1名(業務課))

### 3、トリアージ群ごとの対応

#### 黒

そのまま保健所(リハビリ室)へ収容、院内には入れない

院内死亡は地下(霊安室、解剖室他)

担当 病理(医師+技師)

#### 赤

救急室内へ、多数の場合は経過観察室も併用

要手術患者は手術室、救急室での手術、血管造影、検査、病棟へ

担当 外傷なら外科系(外科、脳外科、整形外科)

中毒等なら内科

救急外来看護婦を主体として応援(含む手術場)を適宜要請

#### 黄

待合室へ、簡易ベッドはあらかじめ配置

入院が必要であればエレベータにて病棟へ

担当 赤タッグ担当以外の内科外科系医師(含む泌尿器、耳鼻科、婦人科等)

応援看護婦（空床確保病棟看護婦）

緑

駐車場にテントをはり、処置、記録を行う、院内に入れない→そのまま帰宅

（テント設営されていない時は内科、整形外科等の待合室を利用する）

災害カルテは作らず、トリアージタグで代用（住所氏名は確実に記入）

処置後帰宅、（外来予約可能）

担当 小児科医師、看護婦（病棟よりの応援等）

事務員（住所氏名電話等、帰宅者の名簿作成）

## 各部署の対応

**すべての部署は7月までに補充計画を作り、十分な備蓄を持って望むこと**

### 事務部門

業務課 偶発事故時はトリアージチームとしてタグへの記載、患者誘導をおこなう

緑タグ患者の帰宅時にタグの記載内容確認、回収を行う

管理課 本部員として情報収集や伝達、各種の手配を行う

### 看護部

7月15日－20日 院内待機婦長1人

7月21－23日 看護部長または看護副部長が院内待機

看護婦宿舍、病院近くに居住するものは登録しておきすぐに呼び出せる体制を作る。

（乗用車はあてにするべきではない、徒歩、自転車の準備を呼びかける）

血管造影、消化管内視鏡担当の看護職(手術室中心)はサミット期間中2名院内待機。

（経験者は17日(月)－23日(日)の間、病棟勤務をはずし手術室配置とする。）

### 手術室

柔軟な対応が必要であり、対策本部の指示に従う

手術室経験看護婦は17－23日の間、病棟勤務をはずし手術室配置とする。

### 5東病棟

看護職は、救急応援につく。あらかじめ救急室内の配置になれる必要がある。

5東に入院患者が生じれば対策本部の指示にしたがって動く。

21日－23日嘉手刈婦長、福原主任のいずれかは院内待機のこと。

#### 各病棟

緊急コール時に各病棟から救急室の応援にできる看護職を引継ぎの時に決めておく  
火災訓練と同様に避難体制（トイレ内の確認、火気の確認等）、持ち出し物品、名簿等を  
確認する。

#### 中央材料部

診療材料担当者（赤嶺）は 21-23 日の日勤は院内待機、夜間は On call  
あらかじめ縫合セット等を多めに準備する。また、使用済み物品の処理を早める。  
数が少ないものはあらかじめ購入しておく。  
（厚生省派遣団の使用した物品の消毒についてはあらかじめ取り決めを行う）

#### 訪問看護

入院患者の一部は一時的に在宅へ誘導する。  
定期投薬等は多めにできるものはあらかじめ考えておく。  
また、患者、家族にサミット時の訪問看護は緊急のみとなることや救急室利用についても説明しておく。

#### 薬局

通院患者、入院患者の定期処方がかからないようにする  
緊急薬品の備蓄、手配先の確認  
厚生省派遣団持込の中毒用薬品、解毒剤等の管理  
抗ハブ血清、抗ハブクラゲ血清等の管理  
輸血の備蓄（後日必要量を決定する）、手配  
日勤帯は業務内容に見合った配置をとり、連絡方法を明らかにしておく  
時間外体制

7月1日-14日 On call

7月15日-20日 1人院内待機+On call

7月21日-23日 2人院内待機+On call

#### 検査

日勤帯は業務内容に見合った配置とする  
連絡方法を明らかにしておく  
時間外体制

7月1日-14日 1人院内待機+On call

7月15日-23日 2人院内待機+On call



偶発事故時は対策本部の指示により召集

#### 放射線

日勤帯は業務内容に見合った配置とする

連絡方法を明らかにしておく

放射線測定装置を救急外来にて利用可能な状態を維持する

時間外体制

7月1日-14日 1人院内待機+On call

7月15日-23日 2人院内待機+On call

偶発事故時は対策本部の指示により召集

#### 栄養室

偶発事故時の職員、厚生省派遣団の食事を考え備蓄、準備する

(備蓄計画を作成し院長へ)

