

科発0705第3号
医政発0705第4号
健発0705第6号
薬生発0705第1号
障発0705第2号
平成29年7月5日

各都道府県知事 殿

厚生労働省 大臣官房厚生科学課長
医 政 局 長
健 康 局 長
医 薬・生活衛生局長
社会・援護局障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について

大規模災害時の被災者に対する保健医療活動に係る体制については、これまで、「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日医政発0321第2号厚生労働省医政局長通知。以下「平成24年医政局長通知」という。）等により整備がなされ、救護班（医療チーム）の派遣調整等については平成24年医政局長通知に基づく派遣調整本部、被災都道府県における保健衛生活動を行う保健師チーム等の派遣調整については各都道府県の担当課が行ってきたところである。

平成28年熊本地震における対応に関して、内閣官房副長官（事務）を座長とする平成28年熊本地震に係る初動対応検証チームにより取りまとめられた「初動対応検証レポート」（平成28年7月20日）において、医療チーム、保健師チーム等の間における情報共有に関する課題が指摘され、今後、「被災地に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機能を構築する」べきこととされた。

こうした点を踏まえ、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たり、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療活動の総合調整を行う保健医療調整本部を設置することとした。

については、各都道府県における大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備に当たっての留意事項を下記のとおり示すので、今後の体制整備の参考にし
てもらおうとともに、関係機関への周知をお願いする。

なお、本通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項
の規定に基づく技術的助言であること及び内閣府（防災担当）と調整済みであ
ることを申し添える。

記

1. 保健医療調整本部の設置等について

(1) 設置

被災都道府県は、当該都道府県に係る大規模災害が発生した場合には、速
やかに、都道府県災害対策本部の下に、その災害対策に係る保健医療活動（以
下単に「保健医療活動」という。）の総合調整を行うための本部（以下「保健
医療調整本部」という。）を設置すること。なお、当該保健医療調整本部の設
置については、当該保健医療調整本部の設置に代えて、既存の組織等に当該
保健医療調整本部の機能を持たせても差支えないこと。

また、これまで救護班（医療チーム）の派遣調整等については平成 24 年医
政局長通知に基づく派遣調整本部が行い、被災都道府県における保健衛生活
動を行う保健師チーム等の派遣調整については各都道府県の担当課が行って
きたところであるが、保健医療調整本部において、保健医療活動チームの派
遣調整、保健医療活動に関する情報連携、保健医療活動に係る情報の整理及
び分析等の保健医療活動の総合調整を行うことになるため、派遣調整本部の
機能については、保健医療調整本部が担うこととし、派遣調整本部は設置し
ないこと。

(2) 組織

① 構成員

保健医療調整本部には、被災都道府県の医務主管課、保健衛生主管課、
薬務主管課、精神保健主管課等の関係課及び保健所の職員、災害医療コ
ーディネーター等の関係者が参画し、相互に連携して、当該保健医療調
整本部に係る事務を行うこと。また、保健医療調整本部には、本部長を
置き、保健医療を主管する部局の長その他の者のうちから、都道府県知
事が指名すること。

② 連絡窓口の設置

保健医療調整本部は、保健所、保健医療活動チーム（災害派遣医療チ
ーム（**DMAT**）、日本医師会災害医療チーム（**JMAT**）、日本赤十字社の救護

班、独立行政法人国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、災害派遣精神医療チーム（DPAT）その他の災害対策に係る保健医療活動を行うチーム（被災都道府県以外の都道府県から派遣されたチームを含む。）をいう。以下同じ。）その他の保健医療活動に係る関係機関（以下単に「関係機関」という。）との連絡及び情報連携を行うための窓口を設置すること。

この場合において、保健医療調整本部は、関係機関との連絡及び情報連携を円滑に行うために必要があると認めるときは、当該関係機関に対し、当該関係機関の担当者を当該窓口配置するよう求めることが望ましいこと。

③ 本部機能等の強化

保健医療調整本部は、保健医療活動の総合調整を円滑に行うために必要があると認めるときは、被災都道府県以外の都道府県等に対し、災害対策基本法（昭和36年法律第223号）等に基づき、保健医療調整本部における業務を補助するための人的支援等を求めることが望ましいこと。

また、保健医療調整本部は、保健医療活動を効果的・効率的に行うため、被害状況、保健医療ニーズ等について、厚生労働省災害対策本部（厚生労働省現地対策本部が設置された場合にあっては、厚生労働省現地対策本部。以下この③において同じ。）と緊密な情報連携を行うとともに、保健医療活動の総合調整を円滑に行うために必要があると認めるときは、厚生労働省災害対策本部に対し、必要な助言及びその他の支援を求めること。

2. 保健医療活動の実施について

(1) 保健医療活動チームの派遣調整

① 保健医療調整本部は、被災都道府県内で活動を行う保健医療活動チームに対し、保健医療活動に係る指揮又は連絡を行うとともに、当該保健医療活動チームの保健所への派遣の調整を行うこと。

