

2. アセスメントシートについて

要配慮者へのアセスメント

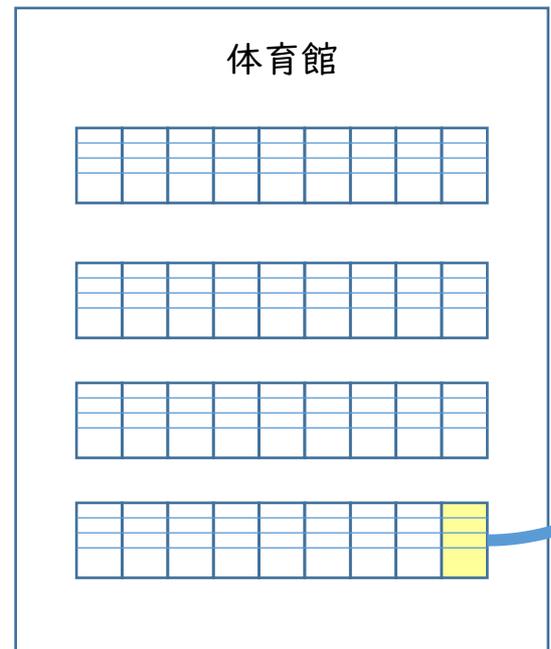
連携相手	<ul style="list-style-type: none">・ 行政・ 保健師、医療チーム、看護師チーム・ J R A T・ NPO等
連携のきっかけ	<ul style="list-style-type: none">・ 保健医療調整会議・ 避難所内ミーティング等・ 避難所MAPの活用
連携のメリット	<ul style="list-style-type: none">・ アセスメントの重複を減らすことができる・ 専門領域ごとの役割の分担・ 限られたマンパワーでの支援の効果的な分散化・ 複数課題を抱える要配慮者への支援力強化・ 保健師の様式をベースにすることで、聴き取りにかかる避難者の負担を減らす



■ リストとマップで情報共有

避難者リストの一覧に加え避難所内をマッピングした物を行政と派遣チームで共有して使用。

- ・ 視覚化されており引継ぎも容易。
- ・ 重複して質問することもない。



コード（配置場所）
氏名
保・医・福・他
自・ア・仮・市・み・未
決・申・未

支援の状態

- 保健分野
- 医療分野
- 福祉分野
- その他

***今回、追加**

今後の行先

- 自宅
- アパート
- 仮設住宅
- 市営住宅
- みなし仮設
- 未定

今後についての進捗状況

決定・申請中・未定

(参考) 被災者アセスメント調査票 … (1)の①

(別添1) 避難者に関するアセスメント調査票

調査票を配布した避難所名:

被災者アセスメント調査票

この調査票は、被災状況を直ちに把握し、適切に関係機関と共有することを目的とした調査票であり、本調査票に記載いただいた情報の共有に当たっては、災害時における支援活動のために使用いたします。

記入者のお名前:	記入日時: 月 日 時 分		
記入者の生年月日:	年齢:	性別:	
自宅住所:	固定電話:		
	携帯電話:		
記入者を含む被災された方の世帯人数:			

1 被災状況

被災により使用できなくなったライフライン	<input type="checkbox"/> ガス <input type="checkbox"/> 水道 <input type="checkbox"/> 電気 <input type="checkbox"/> 下水道 <input type="checkbox"/> 固定電話 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> インターネット通信
家屋(建物)の被害の状況	<input type="checkbox"/> 家屋に極めて大きな被害があった <small>(家が流れてしまった、家が倒壊した、家が土砂によって埋没したなど)</small> <input type="checkbox"/> 家屋に修繕が必要な程度の大きな被害があった(瓦が落ちた、外壁がはがれたなど) <input type="checkbox"/> 家屋に被害があった (被害の概況:) <input type="checkbox"/> 被害はなかった

2 現在の御自身の状況や、御自身と一緒に避難している御家族の状況

現在の宿泊場所	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> 車中泊 <input type="checkbox"/> その他		
避難所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している (<input type="checkbox"/> 応急給水 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 生活物資 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 行政やボランティア等から提供される各種の情報 <input type="checkbox"/> 利用していない)		
医療サポートを利用されているか。	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 緊急性のある精神疾患 <input type="checkbox"/> 緊急治療菌科疾患 <input type="checkbox"/> 要緊急処置妊婦 <input type="checkbox"/> 定期的投薬が必要 (現在、〔 中断・継続 〕) <input type="checkbox"/> 降圧薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 向精神薬 <input type="checkbox"/> その他 (医薬品名:)		
かかりつけの医療機関名			
訪問看護などの医療サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有 (利用している事業所名:) <input type="checkbox"/> 無		
妊産婦や乳幼児の方がいるか	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	食物アレルギーを有しているか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (原因食物)	
要介護(支援)認定を受けられているか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 介護区分不明) (利用している居宅介護支援事業所名:) <input type="checkbox"/> 無		
障害等手帳をお持ちか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳) (具体的な障害の種類等:) <input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 無		
デイサービス・ヘルパーなどの福祉サービスを利用されているか	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 被災前と変わらず利用の見通しが立っている <input type="checkbox"/> 利用の見通しが立たない <input type="checkbox"/> わからない) (利用している事業所名:) <input type="checkbox"/> 無		
その他			

