

災害時の歯科医療救護活動に関する 協定書

鹿児島県・公益社団法人鹿児島県歯科医師会

災害時の歯科医療救護活動に関する協定

鹿児島県(以下「甲」という。)と公益社団法人鹿児島県歯科医師会(以下「乙」という。)は、災害時における医療救護活動について、次のとおり協定を締結する。

(趣旨)

第1条 この協定は、鹿児島県地域防災計画に基づき、甲が災害時に行う医療救護活動に対する乙の協力に関し、必要な事項を定める。

(歯科医療救護班の派遣)

第2条 甲は、鹿児島県地域防災計画に基づき、医療救護活動を実施する上で、必要があると認めた場合は、乙に対し、歯科医療救護班の編成及び派遣を要請するものとする。

2 乙は、前項の規定により甲から要請を受けた場合は、直ちに歯科医療救護班を編成し、災害現場等の救護所等に派遣するものとする。

3 乙は、緊急やむを得ない事情により、甲の要請を受ける前に歯科医療救護班を編成し、派遣した場合は、速やかに甲に報告し、その承認を得るものとする。この場合、甲が承認した乙の歯科医療救護班は、甲の要請に基づく歯科医療救護班とみなすものとする。

(災害医療救護計画)

第3条 乙は、歯科医療救護活動の円滑な実施を図るため、歯科医療救護班の編成、派遣その他歯科医療救護の実施に関し、以下の項目を内容とする災害医療救護計画を策定し、これを甲に提出するものとする。

(1) 乙内部の歯科医療救護組織及び指揮命令系統

(2) 各歯科医療救護組織の業務

(3) 歯科医療救護活動の実施方法

ア 歯科診療所等の被災状況の把握、連絡体制、具体的応援要請、出動指令方式

イ 応援歯科医療救護班を含めた歯科医療救護班の現地指揮者

ウ 携帯医薬品、医療資器材等の内容

エ 歯科医療救護班の輸送体制

オ 訓練計画

カ その他必要な事項

2 乙は、災害医療救護計画を変更したときは、速やかに変更後の災害医療救護計画書を提出するものとする。

(歯科医療救護班の業務)

第4条 乙が派遣する歯科医療救護班は、甲又は市町村が避難所又は災害現場等に設置する救護所において、歯科医療救護を行うことを原則とする。

2 甲は、必要と認めた場合は、前項に規定する救護所のほか、被災地周辺の歯科医療救護活動が可能な医療機関に救護所を設置できる。

3 歯科医療救護班の業務は、次のとおりとする。

(1) 歯科医療を要する傷病者に対する応急処置

(2) 前号の傷病者の収容歯科医療機関への転送の要否及び転送順位の決定

(3) 転送困難な患者及び軽易な患者に対する歯科治療・衛生指導並びに被災住民に対する歯科保健指導

(4) 身元確認作業に関する協力

(歯科医療救護班に対する指揮命令等)

第5条 乙が派遣する歯科医療救護班に対する指揮命令及び歯科医療救護活動の連絡調整は、甲が指定する者が行うものとする。この場合、甲が指定する者は、乙が派遣する歯科医療救護班の意見を尊重するものとする。

(歯科医療救護班の輸送)

第6条 甲は、歯科医療救護活動が円滑に実施できるよう、歯科医療救護班の輸送について、必要な措置を講ずるものとする。

(医薬品等の供給)

第7条 乙が派遣する歯科医療救護班が使用する医薬品等は、当該歯科医療救護班が携行するもののほか、甲が供給について必要な措置を講ずるものとする。

(医療費)

第8条 災害現場の救護所等における医療費は、無料とする。

2 後方での収容医療機関における医療費は、原則として患者負担とする。

(研修及び訓練)

第9条 乙は、歯科医療救護に関する会員の研修に努めるとともに、甲から要請があった場合は、甲が実施する合同訓練に協力するものとする。また、当該訓練の実施中に、傷病者が発生した場合の歯科医療救護を併せ担当するものとする。

(実費弁償等)

第10条 甲の要請に基づき、乙が歯科医療救護活動を実施した場合に必要な次の費用は、甲が負担するものとする。

(1) 歯科医療救護班の編成及び派遣に必要な費用

(2) 歯科医療救護班が携行した医薬品等を使用した場合の医薬品等の実費

(3) 歯科医療救護班員が歯科医療救護活動において、負傷し、疾病にかかり、又は死亡した場合の扶助金

(4) 前各号に該当しない費用であって、この協定を実施するために必要とした実費

(市町村及び市郡歯科医師会との調整)

