

1. Nobuyo Tsuboyama-Kasaoka. Emergency Feeding: Earth Quake Disaster of East Japan. The 6th Asian Congress of Dietetics Taipei Taiwan. Symposium 2014

2. 笠岡（坪山）宜代，前澤友美，高田和子，須藤紀子，荒牧英治，金谷泰宏，下浦佳之，迫和子，小松龍史，「東日本大震災ではどの食料物資が不足し、食・栄養支援にはどの食料物資が使われたのか？」。第2回日本災害食学会研究発表会，2014 カゴメ賞受賞

3. 須藤紀子，笠岡（坪山）宜代，金谷泰宏，「災害時の食支援に関する教材開発の必要性和DVDの制作」。第2回日本災害食学会研究発表会，2014 優秀賞受賞

#### G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし

#### H. 引用文献

1. Tsuboyama-Kasaoka N, Purba M. Nutrition and earthquake: experience and recommendations. Asia Pacific Journal Clinical Nutrition. 2014;23:505-513.
2. Tsuboyama-Kasaoka N, Hoshi Y, Onodera K, Mizuno S, Sako K. What factors were important for dietary improvement in emergency shelters after the Great East Japan Earthquake? Asia Pac J Clin Nutr. 2014;23:159-166.
3. 伊藤聖來，須藤紀子，笠岡（坪山）宜代，岡崎直観，鍋島啓太，金谷泰宏，奥村貴史，下浦佳之，東日本大震災後に日本栄養士会から派遣された災害支援管理栄養士・栄養士の支援活動に関する分析。日本栄養士会雑誌。2015;58:111-120.
4. 吉村英一，高田和子，長谷川祐子，村上晴香，野末みほ，猿倉薫子，中出麻紀子，窪田哲也，三好美紀，坪田（宇津木）

恵，井上真理子，由田克士，奥田奈賀子，宮地元彦，笠岡（坪山）宜代，西信雄，横山由香里，八重樫由美，坂田清美，小林誠一郎，徳留信寛，釜石市の仮設住宅に居住している東日本大震災被災者の食物摂取状況。岩手公衆衛生学会誌 2014;25(2):7-14.

5. 厚生労働省，避難所における食事提供の計画・評価のために当面の目標とする栄養の参照量について（事務連絡 H23 年 4 月 24 日）。(2011)厚生労働省，東京

6. 笠岡（坪山）宜代，星裕子，小野寺和恵，岩渕香菜，泉明那，斉藤長徳，西村一弘，石川祐一，梶忍，下浦佳之，迫和子。東日本大震災の避難所で食事提供に影響した要因の事例解析。日本災害食学会誌。2014;1(1):35-43.

7. 迫和子，緊急災害時における管理栄養士の役割。臨床栄養，2012;121:536-540.

8. 濱口ほゆき，須藤紀子，笠岡（坪山）宜代，金谷泰宏，下浦佳之，日本栄養士会が東日本大震災の被災地に派遣した災害支援管理栄養士・栄養士の「思い」の分析。日本栄養士会雑誌。2015;58:35-44.

表1 飲料水および食事の供給状況の調査項目（急性期、おおむね72時間以内）

項目	選択肢	備考
飲料水	十分/不足/無	十分の目安は1日 1.5L
1日の食事回数	0回/1回/2回/3回	

表 2 飲料水および食事の供給状況の調査項目（亜急性期）

項目	選択肢	備考
飲料水	十分/不足/無	十分の目安は1日1.5L
1日の食事回数	0回/1回/2回/3回	
主食提供	朝/昼/夕	
おかず提供	朝/昼/夕	

表3 現行の災害時保健医療クラウドシステムに搭載されている項目における食事関連項目の修正内容

大分類	中分類	小分類	情報種別
組織や活動	医療の提供状況	→ 管理栄養士の活動を追加	選択肢（有/無）
環境的側面	設備状況と衛生面	調理設備 → お湯を沸かすに変更	選択肢（無/有 使用可/有使用不可） → 選択肢（可/不可）に変更
配慮を要する人	高齢者 幼児・児童 障害者	→ うち摂食嚥下障害を追加	数字
配慮を要する人	アレルギー症患者 児・者 → 食物アレルギー症患者 児・者に変更		数字
配慮を要する人	→ 腎臓疾患者を追加		数字
まとめ	→ 食事状況を追加		文字



