

平成30年度
関東臨床工学技士会協議会
災害情報伝達訓練

訓練本部 東京都臨床工学技士会

目的

- 災害時情報伝達訓練を通して、都内・関東圏内の透析室との連携を強める。
- 各施設の災害状況について、災害時情報ネットワークを使用することで、情報の共有を図る。
- 日本透析医会 災害時情報ネットワークへの書き込み方法を知る。

訓練概要

- **日時**：2018年4月26日(木)
- **時間**：7:00～16:00
- **訓練本部**：東京都臨床工学技士会
- **対象**：東京都・神奈川県・千葉県・埼玉県
茨城県・群馬県・栃木県
- **内容**：模擬訓練として、災害時における被災透析患者の受け入れを各県と連携して行う。

被害規定

日時：2018年4月26日(木)

内容：AM 6:00に首都圏直下型地震が発生

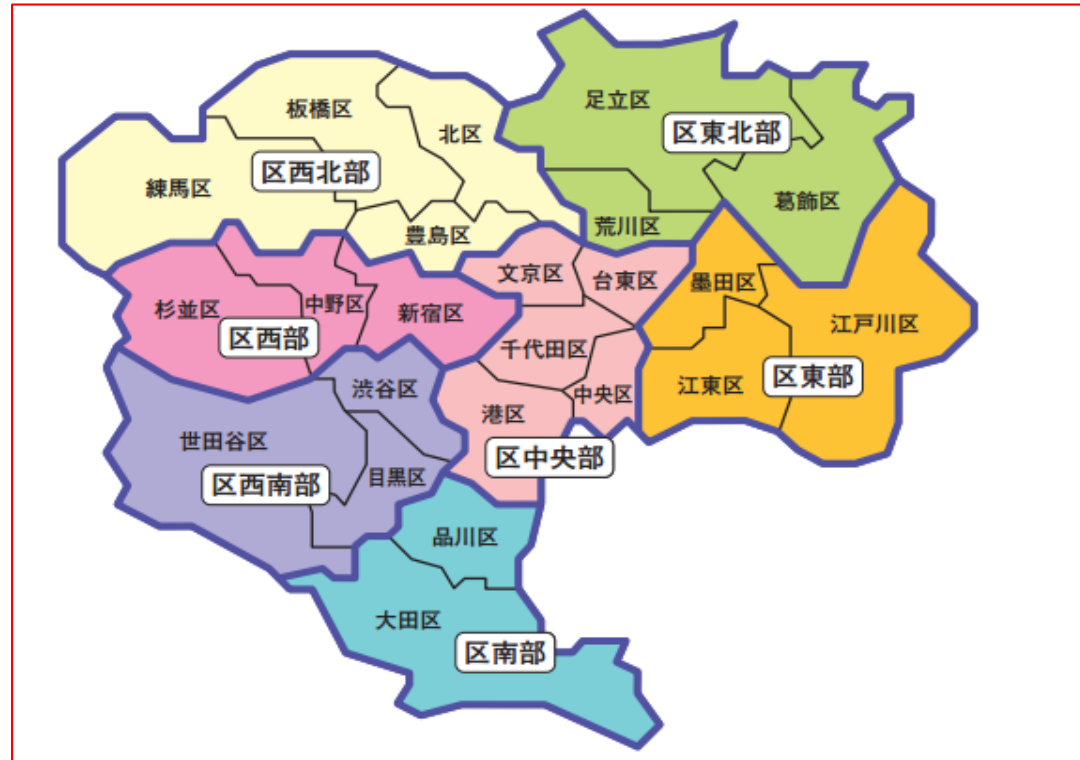
**被害：地震の被害により東京都全域と神奈川県
川崎市の透析施設は治療が困難となった。**

*** 都内の被害状況を把握し、各県への透析患者の
受け入れ要請を発信することとなる。**

被害状況の範囲



多摩地区



東京都23区



東京都に隣接する神奈川県の川崎市

各県への透析患者の割り振り

- 各県で受け入れ状況を施設ごとに東京都へ報告する。
- 受け入れ状況をもとに、東京都の被災患者の振り分けを行う。
- 川崎市においては、神奈川県での対応を基本とし、不足部分を各県へ依頼する。

連絡、協力体制の流れ⁽¹⁾

首都圏直下型地震発生 (AM6:00)

東京都

東京都は被害状況を把握
訓練開始 (AM7:00)

各施設は、被災患者人数を
災害情報ネットワークへ入力
(AM12:00までに入力)

各県

各県は受け入れ状況を把握
訓練開始 (AM7:00)

各施設は、受け入れ
災害情報ネットワークへ入力
(AM12:00までに入力)

連絡、協力体制の流れ(2)

都・各県の担当者は、
災害情報ネットワークや各自の情報ツールをもとに
被災患者状況・受け入れ状況について把握する

東京都

各県

受け入れ状況

被災患者の振り分けを実施

各県は施設ごとに
受け入れ状況を都へ連絡

要請依頼

都は各県へ受け入れ要請を依頼

受け入れ施設に連絡

被災施設に受け入れ情報を連絡

【東京都の訓練に参加される方々へ】

- 訓練日：**2018年4月26日(木)**
- 地震発生：6:00
- 被害状況把握：7:00～12:00
- **日本透析医会 災害時情報ネットワークへの**入力は**7:00～12:00**にお願いします。
- 各県の受け入れ状況については16:00までにメールで返信させていただきます。

