

指定難病等で人工呼吸器を装着している方
のいざというときのために・・・




災害対策・災害時対応ノート

予見可能な災害（大雨/台風）編
（停電予想編）

20 年 月 日作成

氏名： _____

< 指定難病受給者および家族の方へ >

- ① _____ 役所/役場へ、避難行動要支援者登録を行いましょ。う。
※「避難行動要支援者登録」の様式は各市町で異なります。
お住まいの市町で直接確認しましょ。う。
- ② _____ 役所/役場へ、個別支援計画書の作成を依頼しましょ。う。
 ※個別支援計画書作成の依頼の前に、以下を準備しましょ。う。
- ③ 次の P.3～10 について、本人または家族で確認しましょ。う。
- ④ ③で記載した内容については、主治医または訪問看護師に確認を依頼しましょ。う。
- ⑤ P.8 の移動先医療機関、P.10 の医療機関等連絡先については、主治医と相談しましょ。う。
- ⑥ 全ページの記載が終了したら、P.1 の下部の作成日と氏名を記載した後、個別支援計画書作成のための参考資料として _____ 役所/役場へ提出しましょ。う。

(注意) 避難行動要支援者登録や個別支援計画書作成により、災害時の支援が必ずしもなされることを保証するものではありません。また、支援関係者が法的な責任や義務を負うものではありません。

< _____ 役所/役場ご担当者さま >

- ① 指定難病受給者からこの資料が提出されましたら、関係機関（主治医・訪問看護師・介護支援専門員など）へ連絡の上、記載内容の確認と共有をお願いします。
- ② この資料は、 _____ 役所/役場の個別支援計画書作成に当たりご活用ください。

【私（ ）の基本情報】

ふりがな 氏名						(男・女)
生年月日	年	月	日	(歳)		
住所						
連絡先						
家族構成		続柄	氏名	連絡先	連絡順	
	1					
	2					
	3					
	4					
5						
病名						
介護度	要支援(1・2) / 要介護(1・2・3・4・5)					
身体手帳						
障がい支援区分						
医療サービス 状況	通院・往診 訪問看護 ホームヘルプ 入浴車 その他()					

身体状況と 日常生活動作		1	2	3	4	5	備考
食 事		経管栄養	流動食	ミキサー食	軟食	普通食	
排 泄	便	オムツ	便器	要介助	ポータブル	自立	
	尿	バルン留置	オムツ	尿器	ポータブル	自立	
呼 吸	自発	なし			息苦しい	自立	
	呼吸器	常時			必要時	なし	
移 動		不可	全介助	車いす	杖使用	自立	
入 浴		入浴車	全介助	部分介助	一部介助	自立	
会 話		不可		発語有	可	自立	
コミュニケーション		不可				自立	

1. 自宅付近で想定される災害情報の確認

私（ ）の自宅付近は次の被害が想定されます。

お住まいの市町が公表しているハザードマップ等で確認しましょう。
不明な場合は、市町担当者へ確認を依頼しましょう。

浸水

洪水

土砂災害

その他

2. 医療用具や衛生材料の予備についての準備状況の確認

平時から準備しましょう

A. 非常用持ち出し物品

※一般的に、災害時、本格的救助開始に約3日かかると言われています。約3日分の必要量を準備しましょう。
また、記載されている物品以外の物品は適宜追加記載しましょう。

<input type="checkbox"/> ラジオ	<input type="checkbox"/> 筆記用具	<input type="checkbox"/> 紙オムツ（ ）枚
<input type="checkbox"/> 懐中電灯	<input type="checkbox"/> 食料品（エンシュア）（ ）本	<input type="checkbox"/> スリッパ（ ）足
<input type="checkbox"/> 乾電池	<input type="checkbox"/> 飲料水（ ）ml×（ ）本	<input type="checkbox"/> マスク（ ）箱
<input type="checkbox"/> 軍手	<input type="checkbox"/> 着替え	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ビニール袋	<input type="checkbox"/> タオル（ ）枚	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ビニール手袋（ ）箱	<input type="checkbox"/> バスタオル（ ）枚	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 布製ガムテープ（ ）個	<input type="checkbox"/> ティッシュ（ ）箱	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> メモ帳	<input type="checkbox"/> ウエットティッシュ（ ）個	<input type="checkbox"/>

