

福井DMA T運営要綱

（目的）

第1条 この要綱は、県内外で発生した地震、台風等の自然災害や、航空機、列車事故等の大規模な事故（人為災害）、新興感染症のまん延時等（以下「災害等」という。）において、迅速に救出・救助部門と共同して救急治療を行うための専門的な研修を受けた災害派遣医療チーム（以下「福井DMA T」という。）を被災地に派遣する際の編成および運営等に関し、必要な事項を定めることにより、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。

（活動範囲）

第2条 福井DMA Tの活動範囲は、主として次の2種類とする。

- （1）県内外で発生した災害等の被災地内での活動
- （2）県内外で発生した災害等の被災地から広域搬送等を実施する場合における被災地外での活動

（活動内容）

第3条 福井DMA Tは、原則として、災害等発生時に次の活動を行う。

- （1）消防機関等と連携し、被災状況等に関する情報の収集と伝達（状況評価）、トリアージ、救急医療等を行う。（現場活動）
 - （2）災害拠点病院等の指揮下に入り、患者の治療等を行う。（病院支援）
 - （3）被災地内での搬送中の患者の治療等を行う。（域内搬送）
- 2 福井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、被災地外への航空機を用いた搬送を行う際のトリアージを行うとともに、搬送中の医療活動を行う。（広域医療搬送）
- 3 福井DMA Tは、新興感染症のまん延時等において、患者受け入れを調整する機能を有する組織・部門での入院調整や、クラスターが発生した医療機関・介護施設等の感染制御や業務継続の支援等を行う。
- 4 福井DMA Tは、移動、医薬品等の医療資器材の調達、生活等の手段については、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。

（指定等）

第4条 福井DMA Tを派遣する意思があり、次のいずれかに該当する病院または日本赤十字社福井県支部は、申出書（様式第1号）によりDMA T指定医療機関の指定を受けたい旨を知事に申し出ることができる。

- （1）災害拠点病院
 - （2）救急告示病院であって、申出前5年以内にJMA T等として災害医療に複数回従事した実績を有する病院
- 2 前項の申出を行った病院は、福井DMA Tの活動に必要な人員、装備を整備し、様式第2号により知事の確認を受けなければならない。
- 3 知事は、第1項の申出の内容および前項の確認を踏まえて適当と判断した場合には、病院にあっては福井DMA T指定病院に、日本赤十字社福井県支部にあっては福井DMA T指定機関にそれぞれ指定するとともに、当該福井DMA T指定病院または福井DMA T指定機関（以下「指定病院等」という。）との間に福井DMA Tの派遣に関する協定を締結する。
- 4 知事は、前項による指定をしたときは、指定病院等に対して指定証（様式第3号）を交付する。

(編成)

- 第5条 福井DMA Tは、1チームにつき概ね医師1名または2名、看護師1名または2名、業務調整員1名または2名の計5名程度で構成することを基本とする。1病院内でDMA Tを構成できない場合は、県内の他の福井DMA T隊員とともにチームを編成することができる。
- 2 福井DMA T隊員は、指定病院等の長からの推薦に基づき、厚生労働省が実施する「災害派遣医療チーム研修」を修了し、厚生労働省に登録された者とする。
- 3 前項の規定にかかわらず、1の指定病院等内において同項に規定する者でチームの編成ができない場合には、当該指定病院等の職員で、同項に規定する者以外の者を福井DMA T隊員とすることができる。
- 4 知事は、福井DMA T隊員の活動における事故等に対応するため、傷害保険に加入する。

(出動基準)

第6条 福井DMA Tの出動基準は、次のとおりとする。

- (1) 県内において、震度6弱の地震または災害等により死傷者が2人以上50人未満もしくは20名以上の重症・中等症の傷病者が発生すると見込まれる場合
- (2) 県内ならびに福井県に隣接する都道府県および中部ブロックに属する都道府県において、震度6強地震または災害等により死傷者が50人以上100人未満見込まれる場合
- (3) 県内ならびに福井県に隣接する都道府県および中部ブロックに属する都道府県および中部ブロックに隣接する地方ブロックに属する都道府県において、震度7の地震または災害等により死傷者が100人以上見込まれる場合
- (4) 南海トラフ地震（東海地震、東南海・南海地震を含む）または首都直下型地震が発生した場合
- (5) 前号に定める場合のほか、県内外において、福井DMA T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
- (6) 県外で発生した災害等において、国または他の都道府県から福井DMA Tの出動要請があった場合

(待機要請)

- 第7条 知事は、災害等が発生し、前条の出動基準に該当することが見込まれる場合、指定病院等に福井DMA Tの待機を要請する。
- 2 指定病院等の長は、福井DMA Tの待機の要請を受けたときは、福井DMA Tを待機させるものとする。ただし、病院運営に多大な支障が生じる恐れがある場合は、待機させないことができる。
- 3 次に掲げる場合においては、指定病院等の長は、県からの要請を待たずに福井DMA Tを待機させるものとする。
- (1) 福井県ならびに福井県に隣接する府県および中部ブロックに属する県で震度6弱の地震が発生、もしくは特別警報が発出された場合
- (2) 福井県ならびに福井県に隣接する府県、中部ブロックに属する県および中部ブロックに隣接する地方ブロック管内の都府県において、震度6強の地震が発生した場合
- (3) 震度7の地震が発生もしくは大津波警報が発表された場合