なお、災害発生直後においては、人命救助等に支障が生じないように、保健所を経由せず、被災病院等への派遣の調整を行う等、指揮又は連絡及び派遣の調整（以下「指揮等」という。）について、臨機応変かつ柔軟に実施すること。

② 保健所は、①によって派遣された保健医療活動チームに対し、市町村と連携して、保健医療活動に係る指揮又は連絡を行うとともに、当該保健医療活動チームの避難所等への派遣の調整を行うこと。

- ③ 保健医療調整本部及び保健所は、①及び②の指揮等の実施に当たっては、救急医療から保健衛生等の時間の経過に伴う被災者の保健医療ニーズの変化を踏まえることに留意すること。
- ④ 保健医療調整本部及び保健所は、保健医療活動チームに対し、当該保健医療活動チームが実施可能な活動の内容、日程、体制、連絡先等の情報を予め保健医療調整本部及び保健所に登録し、保健医療調整本部及び保健所の指揮等に基づき活動を行うよう求めること。

(2) 保健医療活動に関する情報連携

- ① 保健医療調整本部及び保健所は、当該保健医療調整本部及び保健所の指揮等に基づき活動を行う保健医療活動チームに対し、適宜、当該保健医療活動チームの活動の内容及び収集した被害状況、保健医療ニーズ等を報告するよう求めること。なお、報告の求めに当たっては、以下の点に留意すること。

ア 活動中の報告においては、特に、当該保健医療活動チームが対応することができなかった保健医療ニーズについて報告するよう求めること。

イ 活動後の報告においては、特に、当該保健医療活動チームの保健医療活動を他の保健医療活動チームが引き継ぐに当たって必要な情報を報告するよう求めること。

- ② 保健医療調整本部及び保健所は、当該保健医療調整本部及び保健所の指揮等に基づき活動を行う保健医療活動チームに対し、避難所等での保健医療活動の記録及び報告のための統一的な様式を示すこと。

この場合において、被災者の診療録の様式については、「災害診療記録報告書」(平成 27 年 2 月、災害時の診療録のあり方に関する合同委員会)及びその様式(別添 1)を、避難所の状況等に関する記録の様式については「大規模災害における保健師の活動マニュアル」(平成 25 年、日本公衆衛生協会・全国保健師長会)及びその様式(別添 2)を参考とすることが望ましいこと。

- ③ 保健医療調整本部及び保健所は、保健医療活動チームに対し、保健医療活動を効果的・効率的に行うために必要な被害状況、保健医療ニーズ等の情報の提供を行うとともに、保健医療活動チーム間の適切な引き継ぎに資するよう、保健医療活動チームから報告を受けた情報の伝達等を行うこと。
- ④ 保健所は、市町村に対し、保健医療活動を効果的・効率的に行うために必要な被害状況、保健医療ニーズ等の情報の提供を求めるとともに、

保健医療活動チームから報告を受けた情報の伝達等により、避難所の状況等、市町村が把握する必要がある情報の提供を行うこと。

- ⑤ 保健医療調整本部及び保健所は、被害状況、保健医療ニーズ等について、関係機関との緊密な情報連携を行うこと。なお、情報連携の手段としては、平成 24 年医政局長通知に基づき、保健所管轄区域や市町村単位等で、災害時に保健所・市町村等の行政担当者と地域の医師会等の医療関係者、救護班（医療チーム）等が定期的に情報交換することを目的として、保健所により設置される地域災害医療対策会議等が考えられること。

(3) 保健医療活動に係る情報の整理及び分析

- ① 保健所は、今後実施すべき保健医療活動を把握するため、市町村と連携して、(2)により収集した保健医療活動チームの活動の内容及び被害状況、保健医療ニーズ等の整理及び分析を行うこと。
- ② 保健医療調整本部は、①により各保健所が整理及び分析した情報の取りまとめを行い、保健医療活動の総合調整に活用すること。

(別添 1)

災害診療記録

項目は、 および必要記入項目です。

年 月 日

トリアージタグ&番号	* 該当項目に○を付す 赤 黄 緑 黒	番号	トリアージタグ記載者・場所・機関
------------	------------------------	----	------------------

メディカルID											* 該当性別に○を付す M F	
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------------	--

フリガナ 氏名	* 氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載					男 女	保険者番号
							記号・番号

生年月日 年齢	* 年齢不詳の場合は推定年齢 M T S H 年 月 日 () 歳					[携帯]電話番号
------------	---------------------------------------	--	--	--	--	----------

住 所	自宅					* 該当項目に○を付す 健存 半壊 全壊
	<input type="checkbox"/> 避難所1	<input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他				