災害時情報ネットワークの入力方法

- <https://www.saigai-touseki.net/>
- 上記のアドレスを検索エンジンに入力し接続
- または、検索エンジンに『日本透析医会 災害』と入力し検索してください。

日本透析医会
Japanese Association Of Dialysis Physicians

日本透析医会 災害時情報ネットワーク
災害時情報伝達・集計専用ページ

アクセス時間：2016年04月01日（金曜日）18時35分

災害時情報ネットワークユーザーIDをお持ちの方 [ログイン](#) [RSS](#)

HOME

このページについて

当ネットワークでは震度5以上の地震と、国家または地方公共団体により災害救助法が適用されるような、広範囲にわたる構造物の損壊・焼失・浸水・流失、交通網の遮断などの被害が発生した場合に活動を開始します。近くの地域でそのようなことを知った場合には、以下の方法で施設情報の送信をお願いします。

【災害時情報送信】をクリックすると情報伝達フォームが表示されます。各入力項目の説明に従って情報を入力し、送信をお願いします。

最新情報
データはありません

● 支所災害時情報伝達ページ

北海道 東北	福島県	関西 大阪府 兵庫県 和歌山県	
関東	茨城県 栃木県 千葉県 東京都 (三多摩)	中国	
北陸 甲信越	新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県	四国 徳島県 高知県	
東海	岐阜県 愛知県	九州 沖縄	福岡県 佐賀県 熊本県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

災害時情報伝達入力方法

- 画面左の災害時情報伝達メニュー項目から、**災害時情報伝達送信**の項目を選択

HOME

災害時情報伝達 MENU

- ▶ **災害時情報送信**
- ▶ 情報集計結果
- ▶ 登録施設一覧
- ▶ 全登録情報一覧
- ▶ その他情報

日本透析医会
OFFICIAL SITE

災害時情報ネットワーク(副本部)
お問い合わせ
免責事項

一般利用者さまへの
メール配信はこちら

このページについて

当ネットワークでは震度5強以上の地震と、国または地方公共団体により災害救助法が適用されるような、広範囲にわたる建造物の損壊・焼失・浸水・流失、交通網の遮断などの被害が発生した場合に活動を開始します。近くの地域でそのようなことを知った場合には、以下の方法で施設情報の送信をお願いします。

【災害時情報送信】をクリックすると情報伝達フォームが表示されます。各入力項目の説明に従って情報を入力し、登録して下さい。同じ施設で情報を更新して登録した場合、集計は最新の情報を採用して計算されます。

最新情報

データはありません

● 支部災害時情報伝達ページ

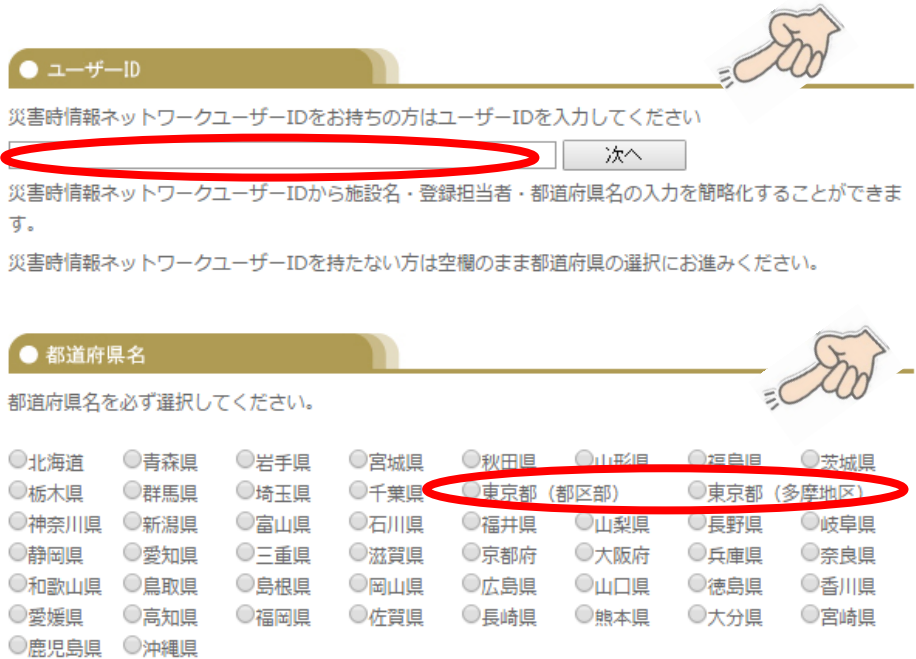
北海道 東北	福島県	関西	大阪府 兵庫県
関東	茨城県 栃木県 千葉県 東京都(三多摩)	中国	
北陸 甲信越	新潟県 富山県 石川県 福井県 山梨県 長野県	四国	徳島県 高知県