第11条 甲は、災害対策基本法及び市町村地域防災計画等に基づき市町村が実施する歯科医療救護活動が、この協定に準じて市郡歯科医師会の協力を得て円滑に実施されるよう、市町村に対して必要な調整を行うものとする。

2 乙は、前項の規定による市町村の歯科医療救護活動が円滑に実施されるよう、市郡歯科医師会に対し、必要な調整を行うものとする。

(細目)

第12条 この協定に定めるもののほか、この協定を実施するために必要な事項は、別に甲及び乙が協議して定める。

(協議)

第13条 この協定に定めがない事項及びこの協定に関し疑義が生じた事項については、甲乙協議して定める。

(有効期間)

第14条 この協定の有効期間は、協定締結の日から起算して1年間とする。

ただし、この協定の満了の日の1か月前までに、甲又は乙から何らの意思表示がないときは、有効期間満了の日の翌日から起算して1年間この協定は延長され、以降同様とする。

この協定の締結を証するため、協定書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を保有するものとする。

平成26年3月28日

甲 鹿児島県

鹿児島県知事 伊藤 祐一郎



乙 公益社団法人鹿児島県歯科医師会

会長 森原 久樹



災害時の歯科医療救護活動に関する協定実施細目

鹿児島県を甲とし、公益社団法人鹿児島県歯科医師会を乙として、甲乙両当事者は、平成26年3月28日付けで締結した「災害時の歯科医療救護活動に関する協定」(以下「協定」という。)第12条に基づき双方協議の上、次の事項について合意した。

(歯科医療救護班の派遣要請)

第1条 協定第2条第1項に規定する甲の乙に対する歯科医療救護班の派遣要請は、鹿児島県知事(災害対策本部等)から公益社団法人鹿児島県歯科医師会会長に対して行うことを原則とする。

2 派遣要請は、災害発生場所、日時及び概要を明らかにした文書によって行うものとする。ただし、緊急を要するときは電話等迅速な方法で行い、文書の提出はその後において行うことができる。

3 協定第2条第3項に規定する緊急やむを得ない事情とは、県災害対策本部等が設置されていない段階で歯科医療救護班を派遣する必要があった場合をいうが、甲の承認は、原則として市町村からの派遣要請があった場合に限るものとする。

(歯科医療救護活動の報告)

第2条 乙は、協定第2条の規定により歯科医療救護班を派遣したときは、歯科医療救護活動終了後、速やかに、各歯科医療救護班ごとの「歯科医療救護活動報告書」(第1号様式)、「歯科医療救護班員名簿」(第2号様式)及び「医薬品等使用報告書」(第3号様式)を取りまとめ、甲に報告するものとする。

2 乙は、協定第2条第3項の規定により歯科医療救護班を派遣したときは、「歯科医療救護班緊急派遣報告書」(第4号様式)を作成のうえ、速やかに甲に報告し、その承認を得るものとする。

3 前項の場合において、当該歯科医療救護班の医療救護活動が終了したときは、乙は、第1項の定めるところにより、甲に報告するものとする。

(事故報告)

第3条 乙は、協定第2条の規定に基づく歯科医療救護活動において、救護班員が負傷し、疾病にかかり、又は死亡したときは、「事故報告書」(第5号様式)により、速やかに甲に報告するものとする。

(歯科医療救護班に係る実費弁償等の請求)

第4条 協定第10条第1号及び第2号に規定する歯科医療救護班に係る費用については、乙が各歯科医療救護班分を取りまとめ、「費用弁償請求書」(第6号様式)により甲に請求するものとする。

2 協定第10条第3号に規定する扶助金については、乙が各歯科医療救護班ごとに支給を受けようとする者の「扶助金支給請求書」(第7号様式)を取りまとめ、甲に申請するものとする。

(実費弁償等の額)

第5条 協定第10条第1号に規定する実費弁償の額は、別表に定める額とする。

2 協定第10条第2号に規定する実費弁償の額は、使用した医薬品等に係る実費とする。

3 協定第10条第3号に規定する扶助金については、災害対策基本法の規定に準ずるものとする。

(支払)

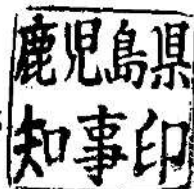
第6条 甲は、前2条の規定により請求を受けた場合は、関係書類を確認の上、速やかに実費弁償等を乙に対し支払うものとする。

