

# 災害時個別支援計画

## (在宅人工呼吸器使用者用)

氏 名 \_\_\_\_\_ 様

住 所 \_\_\_\_\_

普段療養している部屋の位置 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

「避難済目印」取り付け場所（玄関ドアの外） \_\_\_\_\_

あなたの自宅付近のハザードマップ | ☐洪水 ☐高潮 ☐土砂災害

地震に関する地域危険度 | ☐建物倒壊 ☐火災

災害時要援護者名簿 登録 | ☐済 ☐未 ➡① 登録予定 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
② 登録しない

初回作成日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

<年度更新による見直し>

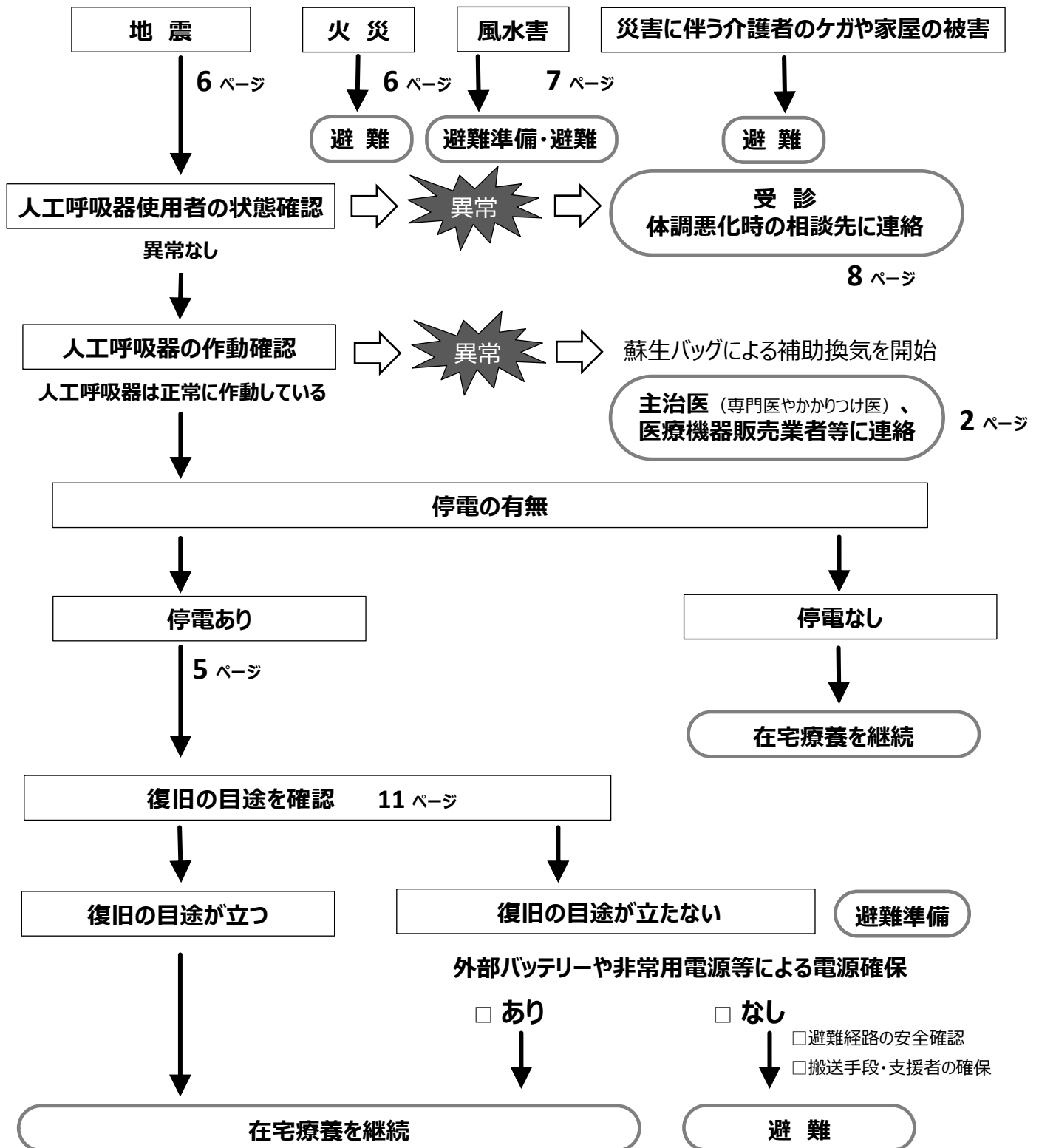
作成日 | \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

