

## 第3章 災害急性期対応

### 発災直後から災害対応レベルの決定まで

#### 発災から発災直後

地震の場合、揺れがおさまるまでは、自分自身の「身の安全確保」が第一優先である。体感的な強い揺れが強く、1分以上続く地震の場合は、遠隔ないし近隣に被害をもたらす地震であることを覚悟し、その後の対応に移る（津波が襲う可能性のある地域は緊急避難の対象となる）当院では気象庁から得られる緊急地震速報を利用した対応システムを導入し、大きな揺れが来る前に、地震動の到達を予告して警報を鳴らし、エレベータの停止・開扉と自動ドアの開扉が行われるようになってきているが、直下型地震の場合、揺れの方が早く到達することもあるので、警報の有無に関わらず強い揺れを感じたら、自分の身の回りの落下物、転倒物から身を避け、間近に手助けが必要な患者がいれば一緒にしゃがみ込むなどの瞬時の行動をとる。緊急地震速報への対応は、巻末の緊急地震速報マニュアルによる。揺れがおさまってからは、ヘルメットを着用し、余震による二次災害がないよう応急的な措置（落下物を安全な位置に移動、通路の確保、入院患者への接続機器、点滴の安全確認、等）を講じる。

その後の対応の基本は、まずテレビなどからの情報により震源地と地震の強さを確認し（情報が出ない場合は最悪のケースを考える）、周辺の被災状況を確認しつつ、災害対策本部の設置を目指し、本部要員は災害対策本部に参集し（休日夜間も同様）、本部要員以外は部署の物的、人的被災状況を確認して本部報告のための報告書（災害時被災状況報告書（第1報）、第 章）を作成して、本部に報告する。

#### 災害対策本部の設置

本部に参集した人員は、必要な通信手段（NTT専用回線、等）を設置し災害対策本部の設置を院内放送などで宣言し、以下の対応にあたる。

#### 被害状況の把握（院内外）と院内対応レベルの決定・宣言

本部では、テレビ等からの情報収集を継続するとともに、各部署から集まる被災状況をチェックリストに応じた施設・設備点検、被災状況報告（第1報）などにより集約し、被災状況の全体像をいち早く掌握する。特に病院機能に直接影響する建物自体の被害、電気、水などのライフライン、人的被害に注目する。それらの情報から病院の緊急避難が必要な場合（第 章 病院避難の基準参照）は、「病院避難マニュアル」に従う。

災害対策本部は震源の場所、被災状況の程度を総合的に判断して、その後の病院の対応レベル（第 章 対応レベル参照）を決定する。なお、震災の激震地となった場合の建物

自体の安全性は、正確には専門の判定士による応急危険度判定によって決定するが、判定士が不足し判定に長時間を要する現状を踏まえると、自院の建物の耐震性を勘案した現場での判断に依らざるを得ない。院外の被災状況は、発災直後に把握することは難しいが、周辺の目に見える状況を確認して、先ずはおおまかにそれを判断する。

#### 外部への被災状況、病院の患者受入れ情報の発信

災害対策本部は、被災状況が判明した時点で、院内対応に平行して、EMISの更新を行い緊急情報を発信する。また、消防本部ならびに地域防災協定に定められている連絡施設に被災状況・受入れ可能状況を報告する。詳細な院内情報が得られたら、EMIS等の詳細情報を入力して発信する。

### 急性期被災患者対応（レベル3対応）

#### 急性期多数傷病者受入れ対応の原則

災害急性期の多数傷病者を受け入れるためには、普段とは異なる「災害モード」での診療体制が必要となる。まずは既存患者の安全を確保し、次に外来や緊急受入れに必要な部署では、既存の患者を帰宅、移動させて、できるだけ多くの被災患者を受け入れられる体制をとる。マンパワーの確保と機能的な配置も重要なポイントである。以下にその主なものを挙げる。

なお、院内被害のため多数傷病者を院内で診ることが不可能または危険な場合は、状況により病院入り口または外来ホールで、できる限りの応急処置と患者の転送の手配を行う。外部からのDMATの支援が受けられる場合は、この活動に協力してもらう。

