

## わた SHIGA 輝く国スポ・障スポ高島市医療救護要領

### 1 趣旨

この要領は、「わた SHIGA 輝く国スポ・障スポ高島市医療救護要項」に基づき、第79回国民スポーツ大会・第24回全国障害者スポーツ大会「わた SHIGA 輝く国スポ・障スポ」（以下「大会」という。）における医療救護の実施に関して必要な事項を定める。

### 2 実施方法

わた SHIGA 輝く国スポ・障スポ高島市実行委員会（以下「市実行委員会」という。）は、わた SHIGA 輝く国スポ・障スポ実行委員会（以下「県実行委員会」という。）と相互に連絡調整を図り、関係機関・団体等の協力を得て、医療救護を実施する。

### 3 救護所の設置

#### (1) 設置場所

- ア 各競技会場の適切な場所に設置し、救護活動および競技に支障のないようにする。
- イ 救護所内部は、衛生管理に留意し、外部から見えないようにする。
- ウ 救護所を明示するための看板等を設置する。

#### (2) 人員配置

救護所には、必要に応じて医師、看護師および保健師等を配置する。

#### (3) 設置期間および開設時間

- ア 設置期間は、原則として各競技会の競技日とする。
- イ 開設時間は、原則として競技開始30分前から競技終了時までとする。ただし、必要に応じて、延長することができる。

#### (4) その他

救護所には、必要に応じて医薬品（ドーピング禁止物質を含有しないものに限る。以下同じ。）、医療器具およびAED（自動体外式除細動器）等を配備する。

### 4 救護所における医療救護

- (1) 救護所では、傷病者に対する応急処置を行い「処置記録兼診療依頼書」（参考様式第1号）に所定の事項を記載する。
- (2) 傷病者を医療機関に搬送する必要があると認めた場合は、車両等での搬送または救急自動車等の出動を要請する。この場合、必ずチーム関係者等が同行することとし、医療機関を受診する傷病者へ「処置記録兼診療依頼書」（参考様式第1号）を交付する。医療機関に移送しない場合は、最寄りの医療機関を紹介するなど適当な措置を講じる。
- (3) 救護所係員は、医療機関に傷病者を搬送した場合、速やかに市実行委員会へ報告する。また、医療機関に搬送した傷病者のその後の症状、経過を把握するように努める。

## 5 練習会場における医療救護

- (1) 練習会場には、必要に応じて、競技役員または競技会係員等を配置する。
- (2) 練習会場には、必要に応じて、医薬品等を配備する。
- (3) 練習会場において、傷病者を医療機関に搬送する場合は、競技会場における医療救護に準ずる。

## 6 宿舎における医療救護

- (1) 宿舎において、大会参加者等に傷病者が発生した場合には、宿舎提供者が必要に応じて医療機関の紹介または救急自動車の出動依頼を行うとともに、その旨を速やかに市実行委員会に報告するように宿泊施設の責任者に対し周知する。
- (2) 傷病者が医療機関に搬送された場合、宿泊施設の責任者または傷病者の関係者から、傷病者の住所、氏名、性別、年齢、連絡先、参加区分、傷病の発生時間、発生場所、発生原因および現在の状況、搬送先の医療機関および搬送方法等必要な事項を確認する。

## 7 医療費の負担

- (1) 競技会場および練習会場での応急処置に係る費用は、市実行委員会が負担する。
- (2) 傷病者が医療機関等を受診した場合は、傷病者本人が負担する。

## 8 事後処理

救護所等の医師、看護師、保健師等は、相互に連絡調整を図り、次の書類に所定の事項を記載し、当日業務終了後速やかに市実行委員会に提出する。

- (1) 「処置記録兼診療依頼書」(参考様式第1号)
- (2) 「取扱傷病者一覧表」(参考様式第2号)