修正日 | \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

計画作成訪問看護ステーション \_\_\_\_\_

年 1 回は見直しましょう

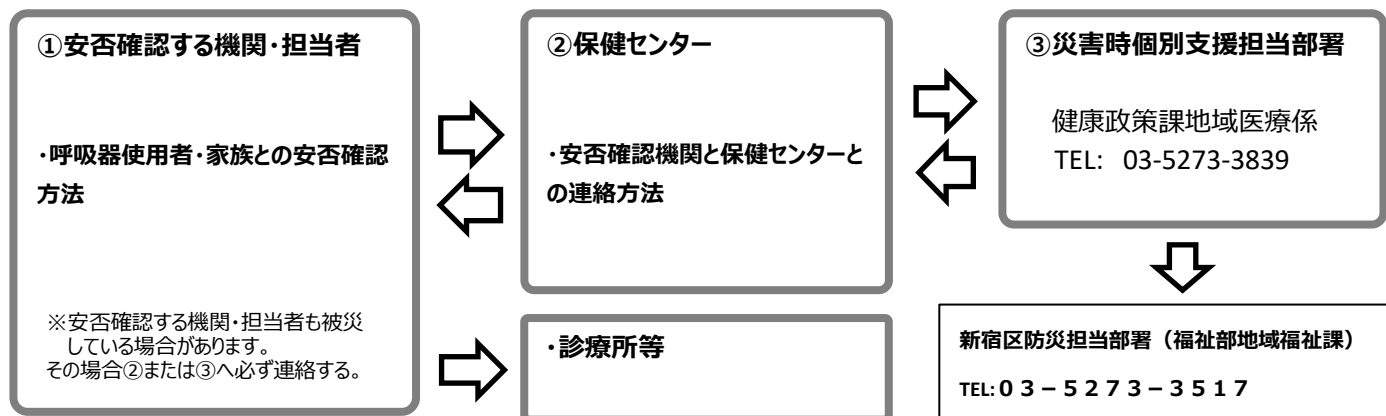
# 災害時における人工呼吸器の作動確認と対応の流れ



## 【避難先等】※避難経路を記載した地図「様式7」参照

- ☐ 公共施設等 \_\_\_\_\_
- ☐ 非常用電源設備のある施設 \_\_\_\_\_
- ☐ その他（親戚・知人宅等） \_\_\_\_\_

# 様式 1 連絡リスト



## ■関係者・機関

| 災害用伝言板などの登録 | 続柄・区分など        | 氏名（安否確認者に◎） | 所属・勤務先など | 電話番号・メールなど | 計画の保管 |
|-------------|----------------|-------------|----------|------------|-------|
| 自助・共助       | 家族（ ）          |             |          |            | 有・無   |
|             |                |             |          |            | 有・無   |
|             | 近隣者            |             |          |            | 有・無   |
|             |                |             |          |            | 有・無   |
|             | 搬送支援者          |             |          |            | 有・無   |
|             |                |             |          |            | 有・無   |
|             | 避難先（ ）         |             |          |            | 有・無   |
| 共助・公助       |                |             |          |            | 有・無   |
|             | かかりつけ医         |             |          |            | 有・無   |
|             | 専門医            |             |          |            | 有・無   |
|             | かかりつけ薬局・薬剤師    |             |          |            | 有・無   |
|             | 訪問看護師等         |             |          |            | 有・無   |
|             |                |             |          |            | 有・無   |
|             | 保健師            |             |          |            | 有・無   |
|             | ケアマネジャー        |             |          |            | 有・無   |
|             | 相談支援専門員        |             |          |            | 有・無   |
|             | 医療的ケア児コーディネーター |             |          |            | 有・無   |
|             | ホームヘルパー等       |             |          |            | 有・無   |
|             |                |             |          |            | 有・無   |
|             |                |             |          |            | 有・無   |