#### 外来診療体制

外来職員は、患者を落ち着かせるとともに、建物やライフラインの被害、怪我人、医療機器の故障がないかを確認し、応急的に対応するとともに対策本部に報告する。発災が通常の外来診療時間の場合、多くの患者が受診している（ここでは既存患者と呼ぶ）が更に多数の傷病者が受診することによる混乱を避けるため、症状・状態の落ち着いている定期通院患者の診療は可及的簡便に短時間で終了して、より緊急性の高い傷病者に対応出来るようにする。そのためには、既存患者に対しては、診療せずに帰れる人は帰し、必要な薬がある人には、院外処方をして（この場合の処方期間については近隣薬局と話し合いで原則を決めておく）とよい。会計は後日とする。各種検査もできるだけ後日に振り替える。なお、院内での怪我人で処置・処方が必要な場合は、状態に応じて被災患者と同様に扱う。外来診療スペースの一部（場合によって拡大）は被災傷病者専用のもので受入れ体制を整える。この体制への変更は、対策本部の指示（レベル3対応）による。

#### 入院診療体制

病棟職員は、患者を落ち着かせるとともに、建物やライフライン、怪我人、医療機器、点滴、酸素などの故障や接続の不具合がないかを確認し、応急的に対応するとともに対策本部に報告する。患者の中に自宅などへの帰宅を希望するものがあれば、主治医の承諾（連絡で可）を得て一時退院（災害退院）とする。病棟は4人床を6人床の運用として集約し、被災患者用の6人床部屋と個室を準備する（増床体制）。この体制への移行は対策本部の指示による。またこの体制は、各病棟の既存の入院患者数などのバランスを考慮して本部の指示により、外科系病棟から順次拡大してゆく。ICUは重症被災患者の受け入れのため、一般病棟に出せる患者を選定し、病床コントロール部門の調整を受けて、患者が搬送できる状態になったら受入れ病棟職員が迎えに行き搬送する。

#### 手術体制

予定の手術は延期可能なものはすべて延期して、被災患者の手術に備える。現在行っている手術は、可及的早期に終了して、手術の出来る職員の待機体制をとる。当院では救急医の数が限られているので、被災患者の手術は原則、その手術を行える専門科の外科医が担当する。手術順位・手術部屋の決定は、緊急性と専門科の対応可否を勘案して、麻酔科責任者（または救急部門治療責任医師との協議）が決定する。手術に関わる同意書の取得については平常時の緊急手術時の際に準じて行う。

#### 夜間・休日対応

発災が休日や夜間であった場合、絶対的にマンパワーが不足する。また参集すべき職員が震災被害（怪我や交通事情）で登院できない事態も容易に推測される。しかしながら被災患者は搬送され、受診して来るので、この場合は出来る範囲で対応するしかないかと考える。この際に肝要なのは、対応すべきことの一部しかできない中で、「何ができて、何を優先し、何を準備して、何に対応してゆくか」である。パニックになり、何も出来ないという最悪のシナリオを避けるために、大規模な訓練とは別に少人数でのシミュレーションやイメージトレーニングを行っておく必要がある。