	<input type="checkbox"/> 避難所2	<input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 車内 <input type="checkbox"/> その他				
--	-------------------------------	--	--	--	--	--

職 業	連絡先(家族・知人・その他)			連絡先なし
-----	----------------	--	--	-------

【禁忌事項等】

- アレルギー
- 禁忌食物

【特記事項(常用薬等)】

- 抗血小板薬 ()
- 抗凝固薬 ワーファリン ()
- 糖尿病治療薬 インスリン 経口薬
- ステロイド ()
- 抗てんかん薬 ()
- その他 ()
- 透析
- 在宅酸素療法(HOT)
- 災害時要援護者 (高齢者 障害者 乳幼児 妊婦 日本語が不自由
 その他 ())

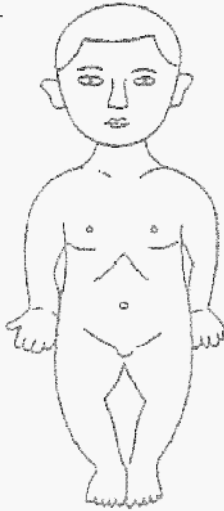
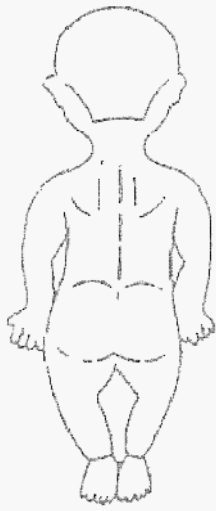
【フォローアップ】 必要(次の該当項目に○を付す。身体的/精神的/社会的/その他)

傷病名	開始	診察場所	所属・医師サイン
	年 月 日		

は、および必要記入項目です。

年 月 日

*該当性別に○を付す

メディカルID										M F				
バイタルサイン等	意識障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		呼吸数: /min	脈拍: /min	*該当項目に○を付す 整 不整		血圧: / mmHg	体温: °C						
身長: cm、	体重: kg	既往歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他()												
予防接種歴	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 破傷風 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他()						妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
主訴														
<input type="checkbox"/> 外傷⇒黄色タグ以上は外傷カルテへ(J-SPEEDは記入) <input type="checkbox"/> 痛み (<input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 胸部痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> その他: _____) <input type="checkbox"/> 熱発 _____ 日 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 下痢 _____ 日 (<input type="checkbox"/> 水様便、 <input type="checkbox"/> 血便) <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 眼の症状 <input type="checkbox"/> 耳の症状 <input type="checkbox"/> その他														
														
診断			<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし				処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
#1			<input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 *その場の処置としての <input type="checkbox"/> 外用 <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> その他				#1							
初診時J-SPEED														
<input type="checkbox"/> 1 男性	<input type="checkbox"/> 7 熱傷(皮膚/気道)	<input type="checkbox"/> 13 呼吸器感染症	<input type="checkbox"/> 19 気管支喘息発作	<input type="checkbox"/> 25 治療中断	<input type="checkbox"/> 2 女性	<input type="checkbox"/> 8 溺水	<input type="checkbox"/> 14 消化器感染症	<input type="checkbox"/> 20 災害ストレス諸症状	<input type="checkbox"/> 26 災害関連性なし	<input type="checkbox"/> 3 歩行不能(被災後~)	<input type="checkbox"/> 9 クラッシュ症候群	<input type="checkbox"/> 15 麻疹疑い	<input type="checkbox"/> 21 緊急心理ケア	<input type="checkbox"/> 27
<input type="checkbox"/> 4 搬送必要	<input type="checkbox"/> 10 人工透析必要	<input type="checkbox"/> 16 破傷風疑い	<input type="checkbox"/> 22 緊急支援要	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 5 創傷(臓器)損傷	<input type="checkbox"/> 11 深部静脈血栓症疑	<input type="checkbox"/> 17 皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 23 水・食料	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 6 骨折	<input type="checkbox"/> 12 発熱	<input type="checkbox"/> 18 血圧 >160/100	<input type="checkbox"/> 24 栄養	<input type="checkbox"/> 30
【記載者】 (<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他)														
所属			氏名											

は、 および必要記入項目です。

* 該当性別に○を付す

メディカルID										M						
										F						

日時	所見	前頁のJ- 3PEED#3 #26の該当 コードを記載	処置・処方	診療場所 所属 医師等サイン

■は、☑および必要記入項目です。

* 該当性別に○を付

メディカルID										M F					
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	--

日時	所見	2頁のJ- SPEED#3 #26の該当 コードを記載	処置・処方	診療場所 ・所属 ・医師等サイン

【転帰】 年 月 日

1帰宅

2転送(手段: _____ 搬送機関: _____
搬送先: _____ 年 月 日

3紹介先

4死亡(場所: _____ 時刻: _____ 確認者: _____)

【災害と傷病との関連】

1有 (新規 / 悪化 / 慢性疾患増悪)