参考資料 1 ENVIRONMENTAL HEALTH ASSESSMENT FORM FOR SHELTERS for rapid assessment of shelter conditions during disasters (CDC, USA)の拡大版 (飲料水、食料箇所抜粋)

III. FACILITY			
27	Structural damage	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
28	Security / law enforcement available	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
29	Water system operational	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
30	Hot water available	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
31	HVAC system operational	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
32	Adequate ventilation	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
33	Adequate space per person	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
34	Free of injury / occupational hazards	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
35	Free of pest / vector issues	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
36	Acceptable level of cleanliness	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
37	Electrical grid system operational	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
38	Generator in use, <sup>39</sup> If yes, Type _____	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
40	Indoor temperature _____ °F		<input type="checkbox"/> Unk/NA
IV. FOOD			
41	Preparation on site	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
42	Served on site	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
43	Safe food source	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
44	Adequate supply	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
45	Appropriate storage	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
46	Appropriate temperatures	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
47	Hand-washing facilities available	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
48	Safe food handling	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
49	Dishwashing facilities available	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
50	Clean kitchen area	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
V. DRINKING WATER AND ICE			
51	Adequate water supply	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
52	Adequate ice supply	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
53	Safe water source	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
54	Safe ice source	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
VI. HEALTH / MEDICAL			
55	Reported outbreaks, unusual illness / injuries	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
56	Medical care services on site	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
57	Counseling services available	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
VII. SANITATION			
58	Adequate laundry services	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
59	Adequate number of toilets	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
60	Adequate number of showers	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
61	Adequate number of hand-washing stations	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
62	Hand-washing supplies available	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
63	Toilet supplies available	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
64	Acceptable level of cleanliness	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unk/NA
65	Sewage system type	<input type="checkbox"/> Community	<input type="checkbox"/> On site <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Unk/NA

**Environmental Health Shelter Assessment Form Instruction Sheet**

**I. ASSESSING AGENCY DATA**

1. Assessing Agency/Organization Name: self-explanatory.
2. Assessor Name/Title: self-explanatory.
3. Assessor Phone contact: self-explanatory.
4. Email or Other Contact: Note email or describe any other means of communication for assessor (e.g., radio, pager).

**II. FACILITY TYPE, NAME and DATA**

5. Shelter Type. "Community/Recovery": general public. "Special Needs": population with specific medical requirements. "Other": relief workers base camp, etc.
6. ARC Facility: Is the shelter managed by the American Red Cross?
7. If #6 is yes, indicate ARC Facility code.
8. Date Shelter Opened: self-explanatory.
9. Date Assessed: self-explanatory.
10. Time Assessed: self-explanatory.
11. Reason for Assessment. "Preoperational": before opening. "Initial": first assessment after opening. "Routine": assessments occurring on a regular basis (e.g., daily, weekly). "Other": occurrence such as an outbreak or a complaint.
12. Location Name and Description. Example: "Rockville Elementary School - brown building next to the police station."
13. Street Address: self-explanatory.
14. City/County: self-explanatory.
15. State: two-letter Postal Code abbreviation.
16. Zip Code: five-digit US Zip Code.
17. Latitude/Longitude of facility location: self-explanatory.
18. Facility Contact/Title: name of responsible contact person, such as a facility manager or designated person in charge, and his or her title.
19. Facility Type: self-explanatory.
20. Phone: self-explanatory.
21. Fax: self-explanatory.
22. Email or Other Contact: note email or describe any other contact means for shelter manager, director, or supervisor (e.g., radio, pager).
23. Current Census: estimated number of persons, including workers, in shelter at the time of inspection.
24. Estimated Capacity: maximum number of persons allowed in facility, for use as a shelter, if known.
25. Number of Residents: number of permanent or registered residents at the time of assessment.
26. Number of Staff/Volunteers: number of persons working in the facility at the time of assessment.

**III. FACILITY**

27. Structural damage: note damage to physical structure (e.g., roof, windows, walls, etc).
28. Security/law enforcement available: security guards or police officers available at facility site.
29. Water system operational: self-explanatory.
30. Hot water available: self-explanatory.
31. HVAC system operational: self-explanatory.
32. Adequate ventilation: facility well-ventilated and free of air hazards such as smoke, fumes, etc.
33. Adequate space per person in sleeping area:
  - a. evacuation shelters, 20 ft<sup>2</sup> per person;
  - b. general shelters, 40 ft<sup>2</sup> per person;
  - c. special needs shelters, 60–100 ft<sup>2</sup> per person.