災害時に対応する部門・責任者・連絡先・主な活動内容（レベル3）

当院での急性期を中心とした被災患者対応部門の一覧を示す。

新設部門（設置場所）			責任者（役職）	連絡先（PHS）	連絡先（内線）	トランシーバー	主な活動内容
本部	新1	災害対策本部（第1会議室）	院長			●（Ch1、Ch8）	決定・命令機関・情報収集・管理
	新2	指揮所（外来ホール）	外科部長			●（Ch1、Ch8）	現場指揮・人員調整・患者登録・入院決定
赤対応	新3	救急外来トリアージ	救急医師			●（Ch1）	救急搬送患者のトリアージ
	新4	赤患者受付（救急外来）	医事係長				赤患者の受け付け・情報管理
	新5	救急外来	救急外来リーダー医師			●（Ch1、Ch8）	赤患者の初期治療
	新6	赤患者搬送	救急看護師			●（Ch1）	赤患者の搬送（検査・手術・入院）
	新7	赤患者家族対応	病棟看護師（ICU）				赤患者家族への対応
黄対応	新8	病院正面トリアージ	DMAT看護師（5西・7東）			●（Ch1）	軽症患者のトリアージ
	新9	黄患者受付（外科外来）	医事班長				黄患者の受け付け・情報管理
	新10	黄患者治療（外科外来）	整形外科医長			●（Ch1）	黄患者の初期治療・検査
緑対応	新11	黄患者待機（外来廊下）	泌尿器科医長			●（Ch1）	一時待機中の黄患者の管理
	新12	緑受付（皮膚・形成外科外来）	医事課職員			●（Ch1）	緑患者の受け付け
黒対応	新13	緑治療（皮膚・形成外科外来）	形成外科医長				緑患者の診察・治療
	新14	安置所（地下）	検査科長（病理医師）				死亡確認・遺体安置・引取りの手続き
その他	新15	総合案内（外来ホール）	患者相談室長			●（Ch1）	（患者登録）・関係者の誘導・案内
	新16	家族対応（内科外来）	内科外来師長			●（Ch1）	患者家族の誘導・待機・情報提供
	新17	マスコミ対応（看護学校3F）	管理課長				マスコミの誘導・待機・情報提供
	新18	物品搬送	契約係長			●（Ch1）	必要物品の搬送
	新19	母子支援センター（産科外来）	産婦人科師長				妊婦・乳児の支援

既設部門		責任者（役職）			主な活動内容
既1	一般病棟（9病棟）	各看護師長		●（Ch1）	赤・黄患者の継続治療
既2	ICU病棟	ICU師長		●（Ch1、Ch8）	赤患者の継続治療
既3	NICU・新生児室	NICU師長			未熟児・新生児のケア
既4	手術室	麻酔科部長・手術室師長		●（Ch1、Ch8）	手術順の決定・手術資器材の準備
既5	中央材料室	契約係長			中材物品の調達・搬送
既6	SPD	SPD常駐者			医薬品・診療資器材の調達
既7	外来	外来看護師長			新設部門立ち上げまでの初動
既8	血液浄化センター	血液浄化センター長			緊急透析・慢性透析の調整
既9	化学治療室	腫瘍内科医長			外来点滴関係・（黄患者待機）
既10	リハビリ室	リハビリ室長			中等症/軽症患者対応補助・患者搬送
既11	薬剤科	薬剤科長		●（Ch1）	臨時薬局・薬剤供給・院外薬局調整
既12	放射線科	放射線科部長		●（Ch1）	放射線検査・血管造影
既13	検査科	臨床検査技師長		●（Ch1）	各種検査・輸血の供給
既14	輸血管理室	輸血管理室長			輸血関係検査・血液の供給
既15	栄養管理室	栄養管理室長			入院患者・職員への食料の供給
既16	エネルギーセンター	電気士長・ボイラー長			ライフラインの保全・確保
既17	防災センター	管理課		●（Ch1）	施設の保全・初動・全館放送
既18	警備室	管理課		●（Ch1）	交通整理・駐車場の管理
既19	委託医療事務	医事課			受付・医療事務業務等

職員登録と職員配置（白板運用）

院内に誰がいて、どの部門で活動を行うのかは、特に休日・夜間の場合その把握が大切である。このために、平時から在院している職員とその活動場所を視覚的にとらえられるようにしておく必要がある。当院では、災害対策本部前に設置する、全職員の普段の職場、職種別のネームプレートを貼りつけた白板（白板 ）と、その人が在院する場合、災害レベル

3体制での活動場所にネームプレートを移動させるための白板(白板)を使用して、職員の登録と職員配置がわかるようにしている(白板に残っている人は不在か、の活動場所が決まっていない)。在院している職員や駆け付けた職員は自主的にこれらのボードでのネームプレートの移動を行う。本部前の混乱を避けるため、できるだけ部門の代表が被災状況報告を提出するタイミングで行う。

