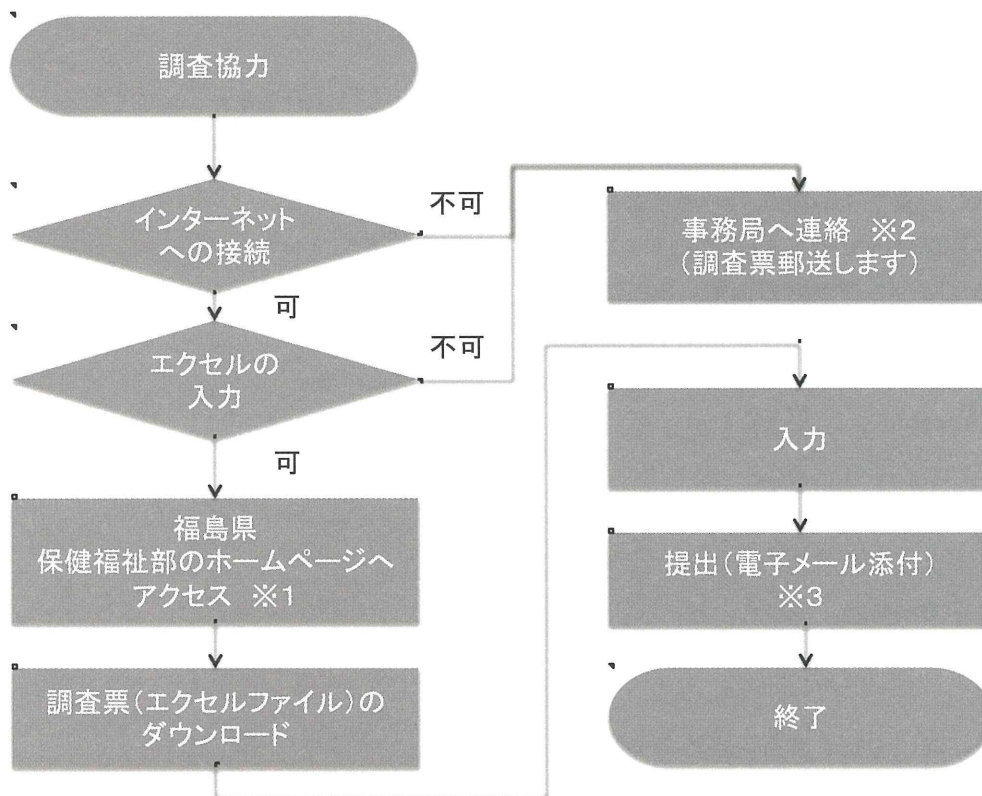


調査の手引き（福島県）

A. 調査票の入手・入力・提出について

調査票は福島県保健福祉部のホームページからダウンロードしてください。インターネットへの接続やエクセルファイルの取り扱いが困難な場合は、調査票（用紙）への入力・郵送での提出も可能ですので、ご連絡ください。



※ 1：福島県保健福祉部

➤ Web ページ

http://wwwcms.pref.fukushima.jp/pcp_portal/contents?CONTENTS_ID=27625

※ 2、3：問い合わせ・提出先：

国立病院機構 災害医療センター 臨床研究部 小早川義貴

➤ 電子メール shimanesaigai@mac.com

➤ 電話 042-526-5701 (DMAT 事務局内)

➤ 住所 〒190-0014 東京都立川市緑町3256

・提出期限：平成24年2月24日

この時期までに提出困難な場合、1. 傷病者動態調査のみだけでも先に提出いただければ助かります。

B. 調査項目について

調査は1. 傷病者動態調査、2. インフラ状況調査、3. 転出状況調査の3つで構成されています。

対象患者：被災者、一般患者を区別せず、全ての患者としています。

対象期間：3月11日から4月1日まで。

※ 3月11日は発災前の状態（午前から発災まで）を含みます。

1. 傷病者動態調査

(ア) 貴院名を入力してください。

(イ) 3月11日午前0時（震災前）での入院患者数を入力してください。

(ウ) 患者動態：以下に該当する患者数を記入してください。

①：総受診患者数：病院を受診した患者総数。外来受診後、入院となった患者数を含む。他院からの転院で、直接入院となった患者数は含まない。

②：紹介受診数：総受診患者数(①)のうち、他の医療提供施設（病院、診療所、老健施設、災害に伴う救護所や臨時医療施設、等）から紹介された患者数。

③：外来死亡数：総受診患者数(①)のうち、外来で死亡が確認された患者数。

④：他施設への紹介・移動患者数：総受診患者数(①)のうち、継続加療や観察が必要であり、貴院での入院を介さずに外来から直接他医療提供機関へ紹介となった患者数。

⑤：新規入院患者数：入院になった患者数。他院からの転院で、直接入院となった患者数を含む。

⑥：退院患者数：入院が不要もしくは困難となり、自宅や避難所などへ退院した患者数。入院継続が必要で他院に転院した患者はここに算定せず、転院患者数(⑧)へ算定する。

⑦：死亡退院患者数：他院患者数(⑧)のうち入院患者のうち死亡退院となった患者数。

⑧: 転院患者数: 入院患者のうち、他の医療提供施設へ転院となった患者数。

(⑥退院患者数+⑧転院患者数=空床確保数)

※ 該当する患者がない場合は0(ゼロ)を入力するか、「該当なし」等、入力の不備と区別するため、入力をお願いします。

※ データ喪失等で詳細不詳の項は「?」を入力し、欄外に状況に関する簡単な説明をお願いします。

2. インフラ状況調査

ライフラインや医療支援等に関し、該当する期間を記入してください。

1) 期間入力の項目には①と②があります。②は期間が複数あった場合の入力用です。一期間のみの場合は①に記載してください。

2) 震災の影響がなかった場合や設備がない等、規定のフォームに入力できない場合は、入力の不備と区別するため「設備なし」「被害なし」「正常であった」「支援を受けなかった」等の口をチェックしてください。該当するものがない場合は簡単な状況説明を余白等に記入してください。