## ■医療機器販売業者

| 区 分          | 担 当 者 | 所 属 | 電 話 番 号 | 計画の保管 |
|--------------|-------|-----|---------|-------|
| 人工呼吸器（機種： ）  |       |     |         | 有・無   |
| 酸素濃縮装置（機種： ） |       |     |         | 有・無   |
| 吸引器（機種： ）    |       |     |         | 有・無   |
|              |       |     |         | 有・無   |

## 様式 2

# 災害用備蓄リストー 7 日を目安にー

適宜、必要に応じて品目を追加・削除しましょう。避難の際は、この災害時個別支援計画を持参しましょう。

| 品 目                        |                      | 備 蓄 数       | 避難時の持出数                  | 置き場所など |
|----------------------------|----------------------|-------------|--------------------------|--------|
| 呼<br>吸<br>関<br>連           | 人工呼吸器                |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 蘇 生 バッグ              |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 外部バッテリー              |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 予備呼吸器回路              |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 予備気管カニューレ            |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 加温加湿器                |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | パルスオキシメーター           |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 酸 素 ポンペ              |             | <input type="checkbox"/> |        |
| 吸<br>引<br>関<br>連           | 吸 引 器                | バッテリーなし ( ) | <input type="checkbox"/> |        |
|                            |                      | バッテリーあり ( ) | <input type="checkbox"/> |        |
|                            |                      | 非電源式 ( )    | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 吸引チューブ               |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 低圧持続吸引ポンプ（唾液を吸引する機器） |             | <input type="checkbox"/> |        |
| 衛<br>生<br>材<br>料           | グ ロ ー ブ              |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | アルコール綿               |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 蒸留水／精製水              |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 注 射 器                |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            |                      |             | <input type="checkbox"/> |        |
| 栄<br>養                     | 経腸栄養剤 ( )            |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | イルリガートル              |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 接 続 チューブ、注 射 器       |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 経鼻経管栄養チューブ等          |             | <input type="checkbox"/> |        |
| 薬                          | 常 備 薬                |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 頓 服 ( )              |             | <input type="checkbox"/> |        |
| 排<br>泄                     | オムツ                  |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 膀胱留置カテーテル等           |             | <input type="checkbox"/> |        |
| 伝<br>意<br>達<br>思           | 文 字 盤 など             |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            |                      |             | <input type="checkbox"/> |        |
| 非<br>常<br>用<br>電<br>源<br>等 | 発 電 機 ( )            |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 発電機燃料 ( )            |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 蓄 電 池                |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 乾 電 池                |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 延長コード (三又プラグ)        |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | シガーソケット・ケーブル         |             | <input type="checkbox"/> |        |
| そ<br>の<br>他                | 懐中電灯                 |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 情報機器（ラジオやスマートフォンなど）  |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | ビニール袋、ティッシュペーパー      |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            | 水                    |             | <input type="checkbox"/> |        |
|                            |                      |             | <input type="checkbox"/> |        |

## 平常時の備え

## 1 呼吸・吸引関連機器の作動時間

- 人工呼吸器（本体と外部のバッテリー時間） 呼吸器機種 \_\_\_\_\_

バッテリーには耐用年数があります。作動時間は定期的に確認しましょう。

内部（本体）バッテリー作動時間

外部バッテリー作動時間

合 計

$$\text{_____ 時間} + \left[ \text{_____ 時間} \times \text{_____ 個} = \text{_____ 時間} \right] = \text{_____ 時間}$$