さらに、後述の新設部門については、前線本部である指揮所でもその関連の職員の参集状況を把握する必要があるので、外来ホール総合受付前には、急性期対応に必要な新設部門と関連の既設部門に特化した白板(白板)を準備し、運用する。この白板を効率的に運用するために、平常時から各人が活動する場所を想定し、そのネームプレートを準備して貼り付けておき、指揮所の指揮者の指示がなくとも既定の位置に各人が活動前に自主的に移動することが求められる。後に指揮所の指揮者(FM、後述)は、このボードで視覚的に職員配置をとらえて、増員や過不足の調整を行う。

白板①(職員登録用・登録前・本部前用)

医師 看護師 事務 コメディカル

医師	看護師	事務	コメディカル
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>8西</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>9東</p> <p>8東</p> <p>7東</p> <p>6東</p> <p>5東</p> <p>手術室</p> <p>救命</p> <p>外来</p> </div> </div>		

白板②(職員登録用・移動後・本部前用)

<b>新設部門</b>		<b>既設部門</b>		ICU病棟	薬剤科
対策本部	病院正面トリアージ 黄患者受付 黄患者治療 黄患者待機	9東			放射線科
指揮所(FM)		8西	8東		検査科
救急外来トリアージ 赤患者受付 救急外来	緑受付 緑患者治療	7西	7東	手術室	栄養管理室
赤患者搬送		6西	6東	中央材料室	工務センター
赤患者家族対応	総合案内 物品搬送 家族対応 母子支援センター マスクミ対応 安置所	NICU		SPD	防災センター
		5西	5東	血液浄化センター 化学治療室	警備室 委託事務

白板③ 急性期対応関連職員登録ボード(外来ホール)

<b>事前登録職員</b>		<b>実配置職員</b>	
対策本部	病院正面トリアージ 黄患者受付 黄患者治療 黄患者待機	対策本部	病院正面トリアージ 黄患者受付 黄患者治療 黄患者待機
指揮所(FM)		指揮所(FM)	
救急外来トリアージ 赤患者受付 救急外来	緑受付 緑患者治療	救急外来トリアージ 赤患者受付 救急外来	緑受付 緑患者治療
赤患者搬送		赤患者搬送	
赤患者家族対応	総合案内 物品搬送 家族対応 母子支援センター マスクミ対応 安置所	赤患者家族対応	総合案内 物品搬送 家族対応 母子支援センター マスクミ対応 安置所
この部分は裏面を利用しても良い			

トリアージ、受付、緊急度別対応(患者流れ図参照)

普段から救急車の受入れは救急入口、独歩受診は、日勤帯は外来正面入口、夜間は救急入口から入り、それぞれの入口付近の受付で受付けているが、震災時も院外からの基本的動線は同じである。ただ、多数傷病者対応の際には、病院正面入口でより緊急性の高い患者への対応が遅れないように、トリアージポストを立てて、トリアージを行う。また、トリアージによる緊急度(赤・黄・緑・黒)に応じて、それぞれの場所で患者対応を行うこ

とが異なる点である。トリアージポスト、緊急度別対応場所、またそれらに付随する部門を「新設部門」と呼び、これらの部門を指揮統括する新設部門として指揮所を置く。指揮所の位置づけは災害対策本部の出先機関（前線本部）とし、その機能としては、新設部門の人員配置、入退院コントロールとする。対策本部要員でもある医療部門の新設部門の指揮者（フロントマネージャー：FM）と看護部門からの病床管理マネージャーを置き、それらをサポートする補助者から構成される。救急車で搬送患者は、平常時と同じ救急入口から入るが、そこでもトリアージを行い、緊急性の低い黄、緑、黒にトリアージされた場合は、院内を通りそれぞれの受付に廻る。