34. Free of injury/occupational hazards: With regard to general safety, some examples include:
  - a. Is the facility free of frayed or exposed electrical wires, carbon monoxide hazards, hazardous materials, etc.?
  - b. Are on-duty staff and members wearing PPE?

35. Free of pest/vector issues: note presence of mosquitoes, fleas, flies, roaches, rodents, etc.
36. Acceptable level of cleanliness: self-explanatory.
37. Electrical grid system operational: self-explanatory.
38. If generator in use: check for appropriate location, capacity, adequate fuel and ventilation.
39. If #38 is yes, indicate whether the generator fuel type is gas, diesel, solar, etc.
40. Indoor temperature (°F): temperature measurement from a random location inside facility (ASCE standard for temperatures in buildings).

**IV. FOOD**

41. Preparation on site: self-explanatory.
42. Served on site: self-explanatory.
43. Safe food source: source of the food from a licensed contractor or caterer.
44. Adequate supply: self-explanatory.
45. Appropriate storage: food stored according to safe storage practices to prevent contamination or spoilage – refer to local code or US Food Code.
46. Appropriate temperatures: hot food kept above 135 °F; cold food kept below 40 °F. Or refer to local code or US Food Code.
47. Hand-washing facilities available: fixed or portable, as long as they are operational.
48. Safe food handling: food preparers are using gloves, avoiding cross contamination, using appropriate utensils, etc. – refer to local code.
49. Dishwashing facilities available: place to wash, rinse and sanitize kitchen utensils and cooking equipment.
50. Clean kitchen area: self-explanatory.

**V. DRINKING WATER AND ICE**

51. Adequate water supply: drinking water in the range of 1–2 gallons/per person/per day, for all uses 3-5 gallons/per person/per day.
52. Adequate ice supply: ice supply sufficient to maintain cold food temperatures.
53. Safe water from an approved source.
54. Safe ice from an approved source.

**VI. HEALTH/MEDICAL**

55. Outbreaks, unusual illness/injuries: note any reports of illness/injuries or outbreaks of violence among residents, workers, or visitors.
56. Medical care services available: If yes, list type of care available in comments section.
57. Counseling services available: If yes, list type of mental/social services available in comments.

**VII. SANITATION** (\*Augment with off site and/or portable facilities as needed.)

58. \*Adequate laundry services: provided with separate areas for soiled and clean laundry.
59. \*Adequate number of operational toilets: minimum 1 per 20 persons or as specified by sex.
60. \*Adequate number of operational showers/bathing facilities: 1 per 15 persons.
61. \*Adequate number of operational hand-washing stations: 1 per 15 persons.

62. Hand-washing supplies available: water, soap, and paper towels; if water is unavailable, hand sanitizers (at least 60% alcohol).
63. Toilet supplies available: toilet paper, feminine hygiene supplies, and diapers/pads for children and adults.
64. Acceptable level of cleanliness: self-explanatory.
65. Sewage system type: self-explanatory.

**VIII. SOLID WASTE GENERATED**

66. Adequate collection receptacles: minimum 1 (30-gal) container for every 10 persons.
67. Appropriate separation between medical/infectious waste and general refuse.
68. Appropriate disposal and labeling in approved containers.
69. Appropriate storage and separation from common areas.
70. Timely removal of waste – collected regularly.
71. Check all types of waste generated at facility (e.g., solid, hazardous, medical).

**IX. CHILDCARE AREA**

72. Clean diaper-changing facilities: self-explanatory.
73. Hand-washing facilities available: for adults and children with paper towels, soap, and water.
74. Adequate toy hygiene: toys cleaned with a nontoxic, approved disinfectant. Refer to local code.
75. Safe toys: should adhere to applicable age group standards.
76. Clean food/bottle preparation area: self-explanatory.
77. Adequate child/caregiver supervision ratio:
  - a. birth–12 months (3:1),
  - b. 13–30 months (4:1),
  - c. 31–35 months (5:1),
  - d. 3 years (7:1),
  - e. 4–5 year olds (8:1),
  - f. 6–8 year olds (10:1),
  - g. 9–12 year olds (12:1).
78. Acceptable level of cleanliness: self-explanatory.