上記のとおり、合意の成立を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自その1通を所持するものとする。

平成26年3月28日

甲 鹿児島県

鹿児島県知事 伊藤 祐一郎



乙 公益社団法人鹿児島県歯科医師会

会 長 森原 久樹



別表(第5条関係)

区分	日当	旅費	時間外勤務手当
歯科医師 歯科衛生士	鹿児島県災害救助法施行細則(昭和35年11月1日鹿児島県規則第106号)第11条に定める額		
補助職員	鹿児島県職員の行政職給料表1級2号給にあたる者の勤務1日当たりの給与相当額(100円未満切り捨て)	鹿児島県職員等の旅費に関する条例による一般職の県職員の旅費相当額	鹿児島県職員の行政職給料表1級2号給にあたる者の鹿児島県職員の給与に関する条例第15条の規定により算出した額

第1号様式

歯科医療救護活動報告書

年 月 日

鹿児島県知事

殿

公益社団法人鹿児島県歯科医師会
会長

印

地域で発生した 災害において、下記のとおり医療救護活動を行ったので、
その実績を報告します。

記

班 名	医療救護班 活動場所	医療救護班員 出 動 数	活動状況	災害の概要
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	

第 2 号様式

歯科医療救護班員名簿

班 名	職 種	氏 名	所 属	住 所

第3号様式

医薬品等使用報告書

[illegible]

第4号様式

歯科医療救護班緊急派遣報告書

年 月 日

鹿児島県知事

殿

公益社団法人鹿児島県歯科医師会
会長

印

地域で発生した 災害において、緊急に医療救護班を派遣する必要があり、下記のとおり医療救護班を派遣しましたので、承認願います。

記

班 名	医 療 救 護 班 活 動 場 所	医 療 救 護 班 員 出 動 数	活動状況	災害の概要
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 補助職員 名	活動期間 月 日 時 分から 月 日 時 分まで 活動の内容 応急処置等実施件数 件 歯科保健指導件数 件 身元確認作業 件 その他 ()	

第5号様式

事故報告書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

公益社団法人鹿児島県歯科医師会
会長

印

年 月 日から 年 月 日までにおける災害時の医療救護活動において、事故(傷病, 死亡)者が、下記のとおり発生しましたので報告します。

記

氏名		性 別	男・女	年 齢	
職 種		所属医療機関・団体名			
住 所					
傷病名		程 度	重症・中等症・軽傷	死 亡	
受傷(発病)日時					
受傷(発病)場所					
死 亡 原 因					
死 亡 日 時					
死 亡 場 所					
受傷・発病・死亡時の状況					

第6号様式

費用弁償請求書

年 月 日

鹿児島県知事

殿

公益社団法人鹿児島県歯科医師会
会長

印

地域で発生した 災害における 年 月 日から 年 月 日までの
医療救護活動に係る費用弁償として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 _____ 円

※請求金額の内訳が明らかになる書類を添付すること。

第7号様式

扶助金支給請求書

年 月 日

鹿児島県知事

殿

申請者住所

氏名

印

地域で発生した
下記のとおり請求します。

災害における医療救護活動に係る扶助金として、

記

氏 名			性 別	男・女	年 齢		
職 種			所属医療機関・団体名				
住 所			申請者との続柄				
受傷(発病)日時							
受傷(発病)場所							
死亡原因							
死亡日時							
死亡場所							
傷病名、傷病の程度及び身体の状態							
休業日数	年 月 日から 年 月 日 まで 日間						
休業期間中における業務上の収入の有無					有・無		
扶助金支給基礎額	円		請求する扶助金の種類				
負傷し、疾病にかかり又は死亡した 当時、本人と関係のあった主な親族 の状況額	氏名	続柄	生年月日	職業	備考		

添付種類

- 1 扶助金支給基礎額算出の証明種類(事業主の証明又は市町村長の証明のあるもの(療養扶助金請求の場合は不要))
- 2 療養扶助金請求の場合は、医師の診断書及び療養費の領収書又は請求書
- 3 休業扶助金請求の場合は、医師の診断書(休業が必要と認められる期間が記載されたもの及び事業主の証明書(休業期間中の収入額及びその期間が記載されたもの))
- 4 障害扶助金請求の場合は、医師の意見を付した障害診断書
- 5 遺族扶助金請求の場合は、死亡診断書及び受給順位を明らかにした書類
- 6 葬祭扶助金請求の場合は、死亡診断書
- 7 打切扶助金請求の場合は、療養経過を明らかにした診断書