2無

3わからない

最終診療記録管理者 _____



災害診療記録(外傷、初期評価)(表)

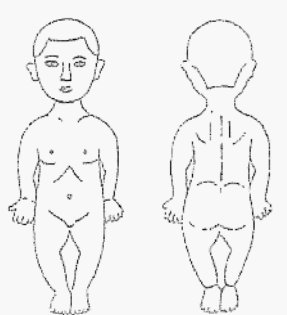
項目は、おおよび必要記入項目です。

*該当性別に○を付す

メディカルID											M F																				
氏名	*氏名不詳なら個人特定に役立つ状況情報を記載					生年月日 年齢	性別	*年齢不詳の場合は推定年齢 MTSH 年 月 日 歳				男	女																		
<p>A 気道 <input type="checkbox"/>気道の異常有り(□ゴロゴロ音 □閉塞 □狭窄)→次ページ「A 気道の異常」項目へ <input type="checkbox"/>気道開通(正常な発語あり)→下記「B 呼吸」項目へ</p>																															
<p>B 呼吸 SpO2 % 呼吸数 回/分 努力様呼吸 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有 呼吸音の左右差 <input type="checkbox"/>無 / 有(□右>左 □右<左) 皮下気腫の有無 <input type="checkbox"/>無 / 有(□右 □左 □両側) 陥没呼吸 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有 ➔ 異常なければC項へ、異常あれば次ページ「B・Cの異常」項目へ</p>																															
<p>C 循環 心拍数 回/分 血圧 / mmHg ショックの徴候 <input type="checkbox"/>無 / 有(□冷汗 □血圧低下 □脈の異常) 活動性出血 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有 超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/>所見なし 所見有り(□心嚢 □モリソン窩 □脾周囲 □ダグラス窩 □右胸腔 □左胸腔) 胸部X線写真 血胸・気胸 <input type="checkbox"/>無 / 有(□右 □左 □両側) 骨盤X線写真 不安定型骨盤骨折 <input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有 ➔ 異常なければD項へ、異常あれば次ページ「Cの異常」項目へ</p>																															
<p>D 中枢神経の機能障害 意識レベル(GCS) E V M 合計</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">E 4 開眼している</td> <td style="width:33%;">V 5 時・場所・人を正確に言える</td> <td style="width:33%;">M 6 命令に応じる</td> </tr> <tr> <td>3 呼びかけで開眼する</td> <td>4 混乱した会話</td> <td>5 痛み刺激を払いのける</td> </tr> <tr> <td>2 刺激で開眼する</td> <td>3 不適當な単語</td> <td>4 痛み手足を引っ込める</td> </tr> <tr> <td>1 何をしても開眼しない</td> <td>2 無意味な発言</td> <td>3 上肢の異常屈曲</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 発声なし又は挿管中</td> <td>2 四肢の異常伸展</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1 全く動かない</td> </tr> </table> <p>瞳孔径(右 mm 左 mm) 対光反射(右 左) 片麻痺(<input type="checkbox"/>無 / <input type="checkbox"/>有) 「切迫するD」 <input type="checkbox"/>無 / 有(□GCS 8点以下、□観察中にGCSで2点以上の低下、□瞳孔不同、 □片麻痺、□クッシング徴候) ➔ 異常なければ下記E項へ、異常あれば次ページのD項へ</p>														E 4 開眼している	V 5 時・場所・人を正確に言える	M 6 命令に応じる	3 呼びかけで開眼する	4 混乱した会話	5 痛み刺激を払いのける	2 刺激で開眼する	3 不適當な単語	4 痛み手足を引っ込める	1 何をしても開眼しない	2 無意味な発言	3 上肢の異常屈曲		1 発声なし又は挿管中	2 四肢の異常伸展			1 全く動かない
E 4 開眼している	V 5 時・場所・人を正確に言える	M 6 命令に応じる																													
3 呼びかけで開眼する	4 混乱した会話	5 痛み刺激を払いのける																													
2 刺激で開眼する	3 不適當な単語	4 痛み手足を引っ込める																													
1 何をしても開眼しない	2 無意味な発言	3 上肢の異常屈曲																													
	1 発声なし又は挿管中	2 四肢の異常伸展																													
		1 全く動かない																													
<p>E 保温と脱衣 体温 °C 保温に努め、全身観察 外傷(身体所見)の評価</p>																															
<p>Cr 圧挫症候群 <input type="checkbox"/>無 / 有(□四肢の狭圧、□麻痺、□感覚障害、□ポートワイン尿、□高カリウム血症、 □心電図異常)</p>																															
<p>特記事項等(自由記載)</p>																															
											確認時刻	月	日	時	分																

災害診療記録(緊急処置と外傷評価)(裏)