## 9 県実行委員会への報告

- (1) 市実行委員会は、大会期間中、大会参加者等に入院患者が発生した場合は、「入院患者発生速報」(参考様式第3号)を県実行委員会に提出する。
- (2) 市実行委員会は、全競技終了後、「取扱傷病者一覧表」(参考様式第2号)を県実行委員会に提出する。

## 10 その他

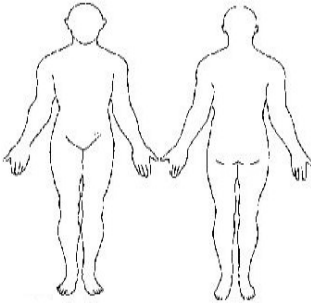
- (1) この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。
- (2) 競技別リハースル大会における医療救護についても、必要に応じてこの要領を準用する。
- (3) わた SHIGA 輝く国スポ会場地市町医療救護業務推進指針で定める様式に変更が生じた場合、本要領の様式も必要に応じて変更する。
- (4) 第24回全国障害者スポーツ大会「わた SHIGA 輝く障スポ」については、「第24回

全国障害者スポーツ大会県および会場地市町の業務分担・経費負担基本方針」に基づき実施する。

付 則

この要領は、令和6年2月22日から施行する。

処置記録兼診療依頼書

|                  |                                 |   |                 |           |                        |  |      |
|------------------|---------------------------------|---|-----------------|-----------|------------------------|--|------|
| 取扱救護所            |                                 |   |                 | 発行番号      | No.                    |  |      |
| 発症場所             | 式典中 ・ 競技中 ・ 観戦中 ・ 移動中<br>その他( ) |   |                 | 対応日時      | 令和 年 月 日               |  |      |
|                  |                                 |   |                 |           | 午前 ・ 午後 時 分 ~ 時 分      |  |      |
| 傷病者情報            | 氏名                              | 男<br>女  |                 | 参加区分      | 選手 ・ 監督 ・ 観客<br>その他( ) |  |      |
|                  | 生年月日                            | 西暦 年 月 日 生 歳  |                 | 競技名 / 会場名 | /                      |  |      |
|                  | 住所<br>連絡先                       | 都道府県名 ( )   |                 |           | 付添人                    | (携帯 - - )  |      |
|                  |                                 | (TEL - - )<br>(携帯 - - )   |                 |           | 保険証所持の有無               | 有 ・ 無  |      |
| 応急処置の内容          | 傷病内容                            | ① 心肺停止<br>② 外傷<br>骨折 腱断裂 捻挫 打撲 脱臼 裂創<br>口腔内外傷 その他( )<br>③ 熱中症 脱水症<br>④ 内因性疾患<br>頭頸部疾患 呼吸・循環器疾患 消化器疾患 内分泌疾患<br>腎疾患 神経疾患 その他( ) |                 |           | 受傷部位                   |  |      |
|                  | 傷病内容<br>詳細                      |   |                 |           |                        |  |      |
|                  | 発症状況等                           |   |                 |           |                        |  |      |
|                  | バイタル<br>サイン                     | 意識<br>レベル   | JCS / GCS E V M |           |                        | 体温   | ℃    |
|                  |                                 | 血圧  | / mmHg          |           |                        | 脈拍   | /min |
|                  |                                 | SpO2  | %               |           |                        | 呼吸数  | 回/分  |
|                  | 現病歴<br>既往歴                      |   |                 |           |                        |  |      |
|                  | 処置内容                            | 処置時間: 午前・午後 時 分   |                 |           |                        |  |      |
|                  | 使用医薬品                           |   |                 |           |                        |  |      |
|                  | 搬送                              | 有 ・ 無 ( ・ 競技復帰 ・ 棄権 ・ その他 ( ) )   |                 |           |                        |  |      |
| 救護所<br>医師等<br>氏名 | 職種 医師 ・ その他( )<br>氏名            |   |                 |           |                        |  |      |

