訓練実施結果報告書（医療施設用）

施設番号及び施設名	０１０００１　Ａ施設			
実施日時	令和３年１０月５日　１０時００分　から　１１時００分　まで			
実施場所	新潟市中央区〇〇１丁目〇番〇号			
想定災害（該当する□にチェックをする。）	☑ 洪水　□土砂災害　□高潮　□津波 □ その他の災害（　　）			
訓練種類・内容（該当する□にチェックをする。）	☑ 図上訓練	□ 情報伝達訓練		
	□ 避難経路の確認訓練	□ 水平避難（立退き避難）訓練		
	☑ 垂直避難訓練	□ 持ち出し品の確認訓練		
	□ その他（　　）			
	（訓練内容を適時自由記載） ・入手した情報にあわせて、各役割の対応を実施した。 ・職員が指示を行い、患者等を上階へ避難させた。			
訓練参加者・参加人数	職員（全員・(一部)）　２０名 患者等（全員・(一部)）　１０名 その他訓練参加者：消防団等　０名 地域の協力者　５名 その他　２名			
訓練実施責任者	職　院長　氏名　新潟　太郎			
確認事項	☑ 避難支援に要した人数	１２名	☑ 避難に要した時間	時間　３０分
	☑ 避難先や避難経路の安全性			
	その他			
訓練によって確認された課題とその改善方法等	・収集した情報に対する対応がスムーズに行えなかった。 ・課題については、施設内で協議を行い、避難確保計画を修正していく。			
訓練記録作成者	職　〇〇課長　氏名　越後　次郎			