

施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント票（集団・迅速）

日本歯科医師会統一版

避難所等の名称		避難所等の立地する市町村名	
評価年月日 曜日 時間	年 月 日 () AM/PM 時 分ごろ	避難所等の連絡先	※ 必要時担当者氏名も記載
避難者等の人数 (夜間を含む、本部に登録されている人数)	人 (月 日現在)	情報収集法	※ 実施した方法をすべてチェック☑する ☐ 責任者等からの聞き取り (役職や氏名:) ☐ 避難者等からの聞き取り (人程度) ☐ 現場の観察 ☐ 支援活動等を通じて把握 ☐ その他 ()
その内訳	a うち乳幼児(就学前) (約 人or%), 不明 b うち妊婦 (約 人or%), 不明 c うち高齢者(75歳以上) (約 人or%), 不明 d うち障がい児者・要介護者 (約 人or%), 不明		
評価時に在所していた避難者等数	だいたい 人くらい(概数)		
記載者 氏名・所属 職種	氏名: 所属: 職種: 1 歯科医師 2 歯科衛生士 3 その他 ()	記載者 連絡先 (携帯電話等)	

項目	確認項目(※確認できれば数値や具体的内容を記載)	評価	評価基準(参考)
(1) 歯科保健医療 の確保	a 受診可能な近隣の歯科診療所・歯科救護所・仮設歯科診療所等 1あり, 2なし, 9不明 b 巡回歯科チームの訪問 1-① あり(定期的), 1-② あり(不定期) 2なし, 9不明	◎ ○ △ × —	歯科医療の受療機会: ◎ ほぼいつでも可能、 ○ 3日に1回は可能、 △ 週に1回以下・困難、 × 不可能、— 不明
特記事項			
(2) 口腔清掃 等の環境	a 歯磨き用の水 1充足, 2不足*, 9不明 * (具体的に:) b 歯磨き等の場所 1充足, 2不足*, 9不明 * (具体的に:)	◎ ○ △ × —	うがい水and/or洗面所: ◎ 不自由ない、○ おおむねあるが制限はある、 △ 特定の用途にのみ、または短時間使える状況である、 × ない・使えない
特記事項			
(3) 口腔清掃用具 等の確保	a-1 歯ブラシ(成人用) 1充足, 2不足(約 人分), 9不明 a-2 歯ブラシ(乳幼児用) 1充足, 2不足(約 人分), 3不要, 9不明 b 歯磨き剤 1充足, 2不足(約 人分), 9不明 c うがい用コップ 1充足, 2不足(約 人分), 9不明 d 義歯洗浄剤 1充足, 2不足(約 人分), 3不要, 9不明 e 義歯ケース 1充足, 2不足(約 人分), 3不要, 9不明	◎ ○ △ × —	歯ブラシ(成人・乳幼児)、 歯みがき、コップ、義歯ケース・洗浄剤: ◎ 90%以上が確保、○ 70~90%、 △ 40~70%、× 40%以下、— 不明 (避難者数に対する割合)
※ 主観的におおまかに			
特記事項	※ 不足物品を補充した場合は、ここに記載		
(4) 口腔清掃や 介助等の状況 全体状況	a 歯みがき 1していそう, 2ほぼしていなそう, 9不明 b 義歯清掃 1していそう, 2ほぼしていなそう, 9不明 c 乳幼児の介助 1していそう, 2ほぼしていなそう, 3不要, 9不明 d 障がい児者・要介護者の介助 1していそう, 2ほぼしていなそう, 3不要, 9不明	◎ ○ △ × —	歯や義歯の清掃、乳幼児・ 障害・要介護者の介護: ◎ 90%以上が確保、○ 70~90%、 △ 40~70%、× 40%以下、— 不明 (避難者数に対する割合)
※ 主観的におおまかに			
特記事項			
(5) 歯や口の訴え 義歯の問題 食事等の問題	※ 重なる場合は複数の項目に含めてください a 痛みがある者 1いる(約 人), 2いない, 9不明 b 義歯紛失や義歯破折 1いる(約 人), 2いない, 9不明 c 食事等で不自由な者 1いる(約 人), 2いない, 9不明 (咀嚼や嚥下の機能低下等による)	◎ ○ △ × —	痛みあり、義歯問題、食事 不自由: ◎ 90%以上が問題なし、○ 70~90%、 △ 40~70%、× 40%以下、— 不明 (避難者数に対する割合)
特記事項	※ 要対応者の詳細情報(応急対応した場合はあわせて記載)		
その他の問題	例) 歯科保健医療に関するその他の事項、避難所のインフラ・衛生状況等に関する事項、医師や保健師等の他チームに伝達すべき事項		

※ 書ききれない情報や関連情報は、特記事項欄に記入してください。

標準Ver4.1(202402)

