**別添１-1**

**避難所感染症チェックリスト**年　　　月　　　日　　避難所名

【平常時の対応】

|  |  |
| --- | --- |
|  | チェック項目　　※確認ができたら☑と記載 |
| 必要物品の準備 | **１　手洗い場（トイレの手洗い場含む）**  □手洗い用石けん（液体が望ましい）　　　　□ペーパータオル  □ゴミ箱（ペダル式で蓋つきが望ましい）　　□アルコール手指消毒薬（※１）  □ウェットティッシュ  　□参考資料７－２  **２　トイレ**  　□次亜塩素酸ナトリウム（※２）　　　　□水  　□２Ⅼのペットボトル容器とキャップ（よく洗ったもの）　□じょうご又は紙コップ　　□バケツ  　□マスク　　　□手袋　　　□エプロン（ビニール製が望ましい）  □ゴミ箱（紙オムツ廃棄用も準備。ペダル式で蓋つきが望ましい）  　□参考資料３、４、５－１、５－２、５－３、８  **３　吐物等の処理**  　□次亜塩素酸ナトリウム（※２）　　　　□水  　□２Ⅼのペットボトル容器とキャップ（よく洗ったもの）　□じょうご又は紙コップ　　□バケツ  　□使い捨てマスク　　□手袋（２組あるとよい）　　□エプロン（ビニール製が望ましい）  　□新聞紙またはペーパータオル、古タオル　　　□ビニール袋（ゴミ袋用：２枚）  　□吐物処理手順説明書（ラミネート加工してあるもの）  　□参考資料５－１、５－２、５－３、７―１、７－２、８  **４　避難所玄関（出入口）**  □アルコール手指消毒薬（※１）  　□参考資料１、２、６―１、６－２、７－１、９、１０、１１  **５　避難所全体**  □アルコール手指消毒薬（※１）（各部屋の出入り口等に設置）  　□参考資料１、２、６―１、６－２、７―１、７－２、８、９、１０、１１  **６　有症状者への対応（個室管理）**  　□マスク　　□間仕切り用パーテーション等　　□別添３  　□参考資料１、２、５、６―１、６－２、７－１、７－２、８、９、１１  **７　体調管理（健康観察）**  □体温計　　　□パルスオキシメーター　　　□血圧計　　　　　□別添２  □アルコール手指消毒薬（※１）、アルコール消毒薬（物品消毒用） |
| 確認 | □毎年1回以上は、以下について確認する。  □①必要物品が揃っているか  □②消毒薬等の使用期限が切れていないか  □③体温計等が正常に作動するか |

※１　濃度が70％以上95％以下のエタノール。「医薬品・医薬部外品」と表示のあるものを使用

※２　次亜塩素酸ナトリウム（商品名例：ハイター、ミルトン等）原液濃度５～６％

**別添1-2**

**避難所感染症チェックリスト**年　　　月　　　日　　避難所名

【避難所開設時の対応】

|  |  |
| --- | --- |
|  | チェック項目　　※確認ができたら☑と記載 |
| ライフラインの確保状況 | □水　（　水道水　　／　　井戸水　）  □ガス　　　　　　□電気　　　　　　　　□電話（　公衆電話　／　携帯電話　）  　□トイレ　（　仮設　／　常設　、　水洗　／　汲み取り　） |

|  |  |
| --- | --- |
| チェック項目　　※確認ができたら☑と記載 | 避難所管理者の  確認 |
| **１　手洗い場（トイレの手洗い場含む）**  □必要物品が揃っているか（適切に設置しているか） | 済　・　未 |
| **２　トイレ**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか） | 済　・　未 |
| **３　吐物等の処理**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□避難所責任者等は、正しい吐物処理方法を知っているか（交代時、引継ぎをする） | 済　・　未 |
| **４　避難所玄関（出入口）**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□土足厳禁としているか | 済　・　未 |
| **５　避難所全体**  □必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  □避難所のすべての職員・ボランティア・避難者に手洗いのタイミングを啓発しているか  　□避難者間の距離が、１～２ｍ空けているか（パーテーション等の活用：　有　／　無　）  　□分別可能なゴミ箱（紙おむつ廃棄用も準備）を設置しているか | 済　・　未 |
| **６　避難者有症状者（予防含む）・隔離**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか） | 済　・　未 |
| **７　体調管理（健康観察）**  □必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  □有症状者の隔離スペースを確保したか  　□避難者に対し、有症状時には職員に申し出るよう周知しているか | 済　・　未 |

|  |
| --- |
| 【引継ぎ事項】  ・不足物品　無　／　有　→有の場合、要補充（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜記載者（所属・氏名）：　　　　　　　　　　　　＞