B. 衛生材料など

※衛生材料については、主治医または訪問看護師へ確認を依頼しましょう。

<input type="checkbox"/> 蘇生バッグ	<input type="checkbox"/> ガーゼ（ ）枚	<input type="checkbox"/> コップ（200 ml）
<input type="checkbox"/> 気管カニューレ	<input type="checkbox"/> アルコール綿（ ）箱	<input type="checkbox"/> 注射器（10 ml、50 ml）
<input type="checkbox"/> 呼吸器回路	<input type="checkbox"/> 蒸留水（ ）本	<input type="checkbox"/> 文字盤
<input type="checkbox"/> 予備吸引器	<input type="checkbox"/> 消毒液（ ）本	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 予備吸引チューブ	<input type="checkbox"/> 滅菌手袋（ ）枚	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 外部バッテリー	<input type="checkbox"/> 経管栄養セット（ ）個	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 外部バッテリーマニュアル	<input type="checkbox"/> 経管栄養剤（ ）個	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 延長コード	<input type="checkbox"/> 潤滑剤	<input type="checkbox"/>



確認項目		本人/家族チェック欄	主治医/看護師チェック欄
A	非常用持ち出し物品は3日分準備できている。	(/)	
B	衛生材料は3日分準備できている。	(/)	(/)
C	A,Bは一まとめにして身近な所に置いている。	(/)	(/)
D	Cの置き場所は、家族・支援者で共有できている。 ()	(/)	に入れて に置いています。

3. 療養している部屋の安全対策・環境を確認しておきましょう！

身を守るために

場所	目的	項目	チェック	
家全体・家周り	家屋による 下敷き防止	昭和 56 年 5 月 31 日以前建築家屋→耐震診断を受けていますか		
		家屋の壁、ガラスや塀などにひび割れはありませんか		
		家屋の屋根、瓦が落ちたり崩れる心配はありませんか		
		「雨どい」や「ます」はつまっていませんか		
	割れたガラス によるケガ防止	窓ガラス、戸棚のガラスにはフィルムが貼られていますか		
		飛び散ったガラスを踏まないようにスリッパなど近くにありますか		
家の中・家具など	倒れてきた家具 による下敷き防 止	居室、寝室の家具は金具などで固定されていますか		
		人工呼吸器や吸引器は固定されていますか		
		ベッド周辺に重たい家具、家電製品はありませんか		
		ベッド周辺の重たい家具、家電製品は固定されていますか		
	落ちてきた物 によるケガ防止	タンスや棚の上に重たい荷物は置いていませんか		
		天井やかもい、壁などに落下の恐れのある物はありませんか		
		ベッド周辺に飛び散りそうな物はありませんか		
		ベッド周辺の高いところに物を置いていませんか		

安全に避難するために

目的	項目	チェック	
出口から避難 するため	災害発生時に避難する出口は何か所ありますか		
	居室、寝室は出口に近いとことにありますか		
	出口の内側に通路の妨げになるものは置いていませんか (靴・傘・傘立て・押し車など)		
	出口の外側に通路の妨げになるものは置いていませんか (自転車、自動車、押し車、植木鉢など)		
通路を通りやすく するために	廊下など通路には転倒の恐れのある家具はありませんか		
	廊下などの通路にある家具は固定されていますか		
	廊下などの通路に荷物を置いていませんか		
すぐに避難所に 行くため	避難所がどこか知っていますか		
	避難所までの避難ルートを確認できていますか		
援助者の支援を 受けやすくするため	避難する際に支援してくれる援助者はいますか		
	役所/役場へ在宅療養中であることの情報提供をしていますか		
	役所/役場の「避難行動要請支援者登録」はしていますか		