**X. SLEEPING AREA**

79. Adequate cots/beds/mats for each resident/staff.
80. Adequate bedding for each cot, bed, or mat.
81. Clean bedding available: self-explanatory.
82. Adequate spacing: at least 2.5 - 3 ft between cots/beds/mats.
83. Acceptable level of cleanliness: self-explanatory.

**XI. COMPANION ANIMALS**

84. Companion animals present: animals in facility.
85. Animal care available: animals have clean, fresh water and food.
86. Designated animal area: animals located away from people and separately housed.
87. Acceptable level of cleanliness: self-explanatory.

**XII. OTHER CONSIDERATIONS**

88. Handicap accessibility: self-explanatory.
89. Designated smoking areas: space is marked, maintained, and away from general shelter population.
90. Check box at top of form regarding immediate needs identified.

**XIII. GENERAL COMMENTS**

Add any general comments or additional notes about any sections.

**XIV. IMMEDIATE NEEDS SHEET**

List any identified critical needs or items, including the respective item numbers.

参考資料2 Environmental Health Shelter Assessment Form Instruction Sheet の拡大版 (食料、引用水箇所抜粋)

**I. ASSESSING AGENCY DATA**

1. Assessing Agency/Organization Name: self-explanatory.
2. Assessor Name/Title: self-explanatory.
3. Assessor Phone contact: self-explanatory.
4. Email or Other Contact: Note email or describe any other means of communication for assessor (e.g., radio, pager).

**II. FACILITY TYPE, NAME and DATA**

5. Shelter Type. "Community/Recovery": general public. "Special Needs": population with specific medical requirements. "Other": relief workers base camp, etc.
6. ARC Facility: Is the shelter managed by the American Red Cross?
7. If #6 is yes, indicate ARC Facility code.
8. Date Shelter Opened: self-explanatory.
9. Date Assessed: self-explanatory.
10. Time Assessed: self-explanatory.
11. Reason for Assessment. "Preoperational": before opening. "Initial": first assessment after opening. "Routine": assessments occurring on a regular basis (e.g., daily, weekly). "Other": occurrence such as an outbreak or a complaint.
12. Location Name and Description. Example: "Rockville Elementary School - brown building next to the police station."
13. Street Address: self-explanatory.
14. City/County: self-explanatory.
15. State: two-letter Postal Code abbreviation.
16. Zip Code: five-digit US Zip Code.
17. Latitude/Longitude of facility location: self-explanatory.
18. Facility Contact/Title: name of responsible contact person, such as a facility manager or designated person in charge, and his or her title.
19. Facility Type: self-explanatory.
20. Phone: self-explanatory.
21. Fax: self-explanatory.
22. Email or Other Contact: note email or describe any other contact means for shelter manager, director, or supervisor (e.g., radio, pager).
23. Current Census: estimated number of persons, including workers, in shelter at the time of inspection.
24. Estimated Capacity: maximum number of persons allowed in facility, for use as a shelter, if known.
25. Number of Residents: number of permanent or registered residents at the time of assessment.
26. Number of Staff/Volunteers: number of persons working in the facility at the time of assessment.

**III. FACILITY**

27. Structural damage: note damage to physical structure (e.g., roof, windows, walls, etc).
28. Security/law enforcement available: security guards or police officers available at facility site.
29. Water system operational: self-explanatory.
30. Hot water available: self-explanatory.
31. HVAC system operational: self-explanatory.
32. Adequate ventilation: facility well-ventilated and free of air hazards such as smoke, fumes, etc.
33. Adequate space per person in sleeping area:
  - a. evacuation shelters, 20 ft<sup>2</sup> per person;
  - b. general shelters, 40 ft<sup>2</sup> per person;
  - c. special needs shelters, 60-100 ft<sup>2</sup> per person.