本調査票に記載した情報を、地方自治体が設置する避難所の管理者、当該地方自治体の災害対策本部及び保健医療福祉調整本部等において共有することに同意します。

年 月 日 氏名 _____

★メインの避難所アセスメントシート（災害時の健康活動推進マニュアルより）

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費「災害発生時の分野横断的かつ長期的なマネジメント体制構築に関する研究（研究代表者：浜松医科大学 健康社会医学講座 教授 尾島 俊之）」において改訂

1 避難所日報（避難所状況）

避難所名 避難所コード

指定避難所以外の場合 所在地

電話 FAX

活動日 年 月 日 記載者(所属・職名・職種)

施設定員(指定避難所) 人 避難者数(施設内) 夜: 約 人 昼: 約 人

食事提供人数 約 人 車中泊 無・ 有 (約 人)

避難所運営組織 有 (組織: 自治組織・ 自治体・ 学校・ その他 ())・ 無

外部支援ボランティア 有 (種類(職種)・人数:)・ 無

医療所設置 有 (所属:)・ 無

巡回診療 有 (所属:)・ 無

現在の状況	特記事項(課題も含む)
電気 <input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通 予定: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
ガス <input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通 予定: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
水道 <input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通 予定: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
下水道 <input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通 予定: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
飲料水 <input type="checkbox"/> 充足・ <input type="checkbox"/> 不足 予定: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
固定電話 <input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通 予定: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
携帯電話 <input type="checkbox"/> 開通・ <input type="checkbox"/> 不通 予定: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
スペース過密度 <input type="checkbox"/> 適度・ <input type="checkbox"/> 過密	
プライバシーの確保 <input type="checkbox"/> 適度・ <input type="checkbox"/> 不適	
更衣室 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
授乳室 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
トイレ <input type="checkbox"/> 充足 (<input type="checkbox"/> 基)・ <input type="checkbox"/> 不足	
トイレ衛生状態 <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良	
手洗い場 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 手指消毒 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
トイレ照明 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適 風扇・シャワー <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
冷暖房 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 洗濯機 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
喫煙 <input type="checkbox"/> 禁煙・ <input type="checkbox"/> 分煙・ <input type="checkbox"/> その他	
温度 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適 換気・湿度 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	
土足禁止 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 清掃状況 <input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 不良	
ゴミ収集場所 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
粉塵 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 生活騒音 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	
寝具乾燥対策 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適 ペット対策 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	
主食提供回数 <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 無し	
おかず提供回数 <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 無し	
特別食提供 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	
炊き出し <input type="checkbox"/> 該当・ <input type="checkbox"/> 無 残品処理 <input type="checkbox"/> 適・ <input type="checkbox"/> 不適	
調理設備 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	

(2020年版) 写真送付の場合は再度記載→ 避難所コード

3 避難所日報（避難者状況）

避難所名 避難所コード

活動日 年 月 日 記載者(所属・職名・職種)

◆配慮を要する者◆

	人数	うち要配慮支援人数		人数	うち要配慮支援人数		人数	うち要配慮支援人数
高齢者(65歳以上)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	障害者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	視覚者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
うち75歳以上	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	身体障害者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	聴覚者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
要介護認定者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	知的障害者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	精神障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
妊婦	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	精神障害者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	向精神薬	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
じよく障	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	難病患者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	他の治療薬	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
乳児	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	若年難病患者・児童難病患者	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	その他	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
幼児・児童	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	透析(血液透析含む)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	要継続支援合計人数(要人数)	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
うち障害児・医療的ケア児	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	アレルギー疾患	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人			

特記事項

◆対応すべきニーズがある者◆ *まだ解決しておらず、速やかに対応しなければならないニーズがある避難者数を記載する。

	該当	特記事項(一左の欄のその内容、アセスメント等記載)
医療ニーズのある者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
うち医薬品がない者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	

4

	該当	特記事項(一左の欄のその内容、アセスメント等記載)
保健福祉ニーズのある者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
高齢者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
障害者・児	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
その他	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
こころのケアが必要な者	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	

◆感染症・食中毒等症状がある者◆

	該当	特記事項(一左の欄のその内容、アセスメント等記載)
総数(要人数)	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
発熱	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
咳・痰	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	
下痢・嘔吐	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="text"/> 人)	

対応内容・結果

課題/申し送り

(2020年版) 写真送付の場合は再度記載→ 避難所コード



★メインの避難者アセスメントシート（災害時の健康活動推進マニュアルより）

2- (3) 健康相談票

健康相談票	方法 ・面接 ・訪問 ・電話 ・その他	対象者 乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障害者 その他 ()	担当者 (自治体名) 相談日 年 月 日 時間 場所					
初回 () 回 保管先								
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 自宅 自宅外:車・テント・避難所 (避難所名:)					
	①現住所	連絡先	家族状況 独居・高齢者独居・高齢者のみ世帯 家族問題あり()					
	②新住所	連絡先						
	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							
	被災の状況			制度の利用状況 ・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()				
	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()							
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、肝疾患、腎疾患、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、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() 食事制限 なし あり 内容() 水分()					
			医療機関名 被災前: 被災後: 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
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				

2- (4) 健康相談票経通用紙

健康相談票 経通用紙	避難場所名	氏名	No.	
月 日	相談方法	相談内容	指導内容(今後の計画を含む)	担当者