- 酸素濃縮装置（本体と酸素ポンベの時間） 本人使用量（ ） リットル/分使用で

内部（本体）バッテリー作動時間

1 本当たりの酸素ポンベの消費時間

合 計

$$\text{_____ 時間} + \left[ \text{_____ 時間} \times \text{_____ 本} = \text{_____ 時間} \right] = \text{_____ 時間}$$

- 吸引器 充電機能付吸引器の連続作動 機種 \_\_\_\_\_ 分

- 非充電式吸引器の準備 機種 \_\_\_\_\_

## 2 非常用電源

- 発電機 \_\_\_\_\_ A ● 車のシガーソケット・ケーブル \_\_\_\_\_ A ● 蓄電池など \_\_\_\_\_ A

万が一に備えて使用する機器のアンペア（A）数を調べておきましょう。発電機などは正弦波インバーター搭載かどうか確認し、医療機器との接続について、主治医や医療機器販売業者等と相談しておきましょう。

## 3 医療機器の使用アンペア（A）

- 人工呼吸器 \_\_\_\_\_ A ● バッテリー ・ バッテリーの充電器など \_\_\_\_\_ A

- 吸引器 \_\_\_\_\_ A ● その他の医療機器（ ） \_\_\_\_\_ A

（ほとんどの吸引器は起動時に使用アンペアが大きくなる）

## 4 蘇生バッグ

☐ 手の届く定位置に置く ☐ 定期的に使用訓練を行う

5 東京電力パワーグリッド株式会社への登録 ☐ 済 ☐ 未

【登録窓口】電話番号：0120-995-007、03-6375-9803（有料：0120 を利用できない場合）

受付時間：9:00～17:00（日・祝日、年末年始を除く）

## 6 非常用電源設備のある施設（バッテリーの充電など） 1 ページ

☐ 非常用電源設備のある施設の場所の確認  
（被災状況等により、充電が難しい場合があります）

## 停電時の確認と対応

使用者の状態    ☐ 人工呼吸器使用者の状態の確認    6 ページ

人工呼吸器    ☐ 正常に作動しているか  
☐ バッテリー作動に切り替わっているか  
☐ 加温加湿器へのぬるま湯や水の追加、もしくは人工鼻に変更  
☐ 故障の場合は、かかりつけ医や医療機器販売業者等に連絡する

吸引器等    ☐ 非電源式吸引器等の準備  
☐ 低圧持続吸引ポンプ（唾液を吸引する機器）を乾電池式に切り替える

酸素濃縮装置    ☐ 酸素ボンベに切り替える

電気関連    ☐ 電気が復旧するまでコンセントからプラグを抜く  
☐ コンセント周辺に水がかかっていないかなど安全確認をする  
☐ ブレーカーを落としてから、避難する

### 1 呼吸・吸引関連機器・器材、非常用電源

- 万が一人工呼吸器の故障などにより正常に作動しなくなった時は、蘇生バッグで補助換気する。
- 電気の復旧の目途が立たない場合、非常用電源を使用して、人工呼吸器の外部バッテリーを交互に充電する。
- 発電機によって外部バッテリー等を充電する場合は、必ず屋外で使用する。
- 充電式吸引器は、吸引する時だけ作動させる。

### 2 呼吸・吸引関連機器以外

- 電動ベッド | 電気が復旧したら、背上げ・背下げなどを行って姿勢や高さを調整する。
- エアマット | エアマットの状態に応じて、ふとんなどで調整する。
- 意思伝達装置 | バッテリーや乾電池を用いた操作に変更する。文字盤や合図などに変更する。
- 照明 | 懐中電灯・ランタン・ヘッドランプなど乾電池等で動く照明に変更する。
- 情報機器 | ラジオやスマートフォンなどを活用し、情報を得る。