34. Free of injury/occupational hazards: With regard to general safety, some examples include:
  - a. Is the facility free of frayed or exposed electrical wires, carbon monoxide hazards, hazardous materials, etc.?
  - b. Are on-duty staff and members wearing PPE?
35. Free of pest/vector issues: note presence of mosquitoes, fleas, flies, roaches, rodents, etc.
36. Acceptable level of cleanliness: self-explanatory.
37. Electrical grid system operational: self-explanatory.
38. If generator in use: check for appropriate location, capacity, adequate fuel and ventilation.
39. If #38 is yes, indicate whether the generator fuel type is gas, diesel, solar, etc.
40. Indoor temperature (°F): temperature measurement from a random location inside facility (ASCE standard for temperatures in buildings).

**IV. FOOD**

41. Preparation on site: self-explanatory.
42. Served on site: self-explanatory.
43. Safe food source: source of the food from a licensed contractor or caterer.
44. Adequate supply: self-explanatory.
45. Appropriate storage: food stored according to safe storage practices to prevent contamination or spoilage – refer to local code or US Food Code.
46. Appropriate temperatures: hot food kept above 135 °F; cold food kept below 40 °F. Or refer to local code or US Food Code.
47. Hand-washing facilities available: fixed or portable, as long as they are operational.
48. Safe food handling: food preparers are using gloves, avoiding cross contamination, using appropriate utensils, etc. – refer to local code.
49. Dishwashing facilities available: place to wash, rinse and sanitize kitchen utensils and cooking equipment.
50. Clean kitchen area: self-explanatory.

**V. DRINKING WATER AND ICE**

51. Adequate water supply: drinking water in the range of 1-2 gallons/per person/per day, for all uses 3-5 gallons/per person/per day.
52. Adequate ice supply: ice supply sufficient to maintain cold food temperatures.
53. Safe water from an approved source.
54. Safe ice from an approved source.

**VI. HEALTH/MEDICAL**

55. Outbreaks, unusual illness/injuries: note any reports of illness/injuries or outbreaks of violence among residents, workers, or visitors.
56. Medical care services available: If yes, list type of care available in comments section.
57. Counseling services available: If yes, list type of mental/social services available in comments.

**VII. SANITATION (\*Augment with off site and /or portable facilities as needed.)**

58. \*Adequate laundry services: provided with separate areas for soiled and clean laundry.
59. \*Adequate number of operational toilets: minimum 1 per 20 persons or as specified by sex.
60. \*Adequate number of operational showers/bathing facilities: 1 per 15 persons.
61. \*Adequate number of operational hand-washing stations: 1 per 15 persons.



**SECTION 4 FOOD SECURITY AND NUTRITION**

**4.1 Resource persons and other information sources**

\_\_\_\_\_

**4.2 Existing capacities and activities**

	Activity specification (present / absent)	List organisation or person(s) implementing these programs NOW	# children enrolled in TFC	Geographic coverage	Comments
4.2.1 Management of severe acute malnutrition (facility or community based)	<input type="checkbox"/> Inpatient therapeutic feeding (TF) only <input type="checkbox"/> In- & outpatient TF <input type="checkbox"/> Outpatient TF only				
4.2.2 Management of moderate acute malnutrition	<input type="checkbox"/> Selective supplementary feeding <input type="checkbox"/> Blanket supplementary feeding				
4.2.3 Micronutrient supplementation programs (e.g., vitamin A, iron)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
4.2.4 General food distribution	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
4.2.5 Other nutrition programs	Specify				

**4.3 Changes in the total amount of food that people are eating since the crisis began, on average:**

Amount consumed has increased       Amount consumed is the same  
 Amount consumed has decreased       DK

**4.4 How many people in the community currently have food stocks in their households?**

Most     About half     Some     None     DK

**4.5 On average, how long will food stocks last in the households, according to the community?**

Cereals and roots/tubers	<input type="checkbox"/> less than 1 week	<input type="checkbox"/> 1-2 weeks	<input type="checkbox"/> more than 2 weeks
Pulses and legumes	<input type="checkbox"/> less than 1 week	<input type="checkbox"/> 1-2 weeks	<input type="checkbox"/> more than 2 weeks
Oils and fats	<input type="checkbox"/> less than 1 week	<input type="checkbox"/> 1-2 weeks	<input type="checkbox"/> more than 2 weeks