トリアージカテゴリーが赤の患者（「赤患者」と呼ぶ）は救急外来受付でカルテを作成した後で、救急外来で処置・検査を行い、その後に必要に応じて手術室、ICU（または一般病棟）に主として救急関係者（必要に応じて応援搬送者）が搬送して対応する。

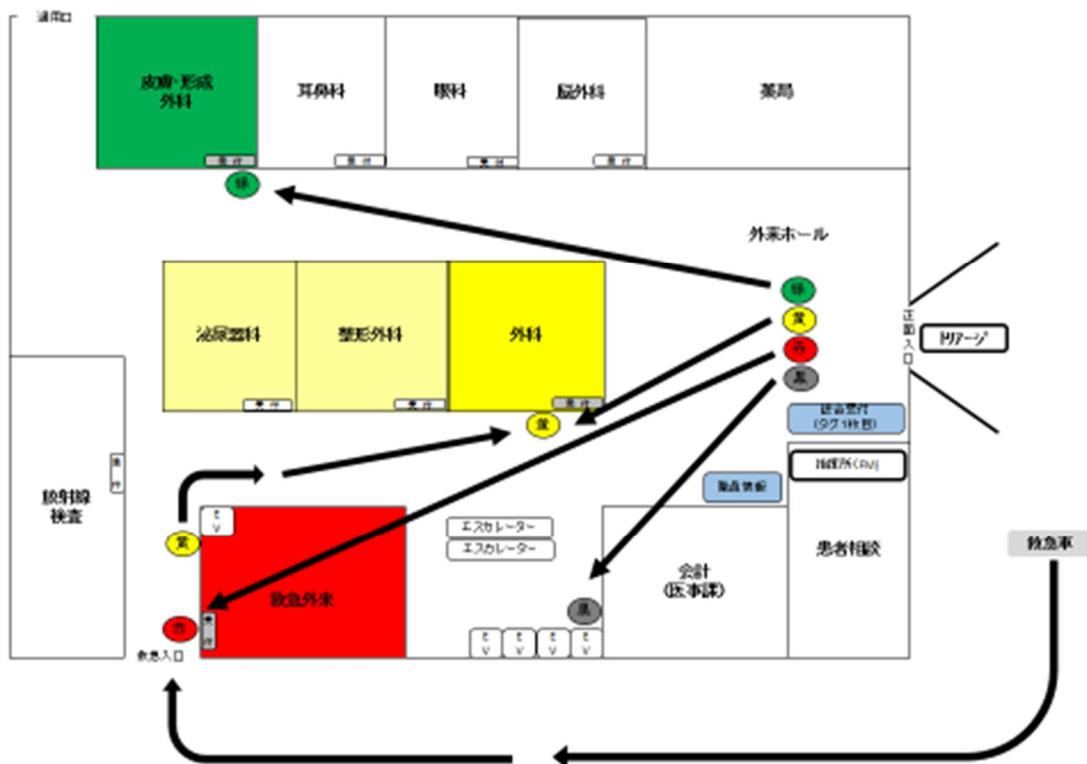
黄患者は、受付でカルテを作成し外科系の整形外来（必要性とマンパワーに応じて外科、泌尿器科、耳鼻科に順次拡大）で対応したのち、一般病棟に入院する。

緑患者はトリアージ後に、皮膚科・形成外科外来で受け付けし、トリアージタグをカルテの代わりとして対応し、可及的に帰宅させる。

黒患者は、地下の解剖事務室でカルテを作成し、病理医師による死亡確認後、ご遺体を、一時的に霊安室（順次解剖室、廊下等に拡大）に安置し、警察・家族による身元確認後に業者等によって行政の指定する遺体安置所に搬送する。

