



## 15NJ 健康管理マニュアル



15NJ安全・救護専門部会／日本連盟医療チーム

### <CONTENTS>

- 15NJ派遣隊指導者の健康管理心得
- 15NJにおける新型インフルエンザ対策
- 15NJ健康調査書 (参加章等配付時、参加者数分印刷されたものを各隊に配布)
- 15NJ健康管理チェック表 (参加スカウト用は15NJハンドブック内に記入頁設定)



## ■15NJ派遣隊指導者の健康管理心得

文責：ボーイスカウト日本連盟 医療チーム

はじめに

WHO

15

15NJ

15NJ

### § 1. 出発前までにすること

1-1. 参加スカウトの顔と名前を覚える

1-2. 健康安全担当指導者を決める

1-3. 予防接種（破傷風・麻疹）を済ませる

DT

20

13

18

15NJ

WHO



**1-4. 会場に病気を持ち込まない**

14NJ

**1-5. 刃物の取り扱いに習熟させる**

**1-6. 健康上特別な配慮が必要な場合**

10

6

CPAP

**§ 2. 参加中の健康管理**

**2-1. 健康状態の把握**

a.

b.



C.

2-2. 各種疾病予防対策

派遣隊指導者マニュアルを熟読して下さい。

(CRI)

1/2

15NJ

2

★薬局薬店等で、「アブやブヨなどによるひどい虫刺されの時に使うステロイドの入った軟膏をください」と薬剤師または登録販売者に申出るようスカウトにご指導ください。その店舗で取り扱っている商品を紹介してくれます。



### 2-3. 外傷処置

FC

®

®

### 2-4. 薬の投与について

2-2

### 2-5. 救護所への受診について

15NJ

### 2-6. 各隊で用意すべき救急用品

- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )

2

500nh

1



- ( )
- ( )
- ( )
- ( )
- ( )

2-2

## 2-7. 指導者の受傷予防・疾病管理について

### § 3. 終了後に行うこと

#### 3-1. 保護者や原隊指導者への申し送り

15NJ

#### 3-2. アフターケア

15NJ

15NJ

TEL: 0422-31-5161



# ■ 15NJにおける新型インフルエンザ対策

文責：ボーイスカウト日本連盟 医療チーム

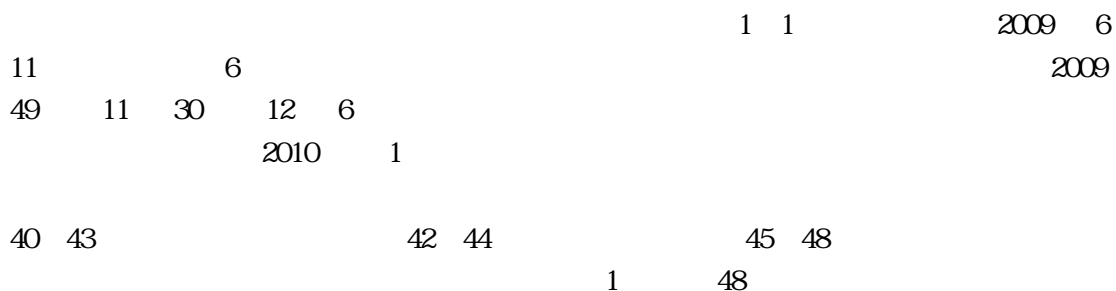
1 1

15NJ

15NJ

15NJ

## I. 新型インフルエンザの発生動向



## II. 新型インフルエンザの臨床的特徴

2010 2

10

2 4



1

48 4 17 57 108 78 50 36 138 39

2009 11 82 76

1 1 2

3 20

-

### Ⅲ. 感染様式

1 1 5 3

3 3 ( 1 )

2

4

### Ⅳ : 感染防止

1.

5 6





7

2

3

8 9 10

11

## V. 大会参加前の留意事項

2009

3

- (A) **既感染者**： 2009年9月—2010年7月末までに感染し、治癒した者
- (B) **ワクチン接種者**： インフルワクチンの接種を受けた者  
(注：ワクチンの効果は接種後2週間から約5ヶ月といわれているため、接種日を正確にチェックする必要があります)
- (C) **未感染者**： 感染もなく、かつワクチン接種を受けていない者

1.