### 3 ブレーカー

- ブレーカーが **落ちている** | コンセントからプラグを抜き、バッテリー作動に切り替えた後にブレーカーを上げる。  
ブレーカーを上げても電気が点かない、すぐに落ちてしまう場合は、電気工事店又は東京電力パワーグリッド株式会社（11 ページ）へ連絡する。
- **落ちていない** | 近所一帯が停電している場合又はブレーカーが落ちていないにもかかわらず家の全部（又は一部）の電気が使えない場合は、停電情報を確認する（11 ページ）。  
室内灯が点灯するかなど、電気の復旧を確認した後、プラグを差す。

### 4 非常用電源設備のある施設（バッテリーの充電など）    1 ページ

## 1 安否の確認

人工呼吸器使用者の状態

- ☐ 顔色に変化はないか
- ☐ SpO<sub>2</sub> など、バイタルサインに異常はないか
- ☐ 人工呼吸器のモニター値などに変化はないか
- ☐ ケガをしていないか

8 ページ

人工呼吸器の作動状況

- ☐ 正常に作動しているか
- ☐ 呼吸回路の接続部にゆるみはないか
- ☐ 人工呼吸器のモニター値（設定値）が変わっていないか

9 ページ

家族らにケガはないか

- ☐ 家族らにケガはないか

1 ページ

療養環境

- ☐ 家屋や避難経路は大丈夫か
- ☐ ライフライン（電気・水道・ガス）は大丈夫か
- ☐ 室内に落下や転倒したものはないか

1 ページ

## 2 対応

近隣で火災発生

- ☐ 近隣者に支援を求める（                      さん）
- ☐ 安全な場所へ避難（避難先                      ）
- ☐ 可能であれば災害用備蓄品を持って避難

2 ページ

3 ページ

停電発生

- ☐ 停電時の確認と対応

5 ページ

## 3 安否の連絡 2 ページ

連絡方法（11 ページ参照）

- ☐ 171 伝言ダイヤルへ録音（電話番号：                      ）
- ☐ Web171 を利用
- ☐ 携帯災害用伝言板（登録者：2 ページ関係者リスト参照）
- ☐ 電話連絡（連絡先：                      電話番号：                      ）
- ☐ メール（送信先：                      アドレス                      ）

## 風水害（洪水、高潮、土砂災害等）

## 日常の備え

- 機器の作動時間、作動方法を確認しておく。
- 避難に備え、様式 2（3 ページ）の持ち出し物品をまとめておく。
- 自宅、避難先、避難経路のハザードマップを確認し、予想される災害の程度や搬送支援者の確保状況等に応じて、避難のタイミングや避難先を決めておく。

危険度の高まりに応じて段階的に発表される**防災気象情報の確認と取るべき行動の目安**

**警戒レベル 1** 【早期注意情報】 情報収集し、必要に応じて避難準備を始める

- ☐ 医療機器のバッテリー等の充電
- ☐ 非常用電源等の作動確認

**警戒レベル 2 【注意報】** 避難行動を確認。いつでも避難できるよう準備を完了する  
台風など大規模な災害が予想される場合は、この段階での避難開始も検討する

- ☐ 避難時持ち出し物品の準備、確認      **3** ページ

☐ 避難経路の確認（添付の地図で確認）

☐ 搬送の方法      だれ に連絡して      TEL                         

移送手段 で避難する

☐ 避難先      ①住所      TEL                         

②住所      TEL                         

☐ 避難に要する時間      ①まで 約                  分      ②まで 約                  分

**警戒レベル 3** 【高齢者等避難】 すみやかに危険な場所から避難する

- ☐ 避難先へ避難

**警戒レベル 4** 【避難指示】 危険な場所からの避難を完了する

- ☐ 安否の連絡 **2** ページ

## 緊急時の医療情報連絡票

人工呼吸器の設定に関する医師の指示書などの最新情報を一緒に保管しましょう。この連絡票は、災害時等に初めて対応する医療関係者に伝えたい医療情報をまとめたものです。人工呼吸器の設定内容等が変更した場合は、かかりつけ医や訪問看護ステーション等に声をかけて、作成・更新してもらいましょう。緊急的な受診の際にはこの様式を見せましょう。