患者流れ図（レベル3、1F）

\*廊下の搬送は左側通行とする



## 諸運用

### トリアージタグ（院内用）

- 1) トリアージタグは1患者につき、1つの番号とする
- 2) トリアージタグの番号は当面の間は、被災患者の ID として付与されるものであるが可及的早期に通常の患者 ID に切り替える。この際必ずトリアージタグ番号と後から付与された ID との対比表を作成する
- 3) 平常時より 1 - 500 番までの番号を記入したタグを準備し、当直事務室に保管しておく
- 4) トリアージポストでは院内に入れる患者のトリアージ区分を判断してもぎりを行うとともに、赤・黄患者に対しては、トリアージ時間・患者氏名・年齢・性別・緊急度(トリアージ区分)・大まかな傷病名を記入し、その他の情報は、赤患者は救急受付で、黄患者は整形外科受付で記入する
- 5) 黄タグの1枚目は正面入口内の総合受付の白板 へ、2枚目は災害カルテ用、3枚目を患者の手首に残す
- 6) 救急外来で受付けた赤患者の1枚目は救急外来の白板で管理し、その情報を指揮所と白板 で共有する。黄・緑の場合は患者の移動ともに総合受付の白板 に貼りつける
- 7) 赤・黄タグの3枚目(台紙)は入院するまで患者に付け、入院後は病棟で保管する
- 8) 緑患者のタグは皮膚・形成外科外来で作成する
- 9) 緑タグは1枚目を緑受付に残し、2枚目は「来院証明」として患者に渡し、3枚目の台紙はカルテの代用として、出口(臨時薬局)で回収する
- 10) 黒患者のタグは解剖事務室で作成する
- 11) 緊急度の変更はタグをもぎ、区分の変更を記入し、受付のデータを変更するとともに、総合受付の白板上の1枚目の位置を移動する
- 12) 当院以外のタグは当院のものの下にホッチキスでとめる

白板へのトリアージタグ1枚目の運用のイメージ図を以下に示す。

白板④(黄・赤患者登録・総合受付用)

黄患者	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                   31001 ナニガシ                    8西交渉中             </div> <div style="text-align: center;">                   31003 ナニガシ   </div> <div style="text-align: center;">                   31004 ナニガシ   </div> <div style="text-align: center;">                   31008 ナニガシ                    7西決定             </div> </div>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                   31031 ナニガシ                    付添い有り 妹             </div> <div style="text-align: center;">                   31025 ナニガシ   </div> <div style="text-align: center;">                   31018 ナニガシ   </div> <div style="text-align: center;">                   31023 ナニガシ   </div> </div>	空床状況 ICU 9東  8西 8東  7西 7東  6西 6東  5西 5東	赤患者
			救急外来で受付けた患者は タグ1枚目は救急外来に残し、 ここには情報のみ
			カテゴリ変更患者 31009 タナカ 赤へ  31022 イケダ 緑(帰宅)
			実習室 リハビリ

白板⑤(黄・赤患者入院状況・総合受付)

ICU	8西	8東
		 31022 ナニガシ 
9東	7西	7東
 31013 ナニガシ 	 31003 ナニガシ 	 31035 ナニガシ 
	6西	6東
	 31055 ナニガシ 	 31044 ナニガシ 
	NICU	
	5西	5東
		 31073 ナニガシ 
リハビリ	実習室	