〈本アセスメント票を活用する前の確認事項〉

施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント票（集団・迅速）について

この標準アセスメント票は、避難生活者の健康維持に影響する歯科口腔保健問題を概括的に把握し、現地災害対策本部（災害公衆衛生活動の歯科部門）に伝達して支援調整に役立てるための、歯科関係団体の共有する全国統一された標準版の情報収集ツールとして、多くの組織・団体の理解のもとで作成されたものです。

歯科や保健医療の専門職だけでなく、避難所等の運営スタッフや支援者が用いて、本票の確認項目をふまえて評価することで、見逃しがちな歯科口腔保健の課題が浮かび上がるようになっていきます。

本票を用いた情報収集（アセスメント）にあたって注意すべき点

◆ 事前の心構え

- 1 対象となる施設・避難所等の状況を十分に配慮して手短かに情報収集を実施すること。特に、避難者同士が助けあって運営している避難所等の特性を踏まえて、余計な負担をかけないように臨むこと。
- 2 情報収集は、避難生活の長期化が見込まれる場合に行い、その開始時期は、基本的に超急性期・急性期の終了が見込まれる時点からとすること。
- 3 現地災害対策本部等からの指示調整に従い、施設・避難所等の事前情報を得た上で、本票を用いた情報収集を行うこと。

◆ 実施の手順

- 1 施設・避難所等の責任者／健康管理担当者等に身分証などで自己紹介した上で、その目的（支援活動に先んずる必要性の把握）を告げ、責任者の同意・協力を得て実施すること。
- 2 情報収集は、各避難所等の状況に見合った方法（聞き取り・観察など）を選び、避難者及び運営スタッフに負担を与えないよう、短時間で概括的に把握して記載すること。
- 3 最後に、責任者／健康管理担当者等に、情報収集の終了と結果概要を簡略に報告し（必要なら本票をコピーして写しを手渡ししながら確認）し、この結果を必要な支援につなげる旨と継続的に情報収集に来る可能性を説明しておく。必要に応じて、避難所等向けの歯科口腔保健パンフレット・リーフレット等を配布し、情報提供すること。
- 4 本票の不明な情報は「記載もれ」と区別するため、必ず「不明」等と明記し、現地災害対策本部（市町村、保健所）等の災害歯科保健医療担当者（災害歯科コーディネーター等）に届けること。必要時はコピーをとり、都道府県、都道府県歯科医師会の担当者等にも提出すること。

（注） 本アセスメント票の「施設・避難所等」とは、被災下で一時的に宿泊・食事等の生活をする場所全般を想定しています。したがって、高齢者・障害者・病弱者等の通常の生活にも困難な災害時要配慮者等のための福祉避難所、更に広義には被災下での福祉施設から自宅等も含んだ一時的な生活の場所が該当します。

本アセスメント票の記入の仕方がわからない場合や緊急時の用件については、現地災害対策本部等の災害歯科コーディネーター等にご連絡ください。

〈連絡先〉

所属：

氏名：

電話番号：

長瀬 庄太郎 (坂田) 團圓 町上メアスピラ 健康口交 婦所藏 設

[illegible]

歯科保健医療救護 個別記録票(災害時歯科共通対応記録) 日歯統一版 ver2.0

実施日		月	日	()	時間	:	~	:	担当者・所属
業務内容		評価(アセスメント)・相談・診療・治療・集団指導・個別指導・物資提供・その他()							
出務場所		建物・避難所など名 (市町村など名) 避難所種類: 避難所(一般・福祉)・施設・仮設住宅等・その他()							

処置・対応内容			処置・治療など							診察・相談・指導・ケアなど							紹介など			摂食嚥下関係	各項目の具体的内容 特記事項 記載				
名前 (集団の場合は人数)	年齢	性	口腔外科処置	再装着	義歯新製	義歯修理・調整	歯内療法処置	保存修復処置	歯周治療処置	消炎鎮痛・処方	その他	歯科相談・保健指導のみ(口腔内なし)	指導説明(口腔内あり)	口腔ケア指導(口頭のみ)	口腔ケアの実施、及び指導実施、	口腔ケアの実施のみ	集団	保健指導講話・啓発	口腔ケア用品の提供	その他の診療・指導など		歯科へ	他科へ	その他	
1																									①スクリーニング(RSST/MWST/FT) ②評価(頸部腫診など) ③指導(体位、間接訓練) ③食形態や摂食方法などの指導(直接訓練) ⑤その他の対応
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									

歯科保健医療救護報告書(災害時歯科共通対応記録) 日歯統一版 ver2.0

報告日: 年 月 日 ()

※ この用紙は日ごとではなく、出務場所ごとに記載ください

(報告者名・所属:)

(電話番号:)