2



「 大会参加 10 日前から当日までの留意事項 」

- 1 10
- 2 48
- 3 A
- 4 10 A
- 5 1

VI. 大会中インフルエンザ様症状発生時の対応

- 1 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

VII. 感染者数が 1 個隊の 2 割に達した場合の対応

- 4
- 8 40 2
- 1 6 4



2

6

2 3

6

4

## VII. 種々の感染症の感染拡大防止方法

4

1

2

1

3

40

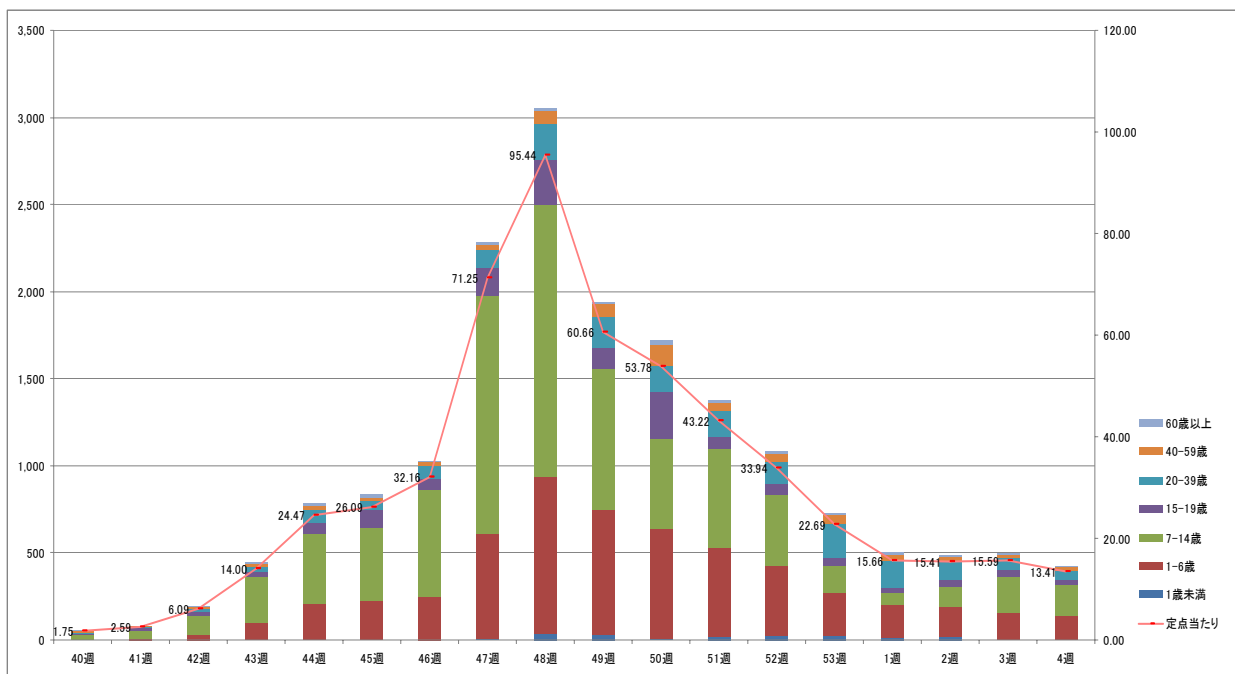
4

最後に、15NJ 中央救護所では「感染症対策チーム」を編成し、種々の感染症が発生した場合、的確に即対応ができるよう準備を進めております。



## 参考文献

- 1) Mortality from pandemic A/H1N1 2009 influenza in England: public health surveillance study Liam J Donaldson, BMJ 2009;339:b5213
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/hourei/2009/11/dl/info1116-01.pdf>
- 3) The Lancet Infectious Diseases, [Volume 7, Issue 4](#), Pages 257 – 265, April 2007
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/hourei/2009/06/dl/info0602-01a.pdf>
- 5) <http://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/hourei/2009/11/dl/info1104-03.pdf>
- 6) 受託医療機関における新型インフルエンザ（A/H1N1）ワクチン接種実施要領  
厚生労働省発健1013第4号
  
- 7) <http://www.nih.go.jp/niid/topics/influenza01.html>
- 8) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/02.html#160>
- 9) CDC GUIDELINES & RECOMMENDATIONS Interim Guidance for the Use of Masks to Control Influenza Transmission
- 10) [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/masks\\_community/en/index.html](http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/masks_community/en/index.html)
- 11) Prevention and Control of Influenza due to Avian Influenza Virus A (H5N1)





--

<b>ふりがな</b>	<b>診断名／治療の状態(既往症・合併症)</b>
<b>名前</b>	
<b>生年月日</b> 明治・大正・昭和・平成  年 月 日 ( 歳)	
<b>住所</b>     <b>TEL</b>	<b>処方されている薬／病院で発作時に使う薬</b>
<b>緊急連絡先(必ずつながる電話番号を)</b>	<b>医薬品に対するアレルギー／禁忌薬品</b>
名前 (続柄)	
TEL	
携帯	
<b>かかりつけ医</b> <b>病院名</b>   <b>担当医</b>   <b>TEL</b>	<b>アナフィラキシーの既往歴(何歳の時、原因物質)</b>
	<b>環境アレルギー</b>
<b>特記事項</b>	<b>食物アレルギー</b>
	<b>除去食(除去の程度)</b>