災害時カルテ

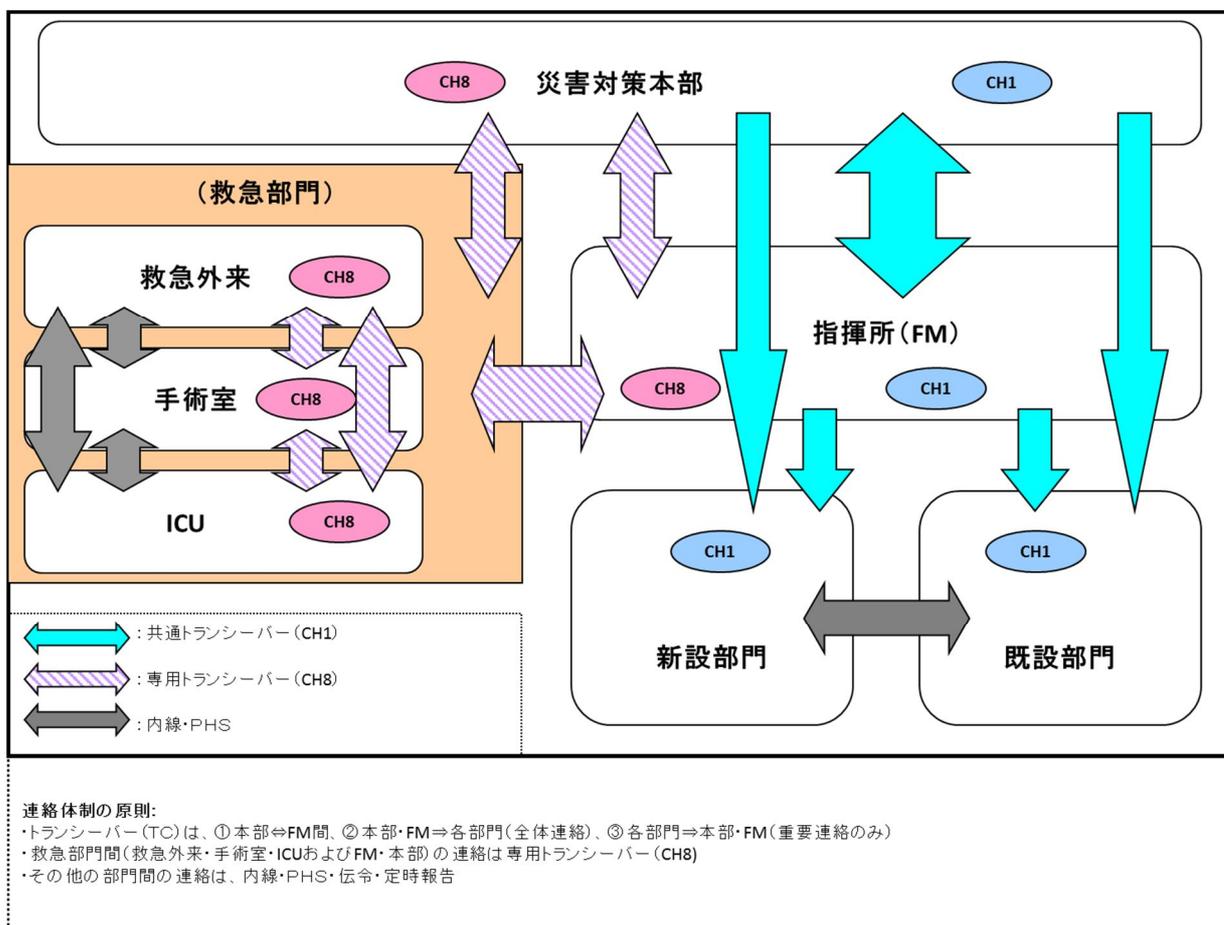
災害モードでトリアージポストを必要とする超急性期においては、通常の受付とその後の電子カルテ運用は行わず、まずは災害カルテを使用する。災害カルテは電子カルテが機能し入力するマンパワーが整ったらオーダーリング上の ID を付与して移行してゆく。なお、院内被害のため多数傷病者を院内で診ることが不可能な場合は、災害時診療録(注、第 3 章)を使用して病院入り口ないし外来ホールでの間口診療を行う。DMAT の広域医療搬送患者については広域医療搬送カルテを作成するとともに EMIS の広域医療搬送患者管理シ

ステム (MATS) に入力する。

注) 災害時のカルテについては、全国標準カルテ、「災害時診療録」が日本集団災害医医学会、日本救急医学会、日本診療情報管理学会、日本病院会、日本医師会の5団体合同で作成されている。これは記載項目を標準化して医療者間での患者の引継ぎを円滑にするとともに、医療情報(疾病構造の変化や感染症のアウトブレイクの監視等)の抽出、共有を行うことを目的に作成されたものである。

情報伝達(トランシーバーなど)