項目は、および必要記入項目です。

メディカルID											
<p>A 気道の異常</p> <p><input type="checkbox"/>口腔内吸引 <input type="checkbox"/>エアウェイ</p> <p><input type="checkbox"/>気管挿管 (挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/>輪状甲状靱帯切開 (気切チューブ 内径 mm カフ ml)</p> <p>B・Cの異常</p> <p><input type="checkbox"/>酸素投与(L/分)</p> <p><input type="checkbox"/>胸腔ドレナージ(<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>両側 サイズ Fr 吸引圧 cmH2O)</p> <p><input type="checkbox"/>気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/>人工呼吸(FiO2 TV ml 換気回数 回/分 PEEP cmH2O)</p> <p>Cの異常</p> <p><input type="checkbox"/>圧迫止血 <input type="checkbox"/>細胞外液輸液 <input type="checkbox"/>心電図モニター</p> <p><input type="checkbox"/>心嚢穿刺・切開ドレナージ <input type="checkbox"/>胸部X線撮影 <input type="checkbox"/>骨盤X線撮影</p> <p><input type="checkbox"/>骨盤シーツラッピング <input type="checkbox"/>TAE <input type="checkbox"/>外科的治療 <input type="checkbox"/>四肢の循環障害</p> <p>Dの異常</p> <p><input type="checkbox"/>酸素投与(L/分)</p> <p><input type="checkbox"/>気管挿管(挿管チューブ 内径 mm cm固定 カフ ml)</p> <p><input type="checkbox"/>頭部CT検査</p> <p>その他の処置</p> <p><input type="checkbox"/>末梢ルート①(G <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>下肢) ②(G <input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>下肢)</p> <p><input type="checkbox"/>NG チューブ(Fr cm固定) <input type="checkbox"/>尿道バルーンカテーテル Fr</p> <p><input type="checkbox"/>動脈ライン(<input type="checkbox"/>右 <input type="checkbox"/>左 <input type="checkbox"/>上肢 <input type="checkbox"/>下肢) <input type="checkbox"/>末梢血検査 <input type="checkbox"/>血液ガス分析</p> <p><input type="checkbox"/>創傷処置()</p> <p><input type="checkbox"/>投与薬物()</p>											
<p>受傷機転</p>											
<p>傷病分類 <input type="checkbox"/>頭頸部(<input type="checkbox"/>頭部外傷 <input type="checkbox"/>頸部外傷 <input type="checkbox"/>頸椎・頸髄損傷)</p> <p><input type="checkbox"/>顔面(<input type="checkbox"/>骨折 <input type="checkbox"/>眼損傷 <input type="checkbox"/>耳損傷 <input type="checkbox"/>鼻出血 <input type="checkbox"/>口腔損傷)</p> <p><input type="checkbox"/>胸部(<input type="checkbox"/>フレイルチェスト <input type="checkbox"/>肋骨骨折(<input type="checkbox"/>多発) <input type="checkbox"/>血胸 <input type="checkbox"/>気胸)</p> <p><input type="checkbox"/>腹部(<input type="checkbox"/>腹腔内出血 <input type="checkbox"/>腹膜炎(<input type="checkbox"/>腹部反跳痛 <input type="checkbox"/>筋性防御) <input type="checkbox"/>腎・尿路損傷(<input type="checkbox"/>肉眼的血尿))</p> <p><input type="checkbox"/>四肢と骨盤(<input type="checkbox"/>両側大腿骨骨折 <input type="checkbox"/>開放性骨折 <input type="checkbox"/>脱臼 <input type="checkbox"/>切断 <input type="checkbox"/>骨盤骨折(<input type="checkbox"/>不安定型))</p> <p><input type="checkbox"/>体表(<input type="checkbox"/>剥皮創 <input type="checkbox"/>穿通創 <input type="checkbox"/>挫創 <input type="checkbox"/>熱傷(<input type="checkbox"/>Ⅱ度 <input type="checkbox"/>Ⅲ度 面積 % <input type="checkbox"/>気道熱傷有)</p> <p><input type="checkbox"/>圧挫症候群 <input type="checkbox"/>胸・腰椎(髄) 損傷 <input type="checkbox"/>低体温 <input type="checkbox"/>汚染(<input type="checkbox"/>化学物質 <input type="checkbox"/>放射線)</p> <p><input type="checkbox"/>その他の傷病名(身体所見) ()</p>											
<p>必要な治療・処置</p> <p><input type="checkbox"/>外科的治療(<input type="checkbox"/>緊急手術を要す、<input type="checkbox"/>待機的手術を要す) <input type="checkbox"/>輸血 <input type="checkbox"/>動脈塞栓術(TAE)</p> <p><input type="checkbox"/>創外固定 <input type="checkbox"/>直達牽引 <input type="checkbox"/>創傷処置 <input type="checkbox"/>除染(<input type="checkbox"/>化学物質 <input type="checkbox"/>放射性物質)</p> <p><input type="checkbox"/>破傷風トキソイド <input type="checkbox"/>抗破傷風免疫グロブリン</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>											
<p>診断、特記事項等(自由記載)</p>											
											

