

【令和5年度 厚生労働科学研究】循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策事業

「多彩な自然災害発災時における循環器病発症・再発予防に資する注意喚起ツールの開発」

《 アンケート調査について 》

1995年に発生した、阪神淡路大震災以降、災害に関連して脳心血管疾患が発症・増悪することが医療従事者・行政に広く認識されるようになりました。その後、続発する甚大な災害においても「災害関連疾患」の発生状況が調査されており、災害直後のストレス・長期の避難生活による深部静脈血栓症 等の循環器疾患を発症することが問題とされています。

我々研究班は、今後起こり得る地震のみならず風水害、暑熱、寒冷被害、その他自然災害にも対応可能な「災害時ガイドライン」改訂と、新たな注意喚起ツールを作成し《 災害時の脳心血管疾患発症の予防 》を目標としております。

その為には、これまでに発生した災害時の情報収集を行い、実態を把握することが大変重要であると考えており、この度アンケート用紙を用いた調査を実施させていただくことと致しました。可能な範囲で、どうかご協力をお願い申し上げます。

【 倫理審査承認 】

この度実施致しますアンケート調査は、研究代表機関である熊本大学倫理審査委員会におきまして、審査を行い承認されております。

《 お願い 》

- ① まず初めに、御施設の情報収集のための質問にご回答願います。
2ページ目より、質問 A.、質問 B.、質問 C. につきまして、該当する□にチェックをお願い致します。
- ② 質問 A. に該当した場合は、同封のアンケート調査用紙、《 災害発生時-患者情報アンケート調査 》（患者個票）にご回答いただき、無記入の調査用紙も含み、同封の封筒をご利用いただき、ご返送いただきますようお願い申し上げます。
- ③ 誠に勝手ながら、**2024年 3月 1日(金)** までにご返送をお願い致します。

お問い合わせ先事務局 （ ご不明な点は下記までご連絡ください ）

【令和5年度 厚生労働科学研究】循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策事業 事務局
熊本大学大学院生命科学研究部 循環器内科学 研究代表者 教授 辻田 賢一

〒860-8556 熊本市中央区本荘1-1-1 TEL: 096-373-5442
循環器内科 心血管治療先端医療寄附講座 事務担当: 菊池 章代

質問A. 今回ご回答いただく災害は次のどちらに該当しますか？

※受入れた際の、該当する災害に□チェック願います（複数可）

1. ☐ 阪神淡路大震災（1995年 1月 17日）
2. ☐ 新潟中越地震（2004年 10月 23日）
3. ☐ 東日本大震災（2011年 3月 11日）
4. ☐ 熊本地震（2016年 4月 14日、16日）
5. ☐ 西日本豪雨 水害（2018年 7月）
6. ☐ 令和2年 熊本県人吉・球磨・八代・芦北地域豪雨 水害（2020年 7月）
7. ☐ 令和6年 能登半島地震（2024年 1月1日）

-
8. ☐ （地震）大阪北部地震（2018年 6月 18日）
 9. ☐ （地震）北海道胆振東部地震（2018年 9月 6日）
 10. ☐ （地震）石川県珠洲地震（2023年 5月 6日）
 11. ☐ （土砂災害）伊豆山土砂災害（2021年 7月 3日）
 12. ☐ （雪氷）東北・北陸地方の雪氷災害（2018年 2月）
 13. ☐ （大雪）北陸地方の大雪災害（2020年 12月 ～ 2月）
 14. ☐ （台風）令和元年19号東日本台風（2019年 10月）

8.～14.定義：過去約5年間の激甚災害状況【内閣府 防災白書】より

-
15. ☐ 直接、被災はしていないが、被災した患者の受入れを行った
災害 【
発生年月日：（ 年 月 日 ）

-
16. ☐ その他の災害 【
発生年月日：（ 年 月 日 ）

17. ☐ 災害時の循環器病患者の診療経験がない

質問B. 発災当時の貴院の状況についてご回答願います

■災害の影響について

☐

影響を受けた

☐

影響は無かった

■ライフラインについて

① 電気

—

☐

使用可能

☐

使用不可

② 水道

—

☐

使用可能

☐

使用不可

③ ガス

—

☐

使用可能

☐

使用不可

④ 固定／携帯電話 通信

—

☐

使用可能

☐

使用不可

■設備について

① 自家発電の有無

(設備されている)

☐

使用した

☐

使用しなかった

☐

設備無し

② 貯水の有無

断水に対して給水支援を、

☐

受けた

☐

受けなかった

災害に該当する場合は、同封のアンケート用紙にご回答をお願い致します。
ご記入後は、こちらの用紙も、事務局までご返送いただくようお願い申し上げます。

なお、**災害時の診療経験がない御施設**もこちらの用紙と、無記入アンケート用紙
をご返送ください。

ご不明な点は、事務局へご遠慮なくお問合せ下さい。

質問C. こちらには、御施設の情報をご記載願います。

※恐れ入りますが、アンケート回答されなかった場合もこちらのご記入をお願い致します

■ 御施設名 ・ 住所

■ 電話番号

--

■ ご対応いただいた部署名

--

■ アンケートご回答いただいたご担当者名

※こちらは、ご回答いただける範囲で構いません

もしも、アンケート調査の回答で不明な点があった際に、お尋ねするためです

①	・ ご担当者名	
	・ メールアドレス	

②	・ ご担当者名	
	・ メールアドレス	

■ アンケート用紙ご回答枚数

	名分
--	----

《 アンケート調査票について 》

同封いたしました「アンケート調査票(患者個票)」は、50部ご準備しております。
ご回答いただける患者が50名以上おられる御施設には、可能な限りご協力いただき、
情報をご提供お願い申し上げます。

その際は、事務局までご連絡いただき追加のアンケート調査用紙を発送致します。

ご多忙のなか、大変恐縮ではございますが、どうかご対応よろしくお願い致します。