**別添1-3**

**避難所感染症チェックリスト**年　　　月　　　日　　避難所名

【避難所運営時の対応】

|  |  |
| --- | --- |
|  | チェック項目　　※確認ができたら☑と記載 |
| ライフラインの確保状況 | □水　（　水道水　　／　　井戸水　）  □ガス　　　　　　□電気　　　　　　　　□電話（　公衆電話　／　携帯電話　）  　□トイレ　（　仮設　／　常設　、　水洗　／　汲み取り　） |

|  |  |
| --- | --- |
| チェック項目　　※確認ができたら☑と記載 | 避難所管理者の  確認 |
| **１　手洗い場（トイレの手洗い場含む）**  □必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□定期的に清掃・消毒（一方向に拭き取る。噴霧消毒はしない。）できているか  　　[消毒箇所]  　　□手洗い場、水道蛇口　□液体石けんの入れ物  （その他対応：□固形石鹸の撤去　□共用タオルの撤去） | サイン①朝  （　　　　　）  サイン②昼  （　　　　　）  サイン③夕方  （　　　　　） |
| **２　トイレ**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□定期的に清掃・消毒（一方向に拭き取る。噴霧消毒はしない。）できているか  　　[消毒箇所]  　　　□ドアノブ　□ドア全体　□手が届く範囲の壁　□各種スイッチ  □水を流すレバー・ボタン等　□ペーパーホルダー　□便器、便座、便器蓋  □トイレ床　□トイレ用履き替えスリッパ等  □汚物入れやゴミ箱のふた(手で触れずに開閉可能な場合は除く)  □その他　汚染箇所 | サイン①朝  （　　　　　）  サイン②昼  （　　　　　）  サイン③夕方  （　　　　　） |
| **３-1　吐物等処理の準備**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□避難所責任者等は、正しい吐物処理方法を知っているか（交代時、引継ぎをする） | サイン①朝  （　　　　　）  サイン②昼  （　　　　　）  サイン③夕方  （　　　　　） |
| **3-2　吐物等処理の対応**  □嘔吐・下痢者等がいた場合、適切に処理ができたか  　　[消毒について]  　　　・嘔吐症状の場合　　　□食器の消毒　　□吐物処理  　　　・下痢で汚した場合　　□下着の消毒　　□衣服の消毒　　□寝具の消毒　等  　　　　（消毒液［次亜塩素酸ナトリウム］に10分浸けて、水洗いする。色落ちに注意。）  　　　□消毒液（次亜塩素酸ナトリウム）は、毎日、濃度を調整し作成しているか | 吐物等処理の回数（実施したら数字に○を付ける）  　１  　２  　３  　４  　５ |
| **４　避難所玄関（出入口）**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□土足厳禁としているか | サイン①朝  （　　　　　）  サイン②昼  （　　　　　）  サイン③夕方  （　　　　　） |
| **５　避難所全体**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  □避難所のすべての職員・ボランティア・避難者に手洗いのタイミングを啓発しているか  □避難者間の距離が、１～２ｍ空けているか（パーテーション等の活用：　有　／　無　）  　□室内の清掃と換気は、定期的（午前・午後各１回）にできているか  　□定期的に消毒（一方向に拭き取る。噴霧消毒はしない。）できているか  　　[消毒箇所]  □患者の手が触れる範囲（ドアノブ、スイッチなど）  　□分別可能なゴミ箱（紙おむつ廃棄用も準備）を設置しているか  　□ゴミは、定期的に回収・廃棄しているか  　□ハエや蚊・ダニの対策ができているか  （ハエ対策、防蚊・防ダニ対策：肌の露出少なくする、虫よけ剤を使用するなど）  　□食べ物の衛生管理が適切にできているか  （共用冷蔵庫のルール［消費期限又は賞味期限が切れたものは廃棄］が決められているか、  避難者等に周知しているか　など） | サイン①朝  （　　　　　）  サイン②昼  （　　　　　）  サイン③夕方  （　　　　　） |
| **６　避難者有症状者（予防含む）・隔離**  　□必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□有症状者の申し出があった場合、隔離したか  →□必要時、医療機関受診を案内したか、又は医療の必要性について、医療救護チームや保健師等に相談したか　□咳エチケット（マスク着用）を案内したか  　□別添３で有症状者の健康チェックを行う | サイン①朝  （　　　　　）  サイン②昼  （　　　　　）  サイン③夕方  （　　　　　） |
| **７　体調管理（健康観察）**  □必要物品が揃っているか（適切に設置しているか）  　□避難者に対し、有症状時には職員に申し出るよう周知しているか  　□情報ツールまたは別添２で、毎日、健康状況等を報告しているか | サイン①朝  （　　　　　）  サイン②昼  （　　　　　）  サイン③夕方  （　　　　　） |

|  |
| --- |
| 【引継ぎ事項】  ・不足物品　無　／　有　→有の場合、要補充（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＜記載者（所属・氏名）：　　　　　　　　　　　　＞