**避難所情報 日報
(共通様式)**

活動日	記載者(所属・職名)
年 月 日	

避難所活動の目的:

ピンクセルは活動初期に重点的に把握すべき事項

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討する。
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

避難所の概況	避難所名	所在地(都道府県、市町村名)	避難者数 人(昼: 人 夜: 人)		
	電話	FAX メールアドレス	施設の広さ		
	スペース密度 過密・適度・余裕 <small>1人当たり専有面積</small>	m ² くらい	施設の概要図(屋内・外の施設、連絡系統などを 含む)		
	交通機関(避難所と外との交通手段)				
組織や活動	管理統括・代表者の情報				
	氏名(立場)				
	その他				
	連絡体制 / 指揮・命令系統				
	自主組織	有()・無			
	外部支援	有(チーム数: 、人数: 人)・無 有の場合、職種()			
	ボランティア	有(チーム数: 、人数: 人)・無 有の場合、職種()			
医療の提供状況					
救護所 有・無 巡回診療 有・無					
地域の医師との連携 有・無					
	現在の状況 (◎十分,○どちらかというと足りている,△どちらかという不足,×皆無)		対応		
環境的側面	ライフライン	電気	◎・○・△・×		
		ガス	◎・○・△・×		
		水道	◎・○・△・×		
		飲料水	◎・○・△・×		
		固定電話	◎・○・△・×		
		携帯電話	◎・○・△・×		
	設備状況と衛生面	洗濯機	◎・○・△・×		
		冷蔵庫	◎・○・△・×		
		冷暖房	◎・○・△・×		
		照明	◎・○・△・×		
		調理設備	◎・○・△・×		
		トイレ	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳	◎・○・△・×	(箇所)下水 無・有
			清掃	◎・○・△・×	くみ取り ◎・○・△・×
			手洗い場	◎・○・△・×	手指消毒 ◎・○・△・×
		風呂	◎・○・△・×		
	喫煙所	◎・○・△・×			
	生活環境の衛生面	清掃状況	不良・普・良	床の清掃 無・有	
		ゴミ収集場所	無・有	履き替え 無・有	
		換気・温度・湿度等	空調管理	不適・適	
		粉塵	無・有	生活騒音 不適・適	
寝具		◎・○・△・×	寝具乾燥対策 無・有		
ペット対策		無・有	ペットの収容場所 無・有		
食事の供給		食事	◎・○・△・×		
	炊き出し	無・有	残品処理 不適・適		

避難所避難者の状況 日報
(共通様式)

避難所名	活動日	記載者(所属・職名)
	年 月 日	

避難所活動の目的:

ピンクセルは活動初期に重点的に把握すべき事項

- ・公衆衛生的立場から避難所での住民の生活を把握し、予測される問題と当面の解決方法、今後の課題と対策を検討する。
- ・個人や家族が被災による健康レベルの低下をできるだけ防ぐための生活行動が取れるよう援助する。

		本日の状態				対応・特記事項		
配慮を要する人	高齢者	人	うち75歳以上	人	配慮を要する人の全体像	要援護者数	人	
			うち要介護認定者数	人		うち全介助	人	
	妊婦	人	うち妊婦健診受診困難者数	人		うち一部介助	人	
	産婦	人				うち認知障害	人	
	乳児	人				外国人	人	
	幼児・児童	人	うち身体障害児	人				
			うち知的障害児	人				
			うち発達障害児	人				
	障害者	人	うち身体障害者	人				
			うち知的障害者	人				
			うち精神障害者	人				
			うち発達障害者	人				
		難病患者	人					
		在宅酸素療養者	人					
		人工透析者	人					
		アレルギー疾患児・者	人					
服薬者数	服薬者	人	うち高血圧治療薬	人	対応・特記事項			
			うち糖尿病治療薬	人				
			うち向精神薬	人				
有症状者数	人数の把握	総数	うち乳児・幼児	うち妊婦	うち高齢者	専門的医療ニーズ	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無	
	外傷	人	人	人	人	小児疾患	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無	
	感染症症状	下痢	人	人	人	人	精神疾患	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無
		嘔吐	人	人	人	人	周産期	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無
		発熱	人	人	人	人	歯科	◎有(緊急)・○有(≠緊急)・×無
		咳	人	人	人	人	対応・特記事項	
	その他	便秘	人	人	人	人		
		食欲不振	人	人	人	人		
		頭痛	人	人	人	人		
		不眠	人	人	人	人		
	不安	人	人	人	人			
防疫的側面	食中毒様症状(下痢、嘔吐などの動向)							
	風邪様症状(咳・発熱などの動向)							
	感染症症状、その他							
まとめ	全体の健康状態							
	活動内容							
	アセスメント							
	課題/申し送り							