## 体調悪化時の相談先・受診の目安となる状態

☐ 相談先 （入院調整をする機関・人） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

☐ 相談先 （訪問看護ステーション等） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

【受診の目安となる状態】 ※平常時に主治医に確認しましょう

【入院が必要な場合】 医療機関 \_\_\_\_\_

## 【 基本情報 】

記入日 年 月 日

|               |                                                                                                                                                                                                                   |     |    |       |                                                         |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|-------|---------------------------------------------------------|
| 氏 名<br>(フリガナ) | ( )                                                                                                                                                                                                               |     |    |       |                                                         |
| 生年月日          | 年 月 日                                                                                                                                                                                                             | 年 齢 | 歳  | 性 別   | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 住 所           | TEL                                                                                                                                                                                                               |     |    |       |                                                         |
| 診断名           |                                                                                                                                                                                                                   |     |    |       |                                                         |
| 既往や<br>合併症    |                                                                                                                                                                                                                   |     |    |       |                                                         |
| 今までの経過        | 発 症   年 月 人工呼吸器装着   年 月                                                                                                                                                                                           |     |    |       |                                                         |
| 服用中の薬         | ※10 ページに処方箋やお薬手帳のコピーなどを貼っておきましょう                                                                                                                                                                                  |     |    |       |                                                         |
| 基礎情報          | 身長                                                                                                                                                                                                                | cm  | 体重 | kg    | 血圧 / mm hg                                              |
|               | 体温                                                                                                                                                                                                                | ℃   | 脈拍 | 回 / 分 | SpO <sub>2</sub> %                                      |
| コミュニケーション     | <input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 口文字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) 具体的に記載 (Yes / No のサイン等) |     |    |       |                                                         |

## 【 医療情報 】

記入日 年 月 日

|              |                                                                                                                                                                      |                 |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 人工呼吸器        | <input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸（NPPV） <input type="checkbox"/> 気管切開下陽圧人工呼吸（TPPV）                                                                                   |                 |
|              | 機種名（ ） 会社名（ ）                                                                                                                                                        |                 |
|              | 換気様式   <input type="checkbox"/> 量規定（VCV） <input type="checkbox"/> 圧規定（PCV） 換気モード   （ ）                                                                               |                 |
|              | <input type="checkbox"/> 1 回換気量（ ） ml / 回 呼吸回数（ ） 回 / 分 吸気時間（ ） 秒                                                                                                    |                 |
|              | <input type="checkbox"/> IPAP（ ） EPAP（ ） PS（ ）                                                                                                                       |                 |
|              | 装着時間   <input type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                  |                 |
| 酸 素          | <input type="checkbox"/> あり（ ） L / 分 <input type="checkbox"/> なし                                                                                                     |                 |
|              | 使用時間   <input type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他（ ）                                                                  |                 |
| 気管切開         | カニューレ製品名（ ） サイズ（ ID / OD ）                                                                                                                                           |                 |
|              | カフ   <input type="checkbox"/> 付き <input type="checkbox"/> なし カフ圧 / エア量（ ） ml                                                                                         |                 |
| 吸 引          | <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 低圧持続吸引                                               |                 |
|              | <input type="checkbox"/> 吸引の頻度（ ）                                                                                                                                    |                 |
| 栄養・水分        | 摂取方法   <input type="checkbox"/> 経口 食形態と量（ ）<br><input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> その他（ ） |                 |
|              | チューブの種類とサイズ   種類（ ） サイズ（ Fr）                                                                                                                                         |                 |
|              | 経腸栄養剤などの製品名（ ）<br><input type="checkbox"/> 中心静脈栄養                                                                                                                    |                 |
|              | 輸液製剤の製品名（ ）                                                                                                                                                          |                 |
|              | 1 日の総カロリー（ ） kcal 1 日の水分量（ ） ml                                                                                                                                      |                 |
| 排 泄          | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱・腎留置カテーテル（ Fr ） <input type="checkbox"/> その他（ ）                                  |                 |
| その他の<br>特記事項 |                                                                                                                                                                      |                 |
| 主治医          | 専門医                                                                                                                                                                  | 医療機関名（ ） 医師名（ ） |
|              |                                                                                                                                                                      | 住 所（ ）          |
|              |                                                                                                                                                                      | 電 話（ ）          |
|              | かかりつけ医                                                                                                                                                               | 医療機関名（ ） 医師名（ ） |
|              | 住 所（ ）                                                                                                                                                               |                 |
|              | 電 話（ ）                                                                                                                                                               |                 |