★吸引器を使用している方★

なし ・ あり	吸引器の内部バッテリー持続時間は 連続使用でおおむね _____ 分（およそ ____ 日分）
---------	--

★酸素療法をしている方★

【設定： 年 月 日現在】

	安静時	労作時
吸入量	ℓ / 分	ℓ / 分
吸入時間	時間 / 日	時間 / 日

【携帯用酸素ポンベの有無】

なし ・ あり	満タンの携帯用酸素ポンベの持ち時間は _____ L/分の場合 1 本あたり、おおむね _____ 時間
---------	---

医療機器の作動に必要な電源

医療機器	電気量	接続	備考
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	W	常時・随時	・ 停電時は外部バッテリーから優先的に使用 ・ 発電機使用時は直接接続しない方が望ましい ・ 作動停止時は蘇生バッグで対応
<input type="checkbox"/> 酸素濃縮器	W	常時・随時	・ 停電時は酸素ポンベへ切替、業者へ連絡 業者名： (TEL： _____)
<input type="checkbox"/> 吸引器	W	常時・随時	・ 停電時は外部バッテリーを使用 ・ 手動式吸引器の準備
<input type="checkbox"/> 血中酸素飽和濃度測定器	W	常時・随時	
<input type="checkbox"/> 排痰装置・カフアシスト	W	常時・随時	
<input type="checkbox"/> 加湿器	W	常時・随時	
	W	常時・随時	

蘇生バッグの使用について

- 使い方を知っている。また使える。→（使える人： _____ ）
- 使い方は知っているが、使えない。 } 主治医や訪問看護師に相談し、使い方を習得しましょう。
- 使い方を知らない。また使えない。 } また、家族などの中で使える人を数名確保しましょう。

