

# 歯科医療に係る災害医療 救護活動に関する協定 実 施 細 目

京 都 市

一般社団法人京都府歯科医師会

## 歯科医療に係る災害医療救護活動に関する協定実施細目

京都市（以下「甲」という。）と一般社団法人京都府歯科医師会（以下「乙」という。）とは、平成25年12月25日に甲乙間で締結した「歯科医療に係る災害医療救護活動に関する協定」（以下「協定」という。）第13条の規定に基づき、次のとおり実施細目を定める。

（災害時歯科医療救護計画）

第1条 協定第2条第1項に規定する災害時歯科医療救護計画には、次の各号に掲げる事項を定めるものとする。

（1）歯科医療班の編成及び出動体制

ア 班の歯科医師，歯科衛生士，歯科技工士その他職種別構成

イ 班の地域別編成及び出動体制

ウ 携行することができる医薬品等の内容及び数量

（2）地区歯科医師会その他関係機関との連絡体制

（3）医薬品等の備蓄体制

（4）訓練

（5）その他必要な事項

（派遣要請）

第2条 協定第3条第1項に基づく派遣の要請は、次の各号に掲げる事項を明らかにした文書又は口頭により行うものとする。この場合において、口頭による要請を行ったときは、事後速やかに当該文書を送付するものとする。

（1）災害発生の日時及び場所

（2）災害の原因及び状況

（3）派遣を要する協定第3条第2項に規定する応急救助現場の場所

（4）派遣を要する班数

（5）派遣の期間

（6）その他必要な事項

（避難所）

第3条 協定第3条第2項に規定する避難所は、広域避難場所，一時避難場所，避難収容施設及び甲が被災者を収容し，保護することを目的に指定した場所とする。

（連絡調整者の指定）

第4条 協定第6条に規定する者は、甲においては京都市保健福祉局に属する職員，乙においては乙の事務局に属する職員からそれぞれ指名するものとする。

（医薬品の使用）

第5条 協定第7条第2項に規定する歯科医療班が携行し，使用した医薬品等の経費については、医薬品等経費請求書（第1号様式）を添付して請求するものとする。

(医事紛争発生時の措置)

第6条 協定第9条に規定する医事紛争が生じた場合、乙は、医事紛争報告書(第2号様式)により甲に報告するものとする。

(報償金の額及び請求)

第7条 協定第10条に規定する報償金の額については、別表に定めるとおりとする。

2 乙は、歯科医療班員に支給される報償金の請求を、報償金請求書(第3号様式)に各歯科医療班ごとの歯科医療班活動実績報告書(第4号様式)及び歯科医療班診療記録書(第5号様式)を添付して行う。

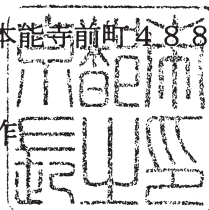
(協議)

第8条 この細目に定めのない事項又はこの細目について疑義が生じた事項については、甲乙協議して決定するものとする。

この細目の締結を証するため、甲乙双方記名押印のうえ、各自1通を保有する。

平成25年12月25日

甲 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町488番地  
京都市  
代表者 京都市長 門川 大作



乙 京都市中京区西ノ京東梅尾町1番地  
一般社団法人京都府歯科医師会

代表者 一般社団法人京都府歯科医師会会長 平塚 靖規



## 別表（第7条関係）

## 報償金の額

歯科医療班員の区別	対象経費	報償金の額
歯科医師，歯科衛生士	報償金	京都府災害救助法施行細則第11条に定める日当の額
歯科技工士	同上	歯科衛生士と同額

第 1 号様式 (第 5 条関係)

# 医薬品等経費請求書

地区歯科医師会名 \_\_\_\_\_

班名		責任者名	
----	--	------	--

品名	規格	数量	薬価基準		医療救護 活動場所	使用日
			単価	金額		

第2号様式（第6条関係）

## 医事紛争報告書

当事者名		性別	男 女	年齢	歳	住所	
歯科医療 班名			職種				
相手方 氏名			相手方 住所				
紛争の内容（日時，場所，経過等）							

第3号様式（第7条関係）

## 報償金請求書

平成 年 月 日

京 都 市 長 様

京都府歯科医師会  
会長

印

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

ただし、災害時の医療救護活動に対する報償金として、上記のとおり請求します。

付記事項：

第4号様式（第7条関係）

## 歯科医療班活動実績報告書

平成 年 月 日

地区歯科医師会名	医療救護活動場所	歯科医療班員出動数	活動状況
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 歯科技工士 名 その他（職種） 名 名 合計 名	月 日 時 ～ 月 日 時 取扱件数 件 搬 送 件 検視・検案 件
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 歯科技工士 名 その他（職種） 名 名 合計 名	月 日 時 ～ 月 日 時 取扱件数 件 搬 送 件 検視・検案 件
		歯科医師 名 歯科衛生士 名 歯科技工士 名 その他（職種） 名 名 合計 名	月 日 時 ～ 月 日 時 取扱件数 件 搬 送 件 検視・検案 件



第5号様式 (第7条関係)

## 歯科医療班診療記録書

地区歯科医師会名 \_\_\_\_\_

班名	職種	氏名	所属	住所