業務日時	月 日 ()	活動時間: 時 分 ~ 時 分
(1) 出務者名 (氏名・職種)	対応者全員の名前と職名(略称可)、チーム名を記載ください	
(2) 業務内容	対応したものすべてに○をつけてください/その他は内容を記載ください 評価(アセスメント)・相談・診察・治療・個別指導・集団指導・物資提供 その他()	
イ 出務場所	建物など名 (市町村など名)	※ この用紙とは別に、それぞれの出務場所ごとの、 「施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント票 (集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください
ロ 処置内容 処置人数	対応・処置 実人数: _____ 人 (男性 _____ 人、女性 _____ 人、どちらでもない・不明 _____ 人) (18才未満 _____ 人、高齢者(75才以上) _____ 人)	
対応した項目の □にチェックを 入れて、人数を 記載ください	処置・治療など 実人数 (計 _____ 人)	診察・相談・指導・ケアなど 個別 実人数 (計 _____ 人)
	☐ 口腔外科処置 (_____ 人) ☐ 再装着 (_____ 人) ☐ 義歯新製 (_____ 人) ☐ 義歯修理・調整 (_____ 人) ☐ 歯内療法処置 (_____ 人) ☐ 保存修復処置 (_____ 人) ☐ 歯周治療処置 (_____ 人) ☐ 消炎鎮痛・処方 (_____ 人) ☐ その他の処置など (_____ 人) ※内容を記載ください	☐ 個別 歯科相談・保健指導のみ(口腔内なし) (_____ 人) ☐ 個別 診察説明・歯科保健指導(口腔内あり) (_____ 人) ☐ 個別 口腔ケア指導(口頭のみ) (_____ 人) ☐ 個別 口腔ケアの実施、及び、指導 (_____ 人) ☐ 個別 口腔ケアの実施のみ (_____ 人) ☐ 集団 歯科講話・保健指導・啓発 (_____ 人) ☐ 口腔ケア用品の提供 (_____ 人) ☐ その他の診察・指導など (_____ 人) ※内容を記載ください
	紹介など 実人数 (計 _____ 人)	摂食嚥下に関する評価・診察・指導など 実人数 (計 _____ 人)
	☐ 紹介(歯科へ) (_____ 人) ☐ 紹介(医科へ) (_____ 人) ☐ 紹介(その他へ) (_____ 人) ☐ その他の紹介など (_____ 人) ※内容を記載ください	☐ 摂食嚥下機能スクリーニング(RSST、MWST、FT) (_____ 人) ☐ 摂食嚥下機能の評価(頸部聴診など) (_____ 人) ☐ 摂食嚥下に関わる指導(体位、間接訓練) (_____ 人) ☐ 食形態や摂食方法などの指導(直接訓練) (_____ 人) ☐ その他の摂食嚥下に関する対応など (_____ 人) ※内容を記載ください
ハ 出務場所の 状況・活動報告 (歯や口に関する ことのみ)		

※ この用紙とは別に、それぞれの出務場所ごとの、「施設・避難所等 歯科口腔保健 ラピッドアセスメント票(集団・迅速)」も、別途記載して、提出してください

実施場所(施設名・建物名)：		実施日：年 月 日		No.
実施場所のカテゴリー		記載者		
☐ 避難所	☐ 仮設住宅	所属・氏名		
☐ 施設	☐ 在宅	記載者		
☐ その他 ()		連絡先		

※ ラピッドアセスメント票（迅速集団）との対応										性別		年齢				名前	食事をする時の問題	歯みがきの環境	歯みがきをする問題	歯や口の清掃問題	歯科治療の必要性	歯科治療の確保問題	詳細記載欄	啓発・指導内容				追加対応																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
										男	女	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	※ 歯科治療「要」/追加対応「要」の場合は、支援に繋がる具体的な情報を必ず記載してください	口腔衛生	口腔機能	義歯	治療連携	継続指導																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
										☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

歯科保健医療 ニーズ調査・指導・啓発 総括票

実施場所：	当日の 登録者数	人	実施日：	年	月	日	曜日
-------	-------------	---	------	---	---	---	----

実施場所の 카테고리： ☐避難所 ☐仮設住宅 ☐施設 ☐在宅 ☐その他（ ）

* 実施票は複数あっても「総括表」は日ごと、実施場所や活動ごとに分けて、1枚にまとめてください

【対応者数集計】 (単位：人)

対応 総人数	年齢						性別		
	0～5	6～17	18～64	65～74	75～	不明	男性	女性	不明

【ニーズ内容集計】 (単位：人)

歯科口腔の 問題	食事を する時	歯みがきの 環境	歯みがきを する	歯や口の 清掃	歯科治療の 必要性	歯科治療の 確保	追加対応 継続指導
問題ない							
問題ある							

【指導内容集計】 (単位：人)

歯科保健 指導	口腔衛生 管理	口腔機能 管理	義歯の 管理	歯科治療 連携
実施				

* ひとりに対して複数の指導を行った場合は全てカウント

【申し送り事項】

申し送り先	内 容

【記載者】

所属・氏名		連絡先	
-------	--	-----	--