5. 避難場所を確認しておきましょう！

どこに避難する？

_____ 役所/役場の指定避難所へ避難する。

私（ _____ ）の●自主避難所は、 _____ です。

●1次避難所は、 _____ です。

●2次避難所は、 _____ です。

●3次避難所は、 _____ です。

医療機関への移動を検討する。

→医療機関への移動希望する場合、かかりつけ医/訪問看護師へ連絡する。

_____ 病院/訪問看護ステーション（TEL： _____）

私（ _____ ）の移動先医療機関は、① _____

② _____

●自主避難所

避難勧告や指示が発令する前に開設する避難所

●1次避難所

避難準備・高齢者等避難開始を発令した場合に開設。

●2次避難所

避難勧告・避難指示（緊急）を指示した場合に開設。

●3次避難所

地震災害など広域的な災害が発生した場合に開設。

どのタイミングで避難する？

停電延長が予測され、復旧の見込みがないとき。

人工呼吸器のバッテリーの残量が _____ 時間になったとき。



明るいうちに移動を開始！！

避難時のルート・避難方法は？

★避難ルート（経路図を添付しておくことが望ましい）

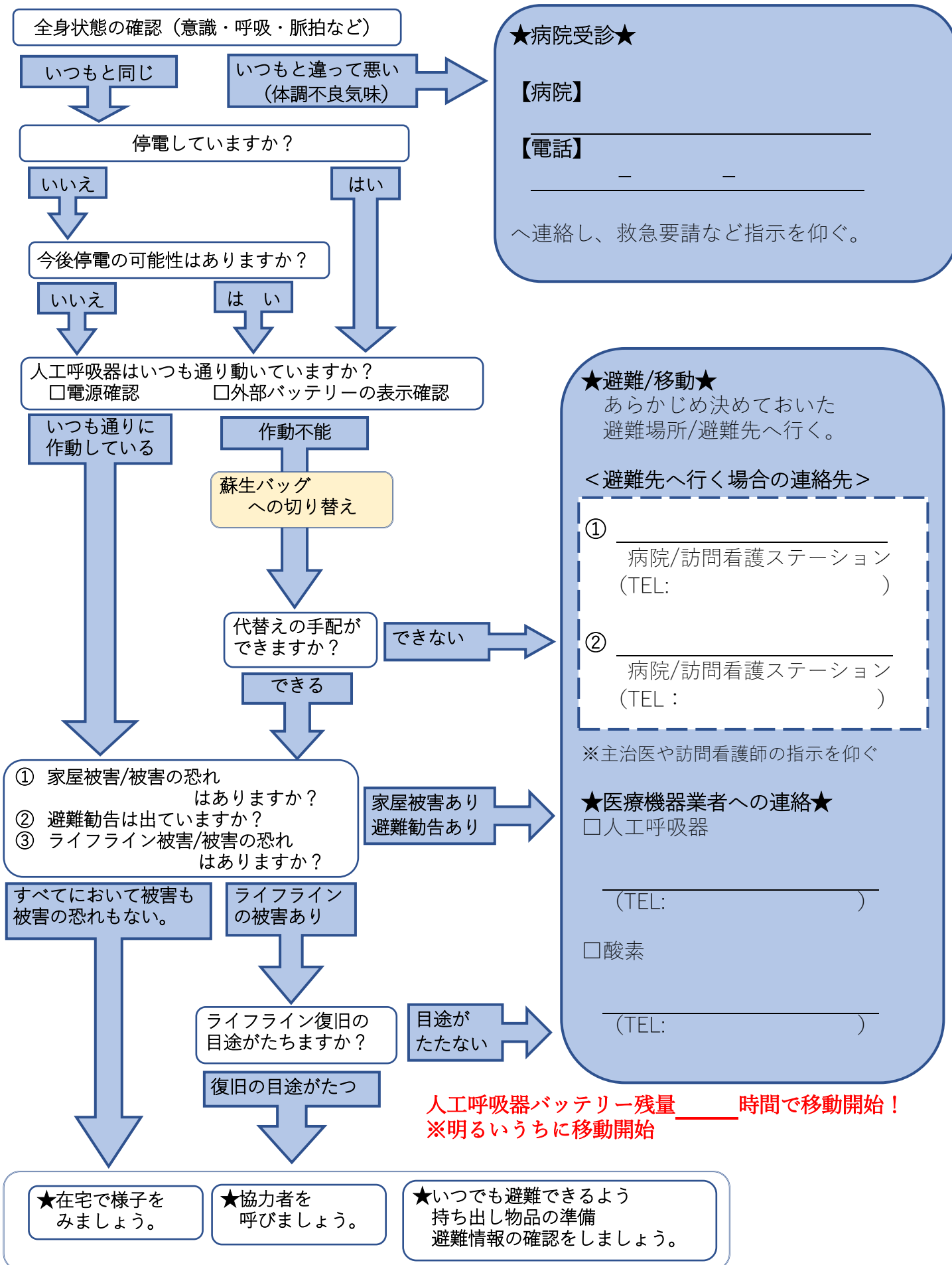
★避難方法

移動手段は（ _____ ）の利用を想定

誰と移動する（ _____ ）との移動を想定

予見可能な災害（大雨/台風）接近時の避難行動（フロー図）

災害（大雨/台風）の接近を把握したら・・・



私（ ）の在宅療養支援に関わる機関

関係機関	機関名	TEL	担当者
主治医			
主治医			
訪問看護			
訪問看護			
介護支援専門員			
ヘルパー			
ヘルパー			
医療機器(人工呼吸器)			
医療機器(酸素)			
医療機器(吸引)			
救急車		局番なしの119	
九州電力			
災害時伝言ダイヤル		局番なしの171	
_____ 役所/役場			
_____ 保健福祉事務所			

【参考資料】

- 1) 下関市保健所. 在宅神経難病患者・家族のための防災対策マニュアル
- 2) 滋賀県. 災害時対応ノート
- 3) 災害時難病患者個別支援計画を策定するための指針（改訂版）

【作成】

佐賀県難病対策協議会
佐賀県健康福祉部健康増進課疾病対策担当