#### 中央監視室

電話配線、インターネット配線、テント設営等インフラ整備

電気、ガス、酸素等の予備量のチェック、整備報告

また、首脳収容を予定しているリハビリ室への酸素、圧縮空気ポンペの手配

(チェック項目を作成し院長へ)

停電時の対応の再確認、院長への報告

病院被災があれば病院業務が継続可能かどうかを調べ本部に報告する。

7月20日-23日 1人当直+On call 指定、連絡先を明らかにする。

リハビリ室7月15-23日は休止、首脳収容室として整備する。

売店、食堂は通常営業を予定する。

## 北部病院 業務体制

	7月1日(土) - 14日(金)	15日(土) - 19日(水)	20日(木 = 祭日)	21日(金)	23日(日)
一般外来	○ (入院は緊急のみ)	△ (17-19日は新患のみ)	/	/	/
通常手術	○ (入院期間を考慮のこと)	/	/	/	/
救急外来	○	○	○	○	○
救急手術	○	○	○	○	○
予約検査(FGS, CF, US等)	○	/	/	/	/

(17-19日は一般外来も行うが予約を入れないこと、21日は一般外来は閉鎖)

## 北部病院 診療分担

	7月1日(土) - 14日(金)	15日(土) - 19日(水)	20日(木 = 祭日)	21日(金) - 23日(日)
首脳				○ (昼は会議場,各ホテル,プゼナ診療所より搬送、夜はマンザ,かりゆし,プゼナ,カヌチャ担当)
代表団				○ (同上)
マスコミ	○	○	○	/ (北部医師会病院が担当)
警備陣	○ (健康管理センターよりの搬送)	○ (健康管理センターよりの搬送)	○ (要入院は国療へ搬送)	○ (要入院は国療へ搬送)
集団災害	○	○	○	○

## 医師勤務体制

	7月1日(土)～14日(金)	15日(土)～19日(水)	20日(木=祭日)	21日(金)～23日(日)
院長、副院長	時間外 On call	日勤帯はいずれか院内待機、時間外 On call	同左	いずれも院内待機
内科	通常(1名当直) + On callを指定	救急担当 日勤時間外とも2名づつ	同左	同左
消化器グループ	通常(On call)	山城、金城(光)いずれか On call	同左	宮城院内待機 山城、金城 On call
循環器グループ	通常(On call)	玉城、芹沢いずれか院内待機、当真 On call	同左	玉城、芹沢院内待機 平田、当真 On call
放射線(玉城)	On call	同左	同左	院内待機
腎臓内科	日勤は当番医 時間外 1st 宮里、2nd 金城	同左	同左	同左
外科	通常(外科系1名当直)	救急担当 日勤時間外とも外科系で2名 (外科+整形)	同左	同左
整形外科	通常(外科系1名当直)	救急担当 同上	同左	同左
脳外科(内原)	On call	同左	同左	同左
麻酔科	On call	同左	同左	比嘉、大塚いずれか 院内待機
小児科、産婦人科	通常(いずれも1名当直)	同左	同左	同左
耳鼻科、泌尿器科、眼科、 病理	On call	同左	同左	同左

厚生省医療班			専門手---ム (2交代制) (外傷5、脳外科1、整形1、心臓外科1、中導手---ムが常駐)
--------	--	--	---

### 院内各部門の体制

	7月1日(土) - 14日(金)	15日(土) - 19日(水)	20日(木=祭日)	21日(金) - 23日(日)
看護部管理者	On call 指定	院内待機1名 (婦長)	同左	院内待機1名 (看護部長、副部長)
救急室看護職	通常体制(時間内は平日 3、休日5、時間外は2)	時間外2→3へ増員 (一般外来、5東より応援)	同左	同左
手術室看護職	通常(2名 On call)	同左 (全員連絡先を明らかにする)	同左	血管造影、内視鏡と合わせ 2名は院内待機
一般病棟看護職	通常	通常 5東は救急応援へ	同左 (救急室応援者を決めておくこと)	同左 (5東は嘉手刈、福原いずれか院内)
放射線科	院内待機1名 + On call	院内待機2名 + On call	同左	同左
検査科	院内待機1名 + On call	院内待機2名 + On call	同左	同左
薬局	On call	院内待機1名 + On call	同左	院内待機2名 + On call
事務部	通常(院内待機不在)	通常	管理課1名、業務課2名	21は平日、22,23は同左 院内待機1名 (事務長、課長クラス)
中央監視室	通常(日勤5、当直1)	通常	当直1名 + On call 指定 (全員連絡先を明らかに)	同左