# 第15回日本ジャンボリー健康調査書・個人情報保護に関する同意書

ボーイスカウトのメンバーは:加盟登録番号				記入日	平成22年 月 日	
フリガナ	連盟(支部)			生年月日(西暦)		性別(○をつける)
氏名	所属	第 団		年 月 日		男 : 女
住所	〒			保護者の確認(未成年)	私は医療行為に伴い生ずる個人情報を同行の指導者へ伝えることに同意します (保護者の署名)	
参加区分	スカウト	指導者・ローバースカウト		緊急連絡先	氏名	
	1. 派遣隊 (SC名)	1. 隊指導者 (SC名)			参加者との続柄( )	
	2. 関係諸団体等 (SC名)	2. 派遣団要員			電話(携帯等緊急用)	
	3. オープン参加	3. 大会本部要員( 部)				

身長	cm	体重	kg	コンタクトレンズの使用	有 : 無
----	----	----	----	-------------	-------

I. この1か月の健康状態(該当項目の番号を○で囲み、\_\_\_部分には所要事項を記入する)

- 健康である
- 病気をしたが(学校、仕事を)休むほどではなかった
- 病気のため休んだことがある 病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_ 日数 \_\_\_\_\_ 日

II. 1. 該当する症状(□にチェックしてください)

① <input type="checkbox"/> 便秘をしやすい	② <input type="checkbox"/> 下痢をしやすい	③ <input type="checkbox"/> 胃痛や腹痛をおこしやすい
④ <input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	⑤ <input type="checkbox"/> 熱がでやすい	⑥ <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい
⑦ <input type="checkbox"/> 目が充血しやすい	⑧ <input type="checkbox"/> 鼻血が出やすい	⑨ <input type="checkbox"/> 出血すると止まりにくい
⑩ <input type="checkbox"/> 疲れやすい	⑪ <input type="checkbox"/> 貧血を起こしやすい	⑫ <input type="checkbox"/> ときどき頭痛がする
⑬ <input type="checkbox"/> 皮膚が弱い(太陽・虫・他)	⑭ <input type="checkbox"/> 喘息発作を起こすことがある	

2. 該当項目を○で囲み、所要事項を記入してください

① 薬品アレルギー	ある	ない	※消毒薬(ヨード剤, アルコール, プール消毒槽など)による, 発赤, 皮膚炎等の既往のある方は記載してください。 □ 踏疫対策で農業施設等で厳重な消毒作業が実施されています。アレルギー反応の可能性のある方は, 消毒実施が義務づけられている区域への入場やプログラム参加が制限されることがあります。アレルギーのある方には消毒薬が散布された区域周辺への立ち入りも十分注意するように指導をお願いします。 ※服用中の薬がある場合は薬局でもらう薬剤情報の紙を持参してください。
発症薬品名 [ ]			
症状 [ ]			
② その他のアレルギー(食べ物・花粉等)	ある	ない	
発症原因 [ ]			
症状 [ ]			
③ 常時服用している薬	ある	ない	
病名 [ ]			
薬品名 [ ]			

III. その他、生活・身体上のことで留意することがありましたらお書きください。

IV. 今期インフルエンザ等について

① 今期インフルエンザにかかったことが	ある	ない
② 今期インフルエンザ予防ワクチンを	受けた	受けていない
②で受けたと答えた人は、受けた時期を記入してください。( )年 ( )月 頃		
③ 麻疹の予防ワクチンを	受けた	受けていない
③で受けたと答えた人は、受けた時期を記入してください。( )年 ( )月 頃		

※ ① この調査書は2枚作成(コピー可)。大会出発集合時に派遣隊長へ1枚提出。1枚は参加カードケースに入れ携行。  
 ※ ② 健康保険証のコピーを作成し、参加カードケースの中に入れ、携行してください。  
 ※ ③ 健康状態に不安のある場合は、予め医師の診断を受け、参加できることを確認してください。  
 ※ ④ 未成年のスカウト・参加者は、保護者の確認が必要です。(右上の欄に署名を)  
 ※ ⑤ ジャンボリー出発前の7月21日(水)から15NJハンドブックの健康管理チェック表に健康状態を記録してください。

派遣隊長確認 : 平成22年 月 日 (署名)









# 15 NJ 健康管理チェック表 (班長用)

毎朝、班員の様子を観察して当てはまるものにチェックしましょう。

										SC	