3. 転出状況調査

以下の例を参考に入力してください。

搬送手段に: 「救急車」の場合は救急車(消防)等、所属明記してください。

例1. 3月13日: B病院へ2名の患者を搬送した。病院救急車でA空港へ行き、そこからドクターヘリで運んだ。



(記入例)

日付	次の目的地	搬送患者数	次の目的地までの搬送手段
3 月 13 日	A空港	2 名	病院救急車
最終的な目的地		特記事項	
B病院		特になし	

※ A空港からB病院へのヘリ搬送は記入しない。

例2. 3月16日、敷地内ヘリポートからドクターヘリで1名の患者をC病院へ搬送した。



(記載例)

日付	次の目的地	搬送患者数	次の目的地までの搬送手段
3 月 16 日	C病院	1 名	ドクターヘリ
最終的な目的地		特記事項	
C病院		特になし	

例3. 受け入れ先病院は決定していないが病院での入院継続が困難であり、3月15日、C公園が航空拠点になっているので、病院から自衛隊の車両によって10名搬送した。



(記入例)

日付	次の目的地	搬送患者数	次の目的地までの搬送手段
3 月 15 日	C公園	10 名	自衛隊車両
最終的な目的地		特記事項	
不明		C公園は航空搬送拠点。	

C. その他

(ア) フォームに入力しにくい場合は別紙や欄外に自由記載してください。

(イ) あらかじめ準備したフォームが足りない場合は複製して使用してください。

D. 現在も病院避難となっている場合

通常と異なる環境から、情報が不十分で回答が困難であることが予想されます。その場合、形式にこだわりませんので、避難や転院の状況を自由記載していただき、提出してください。また部分的なご回答でも、今後の災害医療体制整備の大事な資料となります。ご協力をお願いいたします。

傷病者動態調査

(ア)病院名

(イ)3月11日0時時点の入院患者数 人

(単位は人)

3月

4月

(ウ)患者動態	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日	1日	
①総受診患者数																							
②紹介受診数																							
③外来死亡数																							
④他施設への紹介・移動患者数																							
⑤新規入院患者数																							
⑥退院患者数																							
⑦死亡退院患者数																							
⑧転院患者数																							

インフラ等の状況について

以下の設備等について回答をお願いいたします。以下のフォームに記載できない場合は、別途自由記載してください。

1. 通信について 不通等により業務に支障が出たと考えられる期間

↓正常であった場合は口にチェック

一般電話 ① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

携帯電話 ① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

衛星電話の所有 設備の有無をチェック -> あり なし

設備ありの場合 ① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

つながりにくさの程度(回に1回通じる程度) (回に1回通じる程度)

インターネット ① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

2. 電気について 電力会社等からの外部供給が途絶え、停電となった期間

↓正常であった場合(停電がない場合)は口にチェック

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

自家発電設備の有無 設備の有無をチェック -> 設備あり 設備なし

自家発電設備がある場合、自家発電で対応した期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

自家発電設備用燃料が震災後、初めて供給された日 ↓不明の場合はチェック

月 日 不明

燃料の調達方法(選択) 1. 行政に依頼 2. 自力調達 3. その他(具体的に: _____)

3. 医療ガス(中央配管)について 設備の有無等をチェック> 設備なし 設備あり:通常どおり使用可能

中央配管で医療ガス供給が困難であった期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

うちポンペ等で対応した期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

4. 水道について(通常使用している水源が井戸であれば井戸も含む)

断水の期間 断水はなかった ←断水がない場合はチェック

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

うち給水車等で対応した期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

5. 下水道について 正常に使用できた ←正常に使用できた場合はチェック

下水道が使用困難であった期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

6. 病院食提供について 欠食はなかった ←欠食がなかった場合はチェック

患者への欠食(全く提供できない)が生じた期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

患者への適切な食種、量が提供できるようになった時期

月 日 から

7. 手術室

設備の有無をチェック -> 設備あり 設備なし

設備がある場合、手術施行が困難であった期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

8. 透析

設備の有無をチェック > 設備あり 設備なし

設備がある場合、透析不能であった期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

9. 医療支援

チェック -> 支援あり 支援なし

支援を受けた場合、支援を受けた期間

① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日

支援の具体的な内容(簡単に)(_____) (_____)

10. 支援物資の到着時期:以下の物資が震災後初めて病院に供給された日(病院が入手できた日)と依頼先・供給元

↓支援がない場合はチェック

<input type="checkbox"/> 飲料水	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	依頼先	<input type="text"/>	供給元	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 燃料(ガソリン、灯油、軽油等)	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	依頼先	<input type="text"/>	供給元	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 酸素(中央配管用)	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	依頼先	<input type="text"/>	供給元	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 酸素(ポンペ)	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	依頼先	<input type="text"/>	供給元	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 医薬品	<input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	依頼先	<input type="text"/>	供給元	<input type="text"/>

患者転出がある場合は次の目的地、患者数、移動方法、転出時点での最終目的地を以下に記載してください。足りない場合は複製して使用してください。

日付	次の目的地	搬送患者数	次の目的地への搬送手段	最終的な目的地	特記事項
① <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
③ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑤ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑥ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑦ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑧ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑨ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑩ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑪ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑫ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑬ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑭ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
⑮ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/>	<input type="text"/> 名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DISASTER

MEDICAL

ASSISTANCE

TEAM