対策本部から全部門への一斉連絡や通常は連絡手段のない部門での連絡は、トランシーバーを駆使して行う。部門間の連絡手段について図にまとめる。



災害時各種標識類

災害モードでの対応が、部外者にはっきりとわかるように、市から供与されている「診療中」の旗をはじめ、トリアージ、黄患者対応、緑患者対応、家族対応の場所がわかる旗や、エスカレータ、エレベータの使用の可否がわかる表示を準備して掲示する。

## 災害時各種帳票類

災害モードでの受け入れ態勢の間は、以下の各種伝票を使用して対応する。管理部署の職員は当該部署に保管していないものについては、配布する

手書き帳票	保管場所	管理部署
災害時検査一括オーダー用紙	医事課	医事課
災害時放射線照射録	放射線科	放射線科
災害時約束処方箋	薬剤科	薬剤科
手書き処方箋	外来・病棟	薬剤科
手書き注射箋	外来・病棟	薬剤科
災害時輸血伝票	各部署	輸血管理科
医療従事者登録名簿	各部署	管理課
被災患者登録名簿	各部署	管理課

## 血液検査

- 1) 必要に応じて採血を行い、検体は災害伝票とともに検査受付に提出する。
- 2) 検体提出時に、赤患者の場合は「赤」とわかるようにマジックで記入する。
- 3) 検査結果は検査科職員が検体受付に戻す。

## 輸血オーダー（詳細は、輸血マニュアル参照）

- 1) 緊急輸血オーダーは災害時用(3枚綴り)を用いる。
- 2) 用紙に患者氏名・番号を記入し、1枚目をカルテに残し2・3枚目を患者血液サンプルとともに緊急検査受付へ。
- 3) 検査科は血型判定を行い、血型を用紙に記入、1枚を保管、もう1枚を輸血用血液と一緒に届ける。

## 放射線検査（詳細は、放射線マニュアル参照）

- 1) 検査受付で伝票を受取り、必要事項を記入後、放射線科受付で撮影場所の指示を受ける。
- 2) 搬送者は現像されたフィルムを受け取ったのち、黄待機に戻り、フィルムは患者と一緒に移動する。

#### 増床体制

増床は災害の規模や院内の被害状況、マンパワーによって変わりうるもので、本部の指示によって関連職員が協力して適宜おこなうものとする。震災などの大災害時には職員の共通認識として以下の段階の増床を設定する。

#### 増床方法：

- 1) 既存患者の集約(4人部屋 6人部屋)を行い、災害患者用の1部屋(6床)を確保し、入室時には災害ベッドをそのまま使用する。さらに各病棟可能な限り個室2部屋(あるいは2人部屋1室)を空ける。
- 2) ICU からの患者引き取りの際は、病棟の空きベッドで東側エレベータを利用して迎えにゆく。空きベッドがない場合は、災害ベッドを使用する。

第1段階(72床)：一般病棟、各8床(6+2)

第2段階(54床)：さらに一般病棟、各6床の増床

第3段階(80床)：特設病棟など

- ・東側一般病棟：42床(各6床、ただし6東・西は0床)
- ・実習室：20床
- ・リハビリ室：40床

計：206床

#これ以上の増床が必要な場合は、「災害退院」(巻末資料 レベル3C マニュアル 参照)を活用して、順次入院受入れを増数する。

#### エレベータ運用

エレベータは震度5以上の揺れが起こると備え付けの感震器が作動して自動停止する。一旦停止してしまうと専門業者による点検・安全確認後に復旧させなければならない(業者の点検なしで強引に復旧することもできるが、この際の事故に対する責任は病院もしくは復旧を行った者となる)。復旧までの時間は、業者との間には優先的に駆け付ける取り決めはあるものの、相当な時間を要することが考えられる。さらに運転が自家発電による場合、使用可能なものは非常用エレベータに限られる。そのため、復旧前の患者移動はエアーストレッチャーや固定式(ポケット式)ベッドマットレス、担架等を利用して階段の昇降を行えるようにしている。自家発電の際の限られたエレベータの黄患者搬送については、外来奥の業務用2基の左側を使用して行う。また、フル稼働時は、中央エレベータ4基の左側を専用として使用する。(図：省略)