## ■ 医療情報等に関する貼付欄

【例】 保険証・薬の処方箋やお薬手帳のコピー・安楽な体位等の注意事項など

# 災害時の情報リスト 発災時に使用できるよう平常時に登録し、訓練しましょう

## 安否情報の登録・確認

### □ 災害用伝言ダイヤル 171

災害時に、固定電話、携帯電話・PHS 等の電話番号あてに安否情報（伝言）を音声で録音（登録）し、全国でその音声を再生（確認）することができる。公衆電話の場所も確認しておく。

### □ 災害用伝言板

携帯電話・PHS のインターネット接続機能で、被災地の方が伝言や文字によって登録し、携帯電話・PHS 番号をもとにして全国でその伝言を確認できる。

災害時は各社の公式サイトトップ画面に災害用伝言板の案内が表示される。

登録は被災地域内の携帯電話・PHS からアクセスが可能である。詳細は各社のページを確認する。

### □ 災害用伝言板（Web171）

パソコンやスマートフォン等から固定電話や携帯電話・PHS の電話番号を入力して安否情報（伝言）の登録、確認を行うことができる。 URL <https://www.web171.jp> へアクセスする。

## 停電情報の確認

### □ 東京電力パワーグリッド株式会社

ホームページの場合 【停電情報】 URL <https://teideninfo.tepco.co.jp>

【問い合わせ】 <https://www.tepco.co.jp/pg/user/contact.html>

スマートフォンアプリの場合 【TEPCO 速報】 平常時にダウンロードしておきましょう

電話番号 0120-995-007 0120 番号がつかない時 TEL 03-6375-9803（有料）

## 避難情報・気象情報など

### □ 新宿区ホームページ（防災） <https://www.city.shinjuku.lg.jp/anzen/index03.html>

### □ 新宿区防災気象情報メールを受け取るには**事前登録が必要です。**

・パソコン <http://micosfit.jp/snjk/>

・携帯

スマートフォン <https://plus.sugumail.com/usr/shinjuku/home>

フィーチャーフォン <https://m.sugumail.com/m/shinjuku/home>

配信内容：地震、気象注意報・警報、降雨量と河川水位、  
緊急なお知らせ、天気予報、神田川洪水予報、  
豪雨お知らせメール

#### ◇登録方法◇

下図二次元コードから空メールを送ってください。



スマートフォン用



フィーチャーフォン用

### □ 気象庁：「あなたの街の防災情報」で検索

### □ 国土交通省 川の防災情報

### □ 東京都水防災総合情報システム

### □ 東京都防災ホームページ URL <https://www.bousai.metro.tokyo.lg.jp/>

### □ 東京都防災アプリ（平常時にダウンロードしておきましょう）

### □ テレビのデータ放送（リモコンの d ボタンを押して気象情報などを確認）

# 避難経路

自宅から一次避難所までの地図を作成する