**4.6 Does the community have physical access to functioning markets?**

Yes     No     DK

**4.7 Have infant milk products and/or baby bottles/teats been distributed since emergency?**

Yes     No    If YES, by whom? \_\_\_\_\_

**4.8 What percentage of infants in your area are formula fed/formula dependent?**

None     Less than 10%     10-25%     More than 25%     DDC

**4.9 Has the community/health staff identified any problems in feeding children <2 years since crisis started?**

Yes     No    If YES, what problems? \_\_\_\_\_

**4.10 Describe the current livelihood/food situation in this area**

<b>4.10.1 What are the major livelihoods in the area?</b>		<b>4.10.2 Has the crisis had an impact on livelihoods, markets &amp; food stocks?</b>
<input type="checkbox"/> Agriculturalists	<input type="checkbox"/> Small business/trading	<input type="checkbox"/> Livelihoods disrupted <input type="checkbox"/> Food prices increased <input type="checkbox"/> Food stocks disrupted / depleted <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____
<input type="checkbox"/> Agro-pastoralists	<input type="checkbox"/> Other (Specify) _____	
<input type="checkbox"/> Pastoralists	_____	
<b>4.10.3 What population groups are most affected?</b>		<b>4.10.4 What are the priorities expressed by the population concerning livelihoods, food security or infant and young child feeding?</b>
<input type="checkbox"/> Children / youth	<input type="checkbox"/> Different religious / cultural / socio-economic groups (Specify) _____	
<input type="checkbox"/> Women		
<input type="checkbox"/> Men	<input type="checkbox"/> Other (Specify) _____	
<input type="checkbox"/> Elderly people	_____	

参考資料 4 大規模災害における保健師の活動マニュアル 避難所情報日報 様式 2 (H25年 日本公衆衛生協会、全国保健師長会)

様式 2

避難所情報 日報 (共通様式)		活動日 年 月 日	記載者(所属・職名)	
避難所活動の目的: ・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 昼: 人 夜: 人	
	電話	FAX	施設の広さ	
組織や活動	スペース密度	過密・適度・余裕	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)			
	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			
環境的側面	外部支援	有(チーム数: 人数: 人)・無 有の場合、職種( )	避難者への情報伝達手段(黒板・掲示板・マイク・チラシ配布など)	
	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			
環境的側面	現在の状況		対応	
	ライフライン	電気	不通・開通・予定( )	
		ガス	不通・開通・予定( )	
		水道	不通・開通・予定( )	
		飲料水	不通・開通・予定( )	
		固定電話	不通・開通・予定( )	
	設備状況と衛生面	携帯電話	不通・開通・予定( )	
		洗濯機	無・有(使用可・使用不可)	
		冷蔵庫	無・有(使用可・使用不可)	
		冷暖房	無・有(使用可・使用不可)	
		照明	無・有(使用可・使用不可)	
		調理設備	無・有(使用可・使用不可)	
		トイレ	清掃/くみ取り 不良・普・良 手洗い場 無・有 手指消毒 無・有	
	生活環境の衛生面	風呂	無・有(清掃状況)	
		喫煙所	無・有(分煙: 無・有)	
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		
食事の供給	粉塵	無・有 生活騒音 不適・適		
	環状乾燥対策	無・有		
	ペット対策	無・有 ペットの取容場所 無・有		
食事の供給	1日の食事回数	1回・2回・3回		
	炊き出し	無・有 残品処理 不適・適		

参考資料5 地域保健従事者の派遣支援活動ガイドライン 避難所の栄養摂取等状況調査表 様式6 (H25 日本公衆衛生協会)