搬送先医療機関 担当医 様

わたSHIGA輝く国スポにおいて発症した上記の者に対する診療をお願いいたします。

令和 7 年 月 日  
わたSHIGA輝く国スポ高島市実行委員会  
会長

※ 本書を医療機関へ送付することならびに搬送先医療機関からわたSHIGA輝く国スポ・障スポ高島市実行委員会に返送することについては、個人情報の保護に万全を期すとともに大会の統計資料に利用すること以外には使用しないことを条件に承諾します。

同意欄(署名)

(裏面)

### FAX送信票

|    |  |
|----|--|
| 宛先 | わたSHIGA輝く国スポ・障スポ高島市実行委員会 宛<br>FAX番号 0740-25-8539 |
|----|--|

|      |       |             |
|------|-------|-------------|
| 発信者名 | 医療機関名 | 担当者<br>(所属) |
|      | 住所    | (氏名)        |
|      | TEL   | FAX         |

下記診療内容欄に記入後、この用紙を、わたSHIGA輝く国スポ・障スポ高島市実行委員会まで当日中にFAXで送付くださいますようお願いいたします。

|      |               |             |
|------|---------------|-------------|
| 診療内容 | 傷病名           |             |
|      | 治療内容<br>使用医薬品 |             |
|      | その他           | 診療医師名 _____ |

※ 御不明な点等ございましたら、下記まで御連絡ください。

TEL 0740-25-8567

わたSHIGA輝く国スポ・障スポ高島市実行委員会

【救護所で記載】

|       |  |           |     |
|-------|--|-----------|-----|
| 取扱救護所 |  | 診療依頼書発行番号 | No. |
|-------|--|-----------|-----|

## 取扱傷病者一覧表

月 日

会場地

競技名

| 区分           | 救護所取扱傷病者数 |    |    |    |     |   | 医療機関への搬送者数 |    |    |    |     |   |
|--------------|-----------|----|----|----|-----|---|------------|----|----|----|-----|---|
|              | 選手        | 監督 | 役員 | 観客 | その他 | 計 | 選手         | 監督 | 役員 | 観客 | その他 | 計 |
| 胃腸障害         |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 感冒           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 貧血           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 頭痛           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 熱中症          |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 疲労           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 眼症           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 耳症           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 打撲           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 捻挫           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 骨折           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 脱臼           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 筋腱断裂         |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| (挫・切・裂)<br>創 |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 歯牙の外傷        |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| その他          |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |
| 合計           |           |    |    |    |     |   |            |    |    |    |     |   |

※ この様式は、一日の業務終了後に救護所で集計し記載すること。

## 入院患者発生速報

令和 年 月 日 午前・午後 時 分

|         |  |       |
|---------|--|-------|
| 宛先      | わたSHIGA輝く国スポ・障スポ実行委員会 医療救護担当 宛<br>FAX : 077-528-4836 |       |
| 会場地委員会名 | 競技会場名  | 報告者氏名 |
|         |  |       |

|                        |            |                  |      |                     |
|------------------------|------------|------------------|------|---------------------|
| 患者                     | ふりがな<br>氏名 | 男<br>女<br>年 月 日生 | 参加区分 | 選手、監督、役員、<br>観客、その他 |
|                        | 都道府県名      |                  | 競技種目 |                     |
| 宿 舎 名                  |            |                  |      |                     |
| 発 生 時 間                | 月 日 ( )    | 午前<br>午後         | 時 分  |                     |
| 発 生 場 所                |            |                  |      |                     |
| 発 生 原 因<br>及 び 状 況     |            |                  |      |                     |
| 症 状                    |            |                  |      |                     |
| 競 技 参 加 の<br>支 障 の 有 無 |            |                  |      |                     |
| 入院先医療機関名               |            |                  |      |                     |
| 使 用 医 薬 品              |            |                  |      |                     |
| 備 考                    |            |                  |      |                     |