健康相談票(共通様式)		方法		対象者		担当者(自治体名)		
初回・()回		・面接 ・電話 ・その他 ()		乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障害者 その他()		相談日 年 月 日		
保管先						時間 場所		
基本的な状況	氏名(フリガナ)			性別	生年月日		年齢	
				男・女	M・T・S・H 年 月 日		歳	
	被災前住所			連絡先		避難場所		
	①現住所			連絡先		自宅 自宅外:車・テント・避難所 (避難所名:)		
	②新住所			連絡先		家族状況		
	情報源、把握の契機/相談者がいる場合、本人との関係・連絡先					独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯 家族問題あり()		
	被災の状況					制度の利用状況		
家に帰れない理由 自宅倒壊・ライフライン不通・避難勧告・精神的要因(恐怖など) その他()					・介護保険(介護度) ・身体障害者手帳(級) ・療育手帳(級) ・精神保健福祉手帳(級) ・その他()			
身体的・精神的な状況	既往歴 高血圧、脳血管疾患、 高脂血症、糖尿病、 心疾患、肝疾患、 腎疾患、精神疾患、 結核、難病、 アレルギー、 その他 ()		現在治療中の病気 高血圧、高脂血症、 糖尿病、心疾患、 肝疾患、腎疾患、 精神疾患、結核、 難病、アレルギー、 その他 ()		内服薬 なし・あり(中断・継続) 内服薬名()			
					医療器材・器具 在宅酸素・人工透析 その他()		医療機関名 被災前: 被災後:	
					食事制限 なし あり 内容() 水分()		血圧測定値 最高血圧: 最低血圧:	
	現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載)				具体的自覚症状(参考)			
				①頭痛・頭重②不眠③倦怠感④吐き気⑤めまい⑥動悸・息切れ⑦肩こり⑧目の症状⑨咽頭の症状⑩発熱⑪便秘/下痢⑫食欲⑬体重減少⑭精神運動減退/空虚感/不満足/決断力低下/焦燥感/ゆううつ/精神運動興奮/希望喪失/悲哀感⑮その他				
日常生活の状況		食事	保清	衣類の着脱	排泄	移動	意思疎通 判断力・記憶	その他
	自立							
	一部介助							
	全介助							
備考 必要器具など								
個別相談活動	相談内容				支援内容			
					今後の支援方針 解決 継続			

(参考資料) 大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について

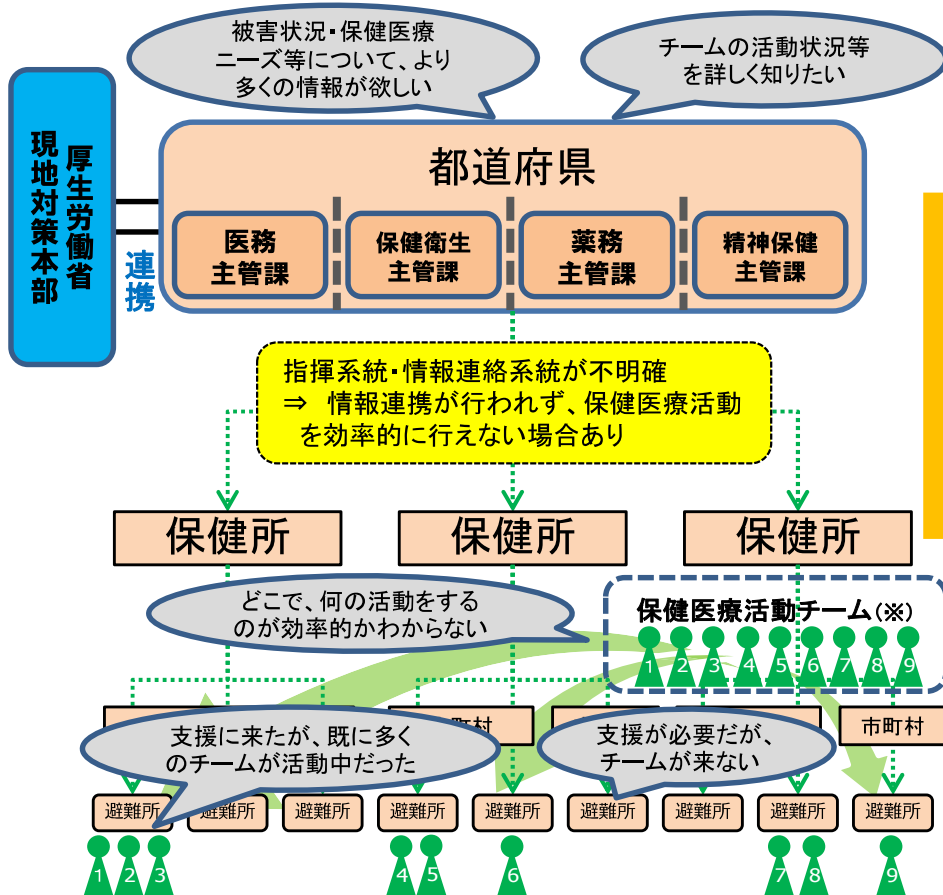
I 熊本地震における課題と原因

<課題>

- 被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの間で被害状況・保健医療ニーズ等、保健医療活動チームの活動状況等について情報連携が行われず、保健医療活動が効率的に行われない場合があった。