様式6

避難所の栄養摂取等状況調査表						
※無事に全部回答できないこと、現場の状況に十分配慮すること。						
調査年月日	平成	年	月	日	所属名	報告者
避難所名				避難所リーダー/職名等		
避難者数	スタッフ食数( )			住民食数( )		
食事管理リーダー	姓・名	氏名			(職種: )	
避難住民の状況	男( 人)	女( 人)	高齢者( 人)	乳幼児( 人)		
避難所の生活時間	起床時間	時 分	消灯時間	時 分	朝食時間	時 分
ライフライン 配備物品	・電気( ) ・ガス( ) ・水道( ) ・下水道( ) ・冷蔵庫( ) (ライフラインの凡例)○:被害なし又は(ほぼ)復旧 △:一部復旧 ×:使用不可 -:情報なし					
食事内容 (成人)	( 月 日 曜) 提供できているものに○ 朝 主食・味噌汁・主食・副菜( )・副菜( )・漬物・牛乳 昼 主食・味噌汁・主食・副菜( )・副菜( )・漬物・牛乳 夕 主食・味噌汁・主食・副菜( )・副菜( )・漬物・牛乳 食事提供( ) 調理場の設備			その他の聞き取り事項 ① 仕立弁当導入 (有・無) 朝・昼・夕 ② 1日1回以上の温かい料理の提供 (有・無) ③ 水以外の提供 (有・無) ④ 割り付け量の調整 (有・無)		
炊き出しの状況	提供先( ) 調理内容 朝 主食(被災者・ボランティア・自衛隊・その他)、副食(被災者・ボランティア・自衛隊・その他) 昼 主食(被災者・ボランティア・自衛隊・その他)、副食(被災者・ボランティア・自衛隊・その他) 夕 主食(被災者・ボランティア・自衛隊・その他)、副食(被災者・ボランティア・自衛隊・その他) 備蓄食 あり/なし 備蓄庫( ) 場所					
炊き出し環境	マンパワーの状況 新着制や担当人数を聞き取り		炊立・食事管理状況 炊立作成者や記録を聞き取り		設備・衛生管理状況 ■冷蔵庫(有・無) 仕様: ( ) ■調理間(有・無) ■炊飯器(電気・ガス・無) ■調理器具(有・無)	
炊き出しの課題 (調査者等)	■エネルギー源 (不足・良好・過多) ■たんぱく源 (不足・良好・過多) ■野菜・果物 (不足・良好・過多) ■菓子・嗜好飲料 (不足・良好・過多)					
食料物資等の 搬入						
困っていることや 待望事項等						
個別の食支援が 必要な方の状況	糖尿病	( 人)	栄養補助食品の 配布状況	( 人)		
	高血圧	( 人)		( 人)		
	腎臓病	( 人)		( 人)		
	アレルギー	( 人)		( 人)		
	認知症	( 人)		( 人)		
	視力障害	( 人)		( 人)		
	聴覚	( 人)		( 人)		
	その他	( 人)		( 人)		
引継事項 今後の計画						
課題への対応状況 ※対応後記入						

## 東日本大震災・被災者健康診査 (アンケート票)

【2】食事についておたずねします。

(1) 1日の食事の回数について教えてください。 1日に( )回

(2) ここ数日を振り返って、次の食品を1日あたりどのくらい食べましたか。  
それぞれ当てはまるもの1つに○を付けてください。

	1日あたり				
1) ごはん、パン、麺など	0回	1回	2回	3回	4回以上
2) 肉	0回	1回	2回	3回	4回以上
3) 魚、貝など	0回	1回	2回	3回	4回以上
4) 卵	0回	1回	2回	3回	4回以上
5) 豆腐、納豆など	0回	1回	2回	3回	4回以上
6) 野菜	0回	1回	2回	3回	4回以上
7) くだもの	0回	1回	2回	3回	4回以上
8) 牛乳・ヨーグルト・チーズなど	0回	1回	2回	3回	4回以上

