高知県 健康政策部 医事薬務課　西村　行き

FAX　088-823-9137

E-mail riku\_nishimura@ken4.pref.kochi.lg.jp

医療機関、団体名：

記入者名：　　　　　　　　　　　　　連絡先：

問１．ここ数年で医療救護活動の研修や訓練を実施していますか。

　　　実施している場合、主なものについて内容等を記載してください。

　　　実施していない場合は問１－２へ。

　　　　○研修　　　　　　　　　　　　　　　　○訓練

内容：　　　　　　　　　　　　　　　　内容：

（例:ＥＭＩＳ研修会など）　　　　　　　　　　　（例：災害医療救護訓練など）

受講対象者：　　　　　　　　　　　　　参加機関：

　　　　（例：市町村職員、医療機関職員など）　　　　　　　　　（例：市町村、医療機関など）

　　　　かかった費用：　　　　千円　　　　　　かかった費用：　　　　　　千円

問１－２．県から補助金が支給されるなら医療救護活動に関する研修や訓練を実施したいですか。

　　　　　　□実施したい

□実施したくない　　（理由:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　□わからない（補助事業の内容によるなど）

問２．自施設・団体の災害対策（耐震化、ライフライン、備蓄、人材、BCPなど）について十分だと思いますか。

十分でない場合は、どういったところが十分でないか具体的に記載してください。

　　　　□十分である

□十分でない（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　□わからない（把握していない）

問３．来年度に取り組む予定の災害対策を強化するための備品、設備整備等の事業についてお答えください。

　　　取り組む予定がない場合は回答不要です。

　　　　事業内容：

　　　　(例：衛星携帯電話購入、自家発電機整備など）

　　　　総事業費：　　　　　　　　千円　　※見込み額を記載してください。

　　　　実施時期：　　　年　　月予定　　　（例：R２年８月予定）

問４．来年度に取り組む予定の災害対策を強化するための研修や訓練等の事業について

お答えください。

　　　　事業内容：

　　　　（例:災害ナース研修、災害医療救護訓練など）

　　　　総事業費：　　　　　　　　千円　※見込み額を記載してください。

　　　　実施時期：　　　年　　月予定　　　（例：R２年８月予定）

問５．災害拠点病院、救護病院、二次救急医療機関にお聞きします。

病院救急車を所有していますか。（DMATカーやドクターカーを除く）

　　　　□所有している　（　　　台）

　　　　□所有していない

問５－２．大規模災害時の重症患者の搬送手段の確保や平時の患者の病院間搬送が課題となっています。このため、病院救急車の整備を進めてはどうかと考えています。

病院救急車の購入に対して、補助金が支給される場合、貴病院のお考えをお答えください。

　　　　□購入を検討したい

□購入するつもりはない（理由:　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□わからない（補助事業の内容による）

問６．BCPを策定していない病院にお聞きします。

　　　BCPを策定していない（策定できていない）主な理由は何ですか。

　　　　□策定にかかる人手が足りない

　　　　□策定にかかるノウハウがない

　　　　□BCPが必要だと思わない

　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

問７．その他、災害時の医療救護体制を強化するための取組などに関して、県へご意見・要望等があれば記載してください。

ご回答ありがとうございました。

なお、回答いただいた内容につきまして、別途、詳細について聞き取りをさせていただくことがありますので、よろしくお願いいたします。