(出動)

- 第8条 知事は、第6条に規定する出動基準に適合し、福井DMA Tを出動し対応することが効果的であると判断したときは、指定病院等の長に対して福井DMA Tの出動を要請する。
- 2 指定病院等の長は、知事からの要請を踏まえ、福井DMA Tの出動が可能と判断した場合には、速やかに知事に連絡するとともに、知事の指示に従い福井DMA Tを出動させるものとする。ただし、病院運営に多大な支障が生じる恐れがある場合は、出動させないことができる。
- 3 知事は、福井DMA Tの出動の要請を行う際には、関係機関と調整のうえ、福井DMA Tの想定される業務および現場の状況等の情報を指定病院等に伝える。
- 4 現場での活動が終了した後、指定病院等の長は、福井DMA T活動記録報告書（様式第4号）により知事に報告する。

(研修等)

- 第9条 指定病院等の長は、福井DMA T隊員の技術の向上等を図るため、編成した福井DMA Tの院内外における研修および訓練の機会の確保に努める。
- 2 知事は、福井DMA T隊員の資質の向上を図るため、研修、訓練等の企画および実施に努める。
- 3 知事は、福井DMA T隊員の確保・充実の観点から、次の各号の順位により厚生労働省に「日本DMA T隊員養成研修」の受講者を推薦する。
- (1) 指定病院等のうち、災害拠点病院における欠員の補充
 - (2) 指定病院等のうち、災害拠点病院以外の病院における欠員の補充
 - (3) 指定病院等のうち、災害拠点病院における隊員の増員
 - (4) 指定病院等のうち、災害拠点病院以外の病院における隊員の増員
 - (5) 第4条第1項の申出を行った病院の隊員の養成

(費用負担)

- 第10条 指定病院等の長は、知事との間で締結する協定書に基づき、知事の要請により行った福井DMA Tの派遣に要する費用を請求することができる。ただし、第7条に規定する待機に係る費用については、指定病院等の負担とする。

(その他)

- 第11条 この要綱に定めるもののほか、福井DMA Tに係る事項については、知事が別に定める。

附 則

- この要綱は、平成21年3月30日から施行する。
- この要綱は、令和 5年4月 1日から施行する。
- この要綱は、令和 6年4月 1日から施行する。
- この要綱は、令和 7年9月 2日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

申 出 書

年 月 日

福井県知事 様

所 在 地

病 院 名

代表者名

(担当者)

当院は、福井県の派遣要請に応え、福井DMATを派遣する意思があり、DMAT
指定医療機関の指定を受けたいので申し出ます。

記

1 病院の類型（いずれかにチェック）

☐ 災害拠点病院

☐ 救急告示病院であって、申出前5年以内にJMAT等として災害医療に複数回
従事した実績を有する病院

※災害医療への派遣実績 別紙のとおり

2 人員、装備の整備完了見込

人員 年 月

装備 年 月

様式第2号（第4条関係）

確認依頼書

年 月 日

福井県知事 様

所在地

病院名

代表者名

(担当者)

年 月 日に申し出たDMA T指定医療機関への指定に関し、下記のとおりDMA T派遣に必要な人員と装備の整備が完了したので確認をお願いします。

記

添付資料

- 1 DMA T隊員名簿（隊員番号・氏名）
- 2 装備の一覧

指 定 証

名 称

所在地

上記病院を福井 DMAT 指定病院として指定します。

令和 年 月 日

福井県知事 杉本 達治

福井 DMAT 活動報告(引継書)

病 院 名

記入者名

出 動 者	医 師	
	看 護 師	
	そ の 他	
活 動 期 間	①出動要請受信日時	年 月 日 () :
	②出動日時	年 月 日 () :
	③現場活動開始時間	年 月 日 () :
	④現場活動終了時間	年 月 日 () :
	⑤病院到着日時	年 月 日 () :
移 動 経 路	病院 ⇒ ⇒ 現地	
現 場 の 概 況		
被 災 者 の 状 況		
傷 病 者 の 状 況		
ライフラインの 復 旧 状 況		
その他次期 DMAT 派遣に際して参考 となる事項	(必要な薬品、機材、装備等留意すべき事項)	

※ この活動報告書は、当該 DMAT の活動内容を記録するとともに、次期 DMAT に状況を伝えるため作成するものです。

※ 逐次記入いただき、①次期 DMAT の出動前、ならびに②病院帰着後に、県あて fax をお願いします。(fax が使用できない場合には、当該内容を電話等でご連絡をお願いします)

【連絡先】 福井県健康福祉部健康医療局地域医療課 fax:0776-20-0642 tel:0776-20-0346
(派遣元の病院にも同様の内容で報告をお願いします)