【ユーザーIDの入力】

今回は未入力をお願いします。

【都道府県名の選択】

自分の所属する都道府県を選択して下さい。



● ユーザーID

災害時情報ネットワークユーザーIDをお持ちの方はユーザーIDを入力してください

次へ

災害時情報ネットワークユーザーIDから施設名・登録担当者・都道府県名の入力を簡略化することができます。

災害時情報ネットワークユーザーIDを持たない方は空欄のまま都道府県の選択にお進みください。

● 都道府県名

都道府県名を必ず選択してください。

<input type="radio"/> 北海道	<input type="radio"/> 青森県	<input type="radio"/> 岩手県	<input type="radio"/> 宮城県	<input type="radio"/> 秋田県	<input type="radio"/> 山形県	<input type="radio"/> 福島県	<input type="radio"/> 茨城県
<input type="radio"/> 栃木県	<input type="radio"/> 群馬県	<input type="radio"/> 埼玉県	<input type="radio"/> 千葉県	<input checked="" type="radio"/> 東京都 (都区部)	<input checked="" type="radio"/> 東京都 (多摩地区)		
<input type="radio"/> 神奈川県	<input type="radio"/> 新潟県	<input type="radio"/> 富山県	<input type="radio"/> 石川県	<input type="radio"/> 福井県	<input type="radio"/> 山梨県	<input type="radio"/> 長野県	<input type="radio"/> 岐阜県
<input type="radio"/> 静岡県	<input type="radio"/> 愛知県	<input type="radio"/> 三重県	<input type="radio"/> 滋賀県	<input type="radio"/> 京都府	<input type="radio"/> 大阪府	<input type="radio"/> 兵庫県	<input type="radio"/> 奈良県
<input type="radio"/> 和歌山県	<input type="radio"/> 鳥取県	<input type="radio"/> 島根県	<input type="radio"/> 岡山県	<input type="radio"/> 広島県	<input type="radio"/> 山口県	<input type="radio"/> 徳島県	<input type="radio"/> 香川県
<input type="radio"/> 愛媛県	<input type="radio"/> 高知県	<input type="radio"/> 福岡県	<input type="radio"/> 佐賀県	<input type="radio"/> 長崎県	<input type="radio"/> 熊本県	<input type="radio"/> 大分県	<input type="radio"/> 宮崎県
<input type="radio"/> 鹿児島県	<input type="radio"/> 沖縄県						

今回の模擬災害時の入力条件

【施設名を入力】

自施設の施設名を入力して下さい

[例] 東邦大学医療センター大橋病院

【登録担当者(報告者)名を入力】

報告者の氏名を入力して下さい。

● 施設名

選択候補は都道府県によって異なります。
登録施設が無い都道府県の場合は選択候補はお選びいただけません。
選択候補からの選択、または手入力で施設を入力してください (必須)

透析医会メンバーの方は施設名を選択してください

選択してください ▼

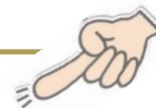
透析医会メンバー以外の方は施設名を入力してください

ここに入力された施設名は、情報を集計するための鍵になります。したがって、2回以降情報登録の場合には、既登録情報を確認の上1回めに登録した施設名を入力してください。



● 登録担当者

報告担当者名を入力してください (必須)



【透析の可否を選択】

透析可又は透析不可のどちらかを選択して下さい。

今回は、**透析不可**を選択するようお願いします。

【被災の有無を選択】

被災有又は被災無のどちらかを選択して下さい。

今回は、**被災有**を選択するようお願いします。

【CAPDの受入の可否】

受入不可を選択して下さい。

● 地域選択
● 不明 ● 地域名を選択してください。

● 透析の可否
● 未確認 ● **透析可** ● 透析不可
透析の可否を選択してください。

● 被災の有無
● 未確認 ● **被災有** ● 被災無
被災の有無を選択してください。

● CAPD
● 未確認 ● 受入可 ● **受入不可**
受入れ可能人数 人
対応可能システム

【要請患者人数】

その他不足物品や連絡事項等の入力欄に何人の透析患者の要請をしたいのか入力して下さい。

〔例〕 5人の要請をお願いします。

- 災害情報入力条件は、以上です。
- 確認画面に進み登録を行って下さい。



● その他不足物品や連絡事項等

以上の項目に含まれない情報（必要物品、ボランティア要請、等々）を300文字以内で入力してください。ボランティア要請の場合には、患者監視装置のメーカー名をはじめ業務内容や条件等できるだけ具体的に記述してください。

戻る 確認

災害情報ネットワークの入力と合わせて

下記の内容を

saigai.torinkou@gmail.com

のメールアドレスまで送ってください。

施設名：

報告者：

職 種：(医師・技士・看護師・事務など)

要請患者人数： 人

* メールは、各県からの受け入れ情報を連絡するために必要なのでお手数ですが宜しくお願いいたします。

訓練当日連絡先

東邦大学医療センター大橋病院 臨床工学部

岡本 裕美

Tel : 03-6416-8522

Mail : saigai.torinkou@gmail.com