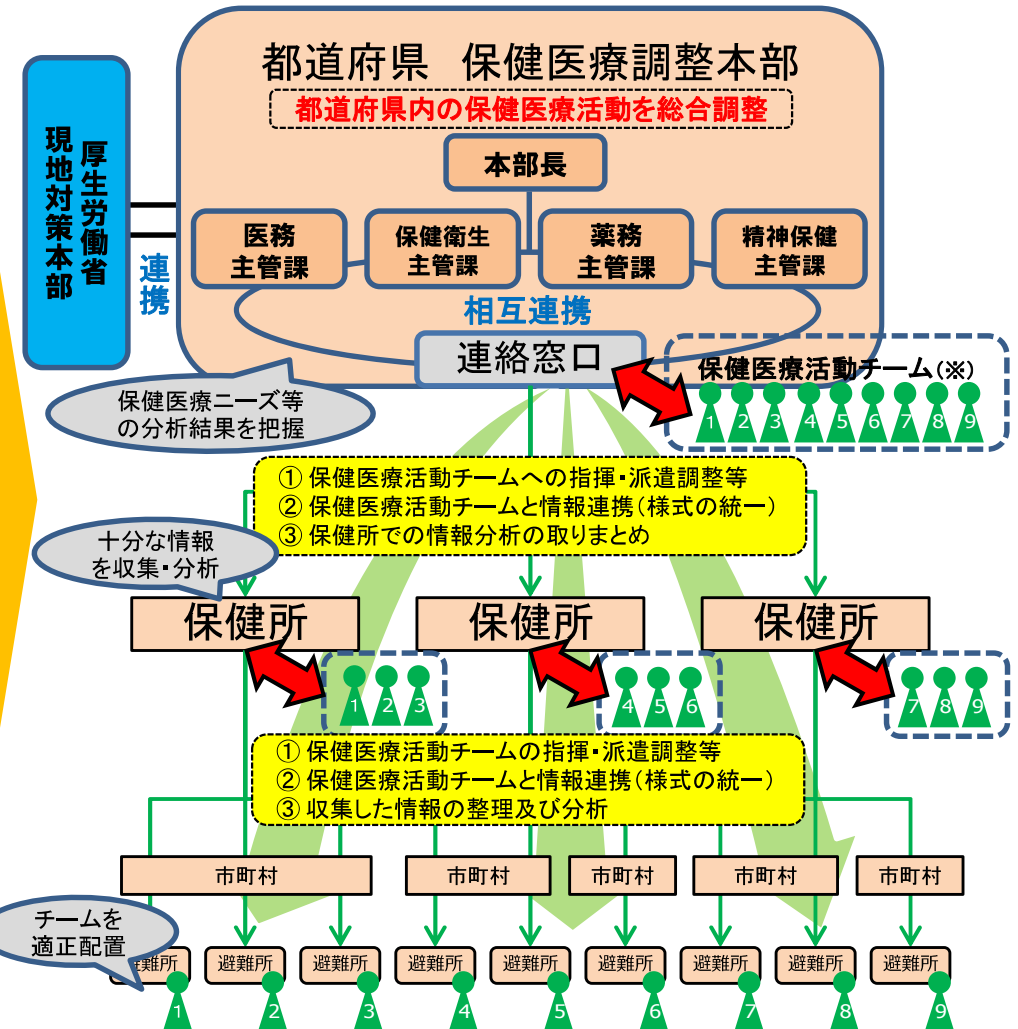
<原因>

- 被災都道府県及び保健所における、保健医療活動チームの指揮・情報連絡系統が不明確で、保健医療活動の総合調整を十分に行うことができなかった。



II 今後の大規模災害時の体制のモデル

- 被災都道府県に設置された保健医療調整本部において、保健所と連携し、
 - ① 保健医療活動チームに対する指揮又は連絡及び派遣調整
 - ② 保健医療活動チームと情報連携(様式の統一)
 - ③ 収集した保健医療活動に係る情報の整理及び分析を一元的に実施し、保健医療活動を総合調整する体制を整備する。



(※) 凡例: 保健医療活動チーム (DMAT、JMAT、日本赤十字社の救護班、国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、DPAT等)