被災地状況把握シート (例)		記入日	〇〇年	〇〇月	〇〇日
		避難所名 ( 〇〇〇避難所 ) 記入者氏名 ( 〇〇〇〇〇 )			
避難所の状況					
ライフライン	水道 ( 使用可 ・ 使用不可 ) → 給水車 ( 有 ・ 無 ) ガス ( 使用可 ・ 使用不可 ) 電気 ( 使用可 ・ 使用不可 ) 暖房器具 ( 使用可 ・ 使用不可 ) トイレ [ 使用可 → 施設のトイレ ( 0 ) 個、仮設トイレ ( 5 ) 個 使用不可 ( ) ]				
支援スタッフ	医師 常駐 ( 1 ) 名、巡回 ( 無・有 ) → 週 ( ) 回 保健師 常駐 ( 1 ) 名、巡回 ( 無・有 ) → 週 ( ) 回 看護師 常駐 ( 0 ) 名、巡回 ( 無・有 ) → 週 ( 1 ) 回 栄養士 常駐 ( 1 ) 名、巡回 ( 無・有 ) → 週 ( ) 回 その他 ( 0 ) 名 ( )				
支援物資	水 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) 水以外の飲料 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) 弁当 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) 食品 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) これまでに届いた食品 ( 魚の缶詰、おにぎり、パン ) 栄養機能食品・特別用途食品 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) 医薬品 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) 毛布 ( 無 ・ 有 ) → ( 十分 ・ 不十分 ) 提供主体 ( 行政 ・ 自衛隊 ・ ボランティア )				
炊き出し	( 行っていない ・ 行っている ) → ( 開始日 平成 〇年 〇月 〇日 ) 調理者 ( 行政 ・ 自衛隊 ・ ボランティア ・ 避難住民 )				
食事内容	( 主食 ) ・ たんぱく質を多く含む食品 ( 肉、魚、卵、乳類等 ) ・ ( 野菜 ) ・ 果物) ※記入日またはここ 2-3 日の状況をご記入下さい。				
避難住民の状況					
避難所住民数	収容人数 ( 300 ) 名 男女比 ( 男 2 : 女 3 ) 年齢層 ( )				
特別な配慮が必要な方	乳幼児 ( いる ・ いない ) ( 5 ) 名 妊産婦 ( いる ・ いない ) ( ) 名 高齢者等嚥下困難な方 ( いる ・ いない ) ( 1 ) 名 慢性疾患等で食事制限が必要な方 ( いる ・ いない ) ( 10 ) 名 食物アレルギーがある方 ( いる ・ いない ) ( ) 名 対応状況 ( おおむね対応できている ・ 対応できていない ) 理由 ( 嚥下困難者への特別用途食品が入手困難であり、対応できていない )				
自由記載欄(困っていること等)					

【避難所情報報告内容】追記

○食料等

水	(十分ある ・ ある ・ ない)	[提供主体：行政・自衛隊・その他]
水以外の飲料	(十分ある ・ ある ・ ない)	[提供主体：行政・自衛隊・その他]
弁当	(十分ある ・ ある ・ ない)	[提供主体：行政・自衛隊・その他]
栄養機能食品	(十分ある ・ ある ・ ない)	[提供主体：行政・自衛隊・その他]
医薬品	(十分ある ・ ある ・ ない)	[提供主体：行政・自衛隊・その他]

○食事内容

主食	(十分ある ・ ある ・ ない)
たんぱく質	(十分ある ・ ある ・ ない)
野菜	(十分ある ・ ある ・ ない)
果物	(十分ある ・ ある ・ ない)
加熱	(している ・ していない)

○炊き出し

状況	(行っている ・ 行っていない)
開始日	(本日 ・ 昨日 ・ 1週間前 ・ 2週間前 ・ それ以前)
調理者	(行政 ・ 自衛隊 ・ ボランティア ・ 避難住民)

○食事上の特別な配慮が必要な対象

乳幼児	(2名以上 ・ 1名 ・ 0名)	( )名
妊産婦	(2名以上 ・ 1名 ・ 0名)	( )名
嚥下困難者	(2名以上 ・ 1名 ・ 0名)	( )名
食事制限	(2名以上 ・ 1名 ・ 0名)	( )名
食物アレルギー	(2名以上 ・ 1名 ・ 0名)	( )名

○まとめ

総合評価	(優 ・ 良 ・ 可 ・ 不可)
不足食品・物品	( )
問題点	( )
コメント	( )

参考資料 9 被災地状況調査票（日本栄養士会）

Appendix-1. 調査票（避難所の状況）

被害状況調査票（ステップ1）

資料1

市町村名

記入者: \_\_\_\_\_

平成 年 月 日 現在

避難所名: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

代表者名: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

調査員名: \_\_\_\_\_ 連絡先: \_\_\_\_\_

調査項目	係数及び状況	備考
<b>1 人数把握</b> <input type="radio"/> 避難者数 <input type="radio"/> 町民数 <input type="radio"/> ミルク又は離乳食の必要な者 <input type="radio"/> 高齢・障害等で普通の食事が食べられない者 <input type="radio"/> 栄養管理が必要な者 ・食物アレルギー ・摂食 ・その他 ( )	人 食 人 人 人 人 人	
<b>2 避難に対するライフラインの状況</b> <input type="radio"/> 電気 <input type="radio"/> ガス <input type="radio"/> 水道	使用可 ・ 使用不可 使用可 ・ 使用不可 使用可 ・ 使用不可	
<b>3 調理の可否</b>	可 ・ 否	
<b>4 食糧の過不足</b>	有 ・ 無	過剰: 不足:



